

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Anna Leena Koržets

DEPRESSIOONI SÜMPTOMITE QIDS-SR JA ÄREVUSE SÜMPTOMITE OASIS
MÕÕTEVAHENDITE ADAPTEERIMINE JA PSÜHHOMEETRILISTE OMADUSTE
HINDAMINE
Magistritöö

Juhendaja: Kariina Laas, PhD

Jooksev pealkiri: QIDS-SR ja OASIS adapteerimine

Tartu 2024

Adapteeritud depressiooni sümptomite mõõtvahendi QIDS-SR ja ärevuse sümptomite mõõtevahendi OASIS psühhomeetriliste omaduste hindamine

Lühikokkuvõte

Eestis on noorte vaimse tervise hindamiseks ja ennetustegevuseks usaldusväärseid mõõdikuid vähe. Käesolevas töös püütakse täita erinevate osapoolte poolt tõdetud lünka, adapteerides ja hinnates enesekohase depressiooniküsimustiku *Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report* (QIDS-SR, Rush et al., 2003) ning enesekohase ärevuse küsimustiku *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS, Norman et al., 2006) psühhomeetrilisi omadusi. Valimisse kuulusid noored vanuses 15-26 ($n = 363$), kes olid registreerunud Peahea noortenõustamisele. Küsimustike usaldusvärsuse hindamiseks kasutati Cronbach α ja kordustestide korrelatsioonianalüüsi. Mõlemad küsimustikud näitasid head sisemist reliaablust vastavalt QIDS-SR $\alpha = 0,73$ ja OASIS $\alpha = 0,86$ ja kordustestid korreleerusid positiivselt olulisel määral vastavalt QIDS-SR $r = 0,59$ ($p < 0,001$) ja OASIS $r = 0,47$ ($p < 0,001$). Adapteeritud QIDS-SR näitas kriiteriumi valiidsust koreleerudes positiivselt olulisel määral kohandatud EEK-2 depressiooni alaskaalaga ($r = 0,73$, $p < 0,001$). Kriteeriumi valiidsust näitas ka adapteeritud OASIS, korreleerudes positiivselt olulisel määral kohandatud EEK-2 ärevuse alaskaalaga ($r = 0,55$, $p < 0,001$). QIDS-SR korduvmõõtmiste dispersioonianalüüs näitas, et enne ja pärast täidetud küsimustike keskmised tulemused erinesid olulisel määral ($F(2; 118) = 102,1$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,46$), väljendades konstrukti valiidsust. OASIS tulemused väljendasid konstrukti valiidsust ehk enne ja pärast küsimustiku tulemused erinesid olulisel määral ($F(2; 116) = 84,77$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,42$). Töös leidis kinnitust varasemalt leitud OASIS kahefaktoriline mudel. Töös ei leidnud kinnitust teoretiseeritud QIDS-SR neljafaktoriline mudel. Tulemustele tuginedes saab väita, et QIDS-SR ja OASIS on usaldusväärsed ning valiidsed instrumendid hindamaks Eesti noorte vaimse tervise häirete sümptomaatikat. Tulevikus on oluline jätkata adapteeritud QIDS-SR ja OASIS valideerimist, võttes arvesse töös esinenud puudusi ja korrates uuringut kliinilisel valimil.

**Evaluation of the psychometric properties of the adapted depression symptom measure
QIDS-SR and the anxiety symptom measure OASIS**

Abstract

There are few reliable metrics for assessing the mental health of Estonian young people for preventive activities. This work attempts to fill the gap recognized by various parties by evaluating the self-reported depression questionnaire Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR, Rush et al., 2003) and the self-reported anxiety questionnaire Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS, Norman et al., 2006) psychometric properties. The sample included young people aged 15-26 ($n = 363$) who had registered for Peahea youth counseling. Cronbach α and test-retest correlation analysis were used to assess the reliability of the questionnaires. Both questionnaires showed good internal reliability with QIDS-SR $\alpha = 0.73$ and OASIS $\alpha = 0.86$, respectively, and test-retests were positively and significantly correlated with QIDS-SR $r = 0.59$ ($p = < 0.001$) and OASIS $r = 0.47$, respectively ($p = < 0.001$). The adapted QIDS-SR demonstrated validity by correlating positively with the depression subscale of the adapted EEK-2 ($r = 0.73$, $p < 0.001$). Criterion validity was also demonstrated by the adapted OASIS, positively and significantly correlated with the adapted EEK-2 anxiety subscale ($r = 0.55$, $p < 0.001$). The repeated measures analysis of variance of the QIDS-SR showed that the mean scores of the pre- and post-completed questionnaires differed significantly ($F(2; 118) = 102.1$; $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.46$), expressing construct validity. OASIS also expressed construct validity, whereas before and after questionnaire results differed significantly ($F(2; 116) = 84.77$; $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.42$). The previously found OASIS two-factor model was confirmed. The theorized QIDS-SR four-factor model was not confirmed in the work. Based on the results, it can be stated that QIDS-SR and OASIS are reliable and valid instruments for assessing the symptoms of mental health disorders in Estonian youth. In the future, it is important to continue validating the adapted QIDS-SR and OASIS, taking into account the shortcomings of the work and repeating the study in a clinical sample.

Sissejuhatus

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsiumi (2022) andmete põhjal on igal neljandal täiskasvanul depressioonirisk ja igal viiendal üldistunud ärevushäire risk. Mõlema näitaja puhul joonistub välja riskirühm noored täiskasvanud vanuses 18-24 aastat, kelle puhul ärevushäirete risk on 37,2% ja depressioonirisk 56,2% (Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium, 2022). Eriti murettekitav on noorte tüdrukute vaimse tervise olukord. Vanuses 15-17 aastat on pea igal teisel tüdrukul nii depressioonirisk kui üldistunud ärevushäirete risk (Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium, 2022). Tulemusi kinnitab ka Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring, mille andmetel on võrreldes varasemate uuringutega noorte vaimse tervise heaolu olnud langustrendis ja tõusnud on tervisekaebustega noorte hulk (Oja et al., 2023). Enim esinenud tervisekaebused on ärritatud olek ja halb tuju (37%), närvilisus (36%), uinumiskasused (32%) ning masendus ja kurbus (29%) (Oja et al., 2023). Depressiivseid episoodide kogesid tüdrukud ligi kaks korda rohkem (45%) kui poisid (23%) (Oja et al., 2023). Kui õpilase enesehinnang tervisele on rahuldav või halb, siis ta kogeb ka suurema tõenäosusega depressiivseid episoodide (Oja et al., 2023). Sealjuures suureneb depressioonirisk vanuse kasvades (Oja et al., 2023). Eesti Haigekassa (2021) poolt läbi viidud uuringus nenditi, et tuginedes pikemaajalistele prognoosidele võib nii meeleolu-kui ärevushäirete levimus ühiskonnas tulevikus jätkuvalt kasvada. Eesti inimarenguaruandes tuuakse välja, et probleem on laiaulatuslik ja ennetustegevus on tõhusam kui ravi (Sisask, 2023).

Ennetus hõlmab endas nii tegevusi kui vahendeid, mille abil on võimalik probleemi ära hoida või vältida selle kordumist (Tervise Arengu Instituut, 2024). Dowdy, Ritchey ja Kamphaus (2010) viisid läbi ülevaateuuringu, kus leidsid, et kooliõpilaste süstemaatiline sõeluuring võiks parandada vaimse tervise riskitegurite varajast märkamist ja potentsiaalselt vähendada õpilaste arvu, kes kogevad hilisemas elus vaimse tervise probleeme. Eestis on mõõtevahendeid vähe ja vajadust nende järele on tõdenud mitmed osapooled (Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium, 2022; Oja et al., 2023; Sotsiaalministeerium, 2020; Tervisekassa, k.p.). Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi pöördumine sotsiaalministrile tõi välja probleemkoha koos selgitusega, et järjepidev sõeltestide adapteerimine võib aidata lahendada teenuse kättesaadavusega seotud probleeme kui ka parandada abi kvaliteeti (Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, 2019). Enesekohased mõõdikud on tõhusad vahendid hindamaks võimalikku vaimse tervise riski. Zuckerbroti ja Jenseni (2006) läbi viidud ülevaateuuring leidis, et esmatasandi tervishoius on ainult noore kaebusele tuginemine

vaimse tervise probleemi märkamisel ebapiisav, sest enamik patsiente, kellel esines depressioon, jõudis tervishoiutöötajani muude probleemide tõttu või rutiinse perearsti vastuvõtu käigus. Enesekohane mõõdik oli tõhusam depressiooni sümptomaatika tuvastamisel ka siis, kui tervishoiutöötajad läbisid täiendkoolituse depressiooni märkamiseks (Zuckerbot & Jensen, 2006). Marshalli (2000) läbi viidud uuring ilmestas valideeritud instrumendi kasutamise olulisust. Marshall leidis, et skisofreenia ravi tulemused võivad erineda kasutades valideeritud või valideerimata mõõdikut. Valideerimata skaala kasutamisel oli skisofreenia ravi efektiivsem võrreldes valideeritud skaala tulemustega (Marshall, 2000). Valiidsus on headuse hinnang mõõdikule väljendades kuivõrd instrument mõõdab seda, milleks ta loodi ehk kui häid järeldusi saab testiskoorist tuletada (Raykov & Marcoulides, 2011). Valiidsus on mitmetahuline mõiste, mida saab väljendada paljudel erinevatel viisidel (Raykov & Marcoulides, 2011). Hetkel on Eestis vaid üks valideeritud vaimse tervise probleemide sõelküsimumstik, Emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon seda Depressiooni ja Ärevuse alaskaala osas (Aluoja et al., 2000; Ööpik et al., 2006).

Depressiooni-ja ärevusriski hindamiseks on üldjuhul spetsialistidele kättesaadaval lai valik enesekohaseid mõõdikuid, mis erinevad nii pikkuse, stiili kui psühhomeetriste omaduste poolest (El-den, 2018; Balon, 2007). Kasutusel olevad hindamisskaalad mõõdavad, kvantifitseerivad või kirjeldavad psühhopatoloogia sümptomite esinemist (Balon, 2007). Magistritöö eesmärk on *The Quick Inventory for Depressive Symptomatology Self-Report* (QIDS-SR, Rush et al., 2003) ja *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS, Norman et al., 2006) küsimustike valideerimine Eesti noorte seas, et arendada usaldusväärseid tööriistu depressiooni ja ärevuse diagnoosimiseks.

Küsimustike ülevaade

Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK, Aluoja et al., 1999)

EEK loodi, et hinnata depressiooni ja ärevuse sümptomeid Eesti populatsioonis tuginedes rahusvahelistele diagnostilistele kriteeriumitele. Küsimustiku 1. versioon koosnes 33 küsimusest, millele vastatati viiepunktilisel sagedusskaalal. 2002. aastal võeti kasutusele küsimustiku teine versioon (EEK-2), kus välistati eelmise versiooni küsimused, mis ei kuulunud ühelegi alaskaalale (Ööpik et al., 2006). EEK-2 koosneb 28 küsimusest (Ööpik et al., 2006).

Küsimustik jaguneb viieks alamkaalaks: Depressioon, Ärevus, Agorafoobia-paanika, Vaimne kurnatus ja Unetus. Iga skaala keskendub spetsiifilistele sümptomitele, mis on

tuletatud Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioonist (RHK-10) ja *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4. versioonist (DSM-IV).

Depressiooni skaala hõlmab selliseid sümptomeid nagu kurbustunne ja huvi kaotus, samas kui Ärevuse skaala keskendub ärevustunnetele ja pingeolukordadele.

On leitud, et EEK Ärevuse, Depressiooni ja Agorafoobia-Paanika alaskaalade keskmised skoorid suudavad eristada patsiente kontrollrühmast näidates instrumendi eristavat valiidsust (*Discriminant Validity*) (Aluoja et al., 1999). Depressiooni alaskaala korreleerub olulisel määral Depressiooni Skaalaga (*Depression Scale, DEPS*) ($r = 0,79, p < 0,05$) viidates heale kaasuvale valiidsusele (*Concurrent Validity*) (Aluoja et al., 1999). Alaskaalad on näidanud head sisemist reliaablust ($\alpha = 0,69 - 0,88$) (Aluoja et al., 1999).

Ööpik ja kolleegid (2006) viisid läbi uuringu, mille eesmärk oli hinnata, kas EEK-2 depressiooni alaskaala on sobilik mõõtevahend depressiooni skriinimiseks esmatasandi tervishoius ja kuivõrd suudab küsimustik eristada patsiente, kellel on diagnoositud depressioon nendest, kellel pole diagnoosi. Töös hinnati skaala tundlikkust ja spetsiifilisust (Ööpik et al., 2006). Tundlikkus väljendab tõenäosust, et häire olemasolul on testi tulemus positiivne ja spetsiifilisust tõenäosust, et häire puudumisel on testi tulemus negatiivne (Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsiumi, 2022). Skaala tundlikkuse hindamiseks võrreldi depressiooni alaskaala tulemusi diagnostilise intervjuu *The Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) tulemustega (Ööpik et al., 2006). Võrdlusele toetudes leiti, et depressiooni alaskaala optimaalne äralõike punkt tundlikkust ja spetsiifilisust arvesse võttes on 11 (Ööpik et al., 2006).

Eestis on EEK-2 olnud kasutusel mitmete küsimustike valideerimiseks. Näiteks on uuritud EEK-2 ja psühhiaatriliste patsientide psühhoterapia tulemusi hindava küsimustiku *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* koguskooride korrelatsiooni kaasuva valiidsuse hindamiseks (Kallas, 2021), kohanemishäire küsimustiku *Adjustment Disorder New Module* valideerimiseks (Viljus, 2013) ning ärevusetundlikkuse mõõtevahendi, nagu *Anxiety Sensitivity Index* koonduva valiidsuse (*Convergent Validity*) uurimiseks (Neemre, 2021). Kaasuv valiidsus väljendab küsimustiku skoori ja kriteeriumi (siinkohal EEK-2) vahelisele suhte tugevusele, eeldades, et mõlemad küsimustikud on täidetud järjestikku või väikese ajavahemikuga viidates kriteeriumi valiidsusele (Raykov & Marcoulides, 2011). Koonduv valiidsus väljendab, mil määral annab konstrukti erineval viisil mõõtmine sarnaseid tulemusi viidates konstrukti valiidsusele (Boateng et al., 2018).

Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR, Rush et al., 2003)

QIDS-SR on lühendatud versioon depressiooni sümptomite raskusastet hindavast küsimustikust *Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report* (IDS-SR, Rush et al., 1986). Küsimustiku loomine sai alguse vajadusest parema hindamisvahendi järele, mis adresseeriks puudusi juba olemasolevates depressiooni skaalades (Rush et al., 1986). Küsimustik hindab depressiooni raskusastet viimase seitsme päeva jooksul 4-pallisel skaalal. Iga skaala punkt kirjeldab sümptomi sagedust või raskusastet. Küsimuste loomisel ja valimisel lähtuti 4 kriteeriumist 1) küsimus pidi kirjeldama depressiooni põhilisi sümptomeid 2) sisaldama kõiki *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSM-III) kriteeriumeid raske depressiooni ja melanhoolia sümptomite diagnoosimiseks 3) hõlmama sümptomeid, mida kasutati endogeense depressiooni määratlemiseks *Research Diagnostic Criteria* (RDC) alusel 4) sisaldama sümptomeid, mis eristavad ärevushäiretega esinevat depressiooni (Rush et al., 1986).

Rush ja kolleegide (1986) esmane eesmärk oli uurida IDS-SR sisemist struktuuri, reliaablust ja valiidsust. Peakomponentide analüüs piiritleti nelja komponendiga, mida autorid tõlgendasid järgmiselt: 1) meeleolu sümptomid 2) ärevuse ja hüpohondria sümptomid 3) endogeensed sümptomid (kaalu ja isu langus, unetus) 4) atüüpilised sümptomid (kaalu ja isu tõus, üleliigne unisus) (Rush et al., 1986). IDS-SR näitas head sisemist reliaablust ($\alpha = 0,85$) ja valiidsust korreleerudes olulisel määral Becki depressiooniküsimustikuga (*Beck Depression Scale*, BDI) ($r = 0,68, p < 0,001$) ja Hamilton depressiooniskaalaga (*Hamilton Rating Scale for Depression*, HRSD) ($r = 0,34, p < 0,001$). IDS-SR suutis eristada patsiente, kellel oli diagnoositud unipolaarne raske depressioon patsientidest, kellel oli diagnoositud bipolaarsus ($t = 8,42, df = 247, p < 0,001$) ja kontrollgrupist, kellel polnud diagnoositud ühtegi vaimse tervise häiret ($t = 16,9, df = 232, p < 0,001$). Hilisemalt lisati küsimustikule kaks lisaküsimust atüüpiliste sümptomite kohta. Küsimustik näitas head sisemist reliaablust ($\alpha = 0,94$) ja uuringu raames leiti optimaalne äralõikepunkt 18, mis suutis eristada 94% tõenäosusega inimesi, kellel polnud depressiooni (Rush et al., 1996).

Autoritele tehti ettepanek küsimustiku lühendada. Rush ja kolleegid (2000) välistasid küsimused, mis ei kirjeldanud DSM-IV diagnostilisi kriteeriume. Esialgset korrelatsioonianalüüsid QIDS-SR ja IDS-SR vahel näitasid positiivset seost ($r = 0,94$). Samuti korreleerus positiivselt QIDS-SR ja HRSD ($r = 0,72$) (Rush et al., 2000).

QIDS-SR viimane versioon koosneb 16 küsimusest, mis on kirjeldab üheksat DSM-IV raske depressiooni sümptomit 1) kurbus 2) keskendumine 3) enesekohane kriitika 4) suitsiidimõtted 5) huvi 6) energiatase/väsimus 7) rahutu uni 8) suurenenud või vähenenud söögiisu või kaal 9) psühhomotoorne rahutus või pidurdus (Rush et al., 2003). Küsimusi

hinnatakse 4-punktilisel skaalal viimase 7-päeva kohta, kus igale skaala punktile vastab kirjeldus (Rush et al., 2003). Küsimustiku skoor on vahemikus 0-27, kus lõppskoor 0-5 osutab, et depressioon on ebatõenäoline, tulemus vahemikus 6-15 võib viidata kerge raskusastmega depressiooni sümptomitele ja lõpptulemus 16-20 mõõduka depressiooni sümptomaatikale ning skoor kõrgem kui 21-punkti võib viidata väga raskele depressioonile (lisa 2). Rush ja kolleegid (2003) uurisid oma töös QIDS-SR sisemist reliaablust ja valiidsust. Valim moodustati ravimkatse käigus ja osalejad täitsid küsimustikku mitmel järjestikusel nädalal. QIDS-SR sisemine reliaablus oli hea (*Cronbach a* = 0,86) ja sealjuures kasvas ajas (*a* = 0,73 - 0,92). QIDS-SR koguskoorid korreleerusid HRSD (*r* = 0,86) ja IDS-SR (*r* = 0,96) omadega (Rush et al., 2003).

Uuringud on näidanud, et QIDS-SR sobib kasutamiseks ka noorte populatsioonil. Zhang ja kolleegid (2020) uurisid QIDS-SR hiinakeelse versiooni psühhomeetrilisi omadusi, valimisse kuulusid 12-17 aastased noored. Uuringus osalemise tingimuseks oli eeltoodud vanus ja raske depressiooni või bipolaarse episoodide diagnoos. Küsimustiku sisemine reliaablus oli hea (*Cronbach a* = 0,7). Kordustesti reliaabluse uurimiseks täitsid noored küsimustiku uuesti kahe nädala pärast peale esmast täitmist, kahe mõõtmise vaheline korrelatsioon oli rahuldav (*r* = 0,49, *p* < 0,001). Küsimustik näitas rahuldavat valiidsust korreleerudes HAMD-17 koguskooriga (*r* = 0,63, *p* < 0,001). Zhang ja kolleegid (2020) leidsid, et hiinakeelne QIDS-SR on reliaabne, valiidne ja kasutajasõbralik instrument, mille abil viia noorte peal läbi sõeluuringuid depressiooni sümptomite mõõtmiseks. Autorid tõid välja, et uuringu üheks puudujäägiks on kontrollgrupi puudumine ja valimi representatsioon, sest katsealused olid värvatud vaid ühest haiglast (Zhang et al., 2020).

Bernstein ja kolleegid (2010) viisid läbi uuringu, mille eesmärk oli hinnata QIDS-SR reliaablust noorte valimil (12-17 aastat). Noorte enesekohaseid tulemusi võrreldi kliiniliste intervjuudega, mida viisid läbi kliinilised spetsialistid noorte vanematega. Küsimustik näitas head sisemist reliaablust (*a* = 0,89). Autorid tõdesid, et varasemalt on olnud küsitavusi noorte enesekohaste küsimuste reliaablusega ja parema hinnangu saamiseks on vaja kliinilist hinnangut, kuid läbiviidud uuringu tulemused näitasid, et enesekohane hinnang oli sama reliaabne kui kliiniline intervjuu vanematega noore vaimse tervise kohta (Bernstein et al., 2010). Tulemus on oluline, sest enesekohaste küsimustike kasutamine on märkimisväärselt kulutõhusam kui eriarstiabi vaimse tervise seisundi hindamiseks (Bernstein et al., 2010). Bernstein ja kolleegid (2010) nentisid, et kliinilise hinnangu juures tuleb arvesse võtta, et uuringus lähtusid spetsialistid ainult intervjuudest, mistõttu võis teatud osa olulisest informatsioonist lõpphinnangu andmisel jääda märkamata. Lisaks viis intervjuusid läbi üks

inimene ja seetõttu ei saa hinnata intervjuerijate vahelist reliaablust. Nii Bernstein ja kolleegid (2010) kui Zhang ja kaasautorid (2020) töid puudujäägina välja, et uuringute valim oli väike (vastavalt $n = 140$ ja $n = 246$). Eeltoodule tuginedes saab väita, et QIDS-SR on noorte populatsioonil depressiooni sõeluuringu läbiviimiseks sobilik instrument.

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS, Norman et al., 2006)

Norman ja kolleegid (2006) leidsid, et kuigi ärevuse sümptomaatika mõõtmiseks on mitmeid instrumente, ei mõõda üksi neist nii ärevuse ulatust või raskust ärevushäirete üleselt või piisavalt, et märgata ärevust, mis ei vasta täielikult diagnostilistele kriteeriumitele. Autorite eesmärk oli luua mõõdik, mida saaks kasutada nii kliinilistes ja epidemioloogilistes uuringutes kui skriining instrumendina (Norman et al., 2006). Mõõdiku loomise aluseks oli DSM-IV-TR ärevushäire kriteeriumid. Küsimustik koosneb viiest küsimusest, mida hinnatakse 5-pallisel skaalal, kirjeldades kas ärevusele omase tunde intensiivsust või käitumise sagedust. Küsimustiku lõppskoor on vahemikus 0-20 punkti.

Norman ja kolleegid (2006) uurisid oma töös küsimustiku sisemist ja kordustesti reliaablust ning valiidsust. Küsimustik oli usaldusväärne (*Cronbach a* = 0,8) ja näitas head koonduvat valiidsust, korreleerudes positiivselt olulisel määral *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18) ($r = 0,58, p < 0,01$), *Fear Questionnaire (FQ)* ($r = 0,41, p < 0,01$), *Spielberger Trait Anxiety Questionnaire* ($r = 0,62, p < 0,01$), BDI ($r = 0,51$) tulemustega ja Suure Viisiku neurotismis alaskaala ($r = 0,7, p < 0,0001$) koguskooriga (Norman et al., 2006). Kordustesti reliaablus oli tugev ($k = 0,82$) (Norman et al., 2006).

Norman ja kolleegid (2011) uurisid OASIS tundlikkust ja spetsiifilisust, sisemist struktuuri ning eristavat ja koonduvat valiidsust mitte-kliinilise valimil. Valimisse kuulusid kolledži õpilased, kelle keskmine vanus oli 19 aastat. Uuringu tulemused näitasid küsimustiku head sisemist reliaablust (*Cronbach a* = 0,84). Äralõikepunkt 8 suutis klassifitseerida 78% inimestest, kellel oli diagnoositud ärevus, samal ajal tagades tasakaalu tundlikkuse ja spetsiifilisuse vahel (Norman et al., 2011). OASIS näitas koonduvat valiidsust korreleerudes positiivselt olulisel määral BSI-18 ($r = 0,66, p < 0,0001$), Ärevustundlikkuse indeksi (*The Anxiety Sensitivity Index*) ($r = 0,64, p < 0,0001$), *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) ($r = 0,68, p < 0,0001$), Suure Viisiku neurootilisuse alaskaala ($r = 0,68, p < 0,0001$) ja Sotsiaalse interaktsiooni ärevuse skaala (*The Social Interaction Anxiety Scale*) ($r = 0,68, p < 0,0001$). OASIS korreleerus negatiivselt (või vähesel määral positiivselt) küsimustikega (*The Barratt Impulsiveness Scale*, *The Zuckerman Sensation-Seeking Scale*, Suure viisiku avatuse alaskaalaga), mis mõõtsid ärevusele vastandlikke konstrukte ($rs = -0,13 - 0,1, ps$

$<0,001$), näidates eristuvat valiidsust (*Discriminant Validity*). Küsimustiku struktuuri hindamisel eeldati, et kui küsimusele “*Kui sageli sa tundsid viimase nädala jooksul ärevust?*” vastatakse 5-pallisel skaalal 0-ga, siis küsimusele “*Kui tundsid viimase nädala jooksul ärevust, siis kui tugev ja raske see oli?*” vastatakse samuti 0-g. Eeltoodud tingimustega mudel oli ühedimensionaalne, lihtsam mudel koosnes kahest faktorist (Norman et al., 2011). Campbell-Sills ja kolleegide (2009) läbi viidud uuring näitas, et OASIS valiidne instrument hindamaks ärevuse ulatust ja raskust ka kliinilisel valimil.

Osma ja kolleegid (2022) uurisid OASIS valiidsust, sisemist struktuuri ja reliaablust Hispaania üliõpilastest moodustatud valimil, kelle keskmine vanus oli 22,71 aastat ($n = 378$). Küsimustik näitas head sisemist reliaablust (*Cronbach $\alpha = 0,94$, McDonald's $w = 0,94$*), ühedimensionaalset struktuuri ja koonduvat valiidsust korreleerudes Depressiooni ärevuse alaskaala (*Anxiety subscale of the Depression*) ja Depressiooni, ärevus ning stressi skaala (*The Depression, Anxiety and Stress Scales-14, DASS-14*) ärevuse alaskaala koguskooriga positiivselt ($r = 0,62, p < 0,001$). Autorid toovad välja, et tulemuste tõlgendamisel tuleb arvesse võtta, et valimi moodustas suuremalt jaolt naissoost üliõpilased (85,6%). Autorid tõdesid, et OASIS on usaldusväärne instrument hindamaks ärevuse sümptomeid Hispaania noortel (Osma et al., 2022).

Farrahi ja kolleegid (2021) viisid läbi uuringu, mille eesmärk oli hinnata OASIS pärsiakeelse versiooni psühhomeetrilisi omadusi Iraani üliõpilaste valimil. Valimi keskmine vanus oli 22,82. Küsimustik näitas head sisemist reliaablust (*Cronbach $\alpha = 0,88$*), sisemine struktuur oli ühedimensionaalne ja küsimustiku koguskoor korreleerus positiivselt Becki ärevuseskaala ($r = 0,56, p < 0,01$), DASS ärevuse alaskaala ($r = 0,5, p < 0,01$) ja STAI situatsiooniärevuse alaskaalaga ($r = 0,56, p < 0,01$), näidates küsimustiku koonduvat valiidsust. Küsimustiku koguskoor korreleerus negatiivselt Connor-Davidson säilenõtkuse skaala ($r = -0,43, p < 0,01$) ja Positiivse afekti alaskaalaga (PANAS-P) ($r = -0,37, p < 0,01$), näidates küsimustiku eristuvat valiidsust. Autorid nentisid, et tulevikus võiks lisaks enesekohastele mõõdikutele kasutada ka kliinilise spetsialisti antud hinnangut, et jätkata valiidsuse uurimist. Eeltoodud uuringutele tuginedes saab väita, et OASIS on reliaabne ja valiidne instrument hindamaks ärevuse sümptomeid noorte populatsioonis.

Magistritöö eesmärgid ja hüpoteesid

Magistritöö eesmärk on *The Quick Inventory for Depressive Symptomatology Self-Report* (Rush et al., 2003) ja *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (Norman et al., 2006) küsimustike eestikeelse versiooni psühhomeetriliste omaduste hindamine Eesti

noorte (vanuses 15-26) läbiviidud küsitluse põhjal. Eesmärgi täitmiseks püstitati järgmised hüpoteesid:

H1: Eestikeelne QIDS-SR on usaldusväärne mõõtmisinstrument noorte valimil.

H2: Eestikeelne OASIS on usaldusväärne mõõtmisinstrument noorte valimil.

H3: Eestikeelne QIDS-SR on valiidne instrument depressiooni sümptomite mõõtmiseks, näidates olulisel määral kriteeriumi ja konstrukti valiidsust.

H4: Eestikeelne OASIS on valiidne instrument ärevuse sümptomite mõõtmiseks, näidates olulisel määral kriteeriumi ja konstrukti valiidsust.

H5: Eestikeelse OASIS faktorstruktuur koosneb kahest faktorist.

H6: Eestikeelse QIDS-SR faktorstruktuur koosneb neljast faktorist.

Käesoleva magistritöö on osa Peahea noortenõustamise pilootprojektist. Töö autor puhastas, hindas ja analüüsis andmeid, kavandas uuringu statistilise analüüsi ning kirjutas magistritöö. Varasemalt pole Eesti populatsioonil QIDS-SR ja OASIS psühhomeetrilisi omadusi hinnatud.

Meetod

Protseduur

Andmed koguti Peahea noortenõustamise pilootprojekti käigus. Uuringu koostamiseks ja andmete kogumiseks saadi Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee 03.05.2023 otsusega 376/T-21 luba. Noored täitsid kohandatud EEK-2, QIDS-SR, OASIS ja Kessleri psühholoogilise distressi skaala (*Kessler Psychological Distress Scale*) interneti vahendusel peale nõustamisele registreerimist ja nõustamisteenuse lõppedes. Nõustamiste arv varieerus 1-8 kohtumiseni. Nõustamisele registreerimine oli piiritletud vanusega 12-26 aastat. Teenus on noortele tasuta.

Esimesel nõustamisel selgitas Peahea noortenõustaja kliendile võimalust, et tema andmeid kasutatakse magistritöodes kolmandate isikute poolt anonümiseeritud kujul. Noorel oli võimalus igal hetkel osalemisest keelduda. Andmete kasutamiseks antud loa kinnitas täisealine noor informeeritud nõusolekuvormi allkirjastamisega. Alaealiste noorte puhul paluti digiallkirjastada nõusolekuvorm noore vanemal või hooldajal.

Registreerides jagas noor demograafilisi andmeid. Küsimustike täitmine oli vabatahtlik ja noor võis neid täita talle sobival ajal. Küsimustike vastuseid koguti alates 03.05.2023 kuni 10.04.2024.

QIDS-SR ja OASIS tõlkimine eesti keelde

Tõlkimisprotsess sai alguse 2022. aasta oktoobris, kui QIDS-SR ja OASIS originaal küsimustik tõlgiti esmakordselt inglise keelest eesti keelde. Tõlke viisid läbi kaks eraldiseisvat spetsialisti, sealhulgas üks kliiniline psühholoog. Tõlke kvaliteeti hindasid kolm eksperti, kellest kaks olid kliinilised psühholoogid: Andreas Holst, Kariina Laas ja Anna-Kaisa Oidermaa. Seejärel võrdlesid eksperdid kahte tõlkeversiooni, millest valiti ja kombineeriti osad, mis kirjeldasid instrumendi sümptomeid kõige täpsemini. Tagasitõlke eesti keelest inglise keelde tegid kaks kogemustega tõlkijat, kes ei olnud seotud algse tõlkeprotsessiga, tagades sellega tõlke sõltumatuse. Tagasitõlget võrreldi originaaliga ja tehti lõplikud parandused. Tõlkeprotsess lõpetati 23. jaanuaril 2023. Kirjeldatud sammud järgivad suuniseid, mis kirjeldavad protsessi enesekohaste mõõdikute kohandamiseks eri kultuuriruumide lõikes (Beaton et al., 2000).

Beaton ja kolleegid (2000) toovad välja, et suuniste eesmärk on säilitada tõlkeprotsessis näiv valiidsust (*Face Validity*) eeldades, et originaalkeeles loodud küsimustiku versioon on valiidne ja usaldusväärne. Näiv valiidsus väljendab mil määral tundub mõõdik esmapilgul valiidne (Kellner, 1991). Ainuüksi näiv valiidsusele tuginemine mõõdiku valiidsuse hindamisel on ebapiisav, kuid selle puudumine võib vastaja jaoks muuta küsimustiku tulemused ebaoluliseks ja piirata edasist uurimist (Kellner, 1991). Lähtudes eelnevast võib väita, et QIDS-SR (lisa 2) ja OASIS (lisa 3) eesti keelde tõlgitud versioonid on näiv valiidsed.

Küsimustikud

Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (Rush et al., 2003) ja *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (Norman et al., 2006) on kirjeldatud sissejuhatuses.

Kohandatud emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon (Aluoja et al., 1999) (lisa 1) on EEK-2 mugandatud ja lühendatud versioon. Võrreldes originaalversiooniga puudus kohandatud küsimustikul sissejuhatus ja teatud küsimusi oli muudetud või välja jäetud. Näiteks depressiooni alaskaala osas väide “Huvi kadumine” asendati “Miski ei huvita ega paku rõõmu”. Ärevuse alaskaala osas asendati väide “Liigne muretsemine paljude asjade pärast” väitega “Ülemäärane muretsemine mitme erineva asja pärast”. Unetuse alaskaalale lisati juurde väide “Ülemäärane unevajadus”.

Andmeanalüüs

Andmeanalüüs viidi läbi tarkvara JASP (JASP Team, 2024) ja RStudio (RStudio Team, 2021) abil kasutades paketti *Psych*. Analüüsi meetodi valimisel lähtuti varasematest töödest või üldlevinud soovitudest.

Küsimustike usaldusvääruse hindamiseks uuriti sisemist reliaablust kasutades Cronbach α . Sisemine reliaablus väljendab küsimuste omavahelist keskmist korrelatsiooni ja võimalikku mõõtmisviga (Nunnally, 1978; Tavakol & Dennick, 2011). Cronbach α alates 0,7 loeti sobivaks näitamaks küsimustike sisemist reliaablust (Nunnally, 1978). Samuti uuriti QIDS-SR ja OASIS kordustesti (*Test-Retest*) usaldusväärust võrreldes korduvmõõtmiste omavahelisi korrelatsioone Pearsoni korrelatsioonikordajaga. Testide vahelise korrelatsiooni analüüsimine näitab mõõdiku stabiilsust ehk väljendab kuivõrd on küsimustiku tulemus usaldusväärne järjepideval mõõtmisel (Raykov & Marcoulides, 2011). Kordustesti tulemusi võib mõjutada kahe testimise vahele jäänud aja pikkus ja/või vastaja seisundi muutus (Raykov & Marcoulides, 2011). Sellegipoolest pole kindlaks määratud optimaalset aega, mis võiks jääda kahe testimise vahele (Raykov & Marcoulides, 2011).

Faktoranalüüsi abil saab vaadelda mõõdiku latentseid konstrukte ja dimensionaalsust (Raykov & Marcoulides, 2011). See on oluline, sest faktoranalüüs võib anda esmase hinnangu, kas mõõdik mõõdab ühte või mitut konstrukti ja pakkuda võimalikke selgitusi vastajate mõõdetud tulemuse kohta (Nunnally, 1978). Töös kasutatakse kinnitavat ja uurivat faktoranalüüsi küsimustike dimensionaalsuse hindamiseks. OASIS struktuuri hindamiseks viidi läbi uuriv ja kinnitav faktoranalüüs. Uuriv faktoranalüüs viidi läbi suurima tõepära meetodil täisnurkse varimax pööramisega, lähtudes varasemast Normani ja kolleegide tööst (2006). Kinnitava faktoranalüüsi abil hinnati kahefaktorilise struktuuri sobivust, mille sobivust kasutati hii-ruut testi, RMSEA, SRMR ja CFI statistilisi näitajaid toetudes varasemale analüüsile (Norman et al., 2011). Kohandatud EEK-2 dimensionaalsuse uurimiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs paraleelanalüüsiga peakomponentide meetodil varimax pööramisega lähtudes Aluoja ja kolleegide (1999) tööst. Autorile teadaolevalt on varasemalt QIDS-SR faktorstruktuuri uuritud vaid peakomponentide meetodil. Rush ja kolleegid (1986) viisid läbi peakomponentide analüüsi, kus faktorite arv piiritleti neljaga. QIDS-SR latentsete muutujate analüüsimiseks viidi antud töös läbi uuriv faktoranalüüs suurima tõepära meetodil kaldsuunalise pööramisega. Tuginedes teooriale võib eeldada, et muutujad on omavahel seotud (Rush et al., 1986).

Valiidsust võib uurida mitmel erineval moel - enim uuritud neist on sisuvaliidsus (*Content Validity*), kriteeriumi valiidsus (*Criterion Validity*) ja konstrukti valiidsus (*Construct Validity*) (Boateng et al., 2018). Töös uuritakse kaasuvat valiidsust, mis kajastab kriteeriumi valiidsust ja eristumist teadaolevate rühmade järgi (*Differentiation by "Known Groups"*), mis peegeldab konstrukti valiidsust. Kriteeriumi valiidsus viitab mil määral suudab uuritud mõõdiku tulemus ennustada mõne teise huvipakkuva mõõdiku tulemusi (Raykov & Marcoulides, 2011). Kaasuva valiidsuse uurimiseks analüüsiti uuritava mõõdiku tulemuste seoseid valdkonnas tunnustatud instrumendi tulemusega kasutades Pearsoni korrelatsioonanalüüsi (Boateng et al., 2018). Võrreldi nii OASIS kui QIDS-SR küsimustike koguskooori korrelatsiooni vastavalt kohandatud EEK-2 ärevuse ja depressiooni alaskaala kogusummaga (Boateng et al., 2018). Enne analüüside läbiviimist kontrolliti küsimustike tulemuste normaaljaotuslikkust.

Konstrukti valiidsus viitab kuivõrd mõõdiku skoor peegeldab konstrukti kirjeldavat käitumist (Raykov & Marcoulides, 2011). Eristumine teadaolevate rühmade järgi väljendab, mil määral mõõdik suudab eristada gruppe, mis teatud tunnuse puhul üksteisest erinevad (McConnell, Kolopack & Davis, 2001; Boateng et al., 2018). Töös mõõdetakse eristumist teadaolevate rühmade järgi kasutades kordumõõtmiste dispersioonanalüüsi (ANOVA). Omavahel võrreldakse noorte QIDS-SR ja OASIS tulemusi enne nõustamist ja pärast sekkumist. Sild (2024) uuring näitab, et noorte keskmised kohandatud EEK-2 skoorid erinesid statistiliselt olulisel määral enne ja pärast nõustamist. See viitab, et kuigi uuritud grupid ei ole üksteisest täielikult sõltumatud, on nende tulemused siiski märkimisväärselt erinevad ja seega on mõõtmised omavahel võrreldavad.

Valim

Üldvalimisse kuulus 363 inimest, kellest 301 olid naissoost (82,92%), 60 meessoost (16,52%) ja 2 ei soovinud oma sugu avaldada. Valimi keskmine vanus oli 21,98 aastat (SD = 2,85). Valimisse kuulusid noored vanuses 15-26 aastat. Vastavalt küsimustiku täitmisele võis valimi sooline jaotus erineda (tabel 1). Vastaja andmed eemaldati, kui QIDS-SR ja EEK-2 või OASIS ja EEK-2 täitmise vahe oli rohkem kui kaks päeva, vastavalt kehtestatud kriteeriumile. Kriteeriumi eesmärk oli tagada küsimustike tulemuste võrreldavuse.

Kordustesti valimi moodustasid vastajad, kes täitsid QIDS-SR, OASIS ja/või kohandatud EEK-2 enne nõustamist ja kuu aega peale nõustamisseansside lõppu. Keskmine aeg, mis jäi kahe täitmise vahele oli nii QIDS-SR kui OASIS puhul 118 päeva. Kohandatud EEK-2 kahe täitmise vahele jäi keskmiselt 121 päeva. QIDS-SR kordustesti valimisse kuulus

119 inimest, kellest 104 oli naissoost (87,4%), 14 meessoost ja 1 ei soovinud sugu avaldada. Vastajate keskmine vanus oli 21,88 aastat. OASIS kordustesti valimis oli 117 inimest, kellest 103 olid naissoost (88,03%), 13 meessoost ja 1 ei soovinud sugu avaldada. Vastajate keskmine vanus oli 21,83 aastat. Kohandatud EEK-2 täitsid 130 inimest, kellest 113 olid naissoost (86,92%), 16 meessoost ja 1 ei soovinud sugu avaldada. Vastajate keskmine vanus oli 21,73 aastat.

Tabel 1.

Valimi demograafilised andmed küsimustike lõikes.

	Kogu valim (n = 363)	EEK (n = 360)	QIDS-SR (n = 359)	OASIS (n = 354)	EEK-2 ja QIDS-SR (n = 350)	EEK-2 ja OASIS (n = 342)
	n = (SD)					
keskmine vanus	21,98 (2,85)	21,97 (2,88)	21,95 (2,88)	21,96 (2,88)	21,92 (2,85)	21,93 (2,85)
sugu						
naine	301	299	298	296	290	285
mees	60	59	59	56	58	55
ei soovi avaldada	2	2	2	2	2	2

Tulemused

Faktorstruktuur

Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (Rush et al., 2003)

QIDS-SR faktorstruktuuri analüüsimiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs suurima tõepära meetodiga (*Maximum likelihood*), kasutades kaldsuunalist pööramist. Faktoranalüüsi sobivuse hindamiseks viidi läbi Bartletti sfäärilisuse ja Kaiser-Meyer-Olkini test. Bartletti sfäärilisuse test näitas, et andmed on omavahel seotud olulisel määral ($\chi^2(120) = 1214,24, p < 0,001$). Kaiser-Meyer-Olkini näitaja oli 0,76, mille hinnangul on andmekogum rahuldav faktoranalüüsiks (Kaiser, 1974). Kaiseri kriteeriumi põhjal eristus 5 faktorit, mille omaväärtus oli suurem kui 1 (tabel 2). 5 faktorit selgitasid 40,3% koguvariatiivsusest. Faktorite omavahelised korrelatsioonid olid vahemikus $r = -0,01-0,6$.

Kõikide sümptomite faktorlaadungid olid üle 0,25. Esimene faktor (F1) sisaldab väiteid depressioonile omase kurnatuse ja meeleolu kohta, kõige tugevamalt laadus küsimus energiataseme kohta. Teine faktor (F2) kirjeldab söögiisu ja kaalu muutustega seotud sümptomeid, näiteks laadus faktori alla kõige tugevamalt sümptom “Suurenenud söögiisu”. Kolmanda faktoris (F3) ei joonistu välja selgelt iseloomustavaid omadusi. Faktorisse kuuluvad nii kognitiivseid, emotsionaalseid kui füsioloogilisi sümptomeid kirjeldavad omadused, kõige tugevamini laadus kolmandasse faktorisse sümptom “Surma-või enesetapumõtted”. Neljas faktor (F4) kirjeldab peamiselt keskendumise ja rahutusega seotud sümptomeid. Viies faktor (F5) sisaldab ööunega seotud sümptomeid, kõige tugevamini laadus küsimus ööune kvaliteedi kohta. Vaadates omaväärtuste graafikut (joonis 1) selgub, et esimene faktor selgitab suurema osa varieeruvusest.

Faktorstruktuuris esines ristlaadumisi. Näiteks sümptom “Keskendumine / otsutamine” laadus nii F1 (0,42) kui F4 (0,39), sisu poolest sobib väide F4 alla. Sümptom “Kurbuse tundmine” seostus nii F1 (0,36) kui F3 (0,49), sisu poolest sobib väide F1 alla. Sümptom “Magama jäämine” laadus nii F1 (0,31) kui F5 (0,31) alla, sobides sisu poolest paremini F5 alla. Sümptom “Vähenenud söögiisu” seostus nii F1 (0,25) kui F2 (-0,50), sobides paremini F2 alla. Sümptom “Kehakaalu langus (viimase 2 nädala jooksul)” laadus nii F1 (-0,28) kui F2 (0,2), sobides paremini F1 alla.

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (Norman et al., 2006)

OASIS faktorstruktuuri uurimiseks viidi läbi uuriv ja kinnitav faktoranalüüs. Uuriv faktoranalüüs näitas ühe faktorilist struktuuri (joonis 2), mis kinnitab varasemalt saadud tulemusi (Norman et al., 2011). Toetudes varasemale tööle otsiti kinnitava faktoranalüüsiga sobivust kahefaktorilisele mudelile, kus faktorid jagunesid vastavalt 1-2 küsimus ja 3-5 küsimus (Norman et al., 2011) (tabel 3). Mudeli sobivus hinnati hii-ruudu testi, juure keskmise ruutvea, (*Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA*), võrdleva sobivusindeksiga (*Comparative Fit Index, CFI*) ja Tucker-Lewis Indeksi järgi. Parameetrite arvutamiseks kasutati diagonaalselt kaalutud vähimruutude meetodit (*Diagonally Weighted Least Squares, DWLS*), sest tunnused olid kategoriaalsed.

Kahe faktoriga mudeli sobivus oli: $\chi^2=8,712$, $df=4$, $p=0,069$. Sobivuse indeksid olid: $RMSEA=0,058$; $CFI=0,998$; $TLI=0,996$; $SRMR=0,315$. Mudel sobitus kahe faktorilise struktuuriga. Faktorite omavaheline korrelatsioon oli $r=0,82$, $p<0,001$.

Kohandatud EEK-2 alaskaalad

Kohandatud EEK-2 alaskaalade uurimisel lähtuti Aluoja ja kolleegide (1999) läbiviidud uurivast faktoranalüüsist. Faktorite arv määratleti paralleelanalüüsil, mis põhines peakomponentide meetodil. Kasutati täisnurkset pööramist varimax meetodil. Andmekogumi sobivuse hindamiseks viidi läbi Bartletti sfäärilisuse ja Kaiser-Meyer-Olkin test, et hinnata andmekogumi sobivust faktoranalüüsi läbiviimiseks. Bartletti sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(171) = 2269,43, p < 0,001$). Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) näitaja oli 0,83, viidates andmete heale sobivusele (Kaiser, 1974). Faktoranalüüsis selgus nelja faktorit (tabel 4), mis selgitasid 45% koguvarieeruvusest. Omaväärtuste graafikult on näha (joonis 3), et esimene ja teine faktor selgitavad suurema osa varieeruvusest.

Esimene faktor (F1) sisaldab väiteid depressiooni kohta, kõige tugevamalt laadus sümptomid “Võimetus tunda rõõmu” ja “Miski ei huvita ega paku rõõmu”. Teine faktor (F2) sisaldab väiteid ärevuse kohta, kõige tugevamalt laadus sümptom “Pingetunne või võimetus lõdvestuda”. Kolmas faktor (F3) sisaldab väiteid agorafobia-paanika kohta, kõige tugevamalt laadus sümptom “Hirm olla tähelepanu keskpunktis”. Neljas faktor (F4) esindab väiteid unetuse kohta, kõige tugevamini laadus sümptom “Rahutu või katkendlik uni”. Sümptom “Kiire ärritumine või vihastamine” ei seostunud tugevalt ühegi faktoriga. Üldjoontes seostusid sümptomid faktoritega vastavalt alaskaalade jaotusele.

Faktorstruktuuris esines ka ristlaadumine. Sümptom “Alaväärsustunne” seostus nii F1 (0,34) kui F3 (0,35), sisu poolest sobib väide paremini F1 alla.

Sisemine reliaablus

Hüpoteeside 1 ja 2 testimiseks vaadati küsimustike sisemist reliaablust. Eestikeelse QIDS-SR sisemine reliaablus oli hea (*Cronbach* $\alpha = 0,73$). OASIS sisemine reliaablus oli samuti hea (*Cronbach* $\alpha = 0,86$). Korduvmõõtmised näitasid, et mõlema küsimustiku usaldusväärsus kasvas aja jooksul: QIDS-SR ($n = 119$) Cronbachi α tõusis alates 0,74 kuni 0,83 ja OASIS ($n = 117$) Cronbachi α tõusis vahemikus 0,83 kuni 0,87. Kohandatud EEK-2 alaskaalad näitasid head sisemist reliaablust: depressioon *Cronbach* $\alpha = 0,84$ ja ärevus *Cronbach* $\alpha = 0,72$.

QIDS-SR korduvmõõtmised korreleerusid positiivselt olulisel määral ($r = 0,59, p < 0,001$). OASIS korduvmõõtmised korreleerusid positiivselt olulisel määral ($r = 0,47, p < 0,001$). Nii kohandatud EEK-2 depressiooni kui ärevuse alaskaala korreleerus korduvmõõtmisel positiivselt olulisel määral vastavalt: depressiooni alaskaala $r = 0,49 (p < 0,001)$ ja ärevuse alaskaala $r = 0,59 (p < 0,001)$.

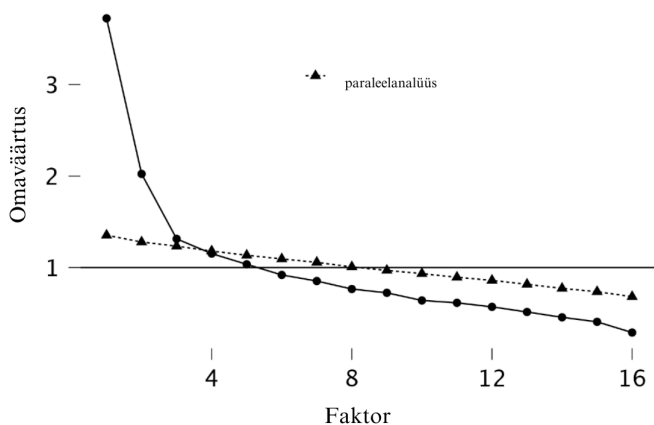
Valiidsus

Hüpoteeside 3 ja 4 testimiseks uuriti küsimustike koguskooride korrelatsioone ja enne ning pärast nõustamisteenust küsimustikke tulemuste keskmiste vahelisi erinevusi. QIDS-SR küsimustiku koguskoor korreleerus positiivselt kohandatud EEK-2 depressiooni alaskaalaga olulisel määral nii üldvalimi ($r = 0,73, p < 0,001$) kui kordusmõõtmise puhul ($n = 119; r = 0,83, p < 0,001$). OASIS küsimustiku koguskoor korreleerus positiivselt kohandatud EEK-2 ärevuse alaskaalaga olulisel määral nii üldvalimil ($r = 0,55, p < 0,001$) kui kordusmõõtmisel ($r = 0,73, p < 0,001$).

Eristumist teadaolevate rühmade järgi võrdluseks kasutati kordusmõõtmiste dispersioonianalüüsi (ANOVA). Tulemustest selgus, et enne nõustamisteenust ja peale teenuse saamist gruppide vahel olid QIDS-SR tulemustes statistiliselt olulised erinevused ($F(2; 118) = 102,1; p < 0,001, \eta^2 = 0,46$). Enne nõustamist keskmine QIDS-SR tulemus oli 11,88 punkti ($SD = 4,83$) peale nõustamist 7,69 ($SD = 5,1$). Ka OASIS enne ja pärast nõustamist vastajate tulemuste vahel oli statistiliselt oluline erinevus ($F(2; 116) = 84,77; p < 0,001, \eta^2 = 0,42$). Enne nõustamist keskmine OASIS tulemus oli 8,2 punkti ($SD = 3,46$) peale nõustamist 5,12 ($SD = 3,51$).

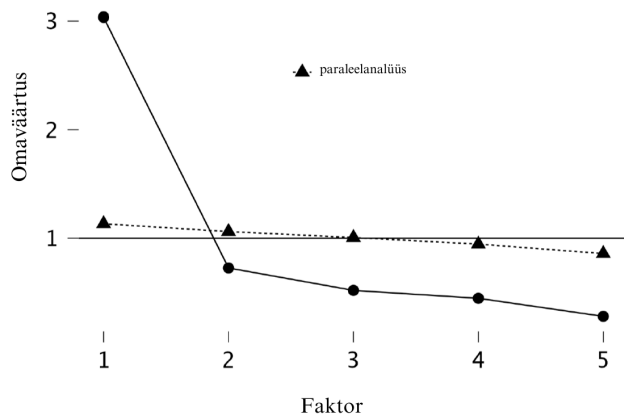
Joonis 1.

QIDS-SR uuriva faktoranalüüsi omaväärtuste graafik.



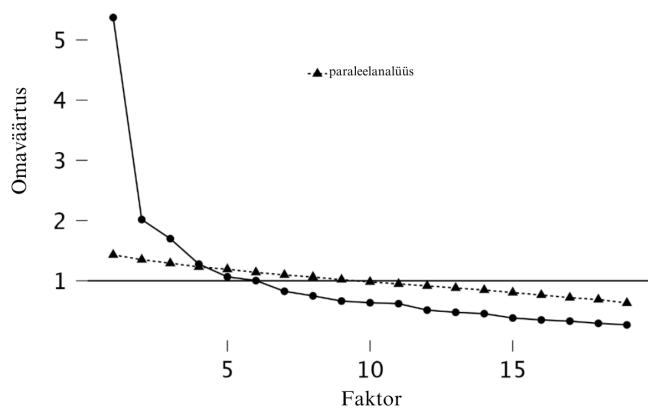
Joonis 2.

OASIS uuriva faktoranalüüsi omaväärtuste graafik.



Joonis 3.

Kohandatud EEK- 2 uuriva faktoranalüüsi omaväärtuste graafik.



Tabel 2.

Eestikeelse QIDS-SR faktorstruktuur omaväärtustega

Küsimused	F1	F2	F3	F4	F5	Unikaalsus
	$\Lambda = 3,72$	$\Lambda = 2,02$	$\Lambda = 1,31$	$\Lambda = 1,15$	$\Lambda = 1,04$	
Energiatase	0,73					0,39
Huvi tundmine	0,62					0,55
Aeglane olek	0,45					0,69
Keskendumine / otsustamine	0,42			0,39		0,59
Kurbuse tundmine	0,36		0,49			0,46
Magama jäämine	0,31				0,31	0,75
Liiga palju magamine	0,26					0,93
Vähenenud söögiisu	0,25	-0,50				0,58
Suurenenud söögiisu		0,90				0,17

Kehakaalu tõus (viimase 2 nädala jooksul)	0,66				0,55
Kehakaalu langus (viimase 2 nädala jooksul)	-0,28	0,20			0,83
Surma- või enesetapumõtted		0,71			0,49
Minapilt		0,49			0,77
Liiga varane ärkamine				0,31	0,80
Rahutu olek			0,72		0,45
Õõuni				0,69	0,55
variatiivsus selgitatud (%)	19,8	10	4,3	3,7	2,5

Märkus: uuriv faktoranalüüs suurima tõepära meetodile kaldsuunalise pööramisega. N=359. F1 = Meeleolu ja energiatase; F2 = Söögiisu ja kehakaalu muutused; F3 = Depressiooni segasümptomid; F4 = Keskendumine ja rahutus; F5 = Õõune kvaliteet.

Tabel 3.

Eestikeelse OASIS kahefaktorilise mudeli faktorlaadungid

Faktor	Küsimused	Faktorlaadung	Std. viga	z-väärtus	p	95% Usaldusintervall	
						ülemine piir	alumine piir
Faktor 1	Kui sageli sa tundsid viimase nädala jooksul ärevust?	0,87	0,03	30,15	< 0,001	0,81	0,92
	Kui tundsid viimase nädala jooksul ärevust, siis kui tugev ja raske see oli?	0,91	0,03	30,15	< 0,001	0,85	0,97
Faktor 2	Kui sageli vältisid viimase nädala jooksul olukordi, kohti, objekte või tegevusi ärevuse või hirmu tõttu?	0,70	0,03	25,8	< 0,001	0,65	0,75
	Kui palju segas ärevus viimase nädala jooksul sinu võimet teha vajalikke asju tööl, koolis või kodus?	0,85	0,03	27,94	< 0,001	0,79	0,91
	Kui palju segas ärevus viimase nädala jooksul sinu sotsiaalset elu ja	0,68	0,03	23,84	< 0,001	0,62	0,73

suhteid?

Märkus: kinnitav faktoranalüüs. N=354.**Tabel 4.***Kohandatud EEK-2 faktorstruktuur omaväärtustega*

Küsimused (alaskaala)	F1	F2	F3	F4	Unikaalsus
	$\Lambda = 5,37$	$\Lambda = 2,02$	$\Lambda = 1,7$	$\Lambda = 1,28$	
Võimetus rõõmu tunda (depr.)	0,77				0,36
Miski ei huvita ega paku rõõmu (depr.)	0,77				0,40
Lootusetus tuleviku suhtes (depr.)	0,71				0,45
Kurvameelsus (depr.)	0,62				0,56
Üksildustunne (depr.)	0,56				0,66
Korduvad surma- või enesetapumõtted (depr.)	0,49				0,71
Enesesüüdistused (depr.)	0,36				0,69
Alaväärsustunne (depr.)	0,34		0,35		0,74
Pingetunne või võimetus lõdvestuda (ärev.)		0,71			0,43
Ülemäärane muretsemine mitme erineva asja pärast (ärev.)		0,64			0,55
Ärevuse- või hirmutunne (ärev.)		0,61			0,54
Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida (ärev.)		0,41			0,78
Kergesti ehmumine (ärev.)		0,35			0,75
Hirm olla tähelepanu keskpunktis (agorafoobia)			0,88		0,20
Hirm suhtlemisel võõraste inimestega (agorafoobia)			0,71		0,47
Rahutu või katkendlik uni (unetus)				0,98	0,01
Uinumisraskused (unetus)				0,56	0,59
Liigvarajane ärkamine (unetus)				0,47	0,74
Kiire ärritumine või vihastamine (ärev.)					0,88
varieeruvus selgitatud (%)	25,5	8,2	7	4,3	

Märkus: uuriv faktoranalüüs paralleelanalüüsiga peakomponentide meetodil. N=360. F1 = Depressioon; F2 = Ärevus; F3 = Agorafoobia-paanika; F4 = Unetus.

Arutelu ja tulemused

Magistritöö eesmärgiks oli QIDS-SR ja OASIS adapteerimine, psühhomeetriliste omaduste hindamine ja küsimustike valideerimine noorte valimil, et täita ennetustegevuses olevaid kitsaskohti. Töös uuriti küsimustike struktuuri, valiidsust ja reliaablust.

Töös sai kinnitus 1. hüpotees ehk eestikeelne QIDS-SR on usaldusväärne mõõtmisinstrument noorte valimil. Usaldusväarsuse hindamiseks uuriti sisemist reliaablust ja kordustesti korrelatsioone. QIDS-SR sisemine reliaablus oli hea (*Cronbach $\alpha = 0,73$*) ja kasvas ajas. Kordustest näitas positiivset korrelatsiooni olulisel määral (*$r = 0,59, p < 0,001$*). Saadud tulemused on kooskõlas varasemate uuringutega. Rush ja kolleegide (2003) uuring näitas, et QIDS-SR sisemine reliaablus kasvas mitme mõõtmise vältel. Varasemad uuringud on näidanud veidi kõrgemat sisemist reliaablust (*$\alpha = 0,86 - 0,89$*), kuid see võib olla tingitud valimi eripäradest või kultuuridevahelistest erinevustest (Rush et al, 2003; Bernstein et al., 2010). Kordustestide tulemustele tuginedes saab väita, et küsimustik on tundlik muutustele.

Eestikeelne OASIS on usaldusväärne mõõtmisinstrument noorte valimil, kinnitades töös seatud 2. hüpoteesi. OASIS sisemine reliaablus oli hea (*Cronbach $\alpha = 0,86$*) ja kasvas mõõtmiste jooksul. Korduvmõõtmiste tulemused oli olulisel määral positiivselt seotud (*$r = 0,47, p < 0,001$*). Sisemine reliaablus kinnitab varasemate töö tulemusi (Farrahi et al., 2021; Norman et al., 2006; Norman et al., 2011). Normani ja kolleegide (2006) töös leitud korustesti reliaablus oli oluliselt kõrgem (*$k = 0,82$*). Tulemusi võis mõjutada kahe mõõtmiskorra vahele jäänud aeg, mis Normani ja kaasautorite (2006) töös oli kuu aega ja antud töös keskmiselt 118 päeva. Kuigi instrumendi usaldusväarsus ei sõltu selle valiidsusest, siis instrument ei saa olla valiidne kui ta ei ole usaldusväärne (Nunnally, 1978). Seega on usaldusväarsuse hindamine üks esimesi samme, mis tagab valiidse mõõtmisvahendi.

Eestikeelne QIDS-SR on valiidne instrument depressiooni sümptomite mõõtmiseks, näidates nii kriteeriumi kui konstrukti valiidsus ja kinnitades 3. hüpoteesi. Kriteeriumi valiidsuse hindamiseks analüüsiti kohandatud EEK-2 depressiooni alaskaala korrelatsiooni QIDS-SR kogusummaga. QIDS-SR tulemused korreleerusid positiivselt olulisel määral kohandatud EEK-2 depressiooni alaskaala skooriga nii üldvalimi kui peale nõustamisteenust täidetud küsimustiku vastajate seas. Tulemused kinnitasid varasemalt tehtud uuringuid (Rush et al., 2003; Zhang et al., 2020). Konstrukti valiidsuse hindamiseks vaadeldi enne ja peale nõustamisteenust täidetud QIDS-SR keskmiste vahelisi erinevusi. Korduvmõõtmiste dispersioonanalüüs näitas, et mõõtmiste omavahelised tulemuste keskmised erinesid olulisel määral, kinnitades instrumendi konstrukti valiidsust.

4. hüpotees sai kinnitust ehk eestikeelne OASIS on valiidne instrument ärevuse sümptomite mõõtmiseks, näidates olulisel määral kriteeriumi ja konstrukti valiidsust. OASIS kriteeriumi valiidsusest on näidanud ka varasemad uuringud korreleerudes, olulisel määral ärevuse küsimustike või alaskaaladega (Norman et al., 2006; Norman et al., 2011; Osma et al., 2022; Farrahi et al., 2021). Töös leitud OASIS ja kohandatud EEK-2 omavaheline korrelatsioon on rahuldav ($r = 0,55, p < 0,001$). Kuigi ka varasemad uuringud on näidanud rahuldavat seost ärevuse sümptomeid mõõtvate küsimustikega (Norman et al., 2006; Farrahi et al., 2021) võib korrelatsiooni mõjutada tõsiasi, et küsimustikud mõõdavad ärevuse eri dimensioone. Näiteks kui EEK-2 keskendub rahutuse või kärsituse tundele ja kergesti ehmumisele, siis OASIS keskendub, mil määral ärevuse tunne segab sotsiaalset elu ja suhteid või võimet teha vajalikke asju. Sellest tulenevalt võib küsimustike omavaheline korrelatsioon olla rahuldav mitte hea või suurepärase. Konstrukti valiidsuse hindamiseks vaadeldi enne ja peale nõustamisteenust täidetud OASIS keskmiste vahelisi erinevusi, mis erinesid omavahel olulisel määral. Chan (2014) on tõdenud, et valiidsus ei puuduta niivõrd mõõdikut, kui otsuseid, mida mõõdiku tulemuste järel tehakse. Seega tuleb tulemuste tõlgendamisel silmas pida, et kui valideeritud instrumenti kasutatakse mitte eesmärgipärasel moel, siis instrument muutub mitte valiidseks (Slattery et al., 2011). Ühtlasi pole valiidsuse uurimine ühekordne tegevus, vaid mõõdiku omadus, mida tuleb järjepidevalt analüüsida (Gehlbach & Brinkworth, 2011).

5. hüpotees leidis kinnitust ehk eestikeelne OASIS koosneb kahest faktorist, mis peegeldavad ärevuse erinevaid dimensioone noorte valimil. Kahefaktorilist struktuuri on näidanud ka varasem uuring (Norman et al., 2011). Siiski lükkasid Normann ja kolleegid (2011) kahefaktorilise mudeli tagasi, toetudes konseptuaalsele põhjendusele - kuna kahe faktori omavaheline korrelatsioon oli kõrge ($r = 0,86$), siis ei erista kaks faktorit piisavalt ärevuse erinevaid dimensioone. Käesolevas töös oli kahe faktori vaheline korrelatsioon samuti kõrge ($r = 0,82, p < 0,001$), mis kinnitavad Normani ja kolleegide (2011) saadud tulemusi. Omaväärtuste graafikult on näha, et 1. faktor selgitab suurema osa variatiivsusest. Töös leidis kinnitust varasema uuringu tulemus, kus uuriva faktori analüüsi tulemus näitas ühe faktorilist struktuuri (Norman et al., 2011).

6. hüpotees ei saanud kinnitust ehk eestikeelne QIDS-SR faktorstruktuur ei koosne neljast faktorist, mis võiks peegeldada depressiooni erinevaid dimensioone. Rush ja kolleegid (1986) teoritiseerisid, et IDS-SR koosneb neljast komponendist jagunedes vastavalt 1) meeleolu sümptomid 2) ärevuse ja hüpohondria sümptomid 3) endogeensed sümptomid (kaalu ja isu langus, unetus) 4) atüüpilised sümptomid (kaalu ja isu tõus, üleliigne unisus).

Käesolevas töös koosneb eestikeelne QIDS-SR struktuur viiest faktorist, kus selgelt eristusid söögiisu ja kaaluga seotud faktor (F2), tähelepanu ja rahutusega seotud faktor (F4) ja ööunega seotud faktor (F5). Ülejäänud faktoritel (F1 ja F3) ei eristunud selgelt iseloomustavaid jooni. Samuti ei paista töös saadud faktorstruktuur sobivat algse teooriaga.

Tulemuste taga võib olla mitu põhjust. Üks tegur võib olla noorte valim ja valimi eripärad ehk suurema tõenäosusega oli küsimustike täitjate seas rohkema depressiooni sümptomaatikaga noori kui tavapopulatsioonis. Fried ja kolleegid (2016) tõid oma töös välja, et depressiooni sümptomite rutiinsed hindamised eeldaksid, et instrumendid, mida kasutatakse, on ühedimensionaalsed, kuid nende uuringu tulemused näitasid, et enamasti koosneb skaalade latentne struktuur vähemalt kolmest faktorist ja sealjuures võib faktorstruktuur ajas muutuda. Samuti võis faktorstruktuuri mõjutada depressiooni sümptomaatika raskusaste, kergema sümptomaatika puhul dimensionaalsus vähenes, kuid instrument ei muutunud ühedimensionaalseks (Fried et al., 2016). Hankin ja kolleegid (2005) nentisid, et psühhopatoloogia kategoriseerimisel tekib teoreetiline kitsaskoht - kas patoloogia väljendab kategooriaid või erinevaid dimensioone? Oma töös seadsid nad eesmärgiks uurida, kas noorte valimil on depressiooni sümptomite puhul tegu kategooriate või dimensionaalse konstruktiga, ja leidsid, et noorte puhul võiks depressioon vaadelda kui dimensiooni, mitte kui eraldiseisvad kategooriaid (Hank et al., 2005). Eeltoodud tulemuste valguses võiksid edasised uuringud keskenduda, milline on üksikute küsimuste mõju lõppskoorile.

Magistritöö piiranguna saab välja tuua, et valim oli kallutatud. Pilootprojekt järgis kvaasi eksperimendi disaini ehk puudus kontrollgrupp ja osalejad ei sattunud nõustamisteenusele juhuslikkuse alusel. Seetõttu ei ole uuringu tulemused üldistatavad, ja tulemuste tõlgendamisel tuleb arvesse võtta võimalikku vastajate kallutatust, mis võib tuleneda eksperimendi disainist. Samuti tuleks arvestada, et valim oli peamiselt naissoost, mis võib mõjutada saadud tulemusi. Kuna töös ei kasutatud kliinilist valimit, ei saanud uurida OASIS ja QIDS-SR äralõikepunkte, tundlikkust ja spetsiifilisust. Valiidsuse uurimisel kasutati kohandatud EEK-2, mis võib mõjutada saadud tulemusi. Kuigi EEK-2 ärevuse alaskaalat kasutati töös kriteeriumina, siis pole autorile teadaolevalt hinnatud põhjalikumalt alaskaala kriteeriumi valiidsust. Samuti ei ole EEK-2 valideeritud noorte valimil, mis võib omakorda mõjutada töös läbiviidud analüüse. Tulevikus võiks jätkata adapteeritud OASIS ja QIDS-SR psühhomeetriliste omaduste uurimist, et parandada käesolevas töös tekkinud kitsaskohti.

Tuginedes eeltoodule, on valiidsuse hindamine järjepidev protsess. Käesolev töö on oluline panus QIDS-SR ja OASIS valiidsuse kinnitamisel, kuid ei tohiks jääda viimaseks.

Jätkuv valiidsuse hindamine tagab, et vaimse tervise valdkonna spetsialistidel on ennetustegevuseks ajakohased ja kvaliteetsed mõõtmisvahendid, mille abil saab teha usaldusväärseid otsuseid.

Kasutatud allikad

Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, *53*(6), 443–449.

<https://doi.org/10.1080/080394899427692>

Balon, R. (2007). Rating Scales for Anxiety/Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, *9*, 271–277. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0032-8>

Beaton, D. E., Bombardier, C., F, Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. In *SPINE* (Vol. 25, Issue 24).

Bernstein, I. H., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Hughes, C. W., Macleod, L., Witte, B. P., Jain, S., Mayes, T. L., & Emslie, G. J. (2010). Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology in adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *19*(4), 185–194. <https://doi.org/10.1002/mpr.321>

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 6). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P., & Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, *112*(1–3), 92–101.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>

Chan, E. K. H. (2014). *Standards and Guidelines for Validation Practices: Development and Evaluation of Measurement Instruments* (pp. 9–24).

https://doi.org/10.1007/978-3-319-07794-9_2

Dowdy, E., Ritchey, K., & Kamphaus, R. W. (2010). School-Based Screening: A Population-Based Approach to Inform and Monitor Children’s Mental Health Needs. *School Mental Health*, *2*(4), 166–176. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9036-3>

Eesti Haigekassa. (2021). *Depressiooniga tööealise inimese raviteekond-kaardistamise ja analüüsi tulemused*.

<https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Depressiooniga%20t%C3%B6%C3%B6ealise%20inimese%20raviteekond.pdf>

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium. (2022). *Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne*. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool.
<https://tai.ee/et/valjaanded/eesti-rahvastiku-vaimse-tervise-uuring-lopparuanne>

El-Den, S., Chen, T. F., Gan, Y. L., Wong, E., & O'Reilly, C. L. (2018). The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* (Vol. 225, pp. 503–522). Elsevier B.V.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.060>

Farrahi, H., Gharraee, B., Oghabian, M. A., Pirmoradi, M. R., Najibi, S. M., & Batouli, S. A. H. (2021). Psychometric properties of the Persian version of the overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(4). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.100674>

Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Epskamp, S., Schoevers, R. A., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). Measuring depression over time...or not? lack of unidimensionality and longitudinal measurement invariance in four common rating scales of depression. *Psychological Assessment*, 28(11), 1354–1367. <https://doi.org/10.1037/pas0000275>

Gehlbach, H., & Brinkworth, M. E. (2011). Measure Twice, Cut Down Error: A Process for Enhancing the Validity of Survey Scales. *Review of General Psychology*, 15(4), 380–387. <https://doi.org/10.1037/a0025704>

Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 96–110. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.96>

Ilves, K., Kubre, M-A., Saapar, M., Ranver, R., Haring, L., Kastepõld-Tõrs, K. (2023). *Välisriikide madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste rakendusmudelite analüüs ja stsenaariumite väljatöötamine astmelise psühholoogilise abisüsteemi rakendamiseks Eestis*. Tartu Ülikool RAKE.
https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2023-03/RAKE_MIPS_1%C3%B5ppraport_ISBN.pdf

JASP Team (2024). JASP (Version 0.18.3) [Arvuti tarkvara]. <https://jasp-stats.org/>

John Rush, A., Carmody, T., & Reimitz, P. E. (2000). The inventory of depressive symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9(2), 45–59.
<https://doi.org/10.1002/mpr.79>

John Rush, A., Giles, D. E., Schlessner, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The inventory for depressive symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, *18*(1), 65–87. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90060-0](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90060-0)

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, *39*(1), 31–36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>

Kalla, K. (2021). *Psühhoteraapia tulemust hindava küsimustiku CORE-OM adapteerimine* [Magistritöö, Tartu Ülikool]. <https://dspace.ut.ee/items/ce3104ab-97df-4ad3-8750-ea21f4dab00e>

Kellner, R., & Uhlenhuth, E. H. (1991). The Rating and Self-rating of Anxiety. In *British Journal of Psychiatry*.

Marshall, M., Lockwood, A., Bradley, C., Adams, C., Joy, C., & Fenton, M. (2000). Unpublished rating scales: A major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *176*(MAR.), 249–252. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.249>

McConnell, S., Kolopack, P., & Davis, A. M. (2001). The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): a review of its utility and measurement properties. *Arthritis and rheumatism*, *45*(5), 453–461. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200110\)45:5<453::aid-art365>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200110)45:5<453::aid-art365>3.0.co;2-w)

Neemre, M. (2021) *Ärevustundlikkuse mõõtevahendi ASI-3 kohandamine ja valideerimine eesti keelde* [Uurimistö, Tartu Ülikool]. <https://dspace.ut.ee/items/aba2b521-2b24-4fe0-a9d8-68ceafeb1630>

Norman, S. B., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C. A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. C., & Stein, M. B. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: The overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, *45*(2), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.011>

Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, *23*(4), 245–249. <https://doi.org/10.1002/da.20182>

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory Second Edition*. McGraw-Hill Book Company

Oja, L., Piksööt, J., Haav, A., Kasvandik, L., Mäll, T., Rahno, J., Saamel, M., Siilbek, E., Talvik, A., & Vorobjov, S. (2023). *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine 2021/2022. õppeaasta raport*.

Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2022). Spanish adaptation of the overall anxiety and depression severity and impairment scales in university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010345>

Raykov, T., Marcoulides, G. (2011). *Introduction to Psychometric Theory*. Routledge, Taylor & Francis Group.

RStudio Team. (2021). RStudio: Integrated Development Environment for R (Version 2023.12.1+402) [Arvuti tarkvara]. RStudio, PBC. <https://www.rstudio.com/>

Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. In *Psychological Medicine* (Vol. 26).

Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Ninan, P. T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Keller, M. B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): A Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression. *Biol Psychiatry*, 54, 573–583. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)01866-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)01866-8)

Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum. (2019, 21. november). *Ettepanek vaimse tervise valdkonnas osutatavate teenuste arendamiseks* [avalik pöördumine]. <https://adr.rik.ee/som/dokument/6882978>

Sild, M (2024). *Peaasi.ee noortekeskuse Peahea nõustamisteenuse mõju 16-26 aastaste noorte vaimsele tervisele* [avaldamata magistritöö]. Tartu Ülikool

Sisask, M. (toim). (2023). *Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu*. Tallinn: SA Eesti Koostöö Kogu. <https://doi.org/10.58009/aere-perennius0043>

Slattery, E. L., Voelker, C. C. J., Nussenbaum, B., Rich, J. T., Paniello, R. C., & Neely, J. G. (2011). A practical guide to surveys and questionnaires. In *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* (Vol. 144, Issue 6, pp. 831–837). <https://doi.org/10.1177/0194599811399724>

Sotsiaalministeerium. (2020). *Vaimse tervise roheline raamat*. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. In *International journal of medical education* (Vol. 2, pp. 53–55). <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

Tervise Arengu Instituut (2024, 24. aprill) *Tervisesõnastik*.
https://terviseonastik.tai.ee/terviseonastik?alphabetical_group=6

Tervisekassa. (k. p.). *Tervisekassa arengukava 2022-2025*.
<https://www.tervisekassa.ee/media/464/download?inline>

tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool.

Viljus, S. (2013). *Adjustment Disorder New Module: The Adaptation and Validation of a Self-Report Questionnaire for the Assessment of Adjustment Disorder* [Magistritöö, Tartu Ülikool]. <https://dspace.ut.ee/items/d39d28bc-1675-4b1d-a9d2-9bd99f4294f8>

Zhang, W. Y., Zhao, Y. J., Zhang, Y., He, F., Pan, H. Q., Cheung, T., Ungvari, G. S., Li, S. Y., & Xiang, Y. T. (2020). Psychometric Properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (QIDS-SR) in Depressed Adolescents. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.598609>

Zuckerbrot, R. A., & Jensen, P. S. (2006). Improving Recognition of Adolescent Depression in Primary Care. In *Arch Pediatr Adolesc Med* (Vol. 160).

Ööpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., & Maaros, H. I. (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice, 23*(6), 693–698. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml052>

Lisad

Lisa 1. Kohandatud EEK-2

Emotsionaalse enesetunde küsimustik

Lühendatud versioon.

Allikas: Tartu Ülikooli Kliinikum:

A. Aluoja, J. Shlik, V. Vasar, K. Luuk, M. Leinsalu (1999)

1	Kurvameelsus	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
2	Kiire ärritumine või vihastamine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
3	Miski ei huvita ega paku rõõmu	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
4	Alaväärsustunne	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
5	Enesesüüdistused	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
6	Korduvad surma-või enesetapumõtted	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
7	Uinumiskraskused	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
8	Rahutu või katkendlik uni	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
9	Liigvarajane ärkamine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
10	Ülemäärane unevajadus	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
11	Isutus	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
12	Ülemäärane söögiisu	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
13	Üksildustunne	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
14	Lootusetus tuleviku suhtes	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt

15	Võimetus rõõmu tunda	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
16	Ärevuse-või hirmutunne	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
17	Pingetunne või võimetus lõdvestuda	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
18	Ülemäärane muretsimine mitme erineva asja pärast	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
19	Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
20	Kergesti ehmumine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
21	Hirm olla tähelepanu keskpunktis	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
22	Hirm suhtlemisel võõraste inimestega	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt
23	Tõsise ja arstide poolt diagnoosimata haiguse olemasolu kahtlustamine või kartmine	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sagedasti	Pidevalt

Lisa 2. Eestikeelne QIDS-SR**QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)
(QIDS-SR)**

Palun tõmba iga teema juures ring ümber väitele, mis iseloomustab su viimast 7 päeva kõige paremini.

Magama jäämine:

- 0 Mul ei lähe uinumiseks kunagi kauem kui 30 minutit.
- 1 Mul kulub vähem kui pooltel kordadel uinumiseks vähemalt 30 minutit.
- 2 Mul kulub rohkem kui pooltel kordadel uinumiseks vähemalt 30 minutit.
- 3 Mul kulub rohkem kui pooltel kordadel uinumiseks vähemalt 60 minutit

Ööuni:

- 0 Ma ei ärka öösiti üles.
- 1 Mul on öösiti rahutu, paari põgusa ärkamisega pinnapealne uni .
- 2 Ärkan öösel vähemalt korra, kuid jään kiiresti uuesti magama.
- 3 Rohkem kui pooltel kordadel ärkan öö jooksul üles mitu korda ning olen ärkvel kauem kui 20 minutit.

Liiga varane ärkamine:

- 0 Enamasti ärkan mitte rohkem kui 30 minutit enne seda, kui pean üles tõusma.
- 1 Enam kui pooltel kordadel ärkan rohkem kui 30 minutit enne seda, kui pean üles tõusma.
- 2 Ärkan peaaegu alati vähemalt tund aega varem kui vaja, aga jään siiski uuesti magama.
- 3 Ärkan vähemalt tund aega varem kui vaja ega jää uuesti magama.

Liiga palju magamine:

- 0 Ma ei maga öösiti rohkem kui 7-8 tundi, päeval ei tee uinakuid.
- 1 Ma ei maga rohkem kui 10 tundi 24 tunni jooksul, arvestades ka uinakuid.
- 2 Ma ei maga rohkem kui 12 tundi 24 tunni jooksul, arvestades ka uinakuid.
- 3 Magan rohkem kui 12 tundi 24 tunni jooksul, arvestades ka uinakuid.

Kurbuse tundmine:

0 Ma ei ole kurb.

1 Ma olen kurb vähem kui pool ajast.

2 Ma olen kurb rohkem kui pool ajast.

3 Ma olen peaaegu kogu aeg kurb.

Vähenenud söögiisu:

0 Mu tavapärane söögiisu ei ole muutunud.

1 Ma sünn natuke harvemini või väiksemas koguses kui tavaliselt.

2 Ma sünn palju vähem kui tavaliselt ja sedagi pingutusega.

3 Ma sünn 24 tunni jooksul harva ja ainult äärmise pingutusega või siis, kui teised veenavad mind süöma.

Suurenenud söögiisu:

0 Mu tavapärane söögiisu ei ole muutunud.

1 Ma sünn vajadust süta sagedamini kui tavaliselt.

2 Ma sünn pidevalt sagedamini ja/või suuremas koguses toitu kui tavaliselt.

3 Ma sünn ülesöömise vajadust nii toidukordade ajal kui ka nende vahel.

Kehakaalu langus (viimase 2 nädala jooksul):

0 Mu kehakaal ei ole muutunud.

1 Mulle tundub, et mu kehakaal on natuke langenud.

2 Mu kaal on langenud 1 kg või rohkem.

3 Mu kaal on langenud 2,5 kg või rohkem.

Kehakaalu tõus (viimase 2 nädala jooksul):

0 Mu kehakaal ei ole muutunud.

1 Mulle tundub, et mu kehakaal on natuke tõusnud.

2 Mu kaal on tõusnud 1 kg või rohkem.

3 Mu kaal on tõusnud 2,5 kg või rohkem.

Keskendumine/otsustamine:

0 Mu tavapärane võime keskenduda ja otsustada ei ole muutunud.

1 Ma sünn end aeg-ajalt otsustusvõimetuna või märkan, et mu tähelepanu on hajunud.

2 Mul on enamasti raske oma tähelepanu koondada või otsuseid teha.

3 Ma ei suuda piisavalt keskenduda, et lugeda või teha kasvõi pisemaidki otsuseid.

Minapilt:

0 Ma pean ennast sama väärtuslikuks kui teisi inimesi.

1 Ma süüdistan ennast rohkem kui tavaliselt.

2 Ma üldiselt usun, et tekitan teistele probleeme.

3 Ma mõtlen peaaegu kogu aeg enda suuremate ja väiksemate puuduste peale.

Surma- või enesetapumõtted:

0 Ma ei mõtle enesetapule ega surmale

1 Ma tunnen, et elu on tühi, või mõtisklen, kas see on elamist väärt.

2 Ma mõtlen enesetapule või surmale mitu korda nädalas, mitmeid minutieid järjest.

3 Ma mõtlen enesetapule või surmale mitu korda päevas üksikasjalikult, või olen teinud täpseid enesetapuplaane või olen püüdnud endalt elu võtta.

Huvi tundmine:

0 Minu huvi teiste inimeste või tegevuste vastu ei ole tavapärasega võrreldes muutunud.

1 Märkan, et olen inimestest või tegevustest vähem huvitatud.

2 Olen tähele pannud, et mul on huvi ainult ühe või kahe varasema tegevuse vastu.

3 Mul ei ole praktiliselt mingit huvi varasemate tegevuste vastu.

Energiatase:

0 Mu tavaline energiatase ei ole muutunud.

1 Ma väsin kiiremini kui tavaliselt.

2 Mul on vaja kõvasti pingutada, et alustada või lõpetada enda igapäevaseid tegevusi (kodused ülesanded, poes käimine, toidu valmistamine, tööl käimine)

3 Ma tõesti ei suuda enamikku oma tavapärastest igapäevastest tegevustest teoks teha, sest mul lihtsalt ei ole energiat.

Aeglane olek:

0 Ma mõtlen, räägin ja liigutan enda tavalisel kiirusel.

1 Mulle tundub, et mu mõtlemine on aeglustunud või mu hääl kõlab tuhmilt ja kõlatult.

2 Mul kulub enamikele küsimustele vastamiseks mitmeid sekundeid ja ma olen kindel, et minu mõtlemine on aeglustunud.

3 Ma olen tihti võimetu vastama küsimustele ilma äärmise pingutuseta.

Rahutu olek:

0 Ma ei tunne end rahutult.

1 Ma tihti nihelen, murran käsi või pean muutma enda istumisasendit.

2 Mul on tung ringi liikuda ja olen üsna rahutu.

3 Mõnikord ma ei suuda paigal istuda ja pean ringi tammuma.

Hindamine

Igale neljast võimalikust vastusevariandist antakse kasvav numbriline väärtus vahemikus 0 kuni 3. Testi koondtulemus leitakse allpool esitatud hindamise summa arvutamise teel.

Lõpliku tulemuse tõlgendamiseks vaadake sõeltesti punktivahemike tabelit.

0–5, depressioon on ebatõenäoline

6–10, tõenäoliselt kerge depressioon

11–15, mõõdukas depressioon

16–20, raske depressioon

21 või rohkem, väga raske depressioon

Lisa 3. Eestikeelne OASIS

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)

Järgnevad küsimused on ärevuse ja hirmu kohta. Sümptomitena võib esineda paanikahooge, olukorrapõhist ärevust, muresid, mälupilte, liigset valvelolekut või ehmumist. Märki vastus kõigile küsimustele. Iga küsimuse juures tõmba ring ümber numbrile, mille järel olev vastus iseloomustab kõige paremini su viimase nädala jooksul kogetut.

1. Kui sageli sa tundsid viimase nädala jooksul ärevust?

0 = Üldse ei tundnud ärevust.

1 = Harva. Tundsin ärevust paar korda.

2 = Mõnikord. Tundsin ärevust pool ajast. Oli raske rahuneda.

3 = Sageli. Tundsin ärevust enamiku ajast. Oli väga raske rahuneda.

4 = Pidevalt. Tundsin ärevust kogu aeg. Ei suutnud kordagi päriselt rahuneda.

2. Kui tundsid viimase nädala jooksul ärevust, siis kui tugev ja raske see oli?

0 = Nõrk või olematu: Ärevust ei olnud või see oli vaevu märgatav.

1 = Kerge: Ärevuse tase oli madal. Oli võimalik rahuneda, kui seda proovisin. Füüsilised sümptomid tekitasid ainult natuke ebamugavust.

2 = Keskmine: Ärevus oli kohati häiriv. Oli raske rahuneda ja keskenduda, kuid suutsin seda siiski teha, kui proovisin. Füüsilised sümptomid tekitasid ebamugavust.

3 = Raske: Ärevus oli enamiku ajast tugev. Oli väga raske rahuneda või millelegi muule keskenduda. Füüsilised sümptomid tekitasid suurt ebamugavust.

4 = Äärmiselt raske: Ärevus oli kõikehõlmav. Oli võimatu rahuneda. Füüsilised sümptomid olid väljakannatamatud.

3. Kui sageli vältisid viimase nädala jooksul olukordi, kohti, objekte või tegevusi ärevuse või hirmu tõttu?

0 = Üldse mitte: Ma ei väldi kohti, olukordi, tegevusi ega asju hirmu tõttu.

1 = Harva: Ma vahetevahel väldin midagi, aga üldiselt seisan olukorraga või objektiga silmitsi. See ei mõjuta mu elu.

2 = Mõnikord: Mul on veidi hirm teatud olukordade, kohtade, objektide või tegevuste ees, aga tulen sellega toime. See on mu elu ainult natuke mõjutanud. Üksi olles väldin alati või peaaegu alati asju, mille ees mul on hirm, aga kellegagi koos saan hakkama.

3 = Sageli: Mul on märkimisväärne hirm ja ma väga proovin vältida asju, mis mind hirmutavad. Olen teinud oma elus olulisi muudatusi, et selliseid olukordi, kohti, objekte või tegevusi vältida.

4 = Pidevalt: Olukordade, kohtade, objektide või tegevuste vältimine on terve mu elu üle võtnud. Mu elu on põhjalikult muutunud ja ma ei tee enam asju, mida varem nautisin.

4. Kui palju segas ärevus viimase nädala jooksul sinu võimet teha vajalikke asju tööl, koolis või kodus?

0 = Üldse mitte: Ärevus ei seganud tööl/kodus/koolis.

1 = Natuke: Ärevus segas mõningal määral tööl/kodus/koolis. Asju on raskem teha, kuid kõik vajalik saab siiski tehtud.

2 = Keskmiselt: Ärevus kindlasti segab ülesannete täitmist. Enamik asju saab endiselt tehtud, aga vähesed neist sama hästi kui enne.

3 = Palju: Ärevus on mu tegutsemisvõimet tõsiselt mõjutanud. Mõned ülesanded saavad endiselt tehtud, aga paljud mitte. Mu sooritusvõime on kindlasti kannatanud.

4 = Äärmiselt palju: Ärevus on mu halvanud. Ma ei suuda täita ülesandeid ja olen pidanud koolist ära tulema või tööst ilma jäänud, või ei ole suutnud täita enda kohustusi ja näiteks võlgadesse sattunud või kodu kaotanud.

5. Kui palju segas ärevus viimase nädala jooksul sinu sotsiaalset elu ja suhteid?

0 = Üldse mitte. Ärevus ei sega mu suhteid.

1 = Natuke: Ärevus natuke segab mu suhteid. Mõned mu sõprus- ja muud suhted on kannatanud, kuid üldiselt on mu sotsiaalne elu siiski rahuldust pakkuv.

2 = Keskmiselt: Ärevus on mõnevõrra seganud mu sotsiaalset elu, aga mul on endiselt mõned lähedased suhted. Ma ei veeda teistega nii palju aega kui varem, aga siiani vahetevahel suhtlen.

3 = Palju: Minu sõprus- ja muud suhted on ärevuse tõttu palju kannatanud. Mulle ei meeldi sotsiaalsed tegevused. Ma suhtlen väga vähe.

4 = Äärmiselt palju: Ärevus on täielikult katkestanud mu sotsiaalse elu. Kõik mu suhted on kannatanud või katkenud. Mu pereelu on äärmiselt pingeline.

Tänuõnad

Tahan siiralt tänada oma juhendajat Kariina Laasi, kelle toetus on olnud hindamatu. Tänan kolleege ja Peahea pilootprojekti teadustrühmaliikmeid Minna Silda ja Ethel Rosenfeldi järjepideva motiveerimise ning suurepärase arutelude eest. Soovin tänada head kolleegi, mõttekaaslast ja sõpra Andreas Holsti, kelle tarmuka juhtimiseta ei oleks Peahea pilootprojekti ega käesolevat magistritööd juhtunud.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anna Leena Koržets

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose *Depressiooni sümptomite QIDS-SR ja ärevuse sümptomite OASIS mõõtevahendite adapteerimine ja psühhomeetriliste omaduste hindamine*, mille juhendaja on Kariina Laas 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 4.0, 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.

Anna Leena Koržets

12.05.2024.