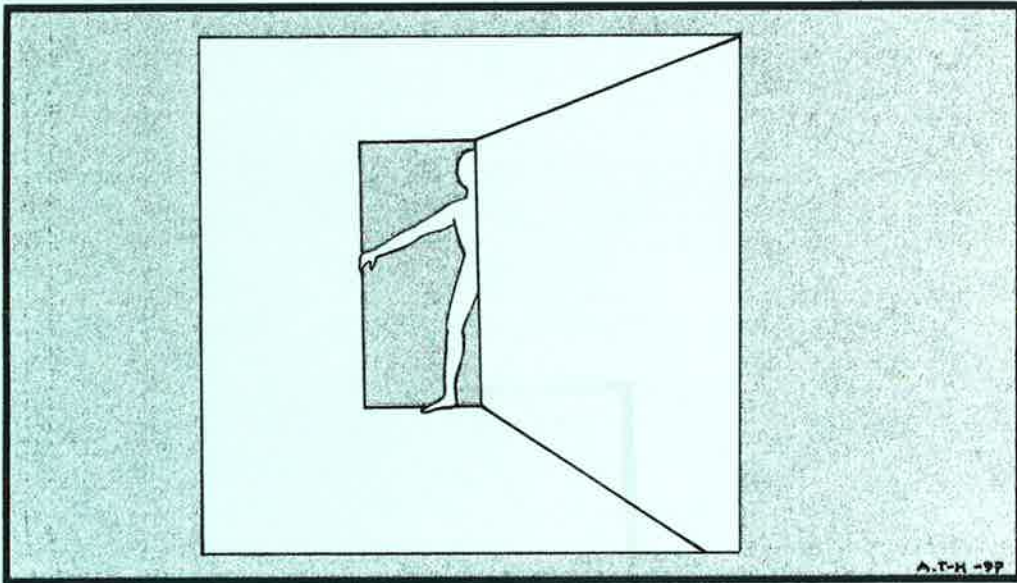


Kari Poikolainen, Terhi Aalto-Setälä, Tuuli Pitkänen,
Annamari Tuulio-Henriksson, Jouko Lönnqvist

NUORTEN AIKUISTEN PSYKKISET OIREET JA NIIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT



Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto
Kansanterveyslaitos
Department of Mental Health and Alcohol Research
National Public Health Institute
Helsinki, Finland

1997

Kansanterveyslaitoksen julkaisu A 2 / 1997

Publications of the National Public Health Institute A 2 / 1997

Kansanterveyslaitos, Mielen terveyden ja alkoholitutkimuksen osasto

National Public Health Institute, Department of Mental Health and Alcohol Research

NUORTEN AIKUISTEN PSYYKKISET OIREET JA NIIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Nuorten aikuisten mielen terveystutkimuksen aineisto,
menetelmät ja vuoden 1995 kyselyn tulokset

Kari Poikolainen, Terhi Aalto-Setälä, Tuuli Pitkänen,
Annamari Tuulio-Henriksson, Jouko Lönnqvist

Copyright National Public Health Institute

Julkaisija - Utgivare - Publisher

Kansanterveyslaitos (KTL)
Mannerheimintie 166
FIN-00300 Helsinki, Finland
puh. (09) 47441, fax (09) 4744408

Folkhälsoinstitutet
Mannerheimvägen 166
FIN-00300 Helsingfors, Finland
tel. (09) 47441, fax (09) 4744408

National Public Health Institute (NPHI)
Mannerheimintie 166
FIN-00300 Helsinki, Finland
tel. -358-9-47441
fax -358-9-4744408

ISBN 951-740-053-5
ISSN 0359-3584

Kuvitus: © Annamari Tuulio-Henriksson

Hakapaino Oy, Helsinki 1997

SISÄLLYS

1. Tiivistelmä.....	5
2. Johdanto.....	7
3. Aineisto ja menetelmät.....	8
3.1. Otos.....	8
3.1.1. Peruskysely.....	8
3.1.2. Seurantakysely.....	8
3.2. Vuoden 1995 kyselyyn vastanneet henkilöt.....	10
3.3. Mittarit ja muuttajat.....	13
3.4. Työvoimarekisteritiedot.....	18
3.5. Haastattelu.....	18
3.6. Puuttuvat tiedot.....	20
3.7. Tilastollinen analyysi.....	21
4. Psykkiset oireet.....	23
5. Koettu terveys.....	26
6. Somaattiset oireet.....	30
7. Elämäntapahtumat ja työttömyys.....	35
7.1. Elämäntapahtumat	35
7.2. Työttömyys.....	36

8.	Päihteet.....	37
8.1.	Tupakointi.....	37
8.2.	Alkoholin käyttö.....	37
8.3.	Huumeiden käyttö.....	40
9.	Luonteenpiirteet ja itsetunto.....	42
10.	Psyyken puolustustyyli.....	46
10.1.	Psyyken puolustuskeinojen mittaamisesta.....	46
10.2.	Tulokset.....	47
11.	Psyykkisiin oireisiin liittyvät tekijät: monimuuttuja-analyysi.....	51
12.	Pohdinta ja johtopäätökset.....	54
12.1.	Psyykkiset oireet mielenterveyden häiriöiden indikaattorina.....	54
12.2.	Elämäntapahtumat.....	55
12.3.	Ahdistustaipumus.....	56
12.4.	Itsetunto ja psyyken puolustustyyli.....	56
12.5.	Työttömyys.....	57
12.6.	Johtopäätökset.....	58
13.	Kirjallisuus.....	59
14.	Liite 1. Kyselylomake.....	65

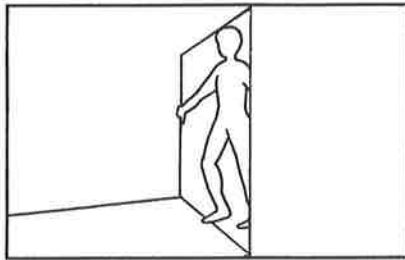
1. TIIVISTELMÄ

Tarkoitus: Selvittää psyykkisen oireilun yleisyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä nuorten aikuisten keskuudessa.

Aineisto ja menetelmät: Tutkittavat olivat 1970-1975 syntyneitä nuoria aikuisia, jotka olivat aiemmin opiskelleet lukiossa Helsingissä tai Jyväskylässä. Heille lähetettiin postikysely alkuvuodesta 1995. Vastanneita oli 651 (92 %). Ikä oli keskimäärin 22 vuotta. Psykkistä oireilua kartoitettiin 36 kysymystä sisältävän General Health Questionnairen (GHQ-36) avulla. Tarkastelujakso oli kyselyä edeltänyt kuukausi. Runsasoireisiksi katsottiin ne, joilla oireita oli viisi tai useampia.

Tulokset: Runsasoireisia oli naisista 34 % ja miehistä 19 %. Runsasoireisuutta selitettiin logistisen regressioanalyysin avulla tekijöillä, joiden epäiltiin olevan runsasoireisuuden syitä tai indikaattoreita. Tarkasteltavat riippumattomat muuttujat olivat: ikä, sosiaaliluokka, tyytyväisyys ihmissuhteisiin, työ- tai opiskelutyytyväisyys, työttömyys, elämäntapahtumat, alkoholin käyttö, huumeiden käyttö, koettu terveys, pitkäaikaissairaus, mielenterveyspalvelujen käyttö, ahdistustaipumus, masennustaipumus, itsetunto ja psyyken puolustustyyli (neuroottinen, kypsä ja epäkypsä). Runsasta psyykkistä oireilua esiintyi merkitsevästi enemmän henkilöillä, joilla oli ollut viime aikoina stressaavaksi koettu elämäntapahtuma kuin niillä, joilla sitä ei ollut. Tämä koski sekä naisia että miehiä. Lisäksi naisilla runsas psyykkinen oireilu oli merkitsevästi sitä suurempaa, mitä voimakkaampi oli ahdistustaipumus. Miehillä runsas psyykkinen oireilu oli merkitsevästi sitä suurempaa, mitä huonompi oli itsetunto ja merkitsevästi sitä pienempää, mitä vähäisempää oli epäkypsien psyyken puolustustyylien käyttö.

Johtopäätökset: Tulokset viittaavat siihen, että viimeaikaiset stressaavat elämäntapahtumat heikentävät mielenterveyttä nuorilla aikuisilla. Lisäksi mielenterveyttä saattaa heikentää naisilla ahdistustaipumus ja miehillä huono itsetunto. Hyvä ahdistuksen sietokyky näyttää ylläpitävän hyvää mielenterveyttä naisilla. Miehillä hyvää mielenterveyttä näyttää ylläpitävän epäkypsän psyyken puolustustyylin vähäinen käyttö. Tulokset ovat yleistettävissä suomalaisiin lukiossa opiskelleisiin nuoriin aikuisiin. Näiden johtopäätösten kliinisen merkityksen varmentamiseksi olisi tehtävä seurantatutkimuksia, joissa mielenterveyshäiriöt tunnistetaan diagnostisen haastattelun perusteella.



2. JOHDANTO

Siirtyminen nuoruudesta aikuisuuteen on mielenterveyden kehityksen kannalta tärkeää aikaa. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme nuorten aikuisten mielenterveyttä ja siihen liittyviä tekijöitä. Mielenterveyttä tarkastellaan psyykkisten oireiden esiintyvyyden kautta. Siihen liittyvinä ja mahdollisesti mielenterveyteen vaikuttavina tekijöinä tarkastelemme yhtäältä melko pysyviä sisäisiä, persoonallisuuteen kuuluvia tekijöitä ja toisaalta ulkoisia, muutokseen johtavia ja sopeutumiskykyä koettelevia tekijöitä. Sisäisiä tekijöitä ovat itsetunto, psyyken puolustustyylit sekä ahdistus- ja masennustaipumus. Ulkoisia tekijöitä ovat elämänuran valinta, opiskelu, työ, työttömyys, parisuhteen muodostuminen ja muut elämäntapahtumat. Lisäksi tarkastelemme yleistä terveydentilaa, sairauksia ja terveyteen liittyvää käyttäytymistä, ennen muuta päihteiden käyttöä. Kaikilla näillä tekijöillä voi olla, mikäli ne vaikuttavat riittävän vahvasti ja tilanne on otollinen, mielenterveyttä häiritseviä vaikutuksia. Esimerkiksi: päihteiden runsas käyttö voi johtaa vakavaan masennus- tai ahdistushäiriöön. Työttömyys voi aiheuttaa mielenterveyden häiriöitä, joskaan koulusta suoraan työttömiksi joutuneilla ei mielenterveys yleensä huonontunut (Poikolainen 1995).

Tämä tutkimusraportti on osa hanketta, joka selvittää nuorten aikuisten mielenterveyttä. Hankkeen seuraavassa vaiheessa tarkastellaan haastattelun avulla diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä ja niitä ennustavia tekijöitä.

3. AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1. Otos

Tutkittavat olivat nuoria aikuisia, jotka opiskelivat perustutkimuksen aikana lukuvuonna 1990-1991 lukiossa Helsingissä tai Jyväskylässä. Jyväskylässä tutkimus tehtiin viidessä lukiossa. Kuudetta, uusinta lukiota ei otettu mukaan. Helsingin 33:sta lukiosta valittiin tutkimukseen suostuneiden lukioiden keskuudesta viisi. Valintaperuste oli lukioon pääsyyn vaadittava peruskoulun päästötodistuksen vähimmäiskeskisarvo. Lukiot valittiin siten, että eritasoiset pääsykynnykset omaavat lukiot vaativimmista vähiten vaativiin olivat edustettuina.

3.1.1. Peruskysely

Perustutkimuksen kyselylomake täytettiin joulukuussa 1990 tai tammikuussa 1991 yhden oppitunnin aikana. Peruskyselyä kutsutaan myöhemmin lyhyesti vain vuoden 1990 kyselyksi. Perustutkimukseen hyväksytyt kyselylomakkeita oli alunperin 1493. Myöhemmin osoittautui, että yksi vastaajista ei ollut ilmoittanut sukupuoltaan. Hänet suljettiin pois tarkasteluista.

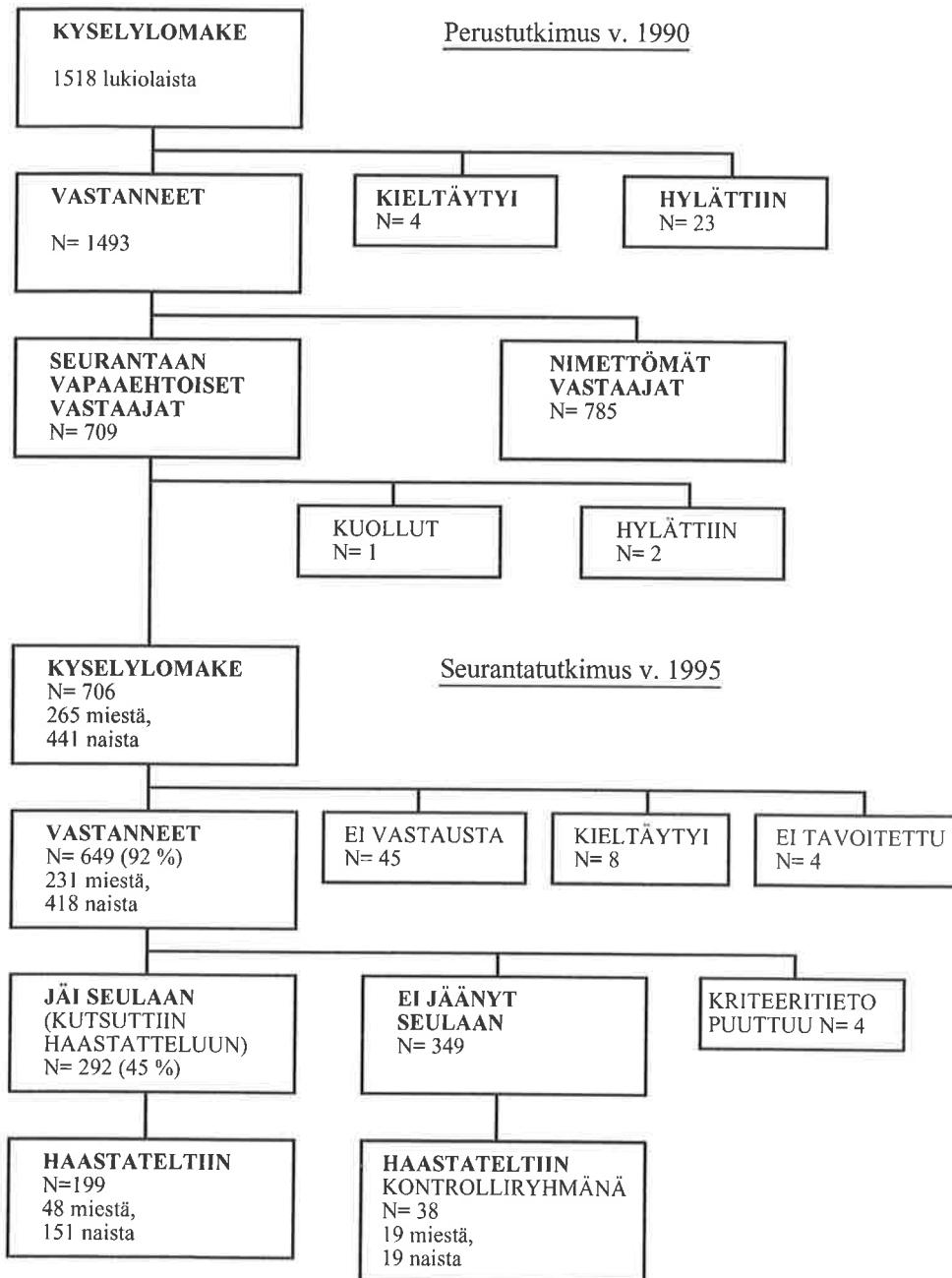
Lomakkeen täyttämiseen kului 20 - 45 minuuttia. Tutkijat tai tutkimusavustajiksi palkatut yliopisto-opiskelijat jakoivat kyselylomakkeet ja korostivat kyselyn luottamuksellisuutta ja kyselyn täyttämisen vapaaehtoisuutta. Opettajat eivät olleet läsnä lomaketta täytettäessä. Tutkittavat olivat syntyneet vuosina 1970-1975. Keski-ikä oli perustutkimuksen aikaan 16,8 vuotta.

3.1.2. Seurantakysely

Perustutkimuksessa sai valita, vastasiko nimettömästi vai antoiko tutkijoille luvan ottaa myöhemmin yhteyttä seurantatutkimukseen osallistumista varten.

Osallistumiseen halukkaita pyydettiin ilmoittamaan nimensä, osoitteensa ja sosiaaliturvatunnuksensa. Aineiston muodostuminen on esitetty yksityiskohtaisesti kuvassa 3.1.

Kuva 3.1. Tutkimuksen kulku



Seurantatutkimukseen lupautuneet 709 lukiolaista 1493:n tutkitun ryhmästä eivät eronneet nimettöminä vastanneista seuraavien muuttujien suhteen: vanhempien sosiaaliryhmä, vanhempien avioero tai kuolema, sisarusten määrä, vastaajan ikä, peruskoulun päästötodistuksen keskiarvo, osapäivätyössä käynti lukioaikana, vasenkätisyys, pituus, paino, painoindeksi, elämäntapahtumien määrä viimeisimmän vuoden aikana, itsetunto, tilanneahdistus (state anxiety) tai psyyken puolustustyylyt. Somaattisten oireiden pistemäärä oli seurantaan lupautuneilla hieman suurempi kuin nimettöminä vastanneilla, ero ei kuitenkaan ollut suuri verrattaessa absoluuttisia lukuja (Keskiarvot (SD) pojilla 22,8 (0,29) ja 21,8 (0,23), tytöillä 25,0 (0,23) ja 24,2 (0,23)). Pojista seurantaan lupautui 41 % ja tytöistä 54 %. Lupautuneista oli poikia 267 ja tyttöjä 442. Näistä yksi oli kuollut seuranta-aikana, yksi oli antanut virheellisen henkilötunnuksen ja yksi lomake jouduttiin hylkäämään, koska se osoittautui epäuskottavaksi perusteellisemmissä tarkistuksissa. Seurantaan hyväksytyjä henkilöitä oli 706.

Seurantaan lupautuneiden nykyinen osoite selvitettiin pääsääntöisesti väestörekisteristä, tarvittaessa lisäksi kihlakunnan rekisteristä. Tutkittaville lähetettiin postikysely alkuvuodesta 1995. Kyselylomakkeen palautti välittömästi 80 % naisista ja 60 % miehistä. Vastauspyyntö uusittiin enintään neljästi. Keruu lopetettiin 15.10.1995. Kolmea tutkittavaa ei pystytty jäljittämään. Yksi mies oli seuranta-aikana kuollut. Vastanneita oli kaikkiaan 651, 92 % kaikista mahdollisista vastaajista. Naisista vastasi 418 (95 %) miehistä 233 (88 %). Vastanneet ja vastaamatta jättäneet eivät eronneet merkitsevästi toisistaan perustutkimuksen keskeisten muuttujien eikä työttömyyspäivien määrän suhteen.

3.2. Vuoden 1995 kyselyyn vastanneet henkilöt

Vuoden 1995 kyselyyn vastanneet olivat syntyneet vuosina 1970-1975, ikä oli keskimäärin 22 vuotta. Pääkaupunkiseudulla asui 47 % tutkittavista, Jyväskylän seudulla 45 %. Alunperin pääkaupunkiseudulla asui 43 % ja Jyväskyläseudulla 57 %. Kaupunkien välillä ei ollut merkitseviä eroja. Peruskoulun

päästötodistuksen keskiarvo vaihteli välillä 6,5 - 10. Tytöillä keskiarvo oli 8,8 ja pojilla 8,5 ($p < 0,001$). Lukion kävi loppuun 95 % tutkittavista, neljä suoritti sitä iltakoulussa. Lukion päästötodistuksen keskiarvo oli naisilla 8,4, miehillä 8,1 ($p < 0,001$).

Naiset olivat keskimäärin hakeneet useampiin opiskelupaikkoihin kuin miehet ($p = 0,002$). Nuoret (20 - 21-vuotiaat) miehet olivat pyrkineet eri opiskelupaikkoihin harvemmin kuin vanhemmat (22 - 25-vuotiaat), mikä lienee yhteydessä varusmiespalvelun suorittamiseen. Haluttuun opiskelupaikkaan oli päässyt pyrkineistä 22 - 25-vuotiaista 62 %, nuoremmista 57 %. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroja.

Naisista 72 % ja miehistä 54 % ($p < 0,001$) opiskeli tutkimushetkellä kokopäivätoimisesti. Vanhemmista miehistä opiskeli 67 %, nuoremmista 36 % ($p < 0,001$). Tutkittavista 38 % oli pyrkinyt ja päässyt opiskelemaan yliopistoon tai korkeakouluun; heistä 6 oli jo keskeyttänyt opintonsa. Opiskelupaikan saaminen tai se, että kertoo suorittavansa joitakin opintoja ei aina kerro sitä, mihin ensisijaisesti käyttää aikaansa. Tutkittavista monien ammatinvalinta oli vasta muotoutumassa. Tämä ilmeni mm. siinä, että eri tavoin kysytyinä samoihin asioihin saatiin erilainen vastaus. Esimerkiksi koska opiskelusta ei kysytty muuta kuin missä oppilaitoksessa oli opintoja suorittamassa, saattaa olettaa, että ne 44 nuorta aikuista lukivat pääsykokeisiin, jotka olivat ilmoittaneet opiskelevansa vaikka eivät olleet missään oppilaitoksessa.

Tutkittavista 4 % ei ollut pyrkinyt mihinkään opiskelupaikkaan. Vähintään yhteen paikkaan pyrkineistä naisista 10 % ja miehistä 21 % ($p < 0,001$) ei ollut päässyt mihinkään opiskelupaikkaan. Tutkittavista 3 % oli päässyt useampaan kuin kolmeen opiskelupaikkaan; kolme nuorta oli päässyt peräti kuuteen eri paikkaan. Opiskelemaan hyväksytyistä 70 % koki päässeensä haluamalleen alalle, mutta opiskelupaikan saaneista 43 % suunnitteli silti vielä pyrkivänsä jonnekin. Tutkittavista 11 % kävi kokopäiväisessä ansiotyössä. Tutkittavia, jotka eivät olleet koskaan hakeneet töitä ja joille ei myöskään ollut tarjottu töitä, oli 18 %. Haluamaansa työhön päässeitä oli 35 %, yrityksestä huolimatta 4 % ei ollut päässyt minnekään. Osapäivätöitä ilmoitti tehneensä joskus elämänsä aikana 33 % naisista ja 22 % miehistä ($p < 0,003$). Tuntitöitä ja satunnaisia töitä on tehnyt 52 % naisista ja 30 % miehistä

($p < 0,001$). Nuoremman ikäryhmän naiset ovat tehneet satunnaisia ja tuntitöitä useammin kuin muut. Niistä 159 tutkittavasta, jotka eivät kyselyn aikaan ensisijaisesti opiskelleet, 35 % kävi kokopäivätyössä ja 16 % osapäivä- tai tuntitöissä.

Varusmies- tai siviilipalvelun oli suorittanut 81 % miehistä. Palvelua suorittamassa oli 15 % miehistä. Varusmies- ja siviilipalvelun suorittaminen vaikuttaa naisten ja miesten välisiin eroihin mm. työttömyyskokemusten ja opiskeluun pyrkimisen osalta. Ulkomailla oli kuusi tutkittavaa. Yhteensä 27 % naisista ja 11 % miehistä ($p < 0,001$) oli asunut ulkomailla viimeisen viiden vuoden aikana.

Tutkittavista 6 %:lla oli käyttövaroja yli 3500 mk kuukaudessa. Näistä 57 % kävi kokopäiväisessä ansiotyössä. Tutkittavista 56 %:lla oli käyttövaroja toimeen 1500 mk kuukaudessa tai vähemmän. Enin osa heistä oli päätoimisia opiskelijoita, varusmiehiä, työttömiä tai ulkomailla olevia. Miehillä käyttövaroja oli keskimäärin enemmän kuin naisilla ($p = 0,007$). Naisten osalta iällä ei ollut yhteyttä varallisuuteen, mutta miesten joukossa vanhemmassa ikäryhmässä muutamilla oli tuntuvasti muita suuremmat käyttövarat.

Tutkittavista 47 % ei ollut koskaan ollut työttömänä, 48 % oli ollut työttömänä ennen vuoden 1995 alkua ja 4 % ainoastaan vuonna 1995. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroa. Tutkimushetkellä työttömänä oli 16 % tutkittavista, heistä 58 % oli 22 - 24-vuotiaita.

Vanhempiensa kanssa asui 23 % naisista ja 43 % miehistä ($p < 0,001$). Yksin asui 29 % tutkittavista. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroa. Naisista 27 % ja miehistä 17 % oli avoliitossa, lisäksi kolme naista sanoi asuvansa miesystävänsä kanssa, muttei avoliitossa. Naimisissa oli 13 naista ja 3 miestä. Yksi nainen oli eronnut. Naisista neljällä oli lapsi, miehistä ei kenelläkään. Rasakaana oli viisi naista. Tutkittavista 136:n vanhemmat olivat eronneet (21 %) ja 70 nuorta (11 %) oli saanut isä- tai äitipuolen. Toinen vanhemmista oli kuollut 27 tutkittavalta (4 %).

3.3. Mittarit ja muuttujat

Päällekkäisyys (redundanssi) tarkoittaa, että eri käsitteitä operationalisoivat mittarit mittaavat osin samoja asioita. Päällekkäisyyden poistamiseksi mittareiden kysymykset käytiin yksityiskohtaisesti läpi lomakkeen suunnitteluvaiheessa. Seuraavassa kuvataan tärkeimmät kyselyissä käytetyt mittarit lyhyesti. Useimpia mittareita käytettiin sekä 1990 että 1995. Vuoden 1995 kyselylomake on liitteenä (Liite 1). Mittarien sisältämien kysymysten tunnuksut (A1:stä L73:een) esitetään suluissa. Summapistemääriin perustuvien mittarien sisäistä konsistenssia kuvaavat Cronbachin alfa-kertoimet esitetään taulukossa 3.1.

Taulukko 3.1. Mittarien sisäinen konsistenssi (Cronbachin alfa) sukupuolen mukaan (tutkittavien määrä suluisissa)

Mittari	Naiset	Miehet
Ahdistustaipumus	0,92 (408)	0,89 (224)
Masennustaipumus	0,70 (418)	0,62 (232)
Itsetunto	0,90 (411)	0,86 (230)
Psykyen puolustustyyli		
kypsä	0,55 (404)	0,57 (226)
epäkypsä	0,87 (375)	0,87 (212)
neuroottinen	0,70 (401)	0,68 (220)
Psykkiset oireet (GHQ)	0,93 (392)	0,93 (218)
Sosiaalinen tuki	0,63 (416)	0,57 (213)
Syömiseen liittyvät ongelmat	0,85 (416)	0,54 (231)
Aggressiivisuus	0,69 (416)	0,63 (231)
CAGE	0,66 (417)	0,66 (231)

Sosiaaliluokka määritettiin vuoden 1990 kyselyssä ilmoitettujen vanhempien ammattien perusteella. Tutkittavan sosiaaliluokka määritettiin isän ammatin perusteella, jos molemmat vanhemmat asuivat samassa kodissa kuin tutkittava. Jos isä puuttui, käytettiin äidin ammattia. Käytimme Helsingin kaupungin neliluokkaista sosiaaliluokitusta, joka perustuu ammattien arvostukseen (Tilastollinen päätoimisto 1971). Ryhmät ovat seuraavat:

(I) Johtavassa asemassa olevat (esim. lääkäri, toimittaja, komisario, opettaja)

(II) Pienyrittäjät, työnjohtajat, ja ylempi toimistohenkilöstö (esim. teknikko, lastentarhanopettaja, sairaanhoitaja, valokuvaaja, ylikonstaapeli)

(III) Ammattityöntekijät ja alemmat toimistohenkilöt (esim. asentaja, lastenhoitaja, perushoitaja, puhelinvälittäjä, konstaapeli)

(IV) Apu- ja sekatyöntekijät (esim. lähetti, sairaalaapulainen, laboratorioharjoittelija, poliisiharjoittelija)

Sosiaalinen tuki kartoitettiin neljällä kysymyksellä (A6, A7, H23 ja J12).

Tulevaisuuden odotukset (K9 - K11) kysyttiin Antonovskyn (1988) koherenssein tunneskaalasta valitun kolmen osion mukaan (kysymykset 11, 22 ja 27). Nämä kysymykset koskevat sitä, miten mielekkääksi ja hallittavaksi vastaaja arvioi oman tulevaisuutensa.

Tulevaisuuteen kohdistuvat huolet ja pelot (K2 - K8) selvitettiin aiemmin julkaistujen kysymysten muunnoksilla (Breakwell ym. 1988) ja tutkimusta varten kehitetyillä kysymyksillä.

Työttömyyttä kysyttiin usealla tavalla (B1A, B15A, B15B, B22 ja B28). Koska työttömyys on moniulotteinen ilmiö, muodostettiin kolme yhdistettyä muuttujaa. Ensimmäinen muuttuja sisälsi vaihtoehdot: (1) ei ole koskaan ollut työttömänä, (2) on ollut työttömänä ennen vuoden 1995 alkua ja (3) on ollut työttömänä ainoastaan vuonna 1995. Tämä muuttuja tehtiin erityisesti rekisteri- ja kyselylomaketietojen vertailua varten. Toisessa muuttujassa eroteltiin

muista ne, jotka olivat työttöminä kyselyyn vastaamishetkellä ja kolmannessa muuttujassa ne, jotka olivat olleet työttöminä vuoden 1995 aikana riippumatta siitä oliko heillä aiempia työttömyyskokemuksia.

Alkoholin vuosikulutus laskettiin kertomalla kerralla juotujen alkoholiannosten määrä, yhden annoksen sisältämä alkoholimäärä (12 g 100 % alkoholia) ja käyttöiheys keskenään (F4 - F8). Määrän ja käyttöiheyden arvoina käytettiin luokkakeskiarvoja paitsi ylimmän määräluokan osalta. Jälkimmäisen arvona käytettiin luokan alarajaa (kerralla vähintään 13 annosta).

CAGE on alkoholismin seulontatestinä käytetty kysymyssarja (Ewing 1984). Siihen kuuluu neljä ongelmajuomista ja sen haittoja kartoittavaa kysymystä (F10 - F13).

Alkoholihaitoista (F14 - F20) laskettiin summapistemäärä.

Elämänmuutoksien mittari laadittiin tätä tutkimusta varten miettimällä, mitkä ovat tutkimuksen kohteena olevissa ikäryhmissä keskeisiä elämänmuutoksia. Mittari käsitti 22 yksilöityä elämänmuutosta ja yhden avoimen kysymyksen (G1 - G23). Tutkittavia pyydettiin arvioimaan myös elämänmuutoksien myönteisyyden tai kielteisyyden astetta. Lisäksi kysyttiin erikseen, oliko tutkittavalla ollut viime aikoina jokin stressaava elämäntapahtuma (E37).

Itsetunto mitattiin Rosenbergin 10 kysymyksen sarjalla (J1 - J10), joka mittaa lähinnä sitä missä määrin vastaaja hyväksyy itsensä (Robinson ja Shaver 1973). Huono itsetunto tarkoittaa sitä, ettei henkilö pidä itseään arvokkaana tai riittävänä; hyvä itsetunto sitä, että hän pitää itseään arvokkaana, muttei välttämättä muita parempana (Ingham ym. 1986). Alkuperäisestä poiketen pisteytystä muutettiin siten, että korkea pistemäärä kuvaa hyvää itsetuntoa.

Ahdistustaipumus (Trait anxiety) on persoonallisuuden suhteellisen pysyvä piirre. Mittarina on Spielbergerin ym. (1970) 20 kysymyksen sarja (H1 - H20). Vastausvaihtoehdot kuvasivat ahdistuksen voimakkuutta alkuperäisessä kysymyssarjassa käytettyjen esiintymistäajuutta kuvaavien vaihtoehtojen sijasta, koska edelliset sopivat paremmin siihen, että kyse on viime kädessä yksilöllisistä eroista aktivaatioreaktion (*arousal*) voimakkuudessa (Andrews

1991). Ahdistustaipumus korreloi voimakkaasti *Eysenck Personality Questionnaire*en neurotistimiskaalan kanssa (Bech ym. 1993) ja mittaa samaa ilmiötä (Gray 1987).

Masennustaipumus (trait depression) kartoitettiin kahdella kysymyksellä (H21 - H22), jotka ovat samaa muotoa kuin ahdistuskysymykset. Nämä kysymykset muodostavat osan aiemmin käytetystä mittarista (Broadman ym. 1956).

Psykyen puolustustyyliä eli defenssityylejä (L1 - L72) tutkittiin 72-osiolisella mittarilla, joka on alunperin 88-osiolisesta (Bond ym. 1986) kysymyssarjasta lyhennetty versio (Andrews ym. 1989). Kypsää psykyen puolustustyyliä mitattiin 10 osiolla, neuroottista 16 osiolla ja epäkypsää 46 osiolla.

Somaattiset oireet käsittävät anatomisesti lokalisoidut kivut, säryt ja väsymyksen. Kysymyksiä oli 14 (Taulukko 6.1). Niitä on käytetty aiemmin suomalaisissa tutkimuksissa sekä nuorilla että aikuisilla (Aro 1981, Aro 1988).

Syömishäiriöitä kartoittavat kysymykset (H24 - H29) koostuivat pääasiassa BITE-kysymyssarjan osioista (Henderson ja Freeman 1987).

Aggressiivisuus. Kysymyksiksi valittiin Pulkkinen (mm. Pulkkinen ja Pitkänen, 1994) käyttämän kysymyssarjan 10 kysymyksestä ne, jotka muodostivat yhdessä suurimman Crohnbachin alfan arvon. Myös elämäntilintakysymykset sekä puolet sosiaalista tukea koskevista kysymyksistä ovat saman seuranta tutkimuksen kysymyksiä.

Psykykkistä oireilua mitattiin General Health Questionnaire (GHQ) avulla. Se on David Goldbergin (1972) kehittämä, psykykkisen tilan mittaamiseen tarkoitettu kysymyssarja. Sitä voidaan käyttää väestön psykykkisen sairastavuuden selvittämiseen, mielenterveyden ongelmista kärsivien henkilöiden tunnistamiseen ja elämän laadun mittaamiseen. Mittari kuvaa tutkittavan nykytilaa, joten sitä voidaan käyttää myös mielenterveydessä tapahtuvien muutosten tutkimiseen. Kysymysten määrä ja sisältö sekä vastausvaihtoehtojen pisteytys vaihtelevat käyttötarkoituksesta riippuen (Bech ym. 1993).

Alkuperäinen GHQ sisältää 60 kysymystä. Tässä tutkimuksessa käytettiin 36 kysymystä sisältävää versiota (GHQ-36), joka ei sisällä somaattisia oireita koskevia kysymyksiä. Käyttämämme GHQ-36:n kysymykset kartoittavat ahdistusta, unihäiriöitä, masennusta, itsetuhokäyttäytymistä ja psykososiaalisen toimintakyvyn alentumista (E1 - E36). Kysymykset koskivat lomakkeen täyttämistä edeltävää kuukautta. Vastaajaa pyydettiin vertaamaan viimeaikaista vointiaan siihen, mikä vastaajan vointi yleensä on, ja valitsemaan neljästä vastausvaihtoehdosta sen, joka parhaiten kuvaa viimeaikaista olotilaa kysymyksessä olevan asian suhteen. Vastausvaihtoehdot ovat tyyppiä (1) paremmin kuin tavallisesti, (2) yhtä hyvin kuin tavallisesti, (3) huonommin kuin tavallisesti ja (4) paljon huonommin kuin tavallisesti. Vaihtoehdot yksi ja kaksi pisteytettiin nollassi ja vaihtoehdot kolme ja neljä ykköseksi. Laskeamalla pisteet yhteen saatiin sen jälkeen ajankohtaista psyykkistä oireiden määrää kuvaava indeksi. Vaihteluväli on siten 0 - 36 pistettä. Runsasoireisina pidetään tässä tutkimuksessa henkilöitä, jotka saivat viisi pistettä tai enemmän. Tämä on yleisesti käytetty seulontaraja (Tarnopolsky ym. 1979, Huppert ym. 1988).

3.4. Työvoimarekisteritiedot

Työnhakurekisteristä saatiin tieto työttömäksi työnhakijaksi ilmoittautumisen alkamis- ja päättymispäivistä, sekä siitä, oliko tutkittava ollut työtön tai lomautettu. Lupa näihin tietoihin saatiin Työministeriöstä. Puuttuvien sosiaaliturvatunnusten takia tietoja ei saatu 2,1 % tutkittavista (15:ltä 706:stä).

3.5. Haastattelu

Kyselylomakevastausten perusteella kutsuttiin joukko tutkittavia mielenterveyttä kartoittavaan diagnostiseen haastatteluun (kuva 3.1.). Ensisijainen kutsumisperuste oli GHQ:n pistemäärä. Menetelmä oli SCAN2 (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; WHO 1992), aikuisväestölle tarkoitettu strukturoitu psyykkinen haastattelu. Haastattelussa kartoitettiin mielenterveyden eri osa-alueilla ilmenneitä oireita sekä juuri haastattelua edeltäneeltä ajankohdalta, viiden vuoden seuranta-ajalta että osin myös koko elämän ajalta.

Haastattelussa kartoitettiin myös tutkittavan elämäntilannetta sekä opinto- ja työhistoriaa seuranta-ajalta, kysyttiin vanhempia koskevia asioita ja tutkittavan sekä hänen perheensä somaattisia ja psykiatrisia sairauksia. Lopuksi esitettiin CIDI-haastattelusta (Composite International Diagnostic Interview, WHO 1993) mukaeltu, vakavaa masennusta seulova UM-CIDI -short version -kysymyssarja. Haastattelut suorittivat kolme SCAN-koulutuksen saanutta tutkijaa (TA-S, TP, AT-H).

Haastatteluun kutsuttiin tutkittavista ne, joilla oli kyselylomakkeen perusteella viitteitä mahdollisista mielenterveyden ongelmista. Lisäksi haastatteluun valittiin satunnaisesti vertailua ja seulonnan luotettavuuden tarkastelua varten tutkittavia, jotka eivät täyttäneet yhtään seulontakriteeriä. Koska kaukunkien välillä ei todettu eroja, valittiin vertailuryhmä pääkaupunkiseudulta. Aluksi haastateltiin 10 tutkittavaa, jotka eivät olleet jääneet seulaan. Nämä toimivat tutkijoiden viimeisinä harjoitushaastatteluina.

Tutkittavat kutsuttiin haastatteluun ennalta määrättyjen kriteerien mukaan. Psykkisen oirehtimisen pistemäärä oli tärkein kriteeri (taulukko 3.2.). Tutkittavista neljän kohdalla vastaukset olivat niin puutteellisia, ettei voitu päätellä olisivatko he täyttäneet jonkin seulakriteerin. Heitä ei kutsuttu haastatteluun. Jos jonkin kriteerin tiedot olivat vajaat tai puuttuivat, mutta toisessa oli riittävästi tietoa haastatteluun kutsumiseksi, käytettiin sitä kriteeriä, mistä oli täydelliset tiedot. Kutsutuista 60 % saapui haastatteluun, seulaan jääneistä 67 % ja vertailuryhmästä 38 %. Seulaan jääneistä 40 kieltäytyi haastattelusta, kahta ei tavoitettu ja viisi oli ulkomailla.

Taulukko 3.2. Haastatteluun kutsumisessa käytetyt kriteerit tärkeysjärjestyksessä sekä kutsuttujen prosenttiosuus haastatteluun kutsutuista

Kriteeri	Naiset %	Miehet %	Yhteensä %
GHQ-36 5 tai enemmän	70	69	70
Saanut tai hakenut tukea tai ajatellut tuen hakemista mielenterveysongelmiin	22	17	21
Masentuneisuus	1	3	1
Syömisongelmat	3	0	2
Alkoholin kulutus runsasta ¹	4	11	6
Yhteensä	100	100	100
Tutkittavia	(217)	(75)	(392)

¹ naisilla 10 kg/vuosi, miehillä 15 kg/vuosi tai enemmän

3.6. Puuttuvat tiedot

Vuoden 1995 kyselyyn vastattiin yleensä hyvin. Tutkittavista 75 % vastasi kaikkiin kysymyksiin ja 20 % oli jättänyt vastaamatta yhteen tai kahteen kysymykseen. Kahteen kysymykseen (L70 ja L54) oli jättänyt vastaamatta 13 tutkittavaa eli 2 % tutkittavista, muissa kysymyksissä oli puuttuvia tietoja

alle 2 %. Useimmin vastaamatta jääneet kysymykset kuuluivat psyyken puolustustyilien kysymyssarjan loppuosaan (L39 - L72), lomakkeen viimeisiin kysymyksiin. Eri kysymyksiin vastaamatta jättäneiden määrät esitetään tarkemmin tulososassa.

Osa aineiston analyyseistä tehtiin siten, että kaikki tutkittavat, joilla oli yksikin puuttuva tieto tarkasteltavissa muuttujissa, suljettiin pois. Näin toimien menetetään kuitenkin hyödyllistä informaatio, jos tutkittava on vastannut useimpiin mittarin kysymyksiin. Siksi olemme analysoineet aineistoa myös ottamalla mukaan tapaukset, joissa olemme katsoneet, että puuttuvat vastaukset voidaan korvata keskiarvoilla. Nämä keskiarvot laskettiin kunkin summamuuttujan osalta niistä osioista, joihin tutkittava oli vastannut.

Puuttuva tieto korvattiin keskiarvolla, mikäli tutkittava oli vastannut vähintään kolmasosaan kyseessä olevan mittarin kysymyksistä. Keskiarvo laskettiin tutkittavan henkilön vastauksista muihin mittarin osioihin ja pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun. Näin saatiin summamuuttujatiedot 631:lle tutkitavalle aiemman 491:den sijaan. Korvaamisen mahdollista vaikutusta tuloksiin arvioitiin vertaamalla korvattujen ja korvaamattomien summamuuttujien välisiä keskiarvoja, keskihajontoja, minimi- ja maksimiarvoja sekä Cronbachin alfan arvoja.

3.7. Tilastollinen analyysi

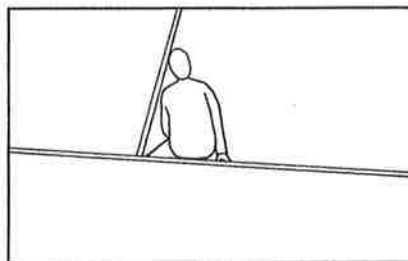
Muuttujien jakaumia tarkasteltiin aluksi koko aineistossa. Sen jälkeen tarkasteltiin sukupuoli- ja ikäryhmittäisiä eroja. Ikäryhmät olivat 20 - 21-vuotiaat ja 22 - 25-vuotiaat. Näitä eroja ei kuvata erikseen elleivät ne olleet merkitseviä. Merkitsevyystasoksi valittiin $p < 0,05$. Tuhannesosaa pienemmät p-arvot on pyöristetty arvoon 0,001. Jatkuvien muuttujien jakaumien keskiarvojen erot testattiin kaksisuuntaisella t-testillä. Luokiteltujen muuttujien välisten yhteyksien merkitsevyys laskettiin χ^2 -testillä (2x2-taulukoissa käytäen lisäksi Yatesin jatkuvuuskorjausta) tai tapauksien vähäisen määrän niin vaatiessa Fisherin eksaktilla testillä.

Logistista regressioanalyysiä käytettiin mallittamaan selittäviksi oletettujen tekijöiden yhteyttä psyykkiseen runsasoireisuuteen. Yhteyksien voimakkuutta kuvattiin *odds ratio*-luvuilla (OR) ja niiden 95 %:n luottamusväleillä. OR kertoo, mikä on kahden vedonlyöntisuhteen suhde. Vedonlyöntisuhde on taas se todennäköisyys, että jokin tapahtuu jaettuna todennäköisyydellä, että tuo jokin ei tapahdu. OR-luvut ovat vaarasuhteiden likiarvoja, kun tutkittavan sairauden esiintyvyys väestössä on pieni. Vaarasuhde on altistuneiden sairastumisvaaran suhde altistumattomien sairastumisvaaraan. Esimerkiksi: Taulukossa 11.1. esitetty OR 3,5 viittaa siihen, että naisilla, joilla on ollut viime aikoina stressaavaksi koettu elämäntapahtuma, on 3,5 kertaa suurempi vaara kärsiä runsaasta psyykkisestä oireilusta kuin stressiltä välttyneillä naisilla. Luottamusväli 2,1 - 5,7 kertoo, että vaarasuhde on 95 %:n todennäköisyydellä vähintään 2,1 ja enintään 5,7. Tässä raportissa esitetyt OR-luvut ovat kuitenkin vain summittaisia likiarvoja vaarasuhteista, koska runsas psyykkinen oireilu oli tutkittavien joukossa melko yleistä.

4. PSYKKISET OIREET

Psykkisten oireiden indeksi (GHQ-36) vaihteli naisilla välillä 0 - 31 ja miehillä välillä 0 - 30. Oireistemäärien jakauma oli vino sekä naisten että miesten keskuudessa (Kuva 4.1). Naisilla esiintyi keskimäärin viisi oiretta ja miehillä kolme oiretta. Oireettomia oli naisista 29 % ja miehistä 46 %. Myös kymmenestä tai useammasta oireesta kärsiviä oli naisten keskuudessa enemmän kuin miesten joukossa (Taulukko 4.1). Vähäoireisiksi katsottiin vastaajat, joilla oli neljä oiretta tai vähemmän. Viisi tai useampia oireita ilmoittaneita pidettiin runsasoireisina. Jälkimmäisiä pidetään ryhmänä, joiden joukossa on todennäköisesti enin osa mielenterveyshäiriöistä kärsivistä. GHQ sopiikin näiden potilaiden seulontaan ja seulontakriteerinä pidetään yleisesti viittä tai useampaa oiretta (Tarnopolsky ym. 1979, Huppert ym. 1988).

Tutkittavista 58 oli jättänyt vastaamatta yhteen tai useampaan GHQ:n kysymykseen. Koska vastaamatta jätettyjä kysymyksiä oli yhtä vastaajaa kohti yleensä vähän, oletimme että vastaamattomuus oli johtunut enimmäkseen kiireestä ja siitä, ettei vastaajalla tätä oiretta esiintynyt. Tämän vuoksi vastaamatta jääneet kysymykset tulkittiin oireen puuttumiseksi. Näin olettaen psyykkisesti runsasoireisia oli naisista 34 % ja miehistä 19 % (χ^2 -testi, Yatesin jatkuvuuskorjaus $p < 0,001$).

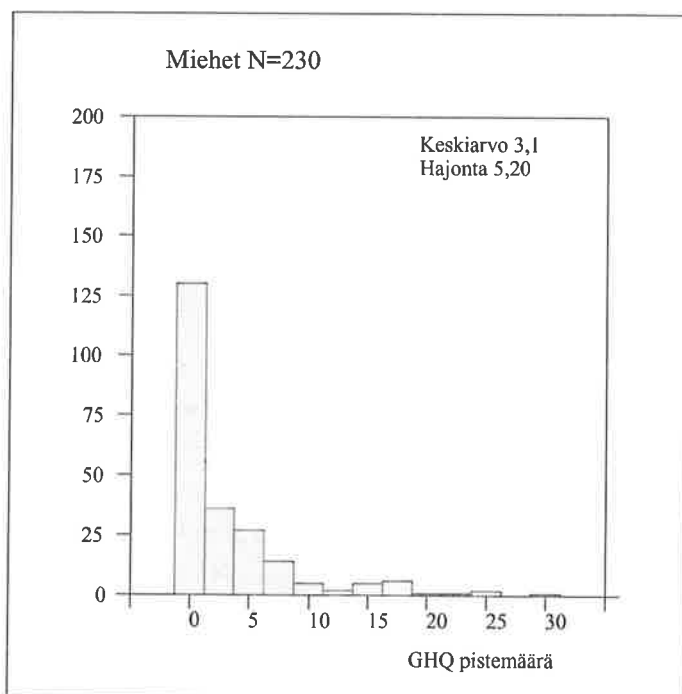
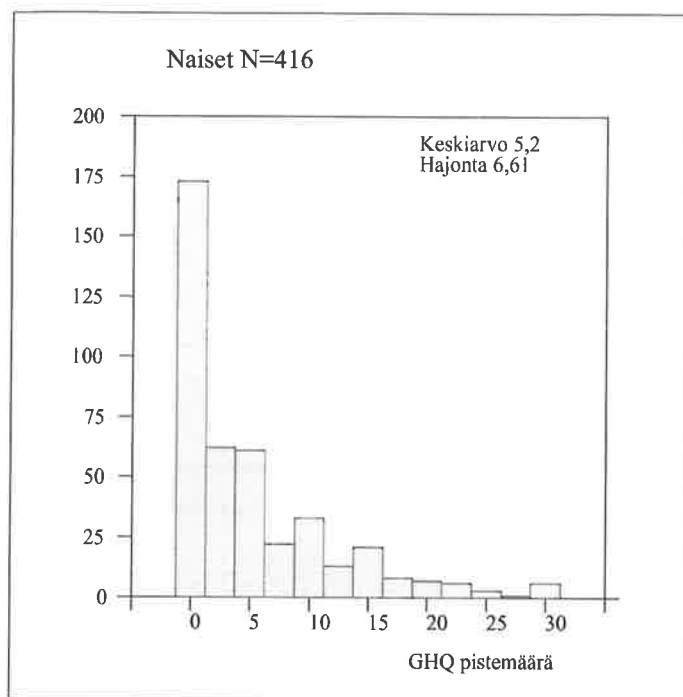


Taulukko 4.1. Psykkisten oireiden määrä sukupuolen mukaan, kumulatiivinen prosenttiosuus vastaajista

Psykkisiä oireita	Sukupuoli	
	Nainen %	Mies %
ei lainkaan	28,6	45,9
1 - 4	63,7	77,7
5 - 9	80,0	92,1
10 - 36	100,0	100,0
Vastaajien määrä	419	264

Vastaamatta jättäneitä naisia 23, miehiä 35

Kuva 4.1. GHQ-pistemäärien jakauma naisilla ja miehillä



5. KOETTU TERVEYS

Se millaiseksi ihminen itse kokee terveydentilansa antaa yleiskuvan hänen oirehtimisestaan, toimintakyvystään ja sairastamisestaan (Bergner ym. 1976, Streiner ja Norman 1989). Koettu terveys ennustaa merkitsevästi kuolemanvaaraa (Mossey ym. 1982, Kaplan ym. 1983, Idler ja Angel 1990, Wannamethee ja Shaper 1991, Kaplan ym. 1996). Se on myös vahvasti yhteydessä moniin ruumiillista eli somaattista sairastamista kuvaaviin tekijöihin (Kaplan ym. 1996). Koettu terveys sopii siten hyvin somaattisen sairastamisen indikaattoriksi. Koska somaattinen sairaus voi heikentää mielenterveyttä, tarkastellaan seuraavassa koetun terveyden ja somaattisten oireiden yhteyttä psyykkisiin oireisiin.

Tutkittavilta kysyttiin, millainen heidän terveydentilansa oli ollut heidän omasta mielestään tutkimusta edeltäneen vuoden aikana. Vastausvaihtoehdot olivat: (1) erittäin hyvä, (2) hyvä, (3) kohtalainen, (4) melko huono tai (5) erittäin huono. Tämän yksinkertaisen kysymyksen on havaittu korreloivat vahvasti laajempiin terveydentilaa koskeviin kysymyssarjoihin *Nottingham Health Profile* ja *Functional Limitation Profile*. Käyttämämme kysymys on myös herkkä terveydentilan muutoksille (O'Neill ym. 1996). Luokat 1 - 2 yhdistettiin luokaksi "hyvä terveys" ja luokat 3 - 5 luokaksi "huono terveys". Näin jaotellen kaikkiaan 647 vastaajasta 87 % koki terveytensä hyväksi ja vain 13 % huonoksi (Taulukko 5.1).

Koettu terveys vaihteli merkitsevästi psyykkisen oireilun määrän mukaan. Psyykkisesti runsasoireisista terveytensä huonoksi kokevia oli 3,5-kertainen määrä vähäoireisiin verrattuna sekä naisten että miesten joukossa (Taulukot 5.2 ja 5.3). Riippuvuus ei kuitenkaan ollut kovin voimakas (kontingenssikerroin naisilla 0,26 ja miehillä 0,21). Naisista 15 % ja miehistä 10 % koki terveytensä huonoksi. Ero ei kuitenkaan ollut merkitsevä (χ^2 -testi, Yatesin jatkuvuuskorjaus $p=0,06$; lukuja ei esitetä).

Logistista regressioanalyysiä käytettiin kuvaamaan edellä tarkasteltujen tekijöiden suhteita. Oletuksena oli, että psyykinen oirehtiminen on seurausta huonoksi koetusta terveydentilasta. Ikä ja sukupuoli vakioitiin. Logistinen regressioanalyysi osoitti, että suuri psyykkisten oireiden määrä oli tavallisempi naisilla kuin miehillä. Se oli myös suurempi terveytensä huonoksi kokeneilla kuin hyvän terveyden omaavilla (Taulukko 5.4). Ikäryhmällä ei ollut merkitystä.

Taulukko 5.1. Koettu terveys ja psyykkisten oireiden määrä, prosentteja 647 vastaajasta

Koettu terveys	Psyykkisten oireiden määrä	
	pieni (0-4) %	suuri (5-36) %
hyvä	92,8	73,8
huono	7,2	26,2
Vastaajien määrä	445	202

χ^2 -testi, Yatesin jatkuvuuskorjaus $p < 0,001$; vastaamatta jättäneitä 59

Taulukko 5.2. Koettu terveys ja psyykkisten oireiden määrä, prosentteja 417 vastanneesta naisesta

Koettu terveys	Psyykkisten oireiden määrä	
	pieni (0-4) %	suuri (5-36) %
hyvä	92,1	72,2
huono	7,9	27,8
Vastaajien määrä	266	151

χ^2 -testi, Yatesin jatkuvuuskorjaus $p < 0,001$; vastaamatta jättäneitä 25

Taulukko 5.3. Koettu terveys ja psyykkisten oireiden määrä, prosentteja 230 vastanneesta miehestä

Koettu terveys	Psyykkisten oireiden määrä	
	pieni (0-4) %	suuri (5-36) %
erittäin hyvä tai hyvä	93,9	78,4
kohtalainen tai huono	6,1	21,6
Vastaajien määrä	179	51

Fisherin 1-suuntainen eksakti testi $p = 0,002$; vastaamatta jättäneitä 34

Taulukko 5.4. Psykkisten oireiden määrän (pieni tai suuri) yhteys koettuun terveyteen, ikään ja sukupuoleen, logistinen regressioanalyysi, 647 vastannutta

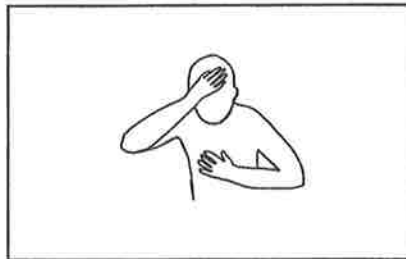
Muuttuja ja luokka	OR	95 % Luottamus- väli	Tapauksia
Koettu terveys huono	4,40	2,72 - 7,13	85
Sukupuoli nainen	1,88	1,28 - 2,75	417
Ikä 20-21 vuotta	1,10	0,77 - 1,55	296

OR = Odds ratio

6. SOMAATTISET OIREET

Somaattiset oireet ovat yleisiä teini-ikäisillä nuorilla (Rimpelä ym. 1982, Aro ym. 1987, Choquet ja Menke 1987, Aro 1988, Smith 1990, Alfven 1993, Poikolainen ym. 1995). Somaattisen oireilun jatkumisesta aikuisikään ja siihen vaikuttavista tekijöistä tiedetään niukasti. Ilmiö on kuitenkin tärkeä, koska somatisoivat potilaat ovat usein terveystalvelujen suurkäyttäjiä ja somatisaatiohäiriöpotilaan sairauskulut voivat olla jopa yhdeksänkertaiset keskimääräisiin vuotuisiin sairauskuluihin verrattuna (Karlsson ja Koponen 1995). Tässä jaksossa kuvaamme somaattisten oireiden yleisyyttä ja niiden yhteyksiä psyykkiseen oirehtimiseen nuorten aikuisten keskuudessa.

Tutkittavilta kysyttiin, mitä somaattisia oireita heillä oli esiintynyt kuuden kyselyä edeltäneen kuukauden aikana. Somaattisia oireita, joita esiintyi merkittävästi useammin psyykkisesti runsasoireisilla naisilla vähäoireisiin naisiin verrattuna, olivat vatsakipu, väsymys ja heikotus, haluttomuus ja tarmottomuus, ruokahaluttomuus, huimaus, oksentelu ja pahoinvointi, sydämen tykytys ja epäsäännölliset sydämenlyönnit, käsien vapina, runsas hikoilu ilman ruumiillista ponnistelua, hengitysvaikeus tai ahdistuksen tunne ilman ruumiillista ponnistelua sekä nukahtamisvaikeus (Taulukko 6.1). Vastaavia oireita miehillä olivat väsymys ja heikotus, haluttomuus ja tarmottomuus, sydämen tykytys ja epäsäännölliset sydämenlyönnit, runsas hikoilu ilman ruumiillista ponnistelua sekä nukahtamisvaikeus (Taulukko 6.2). Naisilla esiintyi lähes jokaista somaattisia oiretta enemmän kuin miehillä.



Tutkittavilta kysyttiin myös somaattisten oireiden esiintymistaajuutta. Vastausvaihtoehdot (suluissa pisteytys) olivat (1) ei lainkaan, (2) silloin tällöin, (3) melko usein, ja (4) usein. Laskemalla yhteen kaikkien 14 somaattisen oireen pistemäärät muodostettiin somaattisen oireilun runsautta kuvaava summapistemäärä. Oirepistemäärien vertailu osoitti, että somaattinen oireilu oli sitä yleisempää, mitä enemmän oli psyykkisiä oireita (Taulukko 6.3). Somaattinen oireilu oli summapistemäärien mukaan yleisempää naisilla kuin miehillä (t-testi, erisuuret varianssit; $p < 0,001$; lukuja ei esitetä). Oirepistemäärissä ei havaittu eroja verrattaessa 20 - 21-vuotiaita ja 22 - 25-vuotiaita toisiinsa (t-testi, erisuuret varianssit; $p = 0,3$; lukuja ei esitetä).

Somaattinen ja psyykinen oireilu olivat merkitsevästi yhteydessä toisiinsa. Yhteys ei johdu siitä, että oiremittarit mittaisivat samaa oirekokemusta, sillä kysymyksien päällekkäisyys estettiin lomaketta laadittaessa. Vaikka samansisältöisiä kysymyksiä ei sisälly psyykkisiä ja somaattisia oireita kartoittaviin kysymyssarjoihin, voi päällekkäisyyttä vastauksiin syntyä kuitenkin sellaisen vastaajan mielessä, joka on tottumaton tunteittensa ja tuntemuksiensa yksityiskohtaiseen erittelyyn. Vaara on suurin univaikeuksia koskevalla oirealueella. Somaattisiin oireisiin on siinä luettu vaikeus päästä uneen, mutta muut univaikeudet kuuluvat psyykkisiin oireisiin. Mahdollinen päällekkäisyys näyttää kuitenkin vähäiseltä.

Somaattisen ja psyykkisen oireilun yhteys voi johtua ainakin neljästä syystä. Ensiksi: kyse voi olla saman piilevän tai jo ilmeisen sairauden oireista. Etenkin monet mielenterveyden häiriöt ilmenevät paitsi psyykkisinä usein myös somaattisina oireina. Toisaalta myös somaattisella sairaudella voi olla psyykkisiä oireita. Toiseksi: somaattinen sairaus voi olla niin vaikea rasitus että se aiheuttaa häiriön mielenterveydessä. Kolmanneksi: mielenterveyden häiriö voi aiheuttaa somaattisen sairauden, esimerkiksi terveyttä vaarantavan käyttäytymisen välityksellä. Neljänneksi: sekä somaattinen että psyykinen oirehtiminen voi johtua kemiallisten aineiden, kuten esimerkiksi tupakoinnin ja alkoholin aiheuttamista altistuksista. Alkoholin käytön erot voivat selittää, miksi psyykkisesti vähäoireisilla miehillä esiintyi käsien vapinaa enemmän kuin vastaavan ryhmän naisilla. Koska tässä tarkastellaan poikkileikkausaineistoa, emme voi valitettavasti päätellä, missä määrin edellä esitetyt vaihtoehdot selittävät oireiden välisiä yhteyksiä.

Taulukko 6.1. Somaattisia oireita kokeneiden naisten prosenttiosuus ja psyykkisten oireiden määrä (vastanneiden määrä suluissa)

Somaattinen oire	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹
	pieni (0-4)	suuri (5-36)	
Päänsärky	80,5 (266)	78,9 (152)	0,8
Vatsakipu	54,9 (266)	66,0 (150)	0,04
Käsien vapina	8,3 (265)	21,9 (151)	0,001
Väsymys ja heikotus	73,6 (265)	88,8 (152)	0,001
Haluttomuus ja tarmottomuus	65,8 (266)	92,8 (152)	0,001
Nukahtamisvaikeus	55,3 (266)	69,1 (152)	0,008
Ruokahaluttomuus	18,0 (266)	27,6 (152)	0,03
Huimaus	37,2 (266)	53,9 (152)	0,001
Ripuli tai epäsäännöllinen vatsan toiminta	50,0 (266)	57,9 (152)	0,15
Oksentelu tai pahoinvointi	9,4 (266)	20,4 (152)	0,002
Närästys tai happovaivat	32,3 (266)	41,4 (152)	0,08
Runsas hikoilu ilman ruumiillista ponnistelua	12,4 (266)	21,1 (152)	0,03
Sydämen tykytystä tai epäsäännöllisiä sydämenlyöntejä	16,5 (266)	25,7 (152)	0,03
Hengitysvaikeus tai ahdistuksen tunne ilman ruumiillista ponnistelua	12,0 (266)	23,7 (152)	0,003

¹ Merkitsevyystaso; tuhannesosaa pienempi pyöristetty arvoon 0,001, χ^2 -testi, Yatesin jatkuvuuskorjaus

Taulukko 6.2. Somaattisia oireita kokeneiden miesten prosentiosuus ja psyykkisten oireiden määrä (vastanneiden määrä suluissa)

Somaattinen oire	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹	t ²
	pieni (0-4)	suuri (5-36)		
Päänsärky	45,8 (179)	56,9 (51)	0,2	1
Vatsakipu	37,9 (177)	49,0 (51)	0,2	1
Käsien vapina	15,6 (179)	19,6 (51)	0,6	1
Väsymys ja heikotus	48,3 (178)	74,5 (51)	0,002	1
Haluttomuus ja tarmottomuus	53,6 (179)	82,4 (51)	0,001	1
Nukahtamisvaikeus	50,0 (180)	70,0 (50)	0,02	1
Ruokahaluttomuus	9,4 (180)	18,4 (49)	0,14	1
Huimaus	23,3 (180)	30,6 (49)	0,4	1
Ripuli tai epäsäännöllinen vatsan toiminta	31,1 (180)	42,0 (50)	0,2	1
Oksentelu tai pahoinvointi	5,6 (180)	8,2 (49)	0,3	2
Närästys tai happovaivat	28,3 (180)	38,8 (49)	0,2	1
Runsas hikoilu ilman ruumiillista ponnistelua	7,2 (180)	16,3 (49)	0,05	2
Sydämen tykytystä tai epäsäännöllisiä sydämenlyöntejä	8,9 (179)	24,5 (49)	0,007	1
Hengitysvaikeus tai ahdistuksen tunne ilman ruumiillista ponnistelua	6,1 (179)	14,3 (49)	0,06	2

¹ Merkitsevyystaso; tuhannesosaa pienempi pyöristetty arvoon 0,001

² Testityyppi: 1 = χ^2 -testi, Yatesin jatkuvuuskorjaus,
2= Fisherin 1-suuntainen eksakti testi

Taulukko 6.3. Somaattisten oireiden summapistemäärä ja psyykkisten oireiden määrä naisilla ja miehillä (vastanneiden määrä suluissa)

Somaattisten oireitten summapistemäärä	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹
	pieni (0-4)	suuri (5-36)	
Naiset			
Keskiarvo	20,0	23,0	0,001
Keskivirhe	0,205	0,404	
Vastanneita	(265)	(152)	
Miehet			
Keskiarvo	17,8	20,1	0,001
Keskivirhe	0,231	0,587	
Vastanneita	(155)	(36)	

¹ Merkitsevyystaso; tuhannesosaa pienempi pyöristetty arvoon 0,001, 2-suuntainen t-testi; erisuuret perusjoukon varianssit

7. ELÄMÄNTAPAHTUMAT JA TYÖTTÖMYYS

7.1. Elämäntapahtumat

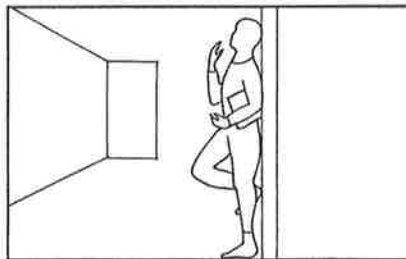
Elämäntapahtumat ovat tunnistettavia, selviä muutoksia, jotka muokkaavat elämän tavanomaista kulkua ja siten uhkaavat henkilön hyvinvointia. Niiden vaikutus riippuu paitsi tapahtuman laadusta (esim. positiivinen vai negatiivinen, odottamaton vai odotettu), myös siitä miten kukin yksilö on tapahtuman subjektiivisesti kokenut. Se puolestaan riippuu mm. yksilön ajankohtaisesta elämäntilanteesta, persoonallisuuden piirteistä, iästä, sukupuolesta ja aiemmasta elämänhistoriasta. Pitkäaikainen stressitilanne voi syntyä esimerkiksi vakavan sairauden, suurten taloudellisten vaikeuksien tai lähi-ihmissuhteissa ilmenevien ristiriitojen myötä. On kuitenkin arveltu, että "pienimuotoisemat" arkipäivän vastoinkäymiset olisivat jopa varsinaisia elämäntapahtumia merkittävämpiä stressitekijöitä (Lu 1994).

Viimeaikaisia stressaavia elämäntapahtumia ilmoitti kokeneensa 35 % naisista ja 27 % miehistä ($p=0,04$). Verrattaessa erilaisten elämäntapahtumien esiintyvyyttä paljon psyykkisesti oireilevien ja vähän tai ei lainkaan oireilevien keskuudessa ei havaittu merkitseviä eroja minkään elämäntapahtuman osalta. Tämä koski sekä naisia että miehiä. Nuoremmassa ikäryhmässä (vuosina 1974 - 1975 syntyneillä) havaittiin kuitenkin muutama merkitsevä ero. Lapsuudenkodistaan pois muuttaneita oli suhteellisesti enemmän paljon oireilevien kuin vähän tai ei lainkaan oireilevien joukossa (45,4 % ja 31,9 %; $p=0,02$). Samansuuntainen ero todettiin, kun tarkasteltava tapahtuma oli 'väliin äitiin kiristyneet' (9,3 % ja 2,0 %; $P=0,006$) ja 'itse sairastunut tai joutunut tapaturmaan' (8,2 % ja 2,0 %; $p=0,002$).

7.2. Työttömyys

Vuoden 1995 kysely sisälsi sekä suoria että epäsuoria kysymyksiä työttömyydestä. Vastaukset eivät olleet täysin johdonmukaisia. Tutkittavista 90 % oli vastannut johdonmukaisesti molempiin 'koskaan työttömänä' kysymyksiin. Tutkittavista seitsemän oli vastannut työttömyyttä suoraan kysyttäessä 'ei', mutta samalla ajankäyttökysymyksiin vastatessaan ilmoittaneet, että he olivat olleet jonkin aikaa työttömänä. Tutkittavista 53 oli vastannut työttömyyttä suoraan kysyttäessä 'kyllä', mutta eivät merkinneet yhtään työttömyysjaksoa ajankäyttöä koskeviin kysymyksiin. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroja ristiriitaisuuksien määrässä. Kun työttömiksi luokiteltiin ne, jotka olivat ilmoittaneet olevansa työttömiä ainakin yhdessä näistä kahdesta kysymyksestä, oli työttömiä sekä naisista että miehistä 53 %. Työttömien työnhakijoiden rekisteritietojen perusteella työttömänä oli ollut vuoden 1994 lopussa 60 % tutkittavista ja 1.9.1995 mennessä 65 % naisista ja 68 % miehistä. Opiskelupaikan saanut ei voi ilmoittautua työttömäksi työnhakijaksi.

Työttömyyden yhteyttä psyykkiseen runsasoireisuuteen tarkasteltiin sekä kyselyn että rekisteritietojen perusteella. Työttömyyttä kuvaavina muuttujina olivat näissä tarkasteluissa se, oliko koskaan ollut työttömänä, työttömyyden kesto, työttömyys ennen vuoden 1994 loppua, työttömyys vain vuonna 1995, työttömyys kyselyyn vastaamisen aikana ja työnhakuaktiivisuus. Työttömyys ei ollut missään näistä tapauksista yhteydessä psyykkiseen runsasoireisuuteen (tuloksia ei esitetä). Iällä tai sukupuolella ei ollut merkitystä.



8. PÄIHTEET

8.1. Tupakointi

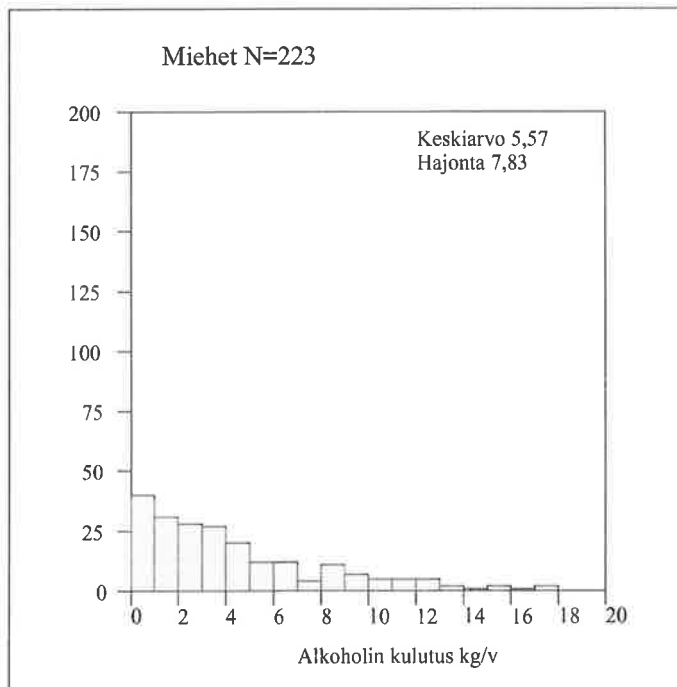
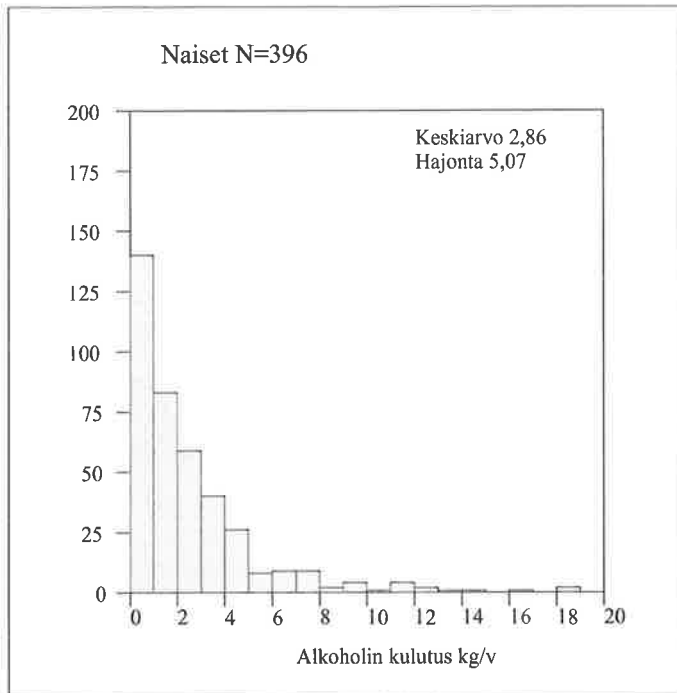
Ei koskaan tupakoineita oli naisista 52 % ja miehistä 50 %. Päivittäin tupakoivia oli 14 % naisista ja 22 % miehistä. Lisäksi 13 % sekä naisista että miehistä poltti satunnaisesti. Tupakointi ja alkoholin käyttö olivat merkittävästi yhteydessä toisiinsa sekä naisten että miesten keskuudessa. Tupakointi ei ollut yhteydessä psyykkisiin oireisiin (lukuja ei esitetä).

8.2 Alkoholin käyttö

Tutkituista 94 % käytti alkoholia. Ikänsä raittiita oli 5 % naisista ja 4 % miehistä. Alkoholin käytön oli lopettanut kahdeksan naista (kaksi liiallisen käytön takia) ja yksi mies. Alkoholia käyttävistä naisista 85 % ja miehistä 91 % käytti alkoholia vähintään kerran kuukaudessa. Säännöllisen alkoholin käytön olivat tutkittavat aloittaneet keskimäärin 16,6-vuotiaina. Alle 15-vuotiaana oli aloittanut 14 % naisista ja 7 % miehistä. Ensimmäisen krapulaan joutuneen humalansa oli tutkittavista kokenut alle 15-vuotiaana 19 % naisista ja 16 % miehistä. Naisista 9 % ja miehistä 7 % ei ollut koskaan juonut itseään humalaan. Viimeksi kuluneen vuoden aikana oli itsensä juonut humalaan vähintään kerran viikossa 5 % naisista ja 16 % miehistä.

Alkoholia käyttävien naisten kulutus päivää kohti oli keskimäärin 8,2 g 100 %:sta alkoholia ja miesten vastaavasti 16,7 g. Alkoholin kulutus jakautui vinosti sekä naisten että miesten keskuudessa (Kuva 8.1).

Kuva 8.1. Alkoholin kulutuksen jakauma alkoholia käyttävillä nuorilla aikuisilla



Suomessa on epäterveellisen alkoholin käytön ja suurkulutuksen alarajana pidetty naisten osalta 27 g/vrk (16 ravintola-annosta viikossa) ja miesten osalta 41 g/vrk (24 ravintola-annosta viikossa) (Alkon julkaisema esite Hallittua juomista). Naisista kyseisen rajan ylitti 5 % ja miehistä 6 %. Nämä 46 nuorta aikuista joivat 54,4 % kaikesta tutkittavien kuluttamasta alkoholista. Alkoholin kulutus, juomiskertojen määrä vuotta kohti tai kerralla juotu määrä eivät olleet merkitsevästi yhteydessä psyykkisiin oireisiin kummallakaan sukupuolella (lukuja ei esitetä).

Tutkittavien käsityksiä omasta alkoholin käytöstään kysyttiin neliosioisen CAGE-kysymyssarjan ja juopumuspidätyksiä koskevan kysymyksen avulla. Naisten ja miesten vastaukset eivät poikenneet vähentämisajatusten, kritiikin harmittamisen ja syyllisyyden tunteiden osalta. Miehet olivat ottaneet useammin krapularyypyn ja olleet useammin pidätettyinä alkoholin käytön takia kuin naiset. Alkoholismin seulontatestinä käytetty, juomiseen liittyviä ongelmia kuvaava CAGE-summapistemäärä oli merkitsevästi yhteydessä psyykkisiin oireisiin (taulukko 8.1). Naisilla myös humaltumistiheys oli yhteydessä psyykkisiin oireisiin (lukuja ei esitetä).

Taulukko 8.1. Alkoholin ongelmakäyttöä kuvaava CAGE-summapistemäärä ja psyykkisten oireiden määrä (vastanneiden määrä suluissa)

	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹
	pieni (0-4)	suuri (5-36)	
Naiset			
Keskiarvo	0,91	1,35	0,002
Keskivirhe	0,08	0,12	
Vastanneita	(265)	(150)	
Miehet			
Keskiarvo	1,10	1,31	0,04
Keskivirhe	1,65	1,79	
Vastanneita	(176)	(52)	

¹ 2-suuntainen t-testi; erisuuret perusjoukon varianssit

8.3 Huumeiden käyttö

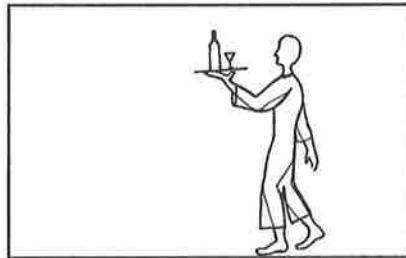
Naisista 78 % ja miehistä 72 % ei ollut koskaan kokeillut mitään huumetta. Yhtä huumetta oli kokeillut 15 % naisista ja 24 % miehistä. Tutkittavista 6 % oli kokeillut kahta, kolmea tai neljää erilaista huumetta.

Kannabistuotteita oli kokeillut 9 % ainakin yhden kerran. Usein kannabista kertoi käyttävänsä 2 % tutkittavista (8 naista ja 7 miestä). Opiaatteja oli muutaman kerran kokeillut kaksi naista, kokaiinia kolme naista. Rauhoittavia

lääkeaineita oli kokeillut 4 % tutkittavista. Niitä käytti usein kolme naista ja yksi mies. Piristeitä on joitakin kertoja kokeillut 1 % tutkittavista, samoin hallusinogeeneja ja liimoja. Muita huumaavia aineita oli kokeillut 2 % tutkittavista.

Naisista 10 % ja miehistä 16 % oli käyttänyt useita kertoja ainakin yhtä huumetta. Heistä suurin osa (77 % naisista ja 92 % miehistä) käytti kannabista. Tutkittavista 18 oli käyttänyt kahta erilaista huumetta; yksi nainen ja yksi mies useamman kerran kolmea huumetta.

Huumeiden käyttö oli yhteydessä sekä tupakointiin että alkoholin käyttöön. Naisista ja miehistä, jotka tupakoivat vähintään viikoittain, liki 45 % oli kokeillut huumeita. Useita kertoja ainakin yhtä huumetta oli kokeillut liki 30 % tupakoivista naisista ja miehistä, mutta tupakoimattomista vain 8 % naisista ja 14 % miehistä. Huumeita useammin kuin kerran kokeilleilla naisilla oli psyykkisiä oireita merkitsevästi enemmän kuin muilla (lukuja ei esitetä). Miehillä vastaavaa yhteyttä ei todettu.



9. LUONTEENPIIRTEET JA ITSETUNTO

Luonteenpiirteillä (trait) tarkoitetaan suhteellisen pysyviä ja vain hitaasti muuttuvia persoonallisuuden sisältyviä taipumuksia reagoida ympäristön ärsykkeisiin (Lerner ja Hultsch 1983). Ne vaikuttavat siihen, miten ihminen pystyy sopeutumaan muutokseen. Keskeisiä mielenterveyteen liittyviä luonteenpiirteitä ovat ahdistustaipumus (trait anxiety) ja masennustaipumus. Ahdistustaipumuksella tarkoitetaan kullekin yksilölle tyypillistä, melko pysyvää alttiutta ahdistua enemmän tai vähemmän voimakkaasti (Spielberger ym. 1970). Taipumus on osin perinnöllinen (Gustavsson ym. 1996).

Masennustaipumuksella tarkoitamme vastaavasti taipumusta masennukseen. Vaikka ahdistus ja masennus voidaan käsitteellisesti erottaa toisistaan, niiden oireet menevät osittain päällekkäin ja ne esiintyvät usein samanaikaisesti samalla henkilöllä. Monet neurotisismi-, ahdistus- ja depressiomittarit korreloivat voimakkaasti keskenään ($r=0,6 - 0,8$) Watson ja Clark 1984; Wetzler ja Katz 1989).

Itsetunnolla tarkoitamme ihmisen käsitykseen itsestään kuuluvaa itsearviointia: miten hyvänä tai huonona ihminen pitää itseään (Lerner ja Hultsch 1983). Vaikka ulkoiset tekijät voivat vaikuttaa itsetuntoon, se on usein huomattavan pysyvä ominaisuus kuten myös taipumus ahdistukseen ja masennukseen (Mischel 1976).

Psyykkisesti runsasoireisilla naisilla ja miehillä oli merkitsevästi enemmän ahdistustaipumusta ja masennustaipumusta sekä huonompi itsetunto kuin ei lainkaan tai vähän oireilevilla (Taulukot 9.1 - 9.3). Erot olivat absoluuttisestikin melko suuria.

Taulukko 9.1. Ahdistustaipumus sukupuolen ja psyykkisten oireiden määrän mukaan (vastanneiden määrä suluissa)

Sukupuoli	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹
	pieni (0-4)	suuri (5-36)	
Naiset			
Keskiarvo	31,8	42,2	0,001
Keskivirhe	0,4	0,8	
Vastanneita	(265)	(151)	
Miehet			
Keskiarvo	29,4	37,4	<0,001
Keskivirhe	0,5	1,3	
Vastanneita	(178)	(52)	

¹ Merkitsevyystaso; tuhannesosaa pienempi pyöristetty arvoon 0,001, 2-suuntainen t-testi; erisuuret perusjoukon varianssit

Taulukko 9.2. Masennustaipumus sukupuolen ja psyykkisten oireiden määrän mukaan (vastanneiden määrä suluissa)

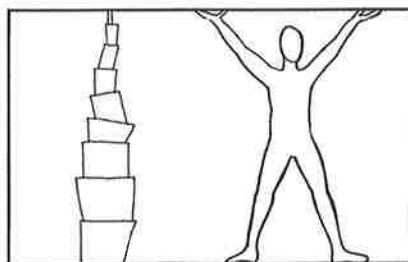
Sukupuoli	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹
	pieni (0-4)	suuri (5-36)	
Naiset			
Keskiarvo	2,4	3,4	<0,001
Keskivirhe	0,1	0,05	
Vastanneita	(265)	(151)	
Miehet			
Keskiarvo	2,2	3,0	<0,001
Keskivirhe	0,04	0,2	
Vastanneita	(177)	(52)	

¹ Merkitsevyystaso; tuhannesosaa pienempi pyöristetty arvoon 0,001, 2-suuntainen t-testi; erisuuret perusjoukon varianssit

Taulukko 9.3. Itsetunto sukupuolen ja psyykkisten oireiden määrän mukaan (vastanneiden määrä suluissa)

Sukupuoli	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹
	pieni (0-4)	suuri (5-36)	
Naiset			
Keskiarvo	32,9	28,7	<0,001
Keskivirhe	0,3	0,4	
Vastanneita	(263)	(151)	
Miehet			
Keskiarvo	35,1	31,1	<0,001
Keskivirhe	0,3	0,6	
Vastanneita	(178)	(52)	

¹ Merkitsevyystaso; tuhannesosaa pienempi pyöristetty arvoon 0,001, 2-suuntainen t-testi; erisuuret perusjoukon varianssit



10. PSYYKEN PUOLUSTUSTYYLIT

Psykkiset puolustusmekanismit eli defenssit ovat käyttäytymisen, tunteiden ja ajatusten vain osin tiedostettu muodostelma, jonka avulla ihminen ilman tietoista kontrollia sopeutuu konfliktitilanteisiin ja pyrkii selviämään niistä ilman elämänlaatua madaltavaa ahdistusta. Psykken puolustusmekanismien käyttö on yleensä ihmisen normaalia toimintaa hänelle epätavallisissa tilanteissa. Psykken puolustusmekanismit suojaavat ihmistä emotionaalisesti ja ylläpitävät minuuden lujutta.

Ihminen tarvitsee psyykkistä suojautumista ratkaistessaan ristiriitoja, jotka syntyvät viettien, todellisuuden, tärkeiden ihmisten sekä omantunnon ja kulttuurin muodostamien sisäisten esteiden välille. Psykken puolustuksen tehtävä on (1) pitää tunteet siedettävissä rajoissa äkkinäisissä elämän kriiseissä, (2) säilyttää emotionaalinen tasapaino kanavoimalla lisääntyntä viettienergiaa, (3) auttaa aikalisän saavuttamisessa odottamattomissa ja äkkinäisissä muutostilanteissa, (4) auttaa käsittelemään ristiriitoja suhteessa niihin joko kuolleisiin tai eläviin ihmisiin, joista on vaikea luopua ja (5) auttaa selviytymään tilanteista, joissa omantunnon ääni on pahasti ristiriidassa vaaditun toiminnan kanssa (Vaillant 1995).

10.1. Psykken puolustuskeinojen mittaamisesta

Defenssimekanismit ovat psykodynaamisen teorian käsitteitä, mutta niitä pidetään tärkeinä psykologisina rakenteina riippumatta teoreettisista lähtökohdista. Näitä ihmisen sisäisiä tekijöitä on tutkittu esimerkiksi havainnointi- ja kyselymenetelmin (Vaillant 1995, Bond ym. 1986, Andrews ym. 1989). Kyselymenetelmillä ei voida mitata puolustusmekanismeja, mutta sen sijaan niiden kognitiivisia heijastuksia, joita kutsutaan psyyken puolustustyyleiksi (Bond ym. 1983). Yksittäiset puolustusmekanismeja vastaavat puolustustyylit on ryhmitelty kolmeen suurempaan ryhmään. Ne ovat kypsät, neuroottiset ja epäkypsät puolustustyylit (Andrews ym. 1982).

Kypsien defenssien käyttöä pidetään yleisesti hyvän mielenterveyden osoituksena, ja epäkypsen psyyken puolustustyylin suuri osuus jo itsessään on merkki alttiudesta erilaisille mielenterveyden ongelmille. Neuroottisen puolustustyylin yhteys psyykkiseen hyvinvointiin on epäselvempi, sillä tämä reagoitimalli voi joskus jopa edistää sopeutumista. Toisaalta neuroottisen psyyken puolustustyylin käytöllä on todettu olevan yhteyttä lievempiin mielialahäiriöihin ja masennusherkkyyteen.

10.2. Tulokset

Taulukko 10.1 esittää miten eri psyyken puolustustyyli jakautuivat tässä aineistossa. Naisilla oli sekä epäkypsen että neuroottisen puolustustyylin pistemäärän keskiarvo merkitsevästi suurempi kuin miehillä.

Runsaasti psyykkisesti oireilevilla oli merkitsevästi enemmän neuroottisia ja epäkypsiä defensesjä ja merkitsevästi vähemmän kypsiä defensesjä kuin ei lainkaan tai niukasti oireilevilla. Erot olivat samansuuntaisia molemmilla sukupuolilla (Taulukko 10.2). Naisten neuroottisen defenssityylin keskiarvo oli merkitsevästi miesten keskiarvoa korkeampi sekä runsasoireisilla ($p < 0,001$) että vähäoireisten tai oireettomien ryhmässä ($p < 0,006$).

Taulukko 10.1. Psykyen puolustustyylien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluväli 411 naisella ja 231 miehellä

Psykyen puolustustyyli	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli	p ¹
Kypsä				
Naiset	5,6	0,92	2,2 - 8,0	
Miehet	5,6	0,93	3,2 - 8,1	
Neuroottinen				
Naiset	4,0	0,91	1,6 - 6,7	<0,001
Miehet	3,5	0,86	1,5 - 6,1	
Epäkypsä				
Naiset	3,3	0,84	1,4 - 6,2	0,04
Miehet	3,1	0,79	1,4 - 7,0	

¹ 2-suuntainen t-testi; erisuuret perusjoukon varianssit

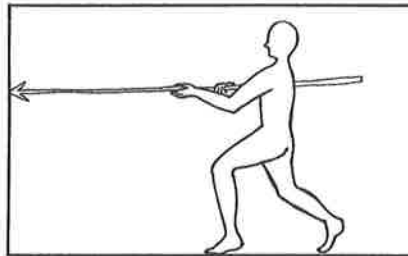
Taulukko 10.2. Psykyken puolustustyyliarvojen keskiarvo psyykkisten oireiden määrän mukaan 409 naisella ja 229 miehellä

Sukupuoli	Psyykkisten oireiden määrä		p ¹
	pieni (0-4)	suuri (5-36)	
Nainen			
Kypsä	5,7	5,4	0,02
Neuroottinen	3,9	4,2	0,002
Epäkypsä	3,0	3,7	0,001
Mies			
Kypsä	5,7	5,4	0,03
Neuroottinen	3,4	3,8	0,06
Epäkypsä	3,0	3,7	0,001

¹ 2-suuntainen t-testi; erisuuret perusjoukon varianssit

Neuroottisilla defensseillä ihminen pyrkii ratkaisemaan intrapsyykkisiä ongelmia, jolloin ihmisen sisäinen tasapaino häiriintyy pikemminkin kuin ulkoinen. Ongelmien suuntautuminen sisäänpäin on naisilla yleisempää kuin miehillä. Miehillä taas ongelmat kohdistuvat ulospäin ja ilmenevät usein suorana aggressiivisena käyttäytymisenä (Lagerspetz ja Björkqvist 1994). Yhdennukaisesti aiempien tutkimustulosten kanssa tutkimuksessamme havaittiin naisilla merkitsevästi korkeampi neuroottisen defenssityylin keskiarvo kuin miehillä. Tulos tukee myös aiempia havaintoja sisäistävien ja ulkoistavien defenssien eroista naisten ja miesten välillä (Levit 1991).

Psyykkisten oireiden määrä vaikutti molemmilla sukupuolilla psyyken puolustustyyliin. Runsaasti psyykkisiä oireita omaavilla esiintyi keskimäärin enemmän taipumusta käyttää neuroottista ja epäkypsää defenssityyliä kuin ei lainkaan tai vähän oireita ilmoittaneilla. Epäkypsä puolustustyyli oli kuitenkin vahvimmin yhteydessä psyykkiseen oireiluun.



11. PSYKKISIIN OIREISIIN LIITTYVÄT TEKIJÄT: MONIMUUTTUJA-ANALYYSI

Vuonna 1995 ilmoitettua psyykkistä runsasoireisuutta (GHQ-pistemäärä 5 tai enemmän) selitettiin logistisessa regressioanalyysissä niillä tekijöillä, joiden ajateltiin olevan runsasoireisuuden syytä tai indikaattoreita. Enin osa tekijöistä oli kartoitettu vuoden 1995 kyselyssä. Analyysit suoritettiin erikseen naisille ja miehille. Ensimmäiseen regressiomalliin sijoitettiin seuraavat muuttajat:

Jatkuvat muuttajat:

- ahdistustaipumus
- masennustaipumus
- itsetunto
- epäkypä defenssityyliprofiili
- neuroottinen defenssityyliprofiili
- kypsä defenssityyliprofiili
- vastaajan ikä vuosina
- alkoholin vuosikulutus
- alkoholismiseula CAGE
- huumeiden käytön indeksi
- käyttövarat kuukautta kohti

Kaksiluokkaiset muuttajat:

- onko vastaajan lähipiirissä henkilöä, jonka kanssa voi keskustella omista ongelmista
- seurusteleeko vastaaja kyselyn ajankohtana
- tyytyväisyys parisuhteeseen
- tyytyväisyys lähi-ihmissuhteiden tilaan yleensä
- oliko työtön kyselyyn vastatessaan tai aiemmin
- onko päässyt haluamalleen opiskelu- tai työalalle
- tyytyväisyys kyselyn aikaiseen opiskelu- ja työtilanteeseen
- koettu terveydentila

- onko jokin pitkäaikainen sairaus
- onko vastaaja käyttänyt mielenterveyspalveluita
- onko juuri kyselyä edeltäneenä aikana ollut jokin stressaava elämäntapahtuma
- lapsuudenperheen huoltajan sosiaaliluokka

Yksittäisistä elämäntapahtumista malliin lisättiin kaksiluokkaisina muuttujina seuraavat elämänmuutokset, mikäli ne olivat tapahtuneet kyselyä edeltäneen vuoden aikana:

- muutto pois lapsuudenkodista
- avo- tai avioliiton solmiminen
- avo- tai avioero
- välien kiristyminen isän kanssa
- välien kiristyminen äidin kanssa

Ensimmäisen, kaikki muuttajat sisältävän analyysin jälkeen mallia yksinkertaistettiin poistamalla siitä tekijät, jotka eivät olleet tilastollisesti merkittävästi yhteydessä korkeaan GHQ-pistemäärään. Naisilla malliin jäivät merkittävimpinä tekijöinä ahdistustaipumus ja viimeaikainen stressaavana koettu elämäntapahtuma. Miehillä merkitseviä selittäviä tekijöitä olivat itsetunto, epäkypsä defenssityyppi sekä viimeaikainen stressaavana koettu elämäntapahtuma.

Seuraavaksi tutkittiin näiden muuttujien välisiä interaktioita. Edelläkuvattuihin malleihin lisättiin interaktiotermit, jotka muodostettiin kertomalla selittävät tekijät keskenään. Selittävien tekijöiden välillä ei todettu interaktioita.

Merkitseviksi jääneet jatkuvat muuttajat luokiteltiin lopuksi kolmeen luokkaan summapistemäärien tertiilien mukaan ja luokista muodostettuja dikotomisuuksia käytettiin selittävinä muuttujina. Sekä miehillä että naisilla runsas psyykinen oireilu oli yhteydessä kyselyä edeltäneeseen, stressaavaksi koettuun elämäntapahtumaan. Naisilla oireilua selitti voimakas ahdistustaipumus. Vastaavasti oireilun puuttumista selitti vähäinen ahdistustaipumus (Taulukko 11.1). Miehillä oireilua selitti huono itsetunto. Oireilun puuttumista selitti vastaavasti vähäinen epäkypsien psyyken puolustustyylien käyttö (Taulukko 11.2).

Taulukko 11.1. Runsaaseen psyykkiseen oireiluun liittyvät tekijät 441 naisella, odds ratio (OR) ja sen 95 %:n luottamusväli (95 % LV)

	OR	95 % LV	p
Ahdistustaipumus			
suuri	5,5	3,1 - 9,6	0,001
pieni	0,4	0,2 - 0,8	0,01
Viimeaikainen stressaavaksi koettu elämäntapahtuma			
	3,5	2,1 - 5,7	0,001

Taulukko 11.2. Runsaaseen psyykkiseen oireiluun liittyvät tekijät 265 miehellä, odds ratio (OR) ja sen 95 %:n luottamusväli (95 % LV)

	OR	95 % LV	p
Huono itsetunto	6,0	2,8 - 12,9	0,001
Ei taipumusta epä-kypsään defenssityyliin	0,1	0,04 - 0,5	0,003
Viimeaikainen stressaavaksi koettu elämäntapahtuma			
	3,9	1,8 - 8,4	0,001

12. POHDINTA

12.1 Psykkiset oireet mielenterveyden häiriöiden indikaattorina

Tutkimuksessa käytetty mielenterveyden mittari, *General Health Questionnaire* (GHQ; Goldberg 1972) kartoittaa viimeaikaisia, kyselyä edeltäviä muutoksia vastaajan psyykkisessä oireilussa ja hyvinvoinnissa. Myös univaikeudet ja heikentynyt suoriutuminen jokapäiväisissä asioissa tulevat kyselyssä hyvin kartoitetuiksi (McDowell ja Newell 1987). Tässä tutkimuksessa kartoitusjakso oli kyselyä edeltänyt kuukausi.

GHQ:n reliabiliteetti on erinomainen ja sen validiteetti on erittäin hyvä: useissa tutkimuksissa GHQ:n sensitiivisyyden ja spesifisyyden on todettu olevan 80-90 % haastatteluissa tehtyihin psyykkisiin diagnooseihin verrattuna (McDowell ja Newell 1987). Puutteita on kaksi. Ensiksi: Joissain tilanteissa GHQ voi tuottaa vääriä positiivisia tuloksia. Esim. henkilöt, joilla on jokin pitkäaikainen fyysinen sairaus, voivat saada GHQ-kyselyssä muita korkeampia pistemääriä. Toiseksi: GHQ ei tunnista aina kaikkia sairauksia. Pitkän aikaa mielenterveyden häiriöstä kärsinyt saattaa valita vaihtoehdon "yhtä paljon kuin tavallisesti" verratessaan viimeaikaista vointiaan tavanomaiseen psyykkiseen vointiinsa. Useimmat pitkäaikaisistakin oireista kärsivät henkilöt vertaavat vointiaan silti ajanjaksoon, jolloin oireilua ei vielä ollut. Yleensä vain pieni määrä pitkäaikaisia oireita potevia henkilöitä jää tunnistamatta sairaaksi GHQ-kyselyssä. Vahvasti defensiiviset vastaajat eivät sen sijaan välttämättä ilmoita oireitaan. Nämä puutteet ovat kuitenkin vähäisiä. Korkeita GHQ-pistemääriä saavat henkilöt kärsivät monista psyykkisistä oireista ja suurella todennäköisyydellä myös jostain mielenterveyden häiriöstä. GHQ sopii hyvin mielenterveyshäiriöiden seulontaan. Seularajana pidetään yleisesti viittä tai useampaa oiretta (Tarnopolsky ym. 1979, Huppert ym. 1988). Myös tässä tutkimuksessa viisi tai useampia oireita ilmoitta-

neita pidettiin runsasoireisina. Tämän ryhmän vertaaminen niihin, joilla oli oireita vähän tai ei lainkaan antaa siten hyvän kuvan myös mielenterveyden häiriöitä sairastavien määrästä ja näihin häiriöihin liittyvistä tekijöistä. *Runsasoireisia oli tässä tutkimuksessa naisista 36 % ja miehistä 22 %.*

12.2 Elämäntapahtumat

Stressaavien negatiivisten elämäntapahtumien kasaantuminen näyttää altistavan yksilöä mielenterveyden oireilulle (Goodyer ym. 1987, Aro ja Palosaari 1995). Yleistäen katsotaan, että erilaiset menetykset altistavat masennusoireilulle ja vaaratilanteet ahdistusoireilulle (Brown 1993). Negatiivisiksi koetut elämäntapahtumat ovat yhteydessä masennusoireilun pitkittymiseen, kun taas positiiviset ja toivoa ylläpitävät tapahtumat edistävät masennuksesta toipumista (Brown 1993).

Erilaisten elämäntapahtumien ja stressitekijöiden vaikutus korostuu elämän siirtymävaiheissa. Yksi keskeisimmistä on siirtyminen nuoruudesta aikuisuuteen. Tähän elämänvaiheeseen liittyy mm. kotoa pois muutto, opiskelun aloittaminen, työelämään siirtyminen ja mahdollisesti oman perheen perustaminen. Esimerkiksi yliopisto-opiskelun aloitus ja ensimmäinen opiskeluvuosi on todettu erityisen stressaavaksi elämänvaiheeksi (Lu 1994). Opiskelun aloittaminen ei kuitenkaan ole vain yksittäinen, irrallinen elämäntapahtuma, vaan siihen liittyvä stressivaikutus koostuu useista osatekijöistä, joista yliopistoelämän asettamat uudenlaiset sosiaaliset vaatimukset ja opiskelun aloitusta juuri edeltäneet elämäntapahtumat ovat keskeisiä (Lu 1994). *Tässä tutkimuksessa runsas psyykinen oireilu oli yhteydessä kyselyä edeltäneeseen, stressaavaksi koettuun elämäntapahtumaan sekä miehillä että naisilla.*

Syy-yhteyksiä on vaikea osoittaa tiettyjen elämäntapahtumien ja psyykkisen oireilun välillä. Poikkileikkaustutkimuksissa ei voida osoittaa, aiheuttaako tietty tapahtuma oireilua vai johtaako oireilu tiettyyn tilanteeseen. Esimerkiksi työpaikan menetys ja vaikeudet lähi-ihmissuhteissa voivat olla seuraamusta mielenterveydellistä ongelmista eikä päinvastoin. Lisäksi yksilöiden välillä esiintyy huomattavia eroja siinä, miten tietyt elämäntapahtumat ja

stressitekijät vaikuttavat elämän kulkuun. Epäsuotuisat olosuhteet ja negatiiviset elämäntapahtumat eivät aina ennusta huonoa pärjäämistä, eikä elämä toisaalta ole aina ongelmatonta hyvin suotuisista olosuhteista tuleville henkilöille. Stressi- ja vaaratekijöiden vaikutusta myöhempään mielenterveyteen muokkaavat erilaiset tekijät yksilön perheessä, ympäristössä ja persoonallisuuden rakenteessa sekä näiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus voi olla joko riskitekijöiden vaikutusta lieventävä tai voimistava (Rutter 1987).

12.3 Ahdistustaipumus

Naisilla psyykkistä oireilua selitti voimakas ahdistustaipumus ja oireettomuutta hyvä ahdistuksen sietokyky. Ahdistustaipumuksessa lienee perimmältään kyse siitä, että aktivaatioreaktion voimakkuus (arousal) vaihtelee vahvuudeltaan ihmisestä toiseen samanlaisen ärsykkeen vaikutuksesta (Gray 1987, Andrews 1991). Ahdistustaipumus näyttää olevan varsin pysyvä yksilöllinen ominaisuus. Taipumus on osin perinnöllinen ja on todettavissa jo varhaislapsuudessa: ne joilla ahdistustaipumus on suuri on myöhemmin suuri vaara sairastua ahdistushäiriöön (Angst ja Vollrath 1991; Murphy ym. 1989; Gustavsson ym. 1996). Tietyllä hetkellä vallitseva ahdistuksen taso riippuu kuitenkin paitsi sisäisestä taipumuksesta myös ulkoisista ahdistusta aiheuttavista ärsykkeistä, kuten esimerkiksi stressiä aiheuttavista elämäntapahtumista (Mischel 1976, Beck ja Clark 1988). Se että ihminen tulee tietoiseksi ahdistustaipumuksensa voimasta edellyttää, että hän altistuu riittävässä määrin ahdistusta aiheuttaville ärsykkeille.

12.4 Itsetunto ja psyyken puolustustyyli

Miehillä psyykkistä oireilua selitti huono itsetunto ja oireettomuutta epäkypsyn psyyken puolustustyylin vähäisyys. Huono itsetunto tai negatiivinen käsitys itsestä on todettu merkittäväksi mielenterveyden vaaratekijäksi. Erityisen selkeä yhteys on todettu itsetunnon ja masennusoireilun välillä (King ym. 1993). On todettu, että nuoruusiällä ja varhaisessa aikuisuudessa erilaiset

sosiaaliset tekijät voivat muokata itsetuntoa suotuisaan ja epäsuotuisaan suuntaan. Positiiviset elämänmuutokset, jotka edistävät tyytyväisyyttä lähi-ihmissuhteissa ja työelämässä, ovat tärkeimpiä itsetuntoa kohottavia tekijöitä (Andrews ja Brown 1995).

Ihminen voi pyrkiä sopeutumaan ahdistusta aiheuttaviin tilanteisiin käyttämällä joko kypsiä, neuroottisia tai epäkypsiä puolustuskeinoja. Kypsien psyyken puolustuskeinojen käyttö ilmentää yleensä hyvää mielenterveyttä. Tukeutuminen epäkypsiin psyyken puolustuskeinoihin liittyy mielenterveyden ongelmiin. Tuloksemme osoittivat, että miehillä tärkeää ei niinkään ollut kypsien psyyken puolustustyylien suosiminen vaan epäkypsien tyylien vähäinen käyttö.

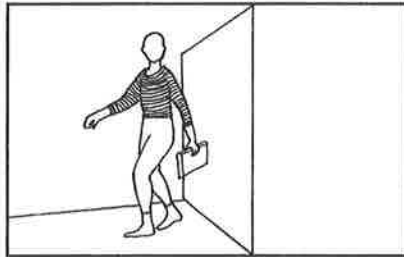
Neuroottisilla puolustuskeinoilla ihminen pyrkii ratkaisemaan intrapsykkisiä ongelmia. Tuolloin ihmisen sisäinen tasapaino häiriintyy, ei niinkään ulkoinen tasapaino. Ongelmien suuntautuminen sisäänpäin on naisilla yleisempää kuin miehillä. Miehillä taas ongelmat kohdistuvat ulospäin ja ilmenevät usein suorana aggressiivisena käyttäytymisenä (Lagerspetz ja Björkqvist 1994). Tulos viittaa siihen, että psyykkisesti oireettomat tai vähäoireiset miehet käyttävät enimmäkseen kypsiä psyyken puolustustyyliä, vaikka niillä ei ollut merkitsevää yhteyttä oireisiin tässä aineistossa. Yhteyden puute voi osin liittyä siihen, että kypsiä psyyken puolustustyyliä koskevia kysymyksiä oli selvästi vähemmän kuin epäkypsiä koskevia ja edellisten sisäinen konsistenssi oli huonompi.

12.5 Työttömyys

Työttömänä oli ollut kyselyvastausten perusteella sekä naisista että miehistä 53 %. Työttömien työnhakijoiden rekisteritietojen perusteella työttömänä oli ollut vuoden 1994 lopussa 60 % tutkittavista. Ero voi johtua siitä, että nuoret aikuiset ymmärtävät työttömyyden eri tavoin kuin mikä on sen virallinen määritelmä. Koulunsa päättäneet nuoret, jotka eivät ole vielä tottuneet palkkatyöhön, saattavat kokea itsensä opiskelijoiksi, kun se on heidän pääasiallinen aktiviteettinsä (esim. avoimessa korkeakoulussa), vaikka he samalla olisivatkin työtä vailla olevia työnhakijoita. Työttömyys ei ollut yhteydessä psyykkiseen runsasoireisuuteen.

12.6 Johtopäätökset

Psyykkisesti runsasoireisia oli melko paljon tutkittujen nuorten aikuisten joukossa. Runsasoireisuus oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Monimuuttuja-analyysien tulokset viittaavat siihen, että viimeaikaiset stressaavat elämäntapahtumat heikentävät mielenterveyttä nuorilla aikuisilla. Naisilla mielenterveyttä saattaa heikentää lisäksi voimakas ahdistustaipumus, kun taas hyvä ahdistuksen sietokyky näyttää ylläpitävän hyvää mielenterveyttä. Miehillä huono itsetunto näyttää heikentävän mielenterveyttä, kun taas hyvää mielenterveyttä näyttää ylläpitävän epäkypsän psyyken puolustustyylin vähäinen käyttö. Tulokset ovat yleistettävissä suomalaisiin lukiossa opiskelleisiin nuoriin aikuisiin. Näiden johtopäätösten klinisen merkityksen varmentamiseksi olisi tehtävä seurantatutkimuksia, joissa mielenterveyshäiriöt tunnistetaan diagnostisen haastattelun perusteella.



13. KIRJALLISUUS

Alfven G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. An epidemiological study. *Acta Paediat* 1993;82:484-487.

Andrews G. Anxiety, personality and anxiety disorders. *Int Rev Psychiatry* 1991;3:293-302.

Andrews B, Brown GW. Stability and change in low self-esteem: the role of psychosocial factors. *Psychol Med* 1995;25:23-31.

Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:455-460.

Angst J, Vollrath M. The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiat Scand* 1991;84:446-452.

Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass, 1988.

Aro S. *Stress, morbidity, and health-related behaviour*. Scand J Soc Med 1981:Suppl. 25.

Aro H, Paronen O, Aro S. Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry* 1987;22:171-176.

Aro H. *Stress, development and psychosomatic symptoms in adolescence*. Acta Universitatis Tampereensis ser A, vol. 242. Tampere: University of Tampere, 1988.

Bech P, Malt UF, Dencker SJ, Ahlfors UG, Elgen K, Lewander T, Lundell A, Simpson GM, Lingjærde O, eds. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:Suppl. no. 372.

Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Res* 1988;1:23-36.

Bergner M, Bobitt RA, Pollard WE ym. The Sickness Impact Profile: validation of a health status measurement. *Med Care* 1976;14:57-67.

Bond MD. An empirical study of defense styles. Kirjassa: GE Vaillant, toim. *Empirical studies of ego mechanisms of defense*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1986:1-29.

Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333-338.

Breakwell GM, Fife-Schaw C, Devereux JB. The relationship of self-esteem and attributional style to young peoples' worries. *J Psychol* 1988;122:207-216.

Broadman K, Erdmann AJ, Wolff HG. *Cornell Medical Index Health Questionnaire, manual* (Revised 1956). New York: Cornell University Medical College, 1956.

Brown GW. Life events and affective disorder: replications and limitations. *Psychosom Med* 1993;55:248-259.

Choquet M, Menke H. Development of self-perceived risk behaviour and psychosomatic symptoms in adolescents: A longitudinal approach. *J Adolescence* 1987;10:291-308.

Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-7.

Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs. London: Oxford University Press, 1972.

Goodyer IM, Kolvin I, Gatzanis S. The impact of recent undesirable life events on psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Br J Psychiatry* 1987;151:179-184.

Gray JA. *The psychology of fear and stress*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

Gustavsson JP, Pedersen NL, Åsberg M, Schalling D. Origins of individual differences in anxiety proneness: a twin/adoption study of the anxiety-related scales from the Karolinska Scales of Personality (KSP). *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:460-469.

Henderson M, Freeman PL. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.

Huppert FA, Gore M, Elliott BJ. The value of an improved scoring system (CGHQ) for the general health questionnaire in a representative community sample. *Psychol Med* 1988;18:1001-1006.

Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *Am J Public Health* 1990;80:446-52.

Ingham JG, Kreitman NB, Miller PM, Sashidharan SP, Surtees PG. Self-esteem, vulnerability and psychiatric disorder in the community. *Br J Psychiatry* 1986;148: 375-385.

Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort. *Am J Epidemiol* 1983;117:292-304.

Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *Int J Epidemiol* 1996;25:259-265.

Karlsson H, Koponen S. Somatisointi kliinisenä ongelmana. *Duodecim* 1995;111:1791-1797.

King CA, Naylor MW, Segal HG, Evans T, Shain BN. Global self-worth, specific self-perceptions of competence, and depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:745-752.

Lagerspetz K, Björkqvist K. Indirect aggression in boys and girls. Kirjassa: LR Huesmann, toim. *Aggressive behavior: current perspectives*. New York: Plenum Press, 1994.

Lerner RM, Hultsch DF. *Human development: a life-span perspective*. New York: McGraw Hill, 1983.

Levit DB. Gender differences in ego defenses in adolescence: sex roles as one way to understand the differences. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:992-999.

Lu L. University transition: major and minor life stressors, personality characteristics and mental health. *Psychol Med* 1994;24:81-87.

McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.

Mischel W. *Introduction to personality*, 2nd ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.

Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Publ Health* 1982;72:800-8.

Murphy JM, Sobol AM, Olivier DC ym. Prodromes of depression and anxiety - the Stirling county study. *Br J Psychiatry* 1989;155:490-495.

O'Neill C, Normand C, Cupples M, McKnight A. A comparison of three measures of perceived distress: results from a study of angina pectoris in general practice in Northern Ireland. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:202-6.

Palosaari UK, Aro HM. Parental divorce, self-esteem and depression: an intimate relationship as a protective factor in young adulthood. *J Affect Disord* 1995;35:91-96.

Poikolainen K, Kanerva R, Lönnqvist J. Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics* 1995;96:59-63.

Poikolainen K. Heikentääkö työttömyys terveyttä? *Sosiaalilääk Aikak* 1995;32:367-371.

Pulkkinen L, Pitkänen T. A prospective study of the precursors to problem drinking in young adulthood. *J Stud Alcohol* 1994;55:578-587.

Rimpelä M, Rimpelä A, Pasanen M. Koetut oireet 12-18-vuotiailla suomalaisilla (English summary: Perceived symptoms among 12-18 year-old Finns). *Sosiaalilääk Aikak* 1982;19:219-233.

Robinson JP, Shaver PR. *Measures of social psychological attitudes*. Ann Arbor, Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, 1973.

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 1987;75:316-331.

Smith MS. Psychosomatic symptoms in adolescence. *Med Clin North Am* 1990;74:1121-1134.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970.

Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press, 1989.

Tarnopolsky A, Hand DJ, McLean EK, Roberts H, Wiggins RD. Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. *Br J Psychiatry* 1979;134:508-515.

Tilastollinen päätoimisto. *Aakkosellinen ammattihakemisto. Väestölaskenta 1970*, Täydennetty painos 8.6.1971. (Central Statistical Office of Finland. Alphabetical coding manual for social class based on occupations. Population census 1970; in Finnish), 1971.

Vaillant GE. *Adaptation to Life*. Cambridge, London: Harvard University Press, 1995.

Wannamethee G, Shaper AG. Self-assessment of health status and mortality in middle-aged British men. *Int J Epidemiol* 1991;20:239-45.

Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull* 1984;96:465-490.

Wetzler S, Katz MM. Problems with the differentiation of anxiety and depression. *J Psychiat Res* 1989;23:1-12.

UM-CIDI. *Composite International Diagnostic Interview - short scales* (University of Michigan-CIDI). Geneva: World Health Organization, 1992.

SCAN. *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry*. Geneva: World Health Organization, 1992.

13. LIITE 1.

KYSELYLOMAKE

**TUTKIMUS
NUORTEN AIKUISTEN
ELÄMÄNTILANTEESTA**

KTU
NAM-PROJEKTI

Kansanterveyslaitos

*Ole hyvä ja rengasta oikea vaihtoehto
tai kirjoita vastaus sille osoitettuun paikkaan.*

A. PERUSTIEDOT

1. Syntymävuosi 19 _____

2. Siviilisääty

- 1 Naimaton 2 Naimisissa 3 Avoliitossa
4 Leski 5 Eronnut tai asumerossa
6 Uudessa avioliitossa

3. Asutko

- 1 Avio- tai avopuolison kanssa
2 Vanhempasi tai vanhempiesi kanssa
3 Yksin
4 Yksin lapseni tai lasteni kanssa
5 Muu (esim. opiskelijasolu
tai sisarusten kanssa), kenen kanssa? _____

4 a. Kuinka pitkään suhde nykyiseen kumppaniisi on jatkunut?

- 1 En seurustele
2 Seurustelen tai olen avio- tai avoliitossa, suhde alkoi n. _____ v _____ kk sitten

b. Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen parisuhteeseesi?

- 1 Erittäin tyytymätön
2 Melko tyytymätön
3 Melko tyytyväinen
4 Erittäin tyytyväinen

5 a. Onko Sinulla omia lapsia?

- 1 Ei 2 Kyllä, syntymävuodet

b. Asuvatko lapset luonasi?

- 1 Ei 2 Kyllä

c. Oletko Sinä tai kumppanisi nyt raskaana?

- 1 Ei 2 Kyllä

6. Onko Sinulla lähipiirissäsi ihminen, jonka kanssa voit keskustella henkilökohtaisista asioistasi ja ongelmistasi?

- 1 Ei 2 Yksi
3 Muutama 4 Useita

7. Kuinka tyytyväinen olet lähi-ihmissuhteittesi nykyiseen tilaan?

- 1 Erittäin tyytymätön
2 Melko tyytymätön
3 Melko tyytyväinen
4 Erittäin tyytyväinen

B. KOULUTUS JA TYÖ

1 a. Mikä on ammattisi tai työtehtäväsi tällä hetkellä?

b. Mikä on ammattitavoitteesi, jota kohti pyrit?

Seuraavat kysymykset koskevat koulutusta.
Mitä näistä olet suorittanut, suorittamassa tai keskeyttänyt.
Laita myös valmistumisvuosi, jos koulutus on jo päättynyt.

<i>Kirjoita, minkä alan opinnoista on kyse.</i>	<i>Ei</i>	<i>Suorittamassa</i>	<i>Keskeytetty</i>	<i>Suorittanut</i>	<i>Valmistumis- vuosi</i>
2. Lukio/iltalukio	1	2	3	4	19
3. Työllisyyskurssi, vähintään 4 kk ala(t)	1	2	3	4	19
4. Muu ammatillinen kurssi, väh. 4 kk, ala(t)	1	2	3	4	19
5. Ammatillinen koulu: linja(t)	1	2	3	4	19
6. Ammatillinen opisto: mikä	1	2	3	4	19
7. Korkeakoulututkinto: mikä	1	2	3	4	19
8. Muuta (esim. kansanopisto, vaihto-oppilasvuosi): mikä	1	2	3	4	19

9. Kuinka moneen opiskelupaikkaan olet pyrkinyt?

Yhteishaku katsotaan yhdeksi pyrkimistilanteeksi.

_____ paikkaan

10. Kuinka moneen opiskelupaikkaan olet päässyt?

_____ paikkaan

11. Oletko päässyt haluamallesi alalle?

1 En 2 Kyllä 3 En osaa sanoa

12. Aiotko vielä pyrkiä?

1 En 2 Kyllä 3 En osaa sanoa

13. Mikä vaikutti ensisijaisesti opiskelu- tai työpaikan valintaan

- 1 Taloudelliset syyt
- 2 Oma kiinnostus
- 3 Vanhempien toive
- 4 Sattuma
- 5 Muu, mikä?

14. Miten on käynyt töitä hakiessa?

- 1 En ole hakenut
- 2 Olen päässyt sinne, minne olen hakenut
- 3 Olen hakenut moneen paikkaan ja päässyt johonkin
- 4 Olen hakenut moneen paikkaan, enkä päässyt minnekään
- 5 Olen ottanut vastaan mitä on tarjottu

15 a. Oletko ollut työttömänä?

- 1 En ole ollut työttömänä
- 2 Kyllä, olen nyt työttömänä
- 3 Olen aiemmin ollut työttömänä

b. Jos olet tai olet ollut työtön, niin oletko etsinyt töitä

- 1 En ole ollut työttömänä
- 2 En olisi oikeastaan edes halunnut töitä
- 3 Etsin töitä, mutten kovin innokkaasti
- 4 Etsin töitä, mutta vain tietynlaisia
- 5 Etsin töitä, olen valmis ottamaan mitä tahansa

Työnteko ja opiskelu viimeisen 5 vuoden aikana.

Merkitse kunkin vuoden kohdalle, kuinka monta kuukautta seuraavat vaihtoehdot ovat vastanneet tilannettasi. Vastaa jokaiseen kysymykseen ottaen huomioon myös väliaikaiset, esim. kesätyöt.

	1991	1992	1993	1994	1995
16. Kokopäiväinen ansiotyö					
17. Päätoiminen opiskelu					
18. Osapäiväinen opiskelu					
19. Osapäivätyö					
20. Tuntityö/satunnainen työ					
21. Kotiäiti/koti-isä					
22. Työttömänä tai pakkolomalla					
23. Pitkällä sairauslomalla					
24. Eläkkeellä					
25. Varusmies- tai siviilipalvelu					
26. Asunut ulkomailla					
27. Muuta, mitä					

28 a. Mikä (mitkä) vaihtoehdoista 16 - 27 vastaa nykyistä tilannettasi**b. Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen tilanteeseesi?**

- 1 Erittäin tyytymätön
- 2 Melko tyytymätön
- 3 Melko tyytyväinen
- 4 Erittäin tyytyväinen

29. Paljonko rahaa Sinulla on kuukautta kohti käytettävissä

(poista ennakonpidätykset, lainan lyhennykset ja korot sekä vuokra)?

- 1 Alle 1 500 mk 4 3 500 - 5 000 mk
 2 1 500 - 2 500 mk 5 5 000 - 7 000 mk
 3 2 500 - 3 500 mk 6 Yli 7 000 mk

30. Ylioppilaskirjoitusten yleisarvosana

0 En ole osallistunut ylioppilaskirjoituksiin

- 1 i 2 a 3 b 4 c 5 m 6 l

31. Yo-todistuksen kaikkien aineiden keskiarvo _____**32. Mikäli keskeytit lukion**

0 En ole keskeyttänyt

- 1 Olen keskeyttänyt, viimeisin keskiarvo _____ on lukion I II III -luokalta

*(Rengasta minkä luokan todistuksen keskiarvo se on)***C. TERVEYS****1. Millainen terveydentilasi on ollut viimeisen vuoden aikana**

1 Erittäin hyvä

2 Hyvä

3 Kohtalainen

4 Melko huono, miksi _____

5 Erittäin huono, miksi _____

2. Montako kertaa olet viimeisen vuoden aikana käynyt lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla?

n. _____ kertaa

3. Onko Sinulla jokin pitkäaikainen sairaus?

- 1 Ei 2 Kyllä, mikä _____

4. Paino _____ kg**5. Pituus _____ cm**

Mitä seuraavista oireista Sinulla on ollut viimeisen kuuden kuukauden aikana?

Pelkästään kuukautiskiertoon tai raskauteen liittyviä säännöllisesti toistuvia vaivoja

ei lasketa mukaan, ei myöskään krapulaoireita.

Valitse sopivin vaihtoehto joka riviltä.

	Ei iäkseen	Silloin harvoin	Melko usein	Usein
6. Päänsärkyä	1	2	3	4
7. Vatsakipu	1	2	3	4
8. Käsien vapinaa	1	2	3	4
9. Väsymystä ja heikotusta	1	2	3	4
10. Haluttomuutta ja tarmottomuutta	1	2	3	4
11. Tunne, että olen liian lihava	1	2	3	4

	<i>Ei iäkään</i>	<i>Silloin tällöin</i>	<i>Melko usein</i>	<i>Usein</i>
12. Vaikeuksia päästä uneen	1	2	3	4
13. Ruokahaluttomuutta	1	2	3	4
14. Ruuan ahmimista	1	2	3	4
15. Kuukautisrytmien häiriöitä	1	2	3	4
16. Huimauksen tunnetta	1	2	3	4
17. Ripulia tai epäsäännöllistä vatsantoimintaa	1	2	3	4
18. Oksentelua ja pahoinvointia	1	2	3	4
19. Närästystä tai happovaivoja	1	2	3	4
20. Runsasta hikoilua ilman ruumiillista ponnistelua	1	2	3	4
21. Sydämen tykytystä tai epäsäännöllisiä sydämenlyöntejä	1	2	3	4
22. Hengitysvaikeuksia tai ahdistuksen tunnetta ilman ruumiillista ponnistelua	1	2	3	4

23. Oletko koskaan käyttänyt mielenterveystoimiston, psykologin, psykiatrin, päihdehuollon, perhe- tai kasvatusterveystoimiston tms. mielenterveyspalveluja?

1 En

2 En, mutta ajatus on käynyt mielessä

3 Kyllä, yksittäisen tai muutaman kerran vuonna _____

4 Kyllä, käytän tai olen käyttänyt toistuvasti vuosina _____

E. KOETTU TERVEYDENTILA

Seuraavaksi haluaisimme kysyä terveydentilastasi ja suoriutumisesi viimeisen kuukauden aikana. Ole hyvä ja vastaa kaikkiin kysymyksiin valitsemalla se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa tilannettasi. Vertaa vointiasi viimeisen kuukauden aikana siihen, mitä se on tavallisesti.

	<i>Paremmiin kuin tavallisesti</i>	<i>Yhtä hyvin kuin tavallisesti</i>	<i>Huonommin kuin tavallisesti</i>	<i>Paljon huonommin kuin tavallisesti</i>
1. Oletko pystynyt keskittymään tehtäviisi?	1	2	3	4
2. Oletko tuntenut hoitaneesi asiat yleensä hyvin?	1	2	3	4
3. Oletko tuntenut pystyväsi tekemään päätöksiä?	1	2	3	4
4. Oletko kyennyt kohtaamaan vaikeuksia?	1	2	3	4

	<i>Ei</i>	<i>Ei enempää kuin tavallisesti</i>	<i>Huokan enemmän kuin tavallisesti</i>	<i>Paljon enemmän kuin tavallisesti</i>
5. Onko Sinulla esiintynyt kuumia tai kylmiä aaltoja?	1	2	3	4
6. Oletko valvonut paljon huolien takia?	1	2	3	4
7. Onko unesi ollut katkonaista?	1	2	3	4

	<i>Ei</i>	<i>Ei enempää kuin tavallisesti</i>	<i>Huokaa enemmän kuin tavallisesti</i>	<i>Paljon enemmän kuin tavallisesti</i>
8. Onko Sinulla ollut pelottavia tai epämiellyttäviä unia?	1	2	3	4
9. Oletko menettänyt mielenkiintosi tavallisiin toimiisi?	1	2	3	4
10. Oletko arkaillut sanoa ihmisille mitään, jotta et joutuisi naurunalaiseksi?	1	2	3	4
11. Onko Sinusta tuntunut, ettet kerta kaikkiaan kykene ryhtymään mihinkään?	1	2	3	4
12. Onko Sinua tuntunut pelottavan kaikki, mitä Sinun pitäisi tehdä?	1	2	3	4
13. Oletko tuntenut olevasi jatkuvasti yllirasittunut?	1	2	3	4
14. Onko Sinusta tuntunut, ettet voisi selviytyä vaikeuksistasi?	1	2	3	4
15. Oletko tuntenut, että elämä on jatkuvaa taistelua?	1	2	3	4
16. Oletko huomannut kaiken käyvän yli voimiesi?	1	2	3	4
17. Oletko tuntenut itsesi onnettomaksi ja masentuneeksi?	1	2	3	4
18. Oletko menettänyt itseluottamustasi?	1	2	3	4
19. Oletko tuntenut itsesi arvottomaksi?	1	2	3	4
20. Onko Sinusta tuntunut, että elämä on täysin toivotonta?	1	2	3	4
21. Oletko tuntenut itsesi jatkuvasti hermostuneeksi ja jännittyneeksi?	1	2	3	4
22. Onko Sinusta tuntunut, että elämä ei ole elämisen arvoista?	1	2	3	4
23. Oletko huomannut toivovasi, että olisit kuollut ja kaikki olisi ohi?	1	2	3	4
24. Onko yöunesi ollut levotonta ja rauhatonta?	1	2	3	4
25. Oletko herännyt liian aikaisin kykenemättä nukahtamaan enää uudelleen?	1	2	3	4
26. Oletko hätäntynyt tai joutunut pakokauhun valtaan ilman mitään syytä?	1	2	3	4
27. Onko Sinusta tuntunut, ettet ajoittain kykene mihinkään, koska hermosi ovat huonossa kunnossa?	1	2	3	4

	Ei	En tunnista	Toisinaan	Jatkuvasti
28. Onko mieleesi viime aikoina tullut, että saattaisit lopettaa elämäsi?	1	2	3	4
29. Onko mieleesi viime aikoina tullut toistuvasti ajatus itsemurhasta?	1	2	3	4

	Paremmiin kuin tavallisesti	Yhtä hyvin kuin tavallisesti	Huonommin kuin tavallisesti	Paljon huonommin kuin tavallisesti
30. Onko Sinusta tuntunut siltä, että Sinusta on hyötyä asioiden hoidossa?	1	2	3	4
31. Oletko kyennyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimistasi?	1	2	3	4
32. Oletko tuntenut itsesi toivorikkaaksi tulevaisuutesi suhteen?	1	2	3	4
33. Oletko tuntenut itsesi kaiken kaikkiaan kohtalaisen onnelliseksi?	1	2	3	4

34. Oletko viime aikoina ottanut asiat raskaasti?

- 1 En ollenkaan
- 2 En raskaammin kuin tavallisesti
- 3 Jonkin verran raskaammin kuin tavallisesti
- 4 Paljon raskaammin kuin tavallisesti

35. Oletko viime aikoina ollut tyytyväinen tapaan, jolla olet hoitanut tehtäväsi?

- 1 Tyytyväisempi kuin tavallisesti
- 2 Yhtä tyytyväinen
- 3 Vähemmän tyytyväinen
- 4 Paljon vähemmän tyytyväinen kuin tavallisesti

36. Oletko viime aikoina ollut toimielias ja vireä?

- 1 Enemmän kuin tavallisesti
- 2 Yhtä toimielias
- 3 Vähemmän toimielias
- 4 Paljon vähemmän toimielias kuin tavallisesti

37. Onko Sinulla viime aikoina ollut jokin stressaava elämäntapahtuma, joka on vaikuttanut hyvinvointiisi?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mikä ja milloin? _____

F. ALKOHOLINKÄYTTÖ

1. Käytätkö alkoholijuomia?

- 1 En ole koskaan elämässäni käyttänyt alkoholijuomia
(ole hyvä, siirry kysymykseen 24)
- 2 En, olen lopettanut alkoholinkäytön vuonna 19 _____
- 3 Käytän alkoholijuomia

2. Jos olet lopettanut alkoholin käytön niin mistä syystä lopetit?

- 1 En ole lopettanut
- 2 Taloudellisista syistä
- 3 Terveydellisistä syistä
- 4 Liian käytön takia
- 5 Muusta syystä, mistä

3. Minkä ikäisenä aloit käyttää alkoholia

säännöllisesti (vähintään kerran kuussa)? _____ -vuotiaana

Kuinka paljon juot alkoholia kerralla?

(Jos olet lopettanut alkoholinkäytön, rengasta vaihtoehdot, jotka vastasivat tilannettasi ennen lopettamista.)

1 annos = pullo keskiolutta

tai lasi (12 cl) mietoa viiniä

tai lasi (8 cl) väkevää viiniä

tai lasi (4 cl) viinaa tai muuta väkevää juomaa

Pullo A-olutta, alkun siideriä tai long drinkejä vastaa 1,25 annosta.

Vastaa kaikkiin kysymyksiin.

Kerralla noin

4. Kerralla 1 annos tai vähemmän

(esim. pullo III-olutta tai lasi viiniä)

	Ei lainkaan	Enintään 2 kertaa vuosi	Kerran 2 kuukaudessa	Kerran pari kuukaudessa	Kerran viikossa	2-5 kertaa viikossa	6-7 kertaa viikossa
4. Kerralla 1 annos tai vähemmän (esim. pullo III-olutta tai lasi viiniä)	0	1	2	3	4	5	6
5. Kerralla 2-4 annosta (esim. 1-2 tuoppia IV-olutta)	0	1	2	3	4	5	6
6. Kerralla 5-7 annosta (esim. pullo viiniä)	0	1	2	3	4	5	6
7. Kerralla 8-12 annosta (esim. pullo väkevää viiniä)	0	1	2	3	4	5	6
8. Kerralla vähintään 13 annosta (esim. 13 pulloa III-olutta tai pullo viinaa)	0	1	2	3	4	5	6

5. Kerralla 2-4 annosta

(esim. 1-2 tuoppia IV-olutta)

6. Kerralla 5-7 annosta

(esim. pullo viiniä)

7. Kerralla 8-12 annosta

(esim. pullo väkevää viiniä)

8. Kerralla vähintään 13 annosta

(esim. 13 pulloa III-olutta tai pullo viinaa)

9. Kuinka usein olet viimeksi kuluneiden 12 kk aikana juonut niin paljon alkoholia, että olet ollut kunnolla humalassa?

(Jos olet lopettanut, mieti viimeisiä 12 kk ennen lopettamistasi.)

- 0 En kertaakaan
- 1 Pari kertaa viikossa tai useammin
- 2 Noin kerran viikossa
- 3 Pari kertaa kuukaudessa
- 4 Noin kerran kuukaudessa
- 5 Noin kerran parissa kuukaudessa
- 6 Pari kertaa vuodessa
- 7 Kerran vuodessa tai harvemmin

<i>Rengasta oikea vaihtoehto</i>	<i>Ei</i>	<i>Joskus</i>	<i>Usein</i>
10. Oletko koskaan ajatellut, että Sinun pitäisi vähentää juomistasi	1	2	3
11. Onko Sinua koskaan harmittanut juomistasi koskeva arvostelu?	1	2	3
12. Onko Sinulla koskaan ollut syyllisyydentunteita juomisesi takia?	1	2	3
13. Oletko ottanut krapularyyppyä aamuisin?	1	2	3

Onko juomisesta aiheutunut Sinulle joitakin seuraavista hankaluuksista?

	<i>Ei</i>	<i>Joskus</i>	<i>Usein</i>
14. Olet joutunut tappeluun	1	2	3
15. Rikkonut sopimuksen	1	2	3
16. Joutunut onnettomuuteen	1	2	3
17. Vahingoittanut ystävyyttä tai parisuhdetta	1	2	3
18. Olet joutunut riitaan	1	2	3
19. Olet viettänyt yön putkassa	1	2	3
20. Olet ajanut autolla humalassa	1	2	3
21. Tuurijuoppoutta	1	2	3

22. Millaisia muutoksia alkoholinkäytössäsi on ollut vuosien kuluessa?

- 1 Käyttö on pysynyt samanlaisena aloittamisen jälkeen
- 2 Käyttö on lisääntynyt _____ -vuotiaasta lähtien
- 3 Käyttö on vähentynyt _____ -vuotiaasta lähtien
- 4 Käytössä on tapahtunut kausittaista vaihtelua, millaista _____

23. Minkä ikäisenä olit ensimmäisen kerran niin humalassa, että sinulla oli paha olo jälkeenpäin?

- 1 En ole koskaan ollut niin humalassa
- 2 _____ -vuotiaana

24. Tupakoitko tai oletko joskus tupakoinut?

- 0 En ole koskaan tupakoinut, enintään joskus kokeillut
- 1 Olen tupakoinut joskus lyhyehkön jakson (_____ kk)
- 2 En tupakoi nykyisin, olen lopettanut _____ -vuotiaana
- 3 Harvemmin kuin kerran viikossa
- 4 Viikottain, muttei päivittäin
- 5 Päivittäin _____ savuketta
- 6 Päivittäin piippua tai sikareja

Oletko kokeillut tai käyttänyt joitakin seuraavista (suluissa joitakin yleisimpiä esimerkkejä).
Älä merkitse niitä lääkkeitä, joita olet käyttänyt sairauden hoitoon.

	En	Kerran	Muutamman kerran	Usein	Käytän rutiinisesti
25. Kannabis (esim. hasis, marihuana)	0	1	2	3	4
26. Opiaatit (esim. opium, heroïini)	0	1	2	3	4
27. Rauhoittavat (esim. Diapam)	0	1	2	3	4
28. Kokaiini	0	1	2	3	4
29. Piristeet (esim. amfetamiini)	0	1	2	3	4
30. Hallusinogeenit (esim. LSD)	0	1	2	3	4
31. Liimat	0	1	2	3	4
32. Muut, mitä	0	1	2	3	4

G. ELÄMÄNTAPAHTUMAT

Mitä seuraavista elämään liittyvistä tapahtumista ja muutoksista on tullut Sinun kohdallasi?
Laita myös vuosi tai vuodet, jolloin ko. asia tapahtui.

Arvioi, miten myönteinen tai kielteinen kukin elämänmuutos on Sinun kohdallasi ollut.

Vastaa kaikkiin kysymyksiin.

Arviointi 1-5:

- 1 = erittäin kielteinen
- 2 = kielteinen
- 3 = sekä kielteinen että myönteinen
- 4 = myönteinen
- 5 = erittäin myönteinen

	Ei	Kyllä	Vuonna/ vuosittain	Arviointi 1-5
1. Olen muuttanut pois lapsuudenkodista	1	2		
2. Aloin ensimmäisen kerran seurustella vakavasti	1	2		
3. Minulla oli ensimmäinen yhdyntä	1	2		
4. Avo- tai avioliiton solmiminen	1	2		
5. Olen saanut lapsen	1	2		
6. Seurustelusuhteeni on päättynyt	1	2		
7. Avo- tai avioero	1	2		
8. Välit isääni ovat kiristyneet	1	2		
9. Välit äitini ovat kiristyneet	1	2		

	Ei	Kyllä	Vuonna / vuosina	Arvoinut 1-5
10. Vanhempani ovat eronneet	1	2		
11. Olen saanut äiti- tai isäpuolen	1	2		
12. Olen ollut irtisanomisuhan alainen	1	2		
13. Läheinen ihminen on sairastunut vakavasti	1	2		
14. Olen itse sairastunut tai ollut tapaturman uhri ja joutunut sen takia sairaalahoitoon	1	2		
15. Olen kokenut aatteellisen tai uskonnollisen herätyksen, minkä	1	2		
16. Olen alkanut maksaa takaisin suurta velkaa	1	2		
17. Äitini tai isäni on kuollut	1	2		
18. Avio- tai avopuolisoni on kuollut	1	2		
19. Muu läheinen ihminen on kuollut	1	2		
20. Oma lapseni on kuollut	1	2		
21. Minulla tai puolisolllani on ollut keskenmeno	1	2		
22. Minulle tai kumppanilleni on tehty abortti	1	2		
23. Jokin muu, mikä	1	2		

H. TUNNETILAT

Seuraavaksi esitetään eri tunnetiloja kuvaavia ilmaisuja. Lue jokainen väittämä ja ympyröi oikea numero osoittaaksesi miltä Sinusta yleensä tai useimmiten tuntuu.

	Ei	Hiljään	Mielko	Erittäin
1. Minulla on miellyttävä olo	1	2	3	4
2. Uuvun nopeasti	1	2	3	4
3. Minulla on itkuinen olo	1	2	3	4
4. Haluaisin olla yhtä onnellinen kuin muut tuntuvat olevan	1	2	3	4
5. Jään paljosta paitsi, koska en osaa päättää ajoissa	1	2	3	4
6. Olen levollinen	1	2	3	4
7. Olen asioita valppaasti ja tynesti hallitseva	1	2	3	4
8. Minusta tuntuu, että vaikeuksia kertyy niin, että en pysty niitä voittamaan	1	2	3	4
9. Murehdin liikaa sellaista, olla ei ole merkitystä	1	2	3	4
10. Olen onnellinen	1	2	3	4

	<i>Ei</i>	<i>Hieinan</i>	<i>Melko</i>	<i>Erittäin</i>
11. Olen taipuvainen ottamaan asiat raskaasti	1	2	3	4
12. Minulta puuttuu itseluottamusta	1	2	3	4
13. Minulla on turvallinen olo	1	2	3	4
14. Yritän välttää ratkaisevien hetkien tai vaikeuksien kohtaamista	1	2	3	4
15. Olen alakuloinen	1	2	3	4
16. Olen tyytyväinen	1	2	3	4
17. Jokin merkityksetön ajatus pyörii mielessäni ja häiritsee minua	1	2	3	4
18. Suhtaudun pettymyksiin niin vakavasti, että en saa niitä mielestäni	1	2	3	4
19. Olen vakaa ihminen	1	2	3	4
20. Jännityn ja joudun pois tolaltani, kun ajattelen nykyistä elämäntilannettani	1	2	3	4
21. Masennun usein	1	2	3	4
22. Olen jatkuvasti masentunut	1	2	3	4
23. Olen yksinäinen	1	2	3	4
24. Mielestäni ruokailutapani ovat normaalit	1	2	3	4
	<i>Ei</i>	<i>Jostaus</i>	<i>Melko usein</i>	<i>Erittäin usein</i>
25. Minusta tuntuu, että ruoka hallitsee elämääni	1	2	3	4
26. Minulla on tapana laskea syömäni kalorit silloinkin kun en laihduta	1	2	3	4
27. Minua pelottaa ajatus lihavaksi tulemisesta	1	2	3	4
28. Tunnen itsesi hyvin syylliseksi, jos syön liikaa	1	2	3	4
29. Ahmin suuria määriä ruokaa	1	2	3	4
30. Olen oksentanut syömisen jälkeen pitääkseni painoni kurissa	1	2	3	4
31. Olen kärsimätön	1	2	3	4
32. Rikon esineitä ja paiskin ovia	1	2	3	4
33. Saatan lyödä tai läppästä, kun suutun	1	2	3	4
34. Haastan riitaa	1	2	3	4
35. Murjotan	1	2	3	4

I. VANHEMPIEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

Kun mietit lapsuus- ja nuoruusvuosi, niin millaisia ovat muistikuvasi vanhempiesi alkoholinkäytöstä. Merkitse sekä biologisten vanhempiesi että mahdollisten isä- ja äitipuolten alkoholinkäyttö (myös niiden käyttö, joiden kanssa et asunut).

	1.	2.	3.	4.	5.
	Isä	Äiti	Isäpuoli	Äitipuoli	Joku muu, jota asui kotonasi
1. Ei käyttänyt ollenkaan	1	1	1	1	1
2. Käytti kohtuullisesti	2	2	2	2	2
3. Käytti runsaasti, mutta se ei ollut mikään ongelma	3	3	3	3	3
4. Aiheutti ajoittain ongelmia, muttei hakeutunut hoitoon	4	4	4	4	4
5. Aiheutti paljon ongelmia, muttei hakeutunut hoitoon	5	5	5	5	5
6. On ollut hoidossa alkoholin käytön takia	6	6	6	6	6

7. Keiden kanssa asuit (jos vanhempasi erosivat, laita eron jälkeinen tilanne)?

Tämä kysymys liittyy edelliseen, joten sisaruksia ei tarvitse merkitä ellei heillä ollut alkoholin kanssa ongelmia.

1 Isä 2 Äiti 3 Isäpuoli 4 Äitipuoli

5 Muu joka asui kotonasi, kuka _____

J. VAIHTOEHDOT

Valitse sopivin vastausvaihtoehto seuraaviin väittämiin.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Mielestäni olen ihmisenä ainakin yhtä arvokas kuin muut	1	2	3	4
2. Mielestäni minulla on useita hyviä ominaisuuksia	1	2	3	4
3. Olen taipuvainen pitämään itseäni epäonnistujana	1	2	3	4
4. Kykenen tekemään asioita yhtä hyvin kuin useimmat muutkin ihmiset	1	2	3	4
5. Mielestäni minulla ei ole paljoakaan ylpeilemisen aihetta	1	2	3	4
6. Asennoidun itseeni myönteisesti	1	2	3	4
7. Suurin piirtein olen tyytyväinen itseeni	1	2	3	4

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
8. Toivoisin, että minulla olisi enemmän itsekunnioitusta	1	2	3	4
9. Tunnen itseni joskus todella hyödyttömäksi	1	2	3	4
10. Joskus ajattelen, etten kelpaa mihinkään	1	2	3	4
11. Suutun usein ja joudun helposti riitaan tai tappeluun	1	2	3	4
12. Läheisyydessäni on ihmisiä, jotka tukevat minua	1	2	3	4
13. Pystyn toteuttamaan sen, minkä asetan tavoitteeksi	1	2	3	4
14. Omat kykyni ja ponnisteluni ovat ratkaisevia menestyksessäni	1	2	3	4

K. TULEVAISUUS

Seuraavassa kysymme tulevaisuuteen liittyvistä asioista ja huolista.

Valitse jälleen itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto.

1 = erittäin vähän 7 = erittäin paljon, muut numerot ovat näiden ääripäiden väliltä.

	Erittäin vähän				Erittäin paljon		
1. Tunnetko voivasi vaikuttaa elämässäsi tapahtuviin muutoksiin	1	2	3	4	5	6	7
2. Huolestuttaako ajatus läheistesi kuolemasta sinua	1	2	3	4	5	6	7
3. Huolestuttaako ajatus omasta kuolemastasi sinua	1	2	3	4	5	6	7
4. Huolestuttaako sinua se, että voisit sairastua AIDSiin	1	2	3	4	5	6	7
5. Huolestuttaako ympäristön saastuminen sinua	1	2	3	4	5	6	7
6. Huolestuttavatko työn saannin vaikeus ja työttömyys sinua	1	2	3	4	5	6	7
7. Huolestuttavatko asuntojen korkeat hinnat sinua	1	2	3	4	5	6	7
8. Huolestuttaako ydinsodan vaara sinua	1	2	3	4	5	6	7

9. Uskotko, että useimmat toimet, joihin tulevaisuudessa tulet ryhtymään, ovat

Kuolettavan ikävyyttäviä
1 2 3 4 5 6 7

10. Odotatko, että oma elämäsi tulee olemaan

Täysin vailla tarkoitusta ja merkitystä
Erittäin tarkoituksellista ja merkityksellistä
1 2 3 4 5 6 7

	Täysin eri mieltä					Täysin samaa mieltä			
16. Näen mieluummin nälkää kuin syön pakosta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. "Teräsmiehen" tavoin en piittaa vaaroista	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Olen ylpeä kyvystäni ottaa ihmisiltä pois turhat luulot itsestään	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Ihmiset sanovat minua vainoharhaiseksi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Kun jokin vaivaa minua, toimin usein hetken mielijohteesta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Voin ruumiillisesti huonosti, elleivät asiat suju kannaltani hyvin	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Olen hyvin estynyt ihminen	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Jos minua on loukattu, vetäydyn ihmisten parista	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Ponnistelen usein siihen pisteeseen asti, että muiden on rajoitettava minua	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Ystäväni pitävät minua pellenä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Ollessani vihainen vetäydyn syrjään	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Olen varuillani, jos ihmiset osoittautuvat ystävällisemmiksi kuin olin oletanut	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Erityisten lahjojeni ansiosta kykenen elämään ilman ongelmia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Myöhästyn usein sovitusta tapaamisista	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Ratkaisen ongelmiani enemmän päiväunelmissani kuin todellisessa elämässä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Olen kovin arka lähestymään ihmisiä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. En pelkää mitään	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Joskus olen mielestäni enkeli ja toisinaan paholainen	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Vihaisena minusta tulee hyvin ivallinen	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Minusta tulee avoimen hyökkäävä, jos tunnen itseni loukatuksi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Uskon, että pitää kääntää toinenkin poski, jos joku loukkaa minua	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Minusta tuntuu aina, että joku tuttu on kuin suojelusenkeli	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Elämäkatsomukseni on "Älä kuule pahaa, älä tee pahaa, äläkä näe pahaa"	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Täysin eri mieltä					Täysin samaa mieltä			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Mielestäni ihmiset ovat joko hyviä tai pahoja	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Jos esimieheni ärsyttäisi minua, saattaisin tehdä virheen työssäni tai työskennellä hitaammin antaakseni hänelle takaisin	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Kaikki ovat minua vastaan	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Yritän olla mukava ihmisille, joista en pidä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Tunnen jonkun, joka pystyy tekemään mitä vain ja joka on ehdottomasti reilu ja oikeudenmukainen	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Pystyn hillitsemään tunteeni silloin kun tiedän, että ne häiritisivät sitä, mitä olen tekemässä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Jotkut ihmiset punovat juonia minun tappamiseksi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
46. Kykenen yleensä näkemään huvittavankin puolen muuten kiusallisessa tilanteessa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Päätäni alkaa särkeä, kun on tehtävä jotain, josta en pidä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. Huomaan usein olevani ystävällinen ihmisille, joille minun itse asiassa pitäisi olla vihainen	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49. Ei pidä paikkaansa, että "jokaisesta löytyisi jotain hyvää"; pahat ovat pahoja	1	2	3	4	5	6	7	8	9
50. Ei pitäisi koskaan suuttua ihmisille, joista ei pidä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51. Olen varma, että elämä kohtelee minua kaltoin	1	2	3	4	5	6	7	8	9
52. Kun tiedän joutuvani vaikeaan tilanteeseen, esimerkiksi kokeeseen tai työpaikka-haastatteluun, yritän kuvitella, millainen se on ja suunnitella tapoja selviytyäkseni siitä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
53. Ne, jotka voisivat auttaa, eivät koskaan todella ymmärrä mikä minua vaivaa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
54. Kun joku minulle läheinen kuolee, en joudu pois tolaltani	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. Puolustettuani oikeuksiani olen taipuvainen pyytämään anteeksi käytöstäni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56. Suurin osa siitä, mitä minulle tapahtuu, ei ole minun vastuullani	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. Ollessani masentunut tai ahdistunut syöminen helpottaa oloani	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Täysin eri mieltä					Täysin samaa mieltä			
58. Utterata työskentely tekee oloni paremmaksi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59. Ne, jotka yrittävät auttaa minua todella voittamaan vaikeuteni, eivät siinä onnistu	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Minulle sanotaan usein, etten näytä tunteitani	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Mielestäni elokuvissa, näytelmissä ja kirjoissa yleensä nähdään enemmän merkitystä kuin niissä on	1	2	3	4	5	6	7	8	9
62. Minulla on tapoja tai rituaaleja, joita minun on noudatettava, ettei mitään kauheaa tapahtuisi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. Otan rauhoittavia lääkkeitä tai alkoholia, kun oloni on kireä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. Kun minulla on paha olo, yritän olla jonkun seurassa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Jos pystyn etukäteen ennakoimaan tulevani surulliseksi, selviydyn paremmin	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Riippumatta siitä, kuinka paljon valitan, en koskaan saa tyydyttävää vastakaikua	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Huomaan usein, etten tunne mitään tilanteessa, joka voisi antaa aihetta voimakkaisiin tunteisiin	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Paneutumalla käsillä olevan tehtävän suorittamiseen vältän masennuksen tai ahdistuksen tunteita	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. Tupakoin ollessani hermostunut	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Jos olisin ratkaisua vaativassa vaikeassa elämäntilanteessa, etsisin toisen ihmisen, jolla on sama ongelma	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Minua ei voi syyttää siitä, mitä teen väärin	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. Jos mielessäni on vihamielinen ajatus, koen tarvetta tehdä jotain hyvittääkseni sen	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Ystäväni mielestä olen vitsikäs	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Kunnat, joissa olet asunut viimeisen viiden vuoden aikana:

_____ vuosina _____

_____ vuosina _____

_____ vuosina _____

_____ vuosina _____

Ole ystävällinen ja tarkista,
että olet vastannut kaikkiin kysymyksiin.

TUTKIJOIDEN KIITOKSET!

Parhaat kiitokset kyselyn täyttämistä.
Toivottavasti vastaaminen ei ole ollut vain vaivaa aiheuttavaa, vaan myös kiinnostavaa.
Kirjoita kommenttejesi, mikäli haluat.



Kansanterveyslaitos
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki