

CORE-OM-mittarin validointi suomenkielisessä yleisväestössä ja kliinisessä aineistossa



Kirsi Honkalampi

psykologian professori
Kasvatustieteiden ja psykologian
osasto, Filosofinen tiedekunta,
Itä-Suomen yliopisto

Mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat paljon subjektiivista kärsimystä sitä sairastaville henkilöille sekä taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle.² Mielenterveyspalvelujen vaikuttavuuden arvioon tarvitaan uusia menetelmiä, joita olisi mahdollista käyttää yleisesti sekä yksilön arvioinnissa että hoitotuloksen mittaamisessa.^{3,4} Psykiatristen 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.²

Esimerkiksi psykoterapiaa pidetään tehokkaana hoitomuotona, mutta lisätietoa tarvitaan vielä eri psykoterapiamuotojen käyttökelpoisuudesta² sekä erilaisten terapioiden vaikutuksista, riittävydestä ja kustannustehokkuudesta.³⁻⁸ Psykoterapian vaikuttavuusarvioinnin tulisi keskittyä potilaan kannalta keskeisiin psyykkisen toiminnan ulottuvuuksiin, kuten toimintakykyyn, psyykkisiin oireisiin, ihmissuhde- ja muihin psykososiaalisiin ongelmiin sekä elämänlaatuun.³ Nykyisin potilaspalautetta kerätään hyvin erilaisilla menetelmillä, joten arviointimenetelmä, joka tarjoaisi luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa, tarjoaisi kliinisesti merkittävän parannuksen nykytilanteeseen.⁶⁻⁸

CORE-OM:n (Clinical Outcome Rating Scale) kehittäminen

Arviointimenetelmien kehitys alkoi 1990-luvulla, ja yhdeksi käytetyimmistä kliinisen lopputuloksen arvi-

omittareista muodostui CORE-järjestelmä,⁹ josta on kehitetty CORE-OM-mittari.^{7,8} CORE-OM:n psykometriset ominaisuudet ovat osoittautuneet erinomaisiksi niin kliinisissä kuin ei-kliinisissä aineistoissa.⁶⁻¹¹ CORE-systeemin kehitys alkoi professori Evansin ym. toimesta vuonna 1998 Britanniassa⁷⁻⁹ ja sen kehittämisen tarkoituksena on ollut luoda arviointimenetelmä, jonka avulla voidaan saada tietoa asiakkaiden hoitoprosessista sekä psykologisista terapiapalveluista.⁶⁻⁸

Nykyisin CORE-OM on Britanniassa yksi käytetyimmistä terveydenhuollon seurantamenetelmistä mm. neuvonnan, psykoterapian ja muiden terapiamuotojen alueella (<http://www.coreims.co.uk/>). CORE-OM-lomakkeen toimivuutta on tutkittu paljon mm. Britanniassa ja se on todettu monilta osin luotettavaksi ja päteväksi mittariksi.⁶⁻⁸ Kaikki CORE-lomakkeet on tekijänoikeudellisesti suojattu (<http://www.coreims.co.uk/>), ja lomakkeita saa paperiversiona ilman maksua.⁹ CORE-OM-mittari on käännetty useille eri kielille¹⁰⁻²⁵ ja se on terapian arviointimenetelmänä laajassa käytössä useissa eri maissa¹⁰⁻²⁵ (<http://www.coreims.co.uk/>).

CORE-mittari on itsearviointimenetelmä, jolla potilas arvioi vointiaan 34 erilaisen väittämän avulla. Mittarilla kartoitetaan koettua psyykkistä hyvinvointia neljän eri osa-alueen avulla, joita ovat henkilökohmainen hyvinvointi (well-being), psyykkinen oireilu ja ongelmat (problems), toimintakyky ja sosiaaliset suhteet (life functioning) sekä riskikäyttäytyminen itseä

ja toisia kohtaan (risk).⁷⁻⁹ CORE on käännetty myös suomeksi.^{1,25}

Tutkimuksen tavoitteet

Tämä tutkimus on osa laajempaa yleiseurooppalaista CORE-hanketta (<http://www.coreims.co.uk/>), jonka tavoitteena on normittaa CORE-OM-mittaria eurooppalaiseen toimintaympäristöön.¹ Tutkimuksessa selvitettiin suomenkielisen CORE-OM:n (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) ja sen lyhytversion (CORE-10) käytettävyyttä ja sovellettavuutta suomalaisessa yleisväestössä (ei-kliininen aineisto) ja kliinisessä potilasaineistossa. Tarkoituksena on myös tutkia CORE-lomakkeen sisäistä yhtenäisyyttä ja rakennetta. Lisäksi tarkastellaan lomakkeesta saatuja pistemääriä ja niiden jakautumista ja tuloksia verrataan sen lyhytversioihin (CORE-5 ja CORE-10) sekä nykyisin käytössä oleviin mittareihin, Beck Depression Inventory (BDI)²⁶ ja Symptom Checklist 90 (SCL-90),^{27,28} nähden.

Tutkimukselle haettiin Itä-Suomen yliopiston (ei-kliininen) ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin (kliininen aineisto) tutkimuseettinen puoltolausunto. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta perustui vapaaehtoisuuteen, täysi-ikäisyyteen, suomen kielen taitoon sekä tietoisuuteen tutkimuksen tarkoituksesta. Ei-kliininen aineisto koostui 209 vastaajasta, joista naisia oli 115 (54,8 %) ja miehiä 95 (45,2 %). Vastaajien iän vaihteluväli oli 18–89 vuotta, keskiarvo oli 43,3 vuotta (kh 16,1). Korkeakoulututkinnon oli suorittanut 90 (42,9 %), toisen asteen koulutuksen 101 (48,1 %) ja peruskoulun 18 (8,6 %).²⁵

Kliininen tutkimusaineisto kerättiin seitsemästä eri toimipisteestä ympäri Suomea. Näihin kuului niin yksityisiä terveydenhuoltopalvelujen tarjoajia kuin julkisen terveydenhuollon avohoito- ja erikoissairaanhoidon yksiköitä. Kliininen aineisto koostui 201 vastaajasta, joista naisia oli 121 ja miehiä 79. Osallistujien iän vaihteluväli oli 18–69 vuotta, keskiarvo oli 35,0 (kh 12,8). Miehet ja naiset eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi koulutuksen, työllisyystilanteen, terveydenhuoltopalvelujen tai lääkkeiden

käytön perusteella. Tutkimuksen kliiniseen otokseen kuuluvista henkilöistä 13,2 % oli suorittanut peruskoulun, 55,8 % toisen asteen koulutuksen ja 31,0 % oli korkeasti koulutettuja. Vastaajista työelämässä oli 42,7 %, kun taas 23,7 % oli työttömänä. Muita tutkimuksessa käytettäviä lomakkeita olivat BDI26 ja SCL-90.²⁷

Tulokset

CORE-OM-mittariin oli vastattu hyvin, yhdelläkään vastaajalla ei ollut enempää kuin kolme vastaamatta jätettyä kohtaa. Ei-kliinisestä aineistosta 191 (91,4 %) ja 187 kliinisen aineiston vastaajista (93,0 %) oli täyttänyt lomakkeen täydellisesti. Kokonaisuutena vastaamatta jäi 0,26 % (0,31 % ei-kliinisessä ja 0,21 % kliinisessä aineistossa) väittämistä.

Mittarin konsistenssi ja reliabiliteetti

Cronbach's alpha:an (α) perustuen kaikilla osafaktoreilla oli erinomainen, hyvä tai hyväksyttävä sisäinen konsistenssi. Verrattuna UK-referenssidataan⁶ merkittäviä eroja ei ollut. CORE-OM-kokonaispistemäärä ja sen osafaktorit korreloivat voimakkaasti, mikä osoittaa asteikon hyväksyttävän konsistenssin. Kliinisten ja ei-kliinisten otosten välillä ei ollut eroja sukupuolen suhteen (kliininen % naiset = 60,5 %, ei-kliininen = 54,5 %, $x^2(1) = 1,2$, $p = 0,26$, 95 % CI-ero -4 % + 16 %).¹ Ei-kliiniseen aineistoon kuuluvat olivat kuitenkin merkittävästi vanhempia kuin potilaat (43,2 vs. 35,0, 95 % CI ero 5,4–11,0 vuotta). Sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä CORE-OM-pistemäärään, mutta ikä oli merkitsevästi yhteydessä CORE-OM-kokonaispisteisiin.¹

Konvergenssivaliditeetti: Korrelaatiot BDI:n ja SCL:n kanssa ja masennushäiriöiden diagnoosit

Kliinisessä otoksessa sekä BDI että CORE-OM korreloivat melko voimakkaasti. Suurimmalla osalla kliinisestä populaatiosta (70,8 %, $n = 136$) oli useita psyykkisiä diagnooseja. Yleisin diagnoosi oli depressiivinen häiriö (36,9 %). Ei-kliinisessä otoksessa 41 % ilmoitti ainakin yhden sairauden, yleisimpiä ovat allergiat/astma (10 % $n = 21$). CORE-OM:n ja muiden asteikkopisteiden väliset korrelaatiot olivat melko



samankaltaisia kuin referenssitutkimuksessa.6 CORE osoittautui BDI:tä erottelukykyisemmäksi alhaisten pistekeskisarvojen suhteen. Ei-kliinisessä otoksessa CORE-lomakkeessa annetuissa vastauksissa esiintyi paljon vaihtelua, ja lomakkeista vain 1 % (n = 2) oli täytetty niin, että kokonaispisteiksi muodostui 0.

Johtopäätökset

CORE osoittautui toimivaksi mittariksi mittaamaan yleistä psyykkistä hyvinvointia, sillä tutkimuksen perusteella mittarin sisäinen yhdenmukaisuus oli korkea. Myös valitut verrokkimittarit BDI ja SCL-90 antoivat CORE:n kanssa samansuuntaisia tuloksia, mikä kertoo siitä, että CORE mittaa samaa asiaa kuin verrokkimittarit. Tämä oli odotettua, sillä BDI mittaa masennusoireilua ja SCL-90 kartoittaa laajasti eri- laista oireilua, joka liittyy psyykkiseen hyvinvointiin.

Tutkimus osoitti myös, että CORE-OM:n suomennos oli toimiva sekä kliinisissä että ei-kliinisissä otoksissa. Tutkimus osoitti CORE-OM:n hyvät psykometriset ominaisuudet ja se on sisäisesti johdonmukainen, reliabeli ja käyttökelpoinen mittari. CORE-OM:n suomalaisen version tutkimus osoitti mittarin olevan luotettava ja pätevä arvioimaan hyvinvointia ja hoi- tovastetta suomalaisissa kliinisissä ja ei-kliinisissä po- pulaatioissa. CORE-OM:n suomenkielinen versio1 on ladattavissa CORE System Trust -sivustolta ([https:// www.coresystemtrust.org.uk/translations/finnish/](https://www.coresystemtrust.org.uk/translations/finnish/)) ja sieltä on saatavissa myös CORE-OM:n ruotsinkielinen käännös.¹²

Saadut tutkimustulokset olivat samansuuntaisia kuin aiemmissakin validointitutkimuksissa.10-24 CORE-it- searviointimenetelmän kehittäjä Chris Evans suosit- telee käyttämään CORE-OM-mittaria ainakin ennen ja jälkeen terapian, mutta pitkissä terapioissa myös

Lähteet

1. Honkalampi K, Laitila A, Juntunen HM, Lehmus K, Piiparinen A, Törmänen I, Inkinen M, Evans C. The Clinical Outcome in Routine Evaluation Outcome measure: Psychometric exploration in clinical and non-clinical samples. *Nordic Journal of Psychiatry* 2017; doi:10.1080/08039488.2017.1365378.
2. Paunio T, Lindfors O, Kalska H, Karlsson H, Kurri K, Lehtovuori P, Melart P, Melartin T, Näättänen P, Pirkola S, Wahlström J. Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen Lääkärilehti* 2012;37:2547-2553.
3. Barkham M, Evans C, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Milne D, et al. The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *J Ment Health* 1998;7:35-47.
4. Barkham M, Margison F, Leach C, Lucock M, Mellor-Clark J, Evans C, et al. Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:184-196. doi:10.1037/0022-006X.69.2.184.
5. Barkham M, Mullin T, Leach C, Stiles WB, Lucock M. Stability of the CORE-OM and the BDI-I prior to therapy: Evidence from routine practice. *Psychol Psychother* 2007;80:269-278.
6. Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, et al. Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry* 2002;180:51-60. doi: 10.1192/bjp.180.1.51.
7. Evans C. Cautionary notes on power steering for psychotherapy. *Can Psychol* 2012;53:31-139. doi: 10.1037/a0027951.
8. Evans C, Margison F, Barkham M. The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evid Based Ment Health* 1998;1:70-72.
9. Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, McGrath G. CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *J Ment Heal* 2000;9:247-255.
10. Evans C. The CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) and its derivatives. *Integrating Science and Practice* 2012b;2(2):12-15. <http://www.ordrepsy.qc.ca/scienceandpractice>
11. Connell J, Barkham M, Stiles WB, Twigg E, Singleton N, Evans C, et al. Distribution of CORE-OM scores in a general population: Clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *Br J Psychiatry* 2007;190:69-74.
12. Elfström ML, Evans C, Lundgren J, Johansson B, Hakeberg M, Carlsson SG. Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clin Psychol Psychother* 2013;20:447-455.
13. Feixas G, Trujillo A, Bados A, Garcia-Grau E, Salla M, Medina JC, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;1457.
14. Jokić-Begić N, Korajlija AL, Jurin T, Evans C. Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM [Factor structure, psychometric properties and cut-off scores of the Croatian version of the Clinical Outcomes in Routines Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)]. *Psihologijske Teme* 2014;23(2):265-288.
15. Kristjánsdóttir H, Sigursson BH, Salkovskis P, Ólason D, Sigurdsson E, Evans C, et al. Evaluation of the psychometric properties of the Icelandic

terapian aikainen seuranta voi olla tarpeen.⁶ Paras tapa ennakoida hoidon tuloksellisuutta on arvioida potilaan senhetkistä hoitovastetta.³⁻⁶ CORE-OM-mittari voi tarjota mielenterveystyön ammattihenkilöstölle välineen potilaspalautteen kokoamiseksi. Lomakkeen validoinnin yhtenä tavoitteena on yhentää hoitokäytäntöjä eri maiden välillä sekä saada kansainvälisesti yhtenäinen ja vertailukelpoinen arviointimenetelmä ja uusi menetelmä tehdä psykoterapiatutkimusta. ■

Sidonnaisuudet: Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia.

YHTEENVETO

Tutkimuksessa selvitettiin suomenkielisen CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) -mittarin käytettävyyttä ja sovellettavuutta suomalaisessa yleisväestössä ja potilasaineistossa. CORE-OM on 34-osioinen itsearviointimenetelmä. Ei-kliininen aineisto koostui 209 (naisia 54,8 %) ja kliininen aineisto 201 (naisia 60,2 %) vastaajasta. Tulokset osoittivat, että kaikilla CORE-osafaktoreilla on erinomainen, hyvä tai hyväksyttävä sisäinen konsistenssi. CORE-OM ja sen osafaktorit korreloivat voimakkaasti. Sukupuolella ei ollut, mutta iällä oli tilastollisesti merkittävää yhteyttä CORE-OM-pistemäärään. CORE-OM:n ja muiden asteikkopisteiden väliset korrelaatiot olivat melko samankaltaisia kuin referenssitutkimuksessa.⁶ Tutkimus osoitti CORE-OM:n hyvät psykometriset ominaisuudet ja se on sisäisesti johdonmukainen, reliabeli ja käyttökelpoinen mittari.

version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure: Its transdiagnostic utility and cross-cultural validation. Clin Psychol Psychother 2015;22(1):64-74. **16.** Palmieri G, Evans C, Hansen V, Brancaloni G, Ferrari S, Porcelli P. Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). Clin Psychol Psychother 2009;16:444-449. **17.** Rogers KD, Young A, Lovell K, Evans C. The challenges of translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) into British Sign Language. J Deaf Stud Deaf Educ 2013;18(3):287-298. **18.** Rogers K, Evans C, Campbell M, Young A, Lovell K. The reliability of British Sign Language and English versions of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure with deaf populations in the UK: An initial study. Health Soc Care Community 2013;22(3):278-289. **19.** Sales CMD, Moleiro C, Evans C, Alves P. Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades [The Portuguese version of CORE-OM: Translation, adaptation and preliminary data on its properties]. Rev Psiq Clin 2012;39(2):54-59. **20.** Santana MRM, da Silva MM, de Moraes DS, Fukuda CC, Freitas LH, Ramos MEC, et al. Brazilian Portuguese version of the CORE-OM: Cross-cultural adaptation of an instrument to assess the efficacy and effectiveness of psychotherapy. Trends Psychiatry Psychother 2015;37(4):227-231. **21.** Skre I, Friberg O, Elgarøy S, Evans C, Myklebust LH, Lillevoll K, et al. 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 2013;13:99-113. **22.** Testoni I, Armenti A, Ronconi L, Wieser M, Zamperini A, Verdi S, et al. Violência de gênero. Testando um modelo: espontaneidade, bem-estar psicológico e depressão [article in English in Brazilian journal, English title: Gender Violence. Testing a model of assumptions: Spontaneity, psychological well-being and depression. Revista Brasileira de Psicodrama 2013;21(1):94-110. **23.** Viliūnienė R, Evans C, Hilbig J, Pakalniškienė V, Danilevičiūtė V, Laurinaitis E, et al. Translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) into Lithuanian. N J Psychiatry 2012;67(5):305-311. **24.** Barkham M, Gilbert N, Connell J, Marshall C, Twigg E. 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. Br J Psychiatry 2005;186:239-246. **25.** Juntunen H, Piiparinen A, Honkalampi K, Inkinen M, Laitila A. CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus yleisväestössä [The Finnish validation study of the CORE-OM measure: Non-clinical sample]. Psykologia 2015;50(4):257-276. **26.** Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571. **27.** Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973;9:13-28.