

Tartu Ülikool
sotsiaalteaduste valdkond
psühholoogia instituut

Marie Tombu

RAHVUSVAHELISE TRAUMA KÜSIMUSTIKU (ITQ) EESTI KEELDE KOHANDAMINE
JA PILOTEERIMINE

Uurimistöo

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Jooksev pealkiri: ITQ kohandamine ja piloteerimine

Tartu 2021

Rahvusvahelise trauma küsimustiku (ITQ) eesti keelde kohandamine ja piloteerimine

Kokkuvõte

ITQ (*International Trauma Questionnaire*; Cloitre jt, 2018) on RHK-11 alusel välja töötatud enesekohane posttraumaatilise stressihäire (PTSH) ja kompleks-posttraumaatilise stressihäire (K-PTSH) skriinimisvahend. Käesoleva töö peamiseks eesmärgiks oli kohandada ITQ eesti keelde kasutades tõlge-tagasitõlke meetodit, piloteerimist ja kohandatud küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi hinnates. Kohandatud küsimustikku täitis tavavalim ($n=95$) ja kliiniline valim ($n=18$). Küsimustiku mõlema klasteri (PTSH ja eneseorganiseerimise probleemide (DSO)) lõikes oli küsimustiku sisereliaablus rahuldav (vastavalt $\alpha=.88$ ja $\alpha=.85$). Uuriv faktoranalüüs andis tulemuse, mis oli eelnevate uuringutega kooskõlas ehk tekkis kahe faktoriga mudel, kus üheks faktoriks oli küsimustiku PTSH ja teiseks DSO klaster. Töö käigus alustati ITQ eesti keelde kohandamist, aga reliaabsemate tulemuste saamiseks ja kinnitava faktoranalüüsi läbiviimiseks oleks vaja suuremat ja populatsiooni esindavat valimit.

Märksõnad: PTSH, K-PTSH, Rahvusvaheline trauma küsimustik, ITQ

The Adaptation and Piloting of the Estonian International Trauma Questionnaire (ITQ)

Abstract

ITQ (*International Trauma Questionnaire*; Cloitre et al., 2018) is a self-report diagnostic measure for determining probable post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex post-traumatic stress disorder (C-PTSD) diagnoses. The purpose of this study was to adapt the ITQ into Estonian using the forward-backward translation method, piloting the adapted questionnaire and evaluating its psychometric properties. The adapted ITQ was answered by a non-clinical ($n=95$) and a clinical population ($n=18$). The internal reliability was satisfactory across its two diagnostic clusters (PTSD and DSO (disturbances of self-organization), $\alpha=.88$ and $\alpha=.85$, respectively). Exploratory factor analysis was in alignment with findings of previous studies. The analysis suggested a two-factor model, one of them being the PTSD and other the DSO cluster. During this study the process of adaptation of the Estonian ITQ was started, for more reliable findings and to perform a control factor analyses, a larger and a more representative non-clinical and clinical sample are advised.

Keywords: PTSD, C-PTSD, International Trauma Questionnaire, ITQ

Sissejuhatus

Posttraumaatiline stressihäire (PTSH) „võib ilmnedä inimestel, kes on kogenud või olnud tunnistajaks traumaatilisele sündmusele nagu looduskatastroof, tõsine õnnetus, terroristirünnak, sõda või keda on ähvardatud surma, seksuaalvägivalda või tõsise vigastusega“ (Torres, 2020). Eestis vajas 2019. aastal 6212 isikut Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) raske stressireaktsiooni ja kohanemishäire jaotises olevate häirete (sh PTSH) tõttu psühhiaatri ambulatoorset konsultatsiooni, nende hulgas oli 2586 uut haigusjuhtu (*Tervise Arengu Instituut*, 2020). Naiste seas on levimus suurem – konsulteeritud isikuid ja uusi juhtumeid oli naiste seas vastavalt 4063 ja 1579 ning meeste seas 2149 ja 1007. Eriti levinud on PTSH sõjaveteranide hulgas, Ameerika Ühendriikides on 14% Afganistanist ja Iraagist tagasi tulnud veteranidel PTSH diagnoosiks vajalikud sümptomid (Tanielian jt, 2008), Eesti sõjaveteranide seas esineb 9% PTSH sümptomeid (*Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut*, 2018, viidatud *Vaimse tervise roheline raamat*, 2020: 73 kaudu). PTSH levinud komorbiidsus teiste häiretega nagu depressioon, ärevushäired ja sõltuvushäired ning sümptomite kattumine sügava depressiooniga võivad olla põhjusteks, miks seda aladiagnoositakse (Brady jt, 2000), mis tähendab, et häire võib olla veelgi laiemalt levinud. Selleks, et häire olemasolu lihtsamalt tuvastada, on kasutusele võetud eri mõõtevahendid kliiniliste intervjuude ja küsimustike näol (*American Psychological Association kodulehekül*, 2018).

Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon

Üle 20 aasta pärast RHK-10 kasutuselevõttu avaldas Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) 2018. aastal Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 11. versiooni (RHK-11), millele minnakse üle 1. jaanuaril 2022 (*Maailma Terviseorganisatsiooni kodulehekül*, i.a.). RHK eesmärgiks peetakse olla vahend diagnostiliste otsuste tegemiseks ning diagnostiliste kriteeriumite ülemaailmseks standardiks, mis võimaldab riikide vahel võrrelda haiguste esinemist (*Maailma Terviseorganisatsiooni kodulehekül*, i.a.). 11. versiooni koostamisel keskenduti rahvusvahelise ja kliinilise rakendatavuse arendamisele (Keeley jt, 2016). Laia kasutuse tõttu ei tohi diagnostiline süsteem olla raskesti arusaadav, mis võib põhjustada ebakorrektsed ja vähest kasutust ning häirelevimuse ebausaldusväärset statistikat (Bisson jt, 2020). Selle tõttu annab uus versioon häiretest ülevaate neid kirjeldades ega anna kindlaid diagnostilisi kriteeriumeid nagu RHK-10.

Selle asemel on häire tunnused, mis tõenäoliselt igal antud häirega isikul esinevad ja kindlate kriteeriumite jälgimise asemel lähtuvad eksperdid oma kliinilisest hinnangust (First jt, 2015).

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) jaotises Rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired (F43) on kolm häiret: posttraumaatiline stressihäire (PTSH), kohanemishäire, muud rasked stressireaktsioonid ja täpsustamata rasked stressireaktsioonid (Maailma Terviseorganisatsioon, 1993). RHK-11s lisati Stressiga seotud häirete jaotusesse (6B4) RHK-10 F43 olevatele häiretele juurde kompleks-posttraumaatiline stressihäire (K-PTSH), pikendatud leina häire ning Lapse või nooruki suhtlemishäirete jaotusest (F94) toodi üle reaktiivne kiindumussuhete häire ja pidurdunud kiindumussuhete häire (*WHO: ICD-11, i.a.*).

PTSH

RHK-10 kohaselt peab PTSH diagnoosiks olema esinenud psühhotrauma, mille järgselt esinevad sündmusest pidevad ja pealetükkivad meenutused või esile kerkimine mälus, ilmumine kujutlustes või unenägudes. Tihti kaasneb emotsionaalne tuimenemine, emotsionaalne eraldatus ja traumata meenutavate stiimulite vältimine (Maailma Terviseorganisatsioon, 1993). Erinevalt RHK-10st, koosneb RHK-11 PTSH diagnostiline juhend kolmest klastrist ja kuuest sümptomist. RHK-11 PTSH diagnostilise juhendi kolm klastrit on:

- trauma korduv läbielamine (elavate (*vivid*) pealetükkivate mälestuste, meenutuste või unenägudena);
- traumaga seotud tegevustest, situatsioonidest või inimestest hoidumine, sündmusega seotud mõtete ja mälestuste vältimine;
- pidev kõrgenenud ohutunne (väljendub näiteks ülemäärase tähelepanuna välisele või suurenenud ehmatusreaktsioonina stiimulitele nagu ootamatud hääled).

Sümptomid peavad kestma mitu nädalat ning häirima sotsiaalset, pere-, kooli- ja/või tööelu (*WHO: ICD-11, i.a.*).

K-PTSH

Kumulatiivne trauma ehk korduvad, minevikus (sh lapsepõlves) aset leidnud traumad on seotud PTSH komplekssemate sümptomitega (Cloitre jt, 2009). Kompleks-posttraumaatilist stressihäire diagnostilise juhendi sisu eristab posttraumaatilise stressihäire omast, et häire võib tekkida mitme traumaatilise sündmuse üleelamise, pikalt kestnud sündmuse või korduvate sündmuste (kust on raske põgeneda) tagajärjel (*WHO: ICD-11, i.a*). Nendeks sündmusteks võib olla pikaajaline koduvägivald, lapsena kogetud pidev (seksuaal)vägivald, piinamine jms. K-PTSH diagnoosi saavad harilikult mitme või pideva trauma läbielajad, kellel on tavaliselt PTSH diagnoosiga isikutest suuremad funktsioonihäired (Brewin jt, 2017) ja tõsisemad psühhopatoloogilised sümptomid (Tian jt, 2020). Varasemalt anti isikutele, kellel olid lisaks PTSH sümptomitele ka muud probleemid, diagnoosiks PTSH komorbiidsus muude häiretega nagu raske depressioon, sotsiaalärevus, piirialane isiksushäire vms (Brewin jt, 2017).

RHK-11 K-PTSH diagnostilises juhendis on lisaks PTSH tunnustele kolm klastrit eneseorganiseerimise probleemide (*disturbances in self-regulation; DSO*) kohta. Need kolm klastrit on:

- tõsised ja püsivad probleemid afekti regulatsiooniga;
- väärtusetusetunne;
- raskused sotsiaalses elus.

On ka arvatud, et K-PTSHd eraldi ei ole olemas, vaid tegemist on PTSH ja piirialase tüüpi ebastabiilse isiksushäire koosinemisega, aga on tõestatud, et K-PTSH on piirialasest isiksushäirest eristatav (Cloitre jt, 2014), lisaks on mitmed uurimused toetanud PTSH ja K-PTSH eristamist latentsete klassi analüüsi (*latent class analysis; LCA*) alusel (Brewin jt, 2017; Cloitre jt, 2014). Kuna on leitud tõendeid, et tegemist on eraldiseisva häirega, siis lisati K-PTSH diagnoos RHK-11sse (Maercker jt, 2013).

PTSH ja K-PTSH ei saa koos esineda, ühel isikul saab esineda nendest vaid üks või mitte kumbki. RHK-11 alusel saab PTSH diagnoosi PTSH juhendi kolme klatri alusel, K-PTSH juhul kui lisaks PTSH tunnustele esinevad ka DSO omad.

Mitmed uuringud on leidnud, et RHK-11s määratletud K-PTSH on laiemalt levinud PTSHst nii tavapopulatsioonis (Cloitre jt, 2018; Cloitre jt, 2019; Ho jt, 2019) kui ka kliinilises populatsioonis

(Cloitre jt, 2018; Hyland jt, 2017; Karatzias jt, 2017, 2018; Murphy jt, 2020; Murphy jt, 2018; Vallières jt, 2018). Mõned uuringud on ka leidnud, et PTSH levimus on tavapopulatsioonis K-PTSHst kõrgem (Ben-Ezra jt, 2018; Somma jt, 2019). USAs tavapopulatsiooni esindava valimiga läbi viidud uuringu kohaselt on samuti K-PTSH levinum võrreldes PTSHga (Cloitre jt, 2019).

Muutused diagnostilistes kriteeriumites

Võrreldes RHK-11ga oli RHK-10s PTSH diagnoos mittesoovitav siis, kui psühhotraumajärgne latentsiperiood on pikem kui 6 kuud (võis diagnoosida vaid juhul, kui alternatiivsed diagnoosid ei olnud võimalikud). Lisaks ei kaasatud RHK-11sse RHK-10 diagnostilises juhendis olevat täpsustust, et kogetud trauma peaks olema selline, „mis põhjustab märgatava distressi peagu kõigil inimestel“ (Maaailma Terviseorganisatsioon, 1993). RHK-10s on mainitud traumat meenutavate stiimulite vältimine, aga seda ei peetud diagnoosimisel nii oluliseks kui RHK-11s. Brewin jt (2017) metaanalüüsis selgus, et RHK-11 diagnostilise juhendi alusel ei saa PTSH diagnoosi osad isikud, kes oleksid saanud RHK-10 alusel, ja nii ka Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni avaldatud *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*'iga (DSM-5) (Brewin jt, 2017; Hyland jt, 2017; Shevlin jt, 2017). PTSH diagnostilise juhise muutmise (ja sellest tulenevalt diagnoosi saavate isikute vähenemise) ning K-PTSH lisamise tõttu on vaja häirete skriinimiseks ja ulatuse hindamiseks uusi mõõtevahendeid, mis vastaksid uuele diagnostilisele juhendile.

Trauma hindamine ja hindamisvahendid

Trauma ja selle tagajärgede hindamiseks tuleb hinnata peale PTSH sümptomite ka kokkupuudet ehk eksponeeritust traumaatilis(t)e sündmus(t)ega. Seda tuleb hinnata eraldi, sest traumaatilise sündmuse kogemine ei vii automaatselt häire tekkimiseni, küll aga on PTSH diagnoosimise aluseks (Gold, 2017). Lisaks tuleb traumaatilisi sündmusi kaardistada, et olla teadlik teistest traumaatilistest kogemustest peale selle, mille tõttu alguses pöörduti, sest kumulatiivne trauma ennustab PTSH tekkimist (Briere jt, 2016). Üheks selliseks vahendiks on Elusündmuste küsimustik (LEC, *Life-Events Checklist*; Gray jt, 2004), mis teeb kindlaks isikute kokkupuuted sündmustega, mis DSM-5 alusel võivad viia PTSH välja kujunemiseni.

Lisaks sündmuste kaardistamisele on vajalik PTSH sümptomite hindamine vastavalt diagnostilisele juhendile. Selleks on kahte tüüpi mõõtevahendeid: intervjuud ja küsimustikud.

Intervjuud on hea viis diagnoosi täpsuse kinnitamiseks, aga nõuavad rohkem ressursse, sealhulgas ka intervjuu läbiviijate koolitamist. Testid nõuavad väiksemat rahalist ja ajalist ressursi ning on kasulikud häirete skriinimiseks ehk kiireks hindamiseks, kas isikul võib olla häire diagnoos või mitte (Friedman jt, 2007). DSM-4 põhjal arendati välja Sündmuste mõju skaala (*Impact of Event Scale – Revised*; IES-R, Weiss & Marmar, 1997), mis on üks laiemalt kasutatud ja seega ka rohkelt kohandatud PTSH mõõtevahend (Friedman jt, 2007).

PTSH levinud komorbiidsus teiste häiretega nagu depressioon, ärevushäired ja sõltuvushäired (Brady jt, 2000) tähendab ka, et häire, millega pöördutakse, võib olla traumahäirega komorbiidne ning selle skriinimiseks on vajalikud küsimustikud, millega saab kindlaks teha, kas PTSH või K-PTSH võib olla teise häire tekke aluseks. Sellest lähtuvalt saab ka vastavalt vajadusele adapteerida ravimeetodit (Friedman jt, 2007).

RHK-11 alusel välja töötatud ITQ ja Rahvusvaheline trauma intervjuu (*International Trauma Interview*, ITI; Roberts jt, 2019) moodustavad seega hindamisvahenditena komplekti. Esimene on väheste ressursikuluga trauma mõju ja sümptomite esinemise algseks hindamiseks ning teine diagnoosi kinnitamiseks.

ITQst üldiselt

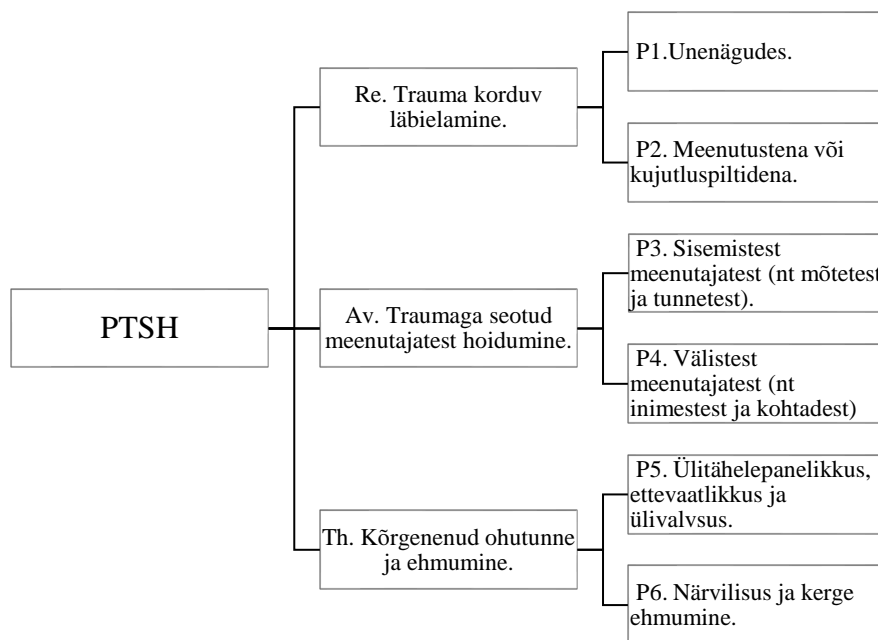
RHK-11st lähtuvalt töötati välja *The International Trauma Questionnaire* (ITQ), mis on „lühike ja lihtsalt sõnastatud mõõtevahend“ (Cloitre jt, 2018: 536) ja keskendub PTSH ja K-PTSH põhilistele omadustele (Cloitre jt, 2018). Küsimustik on üldkasutatav ning 09.04.2021 seisuga on saadaval 25 erinevat versiooni eri keelte ning kultuuride jaoks (*The International Trauma Consortium kodulehekülg*, i.a).

ITQ täitmisel on alguses vaja lühidalt kirjeldada sündmust, mis häirib vastajat kõige enam ning millal see nendega juhtus (vähem kui 6 kuud, 6-12 kuud, 1-5 aastat, 5-10 aastat, 10-20 aastat või enam kui 20 aastat tagasi). Ülejäänud küsimustik koosneb kahest osast, esimene keskendub PTSH sümptomitele ja teine K-PTSHga kaasnevatele DSO sümptomitele, mis esinevad lisaks PTSH sümptomitele. Esimeses pooles on kokku 9 küsimust PTSH diagnoosimiseks ja teises pooles 9 DSO kohta. Vastused on Likerti skaalal nullist neljani (0 – üldse mitte, 4 – väga palju). Iga diagnostilises juhendis oleva klasteri kohta on kaks küsimust.

PTSH osas on seega 3 alaklastrit ja kokku 6 küsimust, mis hindavad sümptomite esinemist viimase kuu jooksul (Joonis 1). PTSH kohta käivate küsimuste lühendid on P1-P9, alaklastrid ja nende lühendid on: trauma korduv läbielamine (Re; *Re-experiencing*), meenutajatest hoidumine (Av; *Avoidance*) ning kõrgenenud ohutunne (Th; *Sense of current threat*). Lisaks kolm küsimust selle kohta, kuidas eelnevad faktorid on mõjutanud viimase kuu jooksul suhteid (küsimus P7), tööelu (küsimus P8) ja muid olulisi tegevusi (küsimus P9).

Joonis 1

ITQ PTSH osa alaklastrid ja küsimuste teemad



K-PTSH diagnoosimiseks on lisaks PTSH klastrile 9 küsimust (koodid C1-C9) eneseorganiseerimise probleemide ehk DSO teemal: kaks iga DSO sümptomi ja lõpus kolm häire mõju kohta. Küsitakse afekti regulatsiooni (AD; *Affective dysregulation*) (kas vastajal on raskusi maha rahunemisega, kas ta tunneb ennast tuimalt) (küsimused C1 ja C2), enesehinnangu (NSC; *Negative self-conception*) (tunneb nagu oleks läbi kukkunud, väärtusetuna) (küsimused C3 ja C4) ja suhete hoidmise kohta (DR; *Disturbances in relationships*) (C5, C6) viimase kuu aja jooksul. Lisaks on veel kolm küsimust, mis uurivad mil määral on viimase kuu jooksul mõjutanud emotsionaalsed probleemid ning uskumused enda ja suhete kohta tekitanud distressi sotsiaalses elus (C7), mõjutanud töövõimet (C8) või mõjutanud mõnda muud tähtsat elu osa (C9).

Kui PTSD osa iga klasteri vähemalt ühele küsimusele vastatakse 2 või enam ja viimase kuu jooksul on mainitud probleemid mõjutanud ühte välja toodud elu osa (küsimused P7, P8 ja P9) skaalal ≥ 2 , on PTSH kriteerium täidetud. K-PTSH diagnoosi puhul peavad olema täidetud PTSH kriteeriumid ja vastatud iga K-PTSH klasteri ühele küsimusele 2 või enam. Lisaks peavad K-PTSHga kaasnevad probleemid kuu jooksul mõjutama ühte elu aspekti (küsimused C7, C8 ja C9) skaalal ≥ 2 . Küsimustikul on ka dimensionaalsed skoorid – PTSH koondskoor on küsimustiku esimese kuue küsimuste vastuste summa, K-PTSH puhul arvutatakse DSO skoor ehk küsimustiku teise poole esimese kuue vastuse summa.

Cloitre jt (2018), töötades välja ITQ ingliskeelset lõpliku versiooni, viisid sellega läbi kinnitava faktoranalüüsi (*confirmatory factor analysis*; CFA) ning tegid sellega kindlaks küsimustiku lõpliku versiooni konstrukti valiidsuse ja reliaabluse kasutades Cronbachi alfata. CFAga kinnitati kaks mudelit. Esimene oli korrelatsioonis kuuefaktoriline mudel, kus igaks faktoriks oli üks ITQ alaklastriteks. Teine mudel oli kahe faktoriga: PTSH ja DSO, mis olid omavahelises korrelatsioonis. Hyland jt (2017) ja Karatzias jt (2016) leidsid samuti CFAd kasutades, et ITQl on kõrge faktoriaalne valiidsus ja Cronbachi alfaga sisemise reliaabluse, Hyland jt, (2017) analüüs toetas ka PTSH ja K-PTSH diagnostilist eristamist.

ITQ alusel hinnates esineb naiste seas rohkem PTSHd ja K-PTSHd (Ben-Ezra jt, 2018; Cloitre jt, 2019; Karatzias jt, 2017) ning häirega isikutel on kõrgemad depressiooni ja ärevuse tasemed (Cloitre jt, 2018). Lisaks on leitud, et isikud, kellele pandi küsimustiku skoorimisjuhendi alusel K-PTSH diagnoos, olid läbi elanud oluliselt rohkem traumaatilisi kogemusi võrreldes PTSH diagnoosiga isikutega (Cloitre jt, 2018).

Varasemad kohandamised

Varasemalt on valiidselt ja reliaabselt kohandatud ITQ leedu keelde (Kazlauskas jt, 2018), hiina keelde (Ho jt, 2019), ukraina keelde (Shevlin jt, 2017), Brasiilia portugali keelde (Donat jt, 2019), portugali keelde (Rocha jt, 2019), itaalia keelde (Somma jt, 2019), heebrea keelde (Ben-Ezra jt, 2018) ja araabia keelde (Vallières jt, 2018) ning peamiselt on nendes töödes kasutatud tõlke-tagasitõlke meetodit (Ben-Ezra jt, 2018; Donat jt, 2019; Ho jt, 2019; Kazlauskas jt, 2018; Somma jt, 2019; Vallières jt, 2018).

Ho jt (2019) kasutasid hiina keelde kohandamisel ekspertide hinnangut, tõlke-tagasitõlke meetodit, mille viisid läbi kaks hiina ja inglise keelt kõnelevat isikut. Seejärel andsid kolm eksperti hinnangud nii algsele kui ka tagasitõlkele, sealhulgas parandasid sõnastust ning lisasid kommentaare. Hiinakeelsete väidete sobivuse ja asjakohasuse tehti kindlaks testides sisuvaliidsust ja kuus eksperti andsid selle osas oma arvamuse hinnates iga väidet neljapunktilisel Likerti skaalal. Tõlgitud väiteid piloteeriti kaheksa tudengi peal, kes said kõigist väidetest aru ning arvasid, et küsimustele on lihtne vastata. Lisaks võrreldi 18-24-aastaste inglise ja hiina keelt rääkivate Hongkongi tudengite vastuseid mõlemat versiooni täites ning selle alusel hinnati tõlge reliaabseks ning tähenduselt sarnaseks ingliskeelse ITQga. Lisaks kinnitati CFAGA, et Cloitre jt, (2018) teine väljapakutud mudel kirjeldab ITQ ülesehitust kõige paremini.

Adapteerides mõõtevahendit Brasiilia portugali keelde, kasutasid Donat jt (2019) teistsugust protsessi. Inglise keelest tõlkisid algseid väited Brasiilia portugali keelde kaks inglise ja portugali keelt rääkivat psühholoogi, kes olid traumaga seotud häirete eksperdid. Tõlkeid hindasid bakalaureuse-, magistri- ja doktoriõppes tudengid, kes valisid kahest tõlkest parema ning vajadusel viisid sisse erinevaid muutuseid. Sisuvaliidsus tehti kindlaks ekspertide poolt, kes pidid hindama iga tõlgitud väite arusaadavust, praktilist ja teoreetilist asjakohasust viiepunktilisel Likerti skaalal. Kui sisuvaliidsus ei olnud rahuldav, muudeti sõnastust ja lasti ekspertidel uuesti hinnata kuni tulemus oli sobiv. Lisaks paluti ekspertidel arvata, kas väide kuulub PTSH või DSO klastritesse. Seejärel lasti 35 inimesel hinnata testi arusaadavust. Uuritavad koosnesid traumakogemusega kliinilisest valimist ning nende lähedastest. Viimaks tehti tõlgi poolt, kes ei olnud algsest mõõtevahendist teadlik, tagasitõlge inglise keelde ning see saadeti algse uurimuse autoritele, et neilt saada heakskiit.

Shevlin jt (2017) ukraina keelde kohandades lasid ingliskeelse küsimustiku tõlkida professionaalsete tõlkijate poolt, tõlget hindasid individuaalselt ja seejärel koos vaimse tervise eksperdid. Seejärel tehti tagasitõlge ning viidi sisse vajalikud muutused. Pärast tõlkeprotsesse kohandatud küsimustikku piloteeriti ning viidi sisse lõplikud muudatused.

Mitmed tööd kasutasid kohandatud küsimustiku valiidsuse kinnitamiseks CFAd (Ben-Ezra jt, 2018; Ho jt, 2019; Kazlauskas jt, 2018; Somma jt, 2019; Vallières jt., 2018) ning reliaabluse leidmiseks Cronbachi kordajat (Ben-Ezra jt, 2018; Ho jt, 2019; Kazlauskas jt, 2018; Rocha jt,

2019; Shevlin jt, 2017; Somma jt, 2019). Osa eelnevalt mainitud töödes kohandatud küsimustikud on lisatud *The International Trauma Consortium* koduleheküljele, kust need on vabalt kättesaadavad (*The International Trauma Consortium kodulehekülg*, i.a).

Töö eesmärk

Antud töö eesmärgiks on alustada ITQ kohandamist eesti keelde ning viia läbi esmane uuring küsimustiku psühhomeetriliste omaduste testimiseks. Antud töö peamine fookus on testiväidete arusaadavuse kontrollimine. Töö koosneb kahest osast: küsimustiku kohandamine ning piloteerimine. Eelnevate tööde alusel püstitati hüpoteesid:

- traumaga seotud häireid esineb rohkem naistel,
- osad isikud RHK-10 alusel pandud PTSH diagnoosiga ei saa seda ITQ skoorijuhendi alusel,
- K-PTSH on võrreldes PTSHga levinum nii tava kui ka kliinilises valimis,
- võimalik K-PTSH diagnoos on seotud rohkemate traumaatiliste sündmuste läbielamisega,
- PTSH ja K-PTSH diagnoosiga isikutel on kõrgem EEK depressiooni ja ärevuse tase,
- EEK-2 depressiooni, ärevuse ja sotsiaalärevuse skoorid on positiivses korrelatsioonis DSO skooriga, sest neid häireid diagnoositi eelnevalt PTSHga K-PTSH asemel,
- tõlgitud versioon on sisemiselt reliaabne ja on võimalik leida samasuguse faktorstruktuuri nagu originaalil (Cloitre jt, 2018).

Uurimustöö väljundiks on algne versioon eesti keelde kohandatud mõõtevahendist, mis põhineb 2022. aastal kasutusele võetaval RHK versioonil ning võimaldab skriinida posttraumaatilist stressihäiret ja kompleks-posttraumaatilist stressihäiret nii kliinilises töös kui ka uurimistööid läbiviies.

Meetod

Tõlkimisprotseduur

Kohandamise protsess algas ITQ inglise keelest eesti keelde tõlkimisega nelja erineva tõlkija poolt. Esialgse tõlke viisid läbi eraldi kaks kliinilist psühholoogi ja kaks psühholoogiahariduseta hea inglise keele oskusega isikut. Käesoleva töö autor valis välja sobivaimad tõlkeversioonid, mis andsid kõige paremini originaalse küsimustiku mõtet edasi. Tõlkeid võrdles, toimetas ja kommenteeris kaks valdkonna eksperti (kliinilised psühholoogid). Nende poolt tehtud märkused ja parandused viidi sisse ning parandatud eestikeelsele väidete kogumitele tegi tagasitõlke väga hea eesti ja inglise keeleoskusega mittepsühholoog, kellel on varasemaid tõlketöö kogemusi. Kuna tagasitõlke ja algsete väidete vahel puudusid erinevused, mis peegeldaksid tähenduslikku erinevust kahe versiooni vahel, siis rohkem muutuseid sisse ei viidud. Tagasitõlge on esitatud algse küsimustiku autorile M. Cloitre'le hindamiseks.

Valim

Nii tava- kui ka kliinilise valimi andmeid koguti veebipõhiselt. Tavavalimisse kutsuti üle 18-aastaseid isikuid kasutades Facebooki avalikke postitusi, postitades TÜ psühholoogia instituudi tudengite Facebook'i gruppi ja grupisõnumitesse. TÜ psühholoogiastudengitele anti võimalus saada vastamise eest ka 0.5 katsepunkti. Kokku oli tavavalimi küsimustikul 102 vastajat, kellest seitse vastas, et neil oli PTSH diagnoos ning selle tõttu tõsteti ümber kliinilisse valimisse ehk kokku jäi tavavalimisse 95 isikut. Nendest 78 (82.1%) olid naised ja 17 (17.9%) olid mehed. Vastajate keskmine vanus oli 36.6a ($SD=10.9$; min=19; max=65). Osalejatest 69.5% on kõrgharitud, 7.4% kutseharidusega ja 23.2% keskharidusega, 57.9% olid abielus/kooselus, vallalised olid 24.2%, suhtes 15.2%, üks vastajatest oli lahutatud ja üks oli lesk. Mingit tüüpi häire oli esinenud 64.2% vastajatest, 46.3% depressioon, 33.7% ärevushäire, 4.2% söömishäire.

Kliinilisse valimisse kutsuti PTSH diagnoosi ja/või traumakogemusega üle 18-aastaseid isikuid koostöös SA TÜK psühhiaatrikliiniku kliiniliste psühholoogidega, kes jagasid oma patsientidele läbiviidava uuringu kohta infot. Kokku oli kliinilises valimis 11 vastajat, lisaks 7 tavavalimist. Nendest 15 (83.3%) olid naised, 3 (16.7%) mehed. Vastajate keskmine vanus oli 33.9a ($SD=9.4$; min=20; max=48). Kõrgharidusega vastajaid oli 55.6%, keskharidusega oli 21.1%, põhiharidusega

16.7% ja ühel vastajal (5.6%) oli kutseharidus. Abielus/kooselus oli 38.9%, vallaline 33.3%, suhtes 22.2% ja üks vastaja oli lahutatud. Kõigil kliinilise valimi vastajatel esines depressioon, 88.9% mõni ärevushäire, PTSH diagnoos oli 55.6%. 11.1% esines üks häire, 33.3% kaks, 50% kolm ja ühel vastajal viis häiret.

Piloteerimises osales kokku 7 inimest (3 meest, 4 naist), kelle keskmiseks vanuseks oli 33.6a ($SD=11.83$, $min=19$, $max=49$). Piloteerimiseks valiti eri vanusest, soost ja ametialasel positsioonil inimesed, kellel paluti test täita ning pärast täitmist vastata küsimustele väidete arusaadavuse ja sõnastuse kohta. Piloteerimist viidi läbi nii läbi üle veebi kui ka vahetult kohtudes. Mõlemal korral lasti vastajal üksinda test täita ning pärast seda esitati kolm küsimust:

- Kas mõni väide jäi arusaamatuks?
- Kas mõni väide tekitas küsimusi?
- Kas on ettepanekuid mõne väite sõnastuse osas?

Küsimustele vastates oli võimalik vaadata küsimuste nimekirja ning täpselt näidata väited, mis tekitasid arusaamatusi või mille osas oli ettepanekuid.

Mõõtevahendid

Kõikidel osalejatel lasti täita lisaks demograafilistele küsimustele veel neli küsimustikku. Küsimustikukomplekt pandi kokku koos Maria Tappoga, kes oma uurimistöö raames kohandab eesti keelde IES-Ri.

Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2, Aluoja jt, 1999) koosneb 28 väitest, mille esinemist viimase kuu jooksul peab hindama viiepunktilisel skaalal 0-4 (0 – üldse mitte; 1 – harva; 2 – mõnikord; 3 – sageli; 4 – pidevalt). Küsimustiku aluseks on RHK-10 ja DSM-4 ärevuse ja depressiooni diagnostilised kriteeriumid. Hinnatakse ärevuse ja depressiooniga seotud sümptomite esinemist, mis on omakorda jaotatud kolmeks põhi- ja kolmeks alaskaalaks. Põhiskaalad on depressioon (küsimused 1-8), paanika-agorafaobia (küsimused 15-19) ja ärevus (9-14), alaskaalad on sotsiaalfobia, kurnatus ja insomniat. Kõigil skaaladel on skooride löikepunktid, mille järgi on võimalik hinnata vastava häire esinemise tõenäosust. Need skoorid on saanud või ületanud enamus vastava häirega isikud, ning selle järgi on võimalik hinnata vastaja sümptomite esinemise raskusastet ja võrrelda seda kliinilise populatsiooniga.

Elusündmuste küsimustik (LEC, *Life-Events Checklist*; Gray jt, 2004) koosneb 17 väitest, mis kaardistab vastaja kogemusi ning kokkupuuteid traumasündmustega. 17 valitud sündmust on sellised, mis DSM-5 kohaselt võivad PTSHd tekitada ja kokkupuuteid hinnatakse kuuel tasemel. Iga sündmuse kohta tuleb märkida üks või enam vastust selle kohta, kas antud sündmus a) juhtus tema endaga; b) on sündmust pealt näinud; c) on teada saanud, et sündmus juhtus lähedase isikuga; d) on puutunud sündmusega kokku seoses oma tööga; e) pole kindel, kuhu kogemust paigutada; f) pole sellega kokku puutunud. Arvesse võetakse kõiki elu jooksul kokku puutunud sündmusi. Antud töö raames kodeeriti kõik „juhtus minuga“ ja „nägin pealt“ sündmused 1-na. „Sain teada“ ja „minu tööga seotud“ sündmused said koodi 2 ja ülejäänutel sündmuste väidete koodiks pandi 0. Tehti uus muutuja „Traumakogemuste hulk“, kus võeti arvesse kõiki „juhtus minuga“ sündmusi ja sündmuste number 14 („Ootamatu vägivaldne surm (nt mõrv, enesetapp“) ning 15 („Ootamatu surm õnnetuse tagajärjel“) pealt nägemist.

ITQ, mida antud töö raames eesti keelde kohandatakse. Kõige rohkem häiriva sündmuse kirjelduse alusel kodeeriti trauma liik. Lisaks tekitati Likerti skaalal olevate vastuste alusel kaks uut muutujat. Üheks oli PTSH skoor, mis oli kõigi PTSH alaklastrite küsimuste (P1-P6) vastuste summa, ja teiseks DSO skoor, mis oli kõigi DSO alaklastrite küsimuste (C1-C6) vastuste summa.

Sündmuse mõju skaala (*Impact of Event Scale – Revised*; IES-R; Weiss & Marmar, 1997) koosneb 22 väitest, mis hindab kindla stressirohke sündmuse põhjustatud tajutud distressi. Koostamisel oli aluseks võetud DSM-IV PTSH sümptomid. Selle eesmärk on traumajärgsete sümptomite skriinimine, vastajad valivad ühe stressirohke sündmuse ning vastavad viiepunktilisel skaalal (0 – üldse mitte; ...; 4 – väga tugevalt) millisel määral see on neid viimase 7 päeva jooksul häirinud. Kohandamise valiidsuse parandamiseks ja saadud tulemuste paremaks võrdlemiseks lasti hinnata distressi viimase kuu jooksul, et käsitletud ajaperiood kattuks teiste kasutatud küsimustiku omadega.

Eetikakomitee luba

Küsimustikude tundliku sisu tõttu kooskõlastati uurimistöö Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega. Kolme üliõpilase uurimistööd (sh käesolev) keskendusid erinevatele traumasündmuste mõju hindavatele diagnostiliste juhendite eesti keelde kohandamisele. Nendeks

olid lisaks ITQ-le IES-R ja ITI. Selle tõttu esitati eetikakomiteele kolme töö ühise taotluse ja saadeti välja ühine küsimustikukomplekt.

Enne küsimustiku täitmist paluti vastajatel läbi lugeda teadliku nõusoleku leht, kus soovitati negatiivsete meenutuste esinemise korral otsida psühholoogilist abi, kinnitati andmetega hoolikalt ümberkäimist ja et vastuseid pole võimalik isikutega seostada. Teavitati ka vabadusest iga hetk vastamine pooleli jätta ning sel juhul nende andmete kustutamisest.

Statistiline analüüs

Andmete analüüsiks kasutati programmi SPSS Statistics versiooni 27.0.0. Kõikide analüüside läbiviimisel kasutati olulisuse nivood .05 ja rahuldavaks Cronbachi alfaks peeti väärtust $>.60$ (Raykov, 1997).

Tulemused

Täiendused pärast piloteerimist

Küsimustikku oli sisse jäänud mõned kirjavead (näiteks „teie“ oli kirjutatud väikese eestähga, osade väidete tagant puudusid punktid ja oli kasutatud vale pööret), mis toodi piloteeritavate poolt välja. Ühele vastajale jäi segaseks võõrsõna „distress“, mis asendati sõnaga „kannatus“, lisaks ka DSO sümptomite ees olnud lause keeruline sõnastus asendati lihtsamaga, nii et mõte ei muutunud. Sama isik pani ka tähele, et küsimustiku mõlemas osas on küsitud kaks korda tööelu kohta („Mõjutanud minu tööd või töövõimekust/ suutlikkust teha tööd.“ ja „Mõjutanud mõnda muud olulist osa minu elust, näiteks vanemaks olemist, kooli- või tööelu, mõnda muud tegevust.“), mis võib tekitada olukorra, kus mõlemale küsimustele vastatakse tööelu aluseks võttes. Kuna alguses küsimustikus nii ei olnud, siis eemaldati viimases väitest „kooli- või tööelu“ ja pandi asemele „koolitöö“.

Kolmel vastajal tekkisid IES-R ja EEK-2 täitmisel raskused seoses COVID-19 viirusega, sest ei teatud, kas peaks viiruse levimusega seotud ärevuse ning haigusega kokkupuute üles märkima. Piloteerides mainiti ka ajavahemike kattumist (1-5 aastat, 5-10 aastat jne). Kuna need on samad ka ingliskeelses küsimustikus, siis ei nähtud põhjust selle muutmiseks, eriti kuna nii võib tekkida lahknevus küsimustiku kahe versiooni vahel.

Pärast piloteerimist muudeti skaala nimetuse „mitte üldse“ „üldse mitte“-ks, sest see oli kasutustel nii ka teistes töös kasutatud küsimustikes. Lisaks muudeti ära „üsna palju“ „üsna tugevaks“, et see ühilduks skaala otsas oleva „väga tugevalt“ sõnastusega. Peale selle lisati küsimuste ette koodid koondskooride arvutamise lihtsustamiseks. Kui ingliskeelses olid PTSH osa küsimuste koodid P1-P9 tähistamaks PTSHd (inglise keeles *post-traumatic stress disorder*; PTSD) ja DSO osa küsimuste osa koodid C1-C9 K-PTSHd (inglise keeles *complex post-traumatic stress disorder*; C-PTSD), siis eestikeelses versioonis jäeti PTSH koodid samaks, aga DSO osa küsimuste omad muudeti K1-K9-ks.

Kirjeldavad andmed

ITQ alusel oli tavavalimi PTSH esinemise tõenäosus 4.2% ($n=4$), meestel 5.9% ($n=1$) ja naistel 3.8%, ($n=3$). K-PTSH oli pea kaks korda levinum, diagnoosi esinemise tõenäosus oli 10.5%

($n=10$), nendest meestel 5.9% ($n=1$) ja naistel 11.5% ($n=9$). Tavavalimis ei olnud PTSH ja K-PTSH levimuse erinevus statistiliselt oluline ($\chi(1)=2.571$, $p=.109$). Kliinilisest valimist said võimaliku diagnoosi vaid naised, vastavalt PTSH ja K-PTSH 5.6% ($n=1$) ja 38.9% ($n=7$). Naistel oli PTSH diagnoosi esinemise tõenäosus 6.7% ($n=1$) ja K-PTSH 46.7% ($n=7$). Kliinilises valimis esines statistiliselt oluline erinevus PTSH ja K-PTSH levimuse vahel ($\chi(1)=4.50$, $p=.034$). ITQ skoorimisjuhendi alusel moodustati vastajatest kolm gruppi: PTSH diagnoosiga, K-PTSH diagnoosiga ja diagnoosita grupp.

Kliinilise ja tavavalimi diagnooside hulk esines statistiliselt oluliselt ($\chi(2)=9.812$, $p=.007$), ei esinenud olulist erinevust PTSH diagnooside vahel ($\chi(1)=.379$, $p=.463$), aga esines K-PTSH diagnooside vahel ($\chi(1)=9.842$, $p=.005$). Lisaks oli kliinilise valimi kogetud traumade hulk kõrgem ($M=4.94$, $SD=2.41$) tavavalimi omast ($M=2.65$, $SD=1.89$). Kõige rohkem oli tavavalimi seas kogetud liiklusõnnetust ($n=34$, 35.8%), füüsilist rünnakut ($n=32$, 33.7%), soovimatut või ebameeldivat seksuaalkogemust ($n=30$, 31.6%) ja seksuaalvägivalda ($n=26$, 27.4%). Kliinilise valimi seas oli kõige rohkem kogetud füüsilist rünnakut ($n=12$, 66.7%), liiklusõnnetust ning rasket inimkannatust ($n=10$, 55.6%) ja seksuaalvägivalda ($n=7$, 38.9%). Nii tava- kui ka kliinilisest valimis oli kõige rohkem kogetud „muu väga stressirohke sündmus või kogemus“, vastavalt 42.1% ($n=40$) ja 88.9% ($n=16$).

ITQ diagnoosi osas statistiliselt oluline erinevus sugude vahel puudus ($\chi(2)=1.918$, $p=.383$), soolise efekti suurus oli keskmine ($V=.13$). Naiste DSO skoor ($n=93$, $M_{astak}=59.84$) oli statistiliselt oluliselt kõrgem meeste DSO skoorist ($n=20$, $M_{astak}=43.80$; $U=666.00$, $p=.047$), aga naiste PTSH skoor ($n=93$, $M_{astak}=59.66$) ei erinenud oluliselt meeste omast ($n=20$, $M_{astak}=44.63$; $U=682.50$, $p=.062$).

Eelneva PTSH diagnoosiga isikutest ($n=10$) jäi neli diagnoosita, üks sai PTSH ja pooled ehk viis said K-PTSH diagnoosi.

Seosed LEC ja EEK-2ga

K-PTSHga isikud ($n=17$, $M_{astak}=12.03$) ei olnud oluliselt rohkem läbi elanud LEC traumakogemusi võrreldes PTSH diagnoosiga isikutega ($n=5$, $M_{astak}=9.70$, $U=33.50$, $p=.493$) ning seos jäi statistiliselt ebaoluliseks ka siis, kui võeti arvesse lisaks ise läbi elatud traumasündmuste ka nende

tunnistamine (vastavalt $n=17$, $M_{astak}=12.68$; $n=5$, $M_{astak}=7.5$, $U=22.50$, $p=.120$). Küll aga oli väike positiivne korrelatsioon DSO skoori ja kogetud traumade hulga vahel ($\tau_b=.173$, $p=.012$).

Lisaks sellele uuriti korrelatsioone DSO skoori, kogetud traumade hulga ja EEK-2 alaskaalade skooride vahel kasutades Kendalli taud (Tabel 1).

Tabel 1

Korrelatsioonid PTSH ja DSO skoori, traumakogemuste hulga ja EEK-2 skaalade skooride vahel

Muutuja	PTSH skoor	DSO skoor	Traumakogemuste hulk	DEP	PAF	ÜÄR	SÄR	ANS	INS
PTSH skoor	—								
DSO skoor	.542**	—							
Traumakogemuste hulk	.112	.173*	—						
DEP	.487**	.596**	.064	—					
PAF	.467**	.507**	.067	.487**	—				
ÜÄR	.417**	.500**	.043	.581**	.479**	—			
SÄR	.387**	.467**	.135	.432**	.486**	.437**	—		
ANS	.290**	.461**	.098	.558**	.322**	.506**	.356**	—	
INS	.230**	.319**	.029	.376**	.254**	.398**	.259**	.348**	—

Märkus: DEP = EEK-2 depressiooni skaala skoor; PAF = EEK-2 paanika-agorafobia skaala skoor; ÜÄR = EEK-2 ärevuse skaala skoor; SÄR = EEK-2 sotsiaalärevuse skoor; ANS = EEK-2 kurnatuse skoor; INS = EEK-2 insomnia skoor.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Kõikide EEK alaskaalade skoorid peale insomnia oma erinesid oluliselt ITQ diagnoosita ja diagnoosiga (PTSH ja K-PTSHga) isikute vahel (Tabel 2).

Tabel 2*EEK-2 alaskooride erinevused ITQ diagnoosiga ja diagnoosita isikute vahel.*

EEK-2 alaskaalad	Diagnoosita (n=91) isikute M _{astak}	Diagnoosiga (n=22) isikute M _{astak}	U väärtus	p väärtus
DEP	48.50	92.16	1774.50	<.001
PAF	49.58	87.70	1676.50	<.001
ÜÄR	49.36	88.61	1696.50	<.001
SÄR	51.89	78.14	1466.00	<.001
ANS	50.97	81.93	1549.50	<.001
INS	54.11	68.95	1264.50	.055

Märkus: DEP = EEK-2 depressiooni skaala skoor; PAF = EEK-2 paanika-agorafoobia skaala skoor; ÜÄR = EEK-2 ärevuse skaala skoor; SÄR = EEK-2 sotsiaalärevuse skoor; ANS = EEK-2 kurnatuse skoor; INS = EEK-2 insomnia skoor.

Sisemine reliaablus

Sisemine reliaablus (Cronbach'i alfa) oli PTSH klasteri kuue küsimuse raames rahuldav $\alpha=.88$. PTSH klasteri siseselt olid kõik kolm alaklastrit samuti rahuldava sisemise reliaablusega: Re $\alpha=.61$, Av $\alpha=.84$ ja Th $\alpha=.86$. DSO klasteri sisemine reliaablus oli ka üldiselt rahuldav ($\alpha=.85$), aga alaklastri AD reliaablus mitterahuldav ($\alpha=.48$). Ülejäänud kaks alaklastrit NSC ja DR olid samuti rahuldava sisemise reliaablusega, vastavalt $\alpha=.89$ ja $\alpha=.68$.

Uuriv faktoranalüüs

Eemaldades isikud, kellel ITQ küsimustiku kohaselt häiriv sündmus puudus ($n=6$), analüüsiti küsimuste latentseid tunnuseid uuriva faktoranalüüsi abil. Faktorite eraldamiseks kasutati *Maximum likelihood* ja pööramiseks kasutati kaldnurkset *Direct Oblimin* meetodit. KMO testi tulemus oli rahuldav (KMO=.883) ja samuti ka Bartletti sfäärilisuse test ($\chi(66)=727.35$, $p<.001$). Analüüsi tulemuse kohaselt tekkis kahe faktoriga mudel, mis selgitas kokku 53.07% varieeruvusest. Esimese faktori all olid olulised (omaväärtus $>.3$) DSO küsimused (laadungid 440st 1.026ni). Teise faktori PTSH küsimused (laadungid .520 kuni .825). Kõik faktori laadungid on toodud välja tabelis (Tabel 3). Korrelatsioon kahe faktori vahel oli .694.

Tabel 3*ITQ uuriva faktoranalüüsi tulemused*

ITQ küsimused	Faktorlaadungid	
	1	2
Faktor 2: PTSH		
P1. Mul on esinenud häirivaid unenägusid, mis kordavad mingit osa juhtunust või on selgelt juhtunuga seotud.	-.079	.650
P2. Mul on esinenud tugevaid kujutluspilte või mälestusi, mille ajal tunnete nagu juhtunu korduks siin ja praegu.	.257	.520
P3. Olen vältinud kogetud sündmusega seotud sisemisi meenutajaid (näiteks mõtted, tunded või kehalised aistingud).	.117	.637
P4. Olen vältinud kogetud sündmusega seotud väliseid meenutajaid (näiteks inimesed, kohad, vestlused, asjad, tegevused või olukorrad).	.025	.767
P5. Olen olnud ülitähelepanelik, ettevaatlik või ülivalvas.	-.027	.825
P6. Olen tundnud ennast närvilisena või ehmunud kergesti.	.139	.740
Faktor 1: DSO		
C1. Kui ma olen endast väljas, siis läheb mul palju aega, et rahuneda.	.440	.122
C2. Ma tunnen end tuimana või emotsionaalselt välja lülitununa.	.527	.081
C3. Ma tunnen end läbikukkununa.	.864	.031
C4. Ma tunnen end väärtusetuna.	1.026	-.185
C5. Ma tunnen end teistest inimestest eraldatuna või äralõigatuna.	.544	.176
C6. Minu jaoks on raske püsida inimestega emotsionaalselt lähedases suhtes.	.522	.034

Märkus: n=107. Faktorite eraldamiseks kasutati Maximum likelihood ja pööramiseks Direct Oblimin meetodit Kaiseri normaliseerimisega.

Järeldused

Antud töö eesmärgiks oli alustada ITQ kohandamist eesti keelde. Selle saavutamiseks kasutati tõlke-tagasitõlke protsessi, kohandatud küsimustikuga piloteerimist arusaadavuse kontrollimiseks ning psühhomeetriste omaduste võrdlemist varasemate uuringutega. Lõplikku versiooni ITQ eestikeelsest versioonist selle töö raames välja ei töötatud.

Tõlke-tagasitõlke protseduuri hoiti võimalikult reliaabsena tehes neli eraldiseisvat tõlget, lastes neid võrrelda ja hinnata kahe kliinilise psühholoogi poolt ning lõpuks tehes tagasitõlge. See saadeti professor M. Cloitre'le hinnangu saamiseks, kus lisaks toodi välja ka pärast piloteerimist sisse viidud parandused, aga 11.04.2021 seisuga pole temalt veel tagasisidet saadud. Sõna-sõnalt ei olnud võimalik teatud ingliskeelseid väljendeid eesti keelde üle tuua (näiteks sõnale *jump* ei ole otsest tõlget) ning oli selliseid, mille mõte võib eesti keeles segaseks jääda (näiteks „tunen emotsionaalselt tuimana“ või „välja lülitununa“). Nende sõnastuste valik oli aeganõudvam, sest otsene eestikeelne vaste ei pruugi kanda sama semantilist tähendust, mis ingliskeelne. Sellistel juhtudel aitasid kliinilised psühholoogid leida vasted, mida harilikult tunnete kirjeldamiseks kasutatakse ning mis annaksid mõtte võimalikult hästi edasi.

Vastavalt eelnevatele töödele (Cloitre jt, 2018; Cloitre jt, 2019; Ho jt, 2019) esines K-PTSHd tavapopulatsioonis rohkem kui PTSHd, kuigi mitte statistiliselt oluliselt. Kliinilises valimis leiti statistiliselt oluline erinevus PTSH ja K-PTSH levimuse vahel nagu on leitud ka varem (Cloitre jt, 2018; Hyland jt, 2017; Karatzias jt, 2017, 2018; Murphy jt, 2020; Murphy jt, 2018; Vallières jt, 2018). Samuti leiti väike ja statistiliselt mitteoluline erinevus sugude vahel – naistel esines ITQ alusel rohkem traumahäireid kui meestel. Eestis (*Tervise Arengu Instituut*, 2020) on RHK-10 alusel on rohkem traumahäirete uusi juhtumeid ja konsultatsioone naistel kui meestel, pole aga veel uuringut, mis näitaks levimust kasutades RHK-11t. Muudes populatsioonides on täheldatud ITQd kasutades kõrgemat PTSH ja K-PTSH levimust naiste seas (Ben-Ezra jt, 2018; Cloitre jt, 2019; Karatzias jt, 2017). Praeguse töö tava- ja kliinilises valimis oli meeste osakaal alla viiendiku (vastavalt 17.9% ja 16.7%) ning seetõttu ei olnud võimalik teha kindlaid järeldusi diagnooside sooliste erinevuste kohta, eriti arvestades, et kliinilises valimis oli kokku kolm meest. Siiski olid naiste DSO skoorid statistiliselt oluliselt kõrgemad meeste omadest ehk esines rohkem eneseorganiseerimise probleeme, aga PTSH skooride osas erinevus puudus.

Analüüside käigus selgus, et K-PTSH diagnoos ei olnud seotud rohkemate traumaatiliste sündmuste kogemisega kuigi K-PTSH on tavaliselt seotud kumulatiivse traumaga (Brewin jt, 2017; Cloitre jt, 2009), aga statistiliselt olulise erinevuse leidmine võis jällegi jääda väikse valimi taha, mille hulgast sai ITQ skoorimisjuhendi alusel võimaliku K-PTSH diagnoosi 17 inimest ning PTSH diagnoosi viis inimest. Võimaliku PTSH ja K-PTSHga isikutel oli kõrgem EEK-2 depressiooni, ärevuse, paanika-agorafobia, sotsiaalärevuse ja kurnatuse klastrite skoorid, mis viitab vastavate häirete rohkemate sümptomite esinemisele diagnoosiga isikutel võrreldes diagnoosita isikutel. Antud tulemus olid ootuspärane, sest PTSH esineb tihti depressiooni, ärevus- ja sõltuvushäiretega (Brady jt, 2000) ning selle tõttu oli oodata kõrgemat häiritust nende aspektide raames. Samuti olid eelnevalt mainitud EEK-2 klastrid positiivses korrelatsioonis ITQ järgi pandud dimensionaalse DSO klatri skooriga, mis mõõdab probleeme eneseorganiseerimisega, ning PTSH skooriga. DSO skoori järgi diagnoositava K-PTSH asemel on enne diagnostilisse juhendisse lisamist peetud PTSH komorbiidsuseks depressiooni ja ärevusega (Brewin jt, 2017), mille tõttu oli ka selliseid tulemusi oodata.

RHK-11 alusel ei saa osad isikud, kellel on RHK-10 PTSH diagnoos, enam PTSH ega K-PTSH diagnoosi (Brewin jt, 2017) ja seda oli ka näha antud töös, kus 4 10st eelneva PTSH diagnoosiga isikutest ei saanud seda ITQ alusel. Kuna küsimustike kui skriinimisvahendite eesmärgiks on anda esmane kiire hinnang, siis oleks parem kui vastajad saaksid pigem valepositiivseid võimalikke diagnoose kui valenegatiivseid. Sel juhul saab kindlam olla, et tõsiselt häiritud isikud ei jää psühholoogilise abita ning valepositiivsete diagnoosidega isikute väär diagnoosi saab hiljem intervjuusid läbi viies kindlaks teha. Selle pärast oleks võinud saada rohkemad eelneva diagnoosiga isikud ITQ alusel PTSH või K-PTSH diagnoosi, aga siin võis rolli mängida erinevused kohandatud versiooni ja originaali vahel ning eelnevate diagnoosidega isikute vähesus, mis ei võimalda konkreetseid järeldusi teha.

Kohandatud küsimustiku sisereliaablust kontrollides olid PTSH ja DSO klasteritel see rahuldav (vastavalt $\alpha=.88$ ja $\alpha=.85$). Kontrollides alaklastrite Cronbachi alfa väärtuseid leiti, et ainsana oli AD alaklatri reliaablus mitterahuldav ($\alpha=.48$). AD klatri mitterahuldava tulemuse ($\alpha=.51$) sai ka Somma jt (2019) itaaliakeelse versiooni sisereliaablust analüüsides. Kuna originaalis on AD klatri sisereliaablus rahuldav (Ben-Ezra jt, 2018; Cloitre jt, 2018), siis on võimalik, et ütlushed nagu „tuimana tundmine“ ja „emotsionaalselt välja lülitununa tundmine“ ei ole piisavalt laialdaselt ja

tihedas kasutuses, mis võis tekitada olukorra, kus vastajate lõikes kirjeldasid need väited eri tundeid. Uuriva faktoranalüüsi tulemused andsid sama kahe faktoriga mudeli, mis leiti küsimustiku originaalversiooni välja töötades (Cloitre jt, 2018) ja on ka hiljem kinnitatud CFAd kasutades kui küsimustiku kõige paremini sobiv mudel (Hyland jt, 2017). Mudelil on kaks sekundaarset faktorit PTSH ja DSO, mille all on kokku 12 küsimust, kuus PTSH sümptomite kohta (küsimused P1-P6) ja kuus DSO sümptomite kohta (küsimused K1-K6).

Töö piiranguteks oli valimi väiksus ning meeste ja kliinilise valimi väike osakaal. Suurema valimi puhul, kus oleks meeste ja naiste osalemine võrdsem, saaks teha konkreetsemaid järeldusi sooliste erinevuste kohta häire levimuse ning ITQ küsimustiku skooride osas. Lisaks oli kliinilise valimi ning täpsemalt meestest ja varasema PTSH diagnoosiga isikutest puudus, et vaadata täpsemalt soolisi erinevusi ka kliinilises valimis ning kui paljud varasema PTSH diagnoosiga isikud ei saa enam RHK-11 diagnostilise juhendi järgi diagnoose ja milline sümptom (ITQ puhul alaklastri küsimused) selle olukorra põhjustavad. Traumakogemustega valimi suuruse ($n=107$) tõttu ei olnud võimalik ka läbi viia CFAd ning ITQ abil kindlaks teha traumade tüübid, mis kõige rohkem PTSH ja K-PTSHga diagnoosiga isikuid häirib. Lisaks piirangutele valimi osas ei ole antud töö raames piloteeritud ja analüüsitud väidet, mida pärast piloteerimist parandati (sõna „distress“ muutmine „kannatuseks“).

Antud töö andis panuse 2022. aastal kasutusele võetava diagnostilise juhendi RHK-11 alusel koostatud PTSH ja K-PTSH skriinimisvahendi eesti keelde kohandamiseks. ITQ on vahend, mida saab kasutada nii kliinilises töös kui ka uurimistöödes, et väheste ressursidega teha kindlaks võimalik PTSH ja K-PTSH diagnoos. Kliinilises töös on traumahäirete skriinimine oluline, sest nendega esinevad tihti komorbiidsed häired nagu depressioon, ärevus ja sõltuvushäired (Brady jt, 2000) ning seega on vajalik kindlaks teha, kas PTSH või K-PTSH võivad olla allolevaks häireks, sest see võib mõjutada ka kasutatavat ravimeetodit (Friedman jt, 2007). Selle tõttu on ITQ kohandamine eesti keelde vajalik, et oleks olemas PTSH ja K-PTSH skriinimisvahend, mis vastaks tulevasele diagnostilisele juhendile. Oma puudustele vaatamata on käesolev töö teadaolevalt esimene, mis hindas RHK-11 alusel tehtud mõõtevahendi abil võimalikku PTSH ja K-PTSH levimust Eesti tava- ja kliinilises populatsioonis. Soovitav on jätkata andmete kogumist eriti meeste ja kliinilise populatsiooni seas, et saada reliaabsemaid tulemusi ITQ sooliste ning RHK-10

ja RHK-11 diagnooside erinevuste kohta, läbi viia CFA ning uurida traumatüüpide mõju PTSH ja DSO skooridele ning võimalikele PTSH ja K-PTSH diagnoosidele.

Kasutatud kirjandus:

- 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>
- American Psychological Association kodulehekülg (2018). Kasutatud 30.12.2020, <https://www.apa.org/ptsd-guideline/assessment>
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, *35*(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., & Maercker, A. (2020). Diagnosis, Assessment, and Screening for PTSD and Complex PTSD in Adults. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (lk 49–68). The Guilford Press.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(suppl 7), 22–32. <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/comorbidity-psychiatric-disorders-posttraumatic-stress.aspx>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, *58*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Briere, J., Agee, E., & Dietrich, A. (2016). Cumulative Trauma and Current Posttraumatic Stress Disorder Status in General Population and Inmate Samples. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, *8*, 439–446. <https://doi.org/10.1037/tra0000107>

- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cloitre, Marylène, Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Donat, J. C., Lobo, N. dos S., Jacobsen, G. dos S., Guimarães, E. R., Kristensen, C. H., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Lima, E. de P., Vasconcelos, A. G., & Nascimento, E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal*, *137*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0066070519>
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, *14*(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Toim). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press.

- Gold, S. N. (Toim). (2017). *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice (Vol. 2)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000020-000>
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment, 11*(4), 330–341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C. Y., Bressington, D., Chien, W. T., Hyland, P., & Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 International Trauma Questionnaire (ITQ) for the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1608718. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 136*(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup7), 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders, 44*, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., Kitchiner, N. J., Jumbe, S., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 177–185. <https://doi.org/10.1111/bjc.12172>

- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1414559. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Medina-Mora, M. E., Robles, R., Rebello, T., Sharan, P., Gureje, O., First, M. B., Andrews, H. F., Ayuso-Mateos, J. L., Gaebel, W., Zielasek, J., & Saxena, S. (2016). Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: Field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *American Psychologist*, *71*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/a0039972>
- Maailma Terviseorganisatsioon. (1993). *Psüühika- ja käitumishäired: Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised: RHK-10, 5. peatükk* (A. Aluoja, Tartu Ülikool, E. Allikmets, J. Liivamägi, M. Saarma, & V. Vasar, Toim). Tartu Ülikool.
- Maailma Terviseorganisatsiooni kodulehekül* (i.a). Kasutatud 12.12.2020, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, *381*(9878), 1683–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttill, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British Journal of Psychiatry*, *216*(3), 132–137. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.9>
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2018). Testing competing factor models of the latent structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder according to ICD-11. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1457393>

- Raykov, T. (1997). Estimation of Composite Reliability for Congeneric Measures. *Applied Psychological Measurement*, 21(2), 173–184.
<https://doi.org/10.1177/01466216970212006>
- Rocha, J., Rodrigues, V., Santos, E., Azevedo, I., Machado, S., Almeida, V., Silva, C., Almeida, J., & Cloitre, M. (2019). The first instrument for complex PTSD assessment: Psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0272>
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J. & Brewin, C. R. (2019). International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and Complex PTSD. Test version 3.2
- Shevlin, M., Hyland, P., Vallières, F., Bisson, J., Makhshvili, N., Javakhishvili, D., Shpiker, M., & Roberts, B. (2017). A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137. <https://doi.org/10.1111/acps.12840>
- Somma, A., Maffei, C., Borroni, S., Gialdi, G., & Fossati, A. (2019). Post Traumatic Reactions as Individual Differences: Latent Structure Analysis of the International Trauma Questionnaire in Italian Trauma-Exposed and Non-Trauma Exposed Adults. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, Vol 7, No 1 (2019).
<https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2058>
- Tanielian, T., Jaycox, L. H., Schell, T. L., Marshall, G. N., Burnam, M. A., Eibner, C., Karney, B., Meredith, L. S., Ringel, J. S., & Vaiana, M. E. (2008). *Invisible Wounds: Mental Health and Cognitive Care Needs of America's Returning Veterans*.
https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9336.html
- Tervise Arengu Instituut (2020). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Kasutatud 28.12.2020,
https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__05Psyyhika_haired/PKH1.px/table/tableViewLayout2/

The International Trauma Consortium kodulehekülg (i.a). Kasutatud 12.12.2020, <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>

Tian, Y., Wu, X., Wang, W., Zhang, D., Yu, Q., & Zhao, X. (2020). Complex posttraumatic stress disorder in Chinese young adults using the International Trauma Questionnaire (ITQ): A latent profile analysis. *Journal of Affective Disorders*, 267, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.017>

Torres, F. (2020). *What Is Posttraumatic Stress Disorder?* Kasutatud 28.12.2020, <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

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

Vallières, F., Ceannt, R., Gilmore, B., Hyland, P., Byrne, S., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Shevlin, M., & Murphy, J. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: The factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547–557. <https://doi.org/10.1111/acps.12973>

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. *Assessing psychological trauma and PTSD* (lk 399–411). The Guilford Press.

WHO: ICD-11 (i.a). Kasutatud 30.12.2020, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Marie Tombu