



BRITTA SOHLMAN

**Funktionaalinen
mielenterveyden malli
positiivisen mielenterveyden
kuvaajana**

TOIMITUSNEUVOSTO

Matti Heikkilä, puheenjohtaja

Mika Gissler

Irma Kiikkala

Matti Kortteinen

Harri Sintonen

Sirpa Taskinen

Matti Virtanen

Sarjassa ilmestyvät tutkimukset ovat
läpikäyneet referee-arvioinnin

Suomen kielen tarkistus: Arja Aarnio

Kannen suunnittelu: Harri Heikkilä

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1556-8

ISSN 1236-0732

ISBN 978-951-33-1896-3 (PDF)

Gummerus Kirjapaino Oy

Saarijärvi 2004

Muorille ja faarille

Kiitokset

Tämän tutkimuksen toteutumiseen ovat vuosien varrella vaikuttaneet monet ihmiset, joita haluan kiittää. Ensinnäkään ei ODIN-tutkimus – eikä myöskään tämä tutkimus – olisi mahdollistunut ilman tutkimukseen osallistuneita henkilöitä Turusta, Koski Tl:stä, Marttilasta ja Tarvasjoelta. Kiitos teille kaikille.

Erityisesti haluan kiittää professori Matts Brommelsia ja tutkimusprofessori Ville Lehtistä, jotka mahdollistivat työni toteuttamisen. Ville tarjosi mahdollisuutta väitöskirjan tekemiseen ODIN-tutkimuksessa. On ollut hienoa saada osallistua ODIN-projektiin koko sen toteuttamisen ajan. Projektissa mukana oleminen on opettanut minulle tutkimuksen tekemisen perusteet käytännössä. Tästä on hyvä jatkaa! Kiitos myös kärsivällisestä ja selkeästä ohjauksestasi, Ville.

Lämmin kiitos kuuluu myös esitarkastajille professori Lauri Tarkkoselle, dosentti Raimo Raitasalolle ja dosentti Sakari Suomiselle. Kiitos teille kaikille huolellisesta paneutumisesta työhöni ja rakentavista kommentteista, joiden perusteella tekemäni korjaukset paransivat työtäni huomattavasti.

Lämpimät kiitokset ODIN-projektissa mukana olleille Teija Nummelinille, Helena Rasi-Hakalalle, Marja Lehtilälle ja Tarja Koffertille. Erityisesti haluan kiittää projektin tutkimussihteeriä Mervi Eräpohjaa, jonka huolellisella ja määrätietoisella otteella monivaiheisen tutkimuksen aineiston keruu sujui joustavasti. Mervi myös tallensi aineiston. Kiitokset kuuluvat myös Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes), koska olen saanut käyttää työaikaani tutkimuksen tekemiseen. Kiitos myös koko Stakesin mielenterveysryhmälle, joka kaikkina näinä vuosina on ollut tukenani. Monet mielenkiintoiset keskustelut mielenterveydestä ja mielenterveystyöstä on käyty ryhmän kahvipöydän ääressä. Ryhmän jäsenistä haluaisin erityisesti kiittää dosentti Irma Kiikkalaa ja valtiotieteiden maisteri Tuula Immosta. Tutkimuksen eri vaiheissa käyty innostavat keskustelut teidän kanssanne ovat auttaneet minua jäsentämään tutkimusprosessin herättämiä, välillä hyvinkin sekavia, ajatuksia. Lisäksi haluan kiittää Tuulaa siitä, että hän on jaksanut lukea työtäni niin uutterasti ja auttanut minua saamaan ajatuksiani kirjalliseen muotoon.

Professori Seppo Sarnalta ja dosentti Marko Elovainiolta sain korvaamattomia neuvoja aineistoni tilastollisiin analyysihin. Mutkaton ja joustava yhteistyö teidän kanssanne oli erityisen hieno kokemus. Kiitokset myös Arja Aarniolle, Päivi Hauhialle, Nicolas Mayow’lle, Seija Purolle, Christine Stridille, Diana Tullbergille ja Peggy Weckmanille, jotka auttoivat käsikirjoitukseni saattamisessa julkaistavaan muotoon.

Mitä maailma olisikaan ilman hyviä ystäviä. Monet ikimuistoiset hetket olemme viettäneet yhteisen harrastuksen, Musta Maija -pelin ja keskustelujen parissa. Ilman teitä ”päämääräni” olisi saattanut välillä hämärtyä. Kiitos teille, Anja Häppölä, Kirsi Markkanen, Salla Sainio ja Kristiina Laakso, yhteisistä hetkistä.

Lopuksi haluaisin kiittää vanhempiani, Sisko ja Bror Andersénia, jotka ovat aina uskoneet ja luottaneet minuun. Heille haluan omistaa tämän kirjan. Kiitos kuuluu myös aviopuolisolleni Hannulle ja lapsilleni Teemulle, Tiinalle ja erityisesti Aralle. Ara, ensi kesänä menemme yhdessä mustikkaan!

Espoon Kavallinmäessä 20.3.2004

Britta Sohlman

Tiivistelmä

Britta Sohlman: Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes, Tutkimuksia 137. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1556-8

Tutkimuksen tavoitteina on selvittää, miten Putting Mental Health on the European Agenda -raportissa esitelty funktionaalinen mielenterveyden malli soveltuu positiivisen mielenterveyden kuvaamiseen empiirisessä aineistossa. Tutkimus toteutettiin osana eurooppalaista monikeskustutkimusta The Outcomes of Depression International Network sekä kaupungissa että maaseudulla. Väestörekisterikeskus toimitti satunnaisotoksen näiden alueiden 18–64-vuotiaista. Lomakkeita lähetettiin yhteensä 2 999, joista palautettiin yhteensä 1 947. Tutkimusanalyysinä on käytetty ristiintaulukointia, non-parametrisiä testejä sekä logistista että polykotomista regressioanalyysiä. Funktionaalisen mielenterveyden mallin ja empiirisesti kerätyn aineiston välistä yhteensopivuutta on testattu käyttäen Lisrel 8.52 -ohjelmaa.

Tutkimukseen osallistuneiden koherenssin tunteen keskiarvo oli 64,1 ja itseluottamuksen 15,5. Osallistuneista runsas puolet oli tyytyväisiä itseensä nykyisellään ilman muutoksen tavoittelua. Maaseudulla asuvilla oli useammin vahva koherenssin tunne ja he olivat useammin tyytyväisiä itseensä kuin kaupungissa asuvat. Miehillä koherenssin tunne oli jonkin verran vahvempi kuin naisilla, mutta itseluottamuksessa ja tyytyväisyydessä ei esiintynyt eroja. Itseluottamus väheni iän myötä, kun sen sijaan tyytyväisyys itseen lisääntyi.

Hyvä sosioekonominen tilanne ja toisen kanssa asuminen lisäsivät positiivista mielenterveyttä, kun taas taloudellinen kriisi ja ongelmat läheisten kanssa heikensivät sitä. Naisilla oli enemmän läheisiä ystäviä ja ystävien merkitys oli suurempi naisten mielenterveydelle kuin miehillä, joilla korostui toisten osoittama mielenkiinto. Vahvan mielenterveyden omaavat kokivat terveytensä ja vointinsa hyväksi ja heillä esiintyi harvoin masennusoireita. Lisäksi he kokivat voivansa vaikuttaa itse elämässään tapahtuviin muutoksiin, tulevaisuuden suunnitelmansa selkeiksi ja suhtautuivat tulevaisuuteensa optimistisesti.

Tutkimuksen tuloksissa korostuu taloudellisten tekijöiden, kuten vaikean taloudellisen kriisin, huonoksi koetun taloudellisen tilanteen ja työttömyyden, positiivista mielenterveyttä heikentävä vaikutus. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että yksi positiivisen mielenterveyden kulmakivistä on taloudellisen tilanteen turvalliseksi kokeminen. Vahvan mielenterveyden kehitysmahdollisuuksien luominen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla ei ole mahdollista yksinomaan sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin. Lähes kaikkeen yhteiskunnalliseen päätöksentekoon liittyy ihmisten mielenterveyden kannalta merkittäviä seurauksia.

Tämän tutkimuksen perusteella funktionaalinen mielenterveyden malli on toimiva viitekehys tutkimukselle, koska sen avulla on mahdollista ymmärtää ja tulkita empiirisessä aineistossa niin moni-ilmeistä ja dynaamista käsitettä kuin mielenterveys. Tästä huolimatta malli vaatii edelleen kehittämistä ja empiirisissä aineistoissa suoritettavia tutkimuksia. Funktionaalisen mielenterveyden mallin sekä tutkimustulosten mukaan positiivinen mielenterveys on monitahoinen, dynaaminen ja kokonaisvaltainen ilmiö, joka kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Mielenterveyden seuraukset ovat ihmisen tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen kokonaisvaltaisia ilmentymiä tietyinä ajankohtana. Ihmisellä on aina positiivista mielenterveyttä enemmän tai vähemmän ongelmista ja sairauksista huolimatta.

Asiasanat: funktionaalinen mielenterveyden malli, positiivinen mielenterveys, koherenssin tunne, itseluottamus, tyytyväisyys itseän

Sammandrag

Britta Sohlman: Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana [En funktionell modell som beskriver positiv mental hälsa]. Stakes, Undersökningar 137. Helsingfors 2004. ISBN 951-33-1556-8

Målet för undersökningen är att klarlägga hur den funktionella modellen för mental hälsa som beskrivs i rapporten *Putting Mental Health on the European Agenda* kan tillämpas på en beskrivning av mental hälsa i empiriskt material. Undersökningen genomfördes som en del av den europeiska multicenter studien *The Outcomes of Depression International Network* såväl i städer som på landsbygd. Befolkningsregistercentralen gjorde ett slumpmässigt urval av 18–64-åringar från de aktuella områdena. Sammanlagt 2 999 blanketter skickades ut och 1 947 returnerades. I samband med forskningsanalysen tillämpades korstabulering, icke-parametriska tester samt logistisk och polykotom regressionsanalys. Programmet Lisrel 8,52 användes för att testa kompatibiliteten mellan den funktionella modellen för mental hälsa och insamlat empiriskt material.

I genomsnitt var känslan av koherens bland deltagarna i undersökningen 64,1 och självförtroendet 15,5. Av deltagarna var drygt hälften nöjda med sig själva och eftersträvade ingen förändring. Hos dem som bodde på landsbygden var upplevelsen av koherens oftast stark och de var oftare nöjda med sig själva än de som bodde i städer. Männens känsla av koherens var något starkare än kvinnornas, men när det gällde självförtroende och förnöjsamhet förekom inga skillnader. Självförtroendet minskade med tilltagande ålder medan däremot känslan av att vara tillfreds med sig själv ökade.

En god socioekonomisk situation och samliv förstärkte den positiva mentala hälsan, medan ekonomisk kris och problem i relation till närstående försvagade den. I jämförelse med männen hade kvinnorna flera nära vänner och vännernas betydelse var också större för deras mentala hälsa. Hos männen accentuerades behovet av att vara föremål för andra människors intresse. De som hade en stabil mental hälsa kände sig friska och mådde bra och de led sällan av depressions-symptom. Dessutom upplevde de att de själva kunde påverka förändringar som inträffade i livet, de hade en klar uppfattning om sina framtidsplaner och förhöll sig optimistiskt till framtiden.

I forskningsresultaten framträder ekonomiska faktorer, såsom till exempel svår ekonomisk kris, svag ekonomi och arbetslöshet, som omständigheter som försämrar den positiva mentala hälsan. Undersökningen ger en fingervisning om att en av hörnstenarna för en positiv mental hälsa är upplevelsen av att den ekonomiska situationen är under kontroll. Det är inte möjligt att enbart med hjälp social- och

hälsovård skapa utvecklingsmöjligheter för en stark mental hälsa vare sig på individnivå, på kollektiv nivå eller på samhällsnivå. Nästan allt samhälleligt beslutsfattande är förknippat med betydande konsekvenser också för människans mentala hälsa.

Enligt denna undersökning är den funktionella modellen för mental hälsa en fungerande referensram för forskningen, eftersom det med dess hjälp är möjligt att i empiriskt material förstå och tolka ett så mångfasetterat och dynamiskt begrepp som mental hälsa. Trots detta kräver modellen fortsatt utveckling och undersökningar av empiriskt material. Såväl den funktionella modellen för mental hälsa som forskningsresultaten visar att positiv mental hälsa är ett komplext, dynamiskt och helhetsmässigt fenomen som utvecklas i en kontinuerlig växelverkan med omgivningen. Den mentala hälsan manifesterar sig i känslor, tankar och handlingar vid en viss tidpunkt och på ett helhetsmässigt sätt. Trots sjukdomar och svårigheter har människan alltid i högre eller lägre grad en positiv mental hälsa.

Nyckelord: en funktionell modell för mental hälsa, positiv mental hälsa, känsla av koherens, självförtroende, tillfredsställelse med sig själv

Abstract

Britta Sohlman: Funtkionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana [A functional model of mental health as the describer of positive mental health]. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Research reports 137. ISBN 951-33-1556-8

The Mental Health Group of the National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, took part in the EU project 'Putting Mental Health on the European Agenda'. The project introduced in its Final Report the so-called functional model of mental health. According to this model mental health is seen as a process or a state of equilibrium determined by 1) predisposing factors, 2) personal resources, 3) precipitating factors, 4) social interaction and 5) various consequences. The model considers positive mental health as a resource.

The aim of this study was to find out how the functional model of mental health might describe positive mental health using empirical data. The study was carried out as part of the Outcomes of Depression International Network (ODIN) project. The sample was drawn randomly from the population register covering persons aged 18 to 64 years. It consisted of 2,999 persons, half of whom were selected from an urban and half from a rural area. Altogether 1,947 responded to the first questionnaire phase of the study. The data were analysed using the chi-square test, the Mann-Whitney U-test, the Kruskal-Wallis test, and logistic and multinomial regression analysis. To assess how well the model fits with the empirical data, the structural equation modelling method was used, performed with a Lisrel 8.52 program.

The mean score of sense of coherence was 64.1, and that of self-confidence was 15.5. Slightly over fifty per cent of the respondents were satisfied with themselves as they did not want any changes. The respondents living in rural areas had a stronger sense of coherence and were more often satisfied with themselves than the respondents living in urban areas. Male respondents had a stronger sense of coherence than female respondents, but in terms of self-confidence and satisfaction with themselves there were no gender differences. Self-confidence had negative correlation with age, while the correlation between satisfaction and age was positive.

A good socio-economic situation and living with another person were factors that strengthened positive mental health, while economic crises and difficulties with people close to oneself impaired it. Women had more close friends than men, and friends had a more influential effect on women's positive mental health than on that of men, while the concern showed by other people in what one is doing had a greater effect on men's mental health. The respondents who had strong mental

health perceived their general health and wellbeing as good, and they very seldom had depressive symptoms. They also felt they could have an influence on the changes occurring in their lives, their future plans were clear and their attitude towards the future was optimistic.

Economic variables, such as economic crises, perceived poor economic situation and unemployment, were emphasised as factors that can impair mental health. The study gives the impression that one of the corner stones of positive mental health is perceiving one's economic situation as safe. It is not possible to create opportunities to strengthen the positive mental health of individuals, communities and the society as whole through activities by the social welfare and health care alone. Almost all political decision-making has consequences that are of major importance regarding people's positive mental health.

The functional model of mental health is a workable framework for research, because it helps researchers to understand and interpret the complicated and dynamic concept of positive mental health in an empirical context. However the model needs to be developed further and verified with empirical data. According to the functional model of mental health and the results of this study, it would be fair to say that positive mental health is a complex, dynamic and holistic phenomenon that develops in a continuous interface with the environment. The consequences of mental health are holistic expressions of a person's feelings, thinking and behaviour at a certain moment. Everyone has positive mental health to greater or lesser degree in spite of troubles and illness.

Keywords: functional model of mental health, positive mental health, sense of coherence, self-confidence and satisfaction with oneself

Sisällys

Kiitokset

Tiivistelmä

Sammandrag

Abstract

Kuvio- ja taulukkuuettelo	15
1 Johdanto	19
2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	22
2.1 Mielen terveyden historiaa	22
2.1.1 Antiikin ja keskiajan kokonaisvaltainen ihmiskäsitys	22
2.1.2 Uusi aika – uudet käsitykset mielen terveydestä	23
2.1.3 Käsitykset mielen terveydestä 1800- ja 1900-luvun Suomessa	24
2.1.4 Mielen terveyden neljä vallankumousta	25
2.2 Mielen terveys-käsitteen esittelyä	27
2.2.1 Tavot kuvata mielen terveyttä	27
2.2.1.1 Mielen terveyden määritelmät	27
2.2.1.2 Mielen terveyden mallit	30
2.2.1.3 Mielen terveyden ominaisuudet ja kriteerit	32
2.2.1.4 Mielen terveys käytetyssä kielessä	33
2.2.2 Mielen terveys tutkimuksissa käytetyt lähestymistavat	34
2.3 Mielen terveys tässä tutkimuksessa	35
2.3.1 Positiivisen mielen terveyden käsite	35
2.3.2 Funktionaalinen mielen terveyden malli	37
2.3.3 Tämän tutkimuksen lähtökohtamalli	38
2.3.3.1 Lähtökohtamallin muuttujat	39
2.3.3.2 Positiivisen mielen terveyden osatekijät	40
2.4 Funktionaalisen mielen terveyden mallin osatekijöiden tarkastelu kirjallisuuden valossa	42
2.4.1 Yhteiskunta ja kulttuuri	42
2.4.2 Altistavat tekijät	45
2.4.3 Kielteiset elämäntapahtumat	48
2.4.4 Sosiaalinen tuki	49
2.4.5 Mielen terveyden seuraukset	51
3 Tutkimuksen tavoite	53
4 Tutkimuksen toteutus	54
4.1 Tutkimuksen eettisyys	54
4.2 Tutkimusaineiston tutkittavat	55
4.3 Tutkimusmenetelmät	56
4.4 Tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät	61
4.5 Tutkimukseen osallistuneet	64
4.6 Katoanalyysi	65
4.6.1 Katoanalyysin tulokset	65
5 Tulokset	67
5.1 Osallistuneiden positiivinen mielen terveys	68
5.2 Altistavien tekijöiden yhteys positiiviseen mielen terveyteen	70
5.2.1 Merkitsevimmän koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat altistavat tekijät	75

5.2.2	Merkitsevimmän vahvan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat altistavat tekijät	78
5.2.3	Merkitsevimmän itsen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat altistavat tekijät	80
5.3	Kielteisten elämäntapahtumien yhteys positiiviseen mielenterveyteen	82
5.3.1	Kielteisten elämäntapahtumien yhteys koherenssin tunteeseen ..	83
5.3.2	Kielteisten elämäntapahtumien yhteys itseluottamukseen	85
5.3.3	Kielteisten elämäntapahtumien yhteys itsen tyytyväisyyteen	86
5.4	Sosiaalisen tuen yhteys positiiviseen mielenterveyteen	90
5.4.1	Sosiaalisen tuen yhteys koherenssin tunteeseen	90
5.4.2	Sosiaalisen tuen yhteys itseluottamukseen	92
5.4.3	Sosiaalisen tuen yhteys itsen tyytyväisyyteen	95
5.5	Positiivisen mielenterveyden yhteys seurauksiin	97
5.5.1	Koettu terveys ja vointi sekä masennusoireiden esiintyminen	97
5.5.2	Suuntautuminen tulevaisuuteen	100
5.5.3	Mistä tulevaisuus riippuu?	103
5.5.4	Merkitsevimmän vahvan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat seuraukset	107
5.5.5	Merkitsevimmän vahvan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat seuraukset	110
5.5.6	Merkitsevimmän itsen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat seuraukset	112
5.6	Funktionaalisen mielenterveyden mallin ja empiirisen aineiston välinen yhteensopivuus	115
6	Pohdinta	119
6.1	Funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijät	119
6.1.1	Positiivinen mielenterveys	119
6.1.2	Altistavat tekijät	120
6.1.3	Kielteiset elämäntapahtumat	122
6.1.4	Sosiaalinen tuki	123
6.1.5	Mielenterveyden seuraukset	124
6.1.6	Asuinalueiden väliset erot	126
6.1.7	Sukupuolten väliset erot	127
6.1.8	Mallin testaaminen	129
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys	131
6.2.1	Funktionaalisen mielenterveyden mallin toimivuus positiivisen mielenterveyden kuvaajana	131
6.2.2	Tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät	133
6.2.3	Tutkimuksen yleistettävyys	134
7	Päätelmät	135
	Lähteet	138
	Liitteet	149

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuviot

Kuvio 1.	Neljä paradigmaa yhteiskuntateoreioiden analysointiin	29
Kuvio 2.	Kahden jatkumon malli hyvinvoinnin tason ja terveyden kuvaamiseen	32
Kuvio 3.	Mielenterveyden käsitteelliset osatekijät	36
Kuvio 4.	Funktionaalinen mielenterveyden malli	37
Kuvio 5.	Funktionaalinen mielenterveyden malli tässä tutkimuksessa	40
Kuvio 6.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat altistavat tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan	77
Kuvio 7.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat altistavat tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan	79
Kuvio 8.	Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itsen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat altistavat tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan	81
Kuvio 9.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat asuinalueen ja sukupuolen mukaan	84
Kuvio 10.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat asuinalueen ja sukupuolen mukaan	87
Kuvio 11.	Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itsen tyytymättömyyteen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat asuinalueen ja sukupuolen mukaan	89
Kuvio 12.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssintunteeseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot asuinalueen ja sukupuolen mukaan	92
Kuvio 13.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot asuinalueen ja sukupuolen mukaan	94
Kuvio 14.	Logistisen regressioanalyysin mukaan itsen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot asuinalueen ja sukupuolen mukaan	96
Kuvio 15.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat seuraukset asuinalueen ja sukupuolen mukaan	109
Kuvio 16.	Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat seuraukset asuinalueen ja sukupuolen mukaan	111
Kuvio 17.	Logistisen regressioanalyysin mukaan itsen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat seuraukset asuinalueen ja sukupuolen mukaan	114
Kuvio 18.	Yhteenveto polykotoamisen ja logististen regressioanalyysien tulosten mukaan merkitsevimmän positiivisen mielenterveyden osatekijöihin yhteydessä olevista tekijöistä	115
Kuvio 19.	Funktionaalisen mielenterveyden mallin muuttujien lataukset ja mittausvirheet	116

Kuvio 20. Rakenneyhtälömallin I muuttujien lataukset	117
Kuvio 21. Rakenneyhtälömallin II muuttujien lataukset ja mittausvirheet	118

Taulukot

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden osuudet (%) eri ikäryhmissä asuin- alueen ja sukupuolen mukaan	64
Taulukko 2. Kelan etuuksia saavien osuudet (%) tutkimukseen osallistumisen mukaan	66
Taulukko 3. Sairaalahoidot 1.1.1996–31.12.1998 sairausryhmän ja tutkimukseen osallistumisen mukaan (%)	66
Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden koherenssin tunne luokiteltuna asuin- alueen ja sukupuolen mukaan (%)	68
Taulukko 5. Itseluottamus-väittämien kanssa samaa mieltä olevien osuudet (%) asuinalueen ja sukupuolen mukaan	69
Taulukko 6. Tutkimukseen osallistuneiden perhetausta asuinalueen ja suku- puolen mukaan (%)	70
Taulukko 7. Tutkimukseen osallistuneiden asumiseen liittyvät tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)	72
Taulukko 8. Tutkimukseen osallistuneiden sosioekonominen asema asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)	74
Taulukko 9. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat altistavat tekijät	76
Taulukko 10. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat altistavat tekijät	78
Taulukko 11. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itseen tyyty- väisyyteen yhteydessä olevat altistavat tekijät, koko aineisto	80
Taulukko 12. Kielteiset elämäntapahtumat prosentteina asuinalueen ja suku- puolen mukaan	82
Taulukko 13. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat, koko aineisto	83
Taulukko 14. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat, koko aineisto	86
Taulukko 15. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itseen tyyty- mättömyyteen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat, koko aineisto	88
Taulukko 16. Tutkimukseen osallistuneiden saama sosiaalinen tuki asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)	90
Taulukko 17. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan vahvaan ja keskimääräi- seen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot, koko aineisto	91
Taulukko 18. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot, koko aineisto	93
Taulukko 19. Logistisen regressioanalyysin mukaan itseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot, koko aineisto	95

Taulukko 20.	Vastaajien terveydentila prosentteina asuinalueen ja sukupuolen mukaan, koko aineisto	97
Taulukko 21.	Terveydentilan jakautuminen (%) vastaajan koherenssin tunteen luokissa, koko aineisto	98
Taulukko 22.	Terveydentilan jakautuminen (%) itseluottamuksen luokissa, koko aineisto	99
Taulukko 23.	Terveydentilan jakautuminen (%) itseen tyytyväisyyden luokissa, koko aineisto	100
Taulukko 24.	Vastaajien tulevaisuuteen suuntautuminen asuinalueen ja sukupuoleen mukaan (%)	101
Taulukko 25.	Vastanneiden kokemukset siitä, mistä tulevaisuus riippuu, asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)	103
Taulukko 26.	Mistä tulevaisuus riippuu -vastausten jakautuminen (%) koherenssin tunteen luokissa, koko aineisto	104
Taulukko 27.	Mistä tulevaisuus riippuu -vastausten jakautuminen (%) itseluottamuksen luokissa, koko aineisto	105
Taulukko 28.	Mistä tulevaisuus riippuu -vastausten jakautuminen (%) itseen tyytyväisyyden luokissa, koko aineisto	106
Taulukko 29.	Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmin vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat seuraukset, koko aineisto	108
Taulukko 30.	Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmin vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat seuraukset, koko aineisto	110
Taulukko 31.	Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmin itseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat seuraukset, koko aineisto	113
Taulukko 32.	Mittamallien ja rakenneyhtälömallien χ^2 -testitulokset, RMR, GFI ja NFI	118

1 Johdanto

Mielenterveys ja sen merkitys yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskuntien hyvinvoinnille ovat olleet esillä monissa merkittävässä yhteyksissä viime vuosien aikana. Näistä voidaan mainita esimerkkeinä WHO:n terveystaportti 2001 (WHO 2001) ja Yhdysvalloissa julkaistu raportti *Mental Health: A Report of the Surgeon* (NIMH 1999) sekä Suomen EU:n neuvoston puheenjohtajuuskausi, jolloin mielenterveys oli yhtenä asialistan teemana. Lokakuussa 1999 pidetyn Suomen EU-puheenjohtajuuskauden virallisen mielenterveyskonferenssin tunnuslauseena olikin ”Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä!” (Lavikainen, Lahtinen ja Lehtinen 2001a.) Suomen EU-puheenjohtajuuskauden jälkeen mielenterveys on ollut eri maiden puheenjohtajakausien toistuva teema. Ranskassa teemana oli itsemurhien ehkäisy, Belgiassa depressio ja Kreikassa mielenterveyspolitiikka. (Eskola 2003.)

Helen Herrman (2001) kirjoittaa, että mielenterveys ja mielen sairaudet saavat vähän huomiota, vaikka yhä paremmin tiedämme sairauksien aiheuttavan taakkoja ja taloudellisia kustannuksia. The World Health Reportin alkusanoissa muistutetaan, että hallitusten tulee tunnistaa olevansa vastuussa niin kansalaistensa mielenterveydestä kuin fyysisestäkin terveydestä (WHO 2001). Mielenterveys ja sen yhteiskunnallinen merkitys eivät kuitenkaan ole uusi asia. Lähes vuosisata sitten Sielunterveysseuran (nykyisin Suomen Mielenterveysseura) sihteerinä vuosina 1919–1931 toiminut Karin Neuman-Rahnin puhui jo samoista asioista hieman erilaisin käsittein. Hänen mielestään sielunterveydellisestä kasvatuksesta riippuivat suuressa määrin koko kansan hyvinvointi ja tulevaisuus. Sielunterveydenhoito oli kansantaloudellinen kysymys, mutta siihen oli kiinnitettävä huomiota myös ihmisyyden nimissä. Näin ollen ihmisen ruumiillisen ja sielullisen terveyden ja hänen työkykynsä tulisi olla jokaisen hallituksen huolenpidon kohteena. (Ojakangas 1995.)

Mitä sitten on mielenterveys? F. Hillin (1995) mukaan jokainen tietää, mitä se ei ole, mutta kukaan ei ole täysin varma siitä, mitä se on. Sekä mielenterveyden että mielen sairauksien määrittely on riippuvaista historiallisista, kulttuurisista, sosiaalisista, taloudellisista ja poliittisista tilanteista. (Brown 1980; Chwedorowicz 1992.) Tästä on esimerkkinä Suomessa 1800-luvun puolivälissä käyty keskustelu, jonka mukaan Lapinlahden sairaalan ylilääkäri Leonard Adolfson Fahlander piti sanaa *houruinhoito* sopimattomana, mutta senaatti ei halunnut luopua siitä. Myös lääkintökollegio kiinnitti asiaan huomiota todeten, että mielisairas koki pelkoa ja vastenmielisyyttä joutuessaan *houruinhuoneelle* hoidettavaksi, mutta ei vastustanut menoa mielisairaalaan. *Houruinhuone* käsitettiin säilytyslaitokseksi, kun taas mielisairaala miellettiin parannuslaitokseksi. (Pesonen 1980.)

Suomen kielessä mielenterveys on suhteellisen nuori käsite. Ensimmäisen kerran se esiintyy virallisissa yhteyksissä vuonna 1952 (Alanen ym. 1976). Käsitteiden muuttumista kuvaa hyvin maailman vanhimman vapaaehtoisen mielenterveysjärjestön, Suomen Mielenterveysseuran, nimen kehitys. Järjestö oli ensimmäiseltä nimeltään Turvayhdistys mielenvikaisia varten, ja se muutettiin vuonna 1919 Sielunterveysseuraksi ja nykyiseen muotoonsa vuonna 1952. (Suomen Mielenterveysseura 2003.)

Mielenterveys on monimerkityksellisyytensä vuoksi mielenkiintoinen käsite. Harvoilla käsitteillä on sekä positiivinen että negatiivinen merkitys käyttöyhteydestä riippuen. Jokapäiväisessä puheessa mielenterveydellä tarkoitetaan usein itse asiassa mielenterveyden häiriötä. Kirjallisuushaku sanalla mielenterveys tuottaa monin verroin enemmän mielen sairauksiin kuin mielenterveyteen liittyvää tutkimusta. Psykologian alan julkaistuista artikkeleista yhtä ihmisen myönteisiä oloiloja kuvaavaa artikkelia kohden oli 17 kielteisiin ominaisuuksiin keskittyvää artikkelia (Diener ja Lucas 2000). Mielenterveyskäsitteen epämääräisyyden vuoksi on päädytty käsitteeseen positiivinen mielenterveys, jotta ero mielenterveyden häiriöihin korostuisi. R. E. Kendell on kritisoinut tätä, koska se hänen mielestään lisää entisestään mielenterveys-käsitteen epäselvyyttä. Se antaa ymmärtää, että on olemassa jokin toinen, ”negatiivinen” terveyden muoto. (Kendell 1995.)

Käytetyt määritelmät/sanat eivät ole merkityksettömiä, sillä kielen välityksellä luomme todellisuutta ja näin ollen kuvaamme mielenterveydestä (Herron ja Mortimer 2001). Upanne (2001) totesi itsemurhien ehkäisykäsityksiä koskeneessa empiirisessä tutkimuksessaan, että mielenterveysalan ammattihenkilöiden käsityksissä ilmenevät selkeästi omaksutut ihmiskäsitykset ja ongelmien kehittymistä koskevat käsitykset. Nämä käsitykset, ”paradigmat” suuntaavat myös käytännön toimenpiteitä, joihin katsotaan olevan aiheutta ryhtyä. Nämä useimmiten implisiiteiksi jäävät käsitykset suuntaavat myös yhteiskunnallisten ratkaisujen ja terveyspolitiikan painotuksia. Mielenterveytyössä tämä näkyy etenkin lääketieteellisen tautimallin mukaisena suunnitteluna. Voidaankin perustellusti olettaa, että niin tietoiset kuin tiedostamattomatkin käsityksemme mielenterveydestä vaikuttavat kaikkiin mielenterveyttä koskeviin päätöksiin yhteiskunnan eri tasoilla. Hoitosuhteessa käsitys mielenterveydestä ja sen häiriöiden syistä luo pohjan hoidolle. Samoin se näkyy yhteiskunnan tasolla esimerkiksi määriteltäessä, kenen tehtävänä on mielenterveyden edistäminen yhteiskunnassa. Tästä syystä on mielestäni välttämätöntä kiinnittää enemmän huomiota siihen, mitä me mielenterveydellä tarkoitamme. Lisäksi on tarpeen tutkia niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä mielenterveyteen eivätkä ainoastaan mielenterveyden häiriöihin.

Minulle avautui erinomainen mahdollisuus tutkia sekä käsitettä mielenterveys että siihen yhteydessä olevia tekijöitä, kun Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakesin) mielenterveysryhmä osallistui kahteen merkittävään kansainväliseen hankkeeseen. Nämä hankkeet olivat EU-hanke Putting

Mental Health on the European Agenda (Lavikainen, Lahtinen ja Lehtinen 2001) ja eurooppalainen monikeskustutkimus The Outcomes of Depression International Network (ODIN) (Dowrick 1998). Putting Mental Health on the European Agenda -hankkeen raporteissa esitettiin funktionaalinen mielenterveyden malli. Mallissa käytetään käsitettä positiivinen mielenterveys, jolla tarkoitetaan ihmisellä olevia resursseja, kuten ongelmanratkaisutaitoja, itseluottamusta ja koherenssin tunnetta. Käytän tutkimukseni viitekehyksenä tätä funktionaalisen mielenterveyden mallia. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten funktionaalisen mielenterveyden malli kuvaa positiivista mielenterveyttä. Olen ollut mukana ODINin Suomen osahankkeessa alusta lähtien. Siinä toteutettiin väestökysely, jonka aineistoa olen käyttänyt tutkimukseni empiirisenä aineistona.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Tämän luvun tavoitteena on kuvata, miten käsitykset mielenterveydestä ovat muuttuneet osana yhteiskunnan kehitystä ja miten eri tavoin mielenterveyttä on pyritty määrittelemään. Ensimmäiseksi esitän lyhyen yhteenvedon (mielen)terveyden käsitteeseen liittyvästä historiallisesta kehityksestä. Tämän jälkeen kuvaan erilaisia mielenterveyden määritelmiä, jotka pohjautuvat kahden tutkijan/tutkijaryhmän esittämiin tapoihin luokitella mielenterveyden määritelmiä.

2.1 Mielenterveyden historiaa

2.1.1 Antiikin ja keskiajan kokonaisvaltainen ihmiskäsitys

Mielenterveys käsitteenä ei ole historiallisesti kovinkaan vanha. Osaltaan tämä johtuu siitä, että antiikin aikana ja keskiaikana ihminen ajateltiin kokonaisuutena, jolloin ruumista ja sielua/mieltä ei ollut mahdollista erottaa toisistaan. Ihminen jakamattomana kokonaisuutena oli vieläkin laajempi, koska ihminen oli myös osa luonnon kokonaisuutta (Honkasalo 1988). Tästä sooman ja psyyken erottamattomuudesta on viitteitä jo faraoiden ajalta (3000–1000 eKr.). Sydän ja mieli ovat mitä ilmeisimmin tarkoittaneet antiikin Egyptissä samaa asiaa. Arabit liittivät Egyptin 640-luvulla perustamaansa muhamettilaiseen maailmanvaltaan. Egyptistä tuli islamilainen valtio ja koko keskiajan oli vallalla käsitys ruumiin ja sielun ykseydestä. (Okasha 1999.) Sielun ja ruumiin terveys liitettiin yhteen antiikin aikana muuallakin. Galenoksen (129–200 jKr.) mukaan ruoka muuttui luonnolliseksi eli fyysikaaliseksi hengeksi (natural spirit), joka muuttui verenkierron ja keuhkojen kautta tulleen ilman (pneuman) vaikutuksesta elämän hengeksi. Elämän henki muuttui animaaliseksi hengeksi ja lopuksi sekä aivoissa että hermoissa tapahtuvan tislautumisen kautta psyykkiseksi hengeksi. Galenoksen mukaan sielun sijaintipaikka ei ole erotettavissa keskushermostosta. (Achté ja Kärhä 1988; Kärhä ja Achté 1988.)

Hippokrateen (460–377 eKr.) ajoista lähtien lääketieteellinen ajattelu pohjautui neljän ruumiinnesteen (humoraalin), veren, mustan sapen, keltaisen sapen ja liman väliseen vuorovaikutukseen. Terveys oli ruumiin nesteiden tasapainossa oloa. Humoraalioppiin liitettiin eri aikoina erilaisia lisämääreitä, esimerkiksi keskiajalla siihen liitettiin luonnetyypit sangviinikko, koleerikko, melankoolikko ja flegmaatikko, jotka ovat edelleen tunnettuja käsitteitä. (Achté ja Kärhä 1988; Kär-

hä ja Achte 1988; Joutsivuo 1995a; Tuomi 2000; Forsius 2001.) Galenos oli keskiaikaisen lääketieteen ehdoton auktoriteetti, jonka opit vaikuttivat lääketieteessä noin 1 400 vuoden ajan eri puolilla maailmaa. Galenoksen mukaan sairaudet johtuivat perusnesteiden tasapainon häiriintymisen ohella niiden perusominaisuuksien (kuuma, kylmä, kuiva ja kostea) välisen tasapainon häiriintymisestä. (Forsius 1999; Forsius 2001.) Peruslaatuojen välinen suhde eli kompleksio vaihteli lajista, yksilöstä, orgaanista ja kudoksesta riippuen. Kompleksioteoria tarjosi selkeän rationaalisen selitysmallin sekä terveydelle että sairaudelle. Jokaisella ihmisellä oli oma luonnollinen kompleksio, joka sairauden aikana muuttui. Lääketieteen tehtävänä oli yksilön luonnollisen ja aktuaalisen kompleksion selvittäminen, mikä ei välttämättä ollut helppo tehtävä, koska kompleksioasteita saattoi enimmillään olla jopa 700 erilaista. (Joutsivuo 1995a.)

Vaikka ruumis ja sielu olivat erottamattomia, niin mielenterveyden häiriöitä on kuvattu ja pidetty jonkinlaisina sairauksina jo antiikin ajoista lähtien (Kendell 1995). Egyptissä, mystisestä kulttuurista huolimatta, mielenterveyden häiriöt liitettiin vahvasti fyysisiin sairauksiin, kuten sydämen oireisiin tai kohdun sairauksiin (Okasha 1999). Galenoksen aikana häiriöt olivat animaalisen hengen toimintahäiriöitä (Achte ja Kärhä 1988). Kautta aikojen on poikkeavan käyttäytymisen syynä pidetty myös ylikuonnollisia henkiä ja jumalia (Kivinen ja Vadén 1976; Kärhä ja Achte 1988; Joutsivuo 1995b). Suurimmassa osaa maailmaa, arabialaisten, kiinalaisten, hebrealaisten ja kreikkalaisten keskuudessa, on uskottu henkien ja paholaisten vaikuttavan sairauksien ja etenkin mielen sairauksien syntyyn (Kakar 1982).

2.1.2 Uusi aika – uudet käsitykset mielenterveydestä

Uusi aika on määritelty modernin tieteen perustaksi. Tämä ajanjakso ajoittui vuosiin 1600–1830. Tälle ajalle tunnusomaista oli luonnontieteiden kehittyminen. Luonnontieteissä yhdistettiin tarkat mittaukset ja teoria, jolloin alettiin puhua luonnolaeista. Samaan aikaan ranskalainen René Descartes (1596–1650) loi modernin filosofian perusteet. (Rasinkangas 2003.) Descartes pohti sitä, mihin voisi uskoa varmasti. Hän oli sitä mieltä, että ainoa asia, mistä hän voi olla varma, on oma olemassaolo. Etsiessään selviä ja tarkkoja ideoita ihmisen on hävitettävä havainnoinnin elementit, jotka ovat aisteista peräisin. Hänen mukaansa mieli ja ruumis ovat kaksi erillistä substanssia. Ihmisen rationaalisuus perustuu juuri siihen, että hän erottaa ruumiin ja sielun toisistaan (kartesiolainen dualismi). Ruumis koostui materiaalisesta substanssista, ja Descartesin mukaan kaikki aineelliset olennot ovat koneita, jotka toimivat mekaanisilla periaatteilla. Dualismin seurauksena oli, että ruumista ja sairauksia tutkittaessa ja hoidettaessa ei enää tarvinnut ottaa huomioon toimenpiteiden vaikutusta kirkon ja uskonnon vaalimaan sieluun. (Oliver 1997; Reuter 1997; Forsius, 1999.) Kartesiolainen dualismi liitetään nykyäänkin perin-

teiseen biolääketieteeseen. Länsimaisen lääketieteen biologis-reduktionistiseen kehitykseen on Descartesilla ollut vaikutusta, mutta sen kehitykseen ovat vaikuttaneet myös myöhempien aikojen tieteet, esimerkiksi valistusajan lääketieteen sitoutuminen lähes yksinomaan orgaanisiin teorioihin. (Duncan 2000; Crossley 2001.)

Hermoanatomian ja -fysiologian kehittymisen myötä humoraalipatologian merkitys väheni 1700-luvulla. Tultaessa 1800-luvulle akateeminen lääketiede irrottautui lopullisesti holistisesta tasapainomallista. Fysiikka, kemia ja evoluutio-teoria muokkasivat uudenlaista lääketieteellistä ajattelua. Herbert Spencer (1820–1903) sovelsi hermofysiologian ja evoluutioajattelun käsitteitä filosofiseen psykologiaan. Tärkeiksi käsitteiksi muodostuivat kehitys, kehittymättömyys ja rappeutuminen (degeneraatio). Englannissa ja Yhdysvalloissa näitä ajatuksia vahvisti kalvinistinen uskonto. Tämän mukaan armoton Jumala oli ennalta säätänyt ihmisen pelastumisen tai kadotukseen joutumisen. Tämä näkyi maallisen elämän menestyksenä tai epäonnistumisena. Degeneraatioteorian alkuvaiheissa lääketieteessä uskottiin lamarckismiin, jonka mukaan myös hankitut ominaisuudet vaikuttivat jälkeläisten perimään. Myöhemmin tämä näkökulma väistyi genetiikan ja rotuhygienian saadessa painavamman aseman. (Albee 1995b; Oittinen 1995; Uimonen 1995; Halmesvirta 1996.) Yhteenvedonä tältä vuosisatojen vaihteesta voidaan todeta, että silloin tavoitteena oli hakea fyysisesti todennettavissa olevia syitä henkilökohtaisille tiloille, ominaisuuksille ja sosiaaliselle käyttäytymiselle (Uimonen 2000).

2.1.3 Käsitteet mielenterveydestä 1800- ja 1900-luvun Suomessa

Maailmalla vaikuttaneet uudet ajatukset tulivat Suomeen mm. käännöskirjojen välityksellä. 1800- ja 1900-luvun vaihteessa ilmestyneissä kirjoissa olivat hyvin vahvasti edustettuina näkökulma sielun ja aivojen ykseydestä sekä degeneraatioteorian opit. Kirjoituksissa näkyi myös yhteiskunnan halu ja oikeus kontrolloida ihmisiä tai ihmisryhmiä (esimerkiksi työläisiä) kansakunnan yleisen edun nimissä. (Albee 1995b; Oittinen 1995; Halmesvirta 1996.) Vuonna 1917 ilmestyi A. Kariston suomentamana A. Forelin kirjoittama teos *Hermoston hoito ja henkinen terveys*. Kirjan alkusanat ja johdanto ilmentävät hyvin ajan henkeä:

Meidän sielunelämämme, ja samalla myöskin siveyskäsitteemme, on siis aivoelämämme ilmausta. Tästä mitä yksinkertaisimmasta syystä täytyy kaikkia sielunelämän ilmiöitä tarkastaa hermojen, s.o. aivojen terveydenhoitoon kuuluvina. Erikoisesti ovat yhteiskunnallisen terveydenhoidon kysymykset samalla siveydellisiä kysymyksiä – – Ilman järkevää yhteiskunnallista hermojen terveydenhoitoa ei voi olla tervettä inhimillisen yhteis-

kunnan kehitystä, koska luonnollinen valinta meidän sivistysyhteiskunnassamme on niin sanoaksemme lakannut, kun kehitys ei enää valikoi pois kurjia, heikkoja ja henkisesti kykenemättömiä. (Forel 1917)

Teoksissa painotettiin sairauksien olevan seurauksia vääränlaisista ajatuksista. Ihmisen ei tullut murehtia tai ajatella ikäviä asioita ja ennen kaikkea voimakkaita mielenliikutuksia tuli välttää. Kyvystä hallita ajatuksiaan riippuivat ihmisen terveys, onnellisuus ja jopa varallisuus. Swelt Marden Orison kirjoittaa professori Elmer C. Gatesin kokeiden osoittaneen pahojen tunteiden ja alakuloisuuden synnyttävän ruumiissa vahingollisia aineita, kun taas myönteiset tunteet kiihottavat soluja suurempaan työtarmoon (Orison 1910). Julia Suckdorff toteaa, että ihminen on luonnostaan rauhaton. Rauhattomuus johtuu syyllisyydestä, synnillisyydestä ja kykenemättömyydestä hyvään tekoon (Sucksdorff 1912). A. F. Goldkuhl (1888) kirjoittaa myös mielenrauhasta. Rauhattomuus kulutti elintärkeää hermovoimaa, eli kaikki kielteiset tunteet olivat kiellettyjä ja ihmisen tuli olla ”kestoiloinen”. Mentaalihygieenisenä elämänihanteena oli hyvin järjestetty, toimielias ja työntäyteinen elämä kohtuullisine ja yksinkertaisine elämäntapoineen ja ajatuksineen (Halmesvirta 1996).

2.1.4 Mielenterveyden neljä vallankumousta

Mielenterveyden ja -sairauden historiaa on jaksotettu myös niin sanottujen mielen-terveyden vallankumousten käsitteillä. Ensimmäinen vallankumous ajoittuu Ranskan vallankumouksen jälkeisiin vuosikymmeniin. Ranskalainen Philippe Pinel (1745–1826) poisti mielen-terveyden häiriöistä kärsivien kahleet ja toi heidät esiin Pariisiin vankiluolista. Samoin toimi Willian Tuke (1732–1822) Englannissa. Näiden tapahtumien jälkeen mielen-terveyden häiriöistä kärsivien hoidossa alkoi humanitaarinen ajanjakso, josta on käytetty nimitystä moraalinen hoito (moral treatment). Moraalisen hoidon ideana oli, että potilas oli opetettava elämään oikein. (Laitinen 1989; Albee 1995b; Bleandonu 1995; Ojanen 1999.)

Toinen mielen-terveyden vallankumous pohjautui Sigmund Freudin (1856–1939) ajatuksiin mielen-terveyden ja tunne-elämän häiriöiden dynaamisesta luonteesta sekä varhaislapsuuden merkityksestä. Claes Andersson (2000) on todennut Freudin merkityksestä tunnetun ranskalaisen psykoanalyysin historioitsijan Elisabeth Roudinescon suomeksi käännetyn kirjan alkusanoissa: ”Freud teki potilaistaan subjekteja: kokevia, tuntevia ja itseään ymmärtämään pyrkiviä subjekteja. – – Kaikki hoitomuodot, jotka vannovat dialogin (ja transferenssin) nimeen, perustuvat psykoanalyysiin ja Freudin ajatteluun.”

Kolmas vallankumous oli väestövastuisten hoidon kehittymisen aikaa, jonka alku sijoittui 1950- ja 1960-luvulle. Mielenterveystyö käsitettiin osaksi kansanterveyttä. (Kuikka ym. 1982; Albee 1995a.) Väestövastuiseen hoitoon siirtymisen syistä

Amerikassa Melvin Sabshin (1990) toteaa, että psykiatria luonnehtivat 1960-luvulla erilaiset ideologisesti suuntautuneet ryhmät, jotka eivät olleet keskenään vuorovaikutuksessa. Tämä aiheutti väestön keskuudessa käsitteiden sekaannusta. Myös päättäjät epäilivät psykiatrian mahdollisuuksia diagnosoida ja hoitaa mielen terveyden häiriöistä kärsiviä potilaita. Samanaikaisesti alkoi esiintyä kritiikkiä psykiatristen potilaiden laitoshoidon ja sen kroonistavaa vaikutusta kohtaan. Näiden edellä mainittujen syiden lisäksi antipsykiatrinen liike sai jalansijaa. Tämän suuntauksen mukaan mielen sairaudet olivat niiden hoitamiseksi suunniteltujen sosiaalisten instituutioiden aiheuttamia. (Mowbray ja Holter 2002.)

Gerard Bleanon (1995) käyttää mielen terveyden kolmannesta vallankumouksesta nimitystä sosiaalipsykiatria, jonka rinnalla kehittyi sosiaalipsykologia. George Engel (1977) esitteli vuonna 1977 käsitteen biopsykososiaalinen. Hän perusteli uuden käsitteen tarpeellisuutta sillä, että biolääketiede jättää huomiotta sairauden sosiaaliset, psykologiset ja käyttäytymisen ulottuvuudet. Engelin malli pohjautui systeemiteoreettiseen ajatteluun, jonka perusajatuksena oli dynaaminen vuorovaikutus ihmisen eri tasojen ”systeemien” välillä. Systeemit ulottuivat aina biokemiallisista systeemeistä sosiokulttuurisiin. Eri systeemien välinen vuorovaikutus vaikuttaa ihmisen terveyteen (solu- ja orgaaninen taso) ja ihmisen toiminnalliseen tilaan sekä hyvinvointiin (persoonallinen ja kokemuksellinen taso). Yhteiskuntatieteilijät ottivat uuden mallin innokkaasti vastaan, koska se korosti psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden tärkeyttä terveyden ja sairauksien tutkimisessa. (Williams ym. 2000; Crossley 2001.)

G. W. Albee (1995a) kirjoittaa myös mielen terveyden neljännessä vallankumouksesta, jolla hän tarkoittaa suuntautumista kohti ennaltaehkäisyä. Ennaltaehkäisy on hänen mielestään ainut mielekäs tapa vähentää laajalle levinnyttä ahdistusta. Tämä uusi suuntaus vaatii uudenlaista orientaatiota: on kiinnitettävä huomiota yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Meidän tulee aktiivisesti pyrkiä muuttamaan ja parantamaan elinoloja vähentämällä tarpeetonta stressiä ja parantamalla ihmisten kompetenssia ja sopeutumisen taitoja, erityisesti vanhempien. Yhteiskunnallista heräämistä on tapahtunut ainakin siinä, että erilaiset potilas- ja omaisjärjestöt ovat kehittyneet 1900-luvun viimeisen neljänneksen aikana merkittäviksi vaikuttajiksi mielen terveyden kentässä (Mowbray ja Holter 2002). Tulevaisuuden haasteita on myös mielen terveyden edistäminen. Edistäminen ja ehkäisy ovat väistämättä toisiinsa liittyviä ja osin päällekkäisiä toimintoja. Tulevaisuudessa tulisikin ottaa huomioon, että mielen terveyden edistäminen, ehkäisy, hoito ja kuntoutus muodostavat jatkumon eivätkä erillisiä, keskenään taistelevia alueita. (Herrman 2001; Rutz 2001.)

2.2 Mielen terveys-käsitteen esittelyä

Mielen terveyteen liittyvää kirjallisuutta on runsain mitoin. Käsitteen määrittelyn vaikeutta kuvaa myös se, että systemaattisen ja selkeän mielen terveyden määrittelmien kirjallisuuskatsauksen esittäminen on vaikeaa. Lähestymistapoja aiheeseen on varmasti useita. Olen valinnut tähän esitykseeni kahden tutkijaryhmän tavan luokitella mielen terveys-käsitettä. Tutkijat ovat 1) Sandy Herron ja Rebecca Mortimer sekä 2) William C. Compton, Maggie L. Smith, Kim A. Cornish ja Donald L. Qualls. Luokittelujen sisällä olen esittänyt kirjoittajien nimeämien henkilöiden lisäksi sellaisia tutkijoita, joiden käsitykset mielen terveydestä sopivat kyseiseen käsiteluoikkaan. Luokittelut ovat osittain päällekkäisiä, mutta mielestäni ne kuitenkin auttavat jäsentämään ja ymmärtämään niitä moninaisia lähestymistapoja, joista käsin mielen terveyttä on määritelty.

2.2.1 Tavot kuvata mielen terveyttä

Herronin ja Mortimerin (2001) mukaan mielen terveyden kiistanalaista luonnetta voidaan ymmärtää tutkimalla niitä erilaisia tapoja, joilla ihmiset ymmärtävät mielen terveyden. Näin he ovat päätyneet neljään erilaiseen jäsennykseen: 1) mielen terveyden määrittelmät, 2) mallit, 3) mielen terveyden ominaisuudet ja kriteerit sekä 4) keskustelussa käytetty kieli. Mielen terveyden erilaiset käsitykset ovat jatkuvasti keskinäisessä vuorovaikutuksessa vaikuttaen toisiinsa. Kirjoittajien mukaan käsitykset mielen terveydestä ovat myös "ikkuna" niitä käyttävien ihmisten ajatuksiin ja uskomuksiin.

2.2.1.1 Mielen terveyden määrittelmät

Mielen terveyden määrittelmät tarjoavat käsitteellisiä tuokiokuvia siitä, miten tutkijat, teoreetikot ja käytännön työntekijät näkevät mielen terveyden. Määrittelmät tiivistävät ja heijastavat sitä, miten eri kulttuureissa mielen terveys nähdään kunkin ajankohtana. Kuitenkin määrittelmien perussisällöt ja kontekstit vaihtelevat. Mielen terveys usein määritellään käyttäytymistä ja kokemusta kuvaavilla termeillä, jotka ovat yhdenmukaisia toimintaa, rationaalisuutta ja moraalia koskevien yleisten käsitysten kanssa (Insel ja Roth 1979). Mielen terveyden määrittelmissä on erotettavissa ainakin seuraavat lähestymistavat: elämänkaariajattelu ja tasapainon, homeostaasin, periaate. Elämänkaariajattelussa mielen terveys voidaan nähdä esimerkiksi a) funktionaalisenä, b) suhteina tai c) taitona ja kyvykkyytenä. Christopher Boorse (1976) on esittänyt, että fyysisessä lääketieteessä käytetty terveyden funktionaalinen idea on suoraan sovellettavissa mieleen samalla tavalla kuin sitä sovelletaan ruumiiseen. Evolutionaalisesta perinteestä käsin mielen terveys määri-

tellään käyttäen termejä sopeutuminen ja funktiot. Nämä mahdollistavat myös kielteisten piirteiden liittämisen hyvään mielenterveyteen, kuten puolustautumisen vaaran uhatessa tai sen välttämisen. (Gilbert 1992.)

J. Birtchnell (1995) toteaa, että mielenterveys voidaan määritellä positiivisina suhteina. Tutkijan mielestä sosiaalisten suhteiden solmiminen muodostaa perustan lähes kaikelle inhimilliselle käyttäytymiselle. M. Money (1995) menee päätelmissään pidemmälle. Hän kirjoittaa universon ykseydestä, jossa muutos yhdessä entiteetissä muuttaa kokonaisuutta. Hänen mukaansa tulisi kehittää terveyteen holistista näkökulmaa, jossa ihmisen terveyttä ei voida erottaa maapallon terveydestä. Myös Intiassa monet mielenterveyttä määrittelevät ideat pohjautuvat siihen, miten ihminen käyttäytyy suhteessa toisiin ihmisiin, etenkin perheeseen ja yhteisöön (Kakar 1982).

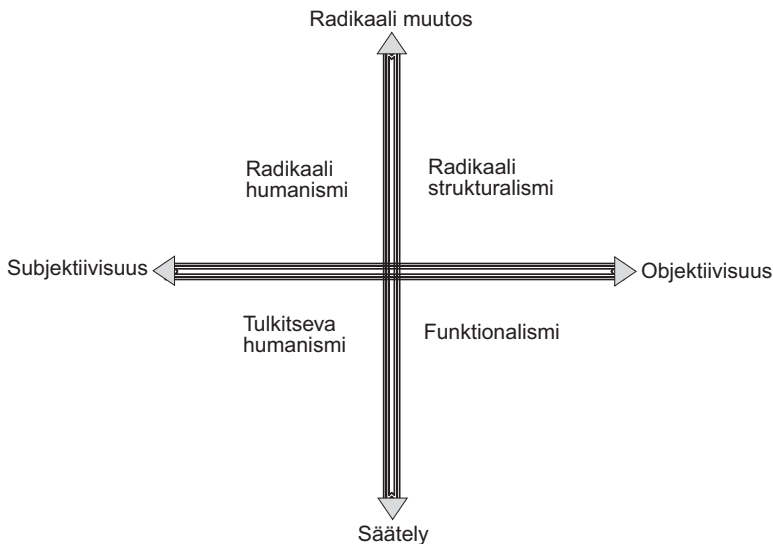
Mielenterveys taitona ja kyvykkyytenä -otsikon alla voidaan mainita Freudin usein lainattu määritelmä mielenterveydestä kykynä rakastaa ja tehdä työtä (Holmström 1975). Puolalainen A. Chwedorowich (1992) kuvaa mielenterveyttä yksilön kasvun ja kehittymisen kapasiteetiksi. Tämän lisäksi mielenterveyteen kuuluu, että vastoinkäymisten sattuessa ihminen ei menetä kykyään toimia fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti (Kilonzo ja Simmons 1998). Näiden määritelmien kanssa yhtenevästi, mutta hieman eri sanoin ovat australialaiset virkamiehet määritelleet mielenterveyden: mielenterveys on emotionaalista ja henkistä kestävyyttä, joka mahdollistaa ihmisen elämästä nauttimisen sekä selviytymisen kivusta, pettymyksistä ja surusta huolimatta (Health Education Authority, 1997a).

Toinen lähestymistapa mielenterveyden määritelmiin on homeostaasin periaate. Käsitteen otti käyttöön Karl Menninger. Hänen mielestään puhuttaessa elimistön tasapainosta se usein liitetään suhteellisen yksinkertaisiin fysikaalis-kemiallisiin tiloihin. Uuden käsitteen avulla hän halusi painottaa elimistön monimuotoisuutta. (Menninger, Mayman ja Pruyser 1972). Tasapainon käsitettä käyttäviä tutkijoita ovat myös D. Paul ja L. Hagan (1988). Heidän mukaansa mielenterveys voidaan kuvata siten, että ihmisen persoonallisten ominaisuuksien ja hänen ympäristönsä aiheuttamien vaatimusten välillä on tasapaino. Tämä tasapaino on luonteeltaan epävakaa ja jatkuvassa liikkeessä: ihminen muuttuu koko ajan, kuten hän ympäristönsäkin. E. J. Parkinsin (1994) mielenterveyden mallissa mielen toiminnot on kuvattu homeostaasin periaattein, ja ne ovat yhdenmukaisia normaalia kognitiivista ja neurofysiologista kehitystä koskevan tiedon kanssa.

Mielenterveyden määritelmiä on runsaasti ja niitä onkin pyritty havainnollistamaan ja arvioimaan erilaisin tavoin. Yksi tällainen tapa on alun perin Gibson Burellin ja Gareth Morganin (1979) kehittämä kehikko yhteiskuntateorioiden analysoimiseksi, ja sitä on myös sovellettu mielenterveyden määritelmiin. Analysointi perustuu kahteen ristikkäin olevaan jatkumoon: tieteellinen olemus ja yhteiskunnan säätely. Tieteellinen olemus voidaan kuvata jatkumolla subjektiivisuus – objektiivisuus. Toisen jatkumon muodostaa käsitys yhteiskunnan säätelystä käsittein

säätely ja radikaali muutos. Näin syntyy nelikenttä, jonka osat ovat tulkitseva humanismi, radikaali humanismi, radikaali strukturalismi ja funktionalismi (kuvio 1). Tulkitsevassa humanismissa yhteiskuntaa pyritään ymmärtämään ja selittämään ensisijaisesti sosiaalisiin prosesseihin sitoutuneiden toimijoiden näkökulmasta. Radikaalin humanismin juuret ovat samassa traditiossa kuin tulkitsevan humanismin. Kun tulkitseva humanismi kiinnittää huomiota prosesseihin, niin radikaalin humanismin edustajat kritisoivat prosesseja, koska heidän mielestään todellisuus on sosiaalisesti luotu ja sitä ylläpidetään sosiaalisissa käytännöissä. Radikaali strukturalismi pohjautuu materialistiseen näkemykseen luonnosta ja yhteiskunnasta. Mielenkiinnon kohteita ovat yhteiskunnassa esiintyvät ristiriidat, hallitsemisen tavat ja riisto. Funktionalismi pohjautuu luonnontieteisiin ja sen yleisenä tavoitteena on tuottaa rationaalisia selityksiä sosiaalisille ilmiöille. Funktionalistien mukaan sosiaalinen maailma on muodostunut suhteellisen pysyvistä tosiasioista ja suhteista, joita voidaan tunnistaa, tutkia ja mitata luonnontieteelle omaisin lähestymistavoin. Tätä neljän paradigman menetelmää ovat käyttäneet mielenterveyden ja mielenterveyden edistämisen käsitteiden analysoinnissa mm. Keit Tudor (Tudor 1996; Tudor ja Holroyd 1992) ja Eve Braidwood (Braidwood 1997; Braidwood 2000).

Braidwood on toteuttanut kaksi mielenterveyteen liittyvää tutkimusta, joissa hän on käyttänyt tulkintakehikkona neljän paradigman mallia (Braidwood 1997; Braidwood 2000). Näihin tutkimuksiin perustuen tulkitseva humanistinen paradigma lähtee olettamuksesta, että ollaksemme mieleltämme terveitä meidän tulee saavuttaa useita taitoja, kuten itsevarmuus ja stressin hallinta. Tässä tavassa paino-



KUVIO 1. Neljä paradigmaa yhteiskuntateorioiden analysointiin, Burrell ja Morgan 1979

tetaan myös kykyä muodostaa rakentavia suhteita toisten ihmisten kanssa. Tutkimuksissa tulkitsevan humanismin kenttään liittyviä mielenterveyden määritelmiä olivat ongelman ratkaisutaidot, tavoitteiden asettaminen, ajatusten ja tunteiden ilmaiseminen, tunteiden tunnistaminen ja hallitseminen. Myös ihmissuhteissa merkityksellisiä käsitteitä ovat tarvittavien taitojen kehittäminen, vastuunottokyky ja tilanteiden realistinen arviointi.

Radikaali humanismin lähtökohta on hyvin yksilökeskeinen, painopiste on itsensä toteuttamisessa. Tärkeintä on sisäinen kokemus mielenterveydestä. Näistä lähtökohdista on helppo ymmärtää, että normaali mielenterveys käsitteenä on laaja. Radikaalissa humanismissa mielenterveyttä kuvattiin esimerkiksi käsitteillä itsearvostuksen tunne, ilo olemassaolosta, mielenrauhan kokeminen ja elämällä on tarkoitus.

Radikaali strukturalismi on luonteeltaan kollektiivinen. Tässä paradigmassa ollaan kiinnostuneita ihmisten myötätunnosta sekä oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen yhteiskunnan saavuttamisesta. Ihminen ei voi olla mieleltään terve, mikäli hän ei koe myötätuntoa heikompiosaisia kohtaan. Tutkimuksissa mielenterveyttä kuvattiin käsitteillä pyrkimys edistää yhteistä hyvää, vastustaa sortoa, taistella epäoikeudenmukaisuutta vastaan ja toisten oikeuksien huomioon ottaminen.

Funktionalismissa mielenterveys on sidottu ihmisen kykyyn käyttäytyä hyväksytyllä tavalla; mielenterveys on kykyä sopeutua sosiaalisiin normeihin. Funktionaaliseen kenttään kuuluvia mielenterveyttä kuvaavia käsitteitä olivat kyky sopeutua arkipäivän elämään, itsensä hallinta, inhimillisten tunteiden koko kirjon kokeminen ja kyky toimia rationaalisesti ja tavoitteellisesti.

2.2.1.2 Mielenterveyden mallit

Mielenterveyden mallit ovat todellisuuteen ja/tai teoriaan pohjautuvien rakennelmien abstrakteja kuvauksia. Mallit auttavat selkiyttämään ajatuksia ja toimivat myös käytäntöä ohjaavina analyttisinä kehyksinä. Usein malleja on kehitetty sen vuoksi, että on pyritty operationalisoimaan mielenterveyden määritelmiä. Malleissa saattaa olla mukana useita määritelmiä, ja niitä on käytetty antamaan kuva siitä, miten mielenterveys tulisi nähdä. Kirjallisuudessa esiintyy kolme päämallia, jotka ovat 1) yksinapainen (unipolar), 2) kaksinapainen (bipolar) ja 3) kahden jatkumon malli (two continua model).

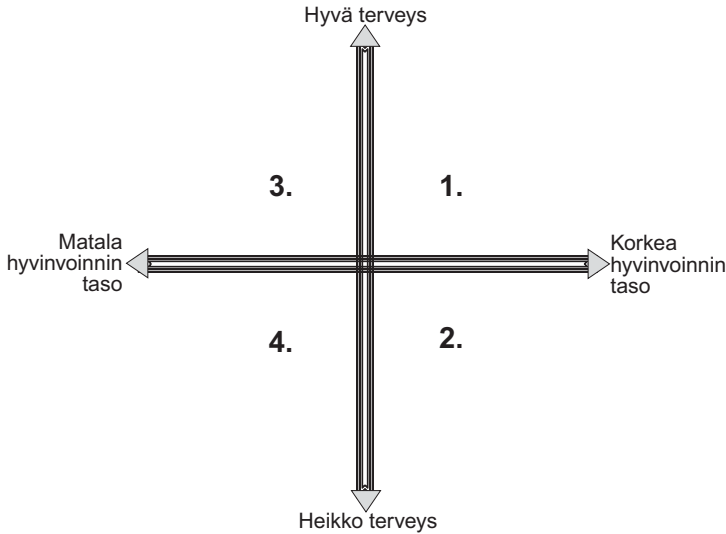
Yksinapaisessa mallissa mielenterveys nähdään pikemminkin mielen sairauden lieventävänä tai kaunistelevana ilmauksena. Tämä ilmenee muun muassa siten, että puhuessamme mielenterveydestä tarkoitamme itse asiassa mielen sairauksia. Me puhumme mielummin terveydestä kuin sairaudesta. Mielen sairauksista kärsivien ihmisten hoidosta vastaavat mielenterveysyksiköt. Käytännössä käyttäytymisemme ilmaisee selkeästi, miten pidämme terveyttä pelkästään sairauden tai heikkouden vastakohtana. (Herron ym. 1997; Kendell 1995.)

Kaksinapaisessa mallissa mielenterveys ja mielen sairaus ovat saman jatkumon vastakkaisia päitä (Kendell 1995). Odd Steffen Dalgard (1995) pitää hyvänä ajatusta, että mielenterveys ja mielen sairaudet ovat samalla jatkumolla. Jatkumolla olevaa mielenterveyttä on mahdollista mitata, vaikka onkin olemassa erilaisia käsityksiä siitä, miten sen määrää voidaan arvioida. Mielenterveys positiivisessa mielessä on hyvin vaikea mitata ilman, että mielen sairauden puuttuminen olisi validointikriteerinä. Toisen olemassaolo sulkee toisen pois tai toisen lisääntymisen vähentää toista (Kendell 1995). Se, miten ihminen reagoi olosuhteisiinsa ja millaisia sopeutumisen keinoja hän käyttää päivittäisistä tapahtumisista selviytymiseen, ilmaisee hänen sijaintinsa jatkumolla mielenterveys – mielen sairaus (Health Education Authority, 1997b).

Kolmannen mallin mukaan mielenterveys on erillinen ja erilainen käsite kuin mielen sairaus. Money (1997) korostaa sitä, että mielenterveys ja mielen sairaus tulee erottaa toisistaan. Tämän kahden jatkumon mallin perusteet on löydettävissä esimerkiksi Marie Jahodan (1958) kirjoituksista. Jahoda toi esiin mielenterveyden positiivista luonnetta ja vastusti näkemystä, että mielenterveys olisi ainoastaan mielen sairauden puuttumista. Tämän mallin mukaan mielenterveys ulottuu minimaalisesta mielenterveydestä optimaaliseen mielenterveyteen. Terveyden ymmärtäminen positiivisesti vaatii Aaron Antonovskyn mukaan salutogeenistä lähestymistapaa (Antonovsky 1987).

Herron ja Mortimer eivät mielenterveyden kuvaamista koskevassa artikkelissaan (2001) käsittele kahden jatkumon mallia tarkemmin. Herron on yhdessä neljän muun tutkijan kanssa kirjoittanut toisen artikkelin, jossa sitä kuvataan. Heidän mukaan tässä mallissa esiintyy kaksi käsitettä samanaikaisesti rinnatusten ilman keskinäistä riippuvuutta. Tämän mallin perusajatus on, että mielenterveys on erillinen ja erilainen käsite kuin mielen sairaus. Jatkumot voivat esiintyä rinnakkain tai ristikkäin. (Herron ym. 1997.) Dennis Trent (1992) kirjoittaa, miten kahden jatkumon malli antaa monia etuja verrattuna yhden jatkumon malliin. Hän mainitsee muun muassa, että mielen sairauden jatkumo ulottuu nolasta (ei mielen sairautta) sataan (mielen sairaus). Ääripäiden tilanteet tosin toteutuvat erittäin harvoin kenenkään kohdalla. Tämä Trentin mielestä auttaa meitä ymmärtämään, että jokainen meistä on jossain kohtaa mielensairauden jatkumoa. Hänen mielestä näin voidaan hälventää ennakkoluuloja mielen sairauksia kohtaan. Lisäksi hän toteaa, että erottamalla mielen sairaus ja mielenterveys toisistaan on mahdollista käyttää lääketieteellistä mallia sairauksien hoidossa, jonne mielen sairaudet kuuluvatkin. Lääketieteellistä mallia ei tule soveltaa mielenterveyden alueella.

R. S. Downie, Carol Tannahill ja Andrew Tannahill (1996) kuvasivat kirjassaan hyvinvoinnin ja terveyden välistä yhteyttä ristikkäin olevien jatkumoiden avulla (kuvio 2). Jatkumoiden ääripäät ovat korkea ja matala hyvinvoinnin taso sekä hyvä ja huono terveys. Jatkumot muodostavat nelikentän: 1) ihmiset, joilla on hyvä terveys ja korkea hyvinvoinnin taso, 2) ihmiset, jotka kokevat itsensä sairaak-



KUVIO 2. Kahden jatkumon malli hyvinvoinnin tason ja terveyden kuvaamiseen, Downie ym. 1996

si, mutta heidän hyvinvointinsa taso on korkea, 3) ihmiset, jotka ovat terveitä, mutta hyvinvoinnin taso ei jostain syystä ole korkea ja 4) ihmiset, joiden terveys on heikko ja hyvinvoinnin taso matala. Kirjoittajien mukaan hyvinvointi ei perustu ainoastaan henkilökohtaiseen (hedonistiseen) kokemukseen hyvinvoinnin tasosta, vaan todellinen hyvinvoinnin taso pohjautuu käsitteeseen empowerment, voimaantuminen.

Yksi esimerkki suhteellisen uudesta tavasta kuvata mielenterveyttä on funktionaalinen mielenterveyden malli. Mallin lähtökohtana on professori Clemens Hosmanin (1997a) kehittämä funktionaalinen malli mielenterveyden edistämisen ja ehkäisyn käsitteelliseksi kehikoksi. Mielenterveys kuvataan mallissa henkilön käytössä olevien resurssien, mielenterveyttä edeltävien tekijöiden ja mielenterveyden seurausten (outcomes) avulla. Herronin ja Mortimerin mielenterveyden mallien luokituksen mukaan funktionaalinen mielenterveyden malli voidaan lähinnä sijoittaa kahden jatkumon malliin, jossa mielenterveys on erilainen käsite kuin mielen sairaus.

2.2.1.3 Mielenterveyden ominaisuudet ja kriteerit

Mielenterveyden ominaisuudet/kriteerit ilmentävät sitä, miten joitain määritelmän tai mallin piirteitä painotetaan. Näiden ominaisuuksien/kriteerien läsnäolo ilmoittaa lukijalle, mitkä tekijät luonnehtivat ja/tai muodostavat mielenterveyden.

Tässä piilee mielenterveys-käsitteen ristiriitaisuuden ydin. Kirjallisuuden mukaan mielenterveyden ominaisuudet/kriteerit ovat hyvin monimutkaisia. B. Buda (1996) on esittänyt, miten vaikeaa on mielenterveyden tekijöiden määrittely. Hän valottaa asiaa esittämällä kysymyksiä: Mikä on sopeutumisen optimaalinen määrä jossain tietystä ympäristössä? Mikä on kommunikointitaitojen ja itseluottamuksen ihanteellinen taso? Nämä kysymykset kuvastavat mielenterveyden subjektiivista ja suhteellista luonnetta. Se, mitä mielenterveydellä ymmärretään, riippuu paljon siitä, minkälaisille osatekijöille/kriteereille annetaan etusija.

Kriteereiden luomisesta voidaan esimerkiksi mainita Yung-Ho Ko (1982), jonka mukaan mieleltään terveellä ihmisellä on useita hyödyllisiä ominaisuuksia ja vähän haitallisia tapoja. Kon mukaan hyödyllisiä ominaisuuksia ovat tekijät, jotka ylläpitävät ja vahvistavat 1) tyydyttäviä ihmissuhteita, 2) ihmisen hyvinvoinnin tunnetta ja 3) itsensä toteuttamista, kypsymistä. Vastaavasti haitalliset ominaisuudet estävät edellä mainittujen tekijöiden ylläpitoa ja/tai vahvistamista. Ominaisuuksia laskemalla saadaan indeksi, jota voidaan hyödyntää hoidon seurannassa. Toisenlaista lähestymistapaa edustaa Reijo Holmström (1975), joka tutki Freudin mielenterveyden määritelmää ”kyetä rakastamaan ja tekemään työtä” pyrkimällä operationalisoimaan nämä käsitteet konkreettisin käsittein.

Trentin mukaan mielen sairaus vaikuttaa mielenterveyteen, joten meidän tulee olla tietoisia mielen sairautta edeltävistä tekijöistä. Oireet eivät ole käyttökelpoisia, koska ne ilmaantuvat vasta sairauden myötä. Hän päätyy pohdinnoissaan perustunteisiin ja reaktioihin, joita ovat häpeä, syyllisyys, pelko ja eristäytyneisyys. Nämä ominaisuudet eivät ole välttämättömiä tai riittäviä ehtoja mielen sairaudelle. Käytännöllisesti katsoen kuitenkin jokaiselle mieleltään sairaalle ihmiselle nämä tunteet tuottavat kärsimystä. Mieleltään terveellä ihmisellä on lupa olla, tehdä, ajatella ja tuntea ilman häpeää, syyllisyyttä, pelkoa ja eristäytymistä. (Trent 1994, Trent 2001.) L. Baileyn (1997) mukaan mielenterveyttä määrittäviä ominaisuuksia ovat joustavuus, sisäinen rauha, elämänilo, tietoisuus omista ja muiden tarpeista.

2.2.1.4 Mielenterveys käytetyssä kielessä

Puhuessamme mielenterveydestä käytämme monia käsitteitä rinnakkain ja osin päällekkäin. Käsitteitä subjektiivinen hyvinvointi, tyytyväisyys elämään, onnellisuus ja elämänlaatu käytetään usein ilmaisemaan mielenterveyttä. Myös käsitteitä psykologinen, tunneperäinen tai henkinen käytetään samassa merkityksessä kuin mielenterveys. Käytetty kieli muuttuu jatkuvasti, kuten J. Henden (1992) toteaa: potilaat ovat nykyisin ”asiakkaita, asukkaita, käyttäjiä, kuluttajia, vastaanottajia”. Kielenkäytössä mielenterveyteen liitetään sekä myönteisiä että kielteisiä mielikuvia, mistä esimerkkinä voidaan todeta mielenterveyden tarkoittavan monissa yhteyksissä mielen sairauksia. Käytetyt määritelmät/sanat eivät ole merkityksettömiä, sillä kielen välityksellä luomme todellisuutta ja näin ollen kuvaamme mie-

lenterveydestä. Kirsi Juhila (1999) on todennut, että yksittäisissä puhetilanteissa ja teksteissä käytetyt sanat, lauseet, lauseiden väliset suhteet sekä näiden tuottamat merkitykset ovat esittämistilanteen lisäksi myös osa kulttuurista jatkumoa.

2.2.2 Mielenterveystutkimuksissa käytetyt lähestymistavat

Tutkijaryhmän Compton, Smith, Cornish ja Qualls (1996) mukaan mielensterveyttä lähestytään tutkimuksissa lähinnä kolmesta näkökulmasta, jotka ovat persoonallisuuden kasvu, subjektiivinen hyvinvointi ja stressiä kestävä persoonallisuus. Persoonallisuuden kasvun näkökulmasta mielensterveys on ihmisen myönteisten psykologisten ominaisuuksien ja mahdollisuuksien kehittymistä parhaalla mahdollisella tavalla. Erilaiset persoonallisuusteoriat toimivat tämän tutkimusperinteen ohjenuorina. Persoonallisuuden kasvun teorioissa näkökulma on kehittyminen. Kehittymistä tapahtuu koko ihmisen eliniän, ja se on riippuvainen eri kehitysvaiheisiin liittyvien tehtävien onnistuneesta läpikäymisestä. Kehitysteorioiden mukaan vain aniharvat ihmiset elävät hyödyntäen koko potentiaaliaan. Nämä teoriat pohjautuvat humanistiseen ajatteluun ihmisestä; tämän ajattelun mukaan ihminen kokee jatkuvasti muutoksia (Viitamäki, Achte ja Rechartd 1978; Hosman 1997b). Stressitutkimus sai alkunsa 1950-luvulla Hans Selyen selvityksistä, miten pitkäkestoinen stressi vaikuttaa elimistöön. Nykyisin stressitutkimuksessa kiinnitetään huomiota ihmisen sekä sisäisiin että ulkoisiin tekijöihin samanaikaisesti. Stressin vaikutukset ovat riippuvaisia siitä, miten uhkaavina stressitekijöitä pidetään ja millaisia sopeutumisen keinoja on käytettävissä. Osa tutkijoista on keskittynyt selvityksissään siihen, miksi toiset ihmiset onnistuvat sopeutumaan stressaaviin tilanteisiin toisia paremmin eli kestävät stressiä paremmin. (Wagenaar ja LaForge 1994; Aromaa 1996.)

Erikssonin psykososiaaliset kehitystasot (Aquilara ja Messick 1981) ja Abraham H. Maslow'n (1968) teoria itsensä toteuttamisesta ovat tunnetuimpia persoonallisuuden kasvun teorioita. Muista tämän alueen tutkijoista voidaan mainita esimerkiksi Chwedorowicz (1992), jonka mukaan mielensterveys on ihmisen kykyä kasvaa ja kehittyä. Rosemarie Riqqo Parse (1998) ilmaisee tämän saman asian sanomalla, että terveys on kasvuprosessi, jossa ihminen muuttuu ja tulee jatkuvasti joksikin keskinäisessä vuorovaikutuksessa universumin kanssa. Parse ei käytä käsitettä mielensterveys, koska hänen mielestään ihminen on jakamaton kokonaisuus, jolloin ihmisen mielensterveyttä ei ole mahdollista erottaa terveydestä. Kasvun ja kehittymisen tuloksena ihminen suuntautuu kohti suurempaa inhimillisistymistä (Kivinen ja Vadén 1976). Myös kulttuuriin sopeutumisen on nähty olevan osa ihmisen kehittymistä (Kinney ja Sottile 1991). Keskeinen käsite näissä teorioissa on persoonallisuuden kypsyys. Kypsytyteen liitettyjä käsitteitä ovat itsenäisyys, todellisuudentaju, vastuullisuus, sisäisten ristiriitojen ratkaisukyky, kyky luovasti ratkaista ongelmia, omien tavoitteiden tunnistaminen, tulevaisuuden suunnitel-

mien tekeminen (Allport 1937; Lundbye 1956; Iija, Almqvist ja Kiviharju-Rissanen 1997).

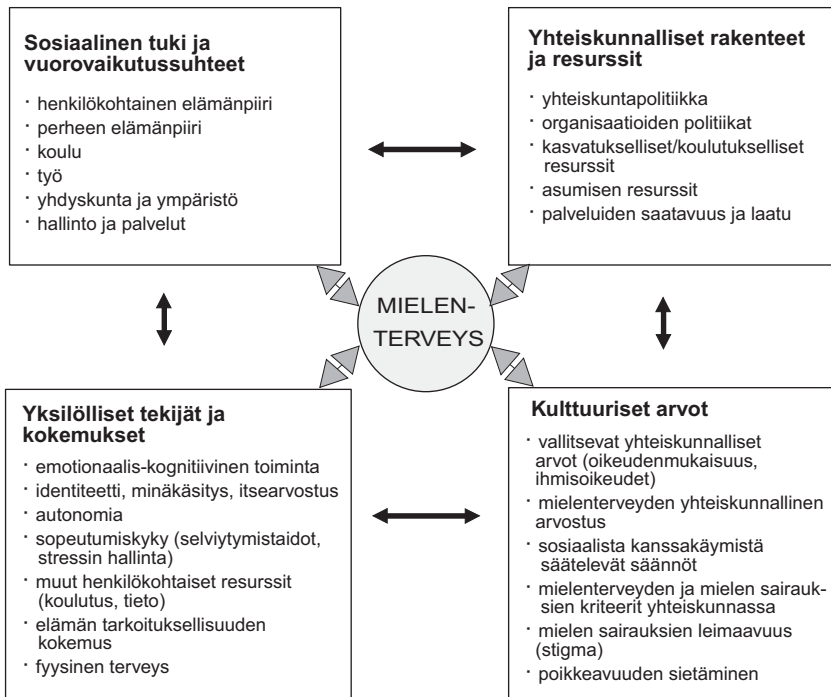
Subjektiiivisessa hyvinvointi-tutkimuksessa mielenterveyteen liitetään kaksi käsitettä: myönteiset tunnetilat, kuten onnellisuus, ja kognitiivisempi tyytyväisyys elämään. Tämän tutkimuksen piirissä pyritään löytämään tekijöitä, jotka ennustavat ihmisten itsensä raportoimaa onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämään. Tämän tutkimusalueen tunnetuimpia pioneereja on N. M. Bradburn, joka tutkimuksessaan erotti myönteiset ja kielteiset tunteet ja määritteli onnellisuuden näiden tunteiden tasapainoksi (Ryff ja Keyes 1995; Compton ym. 1996; Prince ja Prince 2001). Myös Ed Diener on tutkinut tyytyväisyyttä elämään, onnellisuutta ja positiivisia tunteita (Pavot ja Diener 1993; Diener, Suh ja Oishi 1997; Pavot, Diener ja Suh 1998). Carol D. Ryff ja Corey Lee M. Keyes (1995) ovat kehittäneet hyvinvoinnin moniulotteisen mallin. Malli käsittää kuusi ulottuvuutta, jotka ovat itsensä hyväksyminen, persoonallisuuden kasvu, elämäntavoite, myönteiset ihmissuhteet, ympäristön hallinta ja autonomia. Tässä mallissa on piirteitä, jotka liittyvät persoonallisuuden kasvun tutkimusperinteeseen. Tutkijat itse korostavat mallin olevan nimenomaan hyvinvoinnin malli. Tämän alueen tutkimuksiin liitetään myös käsitteet elämänasenne ja itseluottamus.

Stressiä kestävä persoonallisuuden tutkimuksen alueella mielenterveyden tarkastelun näkökulma on, miten ihminen reagoi tai sopeutuu yllättävissä stressitilanteissa. S. Kobasan vuonna 1979 luoma käsite sitkeys (hardiness) ja A. Antonovskyn koherenssin tunne (v. 1987) ovat yhteydessä ihmisten kykyyn sopeutua vaikeisiin elämäntilanteisiin. (Raitasalo 1996.) Susan Pollock ja Mary E. Duffy (1990) kehittivät Kobasan sitkeys-käsitettä eteenpäin siten, että he liittivät käsitteen nimenomaan terveyteen. Muita tämän tutkimusalueen käsitteitä ovat J. B. Rotterin (v. 1966) hallintakäsitys (locus of control) ja M. E. P. Seligmanin (v. 1975) opittu avuttomuus (learned helplessness) (Sullivan 1993).

2.3 Mielenterveys tässä tutkimuksessa

2.3.1 Positiivisen mielenterveyden käsite

Clemens Hosman, Eero Lahtinen ja Ville Lehtinen (Hosman 1997a; Hosman 1997b; Lahtinen ym. 1999) ovat määritelleet käsitettä mielenterveys. Heidän mukaansa terveys käsitetään tasapainotilaksi yksilön ja ympäristön välillä. Mielenterveys on keskeinen osa terveyttä, joten voidaankin todeta, ettei ole terveyttä ilman mielen-terveyttä. He käyttävät mielenterveydestä käsitettä positiivinen mielenterveys, jolloin se nähdään resurssina. Positiivinen mielenterveys voidaan määritellä seuraavien tekijöiden avulla (kuvio 3):



KUVIO 3. Mielenterveyden käsitteelliset osatekijät, Lahtinen ym. 1999

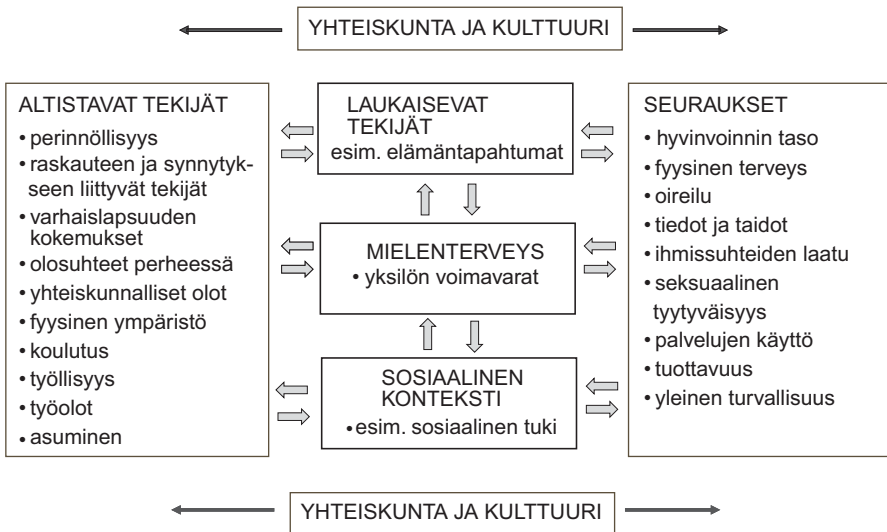
- yksilölliset tekijät ja kokemukset,
- sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet,
- yhteiskunnan rakenteet ja resurssit sekä
- kulttuurissa vallitsevat arvot.

Mielenterveyteen liittyvät kyvyt ja toiminnot ovat välttämättömiä kaikilla elämäntilanteilla. Niiden avulla voimme kokea elämämme mielekkäänä sekä toimia muun muassa luovina ja tuottavina yhteisön jäseninä. Mielenterveys on keskeistä kyvyllämme mieltä, ymmärtää ja tulkita ympäristöämme sekä sopeutua siihen tai tarpeen tullen muuttaa sitä. Se on tarpeen myös kyvylle ajatella, puhua ja kommunikoida toisten kanssa. Mielenterveydellä on myös keskeinen merkitys muodostettaessa ja ylläpidettäessä sosiaalisia suhteita. Näiden lisäksi mielenterveys vaikuttaa sosiaaliseen integraatioon ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen. (Lahtinen ym. 1999; Lavikainen, Lahtinen ja Lehtinen 2001b.)

2.3.2 Funktionaalinen mielenterveyden malli

Edellä mainittu käsite positiivinen mielenterveys on liitetty osaksi funktionaalista mielenterveyden mallia. Tässä mallissa mielenterveys kuvataan henkilön käytössä olevien resurssien, mielenterveyttä edeltävien tekijöiden ja mielenterveyden seurausten (outcomes) avulla. Hosmanin (1997a) mukaan jotkut ihmisen psykologiset ominaisuudet, kuten ongelman ratkaisutaidot, itseluottamus, koherenssin tunne, kuvaavat mielenterveyttä, koska niitä pidetään eräiden toivottavien lopputilojen (end state) yleisinä edellytyksinä, välttämättöminä henkilökohtaisina resursseina. Näitä lopputiloja voivat olla esimerkiksi tunne hyvinvoinnista, onnellisuudesta, mielen sairauksien puuttuminen, fyysinen terveys, tuottoisa koulu- ja työelämä, tyydyttävät läheiset suhteet tai yleinen turvallisuus. Näitä lopputiloja voidaan pitää mielenterveyden seurauksina.

Funktionaalissa mielenterveyden mallissa mielenterveys on määritelty menneisyyden ja nykyisyyden altistavien tekijöiden, henkilökohtaisten resurssien, laukaisevien tekijöiden, sosiaalisen kontekstin ja erilaisten mielenterveyden seurausten avulla (kuvio 4). Mallin kaikki osatekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Mielenterveyden prosessi kuvastuu jatkuvasti jokapäiväisissä kokemuksissamme ja vuorovaikutuksessa muiden ihmisten, ympäristön ja koko yhteiskunnan kanssa sekä kulttuurissa, jossa elämme. Mallissa mielenterveys voidaan nähdä joko prosessina tai tasapainotilana. (Hosman 1997b.)



KUVIO 4. Funktionaalinen mielenterveyden malli, Lahtinen ym. 1999

Funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijät

Funktionaalinen mielenterveyden malli muodostuu kuudesta osatekijästä, jotka ovat 1) mielenterveys, 2) kulttuuri, 3) altistavat tekijät, 4) laukaisevat tekijät, 5) sosiaalinen konteksti ja 6) seuraukset. Mielenterveydestä käytetään käsitettä positiivinen mielenterveys, joka esitetään mallissa joukoksi erilaisia psykologisia resursseja ja kykyjä. Näitä ihmiset tarvitsevat kehittyäkseen psyykkisesti ja fyysisesti terveiksi, muodostaakseen tyydyttäviä sosiaalisia suhteita ja rooleja, nauttiakseen elämästään, sopeutuakseen haasteisiin ja stressitilanteisiin niin perhe- kuin työelämässä sekä muilla elämänalueilla tai toteuttaakseen muita toivottavia yksilöllisiä tai sosiaalisia tavoitteita. Mallin psykologisilla resursseilla ja kyvyillä on funktionaalinen merkitys, koska ne mahdollistavat positiivisia seurauksia ja ehkäisevät kielteisiä seurauksia.

Mallissa on kuvattu kulttuuriset arvot mielenterveyden yhdeksi dimensioksi, jolloin ne käsittävät esimerkiksi yhteiskunnassa vallitsevat arvot, mielenterveydelle annetun sosiaalisen arvon, vuorovaikutusta säätelevät säännöt, mielenterveyden ja mielen sairauksien sosiaaliset kriteerit, mielen sairauteen liittyvän stigman, erilaisuuden sietämisen ja hengellisen elämän. Mielenterveyden käsite on kulttuurisidonnainen, ja funktionaalinen lähestymistapa mahdollistaa käsitteen muodostamisessa paikallisten kulttuuristen piirteiden huomioon ottamisen.

- Altistavat tekijät on kuvattu joko hyvää mielenterveyttä edistävinä tekijöinä tai mielenterveysongelmien riskitekijöinä, ja ne voivat olla luonteeltaan fyysisiä, biologisia, psykologisia, sosiaalisia tai ympäristötekijöitä.
- Laukaisevat tekijät ovat stressaavia elämäntilanteita, elämäntapahtumia, jotka saattavat heikentää positiivista mielenterveyttä.
- Tämän hetken sosiaalinen konteksti käsittää vuorovaikutuksen, henkilön saaman sosiaalisen tuen.
- Hyvän mielenterveyden seuraukset ovat tarkasti määriteltyjä ja toivottavia lopputiloja, kuten hyvinvoinnin tunne, onnellisuus, mielenterveyden häiriöiden puuttuminen, fyysinen terveys, tuottelias elämä eri elämänalueilla, tyydyttävät suhteet. Mielenterveyden seuraukset voivat olla luonteeltaan esimerkiksi sosiaalisia tai taloudellisia tekijöitä. (Hosman 1997a; Hosman 1997b; Lahtinen ym. 1999.)

2.3.3 Tämän tutkimuksen lähtökohtamalli

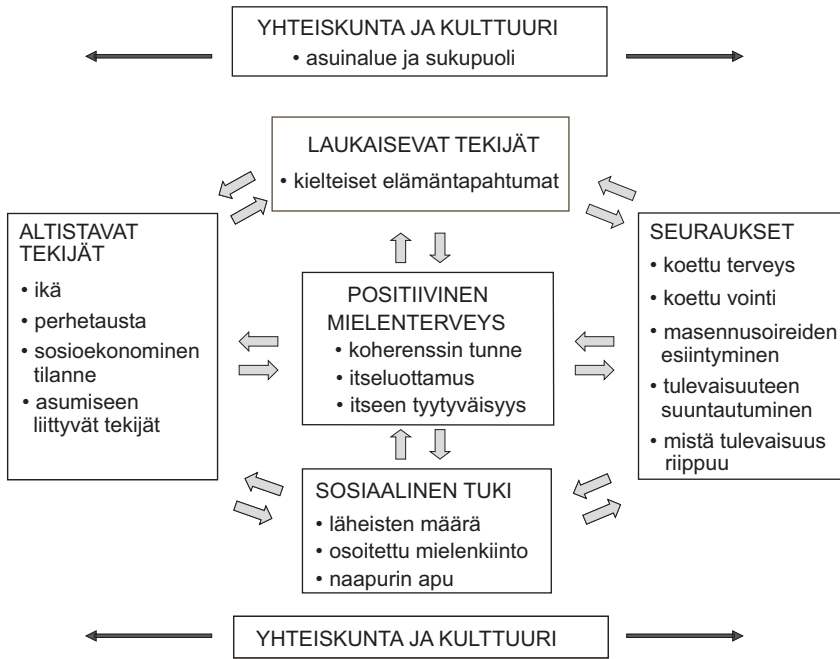
Olen soveltanut tätä edellä esitettyä funktionaalista mielenterveyden mallia käytettävissäni olevaan tutkimusaineistoon. Sijoitin tutkimusaineiston muuttujat malliin noudattaen funktionaalisessa mielenterveyden mallissa esitettyjä periaatteita. Tämän työn tavoitteena on selittää positiivista mielenterveyttä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Osa funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijöis-

tä saattavat heikentää positiivista mielenterveyttä. Oletuksena on, että etenkin kielteiset elämäntapahtumat heikentävät positiivista mielenterveyttä. Tämän takia tässä tutkimuksessa tarkastellaan kielteisten elämäntapahtumien yhteyttä heikkoon mielenterveyteen.

2.3.3.1 Lähtökohtamallin muuttujat

- Yhteiskuntaa ja kulttuuria kuvaavia muuttujia ovat asuinalue ja sukupuoli.
- Positiivista mielenterveyttä kuvaavia tekijöitä ovat koherenssin tunne, itsetuottamus ja itseen tyytyväisyys nykyisellään ilman muutoksen tavoittelua.
- Altistavia tekijöitä ovat tutkittavan ikä, perhesuhteet, sosioekonominen tilanne ja asumiseen liittyvät tekijät.
 - Perhesuhteet käsittävät vastaajan siviilisäädyn, vastaajan kanssa asuvien henkilöiden lukumäärän sekä alaikäisten lasten määrän.
 - Sosioekonomisen taustan muodostavat vastaajan työtilanne, kokemus taloudellisesta tilanteestaan ja sosiaaliluokka.
 - Asumiseen liittyvät tekijät ovat vastaajan asumisen muoto, synnyinkunta ja nykyisessä asuinkunnassa asuttu aika.
- Laukaisevat tekijät käsittävät viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana tapahtuneet kielteiset elämäntapahtumat.
- Sosiaalista tukea kuvaavia muuttujia ovat:
 - läheisten henkilöiden määrä
 - ihmisten osoittama mielenkiinto ja
 - käytännön avun saannin helppous naapurilta.
- Positiiviseen mielenterveyteen liittyviä seurauksia ovat:
 - Vastaajan terveydentilaan liittyvät tekijät:
 - koettu vointi ja terveys sekä
 - masennusoireiden esiintyminen.
 - Vastaajan tulevaisuuteen suuntautumista kuvaavat seuraavat kysymykset:
 - mahdollisuus vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin,
 - tulevaisuuden suunnitelmien selkeys,
 - suhtautuminen tulevaisuuteen
 - tulevaisuuden unelmat.
 - Vastaajan kokemus siitä, mistä seikoista vastaajan tulevaisuus riippuu.

Tämän tutkimuksen käsittein määritelty funktionaalinen mielenterveyden malli on esitetty kuviossa 5.



KUVIO 5. Funktionaalinen mielenterveyden malli tässä tutkimuksessa

2.3.3.2 Positiivisen mielenterveyden osatekijät

Compton ym. (1996) ovat esittäneet, että mielenterveyden tutkimus keskittyy lähinnä kolmeen tutkimussuuntaukseen, jotka ovat persoonallisuuden kasvu, subjektiivinen hyvinvointi ja paineita kestävä persoonallisuus. Kirjoittajien mukaan on erittäin vähän tutkimuksia, joissa olisi yhdistetty ominaisuuksia näistä eri tutkimussuuntauksista. Tähän samaan asiaan viittaa Johannes Siegrist (1993) arvioidessaan Antonovskyn koherenssin tunne -käsitteen olevan luonteeltaan kognitiivinen ja laiminlyö emootioiden merkityksen. Positiivinen mielenterveys tässä tutkimuksesta muodostuukin kolmesta toisiaan täydentävästä osatekijästä: koherenssin tunteesta, itseluottamuksesta ja vastaajan kokemasta tyytyväisyydestä itseensä.

Koherenssin tunne

Lääketieteellisen sosiologian edustaja Aaron Antonovsky kehitti käsitteen koherenssin tunne. Sen lähtökohta on luonteeltaan salutogeeninen stressi- ja biolääketieteessä vallinneen patologisen tutkimusotteen sijaan (Antonovsky 1979; Antonovsky 1987). Antonovskyn mukaan me kaikki olemme elämän vaarallisessa joes-

sa – kukaan ei ole rannalla. Kysymys kuuluukin: Kuinka vaarallinen jokemme on ja kuinka hyvin osaamme uida? (Antonovsky 1996.)

Koherenssin tunne on kokonaisvaltainen suuntautuneisuus, joka ilmentää pysyvän, joskin dynaamisen luottamuksen määrää siitä, että 1) elämän aikana ihmisen sisältä ja ulkoisesta ympäristöstä tulevat ärsykkeet ovat strukturoituja, ennustettavia ja selitettävissä olevia, että 2) ihmisellä on käytettävissään resursseja, joilla hän voi vastata näiden ärsykkeiden aiheuttamiin vaatimuksiin ja 3) että nämä vaatimukset koetaan haasteina, joihin kannattaa panostaa ja sitoutua. Nämä koherenssin tunteen kolme osatekijää ovat nimeltään ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkäisyys. (Antonovsky 1993a; Raitasalo 1995.)

Antonovsky tutki tekijöitä, jotka mahdollistivat onnistuneen sopeutumisen jännitykseen. Hän alkoi nimittää näitä tekijöitä yleisiksi vastustusresursseiksi (generalised resistance resources). Yleistyneet vastustusresurssit vaikuttavat jatkuvasti elämäkokemuksiimme. Ihmisille syntyy kokemuksia, joita luonnehtivat johdonmukaisuus, osallistuminen tulosten muodostumiseen sekä ali- ja ylikuormittumisen tasapaino. Nämä kokemukset puolestaan muodostavat koherenssin tunteen. Näitä vastustusresursseja ovat yksilöön liittyvät tekijät, kuten fyysiset ominaisuudet, älykkyys ja sopeutumisen keinot. Lisäksi sekä sosiaaliset tekijät että kulttuuriin liittyvät tekijät, kuten sosiaalinen tuki, varallisuus ja kulttuurin pysyvyys toimivat vastustusresursseina. (Antonovsky 1987; Antonovsky 1993b; Bengel, Strittmatter ja Willmann 1999.) Näin ollen koherenssin tunteen kehittymiseen liittyvät yleistyneet vastustusresurssit ovat luonteeltaan liitettävissä altistaviin tekijöihin, sosiaaliseen tukeen, kielteisiin elämäntapahtumiin tai kulttuuriin funktionaalisen mielenterveyden mallin käsitteitä käyttäen.

Koherenssin tunne korreloi hyvin terveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin kanssa (Cederblad ja Hansson 1996). Koherenssin tunnetta on käytetty myös J. Korkeilan kirjoittamassa *Measuring aspects of mental health* -raportissa kuvaamaan positiivista mielenterveyttä. Kirjoittajan mukaan koherenssin tunne on terveyden – niin emotionaalisten kuin kognitiivisten – resurssien mittari (Korkeila 2000). Koherenssin tunne käsitteenä on luonteeltaan vuorovaikutuksellinen. Se pohjana on tunne, että asiat ovat hallittavissa joko omin keinoin tai toisten avustamana. (Järvikoski 1994.)

Itseluottamus

Itseluottamus on määritelty useissa mielenterveyden käsitteissä ja tutkimuksissa yhdeksi merkittävimmistä mielenterveyden osatekijöistä (MacDonald 1994; Maw ja Maw 1996; Trent 2001). V. Kovessin ja M. P. Beaudet'n (2001) mukaan itsetuntoa voidaan pitää psykologisena resurssina tai henkisen terveyden kulmakivenä (Kalimo ja Vuori 1988). M. Ojasen (2000) mukaan Suomessa tavallisesti käytetään sanaa itseluottamus, kun englanninkielisessä kirjallisuudessa yleisin sana on self-

esteem. Myös L. Keltikangas-Järvinen (1995) käyttää kirjassaan Hyvä itsetunto käsitteitä itsetunto ja itseluottamus samaa asiaa tarkoittaen. Keltikangas-Järvisen mukaan itsetunto on kokonaisuus, joka muodostuu ainakin seuraavista alueista: 1) suoritusitsetunto, 2) tunne sosiaalisesta selviytymisestä ja 3) aikuisten hyvistä tunnesiteistä ja yleisestä tyytyväisyydestä elämään. Suoritusitsetunto tarkoittaa ihmisen luottamusta omiin kykyihinsä, osaamiseensa ja selviytymiseensä.

Tyytyväisyys itseen

Kolmas mielenterveyden osatekijä on tyytyväisyys itseen. Itsensä hyväksyminen/ tyytyväisyys itseen on myös määritelty monissa yhteyksissä mieleltään terveen ihmisen ominaisuudeksi ja hyvän itsetunnon osa-alueeksi. (Keltikangas-Järvinen 1995; Herron ja Mortimer 2001.)

2.4 Funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijöiden tarkastelu kirjallisuuden valossa

Tässä luvussa esitän tutkimustuloksia, joissa käsitellään funktionaalissa mielen-terveyden mallissa mainittuja tekijöitä. Tutkimustulosten esittelyssä lähdän liikkeelle asuinalueen ja sukupuolen yhteyksistä mielen-terveyteen. Tämän jälkeen esittelen altistavien ja laukaisevien tekijöiden sekä sosiaalisen tuen yhteyksiä mielen-terveyteen. Mielen-terveyden seurauksia koskevia tutkimuksia on vähän. Esittelen joitain tutkimuksia, joissa on tutkittu tässä tutkimuksessa mielen-terveyden seurauksiksi määrittelemiäni tekijöitä. Käsitteitä itseluottamus (self-confidence) ja itse-
tunto (self-esteem) olen pitänyt tässä kirjallisuuskatsauksessa samoina käsitteinä, vaikka etenkin englanninkielisessä kirjallisuudessa ne erotetaan eri asioiksi.

2.4.1 Yhteiskunta ja kulttuuri

Voidaan olettaa, että erilaiset kulttuurierot perhe-elämässä ja sukupuolirooleissa vaikuttavat ihmisten persoonan kehittymiseen. Kulttuuri vaikuttaa vahvasti ihmisten minäkuvan muodostumiseen, koska se välittää erilaisia odotuksia normaalista käyttäytymisestä. Kulttuuri tarjoaa malleja siihen, miten ihmisten tulee tai tulisi tuntea ja toimia, millaisia sopeutumisen menetelmiä tai rooleja suositaan. Sosiaaliset kategoriat, kuten sukupuoli, omaksutaan näissä erilaisissa sosialisatioprosesseissa. (Tolkki-Nikkonen 1989; Chisholm ja Bhugra 1997; MacLachlan 1997;

Tafarodi ja Smith 2001; James ja Prilleltensky 2002.) On todettu, että maantieteellisellä alueella, jopa yksittäisen valtion sisällä, on mitattavissa olevia vaikutuksia naisten ja miesten terveyteen (Kawachi ym. 1999).

Asuinalue

S. Johansson ja J. Åhlfeldt (1996) tutkivat kulttuuritekijöiden vaikutusta stressin kokemiseen. Tutkimuksessa selvitettiin hoidossa olevien potilaiden epävirallisten auttajien kokemaa stressiä kaupungissa ja maaseudulla. Tutkijoiden lähtökohtajatuksena oli, että auttamisen kulttuuriympäristö voidaan esittää asuinalueen avulla. Tätä he perustelivat sillä, että kulttuurin erilaisuus kaupungissa ja maaseudulla ilmenee sosiaalisten verkostojen velvollisuuksissa ja toiminnoissa. Pohdinnassa tutkijat toteavat, että kaupunkikulttuuri näyttää asettavan ihmisille enemmän ristiriitaisia vaatimuksia verrattuna maaseudulla vallitsevaan kulttuuriin, mikä vaikuttaa ihmisten kokemuksiin stressistä.

Toinen asuinalueen kulttuurin merkitystä pohtiva tutkimus on Paul R. Amaton ja Jiping Zuon (1992) työ, jossa tutkittiin köyhyyden vaikutuksia koettuun onnellisuuteen, terveyteen ja masennusoireisiin. Maaseudulla asuvat köyhät kokivat terveytensä huonommaksi kuin kaupungissa asuvat, kun aineisto oli vakioitu sukupuolen, iän, rodun, perhetilanteen, koulutuksen, työtilanteen ja tulojen suhteen. Onnellisuuden ja masennusoireiden suhteen ei ollut eroa. Huonosti voivia ihmisiä luonnehtivat tekijät olivat erilaisia kaupungissa ja maaseudulla asuvilla. Maaseudulla asuvat yksinäiset miehet, joilla ei ollut lapsia, olivat erityisen huonosti voivia. Vastaavasti hyvin voivia olivat kaupungissa asuvat naimisissa olevat naiset, joilla ei ollut lapsia. Tutkijoiden mukaan köyhyys maaseudulla on ongelmallisempaa yksilön hyvinvoinnille kuin kaupungissa. Maaseudun yksinäisten miesten erityisen huono asema tutkijoiden mukaan saattaa johtua siitä, että miehet ovat sosiaalisesti eristäytyneitä ja perinteiset perhearvot ovat maaseudulla vahvempia kuin kaupungissa.

Koherenssin tunnetta asuinalueen mukaan ovat tutkineet muun muassa Monica Eriksson (2000), Marja Harri (1997) sekä Malka Margalit ja Yona Leyser (1991). Harri tutki sairaanhoidon opettajia ja Margalit sekä Leyser kaupungissa ja kibbutzilla asuvia vammaisten lasten vanhempia. Kummassakaan tutkimuksessa ei havaittu yhteyttä koherenssin tunteen ja asuinalueen välillä. Ahvenanmaalla suoritetussa tutkimuksessa koherenssin tunne oli vahvin (72,0) maaseudulla asuvilla, toiseksi vahvin (70,6) saaristossa asuvilla ja heikoin (70,1) Maarianhaminassa asuvilla (Eriksson 2000). Päinvastaisia tuloksia ovat esittäneet David Edwards ja Elisabeth Besseling (2001) tutkimuksessa, jossa he referoivat yhtätoista Etelä-Afrikassa suoritettua tutkimusta. Näissä tutkimuksissa alhaisia koherenssin tunteen arvoja oli saatu tummaihoisilla maatyöntekijöillä (59,1) ja maataloudessa työskentelevillä (57,3). Tutkijoiden omassa työssä, jossa he tutkivat pienen afrikkalaisen maa-

seutukylän sahatyöntekijöiden reagoitua stressiin, tutkittavien koherenssin tunne oli myös suhteellisen heikko (61,5).

Sukupuoli

Koherenssin tunteeseen liittyviä tutkimuksia on runsaasti ja useissa niissä on selvitetty miesten ja naisten välisiä eroja. Monissa tutkimuksissa koherenssin tunne oli saman vahvuinen sekä miehillä että naisilla (Hawley, Wolfe ja Cathey 1992; Midanik, Soghikian, Ransom ja Polen 1992; Ekblad ja Wennström 1997; Sandén-Eriksson 2000; Gana ja Garnier 2001; Strümpfer ja Mlonzi 2001; Pallant ja Lae 2002). Myöskään Suomessa toteutetussa laajassa aikuisväestöä koskevassa tutkimuksessa ei esiintynyt sukupuolten välillä eroja (Suominen, Helenius ja Blomberg 1996). Laajassa ruotsalaisessa väestötutkimuksessa miehillä oli jonkin verran vahvempi koherenssin tunne kuin naisilla (Larsson ja Kallenberg 1996). Samanlaisen tulokseen on päädytty myös Ansonin ym. (1993) ja Berit Nilssonin (2000) tutkimuksissa.

Raija Kalimo ja JukkaVuori (1988) ovat todenneet, että elämään tyytyväisyyttään arvioidessaan ihminen tekee johtopäätöksiä myös itsestään ja onnistumisestaan. Kokonaisvaltainen elämään tyytyväisyys -kysymys liittyy läheisesti siihen, kuinka tyytyväinen ihminen on itseensä. Miehet ja naiset ovat lähes yhtä tyytyväisiä elämään yleensä ja heillä on myönteisiä tunteita saman verran (Argyle 1987). Samaan tulokseen päädyttiin muissakin tutkimuksissa (Dorahy ym. 2000; Pavot, Diener ja Suh 1998; Cheng ja Furnham 2002). Myöskään itsetunnossa ei ole havaittu eroja sukupuolten välillä (Watkins ja Yu 1993; Cheng ja Furnham 2002; Wise ja Stake 2002).

Miehet ja naiset eivät kovinkaan paljoa poikkea toisistaan siinä suhteessa, miten paljon he ovat kokeneet epämiellyttäviä elämäntapahtumia, mutta ne vaikuttavat emotionaalisesti naiseen huomattavasti enemmän (Wethington, McLeod ja Kessler 1987). Samansuuntaiseen pohdintaan päädyttiin toisessa tutkimuksessa (Carmel ym. 1991), jossa tutkittiin kahden kibbutzin asukkaiden terveyttä. Elämäntapahtumakysely sisälsi kaikkiaan 32 erilaista tapahtumaa. Tapahtumia olivat kokeneet miehet (3,3) ja naiset (3,9) saman verran kuluneen vuoden aikana. Miesten ja naisten psyykkisessä ja fyysisessä hyvinvoinnissa ei ollut eroja. Kuitenkin kielteisillä elämäntapahtumilla oli merkittävä vaikutus naisten psyykkiseen hyvinvointiin, mutta ei miesten kokemaan hyvinvointiin. Tutkijat päätyivät tulokseen, että naiset ovat miehiä haavoittuvaisempia kielteisten elämäntapahtumien suhteen. Lisäksi he arvioivat miesten käyttävän enemmän kielteisten elämäntapahtumien yhteydessä sisäisiä resurssejaan, kuten koherenssin tunnetta, ja naisten vastaavasti ulkoisia resursseja, kuten sosiaalista tukea. Myöskään muissa tutkimuksissa (Dean ja Ensel 1983; Hänninen ja Aro 1996; Jorgensen, Frankowski ja Carey 1999) raportoituissa kielteisissä elämäntapahtumissa ei esiintynyt sukupuolten välillä eroja.

Eräässä toisessa tutkimuksessa (Kendler, Thornton ja Prescott 2001) ei esiintynyt elämäntapahtumien määrässä eroja sukupuolten välillä, mutta tapahtumat olivat erilaisia. Miehet raportoivat enemmän juridiikkaan ja työhön liittyviä elämäntapahtumia, kun taas naisten kielteiset elämäntapahtumat liittyivät useimmiten ihmissuhteisiin.

Deborah Belle (1987) kirjoittaa, että sukupuolten välillä on eroja siinä, miten he muodostavat verkostojaan ja miten hyödyntävät niitä vaikeiden elämäntilanteiden sattuessa. Nämä erot vaikuttavat naisten ja miesten kokemuksiin hyvinvoinnista. Diane R. Brown ja Lawrence E. Gary (1987) tutkivat kaupungissa asuvia tummaihoisia aikuisia. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sosiaalisen tuen yhteyttä sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen. Sosiaalista tukea arvioitiin viidellä eri tavalla: läheisten sukulaisten, luotettavien ystävien ja ystäväksi koettujen naapureiden määrä, koettu sosiaalinen tuki ja uskonnollisuus. Miehillä ja naisilla oli saman verran läheiseksi koettuja sukulaisia ja luotettavia ystäviä. Molemmat sukupuolet kokivat saavansa yhtä paljon sosiaalista tukea, mutta joitain eroja tuen suhteen esiintyi: naisilla oli miehiä useammin ystäväksi koettuja naapureita ja he olivat jonkin verran uskonnollisempia kuin miehet. Myöskään suomalaisessa tutkimuksessa koetun tuen määrän ja laadun suhteen ei havaittu eroja sukupuolten välillä (Lehto-Järnstedt ym. 1999). Toisenlaiseen tulokseen päädyttiin valtion virkamiehiä koskevassa tutkimuksessa (Fuhrer ym. 1999). Tulosten mukaan naisilla on useampia läheisiä ystäviä kuin miehillä.

2.4.2 Altistavat tekijät

Ikä

Antonovskyn mukaan koherenssin tunne kehittyy nuoreen aikuisikään mennessä ja on sen jälkeen suhteellisen pysyvä (Antonovsky 1987). Koherenssin tunne oli viiden vuoden seurantatutkimuksessa luonteeltaan pysyvä sekä miehillä että naisilla (Kivimäki ym. 2000; Feldt 2000). Iän yhteyttä koherenssin tunteeseen on selvitetty monissa tutkimuksissa. Tarkkaan ottaen iän yhteys koherenssin tunteeseen ei kuvaa koherenssin tunteen pysyvyyttä, mutta antanee viitteitä siitä. Tutkimuksia, joissa koherenssin tunne vahvistuu iän myötä, on useita (Carstens ja Spangenberg 1995; Larsson ja Kallenberg 1996; Smith ja Meyers 1997; Nilsson 2000; Pallant ja Lae 2002). Työttömiä ruotsalaisia koskevassa tutkimuksessa (Starrin, Jönsson ja Rantakeisu 2001) koherenssin tunne oli vahvin vanhimmassa ikäryhmässä. Myös Ahvenanmaalla toteutetussa tutkimuksessa koherenssin tunne vahvistui iän myötä (Eriksson 2000). Tutkimuksia, joissa nuorilla on vahva koherenssin tunne, esiintyy myös (Lundberg ja Nyström 1994; Harri 1997). Lisäksi löytyy tutkimuk-

sia, joissa ei ole todettu iän ja koherenssin tunteen välillä olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (Bengtsson-Tops ja Hansson 2001; Strümpfer ja Mlonzi 2001).

David G. Blanchflower ja Andrew J. Oswald (2003) tutkivat hyvinvointia laajassa pitkittäistutkimuksessa sekä Englannissa että Yhdysvalloissa. Tutkimuksessa iän ja elämään tyytyväisyyden korrelaatio oli U-muotoinen Englannin aineistossa. Tyytyväisyys oli vähäisintä miehillä 37 vuoden ja naisilla 41 vuoden iässä. Ikä korreloi positiivisesti itsetunnon kanssa Fred E. Markowitzin (2001) tutkimuksessa, mutta William P. Sacco ja Vicky Phares (2001) päätyivät päinvastaiseen tulokseen omassa tutkimuksessaan. Japanilaisessa tutkimuksessa, jossa tutkittiin maaseudulla asuvien elämän laatua, sekä itseluottamus että tyytyväisyys elämään oli suurempaa yli 55-vuotiaiden ryhmässä kuin sitä nuoremmissa ryhmissä (Kitamura ym. 2002).

Siviilisääty

Siviilisäädyltä ei ollut yhteyttä koherenssin tunteeseen Harrin (1997) tekemässä sairaanhoidon opettajia koskevassa tutkimuksessa. Donna J. Hawleyn, Frederick Wolfen ja Mary Ann Catheyn (1992) tutkimuksessa oli mukana 1 333 reumaa sairastavaa henkilöä. Tässäkin tutkimuksessa ei siviilisäädyn ja koherenssin tunteen välillä ollut yhteyttä, kuten ei myöskään tutkimuksessa (Ristner ym. 2000), joka koski ortopedisen vamman saaneita potilaita. Suomessa on toteutettu laaja väestötutkimus hyvinvoinnin ulottuvuuksista (Suominen 1996). Tutkimus toteutettiin postikyselynä ja siihen osallistui 3 025 iältään 18–74-vuotiaita henkilöä. Koherenssin tunnetta arvioitiin tutkimusta varten kehitetyllä seitsemän kysymyksen mittarilla. Tulosten mukaan koherenssin tunne vaihteli siviilisäädyn mukaan. Sekä naimisissa olevilla miehillä että naisilla oli vahvin koherenssin tunne ja leskillä heikoin. Itsetuntoa koskevassa tutkimuksessa naimisissa olevilla tutkittavilla oli parempi itsetunto kuin muihin ryhmiin kuuluvilla (Markowitz 2001).

Sosioekonominen tilanne

Sosioekonomisia tekijöitä, joihin tässä kirjallisuuskatsauksessa viitataan, ovat koulutus, sosiaaliluokka, työtilanne ja taloudellinen tilanne. Joissakin tutkimuksissa koulutuksen ja koherenssin tunteen välillä ei esiinny yhteyttä (Eriksson 2000; Harri 1997; Ristner ym. 2000; Hawley, Wolfe ja Cathey 1992). Erilaiseen tulokseen päädyttiin tutkimuksessa (Starrin, Jönsson ja Rantakeisu 2001), jonka mukaan akateemisen tai opistotason koulutuksen omaavilla työttömillä oli vahvin koherenssin tunne. Samanlaisen tulokseen tultiin tutkittaessa koherenssin tunnetta ja työhön suhtautumista (Strümpfer ja Mlonzi 2001) sekä koulutuksen ja koherenssin tunteen välistä yhteyttä (Suominen ym. 2001): akateemisen ja ammattikoulutuk-

sen saaneista 41 prosentilla oli vahva koherenssin tunne, kun vastaava osuus kouluttamattomilla oli vajaa 27 prosenttia. Linda Napholz (1994) tutki latinalais-amerikkalaisten huonovointisuutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimukseen osallistui 126 iältään 18–65-vuotiasta työssä käyvää naista. Tulosten mukaan koulutus korreloi positiivisesti itsetunnon kanssa.

Olle Lundberg (1997) toteaa tutkimuksessaan, että koherenssin tunne saattaa vaikuttaa sosiaaliluokkien välisiin terveyseroihin. Toisessa tutkimuksessa Lundberg tutki yhdessä Peck M. Nyströmin (1994) kanssa koherenssin tunnetta ja sosiaalista rakennetta. Tutkimukseen osallistui yli 3 000 iältään 25–75-vuotiasta henkilöä. Tulosten mukaan sosiaaliluokka, joka määriteltiin ammatin mukaan, oli merkittävästi yhteydessä koherenssin tunteeseen. Maanviljelijöillä ja työläisillä oli muita useammin heikko koherenssin tunne. Eriksson (2000) päätyi omassa tutkimuksessaan päinvastaiseen tulokseen maanviljelijöiden osalta, joilla Ahvenanmaalla suoritettua tutkimuksessa oli vahva koherenssin tunne. Toisen tutkimuksen (Poppius ym. 1999) tulokset myös vahvistavat koherenssin tunteen ja ammattiaseman välistä yhteyttä: koherenssin tunne oli vahvin hallinnollissa ja johtotehtävissä työskentelevillä ja heikoin tehdastyöläisillä. Siegfried Geyer (1997) on kirjoittanut kriittisen artikkelin liittyen koherenssin tunteeseen. Artikkelissaan hän toteaa, että vahvaa koherenssin tunnetta voidaan pitää asenteena, joka on ominainen hyvin koulutetuille ja sosiaalisesti joksinkin etuoikeutetussa asemassa oleville.

Työttömyyden ja ihmisten mielenterveyden välillä on useimmiten käänteinen yhteys. Työttömien koherenssin tunne on heikko (Eriksson 2000). Blanchflowerin ja Oswaldin (2003) tutkimuksen mukaan työttömyys koettelee miesten elämään tyytyväisyyttä huomattavasti kovemmin kuin naisten. Työssä olevilla tutkitavilla oli hyvä itsetunto ja he olivat tyytyväisiä elämäänsä (Markowitz 2001).

Blanchflower ja Oswaldin (2003) laajassa pitkittäistutkimuksessa, joka toteutettiin sekä Yhdysvalloissa että Britanniassa, huomattiin talouden ja elämään tyytyväisyyden välillä suoraviivainen yhteys: mitä rikkaampi, sitä tyytyväisempi elämään. Köyhyys on käänteisesti yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin (Amato ja Zuo 1992) ja suoraan yhteydessä masennukseen (Vosler ja Page-Adams 1996; Brown, Brody ja Stoneman 2000). Ranskalaisten naisten terveyttä tutkittiin suhteessa perhe- ja työrooleihin (Khalat, Sermet ja Le Pape 2000). Tutkimukseen osallistui lähes 3 000 iältään 30–49-vuotiasta naista. Tulosten mukaan naisilla, jotka kuuluivat alhaisimpaan tuloluokkiin, oli tilastollisesti merkittävästi suurempi todennäköisyys kärsiä erilaisista psyykkisistä oireista, kuten peloista, keskittymiskyvyttömyydestä, univaikeuksista, kuin ylempään kolmannekseen kuuluvilla. Samanlaisia tuloksia saatiin myös Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa, johon osallistui 3 543 iältään 55–66-vuotiasta henkilöä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tekijöitä, jotka ennustavat mm. koettua terveyttä. Tulosten mukaan sekä naisilla että miehillä keskimääräistä alhaisempi tulotaso tai sosiaaliluokka oli yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen. (Grundy ja Holt 2000.)

Koherenssin tunteen ja talouden yhteyttä on selvitetty useissa tutkimuksissa. Koherenssin tunteen ja talouden välillä on käänteinen yhteys Angela C. Wolffin ja Pamela A. Ratnerin (1999) sekä Nilssonin (2000) tutkimuksissa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa, joka koski työttömiä, suuria taloudellisia vaikeuksia kokevilla naisilla oli lähes neljä kertaa todennäköisemmin heikko koherenssin tunne kuin vähän taloudellisia vaikeuksia kokevilla. Vastaava suhde miehillä oli kymmenkertainen. Nämä tulokset oli vakioitu iän, työttömyyden keston, koulutuksen, perherakenteen ja etnisen taustan suhteen. (Starrin, Jönsson ja Rantakeisu 2001.) On myös tutkimuksia, joissa koherenssin tunteen ja taloudellisen tilanteen välillä ei ole yhteyttä (Hawley, Wolfe ja Cathey 1992; Bengtsson-Tops ja Hansson 2001). Edellä mainituissa tutkimuksissa on taloutta tarkasteltu yksilötasolla, mutta Shifra Sagy ja Helen Antonovsky (2000) pohtivat tutkimuksessaan mahdollisuutta, että Etelä-Afrikan taloudellisella epävakaudella saattaisi olla yhteyttä sairaanhoitajien heikkoon koherenssin tunteeseen.

2.4.3 Kielteiset elämäntapahtumat

Jokainen ihminen kohtaa jatkuvasti erilaisia kuormitustekijöitä, jotka aiheuttavat yleensä psyykkistä jännitystä. Mikäli ihminen ei pysty suoriutumaan tilanteesta, syntyy negatiivista kuormittuneisuutta. Tästä tilanteesta Aaron Antonovsky käyttää termiä stressi. (Peltonen 1994). Elämänhallinnan strategioita tutkineet Richard S. Lazarus ja Susan Folkman (1984) ovat todenneet, että stressin vaikutus riippuu siitä, minkälainen merkitys sillä on ihmiselle. Elämäntapahtumia, kuormittavia tekijöitä, mittaavat menetelmät voidaan jakaa kolmeen luokkaan perustuen niiden 1) frekvenssiin, 2) yleiseen painoarvoon tai 3) subjektiiviseen painoarvoon (Zuckerman ym. 1986). Tutkimuksissa elämäntapahtumia pääosin käytetään joko selittämään tai ennustamaan jotain tapahtumaa (Segrin 2001).

Koherenssin tunteen ja posttraumaattisten oireiden syntymistä selvitettiin tutkimuksessa (Frommberger ym. 1999), johon osallistui 51 liikenneonnettomuudessa loukkaantunutta. Tulosten mukaan kognitiiviset ja affektiiviset reaktiot onnettomuuteen olivat yhteydessä koherenssin tunteeseen. Onnettomuuden vakavuus ei vaikuttanut reaktioihin. Tutkijat tulivatkin siihen päätelmään, että koherenssin tunne mittaa ihmisen persoonallisuuden piirrettä melko itsenäisesti, eivätkä siihen vaikuta kokemukset stressaavista elämäntapahtumista. Tulokset tukevat kirjoittajien mukaan Aaron Antonovskyn omia käsityksiä koherenssin tunteen pysyvistä luonteesta. Samanlaisen johtopäätöksen tulivat myös Wolff ja Ratner (1999) tutkimuksessaan: koherenssin tunteen ja kielteisten elämäntapahtumien välillä on yhteys, mutta elämäntapahtumilla riippumattomana muuttujana on vain vähän vaikutusta koherenssin tunteeseen.

On olemassa tutkimuksia, joissa koherenssin tunteen ja kielteisten elämäntapahtumien välillä on todettu olevan yhteys. Erikssonin (2000) tutkimuksessa kiel-

teiset elämäntapahtumat heikensivät koherenssin tunnetta. Suurin vaikutus oli puolison kuolemalla ja avio-/asumuserolla. Randall S. Jorgesenin, James J. Frankowskin ja Michael P. Careyn (1999) tutkimuksen mukaan heikon koherenssin tunteen ja koettujen kielteisten elämäntapahtumien välillä oli yhteys kuten myös S. Ekbladin ja C. Wennströmin (1997) tutkimuksessa.

2.4.4 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki voidaan määritellä siten, että meillä on olemassa ihmisiä, joihin voimme luottaa ja jotka saavat meidät tuntemaan itsemme arvostetuksi, rakastetuksi ja uskomaan, että meistä välitetään (Sarason ym. 1983). Sosiaalinen tuki usein jaetaan emotionaaliseen, välineelliseen (instrumental), arvioivaan (appraisal) ja informatiiviseen tukeen. Emotionaalinen tuki on toisten antamaa rakkautta, huolenpitoa, sympatiaa ja ymmärrystä, joita useimmiten saamme luotettavilta ja läheisiltä ihmisiltä. Välineellinen tuki on luonteeltaan konkreettista apua, kuten työpanosta tai rahaa. Arvioivan tuen piiriin kuuluvat esimerkiksi päätöksenteossa auttaminen ja palautteen antaminen. Informatiivinen tuki sisältää neuvojen ja tietojen antamista (Berkman ym. 2000).

Tutkimuksissa sosiaalista tukea on määritelty hyvin erilaisin tavoin, mutta Daniel C. Ganster ja Bart Victor (1988) toteavat, että sosiaalisella tuella on positiivinen yhteys mielenterveyteen riippumatta sen operationalisoinnin tavasta. Toisaalta pelkkä tuen lähteen olemassaolo riitti siihen, että potilas oli kokenut sen tukea antavana tai että hänellä oli olemassa yksi hyvä ihmissuhde (Lehto-Järnstedt ym. 1999).

Yksi yleisemmin tutkimuksessa käytettyjä sosiaalisen tuen arviointikriteerejä on ystävien määrä (esim. Peltonen 1994; Suominen ym. 2001; Eriksson 2000). Tarkemman määrittelyn mukaan ystävien määrä kuvaa sosiaalista liityntää eli integraatiota (Vahtera ja Uutela 1994). Raili Peltonen tutki keski-ikäisten naisten (N = 2 087) sosiaalista tukea, elämänhallintaa ja koettua terveyttä. Vastanneista neljä prosenttia ilmoitti, ettei heillä ole ketään, jolle voisi luottamuksellisesti uskoutua. Yksi uskottu henkilö oli 15 prosentilla vastanneista. Erikssonin tutkimuksessa Ahvenanmaalla asuvilla oli enemmän ystäviä kuin Peltosen tutkimukseen osallistuneilla: ei yhtään 2,3 prosentilla, 1–2 ystävää 30,3 prosentilla. Seurantatutkimuksessa (Suominen ym. 2001) heikon koherenssin tunteen omaavista yli puolella ei ollut yhtään tai vain yksi läheinen henkilö, kun vastaava osuus vahvan koherenssin tunteen omaavilla oli vain 14 prosenttia.

Tutkimusten mukaan sosiaalinen tuki on yhteydessä emotionaaliseen hyvinvointiin (Grant ym. 2000), mielenterveyden positiivisiin ulottuvuuksiin, kuten onnellisuus, tyytyväisyys ja itseluottamus (Meehan, Durlak ja Bryant 1993), tyytyväisyyteen (Rimmerman ja Muraver 2001), itsetuntoon (Schonfeld 2001) sekä koherenssin tunteeseen (Wolff ja Ratner 1999; Dantas, Motzer ja Ciol 2002). Kali-

mon ja Vuoren (1991) tutkimuksessa sosiaalinen tuki oli merkittävä tekijä, joka erotti tyytyväiset ja toimintakykyiset ihmiset tyytymättömistä ja toimintakyvyttömistä.

Sosiaalisen tuen on todettu olevan myös yhteydessä koettuun terveyteen (Peltonen 1994) tai koetun terveyden paranemiseen (Bailis, Segall ja Chipperfield 2001), suojaavan mielenterveyden häiriöiltä (Fuhrer ym. 1999) ja kielteisten elämäntapahtumien sattuessa toimivan puskurina mielenterveyden ongelmien kehittymisen suhteen (Dalgard, Bjørk ja Tambs 1995). Paljon sosiaalista tukea saavat naiset raportoivat vähemmän stressin oireita vaikeissa elämäntilanteissa (Brown ja Gary 1987). Vakavasta masennuksesta kärsiviä ihmisiä verrattiin terveisiin verrokkeihin (Skärsäter, Ågren ja Dencker 2001). Tulosten mukaan terveillä oli ollut merkittävästi vähemmän stressaavia elämäntapahtumia ja heillä oli enemmän luotettavia ystäviä kuin masentuneilla. Vastaavasti on osoitettu, että sosiaalisen tuen puute ja heikko itsetunto altistavat masennuksen puhkeamiselle (Brown ym. 1986).

Sosiaalinen tuen merkitys kasvaa tilanteissa, joissa ihmisen omat voimavarat ovat vähäisiä (Kalimo ja Vuori 1991). On tutkimuksia, joissa sosiaalisen tuen on arvioitu toimivan ikään kuin tasapainottavana tekijänä. Yhdessä näistä (Söderberg, Lundman ja Nordberg 1997) tutkittiin fibromyalgiaa sairastavia naisia. Tulosten mukaan terveiden verrokkien ja fibromyalgiaa sairastavien koherenssin tunteessa ei ollut eroja. Tutkijat arvelivat tämän johtuvan siitä, että fibromyalgiasta kärsivät naiset olivat kuntoutuksessa ja saivat täten tukea. Taru Feldtin (1997) tutkimuksessa todettiin, että heikon koherenssin tunteen omaavilla korostui työpaikan hyvien sosiaalisten suhteiden merkitys työntekijän hyvinvoinnille.

Hiljattain eronneita ja leskeksi jääneitä naisia tutkittiin kaksivaiheisessa tutkimuksessa (Miller ym. 1998). Ensimmäinen haastattelu toteutettiin noin viiden kuukauden kuluttua erosta tai puolison kuolemasta. Toinen vaihe toteutettiin noin kahdeksan kuukauden kuluttua ensimmäisestä haastattelusta. Tutkijat testasivat mallia, joka muodostui kielteisten elämäntapahtumien, sosiaalisen tuen (ts. resurssien) ja uupumuksen välisistä suhteista. Mallissa kielteiset elämäntapahtumat lisäävät ihmisten stressiä, mikä johtaa lisääntyneeseen sosiaalisten resurssien käyttöön, mikä sitten vastaavasti vähentää koettua stressiä. Tulokset olivat hypoteesin vastaisia, koska kielteisten elämäntapahtumien jälkeen saatu sosiaalinen tuki ei välttämättä vähentänyt uupumusta seurantavuoden aikana.

2.4.5 Mielenterveyden seuraukset

Terveysteen liittyvät

Tutkimusten mukaan vahva koherenssin tunne on yhteydessä hyvään terveyteen (Viikari-Juntura ym. 1991; Kuuppelomäki ja Utriainen 2000; Suominen ym. 2001; Ebert, Tucker ja Roth 2002; Pallant ja Lae 2002). Sillä voidaan myös ennustaa koettua terveyttä (Suominen, Helenius ja Blomberg 1996; Suominen ym. 2002) tai parempaa terveyskäyttäytymistä (Midanik ym. 1992). Vahvan koherenssin tunteen omaavien henkilöiden ajattelu oli optimistisempaa (Frommberger ym. 1999). Myös erilaisissa sairausryhmissä tehdyissä tutkimuksissa vahvan koherenssin tunteen ja terveyden (Sandén-Eriksson 2000) sekä yleisen hyvinvoinnin (Bengtsson-Tops ja Hansson 2001) välillä on havaittu olevan yhteys.

Heikko itseluottamus/itsetunto on tutkimusten mukaan yhteydessä masennukseen (Brown ym. 1986; Roberts, Kassel ja Gotlib 1995), toivottomuuteen (Tanaka ym. 1996), pelkoihin (Hybels, Blazer ja Kaplan 2000), synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Huang ja Mathers 2001) ja itsemurha-ajatuksiin (Nugent ja Williams 2001). Osassa tutkimuksia on selvitetty, miten itseluottamus/itsetunto ennustaa erilaisia lopputulemia. P. G. Surteesin ja N. W. J. Wainwrightin (1996) tutkimuksessa heikko itseluottamus ennusti sairaalahoidossa masennuksen takia olleiden ihmisten huonoa selviytymistä kahdentoista vuoden kuluttua ja L. A. Palinkasin ja D. Brownerin (1995) tutkimuksessa heikko itseluottamus ennusti masennusoireita. Useissa tutkimuksia lähestymistapa asiaan on ollut kielteinen, eli on tutkittu heikkoa itseluottamusta/itsetuntoa ja sen yhteyksiä erilaisiin tekijöihin. Itsetuntoa koskevassa tutkimuksessa (Cast ja Burge 2002) todetaan, että pystyvyys-käsitteeseen perustuva vahva itseluottamus on yhteydessä vähäisempään masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen. Tyytyväisyys itsen ja optimisismi korreloivat keskenään terveillä henkilöillä (Wengler ja Rosen 1995).

Tulevaisuuteen liittyvät

Merja Sinkkosen ja Lea Pulkkinen (1996) tutkimus liittyi Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimukseen ja tämän tutkimuksen kysely suoritettiin tutkittavien ollessa noin 36-vuotiaita. Tutkimukseen osallistui 305 henkilöä eli 83 prosenttia alkupe- räisestä otoksesta. Tulosten mukaan vastaajista 54 prosentti koki voivansa vaikuttaa paljon tulevaisuudessaan tapahtuviin muutoksiin. Miehet kokivat voivansa vaikuttaa tapahtuviin muutoksiin useammin kuin naiset. Melko tai erittäin optimistisesti tulevaisuuteensa suhtautuvia oli 91 prosentti vastanneista. Sukupuolten välillä ei ollut eroja.

Mistä tulevaisuus riippuu -kysymyksiä koskevia tuloksia on raportoitu Lap-
sesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksen kahdesta vaiheesta: vastaajien ollessa 26–
27-vuotiaita (Pulkkinen 1988) ja 36-vuotiaita (Sinkkonen ja Pulkkinen 1996).
Pulkkinen tutkimuksen mukaan naisista runsas puolet (52,6 %) ja miehistä puolet
(50,8 %) katsoi tulevaisuutensa riippuvan itsestä erittäin paljon. Naisista 17 pro-
senttia ja miehistä 13,5 prosenttia koki tulevaisuutensa riippuvan erittäin paljon
onnesta. Eniten hajontaa oli uskonnollisessa selityksessä: 13 prosenttia koki tule-
vaisuutensa riippuvan erittäin paljon Jumalasta, mutta puolet vastanneista koki
sen riippuvan erittäin vähän Jumalasta. Sinkkosen ja Pulkkinen tutkimuksessa vas-
taajista 98 prosenttia koki tulevaisuutensa riippuvan itsestä paljon tai erittäin pal-
jon. Seuraavaksi eniten naiset kokivat tulevaisuutensa riippuvan maailman tilan-
teesta (53,5 %) ja miehet ulkoisista oloista (43,0 %). Verrattaessa vastauksia kym-
menen vuotta aikaisempiin tuloksiin niin usko siihen, että tulevaisuus riippuu
maailman tilanteesta, ulkoisista oloista, kohtalosta ja menneisyydestä, oli lisäänty-
nyt. Pysyvintä oli usko Jumalan vaikutukseen ($r = 0,69$).

Myös Eriksson (2000) on tutkinut ihmisten käsityksiä siitä, mistä tulevaisuus
riippuu. Erikssonin tutkimukseen osallistuneet olivat iältään 40–70-vuotiaita. Suu-
rin osa vastaajista koki tulevaisuutensa riippuvan itsestä paljon tai erittäin paljon
(91,1 %); naisista jonkin verran useampi (93,8 %) kuin miehistä (87,5 %). Toisek-
si eniten naiset kokivat tulevaisuutensa riippuvan ulkoisista oloista (56,1 %) ja mie-
het kodista/vanhemmista (50,8 %). Naisista (44,2 %) huomattavasti suurempi
osuus koki tulevaisuutensa riippuvan Jumalasta kuin miehistä (25,2 %).

3 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen yleisenä tavoitteena on selvittää, miten edellä kuvattu funktionaalinen mielenterveyden malli soveltuu positiivisen mielenterveyden kuvaamiseen empiirisessä aineistossa. Tavoitteen toteuttamiseen pyritään löytämällä vastauksia seuraaviin osatavoitteisiin:

1. Positiivisen mielenterveyden kuvaus asuinalueen ja sukupuolen mukaan.
2. Miten altistavat tekijät, kielteiset elämäntapahtumat ja sosiaalinen tuki ovat yhteydessä positiiviseen mielenterveyteen asuinalueen ja sukupuolen mukaan?
3. Miten positiivinen mielenterveys on yhteydessä vastaajan terveydentilaan, tulevaisuuteen suhtautumiseen ja kokemukseen siitä, mistä tulevaisuus riippuu, asuinalueen ja sukupuolen mukaan?
4. Miten hyvin teoreettisesti kehitetty funktionaalinen mielenterveyden malli kuvaa empiiristä aineistoa?

4 Tutkimuksen toteutus

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty osana eurooppalaista monikeskustutkimusta nimeltään The Outcomes of Depression International Network (ODIN). Tutkimuksessa oli mukana viisi tutkimuskeskusta: Liverpoolin, Oslon, Cantabrian ja Dublinin yliopistot sekä Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakesin) mielenterveysyksikkö. Tutkimuksen koordinaattorina toimi Liverpoolin yliopiston perusterveydenhuollon ja psykiatrian laitokset. Tutkimukselle myönnettiin osarahoitus EU:n Biomed 2 -ohjelmasta. Suomen osahanke sai lisäksi taloudellista tukea Maatalousyrittäjien eläkelaitokselta (MELA) ja Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvaltionosuuden tutkimushankerahoituksesta.

Monikeskustutkimuksen tavoitteena oli 1) tuottaa luotettavaa tietoa masentuneisuuden sekä eri depressiosairauksien esiintyvyydestä, riskitekijöistä ja ennusteesta sekä kaupunki- että maaseutuolosuhteissa, 2) arvioida spesifisen ongelmaratkaisutaitoja opettavan sekundaaripreventiivisen intervention (Person Centred Preventive Approach) vaikutusta depression ennusteeseen ja hoidon käyttöön, 3) arvioida depression ja siihen liittyvien palveluiden käytön aiheuttamia kustannuksia. ODIN-projektin kulku koko hankkeen osalta on tarkemmin kuvattu muualla (Dowrick ym. 1998).

Tutkimuksessa oli kaksivaiheinen epidemiologinen alkututkimus, interventio-osuus ja seuranta. Alkututkimusta varten valittiin kaupunki- ja maaseutualue. Epidemiologinen seulontavaihe toteutettiin postikyselynä. Tutkimukseen osallistuneet keskuksot sopivat yhteisten menetelmien käyttämisestä tulosten vertailtavuuden mahdollistamiseksi. Eri keskuksilla oli myös yhteisten menetelmien lisäksi mahdollista käyttää omia kyselyjä. Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty ODIN-projektin Suomen osatutkimuksen postikyselyn yhteydessä.

4.1 Tutkimuksen eettisyys

ODIN-tutkimus oli Stakesin tutkimuseettisen toimikunnan käsittelyssä 29.9.1995 (liite 1). Lisäksi ODIN-projektin muita tutkimuslupia olivat

1. Väestötietolain (507/93) mukainen tietolupa, koska Väestörekisterikeskus toimitti tutkittavien nimet ja osoitteet. (Liite 2.)
2. Väestötietolain (507/93) mukainen tietolupa nimi- ja osoitetietojen päivittämisestä varten. (Liite 3.)
3. Kelan myöntämä lupa ryhmätason tietojen yhdistämiseen katoanalyysin suorittamista varten. (Liite 4.)

Tutkittaville lähetettiin ensimmäisen kyselyn yhteydessä saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tausta, kulku ja vastuuhenkilöt. Tutkimuksen kulkua selvittävässä osassa kerrottiin, miten osa tutkittavista tullaan kutsumaan jatkohaastatteluihin ja itsehoito-ohjelmaan. (Liite 5.) Väestörekisterikeskuksesta saadussa aineistossa oli tieto henkilön äidinkielestä, ja ruotsinkielisille lähetettiin saatekirje ruotsinkielisenä (liite 6). Tutkimustiedosto tilastollisia analyysyjä varten muodostettiin siten, että siinä ei käytetty tutkittavien nimiä eikä muita henkilötunnuksia.

4.2 Tutkimusaineiston tutkittavat

Suomessa valittiin tutkimuksen kaupungiksi Turku (lukuun ottamatta Maarian ja Paattisten alueita sekä saaria) ja maaseuduksi Koski Tl:n, Marttilan ja Tarvasjoen muodostama alue. Maaseudun edellytyksenä oli, että 20 prosenttia väestöstä sai elantonsa maa- ja metsätaloudesta. Molemmilta alueilta valittiin väestörekisteristä 1 522 hengen satunnaisotos 18–64-vuotiaista henkilöistä. Väestörekisterikeskus toimitti sekä henkilöiden nimet että osoitetarrat syyskuussa 1996.

Suomessa tehtiin pilottitutkimus seulontalomakkeen testaamiseksi. Jokaiselle paikkakunnalle lähetettiin noin kymmenen lomaketta, yhteensä 44 lomaketta, syyskuun 1996 aikana. Lomakkeita palautettiin 31. Lisäksi Väestörekisterikeskuksen toimittamasta nimelistasta jouduttiin poistamaan yksi maaseudulla asuva, koska hän ei kuulunut valittuun tutkimusalueeseen. Varsinaiseksi väestötötköksi tuli näin ollen 1 500 turkulaista ja 1 499 maaseudulla asuvaa henkilöä.

Tutkimuksen aineiston keruu

Postikysely toteutettiin vaihteittain viikon välein ajalla 21.10.1996–2.12.1997. Kesällä oli kirjeiden lähettämisessä taukoa siten, että 19.5.1997 lähetettiin lomakkeet Turkuun ja Koski Tl:ään ja seuraavat kirjeet lähtivät 14.7.1997. Kirjeet lähetettiin vuorotellen: Turku, Marttila, Turku, Koski Tl., Turku, Tarvasjoki. Ruotsinkieliset kyselyt jaettiin muutamaan erään ja lähetettiin ensimmäisen kierroksen puolivälissä. Kyselyt lähetettiin pienissä erissä, jotta alkuvaiheen diagnostiset haastattelut kyettiin toteuttamaan postikyselyn kanssa samassa tahdissa.

Tutkittaville, jotka eivät vastanneet ensimmäiseen kyselyyn, lähetettiin uusintakysely kahden viikon kuluttua ensimmäisestä lähetyksestä. Ensimmäiset uusintakyselyt toteutettiin ajalla 18.11.1996–3.11.1997. Tähän vastaamattomille lähetettiin kahden viikon kuluttua vielä toinen uusintakysely, joka toteutettiin ajalla 17.12.1996–2.12.1997. Kahden, kolmen viikon kuluttua toisesta uusintalähetyksestä kyselyyn vastaamattomia yritettiin tavoittaa puhelimitse. Puhelinkeskustelun tavoitteena oli motivoida tutkittavia vastaamaan kyselyyn. Mikäli tutkittava ei halunnut osallistua tutkimukseen, niin silloin hänet määriteltiin kieltäytyneeksi,

eikä häneen sen jälkeen otettu yhteyttä. Kolmas kyselylomake lähetettiin, mikäli tutkittava puhelimesta pyysi uutta lomaketta tai häneen ei saatu yhteyttä puhelimitse.

4.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen seulontavaiheessa, joka toteutettiin Suomessa postikyselynä, oli mukana sekä tutkimuskeskusten yhteisesti sovittuja tutkimusmenetelmiä että ainoastaan Suomessa käytettyjä menetelmiä. Tutkittaville lähetetty kyselylomake on esitetty liitteenä (liite 7). Tutkimuskeskusten yhdessä sovittuja tutkimusmenetelmiä olivat seuraavat:

1. tutkittavan henkilö- ja taustatiedot, lomake numero 1,
2. mieliala, Beck Depression Inventory (BDI), 21 kysymystä käsittävä versio (Beck ym. 1979), lomake numero 2,
3. sosiaalisen tuen kartoitus (Brevik ja Dalgard 1996), lomake numero 3 ja
4. kielteisten elämäntapahtumien kartoitus viimeksi kuluneen puolen vuoden ajalta, The List of Threatening Experiences (Brugha ym. 1985), lomake numero 4.

Suomen osatutkimuksen tutkimusmenetelmät, joita tässä tutkimuksessa käytettiin, olivat seuraavat:

5. arviointia itsestä, osa Lea Pulkkinen kehittämästä Kehityksen hallinnan kyselylomakkeesta (KEHY) (Pulkkinen ja Rönkä 1994; Sinkkonen ja Pulkkinen 1996), (tyytyväisyys itseän kysymys 2, itseluottamus kysymykset 3–7), lomake numero 5,
6. miltä minusta tuntuu, 13-osioinen versio, Sense of coherence, SOC (Antonovsky 1987), lomake numero 6,
7. tulevaisuuteen suuntautuminen (Pulkkinen 1990), lomake nro 7 ja
8. mistä tulevaisuus riippuu (Pulkkinen 1988; Sinkkonen ja Pulkkinen 1996), lomake numero 7.
9. koettu vointi, koettu terveys ja koettu taloudellinen tilanne, lomake nro 8.

Osasta tutkimusmenetelmistä oli käytettävissä sekä suomen- että ruotsinkielinen käännös. Puuttuvat tutkimusmenetelmät käännettiin ensin molemmille kotimaisille kielille ja sen jälkeen toisen kääntäjän toimesta käännös takaisin englanniksi.

Tutkimuksessa käytetty sosiaaliluokitus pohjautuu taustalomakkeessa olevaan vastaajan tehtävä- ja/tai tutkintoniimikkeeseen Urho Rauhalan (1966) luokituksen mukaisesti.

POSITIIVINEN MIELENTERVEYS

Koherenssin tunne

Vuonna 1979 Aaron Antonovsky kirjoitti artikkelin stressin, copingin ja terveyden välisistä yhteyksistä. Kymmenen vuotta myöhemmin hän kirjoitti kirjan, jossa hän oli kehittänyt ajatuksiaan pidemmälle. Tämän kirjan liitteenä oli 29 kysymystä käsittävä Orientation to Life Questionnaire (Antonovsky 1987). Vuonna 1993 (Antonovsky 1993b) ilmestyneessä artikkelissaan Antonovsky teki yhteenvedon siihenastisesta koherenssin tunne -tutkimuksesta. Kyselylomake oli käännetty tuolloin jo neljälletoista eri kielelle. Tarkastelun kohteena olevista tutkimuksista 16 oli sellaisia, joissa oli käytetty 13 kysymystä käsittävää versiota. Antonovskyn artikkelin tutkimuksissa mittarin sisäisen konsistenssin vaihteluväli oli 0,74–0,93. Eräässä tutkimuksessa (Kivimäki ym. 2000) Cronbachin alpha oli tutkimuksen perusvaiheessa 0,81 ja seurannassa 0,86, Troy B. Adamsin ja Janet Beznerin (2000) tutkimuksessa 0,85 ja Erikssonin (2000) tutkimuksessa 0,85. Antonovskyn artikkelin ilmestymisen aikoihin oli olemassa vain muutama tutkimus, jossa oli tutkittu mittarin stabiliteettia. Näissä tutkimuksissa korrelaatioiden vaihtelu oli 0,52–0,86 ensimmäisen mittauksen ja vuoden kuluttua toteutetun uusintamittauksen välillä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin 13 kysymystä käsittävää versiota. Kysymysten vastausvaihtoehtojen vaihteluväli oli 1–7 ja osa vastauksista tuli kääntää ennen summamuuttujan muodostamista. Tarkastelin vastaajien koherenssin tunnetta myös luokiteltuna muuttujana. Koherenssin tunteesta ei ole käytössä mitään yleisesti sovittua luokittelua. Luokittelun perusteena oli, että ääripäiden välillä olisi laadullinen ero ja että muodostuneet ryhmät olisivat tilastollisia analyysejä ajatellen riittävän suuria. Jaoin koherenssin tunteen yhteispistemäärän ensin kvartiileihin, joista kaksi keskimmäistä kvartiilia yhdistin yhdeksi luokaksi. Näin ollen muodostui kolmiluokkainen muuttuja: heikko, keskimääräinen ja vahva koherenssin tunne. Heikon koherenssin tunteen pisterajat olivat 20–56 pistettä, keskimääräisen 57–73 pistettä ja vahvan 74–91 pistettä.

Itseluottamus

Jochen Brandtstädter (1984) on kehittänyt mallin kognitiivisten, toiminnallisten ja emotionaalisten orientaatioiden rakenteesta ja niiden keskinäisistä suhteista. Tämän mallin pohjalta on professori Lea Pulkkinen kehittänyt kyselylomakkeen, jossa vastaaja arvioi omaa kehitystään (KEHY) (Pulkkinen ja Rönkä 1994; Sinkkonen ja Pulkkinen 1996). Arviointilomakkeen yksi faktori viidestä on itseluottamus. Tämä käsittää luottamuksen omiin voimiin ja antaa kuvan vastaajan positiivisesta sisäisestä kontrollista oman kehityksensä suhteen. Itseluottamus on näin

ollen hyvin yksilökeskeinen ja täydentää koherenssin tunnetta, jossa ympäröivillä tekijöillä on suurempi merkitys. Pulkkinen kehittämä itseluottamus on lähelle Keltikangas-Järvisen määrittelemää suoritusetuntoa (Keltikangas-Järvinen 1995). Kyselylomaketta on käytetty Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksessa. Alun perin tutkimukseen osallistui 196 poikaa ja 173 tyttöä, jotka vuonna 1968 olivat kansakoulun toisella luokalla. Tämän tutkimuksen aineisto käsitti tutkimustulokset ajankohtana, jolloin tutkittavat olivat 26-vuotiaita. Mukana oli 145 miestä ja 142 naista. Tulosten mukaan itseluottamus-osion Cronbachin alpha oli miehillä 0,67 ja naisilla 0,63.

Luottamusta omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin tiedusteltiin viidellä kysymyksellä. Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, eri mieltä, samaa mieltä, täysin samaa mieltä. Yksittäisiä kysymyksiä koskevat tulokset olen esittänyt siten, että vastausvaihtoehdot on yhdistetty kahdeksi luokaksi: eri mieltä ja samaa mieltä. Vastauksista muodostin myös summamuuttujan, josta käytän luottavuuden parantamiseksi nimitystä itseluottamus. Itseluottamusta ei ole aikaisemmin käytetty luokiteltuna muuttujana. Itseluottamuksen luokittelun perusteena oli, että ääripäiden välillä olisi laadullinen ero ja muodostuneet ryhmät olisivat tilastollisia analyysejä ajatellen riittävän suuria. Jaoin vastaajien itseluottamusta kuvaavan pistemäärän ensin kvartiileihin, joista kaksi keskimmäistä kvartiilia yhdistin yhdeksi luokaksi. Näin ollen muodostui kolmiluokkainen muuttuja: heikko, keskimääräinen ja vahva itseluottamus. Heikon itseluottamuksen pisterajat olivat 5–13 pistettä, keskimääräisen 14–17 pistettä ja vahvan 18–20 pistettä.

Tyytyväisyys itseän

Pulkkinen kehittämän KEHY-mittarin yksi faktori on tyytyväisyys, joka muodostuu kahdesta kysymyksestä: 1) Olen tyytyväinen itseäni nykyisellään, enkä tavoittele muutoksia. 2) Olen saavuttanut sen, mitä olen asettanut kehitykseni tavoitteeksi. (Pulkinen ja Rönkä 1994; Sinkkonen ja Pulkinen 1996.) Tähän tutkimukseen valitsin ainoastaan ensimmäisen kysymyksen, joka arvioi vastaajan tyytyväisyyttä itseensä nykyisellään. Tämä täydentää subjektiivisen ja emotionaalisen luonteensa vuoksi hyvin koherenssin tunnetta ja itseluottamusta positiivisen mielen terveyden kuvaajina. Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, eri mieltä, samaa mieltä, täysin samaa mieltä. Vastausvaihtoehdot yhdistin kahdeksi luokaksi: eri mieltä ja samaa mieltä, joista käytän luottavuuden parantamiseksi nimityksiä itseän tyytymätön ja tyytyväinen.

SOSIAALINEN TUKEA

Oslon sosiaalisen tuen kartoitus on ollut käytössä ODIN-hankkeen lisäksi Norjan tilastokeskuksen väestön terveydentilaa koskevassa tutkimuksessa. Lisäksi sitä on käytetty Eurobarometri 52,8:n mielenterveyttä kuvaavassa osiossa. Näiden tutkimusten tulokset eivät olleet käytettävissä tätä tutkimusta kirjoitettaessa.

Sosiaalista tukea kysyttiin kolmella kysymyksellä, jotka olivat 1) läheisten määrä, 2) ihmisten osoittaman mielenkiinnon määrä ja 3) käytännön avun saamisen helppous naapurilta. Luokittelin kysymykset uudestaan kolmiluokkaisiksi. Uudet luokat ovat: 1) ei yhtään läheistä henkilöä, 1–2 läheistä ystävää ja 3 tai enemmän läheistä ystävää, 2) ihmisten osoittaman mielenkiinnon määrä on vähäinen, en osaa sanoa tai paljon ja 3) avun saanti naapurilta on vaikeaa, mahdollista tai helppoa.

KIELTEISET ELÄMÄNTAPAHTUMAT

Kielteisten elämäntapahtumien lista (Brugha ym. 1985) on peräsin joukosta elämäntapahtumia, joita kerättiin epidemiologisessa väestötutkimuksessa. Jokainen tapahtuma arvioitiin sen aiheuttaman pitkän ajan kontekstuaalisen uhan mukaan. Arvioinnissa käytettiin apuna G. Brownin ja T. Harrisin kehittämää menetelmää, joka on esitelty heidän kirjassaan vuodelta 1978. (Brown ja Harris 1978; Brugha ja Conroy 1985; Brugha ym. 1985.) T. S. Brugha ja D. Cragg (1990) suosittelivat kielteisten elämäntapahtumien listan (The List of Threatening Experiences, LTE-Q) käyttämistä psykiatrisissa, psykologisissa ja yhteiskuntatieteellisissä tutkimuksissa, joissa ollaan kiinnostuneita myös muista väliin tulevista muuttujista, kuten sosiaalisesta tuesta, copingista ja kognitiivisista muuttujista.

Kielteisten elämäntapahtumien lista koostui 12 erilaisesta tapahtumasta. Kielteisiä elämäntapahtumia muodostin sekä luokitellun että jatkuvan muuttujan. Luokat ovat: 1) ei yhtään kielteistä elämäntapahtumaa, 2) yksi kielteinen elämäntapahtuma ja 3) kaksi tai useampi kielteinen elämäntapahtuma. Summamuuuttujan muodostin laskemalla kielteiset elämäntapahtumat yhteen.

MIELENTERVEYDEN SEURAUKSET

Koettu terveys ja vointi

Vastaaajien terveyttä kuvaavia tekijöitä olivat koettu terveys ja vointi sekä masennusoireet. Koettu vointi ja terveys on luokiteltu kolmiluokkaiseksi siten, että erittäin hyvä ja hyvä on yhdistetty luokaksi hyvä ja erittäin huono ja huono luokaksi huono.

Beck Depression Inventory

A. Beckin, C. Wardin ja M. Mendelsonin kehittämä BDI on maailmassa eniten käytetty testattavien itsensä täyttämä masennuksen vakavuutta arvioiva mittari (Katz ym. 1995). Tämä masennuksen arviointimenetelmä on alun perin kehitetty mittaamaan masennukseen liittyvää käyttäytymistä sekä nuorilla että aikuisilla. Tavoitteena oli saada standardoitu mittari, jonka avulla olisi mahdollista seurata masennuksen vakavuuden muutoksia tai vain kuvata sairautta. BDI:ssä käytetyt kysymykset ovat peräisin psykoanalyttisessä terapiassa olleiden masentuneiden potilaiden hoidon aikana tehdyistä havainnoista. Asenteet ja oireet, jotka näyttivät olevan tyypillisiä masentuneille, kuvattiin joukkona väittämiä, joille annettiin numeerinen arvo. (Rush ym. 2000.)

BDI:n reliabiliteetti on ollut tutkimuksissa hyvä: Cronbachin alpha on vaihdellut välillä 0,73–0,92 (Feightner ja Worrall 1990; Bonicatto, Dew ja Soria 1997; Hittner 2000). Korrelaatiot muiden standardoitujen masennuksen oireiden vakavuutta mittaavien mittareiden kanssa ovat olleet melko hyviä (Rush ym. 2000). On tutkittu Beckin masennuskyselyn soveltuvuutta masennusoireiden seulontaan väestötutkimuksissa (Lasa ym. 2000). Tutkimukseen osallistui 1 250 iältään 18–64-vuotiasta espanjalaista. Tutkijoiden mukaan BDI on hyvä väline käytettäväksi masennuksesta kärsivien henkilöiden seulontaan väestötutkimuksissa.

Beck-kysely muodostuu 21 kysymyksestä, joiden vastausvaihtoehdot ovat 0–3. Vastausten pisteet lasketaan yhteen. Painoa koskevat muutokset huomioidaan ainoastaan silloin, kun vastaajan paino on laskenut, vaikka hän ei ole laihduttanut. Vastaajalla katsottiin esiintyvän masennusoireita, mikäli hän sai Beck-kyselyssä pisteitä 13 tai enemmän.

Suuntautuminen tulevaisuuteen ja mistä tulevaisuus riippuu

Tulevaisuuteen liittyviä kysymyksiä on käytetty Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksessa. Näihin liittyviä tuloksia on esitetty Pulkkinen ja Sinkkoson tutkimustuloksissa, mutta niissä ei ole arvioitu näiden kysymysten reliabiliteettia eikä validiteettia. (Pulkkinen 1988; Pulkkinen 1990; Sinkkonen ja Pulkkinen 1996.)

Tulevaisuuteen suuntautuminen koostui neljästä kysymyksestä, jotka olivat 1) mahdollisuus vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin, 2) tulevaisuuden suunnitelmien selkeys, 3) tulevaisuuteen suhtautuminen ja 4) mielessä pyörivien tulevaisuuden unelmien määrä. Vastausvaihtoehtoja oli neljä, jotka olen yhdistänyt kaksiluokkaisiksi.

Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin mielipidettä siitä, miten paljon he kokiivat tulevaisuutensa riippuvan seuraavista tekijöistä: 1) itsestä, 2) menneisyydestä, 3) kodista ja tai vanhemmista, 4) muista ihmisistä, 5) ulkoisista oloista, 6) maailman tilanteesta, 7) onnesta, 8) kohtalosta ja 9) Jumalasta. Vastausvaihtoehdot

olivat erittäin vähän, vähän, paljon ja erittäin paljon. Vastaukset olen yhdistänyt kaksiluokkaisiksi.

4.4 Tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät

Tutkimuksen tilastolliset analyysimenetelmät voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe muodostui aineiston kuvauksesta. Toisessa vaiheessa pyrin löytämään käytettävissä olevista muuttujista ne tekijät, jotka olivat vahvimmin yhteydessä funktionaalissa mielenterveyden mallissa käytettyihin positiivista mielenterveyttä kuvaaviin muuttujiin. Kolmannen analyysivaiheen muodosti funktionaalisen mielenterveyden mallin testaaminen empiirisellä aineistolla.

Aineiston kuvaamiseen olen käyttänyt suoria jakaumia ja prosenttiosuuksia. Luokiteltujen muuttujien välisten yhteyksien merkitsevyyden tutkimiseen käytiin kiihin neliö -riippumattomuustestiä (χ^2). Koherenssin tunteesta ja itseluottamuksesta muodostin summamuuttujat. Nämä muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita eivätkä niiden hajonnat olleet homogeenisia. Vaikka riippumattomien ryhmien t-testi ei ole kovin herkkä poikkeamalle normaalisuudesta ja tutkimusaineistoni oli suuri, päädyin käyttämään non-parametrisiä testejä jakaumien sijainnin testaamiseen. Käyttämäni testit olivat Mann-Whitneyn U-testi ja Kruskal-Wallis yksisuuntainen varianssianalyysi. Mann-Whitneyn U-testi on vaihtoehto riippumattomien ryhmien t-testille, ja sitä käytetään silloin, kun testattava muuttuja on järjestysasteikollinen tai jatkuvan muuttujan jakauma ei ole normaalin. Kruskal-Wallis testiä käytetään silloin, kun verrataan useamman kuin kahden ryhmän jakaumien sijaintia. Tätä käytetään erityisesti järjestysasteikollisille muuttujille, mutta myös vaihtoehtona yksisuuntaiselle varianssianalyysille (Anova) silloin, kun tämän oletukset eivät täyty. Kruskal-Wallis testi on yleistys Mann-Whitneyn U-testistä. Kahden ryhmän tapauksessa molemmat testit antavat saman tuloksen. (Sarna 2001).

Tutkimuksessa on käytössä kolme mittaria (koherenssin tunne, itseluottamus ja Beck Depression Inventory). Mittareiden luotettavuuden eli reliabiliteetin mittaamisen tunnuslukuna käytetään Cronbachin alfaa. Reliabiliteetti määritellään tosiarvon ja havaittujen muuttujien varianssin suhteeksi. Cronbachin alphan taustalla on olettamuksia, jotka harvoin toteutuvat todellisuudessa. Ensinnäkin Cronbachin alpha olettaa mittarin olevan yksiulotteinen eli kaikki sen osiot ovat tämän saman ulottuvuuden samanlaisia indikaattoreita. Psykologisessa tutkimuskentässä ilmiöt ovat harvoin yksiulotteisia. Tästä olettamuksesta seuraa, että varianssit ja korrelaatiot ovat yhtä suuria. Cronbachin alpha perustuu klassiseen tosiarvoteoriaan, joka olettaa, että kaikilla mittausriveillä on yhtä suuret varianssit ja ne ovat korreloimattomia. Ellei aineisto toteuta näitä olettamuksia, niin Cronbachin alpha antaa alaspäin harhaisia estimaatteja reliabiliteetille. Lauri Tarkkosen kehittämä

tapa määritellä reliabiliteetti huomioi mittarin moniulotteisuuden ja mittauksesta johtuvat virheet. (Vehkalahti 2000; Tarkkonen 2003.)

Käyttämistäni mittareista koherenssin tunne on ainoa, jonka ajatellaan muodostuvan kolmesta ulottuvuudesta, mutta sitä käytetään useimmiten yksiulotteisena mittarina. Olen käyttänyt mittareita oletusten mukaisesti yksiulotteisina. Kuitenkin olen mittareiden reliabiliteettia kuvannut sekä Cronbachin alphalla että Tarkkosen mitalla. Tarkkosen mitan laskemiseen olen käyttänyt Survo MM -ohjelmaa (Puranen ym. 2003). Tarkkosen reliabiliteeteista olen ilmoittanut arvot, jotka perustuvat olettamukseen, että mittausvirheet eivät korreloi.

Toisen analyysivaiheen tavoitteena oli löytää käytettävissä olevista muuttujien joukosta ne muuttujat, jotka olivat tilastollisesti merkitsevimmän yhteydessä koherenssin tunteeseen, itseluottamukseen sekä tyytyväisyyteen itseän nykyisellään ilman muutoksen tavoittelua. Tyytyväisyys-kysymyksestä muodostin kaksiluokkaisen muuttujan ja koherenssin tunteesta ja itseluottamuksesta kolmiluokkaiset muuttujat. Analyysimenetelminä käytin sekä logistista että polykantomista regressioanalyysiä. Kaikkiin malleihin sijoitin iän kiinteänä muuttujana, mutta muiden muuttujien analyysitapana käytin Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa mallia.

Logistista regressioanalyysiä käytetään tilanteissa, joissa selitettävä muuttuja on dikotominen. Selitettävä voi olla myös useampiluokkainen, jolloin kyseessä on polykotoninen regressioanalyysi. Nämä menetelmät sopivat aineistoni analysointiin hyvin, koska selitettävän muuttujan ei tarvitse olla normaalisti jakautunut. Analyysin tulokset kertovat, millä todennäköisyydellä selittävä muuttuja vaikuttaa selitettävään. Todennäköisyydet ilmaistaan ristitulosuhteina (odds ratio, OR). Raportoituja tilastollisia testisuureita ovat -2 Log Likelihood (-2LL), Nagelkerken selitysaste (Nagelkerke's R-Square) ja lisäksi logistisen regressioanalyysin yhteydessä David W. Hosmerin ja Stanley Lemeshow'n yhteensopivuustesti. Olettamuksena -2LL-testissä on, ettei minkään selittäjän regressiokerroin poikkea nolasta. Testiarvon alittaessa 0,05:n hylätään nollahypoteesi, mutta tämä ei välttämättä tarkoita sitä, että mallin jokainen selittävä muuttuja olisi merkitsevä. Nagelkerken selitysaste kertoo, miten käytetty malli selittää selitettävän muuttujan vaihtelua. Hosmerin ja Lemeshow'n nollahypoteesi on, ettei selitettävän muuttujien havaittujen ja mallin ennustamien arvojen välillä ole eroja. Toivottavaa on, ettei nollahypoteesia tarvitse hylätä eli että testin arvo on suurempi kuin 0,05. (Hosmer, Taber ja Lemeshow 1991; Garson 2001; Sarna 2001; Kai Karma ja Erkki Komulainen 2002; MOTV 2002). Edellä mainitut analyysit olen suorittanut SPSS 11.0.1 -tilasto-ohjelmalla (SPSS Inc. 1989–2001).

Kolmas analysointivaihe muodostui funktionaalisen mielenenterveyden mallin ja käytettävissä olevien muuttujien välisen yhteensopivuuden testaamisesta. Karman ja Komulaisen (2002) mukaan nykyisin empiirisessä tutkimuksessa pyritään irrallisista tilastollisista hypoteeseista kohti hypoteesien joukkoa, jotka muodosta-

vat toisiinsa liittyvän mielekkään kokonaisuuden. Tällaista hypoteesiyhdistelmää voidaan kutsua malliksi. Testauksen kohteena on mallin ja kokemusperäisen aineiston välinen yhteensopivuus. Mallia testattaessa pyritään kehittämään sitä mahdollisimman hyvin empiiristä aineistoa kuvaavaksi. Tässä tutkimuksessa käytin teoreettisesti kehitetyn funktionaalinen mielenterveyden mallin ja empiirisesti kerätyn aineiston välisen yhteensopivuuden testaamiseen Lisrel 8.52 -ohjelmaa (Scientific Software International, Inc. 2002). Ohjelman avulla on mahdollista testata jonkin kausaalimallin (rakenneyhtälömallin, structural equation model) sopivuutta empiiriseen aineistoon (Elovainio ja Sinervo 1996).

Lisrel-analyysi muodostuu kahdesta vaiheesta: ensin muodostetaan mittamalli ja tämän jälkeen rakenneyhtälömalli. Mittamalli kuvaa, miten havaitut muuttujat ovat yhteydessä latenteihin, teoreettisiin, muuttujiin. Mitattujen muuttujien riippuvuudet latenteista muuttujista ilmaistaan latauksina ja jäännöstermeinä. Rakenneyhtälömalli määrittelee latenteiden muuttujien kausaaliset suhteet. Erilaisia rakenneyhtälömalleja testaamalla pyritään löytämään parhaiten aineistoa kuvaava malli. (Yli-Luoma 1990; Elovainio ja Sinervo 1996; Jöreskog ja Sörbom 1996; Sinervo 2000.) Muuttujien välisten yhteyksien tulee olla lineaarisia, mikä on vaikeasti testattavissa oleva asia (Elovainio ja Sinervo 1996). Joten tutkimuksen mallin testaamisen toteuttamiseksi olen olettanut, että funktionaalisen mielenterveyden osatekijöiden väliset yhteydet ovat lineaarisia.

Mittamalli tässä tutkimuksessa perustuu teoreettiseen malliin, jonka muuttujat määrittelin teorian perusteella työn alussa. Logististen ja polykutomisten regressioanalyysien tulosten perusteella löysin käytettävissä olevista muuttujista merkittävimmän funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijöihin yhteydessä olevat muuttujat. Tämän jälkeen sijoitin ne mittamallin havaituiksi muuttujiksi. Funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijät, altistavat tekijät, laukaisevat tekijät, sosiaalinen tuki, positiivinen mielenterveys ja mielenterveyden seuraukset, ovat mittamallin latenteja muuttujia.

Rakenneyhtälömallien sopivuuden testaamiseen on useita erilaisia tunnuslukuja. Koko mallin hyväksyttävyyden testi on khiin neliötesti (χ^2). Suuret khiin neliötestin arvot merkitsevät huonoa sopivuutta mallin ja aineiston välillä. Tämän testin ongelma liittyy suuriin aineistoihin, jolloin khiin neliötesti saa lähes aina suuria arvoja ja näin ollen malli tulisi hylätä. Khiin neliötestin lisäksi on muita tunnuslukuja mallin sopivuuden arviointiin. Näitä ovat esimerkiksi keskimääräinen jäännöskorrelaatio (root mean square residuals, RMR), yhteensopivuusindeksi (goodness of fit, GFI) ja normeerattu yhteensopivuusindeksi (normed fit index, NFI). Keskimääräinen jäännöskorrelaatio on tunnusluku mallin määrittämien ja todellisten muuttujien varianssin ja kovarianssin välisten keskimääräisten erojen arviointiin. Mahdollisimman pieni arvo on toivottava. Yhteensopivuusindeksi testaa, miten paljon paremmin malli sopii verrattuna tilanteeseen, jossa ei ole lainkaan mallia. Normeerattu yhteensopivuusindeksi vertaa mallia perustason mal-

liin. Molemmat tunnusluvut voivat saada arvoja 0:n ja 1:n välillä. Mahdollisimman suuret arvot ovat toivottavia. (Jöreskog ja Sörbom 1993; Elovainio ja Sinervo 1996.)

4.5 Tutkimukseen osallistuneet

Postikyselyssä lähetettiin yhteensä 2 999 kyselylomaketta, joista 1 500 Turkuun ja 1 499 Tarvasjoelle, Marttilaan ja Koski Tl:ään. Lomakkeita palautettiin 1 947, joten vastausprosentti oli 64,9. Palauttamattomia lomakkeita oli yhteensä 1 052. Näistä 44 vastaanottajan osoite oli tuntematon, 30 vastaanottajaa oli muuttanut tutkimusalueen ulkopuolelle ja kuusi henkilöä oli kuollut. Viisi lomaketta hylättiin, koska ne oli täytetty puutteellisesti. Lomakkeen saaneista 967 jätti lomakkeen palauttamatta tai erikseen ilmoitti, ettei halua osallistua tutkimukseen.

Vastanneista asui lähes yhtä monta sekä kaupungissa (959) että maaseudulla (988). Naisten osuus vastanneista oli hieman suurempi (54,4 %) kuin miesten koko aineistossa, mutta maaseudulla miesten osuus oli suurempi (53,8 %, $p = 0,014$). Ikäryhmittäin vastaajat jakaantuivat melko tasaisesti kaikkiin ikäryhmään. Vastanneiden keski-ikä oli 41,4 vuotta, keskihajonta oli 13,1. Kaupungissa asuvien keski-ikä oli 40,1 vuotta (keskihajonta 13,5) ja maaseudulla asuvien jonkin verran korkeampi, 42,6 vuotta (keskihajonta 12,6). Sekä miehet (41,2 vuotta, keskihajonta 13,20) että naiset (41,5 vuotta, keskihajonta 13,00) olivat samanikäisiä. Vastaa- jien iät on esitetty ikäryhmittäin asuinalueen ja sukupuolen mukaan taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden osuudet (%) eri ikäryhmissä asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Ikäluokat	Kaupunki			Maaseutu			Yhteensä	
	Miehet	Naiset	P-arvo	Miehet	Naiset	P-arvo	%	N
18–24-vuotiaat	14,6	16,0	0,013	12,2	7,8	0,074	12,6	246
25–34-vuotiaat	27,1	24,0		17,4	19,6		21,9	426
35–44-vuotiaat	22,7	16,0		21,2	25,4		21,2	412
45–54-vuotiaat	18,0	25,5		28,9	25,4		24,8	482
55–65-vuotiaat	17,6	18,4		20,3	21,7		19,6	381
Yhteensä	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	1 947

4.6 Katoanalyysi

Tutkimuksessa oli käytettävissä henkilötunnisteet, joiden avulla oli mahdollista liittää tietoja Kansaneläkelaitoksen (Kela) sekä Stakesin Tilastot ja rekisterit -yksikön ylläpitämiin tiedostoihin. Käytännössä tiedostojen yhdistäminen tapahtui siten, että sekä Kelalle että Stakesin Tilastot ja rekisterit -yksikölle toimitettiin Stakesista tiedosto, joka sisälsi seuraavat muuttujat: sukupuoli, ikä, kunta, osallistuminen tutkimukseen, henkilötunnus ja tutkimusnumero. Molemmissa paikoissa tiedot yhdistettiin pyydettyihin tietoihin. Näin saaduista uusista tiedostoista poistettiin henkilötunnukset, minkä jälkeen ne palautettiin Stakesiin katoanalyysin suorittamista varten. Kelalta pyydettyjen tietojen tarkempi kuvaus on esitetty liitteessä 8.

Kelalta pyydetty tiedot olivat seuraavat:

- sairauspäiviä jonkin sairauden takia,
- oikeus erityiskorvattavaan lääkkeeseen jonkin sairauden takia,
- erityiskorvattava lääke sairausryhmän 112 (Vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt.) takia,
- voimassa oleva työkyvyttömyyseläke (31.12.1996) jonkin sairauden takia,
- voimassa oleva työkyvyttömyyseläke (31.12.1996) psyykkisen sairauden (F00–F99) takia.

Stakesin Hilmo-rekisteristä pyydetty tiedot oli eritelty sairaalan erikoisalana (psykiatria ja muut hoitopaikat) mukaan ja keräysajanjakso oli 1.1.1996–31.12.1998. Hilmo-rekisteristä saadut tiedot olivat seuraavat:

- sairaalapäiviä jonkin sairauden takia
- sairaalapäiviä psyykkisen sairauden takia
- sairaalapäiviä masennusdiagnoosin (F31.0–F38.8, F39, F43.2) takia.

4.6.1 Katoanalyysin tulokset

Kelan etuuksien tarkastelussa lomakkeen palauttamatta jättäneet eli tutkimuksesta kieltäytyneet eivät eronneet iän tai asuinalueen suhteen tutkimukseen osallistuneista. Kieltäytyneissä oli enemmän miehiä (59,6 %) kuin naisia (40,4 %), ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p < 0,000$. Kieltäytyneillä ei ollut yleensä sairauden takia oikeutta erityiskorvattaviin lääkkeisiin useammin kuin osallistuneilla, mutta kylläkin psyykkisen synn takia. Yleensä sairauden tai psyykkisen synn takia työkyvyttömyyseläkkeellä oli jonkin verran useampi tutkimuksesta kieltäytyneistä kuin siihen osallistuneista. Taulukossa 2 on tarkemmin esitetty Kelan etuuksien saaminen tutkimukseen osallistuneiden ja kieltäytyneiden osalta.

TAULUKKO 2. Kelan etuuksia saavien osuudet (%) tutkimukseen osallistumisen mukaan

Kelan etuudet	Kieltäytyneet (N = 1 035)	Osallistuneet (N = 1 929)	Yhteensä (N = 2 964)	P-arvo
Sairauspäiviä jonkin sairauden takia	7,0	7,5	7,3	0,577
Oikeus erityiskorvattavaan lääkkeeseen jonkin sairauden takia	17,8	18,3	18,1	0,725
Oikeus erityiskorvattavaan lääkkeeseen psyykkisen sairauden takia	2,2	1,2	1,6	0,032
Työkyvyttömyyseläke jonkin sairauden takia	8,4	5,0	6,2	0,000
Työkyvyttömyyseläke psyykkisen sairauden takia	3,3	1,9	2,4	0,012

Sekä tutkimuksesta kieltäytyneistä että siihen osallistuneista noin 30 prosentilla oli ollut sairaalapäiviä tutkimusajankohtana (1.1.1996–31.12.1998) jonkin sairauden takia. Sairaalahoidossa oli ollut masennuksen takia samansuuruinen osuus molemmista ryhmistä. Sen sijaan sairaalahoidossa jonkin psyykkisen sairauden takia oli ollut useampi tutkimuksesta kieltäytyneistä kuin osallistuneista. Sairaala-olleiden määrät on esitetty taulukossa 3.

Yhteenvetona katoanalyysistä voidaan todeta, että tutkimuksesta kieltäytyneillä esiintyi jonkin verran enemmän psyykkisiä sairauksia kuin tutkimukseen osallistuneilla. Myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevia ja miehiä oli enemmän tutkimuksesta kieltäytyneissä kuin osallistuneissa.

TAULUKKO 3. Sairaalahoidot 1.1.1996–31.12.1998 sairausryhmän ja tutkimukseen osallistumisen mukaan (%)

Sairaalapäivät	Kieltäytyneet (N = 1 035)	Osallistuneet (N = 1 929)	Yhteensä (N = 2 964)	P-arvo
Jonkin sairauden takia	28,5	31,2	30,2	0,134
Psyykkisen sairauden takia	2,5	1,1	1,6	0,048
Masennusdiagnoosin takia	0,8	0,5	0,6	0,395

5 Tulokset

Tulosten esittelyssä olen käyttänyt seuraavaa esitysjärjestystä: vastaajien positiivista mielenterveyttä kuvaavien tekijöiden (koherenssin tunne, itseluottamus ja tyytyväisyys itseän) jakaumat, ja tämän jälkeen funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijöiden (altistavat, laukaisevat, sosiaalinen tuki ja mielenterveyden seuraukset) yhteydet vastaajien positiiviseen mielenterveyteen. Lopuksi esitän tulokset, jotka liittyvät funktionaalisen mielenterveyden mallin testaamiseen empiirisellä aineistolla.

Osatekijöiden tulosten esittämisessä olen käyttänyt seuraavaa järjestystä: ensin suorat jakaumat, positiivista mielenterveyttä kuvaavien muuttujien (koherenssin tunne ja itseluottamus) keskiarvot sekä itseensä tyytyväisten osuudet tutkittujen muuttujien luokissa. Lopuksi esitän polykotoamisen (koherenssin tunne ja itseluottamus) ja logistisen (tyytyväisyys itseän) regressioanalyysin tulokset. Tutkimusryhmien esittelyjärjestys kaikkien tulosten osalta on seuraava: koko aineisto, kaupunki, maaseutu, miehet, naiset. Polykotoamisen ja logistisen regressioanalyysin tulokset asuinalueen ja sukupuolen mukaan esitän ristitulosuhteista (Odds ratio, OR) muodostettujen kuvioiden avulla. Lisäksi olen tehnyt kaikki analyysit myös alaryhmissä kaupungin miehet, kaupungin naiset, maaseudun miehet ja maaseudun naiset. Näiden analyysien tuloksia esitän, jos ne eroavat tilastollisesti merkitsevästi aikaisemmin esitettyjen ryhmien tuloksista.

Polykotoimisissa regressioanalyyseissä on vertailuluokkana heikon koherenssin tunteen/itseluottamuksen omaavien vastaajien luokka. Vastaavasti logistisissa regressioanalyyseissä ovat vertailuluokkana itseensä tyytymättömät vastaajat. Tutkittaessa kielteisten elämäntapahtumien yhteyttä positiivisen mielenterveyden osatekijöihin vastemuuttujina ovat vahva koherenssin tunne ja itseluottamus sekä tyytyväisyys itseän. Kaikissa analyyseissä ikä on mukana mallissa, mutta sitä koskevia tuloksia olen esittänyt ainoastaan niiden ollessa tilastollisesti merkitseviä. Täten polykotoamisen ja logististen regressioanalyysien tulokset ovat iän suhteen vakioituja.

Luettavuuden takia olen tulosten esittämisessä käyttänyt muotoa vahva koherenssin tunne, vaikka asiallisesti kyseessä on tilastollisesti merkitsevästi korkeampi koherenssin tunteen keskiarvo kyseisen selittävän muuttujan luokassa kuin muissa luokissa. Samoin olen käyttänyt käsitettä vahva itseluottamus.

5.1 Osallistuneiden positiivinen mielenterveys

Koherenssin tunne

Koherenssin tunne -kyselyn täytti hyväksyttävästi yhteensä 1 917 vastaajaa eli 98,5 prosenttia. Cronbachin alpha oli koko aineistossa 0,8713 ja sukupuolen mukaan tarkasteltuna miehillä 0,8790 ja naisilla 0,8648. Vastaavat reliabiliteetit Tarkkosen menetelmällä mitaten olivat 0,8712, 0,8794 ja 0,8644.

Vastanneiden koherenssin tunteen keskiarvo oli 64,1, vaihteluväli oli 20–91 ja keskihajonta 12,2. Maaseudulla asuvilla (64,8 ja keskihajonta 12,3) oli vahvempi koherenssin tunne kuin kaupungissa asuvilla (63,4 ja keskihajonta 12,0). Ero oli tilastollisesti merkitsevä, $p = 0,007$. Miehillä koherenssin tunteen keskiarvo oli 64,9 (keskihajonta 12,2) ja naisilla hieman alhaisempi eli 63,4 (keskihajonta 12,1). Ero oli tilastollisesti merkitsevä, $p = 0,005$. Kaupungissa asuvien miesten ja naisten koherenssin tunteessa ei ollut eroa sukupuolten välillä, mutta maaseudulla asuvilla miehillä (65,7) oli naisia (63,9) vahvempi koherenssin tunne ($p = 0,019$). Vastaajan iällä ei ollut yhteyttä koherenssin tunteeseen. Kun koherenssin tunnetta tarkasteltiin luokiteltuna muuttujana asuinalueen ja sukupuolen mukaan, sukupuolten välinen tilastollinen ero hävisi, mutta maaseudulla oli edelleen enemmän vahvan koherenssin tunteen omaavia. Vastanneiden koherenssin tunteen tulokset on esitetty luokiteltuna taulukossa 4.

Itseluottamus

Yhdeksän vastaajaa kymmenestä koki, että he voivat vaikuttaa omaan kehitykseensä ja että heidän omat kykynsä ja ponnistuksensa ovat ratkaisevia menestyksen kannalta. Jonkin verran vähemmän oli niitä, jotka uskoivat omaavansa vahvan tahdon ja suhtautuivat asioihin luottavaisesti. Asettamansa tavoitteet koki voivansa toteuttaa kolme vastaajaa neljästä. (Taulukko 5.) Luottamuksessa omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin ei juuri esiintynyt alueellisia eikä sukupuolten välisiä eroja. Ainoastaan asettamiensa tavoitteiden toteuttamisen arvioinnissa miehet (79,5 %)

TAULUKKO 4. Tutkimukseen osallistuneiden koherenssin tunne luokiteltuna asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)

Koherenssin tunteen pisteet	Asuinalue		P-arvo	Sukupuoli		P-arvo	Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu		Miehet	Naiset		%	N
SOC 20–56 pistettä	28,9	24,3	0,017	24,6	28,2	0,057	26,6	509
SOC 57–73 pistettä	48,9	48,9		48,6	49,2		48,9	938
SOC 74–91 pistettä	22,2	26,8		26,8	22,6		24,5	470
Yhteensä	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	1 917

TAULUKKO 5. Itseluottamus-väittämien kanssa samaa mieltä olevien osuudet (%) asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Väittämät	Asuinalue			Sukupuoli			Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu	P-arvo	Miehet	Naiset	P-arvo	%	N
Uskon siihen, että voin vaikuttaa kehitykseeni	91,0	90,9	0,936	90,4	91,4	0,465	90,9	1 737
Minulla on vahva tahto	78,1	81,1	0,107	81,5	78,0	0,055	79,6	1 524
Suhtaudun asioihin luottavaisesti	81,3	82,6	0,442	81,8	82,1	0,860	81,9	1 575
Pystyn toteuttamaan sen, minkä asetan tavoitteeksi	76,1	76,8	0,708	79,5	73,8	0,004	76,4	1 465
Omat kykyni ja ponnisteluni ovat ratkaisevia menestyksessäni	92,1	92,7	0,625	91,4	93,2	0,158	92,4	1 770

uskoivat itseensä useammin kuin naiset (73,9 %), $p = 0,004$. Tämä ero oli myös maaseudulla asuvien miesten ja naisten välillä. Lisäksi maaseudulla asuvilla miehillä (84,9 %) oli useammin kokemus vahvasta tahdosta kuin maaseudulla asuvilla naisilla (77,5 %), $p = 0,003$.

Itseluottamusta kuvaavista kysymyksistä muodostettiin summamuuttuja, jonka Cronbachin alpha oli 0,8069 koko aineistossa ja erikseen tutkittaessa miehillä 0,8000 ja naisilla 0,8131. Vastaavat reliabiliteetit Tarkkosen menetelmällä mitaten olivat 0,8087, 0,8021 ja 0,8151. Vastaajien itseluottamuksen keskiarvo oli 15,5 pistettä, vaihteluväli oli 5–20 ja keskihajonta 2,6. Itseluottamuksessa ei ollut eroja asuinalueiden eikä sukupuolten välillä. Itseluottamus väheni iän myötä ($p < 0,000$). Erot olivat hyvin samankaltaisia kaikissa ryhmissä lukuun ottamatta maaseudulla asuvia miehiä ja naisia, joilla iän yhteys itseluottamukseen ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kun itseluottamusta tarkastellaan luokiteltuna muuttujana, niin vastaajista 22,4 prosenttia omasi vahvan, 58,5 prosenttia keskimääräisen ja 19,1 prosenttia heikon itseluottamuksen. Asuinalueen ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Tyytyväisyys itseän

Vastanneista runsas puolet oli tyytyväisiä itseensä nykyisellään ilman muutoksen tavoittelua. Maaseudulla asuvista suurempi osa (60,2 %) oli tyytyväisiä kuin kaupungissa asuvista (50,8 %), $p < 0,000$. Miesten ja naisten vastauksissa ei juuri ollut eroja. Tyytyväisyys itseensä lisääntyi vastaajien keskuudessa iän myötä: 18–24-vuotiaista oli tyytyväisiä 43 prosenttia ja 50–65-vuotiaista 75 prosenttia. Iän ja tyytyväisyyden yhteys oli samanlainen niin asuinalueen kuin sukupuolen mukaan tarkastelluissa ryhmissä. Kaikissa ryhmissä erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,000$).

5.2 Altistavien tekijöiden yhteys positiiviseen mielenterveyteen

Tutkimukseen osallistuneiden positiiviseen mielenterveyteen liittyviä altistavia tekijöitä olivat perhetausta, asumiseen liittyvät tekijät ja sosioekonomiset tekijät. Perhetaustaa kuvaavia tekijöitä olivat vastaajan siviilisäät, hänen kanssaan asuvien henkilöiden ja alaikäisten lasten määrä. Asumiseen liittyviä tekijöitä olivat asumuoto, synnyinkunta ja asuinaika nykyisessä kunnassa. Sosioekonomisia tekijöitä olivat vastaajan työtilanne, sosiaaliluokka ja kokemus taloudellisesta tilanteestaan.

Perhetausta

Lähes kaksi kolmesta sekä miehistä että naisista oli naimisissa. Maaseudulla oli naimisissa olevien osuus suurempi kuin kaupungissa ja vastaavasti naimattomien ja eronneiden osuus oli kaupungissa suurempi kuin maaseudulla. Miehet olivat naisia useammin naimattomia, kun taas naiset olivat miehiä useammin eronneita tai leskiä. Kaikista osallistujista viidennes asui yksin ja vajaa puolet vastanneista asui kahden tai kolmen hengen taloudessa. Maaseudulla asuttiin harvemmin yksin kuin kaupungissa, mutta muuten kotitalouksien koossa ei ollut merkittäviä eroja eri ryhmien välillä. Kahdella vastaajalla kolmesta ei ollut alaikäisiä lapsia. Alaikäisiä lapsia oli maaseudulla asuvilla useammin kuin kaupunkilaisilla. Miehistä ja naisista yhtä suurella osalla oli alaikäisiä lapsia. Vastaajien perhetausta on esitetty taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Tutkimukseen osallistuneiden perhetausta asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)

Perhetaustaan liittyvät tekijät	Asuinalue		P-arvo	Sukupuoli		P-arvo	Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu		Miehet	Naiset		%	N
Siviilisäät			0,000			0,000		
Naimaton	26,7	20,1		26,8	20,5		23,3	454
Naimisissa	60,6	70,9		65,9	65,8		65,9	1 281
Eronnut	9,8	6,5		6,8	9,2		8,1	158
Leski	2,8	2,5		0,6	4,4		2,7	52
Vastaajan kanssa asuvien lukumäärä			0,000			0,798		
Asuu yksin	26,5	13,8		19,7	20,4		20,1	390
1–2 henkilöä	49,6	44,5		46,7	47,3		47,0	914
3 tai enemmän	23,9	41,7		33,7	32,3		32,9	640
Alaikäisten lasten lukumäärä			0,000			0,073		
Ei yhtään	71,5	59,8		68,1	63,5		65,6	1 277
1 lapsi	13,7	17,0		13,5	16,9		15,4	299
2 lasta	10,7	14,6		12,9	12,5		12,7	247
3–8 lasta	4,1	8,6		5,5	7,1		6,4	124

Koherenssin tunne ja perhetausta

Koherenssin tunteen ja siviilisäädyn välillä oli selvä tilastollinen yhteys, $p = 0,001$. Naimisissa olevilla se oli vahvin (64,8, keskihajonta 2,1) ja eronneilla heikoin (60,9, keskihajonta 2,8). Kaupungissa asuvilla, miehillä ja kaupungissa asuvilla miehillä siviilisäätyn väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ja samalla tavoin jakautuneita kuin koko aineistossa. Maaseudulla asuvilla ja naisilla ei tätä siviilisäädyn ja koherenssin tunteeseen välistä yhteyttä esiintynyt. Yksin asuvien koherenssin tunne oli merkitsevästi heikompi kuin jonkun kanssa asuvilla ($p < 0,000$). Etenkin kaupungissa asuvilla, miehillä ja kaupungissa asuvilla miehillä yksin asuminen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä heikkoon koherenssin tunteeseen. Muissakin ryhmissä tulokset olivat samansuuntaisia, mutta eivät tilastollisesti merkitseviä. Vastaajan kanssa asuvien alaikäisten lasten määrällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vastaajan koherenssin tunteeseen.

Itseluottamus ja perhetausta

Siviilisäätty oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä itseluottamukseen. Itseluottamus oli vahvin naimattomilla henkilöillä (15,9) ja heikoin eronneilla (15,2) ja leskillä (15,3). Tämä ero oli havaittavissa koko aineistossa ($p = 0,008$), maaseudulla asuvilla ($p = 0,028$) ja maaseudulla asuvilla naisilla ($p = 0,038$). Muissakin ryhmissä tulokset olivat samansuuntaisia, mutta eivät tilastollisesti merkitseviä. Vastaajan kanssa asuvien henkilöiden määrä ei ollut yhteydessä itseluottamukseen. Poikkeuksen muodostivat yksin asuvat miehet, joiden itseluottamus oli muita heikompi ($p = 0,005$). Alaikäisten lasten määrä ei ollut yhteydessä vastaajan itseluottamukseen.

Tyytyväisyys itseän ja perhetausta

Koko aineiston tasolla kaikki perhetaustaa kuvaavat tekijät olivat yhteydessä tyytyväisyyteen. Yleisesti ottaen voidaan todeta, että naimisissa olevista (59,0 %) ja leskistä (64,0 %) suurempi osa oli tyytyväisiä kuin naimattomista (45,9 %) tai eronneista (52,3 %). Erot tyytyväisten osuuksissa siviilisäädyn mukaisissa luokissa olivat tilastollisesti merkitseviä kaikissa ryhmissä lukuun ottamatta maaseudulla asuvia sekä maaseudulla asuvia miehiä että naisia. Vastaajan kanssa asuvien henkilöiden ja tyytyväisyyden välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Yksin asuvista lähes puolet (47,5 %) oli tyytymättömiä. Tyytyväisempiä olivat vastaajat, joiden kanssa asui yksi tai kaksi muuta henkilöä. Erot olivat samansuuntaiset kaikissa ryhmissä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä naisilla, kaupungissa asuvilla naisilla eikä maaseudulla asuvilla miehillä. Vastaajista, joilla ei ollut alaikäisiä lapsia,

oli tyytyväisiä 57,9 prosenttia. Tyytyväisten osuus väheni lasten lukumäärän lisääntyessä. Yhden alaikäisen lapsen vanhemmista 52,4 prosenttia ja monilapsisista vanhemmista 50,0 prosenttia oli tyytyväisiä itseensä. Tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä koko aineiston tasolla ($p = 0,013$) ja maaseudulla asuvilla ($p = 0,013$).

Asumiseen liittyvät tekijät

Asumiseen liittyviä tekijöitä olivat syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä asuinkunnassa ja asumismuoto. Maaseudulla oli jonkin verran vähemmän ulkomailla syntyneitä kuin kaupungissa. Miehistä lähes puolet ja naisista noin kolmannes oli syntynyt nykyisessä asuinkunnassaan. Kolme neljästä oli asunut nykyisessä asuinkunnassaan yli viisi vuotta. Vastaaajista runsas kaksi kolmannesta asui omistusasunnossa. Maaseudulla asuttiin useammin omistusasunnossa kuin kaupungissa ja naiset useammin kuin miehet. Vastaaajien asumiseen liittyvät tiedot on esitetty taulukossa 7.

Koherenssin tunne ja asumiseen liittyvät tekijät

Asumiseen liittyvistä tekijöistä ainoastaan asumismuoto oli yhteydessä koherenssin tunteeseen. Koko aineistossa omistusasunnossa asuvilla oli vahvin koherenssin tunne (65,1, keskihajonta 11,9) verrattuna muissa asumismuodoissa (64,0, keskihajonta 2,6) tai vuokra-asunnossa asuviin (61,7, keskihajonta 12,3), $p < 0,000$. Nämä erot olivat kaikissa ryhmissä samansuuntaiset, mutta maaseudulla sekä maaseudulla asuvilla miehillä että naisilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 7. Tutkimukseen osallistuneiden asumiseen liittyvät tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)

Asumiseen liittyvät tekijät	Asuinalue		P-arvo	Sukupuoli		P-arvo	Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu		Miehet	Naiset		%	N
Syntymäpaikka			0,001			0,000		
Nykyinen asuinkunta	41,0	41,3		49,0	34,7		41,2	800
Muulla Suomessa	56,3	58,2		49,2	63,9		57,2	1 112
Ulkomailla	2,7	0,5		1,8	1,4		1,6	31
Montako vuotta olette asunut nykyisessä kunnassa, ellei syntymäkunta			0,618			0,067		
Alle vuoden	5,4	6,8		7,4	5,3		6,1	71
1–5 vuotta	17,4	16,6		19,3	15,5		17,0	197
yli 5 vuotta	77,2	76,6		73,4	79,2		76,9	890
Asumismuoto			0,000			0,024		
Omistusasunto	52,6	75,3		61,8	66,0		64,1	1 245
Vuokra-asunto	36,8	14,2		25,6	25,1		25,3	492
Muu	10,7	10,5		12,5	8,9		10,6	205

Itseluottamus ja asumiseen liittyvät tekijät

Vastaajan syntymäpaikalla ei ollut yhteyttä itseluottamukseen. Nykyisessä asuin-kunnassa asumisajan ja itseluottamuksen välillä ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, lukuun ottamatta kaupungissa asuvia miehiä. Miehillä, jotka olivat asuneet Turussa yli viisi vuotta, oli heikompi itseluottamus kuin lyhyemmän ajan asuneilla miehillä ($p = 0,020$). Koko aineiston tasolla vastaajilla, joiden asumisluokka oli muut, kuten esimerkiksi työsuhdeasunnossa tai vanhempien/ystävän/ystävien luona asuvat, oli vahvin itseluottamus ($p < 0,000$). Tilanne oli samansuuntainen kaikissa ryhmissä, mutta maaseudulla asuvilla ja maaseudulla asuvilla naisilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Tyytyväisyys itseen ja asumiseen liittyvät tekijät

Syntymäpaikalla ei ollut yhteyttä vastaajan tyytyväisyyteen. Koko aineistossa yli viisi vuotta nykyisessä asuin-kunnassa asuneista suurempi osa (59 %) oli tyytyväisiä itseensä kuin 1–5 vuotta asuneista (42 %) tai alle vuoden asuneista (47 %), $p < 0,000$. Tulokset olivat samansuuntaisia kaikissa ryhmissä, mutta kaupungin miehillä ja maaseudun naisilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Omistusasunnossa asuvista suurempi osa (62 %) oli tyytyväisiä kuin vuokra-asunnossa (43 %) tai muissa asumismuodoissa asuvista (47 %), $p < 0,000$. Tilanne oli samanlainen kaikissa ryhmissä, mutta maaseudulla asuvilla miehillä ja naisilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Sosioekonominen asema

Sosioekonomisia tekijöitä olivat vastaajan työtilanne, sosiaaliluokka ja koettu taloudellinen tilanne. Vastaajista oli työelämässä noin 60 prosenttia. Maaseudulla työllisten osuus oli suurempi kuin kaupungissa. Miehistä suurempi osa oli työssä kuin naisista. Vastaajista vajaa kymmenesosa kuului Rauhalan luokituksen mukaisesti kolmeen ylimpään sosiaaliluokkaan ja kolmannes kolmeen alimpaan luokkaan. Kaupungissa asuvista kuului ylimpiin sosiaaliluokkiin suurempi osa kuin maaseudulla asuvista. Miehistä oli enemmän ylimpiin sosiaaliluokkiin kuuluvia kuin naisissa. Kolmannes vastaajista koki taloudellisen tilanteensa erittäin hyväksi tai hyväksi ja viidennes koki sen huonoksi tai erittäin huonoksi. Maaseudulla asuvat olivat kaupunkilaisia useammin tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa. Sukupuolten välillä ei ollut eroa taloudellisen tilanteen kokemisessa. Vastaajien sosioekonominen tausta on esitetty taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Tutkimukseen osallistuneiden sosioekonominen asema asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)

Sosioekonomiset tekijät	Asuinalue			Sukupuoli			Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu	P-arvo	Miehet	Naiset	P-arvo	%	N
Työtilanne			0,000			0,000		
Työssä	57,3	66,8		67,8	57,4		62,1	1 200
Työtön	15,1	7,6		9,5	12,8		11,3	218
Eläkkeellä	11,1	11,2		12,5	10,0		11,1	215
Muu	16,6	14,4		10,3	19,8		15,5	299
Sosiaaliluokka			0,000			0,000		
1-3 (ylimmät luokat)	12,9	5,1		10,1	8,0		9,0	171
4-6	51,4	62,9		61,6	53,6		57,2	1 092
7-9 (alimmat luokat)	35,7	32,0		28,3	38,4		33,8	645
Koettu taloudellinen tilanne			0,000			0,716		
Hyvä	33,7	37,9		36,8	35,0		35,8	673
Keskinkertainen	40,3	44,0		41,3	42,8		42,1	792
Huono	26,0	18,0		21,9	22,2		22,1	415

Koherenssin tunne ja sosioekonomiset tekijät

Koko aineiston tasolla kaikki sosioekonomiset tekijät olivat yhteydessä koherenssin tunteeseen. Työtilanteen yhteys koherenssin tunteeseen oli tilastollisesti merkitsevä. Vahvin koherenssin tunne oli työssä olevilla (65,1, keskihajonta 1,7), joita seurasivat ryhmä muut (64,1, keskihajonta 1,6), eläkeläiset 63,2 (keskihajonta 3,2) ja työttömät (59,4, keskihajonta 3,1), $p < 0,000$. Työtilanteen ja koherenssin tunteen välinen yhteys oli samansuuntainen kaikissa ryhmissä, mutta maaseudulla asuvilla miehillä ja naisilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Myös sosiaaliluokka oli yhteydessä koherenssin tunteeseen. Ylimpiin luokkiin kuuluvien koherenssin tunteen keskiarvo oli 65,6 (keskihajonta 1,2), keskiluokkiin kuuluvien 64,9 (keskihajonta 1,7) ja alimpiin luokkiin kuuluvien 62,1 (keskihajonta 3,0), $p < 0,000$. Sosiaaliluokan ja koherenssin tunteen väliset yhteydet olivat samansuuntaiset eri ryhmissä. Poikkeuksena olivat ryhmät maaseudulla asuvat, maaseudulla asuvat miehet ja naiset, joilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Koetun taloudellisen tilanteen huonontuessa myös koherenssin tunne heikkeni. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevien koherenssin tunteen keskiarvo oli 68,4 (keskihajonta 1,0), keskimääräiseksi kokevien 64,0 (keskihajonta 1,2) ja huonoksi kokevien 57,2 (keskihajonta 2,3). Koetun taloudellisen tilanteen ja koherenssin tunteen välinen yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,000$) kaikissa tutkituissa ryhmissä.

Itseluottamus ja sosioekonomiset tekijät

Koko aineiston tasolla kaikki sosioekonomiset tekijät olivat yhteydessä itseluottamukseen. Työtilanteessa ryhmään muut kuuluvien (15,9, keskihajonta 0,5) ja työllisten (15,7, keskihajonta 0,4) itseluottamus oli vahvempi kuin työttömällä (14,8, keskihajonta 0,9) ja eläkeläisillä (14,9, keskihajonta 0,9). Erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä, $p < 0,000$. Tilanne oli samanlainen kaikissa ryhmissä, lukuun ottamatta maaseudulla asuvia, naisia ja maaseudulla asuvia naisia, joilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Kolmeen ylimpään sosiaaliluokkaan kuuluvien itseluottamus oli vahvempi kuin alempiin luokkiin kuuluvilla. Maaseudulla asuvilla miehillä ja naisilla erot olivat myös samansuuntaisia, mutta eivät tilastollisesti merkitseviä. Vastaajilla, jotka kokivat tulevansa taloudellisesti hyvin toimeen, itseluottamus oli kaikissa ryhmissä tilastollisesti merkitsevästi vahvempi kuin keskimääräiseksi tai huonoksi taloudellisen tilanteensa kokevilla.

Tyytyväisyys itseen ja sosioekonomiset tekijät

Työtilanne ja koettu taloudellinen tilanne olivat yhteydessä vastaajan tyytyväisyyteen, mutta sosiaaliluokka ei. Eläkkeellä olevista noin kolme neljästä oli tyytyväisiä itseensä, kun työttömistä vastaavan osuuden vaihteluväli ryhmittäin oli 30–50 prosenttia. Työssä käyvistä runsas puolet oli tyytyväisiä kaikissa ryhmissä. Luokkaan muut kuuluvista 51,8 prosenttia oli tyytyväisiä koko aineistossa ja ryhmittäiset vaihtelut olivat 41,9–62,2 prosenttia. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevista oli tyytyväisiä vajaa 69,0 prosenttia ja huonoksi kokevista vajaa 31,0 prosenttia koko aineistossa. Kaikissa tutkituissa ryhmissä tyytyväisten osuudet olivat samansuuruisia.

5.2.1 Merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat altistavat tekijät

Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan altistavista tekijöistä ainoastaan koettu taloudellinen tilanne ja työtilanne olivat yhteydessä vahvaan/keskimääräiseen koherenssin tunteeseen koko aineiston tasolla. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevilla oli 12-kertainen todennäköisyys omata vahva koherenssin tunne verrattuna taloudellisen tilanteensa heikoksi kokeviin. Työssä käyvillä ja ryhmään muut kuuluvilla oli todennäköisemmin vahva/keskimääräinen koherenssin tunne kuin työttömällä. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat altistavat tekijät, (N = 1 845). (Ikä on mukana mallissa.)

Altistavat tekijät	N	Vahva SOC, 74–91			Keskimääräinen SOC, 57–73		
		OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Koettu talous				0,000			
Huono	411	1			1		
Hyvä	664	12,4	7,91–19,58	0,000	3,0	2,20–4,12	0,000
Keskinkertainen	770	4,9	3,14–7,50	0,000	2,0	1,50–2,61	0,000
Työtilanne				0,000			
Työtön	206	1			1		
Työssä	1173	2,0	1,20–3,19	0,007	1,8	1,25–2,49	0,001
Eläkkeellä	183	1,4	0,74–2,60	0,304	0,9	0,56–1,51	0,740
Muut	283	2,6	1,43–4,62	0,002	2,2	1,41–3,34	0,000

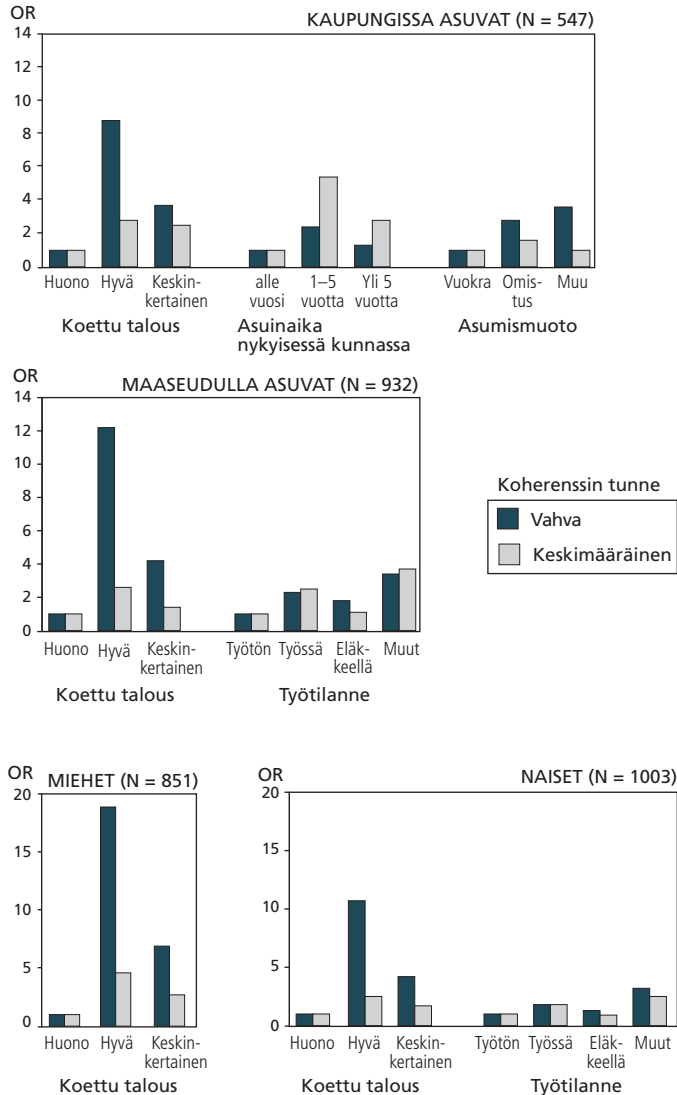
Model Fitting Information -2LL = 291,016, $p < 0,000$, Nagelkerke R² = 0,126

Analyytitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää.

Lähtökohtamuuttujat: ikä, siviilisääty, vastaajan kanssa asuvien määrä, alaikäisten lasten määrä, syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä kunnassa, asumismuoto, työtilanne, sosiaaliluokka ja koettu taloudellinen tilanne.

Asuinalueen mukaan tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että maaseudulla asuvilla tulokset olivat samanlaiset kuin koko aineistossa. Kaupungissa asuvilla sen sijaan vahvaan/keskimääräiseen koherenssin tunteeseen olivat yhteydessä koettu taloudellinen tilanne, asumismuoto sekä asuinaika nykyisessä asuinkunnassa. Taloudellisen tilanteensa hyväksi kokevilla ja omistusasunnossa tai muussa asumismuodossa asuvilla oli suurempi todennäköisyys omata vahva koherenssin tunne kuin taloudellisesti huonosti toimeen tulevilla tai vuokra-asunnossa asuvilla vastaajilla. Asumisajalla ei ollut yhteyttä vahvaan koherenssin tunteeseen, mutta kyläkin keskimääräiseen koherenssin tunteeseen. Vastaajilla, jotka olivat asuneet nykyisessä asuinkunnassaan 1–5 vuotta, oli suurempi todennäköisyys omata keskimääräinen koherenssin tunne kuin alle vuoden asuneilla. Miehillä altistavista tekijöistä ainoastaan taloudellinen tilanne oli yhteydessä vahvaan/keskimääräiseen koherenssin tunteeseen. Naisilla taloudellisen tilanteen lisäksi työtilanne oli yhteydessä sekä vahvaan että keskimääräiseen koherenssin tunteeseen. (Kuvio 6.)

Pääsääntöisesti polykotoimisen regressioanalyysin tulokset asuinalueen ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä olivat samansuuntaisia kuin jo esitetyissä ryhmissä. Aikaisempien muuttujien lisäksi siviilisääty oli yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen kaupungissa asuvilla miehillä ja maaseudulla asuvilla naisilla. Sosiaaliluokka oli yhteydessä sekä vahvaan että keskimääräiseen koherenssin tunteeseen kaupungissa asuvilla naisilla. Naimisissa olevilla miehillä oli suurempi todennäköisyys (OR = 6,8, lv = 1,99–22,92, $p = 0,002$) omata vahva koherenssin tunne kuin naimattomilla miehillä. Maaseudulla asuvilla naimattomilla naisilla oli suurempi todennäköisyys omata vahva (OR = 7,2, lv = 1,35–39,00, $p = 0,021$) tai keskimääräinen (OR = 5,6, lv = 1,43–21,85, $p = 0,014$) koherenssin tunne kuin les-



KUVIO 6. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmin vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat altistavat tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan (Ikä on mukana malleissa.)

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohtamuuttujat: ikä, siviilisääty, vastaajan kanssa asuvien määrä, alaikäisten lasten määrä, syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä kunnassa, asumismuoto, työtilanne, sosiaali-luokka ja koettu taloudellinen tilanne.

keksi jääneillä. Kaupungissa keskimmäisiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla naisilla oli todennäköisesti vahva (OR = 2,7, lv = 1,48–4,88) tai keskimääräinen (OR = 2,1, lv = 1,32–3,24, p = 0,001) koherenssin tunne useammin kuin alimpiin luokkiin kuuluvilla.

5.2.2 Merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat altistavat tekijät

Koko aineiston tasolla altistavista tekijöistä ikä ja koettu taloudellinen tilanne olivat yhteydessä sekä vahvaan että keskimääräiseen itseluottamukseen. Nuorilla oli todennäköisemmin vahva tai keskimääräinen itseluottamus kuin vanhimpaan ikäluokkaan kuuluvilla. Taloutensa hyväksi kokevilla oli suurempi todennäköisyys omata joko vahva tai keskimääräinen itseluottamus kuin huonossa taloudellisessa asemassa olevilla. (Taulukko 10.)

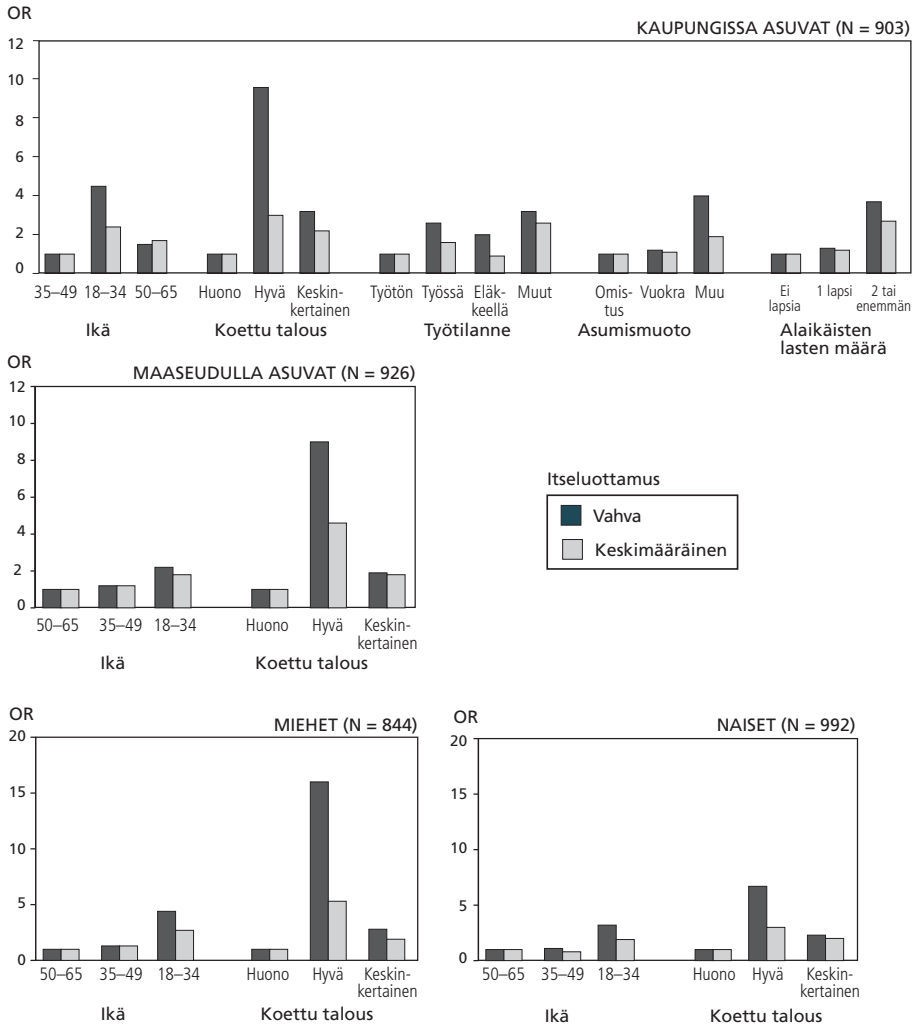
Polykotoimisen regressioanalyysin tulos oli maaseudulla asuvilla samanlainen kuin koko aineistossa. Sen sijaan kaupungissa asuvilla itseluottamukseen oli yhteydessä useita tekijöitä: ikä, koettu taloudellinen tilanne, työtilanne, asumismuoto ja alaikäisten lasten määrä. Kaupungissa asuvilla nuorilla oli keski-ikäisiä todennäköisemmin vahva tai keskimääräinen itseluottamus. Työssä käyvillä tai ryhmään muut kuuluvilla ja alaikäisen lapsen kanssa asuvilla oli vahva tai keskimääräinen itseluottamus todennäköisemmin kuin työttömällä tai lapsettomilla. Sekä miehillä että naisilla ainoastaan ikä ja koettu taloudellinen tilanne olivat yhteydessä vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen. (Kuvio 7.)

TAULUKKO 10. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat altistavat tekijät, koko aineisto (N = 1 836)

Altistavat tekijät	N	Vahva itseluottamus, 18–20			Keskimääräinen itseluottamus, 14–17		
		OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä				0,000			
50–65-vuotiaat	543	1			1		
35–49-vuotiaat	642	1,2	0,81–1,70	0,388	1,0	0,77–1,38	0,856
18–34-vuotiaat	651	3,7	2,48–5,44	0,000	2,2	1,57–3,05	0,000
Koettu talous				0,000			
Huono	405	1			1		
Hyvä	662	9,6	6,24–14,84	0,000	3,8	2,69–5,42	0,000
Keskinkertainen	769	2,5	1,66–3,70	0,000	1,9	1,45–2,60	0,000

Model Fitting Information -2LL = 99,048, p < 0, 000, Nagelkerke R2 = 0,105

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohtamuuttujat: ikä, siviilisääty, vastaajan kanssa asuvien määrä, alaikäisten lasten määrä, syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä kunnassa, asumismuoto, työtilanne, sosiaaliluokka ja koettu taloudellinen tilanne.



KUVIO 7. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat altistavat tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Analyytitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, siviilisääty, vastaajan kanssa asuvien määrä, alaikäisten lasten määrä, syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä kunnassa, asumismuoto, työtilanne, sosiaaliluokka ja koettu taloudellinen tilanne.

Asuinalueen ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä oli jonkin verran eroja edellä mainittuihin tuloksiin nähden. Kaupungissa asuvilla miehillä oli itseluottamukseen yhteydessä iän ja koetun taloudellisen tilanteen lisäksi sosiaaliluokka. Keski- luokkiin kuuluvilla oli suurempi todennäköisyys omata vahva (OR = 2,3, lv = 1,02–

5,35, $p = 0,045$) tai keskimääräinen itseluottamus ($OR = 3,5$, $lv = 1,76-7,08$, $p < 0,000$) kuin alimpiin luokkiin kuuluvilla. Kaupungissa asuvilla naisilla itseluottamukseen olivat yhteydessä ikä, koettu taloudellinen tilanne ja alaikäisten lasten määrä. Useamman alaikäisen lapsen äidillä oli todennäköisemmin vahva ($OR = 5,6$, $lv = 2,03-15,58$, $p < 0,000$) tai keskimääräinen ($OR = 3,8$, $lv = 1,48-9,69$, $p = 0,006$) itseluottamus kuin niillä naisilla, joilla ei ollut yhtään alaikäistä lasta. Maaseudulla asuvilla sekä miehillä että naisilla koetun taloudellisen tilanteen lisäksi siviilisäätö oli yhteydessä itseluottamukseen. Naimisissa olevilla miehillä oli naimattomia suurempi todennäköisyys omata keskimääräinen itseluottamus ($OR = 2,7$, $lv = 1,29-5,52$, $p = 0,008$). Maaseudulla asuvilla naisilla tilanne oli päinvastainen. Naimattomilla naisilla oli useammin vahva ($OR = 8,1$, $lv = 1,75-37,65$, $p = 0,008$) tai keskimääräinen itseluottamus ($OR = 7,2$, $lv = 1,65-31,39$, $p = 0,009$) kuin naimisissa olevilla.

5.2.3 Merkitsevimmän itseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat altistavat tekijät

Altistavista tekijöistä olivat sekä ikä että koettu taloudellinen tilanne yhteydessä tyytyväisyyteen logistisen regressioanalyysin mukaan. Vanhimpaan ikäluokkaan kuuluvat olivat tyytyväisiä itseensä todennäköisemmin kuin nuoret vastaajat. Tyytyväisiä olivat myös vastaajat, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa hyväksi tai keskinkertaisiksi. (Taulukko 11.)

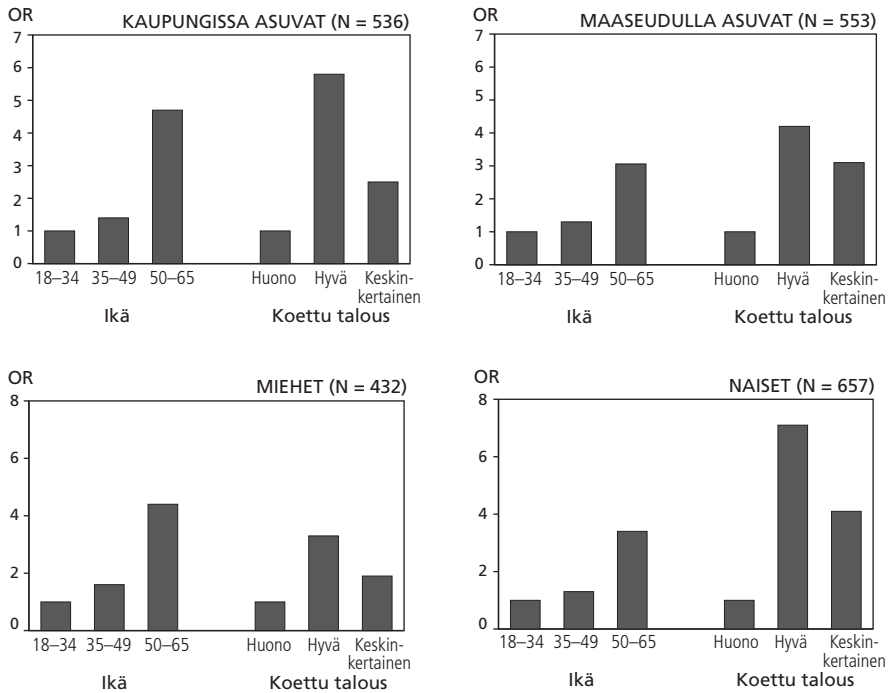
Tuloksia erikseen asuinalueen tai sukupuolen mukaan tarkasteltaessa voidaan todeta niiden olevan samansuuntaisia koko aineiston tulosten kanssa (kuvio 8).

TAULUKKO 11. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itseen tyytyväisyyden yhteydessä olevat altistavat tekijät, koko aineisto ($N = 1\ 089$)

Altistavat tekijät	N	OR	95 %:n luottamusväli	p-arvo
Ikä				0,000
18–34-vuotiaat	364	1		
35–49-vuotiaat	393	1,4	1,05–1,92	0,022
50–65-vuotiaat	332	3,9	2,75–5,38	0,000
Koettu talous				0,000
Huono	237	1		
Hyvä	392	5,0	3,50–7,24	0,000
Keskinkertainen	460	2,9	2,04–4,09	0,000

-2LL = 1 336,638, $p < 0,000$, Nagelkerke $R^2 = 0,185$, Hosmer and Lemeshow Test $p = 0,050$

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, siviilisäätö, vastaajan kanssa asuvien määrä, alaikäisten lasten määrä, syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä kunnassa, asumismuoto, työtilanne, sosiaali- luokka ja koettu taloudellinen tilanne.



KUVIO 8. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat altistavat tekijät asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, siviilisääty, vastaajan kanssa asuvien määrä, alaikäisten lasten määrä, syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä kunnassa, asumismuoto, työtilanne, sosiaaliluokka ja koettu taloudellinen tilanne.

Ikä ja koettu taloudellinen tilanne olivat yhteydessä tyytyväisyyteen myös kaupungissa asuvilla miehillä ja naisilla. Maaseudulla asuvilla miehillä oli iän lisäksi asuinaika nykyisessä kunnassa yhteydessä tyytyväisyyteen. Miehillä, jotka olivat asuneet nykyisessä asuinkunnassaan joko alle vuoden (OR = 5,7, lv = 1,63–20,16, $p = 0,007$) tai yli viisi vuotta (OR = 3,0, lv = 1,43–6,11, $p = 0,003$), oli suurempi todennäköisyys olla tyytyväisiä kuin 1–5 vuotta asuneilla. Maaseudulla asuvilla naisilla tyytyväisyyteen yhteydessä olevia altistavia tekijöitä olivat ikä, koettu taloudellinen tilanne ja sosiaaliluokka. Alimpiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla oli suurempi todennäköisyys olla tyytyväisiä (OR = 3,6, lv = 1,27–10,04, $p = 0,016$) kuin ylimpiin luokkiin kuuluvilla.

5.3 Kielteisten elämäntapahtumien yhteys positiiviseen mielenterveyteen

Kartoitettavia kielteisiä elämäntapahtumia oli yhteensä kaksitoista. Vastaajista 59 prosenttia ei ollut kokenut yhtään kielteistä elämäntapahtumaa viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Kielteisiä elämäntapahtumia oli kokenut 782 vastaajaa. Näistä suurimmalla osalla (62 %) oli ollut yksi kielteinen tapahtuma. Vastaajia, jotka olivat kokeneet kaksi kielteistä elämäntapahtumaa, oli 23 prosenttia, kolme tapahtumaa kokeneita kymmenen prosenttia ja neljästä kahdeksaan tapahtumaa kokeneita viisi prosenttia. Yleisimmät neljä tapahtumaa olivat seuraavat: 1) läheisen, perheystävän tai jonkun sukulaisen, kuten tädin, serkun tai isovanhemman, kuolema, 2) omaista kohdannut vakava sairaus, vamma tai väkivallan kohteeksi joutuminen, 3) huomattava taloudellinen kriisi, 4) vakava ongelma läheisen ystävän, naapurin tai sukulaisen kanssa. Kielteiset elämäntapahtumat on esitetty taulukossa 12.

Kaupungissa asuville oli sattunut kielteisiä elämäntapahtumia enemmän kuin maaseudulla asuville ($p = 0,001$). Alueellisesti ei ollut merkittäviä eroja siinä, mitä tapahtumia oli sattunut. Miehille ja naisille oli sattunut kielteisiä elämäntapahtumia saman verran. Miehillä oli ollut vaikeuksia poliisin kanssa tai oikeuteen joutumisia useammin kuin naisilla. Naisilla oli miehiä useammin kokemuksia omaisen sairaudesta, vammasta tai väkivallan uhriksi joutumisesta. Muiden kielteisten elämäntapahtumien kohdalla ei ollut sukupuolten välillä eroja.

TAULUKKO 12. Kielteiset elämäntapahtumat prosentteina asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Elämäntapahtuma	Asuinalue			Sukupuoli			Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu	P-arvo	Miehet	Naiset	P-arvo	%	N
Teitä itseänne kohtasi vakava sairaus, vamma tai jouduitte väkivallan kohteeksi.	7,1	4,3	0,009	5,1	6,2	0,284	5,7	107
Omaistanne kohtasi vakava sairaus, vamma tai hän joutui väkivallan kohteeksi	11,5	9,6	0,181	8,5	12,3	0,008	10,6	197
Vanhempanne, lapsenne tai puolisonne kuoli	2,0	3,9	0,013	3,2	2,8	0,646	3,0	55
Läheinen perheystävänne tai joku muu sukulainen (täti, serkku, isovanhempanne) kuoli	12,9	11,1	0,238	11,3	12,5	0,401	12,0	222
Teille tuli ero avioliittovaikeuksien takia	1,5	1,2	0,505	0,8	1,8	0,070	1,4	25
Katkaisitte vakituisen parisuhteen	5,1	3,3	0,049	3,8	4,6	0,364	4,2	78
Teillä oli vakava ongelma läheisen ystävän, naapurin tai sukulaisen kanssa	9,2	7,7	0,271	6,7	9,9	0,012	8,4	157
Jouduitte työttömäksi tai etsitte työtä tuloksettomasti yli kuukauden ajan	8,1	4,6	0,002	6,4	6,3	0,973	6,3	117
Teidät irtisanottiin työstänne	2,2	1,6	0,350	2,7	1,2	0,018	1,9	35
Teillä oli huomattava taloudellinen kriisi	11,6	8,5	0,025	9,5	10,5	0,473	10,0	186
Teillä oli vaikeuksia poliisin kanssa ja jouduitte oikeuteen	0,6	1,1	0,210	1,4	0,3	0,008	0,8	15
Kadotitte tai teiltä varastettiin jotain teille arvokasta.	4,9	2,1	0,001	3,9	3,2	0,427	3,5	65

5.3.1 Kielteisten elämäntapahtumien yhteys koherenssin tunteeseen

Vahvin koherenssin tunne 66,2 (keskihajonta 1,4) oli vastaajilla, joilla ei ollut lainkaan kielteisiä elämäntapahtumia viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Koherenssin tunne laski kielteisten elämäntapahtumien lisääntyessä. Yhden kielteisen tapahtuman kokeneilla koherenssin tunteen keskiarvo oli 63,0 (keskihajonta 1,9) ja useita tapahtumia kokeneilla 58,5 (keskihajonta 2,7). Kaikissa ryhmissä erot olivat tilastollisesti merkitseviä.

Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan vastaajilla, jotka olivat kokeneet vakavan sairauden, vamman tai väkivaltaa, omaisen kuoleman, ongelmia läheisen kanssa, joutumisen työttömäksi tai taloudellisen kriisin, oli suurempi todennäköisyys omata heikko koherenssin tunne verrattuna näitä kielteisiä elämäntapahtumia kokemattomiin. Keskimääräiseen koherenssin tunteeseen olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vakava ongelma läheisen ystävän, naapurin tai sukulaisen kanssa sekä taloudellinen kriisi. Koko aineistoa koskevat tulokset on esitetty taulukossa 13.

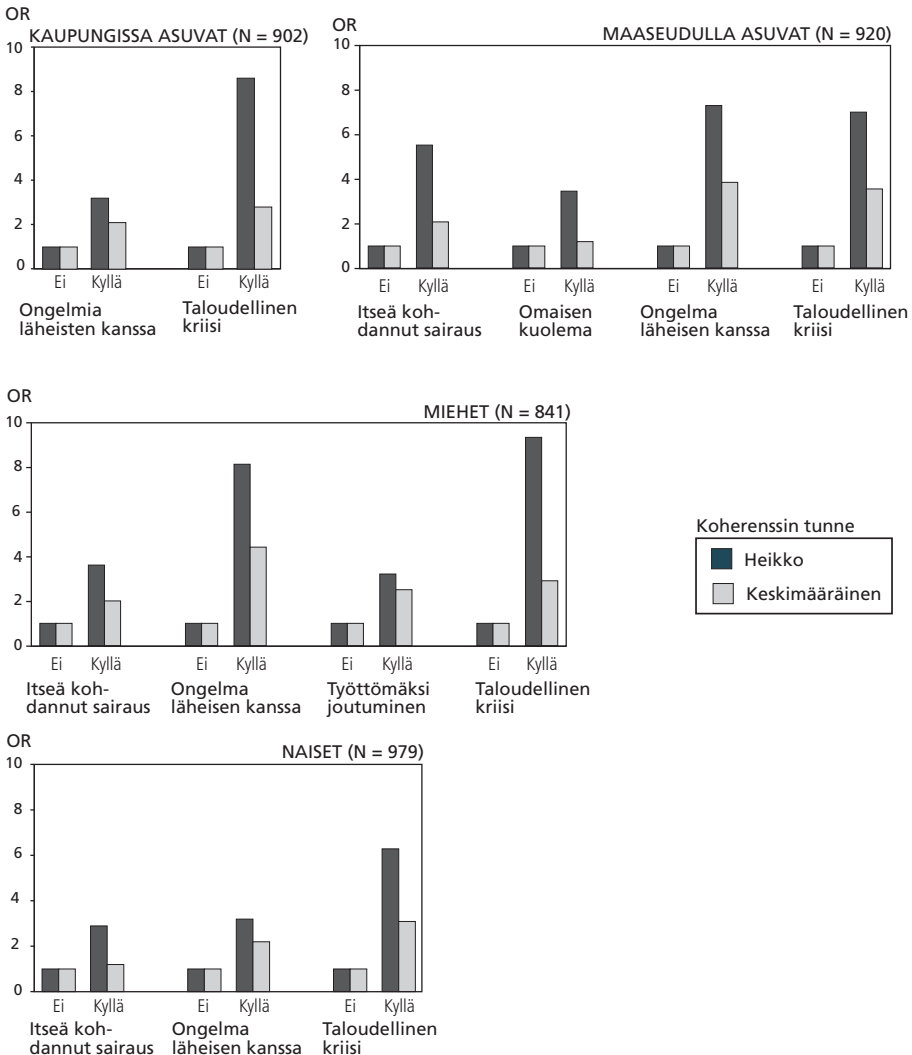
TAULUKKO 13. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat, koko aineisto (N = 1 813). (Ikä on mukana mallissa.)

Laukaisevat tekijät	N	Heikko SOC, 20–56			Keskimääräinen SOC, 57–73		
		OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Itseä kohdannut sairaus				0,000			
Ei	1 714	1			1		
Kyllä	99	3,2	1,65–6,07	0,001	1,4	0,74–2,70	0,293
Omaisen kuolema				0,063			
Ei	1 760	1			1		
Kyllä	53	2,6	1,12–6,16	0,026	1,6	0,71–3,63	0,254
Ongelma läheisen kanssa				0,000			
Ei	1 664	1			1		
Kyllä	149	4,5	2,29–8,76	0,000	2,8	1,45–5,35	0,002
Joutuminen työttömäksi				0,075			
Ei	1 700	1			1		
Kyllä	113	2,0	1,04–3,83	0,037	1,4	0,74–2,56	0,312
Taloudellinen kriisi				0,000			
Ei		1			1		
Kyllä	181	6,9	3,60–13,39	0,000	3,0	1,58–5,85	0,001

Model Fitting Information -2LL = 250,652, p < 0,000, Nagelkerke R2 = 0,093

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohtamuuttujat: ikä, itseä kohdannut sairaus, omaisen sairaus, omaisen kuolema, läheisen kuolema, avioero, parisuhteen katkeaminen, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen, työstä irtisanominen, taloudellinen kriisi, vaikeuksia poliisin kanssa ja varkaus.

Kuviosta 9 voidaan havaita, että kaupungissa asuvilla ongelma läheisen kanssa ja taloudellinen kriisi lisäsivät todennäköisyyttä, että vastaajalla oli heikko koherenssin tunne. Taloudellisen kriisin kokeminen lisäsi myös todennäköisyyttä omata keskimääräinen koherenssin tunne. Maaseudulla asuvilla heikkoon ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen olivat yhteydessä samat tekijät kuin koko



KUVIO 9. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat asuinalueen ja sukupuolen mukaan (ikä on mukana malleissa.)

Analyytitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, itseä kohdannut sairaus, omaisen sairaus, omaisen kuolema, läheisen kuolema, avioero, parisuhteen katkeaminen, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen, työstä irtisanominen, taloudellinen kriisi, vaikeuksia poliisin kanssa ja varkaus.

aineistossa lukuun ottamatta työttömäksi joutumista. Miehillä heikon koherenssin tunteen todennäköisyyttä lisääviä kielteisiä elämäntapahtumia olivat oma sairaus, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen ja taloudellinen kriisi. Keskimääräiseen koherenssin tunteeseen olivat yhteydessä ongelma läheisen kanssa ja taloudellinen kriisi. Naisilla heikkoon ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen olivat yhteydessä oma sairaus, taloudellinen kriisi ja ongelma läheisen kanssa; viimeksi mainittu oli yhteydessä ainoastaan heikkoon koherenssin tunteeseen.

Taloudellinen kriisi lisäsi heikon koherenssin tunteen todennäköisyyttä kaikissa ryhmissä: kaupungin miehillä (OR = 9,8, lv = 2,81–33,88, p < 0,000) ja naisilla (OR = 9,8, lv = 2,91–32,79, p < 0,000) sekä maaseudun miehillä (OR = 11,3, lv = 2,51–51,14, p = 0,048) ja naisilla (OR = 4,6, lv = 1,25–16,70, p = 0,021). Kaupungissa asuvilla miehillä heikkoon koherenssin tunteeseen yhteydessä oli lisäksi ongelma läheisen kanssa. Maaseudulla asuvilla miehillä heikon koherenssin tunteen todennäköisyyttä lisäsivät taloudellisen kriisin lisäksi oma sairaus ja ongelma läheisen kanssa. Maaseudulla asuvilla naisilla heikkoon koherenssin tunteeseen olivat yhteydessä oma sairaus, omaisen kuolema, ongelma läheisen kanssa. Keskimääräiseen koherenssin tunteeseen oli yhteydessä taloudellinen kriisi niin kaupungin naisilla kuin maaseudun miehillä. Kaupungissa asuvilla miehillä ja maaseudulla asuvilla naisilla mikään kielteinen elämäntapahtuma ei lisännyt keskimääräisen koherenssin tunteen todennäköisyyttä.

5.3.2 Kielteisten elämäntapahtumien yhteys itseluottamukseen

Vahvin itseluottamus 15,7 (keskihajonta 2,4) oli vastaajilla, jotka eivät olleet kokeneet kielteisiä elämäntapahtumia viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Heikoin itseluottamus 15,0 (keskihajonta 2,8) oli 2–8 kielteistä elämäntapahtumaa kokeneilla. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä, p = 0,002. Kielteisten elämäntapahtumien ja itseluottamuksen välinen yhteys oli samansuuntainen kaikissa ryhmissä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä naisilla, kaupungissa asuvilla miehillä ja naisilla sekä maaseudulla asuvilla naisilla.

Taulukosta 14 käy ilmi, että vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvilla osallistujilla oli suurempi todennäköisyys omata heikko tai keskimääräinen itseluottamus kuin nuorimpaan ikäluokkaan kuuluvilla. Kielteiset elämäntapahtumat, jotka lisäsivät heikon itseluottamuksen todennäköisyyttä, olivat työstä irtisanominen ja taloudellinen kriisi. Ongelma läheisen kanssa oli yhteydessä sekä heikkoon että keskimääräiseen itseluottamukseen.

Kaupungissa asuvilla heikon itseluottamuksen todennäköisyyttä lisäsivät joutuminen työttömäksi ja taloudellinen kriisi. Maaseudulla asuvilla heikkoon itseluottamukseen olivat yhteydessä ongelma läheisen kanssa ja taloudellinen kriisi. Miehillä heikkoon itseluottamukseen olivat yhteydessä samat tekijät kuin koko aineistossa, mutta ristitulosuhteet olivat suurempia. Naisilla ainoastaan taloudel-

TAULUKKO 14. Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat, koko aineisto (N = 1801)

Laukaisevat tekijät	N	Heikko itseluottamus, 5–13			Keskimääräinen itseluottamus, 14–17		
		OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä				0,000			
18–34-vuotiaat	650	1			1		
35–49-vuotiaat	635	2,7	1,90–3,93	0,000	1,4	1,04–1,78	0,024
50–65-vuotiaat	516	2,8	1,93–4,20	0,000	1,5	1,11–1,97	0,008
Ongelma läheisen kanssa				0,027			
Ei	1654	1			1		
Kyllä	147	1,8	1,00–3,32	0,047	1,9	1,15–3,11	0,012
Työstä irtisanominen				0,054			
Ei	1767	1			1		
Kyllä	34	4,1	1,13–14,67	0,032	2,3	0,66–7,76	0,193
Taloudellinen kriisi				0,000			
Ei	1626	1			1		
Kyllä	175	3,2	1,99–5,27	0,000	1,0	0,65–1,60	0,941

Model Fitting Information -2LL = 137,688, $p < 0,000$, Nagelkerke R² = 0,060

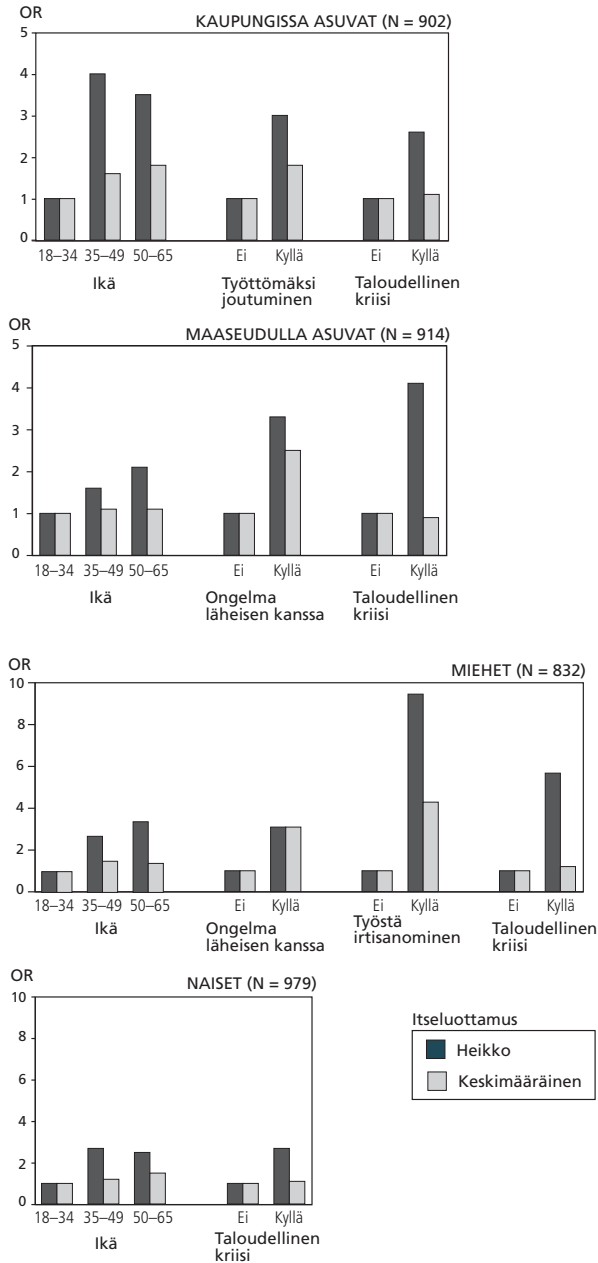
Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdantamuttajat: ikä, itseä kohdannut sairaus, omaisen sairaus, omaisen kuolema, läheisen kuolema, avioero, parisuhteen katkeaminen, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen, työstä irtisanominen, taloudellinen kriisi, vaikeuksia poliisin kanssa ja varkaus.

linen kriisi oli yhteydessä heikkoon itseluottamukseen. Keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä oli ainoastaan ongelma läheisen kanssa sekä maaseudulla asuvilla että miehillä. Tulokset on esitetty kuviossa 10.

Taloudellisen kriisin kokeminen oli yhteydessä heikkoon itseluottamukseen kaupungissa asuvilla miehillä (OR = 5,5, lv = 2,03–15,12, $p < 0,000$) sekä maaseudulla asuvilla miehillä (OR = 9,2, lv = 2,59–32,43, $p = 0,001$) ja naisilla (OR = 3,1, lv = 1,21–8,06, $p = 0,018$). Kaupungissa asuvilla naisilla joutuminen työttömäksi lisäsi heikon itseluottamuksen todennäköisyyttä (OR = 3,6, lv = 1,29–10,01, $p = 0,015$). Mikään kielteinen elämäntapahtuma ei ollut yhteydessä keskimääräiseen itseluottamukseen.

5.3.3 Kielteisten elämäntapahtumien yhteys itsen tyytyväisyyteen

Kielteisten elämäntapahtumien kokeminen lisäsi tyytymättömyyden todennäköisyyttä kaikissa ryhmissä. Koko aineistossa vastaajista, joille ei ollut sattunut lainkaan kielteisiä elämäntapahtumia viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana, oli 62,6 prosenttia tyytyväisiä, kun vastaavasti kahden tai useamman kielteisen elämäntapahtuman kokeneista oli tyytyväisiä 39,0 prosenttia, $p < 0,000$. Logisti-



KUVIO 10. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän heikkoon ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttajat: ikä, itseä kohdannut sairaus, omaisen sairaus, omaisen kuolema, läheisen kuolema, avioero, parisuhteen katkeaminen, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen, työstä irtisanominen, taloudellinen kriisi, vaikeuksia poliisiin kanssa ja varkaus.

sen regressioanalyysin mukaan koko aineiston tasolla tyytymättömyyden todennäköisyyttä lisääviä tekijöitä olivat nuorimpiin ikäryhmiin kuuluminen, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen ja taloudellinen kriisi. Tulokset on esitetty taulukossa 15.

Kaikissa tutkituissa ryhmissä kahteen nuorimpaan ikäluokkaan kuuluvat olivat vanhimpaan ikäluokkaan kuuluvia todennäköisemmin tyytymättömiä. Taloudellinen kriisi lisäsi tyytymättömyyden todennäköisyyttä kaikissa ryhmissä. Tämän lisäksi kaupungissa asuvilla tyytymättömyyteen olivat yhteydessä itseä kohdannut sairaus ja maaseudulla asuvilla sekä miehillä ongelma läheisen kanssa ja työttömäksi joutuminen. Naisilla tyytymättömyyteen olivat yhteydessä itseä kohdannut sairaus ja ongelma läheisen kanssa. Tulokset on esitetty kuviossa 11.

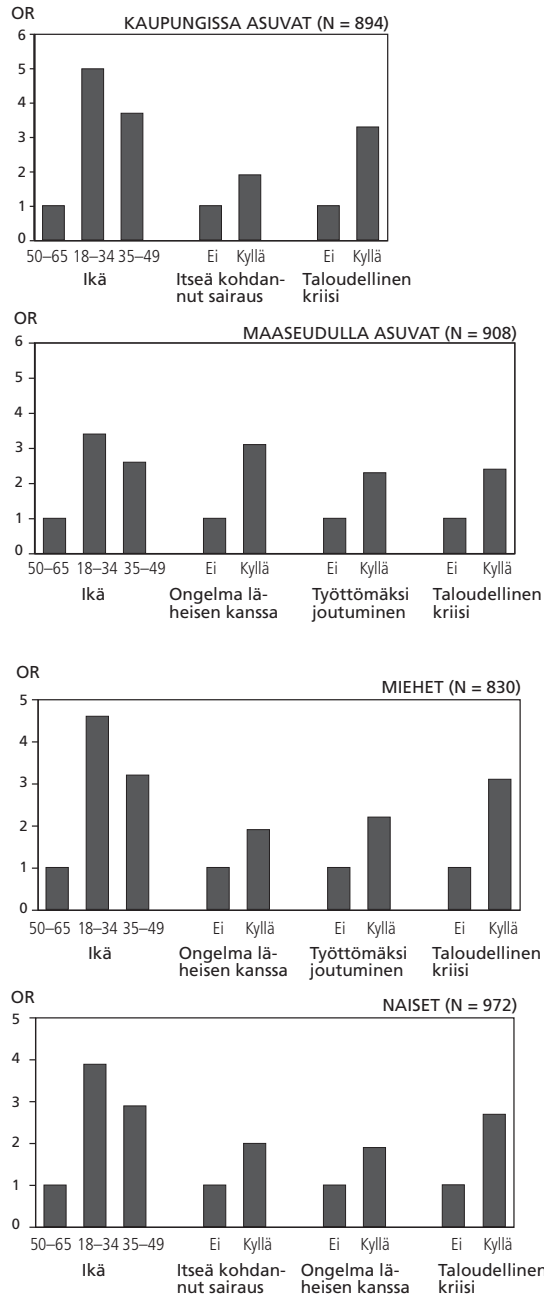
Iän ja taloudellisen kriisin lisäksi tyytymättömyyden todennäköisyyttä kaupungissa asuvilla naisilla lisäsi itseä kohdannut sairaus (OR = 2,3, lv = 1,06–4,85, p = 0,034). Ongelma läheisen kanssa oli yhteydessä tyytymättömyyteen maaseudulla asuvilla miehillä (OR = 2,7, lv = 1,18–6,13, p = 0,018) ja naisilla (OR = 3,5, lv = 1,59–7,84, p = 0,002). Työttömäksi joutuminen oli myös yhteydessä tyytymättömyyteen maaseudun miehillä (OR = 2,7, lv = 1,00–7,25, p = 0,050).

TAULUKKO 15. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itseen tyytymättömyyteen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat, koko aineisto (N = 1 802)

Laukaisevat tekijät	N	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä				0,000
50–65-vuotiaat	513	1		
18–34-vuotiaat	652	4,1	3,13–5,29	0,000
35–49-vuotiaat	637	3,0	2,28–3,84	0,000
Ongelma läheisen kanssa				
Ei	1 658	1		
Kyllä	144	2	1,33–2,89	0,001
Joutuminen työttömäksi				
Ei	1 693	1		
Kyllä	109	1,9	1,23–3,03	0,005
Taloudellinen kriisi				
Ei	1 628	1		
Kyllä	174	2,7	1,88–3,94	0,000

-2LL = 2257,210, p < 0,000, Nagelkerke R² = 0,152, Hosmer and Lemeshow Test p = 0,033

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, itseä kohdannut sairaus, omaisen sairaus, omaisen kuolema, läheisen kuolema, avioero, parisuhteen katkeaminen, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen, työstä irtisanominen, taloudellinen kriisi, vaikeuksia poliisin kanssa ja varkaus.



KUVIO 11. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimminkin itseen tyytymättömyyteen yhteydessä olevat kielteiset elämäntapahtumat asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttajat: ikä, itseä kohdantunut sairaus, omaisen sairaus, omaisen kuolema, läheisen kuolema, avioero, parisuhteen katkeaminen, ongelma läheisen kanssa, työttömäksi joutuminen, työstä irtisanominen, taloudellinen kriisi, vaikeuksia poliisin kanssa ja varkaus.

TAULUKKO 16. Tutkimukseen osallistuneiden saama sosiaalinen tuki asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)

Sosiaalisen tuen muodot	Asuinalue			Sukupuoli			Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu	P-arvo	Miehet	Naiset	P-arvo	%	N
Läheisten henkilöiden lukumäärä			0,000			0,000		
Ei yhtään	3,3	5,2		6,2	2,7		4,3	83
1–2 henkilöä	48,8	57,2		56,0	50,6		53,1	1030
3 tai enemmän	47,8	37,7		37,7	46,8		42,7	828
Kuinka paljon ihmiset osoittavat mielenkiintoa siihen, mitä teette?			0,000			0,311		
Vähän tai ei lainkaan	6,4	4,4		6,1	4,8		5,4	104
En osaa vastata	17,6	26,0		22,5	21,3		21,8	423
Paljon tai jonkin verran	76,0	69,7		71,4	73,9		72,8	1409
Kuinka helppoa teidän on saada naapureiltanne käytännön apua?			0,000			0,000		
Vaikeaa tai erittäin vaikeaa	16,5	8,9		11,6	13,4		12,6	243
Mahdollista	46,6	37,2		36,9	46,0		41,8	808
Helppoa tai erittäin helppo	36,9	53,9		51,5	40,6		45,6	880

5.4 Sosiaalisen tuen yhteys positiiviseen mielenterveyteen

Runsaalla puolella vastaajista oli yksi tai kaksi sellaista läheistä henkilöä, joihin voivat luottaa vakavien henkilökohtaisten vaikeuksien sattuessa. Maaseudulla asuvilla oli vähemmän läheisiä ystäviä, heidän tekemisiinsä osoitettiin mielenkiintoa harvemmin, mutta heistä useampi koki saavansa käytännön apua helposti verrattuna kaupungissa asuviin. Miesten ja naisten kokemuksissa ei ollut eroa siinä, miten heidän tekemisiinsä kiinnitettiin huomiota. Miehistä suuremmalla osalla kuin naisista oli vähän läheisiä ystäviä, mutta miehet kokivat kuitenkin useammin, että heidän on helppo saada käytännön apua naapurilta tarvittaessa. Tarkemmin sosiaalisen tuen saantia on kuvattu taulukossa 16.

5.4.1 Sosiaalisen tuen yhteys koherenssin tunteeseen

Kaikki sosiaalisen tuen tekijät olivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä koherenssin tunteeseen. Koherenssin tunne vahvistui läheisten ihmisten lukumäärän kasvaessa. Vastaajilla, joilla oli läheisiä henkilöitä kolme tai enemmän (67,5, keskihajonta 0,7), koherenssin tunne oli vahvin, ja heikoin oli niillä, joilla ei ollut yhtään läheistä ystävää (55,6, keskihajonta 4,9). Tulokset olivat samansuuntaiset kaikissa ryhmissä ja yhteydet olivat kaikissa ryhmissä tilastollisesti merkitseviä. Vastaajilla, jotka saivat osakseen paljon mielenkiintoa (65,7 ja keskihajonta 1,2) ja joiden oli helppo saada käytännön apua naapureiltaan (68,3 ja keskihajonta 0,9),

oli vahvempi koherenssin tunne kuin vähän mielenkiintoa osakseen saavilla (53,3, keskihajonta 3,6) tai avun saannin vaikeaksi kokevilla (53,9, keskihajonta 1,9).

Koko aineistossa polykotoimisen regressioanalyysin mukaan osallistujilla, jotka kuuluivat vanhimpaan ikäryhmään, oli todennäköisemmin vahva koherenssin tunne kuin nuoremmilla henkilöillä. Osallistujilla, joilla oli ystäviä kolme tai useampia, jotka saivat osakseen paljon toisten osoittamaa mielenkiintoa tai jotka kokivat saavansa helposti apua naapurilta tarvittaessa, oli todennäköisemmin vahva koherenssin tunne verrattuna niihin, joilla oli vähän sosiaalista tukea. Keskimääräisen koherenssin tunteen ja sosiaalisen tuen yhteydet olivat samansuuntaisia, mutta ristitulosuhteet olivat pienempiä. Tulokset on esitetty taulukossa 17.

Sekä kaupungissa että maaseudulla asuvilla osallistujilla sosiaalisen tuen ja koherenssin tunteen välinen yhteys oli samanlainen kuin koko aineistossa. Poikkeuksena olivat miehet, joilla läheisten ystävien määrän ja koherenssin tunteen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Kaikilla naisilla, joilla oli vahva koherenssin tunne, oli myös läheisiä ystäviä. Tarkemmat tulokset on esitetty kuviossa 12.

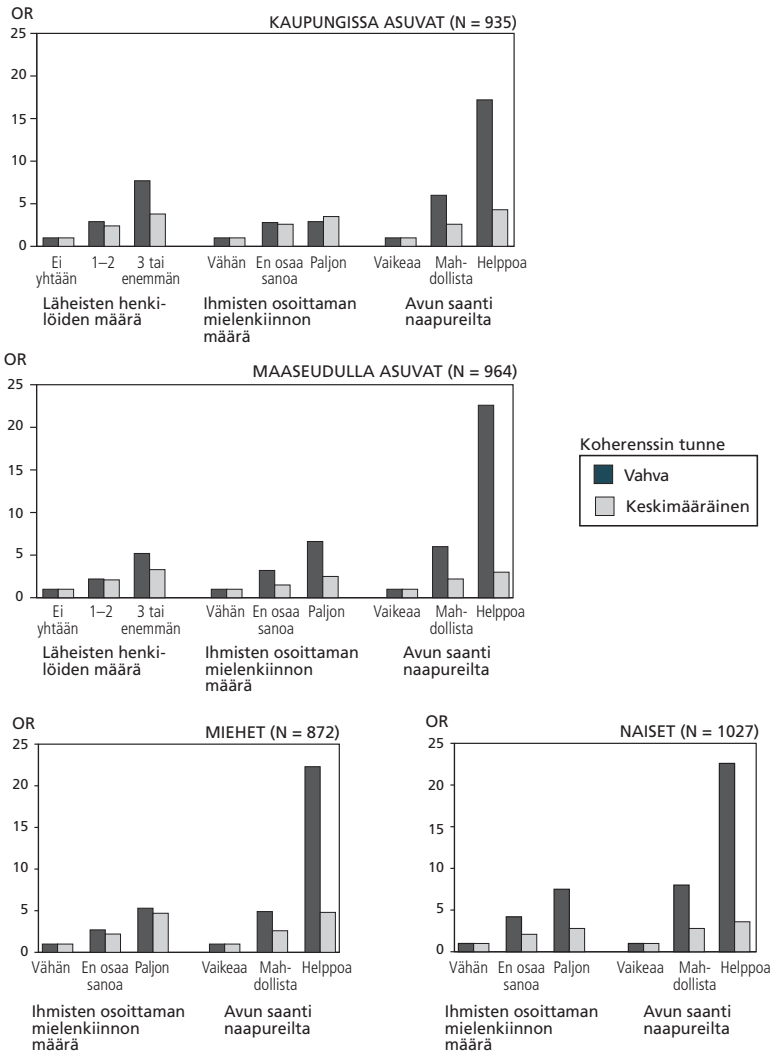
Asuinalueen ja sukupuolen mukaan tarkasteltaessa tulokset ovat samanlaiset kuin koko aineistossa. Poikkeuksena oli, ettei kaupungissa eikä maaseudulla asuvilla miehillä ollut havaittavissa ystävien määrän ja koherenssin tunteen välillä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

TAULUKKO 17. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot, koko aineisto (N = 1 899)

Sosiaalinen tuki	N	Vahva SOC, 74–91			Keskimääräinen SOC, 57–73		
		OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä				0,062			
18–34-vuotiaat	664	1			1		
35–49-vuotiaat	663	1,3	0,90–1,75	0,187	1,0	0,75–1,29	0,884
50–65-vuotiaat	572	1,6	1,15–2,32	0,006	1,2	0,86–1,55	0,330
Läheisten henkilöiden määrä				0,000			
Ei yhtään	83	1			1		
1-2 henkilöä	1 005	2,4	1,06–5,42	0,037	2,1	1,26–3,59	0,005
3 tai enemmän	811	5,9	2,56–13,53	0,000	3,4	1,94–5,82	0,000
Ihmisten osoittaman mielenkiinnon määrä				0,000			
Vähän	101	1			1		
En osaa sanoa	408	2,7	1,12–6,40	0,026	2,0	1,19–3,28	0,008
Paljon	1 390	4	1,72–9,24	0,001	2,9	1,81–4,76	0,000
Avun saanti naapureilta				0,000			
Vaikea saada	235	1			1		
Mahdollista	795	5,9	3,03–11,34	0,000	2,5	1,82–3,50	0,000
Helppo saada	869	19,5	10,08–37,72	0,000	3,8	2,67–5,37	0,000

Model Fitting Information -2LL = 412,124, p < 0,000, Nagelkerke R2 = 0,197

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, läheisten määrä, mielenkiinnon määrä ja avun saanti.



KUVIO 12. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmin vahvaan ja keskimääräiseen koherenssintunteeseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot asuinalueen ja sukupuolen mukaan (ikä on malleissa mukana.)

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdantamuttajat: ikä, läheisten määrä, mielenkiinnon määrä ja avun saanti.

5.4.2 Sosiaalisen tuen yhteys itseluottamukseen

Kaikki sosiaalisen tuen tekijät olivat erittäin merkitsevästi yhteydessä itseluottamukseen kaikissa ryhmissä. Koko aineiston tasolla vastaajilla, joilla oli läheisiä ystäviä kolme tai useampia, oli vahvempi itseluottamus (16,2, keskihajonta 2,3) kuin

niillä, joilla ei ollut lainkaan läheisiä ystäviä (14,1, keskihajonta 3,0). Vastaavasti paljon mielenkiintoa osakseen saavien itseluottamus oli vahvempi (16,0, keskihajonta 2,4) kuin vähän mielenkiintoa osakseen saavilla (13,4, keskihajonta 3,0). Vastaajilla, jotka kokivat saavansa helposti käytännön apua naapurilta tarvittaessa (16,2, keskihajonta 2,4), itseluottamus oli vahvempi kuin avun saannin vaikeaksi kokevilla (14,1, keskihajonta 2,8). Kaikissa ryhmissä sosiaalisen tuen tekijöiden yhteydet itseluottamukseen olivat samanlaisia kuin koko aineistossa.

Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat luottivat todennäköisemmin enemmän itseensä kuin vanhemmat vastaajat. Näin oli kaikissa ryhmissä lukuun ottamatta maaseudulla asuvia naisia, joilla iän ja itseluottamuksen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Koko aineistossa niillä, joilla oli läheisiä ystäviä ja jotka saivat osakseen paljon mielenkiintoa tai kokivat avun saannin naapurilta olevan helppoa, oli todennäköisemmin vahva itseluottamus kuin niillä, jotka eivät näin kokeneet. Keskimääräisen itseluottamuksen suhteen tulokset olivat samansuuntaisia. Tulokset on esitetty taulukossa 18.

Kaupungissa ja maaseudulla asuvilla sekä naisilla tulokset olivat samanlaiset kuin koko aineistossa. Miehillä ystävien määrällä ja itseluottamuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, mutta muuten tulokset noudattivat koko aineiston tuloksia. Tulokset on esitetty kuviossa 13.

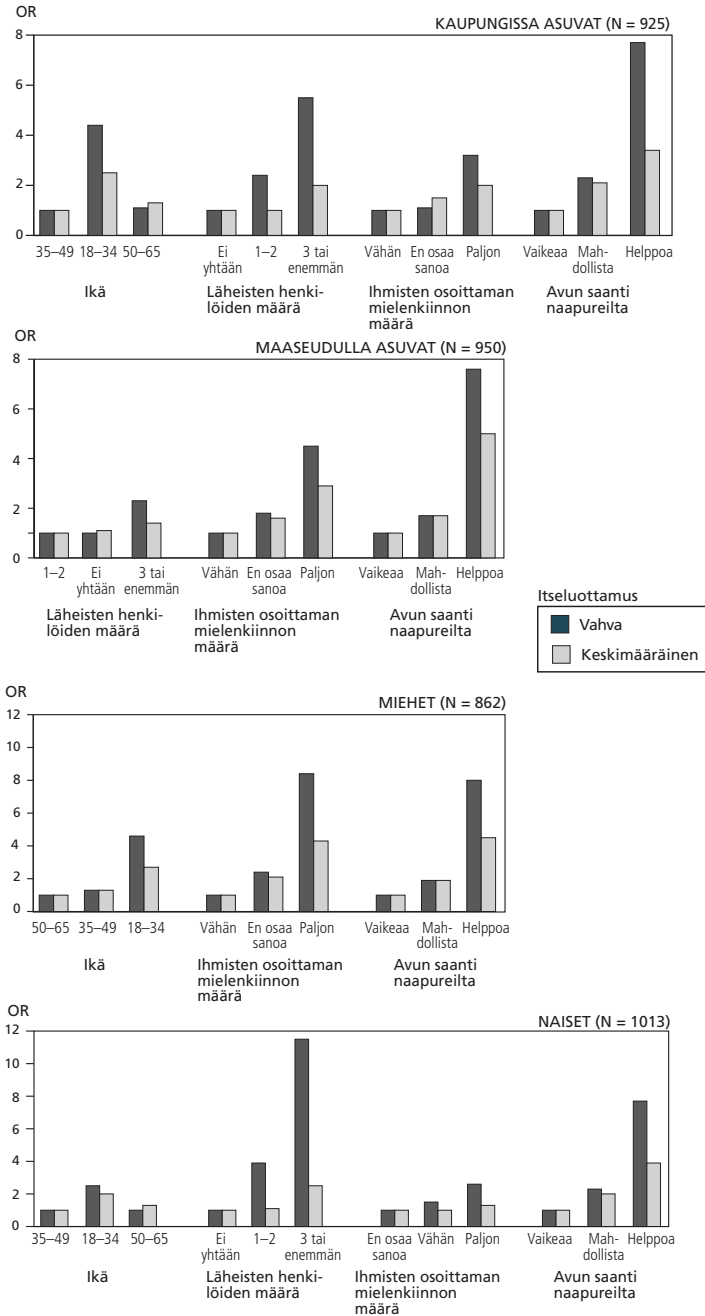
Asuinalue ei vaikuttanut miesten tuloksiin. Kaupungissa asuvien naisten tulokset olivat samanlaiset kuin koko aineiston naisilla. Maaseudulla asuvia naisia

TAULUKKO 18. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itse luottamukseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot, koko aineisto (N = 1 875)

Sosiaalinen tuki	N	Vahva itseluottamus, 18–20			Keskimääräinen itseluottamus, 14–17		
		OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä				0,000			
35–49-vuotiaat	653	1			1		
18–34-vuotiaat	657	2,8	1,91–4,05	0,000	2,0	1,45–2,75	0,000
50–65-vuotiaat	565	0,9	0,63–1,34	0,669	1,0	0,77–1,40	0,810
Läheisten henkilöiden määrä				0,000			
Ei yhtään	81	1			1		
1–2 henkilöä	991	1,3	0,53–2,96	0,601	1,0	0,57–1,63	0,891
3 tai enemmän	803	3,0	1,24–7,18	0,015	1,6	0,90–2,78	0,109
Ihmisten osoittaman mielenkiinnon määrä				0,000			
Vähän	101	1			1		
En osaa sanoa	404	1,3	0,57–2,98	0,522	1,5	0,90–2,41	0,121
Paljon	1370	3,7	1,71–8,08	0,001	2,3	1,45–3,74	0,000
Avun saanti naapureilta				0,000			
Vaikea saada	229	1			1		
Mahdollista	784	2,0	1,19–3,29	0,008	1,9	1,37–2,71	0,000
Helppo saada	862	7,5	4,43–12,66	0,000	4,2	2,89–6,25	0,000

Model Fitting Information -2LL = 446,355, p < 0,000, Nagelkerke R2 = 0,164

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttajat: ikä, läheisten määrä, mielenkiinnon määrä ja avun saanti.



KUVIO 13. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmin vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot asuinalueen ja sukupuolen mukaan (Maaseudulla asuvilla ikä on mallissa mukana.)

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, läheisten määrä, mielenkiinnon määrä ja avun saanti.

koskevat tulokset olivat muuten samanlaiset kuin muilla naisilla, mutta heillä ei ollut saadun mielenkiinnon ja itseluottamuksen välillä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

5.4.3 Sosiaalisen tuen yhteys tyytyväisyyteen itseän

Koko aineiston tasolla kaikki sosiaalisen tuen tekijät ovat erittäin merkitsevästi yhteydessä tyytyväisyyteen. Vastaajista, joilla oli kolme tai useampi läheinen ystävä, oli tyytyväisiä 62,7 prosenttia. Vastaavasti niistä, joilla ei ollut lainkaan läheisiä ystäviä, oli tyytyväisiä 34,9 prosenttia. Erot olivat samanlaiset kaikissa ryhmissä. Osoitetun mielenkiinnon lisääntyessä tyytyväisten osuus vastanneista lisääntyi, $p < 0,000$. Yhteys oli havaittavissa kaikissa ryhmissä, mutta kaupungissa asuvilla miehillä ja naisilla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Vastaajista, jotka kokivat käytännön avun saamisen naapurilta helpoksi, oli tyytyväisiä 66,4 prosenttia, kun vastaava osuus avun saannin vaikeaksi kokevista oli 34,9 prosenttia, $p < 0,000$. Tämä yhteys oli samanlainen kaikissa ryhmissä.

Logistisen regressioanalyysin tulosten mukaan vanhemmat osallistujat olivat todennäköisemmin tyytyväisiä kuin nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat. Osallistujat, joilla oli läheisiä ystäviä ja jotka saivat osakseen mielenkiintoa ja kokivat saavansa helposti apua naapurilta, olivat todennäköisemmin tyytyväisiä kuin vähän sosiaalista tukea osakseen saavat. Tulokset on esitetty taulukossa 19.

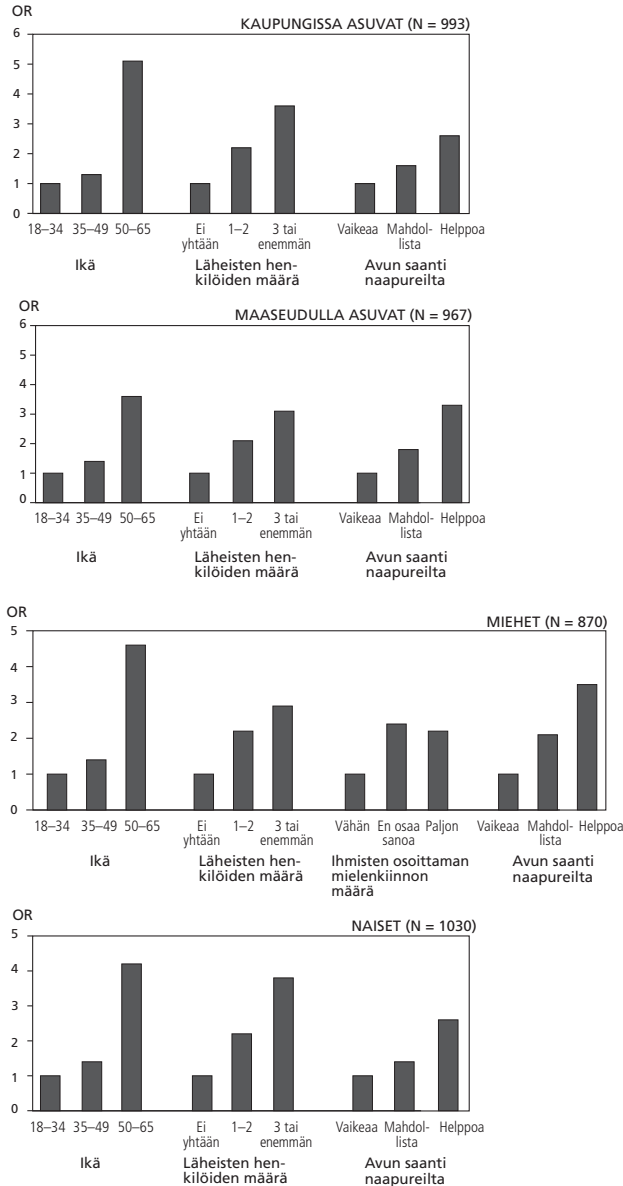
TAULUKKO 19. Logistisen regressioanalyysin mukaan itseän tyytyväisyyteen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot, koko aineisto (N = 1 900)

Sosiaalinen tuki	N	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä				0,000
18–34-vuotiaat	663	1		
35–49-vuotiaat	663	1,4	1,14–1,79	0,002
50–65-vuotiaat	574	4,4	3,42–5,73	0,000
Läheisten henkilöiden määrä				0,000
Ei yhtään	83	1		
1-2 henkilöä	1005	2,0	1,18–3,27	0,009
3 tai enemmän	812	2,9	1,73–4,94	0,000
Ihmisten osoittaman mielenkiinnon määrä				0,035
Vähän	101	1		
En osaa sanoa	414	1,7	1,07–2,84	0,027
Paljon	1385	1,9	1,16–3,0	0,010
Avun saanti naapureilta				0,000
Vaikea saada	232	1		
Mahdollista	795	1,6	1,16–2,21	0,004
Helppo saada	873	2,8	2,03–3,92	0,000

-2LL = 2344,804, $p < 0,000$, Nagelkerke R2 = 0,174, Hosmer and Lemeshow Test $p = 0,787$

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohtamuuttujat: ikä, läheisten määrä, mielenkiinnon määrä ja avun saanti.

Miehillä tulokset olivat samanlaiset kuin koko aineistossa. Sekä kaupungissa että maaseudulla asuvilla ja naisilla muiden osoittamalla mielenkiinnolla ja tyytyväisyydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Muilta osin tulokset olivat koko aineiston tulosten mukaisia. Tulokset on esitetty kuviossa 14.



KUVIO 14. Logistisen regressioanalyysin mukaan itseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat sosiaalisen tuen muodot asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä, läheisten määrä, mielenkiinnon määrä ja avun saanti.

Kaupungissa asuvia miehiä ja naisia sekä maaseudun naisia koskevat tulokset olivat samanlaiset kuin koko aineistossa, lukuun ottamatta muiden osoittaman mielenkiinnon jäämistä pois mallista. Maaseudun miesten tulokset poikkesivat muista, koska heillä ainoastaan avun saanti ja ikä lisäsivät tyytyväisyyden todennäköisyyttä.

5.5 Positiivisen mielenterveyden yhteys seurauksiin

5.5.1 Koettu *terveys* ja vointi sekä masennusoireiden esiintyminen

Vastaajista kaksi kolmesta koki sekä terveytensä että vointinsa hyväksi ja runsas seitsemän prosenttia koki ne huonoksi. Terveiden ja voinnin kokemukset eivät vaihdelleet asuinalueen tai sukupuolen mukaan. Beck-oirekyselyn oli täyttänyt hyväksyttävästi 1 939 vastaajaa. Cronbachin alpha oli koko aineistossa 0,8866 ja sukupuolen mukaan tarkasteltuna miehillä 0,8657 ja naisilla 0,8976. Vastaavat reliabiliteetit Tarkkosen menetelmällä mitaten olivat 0,8917, 0,8708 ja 0,9034. Koko aineistossa masennusoireita esiintyi 15,2 prosentilla. Kaupungissa (15,4 %) ja maaseudulla asuvilla (14,9 %) esiintyi masennusoireita lähes yhtä paljon. Miehillä (12,5 %) esiintyi masennusoireita harvemmin kuin naisilla (17,4 %), $p = 0,003$. Tämä koko aineistossa esiintyvä miesten ja naisten välinen ero esiintyi myös silloin, kun masennusoireita tarkasteltiin erikseen kaupungissa ja maaseudulla. Vastaajien terveydentilaa koskevat tulokset on esitetty taulukossa 20.

TAULUKKO 20. Vastaajien terveydentila prosentteina asuinalueen ja sukupuolen mukaan, koko aineisto

Terveysmuuttuja	Asuinalue		P-arvo	Sukupuoli		P-arvo	Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu		Miehet	Naiset		%	N
Koettu terveys			0,568			0,408		
Hyvä	63,9	62,0		61,6	64,1		63,0	1 186
Keskinkertainen	29,2	30,1		30,3	29,0		29,6	558
Huono	6,9	8,0		8,1	6,8		7,4	140
Koettu vointi			0,671			0,552		
Hyvä	66,7	66,6		67,6	65,9		66,6	1 251
Keskinkertainen	25,7	26,8		25,1	27,3		26,3	493
Huono	7,6	6,6		7,4	6,9		7,1	133
Masennusoireita			0,728			0,003		
Ei	84,6	85,1		87,5	82,6		84,8	1 645
Kyllä	15,4	14,9		12,5	17,4		15,2	294

Koherenssin tunne ja terveydentila

Vahvan koherenssin tunteen omaavat vastaajat kokivat vointinsa ja terveytensä hyväksi ja heillä esiintyi erittäin harvoin masennusoireita. Keskimääräisen koherenssin tunteen omaavista noin kaksi kolmannesta koki vointinsa ja terveytensä hyväksi ja neljännes koki ne keskimääräiseksi. Heikon koherenssin tunteen omaavista vointinsa ja terveytensä hyväksi kokevia oli runsas kolmannes ja yli 40 prosentilla esiintyi masennusoireita. Tarkemmin vastaajien terveydentilan jakaantuminen koherenssin tunteen luokissa on esitetty taulukossa 21.

Terveyden jakautumisen erot koherenssin tunteen luokissa olivat kaikissa ryhmissä tilastollisesti erittäin merkitseviä, $p < 0,000$. Kaikissa tutkituissa ryhmissä koettu vointi jakaantui koherenssin tunteen luokissa samansuuntaisesti kuin koko aineistossa. Koetun terveyden jakaumissa oli eroja miesten ja naisten välillä. Heikon koherenssin tunteen omaavista miehistä koki terveytensä hyväksi 35,9 prosenttia ja huonoksi 20,1 prosenttia, kun vastaavat prosenttiosuudet naisilla olivat 44,9 ja 13,9. Sukupuolten välinen ero oli samanlainen sekä kaupungissa että maaseudulla asuvilla. Myös masennusoireiden esiintymisen jakautumisessa oli havaittavissa eroa sukupuolten välillä. Heikon koherenssin tunteen omaavista naisista 46,6 prosentilla esiintyi masennusoireista, kun vastaava osuus miehillä oli 39,6 prosenttia. Kaupungissa sukupuolten välinen ero oli jonkin verran pienempi kuin koko aineistossa, mutta maaseudulla hieman suurempi. Vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen omaavilla koetun terveyden jakautumisessa ei esiintynyt merkittäviä eroja sukupuolten välillä.

TAULUKKO 21. Terveydentilan jakautuminen (%) vastaajan koherenssin tunteen luokissa, koko aineisto

Terveydentila	Koherenssin tunne			P-arvo	Yhteensä	
	Vahva, 74–91	57–73	Heikko, 20–56		%	N
Koettu vointi				0,000		
Hyvä	89,9	72,9	35,1		67,0	1 243
Keskinkertainen	9,2	23,4	45,8		25,9	480
Huono	0,9	3,7	19,1		7,1	132
Koettu terveys				0,000		
Hyvä	81,5	66,2	41,1		63,2	1 177
Keskinkertainen	16,7	28,7	42,3		29,4	547
Huono	1,8	5,2	16,5		7,4	137
Masennusoireet				0,000		
Ei	98,9	93,1	56,4		84,8	1 619
Kyllä	1,1	6,9	43,6		15,2	291

Itseluottamus ja terveydentila

Vahvan itseluottamuksen omaavat kokivat vointinsa ja terveytensä hyväksi, eikä masennusoireita juuri esiintynyt. Itseluottamuksensa keskimääräiseksi kokevista kaksi kolmesta koki vointinsa ja terveytensä hyväksi ja runsas neljännes koki ne keskimääräiseksi. Heikon itseluottamuksen omaavista noin kolmannes koki vointinsa ja terveytensä hyväksi ja runsas viidennes koki ne huonoksi. Itseluottamuksen ja masennusoireiden esiintyvyyden välillä oli vahva yhteys: vahvan itseluottamuksen omaavista runsaalla prosentilla ja heikon itseluottamuksen omaavista yli 40 prosentilla esiintyi masennusoireita. Tarkemmin tulokset on esitetty taulukossa 22.

Terveydentilan jakautumisen erot itseluottamuksen luokissa olivat kaikissa ryhmissä tilastollisesti erittäin merkitseviä, $p < 0,000$. Tulokset olivat kaupungissa asuvilla ja maaseudulla asuvilla hyvin samanlaiset kuin koko aineistossa. Sukupuolten välillä esiintyi eroja terveydentilaa kuvaavissa tekijöissä. Erot korostuivat heikon itseluottamuksen omaavilla. Heikon itseluottamuksen omaavista miehistä pienempi osa (26,2 %) koki terveytensä hyväksi kuin naisista (38,1 %) ja vastaavasti huonoksi terveytensä kokevia oli miehissä (28,3 %) enemmän kuin naisissa (16,8 %). Kaupungissa asuvilla erot olivat samansuuruisia koko aineistossa, mutta maaseudulla asuvilla erot olivat hieman suurempia: huonoksi terveytensä kokevien miesten osuus maaseudulla oli 30,5 prosenttia ja naisten osuus 17,5 prosenttia. Samantapaiset erot oli havaittavissa myös voinnin kokemuksissa, mutta erot sukupuolten välillä eivät olleet yhtä suuria kuin terveyden kokemuksissa. Joissain ryhmissä masennusoireiden esiintyvyys poikkesi koko aineistosta. Kaupungissa keskimääräisen itseluottamuksen omaavista miehistä seitsemällä prosentilla esiintyi masennusoireita, kun vastaava osuus naisilla oli 13,5 prosenttia. Maaseudulla asuvilla heikon itseluottamuksen omaavista miehistä 40,5 prosentilla ja naisista 48,0 prosentilla esiintyi masennusoireita.

TAULUKKO 22. Terveydentilan jakautuminen (%) itseluottamuksen luokissa, koko aineisto

Terveydentila	Itseluottamus			P-arvo	Yhteensä	
	Vahva, 18–20	14–17	Heikko, 5–17		%	N
Koettu vointi				0,000		
Hyvä	90,8	69,8	30,1		67,1	1 232
Keskinkertainen	7,7	26,2	46,7		25,9	475
Huono	1,4	4,0	23,2		7,0	129
Koettu terveys				0,000		
Hyvä	82,7	66,0	33,1		63,6	1 170
Keskinkertainen	14,2	29,9	45,2		29,2	538
Huono	3,1	4,1	21,6		7,2	132
Masennusoireet				0,000		
Ei	98,6	89,9	55,1		85,2	1 607
Kyllä	1,4	10,1	44,9		14,8	279

Tyytyväisyys itseän ja terveydentila

Koko aineistossa itseensä tyytyväisistä vastaajista 80 prosenttia koki vointinsa ja terveytensä hyväksi, kun vastaava osuus tyytymättömillä oli 50 prosenttia. Masennusoireita esiintyi tyytyväisistä vastaajista kuudella prosentilla ja tyytymättömistä runsaalla 26 prosentilla. Tulokset on esitetty taulukossa 23.

Terveydentilan jakautumisen erot tyytyväisten ja tyytymättömien ryhmissä olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä kaikissa ryhmissä, $p < 0,000$. Koetun voinnin jakautuminen oli kaikissa ryhmissä samanlainen kuin koko aineistossa, mutta koetun terveyden jakautumisessa esiintyi eroja eri ryhmien välillä. Kaupungissa asuvista tyytymättömistä terveytensä hyväksi kokevien (59,1 %) osuus oli suurempi kuin maaseudulla asuvista (48,0 %). Tyytyväisillä kaupungissa asuvilla esiintyi myös vähemmän masennusoireita (5,0 %) kuin tyytyväisillä maaseudulla asuvilla (7,1 %), ja tämä asuinalueiden välinen ero säilyi tarkasteltaessa tuloksia myös sukupuolen mukaan. Sukupuolten välillä oli eroja masennuksen esiintymisessä: tyytymättömillä naisilla esiintyi masennusoireita useammin (29,8 %) kuin miehillä (21,0 %). Kaupungissa asuvilla ero sukupuolten välillä on jonkin verran pienempi, mutta maaseudulla asuvilla taasen suurempi (20,2 % vrt. 32,7 %).

5.5.2 Suuntautuminen tulevaisuuteen

Runsas puolet vastanneista koki voivansa vaikuttaa elämässään tapahtuviin muutoksiin. Kaupungissa asuvat luottivat omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa useammin kuin maaseudulla asuvat ja vastaavasti miehet useammin kuin naiset. Vajaa kolme neljännestä koki tulevaisuuden suunnitelmat selkeiksi asuinalueesta tai sukupuolesta riippumatta. Tulevaisuuteensa optimistisesti suhtautuvia oli yli 80 prosenttia. Naiset kokivat tulevaisuutensa miehiä useammin optimistisesti. Vajaalla puolella vastaajista oli tulevaisuuden unelmia, kuten lottovoitto tai elämän aloit-

TAULUKKO 23. Terveydentilan jakautumien (%) itseän tyytyväisyyden luokissa, koko aineisto

Terveydentila	Tyytyväisyys		P-arvo	Yhteensä	
	Tyytyväinen	Tyytymätön		%	N
Koettu vointi			0,000		
Hyvä	79,8	50,5		66,8	1243
Keskinkertainen	18,0	36,1		26,1	486
Huono	2,1	13,4		7,1	133
Koettu terveys			0,000		
Hyvä	79,8	50,5		66,8	1243
Keskinkertainen	18,0	36,1		26,1	486
Huono	2,1	13,4		7,1	133
Masennusoireet			0,000		
Ei	93,9	74,1		85,1	1630
Kyllä	6,1	25,9		14,9	286

TAULUKKO 24. Vastajien tulevaisuuteen suuntautuminen asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)

Suuntautuminen tulevaisuuteen -kysymykset	Asuinalue		P-arvo	Sukupuoli		P-arvo	Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu		Miehet	Naiset		%	N
Tunneteko voivanne vaikuttaa elämässänne tapahtuviin muutoksiin?			0,000			0,008		
Paljon	58,3	49,4		57,1	51,0		53,8	1039
Vähän	41,7	50,6		42,9	49,0		46,2	893
Kuinka selkeitä ovat tulevaisuutta koskevat suunnitelmanne?			0,231			0,171		
Selkeät	72,1	74,5		74,9	72,1		73,4	1418
Epämääräiset	27,9	25,5		25,1	27,9		26,6	515
Onko suhtautumisenne tulevaisuuteen yleisesti ottaen			0,125			0,003		
Optimistinen	84,3	81,6		80,2	85,3		83,0	1591
Pessimistinen	15,7	18,4		19,8	14,7		17,0	327
Pyöriikö mielessänne tulevaisuuden unelmia, kuten lottovoitto tai elämän aloittaminen uudelta pohjalta?			0,355			0,142		
Paljon	53,7	51,6		50,8	54,1		52,6	1018
Vähän	46,3	48,4		49,2	45,9		47,4	917

taminen uudelta pohjalta. Tulevaisuuden unelmia oli saman verran kaikissa vertailuryhmissä. Tulokset liittyen vastaajien tulevaisuuteen suuntautumiseen on esitetty taulukossa 24.

Koherenssin tunne ja suuntautuminen tulevaisuuteen

Vahvan koherenssin tunteen omaavista 76,5 prosenttia koki voivansa vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin, 96,8 prosentilla suunnitelmat olivat selkeitä, 97,8 prosentilla suhtautuminen tulevaisuuteen oli optimistista ja 40,7 prosentilla oli unelmia lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta. Vastaavat prosentiosuudet heikon koherenssin tunteen omaavilla olivat seuraavat: vaikuttaminen 28,7, suunnitelmien selkeys 40,7, optimistinen suhtautuminen 58,8 ja unelmat 63,7. Keskimääräisen koherenssin tunteen omaavien vastaavat prosentiosuudet sijoittuivat näiden tulosten puoliväliin. Sukupuolesta riippumatta kaupungissa asuvat vahvan koherenssin tunteen omaavat kokivat voivansa vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin useammin kuin maaseudulla asuvat. Kokemukset suunnitelmien selkeydestä ja tulevaisuuteen suhtautumisesta jakautuivat vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen omaavilla samalla tavoin eri ryhmissä. Heikon koherenssin tunteen omaavien kokemuksissa esiintyi joitain eroja ryhmien välillä: kaupungissa asuvista naisista (35,7 %) pienempi osa koki tulevaisuuden suunnitelmansa selkeiksi kuin maaseudulla asuvista naisista (46,0 %), ja asuinalueesta riippumatta naiset suhtautuivat miehiä useammin tulevaisuuteensa optimistisesti. Unelmien suhteen esiintyi myös eroja ryhmien välillä. Vahvan koherenssin tunteen omaavilla, jotka asuivat maaseudulla (44,0 %), oli enemmän unelmia kuin kaupungissa asuvilla (36,5 %), naisilla enemmän (44,0 %) kuin mie-

hillä (37,4 %) ja maaseudun naisilla (48,8 %) enemmän kuin maaseudun miehillä (39,9 %).

Itseluottamus ja suuntautuminen tulevaisuuteen

Vahvan itseluottamuksen omaavista 85,0 prosenttia koki voivansa vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin, 91,9 prosentilla suunnitelmat olivat selkeitä, 99,0 prosentilla tulevaisuuteen suhtautuminen oli optimistista. Vastaavat prosenttiosuudet heikon itseluottamuksen omaavilla olivat seuraavat: vaikutusmahdollisuus 15,2, suunnitelmien selkeys 36,3 ja optimistinen asenne 48,2. Keskimääräisen itseluottamuksen omaavien prosenttiosuudet sijoittuivat näiden lukujen puoliväliin. Vahvan itseluottamuksen omaavista 47,6 prosentilla oli unelmia lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta, kun vastaava osuus heikon itseluottamuksen omaavilla oli 58,1 prosenttia ($p = 0,015$). Ryhmien välillä esiintyi eroja siinä, miten koettiin voitavan vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin. Muissa tulevaisuuteen suuntautumista koskevissa kysymyksissä ei esiintynyt oleellisia eroja ryhmien välillä. Kaupungissa asuvista vahvan itseluottamuksen omaavista suurempi osuus (88,4 %) koki voivansa vaikuttaa tulevaisuuteensa kuin maaseudulla asuvista (81,1 %). Tämä ero säilyi silloinkin, kun otettiin huomioon asuinalueen lisäksi sukupuoli. Suuntautuminen tulevaisuuteen -kysymysten jakautumisen erot itseluottamuksen luokissa olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,000$) kaikissa tutkituissa ryhmissä. Poikkeuksena oli tulevaisuuden unelmat, joiden jakautumisen erot itseluottamuksen luokissa olivat tilastollisesti merkitseviä ainoastaan koko aineistossa, kaupungissa asuvilla ja kaupungissa asuvilla naisilla.

Tyytyväisyys itseen ja suuntautuminen tulevaisuuteen

Itseensä tyytyväisistä vastaajista 58,1 prosenttia koki voivansa vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin, 86,3 prosentilla suunnitelmat olivat selkeitä, 91,1 prosentilla tulevaisuuteen suhtautuminen oli optimistista ja 46,3 prosentilla oli unelmia lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta. Vastaavat prosenttiosuudet tyytymättömillä olivat seuraavat: vaikuttaminen 48,7, selkeät suunnitelmat 57,1, optimistinen suhtautuminen 73,4 ja unelmien esiintyminen 60,5. Erot itseensä tyytyväisten ja tyytymättömien välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä. Lähes kaikissa ryhmissä tilanne oli samanlainen prosenttiosuukien jonkin verran vaihdellessa. Poikkeuksen muodostivat niin koko aineistossa kuin kaupungissa ja maaseudulla miehet, joilla tulevaisuuteen vaikuttamisen ja tyytyväisyyden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Toisen poikkeuksen muodostivat maaseudulla asuvat naiset, joilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä unelmien ja tyytyväisyyden välillä.

5.5.3 Mistä tulevaisuus riippuu?

Osallistuneista lähes 90 prosenttia oli sitä mieltä, että tulevaisuus riippuu itsestä. Joka toinen osallistuja ajatteli tulevaisuutensa riippuvan onnesta ja seuraavina tulivat koti/vanhemmat, Jumala ja ulkoiset oloet. Kaikkein harvemmin ajateltiin tulevaisuuden riippuvan omasta menneisyydestä. Maaseudulla asuvien mielestä tulevaisuus riippuu kodista/vanhemmista, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta useammin kuin kaupunkilaisten mielestä. Naiset ajattelivat tulevaisuutensa riippuvan onnesta, kohtalosta ja Jumalasta selvästi useammin kuin miehet. Naiset, etenkin kaupungissa, ajattelivat myös tulevaisuutensa riippuvan jonkin verran useammin itsestä kuin miehet. Mistä tulevaisuus riippuu -kysymysten vastaukset on esitetty taulukossa 25.

Koherenssin tunne ja mistä tulevaisuus riippuu

Vahvan tai keskimääräisen koherenssin tunteen omaavat vastaajat kokivat tulevaisuutensa riippuvan muita useammin paljon itsestä, vähän muista ihmisistä, ulkoisista oloista, onnesta ja kohtalosta verrattuna heikon koherenssin tunteen omaaviin vastaajiin. Koherenssin tunne ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä

TAULUKKO 25. Vastanneiden kokemukset siitä, mistä tulevaisuus riippuu, asuinalueen ja sukupuolen mukaan (%)

Mistä tulevaisuus riippuu?	Asuinalue		P-arvo	Sukupuoli		P-arvo	Yhteensä	
	Kaupunki	Maaseutu		Miehet	Naiset		%	N
Itsestä			0,452			0,014		
Paljon	89,0	87,9		86,5	90,1		88,4	1 675
Vähän	11,0	12,1		13,5	9,9		11,6	219
Menneisyydestä			0,082			0,260		
Paljon	31,5	27,8		30,9	28,5		29,6	547
Vähän	68,5	72,2		69,1	71,5		70,4	1 299
Kodista/vanhemmista			0,034			0,513		
Paljon	41,2	46,1		44,5	43,0		43,7	809
Vähän	58,8	53,9		55,5	57,0		56,3	1 044
Muista ihmisistä			0,764			0,126		
Paljon	36,8	36,2		34,6	38,1		36,5	676
Vähän	63,2	63,8		65,4	61,9		63,5	1176
Ulkoisista oloista			0,007			0,553		
Paljon	36,9	43,1		40,8	39,4		40,0	736
Vähän	63,1	56,9		59,2	60,6		60,0	1 103
Maailman tilanteesta			0,003			0,378		
Paljon	34,4	41,1		38,9	36,9		37,8	701
Vähän	65,6	58,9		61,1	63,1		62,2	1 154
Onnesta			0,034			0,000		
Paljon	49,0	53,9		44,8	57,1		51,5	952
Vähän	51,0	46,1		55,2	42,9		48,5	898
Kohtalosta			0,018			0,000		
Paljon	33,8	39,2		29,1	42,8		36,5	674
Vähän	66,2	60,8		70,9	57,2		63,5	1 171
Jumalasta			0,000			0,000		
Paljon	35,7	47,5		33,3	48,7		41,7	763
Vähän	64,3	52,5		66,7	51,3		58,3	1 068

seuraaviin tekijöihin: tulevaisuus riippuu menneisyydestä, kodista/vanhemmista, maailman tilanteesta tai Jumalasta. Tarkemmin tulokset on esitetty taulukossa 26.

Vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen omaavat vastaajat kokivat tulevaisuutensa riippuvan paljon itsestä kaikissa tutkituissa ryhmissä. Myös tulevaisuuden riippuminen vähän onnesta ja kohtalosta oli ominaista vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen omaaville kaikissa ryhmissä lukuun ottamatta naisia. Kaupungissa asuvilla, miehillä ja kaupungissa asuvilla miehillä itsen, onnen ja kohtalon lisäksi vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen olivat yhteydessä vähäisempi usko ulkoisten olojen ja maailman tilanteen vaikutukseen ja maaseudulla asuvilla muiden ihmisten vaikutukseen. Vahvan tai keskimääräisen koherenssin tunteen omaavat naiset uskoivat tulevaisuutensa riippuvan vähän menneisyydestä ja ulkoisista oloista. Kaupungissa asuvilla naisilla erottavana tekijänä oli vähäisempi usko ulkoisten olojen ja maaseudulla asuvilla muiden ihmisten vaikutukseen.

TAULUKKO 26. Mistä tulevaisuus riippuu -vastausten jakautuminen (%) koherenssin tunteen luokissa, koko aineisto

Tulevaisuus riippuu	Koherenssin tunne			P-arvo	Yhteensä	
	Vahva, 74–91	57–73	Heikko, 20–56		%	N
Itsestä				0,000		
Paljon	94,8	91,3	77,9		88,7	1 666
Vähän	5,2	8,7	22,1		11,3	213
Menneisyydestä				0,118		
Paljon	26,9	29,1	33,0		29,6	543
Vähän	73,1	70,9	67,0		70,4	1 290
Kodista/vanhemmista				0,411		
Paljon	45,2	43,9	41,0		43,5	800
Vähän	54,8	56,1	59,0		56,5	1 041
Muista ihmisistä				0,008		
Paljon	33,8	34,9	42,4		36,6	673
Vähän	66,2	65,1	57,6		63,4	1 166
Ulkoisista oloista				0,000		
Paljon	34,4	38,7	47,5		40,0	731
Vähän	65,6	61,3	52,5		60,0	1 097
Maailman tilanteesta				0,290		
Paljon	34,8	38,4	39,5		37,8	696
Vähän	65,2	61,6	60,5		62,2	1 145
Onnesta				0,000		
Paljon	44,1	51,6	58,8		51,6	949
Vähän	55,9	48,4	41,2		48,4	889
Kohtalosta				0,000		
Paljon	29,1	35,3	33,4		36,6	671
Vähän	70,9	64,7	54,0		63,4	1 161
Jumalasta				0,890		
Paljon	41,3	42,1	40,7		41,5	753
Vähän	58,7	57,9	59,3		58,5	1 061

Itseluottamus ja mistä tulevaisuus riippuu

Vahvan tai keskimääräisen itseluottamuksen omaavat vastaajat kokivat tulevaisuutensa riippuvan useammin paljon itsestä kuin heikon itsetunnon omaavat vastaajat. Tämä tilastollisesti merkitsevä ero oli kaikissa ryhmissä. Koko aineiston tasolla toinen erottava tekijä oli kokemus, että tulevaisuus riippuu vähän menneisyydestä. Tulokset on esitetty taulukossa 27.

Itseluottamus ei ollut missään ryhmässä tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä siihen, että tulevaisuus riippuu kodista/vanhemmista, muista ihmisistä tai onnesta. Vahvan tai keskimääräisen itseluottamuksen omaavat kaupunkilaiset uskoivat harvemmin tulevaisuutensa riippuvan ulkoisista oloista ja maaseudulla menneisyydestä verrattuna heikon itseluottamuksen omaaviin. Miehillä erottavana tekijänä olivat vähäisempi usko maailman tilanteen ja kohtalon sekä naisilla menneisyyden ja ulkoisten olojen vaikutukseen. Vahvan (57,1 %) ja heikon (56,1 %) itseluottamuksen omaavista naisista suurempi osa koki tulevaisuutensa riippuvan vähän Jumalasta kuin keskimääräisen (48,2 %) itseluottamuksen omaavista nai-

TAULUKKO 27. Mistä tulevaisuus riippuu -vastausten jakautuminen (%) itseluottamuksen luokissa, koko aineisto

Tulevaisuus riippuu	Itseluottamus			P-arvo	Yhteensä	
	Vahva, 18–20	14–17	Heikko, 5–17		%	N
Itsestä				0,000		
Paljon	96,9	91,7	68,8		88,6	1 644
Vähän	3,1	8,3	31,2		11,4	211
Menneisyydestä				0,149		
Paljon	30,2	28,1	33,6		29,6	538
Vähän	69,8	71,9	66,4		70,4	1 277
Kodista/vanhemmista				0,365		
Paljon	44,6	44,0	39,9		43,4	790
Vähän	55,4	56,0	60,1		56,6	1 032
Muista ihmisistä				0,398		
Paljon	38,6	35,0	37,2		36,2	659
Vähän	61,4	65,0	62,8		63,8	1 161
Ulkoisista oloista				0,001		
Paljon	35,0	39,6	48,1		40,1	726
Vähän	65,0	60,4	51,9		59,9	1 085
Maailman tilanteesta				0,201		
Paljon	34,1	38,2	40,0		37,6	685
Vähän	65,9	61,8	60,0		62,4	1 137
Onnesta				0,208		
Paljon	48,5	51,2	55,0		51,3	934
Vähän	51,5	48,8	45,0		48,7	887
Kohtalosta				0,195		
Paljon	33,3	36,5	39,7		36,4	661
Vähän	66,7	63,5	60,3		63,6	1 156
Jumalasta				0,317		
Paljon	38,0	42,3	42,1		41,3	742
Vähän	62,0	57,7	57,9		58,7	1 055

sista ($p = 0,033$). Kaupungissa asuvilla vahvan ja keskimääräisen itseluottamuksen omaaville miehille ominaista oli vähäisempi usko maailman tilanteen vaikutukseen ja maaseudulla asuvilla Jumalan vaikutukseen. Vahvan tai keskimääräisen itseluottamuksen omaavat kaupungissa asuvat naiset uskoivat harvemmin ulkoisten olojen ja maaseudulla asuvat menneisyyden vaikutukseen.

Tyytyväisyys itseän ja mistä tulevaisuus riippuu

Itseensä tyytyväisten ja tyytymättömien välillä ei ollut suuria eroja kokemuksissa, mistä tulevaisuus riippuu. Koko aineistossa tyytyväisistä vastaajista suurempi osa verrattuna tyytymättömiin uskoi tulevaisuutensa riippuvan paljon itsestä, vähän muista ihmisistä ja ulkoisista oloista. Tyytyväisistä vastaajista pienempi osa kuin tyytymättömistä uskoi tulevaisuutensa riippuvan vähän Jumalasta. Tulokset on esitetty taulukossa 28.

TAULUKKO 28. Mistä tulevaisuus riippuu -vastausten jakautuminen (%) itseän tyytyväisyyden luokissa, koko aineisto

Tulevaisuus riippuu	Tyytyväisyys		P-arvo	Yhteensä	
	Tyytyväinen	Tyytymätön		%	N
Itsestä			0,031		
Paljon	90,0	86,8		88,6	1 664
Vähän	10,0	13,2		11,4	214
Menneisyydestä			0,283		
Paljon	28,6	30,9		29,6	543
Vähän	71,4	69,1		70,4	1 291
Kodista/vanhemmista			0,057		
Paljon	45,6	41,2		43,6	803
Vähän	54,4	58,8		56,4	1 038
Muista ihmisistä			0,033		
Paljon	34,3	39,1		36,5	671
Vähän	65,7	60,9		63,5	1 169
Ulkoisista oloista			0,025		
Paljon	37,8	43,0		40,1	733
Vähän	62,2	57,0		59,9	1 094
Maailman tilanteesta			0,356		
Paljon	38,8	36,7		37,8	697
Vähän	61,2	63,3		62,2	1 145
Onnesta			0,351		
Paljon	52,4	50,2		51,4	945
Vähän	47,6	49,8		48,6	894
Kohtalosta			0,576		
Paljon	37,2	35,9		36,6	671
Vähän	62,8	64,1		63,4	1 162
Jumalasta			0,004		
Paljon	44,5	37,7		41,4	752
Vähän	55,5	62,3		58,6	1 063

Kaupungissa asuvista itseensä tyytyväisistä vastaajista 68,0 prosenttia koki tulevaisuutensa riippuvan vähän ulkoisista oloista, kun vastaava osuus tyytymättömistä oli 57,8 prosenttia. Tyytyväiset kokivat tyytymättömiä useammin tulevaisuutensa riippuvan paljon Jumalasta: maaseudulla (50,3 % vrt. 43,0 %), miehistä (36,1 % vrt. 29,2 %) ja naisista (51,7 % vrt. 44,5 %). Kaupungissa asuvat tyytyväiset miehet ja naiset uskoivat useammin kuin tyytymättömät tulevaisuutensa riippuvan vähän ulkoisista oloista. Maaseudulla asuvilla miehillä tyytyväisyys ei ollut yhteydessä yhteenkään ”mistä tulevaisuus riippuu” -kysymykseen. Maaseudun tyytyväiset naiset kokivat tyytymättömiä useammin tulevaisuutensa riippuvan paljon itsestä.

5.5.4 Merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat seuraukset

Koko aineiston tasolla vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen todennäköisyyttä lisääviä tekijöitä olivat seuraavat: kuuluminen 35–65-vuotiaiden ikäluokkaan, se, ettei esiintynyt masennusoireita, kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa elämässään tapahtuviin muutoksiin, selkeät tulevaisuuden suunnitelmat, optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen, se, ettei ollut unelmia lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta ja se, että tulevaisuus riippuu vähän muista ihmisistä ja kohtalosta. Suurimmat ristitulosuhteet esiintyivät masennusoireiden esiintymisessä ja tulevaisuuden suunnitelmien selkeydessä. Todennäköisyys omata vahva koherenssin tunne oli 12-kertainen niillä vastaajilla, joilla ei esiintynyt masennusoireita, verrattuna niihin, joilla niitä esiintyi. Selkeiden tulevaisuuden suunnitelmien omaavilla (OR = 8,4) ja optimistisesti tulevaisuuteen suhtautuvilla (OR = 6,9) oli suurempi todennäköisyys omata vahva koherenssin tunne kuin niillä, joiden suunnitelmat olivat epäselkeitä ja jotka olivat pessimistisiä tulevaisuutensa suhteen. Tulokset on esitetty taulukossa 29.

Koettu hyvä vointi, kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin ja suunnitelmien selkeys olivat tekijöitä, jotka lisäsivät todennäköisyyttä omata vahva tai keskimääräinen koherenssin tunne kaikissa ryhmissä. Muut tekijät vaihtelivat jonkin verran ryhmittäin. Tulokset on esitetty tarkemmin kuviossa 15.

Ikä ei ollut kaupungissa asuvilla miehillä merkitsevästi yhteydessä koherenssin tunteeseen, mutta naisilla se oli yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen. Maaseudulla asuvilla ainoastaan vanhimpaan ikäluokkaan kuuluminen lisäsi vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen todennäköisyyttä sekä miehillä että naisilla. Vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen todennäköisyyttä lisääviä tekijöitä kaupungissa asuvilla miehillä ja naisilla olivat koettu hyvä vointi, suunnitelmien selkeys ja unelmien puuttuminen sekä naisilla lisäksi mahdollisuus vai-

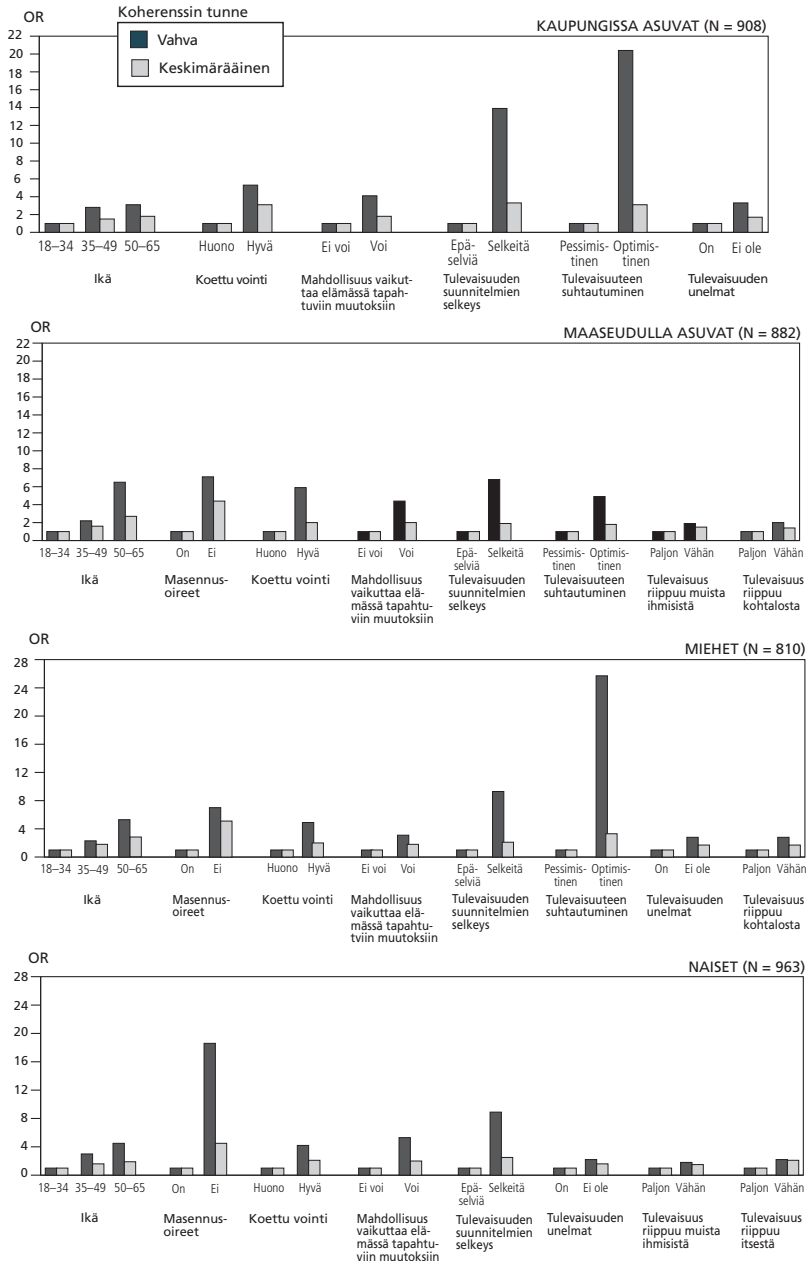
TAULUKKO 29. Polykotoamisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat seuraukset, koko aineisto (N = 1 748)

Mielenterveyden seuraukset	N	OR	Vahva SOC, 74–91		Keskimääräinen SOC, 57–73		
			95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä					0,000		
18–34-vuotiaat	644	1			1		
35–49-vuotiaat	621	2,5	1,69–3,83	0,000	1,6	1,18–2,30	0,004
50–65-vuotiaat	483	4,7	2,95–7,50	0,000	2,3	1,55–3,33	0,000
Masennusoireet					0,000		
Kyllä	265	1			1		
Ei	1 483	12,6	4,32–36,78	0,000	4,9	3,31–7,15	0,000
Koettu vointi					0,000		
Huono	569	1			1		
Hyvä	1 179	4,3	2,74–6,71	0,000	2,0	1,44–2,67	0,000
Mahdollisuus vaikuttaa elämässä tapahtuviin muutoksiin					0,000		
Ei voi vaikuttaa	773	1			1		
Voi vaikuttaa	975	4,1	2,79–6,07	0,000	2,0	1,47–2,71	0,000
Tulevaisuuden suunnitelmien selkeys					0,000		
Epäselviä	458	1			1		
Selkeitä	1 290	8,4	4,60–15,26	0,000	2,2	1,63–3,03	0,000
Tulevaisuuteen suhtautuminen					0,000		
Pessimistinen	278	1			1		
Optimistinen	1 470	6,9	2,73–16,91	0,000	2,1	1,44–3,07	0,000
Tulevaisuuden unelmat					0,000		
Kyllä	920	1			1		
Ei	828	2,4	1,68–3,36	0,000	1,5	1,16–2,06	0,003
Tulevaisuus riippuu muista ihmisistä					0,019		
Paljon	640	1			1		
Vähän	1 108	1,6	1,10–2,21	0,014	1,4	1,10–1,90	0,009
Tulevaisuus riippuu kohtalosta					0,009		
Paljon	633	1			1		
Vähän	1 115	1,7	1,21–2,49	0,003	1,4	1,07–1,88	0,017

Model Fitting Information -2LL = 1046,626 , p < 0,000, Nagelkerke R2 = 0,435

Analyytitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohtamuuttujat: ikä koettu terveys, koettu vointi, masennusoireet, tulevaisuuteen vaikuttaminen, suhtautuminen tulevaisuuteen, suunnitelmien selkeys, unelmat, tulevaisuus riippuu itsestä, menneisyydestä, kodista/vanhemmista, muista ihmisistä, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta.

kuuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin. Maaseudulla asuville miehille ja naisille yhteisiä vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen todennäköisyyttä lisääviä tekijöitä olivat masennusoireiden esiintymisen puuttuminen, hyvä vointi, kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin ja suunnitelmien selkeys. Näiden lisäksi miehillä optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja naisilla kokemus, että tulevaisuus riippuu paljon itsestä ja vähän muista ihmisistä, lisäsivät vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen todennäköisyyttä.



KUVIO 15. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat seuraukset asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Analysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohamuuttujat: ikä koettu terveys, koettu vointi, masennusoireet, tulevaisuuteen vaikuttaminen, suhtautuminen tulevaisuuteen, suunnitelmien selkeys, unelmat, tulevaisuus riippuu itsestä, menneisyydestä, kodista/vanhemmista, muista ihmisistä, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta.

5.5.5 Merkitsevimmän vahvan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat seuraukset

Masennusoireiden esiintymisen puuttuminen, koettu hyvä vointi, kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin, tulevaisuutta koskevien suunnitelmien selkeys, optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja usko siihen, että tulevaisuus riippuu paljon itsestä, olivat tekijöitä, jotka lisäsivät vahvan ja keskimääräisen itseluottamuksen todennäköisyyttä koko aineiston tasolla. Tarkemmin tulokset on esitetty taulukossa 30.

Asuinalueen ja sukupuolen mukaan tutkituissa ryhmissä ei esiintynyt suuria eroja verrattuna koko aineistoon. Kaikissa ryhmissä esiintyneet tekijät, jotka lisäsivät vahvan ja keskimääräisen itseluottamuksen todennäköisyyttä, olivat koettu hyvä vointi, masennusoireiden esiintymisen puuttuminen, kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin ja tulevaisuuden suunnitelmien selkeys. Myös optimistinen asenne lisäsi todennäköisyyttä muilla paitsi naisilla. Tuloksessa on otettava huomioon se seikka, ettei aineistossa ollut yhtään naista, jonka itseluottamus olisi ollut vahva ja suhtautuminen tulevaisuuteen pessimististä. Kaupungissa asuvilla lisäksi tulevaisuuden riippuminen vähän ulkois-

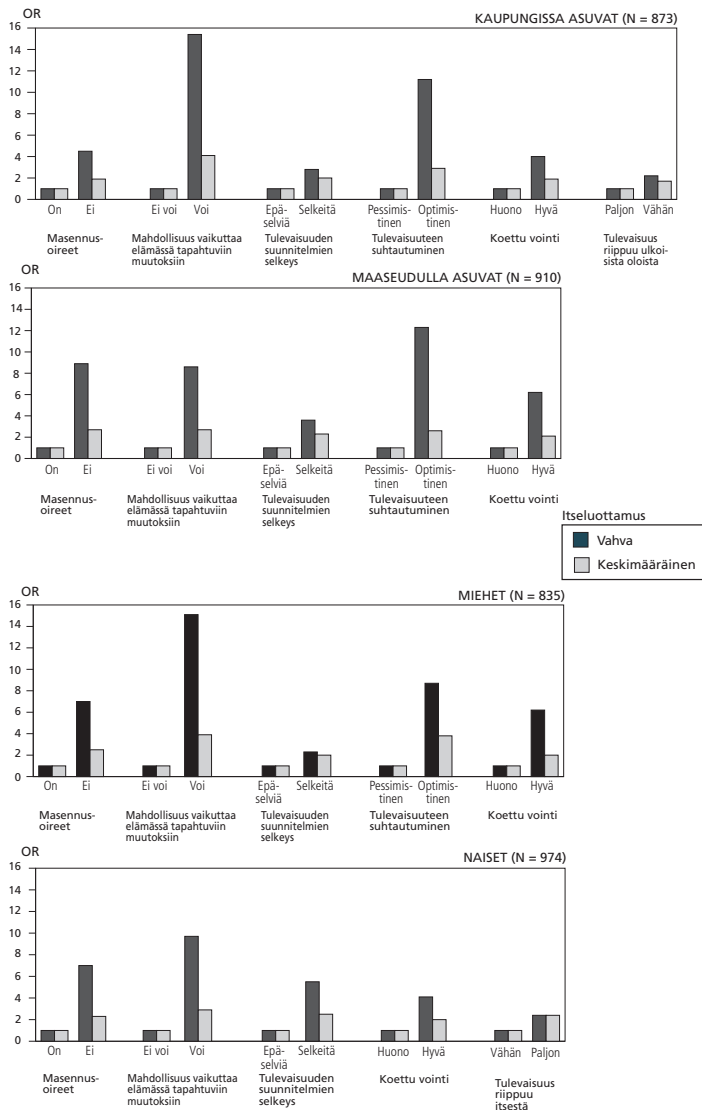
TAULUKKO 30. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat seuraukset, koko aineisto (N = 1 785) (Ikä on mukana mallissa.)

Mielenterveyden seuraukset	Vahva itseluottamus, 18–20				Keskimääräinen itseluottamus, 14–17			
	N	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo	
Koettu vointi				0,000				
Huono	582	1			1			
Hyvä	1 203	4,4	2,72–7,14	0,000	1,9	1,33–2,59	0,000	
Masennusoireet				0,000				
Kyllä	266	1			1			
Ei	1 519	6	2,38–5,08	0,000	2,2	1,52–3,17	0,000	
Mahdollisuus vaikuttaa elämässä tapahtuviin muutoksiin				0,000				
Ei voi vaikuttaa	796	1			1			
Voi vaikuttaa	989	10,5	6,67–16,68	0,000	3,1	2,14–4,43	0,000	
Tulevaisuuden suunnitelmien selkeys				0,000				
Epäselviä	466	1			1			
Selkeitä	1 319	3	1,80–5,02	0,000	2,1	1,48–2,93	0,000	
Suhtautuminen tulevaisuuteen				0,000				
Pessimistinen	289	1			1			
Optimistinen	1 496	11	3,80–32,06	0,000	2,6	1,80–3,66	0,000	
Tulevaisuus riippuu itsestä				0,041				
Vähän	193	1			1			
Paljon	1 592	1,7	0,79–3,51	0,178	1,7	1,12–2,50	0,011	

Model Fitting Information -2LL = 499,357, p < 0,000, Nagelkerke R² = 0,398

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohtamuuttujat: ikä koettu terveys, koettu vointi, masennusoireet, tulevaisuuteen vaikuttaminen, suhtautuminen tulevaisuuteen, suunnitelmien selkeys, unelmat, tulevaisuus riippuu itsestä, menneisyydestä, kodista/vanhemmista, muista ihmisistä, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta.

ta oloista ja naisilla tulevaisuuden riippuminen paljon itsestä lisäsivät todennäköisyyttä omata vahva tai keskimääräinen itseluottamus. Tulokset asuinalueen ja sukupuolen mukaan on esitetty kuviossa 16.



KUVIO 16. Polykotoimisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän vahvaan ja keskimääräiseen itseluottamukseen yhteydessä olevat seuraukset asuinalueen ja sukupuolen mukaan (Ikä on mukana malleissa.)

Analyytitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä koettu terveys, koettu vointi, masennusoireet, tulevaisuuteen vaikuttaminen, suhtautuminen tulevaisuuteen, suunnitelmien selkeys, unelmat, tulevaisuus riippuu itsestä, menneisyydestä, kodista/vanhemmista, muista ihmisistä, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta.

Asuinalueen ja sukupuolen mukaan tuloksia tarkastellessa esiintyi jonkin verran enemmän vaihtelua kuin koko aineistossa. Ainoastaan kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin lisäsi vahvan ja keskimääräisen itseluottamuksen todennäköisyyttä kaikissa ryhmissä. Näiden lisäksi kaupungissa asuvilla miehillä masennusoireiden esiintymisen puuttuminen ja optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen olivat itseluottamuksen todennäköisyyttä lisääviä tekijöitä. Kaupungissa asuvilla naisilla vahvan ja keskimääräisen itseluottamuksen todennäköisyyttä lisäsivät koettu hyvä terveys, tulevaisuuden suunnitelmien selkeys, tulevaisuuden riippuminen paljon itsestä, vähän ulkoisista oloista ja kodista/vanhemmista. Maaseudulla asuvilla miehillä taas vahvan ja keskimääräisen itseluottamuksen todennäköisyyttä lisäsivät koettu hyvä vointi, suunnitelmien selkeys ja optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen. Lisäksi vahvan itseluottamuksen todennäköisyyttä lisäsi kokemus, että tulevaisuus riippuu vähän muista ihmisistä. Maaseudulla asuvilla naisilla koettu hyvä vointi ja masennusoireiden esiintymisen puuttuminen lisäsivät vahvan ja keskimääräisen itseluottamuksen todennäköisyyttä.

5.5.6 Merkitsevimmän itseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat seuraukset

Vanhempiin ikäryhmiin kuuluvat vastaajat olivat nuoria todennäköisemmin tyytyväisiä itseensä ilman muutoksen tavoittelua. Koko aineiston tasolla tekijät, jotka lisäsivät tyytyväisyyden todennäköisyyttä olivat masennusoireiden puuttuminen, tulevaisuuden suunnitelmien selkeys, optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen, se, ettei unelmoinut lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta, ja tulevaisuuden riippuminen vähän muista ihmisistä sekä onnesta. Tulokset on esitetty taulukossa 31.

TAULUKKO 31. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itseensä tyytyväisyyteen yhteydessä olevat seuraukset, koko aineisto (N = 1 689)

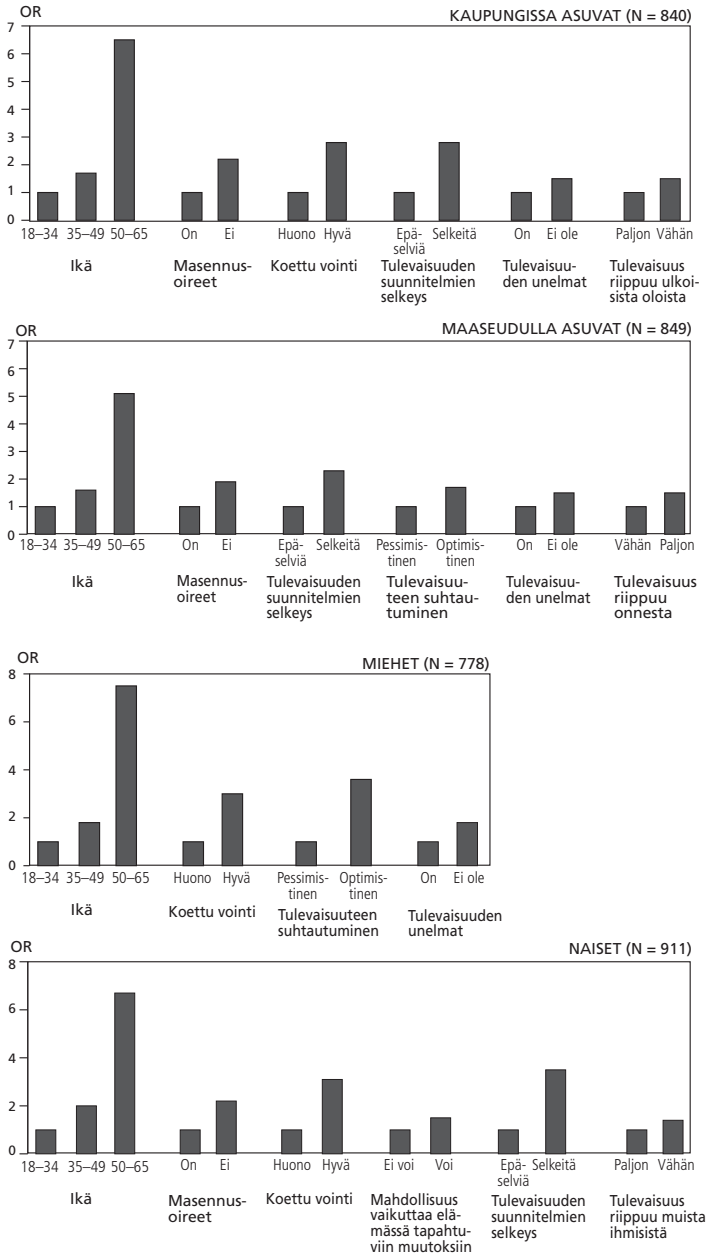
Mielenterveyden seuraukset	N	OR	95 %:n luottamusväli	P-arvo
Ikä				0,000
18–34-vuotiaat	628	1		
35–49-vuotiaat	602	1,8	1,38–2,28	0,000
50–65-vuotiaat	459	6,1	4,42–8,30	0,000
Masennusoireet				
Kyllä	258	1		
Ei	1 431	1,9	1,31–2,89	0,001
Tulevaisuuden suunnitelmien selkeys				
Epäselviä	444	1		
Selkeitä	1 245	2,4	1,82–3,28	0,000
Tulevaisuuteen suhtautuminen				
Pessimistinen	268	1		
Optimistinen	1 421	1,7	1,17–2,53	0,006
Tulevaisuuden unelmat				
On unelmia	887	1		
Ei ole unelmia	802	1,5	1,22–1,91	0,000
Tulevaisuus riippuu muista ihmisistä				
Paljon	615	1		
Vähän	1 074	1,3	1,02–1,61	0,034
Tulevaisuus riippuu onnesta				
Paljon	863	1		
Vähän	826	1,3	1,07–1,69	0,012

-2LL = 1880,012, $p < 0,000$, Nagelkerke $R^2 = 0,309$, Hosmer and Lemeshow Test $p = 0,856$

Analyysitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä koettu terveys, koettu vointi, masennusoireet, tulevaisuuteen vaikuttaminen, suhtautuminen tulevaisuuteen, suunnitelmien selkeys, unelmat, tulevaisuus riippuu itsestä, menneisyydestä, kodista/vanhemmista, muista ihmisistä, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta.

Sekä kaupungissa että maaseudulla asuvilla masennusoireiden esiintymisen puuttuminen, tulevaisuuden suunnitelmien selkeys ja unelmien puuttuminen lisäsivät tyytyväisyyden todennäköisyyttä. Miehillä ja naisilla ainoastaan koetun hyvän voinnin merkitys tyytyväisyyden todennäköisyydelle oli yhteinen tekijä. Tulokset on esitetty tarkemmin kuviossa 17.

Sekä maaseudulla että kaupungissa asuvilla miehillä koettu hyvä vointi, optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja unelmien puuttuminen lisäsivät tyytyväisyyden todennäköisyyttä. Kaupungissa asuvilla naisilla ainoastaan koettu hyvä vointi ja suunnitelmien selkeys olivat yhteydessä tyytyväisyyteen. Maaseudulla asuvilla naisilla sitä vastoin useat tekijät lisäsivät tyytyväisyyden todennäköisyyttä: masennusoireiden esiintymisen puuttuminen, koettu hyvä vointi ja terveys, suunnitelmien selkeys ja usko siihen, että tulevaisuus riippuu paljon onnesta.

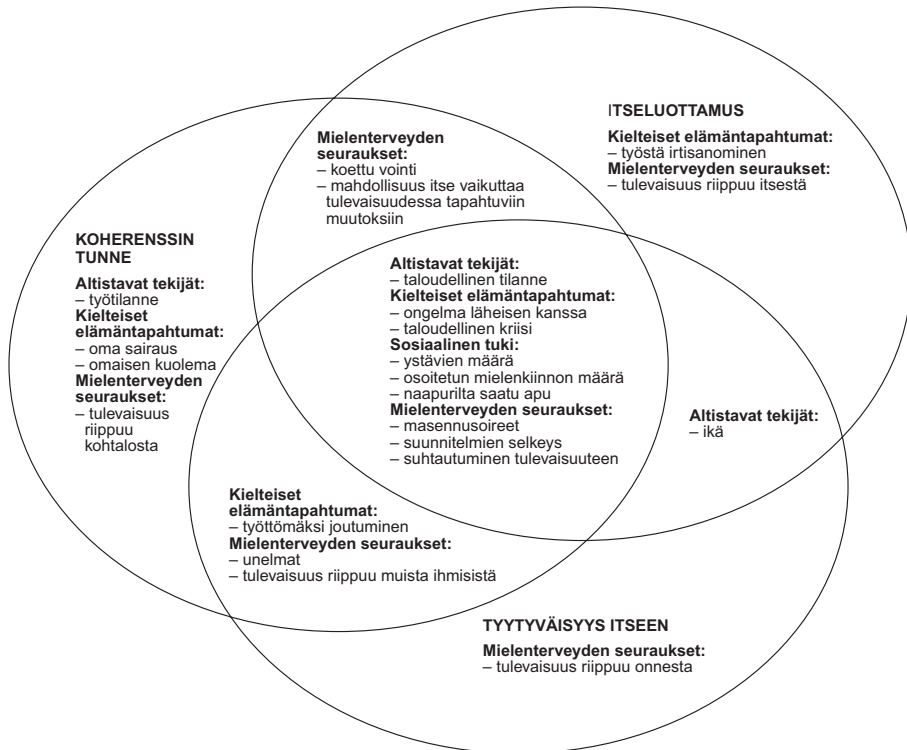


KUVIO 17. Logistisen regressioanalyysin mukaan merkitsevimmän itseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevat seuraukset asuinalueen ja sukupuolen mukaan

Analyytitapana on käytetty Waldin testiin perustuvaa eteenpäin askeltavaa menetelmää. Lähtökohdamuuttujat: ikä koettu terveys, koettu vointi, masennusoireet, tulevaisuuteen vaikuttaminen, suhtautuminen tulevaisuuteen, suunnitelmien selkeys, unelmat, tulevaisuus riippuu itsestä, menneisyydestä, kodista/vanhemmista, muista ihmisistä, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta.

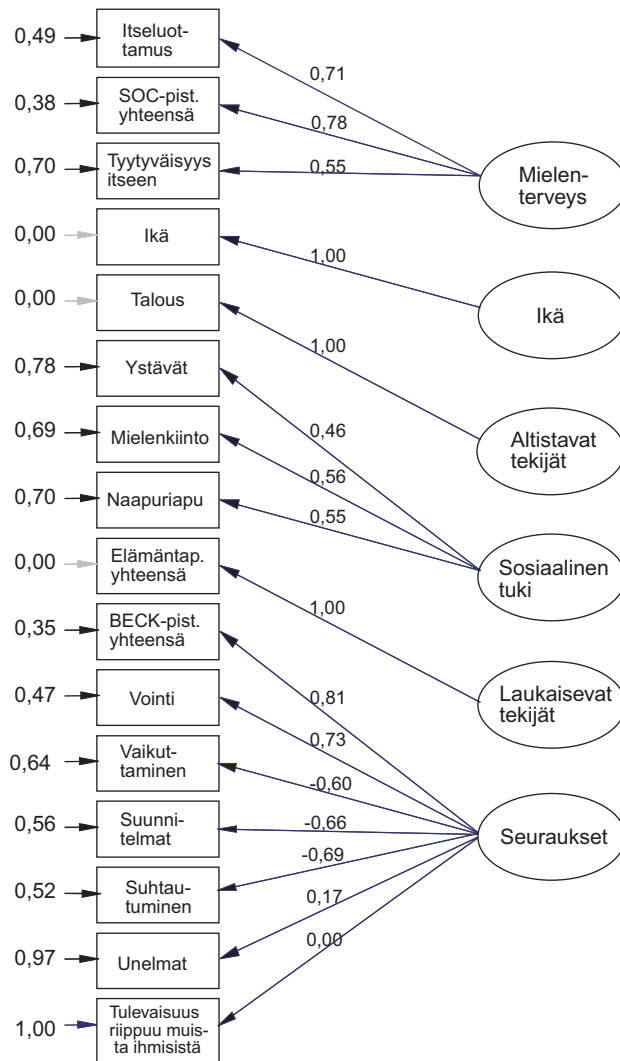
5.6 Funktionaalisen mielenterveyden mallin ja empiirisen aineiston välinen yhteensopivuus

Funktionaalisen mielenterveyden mallin ja empiirisen aineiston yhteensopivuutta testattiin käyttäen Lisrel 8.52-ohjelmaa. Ensimmäiseksi muodostettiin mittamalli, joka kuvaa havaittujen (mitattujen) muuttujien yhteydet teoreettisesti määriteltyihin latentteihin muuttujiin. Latentteja muuttujia tässä työssä olivat funktionaalisen mielenterveyden osatekijät: altistavat ja laukaisevat tekijät, sosiaalinen tuki, positiivinen mielenterveys ja mielenterveyden seuraukset. Latenttien muuttujien havaituiksi muuttujiksi sijoitettiin polykutomisen ja logistisen regressioanalyysin avulla saadut tilastollisesti merkitsevimmän positiivisen mielenterveyden osatekijöihin yhteydessä olevat muuttujat (kuvio 18). Kielteiset elämäntapahtumat sijoitettiin jatkuvana muuttujana: miten monta kielteistä elämäntapahtumaa vastaajalle oli sattunut viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Työtilanne-muuttujaa ei sen tilastollisesta merkitsevyydestä huolimatta voitu sijoittaa malliin, koska se on luokitteleva muuttuja.

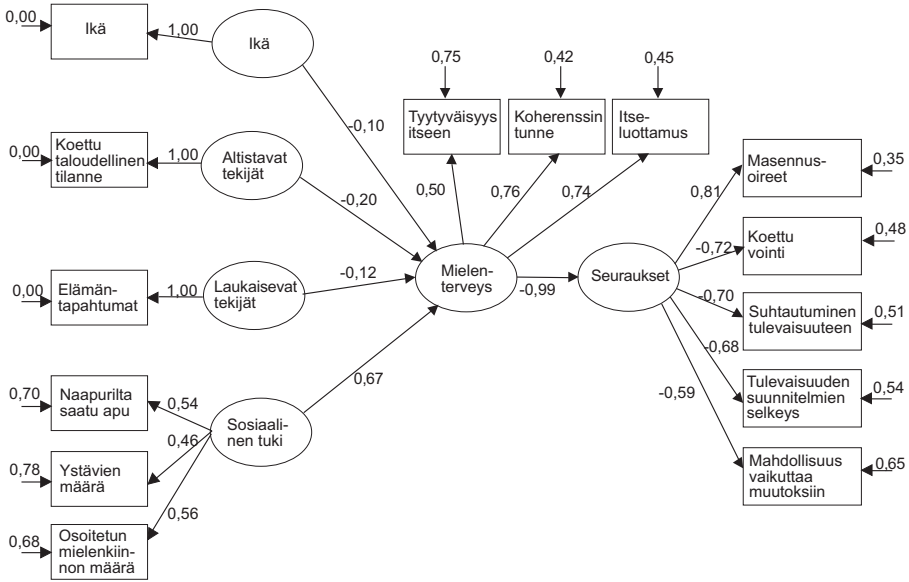


KUVIO 18. Yhteenvedo polykutomisten ja logististen regressioanalyysien tulosten mukaan merkitsevimmän positiivisen mielenterveyden osatekijöihin yhteydessä olevista tekijöistä

Faktorianalysissa muuttujien latausten vaihteluväli oli 0,00–0,81 (kuvio 19). Tulevaisuus riippuu muista ihmisistä -muuttuja ei latautunut lainkaan mielenterveyden seuraukset -muuttujalle. Tulevaisuutta koskevat unelmat -muuttujan lataus oli 0,17, joka tilastollisesti oli merkitsevä, mutta virhetermi oli 0,97. Nämä muuttujat jätettiin pois mallista. Jäljelle jääneet muuttujat latautuivat latenteille muuttujille tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,05$). Muut tunnusluvut olivat seuraavat: khiin neliö = 1413,72, vapausasteita 65 ja $p < 0,000$, RMR = 0,062, GFI = 0,90 ja NFI = 0,93. Näiden perusteella voidaan todeta mittamallin olevan välttävä.



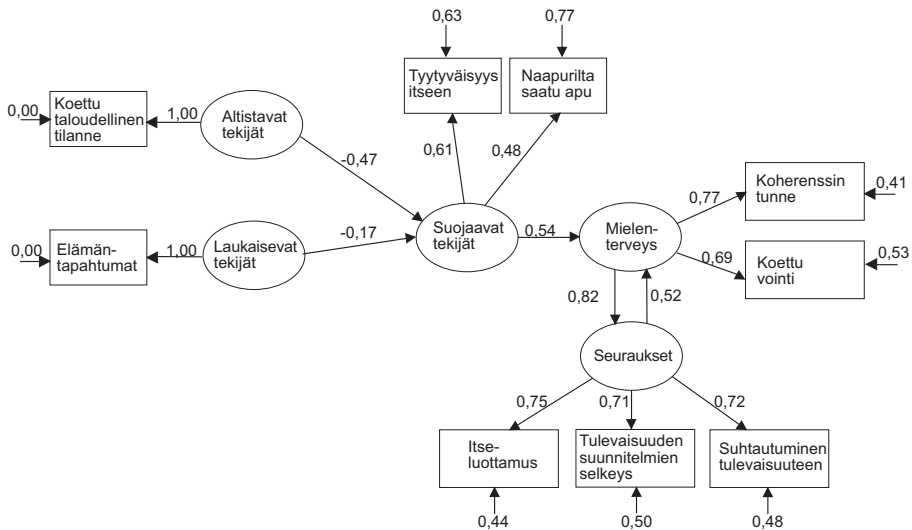
KUVIO 19. Funktionaalisen mielenterveyden mallin muuttujien lataukset ja mittausvirheet



KUVIO 20. Rakenneyhtälömallin I muuttujien lataukset

Ensimmäinen rakenneyhtälömalli kausaalisine yhteyksineen muodostettiin funktionaalisen mielen-terveyden mallin mukaan (kuvio 20). Mallissa ikä, altistavat tekijät, laukaisevat tekijät ja sosiaalinen tuki selittävät positiivista mielen-terveyttä, joka vuorostaan selittää mielen-terveyden seurauksia. Tässä mallissa positiivisen mielen-terveyden ja seurauksien välinen suhde oli negatiivinen ja melkein yksi. Kokonaisuudessaan malli ei toiminut kovinkaan hyvin. Sen tunnusluvut on esitetty yhteenvetotaulukossa 32 sivulla 118.

Lukuisten erilaisten vaiheiden jälkeen muodostui rakenneyhtälömalli II, joka teoreettisesti ja tilastollisesti oli hyväksyttävissä. Malli on esitetty kuviossa 21. Latenttien muuttujien havaitut muuttujat muuttuivat jonkin verran. Muuttujia, jotka eivät sopineet malliin, olivat ikä, ystävien määrä, mielenkiinnon määrä ja masennusoireet. Positiivista mielen-terveyttä kuvaaviksi muuttujiksi jäivät koherenssin tunne ja koettu vointi. Mielen-terveyden seurauksia kuvaaviksi muuttujiksi jäivät itseluottamus, tulevaisuuden suunnitelmien selkeys ja suhtautuminen tulevaisuuteen. Sosiaalista tukea kuvasivat vastaajan kokemus siitä, miten helppoa on saada käytännön apua naapurilta tarvittaessa, ja tyytyväisyys omaan itseen ilman muutoksen tavoittelua. Sosiaalinen tuki -käsite ei enää kuvannut sille latautuneita muuttujia ja lisäksi sen sijainti mallissa muuttui, joten se nimettiin suojaaviksi tekijöiksi.



KUVIO 21. Rakenneyhtälömallin II muuttujien lataukset ja mittausvirheet

Rakenneyhtälömallin II mukaan altistavat ja laukaisevat tekijät selittivät positiivista mielen-terveyttä suojaavien tekijöiden kautta. Positiivisen mielen-terveyden ja seurausten välinen yhteys vaikutti molempiin suuntiin. Vastaajan kokema huono taloudellinen tilanne ja kielteiset elämäntapahtumat olivat käänteisesti yhteydessä suojaaviin tekijöihin. Positiivisen mielen-terveyden vahvistuessa myös myönteiset seurauskokemukset vahvistuivat ja päinvastoin. Mallia testattiin kaikissa asuinalueen ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä. Tulosten mukaan malli toimi kaikissa ryhmissä melko hyvin. Kaikkien mallien tunnusluvut on esitetty taulukossa 32.

TAULUKKO 32. Mittamallien ja rakenneyhtälömallien c^2 -testitulokset, RMR, GFI ja NFI

Malli	N	Khiin-neliö	Vapaus-asteet	P-arvo	RMR	GFI	NFI
Korjaamaton mittamalli	1 865	1 709,15	92	0,000	0,063	0,90	0,92
Korjattu mittamalli	1 865	973,67	57	0,000	0,048	0,93	0,95
Rakenneyhtälömalli I	1 865	982,98	60	0,000	0,048	0,92	0,95
Rakenneyhtälömalli II							
Koko aineisto	1 836	157,25	24	0,000	0,027	0,98	0,98
Kaupungissa asuvat	909	92,70	23	0,000	0,031	0,98	0,98
Maaseudulla asuvat	926	100,41	24	0,000	0,030	0,98	0,98
Miehet	845	75,73	24	0,000	0,027	0,98	0,98
Naiset	991	108,53	24	0,000	0,033	0,98	0,98
Kaupungissa asuvat miehet	387	38,38	24	0,032	0,031	0,98	0,98
Kaupungissa asuvat naiset	519	74,53	24	0,000	0,036	0,97	0,97
Maaseudulla asuvat miehet	454	75,46	24	0,000	0,037	0,96	0,97
Maaseudulla asuvat naiset	472	69,69	24	0,000	0,039	0,97	0,97

6 Pohdinta

6.1 Funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijät

6.1.1 Positiivinen mielenterveys

Positiivinen mielenterveys tässä tutkimuksessa muodostuu kolmesta toisiaan täydentävästä osatekijästä: koherenssin tunteesta, itseluottamuksesta ja tyytyväisyydestä itseen nykyisellään ilman muutoksen tavoittelua. Osallistuneiden koherenssin tunteen keskiarvo oli 64 pistettä, joka oli heikompi kuin Erikssonin (2000) tutkimilla ahvenanmaalaisilla, joilla keskiarvo oli 71 pistettä. Maaseudulla asuvien koherenssin tunne (65) oli vahvempi kuin kaupungissa asuvilla (63) ja miehillä (65) vahvempi kuin naisilla (63). Samanlaiseen tulokseen sukupuolten välisestä erosta päädyttiin ainakin Ansonin ym. (1993), Larssonin ja Kallenbergin (1996) sekä Nilssonin (2000) tutkimuksissa. Lukuisten tutkimusten tulokset puolestaan osoittavat, ettei miesten ja naisten koherenssin tunteessa esiinny eroa (Hawley, Wolfe ja Cathey 1992; Midanik ym. 1992; Suominen, Helenius ja Blomberg 1996; Ekblad ja Wennström 1997; Sandén-Eriksson 2000; Gana ja Garnier 2001; Strümpfer ja Mlonzi 2001; Pallant ja Lae 2002). Vastaajan ikä ei ollut yhteydessä koherenssin tunteeseen, kuten ei myöskään Anita Bengtsson-Topsin ja Lars Hanssonin (2001) ja D. J. W. Strümpferin ja Ezna N. Mlonzin (2001) tutkimuksissa.

Itseluottamuksen keskiarvo oli koko aineistossa 15,5 pistettä, eikä sen jakoumissa esiintynyt eroja asuinalueiden eikä sukupuolten välillä. Itsetuntoa koskevissa tutkimuksissakin (Watkins ja Yu 1993; Cheng ja Furnham 2002; Wise ja Stake 2002) on todettu miesten ja naisten itsetunto yhtä vahvoiksi. Itseluottamus oli vahvin nuorilla, mutta iän karttuessa se heikkeni merkitsevästi. Myös Saccon ja Pharesin (2001) tutkimuksessa nuorten itsetunto oli vahvempi kuin iäkkäämpien tutkittavien.

Tutkimukseen osallistuneista runsas puolet oli tyytyväisiä itseensä, maaseudulla asuvat useammin (60 %) kuin kaupungissa asuvat (51 %). Miehet ja naiset olivat yhtä tyytyväisiä. Myös useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu miesten ja naisten yhtäläinen tyytyväisyys elämään (Argyle 1987; Pavot, Diener ja Suh 1998; Dorahy ym. 2000; Cheng ja Furnham 2002). Iän karttuessa tyytyväisten osuus lisääntyi merkitsevästi. Myös maaseudulla asuvien japanilaisten elämänlaatua koskevassa tutkimuksessa (Kitamura ym. 2002) yli 55-vuotiaat olivat elämänsä tyytyväisimpiä.

6.1.2 Altistavat tekijät

Tutkimuksen altistavia tekijöitä olivat vastaajan perhetausta, asumiseen liittyvät tekijät ja sosioekonominen tilanne. Perhetaustaa kuvaavia tekijöitä olivat vastaajan siviilisääty, hänen kanssaan asuvien henkilöiden ja alaikäisten lasten määrä. Asumiseen liittyviä tekijöitä olivat syntymäpaikka, asuinaika nykyisessä kunnassa ja asumismuoto. Sosioekonomisia tekijöitä olivat vastaajan työtilanne, sosiaaliluokka ja koettu taloudellinen tilanne.

Vastaajista oli naimisissa lähes kaksi kolmasosaa, vajaa puolet asui kahden tai kolmen hengen taloudessa ja kolmasosalla oli yksi tai useampi alaikäinen lapsi. Vastaajista lähes kaksi kolmasosaa oli työelämässä. Melkein joka kymmenes osallistuneista kuului kolmeen ylimpään ja runsas kolmannes kolmeen alimpaan sosiaaliluokkaan. Oman taloudellisen tilanteensa koki erittäin tai melko hyväksi runsas kolmannes ja melko tai erittäin huonoksi runsas viidennes.

Perhetausta

Naimisissa olevilla oli vahvin koherenssin tunne ja he olivat usein myös tyytyväisiä. Naimattomilla taas oli vahva itseluottamus, mutta heistä oli tyytymättömiä itseensä lähes puolet. Sekä eronneilla että leskillä oli heikko koherenssin tunne ja itseluottamus, mutta lesket olivat huomattavan tyytyväisiä itseensä toisin kuin eronneet. Koherenssin tunteen suhteen samanlaiseen tulokseen päätyi Suominen (1996) tutkimuksessaan. Sen sijaan itseluottamuksen suhteen tulos eroaa Markowitzin (2001) tutkimuksesta, jonka mukaan naimisissa olevien itsetunto oli vahvin.

Asumiseen liittyvät tekijät

Omistusasunnossa asuvien koherenssin tunne oli vahva ja he olivat tyytyväisiä itseensä. Vahvin itseluottamus oli niillä, jotka asuivat työsuhteasunnossa tai vanhempien/ystävän/ystävien luona. Tämä saattaa osin selittyä sillä, että itseluottamus oli vahvin nuorilla ja on todennäköistä, että he asuivat useammin vanhempiensa tai jonkun ystävän kanssa kuin omistusasunnossa. Asuinaika nykyisellä paikkakunnalla ei vaikuttanut koherenssin tunteeseen eikä itseluottamukseen, mutta pitkään samassa kunnassa asuneet olivat tyytyväisiä itseensä. Vastaajan syntymäpaikka ei ollut yhteydessä yhteenkään positiivisen mielenterveyden osatekijään.

Sosioekonominen asema

Kaikki sosioekonomiset tekijät vaikuttivat sekä koherenssin tunteeseen että itsetuottamukseen. Itseensä tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä olivat työtilanne ja koettu taloudellinen tilanne. Työssä olevilla ja luokkaan muut kuuluvilla oli vahva koherenssin tunne ja itsetuottamus, mutta tyytyväisyyden suhteen tilanne oli toisenlainen: kolme neljästä eläkkeellä olevasta oli tyytyväisiä itseensä, kun työssä käyvistä ja ryhmään muut kuuluvista tyytyväisiä oli runsas puolet. Myös Markowitzin (2001) tutkimuksessa työssä olevilla oli vahva itsetunto, mutta toisin kuin tässä tutkimuksessa he olivat lisäksi elämäänsä tyytyväisiä. Työttömien positiivinen mielenterveys oli heikoin kaikilla mittareilla mitattuna. Erikssonin (2000) tutkimuksessa todettiin koherenssin tunteen olevan heikoin työttömillä.

Työtilanteen luokka muut käsitti sekä kokopäiväiset opiskelijat, kotona kodista ja perheestä huolehtivat ja muut. Jälkeenpäin ajatellen olisi ollut tarkoituksenmukaisempaa luokitella opiskelijat ja kotona olevat erikseen, koska näiden ikä- ja sukupuolijakaumat olivat hyvin erilaisia. Lisäksi opiskelijan elämäntilanne poikkeaa monessa suhteessa kotona kodista ja perheestä huolehtivien elämäntilanteesta.

Kaikissa ryhmissä koetun taloudellisen tilanteen yhteys positiivisen mielenterveyden osatekijöihin oli erittäin vahva. Tämä on todettu lukuisissa aikaisemmissakin tutkimuksissa (Amato ja Zuo 1992; Vosler ja Page-Adams 1996; Wolff ja Ratner 1999; Brown, Brody ja Stoneman 2000; Grundy ja Holt 2000; Khlut, Sermet ja Le Pape 2000; Nilsson 2000; Blanchflower ja Oswald 2003). Ylimpiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla oli vahvempi koherenssin tunne ja itsetuottamus kuin alempiin luokkiin kuuluvilla, mutta tyytyväisyyden sosiaaliluokka ei vaikuttanut.

Geyer (1997) on artikkelissaan pohtinut vahvan koherenssin tunteen ja hyvän taloudellisen tilanteen välistä yhteyttä. Hän arvioi, että vahva koherenssin tunne voi olla elämään asennoituminen, joka on ominaista hyvin koulutetuille, etuoikeutetussa yhteiskunnallisessa asemassa oleville ja niille, joilla on mahdollisuuksia päätöksentekoon. Tämän tutkimuksen tulokset maaseudulla asuvien osalta eivät täysin tue Geyerin väitettä, sillä sosiaaliluokka ja työtilanne (maaseudulla asuvilla miehillä ja naisilla) eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koherenssin tunteeseen. Vaikka sosiaaliluokka ja työtilanne eivät olleet merkitseviä maaseudulla, niin kuitenkin koettu taloudellinen tilanne oli merkitsevä. Tämä antaa viitteitä siitä, että sosioekonomisten tekijöiden merkityksellisyys taustalla on myös muita tekijöitä kuin vaikuttaminen ja päätöksenteko, joihin Geyer viittaa. Esimerkiksi Ero Lahelman (2000) mukaan tulot tuottavat aineellisia voimavaroja ja vaikuttavat näin muihin elinoloihin ja -ympäristöön, jotka puolestaan määrittävät terveyden ylläpitämisen edellytyksiä. Tämän lisäksi Matti Kortteinen ja Hannu Tuomikoski (1998a) ovat todenneet, että vakaa ja hyvä yhteiskunnallinen asema turvaa paremmat mahdollisuudet säilyttää vanhoja yhteisöllisiä siteitä ja/tai kehittää uusia. Näin ollen sosioekonomisten tekijöiden yhteys positiiviseen mielen-

terveyteen selittyy monien erilaisten mahdollisuuksia luovien tai estävien prosessien kautta.

Yhteiskunnallinen tilanne vaikuttaa osaltaan myös ihmisten kokemuksiin omasta taloudellisesta tilanteestaan. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 1997 Suomen työttömyysaste oli 16,7 prosenttia, miesten 17,0 prosenttia ja naisten 16,4 prosenttia (Heimonen ja Oinonen 1999). Turun työttömyysprosentti oli 17,5 ja tutkimuksen maaseutua edustavissa kunnissa noin 10. Tutkimukseen osallistuneista oli työttömänä 11,1 prosenttia. Kaupungissa asuvien työttömyysprosentti oli 15,1 ja maaseudulla asuvilla lähes puolta pienempi. Miehillä (7,6 %) työttömyys oli vähäisempää kuin naisilla (12,8 %). Tutkimukseen osallistuneiden työttömyys, etenkin miehillä, oli vähäisempää kuin tutkimusalueilla tai koko maassa. Lahelma (2000) on kirjoittanut, että suurtyöttömyyden aikana työttömyys ei ole yhtä merkityksellistä, eikä yhtä leimaavaa ja että sitä on psyykkisesti helpompi sietää kuin pienen työttömyyden aikana. Vaikka työttömyys tutkimuksen toteuttamisen aikana oli suhteellisen ”tavallista”, niin ei se poista yksittäisten ihmisten kokemia tappion ja nöyryytyksen tai taloudellisen niukkuuden kokemuksia, jotka osaltaan vaikuttavat positiiviseen mielenterveyteen. Tutkimuksen tuloksia ajatellen työttömyyden vaikutus positiiviseen mielenterveyteen ei ole ainakaan ylikorostunut, kun ottaa huomioon Suomessa vallinneen yleisen tilanteen.

6.1.3 Kielteiset elämäntapahtumat

Kysytyjä kielteisiä elämäntapahtumia oli kaksitoista. Vastaajista 41 prosenttia oli kokenut kielteisiä elämäntapahtumia viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Yleisimmät tapahtumat olivat 1) läheisen, perheystävän tai jonkun sukulaisten kuten tädin, serkun tai isovanhemman kuolema, 2) omaista kohdannut vakava sairaus, vamma tai väkivallan kohteeksi joutuminen, 3) huomattava taloudellinen kriisi ja 4) vakava ongelma läheisen ystävän, naapurin tai sukulaisten kanssa.

Vakava taloudellinen kriisi heikensi merkittävästi positiivista mielenterveyttä kaikissa ryhmissä. Toinen merkittävä tapahtuma oli ongelma läheisen kanssa; se vaikutti kaikkiin positiivisen mielenterveyden osatekijöihin lähes kaikissa ryhmissä. Oma sairaus heikensi koherenssin tunnetta, kun taas työstä irtisanominen tai työttömäksi joutuminen vaikutti itseluottamukseen ja tyytyväisyyteen. Ekblad ja Wennströmin (1997) ja Jorgensenin, Frankowskin ja Careyn (1999) tutkimuksissa todettiin myös kielteisten elämäntapahtumien heikentävän koherenssin tunnetta.

Merkille pantavaa on, että avioero tai vakituisen parisuhteen katkaiseminen ei heikentänyt positiivista mielenterveyttä. Miksi ero tai vakituisen parisuhteen katkaiseminen kielteisinä elämäntapahtumina ei ollut merkitsevä tässä tutkimuksessa? Osin tätä tulosta voi selittää sillä, että ero ja parisuhteen katkaiseminen ovat keinoja ratkaista pitkään parisuhteessa jatkunut epätydyttävä tilanne. Tämän tut-

kimuksen asetelma oli poikkileikkaus, joten myöhemmin taloudellisesta ahdingosta, yksinäisyydestä tai muista syistä johtuvat vaikutukset positiiviseen mielen-terveyteen eivät olleet vielä todettavissa.

6.1.4 Sosiaalinen tuki

Sosiaalista tukea selvitettiin kolmella kysymyksellä, jotka olivat 1) läheisten määrä, 2) ihmisten osoittaman mielenkiinnon määrä ja 3) se, miten helppoa on saada käytännön apua naapurilta. Yli puolella oli olemassa yksi tai kaksi läheistä henkilöä, joihin he voivat luottaa vakavien henkilökohtaisten vaikeuksien sattuessa. Ilman ainuttakaan ystävää oli neljä prosenttia vastaajista. Erikssonin (2000) tutkimilla ahvenanmaalaisilla oli enemmän ystäviä kuin tähän tutkimukseen osallistuneilla. Lähes kolme neljästä koki, että heidän tekemisiinsä kiinnitettiin paljon huomiota, runsas viisi prosenttia koki jäävänsä vaille toisten osoittamaa huomiota. Vastaajista vajaa puolet koki käytännön avun saannin naapurilta helpoksi ja noin joka kahdeksas vastaaja koki avun saannin vaikeaksi.

Kaikki sosiaalisen tuen tekijät vaikuttivat merkitsevästi jokaiseen positiivisen mielen-terveyden osatekijään. Ganster ja Victor (1988) ovat todenneet, että sosiaalisella tuella, riippumatta siitä, millä tavalla se on operationalisoitu, on myönteinen vaikutus positiiviseen mielen-terveyteen. Monet tutkimukset vahvistavat tässäkin tutkimuksessa saatuja tuloksia. Sosiaalinen tuki oli yhteydessä emotionaaliseen hyvinvointiin (Grant ym. 2000), onnellisuuteen, tyytyväisyyteen ja itseluottamukseen (Meehan, Durlak ja Bryant 1993), tyytyväisyyteen (Rimmerman ja Muraver 2001), itsetuntoon (Schonfeld 2001) ja koherenssin tunteeseen (Dantas, Motzer ja Ciol 2002; Wolff ja Ratner 1999).

Sosiaalisen tuen tekijöistä muita jonkin verran suuremman merkityksen sai kokemus siitä, miten helppoa oli saada käytännön apua naapurilta tarvittaessa. Tämä oli merkityksellisempi kuin ystävien määrä. Tämän tuloksen kanssa samansuuntaiseen tulokseen päädyttiin tutkimuksessa (Sarid ym. 2003), jonka mukaan vahvan koherenssin tunteen omaavilla henkilöillä oli nimenomaan kyky hankkia instrumentaalista tukea tarvittaessa. Naapuriavun suuri merkitys saattaa liittyä sen saatavuuteen ja konkreettisuuteen. Kysyttäessä ystävien määrää ei kiinnitetä huomiota ystävien fyysiseen läsnäoloon. Täten ystävien määrä voi kuvata enemmän sosiaalisen tuen emotionaalista puolta, kun taas naapurilta saatava käytännön tuki on konkreettista tässä ja nyt tapahtuvaa, instrumentaalista tukea.

6.1.5 Mielen­terveyden seuraukset

Mielen­terveyden seuraukset on jaettu kolmeen ryhmään, jotka ovat 1) terveyden­tila, 2) tulevaisuuteen suuntautuminen ja 3) se, mistä tulevaisuus riippuu. Vastaa­jan terveydentilaa kuvaavia tekijöitä olivat koettu terveys, koettu vointi ja masen­nusoireiden esiintyminen. Vastaa­jista kaksi kolmesta koki terveytensä ja vointinsa hyväksi ja runsas seitsemän prosenttia koki ne huonoksi. Masennusoireita oli esiin­tnyt 15 prosentilla vastaa­jista.

Vahvan koherenssin tunteen omaavista 82 prosenttia koki terveytensä ja 90 prosenttia vointinsa hyväksi ja masennusoireita esiintyi noin prosentilla. Vastaa­vasti heikon koherenssin tunteen omaavista 41 prosenttia koki terveytensä ja 35 prosenttia vointinsa hyväksi ja masennusoireita esiintyi 44 prosentilla. Useissa tut­kimuksissa on saatu vastaavia tuloksia (Viikari-Juntura ym. 1991; Kuuppelomäki ja Utriainen 2000; Suominen ym. 2001; Pallant ja Lae 2002; Ebert, Tucker ja Roth 2002). Terveystilan jakautumisen erot itseluottamuksen luokissa olivat hyvin samanlaiset kuin koherenssin tunteen luokissa. Vahvan itseluottamuksen omaa­villa esiintyi harvemmin masennusoireita, kuten myös Alicia D. Cast ja Peter J. Burke (2002) ovat todenneet. Itseensä tyytyväisten ja tyytymättömien väliset erot terve­yden kokemuksissa olivat huomattavasti pienempiä kuin koherenssin tunteen ja itseluottamuksen luokkien välillä. Koko aineistossa tyytyväisistä vastaa­jista 80 prosenttia koki terveytensä ja vointinsa hyväksi, kun vastaava osuus tyytymättömillä oli 50 prosenttia. Masennusoireita esiintyi noin neljä kertaa useammin tyytymät­ tömillä kuin tyytyväisillä vastaa­jilla.

Tulevaisuuteen suuntautuminen

Vastanneista joka toinen koki voivansa vaikuttaa elämässään tapahtuviin muu­toksiin ja kolme neljästä koki omien tulevaisuuden suunnitelmiansa olevan sel­keitä. Tämän lisäksi vastaa­jista 83 prosenttia suhtautui tulevaisuuteensa optimis­ tisesti. Sinkkosen ja Pulk­kisen (1996) tutkimuksessa optimistisesti tulevaisuuteensa suhtautuvia oli enemmän (91 %). Tässä tutkimuksessa nuorten suhtautuminen oli optimistisempaa kuin vanhempien. Tämä saattaa selittää tulosten erilaisuuden, koska Sinkkosen ja Pulk­kisen tutkimuksen tutkittavat olivat nuorempia kuin tähän tutkimukseen osallistuneet. Vastaa­jista runsaalla puolella asuinalueesta ja sukupuolesta riippumatta oli unelmia, kuten lottovoitto tai elämän aloittaminen uudelta pohjalta.

Vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen ja itseluottamuksen omaavat kokivat voivansa vaikuttaa itse tulevaisuuteensa, heidän tulevaisuutta koskevat suunnitelmansa olivat selkeitä ja he suhtautuivat tulevaisuuteensa optimistisesti. Myös Frommbergerin ym. (1999) tutkimuksessa todettiin vahvan koherenssin tun­teen omaavien henkilöiden ajattelun olevan optimistista. Lisäksi vahvan ja keski-

määräisen koherenssin tunteen omaavilla oli harvoin unelmia lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta. Tyytyväisten ja tyytymättömien väliset erot olivat pienempiä, mutta samansuuntaisia kuin koherenssin tunteen ja itseluottamuksen luokkien välillä. Tyytyväisyyden ja optimismin on todettu korreloivan keskenään terveillä henkilöillä (Wenglert ja Rosen 1995).

Mistä tulevaisuus riippuu?

Osallistuneista lähes yhdeksän kymmenestä koki, että tulevaisuus riippuu paljon itsestä. Joka toinen osallistuja ajatteli sen riippuvan paljon onnesta, ja seuraavaksi eniten ajateltiin tulevaisuuden riippuvan paljon kodista/vanhemmista, Jumalasta ja ulkoisista oloista. Kaikkein harvemmin ajateltiin tulevaisuuden riippuvan omasta menneisyydestä. Erikssonin (2000) tutkimuksen vastaajat kokivat tulevaisuuden riippuvan yhtä usein itsestä kuin tässä tutkimuksessa. Tuloksissa oli myös eroja: ahvenanmaalaiset kokivat tulevaisuutensa riippuvan enemmän toisista ihmisistä ja itseä ympäröivästä maailmasta, kun taas tähän tutkimukseen osallistuneiden mielestä tulevaisuus riippuu paljon onnesta, kohtalosta ja Jumalasta.

Mistä tulevaisuus riippuu -vastaukset eivät vaihdelleet niin paljon positiivisen mielenterveyden osatekijöiden luokissa kuin terveydentila ja tulevaisuuteen suuntautuminen. Vahvan mielenterveyden omaavat kokivat tulevaisuutensa riippuvan paljon itsestä. Mielenterveyden heiketessä usko siihen, että tulevaisuus riippuu itsen ulkopuolella olevista tekijöistä, lisääntyi. Näitä tekijöitä olivat ulkoiset olot, maailman tilanne, onni ja kohtalo. Itseensä tyytyväiset kokivat tulevaisuutensa riippuvan paljon Jumalasta, mutta tätä yhteyttä ei ollut koherenssin tunteeseen eikä itseluottamukseen.

Positiiviseen mielenterveyteen voimakkaimmin yhteydessä olevat seuraukset

Vahvan tai keskimääräisen koherenssin tunteen ja itseluottamuksen omaavat kokivat voivansa itse vaikuttaa elämässään tapahtuviin muutoksiin, vointinsa hyväksi ja tulevaisuutta koskevat suunnitelmansa selkeiksi. Heitä luonnehti myös optimistinen asenne ja heillä esiintyi harvoin masennusoireita. Vahvan ja keskimääräisen koherenssin tunteen omaavilla ei yleensä ollut unelmia lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta. Tyytyväisyyden todennäköisyyttä lisääviä tekijöitä olivat koettu hyvä vointi, suunnitelmien selkeys, optimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja unelmien puuttuminen.

6.1.6 Asuinalueiden väliset erot

Taustatekijöiden suhteen asuinalueiden välillä esiintyi eroja. Maaseudulla asuvat olivat kaupunkilaisia useammin naimisissa, pienten lasten vanhempia, työelämässään, asuivat omistusasunnossa ja olivat tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa. Vastaavasti kaupunkilaiset olivat useammin yksin asuvia ja kuuluivat ylimpiin sosiaaliluokkiin. Tämän tutkimuksen sosioekonomisten tekijöiden valossa näyttäisi siltä, että maaseudulla toimeentulo on jakautunut tasaisemmin kuin kaupungissa. Positiivisen mielenterveyden osatekijöissä esiintyi myös eroja: maaseudulla asuvilla oli vahva koherenssin tunne ja he olivat tyytyväisiä itseensä, mutta itseluottamuksessa ei esiintynyt eroja.

Työtilanteen suhteen ei ollut oleellisia eroja, mutta tarkasteltaessa yksinomaan työttömiä, maaseudulla tyytyväisiä itseensä oli jonkin verran enemmän kuin kaupungissa, eikä sukupuolten välillä ollut eroja. Ryhmien välillä esiintyy kuitenkin eroja, jos otetaan huomioon sekä asuinalue että sukupuoli. Kaupungissa asuvista työttömistä miehistä vajaa 30 prosenttia oli tyytyväisiä ja naisista noin 39 prosenttia ja vastaavasti maaseudulla asuvista miehistä tyytyväisiä oli 52 prosenttia ja naisista 36 prosenttia. Kaupungissa asuvien osalta tulos on samanlainen kuin Blanchflowerin ja Oswaldin (2003) tutkimuksessa, jossa he päätyivät siihen, että työttömyys koettelee miesten elämään tyytyväisyyttä huomattavasti kovemmin kuin naisten. Miksi työttömyydellä on näin suuri vaikutus maaseudulla asuvien naisten tyytyväisyyteen, etenkin kun työttömyys ei ollut yhteydessä koherenssin tunteeseen eikä itseluottamukseen? Toinen tällainen poikkeava tulos oli kaupungissa asuvat ja kaupungissa asuvat naiset, joilla oli alaikäisiä lapsia. Heillä oli vahva itseluottamus, mikä on yllättävää, koska perusanalyseissa lasten määrä vaikutti ainoastaan tyytyväisyyteen ja silloinkin päinvastaisesti: tyytyväisyys väheni alaikäisten lasten määrän kasvaessa. Nämä ovat mielenkiintoisia esimerkkejä aineistossa esiintyvistä ryhmien välisistä eroista, mutta niihin ei tämän tutkimuksen rajoissa ole mahdollista vastata.

Muista eroista voisi mainita, että kaupungissa asuvilla oli enemmän läheisiä ystäviä, heidän tekemisiinsä kiinnitettiin enemmän huomiota ja he kokivat useammin voivansa itse vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin kuin maaseudulla asuvat. Sen sijaan maaseudulla asuvilla oli ollut vähemmän kielteisiä elämäntapahtumia ja he kokivat saavansa helposti käytännön apua naapurilta.

Maaseudulla asuvien mielestä tulevaisuus riippuu kodista/vanhemmista, ulkoisista oloista, maailman tilanteesta, onnesta, kohtalosta ja Jumalasta kaupunkilaisia useammin. Tiina Silvasti (1997) selvitti maanviljelijöiden ajatuksia ja tunteita maatalouden murroksesta. Selvitys perustui maanviljelijöiden kirjoittamiin kirjeisiin. Eräs emäntä kirjoitti: ”...ihminen yrittää parhaansa, EU määrää ja Jumala antaa kasvun.” Tämä toteamus kuvaa hyvin maaseudulla asuvien suhtautumista tulevaisuuteensa tässäkin tutkimuksessa. Silvasti on myös pohtinut tätä asuinalueiden erilaista suhdetta tulevaisuuteen. Hänen mielestään sitä voidaan perustella

alueiden erilaisella asennoitumisella perinteisiin. Traditionaalisessa yhteiskunnassa, jota maaseutu tässä tutkimuksessa edustaa, esimerkiksi yksilön valinnan mahdollisuudet ovat rajallisia. Tämä osaltaan saattaa selittää maaseudulla asuvien suu-
rempaa uskoa itsen ulkopuolisten tekijöiden merkitykseen omassa elämässään.

Asuinalueiden välillä ei esiintynyt eroja koetun terveyden ja voinnin kokemuksissa eikä masennusoireiden esiintymisessä. Unelmat lottovoitosta tai elämän aloittamisesta uudelta pohjalta olivat yhtä yleistä niin kaupungissa asuvien kuin maaseudulla asuvien keskuudessa. Myöskään tulevaisuuteen suhtautumisessa tai tulevaisuutta koskevien suunnitelmien selkeydessä ei esiintynyt eroja.

Funktionaalisen mielenterveyden mallin osatekijöiden väliset yhteydet kaupungissa ja maaseudulla asuvilla olivat hyvin samansuuntaisia, mutta erojakin oli havaittavissa. Altistavien tekijöiden erilaisesta vaikutuksesta positiiviseen mielenterveyteen voidaan yleisesti todeta, että maaseudulla asuvilla naimattomuus, yksin asuminen ja alimpiin sosiaaliluokkiin kuuluminen eivät heikentäneet positiivista mielenterveyttä yhtä paljon kuin kaupungissa asuvilla. Muiden funktionaalisen mielenterveyden osatekijöiden välisissä yhteyksissä ei ollut oleellisia eroja asuin-
alueiden välillä.

6.1.7 Sukupuolten väliset erot

Taustatekijöiden suhteen miesten ja naisten välillä esiintyi eroja. Miehet olivat naimattomia ja asuivat yksin useammin kuin naiset. Tämän lisäksi miehet olivat työelämässä ja kuuluivat ylimpiin sosiaaliluokkiin useammin kuin naiset. Naisten työttömyys oli suurempi kuin miesten. Tästä huolimatta taloudellisen tilanteen kokemuksissa ei esiintynyt eroja sukupuolten välillä. Alaikäisiä lapsia oli yhtä suurella osalla miehistä ja naisista.

Itseluottamuksessa ja tyytyväisyydessä ei esiintynyt eroja sukupuolten välillä, mutta koherenssin tunne oli miehillä vahvempi kuin naisilla. Sosioekonomisten tekijöiden yhteydet positiiviseen mielenterveyteen olivat pääpiirteissään samantaisia, mutta erojakin esiintyi. Miehillä taloudellisen tilanteen yhteys koherenssin tunteeseen ja itseluottamukseen oli merkityksellisempi kuin naisilla, joilla hyvä taloudellinen tilanne vaikutti enemmän tyytyväisyyteen. Yleisesti voisi todeta, että yksin asuminen, naimattomuus ja työttömäksi joutuminen tai työstä irtisanominen heikensivät miesten positiivista mielenterveyttä enemmän kuin naisten.

Miesten ja naisten välillä ei ollut eroja kielteisten elämäntapahtumien määrässä, mutta miehillä oli enemmän vaikeuksia virkavallan kanssa, kun taas naisilla oli enemmän kokemuksia omaisen sairaudesta. Sosiaalinen tuki oli erittäin merkityksellistä sekä miehille että naisille, mutta tuen muotojen tärkeydessä esiintyi eroja. Naisilla oli enemmän läheisiä ystäviä ja ystävien merkitys naisten positiiviselle mielenterveydelle oli suurempi kuin miehillä, joille toisten osoittama mielenkiinto oli merkityksellisempää. Naiset ajattelivat tulevaisuutensa riippuvan on-

nesta, kohtalosta ja Jumalasta selvästi useammin kuin miehet ja he olivat miehiä optimistisempia. Naiset, etenkin kaupungissa asuvat, kokivat tulevaisuutensa riippuvan jonkin verran useammin itsestä kuin miehet. Miehet kokivat naisia useammin voivansa itse vaikuttaa tulevaisuudessaan tapahtuviin muutoksiin.

Sukupuolten välillä ei esiintynyt oleellisia eroja terveyden kokemuksissa (lukuun ottamatta masennusoireiden esiintyvyyttä), tulevaisuuteen suuntautumisessa tai kokemuksissa siitä, mistä tulevaisuus riippuu silloin, kun kyseessä olivat vahvan tai keskimääräisen positiivisen mielenterveyden omaavat vastaajat. Sukupuolten väliset erot esiintyivät lähinnä heikon mielenterveyden omaavilla. Heikon mielenterveyden omaavilla naisilla kokemukset terveydestä ja voinnista olivat miehiä useammin hyviä, vaikka heillä esiintyi masennusoireita useammin kuin miehillä. Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista arvioida, oliko miehillä enemmän koettuun terveyteen ja vointiin vaikuttavia fyysisiä sairauksia, jotka voisivat selittää tätä sukupuolten välistä eroa. Toisen selityksen voisi tarjota sukupuolten erilainen sopeutuminen kuormittaviin elämäntapahtumiin. Kielteisten elämäntapahtumien sattuessa miehet käyttävät sopeutumiseen enemmän sisäisiä voimavarojaan, kuten koherenssin tunnetta, kun taas naiset turvautuvat ulkoisiin resursseihin, esimerkiksi sosiaaliseen tukeen (Carmel ym. 1991). Näin ollen miehillä, joilla on heikko koherenssin tunne tai yleensä heikko mielenterveys, ei olisi voimavaroja sopeutua stressaaviin tilanteisiin yhtä hyvin kuin vastaavassa tilanteessa olevilla naisilla. Tätä miesten turvautumista omiin sisäisiin voimavaroihin tukee tutkimuksessa saatu tulos, jonka mukaan etenkin kaupungissa asuvat miehet kokevat voivansa vaikuttaa itse tulevaisuudessaan tapahtuviin muutoksiin.

Tämä heikon mielenterveyden omaavien miesten ja naisten välinen ero terveyden ja voinnin kokemuksissa korostui maaseudulla. Tätä maaseudulla esiintyvää eroa voisi osaltaan selittää se, että maaseudulla asuvien keski-ikä oli jonkin verran korkeampi kuin kaupungissa asuvilla. Tämän takia on mahdollista, että maaseudulla asuvilla miehillä tosiasiallisestikin esiintyy enemmän fyysisiä sairauksia, jotka heikentävät terveyden ja voinnin kokemuksia. Lisäksi maanviljelijöiden on myös todettu kokevan terveytensä muuta väestöä heikommaksi ja olevan työsään huomattavan rasittuneita (Prähl-Ollila 1997; Silvasti 1997).

Joistain yksittäisistä eroista sukupuolten välillä voisi mainita kaupungissa asuvat miehet, jotka kokivat voivansa vaikuttaa elämässään tapahtuviin muutoksiin kaikissa koherenssin tunteen ja itseluottamuksen luokissa muita useammin. Heikon koherenssin tunteen ja itseluottamuksen omaavat naiset puolestaan suhtautuivat huomattavasti useammin optimistisesti tulevaisuutensa kuin vastaavat miehet.

6.1.8 Mallin testaaminen

Analyysien perusteella sijoitin merkitsevimmän positiiviseen mielenterveyteen yhteydessä olevat muuttujat Lisrel-analyysin mittamalliin. Mittamalli jo osoitti, että muuttujat eivät toimineet odotetulla tavalla. Tulevaisuuden unelmat ja tulevaisuus riippuu muista ihmisistä -muuttujat jätiin mallista pois. Jäljelle jääneet muuttujat latautuivat latenteille muuttujille tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,05$). Ensimmäisen rakenneyhtälömallin muodostin funktionaalisen mielenterveyden mallin mukaan. Malli ei toiminut kovin hyvin, koska positiivisen mielenterveyden ja seurauksien välinen suhde oli negatiivinen ja yhteys oli lähes yksi (-0,99). Tämän mukaan positiivinen mielenterveys ja seuraukset olisivat saman asian käänteisiä ilmiöitä. Myös masennusoireiden esiintyminen positiivisen mielenterveyden seurauksien havaittavana muuttujana aiheutti tilastollisia ongelmia. Korrelaatiomatriisi ei ollut positiivisesti päättyvä ja virhevarianssi sai negatiivisen arvon. Tämä johtunee siitä, että masennusoireiden esiintyminen korreloi erittäin vahvasti positiivisen mielenterveyden havaittavien muuttujien, etenkin koherenssin tunteen, kanssa.

Funktionaalisen mielenterveyden mallissa II latenttien muuttujien havaitut muuttujat muuttuivat jonkin verran. Positiivista mielenterveyttä kuvaaviksi muuttujiksi jäivät koherenssin tunne ja koettu vointi. Mielenterveyden seurauksia kuvaavat muuttujat olivat itseluottamus, tulevaisuuden suunnitelmien selkeys ja suhtautuminen tulevaisuuteen. Sosiaalista tukea kuvasivat vastaajan kokemus siitä, miten helppoa oli saada käytännön apua naapurilta tarvittaessa, ja tyytyväisyys omaan itseän ilman muutoksen tavoittelua. Sosiaalinen tuki -käsite ei enää kuvannut sille latautuneita muuttujia ja lisäksi sen sijainti mallissa muuttui, joten nimesin sen suojaaviksi tekijöiksi.

Otin suojaavat tekijät -käsitteen tunnetun hoitotyön teoreetikon Betty Neumanin ja hänen tutkijakollegojensa kehittämästä järjestelmämallista. Neumanin järjestelmämalli on synteesi useiden tieteenalojen tiedosta. Hän käytti esimerkiksi H. Selyen stressin määritelmää ja avoimien järjestelmien olemusta. Neuman käyttää mallissaan käsitettä joustava puolustuslinja. Tämä mielletään suojaavaksi puskuriksi, jonka tarkoituksena on estää stressitekijöitä murtautumasta kiinteän puolustuslinjan (yksilöjärjestelmän tasapainotilan) läpi. (Beckman ym. 1994.) Käytän käsitettä tekijät puskurin sijasta, jotta se olisi yhdenmukainen funktionaalisen mielenterveyden mallin käsitteiden kanssa.

Rakenneyhtälömallin mukaan altistavat ja laukaisevat tekijät selittivät positiivista mielenterveyttä suojaavien tekijöiden kautta. Positiivisen mielenterveyden ja seurausten välinen yhteys oli molempiin suuntiin vaikuttava. Vastaajan kokema huono taloudellinen tilanne ja kielteiset elämäntapahtumat heikensivät vastaajan tyytyväisyyttä ja kokemusta saada helposti apua naapurilta. Taloudellisen tilanteen ja elämäntapahtumien vaikutus positiiviseen mielenterveyteen ei ollut yhtä vahva kuin suojaaviin tekijöihin. Tämä vahvistaisi ajatusta siitä, että suojaavat te-

kijät toimivat puskurina kielteisten kokemusten ja positiivisen mielenterveyden välillä. Positiivinen mielenterveys vaikuttaa myönteisesti ihmisen itseluottamukseen, tulevaisuuden suunnitelmien selkeyteen ja optimistiseen asennoitumiseen, jotka puolestaan vahvistivat positiivista mielenterveyttä. Testasin mallia kaikissa asuinalueen ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä. Tulosten mukaan malli toimi kaikissa ryhmissä melko hyvin. Tosin khiin neliöt olivat kaikissa ryhmissä, lukuun ottamatta kaupungissa asuvia miehiä, niin suuria, että p-arvot jäivät erittäin pieniksi. Muut tunnusluvut viittaavat kuitenkin siihen, että p-arvon merkitsevyys johtuu aineistojen suuruudesta.

Funktionaalinen mielenterveyden malli II toi mukanaan yllätyksiä muuttamalla useiden muuttujien sijaintia mallissa. Osaksi nämä muutokset johtuvat siitä, että oli äärimmäisen vaikeaa määritellä muuttujien välisiä kausaalisia yhteyksiä, kun positiivinen mielenterveys ilmiönä on kuitenkin niin moni-ilmeinen ja monien samanaikaisesti vaikuttavien tekijöiden tulos. Alun perin positiivisen mielenterveyden osatekijöiksi valitut muuttujat, koherenssin tunne, itseluottamus ja tyytyväisyys itsen, ovat kirjallisuuskatsauksen mukaan mielenterveyden kuvaajia. Tämän mallintamisen seurauksena ainoastaan koherenssin tunne jäi yhdessä koetun voinnin kanssa positiivista mielenterveyttä kuvaaviksi muuttujiksi. Funktionaalista mielenterveyttä käsitävissä kirjoituksissa on positiivinen mielenterveys määritelty resurssina ja tämän tutkimuksen mukaan koherenssin tunne näyttää toimivan mallissa oletusten mukaisesti. Koetun voinnin sijoittumista samalle faktorille koherenssin tunteen kanssa voidaan perustella sillä, että koherenssin tunne voidaan ymmärtää psykologiseksi tilaksi, joka osin määräytyy yksilön sosiaalisesta asemasta ja osin terveyden ja hyvinvoinnin kokemuksista (Lundberg ja Nyström 1994).

Itseluottamuksen sijoittuminen mielenterveyden seuraukseksi on vastoin kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostamaani käsitystä. Koherenssin tunnetta pidetään aikuisilla suhteellisen pysyvänä ominaisuutena (Suominen, Helenius ja Blomberg 1996; Antonovsky 1987; Kivimäki ym. 2000). Koherenssin tunteesta on esitetty arvio, että kyseessä on tunne-elämän kestävyuden ja interpersoonallisuuden luottamuksen tunteen kuvaaja (Sandell, Blomberg ja Lazar 1998; Raitasalo 2003). Tässä tutkimuksessa käytetty itseluottamus on lähellä Keltikangas-Järvisen (1995) käsitettä suoritusitsetunto, jolla tarkoitetaan ihmisen luottamusta omiin kykyihinsä, osaamiseensa ja selviytymiseensä. Näin ajatellen koherenssin tunne on ensisijainen suhteessa itseluottamukseen ja sen sijainti mallissa mielenterveyden seurauksena on ymmärrettävä.

Kaikkien sosiaalista tukea kuvaavien muuttujien yhteys positiivisen mielenterveyden osatekijöihin oli erittäin merkitsevä. Joten se, etteivät ne latautuneet samalle faktorille, on mielestäni hyvin yllättävää. Yllättävyyttä lisäsi myös se, että tyytyväisyys itsen latautui samalla faktorille naapuriavun kanssa. Tosin elämäntyytyväisyydestä on Heli Koivumaa-Honkanen (2003) todennut, että sillä on ter-

veyttä suojaava vaikutus. Nimesin tämän uuden faktorin suojaaviksi tekijöiksi, koska se kuvaa mielestäni näitä tekijöitä paremmin kuin sosiaalinen tuki. Suojaavat tekijät -käsitteeseen on mahdollista sisällyttää sekä ihmisessä itsessään olevia että hänen ulkopuolella olevia tekijöitä. Kaiken kaikkiaan tämä faktori, suojaavat tekijät, vaatisi lisää tutkimusta, jotta sen sisältö, merkitys ja sijainti mallissa tulisivat paremmin ymmärretyiksi.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys

6.2.1 Funktionaalisen mielenterveyden mallin toimivuus positiivisen mielenterveyden kuvaajana

Funktionaalisen mielenterveyden mallin teoreettista perustaa ei ole käsitelty kirjallisuudessa. Malli ja siinä käytetyt termit, kuten jatkuva vuorovaikutus eri osien välillä ja pyrkimys tasapainoon, ovat tuttuja käsitteitä systeemiteoriasta. Systeemiteoriaa voidaan kuvata seuraavasti: Lähtökohtana on järjestelmä, joka on olemassa tietyssä ympäristössä ja jossa järjestelmän osien välillä vallitsevat tietyt säännönmukaiset suhteet. Systeemiteorian yleisten peruseriaatteiden mukaan systeemi on luonteeltaan prosessuaalinen ja prosessi voidaan käsitteellistää perusmallin termein panos, tuotos ja palaute. (Allardt 1988.) Elävä olento on hyvä esimerkki avoimesta systeemistä, koska se selviää läpi prosessin, jossa se käy vaihtoa ympäristönsä kanssa; jatkuvasti rakentaen ja purkaen osiaan. Avoin systeemi voi saavuttaa tasapainotilan, homeostaasin, mutta se ei ole välttämätöntä. (Burrell ja Morgan 1979.)

Mallin peruskäsitteitä ovat positiivinen mielenterveys ja resurssi. Molemmat käsitteet ovat tuttuja jo vuosikymmenten takaa. Suomessa käydyssä keskustelussa 1970-luvun loppupuolella mielenterveyttä verrattiin luonnonvarojen kaltaiseksi uusiutuvaksi resurssiksi (Alanen ym. 1976; Lehtonen 1978; Lehtonen, Taipale ja Lönnqvist 1978). Positiivisen mielenterveyden käsitteen otti käyttöön 1950-luvulla Marie Jahoda. Käsitteellä hän halusi korostaa mielenterveyden positiivista luonnetta, sitä, ettei mielenterveys ole ainoastaan mielen sairauden puuttumista (Jahoda 1958). Tämän sisällöllisen merkityksen lisäksi mielenterveys käsitettä käytetään monimerkityksellisesti. Tuskin on montakaan vastaavaa sanaa kuin mielenterveys, jota tilanteesta riippuen voidaan käyttää tarkoittamaan aivan vastakkaisia ilmiöitä: mielen terveyttä ja mielen sairautta.

Positiivisuuden korostaminen ja irtautuminen terveys-sairaus -jatkumosta ovat todennäköisiä syitä sille, että funktionaalisisessa mielenterveyden mallissa käytetään käsitettä positiivinen mielenterveys. Positiivinen mielenterveys käsitteenä ei ole ongelmaton. Implisiittisesti siihen liittyy olettamus, että on olemassa toinen,

negatiivinen muoto mielenterveydestä. Mallissa positiivinen mielenterveys on määritelty resurssiksi, voimavaraksi, joka on luonteeltaan myönteinen käsite itsessään. Näin ollen voimavaraa, mielenterveyttä, ei ole mahdollista kuvata käsitteillä positiivinen, hyvä tai huono. Mielenterveys on jotain, jota ihmisellä on aina – enemmän tai vähemmän. Tämän takia käsite positiivinen mielenterveys ei ole johdonmukainen jatkumoajattelusta irtautumisen kanssa. Käytän tässä tutkimuksessa kuitenkin käsitettä positiivinen mielenterveys, koska se on funktionaalisessa mielenterveyden mallissa siten määritelty.

Funktionaalista mielenterveyden mallia koskevassa kirjallisuudessa ei myöskään ole perusteltu koherenssin tunteen käyttöä positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Antonovsky oli kiinnostunut terveydestä – ei mielenterveydestä. Hänen mukaansa koherenssin tunne ei ole yksistään onnistunutta sopeutumista, vaan se on kokonaisvaltaista suhtautumista elämään, luottamusta siihen, että elämässä tapahtuvat asiat ovat ymmärrettäviä, hallittavia ja mielekkäitä (Antonovsky 1993a). Mekanismeja, miten koherenssin tunne vaikuttaa ihmisten terveyteen, ei tunneta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että vahvan koherenssin tunteen omaavat henkilöt kykenevät paremmin käyttämään tilanteeseen sopivia selviytymiskeinoja kuin heikon koherenssin tunteen omaavat (Jorgensen, Frankowski ja Carey 1999; Pallant ja Lae 2002; Amirkhan ja Greaves 2003). Tutkimuksissa sopeutumisesta ja selviytymiskeinoista käytetyt termit vaihtelevat, mikä todennäköisesti johtuu tutkijoiden erilaisista tieteenteoreettisista taustoista pikemminkin kuin ilmiössä esiintyvistä todellisista eroista. Hyvän esimerkin tieteenteoreettisen taustan vaikutuksesta tulkintaan antaa tutkimus koherenssin tunne -mittarin faktorirakenteesta (Sandell, Blomberg ja Lazar 1998). Tulokset vahvistivat mittarin koostuvan kolmesta eri asiasta kuvaavasta faktorista. Tutkijat katsoivat Antonovskyn käsitteet ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys liian kognitiivisiksi ja nimesivät faktorit uudestaan kullekin faktorille voimakkaimmin latautuneen muuttujan mukaan. Heidän mielestään faktorit kuvaavat jatkumoa, joita ovat kyky sietää – ei sietää konflikteja (ymmärrettävyys), luottamus – epäluottamus (hallittavuus) ja elämänhalu – masennus (mielekkyys). Tämä kuvaa hyvin, miten koherenssin tunnetta voidaan hyvin tulkita ja ymmärtää myös psykologisin käsittein, jota tämä tutkimus myös tukee.

Tässä tutkimuksessa altistavia ja laukaisevia tekijöitä kuvaavia muuttujia on käytetty paljon psykiatrisessa epidemiologisessa tutkimuksessa, jonka mielenkiinnon kohteista yksi kohdistuu riskitekijöiden merkitykseen (Plant ja Rushworth 1998). Tutkimuksessa käytettyjä muuttujia onkin käytetty erittäin usein tutkittaessa mielen sairauksia ja niihin yhteydessä olevia riskitekijöitä. Tämän perusteella on syytä olettaa niiden olevan luotettavia ja mittaavan mitattavaa asiaa. Tämän tutkimuksen kannalta voidaan näihin muuttujiin kuitenkin suhtautua pienellä varauksella, koska tutkittavana ilmiönä on positiivinen mielenterveys, ei mielen sairaus. Sosiaalisen tuen osalta kysymykset ovat tutkimuksen viitekehyksen mukaisia ja aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä.

Mielenterveyden seuraukset käsitteenä on vaikeasti operationalisoitavissa. Mallin mukaan mielenterveys määrittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa kaikkien sen osatekijöiden kanssa. Seuraukset käsitteenä taas viittaa johonkin, joka on seurausta jostain kausaalisesti edeltäneestä tapahtumasta. Voidaan tietenkin olettaa, että mielenterveyden seuraukset ovat tulosta mielenterveyden prosessista ja siten kausaalisia seurauksia. Mielestäni mielenterveyden seuraukset ovat enemmänkin ihmisen tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen kokonaisvaltaisia ilmentymiä tietynä ajankohtana tässä prosessissa. Muutenkin mielenterveyden seurauksia kuvaaviin muuttujiin liittyy suuri epävarmuus. Niiden osalta ei ole käytettävissä aikaisempia tutkimustuloksia, joissa olisi tämän tutkimuksen viitekehyksen mukainen tutkimusasetelma. Kirjallisuuskatsauksen ja funktionaalisen mielenterveyden mallista kirjoitetun perusteella (Hosman 1997a) on kuitenkin syytä olettaa mielenterveyden seurauksia kuvaavien muuttujien olevan relevantteja yksilötason muuttujia.

Funktionaalinen mielenterveyden mallin toimivuuden testaaminen empiirisessä aineistossa ei ole ongelmatonta, koska mallin osatekijöitä ei ole määritelty kovinkaan yksiselitteisesti. Tämän vuoksi mallin toimivuus on riippuvainen myös tutkijan valinnoista, siitä, mitä muuttujia hän käyttää kuvaamaan mallin osatekijöitä. Tämän tutkimuksen perusteella on kuitenkin mahdollista arvioida funktionaalisen mielenterveyden mallin olevan toimiva viitekehys tutkimukselle, koska sen avulla on mahdollista ymmärtää ja tulkita empiirisessä aineistossa niinkin moni-ilmeistä ja dynaamista käsitettä kuin mielenterveys. Tästä huolimatta malli vaatii edelleen kehittämistä ja empiirisissä aineistoissa suoritettavia tutkimuksia, myös pitkittäistutkimuksia. Tulevaisuudessa tulisikin ensisijaisesti kiinnittää huomiota siihen, miten eri osatekijöitä kuvaavia käsitteitä voitaisiin operationalisoida siten, että ne olisivat funktionaalisen mielenterveyden mallin kannalta valideja. Toinen seikka, joka vaatii lisää tutkimusta on sosiaalisen tuen rakenne ja sen sijainti mallissa.

6.2.2 Tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät

Cronbachin alfa ja Tarkkosen reliabiliteettiarvot (Vehkalahti 2000; Tarkkonen 2003) eivät juurikaan eronneet toisistaan, mikä selittyy sillä, että käsittelin mittareita yksiulotteisina. Tarkkosen reliabiliteettia laskettaessa mittareiden faktori-rakenne osoitti, että ainoastaan itseluottamusta mittaava mittari oli yksiulotteinen tässä aineistossa. Tulevaisuudessa olisi tarpeen tutkia mittareiden ulottuvuuksia, jolloin olisi mahdollista tehdä täsmällisempiä johtopäätöksiä siitä, millaisia positiivisen mielenterveyden ulottuvuuksia koherenssin tunne -mittari ja itseluottamus-mittari kuvaavat. Myös masennusoireita mittaavan BDI-mittarin ulottuvuuksia olisi tarpeen tarkentaa.

Funktionaalinen mielenterveyden malli on luonteeltaan prosessuaalinen ja dynaaminen, jossa kaikki osatekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tutkimus on toteutettu poikkileikkaustutkimuksena, joten malliin sisältyvää dynamiikkaa on mahdoton kuvata tilastollisin menetelmin. Lisrel-analyysi on käytökelpoinen menetelmä, kun halutaan testata teoreettisen mallin ja empiirisen aineiston yhteensopivuutta. Menetelmä asettaa suuret vaatimukset sille, että malli ja sitä vastaavat muuttujat ovat sisällöltään johdonmukaisia. Lisäksi analyysi reagoi herkästi siihen sijoitettuihin muuttujiin. (Langinvainio 1984.) Muuttujien sijoittaminen malliin olikin ongelmallista, koska monien muuttujien osalta oli erittäin vaikea määritellä niiden keskinäisiä suhteita. Miten erottaa positiivinen mielenterveys ja sen seuraukset toisistaan? Tutkimuksen alussa sijoitin käytettävissä olevat muuttujat funktionaalisen mielenterveyden malliin siitä kirjoitetun tiedon ja oman päättelyn perusteella. Mielenterveyden seurauksia määritellessäni yksi peruste oli aika. Osa mielenterveyden seurauksia kuvaavista muuttujista, vaikka ovatkin läsnä tässä hetkessä, suuntautuivat ajallisesti tulevaisuuteen.

6.2.3 Tutkimuksen yleistettävyys

Miehet ja eläkkeellä olevat saattavat olla jonkin verran aliedustettuja tässä tutkimuksessa, mutta tuloksiin tällä tuskin on suurta vaikutusta kohtalaisen suuren aineiston takia. Yhtä suuri osa kieltäytyneistä ja osallistuneista oli ollut sairaalahoidossa masennuksen takia, mutta kieltäytyneissä on enemmän niitä, joilla oli työkyvyttömyyseläke ja sairaalahoitoja psyykkisten syiden vuoksi. Psykkisiin sairauksiin liittyy suuri comorbiditeetti (Kessler ym. 1994). Monet psyykkisten syiden vuoksi sairaalahoidossa olleet ovat todennäköisesti kärsineet myös masennusoireista. Tämän vuoksi masennusoireiden esiintyvyys tässä tutkimuksessa saattaa olla hieman todellista vähäisempää. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan koko Suomea, mutta niiden voidaan olettaa kuvaavan hyvin tutkimukseen osallistuneita alueita: kaupunkia (Turku) ja maaseutua (Koski TL., Tarvasjoki ja Marttila).

7 Päätelmät

1. Sosioekonomisilla tekijöillä oli erittäin vahva yhteys positiiviseen mielenterveyteen. Koetut vaikeat taloudelliset kriisit, huonoksi koettu taloudellinen tilanne ja työttömyys heikensivät erittäin merkittävästi vastaajien positiivista mielenterveyttä. Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että positiivisen mielenterveyden yksi kulmakivistä on taloudellisen tilanteen turvalliseksi kokeminen.

Lahelma (2000) on tiivistänyt sosioekonomisen terveystutkimuksen pääsanoman säännönmukaisuuteen: mitä huonompi sosiaalinen asema, sitä huonompi terveys. Sosioekonominen asema määrittää terveyttä muun muassa sen vuoksi, että eri sosiaaliluokkiin kuuluvien elintavat ja elinympäristöt ovat erilaisia. Sosioekonomisten tekijöiden vaikutusta terveyteen on selitetty myös käsitteillä sosiaalinen luottamus ja epäluottamus. Luottamus on alun perin psykologiassa käytetty käsite, jota vasta viime vuosina on alettu käyttää sosiologisessa tutkimuksessa. Ihmisille muodostuu jo lapsuudessa jonkinasteisen perusluottamus tai perusepäluottamus, mutta ne muotoutuvat koko elämän ajan. Aikuisiän epäluottamusta vahvistavat loukkaavat kokemukset: mitä enemmän ja useammin ihminen joutuu loukkaaviin sosiaalisiin tilanteisiin, sitä vähemmän hän luottaa toisiin ihmisiin. Epäluottamus on suurinta niillä, joiden koulutuksen määrä on vähäinen ja toimeentulon taso on heikko. (Kortteinen ja Tuomikoski 1998b; Kortteinen 2000.) Tätä ilmiötä selittävät Catherine E. Ross, John Mirowsky ja Shana Pribesh (2001) sillä, että epäedullisissa, puutteellisissa oloissa asuvilta ihmisiltä puuttuu sosiaalisia ja taloudellisia resursseja, jotka edistävät luottamuksen syntyä.

Kaj Ilmonen (2000) on todennut luottamus-käsitteen viittaavan tulevaisuuteen ja sen ennustettavuuteen, mikä tekee siitä sosiaalisen toiminnan keskeisen mekanismin. Taloudellisessa ahdingossa elävien mahdollisuus kontrolloida tulevaisuudessa tapahtuvia asioita, edes mielikuvien tasolla, ei ole verrattavissa hyvin toimeentulevien ihmisten mahdollisuuksiin. Tämän seurauksena luottamus tulevaisuuteen heikkenee. Myös tämä osaltaan vahvistaa tutkimuksen tulosta taloudellisten tekijöiden merkityksellisyydestä positiiviselle mielenterveydelle. Jo 1900-luvun alussa on ymmärretty taloudellisen tilanteen ja tulevaisuuteen suuntautumisen suuri merkitys.

Köyhyys itsessään ei ole niin paha kuin köyhyyden ajatus. Kuvittelu, että on köyhä ja pakotettu köyhänä pysymään, tekee kokonaan mahdottomaksi parempiin oloihin kohoamisen. Se mikä lamauttavasti vaikuttaa, se on oikeastaan juuri tällainen henkinen tila, tuijottaminen köyhyyteen, vähitellen syntyvä tottumus, lakkaaminen taistelemasta sitä vastaan. Sellainen ihminen katselee väärään suuntaan, pimeään, masentavaan toivottomuuteen – ja tämä lamauttaa voiman ja tarmon. (Orison 1910.)

Vahvan mielenterveyden kehitysmahdollisuuksien luominen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla ei ole mahdollista yksinomaan sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin. Lähes kaikkeen yhteiskunnalliseen päätöksentekoon liittyy myös ihmisten mielenterveyden kannalta merkittäviä seurauksia. Esimerkkeinä mainittakoon poliittisen päätöksenteon piiriin kuuluvat työllisyys ja perustoimeentuloturva, jotka molemmat tämän tutkimuksen perusteella ovat merkittäviä positiivisen mielenterveyden kannalta.

2. Tutkimuksen tulosten mukaan maaseudulla asuvien koherenssin tunne on vahvempi ja tyytyväisyys itseensä yleisempää kuin kaupungissa asuvien. Lisäksi maaseudulla asuvilla naimattomuus, yksin asuminen ja alimpiin sosiaaliluokkiin kuuluminen eivät heikentäneet positiivista mielenterveyttä yhtä paljon kuin kaupungissa asuvilla.

Asuinalueiden välisiä eroja on mahdollista tulkita yhteisöllisyyden ja siihen liittyvän luottamuksen kautta. Mia Hilosuon (2003) mukaan yhteisöllisyys on vähentynyt ja tilalle ovat tulleet individualistiset, kaupunkimaiset ja yhteiskunnallisesti eriytyneet vuorovaikutussuhteet. Tällöin toisten ihmisten toimintaa ja käyttäytymistä on vaikeampi ennustaa. Kortteisen ja Tuomikosken (1998b) mukaan korkea luottamus liittyy kokemuksiin sellaisesta yhteisöllisestä elämästä, jossa ihmiset käyttäytyvät suhteessa toisiinsa tavalla, joka on ennakoitavissa ja yhteisten arvojen mukaista. Mitä suurempaa on epäluottamus, sitä vähemmän ihminen uskoo yhteisten arvojen sosiaaliseen merkitykseen. Todennäköistä on, että kaupungeissa tämä eriytynyt kulttuuri on kehittynyt pidemmälle kuin maaseudulla. Myös Ross, Mirowsky ja Pribesh (2001) ovat todenneet kaupunkimaisen ympäristön lisäävän epäluottamusta. Tämä johtuu osin siitä, että kaupungeissa tosiasiallisestikin esiintyy enemmän erilaisia luottamusta häiritseviä tekijöitä. Ross, Mirowsky ja Pribesh tulkitsevat tuloksiaan siten, että lähiympäristön ja yksilön epäluottamuksen välinen yhteys ilmentää fyysisen ja sosiaalisen ympäristön vaikutusta yksilön kokemukseen itsestä ja muista.

3. Tutkimuksen tulosten mukaan taloudelliset seikat olivat merkityksellisempiä miesten positiiviselle mielenterveydelle kuin naisten. Lisäksi miehillä yksin asuminen, naimattomuus ja työttömäksi joutuminen tai työstä irtisanominen heikensivät positiivista mielenterveyttä enemmän kuin naisilla.

Ross tutkijatovereineen (2001) on todennut tutkimuksessaan, että vaikka miehet olivat sosioekonomisesti edullisemmassa asemassa kuin naiset, he olivat paljon vähemmän luottavaisia kuin naiset. Myös Kortteisen ja Tuomikosken (1998b) tutkimuksessa naisilla oli enemmän sosiaalista luottamusta. Tässä tutkimuksessa naisten suhtautuminen tulevaisuuteensa oli optimistisempää kuin miehillä, myös silloin kun vastaajalla oli heikko mielenterveys. Naisten

suurempi luottavaisuus saattaa osin selittää naisten optimistisempaa asennetta.

4. Sosiaalisen tuki vahvisti positiivista mielensterveyttä erittäin merkitsevästi kaikissa tutkimuksen ryhmissä. Kokemus, että naapurilta saa helposti apua tarvittaessa, oli jonkin verran muita tuen muotoja tärkeämpi. Naisilla painottui ystävien merkitys, kun taas miehillä painottui muiden osoittama mielenkiinto. Kielteisistä elämäntapahtumista vaikean taloudellisen kriisin ohella vakavat ongelmat ystävän, naapurin tai sukulaisen kanssa heikensivät vastaajan positiivista mielensterveyttä merkitsevästi.

Sosiaalista tukea koskevat tulokset tulevat lähelle käsitettä sosiaalinen pääoma. Keskeisinä sosiaalisen pääoman tekijöinä mainitaan sosiaaliset verkostot ja niihin liittyvä luottamus ja vastavuoroisuuden normit. Sekä ihmisiin että formaaleihin ja informaaleihin instituutioihin kohdistuva luottamus edistää ihmisten välistä yhteistoimintaa ja sosiaalisen pääoman muodostumista. Sosiaalisen pääoman perusta muodostuu sosiaalisesta vuorovaikutusverkostosta. (Johanson ja Uusikylä 1998; Hilosuo 2003.) Tässä vuorovaikutusverkostossa toimiessa ihmisen sosiaalinen luottamus tai epäluottamus syntyy. Tähän viittaa myös jo mainittu loukkaavien sosiaalisten tilanteiden epäluottamusta voimistava vaikutus (Kortteinen 2000).

5. Tutkimuksissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota positiivista mielensterveyttä tukeviin ja suojaaviin tekijöihin. Tämän päivän epidemiologinen tutkimus painottuu edelleenkin suurimmaksi osaksi mielen sairauksiin ja niihin yhteydessä oleviin riskitekijöihin. Vain pieni osa tutkimuksista kohdistuu positiiviseen mielensterveyteen ja sitä edistäviin tekijöihin. Tällä hetkellä mielensterveyttä kuvaavat rekisteri- ja tilastotiedot ovat poikkeuksetta tietoja mielen sairauksien riskitekijöistä. Tulevaisuudessa tulisikin väestön terveyttä kuvaaviin tiedostoihin liittää myös positiivista mielensterveyttä kuvaavia tekijöitä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella koherenssin tunne toimi hyvin positiivisen mielensterveyden kuvaajana, joten sen edelleen tutkiminen ja kehittäminen psyykkisen toimintakyvyn mittariksi voisi olla hyödyllistä.

LÄHTEET

- Achté K. & Kärhä E. (1988). Galenos ja psykiatria. Hippokrates, Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja, 5, 70–79.
- Adams, T. B. & Bezner, J. R. (2000). Conceptualization and Measurement of the Spiritual and Psychological Dimensions of Wellness in a... *Journal of American College Health*, 48 (4), 165–173.
- Alanen, Y., Anttinen, E., Lehtonen, J., Lönnqvist, J., Upanne, M. & Taipale, V. (toim.) (1976). Mielenterveystutkimuksen tausta, nykytila ja tehtäväkenttä Suomessa. Helsinki.
- Albee, G. W. (1995a). The fourth revolution. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 2, 1994, 1–16. Aldershot, England: Avebury.
- Albee, G. W. (1995b). Psychiatry's biological handicap. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 4, 1994, 53–59. Aldershot, England: Avebury.
- Allardt, E. (1988). *Sosiologia I*. (4. painos). Juva: WSOY.
- Allport, G. W. (1937). *Personality. A psychological interpretation*. London: Constable.
- Amato, P. R. & Zuo, J. (1992). Rural poverty, urban poverty, and psychological well-being. *Sociological Quarterly*, 33 (2), 229–241.
- Amirkhan, J. H., & Greaves, H. (2003). Sense of Coherence and Stress: The Mechanics of a Healthy Disposition. *Psychology and Health*, 18 (1), 31–62.
- Andersson, C. (2000). Katoava subjekti eli miksi psykoanalyysia tarvitaan. Teoksessa: E. Roudinesco Miksi psykoanalyysia yhä tarvitaan?, 7–10. Suomentaja Kaisa Sivenius. Helsinki: Gaudeamus.
- Anson, O., Paran, E., Neumann, L. & Chernichovsky, D. (1993). Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc. Sci. Med.*, 36 (4), 419–427.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993a). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Soc. Sci. Med.*, 37 (8), 969–981.
- Antonovsky, A. (1993b). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.*, 36 (6), 725–733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11–18.
- Aquilera, D. C. & Messick, J. M. (1981). *Kriisihoido, teoria & käytäntö*. Suomentaja Mirja Ruutanen. Porvoo: WSOY.
- Argyle, M. (1987). *The Psychology of Happiness*. New York: Routledge.
- Aromaa, A. (1996). Avauspuheenvuoro ”Elämäntähtäminen sosiaalipolitiikassa -tutkijajäsenä” Teoksessa R. Raitasalo (toim.) *Elämäntähtäminen etsimässä*, 13–15. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 13.
- Bailey, L. (1997). Shalom – a new perspective on mental health: Through an old window. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 6, 1996, 15–22. Aldershot, England: Ashgate.
- Bailis, D. S., Segall, A. & Chipperfield, J. G. (2001). Two views of self-rated general health status. *Soc. Sci. Med.*, 52 (11), 1661–1676.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guildford Press.
- Beckman, S. J., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., Harris, S. M., Hermiz, M. E., Meninger, M. & Steinkeler, S. E. (1994). Betty Neuman: Järjestelmämalli. Teoksessa A. Marriner-Tomey (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*, 261–295. Suomentaja Raija Viitanen. Vammala: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Belle, D. (1987). Gender Differences in the Social Moderators of Stress. Teoksessa R. C. Barnett, L. Biener & G. K. Baruch (toim.) *Gender and Stress*. New York: The Free Press.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1999). What Keeps People Healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's Salutogenic Model of Health, Vol. 4. Cologne: Federal Centre for Health Education, FCHE.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), 432–438.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc. Sci. Med.*, 51, 843–857.
- Birtchnell, J. (1995). Mental health as positive relating. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed

- (toim.) *Promotion of Mental Health*, 4, 1994, 133–139. Aldershot, England: Avebury.
- Blanchflower, D. G. & Oswald, A. J. (2003). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*. Hyväksytyt julkaisutavaksi.
- Bleandou, G. (1995). Psychodynamic psychiatry and the treatment of psychoses. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59 (3), 372–382.
- Bonicatto, S., Dew, A. M. & Soria, J. J. (1997). Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Research*, 79 (3), 277–285.
- Boorse, C. (1976). What a Theory of Mental Health should be? *Journal for the theory of social behaviour*, 6 (1), 61–84.
- Braidwood, E. (1997). In search of a shared concept? Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *The Promotion of Mental Health*, 6, 1996, 55–72. Aldershot, England: Ashgate.
- Braidwood, E. (2000). Concepts of mental health – a survey of attendees at a mental health promotion conference. *Patient Education and Counseling*, 40, 83–91.
- Brandtstädter, J. (1984). Personal and social control over development: Some implications of an action perspective in life-span developmental psychology. Teoksessa P. B. Baltes & O. G. Brim Jr. (toim.) *Life-span development and behavior*, 6, 1–32. San Diego, CA: Academic Press.
- Brevik, J. I. & Dalgard, O. S. (1996). The Health Profile Inventory. *Julkaisematon artikkeli*.
- Brown, B. S. (1980). Psychiatry: An international perspective. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 34 (2), 93–110.
- Brown, A. C., Brody, G. H. & Stoneman, Z. (2000). Rural black women and depression: A contextual analysis. *Journal of Marriage & Family*, 62 (1), 187–198.
- Brown, D. R. & Gary, L. E. (1987). Stressful Life Events, Social Support Networks, and the Physical and Mental Health of Urban Black Adults. *Journal of Human Stress*, 165–174.
- Brown, G., W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z. & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813–831.
- Brown, G. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189–194.
- Brugha, T. S. & Conroy, R. (1985). Categories of Depression: Reported Life Events in a Controlled Design. *British Journal of Psychiatry*, 147, 641–646.
- Brugha, T. S. & Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scand*, 82, 77–81.
- Buda, B. (1996). Aspects of positive mental health – Steps for individuals and families. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 5, 1995, 147–153. Aldershot, England: Avebury.
- Burrell, G. & Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. Aldershot: Gower.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D. Y. & Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Soc. Sci. Med.*, 32 (10), 1089–1096.
- Carstens, J. A. & Spangenberg, J. J. (1997). Major depression: A breakdown in sense of coherence. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 3 (2), 1211–1220.
- Cast, A. D. & Burke, P. J. (2002). A Theory of Self-Esteem. *Social Forces*, 80 (3), 1041–1068.
- Cederblad, M. & Hansson, K. (1996). Sense of coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32 (3–4), 194–199.
- Cheng, H. & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25, 327–339.
- Chisholm, D. & Bhugra, D. (1997). Sociocultural and economic aspects of quality of life measurement. *Eur Psychiatry*, 12, 210–215.
- Chwedorowicz, A. (1992). *Psychic hygiene in mental health promotion*. Teoksessa D. R. Trent (toim.) *Promotion of Mental Health*, 1, 1991, 241–245. Aldershot, England: Avebury.
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A. & Qualls, D. L. (1996). Factor Structure of Mental Health Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (2), 406–413.
- Crossley, M. L. (2001). Do we need to rethink health psychology? *Psychology, Health and Medicine*, 6 (3), 243–255.
- Dalgard, O. S. (1995). Opening address. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 4, 1994, 1–4. Aldershot, England: Avebury.

- Dalgard, O. S., Bjørk, S. & Tambs, K. (1995). Social Support, Negative Life Events and Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29–34.
- Dantas, R. A. S., Motzer, S. A. & Ciol, M. A. (2002). The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery by-pass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (7), 745–755.
- Dean, A. & Ensel, W. M. (1983). Socially structured depression in men and women. *Research in Community and Mental Health*, 3, 113–139.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (2000). Subjective Emotional Well-Being. Teoksessa M. Lewis & J. M. Haviland (toim.) *Handbook of Emotions*, 325–337. New York: Guildford.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25–41.
- Dorahy, M. J., Lewis, C. A., Schumaker, J. F., Akua-moah-Boateng, R., Duze, M. C. & Sibiyi, T. E. (2000). Depression and Life Satisfaction among Australian, Chanaian, Nigerian, Northern Irish, and Swazi University Students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15 (4), 569–580.
- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. (1996). *Health Promotion. Models and Values*. (2. painos). New York: Oxford University Press.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O., Hosman, C., Lehtinen, V., Vázquez-Barquero, J.-L., Wilkinson, G. & ODIN group (1998). Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. *British Journal of Psychiatry*, 172, 359–363.
- Duncan, G. (2000). Mind-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of Pain: What Did Descartes Really Say? *Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (4), 485–513.
- Ebert, S. A., Tucker, D. C. & Roth, D. L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, health and medicine*, 7 (3), 363–375.
- Edwards, D. & Besseling, E. (2001). Relationship between depression, anxiety, Sense of Coherence, social support and religious. *South African Journal of Psychology*, 31 (4), 62–71.
- Ekblad, S. & Wennström, C. (1997). Relationship between traumatic life events, symptoms and Sense of Coherence subscale meaningfulness in a group of refugee and immigrant patients referred to a psychiatric outpatient clinic in Stocholm. *Scand J Soc Welfare*, 6, 279–285.
- Elovainio, M. & Sinervo, T. (1996). Työn piirteiden suhde työn koettuihin rasitustekijöihin vanhustenhuollon työntekijöillä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 33, 257–264.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136.
- Eriksson, M. (2000). Focus på friskfaktorer: kohe-renskänsla, socialt stöd och framtidstro. Teoksessa J. Lilja, M. Eriksson & M. Bauer (toim.) *Upplevd hälsa och depressions-symptom i tre åländska kommuner*, 59–89. Mariehamn: Ålands högskola.
- Eskola, J. (2003). Suomi kansainvälisessä mielen-terveystyössä. Teoksessa R. Arho (toim.) *Uudelle vuosisadalle*, 33–40. Harjavalta: Sa-takunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Feightner, J. W. & Worrall, G. (1990). Early detection of depression by primary care physicians. *Can Med Assoc J*, 142 (11), 1215–1220.
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects. *Work and Stress*, 11 (2), 134–147.
- Feldt, T. (2000). Sense of Coherence, Structure, Stability and Health promoting Role in Working Life. University of Jyväskylä. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 158.
- Forel, A. (1917). *Hermoston hoito ja henkinen terveys*. Suomentaja Väinö Jokinen. (4. painos). Hämeenlinna: Arvi A. Karisto.
- Forsius, A. (1999). Galenos (n. 129 – n. 200) myö-häisantiikin suuri lääkäri. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/galenos.html>. 24.11.2002.
- Forsius, A. (2001). Humoraalioppi ja humoraali-patologia. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/humopato.html>. 24.11.2002.
- Frommberger, U., Stieglitz, R.-D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., ja Berger, M. (1999). The concept of “sense of coherence” and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (4), 343–348.
- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J. & Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Soc. Sci. Med.*, 48, 77–87.
- Gana, K. & Garnier, S. (2001). Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Personality and Individual Differences*, 31, 1079–1090.

- Ganster, D. C. & Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 17–36.
- Garson, D. G. (2001). Logistic Regression. <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/logistic.htm>.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc. Sci. Med.*, 44 (12), 1771–1779.
- Gilbert, P. (1992). An evolutionary approach to the conceptualisation of mental health. Teoksessa D. R. Trent (toim.) *Promotion of Mental Health*, 41–52. Aldershot, England: Avebury.
- Goldkuhl, A. F. (1888). Yleinen Terveys- ja Sairashoidon oppi. Suomentaja Toh. Collan. (2. painos). Turku: G.W. Wilén & kumpp.
- Grant, J. S., Bartolucci, A. A., Elliot, T. R. & Giger, J. N. (2000). Sociodemographic, physical, and psychosocial characteristics of depressed and non-depressed family caregivers of stroke survivors. *Brain Injury*, 14 (12), 1089–1100.
- Grundy, E. & Holt, G. (2000). Adult life experiences and health in early old age in Great Britain. *Soc. Sci. Med.*, 51, 1061–1074.
- Halmesvirta, A. (1996). Puhtaus on puoli ruokaa. Modernin eurooppalaisen mentaalihygienian oireilu Suomessa tämän vuosisadan alussa. Teoksessa H. Roiko-Jokela (toim.) *Siperiasta siirtoväkeen. Murrosajoja ja käännekohtia Suomen historiassa*, 135–161. Jyväskylä: Kopijyvä.
- Harri, M. (1997). The sense of coherence among nurse educators in Finland. *Nurse Education Today*, 18 (3), 202–12.
- Hawley, D. J., Wolfe, F. & Cathey, M. A. (1992). The Sense of Coherence Questionnaire in Patients with Rheumatic Disorders. *The Journal of Rheumatology*, 19, 1912–1918.
- Health Education Authority (1997a). *Mental Health Promotion. A Quality Framework*. London.
- Health Education Authority (1997b). *Mental Health Promotion. A Quality Framework. Pilot copy*. London.
- Heimonen, J. & Oinonen, M. (toim.) (1999). *Työsikäikäntilasto 1996–1997*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Henden, J. (1992). The changing language of mental health. Teoksessa D. R. Trent (toim.) *Promotion of Mental Health*, 1, 1991, 69–75. Aldershot, England: Avebury.
- Herron, S., Barlow, J., Kavanagh, C., Nevin, I. & Jones, P. (1997). Mental Health in general practice. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 6, 1996, 163–170. Aldershot, England: Ashgate.
- Herron, S. & Mortimer, R. (2001). 'Mental Health': A Contested Concept. Teoksessa M. C. Murray & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 7, 2000, 103–111. Aldershot, England: Ashgate.
- Hill, F. (1995). Mental health, holistic well-being and the spiritual dimension. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 4, 1994, 105–113. Aldershot, England: Avebury.
- Hilosuo, M. (2003). Sosiaalinen pääoma ja köyhyyden vähentäminen. Helsinki: Suomen YK-liitto ry.
- Hittner, J. B. (2000). Novel Methods for Analyzing Multifaceted Personality Scales: Sense of Coherence and Depression as an Example. *Journal of Psychology Interdisciplinary & Applied*, 134 (2), 199–209.
- Holmström, R. (1975). On the Picture of Mental Health IV. *Psychiatria Fennica*, 121–137.
- Honkasalo, M.-L. (1988). Oireiden ongelma – sosiaalilääketieteellinen tutkimus oireista, niiden esiintymisestä ja merkityksistä kahta tutkimusmenetelmää käyttäen. Helsinki: Kansanterveystieteen laitokset, Kansanterveystieteen julkaisuja M 101:1988
- Hosman, C. (1997a). Conceptual clarifications on promotion and prevention: A plea for functionally related fields. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 6, 1996, 179–203. Aldershot, England: Ashgate.
- Hosman, C. M. H. (1997b). The Concept of Mental Health Promotion: A view of the European Network for Mental Health Promotion. Teoksessa E. Lorang (toim.) *Impact of family, school and media on the well-being of children and adolescents*. Luxembourg: Pro Sana Vita.
- Hosmer, D. W., Taber, S. & Lemeshow, S. (1991). The Importance of Assessing the Fit of Logistic Regression Models: A Case Study. *American Journal of Public Health*, 18 (12), 1630–1635.
- Huang, Y. C. & Mathers, N. (2001). Postnatal depression – Biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 279–287.
- Hybels, C. F., Blazer, D. G. & Kaplan, B. H. (2000). Social and personal resources and the prevalence of phobic disorder in a community population. *Psychological Medicine*, 30 (3), 705–716.

- Hänninen, V. & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Soc. Sci. Med.*, 43 (10), 1453–1460.
- Iija, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. (1997). Mielenterveytyön perusteet hoitotyössä. (2. painos). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Ilmonen, K. (2000). Social Capital: The Concept and Its Problems. Teoksessa J. Kajanoja ja J. Simpura (toim.) *Social Capital. Global and Local Perspectives*, 141–166. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health ja Government Institute for Economic Research.
- Insel, P. U. & Roth, W. T. (1979). *Health in a Changing Society* (2. painos). Palo Alto: Mayfield Publishing Co. paikka
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- James, S., & Prilleltensky, I. (2002). Cultural diversity and mental health. *Towards integrative practice. Clinical Psychology Review*, 22 (8), 1133–1154.
- Johanson, J.-E. & Uusikylä, P. (1998). Sosiaalinen pääoma verkostoissa. *Sosiologia*, 1, 17–27.
- Johansson, S. & Ahlfeldt, J. (1996). Stress experienced by informal caregivers. On conflicting demands in everyday life. *Scand J Soc Welfare*, 5, 83–96.
- Jorgensen, R. S., Frankowski, J. J. & Carey, M. P. (1999). Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*, 27, 1079–1089.
- Joutsivuo, T. (1995a). Kehojen tilojen moninaisuus. Terveys yksilöllisenä tasapainotilana Gale-noksesta renessanssiin. Teoksessa T. Joutsivuo & H. Mikkeli (toim.) *Terveyden lähteillä. Länsimaisen terveystieteiden kulttuurihistoriaa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura, Historiallinen Arkisto 106.
- Joutsivuo, T. (1995b). Ruumiin vai sielun hoitoa? Kristinusko, sairaus ja lääketiede. Teoksessa T. Joutsivuo & H. Mikkeli (toim.) *Terveyden lähteillä. Länsimaisen terveystieteiden kulttuurihistoriaa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura, Historiallinen Arkisto 106.
- Juhila, K. (1999). Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kehät. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeesä*. 160–198. Tampere: Vastapaino.
- Järvikoski, A. (1994). Vajaakuntoisuudesta elämäntalouteen? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia No. 46/1994.
- Jöreskog, K. & Sörbom, D. (1993). *Lisrel 8: Structural Equation Modelling with the SIMPLIS Command Language*. Cicago: SSI.
- Jöreskog, K. & Sörbom, D. (1996). *Lisrel 8: User's Reference Guide*. Chicago: SSI.
- Kakar, S. (1982). *Shamans, Mystics and Doctors. A Psychological Inquiry into India and Its Healing Traditions*. Chicago: The University of Chigaco Press.
- Kalimo, R. & Vuori, J. (1988). Toimintakyky ja tyytyväisyys elämään – voimavarat työssä ja elämäntaloudessa. *Työ ja Ihminen*, 2 (3), 240–255.
- Kalimo, R. & Vuori, J. (1991). Work factors and health: The predictive role of preemployment experiences. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 64 (2), 97–115.
- Karma, K. & Komulainen, E. (2002). Käyttätymistieteiden tilastomenetelmien jatkokurssi. (versio 2.2.). Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitos.
- Katz, R., Shaw, B. F., Vallis, T. M. & Kaiser, A. S. (toim.) (1995). *The Assessment of Severity and Symptom Patterns in Depression* (2. painos). New York: The Guilford Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. & Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: a view from States. *Soc. Sci. Med.*, 48, 21–32.
- Keltikangas-Järvinen, L. (1995). *Hyvä itsetunto*. Porvoo: WSOY.
- Kendell, R. E. (1995). *Mental Health and Mental Illness*. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 4, 1994, 33–40. Aldershot, England: Avebury.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M. & Prescott, C. A. (2001). Gender Differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressogenic Effects. *Am J Psychiatry*, 158, 587–593.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51 (1), 8–19.
- Khlat, M., Sermet, C. & Le Pape, A. (2000). Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Soc. Sci. Med.*, 50, 1807–1825.
- Kilonzo, G. P. & Simmons, N. (1998). Development of mental health services in Tanzania: A reappraisal for the future. *Soc. Sci. Med.*, 47 (4), 419–428.

- Kinney, W. B. T. & Sottile, J. (1991). Psychiatry and Mental Health. Teoksessa D. R. Austin & M. E. Crawford (toim.) *Therapeutic reaction: An introduction*, 71–99. Upper Saddle River, NJ, US: Prentice-Hall
- Kitamura, T., Kawakami, N., Sakamoto, S., Tanigawa, T., Ono, Y. & Fujihara, S. (2002). Quality of life and its correlates in a community population in a Japanese rural area. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56 (4), 431–441.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J. & Nurmi, J.-E. (2000). Sense of Coherence and health: evidence from two crosslagged longitudinal samples. *Soc. Sci. Med.* 50, 583–597.
- Kivinen, K. & Vadén, T. (1976). *Mielenterveys. Jyväskylä: Gummerus.*
- Ko, Y.-H. (1982). A Definition of Mental Health and its Implications. *Acta Psychologica Taiwanica*, 24 (1), 9–22.
- Koivumaa-Honkanen, H. (2003). Elämäntyytyväisyys ja terveys. Teoksessa M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen (toim.) *Mielenterveys uusiutuvana voimavarana*, 233–238. Helsinki: Yliopistopaino.
- Korkeila, J. (2000). *Measuring aspects of mental health.* Helsinki: STAKES, Themes No. 6/2000.
- Kortteinen, M. (2000). Kohti 2000-luvun sosiaali-tieteellistä ajattelua. Keskustelua Anthony Giddensin kanssa. Teoksessa T. Hoikkala & J. P. Roos (toim.) *2000-luvun elämä. Sosio-logisia teorioita vuosituhannen vaihteessa*, 32–53. Helsinki: Gaudeamus.
- Kortteinen, M. & Tuomikoski, H. (1998a). Miten työttömät selviytyvät? Yhteiskuntapolitiikka, 63, 5–13.
- Kortteinen, M. & Tuomikoski, H. (1998b). *Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä.* Hämeenlinna: Hanki ja Jää.
- Kovess, V. & Beaudet, M. P. (2001). Concepts and measurement of positive mental health. Teoksessa T. Taiminen, R. K. R. Salokangas & V. Lehtinen (toim.) *Psychiatra Fennica Supplementum 2* (32), 14–34. Helsinki: Psychiatria Fennica Oy.
- Kuikka, P., Rätty, H., & Sinkkonen, M. (1982). Mielenterveyden häiriöt Pohjois-Karjalassa: Mielenterveyden häiriöiden sosiaaliekologiasta ja mielenterveystoimistojen käyttäjien hoitourista kehitysaluelämissä. Joensuun korkeakoulu, Kasvatustieteiden osasto.
- Kuuppelomäki, M. & Utriainen, P. (2000). Terveysalan opiskelijoiden elämänhallinta muiden alojen opiskelijoihin verrattuna ammattikorkeakoulussa ja elämänhallinnan kehitys koulutuksen aikana. Teoksessa A.-M. Pietilä, J. Kylmä, H. Turunen, K. Vehviläinen-Julkunen & K. Immonen (toim.) *Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämässä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. VI Kansallinen hoitotieteen konferenssi*, 1, 189–193. Kuopion yliopisto.
- Kärhä, E. & Achte, K. (1988). *Antiikin psykiatria. Hippokrates, Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja*, 5, 58–79.
- Lahelma, E. (2000). Terveystila ja sosiaalinen rakenne. Teoksessa I. Kangas, S. Karvonen & A. Lillrank (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia*, 134–239. Helsinki: Gaudeamus.
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. (toim.) (1999). *Framework for Promoting Mental Health in Europe.* Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES.
- Laitinen, J. (1989). Mielisairauden analogiamalli. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 26, 221–230.
- Langinvainio, H. (1984). Lasten stressi. Perhetausta, toiminnalliset oireet ja psykososiaalinen kehitys ensimmäisenä kouluvuonna. Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos.
- Larsson, G. & Kallenberg, K. O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, 6, 175–180.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, F. J. & Díez-Manrique, F. J. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261–265.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (2001a). *Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion.* Helsinki: Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:3.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (toim.) (2001b). *Public Health Approach on Mental Health in Europe* (2. painos). Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.
- Lehto-Järnstedt, U.-S., Ojanen, M., Kilpikari, I. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (1999). Ihmissuh-teista koettu tuki hiljattain vaikeaan sairauteen sairastuneilla. Uusi menetelmä koetun sosiaalisen tuen mittaamiseen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 36, 311–324.
- Lehtonen, J. (1978). Mielenterveyden olemus. Teoksessa Y. O. Alanen, E. E. Anttinen, J. Eskola,

- R. Miettinen, J. Suominen & V. Taipale (toim.) *Sosiaalipsykiatria*, 21–29. Helsinki: Tammi.
- Lehtonen, J., Taipale, V., & Lönnqvist, J. (1978). Mielenterveyden olemus ja ulottuvuudet. *Suomen Lääkäreilehti*, 33, 2519–2524.
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Soc. Sci. Med.*, 44 (6), 821–831.
- Lundberg, O. & Nyström, P. M. (1994). Sense of coherence, social structure and health. *European Journal of Public Health*, 4, 252–257.
- Lundbye, O. (1956). What is the Aim of Mental Hygiene? *World Mental Health*, 8, 81–84.
- MacDonald, G. (1994). Self-esteem and the promotion of mental health. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 3, 1993, 207–228. Aldershot, England: Avebury.
- MacLachlan, M. (1997). *Culture and Health*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Margalit, M. & Leysler, Y. (1991). Community support in Israeli kibbutz and city families of children with disabilities: Family climate and parental coherence. *Journal of Special Education*, 24 (4), 427–440.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling Processes in Recovery from Mental Illness: Relationships between Symptoms, Life Satisfaction, and Self-Concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42 (March), 64–79.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. (2. painos). New York: Van Nostrand.
- Maw, A. & Maw, J. (1996). Mental health, developing self-esteem in adolescents: A pilot study. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 5, 1995. Aldershot, England: Avebury.
- Meehan, M. P., Durlak, J. A. & Bryant, F. B. (1993). The relationship of social support to perceived control and subjective mental health in adolescents. *Journal of Community Psychology*, 21 (1), 49–55.
- Menninger, K., Mayman, M. & Pruyser, P. (1972). *The Vital Balance*. New York: The Viking Press.
- Midanik, L. T., Soghikian, K., Ransom, L. J. & Pohlen, M. R. (1992). Alcohol problems and Sense of Coherence among older adults. *Soc. Sci. Med.*, 34 (1), 43–48.
- Mielenterveystyön komitean mietintö 1984. I osa, Mielenterveystyön kehittämisen perustelut, 1984:17. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Miller, N. B., Smerglia, V. L. & ym. (1998). Stressful life events, social support, and the distress of widowed and divorced women. *Journal of Family Issues*, 19 (2), 181–203.
- Money, M. (1995). Following the shamanic path to mental health promotion. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 2, 1994, 259–267. Aldershot, England: Avebury.
- Money, M. (1997). Mental health promotion – making it work at work. Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 6, 1996, 271–279. Aldershot, England: Ashgate.
- MOTV (2002). Logistinen regressioanalyysi. <http://fsd.uta.fi/menetelmaopetus/loggressio/logistinen.html>. 23.3.2003.
- MOTV (2003). Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. 28.7.2003
- Mowbray, C. T. & Holter, M. C. (2002). Mental Health and Mental Illness: Out of the Closet? *Social Service Review*, March, 136–179.
- Napholz, L. (1994). Dysphoria among Hispanic working women: A research note. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16 (4), 500–508.
- Nilsson, B. (2000). Känsla av sammanhang, psykosociala förhållanden och hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 328–333.
- NIMH (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville: National Institute of Mental Health, Department of Health and Human Services.
- Nugent, W. R. & Williams, M. (2001). The Relationship between the Comorbidity of Depression with Problems in Psychosocial Functioning and the Severity of Suicidal Ideation. *Social Service Review*, December, 581–604.
- Oittinen, R. (1995). Terveyttä, kauhua ja unelmia kaupan. Patenttiläkkeet vuosisadan vaihteen suomalaisilla terveystuotteilla. Teoksessa T. Joutsivuo & H. Mikkeli (toim.) *Terveystuotteiden lähteillä. Länsimaisen terveystuotteiden kulttuuri-historiaa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura, Historiallinen Arkisto 106.
- Ojakangas, M. (1995). Mentaalihygieniä ja lapsuus. Lapsen sopeutuminen onnellisuuden ja hyvinvoinnin ehtona 1920–40-lukujen Suomessa. Teoksessa T. Joutsivuo & H. Mikkeli (toim.) *Terveystuotteiden lähteillä. Länsimaisen terveystuotteiden kulttuuri-historiaa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura, Historiallinen Arkisto 106.

- Ojanen, M. (1999). Psykkisten sairauksien historia ja kulttuurin merkitys. http://www.uta.fi/laitokset/psyk/studies/opetmat/psyh/a7_2.htm. 2.11.2002.
- Ojanen, M. (2000). Itseluottamus, persoonallisuuden psykologia syksy 2000, luento 4. <http://www.uta.fi/laitokset/psyk/studies/opetmat/perpsy00/luento4.htm>. 27.1.2003.
- Okasha, A. (1999). Mental Health in the Middle East: an Egyptian Perspective. *Clinical Psychology Review*, 19 (8), 917–933.
- Oliver, M. (1997). *Filosofian historia*. Suomentaja Sirkka Salonen. Helsinki: Gummerus Kustannus Oy.
- Orison, S. M. (1910). *Voima, terveys ja varallisuus*. Suomentaja Artti Pontus. Helsinki: Helsingin uusi kirjapaino.
- Palinkas, L. A. & Browner, D. (1995). Effects of prolonged isolation in extreme environments on stress, coping, and depression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (7), 557–576.
- Pallant, J. F. & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33 (1), 39–48.
- Parkins, E. J. (1994). *Equilibration and Cognitive Neuropsychology: Is Mental Health Just A Question of Balance?* Teoksessa D. R. Trent & C. A. Reed (toim.) *Promotion of Mental Health*, 3, 1993, 287–303. Aldershot, England: Avebury.
- Parse, R. R. (1998). *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage.
- Paul, D. & Hagan, L. (1988). *Mental health promotion in the Local Community Service Centres in Quebec*. *Canada's Mental Health*, March, 5–7.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164–172.
- Pavot, W., Diener, E. & Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70 (2), 340–354.
- Peltonen, R. (1994). *Sosiaalinen tuki, elämäntilinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla*. Åbo: Åbo Akademi. Socialpolitiska institutionen.
- Pesonen, N. (1980). *Terveiden puolesta – sairautta vastaan*. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. Porvoo: Werner Söderström.
- Plant, A. J. & Rushworth, R. L. (1998). “Death by proxy”: Ethics and classification in epidemiology. *Soc. Sci. Med.*, 47 (9), 1147–1153.
- Pollock, S. E. & Duffy, M. E. (1990). The Health-Related Hardiness Scale: Development and Psychometric Analysis. *Nursing Research*, 39 (4), 218–222.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R. & Heinsalmi, P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Soc. Sci. Med.*, 49, 109–120.
- Prince, P. N. & Prince, C. R. (2001). Subjective quality of life in the evaluation of programs for people with serious and persistent mental illness. *Clinical Psychology Review*, 21 (7), 1005–1036.
- Prähl-Ollila, M. (1997). *Selviytyjiä, epätietoisia ja putoajia*. Nuoren viljelijäväestön erilaistuminen. Espoo: Mela.
- Pulkkinen, L. (1988). *Nuoren aikuisen elämänrakenne*. Jyväskylän yliopisto. *Psykologian laitoksen julkaisuja* No. 293.
- Pulkkinen, L. (1990). Home Atmosphere and Adolescent Future Orientation. *European Journal of Psychology of Education*, V (1), 33–43.
- Pulkkinen, L. & Rönkä, A. (1994). Personal Control Over Development, Identity Formation, and Future Orientation as Components of Life Orientation: A Development Approach. *Developmental Psychology*, 30 (2), 260–271.
- Puranen, J., Virtanen, M., Lahdenkari, M., Hyhkö, H., & Vehkalahti, K. (2003). *Data-analyysi I, Survo-kurssi*. www.helsinki.fi/~kvehkala/dal/moniste.pdf. 20.12.2003.
- Raitasalo, R. (1995). *Elämäntilinta sosiaalipolitiikan tavoitteena*. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Raitasalo, R. (1996). *Aaron Antonovskyn ”salutegeeninen malli” ja elämäntilinta*. Teoksessa R. Raitasalo (toim.) *Elämäntilintaa etsimässä*, 57–73. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 13.
- Raitasalo, R. (2003). *Psykologin näkökulma. Näkökulmia koherenssin tunteeseen – Aaron Antonovskyn sense of coherence tänään -seminaari*, 7.3.2003. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos.
- Rasinkangas, R. (2003). *Tieteen ja ajattelun historia – Uusi Aika I*. http://cc.oulu.fi/~rar/historia/E_1600-1830.html. 8.4.2003.
- Rauhala, U. (1966). *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus: 1960-luvun suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostus*

- neisuus ammattien arvostuksen valossa. Helsingin yliopisto.
- Reuter, M. (1997). Descartes, sukupuoli ja karteesiolaisen subjektin kritiikki. *Naistutkimus*, 10 (1), 2–20.
- Rimmerman, A. & Muraver, M. (2001). Undesired life events, life satisfaction and well-being of ageing mothers of adult offspring with intellectual disability living at home or out-of-home. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26 (3), 195–204.
- Ristner, G., Andersson, R., Johansson, L. M., Johansson, S.-E. & Ponzer, S. (2000). Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries. *Injury, Int. J. Care Injured*, 31, 751–756.
- Roberts, J. E., Kassel, J. D. & Gotlib, I. H. (1995). Level and stability of self-esteem as predictors of depressive symptoms. *Person. Individ. Diff.*, 19 (2), 217–224.
- Ross, C. E., Mirowsky, J. & Pribesh, S. (2001). Powerlessness and the amplification of threat: neighborhood disadvantage, disorder, and mistrust. *American Sociological Review*, 66, August, 568–591.
- Rush, A. J., Pincus, H. A., First, M. B. & Blacker, D. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Rutz, W. (2001). Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatrica Scand*, 104 (Suppl. 410), 15–20.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719–727.
- Sabshin, M. (1990). Turning Points in Twentieth-Century American Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (10), 1267–1274.
- Sacco, W. P. & Phares, V. (2001). Partner Appraisal and Marital Satisfaction: The Role of Self-Esteem and Depression. *Journal of Marriage & Family*, 63 (2), 504–513.
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (2000). Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a Sense of Coherence. *South African Journal of Psychology*, 51 (2), 155–167.
- Sandell, R., Blomberg, J. & Lazar, A. (1998). The Factor Structure of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in Swedish Clinical and Nonclinical Samples. *Personality and Individual Differences*, 24 (5), 701–711.
- Sandén-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1393–1397.
- Sarason, G. S., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127–139.
- Sarid, O., Anson, O., Yaari, A., & Margalith, M. (2003). Are coping resources related to humor reaction induced by academic stress? An analysis of specific salivary antibodies to Epstein-Barr virus and cytomegalovirus. *Psychology, Health & Medicine*, 8 (1) 105–117.
- Sarna, S. (2001). *Kliinisen biostatistiikka. Julkaisu-maton kurssimoniste*.
- Schonfeld, I. S. (2001). Stress in 1st-Year Women Teachers: The Context of Social Support and Coping. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 127 (2), 133–168.
- Segrin, C. (2001). Social Skills and Negative Life Events: Testing the Deficit Stress Generation Hypothesis. *Current Psychology*, 20 (1), 19–35.
- Siegrist, J. (1993). Comments: Sense of coherence and sociology of emotions. *Soc. Sci. Med.*, 37 (8), 978–979.
- Silvasti, T. (1997). *Viljelijöiden ajatukset ja tunteet maatalouden murroksessa 1995. Tutkimus viljelijöiden kokemista painetekijöistä ja käyttämistä selviytymismenetelmistä*. Espoo: Mela.
- Sinervo, T. (2000). *Work in Care for the Elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures*. Stakes. Research Report No. 109.
- Sinkkonen, M. & Pulkkinen, L. (1996). *Elämänra-kenne parhaassa aikuisiässä*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitoksen julkaisuja No. 333.
- Skärsäter, I., Ågren, H. & Dencker, K. (2001). Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 107–114.
- Smith, T. L. & Meyers, L. S. (1997). The sense of coherence: Its relationship to personality, stress, and health measures. *Journal of Social Behavior & Personality*, 12 (2), 513–526.
- Spangenberg, J. J. & Pieterse, C. (1995). Stressful Life Events and Psychological Status in Black South African Women. *The Journal of Social Psychology*, 135 (4), 439–445.

- Starrin, B., Jönsson, L. R. & Rantakeisu, U. (2001). Sense of coherence during unemployment. *Int J Soc Welfare*, 10, 107–116.
- Strümpfer, D. J. W. & Mlonzi, E. N. (2001). Antonovsky's sense of coherence scale and job attitudes: three studies. *South African Journal of Psychology*, 31 (2), 30–37.
- Sucksdorff, J. (1912). *Terveys ja Onni*. Helsinki: Lilius ja Herzberg Oy.
- Sullivan, G. C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardness. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1772–1778.
- Suomen Mielenterveysseura (2003). <http://www.mielenterveysseura.fi/mielenterveysseura/historia.asp>. 27.1.2003.
- Suominen, S. (1996). Koherenssin tunne. Teoksessa J. Marski Hyvinvoinnin ulottuvuuksia 1995: uhat, mahdollisuudet ja uudet haasteet, 52–61. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaalija terveysturvan katsauksia 13.
- Suominen, S., Ahvenainen, J., Mattila, K., Rautava, P. & Koskenvuo, M. (2002). Koherenssin tunne ja perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käyttö. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 39, 296–303.
- Suominen, S., Helenius, H. & Blomberg, H. (1996). Koherenssin tunne koetun terveydentilan ennustajana. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 33, 7–15.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A. & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77–86.
- Surtees, P. G. & Wainwright, N. W. J. (1996). Fragile States of Mind: Neuroticism, Vulnerability and the Long-Term Outcome of Depression. *British Journal of Psychiatry*, 169, 338–347.
- Söderberg, S., Lundman, B. & Nordberg, A. (1997). Living with Fibromyalgia: Sense of Coherence, Perception of Well-being, and Stress in Daily Life. *Research in Nursing and Health*, 20, 495–503.
- Tafarodi, R. W. & Smith, A. J. (2001). Individualism – collectivism and depressive sensitivity to life events: the case of Malaysian sojourners. *International Journal of Intercultural relations*, 25, 73–88.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Ono, Y., Fujihara, S. & Kitamura, T. (1996). Hopelessness in a community population in Japan. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (6), 609–615.
- Tarkkonen, L. (2003). Measurement in behavioral sciences. Draft. <http://www.helsinki.fi/~tarkkone/mittaus/index.html>. 20.12.2003.
- Tolkki-Nikkonen, M. (1989). Naiskunta vai ihmiskunta. Naisten sosiaalisesta identiteetistä. *Naistutkimus – Kvinnoforskning*, 2, 45–48.
- Trent, D. R. (1992). Breaking the single continuum. Teoksessa D. R. Trent (toim.) *Promotion of Mental Health*, 1, 1991, 117–125. Aldershot, England: Avebury.
- Trent, D. R. (1994). Fighting the four horsemen. Teoksessa D. R. Trent (toim.) *Promotion of Mental Health*, 3, 1993, 377–384. Aldershot, England: Avebury.
- Trent, D. R. (2001). Hyvän elämän elementit. Pitkä ja mutkainen taival. *Mielenterveys*, 39 (1), 6–9.
- Tudor, K. (1996). *Mental Health Promotion. Paradigms and practice*. London: Routledge.
- Tudor, K. & Holroyd, G. (1992). Between psyche and society: The role of the community Mental Health Promotion Officer. Teoksessa D. R. Trent (toim.) *Promotion of Mental Health*, 1, 1991, 139–150. Aldershot, England: Avebury.
- Tuomi, J. (2000). Aetatis hominum – elämänsyklin vaiheet antiikin ja keskiajan kirjallisuudessa. Teoksessa E. Heikkinen & J. Tuomi (toim.) *Suomalainen elämänsykli*, 13–37. Helsinki: Tammi.
- Uimonen, M. (1995). Miten hysteriaa parannetaan? Neuroosien määrittelystä ja hoitokäytännöistä vuosisadan vaihteen lääketieteessä. Teoksessa T. Joutsivuo & H. Mikkeli (toim.) *Terveyslähtöisiä. Länsimaisen terveyskäsitteiden kulttuurihistoriaa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura, Historiallinen Arkisto 106.
- Uimonen, M. (2000). Hermostumisen aikakauden jäljillä. *Naistutkimus*, 3, 74–76.
- Upanne Maila (2001). *Professional Paradigms of Suicide Prevention. Evolving a Conceptual Model*. Helsinki: STAKES, Research Reports 121.
- Wagenaar, J. & LaForge, J. (1994). Stress counselling theory and practice: a cautionary review. *Journal of Counselling & Development*, 73 (1), 23–31.
- Watkins, D. & Yu, J. (1993). Gender differences in the source and level of self-esteem of Chinese college-students. *Journal of Social Psychology*, 133 (3), 347–352.
- Vahtera, J., & Uutela, A. (1994). Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. *Duodecim*, 110, 1054–1060.

- Vehkalahti, K. (2000). Reliability of measurement scales. Tarkkonen's general method supersedes Cronbach's alpha. Helsinki. Suomen tilastoseura, Tilastotieteellisiä tutkimuksia 17.
- Wengler, L. & Rosen, A. (1995). Optimism, self-esteem, mood and subjective health. *Personality and Individual Differences*, 18 (5), 653–661.
- Wethington, E., McLeod, J. D. & Kessler, R. C. (1987). The Importance of Life Events for Explaining Sex Differences in Psychological Distress. Teoksessa R. C. Barnett, L. Biener, & G. K. Baruch (toim.) *Gender and Stress*, 144–156. New York: The Free Press.
- WHO (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization. The World Health Report 2001.
- Viikari-Juntura, E., Vuori, J., Silverstein, B. A., Kalimo, R., Kuosma, E. & Videman, T. (1991). A Life-long Prospective Study on the Role of Psychosocial Factors in Neck-Shoulder and Low-Back Pain. *Spine*, 16 (9), 1056–1061.
- Viitamäki, O. R., Achté, K. A. & Rechart, E. (1978). *Kliininen psykologia*. Porvoo: WSOY.
- Williams, G. C., Frankel, R. M., Campbell, T. L., & Deci, E. L. (2000). Research on Relationship-Centered Care and Healthcare Outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: A Self-Determination Theory Integration. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Health Care*, 18 (1), 79–91.
- Wise, D. & Stake, J. E. (2002). The Moderating Roles of Personal and Social Resources on the Relationship Between Dual Expectations (for Instrumentality and Expressiveness) and Well-Being. *The Journal of Social Psychology*, 142 (1), 109–119.
- Wolff, A. C. & Ratner, P. A. (1999). Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21 (2), 182–197.
- Vosler, N. R. & Page-Adams, D. (1996). Predictors of Depression among Workers at the Time of a Plant Closing. *Journal of Sociology and Social Welfare*, XXIII (4), 25–42.
- Yli-Luoma, P. V. J. (1990). *Predictors of Moral Reasoning*. Upsala University. IEA Monograph Studies No. 14.
- Zuckerman, L. A., Oliver, J. M., Hollingsworth, H. H. & Austrin, H. R. (1986). A Comparison of Life Events Scoring Methods as Predictors of Psychological Symptomatology. *Journal of Human Stress*, summer, 64–70.

Liitteet

- Liite 1. Stakesin tutkimuseettisen toimikunnan lausunto
- Liite 2. Väestörekisterikeskuksen tietolupa; tutkittavien nimi- ja osoitetietojen toimittaminen
- Liite 3. Väestörekisterikeskuksen tietolupa; osoitetietojen päivittäminen
- Liite 4. Kansaneläkelaitoksen lupa ryhmätason analyysija varten
- Liite 5. Tutkittaville lähetetty saatekirje
- Liite 6. Tutkittaville lähetetty saatekirje ruotsiksi
- Liite 7. Tutkittaville lähetetty kyselylomake
- Liite 8. Kansaneläkelaitokselta pyydettyjen tietojen kuvaus

Tutkimuksia-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2004

Liisa Heinämäki: Erityisesti päivähoitossa. Kunnallisten toimijoiden ja päättäjien näkemykset erityispäivähoidon funktiosta palvelujärjestelmässä. Stakes, Tutkimuksia 136. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1555-X

Sirkku Vuorma: A Decision Aid and Choice of Treatment among Women with Heavy Menstrual Bleeding. STAKES. Research Report 135. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1554-1

Hannele Hyppönen: Tekniikka kehittyä, kehittyvätkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittämisestä teknologiahankkeessa. Stakes, Tutkimuksia 134. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1553-3

Tarja Pösö: Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodista. Stakes, Tutkimuksia 133. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1548-7

2003

Helena Varonen: Ultrasound in the Management of Acute Rhinosinusitis Patients in Primary Care. STAKES, Research Reports 128. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1370-0

Hannele Palosuo: Health and Well-Being in Moscow and Helsinki. STAKES, Research Reports 129. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1371-9

Pirjo Korvela: Yhdessä ja erikseen. Perheenjäsenten kotona olemisen ja tekemisen dynamiikka. Stakes, Tutkimuksia 130. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1372-7

Sakari Karvonen, Matti Rimpelä, Pauliina Luopa: Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. Peruseräraportti 2000–2002. Stakes, Tutkimuksia 131. ISBN 951-33-1391-3

Taina Rintala: Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Stakes, Tutkimuksia 132. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1394-8