

**Meeleolu- ja ärevushäirete olemasolu ja
raskusastme hindamise mõõtevahendite
kohandamine Eestis kasutamiseks:
Laste ja noorukite osa**

Uuringuraport

2025

Uuringu teostust rahastas Tervisekassa.

Uuringu teostajad: Tervisekassa; Sihtasutus (SA) Tartu Ülikooli (TÜ) Kliinikumi psühhiaatriakliinik; TÜ kliinilise meditsiini instituut; TÜ psühholoogia instituut ning koostööpartnerid järgmistest raviasutustest: SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinik; SA Viljandi Haigla, psühhiaatriakliinik; SA Pärnu Haigla, psühhiaatriakliinik; SA Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskus; SA Ida-Viru Keskhaigla, psühhiaatriakliinik; Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskus SENSUS; E.G.U. Erapraksis OÜ; Marienthali Kliinik ja OÜ TST centrum.

Uuringuraporti autorid:

Ailen Elias, Tallinna Lastehaigla psühhiaatriakliinik, kliiniline psühholoog
Triinu Ojalo, Tallinna Lastehaigla psühhiaatriakliinik, kliiniline psühholoog;
TÜ Genoomika instituut
Kadi Reintam, Tallinna Lastehaigla psühhiaatriakliinik, kliiniline psühholoog;
TÜ Psühholoogia instituut
Aili Maar, Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinik
Margit Lenk-Adusoo, Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Liina Haring, SA TÜK psühhiaatriakliinik, psühhiaater; TÜ Kliinilise meditsiini instituut

Uuringu tegijad tänavad kõiki küsitletud ja intervjueeritud inimesi ning koostööpartnereid uuringusse panustatud aja eest.

SISUKORD

Lühendid	1
LÜHIKOKKUVÕTE	1
MEELEOLU- JA ÄREVUSHÄIRETE HINDAMISE INSTRUMENTIDE VALIDEERIMISUURING	1
Sissejuhatus	1
Valideerimisuuringu etapid	1
Protseduur	1
Uuringu läbiviimine ja eetilised aspektid	1
Andmetöötlus	1
Valideerimisuuringusse kaasatud instrumendid	1
Kogu valimi kirjeldus	1
VALIDEERITUD MÕÕDIKUTE PSÜHHOMEETRILISED NÄITAJAD	1
SÕELINSTRUMENDID	1
1. DSM-5 sõelküsimustik lastele ja vanematele	1
Sissejuhatus	1
Metoodika	1
1.1. DSM-5 sõelküsimustik - 6-17-aastase lapsevanema/eestkostja versioon (DSM-5_sõel_EE_vanem)	1
Uuringu tulemused	1
1.1.2. DSM-5_sõel_EE_vanem reliaabluse näitajad	1
1.1.3. DSM-5_sõel_EE_vanem valiidsuse näitajad	1
1.2. DSM-5 sõelküsimustik - 11-17-aastase lapse versioon (DSM- 5_sõel_EE_alaealine)	1
Uuringu tulemused	1
2. RCADS-47	1
Sissejuhatus	1
Metoodika	1
2.1. LASTE ÄREVUSE JA DEPRESSIOONI SKAALA RCADS-47 – vanema versioon (RCADS-47_EE_vanem)	1
2.1.1. Valimi kirjeldus	1
2.1.2. RCADS-47_EE_vanem reliaabluse näitajad	1
2.1.3. RCADS-47_EE_vanem valiidsuse näitajad	1
Kokkuvõttev tabel RCADS-47_EE_vanem kohandamisprotsessi tulemustest	1
2.2. RCADS-47_EE_laps	1
Uuringu tulemused	1
2.2.1. Valimi kirjeldus	1
2.2.2. RCADS-47_EE_laps reliaabluse näitajad	1

2.2.3. RCADS-47_EE_laps valiidsuse näitajad	1
Kokkuvõttev tabel RCADS-47_EE_laps kohandamisprotsessi tulemustest	1
Kasutatud kirjandus	1
3. Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik (SCARED)	1
Sissejuhatus	1
Metoodika	1
3.1. Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik SCARED (vanemaversioon) - SCARED_EE_vanem	1
3.2. Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik SCARED (lapseversioon) - SCARED_EE_laps	1
Uuringu tulemused	1
4. Ärevushäirete sõelküsimumstik (YAM-5)	1
Sissejuhatus	1
Metoodika	1
4.1. Ärevushäirete sõelküsimumstik YAM-5 – eestkostja/vanema versioon – YAM- 5_EE_vanem	1
Uuringu tulemused	1
4.2. Ärevushäirete sõelküsimumstik YAM-5 – laste ja noorte versioon – YAM- 5_EE_laps	1
Uuringu tulemused	1
5. Lapse ja perekonna lühike telefoniintervjuu 4 (BCFPI4_EE) - Brief Child and Family Phone Interview: Parent Interview (6–19 years)	1
5.1. BCFPI4_EE Lapse ja perekonna lühike telefoniintervjuu 4	1
Uuringu tulemused	1
6. Terviseküsimustik noorukitele-2 ja Terviseküsimustik-noorukitele-9 (PHQ-A-2, PHQ-A-9) - PHQ-A-2_EE, PHQ-A-9_EE	1
Sissejuhatus	1
Metoodika	1

6.1. PHQ-A-2_EE ja PHQ-A-9_EE	1
Uuringu tulemused	1
6.2. PHQ-A-2_EE	1
6.3. PHQ-A-9_EE	1
7. Üldistunud ärevushäire skaala – 2 ja 7; GAD-2_EE_noor ja GAD-7_EE_noor	1
7.1. GAD-7_EE_noor	1
Uuringu tulemused	1
7.2. GAD-2_EE_noor	1
7.3. Kokkuvõte	1

Lühendid

Käesolevalt on esitatud tekstides, tabelites ja joonistel esinevate terminite lühendid koos terminitega.

AUC – ROC kõvera alune pindala, *area under the curve*

ePROEM - *electronic Patient-Reported Outcome and Experience Measures*, elektrooniline patsiendi tervise tulemi ja kogemuse mõõdikute platvorm

EFA – *Exploratory factor analysis*, uuriv faktoranalüüs

CFI - *Comparative Fit Index*, võrdlev sobivusindeks

M – keskmine

Md – mediaan

N – uuritavate arv

ROC - *Receiver Operating Characteristic - Area Under the Curve*

SH - standardhälve

RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*, keskmise ruutkeskmise lähendusviga

SRMR - *Standardized Root Mean Square Residual*, standardiseeritud ruutkeskmine jääk

TLI - *Tucker-Lewis Index*, Tuckeri–Lewisi indeks või normeerimata sobivusindeks

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva projekti eesmärk oli tõlkida ja kohandada siinses keele- ja kultuuriruumis kasutamiseks meeleolu- ja ärevushäirete riski ning häirete raskusastet hindavad instrumendid. Projekt koosnes kahest osast:

1. täisealiste uuringuosast, mis hõlmas eesti- ja venekeelsete instrumentide valideerimist, ning
2. laste ja noorukite uuringuosast, mille käigus valideeriti eestikeelsed instrumendid, sest

Täis- ja alaealiste uuringuosad erinesid kasutatud hindamisvahendite, uuringu ülesehituse, valimite ning uuringusse kaasatud spetsialistide pädevuse poolest. Seetõttu on projekti tulemustest koostatud kaks eraldi raportit. Käesolev raport annab ülevaate laste ja noorukite meeleolu- ja ärevushäirete riski ning häirete raskusastet hindavate instrumentide valideerimisprotsessist ja nende psühhomeetristest omadustest.

Käesoleva projekti eesmärk oli tõlkida ja kohandada siinses keele ja kultuuriruumis kasutamiseks laste ja noorukite meeleolu- ja ärevushäirete riski ja häirete raskusastet hindavad instrumendid.

Metoodika. Ekspertidest koosnev tööühm valis välja ja vajadusel tõlkis järgmised valideeritavad mõõdikud: *DSM-5 Parent/Guardian-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 6–17* ja *DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 11–17* (APA, 2013), *Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-47) - Parent version* ja *Child version* (Chorpita et al., 2000), *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) - Parent version* ja *Child version* (Birmaher et al., 1997), *The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5) - Parent version* ja *Child version* (Muris et al., 2017), *The Brief Child and Family Phone Interview 4 (BCFPI4)* (Cunningham et al., 2009), *PHQ-A-2* ja *PHQ-A-9* ehk *The Patient Health Questionnaire – 2 – Adolescent version* ja *The Patient Health Questionnaire – 9 – Adolescent version* (Johnson et al., 2002), *Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7)* ja *2-item Scale (GAD-2)* (Spitzer et al., 2006); *Child Depression Inventory 2 (CDI-2) - parent version* ja *Child version* (Kovacs, 2011).

Uuringu teostus. Uuritavate kaasamine toimus järgmistes raviasutustes: Sihtasutus (SA) Tartu Ülikooli (TÜ) Kliinikumi psühhiaatrikliinik; SA Viljandi Haigla, psühhiaatrikliinik; SA Ida-Viru Keskhaigla, psühhiaatrikliinik; SA Tallinna Lastehaigla.

Kogu valimi moodustasid: 755 eesti keeles uuringut läbinud isikut, vanuses 7 – 17 aastat, kellest 401 puhul osales ka eestkostja.

Tulemused. Enesekohased mõõdikud on kohandatud eestikeelsete versioonidena, võimalusel alaealise ja vanema versioonides, või spetsialisti versioonis. Mõõtevahendite kohta esitatud psühhomeetriste näitajate määr varieerub, sõltudes mõõdiku olemusest ja kasutada olnud andmemahust.

Järeldused.

Projekti käigus on hinnatud eelpolnimetatud hindamisvahendite psühhomeetriste näitajaid. Tulemused kinnitavad, et valideeritud mõõdikud: DSM-5_sõel_EE_vanem; DSM-5_Sõel_EE_laps; RCADS-47_EE_vanem; RCADS-47_EE_laps; SCARED_EE_vanem; SCARED_EE_laps; YAM-5_EE_vanem; YAM-5_EE_laps; BCFPI4_EE; PHQ-A-2_EE_laps; PHQ-A-9_EE_laps; GAD-7_EE_laps; GAD-2_EE_laps; CDI-2_EE_vanem; CDI-2_EE_laps pakuvad mõõtevahendi kasutuse eesmärgist lähtuvalt usaldusväärset kliinilist hinnangut Eestis elavate laste ja noorte meeleolu- ja/ või ärevushäirete riski ja/või seisundi raskuse tuvastamisel.

MEELEOLU- JA ÄREVUSHÄIRETE HINDAMISE INSTRUMENTIDE VALIDEERIMISUURING

Sissejuhatus

Projekt "Meeleolu- ja ärevushäirete hindamisvahendite valideerimine" teostati koostöös Tervisekassa ja vaimse tervise teenuseid pakkuvates asutustes töötavate spetsialistidega, vastavalt riigihanke lepingule nr 1.3-2.1/38.

Projekti eesmärgid on sarnased täisealiste projektiosa eesmärkidega ja toodud täiskasvanute uuringuosa raportis.

Valideerimisprotsessi kaasati järgmiste instrumentide eestikeelsed versioonid: DSM-5 sõelküsimumstik - 6-17-aastase lapsevanema/eestkostja versioon (DSM-5 sõel_EE_vanem), DSM-5 sõelküsimumstik - 11-17-aastase lapse versioon (DSM-5 sõel_EE_laps), Laste ärevuse ja depressiooni skaala - vanema versioon (RCADS-47_EE_vanem), Laste ärevuse ja depressiooni skaala - lapse versioon (RCADS-47_EE_laps), Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik (SCARED) - vanema versioon (SCARED_EE_vanem), Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik (SCARED) - 8-17a lapse versioon (SCARED_EE_laps), Ärevushäirete sõelküsimumstik (YAM-5) - Vanema versioon (YAM-5_EE_vanem), Ärevushäirete sõelküsimumstik (YAM-5) - Lapse ja nooruki versioon (YAM-5_EE_laps), Lapse ja pere lühike telefoniintervjuu 4 (BCFPI4) (BCFPI4_EE), Terviseküsimustik - noored - 2, Terviseküsimustik - noored - 9 (PHQ-A-2_EE_laps; PHQ-A-9_EE_laps), Üldistunud ärevushäire skaala – 7 väitega versioon; Üldistunud ärevushäire skaala – 2 väitega versioon (GAD-7_EE_laps; GAD-2_EE_laps), Laste Depressiooniküsimumstik - vanema versioon (CDI-2_EE_vanem), Laste Depressiooniküsimumstik - lapse versioon (CDI-2_EE_laps).

Valideeritud mõõdikute nimetustega seotud akronüümide puhul on säilitatud selge seos originaalinstrumentidega, millele on lisatud liides EE (määratlemaks, et tegu on eestikeelse instrumentidega), ning liides "laps" või "vanem" (tähistamaks, kes on instrumendi täitjaks).

Täiendavalt oli kasutusel eestikeelne psühhopaatoloogia olemasolu tuvastamist võimaldav, spetsialisti poolt täidetav instrument: MINI rahvusvahelise neuropsühhiaatrilise intervjuu laste ja noorte versioon (M.I.N.I. Kid) (Sheehan jt, 2010).

Valideerimisuuringu etapid

Uuringu läbiviimine toimus ajavahemikul juuni 2023 – detsember 2025.a. Uuringu eesmärgi saavutamiseks läbiti neli etappi: 1) eeletapp (uuringuplaani ja ajakava koostamine Tervisekassaga (uuringu tellijaga), originaalinstrumentide autoritelt mõõtevahendite adapteerimiseks lubade taotlemine; instrumentidele tõlgete, tagasitõlgete teostamine, sh konsensusmiitingute korraldamine, et valida välja uuringus kasutusele tulevate instrumentide küsimuste sõnastused); 2) kliinilise uuringu kavandamine (TÜ Inimuuringute eetika komiteelt uuringu läbiviimiseks koostöölastuse taotlemine, enesekohaste mõõtevahendite viimine REDCap keskkonda, koolituste korraldamine); 3) kliinilise uuringu läbiviimine (uuringu läbiviimine uuringu raames koostööd tegevates raviasutustes) ning 4) uuringust kokkuvõtte koostamine.

Protseduur

Adapteeritavate instrumentide eestikeelse tõlke teostamiseks taotleti originaali loojatelt vajadusel nõusolekud. Kõik mõõtevahendid kas tõlgiti esmakordselt inglise keelest eesti

keelde (nt YAM-5) või kasutati instrumentide olemasolevaid, varasemaid eestikeelseid tõlkeid (nt RCADS, DSM-V sõelküsimumstik), millesse tehti vajadusel originaaliga võrdlusel parandusi ja täpsustusi.

Tõlked teostasid ja/või konsensusmiitingutel osalesid laste ja noorte meeleolu- ja ärevushäirete meditsiinilise käsitlemise kogemust omavad spetsialistid: kliinilised psühholoogid ja lapsepsühholoogid. Kui originaali looja eeldas tagasitõlke teostamist, korraldati tagasitõlge tõlkija poolt, kes ei olnud kokku puutunud originaalskaala väidetega ning jagati tagasitõlget instrumendi autoriga.

Uuringu läbiviimine ja eetilised aspektid

SA Tartu Ülikooli psühhiaatriakliinikus ja partnerasutustes värvati uuringusse isikud isikustatud kujul ning andmed uuringukeskuste tasandil pseudonüümiti. Uuringusse kutsuti isikuid vanuses 7-17 aastat koos eestkostjatega. Sarnase protsessi käigus kaasati kontrollrühma uuritavad. Partnerasutusteks kontrollgrupi andmete kogumisel olid Eesti eri piirkondade koolid, kus koolipsühholoogid kaasasid õpilasi vanuses 7-17 koos eestkostjatega. Uuritavad pakkusid enesekohaseid hinnanguid otse andmehaldusplatvormil *Research electronic data capture* (REDCap) (Harris, jt, 2009). Spetsialistid pakkusid uuritava kohta andmeid REDCap (<https://redcap.ut.ee/>) ja ePROEM (<https://app-eu.proemhealth.com/>) veebiplatvormi vahendusel. Tervishoiuasutustes ja partnerasutustes kaasatud isikud kinnitasid oma nõusolekut uuringus osalemiseks allkirjaga, mille lisasid eelnevalt läbi loetud informeeritud nõusoleku dokumendile. Uuringusse kaasatud isikud läbisid kaasamis- ja võimalusel ka kordusuuringu käigus enesekohaste mõõdikute täitmise ning osalesid vaimse tervise spetsialisti (kliiniline psühholoog/psühhiaater/psühhiaatria eriala resident) poolt läbiviidud struktureeritud intervjuul. Nii kaasamis- kui kordusuuringu käigus kogutavate hinnangute läbimise aeg oli piiritletud viie päevaga (tulenevalt vajadusest koguda hinnanguid suhteliselt sama seisundi kohta, kuid arvestades asjaoluga, et erinevad spetsialistid vajasisid uuringu andmete kogumise planeerimiseks aega). Võimalusel teostati uuringud samal päeval. Kaasamis- ja kordusuuringu vaheline aeg oli protokollis kohaselt 2 kuni 4 nädalat.

Spetsialist, kes uuritava uuringusse värbas, tutvustas uuringut ning võimaldas uuritaval tutvuda informeeritud nõusoleku dokumendi sisuga. Lisaks, enne enesekohase küsimuste veebivormi täitma asumist kuvati osalejatele veelkordselt uuringut tutvustav tekst. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning osalus ei mõjutanud patsientide ravi/sekkumiste saamise võimalusi.

Uurimustöö läbiviimine oli kooskõlastatud TÜ inimuuringute eetika komiteega, protokollis nr: 385/T-30.

Andmetöötlus

Andmed koguti andmehaldusprogrammi REDCap kasutades (Harris jt, 2009; 2019). Andmed valmistati analüüsiks ette programmis Microsoft Office Excel for Windows (Microsoft Corporation. (2023 - Microsoft Corporation. (2023). *Microsoft Excel for Windows* (Microsoft 365) [tarkvara].)). Andmeid analüüsiti programmidega: JASP (JASP Team (2024)), RStudio core (Core Team (2025)) ja SPSS (IBM Corp. (2024)).

Mõõtevahendite faktorstruktuuri hindamisel on kasutatud uurivat faktoranalüüsi. Uuriva faktoranalüüsi läbiviimisel lähtusime esmalt eeldusest, et valimi suurus peaks olema umbes 10 korda suurem, kui on mõõdiku küsimuste/väidete arv (Nunnally & Bernstein, 1967), ent eelduste täitumisel on aktsepteeritav ka 7-9 vastajat väite kohta (viide). Faktoranalüüsi eelduste täiendaval kontrollimisel viisime läbi Bartletti sfäärilisuse ja Kaiser-Meyer-Olkin

(KMO) testid. Valimi suuruse sobivuse hinnangud (lähtudes KMO testist) olid järgnevad: väärtused 0,9–1 suurepärase; 0,8–0,89 väga hea; 0,7–0,79 hea; 0,6–0,69 keskpärane; 0,5–0,59 kasin ning <0,50 vastuvõetamatu (Kaiser, 1974).

Faktorite arvu määramiseks kasutasime mitme kriteeriumi koondhinnangut: Kaiseri omaväärtuse kriteeriumi (omaväärtus > 1) (Kaiser, 1960), paralleelanalüüsi (Horn, 1965) ning Cattelli omaväärtuste sõelatesti (scree-plot). Täiendava, konservatiivse kontrollina rakendasime Veliceri minimaalse keskmise osalise (minimum average partial; MAP) kriteeriumi, mis aitab eristada sisulist ühisvariatsiooni juhuslikust jääkvariatsioonist (Timmermann jt, 2018), ning mudelikomplekssust karistavat Bayesi informatsioonikriteeriumi (BIC), mis eelistab üldjuhul parsimoonsemaid lahendusi (Schwarz, 1978). Faktorlaadumiste tõlgendamisel lähtuti põhimõttest, mille kohaselt laadung $\geq 0,70$ viitab tugevale; 0,50–0,69 mõõdukale; 0,30–0,49 nõrgale ning laadung < 0,30 mitteolulisele seosele vastava faktoriga (Hair, 2010).

Konstruktivoliidsuse hindamisel kasutati korrelatsioonanalüüsi (Spearmani ρ), lähtudes eeldusest, et teoreetiliselt lähedaste konstruktsioonide skoorid peaksid omavahel olema tugevamalt seotud kui teoreetiliselt eristuvate konstruktsioonide skoorid (Campbell & Fiske, 1959). Konvergentsele valiidsusele hinnangu andmisel lähtusime põhimõttest, et samalaadseid konstrukte mõõtvad valideeritavate instrumentide skoorid peaksid olema mõõdukalt ($\rho=0,4$ – $0,6$) kuni tugevalt ($\rho>0,70$) korreleeruvad, samas kui divergentse valiidsuse tõendusena peaks korrelatsioonikordaja väärtus teineteisest eristuvate konstruktide vahel olema nõrk või olematu ($\rho<0,40$) (Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.).

Küsimustiku sisereliaabluse hindamisel kasutati Cronbachi α , McDonald'i ω ja korrelatsioonikordaja (Spearman ρ) esitamist. Sisereliaabluse hindamisel lähtuti järgmistest interpretatsioonidest: $\alpha/\omega < 0,60$ ehk ebapiisav sisemine kooskõla; $0,60 \leq \alpha/\omega < 0,70$ piisav/piiripealne kooskõla; $0,70 \leq \alpha/\omega < 0,80$ ehk hea sisemine kooskõla; $0,80 \leq \alpha/\omega < 0,90$ ehk väga hea sisemine kooskõla ja $\alpha/\omega \geq 0,90$ ehk väga kõrge väidete vaheline kooskõla, mis samalaadsest siiski võib viidata juba ka väidete sisu liigsele kattuvusele (George & Mallery, 2003; Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>). Üksikväidete ja koguskoori vahelist korrelatsiooni (Spearmani ρ) tõlgendasime järgnevalt: korrelatsioonikordaja väärtus $r = 0,1$ – $0,3$ ehk nõrk seos, $r = 0,4$ – $0,6$ mõõdukas seos, $r = 0,7$ – $0,9$ tugev seos, $r > 0,9$ väga tugev seos (Dancey & Reidy, 2008).

Arvestades andmete mitte-normaaljaotuslikkust, kasutati gruppidevaheliste erinevuste analüüsimiseks mitteparameetrilist Kruskal-Wallise testi, Mann-Whitney U -testi.

Tuntud gruppide (kliiniline vs kontrollgrupp) eristava täpsuse hindamiseks viidi läbi ROC-AUC (Receiver Operating Characteristic - Area Under the Curve) analüüs, mis võimaldab hinnata, kui hästi mõõtevahend suudab eristada positiivseid ja negatiivseid juhtumeid. AUC väärtus 0,50 viitab juhuslikule eristamise võimele, samas kui suuremad väärtused näitavad paremat kahe grupi eristavat täpsust. Tõlgendamise aluseks võeti järgmised AUC väärtused: 0,50–0,69 madal täpsus; 0,70–0,79 mõõdukas täpsus; 0,80–0,89 hea täpsus ning $\geq 0,90$ suurepärase kahe grupi eristamisvõimekus (Nahm, 2022).

Lisaks on raporteeritud võimalusel ka mõõtevahendite koguskooride äralõikepunktid, mille puhul on arvesse võetud, kas tegemist on sõelinstrumenti või häire raskust kajastava hinnanguga. Sõelhindamise puhul on mõõdiku tugev positiivne ennustusjõud (PPV) tähtsaim parameeter testi sobivuse hindamiseks, mistõttu tuleks eelistada kõrgele tundlikkusele (sensitiivsusele) vastavat piirväärtust. Hindamisvahendi tugev negatiivne ennustusjõud (NPV) võimaldab terviseprobleemi ja/või häire olemasolu suure tõenäosusega välistada. Täiendavalt sensitiivsuse ja spetsiifilisuse näitajatele on raporteeritud võimalusel ka Youdeni indeksi

väärtus (Youden, 1950), mis kombineerib mõõtevahendi abil leitud skoori sensitiivsuse ja spetsiifilisuse näitajad ühte hinnangusse [sensitiivsus + (spetsiifilisus -1)] (Ruopp jt, 2008). Youdeni indeksi väärtus jääb vahemikku -1 kuni 1, kus väärtus 0 tähendab, et test ei suuda eristada positiivseid ja negatiivseid juhtumeid (sh häirega ja häireta isikuid) ning väärtus 1 tähistab ideaalset alagruppide eristamise võimekust, kus nii tundlikkus kui ka spetsiifilisus on 100%. Optimaalseks loetakse äralõikepunkti, mille juures Youdeni indeks on kõrgeim, maksimeerides õigesti tuvastatud positiivsete ja negatiivsete juhtude osakaalu.

Kriteeriumivaliidsuse hindamiseks kliinilises grupis kasutati logistilist regressiooni, kus sõltuvaks muutujaks oli binaarne kriteerium (häire esinemine/puudumine) ning peamiseks ennustajaks mõõdiku (ala)skaala skoor. Ennustaja standardiseeriti enne modelleerimist (z-skoor; $M = 0$, $SD = 1$), mistõttu efektisuurused esitati šansside suhtena (*odds ratio*, OR) ühe standardhälbe (1 SH) suuruse skooritõusu kohta koos 95% usaldusvahemikega. Mudelid olid kohandatud vanuse ja soo suhtes, et vähendada segavate tegurite mõju ja hinnata mõõdiku skoori ning kriteeriumi sõltumatut seost. OR-i tõlgendamisel kirjeldab väärtus >1 kriteeriumi esinemise šansside suurenemist ja väärtus <1 šansside vähenemist ühe standardhälbe võrra kõrgema skoori korral (Hosmer, 2013).

Vajaduse korral on instrumendispetiifilised analüüside teostamise erisused esitatud vastava instrumendi psühhomeetriliste näitajate alaosas.

Käesoleva rakendusuuringu eesmärk oli valideerida meeleolu- ja ärevushäirete hindamiseks loodud vahendid igapäevaseks praktiliseks kasutuseks. Valideeritud instrumentide kasutamine toetab kliinilisi otsuseid, teadusuuringuid ja tervisedendust, pakkudes tõenduspõhist ja struktureeritud viisi enamlevinud vaimse tervise probleemide tuvastamiseks ning seisundi muutuste jälgimiseks.

Lisaviited:

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81–105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). Wiley.

Timmerman, M. E., Lorenzo-Seva, U., & Ceulemans, E. (2018). The number of factors problem. In P. Irwing, T. Booth, & D. J. Hughes (Eds.), *The Wiley handbook of psychometric testing: A multidisciplinary reference on survey, scale and test development* (pp. 305–324). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118489772.ch11>

Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, 6(2), 461–464. <https://doi.org/10.1214/aos/1176344136>

Valideerimisuuringusse kaasatud instrumendid

Valideerimisuuringusse kaasatud instrumentide originaalnimetused ning nimetused eesti keeles:

Sõelinstrumendid

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

DSM-5 Parent/Guardian-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 6–17

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

DSM-5 sõelküsimustik - 6-17-aastase lapsevanema/eestkostja versioon (DSM-5 sõel_EE_vanem)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 11–17

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

DSM-5 sõelküsimustik - 11-17-aastase lapse versioon (DSM-5 sõel_EE_laps)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-47) - Parent version

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Laste ärevuse ja depressiooni skaala - vanema versioon (RCADS-47_EE_vanem)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-47) - Child version

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Laste ärevuse ja depressiooni skaala - lapse versioon (RCADS-47_EE_laps)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) - Parent version

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimustik (SCARED) - vanema versioon (SCARED_EE_vanem)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) - Child version

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik (SCARED) - 8-17a lapse versioon (SCARED_EE_laps)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5) - Parent

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Ärevushäirete sõelküsimumstik (YAM-5) - Vanema versioon (YAM-5_EE_vanem)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5) - Child

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Ärevushäirete sõelküsimumstik (YAM-5) - Lapse versioon (YAM-5_EE_laps)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The Brief Child and Family Phone Interview 4 (BCFPI4)

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Lapse ja perekonna lühike telefoniintervjuu 4 (BCFPI4) (BCFPI4_EE)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Severity Measure for Depression—Child Age 11–17 - PHQ-9 modified for Adolescents (PHQ-A)—Adapted – 2 väitega ja 9 väitega versioonid (PHQ-A-2; PHQ-A-9)

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Terviseküsimustik - noored - 2, Terviseküsimustik - noored - 9 (PHQ-A-2_EE_noor; PHQ-A-9_EE_noor)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The General Anxiety Disorder 7-item scale, 2-item scale (GAD-7; GAD-2)

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Üldistunud ärevushäire skaala – 7; Üldistunud ärevushäire skaala – 2 (GAD-7_EE_noor; GAD-2_EE_noor)

Seisundi raskusastme hinnang

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Child Depression Inventory 2 (CDI-2) - parent

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Laste Depressiooniküsimustik - vanema versioon (CDI-2_EE_vanem)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Child Depression Inventory 2 (CDI-2) - child

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Laste Depressiooniküsimustik - lapse versioon (CDI-2_EE_laps)

Täiendavalt koguti andmeid instrumentidega, mida ei valideeritud käimasoleva uuringu raames, kuid mida kasutati täiendava infoallikana komorbiidsete seisundite ja võimalike mõjutavate tegurite hindamiseks või tagamaks võimalus hinnata valideeritavate instrumentide valiidsusnäitajaid (nt divergentset valiidsust):

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The Mini-International Neuropsychiatric Interview Kid version 7.0.2

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

MINI Kid Rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu- Laste versioon 7.0.2.

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The International Trauma Exposure Measure – Children and Adolescents (ITEM-CA)

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Rahvusvaheline Traumasündmuste Küsimustik – lapsed ja noorukid (ITEM-CA)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The International Trauma Questionnaire – Children and Adolescents (ITQ-CA)

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Rahvusvaheline Trauma Küsimustik – laste ja noorukite versioon (RTK-lapsed)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, Youth version (ASSIST-Y)

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring - noorte versioon (ASSIST-Y)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

The Children's Eating Attitudes Test (ChEAT)

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Laste söömishoiakute küsimustik (ChEAT)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

Söömishäirete hindamise skaala (SHS)

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

EQ-5D-5L, EQ-5D-Y-3L, EQ-5D-3L

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

Tervisliku seisundi küsimustik EQ-5D-5L, EQ-5D-Y-3L, EQ-5D-3L

Instrumendi originaalnimetus, sh akronüüm

SNAP-IV-26

Instrumendi nimetus eesti keeles, sh akronüüm

SNAP-IV-26

Tabelis 1 on esitatud valideeritavate mõõdikute üldine kirjeldus ja Tabelis 2 täiendavate instrumentide üldine kirjeldus.

Tabel 1. Valideeritud instrumentide üldine kirjeldus

Instrument	Hinnangu aluseks olev ajakriteerium instrumendis	Hinnatav vaimse tervise valdkond	Eestikeelne versioon			
			Enesekohane hinnang	Eestkostja hinnang	Spetsialisti hinnang	Vanus aastates
Valdkondade ülene instrument						
DSM-5 sõel - laps	viimased 2 nädalat		x			11-17
DSM-5 sõel - vanem	viimased 2 nädalat			x		7-17
BCFPI4	Viimased 6 kuud				x	7-17
Sõelinstrument						
PHQ-9	viimased 7 päeva	meeleolu alanemine	x			11-17
RCADS - laps		meeleolu alanemine ja ärevushäirete risk	x			8-17
RCADS - vanem		meeleolu alanemine ja ärevushäirete risk		x		8-17
GAD-7	Viimased 2 nädalat	üldistunud ärevus	x			13-17
SCARED - laps	Viimased 3 kuud	ärevushäirete risk	x			8-17
SCARED - vanem	Viimased 3 kuud	ärevushäirete risk		x		8-17
YAM-5 - laps		ärevushäirete risk	x			8-17
YAM-5 - vanem		ärevushäirete risk		x		8-17
Seisundi raskusastme hinnang						
CDI-2 - laps	Viimased 2 nädalat	meeleolu alanemine	x			7-17
CDI-2 - vanem	Viimased 2 nädalat	meeleolu alanemine		x		7-17

Tabel 2. Lisaks valideeritavatele instrumentidele kasutatud mõõdikud

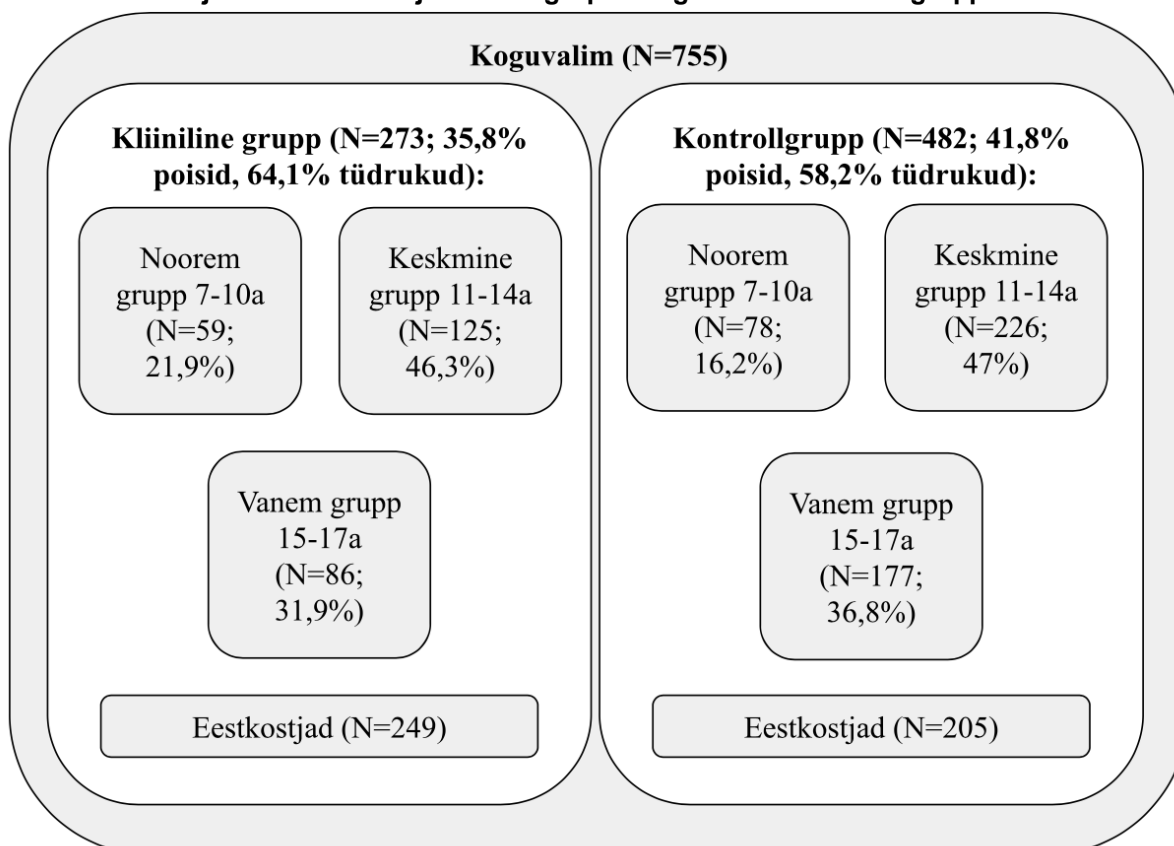
Instrument	Hinnangu aluseks olev ajakriteerium instrumendis	Hinnatav vaimse tervise valdkond	Eestikeelne versioon			
			Enesekohane hinnang	Eestkostja hinnang	Spetsialisti hinnang	Vanus aastates
Valdkondade ülene instrument						
MINI-Kid 7.0.2	Olenevalt valdkonnast 2 nädalat, 1 kuu, 6 kuud, 1 aasta või kogu elu	enamlevinud psüühikahäired			x	8-17 (kuni 12-aastastel k.a. koos eestkostjaga)
EQ-5D-5L		funktsioneerimine igapäevaelus	x			16-17
EQ-5D-Y-3L		funktsioneerimine igapäevaelus	x			8-15
EQ-5D-3L		funktsioneerimine igapäevaelus		x		7-17
Sõelinstrument						
ASSIST-Y		uimastite ja alkoholi tarvitamine	x			11-17
SHS		söömishäire sümptomid	x			15-17
ChEAT		söömishäire sümptomid	x			11-14
SNAP-IV (26)		aktiivsus- ja tähelepanuprobleemid		x		7-17
ITQ-CA		traumajärgsed sümptomid	x			7-17
ITEM-CA		traumaatilised elusündmused	x			

Kogu valimi kirjeldus

Uuritavad isikud

Alaealiste uuringuosa valimi moodustasid 7-17-aastased, eesti keelt kõnelevad alaealised, kes kaasati uuringusse võimalusel koos eestkostjaga tervishoiuasutusse pöördumise järgselt (ambulatoorse või statsionaarse hindamise ja ravi protsessis) või koolis. Uuringu koguvalim jagunes järgmiselt: alaealistest moodustasid kliiniline ja kontrollgrupp, kusjuures mõlemal puhul moodustus sõltuvalt mõõdikute optimaalsest kasutusvanusest kolm vanusegruppi: 7-10a (noorem), 11-14a (keskmine) ja 15-17a (vanem). Lisaks moodustab eraldi osa valimist eestkostjate valim, mis koosneb samuti kliinilise ja kontrollgrupi alaealiste esindajatest. Valimi jaotus on toodud Joonisel 1.

Joonis 1. Valimi jaotus kliinilises ja kontrollgrupis ning vastavalt vanusegruppidele.



Kliinilise grupi uuritavad kaasati uuringus osalenud tervishoiuasutustesse pöördunud patsientide hulgast, kellel esines meeletu alanemisele või ärevushäirele iseloomulikke haigustunnuseid ning kes vaimse tervise spetsialisti hinnangul olid tervises seisundist tulenevalt võimelised enesekohaseid hinnanguid andma ning spetsialisti juures täiendavalt enesekohast infot pakkuma. Raskes kehalises või psüühilises seisundis (nt ägeda psühhootilise episoodi ajal) olevaid isikuid ei kaasatud või nende seisund stabiliseeriti ja nad kaasati seejärel. Kuna valideerimisuuringsse hõlmati vaid eestikeelsed mõõdikud, said osaleda vaid need isikud, kelle eesti keele oskus oli piisav enesekohaste küsimustike täitmiseks ning intervjuudel osalemiseks.

Uuringusse ei kaasatud isikuid, kelle puhul esmase kohtumise käigus ilmnes, et uuritav ei olnud vaimse võimekuse vähesuse või kõne arengu eripärade tõttu võimeline andma sisukohaseid vastuseid enesekohastes küsimustikes või spetsialisti poolt intervjuu käigus esitatud küsimustele. Lisaks ei kaasatud uuringusse isikuid, kellel oli eelnevalt tuvastatud skisofreeniaspektri häire või neid, kellel oli tuvastatud orgaanilise geneesiga psüühikahäire (nt põhimeeleolu alanemine insuldi või epilepsiaga seoses vmt häire), kuna antud olukorras oleks olnud vaja kasutada häiregrupile spetsiifilisi meeleoluhäire küsimustikke, mida käesolevalt valideerimisel olev instrumentide pakett ei hõlmanud. Täiendavalt ei kaasatud uuringusse isikuid, kelle uuringus osalemine oli spetsialisti hinnangul uuritava seisundist tulenevalt uuritavale ülemäära koormav.

Noorema vanusegrupi puhul (7-10a) täitsid küsimustikke vaid eestkostjad, kuid kliinisel intervjuul osalesid ka selle vanusegrupi alaealised koos eestkostjaga. Noorem vanusegrupp ei täitnud enesekohaseid küsimustikke selleks, et vähendada vastamiskoormust väiksematel lastel, ja seoses kliinilise praktikaga, kus enamjaolt osaleb laps hindamisel koos vanemaga.

Uuringus osalesid kontrollgrupina patsientide eakaaslased, kes hõlmati valimisse koolipsühholoogide poolt. Koolipsühholoogid, kes uuringuandmete kogumisel osalesid, hõlmati uuringusse, lähtudes sellest, et kaasatud oleksid eri suurusega koolid erinevatest Eesti regioonidest; nad läbisid eelnevalt koolituse RedCAP keskkonna ja uuringu disaini kohta. Kontrollgruppi kaasati alaealised, kellel ei olnud koolipsühholoogidele teadaolevalt psüühikahäireid/toimetulekut häirivaid vaimse tervise probleeme. Vastamiskoormuse vähendamiseks jagati valideeritavad mõõdikud kahte erinevasse komplekti, mille vahel kontrollgruppi kuuluvad alaealised võrdselt ja juhuslikult jaotati. Eestkostjate pakett oli kõigile ühetaoline. Koolipsühholoog kaasas õpilased oma koolist uuringu disaini põhjal etteantud vanuse ja soo kriteeriume järgides. Õpilasele tutvustati uuringu käiku ning informeeritud nõusoleku vormi, misjärel võeti ühendust lapse eestkostjaga temapoolse nõusoleku saamiseks. Kontrollgrupiga ei viidud läbi kliinilist intervjuud, kuna see oleks olnud uuringu ajaraamides liialt ressursimahukas ning uuritavatele koormav.

Kõik uuritavad alustasid uuringuga seotud toimingutega hetkel, mil nad olid võimelised tutvuma uuringut tutvustava informeeritud nõusoleku vormiga, mõistma uuringu sisu, soovi korral esitada lisaküsimusi ning andma teadliku nõusoleku uuringus osalemiseks ning mil eestkostja oli andnud nõusoleku alaealise osalemiseks. Enesekohaseid mõõdikuid täitsid alaealised vastavalt vajadustele, seisundile ja võimalustele (nt viibimine statsionaarsel ravil või võimalus koolitundide ajal küsimustikke täita) kas iseseisvalt kodus või eelistatult tervishoiuasutuses või koolis kohapeal. Eestkostjad täitsid mõõdikuid reeglina kodus iseseisvalt.

Uuringus osales kokku 755 alaealist isikut vanuses 7-17 aastat, keskmine vanus 13,0 aastat (standardhälve SH = 2,57). Sooline kuuluvus oli teada 631 alaealise puhul, kellest 383 (60,7%) olid tüdrukud ja 248 (39,3%) poisid. Tehnilise vea tõttu ei salvestatud 124 uuritava (16,4% koguvallimist) puhul nende sugu. Sooline jaotus kliinilises ja kontrollgrupis on toodud Tabelis 3; Tabelist 4 nähtub alaealiste hariduslik taust.

Tabel 3. Valimi sooline jaotus alaealiste hulgas (N=755)

Grupp	Lapse sugu	Isikute arv	Vastanute % grupist
Kliiniline	Tüdruk	170	64,2
	Poiss	95	35,8
	Puuduvad andmed	8	2,9% kliinilisest grupist
Kontroll	Tüdruk	213	58,2

Poiss	153	41,8
Puuduvad andmed	116	24,1% kontrollgrupist

Tabel 4. Alaealiste osalemine õppeastmes (N=675)

Õppeasutus	Isikute arv	% vastanutest
Põhikool	619	91,7
Kutsekool	8	1,2
Gümnaasium	44	6,5
Muu	4	0,6
Puuduvad andmed	80 (10,6% koguvalimist)	

Lisaks alaealistele osales uuringus ka 454 eestkostjat vanuses 24-70 (Keskmine vanus 41,9 aastat, SH = 6,3), kelle suhtes on erineval määral demograafilisi andmeid. Eestkostja seos lapse suhtes on toodud tabelis 5 ning eestkostjate haridustase tabelis 6. Perekonnanaseisu kohta annab informatsiooni tabel 7. Sissetuleku kohta andsid 43,7% eestkostjatest vastuse vaimse tervise õe läbi viidud intervjuus. Vastanud jagati kolme sotsiaalmajandusliku staatuse gruppi, mille jaotus on toodud tabelis 8.

Tabel 5. Eestkostja seos lapsega (N=380)

Seos lapsega	Isikute arv	% vastanutest
Ema	350	92,1
Isa	27	7,1
Kasuvanem	2	0,5
Muu	1	0,3

Märkus. Andmed eestkostja seose kohta lapsega olid kättesaadavad 380 eestkostja puhul.

Tabel 6. Eestkostja haridustase (N=454)

Haridustase	Isikute arv	% vastanutest
Põhiharidus	96	21,1
Keskharidus	116	25,6
Kõrgharidus	242	53,3

Märkus. Andmed eestkostja haridustaseme kohta olid kättesaadavad kõigi 454 eestkostja puhul.

Tabel 7. Eestkostja perekonnaseis (N=401)

Perekonnaseis	Isikute arv	% vastanutest
Vabaabielus/abielus	330	82,3
Vallaline	38	9,2
Lahutatud	25	6,2
Lesk	4	1,0
Ei soovi vastata	4	1,0

Märkus. Andmed eestkostja perekonnaseisu kohta olid kättesaadavad 401 eestkostja puhul.

Sissetuleku kohta andsid 320 eestkostjat vastuse vaimse tervise õe läbi viidud intervjuus. Vastanud jagati kolme sotsiaalmajandusliku staatuse gruppi, mille jaotus on toodud tabelis 8.

Tabel 8. Eestkostjate raporteeritud sotsiaalmajanduslik staatus valimis (N=320)

Pere sissetulek aastas	Isikute arv	% vastanutest
Madal	52	16,3
Keskmine	216	67,5
Kõrge	52	16,3

Märkus. Andmed eestkostja sotsiaalmajandusliku staatuse kohta olid kättesaadavad 320 eestkostja puhul.

Uuringu läbinud alaealiste ja nendega koos osalenud eestkostjate elukoht on esitatud Tabelis 9.

Tabel 9. Uuringus osalenud alaealiste ja eestkostjate elukoht (maakond VÕI maakonnakeskus)(N=727)

Maakond	Isikute		Maakonna keskus	Isikute	
	arv	%		arv	%
Harjumaa	155	21,3	Tallinn	178	24,5
Hiiumaa	1	0,1	Kärdla	-	-
Ida-Virumaa	1	0,1	Jõhvi	1	0,1
Järvamaa	12	1,7	Paide	42	5,8
Jõgevamaa	5	0,7	Jõgeva	2	0,3
Läänemaa	3	0,4	Haapsalu	3	0,4
Lääne-Virumaa	2	0,3	Rakvere	7	1,0
Pärnumaa	3	0,4	Pärnu	14	1,9
Põlvamaa	4	0,6	Põlva	2	0,3
Raplamaa	3	0,4	Rapla	7	1,0
Saaremaa	2	0,3	Kuressaare	1	0,1
Tartumaa	60	8,3	Tartu	132	18,2
Valgamaa	3	0,4	Valga	1	0,1
Viljandimaa	17	2,3	Viljandi	20	2,8
Võrumaa	36	5,0	Võru	10	1,4
Puuduvad andmed	28	3,7% koguvalimist			

Kliinilisel tasemel psühhopatoloogia tuvastamiseks oli kasutusel Rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu M.I.N.I. 7.0.2 eestikeelne laste versioon (<https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/mini-international-neuropsychiatric-interview-for-children-and-adolescents>), mis võimaldas moodulite põhiselt tuvastada erinevate psühhiaatriliste häirete esinemist, tuginedes DSM-5-s (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, edaspidi kasutusel - APA, 2013) ja RHK-10-s (World Health Organization, 2004, edaspidi kasutusel - WHO, 2004) esitatud diagnostilistele kriteeriumidele.

Kasutusel olnud struktureeritud M.I.N.I. Kid intervjuu eestikeelne versioon võimaldas hinnata 23 enamlevinud ning kliinilises ja teadustöös enam uuritud psüühikahäire olemasolu.

Tegemist on litsenseeritud instrumendiga (<https://mapi-trust.org/>), mille kasutusõigus antud projekti raames oli kooskõlastatud intellektuaalse omandi hoidjaga. M.I.N.I Kid intervjuu viidi läbi psühhiaatri, psühhiaatria eriala residendi või kliinilise psühholoogi poolt, kasutades ePROEM veebiplatvormi.

Tabelis 10 on esitatud uuritavatel tuvastatud psüühikahäirete esinemine alaealiste valimis.

Tabel 10. Uuritavatel tuvastatud psüühikahäirete esinemine M.I.N.I.Kid intervjuu põhjal (N=233)

Moodul	Ajavahemik	Vastavus RHK-10 kriteeriumidele	Tuvastatud isikute arv (%)		
A	Raske depressiivne häire (<i>Major Depressive Disorder, MDD</i>)	Käesolev (2 nädalat)	F32.x	60 (25.8 %)	
		Möödunud		46 (19.7 %)	
	Depressiooniepisood (<i>Major Depressive Episode, MDE</i>)	Korduv	F33.x	24 (10.3 %)	
		Käesolev (2 nädalat)		70 (30.0 %)	
		Möödunud		57 (24.5 %)	
		Korduv		30 (12.9 %)	
B	Suitsidaalse käitumise häire	Käesolev (möödunud aasta jooksul)		49 (21.0 %)	
		Varases remissioonis (1–2 aastat tagasi)		10 (4.3 %)	
		Remissioonis (> 2 aastat tagasi)		4 (1.7 %)	
	Suitsidaalsus	Käesolev (möödunud kuu)		134 (57.5 %)	
		Kõrge (≥ 17 punkti)		91 (39.1 %)	
		Katse elu jooksul		74 (31.8 %)	
		Risk lähitulevikus		91 (39.1 %)	
		Madal (1–8 punkti)		26 (11.2 %)	
		Mõõdukas (9–16 punkti)		18 (7.7 %)	
C	I tüüpi bipolaarne häire	Käesolev	F31.0–F31.76	10 (4.3 %)	
		Möödunud	F31.0–F31.76	18 (7.7 %)	
		Üksik mania episood (käesolev)	F31.0–F31.76	0 (0.0 %)	
		Üksik mania episood (möödunud)	F31.0–F31.76	5 (2.1 %)	
	I tüüpi bipolaarne häire (viimane episood)	Depressiivne	F31.0–F31.76	9 (3.9 %)	
		Hüpomaniline	F31.0–F31.76	0 (0.0 %)	
		Maniakaalne	F31.0–F31.76	7 (3.0 %)	
		Kerge	F31.0–F31.76	9 (3.9 %)	
		Mõõdukas	F31.0–F31.76	5 (2.1 %)	
		Raske	F31.0–F31.76	1 (0.4 %)	
		II tüüpi bipolaarne häire (<i>Bipolar II Disorder</i>)	Käesolev	F31.81	0 (0.0 %)
			Möödunud	F31.81	1 (0.4 %)
	II tüüpi bipolaarne häire (viimane episood)		Depressiivne	F31.81	1 (0.4 %)
			Hüpomaniline	F31.81	0 (0.0 %)
			Kerge	F31.81	0 (0.0 %)
			Mõõdukas	F31.81	0 (0.0 %)
		Raske	F31.81	1 (0.4 %)	
		Hüpomaniaepisood	Käesolev		0 (0.0 %)
	Möödunud			1 (0.4 %)	
	Hüpomania sümptomid	Käesolev		0 (0.0 %)	
		Möödunud		8 (3.5 %)	
	Maniaepisood	Käesolev		1 (0.4 %)	

		Möödunud		18 (7.7 %)
	Muu täpsustatud bipolaarne ja sellega seotud häire	Käesolev	F31.0–F31.76	0 (0.0 %)
		Möödunud	F31.0–F31.76	1 (0.4 %)
D	Paanikahäire	Käesolev (möödunud kuu)	F41.0/F40.01	16 (6.9 %)
		Elu jooksul	F41.0/F40.01	32 (13.7 %)
E	Agorafoobia	Käesolev	F40.00/F40.01/F40.0	32 (13.7 %)
F	Lahutusärevushäire	Käesolev (möödunud kuu)	F93.0	15 (6.4 %)
G	Sotsiaalärevushäire (sotsiaalfoobia)	Käesolev (möödunud kuu)	F40.10/F40.11	49 (21.0 %)
		Piirdub esinemis- /sooritusolukordadega	F40.10/F40.11	10 (4.3 %)
H	Spetsiifiline foobia	Käesolev (möödunud kuu)	F40.2	27 (11.6 %)
I	Obsessiiv-kompulsiivne häire	Käesolev (möödunud kuu)	F42.2	19 (8.2 %)
		Haiguskriitika: puudub	F42.2	0 (0.0 %)
		Haiguskriitika: luululine	F42.2	1 (0.4 %)
		Haiguskriitika: hea või rahuldav	F42.2	13 (5.6 %)
		Haiguskriitika: halb	F42.2	5 (2.1 %)
		Tikkidega seotud	F42.2	0 (0.0 %)
J	Posttraumaatiline stressihäire	Käesolev (möödunud kuu)	F43.10	13 (5.6 %)
		Hilistunud avaldumisega	F43.10	0 (0.0 %)
		Depersonaliseerumisega	F43.10	2 (0.9 %)
		Derealiseerumisega	F43.10	2 (0.9 %)
K	Alkoholi tarvitamise häire	Kontrollitud keskkonnas	F10.10–F10.21	10 (4.3 %)
		Varases remissioonis	F10.10–F10.21	7 (3.0 %)
		Püsivas remissioonis	F10.10–F10.21	3 (1.3 %)
		Kerge	F10.10–F10.21	6 (2.6 %)
		Möödukas	F10.10–F10.21	8 (3.4 %)
		Möödunud 12 kuud	F10.10–F10.21	23 (9.9 %)
		Raske	F10.10–F10.21	9 (3.9 %)
L	Uimasti tarvitamise häire (kanep)	Kontrollitud keskkonnas	F12.10–F12.21	4 (1.7 %)
		Varases remissioonis	F12.10–F12.21	4 (1.7 %)
		Püsivas remissioonis	F12.10–F12.21	1 (0.4 %)
		Kerge	F12.10–F12.21	3 (1.3 %)
		Möödukas	F12.10–F12.21	0 (0.0 %)
		Möödunud 12 kuud	F12.10–F12.21	8 (3.4 %)
		Raske	F12.10–F12.21	5 (2.1 %)
	Uimasti tarvitamise häire (kokaiin)	Kontrollitud keskkonnas	F14.10–F14.21	1 (0.4 %)
		Varases remissioonis	F14.10–F14.21	1 (0.4 %)
		Püsivas remissioonis	F14.10–F14.21	0 (0.0 %)
		Kerge	F14.10–F14.21	0 (0.0 %)
		Möödukas	F14.10–F14.21	1 (0.4 %)
		Möödunud 12 kuud	F14.10–F14.21	1 (0.4 %)
		Raske	F14.10–F14.21	0 (0.0 %)
	Uimasti tarvitamise häire (dissotsiativsed ained)	Kontrollitud keskkonnas	F16/F19	0 (0.0 %)
		Varases remissioonis	F16/F19	0 (0.0 %)

	Püsivas remissioonis	F16/F19	0 (0.0 %)
	Kerge	F16/F19	0 (0.0 %)
	Mõõdukas	F16/F19	0 (0.0 %)
	Möödunud 12 kuud	F16/F19	0 (0.0 %)
	Raske	F16/F19	0 (0.0 %)
Uimasti tarvitamise häire (hallutsinogeenid)	Kontrollitud keskkonnas	F16.10–F16.21	2 (0.9 %)
	Varases remissioonis	F16.10–F16.21	2 (0.9 %)
	Püsivas remissioonis	F16.10–F16.21	0 (0.0 %)
	Kerge	F16.10–F16.21	0 (0.0 %)
	Mõõdukas	F16.10–F16.21	2 (0.9 %)
	Möödunud 12 kuud	F16.10–F16.21	4 (1.7 %)
	Raske	F16.10–F16.21	2 (0.9 %)
Uimasti tarvitamise häire (inhalandid)	Kontrollitud keskkonnas	F18.10–F18.21	1 (0.4 %)
	Varases remissioonis	F18.10–F18.21	0 (0.0 %)
	Püsivas remissioonis	F18.10–F18.21	0 (0.0 %)
	Kerge	F18.10–F18.21	0 (0.0 %)
	Mõõdukas	F18.10–F18.21	0 (0.0 %)
	Möödunud 12 kuud	F18.10–F18.21	1 (0.4 %)
	Raske	F18.10–F18.21	1 (0.4 %)
Uimasti tarvitamise häire (muu/mitmesugune)	Kontrollitud keskkonnas	F19.10–F19.21	0 (0.0 %)
	Varases remissioonis	F19.10–F19.21	0 (0.0 %)
	Püsivas remissioonis	F19.10–F19.21	0 (0.0 %)
	Kerge	F19.10–F19.21	0 (0.0 %)
	Mõõdukas	F19.10–F19.21	0 (0.0 %)
	Möödunud 12 kuud	F19.10–F19.21	0 (0.0 %)
	Raske	F19.10–F19.21	0 (0.0 %)
Uimasti tarvitamise häire (opioidid)	Kontrollitud keskkonnas	F11.10–F11.21	0 (0.0 %)
	Varases remissioonis	F11.10–F11.21	1 (0.4 %)
	Püsivas remissioonis	F11.10–F11.21	0 (0.0 %)
	Kerge	F11.10–F11.21	1 (0.4 %)
	Mõõdukas	F11.10–F11.21	0 (0.0 %)
	Möödunud 12 kuud	F11.10–F11.21	3 (1.3 %)
	Raske	F11.10–F11.21	2 (0.9 %)
Uimasti tarvitamise häire (rahustid/uinutid)	Kontrollitud keskkonnas	F13.10–F13.21	1 (0.4 %)
	Varases remissioonis	F13.10–F13.21	2 (0.9 %)
	Püsivas remissioonis	F13.10–F13.21	0 (0.0 %)
	Kerge	F13.10–F13.21	1 (0.4 %)
	Mõõdukas	F13.10–F13.21	1 (0.4 %)
	Möödunud 12 kuud	F13.10–F13.21	2 (0.9 %)
	Raske	F13.10–F13.21	0 (0.0 %)
Uimasti tarvitamise häire (stimulandid)	Kontrollitud keskkonnas	F15.10–F15.21	3 (1.3 %)
	Varases remissioonis	F15.10–F15.21	2 (0.9 %)
	Püsivas remissioonis	F15.10–F15.21	0 (0.0 %)

		Kerge	F15.10–F15.21	0 (0.0 %)
		Möödukas	F15.10–F15.21	4 (1.7 %)
		Möödunud 12 kuud	F15.10–F15.21	5 (2.1 %)
		Raske	F15.10–F15.21	1 (0.4 %)
M	Püsivad (kroonilised) motoorsed tikid	Käesolev	F95.1	13 (5.6 %)
		Elu jooksul	F95.1	16 (6.9 %)
	Püsivad (kroonilised) vokaalsed tikid	Käesolev	F95.1	1 (0.4 %)
		Elu jooksul	F95.1	2 (0.9 %)
	Ajutiste tikkide häire	Käesolev	F95.0	8 (3.4 %)
		Elu jooksul	F95.0	21 (9.0 %)
	Tourette'i häire	Käesolev	F95.2	3 (1.3 %)
	Tourette'i häire	Elu jooksul	F95.2	6 (2.6 %)
N	Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (kombineeritud vorm)	Möödunud 6 kuud	F90.0–F90.9	22 (9.4 %)
	Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (impulsiivsus/hüperaktiivsus)	Möödunud 6 kuud	F90.0–F90.9	4 (1.7 %)
	Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (tähelepanematus)	Möödunud 6 kuud	F90.0–F90.9	26 (11.2 %)
O	Käitumishäire	Noorukiea algusega	F91.x	12 (5.2 %)
		Lapsepõlve algusega	F91.x	10 (4.3 %)
		Käesolev	F91.x	23 (9.9 %)
		Algus täpsustamata	F91.x	1 (0.4 %)
P	Tõrges-trotslik käitumishäire	Käesolev	F91.3	8 (3.4 %)
Q	Mis tahes psühhootiline häire	Käesolev	F20.81–F29	10 (4.3 %)
		Elu jooksul	F20.81–F29	15 (6.4 %)
	I tüüpi bipolaarne häire psühhootiliste sümptomitega	Käesolev	F31.2/F31.5/F31.64	1 (0.4 %)
		Möödunud	F31.2/F31.5/F31.64	13 (5.6 %)
	Raske depressiivne häire psühhootiliste sümptomitega	Käesolev	F32.3/F33.3	17 (7.3 %)
		Möödunud	F32.3/F33.3	22 (9.4 %)
	Meeleoluhäire psühhootiliste sümptomitega	Käesolev	F32.3/F33.3; F31.2/F31.5/F31.64	2 (0.9 %)
		Elu jooksul	F32.3/F33.3; F31.2/F31.5/F31.64	8 (3.4 %)
R	Anoreksia	Käesolev (möödunud 3 kuud)	F50.01/F50.02	28 (12.0 %)
S	Anoreksia (liigsöömise/väljutamisega)	Käesolev (möödunud 3 kuud)	F50.01/F50.02	5 (2.1 %)
	Anoreksia (piirava käitumisega)	Käesolev (möödunud 3 kuud)	F50.01/F50.02	19 (8.2 %)
	Buliimia	Käesolev (möödunud 3 kuud)	F50.2	20 (8.6 %)
		Ekstreemne	F50.9	1 (0.4 %)
		Kerge	F50.9	10 (4.3 %)
		Möödukas	F50.9	7 (3.0 %)
		Raske	F50.9	1 (0.4 %)
T	Liigsöömishäire	(möödunud 3 kuud)	F50.81	1 (0.4 %)
		Ekstreemne	F50.81	0 (0.0 %)
		Kerge	F50.81	0 (0.0 %)
		Möödukas	F50.81	1 (0.4 %)
		Raske	F50.81	0 (0.0 %)
U	Generaliseerunud ärevushäire	Käesolev (möödunud 6 kuud)	F41.1	33 (14.2 %)

V	Kohanemishäired	Käesolev	F43.2	0 (0.0 %)
		Käitumise keskne	F43.2	0 (0.0 %)
		Emotsioonide keskne	F43.2	0 (0.0 %)
		Täpsustamata	F43.2	0 (0.0 %)
		Äreva meeleoluga	F43.2	0 (0.0 %)
		Depressiivse meeleoluga	F43.2	0 (0.0 %)
		Segatüüpi ärevusega	F43.2	0 (0.0 %)
W	Meditiiniline/orgaaniline/uimastitest või ravimitest tingitud põhjus välistatud	Ei		5 (2.1 %)
		Ebakindel		2 (0.9 %)
		Jah		226 (97.0 %)
X	Autismispektri häire	Ei saa välistada	F84.x	137 (58.8 %)
Y	Piirialane isiksushäire	Elu jooksul	F60.3	34 (14.6 %)

VALIDEERITUD MÕÕDIKUTE PSÜHHOMEETRILISED NÄITAJAD

SÕELINSTRUMENDID

1. DSM-5 sõelküsimumstik lastele ja vanematele

Sissejuhatus

DSM-5 1. taseme ristlõikeline sümptomite sõelküsimumstik (*Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure*; edaspidi DSM-5 CCSM) ehk lühidalt DSM-5 sõelküsimumstik on Ameerika Psühhiaatri Assotsiatsiooni (APA) koostatud transdiagnostiline sõel- ja seirevahend, mille eesmärk on laiapõhjaselt kaardistada sümptomivaldkondi, mis „lõikuvad läbi” eri psüühikahäirete ning võivad mõjutada hindamise fookust, raviplaani ja prognoosi. Mõõdikut soovitatakse kasutada kliinilise intervjuu täiendusena: kõrge(d) domeeniskoor(id) annavad märku, milliseid teemasid tuleb intervjuus täpsustada ja/või suunata edasi detailsematele hindamisvahenditele (sh DSM-5 2.taseme mõõdikud). (American Psychiatric Association, 2013).

Laste ja noorukite hindamiseks on kaks paralleelset vormi: (1) lapse/nooruki enesekohane versioon vanusele 11–17 (*DSM-5-TR Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 11–17*) ning (2) vanema/eestkostja täidetav versioon vanusele 6–17 (*DSM-5-TR Parent/Guardian-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 6–17*). Mõlemad vormid sobivad kasutamiseks nii esmase hindamise ajal kui ka kordushindamistel, kui soovitakse jälgida sümptomite muutust ajas (APA, 2013).

Mõlemad vormid koosnevad 25 küsimusest, mis katavad 12 domeeni: somaatilised sümptomid, uneprobleemid, tähelepanu-/hajameelsus, depressioon, viha, ärrituvus, maania, ärevus, psühhootilised kogemused, sundmõtted ja -käitumised, ainete kuritarvitamine ning suitsiidsus/suitsiidikatse. Ajavahemik on valdavalt viimased kaks nädalat; üks suitsiidiküsimus küsib elu jooksul esinenud katse kohta (APA, 2013).

Vastamisviis on enamiku väidete puhul 5-palline sagedus/raskusaste 0–4 (0 = Üldse mitte / mitte ühelgi päeval ; 4 = Tugevalt / Peaaegu iga päev). Suitsiidikavatsuse, suitsiidikatse ja ainete kuritarvitamise ploki väited on jah/ei vormis (lapse/nooruki vorm) ning jah/ei/ei tea (vanema/hooldaja vorm), kus “ei tea” vastus on ise kliiniliselt informatiivne (võib vajada täiendavat uurimist, eriti vanuses 11–17) (APA, 2013).

DSM-5 sõelküsimumstik ei ole mõeldud kasutamiseks üheks “koguskoorina”, vaid domeenipõhise sõelana. Juhendis on rõhutatud, et edasi uurimise aluseks on domeeni kõrgeim üksikväite skoor (“*Highest Domain Score*”). Üldjuhul suunab täiendavale hindamisele “Kergelt/Mitmel päeval”(skoor 2) või kõrgem mis tahes 0–4 skaalaga domeenis; erandina tähelepanu ja psühhooosi domeeni puhul on lävi madalam – “Veidi” (1) või kõrgem. Juhend soovitab vajadusel kasutada vastavate domeenide jaoks DSM-5 Level 2 mõõdikuid ning rõhutab, et otsustamine peab tuginema kliinilisele otsustusvõimele.

Tulemuste tõlgendamine ja järeltegevus eeldab kliinilist pädevust (eriti suitsiidsuse, psühhootiliste kogemuste ja ainete tarvitamise korral). APA juhendites on rõhutatud, et mõõdik on kliiniliselt kasulik, kuid kliiniline hinnang juhib otsustamist

Psühhomeetria põhinäitajad: DSM-5 esmaste valideerimisuuringute raames hinnati ristlõikelised mõõdikud kliiniliselt kasutatavaks ning raporteeriti test–kordustest usaldusväärsust (Narrow et al., 2013). Laste/noorukite kohta olid vanemad üldiselt

usaldusväärsemad raporteerijad kui lapsed/noorukid ise ning mitme lapse enesekohase üksikväite ICC jäi "küsitavasse" vahemikku, mis toetab praktikas mitme informandi kasutamist (Narrow et al., 2013). Kultuurikohanduse tasandil leiti Türgi valideerimisuuringus kõrge sisemine kooskõla nii lapse vormil (Cronbach $\alpha = 0,893$) kui vanema vormil ($\alpha = 0,90$), väga tugev test–kordustest seos ($r = 0,965$ lapse vormil; $r = 0,919$ vanema vormil) ning mõõdukas-kõrge seos Tugevuste ja raskuste küsimustikuga konvergentse valiidsuse indikaatorina (laps $r = 0,698$, vanem $r = 0,706$) (Sapmaz et al., 2017).

DSM-5 sõelküsimustiku dokumentides on ka juhised spetsialistidele, mis katab administreerimise, domeenipõhise skoorimise, läved ja soovitusel kasutussageduse kohta (korrapäraste intervallidega vastavalt sümptomite stabiilsusele ja ravistaatusele). Küsimustik on litsentsivaba ega nõua koolitust, kuid kasutaja peab oskama käsitleda riskiteemasid (nt suitsiidsus) ja otsustada, millal on vajalik põhjalikum hindamine või kiire sekkumine (APA, 2013; Narrow et al., 2013). Materjali võib paljundada ilma loata teadus- ja kliinilisel kasutamisel patsientidega; laiem levitamine või muu kasutus peab järgima APA tingimusi

Metoodika

Tõlkeprotsessi kirjeldus

DSM-5 sõelküsimustiku lapse ja vanema variandist oli Eestis varasematest teadusuuringutest (Tervise Arengu Instituudi uuring "Ained ja arenevad ajud", tõlkijad Liina Haring (psühhiaater), Mari-Anne Philips (psühholoogia taustaga teadlane), Karina Karis (psühholoog, doktorant), Anni Leedo & Helena Kisand (psühhiaatria eriala residendid) ja kliinilises praktikas kasutatuna (tlk Thea Marran) olemas kaks tõlkevarianti. Käesoleva uuringu raames koondati olemasolevad tõlkevariandid ning viis kliinilist psühholoogi (Mairi Männamaa, Ailen Elias, Juuli Puusepp, Triinu Ojalo ja Thea Marran) pakkusid vajadusel alternatiivseid tõlkesõnastusi, misjärel konsensuskohtumisel ühtlustati lõplik variant võrdluses originaaliga. Tagasitõlget instrument ei eeldanud.

Andmete kogumine

DSM-5 sõelküsimustiku andmed koguti antud uuringus ettenähtud protseduuride käigus nii lastelt kui eestkostjatelt. Lisa-andmeid ei kaasatud. Kaasamisuurings esitas andmed 396 eestkostjat ja 398 last/noort; kordusuuringus osales 79 vanemat/eestkostjat ja 52 last/noort.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

Divergentset ja konvergentset valiidsust hinnati võrdluses mõõtmisvahenditega CDI-2, MINI—KiD, SCARED, RCADS.

1.1. DSM-5 sõelküsimumstik - 6-17-aastase lapsevanema/eestkostja versioon (DSM-5_sõel_EE_vanem)

Uuringu tulemused

1.1.1. Valimi kirjeldus

Vanema versiooni täitsid kaasamisuurikul 396 lapsevanemat ja kordusuuringul 79 lapsevanemat.

Valimi kirjeldamiseks kasutati kirjeldavaid statistikuid keskmine, standardhälve, mediaan, kvartiilhaare (vahemik 25. protsentiilist kuni 75. protsentiilini), vähim ja suurim skoor valimis. Tulemused DSM-5 sõela vanemate versiooni kohta on toodud tabelis (DSM-5_sõel_EE_vanem)¹.

Tabel (DSM-5_sõel_EE_vanem) 1. DSM-5 sõel vanemate versiooni kirjeldav statistika kaasamis (T1)- ja kordusuuringu (T2) andmete põhjal

		N	Mediaan	Keskmine	SH	IQR	MIN	MAX
Somaatilised sümptomid T1	kliiniline	190	2,00	2,29	1,79	2,00	0,00	8,00
	kontroll	206	1,00	1,06	1,29	2,00	0,00	7,00
Une probleemid T1	kliiniline	190	2,00	1,87	1,36	2,00	0,00	4,00
	kontroll	206	0,00	0,57	0,79	1,00	0,00	4,00
Tähelepanu ja keskendumise raskused T1	kliiniline	190	3,00	2,32	1,35	2,00	0,00	4,00
	kontroll	206	0,50	0,80	0,98	1,00	0,00	4,00
Depressiooni sümptomid T1	kliiniline	190	3,00	3,43	2,38	3,00	0,00	8,00
	kontroll	206	0,00	0,78	1,29	1,00	0,00	7,00
Ärritatavuse sümptomid T1	kliiniline	190	2,00	1,97	1,34	2,00	0,00	4,00
	kontroll	206	1,00	0,80	0,90	1,00	0,00	4,00
Viha probleemid T1	kliiniline	190	2,00	1,90	1,38	2,00	0,00	4,00
	kontroll	206	1,00	0,81	0,87	1,00	0,00	4,00
Maania sümptomid T1	kliiniline	190	1,00	1,36	1,67	2,00	0,00	8,00
	kontroll	206	0,00	0,59	0,98	1,00	0,00	5,00
Ärevuse sümptomid T1	kliiniline	190	3,00	4,05	3,66	5,75	0,00	12,00
	kontroll	206	1,00	1,26	1,81	2,00	0,00	9,00
Psühhoosi sümptomid T1	kliiniline	190	0,00	0,27	0,99	0,00	0,00	7,00
	kontroll	206	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid T1	kliiniline	190	0,00	1,25	2,21	2,00	0,00	14,00
	kontroll	206	0,00	0,28	0,85	0,00	0,00	7,00
Somaatilised sümptomid T2	kliiniline	79	1,00	1,70	1,56	3,00	0,00	7,00

Une probleemid T2	kliiniline	79	1,00	1,35	1,13	2,00	0,00	4,00
Tähelepanu ja keskendumise raskused T2	kliiniline	79	2,00	1,71	1,29	2,00	0,00	4,00
Depressiooni sümptomid T2	kliiniline	79	2,00	2,19	2,13	4,00	0,00	7,00
Ärritatavuse sümptomid T2	kliiniline	79	1,00	1,38	1,19	1,50	0,00	4,00
Viha probleemid T2	kliiniline	79	1,00	1,32	1,01	1,00	0,00	4,00
Maania sümptomid T2	kliiniline	79	1,00	1,17	1,38	2,00	0,00	5,00
Ärevuse sümptomid T2	kliiniline	79	1,00	2,66	3,25	4,00	0,00	12,00
Psühhoosi sümptomid T2	kliiniline	79	0,00	0,14	0,50	0,00	0,00	2,00
Obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid T2	kliiniline	79	0,00	0,96	1,83	1,00	0,00	12,00

Märkused: N – valimi suurus; SH – standardhälve; IQR – kvartiilhaare; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis, T1 – kaasamisuring, T2- kordusuuring.

1.1.1.1. Jaotuse analüüs

Kaasamisuuringu alaskaalade jaotuse normaaljaotusele vastavust hinnati vastajapõhiste alaskaala väidete keskmiste alusel, kasutades Shapiro–Wilki testi ning kirjeldavaid jaotusnäitajaid (asümmeetria/skewness ja järsakus/kurtosis). Tulemused on esitatud tabelis (DSM-5_sõel_EE_vanem) 2.

Vanemate versiooni Shapiro–Wilki testi tulemus (kõikidel alaskaaladel $p < 0,001$), viitab statistiliselt olulistele kõrvalekalletele normaaljaotusest. Kliinilises grupis on mitme alaskaala asümmeetria väike või mõõdukas, mis viitab jaotuste suhteliselt sümmeetrilisele kujule. Samas esineb mitmel kliinilisel skaalal negatiivne järsakus, mis viitab võrreldes normaaljaotusega laiemale väärtuste hajuvusele. Erandina paistavad kliinilises grupis silma sümptomaatilised või harvemini kõrgete skooridega avalduvad skaalad, näiteks maania, obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid ja psühhoosilised sümptomid, kus ilmneb selgem positiivne asümmeetria. Sisuliselt tähendab see, et enamik vastajaid paikneb madalatel väärtustel, samas üksikud vastajad annavad väga kõrgeid skoori, mis on kooskõlas psühhoosiliste sümptomite madala levimusega ka kliinilises valimis.

Kontrollgrupis on jaotuste kuju enamiku alaskaalade puhul positiivselt asümmeetriline, millega kaasneb mitmel juhul ka kõrge järsakus (nt depressioon, maania, ärevus). See muster on kooskõlas ootusega, et kontrollvalimis esineb paljudel sümptomiskaaladel pörandaeft, s.t. suur osa vastajaid raporteerib madalaid (või minimaalseid) sümptomeid ning ainult väike osa kõrgemaid väärtusi. Kontrollgrupi psühhoosiliste sümptomite rida on märgitud tärnidega, kuna kontrollgrupis puudus skaalal piisav varieeruvus (enamik vastajad andsid minimaalse skoori).

Tabel DSM-5_sõel_EE_vanem) 2. DSM-5 sõela vanemate versiooni jaotus

		Skewness	Kurtosis	Shapiro-Wilk	p
Somaatilised sümptomid	kliiniline	0,78	0,07	0,91	< 0,001
	kontroll	1,66	3,40	0,78	< 0,001

Une probleemid	kliiniline	0,09	-1,19	0,90	< 0,001
	kontroll	1,48	2,23	0,71	< 0,001
Tähelepanu ja keskendumine	kliiniline	-0,31	-1,13	0,89	< 0,001
	kontroll	1,17	0,74	0,77	< 0,001
Depressioon	kliiniline	0,22	-0,96	0,94	< 0,001
	kontroll	2,07	4,46	0,66	< 0,001
Viha	kliiniline	0,15	-1,26	0,89	< 0,001
	kontroll	1,01	0,85	0,80	< 0,001
Ärritatus	kliiniline	0,06	-1,17	0,90	< 0,001
	kontroll	1,14	1,26	0,79	< 0,001
Maania	kliiniline	1,59	2,77	0,79	< 0,001
	kontroll	2,11	4,90	0,65	< 0,001
Ärevus	kliiniline	0,65	-0,73	0,90	< 0,001
	kontroll	1,95	4,23	0,73	< 0,001
Psühhootilised sümptomid	kliiniline	5,06	28,33	0,30	< 0,001
	kontroll	*	*	*	*
Obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid	kliiniline	2,59	8,10	0,63	< 0,001
	kontroll	4,62	26,21	0,37	< 0,001

Märkused: p – Shapiro Wilk statistiku p-väärtus. ; * Tulemused on identsed.

1.1.1.2. Kriteeriumid

Vanemate versiooni pöranda- ja lae-efektide analüüs vastajapõhiste alaskaala keskmiste alusel näitas, et enamikul alaskaaladel esineb väljendunud pörandaefekt. Pörandaefekti osakaal ületas 20% kõikidel skaaladel ja ning oli eriti kõrge maania (52,5%), obsessiiv-kompulsiivsete sümptomite (71,7%) ja psühhootiliste sümptomite (93,9%) alaskaaladel. See viitab, et suur osa vastajatest raporteeris nende sümptomite puudumist või minimaalset esinemist. Laeefekt kõigi alaskaalade puhul madal (< 20%), viidates sellele, et maksimaalseid sümptomeid raporteeris vaid väike osa vastajatest ning mõõdik eristab piisavalt kõrgema sümptomitasemega vastajaid. Vanemate versiooni kordusuuringu puhul ilmnas alaskaalade keskmiste põhjal samuti märkimisväärne pörandaefekt kõigil sümptomivaldkondadel (21–92%), eriti psühhooosi (92,4%) ja obsessiiv-kompulsiivsete sümptomite (59,5%) alaskaaladel, samas kui laeefektid puudusid.

Täheldatud ulatuslik pörandaefekt on ootuspärane raskemate psühhopatoloogiliste sümptomite puhul. Tulemusi mõjutab ka intrumendi struktuur, kus iga sümptomivaldkonda mõõdetakse vähese arvu väidetega. Piiratud väidete arv vähendab skooride varieeruvust ning suurendab minimaalse skoori esinemissagedust.

1.1.1.3. Rühmade vahelised erinevused

Vanemate versiooni puhul näitas Mann–Whitney U test statistiliselt olulist soolist erinevust kaasamisuuringu puhul somaatiliste sümptomite ($p = 0,003$), depressiooni ($p < 0,001$) ja ärevuse alaskaalade puhul ($p < 0,001$), kus tüdrukute keskmised tulemused olid kõrgemad. Teistes sümptomidomeenides vanemate versiooni puhul soolisi erinevusi ei ilmnenu.

Vanemate versiooni puhul nähtus tulemustest, et vanus oli statistiliselt oluliselt seotud depressiooni alaskaala ($p = 0,22$, $p < 0,001$), ainete tarvitamise alaskaala ($p = 0,35$, $p < 0,001$), suitsiidi alaskaala ($p = 0,15$, $p = 0,002$), ärevuse alaskaala ($p = 0,14$, $p = 0,006$) ja uneprobleemide alaskaala ($p = 0,12$, $p = 0,022$) puhul.

Täiendavalt kontrolliti vanuse võimalikku mittelineaarset seost *spline*-regressiooni abil. Vanemate versiooni puhul kirjeldas *spline*-mudel andmeid võrreldes lineaarse mudeliga oluliselt paremini depressiivsete sümptomite ($\chi^2(2) = 6,70$, $p = 0,035$) ja suitsidaalsuse ($\chi^2(2) = 22,56$, $p < 0,001$) puhul. Teistes sümptomidomeenides statistiliselt olulist mittelineaarset seost ei ilmnenud.

1.1.2. DSM-5_sõel_EE_vanem reliaabluse näitajad

1.1.2.1. Sisereliaablus

Tulenevalt mõõtmisvahendi iseloomust (paar väidet ühe sümptomidomeeni kohta) ei ole sisereliaablust hinnatud.

1.1.2.2. Test-kordustest reliaablus

DSM-5 sõelküsimumstiku eestkostjate versiooni puhul oli testi–kordustesti reliaablus valdavalt mõõdukas kuni hea ($ICC(2,1) = 0,36–0,74$), kusjuures parem stabiilsus ilmnes ärevuse ($ICC(2,1) = 0,74$, 95% CI [0,62; 0,83]), OCD ($ICC(2,1) = 0,68$, 95% CI [0,36; 0,85]) ja ärrituvuse sümptomite puhul ($ICC(2,1) = 0,62$, 95% CI [0,46; 0,76]) ja madalaim stabiilsus esines maania ($ICC(2,1) = 0,36$, 95% CI [0,08; 0,57]) ja eriti psühhoosi sümptomite puhul ($ICC(2,1) = 0,10$, 95% CI [−0,04; 0,62]).

Madal stabiilsus harvaesinevate sümptomite puhul on kooskõlas nende suhteliselt vähese levimuse ja sümptomite suure ajalise ning kliinilise pildi varieeruvusega (De Los Reyes et al., 2015).

1.1.2.3. Informantide vaheline reliaablus

Lapse ja vanema hinnangute vahelist kooskõla hinnati klassidevahelise korrelatsiooni koefitsendi abil. Tulemused viitasid valdavalt madalale kuni alumise mõõduka tasemega vastavusele informantide hinnangute vahel ($ICC(2,1) = 0,16–0,50$). Seejuures parem vastavus ilmnes depressiooni ($ICC(2,1) = 0,45$, 95% CI [0,39; 0,51]) ja uneprobleemide ($ICC(2,1) = 0,42$, 95% CI [0,35; 0,48]) ning madalaim psühhoosi ($ICC(2,1) = 0,24$, 95% CI [0,10; 0,35]) ja mania sümptomite ($ICC(2,1) = 0,21$, 95% CI [0,04; 0,34]) puhul. Ka Spearmani korrelatsioonid jäävad vahemikku $r = 0,23–0,50$, viidates madalale kuni mõõdukale kooskõlale informantide hinnangute vahel.

1.1.3. DSM-5_sõel_EE_vanem valiidsuse näitajad

1.1.3.1. Konstrukti valiidsus

1.1.3.1.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

DSM-5 vanemate versiooni depressiooni alaskaala korreleerus tugevalt CDI-2 vanemate versiooni depressiooniskaalaga ($p = 0,68$, $p < 0,001$). Ärevuse alaskaala korreleerus tugevalt nii RCADS ärevuse koguskooriga ($p = 0,71$, $p < 0,001$), RCADS GAD alaskaalaga ($p = 0,64$,

$p < 0,001$) kui ka SCARED GAD alaskaalaga ($p = 0,63$, $p < 0,001$), mis toetab mõõdiku head konvergentset valiidsust.

1.1.3.1.2. Eristav valiidsus

Vanemate versiooni puhul näitas Mann–Whitney U test statistiliselt olulist erinevust kliinilise ja kontrollgrupi vahel kõikides sümptomidomeenide puhul ($p < 0,001$). Kliinilise grupi skoorid olid kõrgemad kõikides sümptomidomeenides. Efektide suurused olid valdavalt mõõdukad.

Tuntud gruppide (*known-groups*) valiidsuse hindamiseks võrreldi DSM-5 sõela alaskaalade koguskoore kliinilise ja kontrollrühma vahel. Vastavalt teoreetilistele eeldustele said kliinilise rühma osalejad oluliselt kõrgema skoori kui kontrollrühma lapsed, mis toetab instrumendi eristamisvõimet tuvastatud rühmade vahel. Lisaks eristas skaala soogruppe, kus tüdrukud said oluliselt kõrgemad koguskoorigid enamikes sümptomidomeenides (vt. Ptk 1.1.1.3. Rühmade vahelised erinevused).

Kokkuvõttes on saadud jaotusmustrid teoreetiliselt ootuspärased ning toetavad instrumendi diskrimineerivat valiidsust kliinilise ja mittekliinilise grupi eristamisel.

Vanemate versiooni puhul kontrolliti divergentset valiidsust DSM-5 sõela depressiooni alaskaala ja SNAP-IV hüperaktiivsuse koondskoori vahel, kus ilmnis nõrk seos ($p = .20$, $p < .001$).

Kokkuvõttev tabel DSM-5_sõel_EE_vanem kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus		x		
Kordustestimise reliaablus	x			
Hindajate vaheline reliaablus	x			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus		x		
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	x			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	x			
Kriteeriumipõhine valiidsus		x		
Sensitiivsus		x		
Spetsiifilisus		x		
Ennustav valiidsus		x		
Äralõikepunktide piirid		x		
Normide olemasolu		x		

1.2. DSM-5 sõelküsimumstik - 11-17-aastase lapse versioon (DSM-5_sõel_EE_laps)

Uuringu tulemused

1.2.1. Valimi kirjeldus

Kaasamisuuringu valimi moodustasid 398 last, kellest 237 oli tüdrukud, 125 poisid ja ülejäänutel on sugu märkimata. Kordusuuringu valimi moodustasid 52 last, kellest 38 olid tüdrukud ja 12 poisid. Vanema versiooni täitsid kaasamisuuringul 396 lapsevanemat ja kordusuuringul 79 lapsevanemat.

Valimi kirjeldamiseks kasutati kirjeldavaid statistikuid keskmine, standardhälve, mediaan, kvartiilide vaheline vahemik (vahemik 25. protsentilist kuni 75. protsentilini), vähim ja suurim skoor valimis. Tulemused DSM-5 sõela laste versiooni kohta on esitatud tabelis (DSM-5_Sõel_EE_laps) 1.

Tabel (DSM-5_sõel_EE_laps) 1. DSM-5 sõela laste versiooni kirjeldav statistika kaasamis (T1)- ja kordusuuringu (T2) andmete põhjal

		N	Mediaan	Keskmine	SH	IQR	MIN	MAX
Somaatilised sümptomid T1	kliiniline	196	3,00	2,89	1,80	2,00	0,00	7,00
	kontroll	202	2,00	2,26	1,69	2,00	0,00	7,00
Une probleemid T1	kliiniline	196	2,00	2,00	1,47	2,00	0,00	4,00
	kontroll	202	1,00	1,12	1,17	2,00	0,00	4,00
Tähelepanu ja keskendumise raskused T1	kliiniline	196	2,00	2,26	1,37	2,00	0,00	4,00
	kontroll	202	1,00	1,25	1,16	2,00	0,00	4,00
Depressiooni sümptomid T1	kliiniline	196	4,00	3,84	2,40	4,00	0,00	8,00
	kontroll	202	1,00	1,62	1,89	2,00	0,00	8,00
Ärritavuse sümptomid T1	kliiniline	196	2,00	1,88	1,41	2,00	0,00	4,00
	kontroll	202	1,00	1,04	1,05	2,00	0,00	4,00
Viha probleemid T1	kliiniline	196	2,00	1,84	1,27	2,00	0,00	4,00
	kontroll	202	1,00	1,01	0,87	1,00	0,00	4,00
Maania sümptomid T1	kliiniline	196	2,00	2,63	2,02	3,00	0,00	8,00
	kontroll	202	2,00	2,04	1,66	2,00	0,00	7,00
Ärevuse sümptomid T1	kliiniline	196	6,00	5,69	3,59	6,00	0,00	12,00
	kontroll	202	2,00	2,73	2,72	3,00	0,00	12,00
Psühhooosi sümptomid T1	kliiniline	196	0,00	1,49	2,18	2,00	0,00	8,00
	kontroll	202	0,00	0,38	1,00	0,00	0,00	7,00
Obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid T1	kliiniline	196	4,00	4,35	3,77	5,00	0,00	16,00
	kontroll	202	1,00	2,32	2,75	3,00	0,00	15,00
Somaatilised sümptomid T2	kliiniline	52	2,00	2,42	1,72	3,00	0,00	6,00
Une probleemid T2	kliiniline	52	2,00	2,02	1,39	2,00	0,00	4,00

Tähelepanu ja keskendumise raskused T2	kliiniline	52	2,00	1,85	1,32	2,00	0,00	4,00
Depressiooni sümptomid T2	kliiniline	52	3,00	3,27	2,37	4,00	0,00	8,00
Ärritatavuse sümptomid T2	kliiniline	52	2,00	1,77	1,22	2,00	0,00	4,00
Viha probleemid T2	kliiniline	52	1,50	1,54	1,06	1,00	0,00	4,00
Maania sümptomid T2	kliiniline	52	1,00	2,00	1,99	2,00	0,00	7,00
Ärevuse sümptomid T2	kliiniline	52	5,00	5,02	3,66	5,50	0,00	12,00
Psühhoosi sümptomid T2	kliiniline	52	0,00	1,15	2,09	1,00	0,00	8,00
Obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid T2	kliiniline	52	2,00	3,48	3,53	5,25	0,00	12,00

Märkused: N – valimi suurus; SH – standardhälve; IQR – kvartiilide vaheline vahemik; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; T1 – kaasamisuring, T2- kordusuuring.

1.2.1.1. Jaotuse analüüs

Laste versiooni Shapiro–Wilki testi tulemus (kõikidel alaskaaladel $p < 0,001$), viitab statistiliselt olulistele kõrvalekalletele normaaljaotusest. Asümmeetria ja järsakuse näitajad osutasid erinevustele gruppide vahel: kliinilises grupis olid jaotused valdavalt ligikaudu sümmeetrilised või vaid kergelt paremale kaldu ning pigem lamedamad kui normaaljaotus, mis viitab sümptomite laiemale ja ühtlasemale jaotumisele. Seevastu kontrollgrupis ilmnas enamikul alaskaaladel tugevam paremale kallutatatus ja kõrgem järsakus, mis peegeldab vastuste koondumist skaalamiinimumi, eriti psühhoosi ja obsessiiv-kompulsiivsete sümptomite puhul (vt. Tabel (DSM-5_Sõel_EE_laps) 2).

Tabel (DSM-5_Sõel_EE_laps) 2. DSM-5 sõela laste versiooni jaotus

		Skewness	Kurtosis	Shapiro-Wilk	p
Somaatilised sümptomid	kliiniline	0,24	-0,69	0,95	< 0,001
	kontroll	0,77	0,11	0,91	< 0,001
Une probleemid	kliiniline	0,07	-1,39	0,87	< 0,001
	kontroll	0,93	-0,03	0,83	< 0,001
Tähelepanu ja keskendumine	kliiniline	-0,24	-1,17	0,89	< 0,001
	kontroll	0,71	-0,34	0,86	< 0,001
Depressioon	kliiniline	0,10	-1,06	0,95	< 0,001
	kontroll	1,34	1,47	0,82	< 0,001
Viha	kliiniline	0,18	-1,28	0,88	< 0,001
	kontroll	0,95	0,37	0,83	< 0,001
Ärritatavus	kliiniline	0,27	-0,96	0,90	< 0,001
	kontroll	0,99	1,47	0,82	< 0,001
Maania	kliiniline	0,65	-0,25	0,93	< 0,001
	kontroll	0,83	0,29	0,90	< 0,001
Ärevus	kliiniline	0,00	-1,10	0,95	< 0,001
	kontroll	1,18	0,83	0,86	< 0,001
Psühhoatilised sümptomid	kliiniline	1,59	1,64	0,72	< 0,001
	kontroll	3,44	13,88	0,44	< 0,001

Obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid	kliiniline	0,93	0,22	0,90	< 0,001
	kontroll	1,77	3,64	0,79	< 0,001

Märkused: p – Shapiro-Wilk statistiku p -väärtus.

1.2.1.2. Kriteeriumid

Kaasamisuuringu põranda- ja laaeefektid arvutati iga sümptomivaldkonna keskmiste skooride alusel ning hinnati 20% künnise alusel. Kasutades 20% kriteeriumi, ilmnes märkimisväärne põrandaefekt mitmel alaskaalal. Selgelt väljendunud põrandaefekt esines uneprobleemide (28,9%), tähelepanu ja keskendumise (23,1%), depressiooni (24,1%), viha (21,9%), ärritavuse (28,4 %) ning obsessiiv-kompulsiivsete sümptomite (22,1%) alaskaaladel. Eriti tugev põrandaefekt ilmnes psühhootiliste sümptomite alaskaalal (67,1%). Laaeefekti ei täheldatud ühelgi alaskaalal. See viitab, et kasutatud mõõdik eristab piisavalt kõrgema sümptomitasemega vastajaid. Laste versiooni kordusuuringu puhul ilmnes põrandaefekt ärritavuse (21,3%), maania (23,1%), psühhooi (65,4%) ja obsessiiv-kompulsiivsete sümptomite (25%) alaskaalade puhul, samas kui laaeefektid puudusid.

Täheldatud ulatuslik põrandaefekt on ootuspärane raskemate psühhopatoloogiliste sümptomite puhul. Tulemusi mõjutab ka intrumendi struktuur, kus iga sümptomivaldkonda mõõdetakse vähese arvu väidetega. Piiratud väidete arv vähendab skooride varieeruvust ning suurendab minimaalse skoori esinemissagedust.

1.2.1.3. Rühmade vahelised erinevused

Laste versiooni puhul näitas Mann–Whitney U test näitas statistiliselt olulist soolist erinevust kaasamisuuringu puhul enamikes sümptomidomeenides ($p < 0,001$). Tüdrukute skoorid olid kõrgemad kõikides sümptomidomeenides, v.a. suitsidaalsus, kus poiste skoorid olid suuremad. Efektide suurused olid valdavalt mõõdukad. Mania sümptomite osas statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenud ($p = 0,114$). Need leiud on kooskõlas varasemate uuringutega, mis näitavad internaliseerivate sümptomite suuremat levimust tüdrukutel ning externaliseerivate või riskikäitumuslike sümptomite suuremat esinemist poistel (Zahn-Waxler et al., 2008).

Analüüs näitas, et mitmete sümptomivaldkondade puhul esineb statistiliselt oluline, kuid nõrk seos vanusega. Laste versiooni puhul oli vanus statistiliselt oluliselt seotud ainete tarvitamise alaskaala ($p = 0,030$, $p < 0,001$), uneprobleemide alaskaala ($p = 0,13$, $p = 0,008$), tähelepanu ja keskendumisraskuste alaskaala ($p = 0,10$, $p = 0,041$), depressiivsete sümptomite alaskaala ($p = 0,11$, $p = 0,027$) ja suitsidaalsuse ($p = 0,12$, $p = 0,014$) alaskaala puhul.

Täiendavalt kontrolliti vanuse võimalikku mittelineaarset seost *spline*-regressiooni abil. Võrreldes lineaarse mudeliga kirjeldas *spline*-mudel andmeid oluliselt paremini uneprobleemide ($\chi^2(2) = 7,31$, $p = 0,026$), depressiivsete sümptomite ($\chi^2(2) = 7,07$, $p = 0,029$), ärrituvuse ($\chi^2(2) = 12,57$, $p = 0,002$), psühhootiliste sümptomite ($\chi^2(2) = 8,49$, $p = 0,014$) ja suitsidaalsuse ($\chi^2(2) = 11,68$, $p = 0,003$) puhul. Teistes sümptomidomeenides mittelineaarset vanuse mõju ei ilmnenud.

Spline-regressiooni tulemused viitavad, et mitmete sümptomite puhul ei ole seos vanusega lineaarne, vaid sümptomite avaldumine muutub arenguliselt ebaühtlaselt, mis on kooskõlas kliiniliste ja arengupsühholoogiliste ootustega.

Kokkuvõttes viitavad nii sooliste kui ka vanuselist seoste mustrid sellele, et DSM-5 sõela lapse versioon mõõdab teoreetiliselt ootuspäraseid konstrukte ning eristab arenguliselt ja demograafiliselt erinevaid sümptomiprofiile.

1.2.2. DSM-5_sõel_EE_alaealine reliaabluse näitajad

1.2.2.1. Sisereliaablus

Tulenevalt mõõtmisvahendi iseloomust (paar väidet ühe sümptomidomeeni kohta) ei ole sisereliaablust hinnatud.

1.2.2.2. Test-kordustest reliaablus

DSM-5 sõelküsimumstiku alaealiste versiooni puhul on testi–kordustesti reliaablus valdavalt mõõdukas kuni hea ($ICC(2,1) = 0,40–0,72$), kusjuures parem stabiilsus ilmnes psühhoosi ($ICC(2,1) = 0,72$, 95% CI $[0,45; 0,90]$), ärevuse ($ICC(2,1) = 0,69$, 95% CI $[0,52; 0,81]$) ja depressiooni ($ICC(2,1) = 0,70$, 95% CI $[0,56; 0,79]$), sümptomite puhul ning madalaim mania ($ICC(2,1) = 0,40$, 95% CI $[0,10; 0,65]$) ja viha sümptomite puhul ($ICC(2,1) = 0,45$, 95% CI $[0,22; 0,63]$).

Tulemused on kooskõlas DSM-5 sõela eesmärgiga hinnata lühiajalist sümptomaatikat viimase kahe nädala jooksul ning viitavad, et mõõdik on piisavalt tundlik sümptomite muutuste suhtes ajas, säilitades samas mõõduka stabiilsuse (Narrow et al., 2013).

1.1.2.3. Informantide vaheline reliaablus

Lapse ja vanema hinnangute vahelist kooskõla hinnati klassidevahelise korrelatsiooni koefitsendi abil. Tulemused viitasid valdavalt madalale kuni alumise mõõduka tasemega vastavusele informantide hinnangute vahel ($ICC(2,1) = 0,16–0,50$). Seejuures parem vastavus ilmnes depressiooni ($ICC(2,1) = 0,45$, 95% CI $[0,39; 0,51]$) ja uneprobleemide ($ICC(2,1) = 0,42$, 95% CI $[0,35; 0,48]$) ning madalaim psühhoosi ($ICC(2,1) = 0,24$, 95% CI $[0,10; 0,35]$) ja mania sümptomite ($ICC(2,1) = 0,21$, 95% CI $[0,04; 0,34]$) puhul. Ka Spearmani korrelatsioonid jäävad vahemikku $r = 0,23–0,50$, viidates madalale kuni mõõdukale kooskõlale informantide hinnangute vahel.

Selline vastavuse tase on laste vaimse tervise hindamisel ootuspärane ning peegeldab sümptomite kontekstuaalset avaldumist ning informantide erinevat vaatepunkti (De Los Reyes et al., 2015).

1.2.3. DSM-5_sõel_EE_alaealine valiidsuse näitajad

1.2.3.1. Konstrukti valiidsus

1.2.3.1.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

DSM-5 sõela laste versiooni depressiooni alaskaala korreleerus tugevalt nii CDI-2 depressiooniskaalaga ($p = 0,82$, $p < 0,001$) kui MINI MDE alaskaalaga ($p = 0,54$, $p < 0,001$). Ärevuse alaskaala korreleerus tugevalt nii RCADS ärevuse koguskooriga ($p = 0,74$, $p < 0,001$), RCADS GAD alaskaalaga ($p = 0,77$, $p < 0,001$) kui ka SCARED GAD alaskaalaga ($p = 0,78$, $p < 0,001$), mis toetab mõõdiku head konvergentset valiidsust.

1.2.3.1.2. Eristav valiidsus

Laste versiooni puhul näitas Mann–Whitney U test statistiliselt olulist erinevust kliinilise ja kontrollgrupi vahel enamikes sümptomidomeenides ($p < 0,001$). Kliinilise grupi skoorid olid kõrgemad kõikides sümptomidomeenides. Mania sümptomite osas statistiliselt olulist erinevust ei ilmnunud ($p = 0,005$). Efektide suurused olid valdavalt mõõdukad, mis toetab mõõdiku võimet eristada kliinilise probleemiga lapsi mittekliinilisest populatsioonist.

Tuntud gruppide (*Known-groups*) valiidsuse hindamiseks võrreldi DSM-5 sõela alaskaalade koguskoore kliinilise ja kontrollrühma vahel. Vastavalt teoreetilistele eeldustele said kliinilise rühma osalejad oluliselt kõrgema skoori kui kontrollrühma lapsed, mis toetab instrumendi eristamisvõimet tuvastatud rühmade vahel. Lisaks eristas skaala soogruppe, kus tüdrukud said oluliselt kõrgemad koguskoorid enamikes sümptomidomeenides (vt. Ptk 1.2.1.3. Rühmade vahelised erinevused).

Kokkuvõttes on saadud jaotusmustrid teoreetiliselt ootuspärased ning toetavad instrumendi diskrimineerivat valiidsust kliinilise ja mittekliinilise grupi eristamisel.

Kokkuvõttev tabel DSM-5_sõel_EE_laps kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus		x		
Kordustestimise reliaablus	x			
Hindajate vaheline reliaablus	x			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus		x		
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	x			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	x			
Kriteeriumipõhine valiidsus		x		
Sensiitivsus		x		
Spetsiifilisus		x		
Ennustav valiidsus		x		
Äralõikepunktide piirid		x		
Normide olemasolu		x		

Kasutatud kirjandus

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5-TR self-rated Level 1 cross-cutting symptom measure—Child age 11–17* [Assessment measure]. American Psychiatric Association. [Psühhiaatria](#)

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5-TR parent/guardian-rated Level 1 cross-cutting symptom measure—Child age 6–17* [Assessment measure]. American Psychiatric Association. [Psühhiaatria](#)

Corbel, H., & Kinchen, E. (2024). Implementing the DSM-5 parent/guardian-rated level 1 cross-cutting symptom measure child 6–17 in a community mental health clinic. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 37(1), e12439. <https://doi.org/10.1111/jcap.12439>

De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858–900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>

McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods*, 23(3), 412–433. <https://doi.org/10.1037/met0000144>

Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L., & Regier, D. A. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: Development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 71–82. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12071000>

Sapmaz, S. Y., Özek Erkuran, H., Kavurma, C., Öztürk, M., Uzel Tanriverdi, B., & colleagues. (2017). Validity and reliability of DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Scale Turkish version (Child form for 11–17 years and parent form for 6–17 years). *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(Suppl. 2), 99–106.

Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

Zahn-Waxler, C., Shirliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275–303. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>

2. RCADS-47

Sissejuhatus

RCADS-47 (*Revised Children's Anxiety and Depression Scale*; 47-väiteline versioon) on laste ja noorukite enesekohane sõel- ja hindamisinstrument, mille eesmärk on hinnata DSM-IV põhiselt ärevus- ja depressiivsete häirete sümptomite raskusastet. Küsimustikust on ka paralleelversioon, mis on mõeldud täitmiseks vanemale või eestkostjale.

Originaalinstrumenti töötasid välja **Chorpita ja kolleegid (2000)**, tuginedes DSM-i diagnostilistele kriteeriumidele ning laste ja noorukite kliinilisele sümptomaatikale. RCADS-47 on RCADS-62 lühendatud versioon, säilitades algse instrumenti faktorstruktuuri ja psühhomeetrilised omadused.

RCADS-47 kasutatakse laste ja noorukite ärevus- ja depressiivsete sümptomite süstemaatiliseks hindamiseks, eeskätt psühhopatoloogia varajaseks avastamiseks (sõelumine), sümptomite raskusastme kvantifitseerimiseks, kliinilise hindamise toetamiseks (mitte iseseisvaks diagnoosimiseks), sümptomimuutuste jälgimiseks ajas (nt sekkumise eel ja järel), teadusuuringutes dimensioonilise sümptomaatika mõõtmiseks. Instrumenti fookus on sümptomiprofiilide kirjeldamisel, mitte diagnostilise otsuse tegemisel.

RCADS-47 koosneb 47 väitest, mis kajastavad laste ja noorukite viimase aja ärevus- ja depressiivseid sümptomeid. Väited on sõnastatud lihtsas, lapsele arusaadavas keeles ning vastused antakse 4-pallisel Likerti skaalal: 0 – Mitte kunagi kuni 3 – Alati. Instrumentil on 6 alaskaalat, mis vastavad DSM-IV häirekategooriatele: lahususärevus, sotsiaalärevus, üldistunud ärevus, paanikahäire, obsessiiv-kompulsiivsed sümptomid ja depressioon. Alaskaalasid tõlgendatakse eraldi, kuid võimalik on arvutada ka üldine ärevuse koguskoor (viie ärevusalaskaala summa) ning depressiooni alaskoor eraldi.

Skooride vahemikud sõltuvad alaskaalade väidete arvust; kõrgem skoor viitab suuremale sümptomite raskusastmele. Originaalinstrumenti puhul on välja töötatud normatiivsed T-skoorid, mis võimaldavad tulemusi võrrelda vanuse ja soo lõikes.

RCADS-47 on mõeldud kasutamiseks enesekohase küsimustikuna lastele ja noortele vanuses umbes 8-17 aastat (originaalinstrumenti normskoorid on loodud vastavalt õppeastmele vahemikus 3.-12.klass, mis Eestis vastab 2.-11.klassile) nii kliinilises kui normpopulatsioonis. Paralleelversioonina on käibel sarnaste väidete ja hindamisskaalaga vanemate/eestkostjate küsimustik, mis kuulub valideeritavate instrumentide hulka ka käesolevas uuringus.

Originaalinstrument on vabavaraline ja Internetis kättesaadav koos automatiseeritud tabeliga, mis pakub ka võrdluse normatiivsete T-skooridega vastavalt lapse vanusele ja soole ning sellele, kes on informant: <https://rcads.ucla.edu/>. Instrumenti administreerimine ei nõua spetsiifilist väljaõpet, kuid psühhomeetriliste skooride mõistmiseks, normatiivsete väärtuste kasutamiseks ja kliiniliste otsuste toetamiseks on vajalik psühholoogia, psühhiaatria või vaimse tervise alane erialane ettevalmistus.

Metoodika

Tõlkeprotsessi kirjeldus

RCADS-47 instrumentist oli Eesti tervishoiuasutuses varasemast kasutusel mitu erinevat tõlget, neist levinuim 2018.aasta tõlge (tõlkijad psühholoogia magistriõppe üliõpilased Kene Vernik, Pirgit Pöld, Ave Rohtla-Alp, Janika Kersten; juh. Mairi Männamaa). Käesoleva uuringu raames koondati olemasolevad tõlkevariandid ning konsensuskohtumiste raames pakkusid kliinilised psühholoogid Mairi Männamaa, Thea Marran, Triinu Ojalo, Ailen Elias, Juuli Puusepp

vajadusel lisa-tõlkevariante väidetele ning leppisid kokku originaaliga kõige paremini kooskõlalised eestikeelsed väited. RCADS-47 puhul on tegu vabavaralise instrumendiga, autorite palvel ja kvaliteetse valideerimisprotsessi tagamiseks aga koostas kliiniline psühholoog Kadri Lüüs, kes polnud küsimustiku originaalsõnastusega tuttav, tagasitõlke inglise keelde. See edastati instrumendi autoritele, kes andsid nõusoleku küsimustiku kasutamiseks käesolevas uuringus ja võimalusel edaspidi kliinilises töös.

Andmete kogumine

Käesoleva uuringu raames täitsid RCADS-47_EE_vanema versiooni kaasamisetapis 326 eestkostjat ja kordusetapis 69 eestkostjat. RCADS-47_EE_alaealine versiooni täitsid kaasamisetapis 396 last ja noort ning kordusetapis 52 last ja noort vanuses 11-17.

Eesti Laste Vaimse Tervise Uuringu raames on küll varasemalt sama instrumendiga andmeid kogutud, ent käesolevalt neid võrdluseks ei kasutatud; see võimalus jääb edasisteks analüüsideks.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

Valideeritavate skaalade konvergentse ja diskriminantse valiidsuse ning informantidevahelise kooskõla hindamiseks kasutati järgmisi paralleelmõõdikuid: YAM-5 (vanem, laps), SCARED (vanem, laps), CDI-2 (vanem, laps), PHQ-9 (laps) ja GAD-7 (laps) ning DSM-5 sõel (lvanem, laps), SNAP-IV (vanem). Konvergentset valiidsust hinnati eeskätt seostena teoreetiliselt kattuvate sümptomite näitajatega (nt ärevuse alaskaalad omavahel, depressiooni skoorid omavahel), diskriminantset valiidsust seostena konstruktsiooniliselt kaugemate sümptomite näitajatega (vanematel SNAP-IV hüperaktiivsuse ja tõrges-trotsliku käitumise alaskaaladega, lastel DSM sõelküsimustiku mania sümptomiindeksi keskmise skooriga). RCADS vanema ja lapse paralleelvorme kasutati lisaks informantidevahelise kooskõla hindamiseks, võrreldes lapse ja vanema raporteeritud skooride seoseid. Kriteeriumivaliidsuse hindamiseks kasutati MINI-Kid 7.0.2 intervjuu binaarseid diagnostilisi tunnuseid, võrreldes valideeritavate skaalade asjakohaste alaskaalade seoseid vastava häire diagnoosistaatusega (vastavus/mittevastavus), et hinnata, kuivõrd sümptomite skoorid eristavad diagnostilistele kriteeriumidele vastavaid ja mittevastavaid noorukeid.

2.1. LASTE ÄREVUSE JA DEPRESSIOONI SKAALA RCADS-47 – vanema versioon (RCADS-47_EE_vanem)

2.1.1. Valimi kirjeldus

RCADS-47 vanemaversiooni täitsid kaasamisuuringus kokku 326 eestkostjat, kelle keskmine vanus oli 41,8 aastat (SH = 6,2; vahemik 24–59). Vastajatest olid 87,1% emad, 6,1% isad ning 0,6% kasuvanemad või muud hooldajad; 6,1% puhul polnud seos lapsega täpsustatud. Eestkostjad täitsid küsimustiku laste kohta vanuses 8–17 aastat. Valimis oli enam tüdrukuid ning keskmine lapse vanus oli ligikaudu 12 aastat (vt Tabel(RCADS-47_EE_vanem) 1). Kordusuuringu valim oli väiksem, kuid demograafilised näitajad olid kaasamisuuringuga võrreldaval tasemel.

Tabel (RCADS_47_EE_vanem) 1. Eestkostjate raporteeritud andmed RCADS-47_EE_vanem: laste sooline ja vanuseline jaotus kaasamis- ja kordusuuringus.

N (%)		Vanus			
		M	SH	Md	Min-Max
Kaasamisuuring					
Tüdrukud	174(53,4)	12,7	2,7	13	8-17
Poisid	117 (35,9)	11,9	2,7	12	8-17
Sugu määratlemata	35 (10,7)	10,9	2,5	10	8-16
Kokku	326 (100)	12,2	2,7	12	8-17
Kordusuuring					
Tüdrukud	41(59,4)	12,8	2,8	13	8-17
Poisid	27(39,1)	11,6	3,1	10	8-17
Sugu määratlemata	1(1,4)	14,0	NA	14	14-14
Kokku	69(100,0)	12,3	2,9	12	8-17

Märkus. M – keskmine; SH - standardhälve; Md – mediaan; Min-Max - kõige väiksem ja kõige suurem väärtus

RCADS-47 vanemaversiooni skooride jaotuste hindamine viitas sellele, et mitme alaskaala ja koondskoori jaotused kaldusid paremale poole asümmeetriasse ning olid järsud, mis on sümptomisummade puhul ootuspärane (suur osa vastajatest raporteerib vähe sümptomeid). Lahutusärevuse, üldistunud ärevuse ja sotsiaalärevuse alaskaaladel oli asümmeetria mõõdukas kuni selge (asümmeetria vastavalt 1,17; 1,03; 0,82) ning järsakus ulatus neutraalsest mõõdukani (järsakus vastavalt 1,12; 1,28; 0,00). Paanikahäire ja obsessiiv-kompulsiivse häire (OCD) skaaladel oli jaotuse kuju kõige enam mitte-normaaljaotuslik: paanikaskaalal ilmnis kõrge paremale asümmeetria (1,61) ja suur järsakus (2,39), OCD skaalal aga väga kõrge asümmeetria (1,90) ning eriti väljendunud järsakus (4,78), mis viitab tugevale skooride kuhjumisele madalates väärtustes ja väheste, kuid väga kõrgete skooridega sabaosale. Selline muster on kooskõlas sellega, et paanikahäire ja OCD on laste/noorukite seas võrreldes teiste internaliseerivate sümptomiklastritega keskmiselt harvemad, mistõttu null- ja madalskooride ülekaal on ootuspärane. Depressiooniskaalal oli jaotus seevastu sümmeetrilisem (asümmeetria 0,66) ning järsakus oli madal/negatiivne (–0,25), mis viitab laiemale ja ühtlasemale jaotusele võrreldes spetsiifiliste ärevuse domeenidega. Põrandaefektid kinnitasid sama mustrit: nullskooride osakaal oli suurim OCD (37,1%) ja paanikahäire (23,9%) alaskaaladel ning märgatav ka lahutusärevuse puhul (15,6%), samas kui

sotsiaalärevuse puhul oli pörandaeft minimaalne (0,9%). Laeefektid olid marginaalsed: maksimumskoori saavutas alaskaaladel 0,3% ning koondskooridel 0,6%. Koondskooride puhul olid nii pörandaeft kui ka laeefektid sisuliselt vähesed (miinimumskoori osakaal 0,3%), mis on summeeritud näitajate korral ootuspärane ning viitab, et koondskoorid pakuvad üldiselt paremat eristusvõimet kogu skaalavahemikus (võrreldes kitsamate ja harvaesinevatele sümptomitele tundlike alaskaaladega).

RCADS-47_EE_Vanem alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud on esitatud tabelites (RCADS_47_ee_Vanem) 2 ja 3.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 2. Alaskaalade ja koguskaalade kirjeldav statistika kaasamisuurings

RCADS-47 skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	174(53,4)	4,5	3,7	4	0-17	4,0
Poisid	117 (35,9)	3,3	3,3	3	0-14	4,0
Sugu määratlemata	35 (10,7)	2,3	1,9	2	0-6	2,0
Kokku	326 (100)	3,8	3,5	3	0-17	4,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	174(53,4)	11,2	6,5	10	0-26	9,0
Poisid	117 (35,9)	7,4	5,3	6	0-26	7,0
Sugu määratlemata	35 (10,7)	7,3	3,3	7	1-16	4,5
Kokku	326 (100)	9,4	6,1	8	0-26	7,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	174(53,4)	5,3	3,3	5	0-18	4,0
Poisid	117 (35,9)	3,6	2,9	3	0-16	4,0
Sugu määratlemata	35 (10,7)	3,1	2,3	3	0-9	3,0
Kokku	326 (100)	4,4	3,2	4	0-18	4,75
Paanikahäire						
Tüdrukud	174(53,4)	4,7	4,8	3	0-20	7,0
Poisid	117 (35,9)	2,4	3,1	1	0-21	4,0
Sugu määratlemata	35 (10,7)	1,6	1,7	1	0-7	2,0
Kokku	326 (100)	3,6	4,2	2	0-21	4,0
Obsessiiv-kompulsiivne häire						
Tüdrukud	174(53,4)	2,5	2,8	2	0-16	4,0
Poisid	117 (35,9)	1,4	1,8	1	0-9	2,0
Sugu määratlemata	35 (10,7)	0,9	1,5	0	0-6	1,0
Kokku	326 (100)	1,9	2,4	1	0-16	3,0
Depressioon						
Tüdrukud	174(53,4)	10,0	6,7	10	0-30	11,0
Poisid	117 (35,9)	7,0	5,0	6	0-26	7,0
Sugu määratlemata	35 (10,7)	5,3	3,6	5	0-14	4,5
Kokku	326 (100)	8,4	6,1	7	0-30	10,0
Ärevuse koguskoor						
Tüdrukud	174(53,4)	28,3	18,3	24	2-87	26,0
Poisid	117 (35,9)	18,1	13,9	13	1-73	16,0

Sugu määratlemata	35 (10,7)	15,3	8,4	13	2-39	11,0
Kokku	326 (100)	23,2	16,9	18	1-87	21,0
Koguskaala üldskoor						
Tüdrukud	174(53,4)	38,2	23,9	33,5	2-106	35,5
Poisid	117 (35,9)	25,0	17,7	21	1-99	23,0
Sugu määratlemata	35 (10,7)	20,6	11,2	19	3-53	14,0
Kokku	326 (100)	31,6	22,0	25	1-106	29,0

Märkus. M – keskmine; SH - standardhälve; Md – mediaan; Min-Max - kõige väiksem ja kõige suurem väärtus; IQR - kvartiilhaare

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 3. Alaskaalade ja koguskaalade kirjeldav statistika kordusuuringus

RCADS-47 skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	41(59,4)	4,6	3,9	4	0-19	4,0
Poisid	27(39,1)	5,0	4,5	3	0-15	5,0
Sugu määratlemata	1(1,4)	4,0	-	4	4-4	0
Kokku	69(100)	4,7	4,1	4	0-19	4,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	41(59,4)	12,4	5,7	12	0-22	9,0
Poisid	27(39,1)	9,0	6,2	8	1-23	8,0
Sugu määratlemata	1(1,4)	12,0	-	12	12-12	0
Kokku	69(100)	11,1	6,0	10	0-23	9,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	41(59,4)	5,8	3,4	6	0-16	3,0
Poisid	27(39,1)	4,3	3,5	3	0-14	4,5
Sugu määratlemata	1(1,4)	6,0	-	6	6-6	0
Kokku	69(100)	5,2	3,5	5	0-16	5,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	41(59,4)	5,0	4,1	5	0-19	6,0
Poisid	27(39,1)	3,0	3,3	2	0-14	4,5
Sugu määratlemata	1(1,4)	4,0	-	4	4-4	0
Kokku	69(100)	4,2	3,9	4	0-19	6,0
Obsessiiv-kompulsiivne häire						
Tüdrukud	41(59,4)	2,7	2,8	2	0-11	4,0
Poisid	27(39,1)	1,9	1,7	2	0-6	3,0
Sugu määratlemata	1(1,4)	3,0		3	3-3	0
Kokku	69(100)	2,4	2,5	2	0-11	4,0
Depressioon						
Tüdrukud	41(59,4)	11,4	5,3	11	1-22	9,0
Poisid	27(39,1)	8,3	4,5	8	0-18	5,5
Sugu määratlemata	1(1,4)	11,0	-	11	11-11	-
Kokku	69(100)	10,2	5,2	10	0-22	8,0
Ärevuse koguskoor						
Tüdrukud	41(59,4)	30,5	16,7	27	0-85	23,0
Poisid	27(39,1)	23,2	16,3	17	3-60	29,5

Sugu määratlemata	1(1,4)	29,0	-	29	29-29	0
Kokku	69(100)	27,6	16,7	25	0-85	25,0
Koguskaala üldskoor						
Tüdrukud	41(59,4)	42,0	21,4	41	2-105	28
Poisid	27(39,1)	31,5	19,0	27	5-74	30,5
Sugu määratlemata	1(1,4)	40,0	-	40	40-40	-
Kokku	69(100)	37,8	20,8	33	2-105	33

Märkus. M – keskmine; SH - standardhälve; Md – mediaan; Min-Max - kõige väiksem ja kõige suurem väärtus; IQR – kvartiilhaare

Kordusuuringus olid RCADS-47_EE_vanem skoorid keskmiselt veidi kõrgemad kui kaasamisuuringus, mis on ootuspärane arvestades väiksemat ja kliinilisest grupist pärit valimit (N = 69). Erinevused ei ole siiski suured ega viita skaalade süsteemsele nihkele, pigem kajastavad need valimi suuremat sümptomikoormust. Suhteliselt suuremad tasemeerinevused ilmneshid koondskoorides (ärevuse koguskoor: kaasamisuuring M = 23,2 vs kordusuuring M = 27,6; üldskoor: kaasamisuuring M = 31,6 vs kordusuuring M = 37,8). Vanuseklasside lõikes ilmneshid RCADS-47_EE skaaladel Kruskal-Wallise testi järgi statistiliselt olulised erinevused eeskätt sotsiaalärevuse ja depressiooni skaalal ning koondskoorides (vt Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 4). Dunn'i järeldused viitasid, et erinevused tulenesid peamiselt noorema rühma madalamatest skooridest: keskmine vanuserühm ületas nooremaid sotsiaalärevuse, paanikasümptomite, depressiooni ning mõlema koondskoori osas, ning vanem rühm ületas nooremaid sotsiaalärevuse, depressiooni ja üldskoori osas. Lahutus- ja üldistunud ärevuse skaaladel ei olnud vanuseklasside erinevused statistiliselt olulised, OCD puhul oli tulemus piiripealne.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 4. Vanuseklasside lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Kruskal-Wallise test ja Dunn'i järeldused).

Skaala	Noorem (7–10) Md (IQR)	Keskmine (11–14) Md (IQR)	Vanem (15–17) Md (IQR)	H(2)	p	Dunn post-hoc p
Sotsiaalärevus	7,0 (5,0)	9,0 (9,0)	9,0 (8,0)	21,32	<.001	Keskmine > Noorem (p<.001); Vanem > Noorem (p =.002)
Paanikahäire	1,0 (3,2)	2,0 (6,0)	2,0 (4,8)	10,45	0,005	Keskmine > Noorem (p =.004)
Depressioon	5,0 (5,0)	10,0 (11,0)	9,0 (8,5)	30,19	<0,001	Keskmine > Noorem (p <.001); Vanem > Noorem (p <.001)
Lahutusärevus	4,0 (3,0)	3,0 (5,5)	3,0 (3,8)	5,25	0,072	—
Üldistunud ärevus	3,5 (4,0)	4,0 (5,0)	4,0 (5,0)	4,91	0,086	—
OCD	1,0 (2,0)	1,0 (3,5)	1,0 (3,0)	5,98	0,05	—
Ärevuse koguskoor	17,0 (13,5)	22,0 (26,5)	19,0 (23,5)	7,5	0,024	Keskmine > Noorem (p =.019)
Üldskoor	21,5 (19,0)	32,0 (33,0)	25,5 (31,8)	13,17	0,001	Keskmine > Noorem (p =.001); Vanem > Noorem (p =.027)

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; H(2) – Kruskal-Wallise testi H-statistik (vabadusastmed = 2; vanuserühmi kolm); Dunn post-hoc – Dunn'i paarivõrdlused vanuserühmade vahel (näidatud ainult statistiliselt olulised võrdlused). “—” – post-hoc võrdlusi ei tehtud, kuna rühmade üldine erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Soo lõikes olid tüdrukute skoorid valdavalt kõrgemad kui poistel kõigil skaaladel, sealhulgas koondskoorides, ning Mann-Whitney testi järgi statistiliselt olulised (vt tabel (RCADS-47_EE_vanem) 5).

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 5. Soo lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Mann–Whitney test).

Skaala	Tüdrukud Md (IQR)	Poisid Md (IQR)	U	p
Sotsiaalärevus	10,0 (9,0)	6,0 (7,0)	6444	<.001
Paanikahäire	3,0 (7,0)	1,0 (4,0)	7090	0,005
Depressioon	10,0 (11,0)	6,0 (7,0)	7559	<0,001
Lahutusärevus	4,0 (4,0)	3,0 (4,0)	8033	0,002
Üldistunud ärevus	5,0 (4,0)	3,0 (4,0)	7087,5	<0,001
OCD	2,0 (4,0)	1,0 (2,0)	7323	<0,001
Ärevuse koguskoor	24,0 (26,0)	13,0 (16,0)	6499	<0,001
Üldskoor	33,5 (35,5)	21,0 (23,0)	6764,5	<0,001

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; U – Mann–Whitney U-testistatistik; OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire.

RCADS-47_EE_vanem alaskaalad ja koondskoorid on omavahel mõõdukalt kuni tugevalt positiivselt seotud (vt Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 6), mis viitab ärevussümptomite märkimisväärsel kattuvusele.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 6. Skaaladevahelised korrelatsioonid

Skaala	Lahutus-ärevus	Sotsiaal-ärevus	Üldistunud ärevus	Paanika-häire	OCD	Depressioon	Ärevuse koondskoor
Lahutusärevus							
Sotsiaalärevus	0,62***						
Üldistunud ärevus	0,67***	0,73***					
Paanikahäire	0,63***	0,65***	0,67***				
OCD	0,54***	0,64***	0,71***	0,64***			
Depressioon	0,57***	0,68***	0,67***	0,70***	0,68***		
Ärevuse koguskoor	0,80***	0,90***	0,87***	0,82***	0,78***	0,77***	
Üldskoor	0,77***	0,87***	0,85***	0,82***	0,79***	0,89***	0,97***

Märkus. OCD = obsessiiv-kompulsiivne häire; *** p < 0,001

2.1.2. RCADS-47_EE_vanem reliaabluse näitajad

2.1.2.1. Sisereliaablus

RCADS-47 vanemaversiooni sisereliaabluse näitajad viitasid üldjoontes heale kuni väga heale sisemisele kooskõlale (vt Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 7) nii alaskaalade kui ka koguskoori tasandil. Alaskaalade korrigeeritud väide–skaala korrelatsioonid jäid vahemikku 0,34–0,79 (kõrgeimad sotsiaalärevuse ja depressiooni plokis; madalaimad peamiselt obsessiiv-kompulsiivsel alaskaalal), mis näitab, et enamik väiteid panustas sihipäraselt oma vastavasse alaskaalasse. Mõne obsessiiv-kompulsiivse väite nõrgem seos on kooskõlas harvemate sümptomite suurema varieeruvuse ja pörandaepektidega. Koguskoori korrigeeritud väide–koguskoor korrelatsioonid olid valdavalt mõõdukad kuni kõrged (0,25–0,74), ning koondskoori

sisemine kooskõla oli väga kõrge ($\alpha = 0,97$), püsidis sisuliselt muutumatuna ka ilma väiteta (α ilma väiteta läbivalt 0,97). Alaskaalade α varieerus vahemikus 0,77–0,92.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 7. Sisemise kooskõla näitajad: korrigeeritud väide–skaala korrelatsioonid ja reliaablus

Alaskaala	Väide	Korrelatsioonid		Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)			
		Alaskaal a (korr)	Koguskaal a (korr)	Alaskaala α ja ω	Ilma väiteta	Koguskaala α ja ω	Ilma väiteta
Lahutusärevus	rcads_5	0,51	0,31	α 0,78 (0,75– 0,82) ω 0,79	0,75	α 0,97 (0,96– 0,97) ω 0,97	0,97
	rcads_9	0,56	0,47		0,74		0,97
	rcads_17	0,41	0,25		0,77		0,97
	rcads_18	0,43	0,72		0,77		0,97
	rcads_33	0,45	0,55		0,76		0,97
	rcads_45	0,44	0,57		0,76		0,97
	rcads_46	0,54	0,37		0,74		0,97
Üldistunud ärevus	rcads_1	0,59	0,65	α 0,86 (0,84– 0,88) ω 0,87	0,85		0,97
	rcads_13	0,58	0,50		0,85		0,97
	rcads_22	0,74	0,70		0,81		0,97
	rcads_27	0,72	0,64		0,82		0,97
	rcads_35	0,60	0,60		0,84		0,97
	rcads_37	0,55	0,61		0,86		0,97
Sotsiaalärevus	rcads_4	0,68	0,62	α 0,92 (0,91– 0,93) ω 0,92	0,91		0,97
	rcads_7	0,70	0,63		0,91		0,97
	rcads_8	0,61	0,58		0,91		0,97
	rcads_12	0,66	0,61		0,91		0,97
	rcads_20	0,77	0,71		0,90		0,97
	rcads_30	0,66	0,59		0,91		0,97
	rcads_32	0,70	0,65		0,91		0,97
	rcads_38	0,59	0,63		0,92		0,97
	rcads_43	0,74	0,70		0,90		0,97
Paanikahäire	rcads_3	0,59	0,58	α 0,90 (0,89– 0,92) ω 0,91	0,90		0,97
	rcads_14	0,50	0,50		0,90		0,97
	rcads_24	0,65	0,61		0,89		0,97
	rcads_26	0,54	0,47		0,89		0,97
	rcads_28	0,64	0,57		0,89		0,97
	rcads_34	0,68	0,69		0,88		0,97
	rcads_36	0,56	0,51		0,90		0,97
	rcads_39	0,67	0,60		0,88		0,97
	rcads_41	0,55	0,64		0,89		0,97
OCD	rcads_10	0,58	0,66	α 0,77 (0,73– 0,81) ω 0,79	0,74		0,97
	rcads_16	0,42	0,37		0,73		0,97
	rcads_23	0,63	0,74		0,73		0,97
	rcads_31	0,40	0,32		0,75		0,97
	rcads_42	0,34	0,27		0,75		0,97
	rcads_44	0,45	0,39		0,73		0,97
Depressioon	rcads_2	0,77	0,71	α 0,92 (0,91– 0,93) ω 0,92	0,91		0,97
	rcads_6	0,79	0,68		0,91		0,97
	rcads_11	0,66	0,60		0,91		0,97
	rcads_15	0,60	0,59		0,92		0,97
	rcads_19	0,78	0,69		0,91		0,97
	rcads_21	0,75	0,65		0,91		0,97
	rcads_25	0,61	0,62		0,92		0,97
	rcads_29	0,68	0,70		0,91		0,97

rcads_40	0,58	0,56	0,92	0,97
rcads_47	0,67	0,70	0,91	0,97

Märkused. Alaskaala (korr), koguskaala (korr) – korrigeeritud korrelatsioon väite ja (ala)skaala vahel ilma vastava väiteta; OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire

2.1.2.2. Test-kordustesti reliaablus

RCADS-47 vanemaversiooni testi-kordustesti reliaablust hinnati osalejate hulgas, kelle kohta täideti küsimustik kahel korral 2–4-nädalase intervalliga (N = 69). Spearmani korrelatsioonid viitasid heale kuni väga heale ajastabiilsusele: alaskaalade lõikes jäi koefitsiendid vahemikku $\rho = 0,78–0,87$ ning kõik seosed olid statistiliselt olulised (vt tabel (RCADS-47_EE_vanem) 8). Koondskooride ajastabiilsus oli tugev — nii ärevuse koondskoor kui ka koguskaala üldskoor näitasid väga kõrget ajastabiilsust ($\rho \approx 0,89–0,90$), mis toetab järeldust, et vanemahinnangul põhinevad RCADS-47 skoorid on lühikeses ajaraamis usaldusväärsed.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 8. Vanema küsimustiku test-kordustesti reliaablus

Skaala	Spearmani ρ	p
Lahutusärevus	0,83	< 0,001
Obsessiiv-kompulsiivne häire	0,78	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,84	< 0,001
Paanikahäire	0,84	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,86	< 0,001
Depressioon	0,87	< 0,001
Ärevuse koondskoor	0,9	< 0,001
Koguskaala üldskoor	0,89	< 0,001

2.1.2.3. RCADS-47_EE informantide vaheline kooskõla

RCADS-47 lapse ja vanema hinnangute vahelist kooskõla hinnati Spearmani järjestuskorrelatsioonidega ning kõigis ala- ja koondskaalades ilmnes mõõdukas kooskõla ($\rho = 0,51–0,63$), mis viitab informantide üldjoontes sarnasele reastusele sümptomite raskusastme lõikes. Paralleelselt ilmnes süstemaatiline tasemeerinevus, kus lapse mediaanskoorid olid kõigil skaaladel kõrgemad kui vanema omad, ning paaris Wilcoxon testid kinnitasid erinevuse statistilist olulisust (kõik $p < 0,001$). Koos tõlgendatuna toetab see muster (Vt Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 9) järeldust, et informandid annavad küll kattuvat infot sümptomite suhtelise taseme kohta, kuid nende hinnangud ei ole vahetatavad, seetõttu on põhjendatud käsitleda lapse ja vanema hinnanguid komplementaarsete mõõtmistena, mitte ühe ja sama konstrukti identse peegeldusena.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 9. Lapse ja vanema hinnangute vaheline kooskõla (Wilcoxon p)

Skaala	ρ (p)	Laps Md	Vanem Md	Wilcoxon p
Lahutusärevus	0,61 (<0,001)	4	3	<0,001
Sotsiaalärevus	0,52 (<0,001)	12	10	<0,001
Paanikahäire	0,53 (<0,001)	5	3	<0,001
Üldistunud ärevus	0,57 (<0,001)	7	4	<0,001
OKH	0,51 (<0,001)	4	2	<0,001

Depressioon	0,63 (<0,001)	11	10	<0,001
Ärevuse koondskoor	0,61 (<0,001)	33	22	<0,001
RCADS-47 üldskoor	0,62 (<0,001)	45	32	<0,001

Märkused: p – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon astaksummate testi statistiline olulisus

2.1.3. RCADS-47_EE_vanem valiidsuse näitajad

2.1.3.1. Struktuuri valiidsus

RCADS-47 vanemaversiooni faktorstruktuuri hindamiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs (EFA), kasutades Spearmani korrelatsioonimaatriksit ning minimaalse jäägiruudu ekstraktsioonimeetodit (minres) koos kaldnurkse pööramisega (oblimin). Andmestik osutus faktoriseerimiseks sobivaks. Kaiser–Meyer–Olkini koondnäitaja oli 0,957, mis viitab suurepärasele ühisele variatiivsusele ning adekvaatsele väidete omavahelisele seotusele faktoranalüüsi läbiviimiseks. Bartlett'i sfäärilisuse test kinnitas korrelatsioonimaatriksi selget mitte-sfäärilisust ($\chi^2(1081) = 9554,53$, $p < 0,001$; $n = 326$), mis toetab järeldust, et vaadeldavad seosed ei ole juhuslikud ning latentse struktuuri hindamine on meetodiliselt põhjendatud. Faktorite arvu määramisel kasutati mitut teineteist täiendavat otsustuskriteeriumi, arvestades, et internaliseeruvate sümptomite korral võivad erinevad meetodid anda osaliselt lahknevaid soovitusi. Paralleelanalüüs ja Veliceri MAP osutasid kuuefaktorilisele lahendusele, mis on kooskõlas RCADS-i teoreetilise alaskaalade raamistikuga. Samas parsimooniat rõhutavad informatsioonikriteeriumid eelistasid kompaktsemat mudelit (minres-raamistuses BIC miinimum 4 faktoril; ML-raamistuses BIC miinimum 5 faktoril), viidates, et osa lisafaktoritest võib käesolevas valimis olla nõrgemini eristatav või struktuuriselt ebastabiilsem. Seetõttu oli põhjendatud võrrelda sisulise interpretatsiooni ja laadumismustrite alusel 4-, 5- ja 6-faktorilist lahendust.

Võrdluses nelja-, viie- ja kuuefaktorilise lahenduse vahel paranesid sobivusnäitajad faktorite arvu kasvades ootuspäraselt: RMSEA vähenes ligikaudu 0,052-lt (4 faktorit) 0,047-ni (5 faktorit) ja 0,043-ni (6 faktorit), TLI tõusis ligikaudu 0,898-lt 0,916-ni ja 0,930-ni ning RMSR vähenes ligikaudu 0,039-lt 0,034-ni ja 0,029-ni. Samas ei taganud sobivusindeksite paranemine iseenesest kliiniliselt puhtamat ja domeenispetsiifiliselt eristatavat struktuuri. Neljafaktorilises lahenduses koondusid mitmed paanika/somaatiliste sümptomite väited koos obsessiiv-kompulsiivset sümptomaatikat kirjeldavate väidetega, mis vähendas domeenide diferentseerumist ning viitas pigem laiemale ärevusaktivatsiooni teljele kui klassikaliste RCADS-alaskaalade selgele eristumisele. Kuuefaktoriline lahendus seevastu suurendas struktuuri keerukust viisil, mis viitas võimalikule üleliigendamisele: eristus väike faktor väheste indikaatoritega ning üldistunud ärevusega seotud sisu jagunes alamklastriteks, mis näisid pigem valimispõhised kui robustselt replitseeruvad ning kliiniliselt iseseisvad domeenid. Viiefaktoriline lahendus kujunes käesolevas valimis kõige tasakaalustatumaks kompromissiks sobivuse, parsimoonia ja sisulise tõlgendatavuse vahel. See lahendus vähendas neljafaktorilise mudeli domeenide segunemist, kuid vältis samal ajal kuuefaktorilisele mudelile omast liigset fragmenteeritust ja väikeste faktoritega seotud ebastabiilsusriski. Sisuliselt moodustusid viiefaktorilises lahenduses eristatavad klastrid, mis vastasid üldjoontes (1) sotsiaalse hindamise ja esinemisega seotud hirmudele, (2) paanika/somaatilise aktivatsiooni sümptomitele, (3) lahtusärevuse ja turvatundega seotud raskustele, (4) sundmõtete ja sundkäitumisega seotud sümptomaatikale ning (5) depressiivse afekti teljele. Ka valitud viiefaktorilisel lahendusel (vt Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 10) ilmnisid siiski

psühhomeetriliselt ja sisuliselt olulised piirangud. Esiteks esines ristlaadumisi eeskätt väidetes, mis kirjeldavad üldist ohuootust ja autonoomset aktivatsiooni, mis võivad olla seotud nii paanika kui ka muretsemise ning üldise distressi teljega. Teiseks ilmnes OCD-sisu heterogeensus: käitumuslikud/rituaalsed sümptomid koondusid struktuuraalselt selgemini, samal ajal kui pealetükkivaid mõtteid kirjeldavad väited jagasid variatiivsust laiemate distressi ja negatiivse afekti näitajatega. Kolmandaks ei eraldunud üldistunud ärevuse domeen viiefaktorilises lahenduses autonoomse ja ühemõtteliselt koherentse faktorina. Muretsemist kirjeldavad väited paiknesid konstrukti piiritoonis ning jagasid ühisvariatiivsust nii üldise internaliseeruva distressi teljega kui ka soorituse ja sotsiaalse hindamisega seotud sisuga, mistõttu ilmnes nende suurem ristlaadumine. See ei viita üldistunud ärevuse sisu puudumisele, vaid pigem sellele, et vanemaraportis funktsioneerib muretsemine käesolevas valimis osalt transdiagnostilise protsessina, mis seob internaliseeruva spektri alamdimensioone ning vähendab häire-spetsiifilise faktori puhast eristatavust EFA raamistikus. Kokkuvõtvalt viitavad need tähelepanekud, et RCADS-47 vanemaversiooni latentne struktuur võib käesolevas valimis peegelduda pigem internaliseeruva spektri alamdimensioonidena kui rangelt eraldiseisvate häire-spetsiifiliste faktoritena, kuigi sotsiaal- ja lahusärevuse sisu eristuvad siiski suhteliselt selgemalt. Järgmise sammuna on metodoloogiliselt põhjendatud testida mudeli struktuuri kinnitava faktoranalüüsi (CFA) raamistikus sõltumatus ja suuremas valimis, võrreldes vähemalt 5- ja 6-faktorilist lahendust. CFA võimaldaks hinnata, kas kuuefaktoriline struktuur (mida toetas paralleelanalüüs ja MAP) replitseerub stabiilselt ja annab sisuliselt interpreteeritava lisadimensiooni, või peegeldab see pigem valimipõhist üleliigendamist. Kui 6-faktoriline mudel ei replitseeru või jääb sisuliselt ebastabiilseks, toetaks see 5-faktorilise lahenduse kasutamist praktilise ja kliiniliselt mõtestatava kompromissina; kui aga 6-faktoriline mudel replitseerub ja eristab näiteks üldistunud ärevuse domeeni robustsemalt, annaks see aluse käsitleda 6-faktorilist struktuuri vanemaversiooni puhul adekvaatsema latentse mudelina.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 10. Väidete standardiseeritud faktorlaadungid, kommunaliteetid, unikaalsused ja kompleksus viiefaktorilises EFA lahenduses

Väide	F1	F2	F3	F4	F5	h ²	u ²	com
rcads_2_v	0,77					0,66	0,34	1,10
rcads_3_v	0,33		0,25		0,24	0,42	0,58	3,00
rcads_6_v	0,85					0,67	0,33	1,05
rcads_10_v	0,57			0,20		0,55	0,45	1,60
rcads_11_v	0,69					0,49	0,51	1,07
rcads_14_v	0,36			0,25	0,32	0,44	0,56	3,17
rcads_15_v	0,51					0,39	0,61	1,25
rcads_18_v	0,48	0,32				0,61	0,39	2,26
rcads_19_v	0,74					0,68	0,32	1,18
rcads_21_v	0,79					0,64	0,36	1,11
rcads_22_v	0,35	0,28	0,24			0,61	0,39	3,81
rcads_23_v	0,62					0,65	0,35	1,30
rcads_24_v	0,27		0,24		0,21	0,44	0,56	3,78
rcads_25_v	0,58					0,45	0,55	1,14
rcads_29_v	0,57	0,27				0,62	0,38	1,79
rcads_37_v	0,69					0,52	0,48	1,24
rcads_40_v	0,48					0,43	0,57	1,43
rcads_45_v	0,30					0,39	0,61	2,71
rcads_47_v	0,62					0,55	0,45	1,13
rcads_1_v	0,22	0,45				0,49	0,51	1,85
rcads_4_v		0,72				0,55	0,45	1,07

rcads_7_v							0,54	0,46	1,06
rcads_8_v							0,51	0,49	1,09
rcads_12_v							0,50	0,50	1,04
rcads_20_v							0,66	0,34	1,03
rcads_30_v							0,55	0,45	1,05
rcads_32_v							0,58	0,42	1,09
rcads_35_v			0,24				0,49	0,51	1,68
rcads_38_v					0,32		0,52	0,48	1,96
rcads_41_v				0,20	0,21		0,52	0,48	3,22
rcads_43_v							0,62	0,38	1,06
rcads_5_v							0,48	0,52	1,02
rcads_9_v							0,45	0,55	1,30
rcads_13_v				0,20			0,40	0,60	3,09
rcads_17_v							0,45	0,55	1,06
rcads_27_v	0,26	0,24		0,20			0,57	0,43	3,88
rcads_46_v					0,22		0,49	0,51	1,28
rcads_16_v							0,33	0,67	1,37
rcads_31_v							0,45	0,55	1,12
rcads_42_v							0,29	0,71	1,09
rcads_44_v							0,46	0,54	1,15
rcads_26_v				0,28	0,41		0,46	0,54	2,25
rcads_28_v				0,23	0,45		0,57	0,43	2,15
rcads_33_v		0,27			0,42		0,48	0,52	2,18
rcads_34_v		0,25	0,21	0,26	0,31		0,66	0,34	4,28
rcads_36_v	0,23			0,29	0,44		0,53	0,47	2,49
rcads_39_v	0,24			0,31	0,39		0,61	0,39	2,88

Märkused. F1-F4 – faktorid; h² - kommunaliteetid; u² – unikaalsus, com - komplekssus

2.1.3.2. Konstrukti valiidsus

2.1.3.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

RCADS-47_EE_vanem konvergentset valiidsust hinnati seostena temaatiliselt vastavate paralleelmõõdikutega. Tulemused näitasid ootuspäraselt tugevaid positiivseid seoseid nii alaskaalade kui koondskooride lõikes ($p = 0,53\text{--}0,91$), kinnitades vanemaversiooni head koonduvat valiidsust (vt tabel (RCADS-47_ee_vanem) 11).

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 11. Koonduva valiidsuse näitajad võrdluses teiste hindamisvahenditega

Skaala	Võrdlusmõõdik	ρ	p
Lahutusärevus	SCARED lahutusärevus	0,74	< 0,001
Lahutusärevus	YAM-5 lahutusärevus	0,73	< 0,001
Obsessiiv-kompulsiivne häire	DSM OCD keskmine	0,53	< 0,001
Sotsiaalärevus	SCARED sotsiaalärevus	0,62	< 0,001
Sotsiaalärevus	YAM-5 sotsiaalärevus	0,75	< 0,001
Paanikahäire	SCARED paanikahäire	0,84	< 0,001
Paanikahäire	YAM-5 paanikahäire	0,77	< 0,001
Üldistunud ärevus	SCARED üldistunud ärevus	0,75	< 0,001
Üldistunud ärevus	YAM-5 üldistunud ärevus	0,77	< 0,001
Depressioon	DSM depressioon keskmine	0,83	< 0,001
Depressioon	CDI-II üldskoor	0,75	< 0,001
Ärevuse koondskoor	SCARED üldskoor	0,91	< 0,001

Ärevuse koondskoor	YAM-5 I osa koguskoor	0,84	< 0,001
Koguskaala üldskoor	SCARED üldskoor	0,90	< 0,001
Koguskaala üldskoor	YAM-5 üldskoor	0,82	< 0,001

Märkused. OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire

2.1.3.2.2. Divergentne ehk eristav valiidsus

Eristav valiidsus: võrdlus teise mõõtevahendiga

Divergentset valiidsust hinnati RCADS-47_EE_vanem skaalade seostena SNAP-IV eksternaliseeruvate sümptomite alaskaaladega sama informandi hinnangul (Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 12). Seosed hüperaktiivsuse/impulsiivsuse alaskaalaga olid valdavalt väikesed kuni mõõdukad ($p = 0,11–0,27$), mis toetab internaliseeruvate sümptomite eristuvust aktiivsusprobleemidest. Tõrges-trotsliku käitumise alaskaalaga ilmnemise aga mitmel skaalal mõõdukad ning üksikjuhtudel ka kõrgemad seosed ($p = 0,20–0,41$), täpsemalt depressiooni ja koguskaala üldskoori puhul, viidates internaliseeruvate sümptomite osalisele kattuvusele käitumisraskustega antud valimis. Selline muster on sisuliselt tõlgendatav ühiste sümptomikomponentide (nt ärrituvus ja emotsionaalne düsregulatsioon) ning üldisema probleemikoormuse peegeldusena, mitte tingimata mõõdiku eristatavuse puudulikkusena.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 12. Eristav valiidsus: seosed SNAP-IV alaskaaladega

Skaala	SNAP-IV alaskaalad	ρ	p
Lahutusärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,27	< 0,001
Lahutusärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,32	< 0,001
Sotsiaalärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,11	0,045
Sotsiaalärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,20	< 0,001
Paanikahäire	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,21	< 0,001
Paanikahäire	Tõrges-trotslik käitumine	0,26	< 0,001
Üldistunud ärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,20	< 0,001
Üldistunud ärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,24	< 0,001
OCD	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,24	< 0,001
OCD	Tõrges-trotslik käitumine	0,33	< 0,001
Depressioon	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,26	< 0,001
Depression	Tõrges-trotslik käitumine	0,41	< 0,001
Ärevuse koguskoor	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,23	< 0,001
Ärevuse koguskoor	Tõrges-trotslik käitumine	0,31	< 0,001
Üldskoor	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,25	< 0,001
Üldskoor	Tõrges-trotslik käitumine	0,37	< 0,001

Märkused: OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire; ρ – Spearmani järjestuskorrelatsioonikordaja rho

Tuntud gruppide valiidsus: kliiniline ja kontrollgrupp

Kliinilise ja kontrollrühma võrdlused RCADS-47_EE_vanem skaaladel näitasid, et kliinilises rühmas olid kõigi alaskaalade ning koondskooride skoorid statistiliselt oluliselt kõrgemad (kõik $p < 0,001$). Kirjeldavad näitajad on esitatud Tabelis (RCADS-47_EE_vanem) 13. Erinevused olid efektsuuruse mõttes ühtlaselt suured: Cliff'i δ viitas kõigi skaalade puhul suurele rühmaerinevusele ($\delta = 0,54–0,79$). Lahutusärevuse puhul oli $U = 3505,5$ ja $\delta = 0,54$;

sotsiaalärevuse puhul $U = 3514,5$ ja $\delta = 0,54$; üldistunud ärevuse puhul $U = 3503,0$ ja $\delta = 0,54$; paanikahäire puhul $U = 3867,0$ ja $\delta = 0,57$; obsessiiv-kompulsiivse häire puhul $U = 4372,5$ ja $\delta = 0,60$; depressiooni puhul $U = 6862,0$ ja $\delta = 0,79$; ärevuse koondskoori puhul $U = 4969,5$ ja $\delta = 0,65$ ning koguskaala koondskoori puhul $U = 6164,0$ ja $\delta = 0,74$. Suurim eristus ilmnes depressiooni alaskaalal ning koondskooridel, mis toetab RCADS-47_EE_vanem head rühmi eristavat võimet.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 13. Alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kliinilises ja kontrollgrupis

RCADS lasteversiooni skaalad	N (%)	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Kliiniline	182 (55,8)	5,2	3,8	5,0	0-17	5,0
Kontroll	144 (44,2)	2,0	1,8	2,0	0-6	3,25
Kokku	326 (100)	3,8	3,5	3,0	0-17	4,0
Sotsiaalärevus						
Kliiniline	182 (55,8)	9,4	5,3	9,0	0-25	7,0
Kontroll	144 (44,2)	2,8	2,5	2,0	0-14	3,0
Kokku	326 (100)	6,5	5,4	5,0	0-25	7,0
Üldistunud ärevus						
Kliiniline	182 (55,8)	5,8	3,4	6,0	0-18	5,0
Kontroll	144 (44,2)	2,8	1,9	2,0	0-9	3,0
Kokku	326 (100)	4,4	3,2	4,0	0-18	4,75
Paanikahäire						
Kliiniline	182 (55,8)	5,2	4,7	4,0	0-21	6,75
Kontroll	144 (44,2)	2,0	2,0	1,0	0-12	2,0
Kokku	326 (100)	3,8	4,2	2,0	0-21	4,0
Obsessiiv-kompulsiivne häire						
Kliiniline	182 (55,8)	3,0	2,7	2,0	0-16	3,0
Kontroll	144 (44,2)	0,7	1,1	0,0	0-5	1,0
Kokku	326 (100)	1,9	2,4	1,0	0-16	3,0
Depressioon						
Kliiniline	182 (55,8)	11,9	5,6	12,0	1-30	9,0
Kontroll	144 (44,2)	3,9	3,1	3,0	0-15	4,0
Kokku	326 (100)	8,4	6,1	7,0	0-30	10,0
Ärevuse koondskoor						
Kliiniline	182 (55,8)	28,6	17,4	27,0	1-88	24,5
Kontroll	144 (44,2)	9,7	7,0	8,0	0-44	8,0
Kokku	326 (100)	20,3	16,7	15,0	0-88	21,0
Koguskaala koondskoor						
Kliiniline	182 (55,8)	40,5	21,7	38,0	4-107	29,75
Kontroll	144 (44,2)	13,6	9,5	11,0	0-59	11,25
Kokku	326 (100)	28,7	21,9	22,5	0-107	29,0

Märkus. N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

RCADS-47_EE_vanem eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

RCADS-47_EE_vanem skaalade diskrimineerimisvõimet hinnati ROC-analüüsiga, kasutades kriteeriumina kuulumist kliinilisse vs kontrollrühma. Selline lähenemine kirjeldab, kui hästi RCADS-47 skoorid eristavad kõrgema ärevuse- ja depressiooni sümptomikoormusega noori madalama sümptomikoormusega noortest, ning ei ole mõeldud diagnostiliste lävendite kehtestamiseks. Koondkoore käsitleti pidevate näitajatena ning eristusvõimet kirjeldati AUC-ga koos 95% usaldusvahemikuga.

Tulemused osutavad üldjoontes heale diskrimineerimisvõimele: ärevuse alaskaalade AUC väärtused jäid vahemikku 0,77–0,80, koondnäitajatel olid AUC-d 0,83 (ärevuse koondskoor) ja 0,87 (RCADS-47 üldskoor) ning suurim eristusvõime ilmnes depressiooni skaalal (AUC = 0,90). Youdeni järgi valitud äralõikepunktide juures oli tundlikkus enamasti mõõdukas kuni hea (0,52–0,71) ning spetsiifilisus hea kuni väga hea (0,82–0,92), kusjuures koondnäitajad pakkusid võrreldes üksikalaskaaladega ootuspäraselt stabiilsemat ja tugevamat eristust. Youdeni J väärtused olid suurimad depressiooni (J = 0,63), RCADS-47 üldskoori (J = 0,61) ja ärevuse koondskoori (J = 0,58) puhul, viidates nende näitajate paremale tasakaalule tundlikkuse ja spetsiifilisuse vahel kliinilise staatuse eristamisel antud valimis. Optimaalse lävendi illustreerimiseks esitati Tabelis (RCADS-47_EE_vanem) 14 Youdeni indeksi alusel valitud äralõikepunktid koos vastavate tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajatega. Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 14. Tuntud gruppide valiidsus: kliinilise ja kontrollgrupi eristamisvõime ROC-analüüsi alusel

RCADS-47_EE_vanem skaala	AUC (95% UV)	Äralõikepunkt	Sens	Spec	Youden J
Lahutusärevus	0,77 (0,72–0,82)	5	0,52	0,88	0,39
Sotsiaalärevus	0,77 (0,72–0,82)	11	0,55	0,92	0,47
Paanikahäire	0,78 (0,73–0,83)	3	0,64	0,83	0,47
Üldistunud ärevus	0,77 (0,72–0,82)	5	0,65	0,83	0,48
OCD	0,80 (0,76–0,85)	2	0,65	0,83	0,49
Depressioon	0,90 (0,86–0,93)	7	0,81	0,82	0,63
Ärevuse koguskoor	0,83 (0,78–0,87)	21	0,71	0,87	0,58
RCADS-47 üldskoor	0,87 (0,83–0,91)	31	0,69	0,92	0,61

Märkus: AUC – ROC-kõvera alune pindala (*Area Under the Curve*); 95% UV – 95% usaldusvahemik; äralõikepunkt – optimaalne lävend kliinilise ja kontrollrühma eristamiseks (valitud Youdeni indeksi maksimeerimise alusel); Sens – sensitiivsus; Spec – spetsiifilisus; Youden J – Youdeni indeks; OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire.

2.1.3.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

RCADS-47_EE_vanem ala- ja koondskooride seosed diagnoosidega kliinilises grupis

RCADS-47 vanemaversiooni alaskaalade seoseid MINI-Kid diagnoosidega hinnati logistilise regressiooniga, kus sõltuvaks muutujaks oli vastava häire diagnoosi olemasolu (jah/ei) ning peamiseks selgitavaks muutujaks vastava alaskaala skoor. Tulemused esitatakse šansside suhtena (OR) ühe standardhälbe suurenemise kohta, mis võimaldab erinevaid skaalasid paremini võrrelda (kõrgem skoor = suurem diagnoosišanss). Kuna MINI-Kid intervjuu viidi läbi ainult kliinilises rühmas, põhinevad analüüsid kliinilisel alamvalimil, kellel olid olemas nii vanemahinnangud kui MINI-Kid andmed (n = 174). Nagu Tabelis (RCADS-47_EE_vanem) 15 näidatud, olid mitme RCADS-47 vanemaskaala skoorid sisuliselt kooskõlas vastavate MINI-Kid diagnoosidega. Kõige tugevam seos ilmnas paanikasümptomite ja depressiivsuse domeenides; selge seos ilmnas ka sotsiaalärevuse ning üldistunud ärevuse puhul. Obsessiiv-kompulsiivsuse skaala seos OCD diagnoosiga oli seevastu nõrgem ega eristunud statistiliselt sama kindlalt, mis viitab kas väiksemale kattuvusele vanemahinnangu ja intervjuupõhise OCD diagnoosi vahel või suuremale mõõtmis-/valimispõhisele varieeruvusele selles domeenis. Lahutusärevuse puhul oli seos suunalt ootuspärane, kuid jäi piiripealseks, mis sobitub üldise pildiga, et lahutusärevuse sümptomite vanemahinnang võib kliinilises valimis olla heterogeensem ning vähem diagnoosipetsiifiline. Koondskooridest ilmnas ootuspäraselt, et ärevuse koguskoor seostus vähemalt ühe MINI-Kid ärevushäire esinemisega ning internaliseeritud häirete üldskoor oli tugevamalt seotud laiemaga diagnoosikriteeriumiga (ärevus- ja/või depressioonihäire). Kokkuvõtvalt toetavad tulemused RCADS-47 vanemaversiooni kriteeriumipõhist valiidsust kliinilises alamvalimis: efektsuurused varieeruvad domeeniti mõõdukatest kuni tugevateni (OR-id ligikaudu vahemikus 1,3–3,1 ühe standardhälbe kohta), kusjuures kõige järjekindlam diskrimineeriv muster ilmneb paanika-, sotsiaalärevuse ja depressiooni valdkonnas ning koondskoorides.

Tabel (RCADS-47_EE_vanem) 15. Alaskaalade ja koondskooride seosed MINI-Kid diagnoosidega

Selgitav tunnus (RCADS alaskaala)	Kriteerium (MINI-Kid diagnoos)	N (juhud)	M (SH)	OR 1 SH kohta (95% UV)	p
Lahutusärevus	Lahutusärevus	174 (9)	5,3 (3,8)	1,8 (1,0–3,3)	0,065
Paanikahäire	Paanikahäire	174 (10)	5,3 (4,7)	3,1 (1,7–5,6)	< 0,001
Sotsiaalärevus	Sotsiaalärevus	174 (34)	12,0 (6,5)	2,2 (1,5–3,4)	< 0,001
Üldistunud ärevus	Üldistunud ärevushäire	174 (15)	5,8 (3,5)	1,7 (1,0–2,7)	0,039
OCD	Obsessiiv-kompulsiivne häire	174 (15)	2,9 (2,7)	1,3 (0,8–2,0)	0,292
Depressioon	Depressioon	174 (45)	12,0 (5,6)	2,6 (1,7–3,9)	< 0,001
Ärevuse koguskoor	≥ 1 ärevushäire	174 (49)	31,3 (18,2)	2,4 (1,6–3,5)	< 0,001
	≥ 1 internaliseeritud häire		43,4		
Üldskoor	häire	174 (70)	(22,3)	2,9 (2,0–4,3)	< 0,001

Märkused: OR – šansside suhe; 95% UV – 95% usaldusvahemik; N (juhud) – valimi suurus ja diagnoosiga isikute arv; M (SH) – keskmine ja standardhälve. OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire; ≥ 1 ärevushäire – vähemalt 1 ärevushäire diagnoos (lahutusärevus, paanikahäire, sotsiaalärevus, üldistunud ärevus, OCD); ≥ 1 internaliseeritud häire – vähemalt 1 ärevushäire või depressiooni diagnoos.

Kokkuvõttev tabel RCADS-47_EE_vanem kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	X			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		X		
Reliaablus	x			
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus	X			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			X	
Sensitiivsus		X		
Spetsiifilisus		X		
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			X	
Normide olemasolu		X		

2.2. RCADS-47_EE_laps

Uuringu tulemused

2.2.1. Valimi kirjeldus

RCADS-47 laste ja noorte versiooni täitis kaasamisuuringus 396 uuritavat ja kordusuuringus 52 uuritavat vanuses 11-17a, kelle sooline jaotus ja vanuseline hajuvus on esitatud tabelis (RCADS-47_EE_laps) 1.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 1. Vastanute vanuseline ja sooline jaotus kaasamis- ja kordusuuringus

N (%)		Vanus			
		M	SH	Md	Min-Max
Kaasamisuuring					
Tüdrukud	217 (54,8)	14,1	1,6	14	11-17
Poisid	114 (28,8)	13,9	1,9	14	11-17
Sugu määratlemata	65 (16,4)	13,6	1,7	14	11-17
Kokku	396 (100)	14,0	1,7	14	11-17
Kordusuuring					
Tüdrukud	38 (73,1)	14,2	1,5	14	11-17
Poisid	13 (25,0)	14,3	2,1	14	11-17
Sugu määratlemata	1 (1,9)	14,0	-	14	-
Kokku	52 (100)	14,2	1,6	14	11-17

Märkused: M – keskmine; SH - standardhälve; Md – mediaan; Min-Max - kõige väiksem ja kõige suurem väärtus

RCADS-47 lasteversiooni kaasamisuuringu skooride jaotuste analüüs näitas, et mitme alaskaala ja koondnäitaja jaotused olid paremale kaldu ning suhteliselt järsud, mis sümptomisummade puhul on ootuspärane, kuna suur osa vastajatest raporteerib vähesel määral sümptomeid. Suurim parempoolne asümmeetria ilmnis lahusärevuse (1,20) ja paanikahäire (1,17) skaalal ning sama muster peegeldus ka järsakuses, mis oli kõige enam väljendunud lahusärevuse (1,29) ja paanikahäire (0,70) puhul. See viitab skooride koondumisele madalates väärtustes ning väikesele osale vastajatest, kellel esinesid oluliselt kõrgemad sümptomiskoorid, eriti spetsiifilisemate sümptomidomeenide korral. Põrandaefektid toetasid seda tõlgendust: nullskooride osakaal oli suurim lahusärevuse (19,2%) ja obsessiiv-kompulsiivse häire (OCD) (11,4%) alaskaaladel. Laeefektid olid seevastu üldjoontes väikesed, suhteliselt kõrgeim maksimumskoori osakaal ilmnis sotsiaalärevuse (5,8%) ja üldistunud ärevuse (1,0%) skaalal. Koondnäitajate puhul olid äärmuste osakaalud ootuspäraselt madalamad (põrand: ärevuse koondskoor 0,5%; koguskaala üldskoor 0,0%), mis viitab, et summeeritud näitajad katavad skaalavahemikku ühtlasemalt ja pakuvad võrreldes kitsamate alaskaaladega paremat eristusvõimet kogu sümptomitase ulatuses. RCADS-47_Alaeline alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kaasamis- ja kordusuuringus on esitatud Tabelites (RCADS-47_EE_laps) 2 ja (RCADS-47_EE_laps) 3.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 2. RCADS-47 alaskaalade ja koondskoori kirjeldavad statistikud kaasamisuuringu

RCADS-47 skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	217 (54,8)	5,3	4,3	5,0	0-20	6,0
Poisid	114 (28,8)	2,7	3,3	1,5	0-21	4,0
Sugu määratlemata	65 (16,4)	2,9	3,3	2,0	0-14	4,0
Kokku	396 (100)	4,2	4,1	3,0	0-21	6,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	217 (54,8)	15,7	7,5	15,0	1-27	13,0
Poisid	114 (28,8)	9,5	6,4	9,0	0-27	9,75
Sugu määratlemata	65 (16,4)	12,8	6,5	12,0	1-27	10,0
Kokku	396 (100)	13,4	7,5	12,0	0-27	11,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	217 (54,8)	7,9	4,2	8,0	0-18	6,0
Poisid	114 (28,8)	4,7	3,7	4,0	0-18	5,0
Sugu määratlemata	65 (16,4)	5,6	2,9	5,0	1-14	3,0
Kokku	396 (100)	6,6	4,1	6,0	0-18	6,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	217 (54,8)	8,3	6,6	7,0	0-27	9,0
Poisid	114 (28,8)	4,0	5,2	2,0	0-26	5,0
Sugu määratlemata	65 (16,4)	4,8	4,8	3,0	0-20	5,0
Kokku	396 (100)	6,5	6,3	5,0	0-27	9,0
Obsessiiv-kompulsiivne häire						
Tüdrukud	217 (54,8)	5,4	4,3	4,0	0-18	6,0
Poisid	114 (28,8)	3,9	3,7	3,0	0-18	5,0
Sugu määratlemata	65 (16,4)	4,2	3,0	3,0	0-13	4,0
Kokku	396 (100)	4,7	4,0	4,0	0-18	5,0
Depressioon						
Tüdrukud	217 (54,8)	13,3	7,7	13,0	0-28	12,0
Poisid	114 (28,8)	8,1	6,6	7,0	0-29	5,75
Sugu määratlemata	65 (16,4)	8,0	5,5	7,0	0-26	7,0
Kokku	396 (100)	10,9	7,5	9,0	0-29	11,0
Ärevuse koguskoor						
Tüdrukud	217 (54,8)	42,6	23,7	38,0	2-105	39,0
Poisid	114 (28,8)	24,8	19,6	19,0	0-109	25,75
Sugu määratlemata	65 (16,4)	30,2	17,0	27,0	2-81	24,0
Kokku	396 (100)	35,4	23,0	32,0	0-109	30,0
Koguskaala üldskoor						
Tüdrukud	217 (54,8)	55,9	30,4	51,0	3-133	49,0
Poisid	114 (28,8)	32,8	25,4	24,5	1-137	32,5
Sugu määratlemata	65 (16,4)	38,2	21,4	35,0	4-96	28,0
Kokku	396 (100)	46,3	29,6	42,0	1-137	41,0

Märkus. M – keskmine; SH - standardhälve; Md – mediaan; Min-Max - kõige väiksem ja kõige suurem väärtus; IQR - kvartiilhaare

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 3. RCADS-47 alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kordusuuringus

RCADS-47 skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	38 (73,1)	5,8	4,2	6,0	0-19	3,75
Poisid	13 (25,0)	1,5	2,2	1,0	0-6	2,0
Sugu määratlemata	1 (1,9)	2,0	-	2,0	2-2	-
Kokku	52 (100)	4,7	4,2	5,0	0-19	5,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	38 (73,1)	17,8	6,7	18,0	3-27	8,75
Poisid	13 (25,0)	6,6	6,3	5,0	0-20	8,0
Sugu määratlemata	1 (1,9)	5,0	-	5,0	5-5	-
Kokku	52 (100)	14,7	8,2	15,5	0-27	14,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	38 (73,1)	8,6	4,5	9,0	0-16	7,0
Poisid	13 (25,0)	3,6	2,9	4,0	0-8	5,0
Sugu määratlemata	1 (1,9)	2,0	-	2,0	2-2	-
Kokku	52 (100)	7,2	4,6	7,0	0-16	7,25
Paanikahäire						
Tüdrukud	38 (73,1)	9,2	6,8	8,0	0-26	10,75
Poisid	13 (25,0)	1,9	3,3	1,0	0-12	3,0
Sugu määratlemata	1 (1,9)	8,0	-	8,0	8-8	-
Kokku	52 (100)	7,3	6,8	5,0	0-26	11,25
Obsessiiv-kompulsiivne häire						
Tüdrukud	38 (73,1)	5,6	4,4	4,5	0-17	7,0
Poisid	13 (25,0)	3,1	2,8	3,0	0-8	4,0
Sugu määratlemata	1 (1,9)	2,0	-	2,0	2-2	-
Kokku	52 (100)	4,9	4,2	4,0	0-17	5,0
Depressioon						
Tüdrukud	38 (73,1)	15,8	6,4	17,0	1-28	8,75
Poisid	13 (25,0)	8,2	9,0	5,0	0-26	17,0
Sugu määratlemata	1 (1,9)	8,0	-	8,0	8-8	-
Kokku	52 (100)	13,8	7,8	15,0	0-28	12,0
Ärevuse koguskoor						
Tüdrukud	38 (73,1)	46,9	21,4	48,5	7-85	35,75
Poisid	13 (25,0)	16,8	12,9	18,0	0-39	20,0
Sugu määratlemata	1 (1,9)	19,0	-	19,0	19-19	-
Kokku	52 (100)	38,8	23,5	37,0	0-85	35,25
Koguskaala üldskoor						
Tüdrukud	38 (73,1)	62,7	26,6	62,5	9-111	40,5
Poisid	13 (25,0)	24,9	20,8	24,0	0-56	41,0

Sugu määratlemata	1 (1,9)	27,0	NA	27,0	27-27	0,0
Kokku	52 (100)	52,6	30,0	52,0	0-111	45,25

Märkus. M – keskmine; SH - standardhälve; Md – mediaan; Min-Max - kõige väiksem ja kõige suurem väärtus; IQR - kvartiilhaare

Kordusuuringus olid RCADS-47 skoorid keskmiselt veidi kõrgemad kui kaasamisuuringus, mis on ootuspärane arvestades väiksemat ja kliinilisest grupist pärit valimit (N = 52). Erinevused ei ole siiski suured ega viita skaalade süsteemsele nihkele, pigem kajastavad need valimi suuremat sümptomikoormust. Suhteliselt suuremad tasemeerinevused ilmnesid koondskoorides (ärevuse koguskoor: kaasamisuuring M = 35,4 vs kordusuuring M = 38,8; üldskoor: kaasamisuuring M = 46,3 vs kordusuuring M = 52,6). Vt. Tabel (RCADS-47_EE_laps) 3.

Vanuserühmade (11–14 vs 15–17 aastat) võrdluses ei ilmnenud RCADS-47 alaskaaladel ega koondskooridel statistiliselt olulisi erinevusi; kõigi Mann–Whitney U-testide tulemused jäid mitteoluliseks (p-vahemik 0,131–0,879). See viitab, et käesolevas valimis ei seostunud vanuserühm süstemaatiliselt sümptomite tasemega. Sooliste rühmade lõikes ilmnes seevastu selge ja järjekindel erinevus: tüdrukute ja poiste skoorid erinesid statistiliselt oluliselt kõigil skaaladel ning koondskooridel (vt Tabel (RCADS-47_EE_laps) 4). Mediaanide ja hajuvusnäitajate muster osutab, et tüdrukute skoorid olid üldiselt kõrgemad nii ärevuse alamdomeenides kui ka koondnäitajates, mis toetab järeldust, et sooline mõju väljendub pigem üldisel internaliseerumise tasemel kui ainult ühes kitsas sümptomidomeenis. Selline suundumus on kooskõlas noorukieas kirjeldatud laiemate arenguliste sooliste erinevustega internaliseeruvates sümptomites, kus tüdrukutel on keskmiselt kõrgem ärevuse ja depressiivsuse tase (Salk et al., 2017; Zahn-Waxler et al., 2008).

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 4. Alaskaalade ja koondskooride soolised erinevused (tüdrukud vs poisid)

Skaala	Tüdrukud Md (IQR)	Poisid Md (IQR)	U	p
Sotsiaälärevus	15,0 (13,0)	9,0 (9,8)	6583,0	<.001
Paanikahäire	7,0 (9,0)	2,0 (5,0)	6775,5	<.001
Depressioon	3,0 (12,0)	7,0 (5,8)	7313,0	<.001
Lahutusärevus	5,0 (6,0)	1,5 (4,0)	7525,5	<.001
Üldistunud ärevus	8,0 (6,0)	4,0 (5,0)	6918,5	<.001
OCD	4,0 (6,0)	3,0 (5,0)	9728,0	0,001
Ärevuse koguskoor	38,0 (39,0)	19,0 (25,8)	6716,0	<.001
Üldskoor	51,0 (49,0)	24,5 (32,5)	6678,0	<.001

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; U – Mann–Whitney U-testistatistik; p – p-väärtus (kahepoolsed testid). OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire.

RCADS-47 lasteversiooni alaskaalad olid omavahel tugevalt seotud (vt Tabel (RCADS-47_EE_laps) 5), korrelatsioonid jäid valdavalt vahemikku $p = 0,62$ – $0,78$ ning koondnäitajate seosed alaskaaladega olid väga kõrged (ärevuse koondskoor: $p = 0,81$ – $0,92$; üldskoor: $p = 0,80$ – $0,91$). See muster viitab, et erinevad sümptomidomeenid esinevad käesolevas valimis sageli koos ning alaskaalade kõrval kannavad koondskoorid tugevasti üldise internaliseeriva distressi komponenti; eriti silmatorkav on ärevuse koondskoori ja üldskoori peaaegu täielik kattuvus ($p = 0,99$).

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 5. Skaaladevahelised korrelatsioonid

Skaala	Lahutus- ärevus	Sotsiaal- ärevus	Üldistunud ärevus	Paanika- häire	OCD	Depres- sioon	Ärevuse koond- skoor
Lahutusärevus							
Sotsiaalärevus	0,71***						
Üldistunud ärevus	0,73***	0,78***					
Paanikahäire	0,71***	0,75***	0,76***				
OCD	0,62***	0,67***	0,73***	0,67***			
Depressioon	0,70***	0,76***	0,75***	0,78***	0,68***		
Ärevuse koguskoor	0,84***	0,92***	0,90***	0,89***	0,81***	0,84***	
Üldskoor	0,83***	0,90***	0,89***	0,89***	0,80***	0,91***	0,99***

Märkus. OCD = obsessiiv-kompulsiivne häire; *** $p < 0,001$

2.2.2. RCADS-47_EE_laps reliaabluse näitajad

2.2.2.1. RCADS-47_EE_laps sisereliaablus

Tabelis (RCADS_47_EE_laps) 6 on esitatud RCADS-47 lasteversiooni sisereliaabluse näitajad väite ja skaala tasandil: korrigeeritud väide–alaskaala seosed, korrigeeritud väide–koguskaala seosed, Cronbachi α (95% usaldusvahemikuga), McDonaldi ω ning α väärtused ilma vastava väiteta nii alaskaalade kui ka koguskaala lõikes. Alaskaalade sisereliaablus on käesolevas valimis hea kuni väga hea (α vahemikus 0,82–0,93), koguskaala reliaablus on väga kõrge ($\alpha = 0,97$). Väidete tasandil on korrigeeritud väide–alaskaala korrelatsioonid valdavalt mõõdukad kuni kõrged, mis viitab, et väited panustavad järjekindlalt vastava sümptomidomeeni mõõtmisse. Oluline on, et α ei suurene ühegi üksikväite eemaldamisel alaskaaladel sisuliselt ega süsteemselt, seega ei toeta reliaablusanalüüs väidete väljajätmist eesmärgiga skaalade sisemist kooskõla parandada. Koguskaala α ilma väiteta püsib sisuliselt muutumatuna, mis on ootuspärane väga kõrge reliaabluse korral. Kokkuvõttes viitavad tulemused, et RCADS-47 lasteversiooni alaskaalad ja koguskoor on sisemiselt kooskõlalised ning mõõdavad sihtkonstrukte stabiilselt.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 6. Sisemise reliaabluse näitajad: korrigeeritud väide–skaala korrelatsioonid ning Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)

Korrelatsioonid				Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)			
Alaskaala	Väide	Alaskaala (korr)	Koguskaala (korr)	Alaskaala α (95% UV) ja ω	Ilma väiteta	Koguskaala α 95% UV) ja ω	Ilma väiteta
Lahutusärevus	rcads_5	0,57	0,43	α 0,82 (0,79–0,85)	0,79	α 0,97 (0,96–0,97)	0,97
	rcads_9	0,45	0,40	ω 0,83	0,81	ω 0,99	0,97
	rcads_17	0,55	0,39		0,80		0,97
	rcads_18	0,59	0,73		0,79		0,97
	rcads_33	0,60	0,70		0,79		0,97
	rcads_45	0,57	0,63		0,79		0,97
	rcads_46	0,64	0,50		0,78		0,97
Üldistunud ärevus	rcads_1	0,51	0,61	α 0,86 (0,84–0,88)	0,86		0,97
	rcads_13	0,62	0,61	ω 0,87	0,84		0,97

	rcads_22	0,74	0,66		0,82	0,97
	rcads_27	0,75	0,67		0,82	0,97
	rcads_35	0,74	0,77		0,82	0,97
	rcads_37	0,56	0,70		0,85	0,97
Sotsiaälärevus	rcads_4	0,72	0,69	α 0,93 (0,92–0,94)	0,93	0,97
	rcads_7	0,70	0,64	ω 0,93	0,93	0,97
	rcads_8	0,75	0,72		0,92	0,97
	rcads_12	0,72	0,63		0,93	0,97
	rcads_20	0,83	0,79		0,92	0,97
	rcads_30	0,80	0,75		0,92	0,97
	rcads_32	0,80	0,72		0,92	0,97
	rcads_38	0,63	0,64		0,93	0,97
	rcads_43	0,80	0,78		0,92	0,97
Paanikahäire	rcads_3	0,63	0,61	α 0,92 (0,91–0,93)	0,92	0,97
	rcads_14	0,74	0,69	ω 0,93	0,92	0,97
	rcads_24	0,69	0,68		0,92	0,97
	rcads_26	0,73	0,70		0,92	0,97
	rcads_28	0,77	0,73		0,91	0,97
	rcads_34	0,79	0,77		0,91	0,97
	rcads_36	0,71	0,69		0,92	0,97
	rcads_39	0,81	0,73		0,91	0,97
	rcads_41	0,73	0,70		0,92	0,97
OCD	rcads_10	0,57	0,70	α 0,83 (0,80–0,85)	0,81	0,97
	rcads_16	0,59	0,51	ω 0,83	0,80	0,97
	rcads_23	0,62	0,76		0,80	0,97
	rcads_31	0,57	0,49		0,81	0,97
	rcads_42	0,63	0,50		0,79	0,97
	rcads_44	0,62	0,50		0,80	0,97
Depressioon	rcads_2	0,79	0,76	α 0,93 (0,92–0,94)	0,92	0,97
	rcads_6	0,73	0,68	ω 0,93	0,93	0,97
	rcads_11	0,62	0,56		0,93	0,97
	rcads_15	0,70	0,66		0,93	0,97
	rcads_19	0,75	0,69		0,92	0,97
	rcads_21	0,73	0,68		0,93	0,97
	rcads_25	0,75	0,75		0,92	0,97
	rcads_29	0,79	0,79		0,92	0,97
	rcads_40	0,70	0,69		0,93	0,97
	rcads_47	0,77	0,77		0,92	0,97

Märkus. Alaskala (korr) ja koguskaala (korr) – korrigeeritud väide–skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbachi alfa (95% UV); ω – McDonaldi omega; “Ilma väiteta” – usaldusväärsusnäitaja pärast väite eemaldamist; OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire.

2.2.2.2. RCADS-47_EE_laps test-kordustest reliaablus

RCADS-47 lasteversiooni testi–kordustesti reliaablust hinnati kliinilise grupi laste hulgas, kes täitsid küsimustiku kahel korral 2–4-nädalase intervalliga (N = 52). Korrelatsioonid viitasid skooride mõõdukale kuni heale ajastabiilsusele: kõik seosed olid statistiliselt olulised ning kõrgeim kooskõla ilmnes koondskooridel ja koguskooril (ärevuse koondskoor $p = 0,74$; koguskaala üldskoor $p = 0,78$), samuti sotsiaälärevuse ($p = 0,77$) ja obsessiiv-kompulsiive häire ($p = 0,73$) alaskaalal (vt Tabel (RCADS-47_EE_laps) 7). Mõnevõrra madalam stabiilsus ilmnes üldistunud ärevuse ($p = 0,59$) ja paanikahäire ($p = 0,63$) alaskaaladel. Tervikuna toetavad tulemused mõõdiku usaldusväärsust kasutamist lühiajalise kordusmõõtmise korral.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 7. Test-kordustest reliaabluse näitajad kliinilises grupis.

Skaala	Spearmani ρ	p
--------	------------------	-----

Lahutusärevus	0,66	< 0,001
Obsessiiv-kompulsiivne häire	0,73	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,77	< 0,001
Paanikahäire	0,63	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,59	< 0,001
Depressioon	0,70	< 0,001
Ärevuse koondskoor	0,74	< 0,001
Koguskaala üldskoor	0,78	< 0,001

2.2.2.3. RCADS-47_EE informantide vaheline kooskõla

RCADS-47 lapse ja vanema hinnangute vahelist kooskõla hinnati Spearmani järjestuskorrelatsioonidega ning kõigis ala- ja koondskaalades ilmnes mõõdukas kooskõla ($p = 0,51-0,63$), mis viitab informantide üldjoontes sarnasele reastusele sümptomite raskusastme lõikes. Paralleelselt ilmnes süstemaatiline tasemeerinevus, kus lapse mediaanskoorigid olid kõigil skaaladel kõrgemad kui vanema omad, ning paaris Wilcoxon'i testid kinnitasid erinevuse statistilist olulisust (kõik $p < 0,001$). Koos tõlgendatuna toetab see muster (Vt Tabel (RCADS-47_EE_laps) 8) järeldust, et informandid annavad küll kattuvat infot sümptomite suhtelise taseme kohta, kuid nende hinnangud ei ole vahetatavad, seetõttu on põhjendatud käsitleda lapse ja vanema hinnanguid komplementaarsete mõõtmistena, mitte ühe ja sama konstrukti identse peegeldusena.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 8. Lapse ja vanema hinnangute vaheline kooskõla (Wilcoxon'i p)

Skaala	p (p)	Laps Md	Vanem Md	Wilcoxon p
Lahutusärevus	0,61 (<0,001)	4	3	<0,001
Sotsiaalärevus	0,52 (<0,001)	12	10	<0,001
Paanikahäire	0,53 (<0,001)	5	3	<0,001
Üldistunud ärevus	0,57 (<0,001)	7	4	<0,001
OKH	0,51 (<0,001)	4	2	<0,001
Depressioon	0,63 (<0,001)	11	10	<0,001
Ärevuse koondskoor	0,61 (<0,001)	33	22	<0,001
RCADS-47 üldskoor	0,62 (<0,001)	45	32	<0,001

Märkused: p – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon'i astaksummate testi statistiline olulisus

2.2.3. RCADS-47_EE_laps valiidsuse näitajad

2.2.3.1. RCADS-47_EE_laps struktuuri valiidsus

RCADS-47 faktorstruktuuri hindamiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs minimaalse jäägiruudu meetodil (minres) koos oblimin-rotatsiooniga, et võimaldada latentsete dimensioonide omavahelist korrelatsiooni. Andmete sobivus faktoriseerimiseks oli suurepärase: Kailser–Meyer–Olkin koondväärtus oli 0,95 ning Bartlett'i sfäärilisuse test kinnitas korrelatsioonimaatriksi oluliselt mitte-sfäärilist struktuuri ($p < 0,001$). Faktorite arvu määramisel viitasid paralleelanalüüs, MAP-test ja BIC ühemõtteliselt kuuefaktorilisele lahendusele, mis selgitas kokku 59,4% kovariatiivsusest. Mudeli sobivusnäitajad olid tugevad (RMSR = 0,026; korrigeeritud RMSR = 0,030; sobivus väljaspool diagonaale 0,997), mis viitab rekonstrueeritud korrelatsioonimaatriksi kõrgele täpsusele.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 9. Väidete standardiseeritud faktorlaadungid, kommunaliteetid, unikaalsused ja komplekssus kuuefaktorilises EFA lahenduses

Väide	F1	F2	F3	F4	F5	F6	h2	u2	com
rcads_47	0,58						0,66	0,34	1,27
rcads_25	0,54						0,62	0,38	1,35
rcads_21	0,71						0,61	0,39	1,22
rcads_29	0,65						0,73	0,27	1,23
rcads_19	0,74						0,61	0,39	1,12
rcads_18	0,39					0,23	0,60	0,40	2,94
rcads_15	0,60						0,52	0,48	1,09
rcads_23	0,41						0,64	0,36	2,54
rcads_11	0,66						0,44	0,56	1,15
rcads_37	0,70						0,63	0,37	1,13
rcads_40	0,54						0,55	0,45	1,46
rcads_6	0,64						0,57	0,43	1,10
rcads_45	0,26					0,20	0,43	0,57	3,50
rcads_2	0,68						0,71	0,29	1,20
rcads_10	0,36						0,54	0,47	2,6
rcads_9		0,46					0,35	0,65	1,57
rcads_17		0,71					0,54	0,46	1,06
rcads_5		0,71					0,56	0,44	1,05
rcads_46		0,64					0,55	0,45	1,09
rcads_38		0,26	0,51				0,54	0,46	2,15
rcads_33	0,23	0,21	0,27				0,53	0,47	3,84
rcads_32			0,68				0,70	0,30	1,20
rcads_30			0,64				0,74	0,27	1,44
rcads_43			0,55				0,70	0,30	1,48
rcads_1			0,55				0,49	0,51	1,29
rcads_20			0,61				0,75	0,25	1,31
rcads_4			0,60				0,61	0,40	1,29
rcads_12			0,74				0,59	0,41	1,12
rcads_8			0,57				0,62	0,38	1,29
rcads_7			0,65				0,57	0,43	1,37
rcads_16				0,65			0,50	0,5	1,08
rcads_31				0,54			0,42	0,58	1,29
rcads_44				0,71			0,55	0,45	1,04
rcads_42				0,79			0,62	0,38	1,04
rcads_27					0,71		0,76	0,24	1,16
rcads_13					0,33		0,49	0,51	2,76
rcads_35			0,29		0,30		0,64	0,36	3,39
rcads_22					0,72		0,76	0,24	1,12
rcads_26	0,33					0,54	0,62	0,38	1,75
rcads_3			0,28	0,06	0,10	0,51	0,47	0,54	1,71
rcads_36	0,34					0,43	0,57	0,43	2,06
rcads_39						0,75	0,73	0,28	1,04

rcads_34	0,20	0,54	0,70	0,30	1,58
rcads_14		0,57	0,60	0,40	1,41
rcads_28		0,61	0,66	0,35	1,26
rcads_41		0,56	0,61	0,39	1,41
rcads_24		0,55	0,55	0,45	1,56

Märkused. F1-F6 – faktorid; h² - kommunaliteetid; u² – unikaalsus, com - komplekssus

Kuus ilmnenud faktorit (vt tabel RCADS-47_ee_laps) 9) vastasid üldjoontes RCADS-i teoreetilisele konstruktsioonile ning kujutasid sisuliselt (1) depressiivsete sümptomite faktorit, (2) lahusärevuse faktorit, (3) sotsiaalärevuse faktorit, (4) obsessiiv-kompulsiivset faktorit, (5) üldistunud ärevuse faktorit ning (6) paanika faktorit. See tulemus on sisulises plaanis ootuspärane ka instrumendi ülesehituse tõttu: RCADS-i originaalversioon eristab kuut vastavat alaskaalat, mistõttu kuuefaktoriline lahendus tähendab ühtaegu nii empiirilist tuge (otsustuskriteeriumid ja sobivusnäitajad) kui ka head kontseptuaalset kooskõla mõõdiku algse konstruktsiooniloogikaga. Kõigi kuue faktori puhul moodustus äratuntav tuumväidete klaster, mis toetas skaalade kontseptuaalset terviklikkust ja kliinilist kooskõla. Samas ilmesid struktuuris mitmed psühhomeetriselised nihked. Esiteks esines mitmel väitel märkimisväärsed ristlaadumisi, mis olid kõige enam väljendunud just neil alaskaaladel, mille teoreetilised konstruktid on sisemiselt lähedased või sümptomaatilistelt kattuvad – eriti üldistunud ärevuse ja sotsiaalärevuse, samuti paanikasümptomite ja somaatiliste depressioonisümptomite osas. Sellised mustrid on kooskõlas internaliseeriva psühhopatoloogia latentse ühisteguriga, mida toetasid ka faktoritevahelised korrelatsioonid (0,30–0,67).

Teiseks ilmes, et mitmed üksikud väited ei laadunud oma kõrgeima koormusega sellele faktorile, kuhu need teoreetiliselt kuulusid, vaid said primaarse koormuse mõnele sümptomaatilistelt lähedasele dimensioonile. Seda nähtust võib tõlgendada kui konstruktiivset läbilaskvust – signaali, et teatud sümptomid asuvad latentse ruumi piirialadel ning kannavad korraga mitme faktori informatsiooni. Psühhomeetria seisukohalt on see tüüpiline just nende väidete puhul, mis kirjeldavad somaatilisi sümptomeid või sisemist pingekogemust, kuna need võivad samaaegselt peegeldada nii ärevust kui ka depressiooni. Kolmandaks olid mitme väite komplitseeritusnäitajad (*com*) oluliselt kõrgemad kui ülejäänud skaalal, mis viitab sellele, et need väited ei ole ühe latentse faktori puhtad indikaatorid, vaid esindavad konstruktiivset mitmemõõtmelisust. Selline leid ei vähenda skaalade struktuurset kehtivust, ent rõhutab vajadust käsitleda RCADS-i kui instrumenti, mis mõõdab tugevasti korreleeruvaid sisemisi protsesse, mitte rangelt ortogonaalseid kliinilisi kategooriaid. Kokkuvõttes reprodutseerus RCADS-47 kuuefaktoriline struktuur Eesti valimis terviklikult, kuid mitte täielikult jäigalt: struktuursetes nihetes, ristlaadumistes ja kõrgemates komplitseeritusnäitajates peegeldus internaliseerivate sümptomite loomupärane kattuvus ning konstruktsioonide osaline läbilaskvus. Need leiud on kooskõlas rahvusvahelise kirjandusega, mis rõhutab, et laste ärevuse ja depressiooni mõõtmine ei kujuta endast rangelt eristuvaid kategooriaid, vaid pigem mitmekihilist latentset ruumi, kus sümptomid paiknevad sageli piirialadel ja annavad teavet rohkem kui ühe psühholoogilise protsessi kohta (Cummings jt, 2014).

Sellest tulenevalt on järgmine metodoloogiline samm faktorstruktuuri testimine kinnitava faktoranalüüsiga (CFA) sõltumatus valimis, et hinnata mudeli üldistatavust, faktorlaadumiste stabiilsust ning alternatiivsete mudelite (nt bifaktor- või hierarhiline mudel) sobivust. CFA võimaldab eristada, mil määral peegeldavad leitud nihked kultuurispetsiifilisi eripärasid, mõõtmisviga või tõelist latentset heterogeensust.

2.2.3.2. RCADS-47_EE_laps konstrukti valiidsus

2.2.3.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

Konvergentset (koonduvat) valiidsust hinnati Spearmani korrelatsioonidega ning tulemused on esitatud Tabelis (RCADS-47_laps) 10. Korrelatsioonimuster toetab RCADS-i koonduvat valiidsust: sisuliselt vastavad alaskaalad seostusid oodatult tugevasti vastavate võrdluspõõdikutega ($\rho = 0,68\text{--}0,90$), mis viitab heale kattuvusele sama konstrukti eri mõõtmisviiside vahel. Ärevuse koondskoor näitas väga tugevaid seoseid nii SCARED üldskoori kui ka YAM-5 koondskooridega ($\rho = 0,91\text{--}0,94$; $p < 0,001$), toetades ärevuse üldise latentse dimensiooni adekvaatset tabamist. Depressiooni skaala korreleerus samuti tugevalt depressiivse sümptomaatika võrdluspõõdikutega ($\rho = 0,74\text{--}0,89$).

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 10. Koonduva valiidsuse näitajad võrdluses teiste hindamisvahenditega

RCADS-47_EE_laps alaskaala	Võrdluspõõdik	ρ	p
Lahutusärevus	SCARED lahutusärevus	0,78	<0,001
Lahutusärevus	YAM-5 lahutusärevus	0,68	<0,001
Obsessiiv-kompulsiivne häire	DSM OCD keskmine	0,82	<0,001
Sotsiaalärevus	SCARED sotsiaalärevus	0,76	<0,001
Sotsiaalärevus	YAM-5 sotsiaalärevus	0,87	<0,001
Paanikahäire	SCARED paanikahäire	0,9	<0,001
Paanikahäire	YAM-5 paanikahäire	0,84	<0,001
Üldistunud ärevus	SCARED üldistunud ärevus	0,81	<0,001
Üldistunud ärevus	YAM-5 üldistunud ärevus	0,81	<0,001
Üldistunud ärevus	GAD-7	0,79	<0,001
Üldistunud ärevus	GAD-2	0,75	<0,001
Depressioon	PHQ-9	0,89	<0,001
Depressioon	PHQ-2	0,74	<0,001
Depressioon	CDI-II	0,74	<0,001
Ärevuse koondskoor	SCARED üldskoor	0,94	<0,001
Ärevuse koondskoor	YAM-5 I osa koondskoor	0,93	<0,001
Ärevuse koondskoor	YAM-5 üldskoor	0,91	<0,001
Koguskaala üldskoor	SCARED üldskoor	0,82	<0,001
Koguskaala üldskoor	YAM-5 üldskoor	0,78	<0,001

Märkused. ρ – Spearmani järjestuskorrelatsioonikordaja rho; DSM OCD keskmine – DSM sõelküsimumstiku obsessiiv-kompulsiivse sümptomiindeksi keskmine skoor.

2.2.3.2.2. Eristav valiidsus

Divergentne valiidsus

RCADS-47 alaskaalade divergentset valiidsust hinnati seostena DSM-5 sõelküsimumstiku mania keskmise skooriga (vt Tabel (RCADS-47_EE_laps) 11), kuna käesolevas andmestikus ei olnud kättesaadavaid selgelt eksternaalseerivaid või ärevusest psühholoogiliselt sõltumatuid paralleelmõõdikuid, mis võimaldaksid rangemat kauge konstrukti võrdlust. DSM-5 sõelküsimumstiku mania keskmise skooriga ilmnes enamikul alaskaaladel ja koondskooridel

statistiliselt oluline, kuid suuruselt väike kuni mõõdukas positiivne seos ($p = 0,18-0,28$). Kõrgeimad korrelatsioonid olid depressiooni ($p = 0,28$) ja paanikahäire alaskaalal ($p = 0,27$) ning koguskooril ($p = 0,24$). Lahutusärevuse alaskaala DSM-5 sõela mania skooriga oluliselt ei seostunud. Üldjoontes viitavad leiud mania mõõdiku ja internaliseeruvate sümptomite mõõdikute piiratud ühisosale, kuid seoste suurus ei toeta sisulist kattuvust konstrukti tasandil.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 11. Eristav valiidsus: seosed DSM-5 sõelküsimumstiku mania skaala keskmise skooriga

RCADS-47_EE_laps alaskaala	DSM mania M	p
Lahutusärevus	0,09	0,212
Obsessiiv-kompulsiivne häire	0,23	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,20	0,006
Paanikahäire	0,27	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,18	0,012
Depressioon	0,28	< 0,001
Ärevuse koondskoor	0,22	0,002
Koguskaala üldskoor	0,24	< 0,001

Märkus. p – Spearmani järjestuskorrelatsioonikordaja rho; DSM mania M – DSM sõelküsimumstiku mania sümptomiindeksi keskmine skoor.

RCADS-47_EE_laps tuntud gruppide valiidsus: kliiniline vs kontrollgrupp

RCADS-47_EE_laps alaskaalade võrdlus kliinilise ja kontrollrühma vahel näitas järjekindlat ja statistiliselt olulist rühmade eristumist kõigil skaaladel (vt Tabel (RCADS-47_EE_laps) 13).

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 13. Alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kliinilises ja kontrollgrupis

RCADS-47_EE_laps skaalad	N (%)	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Kliiniline	203 (51,3)	5,8	4,4	5,0	0-21	7,0
Kontroll	193 (48,7)	2,4	2,7	1,0	0-14	4,0
Kokku	396 (100)	4,2	4,1	3,0	0-21	6,0
Sotsiaalärevus						
Kliiniline	203 (51,3)	15,7	8,1	15,0	0-27	14,0
Kontroll	193 (48,7)	11,1	6,1	10,0	0-27	9,0
Kokku	396 (100)	13,4	7,5	12,0	0-27	11,0
Üldistunud ärevus						
Kliiniline	203 (51,3)	8,0	4,6	8,0	0-18	6,5
Kontroll	193 (48,7)	5,2	3,1	5,0	0-18	4,0
Kokku	396 (100)	6,6	4,1	6,0	0-18	6,0
Paanikahäire						
Kliiniline	203 (51,3)	8,9	7,0	9,0	0-27	10,0
Kontroll	193 (48,7)	4,0	4,3	3,0	0-20	5,0
Kokku	396 (100)	6,5	6,3	5,0	0-27	9,0
Obsessiiv-kompulsiivne häire						

Kliiniline	203 (51,3)	6,0	4,4	5,0	0-18	6,5
Kontroll	193 (48,7)	3,4	3,0	3,0	0-14	4,0
Kokku	396 (100)	4,7	4,0	4,0	0-18	4,0
Depressioon						
Kliiniline	203 (51,3)	14,5	7,6	14,0	0-28	12,0
Kontroll	193 (48,7)	7,1	5,2	6,0	0-26	7,0
Kokku	396 (100)	10,9	7,5	9,0	0-29	11,0
Ärevuse koondskoor						
Kliiniline	203 (51,3)	44,4	25,0	42,0	0-109	39,0
Kontroll	193 (48,7)	26,1	16,0	23,0	0-88	23,0
Kokku	396 (100)	35,4	23,0	32,0	0-109	30,0
Koguskaala üldskoor						
Kliiniline	203 (51,3)	58,9	31,6	57,0	1-137	48,0
Kontroll	193 (48,7)	33,2	20,4	29,0	1-112	28,0
Kokku	396 (100)	46,3	29,6	42,0	1-137	41,0

Märkus. M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; Min-Max – kõige väiksem ja kõige suurem väärtus; IQR – kvartiilhaare

Mann–Whitney U testide põhjal olid kliinilises rühmas skoorid kõigis mõõdetud valdkondades kõrgemad kui kontrollrühmas: lahusärevus ($U = 28\,994$, $p < 0,001$, $r = 0,42$), sotsiaalärevus ($U = 26\,268$, $p < 0,001$, $r = 0,30$), üldistunud ärevus ($U = 26\,831$, $p < 0,001$, $r = 0,32$), paanikahäire ($U = 28\,111$, $p < 0,001$, $r = 0,38$), obsessiiv-kompulsiivne häire ($U = 26\,494$, $p < 0,001$, $r = 0,31$) ning depressioon ($U = 30\,692$, $p < 0,001$, $r = 0,49$). Samuti eristasid rühmi statistiliselt oluliselt ärevuse koondskoor ($U = 28\,143$, $p < 0,001$, $r = 0,38$) ja koguskaala koondskoor ($U = 29\,094$, $p < 0,001$, $r = 0,42$). Efektisuurused jäid vahemikku mõõdukas kuni suur, kus suurim rühmade erinevus ilmnis depressiooni skaalal. Need tulemused toetavad RCADS-i tuntud gruppide valiidsust, viidates, et hindamisvahend eristab usaldusväärselt kliinilise sümptomikoormusega noori kontrollvalimist.

RCADS-47_EE_laps eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

RCADS-47_EE lapseversiooni skaalade diskrimineerimisvõimet hinnati ROC-analüüsiga, kasutades kriteeriumina kuulumist kliinilisse või kontrollrühma. See *known-groups* lähenemine kirjeldab, kuivõrd hästi RCADS-47 skoorid eristavad kõrgema sümptomikoormusega noori madalama sümptomikoormusega noortest, ning on suunatud rühmade eristamisvõime (mitte diagnostiliste lävendite) kirjeldamisele. Skaalasummasid käsitleti pidevate näitajatena ning eristusvõimet väljendati AUC abil koos 95% usaldusvahemikuga. Tulemused viitavad üldjoontes heale eristusvõimele. Ärevuse alaskaalade AUC väärtused jäid vahemikku 0,77–0,80, koondnäitajate puhul olid AUC-d 0,83 (ärevuse koondskoor) ja 0,87 (RCADS-47 üldskoor). Suurim diskrimineerimisvõime ilmnis depressiooniskaalal (AUC = 0,90), mis on kooskõlas sellega, et depressiivsed sümptomid eristuvad kliinilise ja kontrollrühma vahel sageli suhteliselt robustselt. Youdeni indeksi alusel valitud äralõikepunktide juures oli tundlikkus valdavalt mõõdukas kuni hea (0,52–0,71), samas kui spetsiifilisus oli hea kuni väga hea (0,82–0,92), viidates sellele, et valitud lävendid “hoiavad” kontrollrühma suhtes pigem konservatiivset joont. Ootuspäraselt pakkusid koondskoorid üksikalaskaaladega võrreldes stabiilsemat ja tugevamat eristust, peegeldades summeeritud näitajate suuremat informatiivsust kogu sümptomispektri lõikes.

Youdeni J väärtused olid suurimad depressiooniskaalal ($J = 0,63$), RCADS-47 üldskooril ($J = 0,61$) ja ärevuse koondskooril ($J = 0,58$), mis viitab nende näitajate soodsamale tasakaalule tundlikkuse ja spetsiifilisuse vahel antud valimis. Tabelis (RCADS-47_EE_laps) 14 on esitatud Youdeni indeksi järgi valitud äralõikepunktid koos vastavate tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajatega. Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 14. Tuntud gruppide valiidsus: kliinilise ja kontrollgrupi eristamisvõime ROC-analüüsi alusel

RCADS-47_EE_laps skaala	AUC (95% UV)	Äralõikepunkt	Youden J	Sens	Spec
Lahutusärevus	0.74 (0.69–0.79)	5	0.39	0,57	0,82
Sotsiaalärevus	0.67 (0.62–0.72)	17	0,49	0,49	0,81
Paanikahäire	0.72 (0.67–0.77)	9	0,5	0,5	0,89
Üldistunud ärevus	0.68 (0.63–0.74)	8	0,54	0,54	0,8
OCD	0.68 (0.62–0.73)	5	0,57	0,57	0,72
Depressioon	0.78 (0.74–0.83)	11	0,68	0,67	0,79
Ärevuse koguskoor	0.72 (0.67–0.77)	44	0,47	0,47	0,89
RCADS-47 üldskoor	0.74 (0.69–0.79)	48	0,63	0,63	0,78

Märkus: AUC – ROC-kõvera alune pindala (*Area Under the Curve*); 95% UV – 95% usaldusvahemik; äralõikepunkt – optimaalne lävend kliinilise ja kontrollrühma eristamiseks (valitud Youdeni indeksi maksimeerimise alusel); Sens – sensitiivsus; Spec – spetsiifilisus; Youden J – Youdeni indeks; OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire.

2.2.3.2.3. RCADS-47_EE_laps kriteeriumipõhine valiidsus

RCADS-47_EE_laps alaskaalade seosed diagnoosidega kliinilises grupis

RCADS-47 alaskaalade seoseid MINI-Kid diagnoosidega hinnati logistilise regressiooniga, kus sõltuvaks muutujaks oli vastava häire diagnoosi olemasolu (jah/ei) ning peamiseks selgitavaks muutujaks vastava skaala skoor. Tulemused esitatakse šansside suhtena (OR) ühe standardhälbe suurenemise kohta, mis võimaldab eri skaalasid paremini võrrelda (kõrgem skoor = suurem diagnoosišanss). Kuna MINI-Kid intervjuu viidi läbi ainult kliinilises rühmas, põhinevad analüüsid MINI olemasoluga kliinilisel alamvalimil ($n = 198$). Nagu Tabelis (RCADS-47_EE_laps) 15 näidatud, seostusid RCADS-47 skoorid järjepidevalt vastavate MINI-Kid diagnoosidega. Kõige tugevam diskrimineeriv jõud ilmnis paanikasümptomite, sotsiaalärevuse ning depressiivsuse mõõtmises, kus ühe standardhälbe võrra kõrgem skoor oli seotud mitmekordselt suurema diagnoosišansiga; samuti oli obsessiiv-kompulsiivsuse skaala selgelt seotud OCD diagnoosiga. Lahutusärevuse ja üldistunud ärevuse seosed olid mõõdukama suurusjärguga, kuid püsisid sisuliselt kooskõlas ootusega, et kõrgem sümptomitase peegeldub suuremas diagnoosiriskis. Koondskooridest ilmnis ootuspärane muster: ärevuse koguskoor oli seotud vähemalt ühe MINI-Kid ärevushäire esinemisega ning internaliseeritud häirete üldmõõdik (sh ärevus- ja depressioonidiagnoosid) näitas tugevamat seost kui kitsamad domeenid. Kokkuvõtvalt toetavad tulemused RCADS-47 kriteeriumipõhist valiidsust kliinilises alamvalimis: skooride suurenemine on süsteemselt seotud suurema

diagnoosišansiga ning efektiivsused varieeruvad domeeniti mõõdukatest kuni suurteni (OR-id ligikaudu vahemikus 1,8–5,8 ühe standardhälbe kohta).

Tabel (RCADS-47_EE_laps) 15. Alaskaalade ja koondskooride seosed MINI-Kid diagnoosidega

Selgitav tunnus (RCADS alaskaala)	Kriteerium (MINI-Kid diagnoos)	n (juhud)	M (SH)	OR 1 SH kohta (95% UV)	p
Lahutusärevus	Lahutusärevus	198 (12)	5,9 (4,5)	2,0 (1,2–3,3)	0,012
Paanikahäire	Paanikahäire	198 (50)	15,8 (8,0)	5,8 (3,3–10,3)	< 0,001
Sotsiaalärevus	Sotsiaalärevus	198 (17)	8,9 (7,0)	4,5 (2,5–8,4)	< 0,001
Üldistunud ärevus	Üldistunud ärevushäire	198 (31)	8,0 (4,5)	1,8 (1,2–2,7)	0,005
OCD	Obsessiiv-kompulsiivne häire	198 (19)	6,0 (4,4)	2,4 (1,5–3,9)	< 0,001
Depressioon	Depressioon	198 (65)	14,5 (7,6)	4,4 (2,8–6,8)	< 0,001
Ärevuse koguskoor	≥ 1 ärevushäire	198 (76)	44,5 (25,0)	3,5 (2,4–5,2)	< 0,001
Üldskoor	≥ 1 internaliseeritud häire	198 (102)	59,0 (31,6)	4,4 (2,9–6,8)	< 0,001

Märkused: OR – šansside suhe; 95% UV – 95% usaldusvahemik; N (juhud) – valimi suurus ja diagnoosiga isikute arv; M (SH) – keskmine ja standardhälve. OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire.

Kokkuvõttev tabel RCADS-47_EE_laps kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetriselised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	x			
Kordustestimise reliaablus	x			
Hindajate vaheline reliaablus	x			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	x			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	x			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	x			
Kriteeriumipõhine valiidsus			X	
Sensitiivsus		X		
Spetsiifilisus		X		
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			X	
Normide olemasolu		X		

Kasutatud kirjandus

Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour research and therapy*, 38(8), 835-855.

Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). *Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after*. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816–845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275–303. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>

3. Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik (SCARED)

Sissejuhatus

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) ehk Lapse ärevusega seotud häirete sõeküsimumstik on Birmaheri jt poolt 1997.aastal välja töötatud instrument (Birmaher et al, 1997) mis on mõeldud 8-18-aastaste laste ja noorte ärevusega seotud sümptomite tuvastamiseks tuginedes DSM-IV ärevushäirete kriteeriumidele. Küsimustiku eesmärgiks on hõlbustada varajast ärevusriskiga laste ja noorte äratundmist, ärevussümptomite profiili kirjeldamist erinevates häirevaldkondades, toetada kliinilist otsustamist edasise hindamise või sekkumise vajaduse osas ning jälgida sümptomite muutust ajas (nt ravi või sekkumise käigus). Tegu on sõelküsimumstikuga, millel on nii enesekohane lastele mõeldud kui ka vanemate täidetav versioon, mis koosneb mõlemal puhul 41 väitest. Hinnang igale väitele antakse 3-pallisel Likerti skaalal (0 = vale või peaaegu alati vale; 2 = väga õige või peaaegu alati õige). Originaalinstrumentis eristub viis skaalat (Birmaher et al, 1999), mis vastavad levinumatele laste ärevushäirete rühmadele: somaatilised / paanikaga seotud sümptomid, üldistunud ärevus, lahutusärevus, sotsiaalärevus ja kooliärevus / kooli vältimine. Iga väide skooritakse 0-2 punktiga ja maksimaalne võimalik skoor on 82 punkti. Alaskaaladel on eraldi summaskoorid, mida soovitatakse kliinilises praktikas tõlgendada eraldi, kuna need kajastavad erinevaid ärevusprofiile.

Originaaluuringutes on soovitatud koguskoori äralõikepunkt ≥ 25 , mis viitab kliiniliselt olulisele ärevusriskile, kuid tõlgendamine sõltub kontekstist ja populatsioonist.

SCARED küsimustik on vabavaraline ja lubatud kasutada nii teadus- kui kliinilises töös. Kasutamine ei eelda spetsiaalset väljaõpet, kuid tulemuste sisukas tõlgendamine eeldab teadmisi laste ja noorte ärevushäiretest ning piisavat ettevalmistust mõistmaks alaskaalade skooride tähendust kliinilises või mittekliinilises kontekstis.

Metoodika

Tõlkeprotsessi kirjeldus

SCARED instrumendist oli Eesti tervishoiuasutuses ja teadusuuringutest varasemast kasutusel mitu erinevat tõlget, neist levinuim 2018.aasta tõlge (tõlkijad kliinilised psühholoog Kätlin Juurik ning psühholoog Merike Kalda). Käesoleva uuringu raames koondati olemasolevad tõlkevariandid ning konsensuskohtumiste raames pakkusid kliinilised psühholoogid Mairi Männamaa, Thea Marran, Triinu Ojalo, Ailen Elias, Juuli Puusepp vajadusel lisa-tõlkevariante väidetele ning leppisid kokku originaaliga kõige paremini kooskõlalised eestikeelsed väited nii laste kui vanemate versioonile.

Andmete kogumine

SCARED eestikeelse versiooni andmete kogumise kaasamisetapis täitsid küsimustiku 298 eestkostjat vanema versioonis (laste kohta vanuses 8-17) ning 400 last ning noort vanuses 11-17. Kordusuuringu etapis täitsid küsimustiku 69 eestkostjat ning 52 last ja noort.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

Valideeritavate skaalade konvergentse ja diskriminantse valiidsuse ning informantidevahelise kooskõla hindamiseks kasutati järgmisi paralleelmõõdikuid: YAM-5 (vanem, laps), RCADS (vanem, laps), CDI-2 (vanem, laps), PHQ-9 (laps) ja GAD-7 (laps) ning DSM-5 sõel (lvanem, laps), SNAP-IV (vanem). Konvergentset valiidsust hinnati eeskätt seostena teoreetiliselt kattuvate sümptomite näitajatega (nt ärevuse domeenide alaskaalad omavahel), diskriminantset valiidsust seostena konstruktsiooniliselt kaugemate sümptomite näitajatega (vanematel SNAP-IV hüperaktiivsuse ja tõrges-trotsliku käitumise alaskaaladega, lastel DSM sõelküsimumstiku mania sümptomiindeksi keskmise skooriga). SCARED vanema ja lapse paralleelvorme kasutati lisaks informantidevahelise kooskõla hindamiseks, võrreldes lapse ja vanema raporteeritud skooride seoseid. Kriteeriumivaliidsuse hindamiseks kasutati MINI-Kid 7.0.2 intervjuu binaarseid diagnostilisi tunnuseid, võrreldes valideeritavate skaalade asjakohaste alaskaalade seoseid vastava häire diagnoosistaatusega (vastavus/mittevastavus), et hinnata, kuivõrd sümptomite skoorid eristavad diagnostilistele kriteeriumidele vastavaid ja mittevastavaid noorukeid.

3.1. Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik SCARED (vanemaversioon) - SCARED_EE_vanem

Uuringu tulemused

3.1.1. Valimi kirjeldus

SCARED eestkostja versiooni täitis oma lapse või eestkostetava kohta kaasamisetaapis 298 eestkostjat, kelle keskmine vanus oli 42,0 aastat (SH = 6,4, vahemik 24–70). Vastajatest olid 86,6 % emad, 6,0 % isad ning 0,6% kasuvanemad või muud hooldajad, 6,7% eestkostjate puhul polnud seos lapsega täpsustatud. Tabelis (SCARED_EE_vanem) 1 on toodud hindamisaluseks olevate laste kohta käivad kirjeldavad statistikud.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 1. SCARED_EE_vanem kaasamis- ja kordusuuringus eestkostjate poolt hinnatud lapsi kirjeldav statistika.

Minimatuud lapsi kirjeldav statistika.					
	N (%)	Vanus			
		M	SH	Md	Min-Max
Kaasamisuuring					
Tüdrukud	162(54,4)	12,8	2,8	13	8-17
Poisid	110 (36,9)	11,8	2,7	12	8-17
Sugu määratlemata	26 (8,7)	10,0	2,3	10	8-17
Kokku	298 (100,0)	12,2	2,8	12	8-17
Kordusuuring					
Tüdrukud	41(59,4)	12,8	2,8	13	8-17
Poisid	13(39,1)	11,6	3,1	10	8-17
Sugu määratlemata	1(1,4)	14,0	NA	14	8-17
Kokku	69 (100,0)	12,3	2,9	12	8-17

Märkused: N = vastanute arv (%vastanutest); M = keskmine; SH = standardhälve; Md = mediaan; Min = vähim vanus; Max = suurim vanus

SCARED vanemaversiooni skooride jaotuste hindamine viitas sellele, et mitme alaskaala ja koondskoori jaotused kaldusid paremale poole asümmeetriasse ning olid järsud, mis on sümptomisummade puhul ootuspärane (suur osa vastajatest raporteerib vähe sümptomeid). Kõige enam mitte-normaalne oli paanikahäire alaskaala jaotus: asümmeetria oli kõrge (1,80) ning järsakus väljendunud (3,03), mis viitab tugevale skooride kuhjumisele madalates väärtustes ja väheste, kuid väga kõrgete skooridega sabale. Sarnane, kuigi veidi vähem ekstreemne muster ilmnis lahutusärevuse alaskaalal (asümmeetria 1,51; järsakus 2,54). See on kooskõlas sellega, et paanika- ja lahutusärevuse sümptomid on sageli harvemad. Üldistunud ärevuse, sotsiaalärevuse ja kooliärevuse alaskaaladel oli jaotuste kuju mõõdukam: asümmeetria jäi vahemikku 0,56–0,73 ning järsakus oli negatiivne kuni madal (–0,80 kuni –0,24), mis viitab suhteliselt laiemale ja ühtlasemale skooride jaotumisele võrreldes paanika- ja lahutusärevuse domeenidega. SCARED üldskoor oli ootuspäraselt stabiilsem koondnäitaja: asümmeetria oli mõõdukas (1,04) ja järsakus mõõdukas (0,76), peegeldades mitme sümptomidomeeni summeerimise tõttu suuremat varieeruvust kogu skaalavahemikus.

Põrandaefektid kinnitasid sama mustrit. Minimaalse skoori (0 punkti) osakaal oli suurim paanikahäire (33,2%) ja kooliärevuse (32,6%) alaskaaladel ning kõrge ka lahutusärevuse

(26,8%) ja sotsiaalärevuse (19,1%) puhul, üldistunud ärevuse skaalal oli põrandaefekt seevastu väike (7,4%). Orienteeruva kriteeriumina peetakse sageli >15-20 % põranda- või laaeefekti märgiks võimalikust piiratud eristusvõimest skaala alumises/ülemises otsas (Terwee jt, 2007), kuid internaliseeruvate sümptomite summaarsete näitajate puhul on selline nullskooride ülekaal mitmes domeenis sageli ootuspärane ning peegeldab sümptomite madalat levimust ja mõõdiku head tundlikkust kliinilises sabas. Laaeefektid olid käesolevas valimis marginaalsed: maksimumskoori saavutas üksikute alaskaalade puhul 0,0–6,0% vastajatest (sotsiaalärevus 6,0%; kooliärevus 2,7%; teised ≤0,7%) ning üldskooril laaeefekti ei ilmnenud (0,0%).

SCARED_EE_vanem alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kaasamis- ja kordusuuringus on esitatud Tabelites (SCARED_EE_Vanem) 2 ja (SCARED_EE_vanem) 3.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 2. Alaskaalade ja koondskooride kirjeldav statistika kaasamisuuringus

SCARED skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	162 (54,4)	2,9	3,1	2	0-16	3,0
Poisid	110 (36,9)	2,5	2,8	1,5	0-12	4,0
Sugu määratlemata	26 (8,7)	2,5	2,6	2	0-9	4,75
Kokku	298 (100,0)	2,7	3,0	2	0-16	4,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	162 (54,4)	6,2	4,5	6	0-14	8,0
Poisid	110 (36,9)	4,0	3,9	3	0-14	7,0
Sugu määratlemata	26 (8,7)	2,5	2,3	2	0-8	2,75
Kokku	298 (100,0)	5,1	4,4	4	0-14	7,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	162 (54,4)	6,9	4,6	7	0-18	6,75
Poisid	110 (36,9)	4,6	3,8	3	0-17	4,75
Sugu määratlemata	26 (8,7)	4,7	3,5	4	0-12	5,0
Kokku	298 (100,0)	5,9	4,4	5	0-18	7,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	162 (54,4)	4,9	5,4	3	0-24	7,75
Poisid	110 (36,9)	2,2	3,3	1	0-22	3,0
Sugu määratlemata	26 (8,7)	0,8	1,2	0	0-4	1,0
Kokku	298 (100,0)	3,5	4,7	2	0-24	5,0
Kooliärevus						
Tüdrukud	162 (54,4)	2,9	2,5	2	0-8	4,75
Poisid	110 (36,9)	1,9	2,1	1	0-8	3,0
Sugu määratlemata	26 (8,7)	0,9	1,2	0	0-3	2,0
Kokku	298 (100,0%)	2,3	2,3	2	0-8	4,0
SCARED üldskoor						
Tüdrukud	162 (54,4)	23,8	16,3	21,5	0-77	25,0
Poisid	110 (36,9)	15,1	12,3	12	0-66	15,75
Sugu määratlemata	26 (8,7)	11,5	8,6	10	0-28	11,5
Kokku	298 (100,0)	19,5	15,1	15,5	0-77	20,75

Märkus: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; Min – vähim skoor valimis; Max – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (SCARED_EE_vanem) 3. Alaskaalade ja koondskooride kirjeldav statistika kordusuuringus

SCARED skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	41 (59,4)	2,5	3,0	2	0–15	4,0
Poisid	27 (39,1)	3,6	3,7	2	0–12	4,5
Sugu määratlemata	1 (1,4)	2,0	-	2	2–2	0,0
Kokku	69 (100,0)	3,0	3,3	2	0–15	4,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	41 (59,4)	6,7	4,7	7	0–14	9,0
Poisid	27 (39,1)	4,7	4,8	4	0–14	7,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	2,0	-	2	2–2	0,0
Kokku	69 (100,0)	5,9	4,8	6	0–14	9,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	41 (59,4)	8,1	4,6	7	0–18	7,0
Poisid	27 (39,1)	5,9	4,5	5	0–16	6,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	11,0	NA	11	11–11	0,0
Kokku	69 (100,0)	7,3	4,7	6	0–18	6,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	41 (59,4)	4,5	5,1	4	0–23	6,0
Poisid	27 (39,1)	2,6	4,2	1	0–20	3,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	5,0	-	5	5–5	0,0
Kokku	69 (100,0)	3,8	4,8	2	0–23	6,0
Kooliärevus						
Tüdrukud	41 (59,4)	3,2	2,5	3	0–8	5,0
Poisid	27 (39,1)	3,0	2,5	3	0–8	4,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	3,0	-	3	3–3	0,0
Kokku	69 (100,0)	3,1	2,5	3	0–8	5,0
SCARED üldskoor						
Tüdrukud	41 (59,4)	25,1	15,6	24	4–76	18,0
Poisid	27 (39,1)	19,8	15,9	14	1–58	20,5
Sugu määratlemata	1 (1,4)	23,0	-	23	23–23	0,0
Kokku	69 (100,0)	23,0	15,7	23	1–76	22,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Kordusuuringus olid keskmised skoorid üldjoontes kõrgemad kui kaasamisuuringus, suurim erinevus ilmnis SCARED_EE_vanem üldskooris ning üldistunud ärevuse ja kooliärevuse alaskaaladel. Arvestades kordusuuringu valimi väiksemat mahtu ja mõnevõrra erinevat soolist jaotust (enam tüdrukuid), käsitletakse neid erinevusi kirjeldavate, mitte muutust kinnitavate leidudena.

SCARED vanemaversiooni kaasamisuuringu skooride erinevusi vanuseklasside ja soo lõikes hinnati mitteparametriliste võrdlustega, arvestades sümptomisummadele tüüpilist ebanormaalselt jaotust ning skooride kuhjumist madalates väärtustes. Vanuserühmade (7–10, 11–14, 15–17) võrdlemiseks kasutati Kruskali–Wallise testi ning statistiliselt oluliste tulemuste korral teostati Dunn'i järeltestid Holm-korrigeringuga; soo (tüdrukud vs poisid) võrdlemiseks

kasutati Mann–Whitney U testi. Kirjeldavate näitajatena esitati mediaanid ja kvartiilhaarded (Md (IQR)). Tulemused on kokku võetud Tabelis (SCARED_EE_Vanem) 4 (vanuseklassid) ja Tabelis (SCARED_EE_vanem) 5 (sugu). Vanuseklasside lõikes ilmnes SCARED skoorides süstemaatiline erinevus: noorema rühma (7–10) kohta antud hinnangud kaldusid olema madalamad võrreldes vanemate rühmadega, kusjuures erinevused koondusid eeskätt sotsiaalärevuse, paanikasümptomite, üldistunud ärevuse ja kooliärevuse skaaladele ning üldskoorile. Järelduste muster viitas, et olulisemad kontrastid tulenesid peamiselt noorema rühma madalamatest skooridest võrreldes keskmise ja/või vanema rühmaga. Lahutusärevuse puhul oli muster teistsugune ning selles ei ilmnunud kasvavat trendi, pigem viitasid kirjeldavad näitajad lahutusärevuse suhtelisele vähenemisele vanemas vanuserühmas.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 4. Vanuseklasside lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Kruskal–Wallise test ja Dunn'i järeldused).

Skaala	Noorem (7–10) Md (IQR)	Keskmine (11–14) Md (IQR)	Vanem (15–17) Md (IQR)	H(2)	p	Dunn post-hoc p
Lahutusärevus	2,0 (4,0)	2,0 (4,0)	1,0 (2,0)	18,1	<0,001	—
Sotsiaalärevus	3,0 (6,0)	6,0 (8,0)	5,0 (7,0)	14,6	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p=0,011)
Üldistunud ärevus	3,0 (5,0)	7,0 (7,0)	6,0 (6,0)	19,8	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p=0,006)
Paanikahäire	1,0 (2,0)	3,0 (6,0)	2,0 (6,0)	29,0	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p<0,001)
Kooliärevus	0,0 (2,0)	3,0 (4,0)	2,0 (4,2)	42,2	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p<0,001)
Üldskoor	11,5 (13,2)	22,0 (27,0)	16,0 (23,5)	18,1	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p=0,034)

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; H(2) – Kruskal–Wallise testi H-statistik (vabadusastmed = 2; vanuserühmi kolm); Dunn post-hoc – Dunn'i paarivõrdlused vanuserühmade vahel (näidatud ainult statistiliselt olulised võrdlused). “—” – post-hoc võrdlusi ei tehtud, kuna rühmade üldine erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Soo lõikes ilmnes järjekindel erinevus: tüdrukutele antud skoorid olid poiste omast kõrgemad kõigil või peaaegu kõigil SCARED alaskaaladel ning ka üldskooris, mis toetab järeldust, et sooline mõju väljendub vanemahinnangutes pigem laiemas internaliseerumise tasemes kui üksikus kitsas domeenis. Ainsa erandina ei eristunud lahutusärevuse skaala tüdrukute ja poiste vahel statistiliselt sama kindlalt kui teised domeenid.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 5. Soo lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Mann–Whitney test).

Skaala	Tüdrukud Md (IQR)	Poisid Md (IQR)	U	p
Lahutusärevus	2,0 (3,0)	1,5 (4,0)	9642,0	0,243
Sotsiaalärevus	6,0 (8,0)	3,0 (7,0)	11482,5	<0,001
Üldistunud ärevus	7,0 (6,8)	3,0 (4,8)	11657,5	<0,001
Paanikahäire	3,0 (7,8)	1,0 (3,0)	11585,0	<0,001
Kooliärevus	2,0 (4,8)	1,0 (3,0)	11024,5	<0,001
Üldskoor	21,5 (25,0)	12,0 (15,8)	11807,0	<0,001

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; U – Mann–Whitney U-testistatistik

SCARED alaskaalade omavahelised seosed olid statistiliselt olulised ja valdavalt mõõdukad kuni tugevad (vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 6), viidates internaliseeruvate sümptomite laiale ühisosale. Kõige tugevamad korrelatsioonid ilmnesisid paanikahäire ja üldistunud ärevuse ($p = 0,66$) ning paanikahäire ja kooliärevuse ($p = 0,66$) vahel, samas kui lahusärevuse seosed teiste alaskaaladega olid pigem mõõdukad ($p = 0,37-0,44$). Ootuspäraselt korreleerus SCARED üldskoor tugevalt kõigi alaskaaladega ($p = 0,64-0,86$).

Tabel (SCARED_EE_vanem) 6. Skaaladevahelised korrelatsioonid

Skaala	Paanikahäire	Üldistunud ärevus	Lahutusärevus	Sotsiaalärevus	Kooliärevus
Paanikahäire					
Üldistunud ärevus	0.66***				
Lahutusärevus	0.42***	0.44***			
Sotsiaalärevus	0.48***	0.57***	0.44***		
Kooliärevus	0.66***	0.64***	0.37***	0.54***	
SCARED üldskoor	0.79***	0.86***	0.64***	0.79***	0.78***

Märkus. *** $p < 0,001$

3.1.2. SCARED_EE_vanem reliaabluse näitajad

3.1.2.1. Sisereliaablus

SCARED vanemaversiooni tulemused (vt. Tabel (SCARED_EE_vanem) 7) viitavad väga heale sisemisele kooskõlale nii koguskoori kui alaskaalade tasandil: koguskoori usaldusväärsus oli väga kõrge ($\alpha \approx 0,95$) ning alaskaalad näitasid järjekindlalt kõrgeid näitajaid (lahutusärevus $\alpha \approx 0,82$; üldistunud ärevus $\approx 0,89$; sotsiaalärevus $\approx 0,93$; paanikahäire $\approx 0,91$; kooliärevus $\approx 0,84$). Spearmani korrigeeritud väide–alaskaala korrelatsioonid olid valdavalt mõõdukad kuni tugevad, eriti tugev ja ühtlane oli muster sotsiaalärevuse väidete puhul, samas kui paanika- ja üldistunud ärevuse domeenides esines ootuspäraselt suuremat varieeruvust (nt üksikud madalamad väide–alaskaala seosed). Ilma väiteta analüüs ei viidanud ühelegi väitele, mille eemaldamine parandaks usaldusväärsust sisuliselt, mistõttu skaala struktuur näib robustne; väga kõrge koguskoori α peegeldab ühtlasi tugevat ühisfaktorit (internaliseeriv distress), mistõttu alaskaalade eristav kasutamine jääb kliiniliselt põhjendatuks ka kõrge koondskoori sisemise kooskõla foonil.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 7. Alaskaalade ja koguskaala sisereliaablus

Korrelatsioonid				Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)			
Alaskaala	Väide	Alaskaala (korr)	Koguskaala (korr)	Alaskaala α ja ω (95% CI)	Ilma väiteta	Koguskaala α ja ω (95% CI)	Ilma väiteta
Lahutusärevus	scared_4	0,54	0,43	α 0,82 (0,79–0,85) ω 0,82	0,79	α 0,95 (0,95–0,96) ω 0,96	0,95
	scared_8	0,41	0,36		0,81		0,95
	scared_13	0,52	0,26		0,79		0,95
	scared_16	0,41	0,30		0,81		0,95
	scared_20	0,41	0,50		0,81		0,95
	scared_25	0,53	0,30		0,79		0,95
	scared_29	0,56	0,39		0,79		0,95
	scared_31	0,48	0,50		0,80		0,95
Üldistunud ärevus	scared_5	0,65	0,62	α 0,89 (0,87–0,90) ω 0,89	0,87		0,95
	scared_7	0,34	0,38		0,90		0,95
	scared_14	0,70	0,61		0,87		0,95

	scared_21	0,68	0,57		0,87	0,95
	scared_23	0,69	0,68		0,87	0,95
	scared_28	0,49	0,50		0,88	0,95
	scared_33	0,59	0,62		0,87	0,95
	scared_35	0,74	0,62		0,86	0,95
	scared_37	0,63	0,62		0,87	0,95
Sotsiaalärevus	scared_3	0,79	0,64	α 0,93 (0,92–0,95)	0,92	0,95
	scared_10	0,78	0,68	ω 0,94	0,92	0,95
	scared_26	0,80	0,59		0,92	0,95
	scared_32	0,82	0,60		0,92	0,95
	scared_39	0,72	0,69		0,93	0,95
	scared_40	0,76	0,70		0,93	0,95
	scared_41	0,73	0,58		0,93	0,95
Paanika	scared_1	0,64	0,58	α 0,91 (0,90–0,93)	0,90	0,95
	scared_6	0,46	0,39	ω 0,92	0,91	0,95
	scared_9	0,30	0,31		0,92	0,95
	scared_12	0,58	0,51		0,90	0,95
	scared_15	0,53	0,50		0,91	0,95
	scared_18	0,60	0,54		0,91	0,95
	scared_19	0,58	0,51		0,90	0,95
	scared_22	0,53	0,50		0,91	0,95
	scared_24	0,54	0,58		0,90	0,95
	scared_27	0,49	0,41		0,91	0,95
	scared_30	0,58	0,55		0,90	0,95
	scared_34	0,67	0,58		0,90	0,95
	scared_38	0,59	0,52		0,90	0,95
Kooliärevus	scared_2	0,61	0,51	α 0,84 (0,81–0,87)	0,83	0,95
	scared_11	0,61	0,53	ω 0,84	0,82	0,95
	scared_17	0,73	0,71		0,76	0,95
	scared_36	0,74	0,69		0,76	0,95

Märkus. Märkus. Alaskala (korr) ja koguskaala (korr) – korrigeeritud väide–skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbachi alfa (95% UV); ω – McDonald'i omega; “Ilma väiteta” – usaldusväärusnäitaja pärast väite eemaldamist

3.1.2.2. Test-kordustesti reliaablus

SCARED-i test-kordustesti reliaablust hinnati kliinilise grupi laste eestkostjate hulgas, kes täitsid küsimustiku kahel erineval ajahetkel 2–4 nädala jooksul pärast esimest mõõtmist ($N = 69$). Tulemused (vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 8) viitasid heale ajastabiilsusele nii alaskaalade kui ka koguskoori tasandil: korrelatsioonid jäid vahemikku $p = 0,80$ – $0,93$. Selline muster viitab, et vanemahinnangutel põhinev SCARED mõõdab lühikeses ajavahemikus ärevussümptomite taset järjepidevalt, ning toetab skaala kasutamist nii uurimis- kui kliinilises kontekstis muutuste jälgimisel.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 8. Testi-kordustesti reliaablus: korrelatsioonid kahel mõõtmiskorral SCAREDi alaskaalade ja üldskoori osas.

Skaala	Spearmani ρ	p
Lahutusärevus	0,83	< 0,001
Kooliärevus	0,80	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,92	< 0,001
Paanikahäire	0,85	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,85	< 0,001
SCARED üldskoor	0,93	< 0,001

3.1.2.3. SCARED informantide vaheline kooskõla

SCARED-i puhul hinnati lapse ja vanema hinnangute kooskõla Spearmani järjestikkorrelatsioonidega ning süstemaatilisi tasemeerinevusi paaris Wilcoxon'i testiga (vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 9). Informantide vaheline kooskõla oli mõõdukas kuni tugev ($p \approx 0,50-0,60$), suurim üldskoori tasandil, mis viitab sellele, et mõlemad informandid järjestavad noori ärevussümptomite üldise raskuse poolest sarnases suunas, kuigi täielikku kattuvust ei ilmne. Mediaanide võrdlus näitas, et lapse enesehinnangud olid enamikel skaaladel kõrgemad kui vanema hinnangud (sh lahusus-, paanika-, sotsiaal- ja üldistunud ärevus ning üldskoor), samas kui kooliärevuse puhul ei olnud tasemeerinevus statistiliselt oluline.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 9. Kooskõla eestkostja ja lapse hinnangute vahel SCARED küsimustiku alaskaaladel ja üldskoori osas.

Skaala	ρ (p)	Laps Md	Vanem Md	Wilcoxon p
Lahutusärevus	0,56 (<0,001)	7	3	<0,001
Sotsiaalärevus	0,54 (<0,001)	7	5	0,011
Paanikahäire	0,54 (<0,001)	7	3	<0,001
Üldistunud ärevus	0,50 (<0,001)	9	6	<0,001
Kooliärevus	0,54 (<0,001)	3	3	0,124
SCARED üldskoor	0,60 (<0,001)	29	21	<0,001

Märkus. ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon'i astaksummatesti statistiline olulisus. 3.1.3. SCARED_EE_vanem hindamisvahendi valiidsuse näitajad

3.1.3. SCARED_EE_vanem valiidsuse näitajad

3.1.3.1. Struktuuri valiidsus

SCARED vanemaversiooni (41 väidet) faktorstruktuuri hindamiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs minimaalse jäägiuudu meetodil (minres) oblimin-rotatsiooniga, eeldades ärevuse domeenide omavahelist seotust. Valimi suurus ($N = 298$) jääb küll mõõdukaks, kuid arvestades tugevate laadungitega instrumenti, on see piisav (MacCallum et al., 1999), kui üldised sobivusnäitajad on kõrged. KMO koondnäitaja oli 0,935 ning Bartlett'i sfäärilisuse test oli selgelt statistiliselt oluline ($\chi^2(820) = 7171,62$, $p < 0,001$), mis kinnitab, et korrelatsioonistruktuur on faktoriseeritav. Faktorite arvu osas andsid heuristikud osaliselt erineva signaali: paralleelanalüüs kaldus eelistama 6 faktorit, samas kui MAP ning parsimooniat rõhutavad kriteeriumid (sh BIC) toetasid 4-faktorilist lahendust. Selline lahknevus on SCARED-i puhul kirjanduses ootuspärane: originaalarendustes leiti 5-faktoriline struktuur, kuid hilisemates suurtes valimites on raporteeritud ka 4-faktorilise lahendusi (Hale jt, 2011). Arvestades kriteeriumide lahknevust võrreldi 4-, 5- ja 6-faktorilist lahendust. Sobivusnäitajad paranesid faktorite lisamisel (EFA-4: TLI = 0,860; RMSEA = 0,065; RMSR = 0,038; EFA-5: TLI = 0,881; RMSEA = 0,058; RMSR = 0,034; EFA-6: TLI = 0,900; RMSEA = 0,052; RMSR = 0,030), kuid BIC näitas kõige selgemat parsimoonia eelist 4-faktorilise mudeli kasuks (EFA-4 BIC = -2389; EFA-5 BIC = -2331; EFA-6 BIC = -2258). Seega lisafaktorid küll vähendavad jääke ja parandavad sobivust, kuid teevad seda hinnaga, mis viitab suuremale mudelikomplekssusele ja potentsiaalsele ülefaktoriseerimisele antud valimis. Sisuliselt moodustus 4-faktoriline lahendus (vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 10) koherentse tuumstruktuurina, mis kattub kliiniliselt mõistetavate ärevusdomeenidega: (1) paanika/somaatiline ärevus (laadumised $\sim 0,35-0,75$), (2) sotsiaalärevus (laadumised $\sim 0,48-0,80$), (3) üldistunud ärevus (laadumised $\sim 0,23-0,75$) ning (4) lahususärevuse telg (laadumised

~0,32–0,62). Samal ajal oli märgata mõningast läbilaskvust, näiteks kooliga seotud väited ei moodustanud vanemaversioonis eraldiseisvat latentset faktorit 4- ega 5-lahenduses, vaid ankurdusid pigem paanikakomponendi külge (koos mõningate ristlaadumistega muretsemise teljele), mis võib peegeldada vanema vaatepunktist kooli vältimise tihedat seost somaatiliste kaebuste ja üldise distressiga. 5- ja 6-faktoriline lahendus ei muutnud nelja tuumfaktori sisu, kuid lisasid väikeseid lisadimensioone, mille psühhomeetriline kaal jäi piiripealseks. 5-faktorilises mudelis eristus eraldi faktorina sisuliselt kahe väitega närvilisuse komponent; 6-faktorilises mudelis tekkis lisaks neljale tuumfaktorile eraldi kooli-väidete klaster, kuid paralleelselt säilis endiselt 2 väitega lisafaktor. Selline muster — tuumstruktuuri stabiilsus, kuid väikeste lisafaktorite ebakindlus — haakub varasema teadmisega, et eriti vanemaversioonis võivad alaskaalad ja faktoripiirid olla kontekstuaalsed ning mitte alati sama selgelt replitseeruvad kui laste enesehinnangus.

Kokkuvõttes toetab vanemaversiooni EFA selget neljafaktorilist tuumstruktuuri ning võrdlusmodelite põhjal on 4-faktoriline lahendus parim kompromiss tõlgendatavuse ja parsimoonia mõttes, samas kui 5–6 faktorit parandavad sobivusnäitajaid, kuid teevad seda osaliselt väikeste ja potentsiaalselt ebastabiilsete lisafaktorite hinnaga. Järgmise sammuna on metodoloogiliselt põhjendatud testida lahendusi mudelit kinnitava raamistikuga (CFA/ESEM) sõltumatus valimis.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 10. Väidete standardiseeritud faktorlaadungid, kommunaliteedid, unikaalsused ja kompleksus neljafaktorilises EFA lahenduses

Väide	F1	F2	F4	F4	h ²	u ²	com
scared_38_v	0,75				0,56	0,44	1,03
scared_6_v	0,74				0,45	0,55	1,1
scared_1_v	0,74				0,58	0,42	1,03
scared_34_v	0,73				0,57	0,43	1,0
scared_12_v	0,70				0,50	0,50	1,03
scared_27_v	0,67				0,40	0,60	1,04
scared_19_v	0,66				0,46	0,54	1,01
scared_15_v	0,61				0,44	0,56	1,03
scared_30_v	0,59				0,46	0,54	1,06
scared_18_v	0,56				0,41	0,59	1,07
scared_20_v	0,56			0,32	0,45	0,55	1,62
scared_11_v	0,49				0,35	0,65	1,23
scared_36_v	0,48		0,23		0,55	0,45	1,70
scared_2_v	0,44				0,35	0,65	1,64
scared_24_v	0,43		0,20	0,23	0,46	0,54	1,98
scared_22_v	0,38		0,24		0,32	0,68	1,67
scared_17_v	0,37	0,21	0,32		0,56	0,44	2,54
scared_7_v	0,35		0,27		0,24	0,76	2,41
scared_32_v		0,91			0,77	0,23	1,01
scared_26_v		0,90			0,75	0,25	1,02
scared_3_v		0,79			0,68	0,32	1,01
scared_41_v		0,77			0,62	0,38	1,01
scared_10_v		0,71			0,67	0,33	1,07
scared_40_v		0,66			0,64	0,36	1,14

scared_39_v	0,58		0,60	0,40	1,36
scared_35_v		0,83	0,66	0,34	1,00
scared_14_v		0,80	0,60	0,4	1,01
scared_21_v		0,74	0,55	0,45	1,03
scared_23_v		0,63	0,56	0,44	1,13
scared_37_v		0,56	0,51	0,49	1,24
scared_5_v		0,56	0,49	0,51	1,22
scared_33_v		0,45	0,47	0,53	1,60
scared_28_v		0,35	0,34	0,66	2,29
scared_9_v	0,23	0,23	0,15	0,85	2,64
scared_13_v		0,75	0,53	0,47	1,06
scared_25_v		0,67	0,46	0,54	1,08
scared_29_v		0,62	0,47	0,53	1,25
scared_4_v	0,25	0,56	0,45	0,55	1,37
scared_8_v		0,45	0,28	0,72	1,14
scared_31_v	0,24	0,23	0,38	0,39	2,49
scared_16_v	0,33	0,38	0,26	0,74	2,08

Märkused. F1-F4 – faktorid; h² - kommunaliteetid; u² – unikaalsus, com - komplekssus

3.1.3.2. Konstrukti valiidsus

3.1.3.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

Vanemaversiooni konvergentne valiidsus (vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 11) oli tugev: SCARED-i alaskaalad seostusid Spearmani korrelatsioonina selgelt samu ärevuse domeene mõõtvate RCADS-47 ja YAM-5 vastavate alaskaaladega. Seosed jäid vahemikku $\rho = 0,62-0,84$, kusjuures kõrgeim kooskõla ilmnes paanikasümptomite puhul ($\rho = 0,81-0,84$). Üldistunud ärevuse puhul oli kooskõla tugev ($\rho = 0,75-0,84$) ning seos DSM-5 sõelküsimumstiku ärevuse keskmisega oli mõõdukas ($\rho = 0,63$), mis on ootuspärane, arvestades DSM-5 sõelküsimumstiku laiemat ja vähem spetsiifilist profiili. SCARED üldskoor näitas väga tugevat seotust ärevuse koondnäitajatega ($\rho = 0,85-0,92$), toetades vanemaversiooni head koonduvat valiidsust ärevussümptomaatika üldtaseme hindamisel.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 11. SCARED vanema versiooni alaskaalade koonduv valiidsus võrdluses teiste mõõdikutega

SCARED alaskaala	Võrdlusmõõdik	ρ	p
Lahutusärevus	RCADS lahutusärevus	0,74	< 0,001
Lahutusärevus	YAM-5 lahutusärevus	0,75	< 0,001
Sotsiaalärevus	RCADS sotsiaalärevus	0,62	< 0,001
Sotsiaalärevus	YAM-5 sotsiaalärevus	0,73	< 0,001
Paanikahäire	RCADS paanikahäire	0,84	< 0,001
Paanikahäire	YAM-5 paanikahäire	0,81	< 0,001
Üldistunud ärevus	RCADS üldistunud ärevus	0,75	< 0,001
Üldistunud ärevus	YAM-5 üldistunud ärevus	0,84	< 0,001
Üldistunud ärevus	DSM ärevuse keskmine	0,63	< 0,001
SCARED üldskoor	RCADS ärevuse koondskoor	0,91	< 0,001

SCARED üldkoor	RCADS üldkoor	0,90	< 0,001
SCARED üldkoor	YAM-5 I osa koondskoor	0,92	< 0,001
SCARED üldkoor	YAM-5 üldskoor	0,85	< 0,001

Märkused. ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

3.1.3.2.2. Eristav valiidsus

Divergentne valiidsus

Divergentset valiidsust hinnati SCARED-i alaskaalade seostena SNAP-IV eksternaliseerivate sümptomidomeenidega (vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 12). Tulemused näitasid, et seosed olid valdavalt väikesed ($\rho = -0,06$ kuni $0,24$): lahtusärevuse, paanika/somaatilise ärevuse, üldistunud ärevuse ning kooliärevuse skoorid korreleerusid nõrgalt, kuid statistiliselt usaldusväärselt SNAP-IV hüperaktiivsuse/impulsiivsuse ja tõrges-trotsliku käitumise skooridega. Sotsiaalärevuse puhul olid seosed SNAP-IV alaskaaladega seevastu statistiliselt mitteolulised, mis viitab selle alaskaala paremale diferentseerumisele eksternaliseerivast käitumisdimensioonist. Üldjoontes toetab muster SCARED-i rahuldavat eristavat valiidsust: ärevuse alaskaalad ei kattu ulatuslikult eksternaliseerivate probleemidega, samas kui mõningane nõrk positiivne seostumine on kooskõlas sümptomite võimaliku koosinemisega.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 12. SCAREDi eristav valiidsus võrdluses SNAP-IV-ga

SCARED alaskaala	SNAP-IV alaskaalad	ρ	p
Lahutusärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,22	< 0,001
Lahutusärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,19	0,001
Sotsiaalärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	-0,06	0,307
Sotsiaalärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,08	0,197
Paanikahäire	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,22	< 0,001
Paanikahäire	Tõrges-trotslik käitumine	0,24	< 0,001
Üldistunud ärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,14	< 0,001
Üldistunud ärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,23	< 0,001
Kooliärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,09	< 0,001
Kooliärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,20	< 0,001
SCARED üldkoor	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,14	0,019
SCARED üldkoor	Tõrges-trotslik käitumine	0,24	< 0,001

Märkused. ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

SCARED_EE_vanem tuntud gruppide valiidsus: kliiniline vs kontrollgrupp

SCARED vanemaversiooni tuntud gruppide valiidsust hinnati kliinilise ja kontrollrühma skoorijaotuste võrdlusena Mann–Whitney U testiga (kirjeldavad näitajad, sh mediaanid ja IQR, vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 13). Kõikide alaskaalade ning üldskoori puhul olid kliinilise rühma skoorid kõrgemad ja rühmade erinevused statistiliselt selged (kõik $p < 0,001$). Efektisuurused (Cliffi δ) viitasid lahtusärevuse puhul väiksele kuni mõõdukale grupieristusele ($\delta = 0,25$; 95% UV $0,12–0,37$), sotsiaalärevuse puhul mõõdukale eristusele ($\delta = 0,35$; $0,22–0,46$) ning üldistunud ärevuse, paanika/somaatilise ärevuse, kooliärevuse ja SCARED üldskoori puhul suurele eristusele (δ vahemikus $0,56–0,63$; 95% UV vastavalt $0,44–0,72$). Mediaanide võrdlus peegeldas sama mustrit: kliinilises rühmas olid tüüpilised skoorid

järjekindlalt kõrgemad kui kontrollrühmas, mis toetab vanemaversiooni head võimet eristada kliinilist ja mittekliinilist gruppi.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 13. Tuntud gruppide valiidsus: kliinilise- ja kontrollrühma võrdlus

SCARED skaalad	N (%)	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Kliiniline	182 (61,1)	3,3	3,3	2	0–16	4
Kontroll	116 (38,9)	1,8	2,0	1	0–9	3
Kokku	298 (100,0)	2,7	3,0	2	0–16	4
Sotsiaalärevus						
Kliiniline	182 (61,1)	6,2	4,7	6	0–14	8
Kontroll	116 (38,9)	3,3	2,9	3	0–12	5
Kokku	298 (100,0)	5,1	4,4	4	0–14	7
Üldistunud ärevus						
Kliiniline	182 (61,1)	7,5	4,4	7,5	0–18	6
Kontroll	116 (38,9)	3,4	2,9	3	0–13	4
Kokku	298 (100,0)	5,9	4,4	5	0–18	7
Paanikahäire						
Kliiniline	182 (61,1)	5,2	5,3	4	0–24	7
Kontroll	116 (38,9)	0,9	1,6	0	0–9	1
Kokku	298 (100,0)	3,5	4,7	2	0–24	5
Kooliärevus						
Kliiniline	182 (61,1)	3,3	2,3	3	0–8	4
Kontroll	116 (38,9)	0,8	1,3	0	0–8	1
Kokku	298 (100,0)	2,3	2,3	2	0–8	4
SCARED üldskoor						
Kliiniline	182 (61,1)	25,4	15,8	23	0–77	24,75
Kontroll	116 (38,9)	10,2	7,5	8	0–31	11
Kokku	298 (100,0)	19,5	15,1	15,5	0–77	20,75

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilide vaheline vahemik

SCARED_EE_vanem eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

SCARED_EE_vanem skaalade eristusvõimet hinnati ROC-analüüsiga, kasutades kriteeriumina kuulumist kliinilisse vs kontrollrühma. Tuntud gruppide valiidsusel põhinev lähenemine kirjeldab, kui hästi vanemahinnangul põhinevad sümptomiskoorid eristavad kõrgema sümptomikoormusega kliinilist rühma madalama sümptomikoormusega kontrollrühmast, ning ei ole mõeldud diagnostiliste lävendite kehtestamiseks. Skoore käsitleti pidevate näitajatena ning eristusvõimet väljendati AUC väärtusena koos 95% usaldusvahemikuga (vt Tabel (SCARED_EE_vanem) 14).

Tulemused viitasid üldjoontes heale eristusvõimele, kuid alaskaalade vahel esines sisulist varieeruvust. Suurim diskrimineerimisvõime ilmnes kooliärevuse (AUC = 0,82), üldskoori (AUC = 0,81) ja paanikasümptomite (AUC = 0,80) puhul, ning samuti oli tugev eristus üldistunud ärevuse skaalal (AUC = 0,78). Sotsiaalärevuse skaala eristusvõime jäi mõõdukaks (AUC = 0,67), samas kui lahutusärevuse skaalal oli eristusvõime tagasihoidlik (AUC = 0,62), mis viitab

kliinilise ja kontrollrühma suuremale kattuvusele selle domeeni vanemahinnangutes. Youdeni indeksi alusel valitud optimaalse lävendi juures olid tundlikkuskäitajad valdavalt mõõdukad (0,40–0,70), samal ajal kui spetsiifilisus oli enamasti hea kuni väga hea (0,73–0,92). Eriti kõrge spetsiifilisus ilmnis sotsiaalärevuse (0,92) ja kooliärevuse (0,91) puhul, kuid sotsiaalärevuse korral oli tundlikkus madalam (0,40), mis osutab, et valitud lävend tabab kindlamalt kontrollrühma negatiivseid juhte, kuid jätab osa kliinilise rühma juhtudest märkamata. Youdeni J väärtused olid suurimad kooliärevuse (J = 0,50), üldskoori (J = 0,48) ja paanikaskaala (J = 0,47) puhul, viidates nende näitajate soodsamale tasakaalule tundlikkuse ja spetsiifilisuse vahel kliinilise staatuse eristamisel antud valimis.

Optimaalse äralõikepunkti illustreerimiseks esitati Tabelis (SCARED_EE_Vanem) 14 Youdeni indeksi alusel määratud lävendid koos vastavate tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajatega. Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

Tabel (SCARED_EE_vanem) 14. Tuntud gruppide valiidsus: kliinilise ja kontrollgrupi eristamisvõime ROC-analüüsi alusel

SCARED_EE_vanem skaala	AUC (95% UV)	Äralõikepunkt	Youden J	Sens	Spec
Paanikahäire	0,80 (0,75–0,85)	2	0,47	0,70	0,78
Lahutusärevus	0,62 (0,56–0,68)	3	0,22	0,48	0,73
Sotsiaalärevus	0,67 (0,61–0,73)	8	0,32	0,40	0,92
Üldistunud ärevus	0,78 (0,73–0,83)	7	0,42	0,56	0,86
Kooliärevus	0,82 (0,77–0,86)	3	0,50	0,59	0,91
SCARED üldskoor	0,81 (0,76–0,85)	17	0,48	0,65	0,83

Märkus. AUC – ROC-kõvera alune pindala (*Area Under the Curve*); 95% UV – 95% usaldusvahemik; ümardatud äralõikepunkt – optimaalne lävend kliinilise ja kontrollrühma eristamiseks (valitud Youdeni indeksi maksimeerimise alusel); Sens – sensitiivsus; Spec – spetsiifilisus; Youden J – Youdeni indeks

3.1.3.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

SCARED alaskaalade seosed diagnoosiga kliinilises grupis

SCARED vanemaversiooni alaskaalade seoseid MINI-Kid diagnoosidega hinnati logistilise regressiooniga, kus sõltuvaks muutujaks oli vastava häire diagnoosi olemasolu (jah/ei) ning peamiseks selgitavaks muutujaks vastava alaskaala skoor. Tulemused esitatakse šansside suhtena (OR) ühe standardhälbe suurenemise kohta, mis teeb eri skaalade efektid omavahel paremini võrreldavaks (kõrgem skoor = suurem diagnoosišanss). Kuna MINI-Kid intervjuu viidi läbi üksnes kliinilises rühmas, põhinevad analüüsid kliinilisel alamvalimil, kellel olid olemas nii vanemahinnangud kui MINI-Kid andmed (n = 174). Nagu Tabelis (SCARED_EE_vanem) 15 näidatud, olid SCARED vanemaversiooni skoorid tervikuna sisuliselt kooskõlas MINI-Kid diagnoosidega, kuid seoste tugevus varieerus domeeniti. Kõige tugevam seos ilmnis

paanikasümptomite skaalal, mille kõrgemad skoorid olid selgelt seotud suurema paanikahäire diagnoosi tõenäosusega. Samuti oli tugev ja järjekindel seos sotsiaalärevuse skaalal. Üldskoor seostus ootuspäraselt vähemalt ühe MINI-Kid ärevushäire esinemisega, mis toetab SCARED-i kui üldise ärevussümptomite koormuse indikaatori kriteeriumipõhist valiidsust kliinilises valimis.

Lahutusärevuse domeenis oli seos suunalt ootuspärane, kuid jäi piiripealseks, mis võib viidata suuremale kattuvusele kliinilise ja intervjuupõhise lahutusärevuse diagnoosi vahel või sellele, et vanemahinnangud peegeldavad selles arenguliselt tundlikus valdkonnas heterogeensemaid mustreid. Üldistunud ärevuse skaala seos MINI-Kid GAD diagnoosiga oli samas nõrgem ega eristunud statistiliselt sama kindlalt, mis sobitub üldise kliinilise pildiga, kus üldistunud ärevuse sümptomid võivad vanemahinnangutes olla laiapõhjalisemad ja vähem diagnoosipetsiifilised ning kattuda teiste internaliseeruvate raskustega. Kokkuvõtvalt toetavad tulemused SCARED vanemaversiooni kriteeriumivaliidsust kliinilises alamvalimis, eriti paanika- ja sotsiaalärevuse domeenides ning üldskoori tasandil (OR-id ligikaudu vahemikus 1,4–3,8 ühe standardhälbe kohta).

Tabel (SCARED_EE_vanem) 15. SCARED_EE_vanem alaskaalade ja koondskooride seosed MINI-Kid diagnoosidega

Selgitav tunnus (SCARED alaskaala)	Kriteerium (MINI-Kid diagnoos)	n (juhud)	M (SH)	OR 1 SH kohta (95% UV)	p
Lahutusärevus	Lahutusärevus	174 (9)	3,3 (3,3)	1,7 (1,0–2,8)	0,070
Paanikahäire	Paanikahäire	174 (10)	5,3 (5,3)	3,8 (2,0–7,1)	< 0,001
Sotsiaalärevus	Sotsiaalärevus	174 (34)	6,2 (4,7)	2,5 (1,6–3,9)	< 0,001
Üldistunud ärevus	Üldistunud ärevushäire	174 (15)	7,5 (4,5)	1,4 (0,8–2,3)	0,199
Üldskoor	≥ 1 ärevushäire	174 (44)	25,6 (15,9)	2,4 (1,6–3,5)	< 0,001

Märkused: OR – šansside suhe; 95% UV – 95% usaldusvahemik; N (juhud) – valimi suurus ja diagnoosiga isikute arv; M (SH) – keskmine ja standardhälve. OCD – obsessiiv-kompulsiivne häire; ≥ 1 ärevushäire – vähemalt 1 ärevushäire diagnoos (lahutusärevus, paanikahäire, sotsiaalärevus, üldistunud ärevus).

Kokkuvõttev tabel SCARED_EE_vanem kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus	X			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			X	
Sensitiivsus		X		
Spetsiifilisus		X		
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			X	
Normide olemasolu		X		

3.2. Lapse ärevusega seotud häirete sõelküsimumstik SCARED (lapseversioon) - SCARED_EE_laps

Uuringu tulemused

3.2.1.Valimi kirjeldus

SCARED laste ja noorte versiooni täitis kaasamisuuringus 400 uuritavat ja kordusuuringus 52 uuritavat vanuses 11-17a, kelle sooline jaotus ja vanuseline hajuvus on esitatud tabelis (SCARED-47_EE_laps) 1.

Tabel (SCARED_EE_laps) 1. SCARED lapseversiooni täitnud uuritavate sooline ja vanuseline jaotus kaasamis- ja kordusuuringus

	N (%)	Vanus			
		M	SH	Md	Min-Max
Kaasamisuuring					
Tüdrukud	241(60,2)	14,1	1,7	14	11-17
Poisid	124 (31,0)	13,9	1,8	14	11-17
Sugu määratlemata	35 (8,8)	13,4	1,9	12	11-17
Kokku	400 (100,0)	14,0	1,7	14	11-17
Kordusuuring					
Tüdrukud	38(73,1)	14,2	1,5	14	11-17
Poisid	13(25,0)	14,3	2,1	14	11-17
Sugu määratlemata	1(1,0)	14	NA	14	14-14
Kokku	52 (100,0)	14,2	1,7	14	11-17

Märkused: N = vastanute arv (%vastanutest); M = keskmine; SH = standardhälve; Md = mediaan; Min = vähim vanus; Max = suurim vanus

SCARED lasteversiooni kaasamisuuringu skooride jaotuste hindamine näitas, et enamik alaskaalasid ja koondskoor olid sümptomisummadele ootuspäraselt paremale kaldu ning pigem koondunud madalamate väärtuste ümber. Suhteliselt suurem parempoolne asümmeetria ilmnes lahutusärevuse (asümmeetria = 0,99) ja paanikahäire (0,82) skaalal, mõõdukamalt ka kooliärevuse skaalal (0,62), samas kui üldistunud ärevuse (0,12) ja sotsiaalärevuse (0,28) jaotused olid normaaljaotusele lähemal. Järsakuse näitajad viitasid valdavalt pigem laiematele jaotustele (negatiivne järsakus; nt üldistunud ärevus -1,12 ja sotsiaalärevus -1,05), erandina lahutusärevus, millel oli mõõdukas positiivne järsakus (0,40). Põrandaefekt (nullskoor) oli kõige väljendunud kooliärevuse (17,2%) ja lahutusärevuse (16,5%) skaalal, ning oli väiksem paanikahäire (11,0%), sotsiaalärevuse (7,0%) ja üldistunud ärevuse (4,2%) skaalal. Koondskooril oli nullskoor harv (0,2%). Laeefektid olid kõigil skaaladel väikesed (maksimumskoor 0,0–7,2%) ning ükski skaala ei lähenenud 15% piirile, mis viitab, et skaalad ei ole üldjoontes ülemises otsas laetud ning koondskoor katab sümptomitase vahemikku ühtlasemalt kui kitsamad alaskaalad.

SCARED_EE_laps alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kaasamis- ja kordusuuringus on esitatud Tabelites (SCARED_EE_laps) 2 ja (SCARED_EE_laps) 3.

Tabel (SCARED EE laps) 2. Alaskaalade ja koondskooride kirjeldav statistika kaasamisüuringus

SCARED skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	241(60,2)	4,4	3,5	4	0-15	5,0
Poisid	124 (31,0)	2,7	2,8	2	0-12	2,25
Sugu määratlemata	35 (8,8)	2,9	2,9	2	0-12	3,0
Kokku	400 (100,0)	3,7	3,3	3	0-15	5,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	241(60,2)	7,6	4,2	7	0-14	8,0
Poisid	124 (31,0)	4,6	3,7	4	0-14	6,0
Sugu määratlemata	35 (8,8)	3,7	3,9	3	0-13	5,5
Kokku	400 (100,0)	6,4	4,3	6	0-14	7,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	241(60,2)	10,5	5,1	11	0-18	9,0
Poisid	124 (31,0)	6,0	4,2	5	0-17	6,0
Sugu määratlemata	35 (8,8)	6,3	4,9	6	0-18	7,5
Kokku	400 (100,0)	8,7	5,3	8	0-18	9,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	241(60,2)	9,3	6,6	9	0-26	10,0
Poisid	124 (31,0)	4,3	5,0	2,5	0-22	5,0
Sugu määratlemata	35 (8,8)	4,1	4,8	2	0-20	4,5
Kokku	400 (100,0)	7,3	6,5	5,5	0-26	10,0
Kooliärevus						
Tüdrukud	241(60,2)	3,4	2,4	3	0-8	3,0
Poisid	124 (31,0)	2,0	1,8	1	0-8	2,0
Sugu määratlemata	35 (8,8)	1,7	2,0	1	0-8	2,5
Kokku	400 (100,0)	2,8	2,3	2	0-8	3,0
SCARED üldskoor						
Tüdrukud	241(60,2)	35,3	18,3	35	2-81	29,0
Poisid	124 (31,0)	19,5	14,5	17	1-67	15,25
Sugu määratlemata	35 (8,8)	18,7	16,3	13	0-67	19,5
Kokku	400 (100,0)	29,0	18,7	25	0-81	29,25

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (SCARED EE laps) 3. Alaskaalade ja koondskooride kirjeldav statistika kordusuuringus

SCARED skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	38(73,1)	3,7	3,3	3	0-13	5,0
Poisid	13(25,0)	1,6	2,5	1	0-9	1,0
Sugu määratlemata	1(1,0)	2,0	-	2	2-2	0,0
Kokku	52 (100,0)	3,2	3,2	2	0-13	4,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	38(73,1)	9,0	4,3	10	1-14	7,75

Poisid	13(25,0)	4,6	5,0	3	0-13	7,0
Sugu määratlemata	1(1,0)	4,0	-	4	4-4	0,0
Kokku	52 (100,0)	7,8	4,8	8	0-14	8,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	38(73,1)	11,2	4,8	12,5	0-18	6,75
Poisid	13(25,0)	6,4	4,6	7	0-14	8,0
Sugu määratlemata	1(1,0)	3,0	-	3	3-3	0,0
Kokku	52 (100,0)	9,9	5,2	10	0-18	8,25
Paanikahäire						
Tüdrukud	38(73,1)	10,2	7,1	11	0-25	9,75
Poisid	13(25,0)	4,8	6,1	2	0-18	6,0
Sugu määratlemata	1(1,0)	7,0	-	7	7-7	0,0
Kokku	52 (100,0)	8,8	7,1	7	0-25	11
Kooliärevus						
Tüdrukud	38(73,1)	3,7	2,3	4,0	0-8	4,75
Poisid	13(25,0)	2,0	2,5	1,0	0-8	4,0
Sugu määratlemata	1(1,0)	2,0	-	2,0	2-2	0,0
Kokku	52 (100,0)	3,2	2,4	3,5	0-8	4,25
SCARED üldskoor						
Tüdrukud	38(73,1)	37,9	16,2	41,0	4-67	21,75
Poisid	13(25,0)	19,5	16,9	14,0	0-49	30,0
Sugu määratlemata	1(1,0)	18,0	-	18,0	18-18	0,0
Kokku	52 (100,0)	32,9	18,0	36,5	0-67	29,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Kordusuuringu valimis (N = 52) olid SCARED skoorid keskmiselt veidi kõrgemad kui kaasamisuuringus (N = 400), mis on ootuspärane arvestades väiksemat ja tõenäoliselt suurema sümptomikoormusega alarühma. Suurimad tasemeerinevused ilmnedid koondskooris ja laiemat distressi peegeldavates domeenides: SCARED üldskoor oli kaasamisuuringus M = 29,0 (SH = 18,7) ja kordusuuringus M = 32,9 (SH = 18,0); üldistunud ärevus vastavalt M = 8,7 (SH = 5,3) ja M = 9,9 (SH = 5,2) ning paanikasümptomid M = 7,3 (SH = 6,5) ja M = 8,8 (SH = 7,1). Ülejäänud skaaladel olid erinevused pigem mõõdukad ega viita skaalade süsteemsele nihkele, vaid peegeldavad valimi eripära ja väiksema N-i korral suuremat kõikumist; sooline muster (tüdrukutel kõrgemad skoorid) püsis mõlemas valimis. SCARED lasteversiooni skooride vanuserühmade võrdlemiseks (11–14 vs 15–17 aastat) kasutati Mann–Whitney U-testi. Tulemused viitasid, et enamikul alaskaaladel ning SCARED üldskooril vanuserühmade vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnunud, mis osutab, et käesolevas valimis ei seostunud vanuserühm üldiselt enesehinnangulise ärevussümptomaatika tasemega. Erandina ilmned vanuserühmade lõikes erinevus lahtusärevuse skaalal, kus 11–14-aastaste skoorid olid kõrgemad kui 15–17-aastastel (U = 24199,5, p < 0,001). Sooliste rühmade võrdluses (tüdrukud vs poisid) kasutati Mann–Whitney U-testi (vt Tabel (SCARED_EE_laps) 4). Kõigil SCARED alaskaaladel ning üldskooril ilmnedid statistiliselt olulised erinevused, kus tüdrukute mediaanid olid järjekindlalt kõrgemad kui poistel. Mediaanide ja hajuvusnäitajate muster viitab, et sooline erinevus ei piirdu ühe üksiku sümptomidomeeniga, vaid avaldub laiapõhjaselt internaliseeruvates sümptomites, mis on

kooskõlas noorukieas kirjeldatud üldise soolise nihkega ärevus- ja muude internaliseeruvate probleemide sageduses ja väljenduses (Zahn-Wexler jt, 2008)).

Tabel (SCARED_EE_laps) 4. Soo lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Mann–Whitney test).

Skaala	Tüdrukud Md (IQR)	Poisid Md (IQR)	U	p
Lahutusärevus	4,0 (5,0)	2,0 (2,2)	10177,0	<,001
Sotsiaalärevus	7,0 (8,0)	4,0 (6,0)	8796,5	<,001
Üldistunud ärevus	11,0 (9,0)	5,0 (6,0)	7551,0	<,001
Paanikahäire	9,0 (10,0)	2,5 (5,0)	7872,0	<,001
Kooliärevus	3,0 (3,0)	1,0 (2,0)	9470,0	<,001
Üldskoor	35,0 (29,0)	17,0 (15,2)	7399,0	<,001

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; U – Mann–Whitney U-testistatistik

SCARED alaskaalade vahel ilmnemiseid valdavalt tugevad positiivsed seosed ($p = 0,50–0,81$; vt tabel (SCARED_EE_laps 5), mis viitab, et erinevad ärevussümptomite domeenid kipuvad samadel lastel koos esinema ning mõõdik peegeldab ühist internaliseeruvat sümptomikoormust, säilitades samas eristatavad alamvaldkonnad. Ootuspäraselt olid alaskaalade seosed SCARED üldskooriga väga tugevad ($p = 0,73–0,92$), mis kinnitab koondskoori head kooskõla alamdomeenidega ning toetab nii koond- kui ka alaskaalade kasutatavust.

Tabel (SCARED_EE_laps) 5. SCARED alaskaalade omavahelised korrelatsioonid

Skaala	Paanikahäire	Üldistunud ärevus	Lahutusärevus	Sotsiaalärevus	Kooliärevus
Paanikahäire					
Üldistunud ärevus	0,81***				
Lahutusärevus	0,59***	0,58***			
Sotsiaalärevus	0,65***	0,69***	0,55***		
Kooliärevus	0,71***	0,69***	0,50***	0,58***	
SCARED üldskoor	0,91***	0,92***	0,73***	0,83***	0,79***

Märkus. *** $p < 0,001$

3.2.2. SCARED_EE_laps reliaabluse näitajad

3.2.2.1. SCARED_EE_laps sisereliaablus

SCARED lasteversiooni sisemise kooskõla analüüs osutas üldjoontes heale kuni väga heale reliaablusele nii alaskaalade kui ka koguskoori tasandil (vt Tabel (SCARED_EE_laps) 6). Cronbachi alfa alusel olid alaskaalad piisavalt homogeensed: lahutusärevuse ja kooliärevuse alaskaalades jäi sisemine kooskõla heale tasemele (vastavalt $\alpha = 0,81$ ja $\alpha = 0,80$), samas kui üldistunud ärevuse, sotsiaalärevuse ja paanikasümptomite skaaladel oli kooskõla väga kõrge (α vahemikus 0,91–0,92; 95% UV-d tabelis). Koguskoori sisemine reliaablus oli samuti väga kõrge ($\alpha \approx 0,96$), mis on kooskõlas asjaoluga, et üldskoor koondab mitme omavahel seotud internaliseeruva sümptomidomeeni informatsiooni.

Väidete korrigeeritud korrelatsioonid oma alaskaalaga paiknesid valdavalt mõõdukas kuni kõrges vahemikus ning viitasid, et enamik väiteid panustab sisuliselt vastava alamdomeeni mõõtmisse. Lahutusärevuse alaskaalal olid seosed enamasti mõõdukad (r 0,46–0,62), kuid üksikutel väidetest ilmselt madalam alaskaalasine seos, mis võib viidata suuremale sisulisele heterogeensusele või sellele, et osa käitumis- või kogemuskirjeldusi esineb valimis harvem. Samal ajal näitas alfa ilma väiteta analüüs, et ühegi väite eemaldamine ei suurendanud reliaablust, mis toetab väidete säilitamise põhjendatust ja viitab, et skaalade sisemine struktuur on stabiilne.

Kokkuvõtvalt toetavad tulemused SCARED lasteversiooni usaldusväärset kasutamist nii alaskaalade lõikes kui ka koguskoori tasandil: alaskaalad on piisavalt kooskõlalised spetsiifiliste sümptomidomeenide hindamiseks ning üldskoor kirjeldab kõrge reliaablusega laiemat internaliseeruvat sümptomikoormust.

Tabel (SCARED_EE_laps) 6. Alaskaalade ja koguskaala sisereliaablus

Alaskaala	Väide	Korrelatsioonid		Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)			
		Alaskaala (korr)	Koguskaala (korr)	Alaskaala α ja ω (95% UV)	Ilma väiteta	Koguskaala α ja ω (95% UV)	Ilma väidet a
Lahutusärevus	scared_4	0,58	0,49	α 0,81 (0,78-0,84)	0,78	α 0,96 ω 0,96	0,96
	scared_8	0,48	0,43		0,79		0,96
	scared_13	0,49	0,33	ω 0,81	0,79		0,96
	scared_16	0,62	0,56		0,77		0,96
	scared_20	0,46	0,56		0,80		0,96
	scared_25	0,52	0,40		0,79		0,96
	scared_29	0,48	0,28		0,79		0,96
	scared_31	0,58	0,56		0,78		0,96
Üldistunud ärevus	scared_5	0,68	0,67	α 0,91 (0,90-0,93)	0,90		0,96
	scared_7	0,62	0,68		0,91		0,96
	scared_14	0,78	0,73	ω 0,91	0,90		0,96
	scared_21	0,74	0,65		0,90		0,96
	scared_23	0,73	0,69		0,90		0,96
	scared_28	0,60	0,62		0,91		0,96
	scared_33	0,67	0,62		0,91		0,96
	scared_35	0,78	0,69		0,90		0,96
	scared_37	0,71	0,71		0,90		0,96
Sotsiaalärevus	scared_3	0,63	0,54	α 0,91 (0,89-0,92)	0,90		0,96
	scared_10	0,77	0,73		0,89		0,96
	scared_26	0,75	0,62	ω 0,91	0,89		0,96
	scared_32	0,76	0,63		0,89		0,96
	scared_39	0,69	0,69		0,90		0,96
	scared_40	0,74	0,68		0,89		0,96
	scared_41	0,73	0,62		0,89		0,96
Paanika	scared_1	0,73	0,67	α 0,92 (0,91-0,93)	0,91		0,96
	scared_6	0,59	0,54		0,92		0,96
	scared_9	0,57	0,54	ω 0,92	0,92		0,96
	scared_12	0,70	0,64		0,91		0,96
	scared_15	0,71	0,70		0,92		0,96
	scared_18	0,59	0,62		0,91		0,96
	scared_19	0,69	0,69		0,91		0,96
	scared_22	0,45	0,50		0,92		0,96
	scared_24	0,73	0,75		0,91		0,96

	scared_27	0,63	0,58	0,92	0,96
	scared_30	0,73	0,74	0,91	0,96
	scared_34	0,71	0,65	0,91	0,96
	scared_38	0,70	0,67	0,91	0,96
Kooliärevus	scared_2	0,53	0,55	0,83	0,96
	scared_11	0,53	0,53	0,80	0,96
	scared_17	0,70	0,67	0,70	0,96
	scared_36	0,69	0,69	0,71	0,96

Märkus. Alaskaala (korr) ja koguskaala (korr) – korrigeeritud väide-skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbach'i alfa (95% UV); ω – McDonald'i omega; "Ilma väiteta" – usaldusväärusnäitaja pärast väite eemaldamist

3.2.2.2. SCARED_EE_laps test-kordustesti reliaablus

SCARED-i test-kordustest reliaablust hinnati Spearmani korrelatsioonidega nende kliinilise grupi laste hulgas, kes täitsid küsimustiku kahel erineval ajahetkel 2–4 nädala jooksul pärast esimest mõõtmist ($N = 52$). Tulemused (vt Tabel (SCARED_EE_laps) 7) viitasid heale ajastabiilsusele: alaskaalade ja koguskoori kordusmõõtmiste seosed olid valdavalt tugevad (p ligikaudu 0,70–0,83), toetades järeldust, et instrument annab lühikeses ajavahemikus järjekindlaid skoorihinnanguid ning peegeldab usaldusväärselt indiviididevahelisi erinevusi.

Tabel (SCARED_EE_laps) 7. Test-kordustest mõõtmiste korrelatsioonid

Skaala	ρ	p
Lahutusärevus	0,73	< 0,001
Kooliärevus	0,70	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,83	< 0,001
Paanikahäire	0,73	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,79	< 0,001
SCARED üldskoor	0,76	< 0,001

Märkused: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

3.2.2.3. SCARED informantide vaheline kooskõla

SCARED-i puhul hinnati lapse ja vanema hinnangute kooskõla Spearmani järjestikkorrelatsioonidega ning süstemaatilisi tasemeerinevusi paaris Wilcoxon'i testiga (vt Tabel (SCARED_EE_laps) 8). Informantidevaheline kooskõla oli mõõdukas kuni mõõdukalt tugev ($p \approx 0,50$ – $0,60$), suurim üldskoori tasandil, mis viitab sellele, et mõlemad informandid järjestavad noori ärevussümptomite üldise raskuse poolest sarnases suunas, kuigi täielikku kattuvust ei ilmne. Mediaanide võrdlus näitas, et lapse enesehinnangud olid enamikel skaaladel kõrgemad kui vanema hinnangud (sh lahutus-, paanika-, sotsiaal- ja üldistunud ärevus ning üldskoor), samas kui kooliärevuse puhul ei olnud tasemeerinevus statistiliselt oluline.

Tabel (SCARED_EE_laps) 8. Kooskõla eestkostja ja lapse hinnangute vahel SCARED küsimustiku alaskaaladel ja üldskoori osas.

Skaala	p (p)	Laps Md	Vanem Md	Wilcoxon p
Lahutusärevus	0,56 (<0,001)	7	3	<0,001
Sotsiaalärevus	0,54 (<0,001)	7	5	0,011

Paanikahäire	0,54 (<0,001)	7	3	<0,001
Üldistunud ärevus	0,50 (<0,001)	9	6	<0,001
Kooliärevus	0,54 (<0,001)	3	3	0,124
SCARED üldskoor	0,60 (<0,001)	29	21	<0,001

Märkused: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon'i astaksummate testi statistiline olulisus

3.2.3. SCARED_EE_laps valiidsuse näitajad

3.2.3.1. SCARED_EE_laps struktuuri valiidsus

SCARED (41 väidet) faktorstruktuuri hindamiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs minimaalse jäägiruudu meetodil (minres) koos kaldnurkse pööramisega (oblimin), lähtudes eeldusest, et ärevuse aladomeenid on omavahel seotud. Andmestik oli faktoriseerimiseks väga sobiv: Kaiser–Meyer–Olkin koondnäitaja oli 0,96 ning Bartlett'i sfäärilisuse test kinnitas korrelatsioonimaatriksi selget mitte-sfäärilisust ($\chi^2(820) = 9603,03$, $p < 0,001$). Faktorite arvu määramisel kasutati paralleelanalüüsi ja Veliceri MAP-testi; paralleelanalüüs viitas viiefaktorilisele lahendusele, samas kui MAP eelistas nelja faktorit. Arvestades otsustuskriteeriumide lahknevust hinnati paralleelselt nelja- ja viiefaktorilist mudelit ning otsus tehti kombineerides (a) teooriapõhist ootust (SCARED-i algne viiedomeeniline konstruktsioon), (b) sobivusnäitajaid ning (c) parsimooniat ja lokaalse mõõtemudeli kvaliteeti (ristlaadumised, kompleksus, kommunaliteedid ja probleemsed väited). Globaalsete sobivusnäitajate põhjal olid mõlemad lahendused aktsepteeritavad, kuid viiefaktoriline mudel näitas mõõdukalt eelist sobivuses (EFA-5: TLI = 0,913; RMSR = 0,0308; RMSEA = 0,0487 [90% CI 0,0447–0,0528]) võrreldes neljafaktorilisega (EFA-4: TLI = 0,895; RMSR = 0,0344; RMSEA = 0,0535 [90% CI 0,0498–0,0574]) ning vähendas jääkide maksimaalset absoluutväärtust (0,167 vs 0,295), mis viitab paremale lokaalsete seoste kirjeldamisele ja väiksemale süstemaatilisele jäägistruktuurile. Samal ajal eelistas BIC parsimooniat neljafaktorilise mudeli kasuks (EFA-4: BIC = –2546 vs EFA-5: BIC = –2526), mis on EFA kontekstis ootuspärane, kuna BIC penaliseerib lisaparametreid rangelt. Seetõttu oli sisuline otsustus kriitiliselt seotud sellega, kui puhas oli lahendus väidete tasandil: kas indikaatorid laadusid selgelt oma faktorile, milline oli ristlaadumiste ulatus, kui suur oli väidete komplitseeritusnäitaja (com) ning kas kommunaliteedid (h^2) olid piisavad, et väited panustaksid mõõtmesse mitte juhusliku müra, vaid jagatud variatiivsuse kaudu. Neljafaktoriline lahendus moodustus kliiniliselt hästi tõlgendatava tuumstruktuurina, mis vastas neljale laiemale internaliseeruva ärevuse domeenile: (1) paanika/somaatiline ärevus, (2) sotsiaälärevus, (3) üldistunud ärevus ehk muretsemine ning (4) lahutusärevus. Nendes neljas domeenis ilmnes üldjoontes tugev primaarlaadumiste muster ning mitmete väidete kommunaliteedid olid mõõdukad kuni kõrged (nt paanikadomeenis h^2 sageli ~0,4–0,6; sotsiaälärevuses h^2 ~0,45–0,67; muretsemises h^2 ~0,53–0,71), mis viitab, et olulisel osal indikaatoritest oli sisuline signaal tugev ning unikaalsus (u^2) jäi vastavalt mõõdukaks. Samas ilmnes ka neljafaktorilises lahenduses ärevussümptomitele omane piiride läbilaskvus: osa väiteid näitas ristlaadumisi või kõrgemat komplitseeritusnäitajat, viidates, et need väited ei mõõda ainult ühte kitsast domeeni, vaid paiknevad domeenide piiritsoonides (eriti muretsemise–ohutuse–somaatika teljel). Selline muster ei ole SCARED-i puhul ebatüüpiline, kuna mure, kehalised aistingud ja ohutuse otsing võivad kliinilises fenomenoloogias sageli koos esineda. Viiefaktoriline lahendus säilitas nende nelja tuumfaktori sisulise tuuma sisuliselt muutumatuna ning lisas eraldi kooliärevuse faktori. Just kooliärevuse komponent osutus selles valimis psühhomeetriselt kõige haavatavamaks

ning replitseerus vaid osaliselt. Kuigi kooliärevuse alaskaala sisaldab nelja väidet, koondus viiefaktorilises lahenduses eraldi faktorina kõige selgemini kooli mineku hirmu ja kooli pärast muretsemise tuum, mida kirjeldavad kaks otseselt kooli minemisega seotud väidet (scared_17 ja scared_36), millel olid tugevad primaarlaadumised vastavale faktorile (u^2 väike ja h^2 suhteliselt kõrge; com madal), mistõttu moodustus nende ümber psühhomeetriselt "puhas" mini-dimensioon. Samal ajal käitusid ülejäänud kaks kooliärevuse väidet sisuliselt ja statistiliselt teistsugusena: nende laadumismuster viitas suuremale kattuvusele üldise muretsemise ja/või somaatilise ärevusega ning nad ei ankurdunud koolifaktorile sama üheselt. Tulemuseks oli olukord, kus koolifaktor oli olemas ja teooriapäraselt äratuntav, kuid selle indikaatorbaas jäi nõrgaks: faktor jäi sisuliselt kaheväitelise tuumaga ning ülejäänud kooliindikaatorid hargnesid teistesse domeenidesse. Psühhomeetriselt tähendab see, et kooliärevuse latentne konstruktsioon ei eristunud antud valimis homogeense neljaindikaatorilise mõõtmena, vaid pigem segunes kaheks alamkomponendiks: (a) spetsiifiline koolivältimise/koolihirmu telg (mis eristus), ja (b) koolikontekstis avaldunud generaliseerunud mure või somaatiline distress (mis kaldus liituma teiste faktoritega). Väite-tasemel ilmnis viiefaktorilises lahenduses lisaks mitu tehnilist probleemkohta, mis on olulised mõõtemudeli kvaliteedi hindamisel. Esiteks tuvastati hulk väiteid, mille kompleksus (com) oli kõrge, mis viitab märkimisväärsele ristlaadumisele ja sellele, et väide kuulub rohkem kui ühte faktorisse. Eriti selgelt ilmnis see mitmel väitel, mille com oli ligikaudu 3 (nt scared_11, scared_16, scared_18, scared_31), mis viitab, et nende väidete variatiivsus jaotus mitme faktori vahel ning primaarlaadumine ei domineerinud piisavalt, et väidet saaks käsitleda puhta indikaatorina. Teiseks ilmnis madalama kommunaliteediga väiteid ($h^2 \sim 0,29-0,34$; u^2 vastavalt $\sim 0,66-0,71$), mis tähendab, et nende väidete puhul jäi suur osa variatiivsusest mõõtemudelil selgitamata. Näitena võib tuua scared_22 ($h^2 \sim 0,29$; $u^2 \sim 0,71$) ning osaliselt ka scared_8 ($h^2 \sim 0,34$; $u^2 \sim 0,66$), mis osutab, et need väited panustasid latentsete faktorite mõõtmisse nõrgemalt ning võivad olla tundlikud sõnastuse, vanuse või konteksti eripärade suhtes. Käesoleva uuringu kontekstis eelistatakse kokkuvõttes viiefaktorilist lahendust, kuna see vastab SCARED-i teooriapõhisele konstruktsioonile ning näitab paremat globaalset sobivust, kuid valik tehakse koos selge reservatsiooniga kooliärevuse domeeni suhtes. Kaheväitelise faktori esinemist tuleb tavaliselt käsitleda indikatsioonina, et latentne dimensioon on kas (a) sisuliselt kitsas ja vajab rohkem indikaatoreid, (b) valimis heterogeenne või (c) pigem spetsiifiline alavariatsioon mõnes teises laiemas domeenis. Seetõttu käsitletakse kooliärevuse faktorit käesolevas valimis kui osaliselt eristuvat ja potentsiaalselt ebastabiilset komponenti, mille mõõtmiskindlust tuleb hinnata järgmistes sammudes rangemate mudelitega. Metodoloogiliselt põhjendatud järgmine samm on testida mudelit kinnitava faktoranalüüsiga (CFA) sõltumatus valimis, võrreldes 4- ja 5-faktorilist struktuuri ning hinnates kooliärevuse faktori indikaatorite tugevust (sh standardiseeritud laadumised, vead, faktorikorrelatsioonid) ning vajadusel kaaluda alternatiivset modelleerimist (nt hierarhiline mudel või bifaktor, kus üldine internaliseerumise faktor selgitab ühise osa ja spetsiifilised domeenid lisavad jääkvariatiivsuse). Uuriva faktoranalüüsi tulemused (laadumised, h^2 , u^2 ja komplitseeritus) on esitatud tabelis (SCARED_EE_alaealine) 9.

Tabel (SCARED_EE_laps) 9. Väidete standardiseeritud faktorlaadungid, kommunaliteedid, unikaalsused ja kompleksus viiefaktorilises EFA lahenduses

Väide	F1	F2	F3	F4	F5	h^2	u^2	com
scared_12	0,75					0,58	0,42	1,13
scared_1	0,69					0,56	0,44	1,05
scared_27	0,68					0,48	0,52	1,18

scared_9	0,64			0,41	0,59	1,03
scared_15	0,64			0,57	0,43	1,11
scared_38	0,64			0,54	0,46	1,06
scared_6	0,61			0,43	0,57	1,27
scared_34	0,61			0,53	0,47	1,24
scared_30	0,55			0,6	0,4	1,3
scared_20	0,52			0,45	0,55	2,01
scared_19	0,5			0,53	0,47	1,67
scared_24	0,49			0,6	0,4	1,61
scared_7	0,44			0,49	0,51	1,75
scared_28	0,35			0,43	0,57	2,28
scared_2	0,34			0,34	0,66	2,32
scared_18	0,28	0,23	0,24	0,41	0,59	2,97
scared_11	0,26			0,31	0,69	3,3
scared_32	0,84			0,67	0,33	1,03
scared_26	0,82			0,64	0,36	1,01
scared_41	0,73			0,59	0,41	1,06
scared_10	0,7			0,69	0,31	1,11
scared_3	0,67			0,45	0,55	1,08
scared_40	0,65			0,6	0,4	1,08
scared_39	0,53			0,55	0,45	1,3
scared_35	0,78			0,71	0,29	1,05
scared_21	0,7			0,6	0,4	1,03
scared_33	0,66			0,53	0,47	1,03
scared_14	0,62			0,66	0,34	1,22
scared_23	0,5			0,56	0,44	1,58
scared_5	0,48			0,53	0,47	1,72
scared_37	0,43	0,28		0,56	0,44	1,94
scared_31	0,42		0,38	0,53	0,47	2,92
scared_22	0,33			0,29	0,71	1,9
scared_29	-0,22		0,65	0,41	0,59	1,27
scared_25			0,61	0,45	0,55	1,25
scared_13			0,6	0,4	0,6	1,32
scared_4			0,56	0,45	0,55	1,13
scared_8		0,28	0,4	0,34	0,66	1,97
scared_16	0,37		0,21 0,39	0,53	0,47	3,28
scared_17			0,58	0,7	0,3	1,71
scared_36	0,25		0,55	0,71	0,29	1,69

Märkused. F1-F5 – faktorid; h² - kommunaliteetid; u² – unikaalsus, com - komplekssus

3.2.3.2. SCARED_EE_alaealine konstrukti valiidsus

3.2.3.2.1. Koonduv valiidsus

Koonduvat (konvergentset) valiidsust hinnati SCAREDi alaskaalade ja üldskoori seoste kaudu teoreetiliselt vastavate ärevuskonstrukte mõõtvate enesekohaste küsimustike

koondskooridega. Nagu nähtub tabelist (SCARED_EE_laps) 10, olid seosed läbivalt tugevad kuni väga tugevad (p vahemikus 0,69–0,94), toetades nii aladomeenide (lahutus-, sotsiaal-, paanika- ja üldistunud ärevus) kui ka üldise ärevussümptomaatika mõõtmise kooskõla paralleelmõõdikutega. SCAREDi kooliärevuse alaskaala puhul ei olnud koonduva valiidsuse hindamine võimalik, kuna puudusid sobivad paralleelmõõdikud, mis mõõdaksid sama konstrukti piisava täpsusega.

Tabel (SCARED_EE_laps) 10. SCARED lapse versiooni alaskaalade koonduv valiidsus võrdluses teiste mõõdikutega

SCARED alaskaala	Võrdlusmõõdik	ρ	p
Lahutusärevus	RCADS lahutusärevus	0,78	< 0,001
Lahutusärevus	YAM-5 lahutusärevus	0,78	< 0,001
Sotsiaalärevus	RCADS sotsiaalärevus	0,76	< 0,001
Sotsiaalärevus	YAM-5 sotsiaalärevus	0,76	< 0,001
Paanikahäire	RCADS paanikahäire	0,90	< 0,001
Paanikahäire	YAM-5 paanikahäire	0,85	< 0,001
Üldistunud ärevus	RCADS üldistunud ärevus	0,81	< 0,001
Üldistunud ärevus	YAM-5 üldistunud ärevus	0,83	< 0,001
Üldistunud ärevus	GAD-7	0,73	< 0,001
Üldistunud ärevus	GAD-2	0,69	< 0,001
SCARED üldkoor	RCADS ärevuse koondskoor	0,94	< 0,001
SCARED üldkoor	RCADS üldskoor	0,94	< 0,001
SCARED üldkoor	YAM-5 I osa koondskoor	0,91	< 0,001
SCARED üldskoor	YAM-5 üldskoor	0,88	< 0,001

Märkused: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

3.2.3.2.2. Eristav valiidsus

Divergentne valiidsus

Divergentset valiidsust hinnati SCAREDi skooride seostena DSM-5 sõelküsimumstiku mania sümptomite keskmise skooriga, kuna andmestikus puudusid kättesaadavad selgelt eksternaliseerivad või muul viisil ärevusest psühholoogiliselt sõltumatud paralleelmõõdikud, mis võimaldaksid eristavat valiidsust hinnata rangemalt ärevusest kaugema konstrukti suhtes. Mania keskmist kasutati seetõttu praktilise ja skaalas võrreldava indikaatorina. Tulemused (vt Tabel (SCARED_EE_laps) 11) näitasid, et SCAREDi alaskaalad ja üldskoor seostusid mania keskmisega statistiliselt oluliselt, kuid üldjoontes nõrgal kuni mõõdukal määral ($p = 0,12$ – $0,29$). See muster toetab tõlgendust, et SCARED mõõdab valdavalt ärevussümptomaatikat, jagades mania sümptomitega vaid piiratud ühisosa, samas kui mõnes domeenis (nt paanika-, kooliärevuse ja üldistunud ärevuse näitajad) ilmneb veidi suurem, ent siiski mõõdukas kattuvus.

Tabel (SCARED_EE_laps) 11. Eristava valiidsuse näitajad: SCARED alaskaalade korrelatsioonid DSM-5 sõelküsimumstiku mania skaala keskmise skooriga

SCARED alaskaala	DSM mania M ρ	p
Lahutusärevus	0,13	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,12	< 0,001
Paanikahäire	0,29	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,25	< 0,001
Kooliärevus	0,28	< 0,001
SCARED üldskoor	0,25	< 0,001

Märkus. ρ – Spearmani järjestuskorrelatsioonikordaja rho; DSM mania M – DSM sõelküsimumstiku mania sümptomiindeksi keskmine skoor.

SCARED_EE_laps tuntud gruppide valiidsus: kliiniline- vs kontrollgrupp

SCARED-i tuntud gruppide valiidsust hinnati kliinilise (n = 204) ja kontrollrühma (n = 196) skoorijaotuste võrdlusena Mann–Whitney U testiga (kirjeldavad näitajad vt Tabel (SCARED_EE_laps) 12). Efektisuurusena raporteeriti Cliffi δ (positiivne väärtus viitab kõrgematele skooridele kliinilises rühmas). Kõigi alaskaalade ning üldskoori puhul olid kliinilise rühma skoorid kontrollrühmast kõrgemad ja rühmade erinevused olid statistiliselt olulised: kooliärevus (U = 29 171, p < 0,001; δ = 0,46), lahutusärevus (U = 25 516, p < 0,001; δ = 0,28), paanika/somaatilise (U = 30 047, p < 0,001; δ = 0,50), sotsiaalärevus (U = 27 858, p < 0,001; δ = 0,39), üldistunud ärevus (U = 28 236, p < 0,001; δ = 0,41) ning SCARED üldskoor (U = 29 910,5, p < 0,001; δ = 0,50). Efektisuurused viitavad kokkuvõtlikult mõõdukale kuni suurele grupieristusele, mis toetab SCARED-i võimet eristada kliinilist ja mittekliinilist rühma nii alaskaalade kui ka koondskoori tasandil.

Tabel (SCARED_EE_laps) 12. Tuntud gruppide valiidsus: kliinilise- ja kontrollrühma võrdlus

SCARED skaalad	N (%)	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Kliiniline	204(51,0)	4,5	3,6	4	0-15	5
Kontroll	196 (49,0)	2,9	2,8	2	0-14	3
Kokku	400 (100,0)	3,7	3,3	3	0-15	5
Sotsiaalärevus						
Kliiniline	204(51,0)	7,8	4,4	8	0-14	8
Kontroll	196 (49,0)	4,8	3,6	4	0-14	6
Kokku	400 (100,0)	6,4	4,3	6	0-14	7
Üldistunud ärevus						
Kliiniline	204(51,0)	10,6	5,0	10	0-18	8
Kontroll	196 (49,0)	6,8	4,9	6	0-18	7
Kokku	400 (100,0)	8,7	5,3	8	0-18	9
Paanikahäire						
Kliiniline	204(51,0)	10,1	6,9	10	0-26	11
Kontroll	196 (49,0)	4,4	4,5	3	0-20	5,25
Kokku	400 (100,0)	7,3	6,5	5,5	0-26	10
Kooliärevus						

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Kooliärevus	0,73 (0,68–0,78)	2	0,34	0,80	0,54
SCARED üldskoor	0,75 (0,70–0,80)	22	0,38	0,77	0,61

Märkus: AUC – ROC-kõvera alune pindala (*Area Under the Curve*); 95% UV – 95% usaldusvahemik; ümardatud äralõikepunkt – optimaalne lävend kliinilise ja kontrollrühma eristamiseks (valitud Youdeni indeksi maksimeerimise alusel); Sens – sensitiivsus; Spec – spetsiifilisus; Youden J – Youdeni indeks

3.2.3.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

SCARED_EE_laps alaskaalade seosed diagnoosidega kliinilises grupis

SCARED lasteversiooni alaskaalade seoseid MINI-Kid diagnoosidega hinnati logistilise regressiooniga, kus sõltuvaks muutujaks oli vastava häire diagnoosi olemasolu (jah/ei) ning peamiseks selgitavaks muutujaks vastava alaskaala skoor. Tulemused esitatakse šansside suhtena (OR) ühe standardhälbe suurenemise kohta, mis võimaldab eri alaskaalade mõju suurusjärke omavahel paremini võrrelda (kõrgem skoor = suurem diagnoosišanss; vt Tabel (SCARED_EE_laps) 14). Kuna MINI-Kid intervjuu viidi läbi üksnes kliinilises rühmas, põhinevad analüüsid kliinilisel alamvalimil, kellel olid olemas nii laste enesehinnangud kui MINI-Kid andmed (n = 199). Nagu tabelis näidatud, olid SCARED lasteversiooni skoorid vanuse ja soo kontrollimisel järjekindlalt seotud vastavate MINI-Kid diagnoosidega ning tulemuste muster oli sisuliselt kooskõlas ootuspärase konstruktsiooniga. Kõige tugevamad seosed ilmneshid paanikasümptomite ja sotsiaalärevuse alaskaaladel: ühe standardhälbe võrra kõrgem skoor seostus vastavalt ligikaudu seitsmekordse (OR = 7,0; 95% UV 3,0–16,0) ja kuuekordse (OR = 6,1; 95% UV 3,5–10,7) diagnoosišansi suurenemisega. Ka lahusärevuse ja üldistunud ärevuse skaaladel ilmneshid selged positiivsed seosed (OR-id vastavalt 2,5 ja 2,7), viidates, et kõrgemad sümptomisummad peegeldavad usaldusväärselt suuremat intervjuupõhise diagnoosi tõenäosust. SCARED üldskoor seostus ootuspäraselt vähemalt ühe MINI-Kid ärevushäire esinemisega (OR = 4,0; 95% UV 2,6–6,1), mis toetab lasteversiooni head kriteeriumipõhist valiidsust ärevuse üldise sümptomikoormuse indikaatorina kliinilises valimis. Kokkuvõtvalt näitavad tulemused, et SCARED lasteversioon diferentseerib MINI-Kid intervjuu alusel määratletud ärevushäireid tugevasti just paanika- ja sotsiaalärevuse domeenides, kuid toetab veenvalt ka lahus- ja üldistunud ärevuse hindamist ning üldskoori kasutamist ärevushäirete laiapõhjalisema riskinäitajana.

Tabel (SCARED_EE_laps) 14. SCARED_EE_laps alaskaalade tulemuste seos MINI-Kid intervjuu diagnoosiga.

Selgitav tunnus (SCARED alaskaala)	Kriteerium (MINI-Kid diagnoos)	N (juhud)	M (SH)	OR 1 SH kohta (95% UV)	p
Lahutusärevus	Lahutusärevus	199 (12)	4,6 (3,6)	2,5 (1,4–4,4)	0,002
Paanika	Paanikahäire	199 (17)	10,1 (6,9)	7,0 (3,0–16,0)	< 0,001
Sotsiaalärevus	Sotsiaalärevus	199 (50)	7,9 (4,4)	6,1 (3,5–10,7)	< 0,001
Üldistunud ärevus	Üldistunud ärevushäire	199 (31)	10,6 (5,0)	2,7 (1,6–4,6)	< 0,001
Üldskoor	≥ 1 ärevushäire	199 (71)	37,0 (18,6)	4,0 (2,6–6,1)	< 0,001

Märkus. OR – šansside suhe; 95% UV – 95% usaldusvahemik; N (juhud) – valimi suurus ja diagnoosiga isikute arv; M (SH) – keskmine ja standardhälve.

Kokkuvõttev tabel SCARED_EE_laps kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus	X			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			X	
Sensitiivsus		X		
Spetsiifilisus		X		
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			X	
Normide olemasolu		X		

Kasutatud kirjandus:

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545–553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>

Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). *Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–1236. <https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00011>

Hale, W. W., III, Raaijmakers, Q., Muris, P., & Meeus, W. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general adolescent population: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), 494–506

MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). *Sample size in factor analysis*. *Psychological Methods*, 4(1), 84–99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>

Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275–303. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>

4. Ärevushäirete sõelküsimumstik (YAM-5)

Sissejuhatus

YAM-5 (*Youth Anxiety Measure for DSM-5*) ehk Ärevushäirete sõelküsimumstik on välja töötatud eesmärgiga ajakohastada laste ja noorukite ärevushäirete hindamist ja viia see vastavusse DSM-5 diagnostilise raamistikuga (Muris et al, 2017). Hindamisvahendist on nii lapse enesekohane kui ka vanema või eestkostja hinnangul põhinev versioon, mis koosnevad 50 paralleelväitest. Hindamisvahend sobib 8-18-aastaste laste ja noorukite ärevushäiretele viitavate sümptomite esinemise ja mustri tuvastamiseks ja kirjeldamiseks, mis toetab kliinilist otsustamist edasise hindamise või sekkumise vajaduse osas ning võimaldab sümptomite muutuse jälgimist ajas. Seega ei ole tegu iseseisva diagnostilise mõõtevahendiga, vaid sõelküsimumstikuga, mis aitab eristada edasist hindamist vajavaid isikuid.

YAM-5 jaguneb kahte põhiossa, millest esimene hõlmab DSM-5 peamisi ärevushäirete sümptomivaldkondi (sh lahutusärevus, sotsiaalärevus, üldistunud ärevus, paanikasümptomid ja valikuline mutism), teine osa aga keskendub spetsiifilistele foobiatele (loomad; keskkonnaga seotud; veri-süst-vigastus; situatiivne/agorafoobia; muu). Vastaja annab väidetele hinnangu 4 sagedusvariandiga skaalal (0=mitte kunagi; 3 = alati). Tulemusi saab esitleda nii alaskaalade summaskooridena kui ka kahe põhiosa koondskooridena.

Mõõtevahendi kasutamine ei eelda eriväljaõpet, kuid skooride sisukas ja vastutustundlik tõlgendamine eeldab vaimse tervise ning psühhomeetria alast pädevust. YAM-5 on autorikaitsega kaetud mõõtevahend, mille kasutamine teadus- ja kliinilises kontekstis ning tõlgitud versioonide levitamine eeldab vastavust autorite poolt kehtestatud tingimustele. Skoorimis- ja tõlgendamisjuhised on esitatud instrumendi arendus tja psühhomeetrilisi omadusi käsitlevates teadusartiklites.

YAM-5 on näidanud head sisereliaablust ning ootuspärast konstrukti- ja koondavat valiidsust, toetades mõõtevahendi sobivust laste ja noorukite ärevushäirete sümptomite sõelumiseks ja hindamiseks DSM-5 raamistikus (Fernández-Martínez & Muris, 2024).

Metoodika

Tõlkeprotsessi kirjeldus

Uuringu koordinaator Margit Lenk-Adusoo kooskõlastas YAM-5 mõõtevahendi autoritega valideerimisuuringu eesmärgid ning edastas konsensuskohtumiste eel meeskonnale YAM-5 originaalsed lapse ja eestkostja versioonid koos skoorimisjuhistega. Varem oli Tartu Ülikooli magistrikursuse raames kliiniline psühholoog Mairi Männamaa juhendamisel sündinud esialgne tõlge laste ja noorukite versioonist (tlk Triin Kesküla ja Mirjam Suve, 2022). Käesolevas uuringus koostati esmakordne tõlge ka eestkostjate versioonile ning kohandati olemasolevat laste ja noorukite versiooni tõlget. Konsensuskohtumistel osalesid ning tõlkeprotsessi panustasid kliinilised psühholoogid Mairi Männamaa, Thea Marran, Juuli Puusepp, Triinu Ojala ja Ailen Elias.

Andmete kogumine

Andmed YAM-5 eestkostja ja alaealise versiooni kohta koguti käesolevas uuringus ettenähtud protsessi raames nii kliinilise kui kontrollgrupi uuritavatelt ning võimalusel ka kordusuuringu etapis. Hindamisvahendi täitis kaasamisuurings 314 eestkostjat ning 391 last või noort; kordusuuringus osales eestkostjaid 73 ning lapsi-noori 51.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

Valideeritavate skaalade konvergentse ja diskriminantse valiidsuse ning informantidevahelise kooskõla hindamiseks kasutati järgmisi paralleelmõõdikuid: SCARED (vanem, laps), RCADS (vanem, laps), CDI-2 (vanem, laps), PHQ-9 (laps) ja GAD-7 (laps) ning DSM-5 sõel (lvanem, laps), SNAP-IV (vanem). Konvergentset valiidsust hinnati eeskätt seostena teoreetiliselt kattuvate sümptomite näitajatega (nt ärevuse domeenide alaskaalad omavahel), diskriminantset valiidsust seostena konstruktsiooniliselt kaugemate sümptomite näitajatega (vanematel SNAP-IV hüperaktiivsuse ja tõrges-trotsliku käitumise alaskaaladega, lastel DSM sõelküsimumstiku mania sümptomiindeksi keskmise skooriga). YAM-5 vanema ja lapse paralleelvorme kasutati lisaks informantidevahelise kooskõla hindamiseks, võrreldes lapse ja vanema raporteeritud skooride seoseid. Kriteeriumivaliidsuse hindamiseks kasutati MINI-Kid 7.0.2 intervjuu binaarseid diagnostilisi tunnuseid, võrreldes valideeritavate skaalade asjakohaste alaskaalade seoseid vastava häire diagnoosistaatusega (vastavus/mittevastavus), et hinnata, kuivõrd sümptomite skoorid eristavad diagnostilistele kriteeriumidele vastavaid ja mittevastavaid noorukeid.

4.1. Ärevushäirete sõelküsimumstik YAM-5 eestkostja/vanema versioon – YAM-5_EE_vanem

Uuringu tulemused

4.1.1. Valimi kirjeldus

YAM-5 eestkostja versiooni täitis oma lapse või eestkostetava kohta kaasamisuuringu 314 eestkostjat, kelle keskmine vanus oli 41,9 aastat (SH = 6,3, vahemik 24–59). Vastajatest olid 86,6 % emad, 6,4 % isad ning 0,6 % kasuvanemad või muud hooldajad, 6,4 % eestkostjate puhul polnud seos lapsega täpsustatud. Tabelis (YAM_EE_vanem) 1 on toodud hindamisaluseks olevate laste kohta käivad kirjeldavad statistikud.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 1. YAM-5 vastanute poolt hinnatud laste vanuseline ja sooline jaotus

	N (%)	Vanus			
		M	SH	Md	Min-Max
Kaasamisuuring					
Tüdrukud	167 (53,2)	12,7	2,7	13,0	8-17
Poisid	112 (35,7)	11,9	2,7	12,0	8-17
Sugu määratlemata	35 (11,1)	10,9	2,5	10,0	8-16
Kokku	314 (100)	12,2	2,8	12,0	8-17
Kordusuuring					
Tüdrukud	45 (61,6)	12,8	2,8	13,0	8-17
Poisid	27 (37,0)	11,8	3,0	11,0	8-17
Sugu määratlemata	1 (1,4)	14,0	-	14,0	14-14
Kokku	73 (100)	12,5	2,9	13,0	8-17

Märkused: M – keskmine; SH - standardhälve; Md - mediaan; Min - vähim vanus; Max – suurim vanus

YAM-5 vanemaversiooni skooride jaotuste hindamine näitas, et nii I osa (ärevushäired) kui ka II osa (spetsiifilised foobiad) alaskaalade ja koondskooride jaotused kaldusid valdavalt paremale asümmeetriasse ning olid mitmel juhul järsud, mis on sümptomisummade puhul ootuspärane (suur osa vastajatest raporteerib väheseid või puuduvad sümptomeid). I osas olid kõige enam mitte-normaaljaotuslikud lahususärevuse (asümmeetria 2,01; järsakus 5,31), paanikahäire (1,86; 3,65) ja valikulise mutismi (1,52; 1,92) alaskaalad, viidates tugevale skooride koondumisele madalates väärtustes ja väikesele kõrgete skooride osakaalule. Sotsiaalärevuse (1,34; 1,41) ja üldistunud ärevuse (0,96; 0,49) jaotused olid mõõdukamad ning I osa koguskoor (1,44; 2,16) oli ootuspäraselt stabiilsem koondnäitaja. Põrandaefekt oli suurim paanikahäire (49,4%), valikulise mutismi (39,8%) ja lahususärevuse (36,6%) skaaladel ning väiksem sotsiaalärevuse (17,2%) ja üldistunud ärevuse (15,0%) puhul; I osa koguskooril oli põrandaefekt väike (5,1%). Laaeffektid olid marginaalsed (0,0–0,6%). II osas eristus kõige enam situatsioonihirmude alaskaala väga tugeva asümmeetria ja järsakusega (2,99; 11,91); muude foobiade skaala oli samuti selgelt paremale kaldu (1,71; 3,55), samas kui looma- ning veri-süst-vigastuse foobiade jaotused olid mõõdukamad. Põrandaefektid olid II osas kohati väga väljendunud (nt situatsioonihirmud 57,6%), kuid koondskooridel minimaalsed (II osa koguskoor 2,5%; üldskoor 0,3%). Ühtlasi oli YAM-5

Üldskoor koondskoorina ootuspäraselt stabiilsem ning paremale kaldu (asümmeetria 1,51; järsakus 3,06). Laaeefektid olid üldiselt madalad (kuni 1,6%). Kokkuvõtvalt on jaotuste kuju ning põranda- ja laaeefektide muster internaliseeruvate sümptomisummade puhul ootuspärane ning viitab, et mõõdik eristab paremini raskusastme kõrgemas otsas.

YAM-5_EE I ja II osa alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kaasamis- ja kordusuuringus on esitatud tabelites 2-5.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 2. YAM-5 I osa alaskaalade ja koguskoori kirjeldav statistika kaasamisuuringus

YAM-5 I skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	167 (53,2)	2,4	2,7	2,0	0–16	3,0
Poisid	112 (35,7)	2,1	2,8	1,0	0–15	3,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	1,4	1,6	1,0	0–7	2,0
Kokku	314 (100)	2,2	2,7	2,0	0–16	3,0
Valikuline mutism						
Tüdrukud	167 (53,2)	2,6	3,0	2,0	0–12	4,0
Poisid	112 (35,7)	1,5	1,8	1,0	0–7	2,5
Sugu määratlemata	35 (11,1)	0,9	1,3	0,0	0–4	1,0
Kokku	314 (100)	2,0	2,5	1,0	0–12	3,0
Sotsiaalärevus						
Tüdrukud	167 (53,2)	4,9	4,2	4,0	0–17	5,0
Poisid	112 (35,7)	2,4	2,7	1,5	0–13	3,5
Sugu määratlemata	35 (11,1)	2,5	2,0	2,0	0–9	3,0
Kokku	314 (100)	3,7	3,7	3,0	0–17	4,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	167 (53,2)	3,0	3,5	2,0	0–16	5,0
Poisid	112 (35,7)	1,2	2,0	0,0	0–12	2,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	0,7	1,4	0,0	0–5	1,0
Kokku	314 (100)	2,1	3,0	1,0	0–16	3,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	167 (53,2)	5,8	4,3	5,0	0–18	6,0
Poisid	112 (35,7)	3,4	3,7	2,0	0–18	4,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	3,1	2,8	3,0	0–10	4,0
Kokku	314 (100)	4,7	4,1	4,0	0–18	6,0
I osa koguskoor						
Tüdrukud	167 (53,2)	18,6	14,9	15,0	0–72	22,0
Poisid	112 (35,7)	10,6	10,3	8,0	0–57	13,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	8,7	6,5	8,0	0–25	8,0
Kokku	314 (100)	14,6	13,4	11,0	0–72	16,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 3. YAM-5 II osa alaskaalade ja koguskoori kirjeldav statistika kaasamisuuringu

YAM-5 II skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Loomad						
Tüdrukud	167 (53,2)	3,9	2,7	4,0	0–11	3,0
Poisid	112 (35,7)	3,0	2,8	2,0	0–14	3,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	4,7	3,1	4,0	0–13	5,0
Kokku	314 (100)	3,7	2,9	3,0	0–14	4,0
Keskkond						
Tüdrukud	167 (53,2)	2,9	2,6	3,0	0–12	3,0
Poisid	112 (35,7)	2,2	2,4	1,5	0–10	3,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	3,2	2,5	3,0	0–11	4,0
Kokku	314 (100)	2,7	2,5	2,0	0–12	3,0
Situatsioonid						
Tüdrukud	167 (53,2)	1,8	2,8	0,0	0–17	3,0
Poisid	112 (35,7)	0,9	1,8	0,0	0–12	1,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	0,6	1,0	0,0	0–4	1,0
Kokku	314 (100)	1,3	2,4	0,0	0–17	2,0
Veri-süst-vigastus						
Tüdrukud	167 (53,2)	2,4	2,3	2,0	0–9	4,0
Poisid	112 (35,7)	2,0	2,2	1,0	0–9	3,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	2,3	2,2	2,0	0–9	3,0
Kokku	314 (100)	2,2	2,3	2,0	0–9	3,0
Muu						
Tüdrukud	167 (53,2)	1,7	1,9	1,0	0–10	2,0
Poisid	112 (35,7)	0,9	1,3	0,0	0–6	2,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	0,9	1,2	0,0	0–5	1,0
Kokku	314 (100)	1,3	1,7	1,0	0–10	2,0
II osa koguskoor						
Tüdrukud	167 (53,2)	12,7	9,5	11,0	0–58	11,0
Poisid	112 (35,7)	9,0	8,4	6,0	0–44	10,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	11,6	7,2	11,0	0–25	11,0
Kokku	314 (100)	11,3	9,0	9,0	0–58	11,0
YAM-5 üldskoor						
Tüdrukud	167 (53,2)	31,3	22,0	27,0	1–130	31,0
Poisid	112 (35,7)	19,6	16,9	14,5	1–101	18,0
Sugu määratlemata	35 (11,1)	20,3	11,2	18,0	0–47	16,0
Kokku	314 (100)	25,9	20,1	21,0	0–130	24,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 4. YAM-5 I osa alaskaalade ja koguskoori kirjeldav statistika kordusuuringus

YAM-5 I skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						

Tüdrukud	45 (61,6)	2,7	3,0	2,0	0–14	4,0
Poisid	27 (37,0)	2,3	3,1	1,0	0–13	4,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	1,0	—	1,0	1–1	0,0
Kokku	73 (100)	2,5	3,0	2,0	0–14	4,0
Valikuline mutism						
Tüdrukud	45 (61,6)	3,2	2,7	3,0	0–10	4,0
Poisid	27 (37,0)	2,0	2,2	1,0	0–7	4,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	3,0	—	3,0	3–3	0,0
Kokku	73 (100)	2,8	2,5	2,0	0–10	5,0
Sotsiaalne ärevus						
Tüdrukud	45 (61,6)	5,9	3,9	5,0	0–15	6,0
Poisid	27 (37,0)	3,2	3,5	2,0	0–13	4,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	5,0	—	5,0	5–5	0,0
Kokku	73 (100)	4,9	3,9	4,0	0–15	7,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	45 (61,6)	3,0	3,3	2,0	0–15	5,0
Poisid	27 (37,0)	1,4	2,5	1,0	0–12	2,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	3,0	—	3,0	3–3	0,0
Kokku	73 (100)	2,4	3,0	1,0	0–15	4,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	45 (61,6)	6,4	4,0	6,0	0–16	5,0
Poisid	27 (37,0)	4,4	4,6	4,0	0–18	6,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	7,0	—	7,0	7–7	0,0
Kokku	73 (100)	5,7	4,3	6,0	0–18	6,0
I osa koguskoor						
Tüdrukud	45 (61,6)	21,2	12,6	21,0	0–58	16,0
Poisid	27 (37,0)	13,3	12,5	10,0	1–51	14,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	19,0	—	19,0	19–19	0,0
Kokku	73 (100)	18,2	12,9	17,0	0–58	21,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 5. YAM-5I I osa alaskaalade ja koguskoori kirjeldav statistika kordusuuringus

YAM-5 II skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Loomad						
Tüdrukud	45 (61,6)	4,3	2,8	4,0	0–12	3,0
Poisid	27 (37,0)	3,4	3,1	3,0	0–15	3,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	1,0	—	1,0	1–1	0,0
Kokku	73 (100)	3,9	3,0	4,0	0–15	3,0
Keskkond						
Tüdrukud	45 (61,6)	3,0	2,7	3,0	0–12	3,0
Poisid	27 (37,0)	2,6	2,6	2,0	0–10	3,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	2,0	—	2,0	2–2	0,0
Kokku	73 (100)	2,8	2,6	2,0	0–12	3,0

Situatsioonid						
Tüdrukud	45 (61,6)	2,4	3,1	1,0	0–12	3,0
Poisid	27 (37,0)	1,3	2,3	0,0	0–10	1,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	0,0	—	0,0	0–0	0,0
Kokku	73 (100)	2,0	2,9	1,0	0–12	3,0
Veri-süst-vigastus						
Tüdrukud	45 (61,6)	2,3	2,1	2,0	0–7	3,0
Poisid	27 (37,0)	2,0	2,7	1,0	0–9	2,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	3,0	—	3,0	3–3	0,0
Kokku	73 (100)	2,2	2,3	2,0	0–9	3,0
Muu						
Tüdrukud	45 (61,6)	2,1	2,0	2,0	0–7	2,0
Poisid	27 (37,0)	1,2	1,8	1,0	0–6	2,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	1,0	—	1,0	1–1	0,0
Kokku	73 (100)	1,8	1,9	1,0	0–7	3,0
II osa koguskoor						
Tüdrukud	45 (61,6)	14,2	10,2	13,0	1–47	12,0
Poisid	27 (37,0)	10,5	10,4	7,0	0–47	9,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	7,0	—	7,0	7–7	0,0
Kokku	73 (100)	12,8	10,3	9,0	0–47	10,0
YAM-5 üldskoor						
Tüdrukud	45 (61,6)	35,4	20,4	33,0	2–105	26,0
Poisid	27 (37,0)	23,8	21,2	17,0	7–98	29,0
Sugu määratlemata	1 (1,4)	26,0	—	26,0	26–26	0,0
Kokku	73 (100)	31,0	21,2	28,0	2–105	27,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Kordusuuringu (N = 73) YAM-5 skoorid olid võrreldes kaasamisuuringu (N = 314) üldjoontes veidi kõrgemad, mis on kooskõlas väiksema valimi ja suurema tüdrukute osakaaluga kordusuuringus (61,6% vs 53,2%). Tasemeerinevused olid kõige selgemad I osa koondskooris (M = 18,2 vs 14,6) ning sotsiaälärevuse ja valikulise mutismi skaaladel (vastavalt M = 4,9 vs 3,7 ja M = 2,8 vs 2,0); paanikasümptomite ja üldistunud ärevuse keskmised olid kordusuuringus samuti mõnevõrra kõrgemad, samas kui lahtusärevuse erinevus jäi väikeseks. II osa spetsiifiliste foobiade koondskoor oli kordusuuringus mõõdukalt kõrgem (M = 12,8 vs 11,3), eeskätt situatsioonihirmude ja muude foobiade arvelt, samal ajal kui loomade, keskkonna ning veri-süst-vigastuse alamdomeenides olid erinevused tagasihoidlikud. Üldskoor oli kordusuuringus kõrgem (M = 31,0 vs 25,9), mis tõenäoliselt peegeldab valimi koostist ja sümptomikoormuse erinevust; seetõttu käsitletakse neid võrdlusi kirjeldavate, mitte muutust kinnitavate leidudena. YAM-5 vanemaversiooni kaasamisuuringu skooride erinevusi vanuseklasside (7–10, 11–14, 15–17) ja soo lõikes hinnati mitteparametriliste võrdlustega, arvestades sümptomisummadele omast ebanormaalset jaotust. Vanuserühmade võrdlemiseks kasutati Kruskali–Wallise testi ning statistiliselt oluliste üldtestide korral Dunn'i järelteste Holm-korrigeringuga; soo võrdlemiseks kasutati Mann–Whitney U testi. Kirjeldavate näitajatena esitati mediaanid ja kvartiilhaarded (Md (IQR)). Tulemused on esitatud Tabelis (YAM-5_EE_vanem) 6 (vanuseklassid) ja Tabelis (YAM-5_EE_vanem) 7 (sugu).

Vanuseklasside võrdlus näitas, et YAM-5 I osa domeenides oli vanemahinnanguline sümptomitase üldjoontes madalam nooremas rühmas ning kõrgem keskmises ja vanemas rühmas, eriti sotsiaalärevuse, paanikasümptomite ja üldistunud ärevuse valdkondades; sama muster kajastus ka I osa koondskooris (noorem Md 8,0; keskmine Md 15,0; vanem Md 12,0). Lahutusärevuse domeenis ilmnis vastupidine suund, kus vanemas rühmas olid tüüpilised skoorid madalamad (noorem Md 2,0; vanem Md 0,0), mis on kooskõlas lahutusärevuse sümptomite suurema arengulise määratusega varasemas eas. II osa foobiadomeenides olid vanusemustrid heterogeensemad, kuid mitmes valdkonnas ja II osa koondskooris kaldusid tüüpilised skoorid vanusega pigem vähenema (II osa koondskoor: noorem Md 11,0; keskmine Md 9,0; vanem Md 6,0), samas kui situatsioonifoobiade domeenis selget vanuserühmade erinevust ei ilmnenud. YAM-5 üldskoori tasandil ühesuunalist vanusetrendi ei kujunenud.

Tabelis (YAM-5_EE_vanem) 6. Vanuseklasside lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Kruskal–Wallise test ja Dunn'i järeltest).

Skaala	Noorem (7–10) Md (IQR)	Keskmine (11–14) Md (IQR)	Vanem (15–17) Md (IQR)	H(2)	p	Dunn post-hoc (Holm)
Lahutusärevus	2,0 (2,0)	1,5 (4,0)	0,0 (2,0)	12,45	0,002	—
Valikuline mutism	0,0 (1,2)	2,0 (4,0)	1,0 (4,0)	17,32	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p=0,022)
Sotsiaalärevus	2,0 (3,0)	4,0 (5,2)	3,0 (5,0)	15,46	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p=0,008)
Paanikahäire	0,0 (2,0)	2,0 (4,0)	1,0 (4,0)	19,63	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p=0,003)
Üldistunud ärevus	2,5 (3,2)	5,0 (6,0)	5,0 (6,0)	18,85	<0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p<0,001)
I osa koguskoor	8,0 (11,0)	15,0 (18,5)	12,0 (18,0)	13,76	0,001	Keskmine > Noorem (p<0,001); Vanem > Noorem (p=0,033)
Loomad	4,0 (4,0)	3,0 (4,0)	2,0 (4,0)	10,73	0,005	—
Keskkond	3,0 (3,0)	2,0 (3,0)	1,0 (3,0)	24,32	<0,001	—
Situatsioonid	0,0 (1,0)	0,0 (2,0)	0,0 (2,0)	2,28	0,319	—
Veri–süst–vigastus	2,0 (3,0)	2,0 (4,0)	0,0 (2,0)	25,07	<0,001	—
Muu	1,0 (2,0)	1,0 (2,0)	0,0 (1,0)	6,97	0,031	—
II osa koguskoor	11,0 (10,0)	9,0 (12,2)	6,0 (10,0)	17,73	<0,001	—
YAM-5 üldskoor	19,0 (17,0)	23,0 (32,2)	21,0 (26,0)	3,41	0,182	—

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; H(2) – Kruskal–Wallise testi H-statistik (vabadusastmed = 2; vanuserühmi kolm); Dunn post-hoc – Dunn'i paarvõrdlused vanuserühmade vahel (näidatud ainult statistiliselt olulised võrdlused). “—” – post-hoc võrdlusi ei tehtud, kuna rühmade üldine erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Soo lõikes olid tüdrukute skoorid vanemahinnangutes üldiselt kõrgemad ning erinevus oli eriti väljendunud I osa alaskaalades (sotsiaalärevus, paanikahäire, üldistunud ärevus) ja I osa koondskooris (tüdrukud Md 15,0; poisid Md 8,0). II osa foobiadomeenides olid tüdrukute skoorid enamasti samuti kõrgemad, kuid veri–süst–vigastuse domeenis oli sooline kontrast nõrgem. Kokkuvõtvalt viitavad tulemused laiapõhjalisele soolisele erinevusele YAM-5

skoorides, mis koondub eeskätt kõrgemale internaliseeruvate sümptomite tasemele tüdrukute rühmas.

Tabelis (YAM-5_EE_vanem) 7. Soo lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Mann–Whitney test).

Skaala	Tüdrukud Md (IQR)	Poisid Md (IQR)	U	p
Lahutusärevus	2,0 (3,0)	1,0 (3,0)	10425	0,095
Valikuline mutism	2,0 (4,0)	1,0 (2,2)	11093	0,007
Sotsiaalärevus	4,0 (5,0)	1,5 (3,2)	12844,5	<0,001
Paanikahäire	2,0 (4,5)	0,0 (2,0)	12036	<0,001
Üldistunud ärevus	5,0 (6,0)	2,0 (4,0)	12642,5	<0,001
I osa koguskoor	15,0 (21,5)	8,0 (12,5)	12554,5	<0,001
Loomad	4,0 (3,0)	2,0 (3,0)	11635,5	<0,001
Keskkond	3,0 (3,0)	1,5 (3,0)	11133,5	0,006
Situatsioonid	0,0 (3,0)	0,0 (1,0)	10978,5	0,006
Veri–süst–vigastus	2,0 (4,0)	1,0 (3,0)	10486	0,080
Muu	1,0 (2,0)	0,0 (2,0)	11867,5	<0,001
II osa koguskoor	11,0 (11,0)	6,0 (10,0)	12100	<0,001
YAM-5 üldskoor	27,0 (30,5)	14,5 (18,0)	12784,5	<0,001

Märkus. Md – mediaan; IQR – kvartiilhaare; U – Mann–Whitney U-testistatistik; p – Mann-whitney testi olulisus

YAM-5 vanemaversiooni alaskaalade ja koondskooride omavahelised seosed olid valdavalt positiivsed ning statistiliselt olulised (vt Tabel (YAM-5_EE_vanem) 8). I osa ärevushäirete domeenid korreleerusid omavahel mõõdukalt kuni tugevalt (p ligikaudu 0,46–0,72), kusjuures suurimad seosed ilmneshid sotsiaalärevuse, üldistunud ärevuse ja paanikahäire vahel. II osa foobiadomeenide vahel olid seosed üldjoontes väiksemad ja heterogeensemamad (p umbes 0,15–0,55), kuid samasse valdkonda koonduvad foobiad olid omavahel selgemalt seotud (nt loomafoobia ja veri–süst–vigastuse foobia). Koondskoorid peegeldasid oodatult oma alaskaalade koosinemist: I osa koondskoor seostus tugevalt I osa domeenidega (p umbes 0,55–0,89) ning II osa koondskoor II osa domeenidega (p umbes 0,67–0,81). YAM-5 üldskoor oli kõige tugevamalt seotud I osa koondskooriga ($p = 0,91$) ning seostus mõõdukalt kuni tugevalt ka II osa koondskooriga ($p = 0,82$), viidates, et üldskoor koondab mõlema osa sümptomivariatsiooni, kuid on selles valimis rohkem mõjutatud ärevushäirete (I osa) sümptomitaseimest.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 8. Alaskaalade ja koondskooride omavahelised korrelatsioonid

Skaala	LÄ	VM	SÄ	PH	ÜÄ	LF	KKF	SITF	VSVF	MF	O1	O2
LÄ												
VM	0,48** *											
SÄ	0,56** *	0,61** *										
PH	0,46** *	0,48** *	0,57** *									
ÜÄ	0,49** *	0,48** *	0,72** *	0,70** *								

LF	0,28** *	0,16** *	0,23** *	0,19** *	0,25***								
KKF	0,57** *	0,26** *	0,39** *	0,27** *	0,36***	0,53** *							
SITF	0,52** *	0,46** *	0,52** *	0,45** *	0,43***	0,36** *	0,51***						
VSVF	0,30** *	0,15** *	0,20** *	0,18** *	0,23***	0,55** *	0,41***	0,33** *					
MF	0,53** *	0,38** *	0,46** *	0,45** *	0,46***	0,41** *	0,50***	0,54** *	0,39** *				
O1	0,70** *	0,70** *	0,86** *	0,78** *	0,89***	0,28** *	0,45***	0,55** *	0,27** *	0,55***			
O2	0,55** *	0,33** *	0,45** *	0,38** *	0,44***	0,81** *	0,78***	0,67** *	0,72** *	0,69***	0,52** *		
KS	0,72** *	0,62** *	0,78** *	0,69** *	0,80***	0,66** *	0,66***	0,67** *	0,51** *	0,69***	0,91** *	0,82***	

Märkused: LÄ = lahutusärevus; VM = valikuline mutism; SÄ = sotsiaalärevus; PH = paanikahäire; ÜÄ = üldistunud ärevus; LF = loomafoobia; KKF = keskkonnafoobia; SITF = situatsioonifoobia; VSVF = veri-süst-vigastus foobia; MF = muu foobia; O1 = I osa koondskoor; O2 = II osa koondskoor; KS = YAM-5 üldskoor; *** statistiline olulisus Benjamini–Hochbergi FDR-korrigeeritud p-väärtuste alusel: $p_{FDR} < 0,001$

4.1.2. YAM-5_EE_vanem reliaabluse näitajad

4.1.2.1. Sisereleiaablus

4.1.2.1.1. YAM-5 I osa sisereleiaablus

I osa alaskaalade sisemine kooskõla (vt Tabel (YAM-5_EE_vanem) 9) oli üldjoontes hea kuni väga hea. Cronbachi alfa väärtused jäid vahemikku 0,82–0,9, mis viitab sellele, et iga alaskaala väited mõõdavad valdavalt ühist konstrukti ning skaala on vanemahinnangute põhjal psühhomeetriliselt stabiilne. Kõrgeim sisemine kooskõla ilmnes üldistunud ärevuse alaskaalal ($\alpha = 0,91$), mille väited näitasid ka tugevamaid korrigeeritud väide–koguskoor seoseid. Paanikahäire ja sotsiaalärevuse alaskaalad olid samuti tugeva kooskõlaga ($\alpha = 0,89$; $\alpha = 0,87$). Lahutusärevuse alaskaala sisemine kooskõla oli hea ($\alpha = 0,84$). Väidete panuses ilmnes siiski mõõdukat varieeruvust, näiteks väide 19 oli alaskaalaga võrreldes nõrgemalt seotud. Samas selle väite eemaldamine ei muutnud Cronbachi alfa väärtust sisuliselt, mis viitab, et väite mõju alaskaalas mõõdetavale üldisele sisemisele kooskõlale on minimaalne ning tegemist on pigem sisulise kui reliaablust määravalt mõjutava erisusega. Valikulise mutismi alaskaala sisereleiaablus oli hea ($\alpha = 0,82$), eriti tugevad seosed ilmnesid väidetel 11 ja 25. Koguskaala sisemine kooskõla oli väga kõrge ($\alpha \approx 0,95$), ning ühegi üksiku väite eemaldamine ei muutnud koguskaala alfa väärtust. See viitab, et I osa koguskoor toimib vanemahinnangus ühtse üldise ärevussümptomite indeksina, kuigi alaskaalad säilitavad eristatavad sisulised profiilid. Info YAM-5 vanemaversiooni I osa sisereleiaabluse kohta paikneb tabelis (YAM-5_EE_vanem) 9.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 9. YAM-5 I osa alaskaalade ja koguskaala sisereleiaabluse näitajad

Alaskaala	Väide	Korrelatsioonid		Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)			
		Alaskaala (korr)	Koguskaala (korr)	Alaskaala α (95% CI) ja ω	Ilma väiteta	Koguskaala α (95% CI) ja ω	Ilma väited a
Lahutusärevus	yam1_1	0,68	0,53	α 0,84 (0,78–0,88)	0,80	α 0,95 (0,94–0,96)	0,95
	yam1_6	0,65	0,47	ω 0,85	0,81	ω 0,95	0,95
	yam1_10	0,65	0,51		0,81		0,95
	yam1_15	0,62	0,57		0,81		0,95
	yam1_19	0,50	0,51		0,84		0,95

	yam1_24	0,67	0,58		0,81	0,95
Valikuline mutism	yam1_2	0,62	0,52	α 0,82 (0,77–0,86)	0,79	0,95
	yam1_11	0,75	0,61	ω 0,83	0,73	0,95
	yam1_20	0,53	0,51		0,83	0,95
	yam1_25	0,72	0,59		0,75	0,95
Sotsiaälärevus	yam1_3	0,54	0,67	α 0,87 (0,84–0,90)	0,88	0,95
	yam1_7	0,62	0,61	ω 0,88	0,86	0,95
	yam1_12	0,65	0,61		0,86	0,95
	yam1_16	0,77	0,70		0,83	0,95
	yam1_23	0,74	0,71		0,84	0,95
	yam1_28	0,80	0,76		0,82	0,95
Paanikahäire	yam1_4	0,72	0,77	α 0,89 (0,85–0,92)	0,87	0,95
	yam1_8	0,70	0,64	ω 0,89	0,87	0,95
	yam1_13	0,67	0,64		0,88	0,95
	yam1_17	0,64	0,57		0,88	0,95
	yam1_21	0,75	0,61		0,87	0,95
	yam1_26	0,81	0,67		0,85	0,95
Üldistunud ärevus	yam1_5	0,82	0,74	α 0,91 (0,88–0,92)	0,88	0,95
	yam1_9	0,81	0,77	ω 0,91	0,88	0,95
	yam1_14	0,79	0,77		0,88	0,95
	yam1_18	0,64	0,57		0,91	0,95
	yam1_22	0,61	0,58		0,91	0,95
	yam1_27	0,81	0,79		0,88	0,95

Märkus. Alaskaala (korr) ja koguskaala (korr) – korrigeeritud väide–skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbach'i alfa (95% UV); ω – McDonald'i omega; "Ilma väiteta" – usaldusväärusnäitaja pärast väite eemaldamist

4.1.2.1.2. YAM-5 II osa sisereliaablus

II osa alaskaalade sisemine kooskõla varieerus mõõdukast heani. Kõrgeim kooskõla ilmnes situatsiooniliste hirmude alaskaalal ($\alpha = 0,78$) ning ka veri–süst–vigastuse alaskaalal oli kooskõla hea ($\alpha = 0,77$). Mõlemas domeenis olid väidete korrigeeritud seosed alaskaalaga üldiselt tugevamad ja ühtlasemad. Keskkonnafoobia ($\alpha = 0,69$) ja loomafoobia ($\alpha = 0,68$) alaskaaladel jäi kooskõla mõõdukaks, keskkonnafoobia alaskaalas panustas mõni väide nõrgemalt (nt väide 12), loomafoobiates eristus väide 18 (kassid) selgelt nõrgema seosega ning selle eemaldamine suurendas kooskõlanäitajat enim (α ilma väiteta = 0,71). Madalaim kooskõla ilmnes muude foobiade alaskaalal ($\alpha = 0,54$), kus väidete seosed alaskaalaga olid üldiselt nõrgemad ja varieeruvamad. II osa koguskaala sisemine kooskõla oli kõrge ($\alpha \approx 0,88$) ning üksikute väidete eemaldamine alfa väärtust sisuliselt ei muutnud. Seega on II osa koguskoor vanemahinnangu põhjal usaldusväärne üldise foobse hirmu näitaja, samas kui alaskaalade tõlgendus on kõige kindlam situatsiooniliste foobiade ning veri–süst–vigastuse domeenis ja ettevaatlikum muude foobiade (ning osaliselt loomafoobiade) puhul, kus väidete panus on heterogeensem. Info II osa sisereliaabluse kohta paikneb Tabelis (YAM-5_EE_vanem) 10.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 10. YAM-5 II osa alaskaalade ja koguskaala sisereliaabluse näitajad

		Korrelatsioonid		Cronbach'i alfa (α) ja McDonald'i omega (ω)			
Alaskaala	Väide	Alaskaala (korr)	Koguskaala (korr)	Alaskaala α (95% CI) ja ω	Ilma väiteta	Koguskaala α (95% CI) ja ω	Ilma väiteta
Loomad	yam2_1	0,57	0,53	α 0,68 (0,62–0,74)	0,56	α 0,88 (0,85–0,90)	0,87
	yam2_3	0,34	0,36	ω 0,69	0,67	ω 0,89	0,88
	yam2_9	0,55	0,50		0,57		0,87
	yam2_13	0,55	0,56		0,58		0,87
	yam2_18	0,22	0,22		0,71		0,88

Keskkond	yam2_4	0,49	0,52	α 0,69 (0,60–0,76)	0,61	0,87
	yam2_6	0,45	0,46	ω 0,69	0,64	0,87
	yam2_10	0,54	0,63		0,58	0,87
	yam2_12	0,42	0,45		0,66	0,88
Situatiivne	yam2_5	0,48	0,56	α 0,78 (0,67–0,85)	0,76	0,87
	yam2_7	0,56	0,40	ω 0,80	0,75	0,88
	yam2_16	0,54	0,41		0,74	0,88
	yam2_17	0,57	0,44		0,74	0,88
	yam2_21	0,54	0,55		0,74	0,87
	yam2_22	0,59	0,55		0,74	0,87
Veri-süst-vigastus	yam2_11	0,68	0,55	α 0,77 (0,71–0,81)	0,61	0,87
	yam2_15	0,68	0,62	ω 0,78	0,60	0,87
	yam2_19	0,49	0,42		0,80	0,88
Muu	yam2_2	0,41	0,58	α 0,54 (0,41–0,64)	0,42	0,87
	yam2_8	0,43	0,45	ω 0,59	0,43	0,88
	yam2_14	0,37	0,41		0,44	0,88
	yam2_20	0,26	0,26		0,55	0,88

Märkus. Alaskaala (korr) ja koguskaala (korr) – korrigeeritud väide–skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbachi alfa (95% UV); ω – McDonald'i omega; “Ilma väiteta” – usaldusväärsusnäitaja pärast väite eemaldamist

4.1.2.2. Test-kordustest reliaablus

Test-kordustest reliaablust hinnati vanemaversiooni alaskaalade ja koondskooride tasandil osalejatel, kellel olid olemas nii kaasamis- kui kordusuuringu hinnangud 2-4 nädalase intervalliga ($n = 68$). YAM-5 vanemaversiooni test-kordustest usaldusväärsus oli kõrge (Tabel (YAM-5_EE_vanem) 11): kõigi YAM-5 skaalade Spearmani korrelatsioonid kahe mõõtmise vahel jäid vahemikku $\rho = 0,72\text{--}0,90$. Kõrgeim ajastabiilsus ilmnas II osa keskkonnafoobia domeenis ($\rho = 0,90$) ning väga tugevad seosed olid ka I osa koondskooril ($\rho = 0,86$), II osa koondskooril ($\rho = 0,86$) ja YAM-5 üldskooril ($\rho = 0,88$), mis viitab, et vanema hinnangud püsivad kordusmõõtmisel üldjoontes järjekindlad nii ärevushäirete sümptomite kui ka foobiade sisuvaldkondade tasandil.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 11. Test-kordustest reliaablus YAM-5 vanema versioonis

YAM-5 skaala	Spearmani ρ	p
I osa		
Lahutusärevus	0,76	< 0,001
Valikuline mutism	0,85	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,84	< 0,001
Paanikahäire	0,74	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,79	< 0,001
I osa koguskoor	0,86	< 0,001
II osa		
Loomad	0,80	< 0,001
Keskkond	0,90	< 0,001
Situatiivne	0,82	< 0,001
Veri-süst-vigastus	0,87	< 0,001
Muu	0,72	< 0,001
II osa koguskoor	0,86	< 0,001
YAM-5 koguskoor	0,88	< 0,001

4.1.2.3. YAM-5 informantide vaheline kooskõla

Lapse ja vanema hinnangute vaheline kooskõla (Tabel (YAM-5_EE_vanem) 12) oli üldjoontes mõõdukas, kuid varieerus skaalati ($p = 0,38\text{--}0,65$; kõik $p < 0,001$). Kõige kõrgem kooskõla ilmnes koguskooridel (I osa koguskoor ja YAM-5 üldskoor: $p = 0,65$) ning mitmel I osa alaskaalal (nt paanikahäire: $p = 0,64$), samas kui kõige madalam kooskõla ilmnes II osa muude foobiade domeenis ($p = 0,38$), mis viitab tagasihoidlikumale kattuvusele informantide vahel. Mediaanide võrdlus näitas, et lapsed raporteerisid valdavalt kõrgemaid skoori kui vanemad nii I osa (nt I osa koguskoor Md: 21 vs 13) kui ka II osa puhul (nt II osa koguskoor Md: 13 vs 8), ning need erinevused olid enamikel skaaladel statistiliselt olulised. Erandina veri–süst–vigastuse domeenis mediaanid ei erinenud (Md: 1 vs 1), mis viitab selles valdkonnas sarnasematele hinnangutele.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 12. Lapse ja vanema/eestkostja hinnangute kooskõla YAM-5-s

Skaala	p (p)	Laps Md	Vanem Md	Wilcoxon p
I osa koguskoor	0,65 (<0,001)	21	13	<0,001
Lahutusärevus	0,53 (<0,001)	2	1	<0,001
Valikuline mutism	0,56 (<0,001)	3	1	<0,001
Sotsiaalärevus	0,55 (<0,001)	6	4	<0,001
Paanikahäire	0,64 (<0,001)	2	1	<0,001
Üldistunud ärevus	0,58 (<0,001)	7	5	<0,001
II osa koguskoor	0,58 (<0,001)	13	8	<0,001
Loomad	0,54 (<0,001)	4	3	0,0003
Keskkond	0,50 (<0,001)	3	2	<0,001
Situatsioonid	0,49 (<0,001)	2	0	<0,001
Veri–süst–vigastus	0,59 (<0,001)	1	1	0,87
Muu	0,38 (<0,001)	2	1	<0,001
YAM-5 üldskoor	0,65 (<0,001)	35	22	<0,001

Märkused: p – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon astaksummate testi statistiline olulisus

4.1.3. YAM-5_EE_vanem valiidsuse näitajad

4.1.3.1. YAM-5_EE_vanem struktuuri valiidsus

4.1.3.1.1. YAM-5_EE_vanem I osa struktuuri valiidsus

YAM-5 vanemaversiooni I osa latentse struktuuri hindamiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs (EFA). Faktorite eraldamiseks kasutati minres-meetodit ning kaldnurkset pööramist (oblimin), kuna ärevuse alatüübid on teoreetiliselt seotud ja faktoritevaheline korrelatsioon on ootuspärane. Andmete sobivus faktoranalüüsiks oli väga hea: KMO üldnäitaja oli kõrge (MSA = 0,936) ning Bartlett'i sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(378) = 5385,07$, $p < 0,001$). See kinnitas, et väidetevaheline seotus on piisav latentse struktuuri otsimiseks. Faktorite arvu määramisel lähtuti mitme kriteeriumi kooskõlast. Paralleelanalüüs viitas kuuefaktorilisele lahendusele ning sama toetas ka MAP-kriteerium, mille madalaim väärtus ilmnes kuue faktori korral. Mudelite sobivusindeksite võrdlus (1–8 faktorit) näitas samuti, et 6-faktori mudel kirjeldas andmeid väga hästi (TLI = 0,948; RMSEA = 0,0466, 90% CI [0,0385;

0,0548]; RMSR = 0,023) ning pakkus parimat kompromissi sobivuse ja parsimoonia vahel (madalaim BIC). Sisulise tõlgendatavuse kontrollimiseks hinnati siiski ka 5-faktori mudelit, sest YAM-5 I osa on algselt üles ehitatud viiele domeenile. Viie faktori mudeli sobivus jäi nõrgemaks (TLI = 0,897; RMSEA = 0,0653, 90% CI [0,0586; 0,0724]; RMSR = 0,031; BIC kõrgem) ning viitas, et see struktuur kohandub käesolevas valimis vähem hästi. Viie faktori lahenduses koondusid paanikasümptomite väited kõige selgemalt ühte faktorisse, mis viitab paanikadomeeni heale reprodutseeritavusele ka vanemahinnangutes. Samas ilmnes sotsiaälrevuse ja üldistunud ärevuse osaline sulandumine: muretsemist ja pinget kirjeldavad väited paigutusid samasse faktorruumi koos sotsiaalse hindamise ja negatiivse hinnangu hirmuga. Lisaks kaldusid valikulise mutismi väited osaliselt sotsiaalse hirmu faktorisse. Need nihked ei tähenda, et väited paikneksid valesti, vaid pigem seda, et viiefaktoriline mudel ei erista teatud domeene selles valimis piisavalt selgelt ning lihtne struktuur nõrgeneb (ristlaadumisi on rohkem ja faktorite tähendus muutub heterogeensemaks). Kuuefaktoriline mudel (Tabel (YAM-5_EE_vanem) 13) oli sisuliselt koherentsem ja eristusvõimelisem. Sotsiaälrevuse ja üldistunud ärevuse komponendid tulid selgemini esile ning valikulise mutismi sisu püsis stabiilsemalt eristatavana. Paanikadomeen säilis eraldi faktorina ka kuuefaktorilises lahenduses. Lahutusärevuse väited jagunesid kaheks faktoriks, mis võib viidata selle domeeni sisemisele mitmemõõtmelisusele (nt eraldumisolukordadega seotud vältimine versus katastroofilisem ohutaju). Sarnaseid struktuurivariante on kirjeldatud ka varasemates töödes: eri valimites on leitud nii kuuefaktorilisi lahendusi (sh lahutusärevuse jagunemine) kui ka mustreid, kus sotsiaälrevus ja üldistunud ärevus kipuvad koonduma samasse faktorisse; samuti on osutatud valikulise mutismi skaala võimalikule psühhomeetrilisele ebastabiilsusele (Fernández Martínez & Muris, 2024). Seetõttu toetavad käesolevad tulemused tõlgendust, et leitud 6-faktori lahendus peegeldab ärevussümptomite osalist ühisvariatiivsust ning vanemahinnangu eripära, mitte mõõtevahendi sobimatust.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 13. Väidete standardiseeritud faktorlaadungid, kommunaliteetid, unikaalsused ja kompleksus kuuefaktorilises EFA lahenduses

Väide	F1	F2	F3	F4	F5	F6	h2	u2	com
Yam1_1	0,9						0,7	0,2	1,0
6	0						8	2	3
Yam1_2	0,8						0,7	0,2	1,0
8	1						3	7	3
Yam1_2	0,6						0,6	0,4	1,1
3	1						0	0	3
Yam1_1	0,5						0,4	0,5	1,5
2	0						2	8	7
Yam1_1	0,4			0,3			0,4	0,5	2,0
8	4			5			9	1	4
Yam1_2		0,8					0,7	0,2	1,0
6		3					5	5	5
Yam1_2		0,7					0,6	0,4	1,0
1		5					0	0	4
Yam1_8		0,6		0,2			0,6	0,3	1,4
		5		7			6	4	7
Yam1_1		0,6				0,3	0,6	0,4	1,7
7		3				2	0	0	3
Yam1_1		0,4	0,2				0,5	0,4	1,9
3		7	5				3	7	8

Yam1_4	0,4 0	0,2 1		0,5 9	0,4 1	2,4 4
Yam1_1		0,7 5		0,7 2	0,2 8	1,1 4
Yam1_2		0,7 3		0,5 9	0,4 1	1,0 2
Yam1_3		0,6 3	0,2 9	0,6 8	0,3 2	1,5 1
Yam1_2		0,6 1		0,4 6	0,5 4	1,2 1
Yam1_2		0,5 8		0,4 3	0,5 7	1,5 5
Yam1_7	0,2 8	0,3 5		0,4 4	0,5 6	2,9 5
Yam1_5		0,6 2		0,7 3	0,2 7	1,3 1
Yam1_1	0,2 2	0,5 7		0,7 3	0,2 7	1,5 5
Yam1_2	0,2 2	0,4 7		0,7 3	0,2 7	2,3 6
Yam1_9	0,3 7	0,1 1	0,4 6	0,7 1	0,2 9	2,1 5
Yam1_2		0,3 7		0,3 4	0,6 6	1,8 1
Yam1_1		0,8 1		0,7 3	0,2 7	1,0 3
Yam1_2		0,7 8		0,7 5	0,2 5	1,0 6
Yam1_6		0,4 9	0,2 6	0,4 1	0,5 9	1,7
Yam1_1		0,6 8	0,5 7	0,5 7	0,4 3	1,3 2
Yam1_1		0,6 3	0,5 4	0,5 6	0,4 6	1,1 4
Yam1_1		0,5 9	0,5 0	0,5 0	0,5 0	1,4 3

Märkused. F1-F6 – faktorid; h² - kommunaliteetid; u² – unikaalsus, com - komplekssus

4.1.3.1.2. YAM-5_EE_vanem II osa struktuuri valiidsus

Vanemaversiooni II osa andmestiku faktoranalüütiline eelduste kontroll toetas metoodiliselt uuriva faktoranalüüsi kasutamist: KMO üldnäitaja oli hea (MSA = 0,877) ning Bartlett'i sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(231) = 2032,09$, $p < 0,001$), mis viitab, et väidetevahelised seosed on piisavad latentse struktuuri otsimiseks. Mudelite võrdlus 1–4 faktori ulatuses näitas, et ühefaktoriline lahendus kirjeldab üldist foobse hirmu dimensiooni, kuid sobivus jäi tagasihoidlikuks (TLI = 0,700; RMSEA = 0,086; RMSR = 0,083; BIC = –505). Kahefaktoriline lahendus parandas sobivust selgelt (TLI = 0,855; RMSEA = 0,060; RMSR = 0,052) ning andis ka informatsioonikriteeriumi alusel parima parsimoonia–sobivuse kompromissi (BIC = –681), kuid sisuline tähendus kipub sellisel tasemel sageli jääma ambivalentseks (st faktorid võivad koondada heterogeenset klastrit foobiatest, mis ei kattu puhtalt DSM-5 alatüüpidega. Kolme- ja neljafaktoriline lahendus parandas sobivusnäitajaid edasi (3f: TLI = 0,906; RMSEA = 0,048; RMSR = 0,042; BIC = –675; 4f: TLI = 0,931; RMSEA

= 0,041; RMSR = 0,035; BIC = -629), kusjuures neljafaktoriline mudel oli sobivusindeksite järgi parim, ent BIC vaates juba selgelt vähem parsimoonne. Sisulise interpretatsiooni mõttes on nähtud muster (sh 4-faktoriline lahendus, kus paljud väited koonduvad pigem laiemateks segaklastriteks ning osa väiteid on madala ühise variatiivsusega) kooskõlas teoreetilise ootusega, et YAM-5 II osa alamvaldkonnad (loomad, keskkond, situatsioonid, veri-süst-vigastus, muu) on eeskätt sisuvaldkondade kirjeldused, mitte tingimata tugevad reflektiivsed latentsed dimensioonid. Varasemates YAM-5 uuringutes on kirjeldatud, et kuigi mõnes valimis kinnitub originaalne 5-faktoriline struktuur, esineb teistes valimites nihkeid (nt teistsugune faktorite arv või domeenide osaline liitumine), ning II osa puhul tuuakse eraldi välja alamkaalade suuremat varieeruvust ja madalamat sisemist kooskõla — eriti muu foobia alaskaalal. Lisaks on kirjanduses raporteeritud ka alternatiivseid lahendusi (nt kolmefaktoriline struktuur, kus mõned domeenid liituvad), mis toetab mõtet, et spetsiifiliste foobiaste sisu võib eri informandi ja valimi korral organiseeruda erinevalt (Fernández Martínez & Muris, 2024). Sellest järeldub praktiline tõlgendus: vanemaversiooni YAM-5 II osa võib käesolevas valimis olla kliiniliselt informatiivne sisuindeksina (millistes hirmuvaldkondades sümptomeid üldse esineb ja kui palju), kuid latentse struktuuri tasandil ei pruugi toetuda puhastele alatüübifaktoritele. Seetõttu on põhjendatud raporteerida II osa esmalt koguskoorina ning käsitleda alatüübiskoore pigem kirjeldavate domeeniindeksitena (s.t sisu kaardistusena), mitte tugevalt reflektiivsete aladimensioonidena; see lähenemine sobitub ka YAM-5 psühhomeetrilise üldpildiga, kus II osa alamkaalad on ootuspäraselt heterogeensemaj ja reliaablus varieeruvam.

4.1.3.2. YAM-5_EE_vanem konstrukti valiidsus

4.1.3.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

Koonduvat valiidsust hinnati Spearmani korrelatsioonidena YAM-5 vanemaversiooni I osa alaskaalade ning koondskooride seostena teiste ärevuse sümptomeid mõõtvate hindamisvahendi vanemaversioonidega (Tabel (YAM-5_EE_vanem) 14). Tulemused viitasid üldjoontes heale koonduvusele: domeenipõhised seosed olid mõõdukad kuni väga tugevad, jäädes vahemikku $\rho = 0,51\text{--}0,84$. Koondskooride tasandil olid seosed ootuspäraselt veelgi tugevamad ($\rho = 0,82\text{--}0,92$), mis on kooskõlas summeeritud näitajate suurema stabiilsuse ja väiksema juhusliku mõõteveaga. Kokkuvõttes toetavad tulemused YAM-5 vanemaversiooni koonduvat valiidsust: mõõdik käitub kooskõlas teiste laialt kasutatavate ärevusmõõdikutega nii spetsiifiliste sümptomivaldkondade kui ka üldisema ärevuskoormuse tasandil.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 14. YAM-5 vanema versiooni I osa alaskaalade koonduv valiidsus võrdluses teiste mõõdikutega

YAM-5 alaskaala	Võrdlusmõõdik	ρ	p
Lahutusärevus	RCADS lahutusärevus	0,73	< 0,001
Lahutusärevus	SCARED lahutusärevus	0,75	< 0,001
Valikuline mutism	RCADS sotsiaalärevus	0,51	< 0,001
Valikuline mutism	SCARED sotsiaalärevus	0,72	< 0,001
Sotsiaalärevus	RCADS sotsiaalärevus	0,80	< 0,001

Sotsiaalärevus	SCARED sotsiaalärevus	0,73	< 0,001
Paanikahäire	RCADS paanikahäire	0,75	< 0,001
Paanikahäire	SCARED paanikahäire	0,81	< 0,001
Üldistunud ärevus	RCADS üldistunud ärevus	0,77	< 0,001
Üldistunud ärevus	SCARED üldistunud ärevus	0,84	< 0,001
I osa koguskoor	RCADS ärevuse koguskoor	0,89	< 0,001
I osa koguskoor	SCARED üldskoor	0,92	< 0,001
Koguskaala üldskoor	RCADS üldskoor	0,82	< 0,001
Koguskaala üldskoor	SCARED üldskoor	0,85	< 0,001

Märkus.: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

YAM-5 vanemaversiooni II osa konvergentset valiidsust ei olnud käesolevas andmestikus võimalik hinnata, kuna puudusid spetsiifiliste foobiade domeenipõhised paralleelmõõdikud, mis kattusid II osa sisuvaldkondadega (loomad, keskkond, situatsioonid, veri-süst-vigastus, muu). Üldised ärevusmõõdikud ei ole selle eesmärgi jaoks sobivad, mistõttu nende kasutamine annaks pigem infot üldise konstrukti seosemustrite, mitte domeenispetsiifilise konvergentseuse kohta.

4.1.3.2.2. Eristav valiidsus

Divergentne valiidsus

Divergentset valiidsust hinnati Spearmani korrelatsioonidena YAM-5 vanemaversiooni skaalade ja SNAP-IV eksternaliseerivate sümptomite (hüperaktiivsus/impulsiivsus; tõrges-trotslik käitumine) vahel (Tabel (YAM-5_EE_vanem) 15). Seosed olid üldjoontes väikesed kuni mõõdukad ($\rho = 0,03-0,30$), mis on kooskõlas ootusega, et ärevus- ja foobiasümptomeid mõõtev instrument eristub konstruktiivselt eksternaliseerivat käitumist kirjeldavatest mõõtmetest.

I osa skaalade puhul olid korrelatsioonid hüperaktiivsuse/impulsiivsuse näitajaga valdavalt väikesed ning osaliselt statistiliselt mitteolulised, viidates konstruktiivsele sõltumatusale. Tõrges-trotsliku käitumisega olid seosed mõnevõrra ühtlasemad, kuid jäid siiski valdavalt nõrka kuni mõõdukasse suurusjärku. Koondskooride tasandil olid seosed ootuspäraselt veidi kõrgemad kui üksikdomeenidel, kuid säilitasid selge eristuvuse: I osa koguskoori ja üldskoori korrelatsioonid SNAP-IV alaskaaladega jäid vahemikku $\rho = 0,15-0,30$. II osa foobiaskaala seosed SNAP-IV näitajatega olid samuti peamiselt väikesed ($\rho = 0,06-0,24$), kusjuures situatsioonifoobiade domeen näitas eriti madalaid ja statistiliselt mitteolulisi korrelatsioone. Kokkuvõttes toetavad tulemused YAM-5 vanemaversiooni divergentset valiidsust, viidates sellele, et mõõdik hindab peamiselt internaliseeruvaid ärevus- ja foobiasümptomeid ning ei kattu sisuliselt olulisel määral eksternaliseerivate käitumissümptomite mõõtmetega.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 15. YAM-5 eristav valiidsus võrdluses SNAP-IV-ga

YAM-5 alaskaala	SNAP-IV alaskaalad	ρ	p
Lahutusärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,27	< 0,001
Lahutusärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,30	0,001
Valikuline mutism	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,03	0,659

Valikuline mutism	Tõrges-trotslik käitumine	0,14	0,014
Sotsiaalärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,07	0,220
Sotsiaalärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,18	0,002
Paanikahäire	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,23	< 0,001
Paanikahäire	Tõrges-trotslik käitumine	0,26	< 0,001
Üldistunud ärevus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,07	0,250
Üldistunud ärevus	Tõrges-trotslik käitumine	0,16	0,006
I osa koguskoor	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,15	<0,001
I osa koguskoor	Tõrges-trotslik käitumine	0,26	< 0,001
Loomad	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,19	< 0,001
Loomad	Tõrges-trotslik käitumine	0,18	0,002
Keskkond	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,20	< 0,001
Keskkond	Tõrges-trotslik käitumine	0,23	< 0,001
Situatsioonid	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,06	0,294
Situatsioonid	Tõrges-trotslik käitumine	0,09	0,101
Veri-süst-vigastus	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,20	< 0,001
Veri-süst-vigastus	Tõrges-trotslik käitumine	0,19	< 0,001
Muu	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,24	< 0,001
Muu	Tõrges-trotslik käitumine	0,22	< 0,001
II osa koguskoor	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,23	< 0,001
II osa koguskoor	Tõrges-trotslik käitumine	0,24	< 0,001
YAM-5 üldskoor	Hüperaktiivsus / impulsiivsus	0,22	< 0,001
YAM-5 üldskoor	Tõrges-trotslik käitumine	0,30	< 0,001

Märkus.: p – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

YAM-5_EE_vanem untud gruppide valiidsus: kliiniline vs kontrollgrupp

YAM-5 vanemaversiooni tuntud gruppide valiidsust hinnati kliinilise ja kontrollrühma skoorijaotuste võrdlusena Mann–Whitney U testiga, kirjeldavad näitajad (mediaanid ja IQR) on esitatud Tabelis (YAM-5_EE_vanem) 16. I osa ärevushäirete skaalade ja koondskooride tasandil olid kliinilise rühma skoorid järjekindlalt kõrgemad ning rühmade erinevused statistiliselt olulised. I osa koondskoori puhul ilmnes suur grupieristus ($U = 4004$, $p < 0,001$; Cliffi $\delta = 0,67$). Üksikdomeenide lõikes olid erinevused samuti suured: lahutusärevuses ($U = 698$, $p < 0,001$; $\delta = 0,94$), sotsiaalärevuses ($U = 1649$, $p < 0,001$; $\delta = 0,86$), üldistunud ärevuses ($U = 2493,5$, $p < 0,001$; $\delta = 0,79$), valikulises mutismis ($U = 3103$, $p < 0,001$; $\delta = 0,74$) ning paanikasümptomites ($U = 3271,5$, $p < 0,001$; $\delta = 0,73$). Mediaanide võrdlus peegeldas sama mustrit, kinnitades YAM-5 I osa head võimet eristada kliinilist ja väiksemat mittekliinilist gruppi ärevussümptomite tasandil. II osa spetsiifiliste foobiade valdkonnas ilmnes diferentseeritum muster. II osa koondskoor eristas rühmi statistiliselt selgelt ($p < 0,001$) ning rühmade erinevus oli sisuliselt mõõdetav ($U = 768$, $p < 0,001$; $\delta \approx 1,06$; kliiniline > kontroll). Domeenide lõikes olid rühmade erinevused olulised situatsioonifoobiade ($U = 215,5$, $p < 0,001$; $\delta \approx 1,02$) ja muude foobiade korral ($U = 427,5$, $p < 0,001$; $\delta = 0,96$), ning väiksem, kuid statistiliselt oluline erinevus ilmnes keskkonnafoobiade domeenis ($U = 1587,5$, $p = 0,004$; $\delta \approx 1,13$). Seevastu loomade foobiade domeenis ($U = 2661,5$, $p = 0,141$) ning veri-süst-vigastuse domeenis ($U = 2408,5$, $p = 0,069$) ei olnud rühmade erinevused statistiliselt olulised, viidates, et need foobiavaldkonnad võivad esineda suhteliselt sagedasti ka mittekliinilises populatsioonis ega erista rühmi sama teravalt.

YAM-5 üldskoor eristas kliinilist ja kontrollrühma statistiliselt selgelt ($U = 2765,5$, $p < 0,001$) ning efektsuurus oli suur ($\delta = 0,77$), mis toetab koondnäitaja head grupieristusvõimet. Kokkuvõttes toetavad tulemused YAM-5 vanemaversiooni tuntud gruppide valiidsust: eriti tugev eristus ilmneb I osa ärevussümptomite domeenides ja koondskoorides ning üldskooris, samas kui II osa foobiadomeenides on grupieristus domeenispetsiifiline.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 16. Tuntud gruppide valiidsus: kliinilise- ja kontrollrühma võrdlus

YAM-5 skaala	Grupp	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
I osa koguskoor	Kliiniline	178 (56,7)	20,6	14,4	17,0	0-72	19,00
	Kontroll	136 (43,3)	6,9	6,1	5,5	0-35	8,00
	Kokku	314 (100)	14,6	13,4	11,0	0-72	16,00
Lahutusärevus	Kliiniline	178 (56,7)	3,0	3,1	2,0	0-16	4,00
	Kontroll	136 (43,3)	1,1	1,3	1,0	0-7	2,00
	Kokku	314 (100)	2,2	2,7	2,0	0-16	3,00
Paanikahäire	Kliiniline	178 (56,7)	3,3	3,4	3,0	0-16	5,00
	Kontroll	136 (43,3)	0,5	1,2	0,0	0-6	0,00
	Kokku	314 (100)	2,1	3,0	1,0	0-16	3,00
Sotsiaalärevus	Kliiniline	178 (56,7)	5,0	4,1	4,0	0-17	5,00
	Kontroll	136 (43,3)	2,1	2,2	2,0	0-15	3,00
	Kokku	314 (100)	3,7	3,0	0-17	4,00	3,7
Valikuline mutism	Kliiniline	178 (56,7)	2,8	2,0	0-12	3,00	2,8
	Kontroll	136 (43,3)	1,0	0,0	0-5	1,00	1,0
	Kokku	314 (100)	2,5	1,0	0-12	3,00	2,5
Üldistunud ärevus	Kliiniline	178 (56,7)	4,3	6,0	0-18	6,00	4,3
	Kontroll	136 (43,3)	2,5	2,0	0-11	3,00	2,5
	Kokku	314 (100)	4,1	4,0	0-18	6,00	4,1
II osa koguskoor	Kliiniline	178 (56,7)	13,2	10,2	11,0	0-58	12,75
	Kontroll	136 (43,3)	8,8	6,4	7,5	0-26	8,25
	Kokku	314 (100)	11,3	9,0	9,0	0-58	11,00
Keskmond	Kliiniline	178 (56,7)	3,1	2,7	3,0	0-12	3,00
	Kontroll	136 (43,3)	2,2	2,2	2,0	0-11	3,00
	Kokku	314 (100)	2,7	2,5	2,0	0-12	3,00
Loomad	Kliiniline	178 (56,7)	3,9	3,0	4,0	0-14	3,00
	Kontroll	136 (43,3)	3,4	2,7	3,0	0-13	4,00
	Kokku	314 (100)	3,7	2,9	3,0	0-14	3,75
Muu	Kliiniline	178 (56,7)	1,8	1,9	1,0	0-10	3,00
	Kontroll	136 (43,3)	0,7	1,0	0,0	0-5	1,00
	Kokku	314 (100)	1,3	1,7	1,0	0-10	2,00
Situatsioonid	Kliiniline	178 (56,7)	1,9	2,9	1,0	0-17	3,00
	Kontroll	136 (43,3)	0,6	1,1	0,0	0-5	1,00
	Kokku	314 (100)	1,3	2,4	0,0	0-17	2,00
Veri-süst-vigastus	Kliiniline	178 (56,7)	2,5	2,4	2,0	0-9	4,00
	Kontroll	136 (43,3)	2,0	1,5	0-9	3,00	2,0

	Kokku	314 (100)	2,3	2,0	0-9	3,00	2,3
YAM-5 üldskoor	Kliiniline	178 (56,7)	33,8	22,1	29,0	2-130	28,75
	Kontroll	136 (43,3)	15,6	10,7	13,0	0-59	13,25
	Kokku	314 (100)	25,9	20,1	21,0	0-130	24,00

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

YAM_EE_vanem eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

YAM-5 vanemaversiooni skaalade diskrimineerimisvõimet hinnati ROC-analüüsiga, kasutades kriteeriumina kuulumist kliinilisse vs kontrollrühma. Tegu on tuntud gruppide valiidsusel põhineva lähenemisega, mille eesmärk on kirjeldada, kui hästi vanema hinnangul põhinevad sümptomiskoorid eristavad kõrgema sümptomikoormusega kliinilist rühma madalama sümptomikoormusega kontrollrühmast, mitte kehtestada diagnostilisi lävendeid. Eristusvõimet väljendati AUC väärtusena koos 95% usaldusvahemikuga ning optimaalse äralõikepunkti illustreerimiseks esitati Youdeni indeksi alusel määratud lävendid koos vastava tundlikkuse ja spetsiifilisusega (vt Tabel (YAM-5_EE_vanem) 17). Tulemused viitasid üldjoontes heale eristusvõimele I osa ärevushäirete domeenides ja üldskooris (AUC vahemikus 0,69–0,82). Suurim diskrimineerimisvõime ilmnas I osa koguskooril (AUC = 0,82), mille optimaalne lävend 14,5 punkti andis mõõduka tundlikkuse (0,63) ning väga hea spetsiifilisuse (0,92), viidates heale võimele eristada kontrollrühma madala sümptomikoormusega vastajaid. I osa alaskaalade seas olid tugevamad paanikahäire ja valikulise mutismi domeenid (mõlemad AUC = 0,79), kusjuures paanikahäire puhul oli tundlikkus kõrgem (0,73) ja spetsiifilisus hea (0,79), ning valikulise mutismi puhul mõõdukas tundlikkus (0,62) koos kõrge spetsiifilisusega (0,86). Üldistunud ärevuse ja sotsiaalärevuse skaala eristusvõime oli samuti hea (AUC vastavalt 0,76 ja 0,73), samas kui lahusärevuse domeenis jäi eristusvõime mõõdukamaks (AUC = 0,69), viidates kliinilise ja kontrollrühma suuremale kattuvusele selles sümptomivaldkonnas. YAM-5 üldskoor eristas gruppe hästi (AUC = 0,77; lävend 26,5; tundlikkus 0,57; spetsiifilisus 0,86), kooskõlas sellega, et koondnäitaja stabiliseerib üksikute domeenide varieeruvust. II osa koguskoori (spetsiifiliste foobiade koondnäitaja) eristusvõime oli tagasihoidlikum (AUC = 0,63; lävend 13,5; tundlikkus 0,43; spetsiifilisus 0,80), mis on sisuliselt ootuspärane, arvestades foobiasümptomite sagedast esinemist ka mittekliinilistes valimites ning seda, et kliinilise rühma määratlus ei olnud spetsiifiliselt foobiatepõhine. Üldine tundlikkuse ja spetsiifilisuse muster (valdavalt mõõdukas tundlikkus koos hea kuni väga hea spetsiifilisusega) peegeldab rühmade skoorijaotuste osalist kattuvust. Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 17. YAM-5 tuntud gruppide valiidsus: kliinilise ja kontrollgrupi eristamisvõime ROC-analüüsi alusel

YAM-5_EE_vanem skaala	AUC (95% UV)	Äralõikepunkt	Youden J	Sens	Spec
Lahutusärevus	0,69 (0,63-0,74)	3	0,33	0,46	0,87
Valikuline mutism	0,79 (0,74-0,83)	2	0,48	0,62	0,86
Sotsiaalärevus	0,73 (0,67-0,78)	4	0,37	0,58	0,79
Paanikahäire	0,79 (0,75-0,84)	1	0,52	0,73	0,79

Üldistunud ärevus	0,76 (0,71–0,81)	5	0,40	0,60	0,80
I osa koguskoor	0,82 (0,78–0,87)	15	0,55	0,63	0,92
II osa koguskoor	0,63 (0,57–0,69)	14	0,23	0,43	0,80
YAM-5 üldskoor	0,77 (0,72–0,82)	27	0,43	0,57	0,86

Märkus.: AUC – ROC-kõvera alune pindala (*Area Under the Curve*); 95% UV – 95% usaldusvahemik; äralõikepunkt – optimaalne lävend kliinilise ja kontrollrühma eristamiseks (valitud Youdeni indeksi maksimeerimise alusel); Sens – sensitiivsus; Spec – spetsiifilisus; Youden J – Youdeni indeks

4.1.3.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

YAM-5_EE_vanem alaskaalade ja koondskooride seosed diagnoosiga kliinilises grupis

YAM-5 vanemaversiooni kriteeriumivaliidsust hinnati kliinilises rühmas seostena MINI-Kid intervjuul põhinevate ärevushäirete diagnoosidega. Iga YAM-5 alaskaala ja koondskoori puhul modelleeriti diagnoosi tõenäosust logistilise regressiooniga ning efektid esitati šansisuhetena ühe standardhälbe suurenemise kohta (OR 1 SH kohta; vt Tabel (YAM-5_EE_vanem) 18). Analüüsi kaasati üksnes juhud, kellel olid olemas nii YAM-5 skoorid kui ka vastava MINI-Kid diagnoositunnuse andmed ($n = 170$). MINI-Kid intervjuu teostati ainult kliinilises rühmas, seetõttu on diagnoosipõhised seosed arvutatud üksnes kliinilise grupi andmete põhjal ning kontrollrühm analüüsides ei kajastu. Tulemused näitasid, et YAM-5 I osa ärevushäirete domeenid olid üldjoontes MINI-Kid diagnoosidega ootuspäraselt kooskõlas. Lahutusärevus oli seotud vastava diagnoosiga (OR 1 SH kohta = 1,8), paanikasümptomid paanikahäire diagnoosiga (OR = 2,3) ning üldistunud ärevuse skaala üldistunud ärevushäire diagnoosiga (OR = 3,1). I osa koondskoor eristas laiemat “vähemalt üks ärevushäire” kriteeriumi tugevalt (OR = 2,6), mis viitab, et vanemahinnangul põhinev sümptomikoormus peegeldab kliinilises rühmas intervjuupõhiselt määratletud ärevushäirete esinemist. Sotsiaalärevuse domeenis jäi seos MINI-Kid sotsiaalärevuse diagnoosiga selles valimis nõrgemaks ning statistiliselt ebaselgemaks (OR = 1,4), mis võib osutada kas suuremale sümptomite ja diagnoosi kattuvusele teistes ärevusdomeenides või vanemahinnangu ja intervjuukriteeriumi erinevale tundlikkusele sotsiaalärevuse väljendumise suhtes. Spetsiifiliste foobiade osas olid II osa koondskoor ja enamik foobiadomeene seotud spetsiifilise foobia diagnoosiga. Eristus ilmnas nii koondskoori tasandil (OR = 2,4) kui ka looma-, keskkonna-, situatsiooni- ning veri–süst–vigastuse foobia domeenides (OR-id vahemikus 1,6–2,1). “Muu” foobia domeeni seos spetsiifilise foobia diagnoosiga oli tagasihoidlikum (OR = 1,2) ning statistiliselt ebaselge. YAM-5 üldskoor oli samuti seotud “vähemalt ühe ärevushäire” kriteeriumiga (OR = 1,9), kinnitades, et koondnäitaja peegeldab kliinilises rühmas intervjuupõhist ärevushäirete staatust, kuid koondskooride tasandil võib diferentseeritus olla paremini nähtav I osa eraldi käsitlemisel.

Tabel (YAM-5_EE_vanem) 18. YAM-5_EE_vanem alaskaalade ja koondskooride seosed MINI-Kid diagnoosidega

Selgitav tunnus (YAM-5 alaskaala)	Kriteerium (MINI-Kid diagnoos)	n (juhud)	M (SH)	OR 1 SH kohta (95% UV)	p
Lahutusärevus	Lahutusärevus	170 (9)	3,0 (3,1)	1,8 (1,1–3,0)	0,023
Paanikahäire	Paanikahäire	170 (34)	5,0 (4,2)	2,3 (1,5–3,3)	< 0,001
Sotsiaalärevus	Sotsiaalärevus	170 (15)	6,3 (4,4)	1,4 (0,8–2,3)	0,186
Üldistunud ärevus	Üldistunud ärevushäire	170 (10)	3,3 (3,5)	3,1 (1,8–5,4)	< 0,001
I osa koguskoor	>=1 ärevushäire	170 (50)	20,6 (14,6)	2,6 (1,7–3,8)	< 0,001

II osa koguskoor	Spetsiifiline foobia	170 (50)	33,9 (22,4)	2,4 (1,6–3,5)	< 0,001
Loomad	Spetsiifiline foobia	170 (17)	4,0 (3,0)	2,1 (1,3–3,3)	0,003
Keskkond	Spetsiifiline foobia	170 (17)	3,1 (2,7)	1,9 (1,2–2,9)	0,004
Situatsioonid	Spetsiifiline foobia	170 (17)	1,9 (2,9)	1,6 (1,1–2,3)	0,021
Veri-süst-vigastus	Spetsiifiline foobia	170 (17)	2,4 (2,4)	1,8 (1,1–2,8)	0,014
Muu	Spetsiifiline foobia	170 (17)	1,8 (1,9)	1,2 (0,7–1,9)	0,529
YAM-5 üldskoor	>=1 ärevushäire	170 (50)	13,2 (10,3)	1,9 (1,2–2,9)	0,003

Märkused: OR – šansside suhe; 95% UV – 95% usaldusvahemik; N (juhud) – valimi suurus ja diagnoosiga isikute arv; M (SH) – keskmine ja standardhälve; ≥ 1 ärevushäire – vähemalt 1 ärevushäire diagnoos (lahutusärevus, paanikahäire, sotsiaalärevus, üldistunud ärevus, spetsiifiline foobia)

Kokkuvõttev tabel YAM-5_EE_vanem kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus	X			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			X	
Sensitiivsus		X		
Spetsiifilisus		X		
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			X	
Normide olemasolu		X		

4.2. Ärevushäirete sõelküsimumstik YAM-5 – laste ja noorte versioon – YAM-5_EE_laps

Uuringu tulemused

4.2.1. Valimi kirjeldus

YAM-5_EE alaealiste versiooni täitis kaasamisuuringu käigus 391 last (keskmine vanus =14,0, standardhälve =1,7) ning kordusuuringu läbis neist 51 (keskmine vanus = 14,3, standardhälve = 1,6) . Uuringus osalenute vanuseline ja sooline jaotus on esitatud Tabelis (YAM-5_EE_laps) 1.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 1. YAM-5 vastanute vanuseline ja sooline jaotus

	N (%)	Vanus			
		M	SH	Md	Min-Max
Kaasamisuuring					
Tüdrukud	215 (55,0)	14,1	1,6	14	11–17
Poisid	111 (28,4)	14,0	1,8	14	11–17
Sugu määratlemata	65 (16,6)	13,6	1,7	14	11–17
Kokku	391 (100)	14,0	1,7	14	11–17
Kordusuuring					
Tüdrukud	37 (72,5)	14,3	1,5	14	11–17
Poisid	13 (25,5)	14,3	2,1	14	11–17
Sugu määratlemata	1 (2,0)	14	-	14	14–14
Kokku	51 (100)	14,3	1,6	14	11–17

Märkused: N = vastanute arv (%vastanutest); M = keskmine; SH = standardhälve; Md = mediaan; Min = vähim vanus; Max = suurim vanus

YAM-5 lasteversiooni kaasamisuuringu skooride jaotuste hindamine näitas, et nii I osa (ärevushäired) kui ka II osa (spetsiifilised foobiad) alaskaalade ning koondskooride jaotus kaldus valdavalt paremale asümmeetrias, mis on sümptomisummade puhul ootuspärane. I osa alaskaaladest olid kõige enam paremale kaldu lahutusärevuse (asümmeetria 1,38; järsakus 1,51) ja paanikasümptomite jaotused (asümmeetria 1,31; järsakus 1,08), samas kui sotsiaalärevuse ja üldistunud ärevuse jaotused olid mõõdukamad (vastavalt asümmeetria 0,62 ja 0,42; järsakus –0,55 ja –0,69). I osa koondskooril oli samuti mõõdukas paremale kalduvus (asümmeetria 0,77; järsakus –0,16), mis peegeldab mitme domeeni summeerimise stabiliseerivat mõju. Põrandaefektid kinnitasid sama mustrit: nullskoor oli sagedasim paanikasümptomite (36,6%) ja lahutusärevuse (31,7%) alaskaaladel ning mõõdukas ka selektiivse mutismi puhul (22,8%), samal ajal kui sotsiaalärevuse ja üldistunud ärevuse domeenides oli nullskoori osakaal väiksem (7,2% ja 6,7%); I osa koondskooril oli põrandaefekt minimaalne (2,1%). Laaeftid olid üldjoontes madalad, kuid üksikutes alaskaalades esines teoreetilise maksimumi saavutamist: sotsiaalärevuse ja üldistunud ärevuse alaskaaladel oli laaeft 1,3%, selektiivse mutismi skaalal 0,8% ning paanikasümptomite skaalal 0,3%, mis viitab, et üksikutel vastajatel ulatub sümptomitase ka skaalavahemiku ülemisse otsa. II osa foobiaskaala aladomeenides ilmnasid samuti paremale kalduvad jaotused, kõige enam situatsioonihirmude (asümmeetria 1,30; järsakus 0,98), veri–süst–vigastuse (asümmeetria 1,19; järsakus 0,76) ja muude foobiade domeenis (asümmeetria 1,10; järsakus 0,80), samas

kui looma- ja keskkonnafoobiate jaotus oli mõõdukam (asümmeetria 0,48–0,66; järsakus –0,47 kuni –0,27). Põrandaefektid olid foobiadomeenides mõõdukad kuni kõrged (24,6–34,8%), kuid II osa koondskooril väikesed (1,8%) ning YAM-5 üldskooril väga väikesed (0,8%), mis on kooskõlas koondskooride suurema varieeruvuse ja parema eristusvõimega. YAM-5 üldskoori jaotus oli koondnäitajale ootuspäraselt stabiilsem ning mõõdukalt paremale kaldu (asümmeetria 0,71; järsakus –0,27) ning laaefekti ei ilmnenud (0,0%). II osa alaskaaladest esines teoreetilise maksimumi saavutamist vaid veri–süst–vigastuse domeenis (1,5%) ning koondskooridel laaefekti ei ilmnenud.

YAM-5 lasteversiooni alaskaalade ja koondskooride kirjeldavad statistikud kaasamis- ja kordusuuringus on esitatud tabelites 2–5.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 2. YAM-5 I osa (Ärevushäired) alaskaalade ja koondskoori kirjeldavad statistikud kaasamisuuringus

YAM-5 I skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	215 (55,0)	3,5	3,4	3	0-16	4
Poisid	111 (28,4)	2,0	3,1	1	0-16	2,5
Sugu määratlemata	65 (16,6)	1,9	2,4	1	0-10	2
Kokku	391 (100)	2,8	3,2	2	0-16	4,5
Valikuline mutism						
Tüdrukud	215 (55,0)	3,8	3,0	4	0-12	5
Poisid	111 (28,4)	2,2	2,0	2	0-8	3
Sugu määratlemata	65 (16,6)	2,5	2,4	2	0-9	4
Kokku	391 (100)	3,1	2,8	3	0-12	4
Sotsiaälärevus						
Tüdrukud	215 (55,0)	8,1	4,2	7	0-18	8
Poisid	111 (28,4)	4,3	3,9	4	0-17	5,5
Sugu määratlemata	65 (16,6)	5,9	4,3	5	0-17	6
Kokku	391 (100)	6,7	4,9	6	0-18	7
Paanikahäire						
Tüdrukud	215 (55,0)	4,4	4,3	4	0-18	7
Poisid	111 (28,4)	1,9	3,3	0	0-17	2
Sugu määratlemata	65 (16,6)	2,2	3,1	1	0-13	4
Kokku	391 (100)	3,3	4,0	2	0-18	5
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	215 (55,0)	8,3	4,7	8	0-18	7
Poisid	111 (28,4)	5,1	4,3	4	0-17	6,5
Sugu määratlemata	65 (16,6)	5,9	4,3	5	0-18	5
Kokku	391 (100)	7,9	4,7	6	0-18	7
I osa koguskoor						
Tüdrukud	215 (55,0)	28,1	17,4	25	0-82	28
Poisid	111 (28,4)	15,6	14,0	13	0-68	16,5
Sugu määratlemata	65 (16,6)	18,4	13,7	17	0-62	17
Kokku	391 (100)	22,9	16,9	19	0-82	24

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (YAM-5_EE_laps) 3. YAM-5 II (Foobiad) osa alaskaalade ja koondskoori kirjeldavad statistikud kaasamisuuringu

YAM-5 II skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Loomad						
Tüdrukud	215 (55,0)	5,0	2,8	5	0-12	4,0
Poisid	111 (28,4)	2,9	2,3	3	0-11	3,0
Sugu määratlemata	65 (16,6)	4,0	2,8	3	0-12	3,0
Kokku	391 (100)	4,2	2,8	4	0-12	4,0
Keskkond						
Tüdrukud	215 (55,0)	4,0	2,7	4	0-11	4,0
Poisid	111 (28,4)	2,6	2,3	2	0-10	3,0
Sugu määratlemata	65 (16,6)	3,3	2,4	3	0-10	4,0
Kokku	391 (100)	3,5	2,6	3	0-11	4,0
Situatsioonid						
Tüdrukud	215 (55,0)	3,8	3,7	3	0-15	5,0
Poisid	111 (28,4)	1,5	2,1	1	0-10	2,0
Sugu määratlemata	65 (16,6)	2,1	2,6	1	0-11	3,0
Kokku	391 (100)	2,9	3,3	1	0-15	4,0
Veri-süst-vigastus						
Tüdrukud	215 (55,0)	2,3	2,3	2	0-9	4,0
Poisid	111 (28,4)	1,5	2,0	1	0-9	2,0
Sugu määratlemata	65 (16,6)	1,6	1,9	1	0-8	2,0
Kokku	391 (100)	2,0	2,2	1	0-9	3,0
Muu						
Tüdrukud	215 (55,0)	2,9	2,3	2	0-10	3,0
Poisid	111 (28,4)	1,3	1,8	1	0-10	3,0
Sugu määratlemata	65 (16,6)	1,8	1,9	1	0-8	3,0
Kokku	391 (100)	2,3	2,2	2	0-10	3,0
II osa koguskoor						
Tüdrukud	215 (55,0)	18,0	10,0	16	0-45	15,0
Poisid	111 (28,4)	9,8	7,6	7	0-37	9,0
Sugu määratlemata	65 (16,6)	12,9	8,9	11	0-35	12,0
Kokku	391 (100)	14,8	9,9	13	0-45	14,0
YAM-5 üldskoor						
Tüdrukud	215 (55,0)	46,1	25,0	43	2-112	41,0
Poisid	111 (28,4)	25,3	19,8	21	0-93	25,5
Sugu määratlemata	65 (16,6)	31,3	20,1	25	0-93	27,0
Kokku	391 (100)	37,7	24,7	33	0-112	35,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; Min – vähim skoor valimis; Max – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (YAM-5_EE_laps) 4. YAM-5 I osa (Ärevushäired) alaskaalade ja koondskoori kirjeldavad statistikud kordusuuringus

YAM-5 I skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Lahutusärevus						
Tüdrukud	37 (72,5)	3,4	4,1	2	0-17	5,0
Poisid	13 (25,5)	1,0	1,9	0	0-6	1,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	3,0	-	3	3-3	0,0
Kokku	51 (100)	2,8	3,8	1	0-17	4,5
Valikuline mutism						
Tüdrukud	37 (72,5)	5,1	2,7	5	1-10	4,0
Poisid	13 (25,5)	2,2	2,8	1	0-7	4,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	4,0	-	4	4-4	0,0
Kokku	51 (100)	4,3	2,9	4	0-10	5,0
Sotsiaälärevus						
Tüdrukud	37 (72,5)	9,5	4,7	9	1-18	8,0
Poisid	13 (25,5)	2,6	3,1	2	0-11	2,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	3,0	-	3	3-3	0,0
Kokku	51 (100)	7,6	5,3	7	0-18	8,0
Paanikahäire						
Tüdrukud	37 (72,5)	4,9	4,3	4	0-15	5,0
Poisid	13 (25,5)	1,1	2,2	0	0-8	1,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	5,0	-	5	5-5	0,0
Kokku	51 (100)	3,9	4,1	3	0-15	6,0
Üldistunud ärevus						
Tüdrukud	37 (72,5)	9,5	4,7	10	0-17	7,0
Poisid	13 (25,5)	4,3	3,9	4	0-12	7,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	4,0	-	4	4-4	0,0
Kokku	51 (100)	8,1	5,0	9	0-17	8,0
I osa koguskoor						
Tüdrukud	37 (72,5)	32,4	15,3	35	3-57	23,0
Poisid	13 (25,5)	11,2	9,8	9	0-32	15,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	19	-	19	19-19	0,0
Kokku	51 (100)	26,8	16,7	28	0-57	28,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Tabel (YAM-5_EE_laps) 5. YAM-5 II osa (Foobiad) alaskaalade ja koondskoori kirjeldavad statistikud kordusuuringus

YAM-5 II skaalad	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Loomad						
Tüdrukud	37 (72,5)	4,9	3,0	5	0-14	2,0
Poisid	13 (25,5)	2,0	2,0	1	0-6	3,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	1,0	-	1	1-1	0,0

Kokku	51 (100)	4,1	3,0	4	0-14	4,5
Keskkond						
Tüdrukud	37 (72,5)	4,5	2,2	5	1-9	3,0
Poisid	13 (25,5)	2,4	2,2	2	0-7	3,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	0,0	-	0	0-0	0,0
Kokku	51 (100)	3,9	2,4	4	0-9	3,5
Situatsioonid						
Tüdrukud	37 (72,5)	4,5	3,7	4	0-16	4,0
Poisid	13 (25,5)	1,1	1,3	1	0-4	1,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	0,0	-	0	0-0	0,0
Kokku	51 (100)	3,5	3,5	3	0-16	4,0
Veri-süst-vigastus						
Tüdrukud	37 (72,5)	1,6	2,0	1	0-7	3,0
Poisid	13 (25,5)	0,6	1,2	0	0-4	1,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	0,0	-	0	0-0	0,0
Kokku	51 (100)	1,4	1,9	1	0-7	2,0
Muu						
Tüdrukud	37 (72,5)	3,1	2,0	3	0-10	2,0
Poisid	13 (25,5)	0,8	0,8	1	0-2	1,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	1,0	-	1	1-1	0,0
Kokku	51 (100)	2,5	2,0	2	0-10	3,0
II osa koguskoor						
Tüdrukud	37 (72,5)	18,6	10,0	18	5-51	11,0
Poisid	13 (25,5)	6,8	4,7	6	0-13	8,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	2,0	-	2	2-2	0,0
Kokku	51 (100)	15,3	10,4	14	0-51	13,5
YAM-5 üldskoor						
Tüdrukud	37 (72,5)	51,1	22,3	50	8-99	21,0
Poisid	13 (25,5)	18,1	12,2	17	0-45	14,0
Sugu määratlemata	1 (2,0)	21,0	-	21	21-21	0,0
Kokku	51 (100)	42,1	24,7	45	0-99	34,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

Kordusuuring viidi läbi üksnes kliinilises rühmas mistõttu ei ole kahe laine keskmiste/jaotuste võrdlus tõlgendatav sümptomite muutusena koguvalimis, vaid kirjeldab kliinilise alamvalimi tasemeid kordusmõõtmisel ning selle alamvalimi võimalikku erinevust kaasamisuuringu koondvalimist. Kordusuuringu valimi koosseis (mh suurem tüdrukute osakaal) võib omakorda tõsta tüüpilisi skooritasemeid, mistõttu on tulemused esitatud eeskätt kirjeldava taustainfona. Üldjoontes olid kliinilises kordusuuringu alamvalimis I osa (ärevushäirete) skaalade ja koondskoori ning üldskoori näitajad kõrgemad kui kaasamisuuringu, samas kui II osa (foobiaste) domeenides ilmnes rohkem alamdomeenide varieeruv, ebaühtlane muster. YAM-5 lasteversiooni kaasamisuuringu skooride erinevusi vanuserühmade (11–14 vs 15–17) ja soo lõikes hinnati mitteparametriliste võrdlustega (Mann–Whitney U), arvestades sümptomisummade ebanormaalset jaotust; kirjeldavate näitajatena esitati mediaanid ja kvartiilhaarded (Md (IQR)). Tulemused on esitatud Tabelis (YAM-5_EE_laps) 6

(vanuserühmad) ja Tabelis (YAM-5_EE_laps) 7 (sugu). Vanuserühmade võrdluses olid I osa ärevushäirete domeenid üldjoontes sarnasel tasemel, kuid lahutusärevuse sümptomid olid 11–14-aastastel kõrgemad (Md 2,0 (5,0)) kui 15–17-aastastel (Md 1,0 (3,0); $U = 15431,5$; $p = 0,003$). II osa foobiavaldkondades ilmnas nooremas rühmas mitmes domeenis kõrgem sümptomitase, sh loomafoobiad (Md 4,0 (3,0) vs 3,0 (5,0); $U = 15119,0$; $p = 0,001$), veri–süst–vigastus (Md 2,0 (3,0) vs 1,0 (2,0); $U = 14308,5$; $p < 0,001$) ning II osa koondskoor (Md 14,0 (14,0) vs 10,0 (13,5); $U = 14853,0$; $p < 0,001$). YAM-5 üldskoori tasandil vanuserühmade erinevust ei ilmnunud (mõlemas rühmas Md 33; $p = 0,169$), mis viitab, et vanusega seotud erinevused koondusid pigem spetsiifilistesse sümptomidomeenidesse, mitte üldisesse ärevus- ja foobiakoormusse.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 6. Vanuse lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Mann–Whitney test).

Skaala	11–14 Md (IQR)	15–17 Md (IQR)	U	p
Lahutusärevus	2,0 (5,0)	1,0 (3,0)	15431,5	0,003
Valikuline mutism	3,0 (4,0)	3,0 (4,0)	18232,5	0,666
Sotsiaalärevus	5,5 (7,0)	6,0 (6,0)	18127,5	0,601
Paanikahäire	1,5 (5,0)	2,0 (5,0)	18284,5	0,697
Üldistunud ärevus	6,0 (7,0)	7,0 (7,5)	17241,0	0,185
I osa koguskoor	19,0 (25,2)	19,0 (23,0)	18702,5	0,999
Loomad	4,0 (3,0)	3,0 (5,0)	15119,0	0,001
Keskkond	3,0 (4,0)	3,0 (4,0)	16897,5	0,100
Situatsioonid	2,0 (5,0)	1,0 (4,0)	16632,5	0,056
Veri–süst–vigastus	2,0 (3,0)	1,0 (2,0)	14308,5	< 0,001
Muu	2,0 (3,0)	1,0 (3,0)	15707,0	0,006
II osa koguskoor	14,0 (14,0)	10,0 (13,5)	14853,0	< 0,001
YAM-5 üldskoor	33,0 (35,2)	33,0 (33,5)	17183,5	0,169

Märkused: p – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon astaksummatesti statistiline olulisus

Soo lõikes olid tüdrukute skoorid järjepidevalt kõrgemad kõigil alaskaaladel ja koondskooridel. Erinevus oli eriti väljendunud I osa koondskooris (tüdrukud Md 25,0 (28,0) vs poisid Md 13,0 (16,5); $U = 6633,5$; $p < 0,001$), II osa koondskooris (Md 16,0 (15,0) vs 7,0 (9,0); $U = 5870,5$; $p < 0,001$) ning YAM-5 üldskooris (Md 43,0 (41,0) vs 21,0 (25,5); $U = 5945,0$; $p < 0,001$). Kokkuvõtvalt viitavad tulemused laste enesehinnangutes selgele ja laiapõhjalisele soolisele erinevusele YAM-5 skoorides.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 7. Soo lõikes kirjeldavad näitajad ja rühmade võrdlus (Mann–Whitney test).

Skaala	Tüdrukud Md (IQR)	Poisid Md (IQR)	U	p
Lahutusärevus	3,0 (4,0)	1,0 (2,5)	8187,0	< 0,001
Valikuline mutism	4,0 (5,0)	2,0 (3,0)	8205,0	< 0,001
Sotsiaalärevus	7,0 (8,0)	4,0 (5,5)	6488,0	< 0,001
Paanikahäire	4,0 (7,0)	0,0 (2,0)	7509,5	< 0,001
Üldistunud ärevus	8,0 (7,0)	4,0 (6,5)	7258,0	< 0,001
I osa koguskoor	25,0 (28,0)	13,0 (16,5)	6633,5	< 0,001

Loomad	5,0 (4,0)	3,0 (3,0)	6756,5	< 0,001
Keskkond	4,0 (4,0)	2,0 (3,0)	8130,5	< 0,001
Situatsioonid	3,0 (5,0)	1,0 (2,0)	7039,0	< 0,001
Veri-süst-vigastus	2,0 (4,0)	1,0 (2,0)	9240,0	< 0,001
Muu	2,0 (3,0)	1,0 (2,0)	6694,0	< 0,001
II osa koguskoor	16,0 (15,0)	7,0 (9,0)	5870,5	< 0,001
YAM-5 üldskoor	43,0 (41,0)	21,0 (25,5)	5945,0	< 0,001

Märkused: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon astaksummate testi statistiline olulisus

YAM-5 alaskaalade omavahelised seosed olid valdavalt mõõdukad kuni tugevad ning viitasid sellele, et erinevad ärevusvaldkonnad jagavad märkimisväärselt ühist variatiivsust, kuid ei ole sisuliselt samatähenduslikud (Tabel (YAM-5_EE_laps) 8). Esimese osa ärevushäirete sümptomid korreleerusid üksteisega eriti tugevasti, mis on kooskõlas internaliseeruvate sümptomite üldise koosesinemisega. Esimese osa koondskoor seostus väga tugevalt nii vastavate alaskaalade kui ka üldskooriga, kinnitades, et koondskoor peegeldab usaldusväärselt ärevussümptomite üldist taset. Teise osa spetsiifiliste foobiade valdkondade vahel olid seosed üldjoontes mõõdukad ning foobiade koondskoor koondas üksikute foobiadomeenide variatiivsust ootuspäraselt. Samal ajal olid esimese ja teise osa vahelised seosed enamasti mõõdukad, mis viitab, et ärevushäirete sümptomid ja spetsiifilised foobiad kattuvad osaliselt, kuid moodustavad siiski eristatavad sümptomiklastrid. Kõik seosed jäid statistiliselt oluliseks ka FDR-korrigeeritud p-väärtuste alusel ($p_{FDR} < 0,001$), mis toetab kirjeldatud mustri stabiilsust kogu valimi lõikes.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 8. YAM-5 alaskaalade, I ja II osa koondskooride ja üldskoori korrelatsioonid

Skaala	LÄ	VM	SÄ	PH	ÜÄ	LF	KKF	SITF	VSVF	MF	O1	O2
LÄ												
VM	0,49** *											
SÄ	0,57** *	0,69** *										
PH	0,57** *	0,61** *	0,68** *									
ÜÄ	0,58** *	0,64** *	0,81** *	0,72** *								
LF	0,29** *	0,20** *	0,30** *	0,22** *	0,27** *							
KKF	0,45** *	0,37** *	0,44** *	0,37** *	0,43** *	0,47** *						
SITF	0,57** *	0,57** *	0,66** *	0,62** *	0,65** *	0,37** *	0,55** *					
VSVF	0,31** *	0,22** *	0,32** *	0,30** *	0,33** *	0,47** *	0,42** *	0,39** *				
MF	0,58** *	0,47** *	0,60** *	0,64** *	0,59** *	0,39** *	0,50** *	0,61** *	0,44** *			
O1	0,72** *	0,79** *	0,91** *	0,84** *	0,92** *	0,31** *	0,48** *	0,72** *	0,36** *	0,68** *		
O2	0,58** *	0,50** *	0,62** *	0,57** *	0,60** *	0,73** *	0,78** *	0,78** *	0,68** *	0,75** *	0,67** *	
KS	0,72** *	0,74** *	0,87** *	0,80** *	0,86** *	0,50** *	0,63** *	0,81** *	0,52** *	0,77** *	0,95** *	0,86** *

Märkused: LÄ = lahutusärevus; VM = valikuline mutism; SÄ = sotsiaalärevus; PH = paanikahäire; ÜÄ = üldistunud ärevus; LF = loomafoobia; KKF = keskkonnafoobia; SITF = situatsioonifoobia; VSVF = veri-süst-vigastus foobia;

MF = muu foobia; O1 = I osa koondskoor; O2 = II osa koondskoor; KS = YAM-5 üldskoor; *** statistiline olulisus Benjamini–Hochbergi FDR-korrigeeritud p-väärtuste alusel: $p_{FDR} < 0,001$

4.2.2. YAM-5_EE_alaealine reliaabluse näitajad

4.2.2.1. Sisereliaablus

YAM-5 I osa näitas käesolevas valimis väga kõrget sisemist kooskõla nii koguskoori tasandil ($\alpha=0,96$) kui ka enamikus alaskaalades (α vahemikus 0,78–0,91, vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 9), ning väidete korrigeeritud seosed oma alaskaalade koguskooriga olid üldiselt mõõdukad kuni kõrged, viidates heale homogeensusele ja usaldusväärsele mõõtmisele. II osa (foobiad) koguskoor oli samuti hea sisemise kooskõlaga ($\alpha=0,87$; vt tabel (YAM-5_EE_laps) 10), kuid foobiatüüpide alaskaalade reliaablus varieerus (α vahemikus 0,54–0,78), olles mõnes kategoorias tagasihoidlikum (nt loomafoobia), mis on kooskõlas spetsiifiliste hirmude heterogeense iseloomuga ning viitab, et II osa alamkategooriaid tuleks tõlgendada pigem sisuliste hirmuklasside kui ühtsete latentsete dimensioonidena.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 9. YAM-5 I osa (Ärevushäired) sisereliaabluse näitajad

Alaskaala	Väide	Korrelatsioonid		Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)			
		Alaskaala (korr)	Koguskaala (korr)	Alaskaala α ja ω	Ilma väiteta	Koguskaala α ja ω	Ilma väitet a
Lahutusärevus	yam1_1	0,56	0,47	α 0,84 (0,83–0,86)	0,83	α 0,96 (0,95–0,96) ω 0,96	0,96
	yam1_6	0,62	0,50	ω 0,84	0,82		0,96
	yam1_10	0,68	0,58		0,80		0,96
	yam1_15	0,69	0,58		0,81		0,96
	yam1_19	0,63	0,59		0,82		0,96
	yam1_24	0,58	0,54		0,83		0,96
Valikuline mutism	yam1_2	0,53	0,49	α 0,78 (0,75–0,80)	0,75		0,96
	yam1_11	0,62	0,58	ω 0,78	0,70		0,96
	yam1_20	0,53	0,55		0,74		0,96
	yam1_25	0,64	0,67		0,69		0,95
Sotsiaalärevus	yam1_3	0,62	0,68	α 0,89 (0,88–0,90)	0,88		0,95
	yam1_7	0,63	0,68	ω 0,89	0,88		0,95
	yam1_12	0,56	0,58		0,89		0,96
	yam1_16	0,81	0,75		0,85		0,95
	yam1_23	0,82	0,78		0,85		0,95
	yam1_28	0,80	0,77		0,85		0,95
Paanikahäire	yam1_4	0,78	0,76	α 0,91 (0,90–0,92)	0,89		0,95
	yam1_8	0,80	0,71	ω 0,91	0,89		0,95
	yam1_13	0,74	0,71		0,90		0,95
	yam1_17	0,61	0,61		0,91		0,96
	yam1_21	0,78	0,66		0,89		0,96
	yam1_26	0,82	0,70		0,89		0,95
Üldistunud ärevus	yam1_5	0,79	0,74	α 0,90 (0,89–0,91)	0,87		0,95
	yam1_9	0,79	0,80	ω 0,90	0,87		0,95
	yam1_14	0,83	0,80		0,86		0,95
	yam1_18	0,59	0,55		0,90		0,96
	yam1_22	0,56	0,61		0,90		0,96
	yam1_27	0,76	0,74		0,87		0,95

Märkus. Alaskaala (korr) ja koguskaala (korr) – korrigeeritud väide–skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbachi alfa (95% UV); ω – McDonaldi omega; “Ilma väiteta” – usaldusväärsusnäitaja pärast väite eemaldamist

Tabel (YAM-5_EE_laps) 10. YAM-5 II osa (Foobiad) sisereliaabluse näitajad

Korrelatsioonid				Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω)			
Alaskaala	Väide	Alaskaala (korr)	Koguskaala (korr)	Alaskaala α ja ω	Ilma väiteta	Koguskaala α ja ω	Ilma väitet a
Loomad	yam2_1	0,43	0,39	α 0,54 (0,49–0,59)	0,39	α 0,87 (0,85–0,88)	0,86
	yam2_3	0,14	0,23	ω 0,55	0,56	ω 0,87	0,87
	yam2_9	0,38	0,41		0,43		0,86
	yam2_13	0,41	0,40		0,41		0,86
	yam2_18	0,19	0,20		0,55		0,87
Keskkond	yam2_4	0,49	0,50	α 0,65 (0,61–0,69)	0,54		0,86
	yam2_6	0,40	0,37	ω 0,66	0,61		0,86
	yam2_10	0,40	0,51		0,61		0,86
	yam2_12	0,45	0,51		0,57		0,86
Situatsioonid	yam2_5	0,44	0,48	α 0,78 (0,76–0,81)	0,78		0,86
	yam2_7	0,54	0,46	ω 0,79	0,75		0,86
	yam2_16	0,64	0,50		0,73		0,86
	yam2_17	0,63	0,54		0,73		0,86
	yam2_21	0,53	0,55		0,75		0,86
	yam2_22	0,47	0,50		0,77		0,86
Veri-süst-vigastus	yam2_11	0,58	0,45	α 0,71 (0,67–0,74)	0,55		0,86
	yam2_15	0,60	0,55	ω 0,72	0,53		0,86
	yam2_19	0,43	0,43		0,73		0,86
Muu	yam2_2	0,38	0,53	α 0,61 (0,56–0,65)	0,55		0,86
	yam2_8	0,30	0,32	ω 0,63	0,59		0,86
	yam2_14	0,48	0,52		0,46		0,86
	yam2_20	0,44	0,45		0,52		0,86

Märkus. Alaskaala (korr) ja koguskaala (korr) – korrigeeritud väide–skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbachi alfa (95% UV); ω – McDonaldi omega; “Ilma väiteta” – usaldusväärusnäitaja pärast väite eemaldamist

4.2.2.2. Testi-kordustesti reliaablus

Test–kordustest reliaablust hinnati kliinilises alavalimis, kellel olid olemas nii kaasamisuuringu kui ka kordusuuringu vastused 2-4 nädalase intervalliga ($n = 51$). Korrelatsioonid on esitatud Tabelis (YAM-5_EE_laps) 11.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 11. Test-kordustest mõõtmiste korrelatsioonid YAM-5 lapse versioonis

Skaala	ρ	p
I osa		
Lahutusärevus	0,66	< 0,001
Valikuline mutism	0,73	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,77	< 0,001
Paanikahäire	0,63	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,59	< 0,001
I osa koguskoor	0,70	< 0,001
II osa		
Loomad	0,74	< 0,001
Keskkond	0,78	< 0,001

Situatiivne	0,72	< 0,001
Veri-süst-vigastus	0,72	< 0,001
Muu	0,71	< 0,001
II osa koguskoor	0,81	< 0,001
YAM-5 koguskoor	0,76	< 0,001

Märkused: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

Tulemused viitavad mõõdukale kuni heale ajastabiilsusele alaskaalade lõikes: I osa alaskaalade ρ jäi vahemikku 0,59–0,77, kusjuures kõrgeim stabiilsus ilmnes sotsiaalärevuse ja valikulise mutismi alaskaalal ning tagasihoidlikum üldistunud ärevuse alaskaalal. II osa (foobiad) alaskaalad näitasid üldiselt head ajastabiilsust ($\rho = 0,71$ – $0,78$) ning II osa koondskooril ilmnes väga hea stabiilsus ($\rho = 0,81$). YAM-5 koguskoor oli samuti hea test-kordustest reliaablusega ($\rho = 0,76$).

4.2.2.3. Informantide vaheline kooskõla

Lapse ja vanema hinnangute vaheline kooskõla (Tabel (YAM-5_EE_laps) 12) oli üldjoontes mõõdukas, kuid varieerus skaalati ($\rho = 0,38$ – $0,65$; kõik $p < 0,001$). Kõige kõrgem kooskõla ilmnes koguskooridel (I osa koguskoor ja YAM-5 üldskoor: $\rho = 0,65$) ning mitmel I osa alaskaalal (nt paanikahäire: $\rho = 0,64$), samas kui kõige madalam kooskõla ilmnes II osa muude foobiade domeenis ($\rho = 0,38$), mis viitab tagasihoidlikumale kattuvusele informantide vahel. Mediaanide võrdlus näitas, et lapsed raporteerisid valdavalt kõrgemaid skoori kui vanemad nii I osa (nt I osa koguskoor Md: 21 vs 13) kui ka II osa puhul (nt II osa koguskoor Md: 13 vs 8), ning need erinevused olid enamikel skaaladel statistiliselt olulised. Erandina veri-süst-vigastuse domeenis mediaanid ei erinenud (Md: 1 vs 1), mis viitab selles valdkonnas sarnasematele hinnangutele.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 12. Lapse ja vanema/eestkostja hinnangute kooskõla YAM-5-s.

Skaala	ρ (p)	Laps Md	Vanem Md	Wilcoxon p
I osa koguskoor	0,65 (<0,001)	21	13	<0,001
Lahutusärevus	0,53 (<0,001)	2	1	<0,001
Valikuline mutism	0,56 (<0,001)	3	1	<0,001
Sotsiaalärevus	0,55 (<0,001)	6	4	<0,001
Paanikahäire	0,64 (<0,001)	2	1	<0,001
Üldistunud ärevus	0,58 (<0,001)	7	5	<0,001
II osa koguskoor	0,58 (<0,001)	13	8	<0,001
Loomad	0,54 (<0,001)	4	3	0,0003
Keskkond	0,50 (<0,001)	3	2	<0,001
Situatsioonid	0,49 (<0,001)	2	0	<0,001
Veri-süst-vigastus	0,59 (<0,001)	1	1	0,87
Muu	0,38 (<0,001)	2	1	<0,001
YAM-5 üldskoor	0,65 (<0,001)	35	22	<0,001

Märkused: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho; Md – mediaan, Wilcoxon p – Wilcoxon'i astaksummatesti statistiline olulisus

4.2.3. YAM-5_EE_laps valiidsuse näitajad

4.2.3.1. Struktuuri valiidsus

4.2.3.1.1. YAM-5_EE_laps I osa struktuuri valiidsus

YAM-5 küsimustiku I osa sisemist struktuuri hinnati uuriva faktoranalüüsiga (EFA), kasutades minimaalsete jääkide meetodit (minres) ja kaldnurkset pööramist (oblimin), lähtudes eeldusest, et ärevussümptomite dimensioonid on omavahel korreleeritud. Faktoranalüüs oli rakendatav: valimi suurus oli piisav ($N = 391$), üldine Kaiser–Meyer–Olkin sobivusnäitaja väga hea ($KMO = 0,958$) ning Bartlett'i sfäärilisuse test statistiliselt oluline ($\chi^2(378) = 7292,31$, $p < 0,001$). Faktorite arvu valikul kombineeriti empiirilised kriteeriumid (paralleelanalüüs, Veliceri MAP, VSS) ja infokriteerium (BIC) teoreetilise lähtekohaga (YAM-5 I osa viiedomeeniline struktuur). Paralleelanalüüs ja Veliceri MAP eelistasid 5 faktorit, kuid BIC toetas 6-faktorilist lahendust, saavutades miinimumi 6 faktori korral ($BIC = -1014,1$; võrreldes 5 faktoriga $BIC = -948,7$; seejärel BIC halvenes). Seetõttu võrreldi andmetel 5- ja 6-faktorilist mudelit ning eelistus otsustati sobivusnäitajate ja interpreteeritavuse põhjal. Lahenduste tõlgendamisel kasutati lihtsa struktuuri põhimõtet ning laadumiskünnist 0,30; ristlaadumiseks loeti olukord, kus vähemalt kahel faktoril esines laadung $\geq 0,30$, ning väite komplekskuse (com) suurenemist käsitleti mitmetähendusliku seotuse indikaatorina. Viiefaktoriline lahendus oli teoreetiliselt ootuspärane, kuid osutus käesolevas valimis kliinilise loetavuse mõttes ebaühtlaseks: sobivusnäitajad olid küll aktsepteeritavad ($TLI = 0,937$; $RMSEA = 0,054$, 90% CI $[0,048; 0,061]$; $RMSR = 0,024$; $BIC = -948,7$), ent konstruktiipiirid, eriti sotsiaalärevuse teljel, jäid hajusaks. Sotsiaalärevuse väited jaotusid mitme faktori vahel ning lahususärevuse sisu ei koondunud ühtseks, vaid avaldus sisemise lõhenemisena (tekis kaks aladimensiooni). Lisaks ilmnis mitmetähenduslikke väiteid ning mitmel väitel esines ristlaadumisi või kõrgemat komplekskust, mistõttu jäi viiefaktoriline mudel küll parsimoonseks, kuid kaotas osa originaalstruktuuri kliinilistest ankrutest ning ei pakkunud selget kompromissi domeenide eristatavuse ja sümptomite loomupärase kattuvuse vahel. Kuuefaktoriline lahendus (vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 13) parandas nii statistilist sobivust kui ka struktuuri kliinilist interpreteeritavust ning osutus kokkuvõttes eelistatumaks. Sobivusnäitajad olid selgelt paremad ($TLI = 0,974$; $RMSEA = 0,034$, 90% CI $[0,026; 0,042]$; $RMSR = 0,019$; $BIC = -1014,1$), mis viitab paremale mudeli sobivusele. Sisuliselt oli kuuefaktoriline struktuur originaalile lähedasem: paanikahäire replitseerus täielikult, üldistunud ärevus valdavalt (5/6 väidet; väide 18 kaldus sotsiaalse hindamise teljele) ning lahususärevuse väited olid tervikuna esindatud, kuid jaotusid kaheks kliiniliselt mõtestatavaks aladimensiooniks. Ühe alafaktori moodustasid eeskätt katastroofilne kaotusetaju (nt 10, 15, 19), teise ilma vanemateta olemisega seotud hirm (nt 1, 6, 24). Samas ei olnud kuuefaktoriline mudel probleemivaba. Esiteks ilmnis väiteid, mis ei kinnitunud üheselt ühele domeenile: väide 22 ("halbade asjade pärast maailmas muretsemine") ei saavutanud ühelgi faktoril piisavat primaarlaadungit (maksimaalne laadung $\sim 0,23$), selle kommunaliteet oli madal ($h^2 \sim 0,35$) ning komplekssus väga kõrge (com $\sim 3,38$), mis viitab faktoriteülesele, laiahaardelisele muretsemisindikaatorile. Väide 7 oli samuti ebastabiilne: see ei ületanud laadumiskünnist ühelgi faktoril (maksimaalne laadung $\sim 0,25$), kuigi kommunaliteet jäi mõõdukaks ($h^2 \sim 0,47$) ja komplekssus oli väga kõrge (com $\sim 3,70$). Kolmandaks esines ristlaadumisi piiripealsetel sümptomitel: väide 17 laadus kahele faktorile üle künnise (u 0,37 ja 0,34; com $\sim 2,07$). Väide 12 (punastamise hirm) käitus samuti mitmetähenduslikult (laadungid $\sim 0,33$ ja $\sim 0,32$; com $\sim 3,05$). Neljandaks nihkusid osaliselt valikulise mutismi ja sotsiaalärevuse piirid: kaks sotsiaalärevuse väidet koondusid selektiivse mutismi klastrisse.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 13. YAM-5 I osa väidete standardiseeritud faktorlaadungid, kommunaliteetid, unikaalsused ja kompleksus EFA kuuefaktorilises lahenduses

Väide	F1	F2	F3	F4	F5	F6	h ²	u ²	com
Yam1_14	0,83						0,82	0,18	1,02
Yam1_5	0,76						0,74	0,26	1,07
Yam1_27	0,71						0,72	0,28	1,11
Yam1_9	0,46					0,29	0,7	0,3	1,88
Yam1_22	0,23						0,35	0,65	3,38
Yam1_15		0,69					0,59	0,41	1,13
Yam1_10		0,68					0,61	0,39	1,07
Yam1_19		0,62					0,57	0,43	1,18
Yam1_26			0,87				0,79	0,21	1,07
Yam1_8			0,81				0,76	0,24	1,07
Yam1_21			0,73				0,66	0,34	1,06
Yam1_4	0,26		0,53				0,69	0,31	1,58
Yam1_13			0,48				0,55	0,45	1,53
Yam1_17		0,34	0,37				0,48	0,52	2,07
Yam1_11				0,8			0,63	0,37	1,02
Yam1_25				0,64			0,62	0,38	1,15
Yam1_3				0,56			0,59	0,41	1,47
Yam1_2				0,5			0,4	0,6	1,8
Yam1_20				0,44			0,41	0,59	1,6
Yam1_7			0,23	0,25			0,47	0,53	3,7
Yam1_1					0,88		0,77	0,23	1
Yam1_24					0,7		0,67	0,33	1,05
Yam1_6		0,36			0,4		0,52	0,48	2,46
Yam1_16						0,76	0,78	0,22	1,06
Yam1_28						0,75	0,8	0,2	1,07
Yam1_23						0,66	0,74	0,26	1,16
Yam1_18	0,27					0,45	0,44	0,56	1,78
Yam1_12		0,32				0,33	0,38	0,62	3,05

Märkused. F1-F6 – faktorid; h² - kommunaliteetid; u² – unikaalsus, com - kompleksus

Kokkuvõttlikult toetavad käesolevad tulemused 6-faktorilise lahenduse eelistamist I osa struktuuri kirjeldamisel, kuna see annab parema sobivuse ja taastab paremini originaalseid kliinilisi ankruid, samal ajal kui viiefaktoriline mudel jääb antud valimis domeenide eristatavuses nõrgemaks. Edaspidi on põhjendatud hinnata 6-faktorilise struktuuri stabiilsust sõltumatus valimis kinnitava faktoranalüüsi (CFA) raamistikus ning eraldi analüüsida probleemseid väiteid (nt sisu- ja kultuurilise sobivuse, mudelisobivuse muutuse ning mõõteinvariantsuse kaudu). Kui nende väidete nõrk primaarlaadung ja kõrge kompleksus taastub sõltumatus valimis ning eemaldamine parandab struktuuri selgust ilma sisulist katvust oluliselt vähendamata, võib kaaluda nende väidete ümber sõnastamist või vajadusel skaalast välja jätmist eesti versiooni edasises arenduses.

4.2.3.1.2. YAM-5 II osa struktuuri valiidsus

YAM-5 II osa eesmärk on kirjeldada DSM-5 spetsiifiliste foobiate sisuvaldkondi (loomad, keskkond, situatsioonid, veri–süst–vigastus, muu). Käesolevas valimis hinnati, kas nende sisuvaldkondade taga ilmneb selgelt eristatav latentne struktuur, st kas väited koonduvad faktoriteks, mis oleksid teoreetiliselt põhjendatavad ja kliiniliselt interpreteeritavad ning vastaksid originaalsele alatüübijaotusele. Andmestiku sobivus faktoranalüüsiks oli hea: Kaiser–Meyer–Olkin üldnäitaja oli 0,888 ning Bartlett'i sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(231) = 2324,48$, $p < 0,001$), mis viitab, et korrelatsioonimaatriks erineb oluliselt ühikmaatriksist ning faktoranalüütiline lähenemine on meetodiliselt põhjendatud. Faktorite eraldamiseks kasutati minres-meetodit ning kaldnurkset pööramist (oblimin), lähtudes eeldusest, et foobiate domeenid võivad olla omavahel korreleeritud.

Tabel (YAM-5 EE laps) 14. Uurivate faktorlahenduste sobivusnäitajad (1–5 faktorit)

Faktorite arv	TLI	RMSEA	RMSR	BIC
1	0,736	0,078	0,072	-540
2	0,862	0,056	0,049	-699
3	0,898	0,048	0,04	-681
4	0,935	0,039	0,034	-653
5	0,949	0,034	0,03	-591

Märkus. TLI – Tucker–Lewise'i sobivusindeks; RMSEA – keskmine ruutkeskmine lähendusviga; RMSR – ruutkeskmine jääkkorrelatsioon; BIC – Bayesi informatsioonikriteerium

Faktorite arvu hindamisel võrreldi järjestikku 1–5 faktoriga lahendusi, tuginedes nii sobivusnäitajatele kui ka parsimooniale (vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 14). Sobivus paranes faktorite lisamisel, eriti RMSEA ja RMSR näitajate järgi, kuid infokriteerium toetas teistsugust järeldust: BIC saavutas miinimumi 2-faktorilise mudeli korral (BIC = -699) ning muutus 3–5 faktori lisamisel järjest ebasoodsamaks. See viitab, et täiendavad faktorid suurendavad mudeli keerukust enam, kui nad lisavad seletusvõimet. Sisuline hindamine osutas, et kahefaktoriline lahendus maksimeeris parsimooniat, kuid faktorite sisu kujunes pigem laiemateks, alatüübipiire ületavateks hirmuklastriteks. Nelja- ja viiefaktorilistes lahendustes ei taastunud alatüübijaotus samuti järjekindlalt ning ilmnnes märke domeenideülesest koondumisest ja ebaselgest piirist faktorite vahel. Viiefaktorilise lahenduse tõlgendamisel lisandus oluline piirang: üks faktor jäi nõrgalt defineerituks, kuna laadumiskünnise ($|laadung| \geq 0,30$) ületas selles faktoris vaid kaks väidet. Samuti esines 5-faktorilises lahenduses ristlaadumisi (kolm väidet laadusid $\geq 0,30$ enam kui ühel faktoril) ning vähemalt ühe väite kommunaliteet oli madal (min $h^2 = 0,138$), mis osutab nõrgale seotusele ühise latentse struktuuriga. Seega, kuigi II osa vastas faktoranalüüsi eeltingimustele, ei taastunud antud valimis latentne struktuur viisil, mis toetaks originaalse viie alatüübi käsitlemist eristatavate reflektiivsete latentsete dimensioonidena. Kokkuvõttelikult viitavad 1–5 faktoriga lahenduste võrdlus ja kliiniline tõlgendus, et YAM-5 II osa väited kirjeldavad pigem heterogeenseid stiimulipõhiseid hirme, kus DSM-5 alatüübid toimivad sisukategooriatena, mitte tugevalt eristuvate latentsete faktoritena. Seetõttu on kliinilise kasutuse seisukohast põhjendatud raporteerida II osa eeskätt koguskoorina ning kasutada domeeniskoore peamiselt sisuindeksitena kooskõlas tööjuhise (st kirjeldamaks, millistes foobia domeenides on sümptomeid rohkem), mitte eeldada, et need domeenid käituvad psühhomeetriliselt viie latentse dimensioonina.

4.2.3.2. Konstrukti valiidsus

4.2.3.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

4.2.3.2.1.1. YAM-5_EE_laps I osa konvergentne e koonduv valiidsus

Konvergentset valiidsust hinnati Spearmani korrelatsioonidega ning tulemused on esitatud Tabelis (YAM-5_EE_laps) 15. Tulemused toetavad YAM-5 I osa konstruktikohasust: alaskaalad seostusid tugevalt samasisuliste mõõdikutega ning I osa koguskoor korreleerus väga kõrgel tasemel muude instrumentide üldskooridega, mis viitab heale kooskõlale muude enam kasutatavate laste ärevusmõõdikutega. Valikulise mutismi puhul tuleb arvestada, et käesolevas andmestikus puudus eraldi spetsiifiline paralleelmõõdik, mistõttu kasutati konvergentse võrdlusena sotsiaalärevuse mõõdikuid, mida käsitletakse lähikonstrukti valideerimisena ning on kooskõlas arengulise ja kliinilise teadmisega valikulise mutismi seotusest sotsiaalse hindamise ja sotsiaalse ärevusega (Driessen jt, 2020).

Tabel (YAM-5_EE_laps) 15. YAM-5 lapse versiooni I osa alaskaalade koonduv valiidsus võrdluses teiste mõõdikutega

YAM-5 I alaskaala	Võrdlusmõõdik	ρ	p
Lahutusärevus	SCARED lahutusärevus	0,78	< 0,001
Lahutusärevus	RCADS lahutusärevus	0,68	< 0,001
Valikuline mutism	SCARED sotsiaalärevus	0,71	< 0,001
Valikuline mutism	RCADS sotsiaalärevus	0,63	< 0,001
Sotsiaalärevus	SCARED sotsiaalärevus	0,76	< 0,001
Sotsiaalärevus	RCADS sotsiaalärevus	0,87	< 0,001
Paanikahäire	SCARED paanikahäire	0,85	< 0,001
Paanikahäire	RCADS paanikahäire	0,84	< 0,001
Üldistunud ärevus	SCARED üldistunud ärevus	0,83	< 0,001
Üldistunud ärevus	RCADS üldistunud ärevus	0,81	< 0,001
Üldistunud ärevus	GAD-7 koguskoor	0,82	< 0,001
Üldistunud ärevus	GAD-2 koguskoor	0,78	< 0,001
I osa koguskoor	SCARED koguskoor	0,91	< 0,001
I osa koguskoor	RCADS ärevuse koguskoor	0,93	< 0,001
I osa koguskoor	RCADS üldskoor	0,93	< 0,001

Märkused: ρ – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

4.2.3.2.1.2. YAM-5_EE_laps II osa konvergentne valiidsus

YAM-5 II osa konvergentset valiidsust ei olnud käesolevas andmestikus võimalik hinnata, kuna puudusid spetsiifiliste foobiade domeenipõhised paralleelmõõdikud, mis kattusid II osa sisuvaldkondadega (loomad, keskkond, situatsioonid, veri-süst-vigastus, muu). Üldised ärevusmõõdikud ei ole selle eesmärgi jaoks sobivad võrdlusmõõdikud, mistõttu nende kasutamine annaks pigem infot üldise konstrukti seosemustrite, mitte domeenispetsiifilise konvergenstuse kohta.

3.2.3.2.1.3. YAM-5 üldskoori konvergentne e koonduv valiidsus

YAM-5 koondskoor (I+II osa summa) näitas väga tugevat koonduvat valiidsust (vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 16), korreleerudes kõrgel tasemel nii SCARED-i koguskooriga kui ka RCADS-i ärevuse ja internaliseeriva koguskooriga, mis toetab üldskoori kasutamist üldise ärevuskoormuse indikaatorina.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 16. YAM-5 üldskoori koonduv valiidsus

Võrdlusmõõdikud	YAM-5 üldskoor	p
SCARED koguskoor	0,88	< 0,001
RCADS ärevuse koguskoor	0,91	< 0,001
RCADS üldskoor	0,90	< 0,001

Märkused: p – Spearmani korrelatsioonikordaja rho

4.2.3.2.2. Eristav valiidsus

4.2.3.2.2.1. YAM-5_EE_laps I osa alaskaalade ja üldskoori divergentne ehk eristav valiidsus

Eristavat valiidsust hinnati seostena DSM-5 sõelküsimumstiku mania sümptomite keskmise skooriga, kuna andmestikus puudusid kättesaadavad selgelt eksternaliseerivad või muul viisil psühholoogiliselt sõltumatud paralleelmõõdikud, mis võimaldaksid ärevusest kaugema konstrukti põhjal tugevamat eristava valiidsuse testi. Mania keskmist kasutati seeõttu praktilise ja skaalas võrreldava indikaatorina. Tulemused (vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 17) näitasid, et YAM-5 alaskaalad ning I osa koguskoor ja üldskoor seostusid mania keskmisega statistiliselt oluliselt, kuid vähesel määral ($p = 0,11-0,26$), mis toetab tõlgendust, et YAM-5 mõõdab valdavalt ärevussümptomaatikat, jagades mania sümptomitega vaid piiratud ühisosa.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 17. Eristava valiidsuse näitajad: YAM-5 I osa (Ärevushäired) alaskaalade korrelatsioonid DSM-5 sõelküsimumstiku mania skaala keskmise skooriga

YAM-5 alaskaala	DSM mania M	p
Lahutusärevus	0,11	< 0,001
Valikuline mutism	0,24	< 0,001
Sotsiaalärevus	0,24	< 0,001
Paanikahäire	0,25	< 0,001
Üldistunud ärevus	0,24	< 0,001
I osa koguskoor	0,26	< 0,001
YAM-5 üldskoor	0,23	< 0,001

Märkus. p – Spearmani järjestuskorrelatsioonikordaja rho; DSM mania M – DSM sõelküsimumstiku mania sümptomiindeksi keskmine skoor.

4.2.3.2.2.2. YAM-5_EE_laps II osa alaskaalade eristav valiidsus

Eristuvat valiidsust hinnati seostena DSM mania keskmise skooriga (vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 18), kuna käesolevas andmestikus ei olnud kättesaadavaid selgelt eksternaliseerivaid või ärevusest psühholoogiliselt sõltumatuid paralleelmõõdikuid, mis võimaldaksid rangemat kauge konstrukti võrdlust. Tulemused näitasid, et YAM-5 II osa alaskaalade skoorid ning II osa koguskoor seostusid mania keskmisega valdavalt vähesel

määral ($p = -0,06-0,22$; II osa koguskoor $p = 0,12$), kusjuures looma- ja veri-süst-vigastus foobia olid seosed praktiliselt nullilähedased, samal ajal kui situatsiooniliste ja muu foobia seosed olid võrreldes teiste domeenidega mõnevõrra suuremad. See muster toetab tõlgendust, et YAM-5 II osa peegeldab eeskätt foobse hirmu variatsiooni ning ei kattu sisuliselt mania-laadse sümptomaatikaga, kuigi osa domeene võib jagada vähesel määral ühisosa üldise internaliseeritud distressiga.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 18. Eristava valiidsuse näitajad: YAM-5 II osa (Foobiad) alaskaalade korrelatsioonid DSM-5 sõelküsimumstiku mania skaala keskmise skooriga

YAM-5 II osa	DSM mania M	p
Loomad	-0,04	< 0,001
Keskkond	0,13	< 0,001
Situatsioonid	0,22	< 0,001
Veri-süst-vigastus	-0,06	< 0,001
Muu	0,17	< 0,001
II osa koguskoor	0,12	< 0,001

Märkus. ρ – Spearmani järjestuskorrelatsioonikordaja rho; DSM mania M – DSM sõelküsimumstiku mania sümptomiindeksi keskmine skoor.

4.2.3.2.2.3. YAM-5 tuntud gruppide valiidsus: kliiniline vs kontrollgrupp

YAM-5 tuntud gruppide valiidsust hinnati, võrreldes kliinilise ja kontrollrühma skoorijaotusi Mann–Whitney U testidega (kirjeldavad näitajad vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 19). Kliiniline rühm saavutas järjekindlalt kõrgemad skoorid nii I osa koguskooril kui ka YAM-5 üldskooril. I osa skaalad eristasid rühmi eriti selgelt: näiteks valikulise mutismi ($U = 9806$; $p_{FDR} < 0,001$), paanikahäire ($U = 9284$; $p_{FDR} < 0,001$), I osa koguskoori ($U = 9343$; $p_{FDR} < 0,001$) ja YAM-5 üldskoori ($U = 8926$; $p_{FDR} < 0,001$) puhul olid rühmade erinevused väga tugevad ning efektsuurused viitasid keskmisele kuni suurele grupieristusele (Cliff's δ ligikaudu 0,41–0,54 I osa puhul). II osa näitas samuti rühmade eristumist, kuid üldjoontes mõõdukama suurusega, mis on kooskõlas foobiasisude heterogeensuse ja alatüüpide suurema sisulise varieeruvusega. II osa koguskoor eristas rühmi selgelt ($U = 6118$; $p_{FDR} < 0,001$) ning domeenidest olid tugevamad eristajad situatsioonilised foobiad ($U = 7306$; $p_{FDR} < 0,001$), muu foobia ($U = 5710$; $p_{FDR} < 0,001$) ja keskkonnafoobiad ($U = 4156$; $p_{FDR} < 0,001$). Samas loomade ($U = 1659$; $p_{FDR} = 0,0425$) ja veri-süst-vigastuse domeeni ($U = 2060$; $p_{FDR} = 0,0158$) erinevused olid väiksemad, kuigi jäid statistiliselt oluliseks. Kokkuvõtvalt toetavad tulemused tuntud gruppide valiidsust: YAM-5 skoorid eristavad kliinilist ja kontrollrühma ootuspäraselt suunas ning rühmade eristusvõime on kõige tugevam YAM-5 I osa alaskaaladel ja koguskooril.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 19. Tuntud gruppide valiidsus: kliinilise- ja kontrollrühma võrdlus

YAM-5 skaala	Grupp	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
I osa koguskoor	Kliiniline	198 (50,6)	30,6	17,7	29	0-82	28,75
	Kontroll	193 (49,4)	15,1	11,7	13	0-62	15,0
	Kokku	391 (100)	22,9	16,9	19	0-82	24,0

Lahutusärevus	Kliiniline	198 (50,6)	3,9	3,7	3	0-16	6,0
	Kontroll	193 (49,4)	1,6	2,2	1	0-12	2,0
	Kokku	391 (100)	2,8	3,2	2	0-16	4,5
Paanikahäire	Kliiniline	198 (50,6)	5,1	4,4	4	0-18	7,0
	Kontroll	193 (49,4)	1,5	2,5	0	0-14	2,0
	Kokku	391 (100)	3,3	4,0	2	0-18	5,0
Sotsiaalärevus	Kliiniline	198 (50,6)	8,5	5,2	8	0-18	9,0
	Kontroll	193 (49,4)	4,8	3,8	4	0-17	5,0
	Kokku	391 (100)	6,7	4,9	6	0-18	7,0
Valikuline mutism	Kliiniline	198 (50,6)	4,4	2,9	4	0-12	4,75
	Kontroll	193 (49,4)	1,8	2,0	1	0-9	3,0
	Kokku	391 (100)	3,1	2,8	3	0-12	4,0
Üldistunud ärevus	Kliiniline	198 (50,6)	8,7	4,9	9	0-18	7,0
	Kontroll	193 (49,4)	5,3	3,9	5	0-18	6,0
	Kokku	391 (100)	7,0	4,7	6	0-18	7,0
II osa koguskoor	Kliiniline	198 (50,6)	17,8	10,5	16	0-45	16,0
	Kontroll	193 (49,4)	11,7	8,3	10	0-37	10,0
	Kokku	391 (100)	14,8	9,9	13	0-45	14,0
Keskmond	Kliiniline	198 (50,6)	4,1	2,8	4	0-11	4,75
	Kontroll	193 (49,4)	2,9	2,3	3	0-10	3,0
	Kokku	391 (100)	3,5	2,6	3	0-11	4,0
Loomad	Kliiniline	198 (50,6)	4,5	2,8	4	0-11	3,75
	Kontroll	193 (49,4)	4,0	2,8	3	0-12	3,0
	Kokku	391 (100)	4,2	2,8	4	0-12	4,0
Muu	Kliiniline	198 (50,6)	2,9	2,4	2	0-10	3,0
	Kontroll	193 (49,4)	1,6	1,8	1	0-8	2,0
	Kokku	391 (100)	2,3	2,2	2	0-10	3,0
Situatsioonid	Kliiniline	198 (50,6)	4,1	3,8	3	0-15	5,75
	Kontroll	193 (49,4)	1,6	2,2	1	0-11	2,0
	Kokku	391 (100)	2,9	3,3	1	0-15	4,0
Veri-süst-vigastus	Kliiniline	198 (50,6)	2,3	2,4	2	0-9	4,0
	Kontroll	193 (49,4)	1,7	2,0	1	0-9	2,0
	Kokku	391 (100)	2,0	2,2	1	0-9	3,0
YAM-5 üldskoor	Kliiniline	198 (50,6)	48,3	25,8	45,5	0-112	40,75
	Kontroll	193 (49,4)	26,8	17,9	23	0-93	23,0
	Kokku	391 (100)	37,7	24,7	33	0-112	35,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

4.2.3.2.2.4. YAM-5_EE_laps eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

YAM-5 lapseversiooni skaalade diskrimineerimisvõimet hinnati ROC-analüüsiga, kasutades kriteeriumina kuulumist kliinilisse vs kontrollrühma. Tegu on tuntud gruppide valiidsusel põhineva lähenemisega, mille eesmärk on kirjeldada, kui hästi laste enesehinnangul põhinevad sümptomiskoorid eristavad kõrgema sümptomikoormusega kliinilist rühma

madalama sümptomikoormusega kontrollrühmast, mitte kehtestada diagnostilisi lävendeid. Skoore käsitleti pidevate näitajatenä ning eristusvõimet väljendati AUC väärtusena koos 95% usaldusvahemikuga; optimaalse äralõikepunkti illustreerimiseks esitati Youdeni indeksi alusel valitud lävendid koos tundlikkuse ja spetsiifilisusega (vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 20). Tulemused viitasid üldjoontes mõõdukale kuni heale eristusvõimele nii I osa alaskaalade kui ka koondskooride tasandil (AUC vahemikus 0,70–0,77), samas kui II osa koondskoori eristusvõime oli veidi tagasihoidlikum (AUC = 0,68). Kõrgeim diskrimineerimisvõime ilmnis valikulise mutismi domeenis (AUC = 0,77; 0,73–0,82) ning paanikahäire ja I osa koguskoori puhul (AUC vastavalt 0,76; 0,71–0,80 ja 0,76; 0,71–0,81). Nende skaalade Youdeni alusel määratud lävendite juures olid tundlikkus ja spetsiifilisus üldjoontes tasakaalus: paanikahäire puhul oli tundlikkus 0,72 ja spetsiifilisus 0,72, I osa koguskoori puhul tundlikkus 0,64 ja spetsiifilisus 0,78 ning valikulise mutismi puhul tundlikkus 0,61 ja spetsiifilisus 0,81. Lahutusärevuse, sotsiaalärevuse ja üldistunud ärevuse alaskaaladel oli eristusvõime mõõdukas (AUC = 0,70), viidates kliinilise ja kontrollrühma skoorijaotuste osalisele kattuvusele; nende domeenide optimaalsed lävendid andsid valdavalt mõõduka tundlikkuse (0,54–0,62) koos hea spetsiifilisusega (0,70–0,81). YAM-5 üldskoor eristas gruppe hästi (AUC = 0,75; 0,70–0,80), kuid siin oli tasakaal nihkes veidi kõrgema tundlikkuse (0,72) ja mõõdukama spetsiifilisuse (0,68) suunas, mis tähendab, et valitud lävend tabab suhteliselt suure osa kliinilise rühma juhtudest, kuid klassifitseerib sagedamini positiivseks ka osa kontrollrühma vastajaid.

II osa koondskoori (spetsiifilised foobiad) eristusvõime oli tagasihoidlikum (AUC = 0,68; 0,62–0,73; tundlikkus 0,57; spetsiifilisus 0,72), mis on sisuliselt ootuspärane, arvestades foobiasümptomite laiemat levikut ka mittekliinilistes rühmades ning seda, et kliinilise rühma määratlus ei olnud foobiatepõhine. Kokkuvõttes toetavad AUC väärtused ja nendega kaasnev tundlikkuse/spetsiifilisuse muster YAM-5 lapseversiooni võimet eristada kliinilist ja kontrollrühma sümptomikoormuse alusel. Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 20. YAM-5_EE_laps tuntud gruppide valiidsus: kliinilise ja kontrollgrupi eristamisvõime ROC-analüüsi alusel

YAM-5_EE_laps skaala	AUC (95% UV)	Äralõikepunkt	Youden J	Sens	Spec
Lahutusärevus	0,70 (0,65–0,75)	3	0,32	0,55	0,77
Valikuline mutism	0,77 (0,73–0,82)	4	0,42	0,61	0,81
Sotsiaalärevus	0,70 (0,65–0,76)	7	0,32	0,62	0,70
Paanikahäire	0,76 (0,71–0,80)	2	0,43	0,72	0,72
Üldistunud ärevus	0,70 (0,65–0,76)	9	0,34	0,54	0,81
I osa koguskoor	0,76 (0,71–0,81)	23	0,42	0,64	0,78
II osa koguskoor	0,68 (0,62–0,73)	15	0,29	0,57	0,72
YAM-5 üldskoor	0,75 (0,70–0,80)	32	0,40	0,72	0,68

Märkus.: AUC – ROC-kõvera alune pindala (*Area Under the Curve*); 95% UV – 95% usaldusvahemik; äralõikepunkt – optimaalne lävend kliinilise ja kontrollrühma eristamiseks (valitud Youdeni indeksi maksimeerimise alusel); Sens – sensitiivsus; Spec – spetsiifilisus; Youden J – Youdeni indeks

4.2.3.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

4.2.3.2.3.1 YAM-5_EE_laps alaskaalade seosed diagnoosidega kliinilises grupis

YAM-5 lapseversiooni kriteeriumivaliidsust hinnati kliinilises rühmas seostena MINI-Kid intervjuul määratud ärevushäirete diagnoosidega. Iga YAM-5 alaskaala ja koondskoori puhul modelleeriti vastava diagnoosi esinemist logistilise regressiooniga ning tulemused esitati šansisuhetena ühe standardhälbe suurenemise kohta (OR 1 SH kohta; vt Tabel (YAM-5_EE_laps) 21). Analüüsidesse kaasati üksnes juhud, kellel olid kättesaadavad nii YAM-5 lapse enesehinnangud kui ka vastavad MINI-Kid diagnoositunnused (n = 193). MINI-Kid intervjuu teostati ainult kliinilises rühmas, seetõttu on diagnoosipõhised seosed arvatud üksnes kliinilise grupi andmete põhjal ning kontrollrühm analüüsid ei kajastu. Tulemused näitasid, et YAM-5 I osa ärevushäirete domeenid olid MINI-Kid diagnoosidega järjekindlalt ja ootuspäraselt kooskõlas. Lahutusärevus oli tugevalt seotud vastava diagnoosiga (OR = 2,7), paanikasümptomid paanikahäire diagnoosiga (OR = 7,0), sotsiaalärevus sotsiaalärevushäire diagnoosiga (OR = 3,7) ning üldistunud ärevuse skaala üldistunud ärevushäire diagnoosiga (OR = 2,2). I osa koondskoor eristas selgelt “vähemalt ühe ärevushäire” kriteeriumi (OR = 3,3), mis viitab, et lapse enesehinnangul põhinev üldisem ärevussümptomite koormus kajastab usaldusväärselt MINI-Kid intervjuus tuvastatud ärevushäirete staatust. Spetsiifiliste foobiade osas oli II osa koondskoor seotud spetsiifilise foobia diagnoosiga (OR = 2,5). Ka foobiadomeenide lõikes ilmnisid ootuspärased seosed: looma-, keskkonna-, situatsiooni- ning veri-süst-vigastuse foobia skoorid olid positiivselt seotud spetsiifilise foobia diagnoosiga (OR-id ligikaudu vahemikus 1,8–2,8). “Muu” foobia domeeni seos jäi seevastu tagasihoidlikumaks ja statistiliselt ebaselgemaks (OR = 1,4), mis võib osutada kas selle domeeni suuremale sisulisele heterogeensusele või MINI-Kid diagnoosikategooria ja aladomeeni mittetäielikule kattuvusele. YAM-5 üldskoor oli samuti tugevalt seotud “vähemalt ühe ärevushäire” kriteeriumiga (OR = 3,6), kinnitades, et koondnäitaja peegeldab kliinilises rühmas laiemat ärevusproblemaatika taset.

Tabel (YAM-5_EE_laps) 21. YAM-5_EE_laps alaskaalade ja koondskooride seosed MINI-Kid diagnoosidega

Selgitav tunnus (YAM-5 alaskaala)	Kriteerium (MINI-Kid diagnoos)	n (juhud)	M (SH)	OR 1 SH kohta (95% UV)	p
Lahutusärevus	Lahutusärevus	193 (12)	4,0 (3,7)	2,7 (1,5–4,7)	< 0,001
Paanika	Paanikahäire	193 (17)	5,1 (4,4)	7,0 (3,3–14,9)	< 0,001
Sotsiaalärevus	Sotsiaalärevus	193 (48)	8,5 (5,2)	3,7 (2,4–5,6)	< 0,001
Üldistunud ärevus	Üldistunud ärevushäire	193 (30)	8,7 (4,9)	2,2 (1,4–3,4)	< 0,001
I osa koguskoor	≥1 ärevushäire	193 (72)	30,7 (17,7)	3,3 (2,3–4,9)	< 0,001
II osa koguskoor	Spetsiifiline foobia	193 (19)	17,7 (10,5)	2,5 (1,5–4,0)	< 0,001
Loomad	Spetsiifiline foobia	193 (19)	4,5 (2,8)	2,1 (1,3–3,4)	0,004
Keskkond	Spetsiifiline foobia	193 (19)	4,0 (2,8)	2,8 (1,6–4,7)	< 0,001
Situatsioonid	Spetsiifiline foobia	193 (19)	4,0 (3,8)	1,9 (1,3–3,0)	0,003
Veri-süst-vigastus	Spetsiifiline foobia	193 (19)	2,3 (2,4)	1,8 (1,1–2,7)	0,009
Muu	Spetsiifiline foobia	193 (19)	2,8 (2,3)	1,4 (0,9–2,1)	0,178
YAM-5 üldskoor	≥1 ärevushäire	193 (72)	48,4 (25,8)	3,6 (2,4–5,3)	< 0,001

Märkused: OR – šansside suhe; 95% UV – 95% usaldusvahemik; N (juhud) – valimi suurus ja diagnoosiga isikute arv; M (SH) – keskmine ja standardhälve; ≥ 1 ärevushäire – vähemalt 1 ärevushäire diagnoos (lahutusärevus, paanikahäire, sotsiaalärevus, üldistunud ärevus, spetsiifiline foobia).

Kokkuvõttev tabel YAM-5_EE_laps kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus	X			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			X	
Sensitiivsus		X		
Spetsiifilisus		X		
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			X	
Normide olemasolu		X		

Kasutatud kirjandus:

Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020). *Anxiety in children with selective mutism: A meta-analysis*. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 330–341.

Fernández-Martínez, I., & Muris, P. (2024). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): An Updated Systematic Review of its Psychometric Properties. *Child psychiatry and human development*, 10.1007/s10578-024-01712-3. Advance online publication.

Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., 3rd, Schmeitz, K., & International Child and Adolescent Anxiety Assessment Expert Group (ICAAAEG) (2017). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and First Psychometric Evidence of a New Scale for Assessing Anxiety Disorders Symptoms of Children and Adolescents. *Child psychiatry and human development*, 48(1), 1–17.

5. Lapse ja perekonna lühike telefoniintervjuu 4 (BCFPI4_EE) - Brief Child and Family Phone Interview: Parent Interview (6–19 years)

Sissejuhatus

Brief Child and Family Phone Interview: Parent Interview (6–19 years) (BCFPI) on Kanadas välja töötatud standardiseeritud lapse ja perekonna vaimse tervise hindamisvahend, mille eesmärk on lapse ja nooruki vaimse tervise probleemide varajane sõelumine ja struktureeritud hindamine. Instrumenti kasutatakse esmase kontakti etapis selleks, et toetada teenusele suunamise otsuste tegemist, hinnata teenuse vajadust ja intensiivsust ning kavandada edasist hindamist või sekkumist. Originaalautorite rõhutuse kohaselt ei ole BCFPI mõeldud diagnostiliseks hindamisvahendiks, vaid kliinilise otsustustoe pakkumiseks, võimaldades süstemaatiliselt kaardistada probleemide esinemissagedust ja nende funktsionaalset mõju, et võimaldada teadlikke ja võrreldavaid otsuseid esmase kontakti etapis. Psühhomeetrilised näitajad mõõdiku kohta on kirjeldatud Boyle et al. (2009a ja 2009b) artiklites.

BCFPI on struktureeritud intervjuu, mida saab läbi viia telefoni teel või silmast silma. Intervjuu koosneb temaatilistest koond- ja alaskaaladest, mis kirjeldavad lapse vaimse tervise probleemivaldkondi, igapäevast toimetulekut ning probleemide mõju perekonnale. Skaalastruktuur võimaldab käsitleda probleeme nii laiemate dimensioonidena (koondskaalad) kui ka spetsiifiliste sümptomiprofiilidena (alaskaalad). Mõõtevahendi keskne ajaline fookus on lapse käitumisel ja toimetulekul viimase kuue kuu jooksul.

BCFPI4 intervjuu struktuur eristab kaht laiemat probleemide dimensiooni.

Eksternaliseerivad probleemid hõlmavad raskusi käitumise ja impulsside kontrollis ning avalduvad järgmistes probleemivaldkondades: (1) tähelepanu, impulsiivsuse ja aktiivsuse reguleerimise raskused, (2) koostööprobleemid, (3) käitumisprobleemid, (4) kalk-emotsioonitu käitumine. Internaliseerivad probleemid hõlmavad eeskätt ärevus- ja meeleoluga seotud raskusi ning avalduvad järgmistes probleemivaldkondades: (1) lahutusärevusega seotud probleemid, (2) üldise ärevusega seotud probleemid, (3) sotsiaalärevusega seotud probleemid, (4) sundkäitumisega seotud probleemid, (5) meeleoluga seotud probleemid.

Lisaks sümptomaatilistele probleemidele käsitleb hindamisvahend söömise ja magamisega seotud raskusi, lapse igapäevast toimetulekut ning probleemide mõju perekonnale. Lapse toimetulekut hinnatakse suhete kvaliteedi, igapäevaste rutiinide ja tegevuste, isoleerumise ning koolis osalemise ja õpiedukuse kaudu. Perekondlikku konteksti ja lapse probleemide mõju pereelule hinnatakse perekonna tegevustega seotud piirangute ning perekonnas esineva ärevuse ja konfliktide kaudu. Samuti hõlmab mõõtevahend vastaja meeleolu ja perekonna toimimise hindamist.

Enamik alaskaalasid koosneb 6 väitest. Vastamine toimub kolmepallisel sagedusskaalal: mitte kunagi, mõnikord, sageli. Skaalad arvutatakse alaskaalade kaupa ning neid võib käsitleda eraldi. Originaalartiklites rõhutatakse, et instrument ei keskendu ühe üldskoori kasutamisele, vaid alaskaalade profiilile, mis annab kliiniliselt informatiivsema ülevaate lapse probleemivaldkondadest. Alaskaalade skooride minimaalne väärtus on 0 ja maksimaalne väärtus sõltub alaskaalas olevate väidete arvust ning vastusskaalast (Boyle jt. 2009a).

Originaalinstrumenti kasutamiseks on olemas nii instrumendi kirjeldus ja kasutusjuhend, skoorimise juhised kui ka juhised skooride kliiniliseks tõlgendamiseks. BCFPI on litsentseeritud hindamisvahend, mille kasutamine eeldab vastavat luba intervjuu õiguste omajatelt (Rootsis ja Euroopa Liidus [Stretchcare](#)). BCFPI kasutamine eeldab teadmisi lapse ja nooruki vaimse

tervise probleemidest; struktureeritud intervjuu läbiviimise oskusi; tutvumist instrumendi skaalade, skoorimise ja tõlgendamise põhimõtetega; oskust käsitleda tundlikke teemasid vastavalt kliinilise praktika nõuetele. Originaalautorid rõhutavad, et instrumendi korrektne kasutamine eeldab asjakohast väljaõpet ja kliinilist pädevust.

Metoodika

Tõlkeprotsessi kirjeldus

Kohandamise käigus teostati originaalinstrumendi tõlge eesti keelde Kadri Lüüsi poolt. Eraldi sõltumatut paralleeltõlget ega tagasitõlget ei rakendatud. Tõlke kvaliteeti ja vastavust originaalversioonile hinnati sisuliselt ning tõlge ühtlustati ekspertide (Ailen Elias ja Triinu Ojalo) arutelude käigus. Tõlke ja originaali vastavust hinnati kontseptuaalsel tasandil, keskendudes probleemipõhise loogika ning kliiniliselt oluliste väidete säilimisele.

Andmete kogumine

Andmed koguti telefoniintervjuu vormis kliinilise ja kontrollrühma laste ja noorukite vanematelt või eestkostjatelt. Kõik intervjuud viis läbi üks vaimse tervise eriõde. Uuringu kavandatud läbiviimise järjekorra kohaselt püüti BCFPI intervjuu administreerida kaasamisuringu etapis enne teiste valideerimisuuringu kasutatud mõõdikute täitmist.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

BCFPI valiidsuse hindamisel kasutati võrdlusmõõdikuna e-MINI-KID struktureeritud diagnostilist intervjuud ning rühmatunnusena kliinilise ja kontrollrühma jaotust. Kriteeriumipõhise valiidsuse hindamiseks moodustati e-MINI-KID intervjuu alusel binaarsed koondnäitajad eksternaliseerivate ja internaliseerivate häirete kohta (häire esines vs ei esinenud). Eksternaliseerivate häirete koondnäitaja hõlmas aktiivsus- ja tähelepanuhäiret, tõrges-trotslik käitumishäiret ja/või käitumishäiret. Internaliseerivate häirete koondnäitaja hõlmas depressiivset episoodi, generaliseerunud ärevushäiret, lahutusärevust, sotsiaalärevust ja/või paanikahäiret. BCFPI kliinilist kasutatavust hinnati ROC-analüüsi abil, seostades eksternaliseerivate ja internaliseerivate probleemide koondskaalade skoorid vastavate e-MINI-KID koondnäitajatega. Lisaks viidi ROC-analüüsid läbi eraldi poiste ja tüdrukute alarühmades, et hinnata võimalikke soolisi erinevusi skaalade eristusvõimes.

5.1. BCFPI4_EE Lapse ja perekonna lühike telefoniintervjuu 4

Uuringu tulemused

5.1.1. Valimi kirjeldus

BCFPI intervjuus osales kokku 330 eeskostjat, kellest 305 olid naised (92,4%) ja 25 mehed (7,6%). Eeskostjate hulgas olid valdavalt bioloogilised vanemad; 8 eeskostjat olid kasuvanemad või muud seaduslikud esindajad. Eeskostjate poolt hinnatud alaealistest kuulus 162 (49,1%) kliinilisse rühma ja 168 (50,9%) kontrollrühma. Alaealiste valimi soo- ja vanusenäitajad on esitatud tabelis (BCFPI4_EE) 1.

Tabel (BCFPI4_EE) 1. BCFPI intervjuu valimi soo- ja vanusenäitajad

Tabel (DOP H_2E) 1. DOP H_2E rühma - vanused 600 ja vanaschatajad						
N			Vanus			
			Keskmine	SH	Mediaan	Vahemik
Kliiniline rühm						
Poisid	66	40,7%	12,0	2,7	13	6-18
Tüdrukud	95	58,6%	12,7	2,7	13	6-18
Sugu määratlemata	1	0,6%	-	-	-	-
Kokku	162	100 %	12,7	2,7	13	6-18
Kontrollrühm						
Poisid	78	46,4%	12,2	2,7	13	6-18
Tüdrukud	88	52,4%	12,2	2,9	12	6-18
Sugu määratlemata	2	1,2%	-	-	-	-
Kokku	168	100,0%	12,2	2,9	12	6-18

BCFPI4_EE alaskaalade skooride keskmised, standardhälbed, mediaanid ja vahemikud on esitatud tabelis (BCFPI4_EE) 2 eraldi kliinilise ja kontrollrühma kohta.

Tabel (BCFPI4_EE) 2. BCFPI4_EE koond- ja alaskaalade kirjeldavad statistikud kliinilises ja kontrollrühmas

Alaskaala/rühm	Keskmine	SH	Mediaan	Vahemik
EKSTERNALISEERIMINE				
Kliiniline rühm	55,0	11,3	52,785	37,16-84,14
Kontrollrühm	42,9	6,0	41,34	35,23-65,61
Tähelepanu, impulsiivsuse ja aktiivsuse reguleerimine				
Kliiniline rühm	58,1	11,9	59,15	34,44-77,41
Kontrollrühm	42,4	8,3	39,48	31,84-72,23
Koostöö				
Kliiniline rühm	55,4	11,8	55,06	35,65-77,75
Kontrollrühm	44,5	8,1	42,41	35,65-70,83
Käitumine				

Kliiniline rühm	50,0	9,5	44,59	43,21-88,48
Kontrollrühm	46,0	4,2	44,45	43,21-68,37
Kalk-emoosioonitu				
Kliiniline rühm	51,7	11,8	46,07	41,62-86,91
Kontrollrühm	43,9	4,4	42,25	41,62-74,1
INTERNALISEERIMINE				
Kliiniline rühm	54,4	10,4	53,44	37,24-81,32
Kontrollrühm	43,1	4,8	41,415	37,24-61,54
Lahusolekuärevusega toimetulek				
Kliiniline rühm	48,4	11,4	41,77	39,42-83,18
Kontrollrühm	43,1	4,7	41,77	39,42-68,74
Ärevusega toimetulek				
Kliiniline rühm	56,2	11,9	56,82	36,76-82,01
Kontrollrühm	48,0	8,3	46,31	36,76-74,84
Sotsiaalärevusega toimetulek				
Kliiniline rühm	52,2	13,2	47,245	38,69-80,07
Kontrollrühm	43,0	6,7	40,03	38,69-69,74
Sundkäitumise reguleerimine				
Kliiniline rühm	48,2	9,4	43,17	42,61-86,79
Kontrollrühm	44,4	4,1	43,17	42,61-72,58
Meeleoluga toimetulek				
Kliiniline rühm	61,0	13,4	61,31	41,1-87,5
Kontrollrühm	44,6	5,2	42,24	41,1-72,72
SÖÖMINE JA MAGAMINE				
Kliiniline rühm	55,7	9,3	55,67	39,16-76,4
Kontrollrühm	45,1	5,1	43,62	39,16-63,01
Söömine				
Kliiniline rühm	52,8	9,7	50,55	39,9-81,48
Kontrollrühm	45,2	6,2	43,68	39,9-71,17
Magamine				
Kliiniline rühm	57,2	10,6	57,23	40,41-80,43
Kontrollrühm	46,1	5,5	45,355	40,41-76,76
ÜLDINE FUNKTSIONEERIMINE				
Kliiniline rühm	57,4	10,0	56,335	39,24-84,12
Kontrollrühm	44,0	4,8	43,13	38,45-61,48
Suhete kvaliteet				

Kliiniline rühm	48,4	10,5	46,56	36,99-81,72
Kontrollrühm	40,0	4,4	38,13	36,99-65,59
Rutiinid, tegevused, isoleerumine				
Kliiniline rühm	65,2	12,6	64,89	41,53-89,29
Kontrollrühm	50,2	7,6	47,3	41,53-75,39
Koolis osalemine ja õpiedukus				
Kliiniline rühm	56,5	11,3	54,6	40,96-87,26
Kontrollrühm	44,3	4,8	41,69	40,96-62,86
PEREKONNA KOGUMÕJU				
Kliiniline rühm	55,4	9,7	53,41	41,95-84,5
Kontrollrühm	43,1	2,9	42,3	41,44-61,68
Perekonna tegevused				
Kliiniline rühm	52,1	10,7	48,87	43,22-87,84
Kontrollrühm	44,4	1,6	44,68	43,22-56,18
Perekonna ärevus ja konfliktid				
Kliiniline rühm	57,7	9,7	57,28	41,31-84,46
Kontrollrühm	43,0	4,6	41,33	40,98-70,91
Vastaja meeleolu				
Kliiniline rühm	58,1	11,4	56,61	40,59-84,77
Kontrollrühm	47,8	6,3	46,655	40,59-70,1
Perekonna toimimine				
Kliiniline rühm	55,1	8,6	53,4	42,23-86,08
Kontrollrühm	50,6	6,5	49,195	35,73-69,74

5.1.1.1. BCFPI_EE koond ja alaskaalade rühmadevahelised erinevused

BCFPI skaalade skooride erinevusi kliinilise ja kontrollrühma vahel hinnati Mann–Whitney U-testiga. Analüüside tulemused on esitatud tabelis (BCFPI4_EE) 3. Kliinilisse rühma kuuluvatel alaealistel olid võrreldes kontrollrühmaga statistiliselt oluliselt kõrgemad skoorid peaaegu kõigil BCFPI koond- ja alaskaaladel. Erandiks oli sundkäitumise reguleerimise alaskaala, mille puhul rühmadevaheline erinevus ei saavutanud statistilist olulisust pärast mitmiktestimise korrigeerimist (FDR), vaatamata suurele efekti suurusele. Kõik ülejäänud erinevused püsisid statistiliselt olulistena ka pärast FDR-korrigeerimist ($p < 0,001$). Efekti suurused varieerusid väikesest kuni suure efektini ($r = 0,10-0,73$). Kokkuvõttes eristusid kliiniline ja kontrollrühm BCFPI skaaladel selgelt, mis toetab instrumendi võimet eristada kliinilist ja mittekliinilist valimit.

Tabel (BCFPI4_EE) 3. BCFPI alaskaalade rühmadevahelised erinevused kliinilise ja kontrollrühma vahel (Mann-Whitney-U-test)

Koond-/alaskaala	U	r
------------------	---	---

EKSTERNALISEERIMINE	9636*	0,25
Tähelepanu, impulsiivsuse ja aktiivsuse reguleerimine	9954*	0,23
Koostöö	7776*	0,37
Käitumine	5188*	0,54
Kalk-emotsioonitu	7184*	0,41
INTERNALISEERIMINE	9454*	0,26
Lahusolekuärevusega toimetulek	3448*	0,64
Ärevusega toimetulek	5896*	0,49
Sotsiaalärevusega toimetulek	5930*	0,49
Sundkäitumise reguleerimine	2058	0,73
Meeleoluga toimetulek	10396*	0,20
SÖÖMINE JA MAGAMINE	9396*	0,27
Söömine	7083*	0,42
Magamine	8730*	0,31
ÜLDINE FUNKTSIONEERIMINE	11144*	0,13
Suhete kvaliteet	7893*	0,36
Rutiinid, tegevused, isoleerumine	9632*	0,25
Koolis osalemine ja õpiedukus	9704*	0,23
PEREKONNA KOGUMÕJU	11916*	0,10
Perekonna tegevused	7198*	0,40
Perekonna ärevus ja konfliktid	11854*	0,11
Vastaja meeleolu	7750*	0,37
Perekonna toimimine	4159*	0,60

Märkus: * $p < 0,001$ (FDR-korrigeeritud). Positiivne r-väärtus viitab kõrgematele skooridele kliinilises rühmas võrreldes kontrollrühmaga.

5.1.1.2. Vanus

Vanuse seoseid BCFPI koond- ja alaskaaladega hinnati Spearmani astakorrelatsiooniga eraldi kliinilises ja kontrollrühmas. Mitmese testimise mõju kontrolliti FDR-korrektsooniga. Kliinilises rühmas ilmnas mitmed statistiliselt olulised seosed vanusega. Vanus oli positiivses seoses internaliseerimise ($p = 0,26$, $p = 0,001$) ning söömise ja magamise koondskaalaga ($p = 0,40$, $p < 0,001$) ja ärevusega toimetuleku ($p = 0,23$, $p = 0,003$), sotsiaalärevusega toimetuleku ($p = 0,20$, $p = 0,01$), meeleoluga toimetuleku ($p = 0,30$, $p < 0,001$), magamise ($p = 0,40$, $p < 0,001$), söömise ($p = 0,22$, $p = 0,006$) ning rutiinide, tegevuste ja isoleerumise alaskaalaga ($p = 0,19$, $p = 0,015$). Vanus oli negatiivselt seotud eksternaliseerimise koondskaalaga ($p = -0,33$, $p < 0,001$) ning tähelepanu, impulsiivsuse ja aktiivsuse reguleerimise ($p = -0,32$, $p < 0,001$), koostöö ($p = -0,28$, $p < 0,001$) ning suhete kvaliteedi alaskaaladega ($p = -0,20$, $p = 0,012$). Kontrollrühmas ilmnas tugev positiivne seos vanuse ja käitumise ($p = 0,24$, $p = 0,002$) ning perekonna tegevused alaskaala vahel ($p = 0,69$, $p < 0,001$). Vanus oli negatiivselt seotud meeleoluga toimetuleku ($p = -0,21$, $p = 0,008$) ning perekonna toimimise alaskaalaga ($p = -0,21$, $p = 0,007$). Teistel alaskaaladel kontrollrühmas statistiliselt olulisi seoseid vanusega ei ilmnunud.

5.1.1.3. Sugu

Soolisi erinevusi hinnati Mann–Whitney U-testiga, kasutades mitmese testimise korrigeerimiseks FDR-korrektsooni. Kliinilises rühmas ilmnasid statistiliselt olulised soolinevused. Tüdrukute skoorid olid poiste omadest kõrgemad internaliseerimise koondskaalal ($Z = -11,3$, $r = 0,89$, $p = 0,002$), söömise ja magamise koondskaalal ($Z = -11,2$,

$r = 0,89$, $p = 0,002$) ning perekonna kogumõju koondskaalal ($Z = -10,0$, $r = 0,79$, $p = 0,029$). Alaskaala tasandil olid tüdrukute skoorid poiste omadest kõrgemad meeleoluga toimetuleku ($Z = -12,1$, $r = 0,95$, $p < 0,001$), ärevusega toimetuleku ($Z = -11,1$, $r = 0,87$, $p = 0,003$), söömise ($Z = -10,4$, $r = 0,82$, $p = 0,019$), magamise ($Z = -10,8$, $r = 0,86$, $p = 0,005$), perekonna tegevuste ($Z = -9,82$, $r = 0,78$, $p = 0,044$) ning perekonna ärevuse ja konfliktide skaaladel ($Z = -10,2$, $r = 0,80$, $p = 0,022$). Ülejäänud koond- ja alaskaaladel kliinilises rühmas statistiliselt olulisi soerinevusi ei ilmnenu. Kontrollrühmas ilmnenu statistiliselt olulised soerinevused nii koond- kui alaskaaladel. Tüdrukute skoorid olid poiste omadest kõrgemad üldise funktsioneerimise koondskaalal ($Z = -13,2$, $r = 1,03$, $p = 0,002$) ning perekonna kogumõju koondskaalal ($Z = -14,4$, $r = 1,12$, $p < 0,001$). Alaskaala tasandil olid tüdrukute skoorid poiste omadest kõrgemad sotsiaälrevusega toimetuleku ($Z = -5,45$, $r = 0,42$, $p = 0,024$), lahtusärevusega toimetulekul ($Z = -5,9$, $r = 0,46$, $p = 0,0001$), suhete kvaliteedi ($Z = -18,7$, $r = 1,45$, $p < 0,001$), koolis osalemise ja õpiedukuse ($Z = -17,0$, $r = 1,33$, $p < 0,001$), käitumise ($Z = -16,3$, $r = 1,27$, $p < 0,001$), kalk-emotsioonitu ($Z = -15,4$, $r = 1,20$, $p < 0,001$) ning perekonna ärevuse ja konfliktide skaaladel ($Z = -14,3$, $r = 1,11$, $p < 0,001$).

5.1.2. BCFPI 4_EE reliaabluse näitajad

5.1.2.1 Sisereliaablus

BCFPI alaskaalade sisereliaablust hinnati Cronbachi α koefitsiendi abil. Väidete panust alaskaaladesse hinnati üksikväidete ja vastava alaskaala koguskoori vaheliste korrelatsioonide alusel (tabel (BCFPI4_EE) 4). Tulemused viitavad, et enamiku alaskaalade sisereliaablus on hea kuni väga hea ning üksikväidete eemaldamine ei parandanud Cronbachi α väärtusi sisuliselt.

Tabel (BCFPI4_EE) 4. BCFPI alaskaalade sisereliaabluse näitajad (Cronbachi α) ja üksikväidete korrelatsioonid alaskaala koguskooriga

Alakaala / väide	Cronbachi α	Korrelatsioon koguskooriga ilma vastava väiteta	Cronbachi α ilma vastava väiteta
Tähelepanu, impulsiivsuse ja aktiivsuse reguleerimise	0,89		
Hajevil või tal on raskusi ühe tegevuse juures püsimisega		0,78	0,86
On raskusi juhiste või juhendite järgimisega		0,73	0,86
Impulsiivne või tegutseb mõtlemata		0,67	0,87
Hüppab ühelt tegevuselt teisele		0,77	0,86
Niheleb		0,63	0,88
Raskusi ülesannete organiseerimisel		0,65	0,88
Koostöö	0,88		
Trotslik või räägib täiskasvanutele vastu		0,76	0,84
Süüdistab oma vigades teisi		0,66	0,86
Teiste suhtes kergesti ärrituv		0,65	0,86
Vihane ja kibestunud		0,67	0,86
Ägestub		0,76	0,84
Vaidleb täiskasvanutega		0,61	0,87

Käitumine	0,82	
Hävitab teistele kuuluvaid asju	0,67	0,78
Käitub füüsiliselt agressiivselt (lööb, hammustab või lööb jalaga)	0,69	0,77
Alustab füüsilisi kaklusi	0,65	0,79
Kiusab teisi	0,67	0,78
Hoolimata keelamisest jääb ööseks välja	0,22	0,85
Teeb asju, mis teevad teistele haiget	0,72	0,76
Kalk-emotsioonitu	0,87	
Ei hooli teiste tunnetest	0,69	0,85
Ei hooli, kui ta teistele haiget teeb	0,71	0,85
Ei tunne end süüdi, kui on midagi valesti teinud	0,75	0,84
Näitab või varjab emotsioone teiste kontrollimiseks	0,59	0,87
Satub probleemidesse, kuid ei hooli sellest	0,76	0,84
Valetab, et saada seda, mida tahab	0,62	0,86
Lahusolekuärevusega toimetulek	0,90	
Kardab magada, kui vanemad ei ole lähedal	0,69	0,89
Lähedastest lahkudes on liigselt häiritud	0,80	0,87
Enne lähedastest eraldumist kurdab, et tunneb end halvasti	0,73	0,88
Lähedastest eemal olles on liigselt häiritud	0,75	0,88
Kardab üksi olla	0,72	0,88
Raskusi magamamineku ajal eraldumisega	0,69	0,89
Ärevusega toimetulek	0,84	
Muretseb varasema käitumise pärast	0,56	0,82
Muretseb, et teeb midagi valesti	0,67	0,80
Muretseb tuleviku pärast	0,57	0,82
Kardab vigu teha	0,67	0,80
Soovib liigselt inimestele meele järgi olla	0,53	0,83
Raske muretsemist lõpetada	0,69	0,80
Sotsiaalärevusega toimetulek	0,94	
Teiste laste läheduses häbelik	0,79	0,93
Väldib uute lastega kohtumist	0,85	0,92
Väldib gruppe, kus on talle võõraid lapsi	0,86	0,92
On ärevil või mures sotsiaalsetes olukordades teiste lastega	0,83	0,93
Vajab pikka aega, et end teiste lastega mugavalt tunda	0,82	0,93
Tunneb kergesti piinlikkust sotsiaalsetes olukordades teiste lastega	0,76	0,93
Sundkäitumise reguleerimine	0,81	
Kordab ikka ja jälle mingeid tegevusi, nagu näiteks käte pesemine, uste ja tulede kontrollimine	0,55	0,78
Kulutab liiga palju aega asjade järjekorda seadmisele või teatud viisil paigutamisele	0,62	0,77
Nõuab, et asjad oleksid ebatavaliselt puhtad või pisikutevabad	0,65	0,76
Raskusi ülesannete lõpule viimisel, sest need peavad olema "täiuslikud"	0,43	0,83

Muretseb palju mustuse ja pisikute pärast	0,64	0,77
Ärritub, kui tal takistatakse asju kindlas järjekorras tegemast	0,65	0,76
Meeleoluga toimetulek	0,93	
Ei tunne huvi tavapärase tegevuste vastu	0,73	0,92
Ei tunne tavapäraest tegevustest mingit rõõmu	0,83	0,91
esineb raskusi elu nautimisega	0,83	0,91
Pole nii õnnelik kui teised lapsed	0,82	0,91
Tunneb end lootusetuna	0,75	0,92
Näib kurb või õnnetu	0,77	0,91
Söömine	0,77	
Sööb vaid mõnda kindlat toitu	0,56	0,72
Sööb liiga vähe	0,55	0,72
Ei ole näljane, kui on aeg süüa	0,63	0,70
On ebaregulaarse toitumisharjumusega	0,39	0,77
Avaldab vastupanu söömisele	0,48	0,75
Keeldub söömast toite, mida Teie peate tervislikuks	0,52	0,73
Magamine	0,84	
On raskusi uinumisega	0,68	0,79
Uni on katkendlik	0,71	0,79
Magab vähem kui teised samaealised	0,32	0,85
Ebaregulaarne unegraafik	0,59	0,81
Raskusi pärast öist ärkamist uuesti uinumisega	0,73	0,79
Üleväsinud või pole energiat	0,63	0,81
Suhete kvaliteet	0,74	
On raskusi sõprade hoidmisega	0,62	0,63
On raskusi teiste lastega läbisaamisel	0,61	0,64
On probleeme Teie või Teie kaaslasega läbisaamisega	0,44	0,74
On raskusi teiste täiskasvanutega (nt sugulaste, treenerite või tööandjatega) läbisaamisel	0,49	0,71
Rutiinid, tegevused, isoleerumine	0,75	
On raskusi tegevustega, nt nagu sport või õppetunnid	0,66	0,63
On raskusi igapäevaste rutiinidega, nagu hommikul valmis seadmine, söögiaeg, magamaminek, majapidamistööd või töö	0,56	0,69
Isoleerib ennast	0,59	0,68
Veedab liiga palju aega televiisorit vaadates, videomänge mängides või Internetis	0,41	0,77
Koolis osalemine ja õpiedukus	0,70	
On raskusi teiste õpilastega läbisaamisel	0,40	0,69
On raskusi õpetajatega läbisaamisel	0,56	0,60
Puudub koolist	0,50	0,63
On halvad hinded	0,51	0,62
Perekonna tegevused	0,78	
On Teie lapse käitumine takistanud teil teda poodi ostlema või külla viimast?	0,65	0,66

On Teie lapse käitumine takistanud teil välja minemast?	0,63	0,70
On Teie lapse käitumine takistanud teil sõpru, sugulasi või naabreid oma koju kutsumast?	0,64	0,73
Perekonna ärevus ja konfliktid	0,66	
Olete oma abikaasaga/partneriga Teie lapse käitumise pärast tülitlenud?	0,43	0,64
On Teie lapse käitumine põhjustanud teile ärevust või muret selle osas, kas tal läheb tulevikus hästi?	0,61	0,44
On naabrid, sugulased või sõbrad väljendanud muret Teie lapse käitumise pärast?	0,52	0,54
Vastaja meeleolu	0,83	
Mul ei olnud isu süüa; mu isu oli kehv	0,46	0,83
Mul oli raske hoida tähelepanu käsiloleval tegevusel	0,58	0,81
Tundsin masendust	0,74	0,78
Mu uni oli rahutu	0,53	0,82
Tundsin end kurvalt	0,71	0,78
Ma ei saanud end käima	0,64	0,80
Perekonna toimimine	0,84	
Kriisi ajal saame üksteise poole abi saamiseks pöörduda	0,68	0,80
Üksikisikuid (perekonnas) aktsepteeritakse sellisena, nagu nad on	0,69	0,80
Me väljendame üksteisele tundeid	0,60	0,83
Suudame teha otsuseid selle kohta, kuidas probleeme lahendada	0,67	0,81
Me usaldame üksteist	0,62	0,82

5.1.3. BCFPI valiidsusnäitajad

5.1.3.1. Struktuuri valiidsus

BCFPI struktuuri valiidsust hinnati kinnitava faktoranalüüsi (CFA) abil, testides teoreetiliselt eeldatud kahefaktorilist mudelit. Eksternaliseerivate probleemide latentne faktor defineeriti nelja alaskaala ning internaliseerivate probleemide latentne faktor viie alaskaala abil; mudelis lubati faktoritevaheline korrelatsioon. Analüüs viidi läbi robustse maksimaalse tõepära meetodiga (MLR), kasutades puuduvate väärtuste käsitlemiseks FIML-lähenemist. Mudeli sobivust hinnati standardsete sobivusindeksite alusel ning tulemused on esitatud tabelis (BCFPI4_EE) 5. Tulemused viitavad, et teoreetiliselt eeldatud kahefaktoriline mudel ei kirjelda andmeid piisava täpsusega.

Tabel (BCFPI4_EE) 5. BCFPI kahefaktorilise kinnitava faktoranalüüsi mudeli sobivusnäitajad

Mudel	χ^2 (df)	p	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC	BIC
2 faktorit Eksternaliseerivad probleemid ja internaliseerivad probleemid	186,37 (26)	< 0,001	0,863	0,811	0,137	0,081	21230,41	21336,78

Märkus. CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker–Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

BCFPI koondskaalade standardiseeritud faktorlaadungid kahefaktorilises mudelis on esitatud tabelis (BCFPI4_EE) 6. Eksternaliseerivate probleemide faktoril olid koondskaalade laadungid üldiselt tugevad, samas kui internaliseerivate probleemide faktoril esines suurem varieeruvus laadungite tugevuses.

Tabel (BCFPI4_EE) 6. BCFPI koondskaalade standardiseeritud faktorlaadungid kahefaktorilises CFA mudelis

Faktor	Indikaator	Std.all
Eksternaliseerivad probleemid	Tähelepanu, impulsiivsuse ja aktiivsuse reguleerimine	0,740
	Koostöö	0,893
	Käitumine	0,687
	Kalk-emosioonitu	0,795
Internaliseerivad probleemid	Lahusolekuärevusega toimetulek	0,405
	Ärevusega toimetulek	0,766
	Sotsiaalärevusega toimetulek	0,665
	Sundkäitumise reguleerimine	0,526
	Meeleoluga toimetulek	0,723

Märkus. Std.all = täielikult standardiseeritud faktorlaadung. Kõik laadungid olid statistiliselt olulised ($p < 0,001$).

5.1.3.2. Eristav valiidsus

BCFPI koondskaalade eristavat valiidsust hinnati Spearmani astakorrelatsiooni abil, analüüsides teoreetiliselt eristuvate probleemivaldkondade vahelisi seoseid (tabel (BCFPI4_EE) 7).

Tabel (BCFPI4_EE) 7. BCFPI koondskaalade eristav valiidsus

Paar	n	ρ	p
Internaliseerimine ↔ Eksternaliseerimine	330	0,48	< 0,001
Internaliseerimine ↔ Üldine funktsioneerimine	325	0,58	< 0,001
Eksternaliseerimine ↔ Perekonna kogumõju	329	0,66	< 0,001
Söömine ja magamine ↔ Internaliseerimine	330	0,55	< 0,001
Söömine ja magamine ↔ Üldine funktsioneerimine	325	0,64	< 0,001

Märkus. ρ = Spearmani astakorrelatsioon; p-väärtused on korrigeeritud mitmiktestimise suhtes (FDR, Benjamini–Hochberg).

5.1.3.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

BCFPI eksternaliseerivate ja internaliseerivate probleemide koondskaalade kliinilist eristusvõimet hinnati ROC-analüüsi abil, kasutades võrdluskriteeriumina e-MINI-KID intervjuu põhjal moodustatud binaarseid koondnäitajaid eksternaliseerivate (aktiivsuse- ja tähelepanuhäire ja/või opositsiooniline trotslik häire ja/või käitumishäire) ja internaliseerivate (depressioon ja/või generaliseerunud ärevushäire ja/või lahusolekuärevus ja/või sotsiaalärevus ja/või paanikahäire) häirete kohta. ROC-analüüsi tulemused on esitatud tabelis (BCFPI4_EE) 8.

Lisaks viidi ROC-analüüsid läbi eraldi poiste ja tüdrukute alarühmades. Soo-põhised tulemused on esitatud tabelis (BCFPI4_EE) 9.

Tabel (BCFPI4_EE) 8. BCFPI koondskaalade ROC-analüüsi tulemused eksternaliseerivate ja internaliseerivate häirete suhtes

Skaala		n	AUC	95% CI	Youdeni lõikepunkt	Sensitiivsus	Spetsiifilisus
Eksternaliseerivad probleemid	→	145	0.715	0.628–0.802	53.6	0.694	0.688
Eksternaliseerivad häired							
Internaliseerivad probleemid	→	145	0.738	0.658–0.817	49.6	0.824	0.571
Internaliseerivad häired							

Tabel (BCFPI4_EE) 9. BCFPI koondskaalade ROC-analüüsi tulemused eksternaliseerivate ja internaliseerivate häirete suhtes soo lõikes

Sugu	ROC-paar	n	AUC	95% CI	Youdeni lõikepunkt	Sensitiivsus	Spetsiifilisus
Poisid	Eksternaliseerivad probleemid → eksternaliseerivad häired	144	0.842	0.777–0.908	48.8	0.780	0.824
	Internaliseerivad probleemid → internaliseerivad häired	144	0.748	0.665–0.832	47.9	0.593	0.800
Tüdrukud	Eksternaliseerivad probleemid → eksternaliseerivad häired	183	0.777	0.708–0.846	43.1	0.894	0.582
	Internaliseerivad probleemid → internaliseerivad häired	183	0.857	0.803–0.912	47.9	0.800	0.796

5.1.4. Täiendav näitaja

5.1.4.1. Normatiivsed jaotusnäitajad

BCFPI koondskaalade normatiivsed jaotusnäitajad arvutati kontrollrühma andmete põhjal ning on esitatud soo ja vanuserühmade lõikes. Esitatud protsentiilid (P5–P95) on mõeldud kliinilise otsustustoe orientiiridena ega ole diagnostilised piirväärtused (tabel (BCFPI4_EE) 10).

Tabel (BCFPI4_EE) 10. BCFPI koond- ja alaskaalade orientiir-normid soo ja vanuserühma lõikes

ALASKAALA/Sugu	Vanuserühm	n	M	SD	P25	P50	P75	P90	P95
EKSTERNALISEERIMINE									
Poisid	6–8	12	42.7	6.8	37.1	41.8	45.0	51.9	55.1
	9–11	21	44.5	6.5	40.7	42.9	48.3	53.7	55.9
	12–14	21	40.2	3.9	37.4	38.7	41.8	45.0	47.2
	15–18	24	41.9	4.3	38.4	41.8	43.9	46.8	50.7
Tüdrukud	6–8	10	44.8	9.7	38.7	41.6	45.1	59.3	62.5

	9–11	26	43.7	5.6	40.2	41.6	47.8	51.0	54.2
	12–14	27	44.1	6.3	40.0	41.6	47.2	51.5	53.6
	15–18	25	41.4	4.9	38.3	39.4	42.8	47.2	51.7
INTERNALISEERIMINE									
Poisid	6–8	12	44.2	5.5	40.2	41.5	48.8	51.8	52.8
	9–11	21	43.5	5.9	39.2	42.0	45.6	51.1	53.9
	12–14	21	43.1	4.8	40.2	41.1	43.7	49.3	49.3
	15–18	24	43.0	3.3	40.0	42.3	45.6	47.4	49.0
Tüdrukud	6–8	10	45.5	5.3	42.3	44.9	49.4	52.6	53.1
	9–11	26	41.7	4.2	38.4	40.1	43.9	47.3	48.5
	12–14	27	43.1	5.0	40.0	40.9	45.5	50.9	53.2
	15–18	25	42.7	5.1	39.1	41.8	45.4	47.1	48.6
SÖÖMINE JA MAGAMINE									
Poisid	6–8	12	44.9	3.2	43.4	43.4	46.0	49.4	50.6
	9–11	21	45.4	5.2	41.3	45.5	47.5	53.8	55.9
	12–14	21	44.9	5.9	41.3	43.4	49.2	51.7	55.0
	15–18	24	44.8	3.8	41.4	43.3	47.7	49.2	49.7
Tüdrukud	6–8	10	45.4	5.4	40.6	44.6	47.7	52.1	53.9
	9–11	26	44.3	4.0	40.1	43.6	47.7	49.7	49.7
	12–14	27	45.2	6.5	39.4	43.6	48.3	52.0	58.9
	15–18	25	45.4	4.9	41.0	44.7	46.5	53.1	53.8
ÜLDINE FUNKTSIONEERIMINE									
Poisid	6–8	11	42.8	4.8	40.1	41.1	43.1	47.2	51.3
	9–11	21	44.5	4.8	41.1	43.1	47.2	49.3	55.4
	12–14	21	41.6	2.7	39.0	41.1	43.1	45.2	47.2
	15–18	24	42.4	3.9	40.4	41.4	44.3	46.2	46.2
Tüdrukud	6–8	10	45.4	5.3	41.9	41.9	48.4	53.0	54.0
	9–11	26	44.1	3.5	41.9	44.1	46.3	47.3	50.1
	12–14	27	45.5	6.6	41.2	43.1	48.0	56.7	60.2
	15–18	25	45.2	4.9	41.2	45.1	47.0	51.3	56.0
PEREKONNA KOGUMÕJU									
Poisid	6–8	12	42.2	2.6	41.4	41.4	41.4	41.4	45.5
	9–11	21	43.2	3.2	41.4	41.4	44.4	47.4	47.4
	12–14	21	42.4	2.0	41.4	42.3	42.3	42.3	44.4
	15–18	24	42.7	1.8	42.3	42.3	42.3	42.3	42.3
Tüdrukud	6–8	10	43.9	3.1	42.6	42.6	42.6	46.4	49.3
	9–11	26	43.7	2.8	42.6	42.6	42.6	45.8	48.2
	12–14	27	43.6	4.4	42.0	42.0	42.3	47.1	51.5
	15–18	25	43.1	2.7	42.0	42.0	42.0	45.5	48.3

Märkus. M = keskmine; SD = standardhälve; P25, P50, P75, P90, P95 = vastavad protsentiliid.

Kokkuvõttev tabel BCFPI4_EE kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele			X	
Pilootuuring sihtrühma hulgas		X		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus		X		
Hindajate vaheline reliaablus		X		
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus			X	
Konstruktivaliidsus			X	
Konvergentne ehk koonduv valiidsus		X		
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus	X			
Sensitiivsus			X	
Spetsiifilisus			X	
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			X	
Normide olemasolu			X	

Kasutatud kirjandus:

Boyle, M. H., Cunningham, C. E., Georgiades, K., Cullen, J., Racine, Y., & Pettingill, P. (2009a). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): Rationale, development, and description. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 424–431. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01995.x>

Boyle, M. H., Cunningham, C. E., Georgiades, K., Cullen, J., Racine, Y., & Pettingill, P. (2009b). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): Usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 432–439. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02016.x>

6. Terviseküsimustik noorukitele-2 ja Terviseküsimustik-noorukitele-9 (PHQ-A-2, PHQ-A-9) - PHQ-A-2_EE, PHQ-A-9_EE

Sissejuhatus

PHQ-9 originaalversioon

Patsiendi Terviseküsimustik-9 (PHQ-9) ja selle lühike kaheküsimuseline versioon (PHQ-2) on laialdaselt kasutatavad, praktilised ja tõenduspõhised vahendid depressiooni ja/või meeleoluhäire sõelhindamiseks nii täiskasvanutel kui noorukitel. Põhinevad DSM-IV (APA, 2000) hindamiskriteeriumidel ja võimaldavad hinnata nii viimase 2 nädala jooksul avaldunud depressiivsete sümptomite esinemist, raskusastet kui muutust seisundis. PHQ-9 sisaldab 9 enesekohast väidet depressiooni põhisümptomite (anhedoonia, kurvameelsus, unehäired, väsimus/energiapuudus, isu muutus, süü-/väärtusetusetunne, keskendumisraskused, psühhomotoorne aeglus või rahutus, mõtted surmast või enesetapust) esinemise kohta, PHQ-2 sobib kiireks esmasõelumiseks. Hindamisvahend on mõeldud kasutamiseks nii vaimse tervise abi pakkumise süsteemi esmatasandil kui ka eriarstiabi süsteemis.

PHQ-A ehk The Patient Health Questionnaire for Adolescents ehk PHQ teismeliste modifikatsioon (Johnson, et al., 2002).

PHQ-A loodi vajadusest noorukite vaimse tervise häirete hindamiseks esmatasandi arstiabis ja on autorite poolt nimetatuna laiendatud PHQ versiooniks noorukitele (*an expanded version of the PHQ, The Patient Health Questionnaire for Adolescents* (PHQ-A); Johnson, et al., 2002) kuna lisatud on mitmed, just noorukitel sageli esinevate vaimse tervise häirete hindamisvahendid. PHQ-A täisversioon sisaldab erinevaid esmatasandi vaimse tervise häirete hindamisvahendeid (vt. orig. Johnson et al., 2002), sh depressioonisümptomite (*major depressive disorder*, MDD) hindamisinstrumenti DSM-IV kriteeriumidel ja lisaks juhiseid täiendavalt toimetulekuraskuste esinemise uurimiseks (tööl, kodus või suhetes) probleemide ilmnemisel ükskõik missuguses hinnatud valdkonnas. Hindamisvahendi modifitseeritud 9-küsimuseline noorukite versioon, PHQ-A vms (viited erinevates allikas vastavalt: *PHQ-9 modified for Adolescents* (PHQ-A), *The Patient Health Questionnaire for Adolescents*) ja autorile tagasi viitavate autorite poolt ka näiteks PHQ-9A (Johnson et al., 2002; Mkhize et al., 2025; Sim et al., 2024), on [enesekohane küsimustik](#) kasutamiseks 11 – 17 aastaste noorukite meeleoluhäire sümptomite ja kaasnevate raskuste esinemise hindamiseks viimase 2 nädala jooksul. PHQ-2 ja/või PHQ-9 täiskasvanute versiooni kasutatakse valideerimis- või kliinilistes uuringutes noorukite valimil kõrvuti PHQ-9A versiooniga. Küsimustikes esitatakse sarnaselt 9 depressioonisümptomeid hindavat küsimust, kuid mõnevõrra erineva rõhuasetuse/sõnastusega, küsimused võivad esineda erinevas järjekorras ja sõltuvalt küsimustiku versioonist on/ei ole lisatud diagnostiliselt täpsustavad kliinilise intervjuu lisaküsimused (nt ajaperioodi, varasemate episoodide esinemise vms kohta). Mõlema instrumendi kohta on arvatud, et need vajavad kultuurilist ja vanuselist kohandamist ja integreerimist tõhusate raviteekondadega, et parandada noorte vaimse tervise (esma)hindamise tulemusi (Liang et al., 2023; Mkhize et al., 2025). Noorukite valimitel rakendatud PHQ-2 koosneb samuti kahest esimesest PHQ-9 küsimusest,

mis hindavad depressiivset meeleolu ja anhedooniat (huvi või rõõmu kadumist). Tegemist on küsimustiku lühiversiooniga, mis sobib kasutamiseks ajaliselt piiratud tingimustes. Positiivne tulemus PHQ-2-s viitab vajadusele põhjalikumaks hindamiseks PHQ-9 abil. Meetodi olulisimaks piiranguks on suitsidaalsuse riski hindamise puudumine, mida samal ajal peetakse üheks olulisemaks elulemuse riskiteguriks noorukite hulgas (Hamilton *et al.*, 2007; Anand *et al.*, 2021).

Instrumenti kasutamisel esmatasandi abis soovitatakse kliinilise hinnangu kujundamisel järgida järgmisi samme: (1) esmahinnangu andmiseks kasutada PHQ-2(A); (2) kui PHQ-2 tulemus on ≥ 2 või ≥ 3 , viia koheselt läbi PHQ-9; (3) PHQ-2 negatiivse tulemuse korral uurida teiste riskitegurite olemasolu (Sudhanthar *et al.*, 2015; Winer *et al.*, 2025). Hiljutises Hiinas läbiviidud mahukas noorteuuringus (valim 1: $n = 67\,281$; valim 2: $n = 16\,726$), mis hõlmas 10–17-aastaseid osalejaid, soovitavad autorid PHQ-2 kesksete tunnustena kasutada depressiivse meeleolu ja väsimuse hindamist. Nende kahe sümptomi kombineeritud rakendamine näitas kõrgemat spetsiifilisust ja sensitiivsust. Autorid rõhutavad ühtlasi uuringu kultuurilisi piiranguid ning vajadust tulemuste valideerimiseks muudes populatsioonides. Teaduskirjanduses on selle versiooni akronüümina kasutusel PHQ-2N ja soovitatud äralõikepunkt ≥ 2 või ≥ 3 (Liang *et al.*, 2023). Sõltuvalt nii laiemast kui kitsamast kultuurikontekstist, instrumenti kasutamise kliinilisest kontekstist ja hinnatava noore vanusest, on instrumenti valideerimisuuringutes soovitatud kliinilise otsuse tegemisel lähtuda edasise ravi ja abi vajaduse kriteeriumina oluliselt erinevatest äralõikepunktidest. Levinud konventsioonina lähtutakse PHQ-9 kasutamisel noorukite valimile rakendatuna või PHQ-A kasutamisel äralõikest ≥ 11 [Richardson *et al.*, 2010 (13-16 aastaste valim); Algaier *et al.*, 2012 (13-17 aastaste valim); Borghero *et al.*, 2018 (15-19 aastaste valim)]. Laste esmatasandi vaimse tervise abis on mõnedel juhtudel antud soovitus edasi suunamise kriteeriumina lähtuda äralõikest ≥ 10 [Mansour *et al.*, 2020 (12-17 aastaste valim); Anand *et al.*, 2021 (12-21 aastaste valim)], Lõuna-Aafrika 10-14 aastaste noorte valimil hinnati optimaalseks äralõige $\geq 7,5$ (Mkhize *et al.*, 2025). PHQ-2 kasutamisel (kiire) esmahinnangu andmisel on noorukite valimil erinevates kultuurides soovitatud lähtuda äralõikest ≥ 2 või ≥ 3 (Anand *et al.*, 2021; Liang *et al.*, 2023; Pitts *et al.*, 2023; Richardson *et al.*, 2010; Sudhanthar *et al.*, 2015). Korea noorte valimil eristati lapsi ja noorukeid ning nii psühhomeetriselt kui praktiliselt põhjendatuks hinnati K-PHQ-9A äralõikeks ≥ 9 nii laste kui noorte gruppides, K-PHQ-2A puhul laste valimil ≥ 2 ja noorte valimil ≥ 3 kasutamine (Sim *et al.*, 2024). Sarnasele tulemusele jõudsid Pitts ja kolleegid (2023) andes soovitus PHQ-2 äralõikenähtena nooremas vanuserühmas ≥ 2 ja ≥ 3 alates 21 eluaastast.

Metoodika

Eestis valideeritav *Severity Measure for Depression – Child Age 11-17 (adapted from PHQ modified for Adolescents (PHQ-A))*, on depressiooni raskusastme hindamise küsimustik noorukitele (PHQ-A-9_EE).

Uuringus kasutatud hindamisvahend kuulub APA (*American Psychiatric Association*) edasiste teadusuuringute ning kliinilise hindamise arendamisel olevate („*emerging measures*“) hindamisvahendite kategooriasse. Rõhutatakse, et seda on asjakohane kasutada täiendava uurimis- ja hindamisvahendina, kuid ei soovitata kasutada ainsa aluse-na kliinilise hinnangu/diagnoosi kujundamisel. Hindamisvahendi ingliskeelne (originaal)versioon on leitav: APA (*American Psychiatric Association*)^[1], *Disorder-Specific Severity Measures, For Children Ages 11–17*^[2], viide küsimustikule täpsemalt: [siin](#)^[3]. See on 9 küsimusega mõõdik, mis on

mõeldud algintervjuul kasutamiseks ja ravi edenemise jälgimiseks. Hindamisvahend võimaldab hinnata depressiooni/depressiivsete sümptomite ilmnemist ja raskusastet viimase seitsme päeva jooksul hinnates raskuste esinemise sagedust skaalal 0 – üldse mitte, 1 – mitmel päeval, 2 – üle poole päevadest, 3 – peaaegu iga päev. Küsimustiku täitmise tulemusena kujuneb toorskoor vahemikus 0-27, millest saab tuletada esmase hinnagu depressiooniepisoodi raskusastmele. Tulemuste tõlgendamisel on soovitatud järgida juhiseid: tulemus vahemikus 0-4 viitab depressiooniepisoodi ja/või depressiooni puudumisele, 5-9 viitab kerge, 10-14 mõõduka, 15-19 mõõdukalt raske ja 20-27 raske depressiooniepisoodi ja/või depressiooni esinemisele. Lisaks antakse juhis julgustada lapst/noorukit vastama kõigile esitatud küsimustele - kolmele või enamale küsimusele vastuse puudumisel ei ole koguskoor tõlgendatav, ühe kuni kahe vastuse puudumisel antakse soovitus proportsionaalse skoori leidmiseks vastavalt valemile: summeeritud toorskoor*9/vastatud väidete arv (vt klikates: [viidatud allikas](#)) ning saadud tulemus vajadusel ümardada lähima täisarvuni. Käesoleva uuringu käigus Eesti 11-17 aastaste valimil (n=398) kogutud andmed võimaldavad kirjeldada PHQ-A-9_EE psühhomeetrilisi omadusi, anda soovitusi PHQ-A-9_EE vastutustundlikuks kasutamiseks esmatasandi arstiasis arvestades valideerimiseks valitud hindamisvahendi versiooni ja Eesti valimil kogutud andmetel põhineva analüüsi piiranguid: (1) hindamisvahendis esitatakse küsimus depressioonile viitavate tunnuste esinemise kohta viimase seitsme päeva jooksul, mis küll sisaldub, kuid ei vasta ühekordse või korduva depressiooniepisoodi esinemise DSM IV või ICD/RHK-10 diagnostilisele ajakriteeriumidele 2 nädalat (APA, 2000; WHO, 1992, 1996), (2) eesti noorukite valimil oli võimalik koguda spetsialisti/diagnostilise hinnangu andmed ainult kliinilisel valimil. Valideeritavas PHQ-A-9_EE küsimustikus esitati uuritavale 9 küsimust teda häirinud depressioonile viitavate probleemide esinemise kohta, paludes hinnata probleemide esinemise sagedust skaalal 0 – üldse mitte, 1 – mitmel päeval, 2 – üle poole päevadest, 3 – peaaegu iga päev. Küsimustiku täitmisel leiti koguskoor vahemikus 0-27, mis andis hinnangu depressiooniepisoodi esinemise ja (kaudse hinnangu) raskusastme kohta. Küsimused hindasid depressiooni kesksete tunnuste (kurvameelsus, anhedoonia, unehäired, isu muutus, väsimus või energiapuudus, enesesüüdistused, keskendumisraskused, psühhomotoorne aeglus või rahutus, mõtted surmast või enesevigastamisest) esinemist viimase 7 päeva jooksul.

Kokkuvõttes võimaldab käesoleva uuringu käigus valideeritud PHQ-A-9_EE noorukite depressiooniküsimustiku kasutamine hinnata depressiooni/depressiivsete sümptomite ilmnemist viimase seitsme päeva jooksul vanuselise erandita või eraldi keskmises (11-14 aastased) ja vanemas (15-17 aastased) vanuserühmas, kuid ei võimalda hinnata depressiooni raskusastet. Raskusastme esmasel hindamisel on võimalik lähtuda viidatud allikas antud ja eelpool kirjeldatud soovitudele.

[1] <https://www.psychiatry.org/Psychiatrists/Practice/DSM/Educational-Resources/Assessment-Measures>

[2] Veebilink allikale: https://www.psychiatry.org/Psychiatrists/Practice/DSM/Educational-Resources/Assessment-Measures#section_5

[3] Veebilink allikale: <https://www.psychiatry.org/getmedia/5bffe7c-6ad1-4621-8f90-d3f1b8c28b8b/APA-DSM5TR-SeverityMeasureForDepressionChildAge11To17.pdf>

Tõlkeprotsessi kirjeldus

PHQ-9 originaalversioonist oli Liina Haringu ja Anu Aluoja tõlkimisel valminud täiskasvanute 2 nädala depressioonisümptomaatika hindamiseks valminud tõlge käesoleva uuringu täiskasvanute osa tarbeks. Laste ja noorukite valimil valideerimiseks valitud PHQ-A-9_EE tõlke

koostas originaalversiooniga võrdluses Ailen Elias ja konsensuskohtumistel otsustati koostöös Triinu Ojalo ning Liina Haringuga lõpliku tõlkevariandi kasuks.

Andmete kogumine

Käesoleva uuringu raames täitsid PHQ-A-9_EE kaasamisetapis 398 last/noorukit ja kordusetapis 52 last/noorukit.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

Koonduva valiidsuse hindamisel kasutati kaasamisuuringu tulemusi ning arvutati korrelatsioonid PHQ-A-9_EE ja PHQ-A-2_EE koguskoori, RCADS-MDD, CDI koguskoori, CDI-EP ja CDI-FP alaskaalde koguskooridega. Nomoloogilist ja divergentset valiidsust hinnati seoses RCADS ärevuse- ja paanikahäire (PD) alaskaala, YAM-5 loomakartuse ja vere/süste foobia skaalade, SCARED lahtusaärevuse, DSM-5 sõelküsimumstiku psühhoosi ja maania mõõdikutega.

Depressiivse häire olemasolu/puudumist hinnati kliinilise spetsialisti poolt M.I.N.I.-Kid intervjuu (*The Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents*; Sheehan *et al.*, 2010) alusel. MDE (*Major Depressive Disorder, single episode*; DSM-IV-TR) ja MDD (*Major Depressive Disorder, recurrent*; DSM-IV-TR) hinnangutest moodustati koondmuutuja „any depressive disorder“, mis on M.I.N.I.-Kid valiidsusuuringutes levinud teadustava (Högberg *et al.*, 2019).

6.1. PHQ-A-2_EE ja PHQ-A-9_EE

Uuringu tulemused

6.1.1. Valimi kirjeldus

Valimi kirjeldus

PHQ-A-9_EE kaasamisuurings osales kokku 398 noorukit (keskmine vanus = 14, SH = 1,7). Valimi jaotus vanusegruppide lõikes on esitatud Tabelis (PHQ-A-9(2)_EE) 1.

Tabel (PHQ-A-9(2)_EE) 1. PHQ-A-9_EE noorukite valimi kirjeldus ja jaotus vanusegruppide lõikes

Grupp	Vanusegrupp	Kaasamisuurings N (%)	Kordusuuring N (%)
Kogu valim (11-17a)		398	52
	Keskmine (11-14a)	228 (57,3)	
	Vanem (15-17a)	170 (42,7)	
Kliiniline		205 (51,5)	52 (13,1)
	Keskmine (11-14a)	120 (30,2)	30 (7,5)
	Vanem (15-17a)	85 (21,4)	22 (5,5)
Kontroll		193 (48,5)	
	Keskmine (11-14a)	108 (27,1)	
	Vanem (15-17a)	85 (21,4)	

Märkused. N (%) = valimi suurus koos osakaaluga.

PHQ-A-9_EE kaasamisuurings osales noorukite koguvalimist 114 poissi ja 219 tüdrukut, kokku 398 noorukit. Valimi soo ja vanuse näitajad on esitatud Tabelis (PHQ-A-9(2)_EE) 2.

Tabel (PHQ-A-9(2)_EE) 2. PHQ-A-9_EE kaasamisuurings osalenud noorukite vanus ja sugu

	N (%)	Vanus			
		Keskmine	SH	Mediaan	Vahemik
Poisid	114 (28,6)	13,9	1,9	14	11-17
Tüdrukud	219 (55,0)	14,1	1,6	14	11-17
Sugu määratlemata	65 (16,3)	13,6	1,7	14	11-17
Kokku	398	14,0	1,7	14	11-17

Märkused. N (%) = valimi suurus koos osakaaluga; SH = standardhälve

PHQ-A-9_EE kordusuuringus osales noorukite kaasamisuuringu valimist (n=398) 13 poissi ja 38 tüdrukut, kokku 52 noorukit. Valimi soo ja vanuse näitajad on esitatud Tabelis (PHQ-A-9(2)_EE) 3.

Tabel (PHQ-A-9(2)_EE) 3. PHQ-A-9_EE kordusuuringus osalenud noorukite vanus ja sugu

	N (%)	Vanus			
		Keskmine	SH	Mediaan	Vahemik

Poisid	13 (25)	14,3	2,1	14	11-17
Tüdrukud	38 (73,1)	14,2	1,5	14	11-17
Sugu määratlemata	1 (1,9)	14	-	14	14
Kokku	52	14,2	1,6	14	11-17

Märkused. N (%) = valimi suurus koos osakaaluga; SH = standardhälve

Kirjeldavad statistikud

Valimi kirjeldamiseks kasutati kirjeldavaid statistikuid: keskmine, standardhälve, mediaan, kvartiilhaare (25.–75. protsentiil), vähim ja suurim skoor valimis. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9(2)_EE) 4. Madalate koguskooride osakaal (põrandaefekt) oli PHQ-A-2_EE kaasamis- ja kordusuuringus märkimisväärne (vastavalt 20,9% T1 ja 25,0% T2), ületades Terwee jt (2007) soovitatud 20% piiri ning viidates skaala eristusvõime piiratud sümptomite madalal tasemel. PHQ-A-9_EE puhul oli põrandaefekt madal nii kaasamisuuringus (4,5%) kui kordusuuringul (9,6%). Laeefektid jäid mõlema instrumendi puhul alla 10%, mis viitab sellele, et skaalad eristavad antud valimis hästi kõrgeid depressioonisümptomite tasemeid. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9(2)_EE) 4.

Jaotuste analüüs

PHQ-A-9_EE ja PHQ-A-2_EE koguskooride jaotused erinevad oluliselt normaaljaotusest nii kaasamis- (T1) kui kordusuuringus (T2). *Shapiro–Wilk* test oli mõlema skaala puhul statistiliselt oluline ($W = 0,878 - 0,917$, $p < 0,001$), mis viitab normaaljaotuse eelduste rikkumisele. Jaotuste kuju analüüs näitas, et enamuse skaalad olid paremale kaldu (asümmeetria (*skewness*) 0,41–1,43), mis tähendab, et suurema osa vastajate koguskoori väärtused olid madalamad. Kogu valimi kordusuuringu PHQ-A-9_EE T2 ja kaasamisuuringus kliinilise grupi PHQ-A-9_EE T1 jaotused olid peaaegu sümmeetrilised (asümmeetria = 0,05 ja 0,13). Kontrollgrupi jaotus oli selgelt kaldu (asümmeetria = 1,43), mis on kontrollgrupi puhul ootuspärane, kuna depressiivsete sümptomite esinemissagedus on ootuspäraselt madalam. Järsakuse (*kurtosis*) väärtused jäid kontrollgrupi erandiga vahemikku 1,94–2,59, viidates skooride ühtlasemale jaotuvusele keskmise ümber väga äärmuslike väärtusteta. Kontrollgrupi järsakus 5,43 viitab mõnevõrra teravamale jaotusele võrreldes normaaljaotusega (Pearsoni järsakus ≈ 3), peegeldades skooride koondumist madalate väärtuste ümber, kuid samas ka äärmuslike väärtuste esinemist. Kõigi skaalade jaotused erinesid oluliselt normaaljaotusest, olid valdavalt paremale kaldu ning enamasti veidi lamedamad kui normaaljaotus. Kliinilises grupis ilmnes suurem hajuvus ja kõrgem keskmine skoor, kontrollgrupis aga madalamad keskmised ja teravam jaotus. PHQ-A-2_EE puhul ületas põrandaefekt 20% piiri, mis viitab piiratud eristusvõimele madalate sümptomite tasemel. Laeefektid jäid alla kriitilise piiri. Interkvartiilvahemikud (IQR) näitasid, et kliinilises grupis oli koguskoori varieeruvus laiem (IQR = 12), kontrollgrupis aga kitsam (IQR = 6), mis peegeldab rühmade erinevat sümptomite jaotust. Kogu valimi PHQ-A-9_EE T1 IQR oli 9,8 ja kordusuuringus (T2) 11,5, mis viitab suuremale varieeruvusele kordusuuringus. PHQ-A-2_EE puhul olid IQR-id kitsamad (2–2,3), mis peegeldab skaala piiratud ulatust ja skooride koondumist kitsasse vahemikku.

Tabel (PHQ-A-9(2)_EE) 4. PHQ-A-9_EE ja PHQ-A-2_EE koguskoori kirjeldavad statistikud kogu valimi ja gruppide kaupa

	PHQ-A-9_EE T1	PHQ-A-9_EE T2	PHQ-A-9_EE T1		PHQ-A-2_EE T1	PHQ-A-2_EE T2
			Kliiniline	Kontroll		
N	398	52	205	193	398	52
Keskmine (M)	9,2	10,8	12,6	5,6	2,1	2,3
SH	7,1	7,1	7,4	4,7	1,8	1,8
Mediaan	7	12	12	5	2	2
IQR	9,8	11,5	12	6	2	2,3
Min	0	0	0	0	0	0
Max	27	24	27	24	6	6
Floor (%)	4,5	9,6	-	-	20,9	25,0
Ceiling (%)	1,0	3,8	-	-	8,3	7,7
Shapiro-Wilk W	0,917	0,917	0,960	0,880	0,878	0,906
Shapiro-Wilk p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,001
Skewness	0,74	0,05	0,13	1,43	0,78	0,41
Kurtosis (Pearson)	2,50	1,94	1,94	5,43	2,59	2,35

Märkused. N = valimi suurus; SH = standardhälve; IQR = interkvartiilvahemik (25.-75.protsentil); Min = minimaalne väärtus; Max = maksimaalne väärtus; Floor (%) = põrand (%) ehk osakaal vastajatest, kelle skoor oli minimaalne; Ceiling (%) = lagi (%) ehk osakaal vastajatest, kelle skoor oli maksimaalne. p – Shapiro Wilk statistiku p-väärtus = normaaljaotuse eelduste kontroll; Skewness = jaotuse asümmeetria; Kurtosis = jaotuse järsakus (Pearsoni definitsioon, normaaljaotuse väärtus ≈ 3); PHQ-A-9_EE T1 = PHQ-A-9_EE kogukoort, kaasamisuurim; PHQ-A-9_EE T2 = PHQ-A-9_EE koguskoort, kordusuuring; PHQ-A-2_EE T1 = PHQ-A-2_EE kogukoort, kaasamisuurim; PHQ-A-2_EE T2 = PHQ-A-2_EE koguskoort, kordusuuring.

Üksikvaidete kirjeldav statistika ja jaotused

PHQ-A-9_EE üksikvaidete kirjeldav statistika ja jaotused on esitatud tabelis (PHQ-A-9(2)_EE) 5. Kliinilises grupis (N = 205) oli võrreldes kontrollgrupiga (N = 193) PHQ-A-9_EE enamuse üksikvaidete keskmine, varieeruvus keskmise ümber suurem (SH) ja mediaanväärtus kõrgem. Kõrgeimad keskmised ja mediaanväärtused ilmsid keskendumisraskuste (M = 1,65, SH = 1,10), väsimuse või energiapuuduse (M = 1,59, SH = 1,08) ning unehäirete (M = 1,57, SH = 1,18) osas. Kontrollgrupis olid vastavad tulemused madalamad: keskendumisraskused (M = 0,90, SH = 1,00), väsimus (M = 1,04, SH = 0,82), unehäired (M = 0,78, SH = 0,96).

Tabel (PHQ-A-9(2)_EE) 5. PHQ-A-9_EE ja PHQ-A-2_EE kirjeldavad statistikud ja jaotused üksikvaidete kaupa kliinilise (n=205) ja kontrollgrupi (n=193) võrdluses

	Grupp	N	Keskmine	SH	Mediaan	Min	Max	Skewness	Kurtosis	SE
PHQ-A-9_EE 1 (kurvameelsus, lootusetus)	Kliiniline	205	1,49	1,08	1	0	3	0,17	-1,28	0,08
	Kontroll	193	0,67	0,77	1	0	3	1,26	1,66	0,06
PHQ-A-9_EE 2 (anhedoonia)	Kliiniline	205	1,34	1,04	1	0	3	0,28	-1,10	0,07
	Kontroll	193	0,66	0,81	0	0	3	1,10	0,51	0,06
PHQ-A-9_EE 3 (unehäired)	Kliiniline	205	1,57	1,18	2	0	3	-0,04	-1,51	0,08
	Kontroll	193	0,78	0,96	1	0	3	1,09	0,18	0,07

PHQ-A-9_EE 4 (isu muutus)	Kliiniline	205	1,44	1,11	1	0	3	0,09	-1,35	0,08
	Kontroll	193	0,56	0,82	0	0	3	1,46	1,47	0,06
PHQ-A-9_EE 5 (väsimus/energiapuudus)	Kliiniline	205	1,59	1,08	2	0	3	-0,02	-1,31	0,08
	Kontroll	193	1,04	0,82	1	0	3	0,78	0,41	0,06
PHQ-A-9_EE 6 (süü-/väärtusetunne)	Kliiniline	205	1,49	1,19	1	0	3	0,03	-1,53	0,08
	Kontroll	193	0,54	0,82	0	0	3	1,63	2,19	0,06
PHQ-A-9_EE 7 (keskendumisraskused)	Kliiniline	205	1,65	1,10	2	0	3	-0,17	-1,31	0,08
	Kontroll	193	0,90	1,00	1	0	3	0,82	-0,47	0,07
PHQ-A-9_EE 8 (psühhomotoorne aeglus või rahutus)	Kliiniline	205	0,86	1,02	1	0	3	0,86	-0,50	0,07
	Kontroll	193	0,30	0,60	0	0	3	2,15	4,46	0,04
PHQ-A-9_EE 9 (mõtted surmast või enesevigastamisest)	Kliiniline	205	1,14	1,22	1	0	3	0,53	-1,34	0,09
	Kontroll	193	0,20	0,52	0	0	3	3,02	9,86	0,04

Märkused. Grupp = vastajate jaotus kliinilises ja kontrollgrupis; N = valimi suurus; SH = standardhälve; Min / Max = skaala ulatust kirjeldav vastuste minimaalne ja maksimaalne väärtus; Vastuste väärtused = skaala tähistab sümptomite esinemise sagedust viimase 7 päeva jooksul: 0 = üldse mitte, 1 = mitmel päeval, 2 = üle poole päevadest, 3 = peaaegu iga päev; Skewness = jaotuse sümmeetrilisuse näitaja; Kurtosis (teravus) = jaotuse tipukuse näitaja; 95% CI (M) = usaldusintervall keskmise ümber, arutatud SE põhjal;

6.2. PHQ-A-2_EE

PHQ-A-2_EE on depressiooniepisoodi hindamise lühinstrument, mis koosneb PHQ-A-9_EE kahest esimesest väitest, mis hindavad kurvameelsuse, lootusetuse ja anhedoonia esinemist. Koguskoori väärtus varieerub vahemikus 0–6 ning kõrgem skoor peegeldab raskemini väljendunud häire olemasolu.

6.2.1. PHQ-A-2_EE reliaabluse näitajad

6.2.1.1. Sisereliaablus

PHQ-A-2_EE reliaabluse näitajad

PHQ-A-2_EE näitas mõõdukat väidetevahelist seost ($p = 0,58$, $p < 0,001$), rahuldavat kuni head sisemist kooskõla ($r_{sb} = 0,73$, $\alpha = 0,78$) ning mõõdukat test-retest usaldusväärsust ($p = 0,56$; ICC = 0,57), kinnitades mõõtmistulemuste stabiilsust ja skaalasse kuuluvate väidete head sobivust.

Kahe väite omavaheline korrelatsioon (*inter-item*)

Seos kahe PHQ-A-2_EE väite vahel oli mõõdukas ($p = 0,58$) ja statistiliselt oluline ($p < 0,001$) viidates, et mõlemad väited mõõdavad sama konstrukti (depressiooniepisoodi esinemist).

Sisereliaablus (Spearman-Browni koefitsient)

PHQ-A-2_EE kahe väite sisemine kooskõlalatus oli rahuldav kuni hea: Spearman–Browni koefitsient = 0,73 (95% BCa usaldusvahemik = 0,67 – 0,79), Cronbachi $\alpha = 0,78$ (95% BCa usaldusvahemik 0,73 – 0,83; N = 398). BCa-usaldusvahemikud arvutati *bootstrapi* meetodiga (R = 5 000) ja viitavad hinnangute stabiilsusele.

6.2.1.2. Test-kordustest reliaablus

Spearmani järjestuskorrelatsioon näitas mõõdukat seost kahe mõõtmiskorra vahel ($p = 0,56$, $p < 0,001$), test-kordustest usaldusväärsus oli mõõdukas: $ICC(2,1) = 0,57$ (95% usaldusvahemik 0,52 – 0,62). Need tulemused viitavad PHQ-A-2_EE mõõtmistulemuste mõõduka stabiilsusele kahe mõõtmiskorra vahel.

6.2.2. PHQ-2_EE valiidsuse näitajad

6.2.2.1. Struktuuri valiidsus

Arvestades, et PHQ-2 sisaldab vaid kahte esimest PHQ-A-9_EE väidet, ei ole eraldiseisva uuriva ega kinnitava faktoranalüüsi rakendamine statistiliselt põhjendatud, kuna faktoranalüüs eeldab vähemalt kolme indikaatorit ühe faktori kohta (Fabrigar *et al.*, 1999). Struktuuri valiidsuse hindamiseks kasutati alternatiivseid näitajaid, mis sobivad lühikese skaalaga: väidete omavahelist Spearmani korrelatsiooni, Cronbachi alfa koefitsienti ning Spearman–Brown usaldusväärsuse koefitsienti. Mõõdukas korrelatsioon kahe väite vahel ($p = 0,58$) ja piisav sisemine kooskõla (Cronbachi $\alpha = 0,78$; Spearman–Browni koefitsient = 0,73) viitavad sellele, et PHQ-A-2_EE moodustab teoreetiliselt ja empiiriliselt kooskõlalise skaala depressiooniepisoodi tuvastamisel.

PHQ-A-9_EE faktorstruktuuri hindamisel ilmnas, et kaks esimest väidet (kurvameelsus ja anhedoonia) laaduvad peamiselt ühele faktorile ($\text{com} \approx 1$) ning nende variatsioonist selgitab suure osa üldfaktor ($h^2 = 0,64$ ja $h^2 = 0,49$). Need tulemused toetavad väidete kooskõla ühefaktorilise mudeliga, mis on kooskõlas skaala teoreetilise ülesehitusega.

6.2.2.2. Konstrukti valiidsus

6.2.2.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

PHQ-A-2_EE konvergentse valiidsuse hindamisel kasutati kaasamisuuringu tulemusi ning arvutati korrelatsioonid PHQ-A-2_EE koguskoori ja PHQ-A-9_EE, RCADS-MDD, CDI koguskoori, CDI-EP ja CDI-FP alaskaalde koguskooridega. Korrelatsioonikordajana kasutati Spearmani ρ ning tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-2_EE) 1. PHQ-A-2_EE näitas mõõdukat konvergentset valiidsust teiste depressiooniskaaladega. Korrelatsioonid vahemikus 0,71–0,86 ($p < 0,001$) kinnitavad, et instrument mõõdab sama konstrukti kui teised depressioonisümptomite hindamisvahendid. PHQ-A-2_EE korreleerus tugevalt PHQ-A-9_EE koguskooriga ($p = 0,86$; 95% usaldusvahemik 0,83 - 0,88; $p < 0,001$) ning mõõdukalt kuni tugevalt RCADS MDD ($p = 0,74$; 95% usaldusvahemik 0,69 - 0,78; $p < 0,001$) ja CDI koguskooriga ($p = 0,76$; 95% usaldusvahemik 0,69 - 0,82; $p < 0,001$). PHQ-2_EE koguskoor näitas mõõdukat seost depressiooniepisoodi emotsionaalset ja funktsionaalset toimetulekut hindavate CDI alaskaaladega: CDI EP ($p = 0,73$; 95% usaldusvahemik 0,66 - 0,79; $p < 0,001$) ja CDI FP ($p = 0,71$; 95% usaldusvahemik 0,63 - 0,78, $p < 0,001$). Kõik seosed olid statistiliselt olulised.

Tabel (PHQ-A-2_EE) 1. Korrelatsioonid PHQ-A-2_EE ja teiste depressiooni hindavate mõõdikute vahel (Spearman ρ)

PHQ-A-2_EE	PHQ-A-9_EE	RCADS-MDD	CDI koguskoor	CDI-EP	CDI-FP
------------	------------	-----------	---------------	--------	--------

PHQ-A-2_EE	1,00					
PHQ-A-9_EE	0,86	1,00				
RCADS-MDD	0,74	0,89	1,00			
CDI koguskoor	0,76	0,88	0,91	1,00		
CDI-EP	0,73	0,85	0,88	0,96	1,00	
CDI-FP	0,71	0,81	0,84	0,95	0,84	1,00

Märkused. Kõik korrelatsioonid on Spearmani rho (p-väärtused < 0,001).

6.2.2.2.2. Nomoloogiline ja diskriminantne ehk eristav valiidsus

Lähtudes psühhopaatoloogia internaliseeriva spektri aladimensioonide käsitlesest (Carragher *et al.*, 2015; Forbes *et al.*, 2021, 2024; Kotov *et al.*, 2021), hinnati PHQ-A-2_EE nomoloogilist ja divergentset valiidsust seoses RCADS ärevuse- ja paanikahäire (PD) alaskaala, YAM-5 loomakartuse ja vere/süste foobia skaalade, SCARED lahusärevuse, DSM-5 sõelküsimumstiku psühhoosi ja maania mõõdikutega. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-2_EE) 2.

Spearmani korrelatsioonianalüüs näitas tugevat seost RCADS ärevuse koguskooriga ($\rho = 0,66$; 95% usaldusvahemik 0,60 - 0,72; $p < 0,001$) ja paanikahäire alaskaalaga ($\rho = 0,62$; 95% usaldusvahemik 0,56 - 0,68; $p < 0,001$), mis toetab PHQ-A-2_EE konvergentset valiidsust. Nõrgad või mõõdukad seosed ilmsid spetsiifiliste foobiade ja maania skaaladega: loomakartus ($\rho = 0,14$; 95% usaldusvahemik 0,04 - 0,24; $p = 0,037$), vere/süste kartus ($\rho = 0,21$; 95% usaldusvahemik 0,11 - 0,30; $p < 0,001$) ning maania ($\rho = 0,23$; 95% usaldusvahemik 0,09 - 0,36; $p = 0,010$). Mõõduka tugevusega seosed ilmsid lahusärevuse ($\rho = 0,30$; 95% usaldusvahemik 0,16 - 0,42; $p < 0,001$) ja psühhootiliste sümptomite esinemisega ($\rho = 0,45$; 95% usaldusvahemik 0,32 - 0,56; $p < 0,001$). Kokkuvõttes kinnitavad tulemused, et PHQ-A-2_EE eristub teistest, teoreetiliselt mitteseotud psühhopaatoloogia dimensioonidest (nt spetsiifilised foobiad, maania), mis toetab selle divergentset valiidsust. Samal ajal näitas PHQ-A-2_EE tugevaid seoseid ärevuse ja paanikahäire mõõdikutega, mis viitab konvergentsele valiidsusele depressiooniga sageli komorbiidsete ärevushäiretega. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-2_EE) 2.

Tabel (PHQ-A-2_EE) 2. Korrelatsioonid PHQ-A-2_EE ja ärevust, lihtfoobiaid, lahuskartust, maniat ja psühhoosi hindavate mõõdikutega (Spearmani rho)

	PHQ-A-2_EE	RCADS ärevus	RCADS PD	YAM loomakartus	YAM vere/süste	SCARED lahus	DSM-5 psühhoos	DSM-5 maania
PHQ-A-2_EE	—							
RCADS ärevus	,66***	—						
RCADS PD	,62***	,89***	—					
YAM loomakartus	,14*	,29***	,25***	—				
YAM vere/süste	,21***	,35***	,31***	,46***	—			
SCARED lahus	,30***	,67***	,58***	,32***	,33***	—		
DSM psühhoos	,45***	,56***	,55***	,04	,13	,39***	—	
DSM maania	,23*	,22*	,27**	-,03	-,06	,13*	,28***	—

Märkused. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

PHQ-A-2 tuntud gruppide valiidsus: kliiniline ja kontrollgrupp

Kõigepealt hinnati, kas PHQ-A-2_EE skoorid diagnostilises/kliinilises grupis erinevad diagnoosita isikute/kontrollgrupi skooridest. Tulemused kinnitavad PHQ-A-2_EE tuntud gruppide valiidsust: instrument eristab kliinilist ja kontrollgruppi statistiliselt ja praktiliselt olulisel määral (Mann–Whitney $U = 28\,896$, $p < 0,001$; Cliffi $\delta = -0,46$). PHQ-A-2_EE koguskoor eristas kogu valimis ($n = 398$) kliinilist ($n = 205$) ja kontrollgruppi ($n = 193$) statistiliselt olulisel määral (Mann–Whitney $U = 28\,896$, $p < 0,001$). Cliffi $\delta = -0,46$ viitab mõõduka suurusega efektile, mis kinnitab, et kliiniline grupp eristub kontrollgrupist depressioonisümptomite intensiivsuse osas (negatiivne δ näitab suunda: kliiniline > kontroll). PHQ-A-2_EE koguskoor varieerub vahemikus 0–6 (vt Tabel (PHQ-A-9(2)_EE) 4). Kliinilise grupi tulemused varieeruvad 25.–75. protsentiili (IQR) piires väärtustega 1–4, mediaanväärtusega 2; kontrollgrupil vastavalt 0 – 2, mediaanväärtusega 1. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-2_EE) 3.

Tabel (PHQ-A-2_EE) 3. PHQ-A-2_EE gruppide (kliiniline ja kontrollgrupp) koguskooride erinevuste võrdlus

	N	Mdn	IQR	Mann–Whitney U	p-väärtus	Cliffi δ
PHQ-A-2_EE T1 (0-6)				28 896	< 0,001	-0,461
Kliiniline	205	2	1-4			
Kontroll	193	1	0-2			

Märkused. N – valimi suurus; Mdn – testi koguskoori mediaan; IQR – kvartiilhaare; negatiivne δ näitab, et kliinilise grupi skoorid on kõrgemad.

PHQ-2 eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

PHQ-A-2_EE ROC analüüsil saadud AUC väärtus 0,73 (95% usaldusvahemik 0,68 - 0,78; DeLong) näitab rahuldavat *known-group* valiidsuse põhjal määratletud kahe grupi (kliiniline = 205 ja kontroll = 193; kliinilise rühma osakaal $\approx 0,52$; $n = 398$) eristamisvõime. Sensitiivsus-, spetsiifilisus- ja tõenäosussuhted (LR+ ja LR-) on esitatud Tabelis (PHQ-A-2_EE) 7; PPV ja NPV on arvutatud antud osakaalu alusel ja võivad teistes valimites erineda.

Tabel (PHQ-A-2_EE) 7. Väljavõte PHQ-A-2_EE depressiooniskaala ROC analüüsi tulemustest. Sensitiivsus, spetsiifilisus, PPV ja NPV, LR+ ja LR- erinevate äralõikepunktide korral.

PHQ-A-2_EE skoor	Sensitiivsus	Spetsiifilisus	PPV	NPV	Youdeni indeks	LR+	LR-
1	0,89	0,31	0,58	0,72	0,19	1,29	0,36
2	0,71	0,64	0,68	0,68	0,35	1,96	0,45
3	0,48	0,86	0,79	0,61	0,34	3,45	0,60

Märkused. PPV = positiivne ennustusjõud; NPV = negatiivne ennustusjõud; LR+ = positiivne tõenäosussuhe; LR- = negatiivne tõenäosussuhe; Rasvases kirjas on märgitud kõige suurema Youdeni indeksiga skoor ja vastavad sensitiivsuse, spetsiifilisuse, PPV ja NPV väärtused.

Youdeni indeksi järgi leitud parim mittetäisarvuline äralõikepunkt gruppide eristamiseks oli 1,5; ümardatuna lähima (praktilise) täisarvuni valiti ≥ 2 (võimalik koguskoori vahemik = 0–6). Selle lävendi juures oli PHQ-A-2_EE sensitiivsus = 0,71, spetsiifilisus = 0,64 (Youden = 0,35), LR+

= 1,96, LR- = 0,45, PPV ≈ 0,68, NPV ≈ 0,68 (vt Tabel (PHQ-A-2_EE) 7). Äralõikepunkt ≥2 on kooskõlaline teistel valimitel näidatud optimaalse eristava lävendiga ≥2 või ≥3 (Anand *et al.*, 2021; Liang *et al.*, 2023; Pitts *et al.*, 2023; Richardson *et al.*, 2010; Sudhanthar *et al.*, 2015) ja pakub tasakaalu tundlikkuse ja spetsiifilisuse vahel ning maksimeerib Youdeni indeksi antud valikute hulgas. LR+ ≈ 1,96 viitab äralõikepunkti ≥2 mõõdukale eristusvõimele (positiivne testitulemus (≥2) suurendab depressioonepisoodi šansisuhet/šanssi ligikaudu 1,96-kordselt) ja LR- ≈ 0,45 mõõdukale välistusele (negatiivne tulemus (<2) vähendab depressioonepisoodi šansisuhet/šanssi ligikaudu 0,45-kordselt). Tulemus optimaalselt eristava äralõikepunkti ≥2 osas ei muutunud analüüsi kordamisel keskmises (11-14 aastased) vanusegrupis (Youden = 0,37). Võrreldes analüüsi kaasatud kogu valimi tulemustega erinesid sensitiivsuse, spetsiifilisuse, PPV, NPV, LR+ ja LR- näitajad (Tabel (PHQ-A-2_EE) 8).

Vanema (15-17 aastased) vanusegrupi eristav äralõikepunkt oli ühe punkti võrra kõrgem, ≥3 (Youden = 0,38) (Tabel (PHQ-A-2_EE) 8).

Tabel (PHQ-A-2_EE) 8. Väljavõte PHQ-A-2_EE depressiooniskaala ROC analüüsi tulemustest vanusegruppides. Sensitiivsus, spetsiifilisus, PPV ja NPV, LR+ ja LR- äralõikepunktide ≥2 ja ≥3 korral.

PHQ-A-2_EE äralõikepunkt	Sensitiivsus	Spetsiifilisus	PPV	NPV	Youdeni indeks	LR+	LR-
≥2 (kogu valim)	0,71	0,64	0,68	0,68	0,35	1,96	0,45
≥2 (keskmise, 11-14 a., vanusegrupp)	0,68	0,69	0,71	0,66	0,37	2,21	0,47
≥2 (vanem, 15-17 a., vanusegrupp)	0,76	0,56	0,64	0,71	0,33	1,76	0,42
≥3 (vanem, 15-17 a., vanusegrupp)	0,55	0,82	0,76	0,65	0,38	3,13	0,54

Märkused. PPV = positiivne ennustusjõud; NPV = negatiivne ennustusjõud; LR+ = positiivne tõenäosussuhe; LR- = negatiivne tõenäosussuhe.

Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

6.2.2.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

PHQ-2 skaala seosed diagnoosiga kliinilises grupis

Kriteeriumipõhise valiidsuse hindamine oli valimi piirangute tõttu võimalik läbi viia ainult kliinilises grupis (n = 205). Uuringu piiranguks on sümptomite ajaperioodide erinevus, millega on oluline arvestada tulemuste tõlgendamisel: uuringus kasutatud PHQ-A-2_EE mõõdab sümptomeid viimase 7 päeva jooksul, M.I.N.I. – Kid MDE ja MDD küsivad (haigus)tunnuste esinemise kohta viimase 2 nädala jooksul. Depressiivse häire olemasolu/puudumist hinnati kliinilise spetsialisti poolt M.I.N.I.- Kid intervjuu (*The Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents*; Sheehan *et al.*, 2010) alusel. MDE (*Major Depressive Disorder, single episode*; DSM-IV-TR) ja MDD (*Major Depressive Disorder, recurrent*; DSM-IV-TR) hinnangutest moodustati koondmuutuja „any depressive disorder“, mis on M.I.N.I.-Kid valiidsusuuringutes levinud teadustava (Högberg *et al.*, 2019). MDE ja MDD

koondmuutuja loomine lähtub kaalutlustest hinnata edasise kliinilise hinnangu vajadust nii ühe üksiku kui korduvate depressiooniepisoodide esinemisel ja arvestades käesoleva uuringu valimi piiranguid (vt Tabel (PHQ-A-2_EE) 4).

Tabel (PHQ-A-2_EE) 4. M.I.N.I.-Kid diagnooside jaotuvus PHQ-A-2_EE ja PHQ-A-9 kliinilises grupis (n = 200)

	N	% PHQ-A
MDE	11	5,4
MDD	0	0
MDE ja MDD	54	26,3
diagnoosita	140	68,3

Märkused. N = valimi suurus; % PHQ-A = osakaal PHQ-A-2_EE ja PHQ-A-9_EE vastanustest; MDE = *Major Depressive Disorder, single episode* (MINI; DSM-IV-TR); MDD = *Major Depressive Disorder, recurrent* (MINI; DSM-IV-TR)

Spearmani järjestuskorrelatsioon

Analüüs toetab PHQ-A-2_EE kriteeriumivaliidsust: kõrgemad PHQ-A-2_EE skoorid on seotud M.I.N.I.-Kid MDE ja/või MDD diagnoosi olemasoluga. Spearmani järjestuskorrelatsioonid kliinilises grupis näitasid mõõdukat ja statistiliselt olulist seost PHQ-A-2_EE koguskoori ning M.I.N.I. MDE, M.I.N.I. MDD ja M.I.N.I. *any depression* esinemise vahel, usaldusvahemikud arvutati BCa-bootstrapi meetodiga (R = 5 000). Tulemusi tuleb tõlgendada ettevaatlikult seoses PHQ-A-2_EE (viimased 7 päeva) ja M.I.N.I.-Kid (viimased 14 päeva) erinevate sümptomiperioodidega. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-2_EE) 5.

Tabel (PHQ-A-2_EE) 5. Spearmani järjestuskorrelatsioon PHQ-A-2_EE (kliiniline grupp) skooride ja M.I.N.I.-Kid diagnoosi(de) vahel (n = 200)

	PHQ-A-2_EE			
	N (diagnoos)	ρ	95% Bca usaldusvahemik	p-väärtus
M.I.N.I. MDE	65	0,51	0,40 - 0,61	< 0,001
M.I.N.I. MDD	54	0,41	0,29 - 0,52	< 0,001
M.I.N.I. <i>any depression</i>	65	0,51	0,40 - 0,61	< 0,001

Märkused. ρ = Spearmani korrelatsioon; CI = 95% usaldusvahemik (BCa bootstrap, R = 5 000); *any depression* = koondmuutuja MDE ja MDD hinnangutest.

Logistiline regressioon

Logistiline regressioon näitas, et PHQ-A-2_EE ennustas M.I.N.I. *any depression* (MDE ja/või MDD) diagnoosi, iga ühepunktiline tõus PHQ-A-2_EE koguskooris suurendas M.I.N.I. depressioonidiagnoosi tõenäosust ligikaudu kahekordselt (OR $\approx$ 1.98). Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-2_EE) 6.

Tabel (PHQ-A-2_EE) 6. Logistilise regressiooni tulemused PHQ-A-2_EE koguskooride seosest M.I.N.I. *any depression* (MDE ja/või MDD) diagnoosiga (kliiniline grupp, n = 200)

	B (SE)	Wald z	p-väärtus	OR	OR 95% usaldusvahemik
PHQ-A-2_EE	0,68 (0,10)	6,62	< 0,001	1,98	1,63 - 2,45

Märkused. B = log-odds koefitsient; SE = standardviga; OR = šansside suhe

Kokkuvõttev tabel PHQ-A-2_EE kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	x			
Kordustestimise reliaablus	x			
Hindajate vaheline reliaablus				x
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus				x
Konstruktivaliidsus	x			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	x			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	x			
Kriteeriumipõhine valiidsus			x	
Sensitiivsus		x		
Spetsiifilisus		x		
Ennustav valiidsus		x		
Äralõikepunktide piirid			x	
Normide olemasolu		x		

6.3. PHQ-A-9_EE

6.3.1. PHQ-A-9_EE reliaabluse näitajad

6.3.1.1. Sisereliaablus

Skaala sisemine kooskõla oli väga hea, Cronbachi $\alpha = 0,90$ ning McDonaldsi $\omega = 0,90$. Reliaabluse analüüs näitas, et kõik PHQ-A-9_EE väited korreleerusid tugevalt skaala koguskooriga, jäädes vahemikku 0,58–0,73. Keskmine väidete vaheline korrelatsioon oli 0,65. Tulemused on toodud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 1.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 1. Cronbachi α , väidete korrelatsioonid koguskooriga; Cronbachi α , kui vastav väide eemaldada

PHQ-A-9_EE väited	Cronbachi α (95% Bca usaldusvahemik)	McDonaldsi ω (95% Bca usaldusvahemik)	Cronbachi α ilma vastava küsimuseta	Väite korrelatsioon kogu skaalaga
Kogu skaala	0,90 (0,89–0,92)	0,92 (0,89–0,93)		
PHQ-A-9_EE 1			0,88	0,73
PHQ-A-9_EE 2			0,89	0,65
PHQ-A-9_EE 3			0,89	0,59
PHQ-A-9_EE 4			0,89	0,67
PHQ-A-9_EE 5			0,89	0,62
PHQ-A-9_EE 6			0,88	0,68
PHQ-A-9_EE 7			0,89	0,64
PHQ-A-9_EE 8			0,89	0,58
PHQ-A-9_EE 9			0,88	0,72

6.3.1.2. Test-kordustest reliaablus

Test-kordustest reliaabluse hindamiseks arvutati Spearmani järjestuskorrelatsiooni kordaja väärtus PHQ-A-9_EE koguskoori esmase ja kordusmõõtmise vahel. Analüüs tuvastas mõõduka samasuunalise seose kahe mõõtmise vahel ($p = 0,59$; 95% Bca usaldusvahemik 0,33 – 0,77; $p < 0,001$), mis kinnitab, et tulemused olid ajas stabiilsed ning instrument omab head *test-retest* reliaablust. Lisaks arvutati absoluutse kokkulangevuse ICC (*two-way random, absolute agreement*): $ICC(2,1) = 0,56$ (95% usaldusvahemik 0,35–0,72), mis samuti osutab mõõdukale *test-retest*-reliaablusele. Tabelis (PHQ-A-9_EE) 2 on täiendavalt esitatud üksikväidete tasandil analüüsitud test-kordustesti usaldusväarsusnäitajad. Üksikväidete tasandil on test-kordustest reliaablus mõõdukas kuni tugev varieerudes vahemikus 0,33 – 0,66 ning kõik rho-väärtused osutusid statistiliselt oluliseks ($p < 0,001$).

Tabel (PHQ-A-9_EE) 2. Üksikväidete test-kordustest reliaablus (Spearman ρ)

Mõõdik \ Väide	PHQ-A-9_EE								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Test-kordustest reliaablus	0,41	0,57	0,51	0,50	0,54	0,43	0,48	0,33	0,66

6.3.2. PHQ-A-9_EE valiidsuse näitajad

6.3.2.1. Struktuuri valiidsus

Uuriv faktoranalüüs (EFA)

Skaala täiskasvanute versiooni autorite kaasautorlusega artiklite ja hilisemate faktorstruktuuri süstemaatiliste ülevaadete kohaselt on enim tõendeid PHQ-9 ühe- ja kahefaktoriliste ning ühedimeniooniliste mudelite ning agregeeritud koguskoori kasutamise kasuks (Lamela *et al.*, 2020; Bianchi *et al.*, 2022; Rahman *et al.*, 2022; Chae *et al.*, 2025). Sarnast tendentsi on näidatud noorukite valimitel läbiviidud PHQ-A-9^[1] faktorstruktuuri hindavates uuringutes (Chen *et al.*, 2024; Mkhize *et al.*, 2025). Kuigi kahe- ja kolmefaktorilisi lahendusi on kirjeldatud erinevates, sh noorukite valimites, viitavad enamik tõendeid ja praktilised kaalutlused sellele, et PHQ-9 puhul on otstarbekas lähtuda ühedimensioonilisest mudelist. PHQ-A-9_EE noorukite versiooni väidete faktorstruktuuri hindamiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs (EFA). Eelduste kontrollimiseks kasutati Kaiser–Meyer–Olkin'i (KMO) mõõdikut ja Bartletti sfäärilisuse testi. Analüüs näitas, et andmestik sobib faktoranalüüsiks väga hästi (KMO = 0,94; üksikväidete MSA = 0,91 – 0,95) ning Bartletti sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(36) = 1\,671,95$; $p < 0,001$). Käesoleva uuringu valimil viitas paralleelanalüüs kahe faktori ekstraktsioonile faktoranalüüsis, samas kui paralleelanalüüs PCA-le ja scree-plot toetasid ühe peakomponendi mudelit. PCA esimese komponendi omaväärtus oli 5,014 ($\approx 55,7\%$ kogu variatsioonist), järgmistel < 1 , mis viitab tugevale üldisele dimensioonile. Faktoranalüüsi kriteeriumid osutasid võimalikele alamdimensioonidele, mille täpsustamiseks viidi läbi täiendavad analüüsid (EFA ühe- kahe ja kolmekahefaktoriline lahendus, Schmid–Leiman ja Ω_t , Ω_h analüüsid), otsustamaks, kas kasutada üht agregeeritud skoori või arvestada alamfaktoreid.

EFA üksikväidete vaates

Lähtudes künnisest $\geq 0,40$ (Stevens, 1992), toetab ühefaktoriline lahendus konstrukti ühtsust, kahefaktoriline lahendus eristab osaliselt kognitiivseid ja somaatilisi sümptomeid. Kahe- ja kolmefaktorilised lahendused viitavad mitmetähenduslikule struktuurile, kus osa väiteid seostub nõrgalt kuni mõõdukalt korraga mitme faktoriga. Üksikväidete faktorlaadumised ja -struktuuri kompleksuse näitajad on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 3. Ühefaktorilises lahenduses laaduvad kõik PHQ-A-9_EE väited üle künnise $\geq 0,40$ üldfaktorile (MR1 = 0,63–0,80), mis viitab konstrukti ühtsusele. Üks faktor seletab ligikaudu 50% koguväidete variatsioonist, iga väite variatsioonist mõõdukalt 39–64% ($h^2 = 0,39–0,64$). Kahefaktorilises lahenduses koonduvad esimese faktori alla väited: 1 – kurvameelsus ja lootusetus, 2 – anhedoonia, 6 – süü- ja väärtusetusetunne ning 9 – mõtted surmast või enesevigastamisest. Teise faktori alla koonduvad väited: 3 – unehäired, 7 – keskendumisraskused, 8 – psühhomotoorne aeglus või rahutus ning 5 – väsimus ja energiapuudus. See viitab depressiooni kahele eristuvale alamdimensioonile: kognitiivsele/emotsionaalsele ja somaatilisele. Väide 4 – isu muutus – laadub mõõdukalt mõlemale faktorile ($p = 0,35$ ja $0,39$). Kahe faktori mudel seletab väidete variatsioonist mõõduka osa ($h^2 = 0,43–0,72$). Kolmefaktorilises mudelis moodustavad esimese faktori samad väited nagu kahefaktorilises lahenduses, kuid mõnevõrra erinevate faktorkoormustega. Teise faktori alla laaduvad väited: 3 – unehäired, 4 – isu muutus, 5 – väsimus ja energiapuudus ning 7 – keskendumisraskused. Kolmandasse faktorisse laadub väide 8 – psühhomotoorne aeglus

või rahutus, mille kommunaliteet on 0,97. Väited 2 – anhedoonia ja 4 – isu muutus laaduvad mõõdukalt mitmele faktorile (keerukus > 1,5), mis viitab nende mitmetähenduslikkusele.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 3. PHQ-A-9_EE üksikväidete faktorikoormused EFA 1, 2 ja 3 faktorilise lahenduse korral

Väide	1F		2F				3F				
	MR1	h ²	MR1	MR2	h ²	com	MR1	MR2	MR3	h ²	com
PHQ-A-9_EE 1 (kurvameelsus, lootusetus)	0,80	0,64	0,75	0,08	0,66	1,0	0,71	0,11	0,02	0,66	1,1
PHQ-A-9_EE 2 (anhedoonia)	0,70	0,49	0,54	0,19	0,50	1,3	0,47	0,33	-0,08	0,51	1,9
PHQ-A-9_EE 3 (unehäired)	0,63	0,39	0,03	0,65	0,45	1,0	0,01	0,59	0,09	0,44	1,0
PHQ-A-9_EE 4 (isu muutus)	0,71	0,50	0,35	0,39	0,50	2,0	0,29	0,45	0,01	0,50	1,7
PHQ-A-9_EE 5 (väsimus/energiapuudus)	0,66	0,44	0,24	0,46	0,45	1,5	0,16	0,56	-0,02	0,47	1,2
PHQ-A-9_EE 6 (süü-/väärtusetunne)	0,75	0,57	0,80	-0,02	0,62	1,0	0,77	0,01	0,02	0,62	1,0
PHQ-A-9_EE 7 (keskendumisraskused)	0,67	0,45	-0,06	0,79	0,55	1,0	-0,06	0,70	0,10	0,52	1,1
PHQ-A-9_EE 8 (psühhomotoorne aeglus või rahutus)	0,64	0,41	0,15	0,53	0,43	1,2	0,02	0,02	0,97	0,97	1,0
PHQ-A-9_EE 9 (mõtted surmast või enesevigastamisest)	0,80	0,64	0,89	-0,05	0,72	1,0	0,87	-0,06	0,06	0,72	1,0

Märkused. 1F = ühefaktoriline lahendus; 2F = kahefaktoriline lahendus; MR1 = Faktor 1 (minres-meetodil ekstraktitud); MR2 = Faktor 2 (minres-meetodil ekstraktitud); h² = kommunaliteet (faktorite poolt seletatud variatsioon); u² = unikaalne variatsioon (jääkvariatsioon); com = kompleksus (itemi faktorikompleksus; faktorilaadumised kriteeriumil ≥ 0,40 on märgitud rasvases kirjas).

Faktorilahenduste sobivusstatistikud (vt Tabel (PHQ-A-9_EE) 4)

Ühefaktorilise mudeli sobivusstatistikud viitavad heale sobivusele (RMSEA = 0,059, 90% usaldusvahemik 0,040 – 0,077; TLI = 0,97; RMSR = 0,04) ja mudel selgitab 50% koguväidete variatsioonist. Sisuliselt toetab see tulemuste muster ühe latentse faktori olemasolu. Kahe faktori mudel sobib andmetele väga hästi: sobivusstatistikad (RMSEA, TLI, RMSR, χ^2) viitavad suurepärasele kooskõlale ning mudel selgitab kokku 54% variatsioonist. Sisuliselt toetab see lahendus kahe tihedalt seotud latentse faktori olemasolu, faktorite omavaheline korrelatsioon (0,82) viitab üldfaktori domineerimisele. Kolme faktori mudel sobib andmetele väga hästi, kolm faktorit seletavad 61% koguväidete variatsioonist, kuid on omavahel mõõdukalt kuni tugevalt seotud (MR1 ja MR 3 = 0,81, MR1 ja MR2 = 0,56, MR3 ja MR2 = 0,60). Sisuliselt ei ole 8.nda väite eraldumine omaette faktoriks põhjendatud ja tuleks kontrollida mõnel teisel valimil. Omega ja Schmid–Leiman analüüs kinnitas nii kah- kui kolmefaktorilises lahenduses siiski ühe tugeva üldfaktori (depressiooni üldine dimensioon) domineerimist (ECV = 0,81; $\Omega_h \approx 0,80$; $\Omega_t = 0,92$). Kõik väited laaduvad tugevalt üldfaktorile ja grupifaktorid lisavad väikese osa variatsioonist (g = 0,59 – 0,83; grupifaktorite laadumised = 0,21 – 0,43). Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 4.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 4. PHQ-A-9_EE noorukite küsimustiku faktormudelite sobivusnäitajad

Näitaja	1 faktor (EFA)	2 faktorit (EFA)	Omega ja Schmid–Leiman 2F	3 faktorit (EFA)	Omega ja Schmid–Leiman 3F
RMSEA	0,059	0		0	
90% usaldusvahemik	0,040 – 0,077	0 – 0,034		0 – 0,015	
RMSR	0,04	0,02		0,02	
TLI	0,97	1,004		1,012	
BIC	–97,66	–98,53		–66,11	
χ^2 (df, p)	63,97 (27, p < 0,001)	15,21 (19, p = 0,71)		5,72 (12, p = 0,93)	
Kum. var.	0,50	0,54 (MR1 = 0,31 + MR2 = 0,23)		0,61 (MR1 = 0,28 + MR2 = 0,21 + MR3 = 0,12)	
ECV			0,81		0,81
Ω_h			0,80		0,83
Ω_t			0,91		0,92

Märkused. RMSEA = keskmise ruutvea lähenduse indeks; RMSR = jääkide keskmine ruutväärtus; TLI = Tucker–Lewis'i indeks; BIC = Bayesi informatsioonikriteerium; χ^2 = chi-ruut test; df = vabadusastmed; p = olulisuse tõenäosus; Kum.var = kumulatiivne variatsioon; ECV = seletatud ühiskõikumine; Ω_h = Omega hierarchical; Ω_{total} = kogu skaala usaldusväärsus; MR = minres-meetodil saadud faktorid.

Kokkuvõttes viitavad tulemused, et kuigi PHQ-A-9_EE faktorstruktuur on statistiliselt mitmedimensionaalne (alamdimensioonid eristuvad ja mitmefaktorilised mudelid annavad paremaid sobivusnäitajaid), toetavad Omega ja Schmid–Leiman analüüsid koguskoori kasutamist. Nii kahe- kui kolmefaktorilises lahenduses oli tugev üldfaktor, mis selgitab suure osa koguskoori variatsioonist (Ω_h = 0,80 ja 0,83; ECV = 0,81). Väga kõrged Omega total väärtused (Ω_t = 0,91 ja 0,92) näitavad, et koguskoor on statistiliselt väga usaldusväärne. Seega on koguskoori kasutamine üldise depressioonitaseme hindamiseks põhjendatud, kuigi alamdimensioonide eraldi analüüs võib pakkuda kliiniliselt olulist lisainfot, näiteks sümptomite profiili täpsemaks mõistmiseks ja sekkumiste suunamiseks.

6.3.2.2. Konstrukti valiidus

6.3.2.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidus

PHQ-A-9_EE koguskoor korreleerus tugevalt RCADS-MDD (p = 0,89; 95% usaldusvahemik 0,87 - 0,91; p < 0,001) ja CDI-II koguskooriga (p = 0,88; 95% usaldusvahemik 0,84 - 0,91; p < 0,001), emotsionaalset ja funktsionaalset toimetulekut hindavate CDI-II alaskaalade koguskooriga: CDI-II emotsionaalsete probleemide alaskaalaga (p = 0,85; 95% usaldusvahemik 0,80 - 0,88; p < 0,001) ja CDI-II funktsionaalsete probleemide alaskaalaga (p = 0,81; 95% usaldusvahemik 0,76 - 0,86; p < 0,001). Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 5.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 5. Korrelatsioonid PHQ-A-9_EE ja teiste depressiooni hindavate mõõdikute vahel

	PHQ-A-9_EE	RCADS-MDD	CDI koguskoor	CDI-EP	CDI-FP
PHQ-A-9_EE	1,00				
RCADS-MDD	0,89	1,00			
CDI-II koguskoor	0,88	0,91	1,00		
CDI-II EP	0,85	0,88	0,96	1,00	
CDI-II FP	0,81	0,84	0,95	0,84	1,00

Märkused. Kõik korrelatsioonid on Spearmani rho (p-väärtused < 0,001); CDI-II EP – CDI-II emotsionaalsete probleemide alaskaala; CDI-II FP – CDI-II funktsionaalsete probleemide alaskaala.

Kõik korrelatsioonid olid positiivsed ja statistiliselt olulised (Spearmani rho vahemik 0,81–0,89; kõik $p < 0,001$), mis viitab, et PHQ-9_EE koguskoor mõõdab sama konstrukti (depressiooni sümptomite olemasolu) kooskõlas teiste valideeritud instrumentidega ja kinnitab PHQ-A-9_EE konvergentset valiidsust uuritud valimil.

6.3.2.2.2. Nomoloogiline ja diskriminantne ehk eristav valiidsus

Lähtudes psühhopatoloogia internaliseeriva spektri aladimensioonide käsitlesest (Carragher *et al.*, 2015; Forbes *et al.*, 2021, 2024; Kotov *et al.*, 2021), hinnati PHQ-A-9_EE nomoloogilist ja divergentset valiidsust seoses RCADS ärevuse- ja paanikahäire (PD) alaskaala, YAM loomakartuse ja vere/süste foobia skaalade, SCARED separatsiooniärevuse, DSM psühhooosi ja mania (DSM_mania) mõõdikutega. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 6. PHQ-9 korreleerus RCADS ärevuse koguskooriga ($p = 0,79$; 95% usaldusvahemik 0,74 - 0,82; $p < 0,001$) ja RCADS paanikahäire alamfaktoriga ($p = 0,73$; 95% usaldusvahemik 0,68 - 0,77; $p < 0,001$), mis peegeldab nii tugevat seost depressiivsete ja ärevussümptomite vahel (mõõdukas komorbiidsus) kui internaliseeriva spektri aladimensioonide spetsiifilisi eristuvaid aspekte.

Seosed spetsiifiliste, ootuspäraselt divergentsete konstruktidega olid madalamad: YAM loomakartus ($p = 0,17$; 95% usaldusvahemik 0,07 - 0,27; $p = 0,004$), YAM vere/süstekartus ($p = 0,22$; 95% usaldusvahemik 0,12 - 0,32; $p < 0,001$), SCARED sepratsiooniärevus ($p = 0,40$; 95% usaldusvahemik 0,27 - 0,51; $p < 0,001$), DSM psühhooos ($p = 0,56$; 95% usaldusvahemik 0,45 - 0,65; $p < 0,001$) ja DSM mania ($p = 0,31$, 95% usaldusvahemik 0,17 - 0,43; $p < 0,001$). Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 6.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 6. Korrelatsioonid PHQ-A-9_EE ja ärevust, lihtfoobiaid, lahutuskartust, maniat ja psühhooosi hindavate mõõdikutega

	PHQ-A-9_EE	RCADS ärevus	RCADS PD	YAM_animals	YAM_bi	SCARED_sep	DSM_psychosis	DSM_mania
PHQ-A-9_EE	1,00							
RCADS ärevus	0,79	1,00						
RCADS PD	0,73	0,89	1,00					
YAM_animals	0,17	0,29	0,25	1,00				
YAM_bi	0,22	0,35	0,31	0,46	1,00			
SCARED_sep	0,40	0,67	0,58	0,32	0,33	1,00		
DSM_psychosis	0,56	0,56	0,55	0,04	0,13	0,39	1,00	
DSM_mania	0,31	0,22	0,27	-0,03	-0,06	0,13	0,28	1,00

Märkused. Kõik korrelatsioonid on Spearmani rho (p-väärtused < 0,001); RCADS PD = RCADS paanikahäire skaala; YAM_animals = YAM loomakartuse skaala; YAM_bi = YAM vere/süste foobia skaala; SCARED_sep = SCARED lahusärevuse skaala; DSM_psychosis = DSM psühhooosi ja DSM_mania = DSM mania skaala

Kokkuvõttes kinnitavad tulemused, et PHQ-A-9_EE eristub madalamate korrelatsioonidega teistest, teoreetiliselt mitteseotud psühhopatoloogia dimensioonidest (nt spetsiifilised foobiad, mania), mis toetab selle divergentset valiidsust. Samal ajal näitas PHQ-A-9_EE tugevaid seoseid ärevuse ja paanikahäire mõõdikutega, mis viitab konvergentsele valiidsusele ja/või mõõtmisülekatedele depressiooniga sageli komorbiidsete ärevushäirete ja ka psühhooisiga.

PHQ-9 tuntud gruppide valiidsus: kliiniline ja kontrollgrupp

Kõigepealt hinnati, kas PHQ-A-9_EE skoorid diagnostilises/kliinilises grupis erinevad diagnoosita isikute/kontrollgrupi skooridest. Tulemused kinnitavad PHQ-A-9_EE *known-group*-valiidsust: instrument eristab kliinilist ja kontrollgruppi statistiliselt ja praktiliselt olulisel määral (Mann–Whitney $U = 30\,762$, $p < 0,001$; Cliffi $\delta = -0,555$). PHQ-A-9_EE koguskoor eristas kogu valimis (n = 398) kliinilist (n = 205) ja kontrollgruppi (n = 193) statistiliselt olulisel määral (Mann–Whitney $U = 30\,762$, $p < ,001$). Cliff's $\delta = -0,555$ viitab suurele efektile, mis kinnitab, et kliiniline grupp eristub kontrollgrupist depressioonisümptomite intensiivsuse osas (negatiivne δ näitab suunda: kliiniline > kontroll). Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 7.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 7. PHQ-A-9_EE gruppide (kliiniline ja kontrollgrupp) koguskooride erinevuste võrdlus

	N	Mdn	IQR	Mann–Whitney U	p-väärtus	Cliffi δ
PHQ-A-9_EE T1 (0-27)				30 762	< 0,001	-0,555
Kliiniline	205	12	6-18			
Kontroll	193	5	2-8			

Märkused. N – valimi suurus; Mdn – testi koguskoori mediaan; IQR – kvartiilhaare; negatiivne δ näitab, et kliinilise grupi skoorid on kõrgemad.

PHQ-9 eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

PHQ-A-9_EE kogu valimi ROC analüüsil saadud AUC väärtus 0,78 (95% usaldusvahemik 0,73 - 0,82; DeLong) näitab rahuldavat tuntud gruppide valiidsuse põhjal määratletud kahe grupi (kliiniline = 205 ja kontroll = 193; kliinilise rühma osakaal $\approx 0,52$; n = 398) eristamistäpsust. Sensitiivsuse-, spetsiifilisus- ja tõenäosussuhted (LR+ ja LR-) on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 8; PPV ja NPV on arvutatud antud valimi osakaalu alusel ja võivad teistes valimites erineda.

Youdeni indeksi järgi oleks eristamise seisukohalt skaala parim äralõikepunkt 9,5 (sensitiivsus = 0,61; spetsiifilisus = 0,83), praktiliseks täisarvuliseks lävendiks valiti ≥ 10 , mille korral sensitiivsus = 0,61, spetsiifilisus = 0,83, PPV = 0,79, NPV = 0,67, LR+ = 3,59 ja LR- = 0,46.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 8. Väljavõte PHQ-A-9_EE depressiooniskaala ROC analüüsi tulemustest. Sensitiivsus, spetsiifilisus, PPV ja NPV, LR+ ja LR- erinevate äralõikepunktide korral.

PHQ-A-9_EE skoor	Sensitiivsus	Spetsiifilisus	PPV	NPV	Youdeni indeks	LR+	LR-
---------------------	--------------	----------------	-----	-----	----------------	-----	-----

*0-4 (puudub)							
4	0,89	0,40	0,62	0,79	0,30	1,51	0,25
5-9 (kerge DEP)							
5	0,81	0,49	0,63	0,71	0,31	1,60	0,38
6	0,78	0,59	0,67	0,72	0,37	1,88	0,37
7	0,73	0,68	0,71	0,70	0,40	2,26	0,40
8	0,69	0,73	0,73	0,69	0,43	2,59	0,41
9	0,66	0,78	0,76	0,68	0,44	3,03	0,44
10-14 (mõõdukas)							
10	0,61	0,83	0,79	0,67	0,44	3,59	0,46
11	0,58	0,85	0,81	0,66	0,44	4,00	0,49
12	0,53	0,89	0,84	0,64	0,43	4,89	0,53
13	0,49	0,91	0,86	0,63	0,40	5,59	0,56
14	0,43	0,94	0,89	0,61	0,38	7,62	0,60
15-19 (mõõdukalt raske)							
15	0,40	0,95	0,90	0,60	0,36	8,68	0,62
16	0,37	0,96	0,91	0,59	0,33	10,09	0,66
17	0,35	0,96	0,91	0,58	0,31	9,68	0,67
18	0,28	0,97	0,92	0,56	0,26	11,1	0,73
19	0,23	0,97	0,90	0,54	0,20	8,85	0,79
20-27 (raske)							
20	0,22	0,98	0,92	0,54	0,19	10,59	0,79

Märkused. * = orienteerivad vahemikud depressiooniepisoodi raskusastme hindamiseks lähtudes valideeritavast instrumendist; PPV = positiivne ennustusjõud; NPV = negatiivne ennustusjõud; LR+ = positiivne tõenäosussuhe; LR- = negatiivne tõenäosussuhe; Rasvases kirjas on märgitud kõige suurema Youdeni indeksiga skoor ja vastavad sensitiivsuse, spetsiifilisuse, PPV ja NPV väärtused.

ROC/AUC analüüs keskmises vanuserühmas (11-14 aastat)

ROC-analüüs näitas, et PHQ-A-9_EE keskmises vanuserühmas (11–14 aastat; kliiniline n = 120, kontroll n = 108) AUC = 0,78 (95% usaldusvahemik 0,72 – 0,84; DeLong), mis viitab rahuldavale kuni heale eristamisvõimele kliinilise ja kontrollgrupi vahel. Youdeni indeksi järgi oleks skaala parim äralõikepunkt 8,5 (sensitiivsus = 0,62; spetsiifilisus = 0,84). Praktiliseks täisarvuliseks ländendiks valiti ≥ 9 , mille korral sensitiivsus = 0,63, spetsiifilisus = 0,84, PPV = 0,82, NPV = 0,67, LR+ = 3,97 ja LR- = 0,44. Valitud ländend (≥ 9) pakub tasakaalu tundlikkuse ja spetsiifilisuse vahel, säilitades kõrge positiivse ja mõõduka negatiivse prognoosväärtuse. Erinevate lähedaste äralõikepunktide võrdlevad tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 9.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 9. Väljavõte PHQ-A-9_EE depressiooniskaala ROC analüüsi tulemustest erinevate äralõikepunktide korral keskmises vanuserühmas (11-14 aastat)

PHQ-A-9_EE skoor	Sensitiivsus	Spetsiifilisus	PPV	NPV	Youdeni indeks	LR+	LR-
8	0,65	0,79	0,77	0,67	0,44	3,05	0,44
9	0,63	0,84	0,82	0,67	0,47	3,97	0,44
10	0,59	0,86	0,83	0,65	0,45	4,26	0,47

Märkused. PPV = positiivne ennustusjõud; NPV = negatiivne ennustusjõud; LR+ = positiivne tõenäosussuhe; LR- = negatiivne tõenäosussuhe; Rasvases kirjas on märgitud kõige suurema Youdeni indeksiga skoor ja vastavad sensitiivsuse, spetsiifilisuse, PPV ja NPV väärtused.

ROC/AUC analüüs vanemas vanuserühmas (15-17 aastat)

ROC-analüüs näitas, et PHQ-A-9_EE vanemas vanuserühmas (15–17 aastat; kliiniline n = 85, kontroll n = 85) AUC = 0,79 (95% usaldusvahemik 0,72 – 0,85; DeLong), mis viitab rahuldavale kuni heale eristamisvõimele kliinilise ja kontrollgrupi vahel. Youdeni indeksi järgi oleks skaala parim äralõikepunkt 10,5 (sensitiivsus = 0,62; spetsiifilisus = 0,82) ja praktiliseks täisarvuliseks lüvendiks valiti ≥11, mille korral sensitiivsus = 0,62, spetsiifilisus = 0,82, PPV = 0,78, NPV = 0,69, LR+ = 3,53 ja LR- = 0,46. Erinevate lähedaste äralõikepunktide võrdlevad tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 10.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 10. Väljavõte PHQ-A-9_EE depressiooniskaala ROC analüüsi tulemustest erinevate äralõikepunktide korral vanemas vanuserühmas (15-17 aastased)

PHQ-A-9_EE skoor	Sensitiivsus	Spetsiifilisus	PPV	NPV	Youdeni indeks	LR+	LR-
10	0,65	0,79	0,75	0,69	0,44	3,06	0,45
11	0,62	0,82	0,78	0,69	0,45	3,53	0,46
12	0,56	0,86	0,80	0,66	0,42	4,00	0,51

Märkused. PPV = positiivne ennustusjõud; NPV = negatiivne ennustusjõud; LR+ = positiivne tõenäosussuhe; LR- = negatiivne tõenäosussuhe; Rasvases kirjas on märgitud kõige suurema Youdeni indeksiga skoor ja vastavad sensitiivsuse, spetsiifilisuse, PPV ja NPV väärtused.

Oluline on rõhutada, et tabelites esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

6.3.2.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

PHQ-9 skaala seosed diagnoosiga kliinilises grupis

Kriteeriumipõhise valiidsuse hindamine oli valimi piirangute tõttu võimalik läbi viia ainult kliinilises grupis (n = 205). Uuringu piiranguks on sümptomite ajaperioodide erinevus, millega on oluline arvestada tulemuste tõlgendamisel: uuringus kasutatud PHQ-A-9_EE mõõdab sümptomeid viimase 7 päeva jooksul, spetsialisti hinnanguga seotud M.I.N.I.–Kid MDE ja MDD hindavad (haigus)tunnuste esinemist viimase 2 nädala jooksul. Depressiivse häire olemasolu/puudumist hinnati kliinilise spetsialisti poolt M.I.N.I.-Kid intervjuu (*The Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents*; Sheehan *et al.*, 2010) alusel. MDE (*Major Depressive Disorder, single episode*; DSM-IV-TR) ja MDD (*Major Depressive Disorder, recurrent*; DSM-IV-TR) hinnangutest moodustati koondmuutuja „any depressive disorder“, mis on M.I.N.I.-Kid valiidsusuuringutes levinud teadustava (Högberg *et al.*, 2019). MDE ja MDD koondmuutuja loomine lähtub kaalutlustest hinnata edasise kliinilise hinnangu vajadust nii ühe üksiku kui korduvate depressiooniepisoodide esinemisel ja arvestades käesoleva uuringu valimi piiranguid (vt Tabel (PHQ-A-9_EE) 11).

Tabel (PHQ-A-9_EE) 11. M.I.N.I.-Kid diagnooside jaotuvus PHQ-A-9 kliinilises grupis (n = 200)

	N	% PHQ-A
MDE	11	5,4
MDD	0	0
MDE ja MDD	54	26,3
diagnoosita	140	68,3

Märkused. N = valimi suurus; % PHQ-A = osakaal PHQ-A-2_EE ja PHQ-A-9_EE vastanustest; MDE = *Major Depressive Disorder, single episode* (MINI; DSM-IV-TR); MDD = *Major Depressive Disorder, recurrent* (MINI; DSM-IV-TR)

Spearmani järjestuskorrelatsioon

Analüüs toetab PHQ-A-9_EE kriteeriumivaliidsust: kõrgemad PHQ-A-9_EE skoorid on seotud M.I.N.I.-Kid MDE ja/või MDD diagnoosi olemasoluga. Spearmani järjestuskorrelatsioonid kliinilises grupis näitasid mõõdukat ja statistiliselt olulist seost PHQ-A-9_EE depressioonisümptomite koguskoori ning M.I.N.I. MDE, M.I.N.I. MDD ja M.I.N.I. *any depression* esinemise vahel, usaldusvahemikud arvatati BCa-bootstrapi meetodiga (R = 5 000). Tulemusi tuleb tõlgendada ettevaatlikult seoses PHQ-A-9_EE (viimased 7 päeva) ja M.I.N.I.-Kid (viimased 14 päeva) erinevate sümptomiperioodidega. Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 12.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 12. Spearmani järjestuskorrelatsioon PHQ-A-9_EE (kliiniline grupp) skooride ja MINI diagnoosi(de) vahel (n = 200)

	PHQ-A-9_EE			
	N (diagnoos)	ρ	95% Bca CI	p-väärtus
MINI MDE	65	0,54	0,44 - 0,63	< 0,001
MINI MDD	54	0,44	0,33 - 0,54	< 0,001
MINI <i>any depression</i>	65	0,54	0,44 - 0,63	< 0,001

Märkused. ρ = Spearmani korrelatsioon; CI = 95% usaldusvahemik (BCa bootstrap, R = 5 000); *any depression* = koondmuutuja MDE ja MDD hinnangutest.

Logistiline regressioon

Logistiline regressioon näitas, et PHQ-A-9_EE ennustas M.I.N.I. *any depression* (MDE ja/või MDD) diagnoosi; iga ühepunktiline tõus PHQ-A-9_EE koguskooris suurendas M.I.N.I. depressioonidiagnoosi tõenäosust umbes 22% (OR $\approx$ 1,22; 95% usaldusvahemik = 1,16 – 1,30; $p < 0,001$). Tulemused on esitatud Tabelis (PHQ-A-9_EE) 13.

Tabel (PHQ-A-9_EE) 13. Logistilise regressiooni tulemused PHQ-A-9_EE koguskooride seosest M.I.N.I. *any depression* (MDE ja/või MDD) diagnoosiga (kliiniline grupp, n = 200)

	B (SE)	Wald z	p-väärtus	OR	95% CI OR
PHQ-A-9_EE	0,20 (0,03)	6,63	< 0,001	1,22	1,16 - 1,30

Märkused. B = log-odds koefitsient; SE = standardviga; OR = šansside suhe

Kokkuvõttev tabel PHQ-A-9_EE kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	x			
Kordustestimise reliaablus	x			
Hindajate vaheline reliaablus				x
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	x			
Konstruktivaliidsus	x			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	x			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	x			
Kriteeriumipõhine valiidsus			x	
Sensitiivsus		x		
Spetsiifilisus		x		
Ennustav valiidsus		x		
Äralõikepunktide piirid			x	
Normide olemasolu		x		

Kasutatud allikad

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IVTR*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Allgaier, A. K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). Screening for depression in adolescents: Validity of the Patient Health Questionnaire in pediatric care. *Depression and Anxiety*, 29(10), 906–913. <https://doi.org/10.1002/da.21899>

Anand, P., Bhurji, N., Williams, N., & Desai, N. (2021). Comparison of PHQ-9 and PHQ-2 as screening tools for depression and school-related stress in inner-city adolescents. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1–8. <https://doi.org/10.1177/21501327211053750>

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., Verkuilen, J., Houssemand, C., & Laurent, E. (2022). Is the PHQ-9 a unidimensional measure of depression? A 58,272-participant study. *Psychological Assessment*, 34(3), 249–257. <https://doi.org/10.1037/pas0001124>

Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., & Rojas, G. (2018). Screening depressive episodes in adolescents: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Revista Médica de Chile*, 146(4), 479–486. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000400479>

Chae, D., Lee, J., & Lee, E. H. (2025). Internal structure of the Patient Health Questionnaire-9: A systematic review and meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.12.005>

Chen, Y.-Q., Huang, X.-J., Yang, F., Yang, J.-J., Zhong, J., Yao, K.-M., Kuang, J.-X., & Xu, M.-Z. (2024). A Chinese adaptation of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A): factor structure and psychometric properties. *BMC Psychiatry*, 24, Article 331. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05783-3>

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272–299. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>

Hamilton, B. E., Minino, A. M., Martin, J. A., Kochanek, K. D., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2007). Annual summary of vital statistics: 2005. *Pediatrics*, 119(2), 345–360. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3226>

Högberg, C., Billstedt, E., Björck, C., Björck, P.-O., Ehlers, S., Gustle, L.-H., Hellner, C., Höök, H., Serlachius, E., Svensson, M. A., & Larsson, J.-O. (2019). Diagnostic validity of the MINI-KID disorder classifications in specialized child and adolescent psychiatric outpatient clinics in Sweden. *BMC Psychiatry*, 19, 142. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2121-8>

Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*, 30(3), 196–204. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00333-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00333-0)

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Lamela, D., Soreira, C., Matos, P., & Morais, A. (2020). Systematic review of the factor structure and measurement invariance of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and validation of the Portuguese version in community settings. *Journal of Affective Disorders*, 276, 220–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.066>
- Liang, K., Chen, S., Zhao, Y., Ren, Y., Ren, Z., & Chi, X. (2023). A new PHQ-2 for Chinese adolescents: Identifying core items of the PHQ-9 by network analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), Article 11. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00559-1>
- Mansour, M., Krishnaprasadh, D., Lichtenberger, J., & Teitelbaum, J. (2020). Implementing the Patient Health Questionnaire modified for adolescents to improve screening for depression among adolescents in a Federally Qualified Health Centre. *BMJ Open Quality*, 9(4), e000751. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2019-000751>
- Milatz, F., van Straaten, S., van den Berg, J. M., Dolman, K. M., van Dijkhuizen, E. H. B., & Hazes, J. M. W. (2024). Anxiety and depression symptoms in adolescents and young adults with juvenile idiopathic arthritis: Results of an outpatient screening. *Arthritis Research & Therapy*, 26(1), Article 54. <https://doi.org/10.1186/s13075-024-03312-x>
- Mkhize, M., Van Der Westhuizen, C., & Sorsdahl, K. (2025). Investigating the psychometric properties of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) and Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC) among young adolescents in South Africa. *PLOS ONE*, 20(11), e0334658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334658>
- Pitts, B. H., Sheeder, J., Sigel, E., Love-Osborne, K., & Woods, J. (2023). Informing use of the Patient Health Questionnaire-2 to detect moderate or greater depression symptoms in adolescents and young adults in outpatient primary care. *Journal of Adolescent Health*, 73(2), 331–337. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.02.043>
- Posit Software. (2025). *RStudio (Version 2025.09.2 Build 418)* [Computer software]. Posit Software. <https://posit.co>
- Rahman, M. A., Dhira, T. A., Sarker, A., & Mehareen, J. (2022). Validity and reliability of the Patient Health Questionnaire scale (PHQ-9) among university students of Bangladesh. *PLOS ONE*, 17(6), e0269634. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269634>
- Reise, S. P., Bonifay, W. E., & Haviland, M. G. (2013). Scoring and modeling psychological measures in the presence of multidimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 95(2), 129–140. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.725437>
- Richardson, L. P., McCauley, E., Grossman, D. C., McCarty, C. A., Richards, J., Russo, J. E., ... Katon, W. (2010). Evaluation of the PHQ-9 for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1117–1123. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0852>
- Richardson, L. P., Rockhill, C., Russo, J. E., Grossman, D. C., Richards, J., McCarty, C. A., McCauley, E., & Katon, W. (2010). Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*, 125(5), e1097–e1103. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2712>
- Rodriguez, A., Reise, S. P., & Haviland, M. G. (2016). Evaluating bifactor models: Calculating and interpreting statistical indices. *Psychological Methods*, 21(2), 137–150. <https://doi.org/10.1037/met0000045>

- Schmid, J., & Leiman, J. M. (1957). The development of hierarchical factor solutions. *Psychometrika*, 22(1), 53–61. <https://doi.org/10.1007/BF02289209>
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Bannon, Y., Janavs, J., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t29452-000>
- Sim, K.-S., Kim, B.-K., Lee, N.-B., Kim, D.-H., & Joo, H.-S. (2024). A validation of the Korean version of the Patient Health Questionnaire-9 (K-PHQ-9A) among children and adolescents. *Crisisonomy*, 20(7), 145–156. <https://doi.org/10.14251/crisisonomy.2024.20.7.145>
- Stevens, J. P. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Sudhanthar, S., Thakur, K., Sigal, Y., & Turner, J. (2015). Improving validated depression screen among adolescent population in primary care practice using electronic health records (EHR). *BMJ Quality Improvement Reports*, 4(1), u209517.w3913. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u209517.w3913>
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev.; 3 vols.). World Health Organization.
- World Health Organization; Eesti Sotsiaalministeerium. (1996). *Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon: RHK-10 : kümnes väljaanne. 2. köide. Instruktsioonide käsiraamat* (A. Küng, tõlk.; P. Bogovski, toimetaja). Eesti Sotsiaalministeerium
- Winer, J. R., Drossos, T., Mossing, T., & O'Sullivan, K. (2025, October). SAT-809 Improving depression and suicide screening in an adult and pediatric endocrinology clinic. *Journal of the Endocrine Society*, 9(Supplement_1), bvaf149.1297. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaf149.1297>
- Zinchuk, M., et al. (2024). The factor structure of the PHQ-9 in Russian patients recovered from COVID-19. *European Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1051>

7. Üldistunud ärevushäire skaala – 2 ja 7; GAD-2_EE_noor ja GAD-7_EE_noor

Sissejuhatus

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) (Spitzer jt, 2006) on lühike enesekohane sõel- ja sümptomite raskuse hindamise vahend, mis töötati välja esmatasandi tervishoiu kontekstis üldistunud ärevushäire (GAD) sümptomaatika süstemaatiliseks hindamiseks. Originaalversioon sisaldab 7 väidet, mis kirjeldavad ärevusele iseloomulikke kognitiivseid ja somaatilisi sümptomeid ning millele vastatakse viimase kahe nädala kohta neljapallisel sagedusskaalal. Skooride summa (0–21) annab indikatsiooni sümptomite raskusest; originaaluuringus pakuti kliinilise tõlgenduse orientiiriks piirväärtusi 5, 10 ja 15 punkti (kerge, mõõdukas, raske sümptomaatika) ning rõhutati, et GAD-7 sobib nii sõelumiseks kui ka sümptomite muutuse jälgimiseks ajas (Spitzer jt, 2006). GAD-2 on GAD-7 kahe esimese väite koondskoor (0–6), mis töötati välja eriti kiireks ärevushäirete sõelumiseks. Originaalartiklis käsitleti GAD-2-te praktilise sõeltestina, mille eesmärk on võimalikult väikese koormusega tuvastada inimesed, kellel on suurem tõenäosus ärevushäireks ning kes vajaksid täpsemat hindamist (nt pikema küsimustikuga või intervjuuga) (Spitzer et al, 2006). Äralõikepunktide osas on praktikas sageli kasutatud ≥ 10 kui kliiniliselt olulise sümptomikoormuse orientiiri, kuid diagnostiline täpsus sõltub alati kriteeriumist ja kasutuskontekstist. Süsteemne ülevaade ja diagnostilise testitäpsuse meta-analüüs, mis koondas GAD-7 ja GAD-2 valideerimisuuringuid intervjuupõhise “kuldstandardi” vastu, näitas, et GAD-7 puhul on vastuvõetav tundlikkuse–spetsiifilisuse tasakaal sageli vahemikus 7–10, kusjuures koondhinnangute järgi toimus äralõikepunkt 8 hästi (tundlikkus $\sim 0,83$; spetsiifilisus $\sim 0,84$). Sama meta-analüüs viitab, et GAD-2 korral replitseerub tüüpiliselt optimaalne äralõige ≥ 3 (Plummer jt., 2016). Kuigi GAD-7 loodi täiskasvanute esmatasandi sõelumiseks, on noorukite kohta kogunenud tugev tõendus, et mõõdik töötab ka selles vanuserühmas stabiilselt ja psühhomeetriliselt veenvalt. Suures ja esinduslikus Soome noorukite valimis (14–18 a; N = 111 171) leiti kõrge sisemine kooskõla (Cronbachi $\alpha \approx 0,91$) ning tulemused toetasid valdavalt ühemõõtmelist struktuuri ja mõõtmise võrreldavust rühmade lõikes, mis on praktiliselt oluline nii sõelumiseks kui rühmade võrdlemiseks (Tiirikainen jt., 2019). Samalaadne muster ilmnas Hiina suures 10–17-aastaste valimis (N = 67 281), kus raporteeriti kõrget reliaablust (α ja $\omega \approx 0,93$) ning kinnitati ühefaktorilist mudelit ja mõõtmisinvariantsust soo ja vanuse lõikes (Sun jt., 2021).

Metoodika

Tõlkeprotsessi kirjeldus

GAD-7 originaalversioonist oli Liina Haringu ja Anu Aluoja tõlkimisel valminud täiskasvanute üldistunud ärevuse sümptomaatika hindamiseks valminud tõlge käesoleva uuringu täiskasvanute osa tarbeks. Laste ja noorukite valimil valideerimiseks valitud GAD-2_EE_noor tõlke koostas originaalversiooniga võrdluses Ailen Elias ja konsensuskohtumistel otsustati koostöös Liina Haringuga lõpliku tõlkevariandi kasuks.

Andmete kogumine

Käesoleva uuringu raames täitsid hindamisvahendi kaasamisetapis 306 noorukit ja kordusetapis 43 noorukit vanuses 13-17.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

Valideeritava skaala konvergentse ja diskriminantse valiidsuse hindamiseks kasutati järgmisi mõõdikuid: YAM-5 (lapseversioon), SCARED (lapseversioon) ning DSM-5 sõel (lapseversioon), võrreldes valideeritavate skooride seoseid teoreetiliselt lähedaste ja kaugemate sümptomite näitajatega. Kriteeriumivaliidsuse hindamiseks kasutati MINI-Kid 7.0.2 intervjuu binaarseid diagnostilisi tunnuseid (vastavus/mittevastavus üldistunud ärevuse diagnoosi kriteeriumitele), mille alusel hinnati valideeritava skaala skoori seost diagnoosistaatusega (logistiline regressioon).

7.1. GAD-7_EE_noor

Uuringu tulemused

7.1.1. Valimi kirjeldus

GAD-7 noorukite versiooni täitis kaasamisuuringu käigus 306 last (keskmine vanus = 14,7, standardhälve = 1,2) ning kordusuuringu läbis neist 51 (keskmine vanus = 14,7, standardhälve = 1,3).

Uuringus osalenute vanuseline ja sooline jaotus on esitatud Tabelis (GAD-7(2)_EE_noor) 1.

Tabel (GAD-7(2)_EE_noor) 1. Vastanute vanuseline ja sooline jaotus kaasamis- ja kordusuuringus

	N (%)	Vanus			
		M	SH	Md	Min-Max
Kaasamisuuring					
Tüdrukud	178 (56,9)	14,7	1,2	15	13–17
Poisid	81 (26,3)	14,8	1,4	15	13–17
Sugu määratlemata	47 (16,2)	14,5	1,3	14	13–17
Kokku	306 (100)	14,7	1,2	15	13–17
Kordusuuring					
Tüdrukud	32 (74,4)	14,6	1,2	14,5	13–17
Poisid	10 (23,3)	15,1	1,6	15,0	13–17
Sugu määratlemata	1 (2,3)	14,0	NA	14	14–14
Kokku	43 (100)	14,7	1,3	15	13–17

Märkus. M – keskmine; SH - standardhälve; Md – mediaan; Min-Max - kõige väiksem ja kõige suurem väärtus

GAD-7 üldkskoori jaotus oli paremale kaldu (asümmeetria = 0,77), mis viitab sellele, et enamik vastajatest paiknes madalamate väärtuste piirkonnas ning kõrgemaid skooride esines harvem. Järsakuse näitaja oli negatiivne (–0,44), mis tähendab, et jaotus oli võrreldes normaaljaotusega vähem terava tipuga ja laiemalt hajunud. Põrandaefekt oli mõõdukas: 9,8% vastajatest sai nullskoori, samas kui laaeffect oli väike (1,96% saavutas maksimaalse skoori).

Tabel (GAD-7(2)_EE_noor) 2. GAD-7 skooride kirjeldavad statistikud kaasamis- ja kordusuuringus, sooline jaotus.

GAD-7	N (%)	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Kaasamisuurung						
Tüdrukud	178 (56,9)	8,4	5,7	8	0-21	9,0
Poisid	81 (26,3)	4,9	6,0	3	0-21	6,0
Sugu määratlemata	47 (16,2)	5,1	4,3	4	0-15	5,5
Kokku	306 (100)	7,0	5,8	5	0-21	9,0
Kordusuuring						
Tüdrukud	32 (74,4)	8,3	5,8	7,5	0-21	8,0
Poisid	10 (23,3)	3,8	4,6	2	0-13	7,0
Sugu määratlemata	1 (2,3)	3,0	-	3	3-3	0,0

Kokku	43 (100)	7,1	5,8	6	0-21	4,0
-------	----------	-----	-----	---	------	-----

Märkus.: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

GAD-7 skooride sooliste ja vanuseliste erinevuste hindamisel kasutati Mann–Whitney U testi (vt. Tabel (GAD-7(2)_EE_noor) 2. Tüdrukute GAD-7 skoor oli poistest kõrgem (Md 8,0 (9,0) vs 2,5 (6,0); $U = 3918$, $p < 0,001$), mis viitab suuremale üldistunud ärevuse sümptomitasemele tüdrukute rühmas. Vanuserühmade (13–14 vs 15–17) võrdluses erinevust ei ilmnenud (Md 5,0 (10,0) vs 5,0 (8,0); $U = 2305,5$; $p = 0,708$), s.t. tüüpiline sümptomitase oli vanuserühmades sarnane.

7.1.2. GAD-7_EE_noor reliaabluse näitajad

7.1.2.1. GAD-7_EE_noor sisereliaablus

GAD-7 sisereliaablus oli käesolevas valimis väga hea. Koguskaala Cronbachi alfa oli $\alpha = 0,92$ (95% CI 0,90–0,93), mis viitab kõrgele sisemisele kooskõlale ja sellele, et väited mõõdavad ühtset üldistunud ärevuse sümptomidimensiooni. Korregeeritud väide–koguskoori korrelatsioonid olid kõrged ($r = 0,61$ – $0,86$), osutades, et kõik väited panustavad sisuliselt koguskoori ning eristavad adekvaatselt isikute sümptomitaset. Cronbachi alfa ilma väiteta jäi vahemikku 0,90–0,92, st ühegi väite eemaldamine ei parandaks reliaablust; pigem toetab see väidete tasakaalustatud ja stabiilset panust skaala mõõtmisomadustesse. Kokkuvõttes kinnitavad tulemused, et GAD-7 on selles andmestikus usaldusväärne üldistunud ärevuse sümptomite hindamismahend (vt. Tabel (GAD-7_EE_noor) 3).

Tabel (GAD-7_EE_noor) 3. Sisemise reliaabluse näitajad Cronbachi alfa ning McDonaldi omega

Väide	Koguskaala (korr)	Cronbachi alfa (α) ja McDonaldi omega (ω) (95% UV)	Ilma väiteta
GAD-7_1	0,81	$\alpha = 0,92$ (0,90-0,93)	0,90
GAD-7_2	0,86	$\omega = 0,92$ (	0,90
GAD-7_3	0,81		0,90
GAD-7_4	0,79		0,90
GAD-7_5	0,70		0,91
GAD-7_6	0,61		0,92
GAD-7_7	0,71		0,91

Märkus. Skaala (korr) – korregeeritud väide–skaala korrelatsioon (ilma vastava väiteta); α – Cronbachi alfa (95% UV); ω – McDonaldi omega; “Ilma väiteta” – usaldusväärsusnäitaja pärast väite eemaldamist

7.1.2.2. GAD-7-EE_noor test-kordustest reliaablus

GAD-7 testi–kordustesti reliaablust hinnati nende kliinilise grupi laste hulgas, kes täitsid GAD-7 kaks korda 2-4 nädalase intervalliga ($N = 43$).

Tabel (GAD-7_EE_noor) 4. Test-kordustest reliaabluse näitajad kliinilises grupis.

Skaala ja väited	Spearmani ρ	p
GAD-7 koguskoor	0,75	$< 0,001$
GAD-7_1	0,65	$< 0,001$
GAD-7_2	0,72	$< 0,001$

GAD-7_3	0,74	< 0,001
GAD-7_4	0,62	< 0,001
GAD-7_5	0,72	< 0,001
GAD-7_6	0,45	< 0,001
GAD-7_7	0,35	< 0,001

GAD-7 test-kordustest reliaablus viitas koondskoori tasandil heale ajastabiilsusele (vt Tabel (GAD-7_EE_noor) 4), st skaala säilitas mõõtmiskordade vahel vastajate suhtelise järjestuse. Üksikvaidete tasandil olid ajastabiilsuse näitajad üldjoontes mõõdukad kuni head. Üksikvaidete lõikes esines mõningast varieeruvust, mis on ootuspärane suurema juhusliku mõõtmisvea ja võimaliku olukorratundlikkuse tõttu. Madalama ajastabiilsusega väited võivad peegeldada sümptomi suuremat kõikumist või üksikväite piiratud täpsust võrreldes koondskooriga.

7.1.3. GAD-7_EE valiidsuse näitajad

7.1.3.1. Struktuuri valiidsus

GAD-7 väidete latentset struktuuri hinnati uuriva faktoranalüüsiga (N = 306). Faktorite eraldamiseks kasutati minres-ekstraktsiooni ning võimalike alamdimensioonide korrelatsiooni arvestamiseks rakendati kaldnurkset pööramist (oblimin). Analüüsi eesmärk oli hinnata, kas GAD-7 käitub valimis peamiselt ühemõõtmelise üldise ärevussümptomaatika mõõdikuna või ilmneb viiteid mitmemõõtmelisusele, mis võiks õigustada alaskooride kaalumist. Eelduste kontroll näitas, et andmestik sobib faktoranalüüsiks väga hästi. Kaiser–Meyer–Olkini (KMO) üldnäitaja oli 0,911, mis viitab väljendunud ühismuutlikkusele väidete vahel ja sellele, et latentse struktuuri eristamine on tõenäoline. Bartlett'i sfäärilisuse test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(21) = 1425,86$; $p < 0,001$), kinnitades, et korrelatsioonimaatriks erineb oluliselt ühikmaatriksist ning väidete vahelised seosed on piisavalt tugevad, et faktoranalüüs oleks põhjendatud.

Faktorite arvu otsustamiseks hinnati mitut komplementaarset indikaatorit. Oma-väärtuste muster viitas selgelt domineerivale üldfaktorile: esimene oma-väärtus oli 4,67, samas kui ülejäänud oma-väärtused jäid alla 1 (0,62; 0,57; 0,44; 0,27; 0,25; 0,18). See muster on tüüpiline lühikestele sümptomiskaaladele, kus enamik ühisvariatsioonist koondub ühele üldisele dimensioonile. Velicer'i MAP-kriteerium osutas ühefaktorilisele lahendusele, mis tähendab, et pärast ühe faktori eemaldamist jääb korrelatsioonimaatriksisse minimaalselt struktureeritud jääki. Samal ajal paralleelanalüüs ning BIC viitasid kahefaktorilisele võimalusele (BIC minimaalne 2 faktori korral). Selline olukord on psühhomeetriliselt üsna tavaline: statistilised kriteeriumid võivad tundlikult reageerida ka väikesele lisa-struktuurile, mis ei pruugi olla kliiniliselt või teoreetiliselt eristatav dimensioon, vaid võib peegeldada näiteks ühe väite eripära, sarnase sõnastusega väidete klastrit või meetodiefekti. Seetõttu hinnati edasi nii 1- kui 2-faktorilist mudelit ning otsus tehti koos sobivusnäitajate ja faktorilahenduse sisulise tõlgendatavusega.

Ühefaktorilises mudelis (Tabel(GAD-7_EE_noor) 5) laadusid kõik väited ühele üldfaktorile tugevalt: laadungid jäid vahemikku 0,61–0,90 (kõrgeim gad_2 = 0,90; madalaim gad_6 = 0,61). Üksikvaidete kommunaliteedid (h^2) olid valdavalt mõõdukad kuni kõrged (ligikaudu 0,38–0,81), mis tähendab, et märkimisväärne osa iga väite variatsioonist on seletatav ühise taustfaktori poolt. Üldfaktor selgitas ligikaudu 62% väidete variatsioonist, mis lühiskaalade puhul on tugev tulemus ja toetab arusaama, et GAD-7 koondskoor toimib valimis koherentse sümptomisumma näitajana. Sobivusindeksitest oli jääkide suurus väike (RMSR 0,038), kuid RMSEA 0,108 viitas

sellele, et rangelt statistilise modelisobivuse mõttes võib ühe faktori mudel jätta osa jääkseostest seletamata. Praktikast tähendab see, et kuigi üks üldfaktor kirjeldab väga hästi väidete ühisosa, võivad mõned väited siiski jagada omavahel lisaks ühisele ärevusfaktorile ka spetsiifilisemat seost (nt sarnane sümptomisisu või sõnastus), mida ühe faktori mudel eraldi ei modelleeri. Kliiniliselt on ühefaktoriline lahendus kooskõlas GAD-7 kasutusloogikaga: instrument on loodud eelkõige üldise ärevussümptomaatika raskusastme kiireks hindamiseks, mitte spetsiifiliste alamdimensioonide diagnostiliseks eristamiseks. Kahefaktoriline mudel parandas sobivust mitme näitaja alusel (RMSR 0,018; RMSEA 0,049; TLI 0,989; BIC -31,84), mis osutab, et kahe faktori lisamine vähendab jääkseoseid ja kirjeldab korrelatsioonimaatriksi struktuuri paindlikumalt. Siiski osutus faktorilahendus sisuliselt problemaatiliseks: üks lisafaktoritest kujunes valdavalt ühe väite põhjal (gad_5 laadung teisele faktorile 0,98), samas kui ülejäänud väited koondusid peamiselt esimesele faktorile. Lisaks olid faktorid omavahel märgatavalt seotud ($r = 0,64$), mis viitab, et isegi kahefaktorilise mudeli korral ei eristu kaks sõltumatut sümptomidomeeni, vaid pigem jagatakse üks üldine ärevusdimensioon kaheks tükiks. Sellist mustrit tõlgendatakse psühhomeetrias sageli viitena sellele, et kahefaktoriline lahendus ei kirjelda stabiilset mitmemõõtmelisust, vaid peegeldab pigem väite-spetsiifilist eripära (näiteks võib üks küsimus käituda tugevamalt somaatilise pinge või kontrollimatute murede markerina), lokaalse sõltuvuse ilmingut (mõned väited võivad sisuliselt olla üksteisele väga lähedased ja seetõttu omavahel eriti tugevalt seotud) või meetodiefekti, kus sõnastus või vastamislaad lisab skooridesse süsteemset lisavariatsiooni. Teisisõnu võib kahefaktoriline mudel küll statistikaliselt näida paremini sobituvat, kuid see paranemine saavutatakse hinnaga, et lisafaktor ei ole mitme väitega robustselt toetatud, ei moodusta teoreetiliselt selgelt eristatavat dimensiooni ning võib seetõttu olla piiratud replitseeruvusega.

Järgmise sammuna on soovitatav kinnitava faktoranalüüsi (CFA) abil võrrelda ühe- ja kahefaktorilist mudelit ning vajadusel hinnata, kas võimalik lisafaktor peegeldab sisulist mitmemõõtmelisust või üksikväite/spetsiifikaga seotud mõõtmiseefekti.

Tabel (GAD-7_EE_noor) 5. Väidete standardiseeritud faktorlaadungid, kommunaliteedid, unikaalsused ja kompleksus ühefaktorilises EFA lahenduses

Väide	F1	h ²	u ²	com
gad_1	0.85	0.72	0.29	1
gad_2	0.90	0.81	0.19	1
gad_3	0.85	0.71	0.29	1
gad_4	0.83	0.68	0.32	1
gad_5	0.70	0.49	0.51	1
gad_6	0.61	0.38	0.62	1
gad_7	0.73	0.53	0.47	1

Märkused. F1-faktor; h² - kommunaliteedid; u² – unikaalsus, com - kompleksus

7.1.3.2. Konstrukti valiidsus

7.1.3.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

GAD-7 koonduvat valiidsust hinnati Spearmani järjestuskorrelatsiooniga, võrreldes GAD-7 koondskoori sisuliselt lähedaste üldistunud ärevuse mõõdikutega. Seosed olid kõigi võrdlusemõõdikutega statistiliselt olulised ning tugevad ($p = 0,73\text{--}0,82$; vt Tabel (GAD-

7_EE_noor) 6), mis kinnitab, et GAD-7 peegeldab ootuspäraselt sama üldistunud ärevuse konstrukti ja toetab selle instrumendi head koonduvat valiidsust.

Tabel (GAD-7_EE_noor) 6. Koonduva valiidsuse näitajad võrdluses teiste hindamisvahenditega

Võrdlusmõõdik	Spearmani ρ	p
RCADS-47 üldistunud ärevus	0,79	< 0,001
SCARED üldistunud ärevus	0,73	< 0,001
YAM-5 üldistunud ärevus	0,82	< 0,001

7.1.3.2.2. Eristav valiidsus

Eristavat valiidsust hinnati seostena DSM-5 sõelküsimumstiku mania sümptomite keskmise skooriga, kuna andmestikus puudusid selgelt eksternaliseerivad või muul viisil ärevusest sisuliselt sõltumatud paralleelmõõdikud, mis võimaldaksid rangemat eristava valiidsuse testi. Mania keskmist kasutati seetõttu praktilise ja skaalas võrreldava indikaatorina. Tulemused näitasid, et GAD-7 koondskoor seostus mania sümptomite keskmisega statistiliselt oluliselt, kuid pigem tagasihoidlikul määral ($\rho = 0,33$; $p < 0,001$). Selline seos on kooskõlas tõlgendusega, et GAD-7 mõõdab valdavalt ärevus-/distressikomponenti, jagades mania-indikaatoriga üksnes piiratud ühisosa, mis võib peegeldada üldise sümptomikoormuse ja aktivatsiooniga seotud kogemuste (nt rahutus, ärrituvus, pingeseisund) mõõdukast kattuvusest, mitte konstrukti sisulist samasust.

GAD-7_EE_noor tuntud gruppide valiidsus: kliiniline vs kontrollgrupp

GAD-7 tuntud gruppide valiidsust hinnati, võrreldes kliinilise ja kontrollrühma skoorijaotusi Mann–Whitney U testiga (gruppide erinevuste kirjeldavad näitajad vt Tabel (GAD-7_EE_noor) 7). Kliiniline rühm saavutas ootuspäraselt kõrgemad skoorid kui kontrollrühm ja rühmade erinevus oli statistiliselt väga tugev ($U = 17\,411$, $p < 0,001$) ning efektsuurus viitas mõõdukale kuni suurele grupieristusele (Cliffi $\delta = 0,39$ – $0,58$), mis toetab tõlgendust, et GAD-7 koondskoor eristab kliinilist ja kontrollrühma sisuliselt tähenduslikul määral.

Tabel (GAD-7_EE_noor) 7. Tuntud gruppide valiidsus: kontroll- ja kliinilise grupi eristumine

GAD-7	Grupp	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Grupp	Kliiniline	161 (52,6)	9,5	6,2	9	0-21	9
	Kontroll	145 (47,4)	4,2	3,8	3	0-16	4
	Kokku	306 (100)	7,0	5,8	5	0-21	9

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

GAD-7_EE_noor eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp (Roc analüüs)

GAD-7 skaalal hinnati diskrimineerimisvõimet ROC-analüüsiga kliinilise vs kontrollrühma eristamisel, käsitledes skoori pideva näitajana ning tõlgendades tulemusi tuntud gruppide valiidsuse raamistuses (st diskrimineerimisvõime kirjeldus, mitte diagnostiline piir). GAD-7

Üldskoori eristusvõime oli hea (AUC = 0,75; 95% UV 0,69–0,80; vt Tabel (GAD-7_EE_noor) 8), viidates tugevamale grupieristusele võrreldes lühema GAD-2 mõõdikuga. Youdeni indeksi alusel määratud optimaalse äralõikepunkti (6,5) juures olid tundlikkus 0,65 ja spetsiifilisus 0,81, mis osutab suhteliselt tasakaalustatud kompromissile kliinilise rühma juhtude tabamisel ja kontrollrühma korrektse välistamise puhul. Youdeni J väärtus (0,45) viitas, et GAD-7 annab antud valimis soodsama tundlikkuse–spetsiifilisuse tasakaalu ning seega parema diskrimineerimisvõime kliinilise staatuse eristamisel. Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

Tabel (GAD-7_EE_noor) 8. GAD-7 tuntud gruppide valiidsus: kliinilise ja kontrollgrupi eristamisvõime ROC-analüüsi alusel

GAD-7	AUC (95% UV)	Äralõike-punkt	Youden J	Sens	Spec
Üldskoor	0,75 (0,69–0,80)	7	0,45	0,65	0,81

Märkus: AUC – ROC-kõvera alune pindala (*Area Under the Curve*); 95% UV – 95% usaldusvahemik; äralõikepunkt – optimaalne lävend kliinilise ja kontrollrühma eristamiseks (valitud Youdeni indeksi maksimeerimise alusel); Sens – sensitiivsus; Spec – spetsiifilisus; Youden J – Youdeni indeks

7.1.3.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

GAD-7_EE_noor skaala seosed diagnoosiga kliinilises grupis

GAD-7 skoori seost MINI-Kid üldistunud ärevuse diagnoosiga hinnati logistilise regressiooniga kliinilises alamvalimis (N = 155; juhte = 28). Kohandamata mudelis oli GAD-7 standardiseeritud skoori (1 SH võrra suurenemine) seos diagnoosiga statistiliselt oluline ning viitas mõõdukale efektile (OR = 1,62, 95% UV [1,06; 2,47], p = 0,033). Vanuse ja soo suhtes kohandamisel jäi seose suurus sarnasesse suurusjärku, kuid usaldusvahemik laienes ning tulemus ei olnud enam statistiliselt veenev (OR = 1,55, 95% UV [0,99; 2,43], p = 0,058), mis viitab võimalikule piiripealsele seosele ja/või piiratud võimsusele antud diagnoosijuhtude arvuga. Tuleb arvestada, et diagnoosijuhtude arvu piiratuse tõttu on OR-hinnangute usaldusvahemikud suhteliselt laiad ja tulemuste tõlgendamisel rõhutatakse efektisuuruse suunda ning kooskõla teooriaga, mitte üksnes p-väärtust.

7.2. GAD-2_EE_noor

7.2.1. GAD-2_EE_noor tulemuste jaotus

GAD-2 valimi vanuseline ja sooline jaotus kattus GAD-7 valimiga, kirjeldavad statistikud on esitatud tabelis (GAD-7(2)_EE_noor) 1. GAD-2 üldskoorid koondusid pigem madalamatesse väärtustesse ning jaotus kaldus paremale (asümmeetria = 0,62). Negatiivne järsakus (−0,79) osutab, et jaotus oli võrreldes normaaljaotusega vähem tipuline ja pigem laiemalt jaotunud. Lühikese kaheväitelise skaala puhul olid pöranda- ja laaeffektid ootuspäraselt väljendunud: 21,2% vastajatest sai nullskoori ning 10,5% maksimaalse skoori. Jaotuse kirjeldav statistika nähtub Tabelist (GAD-2_EE_noor)1.

Tabel (GAD-2_EE_noor) 1. GAD-2 skooride kirjeldavad statistikud kaasamis- ja kordusuuringus

GAD-2	N (%)	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Kaasamisuuring						
Tüdrukud	178 (56,9)	2,7	1,9	2	0-6	3,0
Poisid	81 (26,3)	1,5	1,9	1	0-6	2,0
Sugu määratlemata	47 (16,2)	1,8	1,7	1	0-6	1,0
Kokku	306 (100)	2,2	1,9	2	0-6	2,75
Kordusuuring						
Tüdrukud	32 (74,4)	2,7	1,8	2,5	0-6	1,5
Poisid	10 (23,3)	1,1	1,5	1	0-5	1,0
Sugu määratlemata	1 (2,3)	0,0	NA	0	0-0	0,0
Kokku	43 (100)	2,2	1,9	2	0-6	2,0

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

GAD-2 skooride erinevusi soo ja vanuserühma lõikes hinnati mitteparametriliselt Mann–Whitney U testiga. Soo võrdluses olid tüdrukute skoorid poiste omadest kõrgemad (Md 2,0 (3,0) vs 1,0 (2,0); $U = 4108,0$; $p < 0,001$; vt soolise võrdluse tabel (GAD-2_EE_noor) 1), mis viitab tüdrukute rühmas suuremale ärevussümptomite tasemele ka lühiskriiningu tasandil. Vanuserühmade (13–14 vs 15–17) võrdluses statistiliselt olulist erinevust ei ilmnunud (Md 2,0 (3,0) vs 2,0 (2,0); $U = 2096,5$; $p = 0,923$).

7.2.2. GAD-2_EE_noor reliaabluse näitajad

7.2.2.1. Sisereliaablus

GAD-2 kahe väite omavaheline seos oli tugev ($r = 0,76$), mis viitab, et väited mõõdavad noorukite valimis väga sarnast üldistunud ärevuse sümptomite tuuma. Kooskõlas sellega olid ka sisereliaabluse hinnangud kõrged: Spearman–Brown'i korrigeeritud koefitsient oli 0,86 (UV 0,83–0,89) ning Cronbachi α 0,86, mis viitab heale mõõtmistäpsusele ka väga lühikese sõeltesti formaadis. Kaheväiteliste skaalade puhul on selline muster ootuspärane — kõrge reliaablus tuleneb eeskätt väidete tugevast kattuvusest ning toetab GAD-2 kasutamist lühikese ja stabiilse sõelumisvahendina noorukitel.

7.2.2.2. Test-kordustest

GAD-2 koondskoori ajastabiilsus oli hea (vt Tabel (GAD-2_EE_noor) 2). Ka kahe väite tasandil olid ajastabiilsuse näitajad vähemalt mõõdukad, toetades lühiskaala komponentide piisavat stabiilsust kordusmõõtmisel.

Tabel (GAD-2_EE_noor) 2. Test-kordustest reliaabluse näitajad

Skaala ja väited	Spearmani ρ	p
GAD-2 koguskoor	0,73	$< 0,001$
GAD-7_1	0,65	$< 0,001$
GAD-7_2	0,72	$< 0,001$

7.2.3. GAD-2_EE_noor valiidsuse näitajad

7.2.3.1. Struktuuri valiidsus

GAD-2 koosneb kahest väitest, mistõttu ei ole eraldiseisev klassikaline uuriv või kinnitav faktoranalüüs informatiivne. Struktuuri valiidsuse põhjendamisel tuginetakse seetõttu GAD-7 ühefaktorilisele uurivale faktoranalüüsile (vt alapeatükk 7.1.3.1.), mille raames GAD-2 moodustavad väited (1–2) koondusid ühele latentsele faktorile ning nende standardiseeritud laadungid olid kõrged, toetades lühiskaala kooskõla GAD-7 sisemise struktuuriga

7.2.3.2. Konstrukti valiidsus

7.2.3.2.1. Konvergentne ehk koonduv valiidsus

Üldistunud ärevuse alaskaala lühiversiooni koonduvat valiidsust hinnati Spearmani järjestuskorrelatsiooniga, võrreldes GAD-2 skoori sisuliselt lähedaste võrdlusemõõdikutega. Seosed olid kõigi mõõdikutega statistiliselt olulised ning tugevusest mõõdukad kuni tugevad ($p = 0,69–0,78$; vt Tabel (GAD-2_EE_noor) 3), mis viitab, et GAD-2 varieerub ootuspäraselt samas suunas teiste üldistunud ärevust kirjeldavate instrumentidega ja toetab skaala head koonduvat valiidsust.

Tabel (GAD-2_EE_noor) 3. Koonduva valiidsuse näitajad võrdluses teiste hindamisvahenditega

Võrdlusemõõdik	Spearmani ρ	p
RCADS-47 üldistunud ärevus	0,75	< 0,001
SCARED üldistunud ärevus	0,69	< 0,001
YAM-5 üldistunud ärevus	0,78	< 0,001

7.2.3.2.2. Eristav valiidsus

Divergentne valiidsus

Divergentset valiidsust hinnati seostena DSM sõelküsimumstiku mania sümptomite keskmise skooriga, kuna andmestikus puudusid T1 hetkel selgelt eksternaliseerivad või muul viisil ärevusest sisuliselt sõltumatud paralleelmõõdikud, mis võimaldaksid rangemat eristava valiidsuse testi. Mania keskmist kasutati seetõttu praktilise ja skaalas võrreldava indikaatorina. Tulemused näitasid, et GAD-2 koondskoor seostus mania sümptomite keskmisega statistiliselt oluliselt, kuid nõrgalt ($p = 0,29$; $p < 0,001$). See toetab tõlgendust, et lühiskaala säilitab eristuva fookuse ärevus-/distressisümptomaatikale, jagades mania-indikaatoriga vaid piiratud ühisosa, mis on tõenäoliselt seotud üldisema sümptomaatilise koormuse ning aktivatsiooniga osaliselt kattuvate nähtustega, mitte sellega, et GAD-2 mõõdaks mania konstruktile omaseid tunnuseid.

GAD-2_EE_noor tuntud gruppide valiidsus: kliiniline vs kontrollgrupp

GAD-2 tuntud gruppide valiidsust hinnati kliinilise ja kontrollrühma skoorijaotuste võrdlusena Mann–Whitney U testiga (kirjeldavad näitajad vt Tabel (GAD-2_EE_noor) 4). Kliiniline rühm raporteeris kõrgemaid lühiversiooni skoori kui kontrollrühm ja rühmade erinevus oli statistiliselt selge ($U = 16\,465$, $p < 0,001$) ning efektisuurus viitas mõõdukale grupieristusele (Cliffi $\delta =$

0,30–0,51), mis toetab GAD-2 kasutatavust kliinilise ja mittekliinilise grupi eristamisel koondskoori tasandil.

Tabel (GAD-2_EE_noor) 4. Tuntud gruppide valiidsus: kontroll- ja kliinilise grupi eristumine

GAD-2	Grupp	N	M	SH	Md	Min-Max	IQR
Grupp	Kliiniline	161 (52,6)	2,9	2,0	3	0-6	4
	Kontroll	145 (47,4)	1,5	1,5	1	0-6	2
	Kokku	306 (100)	2,3	1,9	2	0-6	2,75

Märkused: N – valimi suurus; M – keskmine; SH – standardhälve; Md – mediaan; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; IQR – kvartiilhaare

GAD-2_EE_noor gruppide diskrimineerimisvõime (ROC-analüüs)

GAD-2 skaalal hinnati diskrimineerimisvõimet ROC-analüüsiga, kasutades kriteeriumina kuulumist kliinilisse vs kontrollrühma. Tegu on tuntud gruppide valiidsusel põhineva lähenemisega, mille eesmärk on kirjeldada, kui hästi sümptomiskoor eristab kõrgema sümptomikoormusega kliinilist rühma madalama sümptomikoormusega kontrollrühmast, mitte kehtestada diagnostilist lävendit. GAD-2 üldskoori eristusvõime oli mõõdukas kuni hea (AUC = 0,71; 95% UV 0,65–0,76; vt Tabel (GAD-2_EE_noor) 5). Youdeni indeksi alusel valitud optimaalse äralõikepunkti (2,5) juures oli tundlikkus 0,57 ja spetsiifilisus 0,81, mis viitab pigem konservatiivsele klassifitseerimisele: valitud lävend tuvastab mõõduka osa kliinilisest rühmast, kuid eristab kontrollrühma suhteliselt hästi. Youdeni J väärtus (0,38) kinnitas, et kuigi rühmade kattuvus on sümptomisummade puhul ootuspärane, on GAD-2 üldskooril siiski sisuliselt informatiivne võime rühmi eristada. Oluline on rõhutada, et tabelis esitatud äralõikepunktid on tuletatud käesoleva valimi kliinilise ja kontrollrühma eristamise optimeerimiseks ning on mõeldud diskrimineerimisvõime illustreerimiseks. Äralõikepunkt osutab suurenenud tõenäosusele kuuluda kliinilise riskiga gruppi.

Tabel (GAD-2_EE_noor) 5. Diskrimineerimisvõime (kriteerium: kliiniline vs kontrollrühm)

GAD-2	AUC (95% UV)	Äralõike-punkt	Youden J	Sens	Spec
Üldskoor	0,71 (0,65–0,76)	3	0,38	0,57	0,81

7.2.3.2.3. Kriteeriumipõhine valiidsus (sensitiivsus, spetsiifilisus, ennustav valiidsus, vanusepõhised normid)

GAD-2_EE_noor seosed diagnoosiga kliinilises grupis

GAD-2 skoori seost MINI-Kid üldistunud ärevuse diagnoosiga hinnati logistilise regressiooniga kliinilises alamvalimis (N = 155; juhte = 28). Kohandamata mudelis oli GAD-2 standardiseeritud skoori (1 SH suurenemine) seos diagnoosiga statistiliselt oluline ja kliiniliselt sisukas (OR = 1,83, 95% UV [1,18; 2,84], p = 0,030). Ka vanuse ja soo suhtes kohandamisel püsis seos statistiliselt oluline (OR = 1,72, 95% UV [1,08; 2,73], p = 0,033), toetades tõlgendust, et GAD-

2 kõrgem sümptomitase on seotud suurema tõenäosusega vastata MINI-Kid üldistunud ärevuse diagnoosikriteeriumidele. Tuleb arvestada, et diagnoosijuhtude arvu piiratuse tõttu on OR-hinnangute usaldusvahemikud suhteliselt laiad ja tulemuste tõlgendamisel rõhutatakse efektsuuruse suunda ning kooskõla teooriaga, mitte üksnes p-väärtust.

Kokkuvõttev tabel GAD-7_EE_noor kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus				x
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus	X			
Konstruktivaliidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			X	
Sensitiivsus		X		
Spetsiifilisus		X		
Ennustav valiidsus		X		
Äralõikepunktide piirid			x	
Normide olemasolu		X		

Kasutatud kirjandus:

Mossman, S. A., et al. (2017). *The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation*. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(4), 227–234A.

Plummer, F., Manea, L. E., Trepel, D., & McMillan, D. (2015/2016). *Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic meta-analysis*. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24–31.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.

Sun, J., Liang, K., Chi, X., & Chen, S. (2021). *Psychometric properties of the GAD-7 in a large sample of Chinese adolescents*. *Healthcare*, 9(12), 1709.

Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2019). *Psychometric properties of the GAD-7 in a large representative sample of Finnish adolescents*. *Psychiatry Research*, 272, 30–35.

SEISUNDI RASKUSASTME HINNANG

1. Laste depressiooniküsimustik CDI-2 – vanema ja lapse versioon – CDI-2_EE_vanem ja CDI-2_EE_laps

Sissejuhatus

Child Depression Inventory 2nd Edition™ (CDI 2®) (autor Maria Kovacs) ehk Laste Depressiooniküsimustik on mitme informandi (laps/noor, lapsevanem; samuti olemas õpetaja vorm) depressiivsete sümptomite hindamise instrument. Originaal-mõõtevahendi psühhomeetria ja normatiivset tausta koondab tehniline manuaal (Kovacs & MHS Staff, 2011) ning küsimustikke on võimalik soetada [siit](#).

CDI 2 eesmärk on tuvastada ja kvantifitseerida depressiivsete sümptomite raskusastet lastel ja noortel, et toetada (1) varajast märkamis- ja sõelumisotsust, (2) kliinilise hindamise struktureerimist (millised depressiooni komponendid on enam esil: emotsionaalsed vs toimetulekuraskused) ning (3) muutuse ja sekkumise/tugiteenuse mõju jälgimist ajas. Instrument ei asenda diagnostilist intervjuud, vaid toimib standardiseeritud sisendina laiemasse hindamispaketti.

CDI-2 on mõeldud 7–17-aastastele lastele ja noortele; sama vanuserühma kohta kogub teavet ka vanema vorm. Laste/noorte enesekohane täisversioon koosneb 28 väitest, mis küsivad sümptomite esinemise kohta viimase kahe nädala jooksul. Iga väite puhul valib vastaja kolme väitevariandi vahel, mis on kodeeritud 0–2 (0 = sümptom puudub, 1 = kerge/tõenäoline, 2 = selge sümptom). CDI-2 annab koguskoori (*Total Score* - vahemikus 0–56p) ning kaks skaalaskoori: Emotsionaalsed probleemid (tulemus vahemikus 0–30p) ja Toimetulekuprobleemid (tulemus vahemikus 0–26p). Lisaks moodustuvad neli alaskaalat: Negatiivne meeleolu/Füüsilised sümptomid (tulemus vahemikus 0–18p); Negatiivne enesehinnang (tulemus vahemikus 0–12 p); Ebatõhusus (tulemus vahemikus 0–16p); Suhteprobleemid (tulemus vahemikus 0–10p).

CDI-2 vanema vorm on 17 väitega hinnanguskaala, kus lapsevanem (või peamine eestkostja) märgib, kui sageli laps on viimase kahe nädala jooksul näidanud vastavat sümptomit: 0 = Üldse mitte, 1 = Mõnikord, 2 = Sageli, 3 = Väga sageli või enamust ajast. CDI-2 vanema vorm annab koguskoori ja kaks skaalaskoori (Emotsionaalsed probleemid; Toimetulekuprobleemid); koguskoori teoreetiline vahemik on 0–51p. Vanema vormi rõhuasetus on rohkem vaadeldavatel ilmingutel kodu- ja peresituatsioonides ning see on mõeldud informandi-vahelise pildi täiendamiseks.

Nii lapse kui vanema täidetav versioon on mõeldud iseseisvaks täitmiseks ilma spetsialisti abita, kuid skooride arvutamine, normidega võrdlemine ja kliiniline tõlgendamine eeldab kvalifitseeritud spetsialisti otsustust (tegu on B-taseme hindamisvahendiga) ning tulemusi tuleks tõlgendada koos intervjuu, vaatluse ja muu hindamisinfoga.

Uuringud toetavad CDI-2 üldiselt head sisemist kooskõla ning ootuspärast seostumist lähedaste konstruktsioonidega. Näiteks Singapuri kogukonnaalimi uuringus (Anant et al, 2023) oli CDI-2 üldskoori Cronbachi $\alpha = 0,854$ ning emotsionaalsete probleemide skaala $\alpha \approx 0,74$; autorid viitavad, et algse struktuuri puhul on eri skaalade/alaskaalade sisemise kooskõla näitajad kirjanduses olnud umbes 0,67–0,91. Samas leiti, et faktorstruktuur võib kultuuri erinevates, mistõttu on soovitatav olla tõlgendamisel kultuurikonteksti suhtes tähelepanelik. Vanema vormi puhul on erinevates valimites raporteeritud samuti häid sisemise kooskõla näitajaid; näiteks ühes avatud ligipääsuga Hollandi koolipõhises uuringus jäi CDI-2 vanema versiooni Cronbachi α vahemikku 0,78–0,85.

CDI-2 eristab nii Korea kui Hollandi andmetel edukalt depressiooni esinemist (Bodden, 2025; Cho et al., 2022) ja omab konvergentset valiidsust teiste sarnaseid konstrukte mõõtvate mõõdikutega, nt RCADS-i ärevuse koguskoori kui ka depressiooni skooriga on korrelatsioon $r=0,66$ (Klaufus et al., 2020).

CDI 2-I on olemas tehniline manuaal, mis koondab standardiseerimise, normid, skoorimise, raportid ja tõlgenduspõhimõtted. Praktikas kasutatakse sageli kas veebipõhist administreerimist ja skoorimist või paber-vormide käsitsi skoorimist/QuikScore lahendusi (vastavalt pakkuja süsteemile). CDI-2 on litsentseeritud ja autoriõigustega kaitstud instrument (mitte vabavara); kasutamine eeldab küsimustike ostmist/juurdepääsulitsentsi ning tingimuste järgimist (sh raportite ja vormide levitamise piirangud).

Metoodika

Tõlkeprotsessi kirjeldus

CDI-2 litsentsihoidjalt taodeldi luba mõõtevahendi eesti keelde tõlkimiseks. Varasemast oli Eesti tervishoiuasutuses kasutusel paar tõlget, sh Viljandi Haigla Psühhiaatriakliiniku 2021.a tõlge. Konsensuskohtumistel esitasid kliinilised psühholoogid Mairi Männamaa, Juuli Puusepp, Triinu Ojalo, Thea Marran ja Ailen Elias sõltumatult vajadusel lisa-tõlkevariandid ning leppisid kokku kõige sobivamates lõpp-sõnastustes. Tagasitõlke inglise keelde koostas kliiniline psühholoog Elis Haan, ning MHS kiitis selle enne küsimustiku kasutuselevõttu heaks.

Andmete kogumine

CDI-2 andmed koguti antud uuringus ettenähtud protseduuride käigus nii lastelt kui eestkostjatelt. Lisa-andmeid ei kaasatud. Kaasamisuurings esitas andmed 323 eestkostjat ja 400 last/noort; kordusuuringus osales 78 vanemat/eestkostjat ja 51 last/noort.

Valideerimisprotsessis kasutatud mõõtmisvahendid

1.1. Laste depressiooniküsimustik - vanema versioon – CDI-2_EE_vanem

Uuringu tulemused

1.1.1. Valimi kirjeldus

Kaasamisuuringu valimi moodustasid 323 lapsevanemat ja kordusuuringu valimi 78 vanemat, kes andsid vastuseid 8-17-aastaste laste kohta.

Valimi kirjeldamiseks kasutati kirjeldavaid statistikuid keskmine, standardhälve, mediaan, kvartiilide vaheline vahemik (vahemik 25. protsentiilist kuni 75. protsentiilini), vähim ja suurim skoor valimis. Tulemused CDI-2 vanema versiooni kohta on esitatud tabelis (CDI-2_EE_vanem) 1.

Tabel (CDI-2_EE_vanem) 1. CDI-2 vanema versiooni kirjeldav statistika

	EP T1 (N 323)		FP T1 (N 323)		Koguskoor T1 (N 323)		EP T2 (N 51)	FP T2 (N 51)	Koguskoor T2 (N 51)
	Kliiniline (N 186)	Kontroll (N 137)	Kliiniline (N 186)	Kontroll (N 137)	Kliiniline (N 186)	Kontroll (N 137)			
Mediaan	10,00	3,00	13,00	5,00	23,00	9,00	8,00	13,00	20,50
Keskmine	10,94	4,53	12,75	7,01	23,68	11,55	8,87	12,28	21,15
SH	6,01	4,31	4,28	6,04	9,22	9,65	5,12	4,01	8,31
IQR	8,00	5,00	6,00	5,00	12,00	8,00	6,00	6,00	10,75
MIN	0,00	0,00	1,00	0,00	3,00	0,00	1,00	2,00	4,00
MAX	31,00	18,00	22,00	25,00	46,00	39,00	23,00	23,00	42,00

Märkused: N – valimi suurus; SH – standardhälve; IQR – kvartiilide vaheline vahemik; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; EP T1 – CDI-2 emotsionaalsete probleemide koondskoor, kaasamisuuring; FP T1 – CDI-2 funktsionaalsete probleemide koondskoor, kaasamisuuring; koguskoor T1 – CDI-2 koondskoor, kaasamisuuring; EP T2 – CDI-2 emotsionaalsete probleemide koondskoor, kordusuuring; FP T2 – CDI-2 funktsionaalsete probleemide koondskoor, kordusuuring; koguskoor T2 – CDI-2 koondskoor, kordusuuring.

1.1.1.1. Kriteeriumid

Vanemate versiooni puhul sai võimalikult võimalikult madala koguskoori 0,3% kaasamisuuringus osalejatest ja 1,3% kordusuuringul osalejatest. Võimalikult kõrge koguskoori sai 0,6% kaasamisuuringus osalejatest ja 1,3% kordusuuringul osalejatest. Tulemustest nähtub, et ühtegi olulist pööranda- ega laaeefekti ei esinenud (s.t. mõõtevahendi skooride jaotus ei ole koondunud äärmustesse).

Seega eristavad CDI-2 skaalad uuritavaid piisavalt hästi ja antud tunnused sobivad kasutamiseks edasistes statistilistes analüüsides.

1.1.1.2. Jaotus

Kaasamisuuringul on Shapiro–Wilk testi p -väärtused $< 0,001$, seega pole andmete jaotus normaaljaotuse sarnane, mis on sageli esinev probleem psühhomeetriliste skooride puhul. Kordusuuringul aga on Shapiro–Wilk testi p -väärtused kõik $> 0,05$. Kõik skaalad on kergelt

positiivselt viltu (0,10–0,59), mis tähendab, et enamikul lastel on madalam depressiooni sümptomite tase, väiksem hulk on kõrgema skooriga. Negatiivne järsakus viitab lamedamale jaotusele võrreldes normaaljaotusega, mis on tüüpiline sümptomtskaalade puhul. Tulemused on esitatud tabelis (CDI-2_EE_vanem) 2.

Tabel (CDI-2_EE_vanem) 2. Jaotus

	Koguskoor T1	Koguskoor T2
<i>Skewness</i>	0.39	0.35
<i>Kurtosis</i>	-0.81	-0.21
<i>Shapiro-Wilk</i>	0.96	0.98
<i>p</i>	< .001	.43

Märkused: *p* – Shapiro Wilk statistiku *p*-väärtus; koguskoor T1 – CDI-2 koondskoor, kaasmisuuring; koguskoor T2 – CDI-2 koondskoor, kordusuuring.

1.1.2. CDI-2_EE_vanem_reliaabluse näitajad

1.1.2.1. Sisereliaablus

Vanemate versiooni puhul on skaala sisereliaabluskoefitsiendid (*Cronbachi alfa*) kaasmisuuringul 0,93 ja kordusuuringul 0,87.

1.1.2.2. Üksikväite-koguskoori korrelatsioonid

Vanemate versioonis on kõik üksikväite-koguskoori korrelatsioonid vahemikus 0,39–0,78, mis viitab sellele, et üksikväärted peegeldavad suhteliselt hästi sama konstrukti (depressiooni sümptomeid).

1.1.2.3. Testi-kordustesti reliaablus

Vanemate versiooni puhul on testi-kordustesti reliaablus hea ICC(2,1) = 0,83 (95% CI: 0,79–0,86).

1.1.2.4. Informantide vaheline reliaablus

Lapse ja vanema hinnangute vahelist kooskõla hinnati Spearmani korrelatsiooniga. Tulemused näitasid mõõdukat positiivset seost CDI-2 lapse versiooni koguskoori ja CDI vanema versiooni koguskoori vahel ($p = 0,59$, $p < 0,001$). Tulemustest nähtub, et vanema hinnangud depressiivsetele sümptomitele vastavad üldiselt lapse enesehinnangule, toetades instrumentide konvergentset valiidsust.

1.1.3. CDI-2_EE_vanem valiidsuse näitajad

1.1.3.1. Struktuuri valiidsus (faktoranalüüs)

Vanemate CDI-2 versiooni faktorstruktuuri uurimiseks viidi läbi uuriv faktoranalüüs. Andmete sobivus faktoranalüüsiks osutus väga heaks. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) üldnäitaja oli 0,92

ning ka üksikväärted MSA väärtused ületasid soovitusliku piiri, mistõttu ei olnud vajadust ühegi väite eemaldamiseks. Bartletti test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(136) = 7964,94$, $p < 0,001$), mis kinnitab, et üksikväärted vahelised seosed on piisavad faktoranalüüsi läbiviimiseks. Faktorite arvu määramisel kasutati mitut kriteeriumi. Kaiser'i kriteerium viitas kahefaktorilisele struktuurile, paralleelanalüüs ja scree plot viitasid kolmefaktorilisele struktuurile. Kuigi statistilised kriteeriumid viitasid kolmefaktorilisele struktuurile, ei olnud faktorid sisuliselt selgelt eristuvad. Esimene faktor, mis viitab üldisele distressile on selgelt väga tugev (eigenvalue 7,61) ning teised faktorid on märksa nõrgemad (eigenvalue 1,21 ja 0,97). Lisaks tuleb ligi pool kogu seletatavast variatsioonist ühest faktorist (faktor 1 üksinda: 25,6%, kõik 3 faktorit kokku: 57,6%). Ehkki statistilised kriteeriumid viitasid kolmefaktorilisele struktuurile, viitab esimese faktori märkimisväärselt suurem eigenvalue ja selgitusvõime domineerivale üldfaktorile. Teine ja kolmas faktor olid oluliselt nõrgemad, kusjuures kolmas faktor koosnes vaid kahest väitest. Seetõttu võib CDI-2 vanemate versiooni käsitleda eeskätt üldise depressiivse distressi mõõdikuna, samas kui alamdimensioonide eristamine jääb sisuliselt nõrgaks.

1.1.3.2. Konstruktivaliidus

Konvergentne valiidsus

Konvergentset valiidsust hinnati Spearmani korrelatsiooniga CDI-2 koguskoori ja RCADS MDD alaskaala skoori vahel. Tulemused näitasid tugevat konvergentset seost vanemate versioonide vahel ($\rho = 0,76$, $p < 0,001$). Samuti hinnati konvergentset valiidsust Spearmani korrelatsiooniga DSM-põhise depressiooni sümptomite skoori ja CDI-2 koguskoori vahel. Tulemused näitasid mõõdukat konvergentset seost ($\rho = 0,68$, $p < 0,001$) vanemate versioonide vahel. Antud tulemused toetavad instrumentide konvergentset valiidsust.

Divergentne valiidsus

Divergentset valiidsust hinnati Spearmani korrelatsiooniga CDI-2 koguskoori ja DSM mania sümptomite skoori vahel. Tulemused näitasid nõrka seost ($\rho = 0,20$, $p < 0,001$) vanemate versiooni puhul. Vanemate versiooni puhul kontrolliti divergentset valiidsust ka SNAP-IV hüperaktiivsuse koondskoori ja CDI-2 koguskoori vahel, kus ilmnes mõõdukas seos ($\rho = 0,31$, $p < 0,001$).

Tulemused näitavad mõningast loomupärast kattuvust, mis tuleneb üldises psühhopatoloogiast. Samas on tulemused oluliselt madalamad kui depressiooni mõõtevahendite vahel täheldatud korrelatsioonid (nt $\rho = 0,68–0,91$), mis toetab instrumentide divergentset valiidsust.

Tuntud rühmade valiidsus

Sugu

Mann–Whitney U test näitas statistiliselt olulist soolist erinevust CDI-2 depressiooni vanemate versiooni koguskooride puhul. Vanemate versiooni puhul said kaasamisuurings tükid oluliselt kõrgema koguskoori ($M = 20,73$) võrreldes poistega ($M = 17,26$), $U = 21839$, $p < 0,001$.

Vanus

Vanuse mõju CDI-2 koguskoorile hinnati Spearmani korrelatsiooniga. Tulemused näitasid, et vanemate versiooni puhul ilmnes nõrk seos ($\rho = 0,25$, $p < 0,001$) lapse vanuse ja depressiooni-sümptomite vahel. Täiendavalt kontrolliti vanuse võimalikku mittelineaarset mõju *spline*-regressiooni abil. Võrreldes lineaarse mudeliga parandas *spline*-mudel sobivust, kuid erinevus

ei olnud statistiliselt oluline ($\chi^2 = 5,26$, $p = 0,072$). Seega vanus ei ole tugev determinant CDI-2 skoorile.

Kliinilise ja kontrollgrupi erinevused

CDI-2 kliinilise ja kontrollgrupi koguskoorid erinesid kaasamisuuringu puhul vanemate versioonis statistiliselt oluliselt. Mann–Whitney U test näitas, et vanemate versioonis oli kliinilises rühmas koguskoor oluliselt kõrgem ($M = 23,68$) võrreldes kontrollrühmaga ($M = 11,55$), $U = 21242$, $p < 0,001$.

1.1.3.3. Kriteeriumipõhine valiidsus (Eristusvõime: kliiniline ja kontrollgrupp)

CDI-2 vanemate versiooni diagnostilist valiidsust hinnati ROC-analüüsi abil kliinilise ja kontrollgrupi eristamisel. Analüüs näitas head eristusvõimet ($AUC = 0,83$). Youden J indeksil põhinev optimaalne äralõikepunkt oli 15 punkti, mille juures sensitiivsus oli 0,85 ja spetsiifilisus 0,78. Positiivne ja negatiivne prognoosiväärtus olid vastavalt 0,84 ja 0,79. CDI-2 vanemate versiooni äralõikepunktide osas on uuringuid avaldatud vähe.

Kokkuvõttev tabel CDI-2_EE_vanem kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus	x			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus			x	
Konstruktivaliidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			x	
Sensitiivsus		x		
Spetsiifilisus		x		
Ennustav valiidsus		x		
Äralõikepunktide piirid			x	
Normide olemasolu		x		

1.2. Laste Depressiooniküsimustik - lapse versioon – CDI-2_EE_laps

Uuringu tulemused

1.2.1. Valimi kirjeldus

Kaasamisuuringu valimi moodustasid 400 last, kellest 240 oli tüdrukud, 124 poisid ja ülejäänutel on sugu märkimata. Kordusuuringu moodustasid 51 last kellest 37 on tüdrukud ja 13 poisid, ühel on sugu märkimata.

Valimi kirjeldamiseks kasutati kirjeldavaid statistikke keskmine, standardhälve, mediaan, kvartiilide vaheline vahemik (vahemik 25. protsentiilist kuni 75. protsentiilini), vähim ja suurim skoor valimis. Tulemused CDI-2 vanema versiooni kohta on esitatud tabelis (CDI-2_EE_laps) 1.

Tabel (CDI-2_EE_laps) 1. CDI-2 lapse versiooni kirjeldav statistika

	EP T1 (N 400)		FP T1 (N 400)		Koguskoor T1 (N 400)		EP T2 (N 51)	FP T2 (N 51)	Koguskoor T2 (N 51)
	Kliiniline (N 198)	Kontroll (N 202)	Kliiniline (N 198)	Kontroll (N 202)	Kliiniline (N 198)	Kontroll (N 202)			
Mediaan	12.00	4.00	11.50	4.00	23.50	9.00	11.00	11.00	24.00
Keskmine	12.56	5.70	11.73	5.19	24.29	10.88	12.16	11.67	23.82
SH	7.08	5.11	5.51	4.13	11.99	8.72	7.06	4.74	11.20
IQR	11.00	6.75	8.00	6.00	17.75	12.00	12	5.50	18.00
MIN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	3.00
MAX	28.00	23.00	24.00	19.00	51.00	42.00	24.00	21.00	44.00

Märkus: N – valimi suurus; SH – standardhälve; IQR – kvartiilide vaheline vahemik; MIN – vähim skoor valimis; MAX – suurim skoor valimis; EP T1 – CDI-2 emotsionaalsete probleemide koondskoor, kaasamisuuring; FP T1 – CDI-2 funktsionaalsete probleemide koondskoor, kaasamisuuring; koguskoor T1 – CDI-2 koondskoor, kaasamisuuring; EP T2 – CDI-2 emotsionaalsete probleemide koondskoor, kordusuuring; FP T2 – CDI-2 funktsionaalsete probleemide koondskoor, kordusuuring; koguskoor T2 – CDI-2 koondskoor, kordusuuring.

1.2.1.1. Kriteeriumid

Laste versiooni puhul sai võimalikult madala koguskoori 2,2% kaasamisuuringus osalejatest ja 2,0% kordusuuringul osalejatest. Võimalikult kõrge koguskoori sai 0,2% kaasamisuuringus osalejatest ja 2,0% kordusuuringul osalejatest.

Seega eristavad CDI-2 skaalad uuritavaid piisavalt hästi ja antud tunnused sobivad kasutamiseks edasistes statistilistes analüüsides.

1.2.1.2. Jaotus

Kaasamisuuringul on Shapiro–Wilk testi p -väärtused $< 0,001$, seega pole andmete jaotus normaaljaotuse sarnane, mis on sageli esinev probleem psühhomeetriliste skooride puhul. Kordusuuringul aga on Shapiro–Wilk testi p -väärtused kõik $> 0,05$. Kõik skaalad on kergelt positiivselt viltu (0,10–0,59), mis tähendab, et enamikul lastel on madalam depressiooni sümptomite tase, väiksem hulk on kõrgema skooriga. Negatiivne järsakus viitab lamedamale jaotusele võrreldes normaaljaotusega, mis on tüüpiline sümptomiskaalade puhul. Tulemused on esitatud tabelis (CDI-2_EE_laps) 2.

Tabel (CDI-2_EE_laps) 2. Jaotus

	Koguskoor T1	Koguskoor T2
<i>Skewness</i>	0.59	0.10
<i>Kurtosis</i>	-0.54	-0.99
<i>Shapiro-Wilk</i>	0.95	0.97
<i>p</i>	< .001	.16

Märkused: *p* – Shapiro Wilk statistiku p-väärtus; koguskoor T1 – CDI-2 koondskoor, kaasamisuuring; koguskoor T2 – CDI-2 koondskoor, kordusuuring.

1.2.2. CDI-2_EE_laps reliaabluse näitajad

1.2.2.1. Sisereleiaablus

Laste versiooni puhul on skaala sisereleiaabluskoeffitsiendid (*Cronbachi alfa*) kaasamisuuringul 0,95 ja kordusuuringul 0,93., mis on väga head tulemused, kuid samas võivad viidata ka sellele, et skaalas on palju liigseid küsimusi.

1.2.2.2. Üksikväite-koguskoori korrelatsioonid

Laste versioonis on kõik üksikväite-koguskoori korrelatsioonid vahemikus 0,40–0,80, mis viitab sellele, et üksikväärted peegeldavad suhteliselt hästi sama konstrukti (depressiooni sümptomeid).

1.2.2.3. Testi-kordustesti reliaablus

Laste versiooni puhul on hea testi-kordustesti reliaablus $ICC(2,1) = 0,78$ (95% CI: 0,75–0,81), mis näitab, et mõõtmistulemused on kahe ajahetke vahel stabiilsed ja usaldusväärsed.

1.2.2.4. Informantide vaheline reliaablus

Kooskõla lapse ja vanema hinnangute vahel hinnati Spearmani korrelatsiooniga. Tulemused näitasid mõõdukat positiivset seost CDI-2 lapse versiooni koguskoori ja CDI vanema versiooni koguskoori vahel ($p = 0,59$, $p < 0,001$). Tulemustest nähtub, et vanema hinnangud depressiivsetele sümptomitele vastavad üldiselt lapse enesehinnangule, toetades instrumentide konvergentset valiidsust.

1.2.3. CDI-2_EE_laps valiidsuse näitajad

1.2.3.1. Struktuuri valiidsus (Faktoranalüüs)

Käesolevas uuringus viidi läbi uuriv faktoranalüüs (*Exploratory Factor Analysis*, EFA), et hinnata CDI laste versiooni (28 üksikväärtet) sisemist struktuuri. Faktoranalüüs viidi läbi *principal axis factoring* meetodil, kasutades *oblimin*-pööramist, kuna teoreetiliselt eeldati võimalikke seoseid latentsete faktorite vahel.

Andmete sobivus faktoranalüüsiks osutus väga heaks. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) üldnäitaja oli 0,92 ning ka üksikvaidete MSA väärtused olid kõik kõrged (vahemikus 0,81–0,97), mistõttu ei olnud vajadust ühegi väite eemaldamiseks. Bartletti test oli statistiliselt oluline ($\chi^2(378) = 20173,11$, $p < 0,001$), mis kinnitab, et üksikvaidete vahelised seosed on piisavad faktoranalüüsi läbiviimiseks.

Faktorite arvu otsustamisel kasutati mitut kriteeriumi. Kaiseri kriteeriumi (eigenvalue > 1) alusel oleks säilitatud üks faktor, kuna ainult esimese faktori omaväärtus ületas väärtust 1 (eigenvalue = 15,12). *Scree plot* näitas samuti selget murdepunkti pärast esimest faktorit, viidates tugevale üldfaktori domineerimisele. Paralleelanalüüs (Horn, 1965) viitas aga kahe faktorilisele lahendusele, kuna esimese ja teise faktori tegelikud omaväärtused ületasid vastavate juhuslike andmete keskmised omaväärtused. Samas kahefaktorilise lahenduse korral ilmnes, et esimene faktor koondas valdava enamuse üksikvaideteid, mille faktorlaadungid olid kõrged (enamasti vahemikus 0,56–0,90), mis viitab pigem ühele depressiooni üldfaktorile. Teine faktor seevastu hõlmas vaid väheseid üksikvaideteid ning nende faktorlaadungid olid madalamad ja ristuvad esimese faktoriga. Lisaks selgitas teine faktor vaid 4,7% koguvariatsioonist, samuti jäi selle faktori struktuur nõrgaks, mistõttu ei kujunenud see sisuliselt selgeks ega teoreetiliselt hästi interpreteeritavaks alaskaalaks. Ühefaktoriline lahendus selgitas 52,5% koguvariatsioonist, mis on psühholoogiliste enesekohaste mõõtevahendite puhul hea tulemus. Mudeli üldine χ^2 -test osutus statistiliselt oluliseks ($\chi^2(323) = 4626,77$, $p < 0,001$), kuid arvestades suurt valimi suurust ja üksikvaidete arvu, on see uuriva faktoranalüüsi kontekstis ootuspärane ega viita tingimata halvale modelisobivusele.

Kokkuvõtvalt toetavad uuriva faktoranalüüsi tulemused CDI-2 laste versiooni puhul ühefaktorilist struktuuri. Kuigi paralleelanalüüs osutas ka võimaliku teise faktori olemasolule, ei kujunenud see sisuliselt ega teoreetiliselt piisavalt eristatavaks. Ka teistes uuringutes ei ole originaalne CDI-2 faktortruktuur kinnitust leidnud ja alaskaalade sisu ning vaidete jaotus on kultuuriti väga erinev (Alexandrou et al., 2025; Anant et al., 2023; Doyle et al., 2025).

1.2.3.2. Konstruktivaliidus

Konvergentne valiidsus

Konvergentset valiidsust hinnati Spearmani korrelatsiooniga CDI-2 koguskoori ja RCADS MDD alaskaala skoori vahel. Tulemused näitasid tugevat konvergentset seost vastavate laste versioonide vahel ($p = 0,91$, $p < 0,001$). Samuti hinnati konvergentset valiidsust Spearmani korrelatsiooniga DSM-põhise depressiooni sümptomite skoori ja CDI-2 koguskoori vahel. Tulemused näitasid tugevat konvergentset seost ($p = 0,82$, $p < 0,001$) laste versioonide vahel. Antud tulemused toetavad instrumentide konvergentset valiidsust.

Divergentne valiidsus

Divergentset valiidsust hinnati Spearmani korrelatsiooniga CDI-2 koguskoori ja DSM mania sümptomite skoori vahel. Tulemused näitasid mõõdukat positiivset seost ($p = 0,36$, $p < 0,001$) laste versioonide puhul.

Tulemused näitavad mõningast loomupärast kattuvust, mis tuleneb üldisest psühhopaatoloogiast. Samas on tulemused oluliselt madalamad kui depressiooni mõõtevahendite vahel täheldatud korrelatsioonid (nt $p = 0,68$ – $0,91$), mis toetab instrumentide divergentset valiidsust.

Tuntud gruppide valiidsus

Sugu

Mann–Whitney U test näitas statistiliselt olulist soolist erinevust CDI-2 depressiooni laste koguskooride puhul. Kaasamisuurings said laste versioonis tüdrukud oluliselt kõrgema koguskoori ($M = 21,42$) võrreldes poistega ($M = 11,70$), $U = 21839$, $p < 0,001$.

Vanus

Vanuse mõju CDI-2 koguskoorile hinnati Spearmani korrelatsiooniga. Tulemused näitasid, et laste versiooni puhul vanus ei olnud seotud depressioonisümptomitega ($\rho = 0,04$, $p = 0,40$). Täiendavalt kontrolliti vanuse võimalikku mittelineaarset mõju *spline*-regressiooni abil. Võrreldes lineaarse mudeliga parandas *spline*-mudel sobivust, kuid erinevus ei olnud statistiliselt oluline ($\chi^2 = 5,26$, $p = 0,072$). Seega vanus ei ole tugev determinant CDI-2 skoorile.

Kliinilise ja kontrollgrupi erinevused

CDI-2 kliinilise ja kontrollgrupi koguskoorid erinesid kaasamisuuringu puhul laste versioonis statistiliselt oluliselt. Mann–Whitney U test näitas, et laste versioonis oli kliinilises rühmas koguskoor oluliselt kõrgem ($M = 24,29$) võrreldes kontrollrühmaga ($M = 10,88$), $U = 32617$, $p < 0,001$. Vanemate versioonis oli samuti kliinilises rühmas koguskoor oluliselt kõrgem ($M = 23,68$) võrreldes kontrollrühmaga ($M = 11,55$), $U = 21242$, $p < 0,001$.

Vastavalt teoreetilistele eeldustele said kliinilise rühma osalejad oluliselt kõrgema skoori kui kontrollrühma lapsed, mis toetab CDI-2 mõõtevahendi eristamisvõimet tuvastatud rühmade vahel. Lisaks eristas skaala soogruppe, kus tüdrukud said oluliselt kõrgema CDI koguskoori kui poisid, mis on kooskõlas varasema epidemioloogilise kirjandusega (Knowles et al., 2025).

1.2.3.3. Kriteeriumipõhine valiidsus

CDI-2 laste enesehinnangu versiooni diagnostilist valiidsust hinnati ROC-analüüsi abil kliinilise ja kontrollgrupi eristamisel. Analüüs näitas head eristusvõimet ($AUC = 0,82$). Youden J indeksil põhinev optimaalne äralõikepunkt oli 15 punkti, mille juures sensitiivsus oli 0,79 ja spetsiifilisus 0,72. Positiivne ja negatiivne prognoosiväärtus olid vastavalt 0,74 ja 0,78. Kirjanduses on leitud, et CDI-2 puhul andis äralõikepunkt 20 parima tasakaalu sensitiivsuse (83%) ja spetsiifilisuse (89-91%) vahel (Bang et al., 2015; Cho et al., 2022). Seega, käesolevas uuringus leitud optimaalne äralõikepunkt (15) oli madalam kui varasemates uuringutes raporteeritud väärtused (20). See erinevus on tõenäoliselt seotud kasutatud kriteeriumiga, kuna käesolevas analüüsis eristati kliinilist ja kontrollgruppi, mitte ei hinnatud spetsiifilist depressiooni diagnoosi, mis soosib madalamat äralõikepunkti. Madalam äralõikepunkt on kooskõlas sõelumise eesmärgiga ega ole mõeldud diagnostiliste otsuste tegemiseks.

Metodoloogiliste piirangute tõttu, on saadud sõelumise äralõikepunktid piiratud üldistatavusega ja käsitletavad tõenäosusena kuuluda kliinilise riskiga gruppi..

Kokkuvõttev tabel CDI-2_EE_laps kohandamisprotsessi tulemustest

Hinnatud psühhomeetrilised näitajad:	Valideerimise tase			
	Jah	Ei	Osaline teostus	Ei ole kohaldatav
Tõlke teostus vastavalt nõuetele	x			
Pilootuuring sihtrühma hulgas		x		
Reliaablus				
Sisereliaablus	X			
Kordustestimise reliaablus	X			
Hindajate vaheline reliaablus	x			
Valiidsus				
Struktuuri valiidsus			x	
Konstruktivaliidsus	X			
Konvergentne ehk koonduv valiidsus	X			
Diskriminantne ehk eristav valiidsus	X			
Kriteeriumipõhine valiidsus			x	
Sensitiivsus		x		
Spetsiifilisus		x		
Ennustav valiidsus		x		
Äralõikepunktide piirid			x	
Normide olemasolu		x		

Kasutatud kirjandus:

- Alexandrou, G., Karanikola, M., Chatzittofis, A., & Sokratous, S. (2025). Reliability and Validity of the Full-Length Greek-Cypriot Version of the Children's Depression Inventory 2. *Psychiatric Research and Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20250033>
- Anant, N., Kaur, D., Nadarajan, R., Phua, D. Y., Chong, Y. S., Gluckman, P. D., Yap, F., Chen, H., Broekman, B., Meaney, M. J., & Ang, Y.-S. (2023). Validating the Children's Depression Inventory-2: Results from the Growing Up in Singapore Towards Healthy Outcomes (GUSTO) study. *PLOS ONE*, 18(5), e0286197. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286197>
- Bang, Y. R., Park, J. H., & Kim, S. H. (2015). Cut-Off Scores of the Children's Depression Inventory for Screening and Rating Severity in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*, 12(1), 23–28. <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.1.23>
- Cho, Y., Lee, E.-H., Hong, S.-H., Joung, Y.-S., & Kim, J.-H. (2022). Reliability and Validity of the Korean Version of Children's Depression Inventory 2 Short Version as a Screening Tool: A Comparison with the Standard 28-Item Version. *Psychiatry Investigation*, 19(1), 54–60. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0296>
- Doyle, R. L., Olezeski, C. L., & Fite, P. J. (2025). Confirming the Factor Structure for the Children's Depression Inventory 2nd Edition in Gender Expansive Youth. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 0(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/23794925.2025.2522064>
- Knowles, G., Stanyon, D., Yamasaki, S., Miyashita, M., Gayer-Anderson, C., Endo, K., Usami, S.,
- Niimura, J., Nakajima, N., Baba, K., Richards, T., Kitisu, J., Hashi, A., Clement-Gbede, K. S., Tettey, N.,
- Davis, S., Lowis, K., Buckley, V., Moreno-Agostino, D., ... Nishida, A. (2025). Trajectories of depressive symptoms among young people in London, UK, and Tokyo, Japan: A longitudinal cross-cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 9(4), 224–233. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00059-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00059-8)
- Kovacs, M. (2015). Children's Depression Inventory (CDI and CDI 2). In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1–5). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp419>

Piirangud

Uuringu tulemuste üldistamisel on mitmeid kitsaskohti.

Käesoleva rakendusuuringu tulemusi tuleb tõlgendada kooskõlas uuringu eesmärgi ja disainiga. Mitme instrumendi psühhomeetriliste analüüside (sh faktoranalüüside) aluseks olnud alamvalimid olid mõnel juhul väikesed, kuna osa mõõdikuid rakendati vanuse- ja/või versioonipõhiselt. Faktoranalüüsi kontekstis peetakse sageli soovituslikuks, et valimi suurus oleks ligikaudu kümnekordne väidete arv (st ~10 vastajat ühe väite kohta), et toetada parameetrite stabiilsemat hindamist ja lahenduse paremat replitseeruvust. Käesolevas uuringus jäi see soovitus mõningate instrumentide alamvalimites osaliselt täitmata, ulatudes ligikaudu 7–9 vastajani ühe väite kohta. Selline valimimaht võib vähendada struktuuritulemuste täpsust ning muuta peenemad struktuurierinevused tundlikumaks juhuslikule varieeruvusele. Samas viitasid faktoriseeritavuse eelduste näitajad ning mudelisobivuse näitajad, et andmestik oli valitud analüüside läbiviimiseks üldjoontes sobiv ja saadud lahendused interpreteeritavad, siiski on põhjendatud rõhutada replikatsiooni vajadust suuremates ja ühtlasemalt täidetud alamvalimites.

Lisaks tuleb arvestada, et enamike mõõdikute puhul oli tegemist esmakordse kohandamisega uude keele- ja kultuuriruumi ja/või uue sõnastusversiooniga. Uuriva faktoranalüüsi tulemused viitasid mitme instrumendi puhul, et teoreetiliselt eeldatud originaalstruktuur ei reprodutseerunud valimis täiel määral koherentselt: osadel skaaladel ilmnesis oodatust nõrgemad või ebaühtlasemad laadumismustrid, potentsiaalsed ristlaadumised või lahendused, mis olid statistiliselt võimalikud, kuid sisuliselt raskesti tõlgendatavad. See viitab, et osa väiteid võib uues sõnastuses käituda teisiti kui originaalis (nt koonduda teise faktori alla, moodustada lokaalset sõltuvust või lisada väite-spetsiifilist variatsiooni). Selline leid on valideerimisuuringutes ootuspärane, kuna struktuuri võivad mõjutada sõnastus- ja semantikanüansid ning kultuurilised erinevused sümptomite väljendumises ja tõlgendamises. Seetõttu tuleb EFA tulemusi käsitleda eeskätt esmase struktuuritõendusena ja hüpoteeside täpsustamise alusena. Edasistes sammudes on põhjendatud struktuuri täiendav kontroll mudelipõhiste meetoditega (nt kinnitav faktoranalüüs; vajadusel bifaktormudelid või jääk-korrelatsioonide/lokaalse sõltuvuse hindamine) ning seejärel otsustada, kas mõni väide vajab ümbersõnastamist, teistsugust faktorile paigutamist või instrumenti sobivuse suurendamiseks eemaldamist/lühendamist, säilitades samal ajal konstrukti sisulise katvuse. Sooliste võrdluste ja mudelite kohandamise tõlgendamisel tuleb arvestada, et osal vastanutest ei salvestunud sugu tehnilise vea tõttu. See võib vähendada soopõhiste analüüside täielikkust ning tekitada täiendava ebakindluse, kui hinnata soo rolli kas kirjeldavates võrdlustes või kovariaadina mudelites. Praktikas tähendab see, et sooga seotud järeldused võivad mõne instrumendi puhul tugineda väiksemale ja selektiivsemale alamvalimile, mistõttu on asjakohane need leiud tulevikus täiendavalt replitseerida. Diagnostilise “kuldstandardi” (st kogu valimis ühtselt läbiviidud struktureeritud kliinilise intervjuu) puudumise tõttu ei olnud käesolevas uuringus meetodiliselt põhjendatud käsitleda instrumente diagnostiliste testidena klassikalises tähenduses ega tuletada universaalseid diagnostilisi äralõikepunkte. Lisaks tuleb arvestada, et isegi kliinilises alamvalimis, kus MINI intervjuu oli kättesaadav, oli mitme diagnoosi korral juhtude arv väike, mis vähendab klassifikatsioonipõhiste hinnangute (nt ROC-analüüs, sensitiivsus/spetsiifilisus, PPV/NPV, Youdeni indeks) stabiilsust ning suurendab hinnangute ebakindlust. Uuringu fookus oli selle asemel rakenduskontekstis asjakohastel valiidsusargumentidel: instrumentide suutlikkus eristada tuntud grupe ning

kriteeriumivaliidsus kliinilises alamvalimis. Kriteeriumivaliidsust hinnati logistiliste regressioonimudelitega, esitades seosed efektsuurustena šansside suhetena (OR) ning kohandades mudelid vanuse ja soo suhtes, et vähendada peamiste demograafiliste segajate mõju. Tuletatud äralõikepunkte saab kasutada esialgsete indikatiivsete näitajatena, et isik kuulub tõenäolisemalt kliiniliselt olulise sümptomkoormusega gruppi. Lisaks tuleb arvestada, et kontrollgrupp määratleti koolipsühholoogide hinnangu ja teadaoleva info põhjal ning kontrollgrupiga ei viidud läbi struktureeritud kliinilist intervjuud, mistõttu ei saa välistada, et osal kontrollgrupi osalejatest esines kliiniliselt oluline sümptomaatika, mis ei olnud koolikeskkonnas tuvastatud. Selline võimalik varjatud sümptomaatika võib vähendada tuntud gruppide vahelisi erinevusi ja muuta eristusvõime hinnangud pigem konservatiivseks. Vastamiskoormuse vähendamiseks jaotati kontrollgrupi osalejad mõõdikute komplektidesse, mis tähendab, et kõikide instrumentide omavahelisi seoseid ei olnud võimalik hinnata samas alamvalimis; see piirab osade konvergentse ja eristava valiidsuse tõendite ühtlust ja statistilist võimsust.

Konstruktivaliidsuse hindamine tugines peamiselt korrelatsioonipõhistele tõenditele (koonduv ja eristav valiidsus), mis on laialt kasutatav ja sisuliselt põhjendatud lähenemine, kuid ei kata valiidsusargumenti üksinda. Korrelatsioonid kirjeldavad seoste mustrit teoreetiliselt lähedaste ja eristuvate konstruktsioonide vahel, ent ei võimalda alati üheselt eristada, mil määral tuleneb koondumine ühiskonstrukti olemasolust ning mil määral jagatud meetodivariatsioonist (nt sarnane vastamisstiil enesehinnangulistes mõõdikutes). Seetõttu on edasistes sammudes väärtuslik täiendada valiidsusargumenti mudelipõhiste testidega (nt CFA, vajadusel mõõteinvariantsus), eeldusel et instrument-spetsiifiline valimimaht seda võimaldab. Kokkuvõtvalt toetab käesolev uuring instrumentide kasutatavust praktilises kontekstis, pakkudes mitmekülgset psühhomeetrilist tõendusmaterjali (struktuur, sisemine kooskõla, seosed lähedaste ja eristuvate konstruktidega ning tuntud gruppide/kriteeriumi lõikes eristumine). Samas on siiski põhjendatud täiendav kinnitamine suuremates alamvalimites ning võimalusel “kuldstandardi” võrdluste lisamine, juhul kui eesmärk on diagnostiliste piirväärtuste tuletamine ja testitulemuste põhjal laiemalt üldistatavate järelduste tegemine.

TÄNUSÕNAD

Täname kõiki uuritavaid, kes täitsid enesekohaseid hindamismõõdikuid ja osalesid kliinilistel intervjuudel.

Uuringu läbiviimist toetasid raviasutuste juhid: Sven Janno, Andres Lehtmets, Anne Kleinberg, Kerstin Kõiva, Ere Vasli, Tuuliki Hion, Madis Parksepp - suur tänu teile!

Eriline tänu kuulub vaimse tervise spetsialistidele, kes panustasid uuringu läbiviimisesse, kaasates uuritavaid kliinilisse valimisse ja/või jagades anonüümset veebilinki:

SA Viljandi Haigla psühhiaatriakliinik: Gerli Pajo, Sheryl Võsu, Maarja Mõttus, Eliina Targijainen, Kairit Vaaks, Thea Marran;

SA TÜK psühhiaatriakliinik: Alver Aitsen, Anne Luts, Eveli Mesikäpp, Heidy Õunapuu, Inna Lindre, Jürgen Kütner, Kadri Kripson, Karin Alavere, Liili Tretjakov, Liina Haring, Liis Sipsaka, Lisette Kandima, Marge Sägi ja Priit Välja;

SA Tallinna Lastehaigla: Marileen Olenko, Triin Kallakas, Jens Martin Lovén, Elis Haan, Evelyn Salm, Anna-Britt Pähkel, Kristina Tulk, Kristiina Kirves, Ene Einblau, Kadi Maasik, Triinu Ojalo, Agnes Riisalu, Juuli Puusepp, Kristiina Kongo, Ailen Elias;

Tartu Tervishoiu Kõrgkool: Margit Lenk-Adusoo

Samuti täname koolipsühholooge, kes panustasid kontrollgrupi andmete kogumisse, kaasates uuritavaid valimisse ja jagades veebilinki: Avelin Alliksaar, Kristi Feldman, Katriin Hunt, Ada Kesonen, Anne-Liis Olt, Triinu Oraste, Laivi Org, Thea Rumberg-Torga, Merili Simm, Triin Spitz, Ülle Särg, Annaliis Tiidus, Annika Tooma.

Aitäh kogutud andmete analüüsijatele, raporti koostajatele: Margit Lenk-Adusoo, Kätlin Anni, Triinu Ojalo, Kadi Reintam, Aili Maar, Ailen Elias ja Liina Haring.

Lisaks soovime avaldada tänu Tervisekassa spetsialistidele tõhusa koostöö eest uuringu planeerimisel ja teostamisel.

