



# Suomalaisten kriisinhallintaveteraanien psykykinen hyvinvointi kotiinpaluun jälkeen

**JOONAS SAHRAMÄKI**

**KASPER KUIVANEN**

**LARI TÖRMÄ**

**PETTERI SIMOLA** 

\*Author affiliations can be found in the back matter of this article

**RESEARCH**

**VIRGINIA TECH.**  
PUBLISHING

## ABSTRAKTI

Kansainväliset kriisinhallintaoperaatiot sijoittuvat yleensä ympäristöihin, joissa on mahdollista joutua toistuvasti stressaaviin tilanteisiin. Tästä syystä on mahdollista että operaatiot vaikuttavat niihin osallistuneiden psykologiseen hyvinvointiin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella kriisinhallintaoperaatioihin osallistuneiden veteraanien operaation jälkeistä hyvinvointia. Kyselyyn vastasi yhteensä 2317 veteraania, keskimäärin 3kk kotiutumisen jälkeen. Kysely kattoi operaationaikaisen kuormituksen, potentiaalisten traumaattisten tapahtumien kokemisen ja mahdolliset kotiutumisen jälkeiset oireet.

## CORRESPONDING AUTHOR:

**Petteri Simola**

Finnish Defence Research  
Agency, Human Performance  
Division, Finland

[petteri.simola@mil.fi](mailto:petteri.simola@mil.fi)

## AVAINSANAT:

Suomi; Kriisinhallinta; Oireet;  
Stressi; Sotilaspsykologia

## TO CITE THIS ARTICLE:

Sahramäki, J., Kuivanen, K., Törmä, L., & Simola, P. (2024). Suomalaisten kriisinhallintaveteraanien psykykinen hyvinvointi kotiinpaluun jälkeen. *Journal of Veterans Studies*, 10(2), pp. 41–56. DOI: <https://doi.org/10.21061/jvs.v10i2.468>

## KATSAUS PUOLUSTUSVOIMIIN

Suomen armeijasta käytetään nimitystä Puolustusvoimat ja sen pääasiallinen tehtävä on Suomen sotilaallinen puolustus. Tähän kuuluu mm. Suomen maa-alueen, vesialueen ja ilmatilan puolustus sekä laillisen yhteiskuntajärjestyksen ylläpitäminen. Puolustusvoimat vastaa kaikesta Suomessa tapahtuvasta sotilaskoulutuksesta, joista merkittävimpänä voidaan pitää noin 22 000 varusmiehen vuosittaista koulutusta. Puolustusvoimat tukee muita viranomaisia esimerkiksi yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitämiseksi sekä osallistuu pelastustoimintaan. Puolustusvoimat osallistuu kansainvälisen avun antamiseen, johon kuuluu esimerkiksi aluevalvontayhteistyö. Lisäksi Puolustusvoimat osallistuu kansainväliseen kriisinhallintaan (*Puolustusvoimien henkilöstöstrategia, 2015*).

Puolustusvoimissa oli vuonna 2015 noin 12 000 vakituista tehtävää, joista 8 000 oli sotilastehtäviä ja 4 000 siviilitehtäviä. Sodanajan joukot jaetaan valmiuden perusteella valmius- ja pääjoukkoihin sekä käyttöperiaatteen mukaan operatiivisiin, alueellisiin ja paikallisiin joukkoihin. Sodanajan joukkoihin kuuluu kaiken kaikkiaan noin 280 000 sotilasta, joista suurin osa on reserviläisiä. Kaikilla Puolustusvoimien henkilöillä on tietty sodanajan tehtävä, jonka suorittamiseen liittyviä taitoja ylläpidetään ja kehitetään esimerkiksi reserviläisten kohdalla kertausharjoituksilla (*Puolustusvoimien henkilöstöstrategia, 2015*).

Veteraaneiksi tai sotaveteraaneiksi kutsutaan sotilaskontekstissa henkilöitä, jotka ovat osallistuneet sotaan ja selvinneet siitä hengissä. Sotaveteraani on yleisesti pätevä ilmaus puhuttaessa tällaisista henkilöistä. Suomessa arkikontekstissa veteraanilla viitataan yleensä nimenomaan 2. maailmansodassa taistelleeseen henkilöön. Kriisinhallinnalla tarkoitetaan rauhan ylläpitämiseen ja kehittämiseen tähtäävää toimintaa. Suomessa kriisinhallintaoperaatioihin voi hakea kuka tahansa asevelvollisuuden suorittanut. Kriisinhallintaoperaatioihin osallistuukin sekä reserviläisiä, että Puolustusvoimien palkattua henkilöstöä. Suomalaisia toimii Pohjois-Atlantin puolustusliiton (Nato), Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) ja Euroopan unionin (EU) järjestämissä kriisinhallintaoperaatioissa ympäri maailmaa. Kriisinhallintaveteraanilla tarkoitetaan henkilöä, joka on osallistunut johonkin kriisinhallintaoperaatioon ja selvinnyt siitä elossa ([www.Puolustusvoimat.fi](http://www.Puolustusvoimat.fi)).

## KRIISINHALLINTAVETERAANIEEN MIELENTERVEYS

Kansainväliset kriisinhallintaoperaatiot sijoittuvat yleensä ympäristöihin, joissa on mahdollista joutua

toistuvasti stressaaviin tilanteisiin. Suurin osa kriisinhallintaoperaatioihin osallistuvista sietää hyvin operaatioiden aikaisia tilanteita, eivätkä he koe enempää mielenterveyden ongelmia operaation jälkeen kuin muukaan väestö (*Sareen ym., 2010*). Vastoin tätä havaintoa tutkimuksissa on kuitenkin todettu kriisinhallintaoperaatioiden lisäävän osalla mielenterveyden ongelmien ja psykologisten häiriöiden riskiä. Kriisinhallintaoperaatioiden vaikutukset voivat olla myös kauaskantoisia.

Kriisinhallintatehtävillä ja kohonneella mielenterveyden ongelmien riskillä on useissa tutkimuksissa todettu yhteys (mm. *Kaikkonen, & Laukkala, 2016; Souza ym., 2011*). Yleisimpiä mielenterveyden ongelmia kriisinhallintaveteraaneilla ovat esimerkiksi traumaperäinen stressihäiriö (PTSD), masennus, ahdistus, uniongelmat sekä monien päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat. Eräissä tutkimuksissa 1025 kriisinhallintaveteraanista yli 30% raportoi mielenterveyden ongelmia, joihin sisältyi itsemurhan kohonnut riski ja kolme kertaa suurempi PTSD:n esiintyvyys verrattuna muihin saman ikäisiin (*Forbes ym., 2016*). PTSD esiintyvyyden tutkimuksessa on löydetty eriäviä tuloksia, mutta on esitetty, että 2–8% kriisinhallintatehtäviin osallistuvista kärsivät jonkinasteisista stressireaktion oireista kolmen vuoden sisällä operaation loppumisesta (*Pearn, 2000*).

Tutkimusten perusteella mielenterveyden ongelmat ilmaantuvat todennäköisesti noin vuoden sisällä operaation loppumisesta (mm. *Kaikkonen & Laukkala 2016*). Kuitenkin monet psykologiset oireet alkavat vasta myöhemmin, kun aikaa traumaattisesta tapahtumasta on kulunut enemmän (*Bonanno, 2008*). Eräissä tutkimuksissa on myös havaittu, että pieni mutta merkitsevä osuus kriisinhallintaveteraaneista ( $N = 1040$ ) ei täyttänyt PTSD-kriteerejä ennen kuin 18 kuukautta operaation jälkeen, vaikka he eivät olleet raportoineet merkitsevästi suurempia stressin tuntemuksia aikaisemmin (*Gray ym., 2004*). Forbes ja muut (*2016*) totesivat tutkimuksessaan, että jopa 12–24 vuotta kriisinhallintaoperaation jälkeen veteraanit raportoivat diagnosoitavia psykiatrisia häiriöitä. Samoin norjalaisessa tutkimuksessa selvisi, että 30 vuotta kriisinhallintapalveluksen jälkeenkin 15% kriisinhallintaveteraaneista ( $N = 10605$ ) olisi seulontakriteerien perusteella kärsinyt mielenterveyden ongelmista (*Gjerstad ym., 2020*). Vastaavia tuloksia ollaan nähty myös muissa tutkimuksissa (mm. *Hoge ym., 2004; O'Toole ym., 1996; Kulka, 1990*).

Tutkimukset ovat myös tuoneet esille kriisinhallintapalveluksen aikaisia tapahtumia, jotka ovat ennustaneet myöhemmin kehittyviä mielenterveyden ongelmia (mm. *Sareen ym., 2007*). Potentiaalisesti traumaattiset tapahtumat sisältävät usein akuutteja

kuormitustekijöitä. Erityisesti suora hyökkäys ja taistelusketkukseen joutuminen ovat osoittautuneet olevan yhteydessä merkittävästi suurempaan PTSD:n ja muiden psykologisten häiriöiden riskiin myöhemmin elämässä (Hoge ym., 2004). Tutkimukset ovat myös osoittaneet yhteyden veteraanien suorittamien kriisinhallintaoperaatioiden määrällä ja mielenterveyden ongelmien riskin välillä (Sareen ym., 2010). Esimerkiksi vakavan masennuksen riski kasvoi operaatioiden määrän kasvaessa ja jopa vain kahden operaation jälkeen riski oli kaksinkertainen verrattuna yhteen operaatioon (Forbes ym., 2016). Lisäksi kotiuttamisprosessi ja palveluksen jälkeinen aika ovat stressaavia itsessään ja monille ne ovat vaikeampia elämänvaiheita kuin itse operaatio (Anttila, 2019), mikä korostaa pidemmän aikavälin seurannan merkitystä.

## MENETELMÄT

### AINEISTON KERÄÄMINEN

Kriisinhallintaveteraanien kysely toteutettiin Moodle-verkkoalustalla. Vastaukset kyselyyn kerättiin noin vuoden sisällä kriisinhallintaoperaatiosta paluun jälkeen ja reilu 90% vastaajista vastasi kyselyyn jo viiden kuukauden sisällä paluusta.

### KYSELY JA RAKENNE

Ennen jokaiseen kyselyyn vastaamista osallistujille kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Lisäksi vastaajille kerrottiin, että tulosten analyysi ja raportointi toteutetaan tavalla, jossa yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa ja vastauksien käsittely tapahtuu anonyymisti.

Kysely rakentui eri asioita kartoittavista osioista: Taustatekijät, kotiinpaluu kriisinhallintatehtävästä, kuormitustekijät operaation aikana, operaation aikaiset tapahtumat, operaation aikaiset traumaattiset tapahtumat, motivaatiotekijät, potentiaalisesti traumaattiset tapahtumat ja kotiinpaluun jälkeisen oireilun mittarit lukuun ottamatta TSQ-kyselyä, koska siihen vastattiin ”operaation aikaiset traumaattiset tapahtumat” -osion yhteydessä. Kyselyn lopussa vastaajilla oli vielä mahdollisuus kommentoida vapaasti kyselyä ja kriisinhallintaoperaatioon liittyviä asioita.

### Ei-kliiniset mittarit

*Taustatekijöinä* kartoitettiin vastaajien taustatekijöitä kuten esimerkiksi ikä ja sotilasarvo. Tässä osiossa selvitettiin myös, olivatko vastaajat saaneet mielestään riittävästi perehdytystä tulevaan tehtävään, ja mikä oli heidän motivaatio lähteä kriisinhallintatehtäviin. Vastaajat

valitsivat yhden yhdeksästä ennakkoon määritellystä vaihtoehdosta tai mahdollisen ”muu” vaihtoehdon, johon pystyi vastaamaan avoimesti. Vastaajien tuli valita näistä yksi vaihtoehto tärkeimmäksi syyksi lähteä kriisinhallintaoperaatiolle.

*Kotiinpaluu kriisinhallintatehtävästä* -osiossa selvitettiin millaisiin kotiolihiin kriisinhallintaveteraani tehtävältään palasi. Kysymykset liittyivät esimerkiksi siihen, millainen perhesuhde veteraanilla oli hänen palatessaan operaatiolta ja oliko hänellä työ- ja/tai opiskelupaikkaa.

*Kuormitustekijät operaation aikana* -osiossa kartoitettiin erilaisia kuormitustekijöitä operaation aikana. Kuormitustekijät jaettiin neljään kategoriaan: Työyhteisö, Olosuhteisiin sopeutuminen, toiminnan ja työjärjestelyiden laatu ja työn sisältö (Johansson, 2001; Leskinen & Keskinen 2014). Näihin vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla niin että 1 kuvastaa voimavaroja tuottavaa asiaa ja 5 kuvastaa erittäin kuormittavaa asiaa.

*Operaation aikaiset potentiaalisesti traumaattiset tapahtumat* -osio oli haastatteluiden ja kirjallisuuden perusteella luotu potentiaalisesti traumaattiseksi koettuja tapahtumia kartoittava mittari. Operaatioissa potentiaalisesti traumaattisia tapahtumia olivat esimerkiksi ruumiiden näkeminen tai epäsuoran tulituksen kohteeksi joutuminen. (Adler ym., 2003; Leskinen & Keskinen, 2014). Vastaajat vastasivat viisiportaisella Likert-asteikolla niin että 1 tarkoittaa ei koskaan ja 5 tarkoittaa päivittäin, jolloin saatiin myös tietoa tapahtumien yleisyydestä.

*Operaation aikaiset traumaattiset tapahtumat* -osiossa selvitettiin, olivatko veteraanit olleet tilanteissa, jotka he kokivat traumaattisiksi. Jos veteraanit vastasivat olleensa tällaisessa tilanteessa, kysely ohjasi heidät vastaamaan kysymyksiin, jotka kartoittivat tarkemmin esimerkiksi tapahtuman ajankohtaa ja paikkaa. Lisäksi veteraanit ohjattiin vastaamaan TSQ-kyselyyn (Trauma Screening Questionnaire).

### Kliiniset kotiinpaluun jälkeisen oireilun mittarit

Näiden mittarien tarkoituksena oli antaa luotettavaa ja kattavaa tietoa kyselyyn vastaavien veteraanien mielenterveyden tilasta.

TSQ (Trauma Screening Questionnaire) on traumaattisen stressireaktion seulontaan kehitetty mittari. TSQ-mittarissa luetellaan 10 eri oiretta, joita kriisinhallintaveteraani on traumaattisen tapahtuman jälkeen saattanut kokea. Veteraani vastaa joko ”kyllä”, jos hänellä on ollut kyseistä oiretta, tai ”ei”, jos hän ei ole kärsinyt kyseisestä oireesta. TSQ-seulonta suositellaan toteutettavan aikaisintaan noin kuukauden kuluttua traumaattisesta tapahtumasta. (Brewin ym., 2002). Riskirajana 6 tai enemmän ”kyllä” -vastausta.

DEPS (Depression Scale) on masennusoireiden seulontaan kehitetty kysely (Salokangas *ym.*, 1994). DEPS-mittari sisältää 10 kysymystä, jotka kartoittavat vastaajien kokemia oireita ja niiden määrää. Mittarissa esitettyjä oireita ovat esimerkiksi unettomuus ja ärtyneisyys. Siitä käytettiin tässä tutkimuksessa viisiportaista versiota, jossa vastausvaihtoehto 1 kuvaa hyvin vähäistä ja vaihtoehto 5 kuvaa hyvin suurta oireiden määrää. Riskiraja ylittyi, jos vastausten summa oli 9 tai korkeampi.

AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test) on alkoholin riskikäyttäytymistä kartoittava kysely. Se on kolmesta kysymyksestä muodostuva lyhyt versio AUDIT-kyselystä, jonka tarkoituksena on kartoittaa alkoholin riskikäyttöä seulontaa varten (Tuunanen *ym.*, 2007). Kysymyksiin vastattiin viisiportaisella asteikolla niin, että suurempi luku viittasi aina suurempaan alkoholin riskikäyttöön. Riskiraja ylittyi, jos vastausten summa oli 6 tai enemmän.

Stressituntemukset -kysely on stressin oireita kotiin paluun jälkeen kartoittava kysely. Se on Käyttäytymistieteiden laitoksella kehitetty versio Työterveyslaitoksen tutkimuksissa käytetystä 32-kohtaisesta alkuperäisversiosta (Leskinen, 2011). Kyselyssä oli 11 osiota, joihin kaikkiin vastattiin 5-portaisella Likert-asteikolla. Riskiraja ylittyi, jos vastauksissa esiintyi vähintään yksi ”erittäin paljon” (5) tai kaksi ”melko paljon” (4) -vastausta.

SoC-13 (Sense of Coherence) on lyhennetty kolmentoista kysymyksen versio Antonovskyn elämänhallintaa kartoittavastamittarista. Tässä kyselyssä kysymys 5 oli jätetty pois ja käytössä oli 5-portainen likert-asteikko, kun yleensä SoC-13 -kyselyssä käytetään 7-portaista Likert-asteikkoa. Kyseinen versio on Käyttäytymistieteiden laitoksella sotilastarkoituksiin muokattu versio alkuperäisestä SoC-kyselystä (Leskinen, 2011). Elämänhallinta on jaettu kolmeen osa-alueeseen: mielekkyys, ymmärrettävyys ja vaikutusmahdollisuudet (Antonovsky, 1979, 1993). Mitä korkeammat pisteet kyselystä sai, sitä korkeampi oli vastaajan elämänhallinnan kokemus. Riskiraja ylittyi, jos yhteen tai useampaan vastaukseen oli vastattu 1 tai 2.

### Riskirajat

Osaan kyselyn mittareista on lisäksi laadittu standardoituja riskirajoja, joiden avulla on mahdollista tunnistaa ja seuloa vastaajista erityistä tukea tarvitsevat yksilöt. Riskirajat ovat löydettävissä seuraavista käytössä olleista mittareista: masentuneisuus (DEPS), alkoholin käyttö (AUDIT-C), elämänhallinta (SoC), stressituntemukset ja traumaperäinen oireilu (TSQ). Stressituntemukset-mittarin riskiraja perustui Leskisen ja Keskinen (2014) tunnistamiin ja käyttämiin, sotilasaineistoon perustuviin riskirajoihin. DEPS-mittarin riskiraja perustui Poutasen et

MITTARI	RISKIRAJA
DEPS	vastausten summa yli 9
AUDIT-C	vastausten summa yli 6
SoC-13(12)	yksi tai enemmän vastausta 1 tai 2
TSQ	6 tai enemmän ”kyllä” -vastausta
Stressituntemukset	vähintään kaksi vastausta 4 tai yksi vastaus 5

**Taulukko 1** Kyselyssä käytettyjen oireilumittareiden riskirajat.

al. (2010) tutkimukseen, jossa 9 pisteen raja havaittiin ideaaliksi tunnistamaan masennusoireiden esiintymistä siviiliväestössä. AUDIT-C -mittarille on suomalaisen siviiliaineistoon perustuva riskiraja (Tuunanen, *ym.*, 2007). TSQ-mittarin riskiraja perustui Isosta-Britanniasta kerättyyn aineistoon (Brewin *ym.* 2002) ja SoC-mittarin riskiraja perustui aikaisempaan kriisinhallintatutkimukseen (Leskinen, 2011). Mittarit sekä niiden riskirajat on tiiviisti esitetty alla Taulukossa 1.

## TULOKSET

### TULOSTEN ANALYSOINTI

Kyselyn tulosten tilastolliseen analysointiin käytettiin SPSS-ohjelmistoa. Mikään oireilu- tai kuormittavuusmittareista ei läpäissyt normaaliustestiä, joten ryhmien välisten erojen vertailu tapahtui joko Mann-Whitney U-testillä (kahden ryhmän vertailut) tai Kruskal-Wallis testillä (yksisuuntaisella varianssianalyysillä (kolme tai useampi vertailtava ryhmä)). Mann-Whitney U-testin efektiivisyydet laskettiin kaavalla:

$$r = z/\sqrt{n}$$

Avovastausten, kiusatuksi tulemisen sekä muiden dikotomisten muuttujien yhteyksiä muihin muuttujiin tarkasteltiin khiin neliötestillä. Muuttujien väliset korrelaatiot laskettiin jatkuvaluontoisten oireilun summamuuttujien osalta Pearsonin korrelaatiokertoimella ja muiden, Likert-asteikkomuotoisten muuttujien osalta Spearmanin korrelaatiokertoimella. Regressiomallit oireilumittareiden selittävien tekijöiden kartoittamiseksi laskettiin monimuuttujaregressiolla. Mittareiden reliabiliteetit laskettiin reliabiliteettianalyysin alpha-menetelmällä. Faktorianalyysit laskettiin Principal Component Analysis -menetelmää käyttäen.

### TAUSTATEKIJÄT

Kyselyyn vastasi yhteensä 2317 kriisinhallintatehtävissä ollutta henkilöä syyskuun 2015 ja elokuun 2020 välillä. Lähes kolme neljäsosaa vastaajista (73,1%) oli palanut kriisinhallintatehtävästä korkeintaan kolme kuukautta

ennen kyselyyn vastaamista. Vastaajista 64,4% viimeisin kriisinhallintatehtävä oli myös heidän ensimmäisensä. Kriisinhallintatehtävä oli 2,9% vastaajista keskeytynyt. Ikäryhmistä tyypillisin oli alle 25-vuotiaiden ryhmä (32,9%). Henkilöstöryhmistä yleisimpiä olivat aliupseeristo (42,7%) ja upseeristo (26,2%). Vastaajien tyypillisimmät koulutustaustat olivat ammattikoulu (29,3%) ja korkeakoulu- tai kadettitutkinto (26,8%). Vastaajista lähes puolet (49,7%) asui vastaamishetkellä avo- tai avioliitossa. Tarkemmat erittelyt vastaajien taustatiedoista löytyvät alta [Taulukosta 2](#).

KYSYMYS	FREKVENSSI	%
<b>Ikä</b>		
Alle 25 vuotta	763	32,9%
25-30 vuotta	551	23,8%
31-40 vuotta	543	23,4%
Yli 40 vuotta	460	19,9%
<b>Kuinka monta kuukautta kotiinpaluusta?</b>		
1kk	392	16,9%
2kk	706	30,5%
3kk	596	25,7%
4kk	287	12,4%
5kk	170	7,3%
6-7kk	103	4,4%
8-9kk	26	1,1%
10-11kk	12	0,5%
12kk tai yli	25	1,1%
<b>Keskeytykö palvelukseksi?</b>		
Kyllä	68	2,9%
Ei	2249	97,1%
<b>Mihin henkilöstöryhmään kuuluit?</b>		
Evp.	48	2,1%
Siviili	29	1,3%
Miehistö	422	18,2%
Sotilasvirkamies	81	3,5%
Aliupseeri	989	42,7%
Opistoupseeri	104	4,5%
Erikoisupseeri	36	1,6%
Upseeri	608	26,2%
<b>Koulutustausta</b>		

(Contd.)

KYSYMYS	FREKVENSSI	%
Peruskoulu	15	0,6%
Ylioppilas	598	25,8%
Ammattikoulu tai vast.	679	29,3%
Ammattikorkeakoulu tai päällystöpisto	405	17,5%
Korkeakoulu tai kadettitutkinto	620	26,8%
<b>Kuinka monta kertaa aiemmin olet ollut kriiha-tehtävässä?</b>		
Kerran	1493	64,4%
Kahdesti	419	18,1%
Kolmesti	195	8,4%
Neljästi tai useammin	210	9,1%
<b>Asumistapa tällä hetkellä</b>		
Yksin	794	34,3%
Avo- tai avioliitossa	1152	49,7%
Vanhempien luona	263	11,4%
Muulla tavoin	108	4,7%

**Taulukko 2** Vastaajien taustatiedot.

## IKÄ

Vastaajien ikä oli tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä koettuun olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavuuteen, toiminnan ja työjärjestelyiden kuormittavuuteen, työn sisällön kuormittavuuteen, operaation aikaisiin potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien määrään sekä kotiinpaluun jälkeiseen elämänhallinnan kokemukseen ja alkoholinkäyttöön. Iän ja eri muuttujien yhteyksien tarkemmat erittelyt esitellään alla [Taulukossa 3](#).

## Kriisinhallintatehtävään hakeutumisen syyt

Kriisinhallintatehtävään hakeutumisen pääasiallisia syistä yleisimmiksi raportoitiin ammatillinen pätevytyminen (28,4%), halu tehdä jotain merkityksellistä (19,5%) sekä halu päästä hetkeksi pois kotimaan arjesta (11,6%).

Ammatillista pätevytymistä ensisijaisesti tavoittelevat olivat muita vanhempia (Mann-Whitney,  $U = 72\ 815$ ,  $p < .001$ ), raportoivat suurempaa elämänhallinnan kokemusta ( $U = 647\ 636,000$ ,  $p < .001$ ) sekä vähäisempää työyhteisön kuormittavuutta ( $U = 465\ 758$ ,  $p < .001$ ), toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuutta ( $U = 494\ 507,500$ ,  $p < .001$ ), stressioreilua ( $U = 489\ 935$ ,  $p < .001$ ), masennusoireilua ( $U = 482\ 919,500$ ,  $p < .001$ ) sekä alkoholinkäyttöä ( $U = 401\ 303,500$ ,  $p < .001$ ).

Ne vastaajat, jotka ilmaisivat tärkeimmäksi syyksi halun tehdä jotain merkityksellistä, olivat muita nuorempia ( $U = 289\ 403,500$ ,  $p < .001$ ), kokivat toiminnan ja työjärjestelyjen

kuormittavuuden vähäisempänä ( $U=383\ 737,500, p=.004$ ) ja kokivat muita useammin potentiaalisesti traumaattisia tapahtumia operaation aikana ( $U=453\ 612,500, p=.010$ ).

Ne vastaajat, jotka vastasivat tärkeimmäksi syyksi halun päästä hetkeksi pois kotimaan arjesta, olivat muita vanhempia ( $U=310\ 297, p<.001$ ), raportoivat suurempaa työyhteisön kuormittavuutta ( $U=312\ 543,500, p<.001$ ), toiminnan ja työjärjestelyiden kuormittavuutta ( $U=248\ 628, p=.009$ ), kotiinpaluun jälkeisiä stressituntemuksia ( $U=296\ 204, p=.038$ ), masennusoireilua ( $U=293\ 657, p=.045$ ), alkoholinkäyttöä ( $U=250\ 594,500, p=.028$ ) sekä vähäisempää elämänhallinnan kokemusta ( $U=237\ 177, p<.001$ ).

### Kriisinhallintatehtävän keskeytyminen

Ne vastaajat, joiden kriisinhallintapalvelus keskeytyi, raportoivat enemmän operaation aikaista olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavuutta (Mann-Whitney,  $U=64\ 946,$

$p=.033$ ) ja toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuutta ( $U=64\ 056,5, p=.022$ ). Kliinisten oireilumittareiden osalta kriisinhallintapalveluksen keskeytyminen oli yhteydessä suurempiin kotiinpaluun jälkeisiin stressituntemuksiin ( $U=59\ 300,5, p=.001$ ) ja masennusoireisiin ( $U=63\ 234, p=.006$ ) sekä matalampaan elämänhallinnan kokemukseen ( $U=91\ 523,5, p=.005$ ). Efektikoot olivat kuitenkin hyvin pieniä ( $r<.10$ ) kaikkien muuttujien osalta.

### Kiusatuksi tuleminen kriisinhallintatehtävän aikana

Vastaajista 63 (2,7%) kertoi tulleen kiusatuksi kriisinhallintapalveluksen aikana. Kiusatuksi tuleminen kriisinhallintaoperaation aikana oli yhteydessä kaikkiin operaation aikaisiin kuormitustekijöihin ( $U=36\ 027, p<.001$ ) ja altisti merkittäväälle kotiinpaluun jälkeiselle traumaperäiselle oireilulle ( $U=5283,5, p=.008$ ), stressituntemuksille ( $U=41\ 234, p<.001$ ), masennusoireille ( $U=40\ 581, p<.001$ ) sekä matalammalle elämänhallinnan kokemukselle ( $U=94\ 634,5, p<.001$ ). Yhteydet olivat voimakkaimmat kuormitustekijöiden ( $r=.139$ ), masennusoireiden ( $r=.137$ ) sekä stressituntemusten ( $r=.122$ ) osalta. Kiusatuksi tulleilla myös todennäköisemmin ylittyi stressituntemusten ( $\chi^2(1, N=2317)=39,698, p<.001$ ), elämänhallinnan kokemuksen ( $\chi^2(1, N=2317)=37,871, p<.001$ ) ja masennusoireiden riskiraja ( $\chi^2(1, N=2317)=35,965, p<.001$ ).

### KUORMITUSTEKIJÄT OPERAATION AIKANA

Operaation aikaisten kuormitustekijöiden yhteydet oireilumittareihin on tarkemmin eritelty **Taulukossa 4** (alla).

Työyhteisön osiossa 8,2% vastaajista koki ainakin yhden työyhteisöä kartoittavan osa-alueen erittäin kuormittavaksi. Näiden vastaajien keskuudessa työyhteisön kuormittavimmiksi tekijöiksi arvioitiin lähimpien esimiesten toiminta (35,3% piti erittäin kuormittavana), reserviläisten ja kantahenkilökunnan erilaiset oikeudet (30,5% piti erittäin kuormittavana) sekä erimaalaisten sotilasyksiköiden yhteistyö (22,1% piti erittäin kuormittavana). Työyhteisön

MITTARI	IKÄ (r)
Työyhteisön kuormittavuus	.010
Olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavuus	.137**
Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus	.123**
Työn sisällön kuormittavuus	.119**
Potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien määrä	.117**
Kotiinpaluun jälkeinen traumaperäinen oireilu	.023
Kotiinpaluun jälkeiset stressituntemukset	.010
Kotiinpaluun jälkeinen masennusoireilu	-.001
Kotiinpaluun jälkeinen elämänhallinnan kokemus	.107**
Kotiinpaluun jälkeinen alkoholinkäyttö	-.179**

**Taulukko 3** Iän sekä oireilu- ja kuormitusmuuttujien väliset korrelaatiot.

Huom. \*\*  $p<.01$ .

MITTARI	POST- TRAUMAATTINEN OIREILU	STRESSI-TUNTEMUKSET	MASENNUS-OIREILU	ELÄMÄN-HALLINNAN KOKEMUS	ALKOHOLIN-KÄYTTÖ
Työyhteisön kuormittavuus	-.003	.236**	.202**	-.297**	.072**
Olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavuus	.220**	.326**	.220**	-.229**	-.007
Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus	-.052**	.223**	.173**	-.277**	.036
Työn sisällön kuormittavuus	.186**	.309**	.195**	-.191**	-.030
Kuormitus-tekijät yhteensä	.108*	.326**	.245**	-.336**	.039

**Taulukko 4** Työn kuormitustekijöiden yhteydet oireilumittareihin.

Huom. \*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ .

kuormittavuus oli voimakkaimmassa yhteydessä kotiinpaluun jälkeiseen elämänhallinnan kokemukseen ( $r = -.297$ ), stressituntemuksiin ( $r = .236$ ) sekä masennusoireiluun ( $r = .202$ ).

Olosuhteisiin sopeutumisen osiossa 23,1% vastaajista koki ainakin yhden paikallisiin olosuhteisiin sopeutumisen osa-alueen erittäin kuormittavaksi. Näiden vastaajien keskuudessa olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavimmiksi osa-alueiksi koettiin huoli läheisten jaksamisesta kotimaassa (34,9% piti erittäin kuormittavana), läheisiin kohdistuva ikävä (24,1% piti erittäin kuormittavana) sekä yksityisyyden puute (21,6% piti erittäin kuormittavana). Olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavuus oli voimakkaimmassa yhteydessä kotiinpaluun jälkeisiin stressituntemuksiin ( $r = .326$ ), elämänhallinnan kokemukseen ( $r = -.229$ ), masennusoireiluun ( $r = .22$ ) sekä traumaperäiseen oireiluun ( $r = .22$ ).

Toiminnan ja työjärjestelyjen laadun osiossa vastaajista 13,2% koki ainakin yhden toiminnan ja työjärjestelyjen laadun osa-alueen erittäin kuormittavaksi. Näiden vastaajien keskuudessa kuormittavimmiksi osa-alueiksi koettiin hankintaketjujen ja huollon toimivuus (36,7% piti erittäin kuormittavana), johtamissuhteet ja vastuujaot eri kansallisuuksien välillä (20,7% piti erittäin kuormittavana) sekä operaation tarkoituksen selkeys ja mielekkyys (20,7% piti erittäin kuormittavana). Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus oli voimakkaimmassa yhteydessä elämänhallinnan kokemukseen ( $r = -.277$ ), stressituntemuksiin ( $r = .223$ ) sekä masennusoireiluun ( $r = .173$ ).

Työn sisällön osiossa vastaajista 12,6% koki ainakin yhden työn sisältöä kartoittavan osa-alueen erittäin kuormittavaksi. Näiden vastaajien keskuudessa kuormittavimmiksi osa-alueiksi nousivat työn yksitoikkoisuus (41,4% piti erittäin kuormittavana), kiireinen ja tiukka työtahti (26,7% piti erittäin kuormittavana) sekä yötyö (20,9% piti erittäin kuormittavana). Työn sisällön kuormittavuus oli voimakkaimmassa yhteydessä stressituntemuksiin ( $r = .309$ ), masennusoireiluun ( $r = .195$ ) sekä elämänhallinnan kokemukseen ( $r = -.191$ ).

### POTENTIALISESTI TRAUMAATTISET TAPAHTUMAT OPERAATION AIKANA

Noin puolet vastaajista (48,8%) koki operaation aikaisia potentiaalisesti traumaattisia tapahtumia vain harvoin tai ei koskaan. Tällaisten tapahtumien frekvenssi oli voimakkaimmin yhteydessä traumaperäiseen oireiluun ( $r = .225$ ) sekä stressituntemuksiin ( $r = .22$ ). Tarkemmin potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien frekvenssin yhteys oireilumittareihin on esitelty alla [Taulukossa 5](#).

Kriisinhallintatehtävän aikana potentiaalisesti traumaattisille tapahtumille altistui usein tai päivittäin

17,7% vastaajista. Näiden vastaajien keskuudessa yleisimmät tapahtumat olivat inhimillisen hädän ja kärsimyksen todistaminen (48,2% usein tai päivittäin), jalan tai ajoneuvolla miinavaara-alueen läpi kulkeminen (39,2% usein tai päivittäin) sekä voimattomuuden tunne siitä, ettei tehtävän puitteissa voinut auttaa riittävästi (24,8% usein tai päivittäin). Potentiaalisesti traumaattisille tapahtumille usein tai päivittäin altistuminen oli yhteydessä suurempaan kotiinpaluun jälkeiseen traumaperäiseen oireiluun (Mann-Whitney,  $U = 1264,590$ ,  $p < .001$ ), stressituntemuksiin ( $U = 11\,900,030$ ,  $p < .001$ ), masennusoireiluun, ( $U = 10\,828,126$ ,  $p < .001$ ) sekä vähäisempään alkoholinkäyttöön ( $U = 10\,782,835$ ,  $p = .033$ ). Vastaavat efektikoot ( $r$ ) olivat .178, .165, .098 sekä -.05.

### OIREILUMITTARIT

Kyselyssä käytettyjen mittareiden keskinäiset korrelaatiot on esitetty alla [Taulukossa 6](#). Erittelyt eri oireilumittareiden riskirajojen ylitymisestä sekä mittareiden reliabiliteetista löytyvät [Taulukon 6](#) alta [Taulukosta 7](#).

MITTARI	OPERAATION AIKAISESTI POTENTIALISESTI TRAUMAATTISET TAPAHTUMAT (R)
Traumaperäinen oireilu	-.225**
Stressituntemukset	-.220**
Masennusoireet	-.124**
Elämänhallinnan kokemus	-.069**
Alkoholinkäyttö	-.032**

**Taulukko 5** Operaation aikaisten potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien frekvenssin yhteys oireilumittareihin.

Huom. \*\*  $p < .01$ .

MITTARI	1.	2.	3.	4.	5.
1. Traumaperäinen oireilu (TSQ)	—	.406**	.390**	-.286**	.032
2. Stressituntemukset	.406**	—	.770**	-.589**	.087**
3. Masennusoireilu (DEPS)	.390**	.770**	—	-.620**	.087**
4. Elämänhallinnan kokemus (SoC-13)	-.286**	-.589**	-.620**	—	-.124**
5. Alkoholinkäyttö (AUDIT-C)	.032	.087**	.087**	-.124**	—

**Taulukko 6** Kyselyssä käytettyjen muuttujien keskinäiset korrelaatiot.

Huom. \*\*  $p < .01$ .

MITTARI	RISKIRAJOJEN YLITYMISEN FREKVENSSI	RELIABILITEETTI (CRONBACHIN $\alpha$ )
TSQ	3 (0,1%)	.70
Stressituntemukset	66 (2,8%)	.90
DEPS	59 (2,5%)	.88
SoC-13	167 (7,2%)	.89
AUDIT-C	634 (29,6%)	.39

**Taulukko 7** Oireilumittareiden reliabiliteetti ja riskirajojen ylittymisen frekvenssi.

Kaikista vastaajista 35,5% ylittyi vähintään yksi edellä mainittu riskiraja. Riskirajojen ylittyminen oli yhteydessä vastaajien ikään ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 48,898,  $p < .001$ ) siten, että vanhemmilla vastaajilla riskirajat ylittyivät merkitsevästi harvemmin kuin nuoremmilla vastaajilla.

### Traumaperäinen oireilu

Mahdollista traumaperäistä stressioireilua kartoitettiin niiden vastaajien osalta, jotka vastasivat myönteisesti kysymykseen:

*Oletko koskaan elämäsi aikana kokenut poikkeuksellisen uhkaavaa tai tuhoisaa tapahtumaa, johon liittyi kuolema tai vakava loukkaantuminen tai niiden uhka tai oman tai muiden fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen ja jonka yhteydessä koit voimakasta pelkoa, avuttomuutta tai kauhua?*

Tämänkaltaisia kokemuksia raportoi 540 vastaajaa, eli 23,3% kaikista vastaajista. Näistä 540:stä vastaajasta 216 oli kokenut traumaattisen tapahtuman kriisinhallintatehtävän aikana, kun taas loput kertoivat traumaattisten tapahtumien liittyneen ulkopuolisiin asioihin, kuten tapahtumiin kotimaassa. Suurin osa vastaajista (73,1%) ei raportoinut kokeneensa lainkaan traumaperäistä oireilua vastaushetkeä edeltävän kahden viikon aikana. Kuitenkin kohonneen traumaperäisen stressireaktion riskin riskiraja (6 pistettä) ylittyi vastaushetkellä vain kolmella vastaajalla. Tilastolliset testit eivät ole näin pienellä ryhmällä luotettavia, mutta näistä kolmesta vastaajasta kaikilla ylittyi vähintään yksi muikin riskiraja (stressituntemukset kolmella, masennusoireilu ja elämänhallinnan kokemus kahdella sekä alkoholin ongelmakäyttö yhdellä).

Käytettyjen mittareiden osalta stressituntemusten, operaation aikaisten potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien määrän sekä masennusoireilun yhteisvaikutus

selitti merkittävän osan traumaperäisestä oireilusta ( $R^2$  korj. = .228,  $p < .001$ ). Tarkempi kuvaus regressiomallista löytyy liitteestä 1. Traumaperäistä stressioireilua kartoittamaan käytetty TSQ-mittari oli tämän aineiston osalta hyväksyttävän reliabeeli ( $\alpha = .70$ ).

### Stressituntemukset

Kotiin paluun jälkeisiä stressituntemuksia kartoitettaessa suurin osa vastaajista (79%) kertoi kokeneensa vähän tai ei lainkaan oireilua kaikilla osa-alueilla. Aiemmista kriisinhallintatutkimuksista johdettu riskiraja stressituntemuksille (kaksi tai enemmän ”melko paljon” -vastauksia tai vähintään yksi ”hyvin paljon” -vastaus) ylittyi 66 vastaajalla, eli 2,8%:lla kaikista vastaajista. Heillä, joilla stressituntemusten riskiraja ylittyi, myös masennusoireilun ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 540,247,  $p < .001$ ) sekä elämänhallinnan ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 306,303,  $p < .001$ ) riskirajat ylittyivät odotettua useammin. Taustamuuttujien ja muiden oireilumittareiden osalta kotiinpaluun jälkeinen masennusoireilu selitti yksinään suuren osan kotiinpaluun jälkeisistä stressituntemuksista ( $R^2$  korj. = .624,  $p < .001$ ), joskin elämänhallinnan kokemuksen, traumaperäisen oireilun, alkoholin käytön sekä työn sisällön kuormittavuuden sisällyttäminen malliin nosti selitysasetta marginaalisesti ( $R^2$  korj. = .667,  $p = .022$ ). Tarkempi kuvaus regressiomallista löytyy liitteestä 2.

Stressituntemuksia kartoittamaan käytetty mittari oli tämän aineiston osalta erittäin reliabeeli ( $\alpha = .90$ ). Teoreettiseen viitekehukseen sitomattomalla stressituntemusten mittarilla oli kuitenkin huomattava korrelaatio masennusta kartoittavan DEPS-mittarin kanssa ( $r = .77$ ). Faktorianalyysillä tarkasteltuna stressituntemuksia kartoittava mittari oli yksiulotteinen (kts. liite 6).

### Masennusoireilu

Kotiinpaluun jälkeisen masennusoireilun osalta 60,1% vastaajista ei raportoinut lainkaan masennusoireilua, ja 97,5% vastaajista jäi alle masennuksen kliinisesti merkittävän riskirajan (9 pistettä). Näin ollen 59 vastaajan kohdalla ilmeni kohonnut riski sairastua masennukseen. Niillä vastaajilla, joilla masennusoireilun riskiraja ylittyi, myös stressituntemusten ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 540,247,  $p < .001$ ) sekä elämänhallinnan kokemuksen ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 431,767,  $p < .001$ ) riskirajat ylittyivät odotettua useammin.

Masennusoireilua kartoittamaan käytetty DEPS-mittari oli tämän aineiston osalta hyvin reliabeeli ( $\alpha = .88$ ). Taustamuuttujien ja muiden oireilumittareiden osalta kotiinpaluun jälkeiset stressituntemukset yksinään selittivät suuren osan kotiinpaluun jälkeisistä masennusoireilusta ( $R^2$  korj. = .624,  $p < .001$ ), mutta elämänhallinnan



kokemuksen, traumaperäisten oireiden sekä operaation aikaisen toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuuden sisällyttäminen malliin nosti selitystasetta hieman ( $R^2$  korj. = .673,  $p = .041$ ). Regressiomalli on tarkemmin kuvattu liitteessä 3.

### Elämänhallinnan kokemus

Koherenssin tunteen osalta 71,5% vastaajista raportoi vain vähän tai ei lainkaan elämänhallinnan kokemukseen liittyviä haasteita. Aiemmistä tutkimuksista johdetun elämänhallinnan haasteiden riskirajan (yksi tai useampi ”1” tai ”2”-vastaus viisiportaisella asteikolla) ylitti 167 vastaajaa (7,2%). Niillä vastaajilla, joilla elämänhallinnan kokemuksen riskiraja ylittyi, myös alkoholin ongelmakäytön ( $\chi^2$  (1,  $N = 2143$ ) = 5779,  $p = .020$ ), stressituntemusten ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 306,303,  $p < .001$ ) sekä masennusoireilun ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 431,767,  $p < .001$ ) riskirajat ylittivät odotettua useammin. Elämänhallinnan kokemuksen vaihtelua ennusti vahvasti iän, toiminnan ja työjärjestelyjen kuormituksen, työn sisällön kuormituksen, masennusoireiden ja stressituntemusten yhteisvaihtelu ( $R^2$  korj. = .452,  $p < .001$ ). Tarkempi kuvaus regressiomallista löytyy liitteestä 4. Elämänhallinnan kokemusta kartoittava SoC-13 -mittari oli tämän aineiston osalta hyvin reliaabeli ( $\alpha = .885$ ).

### Alkoholinkäyttö

Alkoholinkäytön osalta ongelmakäytön riskiraja (6 pistettä tai enemmän) ylittyi 29,6% vastaajista. Niillä vastaajilla, joilla alkoholin ongelmakäytön riskiraja ylittyi, myös elämänhallinnan kokemuksen ( $\chi^2$  (1,  $N = 2317$ ) = 49,768,  $p = .002$ ) riskiraja ylittyi odotettua useammin. He myös raportoivat enemmän operaation aikaista työyhteisön kuormittavuutta (Mann-Whitney,  $U = 13\,048,493$ ,  $p < .001$ ). Tarkasteltaessa mahdollisia alkoholinkäyttöä ennustavia tekijöitä (mm. taustamuuttajat, operaation aikaiset tapahtumat sekä muut oireilumittarit) havaittiin iän ja kotiinpaluun jälkeisten stressituntemusten yhteisvaikutuksen ennustavan kotiinpaluun jälkeistä alkoholinkäyttöä hieman ( $R^2$  korj. = .08,  $p < .001$ ). Kotiinpaluun jälkeisten stressituntemusten vaikutus oli iän kontrolloinnin jälkeenkin tilastollisesti merkitsevä ( $\Delta R^2 = .013$ ,  $p = .009$ ). Tarkempi kuvaus regressiomallista löytyy liitteestä 5. Alkoholinkäyttöä kartoittava AUDIT-C -mittari ei tällä aineistolla yltänyt luotettavalle tasolle ( $\alpha = .391$ ).

### AVOIMET KYSYMYKSET

Vastaajia kyselyn lopussa oleviin avoimiin kysymyksiin oli vain 333 (14,4% kaikista vastaajista) ja vastauksia analysoitiin aineistolähtöisesti. Vastauksia analysoitiin sekä laadullisin että tilastollisin menetelmin. Analyysiä

varten koottiin viisi teemaa, joiden alle vastauksia ryhmiteltiin (yksi vastaus saattoi kuulua useamman teeman alle riippuen sen sisällöstä). Nämä teemat olivat johtoportaan vaikeudet, kuormittava työyhteisö, kotiinpaluun sopeutusvaikeudet, tehtävä koettiin hyväksi kokemukseksi, huollon ongelmat.

Johtoportaan toiminnan ainakin ajoittain huonoksi koki 49 henkilöä (14,7% avoimeen kysymykseen vastanneista). Ongelmiksi koettiin esimerkiksi liiallinen mikromanagementointi, reserviläisten epäreilu ja ymmärtämätön kohtelu, huono tiedotus, johtajien kokemattomuus ja johtajien kykenemättömyys ottaa vastaan palautetta. Huomion arvoista oli myös se, että muutama vastaaja oli valittanut johtajista suoraan heidän nimillään. Vastaajista ne, jotka kokivat johtoportaan toiminnan huonoksi raportoivat enemmän työn sisällön kuormittavuutta (Mann-Whitney,  $U = 66\,846,500$ ,  $p = .013$ ), olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavuutta ( $U = 65\,245,000$ ,  $p = .035$ ), työyhteisön kuormittavuutta ( $U = 4624,400$ ,  $p < .001$ ) ja toiminnan ja työnjärjestelyiden kuormittavuutta ( $U = 4\,629,094$ ,  $p < .001$ ). Efektikoot jäivät kuitenkin erittäin pieniksi ( $r < .10$ ) kaikkien muuttujien osalta työyhteisön kuormittavuutta ( $r = .10$ ) lukuun ottamatta.

Työyhteisön aiheuttamaa kuormitusta raportoi 19 henkilöä (5,7% avoimeen kysymykseen vastanneista). Esimerkiksi motivaation puutetta, juoruilua, työkavereiden ammattitaidottomuutta ja asiatonta toimintaa raportoitiin varsinkin muiden kansallisuuksien kohdalla. Lisäksi avoimissa vastauksissa tuli esille muutamia kiusaamistapauksista. Työyhteisön kuormittavuutta kartoitettiin jo kyselyn strukturoidussa osiossa, joten tähän teemaan kuuluneita vastauksia ei analysoitu tilastollisin menetelmin.

Vaikeutta sopeutua kotimaan arkeen ja rooleihin raportoi 38 henkilöä (11,4% avoimeen kysymykseen vastanneista). Yleisimmät ongelmat olivat unirytmien asettumisen hankaluuksia sekä vaikeuksia asettua uudelleen omaan rooliin perheessä. Eräs vastaaja kommentoi: ”Väsytys ei ole lähtenyt nukkumallakaan pois. Operaatiosta johtuva perheriita ja toisen tietämättömyys siitä mitä operaation aikana ja kotona on kokenut ei ota asettuakseen.” Sopeutumisen ongelmia raportoineet toivat myös enemmän esiin kotiinpaluun jälkeisiä stressituntemuksia (Mann-Whitney,  $U = 67\,914,5$ ,  $p < .001$ ) ja masennusoireilua ( $U = 57\,214,5$ ,  $p < .001$ ), suurempaa kriisinhallintatehtävän olosuhteisiin sopeutumisen vaikeutta ( $U = 53\,793$ ,  $p = .01$ ) sekä matalampaa elämänhallinnan kokemusta ( $U = 30\,374,5$ ,  $p = .001$ ). Efektikoot jäivät hyvin pieniksi ( $r < .10$ ) kaikkien muuttujien osalta kotiinpaluun jälkeisiä stressituntemuksia lukuun ottamatta ( $r = .13$ ). Sopeutusvaikeuksia raportoineilla

elämänhallinnan kokemuksen ( $\chi^2(1, N = 2317) = 7,263, p = .017$ ), stressituntemusten ( $\chi^2(1, N = 2317) = 8,165, p = .045$ ) sekä masennusoireilun ( $\chi^2(1, N = 2317) = 17,531, p = .002$ ) riskirajat ylittyivät myös muita useammin.

Huollon haasteita raportoi 13 henkilöä (3,9% avoimeen kysymykseen vastanneista). Yleisimpiä ongelmia olivat ruuan huono laatu, logistiikan ongelmat ja hygienian ylläpitämisen haasteet. Huollon haasteita esiin tuoneet raportoivat myös enemmän kriisinhallintatehtävän olosuhteisiin sopeutumisen kuormittavuutta (Mann-Whitney,  $U = 21\,494, p = .06$ ) sekä toiminnan ja työnjärjestelyiden kuormittavuutta ( $U = 2403,197, p = .001$ ). Efektikoot jäivät kuitenkin molempien muuttujien osalta hyvin pieniksi ( $r < .10$ ).

Kriisinhallintatehtävän positiiviseksi kokemukseksi koki 62 vastaajaa (18,6% avoimeen kysymykseen vastanneista). Yleisimmin vastaajat olivat kirjoittaneet yksinkertaisesti ”hyvä reissu”. He, jotka kertoivat kokeneensa kriisinhallintatehtävän myönteiseksi kokemukseksi raportoivat enemmän operaation aikaisia potentiaalisesti traumaattisia tapahtumia (Mann-Whitney,  $U = 81\,406, p = .026$ ), raportoivat vähemmän työyhteisön kuormittavuutta ( $U = 5\,186,865, p = .025$ ) sekä toiminnan ja työnjärjestelyiden kuormittavuutta ( $U = 5\,192,130, p = .021$ ). Efektikoot jäivät kuitenkin kaikkien muuttujien osalta hyvin pieniksi ( $r < .10$ ). Tämä ryhmä ei eronnut muista oireilumittareiden riskirajojen ylittymisen suhteen. Kriisinhallintatehtävän positiiviseksi kokemukseksi kokeneet olivat myös todennäköisemmin ilmoittaneet halun tehdä jotain merkityksellistä pääasiallisesti syyksi kriisinhallintatehtävään lähtemiselle ( $\chi^2 = 6,651, p = .010$ ).

## POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tutkittiin suomalaisen kriisinhallintahenkilöstön psyykkistä vointia operaation jälkeen ja kartoitettiin siihen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä operaation aikana. Tutkimuksessa käytettyyn kyselyyn vastasi 2317 kriisinhallintaveteraania, joista suurin osa vastasi kyselyyn kolmen kuukauden sisällä operaation loppumisesta. Kysely jaettiin seuraaviin osioihin: Taustatekijät, kuormitustekijät operaation aikana, potentiaalisesti traumaattiset tapahtumat ja operaation jälkeisen oireilun mittarit. Operaation jälkeisen oireilun mittareissa oli myös kliiniset hälytysrajat, jotka ylittyivät traumaperäisten oireiden kohdalla 3 vastaajalla, stressituntemusten kohdalla 66 vastaajalla, masennusoireiden kohdalla 59 vastaajalla, elämänhallinnan kokemuksen kohdalla

167 vastaajalla ja alkoholin ongelmakäytön kohdalla 634 vastaajalla. 203 vastaajaa raportoi kokeneensa traumaattisen tapahtuman operaation aikana, mikä oli yhteydessä voimakkaampaan traumaperäiseen oireiluun ja stressituntemuksiin operaation jälkeen. Operaation aikaiset kuormitustekijät olivat yhteydessä masennus- ja stressioireiluun sekä matalampaan elämänhallinnan kokemukseen kotiinpaluun jälkeen. Vastaajista 63 raportoi kokeneensa kiusaamista kriisinhallintatehtävän aikana, mikä altisti huomattavasti suuremmalle traumaperäiselle oireilulle, stressi- ja masennusoireilulle sekä selvästi matalammalle elämänhallinnan kokemukseksi operaation jälkeen. Alkoholin käyttö oli yhteydessä masennus- ja stressioireiluun sekä heikompaan elämänhallinnan kokemukseen. Lisäksi kyselyn avoimessa osiossa tuotiin esille johtoportaan toimintaan liittyviä haasteita, huollon toimivuuden ongelmia sekä arjen rooleihin ja tehtäviin kotiinpaluunjälkeisiä haasteita, mutta myös paljon positiivisia kokemuksia kriisinhallintatehtävästä.

Kokonaisuudessaansuomalaisetkriisinhallintaveteraanit voivat psyykkisesti hyvin kotiinpaluun jälkeen. Masennusoireilu jäi vastaajilla alle suomalaisen työikäisen väestön keskiarvon (Käypä Hoito, 2022), kuten myös traumaperäinen stressioireilu (Huttunen, 2018). Alkoholin käyttömäärä vastaajien keskuudessa noudatti melko hyvin normaalijakaumaa, ja ongelmakäytön riskirajan ylittäneiden määrä (29,6%) vastasi suomalaisen työikäisen väestön keskiarvoa (THL, 2020). Huomioiden iän vaikutuksen elämänhallinnan kokemukseen, suomalaisten kriisinhallintaveteraanien elämänhallinnan kokemus ei näyttäytynyt merkittävänä haasteena, kun verrataan esimerkiksi suomalaisiin varusmiehiin (Kronström ym., 2021) tai ruotsalaisiin nuoriin aikuisiin (Lindmark ym., 2010). Stressituntemusten osalta siviiliväestön normeja ei ole saatavilla, mutta tämän aineiston löydökset vastaavat aiempien suomalaisten kriisinhallintatutkimusten löydöksiä (Leskinen, 2011).

Kyselyssä käytetyn Stressituntemukset-mittarin mielekkäisyys herättää huolta: mittari korreloi voimakkaasti masennusoireilua kartoittavan DEPS-mittarin kanssa, ja faktorianalysissä sen kysymykset latautuivat voimakkaasti samalle faktorille kuin DEPS-mittarin kysymykset. Tätä voi selittää se, että molemmissa kyselyissä nousee esille kysymyksiä samoista aihealueista. Esimerkiksi Stressituntemukset-mittarissa kysytään suoraan masentuneisuudesta. Toisaalta masennuksen on havaittu olevan korrelaatiossa stressin kanssa (Hewitt ym., 1992). Tämän lisäksi faktorianalyysi Stressituntemukset-mittarista tunnisti vain yhden faktorin, kun taas vastaavasti usein käytetty Perceived Stress Scale (PSS)

-mittari koostuu kahdesta faktorista, kuormitus- ja coping-faktoreista (Hewitt *ym.*, 1992). Stressituntemukset-mittarin kysymyksiä tarkasteltaessa pääasiasillinen paino yhdessä faktorissa keskittyi erilaiseen oireluun ja ei näin ollen kykene tunnistamaan kuormitukseen ja copingiin liittyviä mekanismeja samalla tavalla kuin PSS. Näiden havaintojen perusteella Stressituntemukset-mittari ei onnistu havainnollistamaan kaikkia stressiin liittyviä kokonaisuuksia sekä tarpeeksi erottamaan sitä masennusoireilumittarista perustellakseen sisällyttämistään kriisinhallintaveteraanien psyykkistä oireilua kartoittavaan kysymyspatteriin.

Vastaajista 86,2% koki ainakin yhden paikallisiin olosuhteisiin sopeutumisen osa-alueen poikkeuksellisen kuormittavaksi. Yleisimpiä ongelmia olivat huoli läheisten jaksamisesta kotimaassa, läheisiin kohdistuva ikävä sekä yksityisyyden puute. Olosuhteisiin sopeutumisen vaikeudet olivat useamman mittarin perusteella merkitsevässä yhteydessä mielenterveyden ongelmiin. Tämän perusteella näiden sopeutumisen osa-alueiden edistämällä olisi suuri vaikutus kriisinhallintahenkilöstön hyvinvointiin. Näitä osa-alueita voitaisiin edistää esimerkiksi antamalla enemmän mahdollisuuksia yhteydenpitoon kotiväen kanssa sekä mahdollisuuksien mukaan tiloja, joissa henkilöstö voi ainakin ajoittain olla yksin.

Työyhteisön poikkeuksellista kuormittavuutta ainakin yhdellä osa-alueella koki 29,5% vastaajista. Työyhteisön kuormittavuus oli useamman mittarin perusteella tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä mielenterveyden ongelmiin. Yksi suurimmista kuormituksen aiheuttajista oli reserviläisten ja kantahenkilökunnan erilaiset oikeudet operaation aikana, mikä näkyi myös avoimista vastauksista löytyvistä kommentteista reserviläisten kohteluun liittyen. Yhden vastaajan mukaan alkoholiin liittyvissä rikkeissä reserviläisiä rangaistiin huomattavasti kovemmin kuin kantahenkilökuntaa. Tämän lisäksi useassa muussakin avoimessa vastauksessa kommentoitiin esimiesten suhtautumisesta reserviläisiin. Näiden havaintojen perusteella olisi tärkeää pyrkiä parantamaan reserviläisten kohtelua. Reserviläisten kohtelun parantamiseksi olisi tärkeää muuttaa vallitsevia ajatusmalleja, jotka ylläpitävät reserviläisten ja kantahenkilökunnan välistä vastakkainasettelua. Useat tutkimukset ovat löytäneet yhteyden työpaikalla koetun epäoikeudenmukaisen kohtelun ja mielenterveyden ongelmien välillä (Okechukwu *ym.*, 2014; Virtanen *ym.*, 2018). Tämän perusteella reserviläisten kohtelun parantamisella voisi olla merkittävä vaikutus heidän hyvinvointiinsa operaatioilla.

Kuormittaviksi tekijöiksi työyhteisössä ja toiminnan ja työjärjestelyjen laadussa operaation aikana nousivat esille

myös erimaalaisten sotilasyksiköiden yhteistyö (n. 13% kaikista vastaajista) sekä johtamissuhteet ja vastuujaoit eri kansallisuuksien välillä (n. 9% kaikista vastaajista), missä painottuvat kulttuurien väliset toiminnalliset erot operaatioympäristöissä. Useissa avoimissa vastauksissa tuotiin esille esimerkkejä kyseisistä haasteista: ”Haastavinta koko operaation aikana oli toimia tiettyjen kansallisuuksien kanssa. Heidän toimintatapansa poikkesivat todella paljon omistamme”. Näiden perusteella tasa-arvoista työilmapiiriä rakentavilla interventioilla saattaisi olla positiivinen vaikutus kriisinhallintahenkilöstön hyvinvointiin. Tietoisuus ja ymmärrys kansainvälisiä kriisinhallintaoperaatiota ympäröivistä kulttuureista on sekä paikallisten asukkaiden että muiden rauhanturvaajien kannalta tärkeä aspekti, sillä se voi kehittää eri maiden sotilasyksiköiden kommunikointia ja yhteistyötä sekä vähentää ryhmien välisiä konflikteja (Holohan, 2019). Tämän on jopa todettu ennustavan operaatioiden pääsiallista menestystä, ja olisi näin ollen tärkeää huomioida rauhanturvaajien valmentavassa koulutuksessa.

Kiusatuksi tuleminen kriisinhallintatehtävän aikana oli merkittävä kotiinpaluun jälkeistä psyykkistä hyvinvointia heikentävä tekijä. Oireilun määrä ei riippunut kiusatuksi tulemisen määrästä, vaan riski oli korkeampi jo harvoin kiusatuksi tulleiden joukossa. Sotilasympäristöissä kiusaamisen on havaittu olevan positiivisesti yhteydessä monenlaiseen oireluun kuten stressi, ahdistus ja unenpuute (Stuart & Szeszeran, 2021). Lisäksi se vaikuttaa negatiivisesti organisaatiossa henkilöstön koheesioon sekä työkykyyn. Ongelmaa korostaa myös se, että tällaisissa olosuhteissa kiusaamistapauksista harvemmin ilmoitetaan kellekään, sillä sotilaat noudattavat niin sanottua ”vaikenemisen lakia”. Mahdollisia tapoja vähentää kiusaamista työyhteisössä ovat esimerkiksi selvät säännökset asiaan liittyen, joita myös johtajien täytyy mallintaa käytöksessään. Säännöksiin olisi tärkeää liittää lisäksi koulutusta ja monitorointia niiden tehokkuuden takaamiseksi.

Avoimissa kysymyksissä kriisinhallintatehtävän positiiviseksi kokemukseksi kuvanneet altistuivat muita enemmän operaation aikaisille potentiaalisesti traumaattisille tapahtumille, mutta heillä ei ollut keskimääräistä enempää traumakokemuksia tai traumaperäistä oireilua. Löydös vaikuttaisi viittaavan ennen kaikkea siihen, että uhkaavat tilanteet operaation aikana, tiettyyn pisteeseen asti, ehkäisevät tylystymisen ja turhautumisen kokemusta ja kenties vahvistavat sitä ennakkokäsitystä, mikä kriisinhallintatehtävään lähtevillä tulevasta operaatiostaan on. Tätä ajatusta puoltaa myös se havainto, että kriisinhallintatehtävän positiiviseksi kokemukseksi raportoineet olivat myös muita useammin

ilmoittaneet halun tehdä jotain merkityksellistä ensisijaiseksi syyksi hakeutua kriisinhallintatehtävään – vaarallisempiin tilanteisiin joutuminen saattaa siis vahvistaa kokemusta työn merkityksellisyydestä. Analyysiin saattaa vaikuttaa vinouttavasti se, että miehistö ja aliupseeristo vastasivat harvemmin avoimiin kysymyksiin kuin muut henkilöryhmät. Lisäksi vinouttavasti saattaa vaikuttaa se, että aikaisemmin kriisinhallintatehtävissä mukana olleet vastasivat myös useammin avoimeen kysymykseen.

Mittarina AUDIT-C ei tällä aineistolla yltänyt reliabiliteetiltaan hyväksyttävälle tasolle. Löydös on yllättävä, sillä niin suomalaisissa (Castrén ym., 2018) kuin ruotsalaisissakin (Lundin ym., 2015) populaatioissa AUDIT-C:n reliabiliteetti on yltänyt vähintäänkin kelvolliselle tasolle ( $\alpha > .60$ ), ja nimenomaan sotaveteraaneihin keskittyvissä tutkimuksissa (mm. Bartone ym., 2017; Currier ym., 2018) AUDIT-C:n reliabiliteetti on ollut hyvä ( $\alpha > .75$ ). Heikon reliabiliteetin vuoksi luotettavia johtopäätöksiä kriisinhallintaveteraanien alkoholinkäytöstä on tässä tutkimuksessa vaikea tehdä. Tulevissa tutkimuksissa olisi aiheellista käyttää useamman kysymyksen alkoholinkäyttöseulaa luotettavuuden parantamiseksi, sillä kotiinpaluun jälkeisistä oireiluista alkoholin ongelmakäyttöä oli tässä tutkimuksessa selvästi yleisin oireilun muoto.

Kyselyn toteuttaminen vuoden sisällä kriisinhallintapalveluksesta palaamisen jälkeen voi haitata seulonnan tarkkuutta traumaattista stressioireilua mittaavan TSQ-kyselyn suhteen. Vaikka tutkimuksissa ollaan havaittu mielenterveyden ongelmien ilmenevän todennäköisesti noin vuoden sisällä kriisinhallintapalveluksen loppumisen jälkeen (mm. Kaikkonen & Laukkala, 2016), niin useiden psykologisten oireiden ollaan havaittu alkavan vasta pidemmän ajan kuluttua (Bonanno, 2008). Eräissä tutkimuksissa pieni mutta merkitsevä osuus kriisinhallintaveteraaneista ei täyttänyt PTSD-kriteerejä ennen kuin 18 kuukautta operaation loppumisen jälkeen, vaikka he eivät olleet aikaisemmin raportoineet merkitsevän suurta stressioireilua (Gray ym., 2004). TSQ-kyselyn toteuttaminen enintään vuoden sisällä (varsinkin, kun 73,1% vastasi kyselyyn kolmen kuukauden sisällä) siis saattaa jättää seulonnan ulkopuolelle merkittävän osuuden vastaajia, jotka kuitenkin tulevaisuudessa saattavat kärsiä traumaperäistä stressistä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin aikaisemman kriisinhallintatutkimuksen (Leskinen, 2011) mukaisesti elämänhallinnan mittarille riskirajana yhtä tai useampaa ääriavastausta (viisiportaisen asteikon vastaukset 1 tai 2), ja näillä kriteereillä 167 vastaajaa ylitti riskirajan. Vaikka tutkimuskirjallisuudessa todetaan nuoremman

ikä ja matalamman koulutusasteen olevan yhteydessä matalampaan elämänhallinnan kokemukseen ilman välttämätöntä kliinistä merkitystä (Antonovsky, 1993), monissa varusmiehiin tai sotilaisiin keskittyneissä tutkimuksissa (mm. Mehlum, 1998; Ristkari ym., 2005, 2008) elämänhallinnan on havaittu olevan yhteydessä psyykkiseen oireiluun ja riskikäyttäytymiseen (mm. alkoholin ongelmakäyttö, itsetuhoisuus, psykiatriset häiriöt, huumeidenkäyttö). Tämä viittaa siihen, että valikoidusta otoksesta huolimatta elämänhallinnan kokemuksen mittarilla on kliinisesti merkityksellinen funktio kyselyssä.

Kyselyssä riskirajoja käytettiin ennen kaikkea ohjaamaan vastaajaa tarvittaessa olemaan yhteydessä sosiaalikuraattoriin kohonneen oireiluriskin vuoksi. Tästä lähtökohdasta katsottuna jonkinasteinen päällekkäisyys mittareissa tai niiden kyvyssä erotella ainoastaan kliinisesti merkittävä oireilu on hyväksyttävää ja osaltaan madaltaa kynnystä olla yhteydessä sosiaalipalveluihin. Toinen toimiva tapa madaltaa tätä kynnystä sekä tavoittaa entistä paremmin palveluita kaipaavia ja tarvitsevia kriisinhallintaveteraaneja voisi olla lisätä kyselyyn yksi suora kysymys koetusta halusta tai tarpeesta keskustella esimerkiksi sosiaalikuraattorin kanssa. Tällä tavoin kukin kriisinhallintaveteraani voisi helposti saada kontaktin kokiessaan sen tarpeelliseksi riippumatta siitä, ylittyvätkö heillä tietyn yksittäisen oireilumittarin kohdalla annetut riskirajat. Riskirajoilla puolestaan voitaisiin tavoittaa ne vastaajat, joilla on merkittävää oireilua, mutta eivät välttämättä tunnista oireilua merkittäväksi tai jostain muusta syystä ole aiemmin ottaneet yhteyttä sosiaalipalveluihin.

## LIITTEET

MALLI	$\Delta R^2$	B	SE B	$\beta$	P
1. Stressituntemukset	.192	.101	.009	.440	<.001
2. Stressituntemukset	.022	.095	.009	.413	<.001
Potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien määrä		.038	.010	.156	<.001
3. Stressituntemukset	.014	.057	.015	.247	<.001
Potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien määrä		.040	.010	.165	<.001
Masennusoireilu		.090	.028	.208	<.001

**Liite 1** Traumaperäistä oireilua selittävien tekijöiden regressiomalli.

MALLI		$\Delta R^2$	B	SE B	$\beta$	P
1.	Masennusoireilu	.625	1.483	.052	.790	<.001
2.	Masennusoireilu	.021	1.444	.051	.769	<.001
	Työn sisällön kuormittavuus		.303	.056	.147	<.001
3.	Masennusoireilu	.011	1.282	.064	.683	<.001
	Työn sisällön kuormittavuus		.306	.055	.148	<.001
	Elämähallinnan kokemus		-.135	.033	-.137	<.001
4.	Masennusoireilu	.009	1.209	.066	.644	<.001
	Työn sisällön kuormittavuus		.280	.055	.136	<.001
	Elämähallinnan kokemus		-.129	.033	-.131	<.001
	Traumaperäinen oireilu		.465	.126	.107	<.001
5.	Masennusoireilu	.004	1.208	.066	.644	<.001
	Työn sisällön kuormittavuus		.284	.055	.138	<.001
	Elämähallinnan kokemus		-.122	.033	-.124	<.001
	Traumaperäinen oireilu		.465	.125	.107	<.001
	Alkoholinkäyttö		.164	.071	.060	.022

**Liite 2** Stressituntemuksia selittävien tekijöiden regressiomalli.

KOMPONENTTI	OMINAISARVO	OSUUS VARIANSSISTA, %
1	5,682	51,658

**Liite 3** Stressituntemukset-mittarin kysymysten faktorianalyysi. Katkaisurajana käytetty ominaisarvoa 1.

MALLI		$\Delta R^2$	B	SE B	$\beta$	P
1.	Stressituntemukset	.625	.421	.015	.790	<.001
2.	Stressituntemukset	.044	.343	.017	.643	<.001
	Elämähallinnan kokemus		-.134	.017	-.256	<.001
3.	Stressituntemukset	.005	.327	.018	.613	<.001
	Elämähallinnan kokemus		-.132	.017	-.251	<.001
	Traumaperäinen oireilu		.174	.067	.075	<.001
4.	Stressituntemukset	.003	.328	.018	.615	<.001
	Elämähallinnan kokemus		-.139	.017	-.264	<.001
	Traumaperäinen oireilu		.168	.067	.073	.012
	Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus		-.020	.010	-.054	.041

**Liite 4** Masennusoireilua selittävien tekijöiden regressiomalli.

MALLI		$\Delta R^2$	B	SE B	$\beta$	P
1.	Masennusoireilu	.392	-1.190	.067	-.626	<.001
2.	Masennusoireilu	.033	-1.149	.065	-.605	<.001
	Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus		-.128	.024	-.183	<.001
3.	Masennusoireilu	.013	-.874	.105	-.460	<.001
	Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus		-.118	.024	-.170	<.001
	Stressituntemukset		-.188	.056	-.185	<.001
4.	Masennusoireilu	.012	-.867	.104	-.456	<.001
	Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus		-.125	.024	-.179	<.001
	Stressituntemukset		-.185	.058	-.183	.001
	Ikä		.560	.169	.111	.001
5.	Masennusoireilu	.007	-.842	.104	-.443	<.001
	Toiminnan ja työjärjestelyjen kuormittavuus		-.143	.025	-.204	<.001
	Stressituntemukset		-.215	.057	-.212	<.001
	Ikä		.500	.170	.099	.003
	Työn sisällön kuormittavuus		.187	.077	.090	.022

**Liite 5** Elämähallinnan kokemusta selittävien tekijöiden regressiomalli.

MALLI		$\Delta R^2$	B	SE B	$\beta$	P
1.	Ikä	.071	-.483	.079	-.266	<.001
2.	Ikä	.013	-.476	.078	-.262	<.001
	Stressituntemukset		.042	.016	.114	.009

**Liite 6** Alkoholinkäyttöä selittävien tekijöiden regressiomalli.

## KILPAILEVAT KIINNOSTUKSEN KOHTEET

Kirjoittajilla ei ole kilpailevia etuja ilmoitettavana.

## AUTHOR AFFILIATIONS

### Joonas Sahramäki

Finnish Defence Research Agency, Human Performance Division, Finland

### Kasper Kuivanen

Finnish Defence Research Agency, Human Performance Division, Finland

**Lari Törmä**

Finnish Defence Research Agency, Human Performance Division,  
Finland

**Petteri Simola**  [orcid.org/0000-0003-2759-0592](https://orcid.org/0000-0003-2759-0592)

Finnish Defence Research Agency, Human Performance Division,  
Finland

**LÄHTEET**

- Adler, A. B., Litz, B. T., & Bartone, P. T.** (2003). The nature of peacekeeping stressors. *The psychology of the peacekeeper: Lessons from the field*, 149–167.
- Antonovsky, A.** (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Antonovsky, A., Anson, O., & Bernstein, J.** (1979). Interviewing and the selection of medical students: The experience of five years at Beersheba. *Programmed Learning and Educational Technology*, 16(4), 328–334. DOI: <https://doi.org/10.1080/0033039790160411>
- Anttila, U.** (2019). Rauhanturvajien kokemuksia kotiinpaluusta ja keinoja muutoksenhallintaan. *Tiede ja ase : Suomen sotatieteellisen seuran vuosijulkaisu*, 1.
- Bartone, P. T., Johnsen, B. H., Eid, J., Hystad, S. W., & Laberg, J. C.** (2017). Hardiness, avoidance coping, and alcohol consumption in war veterans: A moderated-mediation study. *Stress and Health*, 33(5), 498–507. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.2734>
- Bonanno, G. A.** (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 101–113. DOI: <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.101>
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B.** (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2), 158–162. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.181.2.158>
- Castrén, S., Kontto, J., Alho, H., & Salonen, A. H.** (2018). The relationship between gambling expenditure, socio-demographics, health-related correlates and gambling behaviour—A cross-sectional population-based survey in Finland. *Addiction*, 113(1), 91–106. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13929>
- Currier, J. M., Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., McDermott, R. C., Sims, B. M., & Albright, D. L.** (2018). Development and evaluation of the Expressions of Moral Injury Scale—Military Version. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(3), 474–488. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2170>
- Forbes, D., O'Donnell, M., Brand, R. M., Korn, S., Creamer, M., McFarlane, A. C., Sim, M. R., Forbes, A. B., & Hawthorne, G.** (2016). The long-term mental health impact of peacekeeping: Prevalence and predictors of psychiatric disorder. *BJPsych open*, 2(1), 32–37. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001321>
- Gjerstad, C. L., Bøe, H. J., Falkum, E., Martinsen, E. W., Nordstrand, A. E., Tønnesen, A., Reichelt, J. G., & Lystad, J. U.** (2020). Prevalence and Correlates of Mental Health Problems in Norwegian Peacekeepers 18–38 Years Postdeployment. *Journal of traumatic stress*, 33(5), 762–772. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22578>
- Gray, M. J., Bolton, E. E., & Litz, B. T.** (2004). A Longitudinal Analysis of PTSD Symptom Course: Delayed-Onset PTSD in Somalia Peacekeepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 909–913. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.909>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mosher, S. W.** (1992). The Perceived Stress Scale: Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 247–257. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00962631>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L.** (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England journal of medicine*, 351(1), 13–22. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
- Holohan, A.** (2019). Transformative training in soft skills for peacekeepers: Gaming for peace. *International Peacekeeping*, 26(5), 556–578. DOI: <https://doi.org/10.1080/13533312.2019.1623677>
- Huttunen, M.** (2018). Traumaperäinen stressihäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526>
- Johansson, E.** (2001). *The UNknown Soldier-A Portrait of the Swedish Peacekeeper at the brink of the 21th Century*. Karlstad University Studies.
- Kaikkonen, N. M., & Laukkala, T.** (2016). International military operations and mental health—A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(1), 10–15. DOI: <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1048718>
- Käypä hoito -suositus.** (2022). *Depressio*. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Kronström, K., Multimäki, P., Ristkari, T., Parkkola, K., Sillanmäki, L., & Sourander, A.** (2021). Ten-year changes in the psychosocial well-being, psychopathology, substance use, suicidality, bullying, and sense of coherence of 18-year-old males: A Finnish population-based time-trend study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 313–325. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01517-4>
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S.** (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Brunner/Mazel.

- Leskinen & Keskinen.** (2014). Rauhanturvaajien kokemukset palveluksenaikaisista kuormittavista tekijöistä ja psykososiaalinen hyvinvointi kotiin palaamisen jälkeen. Puolustusvoimien tutkimuslaitos.
- Leskinen, J., & Käyttötymistieteiden laitos.** (2011). *Rauhanturvaajien psykososiaalinen hyvinvointi*. Maanpuolustuskorkeakoulu. <http://www.doria.fi/handle/10024/74161>
- Lindmark, U., Stenström, U., Gerdin, E. W., & Hugoson, A.** (2010). The distribution of “sense of coherence” among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. *Scandinavian journal of public health*, 38(1), 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494809351654>
- Lundin, A., Hallgren, M., Balliu, N., & Forsell, Y.** (2015). The use of alcohol use disorders identification test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: Validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(1), 158–165. DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.12593>
- Mehlum, L.** (1998). Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(6), 487–492. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10124.x>
- Okechukwu, C. A., Souza, K., Davis, K. D., & De Castro, A. B.** (2014). Discrimination, harassment, abuse, and bullying in the workplace: Contribution of workplace injustice to occupational health disparities. *American journal of industrial medicine*, 57(5), 573–586. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajim.22221>
- O'TOOLE, B. I., Marshall, R. P., Grayson, D. A., Schureck, R. J., Dobson, M., Ffrench, M., Pulvertaft, B., Meldrum, L., Bolton, J., & Vennard, J.** (1996). The Australian Vietnam veterans health study: III. Psychological health of Australian Vietnam veterans and its relationship to combat. *International Journal of Epidemiology*, 25(2), 331–340. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/25.2.331>
- Pääsikunnan henkilöstöosasto.** (2015). *Puolustusvoimien henkilöstöstrategia*.
- Pearn, J.** (2000). Traumatic stress disorders: A classification with implications for prevention and management. *Military Medicine*, 165(6), 434–440. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/165.6.434>
- Poutanen, O., Koivisto, A.-M., Kääriä, S., & Salokangas, R. K.** (2010). The validity of the Depression Scale (DEPS) to assess the severity of depression in primary care patients. *Family practice*, 27(5), 527–534. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq040>
- Ristkari, T., Sourander, A., Helenius, H., Nikolakaros, G., Salanterä, S., Multimäki, P., & Parkkola, K.** (2005). Sense of coherence among Finnish young men—a cross-sectional study at military call-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(6), 473–480. DOI: <https://doi.org/10.1080/08039480500360898>
- Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J. A., Nikolakaros, G., & Helenius, H.** (2008). Life events, self-reported psychopathology and sense of coherence among young men—A population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 464–471. DOI: <https://doi.org/10.1080/08039480801984313>
- Salokangas, R. K., Stengård, E., & Poutanen, O.** (1994). [DEPS—a new tool in screening for depression]. *Duodecim; laaketieteellinen aikakauskirja*, 110(12), 1141–1148. PMID: 7497919.
- Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., & Asmundson, G. J.** (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine*, 69(3), 242–248. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.843>
- Sareen, J., Stein, M. B., Thoresen, S., Belik, S.-L., Zamorski, M., & Asmundson, G. J.** (2010). Is peacekeeping peaceful? A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 464–472.
- Souza, W. F., Figueira, I., Mendlowicz, M. V., Volchan, E., Portella, C. M., Mendonça-de-Souza, A. C. F., & Coutinho, E. S. F.** (2011). Posttraumatic stress disorder in peacekeepers: A meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(5), 309–312. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175180>
- Stuart, J., & Szeszeran, N.** (2021). Bullying in the military: a review of the research on predictors and outcomes of bullying victimization and perpetration. *Military Behavioral Health*, 9(3), 255–266. DOI: <https://doi.org/10.1080/21635781.2020.1864527>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** (2020). Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 20 – 64-vuotiaat, 2020. *Sotkanet*. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0iQQA&region=s07MBAA=&year=sy5zsjbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>
- Tuunanen, M., Aalto, M., & Seppä, K.** (2007). Binge drinking and its detection among middle-aged men using AUDIT, AUDIT-C and AUDIT-3. *Drug and Alcohol Review*, 26(3), 295–299. DOI: <https://doi.org/10.1080/09595230701247756>
- Virtanen, M., & Elovainio, M.** (2018). Justice at the workplace: A review. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(2), 306–315. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0963180117000639>

---

**TO CITE THIS ARTICLE:**

Sahramäki, J., Kuivanen, K., Törmä, L., & Simola, P. (2024). Suomalaisten kriisinhallintaveteraanien psykkinen hyvinvointi kotiinpaluun jälkeen. *Journal of Veterans Studies*, 10(2), pp. 41–56. DOI: <https://doi.org/10.21061/jvs.v10i2.468>

**Submitted:** 29 January 2023

**Accepted:** 27 July 2023

**Published:** 23 April 2024

**COPYRIGHT:**

© 2024 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. See <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

*Journal of Veterans Studies* is a peer-reviewed open access journal published by VT Publishing.