

Virpi Nurminen

ELÄMÄNLAATU PÄIHDEONGELMAISEN LÄHEISELLÄ

Erityispedagogiikan
pro gradu -tutkielma
Syyslukukausi 2010
Kasvatustieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihdeongelmaisten henkilöiden läheisten elämänlaatua. Tutkittavat olivat Minnesota-hoidon perushoidossa olevien päihdeongelmaisten täysi-ikäisiä läheisiä (n = 41), joiden elämänlaatua tutkittiin Maailman terveysjärjestön (WHO) WHOQOL-BREF-kyselyllä ja läheissuhteen etäisyyden kyselyllä. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia läheisten yleistä elämänlaatua ja terveystyytyväisyyttä sekä fyysistä, henkistä ja sosiaalista elämänlaatua ja elämänlaadun ympäristöulottuvuutta. Lisäksi tarkasteltiin yleisen elämänlaadun ja terveystyytyväisyyden yhteyttä elämänlaadun ulottuvuuksiin sekä läheisen taustatietojen ja läheissuhteen etäisyyden yhteyttä koettuun elämänlaatuun.

Tutkimus osoitti, että suurin osa päihdeongelmaisten henkilöiden läheisistä oli tyytyväisiä yleiseen elämänlaatuunsa ja terveyteensä. Elämänlaatuulottuvuuksien keskiarvot olivat sosiaalisesta ulottuvuudesta 64,34 fyysiseen ulottuvuuteen 74,73 (maksimi ka 100). Läheisten arviot yleisestä elämänlaadusta ja terveystyytyväisyydestä olivat yhteydessä elämänlaadun ulottuvuuksien kokemukseen lukuun ottamatta terveystyytyväisyyden ja sosiaalisen ulottuvuuden yhteyttä. Sukupuolen, koulutustaustan ja siviilisäädyn eri ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa elämänlaadun kokemuksissa. Sen sijaan läheiset, joilla oli terveysongelmia, olivat hyvävointisia tyytymättömämpiä terveyteensä ja kokivat myös fyysisen ja henkisen elämänlaatunsa toisia matalimmiksi. Päihdeongelmaisten vanhemmat kokivat sosiaalisen elämänlaatunsa päihdeongelmaisten lapsia ja muita läheisiä huonommiksi ja päihdeongelmaisen kanssa yhdessä asuvien niin ikään sosiaalinen kuin myös yleinen elämänlaatu olivat muualla asuvia läheisiä heikompia.

Tutkimuksen perusteella voidaankin päätellä, että päihdeongelmalliselle kaikkein läheisimpien läheisten eli yhdessä asuvien ja päihdeongelmaisten vanhempien sosiaalinen elämänlaatu ovat muita heikompia ja siten näiden läheisten tilanteeseen tulisi puuttua riittävän ajoissa lisäongelmien välttämiseksi. Läheisten terveyteen liittyvää yleistä elämänlaatua voi tutkia tämän tutkimuksen perusteella kahdella kysymyksellä, mutta tämä johtopäätös vaatii vielä tarkempia jatkotutkimuksia.

Avainsanat: elämänlaatu, WHOQOL-BREF, läheinen, päihdeongelmat

SISÄLLYS

<i>TIIVISTELMÄ</i>	2
<i>1 JOHDANTO</i>	4
<i>2 ELÄMÄNLAATU</i>	7
<i>3 PÄIHDEONGELMAISEN HENKILÖN LÄHEINEN</i>	12
3.1 PÄIHDEONGELMA LÄHEISNÄKÖKULMASTA	12
3.2 LÄHEISEN ELÄMÄNLAATU ERI SOSIAALISISSA ROOLEISSA	14
3.3 KATSAUS ELÄMÄNLAATUTUTKIMUKSIIN	17
<i>4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</i>	21
4.1 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4.2 TUTKIMUSMENETELMÄT	21
4.2.1 Koehenkilöt	21
4.2.2 Tutkimusvälineet	22
4.2.3 Tutkimusaineiston analysointi	25
<i>5 TULOKSET</i>	27
5.1 ELÄMÄNLAATU	27
5.1.1 Yleinen elämänlaatu-arvio ja terveystyytyväisyys	27
5.1.2 Elämänlaadun ulottuvuudet	27
5.2 YLEISEN ELÄMÄNLAATUARVION JA TERVEYSTYYTYVÄISYYDEN YHTEYS ELÄMÄNLAADUN ULOTTUVUUKSIIN	29
5.3 LÄHEISTEN TAUSTATIETOJEN JA LÄHEISSUHTEEN ETÄISYYDEN YHTEYS ELÄMÄNLAATUUN ..	30
<i>6 POHDINTA</i>	36
6.1 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	36
6.2 TUTKIMUKSEN METODISET RAJOITUKSET	40
6.3 TUTKIMUKSEN YLEISTÄMINEN JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	41
<i>LÄHTEET</i>	43
<i>LIITTEET</i>	51

1 JOHDANTO

Suomalaiset tunnetaan maailmalla alkoholia runsaasti käyttävänä kansana. Reipas alkoholin kulutus näkyy myös tilastoissa ja vuonna 2008 Suomi nousikin ensimmäistä kertaa alkoholin kokonaiskulutuksessa pohjoismaisen alkoholitilaston kärkeen ohittaen aiemmin johtaneen Tanskan (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinninlaitos 2009). Alkoholin rinnalla käytetään nykyisin myös muita päihteitä, kuten lääkkeitä. Jos päihteiden käyttäjä ei pysty säilyttämään terveyttään ja hän tulee päihteistä riippuvaiseksi, päihteiden käytöstä on tuolloin tullut hänelle ongelma, joka turmelee vähitellen ihmissuhteetkin (Nätkin 2003, 35). Täten moninainen päihteiden väärinkäyttö ei ole ainoastaan päihdehenkilön itsensä henkilökohtainen ongelma, vaan se koskettaa myös hänen läheisiään (Orford 1998, 128; Itäpuisto 2001, 45; Holmila 2003a; Ruisniemi 2006, 165). Lasinen lapsuus-kyselytutkimuksen mukaan joka kahdeksas suomalainen on lapsuudenkodissaan kärsinyt alkoholinkäytöstä (Peltoniemi 1997, 3). Muita riippuvuusryhmiä tutkittaessa on havaittu toisen riippuvuusryhmän eli ongelmapelaajien läheistutkimuksessa yhden ongelmapelaajan vaikuttavan jopa seitsemään läheiseen (Pajula 2007, 3). Näyttäisikin siltä, että päihteiden väärinkäytöllä ja sittemmin päihdehoitoon hakeutumisella voi olla vaikutusta monen henkilön arkeen. Millainen onkaan läheisten elämänlaatu näiden päihdeongelmaisten rinnalla?

Vaikka päihdetutkimusta on tehty runsaasti, päihdeongelmaisten läheisten näkökulmaa ei ole tutkittu paljoakaan. Suomalainen alkoholitutkimus on keskittynyt tutkimaan juojan ongelmia, yhteiskunnallisia haittoja ja poliittisia toimenpiteitä (Itäpuisto 2006, 285). Sen sijaan ongelmapelaajien läheisiä on tutkittu, ja näissä tutkimuksissa on havaittu vaikutuksia fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin tekijöihin. Nämä erilaiset vaikutukset aiheuttavat ongelmapelaajien läheisille loppuun palamisen uhkaa. (Pajula 2007, 3; Patford 2008.) Myös päihdeongelmaisten läheisten huonosta voinnista on usealla käytännön kokemuksia, joskin tutkimuksia aiheesta on siis niukasti. Näin ollen päihteiden käyttäjien läheisnäkökulmasta odotetaan uutta merkittävää kytköstä yksilön ja yhteiskunnan välille (Itäpuisto 2006, 285). Päihdeongelma voi muuttaa kenen tahansa läheisen elämän hyvin kokonaisvaltaisesti ja hänen tahtomattaan. Siitä huolimatta nämä

henkilöt yrittävät poikkeukselliseen tilaan joutuneina selviytyä esimerkiksi koulustaan, töistään ja vapaa-ajastaan. Tämä aikuiserityiskasvatukseen kiinnittyvä aihe johdattaakin selvittelemään, kuinka nämä niin sanotusti tavalliset ihmiset jaksavat tässä erityisessä elämäntilanteessaan eli olla päihdeongelman läheisenä.

Ihmisten kokemaa vointia on pyritty ajan mittaan kartoittamaan eri tavoin. Parin viimeisimmän vuosikymmenen aikana on siirrytty tutkimaan hyvinvoinnin sijaan elämänlaatua (Gilhooly, Gilhooly ja Bowling 2005). Elämänlaadun mittaaminen tuntuu tieteellisemmältä ja objektiivisemmalta mitattavalta kuin onnellisuuden mittaaminen - esimerkiksi terveydentilamuutoksissa. (Gilhooly ym. 2005, 16.) Maailman terveysjärjestön (WHO 2009) elämänlaatu-projekti (WHOQOL) alkoi vuonna 1991 kehittää maailmanlaajuista ja vertailtavissa olevaa elämänlaadun mittaria. Työn tuloksena valmistui WHOQOL-BREF-testi, joka koostuu fyysisen terveyden, henkisyden, sosiaalisten suhteiden ja ympäristöoletuvuuden osioista. Tämä elämänlaatumittari tavoittaa yksilön kokemukset ja tavoitteet sekä normit ja huolet omassa kulttuuri- ja arvoympäristössään. (WHO 2009.)

Elämänlaatuun sisältyy kaikkineen paljon eri osatekijöitä ja ulottuvuuksia, joten kunkin yksilön tärkeänä kokemat asiat ovat erilaisia eri tilanteissa ja eri ajankohtina (Jylhä 2006). Esimerkiksi päihderiippuvaisesta ihmisestä tiedetään, ettei hän narsistisena kykene hoivaan ja huolenpitoon (Nätkin 2003, 36). Niinpä tämän empatian puutteen täytyy koskettaa myös läheisiä. Oikeastaan päihderiippuvuus ei voi olla vaikuttamatta myös läheisten elämään, sillä vain harvoin päihderiippuvainenkaan pystyy elämään täysin eristyksessä muista ihmisistä. Itse asiassa alkoholistin kanssa elämistä onkin kuvattu ikään kuin hengissä pysymiskamppailuksi loputtomissa kriiseissä (Cutland 1998, 98). Perheiden tiedetään kärsivän suuresta stressistä alkoholistien rinnalla ja pahimmillaan monet itse alkoholisteista voivat kuolla sairauteensa. Alkoholistin lisäksi myös läheiset voivat sairastua; läheisriippuvuutta onkin kuvattu henkiseksi sairaudeksi nimenomaan riippuvuuspiirteensä vuoksi (Cutland 1998, 91). Vaikka päihdeongelman läheinen lienee harvemmin aivan hengenvaarassa jaksamisensa suhteen, niin elämänlaatuun kokonaisuudessaan päihdeongelma toki vaikuttanee. Näin ollen päihdeongelmai-

sen henkilön läheisen voinnin tarkastelu WHO:n elämänlaadun ymmärryksen mukaan on perusteltua.

2 ELÄMÄNLAATU

Mitä hyvä ja laadukas elämä oikeastaan on? Elämänlaadusta alettiin puhua tieteelliseen sävyyn 1960-luvulla (Haas 1999, 216; Axford 2008, 59). Tällöin elämänlaatuun kuului objektiivisesti mitattavia asioita ihmiselämästä, kuten sosioekonominen tilanne, koulutustaso, asuminen ja asuinympäristö. Yhteiskuntatieteilijöiden objektiivista näkemystä elämänlaadusta laajensi sittemmin psykologit subjektiivisilla näkökulmillaan. Campbell ja Rogers raportoivatkin vuonna 1972, että elämänlaadusta on yli 50 % onnellisuutta ja tyytyväisyyttä. (Haas 1999, 216.)

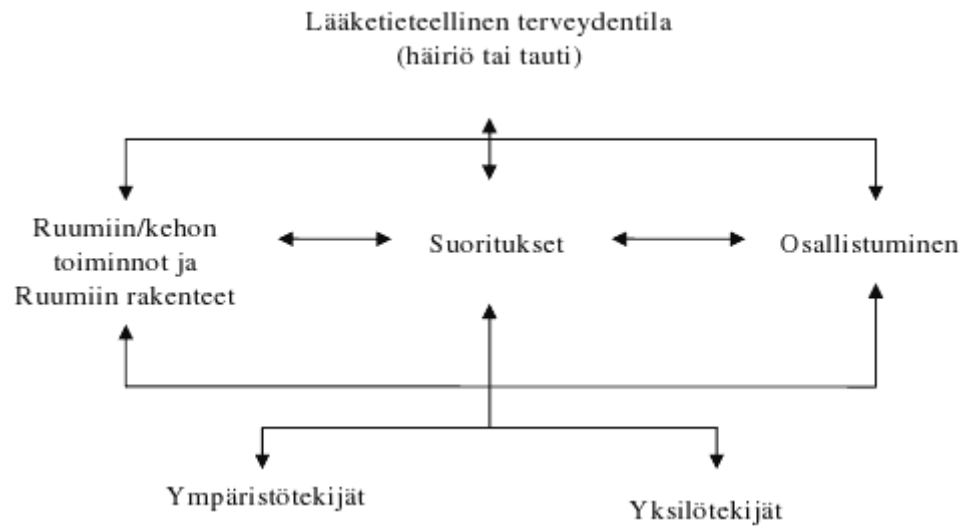
Elämänlaatu on hyvin laaja-alainen käsite (WHOQOL Group 1996; Rapley 2003, 4; Bowling 2005, 41–43, Axford 2008, 65). Kouvon ja Räsänen (2005) mukaan elämänlaatu (engl. *quality of life*) ja hyvinvointi (engl. *well-being, welfare*) arvottavat yksilön elämäntilannetta sekä sisällöllisesti että laadullisesti. Näillä termeillä voidaankin hahmottaa kokonaisvaltaisesti yksilöiden elinolosuhteita. Yksilön elämänlaatu ja hyvinvointi toteutuvat, jos fysiologiset, sosiaaliset ja itsensä toteuttamisen tarpeet tyydyttyvät onnistuneesti. Käsitteiden määrittelyissä on kuitenkin painotuseroja eri asioista eri tieteenalojen välillä. (Kouvo & Räsänen 2005, 22–23).

Eri tieteenaloista sosiologiassa elämänlaatu nähdään osana hyvinvointia. Allardtin (1976) mukaan hyvinvointi on muutakin kuin aineellista hyvää; se on sekä yksilön aineellista tai persoonatonta resurssielintasoja että inhimillisten suhteiden elämänlaatua. Täten elämänlaatu jakautuu yhteisyysuhteisiin (*loving*), itsensä toteuttamisen muotoihin (*being*) ja elintasaan (*having*). (Allardt 1976, 32–33, 38.) Konun (2002) luoma hyvinvointimalli koulumaailmaan liittyy sosiologiseen hyvinvointimalliin lisäksi kasvatustieteellisen, psykologisen ja terveyden edistämisen näkökulman. Näin syntyneessä koulun hyvinvointimallissa hyvinvointi lokeroituu neljään osa-alueeseen, jotka ovat koulunolosuhteet (*having*), sosiaaliset suhteet (*loving*), terveydentila (*health*) ja mahdollisuus itsensä toteuttamiseen (*being*). Toisin sanoen oppilaiden hyvinvointiin koulussa vaikuttavat koulun lisäksi myös kunkin koti ja muu ympäristö. (Konu 2002, 6, 43–44.) Näin ollen hyvinvointi kattaa sekä subjektiivisen että objektiivisen tason (Allardt 1976, 9–10; Konu 2002, 60).

Hyvinvoinnin tapaan myös elämänlaatua tutkittaessa on eroteltavissa sekä subjektiivinen että objektiivinen näkökulma (Rapley 2003, 10, 30; Bowling 2005, 10–14; Cummins 2005, 700). Nämä elämänlaatuja näkökulmien jaotellut esiintyvät sekä yksilön että väestön tasoilla, toisin sanoen elämänlaatua pyritään selvittämään niin universaalisesti kuin yksilöllisestikin (Rapley 2003, 10, 30, 49). Ylipäänsä subjektiivinen elämänlaatu on ihmisen omaa arviota elämänlaadustaan, kun taas objektiivinen elämänlaatu on ulkoisesti havaittua ja mitattavaa (Cummins 2005, 700). Samaten yksilötasolla on elämänlaadun tutkimuksessa eroteltavissa kaksi erilaista lähestymistapaa; elämänlaatu yleisesti määriteltynä, joka kattaa koko ihmisyyden, ja kohdistettu elämänlaatu, joka puolestaan käsittää esimerkiksi terveyteen liittyvän tai sairausspesifin elämänlaadun (Rapley 2003, 49).

Yksilötasolla elämänlaatua voidaan tarkastella kohdistetusti esimerkiksi psykologisesta tai terveysnäkökulmasta. Lawton (1996, 328) määrittelee psykologisen elämänlaadun ikäihmisen kontekstissa subjektiiviseksi kokemukseksi, jossa ovat mukana positiiviset ja negatiiviset tunteet, temperamentti ja kognitiivis-affektiiviset mallit yhdistettynä elämän eri ulottuvuuksiin. Terveyden näkökulmasta (Stakes 2007) Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee niin ikään, että nimenomaan subjektiivinen eli itse koettu hyvinvointi on elämänlaatua. Siten elämänlaatu tarkoittaa yksilön kokemia tuntemuksia terveydentilastaan ja sen seuraamuksista. WHO:n mukaan elämänlaatuun sisältyvä hyvinvointi (*well-being*) kattaa ihmiselämän kaikki aihealueet, eli fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset piirteet, muodostaen näistä niin sanotun hyvän elämän. (Stakes 2007, 207, 247.)

WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisessä luokituksessa, ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) tarkastellaan terveyden syysuhteita ja elinolojen kuvausta ja määritellään terveyden osatekijöitä ja terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä. Näin ollen ICF-luokituksella on mahdollista kuvailla henkilön toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa (kuvio 1). (Stakes 2007, 3–5.)



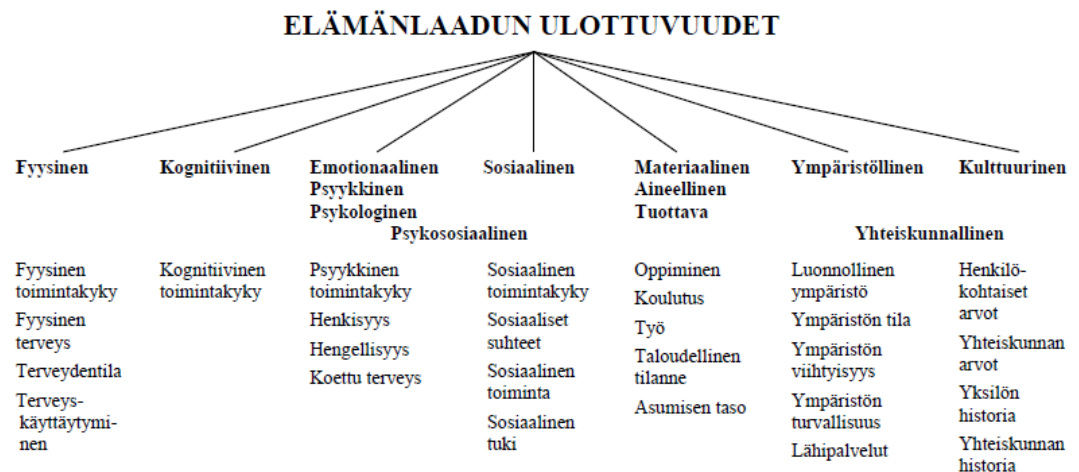
KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Stakes 2007, 18.)

Tauti- ja toimintarajoitteet käsitetään aina kuitenkin objektiivisina havaintoina kun taas terveyden näkökulmasta elämänlaatu ymmärretään henkilön omina subjektiivisina tuntemuksia. (Stakes 2007, 247). Toisaalta toimintakykyä voidaan pitää myös ihmisen itseisarvona, jolloin toimintakykyisyys tarkoittaa mahdollisuutta itsenäiseen elämään, itseilmaisuuun ja läheisten ihmissuhteiden vaalimiseen, toisin sanoen toimintakykyisyydelläkin tarkoitetaan elämänlaatua (Lehto 2004, 19). Itsenäisinä käsitteinä toimintakyky ja terveys ovat kuitenkin elämänlaatua suppeampia.

Elämänlaadun ajatellaan yleisesti koostuvan eri ulottuvuuksista (esim. Lindström 1994; WHOQOL Group 1996; Rapley 2003; Axford 2008; Vaapio 2009). WHO:n koostama ja ICF-luokituksenkin huomioiva elämänlaatumittari WHOQOL-BREF sisältää monien eri elämänlaatumittareiden ja yhteenvedojen olennaisimmat ulottuvuudet:

- fyysisen,
- henkisen,
- sosiaalisen ja
- ympäristöllisen elämänlaadun sekä
- henkilön kokemukset yleisestä elämänlaadusta ja terveydestä.

Näitä osa-alueita mitataan siten, että yksilön kokemukset, tavoitteet, normit ja huolet tavoitetaan yksilön omassa kulttuuri- ja arvoympäristössä. (WHOQOL Group 1996; WHO 2009.) Lindströmin mukaan (1994) elämänlaadun keskeisiä asioita ovat tarpeet, resurssit ja elämäntavoitteet. Objektiviiset olosuhteet ja subjektiiviset kokemukset ovat tavoitettavissa materiaalisin ja ei-materiaalisin mittarein. (Lindström 1994, 40.) Rapley (2003) on sittemmin tahollaan koonnut eri elämänlaadun esityksistä määritelmän, jonka mukaan elämänlaadulla tarkoitetaan yksilön psykologista tietoisuutta materialistisesta todellisuudestaan ympäröivässä maailmassaan (Rapley 2003, 50). Myös Axford (2008) on tarkastellut eri elämänlaatumääritelmiä ja luonut niistä oman yhteenvedon. Tämän mukaan elämänlaatu muodostuu useista alueista, jotka sisältävät vielä joukon osatekijöitä. Nämä elämänlaadun pääulottuvuudet ovat fyysinen-, materiaallinen-, psykologinen-, ympäristöllinen- ja henkinen alue. (Axford 2008, 62.) Lopuksi esitetään vielä yksi eri elämänlaatumalleista laadittu yhteenvedo elämänlaadun ulottuvuuksineen ja osa-alueineen. Tämä Vaapion (2009) laatima malli nähdään kuviossa 2.



KUVIO 2. Elämänlaadun ulottuvuudet (Vaapio 2009, 15.)

Elämänlaatu, hyvinvointi ja toimintakyky näyttäytyvät kirjallisuudessa laaja-alaisina ja toisiinsa läheisesti limittyvinä käsitteinä. Kirjallisuuden perusteella näyttääkin siltä, että hyvinvointi sisältyy elämänlaatuun siten, että hyvinvointi on osa elämänlaatua. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan monimuotoista elämänlaatua

yksilön kokemuksina itsestään elämänlaadun terveyden viitekehysessä. Tätä elämänlaadun terveydellistä kohdistusta tukee WHO:n määritelmä elämänlaadusta yksilön omina kokemuksina terveydentilastaan ja sen seuraamuksista (Stakes 2007, 247).

Elämänlaatututkimusten vertailtavuus maailmanlaajuisesti on sangen haasteellista, sillä kulttuuri- ja yksilöerot voivat aiheuttaa ongelmia. Hankaluuksista huolimatta kulttuurien ja yksilöiden erityisyys olisi huomioitava kehitettäessä sellaisia elämänlaatututkimuksia, jotka toteuttaisivat rajat ylittävät vertailtavuuden tavoitteet. (Rapley 2003, 51.) Helpottaakseen tätä vertailtavuutta WHO on koostanut elämänlaatumittarin WHOQOL-BREF maailmanlaajuiseen käyttöön. Tätä mittaria voidaankin käyttää useisiin eri tarkoituksiin kuten lääketieteen kliiniseen käytäntöön, lääkäri–potilassuhteen parantamiseen, hoitojen tehokkuuden ja ansioiden arvioimiseen, terveyspalvelujen arvioimiseen, tutkimukseen ja tueksi poliittisiin päätöksiin (World Health Organization 1997).

3 PÄIHDEONGELMAISEN HENKILÖN LÄHEINEN

3.1 Päihdeongelma läheisnäkökulmasta

Päihdeongelmaa pidetään sosiaalisena ongelmana ja siitä ajatellaan, että henkilön tulisi itse kantaa vastuu nautintoaineiden käytöstään (Nätkin 2006, 48). Näitä nautintoaineiden käyttäjiä Suomesta löytyykin, sillä vuonna 2008 Suomessa kulutettiin alkoholia 100 prosenttiseksi muutettuna 12,5 litraa jokaista 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohden (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009). Pitkänen (2006) on tutkinut suomalaisten alkoholin juomiskäyttäytymistä ja sen ennustamista ja havainnut tutkimuksessaan aikuisten juomiskäyttäytymisessä kolme tyyliä: hallittu juominen, sosiaalinen juominen ja ongelmajuominen. Alkoholin suuret käyttömäärät liittyvät sosiaaliseen ja ongelmajuomiseen ja nämä ovat miehille tyypillisempiä kuin naisille, vaikka naisten juominen onkin lisääntynyt viime vuosina. Ongelmajuomisessa alkoholin käytön hallinta on vaikeaa tai se aiheuttaa ikäviä seurauksia. (Pitkänen 2006, 76.) Suomalaisessa alkoholikulttuurissa nainen leimautuu alkoholistiksi miestä helpommin ja vastaavasti varakas arvostettua työtä tekevä ihminen välttää leiman saamista kauemmin (Itäpuisto 2003, 36).

Vaikka alkoholin ongelmakäyttö on siis aina yksilön toimintaa, siinä on väijäämättä mukana myös tahattomia kärsijöitä. Yleensä perheessä ainoastaan joku käyttää alkoholia ongelmallisesti, mutta silti koko perheestä puhutaan ”alcoholistiperheenä”. Nämä alkoholin käytöstä kärsivät perheet ovat kaikki kuitenkin erilaisia, ja siten näihin kaikkiin perheisiin sopivia ominaisuuksia on vaikea nimeä ja löytää. Sitä paitsi on muistettava, ettei perhe ole sinänsä alkoholin väärinkäyttäjä vaan perheestä joku tai jotkut yksilöt ovat. (Itäpuisto 2001, 41–45.) Alkoholin ongelmakäyttö koskettaa yleensä myös ydinperheen ulkopuolella eläviä läheisiä, kuten sukulaisia, ystäviä ja työtovereita. Vain harvoin päihdeongelma voi rajoittua pelkästään oman kodin sisäpuolelle. Joka tapauksessa päihdeongelmalla on vaikutuksensa läheisiin. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä päihdeongelmaisen läheinen kuvaamaan tahatonta kärsijää päihdeongelmaisen läheisen lähipiirissä. Päihdeongelma kattaa alkoholin lisäksi lääkkeet ja mahdolliset huumeet.

Päihdeongelmaisten henkilöiden läheisten tilannetta on tarkasteltu sekä sairauskäsitteen että selviytymisen näkökulmasta, sillä ei ole yksinkertaista vastausta pohdintaan siitä onko itse alkoholismi tai päihderiippuvuus sairaus. Päihteiden käyttö ei sinänsä ole itsenäinen sairaus, kun taas päihderiippuvuus täyttää ICD 10 tautiluokituksen kriteerit ja on siten luokiteltavissa sairaudeksi (Lappalainen–Lehto, Romu & Taskinen 2007, 24). Alkoholismia voidaan pitää myös koko perheen sairautena, sillä päihderiippuvaisen ympärillä olevat ihmiset saattavat sairastua (mm. Cutland 1998, 91; Orford 1998, 132; Al-Anon 2003, 29; Hellsten 2007, 81). Tämä läheisten sairastuminen kantaa nykyään nimeä läheisriippuvuus (engl. *co-dependency*), jota Hellsten (2007) kuvailee seuraavasti: ”Läheisriippuvuus on sairaus tai sairauden kaltainen tila, joka syntyy kun ihminen elää jonkin hyvin voimakkaan ilmiön läheisyydessä eikä kykene käsittelemään tätä ilmiötä persoonallisuudessaan, vaan sopeutuu sen olemassaoloon”. Läheisriippuvuus koostuu ilmiön voimakkuudesta ja ilmiön läheisyydestä, kykenemättömyydestä ilmiön käsittelyyn, sopeutumisesta ja sairaudesta tai sen kaltaisesta tilasta. (Hellsten 2007, 81–83.) Läheisen ja juovan käyttäytymisestä voi löytyä ajan myötä samankaltaisia piirteitä, sillä molemmilla on omat roolinsa ”pelissä” alkoholin ympärillä: yhdellä joko alkoholia saadakseen ja toisella kontrolloidakseen sen käyttöä (Cutland 1998, 90). Yksi sairausmalliajatteluun tukeutuvista päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä hoitomenetelmistä on Minnesota-hoito. Tässä menetelmässä päihderiippuvuuden ajatellaan olevan itsenäinen sairaus, johon hoitona on päihdeistä kieltäytyminen kokonaan. (Lappalainen–Lehto, Romu & Taskinen 2007, 24; Minnesota-Hoito Lapua 2009.)

Sairauskäsitteen sijaan voidaan puhua tilanteessa selviytymisestä, ymmärtämisestä ja valinnoista. Tällöin vältetään läheisriippuvuuden luoma mielikuva läheisestä, joka on sairas ja tarvitsee apua. (Orford 1998, 132; Holmila 2003b, 98.) Läheisen selviytymistavoiksi on määritelty esimerkiksi oman käyttäytymisen tai ympäristön muuttaminen, käsitysten uudelleen määrittely, toisten kanssa tunteiden jakaminen ja stressin vähentäminen vaikka liikkuen (Spaniol & Jung 1978, 98). Yhtä kaikki läheinen voi ensiksi sietää päihdeongelmaisen lisääntyvää juomista, sitten pyrkiä muuttamaan juomista tai lopulta vetäytyä pois juojan luota (Orford 1998, 130–131).

Päihdeongelmalla on seuraamuksensa. Näitä ongelmajuojiin läheisille aiheuttamia seuraamuksia onkin luokiteltu kolmeen tyyppiin: loukkaava ja sopimaton ja joskus jopa traumatisoiva käyttäytyminen läheisiä kohtaan, taloudelliset ja sosiaaliset seuraamukset sekä suhteisiin vaikuttavat seuraamukset (Maffli 2001, 80). Toisin sanoen päihdeongelma voi olla sangen hallitsevaa äärellä olevan läheisen elämässä, joten siitä syystä läheisten on luotava uusia rooleja ja tapoja olla yhdessä tai irtauduttava suhteesta. Läheinen onkin päihdeongelmaisen rinnalla omassa suhteessaan. (Holmila 2003b, 79.)

3.2 Läheisen elämänlaatu eri sosiaalisissa rooleissa

Päihdeongelmaisten henkilöiden läheiset ovat luonnollisesti aivan tavallisia ihmisiä vaikkakin he ovat joutuneet epänormaaleihin olosuhteisiin. Näillä läheisillä on keskenään paljon yhteneväisyyttä: taloudelliset ongelmat, väkivalta, riidat ja pelko ovat perheen sisällä yleisiä (Holmila 2003b, 80). Myös kommunikoinnin puute on tavallista alkoholistien perheissä (Copello 1998, 95; Holmila 2003b, 80). Lisäksi niin päihdeongelmaisten kuin myös ongelmapelaajien läheisten kielteisillä tunteilla on heikentävä vaikutus itsetuntoon ja terveyteen. Niin ikään sosiaalinen kanssakäyminen vähenee, luottamus kärsii ja syyllisyys ja häpeä valtaa mieltä. (Masalin, Velleman & Copello 1998, 4; Pajula 2007, 3; Holmila 2008, 80; Patford 2008.) Edellä mainituista yleisistä yhteneväisyyksistä huolimatta Holmilan (2003b) mukaan päihdeongelmaisten henkilöiden läheisten reagoinneissa ja toimintatavoissa on eroja sen mukaan, onko päihdeongelmainen puoliso, lapsi, vanhempi tai ystävä. Huolet ja tehtävät ovat luonnollisesti sangen erilaiset kussakin sosiaalisessa roolissa. (Holmila 2003b, 80.)

Läheisen ja päihdeongelmaisen arki tavoittavat toisensa luonnollisestikin tiiviimmin ydinperheessä, joten ydinperheessä olevien läheisten murheet ovat myös vakavimpia (Holmila 2003b, 83; Pajula 2007, 3). Erityisesti päihdeongelmaisen puolison tilanne on haasteellinen, sillä esimerkiksi väkivallan kohteeksi joutuminen on selvästi yleisempää ongelmajuojiin kuin ongelmattomien perheissä. Päihdeongelmalla lienee vaikutuksia puolison elämänlaatuun ja terveyteen, sillä varsinkin avioeroriskin lisääntymisestä on näyttöä. (Maffli 2001, 87). Terveyteen kuuluvasta masennuksesta ja nimenomaan masennusoireiden lisääntymisestä

kertoo puolestaan amerikkalaistutkimus, joka käsitteli alkoholin käyttöä, alkoholi-
liiongelmia ja masennusta äskettäin avioituneiden parien (n = 634) keskuudessa.
Vaimojen masennus liittyi sekä miesten että vaimojen omiin alkoholiongelmiin.
Sitä vastoin miesten masennus liittyi ainoastaan miesten omiin alkoholiongelmiin,
eikä siten vaimojen alkoholin käyttöön tai ongelmiin. (Homish, Leonard &
Kearns–Bodkin 2006, 185.) Vaikka Masalin, Velleman & Copello (1998) kirjoit-
tavat, että vaikka juomisongelma aiheuttaa valtavaa painetta puolisoa kohtaan ja
siten masennus, huolestuneisuus ja tarve eristäytyä ovatkin yleisesti raportoituja
tuntemuksia, vaimo ei murheista huolimatta välttämättä hae apua ongelmiin. Tä-
mä voi johtua siitä, ettei hän tahdo olla epälojaali alkoholipuolisolleen eikä si-
ten tunnustaa perhekiinteyden epäonnistuneen. Täten perinteinen hoivaava vaimo
voi tuntea riittämättömyyttä perheen juomisuhan alla. (Masalin, Velleman & Co-
pello 1998, 4–5.) Itse asiassa vakituksessa parisuhteessa elävillä puolisoilla näyttää
olevan ideologia, jonka mukaan he ovat alkoholin käytössä velvollisia huolehti-
maan kumppanistaan ja edistämään toistensa hyvinvointia. Ilman tätä kontrolli- ja
huolehtimisvastuun velvollisuuden tunnetta parisuhteesta puuttuu rakkaus ja siten
edellytykset parisuhteen jatkumiselle. (Suonpää 2002, 46–47.) Näin ollen onkin
ilmeistä, että päihdeongelmaisen henkilön puolison henkistä ja fyysistä vointia
koetellaan (Maffli 2001, 87). Samansuuntaisesti henkisen paineen kasvua tukee
Suonpään (2002, 50) tutkimustulos alkoholista ja parisuhteesta; alkoholiongelmai-
sen puolison tunteet kumppanin alkoholinkäyttöön liittyen ovat voimakkaampia
kuin normaalijuovan partnerin tunteet alkoholinkäyttöä kohtaan.

Itäpuiston (2005) tutkimuksen mukaan lapset kokevat, että alkoholi-
ongelmaisten toiminta vanhempina on heikkoa ja negatiivista, kuten esimerkiksi
välipitämätöntä ja sadistista (2005, 116). Päihdeperheissä voivat lisäksi aikuisten
ja lasten suhteet sekoittua esimerkiksi siten, että lapset alkavatkin päihdeongel-
maisen hoivaajiksi ja huolenpitäjiksi. Joka tapauksessa päihdeongelma aina ikään
kuin katkoo vanhemmuutta tai tekee sen jaksottaiseksi. Eritoten äidin päihdeon-
gelmaa pidetään hyvin dramaattisena lapsille. (Nätkin 2003, 35–36.) Lapset koke-
vatkin äidin juomisen vaikeammaksi kuin isän, vaikka molemmilla sukupuolilla
on omat erityiset merkityksensä ongelmien kokemuksiin (Itäpuisto 2005, 89). Poi-
kien ja juovien isien suhteesta tiedetään vuorostaan Lasinen lapsuus-

kirjoituskilpailun aineiston perusteella, että pojat kokevat voimakkaasti isättömyyttä ja väkivalta on yleistä (Itäpuisto & Grönfors 2004, 141).

Lasten kuvaukset fyysisestä, henkisestä ja sosiaalisesta väkivallasta alkoholiperheissä ovat siis yleisiä. Lapset myös pelkäävät kotiin palaavaa alkoholisti-isää ja vastaavasti äidin mahdollista kotoa lähtöä. Niin ikään yöunien häirintä on yleistä, ja siitä johtuva väsymys aiheuttaa joillekin hankaluuksia koulunkäyntiin. (Itäpuisto 2005, 84–85, 88.) Monia muitakin lasten kokemia negatiivisia tunteita on raportoitu. Lapset voivat tuntea esimerkiksi häpeää, epätoivoa, uupumusta ja mahdollisesti myös vihaa ja katkeruutta jopa vuosia alkoholisoituneen vanhemman kuoleman jälkeenkin (Itäpuisto 2003, 38). Lapsen hankalasta tilanteesta huolimatta vanhempien alkoholiongelma saa usein lähiympäristön ihmiset vaikenemaan, pilkkaamaan tai hyljeksimään lasta tässä vaikeassa tilanteessaan (Itäpuisto 2005, 93–96). Tähän voidaan lisätä vielä, että alkoholistin lapsi on itsekin altis alkoholisoitumaan. Ainakin hän on elänyt riippuvuutta aiheuttaneiden tapojen ympäröimänä. (Cutland 1998, 96.) Itse asiassa sukupolvelta toiselle siirtyvä ongelmajuomisen mahdollisuus on kahdesta kymmeneen kertainen (Maffli 2001, 87).

Perheessä eri ikäiset lapset kokevat vanhempansa päihdeongelman eri tavoin ja siten lasten tuntemukset poikkeavat toisistaan. Ruisniemen (2006, 187) mukaan päihdeperheissä vanhempien lasten haavat ovat syvemmät kuin nuorempien. Amerikkalaisessa tutkimuksessa (Mylant, Ide, Cuevas & Meehan 2002) vanhempien alkoholismien vaikutuksesta teini-ikäisten lastensa käyttäytymisongelmiin on havaittu, että alkoholistien teini-ikäisillä lapsilla on kouluun, perheeseen ja persoonallisuuteen liittyviä vahvuuksia vähemmän kuin muiden perheiden lapsilla. Lisäksi alkoholistien teini-ikäisillä jälkeläisillä on enemmän temperamenttiin, tunne-elämään, ajatuksiin ja käyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä kuin muilla samanikäisillä. Myös riski masennukseen, syömishäiriöihin, teiniraskauteen, itsemurhaan ja kemiallisista aineista riippuvaiseksi tulemiseen on suurempi teini-ikäisellä, jolla on alkoholistivanhempi. (Mylant ym. 2002.)

Lyhyesti sanoen koti ei olekaan päihdeongelmaisten lapsille itsestään selvästi suojan, turvan ja läheisten ihmissuhteiden paikka, sillä kun päihdeongelmaisen perhe ja sosiaalinen ympäristö ovat usein kaaoksessa, lapsen tasapainoinen

kehitys ei saa välttämättä tukea (Maffli 2001, 81; Itäpuisto 2005, 87). Samansuuntaisia tuloksia on saatu amerikkalaisesta aikuisiksi kasvaneiden alkoholistien lasten tutkimuksesta (parikuntia $n = 634$), jossa havaittiin, että alkoholistiperheissä kasvaneet lapset saattavat kantaa ongelmallisia seurauksia varhaiskasvu ympäristöstään omiin parisuhteisiinsa aikuisuudessaan. (Kearns–Bodkin & Leonard 2008, 941.)

Ydinperheen ulkopuolella olevien ihmisten ja päihdeongelmaisen välinen vuorovaikutus on luonnollisesti vähemmän säännöllistä, jatkuvaa ja intensiivistä kuin ydinperheen jäsenten välinen. Myös sitoutuminen aikaan, tunteisiin ja talouteen on kevyempää ydinperheen ulkopuolella. Niinpä voidaan olettaa, että päihdeongelmaisen henkilön vaikutus ydinperheen ulkopuolella elävien läheisten elämänlaatuun on heikompaa kuin ydinperheeseen kuuluvien elämänlaatuun. Sitä paitsi vaikka päihtyneenä on helppoa luoda ystävyysuhteita, ystävyys voidaan myös menettää (Pernanen 2001, 55–57). Päinvastoin kuin ystävyyttä niin verisukulaisuuden sidosta ei voi kuitenkaan menettää. Alkoholiongelmiensa vaikutuksesta työpaikan ihmisiin tiedetään puolestaan, että päihdeongelmaisen ja työkavereiden väliset suhteet heikkenevät (Rehm & Rossow 2001, 68).

3.3 Katsaus elämänlaatututkimuksiin

Päihdeongelmaisten henkilöiden läheisten elämänlaatututkimusta on niukalti, mutta läheisten elämänlaadusta muissa olosuhteissa on toki tietoa samoin kuin itse päihdeongelmaisten elämänlaadusta. Muuten elämänlaatua on tutkittu erityisesti iäkkäiltä ihmisiltä (mm. Bowling 2005; Lyyra 2006). Puhtaita elämänlaatututkimuksia päihdeongelmaisista läheisineen on kovin vähän löydettävissä, mutta elämänlaatutyyppejä asioita kyllä sivutaan useissa muissa tutkimuksissa. Niinpä tässä luvussa tarkastellaan ainoastaan elämänlaatututkimuksia, kun taas yleiseen elämänlaadun määrittelyyn ja päihdeongelmaisen henkilön läheisenä oloon liittyviä tutkimuksia on käsitelty jo aiemmin.

Alkoholin vaikutusta nimenomaan käyttäjän omaan terveyteen ja elämänlaatuun on tutkittu ympäri maailmaa. Terveys 2000 - tutkimuksessa (Saarni 2008) vertailtiin yli 30-vuotiaiden suomalaisten kroonisten sairauksien vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä oli matalin

elämänlaatu 15D-kyselyyn pohjautuen. Alkoholin kohtuukäyttäjien elämänlaatu oli hyvä, mutta paljon käyttävien selkeästi huonompi. Viikossa yli 24 alkoholiannosta käyttävillä naisilla ja vastaavasti yli 52 alkoholiannosta juovilla miehillä elämänlaadun lasku oli selkeä. (Saarni 2008, 11–12.) Alkoholin suurkuluttajien heikentyneestä elämänlaadusta on julkaistu muitakin tutkimuksia, kuten Barros da Silva Lima, Fleck, Pechansky, de Roni & Sukop (2005) ja Livingston (2009). Ensin mainitussa tutkimuksessa havaittiin brasilialaisten alkoholistimiesten (n = 36) elämänlaadun heikentyneen WHOQOL-BREF-mittarilla mitattuna merkitsevästi fyysisellä, henkisellä, sosiaalisella ja ympäristöllisellä ulottuvuudellaan (Barros da Silva Lima ym. 2005, 476). Jälkimmäisessä tutkimuksessa alkoholin käytön vaikutuksesta australialaisiin pariskuntiin (3110 pariskuntaa eli 6220 vastaajaa) ilmeni, että terveyteen liittyvä elämänlaatu oli suurkuluttajilla ja juomisen lopettaneilla merkitsevästi vähäisempi kuin vähän juovilla, mutta myös absolutistien terveyteen liittyvä elämänlaatu oli matala. Lisäksi suurkuluttajilta raportoitui merkitsevästi alentunut henkinen terveys. Tutkimuksessa käytettiin yhtenä osiona WHO:n terveyteen liittyvää elämänlaadunmittaria SF-36, jonka kahdeksasta aihealueesta oli kolme (yleinen terveys, sosiaalinen toiminnallisuus ja henkinen terveys) mukana tässä tutkimuksessa. Mittaria oli lisäksi täydennetty kahdella yleisellä elämäntyytyväisyyskysymyksellä, joilla selviteltiin tyytyväisyyttä elämään ja tyytyväisyyttä suhteessa partneriin. (Livingston 2009, 383–388.)

Kun kerran päihdeongelmaisen oma elämänlaatu on tutkitusti matala, se saattaa vaikuttaa välillisesti läheistenkin elämänlaatuun. Toisaalta jo aiemmin mainitussa Livingstonen (2009) tutkimuksessa alkoholin käytön vaikutuksesta parisuhteessa asuviin ilmeni, että kumppanin juomistavoilla oli yleisesti ottaen vain vähäinen vaikutus elämäntyytyväisyyteen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Suurkuluttajien puolisoilla oli itse asiassa merkitsevästi parempi sosiaalinen toiminnallisuus ja merkitsevästi korkeampi henkinen terveys kuin vähän juovien puolisoilla. (Livingston 2009, 383–388.) Tutkimuksen heikkoutena oli se, ettei siinä raportoitu käyttikö myös suurkuluttajien puoliset itsekkin alkoholia. Tämän vuoksi ei tiedetä, voiko suurkuluttajien puolisoitten kokema hyvä sosiaalinen toiminnallisuus ja henkinen terveys olla selitettävissä esimerkiksi puolison omalla runsaalla alkoholinkäytöllä, jolloin kaltaisensa seura saattaa tuntua hyvältä. Itse

asiassa amerikkalaisessa tutkimuksessa avioliiton laadun ja juomisen toisiinsa liittymisestä todettiin, että ne miehet ja vaimot, jotka joivat yleensä yhdessä puolisonsa kanssa, olivat tyytyväisiä avioliittoonsa (Homish & Leonard 2005, 488). On myös mahdollista, että elämänlaadun heikennyttä riittävästi pariskunnat eivät ole jaksaneet osallistua tutkimukseen tai pariskunnat ovat eronneet ja eivätkä siten ole enää olleet tutkimuksessa laisinkaan mukana.

Toisin kuin Livingstonen (2009) tutkimuksessa alkoholin käytön vähäisestä vaikutuksesta puolisoiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun, australialaisessa (Patford 2008) 23 peliongelmaisen henkilön vaimon kvalitatiivisessa tutkimuksessa puoliset kokivat sitä vastoin elämänlaatunsa vähentyneen eli pelaaminen oli liannut ja monimutkaistanut heidän elämäänsä. Pelaaminen vei heidän aikaansa ja energiaansa, horjutti taloudellista turvallisuutta, turmeli perhesuhteita ja mitätöi tulevaisuuden toiveet. Kaikki tutkitut naiset kärsivät tunnetasolla: huoli, masennus, pelko, viha, mielipaha, katumus, suru, pettymys, epätoivo, epävarmuus, syyllisyys ja tunnottomuus olivat raportoituja tunteita. Lisäksi osa oli menettänyt itseluottamuksensa ja itsetuntonsa ja yksi koki menettäneensä monta vuotta elämästään. Kaikkineen 18 puolisoa oli vielä sitä mieltä, että pelaaminen oli vaaran-
tanut heidän fyysistä terveyttään. Näistä esimerkkeinä mainittiin lisääntynyt syöminen ja tupakoiminen, päänsäryt, unettomuus, korkea verenpaine, kuukautisten epäsäännöllisyys, paniikkikohtaukset ja väsymisen ja uupumisen tunteet. (Patford 2008, 183.) Peli- ja päihdeongelman samankaltaisen riippuvuustaipumuksen vuoksi onkin hyvin mahdollista, että ongelmien vaikutukset läheisiin muistuttavat myös toisiaan. Tätä olettamusta tukevat useat päihdeongelmaisten henkilöiden läheisiä koskettavat tutkimukset (mm. Masalin ym. 1998; Holmila 2003, 2008; Homish ym. 2006), joissa on raportoitu hyvin samantyyppisiä läheisten reagointeja kuten edellä mainitussa Patfordin (2008) peliongelmaisten henkilöiden puolisojen tutkimuksessa. Tosin näissä päihdeongelman läheistutkimuksissa elämänlaatu ei ole ollut tutkimuksen pääkohteena.

Kuten sanottu, ikäihmisten elämänlaatatutkimus on runsasta, vaikkakaan ei päihdeongelman läheisnäkökulmasta. Kansaneläkelaitoksen eläkeikäisen väestön terveyskäyttämiskyselyn mukaan eläkeläisistä arvioidaan noin viiden prosentin juovan liikaa (Karlsson 2007). Näin ollen monen ikäihmisen oma päihte-

den käyttö voi vaikuttaa läheisten elämään. Yhtäläillä usea ikäihminen saattaa vastaavasti olla päihteiden käyttäjän läheinen esimerkiksi äidin tai isän roolissa. Ikäihmisten elämänlaatua tutkineen Lyyran (2006) mukaan psykososiaaliset tekijät, kuten elämään tyytyväisyys ja koettu sosiaalinen tuki, ovat fyysisen toimintakyvyn ohella tärkeitä iäkkäiden ihmisten terveydelle ja jopa eloonjäämiselle. Psykososiaalisesta hyvinvoinnista erityisesti tyytyväisyys nykyhetkeen, turvallisuus ja arvostuksen tunteet ovat tärkeitä. (Lyyra 2006, 55.) Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi Bowling (2005, 84) listaa iäkkäiden hyvää elämänlaatua tukeviksi sosiaaliset suhteet, aktiviteetit ja harrastukset yksin ja yhdessä muiden kanssa, riittävät tulot, itsenäisyyden ja oman elämän hallinnan. Voitaisiinkin ajatella, että päihdeongelma voi heikentää läheisen elämänlaatua, mikäli se horjuttaa jotakin edellä mainittua tärkeää iäkkäiden ihmisten elämänlaadun osatekijää.

Elämänlaatuun linkittyvä koettu terveys on parantunut suomalaisilla viime vuosikymmeninä. Kansanterveyslaitoksen ja Kansaneläkelaitoksen kysely- ja haastattelututkimusten mukaan aikuisväestöstä kaksi kolmannesta on arvioinut oman terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Miesten ja naisten välillä ei ole eroa terveyden kokemisessa; sen sijaan vähemmän koulutusta saaneiden terveys on huonompi kuin pitkän koulutuksen saaneiden. Lisäksi naimisissa olevien terveys on muita siviilisäätyjä parempi. Kaiken kaikkiaan suomalaisista aikuisista noin puolet ilmoittaa sairastavansa ainakin yhtä pitkäaikaista sairautta (Manderbacka 2005, 130–131.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää päihdeongelmaisen henkilön läheisen ihmisen elämänlaatua ja läheisen taustatietojen ja läheissuhteen etäisyyden yhteyttä koettuun elämänlaatuun hetkellä, jolloin päihdeongelmainen oli Minnesota-perushoidossa. Toisin sanoen tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

1. Minkälainen on päihdeongelmaisen henkilön läheisen elämänlaatu?
 - 1.1. Minkälainen yleinen elämänlaatu ja terveystyytyväisyys on päihdeongelmaisen läheisellä?
 - 1.2. Minkälainen on päihdeongelmaisen henkilön läheisen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen elämänlaatu sekä elämänlaatu ympäristöulottuvuudeltaan?
2. Ovatko yleinen elämänlaatu ja terveystyytyväisyys yhteydessä fyysiseen, henkiseen ja sosiaaliseen elämänlaatuun sekä elämänlaadun ympäristöulottuvuuteen?
3. Onko koetulla elämänlaadulla yhteyttä läheisen ikään, sukupuoleen, koulutukseen, siviilisäättyyn, terveydentilaan tai läheissuhteen etäisyyteen?

4.2 Tutkimusmenetelmät

4.2.1 Koehenkilöt

Tutkimuksen kohteena oli päihdeongelmaiselle henkilölle läheinen ihminen ja erityisesti hänen elämänlaatunsa. Tutkimusjoukoksi valikoituivat harkinnanvaraisesti kaikki Minnesota-Hoito Oy:n hoitokeskuksen läheisviikonloppuun talvella 2009–2010 kutsutut päihdeongelmaisten henkilöiden läheiset. Minnesota-hoidossa (Minnesota-Hoito Lapua 2009) alkoholismi määritellään sairaudeksi, jota työstehtään 12 askeleen toipumisohjelmalla. Hoitokokonaisuus rakentuu ensin 28 vuorokauden perushoidosta ja sitten jatkuvasta 48 viikon mittaisesta kerran viikossa

tapautuvasta jatkohoidosta. Perushoidossa läheiset kutsutaan mukaan läheisviikonloppuun neljän päivän ajaksi. Tämä perushoito toteutuu Lapualla Minnesota-Hoito Oy:ssa, joka on alkoholisteille, sekakäyttäjille ja heidän läheisilleen tarkoitettu Minnesota-hoidon mukainen hoitokeskus. (Minnesota-Hoito Lapua 2009.) Kohteen valintaan vaikuttivat näinkin herkässä aihepiirissä tilastollisesti riittävän suuren aineiston saavuttaminen kohtuullisessa ajassa sekä aiempi vastaava läheiskokemukseni.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkein Minnesota-perushoidossa olevien päihdeongelmaisten vähintään 18 vuotta täyttäneiltä läheisiltä (n = 41, joista oli naisia 21, miehiä 19 ja yhden sukupuolitiedot puuttuivat). Jokainen läheisviikonloppuun osallistunut läheinen oli jonkun perushoidossa olevan päihdeongelmaisen henkilön paikalle kutsuma ja siten päihdeongelmaisen elämässä merkittävä läheinen. Täytettävät kyselylomakkeet toimitettiin etukäteen sekä sähkönettä kirjepostitse Lapuan Minnesota-Hoito Oy:n ohjaajalle, joka puolestaan välitti kyselyt päihdeongelmaisten läheisille läheisviikonloppujen aikana sitä mukaa kuin läheisille tarkoitettuja viikonlopputapahtumia pidettiin. Kyselyyn vastattiin paikan päällä ja kysely myös palautettiin ohjaajalle mukana olleessa palautuskirjekuoresa samaisen läheisviikonloppuun aikana. Kyselylomakkeita jaettiin 50 kappaletta, joista täytettynä palautui 41 kappaletta. Näin ollen kyselyn vastausprosentti oli 82. Kyselytutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja nimetöntä, eikä tutkija tavannut ketään tutkimukseen osallistuneista. Lopuksi Minnesota-Hoito Oy:n ohjaaja kokosi palautetut kirjekuoret yhteen läheisviikonloppujen jälkeen ja toimitti ne tutkijalle analysoitavaksi.

4.2.2 Tutkimusvälineet

WHOQOL-BREF. WHO on luonut elämänlaatumittaristoa vuodesta 1991 lähtien yhteistyössä useiden maiden kanssa ja mittaristoa on myös testattu laajalti. WHOQOL-BREF-mittaristo on lyhyempi versio jo aiemmin mainitusta laajoihin tutkimuksiin ja kliinisiin kokeisiin soveltuvasta WHOQOL-100-mittaristosta. Tällä suppeammalla elämänlaatumittaristolla tavoitetaan yksilön fyysinen terveys, henkisyys, sosiaalisuus ja ympäristöulottuvuus hänen itsensä kokemana. (WHOQOL Group 1996; World Health Organization 1997; WHO 2009.) Tässä

Elämänlaatu päihdeongelmaisen henkilön läheisellä -tutkimuksessa käytetään terveyteen liittyvää WHOQOL-BREF-mittaristoa päihdeongelmaisten henkilöiden läheisten kokeman elämänlaadun arviointiin, sillä alkoholismia voidaan pitää koko perheen sairautena (Al-Anon, Perheryhmät 2003, 3; Minnesota-Hoito Lapua 2009). Kyseinen elämänlaatumittaristo on todettu kriteerivaliditeetiltaan ja sisäiseltä yhtenäisyydeltään riittäväksi myös esimerkiksi brasilialaisessa alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneiden miesten elämänlaatumittauksessa, jossa vertailukohteina olivat mukana Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) ja Symptom Check List (SCL-90) -mittaristot (Barros da Silva Lima ym. 2005, 473). Vaikka lyhyempi WHOQOL-mittaristo on käännetty tällä hetkellä yli 20:lle eri kielelle, silti sen käyttöön on aina annettava lupa WHO:lta (World Health Organization 1997; WHO 2009). Stakesin ylijohtaja Marja Vaarama työryhmineen on kääntänyt mittariston suomeksi vuonna 2004 (Vaarama & Ylönen 2006, 8). Suomenkielisen mittariston käyttö lupa tähän tutkimukseen saatiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (entinen Stakes) toukokuussa 2009.

WHO:n WHOQOL-BREF-mittaristo koostuu taustatietojen kyselystä ja 26:sta elämänlaatua koskevasta kysymyksestä. Ensimmäisen sivun taustatietosiiossa tiedustellaan kuudella kysymyksellä läheisen sukupuolta, syntymäaikaa, koulutusta, siviilisäätystä ja mahdollista sairautta tai terveysongelmaa. Taustatietojen jälkeen seuraava 26-kysymyksinen elämänlaatumittaristo sisältää ensiksi kaksi erillistä kysymystä, joista ensimmäinen mittaa yleistä koettua elämänlaatua ja toinen yleistä tyytyväisyyttä terveyteen. Näiden kysymysten jälkeen löytyvät kysymykset neljältä eri elämänlaadun ulottuvuudelta: fyysinen elämänlaatu (seitsemän kysymystä), henkinen elämänlaatu (kuusi kysymystä), sosiaalinen elämänlaatu (kolme kysymystä) ja elämänlaadun ympäristöulottuvuus (kahdeksan kysymystä). Eri ulottuvuuksien kysymykset ovat keskenään sekalaisessa järjestyksessä. Elämänlaadun ulottuvuudet niihin liittyvine tarkentavine näkökohtineen on esitelty liitteessä 1. Elämänlaatumittariston kaikkien 26 kysymyksen vastausvaihtoehdot on jaettu Likertin asteikolla viiteen luokkaan eli 1–5, joista vastaaja valitsee itselleen parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Vastausvaihtoehto 1 tarkoittaa kysymyksestä riippuen kielteistä arviota esimerkiksi muodossa *Erittäin tyytymätön*, *Erittäin*

huono tai *Ei Koskaan* ja vastausvaihtoehto 5 tarkoittaa vastaavasti myönteistä arviota kuten *Erittäin tyytyväinen*, *Erittäin paljon* tai *Aina*.

Kyselyn tulokset käsiteltiin WHOQOL-BREF-manuaalin ohjeistuksen mukaisesti. Raportoinnissa raakapisteet muunnettiin 0–100-skaalaksi, jossa suuremmat pisteet osoittivat parempaa elämänlaatua. Läheisten yleistä elämänlaatua ja terveyttä arvioitiin tosin skaalalla 1–5 suurimman luvun osoittaessa tässäkin parempaa elämänlaatua ja tyytyväisyyttä. WHOQOL-BREF-mittarin elämänlaatua kartoittaneista kysymyksistä muodostettiin fyysisen, henkisen, sosiaalisen ja ympäristöulottuvuuden summamuuttajat mittarin ohjeistuksen mukaisesti. Elämänlaadun fyysistä ja henkistä ulottuvuutta sekä ympäristöulottuvuutta kuvaavien summamuuttajien Cronbachin alfat olivat korkeita (fyysinen 0,826, henkinen 0,849 ja ympäristö 0,788). Ainoastaan elämänlaadun sosiaalista ulottuvuutta kuvaavan summamuuttujan Cronbachin alfaksi tuli matalahko 0,502, mutta se olisi saanut riittävän alfan arvon 0,613 poistamalla kysymyksen ”*Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne?*”. Tällöin summamuuttujaan olisi jäänyt vain kaksi kysymystä, joten summamuuttuja pidettiin ennallaan.

Läheissuhteen etäisyys. Läheissuhteen etäisyyttä tutkittiin itse luodulla erillisellä yhden sivun lomakkeella. Tällä lomakkeella tiedusteltiin vastaajan suhdetta päihdeongelmaiseen kuudella valmiiksi annetulla vaihtoehdolla: puoliso, lapsi, vanhempi, ystävä, työtoveri vai joku muu. Tämän lisäksi kysyttiin, asuuko hän päihdeongelmaisen kanssa vai ei. Läheissuhteen etäisyyttä tutkivan lomakkeen lopussa oli mahdollisuus kertoa vapaasti omin sanoin vastaajan omasta elämänlaadusta.

Edellä esitellyt tutkimuksessa käytetyt mittarit ja niiden pääsisältö ovat taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tutkimusvälineet ja niiden pääsisältö

Elämänlaatumittari: taustatiedot	Elämänlaatumittari: elämänlaatu	Läheissuhteen etä- syys-kysely
<ul style="list-style-type: none"> • sukupuoli • koulutus • siviilisääty • terveydentila 	<ul style="list-style-type: none"> • elämänlaatuarvio • terveystyytyväisyys • fyysinen ulottuvuus • henkinen ulottuvuus • sosiaalinen ulottuvuus • ympäristöulottuvuus 	<ul style="list-style-type: none"> • suhde päihde- ongelmaiseen • yhdessä / toisaalla asuminen

4.2.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tietojen analysoinnissa käytettiin SPSS 15.0.1 for Windows-versiota. Muuttujista laskettiin keskiarvoja, keskihajontoja, frekvenssejä ja prosentteja. Summamuuttujien reliabiliteettia tutkittiin Cronbachin alfan avulla, jonka alimmaksi hyväksyttäväksi arvoksi on esitetty arvoa 0,6 (Metsämuuronen 2006, 531).

Elämänlaadun ulottuvuuksien summamuuttujien histogrammit vastasivat vähintään kohtuullisesti normaalijakaumaa. Fyysisen ulottuvuuden summamuuttujan osioiden (seitsemän osiota) histogrammien muodot vastasivat kohtuullisesti normaalijakaumaa ja läheisen henkisen elämänlaadun ulottuvuuden osioiden (kuusi osiota) histogrammien muodot vastasivat hyvin normaalijakaumia. Sosiaalisen elämänlaadun summamuuttujan osioista (kolme osiota) sukupuolielämän tyytyväisyyden histogrammi oli normaalijakaumaan nähden hieman vinoon vahvasti yksihuippuinen sekä toisen laidan matalasta huipusta keskelle loivasti laskeutuva kahden muun osion histogrammien muotojen noudatella hyvin normaalijakaumaa. Elämänlaadun ympäristöulottuvuuden summamuuttujan osioiden (kahdeksan osiota) histogrammien muodot vastasivat niin ikään hyvin normaalijakaumia. Näin ollen summamuuttujia tarkasteltiin normaalijakauman oletusten suhteen.

Analyysimenetelmänä käytettiin riippumattomien otosten t-testiä selvittämään poikkeako kaksi ryhmää jonkin ominaisuuden suhteen toisistaan (suku-

puoli, sairaus tai terveysongelma ja yhdessä asuminen) ja yksisuuntaista varianssi-analyysia (ANOVA) tarkastelemaan poikkeako useampi kuin kaksi ryhmää jonkin ominaisuuden suhteen toisistaan (ikä, koulutus, siviilisääty ja läheissuhde). Testien merkitsevyytensä oli 0,05. Varianssianalyysin tukena käytettiin post hoc -testeistä Tukeyn ja Tamhane -menetelmää selvittämään sitä, mitkä ryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Tukeyn testin lisäksi käytetyllä Tamhane testillä pystyi vertailemaan jos ryhmien välisissä variansseissa olikin eroa. Kahden muuttujan välistä yhteyttä selitettiin korrelaatioanalyysillä eli käytettiin Pearsonin korrelaatiota yleisen elämänlaatuarvion ja terveystyytyväisyyden yhteyden tutkimisessa suhteessa elämänlaadun ulottuvuuksiin. Taulukossa 2 on listattu tilastolliset menetelmät tutkimuskysymyksittäin.

TAULUKKO 2. Tilastolliset menetelmät tutkimuksessa

Tutkimuskysymys	Analyysimenetelmä
1. Minkälainen on päihdeongelmaisen henkilön läheisen elämänlaatu? 1.1. Minkälainen yleinen elämänlaatu ja terveystyytyväisyys on päihdeongelmaisen läheisellä? 1.2. Minkälainen on päihdeongelmaisen henkilön läheisen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen elämänlaatu sekä elämänlaatu ympäristöulottuvuudeltaan?	Kuvailevat tilastomenetelmät (frekvenssi, prosentti, keskiarvo, keskihajonta, minimi, maksimi)
2. Ovatko yleinen elämänlaatu ja terveystyytyväisyys yhteydessä fyysiseen, henkiseen ja sosiaaliseen elämänlaatuun sekä elämänlaadun ympäristöulottuvuuteen?	Korrelaatioanalyysi (Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokerroin)
3. Onko koetulla elämänlaadulla yhteyttä läheisen ikään, sukupuoleen, koulutukseen, siviilisäätyyn, terveydentilaan tai läheissuhteen etäisyyteen?	Riippumattomien otosten t-testi Yksisuuntainen varianssianalyysi (ANOVA) Post hoc -testit (Tukeyn menetelmä, Tamhane menetelmä)

5 TULOKSET

5.1 Elämänlaatu

5.1.1 Yleinen elämänlaatuarvio ja terveystyytyväisyys

Tutkittavista 65,8 % koki elämänlaatunsa ainakin hyväksi ja 85,3 % oli tyytyväisiä terveyteensä (taulukko 3). Yleisen elämänlaatuarvion keskiarvo oli 3,66 (kh 0,73) ja terveystyytyväisyyden keskiarvo oli 3,93 (kh 0,72).

TAULUKKO 3. Yleisen elämänlaatuarvion ja terveystyytyväisyyden frekvenssit ja prosentit

	Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?		Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	
	n	%	n	%
Huonoksi / Melko tyytymätön	3	7,3%	3	7,3%
Ei hyväksi eikä huonoksi / Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	11	26,8%	3	7,3%
Hyväksi / Melko tyytyväinen	24	58,5%	29	70,7%
Erittäin hyväksi / Erittäin tyytyväinen	3	7,3%	6	14,6%

5.1.2 Elämänlaadun ulottuvuudet

Fyysinen elämänlaadun ulottuvuus. Vastaajien fyysisen elämänlaadun ulottuvuuden keskiarvo näyttäisi olleen ulottuvuuksista korkein. Vastaajista 65,9 % koki, ettei kipu estänyt päivittäisen elämän kannalta tarpeellisia asioita. Kuitenkin lähes puolet (48,8 %) läheisistä tarvitsi lääke- tai muuta hoitoa päivittäisessä elämässä toimimiseen. Lisäksi päihdeongelmaisten läheisistä 19,5 % koki, että heillä oli korkeintaan vähän tarmoa arkipäivän puuhiin. Liikuntakyky oli silti vähintäänkin hyvä 82,9 %:lla vastaajista. Vaikka 63,4 % läheisistä oli ainakin melko tyytyväisiä

unenlaatuunsa, niin 24,4 % vastaajista oli kuitenkin unenlaatuunsa melko tyytymättömiä. Niinpä tämä kaksijakoisuus näkyi myös histogrammissa kahtena huipuna normaalijakaumaan nähden. Läheisistä 78,1 % koki olevansa ainakin melko tyytyväinen kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimistaan ja työkykyynsä oli vähintäänkin melko tyytyväisiä 73,1 % vastaajista.

Henkinen elämänlaadun ulottuvuus. Vastaajista 56 % nautti elämästään ainakin paljon ja vain vähän elämästään nauttivien osuus oli 7,3 %. Elämänsä tunsi merkitykselliseksi korkeintaan kohtuullisesti 28,2 % läheisistä. Samoin korkeintaan kohtuullisella tavalla asioihin keskittymään pystyviä oli kysymykseen vastanneista läheisistä 41,4 %. Hieman yli puolet vastaajista (51,2 %) koki olevansa korkeintaan kohtuullisen tyytyväinen ulkomuotoonsa ja itseensä vähintään melko tyytyväisiä oli 65 % vastaajista. Kielteisiä tuntemuksia, kuten alakuloisuutta, epätoivoa, ahdistusta tai masennusta, oli kokenut 45 % läheisistä vähintäänkin melko usein.

Sosiaalinen elämänlaadun ulottuvuus. Läheisen sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuden keskiarvo näyttäisi olleen neljästä ulottuvuudesta matalin, joskin samankaltainen henkisen elämänlaadun ulottuvuuden kanssa. Ihmissuhteisiinsa tyytyväisiä vastaajia oli 75,6 % ja vastaavasti ihmissuhteisiinsa tyytymättömiä oli 12,2 % läheisistä. Sukupuolielämäänsä oli tyytymättömiä 30 % kysymykseen vastanneista. Päihdeongelmaisten läheisistä 70,7 % koki olevansa tyytyväinen ystävil-tään saamaansa tukeen.

Elämänlaadun ympäristöulottuvuus. Lähes kaikki vastaajat kokivat olon-sa ainakin kohtuullisen turvalliseksi päivittäisessä elämässään (95,1 %) ja pitivät fyysistä ympäristöään vähintään kohtuullisen terveellisenä (97,6 %). Tarpeisiinsa nähden rahaa oli korkeintaan vähän käytössä 26,9 %:lla vastaajista, mutta kaikki läheiset (100 %) saivat ainakin kohtuullisesti tietoa jokapäiväisen elämänsä kan-nalta tärkeistä asioista. Läheisistä 36,6 %:lla oli korkeintaan vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan, mutta asuinalueensa olosuhteisiin oli kuitenkin melko ja erittäin tyytyväisiä 82,9 % vastanneista. Vähintään melko tyytyväisten osuus mahdollisuuteen saada terveystalvuuksia oli 80,5 %. Sitä vastoin mahdollisuuteen käyttää julkisia tai muita liikennevälineitä 56,1 % vastanneista ei osannut ilmaista kantaansa tai oli jollakin tapaa tyytymätön asiaan.

Tutkittavien elämänlaatu-eri ulottuvuuksien tunnusluvut ovat taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Elämänlaatu-ulottuvuuksien tunnusluvut

	n	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
Fyysinen	41	31	94	74,73	14,78
Henkinen	41	31	94	64,88	15,42
Sosiaalinen	41	25	94	64,34	17,70
Ympäristö	41	31	100	67,66	15,76

5.2 Yleisen elämänlaatu-arvion ja terveystyytyväisyyden yhteys elämänlaadun ulottuvuuksiin

Yleisellä elämänlaatu-arviolla oli vähintään melkein merkitsevä yhteys kaikkiin elämänlaadun ulottuvuuksiin. Henkisen ($r = .626$, $p = .000$) elämänlaadun ulottuvuuden ja yleisen elämänlaatu-arvion välinen yhteys oli korkea ja tilastollisesti erittäin merkitsevä. Yleisellä elämänlaatu-arviolla oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys sosiaaliseen ($r = .558$, $p = .000$) elämänlaatuun ja melko korkea yhteys fyysiseen ($r = .514$, $p = .001$) elämänlaadun ulottuvuuteen korrelaatioiden ollessa melko korkeat. Yhden kysymyksen yleisellä elämänlaatu-arviolla oli lisäksi tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ympäristöulottuvuuteen ($r = .345$, $p = .027$).

Niin ikään yhden kysymyksen terveystyytyväisyyskartoituksella oli tilastollista yhteyttä elämänlaadun eri ulottuvuuksiin lukuun ottamatta elämänlaadun sosiaalista ulottuvuutta. Terveystyytyväisyydellä oli korkea ja tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys fyysisen ($r = .592$, $p = .000$) elämänlaadun ulottuvuuden sekä kohtuullinen ja tilastollisesti merkitsevä yhteys elämänlaadun henkisen ($r = .438$, $p = .004$) ulottuvuuden kanssa. Vieläpä elämänlaadun ympäristöulottuvuuteen ($r = .363$, $p = .020$) oli terveystyytyväisyydellä melkein merkitsevää yhteyttä.

5.3 Läheisten taustatietojen ja läheissuhteen etäisyyden yhteys elämänlaatuun

Tutkittavien keski-ikä oli 43,63 vuotta. Suhde päihdeongelmaiseen perustui vahvasti parisuhteeseen tai sukulaisuuteen, sillä ystävien ja muiden suhteiden osuudeksi jäi 34,3 % ja muu-suhde joukosta kahdeksan yhdeksästä vastanneesta oli sisaruksia. Terveysongelmia kokeneiden läheisten vaivoista puolet liittyi sydän-, hengitys- ja verenkierto-ongelmiin. Läheissuhteen etäisyyden tiedot eli suhde- ja asumiskysely oli jäänyt vastaamatta kuudelta henkilöltä (14,6 %). Läheisten taustatiedot on kuvattu taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Läheisten tiedot

		n	%
Sukupuoli (n = 40)	Mies	19	47,5%
	Nainen	21	52,5%
Ikä (n = 40)	18-30 v	6	15,0%
	31-45 v	18	45,0%
	46-60 v	7	17,5%
	Yli 60 v	9	22,5%
Koulutus (n = 41)	Perusaste	11	26,8%
	Keskiaste	18	43,9%
	Korkea-aste	12	29,3%
Siviilisääty (n = 41)	Naimaton	4	9,8%
	Asumuserossa	2	4,9%
	Naimisissa	26	63,4%
	Eronnut	3	7,3%
	Avoliitossa	5	12,2%
	Leski	1	2,4%
Sairaus tai terveysongelma (n = 41)	Kyllä	19	46,3%
	Ei	22	53,7%
Läheissuhde (n = 35)	Puoliso	6	17,1%
	Lapsi	14	40,0%
	Vanhempi (äiti tai isä)	3	8,6%
	Ystävä	3	8,6%
	Muu	9	25,7%
Yhdessä asuminen (n = 35)	Kyllä	9	25,7%
	En	26	74,3%

Elämänlaadun keskiarvot ja keskihajonnat sukupuolittain on koottu taulukkoon 6. Sukupuolten välillä ei ollut eroa yleisessä elämänlaatuarviossa eikä terveystyytyväisyydessä. Myöskään elämänlaadun eri ulottuvuuksissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa naisten ja miesten välillä.

TAULUKKO 6. Koettu elämänlaatu sukupuolittain

	Mies (n = 19) ka (kh)	Nainen (n = 21) ka (kh)
Yleinen elämänlaatu	3,79 (0,79)	3,52 (0,68)
Terveystyytyväisyys	3,89 (0,57)	3,90 (0,83)
Fyysinen	77,95 (11,63)	71,19 (16,82)
Henkinen	67,16 (14,86)	62,90 (16,36)
Sosiaalinen	68,42 (14,17)	60,14 (20,15)
Ympäristö	71,47 (15,10)	63,86 (16,12)

Elämänlaadun keskiarvot ja keskihajonnat ikäryhmittäin ovat taulukossa 7. Ikä ei ollut yhteydessä yleiseen elämänlaatuun eikä terveystyytyväisyyteen. Elämänlaadun kokemista tutkittiin lisäksi ikäryhmittäin eri elämänlaadun ulottuvuuksien kanssa. Tutkittavien ikäryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa fyysisen, henkisen eikä sosiaalisen elämänlaadun kokemisessa kuten ei myös elämänlaadun ympäristöulottuvuuden kokemisessa. Ikäryhmät eivät siis eronneet ulottuvuuksissa tilastollisesti merkitsevästi toisistaan.

TAULUKKO 7. Koettu elämänlaatu ikäryhmittäin

	18-30 v (n = 6) ka (kh)	31-45 v (n = 18) ka (kh)	46-60 v (n = 7) ka (kh)	Yli 60 v (n = 9) ka (kh)
Yleinen elämänlaatu	3,67 (0,52)	3,61 (0,85)	4,00 (0,58)	3,44 (0,73)
Terveystyytyväisyys	3,83 (0,41)	4,00 (0,84)	3,86 (0,38)	3,78 (0,83)
Fyysinen	83,33 (6,65)	72,94 (17,07)	74,14 (9,97)	71,56 (16,51)
Henkinen	65,83 (8,64)	64,39 (18,17)	68,71 (13,43)	62,44 (16,85)
Sosiaalinen	68,83 (18,93)	63,17 (19,91)	70,57 (16,42)	57,67 (13,48)
Ympäristö	67,67 (13,88)	67,94 (17,85)	63,71 (13,34)	69,33 (16,94)

Elämänlaadusta koulutustaustoittain on tietoa taulukossa 8. Koulutustaustalla ei ollut yhteyttä yleiseen elämänlaatu-arvioon eikä terveystyytyväisyyteen. Näiden lisäksi tutkittavien koulutustaustoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa fyysisen, henkisen eikä sosiaalisen elämänlaadun kokemisessa samoin kuin ei ollut elämänlaadun ympäristöulottuvuuden kokemisessakaan.

TAULUKKO 8. Koettu elämänlaatu koulutustaustoittain

	Perusaste (n= 11) ka (kh)	Keskiaste (n = 18) ka (kh)	Korkea-aste (n = 12) ka (kh)
Yleinen elämänlaatu	3,82 (0,60)	3,61 (0,70)	3,58 (0,90)
Terveystyytyväisyys	4,18 (0,41)	3,67 (0,77)	4,08 (0,79)
Fyysinen	76,18 (11,65)	73,61 (16,64)	75,08 (15,44)
Henkinen	68,82 (11,39)	61,61 (15,94)	66,17 (17,86)
Sosiaalinen	68,18 (12,28)	64,28 (16,98)	60,92 (23,00)
Ympäristö	70,00 (17,92)	65,00 (13,41)	69,50 (17,68)

Elämänlaadusta siviilisäädyyttään on tietoa alla olevassa taulukossa 9. Siviilisäätty ei ollut yhteydessä yleiseen elämänlaatu-arvioon ja terveystyytyväisyyteen. Siviilisäädetyt eivät myöskään poikenneet elämänlaadun neljän eri ulottuvuuden suhteen tilastollisesti merkitsevästi toisistaan.

TAULUKKO 9. Koettu elämänlaatuun siviilisäädyyttään

	Naimaton (n = 4) ka (kh)	Asumuserossa (n = 2) ka (kh)	Naimisissa (n = 26) ka (kh)	Eronnut (n = 3) ka (kh)	Avoliitossa (n = 5) ka (kh)	Leski (n = 1) ka (kh)
Yleinen elämänlaatu	3,50 (0,58)	3,50 (0,71)	3,69 (0,79)	3,33 (1,16)	3,80 (0,45)	4,00
Terveystyytyväisyys	3,75 (0,50)	4,50 (0,71)	3,85 (0,83)	4,33 (0,58)	4,00 (0,00)	4,00
Fyysinen	82,75 (8,02)	69,00 (26,87)	74,35 (16,33)	73,00 (9,17)	72,40 (12,03)	81,00
Henkinen	64,25 (10,69)	56,50 (17,68)	66,42 (16,17)	58,33 (19,86)	67,60 (15,32)	50,00
Sosiaalinen	68,75 (13,43)	40,50 (13,44)	64,19 (15,85)	62,67 (15,85)	76,20 (13,70)	44,00
Ympäristö	64,00 (16,35)	53,00 (4,24)	69,88 (14,83)	54,33 (20,43)	70,20 (18,86)	81,00

Elämänlaadun keskiarvot ja keskihajonnat sairauden tai terveysongelman kokemisesta on luettavissa taulukosta 10. Sairauden tai terveysongelman omaamisella tai sen poissa olemisellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa yleisen elämänlaadun kokemisessa. Terveystyytyväisyyteen sairaus tai terveysongelman tunteminen osoitti sitä vastoin tilastollisesti erittäin merkitsevän eron [$t(39) = -3,83$, $p = .000$] verrattuna tutkittaviin, joilla ei ollut sairautta tai terveysongelmaa. Sairauden tai terveysongelman omaavilla oli merkitsevästi alhaisempi fyysinen [$t(39) = -2,74$, $p = .009$] ja henkinen [$t(39) = -2,72$, $p = .009$] elämänlaatu kuin muilla. Myös ympäristöulottuvuuden kokemisessa [$t(39) = -1,99$, $p = .054$] oli lähes merkitsevä ero ryhmien välillä ja lisäksi sosiaalista ulottuvuutta kohtaan [$t(39) = -1,77$, $p = .084$] oli suuntaa antava ero sairauden tai terveysongelman kokeneilla verrattuna tutkittaviin, joilla ei ollut sairautta tai terveysongelmaa.

TAULUKKO 10. Sairauden tai terveysongelman yhteys koettuun elämänlaatuun

	Sairaus tai terveysongelma: Kyllä (n = 19) ka (kh)	Sairaus tai terveysongelma: Ei (n = 22) ka (kh)
Yleinen elämänlaatu	3,53 (0,77)	3,77 (0,69)
Terveystyytyväisyys	3,53 (0,77)	4,27 (0,46)
Fyysinen	68,42 (16,68)	80,18 (10,54)
Henkinen	58,32 (15,39)	70,55 (13,31)
Sosiaalinen	59,21 (17,62)	68,77 (16,92)
Ympäristö	62,58 (14,12)	72,05 (16,09)

Läheissuhteen ja koetun elämänlaadun yhteydestä on tuloksia taulukossa 11. Eri läheissuhteilla oli suuntaa antava ero yleisen elämänlaatuarvion suhteen [$F(4,30) = 2,54$, $p = .061$]. Parittaisvertailussa havaittiin, että puolisoitten kokema yleinen elämänlaatu osoittautui suuntaa antavasti heikommaksi kuin ystävien elämänlaatu ($p = .077$). Läheissuhteella oli terveystyytyväisyyden tasoihinkin suuntaa antava ero [$F(4, 30) = 2,48$, $p = .065$]. Näiden lisäksi läheissuhteen tasolla oli melkein merkitsevä ero elämänlaadun sosiaaliseen ulottuvuuteen [$F(4,30) = 3,80$, $p = .013$]

mutta muihin elämänlaadun ulottuvuuksiin läheissuhteen tasolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuden alueella tehdyssä läheissuhteen parittaisvertailussa huomattiin, että puolisoitten kokema elämänlaatu oli suuntaa antavasti alempi kuin lasten ($p = .057$) ja muuhun ryhmään ($p = .063$) kuuluvien sosiaalinen elämänlaatu. Tukeyn testin sijaan Tamhane-testi osoitti sitä vastoin, että puolisoitten sijaan vanhempien sosiaalinen elämänlaatu oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi alhaisempi kuin lasten ryhmien ($p = .001$) sekä merkitsevästi matalampi kuin muuhun ryhmään kuuluvien ($p = .006$) läheisten sosiaalinen elämänlaatu.

TAULUKKO 11. Läheissuhteen yhteys koettuun elämänlaatuun

	Puoliso (n = 6) ka (kh)	Lapsi (n = 14) ka (kh)	Vanhempi (n = 3) ka (kh)	Ystävä (n = 3) ka (kh)	Muu (n = 9) ka (kh)
Yleinen elämänlaatu	3,00 (0,89)	3,86 (0,66)	3,33 (1,16)	4,33 (0,58)	3,78 (0,44)
Terveystytyväisyys	4,33 (0,52)	3,64 (0,75)	3,33 (1,16)	4,33 (0,58)	4,22 (0,44)
Fyysinen	75,33 (10,52)	74,57 (18,19)	79,33 (20,43)	81,33 (6,51)	77,67 (10,01)
Henkinen	56,33 (16,11)	65,36 (14,79)	62,33 (27,30)	67,00 (6,93)	69,44 (14,28)
Sosiaalinen	47,83 (16,68)	70,14 (17,90)	44,00 (0,00)	70,67 (13,05)	71,56 (15,31)
Ympäristö	63,67 (12,68)	64,36 (16,04)	65,00 (22,07)	71,00 (19,31)	77,33 (14,19)

Elämänlaadun keskiarvot ja keskihajonnat asumissuhteen mukaan on koottu taulukkoon 12. Asumissuhteella oli melkein merkitsevä ero yleisen elämänlaadun arvioinnin suhteen [$t(33) = -2,52$, $p = .031$] siten, että päihdeongelmaisen kanssa yhdessä asuvien koettu elämänlaatu oli erilleen asuvia heikompi. Yhdessä tai erikseen asumisella ei ollut kuitenkaan eroa terveystytyväisyyden kokemisessa. Lopuksi tutkittiin oliko päihdeongelmaisen kanssa yhdessä tai erikseen asumisella eroa elämänlaadun eri ulottuvuuksien kokemisessa. Yhdessä asuvien sosiaalinen elämänlaatu oli melkein merkitsevästi alempi kuin erikseen asuvilla [$t(33) = -2,34$, $p = .026$], mutta muissa ulottuvuuksissa ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

TAULUKKO 12. Asumissuhteen yhteys koettuun elämänlaatuun

	Yhdessä asuminen: Kyllä (n = 9) ka (kh)	Yhdessä asuminen: Ei (n = 26) ka (kh)
Yleinen elämänlaatu	3,22 (0,67)	3,85 (0,73)
Terveystyytyväisyys	4,00 (0,00)	3,92 (0,85)
Fyysinen	80,78 (9,19)	75,00 (15,29)
Henkinen	64,00 (14,41)	65,00 (15,94)
Sosiaalinen	52,78 (13,33)	68,54 (18,58)
Ympäristö	64,67 (15,16)	69,42 (16,28)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa selvitettiin elämänlaatua päihdeongelmaisen läheisellä. Heistä liki kaksi kolmesta koki yleisen elämänlaatunsa ainakin hyväksi ja tämä tulos tavallaan mukailee Saarnin (2008, 11–12) raportoimaa hyvää elämänlaatua alkoholin kohtuukäyttäjillä. Toisaalta päihdeongelmaisten läheisten omasta alkoholin käytöstä ei ollut tässä tutkimuksessa tietoa, mutta voidaan olettaa, etteivät he ole suurkuluttajiakaan hoidossa olleiden päihdeongelmaisläheistensä tavoin. Nimittäin Livingstonen (2009) mukaan niin suurkuluttajien, juomisen lopettaneiden kuin absolutistien terveyteen liittyvä elämänlaatu on vähän juovia matalampi. Koska tähän tutkimukseen osallistuneiden omasta alkoholinkäytöstä ei siis kuitenkaan ollut tietoa, johtopäätöksen tekeminen alkoholinkäyttömääriin liittyviin elämänlaatatutkimuksiin on mahdotonta.

Elämänlaatuun kuuluva koettu terveystyytyväisyys vaikuttaa olevan päihdeongelmaisten läheisillä parempi kuin suomalaisten aikuisten arvioima oma terveys Manderbackan (2005, 130) raportoimana. Hyväksi koettu terveystyytyväisyys voi johtua esimerkiksi aineiston pienuudesta taikka siitä, että läheinen on kenties vertaillut mielessään omaa ja päihdeongelmaisen terveyttä ja todennut päihdeongelmaiseen verrattuna oman terveystilansa mainioksi. Sitä paitsi kysymykset yleisestä elämänlaadusta ja terveystyytyväisyydestä olivat kyselylomakkeessa peräkkäin, jolloin terveydentila lienee helpommin arvioitavissa paremmaksi kuin elämänlaatu. Onhan terveyden vastakohtaksi mielletävissä oleva sairaus -sana kohtuullisen voimakas kun taas elämänlaatua voi arvioida laadullisesti heikommaksi sairautta neutraaleimmin määrein.

Elämänlaadun ulottuvuuksista näytti fyysinen ulottuvuus saavuttaneen korkeimman elämänlaatuarvion ja henkinen ja sosiaalinen ulottuvuus vastaavasti heikoimman, mutta näitä päätelmiä rajoittaa merkitsevyyden testaamattomuus ja siten muihin tutkimuksiin vertailun vaikeus. Näin ollen tämän tutkimuksen turvin ei voida tehdä päätelmiä läheisten elämänlaadun heikentymisen vuoksi sairastumisesta ja siten etsiä samankaltaisuutta mm. Cutlandin (1998, 91), Orfordin (1998,

132), Al-Anonin (2003, 29) ja Hellstenin (2007) kirjoituksista läheisten sairastumisesta eli läheisriippuvuudesta. Läheisten arviot yleisestä elämänlaadusta ja terveystyytyväisyydestä olivat kuitenkin yhteydessä elämänlaadun ulottuvuuksien kokemuksiin lukuun ottamatta terveystyytyväisyyden ja sosiaalisen ulottuvuuden yhteyttä. Siksi lienee mahdollista, että läheinen voi arvioida yhdellä elämänlaatuarviokysymyksellä samanaikaisesti myös neljää eri elämänlaatu-ulottuvuuttaan. Samaten läheinen saattaa yhteen terveystyytyväisyyskysymykseen vastaten arvioida elämänlaadun ympäristöulottuvuuden ja fyysisen ja henkisen elämänlaadunsa sangen luotettavasti. Tästä seuraa, että päihdeongelmaisen läheisen yleiseen ja karkeaan terveyteen liittyvään elämänlaatu-kyselyyn tarvittaisiinkin ainoastaan kaksi kysymystä. Näin ollen elämänlaadun saisi tarvittaessa selvitettyä hyvin nopeasti.

Tutkimuksessa arvioitiin myös läheisen taustatietojen yhteyttä elämänlaatuun. Sukupuolten välillä ei ollut eroa läheisten elämänlaadun kokemuksissa kuten ei ole eroa suomalaisten naisten ja miesten käsityksessä omasta terveydestäkään (Manderbacka 2005, 130). Sukupuolten toisistaan eroamattomuus elämänlaadun suhteen voisi olla osoitus elämänlaadun tasa-arvoisuudesta. Läheistutkimus osoitti myös, ettei ikä ollut yhteydessä elämänlaatuun eikä terveystyytyväisyyteen toisin kuin Lyyran (2006) tutkimuksessa, jossa ikäihmisten elämään tyytyväisyys oli tärkeää iäkkäiden terveydelle. Toisaalta läheisten melko pieni määrä tämän tutkimuksen eri ikäryhmissä saattaa vaikuttaa siihen ettei ikäyhteyksiä ilmennyt. Tässä tutkimuksessahan ei liioin ollut mukana ala-ikäisiä, joten tulosten peilailua muiden tutkimusten lapsiin ja nuoriin ei voida tehdä.

Yhtä lailla edeltävien taustatietojen kanssa eri koulutustaustoilla ja siviilisäädyillä ei ollut merkitsevää eroa elämänlaadun kokemuksissa päinvastoin kun Manderbackan (2005, 131) tulkinnaassa vähemmän koulutusta saaneiden tai eronneiden ja naimattomien huonommasta koetusta terveydestä verrattuna pitkän koulutuksen saaneiden tai naimisissa olevien terveyteen. Eräs syy siihen, ettei eri koulutustaustalla ole yhteyttä läheisen elämänlaatuun, voikin olla että elämänlaadun kokemus päihdeongelmaisen läheisenä on todella koulutustaustasta riippumatonta ja siten hyvin henkilökohtaista. Sama johtopäätös pätee myös siviilisäätyyn. Tämän tutkimuksen taustatiedoista ei analysoitu eri siviilisäätyjen ja päihdeongel-

maisena toisiinsa liittyvyyttä, joten onkin mahdollista, että elämänlaatu saattaa olla jakautunut toisaalta samassa taloudessa asuvan päihdeongelmallisen myötä heikentyneeseen elämänlaatuun ja toisaalta kotitalouden päihdeestä riippumattomaan elämänlaatuun ja täten eri siviilisäätyjen elämänlaatu on ikään kuin tasapainottunut ja neutralisoitunut. Kaiken kaikkiaan tutkimuksia koulutustaustojen ja siviilisäädyn yhteydestä elämänlaatuun päihdeongelmaisen läheisenä ei juurikaan löydy.

Taustatietojen yhteydestä elämänlaatuun ilmeni vielä viimeisimpänä, että sairauden tai terveysongelman myöntäneiden terveystyytyväisyys oli merkittävästi matalampi kuin kieltäneiden läheisten. Lisäksi ongelmia kokeneiden elämänlaadun fyysinen ja henkinen ulottuvuus olivat alentuneet verrattuna ongelmattomiin läheisiin. Tulokset ovat tavallaan samankaltaiset Saarnin (2008, 11–12) tulosten kanssa mielenterveyden häiriöistä kärsivien matalimmasta elämänlaadusta kroonisista sairautta sairastavilla, joskin tämän elämänlaatututkimuksen terveysongelmien kroonisuudesta ei ollut tietoa. Tuntuukin sängen luonnolliselta ajatella, että sairaudella tai terveysongelmalla on vaikutuksensa elämänlaatuun. Tutkimuksesta ei voi kuitenkaan tehdä johtopäätöksiä vaikuttaako juuri päihdeongelma sairauden tai terveysongelman kokemiseen ja siten elämänlaadun fyysisen ja henkisen ulottuvuuden alentumiseen.

Tutkimuksessa tarkasteltiin lisäksi läheissuhteen etäisyyden yhteyttä elämänlaatuun. Suhteesta päihdeongelmaiseen nimenomaan vanhempien sosiaalinen elämänlaatu osoittautui erittäin merkittävästi lapsia ja merkittävästi muita läheisiä heikommaksi. Vanhempien heikko elämänlaatu lapsiin verrattuna on osittain selitettävissä sillä, että tutkimuksessa ei ollut lainkaan mukana alaikäisiä lapsia, joiden vaikeuksista päihdeongelmaisen lapsina tiedetään esimerkiksi Mylantin ym. (2002), Itäpuiston (2003, 38; 2005, 84–88, 116), Nätkinin (2003, 35–36) ja Ruisniemen (2006, 187) tutkimuksista. Aikuisiksi kasvaneiden lasten murhe ei lie enää niin kokoaikaista ja konkreettista verrattuna päihdeongelmaisen kanssa arkaan jakaviin alaikäisiin. Äidin ja isän huolehtiminen lapsistaan ei kuitenkaan loppune vaikka lapset aikuistuvat ja ikääntyvät. Niinpä tässä tutkimuksessa vastaamaan päässeiden vanhempien huoli tuleekin julki. Ikäihmisten psykososiaalisten tekijöiden ja sosiaalisten suhteiden tärkeydestä elämänlaadulle on tutkimuksia

Bowlingilta (2005) ja Lyyralta (2006) ja päihdeongelmaisten äitien ja isien heikentynyttä elämänlaatua voitaneenkin samaistaa näihin tutkimuksiin. Toisaalta voihan olla, että vanhempien sosiaalinen elämänlaatu on heikentynyttä lapsensa päihdeongelmasta huolimatta.

Suhteesta päihdeongelmaiseen vanhempien lisäksi myös puolisoiden sosiaalinen elämänlaatu oli suuntaa antavasti heikompi kuin lasten ja muiden läheisten. Tästä puolisoiden sosiaalisen elämänlaadun heikentymisestä on myös tutkimus Masalin, Velleman & Copelloilta (1998, 4–5). Tähän voidaan lisätä vielä puolisoiden kokonaisvaltaista elämänlaadun heikentymistä tukevia kirjoituksia mm. Maffliilta (2001, 87), Suonpäältä (2002, 50) ja Homis, Leonard & Kearns-Bodkinilta (2006). Yhtälailta Patfordin (2008) tulokset peliongelmaisten henkilöiden vaimojen heikentyneestä elämänlaadusta perhesuhteiden turmeltumisen myötä ovat samankaltaiset tämän tutkimuksen päihdeongelmallisten henkilöiden puolisoiden heikentyneen sosiaalisen elämänlaadun kanssa. Sitä vastoin puolisoiden heikko sosiaalinen elämänlaatu on ristiriidassa Livingstonen (2009) tutkimuksen kanssa, sillä sen mukaan alkoholin suurkuluttajien puolisoilla on jopa merkittävästi parempi sosiaalinen toiminnallisuus kuin vähän juovien puolisoilla.

Läheissuhteen etäisyyteen liittyen päihdeongelmaisen kanssa yhdessä asuvien yleinen elämänlaatu ja elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus olivat merkittävästi erillään asuvia matalammat. Päihdeongelmaisen kanssa yhdessä asuvien murheiden vakavuudesta ovat jo edellä mainittujen puolisoita koskevien tutkimusten lisäksi kirjoittaneet Copello (1998, 95) ja Holmila (2003b, 80). Päihdeongelmaisen kanssa asuvien elämänlaadun heikentymisestä on myös monella ihmisellä omia kokemuksia lähipiiristään, joten tutkimustulos on sikälikin odotettu.

Tiivistetysti sanoen päihdeongelmaisten henkilöiden läheiset olivat tyytyväisiä yleiseen elämänlaatuunsa ja terveyteensä. Läheiset, joilla oli terveysongelmia, olivat hyvävointisia tyytymättömämpiä terveyteensä ja kokivat myös fyysisen ja henkisen elämänlaatunsa toisia matalimmiksi. Päihdeongelmaisten vanhemmat kokivat sosiaalisen elämänlaatunsa lapsia ja muita läheisiä, eli lähinnä päihdeongelmaisten sisaruksia, huonommiksi ja päihdeongelmaisen kanssa yhdessä asuvien niin ikään sosiaalinen kuin myös yleinen elämänlaatu olivat muualla asuvia läheisiä heikompia.

6.2 Tutkimuksen metodiset rajoitukset

WHOQOL-BREF-mittaristoon pyydettiin vastaamaan ohjeistuksen mukaan tuntemuksin, joita kyselylomakkeen täyttäjää on kokenut kahden viimeisen viikon aikana, vaikka läheiset täyttivät lomakkeet tilanteessa, jolloin päihdeongelmainen oli ollut poissa läheisten luota jo kolmesta neljään viikkoon. Niinpä onkin mahdollista, että elämänlaatumittariin niin sanotusti kirjaimellisesti ohjeiden mukaan vastanneiden elämänlaatu oli sellainen, johon päihdeongelmainen ei konkreettisesti parhaillaan vaikuttanut. Toisaalta tutkimukseen osallistuneet olivat joka tapauksessa päihdeongelmaisen läheisiä ja siten heidän elämänlaatunsa oli päihdeongelmaan linkittyvää. Lisäksi elämänlaatumittari on standardoitu ja siten käyttökelpoinen ja tuloksiltaan luotettavasti analysoitava.

Aineisto oli pienehkö, joten kun analysoitiin ominaisuuksiltaan eri ryhmiin kuuluvia ja kun ryhmiä oli kahdesta kuuteen, havaintojen määrät ryhmässä olivat myös pieniä. Tämä johti siihen, että esimerkiksi taustatietojen eräässä ryhmässä oli ainoastaan yksi läheinen, joka siten omilla kokemuksillaan edusti koko tätä ryhmää. Näin yhden ihmisen kokemuksille tuli erittäin vahva merkitys määrällisessä tutkimuksessa. Tutkimuksessa ei nimittäin yhdistelty eri ryhmiä toisiinsa.

Tutkimuksesta ei selviä, kuinka monen eri päihdeongelmaisen läheisiä tutkimukseen osallistui. Onkin mahdollista, että päihdeongelmaisilla on ollut eri määrä läheisiä läheisviikonlopussa mukana ja siten myös tutkimukseen osallistumassa. Näin ollen yhtä päihdeongelmaista kohden on voinut tulla esimerkiksi yhdestä kuuteen läheisen kyselyyn vastausta, jolloin kunkin päihdeongelmaisen vaikutukset näyttäytyvät aineistossa eri laajuisina. Toisaalta jokainen vastaus edustaa kunkin läheisen henkilökohtaista kokemusta ja on siten luotettava ja tärkeä vaikka usean vastaus liittyisikin saman päihdeongelmaisen vaikutuspiiriin.

Tutkimusaineiston tilastollisia analyyseja kavensi lisäksi se, että elämänlaatumittarin lisänä ollut läheissuhteen etäisyyteen liittyvä kyselylomake oli jäänyt vastaamatta kuudelta (15 %) läheiseltä. Kyselyn viimeisimmän sivun tyhjiys voi selittyä sillä, että standardoitu elämänlaatumittari päättyi sanoihin ”kiitos avustan-

ne!”, joten viimeisimmän sivun huomioimatta jättäneet ehkä ollettivat kyselyn päättyneen jo noihin kiitossanoihin.

Tutkimuksessa oli pääosin järjestysasteikollisia ja luokitteluasteikollisia muuttujia, joten tutkittavan ilmiön käsittely oli kohtuullisen vivahteetonta. Olihan myös kyselyn pari avointa kysymystä saatettu asteikolliseen muotoon tilastollisen analyysin selkeyttämiseksi. Järjestysasteikollinen luokittelu tavallaan pakottaa vastaamaan kysymykseen, olipa kysymys vastausvaihtoehtoinen tutkittavalle sopiva tai ei. Elämänlaatumittaristossa on esimerkiksi joitakin kysymyksiä, joiden tarpeellisuudesta päihdeongelmaisen henkilön läheisen elämänlaadun selvittämiseen voi olla eri mieltä, kuten vaikka kysymys tyytyväisyydestä mahdollisuuteen käyttää julkisia tai muita kulkuvälineitä.

6.3 Tutkimuksen yleistäminen ja jatkotutkimushaasteet

Tutkittavat olivat vapaaehtoisesti läheisviikonloppuun tulleita päihdeongelmaisten läheisiä ja niinpä elämänlaadun tutkimustulokset onkin mahdollista yleistää ainakin Minnesota-hoitoon osallistuviin läheisiin. Eroaako läheisviikonloppuun kutsuttujen muttei kuitenkaan osallistuneiden läheisten elämänlaatu Minnesota-hoitoon tulleiden elämänlaadusta vaatisi kuitenkin uutta tutkimusta. Lisäksi voitaisiin tutkia millainen elämänlaatu on niillä läheisillä, joiden elämä kohtaa hoitoon hakeutumattomia päihdeongelmaisia. Vaikka tämänkaltaisia läheisiä löytyy Suomesta runsaasti, heidän tavoittaminen tutkimuksiin on haasteellista. Läheisuuteen etäisyydellä näyttää joka tapauksessa olevan yhteyttä koettuun elämänlaatuun, joten lisätutkimukset aiheesta ovat tarpeen.

Tämän tutkimuksen näyttämää mahdollisuutta kartoittaa läheisen elämänlaatua kattavasti lähes kaikilta elämänlaadun ulottuvuuksilta ainoastaan kahdella WHOQOL-BREF-kyselyn kysymyksellä, eli yleisellä elämänlaatuarviolla ja terveystyytyväisyydellä, pitäisi tutkia lisää. Jos nämä kaksi kysymystä vastauksineen pystyvät luotettavasti kuvaamaan elämänlaatua, tämä kysely tarjoaa mahdollisuuden nopeisiin elämänlaatu-tutkimuksiin päihdeongelmaisten henkilöiden läheisten keskuudessa. Kyselyt voisi toteuttaa rutiininomaisesti esimerkiksi kouluissa omis- sa luokissa, koulukuraattorin tai kouluterveydenhoitajan luona sekä työterveys- huollossa, perheneuvoloissa tai perusterveydenhuollossa. Luotettava tieto elämän-

laadun heikentymisestä antaa ammatti-ihmisille konkreettisen syyn ja sysäyksen mahdollisimman varhaiseen ongelmaan puuttumiseen ja läheisen tukemiseen tämän pulmallisessa elämäntilanteessa. Näin estetään syrjäytymistä ja pahoinvointia kunkin ihmisen omassa elinpiirissään kuten koulussa tai työssä. Tämä kyselyhaaste on samansuuntainen WHO:n (Stakes 2007) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen tulevaisuuden haasteeksi ilmaistun kanssa suhteen, että luokitus liitettäisiin subjektiiviseen elämänlaatukäsitteeseen objektiivisten ulkopuolisten havaintojen sijaan. Myös läheisen ihmisen terveydentilasta johtuvan kolmannen osapuolen toimintarajoitteiden tutkiminen on kehitteillä. (Stakes 2007, 247.)

Päihdeongelmaisen henkilön läheisen elämänlaatua voitaisiin lisäksi tutkia syvällisemmin haastatteluilla, sillä tämän tutkimuksen pääosin suljetut kysymykset vastauksineen ovat pinnallinen tapa tulkita näinkin monivivahteista ilmiötä. Läheisen elämänlaatua kuvatkoot lopuksi seuraavat kommentit tutkimusaineiston vapaasta kerronnasta:

...tuntuu että fysiikka pettää pahan olon alta..., ...ei voi luottaa..., ...en saa tukea, en edes tunne häntä..., ...minun on nyt jaksettava..., ...joka-päiväinen pelko ja ahdistus haittaavat kaikkea toimintaa..., ...elämä on harmaata ja pelottavaa..., ...vie niin suunnattomasti voimavaroja joko suoraan tai välillisesti...

LÄHTEET

- Al-Anon, Perheryhmät. 2003. Al-Anon toimii: työkaluja alkoholistien läheisille. Riihimäki: Al-Anon Keskuspalvelu ry.
- Allard, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.
- Axford, N. 2008. Exploring concepts of child well-being. Implications for children`s services. Bristol: The Policy Press.
- Barros da Silva, A. F., Fleck, M., Pechansky, F. de Roni, R. & Sukop, P. 2005. Psychometric properties of the World Health Organisation Quality of Life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: A pilot study. Quality of Life Research 14: 473–478. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): URL: <http://www.springerlink.com/content/g0v7384t61082125/fulltext.pdf> (Luettu 28.11.2009.)
- Bowling, A. 2005. Ageing well: Quality of life in old age. Maidenhead; New York: Open University Press.
- Copello, A., Masalin, J. & Velleman, R. 1998. Overview and conclusions: Normal people, abnormal circumstances. Teoksessa R. Velleman & A. Copello . & J. Masalin (toim.) Living with drink. Women who live with problem drinkers. London and New York: Longman, 202–212.
- Cummins, R. A. 2005. Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of Intellectual Disability Research 49 (10): 699–706. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=2&sid=c3640b4b-9814-479f-ad4b-c361d6c80e1e%40sessionmgr11> (Luettu 8.9.2009.)
- Cutland, L. 1998. A codependency perspective. Teoksessa R. Velleman. & A. Copello & J. Masalin (toim.) Living with drink. Women who live with problem drinkers. London and New York: Longman, 89–98.
- Gilhooly, M., Gilgooly, K. & Bowling, A. 2005. Quality of life. Meaning and measurement. Teoksessa A. Walker (toim.) Growing older. Understanding of quality of life in old age. London: Open University Press. 14–26. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): URL:

- <http://site.ebrary.com/lib/jyvaskyla/docDetail.action?docID=10175264&p00=walker%20gilhooly> (Luettu 10.5.2009.)
- Haas, B. K. 1999. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31 (3): 215–220. Saatavilla www-muodossa: URL: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119939469/PDFSTART> (Luettu 26.11.2009.)
- Hellsten, T. 2007. Virtahepo olohuoneessa. 5. painos. Jyväskylä: Kirjapaja Oy.
- Holmila, M. 2003a. Läheisen ratkaisut. Teoksessa M. Holmila, & J. Kantola (toim.) Pullonkauloja. Kirjoituksia alkoholistien läheisistä. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 79–95.
- Holmila, M. 2003b. Yhteenveto. Teoksessa M. Holmila, & J. Kantola (toim.) Pullonkauloja. Kirjoituksia alkoholistien läheisistä. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 97–105.
- Homish, G., G. & Leonard, K., E. 2005. Marital Quality and Congruent Drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 66: 488–496. Saatavilla www-muodossa: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647300/pdf/nihms13434.pdf> (Luettu 26.11.2009.)
- Homish, G., G., Leonard, K., E. & Kearns–Bodkin, J., N. 2006. Alcohol use, alcohol problems, and depressive symptomatology among newly married couples. *Drug and Alcohol Dependence*. 83: 185–192. Saatavilla www-muodossa: URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T63-4HRMV14-1-1&_cdi=5019&_user=1234512&_orig=browse&_coverDate=07%2F27%2F2006&_sk=999169996&_view=c&_wchp=dGLbVtz-zSkWA&_md5=7afebcc50a0726077d48d37de94ffb99&_ie=/sdarticle.pdf (Luettu 26.11.2009.)
- Itäpuisto, M. 2001. Pullon varjosta valoon. Vanhempiensa alkoholikäytöstä karsineiden selviytymistarinoita. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 22.

- Itäpuisto, M. 2003. Vanhempien alkoholiongelma, lasten ongelma. Teoksessa M. Holmila, & J. Kantola (toim.) Pullonkauloja. Kirjoituksia alkoholistien läheisistä. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 31–51.
- Itäpuisto, M. 2005. Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Itäpuisto, M. 2006. Alkoholitutkimuksen unohdetut. Yhteiskuntapolitiikka 71. (2006):3. Saatavana www-muodossa: URL:
<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/F3F7D434-1C61-4BF7-BA3B-288226B609B4/0/063itapuisto.pdf> (Luettu 27.1.2009.)
- Itäpuisto, M. & Grönfors, M. 2004. Isä, poika ja pullon henki. Juoppo isä pojan ongelmana. Teoksessa V. Hänninen & O.–H. Ylijoki (toim.) Muuttuuko ihminen. Tampere: Tampere University Press, 139–154.
- Jylhä, M. 2006. Elämän laatu vanhenemisen tutkimuksessa: jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua. Gerontologia 3: 138–146.
- Karlsson, M. 2007. Vanhat ja alkoholi. Dialogi.
<http://dialogi.stakes.fi/FI/arkisto/2007/4/sivu/5.htm> (Luettu 29.3.2008.)
- Kearns–Bodkin, J. N. & Leonard, K. E. 2008. Relationship Functioning Among Adult Children of Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 69: 941–950. Saatavana www-muodossa: URL:
http://www.jsad.com/jsad/downloadarticle/Relationship_Functioning_Among_Adult_Children_of_Alcoholics/2499.pdf (Luettu 26.11.2009.)
- Konu, A. 2002. Oppilaiden hyvinvointi koulussa. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 202. Saatavana www-muodossa: URL:
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5445-6.pdf> (Luettu 11.5.2009.)
- Kouvo, A. & Räsänen, P. 2005. Sosiaalinen pääoma, elämäntilanne ja sosiodemografiset tekijät – käyttökelpoisia elämänlaadun ja hyvinvoinnin jäsenysperusteita. Janus 13 (1), 21–38.
- Lappalainen–Lehto, R., Romu, M.–L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihdeet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Lawton, M. P. 1996. Quality of Life and Affect in Later life. 327–348. Teoksessa C. Magai & S. H. McFadden (toim.) Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging. San Diego, California: Academic Press.
- Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulostuottajana. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan–Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 18–21.
- Livingston, M. 2009. Effects of Alcohol Consumption in Spousal Relationships on Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 70: 383–390. Saatavana www-muodossa: URL: http://www.jsad.com/jsad/downloadarticle/Effects_of_Alcohol_Consumption_in_Spousal_Relationships_on_HealthRelated_Q/4617.pdf (Luettu 26.11.2009.)
- Lyyra, T.–M. 2006. Predictors of Mortality in Old Age. Contribution of Self-rated Health, Physical Functions, Life Satisfaction and Social Support on Survival among Older People. Studies in Sport, Physical Education and Health. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Maffli, E. 2001. Problem drinking and relatives. Teoksessa H. Klingemann & G. Gmel (toim.) Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption. Great Britain: Kluwer Academic Publishers, 79–91.
- Manderbacka, K. 2005. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 130–133.
- Masalin, J., Velleman, R. & Copello, A. 1998. Living with a problem drinker. Teoksessa R. Velleman, & A. Copello, & J. Masalin (toim.) Living with drink. Women who live with problem drinkers. London and New York.: Longman, 3–8.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. korjattu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Minnesota-Hoito Lapua 2009. Saatavana www-muodossa: URL:

<http://www.minnesota-hoito.fi/> (Luettu 15.3.2009.)

Mylant, M., Ide, B., Cuevas, E. & Meehan, M. 2002. Adolescent children of alco-

holics: Vulnerable or Resilient? Journal of the American Psychiatric

Nurses Association 8: 2, 57–64. Saatavana www-muodossa: URL:

[http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WM9-464XY5T-4&_user=1234512&_coverDate=04%2F30%2F2002&_rdoc=4&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-in-fo\(%23toc%236929%232002%23999919997%23322488%23FLT%23display%23Volume\)&_cdi=6929&_sort=d&_docanchor=&_ct=5&_acct=C000052082&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1234512&md5=94a341b12f8383883fff64a4d3266cc0](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WM9-464XY5T-4&_user=1234512&_coverDate=04%2F30%2F2002&_rdoc=4&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-in-fo(%23toc%236929%232002%23999919997%23322488%23FLT%23display%23Volume)&_cdi=6929&_sort=d&_docanchor=&_ct=5&_acct=C000052082&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1234512&md5=94a341b12f8383883fff64a4d3266cc0)

(Luettu 25.11.2009.)

Nätkin, R. 2003. Moninaiset perhemuodot ja lapsen hyvä. Teoksessa H. Forsberg & R. Nätkin (toim.) Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Helsinki: Gaudeamus, 16–39.

Nätkin, R. 2006. Äitiys ja päihteet – kertomus ja politiikka. Teoksessa R. Nätkin (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus, 23–53.

Orford, J. 1998. The coping perspective. Teoksessa R. Velleman & A. Copello & J. Masalin (toim.) Living with drink. Women who live with problem drinkers. London and New York.: Longman, 128–149.

Pajula, M. 2007. Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä. Selvitys rahapeliongelmien vaikutuksesta pelaajan läheisiin. Helsinki: Stakes. Saatavana www-muodossa: URL: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A06E451C-2C4F-4F23-B703-198EFED25E10/0/pelaajanlaheinen.pdf> (Luettu 27.1.2009.)

Patford, J. 2009. For Worse, for Poorer and in Ill Health: How Woman Experience, Understand and Respond to a Partner`s Gambling Problems. Journal of Mental Health Addiction. 7:177–189. Saatavana www-muodossa: URL:

<http://www.springerlink.com/content/al20t66m35101693/fulltext.pdf>

(Luettu 26.11.2009.)

- Peltoniemi, T. 1997. Päihdeperhe on kansanterveysongelma. Projektiesitteessä Lasinen lapsuus. Asiaa lapsista, perheistä ja päihteistä. Forssa: A-klinikkasäätiö ja Prevenet, 3–5.
- Pernanen, K. 2001. Consequences of drinking to friends and the close social environment. Teoksessa H. Klingemann & G. Gmel (toim.) Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption. Great Britain: Kluwer Academic Publishers, 53–65.
- Pitkänen, T. 2006. Alcohol Drinking Behavior and Its Developmental Antecedents. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Rapley, M. 2003. Quality of Life Research. London: SAGE Publications; Thousand Oaks, California.
- Rehm, J. & Rossow, I. 2001. The impact of alcohol consumption on work and education. Teoksessa H. Klingemann & G. Gmel (toim.) Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption. Great Britain: Kluwer Academic Publishers, 67–77.
- Ruisniemi, A. 2006. Vanhemmuus päihderiippuvuudesta toipumisen voimavarana. Teoksessa R. Nätkin (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus, 165–187.
- Saarni, S. 2008. Health-related quality of life and mental disorders in Finland. KTL A9/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Saatavana www-muodossa: URL:
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/36187/healthre.pdf?sequence=1>
 (Luettu 3.5.2009.)
- Spaniol, L. & Jung, H. 1987. Effective coping: A Conceptual Model. Teoksessa A. B. Hatfield & H. P. Lefley (toim.) Families of the Mentally Ill Coping and Adaptation. London: Cassell, 85–104.
- Stakes. 2007. ICF– Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Suonperä, J. 2002. Alkoholi ja parisuhde. Sosiaalinen kontrolli, konfliktit, juomiseen kannustaminen ja muutokset alkoholin käytössä. Aiheita 4/2002. Helsinki: Stakes.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Pohjoismainen alkoholitilasto. Saatavana www-muodossa: URL:
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/pohjoismainenalkoholitilasto.htm> (Luettu 23.11.2009.)
- Turunen, K. E. 1992. Arvojen todellisuus. Johdatus arvokasvatukseen. Atena Kustannus Oy ja Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, Scripta Lingua Fennica Edita. Turku: Painosalama Oy. Saatavana www-muodossa: URL:
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf?sequence=1> (Luettu 27.10.2009.)
- Vaarama, M. & Ylönen, L. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuusprojekti. Osaraportti I. Espoon kaupunki ja Stakes: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Saatavana www-muodossa: URL:
<http://74.125.77.132/search?q=cache:63xp4URIsQoJ:www.espoo.fi/binary.asp%3Fpath%3D1%3B28%3B11884%3B8532%3B40198%3B40902%3B57308%26field%3DFileAttachment+whoqol+bref+vaarama&cd=4&hl=fi&ct=clnk&gl=fi> (Luettu 24.5.2009.)
- WHO. 2009. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Saatavana www-muodossa: URL:
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/print.html (Tulostettu 3.5.2009.)
- WHOQOL-BREF. Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio. 2009. E-mail satu-marja.snellman@thl.fi 12.5.2009. Tulostettu 12.5.2009.
- WHOQOL Group. 1996. WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO The World Health

Organisation. Saatavana www-muodossa: URL:
http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (Tulostettu
3.5.2009.)

World Health Organization. 1997. WHOQOL. Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse. Saatavana
www-muodossa: URL: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

World Health Organization. 2004. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. Saatavana www-muodossa: URL:
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf (Tulostettu 3.5.2009.)

LIITTEET

LIITE 1

Elämänlaadun ulottuvuudet tarkentavine näkökohtineen

Ulottuvuus	Ulottuvuuteen liittyvä näkökohta
1. Fyysisen terveyden ulottuvuus	Päivittäisen elämän toimet Lääkkeistä ja muista hoidoista riippuvaisuus Energisyys ja väsyminen Kipu ja vaivat Uni ja lepo Työkykyisyys
2. Henkinen ulottuvuus	Kehon tuntemus ja ulkomuoto Negatiiviset tuntemukset Positiiviset tuntemukset Itseluottamus Henkisyys / uskonnollisuus / omat uskomukset Ajattelu, oppiminen, muisti ja keskittyminen
3. Sosiaalinen ulottuvuus	Henkilökohtaiset suhteet Sosiaalinen tuki Sukupuolielämä
4. Ympäristöulottuvuus	Taloudelliset varat Vapaus, fyysinen turvallisuus Terveys- ja sosiaalihuolto: saavutettavuus ja laatu Kotiympäristö Tilaisuus tarvittavien uusien tietojen ja taitojen saavuttamiseen Osallistuminen ja tilaisuus luovuuteen / vapaa-ajan toimintoihin Fyysinen ympäristö (saasteet / melu / liikenne / ilmasto) Liikennevälineet

(World Health Organization 1996.)