

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos

Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista

– sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen
todellisuuden vaikutuksia mielikuviin

Tanja Hirschovits-Gerz

Pro gradu -tutkielma

Lokakuu 2008

TAMPEREEN YLIOPISTON YHTEISKUNTATIEETEELLINEN TIEDEKUNTA

Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos

TANJA HIRSCHOVITS-GERZ : Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista – sukupuolen, iän ja yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin

Pro gradu -tutkielma, 114 sivua , 11 liitettä (21 s.)

Ohjaaja: professori Anja Kosi-Jännes

Marraskuu 2008

Hakusanat: sosiaalinen konstruktionismi, sosiaalinen representaatio, Brickmanin malli, riippuvuus, addiktio, alkoholi, huumeet, tupakointi, rahapelaaminen, lääkeriippuvuus, Internetriippuvuus

Tutkielman tavoitteena oli selvittää, miten kansalaiset mieltävät eri riippuvuusongelmien keskinäisen suhteen riippuvuusriskiä, riippuvuuden vastuukysymyksiä ja riippuvuudesta vapautumisen mahdollisuutta tarkastelemalla.

Riippuvuudelle ei ole olemassa yhtenevää määritelmää ammattilaisten eikä siten myöskään kansalaisten mielissä. Mielikuvat riippuvuuksista tulevat ymmärrettäväksi juuri suhteuttamalla niitä toisiinsa ja tarkastelemalla niitä osana yhteiskunnallista todellisuutta, johon puolestaan vaikuttavat esimerkiksi eri riippuvuuksien lähihistoria, media ja ammattilaisilta suodattunut tieto aineista sekä toiminnoista.

Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin sosiaalisen representaation teoriaa (Moscovici 1984) ja Brickmanin ja kumppaneiden (1982) mallia vastuun attributoinnista. Aineisto kerättiin postikyselyinä, johon vastasi 740 suomalaista aikuista. Analyysi toteutettiin kvantitatiivisin menetelmin ja kuvaamalla eri riippuvuuksien yhteiskunnallista suhdetta toisiinsa. Tutkielmassa arvioitiin myös riippuvuusongelmien suhdetta muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Ihmisiä pidettiin pääasiallisesti itse syyllisinä riippuvuuden syntyyn ja vastuullisina riippuvuudesta irtautumisesta. Riippuvuusriskiä pidettiin suurimpana huumeita ja tupakkaa kokeiltaessa sen sijaan pienimmäksi riippuvuusriski arvioitiin Internetiä ja rahapelejä kokeiltaessa. Spontaania riippuvuudesta irtautumista pidettiin suurimpana mahdollisuutena toiminnallisten riippuvuuksien ja tupakkariippuvuuden suhteen, sitä vastoin huumeongelmasta eroon pääsyä ilman hoitoa pidettiin pienenä mahdollisuutena. Vastaajat uskoivat vahvasti hoidon tehoon auttaa irti alkoholi- ja huumeriippuvuuksista. Riippuvuudet suhteutuivat muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin siten, että esimerkiksi väkivaltarikoksia pidettiin kaikista suurimpana yhteiskunnallisena ongelmana, toisena esiin nousi alkoholi- ja kolmantena huumeongelmat lukuun ottamatta kannabiksen käyttöä.

Sukupuolten välinen ero näkyi ”naisellisina” ja ”miehekkäinä” kannanottoina. Naiset uskoivat esimerkiksi enemmän hoidon mahdollisuuksiin auttaa ihmisiä, miehet uskoivat ihmisten omaan kykyyn päästä eroon riippuvuuksista. Ikä vaikutti osaltaan vastauksiin ja erityisesti toisen huumeaallon harjalla nuoruuttaan eläneet 24-35-vuotiaat erosivat vastauksissaan muista ikäryhmistä.

Kansalaisten mielikuvia eri riippuvuuksista ei voida erottaa sen hetkisestä yhteiskunnallisesta todellisuudesta. Mielikuvat muuttuvat ajassa, yksilöllisten kokemusten seurauksena, sosiaalisissa suhteissa, ammattilaisilta suodattuneen tiedon pohjalta ja median värittämän asenneilmaston seurauksena.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. RIIPPUVUUS YKSILÖLLISENÄ JA YHTEISKUNNALLISENA ILMIÖNÄ	3
2.1. RIIPPUVUUDEN MÄÄRITTELYÄ	3
2.3. RIIPPUVUUDEN ILMENTYMÄT YKSILÖLLÄ	7
2.4. PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA PÄIHDERIIPPUVUUDET SUOMALAISESSA YHTEISKUNNASSA	8
2.5. TOIMINNALLISET RIIPPUVUUDET JA NIIDEN YHTEISKUNNALLINEN ASEMA	14
2.6. RIIPPUVUUDESTA TOIPUMINEN	16
2.7. RIIPPUVUUS YHTEISKUNNALLISENA KONSTRUKTIONA JA SOSIAALISENA REPRESENTAATIONA	19
3. KANSALAISNÄKEMYKSIÄ RIIPPUVUUDESTA	21
4. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT JA VIITEKEHYS	26
4.1. SOSIAALINEN KONSTRUKTIONISMI	26
4.2. SOSIAALISTEN REPRESENTAATIOIDEN TEORIA	27
4.2.1. <i>Sosiaalisten representaatioiden muodostuminen</i>	28
4.2.2. <i>Sosiaalisen representaation teoria tutkimuksellisenä lähestymistapana</i>	29
4.3. BRICKMANIN MALLI	30
5. TUTKIMUSKYSYMYS JA HYPOTEESEIT	35
6. TUTKIMUSMETODIT	39
6.1. AINEISTON HANKINTA	39
6.2. KYSELYLOMAKE	40
6.3. AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄT	43
7. TULOKSET	44
7.1. TUTKIMUKSEN OSANOTTAJIEN KUVAUS	44
7.1.1. <i>Vastaajat ja kadon analyysi</i>	44
7.1.2. <i>Vastaajien päihteiden käyttö ja suhde riippuvuuksiin</i>	48
7.1.3. <i>Aineiston tarkastelua</i>	57
7.2. MITEN VAARALLISINA ERI RIIPPUVUUKSIA PIDETÄÄN?	59
7.2.1. <i>Riski tulla riippuvaiseksi eri aineista ja toiminnoista niitä kokeiltaessa</i>	59
7.2.2. <i>Riippuvuusriskiä koskevien tulosten tarkastelua</i>	61
7.3. MITEN SYYT JA VASTUUT ERI RIIPPUVUUKSISTA JAKAUTUVAT YKSILÖN JA HÄNEN YMPÄRISTÖNSÄ VÄLILLÄ?	65
7.3.1. <i>Riippuvuuden vastuun ja syyn jakautuminen Brickmanin mallin mukaan</i>	65
7.3.2. <i>Riippuvuuden syytä ja vastuuta koskevien tulosten tarkastelua</i>	70
7.4. MITEN YKSILÖN USKOTAAN SELVIÄVÄN ERI RIIPPUVUUKSISTA ILMAN HOITOA JA HOIDON AVULLA?	72
7.4.1. <i>Toipumisen mahdollisuus hoidolla ja ilman hoitoa</i>	72
7.4.2. <i>Riippuvuudesta irtautumista koskevien tulosten tarkastelua</i>	77
7.5. MITEN VAKAVINA ERI RIIPPUVUUDET NÄYTTÄYTYVÄT SUHTEESSA TOISIINSA JA MUIHIN YHTEISKUNNALLISIIN ONGELMIIN?	80
7.5.1. <i>Mikä yhteiskunnassa huolestuttaa?</i>	80
7.5.2. <i>Yhteiskunnallisia ongelmia koskevien tulosten tarkastelua</i>	84

8.	TULOSTEN YHTEENVETO JA TARKASTELUA	91
8.1.	KESKEISET TULOKSET RIIPPUVUUKSITTAIN	91
8.2.	SUKUPUOLISUUDEN ILMENTYMÄT SOSIAALISISSA REPRESENTAATIOISSA	99
8.3.	IKÄ SOSIAALISTEN REPRESENTAATIOIDEN TAUSTAVAIKUTTAJANA	100
8.4.	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS SEKÄ TEOREETTISEN VIITEKEHYKSEN TARKASTELUA	101
8.4.1.	<i>Luotettavuus</i>	101
8.4.2.	<i>Teorian soveltuvuus</i>	102
8.5.	POHDINTAA JA KATSAUS TULEVAAN	103
	LÄHTEET	105
	LIITTEET	114

1. Johdanto

Riippuvuus ilmiönä puhuttaa nyky-yhteiskunnassa monin tavoin. Kansalaiset nimeävät erilaisia elintapojaan, kiusallisia tottumuksiaan ja käyttäytymismuotojaan riippuvuuksiksi. Internet on pullollaan vertaiskeskustelua esimerkiksi sokeririippuvuudesta, jota ei ammattilaisten piirissä edes yksimielisesti ole määritelty riippuvuudeksi. Riippuvuudesta voidaan kansanomaisti puhua sekä positiivisena yhteenkuuluvuuden tunteena esimerkiksi äiti-lapsisuhteessa, että negatiivisena, elämää rajoittavana ilmiönä, sairauden kaltaisena tilana, johon tässä tutkimuksessa keskitytään. Riippuvuudet ilmenevät yksilöiden oireina ja yhteiskunnallisina ongelmina. Riippuvuus on arjessa toisaalta tuttu ilmiö, mutta toisaalta monille riippuvuutta kokemattomalle hyvin etäinen käsite, joka kaipaa tarkempaa määrittelyä. Sosiaaliset representaatiot eli mielikuvat riippuvuudesta vaihtelevat sen mukaan, kuka niistä puhuu ja missä kontekstissa niitä käsitellään. Sosiaalisilla representaatioilla voidaan olettaa olevan myös vaikutusta siihen, miten riippuvuudet todellisuudessa ilmenevät ja esimerkiksi siihen, miten niistä voidaan päästä eroon.

Tämä tutkielma on osa Suomen Akatemian rahoittamaa addiktioteorioita ja mielikuvia tutkivaa kansanvälistä IMAGES-tutkimushanketta, jossa on useita osatutkimuksia sekä Suomessa että ulkomailla. Hankkeessa tutkitaan addiktion eli riippuvuuden käsitehistoriaa ja teorioita sekä eri riippuvuuksia koskevia mielikuvia. Tampereella toteutettavaa "Addiktio sosiaalisena representaationa – tutun ja vieraan tulkinnat" osahanketta johtaa professori Anja Koski-Jännes, jota haluan kiittää mahdollisuudesta osallistua hänen upeassa ohjauksessaan tutkimushankkeeseen. Osaprojekti koostuu kahdesta erillisestä tutkimuksesta. Ensimmäisessä tutkitaan kysely- ja haastattelumenetelmillä, miten kansalaiset, ammatti-ihmiset ja riippuvaiset mieltävät erilaisten riippuvuusongelmien luonteen, vastuukysymykset ja riippuvuudesta vapautumisen mahdollisuudet. Tampereella toteutettava toinen osaprojekti kohdistuu rock – lyriikan addiktiokuvauksiin. (Addiktio sosiaalisena representaationa - tutun ja vieraan tulkinnat 2008.)

Käsillä olevassa opinnäytetyössä käsitellään suomalaista väestökyselyä ”Suhtautuminen riippuvuuksiin” - aineistoa ja sen tuomaa muotokuvaa riippuvuuden riskeistä, riippuvuuden synnystä ja siitä irrottautumisesta sekä riippuvuuksia yhteiskunnallisena ongelmana. Koko konsortiohanketta koskevista tutkimuskysymyksistä voidaan poimia tämän tutkimuksen temaksi kysymys: millaisina sosiaalisina representaatioina riippuvuudet ilmentyvät kansalaisten ajattelussa. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään riippuvuusongelmien suhdetta muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Tutkimuskysymykseen pyritään saamaan vastauksia koko aineistoa kuvaamalla, mutta myös tarkastelemalla vastaajien näkemyksiä taustamuuttujien kuten sukupuoleen ja iän avulla. Oletuksena on, että sukupuolella on vahvasti sosiaalisesti konstruoitunut merkitys yhteiskunnassa, mikä ilmentyy naisten ja miesten vastausten eroina. Iän oletetaan ilmentävän jossain määrin sukupolvien välistä eroa vastauksissa.

Riippuvuutta tulkitaan ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa syntyneiden prosessien mielikuvina, sosiaalisina representaatioina, jotka ilmentävät yhteiskunnassa vallitsevia käsityksiä aiheesta. Näihin representaatioihin suodattunut tieto on peräisin median välittämästä tiedosta, ammattilaisten tuomista termeistä ja niiden sisällöistä, politiikasta ja lainsäädännöstä sekä ihmisten omista lähikokemuksista. Pyrkimyksenä on tarkastella riippuvuutta kuvaavia sosiaalisia representaatioita niiden syntyprosesseja ja yhteiskunnan nykytodellisuutta peilaten. Kokonaisuudessaan riippuvuuksien ymmärtäminen auttaa laajemmin ymmärtämään ihmisen käyttäytymistä, sillä riippuvuuksissa on kyse sekä sosiaalisten, psyykkisten että biologisten prosessien häiriöstä.

2. Riippuvuus yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena ilmiönä

Riippuvuuden käsite on venyvä. Voidaankin kysyä, millainen riippuvuus on käyttäytymishäiriö (Onnila 2001, 35) tai mielen sairaus ja mikä muuten vaan elämäntapaan liittyvä tottumus, tapa tai kiintymys johonkin. Ongelmaa kuvastaa ihmisen riippuvuus, perheestä, työstä, harrastuksista, tiedotusvälineistä, ravinnosta, unesta ja monesta muusta. Lähes mikä tahansa tapa voidaan määrittää ongelmalliseksi, millä taas voi olla esimerkiksi kontrollipoliittisia seurauksia. (Sulkunen 1997, 196.)

Tässä luvussa annettu tilaa riippuvuuden olemuksen kuvaamiseen eri näkökulmista. Luvun loppuosassa riippuvuutta on kuvattu sosiaalisena konstruktiona ja sosiaalisena representaationa, jotka nousevat tämän tutkimuksen keskiöön. Tässä työssä keskeistä ei niinkään ole ymmärtää, mitä riippuvuus oikeastaan on, vaan tavoitteena on tarkastella ja ymmärtää niitä mielikuvia, joita riippuvuuteen yhteiskunnassamme liitetään.

2.1. Riippuvuuden määrittelyä

”Kun ihmiset hakevat lohtua mistä tahansa kokemuksesta siinä määrin, että jättävät elämästään pois muut tärkeät asiat, he ovat joutuneet addiktioon valtaan” (Peele 2004, 25).

Nykyiset biomedikaaliset, sosiaaliset ja psykologiset tutkimukset eivät tarjoa yhtenäistä kuvaa riippuvuuden luonteesta. Riippuvuuden olemusta kuvataan eri ammattiryhmien ja maailmankatsomusten näkökulmista perustaltaan biologisena, psyykkisenä sekä sosiaalisesti konstruoituna. Myöskään sana riippuvuus ei tuota helpotusta tähän määrittelyyn, sillä suomenkieli ei tee eroa terveen ja sairaan riippuvuuden välillä.

Ihminen on väistämättä riippuvainen itsensä ulkopuolella olevasta eli muista ihmisistä, luonnosta ja kulttuurista (Salakari 2001, 108). Tästä esimerkkinä on klassinen, positiivinen riippuvuus vanhemman ja lapsen välillä (Havio ym. 2008, 40), mistä irrottautumista pidetään terveen yksilöitymisen kehitystehtävänä (Salakari 2001, 106). Tämä luonnollinen ja positiivinen riippuvuuden muoto ja siitä irrottautuminen jää tämän tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle, sillä tarkoituksena on keskittyä yksilön ja yhteiskunnan kannalta haitallisten riippuvuuksien tarkasteluun.

Riippuvuutta voidaan kuvata sairautena, joka usein sisältää oletuksen, että se on jotakin, jolle ihminen ei voi mitään ja joka on riippumaton ympäristön reaktioista (Weckroth 2001, 43). Tällöin

voidaan toki kysyä, onko sairaus itse aiheutettu ja miten sairautta voidaan itsehoidolla parantaa, kuten muitakin elintapasairauksia. Sairausmääritelmän osalta voidaan myös kysyä, mitä sairauskäsite pitää sisällään. Päihdesairaus lääketieteellisenä diagnoosina luo toisenlaisen todellisuuden ja sisällön sairaudelle kuin esimerkiksi Anonyymit Alkoholistit -liikkeen (AA) käsitys sairaudesta (Palm 2004, 419; Sulkunen 1997, 211). AA-laisen näkemyksen mukaan riippuvuus ilmenee henkisenä ja fyysisenä sairautena, epäkypsänä ja itsekeskeisenä persoonallisuutena, josta toipuminen vaatii antautumista korkeammalle voimalle ja vertaistuelle. (Koski-Jännes 2004, 55.)

Lääketieteellisessä tarkastelussa päihderiippuvuus hahmotetaan eräänlaisena sairautena, biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten ulottuvuuksien muodostamana oireyhtymänä (Granström & Kuoppasalmi 1998, 29; Koski-Jännes 2001, 23). Päihdediagnoosin tautiluokituksissa (WHO:n ICD-10 ja amerikkalainen DSM-IV) päihderiippuvuutta kuvataan tunnusomaisina piirteinä, kuten käyttöhimona, sietokyvyn kasvuna, vieroitusoireina, käytön heikentyneenä hallintana, käytön muodostumisena elämän keskeiseksi asiaksi ja sen jatkamisena syntyneistä, kiistattomista haitoista huolimatta (Kiianmaa 1998, 74–75). Neurokemiallisen tutkimuksen lisääntymisen myötä riippuvuutta on pyritty myös medikalisoimaan ja määrittämään pääasiallisesti organismin patofysiologiana. (Giddens 1992, 70.)

Päihderiippuvuuden lisäksi peliriippuvuus on määritelty lääketieteelliseksi riippuvuudeksi. American Psychiatric Associationin tautiluokituksen (DSM-III-R) mukaan peliriippuvainen henkilö kohdistaa mielenkiintoaan alati rahapeleihin, pelaa jatkuvasti kasvavilla rahasummilla ja aiottua pidempään lisäten pelaamisen tiheyttä. Pelaaja on ärtynyt ja levoton, jos pelaaminen ei ole mahdollista ja hän on yrittänyt vähentää tai lopettaa pelaamista useaan otteeseen. Pelaaja laiminlyö pelaamisen takia työtään tai perhettään ja jatkaa pelaamista vaikka ei kykene maksamaan pelivelkojaan. (www.naspl.org; Huotari 2007, 20; Orford ym. 2003, 66.) Myös Internetriippuvuutta on pyritty määrittämään psykiatrisen tautiluokituksen piiriin kuuluvaksi sairaudeksi (muun muassa Block 2007, Yen Ju-Yu & co 2008), mutta asiantuntijoilta puuttuu toistaiseksi yhteinen näkemys asiasta.

Orford (2001) asettuu liiallista mielihalua (excessive appetite) käsittelevässä mallissaan vastustamaan lääketieteellisiä diagnooseja, sillä ensinnäkin hänen mukaansa ei voida asettaa tiukkaa rajaa normaalin ja liiallisen käyttäytymisen välillä. Toisen ongelman muodostaa se, että pian riippuvuusdiagnoosien kirjo laajenee kohtuuttomasti, kun uusia riippuvuuden muotoja ja variaatioita varten luodaan aina uusia diagnooseja. (Orford 2001, 28.)

Psykodynaamisen näkemyksen mukaan ihmisen psyyke on hänen toimintaansa ohjaava ohjausjärjestelmä, jonka tärkeä rakentumisvaihe tapahtuu jo varhaislapsuudessa. Kyvyttömyys ylläpitää psyykkistä tasapainoa johtuen esimerkiksi varhaislapsuuden epätyytyvästä symbioosista ja siten psyykkisen itsesäätelyn vajavuudesta, on tämän näkemyksen mukaan keskeisin riippuvuuteen altistava tekijä. Riippuvuutta aiheuttavat aineet tai toiminnot ovat keinoja muuttaa sisäisiä jännitteitä psyykkisen tasapainon kannalta helpommin siedettäviksi oloiloiksi. Tämä näkemys perustuu niin sanottuun itselääkintähypoteesiin (Granström & Kuoppasalmi 1998, 29–32; Christie & Bruun 1986, 234.), jolloin päihde poistaa ihmiseltä jonkin sellaisen tilan, jonka ihminen kokee epämiellyttävänä tai minälleen vieraana.

Konstruktivistiset teoriat painottavat sosiaalista vaikutusta. Muun muassa Anthony Giddens pitää addiktiota, riippuvuutta oireena jälkitraditionaalisen kulttuurin individualismista ja perinnekulttuurin hajoamisesta (Giddens 1994, 71; Partanen 2002, 34). Riippuvuus määritellään konstruktionismin mukaan käyttäytymisen poikkeavuutena, joka on sosiaalisten määrittelyjen tulos (Jaatinen ym. 1998, 5), eräänlainen stigma. Esimerkiksi alkoholismi on ongelma, joka edellyttää, että ympäristö havaitsee sen (Weckroth 2001, 39), määrittelee sen poikkeavaksi, antaa sille käsitteellisen sisällön, reagoi siihen ja pyrkii estämään sen. (Sulkunen 1997, 198b.)

Riippuvuusteoriat

Erilaisia riippuvuuskäsityksiä on pyritty kokoamaan riippuvuusteorioiksi. Motivaatioteoriat olivat vallalla 1940–1980 -luvulla ja viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana on keskitytty enemmän riippuvuuskäyttäytymisen prosessin selvittäminen, josta esimerkkinä riippuvuuden tulkitseminen sosiaalisen oppimisen teorian kehyksen avulla. (Koski-Jännes 2004, 49.)

Robert West (2006) on pyrkinyt rakentamaan riippuvuutta koskevaa teoriaansa aiemman tutkimuksen pohjalle. Hänen mukaansa riippuvuus on motivaatiojärjestelmän pitkäkestoinen häiriötila, jossa yksilö alkaa kohtuuttomasti suosia jotain välittömästi palkitsevaa, mutta seurauksiltaan haitallista käyttäytymistä. Motivaatiojärjestelmä koostuu voimista, jotka energisoivat ja suuntaavat käyttäytymistä ja vaikuttavat sekä ihmisen tietoisiin että tiedostamattomiin valintoihin. (West 2006, 174.)

Orfordin (2001) mallissa riippuvuus kuvataan alkuperältään kognitiivisena prosessina, jossa riippuvuutta tuottavaan aineeseen tai toimintoon liittyy opittuja odotuksia, attribuutioita, mielikuvia ja selviytymiskeinoja. Ne esiintyvät liiallisina haluina ja tapoina, joita on vaikea lopettaa. Lisäksi riippuvuudessa on sekundaariprosessi, kuten omaksuttu emotionaalisen säätelyn sykli (acquired

emotional regulation cycle), josta esimerkkinä on raittiuden rikkomisefekti (abstinence violation effect) aineisiin liittyen ja chasing-ilmiö eli voiton jahtaaminen (Svartsjö 2008) pelaamiseen liittyen. Liialliset halut ja niistä johtuva käyttäytyminen aiheuttavat lisäksi konflikteja (Orford 2001, 23). Liiallisten halujen addiktio malliin liittyy ajatus, että irrottautuminen jostakin aineesta tai toiminnasta tulisi ensisijaisesti nähdä luonnollisena ilmiönä, sillä riippuvuuteen, kuten moniin muihinkin inhimillisiin valintoihin sisältyy aina ristiriitaisuutta. (Orford 2004, 189.)

Koski-Jännes (2004, 49) pyrki yhdistämään erilaisten riippuvuusnäkemysten kirjoa luomalla moniammatillista päihdetyötä tukevan riippuvuusmallin. (Koski-Jännes 2004.) Koski-jänneksen mukaan riippuvuuskäyttäytyminen voidaan nähdä fiksoituneena toimintamallina, jota luonnehtii välittömien palkkioiden haku ja toisaalta pitemmän päälle ilmenevät haitat, kuten ongelmallinen ajattelu ja käyttäytyminen sekä muutokset aivojen neurofysiologisissa prosesseissa. (Koski-Jännes 2004, 56.) Hän kuvaa riippuvuuskäyttäytymistä kolmidimensioisella prosessilla, joista sisimmäinen on kehämäinen, automaattinen ydinprosessi: sisäiset ja ulkoiset vihjeet suuntaavat havaitsemaan yksipuolisesti addiktioon kohteeseen liittyviä asioita, herättävät odotuksia, tuottavat haluamiseen liittyviä fysiologisia reaktioita (vrt. Palvovin koirakoe) ja vieroitusoireiden kaltaisia reaktioita sekä laukaisevat opitun käyttäytymisen aineen tai toiminnan saamiseksi. Ydinprosessi etenee riippuvuuskäyttäytymisen toteuttamiseen ja sitä seuraaviin positiivisiin, välittömiin seurauksiin ja myöhempään ikäviin seurauksiin, joiden jälkeen ydinprosessi alkaa alusta. Näiden automatisoituneiden reagoitivalmiuksien ohella addiktiivisen käyttäytymisen muodostumiseen ja ohjaukseen osallistuu myös joukko tiedostettavissa olevia ilmiöitä. Ne koskevat uskomuksia ja ajatuksia. Keskimäinen prosessi on ensimmäistä tietoisempi ja sisältää uskomuksia ja ajatuksia, jotka ovat rakentuneet tukemaan riippuvuuskäyttäytymistä. Jotkut näistä ovat vähemmän tietoisia tulkintoja tilanteesta, toiset tiedostetumpia. Ulointa kehää Koski-Jännes kuvaa ulkoisiksi olosuhteiksi, jotka osaltaan voivat helpottaa tai vaikeuttaa käyttöä tai nostaa tai laskea käytön kynnyksiä. Se pitää sisällään kulttuurisia uskomuksia, normeja ja arvoja jotka ylläpitävät riippuvuuskäyttäytymistä sekä sosiaalisia ja ekonomisia tekijöitä, kuten asuinolosuhteita, työttömyyttä ja muutosta edistävän sosiaalisen tuen puutetta. (Koski-Jännes 2004 58–60.) Koski-Jänneksen mukaan keskeisin asia riippuvuudessa on käyttäytymisen jatkaminen vastoin yksilön aikomuksia ja ilmeisistä haitoista huolimatta. (Koski-Jännes 2004, 56.) Tästä huolimatta yksilöllä on Koski-Jänneksen mukaan mahdollisuus muutokseen. Koski-Jänneksen malli tuo hyvin esille sen todellisuuden, joka yksilön ja yhteiskunnan välillä ilmenee ja jossa osaltaan sosiaaliset representaatiot riippuvuuskäyttäytymisestä muodostuvat. Tämän mallin avulla voi hyvin mielessään nähdä, kuinka riippuvuuden mielikuvat ja asenteet eri riippuvuuksista vaikuttavat toisaalta niin

riippuvaisen käyttäytymiseen kuin toisaalta vallitsevien sosiaalisten representaatioiden muodostumiseenkin.

Mielikuva siitä, mitä riippuvuus on ja mitä se ei ole, on paikantunut aiempien tutkimusten valossa psyko-fyysis-sosiaalis-henkiseksi kokonaisuudeksi, jolla on vahva sosiaalisesti konstruoitu asema yhteiskunnassa ja josta syntyneet mielikuvat vaihtelevat sen mukaan, kuka ja missä kontekstissa riippuvuudesta puhuu.

Erilaisilla teoreettisilla malleilla on vaikutusta siihen, millaisena riippuvuusongelma nähdään ja miten sitä käsitellään: annetaanko riippuvaiselle hoitoa vai rangaistaanko häntä ja miten ongelmaa ehkäistään tai miten ongelma saadaan loppumaan. Esimerkiksi tupakan ja huumeiden käyttö on vahvasti kulttuurisidonnaista ja niiden määrittely osana suomalaista kulttuuria on täysin erilainen.

2.2. Riippuvuuden ilmentymät yksilöllä

Yksilötasolla riippuvuus ilmenee niin fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina kuin henkisinäkin tiloina ja oireina. Kaikki päihteet tai toiminnot eivät kuitenkaan tuota esimerkiksi selkeitä fyysisiä oireita, joten oirekuva vaihtelee riippuvuuksittain (Christie & Bruun 1986, 73).

Riippuvuus ei kuitenkaan ole vaan yksilössä oleva ominaisuus tai oirekuva, vaan riippuvuuden oireilu heijastelee yhteiskunnassa vallitsevaa suhtautumista kyseiseen riippuvuuteen. Esimerkiksi riippuvuuteen liittyvä häpeä kuvastaa yhteisössä vallitsevien normien rajojen rikkomisen tuottamaa tilaa yksilöllä. Edes fyysinen riippuvuuden muoto ei ole täysin riippuvuutta aiheuttavan aineen tuottamaa, vaan ihmisen fyysiseen vointiin vaikuttavat myös psykososiaaliset tekijät, jotka mahdollisesti heijastuvat riippuvuuden mielikuvista.

Riippuvuus voi muodostua niin aineeseen kuin myös toimintoihin, joissa ei nautita mitään kemiallista ainetta. Yhteistä addiktiivista käyttäytymistä ja psyykkistä riippuvuutta tuottaville aineille ja toimintoille on se, että ne aiheuttavat välitöntä tyydytystä, kun taas niiden myöhemmät seuraukset voivat olla hyvinkin haitallisia yksilölle itselleen että hänen lähiympäristölleen (Koski-Jännes 2001, 23).

Moniriippuvuudeksi kutsutaan tilannetta, jossa ihminen on riippuvainen useasta riippuvuutta aiheuttavasta aineesta tai toiminnosta yhtä aikaa (Philip & Flores 2003, 5; Lappalainen-Lehto 2008, 33). Riippuvuudet voivat myös siirtyä riippuvuudesta toiseen, kuten päihteistä pelaamiseen tai päinvastoin (Heikkilä 2005, 27; Salakari 2001, 113). Esimerkiksi suomalaista huumeriippuvuutta

kuvaa sekakäyttö. Lähes kaksi kolmasosaa päihdehuollon huumeasiakkaista ilmoitti käyttävänsä ainakin kolmea ainetta (Kuussaari & Ruuth 2008). Riippuvuus voi muodostua myös niin kutsutuksi *ristiriippuvuudeksi*, jossa tiettyä aineryhmää käyttämällä toleranssi kehittyy myös muihin samankaltaisesti vaikuttaviin aineisiin.

Ihminen on käyttänyt jo tuhansia vuosia riippuvuutta aiheuttavia aineita (Koski-Jännes 2008). Alttius riippuvuuteen voi olla perinnöllistä tai juontua varhaislapsuudesta. Varhaisvaikuttajat eivät kuitenkaan riitä sinällään tuottamaan riippuvuutta ilman myötävaikuttavia ympäristötekijöitä ja yksilön omaa toimintaa. Riippuvuuden kehittyminen on prosessi paremminkin kuin kategorinen kyllä–ei - tila ja siten riippuvuuden yksiselitteinen määrittäminen on lähes mahdotonta. Ihmiset hakeutuvat riippuvuutta tuottavien aineiden tai toimintojen pariin tavoitellakseen jotakin, kuten mielihyvää tai pahan olon poistoa, mitä tuskin itsessään voidaan nimetä riippuvuudeksi.

2.3. Päihteiden käyttö ja päihderiippuvuudet suomalaisessa yhteiskunnassa

Päihderiippuvuuksien ilmenemismuodot, suhtautuminen riippuvuuksiin, niiden hoitomuodot ja niiden yksilöön kohdistuvat vaikutukset riippuvat käytetystä aineesta. Tämä on selitettävissä sillä, että edellä mainittuihin asioihin liittyy muun muassa itse aineen ominaisuudet, yhteiskunnallinen kanta aineeseen (laillisuus, laittomuus), käyttökulttuurit, hoitokulttuuri, median suhtautuminen asiaan, ammattilaisten tuottama suodattunut tieto aineesta ja ihmisten henkilökohtaiset ominaisuudet (ikä, sosioekonominen asema, kulttuuritausta) ja kokemukset sekä kokonaiselämäntilanne ainetta käytettäessä. Päihteiden käytöstä aiheutuu siten seurauksia osittain sen mukaan, mitä merkityksiä niille annetaan. Christie & Bruun (1986, 72) tuo esille vertauskuvan: ” Vihollisista, joiden uskoo olevan voittamattomia, tulee voittamattomia”.

Suomalaisessa kulttuurissa erilaiset päihteet ovat historiallisesti kuuluneet osaksi yhteisöjä ja instituutioita. Ehtoollisviini kirkossa, päihdyttävien yrttien käyttö kansanlääkinnässä ja piristävien aineiden käyttö sodassa. Jopa heroini oli 1930–1940-luvulla yleisesti apteekeista saatava kipu- ja yskänlääke. (Weckroth 2001, 38; Onnila 2001, 31.) Sekä alkoholia tupakkaa että huumeita on määritelty nautinnon, päihtymyksen ja riippuvuuden käsitteiden avulla. Ne kaikki ovat olleet yhteiskunnallisen pohdinnan ja moraalisen tarkastelun kohteina. (Hakkarainen 2000, 168.) Voidaan puhua nautintojen yhteiskunnallisesta valikoinnista, nautintojen politiikasta. Toisaalta voidaan puhua myös haittojen yhteiskunnallisesta sietämisestä, sietämisen politiikasta. (Hakkarainen 2000, 172.)

Seuraavassa on kuvattu hieman eri päihteiden asemaa suomalaisessa yhteiskunnassa. Tarkoituksena ei ole tuottaa yhtenäistä kuvaa asioiden tilasta vaan valottaa hieman sitä tilaa, jossa eri päihteet, kuten tupakka, alkoholi, eri huumausaineet, lääkkeet sekä makean himo esiintyvät.

Tupakka

Tupakkatuotteet jalkautuivat Suomeen jo 1600-luvulla (Viertola 2004). Tupakkatuotteilla on siten historiallisesti vahva jalansija suomalaisessa yhteiskunnassa. Tupakkaa on kuvattu ajan kuluessa ongelmalliseksi määrittämällä tupakointi huonoksi tavaksi, yksilön terveysuhaksi ja lopulta kansanterveydellisesti vaaralliseksi aineeksi (muun muassa Puska 2003; Käypä hoito –suositus: Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006).

Sosiaalisesti ongelmaksi tupakointi on määritelty sen myötä, kun passiivinen tupakointi todettiin terveydelle haitalliseksi. Näiden, lähinnä lääketieteellisen auktoriteetin toimesta tuotettujen määrittelyjen tuloksena tupakointia ryhdyttiin lain nojalla rajoittamaan vuonna 1976. Tupakointirajoituksia on sittemmin tiukennettu lain voimin 1990 ja 2000 luvuilla. (Hakkarainen 2000, 18-92; Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta 2006.)

Riippuvuutta tuottavaksi ongelmaksi tupakka määriteltiin vasta 1980-luvulla (Hakkarainen 2000, 24), mikä muutti yhteiskunnallista suhtautumista tupakkariippuvaisten hoitoihin. 1990-luvulla alettiin kehittää nikotiinikorvaushoitoja ja tupakasta irrottautumisryhmät yleistyivät. Tämän lisäksi tupakkariippuvuus alettiin nähdä asiaksi, jolta nuoria tulisi suojella ikärajoituksin. Myös tupakkamainontaan alettiin kiinnittää entistä enemmän huomiota. (Hakkarainen 2000, 93–95.) Tupakointi suomalaisessa yhteiskunnassa kuvaa hyvin sitä, kuinka päihteen käyttö voidaan erilaisten prosessien tuotoksena määrittää eri tavoin ongelmalliseksi ja millaisia mielikuvia yhteiskunnassa aineesta syntyy, kun aine määritetään riippuvuutta tuottavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi, johon tulee lainsäädännöllä puuttua. Vaikka tupakan vastainen kehitys näyttäytyy jälkeinpäin selkeänä prosessina, on suomalaisessa yhteiskunnassa ollut kuitenkin jatkuvasti vastavoimia, kuten tupakkayhtiöt, jotka ovat vedonneet tupakoinnin vapauttamiseen muun muassa yksilön oikeutena.

Nykyään aikuisväestöstä (15–64 -vuotta) tupakoi säännöllisesti vajaa neljännes. Miesten osalta tupakointi on vähentynyt kymmenellä prosentilla noin 30-vuodessa. (Tupakkatilasto 2006a, 9; Tupakkatilasto b, Helakorpi ym. 2005, 5.) Naisten osalta tupakointitottumukset ovat pysyneet lähempänä viidesosaa jo parinkymmenen vuoden ajan (Pennanen ym. 2006, 18–19). Suuri osa lopettaa tupakoinnin 60-ikävuoteen mennessä. Tupakoinnin lopettavista miehistä 11 prosenttia ja

naisista 15 prosenttia käytti tukenaan jotain nikotiinikorvaushoitoa (Suomen Ash 2008; Pennanen ym. 2006, 19). Yhteenvetona tupakoinnista voidaan todeta, että yhteiskunnallinen suhtautuminen tupakointiin on viime vuosikymmeninä kiristynyt ja tupakointi on vähentynyt varsinkin miesten keskuudessa.

Alkoholi

Suomalaisessa yhteiskunnassa keskeisellä sijalla on ollut alkoholi, jonka ympärille on luotu oma kulttuurinsa humaltuneiden sankaritarinoineen (Weckroth 2001, 33). Suhtautuminen alkoholiin on suomalaisessa yhteiskunnassa ollut ambivalentti jo vuosikymmeniä.

Alkoholipolitiikan osalta on kokeiltu muun muassa kieltolakia vuosina 1919–1932, jonka jälkeen alkoholi on vapautettu askel askeleelta kohti maitokauppoja (vuonna 1968) ja yleisillä paikoilla juomisen sallimista (Hakkarainen 2000, 172; Onnila 2001, 32; Room ym. 2002, 167). Tämä vapauttamissuuntaus on lisännyt alkoholin kulutusta. Pelkästään vuosien 1968–1969 välisenä aikana alkoholin myynti lisääntyi 46 prosenttia puhtaana alkoholina mitattuna (Christie & Bruun 1986, 160). Vasta 1970-luvulla tultiin tietoisiksi siitä, että alkoholin kokonaiskulutuksella on merkitystä alkoholihaittoihin (Christie & Bruun 1986, 51). Tämä sai aikanaan aikaan alkoholipolitiikan renessanssin, jonka tavoitteena on alkoholin kulutuksen alentaminen. Tämä tavoite on jäänyt haaveeksi. Sittenkin miedot alkoholit on tuotu kioskeihin ja alkoholin paljousalennukset tulivat muotiin 2000-luvulla. Samaan aikaan, kun alkoholin käytön rajoituksia on purettu, siitä aiheutuneet haitat ovat kasvaneet (Room ym. 2002, 167). Viron liittyminen EU:n vuonna 2004 vaikutti päätökseen alkoholin hinnan tuntuvasta alentamisesta vastauksena alkoholin vapaaseen tuontiin Virosta. Tämä nosti osaltaan edelleen alkoholin kulutusta ja aiheutti piikin muun muassa alkoholikuolemista. (Österberg 2005; Havio ym. 2008, 51; Hakkarainen & Metso 2007, 551). Historian valossa voidaan sanoa, että päihdepolitiikalla on merkittävä vaikutus päihteiden kulutukseen ja niistä aiheutuviin haittoihin.

Österberg ja Tigerstedt (2007, 330) kuvaavat suomalaisten juomatapoja seuraavasti: ”alkoholihaitat ovat säilyneet suomalaisina ja muuttuneet ranskalaisiksi”. Tällä he tarkoittavat, että perinteinen suomalainen juomakulttuuri perustui harvoin ja kunnolla juomiseen, jossa juominen oli päihdehakuista. Toisaalta suomalaisten alkoholin käytön tiheys on lisääntynyt, mikä viittaa eurooppalaistuneeseen alkoholin käyttöön, jossa juodaan usein, mutta vähän ja integroidaan juominen esimerkiksi ruokailuun. Näiden kummankin juomatavan yhdistäminen nykysuomalaiseksi juomatavaksi on nostanut kulutusta ja kasvattanut erilaisia alkoholista aiheutuvia haittoja, kuten maksakirroosia ja päihtymiseen liittyviä haittoja, kuten tapaturmia sekä lisännyt alkoholikuolemia.

(Österberg & Tigerstedt 2007, 330–332.). Muutosta kuvaa muun muassa se, että alkoholista tullut työikäisten yleisin kuolinsyy (Työterveyslaitos 5/2008).

Alkoholimyönteinen linja ei ole yksisuuntainen vaan huoli alkoholin aiheuttamista ongelmista elää ja on noussut 2000-luvun puolivälin jälkeen yhä voimakkaammin esille (muun muassa Alcohol in Europe – raportti 2006). Alkoholin kulutukseen on pyritty vaikuttamaan esimerkiksi hintoja nostamalla (Hallituksen esitys laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta 2007).

Lähes 90 prosenttia suomalaisista on joskus käyttänyt alkoholia. Kuitenkin 20 prosenttia väestöstä juo 70 prosenttia kulutetusta alkoholista (Peltovuoma ym. 2006, 7). Naisten alkoholin kulutus seitsenkertaistui vuosien 1968-2005 välillä ja miesten kasvoi samana aikana 2,4 kertaiseksi. (Österberg & Tigerstedt 2007, 330.) Esimerkiksi raittiiden osuus on vähentynyt 1980-luvulta miesten 15 prosentista ja naisten kolmanneksesta (ei alkoholin nauttimista viimeksi kuluneen vuoden aikana) vuoden 2005 miesten kymmenykseen ja naisten 14 prosenttiin (Helakorpi ym. 2005, 9). Yhteenvetona alkoholista voidaan todeta, että tupakan ohella alkoholin suurkulutus on Suomessa suuri kansanterveydellinen ongelma.

Lääkkeet

Varsinaisten päihteiden ohella ihminen voi jäädä riippuvaiseksi myös moniin lääkkeisiin, jolloin puhutaan erilaisten lääkkeiden ”riippuvuuspotentiaalista”. Yleisimpiä väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat nukahtamislääkkeet ja bentsodiatsepiinipohjaiset lääkkeet. Myös opiaatteja sisältävät särkylääkkeet kuten buprenorfiini, aiheuttavat riippuvuutta ja ne luokitellaan farmakologisilta ominaisuuksiltaan huumausaineisiin. (Koski-Jännes 2001, 23, finlex.fi). Unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä oli vuonna 2006 käyttänyt ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin elinaikanaan 7 prosenttia suomalaisista aikuisista (15–69 -vuotta) (Huumetilanne Suomessa 2007, 22, Hakkarainen & Metso 2007, 546).

Lääkkeet ovat yhteiskunnallisesti kaksijakoisessa asemassa. Toisaalta ne ovat asiantuntijoiden, kuten lääkäreiden hallinnassa, toisaalta niillä on paikkansa laittomilla markkinoilla (Huumetilanne Suomessa 2007, 72). Esimerkiksi buprenorfiini (Subutex) on yleisimpiä laittomilla markkinoilla käytettyjä lääkkeitä. Lääkkeiden ja huumeiden käytön yhteisesiintyvyydestä kertoo myös tulos, jonka mukaan 7 prosentilla päihdehuollon huumeasiakkaista rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö oli ensisijaisena ongelmana (Huumetilanne Suomessa 2007, 33). Lisäksi mielenterveys- ja

päihdeongelmat kietoutuvat ongelmina yhteen, mikä osaltaan yhdistää lääkkeiden ja huumeiden väärinkäyttöä (mm. Holmberg, Hirschovits ym. 2008).

Joidenkin lääkkeiden osalta on käynyt niin, että niiden lääkinnällinen käyttö on syystä tai toisesta virallisen lääketeollisuuden piirissä lopetettu ja niiden käyttäminen on nimetty väärinkäytöksi tai huumeiden käytöksi huolimatta niiden lääketeollisesta taustasta. Tämä määritelmä on luonut pohjaa hyvän vihollisen määrittämiselle, huumeille. (Christie & Bruun 1986, 55.)

Lääkkeiden väärinkäyttöä voidaan pitää kaksijakoisena ongelmana. Toisaalta lääkkeet ovat yhteiskunnan kontrollissa, mutta toisaalta ne elävät huumeiden tavoin laittomilla markkinoilla.

Huumausaineet

Huumeiden käyttö suomalaisessa yhteiskunnassa ei ole uusi asia, vaikka se on pysynyt marginaalisena ilmiönä verrattuna moneen muuhun Euroopan maahana. Poliittisesti huumeita on pidetty Suomessa lääketieteellisenä ongelmana (1900-), nuoriso-ongelmana (1960–1970 -luvulla) ja järjestäytyneen rikollisuuden, riippuvuus- ja ongelmakäytön sekä kansanterveydellisen ongelman näkökulmasta (1990-luvulla). (Hakkarainen 1999, 12.) Tämä kuvaa huumeisiin suhtautumisen vaikeutta. Huumausaineet eivät ole yhtenäinen aineryhmä, vaan joukko eri tavoin vaikuttavia aineita. Niillä on pähteiden ja riippuvuuksien joukossa oma erityisasemansa muun muassa niiden kriminalisoinnin vuoksi (Saarto 1998, 66).

Heroiini oli Suomessa 1930–1940 -luvulla yleisesti käytetty lääkeaine. Runsaasta käytöstä johtuvia haittoja tai lisääntyntä hoidon tarvetta ei sotia edeltävältä ajalta kuitenkaan ole raportoitu ja sotien jälkeenkin vain vähäisessä määrin. Huumeiden osalta lainsäädäntö sai alkunsa opiaattien huumemäärittelystä vuonna 1922, mutta huumeiden käyttö kriminalisoitiin vasta vuonna 1966. (Weckroth 2001, 33; Christie & Bruun 1986, 111.) Huumeiden tilastointi aloitettiin vasta 1960-luvulla, jolloin alettiin olla huolissaan nuorten kannabiksen ja muiden huumeiden käytöstä. Koska käyttö hiipui 1970-luvulla, myös muun muassa tiedotusvälineiden mielenkiinto asiaan heikkeni. (Weckroth 2001, 38; Onnila 2001, 31.)

Huumeiden käytön osalta puhutaan niin sanotuista huumeaalloista, joista ensimmäinen levisi Suomeen 1960-luvulla hippikulttuurina keskiluokkaisen väestön keskuuteen ja toinen 1990-luvulla ilman erityistä huumeekulttuuria osana yhteiskunnan muuta moninaistumista ja kansainvälistymistä (Salasuo & Seppälä 2001, 227–247). Ensimmäinen huumeaalto sijoittuu alkoholin vapauttamisen aikoihin, jolloin alkoholikeskustelu tasapainotti huumeista käytävää keskustelua. ”Ei ole helppo joutua paniikkiin monesta asiasta yhdellä kertaa” kuvasivat Christie ja Bruun (1986, 160) asiaa.

Toinen huumeaalto sijoittui 1990-luvulle. Vaikka toinen huumeaalto on ohitettu, on huumeiden kokeilukäyttö jäännyt selkeästi korkeammalle tasolle kuin ennen toista huumeaaltoa (Hakkarainen & Metso 2007, 550). Vaikka huumeiden käyttö yleistyi 1990-luvulla, on valtaenemmistöllä edelleen vahva kielteinen suhtautuminen huumeisiin. Suomalainen tulkinta kieltävästä peruslinjasta huumeekysymyksissä ei kuitenkaan estä käyttämästä haittojen vähentämistyyppisiä keinoja, kuten ylläpitohoitoa ja neulanvaihto-ohjelmia (Soikkeli 2001). Huumeita vastaan halutaan taistella kaikilla mahdollisilla keinoilla.

Huumeiden käyttö ei ole alkoholin ja tupakan käytöstä riippumaton ilmiö, ei myöskään niiden vastakohta tai vaihtoehto. Tupakointi on tavallaan välttämätön edellytys hasiskokeiluille ja alkoholi on yhteydessä lääkkeiden päihdekäyttöön. (Saarto 1998, 68; Christie & Bruun 1986, 87.)

Huumausaineet voidaan jakaa farmakologisilta ominaisuuksiltaan esimerkiksi keskushermostoa kiihdyttäviin aineisiin, kuten kokaiini ja amfetamiini, hallusinogeenisiin aineisiin, kuten LSD ja rauhoittaviin aineisiin kuten opiaatit ja gammahydroksibutyraatti (muun muassa Christie & Bruun 1986, 65, Dahl & Hirschovits 2002). Myös aineiden perustelu huumausaineiksi vaihtelee. Esimerkiksi kannabistuotteet eivät käytännössä farmakologisten ominaisuuksiensa vuoksi aiheuta kuolemaan johtavaa yliannostusta, mutta voivat joidenkin tutkimusten mukaan lisätä esimerkiksi riskiä sairastua skitsofreniaan (muun muassa Sheldon 2003). Tämä määrittely on uuden tyyppinen, sillä aluksi kannabis luokiteltiin huumausaineeksi kuvaamalla sitä väkivaltaista käytöstä aiheuttavaksi aineeksi, sittemmin passiivisuutta ja toimetttömyyttä sekä yhteiskunnasta vetäytymistä aiheuttavaksi aineeksi (Christie & Bruun 1986, 178). Heroiini taas voidaan luokitella akuuteilta vaikutuksiltaan hengenvaaralliseksi.

Huumeiden käyttäjäksi ei tulla niinkään tiettyjä aineita käyttämällä, vaan käyttämällä niitä tavalla, jota ei pidetä lääketieteellisesti perusteltuina ja siten laillisena (Saarto 1998, 67). Ero laillisten ja laittomien päihteiden välillä on kulttuurisesti määritetty, ei niinkään ensisijaisesti farmakologinen aineen ominaisuus (Onnila 2001, 21). Huumausainetarjonnassa tapahtuu laittomilla markkinoilla muutoksia, jotka vaikuttavat huumausaineiden käyttöön, käyttötapoihin, käytön riskeihin ja riippuvuuden syntymiseen. Esimerkiksi opiaattiryhmässä heroini on korvautunut 2000-luvulla lähes kokonaan buprenorfiinilla (Huumetilanne Suomessa 2007, 4; Hakkarainen & Metso 2007, 550), joka on aineena tullut Suomessa tutuksi muun muassa syöpäkipuihin käytettävänä lääkkeenä (Temgesic).

Hakkarainen (1996, 141) kuvasi suomalaisten suhtautumista huumeekokeiluihin tiukan kielteisesti jo 1990-luvulla. Myös Piispan ja kumppaneiden tutkimuksessa (Piispa ym. 2008, Tiivistelmä)

heroiinia, kokaiinia, LSD:tä, amfetamiinia ja ekstaasia on yleisesti pidetty kovina huumausaineina ja vain kannabista mietona (Piispa ym. 2008, 18). Noin puolet Piispan tutkimuksen vastaajista torjui huumeiden erottelun miedoksi ja koviksi tai ilmoitti, että ei osaa erottelua tehdä. Nämäkin tulokset kuvastavat vallitsevaa huumeiden vastaista mielipidettä ja huumausaineisiin liittyvää vierautta Suomessa.

Aikuisväestöstä (15–64 -vuotiaat) noin 14 prosenttia on joskus kokeillut huumausaineita (Huumetilanne Suomessa 2007, 21). Muiden huumeiden kuin kannabiksen osalta joskus huumeita kokeilleiden osuus vaihteli amfetamiinien 2 prosentista opiaattien 0,6 prosenttiin. Eniten amfetamiineja (9 %), ekstaasia (5 %) ja kokaiinia (3 %) olivat kokeilleet 25–34-vuotiaat miehet. (Huumetilanne Suomessa 2007, 23). Valtaosalla suomalaisista ei siis ole omakohtaista kokemusta huumeiden käytöstä (Partanen 2002, 26) ja kuva siitä piiryykin mieliin lähinnä median tuomien kuvien välityksellä (Saarto 1998, 67; Piispa ym. 2008, 22).

Yhteenvedon voidaan todeta, että huumausaineet ovat aineryhmä, joka on sosiaalisten ja yhteiskunnallisten määrittelyjen tulos. Itse aineilla ja niiden vaikutuksilla on vain osansa niistä syntyvien mielikuvien rakentumisessa. Huumeet eivät aineina ole uusi ilmiö suomalaisessa yhteiskunnassa, mutta niiden käyttökulttuuri rikollisine ja väkivaltaisine piirteineen herättää pelkoa. Huumeaiheet ylittävät helposti mediakynnyksen ja tulevat näkyväksi myös siellä, missä oma kokemus aiheesta uupuu.

2.4. Toiminnalliset riippuvuudet ja niiden yhteiskunnallinen asema

Toiminnalliset riippuvuudet nousivat mielenkiinnon kohteiksi 1980-luvulla (Koski-Jännes 2004, 50). Vaikka toiminnallisissa riippuvuuksissa ei nautita mitään kemiallista ainetta, aivojen välittäjäaineiden tasolla niiden tuottamat reaktiot ovat samansuuntaisia kuin päihteitä nautittaessa (Päihdelinkki; Tacke 2008; Koski-Jännes 2004, 57), samoin psykologiset reaktiot (Koski-Jännes 1992, 18).

Rahapelit

Suomessa rahapelejä voi pelata arkisissa ympäristöissä, kuten kioskeissa. Varsinaisia peliympäristöjä on sen sijaan vain vähän ja kasinoita Suomessa vain yksi (Huotari 2007, 6.). Suosituimpia rahapelejä ovat mm. Lotto, rahapeliautomaatit, raaputusarvat ja veikkaus (Aho & Turja 2007, 57). Rahapeliteollisuus on kasvanut ja muuttunut viime vuosina yhä kansainvälisemmäksi (Tammi 2008, 304). Rahapelejä on elämänsä aikana pelannut 87 prosenttia ja

viimeisen vuoden aikana 73 prosenttia (Aho & Turja 2007, 5) yli 15-vuotiaista Suomen kansalaisista. Rahapelitutkimuksen mukaan puolitoista prosenttia vastaajista (1-3 %) pelaa rahapelejä ongelmallisen paljon (Aho & Turja 2007, 5). A-klinikkasäätiön selvityksen mukaan vuonna 2003 ensisijaisesti rahapeliongelman vuoksi hoitoon hakeutuneita oli 400–450 henkeä. Päihdeongelmien vuoksi hoitoon hakeutuneista 5000–5500:lla oli ajoittain sekundäärisenä ongelmana myös peliongelma (Rahapelifoorumin häittäryhmä 2004) ja päihdetapauslaskennassa tavoitetuista päihde-ehtoisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäneistä asiakkaista 5 prosentilla oli rahapeliongelma (Villikka 2004 teoksessa Huotari 2007, 19). Rahapelaamiseen liittyvät ongelmat ovat nousseet esiin vasta viime vuosina, kun muun muassa Raha-automaattiyhdistys on ryhtynyt rahoittamaan pelitutkimusta ja tukenut auttamismallien kehittämistä peliriippuvaisille (mm. Tammi 2008, 303). Pelaamisen yleisyyttä ja siihen liittyviä ilmiöitä on myös ryhdytty selvittämään kansalaisille suunnattujen kyselytutkimusten avulla (mm. Suomalaisten rahapelaaminen 2007). Rahapeliongelmat on nostettu esiin myös hallituspolitiikassa ja mediassa (tammi 2008, 300-3003). Rahapelitutkimuksesta (Aho & Turja 2007, 38) käy ilmi, että kansalaisista kaksi kolmasosaa piti rahapelaamista vakavana ongelmana Suomessa ja puolet vastaajista oli sitä mieltä, että rahapeliongelmat ovat lisääntyneet viime vuosina. Kyseisessä tutkimuksessa ei kuitenkaan käytetty sanaa ”yhteiskunnallinen” ongelma, eikä peliongelmia tutkimuksessa verrattu muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Yhteenvedon voidaan sanoa, että rahapelien pelaaminen on suomalaisessa kulttuurissa arkista. Ruokakaupan kassalta lähdetessä pelataan ”ylijäämäpennoset”. Ongelmapelaaminen ei sen sijaan välttämättä näy katukuvassa, vaan sijoittuu ainakin osittain Internetiin ja pelisaleihin.

Internet

Internetriippuvuutta määritettäessä voidaan puhua myös virtuaali- tai tietokone-, netti- tai verkkoriippuvuudesta, jotka pitävät sisällään median hallitsemattoman ja pakonomaisen käytön. Internetpelaamiseen voi liittyä rahapeliriippuvuus, mikä näkyy esimerkiksi Internetin välityksellä pelattavien rahapelien, kuten nettipokerin muodossa. Rahapelitutkimuksen (Aho & Turja 2007) mukaan suomalaisista 13 prosenttia pelaa rahapelejä Internetin välityksellä. Tämän tyyppinen pelaaminen on aiheuttanut yhteiskunnallista huolta ja rajoituskeinoja on pyritty kartoittamaan (muun muassa Määttä 2008). Rahapelit ovat muodostuneet myös tutkimukselliseksi kiinnostuksen kohteeksi (mm. Svartsjö 2008). Griffithsin (1999) mukaan tietokone on Internetriippuvuudessa usein ennemminkin väline kuin ensisijainen riippuvuus, vaikka liiallinen käyttö joillakin ihmisillä voidaan määrittää riippuvuudeksi (Griffiths 1999, 246–250). Internetriippuvuudessa varsinainen

riippuvuus voi kohdistua ihmissuhteisiin, sosiaalisten suhteiden rakentamiseen, roolipelien kautta luotuun minäkuvaan ja virtuaalimaailman tuottamiin tunnepohjaisiin elämyksiin. Internetriippuvuutta ei voi määrittää pelkästään netissä käytetyn ajan perusteella, vaan keskeisempää on ihmisen kokemus ja pelaamisen hallittavuus. (Mustonen 2001.)

Suomessa Internetriippuvuus on tullut tutkimuksen kohteeksi vasta viime vuosina. Esimerkiksi Turussa on meneillään (Turun yliopisto 2006) suomenkielisen internetriippuvuuden mittarin arviointitutkimus ja 700 opiskelijanuoren internetriippuvuuden kartoitus. Maailmalla internetriippuvuuden esiintyvyyttä on selvitetty lähinnä nettilomakkein (Web4Health 2008). Internetriippuvuus liittyy virtuaalimaailmoihin, jolloin myös usein avun saaminen tapahtuu virtuaalisesti.

Tämän tutkimuksen ulkopuolelle jää useita muita riippuvuuksiksi kuvattuja toimintoja. Riippuvuus tai sen tyyppinen oireilu voi kehittyä edellä mainittujen riippuvuuksien lisäksi esimerkiksi seksiin (Orford 2001, 19; Giddens 1992, 77), urheiluun, työhön (Heikkilä 2005, 138) tai läheisiin (Heikkilä 2005, 97; Peele 2004, 25). Toiminnalliset riippuvuudet ovat moninainen aihealue, eikä tässä tutkimuksessa ole tarkoituksena kartoittaa niitä tarkemmin. Sen sijaan tämän tutkimuksen keskiöön on nostettu toiminnallisista riippuvuuksista vain esimerkkeinä edellä kuvatut rahapeli- ja Internetriippuvuus.

2.5. Riippuvuudesta toipuminen

Hoito ei ole riippuvuudesta toipumisen ehto vaan väline. Ihmiset luopuvat riippuvuuksista sekä omin avuin eli spontaanisti (Orford 2004, 186; Peele 2004) että hoidon avulla. Tässä luvussa riippuvuudesta irrottautumista pyritään selkiyttämään niin hoidollisena kuin itsehoidollisenakin prosessina.

Hoitoa kuvattaessa nousee esiin kysymys siitä, mitä hoito on ja mihin sillä pyritään. Riippuvuushoito voi pitää sisällään yhtä aikaa esimerkiksi lääkehoidon, kognitiivista terapiaa, jossa lisätään tietoisuutta omasta riippuvuuskäyttäytymisestä ja behavioraalista terapiaa, jossa tuetaan käyttäytymisen muutosta, 12-askeleen itseapuryhmässä oloa, ulkoisten olosuhteiden muuttamista (sosiaaliset kontaktit, asunto, elintavat, päivärytmi ja niin edelleen) sekä vaihtoehtoisten tyydytyksen lähteiden opettelua. (Koski-Jännes 2004, 61–62.)

Hoito voi olla tuloksellista, vaikka riippuvuudesta ei pääsisikään irti, mikäli tavoitteena on esimerkiksi riippuvuuskäyttäytymisestä aiheutuvien haittojen vähentäminen. Esimerkkinä tästä on

opiaattiriippuvaisten korvaushoito, joka on lääketieteellistä hoitoa, vaikka sillä ei pyrittäisikään eroon varsinaisesta opiaattiriippuvuudesta (Orford 2004, 189; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 17.1.2008). Myös nikotiiniriippuvuuteen on nykyisin käytössä korvaushoitovalmisteet. Tuloksellisuus on siten suhteellinen käsite, eikä sitä voida mitata esimerkiksi pelkästään raitistumista mittaamalla.

Eri riippuvuuksilla on Suomessa erilaiset hoidolliset perinteet. Alkoholihoitoa on ollut tarjolla pidempään, sitä vastoin esimerkiksi toiminnalliset riippuvuudet ovat niin uusi ongelmamuoto, ettei niiden hoidosta toistaiseksi ole varsinaisia virallisia suosituksia ja esimerkiksi peliriippuvuuksien hoito on keskittynyt viime aikoihin asti pääasiassa A-klinikoiden sekundaarisiksi ongelmiksi. Hoitopolkuja on kuitenkin äskettäin alettu kehittää. (Pelihaitat 2008.)

Riippuvuushoitotutkimuksissa ei ole voitu osoittaa yleisesti muita parempia hoitomalleja (Orford 2001, 28). Enemminkin riippuvuushoidoista puhuttaessa tulisi pohtia, mikä on oikeaa hoitoa, oikealla hetkellä, oikealle henkilölle, oikeaan ongelmaan.

Tutkimusten tulokset omin avuin riippuvuudesta irti päässeiden määristä vaihtelevat paljon sen mukaan, miten riippuvuus on määritelty, miten toipuminen määritellään, miten pitkistä seurantajaksoista on ollut kyse ja siitä, miten ”ei hoitoa saaneet” on määritelty. Edellä mainitun valossa on siten vaikea puhua yleisellä tasolla spontaanisti riippuvuudesta toipumisen määristä. Sen sijaan merkityksellisempää on tarkastella asiaa esimerkiksi Peelen (2004, 23–24) tavoin pohtimalla niitä resursseja ja elementtejä, jotka vaikuttavat toipumiseen: arvot, motivaatio, palkkiot, voimavarat, tuki, kypsä identiteetti ja korkeammat tavoitteet. Blomqvistin (2004, 169) mukaan toipuminen riippuvuudesta on pitkäaikainen prosessi, johon vaikuttavat yhtä hyvin ympäristökijät, merkityksellisten toisten tuki ja vaatimukset sekä omat persoonalliset ja sosiaaliset resurssit kuin erilaiset ammatilliset resurssitkin. Päätös lopettaa riippuvuutta aiheuttava toiminto tai aineen käyttö syntyy Blomqvistin (2004, 169) mukaan usein pitkäaikaisten kielteisten seurausten kumuloiduttua kielteiseksi stressiksi monilla elämän alueilla. Näkyvää muutosta edeltää kuitenkin aina jonkinlainen ajattelun ja toiminnan transformaatioprosessi (Orford 2004, 206).

Vietnamin veteraanit ovat klassinen esimerkki ja todistus siitä, että jopa heroiiniriippuvuudesta voi toipua ilman hoitoa. Tutkimusten mukaan 45 prosenttia kaikista Vietnamissa vuonna 1970–1971 taistelleista sotilaista oli kokeillut heroiniä ja lähes puolet heistä (20 % kaikista sotilaista) addiktoitui. Kuitenkin vain noin 12 prosenttia addiktoituneista pysyi huumeriippuvaisena tai addiktoitui uudelleen kolmen vuoden aikana kotiin paluunsa jälkeen. Hoitoa riippuvuuteen sai kaksi prosenttia kaikista Vietnamissa huumeita kokeilleista miehistä. (Robbins 1974, 4 teoksessa

Weckroth 2001, 32; Robbins 1933, teoksessa Peele 2004, 11; Christie & Bruun 1986, 74–76.) Syitä sotilaiden riippuvuudesta eroon pääsemiseksi oli monia, mutta yhteistä niille oli olosuhteiden muutos: sotilaiden mielialan muutos, työtehtävien muutos, aineen tarpeen muutos, saatavuuden erot, käyttöä koskevat asenteet, säännöt ja seuraukset (Weckroth 2001, 32).

Myös muista riippuvuuksista eroon pääsy vaatii elämäntavan muutoksen. Esimerkiksi Tuomisen (2008) mukaan 75 prosenttia tupakoinnin lopettaneista jatkaa tupakointia seuraavan vuoden aikana lopettamisyriytyksen jälkeen. Nikotiinikorvaushoidollakaan ei saada plaseboa parempia tuloksia, mikäli nikotiinikorvaushoidossa ei huomioida psykososiaalista muutosta. (Tuominen 2008.)

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan toipuminen riippuvuudesta on prosessi pikemminkin kuin tulos (Koski-Jännes ym. 2008, 28). Tämä Prochaskan ja DiClementin (1984) kehittänyt malli sisältää seuraavat vaiheet: esiharkinta, harkinta, valmistautuminen, toimintavaihe ja ylläpitovaihe (DiClemente 2003, 27). Vaikka vaiheista siirrytään seuraavaan, ei tulos useinkaan ole lopullinen vaan etenee spiraalin tavoin retkahdusten ja oppimiskokemusten myötä. Muutoksen yllykkeinä toimivat ihmisen valmius, halukkuus ja kyvykkyys muutokseen. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–33.)

Eri riippuvuuksista toipumiseen vaikuttavat niin yhteiskunnassa vallitsevat uskomukset, lainsäädäntö, palveluiden tarjonta kuin itse aineen tai toiminnon aiheuttama riippuvuuskin. Mielikuvat toipumisen mahdollisuuksista voivat vaikuttaa niin yleiseen asenteeseen, hoitopolitiikkaan kuin riippuvuudesta kärsivän toipumiseenkin.

Yhteenvedona riippuvuudesta irrottautumisesta voidaan sanoa, että vaikka toipuminen tässä tutkimuksessa jaotellaankin hoidolla ja ilman hoitoa tapahtuvaksi irrottautumiseksi riippuvuudesta, ei niitä todellisuudessa voi erotella toisistaan. Jotkut riippuvaiset voivat kokea, ettei hoidosta ole lainkaan hyötyä ja toipuvat siitä huolimatta, joillekin kertaluonteinen keskustelu ammatti-ihmisen kanssa sysää muutoksen tielle. Joillekin vuosien laitoshoidon ei tuota raitistumista, vaikka kokemus hoidosta olisi mitä mainioin. Riippuvuus ei synny päivässä, eikä se myöskään häviä päivässä. Riippuvuus on prosessi, jonka kanssa riippuvainen elää mahdollisesti koko elämänsä hallitsemisen ja hallitsemattomuuden rajamailla. Kysymys on silloin lähinnä siitä, miten paljon riippuvuutta tuottava aine tai toiminto vie energiaa elämän muilta toiminnoilta. Mielikuvat riippuvuudesta ja siitä toipumisesta asettuvat tässä tutkimuksessa keskiöön, sillä mielikuvilla toipumisen mahdollisuudesta uskotaan olevan vaikutusta siihen, miltä todellisuus toipumisesta näyttää.

2.6. Riippuvuus yhteiskunnallisena konstruktiona ja sosiaalisena representaationa

Konstruktivistisessa tarkastelussa käyttäytyminen voidaan määrittää addiktioksi joissakin kulttuureissa, mutta ymmärretään eri termein toisessa kontekstissa. (Salakari 2001, 102–103; Valverde 1998, Sulkunen 1997, 197). Riippuvaiseksi määrittäminen riippuu vain osittain ihmisen itsensä käyttäytymistä eikä juuri lainkaan hänen sisäisestä kokemuksestaan. Poikkeavuus taas on eräänlainen stigma, leima, joka yksilöihin kohdistuessaan saattaa tuottaa ympäristön reaktioiden seurauksena yksilöiden poikkeavaa käyttäytymistä. (Sulkunen 1997, 198.) Huumeongelmasta puhuttaessa Saarto (1998, 67) kuvaa riippuvuusongelmaa suomalaisessa yhteiskunnassa kaksijakoiseksi. Yhtäältä huumeongelma näkyy joukkotiedotuksen kautta julkisuudessa ja siinä todellisuus, fiktio ja viihde sotkeutuvat toisiinsa. Toisaalta huumeongelma näkyy huumeiden käyttäjien ja heidän läheistensä arkielämässä, ammattiauttajien työssä (Saarto 1998, 67) ja huumerikollisuuden torjunnassa.

Riippuvuuden käsityksiä on tutkittu suhteellisen vähän sosiaalisen representaation näkökulmasta. Tästä syystä terveyden ja sairauden tarkastelu sosiaalisen representaation näkökulmasta antaa hieman viitettä asiaan.

Yksilöiden ajattelun ymmärtämiselle on olennaista ymmärtää sosiaalisia ja institutionaalisia voimia, jotka vaikuttavat *terveys- ja sairauskäsityksiin*. Maallikoiden terveyskäsitykset muodostuvat vuorovaikutuksessa syntyneistä mielikuvista, terveydenhuollon ammattilaisilta suodatetusta tiedosta sekä joukkotiedotuksen tuomasta informaatiosta, jotka kaikki ovat syvällä kulttuurisissa oletuksissa. (Joffe 2002, 574.) Esimerkiksi sairauden merkitykset sisältävät emotionaalisia ja poliittisia, pikemminkin kuin puhtaasti kognitiivisia elementtejä (Joffe 2002, 566). Crawford (1994 teoksessa Joffe 2002, 568) tutki länsimaisen kulttuurin terveys- ja sairauskäsityksiä ja totesi, että niiden olemassaolossa on valtavasti symbolismia. Terveys on Crawfordin mukaan modernin länsimaisen identiteetin tunnus, joka on muodostunut metaforaksi itsekontrollille, itsekurille, uhrautuvuudelle ja tahdon voimalle. Terveenä oleminen kuvastaa tämän käsityksen mukaan ajatusta olla ”hyvä ihminen” (”to be healthy is to be ’good’”). Terveystestä on tullut areena, jossa itsekontrollin ja siitä vapautumisen vastakkaiset voimat pelaavat. Sen sijaan, että kulttuurisesti näitä vastakkaisia tekijöitä pidettäisiin yhdessä, siirretään kontrolloimattomuuteen liittyvät aspektit, kuten riippuvuudet pois ”meistä” ja linkitetään ne väheksyttäviin ”toisiin” (Salakari 2001, 101; Joffe 2002, 568). Näitä ”muita” syytetään itse aiheutetusta sairastelusta ja syrjäytetään symbolisesti kulttuurin ulkopuolelle, jotta itse säästyttäisiin moraaliselta tarkastelulta. (Joffe 2002, 568.)

Keskeistä on sosiaalisten ryhmien vaikutus siihen, millaiseksi normaalius määritetään. Eri ryhmissä saman asian “normaalius-määritelmä” voi erota kovinkin paljon toisistaan. Sosiaalisen representaation näkökulmasta katsottuna ajattelu on suhteessa ympäristöön, sillä ihmiset ovat jatkuvasti dialogissa toistensa kanssa. (Joffe 2002, 573.) Se, mikä on laillista, on usein myös kunniallista ja arvostettavaa, kun taas se, mikä on laitonta, nähdään paheksuttavana. Esimerkiksi rohkaisuryyppy ennen tanssiin hakua verrattuna ”rohkaisu-Diapamiin” voidaan nähdä aivan eri valossa. (Weckroth 2001.)

Maallikoiden käsitykset sairaudesta kietoutuvat itsen ja muiden (me ja muut) – ajattelun ympärille. Tähän liittyy siten myös stigmatisoiminen ja se, millaista tukea sairastaneet ihmiset voivat saada. Uuden tyyppinen sairaus ankkuroidaan vanhan sairauskäsityksen representaatioon, jolloin se tulee ymmärrettäväksi. Esimerkiksi seksuaalisuuteen liittyviin sairauskäsityksiin yhdistetään sivumerkityksiä, kuten itse aiheutettu rangaistus. (Joffe 2002, 574.) Crawfordin (1994) mukaan tietynlainen sairastelu, kuten päihteiden ongelmakäyttö ja ylensyöminen ovat itse aiheutettuja, kuvastavat itsekontrollin puutetta ja ne voidaan siten assosoida muihin kuin ”meihin” kuten ”pahoihin ihmisiin”. (Joffe 2002, 574.) Tällaisessa ajattelussa piilee kuitenkin vaara, sillä ne, jotka joutuvat määrittämään itsensä ”niiksi muiksi” alkavat elää ”niiden muiden” tavoin, eli he saattavat ryhtyä tiedostamattaan ilmentämään heille asetettuja odotuksia. Tällainen ryhmä voi olla esimerkiksi ne nuoret, jotka tietävät kokeilleensa huumeita ja koska huumeiden tiedetään orjuuttavan, tulee asiasta itsensä toteuttava profetia (Christie & Bruun 1986, 184–186.)

Addiktion käsitteeseen liittyvät pulmat liittyvät osittain erilaisten asiantuntijadiskurssien ja maallikkoajattelun muotojen sotkeutumiseen toisiinsa, jolloin voidaan puhua addiktion eli riippuvuuden sosiaalisista representaatioista. Poliitikot määrittävät asiaa eri kontekstista kuin päihdehoitotyön ammattilaiset tai poliisit. Maallikkoajattelussa ongelman määrittely kiinnittyy henkilökohtaisiin ja lähipiirin kokemuksiin sekä suodatettuun tai ammattilaisilta satunnaisesti esimerkiksi tiedotusvälineiden kautta suodatettuihin tai uudelleen muodostuneisiin käsityksiin riippuvuudesta. Näiden elämämpiirien ja oman ajattelun tuotoksena yksilöt määrittävät käsityksen siitä, mikä on hyväksyttävää, mikä on addiktiivista ja mikä ongelmallista päihdekäyttäytymistä. (Sulkunen 1997, 197.)

3. Kansalaisnäkemyksiä riippuvuudesta

Riippuvuuden määrittäminen riippuu siitä, kuka tai mitkä tahot sitä määrittävät ja millaisia mielikuvia heillä aiheesta on. *Simpuran* (2002, 60) mukaan näkemykseen vaikuttavat ihmisen omat kokemukset (tekeminen), keskustelut naapuruston ja paikallistoimijoiden kanssa (kuuleminen), omat havainnot (näkeminen) sekä julkisuus ja media (lukeminen). Esimerkiksi Itäpuisto tarkasteli väitöskirjassaan päihteiden käytön määrittämistä ongelmalliseksi ja tuli siihen tulokseen, että: ”Raja alkoholistisen ja normaalina pidetyn juomisen välillä kyseenalaistuu, sillä jotkut kertovat kokeneensa jopa vanhemman ajoittaisen humalajuomisen ongelmaksi”. (Itäpuisto 2005, tiivistelmä.)

Tässä luvussa tuodaan esille joitakin tutkimuksia, joissa on käsitelty kansalaisten mielikuvia, asenteita ja mielipiteitä riippuvuuksista. Sosiaalisen representaation teoriaan pohjautuvaa tutkimusta riippuvuuden ilmentymisestä kansalaisten tai maallikoiden parissa ei ole juurikaan tehty. Sen sijaan väestökyselyjä asenteista esimerkiksi päihdeongelmaisia kohtaan löytyy jonkin verran.

Ruotsissa toteutettiin vuonna 2006 väestökysely, jossa käytettiin vastaavaa kyselylomaketta kuin tässä tutkimuksessa käytetty ”suhtautuminen riippuvuuksiin” – kyselylomake. Kyseisestä *Blomqvistin* (2006) tutkimuksesta on saatavilla vasta alustavia tuloksia. Kyselyyn vastasi 1098 iältään 18-74 -vuotiasta ruotsalaista, joista noin puolet oli naisia. Vastausprosentti oli 55 ja vastaajien keski-ikä oli 44 -vuotta.

Ruotsalaiset arvioivat huumeiden käytön paljon suuremmaksi ongelmaksi kuin alkoholin juomisen, pelaamisen tai tupakoinnin, jotka todellisuudessa ovat moninkertaisesti yleisempi aktiviteetteja ruotsalaisessa yhteiskunnassa. Arvioitu riski oli käänteisessä suhteessa käytön yleisyyden kanssa. Pääsääntöisesti ihmiset nähtiin vastuullisena sekä riippuvuuden syntymisestä että siitä irrottautumisesta. Erityisesti tupakointi nähtiin moraalisen mallin mukaisena (Brickmanin malli), samoin pääsääntöisesti pelaaminen ja alkoholin käyttö. Sen sijaan laittomien huumeiden käyttäjät nähtiin useammin uhreina. Ihmiset olivat optimistisempia ihmisen oman toipumisen mahdollisuudesta ”tuttujen” aineiden, kuten tupakan ja nuuskan suhteen, kun taas erittäin pessimistisiä suhteessa laittomista huumeista eroon pääsemiseen. Pelaaminen, alkoholin ja kannabiksen käyttö jäivät tässä suhteessa keskitasolle. Ruotsalaisilla tuntui olevan vahva luottamus hoitojärjestelmään myös laittomien aineiden käytön aiheuttamien ongelmien hoidon osalta. (Blomqvist 2006, 20.)

Piispa kumppaneineen (Piispa, Helakorpi, Laitalainen, Uutela ja Jallinoja 2008) tutki työikäisten suomalaisten huumekontakteja ja huumemielipiteitä vuosina 1996–2007. Raportti on yhteenveto aikuisväestön terveyteen liittyviä elintapoja selvittäneiden tutkimusten huumeeksymysten tuloksista. Se kuvaa 5000 henkilön satunnaisotoksiin perustuen 15–64 ikäisten suomalaisten huumekontaktien kehitystä vuosina 1996–2007 ja huumemielipiteiden kehitystä vuosina 2001–2007 sekä arvioi käytettyjä kysymyksiä. Tutkimuksen mukaan suuri enemmistö (75 %) piti vuonna 2007 huumeiden käyttöä vähintään melko vakavana ongelmana ja vain pari prosenttia vastaajista ennakoivat, että käyttö pian vähenee. Tutkimusvuosien aikana arviot ovat hieman lieventyneet, mikä viittaa siihen, että huumeiden läsnäoloon Suomessa on jossain määrin totuttu ja huumeongelma on ”normalisoitunut” osaksi päihdeongelmien kenttää. Huumehuoli on kuitenkin edelleen varsin suuri nuorissakin ikäryhmissä. Piispan ja kumppaneiden tuloksia on tarkemmin kuvattu tässä tutkimuksessa analyysiosuudessa.

Sulkunen (1997) tutki millainen sosiaalinen konstruktio alkoholismi on nykysuomalaisessa maallikkoajattelussa. Hän selvitti, miten yleiset yksilöiden ja yhteiskunnan välisiä suhteita koskevat käsitykset ilmenevät alkoholia, alkoholipolitiikkaa ja alkoholiongelmia koskevissa käsityksissä. Aineistona tutkimuksessa käytettiin lahtelaisten päättäjien ryhmähaastattelua, jossa viritettiin keskustelua muun muassa alkoholin sosiaalisista merkityksistä. Tutkimuksessa osoitettiin, että addiktio on maallikkoajattelussa alkoholiongelman vaikein ja vaikeimmin määriteltävissä oleva aste. Tulosten mukaan sekä tahdolla että modaalisisilla¹ suhteilla yleensä on addiktio määrittelyssä keskeinen osuus. (Sulkunen 1997, 195–217.) Sulkusen tutkimuksessa keskeiseksi maallikoiden alkoholismikäsitteiksi määrittäviksi teemoiksi nostettiin me-te -ajattelu (projisointi), osaaminen, tahto, halu, himo, sairaus ja pakottava voima. Tutkimuksen mukaan alkoholiongelmiensa määrittely tapahtuu projisoimalla ongelmaiset johonkin muuhun ryhmään kuin siihen, mihin ihminen itse katsoo kuuluvansa. Esimerkkinä kerrotaan alkoholin saatavuuden helpottamisen vaikuttavan nuoriin, jotka hallitsevat käytön huonommin kuin keskustelijat itse. (Sulkunen 1997, 199–201.) Sairauskäsitteen professionaalinen funktio tuli maallikoiden puheessa esille pohdittaessa keinoja alkoholiongelman lievittämiseksi. Sairauskäsitteen moraalinen funktio tuli esille pohdittaessa,

¹ Modaalisuus on laaja semanttinen alue, jossa on kyse asiointilan todenmukaisuudesta ja toteutumismahdollisuuksista koskevista arvioista. Modaalisisilla kielenaineiksilla puhuja ilmaisee, onko asiointila hänen mielestään (epä)varma, välttämätön, (epä)todennäköinen, mahdollinen, mahdoton, pakollinen, luvallinen tai (epä)toivottava, ulkoisista tai sisäisistä edellytyksistä riippuvainen. Modaalisia kielenaineiksia ovat modukset, modaaliverbit (esim. voida, täytyy), konstruktiot kuten on tehtävä, on tehtävissä sekä monet adjektiivit (mahdollinen, välttämätön), adverbit ja partikkelit (luultavasti, ehkä, varmasti). (→ § 1551–.) (Modaalisuus 2005)

pitäisikö alkoholisteja auttaa yhteiskunnan varoin, vaikka ongelma onkin ainakin osittain itse aiheutettu. (Sulkunen 1997, 211–212.) Sulkusen tutkimuksesta voidaan nostaa tämän tutkimuksen kannalta mielenkiinnon kohteeksi me-he – ajattelun esiintyminen tuloksissa ja ammattilaisajattelun suodattuminen kansalaisille.

Holmila (2002) tutki Tikkurilan, Myllypuron ja Leppävaaran asukkaiden näkemyksiä siitä, kenellä pitäisi olla suurin vastuu alkoholi- ja huumeongelmien ehkäisystä. Tulosten mukaan (Holmila 2002, 218) noin 60 prosenttia vastaajista säilytti vastuun alkoholiongelmien ehkäisystä yksilölle itselleen, lähes 30 prosenttia lähiympäristölle (työtoverit, perhe, ystävät), 5-10 prosenttia kunnille ja niiden työntekijöille ja saman verran lisäksi valtiolle (poliisi, lait, verot). Lisäksi pari prosenttia säilytti vastuuta vapaaehtoisjärjestöille.

Kankaanrinne (2008, 84) tutki Pro Gradu –tutkielmassaan maallikoiden ja päihdehuollon ammattilaisten attribuutioita alkoholiriippuvuudesta. Aineistossa sekä maallikot että ammattilaiset arvioivat alkoholiriippuvaisten itsensä olevan pääasiallisesti vastuussa juomisensa lopettamisesta. Keskeisenä irrottautumiseen liittyvänä seikkana vastaajat nostivat esiin ihmisen oman motivaation ja halun lopettaa ongelmakäyttäytyminen.

Tämän tutkielman tuloksia on verrattu myös muihin suomalaistutkimuksiin, joihin palataan tämän työn aineistoa käsittelevässä osiossa. Käytetyistä tutkimuksista mainittakoon tässä yhteydessä *Hakkaraisen ja Metson (2007, 546)* tutkimus, jossa he kuvaavat suomalaisten suhtautumista huumeisiin ja huumeongelmiin sekä niiden torjuntakeinoihin, *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen* toimesta toteutettu, suomalaisten alkoholiasenteita koskeva kysely vuonna 2006 (Peltovuoma, Varamäki & Koponen 2006) sekä *Suomalaisten rahapelaaminen 2007* tutkimusraportti (Aho & Turja 2007).

Furnham ja Lowick (1984, 319-332) tutkivat kansalaisten uskomuksia alkoholiriippuvuudesta ja riskikulutuksesta. Vastaajia (N=265) pyydettiin arvioimaan, kuinka hyvin 30 eri selitystä vastasivat heidän käsityksiään alkoholismin synnyssä. Tuloksena oli muun muassa se, että naiset sijoittivat miehiä voimakkaammin addiktion syyn sosiaaliseen kyvyttömyyteen ja pelokkuuteen, liian suureen juomispaineeseen ja liian vähään juomista hillitsevään tukeen.

Movahedi (1978, 62) vertasi iranilaisten ja USA:laisten näkemyksiä riippuvuudesta ja sen synnystä. Iranissa addikteja ei pidetty uhreina, kuten USA:ssa, jossa heitä kuvattiin muun muassa moraalittomina, mieleltään sairaina, emotionaalisesti häiriintyneinä ja kriminaaleina (Movahedi 1978, 60). Iranilaiset klinikot eivät hyväksyneet näkemystä addiktin persoonallisuudesta ja

mielenlaadusta. Heille addiktit olivat psykologisesti normaaleja yksilöitä, joille oli käytön myötä muodostunut himo aineeseen. Asiantuntijat Iranissa syyttivät enemmän sosiaalista systeemiä kuin ihmisen psyykettä addiktion synnyssä. Addiktio kuvattiin sosiaalisiin rakenteisiin viitaten vieraantumiseksi eikä sosiopatiaksi tai luonteen häiriöksi. (Movahedi 1978.) Käytännössä amerikkalaiset addiktit erosivat siten iranilaisista addikteista ainakin erilaisen sosiaalisen ympäristön vuoksi. Näitä ympäristötekijöitä olivat muun muassa eri lainsäädäntö, sosiaaliset reaktiot addikteja kohtaan, pakkokeinopolitiikka, erilaiset ammatilliset ideologiat ja teoriat addiktiosta sekä yleiset addiktiota koskevat stereotypiat. (Movahedi 1978, 62–63.)

Kent Staten yliopistossa kysyttiin yli 700 opiskelijalta, missä määrin alkoholisti on vastuussa alkoholismistaan. Kysymykset asetettiin asteikolle yhdestä yhdeksään (1= vahvasti samaa mieltä – 9 = vahvasti eri mieltä). Vastausten keskiarvoksi saatiin 6,4 eli alkoholisti on pääosin vastuussa omasta kunnostaan ja alkoholismi on lähes aina tulos persoonan kontrollivoiman puutoksesta. Vastaavasti mielenterveyshäiriötä koskevan vastuuskaalan vastausten keskiarvo oli 2,7, homoseksuaalisuuden 5,7 ja lihavuuden 5,8. Alkoholismi nähtiin myös kaikista käytökseen tai mielenterveyteen liittyvistä stigmoista eniten moraalisesti tuomittavana. Tutkimuksen mukaan siis alkoholismi on saatu tai ansaittu stigma. Alkoholistien oletetaan olevan vastuussa stigmastaan ja liiallinen juominen nähdään käytöksen tai mielen häiriönä, joka on tietoisesti tahdon kontrollissa syntinen. (Weiner 1995, 69–70.) Tämän tutkimuksen mukaan päihderiippuvuus nähdään siis pääasiallisesti itse aiheutettuna ongelmana, joka Brickmanin luokituksessa tukee moraalista mallia (katso luku 4.3).

Christie & Bruun (1986, 83–84) kertoivat norjalaisesta *Brun-Gulbrandsen ja Bergersenin* tutkimuksesta (1970), jossa norjalaisia kansalaisia (n= 1319) pyydettiin järjestämään eri päihteet niiden vaarallisuuden mukaan (mitä pienempi arvo, sitä vaarallisempi). Vaarallisuusjärjestys oli LSD (1,74), kannabis (2,23), morfiini (2,70), piristeet (5,16), alkoholi (5,20), unilääkkeet luvulla (5,74), rauhoittavat (5,86) ja tupakka (7,37). Näiden tulosten perusteella voidaan arvioida, että päihteiden vaaralliseksi arvioiminen on muuttunut 1960-luvulta vain vähän. Huumeita pidetään yhä vaarallisimpina, mutta kannabista pidettiin tuolloin opiaatiksi luokiteltavaa morfiinia vaarallisempana ja piristeet, kuten amfetamiinin tyyppiset aineet olivat selkeästi vaarattomampia. Toisena edellä mainitun tutkimuksen osana selvitettiin väestön mielikuvaa siitä, kuinka suuri osa jää riippuvaiseksi eri päihteisiin, kun niitä käyttää kuukauden ajan päivittäin. Riippuvuuden uskottiin muodostuvan 60 prosentille marihuanan käyttäjistä, puolelle morfiinin käyttäjistä, 43 prosentille tupakoitsijoista, 28 prosentille unilääkkeiden käyttäjistä ja neljäsosalle (27 %) alkoholin päivittäisjuojista. Keskeistä näissä vastauksissa voidaan pitää päihteiden sosiaalista representaatiota:

käsitykset elävät ajassa. Tämän päivän Suomessa elää heroininpelko, 1960-luvulla hallusinogeeninen LSD oli pelottavin aine huolimatta siitä, ettei se juurikaan aiheuta esimerkiksi fyysistä riippuvuutta.

Kansalaisille suunnattujen kyselytutkimusten tuloksena voidaan todeta, että päihteiden käyttöongelma nähdään ensisijaisesti olevan yksilön vastuulla. Tästä huolimatta useissa tutkimuksissa on nähtävissä näkemys, että yksilön tulee saada apua ja tukea riippuvuuteensa. Yhteiskuntapolitiikalla, laeilla ja asiantuntijoiden määrittelyillä näyttäisi olevan merkitystä siihen, millaisena riippuvuusongelma nähdään. Tämä on nähtävissä esimerkiksi Iranilaista ja USA-laista riippuvuuskäsitystä vertaamalla. Suomalais tutkimuksista on löydettävissä me–he -ajattelua, jonka avulla ongelmakäyttö ja riippuvuus suljetaan pois omasta viiteryhmästä. Kuitenkin esimerkiksi huumeriippuvuus nähtiin uhkana, joka voi yksilön käyttäytymisen (huumeiden käyttö) seurauksena johtaa kenen tahansa kohdalla riippuvuuteen.

Riippuvuuteen ja päihteiden käyttämiseen liittyvät kuvaukset sopivat hyvin sosiaalisen representaation teorian viitekehukseen. Ihmiset luovat mielikuvia asioista ja selittävät asioita mielikuvien avulla sekä poimivat asiantuntijatiedosta esiin sellaisia asioita, jotka sopivat rakennusaineeksi heidän omaksumaansa sosiaaliseen representaatioon.

4. Teorettiset lähtökohdat ja viitekehys

Tiede voi tutkia niitä tapoja, joilla sosiaalinen konstruktio rakentuu tai analysoida jonkin tietyn ilmiön rakentumista ja sille annettuja sisältöjä. Samalla se on kuitenkin itse aina mukana tuossa rakentamisprosessissa. Hyvä tutkimus kohdistaa kriittisen katseen myös itseensä ja pyrkii näyttämään lukijalle oman osuutensa tiedon rakentamisessa. (Katsaus sosiaalipsykologian historiaan 2008)

Tässä kansalaisten sosiaalisia representaatioita, mielikuvia tarkastelevassa tutkimuksessa luodaan väistämättä mielikuvia tutkittavasta asiasta. Nämä mielikuvat pyrkivät rakentumaan tieteellisen tiedon, tutkimustulosten ja yhteiskunnassa vallitsevien faktojen varaan. Mielikuville pyritään etsimään juuret, kasvuprosessi ja elatusalusta yhteiskunnallisesta todellisuudesta.

4.1. Sosiaalinen konstruktioismi

Käsite konstruktioismi on vakiintunut joukolle ihmistieteellisiä lähestymistapoja, joiden mukaan yhteiskunnallisen todellisuuden olemassaolo on riippuvainen inhimillisistä käytännöissä syntyvistä kulttuurisista konstruktioista. (Heiskala 2000b, 56.) Konstruktioistisen tarkastelun lähtökohtana on, että ihminen tarvitsee sosiaalisesti konstruoidun todellisuuden, jotta yhteiskunnallinen elämä, mielekäs arki, intersubjektiivisuus, toistemme ymmärtäminen ja kokemusten jakaminen sekä turvallisuuden tunne olisivat mahdollisia (Berger & Luckman 1994/1996; Goffman 1971/1959). Käytännössä ihmisten käsitys maailmasta ja todellisuudesta rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa (Berger & Luckman 1995/1996) samalla, kun ihmiset tuottavat yhteiskunnallista todellisuutta, jossa he elävät (Heiskala 2000b, 56).

Konstruktioismista on olemassa useita suuntauksia. Ankarimman konstruktioismin mukaan muuta kuin kielen maailmaa ei olekaan, mutta useimmat tyytyvät maltilliseen versioon: maailma on toki olemassa ja sillä on omat ihmisestä riippumattomat piirteensä, mutta meille näyttäytyvä maailma on aina sosiaalisesti ja kielellisesti välittynyt. (Katsaus sosiaalipsykologian historiaan 2008.)

Tämä tutkimus sijoittuu teorettis-metodologiselta lähtökohdaltaan maltillisen sosiaalisen konstruktioismin perinteeseen (Heiskala 2000a, 199; Heiskala 2000b, 56), jossa todellisuus nähdään vuorovaikutuksessa, kielessä ja sosiaalisissa käytännöissä tuotettuna huomioiden kuitenkin yksilöiden biologinen ja ympäristöllinen todellisuus (Heiskala 2000a, 199; Hänninen 2000, 27).

Yksilöt nähdään sekä ympäristön tuotteina että myös sosiaalisen todellisuuden subjekteina, tuottajina.

4.2. Sosiaalisten representaatioiden teoria

Sosiaalisten representaatioiden teorian kehittäjän, Moscovicin (1984) mukaan teoria pohjaa maltilliseen konstruktionistiseen näkemykseen sosiaalisesta elämästä. Tämä merkitsee sosiaalisten representaatioiden edellyttämää realismia, jossa se ei ole objektin representaatio vaan objekti tulee nähdä sulautuneena laajempaan representaation ymmärtämiseen. Konstruktiivisen tapahtuman kuluessa jotain maailmassa nimetään, varustetaan attribuuteilla ja arvoilla ja integroidaan sosiaalisesti merkitykselliseen maailmaan. Näin alkuperäinen objekti kuten tuoli ei enää ole suorassa suhteessa mielikuvaan tuolista, eikä sitä siten voida enää kutsua jonkun tietyn asian kuten tuolin representaatioksi (Pirttilä-Backman ym. 2005, 269.), vaan mielikuva sisältää paljon muutakin kuin esimerkiksi näkemyksen tietyn tuolin muodosta. Esimerkiksi riippuvuuden sosiaaliset representaatiot ilmentävät itsenäisinä arkiteorioina ihmisten mielen kuvia riippuvuudesta, eivätkä siten ole suorassa yhteydessä esimerkiksi tiettyyn asiantuntijoiden tuottamaan riippuvuuden määritelmään.

Sosiaaliset representaatiot ovat yhteisiä arkiteorioita ihmisille tärkeistä ilmiöistä (Pirttilä-Backman ym. 2005, 264). Sosiaaliset representaatiot voidaan nähdä sekä paikallisina tiloina (condition) (Jovchelovitch 1996 teoksessa Castro 2006, 257), että globaalina merkityssysteeminä (Castro 2006, 257). Moscovicin (1994) mukaan sosiaaliset representaatiot ovat arvojen, ideoiden ja käytäntöjen systeemi, joilla on kahdenlaisia funktioita. Ensinnäkin niiden tarkoituksena on luoda järjestys, joka mahdollistaa ihmisten orientoitumisen materiaalisessa ja sosiaalisessa maailmassa sekä tämän maailman hallinnan. Toiseksi ne mahdollistavat yhteisön jäsenten keskinäisen kommunikoinnin varustamalla heidät koodistolla, joka luokittelee ihmisten maailman, sen yhteisen historian ja yhteiset piirteet, ja joka luo perustan vaihdolle. (Pirttilä-Backman ym. 2005, 264.) Moscovici korostaa, etteivät sosiaaliset representaatiot ole yksilön käsityksiä, vaan kulttuurin konstruoimia kokonaisuuksia. Sosiaalisuus muovaa yksilöiden mielen sisällön, siten sosiaalisuus on kommunikaation tuote ja interaktiota ihmismielten välissä (Castro 2006, 253).

4.2.1. Sosiaalisten representaatioiden muodostuminen

Sosiaalisen representaation teoriassa uudet representaatiot muodostuvat ainakin kolmella eri tavalla. Yksi tavoista on *ankkurointi*, jossa uusi objekti kytketään johonkin olemassa olevaan kategoriaan. (Pirttilä-Backman ym. 2005, 266–267; Joffe 2002, 564–365; Moscovici 1984, 29, 35). Ankkurointi ei tapahdu vain yksilön mielessä vaan sosiaalisissa suhteissa, mikä erottaa sosiaalisten representaatioiden muodostumisen yksilöiden kognitiivisten kategorioiden muodostumisesta. Ankkurointi on prosessi, jossa oudot ja uudet ajatukset yhdistyvät tuttuun kontekstiin esimerkiksi ammattilaisten ideat ja termit muuttuvat arkimuotoon maallikkojen puheessa (Joffe 2002, 560–561). Kun uusi ilmiö alkaa luonnehtia tiettyä olemassa olevaa kategoriaa, muuttuu kategorian vanha tieto uuden kuvauksen mukaiseksi. (Joffe 2002, 564–365.)

Toinen tapa on *objektivointi*, jossa vieras ja abstrakti käsite muutetaan konkreettiseen muotoon yhdistämällä se tuttuun mielikuvaan. Objektivointi on prosessina aktiivisempi kuin ankkurointi. Se on ankkuroinnin yhteydessä löydetylle epätarkalle kategorisoinnille annettua ikonisen laadun löytämistä, käsitteen ja kuvan yhdistämistä (Joffe 2002, 566; Pirttilä-Backman ym. 2005, 266–267; Moscovici 1984, 29). Objektivoinnin yhteydessä mielikuvista tulee todellisuuden osa. Esimerkkinä Jumalan hahmottaminen konkreettisenä isähahmona. Tämä voidaan kuvata myös personifioinniksi, joka on yksi objektivoinnin muoto. (Pirttilä-Backman ym. 2005, 266–267.)

Kolmas sosiaalisten representaatioiden muodostamistapa on *naturalisoiminen*, jossa uudet käsityksen ja mielikuvat vakiintuvat osaksi vallitsevaa sosiaalista todellisuutta ja alkavat elää omaa itsellistä elämässä. Tapahtumaa voidaan kutsua myös saturoitumiseksi, jossa tulkintaa vaativat tapahtumat sijoitetaan symbolisiin merkityksiin, joita jo esiintyy kulttuurissa (Joffe 2002, 560–561; Pirttilä-Backman ym. 2005, 266–267). Esimerkiksi riippuvuus on käsite, joka on alkanut elää omaa elämäänsä kansalaisten omine määrittelyineen.

Moscovicin mukaan muun muassa media työntyy jokaiseen kotiin muuttaen yksilöitä yhteneväksi massaksi. Miljoonat ihmiset, jotka lukevat hiljaa uutislehtiä, kuuntelevat radiota tai katsovat TV:tä kotonaan, ovat osa ihmisten joukkoa, jolla on sama, median välittämä tieto asioista. (Moscovici 1985, 193.) Esimerkiksi länsimaalaisessa yhteiskunnassa lääketieteellinen tieto ja sen terminologia tulee kansalaisille näkyväksi tiedotusvälineiden ja omien kokemusten kautta ja suodattuu näin arkipuheiden sosiaalisiksi representaatioiksi. Ihmiset eivät ole passiivisia kliinikoiden termien ja tiedon vastaanottajia, vaan luovat aktiivisesti omia representaatioita asioista. Motivaatio aktiiviseen

representaatioiden muokkaamiseen syntyy muun muassa itsen ja oman sisäryhmän suojelusta. (Joffe 2002, 562.)

4.2.2. Sosiaalisen representaation teoria tutkimuksellisenä lähestymistapana

Sosiaalisten representaatioiden tutkimus on Moscovicin (1994) mukaan laaja tutkimuksellisen ajattelutavan kenttä, joka ei täytä tarkkaa teorian määritelmää (Pirttilä-Backman ym. 2005, 272). Sosiaalisten representaatioiden tutkiminen sopii erityisesti (myöhäis)moderneihin yhteiskuntiin, jossa arki ajatteluun sekoittuu muun muassa tieteellisten tutkimustulosten terminologia (Pirttilä-Backman ym. 2005, 268).

Sosiaalisten representaatioiden tutkimuksessa perehdytään kansankieliseen tapaan ymmärtää tai olla ymmärtämättä tiedettä. Kansankielinen tieteen ymmärrys on tulos tieteen ja teknologian kierrätyksestä diskursseissa. Yleinen tieteen ymmärtäminen on upotettu ”ihmisten webiin” eli kollektiivisiin ja poliittisiin kommunikaation prosesseihin (Wagner 2007, 19). Uusia arkiteorioita ei pidetä tieteellisten teorioiden puutteellisina muunnoksina, vaan niiden omista lähtökohdista kuvautuvina oman aikamme inhimillisen elämän muotoina. (Pirttilä-Backman ym. 2005, 268.)

Representaatiotutkimuksessa tutkitaan ennen kaikkea kulttuuria ja niitä yhteisesti jaettuina, historiallisesti kehittyneinä ajattelun kehyksiä, jotka ohjaavat tapahtumien nimeämistä ja yksilöiden käyttäytymistä. Representaatioiden avulla yksilöt eivät vain toteuta sitä mitä maailmassa on, vaan ne myös ohjaavat toimintaa ja synnyttävät ajatuksia ja rakentavat yksilöiden toimintaa. (Raivola 1995, 17.) Peruslähtökohtana on, että representaatioihin pääsee kiinni vain yksilöiden kautta, sillä ryhmän tietoisuus on metafora, jonka kanssa ei voi keskustella tai jolta ei voi kysyä kysymyksiä. (Mäki 1998.) Representaatiotutkimus ei ole testattavissa, vaan se on luonteeltaan selitysmalleja kuvailevaa. Representaatioita ei voi tutkia kokeellisesti. Representaatiot ovat yksinkertaisesti idea, joka saattaa ihmiset yhteen ja muokkaa heidän tunteitaan ja käyttäytymistään. (Moscovici 1984.)

Sosiaaliset representaatiot toimivat peilinä ja paljastavat todellisuuksia sellaisina, kun ne katsojille näyttävät. Keskeistä on se, että se miten me ajattelemme ei ole erotettavissa siitä, mitä me ajattelemme. Toiseksi sosiaalisia representaatioita ei voi erottaa kielestä eikä siitä inhimillisestä ympäristöstä ja yhteydestä, jossa ne elävät, niitä ei voi tutkia laboratoriossa. Kolmanneksi huolellinen sosiaalisten representaatioiden rakenteen ja kehitysilmiöiden kuvaus mahdollistaa sosiaalisten representaatioiden ymmärtämisen. Neljänneksi todettakoon, että sosiaaliset representaatiot ovat ajalle ja historialle uskollisia. Sosiaalisten representaatioiden perusta

muodostuu yksilöillä jo primaarisosiaalisessa ja rakentuu henkilöhistoriassa, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, tiedon, taitojen ja kokemusten myötä. (Moscovici 1984, 67–69.)

Tässä tutkimuksessa pidetään lähtökohtana Serge Moscovicin (1984) näkemystä, että sosiaaliset representaatiot toimivat itseään toteuttavina ennustuksina. Käytännössä oletuksena on, että sosiaaliset representaatiot koskien riippuvuutta vaikuttavat sekä riippuvaisten itsensä kokemukseen selviytymisen mahdollisuuksista, mutta myös heitä hoitavien ihmisten näkemykseen toipumisen mahdollisuuksista. Myös koko yhteiskunnassa, kansalaisten parissa ilmenevillä mielikuvilla on vaikutusta muun muassa päihdepolitiikan, asenteiden ynnä muiden yhteiskunnassa vaikuttavien tilojen muodossa.

Tekstissä käytetään rinnakkain termejä mielikuva ja sosiaalinen representaatio. Termit representaatio tai mielikuva eivät sinänsä kerro niiden suhteesta todellisuuteen (onko representaatio koirasta juuri tietyn koiran ilmiolemuksen kaltainen), kategorisista rajoista, syy-seuraussuhteista tai verbalisaatiosta. (Sulkunen 2006, 4.) Esimerkiksi riippuvuus on kulttuuri- ja kontekstisidonnainen, jolloin sen tutkimisen tulee olla suhteellista ja ymmärtävää pikemminkin kuin kylmästi kategorisoivaa todellisuuden nimissä.

4.3. Brickmanin malli

Riippuvuuden syyn ja vastuun välistä yhteyttä pyritään jäsentämään tässä tutkimuksessa Brickmannin ja kumppaneiden (Brickman, Rabinowitz, Karuza, Coates, Cohn, Kidder 1982) mallin avulla (taulukko 1.). Mallissa riippuvuutta määritetään neljällä peruskategorialla, joissa vastuun määräytyminen on keskeisessä roolissa. Kaikilla neljällä mallilla nähdään olevan sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia yksilöön ja yhteiskuntaan (Palm 2004, 415).

Taulukko 1. Brickmanin ja kumppaneiden (1982) malli riippuvuuden syistä ja vastuusta.

Oma vastuu ongelman synnystä	Oma vastuu ongelman ratkaisusta	
	Suuri	Pieni
Suuri	Moraalinen malli (Moral model): Yksilöllä vastuu ongelman syntymisestä ja sen ratkaisemisesta	Valistusmalli (Enlightenment model): Ihminen vastuussa ongelman alkamisesta, mutta ei sen ratkaisemisesta (tulee uskoon, käy AA:ssa)
Pieni	Korvaamismalli (Compensatory model): Ihminen ei ole vastuussa ongelman alkamisesta, mutta on vastuussa ratkaisusta tai ongelman poistamisesta.	Lääketieteellinen malli (Medical model): Yksilö ei ole vastuussa ongelman synnystä, eikä lopettamisesta

Moraalisen mallin mukaan (Brickman ym. 1982, 370–371) ihminen on vastuussa sekä ongelman synnystä että ongelmasta eroon pääsemisestä. Käytännössä tämä malli pitää sisällään ajatuksen, että ihminen on itse aiheuttanut ongelman (kuten riippuvuus), joten on itse vastuussa myös ongelman hoitamisesta, eikä siten kenelläkään ole velvollisuutta auttaa häntä siinä. Esimerkiksi juominen nähdään luonteen heikkoutena, laiskuutena, joka vaatii juojalta tahdonvoiman lisäämistä saadakseen juomisen hallintaansa. Keskeisenä asiana riippuvuudesta irrottautumisessa nähdään olevan ihmisen oma halu auttaa itseään irti riippuvuudesta esimerkiksi vertaistuen avulla. Muilta voidaan odottaa patistamista ja kehotusta elämänmuutokseen. Moraalisen mallin mukaan ihminen voi muuttua sellaiseksi kuin haluaa. Muutos vaatii vain kunnan motivaatiota. Moraalinen malli luo pahimmillaan harhaanjohtavan kuvan siitä, että kaikki on mahdollista ja kaikki on yksilöstä itsestään kiinni, mikä voi myös tuottaa patologista yksinäisyyttä, eksistentiaalista pelkoa. (Brickman ym. 1982, 370–371).

Korvaamismallissa eli kompensatorisessa mallissa ihminen ei ole vastuussa ongelman synnystä, mutta on vastuussa ongelman ratkaisemisesta. Tässä mallissa ihminen kuvataan pohjimmiltaan hyväksi, mutta kovaosaiseksi ja katsotaan hänen voivan ottaa ongelman, esteen tai vajavaisuuden hallintaansa erityisellä ponnistelulla, nerokkuudella ja yhteistyöllä muiden ihmisten kanssa. Tässä mallissa auttaja nähdään tukijana, joka antaa sellaista voimaa muutokseen, jota ongelman omaavalla ei syystä tai toisesta sillä hetkellä itsellään ole. Riippuvuuden syyn uskotaan olevan huonoissa oloissa. Tukemalla yksilöä hän voi irrottautua riippuvuudesta ja saavuttaa oikeutetun itsenäisyyden

sekä vastata jälleen omasta kohtalostaan. Korvaamismalli luo pahimmillaan paranoidisen kuvan maailmasta: ihminen joutuu jatkuvasti selviytymään ongelmista, joita ei itse ole luonut, vaan on joutunut muiden armoille. (Brickman ym. 1982, 371–372.)

Medikaalisen eli lääketieteellisen mallin mukaan ihminen ei ole vastuussa ongelman synnystä eikä ongelmasta irrottautumisesta. Tämä mallin mukaan ihminen nähdään sairaana tai kyvyttömänä toimimaan ongelmansa ratkaisemiseksi. Ihmisen odotetaan hyväksyvän ongelman ja olemaan vapautettu vastuusta. Hänen tulee hakea ammattiapua ja hoitoa ongelmiinsa niiden ratkaisemiseksi. Ihmistä ei syytetä sairaudestaan vaan sairautta määritetään biologisilla ja ympäristökijöillä. Pahimmillaan lääketieteellinen malli lisää riippuvuutta antamalla riippuvaiselle luvan olla riippuvainen ja kyvytön tekemään asialleen jotakin, mikä johtaa riippuvuuteen hoidoista. Auttajat nähdään negatiivisessa merkityksessä kontrolloijana, joita vastaan avun saajalla ei ole oikeutta kapinoida. Esimerkiksi lääkitys saattaa toimia käytöksen kontrolloinnin välineenä. (Brickman ym. 1982, 372–373.)

Riippuvuuden tulkitseminen sairaudeksi vastaa sen määrittämistä sairautena, joka on verrattavissa mihin tahansa muuhun sairastumisen tapaan (Weckroth 2001, 43). Sairauskäsitystä onkin kritisoitu ainakin kolmella argumentilla: Ensiksi ongelman määrittäminen sairaudeksi alentaa hoitoon ohjautumisen kynnyksiä sekä siirtää vastuuta yksilöltä ja hänen omalta tahdoltaan taudin vääjäämättömyydelle (Weckroth 2001, 43). Toiseksi siihen liittyy AA-lainen käsitys siitä, ettei alkoholismi parane vaikka sitä hoidettaisiin, jolloin myös kohtuukäyttö nähdään mahdottomana (Weckroth 2001, 43). Kolmanneksi riippuvuuden määrittäminen sairaudeksi siirtää ongelman käsittelyn yksilön ulkopuolelle, jolloin ”kauhistuttavaa epäsosiaalista halu” patologisoidaan. (Sulkunen 1997, 211–213).

Vanhan sairausmallin tilalle on tarjottu ”uutta sairausmallia”, jossa ihminen on sairaudestaan huolimatta vastuussa omasta toipumisestaan ja vastuullinen toimimaan yhteistyössä hoitavan tahon kanssa. Tällainen ajattelu yhdistää sekä sairausmallia että moraalista mallia huolimatta siitä, että ne Brickmanin mallissa nähdään toisilleen vastakkaisina (Palm 2004, 428.) Myös kompensatorinen malli voi pitää sisällään elementtejä, jossa yksilö voidaan nähdä jollain tapaa sairastuneena riippuvuuteen, mutta on itse vastuussa sen hoitamisesta.

Valistus mallin (enlightenment model) mukaan ihminen on vastuussa ongelman synnystä, mutta ei siitä toipumisesta. Tässä mallissa ihminen joutuu alistumaan ulkopuoliseen kontrolliin ja apuun päästäkseen ongelmastaan. Tyypillisiä hoitomuotoja tässä ovat itseapuryhmät, kuten AA-ryhmät, joissa itseä suuremmaksi voimaksi kertyy ryhmän, vertaisten ja ystävien antama tuki ja kontrolli,

jonkinlainen auktoriteettituki. Ihminen nähdään syyllisenä tai ainakin vastuullisena tilanteestaan, jota nykyisyydessä tulee kestää itse korkeamman voiman, auttavan ryhmän tai Jumalan avulla. Ongelman ratkaisua haetaan itsen ulkopuolelta hyväksymällä itsensä syylliseksi ongelmaan ja pyytämällä voimaa ja apua tilanteen korjaamiseksi. Pahimmillaan tämän tyyppinen selviytymismalli voi muuttua fanaattiseksi. (Brickman ym. 1982, 373–374.)

Brickmanin mallin ulottuvuudet eivät ole kovin yksiselitteisiä, sillä sairausnäkökulmaa voidaan pitää sekä medikaalisena että valistusmalliin soveltuvina ja toisiinsa sekoittuvana kokonaisuutena. Todellisuudessa siis nämä neljä mallia sekoittuvat keskenään, eikä niiden intensiteetti suhteessa toisiinsa ole niin vahva ja toisensa poissulkeva kuin on esitetty. Tästä huolimatta nämä neljä mallia suuntaavat esimerkiksi hoitosuhteessa auttajan sekä autettavan näkemyksiä asiasta. Mikäli näkemysero on täysin eriävä, voi se vaikuttaa hoitotuloksiin. (Brickman ym. 1982, 374–376; Palm 2004, 415.) Mikäli autettavan omia mahdollisuuksia tuetaan ja hänen toimintansa tärkeyttä muutoksessa korostetaan, on sillä myönteistä vaikutusta myös hoidon tuloksiin (Brickman ym. 1982, 376). Moraalinen ja kompensatorinen (korvaamismalli) malli voidaan nähdä optimistisempina suhteessa “itsemuutoksen” mahdollisuuteen verrattuna medikaaliseen malliin (Blomqvist 2006, 16). Brickman itse pitää korvaamismallia ainoana neljästä mallista, joka ratkaisee hoidollisen ongelman: ihminen on oikeutettu apuun, mutta vastuu avusta ja elämänkontrollista säilyy avun saajalla (Brickman ym. 1982, 337).

Brickmanin ajatusten taustalla on riippuvuus käsitysten muuttuminen lähihistoriassa. Esimerkiksi alkoholiriippuvuutta koskevan mielikuvan on oletettu muuttuneen 1900-luvulta 2000-luvulle siten, että ensin alkoholiongelma nähtiin syntinä ja ongelmat sälytettiin ihmisille itselleen. Tämän jälkeen syytä on siirretty itse alkoholille aineena siten, että alkoholin nähtiin vaikuttavan yksilöihin geneettisesti ja fysiologisesti, mikä voidaan luokitella medikaaliseksi malliksi. Toisen maailmansodan jälkeen alkoholiongelmien on nähty sisältävän myös sosiaalisen ulottuvuuden. (Palm 2004, 413–414.) Blomqvist oletti 1990-luvulla medikaalisen mallin kasvavan ja saavan yliotteen moraalisen mallista hoitohenkilökunnan parissa tulevaisuudessa, tästä huolimatta valistusmallin sekä moraalisen mallin kannatus kasvoivat 2000-luvulla ainakin Ruotsissa (Palm 2004, 427).

Brickmanin mallia on testattu käytännössä aiemmin muun muassa hoitohenkilökunnan parissa. Palm (2004) totesi tutkiessaan hoitohenkilökunnan näkemyksiä riippuvuuden syistä ja siitä toipumisen vastuista, että vastauksilla oli positiivinen yhteys niihin vastauksiin, joissa kysyttiin suoraan, onko riippuvuus vastaajan mielestä moraalinen, medikaalinen vai sosiaalinen ongelma.

(Palm 2004, 423). Palmin tulosten mukaan lähes viidennes vastaajista kannatti sekä sairausväittämää, moraalista väittämää että sosiaalista väittämää koskien alkoholiongelmaa, puolet vastaajista puolsi sekä sairaus- että sosiaalista väittämää ja viidennes puolsi sekä sairausväittämää että moraalista väittämää (Palm 2004, 420–422). Palm huomasi myös mielenkiintoisen ristiriidan. Kysyttäessä ihmisiltä, näkevätkö he riippuvuusongelman ihmisen heikkoutena, he vastasivat kieltävästi, mutta tukivat kuitenkin moraalista mallia. Vastaavasti vaikka vastaajat näkivät alkoholiongelman pikemminkin sosiaalisena ongelmana kuin medikaalisena ongelmana, kannattivat he kuitenkin ajatusta siitä, että alkoholismi on sairaus. Tätä ristiriitaa Palm selitti siten, että AA-laisen sairauskäsityksen mukaan riippuvuusongelmaa ei nähdä ensisijaisesti lääketieteellistä hoitoa vaativana ongelmana vaan sosiaalisena ongelmana.

Tässä tutkimuksessa Brickmanin mallia hyödynnetään käsittelemällä tutkimusaineiston kahta kysymystä (kysymys 2. ja 3., liite 1.) Brickmanin luokittelulla. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan mennä syvemmillä Brickmanin filosofiaan eikä haeta syvää luotausta mallin antamiin sisällöllisiin oletuksiin. Tästä huolimatta on mielenkiintoista tuoda esille näiden neljän mallin esiintyvyyttä kansalaisten mielissä ja hahmottaa siten yleistä ilmapiiriä riippuvuuden syistä ja vastuista.

5. Tutkimuskysymys ja hypoteesit

Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään kvantitatiivisin menetelmin, miten kansalaiset mieltävät erilaisten riippuvuusongelmien vaikeusasteen, vastuukysymykset ja riippuvuudesta vapautumisen mahdollisuudet suhteessa toisiinsa. Lisäksi riippuvuusongelmia suhteutetaan aineiston perusteella muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Tutkimustuloksia peilataan yhteiskunnalliseen todellisuuteen, josta sosiaaliset representaatiot kumpuavat.

Tutkimuskysymykset on kirjattu kyselylomakkeen mukaisiksi teemoiksi.

- 1) Miten vastaajat mieltävät eri riippuvuuksien keskinäisen suhteen
 - a) riippuvuusriskin näkökulmasta ainetta kokeiltaessa.
 - b) riippuvuuden syytä ja riippuvuudesta irrottautumista koskevan vastuun näkökulmasta.
 - c) toipumismahdollisuuden näkökulmasta hoidolla ja ilman hoitoa.
- 2) Miten vastaajat mieltävät päihde- ja muiden riippuvuusongelmien vakavuuden suhteessa muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin?
- 3) Miten vastaajien sukupuoli ja ikä vaikuttavat edellä mainittuihin kysymyksiin?

Tutkimusten perusteella (luku 2. ja 3.) yhtenäinen käsitys riippuvuuden olemuksesta puuttuu niin ammattilaisilta kuin maallikoiltakin. Mielikuvat eri riippuvuuksista perustuvat siten asioiden sosiaalisille representaatioille, jotka koostuvat ja joihin vaikuttavat muun muassa eri asiantuntijoilta suodattanut tieto, median levittämä informaatio sekä ihmisten omat kokemukset. Näitä tekijöitä on pyritty valottamaan vastausten ymmärtämiseksi

Riippuvuuskohtaisia oletuksia

Toinen *huumeaalto* Suomessa on ohitettu ja huumeiden käyttö on jo jollakin tapaa normalisoitunut yhteiskunnan lieveilmiöksi (Piispa ym. 2008, tiivistelmä). Asenteet huumeita kohtaan ovat hieman lieventyneet ja erityisesti kannabiksen kokeilua pidetään muiden huumeiden kokeiluun verrattuna hieman vaarattomampana erityisesti nuorten parissa (Huumetilanne Suomessa 2007; Piispa ym. 2008, 16–18). Huumeiden käyttö ei ole suurelle väestölle arkista, vaan mielikuvat huumeista syntyvät pääasiassa median välityksellä (Hübner 2001). Tämän tutkimuksen hypoteesina on, että ”kovia” huumeita pidetään edelleen vaarallisina ja vaikeasti voitettavina, mutta suhtautuminen

kannabikseen on lieventynyt toisen huumeaallon harjalla nuoruuttaan eläneiden nuorten keskuudessa. Kokonaisuudessaan huumeita ei haluta osaksi yhteiskuntaa.

Alkoholipolitiikka on noussut vakavan yhteiskunnallisen keskustelun aiheeksi 2000-luvun alkupuolen jälkeen (mm. Alcohol in Europe – raportti 2006). Alkoholin kulutus on jatkuvasti noussut, alkoholihaitat ovat lisääntyneet ja poliittiset toimenpiteet ovat lisäksi edistäneet tätä kehityskulkua. (Österberg 2005; Hakkarainen & Metso 2007, 551). 2000-luvun puolivälin jälkeen on alettu puhua alkoholihaittojen saamisesta kuriin niin asiantuntijoiden kuin kansalaisjärjestöjenkin toimesta (Alkoholiohjelma 2004–2007; Hallituksen esitys laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta 2007). Hypoteesina on, että alkoholi näyttää ristiriitaisena huolen aiheena: suhtautuminen siihen on toisaalta hyväksyvää, toisaalta huoli aiheesta on kasvanut.

Tupakan asema yhteiskunnassa on muuttunut yhteiskunnassa nautintoaineesta keskeiseksi terveysriskiksi (Puska 2003, Hakkarainen 2000, 18–92; Tupakkatilasto 2006a; Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta 2006). Tupakkapolitiikkaa on kiristetty 2000-luvulla monella tapaa, tupakointi on nostettu sosiaalisesti ongelmaksi ja tupakasta eroon pääsyn mahdollisuuksia on tuotu lähemmäksi kansalaisia muun muassa siirtämällä nikotiinikorvaustuotteet ravitsemusliikkeisiin. Tämän kehityksen valossa voidaan olettaa, että tupakointi nähdään riippuvuusriskiltään suureksi, mutta toisaalta tupakka on yhteiskunnan hallinnassa ja verotuksen piirissä. Nykyisellä tupakkapolitiikalla on kansan tuki (Puska 2003). Hypoteesina on, että tupakointi nähdään riippuvuutta aiheuttavana aineena, mutta yhteiskunnallisesti pienenä uhkana.

Lääkkeiden käyttö on yhteiskunnassa yleistä ja arkista. Esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002, 68) mukaan edeltäneen vuoden aikana naisista peräti 84 prosenttia ja miehistä 72 prosenttia oli käyttänyt reseptilääkettä. Rauhoittavien lääkkeiden osalta sukupuolten välillä ei ollut eroa käyttömäärissä. Lääkkeiden ongelmallisella käytöllä, kuten päihdekäytöllä on kuitenkin kaksijakoinen luonne. Toisaalta ne ovat asiantuntijoiden, kuten lääkäreiden hallinnassa, toisaalta niillä on paikkansa laittomilla markkinoilla (Huumetilanne Suomessa 2007, 72). Oletuksena tässä tutkimuksessa on, että lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö nähdään yhteiskunnan sisäisenä lieveilmiönä eikä suurena yhteiskunnallisena huolenaiheena. Vaikka lääkeriippuvuutta esiintyy ja siitä keskustellaan, ei se kuitenkaan ole noussut yhteiskuntaa uhkaavaksi ilmiöksi ihmisten mielissä samoin kuin huumeaineet tai alkoholi.

Toiminnalliset riippuvuudet on nostettu median valoon vasta viime vuosina. Oletettavaa on, ettei *peliriippuvuuteen* liittyvä huoli ole yhtä suuri kuin esimerkiksi huumeisiin liittyvä huoli, sillä pelaaminen on yhteiskunnan kontrollissa, pelaamista harrastaa kolme neljänestä yli 15-vuotiaista suomalaisista ja pelaaminen on siten monelle arkipäiväistä. *Internetiin* liittyvät ongelmat taas näyttävät monelle välillisenä ongelmana (Mustonen 2001) ja marginaalisena ilmiönä. Internet on pääasiallisesti kommunikaation väline, ei varsinainen viihdyke, kuten esimerkiksi rahapelaaminen tai päihteiden käyttö. Oletuksena on, että Internetriippuvuus mielletään muihin riippuvuuksiin nähden ”kevyempänä” ja ongelma hyväksytään osaksi yhteiskuntaa, sillä Internetistä ei olla valmiita luopumaan.

Taustamuuttajat tulosten selittäjänä

Sukupuoli taustamuuttuja on otettu keskeiseksi erottavaksi tekijäksi, sillä: ”Naisen ja miesten väliset eroavuudet ovat vuosituhansien aikana kehittyneitä ja rakentuvat perimän ja traditioiden ’status quolle’ eli ajassa vallitsevalle tilalle”, kuten Moscovici asian ilmaisee (Moscovici 1976, 45). Sukupuolieron biologinen ja pakonomainen konstruointi arjen käytännöissä on menettänyt merkitystään ja sukupuolisuutta tuotetaan enemmänkin kulttuurisesti toisintamalla muun muassa sosialisointien, median, naistenlehtien, tapojen ja tottumusten avulla kuin todellisuuden pakkoina. Vaikka naiseus ja mieheys on edelleen kulttuurisesti keskeinen identiteetin rakentaja ja tilanteiden organisoija, vetäytyy se hiljalleen yhteiskuntarakenteellisista asemista kulttuurisiin instituutioihin. (Heiskala 2000b 69.) Oletuksena on, että naiset mieltävät yhteiskunnalliset ongelmat ja riippuvuudet vaikeampina kuin miehet (mm. Piispa ym. 2008, 16). Lisäksi voidaan olettaa, että naiset uskovat miehiä enemmän hoidon mahdollisuuksiin auttaa riippuvuudesta kärsiviä.

Iän uskotaan vaikuttavan vastaajan näkemykseen asioista. Perusteluna voidaan todeta, että erilaiset sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutustilanteet muokkaavat ihmisten representaatioita asioista. Ikä vaikuttaa osaltaan esimerkiksi siihen, missä, kenen kanssa ja millaisissa konteksteissa ihmiset kohtaavat. Toisen huumeaallon harjalla (1990-luvulla) nuoruuttaan eläneiden oletetaan asennoituvan huumeisiin muita ikäryhmiä kevyemmin. Oletuksena on, että esimerkiksi nuoret asennoituvat huumeisiin muita ikäryhmiä kevyemmin (mm. Piispa ym. 2008, 16). Toisena oletuksena on, etteivät nuoret halua nähdä alkoholin kokeilua kovinkaan riskialttiina.

Muita oletuksia

Yksilön ja yhteiskunnan suhdetta tarkasteltaessa oletuksena on, että suomalainen yhteiskunta perustuu toisaalta individualismiin, jossa yksilöillä oletetaan olevan valta suhteessa itseensä ja

toimintaansa. Tämän oletuksen mukaan *Brickmanin* moraalinen malli (Brickman ym. 1982) nousee keskeiseksi malliksi suomalaisten mielissä. Oletettavaa on, että myös muut Brickmanin mallit saavat kannatusta, sillä kansalaiset edustavat koko väestöä, eivätkä siten ole homogeeninen, yhtä riippuvuuskäsitysmallia edustava joukko. Blomqvistin ja muiden mallien tulosten pohjalta oletetaan, että ihmiset mieltävät itselleen vieraat ja yhteiskunnassa laittomiksi luokiteltavat asiat tuttuja ja laillisia asioita vakavampina yhteiskunnallisina ongelmina (Blomqvist 2006).

6. Tutkimusmenetelmät

Tutkimus toteutettiin postikyselynä. Postikyselyä puoltaa tämän kaltaisessa tutkimuksen asettelussa ensinnäkin se, että suurten aineistojen keruu tapahtuu nopeammin ja kustannustehokkaammin kuin haastattelumenetelmää käyttäen. Lisäksi postikyselyllä voidaan välttää haastattelijan vaikutus tuloksiin ja arkaluonteisten asioiden kysyminen helpottuu. Toisaalta haastattelijaa ei ole käytettävissä lomaketta täytettäessä, jolloin väärinkäsitysten mahdollisuus on suuri ja vastausten tarkkuus saattaa kärsiä. Toisena varjopuolena on, että postikyselyllä saatu vastausprosentti jää usein alhaiseksi ja lomakkeen pituuden kasvaessa kato lisääntyy. (Heikkilä 2008, 20.)

6.1. Aineiston hankinta

Tässä tutkimuksessa on käytetty kahden tuhannen suomalaisen henkilön satunnaisotosta väestön keskusrekisteristä poimittuna. Tutkimukseen valittiin iältään 18-74 vuotiaita aikuisia. Kyselyaineisto kerättiin postikyselynä Yhdyskuntatutkimus Oy:n toimesta syyskuussa 2007. Aineisto kerättiin täysin nimettömänä, ilman vastaajien tunnistetietoja. Näin ollen vastaajilta ei erikseen kerätty allekirjoituksella lupaa aineiston tietojen käyttämiseen. Koska kahden viikon vastausaikana ei saatu riittävästi vastauksia, toteutettiin kaikille satunnaisotokseen kuuluvalla kahdelle tuhannelle henkilölle yksi karhukirjekierros lokakuussa 2007. Karhukirjeeseen liitettiin uusi kyselylomake, jonka seurauksena on mahdollista, että satunnaiset henkilöt ovat voineet vastata kyselyyn kahdesti. Tämä on kuitenkin epätodennäköistä, sillä vastaajia kehoitettiin heittämään kyselymateriaali pois, mikäli he olivat jo vastanneet kyselyyn. Karhukirjeessä kehoitettiin vastaajia vastaamaan kyselyyn edes osittain aineiston volyymin kasvattamiseksi. Yhteensä vastauksia saatiin kyselyyn 740 kappaletta, jonka tuloksena vastausprosentiksi tuli 37 prosenttia. Tämän tutkimuksen liitteenä on kyselyn kyselylomake (Liite 1.) ja saatekirje (Liite 2.). Postikyselystä saadut tiedot syötettiin SPSS-ohjelmaan Yhdyskuntatutkimus Oy:n toimesta jatkokäsittelyä varten.

6.2. Kyselylomake

Tässä tutkimuksessa aineiston keruuseen on käytetty kansalaisten riippuvuusmielikuvia ja yhteiskunnallisia ongelmia kartoittavaa, strukturoitua kyselylomaketta (Liite 1.). Lomake on laadittu Ruotsissa työstetyn (Blomqvist 2006) kyselylomakkeen pohjalta. Lomakkeen suomalaisen version työstämisestä, suomennoksesta ja muokkaamisesta vastasivat Anja Koski-Jännes ja Kirsi-Marja Raitasalo.

Lomakkeessa selvitettiin vastaajien näkemyksiä eri riippuvuuksien voimakkuudesta ja vastuista koskien riippuvuuden syntyä ja siitä irrottautumista. Lisäksi lomakkeessa kysyttiin vastaajien omia ja läheisten kokemuksia riippuvuudesta ja siitä irrottautumisesta sekä hoidon avulla että ilman. Kyselyssä selvitettiin myös vastaajien käsityksiä riippuvuudesta yhteiskunnallisena ongelmana sekä yhteiskunnallisiin ongelmiin puuttumisen tärkeydestä. Kyselyn lopussa ollut avoin tila antoi vastaajille lisäksi mahdollisuuden vastata kyselyä tai kyselyn aihealueita koskeviin kysymyksiin vapaasti.

Alkuperäiseen ruotsalaiskyselyyn verrattuna lomakkeesta jätettiin joitakin kysymyksiä pois koskien muun muassa nuuskan ja kokaiinin käyttöä. Vastaavasti lomakkeeseen lisättiin kysymys koskien Internetriippuvuutta. Tähän tutkimukseen on valittu analysoitavaksi vain osa kyselylomakkeessa käsitellyistä kysymyksistä.

Kyselylomakkeella oli tarkoitus selvittää vastaajien mielikuvia riippuvuudesta. Tästä syystä lomakkeessa ei kuvattu riippuvuutta tarkemmin, vaan jätettiin mielikuvien rakentaminen vastaajille. Sen sijaan kyselylomakkeen saatekirjeeseen oli kirjoitettu seuraava vastaamista ohjaava maininta: ”Viime aikoina on keskusteltu enenevästi riippuvuuksista eli addiktioista. ’Koukussa’ voi olla moniin asioihin. Päihderiippuvuuksien ohella tavallisimpia ovat toiminnalliset riippuvuudet kuten peliriippuvuus. Vaikealaatuinen riippuvuus on vakava ongelma paitsi asianomaisten, yksilöiden, myös perheiden, työelämän ja viime kädessä koko yhteiskunnankin kannalta.” Tämän määrittelyn perusteella addiktio määritetään riippuvuudeksi. Toisena merkittävänä saatekirjeen välittämänä viestinä voidaan pitää riippuvuuden määrittämistä vakavaksi ongelmaksi. Vaikka tämä lause ei yksilöi eri riippuvuuksia, ohjaa se kuitenkin vastaajia suhtautumaan riippuvuutta koskeviin kysymyksiin vakavasti yhteiskunnallisina ongelmina. Nämä seikat on otettava huomioon tutkimuksen tuloksia analysoidessa.

Kyselylomakkeessa eri riippuvuuksista on mainittu nimeltä tupakka, alkoholi, kannabistuotteet (hasis ja marihuana), muut huumeet (heroiini ja muut ns. opioidit sekä amfetamiini),

peliriippuvuudet (rahapelit) ja Internetiriippuvuus (Internetin käyttö). Edellä mainitut riippuvuudet ovat keskeisiä riippuvuuden muotoja suomalaisessa yhteiskunnassa. Toisaalta tutkimuksen ulkopuolelle on jätetty osa mahdollisesti oleellisiksi katsotuista riippuvuuksista, kuten seksiriippuvuus. Tässä tutkimuksessa tutkitut riippuvuudet eivät sulje pois mahdollisten muiden riippuvuuksien olemassa oloa. Vastaajien omaa riippuvuutta koskevien kysymysten osalta lomakkeeseen jätettiin tästä syystä avoin tila muun riippuvuuden ilmaisemiseen. Vastaajien mainitsemia muita riippuvuuksia on tarkasteltu analyysiosuudessa.

Kyselylomakkeen kysymyksellä 1 ”Kuinka suuri riski mielestänne on riippuvuuden kehittymiseen, jos kokeilee seuraavia päihteitä tai toimintoja?” pyrittiin tarkastelemaan vastaajien näkemyksiä riippuvuusriskistä. Kokeilun osalta ei tarkemmin kuvattu, kuka kokeilija on, kokeileeko käyttäjä kerran vai useamman kerran ainetta tai toimintoa eikä sitä, millaisessa kontekstissa kokeilu tapahtuu. Tämä antaa vastaajille vapauden assosoida riippuvuudet omien mielikuviansa perustella ja vastata sen pohjalta kysymyksiin. Tällä menettelyllä on kuitenkin todennäköistä, että vastaajat mieltävät kokeilun eri tavoin ja voivat siten vastata samaan kysymykseen eri lähtökohdista.

Lomakkeen kysymyksellä 2 ”Missä määrin seuraavat riippuvuudet mielestänne johtuivat henkilöstä itsestään ja missä määrin sellaisista ympäristötekijöistä ja olosuhteista, joihin ei voi itse vaikuttaa?”, pyrittiin selvittämään riippuvuudesta sylliseksi määriteltävää osapuolta. Vastaavasti lomakkeen kysymyksellä 3 ”Kenen vastuu on mielestänne huolehtia siitä, että väärinkäyttöön tai riippuvuuteen päätyneet henkilöt voi päästä eroon ongelmastaan? Onko vastuu mielestänne yksilöllä itsellään vai yhteiskunnalla?” selvitettiin, mikä taho on vastuussa riippuvuudesta irrottautumisesta. Kysymyksiä 2 ja 3 käsitellään tässä tutkimuksessa Brickmanin mallin mukaan. Uudelleen luokittelemalla ja ristiintaulukoimalla kysymykset 2 ja 3 saadaan näkyviin Brickmanin nelikenttään kuuluvat syyn ja vastuun mallit.

Lomakkeen kysymyksellä 5 ”Kuinka suuri mielestänne on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista ilman hoitoa?” kartoitettiin vastaajien näkemyksiä eri riippuvuuksista eroon pääsystä ilman hoitoa. Vastaavasti kysymyksellä 6 ”Kuinka suuri mielestänne on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista jonkin hoidon avulla, erilaiset tukiryhmät, kuten AA tai NA mukaan lukien?” kartoitettiin vastaajien näkemyksiä eri riippuvuuksista eroon pääsystä hoidon avulla. Nämä kysymykset herättävät useita uusia kysymyksiä kuten: mikä on hoitoa, mitä hoito pitää sisällään ja millaisia tavoitteita hoidolla voidaan nähdä olevan. Voidaan myös pohtia, ovatko omaiset ja ystävät hoidon kaltainen tuki, joka käytännössä voi olla paljon intensiivisempi kuin virallinen hoito? Voidaan myös kysyä, saako riippuvainen ”kotihoitoa” silloin, kun hänen

omaisensa on esimerkiksi terveydenhuollon ammattilainen ja mihin nämä vastaukset sijoittuvat kysymysten 5 ja 6 osalta? Vaikka näitä kysymyksiä on hyvä pohtia, ei niiden sisältöön ole mahdollista saada vastausta tämän tutkimuksen puitteissa. Keskeistä on, että kysymyslomakkeessa vastaajia pyydetään arvioimaan hoidon tuloksellisuutta suhteessa riippuvuudesta irrottautumiseen, mikä sinällään on vain yksi hoidon tuloksellisuuden mittari. On huomioitava, ettei vastausten voida olettaa olevan vastaajien mielessä vallitsevia yksiselitteisiä mielikuvia, vaan vastaukset voivat pitää sisällään vastaajien mielteitä ja ristiriitaisia tunteita asiasisällöistä. Tämän kvantitatiivisen aineiston avulla ei kuitenkaan pääse sisälle vastaajien mielteisiin, vaan tarkoituksena on keskittyä vastausten analysointiin laajemmin yhteiskunnallisena ilmiönä.

Riippuvuusriskiä, riippuvuuden syitä ja riippuvuudesta irtautumisen vastuita koskevat kysymykset oli laadittu neliportaisella Likertin asteikolla. Vastausvaihtoehtoihin oli lisätty ”en osaa sanoa” –vaihtoehto. Kysymykset riippuvuudesta irtautumisesta hoidon avulla ja ilman oli laadittu viisiportaisella Likertin asteikolla.

Kyselylomakkeessa kartoitettiin vastaajien omaa suhdetta päihteisiin ja toimintoihin. Käyttöä selvitettiin kysymällä alkoholin käytöstä (kysymykset 7, 8, 9, 10), tupakoinnista (kysymykset 11, 12), huumausaineiden käytöstä (kysymykset 13 ja 14), lääkkeiden väärinkäytöstä (kysymys 15) ja rahapeleihin käytetystä rahamäärästä (kysymys 16) Vastaajien mielikuvia heidän omasta riippuvuudestaan ja heidän saamistaan riippuvuushoidoista selvitettiin kysymyksillä 17, 18 ja 19 Myös vastaajien läheisten suhdetta riippuvuuksiin ja hoitoihin tiedusteltiin kysymyksillä 20, 21, 22 ja 23 Näiden lisäksi kysymyksillä 24, 25 ja 26 selvitettiin vastaajien halukkuutta ja toimeliaisuutta muiden riippuvuuksiin puuttumiseksi. Edellä mainitut muuttujat on kuvattu analyysissä taustatietoina, eikä tässä tutkimuksessa perehdytä tarkemmin esimerkiksi riippuvaisten ja ei riippuvaisten vastaajien keskinäisiin suhteisiin.

Toisena kokonaisuutena kyselylomakkeessa selvitettiin vastaajien näkemyksiä yhteiskunnallisten ongelmien vakavuudesta (kysymys 28) ja riippuvuusongelmien torjumisesta erilaisin toimenpitein (kysymykset 29 a, b, ja c). Lisäksi vastaajia pyydettiin priorisoimaan päihteisiin liittyviä yhteiskunnallisia ongelmia, johon yhteiskunnan tulisi puuttua (kysymys 30).

Kokonaisuudessaan kyselylomake ja siihen saadut vastaukset antavat paljon materiaalia analysoitavaksi. Tähän tutkimukseen on kuitenkin tuotettu kuvauksia vain osasta kysymyksiä ja pyritty näin rajaamaan laajaa aihetta.

6.3. Aineiston analyysimenetelmät

Aineiston analyysi on toteutettu SPSS (15.01) – ohjelman avulla. Kuvat ja taulukot on toteutettu lähinnä Excelillä. Analyysi on pääasiassa kuvailevaa. Tilastollisina menetelminä on käytetty keskiarvovertailuja, ristiintaulukointia, korrelaatiota ja Varimax rotatointua pääkomponenttianalyysiä. Jatkuvien muuttujien normaalijakauman testaamiseen on käytetty Kolmogorov-Smirnovin testiä. Muuttujissa, jotka eivät täyttäneet normaalijakauman ehtoja, on käytetty nonparametrisiä testejä. Keskiarvojen tarkastelussa on käytetty Mann-Whitneyn U-testiä (mediaanitesti) ja varianssianalyysin sijaan Kruskal-Wallisiiin H-testiä. Ristiintaulukoinnin yhteydessä on käytetty Khiin neliö (χ^2) – testiä. Merkitsevyytason ylärajaksi on määritetty $p < .05$. Kuvioissa on p:n merkitsevyytason kuvaavat symbolit tähtinä seuraavasti: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$. Vapausasteet eli degrees of freedom on merkitty df:nä.

Analyysit on toteutettu koko aineistoa kuvaamalla. Lisäksi on tarkasteltu sukupuolten välisiä eroja. Toisena taustamuuttujana on käsitelty ikää, joka kertoo muun muassa sukupolvien välisistä eroista. Aineistosta nousevia sosiaalisia representaatioita on kuvattu ja suhteutettu nykysuomalaisen yhteiskunnan riippuvuuksia koskeviin olosuhteisiin. Tuloksia on pyritty valottamaan niiden mahdollisia syntyprosesseja ja eri riippuvuuksien yhteiskunnallista historiaa kuvaamalla. Käsiteltävistä aiheista on nostettu esille myös ajatuksia virittäviä kysymyksiä.

7. Tulokset

7.1. Tutkimuksen osanottajien kuvaus

Tähän lukuun on koottu tietoa vastaajista, heidän yleisistä taustamuuttujistaan kuten iästä, sukupuolesta ja ammatillisesta koulutuksesta sekä päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyvistä taustamuuttujista. Tuloksia on peilattu muihin suomalaisia koskeviin tilastollisiin tutkimuksiin ja väestötietoihin.

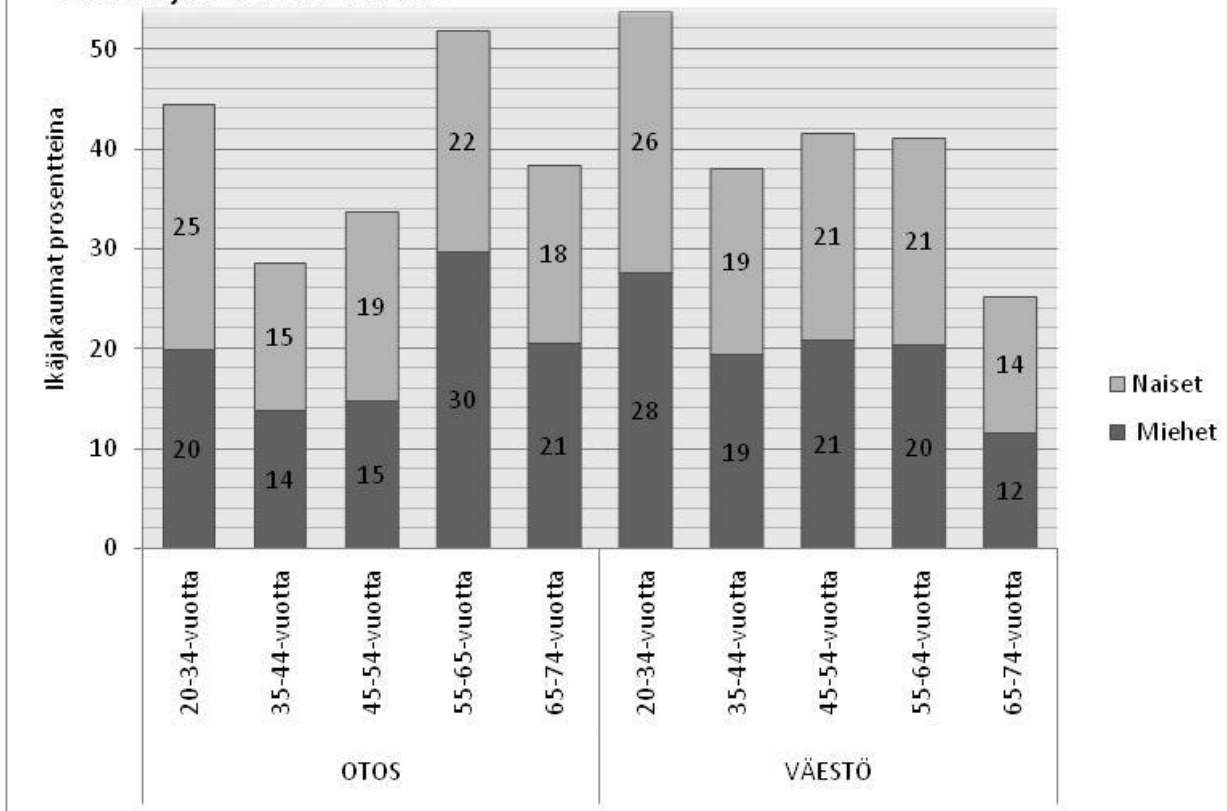
7.1.1. Vastaajat ja kadon analyysi

Suhtautuminen riippuvuuksiin – kyselyyn vastasi yhteensä 740 suomalaista tai Suomessa asuvaa 17–78 -vuotiasta henkilöä, joista 60 prosenttia oli naisia (tieto sukupuolesta puuttui noin puolesta prosentista). Vaikka kysely kohdistettiin 18–74 -vuotiaille, otoksessa oli yksi 17-vuotias sekä 5 yli 74-vuotiasta naista ja 1 yli 74-vuotias mies. Koska lomake lähetettiin tiettyinä vuosina syntyneille, saattoi osa vastaajista olla alle tai yli odotetun iän riippuen syntymäpäivän ajankohdasta. Lisäksi vanhemmassa ikäryhmässä puoliso on mahdollisesti täyttänyt lomakkeen varsinaisen informantin sijasta. Ikää koskevissa analyysissä on pääasiassa käytetty 17–75-vuotiaita vastaajia.

Kuviossa 1. on nähtävissä tutkimusaineiston ja Suomen väestötilaston (Väestön iän mukaan, 2007 lopussa) välinen ikäryhmävertailu naisten ja miesten mukaan. Kuvioon 1. on otettu mukaan kaikki 20–74 -vuotiaat. Vähäisen lukumäärän vuoksi taulukosta on jätetty pois otokseen kuuluvat viisi alle 20-vuotiasta sekä 5 yli 74-vuotiasta. Yhteensä kuvion 1. ulkopuolelle jäi siten 10 vastaajaa.

Kuviosta 1. voidaan nähdä, että 20–54-vuotiaiden osuus jäi vastaajajoukossa pieneksi verrattuna koko väestöön. Tätä vanhemmat ikäryhmät olivat koko väestöön nähden yliedustettuja. Tämän tutkimuksen aineistossa 20–74-vuotiaiden naisten keski-ikäksi saatiin 48 vuotta ja miesten keski-ikäksi 51 vuotta, kun koko väestössä (Tilastokeskus 2008) 20–74-vuotiaiden naisten keski-ikä on 47 vuotta ja miesten 46 vuotta.

Kuvio 1. Väestön (N=3661383) ja otoksen (N=720) ikäjakaumat prosentteina naisten ja miesten mukaan.



Vastausprosentti jäi 37 prosenttiin, mikä voidaan tulkita alhaiseksi prosentiksi tulosten yleistettävyyden kannalta. Tämän suuntainen ilmiö suomalaisissa kyselytutkimuksissa on huolestuttanut myös muita tutkijoita (mm. Piispa 2007, 187). Kokonaisvastausprosentin osalta voidaan todeta, että miesten vastausosuus jäi naisia pienemmäksi. Erityisesti alle 55-vuotiaat miehet ovat jättäneet vastaamatta kyselyyn naisia useammin. Vastaavasti 55 -vuotta täyttäneiden miesten määrä ikäjakaumassa on yliedustettuna.

Piispan (2007) mukaan on yleistä, että erityisesti nuorten miesten vastausprosentti kyselytutkimuksissa jää pieneksi. Vastausprosenttiin mahdollisesti vaikuttanut tekijä on myös nuorten ikäluokkien taipumus yhä enenevässä määrin käyttää sähköisiä viestimiä, kuten Internetiä ja sähköpostia kommunikoinnin ja tiedonvälityksen välineinä.

Addiktio tutkimusaiheena saattaa myös olla vaikea: toisissa se herättää kiinnostusta ja toisissa taas tunteen, ettei asia koske heitä. Joillekin aihe saattaa olla liian henkilökohtainen oman tai läheisten riippuvuusongelmien vuoksi. Kokonaisuudessaan kyselylomake oli useita sivuja pitkä ja keskittymistä ja pohdintaa vaativa kokonaisuus. Lomake on siten voinut osalta vastaajista jäädä mielenkiinnosta huolimatta täyttämättä. Riippuvuusongelmat näyttävät olevan vastaajille hyvinkin tuttuja, mikä saattaa kertoa myös valikoituneesta vastaajajoukosta.

Koska kyselyn otos poimittiin väestön keskusrekisteristä, jäivät vailla vakinaista asuntoa ja laitoksissa olevat pois vastaajien joukosta. Tämän seurauksena vaikeasti riippuvaisten ja esimerkiksi kaksoisdiagnoosia potevien määrä on mahdollisesti todellista lukua pienempi.

Vastaajien taustamuuttujat on koottu taulukkoon 2. Naiset ja miehet erosivat tilastollisesti merkitsevästi taustamuuttujien osalta siten, että naiset olivat sekä peruskoulutukseltaan että ammatillisesti miehiä korkeammin koulutettuja, mutta suurituloisia heistä oli miehiä pienempi joukko. Työtilanteen osalta sukupuolten välinen ero muodostui siten, että naisista noin 7 prosenttia oli vanhempainlomalla, hoitovapaalla tai hoitivat kotia, miehistä ei yksikään. Sukupuolten välisiä merkitseviä eroja ei ilmennyt iän, siviilisäädyn, asuinpaikan, työttömyysprosentin eikä lasten lukumäärän suhteen.

Kansakoulun oli käynyt 27 prosenttia, keskikoulun 36 prosenttia ja ylioppilaaksi oli lukenut 36 prosenttia kaikista vastaajista. Alle 35-vuotiaiden ikäryhmässä ylioppilastutkinto oli kuitenkin noin 64 prosentilla määrän vähentyessä jyrkästi vanhempiin ikäluokkiin mentäessä. Koko väestöön suhteutettuna tutkintojen määrät ovat väestörakenteen mukaisia. Suomessa ylioppilastutkinnon suoritti 1960-luvun puolivälissä vain noin 11 prosenttia ikäluokasta (Tilastokeskus 2008), kun vastaava luku vuonna 2006 oli vajaa puolet ikäluokasta. Naisten osuus ylioppilastutkinnon suorittaneista vuonna 2006 oli noin 60 prosenttia ja suhdeluku on pysynyt miehiin nähden samansuuntaisena jo 70-luvulta lähtien. (Tilastokeskus 2008.) Ammatillisen koulutuksen osalta vastaajat kuvasivat niin ikään koko väestöä. Väestössä naisten osuus korkeakoulutetuista on miehiä korkeampi, sen sijaan miehet keskittyvät enemmän keskiasteen tutkintoihin (Tilastokeskus 2008).

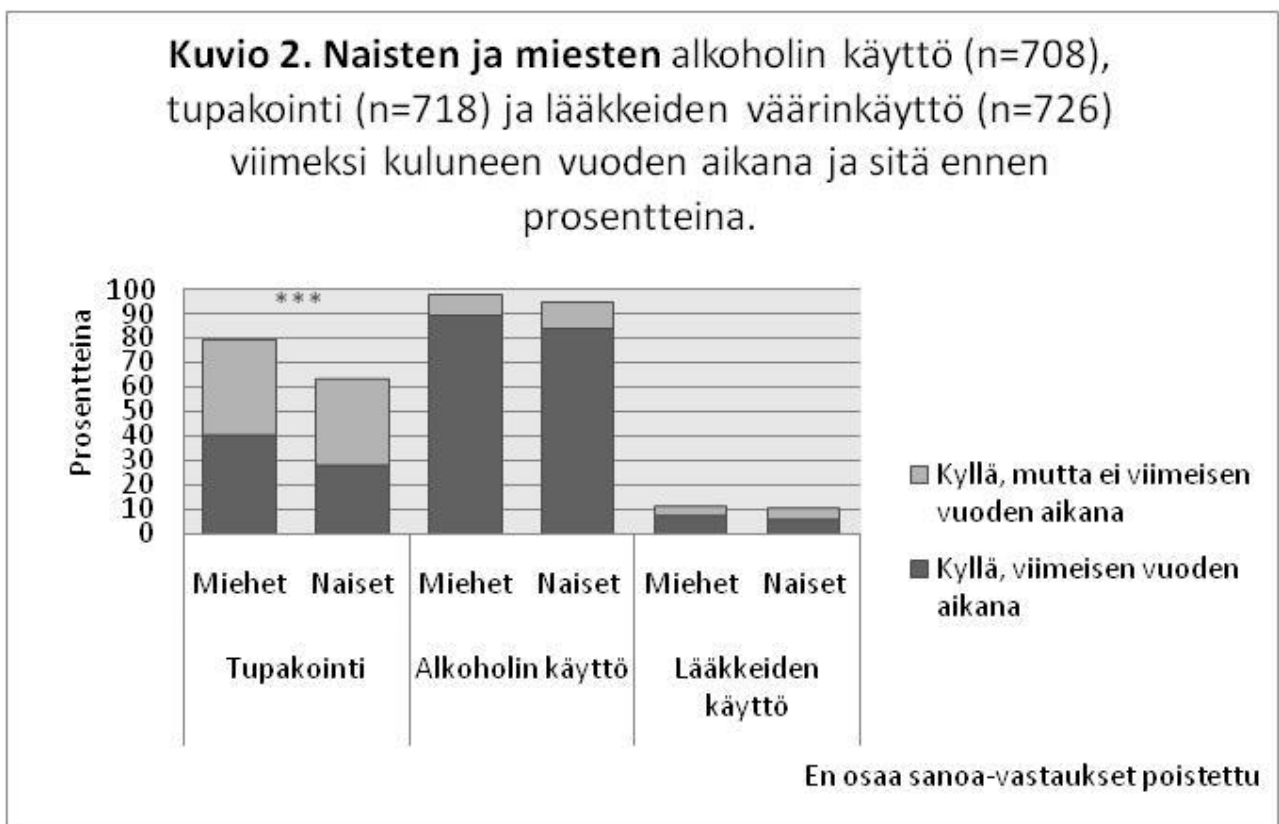
Asuinpaikkakunnan tyyppin osalta vastaajat jakautuivat suunnilleen samoin kuin Suomessa väestö yleensäkin. Pääkaupunkiseudulla, Turussa, Tampereella tai Oulussa asui vastaajista 37 prosenttia, 50 000-100 000 asukkaan kaupungeissa asui 16 prosenttia, pienemmissä kaupungeissa 22 prosenttia, maaseudun asutuskeskuksissa tai maaseudun taajama-alueella asui 12 prosenttia ja maaseudun haja-asutusalueella asui vastaajista kymmenes.

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot sukupuolen mukaan				
	Taustamuuttujat	Miehet	Naiset	p
Koko aineisto	Sukupuoli	38 % (n=282)	60% (n=448)	.000
Ikä	Keski-ikä vuosina	50	48	ns.
	Keskivirhe (S.E. mean)	±,92	±,78	ns.
	Ikä 18-34-vuotta	21%	26%	.027
	Ikä 35-54-vuotta	29%	34%	
	Ikä 55-74-vuotta	50%	40%	
Asuinpaikka	Pääkaupunkiseutu	24 %	24 %	ns.
	Yli 50 000 asukkaan kaupunki	29 %	31%	
	Pienkaupunki	22%	23%	
	Maaseutu tai haja-asutusalue	26%	21%	
Perhesuhde	Naimaton	21%	20%	.049
	Parisuhde	64%	58%	
	Leski tai eronnut	15%	22%	
Lapsia	Omia lapsia	66%	71%	ns.
Peruskoulutus	Kansakoulu	34%	22%	.000
	Keskikoulu	41%	34%	
	Ylioppilas	25%	44%	
Ammatillinen koulutus	Ei ammatillista koulutusta	16%	12%	.000
	Ammatillinen kurssi tai muu lyhytkoulutus	20%	12%	
	Ammattikoulu, kouluasteen tutkinto	24%	20%	
	Opisto tai ammattikorkeakoulu	28%	39%	
	Yliopisto tai korkeakoulututkinto	13%	18%	
Työtilanne	Palkansaaja tai yrittäjä	54%	51%	.012
	Eläkkeellä	34%	28%	
	Työtön, opiskelija, vanhempainlomalla, kotona, muu	12%	21%	
Työttömyys	Ei työttömyyttä 12kk aikana	82%	83%	ns.
Bruttotulot	<1000€/kk	18%	24%	.000
	1000-2999€/kk	60%	65%	
	>3000€/kk	23%	11%	

7.1.2. Vastaajien päihteiden käyttö ja suhde riippuvuuksiin

Päihteiden kokeilu ja käyttö sekä raha- ja internetpelaaminen

Päihteiden käytön ja riippuvuuksien osalta vastaajat edustivat hyvin suomalaista yhteiskuntaa. Kuviossa 2. on nähtävissä niiden naisten ja miesten osuudet, jotka ovat tupakoineet, juoneet alkoholia tai käyttäneet lääkkeitä (uni-, rauhoittavat- ja kipulääkkeet) ei lääkinnällisiin tarkoituksiin aiemmin tai viimeisen vuoden aikana.



Tupakointi

Miesvastaajista (n= 276) 40 prosenttia vastasi tupakoineensa viimeisen vuoden aikana ja naisista (n=437) vastaava luku oli 30 prosenttia. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(2)=22.5, p=.000$) koskien tupakointia nyt, aiemmin tai ei koskaan (Kysymys 11., Liite 1.). Kuviossa 2. voidaan nähdä, että miehistä yhtä suuri osuus oli lopettanut tupakoinnin verrattuna niihin, jotka jatkoivat tupakointia. Naisten osalta tupakoinnin lopettaneita oli suhteessa enemmän kuin niitä, jotka jatkoivat tupakointia. Käytännössä naisista 37 prosenttia vastasi, ettei koskaan ole tupakoinut, kun miesten vastaava luku oli 21 prosenttia. Tupakoivista miehistä kolmannes tupakoi

silloin tällöin, kolmannes säännöllisesti alle askin päivässä ja kolmannes säännöllisesti yli askin päivässä. Naisten osalta vastaavat luvut olivat 30 prosenttia, 46 prosenttia ja säännöllisesti yli askin päivässä polttavia oli 18 prosenttia (kysymys 12., Liite 1.).

Ristiintaulukoinnin perusteella tupakointi vaihteli *iän* mukaan sekä naisilla ($\chi^2(10) = 63.1, p = .000$) että miehillä ($\chi^2(10) = 44.7, p = .000$) siten, että tupakointi näyttäisi olevan yleisempää yli 25-ikävuotiaiden keskuudessa ja keski-ikässä (kysymys 11., Liite 1.). Säännöllisesti yli askin päivässä tupakoivien suurin ikäryhmä oli 56–65-vuotiaat (lähinnä miehiä), joista 44 prosenttia tupakoi säännöllisesti yli askin päivässä. (kysymys 12. Liite 1.). Tässä aineistossa tupakoivien osuus näyttäytyy suurena (kuvio 2.) verrattuna muihin tupakointitilastoihin (Tupakkatilasto 2006a, 9; Helakorpi ym. 2005, 5), sillä mukaan on laskettu myös silloin tällöin tupakoivat. Muiden tutkimustulosten mukaan 15–64-vuotiaista suomalaisnaisista tupakoi noin viidennes ja miehistä neljännes (Helakorpi 2005, 12).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tupakointi väheni jyrkästi naisilla 55 ikävuoden jälkeen ja miehillä 65 ikävuoden jälkeen. 55 -vuotta täyttäneistä naisista oli lopettanut tupakoinnin 36 prosenttia ja miehistä 46 prosenttia (kysymys 11, vastausvaihtoehto 2.). Tupakoinnin lopettamista koskevat tilastot ovat linjassa muiden tutkimustulosten kanssa: lopettaminen on yleisintä 55-64 -vuotiailla miehillä ja naisilla (Suomen Ash 2008) ja yli puolet säännöllisesti tupakoivista pystyy lopettamaan tupakoinnin 60 ikävuoteen mennessä. (Viertola 1998, 316–317.) Iän mukana vähenevä tupakoivien osuus johtuu miehillä pääosin siitä, että 1970-luvulta alkaen tupakoinnin lopettaminen on keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla yleistynyt, mutta osaksi siitä, että tupakoijat kuolevat tupakoimattomia varhaisemmin. Naisten lukuihin vaikuttaa myös se, että sodan jälkeen syntyneistä suurten ikäluokkien naisista huomattava osa aloitti tupakoinnin, kun aiemmin syntyneiden naisten parissa tupakointi on ollut verrattain harvinaista. (Aromaa & Koskinen 2002, 26.)

Alkoholin käyttö

Kuvion 2. mukaan miehistä 90 ja naisistakin yli 80 prosenttia kertoi juoneensa viimeisen vuoden aikana alkoholia, mikä vastaa yleistä käsitystä suomalaisten juomatavoista (mm. Helakorpi 2005, 9 ja 14). Alkoholin käytön lopettaneita (ei viimeisen 12 kuukauden aikana) oli miehistä 8 prosenttia ja naisista 11 prosenttia. Sukupuolten välillä (Kysymys 7. Liite 1.) ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mikä kertoo osaltaan juomakulttuurin tasa-arvoistumisesta.

Iällä näyttäisi olevan vaikutusta juomatottumuksiin sekä miehillä ($\chi^2(4) = 14.1, p = .007$) että naisilla ($\chi^2(4) = 10.5, p = .032$). Tilastolliset erot saatiin esiin ristiintaulukoimalla uudelleen luokiteltu

ikämuuttuja (18-34v, 35-54v ja 55-74v) ja uudelleen luokiteltu kuukausittainen alkoholin kulutus (1=0-14 annosta, 2=15-38 annosta ja 3=39 annosta tai enemmän) keskenään. Vanhemmissa ikäryhmissä oli muita ikäryhmiä enemmän alkoholin käytön lopettaneita tai vähän alkoholia käyttäviä. Lisäksi vanhemmissa naisissa oli hieman muita enemmän niitä, jotka eivät koskaan olleet juoneet alkoholia.

Kuvioon 3. on laskettu naisten ja miesten alkoholin käyttö kuukausitasolla alkoholiannoksina. Uudelleenluokittelu ja uuden muuttujan rakentaminen on kuvattu tarkemmin Liitteessä 3.

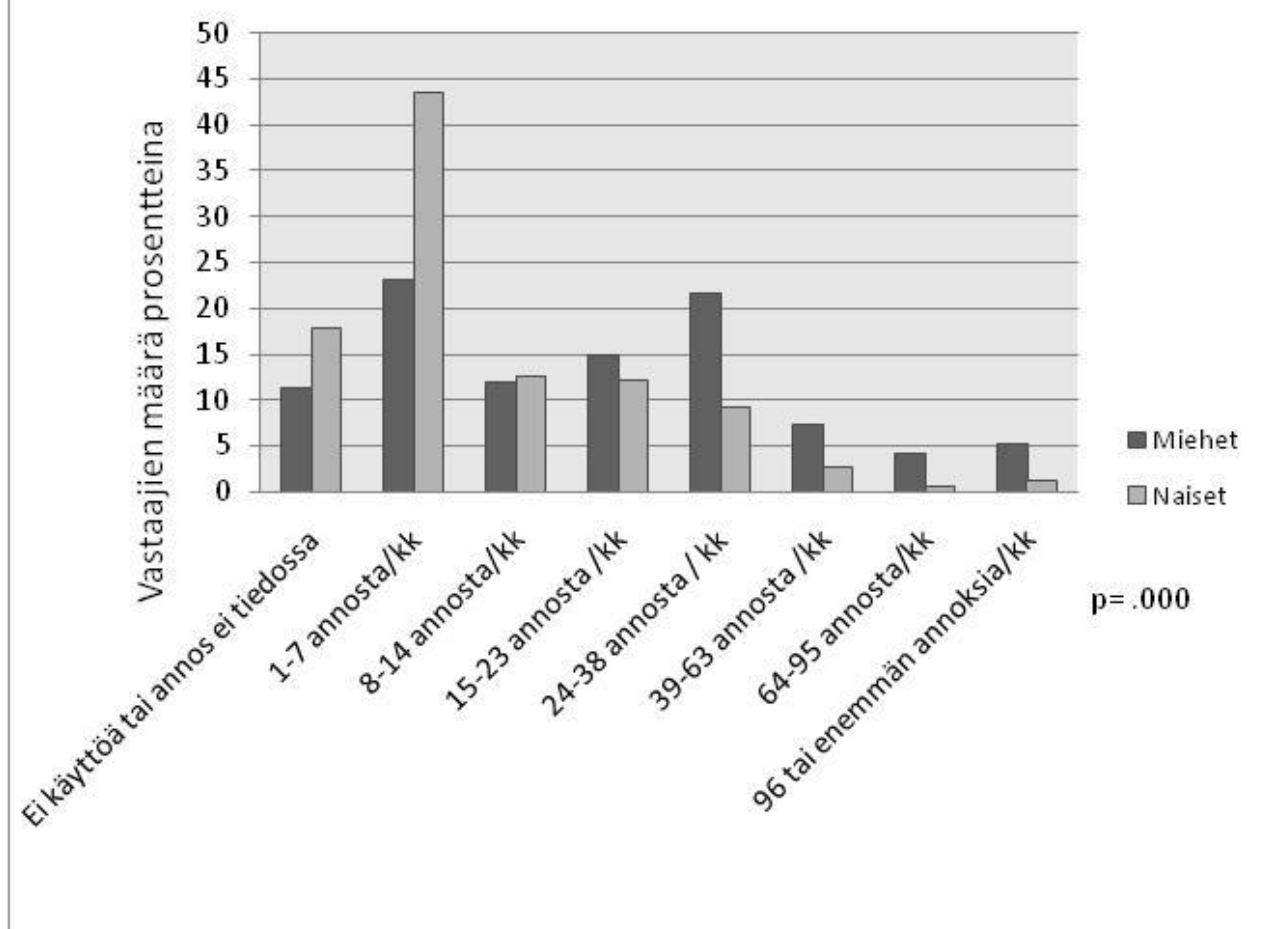
Kuviosta 3. voidaan nähdä, että naisista 44 prosenttia käyttää alkoholia 1-7 annosta kuukaudessa. Miesten juomatottumuksista voidaan mainita kuvion perusteella piikki, jonka mukaan runsas 20 prosenttia miehistä joi 24-38 annosta kuukaudessa. Kuvion 3. mukaan vain runsas 5 prosenttia miehistä ja 2 prosenttia naisista ylitti kohtuukäytön rajat kuukausittaisella arviolla laskettuna. Sukupuolten välinen ero kuukausittaisen alkoholikulutuksen osalta oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2(7)73.9, p=.000$).

Suomalaisten riskikulutusrajojen (Seppä 1998, 54) arvoilla tarkasteltuna miehistä riskikuluttajiksi voitiin luokitella kuitenkin 21 prosenttia ja naisista 8 prosenttia. Riskikulutusarvot on tarkemmin nähtävissä liitteessä 4.

Tämä aineiston vastaajien alkoholin kulutusta koskevien tulosten yhteenvedona voidaan todeta, että vastaajien arvio omasta alkoholin riskikulutuksesta on samansuuntainen, kun vastaajien arviot omasta riippuvuudesta. Sen sijaan kuukausittaiseksi kulutukseksi lasketun juomamäärän mukaan riskirajat ylittyivät vain harvalla. Tulokset kuvastavat suomalaista juomatapaa: juodaan kerralla enemmän, joka jälkeen pidetään taukoa, eivätkä siten kuukausittaiset annosrajat ylity.

Alkoholin riski- tai suurkulutuksen arviot väestössä vaihtelevat. Alkoholin suurkulutus muodostaa jatkumon, josta voidaan erottaa kolme pääryhmää: varhainen riskikulutus, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus (Aalto 2007, 1). Prättälä ja Paananen (2007, 82) arvioivat, että väestötasolla alkoholin suurkuluttajia on 10 prosenttia aikuisväestöstä (jos alkoholin suurkulutuksen rajana pidetään miehillä 23 ravintola-annosta viikossa ja naisilla 13 ravintola-annosta viikossa). Perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa tehdyssä selvityksessä naispotilaista 10 prosenttia ja miespotilaista 20 prosenttia on arvioitu olevan alkoholin riskikuluttajia (riskiraja miehillä 24 annosta viikossa ja naisilla 16 annosta viikossa) (Seppä 1998, 54). Tämän tutkimusaineiston tulokset ovat siten samansuuntaisia.

Kuvio 3. Alkoholin kulutus annoksina kuukaudessa naisten (n=448) ja miesten (n=282) mukaan.



Lääkkeiden päihdekäyttö

Kuviossa 2. on tarkasteltu lääkkeiden ”ei lääkinnällistä” käyttöä. Lääkkeiden väärinkäyttöä oli ollut noin 5 prosentilla vastaajista. Naisista yhtä suuri osa oli lopettanut lääkkeiden väärinkäytön suhteessa niihin, jotka edelleen (viimeisen vuoden aikana) vastasivat käyttävänsä lääkkeitä väärin. Miesten osalta lääkkeiden väärinkäyttöä oli hieman enemmän suhteessa käytön lopettaneisiin. Sukupuolten välillä ei ollut lääkkeiden käytön suhteen tilastollisesti merkitsevää eroa.

Verrattuna muiden tutkimuksiin Suomessa, tulokset ovat samansuuntaisia. Unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä oli vuonna 2006 käyttänyt ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin elinaikanaan 7 prosenttia ja viimeisen vuoden aikana 3 prosenttia suomalaisista aikuisista (15–69-vuotta) (Huumausainetilanne Suomessa 2007, 22; Hakkarainen & Metso 2007, 546). Lääkkeiden osalta ikä- ja sukupuolierot olivat pieniä (Hakkarainen & Metso 2007).

Huumeiden käyttö

Joskus jotakin laitonta huumausainetta oli kokeillut miehistä (n=277) 18 prosenttia ja naisista (n=439) 12 prosenttia (Lomakkeen kysymys 13., Liite 1.). Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($\chi^2(1)=5.2$, $p=.022$). Kokeilijoista (n= 100) 80 prosenttia oli kokeillut aiemmin (yli vuosi sitten) kannabista, 20 prosenttia amfetamiinia ja 10 prosenttia kokaiinia. Muiden huumeiden osalta luvut liikkuivat parissa ihmisessä. Viimeisen vuoden aikana kannabista oli käyttänyt 19 prosenttia huumeita kokeilleista. Muina huumeina vastaajat olivat käyttäneet viimeisen vuoden aikana kokaiinia (yksi miesvastaaja) ja LSD:tä (yksi miesvastaaja) sekä jotakin muuta (kaksi vastaajaa). Huumeikokeiluja oli eniten 26–35-vuotiaiden parissa, jossa huumeikokeiluja oli miehistä lähes puolella (49 %) ($\chi^2(5)= 39.6$, $p=.000$) ja naisista kolmasosalla (32 %) ($\chi^2(5)= 54.0$, $p=.000$). Alle 26-vuotiaiden ikäryhmässä huumeikokeilut jäivät naisten osalta 19 prosenttiin ja miehillä 25 prosenttiin.

Tutkimustulokset ovat hyvin linjassa Huumausainetilanne Suomessa (2007, 3) - raportin kanssa, jonka mukaan huumausaineita joskus kokeilleita on suomalaisesta aikuisväestöstä noin 14 prosenttia (miehistä 16 % ja naisista 12 %) ja viimeisen vuoden aikana käyttäneiden osuus oli noin 3 prosenttia aikuisväestöstä (Hakkarainen 2008). Käytetyin aine oli kannabis. Hakkaraisen ja Metson (2007) mukaan huumeiden kokeilukäyttö on 2000-luvulla, toisen huumeaallon jälkeen tasaantunut tai kääntynyt lievään laskuun 15–24-vuotiaiden keskuudessa verrattuna 2000-luvun alkuvuosiin, sen sijaan 25–35-vuotiaiden keskuudessa huumeiden kokeilut ja käyttö on muita ikäluokkia yleisempää. Stakesin toteuttaman väestökyselyn mukaan 25–34 -vuotiaista 25 prosenttia oli kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana ja 7 prosenttia oli käyttänyt sitä viimeisen 12 kuukauden aikana. Vastaavat luvut koko 15–69 -vuotiaasta väestöstä olivat 13 ja 3 prosenttia. (Hakkarainen & Metso 2007, 544–550; Huumetilanne Suomessa 2007.)

Edellä mainitun valossa näyttäisi siltä, että tähän tutkimukseen vastanneista nuorista huumeita kokeilleiden määrä vastasi keskimäärin muiden tutkimusten tuloksia. 26–35-vuotiaiden vastaajien ikäryhmässä huumeikokeilut olivat tässä aineistossa kuitenkin yleisempiä kuin muissa suomalaistutkimuksissa.

Rahapelaaminen

Rahapelaaminen näytti olevan arkista monille vastaajista, mutta käytetyn rahamäärän perusteella ongelmapelaaminen jäi marginaaliseksi ilmiöksi (kysymys 16., Liite 1.) Miehistä (n=281) 20 prosenttia ja naisista (n=443) 43 prosenttia ei ollut käyttänyt lainkaan rahaa pelaamiseen viimeisen

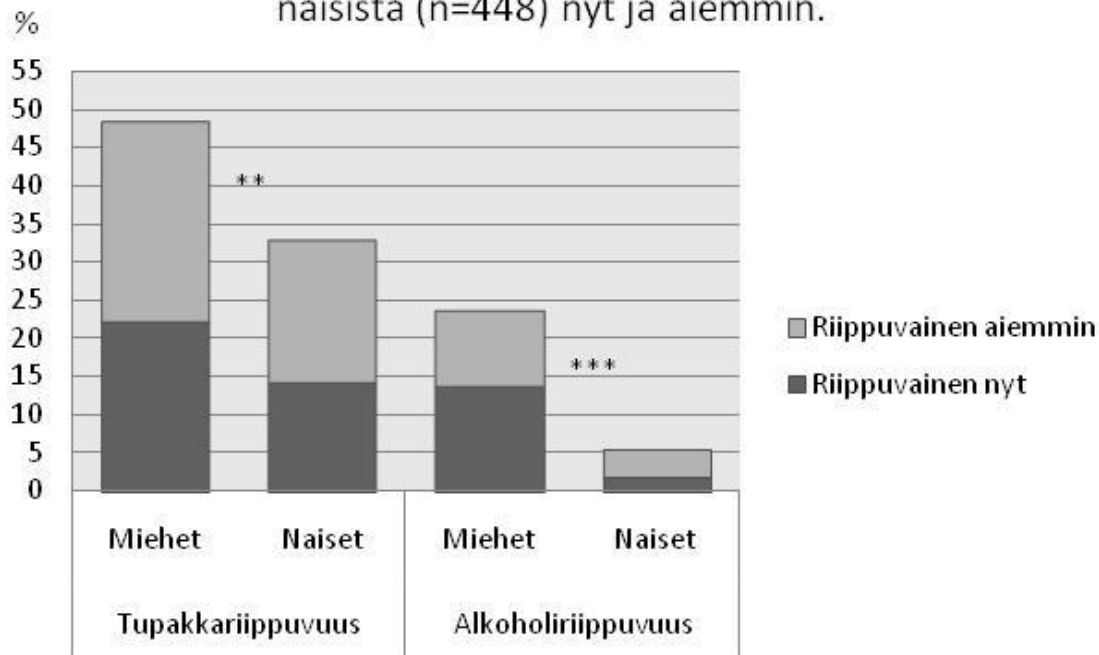
vuoden aikana. Naisista 50 prosenttia ja miehistä vajaa 60 prosenttia käytti rahaa rahapeleihin viikossa vähemmän kuin 10 euroa. Miehistä 22 prosenttia ja naisista runsas 7 prosenttia käytti rahaa 10–99 euroa ja vain neljä miesvastaajaa ja yksi nainen laittoi rahaa pelaamiseen yli 100 euroa viikossa. Sukupuolten välinen tilastollinen ero oli suuntaa antava ($\chi^2(3)=59.0$, $p=.000$), sillä solufrekvenssit jäivät osittain mataliksi (25 %) huolimatta uudelleen luokittelusta (vaihtoehdot 4. ja 5. yhdistetty). Iällä ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkitsevää eroa pelaamisen suhteen.

Rahapelitutkimuksen (Aho & Turja 2007, 16) mukaan suomalaiset käyttävät rahaa pelaamiseen keskimäärin 13 euroa viikossa. Ongelmapelaajat sen sijaan käyttävät rahaa keskimäärin 90 euroa viikossa (Aho & Turja 2007, 59). Rahapelien käytön yleisyyttä arvioitaessa Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksestä käy kuitenkin ilmi, että 5013:sta 15 -vuotta täyttäneestä suomalaisesta 74 prosenttia kertoi pelanneensa jotakin rahapeliä viimeisen vuoden aikana ja viikoittain rahapelejä ilmoitti pelaavansa 40 prosenttia. (Aho & Turja 2007.)

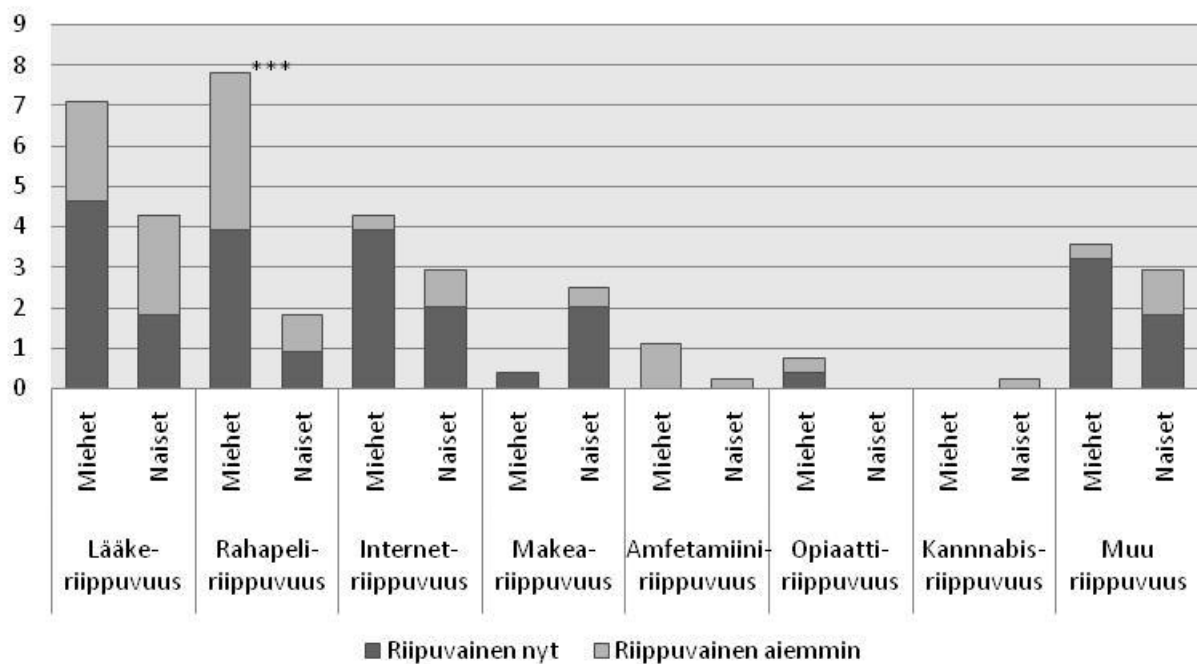
Päihteiden riippuvuus- ja ongelmakäyttö sekä toiminnalliset riippuvuudet

Riippuvuus näyttäisi olevan vastaajien oman määrittelyn mukaan yleistä. Kuvioissa 4. ja 5. on kuvattu eri aineista tai toiminnoista riippuvaisten naisten ja miesten prosentuaalisia osuuksia. Naisista 46 prosenttia ($n=185$) ja miehistä 62 prosenttia ($n=160$) määritteli itsensä nyt tai aiemmin jostakin riippuvaiseksi. Kohta ”muu riippuvuus” sisältää avointen vastausten mukaan muun muassa seuraavat riippuvuudet tai sen kaltaiset tilat, kuten seksiriippuvuus (seksi, masturbointi), kofeiiniriippuvuus (kahvi, Coca-Cola, energiajuomat), shoppailu, läheisriippuvuus, liikuntariippuvuus, työriippuvuus sekä tietokone- ja televisioriippuvuus. Makeariippuvuuteen sisällytettiin avoimista vastauksista maininnat suklaa-, sokeri-, karamelli ja kaakaoriippuvuudet.

Kuvio 4. Tupakka- ja alkoholiriippuvaiseksi itsensä määrittäneiden osuudet miehistä (n=282) ja naisista (n=448) nyt ja aiemmin.



Kuvio 5. muita riippuvuuksia itsessään tunnistaneiden osuudet miehistä (n=282) ja naisista (n=448).



Alkoholiriippuvaisiksi itsensä määrittä vastauskhetkellä vajaa 15 prosenttia ja naisista 2 prosenttia. Lisäksi miehistä joka kymmenes ja naisista 4 prosenttia vastasi aiemmin olleensa riippuvaisia alkoholista. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2(3)=520$, $p=.000$). Alkoholiriippuvaisten osuus näyttäisi olevan itse määriteltynä korkeampi kuin esimerkiksi Terveys 2000-tutkimuksen mukaan, jossa 30 -vuotta täyttäneistä neljä prosenttia kärsii alkoholiriippuvuudesta (Raitasalo & Maaniemi 2007).

Tupakkariippuvaiseksi itsensä määrittä vastauskhetkellä miehistä 23 prosenttia ja naisista 14 prosenttia (kuvio 4.). Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(2)=14.2$, $p=.001$), kun ”en osaa sanoa” -vastaukset jätettiin pois ristiintaulukoinnista. *Lääkeriippuvaisia* oli vastauskhetkellä vajaa 5 prosenttia miehistä ja vajaa 2 prosenttia naisista (kuvio 5.). Lisäksi naisista yhtä moni tai useampi oli päässyt eroon lääkeriippuvuudesta, miehillä kyseistä riippuvuudesta eroon päässeiden osuus oli runsas 2 prosenttia. Sukupuolten välillä ei ollut nähtävissä tilastollisesti merkitsevää eroa. *Rahapeliriippuvaiseksi* itsensä määrittä vastauskhetkellä miehistä 4 prosenttia ja naisista noin prosentti (kuvio 5.). Ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2(2)=15.3$, $p=.000$), kun ”en osaa sanoa” -vastaukset jätettiin pois analyysistä. Itse määritelty rahapeliriippuvaisten osuus näyttäisi tämän tutkimuksen mukaan olevan suurempi verrattuna Rahapelitutkimukseen, jonka mukaan vastaajista itsensä rahapeliriippuvaiseksi määrittä yksi prosentti vastaajista. Lisäksi kyseisen tutkimuksen mukaan 3 prosenttia arvioi pelanneensa joskus ongelmallisen paljon, mutta ei enää. (Aho & Turja 2007, 37).

Internetriippuvaisiksi itsensä määrittä vastauskhetkellä vajaa 4 prosenttia miehistä ja kaksi prosenttia naisista (kuvio 5.). Lisäksi pieni osa vastaajista oli päässyt eroon kyseisestä riippuvuudesta. Myöskään Internetriippuvuuden osalta sukupuolten välillä ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkitsevää eroa.

Vastaajat nostivat *makeariippuvuuden* (kuvio 5.) esille avoimissa vastauksissa ja makeariippuvaisten määrä naisilla oli tässä tutkimuksessa prosentuaalisesti yhtä suuri (2%) kuin Internetriippuvaisten määrä. Miesten osalta vastaava luku jäi alle puoleen prosenttiin. Makeariippuvuus sisältää tässä arviossa vastaajien maininnat suklaa-, sokeri -, karamelli- ja kaakaoriippuvuuksista.

Huumeriippuvaisten määrä (kuvio 5.) jäi puoleen prosenttiin ($n=4$) amfetamiini- ja opiaattiriippuvuuksien osalta. Heistä kolme oli ollut riippuvaisia aiemmin ja yksi kärsi opiaattiriippuvuudesta vastauskhetkellä. Kannabisriippuvaiseksi itsensä määrittä itsensä vain yksi naisvastaaja. Huumetilanne Suomessa (2007) raportin mukaan amfetamiinien ja opiaattien

ongelmakäyttäjien osuudeksi on arvioitu 0,5–0,7 prosenttia aikuisväestöstä. On huomattava, että kovien huumeiden ongelmakäyttäjien määrä jää yleensä aliedustetuksi. Jo otantakäytäntö, jolla rajataan laitoksissa asuvat ja vailla vakinaista osoitetta olevat tiedonkeruun ulkopuolelle, merkitsee sitä, että sosiaalisesti huonossa asemassa olevat päihteiden ongelmakäyttäjät ja mielenterveysongelmaiset jäävät tavoittamatta. Vaikeasti riippuvaiset saattavat myös olla muita haluttomampia vastaamaan tutkimuksiin. (Hakkarainen & Metso 2007, 542).

Makeariippuvuuden, huumeriippuvuuden ja ”muiden riippuvuuksien” osalta frekvenssit jäivät niin pieneksi, ettei tilastollista testiä merkitsevyyksien osoittamiseksi ollut tarkoituksenmukaista tehdä. Kuvion 5. kohta ”muu riippuvuus” sisältää seksi-, kofeiini-, läheis-, työ-, tieto-kone- ja TV-riippuvuudet.

Riippuvaisista noin 30 prosentilla oli yksi riippuvuus, miehistä 16 prosentilla ja naisista 7 prosentilla oli kaksi riippuvuutta. Kolme riippuvuutta oli miehistä 7 prosentilla. Esimerkiksi alkoholiriippuvaiseksi itsensä luokittelevista tupakkariippuvaisia oli kaksinkertainen määrä verrattuna koko aineistoon ja alkoholiriippuvaisista naisista (n=25) lääkeriippuvaiseksi koki itsensä runsas 20 prosenttia. Irti riippuvuudesta oli päässyt 59 prosenttia (n=206) kaikista riippuvaisista. Heistä 80 prosentilla oli ollut yksi riippuvuus, 20 prosentilla useampi riippuvuus.

Hoitoa riippuvuuteensa oli saanut 24 prosenttia miehistä ja 18 prosenttia naisista. Hoitoa saaneista miehistä puolet ja naisista vajaa puolet (45 %) koki saaneensa jonkin verran tai erittäin paljon apua käyttämästään hoitomuodosta, palvelusta tai avusta.

Riippuvaiseksi itsensä luokitelleet eivät eronneet koko vastaajajoukosta taustansa vuoksi. Tämä johtunee pääasiassa tupakkariippuvaisten suuresta määrästä suhteessa muihin aineiston riippuvaisiin. Tätä taas selittää se, ettei tupakointi useiden muiden riippuvuuksien tavoin tuota yleensä suuria psykososiaalisia haittoja riippuvuudesta huolimatta.

Oma riippuvuuskokemus saattaa auttaa henkilöitä hahmottamaan riippuvuuden olemusta mielessään toisella tapaa kuin jos omaa kokemusta riippuvuudesta ei ole. Tässä tutkimuksessa ei tarkemmin perehdytä riippuvaisten ja ei-riippuvaisten väliseen eroon, mutta esimerkkinä voidaan todeta tulos, jossa tarkasteltiin alkoholista riippuvaisten näkemyksiä siitä, kuinka suuri riski on riippuvuuden kehittymiseen alkoholia kokeiltaessa. Tuloksena oli, että vastaushetkellä alkoholiriippuvaiseksi itsensä määrittäneistä miehistä lähes neljännes (23 %) ja aiemmin riippuvaisista 14 prosenttia arvioi alkoholin kokeilun erittäin suureksi riskiksi, mutta ei koskaan riippuvaisista vain 3 prosenttia arvioi riippuvuusriskin alkoholia kokeiltaessa erittäin suureksi. Frekvenssit jäivät niin pieniksi, ettei

havaittua tilastollista eroa ($\chi^2(6)=31,8$, $p=.000$) voida pitää luotettavana. Naisten osalta vastaushetkellä tai aiemmin itsensä alkoholiriippuvaiseksi määrittäneistä 12 prosenttia ja ”ei riippuvaisista” 4 prosenttia pitivät riippuvuusriskiä alkoholia kokeiltaessa suurena. Tästä analyysistä on jätetty pois puuttuvat tiedot ja ne, jotka vastasivat käsiteltäviin kysymyksiin ”en osaa sanoa”. Tulos osoittaa, että omilla kokemuksilla on vaikutusta mielikuvien eli sosiaalisten representaatioiden muodostumiseen jostakin asiasta.

Riippuvuus lähipiirissä

Miehistä 72 prosentilla ja naisista 84 prosentilla oli tai oli ollut jostain riippuvuusongelmasta kärsiviä omaisia. Vastaajien omaisista 35 prosenttia oli saanut jotakin hoitoa ongelmaansa. Neljäsosa uskoi omaistensa hoidosta olleen paljon apua ja 42 prosenttia arvioi hoidosta olleen jonkin verran apua. Omaisten riippuvuuskokemukset välittyvät tietona ja vuorovaikutuksellisenä elämäkokemuksena vastaajille ja siten myös heidän mielikuviinsa riippuvuudesta. Tämä vaikutus on oletettavasti kuitenkin omaan kokemukseen verrattuna heikompi tai erilainen. Tämä on nähtävissä ristiintaulukoinnin tuloksena, jonka mukaan kokemuksella alkoholiriippuvaisesta omaisesta ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkittävää vaikutusta vastauksiin koskien alkoholiriippuvuuden riskiä ainetta kokeiltaessa.

Miehistä 44 prosenttia ja naisista 51 prosenttia oli joskus kehottanut jotakuta hakemaan apua päihdeongelmaansa tai riippuvuuteensa. Miehistä 40 prosenttia ja naisista 48 prosenttia oli joskus yrittänyt itse auttaa päihdeongelmaista tai riippuvaisia. ”En osaa sanoa” -vastauksia oli kymmenen prosenttia. Työnsä puolesta päihdeongelmaisia tai riippuvaisia oli auttanut miehistä 11 prosenttia ja naisista 16 prosenttia. Tulos kertoo vastaajien vastuullisuudesta puuttua päihteiden ongelmakäyttöön, mikä saattaa kertoa toisaalta valikoituneesta vastaajajoukosta, mutta toisaalta myös siitä, että auttamiskokemuksilla saattaa olla vaikutusta vastaajien mielikuviin riippuvuuksista.

7.1.3. Aineiston tarkastelua

Kokonaisvastausprosentti jäi aineistossa huolestuttavan pieneksi. Miesten ja erityisesti alle keski-ikäisten miesten osuus jäi kokonaisuudessaan naisia pienemmäksi. Keski-ikä oli korkea, mikä kertoo aineiston hieman vinosta jakaumasta suhteutettuna koko väestöön. Vastaajien ikärakenne kallistui siten myöhäiskeski-ikään ja eläkkeelle siirtyminen oli monelle vastaajalle jo takanapäin oleva elämänvaihe. Mitä nuoremasta henkilöstä oli kyse, sitä todennäköisemmin hän oli läpäissyt ylioppilaskokeen, jonka todennäköisyyttä vahvisti kuuluminen naissukupuoleen. Ylioppilaskokeen

suorittaminen ennusti erittäin merkittävästi myöhemmin myös korkeampaa ammatillista koulutusta verrattuna niihin, joilla ei ollut ylioppilastutkintoa. Vastaajilla oli elämänkokemusta niin perhe—ja parisuhde-elämästä kuin lasten kasvatuksestakin.

Vastaajien päihteiden käyttö vastasi keskimäärin suomalaisia vastaajia. Suurella osalla vastaajista oli omakohtainen kokemus jostakin riippuvuudesta. Suurimmalla osalla vastaajista riippuvuus koski tupakointia, osalla erityisesti miehistä oli tai oli ollut ongelmia alkoholin kanssa. Merkittävää oli, että lähes 60 prosenttia riippuvaiseksi itsensä määritelleistä oli päässyt tavalla tai toisella irti riippuvuudestaan.

Naisista 70 prosenttia ja miehistä 60 prosenttia kuvasi läheisillään olevan alkoholiongelma. Laittomuudet sitä vastoin nähtiin kauempaa ja omakohtainen kokemus huumeriippuvuudesta oli nähtävillä vain noin 10 prosentilla vastaajista lähinnä omaisten huumeriippuvuuden muodossa. Vastaajajoukko ei siten edustanut ryhmää, joka oman henkilökohtaisen käyttönsä vuoksi tuntisi huumeriippuvuutta.

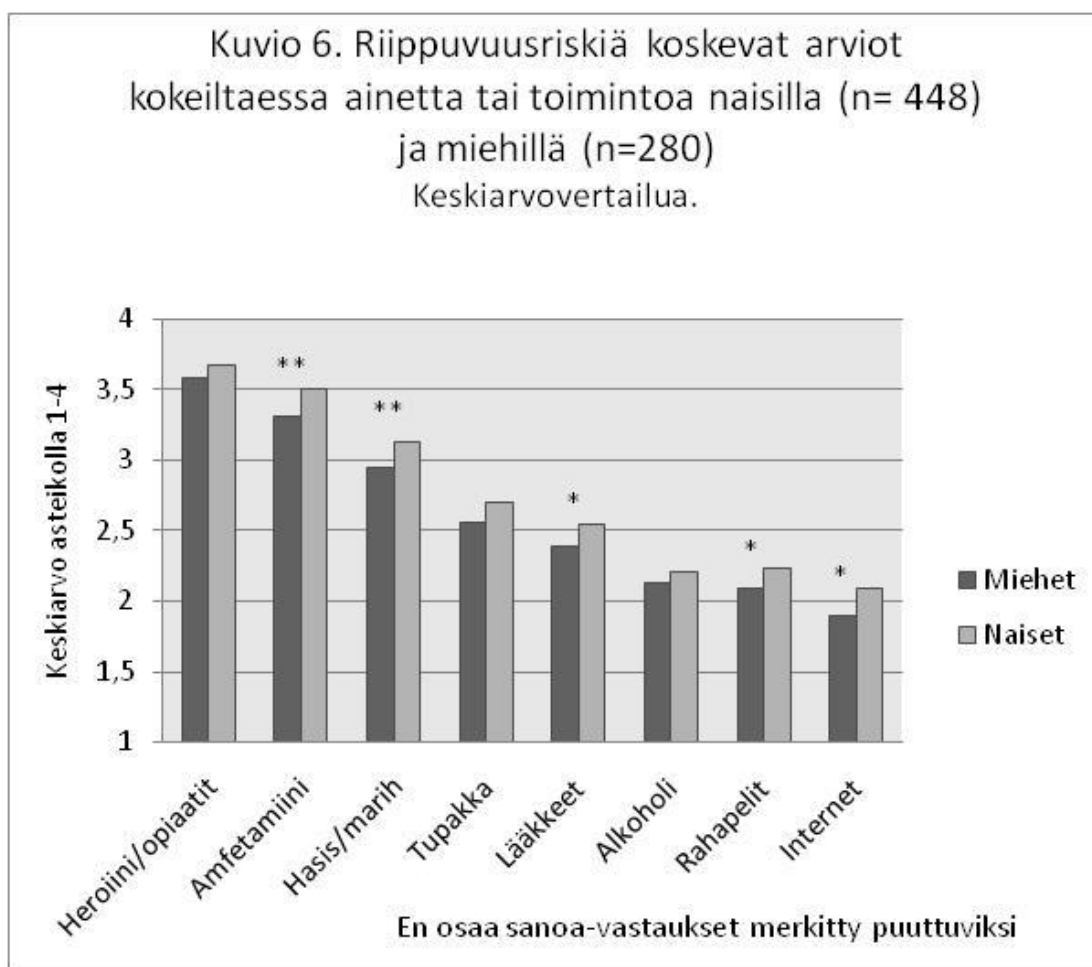
Avoimissa vastauksissa esiintyi mainintoja makeariippuvuudesta, seksiriippuvuudesta ja shoppailusta. Koski-Jänneksen (2001, 22) mukaan addiktio-ongelmien spektri näyttää laajentuneen ja mutkistuneen viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana, mikä näyttäytyy tässä uudenlaisten riippuvuuksien ”maallikkomäärittelyinä” kuten juuri makean himon määrittämisenä riippuvuudeksi. Jim Orford (Orford 2001, 28) kuvaa liiallista syömistä tavaksi (habit), pikemminkin kuin riippuvuudeksi (Egerer 2008). Orford määrittää kuitenkin, että pinttyneen tavan taustalla, niin sanottuna sekundaariprosessina voi olla riippuvuus tai sairaus, kuten anoreksia (Orford 2001, 28).

7.2. Miten vaarallisina eri riippuvuuksia pidetään?

Tähän lukuun on koottu näkemyksiä siitä, miten vaarallisina eri riippuvuuksia pidetään riippuvuusriskin näkökulmasta ainetta tai toimintoa kokeiltaessa.

7.2.1. Riski tulla riippuvaiseksi eri aineista ja toiminnoista niitä kokeiltaessa

Riski tulla riippuvaiseksi jostakin aineesta tai toiminnosta niitä kokeiltaessa vaihteli sen mukaan, mistä aineesta tai toiminnosta oli kyse. Keskiarvovertailussa riippuvuusriski nähtiin suurimmiksi huumeiden, kuten heroiinin, amfetamiinin ja kannabiksen osalta. Neljännelle sijalle sijoittui tupakka, sitten lääkkeet, alkoholi ja viimeisiksi toiminnalliset riippuvuudet, kuten rahapeliriippuvuus ja Internetriippuvuus (kuvio 6.).



Huumausainekokeiluihin liittyvä riippuvuusriski vaihteli eri huumeittain. Heroiini nähtiin voimakkaimmin riippuvuutta aiheuttavaksi aineeksi ainetta kokeiltaessa (kuvio 6.). Amfetamiiniriippuvuuden riski sijoittui vastaajien mielissä heroiiniriippuvuusriskin ja kannabisriippuvuusriskin puoliväliin ja kannabisriippuvuuden riski arvioitiin siten edellisiä pienemmäksi (kuvio 6.) Suurin riippuvuusriski ainetta kokeiltaessa liitettiin niihin huumausaineisiin, jotka yleisesti ottaen voidaan kuvata vastaajille vieraiksi aineiksi.

Tupakkariippuvuuden riski nähtiin neljänneksi suurimmaksi riskiksi heti huumeiden jälkeen (kuvio 6.). Tämä tulos osoittaa tupakan aseman yhteiskunnassa. Tupakka määritetään riippuvuutta tuottavaksi aineeksi ja kansanterveydelliseksi uhaksi (muun muassa Puska 2003; Käypä hoito – suositus: Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006).

Lääkkeet arvioitiin huumeiden ja tupakan jälkeen viidenneksi suurimmaksi riippuvuusriskiksi niitä kokeiltaessa (kuvio 6.). Lääkkeiden osalta voidaan ajatella, että lääkärit toimivat lääkkeiden saannin turvallisina portinvartioina. Huolimatta siitä, ettei lääkkeitä ja huumeita voida farmakologisilta ominaisuuksiltaan yksiselitteisesti erottaa toisistaan, on tämä ero tuotettu vastaajien mielissä kulttuuristen käytötapojen, mielikuvien, asenteiden ja kokemusten avulla.

Alkoholin kokeiluun liittyvä riippuvuusriski arvioitiin kolmanneksi vähäisimmäksi riskiksi (kuvio 6.). Alkoholi voidaan nähdä yhteiskunnallisesti hyväksytyksi päihteeksi sen hyvine ja huonoine puolineen. Tämä näkemys kuvastaa alkoholia koskevaa yhteiskunnallisen kamppailun tilannetta vuonna 2007. Esimerkiksi Hakkaraisen mukaan käsitys säännöllisen humalajuomisen riskeistä on tiukentunut selvästi suomalaisten keskuudessa 1990-luvun lopulta vuoteen 2006. Kerran viikossa humaltumisen määritti vuonna 1996 vähäiseksi riskiksi noin 30 prosenttia vastaajista, kun vastaava luku vuonna 2006 oli alle 20 prosenttia. (Hakkarainen & Metso 2007, 549.)

Toiminnalliset riippuvuudet määritettiin riippuvuusriskiltään niitä kokeiltaessa selkeästi pienemmiksi kuin muut riippuvuudet (kuvio 6.). Tätä seikkaa voidaan selittää alkoholin tavoin siten, että rahapelit ovat osa suomalaista yhteiskuntaa, kuten alkoholikin. Esimerkiksi viikoittainen lottoaminen saatetaan nähdä yhtä arkipäiväisenä kuin saunakalja. Alkoholia juo yhdeksän kymmenestä ja rahapelaamista harrastaa kolme neljäsosaa suomalaisista (Suomalaisten rahapelaaminen 2007, 4). Rahapelaamista koskeva ongelmakäyttäytyminen ja riippuvuus on noussut yleiseen keskusteluun vasta viime vuosina.

Internet luokiteltiin kaikista pienimmäksi riippuvuusriskiksi (kuvio 6.). *Internet* nähtiin riippuvuuspotentiaalin sijaan mahdollisesti modernin yhteiskunnan arkisena kommunikaatiovälineenä.

Riippuvuusriski taustamuuttujien valossa

Naiset pitivät keskiarvovertailun mukaan riskiä tulla riippuvaiseksi aineista tai toiminnoista niitä kokeiltaessa suurempana kuin miehet. Tilastollisesti merkitseviä sukupuolten väliset erot olivat koskien arvioita kannabis- ($U=41439$, $p=.001$), amfetamiini- ($U=39488$, $p=.000$), lääke- ($U=48245$, $p=.035$), rahapeli- ja Internetriippuvuusriskiä ($U=46822$, $p=.014$) (Kuvio 6.) Tarkemmin tilastolliset tunnusluvut on nähtävissä liitteessä 5.

Ikä näyttäisi ristiintaulukoinnilla tarkasteltuna vaikuttavan tilastollisesti erittäin merkitsevästi alkoholin ($\chi^2(15)=40.5$, $p=.000$), kannabiksen ($\chi^2(15)=41.2$, $p=.000$) ja rahapelien ($\chi^2(15)=45.9$, $p=.000$) riippuvuusriskin arvioon ainetta tai toimintoa kokeiltaessa (taulukko 3.). Nuoret pitivät alkoholin riippuvuusriskiä pienenä. Riskin arviointi melko tai erittäin suureksi kasvoi vanhempiin ikäryhmiin mentäessä. Kannabisriippuvuusriskin arvioi pienimmäksi 26–35-vuotiaat aikuiset. Rahapelien osalta nuoret pitivät riippuvuusriskiä muita ikäryhmiä useammin melko tai erittäin suurena riskinä, toiseksi huolestuneempia olivat yli 55-vuotiaat vastaajat.

Taulukko 3. Aineen tai toiminnan kokeilun melko tai erittäin suureksi riippuvuusriskiksi arvioivien osuus. Tulokset prosentteina eri ikäryhmittäin. Taulukossa ainoastaan ne riippuvuudet, joihin ikä vaikutti tilastollisesti merkitsevästi ($p>.05$).					
	≤25v	26-35v	36-55v	56-75v	p-arvo
Alkoholiriippuvuusriski (n=686)	13	22	25	41	.000
Kannabisriippuvuusriski (n=621)	64	61	72	84	.000
Rahapeliriippuvuusriski (n=663)	45	27	24	39	.000

7.2.2. Riippuvuusriskiä koskevien tulosten tarkastelua

Riippuvuusriski vaihteli eri riippuvuutta tuottavien aineiden ja toimintojen osalta. Voimakkaimmin riippuvuuden nähtiin kehittyvän huumeisiin ja moni vastaajista piti riippuvuusriskiä suurena ainetta kokeiltaessa (kuvio 6.). Huumeiden jälkeen eniten vastaajat olivat huolissaan tupakoinnin aiheuttamasta riippuvuudesta tupakointia kokeiltaessa. Lääkkeet jäivät riippuvuusriskiltään tupakan ja alkoholin väliin. Alkoholia ei pidetty juurikaan riippuvuusriskiltään vaarallisena ainetta

kokeiltaessa vaan se sijoittui kolmanneksi pienimmäksi riippuvuusriskiksi heti rahapeli- ja Internetriippuvuuksien jälkeen.

Naiset arvioivat riippuvuusriskin miehiä suuremmaksi tilastollisesti merkitsevästi kannabiksen, amfetamiinin, rahapelien ja lääkkeiden osalta. Ikä vaikutti alkoholi-, raha- ja kannabistriippuvuusriskin arvioon tilastollisesti merkitsevästi. Nuoret arvioivat riippuvuusriskin alkoholia ja kannabista kokeiltaessa muita ikäryhmiä pienemmäksi, rahapeliriippuvuuden osalta nuoret olivat muita ikäryhmiä huolestuneempia (taulukko 3.).

Näyttäisi siltä, että mielikuvamme eri riippuvuuksien vakavuudesta syntyvät eri riippuvuutta tuottavien aineiden tai toimintojen yhteiskunnallisesta asemasta ja roolista, kuten niiden lainsäädännöllisestä asemasta, median tuomasta mielikuvasta sekä riippuvuuden tuttuudesta arkielämässämme. Eri aineet näyttäytyvät farmakologisilta ominaisuuksiltaan toisenlaisina, kuin mielikuvissamme. Esimerkiksi nikotiiniriippuvuutta on verrattu aivokemiallisen riippuvuuden osalta kokaiiniriippuvuuteen (Tuomisto 2008) ja peliriippuvuudelle on asetettu omat lääketieteelliset sairauskriteerinsä (Huotari 2007). Tästä huolimatta vastaajat pitivät esimerkiksi peliriippuvuuden riskiä vähäisenä toimintoa kokeiltaessa.

Huumeiden riippuvuusriskiä koskevat tulokset kuvastavat suomalaista ”huumeilmastoa”. Esimerkiksi heroiiniriippuvaisia ei Suomessa 2000-luvulla juuri ole ollut, sillä heroiini on korvautunut lääkkeenä myytävällä buprenorfiinilla (Huumetilanne Suomessa 2007, 4; Hakkarainen & Metso 2007, 550). Heroiiniriippuvaisia omaisia oli vain muutama yksittäinen henkilö, eikä vastaajien joukossa ollut lainkaan heroiiniriippuvaisia tai ainetta kokeilleita. Huolimatta omien kokemusten puutteesta heroiini arveltiin riippuvuusriskiltään muita riippuvuusriskejä suuremmaksi ainetta kokeiltaessa. Nämä tulokset kuvastavat osaltaan heroiinin vierautta ja vaarallisuutta. Amfetamiinin määrittäminen heroiinia vähemmän riskialttiiksi riippuvuusriskin näkökulmasta saattaa kertoa esimerkiksi amfetamiinijohdannaisten, kuten ekstaasin viihdekäytön leviämisestä nuorten arkeen (Seppälä 2000). Amfetamiinilla saattaa vastaajien mielissä myös olla kaiku amfetamiinin käytöstä muun muassa laihdutustauslääkkeenä.

Kannabikseen liittyvät kysymykset on erotettu vastaajien mielissä jollakin tapaa niin sanotuista kovista huumeista. Hakkaraisen ja Metson (2007) mukaan asenteet kannabiskokeilujen riskeistä ovat lieventyneet siten, että vuonna 1996 riskin arvioi vähäiseksi noin 26 prosenttia ja vuonna 2006 jo 37 prosenttia vastaajista. Riski ei kuitenkaan ole merkittävästi lieventynyt kannabiksen säännöllistä käyttöä kohtaan. Naiset arvioivat riskin miehiä harvemmin vähäiseksi. (Hakkarainen & Metso 2007, 549.) Iän vaikutus kannabista koskeviin tuloksiin myötäili muiden tutkimusten tuloksia

(mm. HuuMETILANNE Suomessa 2007). Selityksenä tämän kaltaisille tuloksille on esitetty arviota, että 25–34-vuotiaat ovat toisen huumeaallon aikana nuoruuttaan eläneitä henkilöitä, joiden parissa huumekeailut ja käyttö on muiden ikäryhmien huumekeailujen tasoa hieman korkeampi. Myös Hakkaraisen ja Metson (2007) tutkimuksen mukaan nuoret ja erityisesti 24–35-vuotiaat pitivät kannabiksen käytön riskejä muita ikäryhmiä vähäisempinä (Hakkarainen & Metso 2007, 549). Huumausaineista kannabis on eniten kokeiltu ja käytetty aine mikä lisää aineen tulkittamista muita huumausaineita tutummaksi. Kannabis on myös yhteiskunnallisesti vilkasta keskustelua herättänyt aine.

Huumeiden kokeilijoita tietävien ja huumetarjonnan kohteeksi joutuneiden osuudet nuorten keskuudessa ovat selkeästi vähentyneet, mikä kuvastaisi sitä (Piispa 2007, 188), ettei huumeiden käyttö olisi muuttunut aiempaa arkisemmaksi nuorten ikäluokkien keskuudessa. Edellä mainitut tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia, jonka mukaan nuorin ikäryhmä arvioi riippuvuusriskin esimerkiksi kannabikseen liittyen 25–34-vuotiaita hieman suuremmaksi.

Millaisina mielikuvat objektivoituivat sosiaalisiksi representaatioiksi?

Vastaajilla on saattanut olla vaihtoehtoisesti mielikuva,

- a) jossa syrjäytymisvaarassa oleva nuori tietystä elämäntilanteesta, tietyn mielialan vallassa ja tietyn tyyppisessä sosiaalisessa kontekstissa kokeilee jotakin huumetta. Tällainen mielikuva voi sisältää seuraavia todellisuuden perustuvia, mutta vain osalle huumeiden käyttäjistä sopivia stereotyyppioita: moniongelmainen nuori aikuinen, jolla on alhainen koulutustaso, vähäinen sosiaalinen tukiverkosto (mm. ei raittiita ystäviä), mielenterveyden häiriöitä, traumaattisia kokemuksia huume maailmasta, kuten hyväksikäyttöä ja väkivaltaa, huumevelkoja, fyysisiä sairauksia, kuten hepatiitti ja asunnottomuutta. (Törmä ym. 2003, 26-36; Törmä & Huotari 2005).

tai mielikuva

- b) jossa keski-ikäinen ihminen saa sairaalaolosuhteissa lääkärin määräämänä samaa huumausaineksi luokiteltavaa ainetta kuin esimerkin a) nuori.

Edellä mainituissa mielikuvissa on kyse asiantuntijatiedon, kuten aineen farmakologisen ominaisuuden, sulauttamisesta osaksi vallitsevaa mielikuvaa, sosiaalista representaatiota huumeiden kokeilusta ja sen seurauksista. Tämän kaltainen mielikuvaero on saattanut vaikuttaa muun muassa lääkkeiden riippuvuusriskiä ja huumeiden riippuvuusriskiä koskeviin vastuseroihin.

Voidaan myös kysyä, erottivatko vastaajat heroïinin ja muut opiaatit toisistaan? Erontekoa puoltaa esimerkiksi Piispan ja kumppaneiden tulos, jonka mukaan peräti 40 prosenttia vuoden 2007 tutkimuksen vastaajista ei osannut luokitella Subutexiä miedoksi tai kovaksi huumeeksi ja vain 39 prosenttia arvioi Subutexin kovaksi huumeeksi. Sen sijaan heroïini luokitellaan lähes kaikissa vastauksissa (83 %) kovaksi huumeeksi. (Piispa ym. 2008, 19; Piispa 2005, 41–42).

Blomqvistin (2006, 11) alustavasta tutkimusanalyysistä käy ilmi, että ruotsalaisaineistossa vastaajien katsottiin arvottavan eri addiktiot niiden sosiaalisen vaarallisuuden mukaan, jolloin huumeet luokitellaan alkoholia vaarallisemmaksi. (Blomqvist 2006, 12.) Vastaavasti tupakkaongelmat arvioitiin sosiaalisesti riskiarviossa huomattavasti pienemmiksi kuin alkoholin ja pelaamisen ongelmat, mutta yksilöllisessä haittaskaalassa tupakan riskit arvioitiin paljon suuremmaksi kuin alkoholin tai pelaamisen riskit. Blomqvistin arvion mukaan tämä tulos viittaisi tupakan määrittämiseen enemmänkin yksilön tavaksi kuin yhteiskunnalliseksi moraaliseksi ongelmaksi. Näyttäisi siltä, että riskit arvioidaan enemmän tuttuuden ja vieraan asian mielikuvien perusteella kuin tietopohjaisesti. (Blomqvist 2006, 11.)

Myös suomalaisaineistossa on nähtävissä vastaajien tietoisuus tupakan riippuvuuspotentiaalista ja terveysvaaroista, josta osoituksena tupakan riippuvuusriski arvioitiin huumausaineiden jälkeen heti seuraavaksi suurimmaksi. Suomalaisaineistossa riskiä tulla alkoholiriippuvaiseksi pidettiin ruotsalaisaineistoon verrattuna hieman suurempana. Samoin kuin ruotsalaisaineistossa, vieraimmaksi katsottavien aineiden, kuten huumausaineiden riippuvuusriski määritettiin suurimmaksi.

Tulokset eri riippuvuusriskeistä ainetta tai toimintoa kokeiltaessa heijastelivat hyvin niitä todellisuuksia, joita tämän tutkimuksen luvuissa 2. ja 3. on käsitelty. Yhteiskunnallisen kontekstin merkitystä voidaan pohtia vertaamalla tämän tutkimuksen tuloksia esimerkiksi 1960-luvulla saatuihin tuloksiin eri päihteiden vaarallisuudesta Sverre Brun-Gulbrandsen tutkimuksessa (Brun-Gulbrandsen Sverre & Bergersen Lind 1970). Sen aikaisten tulosten mukaan LSD ja kannabis arvioitiin opiaatteihin kuuluvaa morfiinia vaarallisemmaksi (katso luku 3.).

7.3. Miten syyt ja vastuut eri riippuvuuksista jakautuvat yksilön ja hänen ympäristönsä välillä?

Kun jokin käyttäytyminen, kuten riippuvuus määritetään ongelmaksi, kysytään usein, kenen syytä se on ja kenelle kuuluu vastuu ongelman hoitamisesta. Ongelman määrittelyillä, olivat ne sitten tietoisia tai tiedostamattomia, on seurausta siihen, millaisia selviytymisstrategioita valitaan ja miten ongelmaa käsitellään eli miten ihmistä autetaan selviytymään ongelmistaan. (Palm 2004, 416, 418.)

Tässä luvussa tarkastellaan Brickmanin mallin avulla (Katso luku 4.3) kysymystä siitä, ketä pidetään vastuullisena riippuvuuden syntymisestä ja siitä irti pääsemisestä. Brickmanin mallissa riippuvuuden syyt ja riippuvuudesta toipumisen vastuut jaetaan neljään kategoriaan: moraaliseen malliin, valistusmalliin, kompensatoriseen eli korvaamismalliin ja lääketieteellisen malliin.

7.3.1. Riippuvuuden vastuun ja syyn jakautuminen Brickmanin mallin mukaan

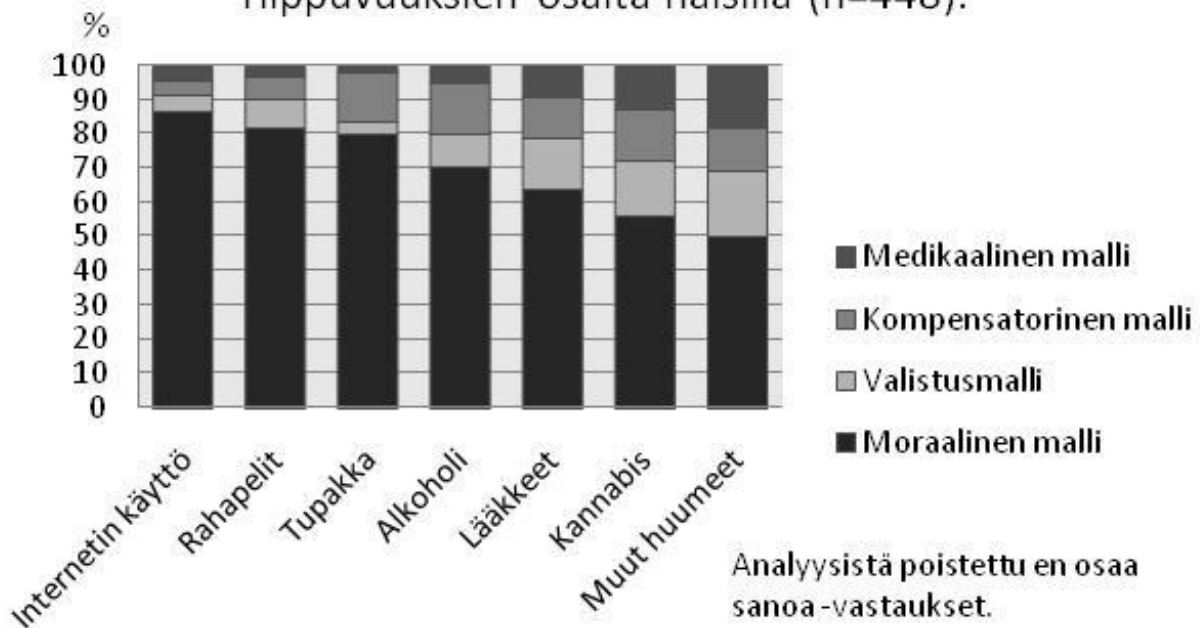
Brickmanin mallia sovellettiin tässä tutkimuksessa siten, että kysymys 2. ("Missä määrin seuraavat riippuvuudet mielestänne johtuvat henkilöstä itsestään ja missä määrin sellaisista ympäristötekijöistä ja olosuhteista, joihin ei itse voi vaikuttaa") sekä kysymys 3. ("Kenen vastuu on mielestänne huolehtia siitä, että väärinkäyttöön tai riippuvuuteen päätenyt henkilö voi päästä eroon ongelmastaan? Onko vastuu mielestänne yksilöllä itsellään vai yhteiskunnalla?") (Liite 1.) luokiteltiin uudelleen ja ristiintaulukoitiin. Uudelleen luokittelu toteutettiin siten, että Kysymysten 2. ja 3. (Liite 1.) vastausvaihtoehdot 1. ja 2. koodattiin ykköseksi ja 3. ja 4. kakkoseksi. Tämän koodauksen jälkeen eri riippuvuudet ristiintaulukoitiin kysymysten 2. ja 3. osalta ja tuotoksena saatiin Brickmanin nelikentän mukaiset prosenttiosuudet eri malleille ja riippuvuuksille (Taulukko 4.) Kunkin riippuvuuden prosenttiosuudet yhdistettiin sen jälkeen kuvioiksi 7. ja 8., joista voidaan nähdä naisten ja miesten kannatusluvut koskien neljää eri Brickmanin mallia suhteessa eri riippuvuuksiin.

Esimerkkinä ristiintaulukoiden (kuvio 7. ja 8. sekä taulukko 4.) tuloksista voidaan nostaa alkoholiriippuvuuden syntyminen ja riippuvuudesta irrottautuminen. Vastaaajista 73 prosenttia määritteli sekä alkoholiriippuvuuden syyn että vastuun ongelman voittamisesta olevan yksilöllä itsellään, mikä kuvastaa moraalisen mallin kannatusta. Niitä, jotka uskoivat riippuvuuden syyn olevan olosuhteissa, mutta vastuun eroon pääsemisestä yksilöllä oli 15 prosenttia (kompensatorinen malli). Valistusmallin mukaisesti vastanneita oli 8 prosenttia, eli alkoholiriippuvuuden syyn katsottiin olevan yksilöllä, mutta vastuu eroon pääsemisestä yhteiskunnalla. Medikaalisen mallin

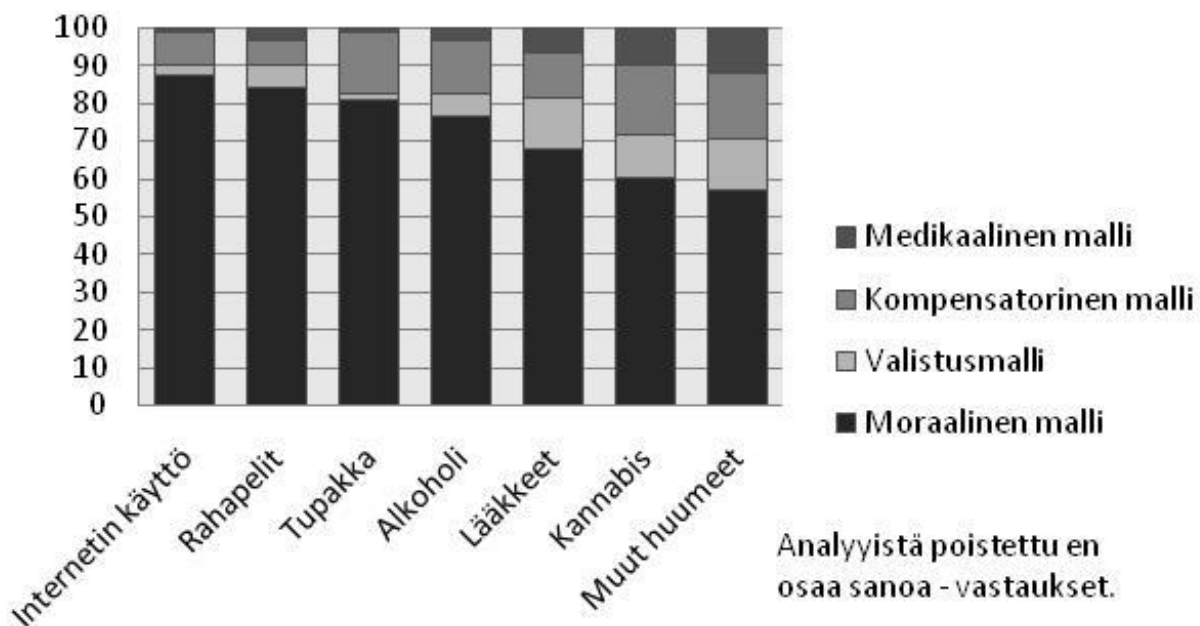
mukaisesti vastanneita oli selkeä vähemmistö, 4 prosenttia. He uskoivat sekä ongelman syyn, että siitä eroon pääsemisen olevan muiden kuin asianomaisen henkilön vastuulla.

Taulukko 4. Vastuun attributointi eri riippuvuusongelmista ja niiden ratkaisuksista			
		Oma vastuu ongelman ratkaisusta	
Oma vastuu ongelman synnystä	Eri aineet ja toiminnot	Suuri	Pieni
		Moraalinen malli	Valistusmalli
Suuri (yksilö vastuussa)	Alkoholi (n=713)	73 (517)	8 (60)
	Kannabis (n=634)	58 (365)	14 (90)
	Muut huumeet (n=632)	53 (333)	17 (107)
	Tupakka (n=711)	80 (571)	3 (21)
	Lääkkeet (n=678)	65 (442)	14 (96)
	Rahapelit (n=710)	83 (589)	7 (52)
	Internet (n=662)	87 (574)	4 (26)
			Kompensatorinen malli
Pieni (yhteiskunta / muut vastuussa)	Alkoholi	15 (105)	4 (35)
	Kannabis	16 (104)	12 (75)
	Muut huumeet	15 (93)	16 (99)
	Tupakka	15 (107)	2 (12)
	Lääkkeet	13 (85)	8 (55)
	Rahapelit	6 (45)	3 (24)
	Internet	6 (40)	3 (22)

Kuvio 7. Riippuvuutta ja toipumista koskevat vastuumallit (Brickman ym. 1982) eri riippuvuuksien osalta naisilla (n=448).



Kuvio 8. Riippuvuutta ja toipumista koskevat vastuumallit (Brickman ym. 1982) eri riippuvuuksien osalta miehillä (n=282).



Kaikkien riippuvuuksien osalta kuvioista 7. ja 8. sekä taulukosta 4. on nähtävissä, että *moraalinen malli* sai kaikkien riippuvuuksien osalta vähintään puolet kannatuksesta. Eniten moraalista mallia kannatettiin koskien sellaisia riippuvuuksia, jotka olivat laillisia toimintoja, reseptivapaita tai joista eroon pääsy ilman hoitoa katsottiin muita riippuvuuksia helpommaksi (kuvio 9.). Tällaisia riippuvuuksia olivat rahapeli- ja Internetriippuvuudet sekä tupakkariippuvuus. Ne riippuvuudet, joiden koettiin olevan vieraita, laittomia tai sosiaalisesti ja yhteiskunnallisesti uhkaavia, saivat vähiten moraalisen mallin kannatusta. Tällaisia riippuvuuksia olivat eri huumeriippuvuudet (amfetamiini, opiaatti- ja kannabisriippuvuus). Puolittain hyväksytyt aineet, kuten alkoholi ja lääkkeet jäivät moraalisen mallin kannatuksen osalta keskivaiheille.

Valistusmallia, jossa riippuvuuden syntyminen nähdään yksilön syynä, mutta riippuvuudesta toipuminen häntä suurempaa voimaa, kuten Jumalaa tai AA:ta kaipaavaksi asiaksi, kannatettiin huume- ja lääkeriippuvuuksissa (kuviot 7. ja 8 sekä taulukko 4.). Vähiten valistusmallia kannatettiin tupakointiin liittyen. Vaikka itseapuryhmien suosio erilaisten vaivojen hallitsemiseksi on yleistä, jäi valistusmallin kannatus siitä huolimatta pieneksi. Brickmanin mukaan juuri itseapuryhmät, kuten päihderiippuvuuteen tarkoitettut AA eli Anonyymit Alkoholistit ja NA eli Anonyymit narkomaanit sekä muut vuorovaikutteiset ryhmät ovat valistusmallin prototyyppisiä.

Kompensatorinen eli korvaamismalli, jossa riippuvuus nähdään yhteiskunnan tai olosuhteiden syynä, mutta jossa yksilöllä on keskeinen rooli ongelman ratkaisemisessa, sai noin 15 prosentin kannatuksen lähes kaikilla eri riippuvuuksilla lukuun ottamatta rahapeli- ja Internetriippuvuuksia, joiden osalta kompensatorisen mallin kannatus jäi pienemmäksi noin 6 prosentin osuuksilla (kuviot 7. ja 8. sekä taulukko 4.).

Medikaalinen eli lääketieteellinen malli sai eniten kannatusta huumeriippuvuuden osalta 12-16 prosentin osuuksilla. Toiseksi eniten kannatusta tämän mallin osalta sai lääkeriippuvuus 8 prosentin osuudella. Vähiten medikaalista mallia kannatettiin tupakkariippuvuuden suhteen. Muiden riippuvuuksien osalta lääketieteellisen mallin kannatus jäi 2-4 prosentin välille (kuviot 7. ja 8. sekä taulukko 4.).

Koska Brickmanin mallissa vastaukset on jouduttu uudelleen luokittelemaan ja siten osa alkuperäisen aineistosta tiedoista jäi uupumaan, voi kysymyksen 2. ja 3. tuloksia tarkastella liitteestä 10 ja 11.

Syy ja vastuu taustamuuttujien valossa

Sukupuolen vaikutusta testattiin Mann-Whitney:n U-testillä. Sukupuoli ei tuottanut tilastollisesti merkitsevää eroa sen suhteen, miten vastaajat määrittivät riippuvuuden syyn (henkilön itsensä tai ympäristötekijöiden ja olosuhteiden syyksi) (kysymys 2., Liite 1.). Sen sijaan riippuvuudesta eroon pääsyn vastuuta koskeva kysymys 3 (Liite 1.) jakoi vastauksia sukupuolen mukaan. Keskiarvovertailulla tarkasteltuna naiset olivat miehiä voimakkaammin sitä mieltä, että riippuvuudesta eroon pääsy on myös yhteiskunnan vastuulla. Tarkemmin tuloksia voi tarkastella liitteestä 6.

Brickmanin mallin avulla tarkasteltuna sukupuolten välinen ero oli havaittavissa selkeimmin muita huumeriippuvuuksia koskevissa vastauksissa: naiset kannattivat miehiä hieman enemmän valistusmallia ja medikaalista mallia ja vastaavasti miehiä vähemmän moraalista mallia ja kompensatorista mallia (kuviot 7. ja 8.). Tulos kuvastaa jossain määrin sukupuolten välistä roolijakoa. Naiset kallistuvat hoivaamaan ja ottamaan vastuuta muiden huolista, miehet odottavat yksilön hoitavan omat asiansa tai pyytävän tarvittaessa apua kiperiin tilanteisiin.

Iällä oli vaikutusta joidenkin riippuvuuksien syytä (kysymys 2. liite 1.) koskeviin vastauksiin. Erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä koskien tupakkaa ($\chi^2(15)=41.7$, $p=.000$), merkitseviä koskien alkoholia ($\chi^2(15)=37.7$, $p=.001$) ja melkein merkitseviä koskien kannabistuotteita ($\chi^2(15)=30.0$, $p=.012$) ja muita huumeita ($\chi^2(15)=27.1$, $p=.028$). 26–35-vuotiaat arvioivat tupakkariippuvuuden, kannabistriippuvuuden ja ”muu huume” -riippuvuuden muita ikäryhmiä harvemmin täysin henkilöstä itsestään johtuvaksi.

Iällä näyttäisi olevan vaikutusta myös riippuvuudesta irtautumisen vastuuta koskeviin vastauksiin (kysymys 3. liite 1.). Tilastollisten erojen tarkastelemisen mahdollistamiseksi suoritettiin uudelleen luokittelu siten, että ”enemmän yhteiskunnan kuin yksilön vastuulla” ja ”täysin yhteiskunnan vastuulla” vastausvaihtoehdot yhdistettiin, jolloin tarkasteluun jäi kolme luokkaa. Tuloksena saatiin erittäin merkitsevät erot koskien tupakkariippuvuudesta ($\chi^2(10)=35.6$, $p=.000$), lääkeriippuvuudesta ($\chi^2(10)=65.5$, $p=.000$), rahapeli-riippuvuudesta ($\chi^2(10)=50.7$, $p=.000$) ja Internetriippuvuudesta ($\chi^2(10)=31.8$, $p=.000$) eroon pääsyn vastuuta. Lisäksi erot olivat merkitseviä koskien alkoholiriippuvuutta ($\chi^2(10)=29.3$, $p=.001$), kannabistriippuvuutta ($\chi^2(10)=22.2$, $p=.014$) ja ”muu huume” -riippuvuutta ($\chi^2(10)=28.8$, $p=.001$). Käytännössä nuorin ikäryhmä vastuutti hieman muita enemmän yhteiskuntaa alkoholi-, tupakka-, lääke-, rahapeli- ja Internetriippuvuuksista eroon

pääsyssä. Tarkemmin iän vaikutusta riippuvuudesta eroon pääsyn vastuun attributointiin voi tarkastella liitteestä 7.

7.3.2. Riippuvuuden syytä ja vastuuta koskevien tulosten tarkastelua

Ihmisiä pidettiin pääasiallisesti itse syllisinä riippuvuuden syntyyn ja vastuullisina riippuvuudesta irtautumisesta. Vastauksissa oli nähtävissä eroja eri riippuvuuksien osalta siten, että huumeriippuvuuden syy ja siitä toipuminen koettiin olevan enemmän yhteiskunnan vastuulla verrattuna esimerkiksi tupakkariippuvuuteen. Näyttäisi myös siltä, että mitä sosiaalisesti rankemmasta ongelmasta on kysymys, sitä vähemmän vastaajat valtuuttivat yksilöä ongelman syntymisestä ja ongelman ratkaisemisesta.

Naiset ja miehet erosivat vain vähän eri Brickmanin mallien kannatuksen osalta. Muiden huumeiden osalta naiset kannattivat miehiä hieman vähemmän moraalista mallia ja enemmän valistusmallia sekä medikaalista mallia. Myös muiden riippuvuuksien suhteen tulokset olivat samansuuntaisia, joskin vähäisiä. Nuoret peräänkuuluttivat muita ikäryhmiä enemmän yhteiskunnan vastuuta sekä riippuvuuksien synnyn että niistä eroon pääsyn suhteen. Kokonaisuudessaan tulokset osoittavat, ettei riippuvuuksia voida irrottaa yhteyksistään, vaan ne elävät osana yhteiskunnallista todellisuutta faktoina ja mielikuvien muodossa.

Moraalisen mallin hallitsevuudesta huolimatta mitä sosiaalisesti ja yhteiskunnallisesti pelottavammasta riippuvuudesta (muun muassa huumeriippuvuus) oli kyse, sitä enemmän vastaajat kallistuivat myös kannattamaan muita Brickmanin malleja. Tämä on nähtävissä siten, että mitä rankempana ongelmaa pidettiin sosiaalisesti, sitä vähemmän ihmistä syytettiin ongelman aiheuttamisesta.

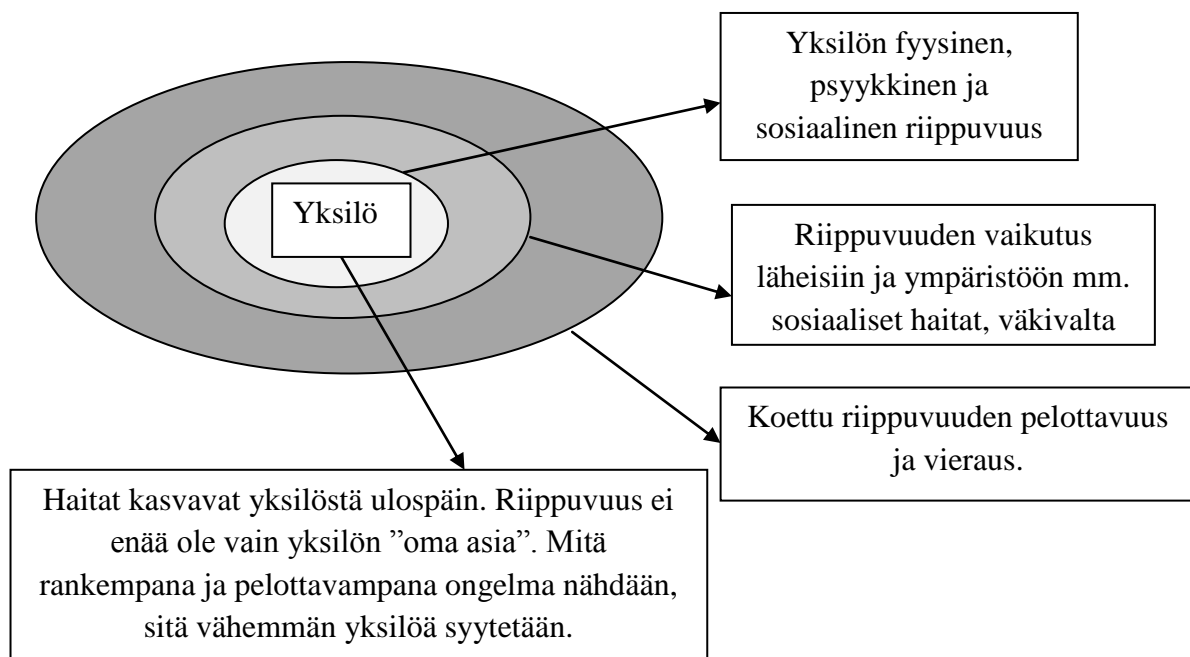
Ruotsalaisessa aineistosta vain alle 10 prosenttia ja suomalaisaineiston vastaajista noin 5 prosenttia koki lääketieteellisen mallin soveltuvaksi alkoholiongelmiin. Blomqvistin (2006) mukaan syynä tähän voidaan nähdä muun muassa se, että sairaususkomus on lähtöisin AA-liikkeestä, jossa sairautta ei ole pidetty medikaalisena ongelmana kuten ei riippuvuuden hoitoakaan. Toisen käsityksen mukaan sairaus-käsite on niin epäselvä, että se voi mielikuvissa tarkoittaa oikeastaan mitä tahansa (Palm, 2004).

Huumeongelmien osalta kannatettiin vähiten moraalista mallia. Mahdollinen syy tähän voi olla ”yhteinen taistelu” suomalaisen yhteiskunnan ulkopuolelta tulevaa uhkaa vastaan. Huumeongelman voidaan ajatella olevan myös alkoholiongelmaa enemmän marginaalisen ryhmän ongelma ja

kuuluvan alemman sosiaaliluokan vitsauksiin verrattuna alkoholiin, jota käyttää 90 prosenttia aikuisista. Tämä ajattelutapa voi lisätä huumeongelman näkemistä alkoholiongelmaksi enemmän sosiaalisena ongelmana, johon myös yhteiskunnallisesti tulee puuttua. (Palm. 2004, 429.)

Holmilan (2002) tutkimustulos tuki tämän tutkimuksen tuloksia alkoholin ja huumeiden käytön vastuunäkemyksen eroista. Holmilan mukaan vastuuta huumeongelmien ehkäisystä annettiin alkoholia vähemmän yksilölle, sen sijaan vastuuta säilytettiin enemmän kuntien työntekijöille ja valtiolle (Holmila 2002, 218.).

Eri riippuvuuksilla nähtiin olevan eriasteisia ongelmakokonaisuuksia, jotka on tiivistetty kuvaksi I. Voidaankin esimerkiksi kysyä, onko huumeongelma koko yhteiskunnan hyvinvointia uhkaavana tekijänä toisella tapaa kuin tupakointi, joka nähdään pääasiassa yksilön omana asiana niin aloittamisen syiden kuin riippuvuudesta toipumisenkin osalta?



Kuva I. Riippuvuusongelman taakka.

7.4. Miten yksilön uskotaan selviävän eri riippuvuuksista ilman hoitoa ja hoidon avulla?

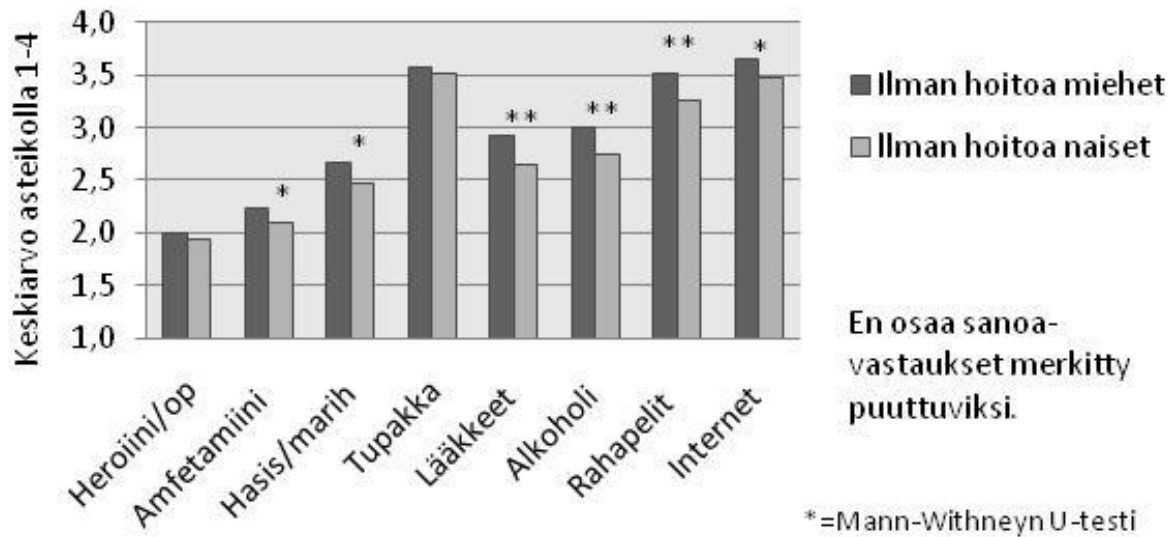
Tässä luvussa tarkastellaan kansalaisten käsityksiä eri riippuvuuksista irtautumisen mahdollisuuksista hoidolla ja ilman hoitoa. Sen lisäksi, että riippuvuudet itsessään ovat erilaisia, riippuvuudet eroavat toisistaan myös hoidon ja hoitopalveluiden näkökulmasta. Esimerkiksi alkoholiriippuvuuden hoitopalveluiden olemassaolon voidaan olettaa olevan jokseenkin tunnettua, mutta esimerkiksi peli- tai tupakkariippuvuuden osalta tietoisuus hoitopalveluista saattaa kansalaisille näyttäytyä vieraampana.

7.4.1. Toipumisen mahdollisuus hoidolla ja ilman hoitoa

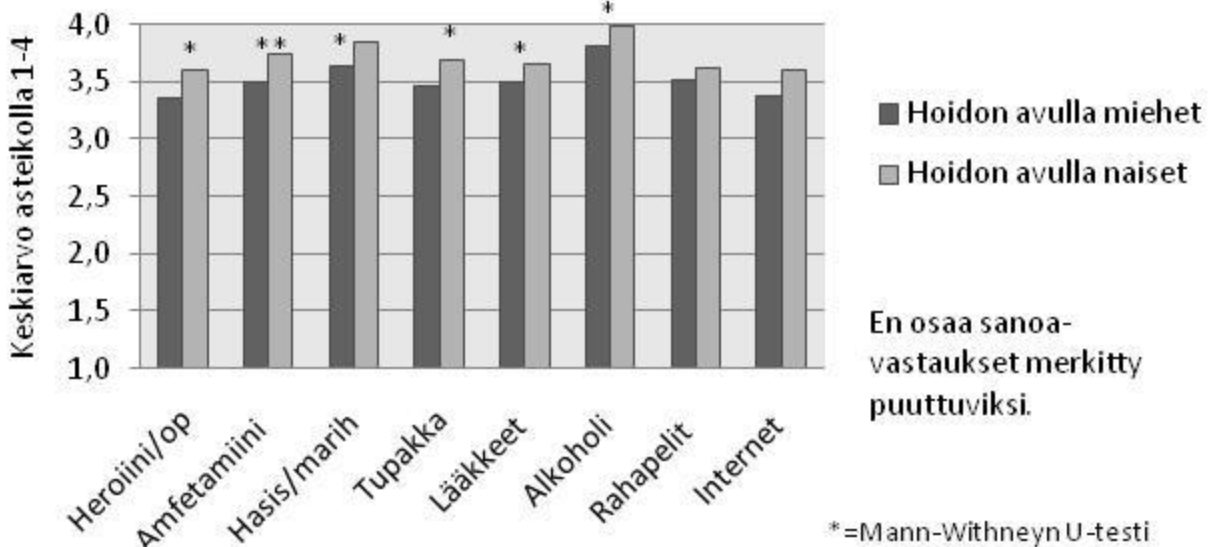
Kyselyssä selvitettiin kansalaisten näkemyksiä siitä, miten vaikeaa eri riippuvuuksista on päästä eroon ilman hoitoa (kuvio 9.) ja hoidon avulla (kuvio 10.) (kysymykset 5. ja 6. liitteessä 1.). Kuvioista 9. on nähtävissä, että ilman hoitoa riippuvuuksista eroon pääseminen nähtiin vaihtelevan sen mukaan, mistä riippuvuudesta on kyse. Sen sijaan hoito näyttäisi kuvion 10. mukaan tasaavan eri riippuvuuksista eroon pääsyn mahdollisuuksia. Hoidon avulla eroon pääsyn mahdollisuutta koskevien vastausten keskiarvot olivatkin opiaattien kuten heroiinin osalta 3.5, amfetamiini, tupakka, lääkkeet ja rahapelit saivat saman keskiarvon (3.6), kannabis sai keskiarvoksi 3.7 ja alkoholi 3.9.

”Ei suuri eikä pieni” mahdollisuus päästä eroon riippuvuudesta – vastauksia oli yli neljäsosa vastauksista koskien alkoholia, tupakkaa, lääkkeitä, rahapeliä ja Internetiä. Tämä kuvastaa vastaajien jonkin asteista neutraalia suhtautumista näihin riippuvuuksiin. Voidaankin tulkita, että tutuimmat riippuvuuden muodot tuovat mahdollisesti moniulotteisempia mielikuvia ihmisten mieliin kuin vieraat, jolloin ”ei suuri eikä pieni” vastaus saattaa pitää sisällään ajatuksen ”riippuu ihmisestä” tai ”riippuu tilanteesta”.

Kuvio 9. Naisten (n=433) ja miesten (n=274) arviot riippuvuudesta eroon pääsemisen mahdollisuudesta ilman hoitoa.



Kuvio 10. Naisten (n=420) ja miesten (n=266) arviot riippuvuudesta eroon pääsemisen mahdollisuudesta hoidon avulla.



Ilman hoitoa riippuvuuksista eroon pääsemisen mahdollisuus jakautui selkeästi vastaajien mielissä siten, että laittomista aineista oli vastaajien mukaan huomattavasti hankalampi päästä eroon verrattuna laillisiin toimintoihin, kuten tupakkariippuvuuteen. *Huumeiden* riippuvuuskäytöstä toipumisen mahdollisuutta ilman hoitoa pidettiin pienenä, vähäisin spontaanin toipumisen mahdollisuus uskottiin olevan heroiiniriippuvaisilla (kuvio 9.). Amfetamiiniriippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuus sijoitettiin heroiini- ja kannabisriippuvuuksien väliin.

Merkittävää oli, että huumeriippuvuuksien osalta hoidon (kuvio 10.) tuloksellisuudelle annettiin suuri painoarvo verrattuna riippuvaisen mahdollisuuksiin toipua itse, ilman hoitoa. Esimerkiksi heroiiniriippuvuuden osalta mahdollisuus irti pääsemiseen kasvoi keskiarvoltaan kahdesta kolmeen ja puoleen asteikolla 1-4.

Tupakointi nousi kuvion 9. pylväiköstä selkeästi esille muista riippuvuuksista. Ilman hoitoa nikotiiniriippuvuudesta irrottautumista pidettiin yhtä helppona kuin Internetriippuvuudesta eroon pääsyä ja siten paljon helpompana kuin lääkkeitä, alkoholistä ja rahapeliiriippuvuudesta eroon pääsemistä. Hoidosta ei vastausten perusteella näyttäisi olevan juuri lainkaan apua nikotiiniriippuvuudesta irrottautumisessa. Hoidon avulla irrottautuminen näyttäytyi miesten mielestä jopa pienempänä mahdollisuutena kuin ilman hoitoa (kuvio 10.) irrottautuminen.

Lääkkeistä ja alkoholista eroon pääsy ilman hoitoa arveltiin lähes yhtä vaikeaksi (kuvio 9.). Hoito näytti lisäävän vastaajien mielissä erityisesti alkoholiriippuvuudesta eroon pääsyä, lääkeriippuvuuden osalta hoidolla ei näyttäisi olevan aivan yhtä suurta merkitystä (kuvio 10.). Tämä ero saattaa kuvastaa esimerkiksi sitä, ettei lääkeriippuvuuksien hoitomuodoista ja tarjonnasta ole käyty yhteiskunnallista keskustelua yhtä äänekkäästi kuin alkoholihoidoista. Näin ollen lääkeriippuvuuden hoitoja tunnetaan mahdollisesti alkoholiriippuvuushoitoja vähemmän.

Rahapeli- ja erityisesti *Internetriippuvuudesta* eroon pääsyä ilman hoitoa pidettiin muita riippuvuuksia helpoimpina (kuvio 9.). Hoidoista ei juurikaan uskottu olevan hyötyä kyseisistä riippuvuuksista selviytymisessä. Peliriippuvuuksien osalta vastaajat ja erityisesti miehet arvioivat toipumisen jopa helpommaksi ilman hoitoa (kuvio 9.) kuin hoidon avulla (kuvio 10.). Kyseisten toimintojen hoitomuodot eivät mahdollisesti ole vastaajille tuttuja, eikä riippuvuuksia mielletä niin tuhoisiksi kuin esimerkiksi huumeriippuvuutta.

Toipuminen taustamuuttujien valossa

Naiset olivat *miehiä* pessimistisempiä, kun kyseessä oli ilman hoitoa riippuvuuksista eroon pääsy. Sen sijaan naiset uskoivat miehiä enemmän hoidon mahdollisuuksiin auttaa riippuvuuksista eroon pääsyssä.

Sukupuolten välillä oli Mann-Whitney:n U-testillä tarkasteltuna tilastollisesti merkitseviä eroja koskien riippuvuudesta eroon pääsyä ilman hoitoa. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä koskien alkoholi- (U=50803, p=.004), lääke- (U=43305.5, p=.001) ja rahapeliriippuvuuksia (U=43446, p=.001) ja melkein merkitseviä koskien kannabis- (U=41154.5, p= .041), amfetamiini- (U=40234.5, p= .028) ja Internetriippuvuutta (U=40244.5, p= .023). Merkitsevyydet on merkitty tähdillä kuvioon 9.

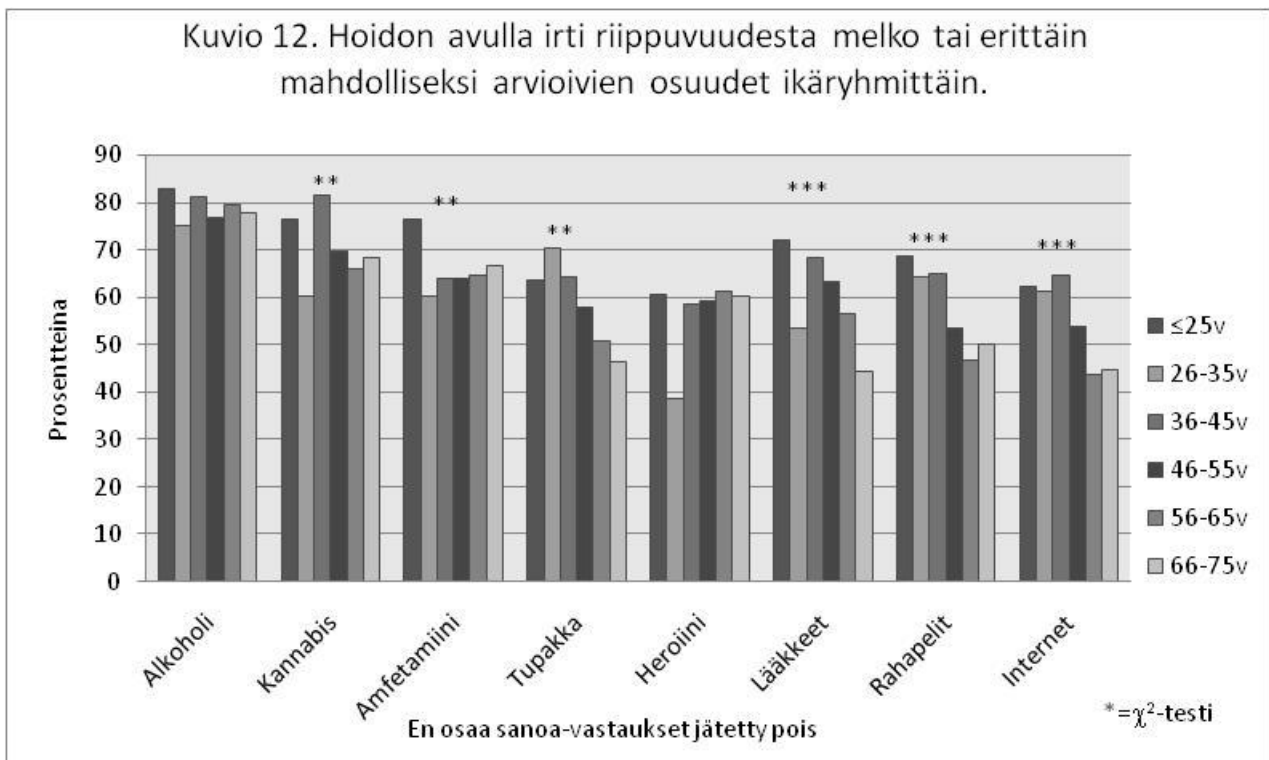
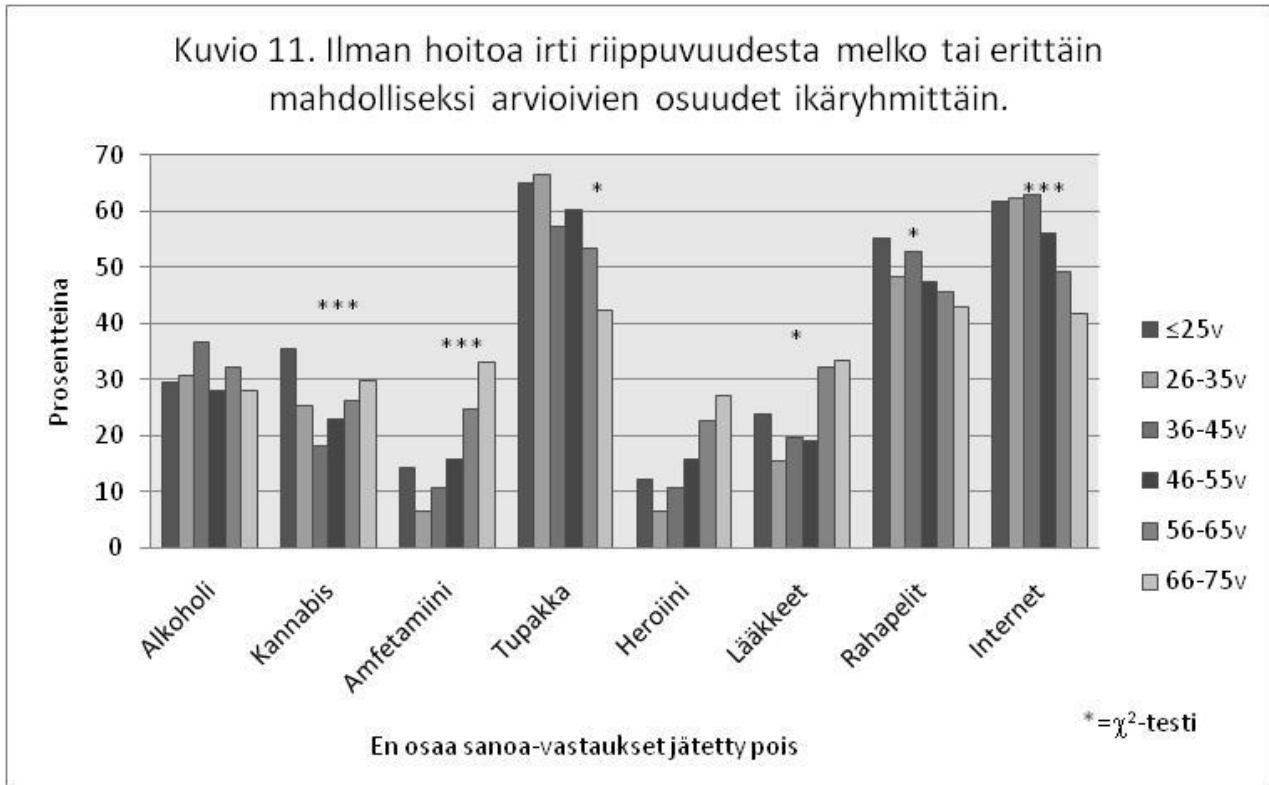
Sukupuoli vaikutti tilastollisesti merkitsevästi myös arvioon hoidon avulla riippuvuudesta eroon pääsystä. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä koskien amfetamiiniriippuvuutta (U= 36637.5, p=.007) ja tilastollisesti melkein merkitsevä koskien kannabis- (U= 37577, p=.011), alkoholi- (U= 50593, p=.049), tupakka- (U= 47546.5, p=.047), heroini- (U= 37807.5, p=.028) ja lääkeriippuvuuksia (U= 43500, p=.044). Merkitsevyydet on merkitty tähdillä kuvioon 10.

Naisten ja miesten yhteiskunnalliset roolit näkyvät näissä vastauksissa ”miehekkäinä” ja ”naisellisina”. Naiset uskovat avun ja hoidon olevan tuloksellista, sen sijaan miehet peräänkuuluttavat itsenäistä selviytymistä. Erot olivat tilastollisesti kuitenkin merkitseviä vain joidenkin riippuvuuksien kohdalla eivätkä erot olleet kovin suuria.

Ikä vaikutti arvioon siitä, miten ihmiset pääsevät eroon eri riippuvuuksista ilman hoitoa (kuvio 11, lomakkeen kysymys 5., liite 1.). Nuorimmat ikäryhmät ja erityisesti 26–35-vuotiaat suhtautuivat vanhempia pessimistisemmin amfetamiini- ($\chi^2(20)=62.1$, p=.000) ja heroiniiriippuvuuksista ($\chi^2(20)=44.1$, p=.001) eroon pääsyn mahdollisuuksiin ilman hoitoa. Heroiniiriippuvuuden osalta tilastollinen merkitsevyys jäi kuitenkin epävarmaksi, sillä solufrekvenssit jäivät liian pieniksi (30 %:ssa oli vähemmän kuin 5 vastaajaa). Myös lääkeriippuvuudesta irtautumisen osalta 26–35-vuotiaat suhtautuivat ilman hoitoa eroon pääsyyn muita ikäryhmiä pessimistisemmin ($\chi^2(20)=35.4$, p=.018).

Kannabisriippuvuudesta ilman hoitoa eroon pääsyyn suhtautuivat pessimistisimmin 36–45-vuotiaat, joista melko tai erittäin suureksi mahdollisuudeksi irrottautumisen arvioi 18 prosenttia, kun muiden ikäryhmien keskiarvoksi tuli 28 prosenttia ($\chi^2(20)=52.4$, p=.000).

Ikäryhmien vastakkainen näkemys ilman hoitoa irti riippuvuudesta melko tai erittäin mahdollisuuksista voitiin havaita tupakan ($\chi^2(20)=35.1$, $p=.020$), rahapelien ($\chi^2(20)=37.1$, $p=.011$) ja Internetin ($\chi^2(20)=49.8$, $p=.000$) osalta: nuoret uskoivat vanhempia useammin melko tai erittäin suureen mahdollisuuteen päästä eroon kyseisistä riippuvuuksista (kuvio 11.).



Ikä vaikutti myös **hoidon avulla** joistakin riippuvuuksista eroon pääsyn arviointiin (kuvio 12., kysymys 6, liite 1). Erot ikäryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä kannabis- ($\chi^2(10)=26.9$, $p=.003$), amfetamiini- ($\chi^2(10)=26.6$, $p=.003$) ja lääkeriippuvuudesta ($\chi^2(10)=34.8$, $p=.000$) hoidon avulla irtautumisen suhteen (kuvio 12.). Khi-testit toteutettiin uudelleenluokitelluilla muuttujilla, joissa vaihtoehdot 1. ja 2. oli yhdistetty, samoin 3. ja 4. (Kysymys 6., liite 1.) Rahapeliriippuvuuden ($\chi^2(20)=69,1$, $p=.000$) ja Internetriippuvuuden ($\chi^2(20)=48.0$, $p=.000$) osalta ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ja näyttäisi, että yli 46-vuotiaat suhtautuivat epäilevimmin hoidon tehoon auttaa irti riippuvuuksista. Kuvio 12.

7.4.2. Riippuvuudesta irtautumista koskevien tulosten tarkastelua

Vastaajien arviot riippuvuuksista eroon pääsystä ilman hoitoa vaihtelivat sen mukaan, mistä riippuvuudesta oli kyse. Riippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuus näyttäytyi pienimpänä heroiniiriippuvuuden osalta ja suurimpana tupakkariippuvuuden osalta. Hoidon uskottiin tasaavan eri riippuvuuksia voittamisen mahdollisuuksia siten, että erityisesti huumeriippuvuushoitojen uskottiin tuovan apua huumeista irrottautumisessa. Tupakka- ja Internetriippuvuuksista eroon pääsyä pidettiin yhtä mahdollisena hoidon avulla ja ilman hoitoa. Alkoholiriippuvuudesta irtautuminen hoidon avulla nousi muita riippuvuuksia mahdollisemmaksi (Kuvio 10).

Sukupuolten välillä oli eroa riippuvuuden voittamista koskevissa arvioissa arvioissa. Naiset olivat miehiä pessimistisempiä ilman hoitoa eroon pääsyn suhteen, mutta uskoivat miehiä enemmän hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti riippuvuuksista.

Ikäryhmien välillä oli eroa arvioissa, jotka koskivat eri riippuvuuksista eroon pääsyä hoidon avulla ja ilman. Toisen huumeaallon harjalla nuoruuttaan eläneet 26–35-vuotiaat arvioivat huumeriippuvuuksista eroon pääsyn muita ikäryhmiä harvemmin melko tai erittäin suurena mahdollisuutena oli kyse sitten irrottautumisesta ilman hoitoa tai hoidon avulla. Toisaalta nuoremmat ikäryhmät arvioivat rahapeli-, Internet- ja tupakkariippuvuuksista eroon pääsyn vanhempia ikäryhmiä useammin melko tai erittäin suurena mahdollisuutena oli kyse sitten toipumisesta ilman hoitoa tai hoidon avulla.

Kuvioissa 9. ja 10. irrottautumisen mahdollisuudet on kirjattu tarkastelun helpottamiseksi samassa järjestyksessä kuin riippuvuusriskin arvio kuviossa 6. Kuvioita 6. ja 9. verrattaessa voidaan havaita, että kuviossa 6. (Katso luku 7.2.1.) Riski tulla riippuvaiseksi ainetta tai toimintoa kokeiltaessa) tulospylväät laskevat samassa järjestyksessä ja suurin piirtein samalla intensiteetillä kuin kuvion 9.

pylväät nousevat. Eroon pääsyn mahdollisuutta pidettiin siis sitä pienempänä, mitä suuremmaksi riippuvuusriski ainetta tai toimintoa kokeiltaessa arvioitiin. Selkeänä poikkeuksena esille nousi kuitenkin tupakkariippuvuus (tupakointi), jonka riippuvuusriski ainetta kokeiltaessa nähtiin korkeana suhteessa muihin riippuvuuksiin. Tupakkariippuvuus sijoitettiin heti huumeiden jälkeen suurimmaksi riskiksi (kuvio 6.) siitä huolimatta, että vastaajat näkivät irti pääsyn ilman apua kohtuullisen helppona.

Kokonaisuudessaan suomalaiset, kuten myös ruotsalaiset (Blomqvist 2006, 20) vastaajat osoittivat *luottavansa hoidon mahdollisuuteen auttaa* eri riippuvuuksista kärsiviä. Blomqvist (2006, 18) tulkitsi oman aineistonsa tuloksia siten, että ruotsalaiset arvostavat edelleen terveydenhuoltojärjestelmää, mikä sinällään voi kertoa luottamuksesta avun saamiseen ja hyvinvointivaltion rakenteiden olemassaoloon. Mikäli tyytyväisyys terveydenhuollon palveluihin nostetaan selittäväksi muuttujaksi, voidaan todeta, että suomalaisten tulokset ovat samansuuntaisia. Suomalaisista 78 prosenttia oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä terveydenhuoltopalveluihin, ruotsalaisten vastaavan luvun jäädessä 46 prosenttiin (Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin 2001).

Voidaan pohtia, onko *riippuvuushoitojen tarjonnalla, tunnettavuudella ja perinteiden tuntemuksella* olla vaikutusta hoidon tuloksellisuuteen luottamiseen. Esimerkiksi suomalaisaineistossa tupakkariippuvuus ja Internetriippuvuus näyttäytyivät pulmina, joihin hoidolla ei juurikaan uskottu voivan vaikuttaa. Tämä saattaa kuvastaa sitä, ettei näitä riippuvuuksia pidetä niin vaikeina (ja) tai sitä, ettei vastaajilla ole ollut mielikuvaa siitä, mitä näiden riippuvuuksien hoitaminen käytännössä olisi. Sen sijaan esimerkiksi alkoholistien hoitaminen A-klinikalla tai huumeiden käyttäjien hoito huumeiklinikalla saattoi monille vastaajista olla jollain tapaa tuttu mielikuva. Blomqvistin (2006, 15) tutkimuksessa tulokset näyttäytyivät samansuuntaisina: muiden kuin tupakkariippuvuusongelmien osalta "itsemuutosta" pidettiin suhteellisen pienenä tai pienenä. Blomqvistin arvion mukaan Ruotsissa alkoholistien hoitamiseksi on rakennettu hoitojärjestelmä, sitä vastoin tupakasta irrottautumiseen ei, jolloin omin avuin irrottautumista pidettiin luonnollisena.

Vieraus ja vaarallisuus näyttivät Blomqvistin analyysin mukaan vähentävän todennäköisyyttä "itsemuutokseen". Käytännössä ihmiset olivat optimistisempia ihmisen oman toipumisen mahdollisuudesta "tuttujen" aineiden, kuten tupakan ja nuuskan suhteen, kun taas erittäin pessimistisiä suhteessa laittomista huumeista eroon pääsemisen suhteen. Pelaaminen, alkoholin ja kannabiksen käyttö jäivät tässä suhteessa keskitasolle. (Blomqvist 2006, 20.) Esimerkiksi heroinisteilla ei ruotsalaisaineistossa nähty olevan juurikaan mahdollisuuksia itsemuutokseen

verrattuna nuuskaajien itsemuutoksen mahdollisuuteen (75 prosenttia). Vieraus ja vaarallisuusajattelu selittää kuitenkin vain osan todellisuudesta, sillä suomalaisaineistossa tutuimmaksi ikäryhmän perusteella huumeongelman arvioivat (26–35-vuotiaat) suhtautuivat pessimistisemmin huumeriippuvaisten mahdollisuuteen toipua riippuvuudesta verrattuna muihin ikäryhmiin.

Eri riippuvuudet vaikuttavat eri tavoin ihmisten *sosiaaliseen ympäristöön ja elinolosuhteisiin*. Koski-Jännes kuvaa biopsykososiaalisessa mallissaan riippuvuuden ulointa kehää ulkoiseksi olosuhteeksi. Hänen mukaansa esimerkiksi tupakointi voi voimakkaasta riippuvuudesta tai liiallisesta himosta (*excessive appetites*) huolimatta olla asia, jonka ympärille yksilön ei tarvitse luoda voimakkaita defensiivisiä struktuureja. Mikäli tällaisia riippuvuutta ylläpitäviä struktuureja ei ole, ei kognitiiviseen uudelleenstruktuurointiin tarvitse käyttää niin paljon voimavaroja ja irrottautuminen on helpompaa. Myös ne ihmiset, joilla sosiaaliset olosuhteet tukevat muutosta, pääsevät helpommin irti riippuvuudesta, sillä elämänmuutokseen sopeutuminen ei ole niin suuri, kuin sellaisilla, joilla elämänmuutos koskee totaalidemmin sosiaalisia olosuhteita. (Koski-Jännes 2004, 60; katso myös luku 2.5.) Tällainen selitysmalli sopii hyvin kuvaamaan ihmisten sosiaalisia representaatioita tupakoinnista verrattuna esimerkiksi huumeriippuvuuden sosiaalisen representaatioon, jossa riippuvuusongelma nähdään kokonaisvaltaisena elämähallinnan menettämisenä ja kurjistuneena arkena.

Uskomalla siihen, ettei huumeiden käytöstä voi luopua omin voimin, saatetaan myös vaikuttaa siihen, että irrottautuminen todellisuudessa on niin vaikeaa: ”Päihteistä on seurauksia sen mukaan mitä merkityksiä niille annetaan” (Christie & Bruun 1986, 72).

7.5. Miten vakavina eri riippuvuudet näyttäytyvät suhteessa toisiinsa ja muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin?

Kansalaiset ovat huolissaan yhteiskuntamme tilasta monella tapaa. Tässä luvussa on kuvattu riippuvuusongelmien suhdetta toisiinsa ja muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin sekä peilattu riippuvuusongelmien vakavuutta niiden tämän hetkiseen yhteiskunnalliseen asemaan.

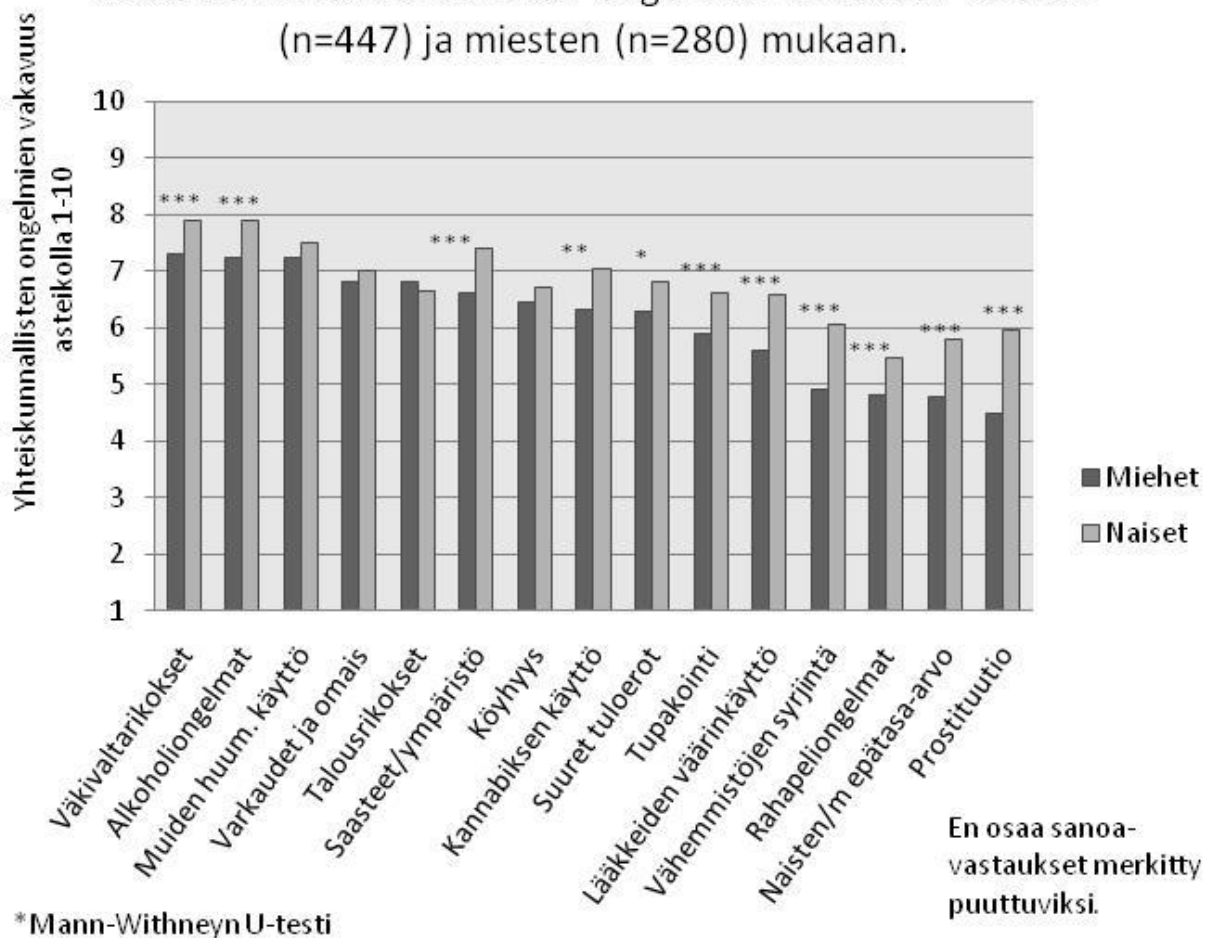
7.5.1. Mikä yhteiskunnassa huolestuttaa?

Tässä luvussa käsitellään kansalaisten näkemyksiä yhteiskunnallisten ongelmien vakavuudesta kysymyksen 28. (liite 1.) avulla ("Kuinka vakavina pidätte seuraavia yhteiskunnallisia ongelmia Suomessa nykyisin?"). Ongelmien vakavuutta arvioitiin asteikolla yhdestä kymmeneen (1=eiollenkaan vakava, 10 = erittäin vakava).

Riippuvuusongelmat sijoittuvat vakavuudeltaan limittäin muiden yhteiskunnallisten ongelmien kanssa (kuvio 13.). Sukupuolten välinen ero oli usean eri ongelman osalta tilastollisesti erittäin merkitsevä ja ongelmat priorisoitiin naisten ja miesten vastauksissa eri tavoin. Kuvio 13. on laadittu miesten vastausten mukaan vakavuusjärjestyksessä. Tarkemmin tilastolliset tunnusluvut on nähtävissä liitteessä 8.

Koko aineistossa "en osaa sanoa" -vastausten määrä koskien yhteiskunnallisten ongelmien vakavuutta vaihteli eri kysymysten osalta. Huumeita koskevissa kysymyksissä "en osaa sanoa" – vastauksia oli noin 8 prosenttia, rahapeliongelmissa noin 6 prosenttia ja muissa kysymyksissä "en osaa sanoa" -vastaukset jäivät 1-2 prosentin tietämille.

Kuvio 13. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuus naisten (n=447) ja miesten (n=280) mukaan.



Väkivaltarikokset sijoittuivat vakavimmaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi. *Alkoholi* arvioitiin toiseksi vakavimmaksi ongelmaksi. Tämän suuntainen tulos ilmentää alkoholin nousua uudella tapaa yhteiskunnalliseksi keskustelun aiheeksi. Samaan aikaan, kun alkoholin kulutus on noussut jatkuvasti, myös alkoholista aiheutuneet haitat ovat lisääntyneet. Alkoholi yhteiskunnallisena ongelmana on kansalaisten mielissä merkittävä huolenaihe. Kolmanneksi vakavimmaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi määritettiin *muiden huumeiden*, kuten amfetamiinin ja heroiinin käyttö sekä naisten että miesten vastauksissa. *Kannabis* erottui vastaajien mielissä muista huumeista selkeästi ja sen vakavuus arvioitiin miesten osalta vasta kahdeksannelle sijalle ja naisten osalta viidennelle sijalle. Kannabis on Suomessa yleisimmin kokeiltu ja käytetty huumausaine, mikä jossain määrin lisää aineen tuttuutta ja muuttaa mielikuvia aineesta muita huumeita arkisemmaksi ja vähemmän pelottavaksi.

Tupakointi sijoittui sekä naisilla että miehillä vakavuudeltaan kymmenenneksi ongelmaksi. Tupakkaa ei siten arvioitu suureksi yhteiskunnalliseksi huolenaiheeksi huolimatta sen voimakkaasta riippuvuutta aiheuttavasta vaikutuksesta (kuviot 6.). *Lääkkeiden väärinkäyttö* jäi sekä naisilla että

miehillä 11. vakavammaksi huolenaiheeksi. Kansalaiset eivät siis nostaneet lääkkeiden väärinkäytöstä aiheutuvaa huolta juuri esille muiden huolten joukosta. *Rahapeliongelmat* sijoittuivat miesten mielestä kolmanneksi vähäisemmäksi ongelmaksi ja naisten mielestä kaikista vähäisimmäksi yhteiskunnalliseksi huolenaiheeksi. Tämä kertoo vastaajien suhteesta rahapeleihin: ne ovat osa arkea, eivät yhteiskunnallinen ongelma.

Suomalaistulokset eroavat selkeästi Blomqvistin (2006) tutkimuksesta, joissa vastaajat luokittelivat yhteiskunnan pahimmiksi uhkiksi väkivaltarikollisuuden ja huumeet. Sen sijaan pieniksi uhkiksi rankattiin alkoholi, joka jäi yhdeksänneksi ja tupakka, joka jäi 15 sijalle mainituista ongelmista.

Yhteiskunnallinen huoli taustamuuttujien valossa

Naiset pitivät yhteiskunnallisia ongelmia miehiä vakavampina. Ero oli Mann-Withneyn U-testillä tarkasteltuna tilastollisesti erittäin merkitsevä koskien väkivaltarikoksia ($U=52406$, $P=.000$), alkoholiongelmia ($U=50429,5$, $p=.000$), kannabistuotteiden käyttöä ($U=44906,5$, $p=.001$), tupakointia ($U=49475,5$, $p=.000$), lääkkeiden väärinkäyttöä ($U=42794,5$, $p=.000$) ja rahapeliongelmaa ($U=46317,5$, $p=.000$). Muut yhteiskunnallisia ongelmia koskevat erot on nähtävissä liitteessä 8. Piispa (Piispa ym. 2008, 16) osoitti omassa tutkimuksessaan edellä esitettyjen tutkimustulosten lisäksi, että sukupuolten välillä olisi eroa huumeongelman vakavuuden määrittämisessä. Piispan tulosten mukaan miehet arvioivat vuodesta toiseen (2001–2007) huumeongelman lievemmäksi kuin naiset ja nuoret vastaajat lievemmäksi kuin vanhemmat ikäryhmät. Käsillä olevassa tutkimuksessa tulokset näyttivät samansuuntaisilta, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä ei ollut havaittavissa.

Ikä tuotti Kruskal-Wallis H-testillä tarkasteltuna tilastollisesti merkitseviä eroja koskien joitakin yhteiskunnallisia ongelmia. Alle 26-vuotiaat arvioivat kannabiksen ($\chi^2(5)=43,9$, $p=.000$) ja muiden huumeiden ($\chi^2(5)=24,8$, $p=.000$) käytön yhteiskunnallisesti hieman vähemmän vakavaksi kuin sitä vanhemmat ikäluokat. Sen sijaan tupakointia nuoret pitivät vähintään yhtä vakavana kuin sitä vanhemmat ikäryhmät ($\chi^2(5)=17,7$, $p=.003$). Rahapeliongelmat arvioitiin sitä vakavammiksi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse ($\chi^2(5)=20,5$, $p=.001$). Tarkemmat tulokset ikäryhmittäisistä eroista ja tunnusluvuista on nähtävissä liitteessä 9. Myös AVTK- tutkimuksen tuloksena vuodelta 2006 (Piispa ym. 2007, 190.) sekä Piispan (Piispa ym. 2008, 16) yhteenvetotutkimuksen mukaan nuoret ikäryhmät (15–24-vuotta) suhtautuivat huumeongelmiin vähiten vakavasti.

Yhteiskunnallisten huolten faktorit

Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuudesta tuotettiin pääkomponenttianalyysi, jonka mukaan (taulukko 5.) 15 eri yhteiskunnallista ongelmaa (kysymys 28., liite 1.) määrittyivät kahdeksi faktoriksi. Faktoreiden selitysosuudeksi saatiin 65 prosenttia. Pääfaktorina esille nousi niin sanottu ”Rikollisuus-faktori”, jossa vahvoja latauksia saivat laittomuudet ja yhteiskuntavastaiset asiat, kuten huumeiden käyttö, väkivalta, ”rikostelu” eri muodoissaan, kuten varkaudet ja omaisuusrikokset sekä talousrikollisuus. Toisena esille nousi ”Tasa-arvo-faktori.” Tähän faktoriin sijoituivat köyhyys, vähemmistöjen syrjintä, suuret tuloerot, naisten ja miesten epätasa-arvo sekä rahapeliongelmat ja tupakointi.

Tauluko 5. Pääkomponenttianalyysi yhteiskunnallisten ongelmien vakavuudesta.		
	Komponentit	
	1. Rikollisuusfaktori	2. Tasa-arvofaktori
Muiden huumeiden käyttö	0,86	0,22
Kannabistuotteiden käyttö	0,83	0,26
Varkaudet ja omaisuusrikokset	0,80	0,31
Väkivaltarikokset	0,75	0,37
Lääkkeiden väärinkäyttö	0,64	0,49
Talousrikokset	0,63	0,47
Alkoholiongelmat	0,59	0,42
Saasteet/ympäristöongelmat	0,53	0,50
Prostituutio	0,49	0,63
Tupakointi	0,47	0,53
Rahapeliongelmat	0,45	0,65
Köyhyys	0,37	0,75
Suuret tuloerot	0,30	0,73
Vähemmistöjen syrjintä	0,24	0,81
Naisten/miesten epätasa-arvo	0,21	0,78
*Varimax rotatoitu pääkomponenttianalyysi		

Rikollisuusfaktorista ja Tasa-arvofaktorista tehtiin summamuuttujat. Naiset saivat Rikollisuusfaktorilla keskiarvoksi (M=7.3, SD=1.9) ja miehet (M=6.7, SD=1.8) ja ero sukupuolten välillä oli Mann-Whitneyn U-testillä mitattuna tilastollisesti erittäin merkitsevä (U= 38575.5, p=.000). Tasa-arvofaktorilla naiset saivat keskiarvoksi (M=6.2, SD=1.9) ja miehet (M=5.4, SD=2.0) ja ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (U= 36556.5, p=.000). Naiset arvioivat siten ongelmat miehiä suuremmiksi, kuten jo aiemmassa sukupuolten välisessä vertailussa todettiin.

Blomqvistin ruotsalaistutkimuksessa esitettiin vastaava faktorianalyysi yhteiskunnallisia ongelmia käsittelevästä kysymyksestä. Tuloksena saatiin kolme faktoria, jotka nimettiin moraaliseksi dimensioksi, tasa-arvo- ja ympäristödimensioksi sekä väkivaltadimensioksi. (Blomqvist 2006, 10.) Erona ruotsalaisaineistoon suomalaisessa faktorianalyysissä väkivaltadimensio sisältyi selkeästi kriminaalisuusfaktorin sisälle.

7.5.2. Yhteiskunnallisia ongelmia koskevien tulosten tarkastelua

Riippuvuusongelmat sijoittuivat vakavuudeltaan limittäin muiden yhteiskunnallisten huolenaiheiden kanssa. Vakavimmaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi nostettiin väkivaltarikokset, jotka väistämässä kietoutuvat jollakin tapaa myös päihteiden käyttöön. Alkoholi nostettiin toiseksi vakavimmaksi ongelmaksi, mikä kuvaa toisaalta alkoholiongelmiin liittyvän huolen lisääntymistä yhteiskunnassa ja toisaalta sitä, että huumeiden käyttö on ”normalisoitunut osaksi yhteiskuntaa. Käsitys huumeongelmista jakautui siten, että kovien huumeiden, kuten heroiinin ja amfetamiinin käyttö koettiin suuremmaksi ongelmaksi kuin kannabiksen käyttö, joka sijoittui naisten vastauksissa viidennelle ja miesten vastauksissa vasta kahdeksannelle sijalle. Tupakointi, lääkkeiden väärinkäyttö ja rahapeliongelmat jäivät vastaajien mielissä vähäisemmiksi yhteiskunnallisiksi huolen aiheiksi, ehkä siksi, että ne ovat tällä hetkellä yhteiskunnassa ainakin näennäisesti hallinnassa tai suuren mediakeskustelun ulkopuolella.

Naiset arvioivat lähes kaikki ongelmat miehiä suuremmiksi ja nuoret arvioivat huumeiden käytön sekä rahapeliongelmat vanhempia ikäryhmiä vähemmän vakaviksi. Pääkomponenttianalyysi tuotti selkeästi kaksi faktoria, joista toinen nimettiin rikollisuusfaktoriksi ja toinen tasa-arvofaktoriksi.

Kyselyssä selvitettiin vastaajien näkemystä ”yhteiskunnallisista ongelmista”, jolloin voidaan kysyä, millaisena vastaajat näkevät yhteiskunnallisen ongelman. Gusfieldin (1981) mukaan ongelma tulee yhteiskunnalliseksi, kun se on ongelmallinen jonkun vaikutusvaltaisen ryhmän mielestä ja sillä on kognitiivista merkitystä. Tällöin puuttuminen siihen on mahdollista ja merkityksellistä (Gusfield teoksessa Blomqvist 2006, 10.) Tämän määritelmän mukaan esimerkiksi alkoholimainontaa, rahapeliongelmia tai naisten ja miesten tasa-arvoa (kuvio 13.) ei joko pidetä yhteiskunnallisina ongelmina tai sitten niitä pidetään vähäisinä yhteiskunnallisina ongelmina.

Alkoholiongelmat

Alkoholiongelmia pidettiin tässä tutkimuksessa toiseksi vakavimpana yhteiskunnallisena ongelmana heti väkivaltarikosten jälkeen (kuvio 13.). Tämä kuvastaa sitä, että alkoholi todella on

suomalaisen yhteiskunnan keskeinen ongelma, mutta myös sitä, että alkoholi yhteiskunnallisena ongelmana on tiedostettu ja nostettu esiin muiden yhteiskunnallisten ongelmien joukosta.

Alkoholi on noussut yhteiskunnallisen keskustelun aiheeksi muun muassa alkoholin kulutuksen yhä kasvaessa, alkoholihaittojen lisääntyessä, hoitokustannusten noustessa ja alkoholirajoitusten löyhetessä. Samaan aikaan, kun 2000-luvulla tupakkatuotteisiin liittyviä rajoituksia on kiristetty, alkoholin saatavuutta on helpotettu esimerkiksi hintoja alentamalla. Kansalaisten huoli alkoholiongelmista on kuitenkin kasvanut ja mielipiteet säännöllisen humalajuomisen riskeistä ovat kiristyneet (Hakkarainen 2007). Alkoholiongelmien nousu päihdejulkisuuden ykkösaiheeksi on tuonut lisää suhteellisuuden tajua siihen, miten suurena ongelmana huumeet Suomessa nähdään. (Piispa ym. 2007, 194.) Vuoden 2004 tutkimuksesta ilmeni, että tiedotusvälineillä ja julkisella keskustelulla on varsin vahva vaikutus yleiseen mielipiteeseen. Yleisesti voidaan arvioida, että 2000-luvulla alkoholin lisääntynyt kulutus ja siitä aiheutunut alkoholihaittojen lisääntyminen ovat hallinneet päihdekeskustelua julkisuudessa ja jättäneet huumeekysymykset vähemmälle tarkastelulle. (Hakkarainen & Metso 2007, 547).

Suomalaisten alkoholiasenteet puoltavat alkoholipolitiikan tiukentamista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Tekry) selvityksen mukaan (n= 1004) 66 prosenttia pitää alkoholin nykyistä kulutustasoa ongelmallisena. Vastaajista 77 prosenttia oli sitä mieltä, että alaikäisten alkoholin käytön ehkäisemiseksi tulisi lisätä alkoholin myynnin valvontaa. Lähes puolet vastaajista (45 %) haluaisi nostaa alkoholiverotusta kasvaneiden alkoholihaittojen vähentämiseksi. Lähes kaksi kolmesta (65 %) ajatteli, ettei Suomen hallitus ole tehnyt riittävästi alkoholihaittojen vähentämiseksi. (Peltovuoma ym. 2006, 10.)

Huumeet yhteiskunnallisena ongelmana

Huumeiden käyttöä, pois lukien kannabiksen käyttö, pidettiin kolmanneksi vakavimpana yhteiskunnallisena ongelmana (kuviot 13.). Faktorianalyysissä (Taulukko 5.) huumeongelmat sijoittuivat kuitenkin keskiarvoltaan rikollisuusfaktorin ykkösjalle arvolla 8,6.

Hakkaraisen ja Metson (2007, 547) mukaan vuonna 2002 32 prosenttia väestöstä oli sitä mieltä, että huumeet aiheuttavat yhteiskunnalle enemmän ongelmia kuin alkoholi. Vuoden 2006 aineistossa vastaukset olivat muuttuneet radikaalisti siten, että enää 18 prosenttia vastaajista määritteli huumeet yhteiskunnallisesti alkoholia suuremmaksi ongelmaksi.

Piispan ja kumppaneiden (Piispa 2008, Tiivistelmä) mukaan suuri enemmistö pitää huumeiden käyttöä vähintään melko vakavana ongelmana ja vain pari prosenttia vastaajista ennakoivat, että käyttö

pian vähenee. Tutkimusvuosien (2001–2006) aikana arviot ovat lieventyneet siten, että vuonna 2001 huumeongelman määritti erittäin vakavaksi ongelmaksi 58 prosenttia vastaajista, kun vuonna 2006 erittäin vakavaksi määrittävien osuus oli laskenut 38 prosenttiin. (Piispa ym. 2007, 189.). Tulos viittaa siihen, että huumeiden läsnäoloon Suomessa on jossain määrin totuttu ja huumeongelma on ”normalisoitunut” osaksi päihdeongelmien kenttää (Piispa 2007, 194). Huumehuoli oli nuorissa ikäryhmissä ja isoissa kaupungeissa pienempää kuin vanhemmissa ikäryhmissä ja maaseudulla, mikä saattaa osaltaan kertoa vieraan asian määrittämisestä tuttua asiaa huolestuttavampana. Huoli oli kuitenkin varsin suuri nuorissakin ikäryhmissä (Piispa ym. 2005, Tiivistelmä).

Hakkaraisen ja Metson (2007) tutkimuksen mukaan kannabiksella (hasiksella/marihuanalla) on erityisasema suomalaisten huumeidenkäytössä ja huumemielipiteissä. AVTK-tutkimuksissa kannabis on ollut ainut miedoksi luokiteltu huumausaine ja Stakesin huumeekyselyissä suhtautuminen sen kokeilun riskeihin on lieventynyt, mutta asennoituminen muihin huumeisiin on pysynyt erittäin torjuvana (ks. Hakkarainen & Metso 2004 ja 2007, 548–550). Piispa kumppaneineen sen sijaan osoitti, että kolmasosa miehistä 28 prosenttia ja naisista 36 prosenttia ovat sitä mieltä, ettei jaottelua kovien ja mietojen huumeiden erottamiseksi tulisi tehdä (Piispa ym. 2008, 17).

Huumeiden käyttö näyttää edelleen herättävän enemmän pelkoa ja suojautumisen tarvetta, kuin jotkut muut merkittäviä haittoja aiheuttavat ilmiöt (Weckroth 2001, 41). Reinarman (Partanen 2002, 16) kuvaa yhteiskunnallista huumepelkoa ”moraalipaniikiksi”. Moraalipaniikin avulla on ymmärrettävää, että vaatimukset yhteiskunnallisen huumekontrollin lisäämisestä ovat näkyvästi esillä. (Weckroth 2001, 41.) Asenteista, joukkoviestinnästä sekä yhteiskunnallisesta toimista rakentuvaa huumeisiin liittyvää ”ilmastokokonaisuutta” voidaan kuvata myös narkofobiaksi, huumepeloksi (Partanen 2002, 18; Onnela 2001, 11). Narkofobia ei kuitenkaan ole olemattoman pelkoa, sillä huumeiden tuotanto ja kauppa on viime vuosikymmeninä paisunut globaaliksi, koko maailmaa kattavaksi liiketoiminnaksi (Partanen 2002, 13–37). Yhteiskunnassa käydään myös niin sanottua symbolista huumesotaa sisällissotana, jonka panoksena on sosiaalinen merkitys, mikä konkreettisesti assosioidaan muun muassa neulaan ja aineettomalla ulottuvuudella muun muassa tajuntaan ja seksiin (Manderson 2001, 71). Huolimatta huumeongelman marginaalisuudesta verrattuna esimerkiksi muuhun Eurooppaan, Suomessa ongelmasta kannetaan myös vakavaa huolta esimerkiksi mediatasolla. Huumeiden käyttö tuottaa myös käytännössä inhimillistä kärsimystä, jonka vaikutukset kantautuvat kauas alkuperästään. Vaikka ongelma siis on pieni yhteiskuntatasolla, yhteisö ja esimerkiksi koulutasolla ongelma voi olla laaja ja moniulotteinen (Jaatinen 1998, 5).

Huoli vihollisesta?

Ovatko huumeet edelleen yhteiskunnassamme niin sanottu hyvä vihollinen, kuten Christie ja Bruunin (1986) asian Hyvä vihollinen – kirjassaan nimesivät? Kirjassa kuvataan, kuinka huumeista on muodostunut yhteiskunnan hyvä vihollinen, koska niillä ei ole merkittäviä yhteiskunnallisia ryhmiä tukenaan eikä niitä kontrolloimalla puututa valtaenemmistön elintapoihin (Christie & Bruun 1986). Huumeiden voidaan ajatella tulevan myös jostakin ”meidän” yhteiskuntamme ulkopuolelta (muun muassa Christie & Bruun 1986, 133, 149), jolloin ne määritetään yhteiskuntaan kuulumattomiksi. On helpompi taistella jotakin riittävän konkreettista ja näkyvää, mutta kuitenkin riittävän epämääräistä asiaa vastaan kuin pureutua yhteiskunnassa oleviin todellisiin ongelmiin. Toisaalta huumeiden vastainen taistelu voidaan nähdä toiveena siitä, että edes jokin paha saataisiin pidettyä poissa suomalaisesta yhteiskunnasta: onhan meillä riittävästi töitä tupakka- ja alkoholiongelmien kanssa (Christie & Bruun 1986, 204). Vaikka asteittaista muutosta yhteiskunnassa huumeiden osalta neutraalin ajattelun suuntaan on tapahtunut esimerkiksi kannabikseen liittyen, elävät huumeet kuitenkin vihollisina, pelottavana vaarana ihmisten mielissä edelleen.

Piispa ja kumppanit (Piispa ym. 2008, 23) nostivat esiin kysymyksen, mitä kaikkea huoli huumeiden käytöstä oikeastaan merkitsee: ovatko ihmiset huolissaan erityisesti huumerikollisuudesta, huumeiden käytön aiheuttamasta turvattomuudesta, huumeriippuvuudesta ja -kuolemista vai jostain muista huumehaitoista. Oli kyseessä minkä sisältöinen huoli tahansa, huumeongelman vakavaksi määrittämiselle on siis olemassa yhteiskunnallisesti suotuista pohja.

Rahapeliongelmat yhteiskunnassa

Rahapeliongelmaa ei pidetty yhteiskunnallisesti kovin vakavana ongelmana verrattuna muihin esitettyihin vaihtoehtoihin yhteiskunnallisista ongelmista (Kysymys 28. liite 1). Kuvion 13. mukaan naiset pitivät rahapeliongelmaa kaikista vähäisimpänä yhteiskunnallisena ongelmana verrattuna muihin ongelmiin ja miehillä se jäi kolmanneksi vähäisemmäksi ongelmaksi.

Rahapelaaminen, kuten veikkaaminen voidaankin nähdä hyvin yleisenä, monelle enemmän arkisena rutiinina kuin varsinaisena vimmana tai addiktion rahan saamiseen (Falk 1997). Tulos eroaa hieman Rahapelitutkimuksen (Aho & Turja 2007, 3) (n=5008) tuloksista, joiden mukaan kaksi kolmasosaa suomalaisista piti rahapeliin pelaamista vakavana ongelmana Suomessa. Kyseisessä tutkimuksessa ei kuitenkaan mainittu sanaa ”yhteiskunnallinen”, mikä muuttaa mahdollisesti vastaajien ongelman määrittelyä. Tutkimuksessa ongelmaa ei myöskään verrattu muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Rahapelitutkimuksen (Aho & Turja 2007, 42) mukaan vastaajista yli puolet (56 %) oli sitä mieltä, että pelaamisongelmat ovat lisääntyneet viime vuosina. Viidesosan (18 %) mielestä tilanne on pysynyt ennallaan. Vain 2 prosenttia vastaajista on sitä mieltä, että pelaamisongelmat ovat vähentyneet. (Aho & Turja 2007, 38.)

Voidaankin kysyä, ovatko rahapeliongelmat nousemassa yhteiskunnalliseksi huolenaiheeksi? Rahapeliongelmiin käsittely on noussut yleisen keskustelun aiheeksi ja esimerkiksi rahapeliriippuvuuden tutkimukseen ja ongelmaisten auttamiseen on kiinnitetty huomiota: tutkimukselle annetaan rahoitusta (Alkoholitutkimussäätiö ja Raha-automaattiyhdistys) ja hoitokeinoja ja ohjeistuksia on lähdetty kehittämään (Pelihaitat 2008). Nämä ammattilaisten ja aktiivisten kansalaisjärjestöjen toimet eivät mahdollisesti ehtineet vielä suodattua kansalaisten laajempaan tietoisuuteen.

Tupakointi yhteiskunnallisena ongelmana

Tupakointi jäi kuudenneksi pienimmäksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi (kuvio 13.). Tulos kuvastaa toisaalta sitä, ettei tupakointia nähdä yhteiskunnallisena ongelmana ja toisaalta sitä, että tupakointi yhteiskunnallisena ongelmana on saatu hallintaan (tupakkaa koskevien lakien kiristäminen). Vaikka tupakasta tiedetään aiheutuvan yksilöille ja lähiympäristölle passiivisen tupakoinnin muodossa (Hakkarainen 2000, 18–92) terveydellisiä haittoja ja siten yhteiskunnalle taloudellisia menetyksiä, ei tupakasta aiheutuvia haittoja kuitenkaan pidetty kovin vakavina yhteiskunnallisina ongelmina. Tupakka on rajoituksin sallittu tuote, siitä yhteiskunta saa verotuloja ja sen käyttäminen nähdään yksilöllisenä valintana, josta aiheutuvat haitat, kuten keuhkosyöpä tulevat esiin vuosikymmenten viiveellä.

Kaukonen ja Hakkarainen (2002, 170) vertasivat tupakoinnin ja huumeiden käytön yhteiskunnallista asemaa. Tupakka näyttäisi olevan kulkemassa jokseenkin yksilinjaisesti kohti tiukkenevaa politiikkaa (mm. WHO:n vuonna 1990 laatimaan tavoite- ja toimintaohjelmaan savuttomasta Euroopasta (Hakkarainen 2000, 29)). Huumeiden kohdalla sen sijaan on havaittavissa jonkinlaista vastavirtaista politiikkaa ja kannabiksen erottamisesta kovemmissa huumeista on käyty jo vuosia keskustelua (Em. 2002, 170).

Vähäinen huoli tupakasta yhteiskunnallisena ongelmana ei poista sitä, etteikö tupakkaa nähtäisi riippuvuutta aiheuttavana ja terveydelle vaarallisena aineena, jota yhteiskunnallisesti tulee rajoittaa. Voidaankin ajatella, että tupakka on aine, jonka säätelyn ja kontrollin uskottiin olevan hyvin

yhteiskunnan hallussa. Lisäksi rajoituksilla on kansa tuki (mm. Puska 2008), eikä se siten aiheuta turvattomuutta tai uhkia.

Lääkkeiden väärinkäyttö yhteiskunnan huolena

Lääkkeiden väärinkäyttö ei noussut muiden huolten joukosta merkittäväksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi (kuviot 13.). Huumeet ja lääkkeet nähtiin vastaajien mielissä erillisinä asioina huolimatta siitä, että lääkkeiden ja huumeiden käyttöä ei suoranaisesti voida erottaa toisistaan muuten kuin käyttökulttuurin perusteella. Esimerkiksi rauhoittavat lääkkeet sekä jotkut opiaattipohjaiset lääkkeet ovat yleisesti väärinkäytettyjä lääkkeitä huumeiden käyttäjien piirissä, jolloin voidaan puhua lääkkeiden huumeikäytöstä (muun muassa Christie & Bruun 1986, 70). Toisaalta osa lääkkeiden väärinkäyttäjistä ei lainkaan ole tekemisissä rikollisen maailman kanssa ja käyttää lääkkeitä vain esimerkiksi hoitoannoksia ylittävän määrän omalta lääkäriltä saatuna. Lääkkeiden väärinkäyttö voidaan siten nähdä vain osittain osana muuta päihteiden käyttöä. Lääkkeiden saanti myös väärinkäyttöön nähtiin olevan yhteiskunnan sisäisenä sääntörikkomuksena, kun taas huumeet nähtiin jollakin tapaa yhteiskunnan ulkopuoliseksi uhaksi omine lainalaisuuksineen, taloudellisine tuottoineen ja rikollisine ja väkivaltaisine kuvioineen. Vastaajien mielissä lääkkeiden väärinkäyttö itsenäisenä yhteiskunnallisena ongelmana sijoitettiin ongelmien loppupäähän, mikä kuvastaa sitä, ettei väärinkäyttöä koettu yhteiskunnallisesti uhkaavana asiana.

Yhteiskunnallisten ongelmien kietoutuminen toisiinsa

Päihteiden käyttöön liittyvät lieveilmiöt, kuten rikollisuus ja väkivalta elävät ihmisten mielissä toisaalta erillään, mutta kietoutuvat väistämättä mielikuvissa myös toisiinsa. Voidaankin kysyä, kuinka paljon esimerkiksi väkivallan pelko yhteiskunnallisena ongelmana pitää sisällään päihteiden käytön ongelmaa ja päinvastoin? Esimerkiksi Hakkaraisen ja Metson (2007, 546) tutkimuksen mukaan (myös mm. Piispa ym. 2008, Tiivistelmä; Simpura 2002, 68) väkivallan pelko liittyen huumeisiin ei ole laskenut lainkaan samassa määrin kuin kokemus huumeongelman suuruudesta yhteiskunnassa vuosien 2002 ja 2006 tuloksia vertaamalla. Hakkaraisen tutkimuksen mukaan peräti 40 prosenttia vastaajista ilmoitti pelkäävänsä väkivallan kohteeksi joutumista muiden huumeiden kuin kannabiksen käytön vuoksi (Hakkarainen & Metso 2007, 546). Näin ollen huumeilla ja väkivallalla saattaa tässä olla yhteys.

Miksi faktorianalyyseissä tupakka ja rahapeli-riippuvuudet sijoittuvat ”Tasa-arvofaktorille” eivätkä ”Rikollisuusfaktorille”? Olisiko tupakointi Rikollisuusfaktorin puolella, mikäli kysymys olisi koskenut huolta yhteiskuntamme lapsista? Alkoholi- ja lääkeongelmat sekä tupakointi voidaan

nähdä yhteiskunnallisina ongelmina kaksijakoisesti. Toisaalta ne ovat tietyin ehdoin lain mukaan hyväksytyjä ja toisaalta niiden käytössä ja niistä aiheutuneissa lieveilmiöissä on ”pimeät puolensa” laittomuuden rajamailla.

Simpura (2002, 68) pohti alkoholin ja huumeiden käytön pelkoa koskevaa eroa ja totesi, että ihmiset ovat oppineet elämään alkoholin aiheuttamien ongelmien kanssa ja alkoholi aiheuttaa täten vähemmän pelkoa kuin huumeongelmat huolimatta siitä, että alkoholi aiheuttaa enemmän ongelmia yhteiskunnassa kuin huumeet. Tämän perusteella voidaan todeta, että huumeet ja väkivalta sijoittuvat loogisesti samalle faktorille ja alkoholi saa väkivaltafaktorilla näin pienempiä latauksia.

Tupakan, alkoholin ja pelaamisen kaksijakoisuutta lisää se, että erityisesti alkoholista ja tupakoinnista syntyy yhteiskunnalle moninaisia kustannuksia, kuten terveydenhuoltomenoja samaan aikaan, kun niistä saatava tuotto on yhteiskunnallisesti tärkeä tulonlähde. Esimerkiksi alkoholista aiheutuu yhteiskunnalle noin miljardin euron välittömät kustannukset (Mellin, Vihmo, Österberg 2006,44), mikä on suurin piirtein saman verran kuin alkoholiverotuksen tuotto valtiolle (Lotila 2005). Välittömien kustannusten lisäksi tulee kuitenkin huomioida lisäksi välilliset kustannukset, jotka on arvioitu 2,6–4,6 miljardiksi euroksi (Hämäläinen ym. 2005). Rahapelien osalta voidaan puhua jopa hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitämisestä, sillä Raha-automaattiyhdistys lahjoittaa vuosittain noin 300 miljoonaa euroa kolmannelle sektorille muun muassa sosiaali- ja terveystalouden tuottamiseksi. Huumeiden osalta taas ei voida puhua lainkaan tuotoista, sillä niistä ei saada verotuloja. Huumeiden on arvioitu aiheuttavan valtiolle jopa 272 miljoonan välittömät ja jopa yli 800 miljoonan välilliset haittakustannukset vuodessa, kun sekä tuotannonmenetykset että menetettyjen elinvuosien arvo otetaan huomioon. (Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011.)

Tupakointiin liittyen saatettiin lisäksi mieltää myös globaalit ympäristövaikutukset, globaali tupakkateollisuus ja toisaalta yksilöiden hyvinvointi. Yleisillä paikoilla tupakointia voidaan kuvata myös yhteiskunnalliseksi esteettiseksi ongelmaksi, jonka vuoksi tupakointi saa enemmän latauksia tasa-arvofaktorilla.

Kaiken kaikkiaan riippuvuus-, päihde- ja peliongelmiin määrittäminen yhteiskunnallisiksi ongelmiksi on moniselitteinen. Faktorianalyysi antaa viitteitä siitä, miten monimutkaisten prosessien tuottamia merkitykset eri asioista ovat. Näkemyksiin ja päätöksentekoon sekoittuvat vastaajien omat kokemukset, tieteen ja median tuomat sen hetkiset faktat ja yhteisöjen asenneilmastot.

8. Tulosten yhteenveto ja tarkastelua

Tilastot, tieteelliset tulokset, asiantuntijoiden mielipiteet, jopa todellisuus - kaikki kalpenevat tunteiden ja ennakkoluulojen rinnalla (Hedy d'Ancona 2001).

Ei ole niinkään tärkeää, missä asioissa sosiaaliset representaatiot tulevat näkyviin, vaan siinä prosessissa, miten ne ilmenevät (Lloyd & Duveen 1990, 33). Tässä tutkimuksessa on keskitytty tarkastelemaan riippuvuuksien olemusta suomalaisen väestön mielissä sekä paikantamaan eri riippuvuuksia suhteessa toisiinsa ja muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Seuraaviin kappaleisiin on koottu yhteenvetoa tutkijalle syntyneistä mielikuvista. Mielikuvat ovat syntyneet tiedosta, jonka alkuperä voidaan paikantaa tutkimustuloksiin, tämän tutkimuksen alkuosan riippuvuutta koskeviin määrittelyihin ja aiempiin tutkimuksiin, yhteiskunnalliseen tarkasteluun sekä tutkijan omaan elämäkokemukseen ja tukintoihin.

8.1. Keskeiset tulokset riippuvuuksittain

Alkoholi

Alkoholiongelmien näyttäytyivät tuttuina asioina vastaajille. Heistä 90 prosenttia käytti ainakin jonkun verran alkoholia, 15 prosenttia miehistä ja 2 prosenttia naisista vastasi olevansa alkoholiriippuvaisia ja lisäksi 10 prosenttia miehistä ja 4 prosenttia naisista kertoi aiemmin olleensa riippuvaisia alkoholista. Noin 60 prosentilla vastaajista oli tai oli ollut alkoholiriippuvaisia omaisia.

Alkoholin aiheuttamista yhteiskunnallisista ja yksilöille aiheutuvista ongelmista huolimatta alkoholin kokeiluilla ei uskottu olevan suurta riippuvuutta aiheuttavaa vaikutusta. Alkoholin riippuvuusriski sitä kokeiltaessa arvioitiin vasta kuudennelle sijalle huumeiden, tupakan ja lääkkeiden jälkeen (kuvio 6). Ihmisen katsottiin pääasiallisesti itse olevan syyllisiä riippuvuutensa syntyyn ja heitä vastuutettiin myös riippuvuudesta eroon pääsystä. Brickmanin moraalinen malli sai 73 prosentin kannatuksen, toiseksi eniten kannatettiin kompensatorista mallia ja vähiten valistumis- (8 %) ja medikaalista (4%) mallia. (Taulukko 4.). Alkoholiriippuvuudesta eroon pääsyä ilman hoitoa pidettiin helpompana kuin huume- tai lääkeriippuvuuksista eroon pääsyä. Lisäksi vastaajat uskoivat vahvasti hoidon tehoon auttaa irti riippuvuudesta ja mahdollisuus hoidon avulla irrottautumiseen arvioitiin muita riippuvuuksia suuremmaksi. (kuvio 10.). Yhteiskunnallisesti

alkoholiongelmat nähtiin vakavina ja ne arvioitiin toiseksi suurimmaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi heti väkivaltarikosten jälkeen.

Suhde alkoholiin näyttöytyi kokonaisuudessaan ristiriitaisena: toisaalta alkoholin käytöstä ei haluttu luopua, mutta toisaalta huoli alkoholin aiheuttamista ongelmista oli suuri. Alkoholin käyttö hyvine ja huonoine puolineen haluttiin pitää osana suomalaista kulttuuria.

Huumeriippuvuus

Huumeriippuvuudet olivat vastaajille omien kokemusten ja läheisten kautta vieraimpia riippuvuuden muotoja. Naisista 12 prosenttia ja miehistä 18 prosenttia oli joskus kokeillut huumeita ja vain neljä vastaajaa (<0,5 %) oli tai oli ollut riippuvaisia huumeista. Yksi kymmenestä vastaajasta oli kohdannut ongelman läheistensä välityksellä.

Huumeiden kokeilu nähtiin suurimmaksi riippuvuusriskiksi muihin riippuvuuksiin nähden. Moraalista mallia (53 %) kannatettiin huumeiden osalta vähemmän kuin muissa riippuvuuksissa. Merkittävää oli, että valistusmalli (17 %), kompensatorinen malli (16 %) ja medikaalinen malli (16 %) saivat lähes yhtä paljon kannatusta. Medikaalisen mallin kannatus oli muita riippuvuuksia koskeviin tuloksiin verrattuna suurin (Taulukko 4.). Spontaanin toipumisen mahdollisuutta pidettiin pienempänä kuin muissa riippuvuuksissa. Hoidolla uskottiin sen sijaan olevan suuri merkitys eroon pääsyn mahdollisuuden lisääjänä. Mielenkiintoinen tulos oli se, että opiaatti- ja Internetriippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuutta hoidon avulla pidettiin yhtä suurena. Kannabisriippuvuuden osalta hoidon tehon uskottiin olevan erityisen suuri ja riippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuus nousi lähes alkoholinriippuvuuden tasolle. Yhteiskunnallisesti huumeet arvioitiin vakavaksi ongelmaksi, mutta ne jäivät kuitenkin hieman alkoholiongelmia pienemmäksi.

Kokonaisuudessaan huumeet olivat vastaajille vieraimpia ja katsottiin vaarallisiksi riippuvuuksiksi sekä yksilölle että yhteiskunnalle.

Tupakka

Miehistä 40 prosenttia ja naisista 30 prosenttia kertoi tupakoineensa viimeisen vuoden aikana ja lisäksi yhtä suuri osuus naisista ja miehistä oli tupakoinut aiemmin. Tupakkariippuvuudesta kärsi tai oli kärsinyt lähes puolet miehistä ja kolmannes naisista. Heistä puolet oli päässyt eroon tupakkariippuvuudesta. Tupakkariippuvaisia omaisia oli tai oli ollut noin 70 prosentilla vastaajista. Tupakointi näyttöytyi siten arkisena ilmiönä vastaajille.

Riippuvaiseksi jäämisen riski tupakkaa kokeiltaessa arvioitiin heti huumeiden jälkeen suurimmaksi (kuvio 6.). Tästä huolimatta Brickmanin moraalinen malli sai suuren kannatuksen (80 %), toiseksi eniten tuettiin kompensatorista mallia (15 %) ja vähiten valistus- (3 %) ja medikaalista (2 %) mallia (Taulukko 4.). Tupakasta eroon pääsyä ilman hoitoa pidettiin yhtä helppona kuin Internetriippuvuudesta eroon pääsyä eikä hoidolla uskottu voivan vaikuttaa juuri lainkaan riippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuuksiin (kuviot 10). Tupakka sijoittui 10. vakavimmaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi 15 muun ongelman joukossa (kuvio 13.).

Kokonaisuudessaan tupakka arvioitiin kansanterveydelliseksi uhaksi, jonka voi välttää tupakoimattomuudella. Yhteiskunnallisesti tupakoinnin uskottiin olevan hallinnassa, eikä sitä siten katsottu vakavaksi ongelmaksi.

Lääkeriippuvuus

Lääkkeiden väärinkäyttöä oli ollut yhdellä kymmenestä vastaajasta. Heistä puolet oli käyttänyt lääkkeitä väärin viimeisen vuoden aikana. Viidellä prosentilla miehistä ja 2 prosentilla naisista oli tai oli ollut lääkeriippuvuus. Lääkeriippuvaisia omaisia oli tai oli ollut viidenneksellä naisista ja 14 prosentilla miehistä.

Lääkeriippuvuusriski ainetta kokeiltaessa sijoittui tupakan ja huumeiden jälkeen viidenneksi. Lääkeriippuvuuden syytä ja riippuvuudesta eroon pääsyn vastuuta tarkasteltaessa eniten kannatusta sai Brickmanin moraalinen malli (65 %), lähes tasaväkisen kannatuksen saivat kompensatorinen (14 %) ja valistusmalli (13 %), vähiten tukea annettiin medikaaliselle mallille (8 prosenttia) (Taulukko 4.). Spontaanin toipumisen mahdollisuutta pidettiin heti huumeiden jälkeen pienimpänä, hoidon uskottiin kuitenkin lisäävän eroon pääsyn mahdollisuuksia. Yhteiskunnallisena ongelmana lääkeriippuvuus jäi kohtalaisen pieneksi verrattuna muihin ongelmiin.

Lääkkeiden väärinkäyttöä ja riippuvuutta voidaan pitää yksilölle kohtalaisen hankalina riippuvuuksina, mutta yhteiskunnallisesti lääkkeiden väärinkäyttöä ei nähty kovinkaan vaikeana ongelmana.

Rahapelaaminen

Miehistä 80 prosenttia ja naisista 57 prosenttia oli pelannut rahapelejä viimeisen vuoden aikana. Rahapeliriippuvuudesta kärsi vastaushetkellä vajaat 4 prosenttia miehistä ja alle prosentti naisista. Lisäksi yhtä suuri osuus naisista ja miehistä oli aiemmin kärsinyt kyseisestä riippuvuudesta. Noin

viidenneksellä oli rahapeliriippuvuudesta kärsiviä tai kärsineitä omaisia. Ongelmapelaaminen oli siten vastaajille jossain määrin tuttu ilmiö.

Rahapeliriippuvuuden riskiä pelaamista kokeiltaessa pidettiin pienenä, hieman pienempänä kuin alkoholiriippuvuuden riskiä (kuvio 6.). Riippuvuuden syytä ja irtautumisen vastuuta koskien eniten kannatusta sai Brickmanin moraalinen malli (83 %). Lähes yhtä vähän kannatusta saivat valistusmalli (7 %) ja kompensatorinen malli (6 %), vähiten medikaalinen malli (3 %) (Taulukko 4.). Rahapeliriippuvuudesta eroon pääsyä ilman hoitoa pidettiin hieman helpompana kuin alkoholiriippuvuudesta eroon pääsyä. Hoidoilla ei näyttäisi vastausten mukaan voivan juurikaan lisätä mahdollisuutta päästä eroon kyseisestä riippuvuudesta. Rahapelejä ei myöskään pidetty yhteiskunnallisesti vakavana ongelmana: naiset valitsivat rahapeliongelman pienimmäksi ja miehet kolmanneksi pienimmäksi ongelmaksi (kuvio 13.).

Kokonaisuudessaan rahapelaaminen oli vastaajille ilmiönä arkinen, eikä sitä mielletty erityisen ongelmalliseksi asiaksi yksilön riippuvuusriskin eikä myöskään yhteiskunnallisen ongelman vakavuuden näkökulmasta tarkasteltuna. Peliasiat on nostettu vasta viime vuosina esille ammattipiireissä ja mediassa (Tammi 2008, 294). Vaikka rahapelaaminen on rahapelitutkimuksessa (Aho & Turja 2007, 3) osoitettu kansalaisten mielissä ongelmalliseksi, ei se suhteessa muihin ongelmiin kuitenkaan näyttäytynyt erityisen vakavana.

Internet

Internetin kokeilu arvioitiin pienimmäksi riippuvuusriskiksi verrattuna muiden toimintojen tai aineiden riippuvuusriskeihin (kuvio 6.). Internetriippuvuuden suhteen kannatettiin moraalista mallia (87 %) muita riippuvuuksia enemmän. Muiden mallien kannatus jäi vähäiseksi (valistusmalli (4 %), kompensatorinen malli (6 %) ja medikaalinen malli (3 %)) (taulukko 4.). Internetriippuvuudesta irtautumisen mahdollisuutta ilman hoitoa pidettiin muihin riippuvuuksiin verrattuna suurimpana eikä hoidoilla uskottu voitavan lisätä tätä mahdollisuutta. Kokonaisuutena Internetiä ei hahmotettu ongelmaksi, eikä internetriippuvuutta pidetty yhtä vakavana kuin muita riippuvuuden muotoja.

Yhteenveto riippuvuuksien suhteesta toisiinsa


Mielikuvat riippuvuuksista elävät ajassa ja muuttuvat julkisuudessa käytävän keskustelun vaikutuksesta. Arviot esimerkiksi alkoholiongelmasta (Peltovuoma ym. 2006) ja rahapelaamisesta (Aho & Turja 2007) ovat viime aikoina olleet median suosiossa, mikä voinut vaikuttaa vastausvalintoihin.

Alustavat ruotsalaistutkimuksen (Blomqvist 2006) tulokset viittaavat siihen, että asenteet tupakointia, alkoholin käyttöä ja jossain määrin myös peliriippuvuutta kohtaan liittyvät ihmisten omiin kokemuksiin, sitä vastoin asenteet huumeita kohtaan on tuotettu median avulla (Hübner 2001).

Kaiken kaikkiaan eri riippuvuuksiin suhtauduttiin eri tavoin. Taulukosta 6. voidaan tarkastella eri riippuvuuksien suhdetta toisiinsa tutkimuskysymysten valossa. Mitä pienemmäksi riippuvuusriski on ainetta tai toimintoa kokeiltaessa arvioitiin, sitä suurempaan pidettiin mahdollisuutta päästä eroon riippuvuudesta ilman hoitoa. Mitä vaikeammasta riippuvuudesta oli kyse (suuri riippuvuusriski ainetta kokeiltaessa ja vaikeus päästä eroon ilman apua), sitä vähemmän vastaajat kannattivat moraalista mallia. Poikkeuksen tähän sääntöön toi kuitenkin tupakka, jolla arvioitiin olevan suuri riippuvuusriski, mutta spontaania toipumisen mahdollisuutta pidettiin suurena ja moraalista mallia kannatettiin muita aineriippuvuuksia enemmän. Hoito tasasi riippuvuuksista eroon pääsyn mahdollisuutta. Erityisesti huumeriippuvuuksista eroon pääsyn mahdollisuus nousi huomattavasti verrattuna ilman hoitoa eroon pääsyyn.

Riippuvuusongelman arvioiminen vaikeaksi yksilölliseksi ongelmaksi ei ollut suorassa suhteessa kyseisen riippuvuuden kokemiseen yhteiskunnallisesti vakavana ongelmana. Esimerkiksi vaikka tupakkariippuvuus arvioitiin voimakkaasti riippuvuutta aiheuttavaksi aineeksi ja yleisesti suureksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi, ei sitä kuitenkaan pidetty yhteiskunnallisesti kovin vakavana ongelmana (kuvio 13.).

Taulukko 6. Riippuvuuksien suhteet toisiinsa eri tutkimuskysymysten valossa.

	PIENI							SUURI
Moraalisen mallin kannatus:	Muut huumeet	Kannabis	Lääkkeet	Alkoholi	Tupakka	Rahapelit	Internet	
Riippuvuusriski kokeiltaessa:	Internet	Rahapelit	Alkoholi	Lääkkeet	Tupakka	Kannabis	Amfetamiini	Opiaatit
Riippuvuuksista eroon pääsyn mahdollisuus ilman hoitoa:	Opiaatit	Amfetamiini	Kannabis	Lääkkeet	Alkoholi	Rahapelit	Tupakka	Internet
Riippuvuuksista eroon pääsyn mahdollisuus hoidon avulla.	Opiaatit	Internet	Amfetamiini *	Lääkkeet *	Tupakka*	Rahapelit*	Kannabis	Alkoholi
Yhteiskunnallisesti vakavaksi luokiteltava ongelma:	Rahapelit	Lääkkeet	Tupakka	Kannabis		Muut huumeet	Alkoholi	

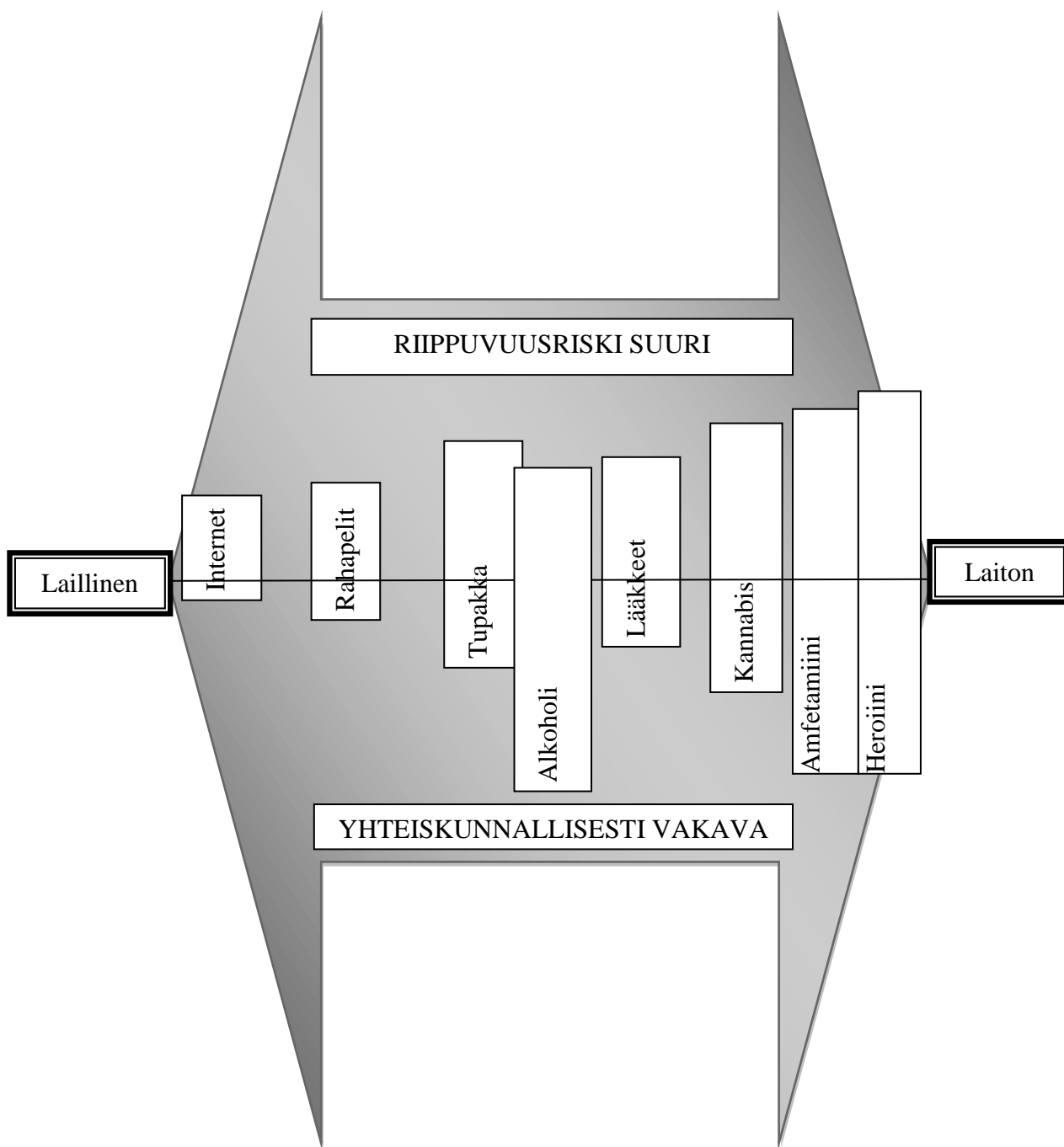
*= sama keskiarvo

Kuva II

Kuvaan II on koottu tutkimuksen keskeisiä tuloksia visuaaliseen muotoon. *Vaakatason akseli* sijoittuu laillisen ja laittoman ääripään väliin. Jana kertoo nykyisestä päihde- ja pelipolitiikasta. Karkeasti tarkasteltuna eri riippuvuusongelmat voidaan jakaa ihmisten mielissä kolmeen luokkaan: yhteiskunnassa hyväksytyihin, yhteiskunnallisesti ristiriitaisiin tai puolittain hyväksytyihin ja yhteiskunnassa kiellettyihin aineisiin tai toimintoihin. Eri riippuvuudet on asetettu näin janalla suhteeseen toisiinsa nähden. Kuviossa esimerkiksi tupakka ja alkoholi on määritelty toisiinsa nähden hieman päällekkäin. Se kuvastaa yhteiskunnan yhä tiukkenevaa tupakkapolitiikkaa ja suvaitsevaisempaa alkoholipolitiikkaa. Voidaankin kysyä, kumpi niistä on tiukemmin säädeltyä?

Pystyakselilla eri riippuvuudet on jaettu yksilölle aiheutuvan vaarallisuuden, riippuvuusriskin (kysymys 1, liite 1) mukaan eri korkuisiksi palkeiksi. Vastaavasti vaakaviivan alapuolisen osuuden syvyys (ulottuvuus alas päin) kuvaa kysymyksen 28 (liite 1.) vastauksia: kuinka vakavana yhteiskunnallisena ongelmana eri toimintoja tai riippuvuuksia pidetään suhteessa toisiinsa.

Esimerkiksi alkoholi on suomalaisessa yhteiskunnassa tietyn ehdoin hyväksytty (alkoholineliö sijoittuu vaak-akselin keskiosaan), alkoholi arvioitiin suureksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi (alkoholineliö ulottuu pitkälle alas päin), mutta riippuvuusriskiltään sitä pidettiin kohtalaisen pienenä (alkoholineliön ulottuminen keskilinjan yläpuolelle).



Kuva II. Riippuvuudet yhteiskunnallisen hyväksyttävyyden valossa.

8.2. Sukupuolisuuden ilmentymät sosiaalisissa representaatioissa

Tämän aineiston naiset olivat ylliedustettuina miehiin nähden. Naiset käyttivät päihteitä miehiä vähemmän ja pelasivat rahapelejä miehiä pienemmillä panoksilla. Naisilla oli miehiä hieman harvemmin omakohtainen kokemus riippuvuudesta. Naiset tunnistivat hieman miehiä useammin lähipiirissään päihteiden käyttäjiä ja puuttuivat miehiä hanakammin muiden päihdeongelmiin. Naisilla oli miehiä korkeampi koulutus ja naisten keski-ikä oli hieman miehiä matalampi. Nämä taustamuuttajat vaikuttivat mahdollisesti osaltaan sukupuolten välisten erojen suuruuteen, mutta itse sukupuolirooleilla näyttäisi kuitenkin olevan myös vaikutusta naisten ja miesten välisten vastuserojen syntymiseen. Oli sukupuolisuus sitten biologinen tai sosiaalisesti konstruoitu ero nyky-yhteiskunnassa, erosivat naisten ja miesten vastaukset toisistaan monen kysymyksen osalta. Kokonaisuutena voidaan todeta, että naiset vastasivat ”naisellisesti” ja miehet ”miehekkäästi” moniin kysymyksiin. Tämä kuvaus merkitsee perinteisten sukupuoliroolien ilmentämistä vastauksissa.

Ensinnäkin naiset katsoivat maailmaa hoivalasien läpi. Naisilla oli miehiä hieman vahvempi usko riippuvuudesta toipumiseen hoidon avulla (kuvio 10.).

Toisina silmälaseina naisilla voidaan todeta olleen suurentavat lasit: naisten mielissä lähes kaikki kysytyt asiat näyttivät uhkaavimmilta, pelottavammilta ja suuremmilta kuin miesten vastauksissa. Käytännössä naiset arvioivat esimerkiksi riippuvuusriskin yleisesti miehiä suuremmaksi (kuvio 6.). Naiset suhtautuivat myös yhteiskunnallisiin uhkiin miehiä voimakkaammin pitämällä yhteiskunnallisia ongelmia miehiä vakavampana (kuvio 13.). Ainoa miehiä hieman enemmän huolestuttava uhka olivat talousrikokset, mikä kuvastaa hyvin kulttuurin tuottaman sukupuolieron merkkejä. Ero talousrikosten osalta ei kuitenkaan ollut sukupuolten välillä merkitsevä.

Kolmansina silmälaseina naisilla oli yllään harmaat pessimistin lasit: naiset osoittautuivat miehiä jonkin verran pessimistisemmiksi suhteessa ilman hoitoa tapahtuvaan riippuvuudesta toipumisen mahdollisuuksiin (kuvio 9.). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitsevät kuin alkoholin, lääkkeiden ja rahapelien suhteen.

Neljäntenä naiset pitivät miehiä tärkeämpinä tasa-arvokysymyksiä. Yhteiskunnallisista ongelmista naiset pitivät miehiä vakavampina muun muassa naisten ja miesten epätasa-arvoa sekä prostituutiota, vähemmistöjen syrjintää ja suuria tuloeroja (kuvio 13.).

Voidaan myös kysyä, miten naiseus ja mieheys vastauksissa näkyy? Ovatko naiset ja miehet todellisuudessa yhtä huolestuneita asioista, mutta ilmaisevat huolestuneisuutensa sukupuolisen representaation avulla siten, että naiset kirjaavat huolensa huolen vyöhykkeen yläpäähän ja miehet huolen vyöhykkeen alapäähän? Sukupuolisuutta tuotetaan siis esimerkiksi siten, etteivät miehet koe soveliaaksi ”ylireagoita” huolestuneisuuttaan, kun taas naiselliseen identiteettiin tämä liioittelu sopii paremmin. Voiko tässä yhteydessä kyselyyn vastaaminen siten edustaa yleisesti sukupuolen sosiaalista representoitumista käytöksessä? Vastauksena tähän kysymyksen voidaan todeta, että osa vastauksista voi ilmentää tätä sukupuolista käyttäytymisen eroa, mutta vastausten priorisointieroon tämä selitysmalli ei tuo vastausta.

8.3. Ikä sosiaalisten representaatioiden taustavaikuttajana

Iällä oletetaan olevan vaikutusta vastauksiin välillisesti siten, että eri ikäiset ihmiset ovat eläneet yhteiskunnassa erilaisia aikakausia. Esimerkiksi se millaisissa yhteiskunnallisissa oloissa nuoruuttaan elää, voi vaikuttaa näkemyksiin myös vanhempana. Ikä tuo myös elämäkokemusta ja siten antaa mahdollisuuden sosiaalisten representaatioiden monipuolistumiselle. Ikä ja sen suhde yhteiskuntaan ei kuitenkaan yksin ole vaikuttavana tekijänä, vaan sen vaikutukset sekoittuivat aineistossa muun muassa sukupuoleen ja ammatilliseen koulutukseen. Esimerkiksi nuoremmilla vastaajilla oli korkeampi koulutustaso lukuun ottamatta alle 25-vuotiaita, joista usealla oli ammatillinen koulutus vielä kesken. Myös vastaajien päihteidenkäyttötottumuksilla ja iällä oli vaikutusta toisiinsa. Suurin tupakoivien ryhmä olivat keski-ikäiset miehet ja yli 65-vuotiailla oli eniten kokemusta tupakasta eroon pääsemisestä. Huumeekokeiluja oli eniten 26-35-vuotiaiden parissa.

Ikä näytti vaikuttavan vastauksiin muun muassa koskien eri riippuvuuksien riippuvuusriskiä (taulukko 3.): nuoremmat arvioivat esimerkiksi alkoholiriippuvuusriskin vanhempia pienemmäksi.

Nuoremmat ikäryhmät pitivät riippuvuuden syytä ja riippuvuudesta vapautumista muita ikäryhmiä useammin enemmän yhteiskunnan kuin yksilön vastuulla (liite 8.). Tulokset olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä koskien tupakka-, alkoholi- ja kannabisriippuvuutta sekä merkitseviä koskien muita huumeriippuvuuksia. Eroon pääsyn osalta tilastolliset erot olivat merkitseviä lähes kaikissa riippuvuuksissa. Nuoremmat ja erityisesti toisen huumeaallon aikana nuoruuttaan eläneet 26–35-vuotiaat vastaajat suhtautuivat vanhempia pessimistisemmin huumeriippuvuuksista (mm. amfetamiini, ei kannabis) eroon pääsyyn ilman hoitoa ja hoidon avulla, mutta näkivät tupakasta, rahapeli- ja Internetriippuvuudesta eroon pääsyn muita toiveikkaammin.

Yhteiskunnallisista huolista puhuttaessa nuoret arvioivat kannabiksen ja muiden huumeiden käytön muita ikäryhmiä vähemmän vakavaksi ongelmaksi ja rahapeliongelmat arvioitiin sitä vakavammaksi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse (liite10.).

Kokonaisuutena voidaan todeta, että iällä oli vaikutusta moniin vastauksiin. Nuoret ja erityisesti toisen huumeaallon aikana nuoruuttaan eläneet näkevät yhteiskunnan huolenaiheet toisin tai vahvemmin kuin jotkut muut ikäryhmät. Nuoret uskovat yhteiskunnan olevan syynä ja toisaalta myös vastuussa riippuvuuksista eroon pääsystä vanhempia ikäryhmiä enemmän. Voidaankin kysyä vaikuttavatko nuorten huumeasenteisiin enemmän omat kokemukset huumeaalosta vai mediassa erityisesti 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alkupuolella käyty vilkas keskustelu aiheesta.

8.4. Tutkimuksen luotettavuus sekä teoreettisen viitekehyksen tarkastelua

8.4.1. Luotettavuus

Tämän tutkielman luotettavuutta pyrittiin tarkastelemaan aineistolähtöisesti.

Ensinnäkin kyselyn vastausprosentti jäi pieneksi (37 %). Naisten osuus aineistossa oli yliedustettuna ja miesvastaajien ikä painottui keski-ikäisiin ja sen ylittäneisiin. Tämä vinouma vaikutti mahdollisesti jonkin verran tuloksiin. Aineiston painottaminen ei olisi kuitenkaan täysin poistanut vinoumaa, sillä esimerkiksi otoksessa nuorten miesten alkoholin käyttö oli koko väestön nuoriin miehiin verrattuna hillittyä. Ongelma on pyritty minimoimaan tarkastelemalla naisten ja miesten vastauksia mahdollisimman paljon erikseen. Mikäli aineistosta tuotetaan tulevaisuudessa jatkoanalyysyjä, tulee aineiston painottamista kuitenkin harkita tarkemmin.

Toiseksi vastauskato saattoi tuottaa tiedossa olevien puutteiden lisäksi myös systemaattisia virheitä. Virheet voivat koskea esimerkiksi niiden vastaajien suurta osuutta, jotka pitävät riippuvuusasioita tärkeinä, puuttuvat niihin ja joilla on muita kansalaisia enemmän kokemusta ja tietämystä aiheesta. Kokonaisuudessaan otos oli kuitenkin riittävän suuri (N=740) tilastollisten analyysien ja tulosten esittämiseksi.

Kolmanneksi suurin osa muuttujien jakaumista ei täyttänyt normaalijakauman kriteerejä, jolloin jouduttiin käyttämään nonparametrisiä testejä.

Neljänneksi arvioitiin kyselylomakkeen saatekirjeessä olleen tekstin vaikutusta vastauksiin. Vaikka riippuvuus määritettiin kirjeessä vakavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi, ei kyseisellä

määrittelyllä näyttäisi olleen ohjaavaa vaikutusta vastauksiin. Tämä on perusteltavissa sillä, että eri riippuvuudet jakautuivat vakavuuden ulottuvuudella toisistaan poikkeavasti.

Viidenneksi on huomioitava, ettei kyselyyn sisältynyt kontrollikysymyksiä. Kutakin aihetta kohden oli siten vain yksi kysymys eri riippuvuuksille. Näin ollen tuloksia ei ollut mahdollista verrata muihin, samaa asiaa koskeviin vastauksiin. Tämän aineiston luotettavuutta mittaavan keinon sijaan aineiston tuloksia verrattiin muihin, samaa aihetta käsitteleviin suomalaistutkimuksiin.

8.4.2. Teorian soveltuvuus

Sosiaalisen representaation teoria soveltui hyvin riippuvuutta koskevien ilmiöiden mielikuvien tarkastelun pohjaksi. Tarkastelussa peilattiin vastaajien sanomaa suhteessa yhteiskunnallisiin tiloihin, lähihistoriaan ja yhteiskunnassa vallitseviin olosuhteisiin. Näin mielikuvien syntyprosessi valottui loogisesti ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi. Yhteiskunnallisesta todellisuudesta tuskin on löydettävissä yksiselitteistä totuutta. Se ei myöskään ole sosiaalisen representaation teorian lähestymistavan tavoitteena. Tarkoituksena on pikemminkin löytää sellaisia yhteiskunnassa vallitsevia prosesseja ja ilmiöitä, jotka näyttävät vaikuttavan sosiaalisten representaatioiden sen hetkiseen muotoutumiseen ihmisten mielissä. Taustamuuttujien kuten iän ja sukupuolen tarkastelu toi myös uuden ulottuvuuden kokonaistuloksiin. Riippuvuutta ja yhteiskunnallisia ongelmia koskevat sosiaaliset representaatiot elävät ajan hengessä, heijastavat sukupuolten rooleja ja eri sukupolvien kokemuksia.

Ihmisten vastauksista oli välillisesti luettavissa sosiaalisen representaation muodostumisen elementtejä. Esimerkiksi riippuvuus-käsite näyttäisi naturalisoituneen tiukasti kansalaisten mielikuviin. Riippuvuus-käsite ei kuitenkaan itsessään kerro riippuvuuden intensiteetistä tai sen suhteesta todellisuuteen, vaan eri riippuvuuksien haitallisuus tuli näkyväksi vasta suhteessa muihin riippuvuuksiin. Vastausten perusteella ei voida suoraan osoittaa objektivoinnin ilmentymiä. Sen sijaan se näyttäisi ilmentyvän välillisesti laillisuuden ja rikollisuuden -polarisointina: huumeet assosioidaan rikolliseen ja esimerkiksi tupakka kunnon kansalaiseen. Esimerkiksi huumeriippuvuudesta puhuttaessa mieliin piirtyy helposti kuva nuhjuisesti pukeutuneesta nuoresta aikuisesta, kun taas tupakoitsija ei välttämättä nosta mieliin ulkonäöltään poikkeavan kansalaisen kuvaa. Objektivointia tulisi kuitenkin tarkastella laajemmin kvalitatiivisen tutkimuksen avulla. Ankkurionnin osalta voidaan esittää kysymys, onko esimerkiksi peliriippuvuus tai Internetin liikakäyttö vielä lainkaan ankkuroitunut haitalliseksi riippuvuuden muodoksi ihmisten mielissä?

Brickmanin ja kumppaneiden (1982) malli soveltui riippuvuuden syytä ja irtautumisen vastuuta koskevaan karkeaan tarkasteluun (Kysymykset 2 ja 3 liite 1). Tarkastelu jäi kuitenkin vain suuntaa antavaksi, sillä Likertin asteikolla olleet vastausvaihtoehdot jouduttiin yhdistämään kahdeksi vastausvaihtoehdoksi nelikentän muodostamiseksi. Tulosten analyysistä jäi näin ollen puuttumaan eri vastausvaihtoehtojen suhde toisiinsa. Brickmanin nelikentän taustalla olevat vastaukset erosivat todellisuudessa toisistaan paljon monimutkaisemmin. Nämä tulokset on koottu liitteisiin 10 ja 11.

8.5. Pohdintaa ja katsaus tulevaan

Kokonaisuudessaan työskentely aineiston parissa oli haastavaa ja opettavaista. Tilastollisten analyysimenetelmien käyttö vaati perehtymistä ja huolellisuutta. Aineiston käsittely ja haluttujen vertailujen tai erottavien tekijöiden esiin saaminen osottautuivat myös haasteellisiksi. Tämä näkyi esimerkiksi Brickmanin mallin karkeina tuloksina: tilastollisessa analyysissä on tehtävä aineistoa koskevia uudelleen luokitteluja, jolloin osa ”totuudesta” jää väistämättä pimentoon. Myös raportointi osoittautui aloittelevalle tutkijalle pohdintaa vaativaksi prosessiksi: miten raportoida lyhyesti, ytimekkäästi, selkeästi, ymmärrettävästi ja mielenkiintoisesti? Tähän taitoon vaikuttaa sekä tutkijan kokemus, ja näkemys että myös persoonallinen tapa työstää asiaa. Tutkielman työstäminen on kuin linnan rakentamista aineiston materiaalista. Mikäli jokin pala puuttuu tai on heikko, tulee linnaa purkaa uudelleen taas siihen pisteeseen, että sen seinät jälleen kestävät. Tämän kaltaista purkamista ja uudelleen työstämistä sekä tiivistämistä tapahtui koko tutkimusprosessin ajan. Tutkielman suuntaaminen, hiominen ja loppuun saattaminen mahdollistuivat täsmällisen ja paneutuvan ohjauksen ansiosta.

Tässä työssä on esitelty kansalaisten mielikuvia eri riippuvuuksista ja niiden suhteesta toisiinsa. Kvantitatiivinen tutkimus antaa aina rajoitetun kuvan todellisuudesta, sillä puheelle ominainen asioiden syvempi selittäminen ja taustojen avaaminen eivät ole mahdollisia. Voidaankin kysyä, mitä yksittäiset vastaajat todella ajattelivat vastatessaan kyselyyn? Millaisia mielikuvia heidän mielessään liikkui ja mistä nämä mielikuvat kumpusivat?

Tutkimuksen tulokset olivat osittain arkitiedon mukaisia. Mielenkiintoa herättäviä tuloksia olivat kuitenkin erityisesti spontaanitoipujien suuri määrä aineistossa, tupakan aseman määrittäminen suhteessa muihin riippuvuuksiin ja moraalisen mallin suuri kannatus. Toisaalta itsestään selvänä tuloksena voidaan pitää sitä, että enemmistö nykysuomalaisista pitää huumeita vaarallisina ja toisaalta tupakkaa sosiaalisen syrjäytymisen kannalta vähemmän vaarallisena.

Yhteiskunnallisessa tutkimuksessa yhtenä tärkeänä teemana on kuvata yhteiskuntaa ja yhteiskunnassa vallitsevia tiloja analyttisesti ja järjestelmällisesti. Koska yhteiskunnassa syntyvät mielikuvat elävät ajassa, voidaan mahdollisesti nyt saatuja tuloksia riippuvuuksista verrata esimerkiksi kymmenen vuoden päästä saataviin vastaaviin tuloksiin ja piirtää näin kuvaa ajassa vallitsevasta muutoksesta. Tämä tutkielma on yksi osa suurempaa addiktioita koskevaa tutkimushanketta. On kiinnostavaa verrata tämän tutkimuksen tuloksia esimerkiksi hoitohenkilökunnalta tai päihdeongelmaisilta saatuihin tietoihin, uuden ulottuvuuden tuloksiin saa myös vertaamalla suomalaisten ja muun maalaisten mielikuvia toisiinsa.

Myös tässä tutkielmassa käytetty kyselyaineisto sisälsi paljon tietoa, joka jäi käyttämättä. Tämän Pro Gradu tutkielman osalta aineistosta jäi selvittämättä ainakin

- koulutuksen vaikutus tuloksiin
- riippuvaisten ja ei-riippuvaisten erot vastauksissa
- muiden yhteiskunnallisten kysymysten tarkastelu (Kysymykset 29 ja 30. liitteessä 1.)
- avointen vastausten analysointi
- tulosten analyysi aineiston painottamisen avulla

Riippuvuuden tutkimus on haasteellista ja mielenkiintoista. Riippuvuuden mielikuvien tutkiminen palvelee myös käytäntöä. Lisääntyvä tieto riippuvuuksista auttaa rakentamaan parempia ja tuloksellisempia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä, hoitomenetelmiä ja tukijärjestelmiä riippuvuuksista kärsiville.

LÄHTEET

Aalto Mauri 2007. Alkoholien suurkuluttaja työterveyshuollon vastaanotolla: tunnistaminen ja hoito. *Työterveyslääkäri* 2007;25(4):114–118.

Addiktio sosiaalisena representaationa – tutun ja vieraan tulkinnat 2008. <http://www.uta.fi/laitokset/sosio/tutkimus/tutkimus.html>. (2.3.2008)

Alcohol in Europe 2006. The Public Health portal of European Union. http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm. (1.8.2008)

Aho Pauliina, Turja Tuomo 2007. Suomalaisten rahapelaaminen 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Taloustutkimus Oy. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/82EFAC39-7AEC-4EA9-A3C4-BB57D35A07B7/0/Suomalaisten_rahapelaaminen_2007_tekstiraportit5046.pdf. (31.7.2008)

Alkoholiohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/ohjelma/esittely.htx>. (28.8.2008)

Aromaa Arpo, Koskinen Seppo (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos B3/2002. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf. (14.8.2008)

Berger Peter, Luckmann Thomas 1994/1996. todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. Gaudeamus.

Block Jerald 2007. Internet addiction is a psychiatric disorder. *American Journal of Psychiatry* 2008, 165(3), 306-307.

Blomqvist Jan 2004. Pohdintoja riippuvuuden spontaaniparantumisesta. Teoksessa Hänninen Vilma, Ylijoki Oili-Helena (toim.) 2004. *Muuttuuko ihminen?* Tampereen yliopistopaino, Tampere.

Blomqvist Jan 2006. Societal images of addiction and recovery – first results from a Swedish representative study. Research & Development Unit, City of Stockholm.

Brickman Philip, Rabinowitz Vita Carulli, JR Jurgis Karuza, Coates Dan, Cohn Ellen, Kidder Lousi 1982. Models of Helping and Coping. *American Psychologist* 37(4), 368-384.

Castro Paula 2006. Applying Social Psychology to the Study of Environmental Concern and Environmental Worldviews: Contributions from the Social Representations Approach. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 16(4), 247–266.

Jovchelovitch S. 1996. In defence of representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26, 121–.

- Christie Nils, Bruun Kettil 1986. Hyvä vihollinen. Huumausainepolitiikka pohjolassa. Weilin+Göös, Espoo.
- d'Acona Hedy 2001. Huumepolitiikka Euroopan Unionissa. Teoksessa Onnila, Tapio (toim.) 2001. Pyhä Huumesota, Huumepolitiikan pelkoja ja utopioita. Vihreä Sivistysliitto, Newprint oy, Uusikaupunki.
- Dahl Päivi, Hirschovits Tanja 2002. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. Youth Against Drugs ry, Helsinki.
- DiClemente Carlo 2003. Addiction and Change. How Addictions Develop and Addicted People Recover. The Guilford Press 2003, NewYork, London.
- Egerer Michael 2008. Jim Orford's excessive appetites with emphasis on the similarities of drinking, gambling, and eating. Luento, Images-seminaarissa Helsingissä 8.4.2008.
- Falk Pasi 1997. Lottomiljonäärit: tutkimus suomalaisista lottovoittajista. Gaudeamus, Helsinki.
- finlex.fi 2008. Ajankohtainen Suomen lainsäädäntö www.finlex.fi.
- Furnham, Lowick 1984. Lay theories of the causes of alcoholism. British journal of medical psychology. 57 (4), 319-332.
- Giddens Anthony 1992. The Transformation of intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern societies. Stanford University Press, California.
- Giddens Anthon 1994. Living in a post-traditional society. Teoksessa Beck Ulrich, Giddens Anthony and Lash Scott: Reflexive Modernization. Stanford University Press.
- Goffman Erwin 1971/1959. Arkielämän roolit. Taskutieto. Werner Söderström osakeyhtiö, Porvoo.
- Granström Veikko, Kuoppasalmi Kimmo 1998. Psykodynaaminen tausta. Teoksessa Salaspuro Mikko, Kiianmaa Kalervo, Seppä Kaija (toim.) 1998. Päihdelääketiede. Duodecim, Helsinki.
- Griffiths 1999. Internet Addiction: Fact or fiction?. Psychologist 12(5), 246-250.
- Gusfield J.R. 1981. The culture of public problems. Drinking-driving and the symbolic order. University Press of Chicago.
- Hakkarainen Pekka 1996. Discussing drugs and control policy: comparative studies on four Nordic countries. NAD (Nordic Council for Alcohol and Drug Research) -Publication 31.
- Hakkarainen Pekka 1999. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Konsensuskokous Helsingissä 1.3.11.1999. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia.
- Hakkarainen Pekka 2000. Tupakka. Nautinnosta ongelmaksi. Vastapaino, Tampere.
- Hakkarainen Pekka 2008. Huumeiden käyttö Suomessa. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa> (1.4.2008)

Hakkarainen Pekka, Metso Leena 2007. Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 72 (5), 541–552.

Hallituksen esitys laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta 2007. StVL 8/2007 vp - HE 60/2007 vp. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslaitoksen lausunto 8/2007 vp. http://www.parliament.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/stvl_8_2007_p.shtml. (7.7.2008)

Havio Marjaliisa, Inkinen Maria, Partanen Airi (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Tammi, Helsinki

Heikkilä Antti 2005. Riippuvuus, valheiden verkko. 4.painos. Rasalas-Kustannus, Helsinki.

Heikkilä Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Heiskala Risto 2000a. Toiminta, tapa ja rakenne – kohti konstruktionistista synteisiä yhteiskuntateoriassa. Gaudeamus, Helsinki.

Heiskala Risto 2000b. Sukupuoli semioottisena konstruktiona. Teoksessa E. Tarasti 2000: Ymmärtämisen merkit. Samuuden ja toiseuden ikoneja suomalaisessa kulttuurissa. ActaSemiotica Fennica VIII. Imatran kansainvälisen Semiotiikkainstituutin julkaisu nro. 3.

Helakorpi Satu, Patja Kristiina, Prättälä Ritva, Uutela Antti 2005. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 18/2005. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b18.pdf (1.10.2008)

Holmberg Jan, Hirschovits Tanja, Kylmänen Petri, Agge Eva (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille - sairaanhoitaja tekee päihde- ja mielenterveystyötä. Sairaanhoitajaliitto 2008, Helsinki. (Painossa)

Holmila, Marja. (toim.) 2002. Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Stakesin Tutkimuksia 122.

Huotari Kari 2007. Pelaaminen hallintaan–kuntoutus- ja koulutusohjelman ulkoinen arviointi. Sosiaalipedagogiikan säätiö.

Huumetilanne Suomessa 2007, Reitox, Stakes, EMCDDA. Helsinki 2007. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/HuumetilanneSuomessa2007.pdf>. (16.1.2008)

Hübner L. 2001. Narkotika och alkohol i den allmänna opinionen. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. Rapport nr 99. Tiivistelmä: <http://www.socarb.su.se/publikationer/spikblad/lenah.htm> (1.10.2008)

Hämäläinen Hannu, Arajärvi Esa, Hein Ritva 2005. Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Stakes.

Hänninen Vilma 2000. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Itäpuisto Maritta 2005. Kokemuksia alkoholiongelmiaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124. Väitöskirja. <http://www.uku.fi/vaitokset/2005/ISBN951-27-0363-7mitapuisto.htm> (3.9.2008)

Jaatinen Jaana, Kaukonen Olavi, Warsell Leena, Halmeaho Matti, Ahtola Raija 1998. Huumeet ja kouluyhteisö. Kostruktionistinen tapaustutkimus. Stakesin tutkimuksia 91.

Joffe H el ene 2002. Social representations and health Psychology. Social science information 41(4), 559-580. Sage Publications.

Crawford Robert 1994: The Boundaries of the Self and the unhealthy Other: Reflection on health, Culture and AIDS. Social Science & Medicine 38(10), 1347-65.

Kankaanrinne Lauri 2008. Alkoholiriippuvuuden attribuutiot maallikoiden ja p ahdehuollon ammattilaisten mukaan. Pro Gradu –tutkielma, Tampereen yliopisto, sosiaalipsykologian laitos.

Katsaus sosiaalipsykologian historiaan 2008. Sosiaalipsykologian peruskurssi TYT, Tampereen avoin yliopisto <http://www.uta.fi/tyt/avoin/verkko-opinnot/sosiaalipsykologia/historia.html> (2.3.2008)

Kaukonen Olavi, Hakkarainen Pekka (toim.) 2002. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.

Koski-Jännes Anja 1992. Alcohol Addiction and Self-Regulation. A controlled Trial of a Relapse Prevention Program for Finnish Inpatient Alcoholics. Finnish Foundation for Alcohol Studies. Alkoholitutkimuss ati n julkaisuja 41.

Koski-Jännes Anja 2001. Riippuvuuden psykologia. Dosis 17(1), 22-27.

Koski-Jännes Anja 2004. In Search of a Comprehensive Model of Addiction. Teoksessa Rosenqvist Pia, Blomqvist Jan, Koski-Jännes Anja,  jesj  Leif (toim.) 2004: Addiction and life course. NAD julkaisu nro 44.

Koski-Jännes Anja 2007. Kohti synteettistä addiktion teoriaa. Yhteiskuntapolitiikka 72(3), 338–339.

Koski-Jännes Anja 2008. Addiction as a biopsychosocial phenomenon. Luento, Images-seminaarissa Helsingissä 7.4.2008.

Koski-Jännes Anja, Riittinen Liisa, Saarnio Pekka (toim.) 2008. Kohti Muutosta. Motivointimenetelmiä p ahde- ja käyttäytymisongelmiin. Tammi, Helsinki.

Kuussaari Katriina, Ruuth paula 2008. P ahdehuollon huumeasiakkaat 2007. Tilastotiedote 21/2008. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt21_08.pdf (2.10.2008)

Käypä hoito – suositus 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=hoi40020> (19.7.2008)

Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta 2006. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060700> (11.6.2008)

Lappalainen-Lehto Riitta, Romu Maija-Liisa, Taskinen Mailis 2008. Haasteena p ahdeet, ammatillisen p ahdety n perusteita. WSOY, Helsinki.

- Lloyd Barbara, Duveen Gerard 1990. A semiotic of the development of social representations of gender. Teoksessa Lloyd Barbara, Duveen Gerard 1990. Social representations and the development of knowledge. Cambridge University Press.
- Loken B. 1982. Heavy smokers', light smokers' and non-smokers' beliefs about cigarette smoking. *Journal of applied Psychology* 67(5), 616-622.
- Lotila Sami 2005. Viro pitää viinan halpana. http://www.talouselama.fi/docview.do?f_id=714047. (8.7.2008)
- Manderson Desmond 2001. Muodonmuutoksia–ristiriitaiset symbolit huumeiden sosiaalisessa rakentumisessa. Teoksessa Onnilla Tapio (toim.) 2001. Pyhä Huumesota, huume politiikan pelkoja ja utopioita. Vihreä Sivistysliitto.
- Mellin Nina, Vihmo Jouni, Österberg Esa 2006. Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. *Stakesin raportteja* 10/2006.
- Metso Leena, Mustonen Heli, Mäkelä Pia, Tuovinen Eeva Liisa 2002. Suomalaisten juomatavat vuonna 2002. *Stakes aiheita* 3/2002.
- Modaalisuus 2005. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. http://kaino.kotus.fi/cgi-bin/julk1/termit.cgi?h_id=mBCGHHFFGG (26.2.2008)
- Moscovici Serge 1976. *Social Influence and Social Change*. European association of experimental social psychology, Academic Press, London, New York, San Francisco.
- Moscovici, Serge 1984. The phenomenon of social representations. Teoksessa R. Farr – S. Moscovici (toim.): *Social representations*. Cambridge University Press, 3–69.
- Moscovici Serge 1985. *The Age of the Grouse: A Historical Treatise on Mass Psychology*. Cambridge University Press.
- Moscovici Serge 1994. Kutsuttu esitelmä. Toinen kansainvälinen sosiaalisten representaatioiden kongressi. Rio de Janeiro, Brasilia. Pirttilä-Backman Anna-Maija, Helkama Klaus. Serge Moscovici Sosiaaliset representaatiot (253–274). Teoksessa Hänninen Vilma, Partanen Jukka, Ylijoki Oili-Helena (toim.) 2005. *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Movahedi Siamak 1978. The Drug Addict and addiction: cultural Stereotypes and clinical Theories. *Journal of Contemporary ethnography* 1978 7(1), 45–66.
- Mustonen Anu 2001. *Mediapsykologia*. WSOY, Helsinki.
- Mäki Toni 1998: Uskonnollisen identiteetin representaatiot ja niiden teoreettinen rakentuminen. Kulttuurien tutkimuksen laitos. Uskontotiede. Pro gradu –tutkielma. <http://users.utu.fi/tonmak/gradu.htm> (2.7.2008).
- Määttä Kalle 2008. Etärahapelien sääntelystä. *Stakesin raportteja* 2/2008. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R2-2008-VERKKO.pdf>. (2.8.2008)

Onnela Tapio 2001. Johdanto pelon politiikasta haittojen vähentämiseen. Teoksessa Onnela Tapio (toim.) 2001. Pyhä Huumesota, huume politiikan pelkoja ja utopioita. Vihreä Sivistysliitto.

Orford, Jim 2001. Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96 (1), 15–31.

Orford Jim 2004. Kohti uutta lähestymistapaa addiktiosta vapautumiseen. Teoksessa Hänninen Vilma, Ylijoki Oili-Helena (toim.) 2004. Muuttuuko ihminen? Tampereen yliopistopaino. <http://www.uta.fi/kirjasto/pdf/suoj/MuuttuukoIhminen.pdf> (2.9.2008)

Orford Jim, Sproston Kerry, Erens Bob, White Clarissa, Mitchel Laura 2003. *Gambling and Problem Gambling in Britain*. Brunner Routledge, New York.

Palm Jessica 2004. The Nature and Responsibility for alcohol and drug Problems: Views among treatment Staff. *Addiction Research and Theory* 12 (5), 413–431.

Partanen Juha 2002. Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Kaukonen Olavi, Hakkarainen Pekka (toim.) 2002. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.

Peele Stanton 2004. Miten riippuvuus voitetaan. 7 vallankumouksellista keinoa riippuvuuksista vapautumiseksi. Rasalas- Kustannus, Helsinki.

Robins Lee N. 1933: Vietnam Veterans' Rapid Recovery from Heroin Addiction: A Fluke or Normal Expectation?" *Addiction* 88, 1041–1054

Pelihaitat 2008. Stakes. <http://info.stakes.fi/pelihaitat/FI/rahapelaaminen/rahapelaaminen.htm>. (2.8.2008)

Peltovuoma Sami, Varamäki Ritva, Koponen Jaana 2006. Suomalaisien alkoholisointien terveydenedistämisen keskus ry. http://www.health.fi/content/files/Suomalaisien_alkoholisointien_terveydenedistamisyhteisoytyma.pdf. (1.8.2008)

Pennanen Marjaana, Patja Kristiina, Joronen Katja 2006. Tupakkakertomus 2006. Oikeus savuttomaan elämään. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/2006.

Philip J., Flores PhD 2003. *Addiction as an Attachment Disorder*. Lanham: Jason Aronson, New York, Toronto, Oxford.

Piispa Matti, Jallinoja Piia, Helakorpi Satu, Uutela Antti 2005. Huumekontaktit, huumemielipiteet, huume kampanja. Tutkimus suomalaisista aikuisista 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2005.

Piispa Matti, Helakorpi Satu, Uutela Antti, Jallinoja Piia 2007. Kontaktit vähentyneet, huumehuoli ennallaan. Kansanterveyslaitoksen kyselyjen tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 72(2), 187–196.

Piispa Matti, Helakorpi Satu, Laitalainen Elina, Uutela Antti, Jallinoja Piia 2008. Huumekontaktit ja mielipiteet. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5 / 2008.

Pirttilä-Backman Anna-Maija, Helkama Klaus 2005. Serge Moscovici Sosiaaliset representaatiot (253-274). Teoksessa Hänninen Vilma, Partanen Jukka, Ylijoka Oili-Helena (toim.) 2005: Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Gummerus oy, Jyväskylä.

Project mach 2008. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity. <http://www.commed.uchc.edu/match/> (29.9.2008)

Prättälä Ritva, Paalanen Laura (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b02.pdf. (21.8.2008)

Puska Pekka 2003. Pohjois-Karjala – projekti. Duodecim 2006. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae64000 (11.6.2008)

Puska Pekka 2008. KTL:n pääjohtaja Pekka Puska: Suomi voi muuttua savuttomaksi. Kansanterveyslaitoksen tiedote 17.1.2008. <http://www.poliklinikka.fi/?page=1497210&id=9967238> (21.3.2008)

Päihdelinkki. A-klinikkasäätiön ja apua-infon Internetportaali. www.paihdelinkki.fi.

Rahapelifoorumin häirtäryhmän raportti 2004. Teoksessa Huotari Kari 2007: Pelaaminen hallintaan – kuntoutus- ja koulutusohjelman ulkoinen arviointi. Sosiaalipedagogiikan säätiö.

Raitasalo Raimo, Maaniemi Kaarlo 2007. Alkoholi, kansallinen ongelma. Kansaneläkelaitoksen teemakatsauksia 14.3.2007. [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk_140307/\\$File/TK_14_03_07_Alkoholi%20kansallinen%20ongelma_Raitasalo_Maaniemi.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk_140307/$File/TK_14_03_07_Alkoholi%20kansallinen%20ongelma_Raitasalo_Maaniemi.pdf?OpenElement) (14.8.2008)

Raivola, Petri 1995. Ympäristöuhan sosiaalinen representaatio. Rikka rokassa vai viimeinen pisara? Psykologian tutkimuksia 98. Psykologian laitos, Turun yliopisto.

Room Robin (toim.) 2002. The Effects of Nordic Alcohol policies. NAD, Nordic Council for Alcohol and Drug reseach Publication 42.

Saarto Ari 1998. Huumeet suomalaisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Salaspuro Mikko, Kiiänmaa Kalervo, Seppä Kaija (toim.) 1998. Päihdelääketiede. Duodecim.

Salakari Juhani 2001. Huumeiden merkityksistä psykiatrian kannalta. Teoksessa Onnila Tapio (toim.) 2001. Pyhä Huumesota Huumepolitiikan pelkoja ja utopioita. Vihreä Sivistysliitto.

Salasuo Mikko, Sepälä Pauliina 2001. Aaltoja vai vedenpinnan pysyvää nousua? Teoksessa Onnila Tapio (toim.) 2001. Pyhä huumesota, huumepolitiikan pelkoja ja utopioita. Vihreä Sivistysliitto.

Seppä Kaija 1998. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Salaspuro Mikko, Kiiänmaa Kalervo, Seppä Kaija (toim.) 1998. Päihdelääketiede. Duodecim.

Sepälä Pauliina 2000. Ravekulttuuri ja laittomat pähteet: yhteisöllisyyttä, etiikkaa ja identiteettiä. Kansainvälistä taustaa ja suomalainen tapaustutkimus. Pro gradu – tutkielma, Helsingin valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalipolitiikan laitos.

Sheldon Tony 2003. Review shows that cannabis use is a risk factor for schizophrenia. British Medical Journal 327(7423): 1070.

Simpura Jussi 2002. Päihteet ja päihdehaitat asukkaiden silmin ennen toimintakokeilua ja sen jälkeen. Teoksessa Holmila, Marja (toim.) 2002. Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Stakes tutkimuksia 122.

Soikkeli Markku 2001. Huume politiikka. Kirjassa Ritva Piisi (toim.) 2001. Huumetyö. Tammi, Helsinki

Soininen Miia 2008. Rokotteet ja palkkiot tulevat päihdehoitoon. Medi uutiset 8.1.2008. www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=5430/news_db=web_lehti2006/type=1 (1.8.2008)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008. Finlex.fi (17.1.2008)

Sulkunen Pekka 1997. ”Addiktio – alkoholismi maallikkoajattelussa”. Teoksessa Sulkunen, Pekka, Törrönen, Jukka (toim.). Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Gaudeamus, Helsinki.

Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin 2001. STM:n selvitys 5.2.2001. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/tervhuolto/raportti1.htm>. (19.7.2008)

Suomen Ash. Tupakointi Suomessa. http://www.suomenash.fi/sivu.php?artikkeli_id=132. (29.4.2008)

Svartsjö Mikko 2008. Nettipokerin pelikokemus: peliä tunteella vai järjellä? Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.

Tacke Ulrich 2008. Brain, Drugs and Behaviour - the science of addiction. Luento, Images-seminaarissa Helsingissä 7.4.2008.

Tilastokeskus 2008. www.tilastokeskus.fi

Tuominen Raimo 2008. Nicotine and Brain. Luento, Images-seminaarissa Helsingissä 7.4.2008.

Tupakkatilasto 2006a. Tilastokeskus, Terveys, Helsinki 2007. http://www.stat.fi/tup/julkaisut/isbn_978-952-467-747-9.pdf. (5.9.2008)

Tupakkatilasto 2006b. Tupakointi vähenee hitaasti. Julkaisu 14.12.2007. http://www.stat.fi/til/tup/2006/tup_2006_2007-12-14_tie_001.html. (1.9.2008)

Turun Yliopisto 2006. psykiatrian ja nuorisopsykiatrian tutkimusprojektit. <http://www.med.utu.fi/psykiatria/tutkimus/projektit/>. (17.3.2006)

Työterveyslaitos 5/2008. Alkoholi. Tietoisku. <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Terveysvinkki/Alkoholi/> (14.5.2008)

Työterveyslaitos 6/2008. Alkoholin suurkulutuksen rajat ja annosten laskeminen. <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tyoterveyshuolto/Tyokalut/rajat+ja+annokset.htm> (3.6.2008)

Törmä Sinikka, Huotari Kari, Inkeroinen Tiia 2003. Kurvi 24 h, Helsingin Diakonissalaitoksen Kurvin huumeepoliklinikan ulkoinen arviointi. Sosiaalikehitys oy julkaisuja 1/2003.

Törmä Sinikka, Huotari Kari 2005. Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat ja moniongelmaisimmat päihteiden käyttäjät avun tarvitsijoina. Sosiaalikehitys oy, Helsingin Diakonissalaitos.

Wagner Wolfgang 2007. Vernacular science knowledge: its role in everyday life communication. *Public Understanding of Science* 16, 7-22.

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/paihde/huume/huume2008.htx.i1533.pdf> (1.10.08)

Valverde, M. 1998. *Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. Cambridge University Press.

Web4Health 2008. Become Addicted to the Internet; Internet Addiction. <http://web4health.info/fi/answers/add-internet.htm> (8.8.2008)

Weckroth Antti 2001. Päihteestä huumeeksi, huumeongelman kulttuuriset tulkinnat. Kirjassa Ritva Piisi (toim.) 2001. *Huumetyö*. Tammi, Helsinki.

Robbins L, Goodwin D & Davis D, 1974: Drugs use by U.S. Army Enlisted men in Vietnam. A Follow-up on their return home. *American journal of epidemiology* 99(4).

Weiner Bernanrd 1995. *Judgement of responsibility A Foundation for a Theory of Social Conduct*. University of California, Los Angeles. The Guilford Press, New York, London.

West Robert 2006. *Theory of addiction*. Blackwell Publishing, Oxford.

Viertola Hannu 1998. *Tupakkamiehen tietokirja*. Terra Cognita oy, Helsinki.

Yen Ju-Yu, Chih-Hung Ko1, Cheng-Fang Yen, Sue-Huei Chen, Wei-Lun Chung, Cheng-Chung Chen 2008. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 62(1), 9-16.

Österberg Esa 2005. Miltä alkoholihaitat näyttävät vuoden 2004 veroratkaisun jälkeen? *Alkoholi- ja huumetutkimus*, Stakes. Luento 1.12.2005.

Österberg Esa, Tigerstedt Christoffer 2007. Alkoholihaitat ovat säilyneet suomalaisina ja muuttuneet ranskalaisiksi. *Yhteiskuntapolitiikka*. 72 (3), 330–332.

LIITTEET

LIITE 1. Kyselylomake

LIITE 2. Saatekirje

LIITE 3. Alkoholin kuukausittaisen juomismäärän määrittäminen. Uudelleenluokittelu ja uuden muuttujan laskeminen. (Kuvion 3 tausta-analyysi).

LIITE 4. Naisten ja miesten alkoholin kulutus annoksina juomapäiviä kohden.

LIITE 5. Riippuvuusriski ainetta tai toimintoa kokeiltaessa. Tilastolliset tunnusluvut sukupuolen mukaan.

LIITE 6. Riippuvuudesta eroon pääsyn vastuu. Tilastolliset tunnusluvut sukupuolen mukaan.

LIITE 7. Riippuvuudesta eroon pääsyn vastuu iän mukaan.

LIITE 8. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuus (kysymys 28.) tilastolliset tunnusluvut sukupuolen mukaan.

LIITE 9. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuus (Kysymys 28.). Ikäryhmittäiset erot ja tunnusluvut.

LIITE 10. Kysymysten 2 vastaukset taulukkona.

LIITE 11. Kysymyksen 3 vastaukset taulukkona.

Suhtautuminen riippuvuuksiin



Suomalaisten käsitykset ja kokemukset
Tampereen yliopisto / Stakes 2007

Pyydämme Teitä vastaamaan jokaiseen kysymykseen rengastamalla sen vaihtoehdon numeron, joka vastaa Teidän henkilökohtaista mielipidettänne.

Esimerkki vastauksen merkitsemistavasta: 1 **2** 3

Osa A: Henkilökohtainen käsitys päihdeongelmista ja riippuvuuksista

RIIPPUVUUSRISKI

1. Kuinka suuri riski mielestänne on riippuvuuden kehittymiseen, jos kokeilee seuraavia päihteitä tai toimintoja?

	Erittäin pieni riski tai ei lainkaan	Melko pieni riski	Melko suuri riski	Erittäin suuri riski	En osaa sanoa
Alkoholi	1	2	3	4	E
Hasis/marihuana	1	2	3	4	E
Amfetamiini	1	2	3	4	E
Tupakka	1	2	3	4	E
Heroiini, muut ns. opioidit	1	2	3	4	E
Lääkkeet	1	2	3	4	E
Rahapelit	1	2	3	4	E
Internetin käyttö	1	2	3	4	E

Rahapeleillä tarkoitetaan esimerkiksi Lottoa, rahapeliautomaatteja (hedelmäpelit, pajatso), arvontapelejä ja raaputusarpoja, vedonlyöntiä, rulettia, nettipokeria yms. Lääkkeillä tarkoitetaan tässä rauhoittavia -, uni- ja muita psyykenlääkkeitä. Tupakka käsittää myös sikarit, piipun ja nuuskan.

SYITÄ PÄIHDEONGELMIIN JA RIIPPUVUUKSIIN

2. Missä määrin seuraavat riippuvuudet mielestänne johtuvat henkilöstä itsestään ja missä määrin sellaisista ympäristötekijöistä ja olosuhteista, joihin ei voi itse vaikuttaa?

	Riippuvuus johtuu...				En osaa sanoa
	Henkilöstä itsestään	Enemmän henkilöstä kuin olosuhteista	Enemmän olosuhteista kuin henkilöstä	Olosuhteista ja ympäristöstä	
Alkoholi	1	2	3	4	E
Hasis, marihuana	1	2	3	4	E
Muut huumeet	1	2	3	4	E
Tupakka	1	2	3	4	E
Lääkkeet	1	2	3	4	E
Rahapelit	1	2	3	4	E
Internetin käyttö	1	2	3	4	E

VASTUU ONGELMAN RATKAISEMISESTA

3. Kenen vastuu on mielestänne huolehtia siitä, että väärinkäyttöön tai riippuvuuteen päätnyt henkilö voi päästä eroon ongelmastaan? Onko vastuu mielestänne yksilöllä itsellään vai yhteiskunnalla?

	Täysin yksilön omalla vastuulla	Enemmän yksilön kuin yhteiskunnan	Enemmän yhteiskunnan kuin yksilön	Täysin yhteiskunnan vastuulla	En osaa sanoa
Alkoholi	1	2	3	4	E
Hasis, marihuana	1	2	3	4	E
Muut huumeet	1	2	3	4	E
Tupakka	1	2	3	4	E
Lääkkeet	1	2	3	4	E
Rahapelit	1	2	3	4	E
Internetin käyttö	1	2	3	4	E

ESTEITÄ LOPETTAMISELLE

4. Kuinka vaikeasti voitettavia mielestänne ovat seuraavat esteet toipumiselle henkilön yrittäessä päästä eroon riippuvuudestaan?

		Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
a) RIIPPUUUS <u>ALKOHOLISTA</u>	Aineen ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Ympäristön vaikutus	1	2	3	4	E
	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Vaikeat elinolosuhteet	1	2	3	4	E
	Toisten ennakkoluulot/kielteiset odotukset	1	2	3	4	E
b) RIIPPUUUS <u>TUPAKASTA</u>	Aineen ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Ympäristön vaikutus	1	2	3	4	E
	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Vaikeat elinolosuhteet	1	2	3	4	E
	Toisten ennakkoluulot/kielteiset odotukset	1	2	3	4	E
c) RIIPPUUUS <u>HASIKSESTA/ MARIHUANASTA</u>	Aineen ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Ympäristön vaikutus	1	2	3	4	E
	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Vaikeat elinolosuhteet	1	2	3	4	E
	Toisten ennakkoluulot/kielteiset odotukset	1	2	3	4	E
d) RIIPPUUUS <u>MUISTA HUU- MEISTA</u>	Aineen ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Ympäristön vaikutus	1	2	3	4	E
	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Vaikeat elinolosuhteet	1	2	3	4	E
	Toisten ennakkoluulot/kielteiset odotukset	1	2	3	4	E
e) RIIPPUUUS <u>LÄÄKKEISTÄ</u>	Aineen ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Ympäristön vaikutus	1	2	3	4	E
	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Vaikeat elinolosuhteet	1	2	3	4	E
	Toisten ennakkoluulot/kielteiset odotukset	1	2	3	4	E
f) RIIPPUUUS <u>RAHAPELEISTÄ</u>	Pelin ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Ympäristön vaikutus	1	2	3	4	E
	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Vaikeat elinolosuhteet	1	2	3	4	E
	Toisten ennakkoluulot/kielteiset odotukset	1	2	3	4	E
g) RIIPPUUUS <u>INTERNETISTÄ</u>	Internetin ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Ympäristön vaikutus	1	2	3	4	E
	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	1	2	3	4	E
	Vaikeat elinolosuhteet	1	2	3	4	E
	Toisten ennakkoluulot/kielteiset odotukset	1	2	3	4	E

ONKO MAHDOLLISTA TOIPUA OMIN AVUIN?

5. Kuinka suuri mielestänne on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista ilman hoitoa?

	Ei minkäänlaista/erittäin pieni	Melko pieni	Ei suuri eikä pieni	Melko suuri	Erittäin suuri	En osaa sanoa
Alkoholi	1	2	3	4	5	E
Hasis/marihuana	1	2	3	4	5	E
Amfetamiini	1	2	3	4	5	E
Tupakka	1	2	3	4	5	E
Heroiini/muut opioidit	1	2	3	4	5	E
Lääkkeet	1	2	3	4	5	E
Rahapelit	1	2	3	4	5	E
Internetin käyttö	1	2	3	4	5	E

AUTTAAKO HOITO?

6. Kuinka suuri mielestänne on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista jonkin hoidon avulla, erilaiset tukiryhmät mukaan lukien (esim. AA, NA)?

	Ei minkäänlaista/erittäin pieni	Melko pieni	Ei suuri eikä pieni	Melko suuri	Erittäin suuri	En osaa sanoa
Alkoholi	1	2	3	4	5	E
Hasis/marihuana	1	2	3	4	5	E
Amfetamiini	1	2	3	4	5	E
Tupakka	1	2	3	4	5	E
Heroiini/muut opioidit	1	2	3	4	5	E
Lääkkeet	1	2	3	4	5	E
Rahapelit	1	2	3	4	5	E
Internetin käyttö	1	2	3	4	5	E

Osa B: Omat tavat ja kokemukset

Seuraavaksi esitämme muutamia kysymyksiä, jotka koskevat omia alkoholin ja muiden aineiden sekä rahapelien ja internetin käyttötottumuksianne. Kysymme myös mahdollisista avunsaantikokemuksistanne - joko omista tai läheistenne - tällä alueella. Vastaukset ovat ehdottoman luottamuksellisia eikä vastaajia pystytä tunnistamaan (lomakkeissa ei ole nimiä, tunnusnumeroita eikä mitään muitakaan merkintöjä).

7. Oletteko joskus nauttinut jotakin alkoholijuomaa?

- 1 Kyllä, viimeisten 12 kuukauden aikana
- 2 Kyllä, mutta en viimeisten 12 kk aikana
- 3 Ei, en koskaan

Jos valitsitte vaihtoehdon 2 tai 3, siirtykää suoraan kysymykseen 11.

Alkoholijuomia ovat keski- tai A-olut, siideri, long drink -juomat, viinit ja väkevät alkoholijuomat. Tässä ei lasketa alkoholijuomaksi alle 2,8 prosenttia alkoholia sisältäviä juomia, kuten esim. I-olutta tai mietoa long drink -juomaa.

8. Kuinka usein olette juonut alkoholia viimeisten 12 kuukauden aikana?

- 1 Päivittäin tai lähes päivittäin
- 2 4-5 päivänä viikossa
- 3 2-3 päivänä viikossa
- 4 Noin kerran viikossa
- 5 2-3 päivänä kuukaudessa
- 6 Noin kerran kuukaudessa tai harvemmin

9. Kuinka monta annosta alkoholia tavallisesti juotte niinä päivinä, jolloin käytätte alkoholia?

- 1 1-2 annosta
- 2 3-4 annosta
- 3 5-7 annosta
- 4 8-11 annosta
- 5 12 annosta tai enemmän

Yksi annos on 4 cl väkevää alkoholia tai 8 cl väkevää viiniä tai juomasekoitusta, 12 cl mietoa viiniä tai 33 cl keskiolutta, samanvahvuista siideriä tai lonkeroa

10. Kuinka usein juotte yhdellä käyttökerralla kuusi annosta tai enemmän alkoholia?

- 1 Useammin kuin 3 kertaa viikossa
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 Kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 Kerran kuukaudessa
- 6 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 7 En koskaan

Kuusi annosta vastaa 24 cl väkevää alkoholia, 0,75 l pulloa viiniä, neljää 0,5 l tuoppia tai kuutta 33 cl pulloa keskiolutta tai samanvahvuista siideriä tai lonkeroa.

11. Oletteko koskaan polttanut savukkeita tai käyttänyt muita tupakkatuotteita?

- 1 Kyllä, viimeisten 12 kuukauden aikana
- 2 Kyllä, mutta en viimeisten 12 kk aikana
- 3 Ei, en koskaan

Jos valitsitte vaihtoehdon 2 tai 3, siirtykää suoraan kysymykseen 13.

12. Kuinka usein olette tupakoinut viimeisten 12 kuukauden aikana?

- 1 Silloin tällöin
- 2 Säännöllisesti, mutta vähemmän kuin askin päivässä
- 3 Säännöllisesti, yhden askin tai enemmän päivässä

Jos poltatte piippua tai sikareita tai käytätte nuuskaa, yritäkää arvioida vastaava määrä.

13. Oletteko joskus kokeillut tai käyttänyt jotain huumausainetta (kuten hasista, marihuanaa, amfetamiinia, heroiniä tai muita vastaavia aineita)?

- 1 Kyllä
- 2 En

Jos valitsitte vaihtoehdon 2, siirtykää suoraan kysymykseen 15.

14. Jos olette kokeillut tai käyttänyt huumausainetta, mitä ainetta/aineita ja milloin?

	Viimeisen 12 kk aikana	Ei 12 kk aikana, mutta aiemmin	Sekä 12 kk aikana että aiemmin	En koskaan	En osaa sanoa
Hasista tai marihuanaa	1	2	3	4	E
Amfetamiinia	1	2	3	4	E
Heroiniä / muita opioideja	1	2	3	4	E
Kokaiinia tai crackia	1	2	3	4	E
Ekstaasia	1	2	3	4	E
LSD:tä	1	2	3	4	E
Muita huumeita, mitä? _____	1	2	3	4	E

15. Oletteko kokeillut tai käyttänyt unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen?
(esim. ilman lääkärin määräystä tai suurempina annoksina kuin on määrätty)

- 1 Kyllä, viimeisten 12 kuukauden aikana
- 2 Kyllä, mutta en viimeisten 12 kk aikana
- 3 Ei, en koskaan

16. Kuinka paljon olette käyttänyt rahaa pelaamiseen viimeisten 12 kuukauden aikana?

(esim. veikkaus, arpajaiset, ravit, ruletti, pelikoneet, nettipelit jne.)

- 1 En yhtään
- 2 Vähemmän kuin 10 euroa viikossa
- 3 10-99 euroa viikossa
- 4 100-999 euroa viikossa
- 5 1000 euroa tai enemmän viikossa

17. Oletteko omasta mielestänne nyt tai oletteko joskus ollut riippuvainen jostain seuraavista?

	Olen nyt	Olin aiemmin, en nyt	En ole koskaan ollut	En osaa sanoa
Alkoholi	1	2	3	E
Hasis/marihuana	1	2	3	E
Amfetamiini	1	2	3	E
Tupakka	1	2	3	E
Heroiini/muut opioidit	1	2	3	E
Lääkkeet	1	2	3	E
Rahapelit	1	2	3	E
Internetin käyttö	1	2	3	E
Muu, mikä? _____	1	2	3	E

Jos Teillä ei ole koskaan ollut mitään riippuvuutta, siirtykää suoraan kysymykseen 20.

18. Jos koette olevanne/olleenne riippuvainen, oletteko koskaan saanut jonkinlaista hoitoa, ammattiapua tai vertaistukea päihdeongelmaanne tai riippuvuuteenne?

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Julkinen terveydenhuolto	1	2	E
Päihdehuollon erityispalveluyksiköt, esimerkiksi A-klinikka	1	2	E
Sosiaalitoimisto	1	2	E
Mielenterveystoimisto	1	2	E
Lääkärin yksityisvastaanotto	1	2	E
AA, NA tai joku muu tukiryhmä	1	2	E
Joku uskonnollinen yhteisö	1	2	E
Jokin muu, mikä? _____	1	2	E

19. Jos olette saanut hoitoa tai muuta apua, helpottiko se päihdeongelmaanne tai riippuvuuttanne?

- 1 Kyllä, erittäin paljon
- 2 Kyllä, jonkin verran
- 3 Ei kovin paljon
- 4 Ei, ei lainkaan
- 5 En osaa sanoa

Jos olette saanut hoitoa tai ammattiapua usealta eri taholta, arvioikaa sitä, joka mielestänne auttoi eniten.

20. Onko jollakin läheisellänne (lähisukulainen tai läheinen ystävä) juuri nyt tai onko joskus ollut jonkinlainen päihdeongelma tai riippuvuus?

	On nyt	Oli aiemmin, ei nyt	Ei ole koskaan ollut	En osaa sanoa/tiedä
Alkoholi	1	2	3	E
Hasis/marihuana	1	2	3	E
Amfetamiini	1	2	3	E
Tupakka	1	2	3	E
Heroiini	1	2	3	E
Lääkkeet	1	2	3	E
Rahapelit	1	2	3	E
Internetin käyttö	1	2	3	E
Muu, mikä? _____	1	2	3	E

Jos kenelläkään läheisellänne ei ole ollut mitään riippuvuutta, tai ette tiedä, siirtykää suoraan kysymykseen 24.

21. Onko joku läheisenne saanut jonkinlaista hoitoa tai muuta apua päihdeongelmaansa tai riippuvuuteensa?

1 Kyllä
2 Ei
3 En osaa sanoa/tiedä

Jos valitsitte vaihtoehdon 2 tai 3, siirtykää suoraan kysymykseen 23.

22. Mikä oli tuloksena tästä läheisenne saamasta hoidosta tai avusta?

1 Auttoi paljon ongelman ratkaisussa
2 Auttoi jonkin verran
3 Ei auttanut
4 En osaa sanoa/tiedä

Jos useampi läheisenne on saanut hoitoa, vastatkaa sen henkilön osalta, jonka koette itsellenne läheisimmäksi.

23. Onko joku läheisenne mielestänne onnistunut ratkaisemaan päihdeongelmansa tai riippuvuutensa itse, ilman ammattiapua?

1 Kyllä
2 Ei
3 En osaa sanoa/tiedä

24. Oletteko koskaan kehottanut ketään hakemaan apua päihdeongelmaansa tai riippuvuuteensa?

1 Kyllä
2 En
3 En osaa sanoa/muista

25. Oletteko koskaan yrittänyt itse auttaa jotain toista henkilöä ratkaisemaan päihdeongelmaansa tai riippuvuuttaan?

1 Kyllä
2 En
3 En osaa sanoa/muista

26. Kuuluuko työnkuvaanne tai onko joskus kuulunut auttaa päihdeongelmaisia tai riippuvaisia?

1 Kyllä
2 Ei
3 En osaa sanoa

Osa C: Yhteiskunta ja elämäkatsomus

27. Elämää ohjaavista voimista vallitsee erilaisia käsityksiä. Mitä mieltä olette seuraavista tätä koskevista väittämistä?

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Vaikea sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Onni ja menestys riippuvat omasta toiminnasta	1	2	3	4	5
Loppujen lopuksi kaikki johtuu sattumasta	1	2	3	4	5
Oma onni ja epäonni riippuvat usein muista ihmisistä	1	2	3	4	5
Olosuhteet ovat yleensä syynä siihen, jos asiat menevät elämässä pieleen	1	2	3	4	5
Se mitä ihmiselle tapahtuu, johtuu ennustamattomista voimista	1	2	3	4	5
Jokin korkeampi voima ohjaa ihmisten elämän kulkua	1	2	3	4	5

28. Kuinka vakavina pidätte seuraavia yhteiskunnallisia ongelmia Suomessa nykyisin? Arvioikaa kutakin erikseen asteikolla, jossa 1 = ei ollenkaan vakava, 10 = erittäin vakava.

	Ei ollenkaan vakava	←	→	Erittäin vakava	En osaa sanoa
Alkoholiongelmat	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Varkaudet ja muut omaisuusrikokset	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Saasteet/ympäristöongelma	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Kannabistuotteiden (hasis/marihuana) käyttö	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Muiden huumeiden käyttö	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Naisten ja miesten epätasa-arvo	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Tupakointi	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Väkivaltarikokset	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Suuret tuloerot	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Prostituutio	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Köyhyys	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Rahapeliongelmat	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Vähemmistöjen syrjintä	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Lääkkeiden väärinkäyttö	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E
Talousrikokset (veropetokset jne.)	1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10				E

Osa D: Keinoja riippuvuuksien torjumiseksi

29. Kuinka tärkeitä seuraavat toimenpiteet ovat mielestänne riippuvuusongelmien torjumisessa?

a) <u>ALKOHOLIONGELMIEN TORJUNNASSA</u>	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	Ei kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää	En osaa sanoa
Rajoitukset ja hintapolitiikka ¹	1	2	3	4	E
Riskeistä tiedottaminen	1	2	3	4	E
Hoidon tarjoaminen	1	2	3	4	E
Ennakkoluulojen ja syrjinnän vastaiset toimenpiteet	1	2	3	4	E
Yleisen elintason parantaminen	1	2	3	4	E
b) <u>HUUMEONGELMIEN TORJUNNASSA</u>	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	Ei kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää	En osaa sanoa
Tullin ja poliisin toiminta ²	1	2	3	4	E
Riskeistä tiedottaminen	1	2	3	4	E
Hoidon tarjoaminen	1	2	3	4	E
Ennakkoluulojen ja syrjinnän vastaiset toimenpiteet	1	2	3	4	E
Yleisen elintason parantaminen	1	2	3	4	E
c) <u>RAHAPELIONGELMIEN TORJUNNASSA</u>	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	Ei kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää	En osaa sanoa
Lakiin perustuvat rajoitukset	1	2	3	4	E
Riskeistä tiedottaminen	1	2	3	4	E
Hoidon tarjoaminen	1	2	3	4	E
Ennakkoluulojen ja syrjinnän vastaiset toimenpiteet	1	2	3	4	E
Yleisen elintason parantaminen	1	2	3	4	E

¹ Verotus, maahantuontisäännökset, vähittäismyyntin ja anniskelun säännöt, mainontakiellot, jne.

² Valvonta rajoilla, huumerikollisuuden torjunta jne.

30. Mitkä seuraavista ovat mielestänne vakavimpia alkoholiin ja muihin päihteisiin liittyviä ongelmia, joihin yhteiskunnan pitäisi puuttua? Valitkaa kolme tärkeimpänä pitämääne asiaa.

- 1 Alkoholimainonta
- 2 Asiallisen tiedotuksen vähäisyys
- 3 Alkoholin myynti alaikäisille
- 4 Alkoholin halpa hinta
- 5 Liian pitkät jonot huumehoitoihin
- 6 Huumeiden käyttäjiin liittyvät ennakkoluulot ja syrjintä
- 7 Raskaana olevien naisten päihteiden käyttö
- 8 Poliisin resurssit huumerikollisuuden torjunnassa
- 9 Jokin muu, mikä _____
- E En osaa sanoa

Osa E: Taustatiedot aineiston tilastollista ryhmittelyä varten

Mikä on sukupuolenne?

- 1 Mies
- 2 Nainen

Minä vuonna olette syntyneet?

Vuonna 19 ____

Mikä on pääasiallinen asuinpaikkanne?

- 1 Pääkaupunkiseutu
- 2 Muu yli 100 000 asukkaan kaupunki
- 3 50 000 - 100 000 asukkaan kaupunki
- 4 Pienempi kaupunki
- 5 Maaseudun asutuskeskus tai taajama
- 6 Maaseudun haja-asutusalue

Mitkä ovat perhesuhteenne?

- 1 Naimaton
- 2 Avoliitossa
- 3 Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
- 4 Eronnut tai asumuserossa
- 5 Leski

Onko Teillä lapsia?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

Mikäli Teillä on lapsia, asuvatko he luonanne?

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 Osittain

Mikä on peruskoulutuksenne?

- 1 Kansa- tai kansalaiskoulu
- 2 Peruskoulu tai keskikoulu
- 3 Ylioppilastutkinto

Millainen ammatillinen koulutus Teillä on?

- 1 Ei ammatillista koulutusta
- 2 Ammattikurssi, muu lyhyt ammattikoulutus
- 3 Ammattikoulu, kouluasteen ammatillinen tutkinto
- 4 Opistotasoinen ammattikoulutus
- 5 Ammatti korkeakoulututkinto
- 6 Yliopisto- tai korkeakoulututkinto

Oletteko nykyisin...

- 1 Palkansaaja
- 2 Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja
- 3 Työtön tai lomautettu
- 4 Eläkkeellä
- 5 Opiskelija
- 6 Vanhempainlomalla, hoitovapaalla
- 7 Hoidatte kotia
- 8 Jokin muu tilanne, mikä? _____

Oletteko ollut työtön viime vuosina?

- 1 En ole ollut työtön
- 2 Olen ollut työtön yhteensä ____ kuukautta viimeisten 12 kk aikana
- 3 Olen ollut työtön yhteensä ____ kuukautta viimeisen 5 vuoden aikana

Kuinka suuret ovat keskimääräiset bruttotulonne?
(kaikki tulot veroja ja muita kuluja vähentämättä)

- 1 Alle 1000 euroa kuukaudessa
- 2 1000 - 1999 euroa /kk
- 3 2000 - 2999 euroa /kk
- 4 3000 - 3999 euroa /kk
- 5 4000 euroa tai enemmän /kk

KOMMENTTEJA
JA KEHITYS-
EHDOTUKSIA:

Lomakkeen loppuun on varattu tilaa vapaamuotoisille kannanilmaisuille. Voitte kirjoittaa siihen mitä tahansa näkemyksiänne riippuvuuksista, niiden hoidosta, päihdeongelmaisiin suhtautumisesta tai tästä tutkimuksesta. Kaikki mielipiteet ovat tervetulleita ja arvokkaita!

KIITOKSET VAIVANNÄÖSTÄNNE!
Palauttakaa tämä lomake oheisessa kirjekuoressa.



XX.09.2007

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Viime aikoina on keskusteltu enenevästi riippuvuuksista eli addiktioista. 'Koukussa' voi olla moniin asioihin. Päihderiippuvuuksien ohella tavallisimpia ovat toiminnalliset riippuvuudet kuten peliriippuvuus. Vaikealaatuinen riippuvuus on vakava ongelma paitsi asianomaisten yksilöiden, myös perheiden, työelämän ja viime kädessä koko yhteiskunnankin kannalta.

Tampereen yliopisto toteuttaa yhteistyössä Stakesin (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus) kanssa laajan riippuvuuksia koskevan tutkimushankkeen. Sen yhtenä tavoitteena on selvittää kansalaisten käsityksiä riippuvuuksien luonteesta ja syistä sekä riippuvuuksista irrottautumisen mahdollisuuksista. Vastaava kysely kohdistetaan alan ammattilaisille ja hoidossa oleville asiakkaille. Tutkimus on osa laajempaa kansainvälistä vertailututkimusta. Yhteisprojektissa ovat mukana mm. Ruotsi, Kanada ja Venäjä. Suomessa tehtävän tutkimuksen rahoituksesta vastaa Suomen Akatemia.

Oheinen kyselylomake on lähetetty yhteensä 2000:lle täysin satunnaisesti valitulle suomalaiselle, joista Te olette yksi. Osoitelähteenä on käytetty väestön keskusrekisteriä (väestötietojärjestelmä, Väestörekisterikeskus PL 70 00581 Helsinki).

Tutkimus on ehdottoman luottamuksellinen. Tiedonkeruu on järjestetty siten, ettei kenenkään, ei edes tutkijoiden, ole mahdollista tunnistaa vastaajia (lomakkeissa ei ole nimiä, tunnusnumeroita eikä muitakaan tunnistamisen mahdollistavia merkintöjä). Tulokset julkaistaan tilastollisina, koko väestöä kuvaavina taulukkoina ja yhteenvetoina.

Toivomme, että täyttäisitte lomakkeen itsenäisesti omien näkemysten ja kokemusten mukaisesti. Tutkimuksen onnistumisen ja tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että mahdollisimman moni satunnaisotokseen kuuluvista vastaa kyselyyn. Koska otokseen valittua ei voida korvata toisella henkilöllä, toivomme osallistumistanne riippumatta siitä, kuinka hyvät tiedot katsotte itsellenne asiasta olevan.

Pyydämme, että palauttaisitte lomakkeen oheisessa kirjekuoressa kahden viikon kuluessa. Postimaksua ei tarvitse maksaa. Lisätietoja tutkimuksesta antavat allekirjoittaneet. Tietojen keruuta koskeviin kysymyksiin vastaa myös Pentti Kiljunen, Yhdyskuntatutkimus Oy, puh. (03) 3677 112.

Avustanne etukäteen kiittäen

Anja Koski-Jännes

professori

Sociologian ja sosiaalipsykologian laitos

33014 Tampereen yliopisto

puh. (03) 3551 6587

Kirsimarja Raitasalo

tutkija

Stakes/ Alkoholi- ja
huumetutkimusryhmä

PL 220, 00531 Helsinki

puh. (09) 3967 2005

LIITE 3. Kuvion 3. alkoholin kuukausittaisen juomismäärän määrittäminen

- 1) Kysymyksen 8. (Liite 1.) vastaukset luokiteltiin uudelleen seuraavasti: 1. eli alkoholin juontia päivittäin tai lähes päivittäin (6-7pv/vk:ssa) – vastauksesta laskettiin keskiarvo (6,5). Tämän jälkeen tulos kerrottiin viikkomäärällä kuukaudessa (x4) ja saatiin vastaukseksi 26 päivänä kuukaudessa (26 pv/kk). Samalla tavoin laskettiin myös muut arvot (taulukko a.).

Taulukko a. Kysymys 8. Kuinka usein olette juonut alkoholia viimeisen 12 kuukauden aikana? Uudelleenluokittelun prosessi.			
Kysymyksen numero	Alkuperäinen luokittelu	Juomapäiviä viikossa, keskiarvo.	Juomapäiviä kuukaudessa
1.	Päivittäin tai lähes päivittäin	6,5 päivänä/viikko	26
2.	4-5 päivänä viikossa	4,5	18
3.	2-3 päivänä viikossa	2,5	10
4.	Noin kerran viikossa	1	4
5.	2-3 päivänä kuukaudessa	2,5	2,5
6.	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	1	1

Taulukko b. Kysymys 9. Kuinka monta annosta alkoholia tavallisesti juotte niinä päivinä, jolloin käytätte alkoholia? Uudelleenluokitteluprosessi.		
Vastausvaihtoehto numeroina	Alkuperäinen luokittelu	Alkoholiannoksia juomakerralla. Keskiarvo
1.	1-2 annosta	1,5 annosta
2.	3-4 annosta	3,5 annosta
3.	5-7 annosta	6 annosta
4.	8-11 annosta	9,5 annosta
5.	12-annosta tai enemmän	12 annosta

- 1) Kysymys 9. luokiteltiin uudelleen taulukon b. mukaisesti. Esimerkiksi vastauksesta 1. (1-2 annosta) laskettiin keskiarvo ja saatiin arvoksi 1,5 annosta.
- 2) Uudelleen luokitellut muuttujat yhdistettiin siten, että annosmäärä kerrottiin juomapäivillä kuukaudessa. Esimerkiksi 26 päivänä kuukaudessa kertaa 12 annosta juomakerralla, jolloin vastaukseksi saatiin 312 annosta kuukaudessa. Tämän laskukaavan mukaan maksimijuomamäärä olisi 312 annosta kuukaudessa, mikä vastaa pienintä arvoa niiden osalta, jotka juovat vähintään 12 annosta kerralla. Kuvioon 4. on merkitty yli 96 annosta juovien osuus, mikä vastaa alkuperäistä kysymyssarjaa (Kysymys 9. kohta 5 = 12 annosta tai enemmän).
- 3) Kun annosmäärä kuukaudessa saatiin selville, laskettiin naisten ja miesten frekvenssit juomamäärien mukaan.

- 4) Vastaajat yhdistettiin juomistottumusten mukaan 8 luokkaan (annosmäärä/kk). Luokittelussa huomioitiin kohtuukäytön määrittelyn rajat. Naisten osalta kuukausittainen kohtuukäytön raja on 64 annosta kuukaudessa (16 annosta viikossa). Käytännössä aineistoon vastanneista naisista kaksi joi 63 annosta ja siitä seuraavat kaksi 91 annosta kuukaudessa. Näin ollen tyydyttiin asettamaan raja 63 annoksen kohdalle. Miehillä kohtuukäytön raja on 96 annosta kuukaudessa (24 annosta viikossa) (Työterveyslaitos 6/2008).

LIITE 4. Naisten ja miesten alkoholin kulutus annoksina juomapäiviä kohden. Tulokset prosentteina. Ristiintaulukoitu lomakkeen kysymykset 8. ja 9. Riskikulutukseen sisältyvät arvot merkitty lihavoituna.

			k9. Kuinka monta annosta juo niinä päivinä, jolloin juo alkoholia					Yhteensä
Sukupuoli			1-2 annosta	3-4 annosta	5-7 annosta	8-11 annosta	12 annosta tai enemmän	n=
MIES	k8. Kuinka usein on juonut alkoholia viimeisen 12 kk:n aikana	Päivittäin tai lähes päivittäin	3	2	1	1	0	
		4-5 päivänä viikossa	4	2	1	0	1	
		2-3 päivänä viikossa	8	4	2	2	1	
		Noin kerran viikossa	5	5	9	5	0	
		2-3 päivänä kuukaudessa	5	5	5	4	3	
		Noin kerran kk tai harvemmin	8	3	5	1	2	
	Yhteensä %		32	22	23	14	8	
	Yhteensä n=		81	56	58	35	20	250
NAINEN	k8 Kuinka usein on juonut alkoholia viimeisen 12 kk:n aikana	Päivittäin tai lähes päivittäin	2	1	0	0	0	
		4-5 päivänä viikossa	2	1	1	0	0	
		2-3 päivänä viikossa	8	4	1	0	0	
		Noin kerran viikossa	13	7	3	1	0	
		2-3 päivänä kuukaudessa	12	5	6	1	1	
		Noin kerran kk tai harvemmin	18	5	4	2	1	
	Yhteensä %		56	22	15	4	3	
	Yhteensä n=		206	82	55	15	10	368

Riskikulutusta koskeviksi rajoiksi Suomessa on määritelty miehillä 24 annosta viikossa tai 7 annosta kerralla ja naisilla 16 annosta viikossa tai yli 5 annosta kerralla (Seppä 1998, 54).

Alkoholin kulutuksen riskirajat ylittyivät 21 prosentilla miehistä ja 8 prosentilla naisista.

LIITE 5. Riippuvuusriski ainetta tai toimintoa kokeiltaessa. Tilastolliset tunnusluvut sukupuolen mukaan.

Liite 5. Riippuvuusriski ainetta tai toimintoa kokeiltaessa.					
	Sukupuoli	Keskiarvo	Keskihajonta	U-testi*	P-arvo
Kannabiksen riippuvuusriski	Miehet (n=237)	2.9	.95	41439.00	.001
	Naiset (n=410)	3.5	.87		
Lääkeriippuvuusriski	Miehet (n=257)	2.4	.77	48245.5	.017
	Naiset (n=418)	2.5	.80		
Amfetamiinin riippuvuusriski	Miehet (n=231)	3.3	.82	39488.50	.000
	Naiset (n=404)	3.5	.72		
Rahapeliriippuvuusriski	Miehet (n=269)	2.1	.80	51608.5	.035
	Naiset (n=421)	2.2	.80		
Internetriippuvuusriski	Miehet (n=252)	1.9	.88	46822.5	.014
	Naiset (n=416)	2.1	.90		

*Mann-Withneyn U-testi

LIITE 6. Riippuvuudesta eroon pääsyn vastuu. Tilastolliset tunnusluvut sukupuolen mukaan.

Liite 6. Kysymys 3. Kenen vastuulla on riippuvuudesta eroon pääseminen?					
Riippuvuus	Sukupuoli	Keskiarvo	Keskihajonta	U-arvo*	p-arvo
Kannabisriippuvuus (n=670)	Miehet	1.9	.83	44879,5	.001
	Naiset	2.1	.82		
Muut huumeet (n=669)	Miehet	2.0	.88	44353	.000
	Naiset	2.2	.84		
Rahapeliriippuvuus (n=672)	Miehet	1.5	.73	50136,5	.001
	Naiset	1.7	.70		
Internetriippuvuus (678)	Miehet	1.4	.57	44949	.000
	Naiset	1.6	.70		
Tupakkariippuvuus (n=716)	Miehet	1.4	.57	54364	.020
	Naiset	1.5	.63		
Alkoholiriippuvuus (n=722)	Miehet	1.8	.64	53364	.001
	Naiset	1.9	.64		

* Mann-Withneyn U-testi

LIITE 7. Riippuvuudesta eroon pääsyn vastuu ikäryhmittäin

Liite 7. Riippuvuudesta eroon pääsyn vastuu enemmän yhteiskunnalla kuin yksilöllä tai täysin yhteiskunnalla. Vastaukset prosentteina ikäryhmittäin (kysymys 3.).							
Riippuvuudet	17-25v	26-35v	36-45v	46-55v	56-65v	66-75v	p-arvo
Alkoholi- (n=687)	21	8	9	13	11	9	.001
Tupakka- (n=680)	10	5	1	6	4	3	.000
Kannabis- (n=641)	30	27	22	27	28	25	.014
Muu huume- (n=640)	38	40	27	36	32	30	.001
Internet- (n=644)	15	5	5	7	9	6	.000
Rahapeli- (n=669)	25	7	7	12	11	7	.000
Lääke- (n=659)	48	30	19	22	20	12	.000

Taulukossa uudelleenluokiteltu muuttuja. Vastausvaihtoehtoina 1. =täysin yksilön vastuulla, 2.=enemmän yksilön kuin yhteiskunnan vastuulla, 3.=enemmän tai täysin yhteiskunnan vastuulla.

LIITE 8. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuus

Liite 8. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuus (kysymys 28.). Tilastolliset tunnusluvut sukupuolen mukaan.								
	Miehet			Naiset			Sukupuolten välinen ero	
	Mean	N	SD	Mean	N	SD	U-testi *	p-arvo
1 Alkoholiongelmat	7,2	280	2,2	7,9	445	2,0	50429,5	.000
2 Varkaudet ja omaisuusrikokset	6,8	277	2,1	7,0	442	2,2	57327	.146
3 Saasteet/ympäristö	6,6	277	2,3	7,4	443	2,2	48074	.000
4 Kannabistuotteiden käyttö	6,3	261	2,8	7,1	406	2,6	44906,5	.001
5 Muiden huumeiden käyttö	7,2	263	2,5	7,5	412	2,4	51057	.200
6 Naisten/m epätasa-arvo	4,8	273	2,6	5,8	441	2,5	45907	.000
7 Tupakointi	5,9	278	2,4	6,6	442	2,3	49475,5	.000
8 Väkivaltarikokset	7,3	280	2,3	7,9	445	2,1	52406	.000
9 Suuret tuloerot	6,3	279	2,8	6,8	443	2,3	55609	.022
10 Prostituutio	4,5	270	2,7	6,0	419	2,7	38942	.000
11 Köyhyys	6,5	280	2,7	6,7	441	2,4	58583,5	.243
12 Rahapeliongelmat	4,8	270	2,6	5,5	414	2,4	46317,5	.000
13 Vähemmistöjen syrjintä	4,9	275	2,7	6,1	433	2,4	43371	.000
14 Lääkkeiden väärinkäyttö	5,6	270	2,5	6,6	421	2,3	42794,5	.000
15 Talousrikokset	6,8	279	2,6	6,7	422	2,5	56359	.335

* Mann-Withneyn U-testi

LIITE 9. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuus ikäryhmittäin.

Liite 9. Kysymys 28. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuus. Ikäryhmittäiset keskiarvot asteikolla 1-10.									
	17-25v	26-35v	36-45v	46-55v	56-65v	66-75v	χ^2	df	p-arvo
1 Alkoholiongelmat	7,2	7,8	7,5	7,7	7,8	7,6	8,5	5	.13 1
2 Varkaudet ja omaisuusrikokset	6,4	6,7	6,7	6,7	7,3	7,0	21,5	5	.001
3 Saasteet/ ympäristöongelmat	7,3	7,2	6,8	6,9	7,0	7,3	8,6	5	.127
4 Kannabistuotteiden käyttö	5,5	6,3	6,2	6,8	7,4	7,3	43,9	5	.000
5 Muiden huumeiden käyttö	6,3	7,5	7,1	7,2	7,9	7,5	24,8	5	.000
6 Naisten ja miesten epätasa-arvo	5,3	5,4	5,2	5,4	5,4	5,5	1,1	5	.96
7 Tupakointi	6,4	6,2	5,7	6,3	6,3	6,8	17,7	5	.003
8 Väkivaltarikokset	7,6	7,7	7,4	7,4	7,8	8,0	18,1	5	.002
9 Suuret tuloerot	6,5	6,6	6,1	6,3	6,9	6,9	16,2	5	.006
10 Prostituutio	4,6	4,9	5,2	5,2	5,7	6,0	18,3	5	.002
11 Köyhyys	6,0	6,5	6,1	6,5	7,0	6,9	16,9	5	.004
12 Rahapeliongelmat	4,5	4,8	4,8	5,1	5,6	5,7	20,5	5	.001
13 Vähemmistöjen syrjintä	6,4	5,7	5,3	5,6	5,4	5,7	10,1	5	.071
14 Lääkkeiden väärinkäyttö	5,8	6,1	6,1	6,2	6,3	6,4	6,8	5	.232
15 Talousrikokset	5,6	5,7	6,6	6,7	7,3	7,4	64,9	5	.000
Kruska-Wallisiin H-testi.									

LIITE 10

Liite 10. Riippuvuuden syytä koskevien vastausten jakaumat prosentteina (Kysymys 2, liite 1).					
	Henkilöstä itsestään johtuva	Enemmän henkilöstä kuin olosuhteista johtuva	Enemmän olosuhteista kuin henkilöstä johtuva	Olosuhteista ja ympäristöstä johtuva	En osaa sanoa
Alkoholi (n=719)	30	49	12	7	1
Kannabis (n=647)	32	30	15	10	9
Muut huumeet (n=647)	31	29	16	11	10
Tupakka (n=718)	44	37	11	6	1
Lääkkeet (n=689)	34	40	16	3	4
Rahapelit (n=708)	54	32	7	2	3
Internet (n=671)	55	27	6	3	7

LIITE 11.

Liite 11. Riippuvuuden vastuita koskevat vastaukset prosentteina. (kysymys 3, liite 1)					
	Täysin henkilön itsensä vastuulla	Enemmän yksilön kuin yhteiskunnan	Enemmän Enemmän yhteiskunnan kuin yksilön	Täysin yhteiskunnan vastuulla	En osaa sanoa
Alkoholi (n=722)	26	58	12	1	1
Kannabis (n=676)	25	41	20	4	6
Muut huumeet (n=675)	23	37	25	5	7
Tupakka (n=716)	59	33	4	1	1
Lääkkeet (n=691)	28	44	19	2	4
Rahapelit (n=704)	46	39	8	2	3
Internet (n=678)	54	31	6	1	6