

CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus: kliininen aineisto

Kristiina Lehmus 241559

Iida Törmänen 233422

Psykologian pro gradu -tutkielma

Itä-Suomen yliopisto

Joensuun kampus

Kasvatustieteiden ja psykologian osasto

Psykologian oppiaine

Huhtikuu 2015

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO – UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND			
Tiedekunta - Faculty Filosofinen tiedekunta		Osasto – School Kasvatustieteiden ja psykologian osasto	
Tekijät – Author Kristiina Lehmus ja Iida Törmänen			
Työn nimi – Title CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus: kliininen aineisto			
Pääaine - Main subject	Työn laji – Level	Päivämäärä – Date	Sivumäärä – Number of pages
Psykologia	Pro gradu – tutkielma x	23.4.2015	61
	Sivuainetutkielma		
	Kandidaatin tutkielma		
	Aineopintojen tutkielma		
Tiivistelmä – Abstract Pro gradu -tutkielma on osa laajempaa kansainvälistä CORE-hanketta, jonka tarkoituksena on tuoda CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure) -itsearviointimittari osaksi kotimaista psykoterapian vaikuttavuustutkimusta ja hoidon seurantaa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on validoida kyseinen mittari ja tarkastella sen psykometrisia ominaisuuksia kliinisen populaation osalta. Vuonna 2013 toteutetun yleisväestön tutkimuksen lisäksi kliinisellä aineistolla toteutettu validointitutkimus tukee menetelmän käytettävyyttä, sillä se mahdollistaa kulttuurillisten elementtien tavoittamisen ja rajapistemäärien määrittämisen. CORE-OM on kehitetty käytännön kliinisen työn perusteella systemaattiseksi potilaan subjektiivisen hyvinvoinnin ja hoidon vaikuttavuuden mittariksi, ja sitä voidaan käyttää hoidon painopisteen suunnauksessa, hoidon vaikuttavuuden seurannassa ja hoidon kokonaisvaikuttavuuden arvioinnissa. CORE-OM-mittari koostuu 34 väitelausesta, jotka on jaoteltu neljään psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueeseen: psyykkinen oireilu ja ongelmat (12 väitettä), subjektiivinen hyvinvointi (4 väitettä), toimintakyky ja sosiaaliset suhteet (12 väitettä) sekä riskikäyttäytyminen itseä ja muita kohtaan (6 väitettä). Lomake pisteytetään käsin tai tietokoneella. Kliinisen aineiston validointitutkimuksessa CORE-OM-mittarin todettiin olevan sisäiseltä johdonmukaisuudeltaan hyvä sekä antavan samansuuntaisia tuloksia verrokkimittareiden Beckin depressioinventorin (BDI) ja Symptom Checklist 90:n (SCL-90) kanssa. Mittarin pääkomponenttirakenne myötäili joitain aiempia tutkimustuloksia, mutta poikkesi esimerkiksi alkuperäistutkimuksen ja suomalaisen yleisväestön tutkimuksen ratkaisuista. Yhteenvetona voidaan todeta suomalaisen CORE-OM-mittarin olevan validi mittaamaan psykologisten ongelmien monimuotoista häiriökenttää. Jatkotutkimusta tulisi toteuttaa laajemmilla aineistoilla ja ajallisesti pidemmällä aikavälillä sekä testi-uusintatesti-menetelmällä.			
Avainsanat – Keywords CORE-OM, itsearviointimittari, psyykkinen hyvinvointi, psykoterapian vaikuttavuustutkimus			

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO – UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND			
Tiedekunta - Faculty Philosophical Faculty		Osasto – School School of Educational Studies and Psychology	
Tekijät – Author Kristiina Lehmus ja Iida Törmänen			
Työn nimi – Title A Finnish validation study of the CORE-OM: The clinical sample			
Pääaine - Main subject	Työn laji – Level	Päivämäärä – Date	Sivumäärä – Number of pages
Psychology	Pro gradu – tutkielma x	23.4.2015	61
	Sivuainetutkielma		
	Kandidaatin tutkielma		
	Aineopintojen tutkielma		
Tiivistelmä – Abstract The purpose of this Master's Thesis is an initial validation of the Finnish translation of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure in a clinical patient sample. This study is a part of the larger international CORE-project. The major objectives of this study are the examination of the psychometric properties of the CORE-OM measure and its validation as a mean for psychotherapy research and assessment of the effectiveness of the psychological treatment. The CORE-OM was developed as an instrument for clinical routine evaluation and treatment planning, and the assessment of the subjective wellbeing of the patient. The CORE-OM is a 34 item self-report questionnaire assessing four dimensions of psychological wellbeing: problems and symptoms (12 items), subjective wellbeing (4 items), functioning and social relations (12 items) and risk towards oneself and others (6 items). The questionnaire can be scored by hand or computer. The study found that the Finnish version of the CORE-OM is a practicable and reliable measure for assessing psychological wellbeing. On the basis of the results of this research the CORE-OM shows to have good reliability and produce equivalent results as the other accepted measures such as Beck Depression Inventory (BDI) and Symptom Checklist 90 (SCL-90). Principal components analysis was in line with the previous findings but differed from the original and the Finnish non-clinical study. In conclusion the Finnish version of the CORE-OM shows to be a valid questionnaire for assessing the severity of a broad range of psychological problems. Further studies are nevertheless required to be carried out.			
Avainsanat – Keywords CORE-OM, self-report questionnaire, psychological wellbeing, psychotherapy research			

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
1.1 Hoidon vaikuttavuuden tutkimus psykoterapiassa ja tutkimuksen tarpeellisuus.....	1
1.2 CORE-OM-mittarin kehityshistoria ja sisällöllinen rakenne	8
1.3 Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset	11
2 MENETELMÄT	12
2.1 Kliinisen aineiston keruumenetelmä ja aineisto.....	12
2.2 Vertailussa käytetyt mittarit BDI ja SCL-90.....	14
2.3 Tilastollinen analyysi	15
3 TULOKSET	17
3.1 Pääkomponenttianalyysi	17
3.2 Reliabiliteetti	19
3.3 Sukupuolten väliset keskiarvopisteet tutkituilla mittareilla ja niiden osa-alueilla.....	20
3.4 CORE-OM-mittarin yhteys lyhytversioihin ja verrokkimittareihin	21
3.4.1 CORE-OM-mittarin yhteys BDI:hin.....	22
3.5 Taustatekijöiden yhteys CORE-OM-kokonaispisteisiin.....	22
3.5.1 Masennuksen yhteys CORE-OM-mittarista saatuihin pisteisiin.....	22
3.6 CORE-OM-mittarin sisällöllinen tutkimus ja vertaaminen aiempiin tutkimuksiin.....	23
4 POHDINTA	27
4.1 Tulosten arviointia	27
4.2 CORE-OM-mittarin arviointia ja siihen liittyvät rajoitukset.....	29
4.3 Tutkimusasetelman ja aineiston arviointia	30
4.4 Käytännölliset johtopäätökset sekä jatkotutkimusaiheita.....	33
LÄHTEET.....	36
LIITTEET	46
Liite 1: Saatekirje tutkimukseen osallistujille.....	46
Liite 2: Taustatietolomake	47
Liite 3: Ohjeistus aineiston keruuseen	48
Liite 4: CORE-OM-mittari	49
Liite 5: Beckin depressioinventori	51
Liite 6: Symptom Checklist 90.....	53

1 JOHDANTO

1.1 Hoidon vaikuttavuuden tutkimus psykoterapiassa ja tutkimuksen tarpeellisuus

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasmäärä on kasvanut viidenneksellä vuodesta 2006. Vuodeosastohoitopäivien vähentyessä avohoitokäynnit ovat lisääntyneet 30 %. (SVT, 2015.) Hoidon piiriin hakeutuvien määrän kasvaessa tehostunut hoitoonohjaus sekä sen tuloksellisuuden seuranta vaativat erityistä huomiota ja kehityskkeinoja. Tutkimusnäyttö on osoittanut psykoterapian aseman hoitosuosituksissa; psykoterapia tarjoaa välineitä useimpien mielenterveyshäiriöiden hoitoon ja empiirisen tutkimustiedon mukaan 80 % asiakkaista hyötyy enemmän hoidosta kuin hoitamattomuudesta. (Lambert & Barley, 2001; Pirkola, 2014.) Oikean ja yksilölle sopivan hoitomuodon etsiminen voi vaatia käytännön kokeilua, mutta jo orientoivassa vaiheessa voidaan kertyneen tutkimustiedon perusteella ennustaa hoitomuotojen sopivuus tiettyjen mielenterveyshäiriöiden hoitoon. Paunio työryhmineen (2012) korostaa älykkäiden ja kehittyvien järjestelmien perustuvan palautetietoon saavutetuista tavoitteista sekä painottaa psykoterapian vaikuttavuuden mittaamista jatkuvana ja automatisoituneena prosessina. Huomion kiinnittäminen itse prosessiin ja sen vaikuttavuuteen jo itsessään parantaa hoidon tehokkuutta ja laatua (Aveline, 2006). Psykoterapian vaikutusmekanismien ymmärtämiseen tarvitaan lisää niin laadullista prosessi- ja tapaustutkimusta (Elliot, 2002; Paunio ym., 2012) kuin kvantitatiivista vaikuttavuus-, ennuste-, ja prosessitutkimusta (Paunio ym., 2012), minkä vuoksi potilaspa-lautteen keräämistä helpottavien teknologioiden kehittäminen on ensisijaisen tärkeää (Pinsof & Wynne, 2000). CORE-OM, Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, on Isossa-Britanniassa kehitetty itsearviointi- ja tuloksellisuusmittari, joka on muodostettu tiivistämällä psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ydin (Evans ym., 2002) ja luotu vastaamaan psykoterapiaprosessien vaikuttavuuden ja potilaskohtaisen tuloksen muodostumisen seurannan tarpeeseen (Barkham ym., 2001; Evans ym., 2002).

Sopivan hoitokokonaisuuden löytäminen jokaiselle potilaalle on merkittävä haaste hoitojärjestelmän kehittymiselle (Karlsson ym., 2006). Sosiaali- ja terveysturvan selosteen (2011) mukaan psykoterapeutit arvioivat asiakkaidensa saaneen riittämättömästi ohjausta terapiamuodon ja terapeutin valintaan liittyen. Tämä tarkoittaa alkuarvioinnin ja ohjauksen puutteellisuutta. Tällä hetkellä psykoterapian kohdentaminen näyttäytyykin erityisenä haasteena (Knekt, Lindfors & Vaarama, 2014), sillä toteutuneen hoidon ja hoitoonohjauksen välillä ei vallitse sellaista yhteyttä kuin pitäisi. Pitkä- ja lyhytkestoisia psykoterapioita käytetään osittain epätarkoituksenmukaisesti vähäisen vaikuttavuustutki-

muksen (Knekt ym., 2014) sekä laadunseurannan ja tuloksellisuuden systemaattisen seurannan kriteerien puuttuessa (Pirkola, 2014). Pitkäkestoiset psykoterapiat ovat yleisiä suomalaisessa hoitojärjestelmässä, vaikka niiden tehosta on verraten vähän pitkittäistutkimustietoa (Karlsson ym., 2006) ja osa potilaista näyttää hyötynvän lyhytkestoisemmistakin hoidoista (Knekt, Lindfors & Laaksonen, 2010). Psykoterapioiden ohjausjärjestelmän lisäksi olisi syytä panostaa kattavaan tuloksellisuutta arvioivaan seurantajärjestelmään, joka hyödyntäisi ennalta määriteltäviä laatukriteerejä hoidon etenemisen toteamisessa (Pirkola, 2012). Kustannusten minimoimiseksi ja hoitoon ohjautuvuuden optimoimiseksi Knekt ym. (2010) ehdottavatkin tehokkaampaa psykoterapian soveltuvuuden tutkimusta.

Psykoterapian vaikuttavuus-, tehokkuus- ja prosessitutkimus täydentävät psykoterapiakentän kokonaiskuvaa (Karlsson ym., 2006). Tutkimustiedon lisääminen ja sen tehokas soveltaminen parantavat terapiapalvelujen yksilöllistä kohdentamista ja kustannustehokkuutta sekä tukevat terveystaloudellista päätöksentekoa (Knekt ym., 2014). Helsingin yliopistollisen sairaalan psykososiaalisen hoidon osastokeskuksessa (POK) on kehitelty psykoterapia-arvioita, joihin kuuluisi esimerkiksi vuorovaikutuksen juostavuuden ja reflektiokyvyn mittauksen lisäksi yleisen psyykkisen hyvinvoinnin mittarina CORE-OM (Paunio ym., 2012). Alkuarvion perusteella valitaan sopivin hoitomuoto, jonka voidaan olettaa tässä mittavakaavassa toteutettuna olevan pätevämpi ja tuloksellisempi. Kun yhdellä mittausmenetelmällä saatua informaatiota alkaa kertyä, saadaan vertailutietoa eri osa-alueilla korkeiden pistemäärien saavuttaneiden asiakkaiden hoitoon ohjauksen onnistuneisuudesta ja hoidon vaikuttavuudesta. Mitä suuremmalla populaatiolla ja erinäisemmällä psyykkisen toimintakyvyn ongelmilla varustetuilla lomaketiedoilla saadaan relevanttia tietoa edellä mainituista seikoista, sitä paremmin voidaan ohjeistaa hoitoon ohjaavia tahoja. Potilaiden ennuste paranee systemaattisten hoito- ja seurantajärjestelmien käytön myötä (Karlsson ym., 2006). Kertyvän tutkimustiedon etu on myös siinä, että klinikoilla on mahdollisuus vertailla hoidon etenemistä jo kertyneeseen dataan. Tällöin odotettua hoitoon vastaavuutta voidaan vertailla asiakkaan antamaan responsiin. (Lambert, 2013.) Yhteisesti kehitettävällä mittaristolla kertyvä, hoidon laatua ilmentävä tieto mahdollistaa myös jatkuvan vertailun eri hoitoyksiköiden ja organisaatioiden kesken (Paunio ym., 2012).

Yleisiä tekijöitä kuvaavan Common Factors -teorian mukaan psykoterapiamenetelmillä on yhteisiä piirteitä, joiden nähdään olevan osa jokaista psykologista interventtiota (Lambert, 2005). Yleisten ja erityisten tekijöiden paikantaminen eri hoitomuotojen vaikuttavuudessa on osoittautunut haasteeksi tutkimusten valossa osaltaan juuri sopivien mittausvälineiden puuttuessa (Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson & Ahn, 1997; Lambert, 2005). Näiden parantavan vaikutuksen aikaansaavien tekijöiden purkaminen osiin ja mittaaminen on ollut pitkään mielenkiinnon kohteena, sillä jo Rozenzweig

(1936) pohti Drontin tuomio -ilmiötä, jonka mukaan eri terapiamenetelmien välillä ei vallitse suuria eroja, sillä jokaisella niistä päästään verraten samaan lopputulokseen. Ekvivalenssiparadoksi, eli ilmiö, jossa terapiasuuntauksesta huolimatta hoitotulos ei eronnut tilastollisessa vertailussa, sai tukea Wampoldin kollegoineen (1997) teettämässä meta-analyysissä, jossa yksikään psykoterapiamenetelmä ei osoittautunut merkittävästi tehokkaammaksi eri tutkimusten efektikokojen vertailun perusteella. Muutosten ajoittumisen ja hoidon responssin mittaamisen tarkentuminen voisi tuoda selvyyttä, mitkä osatekijät tehoavat psykoterapiaprosessissa (Lambert, 2005), ja siten tarkentaisi eri menetelmien välillä vallitsevia eroja.

Kun hoitava taho luottaa omiin menetelmiinsä ja niiden ennustearvoon sekä käyttää itsearviointilomaketta välineenä hoitoa seuraavaan vuoropuheluun, voi lomake toimia välillisesti terapeutin allianssin vahvistajana ja ylläpitäjänä (Wampold, 2001). Wampoldin (2001) kontekstuaalinen malli korostaa, että terapeutin allianssin olemassaolo on hoidon kannalta välttämätön elementti. Allianssin syntymisen lisäksi merkittävä tekijä psykoterapiahoidoissa on terapeutin luottamus menetelmän toimivuuteen (Wampold, 2001), joten luotettavan välineen käyttö oman kokemuseräisen arvioinnin tueksi seuraamaan hoidon vaikuttavuutta ja henkilösopivuutta, lisää ja vakiinnuttaa edellä mainittuja. Shimokawan, Lambertin ja Smartin (2010) mukaan, asiakaspalautteen merkitystä ja tärkeyttä on tutkittu useissa tutkimuksissa, sillä sen on huomattu vaikuttavan terapiaprosessin onnistuneisuuden ennustamiseen sekä auttavan meneillä olevan hoitojakson arvioinnissa (Miller, Duncan & Brown, 2003).

Psyykkistä hyvinvointia mittaavien välineiden jaottelua voidaan lähestyä useasta metodologisesta näkökulmasta. McDowell (2006) kuvaa terveysmittareiden historiaa kolmen vaiheen kautta. Ensimmäisenä käyttöön tulleet mittariasteikot muodostivat listattuja oireluetteloita, joiden avulla voitiin tehokkaasti seuloa mielenterveysongelmia väestön keskuudessa. Tämän tyyppiset oirelistat keskittyivät kuvaamaan mielenterveydellisiä pulmia somaattisten ja psyykkisten oireiden avulla, jolloin mielialojen positiiviset ulottuvuudet jäivät kokonaisuutena arviotta. Vastalauseena oirefokusoituneille luetteloille syntyivät hyvinvointikyselyt, jotka korostivat positiivisen psykologian näkökulmaa mielen terveyteen ja kartoittivat myös tutkittavan subjektiivista hyvinvointia. Oiremittareiden huomattiin olevan kuitenkin tehokkaampia mielenterveysongelmien diagnostisessa määrittelyssä, jolloin syntyivät itsearviointimenetelmät, joissa yhdistyivät niin oirekuvaukset kuin potilaan hyvinvointia kartoittavat kysymykset. (McDowell, 2006.)

Toisaalta menetelmien erottavana tekijänä voidaan pitää tapaa, jolla kerättyä tietoa kuvataan. Itsearviointilomake voi koostua useammasta osa-alueesta, jotka yhdistyvät potilaan terveysprofiiliksi anta-

en tarkempaa tietoa sen eri ulottuvuuksista. Terveysindeksi sen sijaan laskee yhteen mitatun ominaisuuden tiivistäen tietoa suuria otoksia koskevia tutkimuksia ja poliittista päätöksentekoa varten (McDowell, 2006). Olipa kyseessä diagnostinen apuväline taikka hoidon ennustamiseen ja arviointiin käytetty kyselylomake, uusien menetelmien kehittämisessä on keskitytty yhä enenevässä määrin määrittelemään mittauksen kohdetta niin käytäntö- kuin teorialähtöisesti. Myös kehitettävien menetelmien systemaattisesta testaamisesta ja validoinnista on muodostunut keskeinen vaatimus tiedeyhteisössä. (McDowell, 2006.) CORE-OM-mittarissa yhdistyvät sekä eri osa-alueiden muodostama hyvinvointiprofiili että kokonaispistemäärän avulla kuvattu tilanne indeksipisteinä. CORE-OM ei kuitenkaan ole ensimmäinen yritys löytää menetelmää systematisoimaan psykoterapioiden vaikuttavuuden arviointia ja keräämään asiakaspalautetta, vaan samalla tausta-ajatuksella kehitettyjä mittaristoja on ollut jo olemassa. Seuraavassa esittelyssä on esimerkkejä sekä yksilö-, perhe- ja pariterapiassa käytetyistä että systeemistä lähestymistapaa soveltavista itsearviointimenetelmistä.

BDI eli Beckin depressioinventori (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) on yleisesti tunnettu itsearviointilomake, jolla kartoitetaan masennusoireilua. BDI:n validiteetti ja reliabiliteetti on todennettu useissa tutkimuksissa ja sen on osoitettu olevan pätevä mittaamaan depression vakavuusastetta erilaisten potilasryhmien ja valtaväestön keskuudessa. BDI rakentuu 21 masennusta kuvaavasta oirekategorista, joista jokaista vastaa neljä intensiteetiltään voimistuvaa vastausvaihtoehtoa. Väittämät tarkastelevat muutoksia vastaajan tunne-, käytös- sekä somaattisessa oireilussa. Aluksi mittari toimi klinikon haastatteluvälineenä, mutta sittemmin se on siirtynyt asiakkaan täytettäväksi. Beckin depressioinventorin kokonaispisteet vaihtelevat 0-63 välillä, jossa 9 pisteen ylitys merkitsee kliinisesti merkittävää, lievää masennusoireilua. BDI on toiminut pitkään klinisenä tutkimusvälineenä. (Beck, Steer & Gabin, 1988.) BDI:tä koskeva kritiikki on liittynyt somaattisten oireiden yhden-suuntaisuuteen, sillä alkuperäisversiossa ei kartoiteta painon, ruokahalun tai unenmäärän lisääntymistä. Näihin puutteisiin on pyritty vastaamaan lomakkeen myöhemmissä versioissa. (McDowell, 2006.) CORE-OM-mittarin on todettu antavan hoidon suunnittelun tueksi yksityiskohtaisempaa tietoa potilaan tilanteesta ja hoidon ennusteesta kuin BDI:n (Ilveskoski, Lahtela, Pylvänäinen, Salin-Kares & Viitasaari, 2012). Myös BDI:n käsitevaliditeettia, eli mittarin mittauksen kohdetta, olisi syytä tarkastella. Osa tutkimusnäytöstä puoltaa käsitystä, jonka mukaan terapeutin hoitosuhteen yhteydessä mitatut BDI:n pisteet ilmentävät ensisijaisesti asiakkaan kokemuksia yhteistyösuhteen laadusta, hoidon virittämästä toiveikkuudesta ja välittömästä hyvinvoinnista. (Leiman, 2010.)

SCL-90 (The Symptom Checklist 90) on itsearviointilomake, joka on maailmalla hyvin laajasti käytössä (Holi, 2003). SCL-90-lomakkeen suomalainen validointitutkimus on toteutettu 1998 ja sen on

todettu olevan hyvä instrumentti tutkimuksen välineeksi, kun arvioidaan muutosta keskimääräisen oireilun tasolla (Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998). SCL-90 mittaa oireiden intensiivisyyttä edeltävän kuukauden ajalta Likert-asteikolla. Mittari sisältää yhdeksän oiredimensiota: somatisaatio, pakko-oireet, interpersoonallinen sensitiivisyys, masennus, ahdistus, vihamielisyys, foobisuus, paranoi-disuus ja psykoottisuus. Loput kysymykset liittyvät uni- ja ruokahaluhäiriöihin. SCL-90 voidaan pisteyttää useammalla tavalla, mutta yleisimmin käytetään yleisoireilun indeksiä, GSI:tä (Global Severity Index), eli kaikkien väittämien summasta laskettua keskiarvopistemäärää. (Holi, 2003.) Lambertin (2013) mukaan psykoterapioiden vaikuttavuus perustuu oirekuvan muuttumisen lisäksi muutokseen persoonallisuudessa ja itse-organisaatiossa. Muutokset BDI:n ja SCL-90:n kaltaisissa mittareissa ennustavat juuri tällaista syvempää muutosta (Lambert, 2013).

OQ-45 (Outcome Questionnaire-45) ja lyhytversio OQ-30 (Outcome Questionnaire-30) (Lambert, 2012) ovat terapiaprosessissa asiakkaiden edistymistä mittaavia itsearviointimenetelmiä (Okiishi, Lambert, Egget, Nielsen & Dayton, 2006). Hoidon aikaisen muutoksen seuraamisen lisäksi kyselylomakkeen avulla voi hahmottaa ongelmallisimman osa-alueen asiakkaan toimintakyvyssä (Lambert, 2012). OQ-45 sisältää kolme dimensiota: intrapersoonalliset- ja relationaaliset ongelmat sekä sosiaalisen toiminnan osa-alueen (Wennberg, Philips & de Jong, 2010). Hoitavaa henkilöä ohjaa liikennevalojen periaatteella toimiva potilaspalaute, jolloin klinikko voi reagoida tilanteeseen välittömästi (Ellsworth, Lambert & Johnson, 2006). OQ-45:lla on vankka tutkimuspohja ja normatiivinen informaatio on määritetty jokaiselle skaalalle standardin pisteytysprotokollan mukaisesti (Tarescavage & Ben-Porath, 2014). Toisin kuin CORE-OM-mittarilla, OQ-45:lla ja sen lyhytversiolla ei ole yhtä tarkkoja vaatimuksia koskien mittarin käännöstä (Elfröm ym., 2012). Mittarin ruotsalaisessa validointitutkimuksessa on myös nostettu esiin OQ-45:n pituus rutiiniarvioinnissa. Lomakkeen käyttö vaatii rekisteröitymistä sekä maksua, mikä vaikeuttaa ja pitkittää mittarin käyttöönottoa. (Wennberg ym., 2010.) OQ-45:n ja sen lyhytversioiden voidaan katsoa olevan menetelmällisesti lähimpänä CORE-OM-mittaria, sillä kumpikin näistä edustaa sekä psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen välineistöä että klinisen työn operatiivista kalustoa.

Visuoanalogista skaalaa hyödyntävä muutosarviointiasteikko eli ORS (Outcome Rating Scale) on Millerin ja Duncanin (2000) kehittämä psykologista stressiä kartoittava lyhyt itsearviointimittari, jonka tarkoitus on arvioida muutoksia asiakkaan psyykkisessä hyvinvoinnissa terapiaistuntojen välillä. Se kehitettiin lyhyemmäksi versioksi OQ-45:lle, jonka kolmen osa-alueen (yksilöllinen, relationaalinen ja sosiaalinen) pohjalta valittiin toimivimmat lyhennetyn version tarkoituksen mukaisesti. (Miller & Duncan, 2000; Duncan ym., 2003; Duncan, 2012; Miller, 2012.) Toisin kuin CORE-OM,

ORS ei sisällä riskiä kartoittavaa osa-aluetta, eli sen avulla ei voi tuoda esille esimerkiksi itsemurhariskiä tai päihteiden ongelmakäyttöä. Muutosarviointiasteikkoa on myös kritisoitu sen suhteellisen matalasta α -arvosta ja siitä, että se korreloi heikosti muiden käytössä olevien mittareiden, kuten OQ-45:n, kanssa (Halstead, Younin & Armijon, 2013). Istunnon arviointiasteikko eli SRS (Session Rating Scale) on lyhyt, terapeutista allianssia mittaava itsearviointimenetelmä, joka perustuu allianssteoriaan ja -tutkimukseen. Se koostuu neljästä visuaaliasteikosta, ja sitä on tarkoitus käyttää jokaisella tapaamiskerralla seuraamaan allianssin kehitystä ja sen muutoksia. (Miller, Duncan & Johnson, 2002; Miller ym., 2003; Duncan, 2012.) Terapeuttinen yhteistyösuhde on yksi merkittävimmistä hoidon onnistuneisuuden ennustajista (Raue, Goldfried & Barkham, 1997; Owen & Hilsenroth, 2011; Shaw & Murray, 2014), minkä vuoksi terapeutista allianssia mittaavan lyhyen itsearviointimittarin yhteydessä täytetään yleensä myös muutosarviointiasteikko, jotta saadaan seurattua sekä terapiasuhdetta että psyykkisen hyvinvoinnin kehitystä. Niin ORS kuin SRS kuuluvat PCOMS- (the Partners for Change Outcome Measure System) menetelmäperheeseen, ja ne ovat ladattavissa verkosta lisenssimaksua vastaan (Duncan, 2012).

STIC (The Systemic Therapy Inventory of Change) on suunniteltu yksilöterapian lisäksi erityisesti pari- ja perheterapeutista käyttöympäristöä varten. Multisysteeminen ja integratiivinen menetelmä kartoittaa laajasti potilaan tilannetta viiden inter- ja intrapersoonallisen skaalan avulla sekä mallintaa niissä tapahtuvia muutoksia. (Pinsof ym., 2009; Pinsof, Godsmith & Latta, 2012.) Alkuarviointiin tarkoitettu INITIAL STIC täytetään ennen terapiaprosessia. INTERSESSION STIC ja allianssia mittaava the Short Form Integrative Psychotherapy Alliance Scales auttavat terapeuttia seuraamaan hoidon aikaisia muutoksia niin potilaan voinnissa kuin hänen, terapeutin ja muiden terapiaan osallistuvien perheenjäsenten välisissä vuorovaikutussuhteissa. (Pinsof ym., 2009.) Lomakkeet täytetään ja analysoidaan tietokoneavusteisesti, jolloin terapeutti saa tiedot reaaliajassa valmiiden kuvaajien muodossa ja voi jakaa datan potilaan kanssa osallistuttaen hänet hoitoprosessiin entistä tiiviimmin. STIC-lomakkeet löytyvät englanniksi, espanjaksi ja norjaksi. Menetelmän käyttö edellyttää palveluun kirjautumista. (Pinsof ym., 2009; Pinsof ym., 2012.) Edellä mainitun lisäksi on kehitetty muun muassa SCORE-40 ja SCORE-15 (Short Form) lomakkeet mittaamaan terapian vaikuttavuutta sekä terapeutista muutosta työskennellessä perheiden ja parien kanssa. (Stratton ym., 2014.)

Isossa-Britanniassa on laajalti käytössä Goldbergin 1970-luvulla kehittämä GHQ (General Health Questionnaire) versioineen (McDowell, 2006). GHQ kartoittaa potilaan masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, sosiaalista kanssakäymistä ja somaattisia oireita kuudenkymmenen väittämän avulla pyrkien paikantamaan muutoksia yksilön psyykkisessä hyvinvoinnissa (Goldberg & Hillier, 1979). GHQ:ta

voidaan hyödyntää mielenterveydenhäiriöiden seulontavälineenä, ja mittaria on usein käytetty suuria väestöryhmiä koskevilla tutkimuksilla, joissa se on todettu toimivaksi (McDowell, 2006).

Suomessa on CORE-OM-mittarin ja muiden edellä esiteltyjen menetelmien lisäksi käytössä suomalaiskehitteinen 15D (Sintonen, 2001), terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari. Nimensä mukaisesti itsearviointimittari sisältää 15 eri dimensiota, joilla voidaan mitata yli 15-vuotiaan henkilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. 15D on nopea toteuttaa ja sitä voidaan käyttää myös haastattelun välineenä, mikäli potilaan on vaikeaa täyttää lomaketta itse. Mittarin kehitystyö alkoi 1970-luvulla ja se sai lopullisen muotonsa 1992, jonka jälkeen mittaria on käytetty mm. Terveystutkimuksissa. Lasten ja nuorten tutkimiseen on kehitetty versiot 17D ja 16D. 15D käyttökelpoisuutta on tutkittu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa ja se on käännetty 14 kielelle. (Sintonen, 2001.)

Huolimatta jatkuvan seurannan mittaristojen tuomista hyödyistä niiden käyttöönotto on ollut hidasta. Boswell ym. (2015) luettelevat käytännössä ja asenteissa ilmeneviä esteitä hoidon tuloksellisuutta arvioivien menetelmien implementoinnissa. Käytännön esteet liittyvät ajankäyttö- ja kustannustekijöihin; potilaspalautteen keräämisen rutinoituminen vaatii tarjolla oleviin menetelmiin perehtymistä, valitun mittarin perusteiden opettelua ja usein myös lisenssimaksujen suorittamista. Vaikka informaatiota kertyisi, ajanpuute on usein esteenä potilasdatan analysoinnissa sekä hoidon vaikuttavuuden ja omien työskentelytapojen reflektoinnissa. Kliinikot saattavat myös pelätä terapeutin allianssin romuttumista asiakkaan kieltäytyttyä täyttämästä mittaria. Asenteelliset esteet liittyvät sen sijaan eettisiin pulmiin kerättyjen aineistojen säilyttämisestä, jatkokäytöstä ja niiden sisältämien tietojen salassapidosta. Omien terapeuttien taitojen ja saavutettujen hoitotulosten vertaaminen kollegoiden vastaaviin eivät nekään innosta klinikoita. (Boswell ym., 2015.) Alku- ja loppumittauksen välineillä saatua tietoa voidaan pitää myös virheellisenä. Hoidon tuloksena henkilön arvioinnissa tapahtuu muutoksia, jolloin loppumittauksesta saatu tieto muuttuu merkityksettömäksi arviointiperusteiden muuttuttua eikä ole siksi verrattavissa alussa saatuihin tietoihin. (Leiman, 2004.) Myös sosiaalisesti suotavalla tyylillä vastaaminen on todistettu tutkimuksissa itsearviointimenetelmien ongelmaksi (Reese ym., 2013). Asiakkaan tahallista oireiden ja ongelmien korostamista tai vähättelelyä ei voi kokonaan välttää, mutta tätä ongelmaa voidaan pyrkiä minimoimaan selventämällä, mitä varten tietoa kerätään ja miksi rehellisesti vastaaminen on tärkeää (Boswell ym., 2015.) Youn, Kraus ja Castonguay (2012) ovat todenneet asiakkaiden olevan yhteistyöhaluisia ja kiinnostuneita oman edistymisensä seurannasta.

Kuuskorven ja Keskisen (2008) tutkimuksessa todettiin, että 84 % suomalaisista psykologeista käyttää työssään psykologisia testejä tai mittareita. Testien avulla pyritään tutustumaan asiakkaaseen nopeammin, tehokkaammin ja objektiivisemmin kuin se muutoin olisi mahdollista. Kun tutkimusväline on standardoitu, se toteuttaa sekä psykometrisen että intuitiivisen ulottuvuuden vaatimukset olemalla tutkimustietoon perustuva ja objektiivinen, keskustelun suuntaaja ja fokuksen asettaja (Heiskari, päivämäärätön lähde). Elfströmin ym. (2012) mukaan perusterveydenhuollossa psykologin vastaanotolle hakeutuvilla asiakkailla esiintyy laajaa kirjoa mielenterveysongelmia sekä usein rinnakkaisia somaattisia vaivoja, minkä vuoksi alkuarvioinnissa käytettävän mittarin tulisi olla monitahoinen. Oirefokusoituneet mittarit keskittyvät tuomaan esiin oireissa tapahtuvia muutoksia, mutta eivät kartoita CORE-OM-mittarin lailla potilaan hyvinvointia ja toimintakykyä (Barkham ym., 2013).

Tutkimuksemme päämääränä on tarkastella CORE-OM-mittarin suomenkielisen käännöksen psykometrisiä ominaisuuksia kliinisessä potilasaineistossa, jotta CORE-OM saataisiin laajempaan käyttöön kotimaisessa terveydenhuollossa. Mittarin validointia on arvioitu Suomen Psykologiliitto ry:n nettisivuilta löytyvien psykologisten testien käyttökelpoisuuden arviointikriteerien mukaisesti sekä Heiskarin laatiman psykologien käyttämien testien laatuluokituksen ja testin käyttäjävaatimusten perusteiden mukaisesti (Heiskari, päivämäärätön lähde).

1.2 CORE-OM-mittarin kehityshistoria ja sisällöllinen rakenne

CORE-OM on kehitetty käytännön kliinisen työn perusteella systemaattiseksi potilaan subjektiivisen hyvinvoinnin ja hoidon vaikuttavuuden mittariksi (Campbell & Young, 2011) ja sitä voidaan käyttää tukena hoidon fokuksinnin ohjauksessa, hoidon vaikuttavuuden seurannassa ja hoidon kokonaisvaikuttavuuden arvioinnissa (Evans ym., 2000; Campbell & Young, 2011). CORE-OM-mittaria on kehitetty vuodesta 1993 lähtien moniammatillisissa tiimissä professori Evansin ja professori Barkhamin johdolla, yhteistyössä tutkijoiden, klinikko-tutkijoiden ja klinikoiden kanssa (Evans ym., 2002). Mittarin kehitystyön rahoitti Iso-Britannian julkinen terveydenhuoltojärjestelmä (Barkham ym., 2001) ja varsinainen julkaiseminen tapahtui vuonna 1998 (Evans ym., 2000).

Yksi alkuperäisistä syistä CORE-OM-mittarin kehittämisen tarpeelle liittyi Yhdysvalloista vakiintuneeseen käyttöön tulleisiin mittareihin, jotka olivat hyvin oirefokusoituneita. Ne eivät vastanneet Isossa-Britanniassa väestön tarpeisiin ja olivat patenttinsa vuoksi käyttökustannuksiltaan korkeita. (Barkham, Mellor-Clark, Connell & Cahill, 2006.) Mittarin kehitystyö aloitettiin, jotta yhtenäisyys

psykykkisen hyvinvoinnin ja vaikuttavuuden arvioinnissa saavutettaisiin (Bedford ym., 2010). CORE-OM syntyi vastaamaan lyhyen, yksinkertaisen, helppokäyttöisen ja silti tarpeeksi kattavan itsearviointilomakkeen ja arviointimenetelmän tarpeeseen (Bedford ym., 2010). Mittarin on myös tarkoitus tukea psykoterapiatutkimusta sekä edistää sen kehittymistä ja systematisoitumista (Uji ym., 2012). Mittarin sensitiivisyys muutokselle, reliabiliteetti, validiteetti ja sisäinen johdonmukaisuus on todennettu useissa tutkimuksissa, ja se on pätevä mittaamaan kliinisesti merkittäviä rajoja ja muutoksia (Evans ym., 2000; Barkham ym., 2001; Bedford ym., 2010; Uji ym., 2012). Näin ollen CORE-OM palvelee vapaasti saatavilla olevana niin kutsuttuna Open Access – tutkimusvälineenä alkuperäistä käyttötarkoitustaan psykykkisen hyvinvoinnin mittaamisen ”kultaisena standardina” (Bedford ym., 2010), ja sen avulla voidaan erottaa rajapistemääriin pohjaten kliinisesti merkittävän rajan ylittävä väestönosa.

CORE-OM koostuu 34 väitelauseesta, jotka on jaoteltu mittarin sisällä neljään psykykkisen hyvinvoinnin osa-alueeseen: subjektiivinen hyvinvointi (4 väitettä), psykykkinen oireilu ja ongelmat (12 väitettä), toimintakyky ja sosiaaliset suhteet (12 väitettä) sekä riskikäyttäytyminen (6 väitettä) (Core System Group, 1998; Evans ym., 2000; Evans ym., 2002; Elfström ym., 2012). Psykykkisen oireilun ja ongelmien osa-alue sisältää väiteryppäitä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta (4 väitettä), depressionia (4 väitettä), somaattista oireilua (2 väitettä) ja traumaoireilua (2 väitettä). Toimintakyvyn osa-alue sisältää yleistä toimintakykyä (4 väitettä), läheisiä ihmissuhteita (4 väitettä) ja sosiaalista kanssakäymistä (4 väitettä) kartoittavia väiteryppäitä. Kahdeksan väittämää lomakkeessa on muotoiltu positiivisesti. (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall & Twigg, 2005.) CORE-OM-mittari kattaa sekä intra- että intersoonallisten toimintojen niin negatiivisen kuin positiivisen ulottuvuuden. Väitelauseiden intensiteetin vaihteluun (korkeasta matalaan) kiinnitettiin huomiota, jotta sekä moniongelmaisuus että hienovaraisemmat muutokset tulisivat paremmin näkyviin. (Evans ym., 2000; Evans ym., 2002.) Riskin osa-alue poikkeaa muista osa-alueista juuri voimakkaan intensiteetinsä vuoksi. Se myös korreloi heikommin mittarin muiden osa-alueiden kanssa (Skre ym., 2013; Juntunen & Piiparinen, 2013). Riskin osa-alue kattaa sisälleen sekä henkilön itsemurha-ajatukset että riskikäyttäytymisen kohdistettuna itsen tai muihin. Jos yksikin piste sijoittuu tälle osa-alueelle, tulee klinikon huomioida se erityisesti. (Core System Group, 1998.) Riskiä määrittelevän osa-alueen on todettu olevan mittarin kokonaisvaliditeetin kannalta oleellinen (Bedford ym., 2010).

CORE-OM-mittaria suositellaan käytettäväksi ennen hoitojakson alkua ja sen päätyttyä sekä pitkissä terapiasuhteissa myös hoidon aikana (Evans ym., 2002). Potilas täyttää lomakkeen sen perusteella, kuinka hän on kokenut voineensa edeltävän viikon aikana mittarin viisiportaisen asteikon vaih-

dellessa nolasta (ei lainkaan) neljään (enimmäkseen tai koko ajan). Jokainen kohta pisteytetään ja näiden perusteella lasketaan kokonaispistemäärä 0-136 välille, joka jaetaan täytettyjen väitelauseiden lukumäärällä. Kliinisesti arvioitava pistemäärä saadaan kertomalla jaetut summapisteet kymmenellä (Aveline & Shapiro, 2007). CORE-yhteisö ei kuitenkaan suosittele skaalausta, jos yli kolme kohtaa on jäänyt täyttämättä. (Core System Group, 1998; Evans ym., 2002.) Käytännössä lomake on toteutettu siten, että pisteytys onnistuu niin käsin kuin tietokoneella (Evans ym., 2000).

CORE-5, joka sisältää väittämät 1, 4, 12, 15, 23, ja CORE-10, joka sisältää väittämät 2, 3, 7, 10, 15, 16, 18, 23, 27, 28, ovat lyhennettyjä versioita alkuperäisestä 34-kohtaisesta CORE-OM-mittarista. Hyväksi todetun alkuperäisen version rinnalle haluttiin luoda vielä nopeampia ja lyhyempiä sekä helppokäyttöisempiä mittareita. (Barkham ym., 2013.) Näiden versioiden lisäksi on kehitetty CORE työyhteisöjen käyttöön yleisväestölle suunnattu, 14-kohtainen GP-CORE (General Population), nuorten YP-CORE (Young People) sekä oppimisvaikeuksien kartoittamiseen tarkoitettu CORE-LD (Learning Disabilities) (Evans, 2012b). Kerättyjen aineistojen varastointiin ja analysointiin kehitettiin tietokonekäyttöinen ohjelmisto CORE-PC (Evans, 2012b). Jokaiselle istuntokäynnille muutokseen arvioimiseen on kehitetty myös muita työkaluja, kuten CORE-SFA ja CORE-SFB (Evans, 2012a) sekä CORE-A hoitavan ammattihenkilön arvioinnin tueksi (Bedford, Lukic & Tibbles, 2010).

CORE-OM-mittari on käännetty tällä hetkellä 22 kielelle ja se on käytössä useassa maassa kuten Ruotsissa, Norjassa, Italiassa, Japanissa ja Etelä-Afrikassa (<http://www.coreims.co.uk>). Varsinkin Isossa-Britanniassa CORE-OM on vakiinnuttanut paikkansa päivittäisessä kliinisessä työssä (Bedford ym., 2010). Information Management Systems Ltd. (CORE IMS) on testin ympärille rakentunut yhteisö, joka tarjoaa koulutusta, varmistaa testien laadun ja ajankohtaisuuden, sekä toimii vastaavana elimenä liittyen testien käyttöön (Evans, 2012b). Mittari on lisensoitu, vapaasti kopioitavissa ja löydetävissä CORE IMS yhteisön internet-sivuilla osoitteesta <http://www.coreims.co.uk>. Kopiointivapaus liittyy menetelmän laatimiseen vaikuttaneeseen tausta-ajatukseen, jonka mukaan haluttiin luoda vai-
vaton yhteistyösuhde testien kehittäjien ja klinikoiden välille, jotta systemaattinen tiedonkeruu olisi käytännön tasolla mahdollista (Barkham ym., 2005).

CORE-OM-mittarin pilottihanke Suomessa on edennyt siten, että suomennos on valmistunut kahden työryhmän yhteistyöllä toisen ryhmän työskennellen menetelmän kehittäjän professori Evansin johdolla (Ilveskoski ym., 2012). CORE-yhteisö vaatii käännöksen tapahtuvan viiden toisistaan riippumattoman käännöskieltä äidinkielenään puhuvan ja englantia sujuvasti osaavan tutkijan käännöstyönä (<http://www.coreims.co.uk>). Suomalainen pilottitutkimus on määrittänyt CORE-OM-mittarin käyttö-

kelpoisuutta avomielenterveyspalveluissa. Tulosten mukaan potilaat kokevat CORE-OM-mittarin monipuolisemmaksi vaihtoehdoksi aiemmin käytetyille mittareille sekä hoitava henkilöstö arvioi menetelmän vastaavan juuri käyttötarkoitustaan (Ilveskoski ym., 2012). Jotta CORE-OM menetelmä voitaisiin vakiinnuttaa käyttöön, on suomennettu mittari validoitava Suomen kulttuurioloihin sekä yleisväestön että kliinisen populaation osalta. Yleisväestöllisen ja kliinisen populaation välillä on todettu olevan kliinisesti merkittävä ero muun muassa Italian (Palmieri ym., 2009), Etelä-Afrikan (Campbell & Young, 2011), Japanin (Uji ym., 2012), Ruotsin (Elfström ym., 2012) ja Norjan (Skre ym., 2013) tutkimuksissa. Kliinisesti merkittävä tarkoittaa sen rajapistemäärän ylitystä, joka on tietyn kulttuurialueella määritelty. Kliinisesti merkittävä muutos tarkoittaa henkilön siirtymistä lähemmäs yleisväestöllistä populaatiota, eli kauemmas kliinisestä populaatiosta. Yleisväestölliseen aineistoon perustuva pro gradu -tutkimus on valmistunut Itä-Suomen yliopistossa vuonna 2013 (Juntunen & Piiparinen, 2013). Käsillä oleva tutkimus koskee kliinisen populaation validointiprosessia.

1.3 Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset

Tämä pro gradu -tutkielma on osa laajempaa kansainvälistä CORE-hanketta, jonka tarkoituksena on tuoda CORE-OM-itsearviointimittari osaksi kotimaista psykoterapian vaikuttavuustutkimusta ja hoidon seurantaa. Tarkastelemme CORE-OM-mittarin suomalaisen käännöksen psykometrisiä ominaisuuksia kliinisessä aineistossa ja pyrimme vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen on CORE-OM-mittarin pääkomponenttirakenne ja reliabiliteetti, ja miten ne vertautuvat yleisväestölliseen- ja alkuperäistutkimukseen?
2. CORE-OM-mittarin vertaaminen lyhytversioihin (CORE-5 ja CORE-10) ja verrokki-mittareihin (BDI ja SCL-90), sekä raja-arvon määrittäminen rinnakkaismittausmenetelmällä.
3. Miten vastaajien taustatekijät näyttäytyvät kliinisessä aineistossa, ja ovatko ne yhteydessä CORE-OM-mittarista saatuihin pisteisiin?

2 MENETELMÄT

2.1 Kliinisen aineiston keruumenetelmä ja aineisto

Tutkimus käynnistyi keväällä 2013 tutkimussuunnitelman eettisellä arvioinnilla. Aineistoa keräävien hoitopaikkojen rekrytoiminen aloitettiin puoltavan lausunnon saavuttua saman vuoden syksynä. Useat yhteistyökumppaneina toimivat hoitoyksiköt ovat vaatineet myös erillistä tutkimuslupaa, jolloin sellaista haettiin kyseisistä toimipaikoista. Tutkimusaineiston keruuseen osallistui seitsemän eri toimipistettä ympäri Suomea. Näihin kuului niin yksityisiä terveydenhuoltopalvelujen tarjoajia kuin julkisen terveydenhuollon avohoito- ja erikoissairaanhoidon yksiköitä. Otospopulaatio on heterogeeninen maantieteellisen hajonnan sekä hoitoon tulon syiden vaihtelun perusteella. Tutkimuksessa on käytetty samaa tutkimuslomakkeistoa kuin suomalaisessa Piiparisen ja Juntusen (2013) yleisväestön tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa kliininen populaatio tarkoittaa mielenterveyspalveluita käyttäviä henkilöitä, jotka ovat hakeutuneet mielenterveyspalveluiden piiriin tutkimuksen ollessa käynnissä. Nämä henkilöt eivät ole käyttäneet mielenterveyspalveluita kuuden kuukauden ajanjakson sisällä, mutta he ovat hoitoon tulevia asiakkaita. Aineisto on kerätty mielenterveyspalveluja tarjoavista yksiköistä hoitoon tulon alkuvaiheessa, jolloin päätös jonkinasteisesta hoidollisuudesta henkilön kohdalla on jo tehty. Näin ollen tutkimukseen osallistujiin haettiin kontakti hoitopaikan kautta.

Kliinistä aineistoa keräävää hoitohenkilökuntaa ohjeistettiin kirjallisesti tutkimusparin toimesta ja heidän suullinen ohjeistamisensa tapahtui joko graduparin tai yhteyshenkilöpsykologin kautta. Yhteyshenkilöpsykologina toimi kyseessä olevan toimipaikan psykologi, jonka kanssa käytiin keskustelua käytännön toimintatavoista ja tutkimuksen tavoitteista. Yhteistyöhenkilönä saattoi toimia myös osastosihteeri. Hoitopaikkoihin lähetettävään ohjeistusmateriaaliin sisältyi tutkimussuunnitelma, sekä erillinen ohjeistus käytännön toimintatavoista, jonka jälkeen käytännön toteuttaminen jäi toimipaikan vastuulle. Tutkimuslomakkeisto, joka tutkittavalle annettiin hoitoon tullessa tai hoidon alkuvaiheessa, sisälsi sosiodemografisia taustatietoja kartoittavan kyselyn, sekä CORE-OM-, BDI- ja SCL-90-lomakkeet (ks. liitteet). Täyttövaiheesta riippuen, tutkimuslomakkeiston sisältöön ja täyttämiseen potilaan ohjeisti joko hoitava psykologi tai hoitaja. Tutkittava sai myös joko kirjallisen ohjeistuksen tai suullisen yhteenvedon tutkimuslomakkeiston luonteesta. Pääsääntöisesti tutkimuslomakkeisto ohjeistettiin annettavan täytettäväksi ennen ensimmäistä asiointikertaa. Vaihtoehtoisesti tutkimuslomakkeisto myös lähetettiin asiakkaalle ennen ensimmäistä kontaktitapaamista tai asiakasta pyydettiin

täyttämään lomakkeisto odotustilassa, sekä joissain tapauksissa ensimmäisen kartoitustapaamisen aikana. Suomea koskevassa kliinisen populaation validointitutkimuksessa hoidon alku määriteltiin koskemaan ensimmäisestä yhteydenotosta lähtien viidenteen hoitokertaan. Aineistoa keräävää terveydenhuollon ammattihenkilöä ohjeistettiin antamaan tutkimuslomakkeisto potilaan täytettäväksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitosuhdetta.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja edellytti 18 vuoden ikää. Tutkimusasetelmamme noudatti eettisen tutkimuksen perusperiaatteita, eikä tutkimukseen osallistuminen aiheuttanut haittaa tutkittaville, asettanut ihmisiä eriarvoiseen asemaan tai vaikuttanut palveluiden saamiseen. Systemaattisena hoitoa edeltävänä arviointimenetelmänä tutkimuslomakkeistoa ei ollut mahdollista käyttää tässä tutkimuksessa, sillä kaikkien yhteistyöpaikkojen käytänteisiin ei kuulunut lomakkeiden etukäteislähetys ensimmäisen yhteydenoton jälkeen ennen ensimmäistä kasvokkaista hoitokontaktia.

Kadon hallinta toteutettiin merkitsemällä muistiin kuhunkin toimipaikkaan toimitettujen lomakkeiden lukumäärä ja toimipaikassa täytettyjen sekä täyttämättä jääneiden lomakkeiden lukumäärät. Tutkittavan kieltäytyessä tutkimukseen osallistumisesta, hoitohenkilökuntaa ja psykologeja ohjeistettiin kirjaamaan kieltäytyneiden lukumäärä ylös. Täytettyjä lomakkeita ohjeistettiin pitämään muiden testimateriaalien tavoin lukollisessa kaapissa. Tutkimuksen päättyessä kerättyä aineistoa tullaan säilyttämään psykologisten palvelujen opetus- ja tutkimuskeskuksen terveydenhuollon arkistointisäännösten normit täyttävässä arkistokaapissa psykologian oppiaineessa Itä-Suomen yliopistossa.

Tutkimukseen osallistui 201 vastaajaa, joista naisia oli 121 ja miehiä 79. Osallistujien ikä vaihteli 18 ja 69 vuoden välillä, keskiarvon ollessa 35.0 vuotta ja keskihajonnan 12.8 vuotta. Aineiston ikäkauma ei ollut normaalisti jakautunut, vaan vinoutui oikealle, aineiston tyyppiä ollessa 20.0. Yhdellä vastaajalla (0.5 %) puuttui tieto iästä ja sukupuolesta. Myöhempiä analyyseja varten vastaajat jaettiin neljään yhtä suureen ikäluokkaan: 18–24, 25–31, 32–43, 44–69. Vastaajista miehet ja naiset eivät eronneet tilastollisesti merkitsevällä tavalla toisistaan koulutuksen, työllisyystilanteen, terveydenhuoltopalvelujen tai lääkkeiden käytön perusteella. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä 13.2 % oli suorittanut peruskoulun, 55.8 % toisen asteen koulutuksen ja 31.0 % vastaajista olivat korkeasti koulutettuja. Kolme vastaajaa (1.5 %) jätti vastaamatta koulutusta koskevaan kysymykseen. Vastaajista työelämässä oli 42.7 %, kun taas 23.7 % oli työttömänä. Työssäkäyvien luokkaan otettiin mukaan itsensä yrittäjiksi maininneet sekä sijaisuutta tai vakituista osa-aikatyötä tekevät henkilöt anonymiteetin suojaamiseksi. Muuhun luokkaan sijoittuvat työkyvyttömyyseläkkeellä ja eläkkeellä, virka-, äitiys- tai hoitovapaalla ja sairauslomalla olevat sekä siviilipalvelusta suorittavat vastaajat, jois-

ta muodostui 18.1 % otoksesta. Yhdeltä (0.5 %) vastaajalta puuttui tieto työllisyystilanteesta. Naisista 99.2 % ja miehistä 94.8 % oli hakeutunut terveydenhuollon palvelujen piiriin edellisen puolen vuoden aikana. Toisin sanoen lähes kaikki tutkimukseen osallistujista olivat olleet terveydenhuoltopalvelujen käyttäjinä ennen tutkimuksen tekoa. Kaksi vastaajaa (1.0 %) oli jättänyt vastaamatta terveyspalvelujen käyttöä koskevaan kysymykseen. Vastaavasti lääketieteellisen diagnoosin oli saanut 71.8 % naisvastaajista ja 68.5 % miehistä. Kymmeneltä vastaajalta (5.0 %) puuttui tieto diagnoosia ja kolmelta (1.5 %) lääkitystä koskevaan kysymykseen. Säännöllistä lääkitystä ilmoitti käyttävänsä 65.5 % vastaajista. Tutkimukseen osallistuneiden joukossa 38.6 % ilmoitti diagnoosikseen masennuksen, joka oli yleisin vastaajien mainitsema mielenterveysdiagnoosi. Taulukossa 1 on esitetty vastaajien sosiodemografiset taustatiedot.

Taulukko 1. Vastaajien sosiodemografiset taustatiedot

	Naiset 60.2 % (n = 121)	Miehet 39.3 % (n = 79)	Kaikki (N = 201)
<i>Ikä</i>	34.7 (SD 13.1)	35.5 (SD 12.3)	35.0 (SD 12.8)
<i>Koulutus</i>			100 % (n = 197)
Peruskoulu	15.3 % (n = 18)	10.1 % (n = 8)	13.2 % (n = 26)
Toinen aste	50.8 % (n = 60)	63.3 % (n = 50)	55.8 % (n = 111)
Korkea	33.9 % (n = 40)	26.6 % (n = 21)	31.0 % (n = 60)
<i>Työllisyystilanne</i>			100 % (n = 199)
Työssä	45.0 % (n = 54)	39.2 % (n = 31)	42.7 % (n = 85)
Työtön	20.8 % (n = 25)	27.8 % (n = 22)	23.6 % (n = 47)
Opiskelija	17.5 % (n = 21)	12.7 % (n = 10)	15.6 % (n = 31)
Muu	16.7 % (n = 20)	20.3 % (n = 16)	18.1 % (n = 36)
<i>Terveyspalveluiden käyttö 6 kk aikana</i>			
<i>Diagnoosit</i>			
Masennus	71.8 % (n = 84)	68.5 % (n = 50)	70.5 % (n = 134)
	37.9 % (n = 44)	39.7 % (n = 29)	38.6 % (n = 74)
<i>Lääkitys</i>	66.4 % (n = 79)	64.1 % (n = 50)	65.5 % (n = 129)

2.2 Vertailussa käytetyt mittarit BDI ja SCL-90

Konvergentin validiteetin selvittämiseen tutkimuksessa käytettiin verrokkimittareita BDI ja SCL-90. CORE-OM-mittarin ja näiden kliinisessä käytössä olevien menetelmien välistä yhteyttä on tutkittu, ja niin BDI kuin SCL-90 kuuluivat vahvasti CORE-OM:in kanssa korreloivien mittareiden joukkoon

(Lyne, Barrett, Evans & Barkham, 2006; Leach, Lucock & Barkham, 2006). Jo aiemmin kuvattu SCL-90 on validoitu kotimaiseen käyttöympäristöön ja sen on todettu olevan luotettava tutkimusväline psyykkisen oireilun mittaamisessa (Holi ym., 1998). Myös Beckin depressioinventorin toimivuudesta erinäisissä tutkimusasetelmissä on olemassa runsaasti näyttöä (Beck, Steer & Gabin, 1988). Tässä tutkimuksessa on mallinnettu aiempien validointitutkimusten tutkimusasetelmia (Palmieri ym., 2009; Campbell & Young, 2011; Elftröm ym., 2012; Skre ym., 2013; Juntunen & Piiparinen, 2013), joissa ainakin toinen mainituista mittareista on toiminut verrokkimittarina.

CORE-OM korreloi vahvasti varsinkin BDI:n kanssa (Leach ym., 2006; Barkham ym., 2013), tosin suomalaisessa pilottitutkimuksessa CORE-OM todettiin olevan BDI:tä yksityiskohtaisempi ja tuovan lisätietoa ennustettaessa hoidon kulkua (Ilveskoski ym., 2012). Myös yleisväestöä koskevassa tutkimuksessa CORE-OM-mittarin ja BDI:n todettiin antavan samansuuntaisia tuloksia (Juntunen & Piiparinen, 2013), tosin CORE-OM:ista vain 1.0 % vastaajista sai 0 pistettä, kun taas BDI:n kohdalla vastaava prosenttiosuus oli 24.0 %.

2.3 Tilastollinen analyysi

Tutkimuksen aineiston tilastollinen analyysi suoritettiin IBM:n SPSS-21 (Statistical Package for the Social Sciences) tilastokäsittelyohjelmalla, jonka käytön tukena käytettiin Bracen, Kempin ja Snelgarin (2012) *SPSS for Psychologist*-teosta. Määrällisen tutkimuksen metodologisena kirjallisuutena käytettiin Metsämuurosen (2009), Nummenmaan (2009) sekä Nummenmaan, Konttisen, Kuusisen ja Leskisen (1997) menetelmäoppaita.

Alkuun suoritettiin kadon arviointi ja puuttuvien havaintojen paikallistaminen tarkastelemalla taustatieto- ja väittämäjakaumien histogrammeja, tunnuslukuja ja frekvenssejä, sekä suorittamalla puuttuvien havaintojen analyysi (MVA) SPSS-ohjelmalla. Eniten puuttuvia havaintoja esiintyi taustatietolomakkeiden diagnooseja (5.0 %) ja lääkitystä (1.5 %) tarkastelevissa kysymyksissä. Juntunen ja Piiparisen (2013) yleisväestöllistä otosta koskevan tutkimuksen lailla vastaajien taustatietojen puuttuvia havaintoja ei korvattu. Itsearviointimittareihin oli vastattu tarkasti, mutta yksi tutkimuslomakkeisto oli jäänyt täyttämättä CORE-OM-lomakkeen osalta, joten se päätettiin pudottaa analyyseistä. Tämän jälkeen CORE-OM-lomakkeissa esiintyi puuttuvia havaintoja 14 vastaajalla (7.0 %). Yksikään henkilö ei ollut jättänyt vastaamatta enempään kuin yhteen väittämään. Vastaamatta jättäminen ei ollut yhteydessä tutkimukseen osallistujien ikään, sukupuoleen tai koulutustaustaan. Eniten puuttuvia havaintoja esiintyi väittämissä 17 ja 32, joihin oli jättänyt vastaamatta kaksi vastaajaa eli 1.0 % otokses-

ta. Näin vähäistä katoa voidaan pitää satunnaisena. Myös verrokkimittareissa esiintynyt kato oli vähäistä. SCL-90:ssä puuttuvien havaintojen prosentuaalinen osuus oli 0.5-1.0 % luokkaa. BDI:ssä kato vaihteli 0.5-1.5 %, lukuun ottamatta kohtaa 19 (4.0 %). BDI:n kadon osuutta kasvattaa tutkimuslomakkeisto, josta puuttuvat vastaukset Beckin depressioinventoriin. Kyseinen havaintoyksikkö on kuitenkin mukana aineistossa, koska tutkimus tarkastelee ensisijaisesti CORE-OM-mittarin ominaisuuksia. Puuttuvat havainnot päätettiin korvata väittämien aritmeettisella keskiarvolla. Imputointi on perusteltua, sillä näin toimimalla otoksen koko säilyy eikä tietoja menetetä. Korvattavia havaintoja esiintyi vähän, joten aineiston vääristymän katsottiin jäävän minimaaliseksi.

Aineiston normaalisuutta tutkittiin Kolmogorov–Smirnovin ja Shapiro–Wilkin testeillä ja tarkastelemalla jakaumia graafisesti. Pääkomponenttianalyysia käytettiin tiivistämään aineisto toisistaan riippumattomiin komponentteihin, joiden avulla tarkasteltiin taustalla olevaa ilmiötä, jota alkuperäiset muuttujat ilmentävät aineistossa. Analyysin avulla tutkittiin 34 psyykkistä hyvinvointia mittaavan väittämän dimensionaalisuutta. Kommunaliteettien avulla tarkasteltiin varianssin selityssasteen suuruutta ja Kaiser–Meyer–Olkin- sekä Bartletin sfäärisyystesteillä korrelaatiomatriisin sopivuutta.

Mittareiden reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin α -kertoimella (Cronbach, 1951), joka määrittää yhteisvaihtelua kahden kohteen välillä. Tämän lisäksi sisäistä yhtenäisyyttä määritettiin Guttmanin split-half tekniikalla CORE-OM-mittarin osalta. Tutkimuksessa tarkasteltiin CORE-OM-kokonaispisteiden sekä mittarin osa-alueiden α -arvojen lisäksi CORE-5:n, CORE-10:n, BDI:n ja SCL-90:n α -arvoja. Reliabiliteetin ylä- ja alaraja määritettiin laskemalla α -arvon luottamusväli. Aiempien tutkimusten ja pisteytysohjeiden mukaisesti CORE-5 ja CORE-10 analyysiin sisällytettiin vain ne CORE-OM-lomakkeet, jotka eivät sisältäneet puuttuvia havaintoja. CORE-5 analyysissä mukana oli 199 lomaketta ja CORE-10 197 lomaketta.

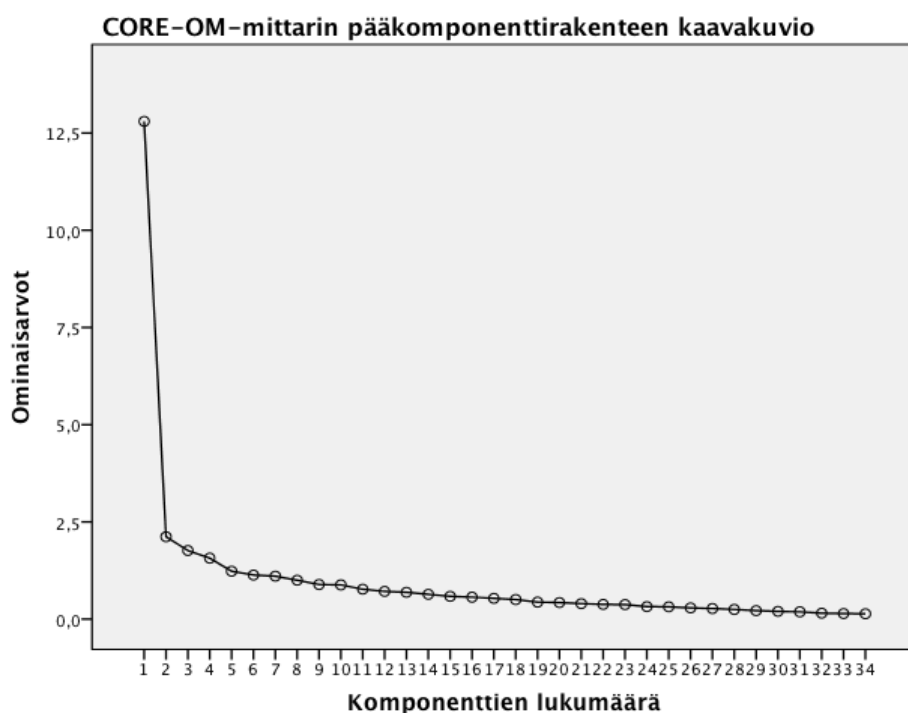
Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen ja sirontakuvioiden avulla. CORE-OM-mittarin ja BDI:n yhteyttä toisiinsa tutkittiin lineaarisella regressioanalyysillä. Miesten ja naisten välisiä eroja CORE-OM-kokonaispisteiden ja osa-alueiden, BDI:n kokonaispisteiden, SCL-90:n kokonaispisteiden ja oiredimensioiden sekä masennusdiagnoosin välillä tutkittiin Mann–Whitneyn U-testillä, sekä ikäluokkien, koulutuksen ja työllisyystilanteen yhteyttä CORE-OM-kokonaispisteisiin Kruskal–Wallis-testillä. Sukupuolen ja ikäluokkien välistä suhdetta tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja khiin neliö-testillä.

3 TULOKSET

3.1 Pääkomponenttianalyysi

Aiemmin toteutettuja tutkimuksia mukaillen CORE-OM-mittarin komponenttirakennetta tutkittiin käyttäen oblimin vinokulmaista rotaatiota. KMO-otossopivuusindeksin (.92) ja Bartlettin testien perusteella ($p < .01$) korrelaatiomatriisin voitiin todeta soveltuvan pääkomponenttianalyysiin. Rotaatiomatriisi osoitti, että väittämät latautuivat kolmelle pääkomponentille ominaisarvojen perusteella. Yli .40 saavuttavat kommunaliteettien arvot ovat kohtuullisen korkeita, eli mittaavat melko luotettavasti pääkomponentteja. Suurin osa arvoista täytti tämän vaatimuksen. Tarkasteltaessa pääkomponenttirakennetta, ensimmäisen komponentin voitiin huomata selittävän varianssien vaihtelusta 37.6 %. Vinorotatoitu kolmen pääkomponentin ratkaisu selitti 49.0 % 34 väittämän varianssista. Kolmen pääkomponentin ratkaisussa ensimmäinen komponentti sisälsi pääasiassa negatiivisia väittämiä, mutta myös kaikki positiiviset väittämät. Toinen komponentti sisälsi vain negatiivissävytteisiä väittämiä, ja riskikomponentti erottui aineistossa selkeästi omaksi komponenttikseen. Testatessa neljän komponentin ratkaisua, joka selitti 53.6 % varianssin vaihtelusta, väittämät latautuivat kolmen komponentin ratkaisua vastaavalla tavalla neljälle komponentille. Aiempien tutkimusten kolmen komponentin ratkaisu ei toteutunut täysin vastaavanlaisena tässä aineistossa. Pääkomponenttirakennetta havainnollistava kaavakuvio on esitetty alla (kuvio 1).

Kuvio 1.



Pääkomponenttianalyysin CORE-OM-mittarin väittämien lataukset, ominaisarvot ja varianssin vaihtelun selitysasteet ovat esitetty taulukossa 2, jossa osa-aluemerkinnät ja kokonaisvaihtelun varianssin selitysaste on merkitty alaviitteellä.

Taulukko 2. Kliinisen aineiston pääkomponenttianalyysi (N = 201)

CORE-OM-mittarin väittämä ja sen osa-alue	Pääkomponentit		
	1	2	3
23. Olen tuntenut itseni toivottomaksi (O)	.84		
27. Olen ollut onneton (O)	.81		
17. Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta (H)	.78		
1. Olen tuntenut oloni yksinäiseksi ja ulkopuoliseksi (T)	.75		
5. Olen ollut täysin voimaton ja innoton (O)	.74		
4. Olen ollut tyytyväinen itseäni (H)	.74	-.32	
13. Epämieluisat ajatukset ja tunteet ovat vaivanneet minua (O)	.73		
24. Minusta on tuntunut, että olisi parempi, jos olisin kuollut (R)	.72		.40
31. Olen ollut toiveikas tulevaisuuteni suhteen (H)	.72	-.32	
11. Jännitys ja ahdistus ovat estäneet minua tekemästä tärkeitä asioita (O)	.72		
2. Olen ollut kireä, ahdistunut tai hermostunut (O)	.70		
10. Kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa on tuntunut ylivoimaiselta (O)	.70		
28. Epämieluisat mielikuvat tai muistot ovat ahdistaneet minua (O)	.68		
12. Olen ollut tyytyväinen tekemiini asioihin (T)	.67	-.31	
30. Olen syyttänyt itseäni ongelmistani ja vaikeuksistani (O)	.67		
32. Olen saavuttanut haluamani asiat (T)	.66		
7. Olen tuntenut selviytyväni, vaikka asiat menevät pieleen (T)	.66		
20. En ole saanut ongelmiani mielestäni (O)	.61		
21. Olen pystynyt tekemään suurimman osan tarvittavista asioista (T)	.58		
15. Olen ollut hätäntynyt tai kauhuissani (O)	.58	.38	
26. Olen tuntenut, ettei minulla ole ystäviä (T)	.57	-.42	
14. Minulla on ollut itkuinen olo (H)	.56	.39	
19. Olen tuntenut lämpöä ja kiintymystä toista ihmistä kohtaan (T)	.50	-.40	
18. Minun on ollut vaikea nukahtaa tai olen nukkunut katkonaisesti (O)	.50		
29. Olen ollut ärtyisä toisten seurassa (T)	.48		
33. Olen kokenut muiden nöyryyttävän tai häpäisevän minua (T)	.44		
25. Olen kokenut muiden arvostelevan minua (T)	.44		
22. Olen uhkaillut tai pelotellut toista ihmistä (R)			
3. Olen tuntenut, että minulla on joku, joka tarvittaessa tukee minua (T)		-.55	
8. Olen kärsinyt kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta vaivasta (O)		.31	
16. Olen suunnitellut itsemurhaa (R)	.56		.64
9. Olen ajatellut itseni vahingoittamista (R)	.62		.63
34. Olen vahingoittanut itseäni tai vaarantanut terveyteni vakavasti (R)	.37		.50
6. Olen ollut väkivaltainen muita kohtaan (R)	.30		.34
Ominaisarvot	12.78	2.11	1.86
Varianssien vaihtelun selitysaste (%)	37.60	6.22	5.19

Kolmen pääkomponentin varianssin kokonaislatausaste = 49.0 %, <.3 lataukset piilotettu.

CORE-osa-alueet: O = Ongelmat, T = Toimintakyky, H = Hyvinvointi, R = Riski.

3.2 Reliabiliteetti

CORE-OM-mittarin sisäistä yhdenmukaisuutta tutkittiin Cronbachin (1951) α -arvolla. CORE-OM oli luotettava koko aineistossa α -arvolla .94 (95.0 %, CI .93-.95), naisten α -arvon ollessa .94 (95.0 %, CI .92-.96) ja miesten .95 (95.0 %, CI .93-.97). CORE-OM-mittarin osa-alueiden α -arvot vaihtelivat välillä .77 ja .89, hyvinvoinnin osa-alueen α -arvolla .77 (4), psyykkinen oireilu ja ongelmat osa-alueen α -arvolla .89 (12), toimintakyky osa-alueen α -arvolla .85 (12) ja riskin osa-alueen α -arvolla .77 (6). CORE-OM-mittarin Guttmanin split-half kokonais- α -arvoksi tuli .94, jossa puolikkaiden α -arvot olivat .90 (väittämät 1-17) ja .89 (väittämät 18-34). CORE-28 kattaa kaikki muut osa-alueet, paitsi riskin, jolloin α -arvoksi muodostui .94. CORE:n lyhytversiot CORE-5 ja CORE-10 saivat α -arvot .84 (n = 199) ja .85 (n = 197).

Väittämien ja mittarin väliset korrelaatiot kertovat menetelmän yhtenäisyydestä. CORE-OM väittämien korrelaatiot CORE-OM-kokonaispisteisiin vaihtelivat välillä .12-.81. Väittämien korrelaatio mittarin summaan tulisi olla yli .20, mutta alle .80. Tästä pienemmät tai suuremmat korrelaatiot vähentävät menetelmän erottelukykä yksilöiden välillä. Alimman korrelaation sai ongelmat osa-alueeseen kuuluva väittämä 8: ”Olen kärsinyt kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta vaivasta”. Väittämä 8 koskee somaattisia vaivoja, eikä siten välttämättä mittaa suoranaisesti mittarin tarkoittamaa yleistä psyykkistä hyvinvointia. Väittämän poistaminen ei kuitenkaan korottaisi merkittävästi jo valmiiksi korkean α -arvon saavan mittarin yhtenäisyyttä. Korkein korrelaatiokerroin oli ongelmat osa-alueeseen kuuluvalla väittämällä 23: ”Olen tuntenut itseni toivottomaksi”. Tämän perusteella kyseisellä väittämällä oli muista väittämistä poiketen heikompi erottelukykä yksilöiden välillä, toisin sanoen kliiniseen otokseen kuuluvilla koehenkilöillä on ollut tapana vastata siihen yhdenmukaisimmin. Ongelmat osa-alueen sisällä väittämien korrelaatiot kuitenkin lähenevät toisiaan, mistä voitiin päätellä niiden olevan merkityksellisiä osa-alueen rakenteen kannalta. Korkeiden α -arvojen perusteella CORE-OM-mittarin voitiin todeta olevan luotettava ja sisäisesti yhdenmukainen. CORE-OM:in reliabiliteetin lisäksi tutkittiin verrokkimittareiden ominaisuuksia, jolloin BDI oli luotettava α -arvolla .90 ja SCL-90 α -arvolla .98. SCL-90 korkea α -arvo selittynee mittarin pituudella ja voimakkaalla sisäisellä yhtenäisyydellä.

3.3 Sukupuolten väliset keskiarvopisteet tutkituilla mittareilla ja niiden osa-alueilla

CORE-OM-mittarin keskiarvopistemääräksi kliinisessä aineistossa muodostui 16.7 (SD 6.6). CORE-OM-kokonaispisteissä tai mittarin osa-alueilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa keskiarvopisteissä naisten ja miesten välillä. CORE-OM-mittarista saadut kokonaispisteet vaihtelivat 8 ja 112 pisteen välillä. Pienimmän pistemäärän sai yksi vastaaja (0.5 %). Otoksen keskiarvopistemäärien perusteella CORE-OM-mittarilla 17.9 % ja BDI:n 21.4 % vastaajista olisivat saaneet kliinisen oireilun raja-arvon alittavan pistemäärän sen ollessa 10. BDI:n kokonaispisteiden keskiarvoksi muodostui 20.1 (SD 10.9) ja SCL-90 kokonaispisteiden keskiarvoksi 2.2 (0.7). Tilastollisesti merkitseviä eroja naisten ja miesten välillä esiintyi SCL-90:n masentuneisuutta, somatisaatiota ja interpersoonallista sensitiivisyyttä kuvaavissa oiredimensioissa. Tässä aineistossa naiset saivat edellä mainituista korkeammat keskiarvopisteet. Erot ovat kuitenkin tilastollisesta merkitsevyydestä huolimatta efektikooltaan pieniä ($r < .3$). Tulokset on esitetty taulukossa 3, jossa tilastollisesti merkitsevät erot on merkitty alaviitteellä.

Taulukko 3. CORE-OM, CORE-5, CORE-10, BDI ja SCL-90 -lomakkeiden keskiarvopistemäärät koko aineistossa, sekä sukupuolittain jaettuna

	Naiset (n = 121), 61.0 %	Miehet (n = 78), 39.0 %	Kaikki (N = 201)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
CORE keskiarvopisteet	16.8 (6.2)	16.5 (7.2)	16.7 (6.6)
CORE hyvinvointi	21.3 (8.0)	19.8 (9.0)	20.7 (8.4)
CORE ongelmat	21.3 (7.8)	20.5 (8.6)	21.0 (8.1)
CORE toimintakyky	15.8 (6.2)	16.1 (7.1)	16.0 (6.6)
CORE riski	6.7 (6.1)	7.3 (7.0)	7.0 (6.5)
CORE-5 lyhytversio	19.9 (8.3)	19.2 (8.9) (n = 77)	19.7 (8.5) (n = 198)
CORE-10 lyhytversio	18.0 (7.2)	17.7 (8.0) (n = 75)	17.9 (7.5) (n = 196)
BDI kokonaispisteet	21.2 (10.2)	18.3 (11.8)	20.1 (10.9)
SCL-90 kokonaispisteet	2.3 (0.6)	2.2 (0.7)	2.2 (0.7)
SCL masentuneisuus ¹	3.0 (0.9)	2.7 (1.0)	2.9 (0.9)
SCL ahdistuneisuus	2.2 (0.8)	2.1 (0.8)	2.2 (0.8)
SCL foobisuus	1.9 (0.9)	1.8 (0.9)	1.9 (0.9)
SCL pakko-oireet	2.7 (0.8)	2.7 (0.9)	2.7 (0.9)
SCL somatisaatio ²	2.1 (0.7)	1.9 (0.7)	2.0 (0.7)
SCL psykoottisuus	1.7 (0.5)	1.8 (0.7)	1.7 (0.6)
SCL paranoidisuus	1.9 (0.7)	2.0 (0.8)	1.9 (0.8)
SCL vihamielisyys	1.9 (0.7)	1.7 (0.7)	1.8 (0.7)
SCL intersensitiivisyys ³	2.4 (0.8)	2.2 (0.8)	2.4 (0.8)
SCL unihäiriöt	2.7 (1.2)	2.6 (1.2)	2.7 (1.2)
SCL ruokahaluhäiriöt	1.9 (0.7)	1.9 (0.8)	1.9 (0.7)

^{1,2,3} $p < .05$

¹U = 3972.5, $p = .04$, $r = .16$

²U = 3786.0, $p = .01$, $r = .14$

³U = 3960.5, $p = .04$, $r = .12$

3.4 CORE-OM-mittarin yhteys lyhytversioihin ja verrokkimittareihin

CORE-OM-kokonaispisteiden yhteyttä osa-alueisiin, osa-alueisiin ilman riskiväittämiä (CORE-28), lyhytversioihin (CORE-5 ja CORE-10) sekä tutkimuksessa käytettyihin verrokkimittareihin (BDI, SCL-90) tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen ja sirontakuvioiden avulla. CORE-OM korreloi merkitsevästi kaikkien osa-alueidensa kanssa, mutta kuten aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, riskiväittämien yhteys CORE-OM-kokonaispisteisiin ja mittarin muihin osa-alueisiin oli heikompi. Riskin osa-alueen yhteydet muihin osa-alueisiin eivät kuitenkaan poikenneet huomattavasti, mistä voidaan päätellä etteivät vastaajat ole saaneet riskiväittämien osalta merkittävästi pienempiä pistemääriä. BDI osoitti olevansa vahvasti yhteydessä CORE-OM-kokonaispisteisiin, ja SCL-90 erityisesti CORE-OM toimintakyvyn osa-alueeseen. Vastaavasti CORE-OM-kokonaispisteet olivat voimakkaasti yhteydessä SCL-90:n masentuneisuutta kuvaavaan oiredimensioon. CORE-28:n yhteys ei poikennut suhteessa BDI:hin ja SCL-90:een. Tarkastellessa sirontakuvioita huomattiin, että sekä SCL-90 että BDI olivat hyvin samansuuntaisessa yhteydessä CORE-OM-kokonaispisteisiin. CORE-OM-kokonaispisteet, CORE-OM:in osa-alueet ja verrokkimittarit olivat kaikki yhteydessä toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi, eli muuttujien välinen korrelaatio erosi nollasta alle 1.0 % riskitasolla. CORE-OM-kokonaispisteet olivat voimakkaasti yhteydessä lyhytversioiden pisteisiin (.90-.96). Korrelaatiokertoimet ja tilastollisesti merkitsevät p-arvot on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Spearmanin rho, p-arvot CORE-OM-kokonaispisteille, osa-alueille ja verrokkimittareille (N = 201)

	H	O	T	R	CORE-28	CORE-OM	SCL-90	BDI
Hyvinvointi	1.00							
Ongelmat	.80**	1.00						
Toimintakyky	.77**	.76**	1.00					
Riski	.66**	.69**	.65**	1.00				
CORE-28*	.88**	.94**	.92**	.72**	1.00			
CORE-OM	.88**	.93**	.91**	.80**	.99**	1.00		
SCL-90	.66**	.83**	.72**	.63**	.82**	.82**	1.00	
BDI	.75**	.81**	.77**	.71**	.84**	.85**	.83**	1.00

**p<.01

*CORE-28:lla tarkoitetaan CORE-OM-mittarista saatuja kokonaispisteitä ilman riskiväittämiä.

3.4.1 CORE-OM-mittarin yhteys BDI:hin

CORE-OM-mittarin ja BDI:n välistä yhteyttä tutkittiin yhden selittävän muuttujan lineaarisella regressioanalyysillä. Tarkastellessa sirontakuvioita, p-arvoja ja yhteiskorrelaatiota, voitiin todeta CORE-OM-mittarin ja BDI:n sisäisten vaihteluiden olevan keskenään samansuuntaisia. Mallin jäännöstermit olivat normaalisti jakautuneita ja niiden hajonta oli tasaista. CORE-OM:in kokonaispistemuuuttuja oli tilastollisesti merkitsevä selittäjä ($\beta = .86$, $p < .01$) ennustettaessa BDI:n kokonaispisteitä. Mallin multipelikorrelaation mukaan CORE-OM-kokonaispisteet ($M = 16.7$, $SD = 6.6$) selittivät BDI:n kokonaispisteiden ($M = 20.1$, $SD = 10.9$) vaihtelusta 74.0 %, ($F_{1,199} = 567.522$, $p < .01$). Regressiomallin selitysosuutta voitiin pitää hyvänä. Tulokset tukevat havaintoja CORE-OM-mittarin ja BDI:n samansuuntaisuudesta.

3.5 Taustatekijöiden yhteys CORE-OM-kokonaispisteisiin

Sukupuolen, iän, koulutuksen ja työllisyystilanteen välisiä eroja tarkasteltiin Kruskal–Wallisin ja Mann–Whitneyn U-testeillä, sillä vastaajien taustatekijöiden muuttujat eivät olleet normaalijakautuneita. Sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä CORE-OM-kokonaispisteisiin. Iän vaikutusta CORE-OM-kokonaispisteisiin tarkasteltiin luomalla neljä yhtä suurta ikäluokkaa: 18–24 (naisia $n = 35$, miehiä $n = 16$), 25–31 (naisia $n = 27$, miehiä $n = 22$), 32–43 (naisia $n = 27$, miehiä $n = 20$) ja 44–69 (naisia $n = 31$, miehiä $n = 21$). Ikäluokat eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi sukupuolen suhteen. Ikäluokkien, koulutuksen ja työllisyystilanteen välisiä eroja CORE-OM-kokonaispisteisiin tarkasteltaessa Kruskal–Wallisin testillä voitiin todeta, ettei niiden välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Eri-ikäiset, koulutustaustaiset tai työllisyystilanteen puolesta eroavat ihmiset eivät poikenneet toisistaan CORE-OM-kokonaispisteiden suhteen.

3.5.1 Masennuksen yhteys CORE-OM-mittarista saatuihin pisteisiin

Masennus oli yleisin vastaajien mainitsema mielenterveysdiagnoosi (38.6 %), siksi sen ja CORE-OM-kokonaispisteiden, mittarin osa-alueiden ja lyhytversioiden (CORE-5 ja CORE-10) yhteyttä tutkittiin Mann–Whitneyn U-testillä. Masennuksella ja CORE-OM-kokonaispisteillä, mittarin osa-alueilla ja lyhytversioilla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys. Diagnoosikseen masennuksen ilmoittaneet vastaajat saivat keskimäärin neljästä viiteen pistettä enemmän niin CORE-OM-mittarista kuin mittarin osa-alueista ja lyhytversioista. Sukupuolella ja masennuksella ei ollut tilas-

tollisesti merkitsevää yhteyttä, eli otoksen miehet ja naiset eivät eronneet toisistaan masennusdiagnoosin tai saatujen pistemäärien suhteen. Osalla tutkimukseen osallistuneista ($n = 10$, 5.0 %) puuttui tieto diagnoosista. Tulosten tieteellinen merkitsevyys efektikoon perusteella lähenee keskikokoista ($r = <.3$). CORE-OM-mittarin sekä osa-alueiden ja lyhytversioiden keskiarvopistemäärät masennusdiagnoosin saaneilla vastaajilla esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Masennusdiagnoosin vaikutus CORE-OM-mittarin keskiarvopisteisiin, osa-alueisiin ja lyhytversioihin

Masennusdiagnoosi ($n = 190$)	Kyllä ($n = 74$)	Ei ($n = 116$)	Kaikki ($n = 190$)
CORE-OM-kokonaispisteet ¹	19.2 (SD 6.5)	15.0 (SD 6.1)	16.7 (SD 6.6)
Hyvinvointi ²	23.1 (SD 8.1)	19.1 (SD 8.2)	20.7 (SD 8.4)
Ongelmat ³	24.0 (SD 7.6)	19.0 (SD 7.7)	21.0 (SD 8.1)
Toimintakyky ⁴	18.1 (SD 6.6)	14.5 (SD 6.1)	16.0 (SD 6.6)
Riski ⁵	9.3 (SD 7.6)	5.4 (SD 5.2)	7.0 (SD 6.5)
CORE-5 ⁶	22.7 (SD 8.0) ($n = 73$)	17.8 (SD 8.3) ($n = 115$)	19.7 (SD 8.5) ($n = 188$)
CORE-10 ⁷	20.8 (SD 7.3) ($n = 73$)	16.0 (SD 6.9) ($n = 113$)	17.9 (SD 7.2) ($n = 186$)
134567 $p < .001$			

¹U = 2728.00, $p < .001$, $r = .32$

²U = 3140.50, $p = .002$, $r = .24$

³U = 2712.50, $p < .001$, $r = .31$

⁴U = 2998.00, $p < .001$, $r = .27$

⁵U = 2947.00, $p < .001$, $r = .29$

⁶U = 2791.00, $p < .001$, $r = .29$

⁷U = 2622.00, $p < .001$, $r = .32$

3.6 CORE-OM-mittarin sisällöllinen tutkimus ja vertaaminen aiempiin tutkimuksiin

Tutkimuksen otoksen koko oli lähes vastaava kuin kotimaisen yleisväestön validointitutkimuksessa, minkä vuoksi nämä kaksi aineistoa voitiin nähdä hyvin vertailukelpoisina. Kliininen otos koostui nuoremmista vastaajista, joiden iän keskiarvo oli 35 vuotta, kun taas yleisväestöllisessä tutkimuksessa vastaajat olivat keskimäärin 43-vuotiaita. Naisten ja miesten välinen suhde oli niin suomalaisessa kliinisen ja yleisväestön tutkimuksessa kuin Isossa-Britanniassa toteutetuissa tutkimuksissa samassa suhteessa vino, naisten osuuden ollessa aineistoissa jonkin verran suurempi. Taulukossa 6 on esitetty suomalaisen ja Evansin ym. (2002) kliinisen populaation tutkimukset sekä vastaavat yleisväestölliset tutkimukset.

Taulukko 6. Tutkimukseen kerätty kliinisen populaation otos verrattuna aiempiin tutkimuksiin

	Lehmus & Törmänen (2015) Kliininen otos	Evans ym. (2002) Kliininen otos	Juntunen & Piiparinen (2013) Yleisväestöllinen otos	Evans ym. (2002) Yleisväestöllinen otos
N	201	890	210	1106
Ikä	18–69 (n = 200)	16–78	18–89 (n = 208)	14–45
Iän keskiarvo	35 vuotta (n = 200)	36 vuotta	43 vuotta (n = 208)	21 vuotta
Sukupuoli	Mies: 79 (39.3 %) Nainen: 121 (60.2 %)	Mies: 344 (39.0 %) Nainen: 530 (60.0 %)	Mies: 95 (45.2 %) Nainen: 115 (54.8 %)	Mies: 498 (45.0 %) Nainen: 601 (55.0 %)

Isossa-Britanniassa toteutetussa pilottitutkimuksessa, jossa vertailtiin yleisväestöllistä (n = 1106) ja kliinistä populaatiota (n = 890), pistemäärien todettiin vaihtelevan näiden kahden aineiston välillä tilastollisesti merkitsevästi mittarin kaikilla osa-alueilla (Evans ym., 2002). Vastaavasti suomalaisessa kliinisen ja yleisväestöllisen populaatioiden validointitutkimuksissa CORE-OM-mittarin keskiarvopisteet poikkesivat toisistaan huomattavasti kaikilla osa-alueilla. Kliinisen ja yleisväestöllisen populaation pistemäärien erot ovat olleet huomattavat myös muiden maiden validointitutkimuksissa ja CORE-OM-mittarin on todettu olevan sensitiivinen muutoksen havaitsemiseen esimerkiksi Iso-Britannian (Evans ym., 2000; Evans ym., 2002), Ruotsin (Elfström ym., 2012) ja Norjan (Skre ym., 2013) aineistoissa. Iso-Britannian aineistoissa naisten ja miesten välillä todetaan olevan yleisväestöllisessä populaatiossa tilastollisesti merkitseviä eroja, mutta kliinisessä populaatiossa nämä erot ovat pienet (Evans ym., 2002). Evans ym. (2002) täydentävät, että yleisväestöllisessä populaatiossa tilastollisesti merkitseviä eroja oli kaikilla osa-alueilla paitsi toimintakyvyssä. Kliinisessä populaatiossa erot ovat pienemmät, mutta tilastollisesti merkitsevät hyvinvoinnissa ja riskissä (Evans ym., 2002). Kuten Evans ym. (2000) ovat todenneet, tilastollisten tutkimusten perusteella sukupuoli-sidonnaiset erot ovat pienet. Tarkoituksena on ollut kehittää sukupuolieroja minimoiva, muttei täysin näistä vapaa instrumentti (Evans ym., 2002). Suomalaisissa aineistoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja pistemäärissä miesten ja naisten välillä.

Edeltävien tutkimusten pääkomponenttianalyysit ovat näyttäneet CORE-OM-mittarin jakautuvan kolmeen pääkomponenttiin: positiivisesti ja negatiivisesti latautuneisiin komponentteihin sekä kolmanteen riskikomponenttiin (Evans ym., 2002; Lyne, Barrett, Evans & Barkham, 2006). Lyne ym. (2006) toteavat tutkimuksessaan tämän jaon olevan selkeä tarkastellessa yleisväestöä (ks. myös Juntunen & Piiparinen, 2013), mutta kliininen aineisto ei ollut näin selkeästi jakautunut. Bedford ym. (2010) ovat myös tutkineet CORE-OM-mittarin pääkomponenttirakennetta kliinistä populaatiota koskevassa tutkimuksessaan. He toteavat CORE-OM-mittarin jakautuvan kaikissa tutkituissa pää-

komponenttiratkaisuissa tutkimustamme vastaavalla tavalla: kysymykset jakautuvat yhdelle isolle komponentille ja yhdelle, kahdelle tai kolmelle huomattavasti pienemmälle komponentille. Kaikissa ratkaisuvaihtoehdoissa riskikomponentti erottui selvästi yhdeksi omaksi komponentikseen. Bedfordin ym. (2010) ehdottama kahden komponentin ratkaisu ei kuitenkaan toteuta alkuperäistutkimuksen komponenttiratkaisua eikä näyttäydy tässäkään tutkimuksessa parhaana vaihtoehtona.

Isossa-Britanniassa kerätyssä kliinisessä aineistossa kaikkien osa-alueiden α -arvot sijoittuvat välille .75 ja .95. (Evans ym., 2002), samansuuntaisesti kuin tämän tutkimuksen aineistossa. Tässä aineistossa hyvinvointia kuvaavalla osa-alueella oli alhaisin sisäinen konsistenssi, juuri kuten Barkhamin ym. (2005) tutkimuksessa, jossa koko aineiston α -arvot sijoittuvat välille .70 ja .93. Hyvinvoinnin osa-alue sisältää vain neljä väittämää, joten alhaisimpanakin α -arvona se on hyvä. Tässä aineistossa CORE-10 sai α -arvon .85, joka on samansuuntainen kuin Barkhamin ym. (2013) tulos $\alpha = .90$. CORE-OM-mittari näyttäytyi suomalaisessa kliinisessä aineistossa reliabiliteetiltään hyvin vastaavanlaisena kuin kansainvälisissä aineistoissa ja suomalaisessa yleisväestön tutkimuksessa, lukuun ottamatta yleisväestön riskin osa-alueen α -arvoa. Kotimaisessa yleisväestön tutkimuksessa riskin osa-alueen α -arvoksi muodostui .41 (Juntunen & Piiparinen, 2013). Yleisväestön tutkimuksessa riskikäyttäytymistä kartoittavan osa-alueen väittämien jakauma vinoutui voimakkaasti oikealle, mikä kertoo siitä, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista sai kyseisen osa-alueen väittämistä pieniä pistemääriä. Kliinisen aineiston vastaajat saivat kuitenkin riskin osa-alueesta keskimäärin 7 pistettä, ja erosivat siten selkeästi yleisväestöstä, jolla keskiarvopisteet jäivät 0.5.

Mittarin ymmärrettävyyttä ja toimivuutta voidaan arvioida vastaamatta jättämisen perusteella. Eniten puuttuvia havaintoja esiintyi väittämien 17 ”Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta” ja 32 ”Olen saavuttanut haluamani asiat” kohdalla, joihin oli jättänyt vastaamatta kaksi henkilöä eli 1.0 % vastaajista. Yleisväestön tutkimuksessa useimmin vastaamatta jäi kysymys 17 (1.9 %), ja suurin hajonta on ollut kysymyksellä 20 ”En ole saanut ongelmia mielestäni” (Juntunen & Piiparinen, 2013). Isossa-Britanniassa tehdyissä tutkimuksissa yleisimmin sekä yleisväestön (2.5 %) että klinisen (3.8 %) populaation aineistoissa ilman vastausta jäi kysymys 19 ”Olen tuntenut lämpöä ja kiintymistä toista ihmistä kohtaan” (Evans ym., 2002; Barkham ym., 2005). Suomalaisessa kliinisessä aineistossa kyseinen väittämä ei sisältänyt puuttuvia havaintoja, mikä voisi viitata tutkimuksen tavoittamiin kulttuurieroihin.

Kliinisessä aineistossa CORE-OM keskiarvopistemääräksi muodostui 16.7 (SD 6.6), kun yleisväestöllisen tutkimuksen (Juntunen & Piiparinen, 2013) vastaava luku on 5.5 (SD 3.7). Suomalaisten

validointitutkimusten perusteella CORE-OM-mittarin raja-arvo olisi pyöristettynä 11 pistettä, naisilla 11.2 ja miehillä 11.0. Tulos on hyvin samansuuntainen kuin alkuperäisissä validointitutkimuksissa. Evansin ym. (2002) artikkelissa on esitelty raja-arvot miehillä 11.9 ja naisilla 12.9 sekä vastaavasti Connellin ym. (2007) tutkimuksessa samat arvot ovat miehillä 9.3 ja naisilla 10.2. Eroa pistemäärissä on pyritty selittämään sillä, että Evansin ym. (2002) tutkimuksessa yleisväestön vastaukset on kerätty opiskelijapopulaatiolta (Connell ym., 2007; Juntunen & Piiparinen, 2013). Voidaan ajatella, etteivät opiskelijat edusta täysin normaalia otosta populaatiosta, vaan hajontaa hyvinvoinnin eri osa-alueiden välillä on normaalia runsaammin. Isossa-Britanniassa raja-arvo pistemääräksi on vakiintunut kuitenkin 10 (Barkham ym., 2006), eli tämä pistemäärä erottaa klinisen populaation yleisväestöstä. Connellin ym. (2007) mukaan raja-arvo 10 on yhtenevä BDI:n raja-arvon 10 kanssa, jonka perusteella CORE-OM-mittarin määritettyä raja-arvoa voidaan pitää perusteltuna.

Juntusen ja Piiparisen (2013) toteuttamassa yleisväestön tutkimuksessa CORE-10 sai keskiarvopisteet 5.1, kun käsillä olevan klinisen tutkimuksen vastaava luku oli 17.9. Tulos on hyvin samansuuntainen kuin CORE-10 manuaalissa, jossa yleisväestön keskiarvo on 4.7 ja klinisen populaation 19.7 (Connell & Barkham, 2007). Myös Cronbachin α -arvojen sekä korrelaatiokertoimien perusteella tämän tutkimuksen tulokset ovat CORE-10:n osalta aiempien tutkimusten mukaisia (ks. Connell & Barkham, 2007).

Tarkastellessa CORE-OM-kokonaispisteiden ja osa-alueiden, BDI:n ja SCL-90-kokonaispisteiden ja oiredimensioiden keskiarvojen jakautumista sukupuolittain huomataan SCL-90:n somatisaatio oiredimension poikkeavan miesten ja naisten välillä tilastollisesti merkittävällä tasolla, vastaavasti kuin yleisväestöllä toteutetussa tutkimuksessa (Juntunen & Piiparinen, 2013). Masennus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä CORE-OM-kokonaispisteisiin. Aiemmissa validointitutkimuksissa diagnoosien yhteyttä CORE-OM-mittarilla saatuihin pisteisiin ei ole raportoitu.

4 POHDINTA

4.1 Tulosten arviointia

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella CORE-OM-mittarin, sen osa-alueiden ja lyhytversioiden psykometrisia ominaisuuksia sekä tutkia sen soveltumista suomalaiseen käyttöympäristöön kliinisen populaation osalta. Tutkimustuloksia on arvioitu tutkimuskysymysten valossa vertaamalla niitä kansainvälisten tutkimusten (mm. Evans ym., 2000; Evans ym., 2002; Barkham ym., 2005; Barkham ym., 2006; Connell ym., 2007; Bedford ym., 2010) ja suomalaisen yleisväestöllisen tutkimuksen (Juntunen & Piiparinen, 2013) tutkimustuloksiin.

Pääkomponenttianalyysi näyttäytyy aineistomme perusteella osittain samanlaisena kuin aiemmin toteutetuissa tutkimuksissa, joissa on päädytty tarkastelemaan neljää, kolmea, kahta tai jopa yhtä komponenttia. Bedfordin ym. (2010) tutkimuksessa päädytään ratkaisuun, joka näyttäytyy vastaavanlaisena myös tämän tutkimuksen aineistossa. Selkeä yksittäinen komponentti muodostuu riskikysymyksistä, mutta muut kysymykset jakautuvat komponenttien määrällisen valinnan mukaisesti hieman eri tavoin. Tässä tutkimuksessa on päädytty kolmen komponentin ratkaisuun, sillä näin riskikomponentti eriytyy selkeimmin omaksi komponenttikseen. Siten CORE-OM-mittarin kehittäjien teoreettinen neljän faktorin rakenne ei saa tukea tämän aineiston tilastollisen tarkastelun perusteella.

Reliabiliteetiltään CORE-OM osoittautui kliinisessä aineistossa vakaaksi, eli mittarin voidaan katsoa mittaavan psyykkistä hyvinvointia ja sen ulottuvuuksia luotettavalla tasolla. CORE-OM myös korreloi vahvasti pitkään käytössä olleiden verrokkimittareiden BDI:n ja SCL-90:n kanssa. Tämä tukee kehittäjien ajatusta psyykkisen hyvinvoinnin ”kultaisesta standardista” ja sen tiivistämisestä yhteen itsearviointilomakkeeseen. CORE-OM-mittarin osa-alueiden (hyvinvointi, ongelmat, toimintakyky ja riski) sisäisten korrelaatioiden perusteella voidaan todeta niiden soveltuvan tässäkin aineistossa vastaavaan jaotteluun hyvin, eikä liiallista yhtenäisyyttä osa-alueiden sisällä esiinny. CORE-OM-mittarin ja BDI:n välinen korrelaatio on hyvin samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa (Leach ym., 2006). BDI:n ja SCL-90:n α -arvot ovat tässä tutkimuksessa myös tutkimusperinteen mukaisia.

CORE-OM keskiarvopistemäärien perusteella määritettiin kliinisen ja yleisväestöllisen populaation erottava raja-arvo. Juntusen ja Piiparisen (2013) yleisväestön (5.5) ja tämän tutkimuksen (16.7)

keskiarvopistemäärien erotukseksi muodostui 11.2 pistettä, joka merkitsisi kliinisesti merkittävän oireilun raja-arvoa. Aiemmissa tutkimuksissa pistemäärä on kuitenkin vakiinnutettu 10 huomioimalla myös muita vaikuttavia tekijöitä. CORE-OM ei sisällä sosiaalista suotavuutta kartoittavia kysymyksiä, eikä varsinaisesti estä asiakasta myöskään vähättelemästä oireitaan. Tämä on osittain huomioitu madaltamalla ja vakiinnuttamalla kliininen raja-arvo 10 pisteeseen, jolloin tämän lisäksi myös paperilla vähemmän oirehtiviin kiinnitetään huomiota. CORE-OM-mittarin havaittiin myös olevan yhdensuuntainen verrokkimittarin BDI:n kanssa, jolla lievän masennusoireilun raja-arvoksi on vakiintunut 10 pistettä. Nämä seikat tukevat raja-arvopistemäärän ehdottamista jätettäväksi 10 pisteeseen.

Masennusdiagnoosilla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys CORE-OM-kokonaispisteisiin sekä mittarin osa-alueista ja lyhytversioista saatuihin pisteisiin. Toisin sanoen vastaajat, jotka ilmoittivat sairastavansa masennusta ($n = 74$), saivat näistä selkeästi korkeammat keskiarvopisteet kuin muut tutkimukseen osallistujat. Heikentynyt toimintakyky, psyykkinen pahoinvointi, itsetuhoikäyttäytyminen, sekä ongelmien ja psyykkisten oireiden lisääntyminen ovat osa depression kliinistä kuvaa (Isometsä, 2011). Tulos tukee käsitystä siitä, että masennuksella on psyykkistä hyvinvointia heikentävä vaikutus, jonka myös CORE-OM-mittari tavoittaa. Aineistossa esiintyi hajontaa CORE-OM-mittarin väittämässä, mikä selittyy luonnollisella vaihtelulla hoitoon hakeutuvien henkilöiden voinnissa. Suurinta hajonta oli kuitenkin väittämässä 18 ”Minun on ollut vaikea nukahtaa tai olen nukkunut katkonaisesti”. Myös verrokkimittareiden unen laatua koskevissa väittämässä (BDI:n oirekategoria 16 ja SCL-90:n unihäiriöiden oiredimensio) hajonta oli suurinta. Tämä selittynee sillä, että vastaajista reilu kolmasosa ilmoittaa sairastavansa masennusta, ja nämä vastaajat saavat korkeampia keskiarvopisteitä unen laatua ja siinä tapahtuneita muutoksia koskevissa väittämässä kaikilla mittareilla mitattuna. Unihäiriöt ovat masennuksen keskeisimpiä oireita (Isometsä, 2011), mikä heijastui myös tämän tutkimuksen aineistoon. Huomionarvoista on, etteivät tutkimuslomakkeiston mittarit sisältäneet väittämiä, jotka mittaisivat lisääntyntä unen tarvetta. Olisi tärkeää kartoittaa unetomuuden lisäksi myös hypersomniaa eli liiallista nukkumista eri vuorokaudenaikoina. Vastaajien sosiodemografisista taustatekijöistä vain masennusdiagnoosilla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys CORE-OM-kokonaispisteisiin, mittarin osa-alueisiin ja lyhytversioihin.

CORE-OM-mittarin riskin osa-alueen väittämien keskiarvoksi muodostui 7 pistettä. Verratessa tulosta suomalaiseen yleisväestön tutkimukseen (Juntunen & Piiparinen, 2013), jossa riskin keskiarvopisteet jäivät 0.5:een, on ero huomattava. Masennusdiagnoosin ilmoittaneilla vastaajilla riskipisteet olivat sitäkin korkeammat, mikä tukee Isometsän (2011) kuvausta depressio-oireiluun kuulu-

vasta itsetuhokäytöksestä. Vaikka Ilveskosken ym. (2012) mukaan itsetuhoisuus ei aina heijastu CORE-OM:in pisteisiin, eikä nopeiden tunnetilojen vaihtelua voida tavoittaa menetelmän avulla, CORE-OM-mittarilla saadaan tärkeää tietoa riskikäyttäytymisestä, joka muutoin saattaisi jäädä huomiotta. Toisin kuin Juntusen ja Piiparisen (2013) yleisväestön tutkimuksessa, riskin osa-alue ei poikkea tässä tutkimuksessa huomattavasti muista osa-alueista α -arvonsa suhteen. Tämän perusteella voidaan tehdä oletus, että riskiväittämät tavoittavat itseä ja muita kohtaan tunnetun tai toteutetun riskikäyttäytymisen kliinisessä populaatiossa.

4.2 CORE-OM-mittarin arviointia ja siihen liittyvät rajoitukset

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suomenkielisellä CORE-OM-mittarilla on hyvät psykometriset ominaisuudet: mittari on luotettava ja vakaa, eikä vastaajan taustatekijöillä (sukupuoli, ikä, koulutus, työllisyystilanne) ole tilastollista yhteyttä mittarilla saatuihin tuloksiin. Pistemäärien tulkinta on riippumaton testaajasta, joten menetelmän voidaan katsoa olevan objektiivinen ja minimoivan mittausvirheitä. CORE-OM-lomakkeen osalta puuttuvia havaintoja oli aineistossa vähän (0.21 %), eikä katoa esiintynyt systemaattisesti minkään väittämän kohdalla. Tämän perusteella lomake vaikuttaa olevan helposti tulkittavissa ja vaivaton täyttää, eikä siitä löydy järjestelmällisesti hämmäntävää tai vaikeasti ymmärrettävää kysymystä. CORE-OM-mittarin käännöstä voidaan siis pitää tältä osin toimivana.

Lomakkeen visuaaliseen puoleen tai hahmottamiseen liittyviä kysymyksiä ei ole ollut mahdollista tarkastella tässä tutkimuksessa, sillä tutkimuspari ei ole ollut paikalla vastaajien täyttäessä lomaketta. Kuitenkin Tampereen pilottiryhmän kokemuksen mukaan, suomenkielinen CORE-OM-lomake on helppokäyttöinen ja kätevä pisteyttää niin käsin kuin esimerkiksi Excel-taulukon avulla (Ilveskoski ym., 2012).

Psykometrisen tutkimuksen perusteella CORE-OM-mittari ja BDI korreloivat vahvasti sekä antavat hyvin samansuuntaista informaatiota. BDI on Suomessa jo vakiintunut, pitkään käytössä ollut mitausväline (Kuuskorpi & Keskinen, 2008), joten yhteneviä tuloksia voidaan pitää CORE-OM-mittarin luotettavuutta tukevana seikkana. CORE-OM voisi kuitenkin toimia monipuolisempana psyykkisen hyvinvoinnin kartoittajana varsinkin alkuarvioinnissa, sillä ongelmien, oireiden ja toimintakyvyn sekä riskikäyttäytymisen lisäksi CORE-OM kartoittaa subjektiivista hyvinvointia. Hyvä mielenterveys ei tarkoita vain oireiden ja ongelmien puuttumista, vaan se voidaan nähdä kokonaisvaltaisena hyvinvoinnin tilana (Lehtonen & Lönnqvist, 2010).

Mitä paremmat psykometriset ominaisuudet käytössä olevalla menetelmällä on, sitä helpommin kliinikon on mahdollista havaita hoidossa tapahtuvia muutoksia luotettavalla tasolla. Tämän vuoksi tuloksellisuusmittareiden lyhytversioiden kohdalla olisi syytä kiinnittää huomiota siihen, ettei niiden supistettu pituus heikentäisi liikaa menetelmän luotettavuutta (Halstead ym., 2013). Tässä tutkimuksessa CORE-5 ja CORE-10 mittarit näyttäytyivät reliabiliteetiltään lähes vastaavanlaisina kuin täyspitkä CORE-OM. CORE-10 voisi vastata lyhyen, mutta tarpeeksi kattavan mittarin tarpeeseen, joka jokaisella terapiaistunnolla käytettynä ei kuormittaisi liikaa potilasta tai terapeuttia. Elliotin avauspuheessa Psykologia 2014 -kongressissa korostui CORE-10 käytännönläheisyys terapiaprosessin jatkuvan seurannan välineenä sekä sen potentiaali kliinisen työn ja tutkimuksen kentän yhdistäjänä toimimisessa (Elliot, 2014.) CORE-OM-mittarin lyhytversiot ovat helposti saatavilla, sillä ne ovat sisäänrakennettuina täyspitkään mittariin ja näin ollen sieltä poimittavissa. Lyhytversioiden tulostettavat lomakkeet löytyvät CORE-yhteisön nettisivuilta.

Aveline (2006) nostaa osaltaan esille muutamia huolenaiheita liittyen CORE-OM-mittariin: millä tavoin asiakkaat näkevät CORE-OM:in kommunikaatiokeinona terapeutin kanssa ja miten he sitä sellaisena käyttävät, sekä kuinka paljon kyseiseen lomakkeeseen vastataan yli- tai aliarvioiden oireita? Tämän vuoksi menetelmää ei tulisi käyttää ainoana informaatiolähteenä hoitoonohjauksessa. Tarascavage yhdessä Ben-Porathin (2014) kanssa suosittelevat, että CORE-OM-tyyppisten tuloksellisuusmittareiden yhteydessä käytettäisiin tarpeen tullen tarkempia, tiettyjen häiriöiden arviointiin tarkoitettuja mittareita. Esimerkiksi terapeutin allianssin laadun ja siinä tapahtuvien muutosten seuraaminen vaatisi sitä mittaavan menetelmän käyttöä. CORE-OM ei myöskään sisällä alkoholinkäyttöä kartoittavia kysymyksiä, joten rinnakkaismenetelmänä näissä tilanteissa toimisi esimerkiksi WHO:n kehittämä AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Pienistä puutteistaan huolimatta CORE-OM on panteoreettinen mittari, jonka ominaisuudet tukevat sen käyttöä myös spesifimpien, vain tiettyä oirekategoriaa mittaavien menetelmien yhteydessä, jotka mahdollisesti sisältäisivät sosiaalista suotavuutta kartoittavia osuuksia.

4.3 Tutkimusasetelman ja aineiston arviointia

Tutkimuksen kohteena on ollut empiirisesti päteväksi ja luotettavaksi todettu menetelmä, jolla on taustallaan yli kahdenkymmenen vuoden tutkimusperinne. CORE-OM-mittaria on tutkittu kansainvälisesti eri populaatioista kerätyillä otoksilla mittarin psykometristen ominaisuuksien pysyessä samansuuntaisina, ja vastaavalla tavalla toteutettuja tutkimuksia on tuoreeltaan julkaistu useita. Vertailta-

vuoden säilyttämiseksi klinisen populaation validointitutkimuksessa käytettiin samoja menetelmiä ja tutkimuslomakkeistoa kuin kotimaisessa yleisväestön tutkimuksessa (ks. Juntunen & Piiparinen, 2013). Myös tämän tutkimuksen tulosten yhdensuuntaisuus kumuloituneen tutkimustiedon kanssa voidaan nähdä merkkinä tutkimusasetelman validiteetista.

Tutkimuksen otos ($N = 201$) jäi melko pieneksi, mutta se täyttää CORE-yhteisön asettamat edellytykset, ja sen merkitystä Suomen mittakaavassa voidaan pitää huomattavana. Tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita noudattaen ja aineistoa on käsitelty henkilötietolain (1999/523) 2 luvun säädösten mukaisesti. Tutkimus on ollut anonyymi, eikä tunnistetietoja ole saatettu graduparin tietoon. Tutkimuksessa ei raportoida aineiston keräyspaikkoja eikä yhteistyötahoja.

Tutkimusta varten kerätyn otoksen voidaan todeta olevan monipuolinen ja kattava niin maantieteellisen hajonnan, hoitoon tulon syiden ja hoitopaikan kuin vastaajien sosiodemografisten tekijöiden perusteella. Koska kyseessä on hoidon alkuvaiheen potilaista koostuva otos, aineistossa esiintyy keskimäärin enemmän nuoria. Tämä voi vaikuttaa tutkimuksen pisteiden keskiarvoihin ja diagnoosien määrään aineistossa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportin (SVT, 2015) mukaan mielenterveyspalveluihin hakeutuvien naisten ja miesten määrät ovat yhtä suuria, sukupuolijakauman vaihdellessa ikä- ja diagnoosiryhmittäin. Potilaiden keski-ikä on 42 vuotta, mikä poikkeaa selvästi tutkimuksen otoksen iän keskiarvosta (35.0). Potilaspopulaation 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä esiintyy kuitenkin selvä naisenemmistö (SVT, 2015). Tämän tutkimuksen aineistossa ikäluokassa 18–24 naisia oli 68.6 %, mikä vastaa erikoissairaanhoidoa koskevan tilastoraportin lukuja. Kaikkiaan lähes 30.0 % otoksen naisista kuului 18–24 -vuotiaiden ikäryhmään. Tutkimuksemme otoksessa korostui masennuksen diagnoosikseen ilmoittanut potilasryhmä ($n = 74$), mikä mahdollisti tilastollisen vertailun masennusta sairastavien ja muiden vastaajien välillä. Myös THL:n tilastojen mukaan masennus on yleisin päädiagnoosi psykiatriseen avo- tai laitoshoitoon hakeutuvilla potilaila (SVT, 2015). Muiden mielenterveyshäiriöiden ja somaattisten sairauksien vaikutusta CORE-OM-mittarilla saatuihin pisteisiin ei voitu tutkia tässä yhteydessä johtuen aineiston koosta. THL:n tilasto ei tarjoa tietoja potilaiden muista sosiodemografisista taustatekijöistä, joten niiden arvioiminen suhteessa tämän tutkimuksen aineistoon ei ollut mahdollista.

Ulkoista validiteettia pyrittiin hallitsemaan kadon tarkkailulla, mikä tarkoittaa kieltäytyneiden määrän ylöskirjaamista. Kato voi heikentää ulkoista validiteettia siten, että vastaamisesta kieltäytyneet ovat edustaneet jotain tiettyä piirrettä populaatiossa ja näin ollen tämä otos jää edustamatta. Kliinisessä populaatiossa syitä voi olla monia, kuten asiakkaan liian heikko kunto tai psyykkisestä sairaudesta

johtuva tahtomattomuus, passiivisuus tai akuutti psykoosi. Lomakkeiden täyttäminen tapahtui yhteistyöpaikasta riippuen joko asiakkaan kotona, odotushuoneessa tai vastaanottokäynnillä, joten motiivointi ja lomakkeen täyttämiseen kannustaminen ovat vaihtelevia muuttujia. Tutkimuksessa pyrittiin välttämään hoidon tai terapeutin vaikutukselta asiakkaan vastaustyyliin, sillä lomake ohjeistettiin täyttämään pääsääntöisesti ennen ensimmäistä asiointikertaa. Satunnaisista tekijöistä johtuvaa vaihtelua ei ole voitu tarkastella, sillä tutkimuksen toteutuksessa aineiston keruu jouduttiin ulkoistamaan terveydenhuollon ammattihenkilöille. Osa täytetyistä tutkimuslomakkeista palautettiin tutkimusparille postitse, mikä tuotti arviolta 10.0 % kadon. Selvittämättä jää myös se, kuinka moni vastaaja jätti postittamatta kotiin ottamansa tutkimuslomakkeiston. Kadon analyysia ei ole voitu toteuttaa tarkasti lukuarvoilla täyttämättömien lomakkeiden tai tutkimuksesta kieltäytyneiden osalta, sillä palautekyselyyn vastasi vain kolme seitsemästä yhteistyöpaikasta.

Tutkimuslomakkeiston taustatietolomakkeen toimivuutta olisi syytä tarkastella. Suurin osa puuttuvista havainnoista esiintyi vastaajien taustatiedoissa, joissa oli puuttuvia havaintoja <5.0 %. Vastaajien jättäessä merkittävän osan kysymyksistä tyhjiksi, on syytä epäillä, ettei tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä ole tietoa kyseisestä asiasta tai vastausvaihtoehdoissa on puutteita (Vehkalahti, 2008, 47-50). Kliinisen otoksen luonne on saattanut vaikuttaa siihen, ettei taustatietoja ole täytetty huolellisesti. Toisaalta myös yleisväestöllisessä tutkimuksessa (Juntunen & Piiparinen, 2013) osallistujilta saatu palaute viittasi vastaamista vaikeuttaviin puutteisiin taustatietolomakkeessa.

Hatfield & Ogles (2007) ovat tutkimuksissaan todenneet, että merkittävimmät syyt hoitotulosta arvioivien mittareiden käyttämättömyyteen liittyivät ylimääräiseen työhön, ajatukseen asiakkaiden ylimääräisestä kuormittamisesta, resurssien puutteeseen tai siihen, etteivät klinikot pitäneet niitä hyödyllisinä. Tässä tutkimuksessa huomattiin juuri vastaavanlaisia epäilyjä heräävän tarjottaessa tutkimusta yhteistyöpaikkoihin, mikä on ymmärrettävää ottaen huomioon tutkimuslomakkeiston koko ja tutkimukseen osallistujien kriteerit. Osa yhteistyötahoista koki haastavaksi kartoittaa tutkittavan psykiatrista hoitohistoriaa puolen vuoden päähän, sillä nämä tiedot eivät ole välttämättä helposti saatavilla. Koska tutkimuksessamme on käytössä CORE-OM:in lisäksi verrokkimittarit BDI ja SCL-90, koko tutkimuslomakkeisto on kooltaan laaja ja näin ollen täytettäessä työläs. Tämä on voinut vaikuttaa yhteistyöpaikkojen innostuneisuuteen ja asiakkaiden motiivointiin tutkimuslomakkeiston täyttämiseen.

4.4 Käytännölliset johtopäätökset sekä jatkotutkimusaiheita

Tähän mennessä toteutetun tutkimuksen ja kehitettyjen menetelmien ongelmana on ollut se, että ollessaan aikaa vieviä ja vaivalloisia ne eivät ole kohdanneet käyttömukavuudeltaan ja helppoudeltaan käytännön työtä tekevien klinikoiden toiveita (Pinsof, Godsmith & Latta, 2012; Shaw & Murray, 2014). Tämä rajoittaa datan kertymistä tutkimustarkoituksiin (Evans ym., 2000; Uji, Sakamoto, Adachi & Kitamura, 2012), jolloin psykometrinen tutkimus jää mahdollistumatta ja kumulatiivinen tutkimustieto kertymättä. Itsenäinen systemaattinen palautteen seuranta ja prosessin arviointi on osoittautunut osalle klinikoista haasteeksi, eikä uusien menetelmien käyttöönotto ja opettelu välttämättä innosta rutinoituneita ammattilaisia (Lambert & Shimokawa, 2011). Lambert ja Shimokawa (2011) myös korostavat klinikoiden ylioptimistisuuden hoitonsa vaikuttavuudesta ja jo opittujen menetelmien suosimisen vähentävän uusien vaikuttavuutta mittaavien menetelmien käyttöönoton innokkuutta. Edustamaansa terapiansuuntaukseen ja menetelmiin uskova terapeutti saa asiakkaansakin vaikutettua juuri tietyn hoitomuodon vaikuttavuudesta (Wampold, 2001), vaikka potilaskohtaisesti tämä ei pitäisikään paikkaansa. Uusien menetelmien siirtyminen käytännön kliniseen asiakastyöhön on näin ollen aikaa vievää, eikä tämän vuoksi potilasdatan keräämisen systematisointi ja hoidon vaikuttavuuden tehokas seuranta ole itsestään selvyyttä.

Palautteenannon vaikutuksia on tutkittu useissa tutkimuksissa, ja merkittävänä tutkimustuloksena voidaan nähdä palautteenannon prosessia korjaava vaikutus varsinkin tapauksissa, joissa hoidon voidaan ennustaa epäonnistuvan (Lambert & Shimokawa, 2011; Lambert, 2013; Boswell, Kraus, Miller & Lambert, 2015). Hoitoon kiinnittymättömyys on yleinen hoidon ennen aikaisen lopettamisen ennustaja (Gearing, Townsend, Elkins, El-Bassel & Ostenberg, 2014), joten kehitystyöhön aktiivisen palautteen pohjalta tulisi kiinnittää huomiota. Knaup, Koesters, Schoefer, Becker ja Puschner (2009) toteavat meta-analysysissään, että asiakkaat ja terapeutit, jotka saivat palautetta tulostuloksilla, pääsivät parempaan hoitotulokseen terapian aikana. Ajatellen mielenterveyshuollon kehitystä, palautetta hoidon tuloksellisuudesta terapian aikana pidetään kasvavassa määrin hyödyllisenä (Knaup ym., 2009).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut tuoda yksi luotettava menetelmä lisää psykoterapioiden vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin kentälle mahdollistamaan potilaiden edistyneisyyden seuranta. Karlsson kollegoineen (2006) toteaa psykoterapian konsensuslausumassa, että psykoterapeuttinen tutkimus Suomessa on jäänyt vähäiseksi kentän hajanaisuudesta johtuen, vaikkakin kehi-

tyksessä on nähty positiivisia suuntaviivoja. Psykoterapiatutkimuksen toteuttamistavat ovat riippuvaisia siitä, mihin vaikuttavaan elementtiin halutaan milloinkin kiinnittää huomiota. CORE-OM toimii välineenä esimerkiksi prosessinaikaisen muutoksen tutkimuksessa, jonka tarkoituksena on kiinnittää huomio juuri psykoterapian etenemisen seurantaan reaaliajassa (Elliot, 2014). Tuloksellisuustutkimus keskittyy tarjotun terapian vaikuttavuuden tutkimiseen, kun taas prosessitutkimuksessa huomio kiinnitetään yksittäisiin terapeutteihin tekijöihin, kuten vuorovaikutukseen ja responssiin (Garfield, 1990). CORE-OM-mittari sijoittuu kaikkien näiden tutkimuskenttien alueille, sillä se tarjoaa mahdollisuuden sekä vaikuttavuuden reaaliaikaiseen seurantaan että kokonaisuuden tarkastelemiseen. CORE-OM-mittarin avulla ei ole mahdollista erotella kaikkia prosessitutkimusta kiinnostavia alueita, mutta se tarjoaa esimerkiksi mahdollisuuden seurata edistymistä neljällä eri psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueella. Näin ollen CORE-OM-mittaria voidaan soveltaa niin laadullisen prosessi- ja tapaustutkimuksen (Elliot, 2002; Paunio ym., 2012) kuin kvantitatiivisen prosessi-, vaikuttavuus-, ja ennustetutkimuksen (Paunio ym., 2012) välineenä edistämisen ja systematisoiden tutkimusalaan ja käytännön työtä.

Kansanterveyden määrittelyn kokonaiskuvaan kuuluu kliinisen vaikuttavuuden arviointi, palveluiden suunnittelu ja tehokkuus (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski & Leppo, 2013). Näyttöön perustuva terveydenhuolto nojaa vaikuttavuustutkimukseen, mikä tarkoittaa käytännön tasolla tapahtuvaa vaikuttavuuden arviointia ja yhtenäisten menetelmien olemassaoloa. Vuodeosastohoidon vähentyessä ja avohoitokäyntien lisääntyessä (SVT, 2015) korostuu tutkimustiedon tehokas soveltaminen terveystieteellisesti yksilötasolla (Knekt ym., 2014), sillä kustannustehokkuus rakentuu välittömästä hoitoonohjauksesta ja sen tutkimustietoon perustuvasta sopivuudesta. Sosiaali- ja terveysturvan vuoden 2011 selosteen mukaan n. 70 % terapeuteista koki asiakkaidensa saaneen riittämättömästi ohjausta terapiamuodon sekä terapeutin valintaan liittyen. Tämä tarkoittaa, ettei tehokkuusajattelu ole vielä aktualisoitunut käytännön tasolla. Terveystieteellinen päätöksenteko vaatii taustakseen riittävän laajasti toteutettua tutkimusta, toiminnan ja kokemuksellisen tietopohjan lisäksi (Sihto ym., 2013). Yhteinen mittari mahdollistaa jatkuvan vertailun hoitoyksiköiden välillä (Paunio ym., 2012), mikä tarkoittaa tehokkaampaa informaation hyödyntämistä käytännön työn tasolla.

Tämä pro gradu -tutkielma on osa laajempaa kansainvälistä CORE-hanketta. Vuonna 2013 toteutetun yleisväestön tutkimuksen lisäksi, kliinisellä aineistolla toteutettu validointitutkimus tukee menetelmän käytettävyyttä, sillä se mahdollistaa kulttuurillisten elementtien tavoittamisen ja rajapistemäärien määrittämisen. Jatkossa kotimaisen potilasaineiston kertyminen voisi toimia sekä terveystieteellisen päätöksenteon perusteena, että lisätutkimusten materiaalina. Sisällöllisen tutkimisen li-

säksi, standardoituna menetelmänä lomaketta on mahdollista käyttää vertailevan tutkimuksen välineenä.

CORE-OM-mittariin ja sen tutkimukseen liittyvät rajoitukset Evansin ym. (2002) mukaan koskevat lähinnä otospopulaation laatua, testi-uusintatestiä ja muiden tutkimustulosten puutetta. Tutkimusta ja testi-uusintatestejä tulisi voida toteuttaa täysin edustavilla populaatioilla eri aikoina, sillä uudet tutkimustulokset vahvistaisivat lomakkeen käyttömahdollisuuksia. (Evans ym., 2002.) Tässä tutkimuksessa törmättiin samoihin ongelmiin, sillä aineisto on pieni, eikä uusintatestaussasetelman käyttö mahdollistunut, koska tutkimukseen osallistuneilta ei kerätty tunnistetietoja. Jatkotutkimusta olisi toteutettava laajemmilla aineistoilla ja ajallisesti pidemmällä aikavälillä sekä testi-uusintatestimenetelmällä. Myös käyttökokemuksia kartoittava tutkimus olisi tarpeen uuden lomakkeen vakiintuessa klinikoiden käyttöön. Yleisväestöllisen ja klinisen otosten tarkempi vertailu voisi tuottaa mielenkiintoista lisäinformaatiota. Kotimaisia validointitutkimuksia varten kerätty aineisto mahdollistaa myös verrokkimittareiden (BDI, SCL-90) perusteellisemmän tarkastelun, jonka vuoksi muun muassa SCL-90-mittarin lyhennettyjen versioiden ja BDI:n käsitevaliditeetin tarkempi tutkiminen voisi tulla kyseeseen.

CORE-OM on menetelmänä herättänyt mielenkiintoa kotimaisten klinikoiden keskuudessa ja useat heistä ovat odottaneet mittarin validointitutkimusten tulosten valmistumista. Suomalaisen psykoterapiatutkimuksen kentällä on parhaimmillaan käynnissä useita projekteja, joissa hoidon vaikuttavuuden ja terapeuttisen muutoksen mittauksen välineenä toimii CORE-OM (Psykoterapiatutkimuksen päivät, 2015). Uuden itsearviointilomakkeen myönteinen vastaanotto voi ennakoida CORE-OM-mittarin juurtumista osaksi hoitoprosessia, sillä tietoisuus menetelmästä on levinnyt jo ennen suomalaisia validointitutkimuksia. Jaamme Avelinen (2007) ajatuksen siitä, että hoidon tuloksellisuutta tarkastelevan mittarin onnistunut käyttöönotto vaatii sen käyttäjien puolelleen voittamista; hoitohenkilökunnan tulisi oivaltaa kuinka kertyvä tutkimustieto voi edesauttaa heidän työskentelyään ja kehittymistään alansa ammattilaisina. CORE-OM-mittarin todetaan olevan sopiva väline itsearviointimenetelmien käyttöä opettelevalle klinikolle (Tarescavage & Ben-Porath, 2014), joka haluaa kehittää palautteenannon rutinoitumista työssään. Tarescavage yhdessä Ben-Porathin (2014) kanssa mainitsevat CORE-OM-mittarin puutteeksi kulttuurisia eroja koskevan maakohtaisen datan puuttumisen. Tällä pro gradu-tutkielmalla olemme pyrkineet täydentämään tuota puutetta kotimaista käyttöympäristöä ajatellen.

LÄHTEET

- Aveline, M. (2006). Commenatry on 'using clinical outcomes in routine evaluation'. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8(2), 277–234. doi:10.1080/13642530600714847
- Aveline, M., & Shapiro, D. (2007). CORE: A Decade of development, 1-6, CORE IMS. Haettu 20.12.2014 osoitteesta http://www.coreims.co.uk/site_downloads/CORE-A-Decade-of-Development.pdf
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., ym. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Couselling & Psychotherapy Research: linking research with practice*, 13(1), 3–13, doi:10.1080/14733145.2012.729069
- Barkham, M., Gilbert, N. Connell, J., Marshall, C., & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry*, 186, 239–246. doi:10.1192/bjp.186.3.239
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., ym. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 184–196. doi:10.1037//0022-006X.69.2.184
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE system. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 3–15. doi:10.1080/14733140600581218
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Cabin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–71. doi:10.1001/arch-psyc.1961.01710120031004
- Bedford, A. Lukic, G., & Tibbles, J. (2010). Evaluation of risk by patients' and with clinicians' ratings: a CORE-OM and CORE-A investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 244–249. doi:10.1002/cpp.714
- Bedford, A., Watson, R., Lyne, J., Tibbles, J., Davies, F., & Deary, I. J. (2010). Mokken scaling and principal components analyses of the CORE-OM in a large clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 51–62. doi:10.1002/cpp.649
- Boswell, J.F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. doi:10.1080/10503307.2013.817696
- Campbell, M. M., & Young, C. (2011). Introducing the CORE-OM in a South African context: validation of the CORE-OM using a South African student population sample. *South African Journal of Psychology*, 41(4), 488–502.
- Connell, J., & Barkham, M. (2007). CORE-10 User Manual, Version 1.1. CORE System Trust & CORE Information Management Systems Ltd. Haettu 3.1.2015 osoitteesta <http://www.mhtu.co.uk/outcome-monitoring/outcome-core-10-manual.pdf>
- Connell, J. Barkham, M., Stiles, W., Twigg, E., Singleton, N., Evans, C., ym. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *British Journal of Psychiatry*, 190, 69–74. doi: 10.1192/bjp.bp.105.017657
- Core System Group (1998). *CORE system (information management) handbook*. Leeds: Core System Group. Haettu 1.9.2014 osoitteesta http://www.coreims.co.uk/Downloads_Forms.aspx
- CORE-yhteisön viralliset internet-sivut. Haettu 10.5.2013 osoitteesta <http://www.coreims.co.uk>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/BF02310555

- Duncan, B. L. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): the heart and soul of change project. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 53(2), 93–104. doi:10.1037/a0027762
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakenberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(5), 447–445. doi:10.1002/cpp.1788
- Elliot, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21. doi:10.1080/713869614
- Elliot, R. (2014). Practice-based research on psychotherapy. Kongressiesitelmä, Psykologia 2014 – kongressi, Itä-Suomen yliopisto 20.-22.8.2014, Joensuu.
- Ellsworth, J. R., Lambert, M. J., & Johnson, J. (2006). A comparison of the outcome questionnaire-45 and outcome questionnaire-39 in classification and prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 380–391. doi:10.1002/cpp.503
- Evans, C. (2012a). Cautionary notes on power steering for psychotherapy. *Canadian Psychology*, 53(2), 131–139. doi:10.1037/a0027951
- Evans, C. (2012b). The CORE-OM (Clinical outcomes in routine evaluation) and its derivatives. *Integrating Science and Practice*, 2(2), 12–15.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., ym. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 51–60. doi:10.1192/bjp.180.1.51

- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., ym. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247–255. doi:10.1080/jmh.9.3.247.255
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 273–280. doi:0022-006X/90/S00.75
- Gearing, R. E., Townsend, L., Elkins, J., El-Bassel, N., & Ostenberg, L. (2014). Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 31–45. doi:10.1097/HRP.10.1097/HRP.0000000000000005
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. doi:10.1017/S0033291700021644
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2007). Why some clinicians use outcome measures and others do not. *Adm policy ment healt & ment health serv res*, 34, 283–291. doi:10.1007/s10488-006-0110-y
- Halstead, J., Youn, S. J., & Armijon, I. (2013). Scientific and clinical considerations in progress monitoring: When is a brief measure too brief? *Canadian Psychology* 54(1), 83–85. doi:10.1037/a0031324
- Heiskari, P. (päivämäärätön lähde). Psykologien käyttämien testien laatuluokitusten ja testien käyttäjävaatimusten perusteista. Testilautakunnan ohjeistus. Haettu 18.12.2014 osoitteesta <http://www.psyli.fi/files/838/Testimaaritelma.pdf>
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Haettu 20.8.2014 osoitteesta <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/holi/assessment.pdf>
- Holi, M. M., Sammallahhti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 42–46. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09961.x
- Ilveskoski, U., Lahtela, A., Pylvänäinen, P., Salin-Kares, S., & Viitasaari, S. (2012). COREn soveltuvuus hoidon tuloksellisuuden mittariksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Julkaisematon

raportti. Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen pilottiprojekti. Tampereen kaupunki.

Isometsä, E. (2011). Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria* (s.154–193). Helsinki: Duodecim.

Juntunen, H., & Piiparinen, A. (2013). CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus: ei-kliininen aineisto. Pro gradu-tutkimus, kasvatustieteen ja psykologian osasto, psykologian oppiaine. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.

Karlsson, H., Melartin, T., Brax, T., Heinänen, T., Jänkälä, K., Kalska, H., ym. (2006). Konsensuslausuma. Psykoterapia, 18.10.2006. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Haettu 3.11.2014 osoitteesta [http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausma 06.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausma%2006.pdf)

Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 15–22. doi:10.1192/bjp.bp.108.053967

Knekt, P., Lindfors, O., & Laaksonen, M. (2010). Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, raportti 33/2010. Haettu 27.10.2014 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085055>

Knekt, P., Lindfors, O., & Vaarama, M. (2014). Psykoterapia pitää kohdentaa paremmin. *Suomen Lääkärilehti*, 69(41), 2608–2609.

Kuuskorpi, T., & Keskinen, E. (2008). Psykologisten testien käyttö Suomessa: testaamisen määrä ja yleisimmät testit. Haettu 30.10.2014 osoitteesta [http://www.psyli.fi/files/834 /Artikkeli.pdf](http://www.psyli.fi/files/834/Artikkeli.pdf)

Lambert, M. J. (2005). Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 6(2), 141–144. doi:10.1002/jclp.20106

- Lambert, M. J. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2(2), 24–27.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51. doi:10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72–79. doi:10.1037/a0022238
- Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Stiles, W. B. Noble, R., & Iveson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(2), 153–166. doi:10.1348/014466505X35335
- Lehtonen, J., & Lönnqvist, J. (2010). Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henrikson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria* (s. 26–32) Helsinki: Duodecim.
- Leiman, M. (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim*, 120, 2645–2653. Haettu 20.5.2014 osoitteesta <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo/94629.pdf>
- Leiman, M. (2010). Mitä Beckin depressioinventori mittaa. *Psykologia* 45(1), 22–30.
- Lyne, J. K., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British Journal on Clinical Psychology*, 45(2), 185–203. doi:10.1348/014466505X39106
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health – A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (s.10–54, 206–390). Oxford: Oxford University Press.
- Miller, S. D. (2012). The outcome rating scale (ORS) and the session rating scale (SRS). *Integrating Science and Practice*, 2(2), 28–30. Haettu 27.11.2014 osoitteesta

https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2012_11_01_Integrating_SandP_Dossier_06_Miller_Bargmann_En.pdf

- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). Paradigm lost: from model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 20–34.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91–100. Haettu 27.11.2014 osoitteesta <http://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTv2n2.pdf>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Johnson, L. (2002). Session rating scale (SRS V.3.0). Haettu 27.11.2014 osoitteesta <http://0351d8e.netsolhost.com/wp-content/uploads/documents/SessionRatingScale-JBTv3n1.pdf>
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Egget, D., Nielsen, L., & Dayton, D. D. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapist on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172. doi:10.1002/jclp.20272
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2011). Interraction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 199(6), 384–389. doi:10.1097 /NMD.0b013e31821cd28a
- Palmieri, T., Evans, C., Hansen, V., Brancaleoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., ym. (2009). Validation of Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation–Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 444–449. doi:10.1002/cpp.646
- Paunio, T., Lindfors, O., Kalska, H., Karlsson, H., Kurri, K., Lehtovuori, P., ym. (2012). Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen lääkärilehti*, 37(67), 2547–2553. Haettu 20.12.2014 osoitteesta http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto37_2.pdf

- Pinsof, W. M., Goldsmith, J. Z., & Latta, T.A. (2012). Information technology and feedback research can bridge the scientist-practitioner gap: a couple therapy example. *Couple and Family Psychology, 1*(4), 253–273. doi:10.1037/a0031023
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*(1), 1–8. doi:10.1111/j.1752-0606.2000.tb00270.x
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R. E., Lebow, J. L., Knobloch-Fedders, L. M., Durbin, E., Chambers, A., ym. (2009). Laying the foundation for progress research in family, couple, and individual therapy: the development and psychometric features of the initial systemic therapy inventory of change. *Psychotherapy Research, 19*(2), 143–156. doi:10.1080/10503300802669973
- Pirkola, S. (2014). Psykoterapian muuttuvat maisemat. *Suomen Lääkärilehti, 69*(41), 2596.
- Pirkola, S. (2012). Psykoterapiaa kaikille, mutta miten? Teoksessa M. O. Huttunen & H. Kalska (toim.), *Psykoterapiat* (s.351–360). Porvoo: Duodecim.
- Psykoterapiatutkimuksen päivät. (2015) Jyväskylän yliopisto 12.-13.2.2015, Jyväskylä.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 582–587. doi:10.1037/0022-006X.65.4.582
- Reese, R. J., Gillaspay, J. A., Owen, J. J., Flora, K. L., Cunningham, L. C., Archie, D., ym. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients' ratings of the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology, 69*(7), 696–709. doi:10.1002/jclp.21946
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415. doi:10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Shaw, S. L., & Murray, K. W. (2014). Monitoring alliance and outcome with client feedback measures. *Journal of Mental Health Counselling, 36*(1), 43–57.

- Shimokawa, K., Lambert, M., & Smart, D. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298–311. doi:10.1037/a0019247
- Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L., & Leppo, K. (2013). Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 17-19. Tampere: Juvenes print – Suomen yliopistopaino oy.
- Sintonen, H. (2001). The 15D instrument of health-related quality of life; properties and applications. *Annals of Medicine*, 33, 328–336. doi:10.3109/07853890109002086
- Skre, I., Friborg, O., Elgarøy, S., Evans, C., Myklebust, L. H., Lillevoll, K., ym. (2013). The factor structure and psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) in Norwegian clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*, 13(99), 1–14. doi:10.1186/1471-244X-13-99
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., ym. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: validation of the SCORE-15 index of family functioning and change. *Journal of Family Therapy*, 36, 3–19. doi:10.1111/1467-6427.12022
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2015). Terveys 2015. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2013. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 21.2.2015 osoitteesta: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr01_15_psyk2013.pdf?sequence=5
- Tarescavage, A. M., & Ben-Porath, Y. S. (2014). Psychotherapeutic outcomes measures: A critical review for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 808–830. doi:10.1002/jclp.22080
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K., & Kitamura, T. (2012). Psychometric properties of the Japanese version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 600–608. doi:10.1016/j.comppsy.2011.09.006

- Valkonen, J., Henrikson, M., Tuulio-Henrikson, A., & Autti-Rämö, I. (2011). Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Kelan tutkimusosasto, sosiaali- ja terveysturvan selosteita, 74, 24–25. Haettu 20.12.2014 osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26519/Selosteita74.pdf?sequence=2>
- Vehkalahti, K. (2008). *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Tammi.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings* (s.58–71, 149–159, 183). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. New Jersey: Mahwah.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bon fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. doi:10.1037/0033-2909.122.3.203
- Wennberg, P., Philips, B., & de Jong, K. (2010). The Swedish version of the outcome questionnaire (OQ-45): reliability and factor structure in a substance abuse sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 325–329. doi:10.1348/147608309X478715
- Youn, S. J., Kraus, D. R., & Castonguay, L. G. (2012). The Treatment Outcome Package: Facilitating Practice and Clinically Relevant Research. *Psychotherapy* 45(2), 115–122. doi:10.1037/a0027932

Menetelmäkirjallisuus

- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2012). *SPSS for Psychologist*. (5. painos). New York: Palgrave Macmillan.
- Metsämuuronen, J. (2009). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos* (4. laitos, 1. painos). Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Nummenmaa, L. (2009). *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Tammi.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J., & Leskinen, E. (1997). *Tutkimusaineiston analyysi*. Porvoo: WSOY.

LIITTEET

Liite 1: Saatekirje tutkimukseen osallistujille

Saatekirje

Oheinen lomake on osa laajempaa CORE-tutkimushanketta, jonka tarkoituksena on yleistä hyvinvointia mittaavan CORE-itsearviointilomakkeen käännöstutkimus ja sen toimivuuden testaus. Tämä osa tutkimushankkeesta toteutetaan gradutyönä.

Tutkimukseen pyydetään osallistumaan henkilöitä mielenterveyspalveluita tarjoavien hoitopaikkojen kautta. Tutkimus on täysin vapaaehtoinen ja lomakkeiden täyttämisen voi keskeyttää milloin tahansa.

Pyydämme teitä vastaamaan ensin muutamiin taustatietoja koskeviin kysymyksiin. Taustatietojen perusteella vastaajia ei ole tarkoitus tunnistaa. Annettuja tietoja käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti Itä-Suomen yliopistossa psykologian oppiaineen Psykologisten palvelujen opetus- ja tutkimuskeskuksen arkistossa. Aineistoa tullaan käyttämään Itä-Suomen yliopiston sisällä psykologian opiskelijoiden gradututkimuksissa. Psykologian oppiaineessa tutkimuksesta vastaavat professorit Aarno Laitila ja Kirsi Honkalampi.

Toivomme, että kysymyksiin vastattaisiin mahdollisimman huolellisesti. Vastaaminen kestää noin 15–25 minuuttia.

Kiitos osallistumisesta!

Yhteystiedot ja lisätietoja:

Kristiina Lehmus
p. 044 5508520
kristle@student.uef.fi

Iida Törmänen
p. 0401625545
iidaj@student.uef.fi

Tutkimuksesta vastaavien yhteystiedot:

professori Aarno Laitila
p. 050 442 3664
aarno.laitila@uef.fi

tp. (ma) professori Kirsi Honkalampi
p. 02 9445 2314
kirsi.honkalampi@uef.fi

Liite 2: Taustatietolomake

Ympyröi annetuista vaihtoehtoista itseäsi parhaiten koskeva.

Sukupuoli:

1. nainen
2. mies

Ikä: _____

Koulutus:

1. peruskoulu
2. toisen asteen koulutus (lukio tai ammatillinen koulutus)
3. korkeakoulututkinto (alempi tai ylempi)

Työllisyystilanne:

1. työssä
2. työtön
3. eläkkeellä
4. opiskelija
5. kuntoutustuella
6. muu, mikä? _____

Oletteko käyttäneet terveydenhuollon palveluita viimeisen puolen vuoden aikana?

1. ei
2. kyllä

Onko teillä lääkärin diagnosoimia sairauksia?

1. ei
2. kyllä, mitä?

Onko teillä säännöllisessä käytössä lääkärin määräämää lääkitystä?

1. ei
2. kyllä, mitä?

Liite 3: Ohjeistus aineiston keruuseen

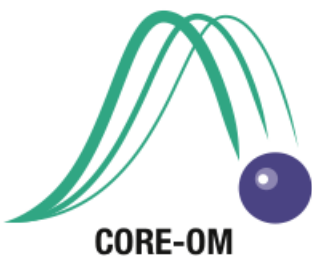
Hyvä terveydenhuollon ammattilainen,

Toimipisteenne on lähtenyt mukaan CORE-hankkeeseen, jonka tarkoituksena on validoita potilaan hyvinvointia ja terapian tuloksellisuutta mittaava CORE–OM-itsearviointilomake suomalaiseen käyttöympäristöön. Kiitos, kun olette mukana keräämässä suomalaista kliinistä populaatiota tarkastelevan otoksen tutkimusaineistoa.

Tutkimusaineiston keräämisessä tulee noudattaa ammatillisia ja tutkimuseettisiä perusperiaatteita. Seuraavassa muutama ohje tutkimusaineiston keräämiseen:

1. Aineistoa keräävä terveydenhuollon ammattilainen tekee päätöksen siitä, onko potilaan kunto sellainen, että hän kykenee osallistumaan tutkimukseen. Osallistujille tulee tehdä selväksi, että kyseiseen tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimus on anonymi, eikä tutkittavia ole tarkoitus tunnistaa taustatietojen perusteella.
2. Potilaan on oltava hoitoprosessinsa alkuvaiheessa. Tämä tarkoittaa hoitopaikassa ensimmäisiä kertoja asioivia, alle viidennen hoitokäynnin potilaita. (Edellisestä hoitojaksosta samassa paikassa yli 6 kk).
3. Mikäli potilas on halukas osallistumaan tutkimukseen, hänelle on hyvä taata rauhallinen paikka vastaustensa kirjaamiseen. Pyydämme hoitohenkilöä ohjaamaan potilasta lomakkeiden täyttämässä siten, että ne tulee täytettyä huolellisesti. Mikäli täytetyssä lomakkeessa on liian monta tyhjää kohtaa, sitä ei voida sisällyttää aineistoon.
4. Lomakkeiden täyttämisen päätteeksi potilaalle annetaan tiedote tutkimuksesta.
5. Pyydämme jokaista tutkimusaineistoa keräävää henkilöä pitämään numeraalista lukua tutkimukseen osallistumasta kieltäytyneistä valitsemallaan tavalla (esim. Excel-taulukko). Täytettyjä lomaketta tulee säilyttää niille tarkoitetuissa kirjekuorissa hoitopaikan lukollisessa säilytystilassa. Olisimme myös kiinnostuneita kuulemaan siitä, millaisen vastaanoton CORE-lomake on saanut ja millaisia kokemuksia niin hoitohenkilökunnalla kuin potilaillakin on ollut tutkimusprosessin aikana. Kirjallinen kooste aineistokeruuseen liittyvistä kokemuksista olisi erittäin hyödyllinen ja tervetullut.

Liite 4: CORE-OM-mittari



Asiakkaan tunnus

Täyttöpäivämäärä

P P K K V V V V

Terapeutin tunnus

Paikan tunnus

Ikä

Sukupuoli N M

Lomakkeen täyttämismuutt

S = Seuranta
R = Lähetä
A = Arviointikäynti
P = Ennen terapiaa
F = 1. terapiakäynti
D = Terapian aikana
L = Viimeinen terapiakäynti
X = 1. seuranta
Y = 2. seuranta

Tapaamiskausko

TÄRKEÄÄ - LUE TÄMÄ ENNEN TÄYTTÄMISTÄ

Tässä lomakkeessa on 34 väittämää siitä, kuinka olet voinut VIIMEISEN VIIKON AIKANA. Lue jokainen väittämä ja mieti, kuinka usein olet kokenut siinä kuvattuja tunteita viimeisen viikon aikana. Valitse sitten laatikko, joka on lähimpänä kokemuksiasi.

	Ei lainkaan	Vain satunnaisesti	Toisinaan	Usein	Enimmäkseen tai koko ajan	
1 Olen tuntenut oloni yksinäiseksi ja ulkopuoliseksi	0	1	2	3	4	F
2 Olen ollut kireä, ahdistunut tai hermostunut	0	1	2	3	4	P
3 Olen tuntenut, että minulla on joku, joka tarvittaessa tukee minua	4	3	2	1	0	F
4 Olen ollut tyytyväinen itseeni	4	3	2	1	0	W
5 Olen ollut täysin voimaton ja innoton	0	1	2	3	4	P
6 Olen ollut väkivaltainen muita kohtaan	0	1	2	3	4	R
7 Olen tuntenut selviytyväni, vaikka asiat menevät pieleen	4	3	2	1	0	F
8 Olen kärsinyt kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta vaivasta	0	1	2	3	4	P
9 Olen ajatellut itseni vahingoittamista	0	1	2	3	4	R
10 Kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa on tuntunut ylivoimaiselta	0	1	2	3	4	F
11 Jännitys ja ahdistus ovat estäneet minua tekemästä tärkeitä asioita	0	1	2	3	4	P
12 Olen ollut tyytyväinen tekemiini asioihin	4	3	2	1	0	F
13 Epämieluisat ajatukset ja tunteet ovat häirinneet minua	0	1	2	3	4	P
14 Minulla on ollut itkuinen olo	0	1	2	3	4	W

Ole hyvä ja käännä kysymyslomake

Viimeisen viikon aikana...

	El iankaan	Vain satunnaisesti	Toisinaan	Usein	Enimmäkseen tai koko ajan	TOSISTO TÄTTÄÄ
15 Olen ollut hätäntynyt tai kauhuissani	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
16 Olen suunnitellut itsemurhaa	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R
17 Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ W
18 Minun on ollut vaikea nukahtaa tai olen nukkunut katkonaisesti	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
19 Olen tuntenut lämpöä ja kiintymystä toista ihmistä kohtaan	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
20 En ole saanut ongelmiani mielestäni	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
21 Olen pystynyt tekemään suurimman osan tarvittavista asioista	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
22 Olen uhkaillut tai pelotellut toista ihmistä	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R
23 Olen tuntenut itseni toivottomaksi	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
24 Minusta on tuntunut, että olisi parempi, jos olisin kuollut	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R
25 Olen kokenut muiden arvostelevan minua	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
26 Olen tuntenut, ettei minulla ole ystäviä	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
27 Olen ollut onneton	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
28 Epämieluisat mielikuvat tai muistot ovat ahdistaneet minua	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
29 Olen ollut ärtyisä toisten seurassa	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
30 Olen syyttänyt itseäni ongelmistani ja vaikeuksistani	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
31 Olen ollut toiveikas tulevaisuuteni suhteen	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ W
32 Olen saavuttanut haluamani asiat	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
33 Olen kokenut muiden nöyryyttävän tai häpäisevän minua	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
34 Olen vahingoittanut itseäni tai vaarantanut terveyteni vakavasti	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R

KIITOS KYSELYN TÄYTTÄMISESTÄ

Yhteispisteet

Keskiarvopisteet

(Keskiarvopisteet saadaan jakamalla yhteispisteet täytettyjen kysymysten lukumäärällä)

W	P	F	R	Kaikki	Kaikki-R
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Liite 5: Beckin depressioinventori

		BDI
--	--	-----

OHJE: Alla on joukko väittämiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä. Lue ensin kaikki yhden lauseryhmän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä (1 - 21) se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaiseksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Rengasta valitsemasi vaihtoehdon edessä oleva numero. Valitse vain yksi väittämä joka ryhmästä. Varmista, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.

1. 0 En ole surullinen.
 1 Olen surullinen.
 2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.
 3 Olen niin onneton, että en enää kestä.

2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
 1 Tulevaisuus pelottaa minua.
 2 Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.
 3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton, enkä usko asioiden tästä paranevan.

3. 0 En tunne epäonnistuneeni.
 1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset.
 2 Menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia.
 3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.

4. 0 Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
 1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
 2 En saa todellista tyydytystä enää mistään.
 3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.

5. 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
 1 Minulla on usein syyllinen olo.
 2 Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
 3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.

6. 0 En koe, että minua rangaistaan.
 1 Uskon, että minua saatetaan rangaista.
 2 Odotan, että minua rangaistaan.
 3 Tunnen, että minua rangaistaan.

7. 0 En ole pettynyt itseäni.
 1 Olen pettynyt itseäni.
 2 Inhoan itseäni.
 3 Vihaan itseäni.

8. 0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
 1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
 2 Moitin itseäni virheistä.
 3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.

9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
 1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.
 2 Haluaisin tappaa itseni.
 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.

10. 0 En itke tavallista enempää.
 1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
 2 Itken nykyisin aina.
 3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty vaikka haluaisinkin.

11. 0 En ole nyt sen ärtyneempi kuin yleensäkaan.
1 Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 Asiat, jotka ennen raivostuttivat minua, eivät liikuta minua enää lainkaan.
12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat miltei kadonneet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin.
1 Lykkään päätöksen tekoa useammin kuin ennen.
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
1 Pelkään että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
2 Ulkonäkössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani ruma.
15. 0 Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
2 Voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen.
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1 - 2 tuntia liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen, enkä pääse uudelleen uneen.
17. 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
2 Väsyn lähes tyhjästä.
3 Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään.
18. 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
19. 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.
- Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän.
Kyllä ☐ Ei ☐
20. 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.
1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: särystä, kivusta, vatsavaivoista tai ummetuksesta.
2 Olen hyvin huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.
3 Olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta.
21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen.
3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

Liite 6: Symptom Checklist 90

SCL – LOMAKE

Seuraavilla sivuilla on esitetty luettelo ongelmista ja vaivoista, joita ihmisillä esiintyy ajoittain. Luettuanne kunkin kysymyksen huolellisesti, merkitkää ympäröimällä vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, kuinka paljon kyseinen asia on viimeisen kuukauden aikana vaivannut tai ahdistanut teitä.

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN KUUKAUDEN AIKANA VAIVANNUT:

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
1. Päänsärky	1	2	3	4	5
2. Hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus	1	2	3	4	5
3. Ajatukset, sanat tai mielikuvat, joita ette saa mielestänne	1	2	3	4	5
4. Heikotuksen ja huimauksen tunne	1	2	3	4	5
5. Seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen	1	2	3	4	5
6. Toisia kohtaan tuntemanne arvostelunhalu	1	2	3	4	5
7. Ajatus, että joku voi säädellä ajatuksianne	1	2	3	4	5
8. Tunne siitä, että muut ovat syypäitä useimpiin vaikeuksiinne	1	2	3	4	5
9. Vaikeus muistaa asioita	1	2	3	4	5
10. Pelko, että olette huolimaton ja piittaamaton	1	2	3	4	5
11. Tunne, että ärsyynnytte tai suututte helposti	1	2	3	4	5
12. Sydän- tai rintakivut	1	2	3	4	5
13. Pelon tunne avoimilla paikoilla tai kadulla	1	2	3	4	5
14. Tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen	1	2	3	4	5
15. Ajatukset elämänne lopettamisesta	1	2	3	4	5
16. Se, että kuulette ääniä, joita muut eivät kuule	1	2	3	4	5
17. Vapina	1	2	3	4	5

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN KUUKAUDEN AIKANA VAIVANNUT:

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
18. Tunne, ettei useimpiin ihmisiin voi luottaa	1	2	3	4	5
19. Huono ruokahalu	1	2	3	4	5
20. Itkuherkkyys	1	2	3	4	5
21. Ujous tai vaivautuneisuus vastakkaisen sukupuolen seurassa	1	2	3	4	5
22. Tunne, että olette umpikujassa tai loukussa	1	2	3	4	5
23. Pelästyminen äkillisesti ilman mitään syytä	1	2	3	4	5
24. Tunteenpurkaukset, joita ette pysty hillitsemään	1	2	3	4	5
25. Se, että pelkääte lähteä yksin ulos kotoa	1	2	3	4	5
26. Itsesyytökset	1	2	3	4	5
27. Kivut ristiselässä	1	2	3	4	5
28. Tunne, että olette lukossa ettekä saa asioita hoidetuksi	1	2	3	4	5
29. Yksinäisyys	1	2	3	4	5
30. Alakuloisuus	1	2	3	4	5
31. Liika asioiden murehtiminen	1	2	3	4	5
32. Kiinnostuksen puute lähes kaikkeen	1	2	3	4	5
33. Pelokkuus	1	2	3	4	5
34. Se, että loukkaannutte helposti	1	2	3	4	5
35. Se, että toiset ihmiset ovat tietoisia yksityisistä ajatuksistanne	1	2	3	4	5
36. Tunne, että muut ihmiset eivät ymmärrä Teitä tai eivät tunne myötätuntoa Teitä kohtaan	1	2	3	4	5
37. Tunne, että ihmiset ovat epäystävällisiä tai eivät pidä Teistä	1	2	3	4	5

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN KUUKAUDEN AIKANA VAIVANNUT:

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
38. Se, että joudutte tekemään asiat hyvin hitaasti välttääksenne virheitä	1	2	3	4	5
39. Sydämentykytykset tai -jyskytykset	1	2	3	4	5
40. Pahoinvointi ja vatsavaivat	1	2	3	4	5
41. Huonommuudentunne	1	2	3	4	5
42. Lihassäryt	1	2	3	4	5
43. Tunne, että teitä tarkkaillaan tai Teistä puhutaan	1	2	3	4	5
44. Unensaantivaikeudet	1	2	3	4	5
45. Tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä teette	1	2	3	4	5
46. Vaikeus tehdä päätöksiä	1	2	3	4	5
47. Se, että pelkäätte matkustaa bussissa, metrossa tai junassa	1	2	3	4	5
48. Hengenhdistus	1	2	3	4	5
49. Kuumat tai kylmät aallot	1	2	3	4	5
50. Se, että joudutte välttelemään tiettyjä asioita, paikkoja tai toimintoja, koska ne pelottavat teitä	1	2	3	4	5
51. Muisti- tai ajatuskatkokset	1	2	3	4	5
52. Puutuminen tai pistely jossakin ruumiinosassa	1	2	3	4	5
53. Palantunne kurkussa	1	2	3	4	5
54. Toivottomuus tulevaisuuden suhteen	1	2	3	4	5
55. Keskittymisvaikeudet	1	2	3	4	5
56. Heikkouden tunne jossakin ruumiinosassa	1	2	3	4	5
57. Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys	1	2	3	4	5
58. Painon tunne käsissä tai jaloissa	1	2	3	4	5

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN KUUKAUDEN AIKANA VAIVANNUT:

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
59. Ajatukset kuolemasta tai kuolemisesta	1	2	3	4	5
60. Ylensyöminen	1	2	3	4	5
61. Vaivautuneisuus toisten puhuessa Teistä tai katsellessa Teitä	1	2	3	4	5
62. Tunne ajatuksista, jotka eivät ole omianne	1	2	3	4	5
63. Halu lyödä tai muuten vahingoittaa jotakuta	1	2	3	4	5
64. Se, että heräätte aikaisin aamulla ettekä enää saa unta	1	2	3	4	5
65. Sisäinen pakko toistaa jotain toimintaa (esim. koskettaminen, laskeminen, peseminen)	1	2	3	4	5
66. Levoton ja katkonainen uni	1	2	3	4	5
67. Pakonomainen halu rikkoa tai paiskoa esineitä	1	2	3	4	5
68. Ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä	1	2	3	4	5
69. Häiritsevä tietoisuus omasta olemisesta toisten ihmisten seurassa	1	2	3	4	5
70. Epämukavuuden tunne ollessanne ihmisten keskellä esim. kaupoissa, elokuvissa tms.	1	2	3	4	5
71. Tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua	1	2	3	4	5
72. Pelon tai pakokauhun puuskat	1	2	3	4	5
73. Epämukavuuden tunne ollessanne aterioidessa tai kahvilla julkisilla paikoilla	1	2	3	4	5
74. Joutuminen usein väittelyihin	1	2	3	4	5
75. Hermostuneisuus jäädessänne yksin	1	2	3	4	5
76. Tunne, etteivät toiset anna tarpeeksi arvoa saavutuksillenne	1	2	3	4	5

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN KUUKAUDEN AIKANA VAIVANNUT:

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
77. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olette toisten seurassa	1	2	3	4	5
78. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin	1	2	3	4	5
79. Arvottomuuden tunteet	1	2	3	4	5
80. Tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia	1	2	3	4	5
81. Halu huutaa tai heitellä esineitä	1	2	3	4	5
82. Pelko, että pyörtyisitte yleisellä paikalla	1	2	3	4	5
83. Tunne, että ihmiset yrittävät hyötyä kustannuksellanne, jos annatte siihen tilaisuuden	1	2	3	4	5
84. Seksuaalisuutta koskevat häiritsevät ajatukset	1	2	3	4	5
85. Ajatus, että Teitä pitäisi rangaista synneistä	1	2	3	4	5
86. Tunne, että Teitä painostetaan tekemään tehtävänne	1	2	3	4	5
87. Tunne, että jotakin on vakavasti vialla ruumiissanne	1	2	3	4	5
88. Tunne, ettette ole koskaan ollut läheinen kenenkään kanssa	1	2	3	4	5
89. Syyllisyydentunteet	1	2	3	4	5
90. Tunne, että ”päässänne on jo aivan vaka”	1	2	3	4	5

Tarkistaisitteko vielä ystävällisesti, että olette muistaneet vastata jokaiseen kysymykseen.

KIITOS VAIVANÄÖSTÄNNE!