



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicinos studijų programa

Studijų programa (12 fnt)

Klinikinės medicinos institutas Psichiatrijos klinika

Katedra ar klinika, institutas (12 fnt)

Viktorija Kliukaitė 6 kursas, 3 grupė

Studento vardas ir pavardė, kursas, grupė (12 fnt)

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Pacientų, besigydančių Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje, gydymo
progreso vertinimas naudojant CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine
Evaluation) klausimyną**

**Tracking Treatment Progress of the Patients at the Republican Vilnius Psychiatric
Hospital Using CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) Survey**

Darbo vadovas

Med. dr. psichiatrė Indraja Veličkienė

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Katedros ar klinikos vadovas

Prof. med. dr. Sigita Lesinskienė

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Vilnius, 2025

viktorija.kliukaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	3
2. SUMMARY.....	4
3. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	5
4. ĮVADAS.....	5
5. LITERATŪROS APŽVALGA.....	6
6. TIRIAMIEJI IR METODAI.....	29
7. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	31
8. APRIBOJIMAI.....	36
9. IŠVADOS.....	37
10. PADĖKA.....	38
11. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	39
12. PRIEDAI.....	45

1. SANTRAUKA

Įvadas: Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimas yra itin svarbus siekiant optimizuoti gydymo procesus ir užtikrinti pacientų gerovę. Rutininis rezultatų stebėjimas, naudojant standartizuotus psichometrinius instrumentus, tokius kaip CORE-10, Beck'o depresijos skalė ir Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė, leidžia sistemingai rinkti duomenis apie pacientų būklės pokyčius. Respublikinei Vilniaus psichiatrijos ligoninei galėtų būti naudingi patikimi įrankiai pacientų gydymo progreso vertinimui.

Darbo tikslas: Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje besigydančių pacientų gydymo progresą, naudojant CORE-10 klausimyną, ir palyginti gautus rezultatus su GAD-7 bei BDI-II klausimynų rezultatais.

Darbo metodika: Tyrime dalyvavo 34 pacientai (28 moterys, 6 vyrai) iš Respublikinės Vilniaus psichiatrinės ligoninės Dienos stacionaro skyriaus. Pacientai pildė CORE-10, GAD-7 ir BDI-II klausimynus du kartus: gydymo pradžioje ir trečiąją/ketvirtąją arba paskutinę gydymosi savaitę. Duomenų analizei naudoti Shapiro-Wilk testas normalumui tikrinti, Stjudento t testas priklausomoms imtims arba Wilcoxon Signed Ranks testas bei Pirsono arba Spirmeno koreliacijos koeficientai. Statistinis reikšmingumas nustatytas esant $p < 0,05$.

Rezultatai: Nustatytas statistiškai reikšmingas visų trijų klausimynų balų vidurkių sumažėjimas tarp pirmojo ir antrojo pildymo: CORE-10 vidurkis sumažėjo nuo 18,06 iki 14,03; GAD-7 vidurkis – nuo 11,11 iki 6,17; BDI-II vidurkis – nuo 22,28 iki 16,45. Tai rodo pacientų psichikos būklės pagerėjimą. Taip pat nustatyta stipri koreliacija tarp visų klausimynų rezultatų tiek pirmo, tiek antro pildymo metu.

Išvados: Tyrimas patvirtino, kad pacientų, gydytų RVPL Dienos stacionare, psichikos būklė statistiškai reikšmingai pagerėjo, vertinant pagal CORE-10, GAD-7 ir BDI-II klausimynus. Nustatyta stipri koreliacija tarp šių klausimynų rodo, kad jie matuoja glaudžiai susijusius bendro psichologinio distreso, nerimo ir depresijos aspektus, ir kartu gali kompleksiskai atspindėti pacientų psichikos būklės pokyčius gydymo eigoje.

Raktažodžiai: CORE-10, gydymo progresas, psichikos sveikata, GAD-7, BDI-II, psichometrinis vertinimas

2. SUMMARY

Introduction: The evaluation of mental healthcare service quality and effectiveness is crucial for optimizing treatment processes and ensuring patient well-being. Routine Outcome Monitoring, using standardized psychometric instruments such as CORE-10, Beck Depression Inventory and Generalized Anxiety Disorder 7-item scale, allows for systematic data collection on changes in patient condition. Reliable tools could be useful for assessing patient treatment progress at the Republican Vilnius Psychiatric Hospital.

Aim of the work: This study aimed to determine the treatment progress of patients at RVPL using the CORE-10 questionnaire and to compare these results with the results from the GAD-7 and BDI-II questionnaires.

Methodology: The study involved 34 patients (28 females, 6 males) from Day Hospital department of RVPL. Patients completed the CORE-10, GAD-7, and BDI-II questionnaires twice: at the beginning of treatment and during the third/fourth or final week of treatment. Data analysis utilized the Shapiro-Wilk test for normality, Student's t-test for paired samples or the Wilcoxon Signed Ranks test, and Pearson or Spearman correlation coefficients. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: A statistically significant decrease in the mean scores of all three questionnaires was observed between the first and second administrations: the CORE-10 mean score decreased from 18.06 to 14.03; the GAD-7 mean score from 11.11 to 6.17; and the BDI-II mean score from 22.28 to 16.45. This indicates an improvement in patients mental state. Furthermore, a strong correlation was found between all questionnaires at both the first and second administrations.

Conclusions: The study confirmed that the mental state of patients treated at the RVPL Day Hospital significantly improved, as assessed by the CORE-10, GAD-7, and BDI-II questionnaires. The strong correlation found among these instruments suggests that they measure closely related aspects of general psychological distress, anxiety, and depression, and can comprehensively reflect changes in patients mental state during treatment.

Key words: CORE-10, treatment progress, mental health, GAD-7, BDI-II, psychometric assessment

3. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas:

Šiuo tyrimu tikimės nustatyti pacientų, besigydančių Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje, gydymo progresą, naudojant CORE-10 klausimyną bei palyginant gautus rezultatus su GAD-7 ir BDI-II klausimynų rezultatais.

Uždaviniai:

1. Įvertinti užpildytus CORE-10 klausimynus pirmo ir antro pildymo metu ir juos palyginti.
2. Įvertinti užpildytus GAD-7 klausimynus pirmo ir antro pildymo metu ir juos palyginti.
3. Įvertinti užpildytus BDI-II klausimynus pirmo ir antro pildymo metu ir juos palyginti.
4. Patikrinti ar yra koreliacija tarp pacientų užpildytų CORE-10, GAD-7 ir BDI-II klausimynų rezultatų.

4. ĮVADAS

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimas tampa vis svarbesnis siekiant užtikrinti pacientų gerovę ir optimizuoti gydymo procesus (1). Rutininis rezultatų stebėjimas (angl. *Routine Outcome Monitoring*, ROM), naudojant standartizuotus psichometrinius instrumentus, yra vienas iš būdų sistemingai rinkti duomenis apie pacientų būklės pokyčius gydymo eigoje (2). Šie duomenys gali padėti sveikatos priežiūros specialistams priimti labiau pagrįstus sprendimus, identifikuoti pacientus, kuriems gydymas nėra pakankamai veiksmingas, ir prisidėti prie bendro paslaugų kokybės gerinimo (2,3).

Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė (RVPL), būdama viena pagrindinių specializuotų psichiatrijos įstaigų Lietuvoje, teikianti antrinio ir tretinio lygio paslaugas pacientams iš visos šalies, susiduria su poreikiu taikyti patikimus ir praktiškus įrankius pacientų gydymo progreso vertinimui (4). Tarp galimų instrumentų yra Klinikinių rezultatų rutiniame vertinime (angl. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*, CORE) klausimynas, ypač jo trumpoji 10 klausimų versija CORE-10, skirta bendram psichologiniam distresui matuoti (5). Kiti plačiai naudojami įrankiai yra Beck'o depresijos inventoriaus skalė (antroji versija, BDI-II), skirtas depresijos simptomų sunkumui vertinti ir Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7), skirta nerimo simptomų sunkumui matuoti (6,7).

5. LITERATŪROS APŽVALGA

Tikslus paciento psichikos būklės įvertinimas psichiatrijoje yra labai svarbus, nes jis būtinas patikimai diagnozei nustatyti, veiksmingam gydymo planui sudaryti ir paciento būklės pokyčiams stebėti. Nuo vertinimo kokybės tiesiogiai priklauso teikiamos pagalbos efektyvumas, nes tik visapusiškai supratęs paciento būklę galima parinkti tinkamiausius gydymo metodus (8). Psichikos sveikatos specialistai savo praktikoje naudoja įvairius metodus ir įrankius, kurie paprastai skirstomi į dvi pagrindines kategorijas: objektyvius ir subjektyvius vertinimo būdus. Šie metodai leidžia fiksuoti skirtingus psichikos sutrikimų aspektus, apimant tiek išoriškai stebimus požymius, tiek vidinius paciento išgyvenimus (9).

5.1. Subjektyvių ir objektyvių psichikos būklės vertinimo įrankių apibrėžimai

5.1.1. Objektyvūs vertinimo įrankiai

Objektyvūs vertinimo įrankiai psichiatrijoje pirmiausia remiasi gydytojo atliekamu paciento stebėjimu ir jo elgesio, išvaizdos, kalbos, emocinės išraiškos (afekto), mąstymo proceso bei kognityvinių funkcijų vertinimu (9). Šiai kategorijai priskiriami struktūrizuoti gydytojo vertinami rezultatai (angl. *Clinician-Rated Outcome Measures*, CROMs), kai specialistas, remdamasis pokalbiu ir stebėjimo duomenimis, sistemingai įvertina simptomų buvimą ir sunkumą. Pagrindinis tikslas – užfiksuoti išoriškai matomus ligos požymius ir gydytojo interpretuojamą būklės sunkumą (10).

Vienas fundamentaliausių objektyvaus vertinimo metodų yra psichinės būklės tyrimas (angl. *Mental Status Examination*, MSE). Jo metu sistemingai vertinamos tokios sritys kaip paciento išvaizda (pvz., amžiaus atitikimas, apranga, higiena), elgesys (bendradarbiavimas, sujaudinimas), motorinis aktyvumas (sulėtėjimas, ažitacija), kalba (tempas, sklandumas, garsumas), afektas (stebima emocinė išraiška, jos adekvatumas), mąstymo procesas (nuoseklumas, logiškumas), suvokimas (haliucinacijų buvimas arba nebuvimas), kognityvinės funkcijos (orientacija, dėmesys, atmintis) (9). Pavyzdžiui, psichinės būklės vertinimo metu pastebėta prasta higiena gali rodyti funkcinį nuosmukį sergant sunkia depresija ar psichoze, motorinis sulėtėjimas – depresijos požymį, o nuskurdęs afektas gali būti vienas iš psichikos sutrikimo simptomų (9,11).

Kiti objektyvių įrankių pavyzdžiai yra Hamiltono depresijos skalė (HAM-D), Trumpoji psichiatrinė vertinimo skalė (BPRS), skirta psichozės sunkumui vertinti, Klinikinio bendro įvertinimo skalė (CGI), atspindinti bendrą ligos sunkumą ir gydymo efektą, Montgomery-Åsberg depresijos vertinimo skalė (MADRS), Trumpas protinės būklės tyrimas (MMSE), skirtas

kognityvinėms funkcijoms vertinti, bei Nenormalių nevalingų judesių skalė (AIMS), naudojama vaistų sukeltiems šalutiniams poveikiams stebėti (12). Šių skalių administravimas ir balų skaičiavimas reikalauja specifinių klinikinių žinių ir patirties (13).

Nors šie įrankiai vadinami „objektyviais“, svarbu pripažinti, kad gydytojo vertinimas neišvengiamai apima interpretaciją ir sprendimą (9). Pavyzdžiui, vertinant afekto tinkamumą ar įtampos požymius, remiamasi ne tik stebėjimu, bet ir klinikinėmis žiniomis bei patirtimi (11). Todėl „objektyvumas“ šiuo atveju reiškia ne absoliutų nešališkumą, o standartizuotą išorinių požymių fiksavimą ir klinikinį vertinimą. Siekiant užtikrinti šių vertinimų patikimumą, itin svarbus tampa „intersubjektyvumas“ – bendras supratimas ir sutarimas tarp skirtingų specialistų dėl stebimų reiškinių ir jų vertinimo kriterijų (14).

5.1.2. Subjektyvūs vertinimo įrankiai

Subjektyvūs vertinimo įrankiai remiasi tiesioginiu paciento pranešimu apie savo jausmus, išgyvenimus, simptomus, funkcionavimą kasdiniame gyvenime ir gyvenimo kokybę (15). Šie įrankiai dažnai vadinami paciento pranešamais rezultatais (PROMs) (1). Jų esmė – užfiksuoti paciento vidinę būseną ir perspektyvą tiesiogiai, be gydytojo interpretacijos (10). Plačiai naudojami subjektyvių vertinimo įrankių pavyzdžiai yra Becko depresijos klausimynas (BDI/BDI-II), Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9), Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7), Trumpasis depresijos simptomų klausimynas (QIDS-SR), įvairios gyvenimo kokybės skalės (pvz., EQ-5D, ReQoL) ir Altmano manijos įsivertinimo skalė (ASRM) (10,12,16). Paprastai tai yra klausimynai, kuriuos pacientai užpildo patys (12). Šie įrankiai leidžia įvertinti paciento išgyvenamą simptomų naštą, gydymo šalutinius poveikius, psichologinę gerovę, socialinį funkcionavimą ir bendrą gyvenimo kokybę iš jo paties unikalaus požiūrio taško. Jie suteikia vertingos informacijos apie tai, kaip liga ir jos gydymas veikia paciento kasdienį gyvenimą ir subjektyvų pasaulio suvokimą.

5.1.3. Pagrindiniai skirtumai ir trūkumai

Esminis skirtumas tarp objektyvių ir subjektyvių vertinimo įrankių yra informacijos šaltinis: gydytojo stebėjimas ir sprendimas priešpriešinamas tiesioginiam paciento pranešimui (10). Atitinkamai skiriasi ir vertinimo fokusas: objektyvūs metodai koncentruojasi į išoriškai matomus požymius ir elgesį, o subjektyvūs – į vidinius išgyvenimus ir suvokimą (9). Abu metodai turi savų galimų šališkumo šaltinių. Gydytojo vertinimą (CROMs) gali veikti stebėtojo šališkumas (angl. *observer bias*), o paciento pranešimus (PROMs) – atminties netikslumai, simptomų nuvertinimas ar perdėjimas, priklausantis nuo nuotaikos, išvalgos lygio ar kognityvinių funkcijų būklės. Esant ryšiam kognityviniam sutrikimui, PROMs patikimumas gali sumažėti (12).

Nepaisant skirtumų, objektyvūs ir subjektyvūs duomenys teikia skirtingą, tačiau vienas kitą papildančią informaciją, kuri yra būtina visapusiškam paciento būklės įvertinimui (1). Subjektyvi informacija padeda geriau interpretuoti objektyvius radinius ir suprasti jų reikšmę pacientui (15). Tyrimai rodo esant vidutines ar stiprias koreliacijas tarp CROMs ir PROMs, vertinant, pavyzdžiui, depresijos sunkumą, kas rodo, jog šie įrankiai dažnai matuoja susijusius konstruktus (16).

Vis dėlto, neatitikimai tarp gydytojo vertinimo ir paciento savijautos yra ne tik galimi, bet ir kliniškai reikšmingi (10). Pavyzdžiui, objektyviai stebimas būklės pagerėjimas ne visada sutampa su subjektyviu paciento savijautos pagerėjimu (9). Gydytojo ir paciento požiūriai į gydymo rezultatus gali skirtis (10). Šie neatitikimai nėra prieštaravimas, o atspindi psichikos sutrikimų daugialypiškumą. Jie pabrėžia kiekvienos perspektyvos unikalumą ir gali suteikti svarbios klinikinės informacijos. Pavyzdžiui, pacientas, pranešantis apie didelį vidinį distresą (aukšti PROMs balai), nors objektyviai stebima nedaug simptomų (žemi CROMs balai), gali išgyventi vidines kančias arba turėti specifinių, sunkiai pastebimų simptomų. Ir atvirkščiai, stebimas ryškus funkcionavimo sutrikimas, pacientui pranešant apie menką distresą, gali rodyti sumažėjusį kritiškumą savo būklei ar aleksitimiją. Tokius neatitikimus gali lemti įvairūs veiksniai, įskaitant paciento išsilavinimą, asmenybės bruožus, ligos supratimą ir kultūrinį kontekstą (16). Objektyvūs matai gali būti jautresni tam tikriems gydymo poveikiams, ypač vertinant stebimus simptomus ir funkcionavimą, tuo tarpu PROMs yra nepakeičiami vertinant į pacientą orientuotus rezultatus, jo patirtį ir gyvenimo kokybę (1,15).

5.1.4. Taikymas psichiatrijos praktikoje

Subjektyvūs ir objektyvūs vertinimo įrankiai plačiai taikomi įvairiose psichiatrijos praktikos srityse:

- **Atranka (Screening):** Greitas potencialių psichikos sutrikimų atvejų identifikavimas, ypač pirminėje sveikatos priežiūroje, siekiant nustatyti, ar reikalingas išsamesnis vertinimas (pvz., PHQ-9, GAD-7) (12).
- **Diagnostikos palaikymas:** Simptomų, susijusių su diagnostiniais kriterijais, kiekybinis įvertinimas. Nors pačios skalės nėra diagnostinės, jos padeda struktūrizuoti informaciją ir pagrįsti diagnozę (12). Psichinės būklės vertinimas (MSE) yra neatsiejama diagnostinio proceso dalis (9).

- **Sunkumo vertinimas:** Simptomų intensyvumo įvertinimas tam tikru laiko momentu (pvz., HAM-D, BDI, MADRS depresijos sunkumui; BPRS psichozės sunkumui) (12).
- **Gydymo stebėseną ir vertinimas:** Simptomų ir funkcionavimo pokyčių stebėjimas laikui bėgant, siekiant įvertinti gydymo efektyvumą. Tai vadinama vertinimu grįsta priežiūra (angl. *Measurement-Based Care*, MBC) (12). PROMs yra ypač svarbūs į pacientą orientuotai vertinimu grįstai priežiūrai (1). Objektivos skalės, tokios kaip AIMS ar BARS (Barneso akatizijos vertinimo skalė), padeda stebėti gydymo šalutinius poveikius (12).
- **Moksliniai tyrimai:** Vertinimų standartizavimas klinikiniuose tyrimuose ir epidemiologinėse studijose, leidžiantis palyginti rezultatus tarp skirtingų tyrimų ir populiacijų (12).
- **Kokybės gerinimas:** Apibendrintų rezultatų duomenų naudojimas paslaugų teikimo kokybei vertinti ir gerinti (1).

Profesinės organizacijos, pavyzdžiui, Jungtinės Karalystės Karališkasis psichiatrų koledžas, primygtinai rekomenduoja rutininį PROMs ir CROMs naudojimą psichiatrijos praktikoje, siekiant gerinti priežiūros kokybę (1). Vis dėlto, svarbu pažymėti, kad vien tik formalus skalių įdiegimas ne visada garantuoja geresnius gydymo rezultatus (16). Tai rodo, kad kritiškai svarbus yra ne pats duomenų surinkimas, o jų panaudojimo procesas: rezultatų aptarimas su pacientu, jų integravimas į bendrą sprendimų priėmimą ir aiškus ryšys tarp gautų rezultatų bei konkrečių klinikinių veiksmų.

Žemiau pateiktoje lentelėje apibendrinamos kelios dažniausiai psichiatrijoje naudojamos vertinimo skalės:

1 Lentelė. Dažniausiai naudojamos psichikos būklės vertinimo skalės

Skalės pavadinimas	Santrumpa	Tipas	Pagrindinė paskirtis	Vertinimo būdas
Becko depresijos klausimynas (II versija)	BDI-II	Subjektyvi	Sunkumo vertinimas, stebėseną	Paciento
Paciento sveikatos klausimynas	PHQ-9	Subjektyvi	Atranka, sunkumo vertinimas, stebėseną	Paciento

Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė	GAD-7	Subjektyvi	Atranka, sunkumo vertinimas, stebėseną	Paciento
Hamiltono depresijos skalė	HAM-D	Objektyvi	Sunkumo vertinimas, stebėseną	Gydytojo
Montgomery-Åsberg depresijos vertinimo skalė	MADRS	Objektyvi	Sunkumo vertinimas, stebėseną	Gydytojo
Trumpoji psichiatrinė vertinimo skalė	BPRS	Objektyvi	Sunkumo vertinimas (ypač psichozės), stebėseną	Gydytojo
Klinikinio bendro įspūdžio skalė	CGI	Objektyvi	Bendras sunkumo vertinimas, gydymo efekto vertinimas	Gydytojo
Trumpas protinės būklės tyrimas	MMSE	Objektyvi	Kognityvinių funkcijų atranka/vertinimas	Gydytojo
Nenormalių nevalingų judesių skalė	AIMS	Objektyvi	Šalutinių poveikių vertinimas/stebėseną	Gydytojo
EuroQol gyvenimo kokybės klausimynas (5 dimensijos)	EQ-5D	Subjektyvi	Gyvenimo kokybės vertinimas	Gydytojo

5.2. Kultūriniai aspektai psichikos būklės vertinime Lietuvoje

5.2.1. Kultūrinės adaptacijos svarba

Psichologinės problemos, tokios kaip depresija ar nerimas, ir jų išraiška gali reikšmingai skirtis tarp kultūrų (15). Todėl tiesioginis psichikos būklės vertinimo įrankių vertimas iš vienos kalbos į kitą yra nepakankamas. Būtina atlikti kruopščią kultūrinę adaptaciją, siekiant užtikrinti ne tik lingvistinį, bet ir konceptualų, semantinį, idiomatinį bei patirtinį ekvivalentiškumą tarp originalios ir adaptuotos versijos (17). Tarptautinė Testų Komisija (ITC) yra parengusi gaires, kurios tarnauja kaip pagrindas kruopščiam adaptacijos procesui (18). Šiomis gairėmis remiasi ir Lietuvos psichologų sąjunga (19). Netinkamai adaptuotų ar neadaptuotų įrankių naudojimas gali lemti nepatikimus ir nevalidžius rezultatus, klaidingas diagnozes ir netinkamą gydymą (20).

5.2.2. Adaptacijos ir validavimo procesai Lietuvoje

Psichologinių ir psichiatrinių testų adaptavimas ir validavimas yra Lietuvoje vykstantis procesas. Nors specifinės informacijos apie kiekvieno Lietuvoje naudojamo įrankio adaptacijos statusą pateiktuose šaltiniuose nėra daug, yra pavyzdžių, rodančių vykstančius darbus ir pripažįstamą kokybiškos adaptacijos poreikį (21). Pavyzdžiui, minimas poreikis atlikti ACE-III (kognityvinio vertinimo įrankio) adaptaciją Lietuvoje, atsižvelgiant į kultūrinius niuansus, nes ne visos užduotys suprantamos vienodai. MMSE yra plačiai naudojamas, tačiau kritikuojamas dėl jautrumo stokos, o jo adaptacijos ir validavimo Lietuvoje statusas lieka neaiškus (22). Yra duomenų apie Raveno progresyvių matricų standartizavimą ir normas Lietuvos vaikams, IST-70, NEO PI-R, MMPI-2-RF, ASEBA klausimynų ir Psichologinio įgalinimo klausimyno (PIKL-9) adaptavimo ar validavimo tyrimus (21,23–26).

5.2.3. Iššūkiai ir kultūriniai aspektai

Nepaisant vykstančių darbų, psichikos būklės vertinimas Lietuvoje susiduria su tam tikrais iššūkiais, susijusiais su kultūriniais aspektais:

- **Ribotas prieinamumas:** Gali trūkti validuotų ir kultūriškai adaptuotų įrankių specifiniams poreikiams tenkinti (24). Adaptacijos procesas yra sudėtingas ir reikalaujantis daug išteklių (17). Dėl to gali susidaryti atotrūkis tarp idealaus kruopštaus adaptavimo ir praktinės realybės, kai naudojami tik išversti ar nepilnai adaptuoti įrankiai (22). Tai reikalauja ypatingo specialistų kritiškumo vertinant gaunamus rezultatus.
- **Tarpkultūrinio validumo problemos:** Tarptautiniai tyrimai rodo, kad daugeliui psichiatrinių skalių, ypač skirtų vaikams ir paaugliams, trūksta tvirtų tarpkultūrinio validumo įrodymų (27). Tai reiškia, kad net ir išverstos bei adaptuotos skalės gali skirtingai veikti skirtingose kultūrose. Todėl naudojant tarptautinius įrankius Lietuvoje reikalingas atsargumas ir nuolatinis validumo tikrinimas, įskaitant matavimo invariantiškumo analizę (27).
- **Simptomų išraiška:** Kultūriniai veiksniai gali daryti įtaką tam, kaip žmonės išreiškia ir praneša apie psichologinį distressą. Remiantis tyrimais kitose kultūrose ir bendraisiais principais, galima kelti hipotezę, kad Lietuvos pacientai, patirdami psichologinių sunkumų, gali būti linkę labiau akcentuoti somatinius nusiskundimus (28). Tai galėtų paveikti tiek subjektyvių skalių (pvz., somatinių simptomų klausimynų), tiek objektyvių (pvz., gydytojo stebimų somatinių nerimo požymių) vertinimų rezultatus (29).

- **Kalba ir niunosai:** Vertimo metu sudėtinga tiksliai perteikti originalios formuluotės prasmę ir emocinį atspalvį (34). Net ir adaptuoti įrankiai gali turėti klausimų, kurie dėl kultūrinio konteksto ar kalbinių ypatumų suprantami skirtingai (22,30).
- **Stigma:** Nors tiesiogiai nesusiję su skalių veikimu, visuomenėje egzistuojanti psichikos sveikatos stigma gali veikti pacientų norą atvirai pranešti apie savo simptomus subjektyviuose klausimynuose.

Svarbu pažymėti, kad pateiktuose šaltiniuose trūksta išsamių tyrimų, tiesiogiai analizuojančių, kaip specifiniai Lietuvos kultūriniai veiksniai veikia subjektyvių ir objektyvių vertinimo priemonių rezultatus ar interpretaciją. Nors yra užuominų, bendras vaizdas lieka fragmentiškas (22). Todėl diskusija apie kultūrinius aspektus Lietuvoje kol kas labiau remiasi bendraisiais adaptacijos principais ir ribotais specifiniais duomenimis, pabrėžiant poreikį tolesniems tiksliniams tyrimams šioje srityje.

Tiek subjektyvūs (PROMs), tiek objektyvūs (CROMs) psichikos būklės vertinimo įrankiai yra nepakeičiami šiuolaikinėje psichiatrijos praktikoje. Kiekvienas metodas suteikia unikalią, tačiau vienodai vertingą perspektyvą į paciento būklę, jo išgyvenimus ir funkcionavimą.

Šių dviejų prieigų derinimas yra esminis siekiant visapusiško, tikslaus ir kliniškai naudingo paciento įvertinimo. Jų sinergija leidžia gauti išsamesnį vaizdą, nei būtų įmanoma naudojant tik vieno tipo įrankius (1).

Kultūrinis jautrumas ir kruopštus vertinimo įrankių adaptavimas bei validavimas yra kritiškai svarbūs, ypač taikant tarptautines metodikas skirtingose populiacijose, įskaitant Lietuvą (20). Nevaliduotų ar netinkamai adaptuotų įrankių naudojimas kelia didelę riziką neteisingam vertinimui ir neefektyviai pagalbai.

Ateityje Lietuvoje reikalingi tolesni tyrimai, skirti tiek naujų, kultūriškai tinkamų vertinimo įrankių kūrimui, tiek esamų tarptautinių metodikų kruopščiam adaptavimui ir validavimui. Taip pat svarbu užtikrinti specialistų mokymus apie tinkamą šių įrankių naudojimą, interpretavimą, atsižvelgiant į kultūrinius niuansus, ir efektyvų jų integravimą į klinikinę praktiką, ypač įgyvendinant vertinimu grįstos priežiūros principus.

5.3.CORE-10 klausimynas: Bendro psichologinio distreso vertinimas

5.3.1. CORE-10 paskirtis, struktūra ir vertinimas

CORE-10 yra trumpas, 10 klausimų savistabos klausimynas, sukurtas kaip CORE-OM (angl. *CORE-Outcome Measure*) – 34 klausimų instrumento – sutrumpinta versija (5,31). Jis skirtas bendram psichologiniam distresui (angl. *general psychological distress*) vertinti ir stebėti per pastarąją savaitę. Klausimynas apima klausimus apie subjektyvią paciento gerovę, problemas/simptomus (įskaitant nerimą, depresiją, traumas, fizinius simptomus), funkcionavimą (bendrą, socialinį, artimuosiuose santykiuose) ir riziką sau. CORE-10 sudaro šeši klausimai iš problemų srities, trys iš funkcionavimo srities ir vienas rizikos klausimas. Kiekvienas klausimas vertinamas 5 balų Likerto skalėje (nuo 0 – „visiškai ne“ iki 4 – „didžiąją laiko dalį arba visada“), o balų suma gali svyruoti nuo 0 iki 40, kur aukštesnis balas rodo didesnę psichologinę distresą (5,31).

CORE-10 buvo sukurtas siekiant patenkinti poreikį turėti labai trumpą, lengvai skiriamą ir interpretuojamą priemonę, tinkamą dažnam (pvz., kiekvienos sesijos) paciento būklės stebėjimui riboto laiko ir resursų sąlygomis, ypač pirminės sveikatos priežiūros ar trumpalaikės psichoterapijos kontekste (1,2,5). Dėl savo trumpumo ir plataus spektro jis laikomas naudingu įrankiu greitam patikrinimui ir bendros paciento būklės dinamikos sekimui (32).

5.4.CORE-10 psichometrinės savybės

5.4.1. Patikimumas

Tyrimai nuosekliai rodo gerą CORE-10 vidinį suderinamumą. Originaliame validavimo tyrime, atliktame su pirminės sveikatos priežiūros pacientais ir bendrosios populiacijos imtimi, Cronbacho alfa koeficientas siekė 0.90 (5). Panašūs aukšti alfa koeficientai (pvz., 0.89 moterims ir vyrams atskirai, 0.81 Italijos imtyje, 0.80 insultą patyrusių pacientų imtyje, 0.84-0.89 kalinių imtyje) buvo gauti ir vėlesniuose tyrimuose įvairiose populiacijose, įskaitant jaunimą (alfa 0.77 bendrai 17-25 m. amžiaus grupei) (2,32–34). Tai rodo, kad klausimyno teiginiai nuosekliai matuoja tą patį bendro psichologinio distreso konstrukta.

Pakartotinio testavimo patikimumas taip pat yra geras. Pavyzdžiui, tyrime su insultą patyrusiais pacientais, tarpas tarp testavimų buvo vidutiniškai 2.84 dienos, o testo-retesto patikimumo vidinis klasės koreliacijos koeficientas (ICC) buvo 0.81. Kalinių imtyje dviejų savaičių testo-retesto patikimumas (ICC) buvo 0.83 (34). Šie rezultatai rodo, kad CORE-10 balai yra pakankamai stabilūs trumpuoju laikotarpiu, kai reikšmingų būklės pokyčių nesitikima.

5.4.2. Validumas

CORE-10 validumas buvo patvirtintas įvairiais būdais:

- **Struktūrinis validumas:** Dauguma tyrimų, įskaitant originalų validavimo tyrimą ir vėlesnes studijas (pvz., Italijos, Suomijos, jaunimo imtyse), patvirtino vienmatę CORE-10 struktūrą naudojant konfirmacinę faktorių analizę (CFA) (2,33,35). Tai reiškia, kad klausimynas iš esmės matuoja vieną bendrą psichologinio distreso faktorių. Nors kai kuriuose tyrimuose (pvz., kalinių imtyje) buvo patvirtintas ir sudėtingesnis šešių faktorių modelis, atspindintis CORE-OM domenų, praktikoje dažniausiai naudojamas bendras balas (34).
- **Konvergentinis validumas:** CORE-10 balai stipriai koreliuoja su ilgesniaja CORE-OM versija ($r = 0.94$ klinikinėje ir $r = 0.92$ neklinikinėje imtyje) (5). Taip pat nustatytos stiprios teigiamos koreliacijos su kitais psichologinio distreso, depresijos ir nerimo matavimo įrankiais, tokiais kaip BDI-II ($r = 0.77$), PHQ-9 ($r = 0.56-0.75$), HADS ($r = 0.49-0.89$), BSI ($r = 0.75$), SCL-90-R ($r = 0.81$), OQ-45 ($r = 0.76$), IIP-32 ($r = 0.54$) (1,2,4,5). Nustatyta ir neigiama koreliacija su gerovės matais, pvz., WHO-5 ($r = -0.62$) (2). Šios koreliacijos patvirtina, kad CORE-10 matuoja panašius konstruktus kaip ir kiti pripažinti instrumentai.
- **Diskriminacinis validumas:** CORE-10 geba atskirti kliniškes ir nekliniškes imtis (32). Taip pat pastebėta, kad koreliacijos su nerimo matais (pvz., GAD-7, BAI) yra šiek tiek žemesnės nei su depresijos ar bendro distreso matais, kas atspindi platesnį CORE-10 fokusą į bendrą distresą, o ne tik specifinius nerimo simptomus (1,5).
- **Kriterinis validumas (depresijai):** Originaliame tyrime nustatyta, kad CORE-10 slenkstinė reikšmė ≥ 13 balų pasižymi aukštu jautrumu (0.92) ir priimtinu specifiškumu (0.72) depresijai identifikuoti, lyginant su diagnostiniu interviu (5,36). Tai rodo, kad CORE-10 gali būti naudingas kaip pirminis depresijos diagnostikos įrankis.
- **Diagnostinis tikslumas (bendram distresui):** Italijos validavimo tyrime, naudojant DASS-21 ir WHO-5 kaip kriterijų, CORE-10 parodė puikų diagnostinį tikslumą ($AUC = 0.97$), o slenkstinė reikšmė > 20 balų pasižymėjo 0.94 jautrumu ir 0.92 specifiškumu (2).

5.4.3. Jautrumas pokyčiams ir išilginis nekintamumas

CORE-10 yra sukurtas stebėti pokyčius gydymo eigoje. Tyrimai rodo, kad jis yra jautrus pokyčiams, o balų sumažėjimas koreliuoja su gydymo sėkme (32,33). Nustatytas patikimo pokyčio indeksas (angl. *Reliable Change Index*, RCI) leidžia įvertinti, ar stebimas balo pokytis yra

statistiškai reikšmingas, t.y., viršija galimą matavimo paklaidą. Dažniausiai nurodoma RCI reikšmė yra 6 balai (90% pasikliautinasis intervalas) (5). Tai reiškia, kad balo pokytis 6 ar daugiau punktų rodo patikimą būklės pagerėjimą ar pablogėjimą.

Svarbu, kad instrumentas, naudojamas ilgalaikiam stebėjimui, išlaikytų matavimo nekintamumą (angl. *Longitudinal Measurement Invariance*, LMI), t.y., kad matuojamas konstruktas (šiuo atveju, psichologinis distresas) išliktų toks pat skirtingais matavimo momentais (pvz., prieš ir po terapijos). Neseniai atliktas didelės apimties tyrimas (N=1715) parodė, kad CORE-10 pasižymi geru LMI. Nebuvo rasta reikšmingų LMI pažeidimų ekvivalentiškumo testuose ar vertinant pagal efekto dydį. Nors labai jautrūs chi-kvadrato skirtumų testai aptiko tam tikrų LMI pažeidimų, jų praktinė įtaka buvo maža. Tai patvirtina CORE-10 tinkamumą išilginiam vertinimui psichoterapijos metu (35).

5.4.4. CORE-10 taikymas rutininiam rezultatų stebėjimui (ROM)

Dėl savo trumpumo, paprastumo, gerų psichometrinių savybių ir jautrumo pokyčiams, CORE-10 yra plačiai naudojamas kaip ROM įrankis įvairiose psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, ypač Jungtinėje Karalystėje (5,37). Jis tinka tiek pirminiam pacientų įvertinimui, tiek būklės stebėjimui gydymo eigoje, tiek vertinimą kiekvienos sesijos metu (2,33). ROM naudojimas gali padėti pagerinti terapijos rezultatus, sumažinti būklės blogėjimo riziką ir padidinti kliniškai reikšmingo pokyčio tikimybę, ypač pacientams, kuriems prognozuojamas prastas atsakas į gydymą (2). CORE-10 balų interpretavimui naudojamos klinikinės ribos (angl. *cut-off scores*) ir sunkumo lygiai:

- 0–5: Sveikas (minimalus distresas)
- 6–10: Žemas lygis (nedidelis distresas, nesiekia klinikinio lygio)
- 11–14: Lengvas (kliniškai reikšmingas distresas)
- 15–19: Vidutinis
- 20–24: Vidutinio sunkumo iki sunkaus
- ≥ 25 : Sunkus (3, 48, 49).

Klinikinė riba, skirianti kliniškai reikšmingą distresą nuo normos, dažniausiai nurodoma ties 11 balų. Kaip minėta, depresijai identifikuoti siūloma riba ≥ 13 balų. Patikimam pokyčiui vertinti naudojamas RCI ≥ 6 balai (5,36).

5.5.Beck'o depresijos inventorius (BDI-II): Depresijos sunkumo vertinimas

5.5.1. BDI-II paskirtis, struktūra ir vertinimas

Beck'o depresijos inventorius (antroji versija, BDI-II) yra vienas plačiausiai pasaulyje naudojamų savistabos instrumentų depresijos simptomų sunkumui matuoti per pastarąsias dvi savaites. Jį 1996 m. sukūrė Aaron T. Beck su kolegomis, atnaujinę ankstesnes versijas (BDI ir BDI-IA), kad jos geriau atitiktų DSM-IV depresijos diagnostinius kriterijus. BDI-II sudaro 21 klausimas, vertinantis įvairius depresijos simptomus: kognityvinius (pvz., pesimizmas, kaltės jausmas, beviltiškumas, gebėjimas priimti sprendimus), afektinius (pvz., liūdesys, anhedonija, irzlumas), somatinius-vegetatyvinius (pvz., nuovargis, miego ir apetito pokyčiai, susidomėjimo seksu praradimas) ir elgesio (pvz., verksmingumas, socialinis atsiribojimas, agitacija) (6,38). Kiekvienas klausimas turi keturis atsakymų variantus, atspindinčius didėjančią simptomo intensyvumą (įvertinami nuo 0 iki 3 balų). Bendras balas gali svyruoti nuo 0 iki 63, kur aukštesnis balas rodo sunkesnę depresiją (39).

BDI-II yra plačiai naudojamas tiek klinikiuose, tiek moksliniuose tyrimuose depresijos sunkumui įvertinti, atrankai atlikti ir gydymo efektyvumui stebėti. Nors jis nėra diagnostinis įrankis, jo rezultatai gali padėti gydytojams priimti sprendimus (6). Dažniausiai naudojamos šios balų interpretavimo ribos:

- 0–13: Minimali depresija
- 14–19: Lengva depresija
- 20–28: Vidutinė depresija
- 29–63: Sunki depresija.

5.6.BDI-II psichometrinės savybės

5.6.1. Patikimumas

Sisteminės apžvalgos rodo, kad BDI-II pasižymi aukštu vidiniu suderinamumu įvairiose populiacijose (neklkinėse, psichiatrinėse, medicininėse). Cronbacho alfa koeficientas paprastai siekia apie 0.90 ar daugiau, svyruodamas nuo 0.83 iki 0.96. Tai rodo, kad klausimyno teiginiai yra homogeniški ir patikimai matuoja depresijos konstrukta. Šis rodiklis yra geresnis nei ankstesnių BDI versijų (vidutinė alfa apie 0.85) (6).

Pakartotinio testavimo patikimumas taip pat yra geras arba puikus, koeficientai svyruoja nuo 0.73 iki 0.96, dažniausiai vertinant per 1-2 savaitių intervalą (6). Tai rodo gerą balų stabilumą trumpuoju laikotarpiu. Tačiau, kaip ir su kitais būsenos matais, ilgesni intervalai ar terapinės intervencijos gali sumažinti pakartotinio testavimo koreliaciją dėl realių būklės pokyčių (40).

5.6.2. Validumas

BDI-II validumas taip pat gerai pagrįstas:

- **Struktūrinis validumas:** Faktorių analizės tyrimai dažniausiai išskiria du pagrindinius faktorius: kognityvinį-afektinį ir somatinį-vegetatyvinį. Ši dviejų faktorių struktūra yra laikoma tvirta, nors kai kuriuose tyrimuose, ypač su mediciniais pacientais, somatinis faktorius gali išsiskirti kaip dominuojantis ar nepriklausomas (6).
- **Konvergentinis validumas:** BDI-II stipriai koreliuoja su ankstesne BDI-I versija (6). Taip pat nustatytos stiprios koreliacijos su kitais depresijos matavimo įrankiais (pvz., HAM-D, PHQ-9) ir vidutinės ar stiprios koreliacijos su nerimo matavimo įrankiais (pvz., BAI, HADS-A) (41,42). Didelė koreliacija su nerimo matais kartais kelia klausimų dėl diskriminacinio validumo, tačiau tai gali atspindėti ir didelę depresijos bei nerimo simptomų persidengimą (6,40,42).
- **Diskriminacinis validumas:** BDI-II gerai atskiria depresiją sergančius asmenis nuo nesergančių. Tačiau jo gebėjimas atskirti skirtingas depresijos formas (pvz., endogeninę nuo reaktyvios) yra abejotinas (6,40). Medicininėse imtyse BDI-II parodė silpną koreliaciją su lėtinio skausmo, fizinės sveikatos ar piktnaudžiavimo medžiagomis matais, kas rodo gebėjimą atskirti depresiją nuo šių būklių (42).
- **Kriterinis validumas:** Tyrimai, lyginantys BDI-II su "auksiniu standartu" (dažniausiai struktūruotu klinikiu interviu pagal DSM kriterijus), rodo gerą jautrumą ir specifiskumą depresijai nustatyti. Tačiau optimali slenkstinė reikšmė (angl. *cut-off score*) gali skirtis priklausomai nuo populiacijos (pvz., bendroji populiacija, pirminė priežiūra, specifinės medicininės grupės). Pavyzdžiui, medicininiais pacientams gali prireikti aukštesnių slenkstinių reikšmių dėl somatinių simptomų persidengimo su fizine liga. Todėl svarbu naudoti populiacijai pritaikytas normas ir slenkstines reikšmes (6,42).

5.6.3. Jautrumas pokyčiams

BDI-II yra laikomas jautriu pokyčiams instrumentu, gebančiu atspindėti depresijos simptomų sunkumo sumažėjimą gydymo eigoje. Tyrimai rodo, kad BDI-II balų pokyčiai koreliuoja su klinikiniais pagerėjimo vertinimais (pvz., CGI-I). Tai daro jį tinkamu įrankiu gydymo efektyvumui stebėti (6,40).

5.6.4. BDI-II privalumai ir trūkumai

Privalumai:

- Plačiai naudojamas ir pripažintas visame pasaulyje (6,40).
- Geros ir nuosekliai patvirtintos psichometrinės savybės (aukštas patikimumas, geras validumas, jautrumas pokyčiams) (6).
- Atitiktis DSM depresijos kriterijams (BDI-II versija) (6,38).
- Santykinai trumpas (21 klausimas), lengvai administruojamas ir vertinamas (42).
- Ekonomiškai efektyvus depresijos sunkumo matavimo įrankis (6).
- Galimybė naudoti įvairiose populiacijose (su atitinkamomis normomis) (6,42).

Trūkumai:

- Savistabos pobūdis: rezultatai priklauso nuo subjektyvaus paciento vertinimo, galimas simptomų nuvertinimas ar perdėjimas (38,41).
- Didelis simptomų persidengimas su nerimu gali mažinti diskriminacinį validumą (6,40).
- Somatinių simptomų įtraukimas gali padidinti balus pacientams, sergantiems fizinėmis ligomis, jei simptomai kyla ne dėl depresijos.
- Optimalios slenkstinės reikšmės skiriasi priklausomai nuo populiacijos, reikalingos specifinės normos (6,38,42).
- Ribotas gebėjimas atskirti skirtingas depresijos formas.
- Nėra skirtas vertinti kitus svarbius veiksnius, pvz., šeimos istoriją ar genetinius polinkius.
- Autorių teisės: oficiali BDI-II versija yra mokama (40).

5.7.Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7): Nerimo sunkumo vertinimas

5.7.1. GAD-7 paskirtis, struktūra ir vertinimas

Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7) yra trumpas, 7 klausimų savistabos instrumentas, skirtas generalizuoto nerimo sutrikimo (GNS) simptomų sunkumui vertinti ir atrankai atlikti per pastarąsias dvi savaites. Ją sukūrė Spitzer su kolegomis 2006 m.. Klausimai tiesiogiai atspindi DSM-IV (dabar DSM-5) GNS diagnostinius kriterijus, apimdami tokius simptomus kaip nervingumas, nekontroliuojamas nerimas, per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų, sunkumai atsipalaiduoti, nerimastingumas, irzlumas ir baimė, kad gali nutikti kažkas baisaus. Kiekvienas klausimas vertinamas pagal simptomo pasireiškimo dažnumą 4 balų Likerto skalėje (nuo 0 – „visiškai ne“ iki 3 – „beveik kasdien“). Galutinis balas svyruoja nuo 0 iki 21, kur aukštesnis balas rodo sunkesnę nerimą (7).

Nors GAD-7 buvo sukurtas specialiai GNS vertinti, tyrimai parodė, kad jis yra naudingas ir kaip bendresnis nerimo simptomų matas bei kaip atrankos įrankis kitiems nerimo sutrikimams, tokiems kaip panikos sutrikimas, socialinis nerimas ir potrauminio streso sutrikimas (PTSS). Dėl savo trumpumo (užpildymas trunka 1-2 minutes), paprastumo ir gerų psichometrinių savybių, GAD-7 yra plačiai naudojamas tiek pirminėje sveikatos priežiūroje, tiek psichikos sveikatos įstaigose, tiek moksliniuose tyrimuose (4,7).

GAD-7 balai interpretuojami naudojant šias ribas:

- 0–4: Minimalus nerimas
- 5–9: Lengvas nerimas
- 10–14: Vidutinis nerimas
- 15–21: Sunkus nerimas (7).

Atrankai dažniausiai rekomenduojama slenkstinė reikšmė yra ≥ 10 balų. Ši riba originaliame tyrime parodė gerą balansą tarp jautrumo (89%) ir specifiškumo (82%) GNS diagnozei nustatyti. Kai kurie tyrimai ir gairės siūlo naudoti žemesnę ribą, pvz., ≥ 8 balus, siekiant didesnio jautrumo (92% jautrumas, 76% specifiškumas GNS), ypač pirminėje patikroje, po kurios sektų detalesnis vertinimas (4,7).

5.8.GAD-7 psichometrinės savybės

5.8.1. Patikimumas

GAD-7 pasižymi puikiu vidiniu suderinamumu. Cronbacho alfa koeficientai įvairiose populiacijose (pirminės priežiūros, bendrosios populiacijos, psichiatrinių pacientų, studentų) paprastai viršija 0.85 ir dažnai siekia virš 0.90. Pavyzdžiui, didelėje heterogeniškoje psichiatrinių pacientų imtyje (N=1201) alfa buvo 0.88, o Kinijos medicinos magistrantų imtyje (N=1021) – 0.93 (7,36,43,44). Tai rodo aukštą klausimyno teiginių homogeniškumą.

Pakartotinio testavimo patikimumas taip pat yra geras. Originaliame tyrime nurodomas geras testo-retesto patikimumas (7).

5.8.2. Validumas

GAD-7 validumas yra plačiai ištirtas:

- **Struktūrinis validumas:** Dauguma tyrimų, naudojančių tiek eksploracinę (EFA), tiek konfirmacinę faktorių analizę (CFA), palaiko vienmatę GAD-7 struktūrą (7,44). Tai reiškia, kad visi 7 klausimai matuoja vieną bendrą nerimo faktorių. Tačiau kai kurie tyrimai iškėlė klausimų dėl vienmatės struktūros tinkamumo ir pasiūlė dviejų faktorių modelį, atskiriantį kognityvinius-emocinius simptomus (1-3, 7 klausimai) nuo somatinių (4-6 klausimai) (4,7,45). Heterogeniškoje psichiatrinių pacientų imtyje atlikta analizė parodė, kad nors vienmatis modelis tinka geriausiai, būtina atsižvelgti į somatinių klausimų paklaidų koreliaciją, kad modelis gerai atitiktų duomenis (7,33,46). Nepaisant diskusijų dėl faktorių struktūros, praktikoje dažniausiai naudojamas bendras GAD-7 balas.
- **Konvergentinis validumas:** GAD-7 balai stipriai teigiamai koreliuoja su kitais nerimo matavimo įrankiais, tokiais kaip BAI ($r \approx 0.7$), SCL-90 nerimo subskalė ($r \approx 0.76$), HADS-A, Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Taip pat nustatytos vidutinės ar stiprios teigiamos koreliacijos su depresijos matais (pvz., PHQ-9, BDI-II, SCL-90 depresijos subskalė; $r \approx 0.6-0.7$) ir neigiamos koreliacijos su gyvenimo kokybės ar pasitenkinimo gyvenimu matais. Aukštesni GAD-7 balai taip pat siejami su didesniu funkciniu sutrikimu ir sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu (7).
- **Diskriminacinis validumas:** GAD-7 geba atskirti pacientus su nerimo sutrikimais nuo tų, kurie jų neturi, bei nuo pacientų su kitokio pobūdžio psichikos sveikatos problemomis (pvz., šeimos problemomis) (7).

- **Kriterinis validumas:** Kaip minėta, GAD-7, naudojant slenkstinę reikšmę ≥ 10 , pasižymi geru jautrumu (89%) ir specifiškumu (82%) GNS nustatymui. Jis taip pat rodo priimtina, nors ir mažesnę, jautrumą ir specifiškumą kitiems nerimo sutrikimams (panikos sutrikimui, socialiniam nerimui, PTSS). Tačiau kai kurie tyrimai heterogeniškose psichiatrinėse imtyse nustatė prastesnę specifiškumą ir didelį klaidingai teigiamų rezultatų skaičių naudojant šią ribą, kas rodo galimą poreikį koreguoti slenkstines reikšmes priklausomai nuo populiacijos ir tikslo (4,7).

5.8.3 Jautrumas pokyčiams

GAD-7 yra jautrus pokyčiams instrumentas, tinkamas stebėti nerimo simptomų dinamiką gydymo metu. Tyrimai rodo statistiškai reikšmingą GAD-7 balų sumažėjimą po psichoterapinio ar farmakologinio gydymo. Tai leidžia naudoti GAD-7 kaip priemonę gydymo efektyvumui vertinti (7).

5.8.3. GAD-7 privalumai ir trūkumai

Privalumai:

- Labai trumpas (7 klausimai) ir greitai užpildomas (1-2 min).
- Paprastas administruoti ir vertinti.
- Geros psichometrinės savybės (patikimumas, validumas) įvairiose populiacijose (7).
- Tiesiogiai susietas su GNS diagnostiniais kriterijais (7,43).
- Naudingas ne tik GNS, bet ir kitų nerimo sutrikimų bei bendro nerimo lygio atrankai (4).
- Jautrus pokyčiams, tinka gydymo stebėsenai (7).
- Laisvai prieinamas ir plačiai išverstas į įvairias kalbas (47).

Trūkumai:

- Diskusijos dėl faktorių struktūros (vienmatis vs. dvimatis modelis).
- Optimali slenkstinė reikšmė gali skirtis priklausomai nuo populiacijos ir tikslo.
- Kai kuriose populiacijose (pvz., heterogeniški psichiatriniai pacientai) gali pasižymėti nepakankamu specifiškumu ir dideliu klaidingai teigiamų rezultatų skaičiumi (4,7,43,45).

- Galimas kultūrinis poveikis atsako modeliams, ypač tam tikrose etninėse grupėse, kas gali lemti netikslų balų įvertinimą (47).
- Kaip ir kiti savistabos klausimynai, priklauso nuo subjektyvaus paciento vertinimo.
- Mažesnis matavimo tikslumas lengvo nerimo spektre (7).

5.9.CORE-10, BDI-II ir GAD-7 palyginimas

5.9.1. Pagrindiniai skirtumai ir panašumai

CORE-10, BDI-II ir GAD-7 yra savistabos klausimynai, skirti psichologinei būsenai vertinti, tačiau jie skiriasi savo apimtimi, specifika ir pagrindiniu matuojamu konstruktu.

- **Apimtis ir trukmė:** GAD-7 yra trumpiausias (7 klausimai, 1-2 min), po jo seka CORE-10 (10 klausimų, ~3 min), o BDI-II yra ilgiausias (21 klausimas, 5-10 min) (5,7). Trumpumas yra privalumas rutiniam stebėjimui, ypač dažnam naudojimui (pvz., kiekvienos sesijos) (2,5).
- **Matuojamas konstruktas:** CORE-10 matuoja platų **bendro psichologinio distreso** konstrukta, apimančią gerovę, simptomus (depresijos, nerimo, traumos, fizinius), funkcionavimą ir riziką (4,33). BDI-II yra specifinis **depresijos** sunkumo matas, o GAD-7 – specifinis **nerimo** (ypač GNS) sunkumo matas (6,7). Šis skirtumas tarp bendro distreso ir specifinių simptomų yra esminis renkantis instrumentą. CORE-10 suteikia platesnį vaizdą, bet mažiau įsigilino specifinėse srityse, tuo tarpu BDI-II ir GAD-7 suteikia detalesnį vaizdą apie konkrečius simptomus, bet neapima kitų distreso aspektų (48).
- **Paskirtis:** Visi trys gali būti naudojami atrankai ir gydymo progreso stebėjimui (ROM) (7,36). CORE-10 ypač pabrėžiamas kaip ROM įrankis dėl trumpumo ir bendro pobūdžio (2,5). BDI-II ir GAD-7 dažnai naudojami specifinių sutrikimų sunkumui vertinti ir specifinių intervencijų (pvz., antidepresantų, specifinės psichoterapijos) efektyvumui matuoti (7,49).
- **Rizikos vertinimas:** Tik CORE-10 tiesiogiai apima klausimą apie riziką sau (savęs žalojimo ar savižudybės planus), kas yra svarbus privalumas psichiatrinėje aplinkoje, kur savižudybės rizika gali būti padidėjusi (4,33). BDI-II turi klausimą apie savižudiškas mintis ar norus (33), o GAD-7 rizikos tiesiogiai nevertina (7,38).
- **Prieinamumas:** CORE-10 ir GAD-7 yra laisvai prieinami naudoti, tuo tarpu oficiali BDI-II versija yra saugoma autorių teisių ir mokama (4,47).

5.9.2. Koreliacijos ir persidengimas

Kaip minėta anksčiau, tarp šių trijų instrumentų yra nustatytos reikšmingos teigiamos koreliacijos, atspindinčios didelį psichologinio distreso, depresijos ir nerimo simptomų persidengimą.

- **CORE-10 ir BDI-II:** Koreliacija yra stipri ($r \approx 0.75 - 0.77$). Originalus CORE-OM taip pat stipriai koreliuoja su BDI ($r \approx 0.8$) (1,5,36). Tai rodo, kad didelė dalis CORE-10 matuojamo distreso yra susijusi su depresijos simptomais.
- **CORE-10 ir GAD-7/BAI:** Koreliacijos taip pat yra reikšmingos, bet paprastai šiek tiek žemesnės nei su BDI-II (pvz., $r \approx 0.65$ su BAI, $r \approx 0.68$ su GAD-2 (trumpesne GAD versija)). Tai atitinka CORE-10 platesnį pobūdį – jis apima ne tik nerimą, bet ir kitus distreso aspektus (5).
- **BDI-II ir GAD-7/BAI:** Tarp depresijos ir nerimo specifinių matų taip pat yra stiprios koreliacijos (pvz., GAD-7 ir BDI-II $r \approx 0.58$; GAD-7 ir BAI $r \approx 0.69$). Tai pabrėžia didelį depresijos ir nerimo komorbidiskumą ir simptomų persidengimą (6,7,42).

Šios koreliacijos rodo, kad nors instrumentai matuoja šiek tiek skirtingus, bet glaudžiai susijusius konstruktus, CORE-10, būdamas bendresnis, apima tiek depresijos, tiek nerimo elementus. BDI-II ir GAD-7, būdami specifiskesni, vis tiek turi didelį tarpusavio ryšį. Tai reiškia, kad renkantis instrumentą svarbu atsižvelgti į tai, ar reikalingas platus bendro distreso vaizdas (CORE-10), ar detalesnis specifinių simptomų (depresijos ar nerimo) įvertinimas (BDI-II, GAD-7).

5.9.3 Santykiniai privalumai ir trūkumai ROM kontekste

Vertinant šiuos tris instrumentus rutininiam rezultatų stebėjimui (ROM) psichiatrijos ligoninėje, svarbu pasverti jų privalumus ir trūkumus:

- **CORE-10:**
 - *Privalumai:* Labai trumpas, lengvai administruojamas, platus distreso spektras, apima riziką, jautrus pokyčiams (RCI=6), geras LMI, nemokamas, CORE-OM validuotas Lietuvoje.
 - *Trūkumai:* Mažiau detalus apie specifinius simptomus, gali prireikti papildomų įrankių gilesniam vertinimui, RCI ir klinikinės ribos gali reikalausti lokalaus patikslinimo (4,5,48).

- **BDI-II:**

- *Privalumai:* Labai gerai ištirtas, aukštas patikimumas ir validumas depresijai vertinti, jautrus pokyčiams, plačiai pripažintas (6). Yra lietuviška versija, validuota specifinėse imtyse (38).
- *Trūkumai:* Ilgesnis nei CORE-10 ar GAD-7, neapima nerimo ar kitų distreso sričių taip plačiai, somatiniai klausimai gali būti klaidinantys medicininiais pacientams, mokamas, normos reikalauja adaptacijos (38,42).

- **GAD-7:**

- *Privalumai:* Labai trumpas, lengvai administruojamas, geras patikimumas ir validumas nerimui vertinti, jautrus pokyčiams, nemokamas, yra lietuviška versija, validuota klinikinėse ir studentų imtyse (7,37,44).
- *Trūkumai:* Labai specifinis nerimui (ypač GNS), neapima depresijos ar kitų sričių, diskusijos dėl faktorių struktūros, specifiškumas ir slenkstinės ribos gali kisti priklausomai nuo populiacijos (4,7,44,45).

Atsižvelgiant į RVPL, kaip didelės psichiatrijos ligoninės, poreikius, kur pacientų srautas didelis ir būklės įvairios, CORE-10 trumpumas ir platus spektras atrodo patrauklūs kaip pirminis ROM įrankis. Tačiau specifiniams depresijos ar nerimo atvejams BDI-II ir GAD-7 gali suteikti vertingesnės ir detalesnės informacijos.

5.9.3. Instrumentų palyginimo lentelė

Žemiau pateiktoje lentelėje apibendrinami pagrindiniai CORE-10, BDI-II ir GAD-7 bruožai.

1 lentelė. CORE-10, BDI-II ir GAD-7 palyginimas

Bruožas	CORE-10	BDI-II	GAD-7
Klausimų skaičius	10	21	7
Kaina	Nemokamas	Mokamas (oficiali versija)	Nemokamas

Pagrindinis konstruktas	Bendras psichologinis distresas (nerimas, depresija, funkcionavimas, rizika)	Depresijos simptomų sunkumas	Nerimo (ypač GNS) simptomų sunkumas
Pagrindiniai privalumai	Labai trumpas, platus spektras, apima riziką, geras ROM įrankis, nemokamas	Gera iširtas, aukštas patikimumas/validumas depresijai, jautrus pokyčiams	Labai trumpas, paprastas, geras patikimumas/validumas nerimui, nemokamas
Pagrindiniai trūkumai	Mažiau gylio specifiniams simptomams, gali reikėti lokalių normų	Ilgesnis, neapima kitų sričių, somatiniai klausimai gali klaidinti, mokamas	Labai specifinis, diskusijos dėl struktūros, specifiškumas/ribos kinta
Tipinis patikimumas (Alfa)	~0.90	~0.90	~0.90
Tipinis RCI / Pokyčio jautrumas	RCI ≈ 6 balai	Jautrus pokyčiams	Jautrus pokyčiams
Validavimo statusas Lietuvoje	CORE-OM (motininis) validuotas	Validavimo tyrimai specifinėse imtyse (pvz., KŠL, smegenų augliai)	Validavimo tyrimai klinikinėje (nerimo/nuotaikos sutrikimai) ir studentų imtyse

5.10. Taikymas Lietuvos kontekste ir Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje (RVPL)

5.10.1 Lietuvos validavimo tyrimų apžvalga

Standartizuotų psichometrinių įrankių adaptavimas ir validavimas konkrečioje kultūrinėje ir lingvistinėje aplinkoje yra būtinas žingsnis prieš pradedant juos plačiai naudoti klinikinėje

praktikoje ar moksliniuose tyrimuose. Lietuvoje pastaraisiais metais atlikti keli svarbūs tyrimai, vertinantys CORE-OM, BDI-II ir GAD-7 tinkamumą.

- **CORE-OM (CORE-10 klausimyno pirmtakas):** R. Viliūnienės ir kolegų (2012/2013 m.) atliktas CORE-OM vertimo į lietuvių kalbą ir validavimo tyrimas yra itin reikšmingas. Tyrime dalyvavo psichoterapijos ambulatoriniai pacientai ir studentai. Nustatyta, kad lietuviška CORE-OM versija pasižymi geru vidiniu suderinamumu (Cronbacho alfa 0.73-0.93 visoms sritims, išskyrus rizikos sritį, kur alfa buvo 0.57-0.79) ir pakankamu pakartotinio testavimo patikimumu (Spearman rho 0.60-0.79). Klausimynas gerai atskyrė klinikinę ir neklinikinę imtis, patvirtindamas diskriminacinį validumą. Labai svarbi išvada buvo ta, kad lietuviški kliniškai reikšmingo pokyčio kriterijai (ypač ribinės vertės) skyrėsi nuo originalių JK kriterijų – pavyzdžiui, simptomų, funkcionavimo ir bendro balo ribos buvo aukštesnės Lietuvoje. Tai aiškiai parodo būtinybę nustatyti lokalias normas ir interpretavimo gaires. Tyrėjai taip pat pabrėžė, kad tyrimo metu Lietuvoje trūko standartizuotų, rutininiam naudojimui psichoterapijoje tinkamų rezultatų vertinimo įrankių (39).
- **BDI-II:** Kaip minima apžvalginiam straipsnyje žurnale "Biological Psychiatry and Psychopharmacology", lietuviškos BDI-II versijos psichometrinės savybės buvo tirtos specifinėse pacientų grupėse – sergančiųjų koronarine širdies liga ir turinčių smegenų auglius. Šiuose tyrimuose nustatytas adekvatus vidinis suderinamumas, validumas ir gera faktorių struktūra. Tačiau tame pačiame straipsnyje pabrėžiama, kad normatyvinės slenkstinės reikšmės depresijos sunkumui vertinti vis dar reikalauja patikrinimo bendroje Lietuvos populiacijoje ar platesnėje klinikinėje imtyse. Kaimyniniame regione (Serbijoje) atliktas tyrimas su IVF pacientais parodė BDI-II jautrumą pokyčiams, fiksuojant depresijos balų didėjimą po nesėkmingo IVF ciklo (38,50).
- **GAD-7:** Lietuviškos GAD-7 versijos psichometrinės savybės tirtos mažiausiai dviejose skirtingose populiacijose:
 - *Pacientai su nerimo ir nuotaikos sutrikimais (AMD):* Jarukaitienės ir kt. (2023 m.) bei ECNP konferencijos pranešime (2022 m.) pristatyti tyrimo rezultatai (N=244/276) parodė gerą vidinį suderinamumą (alfa 0.84 / 0.80). Tačiau koreliacija su klinicisto vertinama HAM-A skale buvo tik silpna/vidutinė ($r = 0.307 / 0.331$) (35, 37). Konfirmacinė faktorių analizė palaikė dviejų faktorių struktūrą ("kognityvinis/afektyvus" ir "somaticinis"). Slenkstinė reikšmė ≥ 7 balai buvo pasiūlyta *bet kurio* nerimo sutrikimo (GNS, panikos sutrikimo, agorafobijos ar socialinio nerimo)

atrankai, pasiekiant 73%/72% jautrumą ir tik 54%/48% specifiškumą. Specifiškai GNS atpažinimui ši riba pasirodė prastai (jautrumas 55%, specifiškumas 39%). Dėl žemo specifiškumo ir riboto gebėjimo atpažinti GNS, padaryta išvada, kad GAD-7 klinikinė nauda kaip diagnostinio įrankio šioje populiacijoje yra ribota (45).

- *Studentų imtis:* Skruibio ir kt. (2022 m.) tyrimas (N=1358) parodė labai gerą vidinį suderinamumą (alfa 0.91) ir patvirtino vienmatę GAD-7 struktūrą šioje populiacijoje. Slenkstinė reikšmė ≥ 9 balai pasiūlyta kaip optimali bendrai psichikos sutrikimų rizikai identifikuoti (jautrumas 73%, specifiškumas 70%), lyginant su CIS-R ≥ 12 balų kriterijumi. Tačiau, kaip ir klinikinėje imtyje, GAD-7 jautrumas ir ypač specifiškumas specifinei GNS diagnozei nustatyti buvo žemi. Tyrėjai taip pat padarė išvadą, kad GAD-7 klinikinė nauda kaip diagnostinio įrankio studentams yra ribota, nors jis gali būti naudingas pirminėje rizikos atrankoje (44).
- **Kiti galimi įrankiai:** Reikėtų paminėti, kad Lietuvoje yra adaptuota ir naudojama Achenbacho Empirinės Elgesio Vertinimo Sistemos (ASEBA) suaugusiųjų formos (ASR/ABCL), taip pat Paciento sveikatos klausimynas-9 (PHQ-9) depresijai vertinti, kuris buvo validuotas kartu su GAD-7 minėtuose tyrimuose (44,45,51).

Šie tyrimai rodo pažangą standartizuotų įrankių adaptavime Lietuvoje, tačiau kartu atskleidžia ir iššūkius – ypač poreikį nustatyti lokalias normas, slenkstines reikšmes ir atidžiai vertinti instrumentų specifiškumą konkrečiose populiacijose.

5.11. Sintezė ir vertinimas: CORE-10 tinkamumas RVPL pacientams

5.11.1. CORE-10 privalumų ir trūkumų įvertinimas RVPL populiacijai

Svarstant CORE-10 tinkamumą rutininiam rezultatų stebėjimui RVPL, būtina pasverti jo stipriąsias ir silpnąsias puses ligoninės kontekste.

Privalumai:

- **Trumpumas ir paprastumas:** 10 klausimų formatas yra praktiškas didelėje ligoninėje su įvairiais pacientais ir ribotu personalo laiku (5,48).
- **Platus spektras:** Apima ne tik simptomus, bet ir gerovę, funkcionavimą bei riziką, suteikdamas holistiškesnį vaizdą nei specifiniai įrankiai (33). Rizikos klausimo įtraukimas yra ypač aktualus psichiatrijos stacionare (4).

- **Geros bendrosios psichometrinės savybės:** Patikimumas, validumas, jautrumas pokyčiams ir išilginis nekintamumas yra gerai pagrįsti tarptautiniu mastu (2,4,5,33,35,46).
- **Nemokamas:** Nereikalauja licencijavimo išlaidų (4,5).
- **Lietuviškas pagrindas:** CORE-10 klausimyno pirmtakas CORE-OM klausimynas yra validuotas Lietuvoje, kas palengvina adaptaciją (39).

Trūkumai:

- **Specifiškumo stoka:** Suteikia mažiau detalios informacijos apie konkrečius depresijos ar nerimo simptomus, palyginti su BDI-II ar GAD-7 (48). Gali būti mažiau jautrus specifinių intervencijų poveikiui šiose srityse.
- **Rizikos srities patikimumas:** Lietuviškame CORE-OM tyrime rizikos srities patikimumas buvo žemesnis nei kitų sričių (39). Nors CORE-10 turi tik vieną rizikos klausimą, į tai reikėtų atsižvelgti.
- **Normų ir RCI poreikis:** Kaip parodė CORE-OM tyrimas, klinikinės ribos ir RCI gali skirtis nuo tarptautinių normų. RVPL populiacijai (stacionaro pacientams, potencialiai sunkesnė būklė nei ambulatoriniams pacientams ar studentams) būtina nustatyti specifinius interpretavimo kriterijus (4,39).

Atsižvelgiant į RVPL veiklos specifiką – didelį pacientų skaičių, poreikį efektyvumui, pacientų įvairovę pagal diagnozes ir sunkumą, bei egzistuojančias kokybės vadybos sistemas – CORE-10 trumpumas ir platus vertinimo spektras atrodo tinkami kaip pirminis įrankis bendram distreso lygiui ir pokyčiams efektyviai stebėti visuose skyriuose (4).

5.11.2. Rekomendacijos ROM įrankių pasirinkimui ir diegimo strategijai RVPL

Remiantis atlikta analize, teikiamos šios rekomendacijos RVPL:

1. **Svarstyti CORE-10 kaip pirminį ROM įrankį:** Dėl jo trumpumo, plataus spektro (įskaitant riziką), nemokamumo ir egzistuojančio lietuviško CORE-OM pagrindo, CORE-10 yra stiprus kandidatas rutininiam naudojimui.
2. **Naudoti BDI-II ir GAD-7 kaip papildomus įrankius:** Remiantis klinikiniais poreikiais ir galbūt CORE-10 rezultatais, naudoti BDI-II ir GAD-7 detalesniam depresijos ar nerimo simptomų vertinimui. Būtina naudoti validuotas lietuviškas versijas ir atsižvelgti į turimus

vietinius validavimo duomenis bei siūlomas slenkstines reikšmes, kritiškai vertinant jų tinkamumą RVPL populiacijai (39,44,45).

3. **Parengti aiškius naudojimo protokolus:** Sukurti standartizuotas procedūras, kada, kaip dažnai, kokiomis sąlygomis administruoti klausimynus, kaip juos vertinti (įskaitant RCI taikymą pokyčiui vertinti), kaip saugoti duomenis ir kaip teikti grįžtamąjį ryšį gydytojams bei pacientams.

5.12. Išvados

5.12.1. Lyginamųjų rezultatų santrauka

Ši apžvalga išanalizavo tris plačiai naudojamus psichometrinius instrumentus – CORE-10, BDI-II ir GAD-7 – jų tinkamumą pacientų gydymo progreso vertinimui psichiatrijos ligoninėje.

- **CORE-10** išsiskiria kaip labai trumpas (10 klausimų), bendrą psichologinį distresą (įskaitant riziką) matuojantis įrankis, pasižymintis geromis psichometrinėmis savybėmis (patikimumu, validumu, jautrumu pokyčiams, išilginiu nekintamumu) ir tinkamumu dažnam rutininiam stebėjimui. Jo pagrindinis trūkumas – mažesnis specifiškumas ir detalumas vertinant konkrečius simptomus.
- **BDI-II** yra ilgesnis (21 klausimas), bet labai gerai ištirtas ir validus specifinis depresijos sunkumo matas, jautrus gydymo pokyčiams. Jo trūkumai apima siauresnį fokusą, galimą somatinių simptomų įtaką medicininiams pacientams ir mokamą licenciją.
- **GAD-7** yra trumpiausias (7 klausimai), specifinis nerimo (ypač GNS) sunkumo matas, pasižymintis geru patikimumu ir validumu nerimo vertinimui. Jo trūkumai – labai siauras fokusas, diskusijos dėl struktūros ir kintantis specifiškumas bei slenkstinės ribos skirtingose populiacijose.

Tarp visų trijų instrumentų yra reikšmingos koreliacijos, atspindinčios glaudų ryšį tarp bendro distreso, depresijos ir nerimo. CORE-10, būdamas bendresnis, apima abiejų specifinių sričių elementus.

6. TIRIAMIEJI IR METODAI

Dalyvauti tyrime pasirinkome pacientus, kurie gydėsi Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje Dienos stacionaro skyriuje. Pacientai turėjo būti ne jaunesni nei 18 metų, suprantantys lietuvių kalbą, veiksnius asmenys. Klausimynai buvo pateikiami pildyti registratorės, paaškinimus pateikė skyriaus psichologai/gydytojai esant neaiškumams. Vėliau balai buvo suskaičiuojami ir

užrašomas gautas galutinis rezultatas. Pacientų duomenys buvo užkoduoti ir anonimizuoti, atsisakant demografinių skalių ir papildomo duomenų rinkimo dėl laiko stokos po gauto Bioetikos leidimo ir organizacinių veiksmų bei tikslo rinkti tik būtinus tyrimui duomenis nenaudojant jokių pacientą identifikuojančių duomenų. Užpildytus klausimynus laikėme pacientų ligos istorijose, kurios niekada nebuvo išneštos iš ligoninės patalpų. Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto išduotas leidimas, kuris pateiktas 6 priede.

Tyrimo metu iš viso apklausėme 34 pacientus: 28 moteris ir 6 vyrus. Pacientai užpildė CORE-10, GAD-7 ir BDI-II klausimynus gydymo pradžioje ir trečiąją arba ketvirtąją, arba paskutinąją paciento gydymosi savaitę. Tuo pačiu buvo duota užpildyti GAD-7 arba BDI-II klausimynai, arba abu kartu. CORE-10 klausimynus, pirmo ir antro pildymo metu, užpildė visi 34 pacientai. GAD-7 klausimyną pirmo pildymo metu užpildė 18 pacientų, o antro - 22 pacientai. BDI-II klausimyną pirmo pildymo metu užpildė - 30, o antro - 32. Atliekant statistinę analizę, atmetėme tuos pacientus, kurie buvo užpildę klausimyną tik vieną kartą, todėl galiausiai tyrėme 34 pacientų CORE-10 klausimynus, 18 – GAD-7 klausimynų ir 29 BDI-II klausimynų poras.

6.1. Statistiniai metodai

Kiekybiniais kintamiesiems buvo tikrinama ar duomenims galioja normalumo sąlyga (Testing for normality) Shapiro-Wilk testo pagalba. Normalumo sąlygai pasitvirtinus vidutiniai dydžiai buvo lyginami parametrinio Stjudento t kriterijus 2 priklausomoms imtims (t-test for Paired Samples Test) testo pagalba. Normalumo sąlygai nepasitvirtinus papildomai buvo naudojami neparametrinis 2 priklausomoms imtims testas (non - parametric test): rodikliai buvo lyginami Wilcoxon Signed Ranks Test pagalba. Normaliai pasiskirsčiusiems kiekybiniais duomenims buvo taikytas Pirsono koreliacijos koeficientas. Nepasitvirtinus normalumo prielaidai, papildomai buvo apskaičiuoti Spearmano koreliacijos koeficientai. Nustatyti skirtumai laikomi statistiškai reikšmingais, kai p reikšmė $< 0,05$. Tyrimo duomenys buvo apdorojami naudojant IBM SPSS Statistics, 30 programos versija. Skaičiavimams atlikti taip pat buvo naudota Microsoft Excel programa.

6.2 Tyrimo duomenų aprašymas

Tyrimui buvo naudoti 3 klausimynai: CORE-10, GAD-7 ir BDI-2, kurie buvo duoti pacientams pildyti du kartus. CORE-10 klausimyną užpildė visi tiriamieji, GAD-7 užpildė 18, o BDI-II – 29. Buvo lyginami pirmo ir antro pildymo rezultatai tarp tų pačių klausimynų, taip tikrinant ar yra pagerėjimas. O vėliau tikrinta ar yra koreliacija tarp klausimynų rezultatų, lyginant tarpusavyje pirmo pildymo rezultatus, o po to antro.

Tyrimo metu iš viso apklausėme 34 pacientus: 28 moteris ir 6 vyrus. Pacientai užpildė CORE-10, GAD-7 ir BDI-II klausimynus gydymo pradžioje ir trečiąją arba ketvirtąją, arba paskutiniąją paciento gydymosi savaitę. Tuo pačiu buvo duota užpildyti GAD-7 arba BDI-II klausimynai, arba abu kartu. CORE-10 klausimynus, pirmo ir antro pildymo metu, užpildė visi 34 pacientai. GAD-7 klausimyną pirmo pildymo metu užpildė 18 pacientų, o antro - 22 pacientai. BDI-II klausimyną pirmo pildymo metu užpildė - 30, o antro - 32. Atliekant statistinę analizę, atmetėme tuos pacientus, kurie buvo užpildę klausimyną tik vieną kartą, todėl galiausiai tyrėme 34 pacientų CORE-10 klausimynus, 18 – GAD-7 klausimynų ir 29 BDI-II klausimynų poras.

7. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

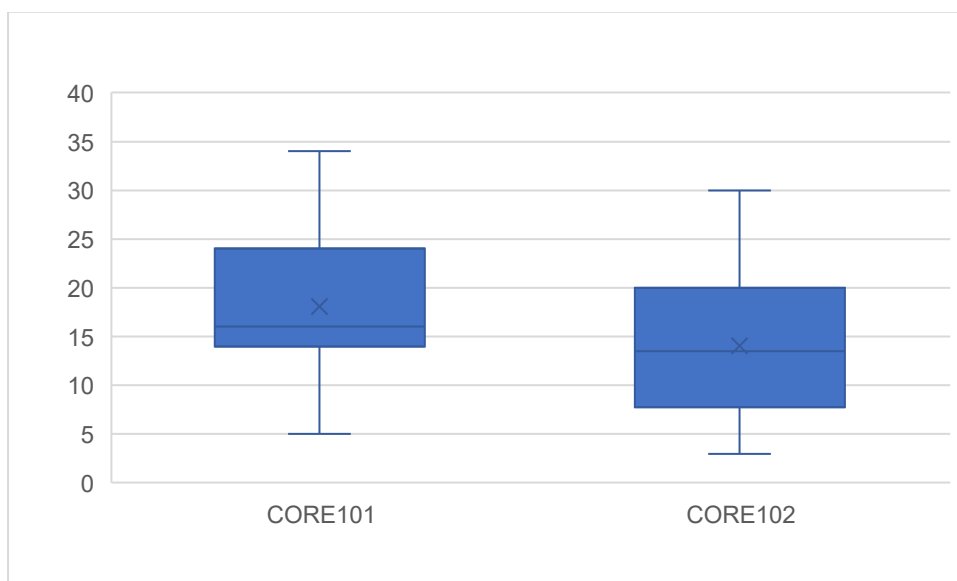
Analizė apima kelis kintamuosius:

- CORE101 – CORE-10 pirmas klausimyno pildymas
- CORE102 - CORE-10 antras klausimyno pildymas
- GAD71 – GAD-7 pirmas klausimyno pildymas
- GAD72 – GAD-7 antras klausimyno pildymas
- BDI211 – BDI-II pirmas klausimyno pildymas
- BDI212 – BDI-II antras klausimyno pildymas

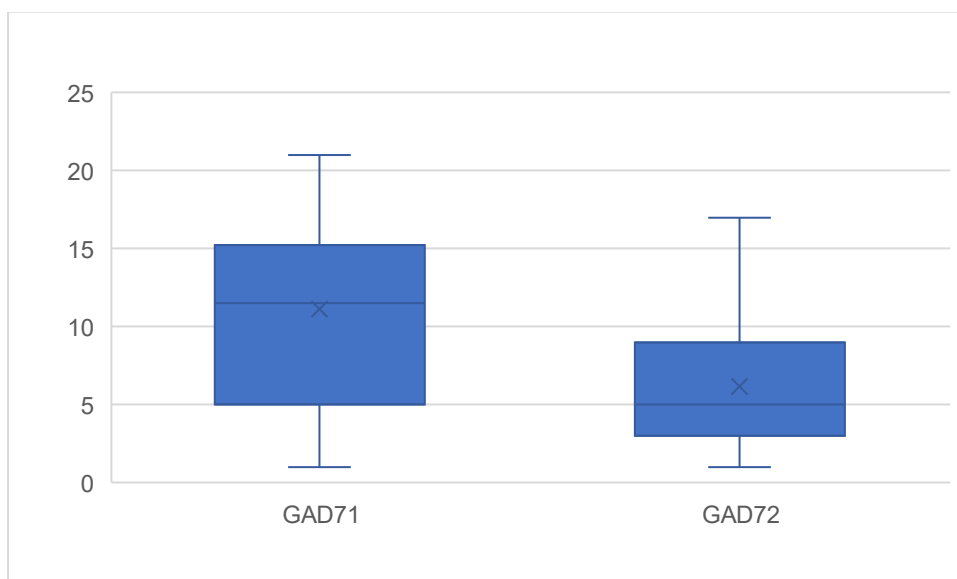
	Pildymo laikas	Imties dydis	Balų vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė	p reikšmė
CORE-10	Pirmas	34	18,06	6,396	16,00	5	34	0,000
	Antras	34	14,03	7,489	13,50	3	30	
GAD-7	Pirmas	18	11,11	6,018	11,50	1	21	0,000
	Antras	18	6,17	4,162	5,00	1	17	
BDI-II	Pirmas	29	22,28	8,964	20,00	4	46	0,001
	Antras	29	16,45	9,485	14,00	2	37	

1 lent. Bazinės tiriamųjų charakteristikos

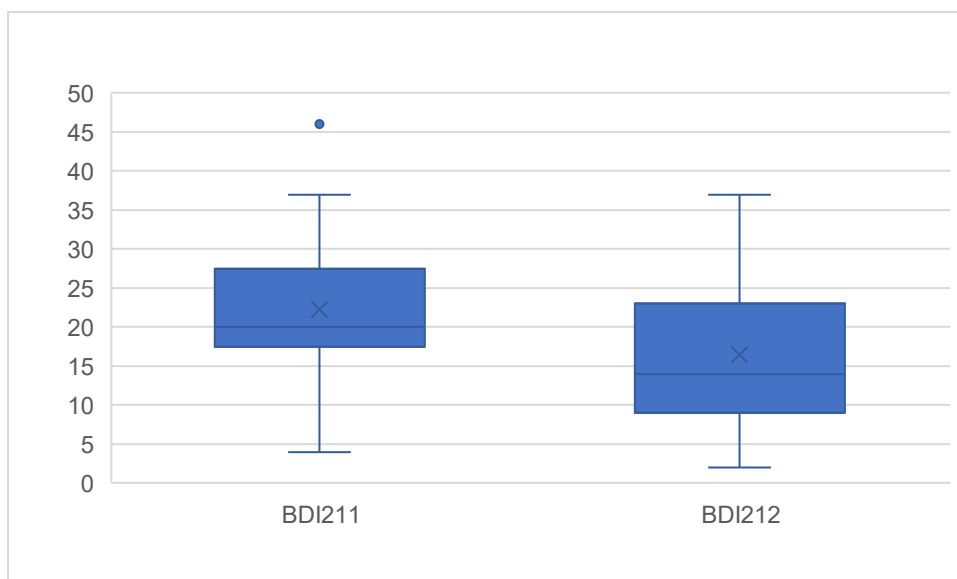
CORE101, GAD71 ir BDI211 vidurkiai statistiškai reikšmingai didesni lyginant su atitinkamai CORE102, GAD72 ir BDI212 vidurkiais (p (One-Sided p) < 0.05), tai rodo pacientų psichikos būklės pagerėjimą.



1 pav. CORE-10 pirmo ir antro pildymo galutinių balų rodiklių palyginimas



2 pav. GAD-7 pirmo ir antro pildymo galutinių balų rodiklių palyginimas



3 pav. BDI-II pirmo ir antro pildymo galutinių balų rodiklių palyginimas

Galiausiai tikrinome ar yra koreliacija tarp visų klausimynų pirmų pildymų rezultatų, o vėliau antrų. Rezultatus pateikiame lentelėse žemiau.

		CORE-10	GAD-7	BDI-II
CORE-10	Pearson koreliacija	1	0,737	0,748
	p reikšmė		<0.001	<0.001
	N	34	18	30
GAD-7	Pearson koreliacija	0,737	1	0,729
	p reikšmė	<0.001		<0.001
	N	18	18	17
BDI-II	Pearson koreliacija	0,748	0,729	1
	p reikšmė	<0.001	<0.001	
	N	30	17	30

2 lent. Pirmo pildymo klausimynų koreliacija

		CORE-10	GAD-7	BDI-II
CORE-10	Pearson koreliacija	1	0,763	0,849
	p reikšmė		<0.001	<0.001
	N	34	22	32
GAD-7	Pearson koreliacija	0,763	1	0,707
	p reikšmė	<0.001		<0.001
	N	22	22	21
BDI-II	Pearson koreliacija	0,849	0,707	1
	p reikšmė	<0.001	<0.001	
	N	32	21	32

3 lent. Antro pildymo klausimynų koreliacija

Vyrauja tiesinė priklausomybė. Nustatyta statistiškai reikšminga koreliacija tarp visų klausimynų rezultatų tiek pirmo, tiek antro pildymo metu ($p < 0,05$)

7.1. Pacientų būklės pagerėjimas gydymo eigoje

Pirmiausia, esminis tyrimo radinys yra statistiškai reikšmingas visų trijų klausimynų – CORE-10, GAD-7 ir BDI-II – balų vidurkių sumažėjimas tarp pirmojo ir antrojo pildymo.

- **CORE-10:** Vidutinis balas sumažėjo nuo 18,06 iki 14,03. Tai rodo, kad bendras pacientų jaučiamas psichologinis distresas, apimantis subjektyvią gerovę, problemas/simptomus, funkcionavimą ir riziką, gydymo laikotarpiu sumažėjo.
- **GAD-7:** Vidutinis balas sumažėjo nuo 11,11 iki 6,17. Tai indikuoja statistiškai reikšmingą nerimo simptomų intensyvumo sumažėjimą tarp pacientų.
- **BDI-II:** Vidutinis balas sumažėjo nuo 22,28 iki 16,45. Šis rezultatas patvirtina, kad depresijos simptomų sunkumas pacientų grupėje taip pat reikšmingai sumažėjo.

Šie pokyčiai rodo teigiamą gydymo RVPL Dienos stacionare dinamiką ir patvirtina, kad taikytos terapinės intervencijos turėjo teigiamą poveikį pacientų psichikos sveikatai, mažinant tiek bendrą distresą, tiek specifinius nerimo bei depresijos simptomus. Toks rezultatų dėsnīgumas yra tikėtinas ir pageidautinas klinikinėje praktikoje.

7.2. Klausimynų tarpusavio ryšys (koreliacijos):

Antra, tyrimas atskleidė stiprias, statistiškai reikšmingas teigiamas tiesines koreliacijas tarp visų trijų klausimynų rezultatų tiek pirmojo, tiek antrojo pildymo metu.

- **Pirmojo pildymo metu koreliacijos buvo:**
 - CORE-10 ir GAD-7: Pearson $r = 0,737$
 - CORE-10 ir BDI-II: Pearson $r = 0,748$
 - GAD-7 ir BDI-II: Pearson $r = 0,729$
- **Antrojo pildymo metu koreliacijos buvo:**
 - CORE-10 ir GAD-7: Pearson $r = 0,763$
 - CORE-10 ir BDI-II: Pearson $r = 0,849$
 - GAD-7 ir BDI-II: Pearson $r = 0,707$

Šios stiprios koreliacijos rodo, kad visi trys klausimynai matuoja glaudžiai susijusius psichikos sveikatos aspektus. Pacientai, kurie viename klausimyne nurodė aukštesnį distreso, nerimo ar depresijos lygį, buvo linkę aukštesnius balus gauti ir kituose klausimynuose, ir atvirkščiai. Tai ypač ryšku tarp CORE-10, kuris vertina bendrą psichologinį distresą, ir BDI-II bei GAD-7, kurie fokusuojasi į specifinius depresijos ir nerimo simptomus. Tai leidžia daryti prielaidą, kad CORE-10 klausimynas iš dalies apima ir tuos aspektus, kuriuos matuoja GAD-7 bei BDI-II. Gana aukšta koreliacija tarp specifinių nerimo (GAD-7) ir depresijos (BDI-II) klausimynų taip pat atspindi dažną šių būsenų komorbidiškumą ir simptomų persidengimą.

7.3. Apibendrinimas ir reikšmė:

Apibendrinant, statistinė analizė parodė du pagrindinius dalykus:

1. **Gydymo efektyvumas:** Pacientų būklė RVPL Dienos stacionare per gydymo laikotarpį reikšmingai pagerėjo, ką objektyviai užfiksavo visi trys naudoti psichometriniai instrumentai.

2. **Instrumentų sąsajumas:** CORE-10, GAD-7 ir BDI-II klausimynai yra tarpusavyje susiję ir matuoja panašias ar persidengiančias psichologinio distreso, nerimo ir depresijos sritis. Tai rodo, kad CORE-10 gali būti naudingas kaip platesnio spektro priemonė bendram distresui vertinti, o GAD-7 ir BDI-II – detalesniam specifinių simptomų ištyrimui. Nors jie visi rodo panašią pagerėjimo tendenciją, jų gebėjimas fiksuoti skirtingus, nors ir susijusius, psichopatologijos aspektus, daro juos vertingais klinikinėje praktikoje.

Šie rezultatai yra svarbūs tiek vertinant konkretaus RVPL Dienos stacionaro darbo efektyvumą, tiek plačiau svarstant apie psichometrinių įrankių naudojimą gydymo progreso stebėjimui psichiatrijoje. Gautos stiprios koreliacijos tarp klausimynų rezultatų taip pat patvirtina, kad šie instrumentai gali būti naudojami kompleksiskai, papildant vienas kitą, siekiant kuo tiksliau įvertinti paciento būklę ir jos pokyčius.

8. APRIBOJIMAI

Atliekant šį tyrimą susidurta su tam tikrais apribojimais, kurie galėjo turėti įtakos gautiems rezultatams. Vienas iš esminių iššūkių buvo ilgesnis nei tikėtasi bioetikos leidimo gavimo laikotarpis. Dėl šios priežasties sutrumpėjo tyrimui skirtas laikas, o tai tiesiogiai paveikė kitus tyrimo aspektus.

Nors pradinėse tyrimo stadijose buvo numatyta ir ruošiasi įtraukti pacientų pildytų klausimynų rezultatų aptarimus, dėl laiko stokos šio svarbaus etapo įgyvendinti nepavyko. Pacientų perspektyvos ir tiesioginis grįžtamasis ryšys neabejotinai praturtintų tyrimo duomenis, todėl ateityje būtų tikslinga šį aspektą įtraukti.

Atsižvelgiant į minėtus apribojimus ir siekiant tyrimo rezultatų išsamumo bei patikimumo, numatomos tolimesnės tyrimo kryptys. Siekiant platesnio konteksto ir galimybės palyginti duomenis, planuojama pakartoti tyrimą kituose ligoninės skyriuose. Taip pat svarstoma išplėsti tyrimą įtraukiant stacionaro pacientus bei padidinti tiriamųjų imtį, kas leistų gauti statistiškai reikšmingesnius rezultatus.

Gauti tyrimo rezultatai ir padarytos išvados bus pristatytos gydymo įstaigos bendruomenei. Be to, svarstoma galimybė parengti mokslinę publikaciją, siekiant pasidalinti tyrimo išvadamis su platesne mokslo bendruomene.

9. IŠVADOS

1. Pacientų, besigydančių Respublikinės Vilniaus psichiatrinės ligoninės Dienos stacionare, būklė, vertinant CORE-10 klausimynu, statistiškai reikšmingai pagerėjo tarp pirmojo ir antrojo pildymo (vidurkis sumažėjo nuo 18,06 iki 14,03), kas rodo teigiamą gydymo dinamiką bendro psichologinio distreso atžvilgiu.

2. Pacientų nerimo lygis, matuotas GAD-7 klausimynu, statistiškai reikšmingai sumažėjo tarp pirmojo ir antrojo pildymo (vidurkis sumažėjo nuo 11,11 iki 6,17), rodydamas nerimo simptomų silpnėjimą gydymo eigoje.

3. Pacientų depresijos simptomų sunkumas, vertintas BDI-II klausimynu, statistiškai reikšmingai sumažėjo tarp pirmojo ir antrojo pildymo (vidurkis sumažėjo nuo 22,28 iki 16,45), kas patvirtina depresijos simptomų silpnėjimą gydymo metu.

4. Nustatyta stipri koreliacija tarp CORE-10, GAD-7 ir BDI-II klausimynų rezultatų tiek pirmojo, tiek antrojo pildymo metu, kas rodo, jog šie instrumentai matuoja glaudžiai susijusius psichikos sveikatos būklės aspektus – bendrą distresą, nerimą ir depresiją.

Apibendrinant, tyrimas parodė, kad pacientų, besigydančių Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje Dienos stacionare, gydymo progresas yra teigiamas, ką patvirtina visų trijų naudotų klausimynų (CORE-10, GAD-7, BDI-II) rezultatų statistiškai reikšmingas pagerėjimas. Stiprios koreliacijos tarp klausimynų leidžia daryti prielaidą apie jų gebėjimą kompleksiskai atspindėti pacientų psichikos būklės pokyčius.

10. PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju baigiamojo darbo vadovei med. dr. gyd. Indrajai Veličkienei ir dienos stacionaro komandai už patarimus, konsultacijas, pagalbą ir palaikymą. Dėkoju prof. med.dr. A. Germanavičiui už pasitikėjimą bei paskatinimą toliau tirti. Ačiū dr. Svetlanai Danilenko už pagalbą atliekant statistinę analizę.

11. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Royal College of Psychiatrists. Outcome measures in psychiatry. CR240 [Prieiga per internetą]. birž, 2024. Adresas: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr240-outcome-measures-in-psychiatry.pdf?sfvrsn=3d5adc4e_5
2. La Tona A, Tagini S, Brugnera A, Poletti B, Aiello EN, Lo Coco G, ir kt. Italian validation of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-10 (CORE-10): a short measure for routine outcome monitoring in clinical practice. *Res Psychother Milano*. 2023 m. balandžio 4 d.;26(1):671.
3. Barkham M, De Jong K, Delgadillo J, Lutz W. Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations. *Psychother Res*. 2023 m. spalio 3 d.;33(7):841–55.
4. Respublikinės Vilniaus psichiatrinės ligoninės veiklos ataskaita [Prieiga per internetą]. 2024. Adresas: https://rvpl.lt/wp-content/uploads/2025/03/RVPL_Ataskaita-2024-galutinis.pdf
5. Barkham M, Bewick B, Mullin T, Gilbody S, Connell J, Cahill J, ir kt. The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Couns Psychother Res*. 2013 m. kovo;13(1):3–13.
6. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013 m. gruodžio;35(4):416–31.
7. Johnson SU, Ulvenes PG, Øktedalen T, Hoffart A. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Front Psychol*. 2019 m.;10:1713.
8. Theodore A. Stern, Maurizio Fava, Timothy E. Wilens, Jerrold F. Rosenbaum. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 2-asis leid. Elsevier Health Sciences; 2015.
9. Rachel M. Voss, Joe M. Das. Mental Status Examination [Prieiga per internetą]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546682/>
10. Baandrup L, Rasmussen JØ, Mainz J, Videbech P, Kristensen S. Patient-reported outcome measures in mental health clinical research: a descriptive review in comparison with clinician-rated outcome measures. *Int J Qual Health Care*. 2022 m. kovo 31 d.;34(Supplement_1):ii70–97.

11. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep. 1962 m. birželio;10(3):799–812.
12. Lee Baer, Mark A. Blais. Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health. Humana Press; 2010.
13. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų pokyčių gairės [Prieiga per internetą]. vas 21, 2022. Adresas: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Tinklo%20reforma/Sveikatos%20paslaugų%20analizės/Psichikos%20sveikatos%20priežiūros%20sistemos%20pokyčių%20gairės.pdf
14. Annett J. Subjective rating scales: science or art? Ergonomics. 2002 m. lapkričio;45(14):966–87.
15. Ruggeri M, Warner R, Bisoffi G, Fontecedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A factor analytical approach: The South Verona Outcome Project 4. Br J Psychiatry. 2001 m. kovo;178(3):268–75.
16. Hershenberg R, McDonald WM, Crowell A, Riva-Posse P, Craighead WE, Mayberg HS, ir kt. Concordance between clinician-rated and patient reported outcome measures of depressive symptoms in treatment resistant depression. J Affect Disord. 2020 m. balandžio;266:22–9.
17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: Spine. 2000 m. gruodžio;25(24):3186–91.
18. Hernández A, Hidalgo M, Hambleton R, Gómez-Benito J. International Test Commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. Psicothema. 2020 m. rugpjūčio 1 d.;3(32):390–8.
19. International Test Commission. International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. 2010 m.; Adresas: <http://www.intestcom.org>
20. Borsa, Juliane & Damasio, Bruno & Bandeira, Denise. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. Paidéia. 2012 m.;22(53).
21. Kristina Geleževičiūtė. WAIS-III PSICHOMETRINĖS CHARAKTERISTIKOS. [Vilnius]: Vilnius University; 2007.

22. prof.dr.Aistė Pranckevičienė, doc.dr.Ramunė Dirvanskienė, dr.Raimonda Petrolienė, dr.Jolanta Žilinskienė, doc.dr.Greta Pšemeneckienė, prof.dr.Jūratė Macijauskienė. Adenbrouko kognityvinio tyrimo metodikos-III (Addenbrooke's cognitive examination-III, ACE-III) vertimas, adaptavimas ir validizavimas taikyti Lietuvoje (S-132). Liet Sveik Mokslų Univ. 2024 m. gruodžio 8 d.;
23. R. Žukauskienė, R. Barkauskienė. Lietuviškosios NEO PI-R versijos psichometriniai rodikliai. *Psichologija*. 2006 m.;(3).
24. Patašius M, Laurinavičius A. MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalių galimybių aptikti psichopatologijos simuliaciją ir disimuliaciją tyrimas. *Psichologija*. 2023 m. gruodžio 28 d.;69:105–22.
25. R. Šimulionienė, R. Gedutienė, L. Brazdeikienė, A. Žakaitienė, M. Rugevičius. KAI KURIOS LIETUVIŠKOJO ASEBA SUAUGUSIŲJŲ KLAUSIMYNO PSICHOMETRINĖS CHARAKTERISTIKOS. *Psichologija*. 2010 m.;(42).
26. Tvarijonavičius M, Bagdžiūnienė D, Žukauskaitė I. Patikslinto lietuviškojo darbuotojų psichologinio įgalinimo klausimyno (PIKL-9) psichometriniai rodikliai. *Psichologija*. 2017 m. sausio 19 d.;54:24–42.
27. Stevanovic D, Jafari P, Knez R, Franic T, Atilola O, Davidovic N, ir kt. Can we really use available scales for child and adolescent psychopathology across cultures? A systematic review of cross-cultural measurement invariance data. *Transcult Psychiatry*. 2017 m. vasario;54(1):125–52.
28. Caplan S, Alvidrez J, Paris M, Escobar JI, Dixon JK, Desai MM, ir kt. Subjective versus objective: an exploratory analysis of latino primary care patients with self-perceived depression who do not fulfill primary care evaluation of mental disorders patient health questionnaire criteria for depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010 m.;12(5):PCC.09m00899.
29. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)Hamilton M. A rating scale for depression. 1960 m.;
30. Dijkstra JIR, Van Elteren M, Banstola NL, Shakya L, Sigdel H, Van Brakel WH. Cross-cultural validation of two scales to assess mental wellbeing in persons affected by leprosy in Province 1 and 7, Nepal. Mahato P, sudarytojas. *PLOS Glob Public Health*. 2024 m. sausio 25 d.;4(1):e0002654.

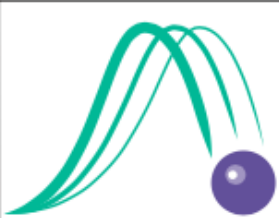
31. 46. AJ Almalki MJ, Alabdan F, Aleshaiwi F, Alshammari S, Alsunbul R, et al. Validity and Reliability of the Arabic Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-10 (CORE-10) in Patients With Visible Skin Conditions. *Cureus*. 2023 m.;15(9).
32. Valdiviezo-Oña J, Evans C, Paz C. Clinical Utility of the CORE-OM and CORE-10. *Fried E, sudarytojas. Collabra Psychol*. 2024 m. rugpjūčio 22 d.;10(1):121932.
33. Twigg E, Barkham M, Bewick BM, Mulhern B, Connell J, Cooper M. The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people. *Couns Psychother Res*. 2009 m. rugsėjis;9(3):160–8.
34. Gwen Lewis. Validating the CORE-10 as a mental health screening tool for prisoners. Cardiff University; 2016.
35. Rosenström TH, Mylläri S, Malkki V, Saarni SE. Feasibility of generic, short, and easy-to-use assessment of psychological distress during psychotherapy: Longitudinal measurement invariance of CORE-10 and -OM. *Psychother Res J Soc Psychother Res*. 2022 m. lapkričio;32(8):1090–9.
36. Saracino RM, Kehoe LA, Sohn MB, Wang L, Mohile S, Wells M, ir kt. Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in Older Adults With Advanced Cancer. *Psychooncology*. 2024 m. lapkričio;33(11):e70012.
37. Gilling L, Hartop K, Purcell N, Thomson LDG. Evaluation of a self-report distress measure in a high-secure forensic population: CORE-OM psychometric properties and test structure. *J Forensic Psychiatry Psychol*. 2025 m. vasario 21 d.;1–17.
38. Kristina Mozuraitytė, Julija Gečaitė, Aistė Pranckevičienė, Julius Burkauskas. Narrative Review: Depression Assessment Scales Used in Lithuania. *Biol Psichiatri IR Psichofarmakol [Prieiga per internetą]*. 2020 m. gegužės;22(1). Adresas: http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2020/06/BPP_May2020_11to16.pdf
39. Viliū Nienė R, Evans C, Hilbig J, Pakalniškienė V, Danilevičiūtė V, Laurinaitis E, ir kt. Translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) into Lithuanian. *Nord J Psychiatry*. 2013 m. spalio;67(5):305–11.
40. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the Validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*. 1998 m.;31(3):160–8.

41. Hajduska-Dér B, Kiss G, Sztahó D, Vicsi K, Simon L. The applicability of the Beck Depression Inventory and Hamilton Depression Scale in the automatic recognition of depression based on speech signal processing. *Front Psychiatry*. 2022 m. rugpjūčio 4 d.;13:879896.
42. Wang YP, Gorenstein C. Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clin Sao Paulo Braz*. 2013 m. rugsėjis;68(9):1274–87.
43. Zhang C, Wang T, Zeng P, Zhao M, Zhang G, Zhai S, ir kt. Reliability, Validity, and Measurement Invariance of the General Anxiety Disorder Scale Among Chinese Medical University Students. *Front Psychiatry*. 2021 m. gegužės 19 d.;12:648755.
44. Pranckevičienė A, Saudargienė A, Gecaite-Stonciene J, Liaugaudaitė V, Griskova-Bulanova I, Simkute D, ir kt. Validation of the patient health questionnaire-9 and the generalized anxiety disorder-7 in Lithuanian student sample. Osório FL, sudarytojas. *PLOS ONE*. 2022 m. sausio 27 d.;17(1):e0263027.
45. Kim SH, Park K, Yoon S, Choi Y, Lee SH, Choi KH. A Brief Online and Offline (Paper-and-Pencil) Screening Tool for Generalized Anxiety Disorder: The Final Phase in the Development and Validation of the Mental Health Screening Tool for Anxiety Disorders (MHS: A). *Front Psychol*. 2021 m. vasario 22 d.;12:639366.
46. Valdiviezo-Oña J, Evans C, Paz C. Clinical Utility of the CORE-OM and CORE-10. Fried E, sudarytojas. *Collabra Psychol*. 2024 m. rugpjūčio 22 d.;10(1):121932.
47. Parkerson HA, Thibodeau MA, Brandt CP, Zvolensky MJ, Asmundson GJG. Cultural-based biases of the GAD-7. *J Anxiety Disord*. 2015 m. balandžio;31:38–42.
48. Gintė Gaižauskaitė. Problems in the Treatment of Patients with Anozognosis and Schizophrenia. Vilnius University; 2022.
49. Buschner A, Makiol C, Huang J, Mauche N, Strauß M. Comparison of cognitive behavioral therapy and third-wave-mindfulness-based therapies for patients suffering from depression measured using the Beck-Depression-Inventory (BDI): A systematic literature review and network-meta-analysis. *J Affect Disord*. 2025 m. birželio;379:88–99.

50. Šljivancanin D, Vidaković S, Kisić Tepavčević D, Petrović B, Šljivančanin U, Dokić M. Is the Beck Depression Inventory (BDI) a Useful Tool for Predicting IVF Success? *Medicina (Mex)*. 2025 m. sausio 10 d.;61(1):99.
51. Jonas Montvidas. PACIENTO SVEIKATOS KLAUSIMYNAS-9. *Biol Psichiatri IR Psichofarmakol* [Prieiga per internetą]. 2018 m. gruodžio;20(2). Adresas: https://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2019/01/JBPP_2018_v20_No2_57-59.pdf

12. PRIEDAI

Priedas Nr. 1. CORE-10 klausimynas (klausimyne yra klaida, ne 34 teiginiai, 10)



CORE - 10

PILDO TYRĖJAS

Gydymo įstaiga:		Amžius:		M	☐
Klientas:					
Psichoterapeutas:					
Data:					
	M M M M	M M	D D		

Dabartinis etapas

S Pirminis įvertinimas (screening)

N Nukrypimas

V Įvertinimas

F Pirmą psichoterapijos sesiją

I Iki psichoterapijos

P Psichoterapijos procesas

L Paskutinė psichoterapijos sesija

X Atokus įvertinimas (follow up) 1

Y Atokus įvertinimas (follow up) 2

Etapas

Epizodas

DĖMESIO! PIRMIAUSIA PERSKAITYKITE ŠIĄ INFORMACIJĄ.

Šioje anketoje rasite 34 teiginius apie tai, kaip jūs jautėtės per praėjusią savaitę. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir prisiminkite, ar dažnai taip jautėtės per paskutines septynias dienas. Pažymėkite labiausiai tinkantį langelį.

Per paskutines septynias dienas...

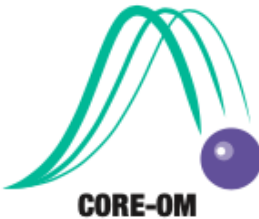
	Nė karto	Labai retai	Kartais	Dažnai	Dažniausiai arba nuolat
1 Jaučiausi įsitempęs, apimtas nerimo ar nervingas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2 Jaučiau, kad turiu į ką kreiptis, jei prireiktų	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3 Jaučiausi galintis pats susitvarkyti su išskylančiais sunkumais	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4 Buvo per sunku kalbėtis su žmonėmis	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5 Jaučiau paniką ar siaubą	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6 Kūriau planus pasitraukti iš gyvenimo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7 Buvo sunku užmigti ar išmiegoti neprabudus	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8 Jaučiausi beviltiškai	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9 Jaučiausi nelaimingas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10 Mane kamavo nepageidaujami vaizdiniai ir prisiminimai	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Balų sumos*

Skaičiavimas: Vidurkis = klausimų įverčių suma, padalinta iš užpildytų klausimų skaičiaus. Vidurkis, padaugintas iš 10 = klinikinis rodiklis. Jei atsakyta mažiau nei į 9 kls, šis rodiklis turėtų būti taikomas labai atsargiai.

Greitasis būdas (jei atsakyti visi klausimai): klausimų įverčių suma = klinikinis rodiklis.

DĖKOJAME, KAD SKYRĖTE LAIKO ANKETAI UŽPILDYTI



Site ID:

Client ID:

Therapist ID:

Date form given

D D M M Y Y Y Y

Age

Gender: M ☐ F ☐

Stage Completed:
S Screening
R Referral
A Assessment
F First Therapy Session
P Pre-therapy (unspecified)
D During Therapy
L Last therapy session
X Follow up 1
Y Follow up 2

Stage

Episode

IMPORTANT - PLEASE READ THIS FIRST

This form has 34 statements about how you have been **OVER THE LAST WEEK**.
Please read each statement and think how often you felt that way last week.
Then tick the box which is closest to this.

Over the last week ...	Not at all	Only occasionally	Sometimes	Often	Most or all the time	never not at all
1 I have felt terribly alone and isolated	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
2 I have felt tense, anxious or nervous	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
3 I have felt I have someone to turn to for support when needed	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
4 I have felt O.K. about myself	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ W
5 I have felt totally lacking in energy and enthusiasm	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
6 I have been physically violent to others	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R
7 I have felt able to cope when things go wrong	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
8 I have been troubled by aches, pains or other physical problems	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
9 I have thought of hurting myself	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R
10 Talking to people has felt too much for me	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
11 Tension and anxiety have prevented me doing important things	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
12 I have been happy with the things I have done	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
13 I have been disturbed by unwanted thoughts and feelings	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
14 I have felt like crying	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ W

Please turn over

Over the last week ...

	Not at all	Only occasionally	Sometimes	Often	Most or all the time	reverse the scale	
15 I have felt panic or terror	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		P
16 I made plans to end my life	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		R
17 I have felt overwhelmed by my problems	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		W
18 I have had difficulty getting to sleep or staying asleep	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		P
19 I have felt warmth or affection for someone	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0		F
20 My problems have been impossible to put to one side	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		P
21 I have been able to do most things I needed to	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0		F
22 I have threatened or intimidated another person	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		R
23 I have felt despairing or hopeless	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		P
24 I have thought it would be better if I were dead	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		R
25 I have felt criticised by other people	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		F
26 I have thought I have no friends	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		F
27 I have felt unhappy	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		P
28 Unwanted images or memories have been distressing me	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		P
29 I have been irritable when with other people	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		F
30 I have thought I am to blame for my problems and difficulties	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		P
31 I have felt optimistic about my future	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0		W
32 I have achieved the things I wanted to	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0		F
33 I have felt humiliated or shamed by other people	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		F
34 I have hurt myself physically or taken dangerous risks with my health	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4		R

THANK YOU FOR YOUR TIME IN COMPLETING THIS QUESTIONNAIRE

Total Scores

↓	↓	↓	↓	↓	↓

Mean Scores
(Total score for each dimension divided by number of items completed in that dimension)

(W)	(P)	(F)	(R)	All items	All minus R

GAD-7

Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė – 7 (angl. The Generalized Anxiety Disorder scale – 7, GAD-7)

Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo kurios nors iš šių problemų?	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusė iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
1. Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa	0	1	2	3
2. Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti	0	1	2	3
3. Per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų	0	1	2	3
4. Sunkumas atsipalaiduoti	0	1	2	3
5. Buvimas tokiam (-ai) neramiam (-iai), kad net sunku ramiai pasėdėti	0	1	2	3
6. Greitas susierzinimas ar dirglumas	0	1	2	3
7. Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus	0	1	2	3

Bendra balų suma =

ŠALTINIAI:

- Spitznagel, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092-1097. doi:10.1093/archinte.166.10.1092
- Prackevičienė, A., Sausargienė, A., Gecaitė-Sosnaitienė, J., Liaugaudaitė, V., Griškova-Bulanova, I., Simkaitė, D., ... Burakauskas, J. (2022). Validation of the patient health questionnaire-9 and the generalized anxiety disorder-7 in Lithuanian student sample. *PLoS One*, 17(1), e0263027.

Beck's Depression Inventory

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad
 - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
 - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2.
 - 0 I am not particularly discouraged about the future.
 - 1 I feel discouraged about the future.
 - 2 I feel I have nothing to look forward to.
 - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I feel I have failed more than the average person.
 - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 - 3 I feel I am a complete failure as a person.
4.
 - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
 - 1 I don't enjoy things the way I used to.
 - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
 - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.
 - 0 I don't feel particularly guilty
 - 1 I feel guilty a good part of the time.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
7.
 - 0 I don't feel disappointed in myself.
 - 1 I am disappointed in myself.
 - 2 I am disgusted with myself.
 - 3 I hate myself.
8.
 - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
 - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
 - 2 I blame myself all the time for my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.
9.
 - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
10.
 - 0 I don't cry any more than usual.
 - 1 I cry more now than I used to.
 - 2 I cry all the time now.
 - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

- 11.
- 0 I am no more irritated by things than I ever was.
 - 1 I am slightly more irritated now than usual.
 - 2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.
 - 3 I feel irritated all the time.
- 12.
- 0 I have not lost interest in other people.
 - 1 I am less interested in other people than I used to be.
 - 2 I have lost most of my interest in other people.
 - 3 I have lost all of my interest in other people.
- 13.
- 0 I make decisions about as well as I ever could.
 - 1 I put off making decisions more than I used to.
 - 2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.
 - 3 I can't make decisions at all anymore.
- 14.
- 0 I don't feel that I look any worse than I used to.
 - 1 I am worried that I am looking old or unattractive.
 - 2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive
 - 3 I believe that I look ugly.
- 15.
- 0 I can work about as well as before.
 - 1 It takes an extra effort to get started at doing something.
 - 2 I have to push myself very hard to do anything.
 - 3 I can't do any work at all.
- 16.
- 0 I can sleep as well as usual.
 - 1 I don't sleep as well as I used to.
 - 2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
 - 3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
- 17.
- 0 I don't get more tired than usual.
 - 1 I get tired more easily than I used to.
 - 2 I get tired from doing almost anything.
 - 3 I am too tired to do anything.
- 18.
- 0 My appetite is no worse than usual.
 - 1 My appetite is not as good as it used to be.
 - 2 My appetite is much worse now.
 - 3 I have no appetite at all anymore.
- 19.
- 0 I haven't lost much weight, if any, lately.
 - 1 I have lost more than five pounds.
 - 2 I have lost more than ten pounds.
 - 3 I have lost more than fifteen pounds.

- 20.
- 0 I am no more worried about my health than usual.
 - 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
 - 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 - 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
- 21.
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 - 1 I am less interested in sex than I used to be.
 - 2 I have almost no interest in sex.
 - 3 I have lost interest in sex completely.

INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circles zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

Total Score _____ Levels of Depression

1-10	These ups and downs are considered normal
11-16	Mild mood disturbance
17-20	Borderline clinical depression
21-30	Moderate depression
31-40	Severe depression
over 40	Extreme depression

http://www.med.navy.mil/sites/NMCP2/PatientServices/SleepClinicLab/Documents/Beck_Depression_Inventory.pdf



**VIEŠOJI ĮSTAIGA
RESPUBLIKINĖ VILNIAUS PSICHIATRIJOS LIGONINĖ**

Viešoji įstaiga, Parko g. 21, LT-11205 Vilnius, tel. (8 5) 267 1451, el. p. psichiatrija@rvpl.lt.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 124247526

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
VI kurso studentei Viktorijai Kliukaitei
El. p. viktorija.kliukaite@mf.stud.vu.lt

2025-04- Nr.

DĖL LEIDIMO ATLIKTI TYRIMĄ

Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė (toliau – Ligoninė) gavo Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto VI kurso studentės Viktorijos Kliukaitės 2025 m. balandžio 16 d. prašymą Nr. K1-249 leisti Ligoninėje atlikti tyrimą.

Informuojame, kad Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto VI kurso studentei Viktorijai Kliukaitei leidžiama atlikti tyrimą, rengiant baigiamąjį darbą „Pacientų, besigydančių Respublikinėje Vilniaus psichiatrijoje ligoninėje, gydymo progreso vertinimas naudojant CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) klausimyną“.

Atkreipiame dėmesį, kad rengiant mokslinį darbą, privalote užtikrinti, kad būtų laikomasi visų galiojančių asmens duomenų apsaugos reikalavimų.

Direktorius

Arūnas Germanavičius

Renata Rakauskienė, tel. (8 5) 267 0401, el. p. renata.rakauskiene@rvpl.lt

DETALŪS METADUOMENYS	
Dokumento sudarytojas (-ai)	Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, Parko 21, LT-11205 Vilnius, LT-11205 Vilnius, Lietuva (2025-04-22 08:14:46)
Dokumento pavadinimas (antraštė)	Dėl leidimo atlikti tyrimą (Viktorijai Kliukaitei)
Dokumento rūšys	-
Dokumento registracijos data ir numeris	2025-04-16 Nr. K2-129
Dokumento gavimo data ir dokumento gavimo registracijos numeris	-
Dokumento specifikacijos identifikavimo žymuo	ADOC-V1.0
Parašo paskirtis	Pasirašymas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Arūnas Germanavičius, Direktorius
Parašo sukūrimo data ir laikas	2025-04-16 16:45:14 (GMT+03:00)
Parašo formatas	XAdES-XL
Laiko žymoje nurodytas laikas	2025-04-16 16:45:15 (GMT+03:00)
Informacija apie sertifikavimo paslaugos teikėją	RCSC IssuingCA, VI Registru centras - i.k. 124110246, RCSC, LT
Sertifikato galiojimo laikas	2023-12-08 11:42:31–2025-12-07 11:42:31
Informacija apie būdus, naudotus metaduomenų vientisumui užtikrinti	-
Pagrindinio dokumento priedų skaičius	-
Pagrindinio dokumento pridedamų dokumentų skaičius	-
Programinės įrangos, kuria naudojantis sudarytas elektroninis dokumentas, pavadinimas	DocLogix v12.8.7.0
Informacija apie elektroninio dokumento ir elektroninio (-ių) parašo (-ų) tikrinimą (tikrinimo data)	Tikrinant dokumentą nenustatyta jokių klaidų (2025-04-22 08:14:46)
Elektroninio dokumento nuorašo atspausdinimo data ir ją atspausdinęs darbuotojas	2025-04-22 08:14:46 atspausdino Renata Rakauskienė
Paieškos nuoroda	-
Papildomi metaduomenys	-



**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS**

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2025-03-21 Nr. (1.7 E) 150000-KT-108
Vilnius

El. balsavimas vyko 2025 m. kovo 20-21 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Slaugos katedros vadovė prof. dr. Natalja Istomina.

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė Greta Zambžickaitė.

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asist. dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF SMI Visuomenės katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros lektorė Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė.

Kvorumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

1. SVARSTYTA. Medicinos vientisųjų studijų programos šešto kurso studentės Viktorijos Kliukaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Viktorijos Kliukaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui, pakoregavus tyrimo protokolą pagal teiktas Komiteto pastabas (pastabas siunčia Komiteto sekretorius elektroniniu laišku darbo tyrėjui ir vadovui).

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

prof. dr. Natalja Istomina

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė