

HAITALLISEN ALKOHOLINKÄYTÖN SUHDE KOETTUUN MIELENTERVEYTEEN

Tomi Paasimaa & Antti Rauma

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2015

LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

HAITALLISEN ALKOHOLINKÄYTÖN SUHDE KOETTUUN MIELENTERVEYTEEN

Tomi Paasimaa

Antti Rauma

2015

Opinnäytetyö

Toimeksiantaja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Ohjaaja Leena Välimaa

Hyväksytty 09.02.2015

School of Social services, Health
and Sports
Degree Programme in Nursing

Authors	Tomi Paasimaa Antti Rauma	Year	2015
Supervisor(s)	Leena Välimaa		
Commissioned by	National Institute of Health and Welfare (THL)		
Subject of thesis	Relation of Harmful Use of Alcohol and Experienced Mental Health		
Number of pages	45 + 3		

The purpose of this thesis was to find out if alcohol abuse affects a person's mental health, and whether there is a difference to those who do not abuse alcohol. The objective was for this thesis to be used when guiding alcohol and substance abuse patients, and as a teaching material in preventive care and health promotion. This thesis is based on the National Institute of Health and Welfare's "Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus Lapin alueella 2012" - survey. From this survey we selected the field that included the use of alcohol. This field contained the results from questions concerning suicide, depression, experiencing pleasure, and the use of mental health services. We then compared the two group's answers. The theoretical framework of our thesis comprises the topics of mental health, well-being and alcohol from the perspective of health.

The National Institute of Health and Welfare carried out a quantitative research in autumn 2012. Participants in the survey came from twelve municipalities in Lapland that they were involved in a project "Mielen tuki". The survey was divided among the participating municipalities, so that the total sampling was 8,200 people. The respondents' ages varied from 18 – 80 years old. In this thesis the data of the research was first analyzed by using the SPSS software, and after this the results were analyzed by using the Microsoft Excel spreadsheet program.

Our research results show that those who abuse alcohol experience worse mental health than those who do not abuse alcohol. Abusive users seek help from mental health services more often than non-abusive users. The group of abusive users needed mental health services in the context of attempted suicide nearly five times more than those who did not abuse alcohol. In general, the group of alcohol abusers experienced worse mental health than those in the comparison group.

Key words

alcohol, mental health, suicide, depression

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	LAPIN ALUEEN VÄESTÖN MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVA TUTKIMUS	9
2.1	Tutkimuksen yhteenveto	9
2.2	Tutkimuksen kyselylomake	10
3	ALKOHOLI TERVEYDEN NÄKÖKULMASTA	11
3.1	Alkoholi ja yhteiskunta.....	11
3.2	Alkoholi ja terveydenhuolto	12
3.3	Haitallinen alkoholin käyttö.....	13
4	MIELENTERVEYS JA HYVINVOINTI.....	15
4.1	Koettu mielenterveys.....	15
4.2	Mielenterveyden ongelmat	16
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	18
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	19
6.2	Aineiston hankinta ja tutkimuksen kohderyhmä.....	21
6.3	Tutkimusaineiston analyysi	22
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
7.1	Taustatiedot.....	24
7.2	Itsemurha-ajatukset ja -yritykset	25
7.3	Oman mielenterveyden kokeminen.....	27
7.4	Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi	29
7.5	Haitallisen ja haitattoman alkoholin käytön eroja	30
7.6	Tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tuloksiin	35
8	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
9	POHDINTA.....	38
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	45

ALKUSANAT

Haluamme kiittää perheitämme, joita ilman tämän työn tekeminen ei olisi ollut mahdollista. Kiitos tuesta ja myötäelämisestä Reetta, Jenni, Nilla, Sunna, Helli-Kaaren sekä vaimot!

Haluamme kiittää lehtori Leena Välimaata avusta opinnäytetyömme materiaalin alkulähteille saattamisesta ja työmme ohjaamisesta. Edelleen haluamme kiittää Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Esa Nordlingia ja Heli Hätöstä, jotka mahdollistivat tutkimuksen tekemisen työn tilaajana sekä materiaalin luovuttajana. Mielen tuki -hankkeen yhteistyökumppaneille myös kiitos ja kumarrus.

1 JOHDANTO

Alkoholipolitiikka puhuttaa suomalaisia. Tämän vuoden alusta on asetettu jälleen uusia rajoitteita koskien esimerkiksi alkoholimainontaan. Tämä on linjassa viime vuosien alkoholiveron kiristämisen kanssa. Alkoholihaittojen kustannukset ovat maassamme mittavat, sillä alkoholin kokonaiskulutuksen lisääntyminen korreloi siitä aiheutuvia terveyshaittoja liittyen myös mielenterveyteen. (Duodecim 2005.)

Mielenterveystyön harjoittelu avasi opinnäytetyön tekijöille psykiatrisen hoitotyön maailmaa. Molemmat kiinnostuivat kyseisestä hoitotyön muodosta sen erottuessa somaattisesta hoitotyöstä aika lailla. Kyseisen harjoittelun jälkeen tuli ajankohtaiseksi alkaa tekemään opinnäytetyötä, ja tuntui luontevalta valita aihe itseään kiinnostavalta alalta. Otimme yhteyttä mielenterveys- ja päihdetyötä meille opettaneeseen lehtori Leena Välimaahan, joka kertoi meille Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen yhdessä Lapin sairaanhoitopiirin, Lapin Yliopiston, Rovaniemen ammattikorkeakoulun ja Rovaniemen kaupungin kanssa tekemästä kyselytutkimuksesta. Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus oli tehty Lapin alueella vuonna 2012. Kysely oli lähetetty 8200 henkilölle. Kyselyn vastausprosentti oli 33 %. Tässä laajassa tutkimuksessa oli aineistoa vielä analysoitavaksi, joten se tarjosi meille hyvän mahdollisuuden tehdä sen pohjalta opinnäytetyö.

Alkoholi- ja mielenterveysongelmien suhde herätti meissä kiinnostusta, sillä toinen tämän opinnäytetyön tekijöistä suoritti mielenterveystyön harjoittelua Psykiatrian klinikalla. Harjoitteluosastona oli psykoosilinja, missä AUDIT-kyselyä eräälle potilaalle tehdessä tuli ilmi, miten potilas koki alkoholin haitat vähäisiksi, vaikka ilmeisimmin hänen siirtymiset avohoitoon epäonnistuivat nimenomaan alkoholiongelman vuoksi. Tämän ristiriidan siivittämänä mietimme lähestymistapaa kyselytutkimuksen analysointiin. Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi ”Haitallisen alkoholin käytön suhde koettuun mielenterveyteen”. Opinnäytetyössämme vertailimme sitä, miten kyselyyn haitallisesti ja haitattomasti alkoholia kuluttavat vastaajat kokevat mielenterveytensä. Työ on tutkimuksellinen opinnäytetyö ja toimeksiantajaksi pyysimme Terveiden ja hyvinvoinnin laitosta. Opinnäytetyömme

on mielestämme, oman aiheeseen liittyvän mielenkiinnon lisäksi, tärkeää sen kansanterveydellisen ja -taloudellisen merkityksenkin vuoksi, sillä mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyminen on yleistynyt yhteiskunnassamme. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 15).

Mielenterveys- ja päihdetyö kiinnostaa meitä ja uskomme, että tulemme tulevaisuudessa työskentelemään näiden asioiden parissa. Opinnäytetyöprosessi tarjosi meille mahdollisuuden kasvattaa tietouttamme alkoholin ja muiden päihteiden vaikutuksesta mielenterveyteen. Opinnäytetyöprosessilla syvensimme ymmärrystämme mielenterveys- ja päihdetyön yhteiskunnallisesta merkityksestä. Tämä opinnäytetyö tukee myös ammatillista kasvuamme tulevana sairaanhoitajina.

2 LAPIN ALUEEN VÄESTÖN MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVA TUTKIMUS

2.1 Tutkimuksen yhteenveto

Opinnäytetyömme pohjana on käytetty "Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus Lapin alueella 2012" -tutkimuskyselyä. Tutkimus toteutettiin postikyselynä syksyllä 2012 (Liite 1). Kyselytutkimus liittyy Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielen Tuki -hankkeeseen, joka on osana kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Hankkeesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Mielenterveyden edistäminen -yksikkö, jonka johdossa toimii kehittämisspäällikkö Esa Nordling. Kyselyn tarkoitus oli selvittää mielenterveyttä koskevia kokemuksia ja näkemyksiä Lapin alueella. Tutkimuksesta saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää Lapin alueen Mielen tuki -hankkeeseen osallistuneiden kuntien mielenterveys- ja päihdestrategian laatimisessa. Vastaavanlaista tutkimusta ei Lapin alueella ole aiemmin tehty (Lapin sairaanhoitopiiri 2014). Tutkimus on tehty yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Lapin sairaanhoitopiirin ja Lapin alueen kuntien kanssa, joiden pyrkimyksenä on alueellisen mielenterveystyön kehittäminen.

Tutkimusjoukon ihmiset saatiin Lapin alueen kahdestatoista kunnasta, jotka olivat mukana Mielen Tuki -hankkeessa (Enontekiö, Kemijärvi, Kittilä, Kolari, Muonio, Pello, Posio, Ranua, Rovaniemi, Salla, Sodankylä ja Utsjoki). Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä tilattiin ositettu otanta kunnittain 15 – 80 -vuotiaista henkilöistä siten, että alle 5000 asukkaan kunnista (8 kuntaa) otoskoko oli 400 ja yli 5000 asukkaan kunnista (3 kuntaa) otoskoko oli 1000 ja Rovaniemen otoskoko oli 2000. Kokonaisotoksen kooksi tuli näin ollen 8200. Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 33 %:a.

2.2 Tutkimuksen kyselylomake

Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Mielenterveyttä koskevassa kyselytutkimuksessa mitattiin Lapin väestön mielenterveyttä erilaisten kysymysten ja väittämien kautta. Kyselylomakkeessa oli 35 erillistä osiota. Opinnäytetyössämme käytetyt osiot ovat kohdat 23, 24, 26 (Liite 3) ja 32 (Liite 2).

Kohdat 23 ja 24 ovat CIDI-SF-haastattelun depressio-osion irrotettuja kysymyksiä. CIDI-SF:n depressio-osion kysymysten perusteella on mahdollista tutkia onko vastaajalla ollut masennusoireita kuluneen vuoden aikana. Kohdat oli jaettu kahteen alakohtaan, mihin vastattiin kyllä tai ei.

Kohta 26:n kysymys on irrotettu RAND 36 -terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarista. Tämä mittari on itse täytettävä kyselylomake, jolla arvioidaan ja seurataan hoidon vaikuttavuutta hoitotyössä sekä kliinisessä tutkimuksessa. RAND 36 -mittarin valittuja kysymyksiä käytettiin tutkimuksessa psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseen. Kohdan kysymykseen vastattiin kyllä tai ei. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014.)

Kohdassa 32 vastattiin kysymyksiin, mitkä koskivat alkoholin käyttöä. Kohta oli jaettu neljään alakohtaan, mihin vastattiin kyllä tai ei. Kohtaan 32 oli sovellettu yleisluontoista CAGE -mittaria. CAGE -mittari on yksi vanhimpia ja suosituimpia työkaluja alkoholin väärinkäytön seulomiseen. (America's Mental Health Channel 2014.)

3 ALKOHOLI TERVEYDEN NÄKÖKULMASTA

3.1 Alkoholi ja yhteiskunta

Alkoholin aiheuttamat haitat ovat olleet viime vuosina paljon esillä yhteiskunnassamme. Alkoholiveron pudotus 1.3.2004 laski reilusti alkoholin hintaa Suomessa. Alkoholin verotuksen laskuun päädyttiin Viron liitettyä Euroopan unioniin ja tämä mahdollisti myös alkoholin vapaamman liikkumisen maiden välillä, sekä pelättiin alkoholin ulkomaantuonnin nousevan ilman alkoholiveron laskua merkittävästi. Alkoholinverotusta on 1.3.2004 jälkeen korotettu vuonna 2008, 2009, 2012 ja 2014. (Panimoliitto 2014). Valtionvarainvaliokunnan mietinnössä 27/2013 vp, mikä on esitys eduskunnalle laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta, perusteluissa todetaan alkoholiveron kiristämisestä seuraavaa: ”Esitys noudattaa pitkään jatkettua linjaa maltillisista veronkorotuksista, joilla pyritään fiskaalisen tavoitteen lisäksi vähentämään alkoholihaittoja väestötasolla”. (VaVM 27/2013 vp — HE 151/2013 vp).

Alkoholijuomien kokonaiskulutus on laskenut vuodesta 2007 alkaen. Alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 11,6 litraa 100-prosenttista alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti vuonna 2013. Ravintola-annoksiksi muutettuna tämä tarkoittaa noin 725 ravintola-annosta asukasta kohti. Maailman laajuisesti yli 15-vuotta täyttäneiden keskimääräinen alkoholin kulutus on noin kuusi litraa puhdasta alkoholia vuodessa. Alkoholin kokonaiskulutusta arvioidaan alkoholijuomien kulutus-tilaston avulla, mikä saadaan yhdistämällä alkoholijuomien tilastoitu ja tilastoimaton kulutus. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus saadaan Alkon myymälöiden myyntitiedoista, tukkumyyjien toimitustiedoista anniskeluravintoloille ja elintarvikeliikkeille. Tilastoimaton alkoholijuomien kulutus sisältää matkustajien alkoholin tuonnin, laillisen ja laittoman kotivalmistuksen, salakuljetuksen, korvikkeet, sekä suomalaisten Suomen rajojen ulkopuolella kuluttaman alkoholin. Tilastoimaton alkoholijuomien kulutus lasketaan haastattelututkimuksista saatujen tietojen perusteella, sekä viranomaislähteistä. Vuoden 2013 alkoholin kulutuksesta oli 78 % tilastoitua ja 22 % tilastoimatonta kulutusta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Tilastokeskus 2014.)

Suomalaisesta aikuisväestöstä yli 90 % käyttää alkoholia, joista suurkuluttajia on viidestä - kymmeneen prosenttia. Alkoholihaittojen välittömät kustannukset ovat Suomessa 0,8:sta yhteen miljardiin euroa. Välittömistä kustannuksista yli kolmannes aiheutuu järjestyksen ja turvallisuuden sektorin kustannuksista, neljännes sosiaalihuollon ja reilu viidennes terveydenhuollon kustannuksista. Alkoholihaittojen välilliset kustannukset arvioidaan olevan 3,2 - 5,9 miljardia euroa. Alkoholiveron tuotoksi oli 2012 arvioitu 1,4 miljardia euroa. (Suomen sosiaali ja terveys ry 2014.)

3.2 Alkoholi ja terveydenhuolto

Lääkäriliiton lausunnossa sosiaali- ja terveysministeriölle se pitää huolestuttavana sitä tosiasiaa, että vastakkaisista pyrkimyksistä huolimatta alkoholista aiheutuvat haitat ovat jatkuvasti lisääntyneet. Lääkäriliiton mielestä tämä on kansanterveysnäkökulmasta kestävätilanne. (Lääkäriliitto 2013.)

Terveydenhuollon arjessa alkoholin liikakäytön lisääntyminen on selvästi nähtävissä ja alkoholin liikakäyttö on terveydenhuoltoa kuormittava tekijä. Tämän lisäksi se on työhyvinvointia, sekä työ- ja potilasturvallisuutta vähentävä tekijä. Päihtyneet potilaat aiheuttavat vaaratilanteita ja epäviihtyvyyttä sekä terveydenhuollon henkilökunnalle että muille paikalla oleville potilaille. Alkoholin käyttö on siten yhä useammin yksilön terveysongelman lisäksi terveydenhuollon ongelma. (Lääkäriliitto 2013.)

Terveydenhuollon naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjiä (Duodecim 2010). Valtioneuvoston periaatepäätöksessä alkoholipolitiikan linjauksista vuodelta 2003 korostetaan, että alkoholin kulutuksen kasvu lisää tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. (Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista 2003.)

3.3 Haitallinen alkoholin käyttö

Kohtuullisella alkoholin käytöllä on vähäinen riski saada alkoholin aiheuttamia haittoja. Alkoholin ongelmakäyttö voidaan jakaa kolmeen tasoon, mitkä ovat riskikäyttö, haitallinen käyttö ja riippuvuus. Alkoholin riskikäytössä ylittyvät riskikutuksen rajat, milloin merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta ei ole vielä ilmaantunut. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 8.) Alkoholinkäytön riskiraja on naisilla kaksi alkoholiannosta päivittäin tai humala kerran viikossa. Humalalla tarkoitetaan naisilla vähintään viittä alkoholiannosta kerrallaan nautittuna. Miehillä riskiraja on neljä annosta päivittäin tai humala kerran viikossa. Miesten osalta humalalla tarkoitetaan yli seitsemää alkoholiannosta kerrallaan nautittuna. Turvallista riskirajaa ei ole kuitenkaan olemassa, sillä alkoholin ongelmakäyttö voi vaurioittaa lähes jokaista elintä. (Duodecim 2014.)

Alkoholin käyttö on silloin liiallista, kun siitä on haittaa. Alkoholin käyttö on myös liiallista silloin, kun se aiheuttaa merkittävän riskin saada alkoholihaitan. Riskikäytön jatkuessa mahdollisuus psyykkisiin ja fyysisiin alkoholihaittoihin kasvaa. Alkoholin aiheuttamat haitat voidaan jakaa tilannekohtaisiin haittoihin sekä pitkäaikaishaittoihin. Tilannekohtaisiin haittoihin lukeutuvat onnettomuudet, myrkytykset, väkivalta ja krapulapäivät. Pitkäaikaishaittoja ovat alkoholin aiheuttamat erilaiset sairaudet ja mielenterveysongelmat. Alkoholin käyttö on haitallista silloin, kun henkilölle ilmaantuu alkoholihaittoja, mutta henkilö ei siitä huolimatta vähennä alkoholin käyttöönsä. Haitallinen alkoholin käyttö ei ole vielä varsinainen sairaus, vaikka se on määritelty Maailman terveysjärjestön ICD-10- luokituksessa. Usein haitallisesti alkoholia käyttävät henkilöt täyttävät myös alkoholi riippuvuuden diagnostiset kriteerit. Alkoholin aiheuttamat haitat ovat molemmissa ryhmissä osin yhteneväisiä. Lääketieteellisesti sopivan rajan asettaminen on mahdotonta, sillä ihmiset ovat yksilöitä myös alkoholin suhteen. Yksikin annos on liikaa alkoholiriippuvuudesta potevalle, koska se altistaa retkahdukselle. Masentuneen tai muulla tavoin psyykkisesti oireilevan tulisi olla varovaisempi alkoholin käytön suhteen kuin oireettoman henkilön. (Aalto, M 2010, 7-8; Seppä ym. 2010, 8-10.)

Alkoholiriippuvuus on lääketieteellisesti oireyhtymä, minkä oireet tai piirteet painottuvat yksilöllisesti eri tavoin. Alkoholiriippuvuudesta on kyse psyykkisestä riippuvuudesta, joka ilmenee pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia myös vierotusoireiden loppumisen jälkeen. (Seppä ym. 2010, 9.)

Tutkimusten mukaan alkoholin aiheuttamien haittojen kokonaismäärä kasvaa suorassa suhteessa kokonaiskulutukseen. Alkoholin suurkuluttajien määrä kasvaa alkoholin yleisen kulutuksen lisääntyessä. Alkoholihaittojen määrä on kasvanut rinnan kokonaiskulutuksen kanssa myös Suomessa. (Duodecim 2012; Havio, Inkinen & Partanen 2008, 53.) Suomessa alkoholinkulutus on terveysriski 300 000–500 000 henkilölle. (Duodecim 2014).

Alkoholiriippuvuudesta kärsi Terveys-2000-tutkimuksessa 6,5 % miehistä ja 1,4 % naisista. Alkoholin väärinkäytön vastaavat luvut miehillä oli 0,6 % ja naisilla 0 %. World Health Organizationin raportissa vuodelta 2010 vastaavat luvut Suomessa ovat riippuvuuden osalta miehillä 6.1 % ja naisilla 1.5 %. Alkoholin väärinkäytön luvut ovat nousseet merkittävästi, sillä vuonna 2010 miehillä 11,2 % ja naisilla 2,8 % väärinkäyttöä. (World Health Organization 2014). WHO:n väärinkäytön lukuun on laskettu varsinaisen väärinkäytön lisäksi myös riippuvuus alkoholiin. Suomalaisen tutkimuksen mukaan joka neljännellä potilaalla perusterveydenhoidossa olisi jokin mielenterveyden häiriö. Mielisairauksien eli psykoosien elämänaikainen esiintyvyys on maassamme 3 %. (Duodecim 2005; Lönnqvist ym. 2007, 672- 676.)

4 MIELENTERVEYS JA HYVINVOINTI

4.1 Koettu mielenterveys

Ihmisen terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin perustana toimii mielenterveys. Maailman Terveysjärjestö on määritellyt mielenterveyden hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin sekä stressiin, ymmärtää omat kykynsä, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti, sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014.)

Mielenterveys jaotellaan negatiiviseen ja positiiviseen mielenterveyteen. Positiivisen mielenterveyden määritelmän mukaan ohjataan ajatuksia pois ongelma- ja sairauskeskeisestä näkökulmasta mikä on edellytys täysipainoiseen ja mielekkääseen elämään. Mielenterveys kehittyy persoonallisuuden kasvun ja kehittymisen myötä, eikä se ole staattinen tila. Olosuhteet vaikuttavat mielenterveyteen. Otollisilla olosuhteilla on mielenterveyttä kasvattava vaikutus. Epäsuotuisilla olosuhteilla on mielenterveyttä kuluttava vaikutus, mikä voi olla uusiutumista suurempi tekijä. Mielen terveyteen vaikuttavat useat tekijät, mitkä voidaan jaotella yksilö -, sosiaalisiin -, yhteiskunnan rakenteellisiin -, kulttuurillisiin - ja biologisiin tekijöihin. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014; Lönnqvist, Heikkinen, Henriksen & Marttunen & Partonen 2007, 26; Toivio & Nordling 2010, 17.)

Mielenterveyttä ei voi mitata millään fyysisellä mittarilla, joten se on aina suhteellinen yksilön kokemuksiin. Tämän vuoksi ihminen joutuu itse määrittelemään mielenterveytensä tilan. Ongelmana mielenterveyden itse määrittelemisessä on, että joissakin mielenterveyden sairauksista henkilö voi olla sairaudentunnoton. (Toivio & Nordling 2010, 84- 85.)

Mielenterveys on suhteellisuuden lisäksi normatiivinen käsite. Yhteiskunta ja kulttuuri määrittelevät useita käyttäytymisnormeja, jotka myös ohjaavat mielenterveyden käsitettä. Mielenterveyteen ja mielensairauteen vahvimmin kantaa ottava

normi on laki. Yhteiskunta voi kontrolloida vahvimmin pakkohoitopäätöksellä. (Nordling & Toivio, 84- 85.)

4.2 Mielen terveyden ongelmat

Suomessa mielen terveyden ongelmat ovat länsimaista tasoa. Unettomuus on suurin tekijä, sillä siitä kärsii noin joka viides työkäinen. Masennus ja stressi ovat lähes yhtä yleisiä. Teollisuusmaissa tehtyjen tutkimusten mukaan varsinaisista mielen terveyden häiriöistä on kärsinyt joka neljäs kansalainen. Suomalaisilla Terveys-2000-tutkimuksen mukaan yleisin mielen terveyden häiriö on masennus, josta viimeisimmän kahden kuukauden aikana oli kärsinyt 8,2 % naisista ja 4,5 % miehistä. Ahdistuneisuushäiriön vastaavat luvut olivat naisilla 4,8 % ja miehillä 3,7 %. Häiriöitä lisääviä tekijöitä olivat alle 55- vuoden ikä, yksin asuminen, työttömyys ja tupakointi. Tutkimuksen mukaan Pohjois-Suomessa masentuneisuus oli yleisempää kuin muualla maassa. Alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt olivat puolestaan yleisempiä Helsingin seudulla. (Duodecim 2005; Lönnqvist ym. 2007, 672- 676.)

Masentuneisuuden tunne on lyhytkestoisena ja lievästi haittaavana ilmetessään osa normaalia tunne-elämää. Varsinaisella masennuksella tarkoitetaan tilaa, missä oireet jatkuvat yli kaksi viikkoa ja masennuksen tunteen lisäksi tilaan liittyy myös muita elämää haittaavia oireita. Itsemurhavaara liittyy usein masennustiloihin, sillä itsetuhoajatukset ovat hyvin tavallisia masennuspotilailla. Itsemurhavaara lisääntyy masennuksen ollessa vaikea. Usein holtiton alkoholin käyttö on merkki epäsuorasta itsetuhoisuudesta. (Seppä ym. 2010, 185; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 108- 112.)

Psykykinen oireilu ja alkoholin runsas käyttö liittyvät usein yhteen. Alkoholiriippuvaiset henkilöt kärsivät keskimääräistä useammin mielialahäiriöistä, ahdistuneisuudesta, persoonallisuushäiriöistä ja psykoottisesta oireilusta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Alkoholilla saatetaan yrittää torjua ahdistusta ja pelkoja esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa tai elämän kriisitilanteissa. Tiheästi toistuva

alkoholinkäyttö voi kuitenkin vain pahentaa ahdistusta ja masennusta, sekä aiheuttaa paniikkikohtauksia. Toisaalta myös mielenterveysongelmat voivat johtaa haitalliseen alkoholin käyttöön. (Suomen mielenterveysseura 2014; Mental health foundation 2014.) Useiden tutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöt lisäävät päihdehäiriöitä, ja päihdehäiriöt puolestaan lisäävät mielenterveyden häiriöitä. Pitkäaikainen päihteiden käyttö johtaa, sekundaarisen psykopatologian mukaan, mielenterveyden häiriöön, tai päihteiden pitkäaikainen käyttö laukaisee mielenterveyden häiriön niille alttiille henkilöille. (Aalto 2007, 1293- 1298.)

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan, että henkilöllä on päihdehäiriön lisäksi myös yksi alkoholin vaikutuksista riippumaton mielenterveyden häiriö, esimerkiksi masennus, ahdistus, persoonallisuushäiriö, skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Alkoholin ongelmakäyttäjistä lähes puolella on jossakin elämänsä vaiheessa jokin alkoholista riippumaton psykiatrinen häiriö. Kaksoisdiagnoosipotilaiden parantumisenaste on huonompi kuin henkilöillä, joilla on vain yksi häiriö. Alkoholiriippuvuus yhdistettynä psykiatriseen sairauteen tekee oirekuvasta usein vaikean, sekä alkoholi usein ylläpitää tai pahentaa kaksoisdiagnoosipotilaan psyykkistä oireilua. Itsenäisen psykiatrisen häiriön olemassa olo ja sen laatu voidaan diagnosoida vasta riittävän pitkän raittiusjakson jälkeen. (Aalto 2007, 1293-1298; Seppä ym. 2010, 184.)

Alkoholinkäyttö voi haitata ihmissuhteita, sekä selviytymistä opiskelussa tai työssä, ja alkoholin käyttö voi muuttaa vapaa- aikaa sitten, että siitä tulee ennemminkin rasite kuin virkistävä kokemus. Edellä mainitut muutokset voivat aiheuttaa tai pahentaa psyykkisiä oireita. Alkoholin aiheuttamia psyykkisiä oireita ovat alakuloisuus, levottomuus, ahdistuneisuus, uniongelmat, väsymys, keskittymiskyvyn vaikeudet, muistiongelmat, ärtyneisyys, impulsiivisuus ja epäluuloisuus ja harhat. Alkoholinkäyttö voi häiritä myös elimistön toimintaa tavalla, joka ilmenee erilaisina psyykkisiä oireina. Tämän kaltaiset alkoholin haittavaikutukset saattavat jatkua useita viikkoja juomisen loppumisen jälkeen. Alkoholin käyttöä ja sen suhdetta mielenterveyteen arvioidessa on tärkeä tietää aiheuttaako vai pahentaako alkoholi psyykkisiä oireita. (Aalto, M 2010, 7-8; Psychcentral 2014.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää haitallisesti alkoholia käyttävien henkilöiden kokeman mielenterveyden ero niihin, jotka käyttävät alkoholia haitattomasti. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että tutkimustuloksia voidaan käyttää jatkossa alkoholi- ja päihdeongelmaisten potilaiden ohjaamiseen hoitotyössä sekä materiaalina ennaltaehkäisevässä ja tervettä edistävässä hoitotyössä. Opinnäytetyö palvelee mielenterveystyötä ja ammatillista kasvuamme. Opinnäytetyömme tuottaa tutkimusanalyysillä tietoa, jota voidaan hyödyntää ja soveltaa mielenterveyspotilaan sekä päihteiden väärinkäyttäjän hoitoon ja ohjaukseen. Potilaalle voidaan hoitotyön ohjauksessa havainnollistaa eroavaisuudet haitallisen ja haitattoman alkoholinkäytön suhteesta koettuun mielenterveyteen. Tutkimustuloksiamme voidaan myös hyödyntää erilaisien kehittämistoimien suunnittelussa, joissa pyritään ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön.

Tutkimusongelmamme ovat:

1. Mikä on haitallisen alkoholin käytön suhde koettuun mielenterveyteen?
2. Mikä on haitattoman alkoholin käytön suhde koettuun mielenterveyteen?
3. Miten haitallisesti alkoholia käyttävien ja haitattomasti alkoholia käyttävien suhde koettuun mielenterveyteen eroaa toisistaan?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Käytämme opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta. Kvantitatiivinen tutkimusote palvelee parhaiten tässä opinnäytetyössä, kun selvitämme haitallisen alkoholinkäytön mahdollisia syy- ja seuraussuhteita koettuun mielenterveyteen. (Jyväskylän yliopisto 2014). Kvantitatiivisen tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syy- ja seurauksen lakeja. Tutkimuksen taustalla on niin sanottu realistinen ontologia, joka tarkoittaa, että todellisuus rakentuu puolueettomasti todettavista faktoista. Kvantitatiivisella tutkimuksella on keskeistä, että määritellään perusjoukko, johon tutkimustulosten tulee soveltua. Tästä perusjoukosta otetaan otos. Tässä opinnäytetyössä perusjoukko muodostuu Mielen tuki -hankkeeseen osallistuneista Lapin kunnista, ja tutkimuksen otos on ositettu otanta perusjoukkoon kuuluvien kuntien väestöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 139- 140).

Kvantitatiivisella tutkimuksella tuotamme opinnäytetyössä luonteeltaan yleistä tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa tietoa käsitellään tilastollisina yksiköinä. Tutkimuksesta saadaan yleistettävää tietoa ilman subjektiivista tulkintaa. Voimme jakaa aineiston esimerkiksi kahteen joukkoon yhden "Kyllä / Ei"-kysymyksen perusteella. Tutkimuksessa voimme käyttää yleistettävää käsitettä, keskiarvo. Keskiarvo poistaa yksittäiset poikkeamat. Keskiarvoa käyttäen voimme tarkastella joukkoja suhteessa toisiin joukkoihin. Kvantitatiivisella analyysillä voimme siis yleistäen katsoa eroavatko joukkojen keskimääräiset arvot toisistaan. (Virtuaali Ammattikorkeakoulu 2014.)

Määrällisessä tutkimuksessa on määriteltävä keskeiset käsitteet, jotka meidän työssämme on mielenterveys ja alkoholi. Tutkimuksessamme perusjoukon otanta on jaettu kahteen joukkoon alkoholinkäyttöä koskevilla kysymyksillä. Tä-

män jälkeen olemme voineet vertailla joukkoja keskenään mielenterveyttä koskevien kysymyksiensä kohdalla. Opinnäytetyössämme kvantitatiivisella tutkimuksella voimme osoittaa erillisten ongelmien yhteenkuuluvuuden. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 139- 140.)

Kyselystä olemme valinneet kohdan, jonka pohjalta määritämme haitallisen alkoholinkäytön. Kyseisessä kohdassa saamme osallistujilta tietoa siitä, miten he kokevat oman alkoholinkäyttönsä. Kohdan kysymykset ovat seuraavat:

- Oletko koskaan ajatellut, että Sinun täytyisi vähentää juomistasi?
- Ovatko ihmiset ärsyttäneet Sinua kriittisillä huomautuksillaan juomistasi?
- Oletko koskaan tuntenut syyllisyyttä juomisesi takia?
- Oletko koskaan ottanut krapularyyppyjä aamulla?

Jos kohdan kysymyksiin vastasi yhteenkään kyllä, niin määritimme alkoholinkäytön haitalliseksi. Tämän valinnan avulla saimme määritellyksi kaksi joukkoa, haitallisen ja haitattoman alkoholinkäytön joukot. Joukkojen muodostamisen jälkeen aloitimme vertailun koetun mielenterveyden saralla. Kyselystä olemme valinneet kohdat, joiden pohjalta suoritimme vertailua koetun mielenterveyden kautta joukkojen välillä. Kohdissa kysyttiin seuraavaa:

- Onko Sinulla viimeisen 12 kuukauden aikana ollut itsemurha-ajatuksia?
- Oletko viimeisen 12 kuukauden aika yrittänyt itsemurhaa?
- Onko Sinulla viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut 2 viikkoa tai pitempään kestänyt jakso, jolloin olit surullinen, alakuloinen tai masentunut?
- Onko Sinulla viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään 2 viikkoa tai pidempään kestänyt jakso, jonka aikana menetit mielihyvän kokemuksen tai

kiinnostuksesi melkein kaikkeen, kuten työhön, harrastuksiin tai muihin Sinulle tavallisesti mieluisiin tekemisiin?

- Oletko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt mielenterveydellisten ongelmien takia jotain terveysterveystalvelua?

Näihin kysymyksiin vastattiin kyllä tai ei. Vastausten perusteella suoritimme vertailua valittujen joukkojen välillä. Vertailussa näimme eroavatko vastaukset koetun mielenterveyden kannalta katsottuna haitallisen ja haitattoman alkoholinkäytön vertailukohteissa.

6.2 Aineiston hankinta ja tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimusaineiston saamiseksi teimme tutkimussuunnitelman, jonka lähetimme Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämispäällikkö Esa Nordlingille. Hänen kautta saimme opinnäytetyöhömme toimeksiannon sekä aineistoon tutkimusluvan. Tutkimusluvalla saimme käyttöömmme tutkimusaineiston, jonka noudimme Lapin yliopistolta yliopistonlehtori Marjo Romakkaniemeltä. Aineisto oli rajattu kaikkia tutkimuskuntia koskevaksi alkuperäisen aineiston ollessa jaoteltavissa kunnittain.

Tutkimuksen kohderyhmä muodostettiin Mielen tuki -hankkeeseen osallistuneiden kahdentoista lappilaisen kunnan väestöstä. Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä tilattiin ositettu otanta kunnittain 15 – 80 -vuotiaista henkilöistä siten, että alle 5000 asukkaan kunnista otettiin 400 otoskoko (8 kuntaa) ja yli 5000 asukkaan kunnista otoskoko oli 1000 (3 kuntaa) ja Rovaniemen otoskoko oli 2000. Koko kyselytutkimuksen kokonaisotos oli 8200 henkilöä. Kysely toteutettiin postikyselynä. Kaksi viikkoa ennen tutkimusta vastaajat saivat tiedotteen tulevasta kyselystä. Kyselyn vastausaika oli kaksi viikkoa. Tämän jälkeen vastaajille lähetettiin vielä muistutuskirje. Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 33 %:a. (THL 2014.)

Tässä opinnäytetyössämme käytimme neljää kysymystä kyselytutkimuksen 35:n kysymyksen joukosta. Kysymys, jolla jaoimme joukon kahtia koski alkoholin käyttöä. Näitä kahta joukkoa vertailimme kysymyksillä, jotka koskivat itsemurhaa, mielihyvän kokemista ja mielenterveyspalveluiden käyttöä.

6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto oli Lapin yliopistolla, josta haimme sen sähköisessä muodossa muistitikulle. Aineisto oli SPSS-ohjelmalla muokattavissa. SPSS (IBM SPSS Statistics) on tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltu ohjelmisto. Poistimme aineistosta meille tarpeettomat tiedot, jonka jälkeen otimme ohjelmalla aineistosta frekvenssitaulukkoita. Taulukot otettiin niin, että saimme koko otannan, haitallisesti alkoholia käyttävän ja haitattomasti alkoholia käyttävän joukon vastaukset mielenterveyttä koskeviin kysymyksiin. Tämän jälkeen siirsimme taulukot Microsoft Exceliin, jolla teimme selkeät kuvaajat ja taulukot koetusta mielenterveydestä joukkojen kesken. Näillä kuvaajilla ja taulukoilla osoitamme eroavuudet joukkojen välillä. Microsoft Excel on yleisesti käytetty taulukkolaskentaohjelma.

Määrällinen analyysi tuotti meille vertailukelpoista tietoa opinnäytetyötämme varten. Kvantitatiivisella analyysillä voidaan selvittää erilaisia ilmiöiden välisiä yhteyksiä ja ilmiöiden frekvenssiä numeroiden ja erilaisten tilastojen avulla. Kvantitatiiviseen analyysiin käsittää paljon erilaisia laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. (Jyväskylän yliopisto 2014). Määrällisen analyysin avulla tuotamme tilastollista tietoa kahden ryhmän eroavaisuuksista. Analyysin avulla tuotamme myös havainnollistavia kuvaajia tutkimuksesta saatujen tilastoiden avulla. Erilaisilla kuvaajilla havainnollistamme selkeästi mahdolliset eroavuudet vertailukohteiden välillä. Yleensä kvantitatiivinen analyysin aluksi esitetään tilastollinen kuvaaja analyysistä. Tilastollinen kuvaaja voi olla myös tutkimuksen tavoite (Jyväskylän yliopisto 2014).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toimii toimeksiantajana tässä opinnäytetyössä. Toimeksiannon kautta olemme saaneet THL:ltä mielenterveyttä koskevan kyselytutkimuksen vastausaineiston käyttöön tutkimusanalyysiamme varten. Aineistoa on 2758 henkilön vastaamana. Tästä otannasta olemme muodostaneet tutkimusanalyysimme vastaaja-aineiston jakamalla vastaajat kahteen joukkoon alkoholinkäyttöä koskevalla kohdalla kyselystä. Olemme määrittäneet kohdan vastaukset siten, että olemme saaneet jaettua otannan kahteen osaan, haitallisen ja haitattoman alkoholinkäytön joukkoon. Joukkojen muodostamisen jälkeen tarkoituksenamme on tarkastella eroavatko joukot toisistaan koetun mielenterveyden kannalta katsottuna. Tätä varten olemme valinneet kysymyksiä, joita käytämme työkaluina joukkojen väliseen tarkasteluun.

Kvantitatiivisella analyysillä saimme jaettu otannan kahteen osaan. Saimme määrällistä tietoa molempien ryhmien vastauksista koetun mielenterveyden osalta. Tätä määrällistä tietoa vertailimme keskiarvojen perusteella siten, että näimme miten joukot eroavat toisistaan eri mielenterveyttä koskevien kysymysten kohdalla. Joukkojen lasketuilla keskiarvoilla suoritimme joukkokohtaiset vertailut ja saimme vastauksen kysymykseen eroavatko haitallisen ja haitattoman alkoholin käytön joukot koetun mielenterveyden kysymyksiemme osalta.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Vastaajia aineistossa oli 2758. Opinnäytetyössämme käytimme kyselytutkimuksen kohtaa 32 (Liite 2) jakamaan aineiston kahteen joukkoon. Jos kohdan 32 kysymyksiin vastasi yhteen tai useampaan kohtaan *kyllä*, niin muodostimme heistä haitallisesti alkoholia käyttävien joukon. Kaikkiin kohdan 32 kysymyksiin kieltävästi vastanneet henkilöt muodostavat haitattomasti alkoholia käyttävien joukon. Haitallisesti alkoholia käyttäviä henkilöitä oli 32,62 %:a (f=1010) ja haitattomasti alkoholia käyttäviä oli 63,38 %:a (f=1748) vastaajista (Taulukko 1). Vastaajista miehiä oli 40,4 %:a (f=1114) ja naisia oli 57,2 %:a (f=1577). Vastaajia, jotka jättivät ilmoittamatta sukupuolensa, oli 2,4 %:a (f=67).

Taulukko 1. Vastaajien jakauma alkoholinkäytön osalta

Joukko	frekvenssi	%
Haitallisesti alkoholia käyttävät	1010	36,62 %
Haitattomasti alkoholia käyttävät	1748	63,38 %

7.2 Itsemurha-ajatukset ja -yritykset

Tutkimuskyselyssä kysyttiin vastaajilta oliko heillä viimeisen vuoden aikana ollut itsemurha-ajatuksia. Itsemurha-ajatuksia oli ollut viimeisen vuoden aikana 5,51 %:lla (f=152) vastaajista. Haitattomasti alkoholia käyttävien joukolla oli ollut itsemurha-ajatuksia 3,43 %:lla (f=60) ja haitallisesti alkoholia käyttävien joukolla vastaava luku oli 9,11 %:a (f=92) (Taulukko 2).

Taulukko 2. Itsemurha-ajatukset viimeisen 12 kuukauden aikana.

	KYLLÄ	KYLLÄ-%	EI	EI-%
KAIKKI (f=2758)	152	5,51 %	2606	94,49 %
HAITALLISESTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1010)	92	9,11 %	918	90,89 %
HAITATTOMASTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1748)	60	3,43 %	1688	96,57 %

Tutkimuskyselyssä kysyttiin vastaajilta oliko vastaaja yrittänyt itsemurhaa viimeisen vuoden aikana. Itsemurhaa oli yrittänyt viimeisen vuoden aikana 0,25 %:a (f=7) kaikista vastaajista. Haitattomasti alkoholia käyttävistä henkilöistä itsemurhaa oli yrittänyt 0,11 %:a (f=2), ja haitallisesti alkoholia käyttävistä 0,50 %:a (f=5) (Taulukko 3).

Taulukko 3. Itsemurhaa yrittäneet viimeisen 12 kuukauden aikana.

	KYLLÄ	KYLLÄ-%	EI	EI-%
KAIKKI (f=2758)	7	0,25 %	2751	99,75 %
HAITALLISESTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1010)	5	0,50 %	1005	99,50 %
HAITATTOMASTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1748)	2	0,11 %	1746	99,89 %

7.3 Oman mielenterveyden kokeminen

Tutkimuskyselyssä kysyttiin, että oliko viimeisen vuoden aikana ollut kaksi viikkoa tai pitempään kestänyt jakso, milloin vastaaja olisi ollut surullinen, alakuloinen tai masentunut. Kaikkien vastanneiden keskuudessa 23,64 %:lla (f=652) oli ollut vastaavanlainen jakso. Haitattomasti alkoholia käyttäneistä 21 %:a (f=367) ja haitallisesti alkoholia käyttäneistä 28,22 %:a (f=285) vastasi heillä olleen kysytty jakso (Taulukko 4).

Taulukko 4. Surullinen, alakuloinen tai masentunut jakso vuoden aikana.

	KYLLÄ	KYLLÄ-%	EI	EI-%
KAIKKI (f=2758)	652	23,64 %	2106	76,36 %
HAITALLISESTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1010)	285	28,22 %	725	71,78 %
HAITATTOMASTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1748)	367	21,00 %	1381	79,00 %

Tutkimuskyselyssä kysyttiin mielihyvän tai kiinnostuksen menettämisestä kahdeksi viikoksi tai pidemmäksi ajaksi viimeisen vuoden aikana. Kaikista vastan-
neista 18,02 %:lla (f=497) oli ollut vastaavanlainen jakso. Haitattomasti alkoholia
käyttäneiden joukossa 14,87 %:a (f=237) ja haitallisesti alkoholia käyttäneiden
joukossa 23,47 %:a (f=260) oli kokenut tällaisen jakson viimeisen vuoden aikana,
milloin he olivat menettäneet mielihyvän kokemisen tai kiinnostuksen asioihin
(Taulukko 5).

Taulukko 5. Mielihyvän kokemisen ja kiinnostuksen kadottamisen jakso.

	KYLLÄ	KYLLÄ-%	EI	EI-%
KAIKKI (f=2758)	497	18,02 %	2261	81,98 %
HAITALLISESTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1010)	237	23,47 %	773	76,53 %
HAITATTOMASTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1748)	260	14,87 %	1488	85,13 %

7.4 Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi

Tutkimuskyselyssä kysyttiin oliko vastaaja viimeisen vuoden aikana käyttänyt terveyspalveluita mielenterveysongelmien vuoksi. Kaikista vastanneista 8,10 %:a (f=214) oli käyttänyt mielenterveyspalveluita. Haitattomasti alkoholia käyttäneiden joukosta mielenterveyspalveluita oli käyttänyt 7,07 %:a (f=117) ja haitallisesti alkoholia käyttävien joukosta 9,84 %:a (f=97) oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt mielenterveyspalveluita (Taulukko 6).

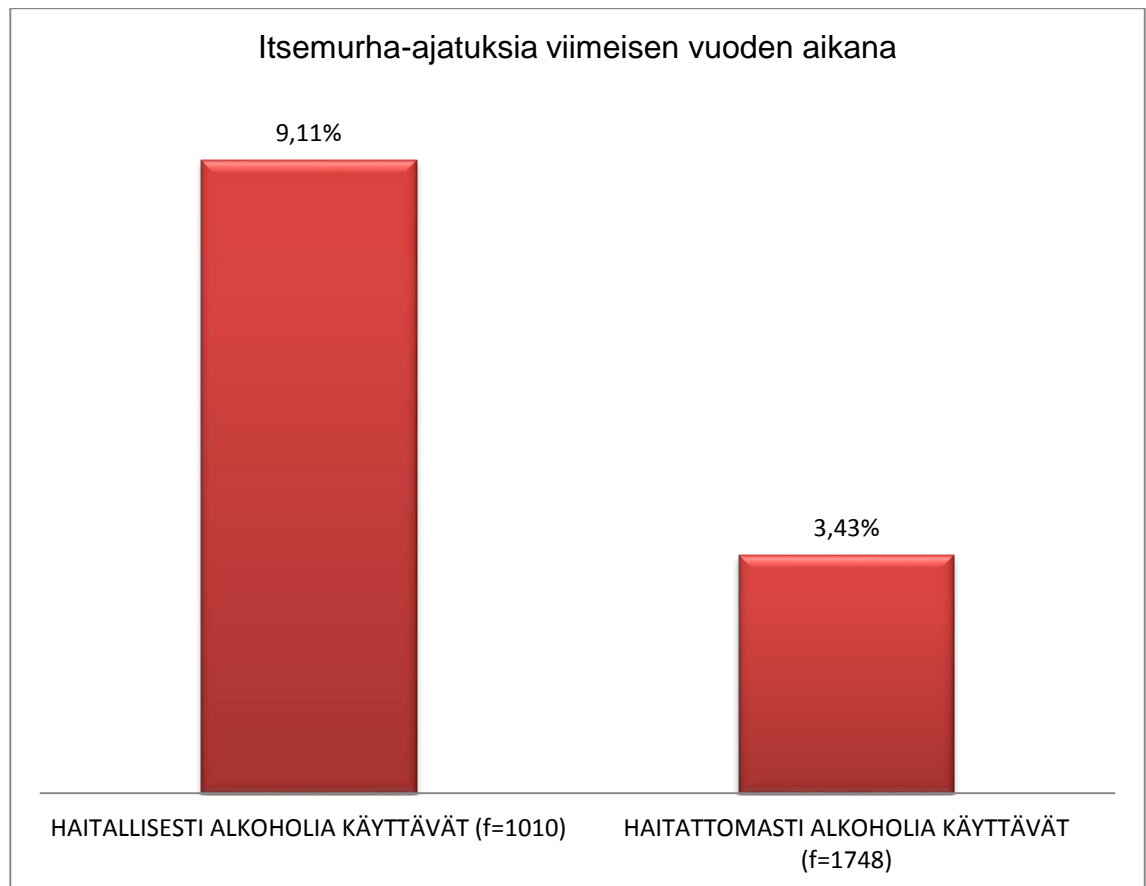
Taulukko 6. Mielenterveydellisten ongelmien vuoksi terveyspalveluihin.

	KYLLÄ	KYLLÄ-%	EI	EI-%
KAIKKI (f=2641)	214	8,10 %	2427	91,90 %
HAITALLISESTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=986)	97	9,84 %	889	90,16 %
HAITATTOMASTI ALKOHOLIA KÄYTTÄVÄT (f=1655)	117	7,07 %	1538	92,93 %

Kohdassa 26 (Liite 3) 117 vastaajaa oli jättänyt vastaamatta tai vastannut virheellisesti kyseiseen kohtaan. Nämä vastaajat on poistettu taulukosta. Taulukko on suhteutettu siihen vastaajamäärään, jotka ovat vastanneet kohtaan hyväksytysti (f=2641). Haitallisesti alkoholia käyttävistä 24 vastaajaa oli vastannut väärin tai jättänyt vastaamatta kyseessä olevaan kohtaan. Haitattomasti alkoholia käyttävistä 93 vastaajaa oli jättänyt vastaamatta tai vastannut väärin kyseiseen kohtaan (Taulukko 6).

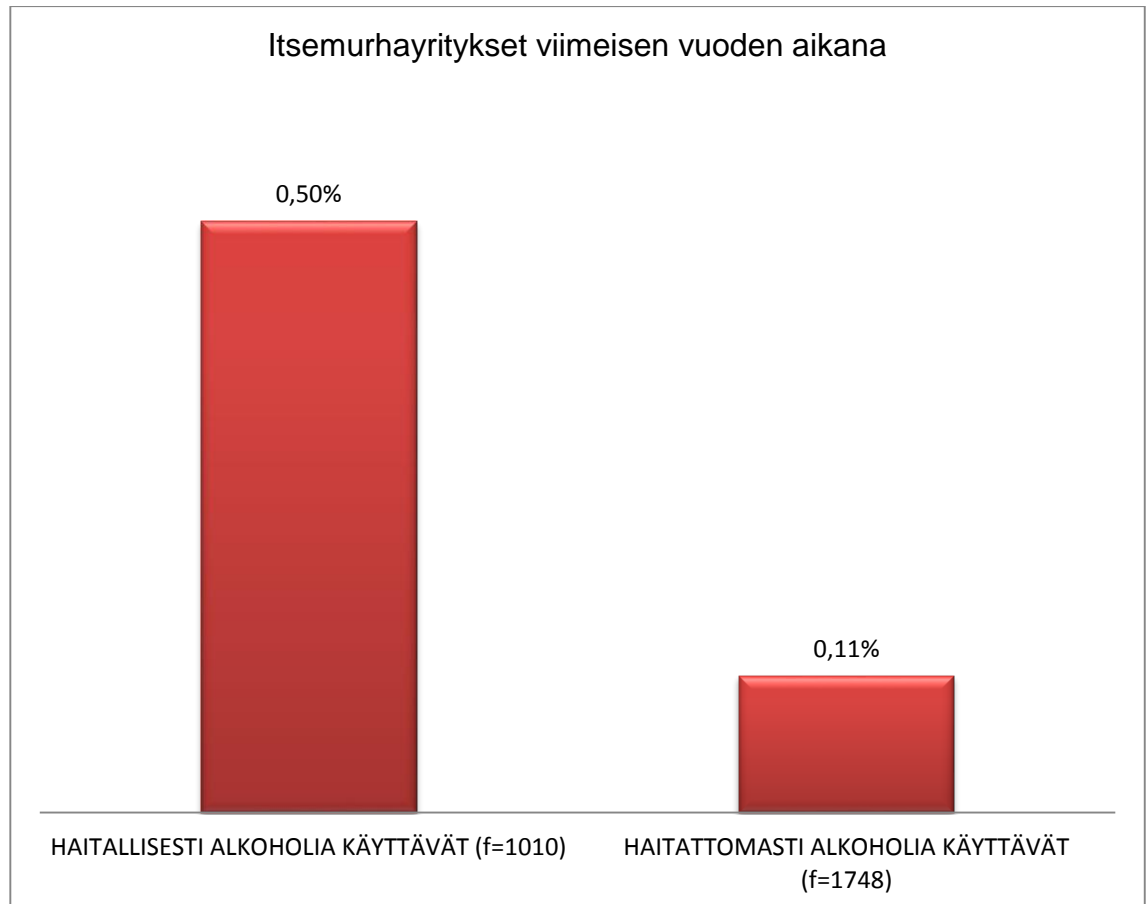
7.5 Haitallisen ja haitattoman alkoholin käytön eroja

Tutkimustuloksissa voidaan havaita, että haitallisesti alkoholia käyttävillä henkilöillä oli ollut yli kaksinkertaisesti itsemurha-ajatuksia viimeisen vuoden aikana haitattomasti alkoholia käyttäviin henkilöihin verrattuna (Kuvio 1).



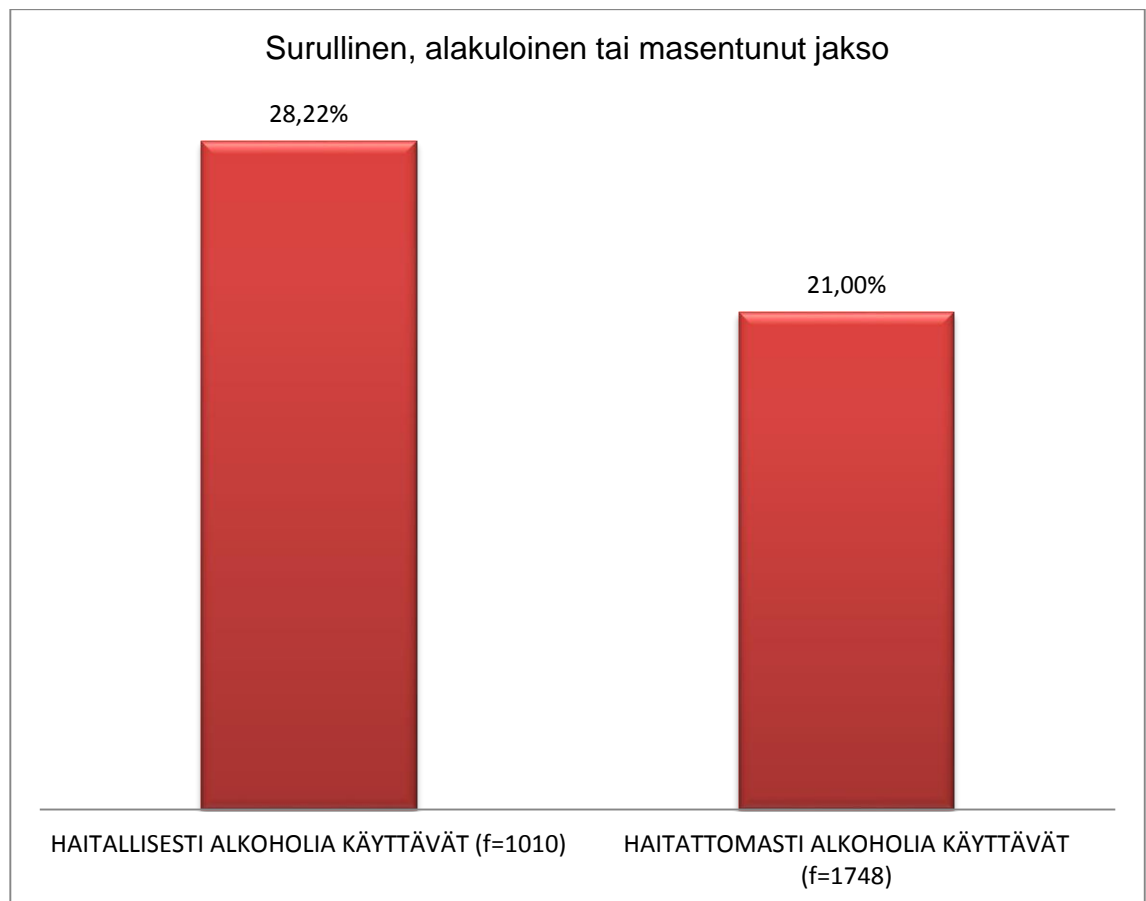
Kuvio 1. Itsemurha-ajatuksia viimeisen vuoden aikana

Tutkimustuloksista ilmenee, että haitallisesti alkoholia käyttävillä henkilöillä oli ollut yli nelinkertaisesti itsemurhayrityksiä viimeisen vuoden aikana verrattuna haitattomasti alkoholia käyttäviin henkilöihin (Kuvio 2).



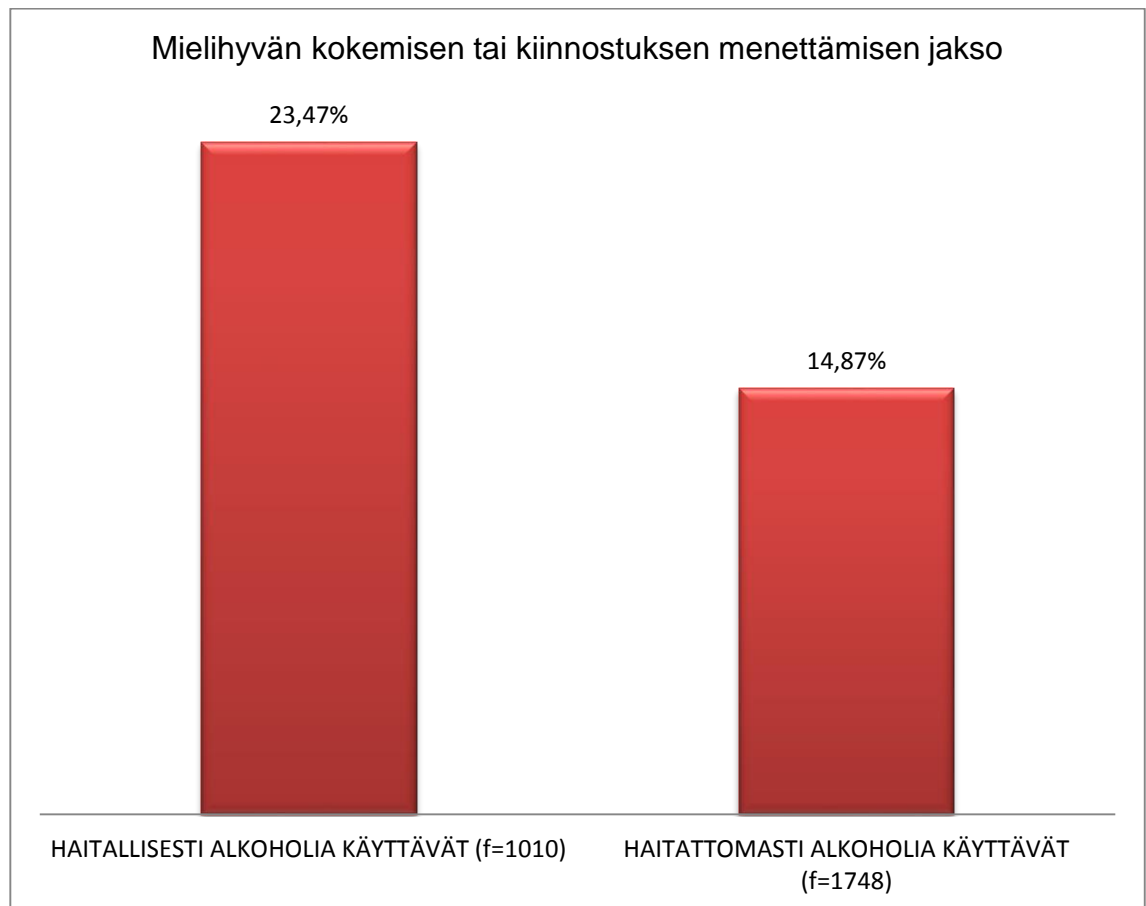
Kuvio 2. Itsemurhayritykset viimeisen vuoden aikana

Tutkimustuloksista selviää, että haitallisesti alkoholia käyttävät henkilöt olivat kokeneet yli 30 %:a useammin itsensä (kaksi viikkoa tai sitä pidempi aikainen jakso) surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi kuin haitattomasti alkoholia käyttävät henkilöt viimeisen vuoden aikana (Kuvio 3).



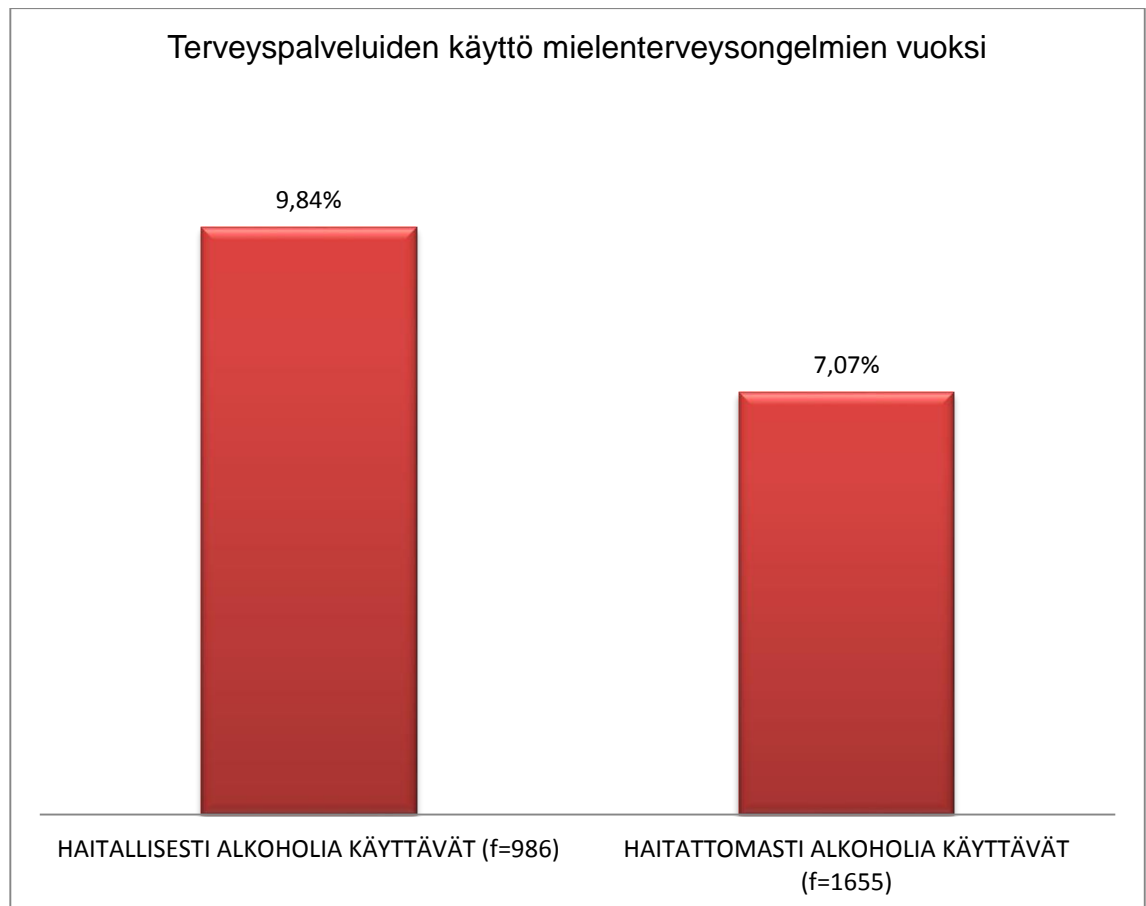
Kuvio 3. Surullinen, alakuloinen tai masentunut jakso

Tutkimustuloksista voidaan havaita, että haitallisesti alkoholia käyttävillä henkilöillä oli ollut yli 50 %:a enemmän kahden viikon tai sitä pitempään kestäneitä jaksoja, milloin he olivat menettäneet kiinnostuksensa tai mielihyvän kokemuksen melkein kaikkeen verrattuna haitattomasti alkoholia käyttäviin henkilöihin (Kuvio 4).



Kuvio 4. Mielihyvän kokemisen tai kiinnostuksen menettämisen jakso

Tutkimustuloksista voidaan havaita, että haitallisesti alkoholia käyttävät henkilöt olivat käyttäneet yli 30 %:a enemmän mielenterveyspalveluita verrattuna haitattomasti alkoholia käyttäviin henkilöihin (Kuvio 5).



Kuvio 5. Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi

7.6 Tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tuloksiin

Lapin alueella ei ole tehty aikaisemmin tutkimuksia väestön mielenterveydestä, joten suoraa vertailu kohtaa ei tutkimuksellemme ole. (Yle 2012). Valtakunnallisesti on tehty tutkimuksia liittyen mielenterveyteen esimerkiksi Pohjanmaa-hankkeessa vuosina 2005, 2008 ja 2011. Hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä väestötutkimuksia on Suomessa toteutettu aikaisemmin, kuten Finriski - ja Terveys 2011 – tutkimus. Näillä tutkimuksilla saatiin tietoa suomalaisten terveydestä, hyvinvoinnista ja toimintakyvystä, sekä niiden kehityksestä. Tutkimuksista kävi myös ilmi väestöryhmien välisiä terveyseroja valtakunnallisella tasolla. Tämän vuoksi alueelliset tutkimukset ovat tärkeitä, sillä hyvinvointiin liittyvät tekijät vaihtelevat alueittain. Alueellisella tiedolla voidaan suunnitella kohdennetumpaa mielenterveys- ja päihdetyötä. (Nordling 2014.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa mielenterveyttä koskevat osiot ovat olleet osa-alueita kokonaisvaltaisista terveyttä koskevista kyselyistä. Tuloksia on voitu luoda useampien aineistojen yhdistämisistä, mutta pelkästään mielenterveyttä koskevaa kyselytutkimusta ei aikaisemmin näin kohdennetusti ole toteutettu. Aiheena tutkimuksemme kohdistaa painotuksen alkoholinkäyttäjän omaan kokemukseen omasta mielenterveydestä, ja vastaavanlaisia tutkimuksia emme ole löytäneet. Yleisellä tasolla tiedetään, että alkoholin haitallinen käyttö lisää mielenterveysongelmia, ja mielenterveysongelmat lisäävät puolestaan alkoholin haitallista käyttöä.

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyössämme olemme noudattaneet toimeksiantajamme Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen edellyttämiä ehtoja, Lapin yliopiston kanssa tehtyä sitoumusta aineiston käsittelystä, sekä tutkimustyön eettisiä vaatimuksia. Tutkimustyön eettisissä perusvaatimuksissa lähtökohtana on luotettavan informaation tuottaminen. Luotettavan informaation tuottaminen tapahtuu ilmiöiden tulkinnan, kuvailemisen ja selittämisen avulla siten, että saatu informaatio on perusteltu kriittisesti. Tutkimuksessa saatu informaatio on pystyttävä siirtämään muille tutkijoille ja yhteiskunnan jäsenille. Tutkijan on osaltaan pystyttävä vaikuttamaan siihen, että saatua informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan ammattitaito on tärkeä osa tutkimustyön etiikkaa. Tutkijan tulee kyetä seuraamaan oman alansa kehitystä ja välittämään sen tuloksia muille, sekä tuottaa uutta alan tutkimusta edistävää informaatiota. Tämä vaatii tutkijalta, että hän on aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta, sekä hänen on paneuduttava tunnollisesti alaansa, jotta hänen tuottamansa informaatio olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. Tutkija ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen eli tutkimustyössä on rehellisyyden vaatimus. Tutkijan on oltava kollegiaalinen ja solidaarinen muita tutkijoita kohtaan. Kuitenkin tutkijan huomattavaan vilppiä on hänen ammattietikan vuoksi pyrittävä tämä paljastamaan. Informaation hankkimiseksi tulee tutkimusmenetelmien olla moraalisesti perusteltuja ja hyvän tavan mukaisia. (Pietarinen 2002, 58- 69; Mäkinen 2006, 167- 171).

Tutkimuksen aineisto on kerätty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta. Kysely oli osa Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen Mielen tuki -hanketta. Ositettu otanta tilattiin Väestörekisterikeskuksesta 15 - 80 -vuotiaista henkilöistä ja heidät on arvottu kaikista tutkimuskuntien asukkaista. Tutkimukseen lähtivät mukaan Enontekiö, Kemijärvi, Kittilä, Kolari, Muonio, Pello, Posio, Ranua, Rovaniemi, Salla ja Sodankylä ja Utsjoki. Kyselyn kunnat edustavat hyvin koko Lappia niin maantieteellisesti kuin kuntien asukaslukujenkin mukaan. Kyselyssä käytettiin yksinkertaista satunnaisotannan menetelmää, jossa havaintoyksiköistä eli Lapin alueen asukkaista valittiin sattumanvaraisesti 8200 henkilöä. Vastausprosentiksi tuli 33 %. Vastausprosentti on kyselytutkimukseksi kohtuullisen hyvä ja saatu

otanta on kattava. Lapissa oli vuonna 2012 noin 183 000 asukasta (Lapin luotsi 2012), joten kysely kuvaa hyvin koko Lapin väestöä.

Tehtyjen tutkimusten luotettavuutta pyritään arvioimaan, sillä niiden luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Luotettavuuden arvioinnissa tärkeitä käsitteitä ovat *reli-aabelius* ja *validius*. Tutkimuksen *reli-aabelius* tarkoittaa sen toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimus on luotettava, kun toistetuissa mittauksissa saadaan sama tulos, vaikka tutkijat olisivat eri henkilöitä. Tutkimuksen *validius* tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä. *Validisti* tehdyssä tutkimuksessa mitataan vain sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Tutkimuksen pätevyys on hyvä, kun tutkijalle ei ole tullut käsitevirheitä tai systemaattisia virheitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231; Vilkkä 2007, 149- 151). Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat reli-aabelius ja validius yhdessä. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja satunnaisvirheiden määrä on oltava mahdollisimman vähäinen. (Vilkkä 2007, 152- 153).

Opinnäytetyömme tutkimusosuudessa ei käytetä oletuksia, vaan vertailemme lukumääriä. Analyysimme perustuu kvantitatiiviseen tutkimusotteeseen, joten tulkinta perustuu numeraalisiin vertailuihin. Kyselyyn vastaajien vastaukset on kirjattu Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen puolesta sähköiseen muotoon ja analysoitu tilasto-ohjelmaa (SPSS) käyttäen. Aineiston saimme käyttöömmme Lapin yliopistolta ja sitouduimme aineiston oikeaan käyttöön, käsittelyyn sekä säilytykseen allekirjoittamalla annetut ohjeet. Olemme analysoineet tästä vastausjoukosta omaan tutkimukseemme koskevan aineiston edelleen tilasto-ohjelmaa käyttäen (SPSS ja Microsoft Excel). Kyselyyn vastaaminen on tapahtunut vapaaehtoisesti ja kyselyn esittelyosassa annetaan oleellisia tietoja, kuten tutkimuksen tavoite, aineistonkeruutapa, vastaajan nimettömyys ja lupaus luottamuksellisen tiedon suojaamisesta. Kyselyn esittely osassa on myös kerrottu, mistä vastaajien osoitteet on saatu.

9 POHDINTA

Aikaisemmat tutkimukset, kuten meidänkin tutkimus, ovat osoittaneet, että alkoholin käytöllä ja mielenterveysongelmilla on yhteys toisiinsa. Alkoholin tiedetään vaikuttavan ihmisen elimistöön hyvin moninaisella tavalla, ja altistavan mielenterveyden häiriöille. On kuitenkin vaikea osoittaa, että lisääkö alkoholin käyttö mielenterveysongelmia vai lisäävätkö mielenterveysongelmat alkoholin käyttöä. Meidän tutkimuksessa kuitenkin ilmenee, että haitallisesti alkoholia käyttävien joukon kokema mielenterveys on heikompi kuin alkoholia normaalisti tai ei lainkaan käyttävien joukon. Haitallisesti alkoholia käyttävien määrä (32,6 %) on huolestuttavan korkea. Olemme tutkimuksessa itse määritelleet haitallisesti alkoholia käyttävien joukon kyselyssä olevan alkoholikysymyskohdan mukaan. Joukko sisältää alkoholia haitallisesti käyttävät, mutta ilmeisimmin myös alkoholiriippuvuudesta kärsivät henkilöt, ja tämä voi nostaa alkoholia haitallisesti käyttävien joukkoa. Haitallisen alkoholin käytön raja on työssämme suoraviivaisempi kuin laajoissa alkoholin käyttöä koskevissa kyselyissä. Tutkimuksemme teoreettisessa viitekehys toisaalta tukee löydöstä, sillä alkoholin väärinkäyttö ja riippuvuus alkoholiin on noussut kymmenen vuoden aikana (2000- 2010), vaikka alkoholin kokonaiskulutus on laskenut vuodesta 2007 lähtien.

Mielen Tuki- hankkeen johdosta lähetettiin 8200 ihmiselle satunaisotoksella kysely Lapin alueelle mielenterveyteen liittyen. Vastausprosentiksi muodostui 33 %. Arvailujen varaan jää, että onko vastaajien kokemat mielenterveysongelmat aktivoineet tai passivoineet kyselyyn vastaamiseen, vai vastaako vastaajien joukko läpileikkausta lappilaisista ihmisistä? Masentuneisuuden kokemisen suhteen luvut ovat selvästi korkeammat kuin suomalaisilla aiemmissa tutkimuksissa keskimäärin. Toisaalta Terveys2000- tutkimuksessa todettiin, että Lapissa on muuta maata enemmän mielenterveyden ongelmia. Kuitenkin masennusta kokeneiden luvut ovat selvästi suuremmat kuin suomalaisilla keskimäärin. On kuitenkin muistettava, että Mielen Tuki-hankkeen kyselyyn vastanneiden vastaukset ovat subjektiivisia kokemuksia koetusta mielenterveydestä, joten ne eivät edusta kliinisesti diagnosoitua ryhmää masentuneista, mikä osaltaan varmasti nostaa lukuja. Tämän vuoksi on hankala arvioida vastaako kysely lappilaisia kokonaisuudessaan.

Tutkimuksemme mukaan haitallisesti alkoholia käyttävillä oli ollut itsemurha-ajatuksia 2,6 kertaa enemmän ja itsemurhayrityksiä lähes viisinkertainen määrä haitattomasti alkoholia käyttäneisiin verrattuna. Koetun masentuneisuuden osalta haitallisesti alkoholia käyttäneiden luvut ovat myös selkeästi suuremmat. ”Mieli-hyvän katoaminen lähes kaikesta yli kahdeksi viikoksi viimeisen vuoden aikana”-kohdassa haitallisesti alkoholia käyttäneiden määrä oli 1,6 kertaa suurempi. Haitallisesti alkoholia käyttäneillä oli 1,3 kertaa enemmän yli kahden viikon surun, alakulon tai masentuneisuuden tunnetta viimeisen vuoden aikana. Haitallisesti alkoholia käyttävät olivat mielenterveyden ongelmien vuoksi käyttäneet jotain terveydenhuollon palvelua 1,4 kertaa enemmän kuin haitattomasti alkoholia käyttäneet. Huomioitava asia on, että tähän kohtaan (kysymys 26) oli jättänyt vastaamatta 94 henkilöä. Kyse on merkittävästä joukosta henkilöitä, jos kysymykseen vastaamatta jättäneet edustaisivat homogeenisesti yhtä joukkoa vastanneista.

Saatuamme mahdollisuuden tehdä opinnäytetyömme Mielen Tuki -hankkeen aineistosta, ja valittuamme oman aiheemme ja lähestymistavan aineistoon, oli opinnäytetyöprosessi meille helppo. Alusta alkaen meillä oli vahva visio millaisen työn tuleme tekemään. Laaja aineisto motivoi meitä, sillä koimme, että siitä voi tehdä oikeasti merkittävän ja hyödyllisen tutkimuksen. Ammatillisesti opinnäytetyö antoi meille paljon, sekä tutkijoina, että ammatillisen kasvun tekijänä. Koko prosessin ajan tekijöiden yhteistoiminta oli saumatonta ja jaoimme yhteisen näkemyksen tutkimuksen etenemisestä. Mielen Tuki- hankkeen takana on yhteiskunnallisesti merkittäviä toimijoita, joten luotamme täysin, että aineisto on koottu eettisesti luotettavalla tavalla. Tätä ohjenuoraa halusimme osaltamme jatkaa oman työmme toimesta.

Tutkimustamme olisi voinut laajentaa huomattavasti enemmän lisäämällä eri muuttujia, mutta koimme, että saimme vastauksen asetettuihin tutkimusongelmiin rajaamalla aineiston menetellyllä tavalla. Tämä mahdollistaa jatkotutkimuksen, jossa eri muuttujia vertailtaisiin enemmän keskenään. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä olisi mielenkiintoista verrata lukuja keskenään, jos tutkimus laajentuisi huomioimaan myös sosiaalisen elämän ja sosiaalipalveluiden tarpeen. Tutkimus-

tamme voisi hyvin jatkaa jakamalla tutkimusjoukon ihmiset esimerkiksi iän, sukupuolen ja asuinpaikan suhteen. Omasta aineistostamme oli poistettu kuntakohtaiset tiedot, mikä olisi ollut mielenkiintoinen aspekti tutkimukseen.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2010. Alkoholi ja mielenterveys. Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 13.03.2014 http://www.epshp.fi/files/5230/Alkoholi_ja_mielenterveys.pdf.
- America's Mental Health Channel 2014. CAGE Alcohol Screening Test. Viitattu 29.12.2014 <http://www.healthyplace.com/psychological-tests/cage-alcohol-screening-test/>.
- Duodecim 2010. Alkoholiongelman hoito. Viitattu 14.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00049.
- Duodecim 2005. Mielenterveyden ongelmat. Viitattu 14.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028.
- Duodecim 2007; 123: 1293–8 Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste.
- Havio, M., Inkinen, M & Partanen, A. – toim. 2008. Päihdehoitotyö. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Jyväskylän yliopisto 2014. Koppa - Määrällinen analyysi. Viitattu 16.04.2014 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>.
- Jyväskylän yliopisto 2014. Koppa - Määrällinen tutkimus. Viitattu 22.04.2014 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>. 22.4.2014.
- Karjalainen, M., Zaman-Zadeh, M. & Rousselle, E. 1996. Suomen kielen valmentava kirjoittamiskurssi maahanmuuttajille – etäopetusko-keilu sähköpostin välityksellä. Uutta opetuksen kehittämisestä Oulun yliopiston laitoksilla Vol. 3. Oulu: Oulun yliopisto.
- Karjalainen, S, Launis, V & Pelkonen, R & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Guademus kirja.
- Kuhanen, C., Oittinen, P, Kanerva, A. & Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

- Lapin sairaanhoitopiiri 2014. Laaja mielenterveyskysely Lapissa. Viitattu 21.11.2014
<http://www.lshp.fi/default.aspx?contentid=7095&nodeid=9469&contentlan=1>.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.
- Lääkäriliitto 2013. Arviomuistio alkoholilain uudistamistarpeesta. Viitattu 21.11.2014
http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/7962/arviomuistio_alkoholilain_uudistamistarpeista.pdf.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. – toim. 2007. Psykiatria. Jyväskylä: Duodecim.
- Mental health foundation 2014. Alcohol. Viitattu 6.12.2014
<http://www.mentalhealth.org.uk/help-information/mental-health-a-z/A/alcohol/>.
- Mäkinen, O. Tutkimusetiikan ABC. 2006. Helsinki: Tammi.
- Nordling, E. 2014. Opinnäytetyö, mielenterveyskysely. Email esa.nordling@thl.fi 7.1.2014. Tulostettu 15.8.2014
- Panimoliitto 2014. Alkoholivero. Viitattu 22.04.2014 <http://www.panimoliitto.fi/verotus/alkoholivero/>.
- Psychcentral 2014. World of Psychology. Viitattu 6.12.2014 <http://psychcentral.com/blog/archives/2014/03/25/alkohol-may-not-help-alkohols-impact-on-your-mental-health/>.
- Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. – toim. 2010. Alkoholiriippuvuus. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Sosiaali ja terveysministeriö 2003. Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholi politiikan linjauksista. Viitattu 22.04.2014
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1084594.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 21.11.2014
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>.
- Suomen mielenterveysseura 2014. Alkoholiriippuvuus. Viitattu 22.04.2014
<http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/riippuvuusongelmat/alkoholiriippuvuus/>.
- Suomen sosiaali ja terveys ry 2012. Suomalaisten alkoholiasenteet 2012-

- selvitys: Alkoholiasenteet edelleen tiukat. Viitattu 22.04.2014
<http://www.soste.fi/ajankohtaista/suomalaisien-alkoholiasenteet-2012-selvitys-alkoholiasenteet-edelleen-tiukat.html>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Alkoholit ja mielenterveys. Viitattu 24.04.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholi-ja-mielenterveys.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 - Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Viitattu 24.04.2014
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ada2332abaea71>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Mielen hyvinvointi. Viitattu 24.04.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/mielen_hyvinvointi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. Viitattu 29.12.2014
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariverzio/143/>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.10.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Tutkimussuunnitelma - Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus, Vaihe I . Rovaniemi: Mielen Tuki -hanke, THL ja Lapin sairaanhoitopiiri.
- Tilastokeskus 2014. Alkoholien kulutus. Viitattu 23.04.2014.
<http://www.tilastokeskus.fi/til/ajkul/>.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2011. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- VaVM 27/2013 vp — HE 151/2013 vp. Valtionvarainkunnan mietintö 27/2013vp. Viitattu 22.04.2014
[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=utpvm&\\${BASE}=utpvm&\\${THWIDS}=0.48/1394868828_108397&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=utpvm&${BASE}=utpvm&${THWIDS}=0.48/1394868828_108397&${TRIPPIFE}=PDF.pdf).
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi.
- Virtuaali ammattikorkeakoulu 2014. Kvantitatiivisen analyysin perusteet. Viitattu 22.04.2014.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289328583/1194289824724.html>.
- World Health Organization 2014. Alcohol consumption: levels and patterns. Viitattu 3.12.2014

www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/fin.pdf.

Yle 2012. Ensimmäinen laaja mielenterveyskysely toteutetaan Lapissa. Viitattu 26.1.2015. http://yle.fi/uutiset/ensimmainen_laaja_mielenterveyskysely_toteutetaan_lapissa/6255245.

LIITTEET

- Liite 1. MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVA KYSELYTUTKIMUS LAPIN ALUEELLA 2012-kyselylomakkeen etusivu
- Liite 2. Kyselylomakkeen kohta 32
- Liite 3. Kyselylomakkeen kohdat 23, 24 ja 26

Liite 1. MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVA KYSELYTUTKIMUS LAPIN
ALUEELLA 2012-kyselylomakkeen etusivu



Kuva: Juha Tuomi

MIELENTERVEYTTÄ
KOSKEVA
KYSELYTUTKIMUS
LAPIN ALUEELLA
2012

Arvoisa vastaanottaja!

Olemme valinneet Lapista satunnaisotannalla 8 200 henkilöä, jotka saavat tämän mielenterveyttä koskevan kyselylomakkeen. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, mikä tarkoittaa että tutkimuksen tulosten raporteista ei voida tunnistaa henkilökohtaisia vastauksiasi.

Tällä kyselyllä selvitetään mielenterveyttä koskevia kokemuksia ja näkemyksiä. Tutkimus tehdään yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Lapin sairaanhoitopiirin ja Lapin alueen kuntien kanssa, joiden pyrkimyksenä on alueellisen mielenterveystyön kehittäminen. Vastaamalla voit osallistua tähän työhön. Toivomme, että Sinulla on hetki aikaa vastataksesi kysymyksiimme.

Riippumatta siitä, onko Sinulla omakohtaista kokemusta mielenterveysongelmista, vastauksesi ovat tärkeitä terveys- ja sosiaalipalveluiden kehittämiseksi. Vastaa kysymyksiin rastittamalla omaa tilannettasi tai mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jos olet epävarma, valitse se vaihtoehto joka tuntuu oikeimmalta.

Tutkimuksen vastuhenkilöinä toimivat kehittämisspäälikkö *Esa Nordling* (THL) ja projektipäälikkö *Heli Hätönen* (THL). Lisätietoja kyselylomakkeesta saat soittamalla 029 524 7742 tai sähköpostitse heli.hatonen@thl.fi. Vastauksesi voit postittaa oheisessa kuoressa ilman postimaksua.

Jos kysymyksemme herättävät Sinussa huolta omasta tai läheisesi voinnistasi, ota yhteyttä omaan terveyskeskukseen, josta saat neuvontaa ja tarvittaessa vastaanottoajan.

Kiitämme jo etukäteen paneutumisestasi vastaamiseen!

Ystävällisin terveisin

Esa Nordling
kehittämisspäälikkö

Heli Hätönen
projektipäälikkö



Mikko Häikiö

HTM, Kehittämisspäälikkö, Lapin sairaanhoitopiiri

Heli Koivumaa-Honkanen,

Dosenetti, Professori, Oulun yliopisto, Lapin sairaanhoitopiiri

Sanna Väyrynen

YTT, Professori (ma), Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Lapin yliopisto

Marjo Romakkaniemi

YTT, Yliopisto-opettaja (ma), tutkijatohtori, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Lapin yliopisto

Leena Asikainen

KM, Lehtori, Hyvinvointialat, Rovaniemen ammattikorkeakoulu

Markku Oinaala

Yliääkäri, Rovaniemen kaupunki



Osoitelähde: Väestötietojärjestelmä
Väestötietokeskus
PL 70, 00581 Helsinki

Liite 2. Kyselylomakkeen kohta 32.

Seuraavat kysymykset koskevat alkoholikäyttöäsi <i>Valitse Sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto</i>		
32.	<i>Kyllä</i>	<i>Ei</i>
a. Oletko koskaan ajatellut, että Sinun täytyisi vähentää juomistasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ovatko ihmiset ärsyttäneet Sinua kriittisillä huomautuksillaan juomisestasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Oletko koskaan tuntenut syyllisyyttä juomisesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Oletko koskaan ottanut krapularyyppyjä aamulla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liite 3. Kyselylomakkeen kohdat 23, 24 ja 26

23.	<i>Kyllä</i>	<i>Ei</i>
a. Onko Sinulla viimeisen 12 kuukauden aikana ollut itsemurha-ajatuksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Oletko viimeisen 12 kuukauden aikana yrittänyt itsemurhaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
24.	<i>Kyllä</i>	<i>Ei</i>
a. Onko Sinulla viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut 2 viikkoa tai pitempään kestänyt jakso, jolloin olit surullinen, alakuloinen tai masentunut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Onko Sinulla viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut vähintään 2 viikkoa tai pidempään kestänyt jakso, jonka aikana menetit mielihyvän kokemuksen tai kiinnostuksesi melkein kaikkeen, kuten työhön, harrastuksiin tai muihin Sinulle tavallisesti mieluisiin tekemisiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Oletko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt mielenterveydellisten ongelmien takia jotain terveyspalvelua?		
Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Jos vastasit Ei , siirry kysymykseen 28.