

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sini Suoranta

Mari Tampio

KULKEVATKO NUORTEN PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA MIELEN-
TERVEYSONGELMAT KÄSI KÄDESSÄ?

Satakunnan nuorisopsykiatrian poliklinikoiden nuorten mielenterveyskun-
toutujien päihteiden käyttö ja päihdeasenteet

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosiaalipalvelujen ohjauksen suuntautumisvaihtoehto

2007

KULKEVATKO NUORTEN PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA MIELENTERVEYSONGELMAT KÄSI KÄDESSÄ? – Satakunnan nuorisopsykiatrian poliklinikoiden nuorten mielenterveyskuntoutujien päihteiden käyttö ja päihdeasenteet

Suoranta, Sini
Tampio, Mari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipalvelujen ohjauksen suuntautumisvaihtoehto
Joulukuu 2007
Kumpulainen, Pasi YTL
YKL: 37.6
Sivumäärä: 75

Asiasanat: kaksoisdiagnoosi, mielenterveys, nuoret, nuorisopsykiatria, päihdehuolto, päihteet

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin nuorten mielenterveyskuntoutujien päihteiden käyttöä ja päihdeasenteita kaksoisdiagnoosin ja päihdehuollon näkökulmasta. Tutkimuksen toteuttamiselle nousi tarve siitä, ettei päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien välistä yhteyttä ole juurikaan Suomessa aiemmin tutkittu.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsiteltiin päihkeitä ja mielenterveyttä nuoruuden kontekstissa. Näiden kahden seikan yhteenkietoutumista tarkasteltiin kaksoisdiagnoosin näkökulmasta. Teoriaosan jälkeen esiteltiin tutkimuksen kulkua ja sen tuloksia, joita analysoitiin teorian ja tutkimuskysymysten pohjalta.

Tutkimuksen toteutuksen kohteeksi valittiin Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ja nuorten työryhmien (Harjavalta, Huittinen, Kankaanpää, Pori ja Rauma) 13–22-vuotiaat nuoret mielenterveyskuntoutujat.

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja analysoitava aineisto kerättiin kyselylomakkeilla tammi-toukokuussa 2007. Kyselylomake sisälsi perustietojen, päihteiden käytön, päihdeasenteiden sekä päihdetietouden ja päihdeongelmien hoidon kartoittamisen. Vastauksia palautettiin yhteensä 106. Tutkimusaineisto käsiteltiin tilastollisin menetelmin käyttäen Microsoft Excel-ohjelmaa ja Tixel-ohjelmaa. Tulokset raportoitiin sanallisesti ja graafisesti.

Aineistosta saatujen tulosten perusteella ilmeni, että nuorten mielenterveyskuntoutujien päihteiden käyttö oli runsasta pääasiassa lääkkeiden huumausainekäytön ja sekakäytön osalta. Iällä ja psykiatrisella diagnoosilla oli jonkin verran vaikutusta päihdekäyttäytymiseen. Vastaajien päihdeasenteet olivat realistisia. Nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ja nuorten työryhmien rooli päihdetietouden jakajana mielenterveyskuntoutujanuorille oli vähäinen.

ARE ABUSE OF INTOXICANTS AND MENTAL PROBLEMS CONNECTED WITH EACH OTHER AMONG YOUNG PEOPLE? - The intoxicant abuse and attitudes towards intoxicants among young mental health rehabilitees in the adolescent psychiatric outpatient departments of Satakunta

Suoranta, Sini
Tampio, Mari
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services
Orientation Alternative of Social Services Counselling
December 2007
Kumpulainen, Pasi LicSocSc
PLC: 37.6
Number of pages: 75

Key words: dual diagnosis, mental health, the young, adolescent psychiatry, social work with intoxicant abusers, intoxicants

In this thesis the intoxicant abuse and attitudes towards intoxicants of young mental health rehabilitees were researched from the view of dual diagnosis and social work with intoxicant abusers. A demand to carry out this study was emerged because the connection between the intoxicant abuse and mental problems were barely researched in Finland before.

The theoretical framework of this study was dealt with intoxicants and mental health in the context of youth. The association between these two subjects were scrutinised from the view of dual diagnosis. After the theory part the route and the results of study were described and analyzed on the basis of the theory and the research questions.

13-22 year old young mental health rehabilitees of the adolescent psychiatric outpatient departments of the hospital district of Satakunta (Harjavalta, Huittinen, Kankaanpää, Pori and Rauma) were selected as the target of the study.

The used method was quantitative and the analyzed material was collected by questionnaires between January 2007 and May 2007. The questionnaire included the survey of the basic information, the use of intoxicants, attitudes towards intoxicants, knowledge of intoxicants and the treatment of intoxicant addiction. 106 answers were received. The data was processed by statistical methods using both Excel (Microsoft)- and Tixel-programmes. The results were reported verbally and graphically.

The results received from the data showed that the intoxicant use of the young mental health rehabilitees was plentiful, concerning mainly medicines as drugs and mixed alcohol and medicine use. Age and psychiatric diagnosis had some impact on behaviour with intoxicants. The attitudes towards intoxicants were realistic among respondents. The role of the adolescent psychiatric outpatient departments as a source of information of intoxicants to young mental health rehabilitees was insignificant.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | | |
|---|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | PÄIHTEET NUORUUDESSA..... | 8 |
| | 2.1 Päihteiden määritelmiä..... | 8 |
| | 2.2 Nuoruus ja päihteet | 9 |
| | 2.3 Päihteisiin liittyvät haasteet nuoruudessa..... | 11 |
| | 2.4 Yhteiskunnallisten ilmiöiden vaikutus päihteiden käyttöön | 12 |
| | 2.5 Nuorten päihteiden käytön yleisyys ja päihdeasenteet..... | 13 |
| | 2.6 Päihdeisiin liittyvä lainsäädäntö | 17 |
| | 2.7 Päihdehuoltojärjestelmä ja nuorten päihdepalvelut | 19 |
| 3 | MIELENTERVEYS NUORUUDESSA..... | 22 |
| | 3.1 Mielenterveyden määritelmiä..... | 22 |
| | 3.2 Nuoruus ja mielenterveys..... | 23 |
| | 3.3 Mielenterveyteen liittyvät haasteet nuoruudessa | 25 |
| | 3.4 Yhteiskunnallisten ilmiöiden vaikutus nuorten mielenterveyspalveluihin ... | 26 |
| | 3.5 Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys nuorilla | 27 |
| | 3.6 Mielenterveyteen liittyvä lainsäädäntö | 29 |
| | 3.7 Nuorten mielenterveyttä tukevat palvelut | 30 |
| | 3.8 Nuorisopsykiatria avohoitona Satakunnan alueella | 34 |
| 4 | KAKSOISDIAGNOOSI | 36 |
| | 4.1 Kaksoisdiagnoosin määritelmä | 36 |
| | 4.2 Kaksoisdiagnoosin yleisyys | 36 |
| | 4.3 Kaksoisdiagnoosiin liittyvät haasteet nykyiselle hoitojärjestelmälle | 37 |

| | | |
|---|--|----|
| 5 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 40 |
| | 5.1 Tutkimusongelma ja -kysymykset ja tutkimuksen tavoite..... | 40 |
| | 5.2 Tulosten hyödynnettävyys | 41 |
| | 5.3 Tutkimuksen kulku ja tutkimusmenetelmät | 42 |
| | 5.4 Aineiston käsittely ja analyysi | 44 |
| | 5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys | 45 |
| 6 | TULOKSET | 48 |
| | 6.1 Vastaajien profiili..... | 48 |
| | 6.2 Vastaajien päihteiden käyttö | 50 |
| | 6.3 Vastaajien päihdeasenteet | 59 |
| | 6.4 Vastaajien päihdetietous ja päihdeongelmien hoito..... | 62 |
| 7 | POHDINTA | 65 |
| | 7.1 Johtopäätökset..... | 65 |
| | 7.2 Jatkotutkimusaiheet..... | 70 |
| | LÄHTEET..... | 71 |
| | LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää mielenterveysongelmien ja päihteiden käytön välistä yhteenkietoutumista sosiaalialan ja ennen kaikkea päihdehuollon näkökulmasta. Päihdeongelmat ovat yhteiskunnallisesti ja terveydellisesti erittäin merkittäviä ongelmia. Ne sisältävät edelleen tärkeimpänä päihteenä alkoholin, mutta yhä enemmän sekakäytön ja huumeiden käytön sekä moniongelmaisuuksien kuten kaksoisdiagnoosipotilailla. Mielenterveysongelmaisten potilaiden päihteiden käyttö voi myös johtua niin sanotusta itselääkinnästä (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003a, 10). Erään huumeiden ongelmakäyttöön liittyvän riskitekijän on todettu olevan psyykkiset ongelmat, kuten varhaiset koulunkäyntivaikkeudet, alhainen itsetunto ja masennus. Päihteiden käyttö aiheuttaa psyykkisiä sairauksia masennuksesta aivan vaikeisiin psykooseihin saakka. Olemme itse havainneet sosiaalialan työkentillä vahvaa riippuvuutta näiden kahden tekijän välillä, joten meitä kiinnosti lähteä tutkimaan, kuinka laaja ilmiö on kyseessä sekä jäävätkö henkilöt, joilla on elämässään näihin molempiin alueisiin liittyviä ongelmia, eräänlaisiksi väliinpuotoajiksi yhteiskunnassamme. Alajan (1999) tutkimuksen mukaan lähes puolet päihdesairauksista oli jäänyt hoidosta vastaavalta lääkäriltä havaitsematta.

Mielenterveyden näkökulmasta on merkittävää, että päihteiden käyttöä, päihdeongelmia ja päihderiippuvuutta esiintyy mielenterveyshäiriöiden yhteydessä runsaasti. Päihteiden käyttöön tavallisimmin liittyviä mielenterveyshäiriöitä ovat päihderiippuvuuden lisäksi mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoottiset häiriöt ja persoonallisuushäiriöt. Psykiatrisilla potilailla päihteiden käyttö aiheuttaa ja pahentaa monia psyykkisiä oireita ja haittaa usein oikean hoitopaikan löytymistä ja hoitoon kiinnittymistä. (Pirkola & Sohlman 2005, 7.) Nykyään onkin alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota kaksoisdiagnoosiksi kutsuttuun ilmiöön, jossa on syntynyt noidankehä päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien välille. Kaksoisdiagnoosi on niin Suomessa kuin kansainvälisestikin uusi käsite, joka otettiin käyttöön 1990-luvulla, joten siitä ei vielä juurikaan löydy suomenkielisiä tutkimuksia. Kaksoisdiagnoosi ei ole varsinaisesti diagnoosi, vaan tila, jossa henkilöllä on kaksi lääkärin erikseen määrittelemää diagnoosia: sekä päihdeettä mielenterveysdiagnoosi. Yleisesti on todettu, että päihdeongelmaisilla henkilöillä kaksoisdiagnoosi on yleinen. Useimmilla kaksoisdiagnoosipotilailla on tämän sairauspohjaisen määrittelyn lisäksi sosiaalisia, toiminnallisia ja käyttäytymiseen liittyviä on-

gelmia. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito ja tukeminen hakee Suomessa vielä muotoaan. Moniongelmaisia asiakkaita on vuosia palloeltu mielenterveyspuolen ja päihdehuollon palvelujen välillä. (Haavisto 2005, 28–30; Pihlaja 2004.)

Toteutimme tutkimuksemme kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja tutkimusaineiston keräämiseen käytimme kyselylomaketta. Rajasimme opinnäytetyömme koskemaan nuoria, tässä tapauksessa 13–22-vuotiaita, mielenterveyskuntoutujia ja heidän päihteiden käyttöönsä ja päihdeasenteitaan. Ikäryhmä on tämä, koska nuorisopsykiatrian poliklinikoiden potilaat ovat tähän ikäryhmään kuuluvia. Tutkimus toteutettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikoilla ja nuorten työryhmissä viidellä paikkakunnalla Harjavallassa, Huittisissa, Kankaanpäässä, Porissa ja Raumalla. Tarkasteluajaksi muodostui tammi-toukokuu 2007. Tutkimuksen kohderyhmänä olevat nuoret ovat vaarassa jäädä syrjäytymisuhan alle, ellei heidän hoidossaan ja kuntoutuksessaan oteta huomioon sekä päihde- että mielenterveysongelmaa. Tämän vuoksi kyseiset henkilöt joutuvat helposti väliinputoajiksi sosiaali- ja terveysalan pirstaloituneessa palveluverkostossa. Nuorten päihteiden käyttöä ja päihdeasenteita on yleisesti tutkittu runsaasti eri tahoilla, muun muassa kouluterveyskyselyissä, mutta mielenterveysnäkökulmaa ei ole kattavasti otettu tutkimuksissa huomioon.

Opinnäytetyössämme käsittelemme aluksi päihteitä ja mielenterveyttä ennen kaikkea nuoruuden kontekstissa. Teoriaosassa käsittelemme lisäksi näiden kahden seikan yhteenkietoutumista kaksoisdiagnoosiikan näkökulmasta. Teoriaosan jälkeen esittelemme tutkimuksemme kulkua ja siitä saatuja tuloksia. Tuloksia analysoimme sekä teoriapohjan että tutkimuskysymystemme valossa.

2 PÄIHTEET NUORUUDESSA

2.1 Päihteiden määritelmiä

Päihteet voidaan jaotella monin eri tavoin. Päihde on yleisnimitys kaikille kemiallisille aineille, jotka aiheuttavat päihtymyksen tunnetta tai humalaa, kun ne joutuvat elimistöön. Suomessa tupakka ja alkoholi on määritelty niin sanotuiksi sosiaalisiksi päihteiksi. (Dahl & Hirschovits 2005, 5.) Päihteillä siis tarkoitetaan kemiallisia aineita, joita käytetään päihtymistarkoitukseen ja näihin luetaan laittomat huumausaineet, lailliset päihteet, impattavat aineet ja päihtymistarkoitukseen käytettävät lääkkeet. Laittomat huumausaineet jaetaan keskushermoston toimintaa kiihottaviin piristeisiin, kuten amfetamiiniin, kokaiiniin ja ekstaasiin, keskushermoston toimintaa lamaaviin aineisiin, kuten heroiiniin, aistiharjoja tuottaviin hallusinogeeneihin, kuten LSD:hen sekä kannabistuotteisiin eli hasikseen ja marihuanaan. Päihtymistarkoitukseen käytettäviä lääkeaineita ovat muun muassa bentsodiatsepiinit ja buprenorfiini. Laillisiin päihteisiin luetaan tupakka ja alkoholi, ja impattavia aineita ovat muun muassa liuottimet, liimat ja lakat. (Aalto-Setälä ym. 2003a, 4.) Imppaamisella tarkoitetaan teknisten liuottimien ja kaasujen hengittelyä (Dahl & Hirschovits 2005, 109). Päihteiden sekakäytöksi kutsutaan päihteiden käyttöä, jossa käytetään vuorotellen tai sekaisin eri päihteitä (Dahl & Hirschovits 2005, 147).

Päihteiden käyttö aiheuttaa riippuvuutta, joka voi syntyä monella tavalla. Kuitenkin päihderiippuvuuden syntyminen ja päihteen vaikutus nuoreen vaihtelee huomattavasti riippuen nuoresta itsestään, missä seurassa ja missä mielentilassa sitä käytetään. Jos käytetään samanaikaisesti montaa eri päihdettä, päihteen vaikutus on aina erilainen. Päihderiippuvuus voi siis syntyä psyykkiseksi, eli nuori ei koe tulevansa toimeen ilman päihdyttävää ainetta. Toinen tapa tulla riippuvaiseksi on sosiaalinen riippuvuus. Tällä tarkoitetaan sitä, että päihteen käytöllä ja päihteen käyttötilanteella on nuorelle sosiaalinen merkitys, esimerkiksi kaverien painostus. Fyysisessä riippuvuudessa ihmisen elimistö reagoi päihteeseen vieroitusoireina. (Aalto-Setälä ym. 2003a, 4.)

Päihteiden käyttöön liittyvien vaikeiden ongelmien ydintä kutsutaan riippuvuudeksi, mutta lievemmistä päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista puhutaan päihteiden haitallisenä käyttönä tai väärinkäyttönä. Päihderiippuvuuden tai sen haitallisen käytön kriteerit perustuvat diagnostisiin järjestelmiin, joita ovat amerikkalainen DSM-IV sekä WHO:n julkaisema yleismaailmallisessa käytössä oleva ICD-10. Suomessa on käytössä ICD-10 luokitus. ICD-10 luokituksessa riippuvuus ilmenee, kun potilaalla esiintyy samanaikaisesti vähintään kolme tai useampi kriteeri jonakin tutkimusta edeltäneen 12 kuukauden aikana. (Poikolainen 1998, 74–75.) Diagnoosin tekeminen on tärkeää, sillä silloin nähdään, millaisia ongelmia potilaalla on. Päihdediagnoseja on kuitenkin kritisoitukin, sillä yksi diagnoosi ei vielä välttämättä riitä yksiselitteiseen hoidon määrittelyyn. Päihteiden käytön taustalla voi useinkin olla jokin mielenterveyden häiriö, jolloin hoito pitää myös räätälöidä tämän mukaisesti. (Poikolainen 1998, 79.)

2.2 Nuoruus ja päihteet

Nuoruusikä 12 vuodesta 22 vuoteen on se ikävaihe elämästä, jossa kehitystehtävänä on kasvaa lapsesta itsenäiseksi aikuiseksi. Kliinisessä työssä nuoruusaika voidaan jakaa eri vaiheisiin, joissa on erilaisia kehityshaasteita ja joita uhkaavat erilaiset kehityksen riskit. Jos nuori alkaa käyttää päihteitä ja ajautuu päihdekierteeseen, hänen kehityksensä voi olla vaarassa. Päihdekokeilut alkavat yleensä nuoruusiässä, mutta ongelmaksi on noussut kokeilujen yhä varhaisempi alkamisikä. Mitä nuorempaan päihteiden kokeilua ja käyttöä aloitellaan, sitä todennäköisemmin tullaan kohtaamaan ongelmia myöhemmin. Esimerkiksi alkoholin säännöllinen käyttö ennen 14 ikävuotta on jopa kolminkertainen riski alkoholiriippuvuuteen, verrattuna alkoholin säännöllisen käytön aloittamiseen vasta myöhemmin aikuisuuden kynnyksellä. (Lepistö, von der Pahlen & Marttunen 2005, 2.)

Päihteiden käyttöön vaikuttavat nuorilla aikuisilla ja nuorisolla muun muassa toveripiirin sosiaalinen paine, aikuisten luoma esimerkki, uteliaisuus tai ikävystyminen, kapiointi vanhempien arvomaailmaa vastaan ja halu paeta todellisuutta tai kipeitä tunteita.

Syyt päihteiden käyttämiseen ovat hyvin moninaisia sekä usein joko osittain tai täysin tiedostamattomia. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 31.)

Nuorten päihdeongelmien syntyyn on erilaisia riski- ja suoja tekijöitä. Riskitekijöillä tarkoitetaan muun muassa geneettisiä, nuoren persoonallisuuteen kuuluvia ominaisuuksia, lapsuuden perheeseen ja sen toimintakykyyn liittyviä tekijöitä ja muita ympäristötekijöitä, eli sellaisia tekijöitä, jotka altistavat ja lisäävät nuoren päihteiden käyttöä. Nämä tekijät ovat erilaisia nuorille eri ikä- ja kehitysvaiheissa. Nuorella riskitekijöitä päihteiden käyttöön ja siitä aiheutuvaan päihdehäiriöön on olemassa monia, kuten käytöshäiriöt, uhmakkuus- tai tarkkaavaisuushäiriöt, vaikea temperamentti, aggressiivisuus ja impulsiivisuus. Tällaisen häiriökäyttäytymisen vuoksi nuori voi joutua huonoon kaveriseuraan, jossa on epäsosiaalista käyttäytymistä, ja toisaalta nuori saattaa myös itse käyttää päihteitä niin sanotusti itselääkitsevänä hoitona. Myös hyvin nuorena aloitettu päihteiden käyttö ja muu riskikäyttäytyminen lisää nuoren alttiutta päihdehäiriöille. Suojaavat tekijät ovat nimensä mukaisesti ehkäiseviä tekijöitä, joiden on todettu vaikuttavan pienentävästi nuoren todennäköisyyteen käyttää päihteitä. Erityisesti varhainen puuttuminen on tärkeää, sillä varhaisen hoitointervention avulla voidaan paremmin vahvistaa suojaavia tekijöitä sekä vähentää riskitekijöiden vaikutusta nuoreen. (Aalto-Setälä ym. 2003a, 10.)

Perheissä, joissa jokin ongelma hallitsee perheen elämää, esimerkiksi vanhempien alkoholismi tai väkivaltaisuus, nuoren normaali kehitys voi häiriintyä, koska vanhemmat eivät pysty ottamaan nuoresta aikuisen vastuutaan ja tarjoamaan turvallista elinympäristöä. Tällöin nuori ajautuu helposti käyttämään päihteitä ja menettää elämänhallintansa. Nuorten huumeongelmien riskitekijöiksi ovat osoittautuneet esimerkiksi kasvatusongelmat, vanhempien ja nuorten keskinäisen suhteen etäisyys ja vanhempien vähäinen osallistuminen nuoren elämään. Nuorta pitäisikin kannustaa harrastuksiin ja auttaa luomaan vanhemmuutta korvaavia ihmissuhteita ja nuori voi toisaalta itsekin pystyä luomaan oman sosiaalisen turvaverkkonsa. (Dahl & Hirschovits 2005, 187–188.) Nuorena huumekierteeseen joutuvalla nuorella ei ole valmista perustaa huumeettomalle elämälle, sillä käytön alkaessa nuoren identiteetti on ollut vasta muovautumassa, eikä nuorella ole vielä normaaleja yhteiskunnassa selviytymiseen tarvittavia käytännön taitoja. Koulunkäynti on jäänyt ehkä kesken eikä työpaikkaakaan välttämättä ole vielä ollut ja nuoren

on päihteistä irtautuessaan opeteltava elämään normaalia elämää ilman päihteiden tuomaa turvaa. (Dahl & Hirschovits 2005, 219.)

2.3 Päihteisiin liittyvät haasteet nuoruudessa

Päihteiden ja etenkin alkoholin käytön aloittaminen on yleensä osa nuorten aikuistumisprosessia, vaikka toisinaan nuorten päihteiden käyttöä liioitellaankin. Kasvaminen nuoresta aikuiseksi on kuitenkin vaihe, jolloin harvoin säästyään epäonnistumisen kokemuksilta ja siksi päihteiden avulla nuorten on joskus helpompi kokeilla siipiään. Päihteiden käyttö saattaa olla osa murrosiän kriisiä, keinona irtautua ja itsenäistyä vanhemmista ja toisaalta omien rajojen etsintää. Päihteitä käyttämällä nuori kokee saavansa käyttäen valtaa, pystyen vaikuttamaan asioihin ja päätöksiin perhe- ja kaveripiirissä. (Havio ym. 1995, 152.)

Alkoholia paljon käyttäville nuorille alkoholista muodostuu selviytymiskeino, jonka avulla pyritään unohtamaan asioita ja työntämään niitä taka-alalle. Nuoret haluavat olla humalassa, ja toisaalta he pitävät alkoholin tuottamista tunteuksista. Päihteellä haetaan merkitystä elämään ja päihteiden käytölle löytyy monia syitä. (Kemppinen 1997, 7.) Nuoren päihteiden käyttö voikin johtua hänen omasta kehitysvaiheestaan, ympäristön antamista malleista sekä nuoren omista subjektiivisista alkoholin käytön kokemuksista. Syiksi juomiseen kerrotaan esimerkiksi uteliaisuus, kavereiden esimerkki, seurallisuus, kovuuden osoittaminen, aikuismaisuus tai hyvä tunnelma; alkoholi kuuluu nuorten mukaan iloiseen juhlimiseen ja vauhdikkaaseen elämään ja menoon. Kohtuullisen alkoholin käytön nuoret ajattelevat kuuluvan normaaliin elämään. (Kemppinen 1997, 15.)

Ihmisen aivot ovat valmiit vasta noin 25 vuoden iässä, joten alkoholin käyttö tätä nuoremmilla häiritsee aivojen hermosolujen toimintaa. Alkoholi vaikuttaa koko keskushermostoon, jolloin suoritus- ja arviointikyky jo pienestäkin veren alkoholipitoisuudesta häiriintyvät. Alkoholin vaikutukset suku- ja kasvuhormonien tuotantoon saattavat nuoruudessa häiritä nuoren normaalia kehitystä ja mitä nuorempana käyttö aloitetaan, sitä suurempia riskejä ja haittoja elimistölle koituu. (Kemppinen 1997, 18–17.)

Lasten ja nuorten syrjäytymisestä puhuttaessa ajatellaan usein, että päihteiden käyttö johtaa syrjäytymiseen tai että syrjäytyminen johtaa päihteiden käyttöön. Suurimmalle osalle nuorista alkoholin käyttö on osa vapaa-ajan viettoon liittyvää toimintaa. (Ahlström 2001, 33.) Päihteiden käyttö aiheuttaa nuorille monia riskejä. Ahlströmin mukaan nuorilla, jotka käyttävät monia päihteitä, oli esimerkiksi enemmän poissaoloja koulusta sekä pinnauksen että sairauksien vuoksi. Päihteiden käyttö vaikuttaa nuorilla myös nukkumiseen unen laatua huonontavasti ja muutoinkin terveydentila on huonompi. (Ahlström 2001, 38.)

Päihteiden käyttö nuoruudessa vaarantaa monin tavoin nuoren normaalia ikätasoista kehitystä esimerkiksi vaikeuttamalla nuoren kognitiivista, emotionaalista ja sosiaalista kehitystä. Nuorten päihteiden käyttöön saattaa liittyä erilaisia vakavia riskikäyttäytymisen muotoja ja uhkia, kuten kohonnut tapaturmariski, varomatonta seksuaalista käyttäytymistä tai jopa hyväksikäyttöä, rikolliseen alakulttuuriin ajautumista sekä erilaisia suomensisäiseen käyttöön liittyviä ongelmia, esimerkiksi infektioita ja tulehduksia. Myös nuoren aiemmat stressaavat tai traumaattiset elämäntapahtumat voivat lisätä nuorella riskiä päihdeongelmien kehittymiseen. Huono koulumenestys ja huonot sosiaaliset taidot koulussa ja sen ulkopuolella altistavat nuoria päihdeongelmille, samoin kaveripiirin epäsosiaalisuus, rikollisuus tai muu ongelmakäyttäytyminen. Lisäksi yhteiskunnassa vallitseva päihdemyönteinen kulttuuri, päihteiden helppo saatavuus ja alhainen hinta lisäävät nuorten riskiä päihdehäiriöihin. (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003b, 4, 7.)

2.4 Yhteiskunnallisten ilmiöiden vaikutus päihteiden käyttöön

Monet yhteiskunnalliset muutokset ovat olleet vaikuttamassa alkoholinkulutukseen Suomessa. Kaupungistuminen, perhekoon nopea pientyminen sekä vapaa-ajan lisääntyminen ovat lisänneet alkoholinkulutusta Suomessa. Suomessa myös kulutusmenojen kasvu ja alkoholin myynti ovat kulkeneet käsi kädessä. Tämä tarkoittaa, että taloudellisten laskusuhdanteiden aikana Suomessa on ollut vähemmän alkoholinkäyttöä. Alkoholin käytöstä on tullut arkisempaa, mutta humalahakuinen juominen ei silti ole vähentynyt. Tämä ilmiö näyttää levinneen myös erityisryhmiin, kuten nuoriin ja vanhuksiinkin.

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 10–11.) Alkoholihaitat näkyvät nuorilla muun muassa siinä, että nuorisoasemilla käynnit ovat lisääntyneet vuodesta 1990 vuoteen 2001 lähes kaksinkertaiseksi, 3000 asiakkaasta noin 5600 asiakkaaseen. Toisaalta myös nuorisoasemien lukumäärä on kaksinkertaistunut samalla aikavälillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 26–27.)

Vuodesta 1990 Euroopan taloudellinen integraatio on ollut aivan erityisessä roolissa suomalaisessa alkoholipolitiikassa. Varsinkin vuoden 2004 keväällä tapahtuneen Euroopan Unionin laajenemisen jälkeen voidaan varmuudella sanoa, että EU:n toimintaperiaatteiden vaikutukset suomalaisten alkoholimarkkinoiden sääntelyyn ovat myötävaikuttaneet alkoholin kulutuksen kasvuun. Samaan aikaan EU:n laajetessa Suomessa toteutettiin alkoholiveron alennus, joka on vaikuttanut suomalaisten juomatapoihin ja alkoholin hintoihin sekä helpompaan saatavuuteen, erityisesti väkevien alkoholien kohdalla. Alkoholin tuonnin vapautus toi selviä haittoja esiin. Kansalaisten alkoholin käyttö kasvoi jyrkästi koko kevään 2004 ajan. Väkivalta, rattijuopumukset ja huostaanotot lisääntyivät. EU:n jäsenmaiden välisen rajavalvonnan poistumisen vuoksi laittomien päihteiden kuljetus ja rikollisen rahan salakuljetus, veronkierto ja rahanpesu ovat helpottuneet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 31.)

2.5 Nuorten päihteiden käytön yleisyys ja päihdeasenteet

Suomalaisten nuorten päihteiden käyttöä on tutkittu muun muassa Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) tutkimuksella, jolla verrataan suomalaisnuorten päihteiden käyttöä muiden, lähinnä noin 15-vuotiaiden, eurooppalaisten nuorten päihteiden käyttöön. Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö joskus elämän aikana on vähentynyt vuosina 1999–2003 tupakan, nuuskan ja alkoholin osalta. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäytön kokeilussa ei ollut tapahtunut muutoksia, mutta sekakäyttö oli yleisempää tytöillä kuin pojilla. Laittomia huumausaineita joskus elämänsä aikana käyttäneiden määrä ei muuttunut samalla aikavälillä kummankaan sukupuolen kohdalla, ei edes kannabiksen käytössä. (Ahlström, Metso & Tuovinen 2004, 13.) Yleensä kuitenkin kaikissa Euroopan maissa tutkimusten mukaan huumausaineiden kokeilu alkaa juuri kannabiksen kokeilusta (Dahl & Hirschovits 2005, 461). Muiden huumeiden käyttö jos-

kus elämän aikana on ollut melko vähäistä edelleenkin vuonna 2003. Erilaisten lääkkeiden käyttö huumausainetarkoituksessa pysyi myös jokseenkin samalla tasolla, mutta impattavien aineiden käyttö joskus elämän aikana lisääntyi merkittävästi. Tyttöillä lääkkeiden väärinkäyttö oli yleisempää kuin pojilla. (Ahlström, Metso & Tuovinen 2004, 13.)

Nuorten päihteiden käyttöä ja sen muutoksia on tutkittu myös nuorten terveystapatutkimuksilla. Vuonna 2001 neljä viidestä 12-vuotiaasta sanoi, ettei juo ollenkaan alkoholia, kun taas puolestaan 14-vuotiaista raittiita oli tytöistä 13 prosenttia ja pojista 18 prosenttia. 14–16-vuotiaiden kohdalla pojat olivat selvästi useammin raittiita kuin tytöt. Samana vuonna vähintään kerran kuukaudessa alkoholia joi noin viitisen prosenttia 12-vuotiaista, 14-vuotiaista kolmannes tytöistä ja neljännes pojista, 16-vuotiaista yli puolet ja 18-vuotiaista useampi kuin kolme neljästä (Rimpelä, Lintonen, Pere, Rainio & Rimpelä 2002, 24.) Huumeita käyttäviä tai kokeilleita tuttavien määrä lisääntyi vuosina 1999 ja 2001 molemmilla sukupuolilla, vaikkakin tytöt tunsivat useammin huumeiden käyttäjiä kuin pojat. Huumeiden tarjonta lisääntyi vuodesta 1991 alkaen 14–18-vuotiailla ja jatkui myös vuoteen 2001 asti tyttöillä ja 14-vuotiaiden poikien kohdalla. (Rimpelä ym. 2002, 30–31.)

Raittiiden osuus nuorien keskuudessa alkoi laskea 1980-luvun puolivälin paikkeilla, mutta se alkoi taittua 1990-luvun lopulla. Vuodesta 1999 vuoteen 2003 raittius lisääntyi huomattavasti etenkin 12- ja 14-vuotiaiden ikäryhmissä. Vuonna 2003 ilmeni nuorten terveystapatutkimuskyselyssä, että lähes 90 prosenttia 12-vuotiaista nuorista ei juo alkoholia edes vähäisiä määriä, mutta raittiiden osuus väheni kuitenkin iän myötä, ja 18-vuotiaista raittiita oli enää alle 10 prosenttia. Muissa ikäryhmissä kuin 12-vuotiaissa, poikien osuus raittiista oli suurempi, selvintä ero oli 14-vuotiailla, joista pojista raittiita oli puolet ja tytöistä 39 prosenttia (Rimpelä, Lintonen, Pere, Rainio & Rimpelä 2003, 25.) Alkoholin juominen 12-vuotiailla oli aikavälillä 1977–2003 vain pienen vähemmistön tapa, vain 1,5 prosenttia kertoi käyttävänsä alkoholia ainakin kerran kuukaudessa. 14-vuotiaista tytöistä 28 prosenttia ja pojista 18 prosenttia kertoi juovansa kerran kuukaudessa, ja 18-vuotiaista noin kolme neljästä. Kuukausittainen juominen lisääntyi 1980-luvun puolesta välistä 1990-luvun lopulle, jonka jälkeen kuukausittain juovien osuudet alkoivat laskea jatkuen aina 2003 vuoteen. Kuitenkin 18-vuotiailla, erityisesti

tytöillä, juominen kerran kuukaudessa lisääntyi ja väheneminen oli suurinta 14-vuotiaiden kohdalla. (Rimpelä ym. 2003, 27–28.)

Nuorten asenne alkoholin käyttöön oli se, että 1990-luvulla selkeästi useampi nuori piti alkoholin käyttöä tavalliseen elämänmenoon kuuluvana kuin 1980-luvulla. Vuonna 1999 noin puolet 16–18-vuotiaista pojista suhtautui positiivisesti alkoholin humalahuomiseen käyttämiseen, tytöistä vajaa kolmannes. Jopa 12-vuotiaista 20 prosenttia pojista ja 18 prosenttia tytöistä suhtautui positiivisesti alkoholin humalajuomiseen. 1990-luvun lopulla oli positiivinen suhtautuminen alkoholin humalajuomiseen lähes kaksinkertais-
tunut 1970-luvun loppuun verrattuna. (Rimpelä ym. 2003, 32.)

Nuorten terveystapatutkimuksessa vuonna 2003 todettiin, että vuodesta 1987 aina vuoden 2001 asti ainakin yhden huumeiden kokeilijan tuttaviansa parista tietävien osuus lisääntyi selvästi. Vuonna 2003 jopa yli puolet 16–18-vuotiaista tiesi vähintään yhden huumaavia aineita käyttävän ihmisen, 12-vuotiaista puolestaan vain muutama prosentti tiesi huumaavaa aineita käyttäviä. Kaikissa ikäryhmissä tytöt tiesivät useammin huumeita käyttäviä, kuin pojat. Huumeiden tarjonta puolestaan lisääntyi vuodesta 1991 eteenpäin kaikissa ikäryhmissä, mutta alkoi kääntyä laskuun vuodesta 2001. (Rimpelä ym. 2003, 32–33.)

Kouluterveyskyselyssä tutkitaan vuosittain yläasteen 8. ja 9.-luokkalaisten sekä lukion ja ammatillisten oppilaitosten 2.vuosikurssin oppilaiden suhtautumista muun muassa huumeisiin sekä heidän huumeiden kokeiluun. Vuoden 2000 kouluterveyskyselyssä kävi ilmi, että 14 prosenttia 8.-luokkalaisista oli sitä mieltä, etteivät kannabistuotteet ole sen vaarallisempia kuin oluen juonti, 9.-luokkalaisista 18 prosenttia, ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista 21 prosenttia sekä lukiolaisista 20 prosenttia oli tätä mieltä. Kaikilla luokka-asteilla pojat suhtautuivat tyttöjä myönteisemmin kannabiksen käyttöön ja pitivät sitä yhtä vaarattomana tai jopa vaarattomampana kuin oluen juontia. (Luopa, Rimpelä & Jokela 2000, 17.) Ne oppilaat, jotka pitivät kannabista vaarattomana, olivat myös useammin itse kokeilleet huumeita. Jopa 38 prosenttia niistä 8.- ja 9.-luokkalaisista, jotka pitivät kannabista yhtä vaarattomana tai vaarattomampana kuin olut, oli itsekkin kokeillut laittomia huumeita. (Luopa ym. 2000, 20.) 8.-luokkalaisista oli huumeita kokeillut vähintään kerran 18 prosenttia, 9.-luokkalaisista ja lukiolaisista 21–22 prosenttia vastaajista sekä ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista 31 prosenttia.

Useammin kuin kerran kokeilleita oli yläasteella ja lukiossa 13 prosenttia, ammattikoulussa 20 prosenttia. Vähintään viisi kertaa huumausaineita kokeilleita oli yläastelaisissa ja lukiolaisissa joka 20.vastaja, mutta ammattikoululaisista jopa joka 10. oli käyttänyt vähintään viisi kertaa. (Luopa ym. 2000, 27.)

Vuoden 2000 kouluterveyskyselyssä sen sijaan todettiin lääkkeiden käyttämisen huumaustarkoituksessa olleen erittäin harvinaista, vain kaksi prosenttia lukiolaisista ja neljä prosenttia ammattikoululaisista oli kokeillut tätä. Kuitenkin lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö oli yleisempää, etenkin tytöillä, joista sekakäyttökokemusta vähintään kerran oli 8.luokkalaisilla 16 prosentilla, 9.luokkalaisista 20 prosentilla, lukiolaisilla 14 prosentilla ja ammattikoululaisilla 22 prosentilla. Pojilla vastaavat osuudet olivat kaksi-kolme kertaa pienempiä. Viisi kertaa tai useammin sekakäyttöä oli kokeillut vain muutama prosentti vastaajista. Imppaaminen oli harvinaista, sitä oli kokeillut lukiolaisista vain kaksi prosenttia ja muista vastaajista kuusi prosenttia ja yleensä imppaaminen oli jäänyt vain yhden kerran kokeiluun. (Luopa ym. 2000, 29–30.) Vuoden 2000 kouluterveyskyselyssä todettiin myös, että vuosina 1998 ja 1999 lääkkeitä huumaustarkoituksessa käyttäneitä ja imppaamista kokeilleita oli kutakuinkin yhtä paljon 14 vuotiaista 16 vuotiaisiin, mutta alkoholin ja lääkkeiden sekakäytön ja kannabistuotteiden käytön todettiin tutkimuksessa lisääntyvän, mitä vanhemmasta vastaajasta oli kyse. (Luopa ym. 2000, 34.)

Yleisesti nuorten päihteiden käytöstä voi edellisten tutkimusten perusteella päätellä, että nuoret pitävät päihteitä, etenkin alkoholia, normaalina nuoruuteen kuuluvana osana. Suurimmalla osalla nuorista päihteiden käyttö jää alkoholin käyttöön. Tyypillinen huumausainekokeilu alkaa kannabiksen kokeilulla ja käyttö jää usein muutaman kerran kokeilutasolle. Vain pieni polarisoitunut osa huumausaineita kokeilleista nuorista alkaa käyttää niitä useammin ja siirtyy mahdollisesti kannabiksen käytöstä myös muihin huumausaineisiin. Marginaalinen ryhmä nuorista käyttää lääkkeitä huumausainetarkoituksessa tai imppaa, kuitenkin kynnys alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöön vaikuttaisi olevan nuorille matalampi. Lähtökohtaisesti ajatuksemme on, että mielenterveyskuntoutujanuorilla päihteiden käyttö on runsaampaa kuin keskivertonuorilla, erityisesti huumausaineiden osalta.

2.6 Päihteisiin liittyvä lainsäädäntö

Päihteitä koskevaa lainsäädäntöä löytyy sosiaalihuoltolaista, päihdehuoltolaista ja päihdehuoltoasetuksesta, huumausainelaista, alkoholilaista sekä nuoriin liittyen myös lastensuojelulaista. Nämä ovat keskeisimpiä lakeja, joilla päihteisiin, niiden käyttöön ja yleisyyteen puututaan.

Sosiaalihuoltolaki (17.9.1982/710) sekä terveydenhuoltoon koskeva yleinen lainsäädäntö ovat perustana päihdehoitojärjestelmälle, ja näitä päihdehuoltolaki- ja asetus täydentävät. (Mäkelä 1998, 171.) Sosiaalihuoltolaki määrittelee sosiaalihuollon sosiaalipalveluiksi, toimeentulotueksi, sosiaaliavustuksiksi, sosiaalisiksi luotoksi sekä näihin liittyviin muihin toimintoihin, joilla pyritään edistämään ja ylläpitämään yksityisen henkilön, perheen ja yhteisön sosiaalista turvallisuutta sekä toimintakykyä. Kunnan tehtävänä on huolehtia, että sosiaalihuolto järjestetään sisällöllisesti ja laadullisesti siten kuin kunnassa on tarvetta. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.)

Päihdehuollon tavoitteena on päihdehuoltolain (17.1.1986/41) mukaan ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kunnan tulee tämän lain mukaan huolehtia siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kunnassa kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä tarjoamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiiä ja tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten tehtävänä on ehkäistä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä kunnassa. Siksi päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa tulee seurata ja välittää tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvis-

tä tekijöistä ja lisäksi antaa asiantuntija-apua muille viranomaisille, kuntalaisille ja kunnassa toimiville yhteisöille. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein, ja niiden tulee olla helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Päihdehuollon palveluja tarjotaan henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Keskeisiä periaatteita ovat, että päihdehuollon palvelut tulee järjestää siten, että niiden piiriin voi hakeutua oma-aloitteisesti ja asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen tulee olla yhteistyössä. Erityisesti päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin pitäisi tehdä keskinäistä yhteistyötä. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.) Verkostotyö ja moniammatillisuus olisivat siis olennaisia tekijöitä nuorten päihdehuollossa, jotta nuorten hoidossa tulisi huomioitua sekä päihdeongelmat että mielenterveysongelmat.

Hoitoon tahdostaan riippumatta voidaan määrätä terveysvaaran tai väkivaltaisuuden perusteella. Terveysvaaralla tarkoitetaan sitä, että vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole henkilön hoidossa tai huollossa mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi ja henkilö ilman päihteiden käytön lopettamista ja asianmukaista hoitoa on päihteiden käytöstä johtuvan tai aiheutumassa olevan sairauden tai vamman vuoksi välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan ja kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion. Väkivaltaisuudella tarkoitetaan, että henkilö päihteiden käytön vuoksi väkivaltaisella tavalla vakavasti vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Alkoholilain (8.12.1994/1143) tarkoituksena on ehkäistä alkoholipitoisista aineista aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja ohjaamalla alkoholin kulutusta. Nuorten alkoholin käyttöön laki liittyy siten, että alkoholijuomaa ei saa anniskella 18 vuotta nuoremmalle henkilölle. Myös alkoholijuomien mainonta, epäsuora mainonta ja kuluttajiin kohdistuva muu myynninedistämistoiminta tai sen liittäminen muun tuotteen tai palvelun mainontaan ja myynninedistämiseen on kielletty, jos nämä kohdistuvat alaikäisiin tai muihin henkilöihin, joille alkoholijuomaa ei saa myydä tai näissä on kuvattu tällaisia henkilöitä. Kiellettyjä tällainen mainonta ja myynninedistäminen ovat myös, jos ne toteutetaan kello 7-21 tai 18 vuotta nuoremmille esitettäväksi sallitun elokuvan julkisen esittämisen yhteydessä.

Lastensuojelua voidaan kohdistaa lastensuojelulain mukaan lapseen, joka vakavasti vaarantaa terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai edellisiin muuten rinnastettavalla käyttäytymisellä. (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.)

Huumausainelaissa (17.12.1993/1289) määritellään huumausaineista siten, että niiden tuotanto, valmistus, maahantuonti, maastavienti, jakelu, kauppa, hallussapito sekä käyttö on kielletty muihin kuin lääkinnällisiin, tieteellisiin tai huumausainerikosten ehkäisemistä tai tutkintaa edistäviin tarkoituksiin. Myös oopiumunikon, kokapensaansäkin ja hampun viljely on kielletty huumausainekäyttöön tai huumausaineen raaka-aineeksi. Huumausaineiden käyttö on laitonta, joten nuoren käyttäessä huumausaineita, hän syyllistyy rikokseen.

2.7 Päihdehuoltojärjestelmä ja nuorten päihdepalvelut

Päihdehuolto on siis osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa, ja ensisijainen päihdehoito tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden piirissä (Dahl & Hirschovits 2005, 302). Päihdehuollossa hoito jakaantuu yleistason hoitoon sekä erityistason hoitoon. Päihdehuoltoa järjestetään pääasiassa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon piirissä, mutta lisäksi päihdehuoltoa antavat oma-apu-toimijat sekä muun muassa seurakunnat ja raittiustoimi. Yleistason päihdehuoltoa terveydenhuollon piirissä annetaan sairaaloissa, terveyskeskuksissa, työterveysasemilla sekä yksityisessä terveydenhuollossa. Sosiaalihuollon yleistason päihdehuoltoa puolestaan tarjotaan sosiaalitoimistossa, kotipalvelussa sekä perheneuvontana. Erityistason päihdehuoltoon kuuluvat terveydenhuollon osalta sekä somaattisen että psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt, terveyskeskusten katkaisuhuolto ja yksityinen terveydenhuolto. Sosiaalihuollon erityistason päihdepalveluita ovat A-klinikat ja nuorisoasemat, katkaisuhuoltoasemat, kuntoutuslaitokset, päiväkeskukset sekä erilaiset asumiseen liittyvät palvelut, kuten palveluasuminen ja ensisuoijat. Oma-apu-toimijat tarjoavat yleistasolla erilaisia yleisiä harrastus- ja tukiryhmiä sekä omais- ja naapuriapua, erityistasolla niiden päihdehuollon palveluihin kuuluvat A-killat ja AA-, NA- ja Al-Anon ryhmät. Yleistason päihdehuoltoon kuuluu siis myös seurakuntien ja muiden hengellisten yhteisöjen tarjoamat toiminnot ja palvelut sekä kriisipalve-

lut. Erityistasolla muita päihdehuollon toimijoita ovat uskonnolliset päihdehuoltojärjestöt, muu ehkäisevä päihdetyö ja raittiustoimi. (Mäkelä 1998, 171–178.)

Suomalainen päihdehoitojärjestelmä perustuu ensisijaisesti potilaan vapaaehtoisuuteen. Tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään vain poikkeustapauksissa, esimerkiksi psykoottisessa tilassa olevalle, kuten delirium tremensissä tai huumepsykoosissa olevalle, joka mielisairauden vuoksi on itselleen tai muille vaarallinen ja tällaisissa tapauksissa potilas tarvitsee välitöntä sairaalahoitoa. Nuorten kohdalla sosiaaliviranomaiset voivat huostaanottaa päihteitä käyttävän lapsen tai nuoren, mutta muutoin alaikäisiin ei kohdisteta tahdosta riippumatonta hoitoa ilman erityisen painavaa syytä. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 1999, 421.) Päihdehuollon erityispalveluihin kuuluvat A-klinikat ja nuorisosemat ovat avoimuuden yksiköitä, jotka on tarkoitettu päihteiden käyttäjille ja heidän läheisilleen. Näillä klinikoilla annetaan niin yksilö-, perhe- ja ryhmähoitoa päihteiden käyttöön liittyvissä ongelmissa. Monen A-klinikan yhteydessä toimii myös katkaisuhuoltoasema, jossa voidaan katkaista turvallisesti ja valvotusti päihteidenkäyttökierre. Monessa kunnassa katkaisuhuolto toimii terveyskeskuksen vastaanotoilla ja vuodeosastoilla. Päihdehuollon laitoshoido on tarkoitettu huonokuntoiselle, pitkään päihteitä käyttäneelle ja psyykkisesti oirehtivalle potilaalle. Päihdehuollon laitoshoido järjestetään päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa, jossa hoito on yhteisöllistä ja potilas saa myös vertaistukea. Päihteiden käyttäjille on olemassa myös palveluasumisyksiköitä, joissa potilas saa päivittäistä tukea ja apua, kunnes selviää itsenäisesti. Oma-apuryhmät ovat potilaiden oman aloitteellisuuden varassa toimivia ryhmiä, jotka ovat erityisen merkittäviä pitkäaikaiskuntoutujille, esimerkiksi AA eli Nimettömät alkoholistit sekä NA eli Nimettömät narkomaanit. Joihinkin psykiatriisiin sairaaloihin on perustettu päihdepotilaiden tutkimus- ja hoitoyksiköitä. Näissä päihdepsykiatrisissa yksiköissä voidaan arvioida potilaan hoidon tarvetta tai antaa muun muassa korvaushoitoa. (Kuoppasalmi ym. 1999, 423–424.)

Nuorten päihdehoidossa on erittäin tärkeää arvioida hoidon tarve perin pohjin. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon päihteiden käyttö, käyttäytyminen, terveydentila, mielenterveyden häiriöt, ihmissuhdetaidot, perhesuhteet, koulu/työ, ystäväpiiri ja harrastukset ja näiden perusteella laaditaan hoitosuunnitelma, johon myös perhe otetaan tiiviisti mukaan. Nuorten ensisijaisin hoitomuoto on avohoito, jotta yhteys omaan elinpiiriin säilyisi. Vaihtoehtoina voivat olla myös laitoshoido lastensuojelun tarpeen vuoksi tai hoito

nuorisopsykiatrisessa yksikössä, jos nuorella on myös jokin mielenterveyden häiriö. (Kuoppasalmi ym. 1999, 426.)

Nuorten päihdeongelmien hoidossa hyviä menetelmiä ovat psykososiaaliset hoidot, jotka voidaan jakaa yksilökeskeisiin hoitoihin, perhekeskeisiin hoitoihin sekä integroituihin hoitomalleihin. Yksilökeskeisen hoidon tarkoituksena on saada aikaan sisäinen muutos nuoressa ja hoitoa voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmätapaamisina. Perhekeskeisissä hoidoissa keskitytään perheen sisäiseen systeemiin ja integroidut hoitomallit voivat olla yhdistelmä yksilö- ja perhekeskeisten hoitomallien teoriataustoista tai hoitomenetelmistä. (Lepistö ym. 2005, 6.)

3 MIELENTERVEYS NUORUUDESSA

3.1 Mielenterveyden määritelmiä

Mielenterveyden käsite on varsin suhteellinen. Raja terveen ja häiriintyneen välillä on liukuva ja osaksi myös kulttuurisidonnainen. Freud määritteli mielenterveyden kyvyksi rakastaa, tehdä työtä ja toteuttaa itseään. Ihmissuhteissa yksilö voi ilmaista tunteitaan ja kokea olevansa hyväksytty. Työtä ja toimintaa ihminen tarvitsee purkaaksensa energiaansa ja tunteakseen olevansa tarpeellinen. Ihminen tarvitsee tunteen siitä, että on osa yhteiskuntaa ja tällä tavalla kokee saavansa mahdollisuuden toteuttaa itseään ja ylläpitää omaa mielenterveyttään. Mielenterveys on kuvattu myös oireiden puuttumiseksi, kyvyksi työskennellä ja saada tyydytystä työstä. Psykkisesti terveellä ihmisellä on tasapainoiset tunnesuhteet ja riittävä todellisuudentaju. Tällöin yksilö tavallaan hallitsee omaa elämäntilannettaan ja siihen liittyviä ongelmia. Mielenterveys on joissain yhteyksissä määritelty henkisen hyvinvoinnin tilaksi. Tätä tilaa säätelevät fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset ominaisuudet. Yleisenä olettamuksena tässä määritelmässä on, että ihminen pystyy ratkaisemaan ongelmiaan ja vaikeuksiaan itsenäisesti. Olennaista on lisäksi tulla toimeen muiden ihmisten kanssa, jolloin rikas ja monipuolinen elämä ihmissuhteissa mahdollistuu. (Lahti 1995, 25–26.)

Ihminen käsitetään usein eheyteen pyrkivänä kokonaisuutena, jossa biologinen, psyykkis-henkinen ja sosiaalinen puoli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Jokainen näistä puolista paljastaa uuden tärkeän ulottuvuuden myös mielenterveydestä. Hoidolliset näkökulmat vaihtelevat sen mukaan, mitä näistä puolista korostetaan. Biologisia tekijöitä korostettaessa keskitytään biologisiin, fyysisiin ja perinnöllisiin seikkoihin. Hoidollisesti näkökulma keskittyy biologisten hoitokeinojen, kuten lääkkeiden tai psykokirurgian, kehittämiseen ja esimerkiksi perinnöllisyyden tutkimiseen. Psykkis-henkisessä ulottuvuudessa korostuu yksilön oma kokemusmaailma ja yksilöpsykologisten, kognitiivisten ja henkisten tekijöiden merkitys mielenterveysongelmien synnyssä. Yksilön kokema psyykkinen hyvinvointi on näin ollen mielenterveyden kriteerinä. Hoidossa psykologiset auttamiskeinot, kuten kognitiivis-behavioristiset ja psykodynaamiset terapiasuunnat, ovat keskeisessä asemassa. Jos henkistä ja hengellistä ulottuvuutta korostetaan vielä en-

tisestään, pidetään elämän tarkoitukseen ja henkiseen ja hengelliseen elämään liittyvien kysymysten pohtimista tärkeänä osana mielenterveysongelmien hoidossa. Sosiaalista ulottuvuutta korostavat näkökulmat tähdentävät vuorovaikutuksen merkitystä mielen-terveyden osana. Mielenterveyden kriteerinä tässä näkökulmassa voidaan pitää yksilön kykyä sopeutua yhteisöön ja toimia vuorovaikutussuhteissa. Hoidossa panostetaan vuorovaikutussuhteisiin vaikuttamiseen, esimerkiksi pari-, perhe- tai verkostoterapian avulla. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2001, 15–16.)

Nykyään mielenterveys käsitetään tavallisimmin sekä voimavaraksi että ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyväksi kehitysprosessiksi. Ihmisen kokema psyykkinen hyvinvointi vaihtelee ajan ja elämäntilanteiden myötä. Mielenterveyteen ja sen rakentumiseen vaikuttavat sekä ympäristötekijät että fyysiset ja perinnölliset tekijät. Suotuisilla elinoloilla on suuri merkitys mielenterveyden kehitykselle kaikissa ikävaiheissa. Mielenterveys on erottamaton osa väestön hyvinvointia ja on sen vuoksi sekä yksilön että yhteisön asia. Se on lisäksi olennainen osa kansanterveyttä ja vaikuttaa elämänlaatuun ja taloudelliseen suoriutuskykyyn. Mielenterveys voidaan ymmärtää myös prosessiksi tai tasapainotilaksi, johon erilaiset elämän varrella tapahtuneet asiat ja sosiaaliset tilanteet vaikuttavat. Mielenterveysongelmiin, kuten päihdeongelmiinkin, liittyy useimmiten heikko itsearvostus ja psyykkisten itsesäätelykeinojen niukkuus. Elämänkokemusten tai häiriöiden vuoksi myös sosiaaliset taidot voivat olla varsin puutteelliset ja elämänhistoria täynnä hylätyksi tulemisia. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 31–32; Saarelainen ym. 2001, 13, 64.)

3.2 Nuoruus ja mielenterveys

Lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet ja monimutkaistuneet. Tämänkaltainen ongelmien moniulotteisuus vaatiikin työntekijöiltä entistä laajempaa asiantuntemusta. Nuorten terveyttä ja hyvinvointia tulee tarkastella asettumalla heidän asemaansa ja huomioimalla heidän ihmisarvonsa. Olisi tärkeää päästä eroon mielenterveyden edistämistä koskevista suppeista ajatusmalleista, sillä lisääntyneet ja uudenlaiset tarpeet vaativat mielenterveyden huomioon ottamista kaikkien peruspalveluiden yhteydessä ja näin ollen myös toimintatapojen uudistamista. (Friis ym. 2004, 7-8.)

Lasten ja nuorten mielenterveyttä voi tarkastella heidän elintavoistaan käsin. Perhe, kouluympäristö, kaverit ja muut lähiyhteisöt ovat tärkeä osa lasten ja nuorten elämää. Mielenterveys kuuluu erottamattomana osana lasten ja nuorten terveeseen kehitykseen. Nuorten lähiyhteisönä on usein koulu, jossa he viettävät suuren osan päivittäisestä ajastaan. Koulussa he omaksuvat elämönhallinnan ja terveyden kannalta keskeisiä toimintatapoja ja ajattelumalleja, jotka vaikuttavat vielä myöhemminkin heidän elämässään. Elämönhallinta liittyy hyvin läheisesti mielenterveyden käsitteeseen. Se on tunne siitä, kuinka itse pystyy hallitsemaan omaa elämäänsä. Elämönhallintaa on sekä sisäistä että ulkoista. Sisäinen elämönhallinta merkitsee ihmisen kykyä sopeutua elämässä vastaantuleviin erilaisiin olosuhteisiin ja tilanteisiin. Se käsittää kaikki sellaiset tavat, joilla nuori luo elämäänsä merkitystä ja sisältöä. Sisäisen elämönhallinnan välineinä toimivat nuorilla erityisesti sosiaaliset suhteet, harrastukset ja perhe. Ulkoinen elämönhallinta tarkoittaa sitä, miten voimakkaasti yksilö tuntee vaikuttavansa elämänsä olosuhteisiin. Se on kyky ohjailla omaa elämäänsä sillä tavalla, että sen vaiheisiin eivät vaikuta haitalliset itsestä riippumattomat ja odottamattomat tekijät. Siihen sisältyvät myös nuoren asettamat tavoitteet ja päämäärät, kuten koulutus ja ammatti. Työllä ja työelämään sijoittumisella on nuoren itsenäistymisprosessissa ja elämönhallinnan saavuttamisessa keskeinen osa. Oman elämän koossa pitäminen on nuoren hyvinvoinnissa merkityksellistä. Luonnollisesti nuoren elämönhallinnassa korostuvat lähellä olevat aikuiset, perhe, ystäväpiiri sekä koulu. Parhaimmillaan nuori saa niistä voimavaroja, joiden avulla hän voi lisätä elämönhallintaansa. Sosiaalinen ympäristö voi tukea elämönhallinnantunteen muotoutumista. Myönteiset elämäkokemukset ja elämäntilanne vahvistavat elämönhallinnantunnetta entisestään. Elämönhallinnan ja siihen liittyvien terveyden valmiuksien ja itsehoiton tukeminen ovat yksi tärkeä osa nuoren tulevaisuuden kannalta. Nuoret, joilla on vahva elämönhallinta, sopeutuvat elämänsä eri osa-alueilla ja ovat tyytyväisiä elämäänsä kokonaisuutena. Hyvinvoinnin kannalta nuoren keskeisiä huolia ovat murrosiän muutokset itsessä, seksuaalinen kypsyminen sekä yleisesti selviytyminen omassa elämässä. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 1999, 204–207; Friis ym. 2004, 34–35, 50, 53.)

Ajattelu- ja toimintamallien opetusympäristön lisäksi koulu toimii sosiaalisten suhteiden ympäristönä. Tiedot omasta kehityksestä perustuvat suurelta osin perheen, kouluympäristön, ystävien ja tiedotusvälineiden antamaan kuvaan. Tässä vaiheessa nuoret tarvitsevat aikuisen tukea ja ohjausta selkeyttääkseen arvojansa ja kulttuurikäsitteisiään sekä

oppiakseen päätöksentekotaitoja. Mielenterveyden edistämässä olisi tuettava lapsuuden ja nuoruuden positiivisia sosialisointiprosesseja ja toimivien yhteisöjen kehitystä. Perheen keskinäiset suhteet ovat lapsille erityisen tärkeitä, mutta lasten ja nuorten eheä mielenterveys ei ole pelkästään hyvien vanhempien harteilla, vaan se muotoutuu myös lapsen biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden pohjalta. Edellytyksenä lasten ja nuorten mielenterveyden positiiviselle kehitykselle on, että heidän tarpeensa tunnustetaan ja niihin vastataan oikein. (Friis ym. 2004, 34–35, 50.)

Muiden psyykkisten häiriöiden tavoin lasten ja nuorten psykiatriset häiriöt ovat kulttuuriin ja historialliseen aikaan sidottuja. Samoja häiriöitä esiintyy siis kaikissa kulttuureissa, mutta ilmenemismuodot ja esiintyvyys vaihtelevat jossain määrin. Koska lapsuus ja nuoruus ovat kehityksen ja kasvun aikaa, mielenhäiriö tai –sairaus vaikuttaa epäedullisesti lapsen ja nuoren koko kehitykseen. Nuoruus on kuitenkin elämänvaihe, jossa varhaisemmat kehityksen pulmat voivat korjaantua ja tästä johtuen taipumus parantumiseen on suuri. Nuoren hoitomotivaation herättäminen voi olla pulmallista, ja siksi hoitajan luoma luottamuksellinen suhde on onnistuneen hoidon perusta. On tärkeää yrittää hahmottaa, millaisessa kokemus- ja uskomusmaailmassa nuori elää. Lasten ja nuorten hoitaminen on monimuotoista ja -ammattillista ja sen sisällöt määräytyvät yksilöllisesti riippuen häiriön tyyppistä, vaikeusasteesta, hoidettavan iästä ja perheen tarpeista. Ikätasoon liittyviä voimavaroja käytetään hyväksi hoidon suunnittelu- ja toteuttamisvaiheessa. On huomattava, että lasta ja nuorta ei koskaan hoideta yksin, sillä perhe on keskeinen voimavara hoitoa toteutettaessa. (Friis ym. 2004, 95–97.)

3.3 Mielenterveyteen liittyvät haasteet nuoruudessa

Valtaosa suomalaisista kouluikäisistä voi hyvin. Merkillepantavaa kuitenkin on, että pahoinvointi kasaantuu. On kuitenkin olemassa tiettyjä kehityskriisejä, jotka kuuluvat elämään normaaleina siirtymävaiheina. Niiden läpikäymisen yhteydessä on opittava luopumaan jostakin tutuksi tulleesta, jotta voisi syntyä jotain uutta. Nuoruudessa näitä kriittisimpiä vaiheita ovat murrosiän läpikäynti, itsenäistyminen ja aikuistuminen. Yksilöstä riippuen kehitysvaiheet voivat mennä ohi kivuttomasti tai aiheuttaa kriisin, jos nuoren kohdalle on kasautunut monia ratkaisemattomia ongelmia. Kuitenkin kehitys-

kriisi voi syntyä jo yhdestäkin ratkaisemattomasta ongelmasta. Psykkisen kehityksen aikana nuori läpikäy vanhemmista irrottautumisen, oman ruumiin muutosprosessin ja tässä myllerryksessä hän turvautuu usein ikätovereidensa tukeen. Psykkinen kehitys ei kuitenkaan etene suoraviivaisesti vaan samanaikaisesti nuori myös taantuu. Nuoren selviytymistä elämässä hankaloittaa elämäkokemuksen vähyys, mutta toisaalta vastoinkäymisistä selviytyminen lisää itseluottamusta. (Lapsuus ja nuoruus 2001; Salonen 2003.)

Nuoret käsittelevät psyykkisiä vaikeuksia eri tavoin kuin aikuiset, joten heitä ei voi myöskään arvioida samalla tavoin. Kun esimerkiksi masentuneisuuteen liittyy aikuisella useimmiten selvä toivottomuuden ja avuttomuuden tunne, niin masentunut nuori ei puolestaan tavallisesti ole tietoinen tunnetilastaan, vaan on levoton, keskittymiskyvytön ja häiritsevä. Opiskelijoiden mielenterveyttä tutkittaessa on käynyt ilmi, että mielenterveyteen, itsetuntoon, oppimisvaikeuksiin ja lukihäiriöön ja näihin liittyviin ongelmiin olisi pitänyt puuttua jo varhaisina kouluvuosina, jotta kehitys ei vaarantuisi. Hyvän kasvatuksen perusteisiin, jotka luovat pohjaa myös psyykkiselle terveydelle, liittyvät läheisesti onnistumisen tunteet, myönteinen palaute, hyväksytyksi tuleminen ja oikeudenmukaisuus. Kasvatus vaatii sekä kotona että koulussa kannustamista, huumoria ja keskustelua, sillä kasvaminen ja oman minuuden kehittyminen edellyttävät vuoropuhelua. (Hyvän mielen päivä-työkirja 2007.)

3.4 Yhteiskunnallisten ilmiöiden vaikutus nuorten mielenterveyspalveluihin

Suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtui 1990-luvulla suuri muutos, kun sen perusrakenteita muokattiin rajusti. Työelämän, talouden ja arvomaailman muutokset muuttivat yhteiskuntaamme radikaalisti. Valtionosuusuudistus, joka tehtiin vuonna 1993, kannusti kuntia järjestämään palvelut haluamallaan tavalla, mutta samalla kuntien saama rahoitus kuitenkin väheni. Muutosten keskellä myös lasten- ja nuortenpsykiatrisessa hoidossa jonot pitenivät. Nuorten impulsiivinen käytös on lisääntynyt, koska heillä on usein vaikeuksia tulla toimeen itsensä ja ympäristönsä kanssa. Ongelmat liittyvät perushoivan puutteeseen, itsearvostuksen pulmiin ja päivittäisiin fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin. Arvioiden mukaan jopa neljännes suomalaisista lapsista ja nuorista kärsii mielentervey-

den oireiluista ja jopa noin kahdeksalla prosentilla ongelmat ovat vakavia. Suuret muutokset yhteiskunnassa ja sosiaalisessa ympäristössä, tiedotusvälineiden vaikutus ja yhteiskunnassa korostuva kilpailu ovat selvässä yhteydessä psykososiaalisen pahoinvoinnin lisääntymiseen. Yhteiskunnalliset ilmiöt, kuten pitkäaikaistyöttömyys, taloudellinen ahdinko ja vanhempien sosiaalinen syrjäytyminen aiheuttavat perheissä kriisejä, jotka heijastuvat lasten ja nuorten jokapäiväiseen elämään. Nykyään lapset ja nuoret omaksuvat entistä nuorempina aikuisten riskikäyttäytymistapoja ja tämä aiheuttaa heille terveysriskejä ja psykososiaalisten ongelmien lisääntymistä. Eriasteiset psyykkiset ja psykososiaaliset häiriöt sekä psykosomaattiset oireet ovat lapsilla ja nuorilla yleisiä, sillä jopa joka kymmenennellä on jokin jokapäiväistä elämää haittaavaa sairaus tai vamma. Vaikka tarve erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin on perheissä kasvanut, niitä on supistettu entisestään. (Friis ym. 2004, 11–13.)

3.5 Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys nuorilla

Nuorilla on usein samanaikaisesti enemmän kuin yksi mielenterveyden häiriö. Nuorten yleisimmät häiriöt ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä työillä ja käytös- ja päihdehäiriöt pojilla. Nuoren psyykkinen oireilu on usein merkki siitä, että normaali kehitys on vaarassa. Kuitenkin esimerkiksi puolet nuorista, joilla on selvästi diagnosoitava masennus, ovat ilman hoitoa. Hoidon avulla toipuminen on huomattavasti nopeampaa kuin ilman sitä. (Hyvän mielen päivä-työkirja 2007.)

Monet tekijät vaikuttavat hoitoon hakeutumiseen ja ohjaamiseen. Tavallisinta hoitoon hakeutuminen on pienissä perheissä. Lääkärin lähettämiskäytäntöön vaikuttavat lapsen/nuoren psyykkinen oireilu sekä perheeseen liittyvät tekijät, kuten perheen kokema stressi, vanhempien ahdistuneisuus ja toive lapsen psykiatriseen tutkimukseen pääsystä. Psykiatrisen sairauden ja häiriön määrittelyssä lasten ja nuorten kohdalla on huomioitava heidän kehitystasonsa, sillä monet käyttäytymisen piirteet voivat liittyä myös kehitysvaiheeseen. Kasvu ja kehitys asettavat diagnosoinnille omat vaatimuksensa. Lasten ja nuorten psykiatriseen diagnostiikkaan liittyvä erityispiirre on selkeä yhteys vuorovaikutukseen ja läheisiin ihmissuhteisiin. Luokitusjärjestelmää on siis syytä kehittää lasten ja

nuorten kohdalla vuorovaikutus- ja ihmissuhdehäiriöiden suuntaan. Epidemiologisissa tutkimuksissa vanhempien lisäksi opettajat ovat usein tiedonantajina. Täytyy huomata, että varsinkin nykyisin myös lapsen itsensä antama tieto omasta tilanteestaan nähdään välttämättömäksi. Useita tietolähteitä kannattaa käyttää hyväksi jo pelkästään sen vuoksi, että lapsen/nuoren käytös vaihtelee eri tilanteissa ja suhteissa eri ihmisiin. Vanhempien antama kuva perustuu pitkäaikaisiin ja kokonaisvaltaisiin havaintoihin, kun taas opettajilla on ammattinsa pohjalta hyvä mahdollisuus muodostaa kuva tietynikäisten lasten ja nuorten tavanomaisista käyttäytymismalleista ja hän voi verrata kyseisen lapsen/nuoren käyttäytymistä niihin. Psykkisten oireiden esiintyvyys ja häiriöiden määrä on todettu useissa tutkimuksissa runsaammaksi pojilla kuin tytöillä. Aikuisten huomioiden mukaan poikien oireilu painottuu enemmän asosiaalisesti, ulospäin suuntautuvasti, kun puolestaan tyttöjen oireilu on enemmän neuroottistyyppistä, sisäänpäin kääntynyttä. Useissa tutkimuksissa häiriöiden on todettu olevan yleisempiä kaupungissa asuvilla lapsilla kuin maaseudulla asuvilla. Lasten ja nuorten ulospäin suuntautuvat häiriöt ovat yleisimpiä alemmissa sosiaaliryhmissä. (Kumpulainen 2004, 130–133; Tamminen 2004, 140.)

Traumaperäinen stressihäiriö on yleinen lasten ja nuorten psyykinen häiriö. Etenkin ihmissuhteisiin liittyvän traumaattisen kokemuksen jälkeen sen kehittyminen on todennäköisempää kuin ei-ihmissuhteisiin liittyvän rankan kokemuksen jälkeen. Häiriön kehittymisen riski on suurempi tytöillä kuin pojilla. Vanhempien hyvä toimintakyky ja lapsen saama sosiaalinen tuki vähentävät häiriön kehittymisen riskiä. Esiintyvyys väestötasolla on 5-14 prosentin luokkaa. Käytöshäiriöt ovat puolestaan pojilla yleisempiä kuin tytöillä. Usein näiden häiriöiden on todettu liittyvän alhaiseen sosioekonomiseen asemaan. Esiintyvyyksluvut vaihtelevat 1,5 -5,4 prosentin välillä. Lievempiasteista masentuneisuutta on 2,5 prosentilla lapsista, mutta vakava masennus on varhaislapsuudessa melko harvinainen. Kuitenkin se muuttuu tavallisemmaksi kouluikäisten ja nuorten keskuudessa. Nuoruusiässä esiintyvyyden on raportoitu olevan jopa 5 prosenttia. Muut häiriöt, kuten ahdistuneisuushäiriö, fobiat ja käytöshäiriöt esiintyvät usein samanaikaisesti vakavan masennuksen kanssa. Erilaiset pelkotilat ovat tavallisia lapsilla, mutta ne muuttuvat harvinaisemmiksi, kun päästään nuoruuden kynnykselle. (Kumpulainen 2004, 133–135.) Ahdistuneisuushäiriöt ovatkin nuorten yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä; kaikkien ahdistuneisuushäiriöiden yhteenlaskettu esiintyvyys on väestössä nuoruusiällä noin

6-10 prosenttia (Rantanen & Ranta). Syömishäiriöt ovat tyypillisiä nuorilla tytöillä. Länsimaissa laihuushäiriöiden esiintyvyys nuorilla tytöillä on noin 0,2–1,1 prosenttia, pojilla noin kymmenesosa tästä. Ahmimishäiriöiden elinaikainen esiintyvyys naisilla on noin 1-4 prosenttia, ja nuoruusiässä jokseenkin sama kuin laihuushäiriön. Epätyypillisiä syömishäiriöitä esiintyy noin 5 prosentilla, lieviä muotoja tätäkin enemmän. (Ebeling.) Nuorella iällä esiintyvien psyykkisten häiriöiden pysyvyyden kannalta laadulliset ja ajalliset tekijät ovat tärkeitä. Jatkuvuuden ja pysyvyyden kannalta merkittäviä tekijöitä ovat monien eri oireiden esiintyminen, oireilun pitkäaikaisuus, usean häiriön samanaikainen esiintyminen ja psyykkisen häiriön ilmeneminen monissa eri yhteyksissä. Psyykkiseen oireiluun lapsilla ja nuorilla vaikuttavat sekä suoraan yksilöön liittyvät että psykososiaaliseen kasvu ympäristöön liittyvät tekijät. Sekä Suomessa että muissa länsimaissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että lasten psyykinen oireilu ennustaa psyykkistä oireilua myös myöhemmin elämässä. Osa aikuisuudessa esiintyvistä psyykkisistä ongelmista ilmenee jo lapsuudessa tai nuoruudessa. (Kumpulainen 2004, 133–135.)

3.6 Mielenterveyteen liittyvä lainsäädäntö

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) sisältää säädöksiä mielenterveystyöstä ja sen toteuttamisesta sekä tahdosta riippumattomasta hoidosta ja sen jatkamisesta. Mielenterveyslainsäädännössä mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveyspalveluja ovat potilaalle hänen sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kunnalla on palvelujen järjestämistä vastaava vastuu, ja sen on järjestettävä laissa mainitut palvelut osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. Lain mukaan sairaanhoitopiiriin tulee järjestää erikoissairaanhoitona annettavat mielenterveyspalvelut asukkaille. Lisäksi mielenterveyspalvelut tulee sovittaa yhteen muiden palveluiden kanssa, eli sosiaalihuollon, kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelujen tulee muodostaa toimiva kokonaisuus. Yhteistyö- ja yhteensovittamisvelvoitteet sisältyvät myös kansanterveys- ja sosiaalihuoltolakiin. Palvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina ja tukemalla oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista.

Alaikäinen voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon sekä huoltajiensa suostumuksella että vastoin heidän suostumustaan, mikäli kyseessä on äärimmäinen tilanne. Edellytyksenä tahdosta riippumattomalle hoidolle on, että nuori on mielisairauden tai vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa ja hoitamatta jättäminen pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta. Lisäedellytyksenä on vielä, että muut mielenterveyspalvelut eivät ole potilaan tilan kannalta sopivia. Alaikäisen huoltajille on kuitenkin mahdollisuuksien mukaan varattava tilaisuus tulla kuulluksi ennen hoitoon määräämistä. Lapsipotilaita tulee hoitaa erillään aikuisista, ellei ole alaikäisen edun mukaista hoitaa häntä aikuisten joukossa. (Friis ym. 2004, 83–84.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) tuli voimaan vuonna 1993. Sen ansiosta potilaiden oikeusturva parani ja potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön yhteistyö selkeytyi. Laki koskee koko terveydenhuoltoa ja sosiaalihuollon laitoksissa annettavia terveydenhuollon palveluita. Jokaisella Suomessa asuvalla ihmisellä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, joita käytettävissä on. Potilaalla on lisäksi oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Hoito ei saa loukata potilaan ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä. Potilaan äidinkieli, henkilökohtaiset tarpeet ja kulttuuri on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon. Nuorten potilaiden kohdalla kiinnitetään huomiota siis myös perheen tarpeisiin. Alaikäisen potilaan mielipide on huomioitava siten kuin se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos nuori potilas kykenee ikänsä ja kehitystasonsa perusteella päättämään hoidosta, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa. (Aaltonen ym.1999, 431–433.)

3.7 Nuorten mielenterveyttä tukevat palvelut

Monella yhteiskunnan alalla tarjotaan mielenterveyspalveluita lapsille ja nuorille, jolloin ongelmaksi muodostuu palveluiden päällekkäisyys. Lasten- ja nuorten psykiatrinen hoitojärjestelmä on hajanainen, moniulotteinen ja vaikeasti hahmotettava. Hallinnolli-

sesti lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut sijoittuvat pääasiassa sosiaali- ja terveys- sekä opetustoimeen, mutta niitä on myös nuorisotoimen ja työvoimahallinnon alaisuudessa. Hoito ja kuntoutus rakentuvat tavallisesti usean eri toimintayksikön yhteisen ja samanaikaiseen työskentelyyn potilaan ja perheen hyväksi. Kyse on siis moniammatillisen hoitoverkoston toiminnasta. Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden tutkimusketju kulkee lähiyhteisöjen ammattilaisilta terveyskeskuksen kautta lastenpsykiatriaseen tai nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian palvelujärjestelmä perustuu kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin aivan kuten muukin terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla ja sairaanhoitopiirit toteuttavat puolestaan kunnallista erikoissairaanhoidon. Palveluja tuottavat kuitenkin kuntien lisäksi useat muutkin tahot. Tämän vuoksi palvelut vaihtelevat suuresti alueittain. Kunta voi järjestää lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut joko kansanterveystyönä tai sosiaalihuoltona. Aikaisemmin painopiste on ollut sosiaalihuollon puolella, mutta nyt palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta on osoittautunut tarkoituksenmukaiseksi järjestää ne kansanterveystyönä terveyskeskuksissa. Mielenterveysasetuksen mukaan terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää vähintään kerran vuodessa yhteistyökokous, johon kokoontuu kunnan tai kuntayhtymän alueella lasten ja nuorten mielenterveystyötä tekevät tahot. Edustajien tulee sopia lasten ja nuorten kunnallisen mielenterveystyön tavoitteista ja käytännön työnjaosta alueella. (Piha 2004a, 378–381; Pirkola & Sohlman 2005, 21.)

Nuorten perusterveydenhuollon keskeiset toimijat ovat koululääkärit, kouluterveydenhoitajat, oppilashuolto, koulupsykologit sekä terveyskeskuslääkärit ja – psykologit. Erikoistuneita palveluita ovat kasvatus- ja perheneuvolat, joita ei ole kaikissa Suomen kunnissa. Kouluterveydenhuolto on näin ollen monelle nuorelle helpoimmin lähestyttävä ja usein myös ainoa kontakti terveydenhuoltoon. Tästä johtuen jo perusterveydenhuollossa tulisi olla valmiuksia tunnistaa ja seuloa nuoren psyykkistä oireilua, tutkia ja hoitaa lieviä psyykkisiä oireita sekä osallistua jatkohoiton. Myöhäisessä nuoruusiässä olevien nuorten tilanne eroaa lasten tilanteesta, koska heillä ei ole tukena yhtä selkeää arjen lähiyhteisöä kuin lapsilla ja kouluikäisillä. Nuoret eivät yleensä oma-aloitteisesti kerro psyykkisistä ongelmistaan aikuisille, vaan niitä pitää osata kysyä erikseen. Yhteydenotto vanhempiin on tärkeää. Nuori voi kieltää yhteydenoton vanhempiinsa, mutta siinäkin tilanteessa työntekijä voi ottaa yhteyttä heihin, jos hän arvioi tilanteen vakavak-

si eikä katso nuorella olevan riittävää ymmärrystä tehdä itsenäisiä päätöksiä. (Heinisuo ym. 2006, 36, 39.)

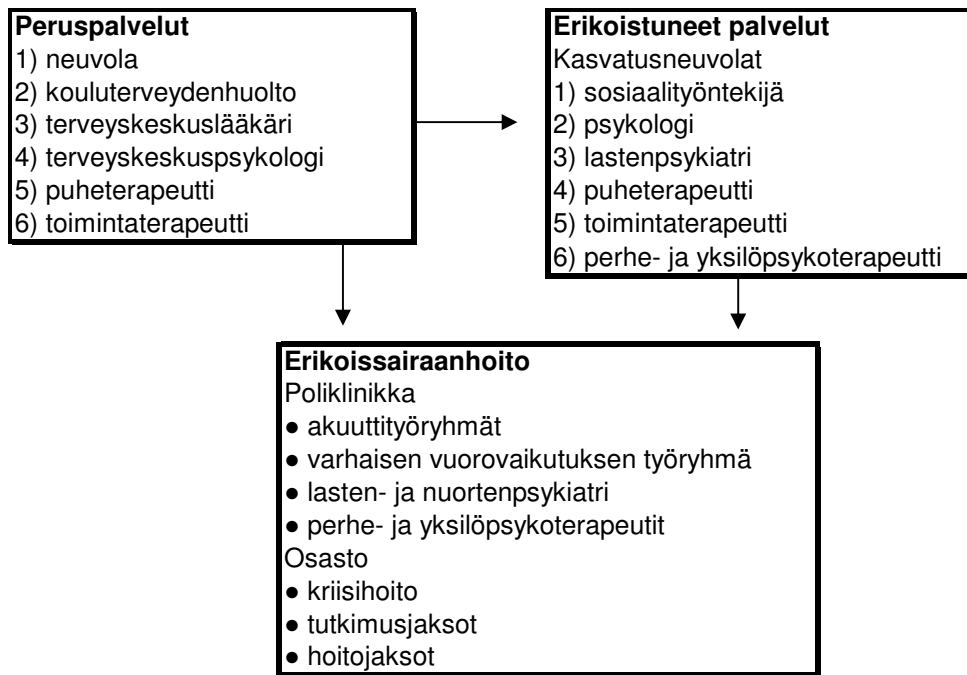
Erikoissairaanhoidon varten Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin, joiden tehtävänä on muun muassa antaa lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja. Molemmat ovat itsenäisiä lääketieteen erikoisalajoja ja siten niillä on myös omat erilliset erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmät. Kaikissa sairaanhoitopiireissä on sekä lastenpsykiatrian että nuorisopsykiatrian avohoidon toimintayksikkö, mutta kuitenkin lastenpsykiatrian osasto puuttuu kolmesta ja nuorisopsykiatrian osasto kahdesta sairaanhoitopiiristä. Miltei kaikki sairaanhoitopiirit järjestävät lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon keskussairaalan yhteydessä. Nuorisopsykiatria on kehittynyt vähitellen 1960-luvulta alkaen lastenpsykiatrian ja aikuispsykiatrian lomassa. Ensimmäinen osasto avattiin Helsingissä Hesperian sairaalassa vuonna 1961. Nuorisopsykiatria perustettiin kapeana erikoisalana vuonna 1979 ja pääerikoisalana vuonna 1999. Nykyään hoitomenetelmien kehitys on johtamassa siihen, että avohoidon ja vuodeosastohoidon välinen ero on häviämässä. Suomalaisessa erikoissairaanhoidon järjestelmässä on 16 lastenpsykiatrista yksikköä ja hoidosta 70 prosenttia toteutetaan vielä osastohoitona, vaikka suosituksena olisikin järjestää se ensisijaisesti avohoitona. Lasta tai nuorta ei tulisi erottaa omasta kasvuympäristöstään kuin vain tarpeen todella niin vaatiessa. Avun tarpeessa olevista vain 30–40 prosenttia ohjautuu hoitoon. Tavanomaisen polikliinisen hoidon ohelle on perustettu lasten- ja nuorisopsykiatrisia akuuttityöryhmiä, jotka hoitavat nopeaa akuuttihoitoa tarvitsevia lapsia ja heidän perheitään yksilö-, verkosto- ja perhetyön menetelmin. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidossa tehtyjen tutkimusten, diagnoosin ja laaditun hoitosuunnitelman jälkeen on luontevaa, että vastuu jatkohoidosta siirtyy takaisin terveyskeskukseen, mutta kuitenkin siten, että erikoissairaanhoidon on mukana hoidon tai kuntoutuksen seurannassa tarjoamalla tarvittaessa konsultatioapua. Taulukon 1 tunnusluvut tuovat esiin vuosituhatvuotisen vaihteessa tapahtuneen palveluiden käytön kasvun. Tällöin huomioitiin maanlaajuisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita ja valtio myönsikin ylimääräisen avustuksen (lähes 12 miljonna euroa) kunnille juuri lasten ja nuorten palveluihin. (Friis ym. 2004, 86–88, 97; Piha 2004b, 386–390; Pirkola & Sohlman 2005, 21.)

Taulukko 1. Erikoissairaanhoidon: 0-19-vuotiaiden mielenterveyden avohoitokäynnit 1995–2003

| | 1995 | 1997 | 1998 | 2000 | 2002 | 2003 |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Lastenpsykiatria | 56 314 | 76 326 | 81 104 | 79 241 | 91 869 | 102 827 |
| Nuorisopsykiatria | 58 615 | 66 655 | 67 324 | 91 982 | 91 993 | 104 215 |
| Yhteensä | 114 929 | 142 981 | 148 428 | 171 223 | 173 862 | 207 042 |

(Pirkola & Sohlman 2005, 21.)

Vuoden 1999 lopulla lapsille ja nuorille oli tarjolla yhteensä 592 sairaansijaa osastohoidossa. Alle 18-vuotiaat potilaat olivat vuonna 1990 psykiatrisessa osastohoidossa yhteensä noin 93 500 hoitopäivää. Hoitopäivien määrä oli lisääntynyt kolmanneksen vuoden 1995 loppuun mennessä. Erityisesti psykiatrian erikoisaloilla hoidettujen lasten ja nuorten potilaiden kokonaismäärää tarkasteltaessa hoitopäivien lisääntyminen on selvästi havaittavissa. Lapset ja nuoret pääsevät tutkimukseen ja hoitoon noin neljän vuoden kuluttua ensioireista. Vuonna 2001 tuli voimaan mielenterveysasetuksen muutos lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian pitkien tutkimus- ja hoitonojen vuoksi. Siinä kyseisille psykiatrian aloille asetettiin hoitotakuu, jossa määrätään, että erikoissairaanhoidossa arvio hoidon tarpeesta tulee tehdä viimeistään kolmen viikon kuluessa lähteen saapumisesta ja että tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa. Asetuksen määräystä ei ole voitu tähän päivään mennessä toteuttaa ja jonot ovat vieläkin liian pitkiä. Kuviossa 1 on havainnollistettu lasten- ja nuortenpsykiatrian palvelujärjestelmää. (Friis ym. 2004, 86–88, 97; Piha 2004b, 386–390.)



Kuvio 1. Lasten- ja nuortenpsykiatrian palvelujärjestelmä (Friis ym. 2004, 97.)

3.8 Nuorisopsykiatria avohoitona Satakunnan alueella

Nuorisopsykiatrian poliklinikka vastaa Satakunnan sairaanhoitopiirin 13–22 -vuotiaiden nuorten psykiatrisesta tutkimuksesta ja hoidosta. Avohoitona toteutettu nuorisopsykiatria toimii Satakunnan alueella viidessä toimipisteessä: Porissa ja Raumalla toimivat nuorisopsykiatrian poliklinikat sekä Harjavallassa, Huittisissa ja Kankaanpäässä toimivat nuorten työryhmät. Taulukosta 2 käy ilmi vuoden 2006 kävijämäärät. Poliklinikka on tarkoitettu nuorille ja heidän perheilleen, muun muassa kun nuori on ahdistunut, masentunut, itsetuhoinen, hänellä on syömiseen liittyviä ongelmia tai nuoren käyttäytyminen on poikkeavaa tai tarvitaan osastohoidon tarpeen arviota. Tarpeen mukaan järjestetään neuvotteluja eri viranomaisten kanssa. Nuoren psyykkisen tilan arvioinnissa käytetään myös psykologisia testejä. Hoito määräytyy yksilöllisten tarpeiden pohjalta laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitomuotoina ovat erilaiset psykoterapiat ja lääkehoito, mutta ensisijaisena hoitomuotona on nuoren yksilöterapia. Useimmiten nuori käy terapiassa kerran viikossa. Mitä vähemmän ikää nuorella on, sitä tärkeämpää on työskennellä myös perheen kanssa. Nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ja työryhmien hoi-

toon tullaan lääkärin läheteellä. Poliklinikoilla työskentelee ylilääkäri, lääkäreitä, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja sairaanhoitajia. (Nuorisopsykiatrian poliklinikat 2005.)

Taulukko 2. Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian yksiköiden avohoidon kävijämäärät vuonna 2006

| | läheteitä | nuoria | käyntejä |
|--------------------------|-----------|--|----------|
| Porin pkl | 188 | 431 tyttöjä 293 (68 %) poikia 138 (32 %) | 5601 |
| Rauman pkl | 115 | 210 tyttöjä 126 (60 %) poikia 84 (40 %) | 2127 |
| Harjavalta-Huittinen pkl | 97 | 180 tyttöjä 116 (64 %) poikia 64 (38 %) | 2831 |
| Kankaanpään pkl | 78 | 116 tyttöjä 60 (52 %) poikia 56 (42 %) | 1114 |
| yhteensä | 478 | 937 | 11673 |

(Satakunnan sairaanhoitopiiri 2007)

4 KAKSOISDIAGNOOSI

4.1 Kaksoisdiagnoosin määritelmä

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan psykiatrisen häiriön ja päihderiippuvuuden samanaikaista esiintymistä. Kaksoisdiagnoosipotilaalla on tällöin päihdehäiriön lisäksi vakava, primaarinen psykiatrinen häiriö. (Mikkonen 2007.) Päihderiippuvaisilla tiedetään esiintyvän ei-päihderiippuvaisia enemmän mielenterveyden häiriöitä, joista yleisimpiä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoottiset häiriöt ja persoonallisuushäiriöt. Lisäksi mielenterveyden häiriöistä kärsivillä esiintyy useammin pähteiden ongelmakäyttöä ja päihderiippuvuutta. Tällaisen oheissairastavuuden eli komorbiditeetin syistä ei ole vielä täyttä yksimielisyyttä, mutta erilaisia selittäviä malleja on olemassa. Ensimmäisen mallin mukaan häiriöillä on yhteinen altistava tekijä, esimerkiksi perinnöllinen tai ympäristöön liittyvä riskitekijä. Toinen on niin sanottu itselääkintähypoteesi, jonka mukaan mielenterveyden häiriö johtaa itselääkinnän kautta päihderiippuvuuteen. Kolmannen mallin mukaan päihdehäiriöstä aiheutuu mielenterveyden häiriö, esimerkiksi kannabiksen käyttö voi johtaa skitsofrenian syntyyn. Viimeisenä on kaksisuuntainen malli, jossa päihdehäiriöt ja mielenterveyshäiriöt vaikuttavat molemmat toisiinsa. (Mikkonen 2007; Pirkola, Wahlbeck & Virtanen 2004, 147.) Kaikkein leimaavimmiksi sairauksiksi on arvioitu psyykkiset sairaudet ja päihdesairaudet, joten kaksoisdiagnoosipotilaat kärsivät eräänlaisesta kaksoisstigmasta. Osa asiakkaista kokee psyykkisen sairauden leimaavammaksi, osa taas päihdesairauden. Tällä on vaikutusta hoitopaikankin valintaan. (Kiviniemi 2004.)

4.2 Kaksoisdiagnoosin yleisyys

Mielenterveyspalveluiden käyttäjistä 75 prosentilla on myös pähteiden käyttöön liittyviä ongelmia, mutta vain pieni osa näistä diagnosoidaan ja hoidetaan. Onkin todettu, että jos molempia häiriöitä ei hoideta, niin molemmat niistä vaikeutuvat. Esimerkiksi päihdehäiriöiden yleisyys kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivien keskuudessa on

jopa 56,1 prosenttia ja ADHD-tapauksilla 23 prosenttia. (Mikkonen 2007.) Jo 1990-luvulta alkaen mielenterveysongelmaisten parissa työskennelleet ovat huomanneet päihdeiden, etenkin huumausaineiden, käytön lisääntyneen psykiatristen potilaiden keskuudessa. Stakesin ylläpitämän sairaaloiden hoito- ja poistoilmoitusrekisterin (Hilmo) mukaan hoitajaksojen määrä, joissa oli ilmoitettu huumeidiagnoosi ja psykiatrinen diagnoosi, lisääntyi noin viisinkertaisesti vuosien 1987–2002 välisenä aikana. Erityisen merkittävänä nousuina näkyivät psykoottisiin ja mielialahäiriöihin liittyvien kaksoisdiagnoosien esiintyvyyksien lisääntyminen. Verrattaessa kaksoisdiagnoosien määrän kasvamista kaikkien diagnoosien määrän kasvamiseen ero oli tilastollisesti merkittävä. Hoitajaksojen määrät eivät tarkasteluvuosina ole oleellisesti muuttuneet, joten kaksoisdiagnoositapausten lisääntyminen kuvaa todellista muutosta. Siitä huolimatta, että tautiluokitusjärjestelmää ja diagnosointikäytäntöjä on muutettu ja psykiatrisia laitospaikkoja on vähennetty seuranta-aikana, kaksoisdiagnoositapausten määrä on kasvanut. (Pirkola ym. 2004, 148–151.) Viime vuosina esimerkiksi huumeiden käyttö ja kokeilut ovat lisääntyneet, mikä tukee myös kaksoisdiagnoosien määrän havaittua lisääntymistä.

4.3 Kaksoisdiagnoosiin haasteet nykyiselle hoitojärjestelmälle

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito ja tukeminen hakee vielä muotoaan Suomessa. Asu- ja palvelusäätiö ASPA:n raportin mukaan moniongelmaiset potilaat eivät löydä helposti omaa paikkaansa hoitojärjestelmässä, sillä päihdehuoltoon ei välttämättä oteta asiakasta, jolla on jokin muukin sairaus tai vamma kuin päihdeongelma eikä mielenterveyspuolella ole resursseja ottaa vastaan päihdeongelmaisia. Avohoito on kaksoisdiagnoosipotilaiden ensisijainen hoitomuoto, mutta osa tarvitsee myös laitoshoidoa, jota on tarjolla päihdepsykiatrian yksiköissä. Myöskään sosiaalitoimen roolia ei tule unohtaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoketjussa, sillä monilla heistä on muun muassa asumiseen ja arkielämän sujumiseen liittyviä ongelmia. Asiakkaille tulisi järjestää hoitomahdollisuuksia ja kuntoutusta ympärivuorokautisesti pienissä yksiköissä. Kokonaisvaltaisen hoitoa vaatii sosiaali- ja terveystoimen voimien yhdistämistä. Muutamilla paikkakunnilla perheneuvola, mielenterveystoimisto sekä A-klinikka toimivat jo nyt yhteistyössä. (Haavisto 2005, 28–30.) Haasteita kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ovat tämän oheissairastavuuden tunnistaminen ja molempien häiriöiden oikea-aikainen ja tar-

peenmukainen hoito. Vaikka kyseessä ei olekaan määrällisesti suuri joukko asiakkaita ja potilaita, niin heidän hoitonsa vaatii työntekijöiltä erityisen paljon voimavaroja. Kyseeseen ilmiöön liittyy monenlaista oireilua, esimerkiksi toimintakyvyn alenemista ja hoitokielteisyyttä. (Pirkola ym. 2004, 152.) Asiakkaita pitäisi kyetä auttamaan kokonaisvaltaisesti, integroidusti ja saumattomasti yhteistyötä tehden.

Nykyisen hoitojärjestelmän ongelmana ovat ennen kaikkea päihdehoidon ja psykiatrisen hoidon erillisyys, haasteellisimpien potilaiden hoitoon kiinnittyminen ja riskipotilaiden primaaripreventio. Integroidussa hoidossa yksi hoitopaikka ottaa hoitovastuun sekä psykiatrisesta että päihdehoidosta ja sitä voidaan toteuttaa missä tahansa sosiaali- ja terveydenhuoltoyksikössä. Erittäin keskeistä on moniammatillisuus, verkostojen luominen ja riittävä koulutus. Tietoa tulisi siirrellä eri yksiköiden välillä, ei potilasta ja asiakasta. Asiakas saa parhaan hoidon yksilöllisesti valitussa hoitopaikassa yksilöllisesti valituilla hoitomenetelmillä. (Mikkonen 2007.) Päihdetyön, psykiatrisen ja sosiaalityön välillä tulisi olla selkeä työnjako sekä tarkemmat seurantajärjestelmät, jotta hoitoon ei jäisi aukkoja eikä asiakas jäisi ”ei kenenkään maalle”. Näillä eri tahoilla on ajoittain eri käsitteet samasta potilaasta/asiakkaasta. Tähän vaikuttaa osaltaan myös se, että hoitolinjojen vaikuttavuudesta on eri mielipiteitä, mutta vain vähän tutkimustietoa. (Kiviniemi 2004; Mikkonen 2007.) On huomattavaa, että jo pelkästään yksittäisen työntekijän empaattisuudella on huomattavia myönteisiä vaikutuksia hoitotuloksiin (Mikkonen 2007).

Päihdehäiriöstä ja samanaikaisesta muusta mielenterveyden häiriöstä kärsivän nuoren hoidon järjestäminen on haasteellista, sillä hoitovastuu jää helposti epäselväksi, koska päihde- ja mielenterveyssektorilla hoidetaan yksittäisiä ongelmia. Nuori kokee usein, että hän on aina väärässä paikassa eikä kukaan kuule hänen ja perheensä ongelmia ja tarpeita. Kaksoisdiagnoosinuoret ajatellaan usein hyvin vaikeahoitoisiksi ja siksi heidät helposti siirretään toiselle hoitotaholle. Työntekijöillä saattaa olla aukkoja asiantuntijuudessa kaksoisdiagnoosinuorten arvioinnissa ja hoidossa ja he voivat suhtautua negatiivisesti päihdehäiriöön liittyviin ongelmiin. Nuori voi kokea saavansa ristiriitaisia hoito-ohjeita eri hoitotahoilta, mikä vaikeuttaa luottamuksen syntymistä. Yleensä erityisesti kaksoisdiagnoosipotilailla on myös heikko hoitomotivaatio. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa edellytetään päihdehuollon, nuorisopsykiatrisen, lastensuojelun ja koulujen opilashuollon entistä tiiviimpää yhteistyötä yhdessä nuoren ja tämän perheen kanssa sekä selkeää vastuunmäärittelyä. Jos tämä ei toteudu vaarana on, ettei kukaan ota vastuuta

nuoren hoidosta ja vakavasti oireileva nuori jää kokonaan vaille tarvitsemaansa hoitoa. (Lepistö, Marttunen, Pirkola & Strandholm 2007, 17–18.)

Nuoren tilannetta tulee arvioida aina kokonaisvaltaisesti huomioiden sekä nuoren yksilöllinen kehitysvaihe että mahdollisten oireiden merkitys nuoruuden kontekstissa. Nuorten kohdalla on usein vaikea erottaa, mikä kuuluu normaaliin kehitykseen ja mikä on hoitoa vaativaa oireilua. Päihdeongelmista kärsiviä nuoria arvioitaessa ja hoitaessa on tärkeä muistaa, että pitkäaikaisen ja runsaan päihteiden käytön jälkeen vieroitusoireet saattavat aiheuttaa esimerkiksi masennustilan. (Lepistö ym. 2007, 9-10.)

Moniongelmaisten asiakkaiden kannalta hoitojärjestelmän kehitystä pidetään ongelmallisena. Psykiatrisia laitoshoitopaikkoja ja päihdehuollon erityispalveluja jouduttiin vähentämään laman myötä. Rakennemuutoksen vuoksi psykiatrisiin sairaaloihin otettiin myös päihdeongelmaisia, mikä osoittautui kunnille kalliiksi. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut ottivat enemmän vastuuta päihdeongelmaisten hoidosta ja erityispalveluihin perustettiin matalan kynnyksen hoitopaikkoja. Päihdeongelmaiset eivät kuitenkaan välttämättä saa tarpeenmukaista hoitoa, vaikka heillä on subjektiivinen oikeus siihen. Tärkeää olisi vastata näihin haasteisiin tukemalla päihdepsykiatrista osaamista, lisäämällä koulutusta ja perustamalla erityisosaamista hallitsevia päihdepsykiatrisia yksiköitä. (Pirkola ym. 2004, 151–154.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusongelma ja -kysymykset ja tutkimuksen tavoite

Tutkimusongelmamme on, kulkevatko nuorten päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat käsi kädessä. Tätä yhteenkietoutumista tarkastelemme sosiaalialan ja ennen kaikkea päihdehuollon näkökulmasta. Tähän ongelmaan pyrimme löytämään vastauksia tutkimuskysymystemme avulla.

Tutkimuskysymyksiämme ovat:

1. Kietoutuvatko päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat yhteen?
2. Eroavatko päihteiden käyttö ja päihdeasenteet eri-ikäisten ja erilaisista mielenterveysongelmista kärsivien kesken?
3. Ovatko nuoret mielenterveyskuntoutujat saaneet tietoa päihteiden vaaroista nuorisopsykiatrian poliklinikoilta ja nuorten työryhmistä ja onko heitä ohjattu päihdepalveluiden piiriin?

Tutkimusongelman asettelu liittyy aina johonkin keskusteluun ja tutkimusten tulosten pitäisi omaehtoisesti jatkaa tällaista keskustelua. Miltei joka asiaa on jo tutkittu, mutta samaa asiaa voidaan tutkia eri näkökulmista. Usein sanotaan, että hyvässä tutkimuksessa yhdistyvät omakohtaiset kokemukset ja henkilökohtainen kiinnostus yleiseen tieteelliseen keskusteluun. Tutkimuksemme taustalla onkin omakohtaisia kokemuksia sekä henkilökohtaista kiinnostusta tutkimuksemme aihepiiriä kohtaan. Ensimmäinen asia tutkimusta suunniteltaessa on tutkimuksen tavoitteiden erittely ja selventäminen, koska tutkimuksella tulee olla selkeä tarkoitus. Tutkimusongelmien syntymisen taustalla ovat yleensä yhteiskunnan muutokset ja yhteiskunnalliset ongelmat. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 26–27, 32.) Tutkimuksemme päätarkoituksena on selvittää, kietoutuvatko päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat yhteen. Tutkimuksella pyrimme selvittämään, millaisia asenteita nuorilla mielenterveyskuntoutujilla on päihteisiin ja niiden käyttöön sekä käyttävätkö nuoret mielenterveyskuntoutujat päihdeitä ylipäättään, esimerkiksi itselääkintänä mielenterveysongelmiinsa. Tarkoituksenamme on myös tutkia sitä, ovatko nuoret mielenterveyskuntoutujat saaneet päihdetietoutta nuorisopsykiatrian poli-

klinikoilta. Ajatuksena on kartoittaa, onko nuorten mielenterveyskuntoutujien hoidossa huomioitu riittävästi heidän mahdollinen päihteiden käyttönsä, ja saavatko he myös riittävästi tietoa päihteiden käytön vaikutuksista mielenterveydenongelmiinsa. Tutkimuksemme tavoitteena on siis selvittää, miten hyvin nuorisopsykiatrisessa hoidossa Satakunnassa huomioidaan myös päihteitä käyttäviä nuoria, vai onko tällaiseen edes tarvetta.

5.2 Tulosten hyödynnettävyys

Tutkimuksemme tuloksia voi käyttää myöhemmin hyödyksi. Nuorisopsykiatrian poliklinikat voivat hyödyntää saamiamme tuloksia kehittääkseen toimintaansa. Toimintaa he voivat kehittää sen perusteella, miten paljon tutkimustuloksissa ilmenee nuorilla päihteiden käyttöä ja toisaalta nuorien myönteisiä ajatuksia päihteistä ja niiden käytöstä. Tulosten perusteella nuorisopsykiatrian poliklinikat voivat kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, että myös nuorten päihteiden käyttöön puututaan ja että nuoret saavat tarvitsemaansa apua ja neuvoja järkevään ja kohtuulliseen päihteiden käyttöön. Nuorisopsykiatrian poliklinikat voivat tutkimuksemme tulosten perusteella mahdollisesti liittää nuorten mielenterveyskuntoutujien hoitoon myös päihdevalistusta ja ehkäisevää päihdeneuvontaa.

Tutkimustuloksista voi myös saada lisää ajatuksia päihteiden ja mielenterveyden ongelmien yhteydestä. Kaksoisdiagnostiikkaa on kuitenkin tutkittu vielä verrattain vähän, joten lisätietoa siitä kaivataan yhä. Usein eri hoitotahoilla keskitytään pelkästään joko päihteiden käytön ongelmiin tai mielenterveyden ongelmien hoitamiseen, jolloin jää huomioimatta niiden vaikutus toisiinsa. Olisi tärkeää hoitaa molempia ongelmia samanaikaisesti ja kokonaisvaltaisesti, jotta hoidosta olisi mahdollisimman paljon hyötyä. Tutkimuksemme hyödyttää myös meitä itseämme, sillä sen avulla saamme arvokasta tietoa nuoruuteen liittyvästä ongelmatiikasta. Tutkimuksen kautta saamme laajempaa näkökulmaa muun muassa yhteiskunnallisiin ilmiöihin, jota voimme hyödyntää tulevaisuudessa työskennellessämme sosiaalialan ammattilaisina. Sosiaalialan ammattilaisina meidän tehtävämme on liittää ihmisten tarpeet ja yhteiskunnan resurssit yhteen toimivaksi kokonaisuudeksi.

5.3 Tutkimuksen kulku ja tutkimusmenetelmät

Toteutimme tutkimuksemme kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Perusedellytyksenä kvantitatiiviselle tutkimukselle on niiden merkitysjärjestelmien tunteminen, joita tutkittava kohde ympäristöineen käyttää. Mielekäs yhteys tutkittavan yhteisön omaan käsitteistöön on yleensä olennaista, joten tutkijan on tunnettava kohteenaan oleva ilmiö hyvin. Tuloksien ymmärtäminen sekä oikea tulkinta edellyttävät tutkimuskohteen laajaa tuntemista. (Alkula ym. 1994, 20–21.) Tutkimuslupaa anoimme syyskuussa 2006 (Liite 1). Saimme tutkimusluvan opinnäytetyöhömmme marraskuussa 2006 (Liite 2). Tutkimusaineiston keräämiseen käytimme kyselylomaketta (Liite 3). Perehdyimme tutkittavaan aihealueeseen siitä kirjoitettuja teoksia tutkimalla, jotta pystyimme tekemään mahdollisimman tarkoituksenmukaisia ja tutkimuksellemme hyödyllisiä kysymyksiä kyselyymme. Tutkimuksemme kohderyhmä oli Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ja nuorten työryhmien (Harjavalta, Huittinen, Kankaanpää, Pori ja Rauma) 13–22-vuotiaat nuoret mielenterveyskuntoutujat. Ikäryhmä on tämä, koska nuorisopsykiatrian poliklinikoiden potilaat ovat juuri tähän ikäjakaumaan kuuluvia. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän valitsimme, jotta saisimme kattavan otoksen mielenterveyskuntoutujien päihteiden käytöstä ja päihdeasenteista sekä pystyisimme yleistämään tuloksia. Lisäksi keskustelimme Porin nuorisopsykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän kanssa kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttämisen mahdollisuuksista, mutta päädyimme keskustelujen pohjalta siihen, että haastattelututkimukseen olisi hyvin vaikea löytää potilaita, jos siihen ylipäätään olisi mahdollista saada tutkimuslupaa. Kyselylomakkeet veimme toimipisteisiin tammikuun lopulla 2007 ja vastaukset keräsimme toukokuussa 2007. Tarkasteluajaksi kertyi siis nelisen kuukautta. Kyselylomakkeita oli saatavilla poliklinikoiden ja työryhmien odotustiloissa palautuslaatikoiden vieressä, josta halukkaat niitä saivat ottaa ja tämän lisäksi henkilökunta jakoi kyselyitä uusille nuorisopsykiatrian piiriin tuleville potilaille vastaanottokäyntienkin yhteydessä. Potilaiden yksityisyyden suojan säilyttääksemme päädyimme tähän vaihtoehtoon, emmekä esimerkiksi lähettäneet lomakkeita potilaille suoraan kotiin. Lisäksi kynnyksen takaisin postittamiseen suoraan meille olisi saattanut olla liian suuri. Potilaat palauttivat vastauksensa takaisin kyseisiin toimipisteisiin jättämiimme palautuslaatikoihin, joista me kävimme niitä noutamassa laatikoiden ollessa liian täysiä ja lopullisesti tarkasteluajan päättyessä. Mittavan kadon estämiseksi tähtäsimme siihen, että potilas täyttää kyselylomakkeen ennen vastaanottokäyntiä tai pian sen jälkeen. Näin ilmeisesti myös hyvin

usein tapahtui, mutta jossain tapauksissa odotusaika oli niin lyhyt, että lomakkeen täyttäminen jäi kesken. Tutkimusluvan puitteissa kyselylomaketta ei voinut täyttää vastaanottokäynnillä, eikä työntekijöillä ollut mahdollisuutta aktiivisesti kysyä lomakkeen palautuksen perään. Kuitenkin nuoret olivat itse hyvinkin aktiivisia palauttamaan ja täyttämään lomakkeita. Lomakkeet palautettiin nimettöminä, jotta potilaiden tietosuoja säilyi koskemattomana.

Ennen tutkimuksen aloittamista arvelimme saamiemme kävijätilastoiden perusteella, että otos tutkimukseemme olisi riittävä ja näin olikin; vastauksia kertyi kaiken kaikkiaan 106 kappaletta. Otsokokomme muodostui niistä henkilöistä, jotka kävivät poliklinikoilla ja työryhmissä tammi-toukokuussa 2007. Määrää rajasi myös vapaaehtoisuus, joka vastaamisessa oli periaatteena. Tarkkaa otsokokoamme emme pystyneet määrittelemään, koska perusjoukko oli hyvin suuri ja uusia potilaita tuli vastaanotoille jatkuvasti. Olimme hyvin tyytyväisiä vastausten määrään, sillä aluksi vaikutti siltä, että vastauksia ei kerry riittävästi. Kuitenkin toimipisteisiin tekemiemme yhteydenottojen jälkeen nuorten vastaamisaktiivisuutta saatiin lisättyä. Alun perin tavoitteenamme oli saada ainakin 60 vastausta, joten tavoittemme ylittyi reilusti. Otoksen tulee olla pienoiskuva perusjoukosta, jotta tutkimuksen tulokset ovat luotettavia. Sen edustavuus tarkoittaa sitä, että perusjoukosta valitussa otoksessa on samoja ominaisuuksia ja samassa suhteessa kuin koko perusjoukossa. Tulokset, joita otoksesta saadaan, pyritään yleistämään koko perusjoukkoa koskeviksi. (Heikkilä 2004, 33–34.)

Lomaketta suunniteltaessa on tutustuttava kirjallisuuteen, pohdittava tutkimusongelmaa ja täsmennettävä sitä, määriteltävä käsitteitä sekä mietittävä tutkimusasetelmaa. Jo suunnitteluvaiheessa tulisi olla visio siitä, kuinka aineisto käsitellään ja millä ohjelmalla sitä käsitellään. Kyselyä laatiessamme vältimme työläästi käsiteltäviä avoimia kysymyksiä ja lopullisessa lomakkeessa onkin vain ”muu, mikä?”-tyyppisiä avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset houkuttelevat helposti vastaamatta jättämiseen, joten valmiilla vastausvaihtoehdoilla vältimme tätä suden kuoppaa. Osassa vastauksia ei ollut mahdollista kattaa kaikkia vaihtoehtoja, joten silloin ”muu, mikä?”-tyyppiset vastausvaihtoehdot tulivat kyseeseen. Kaikki vastaajat eivät välttämättä ole myöskään kielellisesti lahjakkaita eivätkä osaa muotoilla vastauksiaan haluamallaan tavalla, joten suljettuja kysymyksiä käyttämällä vastaaminen ei esty kielivaikeuksien vuoksi. Asennekysymyksien kohdalla käytimme vaihtoehtoina Likertin asteikon mukaisia asteikoita, jossa

toisena ääripäänä on ”täysin samaa mieltä” ja toisena ”täysin eri mieltä”. Asteikko on viisiportainen. (Heikkilä 2004, 47–53.) Tutkimuslomakkeeseemme sisältyi kaksi osaa: saatekirje ja varsinainen lomake. Saatteen avulla pyrimme motivoimaan vastaajia täyttämään lomakkeen, esittelemään itseämme, selvittämään tutkimuksemme tarkoituksen sekä vakuuttamaan heidät tulosten luottamuksellisesta käsittelystä.

Lomakkeiden teossa otimme erityisesti huomioon tutkimuksen kohderyhmän, joten kysymykset niissä olivat mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä. Kuulimme myös ulkopuolisten asiantuntijoiden mielipiteitä lomakkeestamme, jonka pohjalta kyselyä kehitettiin edelleen. Lomakkeet testattiin usealla testihenkilöllä ja kysymyksiä muunneltiin saamamme palautteen perusteella. Kyselylomake sisältää perustietojen, päihteenkäytön, päihdeasenteiden sekä päihdetietouden ja päihdeongelmien hoidon kartoittamisen. Päihdetietous ja päihdeongelmien hoito-osiossa pyrimme selvittämään, olivatko nuoret saaneet tarpeeksi tietoa päihteistä, otettiin mahdolliset päihdeongelmat puheeksi mielenveysongelmia hoidettaessa, tiesivätkö he päihdehuollon hoitomahdollisuuksista ja olivatko he olleet päihdeongelmien vuoksi hoidossa.

5.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Vastaukset saatuamme syötimme ne Tixel-tiedostoon ja mietimme, millaiset taulukot ja kuviot olisivat tarkoituksenmukaisia tutkimuksemme kannalta. Tixel on Excel-ympäristöön suunniteltu ohjelma, jonka avulla pystytään käsittelemään laajojakin tilastollisia aineistoja (Manninen 2004, 93). Teimme sekä yksiulotteisia jakaumia että ristiintaulukointeja. Ristiintaulukoinnit teimme sen vuoksi, että pystyimme havaitsemaan mahdolliset yhteydet asioiden välillä. Yksiulotteisia jakaumia käytimme saadaksemme absoluuttisia ja prosentuaalisia tuloksia. Käytimme erilaisia taulukoita ja kuvioita sanallisen kerronnan tukena, vaikka emme niitä kaikkia lopulliseen raporttiimme laittaneetkaan. Analysoitaessa tutkimustuloksia otimme huomioon aiemman teoriapohjan aiheestamme sekä sen, miten tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiimme. Analyysivaiheessa pohdimme myös uudelleen, miten kyselyn kysymykset olisi voinut asettaa tarkoituksenmukaisemmin.

5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadukas tutkimus tuottaa luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, puolueettomasti ja lisäksi siten, ettei vastaajille koidu haittaa tutkimuksesta. Tutkimuksessa keskeisiä perusvaatimuksia ovat validiteetti eli pätevyys, reliabiliteetti eli luotettavuus sekä objektiivisuus eli puolueettomuus. Näiden lisäksi on otettava huomioon tehokkuus, taloudellisuus, avoimuus, tietosuoja sekä tutkimuksen hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus. Tutkimuksen puolueettomuuden tavoite on sosiaalitie-teissä ongelmallinen, koska teoreettiset ja käsitteelliset valinnat sisältävät jo itsessään olettamuksia, jotka ovat normatiivisia ja arvopainotteisia. Vaikka on mahdotonta päästä neutraaliuteen ja objektiivisuuteen, olisi silti pyrittävä tiedostamaan tämä pulma. Validiteetti-vaatimuksen mukaan tutkimuksen tulee mitata sitä, mitä oli alun perin tarkoituskin selvittää. Huolellinen suunnittelu ja tarkoin harkittu tiedonkeruu varmistaa tutkimuksen validiteetin. Pyrimme suunnittelemaan tutkimuslomakkeen kysymykset niin, että ne mittaisivat juuri oikeita asioita ja että ne kattaisivat tutkimusongelmamme mahdollisimman hyvin. Vastausten suuri määrä myös edesauttoi validin tutkimuksen toteutumista. Reliabiliteetti merkitsee tulosten tarkkuutta, jolloin tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Yhteiskunnan monimuotoisuuden vuoksi yhden tutkimuksen tulokset eivät ole välttämättä yleistettävissä toisena aikana ja toisessa yhteiskunnassa. Luotettavuutta verottavia virheitä voi syntyä kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tulokset ovat helposti sattumanvaraisia, jos otoskoko on liian pieni ja kohderyhmä vinoutunut. Pyrimme olemaan tarkkoja ja kriittisiä tietoja kerätessä, syötettäessä tietokoneelle, käsiteltäessä sekä tuloksia tulkittaessa. Emme pystyneet juurikaan määrittelemään katoa eli kyselytutkimukseen vastaamatta jättämisistä, sillä otoskoon määrä ei ollut ennalta tiedettävissä. Kohderyhmän vinoutta estimme ottamalla mukaan kaikki Satakunnan alueella nuorisopsykiatrian saralla toimivat toimipisteet. Kuitenkaan otos ei ollut yhtä kattava jokaisesta toimipaikasta ja jo toimipisteiden eri kokoluokka vaikuttaa yksittäisestä toimipisteestä tulevien tulosten määrään. Objektiivisuuden-periaatteen mukaan tutkimuksen tulokset eivät saa riippua tutkijasta. Jokaiseen tutkimukseen liittyy kuitenkin tutkijan subjektiivisia valintoja, joten tutkijan tulisi olla hyvin huolellinen kysymysten muo-toilussa, tutkimusmenetelmän valinnassa, analysointimenetelmässä sekä raportointita-vassa. Tahattomia virheitä tuskin missään tutkimuksessa pystyy välttämään, mutta ta-hallista tulosten vääristelyä emme tutkimustuloksia analysoitaessa tehneet. Kyselylo-maketta laatiessamme otimme huomioon sen, etteivät kysymykset ole millään tavalla

johdattelevia, niin että ne suuntaisivat vastaajan ajattelua tiettyyn suuntaan. (Alkula ym. 1994, 11–12; Heikkilä 2004, 29–30.)

Hyvä tutkimus on myös tehokas ja taloudellinen, joten sen hyötyjen ja kustannusten tulisi olla oikeassa suhteessa. Tutkimuksen taloudellisuus ei kuitenkaan saa verottaa sen laadukkuutta. Opinnäytetyössä ei kuitenkaan voi yleensä mitata sen hyötyä rahallisesti, vaan työ voi lähinnä saada aikaan arvostetun tutkimuksen ja potentiaalisen työpaikan. Tutkijan tulee pyrkiä avoimuuteen tutkimuksen eri vaiheissa. Käytetyt menetelmät ja epätarkkuusriskit tulisi selvittää sekä myös niiden vaikutuksia lopullisiin tuloksiin pohdita. Tässä raportissamme selvitämme käytetyt menetelmät yksityiskohtaisesti. Kenenkään yksityisyyttä ei saa vaarantaa tuloksia raportoitaessa ja lupaukset luottamuksellisuudesta on muistettava. Yksittäistä vastaajaa ei saa tuloksista tunnistaa ja tähän olemmekin pyrkineet tuloksia esittäessämme. Kyselylomakkeisiin ei laitettu nimeä, joten myös se suojaa osaltaan jokaisen tietosuojaa. Henkilöä koskevat kysymykset laadimme myös siten, etteivät ne vaaranna yksityisyyttä eivätkä tiedot ole liian tunnistettavia. Tutkimuksen tulisi olla hyödyllinen ja käyttökelpoinen ja jotakin uutta esille tuova. Tulosten hyödyllisyyteen vaikuttaa omalta osaltaan tutkimusmenetelmä, sillä erilaisilla aineiston keräämis- ja käsittelymenetelmillä saadaan samasta kohteesta hyvinkin erilaista tietoa. Kyselylomakkeessa jokaisen kysymyksen tarpeellisuus tulisi punnita tarkoin. Pohdimme tarkoin jokaisen kysymyksen kohdalla, onko se todella tarpeellinen tutkimuksemme kannalta. Kaiken kaikkiaan koemme, että tutkimuksemme on käyttökelpoinen ja uutta esille tuova, sillä kyseistä aihealuetta on tutkittu kovin vähän. (Heikkilä 2004, 31–32.)

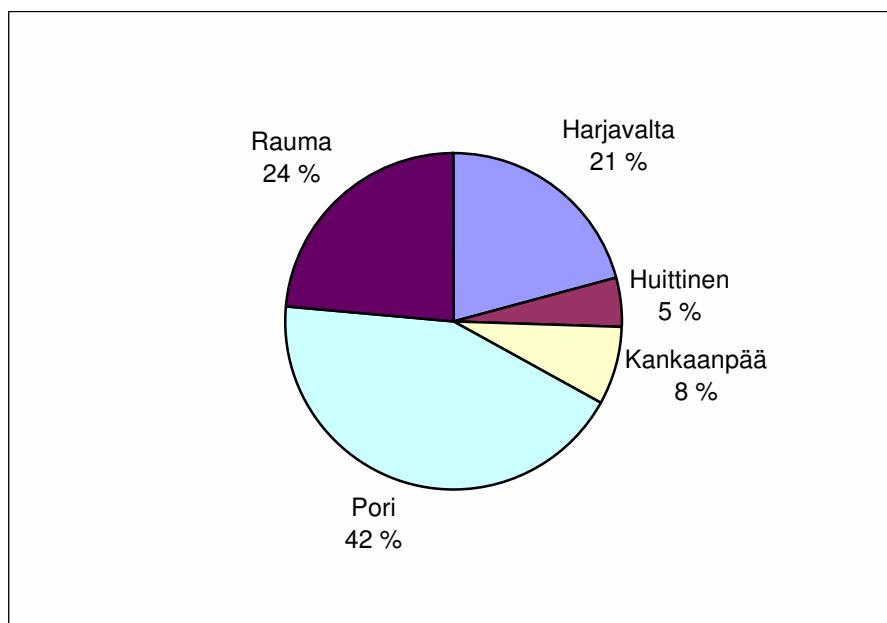
Tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa tulee ottaa huomioon tutkijan ja tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon liittyvät kysymykset, tutkijan ja tutkittavien väliseen suhteeseen liittyvät kysymykset ja aineistoon liittyvät kysymykset. Tutkijan ja organisaatioon väliseen suhteeseen liittyy lähinnä tutkimusluvan saaminen ja tutkittavien suojeleminen. Tutkimuslupaa annoimme Satakunnan sairaanhoitopiiriltä, joten näin varmistettiin, että tutkimus on tarkoituksenmukainen eikä loukkaa tutkimusjoukon oikeuksia. Luvan saimme 28.11.2006 ja sen allekirjoitti ylilääkäri Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu. Tutkittavilla on oikeus tietää, mitä heidän vastauksilleen tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen ja vaikuttaako vastaaminen heidän elämäänsä jollakin tavalla. Selvitimme

tutkittaville tutkimuksen tarkoituksen ja käyttötavan kyselyn yhteydessä lähetetyssä saattekirjeessä. Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti säilytettiin koko tutkimusprosessin ajan, eikä tuloksista voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tutkimusaineisto on vain meidän käytössämme ja hävitämme vastauslomakkeet tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

6 TULOKSET

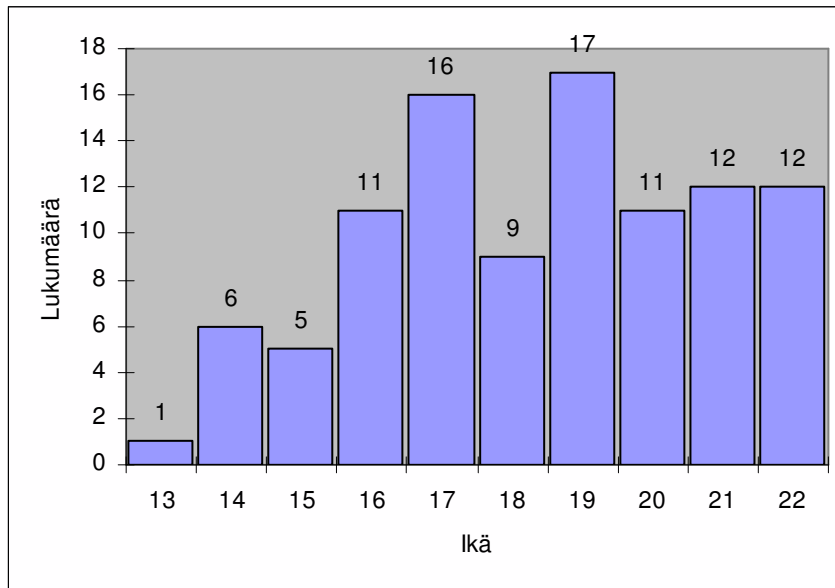
6.1 Vastaajien profiili

Kyselymme vastasi 106 henkilöä. Kuitenkaan kaikki eivät olleet vastanneet kyselyn jokaiseen kohtaan, joten joissain kohdissa vastaajien määrä saattaa olla tätä pienempi. Naisia vastaajista oli 83 prosenttia (85 henkilöä) ja miehiä 17 prosenttia (18 henkilöä). Sukupuolijakauma oli jossain määrin ennalta arvattavissa, sillä nuorisopsykiatrian yksiköiden kävijämäärätilastosta kävi ilmi, että tyttöjen osuus kävijöistä on suurempi kuin poikien (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2007). Oli kuitenkin hyvin positiivista, että miespuolisia vastaajia oli tämänkin verran. Vastauksia tuli Porin nuorisopsykiatrian poliklinikalta 46, Raumalta 25, Harjavalta 22, Kankaanpäästä kahdeksan ja Huittisista viisi kappaletta. Prosenttiosuudet löytyvät kuvioista 2. Neljä nuorta oli käynyt yhden toimipisteen sijaan kahdessa tai kolmessa toimipisteessä hoitojaksonsa aikana.



Kuvio 2. Vastaajien paikkakuntajakauma prosentteina (n=106)

Vastaajien ikäjakauma sijoittui 13 ja 22 ikävuoden väliin. Vastaajien iän keskiarvo oli 18,4 vuotta. Eniten vastasivat 19-vuotiaat ja vähiten 13-vuotiaat. Kuviossa 3 on vastaajien absoluuttinen ikäjakauma.



Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma (n=100)

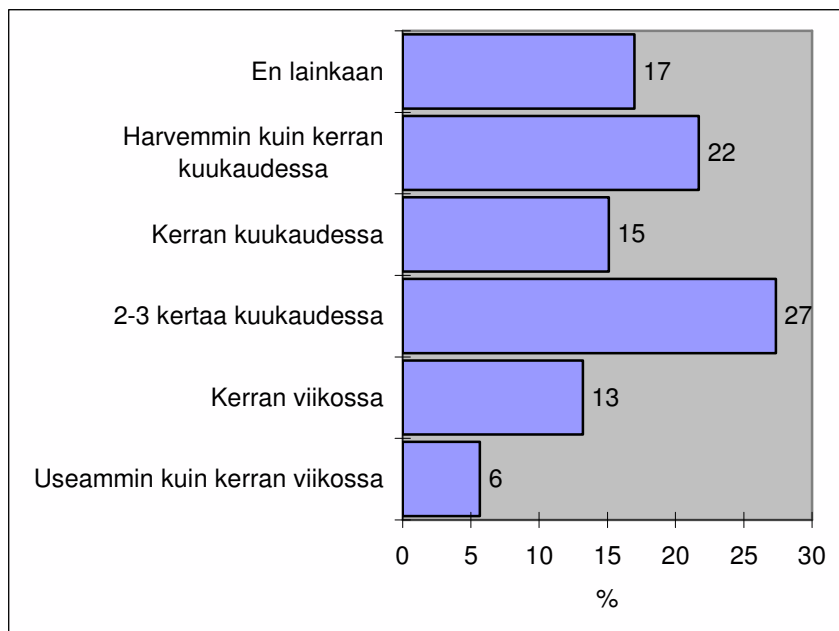
Yleisimpänä pääasiallisena psykiatrisena diagnoosina vastaajilla oli ylivoimaisesti masennus, toisena ahdistuneisuushäiriö ja kolmantena syömishäiriö. Puolestaan skitsofreniaa ja päihdepsykoosia ei esiintynyt vastaajillamme lainkaan. Saimme kysymykseen paljon multiresponse-vastauksia eli vastauksia, joissa vastaajilla oli kaksi tai kolme diagnoosia. Jopa 82 prosentissa näissä vastauksissa esiintyi yhtenä vaihtoehtona masennus. Masennus-ahdistuneisuushäiriö-yhdistelmä esiintyi jopa 15 vastaajalla. Taulukossa 3 on eritelty diagnoosien absoluuttiset määrät vastaajillamme. ”Muu, mikä?” -kysymyksiin saimme vastauksiksi psykoottinen depressio, dysfasia, aspergerin oireyhtymä, pakkoajatukset sekä antipsykoosi. On huomattava, että kyselyssä nuoret saivat itse vastata siihen, mikä psykiatrinen diagnoosi heillä on. Psykiatrinen diagnoosi saattaa muovata nuoren identiteettiä esimerkiksi siten, että nuori alkaa käyttäytyä diagnoosin mukaisesti vielä enenevässä määrin. Olisi mielenkiintoista selvittää, olisivatko vastaukset tältä osin erilaisia, jos lääkärit tai hoitajat olisivat vastanneet kyselyyn.

Taulukko 3. Vastaajien psykiatriset diagnoosit (n=100)

| | <i>Lkm</i> |
|---|------------|
| masennus | 66 |
| ahdistuneisuushäiriö, esim. paniikkihäiriö | 33 |
| syömishäiriö | 14 |
| persoonallisuushäiriö | 6 |
| käytös- tai tarkkaavaisuushäiriö, esim. AD/HD | 4 |
| kaksisuuntainen mielialahäiriö | 2 |
| ei tiedossa | 8 |
| muu, mikä? | 4 |
| Yht. | 137 |
| N: | 100 |

6.2 Vastaajien päihteiden käyttö

Alkoholin käyttöä kysyttäessä vastaukset jakaantuivat jokseenkin tasaisesti "en lainkaan" ja "useammin kuin kerran viikossa" -vastausten välille. Kuviossa 4 näkyvät alkoholin käytön määrien prosenttiosuudet.



Kuvio 4. Vastaajien alkoholin käytön yleisyys prosentteina (n=106)

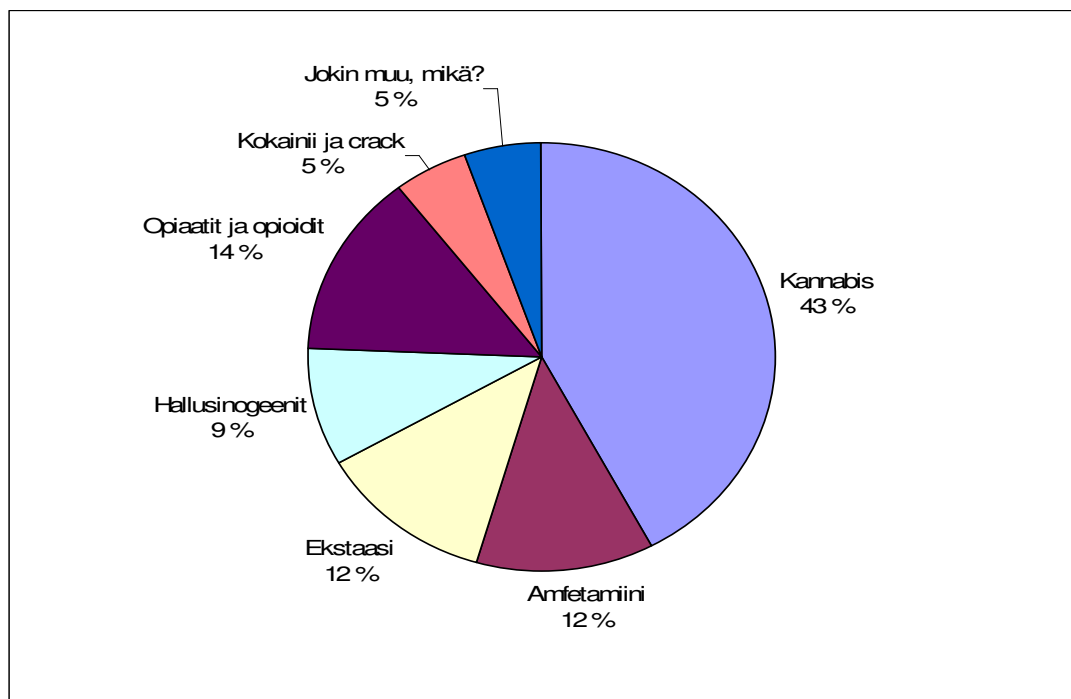
Humalajuomista kysyttäessä 24 prosenttia vastaajista vastasi en koskaan, 30 prosenttia harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 14 prosenttia kerran kuukaudessa, 17 prosenttia 2-3 kertaa kuukaudessa, 12 prosenttia kerran kuukaudessa ja kolme prosenttia useammin kuin kerran viikossa. **Liuottimien** (liimat, bensiini, butaani, sytytinkaasut, lakat tai muut vastaavat) käyttö vaikutti olevan todella vähäistä, sillä 97 prosenttia vastaajistamme kertoi, ettei ole koskaan käyttänyt liuottimia päihtymistarkoituksessa. Vain yksi prosentti vastasi käyttävänsä liuottimia harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja kaksi prosenttia kerran kuukaudessa, mutta yksikään vastaaja ei ollut käyttänyt liuottimia useammin kuin kerran kuukaudessa.

Huumeiden käyttöä koskevaan kysymyksen 75 prosenttia vastasi, ettei ole koskaan käyttänyt huumeita, joka neljäs vastaajista on siis kokeillut joskus huumeita. Seitsemän prosenttia kertoi käyttäneensä kerran, viisi prosenttia 2-5 kertaa ja jopa 13 prosenttia yli viisi kertaa. Vaikuttaa siltä, että huumeita käyttävistä tai niitä kokeilleista vastaajista suurin osa käyttää huumausaineita usein. Tällä enemmistöllä käyttö ei välttämättä jää kokeilutasolle, vaan jää ehkä tavaksi. Vastaajista ne 18 prosenttia, jotka ovat kokeilleet huumeita vähintään kaksi kertaa, ovat riskiryhmä ajatellen käytön jatkamista, koska kokeilu ei ole jäänyt vain yhteen kertaan.

Kysymykseen ”Kuinka usein käytät huumeita?” oli vastattu 91 prosenttisesti ”en lainkaan”. Neljä prosenttia vastasi harvemmin kuin kerran kuukaudessa, kaksi prosenttia 2-3 kertaa kuukaudessa ja kolme prosenttia useammin kuin kerran viikossa. Huomattavan usein huumeita käyttävien määrä on siis hyvin marginaalinen. Kuitenkin vain yhdeksän henkilöä on valinnut muun vaihtoehdon kuin ”en lainkaan”. Tämä siis saattaa osittain viitata siihen, että huumeiden käyttö on ollut enemmänkin kokeiluluontoista, eikä jatku enää. ”Kuinka usein käytät huumeita?” -kysymykseen on vastannut 95 henkilöä, vaikka kysymykseen mitä huumeita vastaaja on käyttänyt vastasikin vain 27 henkilöä. Vastaukset eivät siis anna tarkkaa kuvaa käyttäjien huumeiden käytön yleisyydestä ja useudesta.

Kuten kuviosta 5 on havaittavissa, selvästi yleisin käytetty huume on kannabis (hasis ja marihuana). Toiseksi yleisin käytetty huumausaineryhmä on opiaatit ja opioidit. Kolmantena tulevat ekstaasi ja amfetamiini. Ainoastaan 27 henkilöä vastasi kysymykseen, jossa kysyttiin mitä huumeita on käyttänyt. Tässäkin kysymyksessä sai valita useamman

vaihtoehdon ja näin liki puolet vastaajista tekikin. Käytettyjen huumeiden yhdistelmät olivat mitä erilaisimpia. Kahdessa vastauksessa oli valittu viisi huumevaihtoehtoa ja neljässä tapauksessa neljä vaihtoehtoa. Käyttäjät eivät näin ollen ole keskittyneet vain yhteen huumeeseen vaan kokeilevat monia eri huumeita tai käyttävät niitä yhtäaikaisesti. ”Jokin muu, mikä?” -kohtaan saimme vastauksiksi gamma/lakka ja imppaus (bensa). Yksi vastaaja ei tiennyt, mitä ainetta oli käyttänyt.



Kuvio 5. Käytetyt huumeet (n=27)

Huumeiden käytössä on havaittavissa jonkinlainen polarisaatiokehitys, koska käyttö on keskittynyt neljäsosaan vastaajistamme. Toisena ääripäänä ovat he, jotka eivät käytä lainkaan. Tyypillinen huumeiden käyttäjä vastaajiemme keskuudessa käyttää huumeita harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja käyttää todennäköisesti kannabista. Toinen tyypillinen vastaaja käyttää muitakin huumeita kuin kannabista ja yleensä useammin kuin kerran kuukaudessa.

Lääkkeitä huumaustarkoituksessa ei ollut koskaan käyttänyt 61 prosenttia vastaajista. Kerran niitä oli kokeillut 13 prosenttia vastaajista, 2-5 kertaa 10 prosenttia vastaajista ja 16 prosenttia oli käyttänyt yli viisi kertaa. Lääkkeiden käytön yleisyyttä kysyttäessä 82

prosenttia vastasi, ettei ole lainkaan käyttänyt niitä huumaustarkoituksessa. Kymmenen prosenttia vastaajista kertoi käyttäneensä harvemmin kuin kerran kuukaudessa, kaksi prosenttia kerran kuukaudessa, kolme prosenttia 2-3 kertaa kuukaudessa, yksi prosentti kerran viikossa ja kaksi prosenttia useammin kuin kerran viikossa. Kaksi viidesosaa vastaajista on siis käyttänyt lääkkeitä huumaustarkoituksessa. Suhteellisen suuri määrä voi olla yhteydessä mielenterveysongelmiin, joita kaikilla näillä nuorilla on ja mahdolliseen lääkitykseen, jota käytetään sairauden hoitoon. Olisikin mielenkiintoista tietää, kuinka moni näistä nuorista on käyttänyt sairauden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä yli suositellun annoksen. Vastauksista on havaittavissa ristiriitaisuuksia, sillä lääkkeiden käyttöä huumaustarkoituksessa kartoitettiin kysymyksiin (Oletko käyttänyt lääkkeitä huumaustarkoituksessa? ja Kuinka usein käytät lääkkeitä huumaustarkoituksessa?) on vastattu jonkin verran eri tavalla, vaikka kysymyksillä oli samoja vastausvaihtoehtoja.

Alkoholin ja lääkkeiden sekakäytön kokeilu vaikutti olevan suhteellisen yleistä, sillä vain 58 prosenttia vastaajista ei ollut koskaan sekakäyttänyt lääkkeitä ja alkoholia ja loput olivat kokeilleet sitä kerran tai useammin. 19 prosenttia vastaajista oli kokeillut sekakäyttöä kerran, yhdeksän prosenttia 2-5 kertaa ja 14 prosenttia yli viisi kertaa. Kysyttäessä, kuinka usein tätä sekakäyttöä tapahtuu, 13 prosenttia vastasi harvemmin kuin kerran kuukaudessa, neljä prosenttia kerran kuukaudessa, yksi prosentti 2-3 kertaa kuukaudessa, yksi prosentti kerran viikossa ja yksi prosentti useammin kuin kerran viikossa. Loput 80 prosenttia vastasivat ”en lainkaan”.

Muuttujien välillä vallitsee tilastollinen riippuvuus, jos ensimmäisen muuttujan arvon tunteminen vähentää epätietoisuutta toisen muuttujan arvosta. Tätä riippuvuutta tarkastellaan usein kaksiulotteisissa jakaumissa. (Manninen 2004, 74.) Kaksiulotteisia jakaumia eli ristiintaulukointeja käytämme tässä yhteydessä tutkittaessa vastaajien iän ja psykiatrisen diagnoosin yhteyttä päihteiden käyttöön. **Ikä** näyttäisi vaikuttavan alkoholin käyttöön siten, että mitä nuorempi vastaaja on ollut, sitä enemmän esiintyy ”en lainkaan” -vastauksia ”Käytätkö alkoholia?” kysymykseen. Kuitenkin iät 13–15 olivat saaneet vähemmän vastauksia kuin muut iät, joten ne eivät ole täysin vertailukelpoisia muihin nähden. Silti oletuksemme on, että iällä olisi tämänkaltainen vaikutus alkoholin käyttöön. Alkoholin käyttö kerran tai useammin viikossa näyttäisi lisääntyvän sitä enemmän, mitä vanhemmasta vastaajasta on kyse. Taulukossa 4 vertaillaan kolmen ikäryhmän 16-, 19- ja 22-vuotiaiden alkoholin käytön useutta prosentuaalisesti. 16-

vuotiailla esiintyy selvästi enemmän ”ei lainkaan” -vastauksia kuin kahdella muulla ikäryhmällä tai ylipäätään keskitasoon verrattuna. Alkoholin käyttö 2-3 kertaa kuukaudessa tai useammin kuin kerran viikossa näyttää lisääntyvän iän myötä selvästi.

Taulukko 4. 16-, 19- ja 22-vuotiaiden sekä koko tarkastelujoukon alkoholin käytön yleisyys prosentteina

| | 16 | 19 | 22 | Yht. |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| En lainkaan | 36,4 | 11,8 | 16,7 | 17,0 |
| Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 18,2 | 17,6 | 16,7 | 21,0 |
| Kerran kuukaudessa | 27,3 | 29,4 | 16,7 | 15,0 |
| 2-3 kertaa kuukaudessa | 18,2 | 23,5 | 33,3 | 28,0 |
| Kerran viikossa | 0,0 | 11,8 | 0,0 | 14,0 |
| Useammin kuin kerran viikossa | 0,0 | 5,9 | 16,7 | 5,0 |
| Yht. | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | 11 | 17 | 12 | 100 |

Sama ilmiö kuin alkoholin käytön kohdalla näyttäisi esiintyvän huumeiden käytöstä kysyttäessä, kuitenkin hyvin paljon lievempänä (Taulukko 5). ”En lainkaan” -vastaukset vähenevät hieman iän lisääntyessä ja ”harvemmin kuin kerran kuukaudessa” -vastaukset lisääntyvät. Vaikuttaa siltä, että 19 vuotta on jossain määrin poikkeuksellinen ikä, sillä sekä alkoholin että huumeiden käyttöä tapahtuu keskimääräistä useammin verrattuna 16- ja 22-vuotiaiden ikäryhmiin sekä osittain myös verrattuna keskiarvoon. Saamillamme tuloksilla ei kuitenkaan vielä pysty tekemään kovin luotettavaa yleistystä päihteiden käytön lisääntymisestä iän myötä. Iän ja päihteiden käytön välinen yhteys ei ole tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 5. 16-, 19- ja 22-vuotiaiden sekä koko tarkastelujoukon huumeiden käytön yleisyys prosentteina

| | 16 | 19 | 22 | Yht. |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| En lainkaan | 100,0 | 85,7 | 83,3 | 91,1 |
| Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 0,0 | 7,1 | 16,7 | 4,4 |
| Kerran kuukaudessa | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2-3 kertaa kuukaudessa | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 |
| Kerran viikossa | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Useammin kuin kerran viikossa | 0,0 | 7,1 | 0,0 | 3,3 |
| Yht. | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | 11 | 14 | 12 | 90 |

Vertailtaessa kolmen tutkimustulostemme mukaan nuorisopsykiatrian poliklinikoilla yleisimmän **mielenterveyshäiriön yhteyttä alkoholin ja huumeiden käyttöön**, ongelma muodostuivat vastaajien erisuuruiset määrät. Näin ollen vertailu on vain suuntaa antavaa. Tuloksista kävi ilmi, että syömishäiriöiset käyttivät **alkoholia** selvästi harvemmin kuin ahdistuneisuushäiriöstä tai masennuksesta kärsivät (Taulukko 6). Kuitenkin ”kerran kuukaudessa” -vastauksissa syömishäiriöiset vastaajat tekevät poikkeuksen, sillä heidän vastausprosenttinsa on muita kahta diagnoosia sekä kaikkien tutkimuksemme esiintyvien häiriöiden keskitasoa suurempi. Ahdistuneisuushäiriö-diagnoosin omaavat puolestaan käyttävät alkoholia ylivoimaisesti eniten eli heillä on eniten ”kerran viikossa” -vastauksia. Masennuksesta ja syömishäiriöistä kärsivät käyttävät tulosten mukaan alkoholia yleensä harvemmin kuin kerran tai useammin viikossa. Esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien kohdalla saattaa olla kyse eräänlaisesta itselääkinnästä; alkoholin käyttö tuo helpotusta ja rentoutusta ahdistusta aiheuttaviin tilanteisiin.

Taulukko 6. Kolmesta yleisimmästä mielenterveyshäiriöstä kärsivien ja kaikkien vastanneiden alkoholin käyttö prosentuaalisesti

| | syömishäiriö | ahdistuneisuushäiriö | masennus | Yht. |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|
| En lainkaan | 21,4 | 12,1 | 13,6 | 16,8 |
| Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 21,4 | 15,2 | 21,2 | 19,7 |
| Kerran kuukaudessa | 28,6 | 18,2 | 13,6 | 16,8 |
| 2-3kertaa kuukaudessa | 14,3 | 30,3 | 31,8 | 29,9 |
| Kerran viikossa | 7,1 | 18,2 | 10,6 | 10,2 |
| Useammin kuin kerran viikossa | 7,1 | 6,1 | 9,1 | 6,6 |
| Yht. | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | 14 | 33 | 66 | 137 |

Huumeita käytetään selvästi alkoholia harvemmin (Taulukko 7). Masentuneiden huumeiden käyttö on kaikkein harvimmoin tapahtuvaa, ja ylipäätään heidän käyttönsä on harvoin tapahtuvaa. Syömishäiriöstä kärsivillä huumeiden käyttö on puolestaan harvempaa kuin ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä. Ahdistuneisuushäiriö-diagnoosin omaavilla käyttö keskittyy joko kahteen-kolmeen kertaan kuukaudessa tai useammin kuin kerran viikkoon. Tulosten mukaan masentuneista, ahdistus- ja syömishäiriöisistä vähiten ”en lainkaan” -vastauksia tuli syömishäiriöisiltä eli he käyttävät yleisemmin

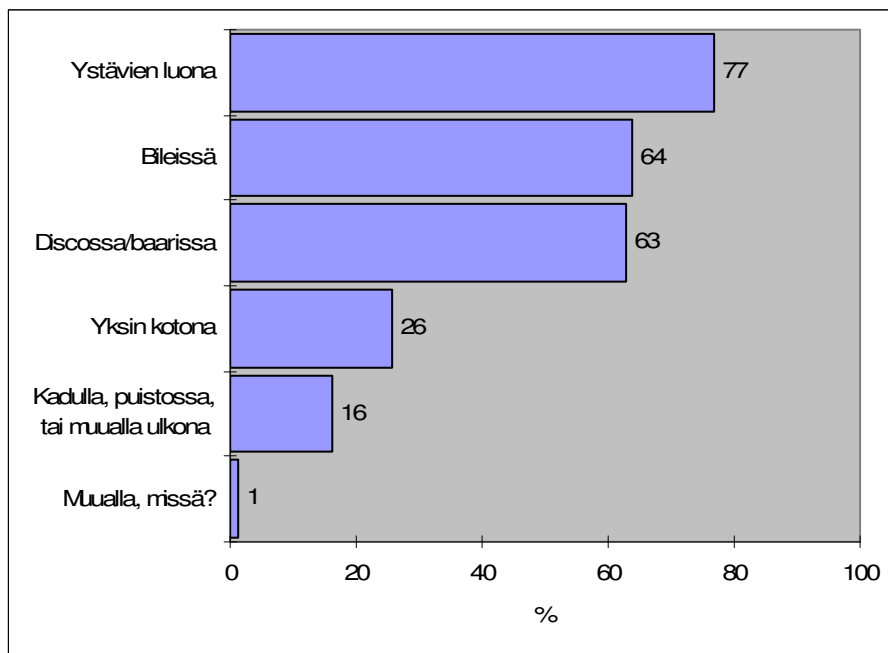
huumeita kuin muut. Toisaalta heidän käyttönsä tapahtuu yleensä harvemmin kuin kerran kuukaudessa, pienellä osalla myös kaksi-kolme kertaa kuukaudessa. Tuloksesta voi päätellä, että ahdistuneisuushäiriö-diagnoosin omaavat käyttävät huumeita yhtäläisesti verrattuna muihin mielenterveysongelmista kärsiviin vastaajiimme keskimääräisesti, mutta käyttökerrat ovat keskitasoon nähden runsaita. Tällä he saattavat pyrkiä eroon ahdistavasta olost. Nuoruusiässä masennuksen oireet ovat lähes samoja kuin yleiset masennusoireet; masentunut mieliala, kyvyttömyys tuntea mielenkiintoa ja mielihyvää sekä kyvyttömyys nauttia elämästä, voimattomuus, väsyminen ja aktiivisuuden väheneminen (Räsänen 2004, 219, 221). Näistä seikoista johtuen masentuneiden nuorten huumeiden käyttö saattaa olla vähäisempää kuin muista mielenterveyshäiriöistä kärsivien.

Taulukko 7. Kolmesta yleisimmästä mielenterveyshäiriöstä kärsivien ja kaikkien vastaajien huumeiden käyttö prosentuaalisesti.

| | <i>syömishäiriö</i> | <i>ahdistuneisuushäiriö</i> | <i>masennus</i> | <i>Yht.</i> |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|
| En lainkaan | 75,0 | 88,9 | 90,0 | 87,7 |
| Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 16,7 | 0,0 | 5,0 | 5,7 |
| Kerran kuukaudessa | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2-3kertaa kuukaudessa | 8,3 | 3,7 | 3,3 | 3,3 |
| Kerran viikossa | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Useammin kuin kerran viikossa | 0,0 | 7,4 | 1,7 | 3,3 |
| Yht. | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N | 12 | 27 | 60 | 122 |

Vastaajien päihteiden käyttö näyttää liittyvän kiinteästi erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin. Päihteitä käytetään eniten ystävien luona, bileissä ja discossa tai baarissa, kuten kuviossa 6 näkee. Päihteitä käyttämällä nuoret saattavat muokata omaa sosiaalista identiteettiään. Sosiaalinen identiteetti on identiteetin yhteisöllinen ulottuvuus. Sen muodostavat ihmisryhmät, joihin kuulutaan, samaistutaan ja joiden kanssa tunnetaan solidaarisuutta. Toisin sanoen kyseessä on siis yksilön paikka yhteiskunnassa ja yhteisöissä. (Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys: käsitteitä ja määritelmiä 2005.) Ylipäätään identiteettikäsitteen käytössä painotus on niillä minän alueilla, jotka liittyvät sosiaalisiin rooleihin ja statuksiin. Näitä voivat olla kansallis-, ammatti-, ryhmä-, ja sukupuoli-identiteetti. Identiteetin sosiaaliset sisällöt liittyvät yksilön ulkoiseen ympäristöön. Nuoruusiän lo-

pulla saavutetaan minäkokemus, jota kutsutaan sosiaalisiksi minuudeksi. Yksilön elämäkokemusten avartuessa se saa paljon uusia sosiaalisia sisältöjä. Kun yksilö alkaa olla tasapainossa minänsä ja minuutensa kanssa, auttaa se häntä toimimaan yhteisönsä aktiivisena jäsenenä ja luomaan rakentavia vuorovaikutussuhteita erilaisiin ihmisryhmiin. Kun kehitys on jo näin pitkällä, voi aikuisuus vähitellen alkaa. (Vuorinen 1997, 208, 225.) Vähemmistöön jäivät vastaukset, joissa mainitaan paikka, johon ei liity vahva sosiaalinen sidos. Yksi vastaajista kertoi käyttävänsä päihteitä kotona, eikä vanhempien läsnäolo ollut hänelle esteenä.



Kuvio 6. Päihteiden käyttöpaikat (n=86)

Nuorten päihteiden käytön syyt liittyvät vahvasti rennon ja hyvän olon hakemiseen (Taulukko 8). Päihteistä myös haetaan rohkaisua ja onnellisuuden tunnetta. Merkittävänä syynä vastaajat mainitsevat myös pahan olon poistamisen, mikä liittyyne joltain osin heidän psyykkisiin ongelmiinsa. Jonkun verran päihteitä käytetään myös tavan vuoksi ja koska muutkin kaveripiirissä käyttävät, joka osaltaan viittaa päihteiden sosiaaliseen merkitykseen nuorilla. Toisaalta vain hyvin pieni osa nuorista kokee tulleen painostetuksi päihteiden käyttöön, mikä kertoo siitä, että nuoret kokevat olevansa oman elämänsä subjekteja. Kotona ja koulussa olevilla ongelmilla tuntui olevan yllättävän pieni osuus nuorten päihteiden käyttöön. Muut syyt päihteiden käytölle jakaantuivat hyvin

räikeästi kahteen ääripäähän. Toisaalta päihteitä käytetään hivin ja hauskanpidon vuoksi, mutta toisaalta päihteitä käytetään poistamaan masennusta, ongelmista pakenemiseen, menneisyyden traumojen unohtamiseen ja itsensä vahingoittamiseen, jopa tappamiseen. Kysymyksessä oli mahdollista valita monta vastausta, joten tästä johtuen lukumäärät ovat suuremmat kuin vastaajien määrä.

Taulukko 8. Päihteiden käytön syyt (n=86)

| | <i>Lkm</i> |
|---|------------|
| Päästäkseni biletunnelmaan | 56 |
| Rentoutuakseni | 53 |
| Saadakseni pahan olon pois | 35 |
| Rohkaisuksi | 20 |
| Tavan vuoksi | 16 |
| Koska kaveritkin käyttävät/tunnen kuuluvani porukkaan | 11 |
| Kotona olevien ongelmien vuoksi | 10 |
| Kokeilunhalusta/uteliaisuudesta | 9 |
| Ei ole muuta tekemistä | 6 |
| Kouluongelmien vuoksi | 5 |
| Haluan tehdä jotain kiellettyä/hakea jännitystä | 4 |
| Ryhmän painostuksen vuoksi | 2 |
| Muu syy, mikä? | 11 |
| Yht. | 238 |
| N: | 86 |

Tulostemme perusteella vastaajia voi jaotella tietynlaisiin päihdekäyttäjiryhmiin. Yhden suuren ryhmän muodostavat alkoholia käyttävät nuoret, joilla käyttö ja humalajuominen keskittyvät harvemmin kuin kerran kuukauteen tai kahteen-kolmeen kertaan kuukaudessa. Todella marginaalisen ryhmän vastaajistamme muodostavat imppaajat, joiden liuottimien käyttö on harvoin tapahtuvaa. Neljäsosa nuorista muodostaa ryhmän, joka on kokeillut tai käyttänyt huumeita. Kuten oletimme, huumeita kokeilleista tai käyttävistä vastaajista enemmistön käyttämä huume on kannabis. Muiden huumeiden osalta käyttö näyttää jakaantuvan suhteellisen tasaisesti, mutta on huomattava, että amfetamiinin, ekstaasin, hallusinogeenien sekä opiaattien ja opioidien yhteenlaskettu osuus käytetyistä huumeista on jopa enemmän kuin kannabiksen käytön osuus. Ajatuksenamme on, että jakauma on tämänkaltainen, koska kokeilukäyttö painottuu yleensä kannabikseen, kun taas aktiivisemmassa huumeiden käytössä ovat mukana myös muut huu-

meet. Suurimmalla osalla huumeita käyttävistä vastaajista käyttö painottuu yli viiteen käyttökertaan eikä niinkään enää pelkkään kokeilukäyttöön. Lääkkeitä huumausainetaroituksessa käyttävät sekä alkoholia ja lääkkeitä sekaisin käyttävät vastaajat erottuvat kaikista vastaajistamme selkeästi. Näiden vastaajien lääkkeiden väärinkäyttö jakaantuu melko tasaisesti aina kokeilukäytöstä aktiivisempaan käyttöön.

6.3 Vastaajien päihdeasenteet

Mittasimme nuorten päihdeasenteita viisiportaisella Likertin asteikolla. Asteikossa 1 merkitsee täysin samaa mieltä, 2 melko samaa mieltä, 3 en osaa sanoa, 4 melko eri mieltä ja 5 täysin eri mieltä. Asenteella siis tarkoitetaan myönteistä tai kielteistä suhtautumista asioihin. Asenteissa on sekä tiedollisia aineksia että runsaasti tunnekomponentteja, mieltymyksiä, sympatiaa, antipatiaa, uskoa ja epäilystä. Nuoren omat elämäkokemukset, perheen arvomaailma ja ympäröivä kulttuuri vaikuttavat asenteiden syntymiseen. Asenteilla on erittäin suuri merkitys hoidettaessa esimerkiksi päihdeongelmia. Alkoholiin liittyvät odotukset ja asenteet kehittyvätkin hyvin varhain. Lasten alkoholin käyttöön liittyvät odotukset voivat näkyä jo ennen 10 ikävuotta, pääasiassa myönteisinä. Alkoholiin liittyvät odotukset, kokemukset ja asenteet ovatkin yleensä myönteisesti painottuneita varhaiseen aikuisuuteen asti. (Seppä 2003, 91.) Selvittääksemme vastaajien keskimääräisen mielipideilmaston, laskimme jokaisesta kysymyksestä keskiarvon sekä vastausten prosenttijakauman. Taulukko 9:stä on huomattavissa, että päihdevastaisten kysymysten kanssa on oltu melko samaa mieltä, esimerkiksi ”kaikki huumeet ovat vaarallisia”-kohdan keskiarvo on 1,82 ja ”alaikäisten ei kuulu juoda ollenkaan alkoholi-juomia”-kohdan keskiarvo on 2,32. On myös mielenkiintoista huomata, että kohtaan ”kannabiskokeilu ei ole sen vaarallisempaa kuin parin kolmosoluen juominen” on vastattu keskimääräisesti 3,78 eli melko eri mieltä ja kohtaan ”päihteet ovat tie parempaan elämään” on selvästi vastattu keskimääräisesti täysin eri mieltä (4,59). Myös kohta ”miedot huumeet pitäisi laillistaa” saa vastaajien vastustuksen, keskiarvon ollessa 4,11 eli melko eri mieltä. Nuoret tuntuvat ihailevan päihteettömiä ihmisiä, sillä kohtaan ”täysi raittius on ihailtava piirre”, vastattiin keskimääräisesti melko samaa mieltä eli 1,87. Tutkimusongelmamme kannalta kiinnostava kohta ”psykkiset ongelmat ja päihteiden käyttö kulkevat käsi kädessä” ei saanut juurikaan kannatusta puolesta tai vastaan, sillä

sen keskiarvo on 2,97 eli en osaa sanoa. Voi olla, että nuoret eivät näe kovinkaan selvää yhteyttä näiden kahden seikan välillä.

Taulukko 9. Päihdeasenteiden keskiarvot (Likert-asteikolla: 1=täysin samaa mieltä, 5=täysin eri mieltä)

| <i>Muuttuja</i> | <i>Lkm</i> | <i>Keskiarvo</i> |
|--|-------------------|-------------------------|
| Alaikäisten ei kuulu juoda ollenkaan alkoholijuomia | 105 | 2,32 |
| Kannabiskokeilu ei ole sen vaarallisempaa kuin parin kolmosoluen juominen | 105 | 3,78 |
| Päihteitä käyttämällä voi purkaa paineita | 105 | 3,16 |
| Päihteiden kokeilu kuuluu nuoruuden uteliaisuuteen | 103 | 2,53 |
| Absolutistit ovat vähemmän suosittuja nuorten keskuudessa | 105 | 3,21 |
| Kaikki huumeet ovat vaarallisia | 105 | 1,82 |
| Täysi raittius on ihailtava piirre | 103 | 1,87 |
| Nuoret juovat murheisiinsa ja ongelmiinsa | 105 | 2,39 |
| Bileet onnistuvat parhaiten, jos tarjottavana on jotain "vettä väkevämpää" | 104 | 2,81 |
| Välillä on juotava pää täyteen | 105 | 2,99 |
| Psyykkiset ongelmat ja päihteiden käyttö kulkevat käsi kädessä | 102 | 2,97 |
| Käytän päihteitä, jotta voin juhlia ja pitää hauskaa | 103 | 2,85 |
| Kohtuullinen päihteiden käyttö kuuluu normaaliin elämänmenoon | 104 | 2,81 |
| Päihteistä pääsee itse eroon milloin vaan haluaa | 103 | 3,35 |
| Nykyajan nuorilta vaaditaan liikaa ja se lisää päihteiden käyttöä | 104 | 2,59 |
| Päihteitä käyttämällä murheet unohtuvat | 103 | 3,24 |
| Päihteitä käyttämällä olen hetken iloinen/onnellinen | 102 | 2,54 |
| Imppaaminen on hengenvaarallista | 103 | 1,88 |
| Päihteet ovat tie parempaan elämään | 103 | 4,59 |
| Miedot huumeet pitäisi laillistaa | 104 | 4,11 |

Halusimme selvittää vielä keskiarvoa tarkemmin, miten mielipiteet asennevastauksissa jakaantuvat, sillä huomasimme, etteivät keskiarvot anna niin tarkkaa kuvaa asenteista kuin tarkat jakaumat (Taulukko 10). Tätä kautta löysimme vielä enemmän merkityksiä asennekysymyksiin. Seuraavien väittämien kanssa vastaajat olivat selvästi samaa mieltä: ”Alaikäisten ei kuulu juoda ollenkaan alkoholijuomia”, ”Päihteiden kokeilu kuuluu nuoruuden uteliaisuuteen”, ”Kaikki huumeet ovat vaarallisia”, ”Täysi raittius on ihailtava piirre”, ”Nuoret juovat murheisiinsa ja ongelmiinsa”, ”Käytän päihteitä, jotta voin juhlia ja pitää hauskaa”, ”Kohtuullinen päihteiden käyttö kuuluu normaaliin elämänmenoon”, ”Nykyajan nuorilta vaaditaan liikaa ja se lisää päihteiden käyttöä”, ”Päihteitä käyttämällä olen hetken iloinen/onnellinen” ja ”Imppaaminen on hengenvaarallista”. Seuraavien väittämien kanssa vastaajat olivat selkeästi eri mieltä: ”Päihteistä pääsee itse

eroon milloin vaan haluaa”, ”Kannabiskokeilu ei ole sen vaarallisempaa kuin parin kolmosoluen juominen”, ”Päihteet ovat tie parempaan elämään” ja ”Miedot huumeet pitäisi laillistaa”.

Vastausten perusteella vaikuttaa siltä, että nuorten asenne päihteitä kohtaan on realistinen sekä hieman kielteissävytteinen. He ymmärtävät, ettei päihteistä pääse välttämättä irti omin neuvoin ja että päihteet ovat vaarallisia. Kuitenkin heidän mielestään päihteiden käyttö kuuluu nuoruuteen ikään kuin sen normaalina osana. Asenteissa näkyy myös tietynlainen uteliaisuus päihteitä kohtaan. Osa asennoituu päihteisiin apukeinona murheisiin, ongelmiin ja elämässä selviytymiseen, osa taas näkee päihteet keinona hauskanpitoon.

Taulukko 10. Päihdeasenteiden prosenttijakaumat (Likert-asteikolla: 1=täysin samaa mieltä, 2=melko samaa mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=melko eri mieltä, 5=täysin eri mieltä)

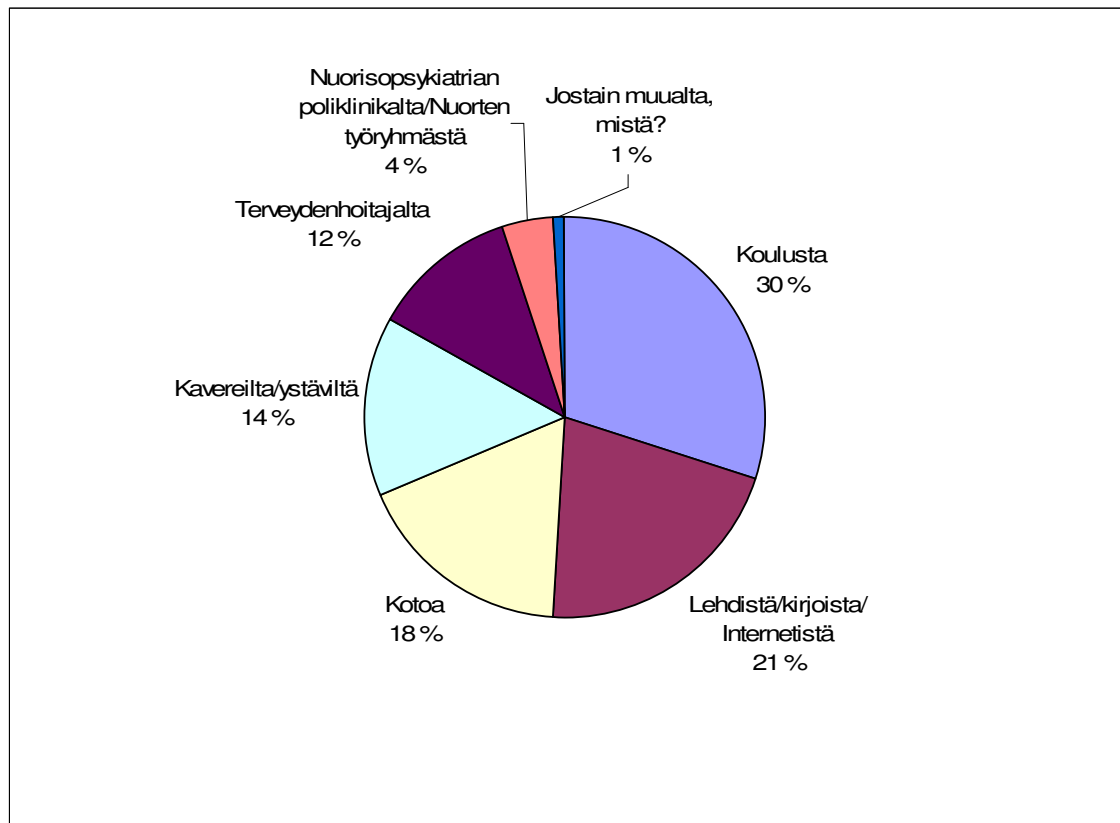
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----|----|----|----|----|
| Alaikäisten ei kuulu juoda ollenkaan alkoholijuomia | 32 | 31 | 13 | 17 | 6 |
| Kannabiskokeilu ei ole sen vaarallisempaa kuin parin kolmosoluen juominen | 10 | 13 | 12 | 15 | 49 |
| Päihteitä käyttämällä voi purkaa paineita | 13 | 25 | 20 | 14 | 28 |
| Päihteiden kokeilu kuuluu nuoruuden uteliaisuuteen | 19 | 46 | 12 | 9 | 15 |
| Absolutistit ovat vähemmän suosittuja nuorten keskuudessa | 11 | 18 | 30 | 20 | 21 |
| Kaikki huumeet ovat vaarallisia | 59 | 20 | 10 | 3 | 9 |
| Täysi raittius on ihailtava piirre | 55 | 19 | 16 | 6 | 5 |
| Nuoret juovat murheisiinsa ja ongelmiinsa | 19 | 41 | 25 | 12 | 3 |
| Bileet onnistuvat parhaiten, jos tarjottavana on jotain "vettä väkevämpää" | 18 | 28 | 24 | 19 | 12 |
| Välillä on juotava pää täyteen | 21 | 22 | 15 | 21 | 21 |
| Psyykkiset ongelmat ja päihteiden käyttö kulkevat käsi kädessä | 13 | 31 | 26 | 14 | 18 |
| Käytän päihteitä, jotta voin juhlia ja pitää hauskaa | 15 | 40 | 14 | 10 | 22 |
| Kohtuullinen päihteiden käyttö kuuluu normaaliin elämänmenoon | 16 | 36 | 15 | 16 | 16 |
| Päihteistä pääsee itse eroon milloin vaan haluaa | 12 | 14 | 20 | 37 | 18 |
| Nykyajan nuorilta vaaditaan liikaa ja se lisää päihteiden käyttöä | 16 | 35 | 28 | 16 | 5 |
| Päihteitä käyttämällä murheet unohtuvat | 12 | 23 | 19 | 20 | 25 |
| Päihteitä käyttämällä olen hetken iloinen/onnellinen | 17 | 40 | 24 | 12 | 8 |
| Imppaaminen on hengenvaarallista | 58 | 14 | 18 | 4 | 7 |
| Päihteet ovat tie parempaan elämään | 4 | 0 | 5 | 16 | 76 |
| Miedot huumeet pitäisi laillistaa | 6 | 6 | 21 | 7 | 61 |

lällä ja mielenterveyshäiriöllä ei juurikaan ollut merkittävää vaikutusta vastaajien päihdeasenteisiin, vaan vastaukset jakaantuivat kaikissa ryhmissä melko tasaisesti. Ainoat erottuvat ikäryhmät olivat 17- ja 19-vuotiaat, joilla oli muihin ikäryhmiin verrattuna eniten ääripäävastauksia. Mielenterveyshäiriöiden vaikutus päihdeasenteisiin oli vielä vähäisempi kuin iän. Ainoastaan syömishäiriö-ryhmän vastaukset erosivat muutamassa väittämökohdassa, muutoin vastaukset noudattivat normaalijakaumaa.

6.4 Vastaajien päihdetietous ja päihdeongelmien hoito

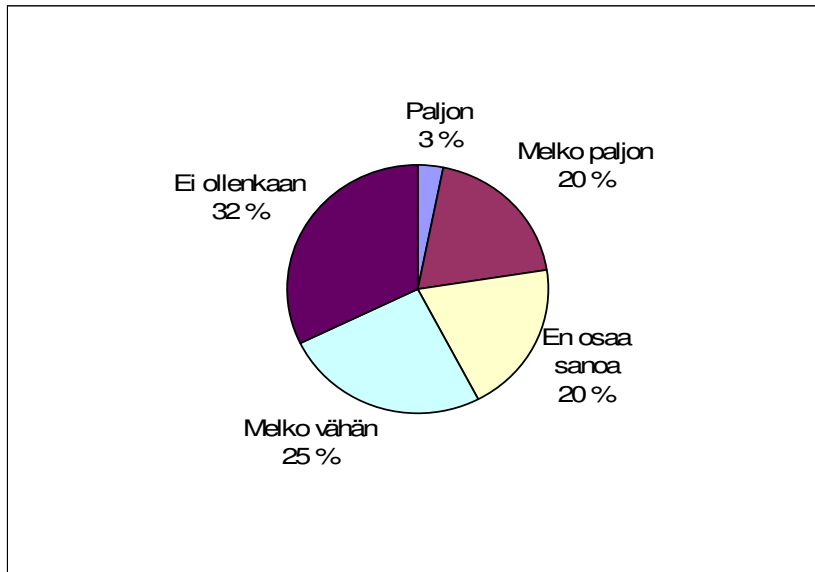
Kysyttäessä nuorilta ”Oletko saanut mielestäsi tarpeeksi tietoa päihteiden vaaroista ja haitoista?” kukaan ei vastannut "en ollenkaan". Tämä kertoo siitä, että päihdevalistusta ja tietoutta päihteiden vaaroista on nuorille saatavilla. Paljon tai melko paljon tietoa päihteistä on kokenut saavansa 88 prosenttia vastaajista, kun taas vain neljä prosenttia vastaajista oli saanut tietoa mielestään melko vähän. Seitsemän prosenttia vastaajista vastasi "en osaa sanoa".

Koulu, media ja koti olivat nuorille tärkeimmät tietolähteet päihteistä (Kuvio 7). Jonkin verran nuoret saivat tietoa myös kaveripiiriltä ja terveydenhoitajalta. Lisäksi tietoa on saatu poliisilta ja ehkäisyneuvolasta sekä televisiosta. Yllättävän vähän nuoret saivat päihdetietoutta nuorisopsykiatrian poliklinikoilta ja nuorten työryhmistä. Kuitenkin näillä nuorilla esiintyy päihteiden käyttöä, joten nuoret saattaisivat kaivata lisää päihdekeskusteluita. Erityisesti alkoholin käyttö tuntuu kuuluvan vastaajien elämään olennaisena osana, sillä jopa 83 prosenttia on käyttänyt tai käyttää alkoholia. Asenne alkoholia kohtaan tuntuu olevan siis myönteinen. Vastaajilla ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa alkoholin vaikutuksesta mielenterveysongelmiin tai terveyteen ylipäätään. Yllättävän suuri osa (42 %) vastaajista on kokeillut kerran tai useammin lääkkeiden ja alkoholin sekkäyttöä, samoin lääkkeitä päihtymistarkoituksessa on kokeillut 39 prosenttia. Huumausaineita on kokeillut kerran tai useammin 25 prosenttia vastaajista. Mielestämme näin suuret prosentiosuudet antavat aiheita nuorten päihteiden käytön puheeksi ottamiseen myös nuorisopsykiatrian poliklinikoilla. Nämä luvut antavat mielestämme aiheita huoleen. Ainoastaan liuottimien kokeiluprosentit ovat marginaalisia (3 %).



Kuvio 7. Päihdetietouskanavat (n=102)

Kuten jo edellisen kysymyksen vastauksista kävi ilmi, nuoret eivät mielestään ole saaneet kovinkaan paljoa päihdetietoa nuorisopsykiatrian yksiköistä. Noin kolmasosa vastaajista ei koe saaneensa ollenkaan tietoa päihteiden vaikutuksesta mielenterveysongelmiin nuorisopsykiatrian yksiköistä (Kuvio 8). Melko paljon ja paljon tietoa oli saanut noin neljäsosa vastaajista. ”En osaa sanoa” oli vastannut jopa 20 prosenttia vastaajista, minkä syynä saattaa olla päihteiden käytön vähemmälle huomiolle jättäminen nuorten hoidossa. Nuoret eivät välttämättä itsekään tuo esille päihteiden käyttöään, eivätkä näe niiden yhteyttä ja vaikutuksia mielenterveyteen.



Kuvio 8. Nuorisopsykiatrian poliklinikalta/nuorten työryhmästä saatu tieto päihdeiden vaikutuksesta mielenterveysongelmiin (n=102)

Vastaajista suurin osa eli 70 prosenttia kertoo tietävänsä, mistä voi saada apua mahdollisiin päihdeongelmiin. Viidesosa vastaajista ei kokenut tietävänsä, mistä saada apua päihdeongelmiin ja loput vastaajista eivät osanneet varmaksi sanoa, tietävätkö avunlähteitä vai eivät. Nuorisopsykiatrian yksiköiden rooli vastaajien päihdeiden käytön vähentäjänä tai ennaltaehkäisevänä tahona näyttäisi olevan pieni. Nuorten vastausten perusteella siis vaikuttaisi siltä, että hoito ei nuorisopsykiatrian yksiköissä vastaa vielä kaksoisdiagnoosiin ongelmiin. Vaikkei poliklinikoilla ole välttämättä resursseja tai päihdepuolen osaamista, niin he voisivat panostaa tiedon välittämiseen potilaalle, esimerkiksi ohjaamalla hänet tarpeenmukaisen päihdepalvelun piiriin.

Vastaajista 91 prosenttia ei ole ollut päihdeongelmien vuoksi minkäänlaisessa hoidossa. Vastaajista neljä prosenttia on ollut avomuotoisessa hoidossa, kuten A-klinikalla, nuori-soasemalla tai selviämisasemalla, päihdeongelmien vuoksi. Laitoshoidossa, kuten päihdepsykiatrisessa sairaalahoidossa tai päihdeongelmien hoitoon keskittyvässä lasten- tai nuortenkodissa, on ollut viisi prosenttia vastaajista. Tähän voi olla syynä esimerkiksi se, että nuorten päihdeongelmiin ei puututa tai he eivät itse nähin aktiivisesti hae apua. Toisaalta syy voi olla myös se, että nuoren päihdeiden käyttö ei ole ainakaan vielä muodostunut ongelmaksi.

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Tutkimuksessamme olemme etsineet näkökulmia ja vastauksia ensinnäkin päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien yhteenkietoutumiseen nuorilla mielenterveyskuntoutujilla. Toiseksi olemme tarkastelleet eri-ikäisten ja erilaisista mielenterveysongelmista kärsivien vastaajiemme päihteiden käyttöä ja päihdeasenteita. Kolmanneksi tutkimme ovatko nuoret mielenterveyskuntoutujat saaneet tietoa päihteiden vaaroista nuorisopsykiatrian poliklinikoilta ja nuorten työryhmistä sekä onko heitä ohjattu päihdepalveluiden piiriin.

Verratessamme tuloksiamme vuoden 2001 ja 2003 nuorten terveystapatutkimuksiin, huomasimme, että alkoholin käytöllä on tapana lisääntyä iän myötä näissä kaikissa tutkimuksissa. Meidän tutkimusaineistossamme 17 prosenttia kaikista vastaajista ei käyttänyt lainkaan alkoholia. ”En lainkaan” -vastaukset olivat runsaita nuorimpien vastaajien keskuudessa, mutta ne vähenivät iän lisääntyessä, kuitenkin taas lisääntyen vanhimpien vastaajien kohdalla. Esimerkiksi 14-vuotiaista 33 prosenttia ei käyttänyt alkoholia ja 19-vuotiaista enää 12 prosenttia ei käyttänyt alkoholia lainkaan. Sama ilmiö näytti toteutuvan nuorten terveystapatutkimuksessa 2003, sillä 12-vuotiaista 90 prosenttia ei käyttänyt lainkaan alkoholia, mutta 18-vuotiaista enää alle 10 prosenttia ei käyttänyt lainkaan sitä. Vuoden 2001 nuorten terveystapatutkimuksessa vähintään kerran kuukaudessa alkoholia käytti noin puolet vastaajista, kun taas meidän tutkimuksessa vastaava tulos oli 61 prosenttia. (Rimpelä ym. 2002, 24; Rimpelä ym. 2003, 25.)

Huumausainekokeilujen osalta tutkimuksemme noudattaa samaa kaavaa kouluterveyskysely 2000:n kanssa. Kouluterveyskyselyn vastaajista noin 24 prosenttia oli kokeillut huumausaineita, kun taas meidän vastaajistamme 25 prosenttia oli niitä kokeillut. Vähintään viisi kertaa huumausaineita oli käyttänyt noin 8 prosenttia kouluterveyskyselyn vastaajista ja meidän vastaajistamme 13 prosenttia. Tältä osin mielenterveyskuntoutujanuorten päihteiden käyttö on keskitasoon nähden yleisempää. Lääkkeitä huumausainetarkoituksessa käyttävien määrä oli tutkimuksessamme huolestuttava verrattuna koulu-

terveyskyselyyn, sillä 39 prosenttia meidän vastaajistamme oli käyttänyt lääkkeitä huumausainetarkoituksessa, mutta kouluterveyskyselyn vastaajista vain 3 prosenttia oli niitä käyttänyt. Meidän näkemyksemme mukaan meidän kyselyymme vastanneiden nuorten on helpompi saada lääkkeitä mielenterveysongelmansa vuoksi ja tästä johtuen myös asenne lääkkeitä kohtaan voi olla myönteisempi. Tuloksiamme tukee myös se, että on havaittu, että eri hoitotahojen vastaanotoille tulee joskus päihderiippuvaisia nuoria, jotka saattavat liioitella psyykkisiä oireitaan saadakseen esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä (Lepistö ym. 2007, 9-10).

Yleisin sekakäytön muoto Dahlin ja Hirschovitsin (2005, 147, 150) mukaan on alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö, joiden yhteisvaikutukset ovat aina arvaamattomia ja voivat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen päihtyneenä, kontrollin ja muistin menettämiseen, jopa kuolemaan, ja lisäksi sekakäyttö voi myös toimia niin sanottuna itselääkintänä mielenterveyden häiriöissä. Sekakäytössä on havaittavissa sama huolestuttava piirre kuin lääkkeiden käytössäkin, sillä meidän vastaajistamme 42 prosenttia oli sekakäyttänyt alkoholia ja lääkkeitä vähintään kerran, kun puolestaan kouluterveyskyselyssä keskimäärin noin 13 prosenttia vastaajista oli sekakäyttänyt alkoholia ja lääkkeitä vähintään kerran. Lisäksi viisi kertaa tai useammin alkoholia ja lääkkeitä sekaisin käyttäneitä oli kouluterveyskyselyssä vain muutama prosentti, mutta meidän tutkimusaineistossamme vielä 14 prosenttia oli käyttänyt alkoholia ja lääkkeitä sekaisin viisi kertaa tai useammin. Imppaaminen oli niin kouluterveyskyselyn kuin meidänkin tutkimuksemme mukaan kovin harvinaista. (Luopa ym. 2000, 17, 20, 27, 29–30.)

Tarkastellessa eri mielenterveyshäiriöiden ja päihteiden käytön yhteyttä otimme tarkempaan käsittelyyn vain kolme yleisintä häiriötä, sillä muissa häiriöissä vastausten määrä oli niin pieni, ettei niitä olisi voinut luotettavasti vertailla. Alkoholin kohdalla syömishäiriöstä kärsivien käyttö oli kaikkein harvimmoin tapahtuvaa, kun taas ahdistuneisuushäiriö-diagnoosin omaavilla käyttö oli yleisintä. Huumeiden kohdalla masentuneiden käyttö oli harvimmoin tapahtuvaa, syömishäiriöiset käyttivät eniten tarkastelujoukostamme, mutta käyttö oli kuitenkin harvempaa kuin ahdistuneisuushäiriöisillä ja masentuneilla. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien huumeiden käyttökerrat ovat keskitasoomme nähden runsaita. Kovin merkittäviä eroja eri psykiatrisen diagnoosin omaavien kesken päihteiden käytössä ei ole, lähinnä erot näkyvät käytön useudessa. Uskomme,

että tämä voi johtua eri mielenterveysongelmien erilaisista ilmenemismuodoista ja oireiden erilaisuudesta.

Nuorten terveystapatutkimuksen 2003 mukaan nuorten päihdeasenteet ovat muuttuneet myönteisimmiksi 1980-luvulta 1990-luvulle siirryttäessä. Päihdeasenteiden myönteisyys ei meidän tutkimuksessa tullut selvästi esille, oikeastaan päinvastoin. Kouluterveyskyselyssä 2000 oli yhtenä väittämänä ”Kannabiskokeilu ei ole sen vaarallisempaa kuin parin kolmosoluen juominen”, jonka kanssa samaa mieltä oli 18 prosenttia vastaajista. Meidän tutkimuksessamme mielipideilmasto oli hieman erilainen, sillä nuoret mielenterveyskuntoutujat vastasivat keskimääräisesti melko eri mieltä ja jopa 49 prosenttia vastasi täysin eri mieltä. Vastaajistamme vain 10 prosenttia oli täysin samaa mieltä tämän saman väittämän kanssa. Vastaajanuoret vaikuttavat olevan melko realistisia päihdeiden suhteen, eikä heillä ole illuusiota päihdeiden onnellisuutta tuottavasta vaikutuksesta. (Rimpelä ym. 2003, 32.)

EU-maiden nuorille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan yhdeksän tärkeintä syytä huumeiden käyttöön on tärkeimmästä aloittaen ongelmien unohtaminen, kaverien huumeiden käyttö, perheongelmat, seurusteluongelmat, yksinäisyys, työ- tai koulupulmat, varmuuden hakeminen, suoristusten parantaminen sekä ystävien saaminen (Dahl & Hirschovits 2005, 210). Meidän tutkimuksessamme päihdeiden käyttöön löydettiin osittain samoja syitä kuin edelläkin. Päällimmäisinä olivat bile tunnelmaan pääseminen, rentoutuminen, pahan olon poistaminen, rohkaisu, tapa ja kaverien päihdeiden käyttö/porukkaan kuuluminen. Tutkimuksessamme painottui enemmänkin hauskanpito ja rentoutuminen, kun taas edellä mainitussa kyselyssä pääpaino oli erilaisten ongelmien unohtamisessa ja selvittämisessä. Asennekyselyksessämme ”Nuoret juovat murheisiinsa ja ongelmiinsa” vastaajat olivat selvästi samaa mieltä väittämän kanssa. Joten mielenterveyskuntoutujien päihdeiden käytön syyt olivat lähes samansuuntaisia kuin EU-maiden nuorille tehdyssä kyselyssä ilmenneet päihdeiden käytön syyt.

Nuorten kohdalla olisi keskeistä pyrkiä siirtämään päihdeiden käytön aloittamisikää mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen nuoruuden kehitystä, koska tällä pystyttäisiin ehkäisemään vaikeiden komorbidien häiriöiden kehittymistä sekä vähentämään pelkäämistään päihdeiden käytöstä syntyviä huomattavia ongelmia että myöhempää päihdeongelmaisten määrää. Tutkimuksessamme ilmeni, että vastaajistamme nuorimmat käyttivät

päihteitä harvemmin kuin vanhemmat vastaajat. Tämä on mielestämme positiivinen tulos, sillä kyseinen seikka voi toimia heidän kohdallaan päihdeongelmien syntymistä ehkäisevänä tekijänä. Valitettavasti nuorempien vastaajien osuus vastaajissamme oli melko pieni, minkä vuoksi tuloksista ei voi tehdä merkittäviä päätelmiä tai ennusteita mielenterveysongelmaisten tulevaisuuden päihdeongelmista. Niin sosiaalihuollon kuin perusterveydenhuollonkin piirissä on tärkeää tunnistaa nuoret, joiden kohdalla varsinaisten häiriöiden diagnostiset kriteerit eivät vielä täyty, mutta hyvinkin monenlaista oireilua ja mahdollisesti vielä lievää päihteiden käyttöä voidaan havaita. Mahdollisimman varhainen ja riittävä puuttuminen ja lyhyetkin hoitointerventiot voivat näiden riskinuorten kohdalla vaikuttaa siihen, ettei oireilu kehity varsinaiseksi mielenterveyshäiriöksi. Esimerkiksi motivoiva haastattelu soveltuu hyvin perustason työvälineeksi päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyyn. (Lepistö ym. 2007, 9.)

Kokonaisvaltaisen arvion jälkeen tehdään nuorelle yksilöllisesti rakennettu hoitosuunnitelma. Nykytiedon perusteella ei ole suositeltavaa, että edellytettäisiin nuoren päihdehäiriön hoitoa ensin ja komorbidien häiriöiden hoitoa vasta päihteiden käytön loputtua, vaan samanaikaiset päihde- ja muut mielenterveyshäiriöt tulisi hoitaa samanaikaisesti. Hoidettaessa päihde- ja mielenterveyshäiriöitä samanaikaisesti tulisi ottaa huomioon sekä nuoren yksilöllinen kehitysvaihe että kummankin häiriön erityispiirteet. (Lepistö ym. 2007, 11.)

Tutkimuksessamme selvisi, että nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ja nuorten työryhmien osuus nuorten päihdetietouslähteenä oli vain neljä prosenttia. Koulu, media ja koti olivat pääasialliset päihdetietokanavat näiden nuorten elämässä. Ylipäätään nämä samat kanavat vaikuttavat myös vahvasti nuorten päihdeasenteisiin, jolloin niiden kautta saataan etsiä päihdetietoakin aktiivisemmin. Ainoastaan 23 prosenttia nuorista oli saanut paljon tai melko paljon tietoa nuorisopsykiatrian poliklinikoilta tai nuorten työryhmistä päihteiden vaikutuksesta mielenterveysongelmiin. Yksiköissä keskitytään siis lähinnä vain mielenterveyden ongelmien hoitoon ja tiedon antamiseen niistä. Tutkimuksestamme on myös käynyt ilmi, että nuorten mielenterveyskuntoutujien kokonaisvaltaisessa hoidossa tulisi ottaa päihteiden käytön osalta huomioon erityisesti lääkkeiden väärinkäyttö sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö. Nämä muodostuvat heillä kaikkein huomattavimmiksi ongelmakohdiksi. Hoitotahon vastuulle jää se, kuinka paljon lääkkeiden väärinkäytön vaikutuksista ja vaarallisuudesta puhutaan. Potilaan päihteiden

käytöstä ja päihdeasenteista keskustelu voi jo estää väärinkäytöksiä ja auttaa nuorta ymmärtämään, että useiden lääkkeiden vaikutukset voivat muuttua radikaalisti otettaessa niitä liikaa tai käyttäessä niitä yhtäaikaaisesti alkoholin kanssa.

Nuorisopsykiatrian yksiköiden vastuulle jää se, ohjataanko nuoria eteenpäin havaittaessa päihteiden ongelmakäyttöä. Yhtenäinen ohjeistus auttaisi henkilökuntaa toimimaan johdonmukaisesti ja yhdenmukaisesti asiakastilanteissa, joissa kohdataan nuoria, joilla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Jos nuori mahdollisesti ohjataan eteenpäin päihdehuollon piiriin, tulisi yhteistyön jatkoa eikä nuoren mielenterveysongelmaa saisi unohtaa. Lisäksi tiedon tulisi kulkea mielenterveys- ja päihdeyksiköiden välillä, jotta nuoren tilanne pystyttäisiin näkemään kokonaisvaltaisesti. Moniammatillinen verkostotyö olisi varmasti eduksi nuoren kuntoutumiselle. Yhteistyön esteenä ei saisi olla eri ammattikuntien väliset raja-aidat, vaan asiakkaan edun tulisi olla ensisijalla. Vain yhdeksän prosenttia vastaajanuorista oli ollut avo- tai laitoshoidossa päihdeongelmien vuoksi. Syyt saattavat löytyä siitä, ettei päihteiden käyttöön puututa tai sitten ne eivät ole ainakaan vielä muodostuneet ongelmaksi.

Kaiken kaikkiaan saamamme tulokset eivät aivan täysin tukeneet hypoteesiamme, sillä alkoholin ja huumeiden käyttö noudatteli aikalailla samaa linjaa kuin muissa aiemmissa nuoriin kohdistuneissa päihdetutkimuksissa. Kuitenkin yllätyksenä meille tuli lääkkeiden huumausainekäytön ja sekakäytön suuret osuudet mielenterveyskuntoutujilla. Varsinkin siis näiltä osin päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat näyttävät tutkimuksemme mukaan kietoutuvan yhteen. Nuorten mielenterveyskuntoutujien kohdalla ei välttämättä aina ole kyse kaksoisdiagnoosista, vaikka heillä päihteiden ongelmallista käyttöä olisikin, sillä nuoruuteen kuuluvat olennaisena osana erilaiset kehityskriisit, joiden yhtenä ilmenemismuotona saattaa olla päihteiden käyttö. Päihdeasenteet eivät olleet mielestämme tutkimukseemme osallistuneilla niin myönteisiä kuin aluksi olimme ajatelleet. Vastaajien iällä ja psykiatrisella diagnoosilla ei näyttänyt olevan merkittävää vaikutusta päihdeasenteisiin. Nuorten maailman ainekset, kuten päihdeasenteet, nousevat pohjimmiltaan ympäröivistä yhteiskunnallisista käytännöistä ja aikuisten maailmasta. Lisäksi mainonta, media ja kuluttaminen vaikuttavat vahvasti nuorten elämään ja asenteisiin. (Dahl & Hirschovits 2005, 207–208.) Näiden nuorten vastauksista näkyi mielestämme läpi melko todenmukainen asenne päihteisiin; niitä ei ihailtu liiaksi, mutta ei myöskään demonisoitu. Kuitenkin tuloksemme antavat vain suuntaa, eikä niistä voi

tehdä pitkälle vietyjä johtopäätöksiä, koska aineistomme oli verrattain pieni. Kyse on loppujen lopuksi enemmänkin tilannekartoituksesta Satakunnan alueen päihdetilanteesta nuorisopsykiatrian yksiköissä.

Lasten ja nuorten turvallisen kasvun edistäminen on hyvin olennaista koko yhteiskuntapolitiikassa. Olisi tiedostettava, että lapsia ja nuoria koskevilla toimilla vaikutetaan koko tulevaisuuteen ja näin se lisää myös muiden hyvinvointia. (Friis ym. 2004, 13.) Nuorissa on yhteiskuntamme tulevaisuus.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimustamme voisi laajentaa tulevaisuudessa ottamalla poliklinikoiden ja työryhmien henkilökunnan näkemykset aiheesta tarkastelun kohteeksi. Kokevatko he, onko päihteiden käyttö nuorille jonkinasteinen ongelma? Ovatko mielenterveyskuntoutujanuoret päihdemyönteisiä? Onko päihteiden käyttöä nuorilla ylipäätään havaittavissa? Miten nuorten päihteiden käyttö kannattaisi ottaa hoidossa mahdollisesti huomioon?

Kyselylomaketta ja tutkimuksemme tuloksia voisi myös käyttää tehtäessä laajempaa kartoitusta mielenterveysongelmien ja päihteiden käytön yhteydestä nuorten kohdalla. Tätä kautta voisi saada uusia näkökulmia mielenterveyskuntoutujanuorten kokonaisvaltaiseen hoitoon.

LÄHTEET

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 1999. Nuoren aika. Porvoo. WSOY.

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M. & Pelkonen, M. 2003a. Nuorten päihdehäiriöiden varhastunnistaminen. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. [verkkodokumentti] Kansanterveyslaitos. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto MAO. [Viitattu 20.8.2007] Saatavissa:
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/paihdehairiot.pdf

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M. & Pelkonen, M. 2003b. Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. [verkkodokumentti] Kansanterveyslaitos. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto MAO. [Viitattu 16.10.2007] Saatavissa:
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/mao/komorbidityetti.pdf>

Ahlström, S. 2001. Nuoret ja päihteet. Teoksessa Taskinen, S. (toim.). ”Huono ennuste”. Mitä on lasten ja nuorten syrjäytyminen?. Aiheita 10/2001. Helsinki. Stakes, 33–44.

Ahlström, S., Metso, L. & Tuovinen E-L. 2004. Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö 1999 ja 2003. Espad-tutkimuksen taulukkoraportti. Aiheita 32. Helsinki. Stakes.

Alaja, R. 1999. Substance Use Disorders in Psychiatric Consultations: Service Provision in General Hospitals (Päihdesairaudet yleissairaaloiden psykiatrisessa konsultaatiotoiminnassa). [verkkodokumentti] Tampereen yliopisto. [Viitattu 15.10.2007] Saatavissa:
<http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/vaitokset/1999/2099.html>

Alkoholilaki [verkkodokumentti]. 8.12.1994/1143. [Viitattu 15.9.2007]. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143>.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Porvoo. WSOY.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2005. Tästä on kyse-tietoa päihteistä. Helsinki. YAD Youth Against Drugs.

Ebeling, H. Nuorten syömishäiriöt. [verkkodokumentti] TherapiaFennica. [Viitattu 3.11.2007]. Saatavissa:
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Nuorten_sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki. WSOY.

Haavisto, R. 2005. Haasteellinen kaksoisdiagnoosi. Talentia 2/05, 28–30.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1995. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Jyväskylän Kirjayhtymä.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Heinisuo, A-M., Ilonen, T., Jalava, E., Karlsson, L., Luutonen, S., Ranta, K., Salokangas, R., Svartsjö, R. & Svirskis, T. 2006. Varhain. Vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito. Opas perusterveydenhuollolle ja psykiatriselle erikoissairaanhoidolle. Turku. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri.

Huumausainelaki [verkkodokumentti]. 17.12.1993/1289. [Viitattu 15.9.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931289>.

Hyvän mielen päivä-työkirja. [verkkodokumentti] Suomen Mielenterveysseura. [Viitattu 19.5.2007] Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/hyvan%5Fmielen%5Fpaiva/>.

Kemppinen, P. 1997. Nuori minänsä vankina, I osa: alkoholi, imppaaminen, lääkkeet, huumeet, kielteinen elämä. Vantaa. Kannustusvalmennus.

Kiviniemi, P. 17.11.2004. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoonohjaus sekä hoito ja kuntoutus-luento. Ketjun rasvaus-projektityöryhmä 01–04. TAYS Pitkäniemen sairaala. Tampere.

Kumpulainen, K. 2004. Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki. Duodecim, 130–136.

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 1999. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). 1999. Psykiatria. Helsinki. Duodecim, 367–431.

Lahti, P. 1995. Mielenterveyden menu. Porvoo. WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [verkkodokumentti]. 17.8.1992/785. [Viitattu 21.5.2007] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Lapsuus ja nuoruus. 2001. [verkkodokumentti] Suomen Mielenterveysseura. [Viitattu 19.5.2007] Saatavissa: http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mielenterveys%20ja%20el%EA4m%E4nkulku&page=142&cat=Lapsuus%20ja%20nuoruus&show=no

Lastensuojelulaki [verkkodokumentti]. 13.4.2007/417. [Viitattu 16.9.2007] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.

Lepistö, J., Marttunen, M., Pirkola, T. & Strandholm, T. 2007. Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. [verkkodokumentti] Kansanterveyslaitos. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto MAO. [Viitattu 16.10.2007]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b03.pdf

Lepistö, J., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. 2005. Nuorten päihdehäiriöiden hoito. [verkkodokumentti]. Kansanterveyslaitos. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen

osasto MAO. [Viitattu 13.8.2007]. Saatavissa:
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/nuorten_paihdehairioiden_hoito.pdf

Luopa, P., Rimpelä, M. & Jokela, J. 2000. Huumeet ja koululaiset. Tuloksia kouluterveyskyselystä 1996–2000. Aiheita 25/2000. Helsinki. Stakes.

Manninen, P. 2004. Johdatus tilastolliseen data-analyysiin. Sovellus- ja atk-keskeinen näkökulma. Tampere. Tampereen yliopisto.

Mielenterveyslaki [verkkodokumentti]. 14.12.1990/1116. [Viitattu 19.5.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Mikkonen, Antti. 24.4.2007. Kaksoisdiagnoosi hoitojärjestelmän haasteena - Vastakainasettelusta yhteistyöhön-luento. Päihde- ja mielenterveyssuunnitelmaseminaari. Satakunnan keskussairaala. Pori.

Mäkelä, R. 1998. Hoitojärjestelmät. Teoksessa Päihdelääketiede. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.). Helsinki. Duodecim, 171–178.

Nuorisopsykiatrian poliklinikat. [verkkodokumentti]. Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2005. [Viitattu 19.5.2007]. Saatavissa:
http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=118,75692,118_75707&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1.

Piha, J. 2004a. Lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluketju. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki. Duodecim, 378–381.

Piha, J. 2004b. Erikoissairaanhoito. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki. Duodecim, 386–390.

Pihlaja, K. 2004. Kaksoisdiagnoosi: uusi näkökulma hoitotyöhön. [verkkodokumentti] [Viitattu 26.9.2007] Saatavissa:
http://www.kaksoisdiagnoosi.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=44.

Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.). 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Helsinki. Stakes.

Pirkola, S., Wahlbeck, K. & Virtanen, A. 2004. Huumeisiin liittyvä monihäiriöisyys. Teoksessa: Virtanen, A. (toim.). EMCDDA-seurantaraportti. Huumausainetilanne Suomessa vuonna 2003. Suomen huumausaineiden seurantakeskus. Helsinki. Stakes, 147–154.

Poikolainen, K. 1998. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa Päihdelääketiede. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.). Helsinki. Duodecim, 74–80.

Päihdehuoltolaki [verkkodokumentti]. 17.1.1986/41. [Viitattu 17.8.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.

Ranta, K. & Rantanen, P. Nuorten ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. [verkkodokumentti] TherapiaFennica. [Viitattu 3.11.2007]. Saatavissa: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Nuorten_ahdistuneisuus_ja_ahdistuneisuus%C3%A4iri%C3%B6t.

Rimpelä, A., Lintonen, T., Pere, L., Rainio, S. & Rimpelä, M. 2002. Nuorten terveystapatutkimus 2001. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutokset 1977–2001. Aiheita 10/2002. Helsinki. Stakes.

Rimpelä, A., Lintonen, T., Pere, L., Rainio, S. & Rimpelä, M. 2003. Nuorten terveystapatutkimus 2003. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käytön muutokset 1977–2003. Aiheita 13/2003. Helsinki. Stakes.

Räsänen, E. 2004. Mielialahäiriöt. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki. Duodecim, 218–232.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2001. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo. WSOY.

Salonen, K. 2003. Lasten ja nuorten psyykinen kehitys. [verkkodokumentti] Suomen Mielenterveysseura. [Viitattu 19.5.2007] Saatavissa: http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mielenterveys%20ja%20e1%E4m%E4nkulku&page=297&cat=Lapsuus%20ja%20nuoruus&show=no.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. Avohoidon tilastot v. 2006 [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: sini.suoranta@samk.fi. Lähetetty 22.1.2007 klo 9.23. [Viitattu 7.10.2007].

Seppä, K. 2003. Asenteet. Teoksessa Päihdeläketiede. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.). Helsinki. Duodecim, 91–94.

Sosiaalihuoltolaki [verkkodokumentti]. 17.9.1982/710. [Viitattu 8.10.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Alkoholiolot Eu-Suomessa, Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:19. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tamminen, T. 2004. Häiriöiden luokittelu. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki. Duodecim, 136–141.

Vuorinen, R. 1997. Minän synty ja kehitys. Porvoo. WSOY.

Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys: käsitteitä ja määritelmiä [verkkodokumentti]. 2005. [Viitattu 26.9.2007] Saatavissa: http://www.yhdenvertaisuus.fi/suomi/yhdenvertaisuus/kasitteita_ja_maaritelmia/.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Tutkimuslupa-anomus

LIITE 2 Tutkimuslupa

LIITE 3 Kyselylomake

Suoranta Sini
Ilmarisenkatu 5 B 12
29200 Harjavalta
050-*****

ANOMUS

28.9.2006

Tampio Mari
Ilmarisenkatu 5 B 14
29200 Harjavalta
040-*****

Harjavallan sairaala
Tulosalueen johtaja
Lemmetty Arto
Sairaalantie 14
29200 Harjavalta

TUTKIMUSLUPA

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa, Harjavallassa, Sosiaali- ja terveysalan toimipisteessä sosiaalipalvelujen ohjaus suuntautumisvaihtoehtonamme. Olemme aloittaneet opiskelumme syksyllä 2004. Tarkoituksenamme on valmistua joulukuussa 2007.

Opintoihimme kuuluvana opinnäytetyönä tutkisimme sitä, millaista päihteiden käyttöä ja millaisia päihdeasenteita on nuorilla mielenterveyskuntoutujilla. Liitteenä lähetämme Teille tutkimussuunnitelmamme, josta saatte perusteellisemmän käsityksen työmme tarkoituksesta ja toteuttamistavoista.

Tutkimusaineistomme keräämiseksi pyydämme kohteliaimmin lupaa saada suorittaa kyselytutkimus Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian potilaille kaikissa sen nuorisopsykiatrian poli-klinikoiden toimipisteissä. Tutkimuslomakkeet on tarkoitettu jakaa tutkittaville tammikuusta 2007 alkaen. Tutkimuslomakkeista saamamme tiedot käsittelemme ehdottoman luottamuksellisesti.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii YL Pasi Kumpulainen.

Yhteistyöstä kiittäen,

Sini Suoranta
SO04H

Mari Tampio
SO04H

Pasi Kumpulainen
YL, ohjaava opettaja

Lupa myönnetty / hylätty

Harjavallassa ____ / ____ 2006

Arto Lemmetty

Nuorisopsykiatrian yksikkö
Hansakatu 5
28100 PORI

28.11.2006

Sini Suoranta
Mari Tampio

OPINNÄYTETYÖ

Nuorisopsykiatrian yksikön johtoryhmä käsitteli eilisessä kokouksessaan opinnäytetyötänne. Meille sopii se, että jaamme uusille hoitoon hakeutuville nuorille kyselykaavakkeet. Vastaanottokäynnillä kaavaketta ei voi täyttää, nuorilla on toki käynnin jälkeen odotustilassa mahdollisuus täyttää se. Toivomme, että kyselylomakkeiden mukana on palautuskuori postimerkkeineen, jotta nuori voi palauttaa lomakkeen postitse. Lomakkeen voi palauttaa myös poliklinikalle, joskaan työntekijöillä ei ole mahdollisuutta aktiivisesti kysyä lomakkeen palautuksen perään.

Johtoryhmän puolesta

Terveisin



Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu
Ylilääkäri

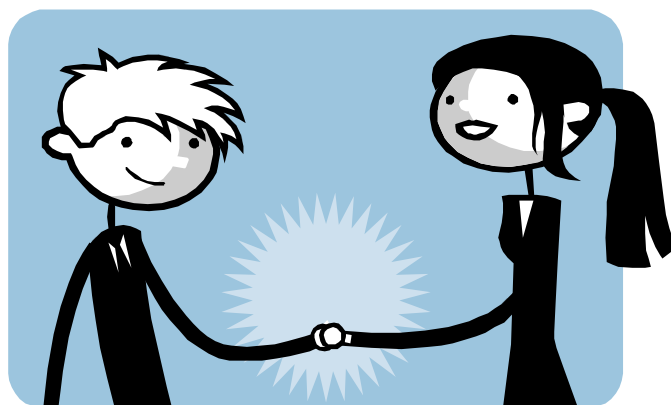
HEIP!

Olemme kaksi sosionomi (AMK)-opiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Tavoitteenamme on valmistua vuoden 2007 lopulla ja siihen mennessä opinnäytetyömme pitäisi olla valmis. Opinnäytetyössämme kartoitamme nuorisopsykiatrian poliklinikoilla käyvien nuorten päihteiden käyttöä ja päihdeasenteita, joten toivomme, että juuri SINÄ autat meitä toteuttamaan tutkimuksemme ☺

Vastauksiasi käsitellään luottamuksellisesti siten, että kukaan ei saa koskaan tietää, mitä juuri sinä olet vastannut! Lomakkeeseen ei siis laiteta nimeä. Palauta lomake odotustilassa olevaan punaiseen laatikkoon.

Mukavaa vuoden jatkoa ja kiitos avustasi ja osallistumisestasi!!

Toivottelee, *Mari ja Sini*



PÄIHDEKYSELY

Rengasta jokaisen kysymyksen kohdalla omaa näkemystäsi parhaiten vastaavan vaihtoehdon numero. Muutamassa kysymyksessä vastaus kirjoitetaan sille varattuun tilaan.

Vastaathan rehellisesti.

I PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

1. Käytätkö alkoholia?

- 1 en lainkaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 kerran viikossa
- 6 useammin kuin kerran viikossa

2. Kuinka usein juot itsesi humalaan?

- 1 en koskaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 kerran viikossa
- 6 useammin kuin kerran viikossa

3. Käytätkö liuottimia päihtymistarkoituksessa (liimat, bensiini, butaani, sytytinkaasut, lakat tms.)?

- 1 en lainkaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 kerran viikossa
- 6 useammin kuin kerran viikossa

4. Oletko käyttänyt huumeita?

- 1 en koskaan
- 2 kerran
- 3 2-5 kertaa
- 4 yli 5 kertaa

5. Jos vastasit edelliseen muun kuin kohdan 1, niin mitä huumeita olet käyttänyt (voit ympyröidä useamman vaihtoehdon)?

- 1 kannabis (hasis ja marihuana)
- 2 amfetamiini
- 3 ekstaasi
- 4 hallusinogeenit (LSD, PCP, DMT, huumesienet...)
- 5 opiaatit ja opioidit (heroiini, morfiini, temgesic, subutex...)
- 6 kokaiini ja crack
- 7 jokin muu, mikä

6. Kuinka usein käytät huumeita?

- 1 en lainkaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 kerran viikossa
- 6 useammin kuin kerran viikossa

7. Oletko käyttänyt lääkkeitä huumaustarkoituksessa?

- 1 en koskaan
- 2 kerran
- 3 2-5 kertaa
- 4 yli 5 kertaa

8. Kuinka usein käytät lääkkeitä huumaustarkoituksessa?

- 1 en lainkaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 kerran viikossa
- 6 useammin kuin kerran viikossa

9. Oletko sekakäyttänyt alkoholia ja lääkkeitä?

- 1 en koskaan
- 2 kerran
- 3 2-5 kertaa
- 4 yli 5 kertaa

10. Kuinka usein sekakäytät alkoholia ja lääkkeitä?

- 1 en lainkaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 kerran viikossa
- 6 useammin kuin kerran viikossa

11. Missä yleensä käytät päihteitä (voit ympyröidä useamman vaihtoehdon)?

- 1 yksin kotona
- 2 ystävien luona
- 3 bileissä
- 4 kadulla, puistossa tai muualla ulkona
- 5 diskossa/baarissa
- 6 muualla, missä?.....

12. Miksi käytät alkoholia/huumeita/läkkeitä päihtymistarkoituksessa (voit ympyröidä useamman vaihtoehdon)?

- 1 rentoutuakseni
- 2 koska kaveritkin käyttävät/tunnen kuuluvani porukkaan
- 3 ryhmän painostuksen vuoksi
- 4 päästäkseni biletunnelmaan
- 5 saadakseni pahan olon pois
- 6 tavan vuoksi
- 7 ei ole muuta tekemistä
- 8 kokeilunhalusta/uteliaisuudesta
- 9 kotona olevien ongelmien vuoksi
- 10 kouluongelmien vuoksi
- 11 haluan tehdä jotain kiellettyä/ hakea jännitystä
- 12 rohkaisuksi
- 13 muu syy, mikä?.....

II ASEENTEET

Arvioi väittämiä asteikolla 1-5 ja ympyröi jokaisen väittämän kohdalla sopivin vaihtoehto

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 melko samaa mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

| | täysin samaa mieltä | melko samaa mieltä | en osaa sanoa | melko eri mieltä | täysin eri mieltä |
|---|---------------------|--------------------|---------------|------------------|-------------------|
| 13. Alaikäisten ei kuulu juoda ollenkaan alkoholijuomia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Kannabiskokeilu ei ole sen vaarallisempaa kuin parin kolmosoluen juominen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Päihteitä käyttämällä voi purkaa paineita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Päihteiden kokeilu kuuluu nuoruuden uteliaisuuteen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Absolutistit ovat vähemmän suosittuja nuorten keskuudessa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Kaikki huumeet ovat vaarallisia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Täysi raittius on ihailtava piirre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Nuoret juovat murheisiinsa ja ongelmiinsa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Bileet onnistuvat parhaiten, jos tarjottavana on jotain ”vettä väkevämpää”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Välillä on juotava pää täyteen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Psykkiset ongelmat ja päihteiden käyttö kulkevat käsi kädessä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Käytän päihteitä, jotta voin juhlia ja pitää hauskaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Kohtuullinen päihteiden käyttö kuuluu normaaliin elämänmenoon. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Päihteistä pääsee itse eroon milloin vaan haluaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Nykyajan nuorilta vaaditaan liikaa ja se lisää päihteiden käyttöä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Päihteitä käyttämällä murheet unohtuvat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Päihteitä käyttämällä olen hetken iloinen/onnellinen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Imppaaminen on hengenvaarallista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Päihteet ovat tie parempaan elämään. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Miedot huumeet pitäisi laillistaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III PÄIHDETIETOUS JA PÄIHDEONGELMIEN HOITO

33. Oletko saanut mielestäsi tarpeeksi tietoa päihteiden vaaroista ja haitoista?

- 1 paljon
- 2 melko paljon
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko vähän
- 5 en ollenkaan

34. Mistä olet saanut tietoa päihteistä (voit ympyröidä useamman vaihtoehdon)?

- 1 Koulusta
- 2 Kotoa
- 3 Kavereilta/ystäviltä
- 4 Lehdistä/kirjoista/Internetistä
- 5 Nuorisopsykiatrian poliklinikalta/Nuorten työryhmästä
- 6 Terveystieteiden laitokselta
- 7 Jostain muualta, mistä?.....

35. Onko Nuorisopsykiatrian poliklinikalla/Nuorten työryhmässä kerrottu sinulle päihteiden vaikutuksesta mielenterveysongelmiin?

- 1 paljon
- 2 melko paljon
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko vähän
- 5 ei ollenkaan

36. Tiedätkö mistä saat apua mahdollisiin päihdeongelmiin?

- 1 Tiedän
- 2 En tiedä
- 3 En osaa sanoa

37. Jos sinulla on päihdeongelmia, oletko ollut niiden vuoksi hoidossa?

- 1 Olen, laitoshoidossa (esim. päihdepsykiatrisen sairaalahoito, lasten- ja nuortenkoti...)
- 2 Olen, avohoidossa (esim. A-klinikka, nuorisoasema, selviämisasema...)
- 3 En ole ollut

IV PERUSTIEDOT

38. Sukupuolesi

- 1 nainen
- 2 mies

39. Ikäsi vuotta

40. Pääasiallinen psykiatrinen diagnoosi

- 1 skitsofrenia
- 2 kaksisuuntainen mielialahäiriö
- 3 päihdepsykoosi
- 4 persoonallisuushäiriö
- 5 käytös- tai tarkkaavaisuushäiriö, esim. AD/HD
- 6 ahdistuneisuushäiriö, esim. paniikkihäiriö
- 7 syömishäiriö
- 8 masennus
- 9 muu, mikä?
- 10 ei tiedossa

41. Nuorisopsykiatrian poliklinikka, jossa käyt?

- 1 Harjavalta
- 2 Huittinen
- 3 Kankaanpää
- 4 Pori
- 5 Rauma

☺ Kiitos vaivannäöstäsi!! Mukavaa päivän jatkoa! ☺