

Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine. Rakenduskava standardiseeritud hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale.

Lõppraport

*Töö teostaja:
OÜ Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskus
Tartu 2014*

Autorid

Kirsti Akkermann, PhD

Tänuõnad

Autor tänab Norra finantsmehhanismi programmi „Rahvatervis“ eeldefineeritud projekti „Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks“ raames Sotsiaalministeeriumi poolt ellu kutsutud hindamisvahendite töögrupi liikmeid Tiina Tõemetsa, Karmen Torost, Margit Lenk-Adusood ja Ann Rajaveri väärtusliku tagasiside ja kommentaaride eest raporti valmimisel.

Sissejuhatus

Käesoleva raporti eesmärgiks on ühtlustada esmatasandil töötavate tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna spetsialistide võimalusi lapse heaolu ja vaimse tervise hindamiseks, et tagada võimalikult varajane laste vaimse probleemide tuvastamine ning sekkumine.

Lõppraporti koostamisel on lähtutud Norra finantsmehhanismi programmi „Rahvatervis“ eeldefineeritud projekti „Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks“ minihanke eesmärkidest. Sellest lähtuvalt annab lõppraport ülevaate nii Eestis erinevate esmatasandi spetsialistide (tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusasutuste töötajate) poolt kasutatavatest hindamisvahenditest kui ka rahvusvahelises praktikas levinud standardiseeritud hindamisvahenditest, ning toetudes tõenduspõhise hindamise kriteeriumitele esitab rakenduskava vajalike ja võimalike hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale, kirjeldades hindamisvahendite valikukriteeriume ja valideerimisprotsessi. Lõppraporti koostamisel on võetud arvesse tellijalt vahe- ja lõppraporti esitamise järgselt saadud soovitusi ja tagasisidet.

Käesolev raport koosneb viiest peatükist.

1. Esimeses peatükis antakse ülevaade Eestis kasutusel olevatest lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamise tulemustest, kirjeldatakse lapse hindamist lähtuvalt hindamiskomnurgale (lapse arenguvajadused, lapsevanemate/hooldajate võimeid neid vajadusi tagada ning lapse heaolu mõjutavad pere- ja keskkondlikud tegurid), ning analüüsitakse Eestis kasutusel olevate laste vaimse tervise hindamisvahendeid lähtuvalt tõenduspõhise hindamise kriteeriumitest.
2. Teises peatükis esitatakse kokkuvõtte rahvusvaheliselt enimkasutatud, valideeritud ja tõenduspõhistest hindamisvahenditest koos instrumentide lühikirjeldusega.

3. Kolmas peatükk keskendub hindamisvahendite valikukriteeriumitele ja Eesti oludele sobivimate hindamisvahenditele esitatavate nõuete kirjeldamisele.

4. Neljandas peatükis antakse ülevaade Eesti oludele sobivimatest hindamisvahenditest. Iga küsimustiku puhul on toodud selle nimi originaalis, arendajad, lühikirjeldus, küsimustiku psühhomeetrilised omadused, läbiviimise aeg, nõuded läbiviijale, küsimustiku tugevused ja nõrkused ning viited teadusuuringutele ja manuaalile.

5. Viiendas peatükis tehakse kokkuvõtte Eesti oludele sobivimate hindamisvahendite rakendusvaldkondadest, kirjeldatakse konkreetse hindamisvahendi (M-CHAT-R/F) valideerimisprotsessi ning tehakse ettepanekud riigi tasandil, kus ja kuidas hindamisvahendeid hoitakse, säilitatakse, ja arendatakse.

Raporti lisades on eraldi failidena esitatud kokkuvõtlikud tabelid hindamisvahendite kaardistamise tulemustest (Tabel 1-3) ja rahvusvaheliselt enim kasutatavatest standardiseeritud testidest (Tabel 4).

1. Kokkuvõte Eestis kasutusel olevatest lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamisest.

1.1 Sissejuhatus

Eestis on erinevate spetsialistide kasutuses mitmeid hindamisvahendeid, et mõõta lapse heaolu, arengut ja vaimset tervist. Hetkel puudub aga ühtsus nende hindamisvahendite kasutamisel ning koostöö sotsiaal-, tervise- ja haridusvaldkonna spetsialistide vahel. Hindamisvahendite kaardistamise eesmärgiks oli koguda infot senisest hindamispraktikast nii tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide (perearstid, lastearstid, ämmaemandad, pereõed, tegevusterapeutid, lastekaitsetöötajad, sotsiaaltöötajad), vaimse tervise spetsialistide (psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid) kui lasteaias ja koolis töötavate haridusvaldkonna spetsialistide (koolipsühholoogid, eripedagoogid, logopeedid, kooliõed, õpetajad, sotsiaalpedagoogid) käest, et soodustada ühtsetest alustest lähtuvat lapse vaimse tervise hindamist. Selleks pöördui erialaselt ja –ühenduste ning vaimse tervise raviga tegelevate tervishoiuasutuste poole palvega kaardistada vastava valdkonna spetsialistide poolt kasutatavad hindamisvahendid. Iga hinnatava nähtuse juures paluti tuua välja praktikas kasutatavad hindamisvahendid (vajadusel täpsustades mõõdetavat nähtust), hindamiseks kuluv aeg, lapse vanuse vahemik, millist kvalifikatsiooni ja väljaõpet hindamisvahendi kasutamine eeldab, kas on tegemist vabavara või litsentsi eeldava hindamisvahendiga ning kas mõõtevahend on kohandatud Eesti oludele lähtuvalt tõenduspõhise hindamise kriteeriumitest. Vastajaid informeeriti, et kogutud andmeid ei seostata konkreetsete asutuse või organisatsiooniga ning kasutatakse ainult olukorra kirjeldamiseks ning vahendite kasutamise ühtlustamiseks erinevate valdkondade spetsialistide vahel. Pöördumine hindamisvahendite kaardistamiseks tehti järgmistele asutustele: Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Koolipsühholoogide Ühing, Eesti Kliiniliste Psühholoogide Selts, Eesti Pereteraapia Ühing, Eesti Perearstide Selts, Eesti Lastearstide Selts, Eesti Logopeedide Ühing, Eesti Eripedagoogide Liit, Lastekaitse Liit, Eesti Sotsiaalpedagoogide Ühendus, Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Tervise Arengu Instituut, Eesti Õpetajate Liit, SA TÜK Psühhiaatrikliinik, SA Tallinna Lastehaigla, SA Viljandi Haigla, SA Pärnu Haigla.

Tagasiside andis 12 organisatsiooni. Tabelisse 1-3 (esitatud Lisa 1 eraldi failina) on koondatud kaardistamise tulemused ja hindamisvahendite kohta antud tagasiside vastavalt erialaühenduste, tervishoiuasutuste ja koolipsühholoogide tagasiside kaupa. Kuivõrd 2012 a. on TÜ Haridusuuringute ja õppekavaarenduse keskuse poolt läbi viidud uuring koolipsühholoogide seas kasutatavatest hindamisvahenditest (Tõnissaar, 2012), siis on kooskõlas Eesti Koolipsühholoogide Ühingu sisendid käesolevasse kaardistamisse võetud antud uuringu lõppraportist. Kindlasti ei ole tabelites

väljatoodud hindamisvahendid täielik nimekiri praktikas kasutusel olevatest hindamisvahenditest. Lisaks tabelites väljatoodule anti ka vabas vormis tagasiside.

Tabelites väljatoodud näitajaid hinnati vastavalt alljärgnevatele kirjeldustele:

Hinnatav nähtus – etteantud vastavalt lapse heaolu hindamiskolmnurgale (v.a. majanduslikud tegurid, mille hindamine ei vaja valideeritud hindamisvahendit, vaid on selgitatav muul meetodil).

Hindamisvahendi nimetus – siia lisada kasutusel olev lühend koos täisnimetusega, soovi korral võib lisada autori nime ja ilmumisaasta, et lihtsustada originaali leidmist.

Täpsustatud mõõdetav nähtus – nimetada täpsemalt, millist probleemi või seisundit antud hindamisvahend mõõdab.

Lapse vanus – vanuse vahemik hindamise läbiviimiseks sobivates aastates, vanemlike oskuste puhul samuti laste vanus.

Hindamisaste – kas kasutatakse hindamiseks esmasel kohtumisel või rutiinselt, nt kõigil last ootavatel emadel või kindlas vanusrühmas või teisene hindamisvahend ehk probleemi täpsustamiseks.

Kuluv aeg – kui on teada, siis keskmiselt palju kulub aega hindamise läbiviimisele.

Kasutusõigus – kas on tegemist vabavara või litsentsi eeldava hindamisvahendiga (võimalusel märkida litsentsi olemasolu).

Muud ressursid – võimalikud teadaolevad kulud, vahendid läbiviimiseks või väljaõppe maht, litsentsi hankimine jne.

Hindaja pädevus – märkida vahendi kasutamiseks nõutud spetsialisti kvalifikatsioon, väljaõppe vajadus jm teadaolev info.

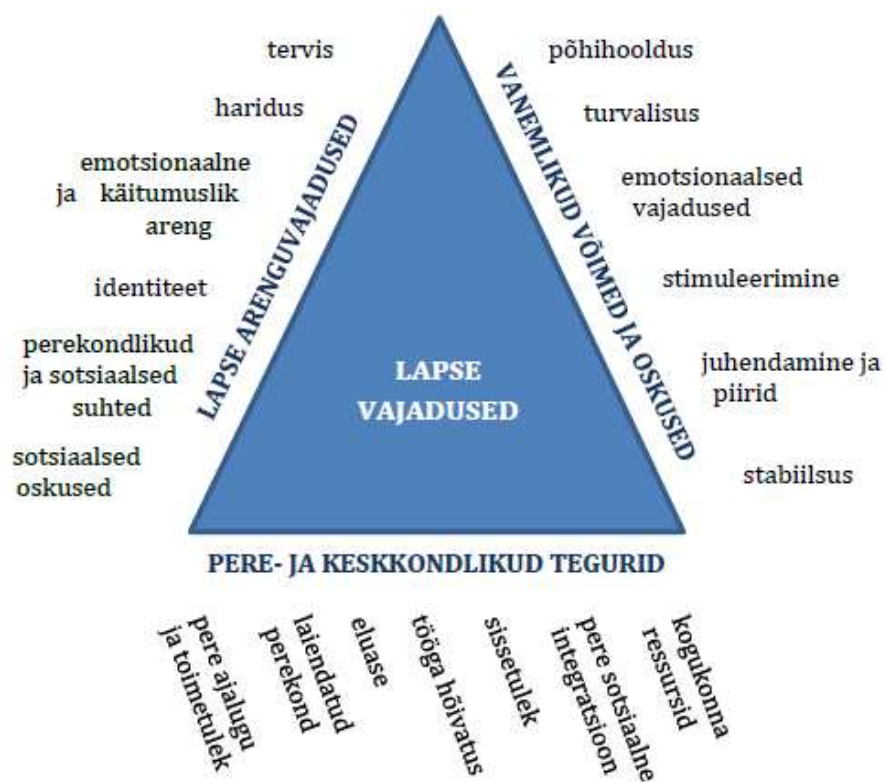
Valideerimisaste – täita juhul kui omate infot, et antud hindamisvahendit on Eestis kohandatud.

Kasutamine Eestis – valikud ei ole teada /jah; jaatava vastuse korral palun täpsustada asutus (või asutuse liik) ja rakendusala, mis kontekstis hindamisvahend on leidnud kasutamist.

Kommentaar – kui mõni oluline aspekt jäi nimetamata ja ei sobinud teiste lahtrite alla, siis palun siia lisada.

1.2. Hindamise põhimõtted

Käesolevas raportis käsitletavat hinnatavat tunnused põhinevad hindamiskolmnurgal, mis omakorda tugineb Ühendkuningriigis 1999 a. välja töötatud hindamisraamistikule (*Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*) eesmärgiga parendada ühiskonna võimekust tagada laste tervislik ja turvaline areng ning heaolu läbi lapse heaolu tervikliku hindamise, sh tugevdada süsteemset hindamispraktikat (Department of Health, 2000). Hindamiskolmnurk kirjeldab lapse arenguvajadusi, lapsevanemate/hooldajate võimeid neid vajadusi tagada ning pere- ja keskkondlikke tegureid, mis mõjutavad lapse heaolu tagamist, vt joonis 1. Seega kirjeldab mudel kolme vastastikkuses seoses olevat süsteemi - laps, vanem, pere ja sotsiaalne keskkond- aidates mõista laste olukorda, riski- ja kaitsetegureid laste elus ning määratleda kõige sobilikumad sekkumised/teenused lapse heaolu edendamiseks (Horwath, 2002; Léveillé & Chamberland, 2010).



Joonis 1. Hindamiskolmnurk lapse heaolu hindamiseks (Department of Health, 2000)

Uuringud näitavad, et nimetatud hindamisraamistiku kasutamine edendab terviklikumat lapse heaolu hindamist, sh lapse kaasamist hindamisprotsessi ning vajaduspõhiste sekkumiste planeerimist (Cleaver & Walker, 2004; Léveillé & Chamberland, 2010). Ühendkuningriikide hindamismudeli on võtnud kasutusele erinevad riigid vastavalt oma riigi sotsiaalpoliitilisele kontekstile (Rootsi, Austraalia,

Kanada, Uus-Meremaa, Prantsusmaa, Taani, Norra jt), (Léveillé & Chamberland, 2010).

Vaadates Eesti konteksti, võib öelda, et hindamiskolmnurgale viitavad mitmed dokumendid, sh lastekaitseadus (2014) ja seletuskiri, laste ja perede arengukava 2012-2020 (2011), ning lapse ja perekonna hindamise juhend (Selg, 2009). Lastekaitseaduse §28 viitab, et lapse abivajadust hinnates peab lastekaitsetöötaja või lapsega töötav isik andma hinnangu: (1) lapse füüsilisele, tervislikule, psühholoogilisele, emotsionaalsele, sotsiaalsele, kognitiivsele, hariduslikule ja majanduslikule seisundile (hindamiskolmnurgas kui lapse arenguvajadused) ja (2) last kasvatava isiku vanemlikele oskustele (hindamiskolmnurgas kui vanemlikud oskused).

Laste ja perede arengukava 2012-2020 (2011, 18, 30) käsitleb hindamiskolmnurga kahte süsteemi: lapse arenguvajadused ja vanemlike oskuste mõju lapse heaolule. Vanemlikud oskused mõjutavad käitumist, mis võib seada ohtu lapse vaimse ja füüsilise tervise ja heaolu, millest tulenevalt rõhutatakse vanemlike oskuste arendamise vajadust. Näiteks lapse ja pere toetamise juures on vajalik väikelapse arenguliste vajaduste varane tuvastamine ning vajalike teenuste pakkumine. Sama dokument rõhutab vajadust täpsustada laste juhtumite hindamise põhimõtteid ning ühtse ja praktilise hindamisraamistiku olulisust, mis on abiks kaalutusotsuste langetamisel (ibid, 33).

1.3. Eestis kasutusel olevate lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite analüüs lähtuvalt tõenduspõhise hindamise kriteeriumitest.

Tõenduspõhine hindamine põhineb eeldusel, et hindamisvahendite valik ja hindamisprotsess tugineksid teaduslikele teooriatele ja teadusuuringutele. Vaimse tervise tõenduspõhisel hindamisel tuleks lühidalt kokkuvõttes järgida allolevaid põhimõtteid (Hunsley & Mash, 2007):

1. Hinnatavate tunnuste/konstrukside valik ja hindamisprotsess ise toetuvad nii psühhopaatoloogia kui arenguteooria empiirilisele teadmisele ja teaduslikele teooriatele.
2. Hindamisel kasutatakse psühhomeetriliselt usaldusväärseid ja valiidsid hindamisvahendeid, mis ideaalis on demonstreerinud ka kliinilist kasulikkust (nt. kuidas hindamistulemused panustavad sekkumise edukusse).
3. Hindamisvahendi kohta on toodud tõenduspõhisust demonstreerivad psühhomeetrilised näitajad (reliaablus, valiidsus jne).
4. Hindamisvahenditel peavad olema ka eakohased normid ja/või äralõikepunktid, mis toetuvad sellistele näitajatele nagu nt. sensitiivsus, spetsiifilisus, positiivne ennustusjõud, jne.).
5. On oluline, et kogu hindamisprotsess oleks empiirilisel hinnatud, sh. mõõtmisvahendi valik, kasutamine, tulemuste tõlgendamine.

1.3.1. Haridusvaldkonnas kasutatavad hindamisvahendid

Hindamisvahendite kaardistamise tagasisidest nähtub, et õpetajad kasutavad lapse hariduslike vajaduste, emotsionaalse ja käitumusliku arengu, ning emotsionaalse seisundi hindamiseks õpilase individuaalsuse kaarti. Nagu nähtub HTM 2011 määrusest „Koolieelse lasteasutuse õppe- ja kasvatustegevuse alaste kohustuslike dokumentide loetelu ja nende täitmise kord“, ei ole seadusandja sätestanud vastava dokumendi sisu ega vormi. Lasteaed või kool võib välja töötada endale sobiva vormi laste arengu tulemuste kirjeldamiseks. Enamasti tähendab see siiski õpetaja subjektiivset kirjeldust lapse arengust või lapse iseloomustust. Kokkuvõtvalt, õpetajad ei kasuta oma igapäevatöös standardiseeritud mõõtevahendeid, ehkki rahvusvahelises praktikas on mitmete lastele mõeldud enesekohaste testide puhul paralleelselt kasutuses õpetaja-versioonid. Näiteks on ka eesti keelde vaimse tervise uuringute raames kohandatud SNAP-IV õpetaja versioon aktiivsus- ja tähelepanuhäirele iseloomulike sümptomite hindamiseks (Swanson jt, 1999).

Positiivse arenguna on haridusvaldkonnas logopeedide kasutuses alates 2013 a. standardiseeritud test 4,5 kuni 6,5-aastaste laste kõne arengu hindamiseks, mille normide väljatöötamise rahastus tuli riiklikust projektist. Käesolevalt töötatakse TÜ eripedagoogika ja psühholoogia instituudi ühistöös välja 3 kuni 4-aastaste laste kõne arengu hindamise testi logopeedidele ja eripedagoogidele (hääldamine, sõnavara, grammatilised vormid, lause, kõne mõistmine), ning 2 kuni 3-aastaste laste kõne arengu esmase hindamise küsimustikku lapsevanematele (MacArthuri Suhtlemise Arengu testi lühiversioon).

Projekti „Koolipsühholoogide testide kaardistamine“ lõppraportist selgub, et koolipsühholoogide praktikas on kasutusel 117 erinevat testi (Tõnissaar, 2012). Eesti keelde kohandatud teste on oluliselt vähem kui neid, mida ei ole kohandatud või mille puhul vastajatel puudus info testi kohandamisest. Enim oskasid testi kohandamise asjaolude kohta vastata kutset omavad koolipsühholoogid. Raportis tuuakse ka välja, et koolipsühholoogidel puudub ühtne arusaam, mis vanuses lastel ühte või teist testi kasutada. Väljatoodud hindamisvahenditel puuduvad enamusel eakohased normid või kasutatakse vananenud norme. Näiteks kõige enam kasutatavate testide loetelu põhjal selgub, et kutsesobivuse ja vaimsete võimete hindamine moodustavad kõige olulisema osa testimisega seotud koolipsühholoogi tööst. Enamasti kasutatakse nende ülesannete täitmiseks Kaufmani-ABC, Hollandi kutsesobivuse testi, Raven'i progressiivsed maatriksid, WISC-III. Nendest kolmel esimesel on vananenud normid ning viimane ei ole eesti keele ja kultuuri oludele kohandatud, rääkimata normide olemasolust.

1.3.2. Tervise- ja sotsiaalvaldkonnas kasutatavad hindamisvahendid

Perearstid ja pereõed kasutavad kuni lapse 7-aastaseks saamiseni anamneesi vormi, hinnates lapse kehalist seisundit. Lapsevanemaid julgustatakse täitma tervisepäevikut. Laste heaolu ja vaimse tervise hindamiseks ei kasutata üldjuhul standardiseeritud mõõtevahendeid. Tagasisides tuuakse ka välja, et perearstidel ei ole sätestatud vastavate küsimustike kasutamist riiklikul tasandil. Ämmaemandad kasutavad raseduse jälgimise juhendit, mille kohaselt küsitakse vabas vormis küsimusi elustiili, lähisuhtevägivalla ja meeleolu kohta, ent praktikas puuduvad standardiseeritud hindamisvahendid. Kokkuvõtvalt võib nentida, et esmatasandi tervishoius sihipäraselt lapse vaimse tervise ja heaolu hindamist läbi ei viida.

Kooli tervishoiutöötajatelt ei saadud hindamisvahendite kasutamise kohta tagasisidet. Siiski on teada, et Tervise Arengu Instituudi eestvedamisel on koostatud juhendmaterjal kooliõdedele „Õpilase vaimse tervise hindamine“ (Susi & Tohvre, 2011) ning regiooniti on kooliõdedele läbi viidud koolitused õpilaste vaimse tervise probleemide varajase märkamise teemal aastatel 2011 -2013. Juhendmaterjal on toodud vabas vormis küsimused lapse vaimse tervise hindamiseks, ent testide kasutamine on välja jäetud. Juhendi koostajad märgivad, et testide kasutamine ei ole kooliõde igapäevatoos kasutusel, kuna nende administreerimine eeldab väljaõpet ning kasutusluba, mida kooliõdedel tavaliselt ei ole.

Kliinilises praktikas on kasutusel ligikaudu 70 testi meeleolu ja emotsionaalse seisundi, kognitiivsete funktsioonide ja isiksuseomaduste hindamiseks. Valdavalt on välja toodud, et tegemist on teiste hindamisvahenditega ning testide kasutusõigus on teadmata. Tagasisidest torkab silma, et kognitiivsete funktsioonide hindamisel on kasutusel suur hulk teste, ning näib, et tervishoiuasutused on teinud valiku lähtuvalt oma rahalistest ressurssidest. Paraku aga on tekkinud olukord, kus küll ostetakse sisse rahvusvaheliselt tunnustatud mõõtevahendeid, ent neid ei valideerita Eesti oludele, rääkimata normide olemasolust. Kasutusele on jäänud ka nõukogude koolkonna eksperimentaalse patopsühholoogia hindamismeetodid, mille normid on valdavalt kogutud 1970-ndatel aastatel, ja peamiselt noorukite ning täiskasvanute valimil. Arengusuundadena võib välja tuua, et noorukite vaimsete võimete testimisel on kasutusel WAIS III, mis on kohandatud eesti keelde ja millel on välja töötatud esialgsed normid.

Kokkuvõtvalt, suur osa kliinilises praktikas kasutusel olevatest hindamisvahenditest ei ole kohandatud eesti keele ja kultuuri kontekstile sobivaks. Hakkab silma, et kliiniliste psühholoogide töövahendite eest peavad hoolitsema spetsialistid ise, ning hindamisvahendid omandatakse nn käest kätte põhimõttel. Samas on kliinilised psühholoogid teadlikud, et suurel osal kasutuses olevatest mõõtevahenditest puuduvad eakohased normid, ning seetõttu kasutavad testimisel saadud tulemusi pigem kliendiga kontakti loomiseks ja võimalike probleemide kirjeldamiseks, kui tõendus põhiste järelduste tegemiseks.

Tegevusterapeudid soovivad oma töös kasutusele võtta psühhomeetriliselt usaldusväärseid mõõdikuid, ent tagasisidest ei selgu, kas need on ka Eesti oludele kohandatud ja psühhomeetrilisi näitajaid kontrollitud. Pigem nähtub, et kasutatavad eakohased normid pärinevad hindamisvahendid väljatöötanud autorite valimist.

Üllatavalt ei toodud ühegi erialaühenduse või institutsiooni tagasisides välja vanemlike oskuste (stabiilsus, emotsionaalne lähedus, turvalisuse tagamine, piiride seadmine) hindamiseks kasutatavaid mõõtmisvahendeid. Samuti nähtub, et psühhoaktiivsete ainete ja tänapäeval aktuaalse vaimse tervise probleeme tekitava arvutisõltuvuse hindamiseks ei ole kasutusel standardiseeritud küsimustikke.

1.4. Kokkuvõte

Kaardistamise tulemustest nähtub, et praktikud ei ole kursis Eesti oludele kohandatud küsimustikega, mis viitab ülikoolide ning haridus- ja tervishoiuasutuste puudulikule koostööle. Lisaks eelpool mainitule on heaks näiteks Laste Depressiooni Skaala (CDI; Kovacs, 1985), kus praktikud kasutavad TÜK Psühhiaatriakliinikus 1994 a eesti keelde tõlgitud versiooni (Pruulmann, 2006). Samal ajal on selle küsimustiku kohandanud eesti keelde ka Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (Samm jt, 2008) ja Tallinna Ülikool (Kaljula, 2007). Paraku mitte ühegi versiooni puhul ei ole kogutud eakohaseid norme. Ilmselt ringleb erinevate mõõtevahendite versioone veelgi, ning erinevalt CDI-st ei ole need enamasti psühhomeetriliselt kontrollitud.

Hindamisvahendite kaardistamise tulemustest nähtub, et Eestis ei ole tõenduspõhine hindamine ei tervishoiu-, sotsiaal- ega haridusvaldkonna praktikas levinud. Sellel on mitmeid põhjuseid. Ühelt poolt on ka rahvusvahelises praktikas hakatud tõenduspõhise hindamise olulisust rõhutama alles suhteliselt hiljuti (Kazdin, 2008). Sellele on tõuke andnud olukord, kus luuakse küll palju mõõtevahendeid, ent vähem rõhku pannakse mõõtevahendite valideerimisprotsessile ja eakohaste kultuurilisi ja etnilisi erinevusi arvesse võtvate normide väljatöötamisse. Tõenduspõhine hindamine nõuab rahalisi ressursse hindamise läbiviijate koolitamiseks, hindamisvahendite kohandamiseks, eakohaste normide kogumiseks ja uuendamiseks, ning kasutusõiguse omandamiseks, millele senises praktikas on Eestis nii riigi kui institutsionaalsel tasandil väga vähe tähelepanu pööratud. Samas tõenduspõhine praktika, sh. ennetustöö ja ravi, on mõeldamatud ilma tõenduspõhiseid hindamismeetodeid kasutamata.

2. Kokkuvõte rahvusvaheliselt enimkasutatud, valideeritud ja tõenduspõhistest hindamisvahenditest koos instrumentide lühikirjeldusega.

Norra finantsmehhanismi 2009-2014 programmi „Rahvatervis“ eelnevalt kindlaksmääratud projekti „Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks“ eesmärk on välja töötada integreeritud teenuste kontseptsioon, et soodustada valdkondade (sotsiaal-, tervis-, haridus) koostööd ja ennetada vaimse tervise probleeme laste hulgas. Seega on hindamisvahendite valikul oluline lähtuda põhimõttest, et hindamisvahendid oleksid universaalsed ja kasutatavad erinevate spetsialistide poolt. Riskilaste tuvastamiseks on hindamismeetodite valikul oluline kasutada sõelteste, et lapsed, kel risk vaimse tervise probleemide tekkeks või süvenemiseks, varakult suunata vaimse tervise spetsialistide juurde. Sõeltestide kasutamine võimaldab järgmisel astmel hindamist läbi viia fokuseeritumalt, ning rutiinne kasutamine koguda süstemaatilist infot lapse vaimse tervise seisundi kohta. Vaimse tervise probleemide skriinimisel tuleks määratleda, kas eesmärgiks on üldise distressi taseme hindamine, konkreetsete häirete tuvastamine (nt depressioon, ärevushäired) või spetsiifiliste sümptomite (nt meeleolu häirumine, ärevus) skriinimine (Bufka & Camp, 2010). Lähtudes projekti eesmärgist - ennetada vaimse tervise probleeme – võiks hindamisvahendite valikul lähtuda pigem viimasest, et ennetada psüühikahäirete kujunemist. Samuti on vajalik skriinida keskkonnast tulenevaid riske, mis laste vaimset tervist võivad ohustada, nt emotsionaalne ja füüsiline vägivald kodus ja koolis, sotsiaalse võrgustiku puudumine; tervisest tulenevad riskid, nt krooniline haigus; tervisekäitumisest tulenevad riskid, nt vähene füüsiline aktiivsus, söömiskäitumise häirumine, puudulik unehügieen. Hindamisvahendite valikul on lisaks psühhomeetriliste näitajate headusele soovituslik lähtuda järgmistest küsimustest (Bufka & Camp, 2010):

- Millist infot peaks hindamine andma? (diagnoos, sümptomite raskusaste, emotsionaalne seisund jm)
- Milline hindamisvahend valida? (intervjuu, standardiseeritud küsimustik, vaatlus)
- Kui kaua hindamine aega võtab? (läbiviimine, skoorimine, tõlgendamine)
- Kuidas andmeid kasutatakse? (riski tuvastamine, esmane seisund, sekkumise hindamine jm)
- Kas uuringu tulemusi jagatakse uuritavaga?
- Kas hindamisvahend tundub uuritavale mõistlik? (mõjutab motivatsiooni vastata)

Tabelis 4 (Lisa 2) on hinnatavate tunnuste kaupa toodud rahvusvaheliselt enim levinud mõõtevahendid. Otsing teostati andmebaasidest PsycInfo, Medline, ScienceDirect märksõnadega „evidence-based assessment of mental disorders OR psychopathology in children AND/OR youth AND review“, „evidence-based

assessment of family OR family relations AND review“. Lapse tervisega seotud vajaduste hindamiseks teostati otsing sisestades märksõnadena vastav hinnatav tunnus, nt „füüsilise aktiivsuse hindamine lastel JA ülevaate artikkel“ (assessment of physical activity in children AND review). Ülevaate artiklite puudumisel teostati otsing empiirilisi uuringuid kajastavate artiklite seas.

Mõõtevahendite valikul on lähtutud tõenduspõhise hindamise põhimõtetest. Seega nimekirjas olevate mõõtevahendite kohta on skaalade autorid esitanud detailse valideerimisprotsessi kirjelduse, statistiliselt usaldusväärsed psühhomeetrilised näitajad ning hindamisvahendite valiidsust on kontrollinud vähemalt kaks eri uurijat või uurimisrühma.

Hinnatavatest nähtustest on kajastamata jäetud vaimsete võimete hindamise ning isiksuseomadusi hindavad rahvusvahelised testid ja testipatareid, kuivõrd esmaseks hindamiseks on need liiga ressursimahukad ning nõuavad spetsiifilist väljaõpet kitsa suunitlusega vaimse tervise spetsialistidele. Samal põhjusel on hindamisvahendite ülevaates kajastamata jäetud diagnostilised intervjuud. Hetkel ei ole nimekirjas ka kõne arengu hindamiseks kasutatavaid rahvusvahelisi sõelteste. Kuna kõnetestid on väga keelespetsiifilised ja Eestis on hiljuti logopeedide poolt välja töötatud küsimustik, mida kasutatakse esmaseks hindamiseks riskirühma laste väljaselgitamiseks, siis pigem võiks testi autoritega konsulteerida, kas on võimalik selle põhjal lühike sõeltest välja töötada. Samuti on Tartu Ülikooli Psühholoogia instituudis Eesti oludele kohandatud MacArthuri Suhtlemise Arengu test (Fenson jt, 1993), millel on kaks versiooni, üks 8-16 kuuliste laste jaoks ja teine 16-30 kuuliste laste jaoks.

Tõenduspõhiste hindamisvahendite kasutamise vajadust Eestis möönavad nii tervishoiu-, sotsiaal- kui haridusvaldkonna spetsialistid. Esmasel hindamisel on oluline, et spetsialistid oleksid kursis ka teistes valdkondades kasutatavate hindamisvahenditega, et tekiks ühine ja eeldatavasti terviklik arusaam lapse heaolu ja vaimset tervist mõjutavatest teguritest. Seetõttu on soovitatav esmaste vaimse tervise hindamisvahendite valikul lähtuda universaalsuse põhimõttest, ning soodustada valdkonna ülest koostööd, samas määratledes konkreetsete spetsialistide rollid ja vastutuspiirid. Vaimse tervise hindamine võiks olla ka heas mõttes rutiinne tegevus, mis võimaldaks koguda süstemaatilist infot lapse vaimse tervise seisundi, arengu ja heaolu kohta ning seeläbi juba varakult märgata riske.

Esmaste hindamisvahendite valikul võiks lähtuda ka juba senisest teaduspraktikast hindamisvahendite valideerimisel. Muuhulgas võiks kaardistada Eesti teadusasutustes Eesti oludele juba kohandatud ja/või välja töötatud vaimset tervist ja lapse arengut hindavad mõõtevahendid ja nende staatus ning soodustada eakohaste normide kogumisel ja järjepideval uuendamisel koostööd teadusasutuste ning tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna asutuste vahel.

3. Hindamisvahendite valikukriteeriumite väljatöötamine. Eesti oludele sobivamate hindamisvahenditele esitatavad nõuded.

3.1. Sissejuhatus

Vaimse tervise hindamine on järjepidev protsess, mille käigus jälgitakse, kogutakse, salvestatakse ja tõlgendatakse informatsiooni, et vastata küsimustele ja teha otsuseid inimese psüühilise ja sotsiaalse funktsioneerimise osas. Hindamisprotsess on mitmeastmeline protsess, kus esimesel astmel saadud info annab sisendi ja suuna järgmiseks sammuks. Laste ja noorukite vaimse tervise hindamine aitab koguda süstemaatilist infot lapse arengu kohta kindlatel arenguetappidel ning hindamistulemused informeerivad spetsialiste edasiste sekkumiste vajaduse osas. Skriinimine erineb hindamisest selle poolest, et on enamasti ühekordne tegevus, ning aitab tuvastada, kas lastel on risk arenguliseks mahajäämuseks või vaimse tervise probleemide tekkeks. Samas võib ka skriinimine olla süstemaatiline tegevus, aidates tuvastada need lapsed ja noorukid, kes vajaksid põhjalikumat psühholoogilist või psühhiaatrilist hindamist. Regulaarne vaimse tervise skriinimine annab kiire ülevaate ja tagab lastele vajalikud teenused ja toe nii vara kui võimalik. Näiteks *The American Academy of Pediatrics (AAP)* soovitab regulaarset lapse arengu ja käitumise skriinimist standardiseeritud mõõtevahenditega 9-, 18- ja 24-30-kuulistele lastele, kuna just selles vanuses on lapsed enim tervishoiuspetsialistide vaateväljas. Hiljutise randomiseeritud uuringu kohaselt aitab standardiseeritud mõõtevahendite kasutamine esmatasandi meditsiinis oluliselt suuremal määral tuvastada arengulisi ja vaimse tervise probleeme lastel kui tavapärane jälgimiskaartide kasutamine (Guevara jt, 2013). Eelnevast lähtudes on mõistlik kaaluda standardiseeritud protokollid välja töötamist laste vaimse tervise probleemide varajaseks märkamiseks määratlades vanused või arenguperioodid, millal skriinimine või hindamine läbi viia, samuti standardiseeritud mõõtevahendid, mida ühes või teises vanuses hindamiseks kasutada. See looks aluse, et lisaks füüsilise arengu hindamisele tagada lastele ka regulaarne vaimse tervise hindmine lähtudes eakohastest standardiseeritud mõõtevahenditest.

Vaimse tervise probleemide ennetamisel ja riski tuvastamisel on üsna ilmne, et esialgses hindamisfaasis keskendutakse laiemale sümptomaatika hindamisele. Konkreetse mõõtevahendi valik sõltub hindamise eesmärgist ja millisel valimil hindamine läbi viiakse, ent hindamisvahenditele esitatavad psühhomeetriselised nõuded on siiski üsna universaalsed. Psühhomeetriselt tugev hindamisvahend peab olema standardiseeritud, sellel peavad olema eakohased ja soolised normid ning nõuetele vastavad reliaablus- ja valiidsusnäitajad (Hunsley & Mash, 2007). Alljärgnevalt on toodud psühhomeetriselised näitajad, mida testide valikul jälgida, ning lühidalt selgitatud, mida üks või teine näitaja peegeldab.

3.2. Psühholoogilistele hindamisvahenditele esitatavad nõuded.

Reliaablus ehk usaldusväärsus on mingi nähtuse hindamise järjekindluse näitaja ning annab infot testi skooride püsivusest ja korratavusest (Garb, Lilienfeld & Fowler, 2008). Reliaablus vastab küsimusele: Kas mõõtevahend annab erinevates oludes erinevatel hindajatel ja valimitel püsivat infot? Psühhomeetria terminitest lähtudes viitab reliaablus, mil määral mõõtmistulemused on täpsed ja juhuslikust veast mõjutamata (Wassermann & Bracken, 2003). Reliaablus ei ole stabiilne testi omadus, vaid võib valimitel erineda. Seega on oluline jälgida, millisel valimil on test välja töötatud, ning arvutada ja raporteerida mõõtevahendi reliaablusnäitajad igal hinnataval valimil.

Valiidsus peegeldab, kas test mõõdab seda nähtust, mida see mõõtma peab, ning kas testi skooride põhjal tehtud järeldused on täpsed (Garb, Lilienfeld & Fowler, 2008). Kui testi skoorid on püsivad, siis hinnatakse reliaablust heaks, sõltumata sellest, kas valiidsust on demonstreeritud või mitte. Ehkki test saab olla reliaabne ja mitte valiidsus, ei ole vastupidine (valiidsus ja mittereliaabne) võimalik (Wassermann & Bracken, 2003). Ehkki testiskoorid võivad olla püsivad, ei tähenda see tingimata, et need on täpsed. Näiteks võivad kaks klinitsisti anda sarnaseid hinnanguid, aga see ei anna infot, kas see hinnang on ka täpne.

Reliaablust ja valiidsust saab hinnata mitmel viisil. Kui kõik testi väited hindavad sama konstrukti, siis peavad testi väited omavahel positiivselt korreleeritud olema. Teisisõnu on testil piisav **sisereliaablus** (*internal consistency*). Kui test mõõdab stabiilset konstrukti, peavad vastajad testi korduval täitmisel saama suhteliselt sarnased skoorid, viidates **kordustestimise reliaablusele** (*test-retest*). Sama testi tegemine kaks korda lühikese ajavahemiku jooksul (nt 2 nädalat), hindabki testi kordustesti reliaablust ja näitab mõõdetava omaduse püsivust. Erinevate hindajate hinnangute kokkulangevust väljendab **hindajate vaheline reliaablus** (*inter-rater reliability*).

Sisemist reliaablust saab väljendada mitmel moel, ent Cronbach'i α on enimlevinud indeks (Streiner, 2003). Soovitused, mida lugeda heaks sisereliaablusnäitajaks varieeruvad, ent üldiselt nõustatakse, et α väärtus 0.70 on minimaalne aktsepteeritav väärtus ning alates 0.80 keskmise headuse näitaja (Lance jt., 2006). Kliinilise hindamise puhul peetakse soovitavaks väärtuseks vähemalt 0.90. Mainitud väärtuste tõlgendamisel peab arvestama, et testi pikkus mõjutab α väärtust: mida rohkem väiteid skaalal, seda kõrgem α . Kui skaala on piisavalt pikk, siis võib α väärtus olla üle 0.70 isegi siis, kui väidete vaheline korrelatsioon on madal. Väga lühikeste testide puhul võivad kõrged α väärtused peegeldada ka väidete liigset sarnasust (John & Soto, 2007). Seetõttu peetakse keskmist väidete vahelist korrelatsiooni paremaks meetodiks sisereliaabluse hindamiseks. Keskmised väidete vahelised korrelatsioonid on aktsepteeritavalt vahemikus .15-.50. Kui konstrukti hinnatakse laiemalt, siis on

soovitav, et väidete vaheline korrelatsioon oleks vahemikus .15-.20. Mida kitsamalt konstrukti hinnatakse, seda kõrgem peaks olema korrelatsioon, nt .40-.50 (Simms & Watson, 2007; Clark & Watson, 1995). Seega tasub mõõtevahendi sisereliaabluse hindamisel mõlemat näitajat jälgida. Korrelatsioone väljendatakse tavaliselt Pearsoni korrelatsioonikordaja ehk Pearsoni r -i kaudu, ent on ka kasutusel mitteparameetrilised reliaablustestid (kasutatakse kui mingi nähtus või tunnus ei vasta normaaljaotusele), mille puhul raporteeritakse sisereliaablust Spearmani astmelise korrelatsioonikordaja kaudu. Dihhotoomsete vastustega testide puhul kasutatakse sisereliaablusnäitajana Küder-Richardson Formula 20 (KR-20) koefitsenti (Kline, 2005).

Kordustesti reliaablus näitab testiskooride ajalist stabiilsust ning mõõdetava omaduse püsivust. Selle kalkuleerimisel kasutatakse pideva tunnusega andmete puhul jällegi Pearsoni korrelatsioonikordajat. Mida kõrgem on testiskooride omavaheline korrelatsioon, seda kõrgem on kordustesti reliaablus. Kordustesti reliaabluse hindamisel on oluline võrrelda seda näitajat teise sarnast nähtust hindava mõõtevahendi kordustesti reliaablusega (Ayearst & Bagby, 2010).

Testi reliaablusnäitajate hindamisel tuleb arvesse võtta, mis otsuseid testiskooride põhjal langetatakse. Näiteks testiskooride põhjal diagnoosimine eeldab kõrgemaid reliaablusnäitajaid kui riski hindamine (skriinimine). Samuti tuleb arvestada, et reliaablus- ja valiidsusnäitajad sõltuvad sellest, kuidas testi administreeritakse ja testitulemusi tõlgendatakse, ning kas järgitakse testi manuaali ja testi välja töötanud autorite juhiseid. Mõõtevahendite valiidsuse ja reliaabluse hindamisel on soovitatav toetuda mitme uuringu tulemustele.

Valiidsuse hindamisel tuuakse mõõtevahendi kirjelduse juures tavapäraselt välja neli valiidsusnäitajat: konstruktivaliidsus (*construct validity*), sisuvaliidsus (*content validity*), ennustav valiidsus ja konvergentne valiidsus (*convergent validity*).

Konstruktivaliidsus näitab, kui võrd täpselt mõõdavad testi väited seda, mida need mõõtma peaksid. Konstruktivaliidsuse oluline osa on **sisuvaliidsus**. Väidete sisu peaks ideaalis esindama hinnatava nähtuse erinevaid tahke, ühtegi neist ala- või üleesindades (Haynes, 2001). Nt. ADHD sümptomaatika hindamisel, selleks et konstrukti kõiki tahke hinnata, peaksid testi väited võrdselt esindama ADHD kolme peamist tunnust – hüperaktiivsus, impulsiivsus ja tähelepanuraskused. Mida laialivalgavam või ebapüsivamalt on konstrukt defineeritud, seda raskem on ka väidete sisu valideerida. Ehkki testi väidete omavaheline korrelatsioon annab veidi infot testi homogeensusest, ei ole ühtegi statistilist testi, mis hindaks sisuvaliidsust. Sisuvaliidsuse hindamisel kasutatakse tüüpiliselt ekspertide hinnanguid, kes aitavad eraldada väited, mis on prototüübilised mingile konstruktile või lihtsalt konstruktiga seotud (John & Soto, 2007). Seega sisuvaliidsuse hindamisel tasub jälgida, kas konsulteeriti ekspertidega kui hästi testi väited (relevantsus, esindatus, selgus) esindavad uuritavat tunnust/nähtust.

Konvergentne valiidsus vastab küsimusele, kui tugevalt mingi mõõtevahendi skoorid on seotud teiste sarnast tunnust või nähtust hindava mõõtevahendite skooridega. Mida suurem korrelatsioon, seda suurema tõenäosusega hindavad mõõtevahendid ühte ja sama konstrukti.

Ennustav valiidsus peegeldab kuivõrd me saame testi tulemuste põhjal ühte või teist omadust või käitumist ennustada, ning kas need aitavad teha õigeid otsuseid.

3.3. Normide väljatöötamine

Sõeltestid annavad kiire ülevaate lapse vaimse tervise riskidest, ning aitavad teha otsuseid edasise hindamise vajaduse osas. Sõeltestide puhul on oluline äralõikepunktide määratlemisel jälgida sensitiivsuse ja spetsiifilisuse näitajaid. **Sensitiivsus** viitab mõõtevahendi võimele tuvastada korrektselt indiviidid, kel teatud vaimse tervise probleem või kel kõrgem risk selle tekkeks. **Spetsiifilisus** viitab mõõtevahendi võimele tuvastada korrektselt indiviidid, kel ei ole teatud vaimse tervise probleemi. Nt. BDI-II on sensitiivsus .95, viidates, et see tuvastab 95% depressiivsetest patsientidest (Arnau jt, 2001). BDI-II spetsiifilisus on .90, viidates, et see tuvastab 90% mittedepressiivsetest indiviididest. Soovitavalt võiksid nii sensitiivsuse kui spetsiifilisuse näidud kõrged olla, aga olenevalt testimise eesmärgist võib olla üks olulisem kui teine. Seega, kui eesmärgiks on tuvastada riskis olevad indiviidid, tuleks pigem jälgida sensitiivsuse näitajat. Kui testi äralõikepunkt on madalam, muutub test sensitiivsemaks, aga võib kaasa tuua ka rohkem valepositiivseid juhte. Kui testi äralõikepunkt on kõrgem, on test spetsiifilisem, aga sellega võib kaasnedä rohkem vale-negatiivseid juhte. Äralõikepunktid peaksid olema valimispetiifilised, võttes arvesse normaalseid arengulisi muutusi (Ayearst & Bagby, 2010).

Normide väljatöötamisel on olulise tähtsusega küsimus, kui palju erinevaid normigruppe välja töötada. Iga nn. normikomplekti väljatöötamine toob kaasa lisakulutusi testi arendajale ja seeläbi vähendab kulutõhusust. Samuti teeb iga normikomplekt testitulemuste interpretatsiooni keerukamaks. Sugu, rahvus, vanus, spetsiifiline häiregrupp (nt diabeedihaiged lapsed) – kõik võivad normide väljatöötamist mõjutada. Üldiselt võiks järgida lihtsuse põhimõtet, ning lähtuda tavapopulatsiooni keskmisest (ja antud vanusegrupi keskmisest), kui just ei ole määratletud faktorid, mis mõõtevahendi valiidsust teatud spetsiifilisel grupil mõjutavad (Youngstrom, 2008). Seega, kui kulutõhusus on oluline, siis testide valikul lähtuda pigem põhimõttest, et test on kohaldatav kogu populatsioonile ja mitte ainult spetsiifilisele grupile (nt kroonilise haigusega lapsed), ehk siis jälgida, kuivõrd saab üldistada ühel populatsioonil saadud tulemusi teistele populatsioonidele.

3.4. Mõõtevahendite kohandamine

Mõned testid on paremini kohandatavad kui teised. Testi kohandamisel tuleks kindlasti alustuseks jälgida, kas originaaltesti näol on tegemist kultuurispetsiifilise või pigem universaalse testiga. Snyder jt. (2005) soovivad hindamisvahendite kohandamisel kultuuriliste erinevuste minimeerimiseks empiirilisel hinnata nelja valdkonda :

1. Mõõtevahendi keeleline ekvivalentsus: kas väited mõõdavad ainult ühte omadust või veel midagi? Kas väited on üheselt tõlgitavad?
2. Kultuuriline ekvivalentsus: kas test mõõdab mõlemas kultuuris sama nähtust?
3. Skalaarne ekvivalentsus või mõõtmisühiku ekvivalentsus, ehk skaala alguspunkti ja mõõtmisühikute kokkulangemine: kas on võimalik originaalile sarnast skaalat rakendada?
4. Funktsionaalne ekvivalentsus, ehk kas on jälgitavad samasugused seosed ning kas valiidsus- ja reliaablusnäitajad on originaalile sarnased.
Imselgelt on mõistlik kohandamisel jälgida ka protseduurilist ekvivalentsust, ehk kas testi on võimalik sarnaselt originaalile läbi viia.

3.5. Valideerimisprotsessi üldine kirjeldus

Valideerimisprotsessi esimeseks sammuks on mõõdetava nähtuse/konstrukti defineerimine. Järgnevalt tuleks otsustada, milline rahvusvahelistest testidest seda konstrukti kõige paremini mõõdab, ning kas uuritavat konstrukti saab mõlemal maal sarnaselt defineerida. Sealjuures on oluline jälgida keelelist (sõnavara, süntaks) ja kultuurilist (universaalsed vs kultuurispetsiifilised situatsioonid ja tegevused) ekvivalentsust, ehk kas konstrukti hindavad väited on üheselt tõlgitavad ning kooskõlas eesti kultuuriga. Arvestades, et Eestis on vajadus ka venekeelsete testide järele, on soovitatav mõõtevahendi valikul eelistada teste, mis oleksid kohandatavad mõlemasse keelde. Samuti tuleks valikul jälgida protseduurilist ekvivalentsust, ehk kas nii eesti- kui venekeelsele elanikkonnale saab testi sarnaselt originaalile läbi viia.

Mõõtevahendi adapteerimisel järgmiseks sammuks on mõõtevahendi tõlkimine ideaalis mitme tõlkija poolt. Tõlkimise eesmärgiks on tagada tõlke ja originaali ekvivalentsus, seega tõlkija peaks peale keelte tundma mõlemat kultuuri ja lisaks igapäevakeelele olema kursis antud valdkonna terminoloogiaga. Sellele järgneb tagasitõlge teis(t)e tõlkija(te) poolt, tõlke ja tagasitõlke erinevuste analüüsimine kas testi autori või mõne teise antud valdkonda tundva spetsialisti poolt, ning keeleliselt ja kultuuriliselt sobivaima lahenduse valimine. Kui mõni rahvusvaheliselt tunnustatud hindamisvahendi väide on raskesti kohandatav, siis võib autoritega läbirääkides kaaluda alternatiivsete väidete genereerimist, mis oleksid kooskõlas hinnatava konstruktiga, ent antud kultuurikontekstis sobivamad kui originaalväide. Alternatiivsete väidete genereerimisel võib pöörduda vastava valdkonna spetsialistide/ekspertide poole. Kui eelnev protsess on tehtud läbi nii eesti kui

venekeelde tõlkimisega, siis tuleks ka neid tõlkeid omavahel võrrelda ja vajadusel erinevusi analüüsida. Kõikvõimalikud muutused originaalist tuleb dokumenteerida.

Testi läbiviimisel tuleks tagada protseduuriline ekvivalentsus originaaliga. Seega, kui on olemas standardsed juhendid testi läbiviimiseks, siis tuleks neid järgida. Üldjuhul tuleks minimiseerida igasugust hindaja ja hinnatava omavahelise suhtlemise mõju hindamisele. Näiteks, et vähendada erinevusi, mis võivad tuleneda hindaja ja hinnatava suhtlemisest, on soovitatav kirjalike mõõtevahendite puhul teha kirjalik instruksioon (Hambleton, 2005). Samuti hinnata, kas testiformaat on vastajale tuttav, nt kas on kursis Likert tüüpi skaalale vastamisega. Uudse vastuseformaadi mõju saab vähendada lisaselgituste või näidisväite abil (van de Vijver & Poortinga, 1997).

3.6. Kokkuvõte

Lähtudes projekti „Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks“ eesmärgist - välja töötada integreeritud teenuste kontseptsioon, et soodustada valdkondade ülest koostööd ja ennetada vaimse tervise probleeme laste hulgas, on mõõtevahendite valikul soovitatav silmas pidada järgmist:

- On selgelt sõnastatud, millist omadust või nähtust test on mõeldud hindama.
- Testil on head valiidsus- ja reliaablusnäitajad (ning ideaalis on seda demonstreerinud, mitte ainult testi arendajad, vaid ka teised uurijad).
- Test on olemuselt sõeltest, s.t sellel on välja töötatud äralõikepunktid (või on olemas ealised normid), ning sel on välja toodud sensitiivsuse ja spetsiifilisuse näitajad.
- Testi valik on kooskõlas testimise eesmärgiga (s.o. tuvastada riskis olevad lapsed).
- Testil on olemas selged juhised selle läbiviimiseks, skoorimiseks ja tõlgendamiseks.
- Testi administreerimine on optimaalne nii hindajale kui hinnatavale, maksimaalselt 10- 15 min. Mitmeid tunnuseid hindav test võib olla ka pikem, kuni 30 min.
- Testi skoorimine on ajaliselt optimaalne ning mõistliku keerukusastmega.
- On selgelt määratletud pädevus, milline ettevalmistus peab testi läbiviijal olema. Ideaalis võiksid testi pärast väljaõpet läbi viia nii sotsiaal-, tervise-, kui haridusvaldkonna spetsialistid, ent võib ka määratleda, millised testid on ühe või teise valdkonna spetsialistide pädevuses.
- Test on kohandatav Eesti oludele.
- Sarnaste psühhomeetriliste näitajatega testide puhul võiks lähtuda kulutõhususe põhimõttest. Tasub võrrelda ka testi kohandamise ja uue testi loomisega kaasnevaid kulusid, võttes arvesse, et testi norme tuleks kaasajastada.

Testide valikul tuleks jälgida, et oleks tagatud erinevas vanuses laste ja noorukite hindamine, võttes arvesse, mis on teatud arenguperioodis kriitiline ja vaimse tervise probleemide riski suurendav. Nt. imiku- ja väikelapseas on oluline tuvastada arenguline mahajäämus, et võimaldada varajast sekkumist. Seega on oluline valida optimaalne arv teste, aga iga uue testi puhul kriitiliselt hinnata, kas ja kui palju selle lisamine annab hindajale uut infot. Samuti, kui ühel testil on nii enesekohane, õpetaja ja lapsevanema versioon, tasub hinnata, kuivõrd iga testi lisamine annab uut infot.

4. Eesti oludele sobivaimad hindamisvahendid

Eesti oludele sobivimate hindamisvahendite valimisel lähtuti testidele esitatavatest psühhomeetristest nõuetest, kohandamisega seotud nõuetest ja kulutõhususe põhimõttest, ning jälgiti testi kooskõllalisust testimise eesmärgiga (s.o. tuvastada riskis olevad lapsed). Testide valikul lähtuti ka laste vanuseperioodist, et kaetud oleks võimalikult lai vanusegrupp. Hindamisvahendite valiku tulemusel jäid sõelale 20-st lapse arenguvajadusi ja/või psühholoogilist seisundit hindavatest küsimustikest 7, vastavalt Screen for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), Children's Global Assessment Scale (C-GAS), Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R), The Modified Checklist for Autism in Toddlers — Revised (M-CHAT-R/F), Ages and Stages Questionnaires: 3rd Edition (ASQ), ja Rosenberg Self-Esteem Inventory. Vanemlike oskuste hindamiseks 2 küsimustikku: Parenting sense of competence scale (PSOC), Parent Concerns Questionnaire (PCQ). Pere ja keskkondlike tegurite hindamiseks samuti 2 küsimustikku: Protective Factors Survey (PFS) ja Family Functioning Style Scale (FFSS). Lapse tervisega seotud vajaduste (uni, söömine, füüsiline aktiivsus) ja seda mõjutavate käitumiste (psühhoaktiivsete ainete kasutamine) hindamisel jäid sõelale järgmised küsimustikud: Pediatric Symptom Checklist (PSC) lühendatud versioon PSC-17, Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), Children's Eating Attitudes Test (ChEAT), Physical Activity Questionnaire for Children (PAQ-C); Physical Activity Questionnaire for Adolescents (PAQ-A), Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ja KIDSCREEN-52.

Järgnevalt on iseloomustatud sõelale jäänud küsimustikke ja analüüsitud neid lähtuvalt eelmises peatükis testidele esitatavatest nõuetest. Iga küsimustiku puhul on toodud selle nimi originaalis, arendajad, lühikirjeldus, küsimustiku psühhomeetristised omadused, läbiviimise aeg, nõuded läbiviijale, küsimustiku tugevused ja nõrkused ning viited teadusuuringutele ja manuaalile.

4.1. Screen for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Testi arendajad: Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & McKenzie Neer, S. (1997).

Enesekohane sõeltest 8-18a laste ärevushäirete skriinimiseks. Koosneb viiest alaskaalat: kehaline ärevus/paanika, üldistunud ärevus, lahutamiskartus, sotsiaalloobia, koolitõrge. 41 väidet, Likert`tüüpi skaala 0-2. Nii laste kui vanemate versioon. Autoritega kooskõlastades tasuta.

Psühhomeetriselised omadused: demonstreeritud väga head konvergentset ja eristuvat valiidsust, väga hea sise- ja kordustestimise reliaablus

Administreerimise aeg: 5- 10 min, skoorimine: 1-3 min

Nõuded läbiviijale: meditsiini või kliinilise psühholoogia alane haridus

Tugevused: psühhomeetriselt usaldusväärne, hästi kohandatav eesti keelde, võimalik välja töötada äralõikepunktid, sobib nii esmatasandil kui teise tasandi tervishoius kasutada. Soovitatud ärevushäirete skriinimiseks ravijuhendis “Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorfoobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis” (RJ-F/2.1-2014)

Nõrkused: lähtuvalt läbiviimisele esitatud nõuetest sobib kasutamiseks ainult tervishoiusüsteemis

Viited:

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & McKenzie Neer, S. (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.

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, 1230-1236.

Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J., & Cully, M. (2000). Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): Convergent and divergent validity. *Depression and Anxiety*, 12, 85-91.

Hale, W. W. III, C, E., Raaijmakers, A. W., & Meeus, W. H. J. (2011). A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 80-90.

4.2. Children's Global Assessment Scale (C-GAS)

Testi arendajad: Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., et al. (1983).

Hindab üldist psühholoogilist ja sotsiaalset funktsioneerimist 4-16a lastel tuginedes eelnevatele uuringutele. 1 väide. Hindab tervishoiutöötaja. 0-100 p skaalal. Tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: demonstreeritud head eristuvat ja võrdlevat valiidsust
Administreerimise aeg: 5-10 min

Nõuded läbiviijale: klinitsist

Tugevused: hea eristav ja võrdlev valiidsus; praktikas väga levinud k.a Eestis

Nõrkused: annab üldise hinnangu funktsioneerimisele, aga ei täpsusta valdkondi; nõuab eelnevat kliinilist uuringut, et teha üldistus.

Viited:

Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., et al. (1983). A children's global assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228–1231.

Kleinberg, A., Jaanson, P., Lehtmets, A., Aluoja, A., Vasar, V. Suija, K., Ööpik, P. (2011). Depressiooni ravijuhend perearstidele. Lisa 3. *Eesti Arst*, 90(9), 431–446.

4.3. Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R)

Testi arendajad: Conners, C.K., 2001

Hindab 3-17 a laste ja noorukite emotsionaalseid ja käitumuslikke probleeme. Olenevalt versioonist 27–87 väidet. Välja töötatud lapsevanema, õpetaja versioonid ning teismelise enesekohased versioonid. Esimesed kaks sobilikku 3-17aastastel, enesekohane versioon 12-17aastastel. Vanema ja õpetaja versioonis alaskaalad: tõrges-trotslik käitumine, kognitiivsed probleemid/tähelepanuraskused, hüperaktiivsus, ärevus, perfektsionism, sotsiaalsed probleemid, psühhosomaatilised kaebused. Enesekohases versioonis: käitumisprobleemid, kognitiivsed raskused, pere, viha kontroll, emotsionaalsed probleemid, hüperaktiivsus. Komposiitskoor: ADHD indeks, ja DSM-IV sümptomid.

2008. aastal loodi järjekordne edasiarendus Conners Rating Scales – 3, mis on ülesehituselt sarnane CRS-R versioonile, kuid sisaldab lisaks õpiraskuste, käitumishäirete ning täidesaatvate funktsioonide alaskaalasid. 2009. aastal valideeritud 15-väiteline õpetajate versioon eelkooliealistele lastele. Tasuline.

Psühhomeetriselised omadused: väga head valiidsus- ja reliaablusnäitajad

Administreerimise aeg: pikk versioon 20 min, lühike versioon 10 min

Nõuded läbiviijale: ei nõua meditsiinilist või psühholoogilist haridust, ent vajalik teada psühholoogilise testimise üldpõhimõtteid.

Tugevused: põhjalik hinnang; head valiidsus- ja reliaablusnäitajad; välja töötatud vanuselised ja soolised normid esinduslikul valimil, ulatuslik vanusevahemik; kergesti administreeritav ja skooritav; hinnangud erinevatest allikatest

Nõrkused: vanemal versioonil mõõdukad sensitiivsuse ja spetsiifilisuse näitajad; tasuline

Viited:

Conners, C.K., Wells, K.C., Parker, J.D.A., Sitarenios, G., Diamond, J.M., Powell, J.W. (1997). A new self report scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 487-497.

Conners, C. K. (2001). Conners' rating scales-revised: Technical manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health System.

Purpura, D.J, Lonigan, C.J. (2009). Conners' Teacher Rating Scale for Preschool Children: A Revised, Brief, Age-Specific Measure. *J Clin Child Adolesc Psychol* 38(2), 263–272.

4.4. The Modified Checklist for Autism in Toddlers — Revised (M-CHAT–R/F)

Testi arendajad: Robins, Fein & Barton, 2009, 2014

Kahe-astmeline sõelküsimumstik autismi spektri häirete võimalikult varajaseks tuvastamiseks. Mõeldud 16-30-kuuliste laste hindamiseks, ent soovituslik vanus 24 – kuulised. Tuvastab madala, keskmise ja kõrge riski autismi suhtes. Täidab lapsevanem, 20 ei/jah formaadis küsimust. Autoritega kooskõlastades tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: koguskaala sisereliaablus (Cronbachi α) 0.67-.79; hea konvergentne valiidsus; sensitiivsus .91, spetsiifilisus.96

Administreerimise aeg: 5-10 min

Nõuded läbiviijale: meditsiini või psühholoogia alane väljaõpe

Tugevused: tuvastab juba keskmiselt 2-aastastel lastel 95% tõenäosusega mahajäämise sotsiaal-emotsionaalses arengus, töötatud välja esinduslikul valimil

Nõrkused: madal sisereliaablus, mis tuleneb mõõdetava nähtuse heterogeensusest

Viited:

Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. (2014). Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*.133(1), 37-45.

4.5. Ages and Stages Questionnaires: 3rd Edition (ASQ)

Arendajad: Squires, Twombly, Bricker & Potter, 2009

Hindab mootorset, sotsiaalset ja emotsionaalset arengut 1-66 kuulistel (5,5-aastastel) lastel. 21 vanuse-spetsiifilist küsimustikku, igas 30 vanuse-spetsiifilist küsimust. Täidab lapsevanem. Tuvastab lapsed, kes vajavad edasist hindamist, et määrata erivajaduslik õpe. Tasuline.

Psühhomeetrilised omadused: konvergentne valiidsus .90-94, sisereliaablus .82, kordustestimise reliaablus .94, sensitiivsus 71-85%, spetsiifilisus 90-98%

Administreerimise aeg: iga küsimustik 10-15 min, skoorimine 2-3 min

Nõuded läbiviijale: ei nõua meditsiinilist või psühholoogilist haridust

Tugevused: Väga levinud rahvusvahelises praktikas, võimalik kasutada nii haridus-, tervishoiu-, kui sotsiaalvaldkonnas, hindab võimalikult vara arengulist mahajäämust; võimalik välja töötada äralõikepunktid.

Nõrkused: soovitatakse kasutada koos teiste hindamisvahenditega; mahukas; testide soetamine ja väljaõpe kallis.

Viited:

Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009). Ages and Stages Questionnaires: Third Edition. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing

Beligere, N., Bandepalli, C., Helin, R., Keane, A., Dharmapuri, S. (2005). Parents Report of Social and Emotional Status of the Premature Infants. Ages and Stages Questionnaire (ASQ) on Social and Emotional (S/E) Assessment ASQ:SE. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(6):472.

4.6. Pediatric Symptom Checklist (PSC)

Testi arendajad: M.S. Jellinek & J.M. Murphy, 1988

Hindab 4 –16a laste biopsühhosotsiaalseid probleeme. Hindamise viib läbi lapsevanem. Originaalskaalal 35 väidet, 3 alaskaalat (PSC-35). Lühendatud versioonis 17 väidet (PSC-17), hõlmab ainult psühhosotsiaalseid probleeme, kehalised kaebused on välja jäetud. Kasutatakse valdavalt esmatasandi tervishoius. Noorukitele töötatud välja ka enesekohane versioon. Tasuta

Psühhomeetrilised omadused: demonstreeritud head konvergentset valiidsust, sisereliaablus kordustestimise reliaablus .84 - .91., sensitiivsus .88 - .92, spetsiifilisus .68 - .99

Administreerimise aeg: läbiviimine 5 min, skoorimine 2 min

Nõuded läbiviijale: Testi läbiviimine ei nõua spetsiaalset koolitust ega akadeemilist kraadi.

Tugevused: universaalne; olemas nii pikem kui lühike versioon, läbiviimine ei nõua spetsiaalset koolitust; tasuta

Nõrkused: spetsiifilisuse näitajad varieeruvad, lühiversioonil mõõdukas valiidsus

Vüited:

Jellinek MS, Murphy JM, Little E, Pagano ME, Comer DM, Kelleher KJ. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to Screen for Psychosocial Problems in Pediatric Primary Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 153, 254-260.

Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, et al. (1988). The Pediatric Symptom Checklist: screening school-age children for psychosocial dysfunction. *J Pediatr.* 112, 201-209.

Gardner, W., Lucas, A., Kolko, D. J., & Campo, J. V. (2007). Comparison of the PSC-17 and alternative mental health screens in an at-risk primary care sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 46(5), 611-618.

4.7. Rosenberg Self-Esteem Inventory

Arendaja: Rosenberg, 1965

Eestikeelne versioon: Rosenbergi Enesehinnangu Skaala, Pullmann & Allik, 2000, Tartu Ülikool

Küsimustik koosneb 10-st väitest, hindab üldist hinnangut oma eneseväärtusele. Erinevad versioonid lastele (alates 9-aastaselt) ja noorukitele, väited samad, ent hinnanguskaalad erinevad. Sobib 9-18 a lastele. Autori perekonnaga kooskõlastades tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: head reliaablus- ja valiidsusnäitajad

Administreerimise aeg: läbiviimine 1 min, skoorimine 2 min

Nõuded läbiviijale: testi läbiviimine ei nõua spetsiaalset koolitust ega akadeemilist kraadi, aga eeldab enesehinnangu konstrukti tundmist

Tugevused: rahvusvahelises praktikas laialt levinud, kergesti administreeritav ja skooritav, läbiviimine ei nõua spetsiaalset koolitust; Eestis ulatuslik andmebaas koolilastel alates 9-eluaastast, ning andmed erinevatest uuringutest kliiniliselt valimilt.

Nõrkused: ei ole teada

Viited:

Rosenberg, M. 1989. *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press

Rosenberg, M. 1965. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Owens, T.J. 1994. "Two Dimensions of Self-Esteem: Reciprocal Effects of Positive Self-Worth and Self-Deprecation on Adolescent Problems." *American Sociological Review*. 59, 391-407.

Pullmann, H. & Allik, J. (2000). The Rosenberg self-esteem scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715

4.8. Protective Factors Survey (PFS)

Testi arendajad: FRIENDS National Resource Center for Community-Based Child Abuse Prevention, 2008

Hindab last väärkohtlemise eest kaitsvaid faktoreid: pere funktsioneerimine /resilientsus, emotsionaalne toetus, konkreetne toetus (nt ligipääs sotsiaalhoolekande teenustele), hoolitsemine ja kiindumussuhe, teadmised vanemlikest oskustest ja lapse arengust. Täidab lapsevanem. 20 väidet, hinnatakse Likert tüüpi skaalal (1-7p). Sobilik ka sekkumise mõju hindamiseks. Võimalik lisada ka sissejuhatav demograafiliste andmete osa. Autoritega kooskõlastades tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: sisereliaablus .78-89, demonstreeritud konvergentset valiidsust

Administreerimise aeg: läbiviimine 10-15 min

Nõuded läbiviijale: Testi läbiviimine ei nõua spetsiaalset koolitust ega akadeemilist kraadi, sobib kõigile riskiperedega töötavatele spetsialistidele.

Tugevused: keskendub last väärkohtlemise eest kaitsvatele faktoritele ning on küsimustiku täitjale vastuvõetavam; läbiviimine ei nõua spetsiaalset koolitust; välja töötatud detailne manuaal; sobib ka sekkumise mõju hindamiseks.

Nõrkused: kuna on veel uus mõõtevahend, siis puudub info sensitiivsuse ja spetsiifilisuse kohta; äralõikepunktide väljatöötamine aeganõudev (eeldab riskiperede kaasamist).

Viited:

Counts, J. M., Buffington, E. S., Chang-Rios, K., Rasmussen, H. N., & Preacher, K. J. (2010). The development and validation of the protective factors survey: A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 762-772.

FRIENDS National Resource Center (2008). *The Protective Factors Survey. A guide to administering the Protective Factors Survey.* Institute for Educational Research and Public Service at the University of Kansas, U.S.

4.9. Parenting sense of competence scale (PSOC)

Testi arendajad: Johnston & Mash, 1989

Hindab vanemate rahulolu oma vanemlike oskustega ja enesetõhusust vanemliku rolliga hakkama saamisel. 16 väidet, hinnatakse skaalal 1-6. Sobib eelkooliealistest kuni teismeliste laste puhul rakendada. Autoritega kooskõlastades tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: head valiidsus- ja reliaablusnäitajad

Administreerimise aeg: 5-10min

Nõuded läbiviijale: ei nõua spetsiifilist väljaõpet

Tugevused: äralõikepunktid (tuvastab kõrge, mõõduka ja madala vanemlike oskuste ja nendega rahuloluga iniviidid); laial vanuseskaalal rakendatav; ennustab lapse käitumisprobleeme.

Nõrkused: ei ole teada

Viited:

Johnston, C., & Mash, E.J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.

Ohan, J L., Leung, D W., Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioural Science* , Vol 32(4), 251-261.

Rogers, H & Matthews, J. (2004). The parenting sense of competence scale: Investigation of the factor structure, reliability, and validity for an Australian sample. *Australian Psychologist*, 39, 88-96.

Gilmore, L. & Cuskelly, M. (2009). Factor structure of the Parenting Sense of Competence Scale using a normative sample. *Child Care, Health & Development*, 38, 48-55.

4.10. Parent Concerns Questionnaire (PCQ)

Arendajad: Sheppard, 2000, 2010

Küsimustik keskendub lapse heaolule laiemalt (sh ökoloogilised tegurid, mis mõjutavad lapse arengut). Hindab kolme valdkonda: lapse arenguvajadused, vanemlikud võimed ning pere- ja keskkondlikud tegurid. Küsimustik lähtub ideest, et kõik kolm võivad eraldi või omavahelises koosmõjus mõjutada negatiivselt vanemlikku käitumist. Küsimustik aitab määratleda tegurid, mis mõjutavad lapse heaolu negatiivselt. Sobib kuni 18-aastaste laste vanematele.

Psühhomeetrilised omadused: sisereliaablus alaskaalati .79-89, kõrge kordustestimise reliaablus, demonstreeritud konstruktivaliidsust.

Administreerimise aeg: läbiviimine 10 min

Nõuded läbiviijale: ei ole teada

Tugevused: tugineb hindamiskolmnurgale, sobib riskiperede tuvastamiseks

Nõrkused: võib ilmnedda soov sotsiaalseks vastamiseks; ei ole otseselt sõeltest

Viited:

Sheppard, M. (2010). The Parent Concerns Questionnaire: A reliable and valid Common Assessment Framework for Child and Family Social Care. *British Journal of Social Work*, 40, 371-390.

Sheppard, McDonald, & Welbourne (2010). The Parent Concerns Questionnaire and Parenting Stress Index: comparison of two Common Assessment Framework-compatible assessment instruments. *Child and Family Social Work*, 15, 345-356.

4.11. Family Functioning Style Scale

Arendajad: Trivette, Dunst, Deal, Hamby, & Sexton, 1988, 1994

Hindab pere funktsioneerimise positiivseid külgi ja pere tugevusi. Küsimustikul on 5 alaskaalat: suhtemustrid, pere väärtused, toimetulekustrateegiad, pere pühendumine ja ressursside mobiliseerimine rasketes olukordades. Sihtrühm: täiskasvanu/lapsevanem. 26 küsimust (Likerti skaalal 1-5). Autoritele korrektselt viidates vaba kasutusõigus.

Psühhomeetrilised omadused: sisereliaablus koguskaalal Cronbachi α .92, demonstreeritud head konstrukti ja ennustavat valiidsust.

Administreerimise aeg: läbiviimine 10 min, skoorimine 10 min

Nõuded läbiviijale: ei ole määratletud

Tugevused: keskendub pere tugevuste hindamisele

Nõrkused: vähe rahvusvahelisi uuringuid skaala kohta

Viited:

Trivette, C. M., Dunst, C. J., Deal, A. G., Hamby, D. W., & Sexton, D. (1994). Assessing family strengths and capabilities. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families: Methods, Strategies and Practices*. Cambridge: Brookline Books.

Early, T. J. (2001). Measures for practice with families from a strengths perspective. *The Journal of Contemporary Human Services*, 82(2), 225-232.

4.12. Children's Eating Attitudes Test (ChEAT)

Testi arendajad: Maloney, McGuire, Daniels, 1988

Eestikeelne versioon: Laste Söömishoiakute Skaala, Akkermann, Paal, Polli, Kalde (2011), Tartu Ülikool

Küsimustik hindab söömishoiakuid ja -käitumisi 9-15a lastel. Originaalis 26 enesekohast väidet; eestikeelses versioonis 18 väidet, mis jagunevad nelja alaskaalasse: hõivatus toidust ja kehakaalust, tajutud surve söömisele, toidu piiramine, kontroll. Väiteid hinnatakse 6-pallisel skaalal (0-*alati* kuni 5- *mitte kunagi*).

Psühhomeetrilised omadused: koguskaala sisereliaablus (originaalis .76-.87 (sõltuvalt vanusest), eestikeelses versioonis .86); kordustestimise reliaablus .81; demonstreeritud konvergentset valiidsust

Administreerimise aeg: läbiviimine 5, skoorimine 5 min

Nõuded läbiviijale: vajalik meditsiini- või psühholoogia alane väljaõpe

Tugevused: kohandatud eesti keelde, sagedamini kasutatavaid skaalasid laste söömiskäitumise hindamiseks, võimalik välja töötada äralõikepunkid

Nõrkused: skaala on tundlik arengulistele muutustele, ja seetõttu nõuaks eraldi valideerimist varajases, kesk- ja hilises puberteedieas; 2 alaskaala sisereliaablus rahuldav

Viited:

Maloney, M. J., McGuire, J. B., Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (5), 541-543.

Smolak, L., Levine, M. P. (1994). Psychometric properties of the Children's Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (3), 275-282.

Lynch, W.C., Eppers-Reynolds, K. (2005). Children's Eating Attitudes Test: revised factor structure for adolescent girls. *Eating and Weight Disorders*, 10(4), 222–235

Ambrosi-Randic, N., Pokrajac-Bulian, A. (2005). Psychometric properties of the eating attitudes test and children's eating attitudes test in Croatia. *Eating and Weight Disorders*, 10, 76–82.

Ranzenhofer, L.M., Tanofsky-Kraff, M., Menzie, C.M, Gustafson, J.K, Rutledge, M.S, Keil, M.F, Yanovski, S.Z, Yanovski, J.A. (2008). Structure analysis of the Children's Eating Attitudes Test in overweight and at-risk-for-overweight children and adolescents. *Eating Behaviors* 9(2), 218–227.

4.13. Physical Activity Questionnaire for Children (PAQ-C) & Physical Activity Questionnaire for Adolescents (PAQ-A)

Arendajad: Kowalski, Crocker & Faulkner, 1997

PAQ-C hindab üldist kehalist aktiivsust 8-14a lastel. PAQ-A on noorukite versioon 14-20-aastastele. Kummaski skaalas 9 väidet, lisaks 1 väide identifitseerimaks lapsi, kel ebaharilik füüsiline aktiivsus mõõdetava perioodi vältel. Tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: skaala sisereliaablus .80-.83 (sõltuvalt soost); kordustestimise reliaablus .75-82; demonstreeritud konstrukti ja konvergentset valiidsust

Administreerimise aeg: läbiviimine 10 min, skoorimine 5 min

Nõuded läbiviijale: ei ole määratletud

Tugevused: äralõikepunktid (tuvastab madala, keskmise ja kõrge füüsilise aktiivsusega lapsed ja noorukid).

Nõrkused: sobib kasutamiseks ainult õppeperioodi vältel

Viited:

Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E., Donen, R.M. (2004). The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A) Manual. College of Kinesiology, University of Saskatchewan, Canada. http://www.dapa-toolkit.mrc.ac.uk/documents/en/PAQ/PAQ_manual.pdf

Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E., & Faulkner, R. A. (1997). Validation of the Physical Activity Questionnaire for Older Children. *Pediatric Exercise Science*, 9, 174-186.

Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E., & Kowalski, N. P. (1997). Convergent validity of the Physical Activity Questionnaire for Adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 9, 342-352.

Crocker, P. R. E., Bailey, D. A., Faulkner, R. A., Kowalski, K. C., & McGrath, R. (1997). Measuring general levels of physical activity: Preliminary evidence for the Physical Activity Questionnaire for Older Children. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29, 1344-1349.

4.14. Children's Sleep Habits Questionnaire

Testi arendajad: Owens JD, Spirito A., McGuinn M

Hindab uneprobleeme 4-10a lastel. Originaalskaalal 39 väidet, 8 alaskaalat. Hindab nii terviseseisundist lähtuvaid kui ka puudulikust unekoolist tingitud uneprobleeme (vastumeelsus magama mineku ees, uinumisraskused, une kestus, ärevus une ees, öine ärkamine, parasomniad, hingamisraskused, päevane unisus). Täidab lapsevanem.

Olemas ka 2-5-aastaste laste versioon.

Psühhomeetrilised omadused: sisereliaablus (Cronbachi α) populatsioonipõhisel valimil .68, kliinilisel valimil .78, kordustestimise reliaablus 0.62–0.79, sensitiivsus .80, spetsiifilisus .72

Administreerimise aeg: 10 min

Nõuded läbiviijale: ei ole määratletud

Tugevused: tuvastab nii terviseseisundist kui puudulikust unehügieenist tulenevaid uneprobleeme; äralõikepunktid, laialt kasutusel rahvusvahelises praktikas.

Nõrkused: alaskaalade sisereliaablus erinevatel valimitel kõikuv, parasomnia alaskaala sisereliaablus madal.

Viited:

Owens JD, Spirito A., McGuinn M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*, 23 (8), 1-9.

Goodlin-Jones, B. L., Sitnick, S.L., Tang, K, Liu, J, Anders, T.F. (2008). The Children's Sleep Habits Questionnaire in toddlers and preschool children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29, 82-88.

4.15. Drug Use Disorders Identification Test – DUDIT

Testi arendajad: Berman, Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2005

Hindab narkootiliste ainete tarvitamist alates 16-st eluaastast. Küsimustikus on 11 väidet, kergesti administreeritav. Kasutamiseks kontakteeruda autoritega, tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: sisereliaablus (Cronbachi α).80; demonstreeritud head konstrukti- ja konvergentset valiidsust ($r = .85$), samuti eristuvat valiidsust;

sensitiivsus 90%, spetsiifilisus 78-88%

Administreerimise aeg: 5 -10 min

Nõuded läbiviijale: ei ole määratletud

Tugevused: psühhomeetriliselt väga hea skaala, eristab narkootiliste ainete tarvitajad alkoholi kuritarvitajatest ja –sõltlastest

Nõrkused: eeldab hindamise järgset kohest lühikest sekkumist, mis võib skriinimise protsessi pikemaks teha.

Viited:

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22-31.

Voluse, A.C., Gioia, C.J., Carter Sobell, L., Dum, M., Sobell, M.B., Simco, E.R. (2012). Psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) with substance abusers in outpatient and residential treatment Addictive Behaviors, 37, 36-41.

Matuszka, B, Baczkai, E, Berman, A.H, Czobor, P., Sinadinovic, K., Gerevich, J. (2014). Psychometric Characteristics of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E) Among Young Drug Users in Hungary. *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol 21, 547-555.

4.16. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Testi arendajad: Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant (1993)

Hindab alkoholi (kuri)tarvitamise ja sõltuvuse riski alates 14-st eluaastast. Küsimustikus on 10 väidet, kergesti administreeritav. Kasutamiseks kontakteeruda autoritega, tasuta.

Psühhomeetrilised omadused: sisereliaablus (Cronbachi α) $r = .80$; kordustestimise reliaablus

$r = .86$; demonstreeritud head konstrukti- ja konvergentset valiidsust ($r = .85-88$), samuti eristuvat valiidsust; sensitiivsus 90%, spetsiifilisus 80%

Administreerimise aeg: 5 min

Nõuded läbiviijale: ei ole määratletud

Tugevused: psühhomeetriliselt väga hea skaala, kergesti administreeritav, Eestis kasutusel esmatasandi tervishoius

Nõrkused: eeldab hindamise järgset kohest lühikest sekkumist

Viited:

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. 2nd edition. WHO

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31(2), 185-99.

4.17. KIDSCREEN-52

Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People Global HRQoL index

Testi arendajad: KIDSCREEN Group, 2004, rahastatud Euroopa Komisjoni projekti "Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents - A European Public Health Perspective" poolt.

Küsimustik hindab füüsilist ja psühholoogilist heaolu, meeleolu, emotsionaalset seisundit, suhteid vanemate ja eakaaslastega, sotsiaalset toetust, kooli keskkonda 8-18a lastel. Olemas nii enesekohane kui lapsevanema versioon. Originaal: 52 väidet 10 skaalal. Välja töötatud ka **KIDSCREEN -10 indeks**: 10 väidet 5 skaalal. Kasutusluba autoritega kooskõlastades, ent eeldab koostöö tegemist andmete kogumises, ja grupi liikmeks registreerumist. Riiklikult rahastatud organisatsioonidele (haiglad, nõustamiskeskused) tasuta. Kommertslikel eesmärkidel tasuline.

Psühhomeetrilised omadused: sisereliaablus (Cronbachi α) $r=0.77-0.89$; kordustestimise reliaablus $r=0.73$; klassisisesed (*intraclass*) korrelatsiooni koefitsiendid $r = 0.56 - 0.70$

Administreerimise aeg: 15-20 min

Nõuded läbiviijale: ei ole määratletud

Tugevused: esinduslik valim (kaasatud nii terved kui krooniliselt haiged lapsed ja noorukid), küsimustiku väljatöötamisel kasutatud kaasaegseid statistilisi meetodeid (*item response theory*), sobib kasutamiseks nii sotsiaal-, tervise- kui haridusvaldkonnas.

Nõrkused: ei ole teada

Viited:

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Tebe C, Bisegger C, Duer W, von Rueden U, Herdman M, Alonso J, Rajmil L (2007). Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health*, 7:182.

Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, Duer W... **KIDSCREEN Group** (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, 11:645-658.

4.18. Soovituslikud alternatiivsed valikud

Rahvusvaheliselt tunnustatud mõõtevahendite seast võiks kaaluda laste ja noorte depressiooni hindamiseks ka *Children's Depression Inventory* (CDI) kasutusele võtmist esmatasandi tervishoius. Ehkki tegemist ei ole otseselt sõeltestiga, vaid pigem sümptomite raskusastme hindamisega, on antud küsimustik Eestis kasutusel kliinilises praktikas, ning sealjuures kohandatud eesti keelde. Noorukite (alates 15-st eluaastast) emotsionaalse enesetunde hindamiseks võib kaaluda ka algselt täiskasvanutele välja töötatud Emotsionaalse Enesetunde Küsimustikku (EEK-2; Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk, Leinsalu, 1999). Mõõtevahendi eeliseks on, et täiskasvanute hindamisel on see nii esmatasandi kui teise tasandi meditsiinis Eestis väga levinud ning praktikas juba tuttav mõõtevahend. Kuna tegemist on Eestis välja töötatud mõõtevahendiga, siis selle rakendamisega seotud kulud on optimaalsed.

Samuti on kohandatud TÜ psühholoogia instituudi uurimistööde raames eesti keelde SNAP-IV õpetajate versioon (Kiive jt, 2010) ning *Connors` Rating Scales - Revised* (Taro, 2010). Mõlemad küsimustikud vajaksid kordusuuringut ning eakohaste normide kogumist rahvastikupõhisel valimil.

Väikelaste kognitiivne ja kõne areng on lisaks sünnikahjustuste, infektsioonide ja alatoitumisele seotud ka psühhosotsiaalse stimulatsiooniga (Aboud & Yousafzai, 2014). On teada, et vanemliku depressiooniga kaasnev passiivsus, anhedoonia ja näomiimika vähesus pärsib lapsega suhtlemist, ning seeläbi laste eakohast arengut. Seega tulenevalt eelmainitud riskist võib lisaks vanemliku stressi hindamisele vajalikuks osutada ka vanemate depressiooni hindamine. Eeldades, et imikueas veedab laps oma vajadustest tingituna rohkem aega emaga, siis on soovitatav raseduse jälgimise ajal ja sünnitusjärgselt ema depressiooni hinnata *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* -iga (Cox, Holden, Sagovsky, 1987). Depressiooni positiivse skriiningu korral on võimalik lapsevanem suunata täiendavale uuringule ja ravile.

Arvestades, et alkoholi tarvitamise algus on nihkunud järjest varasemasse vanuseperioodi, soovitab USA alkoholi kuritarvitamise ja alkoholismi uurimise instituut (*The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA)) kasutada alkoholi skriinimiseks kahte suulist küsimust, mis puudutavad hinnatava lapse/nooruki enda ja tema sõprade alkoholi tarvitamist. Skriiningut soovitatakse kasutada üks kord aastas juba 9-st eluaastast üldise tervises seisundi hindamise raames, ning rakendada kohe ka preventiivset sekkumist. Vastavad algoritmid leiab juhiseist „Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide“ (NIAAA, 2011). Noorukitel vanuses 14-18 aastat soovitatakse kasutada ka algselt täiskasvanute alkoholi probleemide ja kuritarvitamise tuvastamiseks välja töötatud alkoholi tarvitamise küsimustikku *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Reinert & Allen, 2007), millel on olemas eestikeelne versioon, ning mis Eestis perearsti praktikas kasutusele võetud (Maaroos, Aluoja, Kalda, 2010).

Internetisõltuvuse hindamiseks on rahvusvaheliselt levinuim skaala Internet Addiction Scale (IAS; Young, 1998), mis põhineb patoloogilise hasartmängurluse diagnostilistel kriteeriumitel (DSM IV), ning mille häid psühhomeetrilisi omadusi on kinnitanud mitmed hilisemad uurimused (Widyanto & McMurrin, 2004; Faraci jt, 2013).

4.19. Kokkuvõte

Välja valitud testide põhjal on võimalik komplekteerida vanusespetsiifilisi testipakette ning välja töötada standardsed protseduurid nende administreerimiseks. Projekti eesmärkidest tulenevalt on soovitatav universaalne vaimse tervise skriining kuni eelkooliealistele lastele, et võimalikult vara tuvastada motoorse, sotsiaalse ja emotsionaalse arengu mahajäämus. Kuivõrd imiku- ja väikelapseas (kuni 3 aastani) on laps kõige enam perearsti ja pereõe vaateväljas, siis vaimse tervise hindamine koos füüsilise tervisega ei tekita lastevanematele lisapingeid kui seda kirjeldada lapse arengu eesmärgipärase hindamise kontekstis. Mitmed küsimustikud eeldavad lapsevanema osalust ja kaasamist hindamisse, mis pigem suurendab koostööd. Eelkoolieas (4-6 a) on lisaks arengulise mahajäämuse hindamisele oluline hinnata ka kõne arengut, et laps võimalikult varakult probleemide ilmnemisel suunata spetsialistide juurde. Ühtlasi on oluline hinnata nii imiku-, väikelapse kui eelkooliealiste laste vanematel pere keskkonda, vanemlikku stressi ja sellega toimetulekut.

Lapse koolis käimise perioodil oleks ideaalne skriinida vaimse tervise probleeme haridussüsteemi sees, sest just algklassides ilmnevad aktiivsuse- ja tähelepanuhäirele ning õpiraskustele omased jooned, millega eelkõige tuleks tegeleda kooli keskkonnas, et lapse õppimist toetada. Samuti on oluline skriinida meeleolu, söömiskäitumist, füüsilist aktiivsust, et ennetada meeleolu-, ärevus- ja söömishäirete teket. Kuivõrd Eestis on toimiv koolilaste füüsilise tervise kontroll, saab vaimse tervise riske hinnata kooliõde, suunates vajadusel lapse koolipsühholoogi või sotsiaalpedagoogi vastuvõtule. Regulaarne vaimse tervise riskide hindamines tagab lastele vajalikud teenused ja toe haridussüsteemis nii vara kui võimalik.

5. Rakenduskava vajalike ja võimalike hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale.

5.1. Kokkuvõtte hindamisvahendite rakendusvaldkondadest riiklikul tasandil

Lähtuvalt integreeritud teenuste kontseptsiooni eesmärgist - soodustada valdkondade ülealt koostööd ja ennetada vaimse tervise probleeme laste hulgas, on tabelis 5 toodud kokkuvõtvalt soovituslikud hindamisvahendid ja nende rakendusvaldkonnad tagades laste hindamise erinevates vanustes. Rõhuasetus on universaalsete töövahendite leidmisel, mida saaksid kasutada erinevad spetsialistid lapse vajaduste hindamiseks ja võimalike probleemide varajaseks avastamiseks. Soovitustes on arvesse võetud Sotsiaalministeeriumi poolt kokku kutsutud hindamisvahendite töörühma liikmete tagasiside ja ettepanekuid.

Tabel 5. Soovituslikud hindamisvahendid ja nende rakendused

Lapse vanus	Hinnatav nähtus	hindamisvahend	hindaja	Rakendus
24 – 36 kuud	Autismi spektri häirete varajaseks märkamiseks	M-CHAT-R The Modified Checklist for Autism in Toddlers	perearst, kliiniline psühholoog- lapsepsühholoog	Universaalne sõeltest. 2 a tervisekontrolli käigus
4 – 17 aastat	Emotsionaalsete ja käitumuslike probleemide skriinimiseks	CRS-R Conners` Rating scales Revised	esmatasandi tervishoid, koolipsühholoog, kliiniline psühholoog kooli, lasteaia tugispetsialist	Universaalne sõeltest koolikäpsuse hindamisel, ning edasisel jälgimisel (nt käitumisprobleemide ja meeleolumuutuste ilmnemisel 1. klassi lõpus, et edasises õppes kavandada tugisekkumisi. Ideaalis ka algklasside lõpus, et järgmisele õppeastmele asudes last toetada. 6 a., 9 a., 12 (15) a.
8-18	Füüsiline ja psühholoogiline heaolu, emotsionaalne seisund, suhted	KIDSCREEN -52	kooli tugispetsialist perearst, pereõde, lastekaitsetöötaja	Universaalne sõeltest esmatasandi tervishoius, lastekaitsetöös ja koolis.
8-18	Ärevushäirete hindamiseks	SCARED	tervishoiutöötaja kliiniline psühholoog- lapsepsühholoog	Täiendavaks hindamiseks riskide märkamisel
9 -15	Depressiooni skriinimiseks	CDI	kliiniline psühholoog- lapsepsühholoog	Täiendavaks hindamiseks riskide märkamisel

16 ja vanemad	Depressiooni skriinimiseks	EEK-2	pereõde, perearst kooliõde koolipsühholoog kliiniline psühholoog	Universaalne sõeltest.
7-18	Üldine hinnang eneseväärtusele	Rosenbergi enese-hinnangu skaala	kooli tugispetsialistid kliiniline psühholoog	Mitmes vanusklassis, liita tervisekontrolliga.
0-18	Vanemlik rahulolu vanemlike oskuste ja enesetõhususega	PSOC Parenting Sense of Competence Scale	pereõde koolipsühholoog, sotsiaalpedagoog kliiniline psühholoog sotsiaaltöötaja	Universaalne hindamisvahend edasiste sekkumiste planeerimiseks.
0-18	Pere funktsioneerimise positiivsed küljed ja tugevused	FFSS Family Functional Style Scale	pereõde lasteaiaõpetaja koolipsühholoog sotsiaalpedagoog lastekaitsetöötaja kliiniline psühholoog	Universaalne hindamisvahend, sobiv lapse lasteaeda minekul ja ka arenguevestluses kasutamiseks.
0-18	Selgitab väärkohtlemise eest kaitsvaid tegureid	PFS Protective Factors Survey	sotsiaalpedagoog lastekaitsetöötaja kliiniline psühholoog- lapsepsühholoog	Pere funktsioneerimise skriinimiseks, lapse heaolu toetamine igas vanuses.
8-14	Hindab üldist kehalist aktiivsust	PAQ	kooliõde pereõde	Rutiinsed tervisekontrollid: 1,3, 5 ja 7. klass
16-18	Hindab narkootiliste ainete kasutamist	DUDIT	kooliõde pereõde sotsiaalpedagoog	Rutiinsed tervisekontrollid: 10,11,12.klass Probleemi ilmnmisel eeldab sekkumise korraldamist
9-15	Hindab söömishoiakuid ja -käitumisi	ChEAT	kooliõde pereõde perearst kliiniline psühholoog- lapsepsühholoog	Riski täpsustamiseks Rutiinne skriining tervisekontrolli käigus soovitatavalt 12-15a
4-10 (2-5)	Hindab uneprobleeme	CSHQ	esmatasandi tervishoid	Kaebuste esinemisel
16-18	Alkoholi tarvitamise hindamine	AUDIT	esmatasandi tervishoid kooliõde	Rutiinsed tervisekontrollid: 9,10,11,12.klass Probleemi tähendamisel nõuab sekkumise korraldamist!

5.2. Valideerimisprotsessi kirjeldus M-CHAT-R näitel.

5.2.1. Põhjendus M-CHAT-R valikuks valideerimisprotsessi kirjeldamiseks.

Laste vaimse tervise probleemide võimalikult varajane märkamine annab võimaluse ka võimalikult varajaseks sekkumiseks. Uurimused näitavad, et lastel, kes osalesid skriiningprogrammis, tuvastati arenguline mahajäämus oluliselt varem kui lastel, kes olid pediatri rutiinsel jälgimisel (Guevara jt, 2013). Universaalne sotsiaalse, kognitiivse ja emotsionaalse arengu skriinimise rakendamine vähendas autismi spektri häirete tuvastamist kahe aasta võrra (Robins jt, 2014). Need tulemused toetavad väikelaste arengu hindamisel universaalset standardiseeritud skriiningut. Vastavad soovitusel on hiljuti teinud ka *The American Academy of Pediatrics*.

The Modified Checklist for Autism in Toddlers — Revised (M-CHAT–R/F) on kaheastmeline sõelküsimumustik autismi spektri häirete võimalikult varajaseks tuvastamiseks. Mõeldud 16-30-kuuliste laste hindamiseks, ent soovituslik vanus on 24 –kuulised. Küsimustik on kõrge sensitiivsusega ning tuvastab 95% tõenäosusega arengulise mahajäämusega lapsed. Küsimustiku vanem versioon (M-CHAT) on kasutusel Tallinna Lastehaiglas, ning seda on tutvustatud ka perearstidele kui sõeltesti. Seega on olemas valmisolek antud küsimustiku kasutuselevõtuks, ent küsimustik ei ole Eesti oludele valideeritud. Küsimustiku vanemat versiooni ei soovita enam kasutada ka testi autorid. Seega M-CHAT-R valideerimine Eestis võimaldaks kasutusele võtta tõendus põhise hindamisvahendi laste arenguprobleemide skriinimiseks. Küsimustiku kasutamine on autoritega kooskõlastades tasuta. Küsimustiku autoriõiguste kohta leiab täpsustavat infot www.mchatscreen.com.

Küsimustike valideerimisprotsessi üldine kirjeldus on toodud kolmandas peatükis, ning M-CHAT-R küsimustiku valideerimine on kooskõlas seal väljatoodud põhimõtetega. Pärast küsimustiku keelelist kohandamist nii eesti kui vene keelde ja tõlke kooskõlastust autoriga tuleks läbi viia pilootprojekt. Arvestades hinnatavat nähtust ja küsimustiku väidete arvu võiks pilootprojektis osaleda ~150 last. Viimast on Eesti oludes kõige kulutõhusam läbi viia regionaalses laste vaimse tervise keskuses. Pilootprojekti järgselt tuleks küsimustikku valideerida ka esmatasandi meditsiinis, kus küsimustik ka kõige enam rakendust leiab. Allpool on detailsemalt uuringu käiku kirjeldatud.

5.2.2. Pilootprojekt.

Kliinilise-lastepsühholoogi ja/või lastepsühhiaatri vastuvõtule pöördunud 16-30-kuuliste laste vanematele tehakse ettepanek osaleda uurimuses. Eelnevalt on uuringu läbiviimiseks saadud eetikakomitee luba. Informeeritud nõusolekus on oluline selgitada ja uuringus tagada, et uuringust keeldumine ei mõjuta arstiabi kättesaadavust ja lapse edasist ravi. Kuivõrd küsimustiku täitmine võtab 10 min, siis lapsevanem täidab küsimustiku kohapeal enne vastuvõttu või vastuvõtul ning seejärel viiakse

temaga läbi M-CHAT–R intervjuu. Selline protseduur annab võimaluse koheselt anda lapsevanemale tagasiside, ja positiivse skriiningu puhul (tuvastatud intervjuu põhjal, kuna küsimustiku äralõikepunktid on veel väljatöötamisel) suunata laps täiendavale uuringule kliinilise psühholoogi-lastepsühholoogi juurde. Uuringu meetodi valik sõltub keskuses kasutatavatest vahenditest, ent konstruktivaliidsuse hindamiseks oleks soovitatav kasutada struktureeritud intervjuud või lapse käitumise vaatlust. Uuringu tulemuste põhjal paneb või välistab psühhiaater diagnoosi. Kohapealne uuringu assistent kogub iganädalaselt M-CHAT–R paber kandjal küsimustikud ja intervjuu vastused, kodeerib küsimustikud, sisestab kodeeritud kujul andmed andmebaasi, ning tagastab paber kandjal küsimustiku lapse haigusloosse. Psühhiaatritel palutakse uuringus osalenud laste diagnostiline staatus saata uuringu assistendile, kes need andmebaasi sisestab. Andmed edastatakse kodeeritud kujul teadusasutusse vastutavale uurijale.

Arvestades, et psühhiaatri vastuvõtule suunatakse keskmisest kõrgema vaimse tervise probleemi riskiga lapsed on kindlasti oluline jätku-uuring esmatasandi meditsiinis läbi viia. Pilootprojekti järgselt on võimalus küsimustiku psühhomeetrilisi näitajaid hinnata, ja vajadusel modifitseerida küsimustikku.

5.2.3 Jätaku-uuring.

Perearstikeskustele tehakse ettepanek osaleda uuringus. Ideaalis võiksid uuringusse kaasatud perearstikeskused asuda regionaalsete laste vaimse tervise keskuste hallatavates piirkondades. Oluline on tagada, et uuringusse oleksid kaasatud nii linna kui maakondade perearstikeskused, mis võimaldab uuringusse kaasata erineva sotsiaalmajandusliku taustaga lapsi. Jätaku-uuringus võiks osaleda ~500 last vanuses 16-30-kuud. Perearstid või pereõed informeerivad lapsevanemaid uuringust ja paluvad täita neil lapse regulaarse külastuse käigus M-CHAT-R küsimustiku. Perearstidel ja –õdedel ei ole kohustust küsimustikku skoorida, ent enne uuringus osalemist tuleb neil läbida teabepäev väikelapse arengu hindamisest ning M-CHAT-R küsimustiku läbiviimise põhimõtetest. Seega perearstil on olemas juhised skoorimiseks, ning lapsevanema loal võib ta teha täidetud küsimustikust koopia, mida säilitatakse lapse haigusloo vahel.

Uuringu assistendid koguvad iganädalaselt informeeritud nõusoleku lehed ja paber kandjal täidetud küsimustikud perearsti praksistest, skoorivad küsimustikud ja positiivse skriiningu korral viib hiljemalt nädala jooksul lapsevanemaga telefoni teel läbi järel-intervjuu (M-CHAT/F) täpsustades positiivse skriiningu andnud küsimuste vastused vastavalt intervjuu juhistele. Kui intervjuu käigus saab kinnitust positiivne skriining lepitakse kokku aeg psühholoogiliseks uuringuks regionaalses laste vaimse tervise keskuses, mille käigus viiakse läbi diagnostiline intervjuu lapsevanemaga ja struktureeritud vaatlus lapsega (nt ADOS-2).

Nõuded uuringu assistendile: omab magistrikraadi psühholoogias; psühholoogia doktorant, kel teadmised laste arengust ja psühhopatoloogiast või juhendamise all praktiseeriv kutset omandav kliiniline psühholoog-lastepsühholoog. Nõuded psühholoogilise uuringu läbiviijale: atesteeritud kliiniline psühholoog-lastepsühholoog.

Kõiki andmeid säilitatakse määramata ajaks uuringut koordineeriva teadusasutuse arvutivõrgus. Uurimuse korraldaja peab tagama kõigi küsitletute poolt antud vastuste täieliku konfidentsiaalsuse. Andmed kodeeritakse ja töödeldakse isikuandmetest lahus tagades andmete töötlemisel ja säilitamisel igakülgse anonüümsuse. Keegi peale uurimisrühma liikmete ei pääse ligi küsimustike vastuste ega testitulemustele. Andmekogumise käigus saadud informatsiooni kasutatakse üldistatud kujul ainult teaduslikel eesmärkidel. Andmeanalüüs teostatakse teadusasutuses, kes omab kompetentsi psühhomeetria vallas, ning kel on kogemusi küsimustike valideerimisega.

5.3. Ettepanekud riigi tasandil, kus ja kuidas hindamisvahendeid hoitakse ja arendatakse, säilitatakse, ülevaade kasutajatest, statistika kogumine teadustöök.

Vanusespetsiifiliste testipakettide koostamisel on mõistlik küsimustikud koondada veebikeskkonda, kus uuritavad neid täita saaksid. Veebikeskkonna loomisel võiks koheselt arendada ka skoorimise ja tagasisidestamise süsteemi, mis spetsialistide aega oluliselt säästaks. Samuti annab veebikeskkonnas küsimustiku täitmine võimaluse koheseks veateateks (nt. kui mõni küsimus on vastamata). Veebikeskkonna loomisel tuleb arvesse võtta andmekaitseeadust ning tagada riiklikul tasemel selle haldussuutlikkus. Samas annab veebikeskkond võimaluse koondada andmed ühtsesse andmebaasi, mis hõlbustab statistika kogumist. Testimise veebikeskkond võiks koondada ka infot registreeritud kasutajatest, kel on ühe või teise testi läbiviimise õigus. Küsimustike läbiviijad peavad olema oma alal atesteeritud spetsialistid, ning sisestama andmebaasi ka kutsetunnistuse või mõne muu akrediteeringut tõendava dokumendi numbri. Samuti kinnitama, et on kursis testimise eetiliste põhimõtete ja psühholoogilise testimise reeglitega. Heaks näiteks veebikeskkonnast on Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi internetipõhiste uuringute veebikeskkond KAEMUS <https://kaemus.psych.ut.ee/>

Teste võib ka paberandjal kasutada. Igal juhul tuleb tagada, et täidetud küsimustikke hoitakse lukustatud kapis ja kolmandatel osapooltel puudub ligipääs andmetele. Paberandjal testid tuleks kodeeritud kujul edastada ka andmete kogumise, koondamise ja säilitamise eest vastutavale organisatsioonile, kes vastavad andmed ühtsesse andmebaasi sisestab.

Arvestades Eesti kompetentsi võib kaaluda andmepanga tekitamist Tervise Arengu Instituudis, kes väljastab andmeid teadustöö tegemiseks vastava uurimisasutuse taotluse alusel. Uuringute ja hindamise läbiviimise pädevus on kindlasti ka Tartu Ülikooli sotsiaalteaduskonnas, ent psühhomeetria valdkond kuulub peamiselt psühholoogia instituudi kompetentsi. Seega võib kaaluda ka riikliku testimiskeskuse loomist TÜ psühholoogia instituudi juurde, kus õppe- ja teadustöö raames on loodud ja kohandatud sadu hindamisvahendeid, ning töötatud välja ka veebipõhine testimiskeskond.

5.4. Kokkuvõte

Tõenduspõhine hindamine põhineb eeldusel, et hindamisvahendite valik ja hindamisprotsess tugineksid teaduslikele teooriatele ja teadusuuringutele. Tõenduspõhine hindamine nõuab rahalisi ressursse hindamise läbiviijate koolitamiseks, hindamisvahendite kohandamiseks, eakohaste normide kogumiseks ja uuendamiseks, ning kasutusõiguse omandamiseks. Paraku on aga senises praktikas sõltumata valdkonnast nii riigi kui institutsionaalsel tasandil sellele väga vähe tähelepanu pööratud. Järgnevalt on toodud mõned ettepanekud laste heaolu ja vaimse tervise hindamise olukorra ja standardiseeritud hindamisvahendite kasutamise parendamiseks:

- 1) Kasutada maksimaalselt juba olemasolevat ressursi. Eestis on loodud regionaalsete vaimse tervise keskuste näol asutused, kes vähem või rohkem omavad kompetentsi vaimse tervise hindamise valdkonnas. Neid keskusi oleks mõistlik kaasata hindamisvahendite kohandamise protsessi, ja eelkõige on nendega koostöös võimalik normide kogumine.
- 2) Suurendada koostööd teadusasutustega hindamisvahendite valideerimisel. Eelkõige nende teadusasutustega, mis omavad kompetentsi hindamisvahendite valideerimisel nii tervishoiu-, hariduse kui sotsiaalvaldkonnas. Erinevate uuringute käigus on Eesti oludele kohandatud mõõtevahendeid, mis kahjuks ei jõua praktikuteni. Veebipõhise testimiskeskonna loomine võimaldab koondada olemasolevad hindamisvahendid, anda infot psühhomeetristest näitajatest ning tagada praktikute juurdepääsu kaasaegsele teadmisele.
- 3) Vähem on rohkem! Olukord, kus kasutusel on juba sadu standardiseerimata hindamisvahendeid ning jätkub uute hindamisvahendite sisseostmine, ei ole jätkusuutlik. Määratledes arenguaknad ja lähtudes, et igas lapse arengu olulisel etapil skriinitakse vaimse tervise riske, on vaja kokku leppida kindlates hindamisvahendites, ja tagada nende kättesaadavus spetsialistidele.
- 4) Kokkulepitud hindamisvahendite kasutamisel on kriitilise tähtsusega hindaja pädevuste määramine ja nõuded nende järgimiseks.

5) Kuni koolieani on soovitatav rutiinne vaimse tervise riskide hindamine, et riskide ilmnemisel last ja tema vanemaid võimalikult varakult toetada ja suunata vaimse tervise spetsialistide vaatevälja. Näiteks autismi spektri häirete varajaseks märkamiseks sõeltest 24-36-kuulistel lastel rutiinse tervisekontrolli käigus; kõne arengu hindamiseks sõeltest perearstidele; emotsionaalsete ja käitumuslike probleemide skriinimine kooliküpsuse hindamise käigus. Koolieas on soovitatav lisaks füüsilise tervise hindamisele hinnata ka vaimse tervise riske.

Viited:

- Aboud, F.E & Yousafzai, A.K (2015). Global health and development in early childhood. *Annual Review of Psychology*, 66, 14.1-14.25.
- Aluoja, A, Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometrics properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry*, 53, 443-449.
- Arnau, R.,C., Meagher, M.W., Norris, M.P., Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory –II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20(2), 112-119.
- Ayearst, L.E. & Bagby, R.M. (2010). Evaluating the psychometric properties of psychological measures. Anthony, M.M. & Barlow, D.H.(toimetajad) „Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders“. Guilford Press, NY.
- Bufka, L.F. & Camp, N. (2010). Brief measures for screening and measuring mental health outcome. Anthony, M.M. & Barlow, D.H.(toimetajad) „Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders“. Guilford Press, NY.
- Cleaver, H., & Walker, S. (2004). From policy to practice: the implementation of a new framework for social work assessments of children and families. *Child and Family Social Work*, 9, 81–90.
- Cox, JL, Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item *Edinburgh postnatal depression scale*. *British Journal of Psychiatry* 150, 782-786.
- Department of Health. (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: The Stationery Office.
- Faraci, P., Craparo, G., Messina, R., Severino, S. (2013). Internet Addiction Test (IAS): Which is the best factorial solution? *J Med Internet Res* 15(10):e225.
- Fenson, L., Dale, P. S., Reznick, J. S., Thal, D., Bates, E., Hartung, J. P., Pethick, S. & Reilly, J. S. (1993). *MacArthur Communicative Development Inventories. User`s Guide and Technical Manual*. Singular Publishing Group, Inc.: London.
- Garb, H.N., Lilienfeld, S., Fowler, K.A. (2008). Psychological assessment and clinical judgment. Maddux, J.E. & Winstead, B.A. (toimetajad) „Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding (2nd ed). Routledge, NY.
- Guevara, JP., Gerdes, M., Localio, R., Huang, YV., MS, Pinto-Martin, J., Minkovitz, CS., Hsu, D., Kyriakou, L., Baglivo, S., Kavanagh, J, Pati,S. (2013). Effectiveness of Developmental Screening in an Urban Setting. *Pediatrics*, 131 (30), 30-37.

- Hambleton, R.K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. Hambleton, R.K., Merenda, P. Spielberger, C. (toimetajad) *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*, 3-38. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Haynes, S.N. (2001). Clinical applications of analogue behavioral observation: Dimensions of psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 11, 73-85.
- Horwath, J. (2002). Maintaining a focus on the child? First impressions of the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families in cases of child neglect. *Child Abuse Review*, 11, 195–213.
- Hunsley, J. & Mash, E.J. (2007). Evidence-Based Assessment. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- John, O.P. & Soto, C.J. (2007). The importance of being valid: reliability and the process of construct validation. Robins, R.W., Fraley, C.R. & Krueger, R.F. (toimetajad) „Handbook of research methods in personality psychology“, 461-494. Guilford Press, NY.
- Kaljula, K. (2007). Laste depressiooni hinnanguskaalade struktuur: laste, vanema ja õpetaja vormid. Magistritöö. Tallinna Ülikool.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kiive, E., Kurrikoff, T, Mäestu, J, Harro, J. (2010). Effect of alpha2A-adrenoceptor C-1291G genotype and maltreatment on hyperactivity and inattention in adolescents. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*; 34, 219–224.
- Kline, T.J.B. (2005). Psychological testing: A practical approach to design and evaluation. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27(1), 67–73.
- Koolieelse lasteasutuse õppe- ja kasvatustegevuse alaste kohustuslike dokumentide loetelu ja nende täitmise kord (2011) <https://www.riigiteataja.ee/akt/102092011001>
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21:995–998.
- Lance, C.E., Butts, M.M., Michels, L.C. (2006). The sources of four commonly reported cut-off criteria: What did they really say? *Organizational Research Methods*, 9, 202-220.
- Laste ja perede arengukava 2012-2020. (2011). *Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Lastekaitseeadus. (2014). <https://www.riigiteataja.ee/akt/106122014001>

Léveillé, S., & Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32, 929–944.

Maaroos, H-I., Aluoja, A., Kalda, R. (2010). Alkoholi tarvitamise sõelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. *Eesti Arst*, 89(5), 316–322.

Pruulmann, K. (2006). Koolitõrke funktsionaalsed põhjused ning nende seos põhikooli õpilaste õpimotivatsiooni, kliinilise sümptomaatika ja isiksuseomadustega. Magistriprojekt kliinilises psühholoogias. Tartu Ülikool, psühholoogia osakond.

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31(2), 185–99.

Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. (2014). Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*.133(1), 37-45.

Samm, A., Värnik, A., Tooding, L-M., Sisask, M., Kõlves, K., von Knorring A-L. (2008). Children's Depression Inventory in Estonia. Single items and factor structure by age and gender. *European Child Adolescent Psychiatry*, 17:162–170.

Selg, M. (2009). *Lapse ja perekonna hindamise juhend*. Tartu: EV Sotsiaalministeerium.

Simms, L.J. & Watson, D. (2007). The construct validation approach to personality scale construction. Robins, R.W., Fraley, C.R. & Krueger, R.F. (toimetajad) „Handbook of research methods in personality psychology“, 240-258. Guilford Press, NY.

Snyder, D.K., Heyman, R.E., Haynes, S.N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological Assessment*, 17, 288-307.

Streiner, D.L. (2003). Diagnosing tests: Using and misusing diagnostic and screening tests. *Journal of Personality Assessment*, 81, 209-219.

Susi, A. & Tohvre, R. (2011). Õpilase vaimse tervise hindamine. Juhendmaterjal kooliõdedele. Tervise Arengu Instituut, Tallinn.

Swanson, J. M., Lerner, M., March, J., & Gresham, F. M. (1999). Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools: Lessons from the MTA Study. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 993-1009.

Taro, A. (2010). Aktiivsus- ja tähelepanuprobleemide küsimustikekomplekti lapsevanema ja õpetaja vormide struktuur ja valiidsus. Magistripjekt kliinilises psühholoogias. TÜ Psühholoogia instituut.

The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2012). Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide. www.niaaa.nih.gov/YouthGuide

Tõnissaar, M. (2012). Projekti „Koolipsühholoogide testide kaardistamine“ lõpparuanne. TÜ Haridusuuringute ja õppekavaarenduse keskus.

Van de Vijver F.J.R. & Poortinga, Y.H. (1997). Towards an Integrated analyses of bias in cross-cultural assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol 13 (1), 29-37.

Wassermann, J.D. & Bracken, A. (2003). Psychometric characteristics of assessment procedures. Graham, J.R. & Naglieri, J.A. (toimetajad) „*Handbook of psychology: Assessment psychology*“, 10, 43-66. Wiley, NJ.

Widyanto, L. & McMurrin, M. (2004). The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology & Behaviour*, 7 (4), 443-50.

Ööpik, P. Aluoja, A., Kalda, R., Maaros, H. (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice*, 23, 693-689.

Young, K.S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behaviour* 1(3), 237-244.

Youngstrom, E. (2008). Commentary: Evidence-based assessment is not evidence-based medicine – Commentary on evidence –based assessment of cognitive functioning in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 1015-1020.