

CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus: ei-kliininen aineisto

Hanna Juntunen 185161

Aino Piiparinen 241614

Psykologian pro gradu -tutkielma

Itä-Suomen yliopisto

Joensuun kampus

Kasvatustieteen ja psykologian osasto

Psykologian oppiaine

Joulukuu 2013

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO – UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Tiedekunta – Faculty Filosofinen tiedekunta		Osasto – School Kasvatustieteiden ja psykologian osasto	
Tekijät – Author Hanna Juntunen ja Aino Piiparinen			
Työn nimi – Title CORE-OM-lomakkeen suomalainen validointitutkimus: ei-kliininen aineisto			
Pääaine – Main subject	Työn laji – Level	Päivämäärä – Date	Sivumäärä – Number of pages
Psykologia	Pro gradu -tutkielma	☒	2.12.2013
	Sivuainetutkielma	☐	
	Kandidaatin tutkielma	☐	
	Aineopintojen tutkielma	☐	
Tiivistelmä – Abstract Pro gradu -tutkimus on osa laajempaa CORE-hanketta, jonka tavoitteena on normittaa CORE-OM-mittaria (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure) suomalaiseen toimintaympäristöön. CORE-OM-mittari on itsearviointilomake, jolla potilas arvioi vointiaan 34 erilaisen väittämän avulla. Mittarilla kartoitetaan koettua psyykkistä hyvinvointia neljän eri osa-alueen avulla, joita ovat henkilökohtainen hyvinvointi, psyykkinen oireilu ja ongelmat, toimintakyky ja sosiaaliset suhteet sekä riskikäyttäytyminen itseä ja toisia kohtaan. CORE-hankkeen ja sitä kautta myös tutkimuksen tavoitteena on testata CORE-yhteisön kriteereillä tehtyä suomennosta ja sen toimivuutta. Suomalaisella väestöllä saatuja tuloksia verrataan muiden maiden tuloksiin ja jo käytössä vakiintuneisiin arviointimenetelmiin Beck Depression Inventory (BDI) ja Symptom Checklist 90 (SCL-90). Suomalaisen normeerauksen avulla määritetään pisterajat, joiden avulla voidaan mm. kartoittaa hoidon tarvetta sekä tarkastella erilaisten psykologisten interventioiden toimivuutta. Psykologisia arviointimenetelmiä käytetään yleensä kliinisessä työssä potilaiden voinnin kartoittamiseksi, mutta niiden käyttöönotto edellyttää kliinisen ja ei-kliinisen väestön vertaamista toisiinsa. Tutkimuksessa keskityttiin ei-kliinistä aineistoa koskevan otoksen keräämiseen ja aineiston analyysiin. Ei-kliinisellä aineistolla tarkoitetaan henkilöitä, joihin kontaktia ei haettu hoitopaikan kautta. CORE-OM-lomakkeen suomalainen käännös osoittautui pääosin toimivaksi. Mittarin sisäinen reliabiliteetti oli hyvä, ja mittari antoi samansuuntaisia tuloksia kuin muut tutkimukseen valitut mittarit. Tutkimustulokset olivat samansuuntaisia kuin aiemmissakin validointitutkimuksissa, mutta joitain eroja esiintyi, mikä on luonnollista johtuen kulttuurieroista ja otoksen ainutlaatuisuudesta. Suomalaisella aineistolla tehdyssä tutkimuksessa pääkomponenttirakenne sekä riskifaktoriin liittyvät tulokset erosivat aiemmasta tutkimuksesta. Tutkimustulokset puoltavat CORE-OM-mittarin laajempaa käyttöönottoa Suomessa, mutta jatkotutkimukselle on tarvetta.			
Avainsanat – Keywords CORE-OM, psykoterapian vaikuttavuusarviointi, psyykkinen hyvinvointi			

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	1
1.1. Tutkimuksen taustaa	1
1.2. CORE-hankkeen historiaa.....	2
1.3. Tutkimuskysymykset	3
2. MENETELMÄT	5
2.1. Aineistonkeruu ja aineisto.....	5
2.2. Tutkimuksessa käytetyt mittarit	7
2.3. Analyysi	9
2.4. Katoanalyysi ja puuttuvien tietojen korvaaminen.....	9
3. TULOKSET	11
3.1. Pääkomponenttianalyysi	11
3.2. Sisäinen reliabiliteetti.....	12
3.3. CORE-, BDI- ja SCL-90-pisteet sukupuolen ja iän mukaan	13
3.4. Keskeiset muuttujien väliset yhteydet.....	15
3.4.1. Iän, CORE-kokonaispisteiden sekä CORE-faktoreiden väliset yhteydet	15
3.4.2. CORE:n vertaaminen lyhytversioihin ja muihin mittareihin	16
3.5. Tulokset suhteessa kansainvälisiin normeihin	17
4. POHDINTA	19
4.1. Tulosten arviointia	19
4.2. CORE-lomakkeen arviointia.....	20
4.3. Tutkimusprosessin ja aineiston arviointia.....	22
4.4. Tutkimuksen käytännön merkitys ja jatkotutkimusaiheita	23
LÄHDELUETTELO.....	26
LIITTEET	31
LIITE 1: Saatekirje tutkimukseen osallistujille	
LIITE 2: Taustatietolomake	
LIITE 3: CORE-OM	
LIITE 4: BDI	
LIITE 5: SCL-90	

1. JOHDANTO

1.1. Tutkimuksen taustaa

Mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat subjektiivista kärsimystä henkilöille itselleen ja taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle (Knecht, Lindfors, & Laaksonen, 2010). Työikäisistä suomalaisista arviolta ainakin 5 % hakee vuosittain apua terveydenhuoltojärjestelmästä sellaisen mielenterveysongelman vuoksi, jossa psykoterapia voisi tutkimusnäytön perusteella olla mahdollinen hoitovaihtoehto (Lönngqvist, Marttunen, & Pylkkönen, 2011). Avohoitopainotteisessa kehittyvässä psykiatriassa psykoterapian rooli on muutosvaiheessa (Pirkola, 2012). Psykoterapian tehokkuudesta ollaan melko yksimielisiä, mutta lisätietoa tarvitaan vielä eri psykoterapiamuotojen käyttökelpoisuudesta (Lambert, 2005; Lambert & Barley, 2002; Paunio ym., 2012) sekä erilaisten terapioiden vaikutuksista, riittävydestä ja kustannustehokkuudesta (Knecht, Lindfors, & Laaksonen, 2010). Tarvittavaa näyttöä erilaisten terapiatekniikoiden vaikuttavuudesta kertyy kuitenkin jatkuvasti lisää, ja psykoterapioiden voidaan tulevaisuudessa olettaa tarjoavan yhä monipuolisempia hoitokeinoja mielenterveyden ongelmiin (Pirkola, 2012).

Suomalaisen mielenterveyspalvelujärjestelmän muutos on lisännyt tarvetta kehittää avohoittoa, jonka välineisiin psykoterapiat hoitomuotoina kuuluvat (Pirkola, 2012). Psykoterapioiden lisääntyneen kysynnän ja käytön myötä Suomessa on todettu tarve systemaattiselle ja laaja-alaiselle terapian toteutumisesta ja tuloksellisuudesta kartoittavalle seurantamenetelmälle (Paunio ym., 2012). Vastaavasti myös Knecht, Lindfors ja Laaksonen (2010) ovat todenneet, että potilaiden hoidon aikaiseen ja -jälkeiseen seurantaan tulisi kehittää yksinkertaisia kyselyyn tai haastatteluun perustuvia menetelmiä, jotka eivät häiritsisi hoitoprosessia mutta joiden avulla voitaisiin tunnistaa hoitotulokseen vaikuttavia tekijöitä. Psykoterapian vaikuttavuusarvioinnin tulisi keskittyä potilaan kannalta keskeisiin psyykkisen toiminnan ulottuvuuksiin kuten toimintakykyyn, psyykkisiin oireisiin, ihmissuhde- ja muihin psykososiaalisiin ongelmiin sekä elämänlaatuun (Karlsson ym., 2006).

Pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on kotimaisen ei-kliinisen normiaineiston kerääminen ja analysoiminen yleistä psyykkistä hyvinvointia kartoittavan CORE-OM-mittarin (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure) standardoimiseksi osaksi hoitokäytäntöä. CORE-OM-mittari on itsearviointimenetelmä, jonka avulla erilaisia psyykkisen toimintakyvyn ulottuvuuksia selvitetään monipuolisesti, ja potilastyön osana se voi parantaa yleisesti hoidon laatua ja tuloksellisuutta auttamalla potilaiden tilanteen kartoituksen ohella myös hoidon suunnittelussa sekä

hoidon etenemisen arvioinnissa. Vastausten perusteella voidaan kartoittaa potilaan voinnissa tapahtunutta muutosta sekä saada tietoa siitä, millä osa-alueella pahoinvointi ilmenee. (Ilveskoski, Lahtela, Pylvänäinen, Salin-Kares, & Viitasaari, 2012.) Lambert ym. (2001; 2003) ovat todenneet tutkimuksissaan, että kirjallisen potilaspalautteen saaminen parantaa terapian laatua. Kirjallisen potilaspalautteen keräämisen on myös huomattu parantavan hoitosuhteeseen sitoutumista (Lambert ym., 2001).

CORE-itsearviointimenetelmän kehittäjä Chris Evans suosittelee käyttämään CORE-OM-mittaria ainakin ennen ja jälkeen terapian, mutta pitkissä terapioidissa myös terapian aikainen seuranta voi olla tarpeen (Evans ym., 2002). Lambert ym. (2001) painottavat, että paras tapa ennakoida hoidon tuloksellisuutta on arvioida potilaan senhetkistä hoitovastetta. Näin ollen hoidon pituus ei ole hoidon aikaisen tuloksellisuuden seurannan kriteeri. CORE-OM-mittari voi tarjota mielenterveystyön ammattihenkilöstölle välineen potilaspalautteen kokoamiseksi. Lomakkeen validoinnin yhtenä tavoitteena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä eri maiden välillä sekä saada kansainvälisesti yhtenäinen ja vertailukelpoinen arviointimenetelmä. CORE-OM-mittari tarjoaa myös uuden välineen tehdä psykoterapiatutkimusta.

1.2. CORE-hankkeen historiaa

Tutkimus on osa laajempaa yleiseurooppalaista CORE-hanketta, jonka tavoitteena on normittaa CORE-OM-mittaria eurooppalaiseen toimintaympäristöön. CORE-systeemin kehitys alkoi professori Evansin ym. mielenterveysalan ammattilaisten toimesta (Uji, Sakamoto, Adachi, & Kitamura, 2012) vuonna 1998 Britanniassa (Evans, 2012a). Jo ennen tätä oli huomattu tarve rutiininomaiselle arviointimenetelmälle, joka olisi luotettava, kulttuurisensitiivinen ja kustannuksiltaan alhainen (Evans, Mellor-Clark, Barkham, & Mothersole, 2006). CORE-systeemin kehittämisen tarkoituksena oli luoda arviointimenetelmä, jonka avulla voidaan saada tietoa asiakkaiden hoitoprosessista sekä psykologisista terapiapalveluista (Gray & Mellor-Clark, 2007). Nykyisin CORE-OM on Britanniassa yksi käytetyimmistä terveydenhuollon seurantamenetelmistä mm. neuvonnan, psykoterapian ja muiden terapiamuotojen kentällä (Ilveskoski ym., 2012; <http://www.coreims.co.uk/>). CORE-OM-lomakkeen toimivuutta on tutkittu paljon mm. Britanniassa, ja se on todettu monilta osin luotettavaksi ja päteväksi mittariksi (Barkham ym., 2001). CORE-mittarista on kehitetty useita eri versioita eri käyttötarkoituksiin, kuten kliiniseen käyttöön suunnitellut lyhytversiot CORE-5 ja CORE-10, erityistilanteisiin kehitetyt YP-CORE nuorille ja LD-CORE oppimishäiriöiden kartoitukseen, ei-kliiniseen käyttöön tarkoitettu GP-CORE sekä sähköinen versio CORE-PC (Gray & Mellor-Clark, 2007). Kaikki CORE-lomakkeet on

tekijänsuojattu siten, ettei niiden ulkoasua saa muuttaa (Evans, 2012a; <http://www.coreims.co.uk/>), ja lomakkeita saa paperiversiona ilman maksua (Evans, 2012b). CORE-OM-mittari on käännetty ainakin 22 eri kielelle (Evans, 2012b; Elfström ym., 2012), ja se on terapian arviointimenetelmänä laajassa käytössä useissa eri maissa (Campbell & Young, 2011; Connell ym., 2007; Elfström ym., 2012; Leach ym., 2006; Palmieri ym., 2009; Uji ym., 2012; <http://www.coreims.co.uk/>). Jatkossa sanalla CORE viitataan nimenomaan CORE-OM-mittariin.

CORE-mittari on viisiportainen itsearviointimenetelmä, joka sisältää 34 erilaista väittämää (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall, & Twigg, 2005; Connell ym., 2007) koskien edeltävää viikkoa (Gray & Mellor-Clark 2007). Vastausvaihtoehdot vaihtelevat skaalalla ”ei lainkaan – enimmäkseen tai koko ajan” (Barkham ym., 2005; Gray & Mellor-Clark, 2007). Mittarilla kartoitetaan potilaan koettua psyykkistä hyvinvointia neljän eri osa-alueen avulla, joita ovat henkilökohtainen hyvinvointi, psyykkinen oireilu ja ongelmat, toimintakyky ja sosiaaliset suhteet sekä riskitekijät (Connell ym., 2007). CORE-mittari on yritetty tehdä mahdollisimman neutraaliksi ja ei-provosoivaksi (Evans, 2012b).

Suomessa CORE-projekti on käynnistynyt käännöstutkimuksella. Mittaria on ollut suomentamassa kaksi toisistaan riippumatonta työryhmää, yksi Tampereen psykiatrian poliklinikalla ja toinen Itä-Suomen yliopistossa yhteistyössä Helsingin Yliopistopedagogiikan tutkimus- ja kehittämissyksikön kanssa. Jälkimmäinen työryhmä teki käännöksen CORE-yhteisön vaatimusten mukaisesti menetelmän kehittäjän Evansin johdolla, ja lopulliseen versioon on päädytty vertaamalla käännöksiä toisiinsa. Käännöksen ja CORE-itsearviointilomakkeen toimivuutta tutkittiin pilottitutkimuksella Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluissa vuonna 2011. Projektin lähtökohtana oli kliininen tarve saada tuoreempi ja toimivampi mittari. Pilottitutkimuksessa CORE-lomake todettiin toimivaksi tiedonsaanti- ja arviointimenetelmäksi. (Ilveskoski ym., 2012.)

1.3. Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on edesauttaa laajassa kansainvälisessä käytössä olevan CORE-mittarin (Connell ym., 2007; Palmieri ym., 2009; <http://www.coreims.co.uk/>) normittamista suomalaiseen toimintaympäristöön. Pää tavoitteena on kotimaisen ei-kliinisen normiaineiston kerääminen ja analysoiminen menetelmän standardoimiseksi osaksi hoitokäytäntöä. Tarkoituksena on myös selvittää CORE-yhteisön kriteereillä suomennetun CORE-lomakkeen sisäistä yhtenäisyyttä ja rakennetta. Lisäksi tarkastellaan lomakkeesta saatuja pistemääriä ja niiden jakautumista ei-

kliinisessä aineistossa. Yhtenä tavoitteena on verrata CORE-mittaria sen lyhytversioihin (CORE-5 ja CORE-10) sekä nykyisin käytössä oleviin mittareihin Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) ja Symptom Checklist 90 (SCL-90) (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) nähden. Vertaamalla ei-kliinistä ja myöhemmin erillisenä pro gradu -työnä toteutettavaa kliinisellä aineistolla tehtävää tutkimusta on mahdollista määrittää käytettävät rajapisteet, joiden avulla voidaan mm. kartoittaa hoidon tarvetta sekä tarkastella erilaisten psykologisten interventioiden toimivuutta.

Tutkimuksessa tarkastellaan CORE:n ja sen lyhytversioiden psykometrisiä ominaisuuksia verrokkimittareiden avulla seuraavanlaisin tutkimuskysymyksiin:

1. Vastaako suomalaisella ei-kliinisellä aineistolla tehty pääkomponenttirakenne alkuperäistä rakennetta?
2. Onko CORE-mittari sisäisesti johdonmukainen ja luotettava mittari?
3. Kuinka CORE-mittari käyttäytyy suomalaisessa ei-kliinisessä aineistossa vastaajien taustatekijöihin nähden?
4. Antavatko tutkimukseen valitut mittarit CORE, BDI ja SCL-90 samansuuntaisia tuloksia, ja tarjoaako CORE lisätietoa jo vakiintuneisiin mittareihin nähden?
5. Kuinka CORE-mittarilla saadut tulokset ovat yhteydessä lyhytversioilla (CORE-5 ja CORE-10) saatuihin tuloksiin?

Määritettyjen tutkimuskysymysten lisäksi verrataan suomalaisella ei-kliinisellä väestöllä saatuja tuloksia muiden maiden vastaaviin tuloksiin ja tarkastellaan suomalaisen käännöksen toimivuutta ja käyttökelpoisuutta. Työn rakenne etenee aineistonkeruun, otoksen ja mittareiden esittelystä aineiston käsittelyyn ja analyysiin sekä tutkimustulosten tarkasteluun. Lopuksi pohditaan vielä tutkimuksen ansioita ja heikkouksia, saatujen tutkimustulosten käytännön merkitystä sekä jatkotutkimusaiheita.

2. MENETELMÄT

2.1. Aineistonkeruu ja aineisto

Ennen tutkimuksen aloittamista sille haettiin eettistä ennakoarviointia Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettiseltä toimikunnalta, joka antoi lausunnon tutkimuksen eettisestä hyväksyttävyydestä. Tutkimuksessa keskityttiin suomalaisen validointitutkimuksen ei-kliinisen aineiston keruuseen ja analysointiin. Ei-kliinisellä aineistolla tarkoitetaan henkilöitä, joihin kontaktia ei haettu hoitopaikan kautta.

Aineistonkeruu suoritettiin kyselylomakkein vuoden 2013 toukokuun lopussa ja kesäkuun alussa viikoilla 22–24 erilaisista tapahtumista sekä yksittäisiltä ihmisiltä. Aineistoa kerättiin pääosin Itä-Suomen alueelta mm. eri työpaikoilta, torilta, puistosta, kahviosta, erilaisista juhlista sekä erilaisten harrastustoimintojen yhteydessä. Osallistujilta kysyttiin muutamia demografisia taustatietoja mutta ei henkilötietoja, sillä tarkoituksena ei ollut tunnistaa vastaajia. Taustamuuttujina kysyttiin ikää, sukupuolta, koulutusta, työllisyystilannetta, terveydenhuollonpalvelujen käyttöä sekä sairauksia ja lääkitystä. Vastaajiksi pyrittiin saamaan eri-ikäisiä henkilöitä eri koulutustaustoista ja työllisyystilanteista, minkä lisäksi tavoitteena oli saada tasainen otos miesten ja naisten osalta. Tutkimuksessa käytettäväksi lomakkeiksi valittiin CORE:n lisäksi BDI ja SCL-90. Tutkittaville annetut tutkimuslomakkeet sijoitettiin järjestykseen taustatietolomake, CORE, BDI ja SCL-90. Alkuperäistä CORE-lomaketta ei käytetty aineistonkeruussa sellaisenaan, sillä lomakkeen yläreunan terapian vaihetta ja CORE-lomakkeen täyttämisaikajankohtaa kartoittavien tietojen ajateltiin mahdollisesti hämmentävän osallistujia. Niinpä ne peitettiin ei-kliinisen aineistonkeruun osalta CORE-yhteisön kotimaisen yhteyshenkilön suostumuksella.

Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta perustui vapaaehtoisuuteen, täysi-ikäisyyteen, suomenkielentaitoon sekä tietoisuuteen tutkimuksen taustoista ja tarkoituksesta. Mahdollisia osallistujia informoitiin tutkimuksesta, ja he saivat luettavakseen saatekirjeen, jossa oli tutkimusentekijöiden ja tutkimuksesta vastaavien henkilöiden yhteystiedot mahdollisia myöhempiä yhteydenottoja varten. Osallistujilla oli mahdollisuus pyytää lisätietoja ja/tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Lomakkeiden täyttämisen ajan oltiin pääosin paikalla, mutta osa osallistujista halusi kuitenkin täyttää lomakkeen myöhemmin, jolloin heille annettiin postituskuori lomakkeiden palauttamista varten. Postitettujen lomakkeiden kohdalla vastausprosentti jäi heikommaksi kuin paikan päällä täytettyjen. Tutkimuksesta kieltäytyi kaikkiaan 47 henkilöä (18.3 %), ja vastausprosentiksi muodostui 81.7 %. Täyttämisen jälkeen

lomakkeet laitettiin suljettuun kirjekuoreen. Vastaajien anonymiteetin turvaamiseksi yksittäisiä vastauksia sisältävät kirjekuoret avattiin samaan aikaan ja vastauslomakkeet sekoitettiin. Sekoittamisen jälkeen vastaukset syötettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan ja keräyspaikaksi merkittiin ”yksittäisotos”. Suurempien otosten kohdalla (yli viisi vastaajaa) keräyspaikka merkittiin kirjekuoreen ja tilasto-ohjelmaan.

Ei-kliininen aineisto koostui 210 vastaajasta, joista naisia oli 115 (54.8 %) ja miehiä 95 (45.2 %). Vastaajien ikä vaihteli 18 ja 89 vuoden välillä, keski-ikä oli 43.3 vuotta (*SD* 16.1). Kaksi vastaajaa (1.0 %) ei ilmoittanut ikäänsä. Korkeakoulututkinnon oli suorittanut 90 (42.9 %), toisen asteen koulutuksen 101 (48.1 %) ja peruskoulun 18 (8.6 %). Yhdeltä vastaajalta (0.5 %) tieto koulutuksen osalta puuttui. Työllisyystilanteen osalta aineisto jakaantui seuraavasti: työssäkäyviä oli 134 (63.8 %), opiskelijoita 32 (15.2 %) ja eläkkeellä olevia 27 (12.9 %). Koska vastauksia kohtiin työtön sekä muu oli kumpiakin niin vähän, kyseiset ryhmät yhdistettiin, jotta vastaajien anonymiteetti säilyisi. Yhdistämisen jälkeen ryhmä koostui 17 vastaajasta (8,1 %). Terveyspalveluita viimeisen puolen vuoden aikana oli käyttänyt 153 (73.2 %), tieto terveyspalveluiden käytöstä puuttui yhdeltä vastaajalta (0.5 %). Lääkärin diagnosoimista sairauksista raportoi 85 (40.5 %) ja lääkärin määräämää säännöllistä lääkitystä ilmoitti käyttävänsä 74 (35.2 %). Taustamuuttujatiedot ja niiden erot sukupuolittain on esitetty taulukossa 1. Tilastollisesti merkitsevät erot on merkattu alaviitteillä.

Taulukko 1: Taustamuuttujat sukupuolittain ja koko aineistossa

	Naiset (n=115, 54.8 %)	Miehet (n=95, 45.2 %)	Kaikki (N=210)
Ikä (n_{naiset} = 114 n_{miehet} = 94)	<i>M</i> 45.4 (<i>SD</i> 16.2)	<i>M</i> 40.7 (<i>SD</i> 15.8)	<i>M</i> 43.3 (<i>SD</i> 16.1)
Koulutus			100 % (n=209)
Peruskoulu	6.1 % (n=7)	11.7 % (n=11)	8.6 % (n=18)
Toinen aste	45.2 % (n=52)	52.1 % (n=49)	48.3 % (n=101)
Korkea aste	48.7 % (n=56)	36.2 % (n=34)	43.1 % (n=90)
Työllisyystilanne			100 % (n=210)
Työssä	59.1 % (n=68)	69.5 % (n=66)	63.8 % (n=134)
Eläkkeellä	13.0 % (n=15)	12.6 % (n=12)	12.9 % (n=27)
Opiskelija	18.3 % (n=21)	11.6 % (n=11)	15.2 % (n=32)
Työtön/Muu	9.6 % (n=11)	6.3 % (n=6)	8,1 % (n=17)
Terveyspalvelujen käyttö 6 kk aikana	74.8 % (n=86)	71.3 % (n=67)	73.2 % (n=153)
Diagnoosit¹	49.6 % (n=57)	30.5 % (n=29)	41.0 % (n=86)

¹ Tilastollisesti merkitsevät erot: Aineistossa naiset ja miehet erosivat ilmoitettujen diagnoosien suhteen tilastollisesti merkitsevästi ($\chi^2(1) = 7.9$, $p = 0.005$).

Tutkimus suoritettiin Itä-Suomen yliopistossa, kasvatustieteen ja psykologian osastossa, psykologian oppiaineessa. Anonyymia aineistoa käsitellään luottamuksellisesti Itä-Suomen yliopiston psykologian oppiaineen sisällä. Aineistoa säilytetään Psykologisten palvelujen opetus- ja tutkimuskeskuksen terveydenhuollon arkistointisäännön vaatimukset täyttävässä arkistokaapissa psykologian oppiaineessa Itä-Suomen yliopistossa. Kyselylomakkeita säilytetään viiden vuoden ajan ja sähköistä aineistoa 15 vuotta, minkä jälkeen aineisto tuhotaan. Aineiston omistus- ja käyttöoikeudet jäävät Itä-Suomen yliopistolle, kasvatustieteen ja psykologian osastoon, psykologian oppiaineeseen.

2.2. Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Suomalaisen ei-kliinisen otoksen tutkimiseen ja CORE-mittarin normittamiseen käytettiin CORE:n ja sen lyhytversioiden ohella kahta muuta mittaria, joilla vastaajat arvioivat psyykkistä hyvinvointiaan. CORE-mittari (LIITE 3) on viisiportainen itsearviointimenetelmä, joka sisältää 34 erilaista väittämää (Barkham ym., 2005; Connell ym., 2007) koskien edeltävää viikkoa (Gray & Mellor-Clark, 2007). Vastausvaihtoehdot vaihtelevat skaalalla ”ei lainkaan – enimmäkseen tai koko ajan” (Barkham ym., 2005; Gray & Mellor-Clark, 2007). CORE-mittari kartoittaa potilaan koettua psyykkistä hyvinvointia neljän eri osa-alueen avulla (Connell ym., 2007):

1. Henkilökohtainen hyvinvointi sisältää 4 väittämää koskien itseä kohtaan koettuja tunteita sekä optimistista käsitystä tulevaisuudesta.
2. Psyykkinen oireilu ja ongelmat sisältää 12 väittämää koskien masennusta, ahdistuneisuutta, fyysisiä ongelmia ja traumaattista oireilua.
3. Toimintakyky sisältää 12 väittämää koskien päivittäistä arjessa selviytymistä ja sosiaalisia suhteita.
4. Riskitekijät sisältää 6 väittämää koskien riskikäyttäytymistä itseä ja toisia kohtaan.

Jatkossa viittaamme faktoreihin niiden suomenkielisillä nimillä. Manuaalin ohjeen mukaan sekä CORE:n kokonaispisteet että faktoripisteet saadaan laskemalla väittämistä saadut pisteet yhteen ja jakamalla summa vastattujen väittämien määrällä. Lomakkeen pisteytysohjeissa neuvotaan laskemaan myös yhteispisteet ilman riskifaktoria, jotta terapeutti kiinnittäisi erityishuomiota nimenomaan riskitekijöihin. Connellin ym. (2007) tutkimuksessa sekä Tampereen pilottitutkimuksessa (Ilveskoski ym., 2012) manuaalin mukaan lasketut pisteet kerrottiin vielä kymmenellä, jotta aineistossa esiintyvät erot tulevat selkeämmin esille kokonaisin pistein. Tämä on nykyään yleinen käytäntö ja helpottaa CORE-mittarin käyttöä ja tulkittavuutta (Gray & Mellor-Clark, 2007). Näin pisteytettynä yhdestä väittämästä pisteitä voi saada 0–4 (Barkham ym., 2005),

joten CORE:n kokonaispisteet vaihtelevat välillä 0–40 (Leach ym., 2006). Mitä enemmän vastaajalla ilmenee ongelmia eri osa-alueilla, sitä enemmän pisteitä hän saa (Barkham ym., 2005; Evans ym., 2002). Puolet CORE-lomakkeen kysymyksistä keskittyy ns. lievempään ja puolet vakavampaan oireiluun (Barkham ym., 2005). Manuaalin mukaan kliinisesti merkittävän oireilun rajana voidaan pitää 10 pistettä, ja tyypillinen eteneminen terapiassa näkyy 16–18 pisteen laskuna. Britannian validointitutkimuksissa Connell ym. (2007) suosittelevat rajapistemääräksi 10 pistettä, vaikka aiemmassa tutkimuksessa Evans ym. (2002) olivat muotoilleet rajapistemäärät hieman korkeammiksi.

CORE-mittarista on kehitetty lyhempiä versioita, joita voidaan käyttää terapian tuloksellisuuden seurannassa nopeina arviointimenetelminä. Viisi kysymystä sisältävä CORE-5 koostuu CORE-lomakkeen väittämistä 1, 4, 12, 15 ja 23, ja kymmenen kysymystä sisältävä CORE-10 koostuu väittämistä 2, 3, 7, 10, 15, 16, 18, 23, 27 ja 28. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös näitä lyhytversioita, vaikka niitä ei täytätetty erillisinä lomakkeina. Lyhytversiot pisteytetään samoin kuin pidempi CORE-versio. Kaikki CORE-lomakkeet voidaan pisteyttää käsin (Evans, 2012b) tai tilasto-ohjelmaa käyttäen (Ilveskoski ym., 2012), mistä syystä CORE on suhteellisen helppo ja nopea käyttää.

Tutkimuksissa käytettäviksi mittareiksi valittiin CORE:n ohella Beck Depression Inventory (BDI) (LIITE 4) ja Symptom Checklist 90 (SCL-90) (LIITE 5), jotka ovat laajassa käytössä (Holi, Sammallahhti, & Aalberg, 1998; Leach ym., 2006). Kyseisiä mittareita on käytetty myös aiemmassa CORE-lomakkeeseen liittyvässä tutkimuksessa (Evans ym., 2002; Leach ym., 2006; Palmieri ym., 2009) sekä Tampereella tehdyssä pilottitutkimuksessa (Ilveskoski ym., 2012). Lähinnä masennusoireilua mittaava BDI sisältää 21 väittämää, joista jokainen pisteytetään 0–3. Näin ollen pisteitä voi saada välillä 0–63, ja kliinisesti merkittävän lievän masennuksen rajana pidetään 10 pistettä. (Leach ym., 2006.) SCL-90 sisältää 90 väittämää koskien edeltävää kuukautta, vastausvaihtoehdot ovat 1–5. Väittämistä muodostuu 9 faktoria: masentuneisuus, ahdistuneisuus, foobisuus, pakko-oireet, somatisaatio, psykoottisuus, paranoidisuus, vihamielisyys ja interpersoonallinen herkkyys. (Holi, 2003; Holi ym., 1998; Marenmani ym., 2010.) Faktoreiden ulkopuolelle jää 7 väittämää, jotka keskittyvät lähinnä uneen sekä syömiseen liittyviin häiriöihin (Holi, 2003). Mittari sisältää yleisen vointia kartoittavan indeksin (Global Severity Index, GSI), joka muodostuu kaikkien väittämien keskiarvopisteistä (Holi, 2003; Holi ym., 1998).

2.3. Analyysi

Aineiston kvantitatiivinen analyysi suoritettiin SPSS-19-ohjelmalla. Tilastollisten testien suorittamisessa ja tulosten tulkinnessa käytettiin SPSS-oppaita vuodelta 2011 sekä Nummenmaan (2009) ja Metsämuurosen (2006) tilastokirjallisuutta. Otoksen taustamuuttujatietoja ja mittareiden väittämäjakaumia tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien sekä keskiarvon ja keskihajonnan avulla. Käytetyistä mittareista muodostettiin summamuuttujat jatkoanalyysia varten. Muuttujien normaalisuuden testaamiseen käytettiin Kolmogorov-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testejä, minkä lisäksi tarkasteltiin histogrammeja.

Pääkomponenttianalyysin avulla testattiin, kuinka CORE:n väittämät jakautuvat pääkomponentteihin. Mittareiden reliabiliteettia tutkittiin Cronbachin alfan arvojen avulla, minkä lisäksi CORE:sta tarkasteltiin myös Guttman split-half-arvoja. Taustamuuttujia tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja Khiinneliötestillä. Sukupuolten välisiä eroja mittareista saaduissa pisteissä tutkittiin Mann-Whitneyn U-testillä. Iän yhteyttä mittareista saatuihin pisteisiin tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimella, sillä ikä ei ollut normaalisti jakautunut. Jatkoanalyysia varten ikä jaettiin kvartiileiden mukaan neljään yhtä suureen ryhmään, joista muodostui seuraavat ikäluokat: 18–30, 31–42, 43–55 ja 56–89. Miesten ja naisten jakautumista ikäluokkiin tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja Khiinneliötestillä. Ikäluokkien välisiä eroja CORE-pisteissä tutkittiin Kruskal-Wallis -testillä.

Validiteettia suhteessa verrokkimittareihin tutkittiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. CORE- ja BDI-mittareiden välistä samansuuntaisuutta tarkasteltiin jakamalla niistä saadut pisteet kliinisesti merkittävän oireilun rajapisteiden mukaan kahteen luokkaan. CORE-mittarin osalta rajapisteinä käytettiin Britanniassa vakiintunutta 10 pistettä (Connell ym., 2007).

2.4. Katoanalyysi ja puuttuvien tietojen korvaaminen

Lomakkeet oli täytetty melko tarkasti ja huolellisesti. Taustatietolomakkeen osalta puuttuviin tietoihin ei puututtu. Kyselylomakkeista (CORE, BDI ja SCL-90) tietoja puuttui 39 kohdasta. Kaikkien lomakkeiden osalta vastaamatta jättäminen jakaantui suhteellisen tasaisesti eri kysymysten välillä. Vastaamatta jättäminen ei ollut systemaattista myöskään sukupuolen, iän tai koulutustaustan osalta. Nummenmaan (2009, 159) mukaan aineistossa esiintyvä kato on tällöin satunnaista. Puuttuvia tietoja esiintyi CORE-lomakkeen osalta 19 vastaajalla (9.0 %), joista naisia oli 73.7 % ($n = 14$) ja miehiä 26.3 % ($n = 5$). Heidän ikänsä vaihteli 24 ja 89 välillä, keski-ikä oli 54.3, joka on koko aineiston keski-ikää hieman korkeampi. Kaikkien CORE-lomakkeen 34

väittämän osalta puuttuvia vastauksia oli ainoastaan 0.32 %. CORE-lomakkeen väittäjä, johon useimmiten jätettiin vastaamatta (1.9 %, $n = 4$) oli numero 17 (”Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta”).

Nummenmaan (2009, 159) mukaan puuttuvien tietojen korvaaminen on täysin perusteltua, koska tällöin tietoja ei menetetä samalla tavalla kuin jos tilastoyksiköt pudotettaisiin kokonaan pois analyysistä. Myös jatkoanalyysien kannalta puuttuvien havaintojen korvaaminen saattaa olla tärkeää (Metsämuuronen, 2006, 330). Koska tutkimus keskittyy ensisijaisesti CORE-lomakkeen tutkimiseen ja yhdestäkään lomakkeesta ei puuttunut tietoja useammasta kuin kolmesta kohdasta, niitä ei haluttu pudottaa jatkoanalyyseistä pois. Myös Connell ym. (2007) ovat Britannian validointitutkimuksessa ottaneet mukaan sellaiset CORE-vastauslomakkeet, joista tietoja puuttui enintään kolmesta kohdasta. CORE-lomakkeen kokonaispistemäärän osalta puuttuvat tiedot korvattiin henkilön vastausten keskiarvolla. Puuttuvia tietoja esiintyi 19 vastaajalla (9,0 %), kuitenkin vain yhdeltä henkilöltä vastaus puuttui kolmesta väittämästä. Korvaamisen jälkeen puuttuvia tietoja ei esiintynyt. CORE-faktoreiden osalta puuttuvia tietoja ei korvattu, sillä riskifaktori sisältää vain 6 ja hyvinvointifaktori ainoastaan 4 väittämää, jolloin puuttuvien havaintojen korvaaminen keskiarvolla voisi liikaa vääristää faktoreista saatuja pistemääriä. Puuttuvia tietoja ei korvattu myöskään käsiteltäessä yksittäisiä väittämiä.

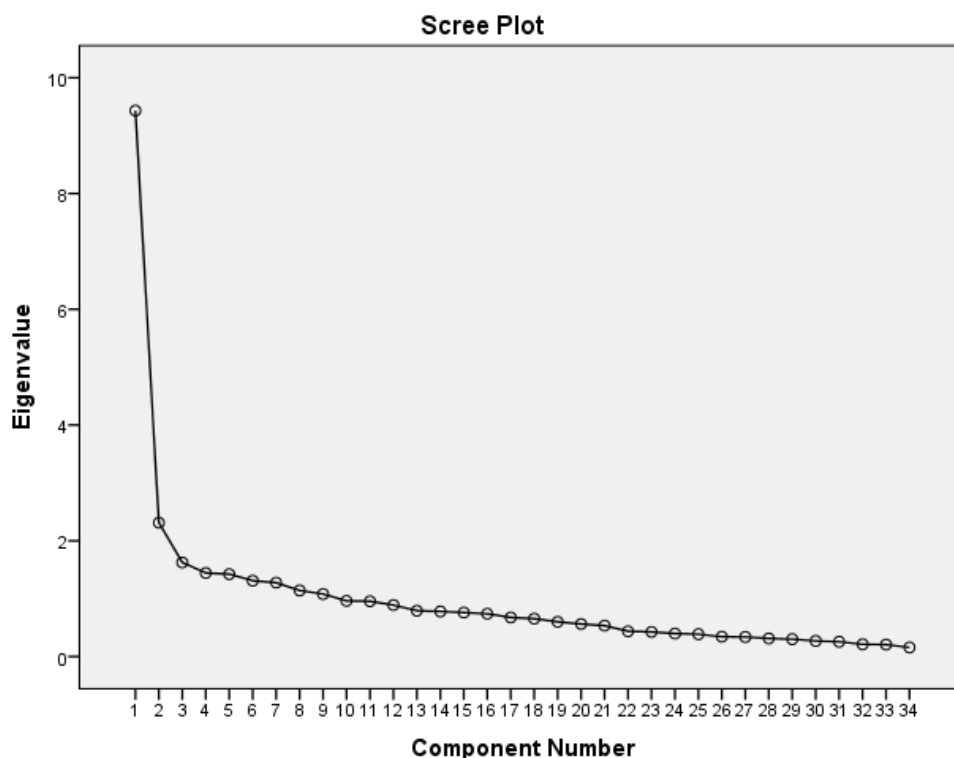
CORE:n lyhytversioiden (CORE-5 ja CORE-10) osalta mukaan otettiin pisteytysohjeen mukaisesti vain sellaiset havaintoyksiköt, joissa ei ollut puuttuvia havaintoja. Koska lomakkeet ovat niin lyhyitä, niiden validiteetti kärsisi, jos yhdestäkin väittämästä puuttuisi vastaus. CORE-5:n osalta puuttuvia tietoja oli kolmella vastaajalla (1,4 %) ja CORE-10:n osalta seitsemällä vastaajalla (3,3 %). BDI:n osalta puuttuvia tietoja esiintyi neljällä vastaajalla (1,9 %), ja jokaiselta vastaamatta jättäneeltä tieto puuttui vain yhdestä väittämästä. Puuttuvia tietoja ei nähty tarpeelliseksi korvata, sillä Nummenmaan (2009, 158) mukaan puuttuvien tietojen korvaamatta jättäminen on perusteltua, jos niitä on hyvin vähän. SCL-90:n osalta puuttuvia tietoja oli kymmenellä vastaajalla (4,8 %), ja ne korvattiin henkilön vastausten keskiarvolla niiden lomakkeiden osalta, joissa puuttuvia havaintoja oli enintään kaksi. Korvaamisen jälkeen puuttuvia tietoja ei esiintynyt.

3. TULOKSET

Tulososion alussa esitellään ensin tutkimustulokset, minkä jälkeen saatuja tuloksia suhteutetaan muiden maiden CORE-lomakkeen validointitutkimuksiin.

3.1. Pääkomponenttianalyysi

Aiempaa tutkimusta seuraten suoritettiin pääkomponenttianalyysi käyttäen Oblimin vinokulmaista rotaatiota. Korrelaatiomatriisin soveltuvuutta pääkomponenttianalyysiin selvitettiin KMO ja Bartlettin -testien avulla ($p < 0.001$). Scree plot -kuvasta (kuva 1) voidaan nähdä, että suurin osa väittämistä latautui ensimmäiselle pääkomponentille (28 %). Ominaisarvojen ja aiemman tutkimuksen perusteella muodostettiin kolmen pääkomponentin ratkaisu. Tehty ratkaisumalli selitti 39 % komponenttien varianssien vaihtelusta. Ensimmäinen pääkomponentti koostui pääosin negatiivissävytteisistä väittämistä, toinen sisälsi eniten positiivissävytteisiä väittämiä ja kolmannelle latautuneista väittämistä puolet oli riskiväittämiä. Näin ollen riskiväittämistä ei muodostunut omaa selkeää komponenttiaan. Pääkomponenttianalyysin perusteella CORE:n tilastollinen rakenne eroaa mittarin kehittäjien teoreettisesta neljän faktorin oletuksesta.



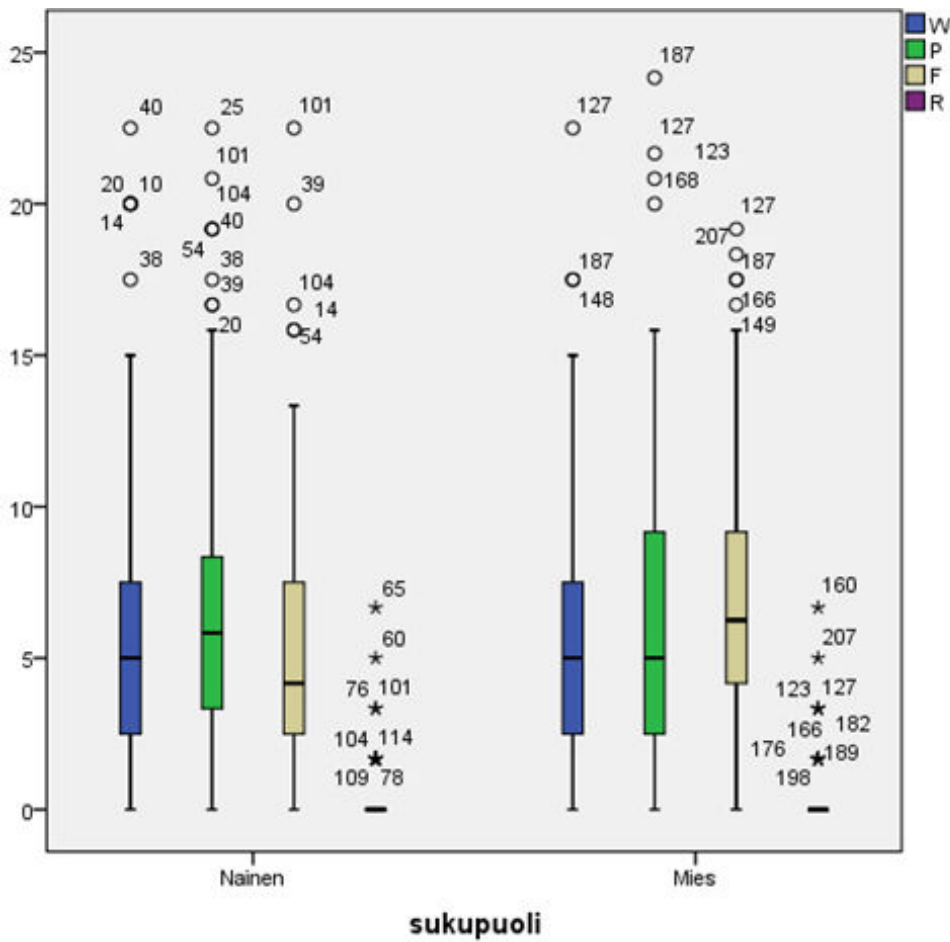
Kuva 1: Scree plot -kuva pääkomponenttianalyysistä (PCA)

3.2. Sisäinen reliabiliteetti

CORE-mittarin sisäistä yhdenmukaisuutta arvioitiin laskemalla Cronbachin alfa (Cronbach, 1951). Metsämuurosen (2006, 68) mukaan alfan arvon alarajaksi käyttäytymistieteissä on määritelty 0.60, mutta tästäkin käytännöstä ollaan hänen mukaansa jossain määrin luopumassa. CORE-lomakkeen sisäinen reliabiliteetti oli korkea ($\alpha = 0.91$, $n = 191$). Korkea alfan arvo kertoo siitä, että mittari on luotettava ja väittämät mittaavat samaa asiaa, joka on mittarin kehittäjien mukaan yleinen psyykkinen hyvinvointi. Koko asteikon Guttman split-half-reliabiliteetin arvo oli 0,90. Ensimmäisen asteikon puolikkaan (väittämät 1–17) Cronbachin alfan arvoksi tuli 0,81 ja toisen asteikon puolikkaan (väittämät 18–34) 0,85. Näiden arvojen perusteella asteikon sisäinen johdonmukaisuus on hyvä.

Myös lyhemmät CORE-versiot olivat sisäisesti yhdenmukaisia: CORE-5 ($\alpha = 0.67$, $n = 207$) ja CORE-10 ($\alpha = 0.73$, $n = 203$). CORE-faktoreiden sisäiset reliabiliteetit olivat seuraavat: ongelmafaktori ($\alpha = 0.86$, $n = 202$), toimintakykyfaktori ($\alpha = 0.79$, $n = 202$), hyvinvointifaktori ($\alpha = 0.64$, $n = 204$) ja riskifaktori ($\alpha = 0.41$, $n = 210$). Nummenmaan (2009, 357) mukaan useista väittämistä koostuvan mittarin reliabiliteetti kasvaa väittämien määrän kasvaessa. Ottaen huomioon, että hyvinvointifaktori sisältää vain 4 väittämää, on reliabiliteettikerroin hyvä. Riskifaktorin reliabiliteettikerroin on melko alhainen, mutta se nousisi hieman ($\alpha = 0.44$) jos väittämän numero 22 poistaisi. On myös huomioitava, että kyseinen faktori sisältää ainoastaan 6 väittämää.

Riskifaktorin osalta tulokset poikkesivat aiemmasta tutkimuksesta, mistä syystä haluttiin vielä tutkia, kuinka CORE-pisteiden jakautuminen eroaa faktoreittain. Koko aineistossa riskiväittämiä kohden saadut pisteiden keskiarvot, jotka vaihtelivat välillä 0.01–0.11, olivat huomattavasti matalampia verrattuna muiden väittämien keskipistemääriin. Faktoripisteistä piirretty boxplot -kuva osoittaa, kuinka selkeä ero on verrattuna muihin faktoreihin (kuva 2). Riskifaktorin osalta on saatu lähinnä nollapisteitä. Muiden faktoripisteiden keskiarvot vaihtelevat välillä 6.2–6.8, kun riskifaktorin keskiarvo oli 0.5.



Kuva 2: CORE-faktoripisteiden jakautuminen

3.3. CORE-, BDI- ja SCL-90-pisteet sukupuolen ja iän mukaan

Tutkimukseen valituista mittareista saatujen pisteiden jakautumista tarkasteltiin koko aineistossa sekä sukupuolittain. Suomalaisessa ei-kliinisessä aineistossa CORE-kokonaispisteiden keskiarvoksi muodostui 5.5 (*SD* 3.7). CORE:n kokonaispisteet sekä lyhytversioiden pisteet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi miesten ja naisten välillä. Sukupuolten välillä ainoastaan toimintakykyfaktorin pistemäärät erosivat toisistaan siten, että miesten pisteet olivat naisten pisteitä tilastollisesti merkitsevästi korkeammat. BDI-kokonaispisteiden keskiarvo oli 3.9 (*SD* 4.8), ja samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aiemmassa suomalaisessa ei-kliinisellä aineistolla tehdyssä tutkimuksessa (Hintikka ym., 2005). SCL-90-kokonaispisteiden keskiarvo oli 1.3 (*SD* 0.3). BDI:n ja SCL-90:n kokonaispisteet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi sukupuolittain. SCL-90:n faktoreista ainoastaan somatisaation pistemäärät erosivat miesten ja naisten välillä tilastollisesti merkitsevästi. Tulokset on esitetty taulukossa 2, tilastollisesti merkitsevät erot on merkitty alaviitteellä.

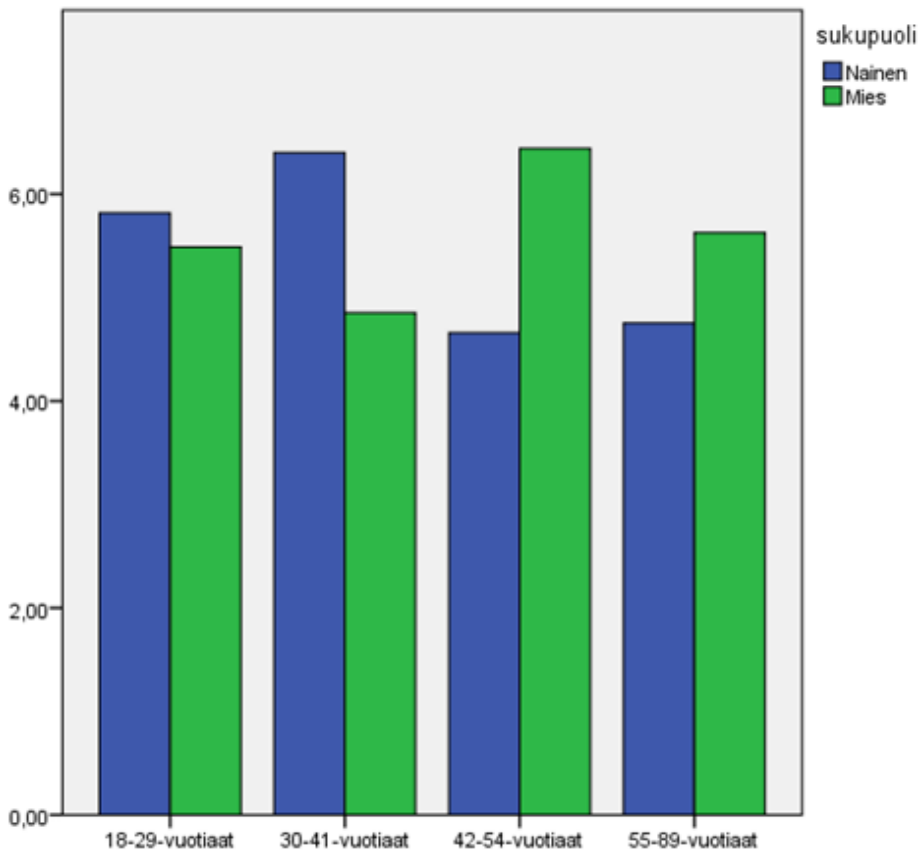
Taulukko 2: CORE:n, BDI:n ja SCL-90:n pistemäärät sukupuolittain ja koko aineistossa

	Naiset (n=115, 54.8 %) M (SD)	Miehet (n=95, 45.2 %) M (SD)	Kaikki (N=210)
CORE-keskiarvopisteet	5.4 (3.9)	5.5 (3.5)	5.5 (3.7)
CORE hyvinvointifaktori	6.4 (5.8)	5.9 (4.6)	6.2 (5.3)
CORE ongelmafaktori	7.0 (5.1)	6.6 (5.1)	6.8 (5.1)
CORE toimintakykyfaktori ¹	5.6 (4.3)	7.0 (4.2)	6.2 (4.3)
CORE riskifaktori	0.5 (1.4)	0.5 (1.2)	0.5 (1.3)
CORE-5 lyhytversio	2.7 (2.4)	2.8 (2.3)	2.8 (2.3)
CORE-10 lyhytversio	5.0 (3.8)	5.3 (4.0)	5.1 (4.0)
BDI-kokonaispisteet	4.2 (4.8)	3.5 (4.7)	3.9 (4.8)
SCL-90-kokonaispisteet	1.3 (0.3)	1.3 (0.3)	1.3 (0.3)
SCL masentuneisuus	1.4 (0.5)	1.3 (0.4)	1.4 (0.5)
SCL ahdistuneisuus	1.3 (0.4)	1.2 (0.3)	1.3 (0.3)
SCL foobisuus	1.0 (0.2)	1.1 (0.3)	1.0 (0.2)
SCL pakko-oireet	1.5 (0.6)	1.5 (0.5)	1.5 (0.5)
SCL somatisaatio ²	1.5 (0.4)	1.3 (0.3)	1.4 (0.4)
SCL psykoottisuus	1.1 (0.2)	1.2 (0.3)	1.1 (0.3)
SCL paranoidisuus	1.3 (0.4)	1.3 (0.4)	1.3 (0.4)
SCL vihamielisyys	1.3 (0.4)	1.2 (0.3)	1.3 (0.3)
SCL interpers.herkkyyt	1.4 (0.5)	1.3 (0.4)	1.3 (0.5)
SCL unihäiriöt	1.6 (0.7)	1.6 (0.7)	1.6 (0.7)
SCL syömishäiriöt	1.3 (0.5)	1.2 (0.3)	1.3 (0.4)

¹ U = 3957.05, p < 0.001

² U = 4289.00, p = 0.016

Tarkasteltaessa aineiston ikäjakaumaa huomattiin, ettei ikä ollut normaalisti jakautunut. Ristiintaulukoinnin ja Khiinneliötestin mukaan ikäluokkiin jakautumisessa sukupuolittain ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ($\chi^2(3) = 4.47$, p = 0.22). Kuvassa 3 on esitetty CORE-pisteiden jakautuminen sukupuolittain sekä ikäluokittain. Ikäryhmien välisiä eroja CORE-pisteissä tarkasteltiin Kruskal–Wallisin -testillä, jonka mukaan ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ($\chi^2(3) = 0.93$, p = 0.82). Voidaan siis todeta, että CORE-pisteet eivät eroa ikäluokittain tai sukupuolittain.



Kuva 3: CORE-pisteet ikäluokittain ja sukupuolittain

3.4. Keskeiset muuttujien väliset yhteydet

3.4.1. Iän, CORE-kokonaispisteiden sekä CORE-faktoreiden väliset yhteydet

Muuttujien välisten yhteyksien voimakkuuden tarkasteluun käytettiin korrelaatioita sekä sirontakuviota. Spearmanin korrelaatiokertoimien voimakkuuden tulkinnassa käytettiin Metsämuurosen (2006, 360) mukaista ohjeellista tulkintaa. Ikä ei ollut yhteydessä CORE-kokonaispisteisiin tai eri faktoreihin.

CORE-kokonaispistemäärän korrelaatiokerroin suhteessa CORE:n eri faktoreihin oli erittäin korkea lukuun ottamatta riskifaktoria. Myös CORE:n eri faktorit olivat voimakkaassa yhteydessä toisiinsa, ainoastaan riskifaktorin korrelaatiokertoimet suhteessa muihin faktoreihin jäivät heikommiksi. Riskiväittämistä saadut pisteet olivat lähinnä nollopisteitä eivätkä näin olleet yhteydessä muiden faktoreiden pisteisiin. CORE-lomakkeen korrelaatiot laskettiin myös ilman riskiväittämiä (Kaikki-R). CORE-kokonaispisteet ilman riskiväittämiä korreloi erittäin korkeasti CORE-kokonaispisteiden sekä eri faktoreiden kanssa. Ainoastaan riskifaktorin kanssa korrelaatiokerroin jäi matalammaksi tuloksen ollessa kuitenkin tilastollisesti merkitsevä. Korrelaatiokertoimet ja tilastollisesti merkitsevät p-arvot on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3: CORE-kokonaispisteiden, CORE-faktoreiden ja CORE-kokonaispisteiden ilman riskifaktoria väliset Spearmanin korrelaatiot (r_s)

	CORE	Hyvinvointi	Ongelmat	Toimintakyky	Riskit
CORE					
Hyvinvointi	0.80**				
Ongelmat	0.89**	0.62**			
Toimintakyky	0.87**	0.66**	0.60**		
Riskit	0.38**	0.27**	0.28**	0.35**	
Kaikki-R ¹	0.99**	0.80**	0.88**	0.87**	0.34**

** $p < 0.001$

¹ Taulukossa esiintyvä Kaikki-R tarkoittaa CORE-kokonaispisteitä ilman riskiväittämiä.

3.4.2. CORE:n vertaaminen lyhytversioihin ja muihin mittareihin

Ikä ei ollut yhteydessä CORE-lyhytversioiden pistemäärien eikä BDI:n tai SCL-90:n kokonaispisteiden kanssa. CORE-kokonaispisteet olivat positiivisessa yhteydessä lyhytversioiden sekä BDI:n että SCL-90:n kanssa. Suurin osa vastaajista sai kaikilla mittareilla mitattuna alhaisia pistemääriä. Jos vastaaja sai CORE:sta korkeita pisteitä, myös BDI- ja SCL-90-pisteet olivat korkeat. Tulokset ovat nähtävissä taulukossa 4.

Taulukko 4: CORE-kokonaispisteiden sekä CORE-lyhytversioiden, BDI:n ja SCL-90:n pisteiden väliset Spearmanin korrelaatiot (r_s)

	CORE	CORE-5	CORE-10	BDI
CORE				
CORE-5	0.79**			
CORE-10	0.89**	0.68**		
BDI	0.64**	0.52**	0.64**	
SCL	0.74**	0.56**	0.68**	0.72**

** $p < 0.001$

CORE:n ja BDI:n samansuuntaisuutta tarkasteltiin korrelaatioiden ohella myös frekvenssien avulla. Molempien mittareiden osalta vastaajat jaettiin kahteen luokkaan rajapisteiden perusteella. Koska Suomessa CORE-lomakkeen validointitutkimusta ei ole vielä saatettu loppuun, käytettiin luokkiin jakamisessa Britanniassa vakiintunutta 10 rajapistettä (Connell ym., 2007). Myös BDI:n ohjeellinen pisteraja on 10 (Raitasalo, 2007). Molemmissa mittareissa tämän yli menevät pistemäärät kertovat kliinisesti merkittävästä oireilusta. CORE:n mukaan kliinistä oireilua esiintyi 25 vastaajalla (11.9 %) ja BDI:n mukaan 27 vastaajalla (13.1 %). Vastaajista 19 (9.0 %) sai molemmilla mittareilla mitattuna pisteitä yli kliinisesti merkittävän rajan, mikä kertoo siitä, että mittarit antavat samansuuntaisia tuloksia. Toisaalta osa vastaajista ylitti kliinisesti merkittävän pisterajan vain toisella mittarilla mitattuna. Mittareilla saadut tulokset siis myös erosivat toisistaan, ja vastaajista vain 1 % ($n = 2$) sai CORE:sta 0 pistettä, kun taas BDI:stä 24.8 % ($n = 52$) sai 0 pistettä.

3.5. Tulokset suhteessa kansainvälisiin normeihin

Saadut tutkimustulokset vastasivat suurelta osin muiden maiden tuloksia. Suomalainen aineisto näyttäytyi kuitenkin osin erilaisena kuin aiemmat validointitutkimukset antoivat odottaa. Tosin jo aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että vastaustyyli ja rajapistemäärät voivat vaihdella kulttuureittain (Campbell & Young, 2011; Connell ym., 2007; Palmieri ym., 2009; Uji ym., 2012).

Tutkimuksessa tehtiin Evansin ym. (2002) alkuperäisen tutkimuksen tavoin pääkomponenttianalyysi ja muodostettiin kolmen pääkomponentin ratkaisu. Tehdyssä ratkaisussa suurin osa väittämistä (28 %) latautui ensimmäiselle pääkomponentille, kuten myös Evansin ym. (2002) ja Palmierin ym. (2009) tutkimuksissa (38 % ja 33 %). Ensimmäiselle pääkomponentille latautuneet väittämät olivat pitkälti samoja kuin Evansin ym. (2002) tutkimuksessa, jossa ensimmäinen pääkomponentti koostui pääosin negatiivissävytteisistä väittämistä. Alkuperäisessä ratkaisussa toinen pääkomponentti koostui riskiväittämistä ja kolmas positiivissävytteisistä väittämistä, kun taas tämän tutkimuksen pääkomponenttianalyysissä toinen pääkomponentti sisälsi eniten positiivissävytteisiä väittämiä ja kolmannelle latautuneista väittämistä puolet oli riskiväittämiä. Alkuperäisen ratkaisun tavoin pääkomponenttimallissa muodostui negatiivinen ja positiivinen pääkomponentti, mutta riskiväittämistä ei muodostunut omaa selkeää komponenttiaan.

Verrattuna muiden maiden tutkimuksiin koko CORE-mittarin sekä hyvinvointia, ongelmia ja toimintakykyä kartoittavien faktoreiden sisäisten reliabiliteettikertoimien osalta on saatu samansuuntaisia tuloksia (Elfström ym., 2012; Evans ym., 2002, Uji ym., 2012). Sen sijaan riskifaktorin osalta saatu reliabiliteettikertoimen arvo (0.41) erosi aiemmista tutkimuksista ollen selkeästi alhaisempi. Esimerkiksi Evans ym. (2002) ovat saaneet riskifaktorin alfan arvoksi 0.79.

Verrattuna Britannian validointitutkimuksen (Connell ym., 2007) CORE-pisteiden keskiarvoon (4.8) tutkimuksessa saadut keskiarvopisteet olivat samansuuntaiset (5.5). Tulosten yhteneväisyyteen vaikuttaa se, että molemmissa tutkimuksissa otos valittiin satunnaisesti ja aineisto koostui eri koulutustaustoista ja työllisyystilanteista olevista ihmisistä. Ruotsin (Elfström ym., 2012) ja Britannian (Evans ym., 2002) tutkimuksissa tuodaan ilmi, että pääosin tai kokonaan opiskelijoilla tehty ei-kliininen normeeraus nostaa CORE:sta saatuja keskipisteitä ja sitä kautta myös pisterajoja. Elfströmin ym. (2012) sekä Campbellin ja Youngin (2011) tutkimuksissa koko ei-kliininen aineisto koostui eri vaiheessa olevista opiskelijoista. Myös Palmierin ym. (2009), Evansin ym. (2002) ja Ujin ym. (2012) tutkimuksissa suuri osa osallistujista oli opiskelijoita. Ruotsissa CORE:n keskiarvopisteet ei-kliinisen aineiston osalta olivat 9.0 (Elfström ym., 2012), Japanissa 9.4 (Uji ym., 2012) ja Britanniassa (Evans ym., 2002) 7.6. Kaikissa näissä suurelta osin opiskelijoilla tehdyissä

tutkimuksissa CORE-pisteiden keskiarvot olivat korkeammat kuin tässä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa ei-kliinisessä aineistossa opiskelijoita oli ainoastaan 15.2 % ($n = 32$), joista vain osa oli korkeakouluopiskelijoita. Opiskelijoiden CORE-pisteiden keskiarvo (5.8) oli koko aineiston keskiarvoa korkeampi.

Korrelaatioiden osalta saadut tulokset olivat suurelta osin samansuuntaisia kuin aiemmassa tutkimuksessa, ja CORE:n väittämien riippumattomuus iästä on huomattu muissakin validointitutkimuksissa (Connell ym., 2007; Elfström ym., 2012; Palmieri ym., 2009). Aiemman tutkimuksen tavoin CORE:n kokonaispisteet olivat voimakkaassa yhteydessä eri faktoreihin, ja myös faktoreiden väliset korrelaatiokertoimet olivat korkeita (Evans ym., 2002, Connell ym., 2007). Ainoastaan suhteessa riskifaktoriin korrelaatiokertoimet jäivät matalammiksi, vaikka tulokset olivatkin tilastollisesti merkitseviä. Myös muissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Elfström ym., 2012; Evans ym., 2002; Uji ym., 2012). Riskifaktorin alhaisemman yhteyden suhteessa muihin faktoreihin ajatella johtuvan siitä, että riskitekijöitä mittaavat kysymykset ovat muihin kysymyksiin nähden erityislaatuksia (Elfström ym., 2012). CORE-lomakkeen yhteydet laskettiin myös ilman riskiväittämiä, kuten on toimittu aiemmissakin tutkimuksissa (Elfström ym., 2012; Evans ym., 2002).

4. POHDINTA

4.1. Tulosten arviointia

Tutkimuksen pääkohteena olivat CORE-mittarin psykometriset ominaisuudet sekä mittarin sopivuus Suomeen. Tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella suomennettu CORE-mittari osoittautui pääosin toimivaksi, vaikka käännöksen toimivuudessa esiintyi joitain heikkouksia. Kaiken kaikkiaan saadut tulokset olivat hyvin samansuuntaisia aiempaan tutkimukseen nähden, ainoastaan pääkomponenttianalyysiin ja riskiväittämiin liittyvät tutkimustulokset erosivat muiden maiden vastaavista tuloksista. Suomalaisella ei-kliinisellä aineistolla muodostettu pääkomponenttirakenne vastasi osittain alkuperäistä ratkaisua, mutta riskiväittämistä ei muodostunut omaa selkeää komponenttiaan. Pääkomponenttianalyysi osoittaa sen, että riskiväittämiä on hyvä kartoittaa erikseen, kuten lomakkeen ohjeistus vaatii. Riskiväittämät eivät ole pääkomponenttianalyysin perusteella selkeästi yhteydessä muihin väittämiin, eikä muiden väittämien pisteiden perusteella voi tehdä oletusta riskiväittämien pisteistä. Pääkomponenttianalyysin perusteella mittarin teoreettinen rakenne ei vastannut tilastollista rakennetta.

CORE osoittautui toimivaksi mittariksi mittaamaan yleistä psyykkistä hyvinvointia, sillä tutkimuksen perusteella mittarin sisäinen yhdenmukaisuus oli korkea. Vahvistusta sisäiselle yhdenmukaisuudelle antoi korkea Guttman split-half-reliabiliteetin arvo. Myös valitut verrokkimittarit BDI ja SCL-90 antoivat CORE:n kanssa samansuuntaisia tuloksia, mikä kertoo siitä, että CORE mittaa ainakin osittain samaa asiaa kuin verrokkimittarit. Tämä oli odotettua, sillä BDI mittaa masennusoireilua ja SCL-90 kartoittaa laajasti erilaista oireilua, joka liittyy psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimusaineistossa esiintyi kliinistä oireilua CORE:n mukaan 25 vastaajalla ja BDI:n mukaan 27 vastaajalla, molemmilla mittareilla mitattuna 19 vastaajaa sai pisteitä yli kliinisesti merkittävän rajan. Näin ollen mittareilla saadut tulokset myös erosivat toisistaan, ja CORE tarjosi lisätietoa verrokkimittareihin nähden. CORE osoittautui BDI:tä erottelukykyisemmäksi alhaisten pistekeskiarvojen suhteen. CORE-lomakkeeseen annetuissa vastauksissa esiintyi paljon vaihtelua, ja lomakkeista vain 1 % ($n = 2$) oli täytetty niin, että kokonaispisteiksi muodostui 0. Tämä kertoo siitä, että lomake pystyy erottelemaan vastaajia ja tarjoaa riittävästi vastausvaihtoehtoja.

CORE-kokonaispisteet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi vastaajien sukupuolen tai iän mukaan, joten se on käyttökelpoinen eri väestöryhmille. Tämän perusteella voidaan myös luottaa

siihen, että samat pisterajat toimivat sukupuolesta ja iästä riippumatta. CORE ja sen lyhytversiot sisältävät samat kysymykset, joten saadut pistemäärät olivat odotetusti yhteydessä toisiinsa. Suomalaisessa ei-kliinisessä aineistossa riskiväittämistä saatiin lähinnä nollapisteitä. On myös huomioitava, että tutkimuksessa saatujen CORE-pisteiden keskiarvot olivat matalammat kuin monessa muussa tutkimuksessa, joten voitiin olettaa, että myös riskifaktorin pisteet olisivat alhaisempia. Riskifaktori ei ollut yhteydessä muihin faktoreihin yhtä voimakkaasti kuin muut faktorit olivat yhteydessä keskenään. Tämä oli odotettua, sillä riskifaktorin kysymykset ovat muihin kysymyksiin ja faktoreihin nähden erityislaatuista. Tässä tutkimuksessa riskifaktorin alfan arvo oli muiden faktoreiden alfan arvoihin verrattuna alhainen, mikä selittyy osittain sillä, että riskifaktori sisältää vain neljä väittämää. Erot suhteessa aiempaan tutkimukseen voivat selittyä myös kulttuurieroilla ja vastaustyyllillä.

4.2. CORE-lomakkeen arviointia

Määritettyjen tutkimuskysymysten lisäksi tarkasteltiin suomalaisen käännöksen toimivuutta ja käyttökelpoisuutta. CORE:n suomennoksen väittämät 7 ja 20 aiheuttivat osalle vastaajista hämmennystä, mikä sai pohtimaan, onko käännös täysin onnistunut ja voisiko sitä parantaa. Lomakkeen väittämät koskevat edellistä viikkoa, mistä syystä väittämään 7 (”Olen tuntenut selviytyväni, vaikka asiat menevät pieleen”) oli joidenkin osallistujien mielestä hankala vastata, sillä he eivät kokeneet, että asiat olisivat menneet viikon aikana pieleen, kuten väittämän ja vastausvaihtoehtojen oletuksena on. Väittämän muotoilua voisi muuttaa siten, että lomakkeen virheellinen oletus pystyttäisiin kiertämään ja pisteytys pysyisi silti samana. Ehdotamme muotoa ”Olen tuntenut selviytyväni, jos asiat menevät pieleen”. Tämä väittämä latautui alkuperäisessä pääkomponenttianalyysissä kolmannelle komponentille, mutta tässä tutkimuksessa toiselle komponentille, mikä voi osittain kertoa kysymyksen epäselvästä muotoilusta.

Toinen CORE-lomakkeen hämmennystä aiheuttanut kohta oli väittämä 20 (”En ole saanut ongelmia mielestäni”), jonka vastausvaihtoehdot osoittautuivat epäselviksi. Vastausvaihtoehdolla ”ei lainkaan” saa 0 pistettä ja ”enimmäkseen tai koko ajan” 4 pistettä. Tällöin lomakkeessa oletetaan vastauksen ”ei lainkaan” tarkoittavan sitä, ettei henkilö ole kokenut viikon aikana sellaista tilannetta, ettei hän olisi saanut ongelmia mielestään. Kuitenkin osa vastaajista saattoi olettaa väittämän tarkoittavan sitä, etteivät he ole lainkaan saaneet ongelmia mielestään, mikä viittaa täysin vastakkaiseen tilanteeseen. Kaikista CORE-lomakkeen väittämistä kyseisen väittämän keskihajonta oli korkein ja keskipistemäärä toiseksi suurin. Tämä kertoo kyseisen väittämän epäselvyydestä, jolloin siihen voi olla helpompi vastata ”usein” tai ”toisinaan”. Väittämän selventämiseksi

ehdotamme muotoilua ”Ongelmat ovat vaivanneet mieltäni”, jolloin vastausvaihtoehdot selvenisivät ja pisteytys pysyisi samana. On kuitenkin huomioitava, että CORE-yhteisö on antanut tarkat ohjeet sen suhteen, kuinka eri maiden käännösten kysymykset tulee rakentaa, ja tämä koskee myös negaation kautta rakennettujen väittämien suhdetta muihin väittämiin. Jos kyseisen väittämän muotoilua muutettaisiin ehdotuksen mukaisesti, myös väittämien välinen suhde muuttuisi. Mielestämme ulkoasua tärkeämpää on kuitenkin lomakkeen ymmärrettävyys, jotta lomakkeen luotettavuus säilyisi. Toisin kuin englanniksi, suomeksi kaksoisnegaation kautta rakennetut kysymykset voivat olla hankalammin ymmärrettävissä. Muilta osin CORE:n suomennos vaikutti toimivan tutkimusaineistossa hyvin.

Aineistonkeruussa huomattiin, että CORE-lomakkeen täyttämiseen kului muita lomakkeita enemmän aikaa, sillä sopivan vastausvaihtoehdon löytymiseksi väittämät on luettava tarkasti. Koska CORE oli sijoitettu ensimmäiseksi lomakkeeksi heti taustatietojen jälkeen, oletettiin sen vastausprosentin olevan paras. Näin ei kuitenkaan ollut. CORE-lomakkeen ulkoasu saattoi vaikuttaa siihen, että väittämiin jätettiin vastaamatta. BDI:hin verrattuna CORE:n fontti on pienempi ja ohjeistukseen on käytetty huomattavasti enemmän tilaa, jolloin suurempi määrä kysymyksiä (CORE:ssa 34 ja BDI:ssä 21) on pienemmässä tilassa. Myös CORE:n valkea-harmaa pohjaväri saattaa sekoittaa vastaajia, sillä varsinkin heikompinäköisten voi olla hankala erottaa mustaa tekstiä harmaalta pohjalta. Lisäksi CORE:n vastausprosenttiin voi vaikuttaa se, että osa lomakkeen väittämistä on rakennettu negaation kautta, jolloin vastausvaihtoehdot ja pisteytys ovat vastakkaiset muuhun lomakkeeseen nähden. BDI ja SCL-90 sisältävät ainoastaan samalla tyyllillä muotoiltuja väittämiä, joiden vastausvaihtoehdot pysyvät läpi lomakkeen samoina, mikä helpottaa ja nopeuttaa vastaamista. Toisaalta tämä voi näkyä vastaustyyliässä siten, että kysymyksiin vastataan aina samalla tavoin. Vaikka negaation kautta rakennetut väittämät saattavat heikentää CORE:n vastausprosenttia, ne myös pakottavat lukemaan lomakkeen huolella.

Tutkittaessa ei-kliinistä aineistoa kliiniseen käyttöön tarkoitetuilla mittareilla saattavat osallistujat kokea hankaluutta vastatessaan esitettyihin väittämiin, sillä psyykkisen tilan arvioinnissa käytetyt lomakkeet keskittyvät lähinnä ongelmien ja oireilun kartoitukseen. Käytetyistä mittareista saatiin BDI:n osalta palautetta, ettei omalle kohdalle sopivinta vastausvaihtoehtoa löytynyt. Vastaajien kokemuksen mukaan masennusoireilua mittaavassa arviointimenetelmässä vastausvaihtoehdot tuntuivat liian negatiivissävytteisiltä. Osa vastaajista koki, etteivät myöskään CORE:n ja SCL-90:n väittämät sopineet omaan elämäntilanteeseen. CORE-lomakkeen hyvänä puolena ei-kliinistä aineistoa ajatellen voidaan kuitenkin pitää sitä, että se sisältää myös yleistä toimintakykyä mittaavia väittämiä. Vastaajilta saadusta palautteesta päätellen tällaisiin väittämiin oli helpompi vastata, sillä

ne eivät tuntuneet niin vierailta kuin vakavampaa psyykkistä oireilua kartoittavat kysymykset. Tutkimuksen perusteella CORE-mittari on toimiva menetelmä kartoittamaan erityyppistä oireilua, sillä väittämät mittaavat psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueita monipuolisesti yleisestä toimintakyvystä aina terveyttä vaarantavaan riskikäyttäytymiseen. Ihmisten ainutlaatuisuus, elämäntilanteiden vaihtelevuus sekä psyykkisten häiriöiden erilaisuus vaikuttavat oireiden näyttäytymiseen, mistä syystä oireiden kartoittamisen monipuolisuus on tärkeää. Varsinkin lievemmissä häiriöissä oireilu ei välttämättä näyttäydy vakavana psyykkisenä pahoinvointina vaan esimerkiksi alentuneena toimintakykynä.

4.3. Tutkimusprosessin ja aineiston arviointia

Tutkimuksessa ei voitu vastaajien anonymiteetin säilymisen vuoksi tehdä CORE:n toistotestausta, sillä tällöin ainakin osalta vastaajista olisi täytynyt kysyä tarkempia tunnistetietoja, jotta heidät olisi voinut tavoittaa uudelleenmittausta varten. Suomalaisessa pilottitutkimuksessa Ilveskoski ym. (2012) ovat kuitenkin todenneet CORE:n toimivaksi tiedonkeruumenetelmäksi koskien terapian aikana tapahtunutta muutosta. Evans ym. (2002) ovat saaneet yhden viikon uudelleentestausvälillä Spearmanin korrelaatiokertoimeksi 0.90. Myös muissa tutkimuksissa CORE:n uudelleentestausreliabiliteetti on todettu korkeaksi (Elfström ym., 2012; Evans, 2012b; Uji ym., 2012).

Vastaajilta saadun palautteen myötä huomattiin, että taustatietoja kartoittavasta lomakkeesta puuttui toisen asteen ja korkeakoulututkinnon väliin jäävä opistoaste, mikä saattoi vaikeuttaa vastaamista. Tällaisissa tilanteissa vastaajia ohjeistettiin valitsemaan itseä parhaiten koskeva vaihtoehto. Tutkimuksen rajoituksena voidaan pitää myös suhteellisen pientä otosta ($n = 210$), mutta aineiston koko on kuitenkin CORE-yhteisön hyväksymä. Aineisto on kerätty pääosin Itä-Suomen alueelta, mistä syystä se ei välttämättä kuvaa parhaalla mahdollisella tavalla koko Suomea eivätkä saadut tutkimustulokset näin ollen ole suoraan yleistettävissä. Tavoitteena oli kuitenkin saada osallistujia erilaisista koulutustaustoista ja elämäntilanteista, jotta aineisto kuvaisi todellista populaatiota ja olisi suhteellisen kattava poikkileikkaus suomalaisesta väestöstä.

Verratessa tutkimuksen aineistoa Tilastokeskuksen (2012a) tietoihin huomattiin, että keski-ikä osalta aineisto vastasi melko hyvin suomalaista väestöä. Sukupuolijakauma oli osin vinoutunut mutta samansuuntainen, sillä sekä aineistossa että väestössä naisia on enemmän kuin miehiä (Tilastokeskus, 2012a). Työllisyystilanteen osalta vastaajista suurin osa oli työssäkäyviä, mikä kuvaa todellista populaatiota (Tilastokeskus, 2012b). Koulutustaustan osalta vastaajia oli kaikista ryhmistä, mutta aineisto ei ollut tasaisesti jakautunut. Tilastokeskuksen (2011) tietojen mukaan 15

vuotta täyttäneistä suomalaisista korkea-asteen on suorittanut 31.3 %, keskiasteen 37.0 % ja pelkän peruskoulun 31.7 %. Tutkimusaineistossa korkeakoulun käyneitä oli 43.1 %, toisen asteen käyneitä 48.3 % ja peruskoulun käyneitä 8.6 %. Tältä osin aineisto ei vastaa suomalaista väestörakennetta. On kuitenkin otettava huomioon, että tutkimusaineisto koostuu täysi-ikäisistä henkilöistä, kun taas Tilastokeskuksen tiedot koskevat kaikkia yli 15-vuotiaita. 15–18-vuotiaista suurin osa kuuluu pelkästään perusasteen suorittaneisiin, minkä vuoksi prosenttiluvut eivät ole täysin verrattavissa toisiinsa.

Otos olisi voinut olla laajempi ja tasaisempi, mutta verrattuna muiden maiden validointitutkimuksiin se on monipuolinen. Evansin ym. (2012) alkuperäinen tutkimus on tehty suurelta osin opiskelija-aineistolla, mikä on luultavasti osaltaan vaikuttanut siihen, että monissa validointitutkimuksissa on päädytty samaan (Campbell & Young, 2011; Elfström ym., 2012; Palmieri ym., 2009; Uji ym., 2012). Tämä luonnollisesti laskee vastaajien keski-ikää sekä vaikuttaa koulutustaustaan ja työllisyystilanteeseen. Verrattuna aiempiin validointitutkimuksiin oli tutkimusaineiston sukupuolijakauma kohtalaisen tasainen (vrt. Campbell & Young, 2011; Palmieri ym., 2009) ja keski-ikä suhteellisen korkea (vrt. Campbell & Young, 2011; Elfström ym., 2012; Palmieri ym., 2009; Uji ym., 2012). Validointitutkimuksiin olisi hyvä saada monipuolinen aineisto, jotta pistemäärät eivät muodostuisi otoksen yksipuolisuuden vuoksi liian korkeiksi kuten opiskelijoilla tehdyissä tutkimuksissa. Connellin ym. (2007) tavoin rajapistemäärät olisi mielestämme tärkeää määrittää tarpeeksi mataliksi, jotta hoidontarpeessa olevat eivät jäisi korkeiden rajapisteiden vuoksi ilman apua.

4.4. Tutkimuksen käytännön merkitys ja jatkotutkimusaiheita

Kehittyvässä avohoitopainotteisessa psykiatriassa psykoterapian rooli hoitomuotona on muutosvaiheessa. Laitoshoidon purku ja avohoidon kehittäminen vaativat psykososiaalisen osaamisen lisäämistä ja laajentamista. Laadukas psykoterapiajärjestelmä edellyttää psykoterapioiden järjestämis- ja kustannusvastuiden selkiyttämistä, psykoterapiakoulutuksen kehittämistä ja psykoterapian ohjausjärjestelmän organisoimista joustavammaksi, systemaattisemmaksi ja oikeudenmukaisemmaksi. Nykyisin psykoterapiaan on mahdollista hakeutua useita eri reittejä, ja alueellisia eroja hoitoon pääsyssä ja hoitomuodoissa esiintyy. (Pirkola, 2012.) Toimivan ohjausjärjestelmän lisäksi tarvitaan myös kattava terapioiden tuloksellisuuden seurantarjestelmä (Paunio ym., 2012), jossa voidaan hyödyntää mm. strukturoituja ja käyttökelpoisia mittareita (Pirkola, 2012). Yhtenäinen arviointiprosessi tukee potilaiden yhdenvertaista kohtelua ja hoitoon ohjaamista.

Hoidon tutkimisen alueella näyttöön perustuva lääketiede on yleistynyt ajattelutapa, jonka myötä on alettu korostaa myös psykoterapioiden tuloksellisuuden osoittamista (Leiman, 2012). Salesin ja Alvesin (2012) mukaan yleistykseen pyrkivän nomoteettisen ja ainutkertaisuutta korostavan idiografisen lähestymistavan yhdistäminen on tarkoituksenmukaista psykoterapiaprosessin seurannassa. Samoin CORE-menetelmän kehittäjä Evans (2012a) toteaa, että erilaisia arviointimenetelmiä voidaan käyttää terapiassa tiedonsaannin apuvälineenä, mutta terapeuttien tulee ottaa tarkasti huomioon jokaisen asiakassuhteen ainutlaatuisuus. Yleisluontoisia arviointimenetelmiä käyttävät terapeutit eivät saa sivuuttaa terapian ainutlaatuisuutta, eikä tiedonkeruu saa ottaa paikkaa tunteilta ja empatialta (Evans, 2012a). Nomoteettiset arviointimenetelmät on todettu hyväksi keinoksi kerätä potilaspalautetta (Sales & Alves, 2012), jonka on todettu parantavan terapian laatua (Evans ym., 2003). On kuitenkin muistettava, että mikään yksittäinen menetelmä ei anna tarpeeksi tietoa potilaan tilasta. Yleisluontoisen mittarin rajoituksena voidaan pitää sitä, ettei mitään yksittäistä mittaria voida käyttää psykiatrisen häiriön diagnoosin määrittämiseksi. (Ilveskoski ym., 2012.) Evans (2012b) huomauttaa, että itsearviointilomakkeet mittaavat potilaan omaa kokemusta eikä niillä voi mitata tiedostamattomia prosesseja.

Tutkimuksen aihepiiri ja tulokset ovat monelta osin tärkeitä käytännön kannalta. Tutkimus on osa laajempaa CORE-hanketta, ja ei-kliniisellä aineistolla tehty tutkimus edesauttaa osaltaan CORE-lomakkeen validointiprosessia. Tutkimustulosten perusteella määritetään suomalaisessa väestössä käytettävät rajapistemäärät. Validointitutkimuksen tuloksena kliniseen käyttöön saadaan uusi kansainvälisesti vertailukelpoinen arviointimenetelmä. CORE-mittari tarjoaa myös uuden työkalun tutkimuskäyttöön. CORE-mittarin validoimisen jälkeen se voi toimia apuna potilaiden hoitoon ohjauksessa, parhaan mahdollisen hoitomuodon kartoituksessa sekä hoidon seurannassa. Menetelmän standardoiminen Suomeen mahdollistaa terapian vaikutuksen tarkastelun eri psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuksilla kuten elämänlaatu, oireet ja toimintakyky. CORE soveltuu yleisen psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi myös spesifimmän oireilun mittariksi. CORE:a käytetäänkin Britanniassa masennuksen arvioinnissa (Gilbody, Richards, & Barkham, 2007). CORE:n on todettu korreloivan voimakkaasti BDI:n kanssa (Leach ym., 2006), ja samansuuntaisia tuloksia on saatu myös CORE:n ja BDI-II:n osalta (Cahill ym., 2006). Tutkimusaineistossa masennusoireilua mittaavan BDI:n ja neljää eri psyykkisen hyvinvoinnin osa-aluetta kartoittavan CORE:n pistemäärät olivat yhteydessä toisiinsa, vaikka niiden ajatellaan mittaavan osittain eri asioita. CORE:n hyvänä puolena voidaan pitää sitä, että se mittaa masennuksen ja ahdistuneisuuden lisäksi myös koettua toimintakykyä, toisin kuin esimerkiksi BDI. Terapian tuloksellisuuden ja

tavoitteiden arviointiin käytettynä CORE voi toimia hyvänä apuvälineenä kerätä potilaspalautetta. CORE-lomake on jo käytössä Helsingin yliopistollisen sairaalan psykososiaalisen hoidon osaamiskeskuksessa, jossa on alettu kehittää psykoterapia-arviota (Paunio ym., 2012).

Koska CORE on Suomessa uusi menetelmä, tulee sen käyttöä tutkia validointitutkimuksen jälkeenkin mm. vertaamalla sitä muihin mittareihin. Lisäksi on tärkeää tarkastella muiden CORE-versioiden toimivuutta Suomessa. Evans (2012b) on todennut CORE-lomakkeen erottelukyvyn kliinisen ja ei-kliinisen otoksen välillä vahvaksi, ja CORE:n pätevyyttä erotella kliinisesti merkittävää oireilua tulee tutkia myös Suomessa. Aiemmassa tutkimuksessa CORE on huomattu toimivaksi menetelmäksi tarkasteltaessa terapiassa tapahtunutta muutosta (Evans 2012b). Tämä on todettu myös Suomessa Ilveskosken ym. (2012) tekemässä pilottitutkimuksessa. Suhteellisen pienen aineiston vuoksi jatkotutkimukselle on tältäkin osin tarvetta. Laajemman käyttöönotton myötä on tärkeää tarkastella, kuinka CORE toimii kliinisessä työssä käytännön tasolla. Kliinisen työn ohella CORE tarjoaa uuden välineen tehdä myös tieteellistä tutkimusta psykoterapian kentällä. Britanniassa CORE-mittari on todettu luotettavaksi, päteväksi ja käyttökelpoiseksi arviointimenetelmäksi (Connell ym., 2007), mistä on saatu viitteitä myös muissa tutkimuksissa (Elfström ym., 2012; Palmieri ym., 2009; Uji ym., 2012). Tämän tutkimuksen tulosten osalta CORE-mittari osoittautui toimivaksi, sillä mittari oli johdonmukainen ja yhteydessä psykologista oireilua mittaaviin verrokkimittareihin.

LÄHDELUETTELO

- 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. *The 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., Benson, L., Audin, K., & McGarth, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184–196. doi:10.1037//0022-006X.69.2.184
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–71.
- Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Hardy, E. G., Rees, A., & Evans, C. (2006). Convergent validity of the CORE measures with measures of depression for clients in cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 253–259. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.253
- Campbell, 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. doi: 10.1177/008124631104100408
- Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J. N. V. (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-manuaali noudettu 15.6.2013 osoitteesta: http://www.coreims.co.uk/Downloads_Forms.aspx
- CORE-yhteisön viralliset internet-sivut: <http://www.coreims.co.uk/>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. Noudettu 25.6.2013 osoitteesta: http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha_cronbach.pdf

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9, 13–27.

Elfström, M. L., Evans, C., Lundberg, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1788

Evans, C. (2012a). Cautionary notes on power steering for psychotherapy. *Canadian psychology*, 53, 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. Noudettu 14.5.2013 osoitteesta: <http://www.ordrepsy.qc.ca/scienceandpractice>

Evans, C., Mellor-Clark, J., Barkham, M., & Mothersole, G. (2006). Developing the resources and management support for routine evaluation in counselling and psychological therapy service provision: Reflections on a decade of CORE development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 8(2), 141–161. doi: 10.1080/13642530600712494

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (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

Gilbody, S., Richards, D., & Barkham, M., (2007). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *British Journal of General Practice*, 57(541), 650–652. Noudettu 4.7.2013 osoitteesta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099671/>

Gray, P., & Mellor-Clark, J. (2007). *CORE: A decade of development*. Rugby: CORE IMS.

Hintikka, J., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., Tanskanen, A., & Viinamäki, H. (2005). Daily tea drinking is associated with a low level of depressive symptoms in the Finnish general population. *European Journal of Epidemiology*, 20, 359–363. doi: 10.1007/s10654-005-0148-2

Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Noudettu 18.6.2013 osoitteesta: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/holi/assessme.pdf>

Holi, M. M., Sammallahhti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42–46. Noudettu 18.6.2013 osoitteesta:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1998.tb09961.x/pdf>

Ilveskoski, U., Lahtela, A., Pylvänäinen, P., Salin-Kares, S., & Viitasaari, S. (2012). *COREn soveltuvuus hoidon tuloksellisuuden mittariksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa*. Julkaisematon raportti, lisätietoja: paivi.pylvanainen@tampere.fi.

Karlsson, H., Melartin, T., Brax, T., Heinänen, T., Jänkälä, K., Kalska, H., Kemppinen, H., Lankinen, S., Lindfors, O., Marttunen, M., Toppila, M., & Vuorilehto, M. (2006). Konsensuslausuma. Psykoterapia, 18.10.2006. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Noudettu 21.5.2013 osoitteesta:

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausuma06.pdf>

Kneckt, P., Lindfors, O., & Laaksonen, M. (2010). *Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa*. Helsinki: Yliopistopaino. Noudettu 22.5.2013 osoitteesta: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79944/f1cd96be-3946-4eed-805e-b560b8c37847.pdf?sequence=1>

Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects”. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 855–869. doi: 10.1002/jclp.20130

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Teoksessa J. C. Nordcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 17–32). Oxford: Oxford University Press.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 288–301. doi:10.1093/clipsy.bpg025

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49–68. Noudettu 31.5.2013 osoitteesta: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/713663852>

- Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Stiles, W. B., Noble, R., & Ivelson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *The British Psychological Society*, 42(2), 153–166. doi: 10.1348/014466505X35335
- Leiman, M. (2012). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa M. O. Huttunen & H. Kalska (toim.), *Psykoterapiat* (s. 13–23). Porvoo: Duodecim.
- Lönnqvist, J., Marttunen, M., & Pylkkänen, K. (2011). Psykososiaaliset hoitomuodot. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Hernriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 658–716). Keuruu: Duodecim.
- Maremmi, I., Pani, P. P., Pacini, M., Bizzarri, J., Trogu, E., Maremmi, A. G., Gerra, G., Perugi, G., & Dell’Osso, L. (2010). Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factor derived from the Self-Report Symptom Inventory (SCL-90). *Annals of General Psychiatry*, 9(15). Noudettu 1.7.2013 osoitteesta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861658/pdf/1744-859X-9-15.pdf>
- Metsämuuronen, J. (2006). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Vaajakoski: Gummerus.
- Nummenmaa, L. (2009). *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Tammi.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F., & Ritagelli, M. (2009). Validation of the 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., Melart, P., Melartin, T., Nääätänen, P., Pirkola, S., & Wahlström, J. (2012). Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen Lääkärilehti*, 37, 2547–2553e.
- Pirkola, S. (2012). Psykoterapiaa kaikille, mutta miten? Teoksessa M. O. Huttunen & H. Kalska (toim.), *Psykoterapiat* (s. 351–360). Porvoo: Duodecim.
- Raitasalo, R. (2007). *Mielialakysely: Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely*. Vammala: Kelan tutkimusosasto.

Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (2012). Individualized Patient-Progress Systems: Why We Need to Move Towards a Personalized Evaluation of Psychological Treatment. *Canadian Psychological Association*, 53(2), 115–121. doi: 10.1037/a0028053

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2012b): Suomi lukuina. Työmarkkinat. Väestö toiminnan mukaan. Helsinki: Tilastokeskus. Noudettu 22.8.2013 osoitteesta:
http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_tyolama.html

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2012a): Suomi lukuina. Väestö iän mukaan, 2012 lopussa. Helsinki: Tilastokeskus. Noudettu 22.8.2013 osoitteesta:
http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2011): Väestön koulutusrakenne. Liitetaulukko 1: 15 vuotta täyttänyt väestö koulutusasteen ja sukupuolen mukaan 2011. Helsinki: Tilastokeskus. Noudettu 19.8.2013 osoitteesta: http://www.tilastokeskus.fi/til/vkour/2011/vkour_2011_2012-12-04_tau_001_fi.html

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

Taustakirjallisuutena käytetty myös:

Karhunen, V., Rasi, I., & Kanninen, A. (2011). *IBM SPSS Statistics menetelmiä*. Oulu: Oulun yliopisto.

Karhunen, V., Rasi, I., Lepola, E., Muhli, A., & Kanninen, A. (2011). *IBM SPSS Statistics perusteet*. Oulu: Oulun yliopisto.

Karjaluoto, H. (2007). SPSS opas markkinatutkijoille. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Noudettu 17.6.2013 osoitteesta: <https://www.jyu.fi/jsbe/tutkimus/julkaisut/workingpaper/vp344>

KvantiMOTV, noudettu 17.6.2013 osoitteesta:
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/SPSS/spss.html>

LIITTEET

LIITE 1: Saatekirje

Olemme kaksi psykologian opiskelijaa Itä-Suomen yliopistosta ja teemme maisteriopintojemme gradututkimusta osana laajempaa CORE-tutkimushanketta (<http://www.coreims.co.uk/>). Teemme opinnäytetyömme parigraduna, joten kaikki työvaiheet tehdään yhdessä. Kyseessä on yleistä hyvinvointia mittaavan CORE-itsearviointilomakkeen käännöstutkimus ja sen toimivuuden testaus. CORE-mittari on käytössä monissa maissa, ja tarkoituksena on saada se käyttöön myös Suomessa. Kyselylomakkeita käytetään mittaamaan yleistä toimintakykyä ja elämänlaatua. Tutkimus on täysin vapaaehtoinen ja sen voi halutessaan keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Pyydämme teitä vastaamaan ensin muutamiin taustatietoja koskeviin kysymyksiin. Kerättäviä tietoja ei ole tarkoitus käyttää tunnistamiseen. 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 oppiaineesta 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:

Aino Piiparinen
p. 050 4149373
ainopi@student.uef.fi

Hanna Juntunen
p. 044 5743547
hajunt@student.uef.fi

Tutkimuksesta vastaavien yhteystiedot:

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

tp. (ma) professori Kirsi Honkalampi
p. 050 5969854
kirsi.honkalampi@uef.fi

LIITE 2: Taustatiedot

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: CORE-OM



Asiakkaan tunnus

Täyttöpäivämäärä

Terapeutin tunnus

Paikan tunnus

Ikä

Sukupuoli N M

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

Tapaamisjakso

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...

	Ei iankaan	Vain satunnaisesti	Toisinaan	Usein	Enimmäkseen tai koko ajan	TOIMISTO TÄYTTÄ
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 4: BDI

NIMI:	PÄIVÄYS:	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 ärtynempi kuin yleensäkään.
1 Ärsyynyn 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 Työkykyni 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 tehdäkseen 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: säryistä, kivuista, 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 5: SCL-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. Hengenahdistus	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 kuolemasta	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 aterioimassa 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 ”päässä on jotain vikaa”	1	2	3	4	5

Tarkistaisitteko vielä ystävällisesti, että olette muistaneet vastata jokaiseen kysymykseen.

KIITOS VAIVANNAÖSTÄNNE!