

Koronapandemian ensimmäisen tautiaallon yhteys suomalaisen aikuisväestön mielenterveyteen

Maria Nikkari
PRO GRADU- TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun Yliopisto
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2023

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Maria Nikkari

Otsikko: Koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon yhteys suomalaisen aikuisväestön mielenterveyteen

Ohjaajat: dosentti, TtT Tella Lantta & TtT Kaisa Mishina

Sivumäärä: 51 sivua, 15 liitesivua

Päivämäärä: toukokuu/2023

Koronaviruspandemialla ja sen vuoksi tehdyillä rajoittamistoimenpiteillä tiedetään olevan yhteyttä väestön mielenterveyden heikentymisen kokemukseen Euroopassa. Tutkimusten mukaan koronaviruspandemian alkuvaiheessa mitattuna kliinistä masennusta koki 14–33 % ja kliinistä ahdistuneisuutta 14–41 % väestöstä. Pitkittäistutkimusten mukaan ahdistus- ja masennusoireilu ei ole merkittävästi vähentynyt tai on peräti kasvanut ajan kuluessa pandemian syttymisestä.

Mielenterveysoireita ovat kokeneet erityisesti naiset, nuoremmat henkilöt sekä he, jotka ovat aikaisemmin sairastaneet mielenterveyden häiriön. Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä koronapandemian aiheuttamasta kokonaiskuormituksesta Suomessa, tuomalla esiin suomalaisen aikuisväestön mielenterveyden ja koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon yhteyttä.

Tässä kuvailevassa poikkileikkaustutkimuksessa analysoitiin eurooppalaisen, verkossa toteutetun kyselytutkimuksen (N= 9543) suomalaista otosta (n=542). Mielenterveysoireita kuvailtiin Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2), Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) ja Very brief Panic Disorder Severity Scale – Self rated (PDSS-SR) mittarein. Niiden yhteyttä taustamuuttujiin testattiin tilastollisin menetelmin.

Otoksesta 25,8 % (n= 140) koki kliinisesti merkittävää ahdistuneisuutta, 15,9 % (n=86) kliinisesti merkittävää masentuneisuutta, 20,5 % (n=111) koki post-traumaattisen stressireaktion oireita sekä 51,6 % (n=64) oli paniikkihäiriöön sopiva oirekuva. Naiset kokivat miehiä enemmän ahdistuneisuutta sekä post-traumaattisen stressireaktion oireita, nuoremmat vanhempia enemmän masennus-, ahdistuneisuus- sekä post-traumaattisen stressireaktion oireita ja aikaisemmin mielenterveyden häiriöön sairastaneet kokivat voimakkaampia oireita jokaisessa käytetyssä mielenterveysmittarissa.

Tämä tutkimus osoittaa, miten koronapandemian ensimmäisen aallon jälkeen väestöstämme noin 20 % kokee kliinistä ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta. Prosenttiosuus on kasvanut pandemiaa edeltävältä ajalta. Tutkimuksen tulokset olivat yhteneväiset muun eurooppalaisen tutkimustuloksen kanssa. Yhteiskuntien tulee huomioida tämä muutos väestön terveydessä palveluita suunnitellessaan. Koronaviruspandemiasta rasittuneiden terveydenhuoltojärjestelmien tulisi suunnata palvelua erityisesti tunnistetuille erityisryhmille: naisille, nuorille sekä aikaisemmin mielenterveyden häiriön sairastaneille. Jatkossa on tutkittava myös koronaviruspandemian aiheuttaneen psyykkisen kuormituksen pitkäaikaisvaikutuksia ja suunnattava katsetta myös tulevaisuuden pandemioiden mielenterveysvaikutusten pienentämiseen.

Avainsanat: korona, COVID-19, koronapandemia, mielenterveys, väestötutkimus

Master's Thesis

Subject: Nursing Science

Author: Maria Nikkari

Title: The association between the first wave of the coronavirus pandemic and the mental health of the Finnish adult population

Supervisors: Docent, PhD Tella Lantta & PhD Kaisa Mishina

Number of pages: 51 pages, 15 appendix pages

Date: May/2023

The coronavirus pandemic and the restrictive measures because of it are known to be associated with a decline in mental health among the population in Europe. According to studies, during the early stages of the pandemic, 14-33% of the population experienced clinical depression and 14-41% experienced clinical anxiety. Longitudinal studies have shown that anxiety and depression symptoms have not significantly decreased over time since the onset of the pandemic and may have even increased over time. Women, younger individuals, and those who have previously experienced a mental health disorder are particularly at risk to experience mental health symptoms. The aim of this study is to increase understanding of the overall burden caused by the coronavirus pandemic in Finland by highlighting the connection between the mental health of the Finnish adult population and the first wave of the coronavirus pandemic.

In this descriptive cross-sectional study, a Finnish sample (n=542) was analyzed from a European online survey (N=9543). Mental health symptoms were assessed using the Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2), Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) ja Very brief Panic Disorder Severity Scale – Self rated (PDSS-SR) measures, and their association with demographic variables was tested using statistical methods.

Of the sample, 25.8 % (n=140) experienced clinically significant anxiety, 15.9 % (n=86) experienced clinically significant depression, 20.5 % (n=111) experienced symptoms of post-traumatic stress reaction, and 51.6 % (n=64) had a panic disorder symptom profile. Women experienced more anxiety and post-traumatic stress reaction symptoms than men, younger individuals experienced more depression, anxiety, and post-traumatic stress reaction symptoms than older individuals, and those who had previously experienced a mental health disorder experienced stronger symptoms on all mental health measures used.

This study, together with other European studies shows, that around 20% of our population experiences clinical anxiety or depression after the first wave of pandemic, which is an increase from pre-pandemic levels. Societies should take this change in population health into account when planning services. Healthcare systems burdened by the coronavirus pandemic should focus on providing services specifically for identified vulnerable groups, such as women, young people, and those who have previously experienced a mental health disorder. In the future, the long-term effects of the psychological burden caused by the coronavirus pandemic should be investigated, and attention should be directed towards reducing the mental health effects of future pandemics.

Keywords: corona, COVID-19, coronavirus pandemic, mental health, population study

Sisällysluettelo

1	Johdanto	6
2	Keskeiset käsitteet	7
2.1	Koronaviruspandemia	7
2.2	Mielenterveys	8
2.3	Pandemiat ja mielenterveys lähihistoriassa	9
3	Kirjallisuuskatsaus	11
3.1	Kirjallisuuskatsauksen menetelmä	11
3.2	Tiedonhaun kuvaus	11
3.3	Kirjallisuuskatsauksen valittujen tutkimusten laadunarviointi	12
3.4	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	13
3.4.1	Katsaukseen valittujen tutkimusten kuvailu	13
3.4.2	Koronaviruspandemian yhteys väestön mielenterveyteen	14
3.4.3	Taustatekijöiden yhteys koettuun mielenterveyteen	17
3.4.4	Yhteenveto aikaisemmasta kirjallisuudesta	18
4	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	20
5	Tutkimuksen empiirinen toteutus	21
5.1	Tutkimusasetelma	21
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja otos	21
5.3	Aineiston keruu	22
5.4	Kyselylomake ja käytetyt mittarit	22
5.4.1	Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2)	22
5.4.2	Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)	23
5.4.3	Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)	24
5.4.4	Very brief Panic Disorder Severity Scale – Self rated (PDSS-SR)	25
5.5	Tutkimusaineiston analyysi	26
6	Tutkimustulokset	29
6.1	Vastaajien taustatiedot	29
6.2	Suomalaisen aikuisväestön mielenterveys tutkimushetkellä	31
6.3	Taustamuuttujien yhteys mielenterveysoireisiin	32
6.3.1	Sukupuolen yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin	32
6.3.2	län yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin	33
6.3.3	Koulutustason yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin	34
6.3.4	Aikaisemman mielenterveyden häiriön yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin	35
7	Pohdinta	37
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	37
7.2	Tutkimuksen eettisyys	38
7.3	Tutkimustulosten tarkastelu	39
7.4	Johtopäätökset	42
7.5	Jatkotutkimusehdotukset	43
	Lähteet	45

Liitteet	52
Liite 1 Hakusanataulukko	52
Liite 2 PRISMA FLOW 2020 – taulukko	54
Liite 3 Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset	55
Liite 4 Tutkimuksen kyselylomake suomeksi	61

Taulukot

Taulukko 1 Käytetyt tilastolliset testit	28
Taulukko 2 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	30
Taulukko 3 Mielen terveystestien tulokset	31
Taulukko 4 Testien raja-arvojen mukainen esiintyvyys aineistossa	32
Taulukko 5 Sukupuolen yhteys GAD-2, PHQ-2 ja PC-PTSD-5 testien pistemääriin	33
Taulukko 6 Sukupuolen yhteys PDSS-SR testin pistemääriin	33
Taulukko 7 Iän yhteys mielen terveystestien pistemääriin	34
Taulukko 8 Koulutustason yhteys GAD-2, PHQ-2 ja PC-PTSD-5 testien pistemääriin	34
Taulukko 9 Koulutustason yhteys PDSS-SR testin pistemäärään	35
Taulukko 10 Aikaisemman mielen terveyden häiriön yhteys GAD-2, PHQ-2 ja PC-PTSD-5 testien pistemääriin	35
Taulukko 11 Aikaisemman mielen terveyden häiriön yhteys PDSS-SR testin pistemäärään	36

1 Johdanto

Joulukuu 2019 jää historiankirjoihin hetkenä, jolloin Kiinan Wuhanissa tavattiin ensimmäiset koronaviruksen aiheuttamat tautitapaukset. Koronavirus levisi nopeasti maailmalle ja jo maaliskuussa 2020 maailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO) julisti sen aiheuttaneen maailmanlaajuisen pandemian (WHO 2023a). Koronaviruspandemia aiheutti laajoja ja monimuotoisia toimenpiteitä, kun kansainvälinen yhteisö ja valtiot yrittivät sen leviämistä ehkäistä. Useat valtiot asettivat kansalaisensa karanteeniin – eli rajoittivat ihmisten liikkumista sekä keskinäistä kanssakäymistä. (Lionello ym. 2022.) Aikaisempien pandemioiden ajalta tiedetään, miten karanteeniolosuhteet aiheuttavat ihmisille heikentynyttä mielenterveyden kokemusta erityisesti ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden näkökulmista (Hawryluck 2004, Reynolds 2008) ja miten psyykkiset vaikutukset saattavat olla hyvinkin pitkäkestoisia (Brooks ym. 2020).

Suomessa julistettiin poikkeusolot maaliskuussa 2020. Samaan aikaan kansalaisten elämää rajoittivat kokoontumisrajoitukset ja usean julkisen palvelun lopettaminen tai supistaminen. (Valtioneuvosto 2020.) Koronavirustartuntojen ja tautiin kuolleiden määrää seurattiin tiiviisti lehtien palstoilla sekä hallituksen yhdessä tartuntatautiviranomaisen kanssa pitämässä tiedotustilaisuuksissa (Valtioneuvosto 2022). Perus- ja erikoisterveydenhuollossa varauduttiin sairastuneiden määrään ajamalla perustoimintaa alas. Tämä aiheutti hoitovelkaa laajasti eri erikoisaloille. Psykiatrisen erikoisterveydenhuollon lähete- sekä käyntimäärät ovat merkittävästi korkeammalla tasolla, kuin ennen pandemiaa ja jokainen sairaanhoitopiiri raportoi käyntien sisällöissä nousevan esiin koronaviruspandemiasta peräisin olevaa, kuormittavaa huolta. (THL 2021).

Samaan aikaan koronaviruspandemian kanssa tiedämme, että maailmanlaajuisesti mielenterveyden häiriöt ovat kasvussa: vuonna 2019 tehdyn selvityksen mukaan ahdistuneisuus ja masentuneisuus ovat 25 maailman terveydenhuoltojärjestelmiä eniten kuormittavien sairauksien joukossa (IHME 2021). Pandemian akuutin vaiheen väistyessä onkin aika pysähtyä tutkimaan, millainen vaikutus pandemialla on ollut väestön mielenterveyteen ja miten se tulee lähitulevaisuudessa terveydenhuoltojärjestelmäämme rasittamaan. Tässä tutkimuksessa analysoidaan sitä, millainen yhteys suomalaisen aikuisväestön mielenterveydellä on koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon kanssa ja ketkä väestöstämme kokivat pandemian eniten vaikuttaneen mielenterveyteensä.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Koronaviruspandemia

Koronavirus (SARS-CoV-2) aiheuttaa ihmisille tyypillisesti ylähengitystieinfektion, jota kutsutaan koronaviruksen aiheuttamaksi taudiksi. Tästä taudista käytetään usein kansainvälisessä kirjallisuudessa termiä COVID-19. (WHO 2023b.) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) käyttää materiaalissaan suomenkielisiä termejä koronaviruksen aiheuttama tauti, koronavirus sekä koronaviruspandemia (THL 2023a). Puhekielessä ja mediassa käytetään myös epämääräisempää termiä ”korona”, kun viitataan koronaviruksen aiheuttamaan tautiin.

Koronaviruksen aiheuttama tauti on tyypillisesti tavanomainen ja lievä hengitystieinfektio, josta perusterveet aikuiset toipuvat hyvin ilman sairaalahoitoa tai terveydenhuollon apua. Taudin vakava muoto saattaa kuitenkin uhata sairastuneen henkeä, riippumatta henkilön iästä tai aikaisemmasta sairastavuudesta. Koronavirustaudin riskiryhmiin kuuluvat kroonisia hengitystiesairauksia sairastavat, immunipuutteiset henkilöt, sydän- ja verisuonitauteja sairastavat sekä iäkkäät henkilöt. Riskiryhmään kuuluville koronavirustaudin aiheuttama tauti on todennäköisemmin vaarallinen kuin muille. Koronavirus tarttuu ihmisten välillä pisaratartuntana. (WHO 2023b.)

Koronavirustaudin ensimmäiset havainnot tehtiin Kiinassa, Wuhanin kaupungissa joulukuussa 2019. Kolme kuukautta myöhemmin, maaliskuussa 2020 koronavirustauti oli levinnyt maailmalla niin laajasti, että World Health Organization (WHO) julisti sen täyttävän pandemian määritelmän. (WHO 2023b.) Pandemialla tarkoitetaan jonkin tarttuvan taudin laajaa esiintyvyyttä tietyssä ajassa. Laajalla esiintyvyydellä tarkoitetaan sekä kokonaisia valtioita tai maailmaa. (Oxford Dictionary 2022). Koronaviruspandemiassa on havaittu olevan eri vaiheita, tartuntojen määrän havaitaan välillä nousevan ja välillä laskevan. Tartuntojen määrien kasvaessa puhutaan pandemian uudesta vaiheesta tai uudesta tartunta-aallosta. Suomessa koronapandemian ensimmäinen tartunta-aalto asettui ajalle maaliskuu-toukokuu 2020 (THL 2023b).

Pandemian alussa muun muassa WHO suositteli sekä yksilöitä että valtioita toimimaan koronaviruksen leviämistä vastaan. Suosituksissa mainittiin, ettei korkean riskin alueille tulisi matkustaa, suojamaskit tulisi ottaa käyttöön julkisissa paikoissa, käsien pesua tulisi tehostaa ja välttää suuria ihmisjoukkoja. (Sohrabi ym. 2020.) Useat maailman valtiot alkoivatkin asettaa erilaisia rajoituksia ja tekemään toimenpiteitä tartuntojen vähentämiseksi. Esimerkiksi

Euroopassa maaliskuussa 2020 Italia asetti ensimmäisenä kansalaisten liikkumiseen puuttuvia rajoituksia (Balsamo ym. 2022), Iso-Britannia asetti kansalaisensa laajoihin karanteeneihin (IfG 2021) ja Suomi julisti tartuntatautilain mukaisen poikkeusolon alkaneeksi (Valtioneuvosto 2020).

Kansainvälisessä kirjallisuudessa koronaviruspandemian aikana tehtyjä rajoitus- ja muiden toimenpiteiden kokonaisuutta kutsutaan usein termillä ”lockdown”, joka voidaan suomentaa sulkutilaksi. Sulkutilalle on vaikea asettaa yksiselitteistä määritettä, sillä toimenpidekokonaisuudet ovat olleet hyvin erilaisia riippuen valtiosta sekä ajasta, jolloin ne ovat asetettu. Esimerkiksi Suomessa pandemian ensimmäisessä vaiheessa tartuntatautilain puitteissa rajoitettiin ihmisten kokoontumisoikeutta maksimissaan kymmeneen henkeen, koulujen lähiopetus keskeytettiin, julkiset tilat suljettiin, vierailut hoitolaitoksissa kiellettiin ja yli 70-vuotiaita velvoitettiin pysymään erillään kontakteista muiden ihmisten kanssa mahdollisuuksien mukaan. (Valtioneuvosto 2020.) Samaan aikaan Italiassa oli voimassa kaikkia kansalaisia koskeva karanteenimääräys, ”stay-at-home-order”, jossa rajattiin jopa yksityishenkilöiden mahdollisuutta ulkoilla (Amerio ym. 2021).

2.2 Mielenterveys

Mielenterveydellä on lukuisia erilaisia määritelmiä. WHO (2023c) määrittelee mielenterveyden kriittiseksi osaksi yksilön hyvinvointia. Mielenterveydellä on vaikutuksensa yksilön kykyyn pärjätä normaalin, elämään kuuluvan stressin kanssa, se edesauttaa yksilön osallistumista yhteisönsä toimintaan jäsenenä sekä mahdollistaa tavoitteellisen työskentelyn. Mielenterveys tai mielen hyvinvointi on enemmän, kuin vain mielenterveyden sairauden tai häiriön puutetta. Positiivisesta mielenterveydestä puhutaan silloin, kun yksilön katsotaan voivan hyvin emotionaalisesti, psykologisesti, sosiaalisesti, fyysisesti sekä hengellisesti (THL 2023c).

Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa yksilön tunteet, ajatukset, käytös tai mieliala haittaavat hänen ihmissuhteitaan, toimintakykyään tai aiheuttavat kärsimystä. Rajanveto mielen terveyden ja sairauden välillä on häilyvää, sillä monet vaikeatkin mielialat tai tunnetilat kuuluvat ohimenevinä osaksi tavallista elämää. Mielenterveyden häiriöt ovat moninaisia ja niitä luokitellaan niille tyypillisten oireiden mukaan. Suomessa mielenterveyden häiriöiden diagnosoinnissa käytetään WHO:n ICD- tautiluokitusta. Mielenterveyden häiriöiden taustalla on usein ihmisen psyykelle sietämättömiä tunnetiloja, kuten surua, ahdistusta tai pelkoa. Yksilön alttius sairastua mielenterveyden häiriöihin vaihtelee

geneettisestä alttiuden ja ympäristön vaikutuksesta. Vaikeat mielenterveyden häiriöt voivat lamaannuttaa yksilön täysin. (Terveyskirjasto 2022.)

Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus ovat kansainvälisesti tarkasteltuna tyypillisimpiä mielenterveyden häiriöitä (Dattani ym. 2021). Suomessa oli vuonna 2019 noin 230 tuhatta ahdistuneisuushäiriöön ja 262 tuhatta masennukseen sairastunutta henkilöä (IHME 2021). Mielenterveyden häiriöihin sairastuvat tilastollisesti todennäköisemmin naiset kuin miehet, poikkeuksen tästä tekevät vain päihteidenkäyttöön liittyvät häiriöt, jotka ovat miehillä naisia yleisempiä (Dattani ym. 2021).

Mielenterveyden häiriöt ovat maailmanlaajuinen ongelma, jopa 10,7 % koko maailman väestöstä kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä (Dattani ym. 2021). Suomessa, ennen koronaviruspandemiaa tehtyjen väestötutkimusten mukaan, 11,6 % suomalaisista kokee mielenterveytensä olevan merkittävästi kuormittunut. 9 % kaikista terveystalveluiden käytöstä oli jostakin mielenterveyden häiriöstä johtuvista syistä. (Solin ym. 2019). Mieli – Suomen mielenterveys ry:n (2023) mukaan mielenterveyden häiriöt maksavat Suomessa 11 miljardia euroa yhteiskunnalle terveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja sairauslomien muodossa ja jopa yli 50 % myönnettyistä työkyvyttömyyseläkepääätöksistä annetaan mielenterveysperustaisesti.

2.3 Pandemiat ja mielenterveys lähihistoriassa

Koronaviruspandemia ei ole ensimmäinen maailmanlaajuinen pandemia. Eri virusten aiheuttamia pandemioita on tutkittu pitkään. Tutkimus on keskittynyt arvioimaan pandemioiden aiheuttamia kuolemia, vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmiin ja arvioimaan niiden tartuttavuutta sekä liikkuvuutta globaalisti. (Linnanmäki 2006.) Jonkun verran on tutkittu myös viime vuosikymmeninä havaittujen pandemioiden yhteyttä väestön mielenterveyteen.

Pandemioiden ja väestön mielenterveyden välillä on mielenterveyden kokemuksen heikentymistä ennustava yhteys. Brooks ym. (2020) tekemän katsauksen mukaan, pandemioihin liittyvät karanteenit ovat vaikuttaneet väestön mielenterveyteen sitä heikentävästi. Karanteeniin asetetut ovat kokeneet voimakkaampaa stressiä sekä ahdistuneisuutta. Katsauksessa oli mukana koronaviruspandemian lisäksi karanteeneja, jotka oli asetettu SARS-, MERS-, H1N1- virusten ja ebolan leviämisten estämiseksi.

Liao ym. (2014) osoittivat tutkimuksessaan lintuinfluenssan, eli H1N1- viruspandemian vaikuttaneen hongkongilaisen väestön mielenterveyteen sitä heikentävästi. Se lisäsi ahdistuneisuuden ja huolen kokemusta. SARS- viruksen vuoksi karanteeniin asetettujen henkilöiden on osoitettu kärsineen ahdistuneisuudesta, masennuksesta sekä post-traumaattisen stressireaktion sopivista oireista (Hawryluck 2004, Reynolds 2008). Lawry ym. (2022) osoittivat ebolasta toipuneiden kärsivän masennuksesta sekä post-traumaattisen stressireaktion oireista huomattavasti useammin, kuin ei ebolaan sairastuneet.

Koronapandemian ja mielenterveyden yhteyttä on tutkittu enemmän, kuin aikaisempien pandemioiden kohdalla. Eurooppalaisessa aineistossa on havaittu koronaviruspandemian olevan yhteydessä heikentyneeseen aikuisväestön mielenterveyteen, erityisesti ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden kohdalla. Heikentynyttä mielenterveyden kokemusta ovat ennustaneet naissukupuoli, nuorempi ikä sekä matalampi koulutustaso. (Benke ym. 2020, Bonati ym. 2021, Castelli ym. 2020, Fancourt ym. 2021, Paulino ym. 2021, Traunmüller ym. 2020.)

3 Kirjallisuuskatsaus

3.1 Kirjallisuuskatsauksen menetelmä

Tätä tutkielmaa varten tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli selvittää millaista tutkimusta on koronaviruspandemian ja mielenterveyden yhteydestä julkaistu.

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka tyypillisesti toteutetaan neljässä vaiheessa. Ensin määritellään tutkimuskysymykset, valitaan aineisto, rakennetaan kuvailu ja lopuksi tarkastellaan tulos. Vaiheet voivat edetä myös päällekkäin koko katsauksen ajan. (Kangasniemi ym. 2013.)

3.2 Tiedonhaun kuvaus

Tiedonhaku toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen tiedonhaku toteutettiin helmikuussa 2021 neljästä eri tietokannasta: kotimaisesta MEDIC - tietokannasta ja kansainvälisistä tietokannoista CINAHL (EBSCO), PubMed ja Psychinfo. Haut tehtiin hakulausekkeella, jossa hakusanoina käytettiin koronaviruspandemiaa sekä mielenterveyttä kuvaavia termejä, niiden synonyymejä sekä lähikäsitteitä. Haku rajattiin vuosiin 2020–2021 sekä koskemaan vain aikuisväestöä.

Toinen tiedonhaku toteutettiin huhtikuussa 2023 samoista neljästä tietokannasta: MEDIC, CINAHL, PubMed ja Psychinfo. Toinen tiedonhaku toteutettiin ensimmäistä tiedonhakua tarkemmin, sillä koronavirukseen liittyvän tutkimuksen määrä on kasvanut merkittävästi verrattuna ensimmäisen tiedonhaun aikaan. Tässä hakulausekkeessa määriteltiin tarkemmin hakusanojen sisällymistä otsikon lisäksi myös abstraktiin, käytettiin mielenterveyden hakusanoina täsmällisempiä oireisiin viittavia sanoja sekä sisällytettiin hakulausekkeeseen kyselytutkimukseen viittaavia sanoja. Haku rajattiin alkamaan edellisen haun jälkeiseen aikaan eli alkamaan helmikuusta 2021. Haku rajattiin koskemaan vain aikuisväestöä.

Hakulausekkeet ja hakusanat ovat esitetty tarkemmin liitteessä 1.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston valitsemiseksi tehtiin mukaanotto- ja poissulkukriteeristö. Mukaan valittiin vain tutkimusartikkeleita, joissa oli tutkittu koronaviruspandemian yhteyttä mielenterveyteen väestötasolla, tutkimuksen kohteena olivat eurooppalaisia täysikäisiä ihmisiä, mielenterveyden arvioinnissa oli käytetty jotain seuraavista mittareista: Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2), Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) ja Very brief Panic Disorder Severity Scale – Self rated (PDSS-SR), artikkeli oli saatavilla suomeksi tai englanniksi ja sen kokoteksti oli

saatavilla verkossa. Hausta poissuljettiin artikkelit, joissa tutkittiin koronaviruspandemian yhteyttä jonkin erityisryhmän tai ikäryhmän mielenterveyteen, käytetyt arvioinnin mittarit poikkesivat kokonaan mukaanottokriteerien mittareista, joiden otoksessa ei ollut eurooppalaisia tai heitä ei pystynyt tulososasta erottamaan.

Ensimmäisessä tiedonhaussa tuloksia saatiin 1157 ja toisessa tiedonhaussa 407 tulosta, yhteensä siis 1564 artikkelia. Duplikaattien poiston jälkeen tarkasteluun jäi 1380 artikkelia joista 254 pääsi kokotekstitarkasteluun mukaan. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin 13 artikkelia, joista neljä oli peräisin ensimmäisestä tiedonhausta vuodelta 2021 ja yhdeksän artikkelia toisesta tiedonhausta keväältä 2023. Artikkelien valintaprosessi on kuvattu PRISMA Flow 2020 – kaaviolla liitteessä 2 ja valitut tutkimusartikkelit keskeisine tuloksineen on kuvattu liitteessä 3.

3.3 Kirjallisuuskatsauksen valittujen tutkimusten laadunarviointi

Tähän kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittujen tutkimusten laatua arvioitiin käyttämällä Joanna Briggs Instituutin (JBI) luomia arviointikriteeristöjä. Suomeksi nämä kriteerit on kääntänyt Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus (Hotus 2023). Tutkimusten laadunarviointi suoritettiin antamalla jokaisesta tutkimuksessa toteutuneesta laadunarviointikriteeristä piste ja laskemalla nämä pisteet yhteen. Tutkimusten laakupisteiden maksimimäärä oli tällöin käytetyn kriteeristön kriteerien määrä. Tutkimusten saamat pistemäärät on esitetty osana tutkimustaulukkoa, liitteessä 2. Valituista tutkimuksista (N=13) 10 oli kuvailevia poikkileikkaustutkimuksia ja ne arvioitiin JBI:n poikkileikkaustutkimusten arviointikriteeristöllä (maksimipisteet 8). Kolme tutkimusta oli pitkittäistutkimuksia, jotka arvioitiin JBI:n kvasikokeellisten tutkimusten kriteeristöllä, maksimipisteiden ollessa 9.

Poikkileikkaustutkimukset saivat keskimäärin 6/8 pistettä. Pisteiden menetys johtui enemmän koronaviruksen tutkimuksellisesta luonteesta kuin varsinaisesti tutkimuksellisten valintojen tai perusteltujen heikkouksesta. Esimerkiksi kaikissa tutkimuksissa oletettiin, että koronaviruspandemia on vaikuttanut tutkimukseen osallistuneisiin henkilöihin ilman, että sitä mitattiin objektiivisin mittarein tutkimuksen osallistumisen alkuvaiheessa.

Pitkittäistutkimukset saivat myös keskimäärin hyvät pisteet, 7/9. Suurin syy pisteiden menetykselle oli myös koronapandemian luonteesta: mistään kolmessa tutkimuksessa ei ollut käytetty varsinaista kontrolliryhmää, sillä tutkittava interventio oli koronaviruspandemia, joka kosketta oletetusti kaikkia tutkimukseen osallistuvia henkilöitä. Tutkimustuloksiin mahdollisesti vaikuttavia sekoittavia tekijöitä ei oltu näissä tutkimuksissa mainittu.

3.4 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

3.4.1 Katsaukseen valittujen tutkimusten kuvailu

Katsaukseen valituista 13 tutkimuksesta jokainen oli menetelmältään määrällinen tutkimus, niistä 10 oli kuvailevia poikittaistutkimusta sekä kolme oli pitkittäistutkimuksia. 12 tutkimuksessa aineisto kerättiin internetissä olleella kyselylomakkeella, johon tutkittavat vastasivat itse. Yhdessä tutkimuksessa aineisto kerättiin telemarkkinointifirman kautta kuukausittaisilla puhelinhaastatteluilla (Mauz ym. 2023).

Poikittaistutkimusten aineistonkeruu tapahtui pääosin maaliskuu-toukokuussa 2020 (n=7), eli Euroopan koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon aikana (WHO 2023a). Mukana ovat myös poikittaistutkimukset, joissa aineistonkeruu tapahtui touko-syyskuussa 2020 (Biermann ym. 2021) sekä huhtikuussa 2022 (Humer ym. 2023). Yhdessä tutkimuksessa käytettiin aineistoa, joka oli kerätty maaliskuu 2019 ja kesäkuun 2022 välisenä aikana (Mauz ym. 2023). Pitkittäistutkimusten aineiston keruu tapahtui välillä maaliskuu 2020 – maaliskuu 2021 (Ausín ym. 2022) sekä marraskuun 2020 ja huhtikuun 2021 välillä (Hajek ym. 2022).

Tutkimusten kohderyhmänä olivat tavallinen väestö. Osallistujien osallistumista tutkimuksiin rajoittivat 18 vuoden ikä sekä se, että ymmärsi kyselylomakkeessa käytettyä kieltä. Yhdessä tutkimuksessa oli väestötöksen lisäksi myös otos kliinisessä työssä olevia psykologeja (Humer ym. 2023). Tutkimuksien otoskoko vaihteli 243 osallistujasta 45 102 osallistujaan. Tutkimuksissa oli mukana monipuolisesti väestöä Euroopasta: Saksasta (kuudessa tutkimuksessa), Kreikasta (kahdessa tutkimuksessa), Itävallasta (kahdessa tutkimuksessa), Italiasta (kahdessa tutkimuksessa), Espanjasta (kahdessa tutkimuksessa), Iso-Britanniasta (yhdessä tutkimuksessa), Tanskasta (yhdessä tutkimuksessa), Alankomaista (yhdessä tutkimuksessa), Ranskasta (yhdessä tutkimuksessa) sekä Portugalista (yhdessä tutkimuksessa).

Tutkimusten heikkouksissa oli samankaltaisuutta. Vastaajissa naisten osuus oli paikoin erittäin korkea yli 70 % (Ausín ym. 2022, Biermann ym. 2021, Bäuerle 2020a, González-Sanguino 2020, Papadopoulou ym. 2021, Skapinakis 2020) sekä nuorten ja vanhojen edustavuus otoksessa oli huonompi muihin ikäluokkiin verrattuna (González-Sanguino 2020). Useassa tutkimuksessa oli myös käytetty mielenterveysoireiden ilmaantuvuuksien vertailuun retrospektiivistä datan keruuta (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Bäuerle 2020a). Näiden tutkimusten heikkoutena voidaan pitää ihmisten oman muistin varaista vastaamista,

joka saattaa tutkimushetkellä olleen kriisin aikana vääristynyttä, koskien menneisyydessä koettuja oireita.

3.4.2 Koronaviruspandemian yhteys väestön mielenterveyteen

Koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon aikana tehdyissä poikkileikkaustutkimuksissa (n=7) on kyselytutkimuksin selvitetty väestön mielenterveyden tilaa arvioimalla ahdistuneisuusoireita GAD-2 mittarin avulla (n=6), masentuneisuusoireita PHQ-2 mittarin avulla (n=6). Lisäksi yhdessä tutkimuksessa arvioitiin ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden lisäksi vastaajien post-traumaattisen stressireaktion oireita (González-Sanguino ym. 2020) ja yhdessä itsemurha-ajatusten määrää (Papadopoulou ym. 2021).

PHQ-2 mittarin raja-arvon (3 pistettä) ylittäneiden ja näin ollen mahdollisten masennusdiagnoosin kriteerit täyttävien vastaajien määrä vaihteli tutkimuksesta riippuen 14,3 % (Bäuerle ym. 2020a, Bäuerle ym. 2020b), 18–26 % (González-Sanguino ym. 2020, Humer ym. 2023, Papadopoulou ym. 2021) jopa 33,2 % vastaajista (Amerio ym. 2021). GAD-2 mittarin raja-arvon (3 pistettä) ylittäneiden vastaajien määrä, eli mahdollisen ahdistuneisuushäiriön diagnoosin kriteerit täyttävien määrä vaihteli tutkimuksissa enemmän kuin masentuneiden osuudet: aina 14,2 % (Papadopoulou ym. 2021) 19–22 % (Bäuerle ym. 2020a, González-Sanguino ym. 2020, Humer ym. 2023), 27,3 % (Skapinakis ym. 2020) jopa 41,5 % saakka (Amerio ym. 2021).

Poikkileikkaustutkimukset kuvastavat vastaajien mielenterveysoireiden tilaa juuri tutkimushetkellä. Koronaviruspandemian vaikutuksia tähän oireiden tilaan ei juuri pystytty arvioimaan, sillä väestökohtaista tietoa oireiden esiintyvyydestä pandemiaa edeltävänä aikana ei ole juurikaan käytössä (Amerio ym. 2021, Skapinakis 2020). Hajek ym. (2022) käyttivät vertailuaineistonaan Saksassa vuosina 2012 ja 2014 kerättyä dataa väestön PHQ-4 mittarin pistemääristä. Sen mukaan noin 10,4 % saksalaisista kärsi mahdollisesta masentuneisuudesta ja 9,8 % mahdollisesta ahdistuneisuudesta noin kymmenen vuotta sitten (Hajek & Köning 2020). Tähän vertailuaineistoon peilaten Hajek ym. (2022) tutkimuksen datat osoittivat masennus- ja ahdistusoireiden merkittävää kasvua.

Koronaviruspandemia on verraten uusi ilmiö, eikä siitä ole ehditty julkaista vielä kovin paljoa pitkäaikaistutkimusta tai tutkimusta, joka pystyisi tuottamaan tietoa sen vaikutuksesta mielenterveyteen pitkällä aikavälillä (Amerio ym. 2021, Bäuerle ym. 2020a, Bäuerle ym. 2020b, Papadopoulou ym. 2021). Ausín ym. (2022) tutkivat espanjalaisia aikuisia neljässä

aikapisteessä vuoden ajan aloittaen koronapandemian alusta maaliskuussa 2020.

Koronaviruspandemialla oli Ausín ym. (2022) mukaan kokonaisuudessaan mielenterveyttä huonontava vaikutus ja oireiden havaittiin vain huonontuvan koko vuoden seurantajakson aikana. Erityisesti huonontuminen havaittiin masentuneisuus- ja ahdistuneisuusoireiden kohdalla. Tutkimuksen mukaan ihmisten elämä saattoi olla vuoden tarkastelujakson päättyessä yhä kovin stressaavaa: taustalla saattoi olla läheisten menettämistä koronalle tai täysin uusi työkuvio etätöineen. Lisäksi ”uusi normaali” oli ilmiönä pandemiaa edeltävään aikaan nähden todella erilainen; ihmisiä saattoi tavata, mutta samalla tuli varoa tartuntaa. Pitkittynyt stressi nähtiin yhtenä mahdollisena selittävänä tekijänä.

Lueger-Schuster ym. (2022) tutkivat pitkittäistutkimuksella itävaltalaisien aikuisten mielenterveyttä puolentoista vuoden ajan kesäkuusta 2020 joulukuuhun 2021. Tutkimuksessa havaittiin verraten korkeita esiintyvyyksiä mahdollisissa masennus ja ahdistushäiriödiagnooseissa väestössä. Osuudet kuitenkin vaihtelivat tarkastelujakson aikana niin, että kesällä olleissa mittauspisteissä osuudet vähenivät ja talvella osuudet nousivat. Korkeimmat osuudet mahdollisissa ahdistuneisuushäiriöissä (22,7 %) ja masennuksessa (22,7 %) havaittiin viimeisessä mittauspisteessä joulukuussa 2021. Esiintyvyyden vaihtelun arvioitiin johtuvan olosuhteiden vaihtelusta. Kesäisin ihmisillä oli rajoituksista huolimatta mahdollisuus viettää aikaa ulkona valoisassa ja joulukuussa 2021 Itävallassa oltiin keskellä tiukkoja rajoitustoimenpiteitä.

Vastaavaan tulokseen päätyi Mauz ym. (2023) saksalaisessa tutkimuksessaan, jossa masennusoireiden osuus vaihteli tarkastelujakson huhtikuun 2019 ja kesäkuun 2022 välillä: ensimmäinen koronaviruspandemian aalto nosti osuutta, tartunta-aallon laskiessa masentuneisuusoireiden osuus laski myös noustakseen uudelleen seuravan tartunta-aallon kanssa samaan aikaan. Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden havaittiin vain nousevan vuodesta 2021 alkaen ja molempien osuuksien pysyvän korkealla mittausajan loppuun. Mauz ym. (2023) tutkimuksesta oli havaittavissa, miten pitkäkestoinen stressi vaikuttaa mielenterveysoireiden esiintyvyyteen ja datasta oli nähtävissä, miten koronaviruspandemian toinen aalto koettiin ”masentavammaksi” kuin ensimmäinen. Tutkimuksessa on huomioitava se, että Venäjä aloitti hyökkäyssodan Ukrainaa vastaan helmikuussa 2022, joka vaikutti osaltaan väestössä havaittaviin mielenterveysoireiden esiintymiseen. Kokonaisuudessaan vuosien 2019–2022 masennusoireilun esiintyvyys nousi saksalaisessa väestössä 5–6 %.

Hajek ym. (2022) seurasivat puolen vuoden ajan, marraskuusta 2020 huhtikuuhun 2021, seitsemän eurooppalaisen valtion kansalaisen mielenterveyden tilaa. Heidän tutkimuksessaan havaittiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisten osuuden vähenemistä ajan kuluessa, mutta väheneminen oli melko vähäistä: mahdollisesti masentuneiden osuus tippui 26,6 % -> 23,8 % ja ahdistuneiden osuus 25,7 % -> 22,1 (%). Tutkimuksessa havaittiin myös, ettei alkanut rokottaminen tai rokotettujen osuus väestössä vaikuttanut masennus- ja ahdistuneisuusosuuksien vähenemiseen ajan kuluessa.

Tutkimuksissa, joissa vastaajat ovat itse arvioineet mielenterveysoireitaan tutkimuksen teon hetken lisäksi myös ennen pandemiaa, vastaajat kertovat pandemian lisänneen heidän masennus- ja ahdistuneisuusoireitaan (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Bäuerle ym. 2020a) sekä psyykkisen uupumisen oireitaan (Biermann ym. 2021). Amerio ym. (2021) tutkimuksen mukaan kaiken kaikkiaan 47,7 % vastaajista raportoi huonontuneista masennusoireista, 43,6 % huonontuneita ahdistuneisuusoireita sekä 64,1 % kertoi yleisen elämänlaadun huonontuneen pandemian alun jälkeen. Bäuerle ym. (2020a) tutkimuksessa havaittiin mahdollisten masennus ja ahdistuneisuushäiriö diagnoosien kriteerit täyttävien osuuden merkittävä kasvu vastaajajoukossa: ahdistuneisuushäiriön osalta osuus kasvoi 9 % -> 19 % ja masennuksen osalta 7,6 % -> 14,3 %. Biermann ym. (2021) keräsivät aineistonsa koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon jälkeen. Vaikka tautitilanne oli Saksassa rauhallinen tutkimuksen aineistonkeruun aikaan, arvioivat vastaajat oman ahdistuneisuutensa ja masentuneisuutensa olevan korkeampi, kuin aika ennen pandemian syttymistä.

Vaikka edellä mainitut tutkimukset ovat tehty samaan, maailmanhistoriallisesti poikkeukselliseen aikaan samalla puolella maapalloa, suhtautui jokainen valtio itsenäisesti koronapandemian vastaiseen työhön ja näin ollen vastaajat ovat eläneet hyvin erilaisissa ympäristöissä vastaamisen aikana. Hajek ym. (2022) tutkimuksessaan osoittivat, että eri maiden välillä oli merkittäviä eroja ahdistus- ja masennusoireissa, vaikka tutkimus tehtiin samaan aikaan samoilla metodeilla. Mahdolliseksi syiksi valtioiden eroille annettiin erilaisten rajoitustoimenpiteiden erilaisuuden lisäksi erilaiset pandemiatilanteet (erot tartuntojen saajien ja kuolleiden määrässä) sekä kulttuurilliset erot. Hajek ym. (2022) arvioivat jo sen vaikuttavan, miten optimisten elämänasenne tietyillä kansalaisuuksilla kulttuurista syistä voi olla verrattuna toisiini. Ausín ym. (2022) kuvailivat pandemian vaikuttaneen suuresti esimerkiksi siihen, miten espanjalaiset ihmiset ovat tottuneet viettämään aikaa suurissa perheryhmissä ja tavatessaan toisiaan halaamaan ja suutelemaan. Koronapandemia on väistämättä vaikuttanut eri kansojen käsityksiin elämästä ja yhteydestä toisiin ihmisiin eri

tavoin ja niin ollen sillä on vaikutuksensa myös mielenterveysoireiden ilmaantuvuuteen. Eri maissa toteutetut tutkimukset ovatkin vain osaltaan toisiinsa vertailukelpoisia.

3.4.3 Taustatekijöiden yhteys koettuun mielenterveyteen

Voimakkaampiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin yhteydessä olivat naissukupuoli (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Bäuerle ym. 2020b, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Humer ym. 2023, Lueger-Schuster ym. 2022, Mauz ym. 2023, Skapinakis ym. 2020), nuorempi ikä (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Hajek ym. 2022, Humer 2023) sekä aiemmin sairastettu mielenterveyden häiriö (Bäuerle 2020a, Skoda 2021). Lisäksi yhteys voimakkaampiin mielenterveysoireisiin havaittiin olevan sairastetulla koronavirustaudilla (Hajek ym. 2022), koronavirustaudin pelolla (Bäuerle ym. 2020a), taloudellisen tilanteen huonontumisella (Hajek ym. 2022) ja matalammalla koulutustasolla (Mauz ym. 2023).

Naissukupuolen on osoitettu aikaisemmassa tutkimuksessa olevan yleisestikin yhteydessä mielenterveyden häiriöihin, on koronaviruspandemia asettanut naiset myös miehiä haavoittuvampaan asemaan. Naisilla on keskimäärin suurempi hoivavastuu perheiden lapsista sekä vanhemmista sukulaisista samalla, kun merkittävä osa eurooppalaisista naisista on mukana työelämässä. Koronaviruspandemian suljettua päiväkodit sekä asetettua vanhukset kotikaranteeneihin, aiheutti tämä enemmän työtasapainottelua sekä stressiä erityisesti naisille. Tämä saattaa olla selittävänä tekijänä naisten suuremmalle mielenterveysoirehdinnalle myös koronaviruspandemian aikana. (Gonzáles-Sanguino ym. 2020.) Myös naiset reagoivat koronaviruspandemiaan ja sen lieveilmiöihin miehiä suuremmalla tunnereaktiolla, joka on yhteydessä korkeampaan ahdistuneisuuden ja masennuksen kokemuksiin (Skapinakis ym. 2020). Lueger-Schuster ym. (2022) tutkimuksessaan kertoivat myös kotiväkivaltatilanteiden lisääntyneen koronaviruspandemian alkamisen jälkeen. Kotiväkivallassa tyypillisempi uhri on nainen, joten tämäkin saattaa selittää naissukupuolen merkitystä voimakkaampien mielenterveysoireiden kokemuksessa.

Nuoret aikuiset ovat myös kokeneet voimakkaampia mielenterveysoireita koronaviruspandemian aikana mitä vanhemmat. Tutkimukset ovat yksimielisiä siitä, että nuorten ihmisten elämä on vanhempia liikkuvaisempaa sekä epävarmempaa, joten koronaviruspandemian vaikutukset työpaikkoihin, opiskeluun sekä uraan koskettavat nuoria vanhempia enemmän. Lisäksi vanhemmilla ihmisillä oleva pidempi elämäkokemus ja

kokemus poikkeuksellisista ajoista suojaavat heitä nuoria enemmän pandemian aiheuttamilta mielenterveysoireilta. (Biermann ym. 2021, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Hajek ym. 2022).

Skoda ym. (2021) vertailivat psyykkisesti sairaiden, somaattisesti sairaiden ja terveiden ihmisten mielenterveyden tilaa koronaviruspandemian aikana. Tutkimus osoitti, miten aikaisemmalla mielenterveyden häiriö lisäsi ahdistuneisuuden, masentuneisuuden sekä stressin kokemusta koronaviruspandemian aikana verrattuna terveisiin tai somaattisesti sairaisiin ihmisiin. Eroa selitettiin sillä, että mielenterveyshäiriöihin sairastuneet ihmiset ovat jo valmiiksi heikommassa asemassa muihin nähden koronaviruspandemian kaltaisissa tilanteissa. Heillä saattaa olla heikentynyt kyky huolehtia itsestään, hygieniastaan ja heidän riskien sietokyky on heikentynyt. Skoda ym. (2021) tutkimuksessaan osoitti, että kun terveet tai somaattisesti sairaat ihmiset pelkäsivät itse koronavirusta pandemian aikana, mielenterveyden häiriöön sairastaneet kehittivät tilanteessa tyypillisempi yleistynyttä ahdistusta tai masennusta.

Itse koronavirustaudin sairastaminen lisäsi koettua ahdistuneisuutta ja masennusta. Hajek ym. (2022) tutkimuksen mukaan sairastuminen johti pelkoon sekä omasta turvallisuudesta että pelkoon läheisten tartuttamisesta, joka lisäsi koettua ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden kokemusta. Koronavirustaudin pelon on osoitettu olevan myös yhteydessä heikentyneeseen mielenterveyden kokemukseen (Bäuerle ym. 2020b). Koulutustason yhteydestä mielenterveyteen tutkimukset taasen ovat erimielisiä. Mauz ym. (2023) havaitsi koulutustason ja mielenterveysoireiden välillä negatiivisen korrelaation ja Hajek ym. (2022) taas tutkimuksessaan osoitti, ettei mielenterveysoireilla ja koulutustason välillä ole yhteyttä.

3.4.4 Yhteenveto aikaisemmasta kirjallisuudesta

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista havaitaan, että koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon aikana tehdyissä tutkimuksissa väestöstä 14,3–33,2 % raportoi kliinisesti merkittävistä masennusoireista (Amerio ym. 2021, Bäuerle ym. 2020a, Bäuerle ym. 2020b, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Humer ym. 2023, Papadopoulou ym. 2021) ja 14,2–41,5 % raportoi kliinisesti merkittävistä ahdistuneisuusoireista (Amerio ym. 2021, Bäuerle ym. 2020a, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Humer ym. 2023, Papadopoulou ym. 2021, Skapinakis ym. 2020). Tutkimukset olivat melko yksimielisiä siitä, mitkä taustatekijät olivat yhteydessä koettuihin, voimakkaampiin mielenterveysoireisiin. Voimakkaampiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä olivat naissukupuoli (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Bäuerle ym. 2020b, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Humer

ym. 2023, Lueger-Schuster ym. 2022, Mauz ym. 2023, Skapinakis ym. 2020), nuorempi ikä (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Hajek ym. 2022, Humer 2023) sekä aiemmin sairastettu mielenterveyden häiriö (Bäuerle 2020a, Skoda 2021).

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata koronaviruspandemian ensimmäisen aallon yhteyttä suomalaisen aikuisväestön mielenterveyteen. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä koronapandemian aiheuttamasta kokonaiskuormituksesta väestötasolla tuomalla esiin pandemian yhteyden koettuun mielenterveyteen.

Tutkimus vastaa seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen suomalaisen aikuisväestön mielenterveys oli koronaviruspandemian ensimmäisen tartunta-aallon aikana?
2. Miten eri taustamuuttajat ovat yhteydessä koettuun mielenterveyteen tutkimushetkellä?

5 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Tämä tutkimus toteutettiin osana Impact Covid -tutkimushanketta. Hankkeessa tutkittiin koronaviruspandemian ja siitä seuranneiden lieveilmiöiden sekä rajoitustoimenpiteiden vaikutuksia väestötasolla, yhteensä 11 maassa. Tässä tutkimuksessa analysoidaan hankkeen keräämästä aineistosta sen suomalaista otosta. Tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyden tilaa on mitattu ahdistuneisuushäiriön, masentuneisuuden, post-traumaattisen stressihäiriön sekä paniikkihäiriön oireita mittaavilla mittareilla. Nämä mittarit valittiin mukaan, jotta mielenterveyden tilasta saataisiin mahdollisimman edustava kuva. Aineisto ei ole kliininen, sillä mittarien kysymyksiin ovat vastanneet tutkimukseen osallistuneet itse, ilman ammattihenkilön apua.

5.1 Tutkimusasetelma

Tämä tutkimus on asetelmaltaan kuvaileva poikittaistutkimus, jossa tutkitaan koronaviruspandemian yhteyttä väestötasolla mielenterveysoireiden esiintyvyyteen yhdessä mittauspisteessä. Kuvailevasta poikittaistutkimuksesta on kyse silloin, kun data kerätään yhdessä mittauspisteessä yhdestä tutkimusryhmästä. Tällä tutkimusasetelmalla voidaan kuvailla jotakin ilmiötä ja siihen liittyviä taustamuuttujia. (Gray & Grove 2021.) Kuvaileva poikittaistutkimus sopi asetelmaltaan tähän tutkimukseen hyvin, sillä tutkimuksessa haluttiin selvittää nimenomaan koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon yhteyttä koettuun mielenterveyteen. Tutkimuksen kannalta oli siis olennaista käyttää dataa, joka on kerätty ensimmäisen tautiaallon aikana yhdessä mittauspisteessä. Tarkoituksena on kuvailla koronaviruspandemian yhteyttä koettuun mielenterveyteen sekä analysoida sitä, onko jollakin taustamuuttujalla merkitystä tässä yhteydessä. Tällä tutkimuksella ei pystytä osoittamaan sitä, mikä mahdollisesti havaittavaan yhteyteen vaikutti tai oli syynä sille.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja otos

Tutkimuksen kohderyhmää olivat aikuiset, jotka oleskelivat jossain hankkeeseen valituista 11 valtion alueella. Aineiston keruussa käytetty lomake oli käännetty yhdeksälle eri kielelle, joten osallistuakseen tutkimukseen tuli myös ymmärtää jotakin näistä kielistä. Vastaajia oli yhteensä 9543 henkilöä, joista 542 henkilöä ilmoitti oleskelevansa kyselyn vastaamishetkellä Suomessa. (Georgieva ym. 2021.) Otantamenetelmänä toimi lumipallo-otanta sekä verkosto-otanta (eng. network sampling), joka on yksi harkinnanvaraisen otannan menetelmiä. Siinä tunnustetaan tutkimusryhmän keräämisen kannalta olennaisia henkilöitä, jotka voivat jakaa kutsua osallistua tutkimukseen eteenpäin. Tehokkaalla verkosto-otannalla saadaan kasvatettua

otoskokoja. (Gray & Grove 2021.) Tutkimukseen otettiin mukaan jokainen sellainen kyselylomakkeen vastaus, joka sisälsi suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja oli täytetty loppuun saakka. Mikäli henkilö oli vastannut useampaan kertaan, mukaan otettiin vain henkilön ensimmäisenä tallennettu vastaus. (Georgieva ym. 2021.)

Tässä tutkimuksessa käytetään hankkeen datasta suomalaista otosta (N=542). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä osaa datasta, jossa tutkittavat henkilöt ovat ilmoittaneet oleskelevansa kyselyyn vastaamisen hetkellä Suomessa. Kansalaisuutta tutkimuksessa ei erikseen kysytty eikä oleskelumaan kysymyksestä voida päätellä, millä kielellä henkilö on kyselylomakkeeseen vastannut. Kyselylomake keräsi vain numeraalista dataa, joten käytetty kieli ei selviä dataa tarkastelemalla.

5.3 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin internetissä olleella kyselylomakkeella, johon kuka tahansa sen löytänyt saattoi vastata. Lomaketta markkinoitiin hankkeen tutkimusryhmän jäsenten henkilökohtaisten verkostojen avulla sekä maksetulla markkinointikampanjalla Facebookissa. Aineistoa kerättiin kahdessa aikapisteessä, kesä-elokuussa 2020 sekä elo-marraskuussa 2020. Tässä tutkimuksessa käytetään aineistoa, joka on kerätty ensimmäisessä aikapisteessä. Hankkeen kyselylomakkeen suomenkielinen versio on liitteenä 4.

5.4 Kyselylomake ja käytetyt mittarit

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 38 kysymystä. Vastaajat vastasivat siihen itsenäisesti verkossa. Demografisten taustamuuttujien lisäksi kyselyssä kysyttiin aikaisempaa sairastuneisuutta, koronavirukseen sairastumista, koronavirukseen liittyviä pelkoja tai huolia, koronaviruspandemian aikaista median käyttöä, luottamusta oman valtionsa viranomaisiin, rajoitustoimenpiteisiin sitoutumista sekä masennus-, ahdistuneisuus-, paniikki- ja post-traumaattisen stressihäiriön oireita. (Georgieva ym. 2021.)

5.4.1 Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2)

GAD-2 on lyhyt versio alun perin vuonna 2007 julkaisusta Generalized Anxiety Disorder- 7 (GAD-7) mittarista. Molemmat mittarit ovat kehitetty nopeaan ja tehokkaaseen yleistyneen ahdistuneisuushäiriön tunnistamiseen aikuisväestöstä. (Plummer ym. 2016.) GAD-2 mittari sisältää kaksi väittämää, jotka ovat osoitettu olevan ahdistuneisuushäiriön diagnoosin keskeiset kriteerit. Vastaaja arvioi väittämiä sen mukaisesti, miten ne ovat esiintyneet vastaajan elämässä edeltävän kahden viikon aikana. Väittämät ovat ”Hermostuneisuuden-,

ahdistuneisuuden- tai kireyden tunne” ja ”En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani”. (Staples ym. 2019.) GAD-2 mittarin suomenkielisenä versiona käytetään Mielenterveystalon (2022) suomennusta. Väittämiin vastataan 4 – portaisella Likert – asteikolla (0–3) niin, että pisteiden kasvaessa koettu oire on voimakkaampi. Mittarin pisteet lasketaan vastausten summana. GAD-2 mittarin pisteet vaihtelevat 0–6 välillä niin, että kolme pistettä tai yli viittaa kliinisesti merkittävään ahdistuneisuuden kokemukseen, raja-arvona siis toimii kolme pistettä. (Christensen 2011, Plummer ym. 2016, Staples ym. 2019.)

GAD-2 on laajassa, kansainvälisessä käytössä ja siitä on julkaistu useita kieliversioita. Sen on todettu olevan hyvä tai kohtalaisen hyvä tunnustamaan kliinisesti merkittävää ahdistuneisuutta aikuisväestöstä (Plummer ym. 2016, Staples ym. 2019.) Christensen ym. (2011) osoittivat tutkimuksessaan, miten GAD-2 toimi erinomaisesti nimenomaan potilaan itse täytettävänä työkaluna. Syytä tälle ei tutkimuksessa voitu yksiselitteisesti osoittaa, mutta tutkimuksessa todettiin ahdistuneisuushäiriölle tyypillisten oireiden olevan ihmisille helppoja tunnistaa ja siksi itsearviointi on luottava menetelmä ahdistuneisuushäiriön mittaamisessa.

5.4.2 Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

PHQ-2 on lyhyt versio vuonna 2001 julkaistusta Patient Health Questionnaire – 9 mittarista. PHQ – mittarit ovat kehitetty mittaroimaan tehokkaasti ja nopeasti aikuisten vakavaa masentuneisuutta. (Kroenke ym. 2003.) PHQ-2 sisältää kaksi väittämää, jotka ovat keskeisiä vakavan masentuneisuuden diagnosoimisessa. Henkilö vastaa väittämiin sen mukaisesti, miten hän on kokenut väittämien ongelmat edellisen kahden viikon aikana. (Kroenke ym. 2003, Manea ym. 2016.) Väittämät ovat ”Vain vähäistä mielenkiintoa tai mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä” ja ”Alakuloisuutta, masentuneisuutta, toivottomuutta”. PHQ-2 mittarin suomenkielisenä versiona käytetään Käypä hoito – suosituksessa (2016) käytettyä suomennosta.

Väittämiin vastataan 4- portaisella Likert-asteikolla (0–3) niin, että pisteiden kasvaessa myös koetut oireet voimistuvat. Mittarin pisteet lasketaan vastausten summana, jolloin PHQ-2 mittarin pisteet voivat vaihdella 0–6 välillä. (Kroenke ym. 2003.) Kliinisesti merkittävän masennuksen osoittavasta pistemäärästä (raja-arvosta) on tutkimuskirjallisuudessa vaihtelua. Mittarin kehittämissvaiheessa Kroenke ym. (2003) osoittivat raja-arvon olevan kolme (herkkyys 89 %). Manea ym. (2016) osoittivat meta-analyysissään kuitenkin, että PHQ-2 kolme tai suurempi pistemäärän tarkkuus osoittamaan kliinisesti merkittävää masentuneisuutta on alkuperäisiä ilmoitettuja lukuja heikompi, herkkyuden ollessa vain 76 %.

Meta-analyysin johtopäätöksenä onkin, että raja-arvona tulisi pitää kahta tai suurempaa pistemäärää (herkkyys 91 %), jotta jokainen tapaus tulisi tunnistetuksi. Vastaavaan herkkyytlukemaan kahdesta tai useammasta pisteestä on päätynyt myös Lewis ym. (2020) systemaattisessa katsauksessaan sekä meta-analyysissään. Tässä tutkimuksessa raja-arvona pidetään kolmea pistettä Kroenke ym. (2003) osoituksen mukaan, sillä se on tutkimuskirjallisuudessa tyypillisimmin käytössä oleva ja siksi mahdollistaa vertailukelpoisemman datan tuottamisen.

Vakavan masennuksen diagnosoinnin tueksi suositellaan edelleen käyttämään mittarina pidempää PHQ-9 sen monipuolisemman oireluettelon vuoksi. Kuitenkin PHQ-2 on osoitettu olevan erinomainen työkalu ensivaiheen masentuneisuusoireiston seulontaan ja osana pidempiä terveystarkastuksia, joissa mielenkiinto on myös masennusoireiston kuvaamisessa. (Kroenke 2003, Lewis 2020.) PHQ-2 on laajasti sekä kansainvälisesti käytössä oleva mittari, jonka luotettavuus on arvioitu hyväksi useassa tutkimuksessa (Kroenke 2003, Manea 2016, Staples 2019, Lewis ym. 2020).

5.4.3 Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

PC-PTSD-5 mittari on kehitetty mittamaan post-traumaattisen stressihäiriöiden oireita. Se perustuu American Psychiatric Association:n julkaisemaan, psykiatristen sairauksien uusimpaan tautiluokitukseen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) vuodelta 2013. (Prins ym. 2016.) Se on kehitetty perusterveydenhuollossa tapahtuvaa nopeaa ja tehokasta post-traumaattisen stressihäiriön seulontaa varten (Williamson 2022). Mittari yhden määrittävän kysymyksen ja viisi kysymystä koetuista oireista. Mittarin aloittavassa kysymyksessä selvitetään, onko vastaaja kokenut jonkun traumaattisen kokemuksen. Mikäli ei ole, ei loppuihin kysymyksiin vastata. Kysymyksiin vastataan sen perusteella, onko vastaaja kokenut kysymysten mukaisia oireita edeltävän kuukauden aikana. (Prins ym. 2016, Williamson 2022.)

Mittarin kysymyksissä kuvataan traumaattista tapahtumaa yleisellä tasolla. Tähän tutkimukseen luodussa kyselylomakkeessa väittämät olivat muokattu kuvastamaan koronavirusepidemiaa traumaattisena kokemuksena. Kyselylomakkeessa käytetyt kysymykset on esitetty lukemisen helpottamiseksi luettelona alla.

1. Oletko viimeisen kuukauden aikana nähnyt painajaisia koronavirusepidemian puhkeamisesta tai ajatellut epidemiaa silloinkin, kun et ole halunnut ajatella sitä?

2. Yrittänyt kovasti olla ajattelematta koronavirusepidemian puhkeamista tai vältellyt tilanteita, jotka muistuttivat sinua epidemian puhkeamisesta?
3. Ollut jatkuvasti varuillasi, valppaana tai säikkymisherkkä?
4. Kokenut tunteiden turtuneisuutta tai vieraantuneisuutta muista ihmisistä, toiminnoista tai ympäristöstäsi?
5. Tuntenut syyllisyyttä tai vaikeutta lakata syyttämästä itseäsi tai jotakuta muuta koronavirusepidemian puhkeamisesta tai siitä mahdollisesti seuranneista ongelmista?

(Georgieva ym. 2021.)

Kysymyksiin vastataan dikotomisesti kyllä tai ei. Vastaukset pisteytetään niin, että kyllä vastauksesta saa yhden pisteen, ei vastauksesta nolla pistettä. Näin ollen pisteet jakautuvat 0–5 välille. Mittarin kehittäjän tutkimuksen mukaan (Prins ym. 2016) raja-arvona tulisi pitää kolmea pistettä (herkkyys 95 %). Prins ym. (2016) testasivat mittaria sotaveteraaneista koostuvassa tutkimusryhmässä. Heidän tiedetään kokeneen enemmän traumoja elämässään, kuin siviiliväestön. Williamson ym. (2022) testasi PC-PTSD-5 mittaria siviiliväestössä ja heidän tutkimuksensa mukaan luotettavana raja-arvona tulisi pitää neljää pistettä.

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa ei ole ollut mittarin ensimmäistä kysymystä, vaan oletus on ollut kyselyyn vastanneiden kaikkien kokeneen koronaviruspandemian ja sen on oletettu olevan luonnonkatastrofiin verrattavissa oleva trauma Seddighin (2020) kirjoituksen mukaisesti. Tämän tutkimuksen aineistossa vastaajien kohdalla puuttuu siis yksi piste, jolloin pisteet jakautuvat 0–5 välille. Koska tutkimuksen kohteena on ollut siviiliväestö, sovelletaan tässä tutkimuksessa Williamson ym. (2022) tutkimuksen mukaisia raja-arvoja poistaen siitä edellä mainitun yhden pisteen. Raja-arvona pidetään tässä tutkimuksessa siis kolmea pistettä. PC-PTSD-5 mittari on kehitetty aiemmin käytössä olleesta PCD-PTSD mittarista vastaamaan nykypäivän käsitykseen post-traumaattisen stressihäiriön diagnostisista kriteereistä. PC-PTSD-5 mittarin on osoitettu olevan käytössä luotettava sekä käyttäjät ovat arvioineet sen olevan helppokäyttöinen sekä ymmärrettävä. (Prins ym. 2016, Williamsson ym. 2022)

5.4.4 Very brief Panic Disorder Severity Scale – Self rated (PDSS-SR)

PDSS-SR on lyhyt, kahden väittämän mittainen, itsenäisesti täytettävä mittari, joka mittaa henkilön sairastumista paniikkihäiriöön. Se on kehitetty 7 kysymyksen, haastattelumenetelmällä käytettävän PDSS-mittarin pohjalta. (Forsell ym. 2019.) Hyvin lyhyt

versio PDSS-SR mittarista sisältää kaksi kysymystä (Forsell ym. 2019), johon vastataan 5-portaisella Likert-asteikolla (0–4) niin, että korkeampi pistemäärä indikoi voimakkaampana koettua oiretta. Kysymyksiin vastataan sen perusteella, miten vastaaja on kokenut asiat edeltävän viikon aikana. (Shear ym. 2001.) Tässä hyvin lyhyessä PDSS-SR mittarissa kysymykset koskevat paniikkikohtauksien ahdistavuutta sekä taipumusta vältellä julkisia paikkoja (Forsell ym. 2019).

Tämän tutkimuksen kysymyslomakkeessa kysymykset ovat esitetty seuraavasti:

1. Jos sinulla on ollut paniikkikohtauksia viimeisen viikon aikana, kuinka ahdistavilta (epämiellyttäviltä, pelottavilta) ne tuntuivat kohtauksen aikana?
2. Oletko viimeisen viikon aikana vältellyt tai pelännyt (kokenut epämiellyttäväksi tai halunnut välttää/poistua) joitakin paikkoja tai tilanteita (esimerkiksi julkisia kulkuneuvoja, elokuvateattereita, väkijoukkoja, siltoja, tunneleita, ostoskeskuksia tai yksinoloa), koska olet pelännyt saavasi paniikkikohtauksen? Olisitko vältellyt tai pelännyt jotakin muita tilanteita tästä syystä, jos niitä olisi tullut eteesi viimeisen viikon aikana? Jos vastasit myöntävästi jompaankumpaan kysymykseen, arvioi kokemasi pelon ja välttelyn vaikeusaste viimeisen viikon aikana. (Georgieva ym. 2021.)

Forsell ym. (2019) tutkivat hyvin lyhyen PDSS-SR mittaria faktorianalyysin avulla ja saivat sen herkkyydeksi 95 %. Forsell ym. (2019) mukaan raja-arvona on pidettävä 3 pistettä tai sen yli olevaa pistemäärää, jolloin mittari pystyy mittamaan paniikkihäiriöön sairastumisen lähes yhtä luotettavasti, kuin alkuperäinen 7 kysymyksen PDSS-mittari. Forsell ym. (2019) tutkimuksen heikkoutena on, että mittaria on testattu ryhmällä, jonka jäsenet sairastavat kaikki jotain mielenterveyden häiriötä mm. paniikkihäiriötä. Tämä on saattanut vaikuttaa raja-arvon määrittämiseen. Mittari on kuitenkin hyvin käyttökelpoinen sen nopeuden ja keveyden vuoksi sekä sen on ajateltu sopivan erinomaisesti tilanteisiin, jossa halutaan mitata useampaa sairautta samanaikaisesti.

5.5 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM:n SPSS ohjelmistolla, sen versiolla 27. Aineisto toimitettiin tutkimusryhmän jäsenen toimesta valmiina SPSS-tiedostona. Aineisto käytiin läpi vertailemalla sen sisältävää dataa aineiston keruussa käytettyyn kyselylomakkeeseen

(Georgieva ym. 2021). Aineiston SPSS-tiedostoksi oli koonnut kansainvälisen tutkimusryhmän tilastotieteilijä ja aineiston koodauksesta pyydettiin muutamia tarkennuksia ennen analyysin aloittamista.

Tässä tutkimuksessa analysoidaan tutkittavien iän, sukupuolen, koulutustaustan ja aikaisemman mielenterveys sairastavuuden yhteyttä tutkittavien vastauksiin ahdistuneisuus-, masennus-, paniikki- ja post-traumaattisen stressihäiriöiden oireita mittaaviin mittareihin. Tutkimuksessa on käytetty ahdistuneisuushäiriön mittarina Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2) mittaria, masennuksen mittarina Patient Health Questionnaire -2 (PHQ-2) mittaria, post-traumaattisen stressihäiriön mittarina Primary Care PTSD Screen for DMS-5 (PC-PTSD-5) mittaria ja paniikkioireiden mittaamiseen Panic Disorder Severity Scale – Self rated (PDSS-SR) mittaria.

Saatuun tutkimusaineiston muuttujiin tehtiin joitakin muutoksia. Tutkimusaineiston koko oli N=542. Sukupuolekseen oli ilmoittanut ”mies” 84 henkilöä, ”nainen” 451 henkilöä ja ”muu” 7 henkilöä. Koska ”muu” vastausten antajien määrä on koko aineistossa niin pieni, keskitytään analyysissä analysoimaan sukupuolen eroja vain sukupuolekseen ”mies” tai ”nainen” ilmoittaneiden välillä. Kyselylomakkeessa oli kysytty aikaisemmat sairastetut mielenterveyden häiriöt diagnoositasolla: aikaisemmin sairastettu ahdistuneisuushäiriö, masennus, post-traumaattinen stressihäiriö tai paniikkihäiriö. Koska yksittäisten diagnoosien suhteen vastausmäärät jäivät kokonaisaineistoon verraten pieniksi, tehtiin aikaisemmin sairastetuista mielenterveyden häiriöistä summamuuttuja, joka dikotomisesti kertoo aikaisemman sairastamisen kyllä/ei tasolla. Aineistoon oli koodattu mittarien (GAD-2, PHQ-2, PC-PTSD-5, PDSS-SR) pisteytykset eri tavoin, kuin ne tutkimuskirjallisuudessa on esitetty. Nämä korjattiin tutkimusaineistoon vastaamaan tutkimuskirjallisuudessa esitettyä muotoa yksitellen, käyttäen hyödyksi SPSS-ohjelmiston työkaluja.

Muuttujien kuvailuun käytettiin tunnuslukuina mediaania sekä kvartiilivälin pituutta. Taustamuuttujien yhteyttä vastemuuttujiin selvitetessä käytettiin epäparametrisia tilastollisia testejä, sillä vastemuuttujien jakaumat olivat kaikki oikealle vinoja. Oikealle vino kuvaaja muodostuu silloin, kun muuttujan arvot sijoittuvat enemmän skaalansa alkupäähän. Tässä tutkimusaineistossa se tarkoittaa, että jokaisen mielenterveysoireita mittaavan mittarin arvot (vastemuuttajat) sijoituivat enemmän pieniin kuin suurin pistemääriin.

Epäparametrisista testeistä Mann-Whitney-U – testillä testattiin sekä sukupuolen (nainen/mies) että aikaisemman mielenterveyshäiriön (kyllä/ei) yhteyttä vastemuuttujiin, sillä

tällä testillä voidaan osoittaa kahden riippumattoman muuttujan yhteys toisiinsa, kun jakaumat eivät ole normaalisti jakautuneita. Koulutustason (7-portainen muuttuja: peruskoulu - tohtorin tutkinto) yhteyttä vastemuuttujiin testattiin Kruskall Wallisin testillä. Se on myös epäparametrinen testi, jonka kanssa voidaan tarkastella kolmea tai useampaa toisistaan riippumatonta ryhmää, kun vastemuuttuja ei ole normaalisti jakautunut. (Altman 1991.) Iän (numeraalinen, 0–99) yhteyttä vastemuuttujiin tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimella. Sillä voidaan tarkastella kahden muuttujan monotonista riippuvuutta toisistaan. (Uhari 2012.)

Kaikissa käytetyissä testeissä tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin alle 0,05 ($p < 0,05$) (Gray & Grove 2021). Kaikki suoritettavat tilastolliset testit taustamuuttujien ja vastemuuttujien yhteyden selvittämiseksi on esitetty myös taulukossa 1.

Taulukko 1 Käytetyt tilastolliset testit

Taustamuuttuja (määre)	Vastemuuttujat (pistemäärä)	Käytetty tilastollinen testi
Sukupuoli (nainen/mies)	GAD-2 (0–6)	Mann-Whitney U-testi
	PHQ-2 (0–6)	
	PC-PTSD-5 (0–5)	
	PDSS-SR (0–8)	
Ikä (vuosien lkm.)	GAD-2 (0–6)	Spearmanin korrelaatiokerroin
	PHQ-2 (0–6)	
	PC-PTSD-5 (0–5)	
	PDSS-SR (0–8)	
Koulutustaso (1–7)	GAD-2 (0–6)	Kruskall Wallisin testi
	PHQ-2 (0–6)	
	PC-PTSD-5 (0–5)	
	PDSS-SR (0–8)	
Aikaisempi mielenterveyden häiriö (kyllä/ei)	GAD-2 (0–6)	Mann-Whitney U-testi
	PHQ-2 (0–6)	
	PC-PTSD-5 (0–5)	
	PDSS-SR (0–8)	

6 Tutkimustulokset

6.1 Vastaajien taustatiedot

Koko Impact Covid – hankkeen tutkimuskyselyyn vastanneiden määrä oli yhteensä 9543 henkilöä. Heistä 542 ilmoitti oleskelevansa kyselyn vastaamishetkellä Suomessa. (Georgieva ym. 2021.) Tässä tutkimuksessa analysoidaan hankkeen suomalaista otosta (N=542).

Vastaajista valtaosa ilmoitti sukupuolekseen nainen (84 %). Vastaajien mediaani-ikä oli 52 vuotta, vaihteluvälin ollessa 18–83. Vastaajien koulutustaso vaihteli. Pelkän peruskoulun suorittaneita oli 9,4 % vastaajista, toisen asteen tutkinto (ammattillinen tutkinto tai lukio) oli 43,6 % vastaajista, alempi korkeakoulututkinto (ammattikorkeakoulututkinto tai kandidaatin tutkinto) 27,1 % vastaajista sekä ylempi korkeakoulututkinto (maisterin tutkinto) 16,2 % vastaajista. Vain 3,7 % vastaajista oli taustallaan tohtorin tutkinto. Aikaisemman mielenterveyden sairauden suhteen vastaajat jakautuivat tasaisesti, 58,7 % vastaajista kertoi, ettei ollut aikaisemmin sairastunut mielenterveyden sairauksiin. Tarkemmin vastaajien taustatiedot ovat kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Taustamuuttajat	n	%
Sukupuoli	542	100
Nainen	451	83,0
Mies	84	16,0
Muu	7	1,0
Ikäluokka	542	100
18–29-vuotiaat	55	10,1
30–59-vuotiaat	324	59,8
60–90-vuotiaat	163	30,1
Koulutustaso	542	100
Peruskoulu	51	9,4
Lukio	47	8,7
Ammatillinen tutkinto	189	34,9
Ammattikorkeakoulututkinto	110	20,3
Kandidaatin tutkinto	37	6,8
Maisterin tutkinto	88	16,2
Tohtorin tutkinto	20	3,7
Aikaisempi mielenterveyden sairaus	542	100
Ei	318	58,7
Kyllä	224	41,3

6.2 Suomalaisen aikuisväestön mielenterveys tutkimushetkellä

Ahdistuneisuusoireita mittaavan GAD-2 mittarin kahteen kysymykseen vastasivat kaikki tutkimukseen osallistuneet 542 vastaajaa. GAD-2 mittarin mediaani pistetulos oli 1, minimiarvon ollessa 0 ja maksimiarvon 6. Masentuneisuusoireita mittaavan PHQ-2 mittarin kahteen kysymykseen vastasi myös jokainen, 542 vastaajaa. Mittarin mediaani pistetulos oli 1, minimiarvon ollessa 0 ja maksimiarvon 6. Post-traumaattisen stressireaktion oireita mittaavan PC-PTSD-5 mittarin kysymyksiin vastasi myös 542 vastaajaa. Mediaani pistetulos oli 1, minimiarvon ollessa 0 ja maksimiarvon 5. Paniikkihäiriöoireita mittaavan PDSS-SR mittarin kysymyksiin vastasi 124 vastaajaa. Sen mediaanipistetulos oli 3, minimiarvon ollessa 1 ja maksimiarvon ollessa 8. Vastaukset aineistossa jakautuivat vinosti oikealle jokaisen mittarin kohdalla, joka tarkoittaa vastausten sijoittuvan mittarin alkupäähän pieniin pistemääriin enemmän. Jokaisen tutkimuksessa käytetyn mielenterveysmittarin tulokset tunnuslukuineen on esitetty myös taulukossa 3.

Taulukko 3 Mielenterveysmittarien tulokset

Mittari	n	mediaani	minimi	maksimi	kvartiilivälin pituus
GAD-2	542	1	0	6	3
PHQ-2	542	1	0	6	3
PC-PTSD-5	542	1	0	5	2
PDSS-SR	124	3	1	8	2

Vastaajien mittarien mediaaniarvojen lisäksi tarkastellaan vastaajien osuuksia suhteessa mittarien pistemäärien raja-arvoihin. Mittarien raja-arvolla tarkoitetaan sellaista pistemäärää, jonka kohdalla mittaritulos saattaa kertoa kliinisesti merkittävistä oireista. GAD-2 mittarin raja-arvona pidetään kolmea pistettä, vastaajista 74,2 % sai mittarista alle sen. PHQ-2 mittarin raja-arvona pidetään 3 pistettä, vastaajista 84,1 % sai tulokseksi alle sen. PC-PTSD-5 mittarin raja-arvo on 3, 79,5 % vastaajista sai alle sen. PDSS-SR mittarin raja-arvo on 3 pistettä, vastaajista 51,60 % sai joko kolme pistettä tai sen yli. Kaikki raja-arvojen mukaiset mittaritulokset ovat esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4 Mittarien raja-arvojen mukainen esiintyvyys aineistossa

Mittari	Pistemäärät (n)
GAD-2	
< 3	74,2 % (402)
≥ 3	25,8 % (140)
PHQ-2	
< 3	84,1 % (456)
≥ 3	15,9 % (86)
PC-PTSD-5	
< 3	79,5 % (431)
≥ 3	20,5 % (111)
PDSS-SR	
< 3	48,4 % (60)
≥ 3	51,6 % (64)

6.3 Taustamuuttujien yhteys mielenterveysoireisiin

6.3.1 Sukupuolen yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin

Sukupuolen yhteyttä mielenterveysmittarien pistemääriin testattiin Mann-Whitneyn U-testillä. Naisten GAD-2 mediaanipisteet olivat miesten vastaavia korkeammat ja tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,002$). Samoin PC-PTSD-5 mittarin mediaanipisteet olivat naisilla korkeammat kuin miehillä ja tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,005$). PHQ-2 mittarissa naisten mediaanipisteet olivat miesten kanssa samat, mutta naisten vastauksissa oli suurempi hajonta, tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä ei ollut. PDSS-SR mittarin pisteissä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä. Testien tulokset ovat esitetty taulukoissa 4 ja 5.

Taulukko 5 Sukupuolen yhteys GAD-2, PHQ-2 ja PC-PTSD-5 mittarien pistemääriin

*Mann-Whitneyn U-testi

KVP=Kvartiilivälin pituus

Mittari	Naiset (n=451) Mediaani (KVP)	Miehet (n=84) Mediaani (KVP)	P-arvo
GAD-2	1 (3)	0 (2)	0,002*
PHQ-2	1 (3)	1 (2)	0,165*
PC-PTSD-5	1 (2)	0 (1,75)	0,005*

Taulukko 6 Sukupuolen yhteys PDSS-SR mittarin pistemääriin

*Mann-Whitneyn U-testi

KVP=Kvartiilivälin pituus

Mittari	Naiset (n=108) Mediaani (KVP)	Miehet (n=13) Mediaani (KVP)	P-arvo
PDSS-SR	2,5 (3)	3 (3)	0,199*

6.3.2 Iän yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin

Iän yhteyttä mielenterveysmittarien pistemääriin testattiin Spearmanin korrelaatiokertoimella. GAD-2 mittarin pistetuloksen ja iän korrelaatiokerroin oli -0,21 ja tulos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). PHQ-2 pistetuloksen ja iän korrelaatiokerroin oli -0,117 ja tulos oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,006$). Myös PC-PTSD-5 pistetuloksen ja iän korrelaatio oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$), korrelaatiokertoimen ollessa -0,192. Negatiiviset korrelaatiokertoimet tarkoittavat, että pienempi ikä korreloi edellä mainittujen mittarien pistetuloksien suuruuden kanssa. Poikkeuksena PDSS-SR mittarien pistetulokset, jonka korrelaatiokerroin oli 0,04. Tämä tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,657$). Testien tulokset esitetty taulukossa 6.

Taulukko 7 Iän yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin

Mittari (N)	Ikä	
	Spearmanin korrelaatiokerroin	P-arvo
GAD-2 (542)	-0,21	< 0,001
PHQ-2 (542)	-0,117	0,006
PC-PTSD-5 (542)	-0,192	< 0,001
PDSS-SR (124)	0,040	0,657

6.3.3 Koulutustason yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin

Koulutustason yhteyttä mielenterveysmittarien pistemääriin mitattiin Kruskal-Wallis testillä. Kaikista mittareista ainoastaan PHQ-2 mittarin tuloksissa koulutustasojen välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa. Koulutustasojen välillä tehtiin parittaista vertailua Mann-Whitneyn U-testillä. Bonferroni-korjauksien jälkeen tilastollista merkitsevyyttä eri koulutustasojen välillä ei enää ollut. Testien tulokset esitetty taulukoissa 7 ja 8.

Taulukko 8 Koulutustason yhteys GAD-2, PHQ-2 ja PC-PTSD-5 mittarien pistemääriin
 * Kruskal-Wallis testi. Tilastollisesti merkitseviä eroja Mann-Whitneyn U-testillä lasketuissa Bonferronin menetelmällä korjatuissa parittaisissa vertailuissa ryhmien välillä ei ollut.
 Md.=mediaani, KVP=kvartiilivälin pituus

Mittari	Koulutustaso							P-arvo
	Peruskoulu (n=51)	Lukio (n=47)	Ammatillinen koulutus (n=189)	Ammatti korkea-koulututkinto (n=110)	Kandidaatin tutkinto (n=37)	Maiterin tutkinto (n=88)	Tohtorin tutkinto (n=20)	
	Md (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	
GAD-2	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (2)	0 (2,75)	0,137
PHQ-2	2 (3)	2 (5)	1 (3)	1 (2)	1 (2)	0 (2)	0 (2)	0,007*
PC-PTSD-5	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (3,75)	0,586

Taulukko 9 Koulutustason yhteys PDSS-SR mittarin pistemäärään
Md.= mediaani, KVP=kvartiilivälin pituus

	Koulutustaso							P-arvo
	Perus- koulu (n=20)	Lukio (n=10)	Amma- tillinen koulutus (n=53)	Ammatti- korkea- koulu- tutkinto (n=18)	Kandi- daatin tutkinto (n=8)	Mais- terin tutkinto (n=12)	Tohtorin tutkinto (n=3)	
Mittari	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	Md. (KVP)	
PDSS- SR	2 (1)	2 (2,5)	3 (2)	4 (2,25)	2,5 (1,75)	2 (2)	1 (0)	0,167

6.3.4 Aikaisemman mielenterveyden häiriön yhteys mielenterveysmittarien pistemääriin

Aikaisemman mielenterveyden häiriön yhteyttä mielenterveysmittareiden pistemääriin selvitettiin Mann-Whitneyn U-testillä. Jos vastaajalla oli aikaisempi mielenterveyden häiriö, näkyi se jokaisen mittarin kohdalla korkeampana mediaanipistemääränä verrattuna vastaajaan, jolla aikaisempaa mielenterveyshäiriötä ei ollut. Tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä jokaisen mielenterveysmittarin kohdalla: GAD-2 ($p = <0,001$), PHQ-2 ($p = <0,001$), PC-PTSD-5 ($p = <0,001$) ja PDSS-SR ($p = 0,011$). Testien tulokset esitetty taulukoissa 9 ja 10.

Taulukko 10 Aikaisemman mielenterveyden häiriön yhteys GAD-2, PHQ-2 ja PC-PTSD-5 mittarien pistemääriin

*Mann-Whitneyn U-testi

KVP=Kvartiilivälin pituus

	Aikaisempi MT-häiriö (n=224)	Ei aikaisempaa MT- häiriötä (n=318)	
Mittari	Mediaani (KVP)	Mediaani (KVP)	P-arvo
GAD-2	2 (3,75)	1 (2)	< 0,001*
PHQ-2	2 (3)	0 (2)	< 0,001*
PC-PTSD-5	1 (3)	1 (2)	< 0,001*

Taulukko 11 Aikaisemman mielenterveyden häiriön yhteys PDSS-SR mittarin pistemäärään
 *Mann-Whitneyn U-testi

KVP=Kvartiilivälin pituus

	Aikaisempi MT-häiriö (n=86)	Ei aikaisempaa MT-häiriötä (n= 38)	
Mittari	Mediaani (KVP)	Mediaani (KVP)	P-arvo
PDSS-SR	3 (3)	2 (2)	0,011*

7 Pohdinta

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa luotettavaa tieteellistä tietoa. Luotettava tutkimus on toteutettu rehellisesti, avoimesti sekä sen julkaisussa on kerrottu tutkimuksen tekemisen vaiheista avoimesti. Määrällisissä tutkimuksissa ja tilastollisten testien tulosten luotettavuuteen vaikuttaa otoskoko ja tulosten yleistettävyyteen otoksen edustavuus, eli miten hyvin tutkimukseen valikoitunut joukko heijastelee sen perusjoukkoa. (Gray & Grove 2021.)

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät myös käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti, jotka kuvastavat tutkimuksessa toteutetun mittaamisen luotettavuutta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan testipysyvyyttä, eli sitä että tutkimuksen mittaukset ovat johdonmukaisia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa käytetyt mittarit mittaavat juuri sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitettukin mitata. (Gray & Grove 2021.)

Tässä tutkimuksessa on pyritty läpinäkyvään raportointiin sekä kuvailemaan kaikki tehdyt toimenpiteet tutkimuksen eri vaiheissa mahdollisimman tarkasti. Tehdyt valinnat tilastollisissa testeissä sekä johtopäätökset tutkimuksen tuloksista on pyritty kirjoittamaan niin, että kuka tahansa pystyy kyseenalaistamaan tai halutessaan toisintamaan tämän tutkimuksen kokonaisuudessaan. Tutkimuksessa analysoitiin osaa suuremman tutkimushankkeen keräämästä datasta. Otoskoko oli arvioitu osana suurempaa, 11 valtion tutkimushanketta. Tutkimuksen otos kerättiin lumipallo-otannon ja verkosto-otannon yhdistelmänä Facebook – mainonnan sekä tutkimusryhmäläisten omien verkostojen kautta mahdollisimman suuren otoskoon saamiseksi. Tutkimusryhmässä oli myös suomalainen jäsen, joka on varmasti helpottanut tutkimuksen suomalaisen otoksen keräämisessä.

Tämän tutkimuksen perusjoukkona toimi suomalainen aikuisväestö ja tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 542 henkilöä. Otoskoko ei ole perusjoukon kokoon nähden erityisen suuri ja kyselyyn vastanneiden taustatiedot heijastelivat kohtalaisesti suomalaista aikuisväestöä. Merkittävä osa tutkimukseen vastanneista henkilöistä ilmoitti sukupuolekseen nainen (83 %) vaikka perusjoukossa naisten osuus on noin 55 %.

Tutkimuksen otoksen ikärakenne vastasi hyvin perusjoukon ikärakennetta. (Tilastokeskus 2023).

Tutkimukseen osallistuneista 41,3 % kertoo sairastaneensa aikaisemmin mielenterveyden häiriön. Tämän heijastuvuutta perusjoukkoon ei voida yksiselitteisesti arvioida, sillä

vastaavaa tietoa ei ole saatavilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen THL koordinoima ”Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote” tuottaa tietoa väestön terveydestä. Mielenterveyttä mitataan kyseisessä tutkimuskokonaisuudessa MHI-5 mittarilla, jonka kysymykset käsittelevät ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja onnellisuutta edeltävän 4 viikon aikana. Sen mukaan ennen koronavuosia, vuosina 2017–2018 suomalaisesta aikuisväestöstä 11,6 % olisi kokenut psyykkisesti merkittävää kuormitusta (Solin ym. 2019). Toisaalta Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) vuoden 2019 keräämän datan mukaan suomalaisista masennusta ja ahdistusta sairastaisi kumpaakin noin 250 tuhatta henkeä (IHME 2021). Se on koko väestöstä noin 4 %. Näiden datojen perusteella voidaan sanoa, että tässä tutkimuksessa otoksessa olisi huomattavasti perusjoukkoa suurempi osuus mielenterveyden häiriöön sairastuneita henkilöitä, joka saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin vääristäen.

Tutkimuksen aineistoa on käsitelty huolellisesti. Kyselyn vastausdata saatiin suoraan SPSS-tiedostona sen alkuperäiseltä tallentajalta. Data käytiin huolellisesti läpi ja tarkennettiin tarvittavilta osin tutkimuksen kattohankkeen tilastotieteilijältä, jottei datasta tehtäviin analyyseihin jäisi virheitä tai epäselvyyksiä. Tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat yleisesti käytössä olevia ja jo pitkään kliinisen työn tukena toimineita mielenterveysmittareita, joiden luotettavuudet ovat arvioitu usean tutkimuksen toimesta hyväksi arvioidut (Kroenke ym. 2003, Manea ym. 2016, Plummer ym. 2016, Prins ym. 2016, Forsell ym. 2019, Staples ym. 2019, Lewis ym. 2020, Williamsson ym. 2022). Tutkimuksen tilastolliset analyysimenetelmät ovat valittu huolella riippuen datan muuttujien jakaumista sekä haluttujen muuttujien vertailujen aiheuttamista reunaehdoista. Tilastollisten analyysien tulokset on raportoitu avoimesti ja rehellisesti riippumatta siitä, oliko analyysien tuloksena tilastollisesti merkitseviä tuloksia.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2012) ohjeistusta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimukselle ei ollut tarpeellista hakea Suomessa eettistä ennakkolausuntoa (TENK 2019), sillä tutkimuksessa ei käsitelty tutkittavien henkilötietoja eikä tutkimukseen osallistumisesta aiheutunut tutkittavalle riskejä hänen terveydelleen tai turvallisuuteen. Tutkimushankkeelle on haettu eettinen ennakkolausunto Bulgariassa, Puolassa, Latviassa, Romaniassa ja Intiassa (Georgieva ym. 2021).

Tutkimuksen aineistonkeruussa kyselylomakkeen alussa vastaajalle kerrottiin kyselyyn osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista eikä kyselyyn osallistuminen vaatinut henkilötietojen antamista. Kyselyyn pystyi vastaamaan täysin anonymisti eikä kyselyn vastauksista voitu tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tästä huolimatta kyselyn vastauksia käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti ja tämä kerrottiin myös vastaajalle kyselylomakkeen alussa. Tutkimuksessa noudatettiin EU:n yleistä tietosuojasetusta sekä tutkimuksen kyselyyn vastanneille toimitettiin nähtäväksi tutkimuksen tietosuojaseloste. Tutkimuksen aineisto säilytetään Turun Yliopiston salasanojen takana olevassa Seafile-pilvipalvelussa ja se hävitetään 10 vuoden päästä tutkimuksen valmistuttua. Vastausaineistoa käsiteltiin myös tutkimuksen tekijän omalla tietokoneella, josta aineisto poistettiin tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat aikuiset ihmiset. Tutkittavat täyttivät omasta halustaan vapaaehtoisesti internetissä kyselylomakkeen, joka ei kerännyt tutkittavien henkilötietoja. Tutkimuksen aineistonkeruun asetelma ei näin ollen aiheuttanut eettisiä riskitilanteita eikä tutkimuksen kohderyhmänkään voida katsoa edustavan erityisen haavoittuvassa asemassa olevaa ryhmää. Tutkimuksen raporteissa tulokset kuvattiin totuudenmukaisina. Tutkimus kuvaa koronaviruspandemian aikaista elämää ja siihen vaikuttaneita asioita mielenterveyden näkökulmasta. Se lisää osaltaan tämän poikkeuksellisen ajan tietoperustaa ja on käytettävissä tulevaisuuden pandemiavarautumisen ja palvelurakennesuunnittelun tukena. Tutkimus lisää myös hoitotieteen alan tietoperustaa. Tutkimuksen tekeminen oli siis näillä perusteilla eettisesti kestävä.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata suomalaisen aikuisväestön mielenterveyttä sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä koronaviruspandemian ensimmäisen tautiaallon aikana.

Mielenterveyttä kuvattiin tutkimuksessa neljän mielenterveysmittarin avulla:

ahdistuneisuusoireilua GAD-2 mittarin, masentuneisuutta PHQ-2 mittarin, post-traumaattisen stressireaktion oireita PC-PTSD-5 mittarin sekä paniikkioireilua PDSS-SR mittarien kautta.

Suomalaisen aikuisväestön mielenterveys näyttäytyi mittaushetkellä kohtuulliselta.

Mediaanitulokset ahdistuneisuus, masentuneisuus sekä post-traumaattisen stressireaktion mittareista olivat jokainen alle niille asetetun raja-arvon. Alle raja-arvojen sai pisteitä

ahdistuneisuudessa 74,2 %, masentuneisuudessa 57 % ja post-traumaattisen stressireaktion oireiden kohdalla 79 % vastaajista. Tutkimuksen mukaan voidaan siis sanoa, ettei enemmistöllä vastaajilla ollut masentuneisuus-, ahdistuneisuus- tai post-traumaattisen stressireaktion oireita kliinisesti merkittävällä tasolla.

Tutkimukseen osallistuneista 542 henkilöstä 124 (23 %) vastasi paniikkihäiriöoireita mittaavaan PDSS-SR mittarin kysymyksiin. Vastanneiden mediaanipisteet olivat tasan kolme, joka on tälle paniikkihäiriöoireita mittaavalle mittarille asetettu raja-arvo. Vastaajista 51,6 % sai tulokseksi kolme tai enemmän pisteitä. Paniikkihäiriöön viittaavia kliinisiä oireita vastaajien enemmistöllä siis oli tässä tutkimuksessa. Tulos on hankalasti verrattavissa eurooppalaiseen tutkimukseen, sillä paniikkioireita on mitattu muita mielenterveyden oireita vähemmän, eikä mittarina ole käytetty tähän tutkimukseen valittua mittaria. Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa ei löytynyt vertailukelpoista tutkimusta. Indonesiassa koronaviruspandemian alkuvaiheessa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin paniikkioireilua usean eri määrään kautta ja tuloksena saatiin, että koronaviruspandemian ensimmäinen tautiaalto aiheutti kohtuullista paniikkioireilua väestössä. Vastaajat kertoivat olevansa huolissaan läheisistään ja omasta mahdollisesta sairastumisesta. Koronavirukselle altistuminen lisäsi väestössä välttämiskäyttäytymistä, jonka tulkittiin olevan myös osa paniikkioireilua. (Nikomedes & Avila 2020). Myös tässä tutkimuksessa käytetty paniikkihäiriömittarin kysymykset keskittyvät paniikkikohtausten määrän lisäksi välttämiskäyttäytymisen mittaamiseen. Koronapandemian alkuvaiheessa, jolloin tämä tutkimus tehtiin, voimassa olivat rajoitustoimenpiteet joissa kansalaisia kehoitettiin välttämään julkisia paikkoja tai tapaamaan muita ihmisiä (Valtioneuvosto 2020). Verraten korkealla paniikkihäiriöiden oireiden prosenttiosuuden taustalla saattaa vaikuttaa myös vastaajien välttämiskäyttäytyminen tilanteessa, jossa se oli suositeltua.

Tulokset ovat masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden osalta yhteneväisiä eurooppalaisen tutkimuksen kanssa. Ahdistuneisuuden raja-arvot ylittäneiden vastaajien osuus tutkimuksissa on 22–28 % (González-Sanguino ym. 2020, Hajek ym. 2022, Humer ym. 2023, Skapinakis ym. 2020), kun se tässä tutkimuksessa on 25,8 %. Masentuneisuuden kohdalla tutkimuksissa vastaajien osuudet ovat 14–23 % (Bäuerle 2020a, González-Sanguino ym. 2020, Lueger-Schuster ym. 2022), kun se tässä tutkimuksessa on 15,9 %.

Sukupuolella oli vaikutusta ahdistuneisuus- ja post-traumaattisen stressireaktion oireisiin niin, että naiset kokivat oireet miehiä voimakkaimpina. Erot sukupuolten välillä olivat tilastollisesti

merkittäviä ahdistuneisuuden ($p=0,002$) ja post-traumaattisen stressireaktion ($p=0,005$) oireissa. Masentuneisuuden kohdalla naisten vastauksissa nähtiin miesten vastauksia suurempi hajonta, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä ei ollut ($p=0,165$). Tilastollisesti merkitsevää eroa ei myöskään ollut paniikkihäiriöoireiden suhteen ($p=0,199$). Tulokset noudattavat samaa linjaa eurooppalaisten tutkimustulosten kanssa (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Bäuerle ym. 2020a, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Humer ym. 2023, Lueger-Schuster ym. 2022, Mauz ym. 2023, Skapinakis ym. 2020). Tulosta tarkastellessa on huomioitava, että mielenterveysoireet ovat jakautuneet sukupuolten välillä epätasaisesti myös ennen koronaa: keskimäärin mielenterveysoireista kärsivät enemmän naiset kuin miehet (Dattani 2021). Koronaviruspandemian vaikutuksia tarkastelevat tutkimukset selittävät naisten voimakkaampaa mielenterveyden oireiden kokemusta esimerkiksi epätasaisella hoivavastuun jakautumisella perheissä, jolloin päiväkotien ja koulujen sulkeutumisesta johtuvat muutokset perhearjessa koskettivat erityisesti naisia (Bonati ym. 2021, Gonzáles-Sanguino ym. 2020). Lisäksi koronaviruspandemia lisäsi kotiväkivaltatapauksen määrää, joissa naiset ovat miehiä useammin uhrin asemassa (Jia ym. 2020, Lueger-Schuster ym. 2022). Tilanteeseen Suomessa on saattanut vaikuttaa myös se, miten hoiva-ala on vahvasti sukupuolittunut ja näin ollen tyypillisimmin koronaviruspotilaita terveydenhuollossa hoitaneet henkilöt ovat olleet naisia (Suomen Sairaanhoidajat 2022). Koronaviruspandemia on siis lieveilmiöineen kohdistunut enemmän naisiin, joka ymmärrettävästi näkyy voimakkaampina mielenterveyden oireina.

Iällä oli myös vaikutusta masentuneisuus-, ahdistuneisuus- ja post-traumaattisen stressireaktion oireiden raportoimiseen. Tuloksissa mitä korkeampi ikä vastaajalla oli sitä pienemmät olivat hänen mielenterveysmittareista saamansa pistemäärä. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ahdistuneisuuden ($p<0,001$), masentuneisuuden ($p=0,006$) ja post-traumaattisen stressireaktion oireiden ($p<0,001$) osalta. Tämä noudattaa myös eurooppalaista tutkimustulosta (Amerio ym. 2021, Biermann ym. 2021, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Hajek ym. 2022, Humer ym. 2023). Korkeamman iän nähdään toimivan suojatekijänä yllättävissä ja elämää mullistavissa tilanteissa: pidempi elämäkokemus tuo näkökulmaa ja kokemusta poikkeuksellisessa ajassa elämisestä. Lisäksi iän myötä elämä on tilastollisesti stabiilimpaa, eikä koronaviruspandemian aiheuttamat muutokset työpaikoilla, opiskelussa tai sosiaalisen elämän laajentamisessa koskettaneet vanhempia siinä määrin mitä nuorempia. (Biermann ym. 2021, Gonzáles-Sanguino ym. 2020, Hajek ym. 2022.)

Aikaisemmin sairastetulla mielenterveyden häiriöllä oli vaikutusta jokaisen tutkimuksessa käytetyn mielenterveysmittarin pistemääriin. Aikaisemmin mielenterveyden häiriön sairastaneiden mediaanipisteet ahdistuneisuus-, masentuneisuus-, paniikkihäiriö- ja post-traumaattisten stressireaktion oireita mittaavista mittareista olivat korkeampia kuin henkilöiden, jotka eivät olleet aikaisemmin sairastaneet mielenterveyden häiriötä. Erot näiden vastaajien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä (ahdistuneisuus $p < 0,001$, masentuneisuus $p < 0,001$, post-traumaattinen stressireaktio $p < 0,001$, paniikkihäiriö $p = 0,011$). Sama ilmiö on havaittu myös eurooppalaisessa tutkimuksessa (Bäuerle 2020a, Skoda ym. 2021). Aikaisemmin sairastettu mielenterveyden häiriö viittaa ihmisen yleiseen alttiuteen sairastumiseen mutta myös saattaa kertoa ihmisen heikentyneestä kyvystä huolehtia itsestään tai sietää muuttuvia tilanteita (Skoda ym. 2021).

Koulutustasolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä mielenterveysmittarien pisteisiin tässä tutkimuksessa. Eurooppalainen tutkimus on erimielistä koulutustason ja mielenterveysoireiden yhteydestä: Mauz ym. (2023) havaitsivat tutkimuksessaan matalamman koulutustason olevan yhteydessä voimakkaammin koettuihin mielenterveysoireisiin ja toisaalta Hajek ym. (2022) osoittivat, ettei vastaavaa yhteyttä olisi. Mauz ym. (2023) pohtivan yhteyden johtuvan siitä, miten korkeammin koulutetuilla henkilöillä on ollut enemmän mahdollisuuksia jäädä etätöihin, heillä on ollut taloudellisesti vakaampi tilanne ja he ovat kohdanneet vähemmän työttömyyttä. Hajek ym. (2022) osoittivat myös, että huonontuneella taloudellisella tilanteella oli yhteyttä heikentyneen mielenterveyden kokemukseen, mutta tämä yhteys oli irrotettu koulutustasosta. Toisaalta Mauz ym. (2023) havaitsi mielenterveysoireiden eroa ajan suhteen jokaisessa koulutustason ryhmässä, varsinaisesti koulutustaso ei siis suojannut mielenterveysoireilta pandemian puhjetessa. Suomessa koulutustason vaikutukset esimerkiksi taloudelliseen tilanteeseen saattaa olla eurooppalaisia maita pienemmät johtuen verraten hyvästä sosiaaliturvasta työttömyyskorvaukset mukaan lukien.

7.4 Johtopäätökset

Tämä tutkimus yhdessä eurooppalaisen tutkimuksen kanssa osoittaa, että koronapandemian jälkeisessä ajassa meillä on eurooppalaisesta aikuisväestöstä noin 20 % kliinisesti ahdistunutta tai masentunutta. Tämä on merkittävästi suurempi osuus, verrattuna vuoden 2019 tilanteeseen (Dattani ym. 2021). Mielenterveysoireet vaikuttavat subjektiivisen elämänlaadun lisäksi yhteiskuntien toimintaan työllisyyden ja sosiaali- sekä terveystalouden kustannusten kautta merkittävästi. Prosenttiosuus voi näyttää pieneltä, mutta on ihmiselämänä mitattuna

kymmenien miljoonien elämien verran. Sveitsiläisestä datasta on analysoitu, että pelkästään koronapandemian psykiatriset vaikutukset ovat aiheuttaneet 0,205 vuoden menetyksen (life-loss) elinikään (Diaz Hernandez ym. 2021).

Koronaviruspandemia on vaikeuttanut terveydenhuoltojärjestelmien toimintaa lukuisin tavoin kansainvälisesti ja tulee hankaloittamaan palvelutarjontaa vielä pitkään. Palvelujen tarjontaa tulee kehittää niin, että ne parhaalla mahdollisella tavalla kohdistuvat juuri heille, jotka niitä eniten tarvitsevat. Tässä avainroolissa ovat terveydenhuoltojärjestelmämme johtajat yhteistyössä luottamustoimen päättäjien kanssa. Vaikka koronavirustauti on levinnyt yhdenvertaisesti maailman joka kolkkaan, se ei ole kohdellut kaikkia ihmisiä samoin. Tutkimuksista tiedämme sen aiheuttaneen erityisesti psyykkistä oireilua nuorille sekä naisille ja huonontanut tilannetta aiemmin mielenterveyshäiriöön sairastuneille. Nämä erityisryhmät tulisikin nostaa koronaviruspandemian mielenterveyspalveluiden kohdistamisen kärkipaikalle.

Tämä tutkimus yhdessä muun kotimaisen ja kansainvälisen koronaviruspandemian aikaisen tutkimuksen kanssa laajentaa muun muassa hoitotieteen ja -työn tietopohjaa koronaviruspandemian moninaisista seurauksista väestöömme. Tieto on hyödynnettävissä hoitotyön johtamisessa eri toimintoihin resurssoinnin kysymyksissä, työhyvinvoinnin ja siihen vaikuttavien tekijöiden arvioinnissa sekä hoitotyöntekijän päivittäisessä potilastyössä, erityisesti mielenterveyspalveluissa.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Aikaisemmista pandemioista tiedämme, että psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä pitkäaikaisvaikutuksia on. Brooks ym. (2020) tekemän katsauksen mukaan, pandemioihin liittyneillä karanteeneilla on ollut jopa kolme vuotta kestäneitä psyykkisiä pitkäaikaisoireita, muun muassa muiden ihmisten välttely, alkoholin lisääntynyt käyttö sekä vakava masennus. Koronaviruspandemian ja siihen liittyneiden rajoitustoimenpiteiden pitkäaikaisvaikutuksista ihmisten mielenterveyteen tiedämme toistaiseksi vähän ja mahdollisten pitkäaikaisten oireiden vuoksi on sitä seurattava säännöllisesti tutkimuksella tulevat vuodet.

Suomessa meillä on käsillä mielenterveyskriisi, jolla tarkoitetaan asiantuntijoiden ja alan järjestöjen mukaan kestänytöntä tilannetta mielenterveyspalveluiden saatavuuden näkökulmasta. Erityisesti mielenterveyskriisi koskettaa nuoria, jotka elävät keskellä kolmoiskriisiä: mielenterveyttä kuormittavat ympäristökriisi, koronaviruspandemia sekä Venäjän aloittama hyökkäyssota Ukrainassa. (Mieli 2022.) Mielenterveyskriisin ratkaisuun

tarvitsemme enemmän tutkittua tietoa, myös hoitotieteen näkökulmasta, siitä, mitkä tekijät monimuotoisissa kriiseissä eniten aiheuttavat mielenterveyden kuormitusta ja millaisilla toimenpiteillä yhteiskunta voisi näiden tekijöiden kuormittavuutta vähentää.

Tutkimusta tulisi myös kohdentaa kriisien synnyttämien tulipalojen sammuttamisen ohella myös ennaltaehkäisyyn. Koronaviruspandemia ei ole ensimmäinen ja tuskin viimeinenkään globaali pandemia. Miten voisimme kasvattaa kansalaisten resilienssiä tulevaisuuden mielenterveyttä koettelevien pandemioiden varalle? Tai millaisia positiivisen mielenterveyden edistämisen strategioita meidän tulisi ottaa käyttöön tulevaisuutta ajatellen? Näihin kysymyksiin vastauksien etsiminen tulisi aloittaa terveyttä edistävästä toiminnasta ja lähteä selvittämään hoitotieteellisin menetelmin. Tutkimusta tulisi kohdentaa erityisesti lasten ja nuorten parissa tehtävään työhön, sillä he ovat meidän tulevaisuutemme.

Lähteet

Altman, D. (1991) Practical statistics for medical research. Chapman and Hall: Lontoo.

Amerio A., Lugo A., Stival C., Fanucchi T., Gorini G., Pacifici R., Odone A., Sefafini G. & Gallus S. (2021) COVID-19 lockdown impact on mental health in a large representative sample of Italian adults. *Journal of Affective Disorders*. 292, 398–404.

Ausín B., González-Sanguino C., Castellanos M. Á., Sáiz J., Zamorano S., Vaquero C. & Muñoz M. (2022) The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: A Longitudinal Study. *Psicothema*. 34(1), 66–73.

Balsamo M., Murdock K.K. & Carlucci L. (2022) Psychological factors in adherence to COVID-19 public health restrictions in Italy: A path model testing depressed mood, anxiety, and co-rumination via cellphone. *Plos One*. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278628>

Benke C., Autenrieth LK., Asselmann E. & Pané-Farré CA. (2020) Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety, and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research* 293:113462.

Biermann M., Vonderlin R., Mier D., Witthöft M. & Bailer J. (2021) Predictors of Psychological Distress and Coronavirus Fears in the First Recovery Phase of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Germany. *Frontiers in Psychology*. 12:678860. doi: doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678860

Bonati M., Campi R., Zanetti M., Cartabia M., Scarpellini F., Clavenna A. & Segre G. (2021) Psychological distress among Italians during the 2019 coronavirus disease (COVID-19) quarantine. *BMC Psychiatry* 21(1), 20. 1–13.

Brooks S. K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. & Rubin G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 395, 912–920.

Bäuerle A., Steinbach J., Schweda A., Beckord J., Hetkamp M., Weismüller B., Kohler H., Musche V., Dörrie N., Teufel M. & Skoda E-MM. (2020a) Mental Health Burden of the COVID-19 Outbreak in Germany: Predictors of Mental Health Impairment. *Journal of Primary Care & Community Health*. 11, 1–8.

Bäuerle A., Teufel M., Musche V., Weismüller B., Kohler H., Hetkamp M., Dörrie N., Schweda A. & Skoda E-M. (2020b) Increased generalized anxiety, depression, and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*. 42(4), 672–678.

Castelli L., Di Tella M., Benfante A. & Romeo A. (2020) The Spread of COVID-19 in the Italian Population: Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*. 65(10), 731–732.

- Cristensen H., Batterham P., Busby Grant J., Griffiths K. & Mackinnon A. (2011) A population study comparing screening performance of prototypes for depression and anxiety with standars scales. *BMC Medical Research Methodology*, 11:154.
- Dattani S., Ritchie R. & Roser M. (2021) Mental Health. Ourworldindata.org. Saatavilla internetistä: <https://ourworldindata.org/mental-health> Viitattu 18.11.2022.
- Diaz Hernandez L., Giezendanner S., Fischer R. & Zeller A. (2021) The effect of COVID-19 on mental well-being in Switzerland: a cross-sectional survey of the adult Swiss general population. *BMC Family Practice*. 22:181. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01532-7>
- Fancourt D., Steptoe A. & Bu F. (2021) Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *The Lancet. Psychiatry* 8(2), 141–149.
- Forsell E., Kraepelien M., Blom K., Isacson N., Jernelöv S., Svanborg C., Rosén A. & Kaldo V. (2019) Development of a very brief scale for detecting and measuring panic disorder using two items from the Panic Disorder Severity Scale-Self Report. *Journal of Affective Disorders*. 257(2019), 615–622.
- Georgieva I., Lepping P., Bozev V., Lickiewicz J., Pekara J., Wikman S., Losevica M., Raveesh BN, Mihai A. & Lantta T. (2021) Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and panic disorder during the Covid-19 Pandemic in 11 Countries. *Healthcare*. 9(6), 664.
- González-Sanguino C., Ausín B., Castellanos M.Á., Saiz J., López-Gómez A., Ugidos C. & Muñoz M. (2020) Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity* 87 (2020), 172–176.
- Gray J. & Grove S. (2021) Burns & Groves The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence. 9th edition. Elsevier: Missouri. pp. 249–250.
- Hajek A. & Koning H-H. (2020) Prevalence and Correlates of Individuals Screening Positive for Depression and Anxiety on the PHQ-4 in the German General Population: Findings from the Nationally Representative German Socio-Economic Panel (GSOEP). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17:7865 doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217865>
- Hajek A., Sabat I., Neumann-Böhme S., Schreyögg J., Barros P.P., Stargardt T. & König H-H. (2022) Prevalence and determinants of probable depression and anxiety during the COVID-19 pandemic in seven countries: Longitudinal evidence from the European COvid Survey (ECOS). *Journal of Affective Disorders*. 299 (2022), 517–524.
- Hawryluck L., Gold WL., Robinson S., Pogorski S., Galea S. & Styra R. (2004) SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases* 10(7), 1206–1212.
- Humer E., Pammer B., Schaffler Y., Kothgassner O.D., Felnhofer A., Jesser A., Pieh C. & Probst T. (2023) Comparison of mental health indicators in clinical psychologists with the

general population during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*. 2023 13:5050, doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32316-x>

Hoitotieteen tutkimussäätiö Hotus. (2023) Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI) Saatavilla internetistä: <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/> Viitattu 28.4.2023

Institute for Government Analysis IfG. (2021) Timeline of UK coronavirus lockdowns, March 2020 to March 2021. Institute of Government Analysis. Saatavilla internetistä: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/timeline-lockdown-web.pdf> Viitattu 27.4.2023

Institute for Health Metrics and Evaluation IHME. (2021) Global Burden of Disease Study 2019. Global Burden of Disease Collaborative Network. Saatavilla internetistä: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> Viitattu 27.4.2023

Jia R., Ayling K., Chalder T., Massey A., Broadbent E., Coupland C. & Vedhara K. (2020) Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: cross-sectional analyses from a community cohort study. *BMJ Open*. 10(9). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040620>

Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S., Pietilä A., Jääskeläinen P. & Liikanen E. (2013) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon/ Narrative literature review: From a research question to structured knowledge. *Hoitotiede*. 25(4), 291–301.

Kroenke K., Spitzer R. & Williams J.B.W. (2003) The Patient Health Questionnaire -2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*. 41(11), 1284–1292.

Käypä hoito. (2016) PHQ-9 terveystarkastus. Saatavilla internetistä: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/pgr/PHQ9.pdf> Viitattu 18.11.2022

Levis B., Sun Y., He C., Wu Y., Krishnan A., Bhandari P.M., Neupane D., Imran M., Brehaut E., Negeeri Z., Fischer F., Benedetti A. & Thombs B.D. (2020) Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression. Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 323(22), 2290–2300.

Lawry L.L, Kannappan N.S., Canteli C. & Clemmer W. (2022) Cross-sectional study of mental health and sexual behaviours for Ebola Survivors in Beni, Butembo and Katwa health zones of Democratic Republic of Congo. *BMJ Open*. 12:052306. doi: [10.1136/bmjopen-2021-052306](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052306)

Liao Q., Cowling B., Lam W., Ng D. & Fielding R. (2014) Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Hong Kong: ten cross-sectional surveys. *BMC infectious diseases*. 14:169.

Linnanmäki E. (2006) Historian influenssapandemiat. *Duodecim*. 122:2023–2031. Saatavilla internetistä: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201211029597> Viitattu 27.4.2023

Lionello L., Stranges D., Kärki T., Wiltshire E., Proietti C., Annunziato A., Jansa J. & Severi E. (2022) Non-pharmaceutical interventions in response to the COVID-19 pandemic in 30 European countries: the ECDC.JRC Response Measures Database. *Eurosurveillance*. 27(41):2101190. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.41.2101190>

Lueger-Schuster B., Novakovic I.Z. & Lotzin A. (2022) Two Years of COVID-19 in Austria – Exploratory Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, 19:8223. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19138223>

Manea L., Gilbody S., Hewitt C., North A., Plummer F., Richardson R., Thombs B.D., Williams B. & McMillan D. (2016) Identifying depression with the PHQ-2: A diagnostic meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 203(2016), 382–395.

Mauz E., Walther L., Junker S., Kersjes C., Damerow S., Eicher S., Hölling H., Müters S., Peitz D., Schnitzer S. & Thom J. (2023) Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*. 11:1065938. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1065938>

Mielenterveystalo.fi (2022) Ahdistuneisuuskysely (GAD-7). Saatavilla internetistä: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/ahdistuneisuuskysely-gad-7> Viitattu 18.11.2022.

Mieli – Suomen mielenterveys ry. (2022) Kolmoiskriisistä kohti nuorten mielenterveysohjelmaa. Uutinen 12.7.2022. Saatavilla internetistä: <https://mieli.fi/uutiset/uusi-nuorten-hyvinvointiohjelma-ratkoo-nuorten-mielenterveyskriisia/> Viitattu 24.4.2023

Mieli – Suomen mielenterveys ry. (2023) Tilastotietoa mielenterveydestä. Saatavilla internetistä: <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/> Viitattu 27.4.2023

Nicomedes C. J. C. & Avila R. M. A. (2020) An analysis on the panic during COVID-19 pandemic through an online form. *Journal of Affective Disorders*. 276(2020), 14–22.

Oxford Dictionary. (2023) Pandemic. Saatavilla internetistä: <https://www.oed.com/> Viitattu 27.4.2023

Papadopoulou A., Efstathiou V., Yotsidi V., Pomini V., Michopoulous I., Markopoulou E., Papadopoulou M., Tsigkaropoulou E., Kalemi G., Tournikioti K., Douzenis A. & Gournellis R. (2021) Suicidal ideation during COVID-19 lockdown in Greece: Prevalence in the community, risk, and protective factors. *Psychiatry Research*. 297:113713 doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113713>

Paulino M., Dumas-Diniz R., Brissos S., Brites R., Alho L., Simões MR. & Silva CF. (2021) COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health, and Medicine*. 26(1), 44–55.

Plummer F., Manea L., Trepel D. & McMillan D. (2016) Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*. 39 (2016), 24–31.

Prins A., Bovin M.J., Smolenski D.J., Marx B.P., Kimerling R., Jenkins-Guarnieri M.A., Kaloupek D.G., Schnurr P.P., Pless Kaiser A., Layva Y.E. & Tiet Q.Q. (2016) The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *Journal of general internal medicine*. 31(10), 1206–1211.

Reynolds D., Garay J., Deamond S., Moran M., Gold W. & Styra R. (2008) Understanding, compliance, and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and infection*. 136(7), 997–1007.

Seddighi H. (2020) COVID-19 as a natural disaster: Focusing on exposure and vulnerability for response. *Disaster medicine and public health preparedness*. 14(4), 42–43.

Shear M.K., Rucci P., Williams J., Frank E., Grochocinski V., Bilt J.V., Houck P. & Wang T. (2001) Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*. 25(5), 293–296.

Skapinakis P., Bellos S., Oikonomou A., Dimitriadis G., Gkikas P., Perdikari E. & Mavreas V. (2020) Depression and its relationship with coping strategies and illness perceptions during the COVID-19 lockdown in Greece: A cross-sectional survey of the population. *Depression Research and Treatment*. 2020:3158954 doi: <https://doi.org/10.1155/2020/3158954>

Skoda E-M., Bäuerle A., Schweda A., Dörrie N., Musche V., Hetkamp M., Kohler H., Teufel M. & Weismüller B. (2021) Severely increased generalized anxiety, but not COVID-19-related fear in individuals with mental illnesses: A population based cross-sectional study in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 67(5), 550–558.

Sohrabi C., Alsafi Z., O’Neill N., Khan M., Kerwan A., Al-Jabir A., Iosifidis C. & Agha R. (2020) World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*. 76, 71–76.

Solin P., Suvisaari J. & Viertiö S. (2019) Itsemurha-ajatukset, mielenterveysoireet ja terveystalveluiden käyttö ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2017–2018: alueellinen tarkastelu. Tutkimuksesta tiiviisti 35. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Saatavilla internetistä: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-390-8> Viitattu 27.4.2023

Staples L., Dear B., Gandy M., Fogliati V., Fogliati R., Karin E., Nielssen O. & Titov N. (2019) Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: The PHQ-2, GAD-2, and K-6. *General Hospital Psychiatry*. 56(2019), 13–18.

Suomen Sairaanhoidajat. (2022) Tilastotietoa sairaanhoidajista. Saatavilla internetistä: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/#> Viitattu 16.5.2023

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2021) Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Raportti 03/21. Saatavilla internetistä: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-649-7> Viitattu 8.5.2023

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2023a) Infektiotaudit ja rokotukset. Ajankohtaista koronaviruksesta. Saatavilla internetistä: <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/ajankohtaista/ajankohtaista-koronaviruksesta-covid-19> Viitattu 27.4.2023

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2023b) Tautirekisterin COVID-19 tapaukset. Koronavirustapaukset, testit ja kuolemat viikoittain ja alueittain. Saatavilla internetistä: https://sampon.thl.fi/pivot/prod/fi/epirapo/covid19case/summary_tshcdweekly Viitattu 27.4.2023

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL (2023c) Mielenterveys. Saatavilla internetistä: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys> Viitattu: 27.4.2023

Terveyskirjasto. (2022) Mielenterveyden häiriöitä. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla internetistä: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313> Viitattu 27.4.2023

Tilastokeskus. (2023) Suomi lukuina. Väestö ja yhteiskunta. Saatavilla internetistä: https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html Viitattu 5.4.2023

Traunmüller C., Stefitz R., Gaisbachgrabner K. & Schwerdtfeger A. (2020) Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. BMC Public Health 20(1), 1395.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla internetistä: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 5.4.2023

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Saatavilla internetistä: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf Viitattu 5.4.2023

Valtioneuvosto. (2020) Tiedote: Hallitus on todennut yhteistoiminnassa tasavallan presidentin kanssa Suomen olevan poikkeusoloissa koronavirustilanteen vuoksi. Saatavilla internetistä: <https://valtioneuvosto.fi/-/10616/hallitus-totesi-suomen-olevan-poikkeusoloissa-koronavirustilanteen-vuoksi> Viitattu 27.4.2023

Valtioneuvosto. (2022) Hallituksen tiedotustilaisuudet sekä tilannekatsaukset koronavirusepidemiasta. Saatavilla internetistä: <https://valtioneuvosto.fi/tietoa-koronaviruksesta/tilannekatsaukset> Viitattu 8.5.2023

WHO. (2023a) WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Situation by Region, Country, Territory & Area. Saatavilla internetissä: <https://covid19.who.int/table> Viitattu 18.4.2023

WHO (2023b) Coronavirus disease (COVID-19) Saatavilla internetissa: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 Viitattu 27.4.2023

WHO (2023c) Fact sheets: Mental Health. Saatavilla internetistä: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Viitattu 27.4.2023

Williamson, M.L.C, Stickey M.M., Amstrong T.W., Jackson K. & Console K. (2022) Diagnostic accuracy of the Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) within a civilian primary care sample. *Journal of clinical psychology*. 78(11), 2299–2308.

Uhari, M. (2012) Epidemiologia ja biostatistiikka. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

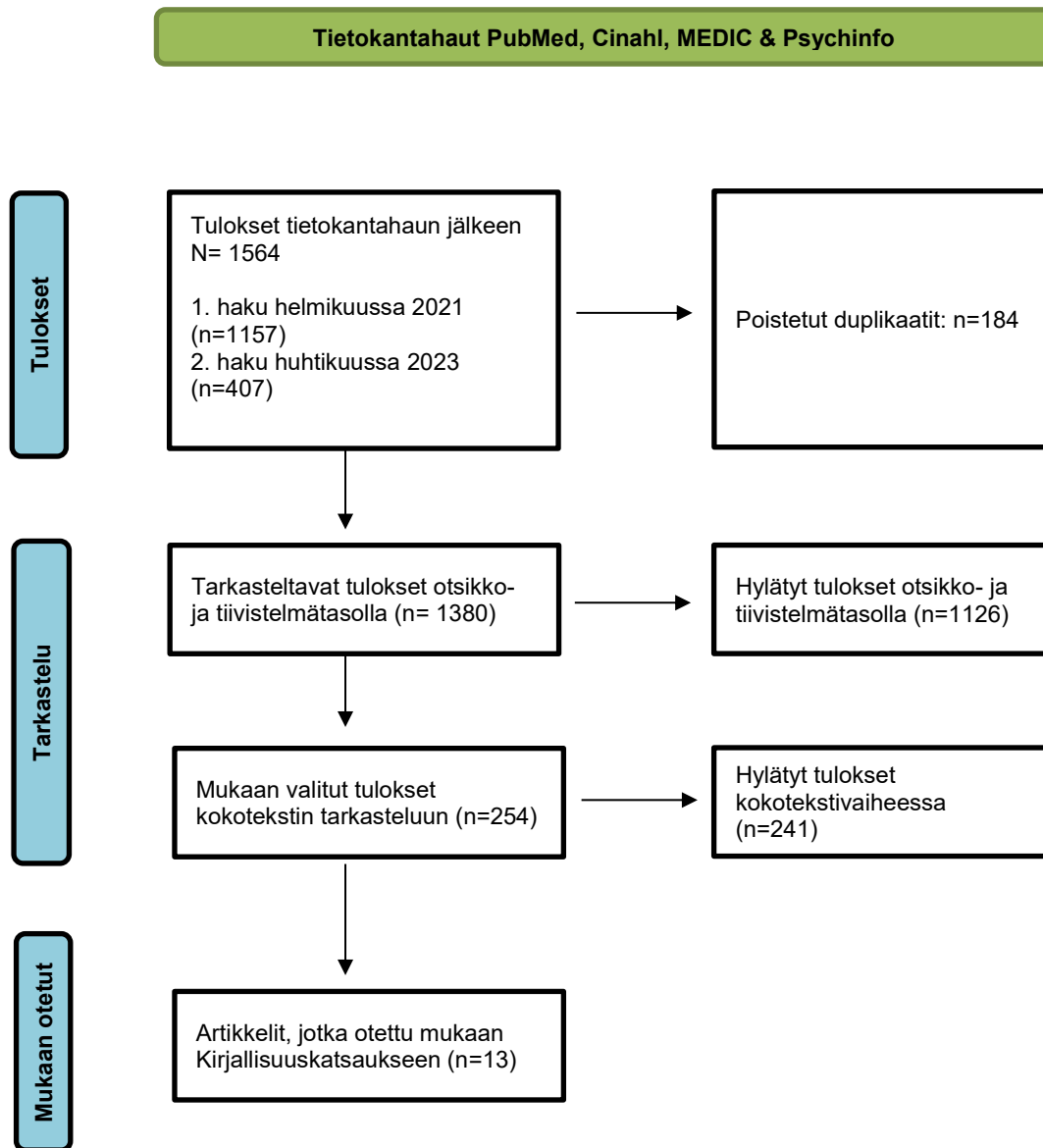
Liitteet

Liite 1 Hakusanataulukko

Tietokanta Hakuaika	Hakulauseke	Tulokset	Mukaan valitut
Pubmed helmikuu 2021	("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "coronavirus*" OR "2019-nCoV" OR "2019nCoV" OR "COVID-19" OR "SARS-CoV-2") AND ("Mental Health"[Mesh] OR psychiatr* OR "mental disorder*") AND (depress* OR anxiet* OR panic* OR "post-traumatic*")	730	2
Pubmed huhtikuu 2023	("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "coronavirus*" OR "2019-nCoV" OR "2019nCoV" OR "COVID-19" OR "SARS-CoV-2"[Title/Abstract]) AND ("Mental Health"[Mesh] OR psychiatr* OR "mental disorder*") AND (depress* OR anxiet* OR panic* OR "post-traumatic*" [Title/Abstract]) AND (survey OR "cross-sectional" [Title/Abstract]) AND ("GAD-2" OR "PHQ-2" OR "PTSD-5" OR PDSS)	19	6
Cinahl helmikuu 2021	(MH "COVID-19" OR "SARS-CoV-2" OR "coronavirus*" OR "2019-nCoV" OR "2019nCoV" OR "COVID-19" OR "SARS-CoV-2") AND (MH "Mental Health" OR psychiatr* OR "mental disorder*" OR "mental health") AND (depress* OR anxiet* OR panic* OR "post-traumatic*")	143	1
Cinahl huhtikuu 2023	(MH "COVID-19" OR "SARS-CoV-2" OR "coronavirus*" OR "2019-nCoV" OR "2019nCoV" OR "COVID-19" OR "SARS-CoV-2") AND (MH "Mental Health" OR	370	1

Tietokanta Hakuaika	Hakulauseke	Tulokset	Mukaan valitut
	psychiatr* OR "mental disorder*" OR "mental health") AND (depress* OR anxiet* OR panic* OR "post-traumatic*") AND (survey OR "cross-sectional")		
Medic helmikuu 2021	("COVID-19""SARS-CoV-2""coronavirus" "2019-nCoV" korona*) AND ("mental health" psychiatr* "mental disorder" mielenterveys psykiatr*) AND (depress* anxiet* panic* "post-traumatic" masenus* ahdistu* paniikki* "post-traumaattinen")	5	0
Medic huhtikuu 2023	("COVID-19""SARS-CoV-2""coronavirus" "2019-nCoV" korona*) AND ("mental health" psychiatr* "mental disorder" mielenterveys psykiatr*) AND (depress* anxiet* panic* "post-traumatic" masenus* ahdistu* paniikki* "post-traumaattinen") AND (survey cross-sectional)	1	0
Psychinfo helmikuu 2021	("COVID-19" OR "SARS-CoV-2" OR "coronavirus*" OR "2019-nCoV" OR "2019nCoV") AND ("mental health" OR psychiatr* OR "mental disorder*") AND (depress* OR anxiet* OR panic* OR "post-traumatic*")	279	1
Psychinfo huhtikuu 2023	("COVID-19" OR "SARS-CoV-2" OR "coronavirus*" OR "2019-nCoV" OR "2019nCoV") AND ("mental health" OR psychiatr* OR "mental disorder*") AND (depress* OR anxiet* OR panic* OR "post-traumatic*") AND (survey OR "cross-sectional) AND ("GAD-2" OR "PHQ-2" OR "PTSD-5" OR PDSS)	17	2

Liite 2 PRISMA FLOW 2020 – taulukko



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Liite 3 Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen otsikko, maa ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustyyppi	Aineistonkeruumenetelmä, analyysi ja otoksen koko	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointipisteet
<p>Amerio ym.</p> <p><i>COVID-19 lockdown impact on mental health in large representative sample of Italian adults</i></p> <p>Italia, 2021</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena arvioida lockdownin vaikutuksia italialaisen aikuisväestön mielenterveyteen.</p> <p>Kuvaileva poikittaistutkimus.</p> <p>Data kerätty huhti-toukokuussa 2020.</p>	<p>Kyselylomake internetissa</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät</p> <p>Italialaisia aikuisia, N = 6003</p>	<p>Lockdownin aikana masentuneisuusoireiden (14,3 % - > 33,2 %) ja ahdistuneisuusoireiden (18,1 % -> 41,5 %) esiintyvyys kasvoi. Kaiken kaikkiaan 47,7 % vastaajista raportoi pahentuneita masennusoireita, 43,6 % vastaajista raportoi huonontuneita ahdistuneisuusoireita ja 64,1 % raportoi elämän laadun huonontumisesta.</p> <p>Naiset raportoivat huonontunutta mielenterveyttä enemmän kuin miehet.</p> <p>Mittarit: PHQ-2, GAD-2, PSQI, QoL</p>	6/8
<p>Ausin ym.</p> <p><i>The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: A Longitudinal Study</i></p> <p>Espanja, 2022</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on arvioida koronaviruspandemian psykologisia vaikutuksia espanjalaiseen aikuisväestöön pitkittäistutkimuksen metodein.</p> <p>Kuvaileva pitkittäistutkimus</p> <p>Data kerätty neljässä aikapisteessä maaliskuu 2020 – maaliskuu 2021</p>	<p>Kyselylomake internetissä</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät</p> <p>Espanjalaisia aikuisia: aikapisteessä 0 N=3480 aikapisteessä 1 N=1041 aikapisteessä 3 N=569 aikapisteessä 4 N=550</p>	<p>Koronaviruspandemialla oli mielenterveyttä huonontava vaikutus. Oireet edelleen huonontuivat vuoden seurantajakson aikana. Erityisesti tämä näki ahdistuneisuus- ja masentuneisuusoireiden kohdalla.</p> <p>Mittarit: PHQ-2, GAD-2, PCL-C-2, EMAS, UCLA-3, InDI-d</p>	7/9

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen otsikko, maa ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustyyppi	Aineistonkeruumenetelmä, analyysi ja otoksen koko	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointi-pisteet
<p>Biermann ym.</p> <p><i>Predictors of Psychological Distress and Coronavirus Fears in the First Recovery Phase of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Germany</i></p> <p>Saksa, 2021</p>	<p>Tarkoituksena analysoida saksalaisen aikuisväestön psyykkistä kuormaa koronaviruspandemian ensimmäisen "toipumisjakson" aikana sekä tunnistaa oiretasosta kertovia ennusmerkkejä.</p> <p>Kuvaileva poikittaistutkimus</p> <p>Data kerätty touko-syyskuussa 2020</p>	<p>Kysely internetissä</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät</p> <p>Saksalaisia aikuisia, N = 2160</p>	<p>Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden merkittävä kasvu verrattuna aikaan ennen koronaviruspandemiaa.</p> <p>Keskeisinä oireita ennustavina tekijöinä aikaisemmin koetut oireet, neuroottisuus, koronavirusriskiryhmään kuulumisen ja nuorempi ikä.</p> <p>Mittarit: GAD-2, PHQ-2, PHQ-15</p>	7/8
<p>Bäuerle ym.</p> <p><i>Mental Health Burden of the COVID-19 Outbreak in Germany: Predictors of Mental Health Impairment</i></p> <p>Saksa, 2020</p>	<p>Tarkoituksena tutkia yksilöiden mielenterveyden tilaa ennen ja jälkeen koronaviruspandemian puhkeamisen. Tarkoituksena saada selville muutosta ennustavia tekijöitä.</p> <p>Kuvaileva poikittaistutkimus.</p> <p>Data kerätty maaliskuussa 2020.</p>	<p>Kyselylomake internetissä.</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät</p> <p>Saksalaisia aikuisia, N = 15 037</p>	<p>Vastanneissa huomattiin merkittävää kasvu masennusoireissa (7,6 % -> 14,3 %) ja ahdistusoireissa (9,0 % -> 19,7 %) koronapandemian puhkeamisen jälkeen.</p> <p>Koronavirustaudin pelko ennusti mielenterveyden häiriötä. Jo olemassa oleva mielenterveyden häiriö ennusti lisääntyviä masennusoireita ja yleisen terveydentilan heikentymistä.</p> <p>Mittarit: PHQ-2, GAD-2, DT</p>	6/8
<p>Bäuerle ym.</p> <p><i>Increased generalized anxiety, depression, and</i></p>	<p>Tarkoituksena tutkia koronaviruspandemian vaikutuksia saksalaisten aikuisten mielenterveyteen.</p>	<p>Kyselylomake internetissä.</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät.</p>	<p>Koronapandemian todettiin lisänneen yleistä ahdistuneisuutta (44,9 % vastaajista), masennusta (14,3 % vastaajista), psyykkistä uupumusta (65,2%) ja koronavirustautiin liittyvää pelkoa (59% vastaajista).</p>	6/8

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen otsikko, maa ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustyyppi	Aineistonkeruumenetelmä, analyysi ja otoksen koko	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointipisteet
<i>distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany</i> Saksa, 2020	Kuvaileva poikittaistutkimus. Data kerätty maaliskoukokuussa 2020.	Saksalaisia aikuisia, N = 15 704	Naissukupuoli ja nuori ikä korreloivat suuremman koetun kuormittavuuden kanssa. Mittarit: GAD-7, PHQ-2, DT	
González-Sanguino ym. <i>Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain</i> Espanja, 2020	Tarkoitus tutkia koronaviruspandemian vaikutuksia espanjalaisten aikuisten mielenterveyteen. Kuvaileva poikittaistutkimus. Data kerätty maaliskuussa 2020.	Kyselylomake internetissä. Tilastolliset analyysimenetelmät. Espanjalaisia aikuisia, N = 3480	18,7 % vastanneista mahdollisesti kliinisesti masentuneita 21,6 % mahdollisesti kliinisesti ahdistuneita ja 15,8 % post-traumaattisia stressioireita Naissukupuoli, aikaisempi mielenterveyden häiriö tai neurologinen sairaus, sairastettuja koronaviruksen oireita ja läheisen koronavirukseen sairastuminen olivat yhdistettävissä voimakkaampaan oireiluun masentuneisuuden, ahdistuneisuuden ja post-traumaattisten stressioireiden kanssa. Yksinäisyys taasen oli syynä heikentyneeseen mielenterveyteen. Mittarit: PHQ-2, GAD-2, PCL-C-2	6/8
Hajek ym. <i>Prevalence and Determinants of probable depression and anxiety during the COVID-19</i>	Tavoitteena on esittää mahdollisen masennuksen ja ahdistuneisuuden yleisyys sekä niihin vaikuttavat tekijät seitsemän eurooppalaisen valtion alueella koronaviruspandemian aikana.	Kyselylomakkeet Saksan, Iso-Britannian, Tanskan, Alankomaiden, Ranskan, Portugalin ja Italian aikuisia kanssalaisia,	Aikapisteessä 0 26,6 %, 1 25,5 % ja 3 23,8 % vastaajista oli mahdollisesti masennus ja 0 25,7 %, 1 23,6 % ja 2 22,1 % mahdollisesti ahdistuneisuus. Tulokset erosivat merkittävästi maittain ja suurimmat prosenttiosuudet mahdollista ahdistus/masennuksesta oli 18–29 vuotiaiden keskuudessa.	7/9

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen otsikko, maa ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustyyppi	Aineistonkeruumenetelmä, analyysi ja otoksen koko	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointi-pisteet
<p><i>pandemic in seven countries: Longitudinal evidence from the European Covid Survey (ECOS)</i></p> <p>Saksa, Iso-Britannia, Tanska, Alankomaat, Ranska, Portugali ja Italia, 2022</p>	<p>Pitkittäistutkimus.</p> <p>Data kerätty kolmessa aikapisteessä marraskuun 2020 ja huhtikuun 2021 välillä.</p>	<p>Aikapisteessä 0 N=7115 Aikapisteessä 1 N=7068 Aikapisteessä 2 N=7204</p>	<p>Mittarit PHQ-2, GAD-2</p>	
<p>Humer ym.</p> <p><i>Comparison of mental health indicators in clinical psychologists with the general population during the COVID-19 pandemic.</i></p> <p>Itävalta, 2023</p>	<p>Tarkoitus oli vertailla itävaltalaisien psykologien mielenterveysoireita väestötökseen koronaviruspandemian aikana. Tutkimuksesta oli erotettavissa väestöosuus.</p> <p>Kuvaileva poikittaistutkimus.</p> <p>Data kerätty huhtikuussa 2022.</p>	<p>Kyselylomake internetissä.</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät</p> <p>Väestötutkimuksen osuus, Itävaltalaisia aikuisia, N = 1011</p>	<p>Väestötöksestä: 24,4 % sai yli 3 pistettä PHQ-2 mittarin mukaan, 20,0 % yli kolme pistettä GAD-2 mukaan.</p> <p>Mittarit: PHQ-2, GAD-2</p>	6/8
<p>Lueger-Schuster ym.</p> <p><i>Two Years of COVID-19 in Austria – Exploratory</i></p>	<p>Tarkoitus tutkia mielenterveyden ja coping-keinojen tilaa ja muutoksia neljän koronaviruspandemian vaiheen aikana.</p> <p>Kuvaileva pitkittäistutkimus.</p>	<p>Kyselylomake internetissä.</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät.</p>	<p>PC-PTSD-5 tulokset: T1: 7,7 % T2: 0,5 % T3: 2,3 % T4: 4,5 %</p> <p>PHQ-2 tulokset T1: 13,6 % T2: 20 % T3: 10,9 % T4: 22,7 %</p> <p>GAD-2: tulokset</p>	7/9

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen otsikko, maa ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustyyppi	Aineistonkeruumenetelmä, analyysi ja otoksen koko	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointi-pisteet
<p><i>Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population</i></p> <p>Itävalta, 2022</p>	<p>Data kerätty neljässä aikapisteessä kesäkuu 2020 ja joulukuu 2021 välillä.</p>	<p>Itävaltalaisia aikuisia, N = 243</p>	<p>T1: 12,7 % T2: 17,3 % T3: 10,5 % T4: 22,7 %</p> <p>Mittarit: PC-PTSD-5, PHQ-2, GAD-2, ADNM-8</p>	
<p>Mauz ym.</p> <p><i>Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic</i></p> <p>Saksa, 2023</p>	<p>Tarkoituksena tutkia, miten mielenterveysoireet kehittyivät huhtikuu 2019 ja kesäkuun 2022 välillä, miten mielenterveysoireet vaihtelivat erilaisten ihmisten välillä.</p> <p>Kuvaileva poikittaistutkimus.</p> <p>Data kerätty huhtikuu 2019 – kesäkuu 2022</p>	<p>Puhelinhaastattelut.</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät</p> <p>Saksalaisia aikuisia, N = 45 102</p>	<p>Masennusoireita (raja-arvo PHQ-2 2) oli eniten ensimmäisen koronavirusaallon aikana, väheni nopeasti. 11 % - 9 %. Tämän tutkimuksen mukaan masennusoireissa ei nähty suurta osuuden kasvua pandemian alkaessa.</p> <p>Ahdistuneisuusoireita tutkittiin maaliskuusta 2021 kesäkuuhun 2022, ahdistusoireiden pisteet nousivat koko tarkastelujakson ajan. Osuus vastanneista nousi 7,2 % - 11,1 %.</p> <p>Mittarit: PHQ-2, GAD-2, SRMH</p>	5/8
<p>Papadopoulou ym. 2021</p> <p><i>Suicidal ideation during COVID-19 lockdown in Greece: Prevalence in the community, risk, and protective factors</i></p>	<p>Tarkoituksena tutkia itsemurha-ajatusten esiintyvyyttä Kreikassa koronaviruspandemian puhkeamisen jälkeen.</p> <p>Kuvaileva poikittaistutkimus.</p> <p>Data kerätty huhti-toukokuussa 2020.</p>	<p>Kyselylomake internetissä</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät</p> <p>Kreikkalaisia aikuisia N = 5116</p>	<p>5,20 % prosenttia kertoi itsetuhoisuudesta, 14,17 % potentiaalisesti ahdistuneisuushäiriö 26,51 % potentiaalinen masennus</p> <p>Mittarit: PHQ-2, GAD-2, SCORE-15m CD-RISK-2</p>	6/8

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen otsikko, maa ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustyyppi	Aineistonkeruumenetelmä, analyysi ja otoksen koko	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointipisteet
Kreikka, 2021				
Skapinakis ym. <i>Depression and its relationship with coping strategies and illness perceptions during the COVID-19 lockdown in Greece: A cross-sectional survey of the population</i> Kreikka, 2020	Tarkoituksena oli tutkia ensimmäisen, koronaviruspandemiaan liittyneen sulkutilan vaikutuksia kreikkalaisen aikuisväestön mielenterveyteen ja kykyyn käyttää coping-keinoja. Kuvaileva poikittaistutkimus. Data kerätty huhtikuussa 2020.	Kyselylomake internetissä. Tilastolliset analyysimenetelmät. Kreikkalaisia aikuisia, N = 3379	Masennus- ja ahdistuneisuuden tasot olivat tutkimuksessa korkeita, mutta noudattivat aikaisempien tutkimusten kanssa samaa linjaa. Masennusoireista kärsivät enemmän nuoremmat, opiskelijat, suuremman tunnereaktion kokeneet, oireidensa vuoksi eristetyt ja he, jotka olivat altistuneet suurelle määrälle koronaan viittaavaa uutisointia. Koko vastaajaporukasta GAD-2 raja-arvon ylittävä tulos 27,73 %. Mittarit: PHQ-9, GAD-2, COPE	6/8
Skoda ym. <i>Severely imcreased generalized anxiety, but not COVID-19-relates fear in individuals with mental illnesses: A population based cross-sectional study in Germany</i> Saksa, 2021	Tarkoituksena on tutkia miten COVID-19 pelko, yleistynyt ahdistuneisuus ja masentuneisuus sekä stressi vaikuttavat aikaisemmin mielenterveyssairauteen sairastuneisiin henkilöihin. Kuvaileva poikittaistutkimus. Data kerätty maaliskuussa 2020	Kyselylomake internetissä. Tilastolliset analyysimenetelmät. Saksalaisia aikuisia, N = 12 028.	1522 vastaajaa sairasti psykiatrista sairautta 2254 vastaajaa sairasti vähintään yhtä somaattista sairautta, joka kuului koronavirustaudin riskitekijöihin. Psykiatrinen sairaus lisäsi yleistynyttä ahdistuneisuutta, masentuneisuutta sekä stressiä koronaviruspandemian aikana, verrattuna terveisiin tai somaattisesti sairaisiin ihmisiin. Mittarit: GAD-7, PHQ-2.	6/8

Liite 4 Tutkimuksen kyselylomake suomeksi

<p>Koska koronavirus on leviytynyt lähes kaikkiin maailman maihin, kansalliset hallitukset ovat asettaneet erilaisia rajoitustoimia tartunnan leviämisen estämiseksi. Suoritamme tätä tutkimusta Iso-Britanniassa, Alankomaissa, Suomessa, Ruotsissa, Bulgariassa, Romaniassa, Puolassa, Tšekin tasavallassa, Latviassa, Belgiassa ja Intiassa, koska haluaisimme tietää, kuinka nämä rajoitustoimet ja pandemia ovat vaikuttaneet elämääsi. Täyttämällä tämän kyselyn voit auttaa päätöksentekijöitä hallitsemaan paremmin tulevien tartuntatauti-epidemioiden puhkeamisia.</p>	
<p>Täytä kysely valitsemalla vaihtoehto, joka vastaa parhaiten omaa kokemustasi. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Huomioithan, että vastauksesi tallentuu vasta, kun olet täyttänyt kyselyn loppuun ja lähettänyt sen. Sinulla on myös mahdollisuus antaa sähköpostiosoitteesi, jos olet kiinnostunut osallistumaan seurankyselyihin. Antamasi tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Tutkimuksen julkaisuista tai raportista ei voi tunnistaa henkilökohtaisia tietoja. Lisätietoja: TIENTOSUOJASELOSTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE.</p>	
<p>Annan suostumukseni tähän kyselytutkimukseen, joka koskee COVID-19-pandemian vaikutuksia kansalaisten elämään. Ymmärrän, että tutkimus on vapaaehtoinen ja että tiedot kerätään nimettömänä, kaikki antamani tiedot ovat luottamuksellisia ja minua ei voida tunnistaa tutkimuksen julkaisuista.</p>	
Minä vuonna olet syntynyt?	
Mikä on sukupuolesi?	Nainen
	Mies
	Muu
Missä maassa olet tällä hetkellä?	
Mikä on korkein suorittamasi koulutusaste tai korkein suorittamasi tutkinto?	Peruskoulu
	Lukio
	Ammatillinen koulutus
	Ammattikorkeakoulututkinto
	Kandidaatin tutkinto
	Maisterin tutkinto

Kuuluitko koronavirusepidemian puhkeamisen aikaan välttämättömien (esim. terveydenhuollon työntekijät, ruoanvalmistuksen ja -jakelun työntekijät, varastotyöntekijät ja tilausten käsittelijät) vai ei-välttämättömien työntekijöiden ryhmään?	Terveystieteiden työntekijöihin
	Muihin välttämättömiin työntekijöihin
	Ei-välttämättömiin työntekijöihin
Oletko menettänyt työsi tai ansiosi kansallisen hallituksen asettamien rajoitetoimien vuoksi?	Ei, en ole menettänyt
	Menetin työni
	Työaikaani lyhennettiin
	Minun oli jätävä palkattomalle vapaalle
	Minut lomautettiin
Oletko saanut COVID-19-pandemiaan liittyvää työttömyyskorvausta tai muunlaista taloudellista korvausta?	Kyllä
	Ei
Oletko sairastunut ja saanut positiivisen koronavirustestituloksen?	En
	Minulla on ollut COVID-19-tautiin liittyviä oireita, mutta minua ei ole testattu
	Minulla on ollut COVID-19-taudin oireita ja olen saanut positiivisen testituloksen
	Olen saanut positiivisen testituloksen, mutta en ole kokenut mitään COVID-19-taudin oireita
Onko kukaan perheenjäsenistäsi tai läheisistä ystävistäsi saanut koronavirustartunnan?	Ei
	Kyllä
	Mahdollisesti
Missä määrin olet huolissasi siitä, että perheenjäsenesi tai läheiset ystäväsi voivat saada koronavirustartunnan?	En lainkaan huolissani
	Olen erittäin huolissani
Missä määrin luostat siihen, että maasi sairaaloilla on resursseja ja asiantuntemusta tarjota paras mahdollinen hoito koronavirustartunnan saaneille ihmisille?	Vahva epäluottamus
	Vahva luottamus

Oletko asunut yksin vai perheen / muiden ihmisten kanssa koronavirusepidemian puhkeamisen aikana?	Yksin
	Perheen / muiden ihmisten kanssa
Oletko kokenut jonkin merkittävän stressaavaan elämäntapahtuman koronavirusepidemian puhkeamisen aikana?	Kyllä
	Ei
Onko sinulla diagnosoitu tai esiintynyt masennuksen, ahdistuksen, paniikkikohtauksen tai post-traumaattisen stressihäiriön oireita ennen koronavirusepidemian puhkeamista?	Ei
	Masennus
	Ahdistus
	Paniikkikohtauksia
	Posttraumaattinen stressihäiriö
	Muu mielenterveyteen liittyvä sairaus
Onko sinulla jokin seuraavista terveysongelmista: sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, hepatiitti B, ahtauttava keuhkosairaus, krooninen munuaissairaus, maksasairaus, syöpä, sairaaloinen lihavuus tai verenpainetauti?	Kyllä
	Ei
Kuinka monta tuntia päivässä olet keskimäärin seurannut koronavirusepidemian puhkeamiseen liittyviä uutisia televisiossa, radiossa, sanomalehdissä tai sosiaalisessa mediassa?	
Missä määrin stressaavaksi olet kokenut koronavirusepidemian puhkeamiseen liittyvän kriisin?	Ei yhtään stressaava
	Erittäin stressaavaksi
Joskus ihmisille tapahtuu asioita, jotka ovat epätavallisia tai erityisen pelottavia, kamalia tai traumaattisia. Oletko viimeisen kuukauden aikana ...	
Nähnyt painajaisia koronavirusepidemian puhkeamisesta tai ajatellut epidemiaa silloinkin, kun et halunnut ajatella sitä?	Kyllä
	Ei

Yrittänyt kovasti olla ajattelematta koronavirusepidemian puhkeamista tai vältellyt tilanteita, jotka muistuttivat sinua epidemian puhkeamisesta?	Kyllä
	Ei
Ollut jatkuvasti varuillasi, valppaana tai säikkymisherkkä?	Kyllä
	Ei
Kokenut tunteiden turtuneisuutta tai vieraantuneisuutta muista ihmisistä, toiminnoista tai ympäristöstäsi?	Kyllä
	Ei
Tuntenut syyllisyyttä tai vaikeutta lakata syyttämästä itseäsi tai jotakuta muuta koronavirusepidemian puhkeamisesta tai siitä mahdollisesti seuranneista ongelmista?	Kyllä
	Ei
Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua viimeisten 2 viikon aikana?	
Olen tuntenut oloni hermostuneeksi, ahdistuneeksi tai erittäin kireäksi	1 - ei lainkaan
	2 - useana päivänä
	3 - useammin kuin puolet ajasta
	4 - lähes joka päivä
En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani	1 - ei lainkaan
	2 - useana päivänä
	3 - useammin kuin puolet ajasta
	4 - lähes joka päivä
Asioiden tekeminen kiinnostaa hyvin vähän tai ei juuri tuota mielihyvää	1 - ei lainkaan
	2 - useana päivänä
	3 - useammin kuin puolet ajasta
	4 - lähes joka päivä
Alakuloisuus, masentuneisuus tai toivottomuus	1 - ei lainkaan

	2 - useana päivänä
	3 - useammin kuin puolet ajasta
	4 - lähes joka päivä
<p>Osassa alla olevista kysymyksistä viitataan paniikkikohtauksiin tai lievempiin oirekohtauksiin. Tässä kyselyssä paniikkikohtauksella tarkoitetaan äkillistä kohtauksittaista pelon tai epämiellyttävyyden tunnetta, johon liittyy ainakin 4 alla listattua oiretta. Jotta voitaisiin puhua äkillisestä kohtauksesta, tulee oireiden saavuttaa huippuunsa 10 minuutin kuluessa kohtauksen alkamisesta. Paniikkikohtauksen kaltaisia kohtauksia, joihin liittyy alle 4 alla listatuista oireista, kutsutaan tässä kyselyssä lievemmiksi oirekohtauksiksi. Kohtauksen mahdollisia oireita ovat: Kiihtynyt pulssi tai sydämen tykytys, hikoilu, vapina, tärinä, hengästyneisyys, tukehtumisen tunne, rintakipu tai epämiellyttävä tunne rintakehässä, pahoinvointi, huimaus tai pyörtymisen tunne, epätodellinen olo, puutuneisuus tai pistely, kylmät väreet tai kuumat aallot, kontrollin menettämisen tai hulluksi tulemisen pelko, kuoleman pelko.</p>	
	1 - Ei paniikkikohtauksia tai lievempiä oirekohtauksia
	2 - Ei paniikkikohtauksia ja korkeintaan yksi lievempi oirekohtaus päivässä
	3 - Kohtalainen: Yksi tai kaksi paniikkikohtausta viikossa ja / tai useita lievempiä oirekohtauksia päivässä
	4 - Vakava: Yli kaksi paniikkikohtausta viikossa, mutta ei keskimäärin yli yhtä kohtausta päivässä
Kuinka monta paniikkikohtausta ja lievempää oirekohtausta sinulla on ollut viimeisen viikon aikana?	5 - Äärimmäinen: Paniikkikohtauksia on ollut useammin kuin kerran päivässä suurimman osan aikaa viikosta
Jos sinulla on ollut paniikkikohtauksia viimeisen viikon aikana, kuinka ahdistavilta (epämiellyttäviltä, pelottavilta) ne tuntuivat kohtauksen aikana? (Jos kohtauksia oli useampi kuin yksi, anna arvio keskimääräisestä kohtauksesta. Jos sinulla ei ollut paniikkikohtauksia, mutta koit lievempiä oirekohtauksia, vastaa niiden osalta)	1- Kohtaukset eivät olleet lainkaan ahdistavia, tai paniikkikohtauksia / lievempiä oirekohtauksia ei ole esiintynyt viimeisen viikon aikana
	2- Kohtaukset olivat lievästi ahdistavia, muuta ahdistus ei ollut liian voimakasta,
	3- Kohtaukset olivat kohtalaisen ahdistavia. Ahdistus oli voimakasta, mutta hallittavissa
	4- Kohtaukset olivat huomattavan ahdistavia. Ahdistus oli hyvin voimakasta
	5- Kohtaukset olivat äärimmäisen ahdistavia. Ahdistus oli äärimmäistä kaikkien kohtausten aikana.

<p>Oletko viimeisen viikon aikana vältellyt tai pelännyt (kokenut epämiellyttäväksi tai halunnut välttää/poistua) joitakin paikkoja tai tilanteita (esimerkiksi julkisia kulkuneuvoja, elokuvateattereita, väkijoukkoja, siltoja, tunneleita, ostoskeskuksia tai yksinoloa), koska olet pelännyt saavasi paniikkikohtauksen? Olisitko vältellyt tai pelännyt jotakin muita tilanteita tästä syystä, jos niitä olisi tullut eteesi viimeisen viikon aikana? Jos vastasit myöntävästi jompaankumpaan kysymykseen, arvioi kokemasi pelon ja välttelyn vaikeusaste viimeisen viikon aikana.</p>	1- Ei lainkaan: Ei pelkoa tai välttelyä
	2-Lievä: Pelko ja/tai välttely oli satunnaista. Yleensä pystyin kohtaamaan tai sietämään tilanteen. Elämäntapani ovat muuttuneet korkeintaan vähäisesti tästä johtuen
	3-Kohtalainen: Pelko ja/tai välttely oli huomattavaa, mutta pysyi hallittavissa. Välttelin joitain tilanteita, mutta pystyin kohtaamaan ne toisen ihmisen seurassa. Elämäntyyliini on muuttunut tämän takia jonkin verran, mutta yleinen toimintakykyni ei ole heikentynyt
	4-Vaikea: Välttely oli laajamittaista. Elämäntyyliini on muuttunut huomattavasti, jotta pystyin mukautumaan välttelyyn. Tämä on vaikeuttanut tavallisten toimintojen suorittamista
	5-Äärimmäinen: Pelko ja/tai välttely oli kokonaisvaltaisesti kyvyttömyyttä aiheuttavaa. Olen joutunut tekemään elämäntyyliini laajoja muutoksia, jotka ovat johtaneet tärkeiden tehtävien tekemättä jättämiseen.
<p>Oletko viimeisen viikon aikana vältellyt tai pelännyt (kokenut epämiellyttäväksi tai halunnut välttää/poistua) sosiaalisia tilanteita (esimerkiksi työtä, julkisia kulkuneuvoja, elokuvateattereita, teattereita, väkijoukkoja tai ostoskeskuksia), koska olet pelännyt saavasi koronavirustartunnan? Olisitko vältellyt tai pelännyt jotakin muita tilanteita tästä syystä, jos niitä olisi tullut eteesi viimeisen viikon aikana? Arvioi kokemasi pelon ja välttelyn vaikeusaste viimeisen viikon aikana.</p>	1- Ei lainkaan: Ei pelkoa tai välttelyä
	2-Lievä: Pelko ja/tai välttely oli satunnaista. Yleensä pystyin kohtaamaan tai sietämään tilanteen. Elämäntapani ovat muuttuneet korkeintaan vähäisesti tästä johtuen
	3-Kohtalainen: Pelko ja/tai välttely oli huomattavaa, mutta pysyi hallittavissa. Välttelin joitain tilanteita, mutta pystyin kohtaamaan ne toisen ihmisen seurassa. Elämäntyyliini on muuttunut tämän takia jonkin verran, mutta yleinen toimintakykyni ei ole heikentynyt
	4-Vaikea: Välttely oli laajamittaista. Elämäntyyliini on muuttunut huomattavasti, jotta pystyin mukautumaan välttelyyn. Tämä on vaikeuttanut tavallisten toimintojen suorittamista
	5-Äärimmäinen: Pelko ja/tai välttely oli kokonaisvaltaisesti kyvyttömyyttä aiheuttavaa. Olen joutunut tekemään elämäntyyliini laajoja muutoksia, jotka ovat johtaneet tärkeiden tehtävien tekemättä jättämiseen.
<p>Haluaisitko osallistua tämän tutkimuksen seurantakyselyihin vastaamalla edellisiin kysymyksiin uudelleen kuukauden kuluttua? Syötä sähköpostisi alle, kiitos.</p>	