

50-VUOTIAIDEN SUOMALAISTEN MIELENTERVEYS

Kokonaisvaltainen näkökulma: hyvinvointi ja mielenterveyden häiriöt

Marika Niemijärvi

Gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu -tutkielma

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2016

TIIVISTELMÄ

Niemijärvi, Marika. 2016. 50-vuotiaiden suomalaisten mielenterveys. Kokonaisvaltainen näkökulma: hyvinvointi ja mielenterveyden häiriöt. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 41 s.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella 50-vuotiaiden suomalaisten mielenterveyttä kokonaisvaltaisesti, ottamalla huomioon sekä mielenterveyden positiiviset että negatiiviset ulottuvuudet. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä käytettiin amerikkalaisen tutkija Keyesin kehittämää kahden jatkumon mallia. Mallin mukaisesti tutkimuksessa tarkasteltiin positiivista mielenterveyttä kuvaavien mielenterveyden luokkien (riutumisen, kohtalaisen mielenterveyden ja kukoistamisen) sekä kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavien luokkien esiintyvyyksiä tutkimusjoukossa. Lisäksi haluttiin selvittää eroavatko positiivisen mielenterveyden eri luokkiin kuuluvat tutkittavat toisistaan sekä kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden että subjektiivisesti koettujen masennusoireiden, psyykkisen oireilun ja negatiivisten tunteiden suhteen.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksesta (LAKU) vuonna 2009 kerättyä aineistoa. Tutkittavat olivat tällöin 50-vuotiaita. Tässä tutkimuksessa aineistoa hyödynnettiin elämäntilannekyselyjen, psykologisten puolistrukturoitujen haastattelujen ja niiden yhteydessä täytettyjen itsearviointilomakkeiden sekä terveystarkastuksen osalta. Tässä tutkimuksessa käytettyjen muuttujien tiedot olivat saatavilla yhteensä 215 tutkittavalta.

Positiivisen mielenterveyden esiintyvyyden osalta tutkimustulokset osoittivat, että suurimmalla osalla 50-vuotiaista suomalaisista oli kohtalainen mielenterveys (67 %). Lähes joka viidennes (20 %) riutui eli omasi matalan hyvinvoinnin tason ja vain noin joka kymmenes (13 %) kukoisti. Kokonaisvaltaisen mielenterveyden tilan esiintyvyyden osalta tutkimustulokset osoittivat, että niistä tutkittavista, joilla ei ollut kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä (65 %), suurimmalla osalla oli kohtalainen mielenterveys (43 %), vain noin joka kymmenes (11 %) kukoisti eli omasi täydellisen mielenterveyden tilan, ja lähes yhtä paljon riutui (10 %). Myös niistä tutkittavista, joilla oli jokin kliinisesti todettu mielenterveyden häiriö (35 %), suurimmalla osalla oli kohtalainen mielenterveys (24 %). Heistä vain pieni osa (2 %) kukoisti ja lähes noin joka kymmenes (9 %) riutui eli omasi täydellisen mielensairauden tason. Positiivisen mielenterveyden eri luokkiin kuuluvat tutkittavat erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevällä tavalla sekä kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden että subjektiivisesti koettujen masennusoireiden, psyykkisen oireilun ja negatiivisten tunteiden esiintymisen suhteen. Vähiten kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä ja subjektiivisesti koettuja oireita esiintyi korkean hyvinvoinnin omaavilla, kukoistavilla tutkittavilla.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat Keyesin (2003, 2013) esittämää kahden jatkumon mallia ja näkemystä mielenterveydestä kokonaisvaltaisena tilana, jota tulisi tutkia ottamalla huomioon kaikki sen eri ulottuvuudet: sekä mielenterveyden häiriöiden olemassaolo tai puuttuminen että mielenterveyden positiiviset ulottuvuudet. Lisäksi tutkimuksen tulokset vahvistavat muiden tutkijoiden esittämän näkemyksen siitä, että psyykinen pahoinvointi ja hyvinvointi eivät ole toistensa vastakohtia ja toisiaan poissulkevia ilmiöitä. Myös mielenterveyden häiriöstä kärsivä ihminen voi kokea positiivista mielenterveyttä ja vastaavasti ihminen, jolla ei ole kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä, voi arvioida hyvinvointinsa matalaksi.

Asiasanat: mielenterveys, kokonaisvaltainen näkökulma, hyvinvointi, mielenterveyden häiriöt, kahden jatkumon malli

ABSTRACT

Niemijärvi, Marika. 2016 50-year-old Finns' mental health. A holistic perspective: well-being and mental health disorders. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Gerontology and Public Health Master's Thesis, 41 pp.

The purpose of this study was to examine the complete state of mental health of 50-year-old Finns, by taking into account both positive and negative aspects of mental health. The two-continua model, a theoretical framework proposed by the American researcher Keyes, was used. In accordance with the model, the prevalences in categories describing positive mental health (languishing, moderate mental health and flourishing) and categories describing complete mental health, were observed. In addition, the purpose was to find out if the categories of positive mental health differ in terms of prevalence of diagnosed mental health disorders and subjectively experienced depressive symptoms, psychological distress and negative affectivity.

This study used the data from the Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development (LAKU), in particular the information collected in 2009. The participants were then 50 years old. This study used the data collected from life situation questionnaires, psychological semi-structured interviews, self-report inventories and health examinations. The variables used in the present study were available for 215 study participants.

With regard to prevalences of positive mental health the results showed that the majority of 50-year-old Finns had moderate mental health (67%), almost a fifth (20%) were languishing and only about one in ten (13%) flourished. With regard to prevalences of complete mental health the results showed that among the 65% of adults who did not have clinically diagnosed mental health disorders, 43% were moderately mentally healthy, only one tenth (11%) were flourishing i.e. were completely mentally healthy and almost as many were languishing (10%). Among the adults who had a clinically diagnosed mental health disorder (35%), the majority were moderately mentally healthy (24%), only few (2%) were flourishing and almost one in ten (9%) were also languishing, i.e. were completely mentally ill. The results also showed that the subjects belonging to different categories of positive mental health differed in a statistically significant manner in terms of diagnosed mental disorders and subjectively experienced depressive symptoms, psychological distress, and the presence of negative affectivity. The prevalence of disorders and subjectively experienced distress was lowest among the flourishing subjects.

The results of this study support Keyes' two-continua model and his view of mental health as a complete state which should be studied taking into account all its different dimensions, i.e. both the presence or absence of mental health problems as well as the positive aspects of mental health. In addition, the results of the study also confirmed the view expressed by other researchers, that mental illness and mental health are not opposites and mutually exclusive phenomena. A person suffering from mental disorders can therefore also experience positive mental health and, correspondingly, a person who does not have mental disorders can have low well-being.

Keywords: mental health, holistic perspective, well-being, mental health disorders, two-continua model

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 MIELENTERVEYS	3
2.1 Mielenterveyden positiivinen ulottuvuus	3
2.1.1 Emotionaalinen hyvinvointi	5
2.1.2 Psykologinen hyvinvointi	5
2.1.3 Sosiaalinen hyvinvointi	6
2.2 Mielenterveyden negatiivinen ulottuvuus	6
3 MIELENTERVEYS KOKONAISVALTAISENA TILANA	9
3.1 Mielenterveyden kahden jatkumon malli ja kokonaisvaltainen arvioiminen	10
3.2 Kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavat luokat	11
4 MIELENTERVEYDEN MITTAAMINEN TIETEELLISISSÄ TUTKIMUKSISSA	12
4.1 Mielenterveyden positiivisen ulottuvuuden mittaaminen	12
4.2 Mielenterveyden negatiivisen ulottuvuuden mittaaminen	14
4.3 Mielenterveyden kokonaisvaltainen arvioiminen	15
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6 AINEISTO JA MENETELMÄT	19
6.1. Osanottajat	19
6.2. Menetelmät ja muuttujat	19
6.3 Tilastolliset analyysit	21
7 TULOKSET	24
7.1 Kuvailevaa tietoa	24
7.2 Riutumisen, kohtalaisen mielenterveyden ja kukoistamisen esiintyvyys	25
7.3 Kokonaisvaltaisen mielenterveyden esiintyvyys	25
7.4 Kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys mielenterveyden eri	26
luokissa	26
7.5 Subjektiiivisesti koettujen masennusoireiden, psyykkisen oireilun ja negatiivisten	28
tunteiden esiintyvyys mielenterveyden eri luokissa	28
8 POHDINTA	30
LÄHTEET	35

1 JOHDANTO

Mielenterveys on olennainen osa terveyden kokonaisuutta (Lönnqvist & Lehtonen 2014; World Health Organization 2014). Maailman terveysjärjestö WHO:n lausumassa todetaan, että ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä (World Health Organization 2014). Mielenterveydellä on keskeinen merkitys niin yksilön kuin koko yhteiskunnan hyvinvoinnille ja toimintakyvyille (Lavikainen ym. 2004). Erilaiset mielenterveyden häiriöt aiheuttavat puolestaan paljon inhimillistä kärsimystä, toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä sekä huomattavia kustannuksia yksilölle ja yhteiskunnalle (Suvisaari ym. 2014).

Aikojen saatossa käsitykset siitä, mitä mielenterveydellä tarkoitetaan ovat muuttuneet (Sohlman 2004; Lamers ym. 2011). Pitkään mielenterveys määriteltiin yksinkertaisesti mielenterveyden häiriöiden puuttumiseksi, jolloin yksilön, jolla ei ollut mielenterveyden häiriöitä, katsottiin olevan psyykkisesti terve (Westerhof & Keyes 2010; Lamers ym. 2011). Tänä päivänä mielenterveys ymmärretään moniulotteisena ilmiönä (Vaillant 2003; Sohlman 2004; Lönnqvist & Lehtonen 2014), joka sisältää sekä positiivisen että negatiivisen ulottuvuuden (Sohlman 2004; World Health Organization 2014). Mielenterveyden positiiviseen ulottuvuuteen kuuluu ihmisen hyvinvointi eri ulottuvuuksineen (Keyes 2005a; Westerhof & Keyes 2010). Negatiivista ulottuvuutta kuvaavat puolestaan erilaiset mielenterveyden häiriöt (Lönnqvist & Lehtonen 2014).

Lääketieteen erikoisala psykiatria on tarkastellut mielenterveyttä perinteisesti ongelma- ja häiriönäkökulmasta (Lönnqvist & Lehtonen 2014). Jo useamman vuosikymmenen ajan epidemiologisissa tutkimuksissa on tutkittu erilaisten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä väestössä (Vaillant 2012; Suvisaari ym. 2014). Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden olevan yleistä niin Suomessa (Suvisaari ym. 2014) kuin myös maailmanlaajuisesti (Kessler ym. 2007). Suvisaaren ym. (2014) mukaan arviolta jopa joka neljäs suomalainen kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Tarkasteltaessa mielenterveyden esiintyvyyttä ongelma- ja häiriönäkökulmasta, voidaan kuitenkin nähdä, että suurimmalla osalla väestöstä ei ole mielenterveyden häiriöitä (Pirkola ym. 2005; Suvisaari ym. 2014). Keyesin (2013) mukaan tämän johdosta tieteellisessä maailmassa ja politiikassa on muodostunut vallitsevaksi yksinkertaistettu ja harhaan johtava oletus siitä, että ne ihmiset, joilla ei ole mielenterveyden häiriöitä eli suurin osa väestöstä, ovat mieleltään terveitä. Heidän myös oletetaan muodostavan

homogeenisen joukon, johon kuuluvat yksilöt ovat toimintakyvyltään huomattavasti parempikuntoisia kuin mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset (Keyes 2013). Kuitenkin tiedetään, että väestössä voi esiintyä merkittävää taakkaa aiheuttavia psyykkisiä oireita ja ongelmia silloinkin, kun kliinisten häiriöiden kriteerit eivät täyty (Lavikainen ym. 2004). Laajempi ja erilainen kuva väestön mielenterveydestä on saatu sellaisissa tieteellisissä tutkimuksissa, joissa ongelma- ja häiriönäkökulmaa on laajennettu mielenterveyden positiivisten ulottuvuuksien tarkasteluun (Keyes 2002; Keyes 2005a; Keyes ym. 2008). Viime vuosina erityisesti psykologian alan tutkimuksissa on lisääntynyt mielenterveyden positiivisiin ulottuvuuksiin suuntautunut tutkimus (Duckworth ym. 2005; Vaillant 2012). Nämä tutkimukset ovat osoittaneet, että kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden puuttuminen ei ole tarkoittanut automaattisesti sitä, että ihmisellä on ollut hyvä mielenterveys tai, että hän on voinut psyykkisesti hyvin (Keyes 2005a, Keyes 2007; Payton 2009; Lamers ym. 2011). Sen sijaan tutkimuksissa on todettu, että vain harva niistä aikuisista, joilla ei ole ollut kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä, on arvioinut hyvinvointinsa korkeaksi ja omannut hyvän psykologisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (Keyes 2002; Keyes ym. 2008; Lim ym. 2013).

Matalan hyvinvoinnin on todettu olevan yhteydessä heikompaan terveyteen, kuten huonoon itsearvioituun fyysiseen terveyteen (Lim ym. 2013), päivittäistä elämää haittaaviin terveysrajoituksiin (Keyes 2005a) sekä lukuisiin työstä poissaoloihin (Keyes 2002). Matalan hyvinvoinnin omaavilla henkilöillä on myös havaittu esiintyvän enemmän masennusta ja muita yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä (Keyes 2005a; Gilmour 2014), suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin (Keyes 2004), enemmän iän myötä ilmeneviä fyysisiä sairauksia (Keyes 2005b) sekä suurempi kuolleisuusriski (Keyes & Simoes 2012) verrattuna korkeamman hyvinvoinnin omaaviin ihmisiin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella 50-vuotiaiden suomalaisten mielenterveyttä kokonaisvaltaisesti, yhdistämällä teoriassa esiintyvät mielenterveyden positiiviset ulottuvuudet sekä ongelma- ja häiriönäkökulma. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä käytetään amerikkalaisen tutkija Keyesin (2002, 2003) esittämää mallia positiivisen mielenterveyden kolmiulotteisesta rakenteesta sekä näkemystä mielenterveydestä kokonaisvaltaisena tilana, jota voidaan arvioida niin kutsutun kahden jatkumon mallin avulla. Tutkimuksen aineistona käytetään Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksen vuoden 2009 aineistoa (Pulkkinen & Kokko 2010).

2 MIELENTERVEYS

Mielenterveyttä on kuvattu käsitteenä moniulotteiseksi ja vaikeasti määriteltäväksi (Vaillant 2003; Sohlman 2004; Lönnqvist & Lehtonen 2014), jopa epämääräiseksi (Sohlman ym. 2005). Tätä kuvastaa se, että kirjallisuudesta on löydettävissä lukuisia erilaisia lähestymistapoja ja malleja määritellä mielenterveyttä (Korkeila 2000; Vaillant 2003; Sohlman 2004; Vaillant 2012). MacDonaldin (2006) mukaan tieteellisessä maailmassa ei ole tällä hetkellä olemassa yhtä yhteisesti sovittua ja yksimielistä määritelmää sille, mitä mielenterveydellä tarkoitetaan.

Eri aikakausina mielenterveyttä on määritelty eri tavoin ja käsitykset mielenterveydestä ovat muuttuneet osana yhteiskuntien kehitystä (Sohlman 2004). Pitkään mielenterveys määriteltiin yksinkertaisesti mielenterveyden häiriöiden puuttumiseksi, ja yksilön, jolla ei ollut mielenterveyden häiriöitä katsottiin olevan psyykkisesti terve (Korkeila 2000; Keyes 2002; Seligman 2008; Westerhof & Keyes 2010; Lamers ym. 2011) Tänä päivänä mielenterveyden määritelmässä tulee kuitenkin esille selvästi monipuolisempi ja positiivisempi näkökulma. Mielenterveys ymmärretään nyt moniulotteisena ilmiönä (Vaillant 2003; Sohlman 2004; Lönnqvist & Lehtonen 2014), joka sisältää sekä positiivisen että negatiivisen ulottuvuuden (Sohlman 2004; World Health Organization 2014). Mielenterveyden positiiviseen ulottuvuuteen katsotaan kuuluvaksi ihmisen psyykinen hyvinvointi eri ulottuvuuksineen (Keyes 2005a; Westerhof & Keyes 2010). Negatiivista ulottuvuutta kuvaavat puolestaan erilaiset mielenterveyden häiriöt (Lönnqvist & Lehtonen 2014).

2.1 Mielenterveyden positiivinen ulottuvuus

Uusimmassa psykiatrian käsikirjassa ihmisen henkilökohtaisen hyvinvoinnin katsotaan sisältyvän osaksi hyvää mielenterveyttä (Lönnqvist & Lehtonen 2014). Käsitteen mielenterveys rinnalla käytetäänkin tänä päivänä yhä useammin käsitettä positiivinen mielenterveys, joka korostaa mielenterveyttä voimavarana (Lavikainen ym. 2004; Vaillant 2012). Näkemys mielenterveydestä voimavarana voidaan nähdä myös Maailman terveysjärjestö WHO:n mielenterveyden määritelmässä. WHO:n mukaan mielenterveydellä tarkoitetaan sellaista hyvinvoinnin tilaa, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy selviytymään normaaleista elämässä stressiä aiheuttavista tilanteista, kykenee työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti, sekä on kykenevä antamaan oman panoksensa yhteisölleen (World Health Organization 2014).

Hyvinvoinnin käsitettä jaotellaan ja kuvaillaan kirjallisuudessa monin eri käsittein ja määritelmien, jotka perustuvat erilaisiin teorioihin ja määritelmiin siitä, mitä hyvinvointiin katsotaan kuuluvaksi ja miten sitä voidaan mitata (Korkalainen & Kokko 2008). Positiivista psykologiaa edustava amerikkalainen tutkija Keyes (2002, 2003) on yhdistänyt eri tutkijoiden näkemyksiä hyvinvoinnista ja sen eri ulottuvuuksista, ja luonut niiden pohjalta mallin positiivisen mielen-terveyden kolmiulotteisesta rakenteesta (taulukko 1). Mallin mukaan positiivinen mielen-terveys koostuu emotionaalisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta hyvinvoinnista, ja näihin kuulu- vista osa-alueista (Keyes 2002, 2003). Näistä eri ulottuvuuksista emotionaalinen hyvinvointi liittyy tunteisiin, ja psykologinen ja sosiaalinen hyvinvointi ihmisen positiiviseen toimintaan (Keyes 2003). Useat tutkimukset ovat tukeneet Keyesin (2002, 2003) esittämää mallia positiiv- isen mielen-terveyden kolmiulotteisesta rakenteesta (Keyes ym. 2008; Gallagher ym. 2009; Robitschek & Keyes 2009; Lamers ym. 2011; Joshanloo ym. 2013; Kokko ym. 2013a).

Mielen-terveyden häiriöt määritellään tänä päivänä erilaisten oireiden muodostamiksi oireyhty- miksi (Lönnqvist & Lehtonen 2014). Keyes (2002, 2003) on esittänyt, että samalla tavalla myös positiivinen mielen-terveys voidaan operationalisoida oireyhtymäksi, jossa yhdistyvät emotio- naalisen, psykologisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ”oireet”. Oireilla hän viittaa hyvinvoinnin eri ulottuvuuksiin sisältyviin osa-alueisiin. Taulukossa 1 on kuvattu Keyesin (2002, 2003) esit- tämää mielen-terveyden kolmiulotteiseen malliin kuuluvat ulottuvuudet ja niiden eri osa-alueet eli positiivista mielen-terveyttä kuvaavat ”oireet”.

TAULUKKO 1. Positiivisen mielen-terveyden kolmiulotteinen malli (Keyes 2002, 2003)

Mielen-terveyden ulottuvuudet	Ulottuvuuksiin kuuluvat osa-alueet
Emotionaalinen hyvinvointi (esim. Diener 1984, 2000)	Positiivinen mieliala Onnellisuus Elämäntyytyväisyys (yleinen elämäntyytyväisyys ja tyytyväi- syys elämän eri osa-alueisiin)
Psykologinen hyvinvointi (Ryff 1989)	Itsensä hyväksyminen Autonomia Ympäristön hallinta Henkilökohtainen kasvu Positiiviset suhteet toisiin ihmisiin Elämän tarkoituksellisuus
Sosiaalinen hyvinvointi (Keyes 1998)	Sosiaalinen integraatio Sosiaalinen myötävaikutus Sosiaalinen yhtenäisyys Sosiaalinen toteuttaminen Sosiaalinen hyväksyminen

2.1.1 Emotionaalinen hyvinvointi

Positiivisen mielenterveyden kolmiulotteisessa mallissaan Keyes (2003) viittaa emotionaalisen hyvinvoinnin osalta Dienerin (1984, 2000, 2002; Diener ym. 1999) aikaisempiin aiheita koskeviin tutkimuksiin ja näkemyksiin. Kuten taulukossa 1 tuodaan esille, emotionaalisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan yksilön kokemaa positiivista mielialaa, onnellisuutta sekä elämäntyytyväisyyttä, johon kuuluvat sekä yleinen elämäntyytyväisyys että tyytyväisyys elämän eri osa-alueisiin (Keyes 2003). Tästä positiivisen mielenterveyden ulottuvuudesta käytetään tutkimuskirjallisuudessa yleisesti myös käsitettä subjektiivinen hyvinvointi (Diener 1984, 2000, 2002; Diener ym. 1999).

2.1.2 Psykologinen hyvinvointi

Psykologisen hyvinvoinnin osalta Keyes (2002, 2003) viittaa mielenterveyden kolmiulotteisessa mallissaan (taulukko 1) Ryffin (1989) aikaisemmin kehittämään psykologisen hyvinvoinnin malliin. Ryffin (1989) mukaan psykologinen hyvinvointi sisältää kuusi eri ulottuvuutta, joita ovat itsensä hyväksyminen, autonomia, ympäristön hallinta, henkilökohtainen kasvu, positiiviset suhteet toisiin ihmisiin sekä elämän tarkoituksellisuus. Näistä itsensä hyväksymiseen liittyvät itsensä ja oman menneisyytensä hyväksyminen (Keyes 2003), positiivinen asenne omaa itseä kohtaan sekä omien hyvien ja huonojen puolien hyväksyminen (Keyes 2013). Autonomia tarkoittaa puolestaan yksilön kykyä itsenäisyyteen ja oman käyttäytymisen säätelyyn sekä kykyä vastustaa ympäristöstä tulevaa sosiaalista painetta (Ryff & Keyes 1995). Ympäristön hallinnalla Ryff (1989) tarkoittaa yksilön kykyä hallita ja kontrolloida omaa ympäristöään sekä käyttää hyväksi ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia. Henkilökohtaiseen kasvuun kuuluvat yksilön kokemus jatkuvasta kehittämisestä ihmisenä ja mahdollisuudesta omien kykyjen toteuttamiseen sekä avoimuus uusille kokemuksille (Keyes 2013). Positiiviset suhteet toisiin ihmisiin merkitsee yksilön kykyä muodostaa hyviä ja läheisiä ihmissuhteita (Ryff & Keyes 1995). Elämäntarkoituksellisuuden ulottuvuudella tarkoitetaan yksilön kokemusta siitä, että omalla elämällä on tarkoitus, se on merkityksellinen ja sillä on suunta (Keyes 2013).

2.1.3 Sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaalisen hyvinvoinnin osalta Keyes (2002, 2003) viittaa mielenterveyden kolmiulotteisessa mallissaan (taulukko 1) itse aikaisemmin kehittämäänsä sosiaalisen hyvinvoinnin malliin (Keyes 1998). Sosiaalisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan Keyesin (2006) mukaan ihmisen arviota ja kokemusta siitä, minkälainen hänen suhteensa on toisiin ihmisiin ja ympäröivään yhteisöön, ja miten hän pystyy toimimaan yhteiskunnassa. Mallissa sosiaalisen hyvinvoinnin nähdään muodostuvan viidestä eri ulottuvuudesta, joita ovat sosiaalinen integraatio, sosiaalinen myötävaikutus, sosiaalinen yhtenäisyys, sosiaalinen toteuttaminen sekä sosiaalinen hyväksyminen (Keyes 1998). Sosiaalisella integraatiolla tarkoitetaan yksilön kokemusta siitä, että hän kuuluu osaksi ympäröivää yhteiskuntaa, joka myös tarjoaa hänelle tukea ja lohtua (Keyes 2003). Sosiaalinen myötävaikutus tarkoittaa yksilön kokemusta siitä, että hän on yhteiskunnalle tärkeä jäsen ja hänellä itsellään on arvokasta annettavaa yhteiskunnalle (Keyes 1998). Sosiaaliseen yhtenäisyyteen liittyy yksilön kiinnostus sosiaalista elämää kohtaan sekä kokemus siitä, että sosiaalinen elämä on merkityksellinen, looginen ja ymmärrettävä (Keyes 2003). Sosiaalinen toteuttaminen tarkoittaa yksilön uskoa yhteiskunnan mahdollisuuksiin ja kehittymiseen sekä toiveikasta suhtautumista yhteiskunnan tulevaisuuteen (Keyes 1998). Sosiaalinen hyväksyminen kuvastaa yksilön positiivista asennetta toisia ihmisiä kohtaan (Keyes 2003). Siihen liittyy myös luottamus toisiin ihmisiin ja kokemus muiden ihmisten hyväntahtoisuudesta (Keyes 1998).

2.2 Mielenterveyden negatiivinen ulottuvuus

Erilaisia mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia on lukuisia ja ne voivat ilmetä monella eri tavalla (Huttunen 2015a). Kliinisesti diagnosoitavilla mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan kliinisesti merkitseviä, psyykkistä kärsimystä, elämänlaadun heikkenemistä ja toimintakyvyn haittaa aiheuttavia psyykkisiä oireita, jotka muodostavat erilaisia oireyhtymiä (Lönqvist & Lehtonen 2014). Mielenterveyden häiriöt ja sairaudet luokitellaan ja diagnosoidaan niille tyypillisten oireiden ja oireiden vaikeusasteen mukaan (Huttunen 2015a). Suomessa mielenterveyden häiriöiden diagnosoinnissa käytetään Maailman terveysjärjestön ICD-10 tautiluokituksen perustuvaa psykiatrian luokituskäsikirjaa (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012). Sen lisäksi Amerikan psykologiyhdistys APA on julkaissut oman DSM -tautiluokituksen, joka on ollut Suomessa epävirallisessa käytössä vuodesta 1997 lähtien (Lönqvist 2014). Tautiluokituksissa eri oireyhtymät kuvataan kullekin häiriölle tyypillisillä kriteereillä, jotka kuvastavat häiriöiden keskeisiä oireita, kestoa ja kulkua sekä niiden yksilölle aiheuttamaa haittaa (Lönqvist & Lehtonen 2014).

Huttusen (2015a) mukaan joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä ja vuosittain noin 1.5 % sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön. Yleisimpiä ja kansanterveydellisesti merkittävimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat erilaiset ahdistuneisuushäiriöt (Isometsä 2014a), depressio eli masennustila (Isometsä 2014b) sekä unihäiriöt (Partonen & Lauerma 2014).

Keskeisimpiä mielenterveyden häiriöihin luokiteltavia ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, agorafobia eli julkisten paikkojen pelko, sosiaalinen fobia, määräkohteinen pelko ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Isometsä 2014a). Lisäksi ahdistuneisuus on oireena useimmissa muissa mielenterveyden häiriöissä ja voi myös olla monien somaattisten sairauksien oire tai erilaisten lääkkeiden aiheuttama sivuvaikutus (Huttunen 2015b). Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy yhteisenä oireena voimakas ja pitkäkestoinen ahdistuneisuus, joka rajoittaa yksilön psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Isometsä 2014a). Sen voimakkuus voi vaihdella lievästä jännittyneisyydestä paniikinomaisiin tai järjenvastaisiin pelkotiiloihin (Huttunen 2015b). Suomalaisten mielenterveyteen liittyviä tekijöitä selvittäneen Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan 4.1 %:lla suomalaisista esiintyi jokin ahdistuneisuushäiriö (Pirkola ym. 2005).

Depressio eli masennustila on monimuotoinen ja moniasteinen mielenterveydenhäiriö, joka eroaa ohimenevästä, normaaliin tunne-elämään kuuluvasta masennuksen tunteesta tai pelkästä masentuneesta mielialasta (Isometsä 2014b). Masennustila on oireyhtymä, jonka diagnoosi edellyttää, että masennukseen liittyviä oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja, että 10:stä masennustilan kriteerioireesta esiintyy vähintään neljä (Depressio 2014). Isometsän (2014b) mukaan masennustilalle tyypillisiä oireita ovat masentuneen mielialan lisäksi voimakas uupumus, kiinnostuksen tai mielihyvän menetys, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset. Muita masennustilalle tyypillisiä oireita ovat itsetuottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen, perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset sekä toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen (Depressio 2014). Terveys 2000 –tutkimuksessa todettiin, että 6.5 % suomalaisista kärsi masennustilasta (Pirkola ym. 2005).

Unihäiriöihin kuuluva unettomuus on yleisin mielenterveyden häiriöksi luettava unihäiriö, jota esiintyy kroonisena 5–12 %:lla aikuisväestöstä (Unettomuus 2015). Unettomuudella tarkoitetaan kyvyttömyyttä nukkua, vaikka siihen olisi mahdollisuus (Partonen 2014). Unettomuuteen

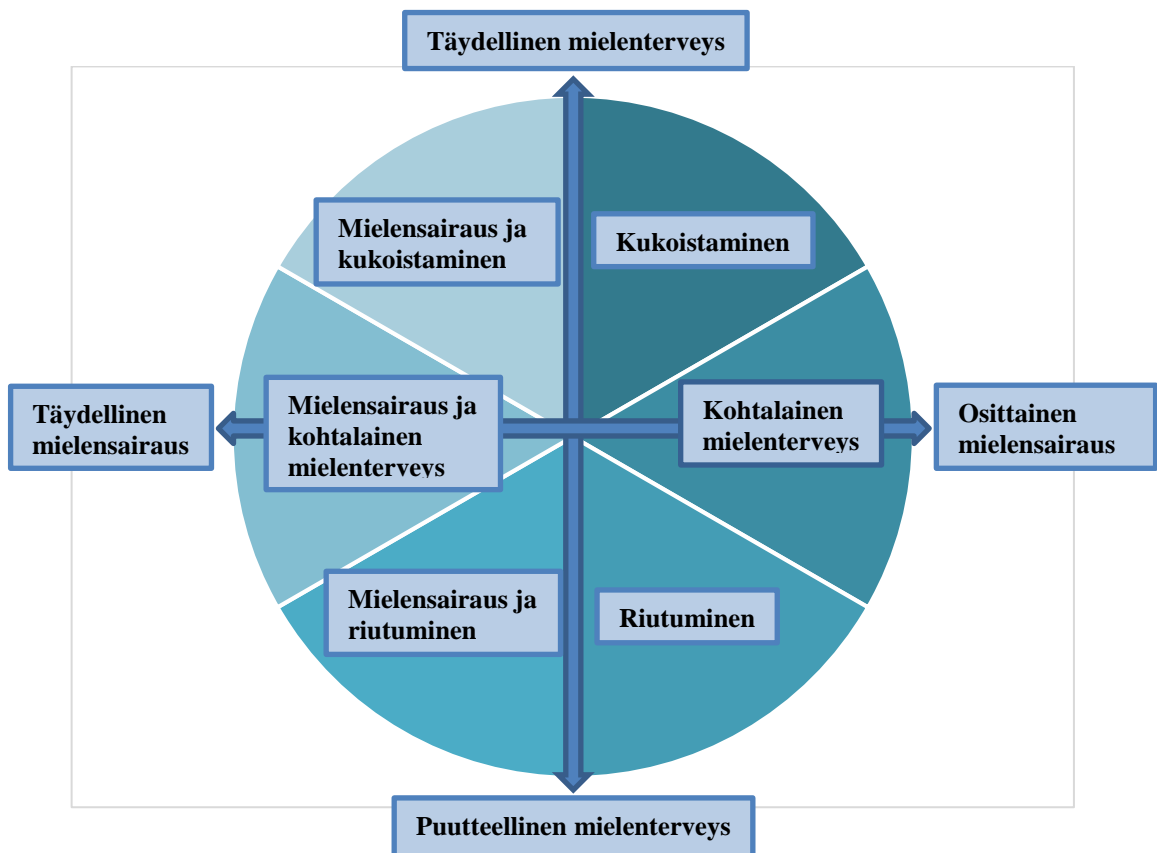
liittyy toistuva vaikeus nukahtaa, vaikeus pysyä unessa, liian lyhyeksi jäävät yöunet ja unen huono laatu (Partonen & Lauerma 2014). Sairaustenasteinen unettomuus aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä tai haittaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista (Partonen 2014). Pitkäkestoinen unettomuus voi myös suurentaa erilaisten psyykkisten ja somaattisten sairauksien riskiä ja huonontaa elämänlaatua (Unettomuus 2015).

3 MIELENTERVEYS KOKONAISVALTAISENA TILANA

Kirjallisuudessa esiintyy kolme erilaista näkökulmaa mielen hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin välisen suhteen tarkasteluun. *Ensimmäisen näkökulman*, niin kutsutun yksinapaisen mallin mukaan mielenterveydellä tarkoitetaan mielen sairauksista käytettyä kaunistelevaa ilmaisua. Toisin sanoen puhuttaessa mielen sairauksista, käytetään puheessa sen sijaan käsitettä mielenterveys (Sohlman 2004). *Toinen näkökulma* kuvastaa perinteistä psykiatrista näkemystä, jonka mukaan psyykkinen hyvinvointi ja pahoinvointi ovat toisiinsa olennaisesti liittyviä tekijöitä (Keyes 2005a). Tästä näkökulmasta käytetään kirjallisuudessa nimitystä kaksinapainen mielenterveyden malli (Sohlman 2004). Mallin mukaan sairaus ja terveys ovat saman jatkumon eri ääripäitä, jolloin ihmisen ymmärretään voivan olla joko mieleltään sairas tai terve (Keyes 2005; Lamers ym. 2011). Toisin sanoen sairaus ja terveys nähdään toistensa vastakohtina, jolloin toisen läsnäolo sulkee toisen pois. Tänä päivänä yhä useammat tutkijat kannattavat kuitenkin *kolmatta* kirjallisuudesta esille nousevaa *näkökulmaa*, jonka mukaan psyykkinen hyvinvointi ja pahoinvointi eivät ole toistensa vastakohtia, vaan toisiinsa liittyviä, mutta kuitenkin erillisiä ilmiöitä (Keyes 2002, 2005; Ryff ym. 2006; Payton 2009; Seligman 2008; Westerhof & Keyes 2010; Lamers ym. 2011; Kokko ym. 2013a; Gilmour 2014; Petrillo ym. 2014). Esimerkiksi masennuksen ja hyvinvoinnin välistä yhteyttä selvittäneissä tutkimuksissa masennuksen on todettu korreloivan negatiivisesti hyvinvoinnin kanssa (Ryff & Keyes 1995; Keyes 2005; Kokko ym. 2013a; Petrillo ym. 2014), mutta tämä yhteys ei ole ollut niin vahva, että se osoittaisi masennuksen ja hyvinvoinnin kuuluvan samalle jatkumolle, kuten edellä kuvattu kaksinapainen mielenterveyden malli olettaa. Kolmannen näkökulman mukaisesti esitetään, että mielenterveysongelmien puuttuminen ei siis tarkoita välttämättä sitä, että ihmisellä olisi hyvä mielenterveys tai että hän voisi psyykkisesti hyvin (Keyes 2003, 2005a, 2007; Payton 2009; Lamers ym. 2011). Lisäksi esitetään, että kliinisesti todettu mielenterveysdiagnoosi ei kerro kaikkea yksilön psyykkisestä hyvinvoinnista, vaan mielenterveyshäiriöistä kärsivän ihmisen uskotaan voivan kokea positiivista mielenterveyttä ja hyvinvointia (Korkalainen & Kokko 2008; Keyes ym. 2012; Keyes 2013). Keyes (2003, 2005a, 2007) onkin esittänyt, että mielenterveys tulisi nähdä kokonaisvaltaisena tilana, jota tulisi tutkia arvioimalla yhtä aikaa sekä mielen sairauksien olemassaoloa tai puuttumista että mielenterveyden positiivisia ulottuvuuksia eli yksilön emotionaalista, psykologista ja sosiaalista hyvinvointia.

3.1 Mielen terveyden kahden jatkumon malli ja kokonaisvaltainen arvioiminen

Pohjautuen näkemyksiinsä positiivisen mielen terveyden kolmiulotteisesta rakenteesta ja mielen terveydestä kokonaisvaltaisena tilana Keyes (2003) on luonut mielen terveyden ja mielen sairauden jatkumoista muodostuvan kahden jatkumon mallin (the two-continua model). Mallin avulla mielen terveyttä arvioidaan kokonaisvaltaisesti siten, että *huomio kiinnitetään samanaikaisesti sekä mielen sairauksien olemassaoloon tai puuttumiseen että mielen terveyden positiivisiin ulottuvuuksiin* eli yksilön emotionaaliseen, psykologiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Keyes 2013). Kahden jatkumon mallin mukaisesti yksilöt voidaan luokitella heidän sen hetkisen mielen sairauden tilan (*mielen sairauden jatkumo*) ja mielen terveyden tason (*mielen terveyden jatkumo*) mukaan kuuteen kokonaisvaltaista mielen terveyden tilaa kuvaavaan luokkaan (Keyes 2013). Nämä luokat on kuvattu kuviossa 1. Useat eri tutkimukset ovat tukeneet Keyesin (2003) esittämää kahden jatkumon mallia ja näkemystä siitä, että mielen terveys ja mielen sairaus ovat toisiinsa liittyviä, mutta kuitenkin erillisiä ilmiöitä (Keyes 2008; Westerhof & Keyes 2010; Lamers ym. 2011; Kokko ym. 2013a; Lim ym. 2013; Petrillo ym. 2014).



KUVIO 1. Kahden jatkumon malli ja kokonaisvaltaista mielen terveyden tilaa kuvaavat luokat (Mukaellen Keyes 2013, suomennos tekijän. Keyes myöntänyt luvan kuvion jäljentämiseen).

3.2 Kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavat luokat

Mielenterveyden jatkumolta muodostuvat kolme luokkaa eli mielenterveyden tilaa kuvaavaa tasoa ovat *täydellinen mielenterveys eli kukoistaminen, kohtalainen mielenterveys ja riutuminen* (Keyes 2013). *Täydellinen mielenterveys* on mielenterveyden jatkumon toinen ääripää, ja kuvastaa optimaalista mielenterveyden tilaa, jossa yksilöllä ei ole mielensairauksia ja hän kukoistaa (Keyes 2007). *Kukoistaminen* tarkoittaa korkeaa hyvinvoinnin tasoa, johon liittyvät runsas määrä positiivisia tunteita ja korkea psykologinen ja sosiaalinen hyvinvointi. *Puutteellinen mielenterveys* on mielenterveyden jatkumon vastakkainen ääripää, joka kuvastaa tilaa, jossa samoin kuin edellä, yksilöllä ei ole mielensairauksia, mutta hän ei ole myöskään psyykkisesti terve, vaan hän sen sijaan riutuu (Keyes 2003). *Riutuminen* tarkoittaa matalaa hyvinvoinnin tasoa, jolloin yksilö ei koe positiivisia tunteita, ja hänellä on ongelmia psykologisessa ja sosiaalisessa hyvinvoinnissaan (Keyes 2003). Mielenterveyden jatkumolta löytyy myös tila, jonka Keyes (2006) nimeää *kohtalaiseksi mielenterveydeksi*. Tämä kuvastaa tilaa, jossa yksilö ei ole psyykkisesti sairas eikä riutunut, mutta hän ei ole myöskään saavuttanut elämässään kukoistamisen tilaa (Keyes 2006).

Mallin toiselta jatkumolta, *mielensairauden jatkumolta* muodostuvat kolme luokkaa ovat *täydellinen mielensairaus, mielensairaus ja kohtalainen mielenterveys* sekä *mielensairaus ja kukoistaminen*. Mielensairauden jatkumon ääripäitä ovat täydellisen ja osittaisen mielensairauden tilat. *Täydellinen mielensairaus* kuvaa tilaa, jossa yksilöllä on jokin mielensairaus ja hän samanaikaisesti riutuu, eli hän ei koe positiivisia tunteita, ja hänellä on ongelmia psykologisessa ja sosiaalisessa hyvinvoinnissaan (Keyes 2003). *Osittainen mielensairaus* kuvastaa puolestaan tilannetta, jossa yksilöllä on jokin mielensairaus, mutta hänellä on joko kohtalainen mielenterveys tai hän kukoistaa (Keyes 2004). Keyesin (2002) mukaan yksilö voi siis mielensairaudesta huolimatta arvioida hyvinvointinsa kohtalaiseksi tai jopa korkeaksi, eli kokea positiivisia tunteita ja omata hyvän psykologisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Esimerkiksi masennusta sairastava ihminen voi kokea onnellisuutta ja tyytyväisyyttä joihinkin elämänsä osa-alueisiin (emotionaalinen hyvinvointi) sekä kokea, että hän saa toteuttaa omia kykyjään ja kehittyä ihmisenä (psykologinen hyvinvointi) ja omata positiivisen asenteen toisiin ihmisiin (sosiaalinen hyvinvointi).

4 MIELENTERVEYDEN MITTAAMINEN TIETEELLISISSÄ TUTKIMUKSISSA

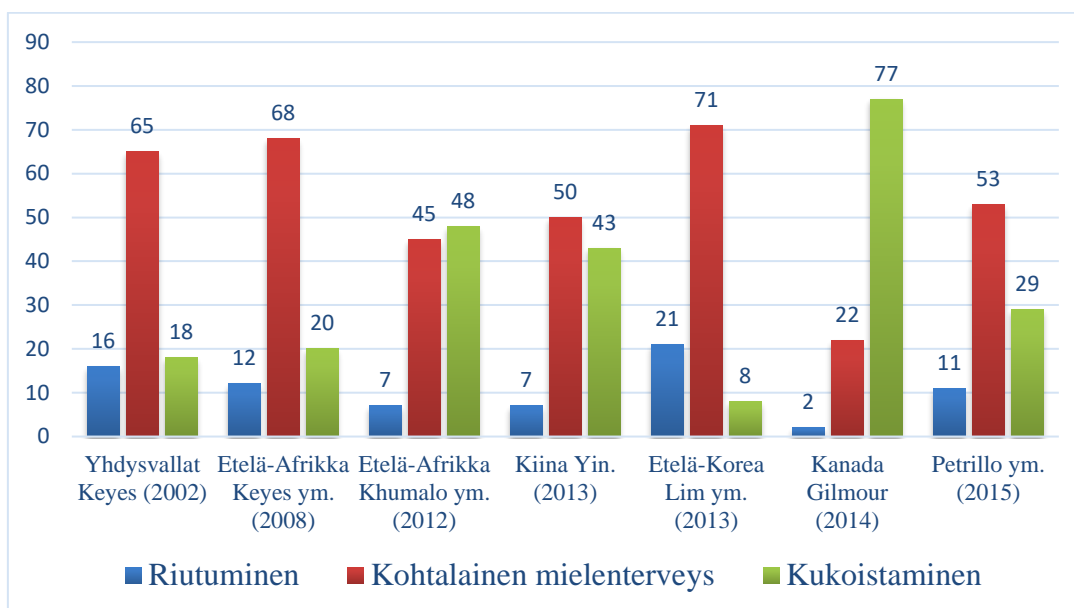
Tutkimuksissa väestön mielenterveyttä on tarkasteltu vaihdellen, riippuen edellä kuvatuista erilaisista näkökulmista mielenterveyden tarkasteluun. Keyesin (2005a) mukaan yhteisesti sovitut standardit, joiden mukaan mielenterveyttä tulisi mitata ja tutkia puuttuvat. Useimmiten tutkimuksissa on mitattu erikseen joko mielenterveyden häiriöiden (Koskinen ym. 2012) tai mielenterveyden positiivisten ulottuvuuksien esiintyvyyksiä väestössä (Kokko 2010). Suomessa toteutuneista, mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä selvittäneistä väestötutkimuksista esimerkkinä ovat laajat Terveys 2000- ja Terveys 2011-tutkimukset (Koskinen ym. 2012). Mielenterveyden positiivisten ulottuvuuksien esiintyvyyttä on puolestaan selvitetty tässäkin tutkimuksessa aineistona käytetyssä Lapsesta aikuiseksi- tutkimuksessa (Kokko 2010). Viime vuosina kansainvälisissä tutkimuksissa on ryhdytty yhä enenevässä määrin tarkastelemaan väestön mielenterveyttä myös edellä kuvatun kokonaisvaltaisen näkökulman mukaisesti, jolloin huomio on kiinnitetty yhtä aikaa sekä mielenterveyden positiivisiin että negatiivisiin ulottuvuuksiin (Keyes 2005a; Keyes 2008; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014).

4.1 Mielenterveyden positiivisen ulottuvuuden mittaaminen

Mielenterveyden positiivisia ulottuvuuksia, emotionaalista, psykologista ja sosiaalista hyvinvointia on mitattu tutkimuksissa yleensä erikseen, kullekin ulottuvuudelle tarkoitettulla omalla menetelmällä (Korkalainen & Kokko 2008; Kokko 2010). Esimerkiksi emotionaalisen hyvinvoinnin osalta onnellisuuden kokemusta on mitattu yksinkertaisella kysymyksellä siitä, kokeeko ihminen olevansa onnellinen jollakin tietyllä asteikolla (Diener ym. 1999; Abdel-Khalek 2006). Negatiivisia ja positiivisia tunteita on puolestaan mitattu yleisesti Watsonin ym. (1988) kehittämällä PANAS -mittarilla. Elämäntyytyväisyyttä on tarkasteltu tutkimuksissa kahdella eri tavalla. Joissain tutkimuksissa on mitattu ihmisten tyytyväisyyttä elämäänsä kokonaisuutena (Keyes 2002; Diener ym. 2003). Tähän yleisesti käytetty menetelmä on ollut Dienerin ym. (1995) kehittämä Satisfaction with life -kysely. Lisäksi elämäntyytyväisyyttä on tarkasteltu mittaamalla ihmisten tyytyväisyyttä elämän eri osa-alueisiin, kuten ihmissuhteisiin tai työhön (Kokko ym. 2013a). Psykologisen hyvinvoinnin arvioinnissa yleisesti käytetty menetelmä on ollut Ryffin (1989) kehittämä psykologisen hyvinvoinnin mittari Scales of Psychological Well-Being. Sosiaalista hyvinvointia on mitattu Keyesin (1998) kehittämällä sosiaalisen hyvinvoinnin mittarilla Scales of Social Well-Being.

Viime vuosina mielenterveyden positiivisia ulottuvuuksia on ryhdytty mittaamaan myös yhtä aikaa Keyesin (2002, 2013) kehittämällä Mental Health Continuum -itsearviointimenetelmällä. Kyselylomakkeeseen annettujen vastausten perusteella tutkittavat luokitellaan edellä kuvattuihin, positiivista mielenterveyttä kuvaaviin, mielenterveyden tasoa kuvaaviin luokkiin: riutuvat, kohtalaisen mielenterveyden omaavat ja kukoistavat (Keyes 2002). Mielenterveyden eri luokkien esiintyvyyksiä Mental Health Continuum -itsearviointimenetelmällä on selvitetty tähän mennessä muutamassa kansainvälisessä tutkimuksessa (Keyes 2002; Keyes ym. 2008; Khumalo ym. 2012; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014; Petrillo ym. 2014). Kuten taulukko 2 osoittaa, tulokset eri luokkien esiintyvyyksien suhteen ovat olleet hyvin vaihtelevia eri maiden välillä. Tuloksista on kuitenkin nähtävissä, että lähes kaikissa tutkimusmaissa kohtalaisen mielenterveyden esiintyvyys on ollut yleisintä (Keyes 2002; Keyes ym. 2008; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Petrillo ym. 2014). Tämän lisäksi lähes kaikissa tutkimusmaissa korkea hyvinvointi on ollut yleisempää kuin riutumisen. Ainoastaan Etelä-Koreassa (Lim ym. 2013) riutumisen on havaittu olevan kukoistamista yleisempää. Tutkimuksia vertailtaessa on kuitenkin syytä ottaa huomioon tutkimusten hyvin erilaiset otoskoot ja ikärakenne. Lisäksi eri kulttuurien välillä on todettu olevan eroja sen suhteen, miten yksilöt arvioivat hyvinvointiaan (Diener 2000; Diener & Lucas 2000; Diener ym. 2003). Tähän voi vaikuttaa esimerkiksi se, miten tärkeänä eri kulttuureissa pidetään onnellisuuden kokemusta tai positiivisia tunteita (Diener & Lucas 2000). Myös yhteiskunnan kyvyllä huolehtia väestön perustarpeista, kuten terveydestä sekä yksilön saamalla sosiaalisella tuella tiedetään olevan vaikutusta hyvinvoinnin kokemukseen (Diener 2000).

TAULUKKO 2. Eri maiden väliset erot riutumisen, kohtalaisen mielenterveyden ja kukoistamisen esiintyvyydessä



4.2 Mielenterveyden negatiivisen ulottuvuuden mittaaminen

Tutkimuksissa mielenterveyden negatiivista ulottuvuutta on arvioitu selvittämällä kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden (Keyes 2002; Pulkkinen & Kokko 2010; Koskinen ym. 2013; Lim 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014) sekä subjektiivisesti koettujen masennusoireiden (Pulkkinen & Kokko 2010), psyykkisen oireilun (Keyes ym. 2008; Pulkkinen & Kokko 2010; Petrillo ym. 2014) ja negatiivisten tunteiden (Kokko 2010; Petrillo ym. 2014) esiintyvyyksiä väestössä.

Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyksien mittaamisessa käytettyjä menetelmiä ovat olleet erilaiset kyselylomakkeet (Petrillo ym. 2014), seulontatestit (Pulkkinen & Kokko 2010), mittarit (Pulkkinen & Kokko 2010) ja haastattelut (Keyes 2005a; Pirkola ym. 2005; Gilmour 2014). Tutkimuksissa käytetyistä kyselylomakkeista esimerkkinä on yleisesti käytetty, psyykkistä oireilua seulovaa GHQ -kysely (The General Health Questionnaire) (Goldberg 1972, 1992). Itsearviointimittareista esimerkkejä ovat itsearvioitujen masennusoireiden mittaamiseen kehitetty General Behavior Inventory -mittari (Depue 1987) sekä negatiivisen affektiivisuuden mittaamiseen yleisesti käytetty Watsonin ym. (1988) kehittämä PANAS -mittari, josta Thompson (2007) on muokannut lyhennetyn version. Haastattelumenetelmistä esimerkkinä on yleisesti

kansainvälisessä käytössä oleva, strukturoitu mielenterveyden haastattelu menetelmä CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (Kessler & Ustun 2004).

4.3 Mielenterveyden kokonaisvaltainen arvioiminen

Kirjallisuudesta on löydettävissä tähän mennessä vain muutama tutkimus, joissa väestön mielenterveyttä on tarkasteltu Keyesin (2003, 2005a) esittämän kokonaisvaltaisen näkökulman mukaisesti. Tähän mennessä toteutuneissa tutkimuksissa aihetta on lähestytty kahdella eri lähestymistavalla. *Ensimmäisen lähestymistavan mukaisesti* tutkimuksissa on tarkasteltu kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavien luokkien esiintyvyyksiä. Näissä tutkimuksissa tutkittavat on luokiteltu Keyesin (2003) esittämän kahden jatkumon mallin mukaisesti sekä heidän mielensairauden tilan että mielenterveyden tason mukaan kuuteen kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavaan luokkaan. Kuten positiivisen mielenterveyden eri luokkien esiintyvyydet, myös kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavien luokkien koot ovat vaihdelleet eri tutkimusmaiden välillä (Keyes 2002; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014). Tutkimusten vertailtavuutta vaikeuttaa se, ettei osassa tutkimuksista ole raportoitu esiintyvyyksiä kaikissa kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavissa luokissa. Tutkimusten tulokset ovat kuitenkin tukeneet edellä esitettyä näkökulmaa siitä, että psyykinen hyvinvointi ja pahoinvointi eivät ole toistensa vastakohtia, eli toisiaan poissulkevia ilmiöitä (Keyes 2005; Lamers ym. 2011). Tutkimuksissa on todettu, että mielenterveysongelmien puuttuminen ei ole aina tarkoittanut sitä, että tutkittavat olisivat kokeneet samalla myös korkeaa hyvinvointia (Keyes 2002; Yin ym. 2013; Lim ym. 2013; Gilmour 2014). Sen sijaan suurin osa heistä on arvioinut hyvinvointinsa kohtalaiseksi ja osa vain matalaksi. Yhdysvalloissa toteutuneessa tutkimuksessa täydellisen mielenterveyden esiintyvyys oli 17 % (Keyes 2002), Kiinassa 38 % (Yin ym. 2013), Etelä-Koreassa 6 % (Lim ym. 2013) ja Kanadassa 73 % (Gilmour 2014). Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden olemassaolo ei ole tarkoittanut aina sitä, että yksilö on kokenut samalla myös hyvinvointinsa matalaksi. Sen sijaan kliinisesti todetuista mielenterveyden häiriöistä huolimatta osa tutkittavista on arvioinut hyvinvointinsa joko kohtalaiseksi tai jopa korkeaksi (Keyes 2002; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014).

Toisen lähestymistavan mukaisesti mielenterveyttä on tarkasteltu tutkimuksissa kokonaisvaltaisesti, arvioimalla, eroavatko positiivista mielenterveyttä kuvaaviin mielenterveyden eri luokkiin kuuluvat tutkittavat toisistaan kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden (Keyes 2005a, Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014) tai subjektiivisesti koettujen negatiivista mielenterveyttä kuvaavien oireiden esiintyvyyksien suhteen (Keyes ym. 2008; Petrillo ym. 2015). Tutkimuksissa matalan hyvinvoinnin on todettu olevan yhteydessä huonompaan terveyteen ja heikompaan toimintakykyyn, ja vastaavasti korkea hyvinvointi on ollut yhteydessä parempaan terveyteen ja toimintakykyyn (Keyes 2002; Keyes 2004; Keyes & Simoes 2012; Lim ym. 2013; Gilmour 2014). Kukoistavilla ihmisillä on todettu vähemmän masennusta (Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Singh ym. 2015; Gilmour 2014; Petrillo ym. 2014) ja alhaisempi riski sairastua masennukseen (Keyes 2005; Grant ym. 2013) verrattuna niihin ihmisiin, jotka riutuvat tai joilla on kohtalainen mielenterveys. Esimerkiksi Keyesin (2002) tutkimuksessa vakavan masennuksen riskin todettiin olevan lähes kuusinkertainen riutuvilla kuin kukoistavilla ihmisillä. Myös muiden yleisten mielenterveyshäiriöiden on todettu olevan harvinaisempaa niiden tutkittavien joukossa, joilla on ollut korkea hyvinvointi, verrattuna muihin mielenterveyden luokkiin kuuluviin tutkittaviin. Masennuksen lisäksi muun muassa paniikkihäiriön (Keyes 2005a), yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (Keyes 2005; Gilmour 2014), unettomuuden (Keyes ym. 2008), alkoholiriippuvuuden (Keyes 2005; Gilmour 2014) ja muiden päihteiden väärinkäytön (Gilmour 2014) on todettu olevan yleisempää niillä tutkittavilla, jotka riutuvat tai joilla on kohtalainen mielenterveys, verrattuna niihin, jotka kukoistavat. Keyes ym. (2010) ovat tutkineet aiheita myös pitkittäisasetelmassa. Heidän 10 vuoden seurantatutkimuksessaan havaittiin, että muutokset tutkittavien positiivisen mielenterveyden tasossa ennustivat vahvasti tulevaisuuden mielenterveyden häiriöiden ilmaantumista ja esiintyvyyttä. Mielenterveyden lisääntyminen ennusti vähäisempää mielensairauksien esiintyvyyttä, ja vastaavasti positiivisen mielenterveyden väheneminen ennusti mielenterveyden häiriöiden lisääntymistä.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella 50-vuotiaiden suomalaisten mielenterveyttä kokonaisvaltaisesti, yhdistämällä mielenterveyden positiiviset ulottuvuudet sekä ongelma- ja häiriönäkökulma. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä käytetään amerikkalaisen tutkija Keyesin (2002, 2003) esittämää mallia positiivisen mielenterveyden kolmiulotteisesta rakenteesta sekä näkemystä mielenterveydestä kokonaisvaltaisena tilana, jota voidaan arvioida niin kutsutun kahden jatkumon mallin avulla. Kahden jatkumon mallin mukaisesti mielenterveyttä tarkastellaan kiinnittämällä huomio samanaikaisesti sekä mielen sairauksien olemassaoloon tai puuttumiseen että mielenterveyden positiivisiin ulottuvuuksiin.

Kuten aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa, myös tässä tutkimuksessa käytetään kahdenlaista lähestymistapaa mielenterveyden kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. *Ensimmäisen lähestymistavan* mukaisesti mielenterveyttä arvioidaan luokittelemalla tutkittavat kahden jatkumon mallin mukaisesti kuuteen kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavaan luokkaan. *Toisen lähestymistavan* mukaisesti tutkimuksessa selvitetään, eroavatko positiivista mielenterveyttä kuvaaviin mielenterveyden luokkiin kuuluvat tutkittavat toisistaan kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden sekä subjektiivisesti koettujen, negatiivista mielenterveyttä kuvaavien oireiden esiintyvyyksien suhteen.

Tarkemmat tutkimuskysymykset ovat

1. Mikä on positiivista mielenterveyttä kuvaavien mielenterveyden luokkien eli riutumisen, kohtalaisen mielenterveyden ja kukoistamisen esiintyvyys 50-vuotiailla suomalaisilla?
2. Mikä on kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavien mielenterveyden luokkien esiintyvyys 50-vuotiailla suomalaisilla?
3. Eroavatko positiivista mielenterveyttä kuvaaviin mielenterveyden luokkiin kuuluvat tutkittavat toisistaan kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden suhteen?
4. Eroavatko positiivista mielenterveyttä kuvaaviin mielenterveyden luokkiin kuuluvat tutkittavat toisistaan itsearvioitujen masennusoireiden, psyykkisen oireilun ja negatiivisten tunteiden esiintyvyyden suhteen?

Vaikka aikaisemmissa tutkimuksissa vaihtelu positiivista mielenterveyttä kuvaavien mielenterveyden luokkien esiintyvyyksien suhteen on ollut suurta, valtaosassa tutkimuksia suurin osa tutkittavista on kuulunut kohtalaisen mielenterveyden luokkaan (Keyes 2002; Keyes ym. 2008; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Petrillo ym. 2014). Edellä esitetyn perusteella ensimmäisenä tutkimushypoteesina on, että suurin osa tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olevista 50-vuotiaista tutkittavista tulee kuulumaan kohtalaisen mielenterveyden luokkaan.

Keyesin (2003) esittämän kahden jatkumon mallin mukaisesti toisena tutkimushypoteesina on, että psyykinen hyvinvointi ja pahoinvointi eivät ole toistensa vastakohtia ja automaattisesti toisiaan poissulkevia ilmiöitä. Myös tässä tutkimuksessa mielenterveyden kokonaisvaltaisen arvioinnin tulosten odotetaan osoittavan, että kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden puuttuminen ei tarkoita automaattisesti korkeaa hyvinvointia, eivätkä puolestaan kliinisesti todetut mielenterveyden häiriöt tarkoita automaattisesti positiivisen mielenterveyden puuttumista. Odotuksena on, että osa niistä tutkittavista, joilla ei ole kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä, arvioi hyvinvointinsa kohtalaiseksi tai jopa matalaksi, ja vastaavasti ne tutkittavat, joilla on kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä, kokevat joko kohtalaista tai jopa korkeaa hyvinvointia.

Korkea hyvinvointi eli kukoistaminen on yhdistetty useissa tutkimuksissa vähäisempään mielenterveyden häiriöiden esiintymiseen verrattuna muihin positiivisen mielenterveyden luokkiin (Keyes 2002, 2005a; Keyes & Simoes 2012; Grant ym. 2013; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014; Petrillo ym. 2014; Singh ym. 2015). Näiden tulosten perusteella kolmantena tutkimushypoteesina on, että matalan hyvinvoinnin omaavilla tutkittavilla esiintyy enemmän sekä diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä että itsearvioituja masennusoireita, psyykkistä oireilua ja negatiivisia tunteita.

6 AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1. Osanottajat

Tässä tutkimuksessa on käytetty professori Lea Pulkkisen vuonna 1968 aloittaman Lapsesta aikuiseksi –pitkittäistutkimuksen (The Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development) aineistoa. Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa samoja henkilöitä on seurattu 8-vuotiaasta 50 ikävuoteen saakka. Tutkimusaineistoa on kerätty tutkittavien ollessa 8-, 14-, 20-, 27-, 36-, 42- ja 50-vuotiaita (Pulkkinen 2009). Tutkimuksen alkuperäiseen otokseen kuuluivat satunnaisesti Jyväskylän kaupungin kouluista valittujen 12 koululuokan oppilaat. Oppilaista 196 oli poikia ja 173 tyttöjä, yhteensä 369 oppilasta (Pulkkinen 2009; Metsäpelto ym. 2010). Tutkittavat olivat tutkimuksen alkaessa Jyväskylän kaupungin kansakoulun toisella luokalla. Suurin osa (93.5 %) heistä oli syntynyt vuonna 1959 (Pulkkinen 2009).

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto kerättiin vuonna 2009 tutkittavien ollessa 50-vuotiaita (Pulkkinen & Kokko 2010). Tällöin tutkimukseen käytettävissä oleva otoskoko oli yhteensä 323 henkilöä (34 henkilöä kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen ja 12 henkilöä oli kuollut). Tästä otoksesta tutkimukseen osallistui yhteensä 271 tutkittavaa, joista 127 oli naisia ja 144 miehiä, otoskoon ollessa näin 84 % vuonna 2009 käytettävissä olevasta otoskoosta. Tutkimukseen osallistuneet edustivat hyvin tutkimuksen alkuperäistä satunnaisotosta ja koko suomalaisien 1959 syntyneiden ikäkohorttia, kun sitä verrattiin Tilastokeskuksesta saatuihin tietoihin (Metsäpelto ym. 2010).

Ennen aineiston keruuta tutkimuksen toteuttamiselle oli saatu puoltava lausunto Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa vaiheessa. Tutkittavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta (Metsäpelto ym. 2010).

6.2. Menetelmät ja muuttajat

Tutkimuksessa käytetty tieto kerättiin vuonna 2009 postitse lähetettyjen elämäntilannekyselyjen, psykologisten puolistrukturoitujen haastattelujen ja niiden yhteydessä täytettyjen itsearviointilomakkeiden sekä terveystarkastusten avulla (Metsäpelto ym. 2010). Elämäntilannekysely

sisälsi 209 kysymystä, joiden tavoitteena oli kerätä perustietoa tutkittavien elämäntilanteesta, elämäntavasta ja henkilökohtaisista näkemyksistä. Psykologisten haastattelujen tavoitteena oli syventää elämäntilannekyselyn aihealueita. Haastattelut olivat puolistrukturoituja ja niihin sisältyi myös 21 itsearviointilomaketta, joiden avulla täydennettiin haastattelukysymyksillä saatuja tietoja. Terveystarkastukseen sisältyi erilaisten kehoon liittyvien mittausten (esim. pituus, paino, käden puristusvoima) lisäksi kyselylomakkeiden ja oireluettelon täyttäminen sekä terveyshaastattelu (Metsäpelto ym. 2010).

Emotionaalista hyvinvointia tutkittiin psykologisten haastattelujen yhteydessä mittaamalla tutkittavien positiivisten ja negatiivisten tunteiden kokemista sekä yleistä elämäntyytyväisyyttä (Kokko 2010). Negatiivisten ja positiivisten tunteiden kokemista arvioitiin Watsonin ym. (1988) kehittämällä PANAS-mittarilla, josta Thompson (2007) on muokannut lyhennetyn version. Mittari sisälsi 10 tunnetta, joiden vastaavuutta itseensä tutkittavat arvioivat asteikolla 1-5 (1 = ei kuvaa minua lainkaan, 5 = kuvaa minua erittäin hyvin). Positiivisia tunteita kuvasivat adjektiivit päättäväinen, tarkkaavainen, valpas, innostunut ja aktiivinen. Negatiivisia tunteita kuvasivat adjektiivit pelokas, hermostunut, järkyttynyt ja vihamielinen. Tutkittaville laskettiin sekä negatiivisille että positiivisille tunteille keskiarvosummamäärät välillä 1-4. Positiivisten tunteiden keskiarvosumman Cronbachin alfa oli 0.81 ja negatiivisten tunteiden 0.77 (Hietalahti ym. 2016).

Yleistä elämäntyytyväisyyttä tutkittiin Dienerin ym. (1985) kehittämällä Satisfaction with life-kyselyllä. Kysely sisälsi viisi erilaista väittämää (esim. ”Elämäni on enimmäkseen lähellä sitä mitä pidän onnellisena” ja ”Olen tyytyväinen elämääni”). Tutkittavat arvioivat väittämien sopivuutta itseensä seitsenportaisella asteikolla (1 = vahvasti eri mieltä, 7 = vahvasti samaa mieltä). Väittämien keskiarvosumman Cronbachin alfa oli 0.88 (Hietalahti ym. 2016).

Psykologista hyvinvointia mitattiin psykologisten haastattelujen yhteydessä Ryffin (1989) kehittämän hyvinvoinnin mittarin (Scales of Psychological Well-Being) lyhennetyllä versiolla. Mittari sisälsi jokaista kuutta psykologisen hyvinvoinnin osa-alueetta kohden kolme väittämää, eli yhteensä 18 erilaista väittämää (esim. Pidän useimmista luonteenpiirteistäni ja ”Päivittäisen elämän vaatimukset saavat minut usein pettymään”). Tutkittavat arvioivat väittämien sopivuutta itseensä neliportaisella asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Väittämien keskiarvosumman Cronbachin alfa oli 0.77 (Kokko ym. 2013b).

Sosiaalista hyvinvointia mitattiin psykologisten haastattelujen yhteydessä Keyesin (1998) kehittämällä sosiaalisen hyvinvoinnin mittarilla (Scales of Social Well-Being). Mittari sisälsi 15 erilaista väittämää (esim. ”Uskon, että ihmiset ovat hyviä”, ”Yhteisöni antaa lohtua” ja ”Minun on helppo ennustaa mitä yhteisössäni tulee tapahtumaan seuraavaksi”), joiden sopivuutta itseensä tutkittavat arvioivat neliportaisella asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Väittämien keskiarvosumman Cronbachin alfa oli 0.79 (Kokko ym. 2015).

Kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden esiintymistä selvitettiin terveystarkastuksen yhteydessä toteutetussa terveyshaastattelussa. Haastattelussa tutkittaville esitettiin kysymykset siitä, onko heillä diagnosoitu hermostuneisuutta/ahdistusta, unettomuutta, masennusta tai muita mielenterveysongelmia. Vastausvaihtoehtoina oli kyllä tai ei (Pulkinen & Kokko 2010).

Itsearvioituja masennusoireita mitattiin psykologisen haastattelun yhteydessä, Depuen (1987) kehittämän General Behavior Inventory -mittarin masentuneisuusasteikolla. Mittari sisälsi 16 masennusoireita selvittävää kysymystä (esim. ”Onko sinulla ollut kausia, jolloin olet menettänyt kiinnostuksen asioihin, joista olet yleensä nauttinut?”), joihin tutkittavat vastasivat neliportaisella asteikolla (1 = ei koskaan, 4 = hyvin usein). Vastausten keskiarvosumman Cronbachin alfa oli 0.93 (Kokko ym. 2015).

Psyykkistä oireilua arvioitiin elämäntilannekyselyn yhteyteen liitetyllä, Goldbergin (1972) kehittämällä GHQ-12-kyselyllä (12-item General Health Questionnaire). GHQ-12 on lyhennetty versio alkuperäisestä 60-osioisesta GHQ-kyselystä, joka on kehitetty alun perin psyykkisen oireilun, erityisesti masennuksen ja ahdistuksen seulontaan (Goldberg & Williams 1988). Kysely sisälsi 12 erilaista psyykkistä oireilua selvittävää kysymystä (esim. oletteko viime aikoina kyennyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimistanne? ja ”oletteko viime aikoina kokeneet itsenne jatkuvasti ylistressaantuneeksi?”). Tutkittavat vastasivat kysymyksiin neliportaisella asteikolla (1=paremmin kuin tavallisesti, 4=paljon huonommin kuin tavallisesti). Vastausten keskiarvosumman Cronbachin alfa oli 0.90.

6.3 Tilastolliset analyysit

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 22 -ohjelmalla. Tilastolliseksi merkitsevyystasoksi määriteltiin $p < 0.05$. Mielenterveyden eri luokkien muodostamiseksi tutkittavilta

edellytettiin tieto kaikista tutkimuksessa mukana olevista hyvinvointimuuttujista. Ne tutkittavat, joilta puuttui yksikin arvo jostakin hyvinvointimuuttujasta, poistettiin aineistosta ennen analyysyä (listwise deletion). Tutkimusotoksen lopulliseksi kooksi muodostui 215 tutkittavaa, josta naisia oli 109 ja miehiä 106. 50-vuotiaiden maksimiotoskokoon verrattuna (N=271) analyysistä poistettiin näin ollen yhteensä 56 tutkittavaa.

Analyysi aloitettiin tarkastelemalla aluksi muuttujien jakaumia ja frekvenssejä. Jatkuvien hyvinvointimuuttujien ja itsearvioitujen negatiivista mielenterveyttä kuvaavien muuttujien normaalisuutta arvioitiin Kolmogorov-Smirnovin testillä sekä graafisia kuvioita tarkastelemalla. Koska jatkuvat muuttujat (esim. depressio ja psykologiset oireet) eivät oletetusti täyttäneet normaalisuusoletuksia päädyttiin niitä testaamaan sekä parametrisella että parametrittomalla testillä.

Sukupuolten välisten erojen havaitsemiseksi analyysit tehtiin alussa erikseen miehille ja naisille. Miesten ja naisten jatkuvien hyvinvointimuuttujien ja negatiivista mielenterveyttä kuvaavien muuttujien keskiarvoja verrattiin riippumattomien ryhmien yhtä suurten varianssien t-testillä ja kahden riippumattoman otoksen Mann-Whitneyn testillä. Sukupuolten välisiä eroja diagnosoitujen mielenterveyden häiriöiden esiintymisen suhteen tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ja Khii toiseen -testillä.

Mielenterveyden eri luokkien (*riutuminen, kohtalainen mielenterveys ja kukoistaminen*) esiintyvyyksien havaitsemiseksi muodostettiin mielenterveyden luokat. Tämä toteutettiin luokittelemalla aluksi jokainen neljästä hyvinvointimuuttujasta yksitellen kolmeen luokkaan, alakolmannekseen, keskikolmannekseen ja yläkolmannekseen, käyttämällä tasavälistä luokittelua. Mielenterveyden luokat muodostettiin siten, että ne tutkittavat, jotka asettuivat pisteissä alakolmannekseen jommassa kummassa emotionaalisen hyvinvoinnin mittareista sekä molemmissa, psykologisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin mittareissa, luokiteltiin kuuluvaksi riutuneiden luokkaan. Ne tutkittavat, jotka asettuivat pisteissä yläkolmannekseen jommassa kummassa emotionaalisen hyvinvoinnin mittareista sekä molemmissa, psykologisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin mittareissa, luokiteltiin kuuluvaksi kukoistavien luokkaan. Kaikki muut tutkittavat luokiteltiin kuuluvaksi kohtalaisen mielenterveyden luokkaan. Sukupuolten välisiä eroja mielenterveyden eri luokkiin jakautumisessa tarkasteltiin Khii toiseen -testillä.

Kahden jatkumon mallin mukaisten, kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavien luokkien esiintyvyydet laskettiin ristiintaulukoimalla mielenterveyden luokat (*riutuminen, kohtalainen mielenterveys ja kukoistaminen*) ja tutkittavien mielensairauden tila (*kliinisesti todettu mielenterveyden häiriö — ei häiriötä*).

Mielenterveyden eri luokkien välisiä eroja kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden esiintymisen suhteen tarkasteltiin Khii toiseen-testillä. Jos tulos oli tilastollisesti merkitsevä, tarkasteltiin edelleen sovitettuja standardoituja jäännöksiä, jotka kuvaavat sitä, missä tietyissä soluissa tilastollisesti merkitsevä yhteys löytyi ja mikä oli yhteyden voimakkuus. Standardoitu jäännös lasketaan vähentämällä odotuksenmukaisesta esiintymämäärästä todellinen, aineistossa esiintyvä frekvenssi (Agresti 2013). Jäännöksiä tarkasteltaessa muuttujien välistä yhteyttä pidettiin tilastollisesti merkitseväenä ($p < .05$) kun standardoitu jäännös oli suurempi kuin 1.96 (positiivinen yhteys, esiintymiä oli enemmän kuin odotettiin) tai pienempi kuin -1.96 (negatiivinen yhteys, esiintymiä oli vähemmän kuin odotettiin). Jäännös joka oli suurempi kuin 1.96 kertoi siitä, että kyseisessä mielenterveyden luokassa kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden esiintyminen oli tyypillisintä, ja jäännös joka oli pienempi kuin -1.96 kertoi siitä, että kyseisessä luokassa häiriöiden esiintyminen oli epätyypillistä.

Mielenterveyden eri luokkien välisiä eroja itsearvioitujen, negatiivista mielenterveyttä kuvaavien muuttujien (negatiiviset tunteet, itsearvioidut masennusoireet, psyykkinen oireilu) suhteen arvioitiin keskiarvovertailulla. Luokkien välisiä keskiarvoja verrattiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja usean riippumattoman otoksen Kruskal-Wallis testillä. Kaikkien jatkuvien muuttujien keskihajonnat ja keskiarvot ilmoitettiin parametristen testien mukaan. Luokkaparien välisten erojen havaitsemiseksi toteutettiin lisäksi parittaiset ryhmävertailut Tamhanen T2 testillä. P-arvot ilmoitettiin sekä parametristen että parametrittömien testien mukaan. Luokkaparien välisten erojen havaitsemiseksi tarkasteltiin Bonferroni-korjattuja p-arvoja.

7 TULOKSET

7.1 Kuvailevaa tietoa

Taulukossa 3 on tuotu esille mielenterveyden positiivisia ja negatiivisia ulottuvuuksia kuvaavien muuttujien keskiarvot tai jakaumat sukupuolen mukaan. Naisilla esiintyi tilastollisesti merkitsevästi enemmän negatiivisia tunteita verrattuna miehiin ($p=0.043$). Muiden muuttujien osalta sukupuolet eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevällä tavalla.

TAULUKKO 3. Positiivista ja negatiivista mielenterveyttä kuvaavien muuttujien jakaumat sukupuolen mukaan sekä sukupuolten väliset erot riippumattomien otosten t-testin, Mann-Whitney testin tai Khii toiseen -testin mukaan.

Muuttujat	Naiset n=105-109		Miehet n=101-106		t-testi			Mann-Whitney testi	
	ka	kh	ka	kh	t	df	p-arvo	p-arvo	
Positiivinen mielenterveys									
Positiiviset tunteet	3.8	0.6	3.6	0.6	1.7	213	.083	.083	
Elämäntyytyväisyys	5.3	1.1	5.3	1.0	0.1	213	.955	.610	
Psykologinen hyvinvointi	3.2	0.3	3.2	0.3	0.8	213	.413	.338	
Sosiaalinen hyvinvointi	3.0	0.4	3.0	0.4	0.2	213	.863	.709	
Negatiivinen mielenterveys									
Negatiiviset tunteet	1.5	0.5	1.4	0.4	1.7	213	.086	.043	
Itsearvioidut masennusoireet	1.5	0.4	1.4	0.4	1.2	213	.246	.160	
Psykykinen oireilu	2.0	0.5	1.9	0.4	1.7	211	.089	.137	
	%		%		Khii toiseen -testi				
Mielenterveyden häiriöt									
Hermostuneisuus/ahdistus	14		15		0.02	1	.886		
Unettomuus	29		23		1.12	1	.289		
Masennus	13		12		0.10	1	.754		
Muu häiriö	2		7		3.16 ^a	1	.075		

Huom. ka=keskiarvo, kh=keskihajonta, df=vapausaste.

Kaikista tutkittavista noin 35 %:lla (n=76) esiintyi joku kliinisesti todettu mielenterveyden häiriö, ja vastaavasti 65 %:lla (n=139) ei esiintynyt diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä. Yleisin tutkittavilla todettu mielenterveyden häiriö oli unettomuus, jota esiintyi noin joka neljännellä (26 %) kaikista tutkittavista. Seuraavaksi yleisimmät mielenterveyden häiriöt olivat hermostuneisuus/ahdistus (15 %) ja masennus (13 %). Muiden mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys oli vähäistä (4 %).

7.2 Riutumisen, kohtalaisen mielenterveyden ja kukoistamisen esiintyvyys

Taulukossa 4 on tuotu esille positiivista mielenterveyttä kuvaavien mielenterveyden luokkien esiintyvyydet koko otoksessa sekä sukupuolen mukaan. Kaikista tutkittavista suurimmalla osalla (67 %) oli kohtalainen mielenterveys. Joka viidennes (20 %) tutkittavista riutui ja vain noin joka kymmenes (13 %) omasi korkean hyvinvoinnin tason eli kukoisti. Miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa mielenterveyden eri luokkiin kuulumisessa (p=0.709).

TAULUKKO 4. Esiintyvyydet positiivista mielenterveyttä kuvaavissa mielenterveyden luokissa koko otoksessa sekä sukupuolen mukaan.

Mielenterveyden luokka	Naiset		Miehet		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Riutuminen	22	(20)	20	(19)	42	(20)
Kohtalainen mielenterveys	71	(65)	74	(70)	145	(67)
Kukoistaminen	16	(15)	12	(11)	28	(13)
Yhteensä	109	(100)	106	(100)	215	(100)

Huom. Sukupuolten väliset erot testattu Khii toiseen -testillä, $\chi^2=0.687$, p=0.709.

7.3 Kokonaisvaltaisen mielenterveyden esiintyvyys

Taulukossa 5 on tuotu esille Keyesin (2003) kahden jatkumon mallin mukaisen mielenterveyden kokonaisvaltaisen arvioinnin tulokset. Arvioinnissa tutkittavat on luokiteltu sekä heidän mielensairauden tilansa (*diagnosoitu mielenterveyden häiriö — ei häiriötä*) että mielenterveyden tason (*mielenterveyden luokat*) mukaisesti kuuteen kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa

kuvaavaan luokkaan. Tulokset osoittivat, että koko tutkimusjoukossa niistä tutkittavista, joilla ei ollut kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä, useimmalla oli kohtalainen mielenterveys (43 %), vain noin joka kymmenes (11 %) kukoisti eli omasi täydellisen mielenterveyden tilan ja lähes yhtä paljon riutui (10 %). Myös niistä tutkittavista, joilla oli jokin kliinisesti todettu mielenterveyden häiriö, useimmalla oli kohtalainen mielenterveys (24 %), 2 % kukoisti ja lähes noin joka kymmenes (9 %) riutui eli omasi täydellisen mielensairauden tason.

TAULUKKO 5. Kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavien luokkien esiintyvyydet 50-vuotialla suomalaisilla

Mielenterveyden häiriö	Mielenterveyden tila							
	Riutuminen		Kohtalainen mielenterveys		Kukoistaminen		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	%
Ei	22	(10)	93	(43)	24	(11)	139	(65)
Kyllä	20	(9)	52	(24)	4	(2)	76	(35)
Yhteensä	42	(20)	145	(67)	28	(13)	215	(100)

7.4 Kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys mielenterveyden eri luokissa

Mielenterveyden eri luokkiin kuuluvat tutkittavat erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevällä tavalla kliinisesti todettujen mielenterveyden häiriöiden esiintymisen suhteen ($p=0.016$). Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys oli sitä pienempi, mitä korkeammasta mielenterveyden tasoa kuvaavasta luokasta oli kyse. Matalan hyvinvoinnin luokkaan kuuluvilla riutuvilla tutkittavilla noin 47 %:lla, kohtalaisen mielenterveyden luokkaan kuuluvilla noin 36 %:lla ja korkean hyvinvoinnin luokkaan kuuluvilla kukoistavilla 14 %:lla esiintyi jokin kliinisesti todettu mielenterveyden häiriö (taulukko 6). Lähempi standardoitujen jäännösten tarkastelu osoitti tyypillisintä olevan se, että kukoistavilla tutkittavilla ei esiintynyt diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä (jäännös 2.5) ja epätyypillisintä puolestaan se, että kukoistavilla tutkittavilla esiintyi jokin diagnosoitu mielenterveyden häiriö (jäännös -2.5).

TAULUKKO 6. Mielenterveydenhäiriö tila ja mielenterveyden luokat

Mielenterveyden luokka	Mielenterveydenhäiriö status					
	Ei		Kyllä		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Riutuminen	22	(52)	20	(48)	42	(100)
		-1.9		1.9		
Kohtalainen mielenterveys	93	(64)	52	(36)	145	(100)
		-0.2		0.2		
Kukoistaminen	24	(86)	4	(14)	28	(100)
		2.5		-2.5		

Mielenterveyden luokkien väliset erot testattu Khii toiseen -testillä, $\chi^2 = 8.22$, $p = 0.016$. Mukautetut standardoidut jäännökset on tuotu esille esiintyvyyksiä kuvaavien prosenttilukujen alapuolella.

Verrattaessa yksitellen kunkin diagnosoidun mielenterveyden häiriön esiintymistä mielenterveyden eri luokissa todettiin, että matalan hyvinvoinnin omaavilla riutuvilla tutkittavilla esiintyi tilastollisesti merkitsevästi enemmän hermostuneisuutta/ahdistusta ($p = 0.002$) ja muita mielenterveyden häiriöitä ($p = 0.025$) verrattuna muihin mielenterveyden luokkiin kuuluviin (taulukko 7). Kuitenkin, koska Khii toiseen -testin käyttöehdot eivät täytyneet, ei tilastollista merkitsevyyttä voida tarkastella täysin luotettavasti. Tulokset on kuitenkin syytä huomioida suuntaa antavina.

TAULUKKO 7. Diagnosoitujen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydet mielenterveyden eri luokissa ja luokkien väliset erot Khii toiseen -testin mukaan.

	Mielenterveyden häiriö							
	Hermostuneisuus, ahdistus		Unettomuus		Masennus		Muu häiriö	
Mielenterveyden luokka	p=0.002 ^a n=207		p=0.137 n=207		p=0.161 ^b n=206		p=0.025 ^c n=207	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Riutuminen	13	(31)	12	(29)	8	(19)	5	(12)
		3.4		0.4		1.4		2.7
Kohtalainen mielenterveys	16	(12)	39	(29)	17	(13)	3	(2)
		-1.6		1.1		-0.1		-2.1
Kukoistaminen	1	(4)	3	(11)	1	(4)	1	(4)
		-1.8		-2.0		-1.6		-0.2

Huom. Mukautetut standardoidut jäännökset on tuotu esille esiintyvyyksiä kuvaavien prosenttilukujen alapuolella. ^{a, b, c} Khii toiseen -testin käyttöedellytykset eivät täyttyneet.

7.5 Subjektiivisesti koettujen masennusoireiden, psyykkisen oireilun ja negatiivisten tunteiden esiintyvyys mielenterveyden eri luokissa

Subjektiivisesti koettujen masennusoireiden, psyykkisen oireilun ja negatiivisten tunteiden summamuuttujien keskiarvot vaihtelivat tilastollisesti merkitsevällä tavalla mielenterveyden eri luokkien välillä ($p < 0.001$). Tutkittavilla esiintyi sitä vähemmän itsearvioituja masennusoireita, psyykkistä oireilua ja negatiivisia tunteita, mitä korkeampaan mielenterveyden tasoa kuvaavaan luokkaan he kuuluivat (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Muuttujien jakaumat mielenterveyden luokan mukaan ja luokkien väliset erot yksisuuntaisen varianssianalyysin ja Kruskal-Wallis testin mukaan.

Muuttuja	Riutuminen		Kohtalainen mielenterveys		Kukoistaminen		Yksisuuntainen varianssianalyysi		Kruskal-Wallis testi
	ka	kh	ka	kh	ka	kh	F	p-arvo	p-arvo
Itsearvioidut masennusoireet	1.8	0.6	1.4	0.3	1.2	0.3	21.585	<0.001	<0.001
Psyykinen oireilu (GHQ)	2.2	0.6	1.9	0.4	1.6	0.3	15.955	<0.001	<0.001
Negatiiviset tunteet	1.8	0.6	1.4	0.4	1.2	0.3	16.451	<0.001	<0.001

Huom. ka=keskiarvo, kh=keskihajonta, df=vapausaste.

Tarkempi luokkaparien välisten erojen tarkastelu osoitti, että erityisesti kukoistavien ja riutuvien tutkittavien välillä esiintyi tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0.001$) kaikkien muuttujien kohdalla. Kukoistavilla tutkittavilla esiintyi tilastollisesti merkitsevästi vähemmän negatiivisia tunteita, psyykkistä oireilua ja itsearvioituja masennusoireita, kuin riutuvien luokkaan kuuluvilla tutkittavilla. Myös kukoistavien ja kohtalaisen mielenterveyden omaavien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero itsearvioitujen masennusoireiden ja psyykkisen oireilun esiintymisen suhteen siten, että kukoistavilla esiintyi näitä vähemmän ($p = 0.001$). Sen sijaan negatiivisten tunteiden esiintymisen osalta kukoistavat ja kohtalaisen mielenterveyden omaavat tutkittavat eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevällä tavalla ($p = 0.074$). Toisin sanoen kukoistavat ja kohtalaisen mielenterveyden omaavat kokivat yhtä paljon negatiivisia tunteita. Myös kohtalaisen mielenterveyden omaavat ja riutuvat tutkittavat erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevällä tavalla niin negatiivisten tunteiden ($p < 0.001$), psyykkisen oireilun ($p = 0.018$) kuin itsearvioitujen masennusoireiden ($p = 0.001$) osalta siten, että kohtalaisen mielenterveyden omaavilla esiintyi näitä vähemmän.

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella 50-vuotiaiden suomalaisten mielenterveyttä kokonaisvaltaisesti, ottamalla huomioon samanaikaisesti sekä mielenterveyden positiiviset että negatiiviset ulottuvuudet. Kuten aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu (Keyes ym. 2008; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014; Petrillo ym. 2014), myös tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että psyykkinen hyvinvointi ja pahoinvointi eivät olleet toistensa vastakohtia ja toisiaan poissulkevia ilmiöitä. Niistä tutkittavista, joilla oli jokin kliinisesti todettu mielenterveyden häiriö, suurin osa koki mielenterveyden häiriöistä huolimatta kohtalaista hyvinvointia. Pieni osa arvioi hyvinvointinsa jopa korkeaksi eli kukoisti. Vastaavasti osa niistä tutkittavista, joilla ei ollut kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä arvioi hyvinvointinsa matalaksi. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat Keyesin (2003, 2013) esittämää kahden jatkumon mallia ja näkemystä mielenterveydestä kokonaisvaltaisena tilana. Kaikki tutkimukselle asetetut hypoteesit saivat tulosten perusteella tukea.

Positiivisen mielenterveyden esiintyvyyden tarkastelu osoitti, että suurin osa (67 %) 50-vuotiaista suomalaisista arvioi hyvinvointinsa tason kohtalaiseksi. Tältä osin tulokset olivat yhteneväisiä kansainvälisistä tutkimuksista saatujen tulosten kanssa (Keyes 2002; Keyes ym. 2008; Yin ym. 2013; Lim ym. 2013; Petrillo ym. 2014). Sen sijaan muiden positiivisen mielenterveyden luokkien esiintyvyyksien suhteen tutkimustulokset erosivat aikaisemmissa tutkimuksissa saaduista tuloksista (Keyes 2002; Keyes ym. 2008; Yin ym. 2013; Petrillo ym. 2014). Tässä tutkimuksessa matala hyvinvointi eli riutuminen (20 %) oli yllättäen yleisempää kuin kukoistaminen (13 %). Ainoastaan Etelä-Koreassa (Lim ym. 2013) toteutuneessa tutkimuksessa on saatu samanlainen tutkimustulos. Syitä erilaiseen tutkimustulokseen voi olla useita. Esimerkiksi tutkimusten erilaiset otoskoot, on syytä ottaa huomioon tuloksia verrattaessa. Lisäksi eri kulttuurien välillä on todettu eroja siinä, miten yksilöt arvioivat hyvinvointiaan ja minkälaisiin asioihin he kiinnittävät tällöin huomiota (Diener & Lucas 2000; Diener ym. 2003). Tähän voivat vaikuttaa esimerkiksi yhteiskunnissa vallitsevat erilaiset arvot (Lim ym. 2013) ja se, miten tärkeänä onnellisuutta tai positiivisten tunteiden kokemista pidetään (Diener & Lucas 2000). Myös korkeamman iän on todettu joissain tutkimuksissa olevan yhteydessä parempaan subjektiiviseen hyvinvointiin (Carstensen ym. 2000; Lacey ym. 2006). Jatkossa olisi myös hyvä selvittää selittävätkö erilaiset arviointimenetelmät riutumisen ja kukoistamisen esiintyvyyksien vaihtelua tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimusten välillä. Tässä tutkimuksessa mielenterveyden luokat muodostettiin neljän eri hyvinvointimittarin tulosten perusteella, kun taas muissa

tutkimuksissa mielenterveyden luokat on muodostettu käyttämällä Keyesin (2002) kehittämää Mental Health Continuum -itsearviointimenetelmää (Keyes ym. 2008; Khumalo ym. 2012; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014; Petrillo ym. 2014). Vaikka kyseinen menetelmä on kehitetty tässäkin tutkimuksessa käytetyistä hyvinvointimittareista, olisi hyvä selvittää, onko eri menetelmien käyttämisellä ollut vaikutusta mielenterveyden luokkia muodostettaessa.

Aikaisempiin kansainvälisiin tutkimuksiin verrattuna täydellisen mielenterveyden tilan esiintyvyyttä oli tässä tutkimuksessa vähäisempää kuin muissa maissa on havaittu (Keyes 2002; Yin ym. 2013; Gilmour 2014). Vaikka kaikista tutkittavista 65 %:lla ei esiintynyt mielenterveyden häiriöitä, heistä vain noin joka kymmenes kukoisti eli kuului täydellisen mielenterveyden luokkaan. Lähes yhtä moni heistä arvioi hyvinvointinsa matalaksi, eli riutui. Ainoastaan Etelä-Koreassa toteutuneessa tutkimuksessa täydellisen mielenterveyden esiintyvyyden on todettu olevan vähäisempää kuin tässä tutkimuksessa havaittiin (Lim ym. 2013). Yllättävä ja aikaisemmista kansainvälisistä tutkimuksista eroava tulos oli se, että tässä tutkimuksessa matala hyvinvointi oli yleisempää niillä tutkittavilla, joilla ei ollut kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä, verrattuna niihin joilla oli. Tässä taustalla voi olla useita eri syitä. On esimerkiksi mahdollista, että näiden tutkittavien joukossa oli henkilöitä, jotka eivät olleet hakeneet mielenterveyteensä liittyviin ongelmiin apua, ja tämän vuoksi mahdolliset mielensairaudet olivat jääneet heiltä diagnosoimatta. Toisaalta on myös mahdollista, että heidän oireensa ovat olleet sellaisia, etteivät ne ole täyttäneet kliinisten häiriöiden kriteerejä. Tämä herättää huolen siitä, jäävätkö ne riutuvat ihmiset, jotka eivät täytä kliinisten häiriöiden kriteerejä mahdollisesti tarvitsemansa psyykkisen avun ulkopuolelle. Näiden henkilöiden tunnistaminen ja heidän avuntarpeensa arvioiminen olisi tärkeää mahdollisten tulevien terveysongelmien ehkäisemiseksi.

Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu (Keyes 2002, 2005a; Keyes & Simoes 2012; Grant ym. 2013; Lim ym. 2013; Yin ym. 2013; Gilmour 2014; Petrillo ym. 2014; Singh ym. 2015), myös tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että korkean hyvinvoinnin luokkaan kuuluvilla tutkittavilla esiintyi tilastollisesti merkitsevästi vähemmän sekä kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä että itsearvioituja masennusoireita, psyykkistä oireilua ja negatiivisia tunteita verrattuna muihin mielenterveyden luokkiin kuuluviin tutkittaviin. Eniten näitä esiintyi matalan hyvinvoinnin luokkaan kuuluvilla riutuvilla tutkittavilla. Koska tämä tutkimus toteutettiin poikkileikkausasetelmassa, eivät nämä tulokset kerro siitä, onko eri mielenterveyden luokkiin kuuluminen suojannut tai ollut riskinä mielenterveyden häiriöille. Jatkossa aihetta oli-

sikin hyvä tutkia myös pitkittäisasetelmassa. Tämä mahdollistaisi sen seuraamisen, onko riutuvilla ihmisillä suurempi riski sairastua tulevaisuudessa mielenterveyden häiriöihin ja onko korkea hyvinvointi tulevilta mielenterveyden häiriöiltä suojaava tekijä, kuten Keyesin ym. (2010) tutkimuksessa on havaittu.

Tämän tutkimuksen vahvuuksiin kuuluvat alkuperäinen tutkimusaineisto ja hyvin suomalaista ikäluokkaansa edustava 50-vuotiaiden otos (Metsäpelto ym. 2010), jonka johdosta tämän tutkimuksen tulokset voidaan yleistää koskemaan keski-ikäistä suomalaista väestöä. Lisäarvoa tutkimukselle tuo tutkimuskohteena olleet keski-ikäiset ihmiset, jotka ovat vielä suhteellisen vähän tutkittu väestöryhmä (Pulkkinen & Kokko 2010). Tutkimuksen vahvuuksiin kuuluu myös mielenterveyden positiivisia ja negatiivisia ulottuvuuksia kuvaavien muuttujien tarkastelu luotettavilla, kansainvälisesti tunnetuilla ja käytössä olevilla mittareilla (Pulkkinen & Kokko 2010).

Tässä tutkimuksessa mielenterveyttä tarkasteltiin kattavasti useiden eri muuttujien ja mittareiden avulla sekä yhdistämällä eri näkökulmia, jolloin saatiin aikaisempaa kokonaisvaltaisempi kuva 50-vuotiaiden suomalaisten mielenterveydestä. Hyvinvoinnin kolmen eri ulottuvuuden lisäksi myös negatiivista mielenterveyttä arvioitiin sekä objektiivisesta että subjektiivisesta näkökulmasta. Tämä eroaa aikaisemmista kotimaassa toteutuneista tutkimuksista siten, että aikaisemmissa tutkimuksissa mielenterveyttä on tarkasteltu joko mielenterveyden positiivisten ulottuvuuksien näkökulmasta tai ongelma- ja häiriönäkökulmasta. Lisäksi tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset muodostettiin siten, että niissä yhdistyivät kaksi aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyä lähestymistapaa mielenterveyden kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. Nämä lähestymistavat täydensivät toisiaan ja niiden kautta saatiin muodostettua entistä laajempi kuva 50-vuotiaiden kokonaisvaltaisesta mielenterveydestä. Tämä tutkimus täydentää aikaisemmista kotimaisista tutkimuksista, kuten Terveys 2011 -tutkimuksesta (Koskinen ym. 2012) ja Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksesta (Pulkkinen & Kokko 2010) saatuja tietoja suomalaisten mielenterveydestä.

Tutkimuksen uutuusarvona on Keyesin (2003) kehittämän kahden jatkumon mallin ja siihen liittyvien mielenterveyden tasoa kuvaavien luokkien soveltaminen Suomessa toteutettuun tutkimukseen. Positiivista mielenterveyden tilaa sekä kokonaisvaltaista mielenterveyden tilaa kuvaavien mielenterveyden luokkien esiintyvyyksiä ei ole tiettävästi aikaisemmin tutkittu vastaa-

valla tavalla suomalaisella otoksella. Tämä tutkimus osoitti, että työn taustalla ollut kahden jatkumon malli ja mielenterveyttä kuvaavat luokat antoivat uutta näkökulmaa aiheeseen ja soveltuivat hyvin suomalaisten mielenterveyden kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. Jatkossa näiden soveltaminen käytäntöön mahdollistaisi nopealla tavalla riutuneiden ryhmään kuuluvien ihmisten tunnistamisen, jonka jälkeen heidät saataisiin ohjattua jatkotutkimuksiin ja mahdollisen psyykkisen tai muunlaisen tarvitsemansa avun piiriin. Ne antaisivat myös mahdollisuuden tarkastella mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten hyvinvointia ja siinä tapahtuvia muutoksia tavoilla, joita ei tavanomaisilla kliinisillä arviointimenetelmillä pystytä toteuttamaan. Kliinisillä arviointimenetelmillä nähdään muutokset sairauden oireissa, ei hyvinvoinnin tasossa. Näin ollen positiivista mielenterveyttä kuvaavat luokat voisivat toimia paremmin mielensairauksia sairastavien henkilöiden toipumisen mittarina. Arvioitaessa ihmisen mielenterveyttä mielenterveyden luokkien avulla on kuitenkin syytä ottaa huomioon se, ettei tiettyyn mielenterveyden luokkaan kuulumisen perusteella tule tehdä liian suuria yleistyksiä henkilön hyvinvoinnin suhteen. Kukin positiivista mielenterveyttä kuvaava luokka muodostuu hyvinvoinnin kolmen eri ulottuvuuden useista eri osa-alueista. Esimerkiksi riutuminen ei tarkoita välttämättä sitä, että henkilö kokee matalaa hyvinvointia kaikilla hyvinvoinnin osa-alueilla.

Tutkimustuloksista käytännön kannalta merkityksellisimpiä ovat tulokset kukoistamisen ja erityisesti täydellisen mielenterveyden vähäisestä esiintyvyydestä 50-vuotiailla suomalaisilla. Lisäksi tulokset siitä, että korkea hyvinvointi oli yhteydessä vähäisempään mielenterveyden häiriöiden ja subjektiivisesti koettujen oireiden esiintymiseen, verrattuna erityisesti riutuviin tutkittaviin. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa korkean hyvinvoinnin on todettu olevan yhteydessä parempaan terveyteen ja toimintakykyyn ja vastaavasti matala hyvinvointi on ollut yhteydessä huonompaan terveyteen ja heikompaan toimintakykyyn (Keyes 2002; Keyes 2004; Keyes & Simoes 2012; Lim ym. 2013; Gilmour 2014). Nämä tulokset tukevat ajatusta positiivisen mielenterveyden edistämisen tärkeydestä. Mielenterveystyössä olisi hyvä suunnata huomio enenevässä määrin positiivisen mielenterveyden, erityisesti kukoistamisen edistämiseen. Tämän avulla voidaan mahdollisesti ennaltaehkäistä tulevien mielenterveyden häiriöiden syntymistä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Toisena ennaltaehkäisyn keinona tulisi kehittää menetelmiä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon käyttöön, joiden avulla pystytään tunnistamaan mielenterveyden häiriöiden suhteen riskiryhmään kuuluvat riutuvat henkilöt. Tämän tutkimuksen perusteella yksi tällainen menetelmä voisi olla Keyesin (2002, 2013) kehittämä Mental Health Continuum -itsearviointimenetelmä, jonka testaaminen suomalaisella otoksella on yksi perusteltu jatkotutkimuksen aihe.

Jatkossa tutkimuksessa havaittuja tuloksia olisi hyvä tutkia myös suuremmalla tutkimusotoksella ja eri ikäisillä ihmisillä. Isommalla tutkimusotoksella olisi mahdollista tutkia eroavatko ne tutkittavat, joilla on kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä myös subjektiivisesti arvioitujen oireiden suhteen niistä tutkittavista, joilla ei ole kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä. Tässä tutkimuksessa tämä ei ollut mahdollista johtuen luokkakokojen pienuudesta. Tutkimuksen kohdistaminen eri ikäisiin ihmisiin tekisi mahdolliseksi selvittää myös sitä, kuinka paljon otosten erilaiset ikärakenteet selittävät tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimusten välisiä eroja riutumisen ja kukoistamisen esiintymisen suhteen. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista tutkia minkälaiset tekijät selittävät tämän tutkimuksen ja Etelä-Koreassa (Lim ym. 2013) toteutetun tutkimuksen samankaltaiset tutkimustulokset riutumisen ja kukoistamisen esiintymisen suhteen.

Tämä tutkimus toteutettiin noudattamalla hyvää tutkimuskäytäntöä. Ennen tutkimuksessa käytetyn aineiston keruuta Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta oli myöntänyt puoltavan lausunnon Lapsesta aikuiseksi -tutkimukselle. Tutkittavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja he allekirjoittivat suostumuslomakkeet tutkimuksen eri vaiheisiin (Metsäpelto ym. 2010). Tässä tutkimuksessa käytetty tieto saatiin valmiiksi kerätystä aineistosta, jossa tutkittavien anonymiteetti oli suojattu asianmukaisesti. Näin ollen tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut tätä tutkimusta toteutettaessa. Tämän tutkimuksen toteutus ja aineiston analyysi kuvattiin tarkasti, mahdollistaen niiden toistettavuus.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että mielenterveysdiagnoosi tai sen puuttuminen eivät kerro kaikkea ihmisen mielenterveydestä. Mielenterveyden häiriöistä kärsivä ihminen voi kokea positiivista mielenterveyttä ja vastaavasti ihminen, jolla ei ole kliinisesti todettuja mielenterveyden häiriöitä, voi arvioida hyvinvointinsa matalaksi. Tutkimus tukee Keyesin (2003; 2005a) esittämää näkemystä siitä, että tutkittaessa mielenterveyttä sitä tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti, ottamalla huomioon sekä mielenterveyden positiiviset että negatiiviset ulottuvuudet.

LÄHTEET

- Abdel-Khalek, A. M. 2006. Measuring happiness with single item scale. *Social Behavior and Personality* 34, 139-150.
- Agresti, A. 2013. *Categorical Data Analysis*. 3. painos. New York: Wiley.
- Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Mayr, U & Nesselroade, J. R. 2000, Emotional experience in everyday life across the adult life span, *Journal of Personality and Social Psychology* 79, 644–655.
- Depressio. 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito –johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.10.2015. www.kaypahoito.fi.
- Depue, R. 1987. General behavior inventory. Department of psychology, Cornell University.
- Diener, E. 1984. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin* 95 (3), 542-575.
- Diener, E. 2000. Subjective Well-Being. *The Science of Happiness and a Proposal for a National Index*. *American Psychologist* 55 (1), 34-43.
- Diener, E. 2002. Subjective Well-Being. *The Science of Happiness and a Proposal for a National Index*. *American Psychologist* 55 (1), 34-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. 1985. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49, 71–75.
- Diener, E. & Lucas, R. E. 2000. Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfilment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies* 1, 41-78.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. 2003. Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology* 54, 403–425.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. 1999. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 125, 276–302.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. & Seligman, M. E. P. Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 629-651.
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J. & Preacher, K. J. 2009. The Hierarchical Structure of Well-Being. *Journal of Personality* 77 (4), 1025-1049.
- Gilmour, H. 2014. Positive mental health and mental illness. *Health Reports* 25 (9), 3-9.
- Goldberg, D. P. 1972. *The detection of psychiatric illness by questionnaire (Maudsley Monograph No. 21)*. Oxford, England: Oxford University Press.

- Goldberg, D. P. 1992. General health questionnaire (GHQ-12). Windsor: NFER-Nelson.
- Grant, F., Guille, C. & Sen, S. 2013. Well-Being and the Risk of Depression under Stress. *PLoS ONE* 8 (7): e67395. DOI: 10.1371/journal.pone.0067395.
- Hietalahti, M., Rantanen, J. & Kokko, K. 2016. Do life goals mediate the link between personality traits and mental well-being? *The Journal of Happiness & Well-Being* 4 (1), 72-89.
- Huttunen, M. 2015a. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 4.10.2015. www.terveyskirjasto.fi.
- Huttunen, M. 2015b. Ahdistuneisuus. Viitattu 18.11.2015. www.terveyskirjasto.fi.
- Isometsä, E. 2014a. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11. painos. Keuruu: Duodecim, 287-323.
- Isometsä, E. 2014b. Masennushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11. painos. Keuruu: Duodecim, 246-286.
- Joshanloo, M., Wissing, M. P., Khumalo, I. P. Lamers, S. M. A. 2013. Measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three cultural groups. *Personality and Individual Differences* 55, 755–759.
- Kessler, R. C. & Ustun, T. B. 2004. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International -Interview (CIDI). *The International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13 (2), 93-121.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji, S. & Üstün, T. B. 2007. Lifetime prevalence an age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6 (3), 168–176.
- Keyes, C. L. M. 1998. Social well-being. *Social Psychology Quarterly* 61, 121–140.
- Keyes, C. L. M. 2002. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior* 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M. 2003. Complete Mental Health: Agenda for the 21st Century. Teoksessa C. L. M. Keyes & J. Haidt (toim.) *Flourishing. Positive Psychology and The Life*

- Well-lived. USA: American Psychological Association, 293-312.
- Keyes, C. L. M. 2004. The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging & Mental Health* 8 (3), 266-274.
- Keyes, C. L. M. 2005a. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, 539–548.
- Keyes, C. L. M. 2005b. Chronic Physical Conditions and Aging: Is Mental Health a Potential Protective Factor? *Ageing International* 30 (1), 88-104.
- Keyes, C. L. M. 2006. Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research* 77, 1–10.
- Keyes, C. L. M. 2007. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist* 62 (2), 95–108.
- Keyes, C. L. M. 2013. Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. Teoksessa C. L. M. Keyes (toim.) *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*. Dordrecht: Springer, 3-28. Lupa kuvion 1 (sivulla 10) jäljentämiseen saatu Keyesiltä sähköpostilla 29.11.2016. Lisätietoa tekijältä.
- Keyes, C. L. M & Grzywacz, J. G. 2005. Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47, 523-32.
- Keyes, C. L. M., S. S. Dhingra & E. J. Simoes. Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal of Public Health* 100, 2366–2371.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. 2002. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology* 82, 1007–1022.
- Keyes, C. L. M. & Simoes, E. J. 2012. To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American Journal of Public Health* 102 (11), 2164-2172.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M. P., Potgieter, J. P., Temane, Q. M., Kruger, A., & Van Rooy, S. 2008. Evaluation of the mental health continuum – Short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15, 181–192.

- Khumalo, I., Temane, Q. & Wissing, M. 2012. Socio-demographic variables, general psychological well-being and the mental health continuum in an African context. *Social Indicators Research* 105 (3), 419–442.
- Kokko, K. 2010. Psykykinen hyvinvointi. Teoksessa L. Pulkkinen. & K. Kokko. (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352, 91-96.
- Kokko, K., Korkalainen, A., Lyyra, A-L. & Feldt, T. 2013a. Structure and Continuity of Well-Being in Mid-Adulthood: A Longitudinal Study. *Journal of Happiness Studies* 14, 99-114.
- Kokko, K., Tolvanen, A. & Pulkkinen, L. 2013b. Associations between personality traits and psychological well-being across time in middle adulthood. *Journal of Research in Personality* 47, 748-756.
- Kokko, K., Rantanen, J. & Pulkkinen, L. 2015. Associations between Mental Well-being and Personality from a Life Span Perspective. Teoksessa M. Blatný (toim.) Personality and Well-Being Across the Life-Span. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 134-159.
- Korkalainen, A. & Kokko, K. 2008. Psykologinen näkökulma aikuisiän hyvinvointiin ja siihen kytkeytyviin tekijöihin. *Psykologia*, 4, 261-276.
- Korkeila, J. A. 2000. Measuring Aspects of Mental Health. *STAKES* 2000:6.
- Koskinen, S. Peña, S. L, A., Mäkinen, T. & Aromaa, A. 2012. Johdanto. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja Suomessa 2011. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 68/2012, 13-15.
- Lacey, H. P., Smith, D. M. & Ubel, P. A. 2006. Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult life span. *Journal of Happiness Studies* 7, 167–182.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. 2011. Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology* 67 (1), 99–110.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2004:17.
- Lim, Y-J., Ko, Y-G, Shin, H-C. & Cho, Y. 2013. Prevalence and Correlates of Complete Mental Health in the South Korean Adult Population. Teoksessa C. L. M. Keyes, (toim.) Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health. Dordrecht: Springer, 91-110.
- Lönnqvist, J. 2014. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa

- J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11. painos. Keuruu: Duodecim, 57-89.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2014. *Psykiatria ja mielenterveys*. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11. painos. Keuruu: Duodecim, 18-40.
- Metsäpelto, R-L., Polet, J., Kokko, K., Rantanen, J., Kinnunen, M-L., Pitkänen, T., Lyyra, A-L. & Pulkkinen, L. 2010. Tutkimuksen toteutus. Teoksessa L. Pulkkinen & K. Kokko (toim.) *Keski-ikä elämänvaiheena*. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352, 5-19. Verkkojulkaisu:
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/24873>
- Partonen, T. 2014. Unettomuuden diagnostiikka. *Suomen Lääkärilehti* 6 (69), 395-399.
- Partonen, T. & Lauerma, H. 2014. Unihäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11. painos. Keuruu: Duodecim, 416-436.
- Payton, A. R. 2009. Mental Health, Mental Illness and Psychological Distress: Same Continuum or Distinct Phenomena? *Journal of Health and Social Behavior* 50 (2), 213-227.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. 2014. The mental health continuum -short form (MHC-SF) as a measure of wellbeing in the Italian context. *Social Indicators Research* 121, 291–312.
- Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. K. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population—results from the Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 40, 1-10.
- Pulkkinen, L. 2006. *The Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development*. Teoksessa L. Pulkkinen, J. Kaprio, & R. J. Rose (toim.) *Socioemotional development and health from adolescence to adulthood*. New York: Cambridge University Press, 29–55.
- Pulkkinen, L. 2009. Personality – a resource or risk for successful development. *Scandinavian Journal of Psychology* 50, 602–610.
- Pulkkinen, L. & Kokko, K. (toim.) 2010. *Keski-ikä elämänvaiheena*. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352. Verkkojulkaisu:
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/24873>.

- Robitschek, C. & Keyes, C. L. M. 2009. Keyes's Model of Mental Health with Personal Growth Initiative as a Parsimonious Predictor. *Journal of Counseling Psychology* 56 (2), 321-329.
- Ryff, C. D. 1989. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology* 57, 1069–1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. 1995. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 719–727.
- Ryff, C. D., Love, G. D., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., Davidson, R. J. & Singer, B. 2006. Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics* 75, 85–95.
- Seligman, M. E. P. 2008. Positive Health. *Applied Psychology* 57, 3-18.
- Singh, K., Bassi, M., Junnarkar, M. & Negri, L. 2015. Mental health and psychosocial functioning in adolescence: An investigation among Indian students from Delhi. *Journal of Adolescence* 39, 59-69.
- Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. *Stakes tutkimuksia*, 137. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino. Viitattu 11.10.2015. www.julkari.fi.
- Sohlman, B, Immonen, T. & Kiikkala, I. 2005. Ongelmallinen mielenterveys. *Yhteiskuntapolitiikka* 70, 210-213.
- Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist, J. 2014. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11. painos. Keuruu: Duodecim, 718-730.
- Thompson, E. R. 2007. Development and validation of an internationally reliable short-form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology* 38, 227–242.
- Unettomuus. 2015. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito –johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.11.2016. www.kaypahoito.fi.
- Vaillant, G. E. 2003. Mental Health. *American Journal of Psychiatry* 160 (8), 1373-1384.
- Vaillant, G. E. 2012. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 11, 93-99.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. 1988. Development and validation of brief measures

of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.

Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. 2010. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of adult development* 17, 110-119.

World Health Organization. 2014. Mental health: strengthening our response. Viitattu 10.9.2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

Yin, K. L., He, J. M. & Fu, Y. F. 2013. Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. Teoksessa C. L. M. Keyes (toim.) *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*. Dordrecht: Springer, 111-132.