

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Kalle Kallas

PSÜHHOTERAAPIA TULEMUST HINDAVA KÜSIMUSTIKU CORE-OM
ADAPTEERIMINE

Magistritöö

Juhendajad: Astra Schults (PhD), Prof. Chris Evans

Läbiv pealkiri: CORE-OM adapteerimine

Tartu 2021

Psühhoteraapia tulemust hindava küsimustiku CORE-OM adapteerimine**LÜHIKOKKUVÕTE**

CORE-OM on 34 enesekohase väitega küsimustik psühhiaatriliste patsientide muutuste hindamiseks. Seda on tõlgitud enam kui 30 keelde, kuid Euroopa keeltest on puudu eestikeelne versioon. Käesoleva töö eesmärk oli tõlkida CORE-OM küsimustik eesti keelde ning testida eestikeelse küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi: hinnata usaldusväärsust, sisereleiaablust ja kaasnevat valiidsust. Tõlge teostati küsimustiku algautorite juhiste tuginedes ja koostöös ühe algautoriga. Uuring viidi läbi uuringute keskkonnas Kaemus. Magistritöös kasutati mugavusvalimit ($N = 386$), kes täitsid kaasneva valiidsuse tuvastamiseks EEK-2 ja WHO-5 küsimustikke ja osalesid soovi korral CORE-OM kordustäitmisel ($N = 201$). Kõikide alamdomeenide puhul leiti head sisereleiaabluskoeffitsiendid, küsimustik näitas ka väga head kordustäitmise reliaablust. CORE-OM üldtulemused korreleerusid väga tugevalt EEK-2 ja WHO-5 tulemustega. Kinnitava faktoranalüüsiga ei leitud kinnitust esialgsele 4 domeeniga struktuurile. Töö käigus ei tuvastatud olulisi erinevusi meeste ja naiste mediaantulemuste vahel. Leiti, et kõrgema haridusega inimesed raporteerisid keskmiselt teistest madalamat psühholoogilist distressi. Samuti leiti, et kõige nooremasse vanusegruppi kuulunud inimeste keskmine distressihinnang oli teiste vanusegruppide hinnangust kõrgem. Eestikeelne CORE-OM on usaldusväärne ja paljulubav küsimustik mitte-kliinilise valimi skriinimiseks ning seda sobib kliinilise rühmaga katsetada. Eestikeelse küsimustiku lõikepunktide määramiseks ja teraapia tulemuse hindamisväärtuse kinnitamiseks on vaja läbi viia uuring kliinilise- ja suurema üldpopulatsiooni valimiga.

Märksõnad: CORE-OM, psühhoteraapia, adapteerimine, valideerimine

Questionnaire for assessment of psychotherapy outcome: Adaptation of CORE-OM**ABSTRACT**

CORE-OM is a 34-item self-report instrument created for measuring change in psychiatric patients. The questionnaire has been translated into more than 30 languages, translation into Estonian is still missing among European languages. The purpose of current thesis is to translate the CORE-OM questionnaire into Estonian and to test its psychometric properties: reliability, internal consistency, and convergent validity. The translation was produced according to the instructions of the original authors and in cooperation with one original author. The research was conducted in the research portal Kaemus. A convenient sample of $N = 386$ filled the EST-Q2 and WHO-5 questionnaires for convergent validity, the participants also had the option to take part in test-retest ($N = 201$). All subdomains demonstrated good coefficients of internal consistency, the CORE-OM proved very good test-retest stability. Total scores correlated very strongly with the scores of EST-Q2 and WHO-5. The original 4-domain factor structure could not be replicated with the Estonian CORE-OM. This work did not discover any significant differences between the median scores of men and women. People with higher levels of education reported lower levels of psychological distress. Participants from the youngest age group reported the highest levels of distress. Estonian CORE-OM is a reliable and promising questionnaire for screening psychological distress in non-clinical population, it is also suitable to be tested with clinical sample. In order to calculate the cut-off points for the Estonian measure, and in order to confirm its quality as a therapy outcome measure, a research with a clinical, and a larger general population sample has to be undertaken.

Keywords: CORE-OM, psychotherapy, adaptation, validation

SISSEJUHATUS

Psühholoogilised probleemid ja nende tuvastamine

Vaimne tervis on lahutamatu ja hädavajalik osa inimese tervisest, see kujuneb sotsiaalsete, psühholoogiliste, bioloogiliste ja keskkondlike tegurite koosmõjul (WHO, 2018). Rohkem kui pooled vaimse tervise probleemid avalduvad 14. elusaastaks (nt de Girolamo et al., 2012; Kessler & Wang, 2008). Üks kuuest inimesest Maal on 10 - 19 aastane, 10 - 20% neist esineb vaimse tervise probleeme, mis tihti jäävad diagnoosimata ja seetõttu ka ravimata (WHO, 2020). Globaalselt on leitud 20 - 30 aastaste DSM-häirete (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) 12-kuu levimuseks 20%, sagedasimateks sealjuures ärevushäired, neile järgnevad meeleoluhäired ja ainete tarvitamisega seotud häired (Auerbach et al., 2016). Vaimse tervise probleemide levimuse suurenemisega (Czeisler et al., 2020; Duffy et al., 2019; MHA, 2021; Xiao et al., 2017) kaasnevad tagajärjed mõjutavad ülemaailmset tervist, sotsiaalseid süsteeme, inimõiguseid ja majandust (WHO, 2019).

Viimase kümnendi jooksul on märgatavalt tõusnud teadmiste hulk, mida ette võtta vaimse tervise probleemidega (nt APS, 2018). Kasutusel on suur hulk tõhusaid sekkumisi, millega ära hoida suitsiidi, ravida või ära hoida laste vaimse tervise probleeme, ravida või ära hoida dementsust ja ravida sõltuvusainete tarvitamisest tingitud häireid (WHO, 2018), lisaks meetodeid millega vähendada vaimse tervise probleemidega kaasnevaid kannatusi (WHO, 2019). Samas ilmneb, et tervishoiusüsteemid ei ole piisaval määral töötanud vaimse tervise probleemide vähendamise suunas, nimelt 76 - 85% vaimse tervise probleemidega inimestest madala või keskmise sissetulekuga riikidega jäävad abist ilma (Wang et al., 2007). Veel suurem probleem seisneb aga selles, et saadud abi ei põhine parimale teadaolevale tõendusepõhisele teadmisele (vt Kohl et al., 2009; Raghavan et al., 2010; Zima et al., 2005; Wang et al., 2000; WHO, 2019).

Psühhoteraapia tulemuslikkus

Teraapia abil aitavad psühholoogid igas vanuses inimestel elada õnnelikumat, tervemat ja produktiivsemat elu. Psühholoogid kasutavad teaduspõhiseid tehnikaid, aidates inimestel seeläbi eluks arendada tõhusamaid harjumusi (APA, 2021). Teaduskirjandusest võib leida hoomamatul määral uurimusi või ülevaateartikleid, milledes erinevate lähenemiste eripärasid, mõjusid ja tulemuslikkust mõjutavaid tegureid on uuritud. Näiteks, Hussong ja Micucci (2020) leidsid, et huumoril võib olla nii positiivne kui ka negatiivne mõju teraapiale.

Mittetraditsioonilised vaimse tervise sekkumised võivad kliendile positiivselt mõjuda (Arnett, 2005) ja kui üldiselt sekkumisi mingil viisil võrrelda, siis peetakse kognitiiv-käitumuslik teraapia hetkel kasutusel olevate teraapiate *kuldstandardiks* (David et al., 2018). Üks osa klientidest saavutab suurt ja püsivat edu juba teraapia alguses (Aderka et al., 2012; Tang & DeRubeis, 1999), samas leidub kliente, kelle puhul ei ole olulist edu võimalik täheldada ja pärast teraapia lõppu otsivad nad uuesti abi mõnest muust sekkumisest (Knekt et al., 2011). USA noorte puhul leiti, et keskmiselt osaletakse 3,9 teraapiaseansil (Harpaz-Rotem et al., 2004), modaalne osaletud seansside arv on aga 1 (Hoyt et al., 2018). Samas, ühekordsed teraapiaseansid leiavad üha enam teaduslikku toetust, olles tõhusad nii sümptomite vähendamisel kui ka erinevat laadi psühhopaatoloogiate ennetamisel (Schleider et al., 2020). Kõikide nende kirjutatud ja kirjutamata võimaluste maailmas tekib küsimus, kuidas saaksid psühholoogid, kes lähtuvad oma töös erinevatest teooriatest ja teevad tööd erinevates tingimustes, adekvaatset tagasisidet (Evans et al., 2000).

Kliiniline praktika näitab, et ükski teraapia ei tule samavõrra kasuks kõikidel klientidel ega kõikides olukordades, isegi kui see mõnel juhul toimib suurepäraselt. See tähendab, et ükski teraapia pole kõikidele klientidele võrdväärse mõjuga. Näiteks, teatud spetsiifiliste foobiate puhul võib saada abi ühekordsest sekkumisest (nt eksponeerimisseanss; Davis et al., 2012), samuti võib ühekordse sekkumisega luua muutust käitumishäirega noortes (Meija et al., 2015). Samas, kui depressiooni korral viidi läbi ühekordne sekkumine leiti, et selline sekkumine võib kliendil sümptomite avaldumist hoopis suurendada (Calvete et al., 2019). Seepärast on vajalik iga kliendi jaoks sobiv teooria ja hoiak valida ning kliendi olusid arvestav suhe kujundada, sest seeläbi saab sekkumine kõige tulemuslikum ja sobib nii kliendile kui ka psühholoogile (Norcross, 2011). Otsuste tegemise protsesse uurides on leitud, et psühholoogid tuginevad oma töös suuresti “kirja pandule” ja “tüüpilistele juhtumitele”, mis annavad neile ettekujutuse, kuidas sekkumine kliendi puhul aja kulgedes toimida ja areneda võib (Fishman, 1999; Mattingly, 1998). Seda arvesse võttes on ülioluline, et psühholoogid teraapia edenemist mõõdaksid, selliselt saab jälgida, kas teraapia on liikumas õiges ja soovitud suunas (McLeod, 2017).

Suur osa teraapia mõju uurivast kirjandusest hindab psühholoogi mõju suuruseks 5 - 8%, valitud teraapia või sellest kinni pidamine osutusid aga 0% mõjuga teguriteks teraapia tulemuse juures (Baldwin & Imel, 2013; Kim et al., 2006; Lutz et al., 2007). Norcross (2011) uuris teraapia tulemust mõjutavaid faktoreid ja leidis, et 40% teguritest ei osata veel seletada, 30% tulemusest sõltub kliendi osavõtlikkusest (nt häire raskusaste) ja 12% terapeutilisest

suhtest. Ilmneb, et valitud teraapiast olulisem on teenust pakkuv psühholoog ja terapeutilise suhte stiil. Konkreetseid psühholoogi omadusi uurides on leitud, et positiivselt mõjuvad psühholoogi paindlikkus, ausus, lugupidav käitumine, usaldusväärsus, enesekindlus, soojus ning huvitatud ja avatud olek (Ackerman & Hilsenroth, 2001), negatiivselt mõjuvad aga paindumatus, ebakindlus, kriitilisus, distantse hoidmine ning pinges ja segaduses olemine (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Uuritud on ka psühholoogide enda hinnanguid oma teraapia oskustele ja saadi teada, et üle 90% hindas end 75 või üle protsentiili, samal ajal hindasid kõik psühholoogid end 50 või üle protsentiili (Walfish et al., 2012). Mõned teraapiad sobivad teatud vaimse tervise probleemidega töötamiseks paremini, kuid kui teraapia on läbi viidud heas usus ja parimate kavatsustega on nende teraapiate tõhusus sarnane. Seda eeldusel, et psühholoogi poolt läbiviidud teraapia on tuvastatud ja kontrollitud (Wampold & Imel, 2015). Sellisele arusaamale viitas juba Rosenzweig (1936) oma “Dodo Linnu otsuses” (“*Dodo Bird Verdict*”), mille järgi on sisult ja vormilt erinevad psühholoogilise teraapia lähenemised võrdväärse mõjuga. Michels (1984) arutles samuti, et kõige lihtsam teraapiat läbi viia on selliselt, kui kõiki kliente ja nende probleeme võtta samaväärsetena ning töövahendina nende klientide aitamiseks kasutada ühte standard teraapiat või teraapiatesegu. Selliselt võib jääda klient tema jaoks kõige mõjusamat teraapiast ilma, sest sekkumine ei arvesta kliendi eripärasid. Ühelt poolt teraapiale truiks jäämine, teiselt kliendi eripärade järgi häälestumine loovad omakorda kliinilise dilemma (Norcross et al., 2017). On leitud, et kliendi kõikide eripäradega arvestamine on kliendi jaoks küll kõige efektiivsem, samas standardne protseduur on globaalselt kõige tulemuslikum (Yulish et al., 2017). Kliendipõhise lähenemise ja teadusliku järjepidevuse vahel on vaja leida tasakaal (Chu & Leino, 2017).

Teraapia kliendipõhisuse üle arutles juba Paul (1967, p.111), kui küsis, et “milline teraapia, millistes tingimustes ja kelle poolt läbi viiduna on kõige suurema mõjuga just sellele indiviidile, selle konkreetse probleemiga.” Kvaliteedikontroll või teraapia mõju hindamine muutusid oluliseks, et vaimse tervise teenused, ennekõike pakutav teraapia saaks kvaliteetselt hinnatud ja seeläbi oleksid nii psühholoog kui teraapia pidevas arenemises. Seda nõudsid ka vaimse tervise teenuse eest maksjad, et saada tõendust teraapia mõjust kliendile (Maruish, 1994; Ogles et al., 1996). Kliendi talitlemist on vaja hinnata enne ja pärast sekkumist, vastasel juhul ei ole võimalik pakutud teenuse mõju välja selgitada (Campbell & Stanley, 1963). Teraapia edenemise ja teraapia lõpptulemuse hindamine on tõendus põhise lähenemise lahutamatud ja olulised osad (Tasca et al., 2019), selline hindamine aitab seostada läbi viidud teraapiat vaimse tervise paranemisega (Trauer, 2010).

Psühhoteraapiate tulemuslikkuse mõõtmine

Psühhoteraapia kasu hinnatakse peamiselt tõhususe või mõju hindamise ja meta-analüüsidega. Tõhusus (*efficacy*) näitab võimet saada teraapiast kasu olukorras, kus seda rakendatakse struktureeritud ja kontrollitud tingimustes. Teraapia tõhusus tähendab, et soovitud käitumise muutuse, sümptomi/häire ilmnemise ja sekkumise vahel on võimalik tuvastada põhjuslik seos (Thomas, 2006). Tõhusust käsitletakse ennekõike keskmise kliendi kontekstis ehk kas tema puhul on võimalik teraapiaga muutust saavutada (Andrews, 1999). Keskmist klienti ei pruugi aga üldse olemas olla, grupi keskmine tuleneb vastuste jaotusest ning ei kajasta kindla kliendi olemust (Grice, 2015). Mõju (*effectiveness*) näitab psühhoteraapia võimet luua muutust praktikas ja päris elu tingimustes. Mõju käsitletakse teraapia üldise võimena ühiskonnas muutust kaasa tuua (Andrews, 1999).

Tüüpilise psühholoogilise sekkumise puhul on võimalik hinnata selle mõju (Hunsley & Lee, 2007), kui sekkumiseelsed ja -järgsed andmed on kogutud nii, et need on võrreldavad üldpopulatsiooni võrdluspunktide ja avaldatud kliiniliste katsete tulemustega (Spilka & Dobson, 2015). Muutuste jälgimine ja hindamine peab olema struktureeritud ja mõõtmised olema tehtud psühhomeetriselt valiidselt mõõtevahenditega vähemalt enne ja pärast teraapiat, kuid võib ka sagedamini (Tasca et al., 2019) ja see jälgimine peab tuginema rohkemale kui terapeudi antud hinnang (Walfish et al., 2012). Singal ja kolleegid (2014) on leidnud, et teraapia aitab kaasa muutusele, kui vähemalt kaks uuringut on suutnud näidata selle sekkumise tõhususe-mõju järjepidevust.

APA liikmete seas läbi viidud uuringust selgus, et ainult 39% neist kasutab oma töös järjepidevalt kliendi muutust mõõtvaid küsimustikke (Wright et al., 2017). Samas on leitud, et teraapia tulemust hindavad süstemaatiliselt pigem need psühholoogid, kes teraapiat harva läbi viivad (Garland et al., 2003; Hatfield & Ogles, 2004; Phelps et al., 1998). Meta-analüüsi põhjal on psühholoogide seas halvimalt enese pädevuse hindajad nii algajad (vähe oskusi ja kogemust) kui ka need, kes on kõige enesekindlamad (Davis et al., 2006). See võib tulla osati sellest, et psühholooge ei õpetata alati nende professionaalses väljaõppes süstemaatiliselt teraapia mõju hindama ega ka teraapia kulgu jälgima (Tasca et al., 2019). APA poolt akrediteeritud kliinilise psühholoogia õppekavadest ainult pooled sisaldasid teemasid, kuidas hinnata teraapia mõju (Ready & Veague, 2014), psühholoogidel on aga eetilise kohustus oma tööd hinnata (Tasca et al., 2019).

Teraapia mõju hindamisega saab näha muutuseid kliendi ja psühholoogi seatud eesmärkide saavutamises: sümptomite vähenemises, elukvaliteedi paranemises ja muude eesmärkide saavutamises (Tasca et al., 2019). Teraapia protsessi jälgimine on oluline, sest psühholoog saab selliselt hinnata muutuseid kliendi vaimses tervises ja vajadusel kiiresti reageerida ning teraapia kulgu muuta (Lambert & Shimokawa, 2011). Konkreetsetele diagnoosidele või probleemvaldkondadele keskendumise asemel, hindab mõõdik psühholoogilist distressi, üldist vaimset tervist või inimeste vahelisi probleeme (Tarescavage & Ben-Porath, 2014). Sellist mõõdikut peaksid kasutama oma töös kõik psühholoogid ja väljuma selliselt oma professionaalsest mugavustsoonist ja kontrollima regulaarselt ja süstemaatiliselt oma tööd (McLeod, 2016).

Lühikesi ja kasutajasõbralikke küsimustikke, millega klientide käest teraapia protsessi ja tulemuse kohta tagasisidet küsida, on kokku pandud tuhandeid (Miller et al., 2015). Enim kasutatavad teraapia tulemust mõõtvad küsimustikud on: rutiinse hindamise kliinilised tulemused – tulemuse mõõdik (CORE-OM, *The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure*; Evans et al., 2002); muutuse partnerite tulemuse haldamise süsteem (PCOMS, *The partners for change outcome management system*; Duncan, 2012); käitumise ja sümptomite tuvastamise skaala (BASIS-24, *Behavior and Symptom Identification Scale*; Eisen et al., 2004); tulemuse küsimustik-45 (OQ-45, *Outcome Questionnaire*; Lambert et al., 1996); patsiendi hinnatud tulemuste mõõtmise informatsiooni süsteem (PROMISR, *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*; Pilkonis et al., 2011); sümptomite kontrollnimekiri-90-muudetud (SCL-90-R, *Hopkins Symptom Checklist Revised*; Derogatis, 1994); 36-väiteline lühivorm küsimustik (SF-36, *36-item Short Form Survey*; Ware, 1999). Froyd kolleegidega (1996) uurisid erinevaid tulemust hindavaid mõõdikuid ja leidsid, et 1430 kirjeldatud mõõdikust 830 on kasutatud ainult ühel korral. Teraapia tõhususe mõõtmine on kui kaos - mõõda, millega tahad ja hakka tulemustega peale, mida tahad. Sellises kaoses orienteerumiseks on pakutud varianti võtta kasutusele üks universaalne väidetekogum (Strupp et al., 1997; Waskow, 1975).

Hea ja universaalne „tuumküsimustik“ peab olema tunnustatud nii teadlaste kui psühholoogide poolt, lisaks olema teraapiate ülene ja suutma mõõta muutusi üle häirete spektri, nii kergete, mõõdukate kui ka raskete häiretega kliinilistes populatsioonides (Barkham et al., 2001). Universaalse küsimustiku puhul on oluline, et lisaks teaduslikule väärtusele oleks selle täitmisele ja hindamisele kuluv aeg mõistlik ja selle kasutamisega kaasnevad kulud optimaalsed (Tasca et al., 2019). Just ajakulu on olnud peamine argument ja

murekoht psühholoogidele, kes on mõelnud taoliste teraapia tulemust mõõtvate küsimustike kasutamisele, sest kohtumisteks on vähe aega ja psühholoogid ei taha seda nappi aega kulutada muule, kui teraapia edenemisele (McLeod, 2017).

Ülevaateuurimuses toodi välja, et kliendid hindavad küsimustikke jõustavateks ja et nende täitmine tugevdab sidet terapeudiga (Solstad et al., 2017). Seda selliselt, et olenemata probleemide hulgast ja raskusest tunneb klient, et kui psühholoog hindab tema täidetud küsimustikku, saab psühholoog seeläbi mingi arusaama kliendi toimimisest hinnataval ajaperioodil. Klientidele oli oluline, et küsimustikest on lihtne aru saada, nende täitmine annab seansile struktuuri ja fookuse ning aitab neil kergemini edusamme tuvastada (Solstad et al., 2017; Stedman et al., 2000; Steinfeld et al., 2016). Paljudest psühhoteraapia tulemust hindavatest küsimustikest on laialdaselt uuritud ja kasutatud CORE-OM (nt Börjesson & Boström, 2019; Guerra et al., 2019; Paz et al., 2020), selle täitmist on kliendid hinnanud oluliseks teraapia osaks (Alves et al., 2016; Guerra et al., 2019) ja selle väiteid lihtsasti arusaadavateks (Paz et al., 2020), lisaks CORE-OM kasutamisega kaasnevad kulud on ühed väikseimad (Paz & Evans, 2019). Samas, iga küsimustik või kliiniline tööriist on täpselt nii hea, kui on seda kasutav psühholoog (Miller et al., 2015).

Psühhoteraapia tulemuslikkuse universaalne mõõdik CORE-OM

CORE-OM küsimustik on mõeldud kliendi psühholoogilise distressi muutuste monitoorimiseks teraapia ajal, küsimustik mõõdab muutuseid neljal tasemel ja annab erinevatele huvigruppidele tagasidet teraapia mõjust (Barkham et al., 2001; Evans et al., 2000; Mellor-Clark et al., 1999). CORE-OM küsimustiku arendamisel seati eesmärgiks, et see oleks võimalikult lühike, lihtsasti loetav ja kasutajasõbralik. Lisaks, et ta ühilduks domeenidega mida ta mõõtmata on mõeldud, et ta oleks tunnustatud ning heade psühhomeetriliste omadustega. Töö käigus ei kopeeritud olemasolevaid küsimusi ega sõnastatud neid pelgalt ümber, vaid koostati uued negatiivseid ja positiivseid kogemusi katvad intra- ja interpersonaalsed väited (Barkham et al., 2001). Küsimustik on loodud klientide ja terapeutide üleseks, et diagnoos, võimed, haridus ega väljaõpe ei saaks piiravaks ega juhtivaks mõjuriks selle täitmisel, küsimustiku täitmiseks piisab lugemisoskusest (Evans et al., 2000).

Esialgset väidete kogumikku testisid ja tagasisidet andsid rohkem kui 40 psühholoogi, uurijat ja ka võhikut, eesmärgiga leida ja parandada kultuurilised, etnilised ja keelelised kitsaskohad. 34 väitega lõppküsimumistik koosneb neljast alamdomeenist (Evans et al., 2000; 2002):

1. subjektiivne *heaolu* (4 väidet) – peamine uuritav konstrukt
2. *probleemid/sümptomid* (12 väidet) – depressioon, ärevus, füüsilised tunded ja trauma tagajärjed
3. *funktsioneerimine* (12 väidet) – lähedased suhted, üldine toimetulek ja üldised sotsiaalsed aspektid
4. *risk* (6 väidet) enda ja teiste vastu (enesevigastamine ja agressiivne käitumine).

Varasemad tööd on leidnud, et kolm esimest domeeni korreleeruvad omavahel väga tugevalt, *Risk* domeeni korreleeruvus teiste domeenidega on nõrgem (Evans et al., 2002; Lyne et al., 2006; Elfström et al., 2013). Seda põhjusel, et *riski* domeen mõõdab vahetut riskikäitumist enda ja teiste suhtes, see võib ajas kiiresti muutuda ja seda käsitletakse vaid indikaatorina vahetu terviseohu hindamiseks (Evans et al., 2002).

Küsimumistiku igale väitele tuleb anda hinnang 5-punkti skaalal nullist (üldse mitte) neljani (kogu aeg). CORE-OM küsimumistik loetakse täidetuks kui kolm või vähem väidet on hindamata. Kliinilise skoori leidmiseks tuleb leida kõikide väidete keskmine skoor ning korrutada tulem kümnega, tulemus ümardatakse täisarvuks (lihtsam kliinilisi skooore jälgida ja võrrelda), küsimumistiku üldskoor jääb vahemikku 0 – 40, analoogset teisendust saab kasutada ka alamdomeenide puhul. Suurem tulemus näitab suuremat distressi (Evans et al., 2002). CORE-OM soovituslik lõikepunkt (10) valiti selliselt, et see eristaks optimaalselt kliinilist valimit (psühhoteraapias osalejad) tavapopulatsioonist (Connell et al., 2007a), lõikepunkt ei erista diagnoosiga ja diagnoosita inimesi. Usaldusväärse muutuse suuruseks (välistades mõõtmisvea ja väiksed juhuslikud kõrvalekalded küsimumistiku täitmisel) on leitud 5 punkti.

CORE-OM psühhomeetriselised omadused

CORE-OM on Suurbritannias kõige laiemalt kasutatav teraapia mõju mõõtev küsimumistik (Barkham et al., 2001; Barkham et al., 2006; Evans et al., 2002), seda kasutatakse nii esmatasandi psühholoogilise abi tulemuslikkuse mõõtmisel kui ka psühholoogide töö hindamiseks (Barkham et al., 2005a). Mõõdiku valiidsus tuleb tema võimest anda täpne hinnang indiviidi emotsionaalsele, psühholoogilisele või käitumuslikule toimimisele (McLeod, 2017). Seega peavad küsimumistikul olema normid, mille abil oleks võimalik täpselt

kliendi tulemust hinnata. Neid norme saab kasutada ka kliendi toimimise hindamisel enne ja pärast teraapiat, et näha kas muutused on aset leidnud, kas need muutused on kliiniliselt olulised ja milline on kliendi toimimine teraapiajärgselt võrreldes üldpopulatsiooniga (Tasca et al., 2019).

CORE-OM küsimustik normeeriti kliinilise valimi abil ja seda saab kasutada nii kliinilises kui ka üldpopulatsioonis, nii probleemi tuvastamiseks kui selle arengute ja mõjude jälgimiseks. Varasemad uuringud on toetanud ja kinnitanud küsimustiku usaldusväärsust, muutusetundlikkust ja alamdomeenide head sisereliaablust teraapia tulemuste hindamisel (Evans et al., 2002; Connell et al., 2007a). Küsimustiku reliaabluse hindamiseks on kasutatud kliinilise ja mitte-kliinilise (tudengid) valimi võrdlust. Üldpopulatsiooni hulgas oli küsimustiku sisereliaablus $\alpha = 0,91$ ($N = 535$; Connell et al., 2007a), esmatasandi arstiabis $\alpha = 0,93$ ($N = 5733$) ja eriarstiabis $\alpha = 0,95$ ($N = 1918$; Barkham et al., 2005a).

Alamdomeenide sisereliaabluseks on leitud: *heaolu* $\alpha = 0,70$, *probleemid/sümptomid* $\alpha = 0,87$, *funktsioneerimine* $\alpha = 0,85$ ja *risk* $\alpha = 0,77$ (Evans et al., 2002).

Küsimustiku esmakordse ja korduva täitmise reliaablus on väga kõrge, moodulite lõikes varieerudes 0,87 - 0,91 vahel, kliinilise ootelisti valimi puhul ($N = 1684$) leiti küsimustiku kordustäitmise reliaabluseks ühe kuu möödudes 0,88 ($N = 119$), kahe kuu möödudes 0,81 ($N = 283$), kolme kuu möödudes 0,83 ($N = 287$) ja nelja kuu möödudes 0,80 ($N = 281$; Barkham et al., 2007). CORE-OM koos oma nelja alamdomeeniga on disainitud mõõtma klientide vahelisi erinevusi ja tuvastama teraapiaga kaasnedavad võivaid muutuseid. Selleks peavad alamdomeenid korreleeruma kõrgelt vastavate spetsiifiliste mõõdikutega. Tabelist 1 on näha, et kõrgeimad korrelatsioonid on kontseptuaalselt sarnaste mõõdikute vahel, mis näitab head konvergentset valiidsust.

CORE-OM faktorstruktuuri on vahelduva eduga uuritud originaaltööst alates. Küsimustiku loomisel ei seatud eesmärgiks kindla faktorstruktuuri saavutamist (Evans et al., 2000; Evans et al., 2002), seda on kinnitanud ka hilisemad tõlketööde faktoranalüüsid (juhul, kui neid on läbi viidud; Zeldovich & Alexandrowicz, 2019). On leitud, et küsimustik võib olla ühefaktoriline (Bodinaku, 2014), kahefaktoriline (faktoriteks distress ja risk; Lyne et al., 2006; Skre et al., 2013), kolmefaktoriline (faktoreid raske sõnastada; Viliūnienė et al., 2013; Palmieri et al., 2009), või kolmefaktoriline (faktoriteks positiivselt ja negatiivselt sõnastatud väited ning risk; Evans et al., 2002; Honkalampi et al., 2017; Juhová, 2015; Sproll, 2011). Umbes pooltel tõlketöödel on jäänud faktoranalüüs sootuks tegemata, lisaks neil mis tehtud

puudub ühene metoodika, näiteks faktorite pööramiseks on kasutatud nelja erinevat meetodit (Zeldovich & Alexandrowicz, 2019).

Tabel 1 Korrelatsioonid sarnaste mõõdikute vahel kliinilise valimi näitel (Evans et al., 2002).

Mõõdik	N	CORE-OM domeen					
		heaolu	prob/sümp	funktsion	risk	kokku - risk	kokku
BDI-I	251	0,77	0,78	0,78	0,59	0,84	0,85
BDI-II	29	0,79	0,74	0,78	0,32	0,83	0,81
BAI	218	0,56	0,68	0,55	0,39	0,65	0,65
BSI	97	0,63	0,76	0,71	0,62	0,79	0,81
SCL-90-R	34	0,68	0,87	0,79	0,83	0,85	0,88
GHQ	69	0,67	0,66	0,65	0,56	0,72	0,75
GHQ-A	69	0,43	0,60	0,44	0,30	0,56	0,55
GHQ-B	69	0,55	0,61	0,57	0,30	0,64	0,64
GHQ-C	69	0,60	0,52	0,60	0,44	0,62	0,63
GHQ-D	69	0,63	0,47	0,55	0,69	0,58	0,63
IIP-32	246	0,48	0,58	0,65	0,45	0,64	0,65

Märkus. Poolpaksus kirjas on kõige tugevamad korrelatsioonid mõõdiku kohta (või võrdväärselt tugevaimad). BDI, Becki depressiooni küsimustik; BAI, Becki ärevuse indeks; BSI, Lühike sümptomite küsimustik; SCL-90-R, Sümptomite kontrollnimekiri-90-muudetud; GHQ, Üldine tervise küsimustik, 28-väiteline versioon; A, somaatilised sümptomid; B, ärevus ja insomni; C, sotsiaalne düsfunktsioon; D, tugev depression; IIP-32, Inimestevaheliste probleemide küsimustik-32.

Neli uurimismeeskonda on läbi viinud ka kinnitava faktoranalüüsi, kasutades originaaltöös (Evans et al., 2002) kirjeldatud domeene (vt Jokic-Begic et al., 2014; Skre et al., 2013; Zeldovich et al., 2014 ja Uji et al., 2012). Kõik neli tööd raporteerivad keskpäraseid tulemusi, RMSEA jääb vahemikku 0,057 – 0,08 (üle piirmäära 0,05) ja CFI vahemikku 0,80-0,94 (alla piirmäära 0,95). Mitte ükski kinnitavat faktoranalüüsi kasutanud töödest ei leidnud, et algupärane nelja faktoriga struktuur kirjeldaks küsimustikku kõige paremini (Zeldovich & Alexandrowicz, 2019).

Nii inglisekeelse CORE-OM küsimustiku kui ka mitmete tõlketööde puhul on uuritud, kuidas mõjutab tulemust sugu või vanus. Originaaltöös (Evans et al., 2002) leiti, et naiste keskmine

distressihinnang on meeste omast kõrgem, erinevus avaldus ennekõike kliinilise valimi puhul, üldpopulatsiooni puhul erinevust ei ilmnud. Sarnase sugudevahelise erinevuse tuvastasid tudengite valimis ka Connell ja kolleegid (2007b), itaallased (Palmieri et al., 2009) leidsid samuti, et naiste hinnangud on meeste omadest kõrgemad, ka alamdomeenide lõikes. Alamdomeenidest ainsana on vastupidise suunaga *risk*, mille hinnangud olid meestel naiste hinnangutest kõrgemad, sellise tulemuseni jõudsid näiteks Norra (Skre et al., 2013), Rootsi (Elfström et al., 2013) ja Jaapani (Uji et al., 2012) uurijad. Samas, mitte kõikide tõlgete puhul ei ole sugude vahel tuvastatud statistiliselt olulisi erinevusi keskmiste hinnangute võrdluses, sellised tööd on näiteks Islandi (Kristjánsdóttir et al., 2015), Leedu (Viliūnienė et al., 2013) ja Soome (Honkalampi et al., 2017) uurijatelt.

Uuritud on ka vanuse mõjusid CORE-OM keskmisele tulemusele, ka siin jagunevad leiud kaheks. Originaaltöös (Evans et al., 2002), UK tudengite valimiga töös (Connell et al., 2007b) ja Islandi töös (Kristjánsdóttir et al., 2015) olulisi vanuse mõjusid ei tuvastatud, see-eest Rootsi töös (Elfström et al., 2013) ja Soome töös (Honkalampi et al., 2017) leiti, et vanuse kasvades keskmine skoor väheneb.

Enesekohaste küsimustike juures on ka probleemkohti. Peamiseks probleemkohaks enesekohase teraapia tulemuslikkust hindava küsimustiku puhul on see, et kliendid omistaksid hinnatavatele väidetele teraapiaeelsel ja -järgsel ajal sama tähenduse ning see, et hinnangud antaks iga kord samasugusel hinnanguskaalal (McLeod, 2001). Teraapia käigus võivad kliendid õppida oma sümptomeid paremini ära tundma ja ka sümptomeid üksteisest edukamalt eristama (Fokkema et al., 2013). Kui väited ei ole kliendi jaoks enam samasisulised, võib osa või kogu muutus sümptomi tajumisel olla põhjustatud vastaja muutunud tõlgendusest või vastamisviisist, mitte sümptomi taseme muutusest (nt Oort et al., 2009). Tulemusliku teraapia järgselt, võivad ka klientide hinnangusüsteemid muutuda ja varem sama sümptom võib tulevikus olla tajutud erinevalt ja võib seetõttu saada esialgsest erinevalt hinnatud (nt Oort et al., 2009). See tähendab, et tulemuslik teraapia võib sümptomeid vähendada aga samas ka mõjutada viisi, kuidas kliendid sümptome hindavad (Murray et al., 2020). Varasemad uurimused on näidanud, et sama küsimustiku korduval kasutamisel sama kliendi poolt võivad ilmned just eelkirjeldatud vastamisnihked (nt Lievens et al., 2007). CORE-OM küsimustiku puhul on vastamisnihete uurimisel leitud, et nihked on minimaalsed ja need esinesid ainult enesekahjustamise faktoris (alamdomeen *risk*), kus nende sisuline tähendus oli minimaalne (Murray et al., 2020).

CORE-OM eri versioonid

Koos esialgse CORE-OM küsimustiku välja töötamisega koostati esialgseid väiteid kasutades kaks paralleelset 18-väitelist CORE lühivormi A (väited 2, 4, 6, 7, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33 ja 34) ja B (väited 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 26, 30 ja 31), kummaski 4 kattuvat ja 14 mittekattuvat väidet. Neid saab kasutada teraapia vältel kordamööda, vähendades seeläbi vastamisnihet, mis võib tekkida korduval samade väidetega küsimustiku kasutamisel (Barkham et al., 2010; Evans et al., 2002). Populatsiooni skriinimiseks ja ka teraapia kulgemise korduvaks mõõtmiseks mõeldud CORE-10 (väited 2, 3, 7, 10, 15, 16, 18, 23, 27 ja 28) mõõdab üldist eluga hakkamasaamist ja riskikäitumist enda ja teiste suhtes (kallutatud depressiooni ja ärevuse poole; Barkham et al., 2013). CORE-10 puhul on lõikepunkt 11 ja usaldusväärse muutuse indeks 6. Psühholoogilise distressi indikaatorina kokku pandud CORE-5 (väited 1, 4, 12, 15 ja 23) on oma lihtsuse tõttu mugav kasutada terapeutilise vestluse käigus, ilma klienti koormamata (Barkham, et al., 2010). CORE-OM küsimustikust on koostatud versioon 11-16 aastastele noortele (YP-CORE; Twigg et al., 2009), üldpopulatsioonile (GP-CORE; Sinclair et al., 2005) ja elektrooniline versioon (CORE-PC; Gray & Mellor-Clark, 2007).

CORE-OM küsimustiku kasutamine teistes keeltes toimib *copyleft* põhimõttel (<http://www.coreims.co.uk/copyright.pdf>), see tähendab, et küsimustikku, küsimusi ja kõiki tema alavorme võib tasuta tõlkida ja kasutada (ka elektroonilistes süsteemides) eeldusel, et küsimustiku sisu ei muudeta mingil moel. Küsimustikku on tõlgitud ligi 30 keelde (originaalkeel – inglise). 24 ametlikust Euroopa Liidu keelest on 2021 seisuga tõlge puudu Eesti, Läti, Iiri ja Šoti keeles.

Eestikeelne psühhoteraapia tulemuslikkuse mõõdik

CORE-OM varasematel adapteerimistel on küsimustiku valideerimiseks kasutatud sihtkeeltes kasutuselolevaid psühhomeetriliselt valiidsid depressiooni ja ärevust hindavaid küsimustikke (Zeldovich & Alexandrowicz, 2019). Kuna Eestis on depressiooni diagnoosimise ja ravi hindamise käigus enim kasutatud emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2 (92%; Puis et al., 2017), ka ärevushäirete käsitluses on selleks EEK-2 (99%; Puis et al., 2018), otsustati kasutada EEK-2 küsimustikku eestikeelse CORE-OM valideerimiseks. EEK-2 on 28-väeteline eestikeelne ja Eesti oludele loodud depressiooni ja ärevuse hindamiseks mõeldud enesekohane küsimustik (Aluoja et al., 1999, Ööpik et al., 2006).

Küsimustiku väidetele tuleb anda hinnang viimase kahe nädala kogemuse põhjal 5-punkti skaalal nullist (üldse mitte) viieni (kogu aeg), kõrgem skoor näitab suuremat häiritust. Küsimustik on jaotatud kuueks alaskaalaks (depressioon, ärevus, paanika, sotsiaalfoobia, asteenia ja uneprobleemid). EEK-2 depressiooni alaskaala depressioon on tugevas seoses *kompleksse rahvusvahelise diagnostilise intervjuu* (CIDI; Composite International Diagnostic Interview; Robins et al., 1988) depressiooni hinnanguga ja on seetõttu valiidne vahend depressioonisümptomite tuvastamiseks (Ööpik et al., 2006).

Maailma Terviseorganisatsiooni heaoluindeks (WHO-5) on üks enim kasutatud subjektiivset psühholoogilist heaolu mõõtev küsimustik (Topp et al., 2015). Küsimustik koosneb viiest positiivselt sõnastatud elukvaliteeti hindavast väitest, millele tuleb vastata viimase kahe nädala jooksul kogetu põhjal. Väidetele tuleb anda hinnang 6-punkti skaalal nullist (üldse mitte) viieni (kogu aeg), kõrgem skoor näitab suuremat heaolu. WHO-5 küsimustiku loomisel arvestati, et see ühilduks RHK-10 raske depressiooni sümptomitega, seega saab küsimustikku kasutada nii depressiooni skriinimiseks kui ka teraapia tulemuse hindamiseks (WHO, 1998). WHO-5 on tõlgitud rohkem kui 30 keelde ja kasutatud arvukates rahvusvahelistes teadusuuringutes (Topp et al., 2015), WHO-5 on adapteeritud ka Eesti oludele (Sisask et al., 2008). Kuna WHO-5 on mõeldud skriinimisvahendiks (WHO, 1998), mis on ka üks CORE-OM kasutusvaldkondadest (Evans et al., 2000), otsustati kasutada WHO-5 teise valideeriva küsimustikuna.

Ametlikult ei ole CORE-OM eesti keelde tõlgitud, seega käesolevas magistritöös adapteeritakse CORE-OM küsimustik ja uuritakse adapteeritud eesti keelse CORE-OM küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi üldpopulatsiooni mugavusvalimi tulemuste põhjal. Sellest tulenevalt püstitatakse töös järgnevad hüpoteesid:

H1: CORE-OM ja alamdomeenide sisereliaablus on samal tasemel sellega, mis originaaltöös ja varasemate tõlgete psühhomeetrilistes uurimustes.

H2: CORE-OM kordustäitmine on kõrge reliaablusega.

H3: CORE-OM ja *probleemid/sümptomid* alamdomeeni tulemus on oluliselt ja väga tugevalt seotud EEK-2 tulemustega.

Lisaks püstitatakse kaks uurimisküsimust:

K1: Milline on CORE-OM faktorstruktuur?

K2: Millised on CORE-OM tulemuste seosed sotsiaal-demograafiliste teguritega?

MEETOD

Tõlkimisprotseduur

CORE-OM eestikeelne tõlge teostati vastavalt autoriõiguste omaniku (*the CORE System Trust*) juhistele. Edasi tõlke tegid kolm kliinilist psühholoogi, neli psühholoogia magistranti, viis võhikut ja üks professionaalne tõlk. Tõlge, mis peegeldas kõige paremini originaalset tähendust ja esindas parimat eesti keelt, valiti välja ja sõnastati lõplikult fookusgrupi arutelul, kus osales ka *the CORE System Trust* esindaja professor C. Evans. Esialgseid väiteid piloteeriti 17 eestlasega. Seejärel teostati kahe inimese poolt (kes ei olnud küsimustikuga varem kokku puutunud) pime tagasitõlge inglise keelde, viimaks lepiti kokku lõplik eestikeelne tõlkeversioon.

Uuringu läbiviimine ja eetika

Küsimustikud seati üles ja andmeid koguti Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi internetipõhises uuringute keskkonnas Kaemus. Uuringus osalemise üleskutset jagati sotsiaalmeedias (üldine avalik kutse kõikidele, keda uuring võiks huvitada, lisaks Tartu Ülikooli endiseid ja praeguseid psühholoogiastudengeid ning õppejõude ühendavas grupis) ja psühholoogiastudengite meililistides. Enne küsimustevormi avamist kuvati osalejatele uuringut tutvustav tekst, milles sisaldus muuhulgas info vaimse tervise abi saamise võimaluste ning vaimse tervise alast teavet sisaldavate veebilehekülgede kohta. Osalejaid teavitati võimalusest loobuda küsimustike täitmisest igal hetkel küsimustike täitmise ajal, st uuringus osalemine oli vabatahtlik. Uuringut tutvustava teksti lõpus tuli vajutada nupule, kinnitamaks, et tekst on läbi loetud ja osaleja on uuringus osalemisega nõus, nupule vajutus võrdsustati informeeritud nõusolekuga.

Kordusuuringus osalemiseks tuli sisestada e-maili aadress. Andmebaasis asendati e-maili aadressid unikaalsete tunnuskoodega, kahe nädala möödudes (esimese täitja esimesest täitmiskorrast) saadeti kõikidele e-maili aadressidele kutse kordusuuringus osalemiseks. Kordusuuringus tuli sisestada e-maili teel saadud unikaalne tunnuscode, mille abil kordusuuringus osalenute vastused esimese uuringu vastustega ühendati. Andmete ühendamise järgselt kustutati andmebaasist tunnuskoovid.

Valim

Kaemuse veebikeskkonnas alustas uuringus osalemist 532 inimest, kõik küsimustikud täitis neist 386, mis moodustab lõpetamisprotsendiks 72,6%. Lõppvalimis $N = 386$ oli naised 312 (80,8%) ja mehed 74 (19,2%), vastajate vanus oli vahemikus 18-76, vastajate keskmiseks vanuseks oli $M = 34,5$ ($SD = 11,4$), naistel $M = 34,2$ ($SD = 11,5$) ja meestel $M = 35,7$ ($SD = 11,3$). Vastajatest 15 (3,9%) olid põhiharidusega, 141 (36,5%) kesk- või kutseharidusega ja 230 (59,6%) kõrgharidusega.

Kordusuuringus osalemise kutse saanud 315 vastajast täitis testi teistkordselt 201 inimest, mis teeb kordusuuringus osalemisprotsendiks 66,7%. Kordustäitmised tehti 7 - 21 päeva pärast esimest täitmist, mediaanvaheks kahe täitmiskorra vahel oli 12 päeva. Kordustäitmise intervalli valimisel lähtuti eeldusest, et lühikese intervalli puhul ei tohiks keskmised tulemused palju erineda (Evans et al., 2002), sest kordustäitmise eesmärk on mõõta küsimustiku stabiilsust, mitte selle täitjate vaimse tervise muutuseid.

Analüüsid

Eestikeelne CORE-OM kasutab algupärast 5-punktist *Likerti* tüüpi vastamisskaalat, vahemikus 0 kuni 4. Puuduvaid väiteid ei olnud, sest veebiküsimustikus oli lõpuni jõudmiseks kohustus vastata kõikidele väidetele. Kaasneva valiidsuse mõõtmiseks kasutati emotsionaalse enesetunde küsimustikku (EEK-2; Aluoja et al., 1999; Ööpik et al., 2006) ja WHO-5 heaolu indeksit (Sisask et al., 2008; WHO, 1998). Uuriva faktoranalüüsi jaoks kasutati sarnaselt varasematele uurimustele peakomponentide meetodit (Zeldovich & Alexandrowicz, 2019). Andmeanalüüs tehti statistikaprogrammiga JASP, versioon 0.14.1.

TULEMUSED

Usaldusväarsus

Küsimustiku usaldusväarsuse hindamiseks arvutati sisereliaabluse koefitsient (*Cronbachi* α). Tabelist 2 nähtub, et kõikide alamdomeenide koefitsiendid on samas suurusjärgus originaaltöö vastavate tulemustega, lisaks kogu küsimustiku *Cronbachi* α on võrdväärne UK üldvalimil põhinevas uuringus leituga. Eestikeelse CORE-OM $\alpha = 0,95$ näitab, et küsimustik on usaldusväärne.

Tabel 2 Eesti ja Suurbritannia valimite CORE-OM siserelevantsuste (Cronbachi α) võrdlused

Domeen	Eesti	95% CI	UK ₁ K	95% CI	UK ₁ MK	95% CI
<i>heaolu</i>	0,82	0,79-0,85	0,75	0,72-0,78	0,77	0,75-0,79
<i>prob/sümp</i>	0,92	0,91-0,93	0,88	0,87-0,89	0,90	0,89-0,91
<i>funktsion</i>	0,87	0,85-0,89	0,87	0,86-0,88	0,86	0,85-0,87
<i>risk</i>	0,75	0,72-0,79	0,79	0,77-0,81	0,79	0,77-0,81
<i>kokku - risk</i>	0,95	0,95-0,96	0,94	0,93-0,95	0,94	0,93-0,95
<i>kokku</i>	0,95	0,95-0,96	0,94	0,93-0,95	0,94	0,93-0,95

Märkus. K – kliiniline, MK – mitte kliiniline; ₁(Evans et al., 2002).

Kordustäitmise reliaablus

Märkimisväärsed nihked kahe lähestikuse vastamiskorra vahel tähendaksid probleeme küsimustiku usaldusväärsusega. Tabelis 3 on esitatud kahe täitmiskorra vahelised korrelatsioonid, mis olid väga tugevad *kokku* tulemuste ja *kokku – risk* tulemuste võrdluses, alamdomeenidest oli väga tugeva stabiilsusega *probleemid/sümptomid*. Tabel 3 teises pooles on kõikide alamdomeenide keskmiste nihked ja nihete statistilise olulisuse näitajad (Wilcoxon testiga). Kõikides alamdomeenides peale *riski* toimusid nihked madalama tulemuse poole, *probleemide/sümptomite* puhul oli nihe ka statistiliselt oluline.

Tabel 3 CORE-OM kordustäitmise stabiilsus ja keskmiste tulemuste nihe (N = 201)

	Spearmani ρ_1	M	95% CI	p_2
<i>heaolu</i>	0,777	-0,02	-0,09-0,06	0,574
<i>prob/sümp</i>	0,804	-0,08	-0,18-0,04	0,021*
<i>funktsion</i>	0,770	-0,05	-0,14-0,06	0,245
<i>risk</i>	0,712	0,02	-0,03-0,06	0,198
<i>kokku - risk</i>	0,816	-0,06	-0,13-0,03	0,080
<i>kokku</i>	0,821	-0,05	-0,12-0,04	0,052

Märkus. ₁Alamdomeeni skoori korrelatsioon kahel täitmiskorral, Kõik korrelatsioonid olid statistiliselt olulised ($p < 0,001$); Poolpaksus kirjas on väga tugevad korrelatsioonid ($> 0,8$).

₂Wilcoxon test

Küsimustike ja domeenide omavahelised korrelatsioonid

CORE-OM on mõeldud klientidevaheliste erinevuste tuvastamiseks (kliiniline ja mitte kliiniline populatsioon), selleks peab küsimustik olema tugevas seoses teiste samalaadsete spetsiifiliste mõõdikutega. Kaasneva valiidsuse hindamiseks kasutati mitte-parameetrilist korrelatsioonikordajat (*Spearmani* ρ). Tabelis 4 on esitatud CORE-OM ja EEK-2 alamdomeenide ning WHO-5 omavahelised korrelatsioonid. CORE-OM tervikuna ja kõik alamdomeenid peale *riski* olid väga tugevalt seotud EEK-2-ga ja selle alamdomeeniga depressioon. CORE-OM alamdomeen *probleemid/sümptomid* on väga tugevalt seotud EEK-2 alamdomeeniga ärevus. Ülejäänud domeenidevahelised seosed on kas tugevad või mõõdukad. Kõige vähem on teiste mõõdikute ja alamdomeenidega seotud CORE-OM alamdomeen *risk*. Heaoluküsimustiku WHO-5 üldskoor korreleerub CORE-OM üldskooriga väga tugevalt negatiivselt.

Tabel 4 CORE-OM ja EEK-2 alamdomeenide ning WHO-5 vahelised korrelatsioonid

(Spearmani ρ)

Domeen	<i>heaolu</i>	<i>prob/sümp</i>	<i>funktsion</i>	<i>risk</i>	<i>kokku - risk</i>	<i>kokku</i>
WHO-5	-0.791	-0.781	-0.781	-0.452	-0.828	-0.823
depressioon	0.846	0.861	0.827	0.549	0.895	0.895
ärevus	0.713	0.807	0.655	0.489	0.780	0.779
paanika	0.512	0.538	0.500	0.400	0.550	0.553
sotsiaalärevus	0.520	0.532	0.551	0.331	0.568	0.567
asteenia	0.642	0.724	0.611	0.420	0.704	0.703
uneprobleemid	0.459	0.568	0.453	0.316	0.535	0.535
EEK-2	0.818	0.889	0.789	0.540	0.889	0.889

Märkus. Kõik korrelatsioonid olid statistiliselt olulised ($p < 0,001$); Poolpaksus kirjas on väga tugevad korrelatsioonid ($> 0,8$).

CORE-OM faktorstruktuur

Peakomponentide analüüs kaldnurkse (*oblimin*) pööramisega ja kooskõlas originaaltöös tehtuga (Evans et al., 2002) näitas, et eestikeelne küsimustik on kolmekomponendiline. Mudel seletas 54,6% ja peamine komponent 44,6% andmete varieeruvusest, komponente on

aga raske sõnastada, sest nii teine kui kolmas komponent sisaldavad ainult nelja väidet. Peakomponentide analüüsi tulemusi ei raporteerita detailselt, sest need ei näita statistiliselt oluliselt muud, kui suurt erinevust võrreldes varasemates uuringutes leitunga.

Kinnitav faktoranalüüs viidi läbi uurimaks, kui hästi sobitub eestikeelne küsimustik algsetele domeenidele. 4-osaline mudeli sobivus oli: $X^2 = 2756,11$, $df = 527$, $p < 0,001$, sobivuse indeksid olid: RMSEA = 0,105; CFI = 0,695; TLI = 0,675; SRMR = 0,315. Mudel ei sobi esialgse nelja domeeniga.

Sotsiaal-demograafiliste tegurite mõjud

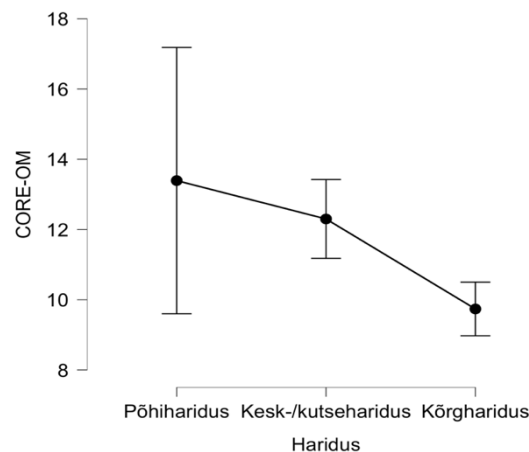
Alustuseks võrreldi meeste ja naiste CORE-OM keskmiseid tulemusi. T-testi eelduste kontrollimisel selgus, et Shapiro-Wilki testi p-väärtused mõlema sõltuva muutuja puhul on väiksemad kui 0,05, mis näitab, et andmed ei ole normaaljaotuslikud. Kuigi asümmeetriakordaja ja ekstsess olid vahemikus (-1 ; 1) ei olnud mõistlik võtta liberaalsemat seisukohta ja lähtuda täitmata eeldusest, sest varasemalt on leitud, et tavapopulatsiooni puhul olid CORE-OM tulemused tugevalt kaldu madalamate skooride poole (Connell et al., 2007a). Sellest tulenevalt kasutati Mann Whitney U testi, mis näitas, et meeste (mediaan = 9,7) ja naiste (mediaan = 10,0) CORE-OM keskmised tulemused ei erinenud statistiliselt olulisel määral, $U = 10704$, $p = 0,331$. Tabelis 5 on kõikide CORE-OM alamdomeenide keskmised ja mediaanid sugude lõikes.

Tabel 5 CORE-OM kõikide alamdomeenide keskmised tulemused sugude võrdluses.

	Keskmine		Mediaan		SD	
	M	N	M	N	M	N
<i>heaolu</i>	10,4	13,5	10,0	12,5	7,8	9,3
<i>prob/sümp</i>	13,0	14,3	13,3	13,3	7,7	8,2
<i>funktsion</i>	10,8	11,5	10,4	10,8	5,8	6,9
<i>risk</i>	2,1	1,8	0,0	0,0	3,2	4,0
<i>kokku - risk</i>	11,7	13,0	11,6	12,1	6,5	7,4
<i>kokku</i>	10,0	11,0	9,7	10,0	5,8	6,5

Märkus. M – mehed, N - naised

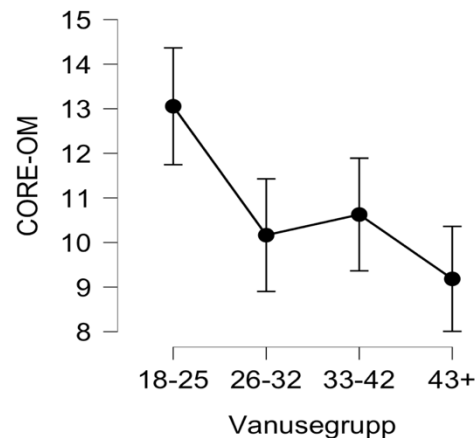
Hariduse mõjude uurimiseks kasutati ühesuunalist dispersioonanalüüsi (*One-Way ANOVA*). Haridustasemete võrdluses näitas Levene test, et erineva haridustasemega gruppide keskmiste tulemuste jaotuste kujud erinevad statistiliselt oluliselt ($p = 0,024$). Ühesuunaline dispersioonanalüüs näitas, et CORE-OM tulemused erinesid statistiliselt oluliselt haridustasemete vahel ($F(2,38) = 8,1$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,043$). Post-hoc keskmiste võrdlused näitasid, et kõrgharidusega osalejate keskmine tulemus oli madalaim ($M = 9,74$; $SD = 5,88$), erinedes statistiliselt oluliselt kesk- ja kutseharidusega osalejate tulemusest ($p < 0,001$; $M = 12,30$; $SD = 6,74$). Põhiharidusega osalejate keskmine tulemus ($M = 13,39$; $SD = 6,85$) ei erinenud statistiliselt oluliselt kõrgharidusega ($p = 0,141$) ega kesk- ja kutseharidusega ($p = 0,828$) osalejate keskmisest tulemusest. Joonisel 1 on kujutatud CORE-OM keskmised tulemused hariduse võrdluses.



Joonis 1. CORE-OM keskmised tulemused hariduse lõikes koos 95% usalduspiiridega

Vanuse mõjude uurimiseks moodustati valimist neli vanusegruppi, osalejad jagati selleks 4 kvartiili. Vanusegruppide valimite suurused olid järgmised: 18-25 ($N = 103$); 26-32 ($N = 93$); 33 – 42 ($N = 97$); 43+ ($N = 93$). Vanusegruppide võrdluses näitas Levene test, et vanusegruppide tulemuste jaotuste kujud ei erine statistiliselt oluliselt ($p = 0,249$). Ühesuunaline dispersioonanalüüs näitas, et CORE-OM tulemused erinesid statistiliselt oluliselt vanusegruppide vahel ($F(3,382) = 6,9$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,052$). Post-hoc keskmiste võrdlused näitasid, et 18-25 vanusegruppi keskmine tulemus ($M = 13,06$; $SD = 6,71$) erineb statistiliselt oluliselt 33-42 vanusegruppi ($p = 0,031$; $M = 10,63$; $SD = 6,27$) ja 43+ vanusegruppi ($p < 0,001$; $M = 9,18$; $SD = 5,72$) keskmisest tulemusest. Vanusegruppide 18-

25 ja 26-32 ($M = 10,16$; $SD = 6,13$) keskmised tulemused ei erinenud statistiliselt olulisel määral ($p = 0,07$). Statistiliselt olulisi erinevusi ei ole vanusegruppide 26-32 ja 33-42 ($p = 0,956$); 26-32 ja 43+ ($p = 0,706$) ega 33-42 ja 43+ ($p = 0,382$) vahel. Joonisel 2 on esitatud CORE-OM keskmised tulemused vanusegruppide võrdluses.



Joonis 2. CORE-OM keskmised tulemused vanusegrupiti koos 95% usalduspiiridega.

ARUTELU

Usaldusväarsus

Käesolevas magisritöös esitatakse eesti keelde tõlgitud psühhoteraapia tulemust mõõtvast küsimustiku CORE-OM psühhomeetriselised näitajad. Loodetult ja oodatult olid tõlgitud küsimustiku psühhomeetriselised näitajad heal tasemel, näidates et küsimustikul on hea sisereliaablus, kordustesti reliaablus ja konvergentne valiidsus. Kogu küsimustiku sisereliaablus oli samal tasemel UK esialgses uuringus leituga (Evans et al., 2002), alamdomeenide sisereliaablused olid originaaliga võrreldes kas samaväärsed või suuremad, *risk* alamdomeeni puhul natukene väiksem. Keskmiste sisereliaabluste erinevus valimite võrdluses ei olnud ühegi domeeni puhul üle 0,05, samas olid eestikeelse küsimustiku kõikide domeenide sisereliaablused üle 0,7, seega usaldusväärsed. Lähinaabrite uuringuid vaadates võib täheldada, et eestikeelse küsimustiku sisereliaabluse koefitsiendid on kas samal tasemel või paremad (vt Elfström et al., 2013; Honkalampi et al., 2017; Viliūnienė et al., 2013). *Risk* alamdomeeni puhul on Eesti valimi koefitsient teiste valimite kliinilise valimi koefitsiendiga võrreldaval tasemel. Tulemus viitab sellele, et arvestatav osa Eesti valimist hindab enda või teiste vastu suunatud tervise kahjustamise väidete sageduseks rohkem kui *üldse mitte*,

seetõttu on ka selle alamdomeeni näitaja nii kõrge. See võib olla tingitud Eesti uuringu valimi suurusest, mille hinnangu andmise võime sarnaneb üldpopulatsiooni valimi omale. Samas on Connell et al., (2007b) hoiatanud, et tudengid (eriti psühholoogia tudengid), võivad hinnata oma distressitaset kõrgemaks ja olla sealjuures rohkem teadlikud oma vaimsest tervisest kui üldpopulatsioon. Kuna käesolev töö kasutas just sellist mugavusvalimit, mille moodustasid eelduste kohaselt suuresti psühholoogiaga seotud või psühholoogiast huvitatud inimesed, sh tudengid, siis see võib olla oluliseks teguriks kõrgete sisereliaablusnäitajate saavutamisel. Kui aga piisavalt suur seltskond inimesi (386) saab ühtedest ja samadest küsimustest ühtemoodi aru, võib väita, et küsimustik on usaldusväärne. Esimene hüpotees (H1) on seega leidnud kinnitust.

CORE-OM kordustäitmine

Kordustesti reliaablus oli hea, tulemused olid küll originaaltöös (Evans et al., 2002) leitudest natukene madalamad, kuid mitte sellisel määral, et nende usaldusväärsus kannataks. *Risk* alamdomeeni puhul on tavaliselt keerulisem head seost leida, sest selle varieeruvus on kõige väiksem olukorrapõhiste, mitte seisundit hindavate väidete tõttu. Keskmiste tulemuste negatiivne nihe (väiksema distressi suunas) on « normaalsetes » valimites tavapärane tulemus (Durham et al., 2002), seega ei ole ka käesoleva töö tulemustes ilmnenud nihked probleemiks. Selliseid nihkeid on täheldatud just teise täitmiskorra juures, sõltumata kahe täitmiskorrahelisel intervallist (nädal, kaks nädalat või üks kuu ; Durham et al., 2002). Teine hüpotees eeldas, et kahe täitmise vahel ilmneb väga tugev seos, kuna leitud korrelatsioon on väga tugev ja tulemuste vaheline nihe ei ole statistiliselt oluline võib kinnitada ka teise hüpoteesi (H2).

WHO-5 ja EEK-2

Ootuspäraselt oli CORE-OM ja WHO-5 vaheline korrelatsioon väga tugevalt negatiivne, sest viimane hindab positiivses sõnastuses psühholoogilist heaolu, mistõttu selle küsimustiku kõrgem skoor näitab paremat heaolu, erinevalt CORE-OM ja EEK-2, mis näitavat suuremat psühholoogilist distressi. Terviseorganisatsiooni heaolu indeks on 5-väiteline, küll 6-punktilisel skaalal, siiski on selle skooride väiksema varieeruvuse tõttu ka korrelatsioonid ebatäpsemad (Goodwin & Leech, 2006). Seetõttu ei olegi kaasneva valiidsuse kohalt oluline, et WHO-5 korrelatsioonid väga tugevad oleksid, piisab kui nad tugevad on.

Väga tugev korrelatsioon EEK-2 küsimustikuga on eelduseks, et kinnitada CORE-OM võimet hinnata Eesti populatsiooni psühholoogilist distressi samaväärselt EEK-2 küsimustikuga. Alamdomeenidest korreleerus EEK-2 küsimustikuga väga tugevalt *probleemid/sümptomid*, mis näitab, et küsimustik mõõdab justnimelt probleemide ja sümptomite määra (psühholoogilist distressi), ehk seda milleks on küsimustik algupäraselt loodud (Evans et al., 2000). Kolmas hüpotees (H3) on samuti leidnud kinnitust.

EEK-2 alamdomeenidest hakkab silma depressiooni väga tugev korrelatsioon kõikide CORE-OM alamdomeenidega peale *riski*. Varasemalt on leitud sarnane väga tugev korrelatsioon Becki depressiooni küsimustiku ja CORE-OM vahel (Evans et al., 2002; Leach et al., 2006), BDI on sealjuures disainitud spetsiaalselt depressiooni hindamiseks. Olemuselt võib see seos tekitada küsimusi kuid erinevalt BDI neljast tasemest mõõdab CORE-OM ainult depressiooni esinemist (Leach et al., 2006). Tarescavage ja Ben-Porath (2014) osutasid sellele, kui CORE-OM puudusele, et mõõdab ainult distressi ja ei keskendu muudele probleemidele. Seega on ootuspärane näha tugevat seost ka EEK-2 alamdomeeni *depressioon* ja CORE-OM tulemuste vahel. Kuna ülejäänud EEK-2 alamdomeenid on rohkem häirepõhised, ei pea korrelatsioonid nende kõikidega väga tugevad ega ka tugevad olema, vähemalt rahuldavad seosed näitavad, et ühe küsimustiku konkreetsed häiretunnused avalduvad teise küsimustiku distressimõõdikus.

CORE-OM faktorstruktuur

Peakomponentide meetodil saadud kolmefaktoriline mudel, mille faktoreid on raske sõnastada on sarnane tulemus Viliūnienė et al. (2013) ja Palmieri et al. (2009) töödes leitule. Käesolevas töös ei tuvastatud originaaltöö leitud kolme faktorit: positiivselt ja negatiivselt sõnastatud väited ja riski mõõtvad väited. Arvestades, et varasemad uurimused on küsimustiku faktorstruktuuri uurimisel pööranud faktoreid erinevalt ja ka tulemused on teineteisest palju erinenud (Zeldovich & Alexandrowicz, 2019), lisaks asjaolu, et algselt ei ole kindlat faktorstruktuuri üldse taodeldud (Evans et al., 2002), ei ole mõtet võrrelda käesolevas töös leitud faktoreid varasemates töödes leitudetega. Lyne et al. (2006) on pakkunud, et oma keerulise faktorstruktuuri tõttu on kõige mõistlikum kasutada CORE-OM küsimustikku kahe erineva skaalana: *risk* ja üldine psühholoogiline distress.

Originaaltöös seletas peakomponent 33% andmete varieeruvusest (Evans et al., 2002).

Arvestades, et CORE-OM küsimustik loodi mõõtma psühholoogilist distressi ehk ühte suurt

ja kogu küsimustikku hõlmavat faktorit on eesti keelses töös leitud 44,6% varieeruvus peakomponendi kohta hea tulemus ja näitab, et ka eesti keelne küsimustik mõõdab suures osas ühte muutujat – psühholoogilist distressi.

Kinnitav faktoranalüüs viidi läbi nelja algupärase domeeniga: subjektiivne *heaolu*, *probleemid/sümptomid*, *funktsioneerimine* ja *risk*. Mudel ei sobinud andmetega, sest kõik sobivusindeksid jäid piirnormidest välja. Tulemus on kooskõlas varasemate CORE-OM tõlgete kinnitavate faktoranalüüsidega, sest ükski varasematest tõlketöödest ei ole suutnud kinnitada esialgset nelja faktoriga struktuuri. Kokkuvõtvalt ei saa CORE-OM küsimustikule omistada kindlat faktorstruktuuri, sest küsimustiku loomisel ei ole seda eesmärgiks seatud ja kõik hilisemad CORE-OM faktorstruktuuri uurinud tööd on jõudnud erinevatele tulemustele (Zeldovich & Alexandrowicz, 2019).

CORE-OM tulemuste seosed sotsiaal-demograafiliste teguritega

Käesolev töö kasutas mugavusvalimit, mille moodustasid suures osas internetti kasutavad kõrgharidusega naised. Varasemalt on leitud, et naistel on meestega võrreldes rohkem sissepoole suunatud vaimse tervise probleeme, nagu meeleoluhäired ja ärevus, samas on meestel rohkem väljapoole suunatud vaimse tervise häireid, nagu impulsikontrolli ja ainete tarvitamisest tingitud häired (Kessler et al., 2005; Rosenfield et al., 2000). CORE-OM alamdomeenide naiste ja meeste mediaantulemuste võrdluses võib täheldada, et naised justkui raporteeriks ka siinses uurimuses kõrgemaid tulemusi, statistiliselt oluliselt need meeste tulemustest siiski ei erinenud. Seega võib kinnitada, et CORE-OM on sugudeülene ja sugude lõikes ilmnevad erinevused on tingitud konkreetsest valimist ja mõõtmise olukorrast, mitte küsimustiku olemusest.

CORE-OM tulemuste võrdlemine vastajate haridustasemetega näitas, et kõrgharidusega inimesed hindasid oma distressi suuremaks. Jällegi tuleks arvesse võtta Connell et al. (2007b) hoiatust psühholoogia tudengite osas, teiseks on oluline vaadelda valimi jaotust. Käesoleva töö valimis oli end kõrgharituks märkinud 60% vastanutest. Statistikaameti andmetel oli kõrgharidusega inimeste osakaal Eesti kogu rahvastikust 2020 aasta seisuga 29,6% (Statistikaamet, 2020). Kolmandaks, põhiharidusega osalejaid oli valimis ainult 15 (1%), selle grupi tulemused olid ka kõige suuremate usalduspiiridega ehk varieerusid kõige rohkem. Viimaks, leitud efektide suurused olid tühised, seega kokkuvõttes võib väita, et Eesti valimi puhul haridusest tingitud erinevusi käesoleva uuringu raames tuvastada ei õnnestunud.

Vanuseliste erinevuste uurimiseks moodustatud vanusegruppide võrdlemisel tuvastati statistiliselt olulisi erinevusi. Kõige noorem vanusegrupp hindas oma distressi teistest vanusegruppidest suuremaks, see võib jällegi olla seotud Connell et al. (2007b) hoiatusega psühholoogia tudengite osas, kes nimetatud vanusegrupi suuresti moodustada võisid. Varasemalt on tuvastatud, et üle 65-aastastel on keskmised skoorid kõrgemad kui noorematel (Barkham et al., 2005b), käesoleva uurimuse valimis nimetatud vanusegrupp aga praktiliselt puudus, seega selle osas võrdlusmoment puudub. Analüüside tulemused näitasid, et kui ka erinevused esinesid, siis nende efektide suurused olid tühised, seega eesti keelse küsimustiku puhul olulisi vanuselisi erinevusi tuvastada ei õnnestunud.

Teraapia tulemust hindav mõõtevahend

Käesolevas töös ei ole kasutatud kliinilist valimit, sellest tingituna ei ole veel võimalik määrata eesti keelse CORE-OM lõikepunkte. Eelnevate uuringute lõikepunktide määramisel on leitud, et lõikepunktid ei ole ainult küsimustikupõhised vaid võivad keelest ja kultuurist sõltuvalt erineda (vt Elsfström et al., 2013 ; Kristjánsdóttir et al., 2015 ; Palmieri et al., 2009). Seetõttu on lõikepunktide määramiseks vaja kaasata kliiniline valim ja võimalusel ka laiemalt Eesti üldpopulatsiooni esindav ja praegusega võrreldes paremini jaotunud mitte-kliiniline valim.

Magistritöö tulemused on sarnased originaaltöös (Evans et al., 2002) leituga, mistõttu võib adapteerimisprotsessi lugeda kordaläinuks, ehk eesti keelne CORE-OM mõõdab mitte-kliinilise Eesti valimi distressi samaväärselt sellega, kuidas nõõdab inglisekeelne CORE-OM inglaste distressi. Zeldovich ja Alexandrowicz (2019) on oma meta-analüüsi tulemusel väitnud, et erinevaid CORE-OM tõlkeid võib käsitleda ühe ja sama mõõdikuna, käesoleva töö tulemusena võib olemasolevate tõlketöödega võrreldavalt käsitleda ka eestikeelset CORE-OM küsimustikku.

Tänuõnad

Aitäh Astra, et päätsid päeva ja inspireerisid sellele järgneva. Thank you, Chris, for the intellectual challenge and professional support. Aitäh kõikidele abilistele, kes töö valmimisse erinevatel etappidel panustasid. Aitäh mu pere, et te mu elus olete.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*, 171-185.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33.
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 93–101.
- 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*, 443–449.
- Alves, P. C. G., Sales, C. M. D., & Ashworth, M. (2016). It is not just about the alcohol: Service users views about individualised and standardised clinical assessment in a therapeutic community for alcohol dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 1*, 25.
- Andrews, G. (1999). Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*, 316-322.
- APA (2021). American Psychological Association. Apa.org vaadatud 07.02.2021
- APS (2018). Australian Psychological Society. *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: A Review of the Literature* (4th ed).
- Arnett, J. L. (2005). Clinical psychology education and training: Commentary on Kenkel et al. and Linden et al. *Canadian Psychology, 46*, 203-211.
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine, 46*, 2955–2970.
- Barkham, M., Bewick, B. M., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., . . . Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling & Psychotherapy Research, 13*, 3–13.

- Barkham, M., Culverwell, A., Spindler, K., & Twigg, E. (2005b). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability and feasibility. *Aging & Mental Health, 9*, 235–245.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C., & Twigg, E. (2005a). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *The British Journal of Psychiatry, 186*, 239–246.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K., & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcome benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184-196.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE system. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking Research with Practice, 6*, 3-15.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., Evans, R., Evans, C., & Margison, F. (2010). The CORE measures & CORE system: Measuring, monitoring, and managing quality evaluation in the psychological therapies. In M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (pp. 175–219). Chichester, UK: Wiley.
- Barkham, M., Mullin, T., Leach, C., Stiles, W. B., & Lucock, M. (2007). Stability of the CORE-OM and BDI-I prior to therapy: Evidence from routine practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*, 269–278.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects. Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bodinaku, B. (2014). *Translation, validation and standardization of the Albanian version of the SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) and CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluations – Outcome Measure)*. Sigmund Freud Private University, Vienna. (Doctoral thesis)
- Börjesson, S., & Boström, P. K. (2019). “I want to know what it is used for”: Clients’ perspectives on completing a routine outcome measure (ROM) while undergoing psychotherapy. *Psychotherapy Research, 1–11*.

- Calvete, E., Fernández-Gonzalez, L., Orue, I., Echezarraga, A., Royuela-Colomer, E., Cortazar, N., ... Yeager, D. S. (2019). The effect of an intervention teaching adolescents that people can change on depressive symptoms, cognitive schemas, and hypothalamic-pituitary-adrenal axis hormones. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *47*, 1533–1546.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, IL: Rand-McNally.
- Chu, J., & Leino, A. (2017). Advancements in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*, 45–47.
- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2007b). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, *35*, 41-57.
- Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J. N. V. (2007a). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical points and comparison with the CIS-R. *The British Journal of Psychiatry*, *190*, 69–74.
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., et al. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*, 1049-1057.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 4.
- Davis, D. A., Mazmanian, P. E., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K. E., & Perrier, L. (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *296*, 1094-1102.
- Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L. G. (2012). *Intensive one-session treatment of specific phobias*. New York: Springer.
- de Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*, 47–57.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Duffy, M. E., Twenge, J. M., & Joiner, T. E. (2019). Trends in mood and anxiety symptoms and suicide-related outcomes among U.S. undergraduates, 2007-2018: Evidence from two national surveys. *Journal of Adolescent Health, 65*, 590-598.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology, 53*, 93–104.
- Durham, C. J., McGrath, L. D., Burlingame, G. M., Schaalje, G. B., Lambert, M. J., & Davies, D. R. (2002). The effects of repeated administrations on self-report and parent-report scales. *Journal of Psychoeducational Assessment, 20*, 240–257.
- Eisen, S. V., Normand, S. L., Belanger, A. J., Spiro, A., & Esch, D. (2004). The Revised Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-R): Reliability and validity. *Medical Care, 42*, 1230–1241.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the Swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 447-455.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, 51-60.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., McGrath, G., Connell, J., & Audin, K. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health, 9*, 247-255.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for a pragmatic psychology*. New York, NY: New York University Press.
- Fokkema, M., Smits, N., Kelderman, H., & Cuijpers, P. (2013). Response shifts in mental health interventions: An illustration of longitudinal measurement invariance. *Psychological Assessment, 25*, 520–531.
- Froyd, J. E., Lambert, M. J., & Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health, 5*, 11-15.
- Garland, A. F., Kruse, M., & Aarons, G. A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 30*, 393-405.
- Goodwin, L., & Leech, N. (2006). Understanding Correlation: Factors That Affect the Size of r . *The Journal of Experimental Education, 74*, 251-266.
- Gray, P. & Mellor-Clark, J. (2007). *CORE: A decade of development*. Rugby: CORE IMS.

- Grice, J. W. (2015). From means and variances to persons and patterns. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12.
- Guerra, D., Pereira, J., & Sales, C. M. D. (2019). Assessment of Outcomes at Casa de Alba: Learning from the residents' view. In J. Pereira, J. Goncalves, & V. Bizzari (Eds.), *The Neurobiology-Psychotherapy-Pharmacology intervention triangle: The need for common sense in 21st century mental health* (pp. 205–220). Wilmington, DE: Vernon Press.
- Harpaz-Rotem, I., Leslie, D., & Rosenheck, R. A. (2004). Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric Services*, 55, 1022–1028.
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 485-491.
- Honkalampi, K., Laitila, A., Juntunen, H., Lehmus, K., Piiparinen, A., Törmänen, I., Inkinen, M., & Evans, C. (2017). The Finnish Clinical Outcome in Routine Evaluation Outcome Measure: psychometric exploration in clinical and non-clinical samples. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71, 589 - 597.
- Hoyt, M. F., Bobele, M., Slive, A., Young, J., & Talmon, M. (2018). Single-session/one-at-a-time walk-in therapy. *Single-Session Therapy by Walk-In or Appointment*, 3–24. New York, NY: Routledge.
- Hunsley, J., & Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 21-33.
- Hussong, D. K., & Micucci, J. A. (2020). The Use of Humor in Psychotherapy: Views of Practicing Psychotherapists. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1–18.
- Jokic-Begic, N., Korajlija, A. L., & Jurin, T. (2014). Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika [Factorial structure, psychometric properties and critical values of the Croatian version of the CORE-OM]. *Psihologijske Teme*, 23, 265–288.
- Juhová, D. (2015). Adaptace metod CORE-OM a ORS do českého prostředí [Adaptation of the CORE-OM and the ORS to Czech]. Masaryk University Brno. (Diploma thesis)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.

- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health, 29*, 115–129.
- Kim, D.-M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*, 161–172.
- Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M. A., & Virtala, E. (2011). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short or longterm psychotherapy. *Journal of Affective Disorders, 135*, 221–230.
- Kohl, P. L., Schurer, J., Bellamy, J. L. (2009). The state of parent training: Program offerings and empirical support. *Families in Society, 90*, 247–254.
- Kristjánisdóttir, H., Sigurðsson, B. H., Salkovskis, P., Ólason, D., Sigurdsson, E., Evans, C., Gylfadóttir, E. D., & Sigurðsson, J. F. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Icelandic version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, its transdiagnostic utility and cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*, 64–74.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., . . . Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting patient feedback. *Psychotherapy, 48*, 72-79.
- Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Stiles, W. B., Noble, R., & Iveson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 153-166.
- Lievens, F., Reeve, C. L., & Heggstad, E. D. (2007). An examination of psychometric bias due to retesting on cognitive ability tests in selection settings. *Journal of Applied Psychology, 92*, 1672–1682.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 32–39.
- Lyne, K. J., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *The British Journal of Clinical Psychology, 45*, 185–203.

- Maruish, M. E. (1994). Introduction. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*, 3-21. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mattingly, C. (1998). In search of the good: Narrative reasoning in clinical practice. *Medical Anthropology Quarterly*, *12*, 273–297.
- McLeod, J. (2001). An administratively created reality: Some problems with the use of self-report questionnaire measures of adjustment in counselling/psychotherapy outcome research. *Counselling and Psychotherapy Research*, *1*, 215–226.
- McLeod, J. (2016). *Using research in counselling and psychotherapy*. London, UK: Sage.
- McLeod, J. (2017). *Qualitative methods for routine outcome measurement*. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (p. 99–122). Wiley-Blackwell.
- Mejia, A., Calam, R., & Sanders, M. R. (2015). A pilot randomized controlled trial of a brief parenting intervention in low-resource settings in Panama. *Prevention Science*, *16*, 707–717.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J., & Evans, C. (1999). Practice-based evidence and standardised evaluation: Informing the design of the CORE System. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, *3*, 357–374.
- MHA (2021). Mental Health America. *COVID-19 and Mental Health: A Growing Crisis*. <https://mhanational.org/research-reports/covid-19-and-mental-health-growing-crisis>
Vaadatud 19.02.2021
- Michels, R. (1984). Foreword. In Frances, A., Clarkin, J., & Perry, S. (Eds.), *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy*, *52*, 449–457.
- Murray, A. L., McKenzie, K., Murray, K., & Richelieu, M. (2020). Examining response shifts in the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM). *British Journal of Guidance & Counselling*, *48*, 276-288.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York, NY: Oxford Univ. Press.

- Norcross, J. C., Hogan, T. P., Koocher, G. P., & Maggio, L. A. (2017). *Clinician's guide to evidence-based practices: Behavioral health and addictions* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Masters, K. S. (1996). *Assessing outcomes in clinical practice*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Oort, F. J., Visser, M. R., & Sprangers, M. A. (2009). Formal definitions of measurement bias and explanation bias clarify measurement and conceptual perspectives on response shift. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*, 1126–1137.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F., & Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16*, 444–449.
- Paz, C., Adana, L., & Evans, C. (2020). Clients with different problems are different and questionnaires are not blood tests: A template analysis of psychiatric and psychotherapy clients' experiences of the CORE-OM. *Counselling and Psychotherapy Research*, *20*, 274–283.
- Paz, C., & Evans, C. (2019). The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure: A useful option for routine outcome monitoring in Latin America. *Revista Brasileira De Psicodrama*, *27*, 226–230.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, *31*, 109–118.
- Phelps, R., Eisman, E. J., & Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 31–36.
- Pilkonis, P. A., Choi, S. W., Reise, S. P., Stover, A. M., Riley, W. T., Cella, D., on behalf of the PROMIS Cooperative Group. (2011). Item banks for measuring emotional distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): Depression, anxiety, and anger. *Assessment*, *18*, 263–283.
- Puis, L., Suija, K., Võhma, Ü., Meister, T., Kivisto, K., Ööpik, P., Lomp, Ü., Unukainen, T., & Joonas, S. (2018). Kokkuvõte kliinilisest auditist „Ärevushäire käsitlus esmatasandil“. *Eesti Arst*, *97*, 353–356.

- Puis, L., Suija, K., Ööpik, P., Lomp, Ü., Meister, T., & Kivisto, K. (2017). Kokkuvõte kliinilisest auditist „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil“. *Eesti Arst*, *96*, 69–72.
- Raghavan, R., Inoue, M., Ettner, S. L., Hamilton, B. H. (2010). A preliminary analysis of the receipt of mental health services consistent with national standards among children in the child welfare system. *American Journal of Public Health*, *100*, 742–749.
- Ready, R. E., & Veague, H. B. (2014). Training in psychological assessment: Current practices of clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, *45*, 278–282.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., & Regier, D. A. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1069–1077.
- Rosenfield, S., Vertefuille, J., & McAlpine, D. (2000). Gender stratification and mental health: An exploration of dimensions of the self. *Social Psychology Quarterly*, *63*, 208–223.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*, 412–415.
- Schleider, J. L., Dobias, M. L., Sung, J. Y., & Mullarkey, M. C. (2020). Future directions in single-session youth mental health interventions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *49*, 264–278.
- Sinclair, A., Barkham, M., Evans, C., Connell, J., & Audin, K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, *33*, 153–174.
- Singal, A. G., Higgins, P. D., & Waljee, A. K. (2014). A primer on effectiveness and efficacy trials. *Clinical and Translational Gastroenterology*, *5*, e45.
- Sisask, M., Värnik, A., Kõlves, K., Konstabel, K., & Wasserman, D. (2008). Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*, 431–435.
- Skre, I., Friborg, O., Elgaroy, S., Evans, C., Myklebust, L. H., Lillevoll, K., ... Hansen, V. (2013). The factor structure and psychometric properties of the Clinical Outcome in Routine Evaluation–Outcome Measure (CORE-OM) in Norwegian clinical and non-clinical samples. *Biomed Central Psychiatry*, *13*, 13–99.

- Solstad, S. M., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2017). Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychotherapy Research, 29*, 157-170.
- Spilka, M. J., & Dobson, K. S. (2015). Promoting the internationalization of evidence-based practice: Benchmarking as a strategy to evaluate culturally transported psychological treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*, 58-75.
- Sproll, S. (2011). *Ein kurzes Outcome-Maß zur routinemäßigen Datenerhebung im Kontext von Evidence-Based Practice und Practice-Based Evidence in der Psychotherapie – Übersetzung und psychometrische Eigenschaften des deutschen CORE-OM*. Sigmund Freud Private University, Vienna. (Diploma thesis)
- Statistikaamet (2020). Eesti Statistikaamet. *Haridus*. <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/haridus> Vaadatud 08.04.2021
- Stedman, T., Yellowlees, P., Drake, S., Chant, D., Clarke, R., & Chapple, B. (2000). The perceived utility of six selected measures of consumer outcomes proposed for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 842-849.
- Steinfeld, B., Franklin, A., Mercer, B., Fraynt, R., & Simon, G. (2016). Progress monitoring in an integrated health care system: Tracking behavioral health vital signs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*, 369-378.
- Strupp, H. H., Horowitz, L. M., & Lambert, M. J. (Eds.). (1997). *Measuring patient change in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery*; Washington, DC: American Psychological Association.
- Zeldovich, M. A., Ivanov, A. A., Evans, C., & Andreas, S. (2014). Psychometrichesky obzor ruskoy versii oprosnika Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM). [Psychometric properties of the Russian Version of the CORE-OM]. *Chelovechesky Kapital, 1*, 58–67.
- Zeldovich, M. A. & Alexandrowicz, R. W. (2019). Comparing outcomes : The Clinical Outcome in Routine Evaluation from an international point of view. *Psychiatric Research, 28*, e1774.
- Zima, B. T., Hurlburt, M. S., Knapp, P., Ladd, H., Tang, L., Duan, N....Wells, K. B . (2005). Quality of publicly-funded outpatient specialty mental health care for common childhood psychiatric disorders in California. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 130–144.

- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 894–904.
- Tarescavage, A. M., & Ben-Porath, Y. S. (2014). Psychotherapeutic outcomes measures: A critical review for practitioners. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 808-830.
- Tasca, G. A., Angus, L., Bonli, R., Drapeau, M., Fitzpatrick, M., Hunsley, J., & Knoll, M. (2019). Outcome and progress monitoring in psychotherapy: Report of a Canadian Psychological Association task force. *Canadian Psychology, 60*, 165-177.
- Thomas, M. L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy, 28*, 201-210.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 167-176.
- Trauer, T. (2010). *Outcome measurement in mental health: Theory and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B. M., Mulhern, B., Connell, J., & Cooper, M. (2009). The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people. *Counselling & Psychotherapy Research, 9*, 160–168.
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K., & Kitamura, T. (2012). Psychometric properties of the Japanese version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 600–608.
- Viliūnienė, R., Evans, C., Hilbig, J., Pakalniškienė, V., Danilevičiūtė, V., Laurinaitis, E., & Navickas, A. (2013). Translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) into Lithuanian. *Nordic Journal of Psychiatry, 67*, 305–311.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 110*, 639–644.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate (2nd ed.)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety,

- mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet (London, England)*, 370, 841–850.
- Wang, P. S., Berglund, P., Kessler, R. C. (2000). Recent care of common mental disorders in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 284–292.
- Ware, J. E. (1999). *SF-36 Health Survey*. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 1227–1246). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Waskow, I. E. (1975). *Selection of a core battery*. In I. E. Waskow & M. B. Parloff (Eds.) *Psychotherapy change measures*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- WHO (1998). *Wellbeing measures in primary health care/ The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- WHO (2018). World Health Organization. *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Vaadatud 31.01.2021
- WHO (2019). World Health Organization. *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> Vaadatud 31.01.2021
- WHO (2020). World Health Organization. *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> Vaadatud 31.01.2021
- Wright, C. V., Beattie, S. G., Galper, D. I., Church, A. S., Bufka, L. F., Brabender, V. M., & Smith, B. L. (2017). Assessment practices of professional psychologists: Results of a national survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48, 73-78.
- Ööpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., & Maaros, H. (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice*, 23, 693–698.
- Xiao, H., Carney, D., Youn, S. J., Janis, R., Castonguay, L., Hayes, J., & Locke, B. (2017). Are we in crisis? National mental health and treatment trends in college counseling centers. *Psychological Services*, 14, 407-415.
- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A., Kring, M., ... Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54, 321-338

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, **Kalle Kallas**,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose **Psühhoteraapia tulemust hindava küsimustiku CORE-OM adapteerimine**, mille juhendajaks on **Astra Schults**, 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.

Kalle Kallas
31.05.2021