

**ITSEEN LIITTYVIEN VOIMAVAROJEN JA IKÄÄNTYMISEN  
ROOLI TYÖTTÖMYYDEN JA SUBJEKTIIVISEN TERVEYDEN  
VÄLISESSÄ YHTEYDESSÄ**

Päivi Mesiäinen  
Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos  
Syksy 2004

# TIIVISTELMÄ

## **Itseen liittyvien voimavarojen ja ikääntymisen rooli työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välisessä yhteydessä**

Tekijä: Päivi Mesiäinen

Ohjaaja: Katja Kokko

Psykologian pro gradu –tutkielma

Elokuu 2004

Jyväskylän yliopisto

42 sivua

Tutkimuksessa tarkasteltiin työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välistä yhteyttä. Lisäksi tutkittiin itseen liittyvien voimavarojen mahdollista välittävää tai muuntavaa roolia työttömyyden ja subjektiivisen terveyden väliseen yhteyteen. Tutkimuksessa selvitettiin myös sitä, vaikuttaako ikääntyminen tai työllisyystilanne muutoksiin subjektiivisessa terveydessä. Kaikkien tutkimusongelmien yhteydessä tarkasteltiin sukupuolen vaikutusta. Tutkimusaineisto pohjautui Lapsesta aikuiseksi –aineistoon, jossa samoista henkilöistä on kerätty tietoa erilaisilla kyselyillä ja haastatteluilla 8-vuotiaasta asti. Tämä tutkimus perustui 36- ja 42-vuotiaana kerättyyn aineistoon, jolloin tutkittavia oli 151 - 162 miestä ja 134 - 153 naista. Osanottajat jaettiin työllisyystilanteensa mukaan vakaan työuran, vaihtelevan työuran ja epävakaan työuran omaaviin. Epävakaalla työuralla kuvattiin työttömyyspainotteista työllisyystilannetta. Tulokset osoittivat, että epävakaalla työuralla oli yhteydessä heikkoon subjektiiviseen terveyteen. Itseen liittyvät voimavarat eivät toimineet mediaattorina eivätkä moderaattorina, koska ne eivät muuttaneet epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välistä yhteyttä merkitsevästi. Ikääntyminen sen sijaan vaikutti 36 – 42 ikävuoden välisenä aikana tapahtuvaan subjektiivisen terveyden heikkenemiseen työllisyystilanteesta riippumatta. Kaikki tulokset olivat samankaltaisia naisilla ja miehillä.

Avainsanat: työttömyys, subjektiivinen terveys, itseen liittyvät voimavarat, ikääntyminen

# SISÄLTÖ

<b>1. JOHDANTO</b> .....	1
1.1 Työttömyys ja terveys.....	2
1.2 Työttömyys ja subjektiivinen terveys.....	4
1.3 Työttömyys, ikääntyminen ja terveys.....	7
1.4 Työttömyys, itseen liittyvät voimavarat ja terveys.....	8
<b>2. TUTKIMUSONGELMAT</b> .....	13
<b>3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	15
3.1 Osanottajat ja aineisto.....	15
3.2 Menetelmät ja muuttujat.....	16
3.3 Aineiston analysointi.....	21
<b>4. TULOKSET</b> .....	22
4.1 Kuvaileva tieto.....	22
4.2 Työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välinen yhteys.....	23
4.3 Itseen liittyvien voimavarojen rooli työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välisessä yhteydessä.....	24
4.4 Ikääntymisen yhteys subjektiiviseen terveyteen.....	27
<b>5. POHDINTA</b> .....	31
<b>LÄHTEET</b> .....	37

# 1. JOHDANTO

Vaikka 1990-luvun alun laman jälkeen työttömyysastetta onkin saatu Suomessa jo hieman paranemaan, työttömyyttä ei silti ole pystytty kitkemään kokonaan. Vielä kesäkuussa 2004 työttömiä oli yhteensä 241 000, työttömyysasteen ollessa 8,9 % (Tilastokeskus, 2004a). Työttömyys on krooninen ongelma, johon ei luultavasti ole parantavaa keinoja löydettävissä. Työttömyys tuo mukanaan ongelmia, jotka voivat osaltaan vaikuttaa koko yhteiskuntaan. Työttömyyden terveysvaikutuksia on tutkittu jo 1930-luvulta saakka (Jahoda, 1982). Monissa tutkimuksissa on todettu, että työttömyys on yhteydessä heikompaan sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen (mm. Hammarström, 1994b; Linn, Sandifer & Stein, 1985; Wilson & Walker, 1993). Sitä miten työttömät itse kokevat terveytensä ei ole tutkittu niin paljon, joten tämän tutkimuksen tarkoituksena on osaltaan selvittää työttömien subjektiivista terveyttä. Työttömyys on käsitetty tässä tutkimuksessa epävakaaaksi työuraksi, johon kuuluvat työttömyyden ja työssäkäynnin vaihtelusta koostuvat työurat ja työttömyyspainotteiset työurat.

Voimavaroilla on todettu olevan joitakin yhteyksiä työttömien hyvinvointiin (mm. Axelsson & Ejlertsson, 2002; Kokko & Pulkkinen, 1998; Winefield, Tiggemann & Goldney, 1988). Voimavara-ajattelun pohjaksi tässä tutkimuksessa on otettu Judgen, Locken, Durhamin ja Klugerin (1998) kehittämä teoria itseen liittyvistä ydintulkinnoista. Tämä teorian pohjalta muodostetaan voimavaramuuttuja, jota kutsutaan tutkimuksessa itseen liittyviksi voimavaroiksi. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan millaista vaikutusta näillä itseen liittyvillä voimavaroilla on keski-ikää lähestyvien työttömien subjektiiviseen terveyteen. Suurin osa työttömyyden terveysvaikutuksiin liittyvistä tutkimuksista koskee nuoria työttömiä (mm. Axelsson & Ejlertsson, 2002; Graetz 1993; Hammarström, 1994a; Jackson, 1999; Winefield & Tiggemann, 1990a, 1990b), joten on tärkeää saada tietoa myös keski-ikää lähestyvistä työttömistä ja heidän kokemastaan terveydestä. Työttömyyden ja terveyden tutkiminen on tärkeää, sillä ottaen huomioon työttömien suuren määrän

Suomessa, subjektiivisellä terveydellä voi olettaa olevan yksilöllisten vaikutusten lisäksi kansantaloudellisia vaikutuksia.

## 1.1 Työttömyys ja terveys

Työministeriön määritelmän mukaan ”työtön on työnhakija, joka on ilman työtä ja kokopäivätyöhön käytettävissä tai joka odottaa sovitun työn alkamista. Työnvälitystilastossa työttömiin luetaan myös lomautetut” (Työministeriö,1999). Työttömyyttä voidaan määritellä myös sosiaalipsykologisesta näkökulmasta. Jahodan (1982) mukaan työtön on se, jolla ei ole työtä, mutta joka haluaisi sitä, ja hän on riippuvainen jostain taloudellisesta tuesta. Toisekseen työtön voi Jahodan mukaan olla sellainen, joka on sopeutunut työttömyyteen, tyytyväinen elämäänsä avustuksilla ja ei halua enää töihin. Tässä tutkimuksessa työttömyys määritellään laajemmin epävakaan työuran avulla. Epävakaan työuran omaavilla tarkoitetaan työkäisiä ilman työtä olevia ja lomautettuja, sekä pitkäaikaistyöttömiä että lyhyen aikaa työttömänä olleita. Pitkäaikaistyöttömällä tarkoitetaan yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä ollutta henkilöä. Lisäksi mukaan lasketaan välillä työssä ja välillä työttömänä olevat eli ns. pätkätyöläiset. Aiempien tutkimusten osalta tutkimuksessa viitataan työttömyyskäsitteeseen, sillä useimmissa tutkimuksissa työttömillä tarkoitetaan tarkasti ottaen vain ilman työtä olevia.

Määritellään työttömyyttä miten tahansa, sen terveystaikutuksista on saatu tutkimustuloksia jo monta vuosikymmentä sitten. Terveystaikutuksia on tutkittu 1930-luvulta saakka (Jahoda, 1982), ja yksi keskeisimmistä teorioista on Jahodan latentin deprivaaation teoria. Sen mukaan työn puilevät piirteet ovat oleellisia työttömyyden hyvinvointivaikutusten kannalta. Näitä piirteitä ovat työn tarjoama aikarakenne, kodin ulkopuoliset sosiaaliset kontaktit, päämäärä, yhteiskunnallinen arvoasema sekä säännöllinen toiminta, joiden menetys työttömyyden seurauksena vaikuttaa negatiivisesti yksilön mielenterveyteen. Monissa tutkimuksissa työttömyyden on todettu olevan yhteydessä sekä heikentyneeseen psyykkiseen (Broomhall & Winefield, 1990; Graetz,

1993; Hammarström, 1994b; Jackson, 1999; Kokko, Pulkkinen & Puustinen, 2000; Linn ym., 1985; Viinamäki, Koskela, Niskanen, Arnkill & Tikkanen, 1993; Wilson & Walker, 1993; Winefield & Tiggemann, 1985) että fyysiseen terveyteen (Hammarström, 1994a, 1994b; Leeflang, Klein-Hesselink & Spruit, 1992a, 1992b; Linn ym., 1985; Wilson & Walker, 1993). Samankaltaisia tuloksia on saatu myös vastakkaisilla asetelmilla; työssä olevilla on parempi terveydentila ja vähemmän terveysongelmia kuin työttömillä, ja toisaalta hyvä terveys myös parantaa mahdollisuuksia saada työtä (Graetz, 1993; Ross & Mirowsky, 1995).

Toisenlaisiakin tuloksia on saatu. Pulkkinen (1997) mukaan työttömyydellä ei ole vaikutuksia fyysiseen terveyteen, toimintakykyä heikentäviin sairauksiin tai vammoihin. Samantapaisia tuloksia saatiin myös työttömyysuhan alla olevilla poliiseilla. Voitaisiin olettaa, että jo pelkkä työttömyyden uhka voisi vaikuttaa terveyteen, mutta näin ei käynyt. Poliiseilla huoli työllisyydestä ei ollut yhteydessä yhteenkään fysiologiseen muuttujaan (kolesterolit, prolaktiini, testosteroni, kortisoli ja s-glukoosi), ja se oli vain vähäisessä määrin yhteydessä joihinkin somaattisiin oireisiin (Grossi, Theorell, Jurisoo & Setterlind, 1999).

Työllistyminen ei välttämättä paranna terveydentilaa, varsinkin, jos se on väliaikaista. Tällaisessa tilanteessa terveydentila pikemminkin huonontuu; diastolinen verenpaine nousee ja maksa-arvot kohoavat (Westerlund, Theorell & Bergström, 2000). Kuitenkin on todettu myös, että mieleiset muutokset (lähinnä työllistyminen) työllisyystilanteessa ja psykososiaalisessa ympäristössä ovat yhteydessä parempaan fysiologiseen toimintaan (Grossi ym., 1999).

Vaikka työttömyyden haitallisia terveysvaikutuksia on havaittu monessa eri yhteydessä, terveysongelmien esiintyminen kulminoituu kuitenkin eniten kahteen työttömyysryhmään: pitkäaikaistyöttömiin ja miehiin. Pitkään työttömänä olleilla on lyhyen aikaa työttöminä olleisiin verrattuna enemmän psyykkisen hyvinvoinnin ongelmia (Hammarström, 1994a; Kokko & Pulkkinen, 1998; Kokko ym., 2000; Leeflang ym., 1992a; Rowley & Feather, 1987; Warr & Jackson, 1984). Vaikka pitkäaikaistyöttömillä on todettu olevan useammin terveysvaikutuksia, tässä tutkimuksessa on epävakaiseen työuraan on sisällytetty pitkäaikaistyöttömien lisäksi lyhyemmänkin aikaa työttöminä olleet. Näin epävakaa työura kuvaa laajemmin myös niitä vaikutuksia, joita lyhytaikainenkin työttömyys saa aikaan.

Pitkäaikaistyöttömien lisäksi toinen terveysvaikutuksille altis ryhmä on työttömät miehet. Miesten on todettu olevan alttiimpia terveysvaikutuksille työolosuhteiden muutoksissa (McDonough & Amick, 2001) ja heillä onkin havaittu yleisesti olevan työttömyyden yhteydessä enemmän terveydellisiä ongelmia kuin naisilla (Hammarström, 1994a; Viinamäki ym., 1993). Työttömyydellä on todettu olevan vähemmän haitallisia seurauksia naisille kuin miehille (Wilson & Walker, 1993), vaikkakin joissakin tutkimuksissa negatiivisempia terveysvaikutuksia on löydetty naisten keskuudesta (Hammarström, Janlert & Theorell, 1988). Näyttää kuitenkin siltä, että työttömyyden negatiiviset terveysvaikutukset kärjistyvät pitkäaikaistyöttömillä miehillä.

## **1.2 Työttömyys ja subjektiivinen terveys**

Vaikka työttömyyden ja terveyden välisistä yhteyksistä on tehty monia tutkimuksia ja on saatu monenlaisia tuloksia, on syytä tarkastella myös työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välisiä yhteyksiä, sillä tällaisia tutkimuksia ei ole juurikaan tehty. Tässä tutkimuksessa subjektiivista ja yksilön kokema terveyttä pidetään samantarvoisina käsitteinä, ja niitä käytetään rinnakkain. Objektiivisesti mitattu terveys voi olla eri asia kuin yksilön kokema terveydentila. Vaikka sairauksien on todettu olevan yhteydessä koettuun terveydentilaan (Pulkkinen, 1997), voidaan olettaa, että se koostuu muustakin tiedosta. Esimerkiksi ihmisellä saattaa olla vaikkapa diabetes, jolloin hän on lääketieteellisesti katsottuna sairas, mutta itse hän saattaa kokea olevansa terve, jos hänen pitkäaikaiset stressiperäiset vatsakipunsa lakkaavat.

Kinnunen, Kokkonen, Kaprio ja Pulkkinen (2003) ovat tutkineet subjektiivista terveyttä ja todenneet, että sitä voidaan arvioida sekä terveyden itsearviointien että psykosomaattisten oireiden avulla. Itsearvioidusta terveydestä ja sen mittaustarkkuudesta onkin saatu hyviä tuloksia ja sen katsotaan olevan hyvä mittari terveydelle. Itsearviointit tarjoavat arvokasta tietoa terveydestä, ja niitä voidaan pitää parhaimpana tapana tunnistaa terveysongelmia, varsinkin nuorilla (Hammarström, 1994b; Idler & Benyamini, 1997;

Millar & Hull, 1997). Myös Westerlundin ym. (2000) mukaan paras tapa mitata terveyttä on itsearviointi. Sen lisäksi, että itsearvioitu yleinen terveydentila liittyy selvästi objektiivisesti arvioituun terveydentilaan, se voi olla samalla kuolleisuuden hyvä ennustaja (Mossey & Shapiro, 1982). On kuitenkin hyvä ottaa huomioon, että sekä yksilön kokemus, subjektiivinen että terveydenhuollon ammattilaisen mittaama terveydentila eivät välttämättä aina anna aivan todenmukaista kuvaa terveydestä, sillä niihin saattaa vaikuttaa muisti, sosiaalinen suotavuus tai haloefekti (Westerlund ym., 2000). Myös Blaxterin (1987) mukaan terveyden itsearvioinnissa voi olla ongelmia. Yksilöiden tietoisuus omasta terveydentilastaan, valmius raportoida sairauksistaan ja kysymyksien tulkintakin saattavat vaihdella.

Itsearvioidun terveyden on todettu myös työttömillä korreloivan sekä fyysisen että psyykkisen terveyden kanssa, mikä viittaa siihen, että yksilön käsitys omasta terveydestään on yhteydessä yleiseen terveydentilaan (Linn ym., 1985). Työttömyyden ja itsearvioidun heikon terveydentilan välillä saattaa olla yhteys, sillä Studnickan ym. (1991) tutkimuksen mukaan työttömät arvioivat kahdeksan kertaa todennäköisemmin terveytensä huonommaksi kuin työssä olevat. Axelsson ja Ejlertsson (2002) eivät puolestaan löytäneet yhteyttä itsearvioidun heikon terveydentilan ja työttömyyden välillä; itsearvioidussa terveydessä ei ollut merkittävää eroa työttömien ja työssä olevien välillä. Koettua terveydentilaa voidaan työttömyyden aikana pitää kuitenkin melko pysyvänä, sillä terveydentilaa koskevissa arvioinneissa työttömillä ei tapahtunut muutosta yhdeksän vuoden aikana (Pulkinen, 1997).

Pelkkä työttömyyden uhka voi jo vaikuttaa koettuun ja itsearvioituun terveyteen. Esimerkiksi Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan lama-aikana koettu terveys heikkeni jopa kolmanneksella tutkituista (Vahtera & Pentti, 1995). Samankaltaisen tuloksen saivat myös Kivimäki ym. (2001), kun he tutkivat työntekijöiden itsearvioitua terveyttä henkilöstön vähentämisen yhteydessä. Niiden työntekijöiden, jotka olivat kokeneet yrityksessään laajan henkilöstön vähentämisen, itsearvioitu terveys laski huomattavasti ja vaikutus näkyi vielä neljän vuoden kuluttua tapahtumasta. Tämä on oleellista siksi, että tämän tutkimuksen epävakaa työuran luokitukseen kuuluu työttömien lisäksi niitä, joilla on työttömyyden uhka koko ajan läsnä.



Kinnusen ym. (2003) tutkimuksessa subjektiiviseen terveyteen kuuluivat itsearvioidun terveyden lisäksi myös psykosomaattiset oireet. Koettuun terveydentilaan saattaakin vaikuttaa se, kuinka paljon yksilöllä on erilaisia oireita (Pulkkinen, 1997). Psykosomaattisella oireilulla tarkoitetaan sellaisia fyysisiä oireita, jotka viittaavat ruumiilliseen sairauteen, mutta joka ei kuitenkaan selitä näitä oireita (Joukamaa, 2000). Tyypillistä psykosomaattisesti oireilevalle yksilölle on myös runsas terveydenhuoltopalvelujen käyttö, mutta kuitenkaan mitään elimellistä vikaa ei usein löydetä. Syy saattaakin löytyä enemmän psyykkisistä tai psykososiaalisista taustatekijöistä.

Pulkkisen (1997) tutkimuksessa työttömyys oli yhteydessä moniin tuntemuksiin; naisilla oli oireita sitä enemmän, mitä kielteisemmiksi he kokivat työttömyyden vaikutukset. Miesten oireet puolestaan liittyivät työttömyyden pituuteen ja työttömyysjaksojen määrään. Hammarstömin (1994a) tutkimuksessa nuoret työttömät arvioivat omaa terveyttään ja tulokseksi tuli, että varsinkin pitkäaikaistyöttömät raportoivat useita fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Etenkin työttömällä naisilla esiintyi huomattavasti enemmän psykosomaattisia oireita kuin miehillä. Myös Kostamo (2002) on saanut tuloksia työttömyyden ja psykosomaattisten oireiden yhteydestä; työttömyys ja taloudellinen stressi olivat merkittävästi yhteydessä sekä naisten että miesten lisääntyneisiin psykosomaattisiin oireisiin. Voidaan olettaa myös, että ne yksilöt, joilla on paljon psykosomaattisia oireita, saattavat kokea terveytensä heikoksi, sillä he käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluja. Koettuun terveydentilaan siis korreloi lääkärissä käyntien useus (Pulkkinen, 1997), ja työttömällä tämä saattaa viitata heikompaan koettuun terveyteen, sillä työttömällä on todettu olevan enemmän lääkärikäyntejä kuin työssä olevilla (Hammarström, 1994b; Studnicka ym., 1991; Wilson & Walker, 1993), vaikka virallisten diagnoosien määrä oli molemmilla sama (Linn ym., 1985). Toisaalta Viinamäen ym. (1993) tutkimuksessa psykosomaattisia oireita esiintyi enemmän työssä olevilla kuin työttömällä naisilla.

Minkälaisia psykosomaattisia oireita työttömällä sitten esiintyy? Pulkkinen (1997) on selvittänyt 36-vuotiailla puolen vuoden aikana esiintyneitä oireita. Yleisimpiä olivat haluttomuuden ja tarmottomuuden tunne sekä päänsärky. Hammarstömin ym. (1988) tutkimuksessa työttömät nuoret miehet raportoivat ruoansulatushäiriöitä enemmän kuin työssä käyvät, mutta toisaalta muita oireita ei esiintynyt työttömällä enemmän kuin muilla.

Axelssonin ja Ejlertssonin (2002) tutkimuksen mukaan erilaisista psykosomaattisista oireista työttömällä miehillä esiintyi eniten ruokahaluttomuutta ja naisilla hengenahdistusta. Psykkisistä oireista rauhattomuutta ja huonovointisuutta esiintyi enemmän työttömällä, sekä miehillä että naisilla, kuin kontrolliryhmällä, joka koostui työssä olevista ja opiskelijoista.

Jo pelkkä työttömäksi joutumisen mahdollisuus saattaa vaikuttaa subjektiiviseen terveyteen ja oireiden esiintymiseen. Poliiseilla, joilla oli työttömyyden uhka päällä uudelleenorganisoinnin takia, huoli työllisyydestä oli yhteydessä yleisiin työuupumuksen oireisiin, kuten univaikeuksiin, avuttomuuteen, depressiivisyyteen ja kiinnostuksen puutteeseen (Grossi ym., 1999). Myös Vahtera ja Pentti (1995) totesivat pelkän työttömyyden uhan lisäävän tuki- ja liikuntaelinkipuoireita. Vastakkaisiakin tuloksia on saatu. Virtanen, Rantalaiho ja Koivisto (2003) eivät havainneet yhteyttä epävakaan työuran ja psykosomaattisten oireiden välillä.

### **1.3 Työttömyys, ikääntyminen ja terveys**

Levinsonin (1986) mukaan keski-ikä ajoittuu 40 – 65 ikävuoteen. Tämän ajanjakson alku osuu limittäin keski-ikäsi siirtymävaiheen kanssa, joka käsittää ikävuodet 40 - 45. Siirtymävaiheessa yksilö arvioi uudelleen vallalla olevia rakenteita ja pyrkii valmistautumaan valintoihin, jotka muodostavat seuraavan elämänvaiheen perustan. Keski-ikäsi lähestyessä saattaa terveydessä alkaa ilmaantua asteittaisia muutoksia ja kuolemankin riski nousee nuorempiin verrattuna (Bromley, 1975). Lisäksi tietoisuus omasta terveydestä kasvaa ja huomio saattaa kiinnittyä omiin psyykkisiin ja fyysisiin oireisiin. Nuoruutta voisikin pitää yhtenä myös työttömyyteen liittyvänä voimavarana, sillä keski-ikäisillä työttömällä miehillä on todettu olevan heikompi psyykinen terveys ja enemmän psyykkistä ahdistusta kuin nuoremmilla työttömällä miehillä (Rowley & Feather, 1987) työttömyyden pituudesta riippumatta (Broomhall & Winefield, 1990). Ikääntyminen ja keski-ikä voivat siis olla yhteydessä työttömällä todennäköisemmin psyykkiseen (Studnicka ym., 1991) ja

fyysiseen pahoinvointiin (Blaxter, 1987) kuin työssä olevilla. Warr ja Jackson (1984) havaitsivat, että psyykkisen kunnon heikkeneminen ja taloudellinen stressi olivat suurimmillaan keski-ikäisillä työttömällä miehillä. Myös Viinamäki ym. (1993) saivat samankaltaisen tuloksen. Tutkiessaan työttömiä tehtaan sulkemisen jälkeen he havaitsivat, että keski-ikäisillä työttömällä psyykinen hyvinvointi laski eniten. Sen sijaan nuorilla työttömäksi jäämisellä ei välttämättä ole kovin vakavia psykologisia seurauksia, ja he saattavat sopeutuvat paremmin pitkään työttömyyteen (Winefield & Tiggemann, 1990a, 1990b). Winefieldin ja Tiggemanin (1990b) tutkimuksen mukaan parikymppisten nuorten työttömien psyykinen ahdistus ja affektiivinen hyvinvointi olivat yhteydessä siihen, minkä ikäisiä he olivat työttömänä ollessaan. Parikymppisten hyvinvointi oli parempi kuin vähän vanhempien (tai nuorempien). Syyksi tähän Winefield ja Tiggeman arvelivat tutkittavien nuorta ikää: parikymppisillä ei ole niin suurta sosiaalista painetta saada työtä kuin vanhemmilla (ja toisaalta ihan teineillä).

Toisaalta nuoretkaan eivät välttämättä säästy työttömyyden terveysvaikutuksilta (Hammarström, 1994a). McDonoughin ja Amickin (2001) mukaan erityisesti nuoret miehet saattavat olla alttiita erilaisten työelämän muutosten (esim. työstä poisjääminen) aiheuttamille negatiivisille terveysvaikutuksille. Ikääntymisen vaikutus hyvinvointiin ei kuitenkaan ole välttämättä valikoivaa; Viinamäki ym. (1993) havaitsivat, että työttömällä psyykinen hyvinvointi huononi kaikissa ikäryhmissä yhtä paljon.

#### **1.4 Työttömyys, itseen liittyvät voimavarat ja terveys**

Voimavaroja voidaan määritellä mm. yksilön selviytymisen näkökulmasta. Antonovskyn (1980) mukaan kestävykyyn vaikuttavat voimavarat (engl. generalized resistance resources) auttavat yksilöä selviytymisessä. Nämä voimavarat ovat yksilössä itsessään, ryhmässä tai yhteiskunnassa olevia tekijöitä, jotka auttavat yksilöä joko selviämään haitallisista kuormitustekijöistä tai kokonaan välttämään niitä. Tällaisia Antonovskyn määrittelemiä voimavaroja ovat mm. aineelliset voimavarat (raha), tiedolliset voimavarat

(tietotaito, koulutus), minäkuva, sosiaalisiin suhteisiin perustuvat voimavarat (sosiaalinen tuki), selviytymisstrategiat, moraalinen sitoutuminen sekä kulttuuriset tekijät. Nämä voimavarat muovaavat elämäkokemuksia, jotka puolestaan vaikuttavat yksilön yleiseen suuntautumiseen siihen, kuinka paljon hänen hallittavissaan erilaiset kuormittavat tekijät ovat (Antonovsky, 1980). Voidaan siis olettaa, että voimavaroilla on tärkeä rooli pyrittäessä ymmärtämään työttömyyden, yhdenlaisen kuormitustekijän, ja terveyden kytkeytymistä toisinsa. Tässä tutkimuksessa keskitytään yksilön persoonallisuudessa oleviin voimavaroihin.

Voimavarat voivat vaikuttaa työttömyyden ja subjektiiviseen terveyden väliseen yhteyteen kahdella eri tavalla: mediaattorina tai moderaattorina. Näiden vaikutusten erottamiseen on kiinnitettävä huomiota (Baron & Kenny, 1986). Mediaattori on välittävä muuttuja, jonka vaikutuksesta riippumattoman ja riippuvan muuttujan välille syntyy yhteys. Moderaattori taas on riippumattoman ja riippuvan muuttujan suhteeseen vaikuttava muuntava muuttuja. Se vaikuttaa riippumattoman ja riippuvan muuttujan välisen yhteyden suuntaan tai voimakkuuteen. Voimavarat voivat siis olla työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välillä syy siihen, miksi tuo yhteys ilmenee (mediaattori) tai selittää milloin ja kuinka vahvana tuo yhteys ilmenee (moderaattori).

Judge ym. (1998) kehittivät käsitteen itseen liittyvät ydintulkinnat (engl. core self evaluations), jotka ovat esitietoisia tulkintoja, joita yksilö on sisäistänyt itsestään, muista ihmisistä ja maailmasta yleensä. Itseen liittyvät ydintulkinnat muodostuvat itsetunnosta, pystyvyyduskosta, kontrolliorientaatiosta ja vähäisestä neuroottisuudesta. Näiden tekijöiden on todettu korreloivan keskenään ja muodostavan kokonaisuuden, itseen liittyvät ydintulkinnat, jotka ovat merkityksellisiä hyvinvoinnin kannalta. Itseen liittyviä ydintulkintoja on tutkittu mm. työ- ja elämäntyytyväisyyden, työsuorituksen sekä motivaation suhteen (Erez & Judge, 2001; Judge ym., 1998; Judge & Bono, 2001; Judge, Bono & Locke, 2000). Positiiviset itseen liittyvät ydintulkinnat ovat yhteydessä työ- ja elämäntyytyväisyyteen, hyvään työsuoritukseen ja motivaatioon. Yksilöt, joilla on positiivisia itseen liittyviä ydintulkintoja, kokevat ja tulkitsevat itseään ja tilanteita positiivisella tavalla. Täten voisi olettaa, että itseen liittyvät ydintulkinnat vaikuttaisivat positiivisesti myös subjektiiviseen terveyteen tilanteessa, jolloin yksilö on työttömänä. Tässä tutkimuksessa muodostettiin Judgen ym. (1998) teorian pohjalta yleinen

voimavaramuuttuja, jota kutsutaan itseen liittyviksi voimavaroiksi ja joihin kuuluivat itsetunto, pystyvyysusko, kontrolliorientaatio sekä vähäinen neuroottisuus.

Itsetunto on yksi syväluotaavimmista itseen liittyvistä ydintulkintoista, sillä se määrittelee arvon, jonka yksilö itselleen antaa (Harter, 1990). Hyvää itsetuntoa voidaan pitää erottelvana tekijänä työttömyyden ja työssä olemisen välillä, sillä työssä olevilla on todettu olevan parempi itsetunto kuin työttömillä (Winefield & Tiggemann, 1990a), varsinkin, jos työssä oleva henkilö on tyytyväinen työhönsä (Winefield, Tiggemann & Goldney, 1988). Sama tulos on toisaalta saatu toisinkin päin; työttömillä on todettu olevan heikompi itsetunto kuin työssä olevilla, varsinkin naisilla (Axelsson & Ejlertsson, 2002; Tiggemann & Winefield, 1984; Waters & Moore, 2002). Työttömillä on jo kouluaikana todettu olevan heikompi itsetunto kuin työhön pääseville (Winefield & Tiggemann, 1985), joten itsetunnolla lienee pidempää jatkuvuutta.

Miten sitten työttömien heikompi itsetunto liittyy terveyteen? Millar ja Hull (1997) pitävät itsetuntoa terveyteen tiiviisti liittyvänä tekijänä. Hyvä itsetunto onkin yhteydessä parempaan psyykkiseen terveyteen työttömyyden aikana (Wanberg, 1997). Itsetunto on todettu myös toimivan mediaattorina työttömyyden pituuden ja psykologisen pahoinvoinnin välillä siten, että pitkään jatkunut työttömyys heikensi itsetuntoa, mikä puolestaan liittyi lisääntyneeseen masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen (Kokko & Pulkkinen, 1998). Lisäksi huono itsetunto on depressiivisten oireiden kautta yhteydessä työttömyyden pituuteen. Winefield ym. (1988) havaitsivat myös, että työttömillä, joilla oli huono itsetunto, oli enemmän masennusta ja psyykkisiä oireita. Psyykkisiä oireita esiintyi myös Axelssonin ja Ejlertssonin (2002) tutkimuksessa työttömillä naisilla, joilla oli huono itsetunto, etenkin jos sosiaalinen tuki puuttui. Yksilöt, joilla on hyvä itsetunto, ovat siis paremmin varustautuneita selviytyäkseen stressistä (Millar & Hull, 1997), jona myös työttömyyttä voidaan pitää.

Pystyvyysuskolla tarkoitetaan yksilön uskoa omiin kykyihinsä organisoida ja saada aikaan asioita (Bandura, 1997). Pystyvyysuskon voidaan siis nähdä heijastavan yksilön havaintoja kyvyistään selvistä elämäntilanteista, joten se kuuluu itseen liittyviin ydintulkintoihin. Tässä tutkimuksessa pystyvyysuskolla tarkoitetaan tiettyyn kykyyn kohdistuvan pystyvyysuskon sijaan yleistä pystyvyysuskoa, joka kattaa kaikki yksilön elämänaalueet.

Pystyvyysusko on yhteydessä hyvinvointiin. Heikko pystyvyysusko on yhteydessä heikkoon psyykkiseen hyvinvointiin, varsinkin masentuneisuuteen (Kavanagh, 1992). Epäselvää kuitenkin on, johtuuko masennus heikosta pystyvyysuskosta vai heikko pystyvyysusko masennuksesta. Vaikutus on ilmeisesti molemminpuolinen. Pystyvyysuskon ja fyysisen hyvinvoinnin yhteys puolestaan on välillinen. Pystyvyysuskon nousu auttaa yksilöä selviämään paremmin sairauksien seurauksista ja sen kautta tuntemaan sekä fyysisen että emotionaalisen hyvinvoinnin paremmaksi (Holman & Lorig, 1992).

Pystyvyysusko on yhteydessä myös työttömyyteen, sillä yksilö saa pystyvyyden tunteita eniten työssä ollessaan, ja työttömän vaarana on joutua kierteeseen, jossa työttömyys heikentää pystyvyysuskoa, joka puolestaan entisestään heikentää yksilön mahdollisuuksia saada työtä (Eden & Aviram, 1993). Pystyvyysuskon on todettu liittyvän työttömillä myös lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön (Mittag & Schwarzer, 1993). Työttömät miehet käyttivät paljon alkoholia erityisesti silloin, jos heidän pystyvyysuskonsa oli heikko. Täten pystyvyysusko saattaa liittyä myös työttömän hyvinvointiin ja terveyteen.

Kontrolliorientaatio tarkoittaa sitä, kuinka paljon yksilö uskoo itse pystyvänsä hallitsemaan elämäntilanteitaan (sisäinen kontrolliorientaatio) tai kuinka paljon yksilö uskoo ympäristön vaikuttavan tilanteiden kulkuun (ulkoinen kontrolliorientaatio) (Rotter, 1966, Judgen ym., 1998 mukaan). Vaikka pystyvyysusko ja kontrolliorientaatio ovat lähekkäisiä käsitteitä, niillä on kuitenkin eroa (Judge ym., 1998). Pystyvyysusko sisältää yksilön luottamuksen tekoihin ja käyttäytymiseen, kun taas kontrolliorientaatio keskittyy enemmän lopputuloksen hallintaan. Sisäinen kontrolliorientaatio on yleensäkin yhdistetty positiivisempiin ominaisuuksiin, esimerkiksi hyvään fyysiseen hyvinvointiin, kuin ulkoinen kontrolliorientaatio (Cvetanovski & Jex, 1994).

Sisäisen kontrolliorientaation puutteen on todettu olevan yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen. Waters ja Moore (2002) vertasivat pitkään työttömänä olleita työssä oleviin. He huomasivat, että työttömillä oli heikompi sisäinen kontrollitunne kuin työssä olevilla. Tätä vahvistaa myös tutkimustulos, jossa todettiin, että työttömillä oli ulkoisempi kontrolliorientaatio kuin työssä olevilla (Winefield & Tiggemann, 1990a), etenkin jos työttömyys pitkittyi (Winefield & Tiggemann, 1990b). Toisenlainenkin tulos on saatu. Tiggemann ja Winefield (1984) eivät löytäneet eroa työttömien ja työssä olevien kontrolliorientaatiossa.

Kontrolliorientaation on todettu olevan myös työttömällä yhteydessä hyvinvointiin. Klonowicz (2001) havaitsi, että kontrolliorientaatio oli työttömällä yhteydessä fyysiseen hyvinvointiin; ulkoinen kontrolliorientaatio oli yhteydessä suureen määrään somaattisia tuntemuksia. Myös Cvetanovski ja Jex (1994) tulivat siihen tulokseen, että sisäisellä kontrolliorientaatiolla on myönteinen vaikutus psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Heidän tutkimuksessaan työttömällä ulkoinen kontrolliorientaatio oli yhteydessä ahdistukseen ja masennukseen, sekä fyysisiin oireisiin, jotka eivät kuitenkaan vaatineet lääkärin hoitoa. Näin voidaankin todeta Watersin ja Mooren (2002) tapaan kontrollintunteen voivan olla osa ”psykologista terveyspakettia”.

Neuroottisuus on yksi viidestä suuresta persoonallisuusulottuvuudesta. Piirreteoriassa persoonallisuutta kuvataan viiden ulottuvuuden avulla, jotka ovat neuroottisuus, ekstraversio, avoimuus, sovinnollisuus ja tunnollisuus. Neuroottisuus muodostuu ahdistuneisuudesta, vihamielisyydestä, masentuneisuudesta, impulsiivisuudesta, herkkyydestä ja itsetietoisuudesta (Costa & McCrae, 1984, 1987, 1988) ja on yhteydessä heikompaan hyvinvointiin ja negatiiviseen affektiivisuuteen (McCrae & Costa, 1991). Kostamon (2002) tutkimuksen mukaan neuroottisuus on voimakkaasti yhteydessä psyykkisiin ja psykosomaattisiin oireisiin. Kostamon tutkimuksessa neuroottisuus oli merkittävin selittäjä psyykkisten ja psykosomaattisten oireiden suhteen, se meni jopa taloudellisten huolien edelle. Neuroottisuuden on todettu olevan yhteydessä myös fyysisiin oireisiin (Costa & McCrae, 1987) ja etenkin sairauksiin, joiden esiintymiseen vaikuttaa henkinen jännittyneisyys, esimerkiksi korkeaan verenpaineeseen, niskakipuihin ja migreeniin (Johnson, 2003).

Neuroottisuus selittää myös työttömällä voimakkaasti psyykkistä hyvinvointia (Payne, 1988). Neuroottisuuden onkin todettu olevan työttömällä yhteydessä heikompaan psyykkiseen hyvinvointiin (Creed, Machin & Hicks, 1996), sillä ne työttömät, jotka saivat neuroottisuusasteikolla korkeita pistemääriä, raportoivat enemmän myös psyykkisestä ahdistuksesta (Creed, Muller & Machin, 2001). Tämä yhteys oli niin voimakas, että se säilyi työttömällä huolimatta siitä, osallistuivatko he työllisyyttä ja psyykkistä hyvinvointia edistävälle kurssille vai eivät (Creed ym., 1996).

## 2. TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli ensiksikin tarkastella työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välistä yhteyttä. Tässä tutkimuksessa työttömyydellä viitataan epävakaaseen työuraan, johon kuuluivat sekä yhtäjaksoisen työttömyyden omaavien lisäksi myös mm. lyhyitä työssäolojaksoja omaavat osanottajat. Vertailuryhminä olivat vakaan työuran ja vaihtelevan työuran omaavien osanottajien luokat. Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli tutkia onko epävakaa työura yhteydessä heikkoon subjektiiviseen terveyteen ts. kokevatko epävakaan työuran omaavat terveytensä heikommaksi kuin vakaalla tai vaihtelevalla työuralla olevat. Oletuksena oli, että epävakaalla työuralla olevat kokevat terveytensä heikommaksi kuin vakaalla työuralla olevat, sillä työttömyyden on niin monessa tutkimuksessa todettu olevan yhteydessä heikompaan terveyteen (esim. Hammarström, 1994b; Linn, Sandifer & Stein, 1985; Wilson & Walker, 1993). Lisäksi tarkasteltiin onko epävakaan työuran omaavien miesten ja naisten välillä eroja subjektiivisen terveyden suhteen ts. ovatko epävakaa työura ja subjektiivinen terveys yhteydessä toisiinsa sekä miehillä että naisilla. Oletuksena oli, että miehillä epävakaa työura on yhteydessä heikompaan subjektiiviseen terveyteen kuin naisilla (Hammarström, 1994a; Viinamäki ym., 1993).

Toiseksi tutkimuksessa selvitettiin, onko itseen liittyvillä voimavaroilla (itsetunnolla, pystyvyysuskolla, kontrolliorientaatiolla ja vähäisellä neuroottisuudella) subjektiivista terveyden ja työttömyyden yhteyttä välittävä tai muuntava rooli. Toimivatko itseen liittyvät voimavarat välittävänä tekijänä eli mediaattorina epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välillä, ts. selittykö epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välinen yhteys itseen liittyvillä voimavaroilla? Tällä tarkoitetaan sitä, että epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välinen yhteys muodostuisi itseen liittyvien voimavarojen kautta. Vai onko itseen liittyvillä voimavaroilla epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden yhteyden muuntava eli moderaattorirooli, ts. muuntavatko itseen liittyvät voimavarat epävakaan työuran omaavilla subjektiivisen terveyden kokemista? Muuntava vaikutus



näkyisi siten, että subjektiivinen terveys olisi erilainen itseen liittyvien voimavarojen eri voimakkuuden tasoilla (esimerkiksi suuri määrä itseen liittyviä voimavaroja epävakaa työuran luokassa liittyisi erittäin hyvään subjektiiviseen terveyteen). Koska Judge ym. (1998) eivät ole tutkineet itseen liittyvien ydintulkintojen vaikutusta tämänkaltaisessa tutkimusasetelmassa, suoria oletuksia tuloksesta ei voitu tehdä. Samalla selvitettiin onko itseen liittyvillä voimavaroilla erilainen vaikutus subjektiiviseen terveyteen naisilla ja miehillä.

Kolmanneksi tutkimukseen otettiin mukaan ikänäkökulma. Tuntevatko keski-ikää lähestyvät, 42-vuotiaat työttömät subjektiivisen terveytensä heikommaksi kuin 36-vuotiaat verrattuna työssä oleviin 36- ja 42-vuotiaisiin, ja onko työttömyydellä merkitystä subjektiivisen terveyden heikkenemisen suhteen? Tutkimuksessa muodostettiin neljä ryhmää: työttöminä 36- ja 42-vuotiaana olevat; työssä 36- ja 42-vuotiaana olevat; työttömänä 36-vuotiaana, mutta työssä 42-vuotiaana olevat sekä työssä 36-vuotiaana, mutta työttömänä 42-vuotiaana olevat. Jos subjektiivinen terveys laskisi kaikissa ryhmissä yhtä paljon iän myötä työllisyystilanteesta riippumatta, ikääntymisellä voitaisiin katsoa olevan suurempi merkitys subjektiiviselle terveydelle kuin työllisyydellä. Jos puolestaan työttömänä koko ajan olleilla ja työttömäksi jääneillä subjektiivinen terveys laskisi enemmän kuin koko ajan työssä olleilla ja työllistyneillä, voitaisiin työttömyydellä katsoa olevan suurempi merkitys subjektiivisen terveyden suhteen kuin ikääntymisellä. Oletuksena oli, että keski-ikää lähestyvät työttömät kokevat terveytensä heikommaksi kuin nuoremmat työttömät (Broomhall & Winefield, 1990), koska nuorempien työttömien on todettu sopeutuvat paremmin työttömyyteen (Winefield & Tiggemann, 1990a, 1990b). Lisäksi tarkasteltiin mahdollisia sukupuolieroja.

### 3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Osanottajat ja aineisto

Tämä tutkimus pohjautui Lea Pulkkisen aloittaman ja johtaman Lapsesta aikuiseksi – pitkittäistutkimuksen aineistoon. Aineisto on kerätty seuraamalla samoja henkilöitä vuodesta 1968, jolloin suurin osa tutkittavista oli 8-vuotiaita. Osanottajat valittiin kokoamalla Jyväskylän koululuokista satunnaisotannalla 12 kokonaista koululuokkaa, joissa oli yhteensä 396 koululaista (196 poikaa ja 173 tyttöä). Heistä 93,5 % oli syntynyt vuonna 1959, 3,5 % sitä edeltävänä vuonna (1958), 2,7 % vuonna 1960 ja vuonna 1957 syntyneitä oli 0,3 %. Tuolloin tietoa kerättiin opettaja- että toveriarviointien avulla. Henkilöitä on tutkittu 14-, 20-, 27-, 36- ja viimeksi 42-vuotiaana. Kaikista tutkittavista 247 on ollut mukana jokaisessa edellä mainitussa päätiedonkeräysvaiheessa.

Tämä tutkimus pohjautui enimmäkseen vuonna 2001 kerättyyn aineistoon, jolloin suurin osa tutkittavista oli 42-vuotiaita. Vuoteen 2001 mennessä 20 tutkittavaa (15 naista ja 5 miestä) oli kieltäytynyt osallistumasta ja sen lisäksi 6 henkilöä oli kuollut. Tähän tutkimusvaiheeseen kieltäytyi osallistumasta 7,2 % tutkittavista ja 9,6 % ei tavoitettu, joten yhteensä käytettävissä olevia henkilöitä oli vuonna 2001 siis 186 miestä ja 157 naista. Vuonna 2001 tutkimukseen osallistui yhteensä 285 tutkittavaa, joista 151 (81 % käytettävissä olevista henkilöistä) oli miestä ja 134 (85 %) naista. Vertailemalla tutkimukseen osallistuneita osallistumattomiin ei löydetty juurikaan eroja lapsuuden ja nuoruuden sosioemotionaalisisessa käyttäytymisessä tai koulumenestyksessä (Pulkinen ym., 2003). Tutkittavat edustavat myös taustatekijöiltään (mm. lasten lukumäärä ja koulutustaso) vuonna 1959 syntyneiden kohorttia. Täten tutkimusjoukon edustavuutta voidaan pitää hyvänä sekä alkuperäisen satunnaisotokseen että ikäkohorttiin nähden. Aineisto kerättiin elämäntilannekyselyllä, haastattelulla ja siihen liittyvillä lomakkeilla, persoonallisuustesteillä ja terveystarkastuksella. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin kysymyksiä

elämäntilannekyselystä, haastattelusta, lomakkeista ja terveystarkastuksesta. Työttömänä tai lomautettuna oli tutkimuksen aikaan 9,0 % vastanneista. Sukupuolten välinen ero ei työttömyyden suhteen ollut tilastollisesti merkitsevä. Tilastokeskuksen mukaan vuoden 2001 keskimääräinen työttömyysaste oli 9,1 %, joten osallistujien työttömyystilanne vastasi hyvin senhetkistä tilannetta Suomessa (Tilastokeskus, 2004b).

Tutkimuksessa oli mukana aineistoa myös vuodelta 1995, jolloin suurin osa tutkittavista oli 36-vuotiaita. Tällöin viisi henkilöä kieltäytyi osallistumasta kyselylomaketutkimukseen ja muita ei tavoitettu tai he jättivät vastaamatta. Vuonna 1995 tutkimukseen tavoitettiin 85,8 % alkuperäisestä otoksesta, eli tutkimukseen osallistui 162 miestä ja 153 naista. Kaksi miestä oli kuollut ennen vuoden 1995 tutkimuskertaa. Osallistujia verrattiin aikaisempiin tutkimusjoukkoihin ja havaittiin, että tämä tutkimusjoukko edustaa valikoitumattomasti alkuperäistä satunnaisotosta ja ikäkohorttiaan (Sinkkonen & Pulkkinen, 1996). Aineisto kerättiin pitkälti samoilla menetelmillä kuin vuonna 2001. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin osioita haastatteluista, lomakkeista ja elämäntilannekyselystä. Työttömiä tai lomautettuja oli tutkimushetkellä 15,2 % tutkittavista. Työvoimatilastojen mukaan vuoden 1995 keskimääräinen työttömyysaste oli 15,4 % (Tilastokeskus, 2004b), joten lukuja voidaan pitää vertailukelpoisina.

### **3.2 Menetelmät ja muuttujat**

*Työttömyyttä* mitattiin työuran vakaus –muuttujalla. Se perustui elämäntilannekyselyn ja elämänhistoriakalenterin tietoihin. Elämäntilannekyselyssä tutkittavilta kysyttiin vuonna 2001 heidän työllisyystilannettaan vuoden 1995 eli 36 ikävuoden jälkeen 42-vuotiaaksi asti. 36-vuotiaiden työllisyystilanne puolestaan määrittyi vuoden 1995 tiedonkeräysvaiheessa tehdyn kyselyn ja 27 – 36 ikävuosien välisen tarkastelujakson perusteella. Vastausvaihtoehdot olivat kokopäivätyö; työssä, mutta ammattiin valmistava opiskelu työn ohessa; päätoiminen opiskelu, mutta sivutoita ohessa; osapäivätyö; kotiäiti/koti-isä tai vanhempainloma; työtön tai lomautettu; satunnainen työ (keikkatyö); apuraha; eläkkeellä

tai muu tilanne. Kunkin vaihtoehdon kohdalla tutkittavat arvioivat sen keston. Elämänhistoriakalenterissa kysyttiin millaisessa koulutuksessa he olivat olleet 15 ikävuoden jälkeen sekä milloin he olivat olleet mukana työelämässä tai työttömänä. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin tietoja, jotka koskivat ikävuosia 27-36 ja 36 – 42. Kalenteriin merkittiin ylös koulutuksen aloittaminen ja päättäminen, työpaikan vaihdot ja eri jaksojen pituudet sekä työttömyyden syyt. Tämä antoi tietoa siitä, kuinka monta kertaa osanottajat olivat olleet työttöminä. Osalta tutkittavista tarkasteltiin vastausta haastattelukysymyksiin ”Kuvailisitko nyt lähemmin, millainen työurasi on ollut” ja ”Millaista menestystä olet kokenut työurallasi?”. Näiden eri menetelmiin annettujen vastausten perusteella tutkittavat jaettiin kolmeen luokkaan. Ensimmäinen luokka oli 1 = *vakaa työura* (vakaa ja myöhemmin vakiintunut ura), johon kuuluvilla osanottajilla oli ollut esimerkiksi yksi tai useampi monivuotinen työpaikka ja työttömyyttä vain lyhyt (alle 6 kk) jakso. Tähän luokkaan kuuluivat myös äitiyslomalaiset, joilla oli vakituinen työpaikka, johon he palaavat äitiysloman jälkeen. Toinen luokka oli 2 = *vaihteleva työura* (perhekeskeinen ja myöhemmin epävakaistunut ura, myöhemmin aloitettu koulutusura), johon kuuluivat osanottajat, jotka olivat olleet esimerkiksi vallitsevasti lasten- ja kodinhoidossa, irtisanotut ja työttömyyden jälkeen lähteneet opiskelemaan oltuaan useita vuosia työelämässä. Kolmas eli varsinaista työttömyyttä kuvaava luokka oli 3 = *epävakaa työura* (epävakaa ja työttömyysspainotteinen ura), johon kuuluvilla osanottajilla oli esimerkiksi ollut pitkiä työttömyysjaksoja tai lyhyehköjä työsuhteita, joiden välissä oli ollut työttömyyttä. Lisäksi epävakaseen työuraan kuuluivat osanottajat, jotka olivat työllistämistyössä, satunnaistyössä, osa-aikatyössä, pakkolomalla, työllisyyskurssilla tai free lancer – tyyppisessä työssä.

*Subjektiivinen terveys* muodostettiin sekä 36- että 42- vuotiailla itsearvioidusta terveydestä ja psykosomaattisista oireista Kinnusen ym. (2003) mukaan. *Itsearvioitu terveys* mitattiin siten, että tutkittavia pyydettiin arvioimaan omaa terveydentilaansa asteikolla erittäin hyvä, melko hyvä, kohtalainen, melko huono ja erittäin huono. *Psykosomaattiset oireet* mitattiin puolestaan oireista muodostetulla Aron (1988) tutkimukseen pohjautuvalla lomakkeella. Oireita kuvaavassa mittarissa oli 21 osiota, joissa lueteltiin psykosomaattisiksi tulkittavia fyysisiä vaivoja tai oireita. Tiedusteltuja oireita olivat mm. vatsakivut, päänsärky, väsymys ja heikotus. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan

olivatko he edeltäneen puolen vuoden aikana kokeneet kyseessä olevia oireita. Vastausvaihtoehdot olivat neliluokkaisella asteikolla välillä 1 = ei lainkaan, 4 = hyvin usein. Subjektiiivinen terveys –keskiarvopistemäärämuuttuja kuvaa yksilön subjektiivisen terveyden kokemusta siten, että mitä suurempi arvo yksilöllä on tämän muuttujan suhteen, sitä heikompi subjektiivinen terveys hänellä on. Muuttujan Cronbachin alfa-kerroin oli 42-vuotiailla 0,75 (naisilla 0,72 ja miehillä 0,77) ja 36-vuotiailla 0,62 (naisilla 0,64 ja miehillä 0,66). Subjektiiivisen terveyden osamuuttajat (heikko itsearvioitu terveys ja psykosomaattiset oireet) korreloivat sekä 42-vuotiaana naisilla ( $r = .563, p < .05$ ) ja miehillä ( $r = .630, p < .05$ ) että 36-vuotiaana naisilla ( $r = .471, p < .05$ ) ja miehillä ( $r = .498, p < .05$ ) tilastollisesti merkitsevästi.

Itseen liittyvistä voimavaroista muodostettiin keskiarvopistemäärämuuttuja käyttäen hyväksi 42-vuotiaille osanottajille tehdyn tutkimuksen eri kyselyjä ja mittareita. Itseen liittyvät voimavarat –muuttuja muodostettiin itsetunto-, pystyvyysusko-, kontrolliorientaatio- ja neuroottisuusmittareista. Ensin tarkasteltiin kontrolliorientaatio- ja pystyvyysuskoasteikoiden sekä itsetunto- ja neuroottisuusasteikkojen korrelaatioita. Itseen liittyvien voimavarojen osamuuttajat (itsetunto, pystyvyysusko, kontrolliorientaatio ja vähäinen neuroottisuus) korreloivat sekä miehillä että naisilla, joten niistä oli mahdollista muodostaa itseen liittyvät voimavarat –keskiarvopistemäärämuuttuja (taulukko 1). Koska eri muuttujia on mitattu erilaisilla asteikoilla, niin ennen keskiarvosummapistemäärämuuttujan muodostamista ne muutettiin standardoimalla vertailukelpoisiksi, ja sen reliabiliteettia voidaan pitää hyvänä, sillä Cronbachin alfa –kerroin oli 0,80 (naisilla 0,76 ja miehillä 0,83).

TAULUKKO 1. Itseen liittyvien voimavarojen väliset korrelaatiot. Pearsonin korrelaatiokertoimet sukupuolittain. Ylädiagonaalissa naisten ( $n = 113 - 125$ ) ja aladiagonaalissa miesten ( $n = 112 - 129$ ) arvot.

	1	2	3	4
1 kontrolliorientaatio	-	.289**	.431**	.403**
2 onnistumisen odotus	.439**	-	.486**	.435**
3 itsetunto	.512**	.592**	-	.689**
4 vähäinen neuroottisuus	.527**	.463**	.708**	-

\*\*  $p < .01$

*Itsetuntoa* mitattiin Rosenbergin (1965) Self-Esteem Scale – lomakkeen avulla. Lomakkeessa oli 10 väittämää, joihin tutkittava vastasi asteikolla 1 - 4 (1 = täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä) riippuen siitä, kuinka hyvin väittämät sopivat häneen. Väittämät kartoittivat tutkittavan itsetuntoa, esimerkiksi ”Mielestäni olen ihmisenä ainakin yhtä arvokas kuin muut” tai ”Joskus ajattelen, etten kelpaa mihinkään” (käännettyllä asteikolla). Self-Esteem Scale –lomakkeen Cronbachin alfa –kerroin oli 0,84 (naisilla 0,85 ja miehillä 0,83).

*Pystyvyysusko*-mittari muodostettiin Nurmen, Salmela-Aron ja Haaviston (1995) Strategi-at-lomakkeen Onnistumisen odotukset –mittarista. Lomakkeessa esitettiin väittämiä, joiden paikkaansa pitävyyttä tutkittavan oli arvioitava omalla kohdallaan asteikolla 1 - 4 (1 = täysin eri mieltä, 2 = lähes eri mieltä, 3 = lähes samaa mieltä ja 4 = täysin samaa mieltä). Onnistumisen odotuksia mittasivat viisi osiota, kuten ”Kun tartun johonkin tehtävään, olen yleensä varma, että onnistun siinä” tai ”Pärjään yleensä hankalammassakin tehtävässä”. Pystyvyysuskomuuttujan Cronbachin alfa –kerroin oli 0,78 (naisilla 0,76 ja miehillä 0,81).

*Kontrolliorientaatio*-mittari muodostettiin Nurmen, Salmela-Aron ja Haaviston (1995) Strategi-at-lomakkeen Usko omaan kontrolliin suoriutumista vaativissa tilanteissa –mittarin

viidestä osiosta. Tutkittavan oli arvoitava kuinka hyvin väittämät sopivat häneen. Väittämiä olivat mm. ”Työssä menestyminen on kiinni omasta itsestä” tai ”Se, miten eri tehtävissä menestyn, on kiinni sattumasta” (käännettyllä asteikolla). Vastaukset olivat samanlaisella asteikolla 1 – 4 kuin pystyvyysuskomittarissa. Suuren arvon valitseminen asteikolla kertoi sisäisestä kontrolliorientaatiosta. Kontrolliorientaatiomuuttujan Cronbachin alfa –kerroin oli 0,51 (naisilla 0,54 ja miehillä 0,49). Koska alfa-kerroin oli suhteellisen alhainen, kontrolliorientaatiota mittaavaan muuttujaan otettiin mukaan osioita elämäntilannekyselystä sekä reliabiliteettitarkastelujen että sisällöllisen yhteneväisyyden perusteella. Osiot, jotka lisättiin kontrolliorientaatiomittariin olivat ”Omat kykyni ja ponnisteluni ovat ratkaisevia menestyksessäni” ja ”Uskon siihen, että voin vaikuttaa kehitykseeni”, joissa vastausvaihtoehdot olivat samat kuin muissakin kysymyksissä. Lisäksi mittariin otettiin mukaan osiot ”Paljonko tulevaisuutesi riippuu itsestäsi?” ja ”Tunnetko voivasi vaikuttaa elämässäsi tapahtuviin muutoksiin?”, joissa vastausasteikot olivat myös 1-4, mutta joissa vastausvaihtoehdot olivat edellisessä kysymyksessä 1 = erittäin vähän, 2 = vähän, 3 = paljon ja 4 = erittäin paljon sekä viimeisessä kysymyksessä 1 = en juuri lainkaan, 2 = jossain määrin, 3 = paljon ja 4 = erittäin paljon. Osioiden lisäämisen jälkeen Cronbachin alfa –kerroin oli 0,72 (naisilla 0,72 ja miehillä 0,73), jota voitiin jo pitää hyväksyttävänä.

*Neuroottisuutta* tutkittiin viiden suuren persoonallisuuspiirteen pohjalta. Neuroottisuutta mitattiin suomalaisella, mukailulla versiolla NEO-PI –testistä (Pulver, Allik, Pulkkinen & Hämäläinen, 1995), joka vastaa Costan ja McCraen (1989) NEO-FFI –testiä. Neuroottisuutta mitattiin 12 väittämällä, jotka kuvaavat ihmisten käyttäytymispiirteitä. Tutkittavan tuli valita asteikolla 1 - 5 (1 = täysin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 5 = täysin samaa mieltä) vaihtoehto, joka vastaa parhaiten hänen mielipidettään. Neuroottisuutta mittasivat esimerkiksi väitteet: ”Joskus tunnen itseni täysin arvottomaksi” tai ”Tunnen usein alemmuudentunnetta muihin verrattuna”. Cronbachin alfa –kerroin neuroottisuudelle oli 0,85 (naisilla 0,82 ja miehillä 0,88).

### 3.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysi toteutettiin SPSS for Windows –ohjelmalla. Aineiston kuvaileva tarkastelu aloitettiin tarkastelemalla osanottajien määriä eri työuran luokissa sukupuolittain sekä korrelaatioita työttömyyden ja muiden muuttujien välillä. Katsottiin löytyykö työttömyyden ja subjektiivisen terveyden, itsearvoidun terveyden, psykosomaattisten oireiden jne. välillä yhteyttä. Epävakaan työuran ja heikon subjektiivisen terveyden välistä yhteyttä tarkasteltiin 1-suuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA), jonka avulla tehtiin keskiarvovertailuja kolmessa eri työllisyysluokassa niiden välisten erojen selvittämiseksi subjektiivisen terveyden suhteen. Scheffen parivertailuilla tarkasteltiin minkä luokkien välille löytyi tilastollisia eroja. Varianssianalyysillä tarkasteltiin myös mahdollista sukupuolen vaikutusta.

Itseen liittyvien voimavarojen mahdollista muuntavaa tai välittävää roolia epävakaan työuran ja heikon subjektiivisen terveyden väliseen yhteyteen tutkittiin kovarianssianalyysillä (ANCOVA). Myös mahdollista sukupuolen vaikutusta tutkittiin varianssianalyysin avulla. Itseen liittyvien voimavarojen määrien eroja tarkasteltiin eri työuraluokissa Scheffen parivertailuilla.

Iän vaikutusta työttömien subjektiiviseen terveyteen tutkittiin muodostamalla neljä ryhmää 36- ja 42-vuotiaista: ne, jotka ovat olleet työttömänä sekä 36- ja 42-vuotiaina; ne, jotka ovat olleet työssä 36- ja 42-vuotiaina; ne, jotka ovat olleet 36-vuotiaina työttömiä, mutta 42-vuotiaina työssä ja ne jotka ovat olleet 36-vuotiaina työssä, mutta 42-vuotiaina työttöminä. Näitä ryhmiä verrattiin toisiinsa toistomittausanalyysillä. Analyysissa tarkasteltiin myös mahdollista sukupuolen vaikutusta. Ryhmien välisiä eroja subjektiivisen terveyden suhteen tarkasteltiin varianssianalyysin ja Scheffen parivertailuiden avulla.



## 4. TULOKSET

### 4.1 Kuvaileva tieto

Suurimmalla osalla (74,3 %) tutkimukseen osallistujista työura oli 42-vuotiaana vakaa. Vaihteleva työura oli 8,2 % osallistujista ja epävakaa 17,5 % osallistujista. Naisista 72,8 % kuului 42-vuotiaana vakaan työuran luokkaan, 11,2 % vaihtelevan työuran luokkaan ja 16 % epävakaan työuran luokkaan. Miehistä 75,8 % sijoittui vakaan työuran luokkaan, 5,3 % vaihtelevan työuran luokkaan ja 18,9 % epävakaan työuran luokkaan.

Työuran epävakaus 42-vuotiaana, subjektiivinen terveys ja itseen liittyvät voimavarat korreloivat muutoin sekä miehillä että naisilla vähintään merkitsevällä tasolla ( $p < .05$ ), paitsi naisilla työuran vakaus ja subjektiivinen terveys eivät korreloineet (taulukko 2). Kuitenkin, jos sukupuolta ei oteta huomioon, yhteys noidenkin muuttujien välille muodostuu, sillä miesten korrelaatio kompensoi naisten korrelaatiota. Korrelaatioita tarkastelemalla voidaan siis todeta, että työuran epävakaus on yhteydessä heikkoon subjektiiviseen terveyteen ja vähäiseen määrään itseen liittyviä voimavaroja. Lisäksi itseen liittyvien voimavarojen vähäinen määrä on yhteydessä heikkoon subjektiiviseen terveyteen. Korrelaatiot kaikkien kolmen muuttujan välillä mahdollistivat itseen liittyvien voimavarojen mediaattorivaikutuksen olemassaolon. Myöskään moderaattorivaikutus ei ollut poissuljettu.

TAULUKKO 2. 42-vuotiaiden työuran epävakauden, subjektiivisen terveyden – keskiarvopistemäärämuuttujan ja itseen liittyvät voimavarat –keskiarvopistemäärämuuttujan väliset korrelaatiot. Pearsonin korrelaatiokertoimet naisille ja miehille. Naisten ( $n = 123-125$ ) arvot ylädiagonaalissa ja miesten ( $n = 125-131$ ) arvot aladiagonaalissa.

	1	2	3
1. Työuran epävakaus	-	.129	-.240**
2. Heikko subjektiivinen terveys	.224*	-	-.492**
3. Itseen liittyvät voimavarat	-.207*	-.417**	-

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

## 4.2 Työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välinen yhteys

Subjektiivista terveyttä tutkittiin työuran vakauden eri luokissa yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA), jossa subjektiivinen terveys –keskiarvopistemäärämuuttuja asetettiin riippuvaksi muuttujaksi. Analyysin suorittamiseksi muuttujalle täytyi tehdä logaritminuunnos, jotta muuttujan jakauma normalisoituisi. Varianssianalyysin mukaan työuraluokat erosivat toisistaan subjektiivisen terveyden suhteen (taulukko 3). Scheffen parivertailutestin mukaan epävakaan työuran omaavien subjektiivinen terveys oli tilastollisesti merkitsevästi ( $p < .05$ ) heikompi kuin vakaan työuran omaavilla.

TAULUKKO 3. Työuran vakaus ja heikko subjektiivinen terveys.

	1. Vakaa työura <i>n</i> = 192		2. Vaihteleva työura <i>n</i> = 43		3. Epävaka työura <i>n</i> = 49		<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Scheffe
	<i>ka</i>	<i>s</i>	<i>ka</i>	<i>s</i>	<i>ka</i>	<i>s</i>				
Heikko subjektiivinen terveys	1.03	0.25	1.14	0.34	1.15	0.35	4.689	2,253	0.01	3 > 1

Sukupuolen vaikutusta epävakaan työuran ja heikon subjektiivisen terveyden väliseen yhteyteen tutkittiin ottamalla sukupuoli mukaan varianssianalyysiin. Analyysin mukaan työuran vakaudella ja sukupuolella ei ollut yhdysvaikutusta ( $F(2,250) = 0.599, p > .05$ ). Tarkasteluissa huomattiin myös, että naisilla saattaisi olla hieman heikompi subjektiivinen terveys vakaassa ja vaihtelevissa työuraluokissa kuin miehillä, mutta miehillä puolestaan subjektiivinen terveys saattaisi olla heikompi kuin naisilla epävakaan työuran luokassa. Päävaikutusten tarkastelussa kuitenkin havaittiin, että sukupuolella ei ollut vaikutusta subjektiivisen terveyden vaihteluun ( $F(1,252) = 0.253, p > .05$ ).

### 4.3 Itseen liittyvien voimavarojen rooli työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välisessä yhteydessä

Kun itseen liittyvät voimavarat otettiin mukaan analyysiin kovariaatiksi ja tehtiin kovarianssianalyysi (ANCOVA), työttömyyden ja subjektiivisen terveyden yhteys muuttui. Itseen liittyvillä voimavaroilla oli päävaikutusta subjektiiviseen terveyteen ( $F(1,244) = 54.076, p < .05$ ), ja työuran vakauden päävaikutus hävisi kokonaan ( $F(2,244) = 1.145, p > .05$ ). Myöskään sukupuolella ei ollut vaikutusta ( $F(1,241) = 0.295, p > .05$ ). Mitään

tilastollisesti merkitseviä yhdysvaikutuksia itseen liittyvien voima-varojen, työuran vakauden ja sukupuolen välillä ei löytynyt.

Työuran epävakauden ja subjektiivisen terveyden välisen yhteyden häviäminen viittasi siihen, että itseen liittyvät voimavarat saattaisivat toimia mediaattorina, sillä työuran vakauden ja subjektiivisen terveyden välinen yhteys hävisi, kun itseen liittyvät voimavarat otettiin mukaan malliin. Itseen liittyvien voimavarojen mediaattorivaikutuksen varmentamiseksi tutkittiin myös työuran epävakauden ja itseen liittyvien voimavarojen välistä yhteyttä. Kun varianssianalyysi tehtiin siten, että itseen liittyvät voimavarat asetettiin riippuvaksi muuttujaksi, työuran vakaudella oli päävaikutusta ( $F(2,247) = 6.246$ ,  $p < .05$ ). Työuran vakaudella oli siis vaikutusta voimavaroihin. Scheffén parivertailujen mukaan vakaan ja epävakaan työuran omaavien voimavarat erosivat tilastollisesti merkitsevästi ( $p < .05$ ) siten, että epävakaan työuran omaavilla oli vähemmän itseen liittyviä voimavaroja kuin vakaan työuran omaavilla. Sukupuolella ei ollut vaikutusta ( $F(1,242) = 1.309$ ,  $p > .05$ ).

Itseen liittyvien voimavarojen liittäminen malliin näytti siis hävittävän työuran vakauden ja subjektiivisen terveyden välisen yhteyden tilastollisen merkitsevyyden. Mediaattoriroolin varmistamiseksi haluttiin silti tutkia vielä, muuttivatko itseen liittyvät voimavarat työuran epävakauden ja heikon subjektiivisen terveyden välistä yhteyttä tilastollisesti merkitsevästi. Tämä tehtiin siksi, että täydellinen mediaatio tapahtuu silloin, jos riippumattoman muuttujan vaikutus häviää, kun mediaattori on kontrolloitu (Baron & Kenny, 1986). Asian selvittämiseksi tutkittiin, oliko subjektiivisen terveyden keskiarvoeroissa itseen liittyvien voimavarojen kovariaatiksi asettamisen jälkeen tapahtunut tilastollisesti merkitsevää eroa kolmessa eri työuran vakaus -muuttujan luokassa. Kovariaatin vaikutuksen merkitsevyyttä tutkittiin vähentämällä ensin subjektiivisen terveyden keskiarvot itsestään kolmessa työuran vakaus -muuttujan luokassa. Kun sitten malliin lisättiin uudelleen kovariaatiksi itseen liittyvät voimavarat, keskiarvoissa näkyi vain kovariaatin eli itseen liittyvien voimavarojen vaikutus. Itseen liittyvien voimavarojen mukaan ottamisen jälkeen subjektiivisen terveyden keskiarvomuuutos oli vakaassa työuraluokassa positiivinen ja vaihtelevassa työuraluokassa että epävakaassa työuraluokassa negatiiviset (taulukko 4). Nämä olivat siis itseen liittyvien voimavarojen aiheuttamat muutokset subjektiivisen terveyden keskiarvoissa. Itseen liittyvät voimavarat

heikensivät hieman subjektiivista terveyttä vakaassa työuraluokassa, mutta paransivat vaihtelevassa sekä epävakaassa työuraluokassa. Kovariaatin vaikutus subjektiivisen terveyden ja työuran vakauden väliseen yhteyteen ei ollut tilastollisesti merkitsevä, sillä keskiarvomuuotosten erot eivät eronneet toisistaan ( $F(2,244) = 1.34, p > .05$ ). Toisin sanoen, vaikka itseen liittyvien voimavarojen liittäminen mukaan malliin näytti hävittävän epävakaan työuran ja heikon subjektiivisen terveyden välisen yhteyden, välittävä vaikutus ja sen aiheuttama muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä, jotta itseen liittyvien voimavarojen olisi voitu olettaa olevan mediaattori. Jos itseen liittyvät voimavarat olisivat toimineet mediaattorina, subjektiivisen terveyden keskiarvot kovariaatin asettamisen jälkeen olisivat olleet samat, ja keskiarvomuuotosten väliset erot olisivat olleet samat kuin alunperin ennen kovariaatin asettamista malliin. Samalla voitiin sulkea pois moderaattorivaikutuksen mahdollisuus, sillä jos koko itseen liittyvät voimavarat – muuttujan liittäminen malliin ei aiheuttanut merkitsevää muutosta työuran vakauden ja subjektiivisen terveyden välille, ei sitä mahdollisesti tekisi myöskään vähäinen, kohtalainen tai runsas määrä itseen liittyviä voimavaroja. Tätä tulosta tuki myös yhdysvaikutuksen puuttuminen ( $F(2,242) = 0.591, p > .05$ ).

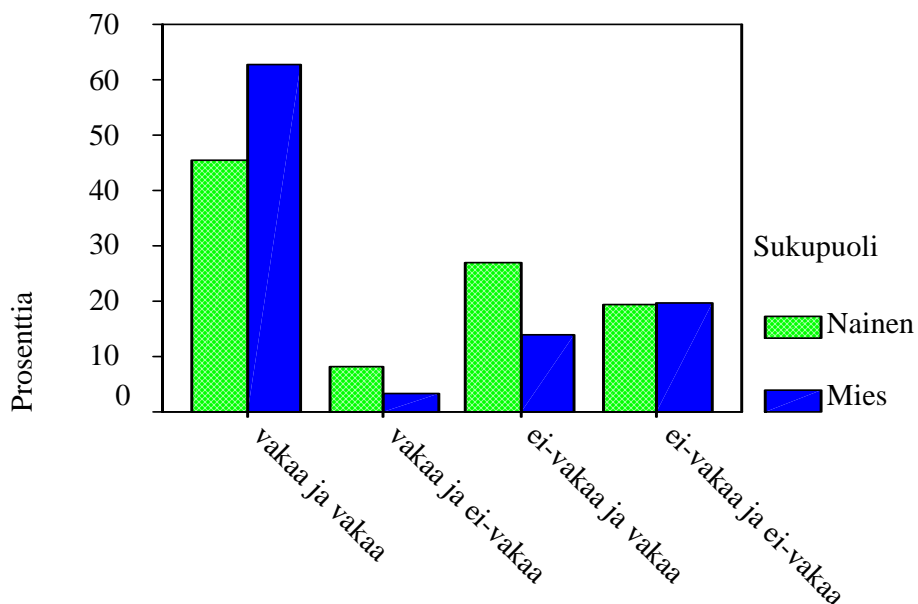
TAULUKKO 4. Subjektiivisen terveyden keskiarvot eri työuran vakaus –luokissa ennen itseen liittyvien voimavarojen mukaan ottamista kovariaatiksi malliin, sen jälkeen ja itseen liittyvien voimavarojen subjektiiviseen terveyteen aiheuttama muutos.

	Heikko subjektiivinen terveys	Subjektiivinen terveys itseen liittyvät voimavarat kovariaattina	Keskiarvon muutos
Vakaa työura	1.0249	1.0402	0.0153
Vaihteleva työura	1.1320	1.1052	-0.0268
Epävakaa työura	1.1498	1.0948	-0.0550

#### 4.4 Ikääntymisen yhteys subjektiiviseen terveyteen

Ikääntymisen vaikutusta subjektiiviseen terveyteen tutkittiin toistettujen mittausten analyysillä. Työuran vakaus –muuttujaa jouduttiin muuttamaan 3-luokkaisesta muuttujasta 2-luokkaiseksi; vakaa ja ei-vakaa työura. Tämä jouduttiin tekemään siksi, että joidenkin joukkojen koot (esim. sellaiset, jotka olivat kuuluneet 36-vuotiaina vakaa-työura –luokkaan ja 42-vuotiaina epävakaa työura –luokkaan) olivat liian pienet analysoimisen onnistumiseksi. Vakaa työura –luokka jätettiin sellaiseksi ja ei-vakaa työura –luokka muodostettiin vaihtelevasta ja epävakaasta työura –luokista. 42-vuotiaista osallistujista 74,3 % (72,8 % naisista ja 75,8 % miehistä) kuului vakaa työura –luokkaan ja 25,7 % (27,2 % naisista ja 24,2 % miehistä) ei-vakaa työura –luokkaan. 36-vuotiaina osallistujista 59,8 % (53,7 % naisista ja 66,1 % miehistä) kuului vakaa työura –luokkaan ja 40,2 % (46,3 % naisista ja 33,9 % miehistä) ei-vakaa työura –luokkaan.

Tämän jälkeen tarkasteltiin miten osallistujat sijoittuivat 36- ja 42-vuotiaina vakaalle ja ei-vakaalle työuralle (kuvio 1). Osallistujia, jotka olivat 36-vuotiaina olleet vakaalla työuralla ja jatkoivat samassa luokassa 42-vuotiaana oli 54,1 % (45,5 % naisista ja 62,8 % miehistä). Näistä muodostettiin uuteen työuramuuttujaan ”vakaa ja vakaa” –ryhmä. Ei-vakaalla työuralla 36- ja 42- vuotiaina olleita osallistujia oli 19,7 % (19,5 % naisista ja 19,8 % miehistä). Näistä osallistujista muodostettiin ”ei-vakaa ja ei-vakaa” –ryhmä. 36 - 42 ikävuoden välillä ei-vakaalta vakaalle työuralle siirtyneitä eli työllistyneitä oli 20,5 % (26,8 % naisista ja 14,0 % miehistä) ja vakaalta ei-vakaalle työuralle siirtyneitä oli 5,7 % (8,1 % naisista ja 3,3 % miehistä). Edellä mainituista osallistujista muodostettiin ”ei-vakaa ja vakaa” sekä ”vakaa ja ei-vakaa” –ryhmät. Näyttäisi siltä, että vakaalla työuralla oli 36 – 42 ikävuoden välillä eniten jatkuvuutta.

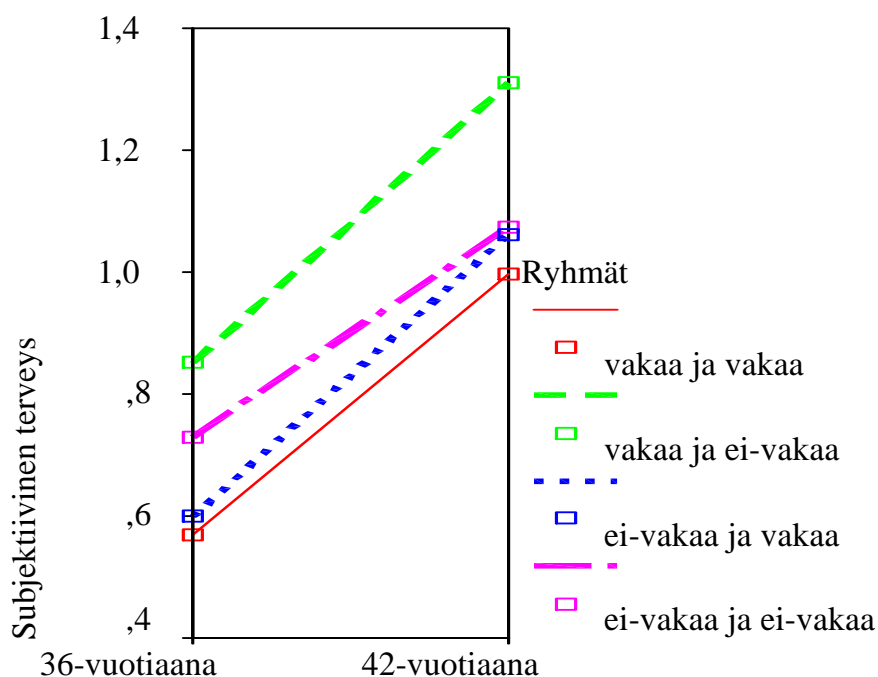


KUVIO 1. Osallistujien määrä ( $n = 244$ ) uuden työuramuuttujan eri ryhmissä.

Subjekttiivisen terveyden välinen korrelaatio 36- ja 42-vuotiaana oli erittäin merkitsevä sekä miehillä ( $r = .733$ ,  $p < .05$ ) että naisilla ( $r = .451$ ,  $p < .05$ ). Lisäksi havaittiin, että 36-vuotiaiden subjekttiivinen terveys (naisten ka. 0,6137 ja miesten ka. 0,6298) oli parempi kuin 42-vuotiaiden (naisten ka. 1,0570 ja miesten ka. 1,0272). Kahden riippuvan otoksen t-testillä havaittiin, että 36- ja 42-vuotiaiden välinen ero subjekttiivisen terveyden suhteen oli tilastollisesti merkitsevä ( $t(227) = 18.815$ ,  $p < .05$ ). Lisäksi todettiin, että epävakaata työuraa oli yhteydessä heikentyneeseen subjekttiiviseen terveyteen myös 36-vuotiaana ( $F(2,280) = 4.567$ ,  $p < .05$ ). Scheffén parivertailun mukaan epävakaan työuran omaavilla oli merkitsevästi ( $p < .05$ ) heikompi terveys kuin vaihtelevan työuran ja vakaan työuran omaavilla.

Toistomittausanalyysillä todettiin, että yhdysvaikutusta ei ilmennyt iän, sukupuolen tai uuden työuramuuttujan suhteen. Ainoastaan mittauskerran välisellä ajalla eli iän lisääntymisellä (ts. ikääntymisellä) oli päävaikutusta ( $F(1,224) = 186.000$ ,  $p < .05$ ). 42-vuotiaiden subjekttiivinen terveys oli heikompi kuin 36-vuotiaiden ja tuon muutoksen aiheutti ainoastaan ikääntyminen, ei työllisyystilanne tai sukupuoli. Ikääntymisen päävaikutuksen suuruus ( $\eta^2$ ) oli 0.454, joka tarkoittaa, että 45,4 % subjekttiivisen

terveyden vaihtelusta selittyi ikääntymisellä. Efektiä voidaan pitää suurena. Graafisen tarkastelun mukaan (kuvio 2) paras subjektiivinen terveys oli ”vakaa ja vakaa” –ryhmällä ja toiseksi paras subjektiivinen terveys oli ”ei-vakaa ja vakaa” –ryhmällä. Toiseksi heikoin subjektiivinen terveys oli ei-vakaa ja ei-vakaa –ryhmällä ja heikoin terveys oli ”vakaa ja ei-vakaa” –ryhmällä. ANOVA:n mukaan uuden työuramuuttujan kahden ryhmän välillä löytyi tilastollisesti merkitsevä ero ( $F(3,224) = 4.281, p < .05$ ) (taulukko 5). Scheffén parivertailutestissä ilmeni, että ”vakaa ja vakaa”-ryhmällä oli merkitsevästi ( $p < .05$ ) parempi subjektiivinen terveys kuin ”vakaa ja ei-vakaa” –ryhmällä. Sukupuolella ei ollut vaikutusta ( $F(1,220) = 0.089, p > .05$ ).



KUVIO 2. Subjektiivinen terveys 36- ja 42-vuotiaana eri ryhmissä.



TAULUKKO 5. Subjektiivinen terveys 36- ja 42-vuotiaana uuden työuramuuttujan eri ryhmissä. Ryhmien välisen tasoeron varianssianalyysi.

	1. ”vakaa ja vakaa” <i>n</i> = 126		2. ”vakaa ja ei-vakaa” <i>n</i> = 12		3. ”ei vakaa ja vakaa” <i>n</i> = 46		4. ”ei-vakaa ja ei-vakaa” <i>n</i> = 44		<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Scheffe
	<i>ka</i>	<i>s</i>	<i>ka</i>	<i>s</i>	<i>ka</i>	<i>s</i>	<i>ka</i>	<i>s</i>				
Subjektiivinen terveys 36-vuotiaana	0.57	0.44	0.85	0.50	0.60	0.34	0.73	0.43	4.281	3,224	.006	2 > 1
Subjektiivinen terveys 42-vuotiaana	1.00	0.26	1.31	0.29	1.06	0.25	1.07	0.31				

## 5. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välistä yhteyttä 42-vuotiailla. Lisäksi oltiin kiinnostuneita siitä, millainen rooli itseen liittyvillä voimavaroilla on työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välisessä yhteydessä. Haluttiin saada selville itseen liittyvien voimavarojen mahdollinen moderaattori- tai mediaattorivaikutus. Itseen liittyvien voimavarojen lisäksi tutkittiin myös ikääntymisen vaikutusta työttömyyden ja subjektiivisen terveyden väliseen yhteyteen. Kaikkien edellä mainittujen tutkimusongelmien yhteydessä tarkasteltiin myös mahdollisia naisten ja miesten välisiä eroja.

Työttömyys sisältyi tässä tutkimuksessa epävakaan työuran luokkaan, johon kuuluivat yhtäjaksoisen työttömyyden omaavien lisäksi myös mm. lyhyitä työssäolojaksoja omaavat osanottajat. Vertailuluokkina käytettiin vaihtelevan ja vakaan työuran omaavien osallistujien luokkia. Epävakaan työuran luokkaan kuuluvilla havaittiin olevan heikompi subjektiivinen terveys kuin vaihtelevan ja vakaan työuran luokkiin kuuluvilla. Sukupuolella ei ollut vaikutusta epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden väliseen yhteyteen. Sen sijaan kun itseen liittyvät voimavarat otettiin mukaan tarkasteluihin, epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välinen yhteys muuttui. Itseen liittyvien voimavarojen ja subjektiivisen terveyden välille muodostui yhteys, mutta epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välinen yhteys hävisi. Itseen liittyvät voimavarat olivat subjektiiviseen terveyteen yhteydessä siten, että mitä vähemmän yksilöllä oli itseen liittyviä voimavaroja, sitä heikompi subjektiivinen terveys yksilöllä oli. Epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välisen yhteyden häviäminen viittasi itseen liittyvien voimavarojen mediaattorivaikutukseen. Lähemmissä tarkasteluissa havaittiin vielä, että epävakaan työuran omaavilla oli vähiten itseen liittyviä voimavaroja.

Vaikka itseen liittyvät voimavarat näyttivät hävittävän epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välisen yhteyden ja toimivan välittävänä tekijänä näiden välissä, tarkemmat analyysit kuitenkin paljastivat, että itseen liittyvien voimavarojen aiheuttama

muutos epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden välisessä yhteydessä ei riittänyt mediaattoripäätelmän tekemiseen. Mediaattorivaikutuksen poissulkeva analyysi oli tässä tutkimuksessa erityisen ankara, sillä usein on tyydytty mediaattoripäätelmään, kun riippumattoman ja riippuvan muuttujan välinen yhteys häviää, kun kovariaatti otetaan mukaan malliin. Tässä tutkimuksessa päätettiin kuitenkin vielä tarkastella sitä, oliko tuo yhteyden häviäminen tilastollisesti merkitsevä, ja näinhän ei ollut. Näin perusteellista analyysia on harvemmin tehty, joten tulosta voidaan pitää erityislaatuisena ja tavanomaista tiukempaan tilastolliseen testaukseen perustuvana.

Itseen liittyvien voimavarojen lisäksi tutkittiin ikääntymisen vaikutusta epävakaan työuran ja subjektiivisen terveyden väliseen yhteyteen. Ikääntymisellä oli vaikutusta subjektiiviseen terveyteen. 42-vuotiailla subjektiivinen terveys oli heikompi kuin 36-vuotiailla, oli osallistujan työurastatus mikä tahansa. Vähäisempää ikää voidaankin siis pitää tärkeänä voimavarana subjektiivisen terveyden suhteen. Suurin ero subjektiivisessa terveydessä oli koko ajan vakaalla työuralla pysyvien ja vakaalta ei-vakaalle työuralle joutuneiden välillä siten, että vakaalla työuralla koko ajan olleisiin verrattuna vakaalta ei-vakaalle työuralle joutuneiden subjektiivinen terveys oli heikompi. Sukupuolella ei ollut vaikutusta subjektiivisen terveyden muutokseen. Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin huomioitava se, että ikääntymiskysymystä varten kolmiluokkainen työuramuuttuja täytyi muuttaa kaksiluokkaiseksi, jolloin tapauksia niputettiin yhteen. Ei-vakaa –luokka sisältää siis hyvin erilaisia elämäntilanteita työttömyydestä kotiäitinä/isänä olemiseen.

Epävakaan työuran ja heikon subjektiivisen terveyden välisen yhteyden tulos vastaa aikaisempia tutkimustuloksia työttömyyden ja heikon terveyden välisistä yhteyksistä (mm. Hammarström, 1994b; Linn, Sandifer & Stein, 1985; Wilson & Walker, 1993). Tässä tutkimuksessa painotettiin yksilön itsensä tuntemaa terveydentilaa, jonka on todettu mittaavan hyvin todellista terveydentilaa (Linn ym., 1985). Sukupuolieroja subjektiivisen terveyden suhteen eri työuran vakauden luokissa ei löytynyt. Tulos ei vastaa aikaisempia tutkimuksia, sillä useiden tutkimusten mukaan työttömyys vaikuttaa voimakkaammin miesten terveyteen (Hammarström, 1994a; McDonough & Amick, 2001; Viinamäki ym., 1993). Saattaa kuitenkin olla, että aikaisempien tutkimusten tuloksia selittää miesten ja naisten terveyden heikkenemisen erilaisuus. Miesten terveyden heikkeneminen voi olla tutkimuksissa selvemmin todettavissa (esim. alkoholismien aiheuttamat ongelmat ja

sydänoireet) kuin naisten (esim. psyykkiset ongelmat). Tämä vuoksi subjektiivisen terveyden tutkiminen voi tuottaa erilaisen tuloksen kuin objektiivisesti todettujen sairauksien tutkiminen.

Itseen liittyvien voimavarojen muuttuja saatiin koostettua lähes samankaltaiseksi kuin Judge ym. (1998) kehittämät itseen liittyvät ydintulkinnat. Judge ym. (1998) käyttivät itsetuntoa mitatessa Rosenbergin Self-esteem Scale -mittaria, jota tässäkin tutkimuksessa käytettiin. Vähäistä neuroottisuutta mitattaessa tässä tutkimuksessa käytettiin NEO-PI:n neuroottisuutta, Judgen ym. (1998) käyttäessä Eysenckin neuroottisuusskaalaa. Näiden voidaan katsoa vastaavan toisiaan, sillä molemmat mittaavat emotionaalista epätasapainoa. Sen sijaan pystyvyysuskoa ja kontrolliorientaatiota mittavat mittarit olivat erilaisia, vaikkakin vastaavanlaisia kysymyksiä oli mahdollista löytää Lapsesta aikuiseksi - tutkimuksesta. Judge ym. (1998) mittasivat pystyvyysuskoa kahdeksalla väitteellä, joissa vastausskaala oli 0 - 10 (0 = vahvasti eri mieltä, 10 = vahvasti samaa mieltä). Tarvittaessa mittareissa käytetty osiosta riippuen käännettyjä asteikkoja. Väitteitä olivat esim. ”Olen tarpeeksi vahva selvitäkseni vaikeuksista elämässä” ja ”Minusta tuntuu usein, etten osaa tehdä mitään hyvin”. Tässä tutkimuksessa pystyvyysuskon mittaamisessa käytettiin Nurmen, Salmela-Aron ja Haaviston (1995) Strategiat –lomakkeen Onnistumisen odotukset -mittaria. Sen sisältää väitteitä kuten ”Pärjään yleensä hankalammassakin tilanteessa” ja ”Minulla on usein tunne, etten selviydy uudesta asiasta”. Nämä väitteet vastaavat sisällöltään Judgen ym. (1998) käyttämiä väitteitä, sillä molemmissa mittaamisen kohteena on se, kuinka vahvasti yksilö uskoo omaan osaamiseen tilanteesta riippumatta.

Kontrolliorientaatiota Judge ym. (1998) mittasivat Levensonin (1981, kts. Judge, 1998) 24-kohtaisella Internality, powerful others, and change scale –mittarilla. Se sisälsi väitteitä, joiden vastausskaala oli 1 - 10 (0 = vahvasti eri mieltä, 10 = vahvasti samaa mieltä). Väitteitä olivat mm. ”Usein en voi mitenkään varjella omaa parastani huonolta tuurilta” ja ”Oma toimintani määrittelee elämäni suunnan”. Tässä tutkimuksessa kontrolliorientaatiota mitattiin Nurmen, Salmela-Aron ja Haaviston (1995) Strategiat –lomakkeen Usko omaan kontrolliin suoriutumista vaativissa tilanteissa –mittarilla, johon lisättiin muutama lisäkysymys reliabiliteetin nostamiseksi. Tässä tutkimuksessa käytettyjä kysymyksiä olivat mm. ”Minulla ei ole keinoja vaikuttaa siihen, miten pärjään eri tilanteissa” ja ”Työssä menestyminen on kiinni itsestä”. Tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset kuitenkin

vastaavat Judgen ym. (1998) käyttämiä kysymyksiä, sillä molemmat kyselyt mittaavat samaa asiaa: missä suhteessa yksilö ajattelee kykenevänsä vaikuttamaan itselleen ja yleisesti tapahtuviin asioihin. Itseen liittyvät voimavarat –muuttujan voitiin siis katsoa mittaavan samantyyppistä asiaa kuin Judgen ym. (1998) itseen liittyvät ydintulkinnat. Lisäksi itseen liittyvät voimavarat –muuttujan voitiin reliabiliteettikertoimen puolesta katsoa luotettavaksi tavaksi mitata yksilössä itsessään olevia henkilökohtaisia voimavaroja.

Itseen liittyvät voimavaroilla ei ollut tässä tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevää mediaattori- tai moderaattorivaikutusta. Aikaisempia tutkimustuloksia tämän tapaisesta tutkimusasetelmasta ei ole. Judgen ym. (1998, 2000) tutkimuksen mukaan itseen liittyvillä ydintulkinnoina oli suora yhteys työ- ja elämäntyytyväisyyteen. Itseen liittyvillä ydintulkinnoina ei myöskään ollut moderaattorivaikutusta havaittujen työnpiirteiden ja työtyytyväisyyden välillä (Judge ym. 1998). Itseen liittyvillä ydintulkinnoina oli työtyytyväisyyden lisäksi voimakas yhteys myös työn monimutkaisuuteen, joka puolestaan oli yhteydessä työtyytyväisyyteen (Judge ym., 2000). Erez ja Judge (2001) tutkivat myös itseen liittyvien ydintulkintojen yhteyttä tehtävän suorittamiseen ja motivaatioon. Itseen liittyvät ydintulkinnat olivat voimakkaasti positiivisesti yhteydessä tehtävän suorittamiseen. He havaitsivat myös, että mitä positiivisemmat ydintulkinnat yksilö omasi sitä motivoituneempi yksilö oli. Tutkimusasetelmat itseen liittyvien ydintulkintojen suhteen ovat siis olleet erilaiset kuin tässä tutkimuksessa, mutta yhtäläisyyksiä voidaan löytää. Judge ym. (1998) eivät havainneet moderaattorivaikutusta tämän tutkimuksen tavoin. Toisaalta he eivät edes tutkineet mahdollista mediaattorivaikutusta. Lisäksi itseen liittyvien ydintulkintojen ja työtyytyväisyyden sekä motivaation välisiä positiivisia yhteyksiä voidaan verrata tässä tutkimuksessa esiin tulleeseen itseen liittyvien voimavarojen ja subjektiivisen terveyden väliseen yhteyteen. Molemmat tulokset kertovat siitä, että mitä positiivisemmat käsitykset yksilöllä on itsestään sitä parempi hyvinvointi hänellä on, oli kyseessä sitten työtyytyväisyys, motivaatio tai subjektiivinen terveys.

Subjektiivisen terveyden todettiin heikkenevän 36 - 42 ikävuoden välisenä aikana riippumatta työurastuksesta ja sukupuolesta. Ikääntymisellä saattaa olla siis subjektiiviseen terveyteen heikentävä vaikutus. Aikaisempien tutkimusten mukaan terveyden heikkenemistä on todettu etenkin keski-ikäisillä työttömällä (esim. Blaxter, 1987; Broomhall & Winefield, 1990). Tässä tutkimuksessa epävakaa työuralla koko ajan

olevilla työttömyys ei kuitenkaan ollut heikoin. Vakaalla työuralla koko ajan olleisiin verrattuna vakaalta ei-vakaalle työuralle joutuneiden subjektiivinen terveys oli tilastollisesti heikompi. Tämä saattaisi viitata siihen, että näillä yksilöillä voi jo 36-vuotiaana olla heikko subjektiivinen terveys, ja se edesauttaa ei-vakaalle työuralle joutumista. Varsinkin tällöin pitäisi jo 36-vuotiaana pystyä puuttumaan tilanteeseen, jotta ei-vakaalle työuralle joutumista voitaisiin ehkäistä. Täytyy myös kuitenkin ottaa huomioon, että 36 – 42 ikävuoden väliseen aikaan liittyy myös ns. ruuhkavuodet (aika, jolloin perheen ja työelämän vaatimukset ovat kovimmillaan), joilla myös osaltaan saattaa olla vaikutusta yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Vaikka tulosten mukaan vähäinen ikä näyttäisi olevan voimavara, sen lisääntymistä ei voi estää. Sen sijaan pitäisi ehkä kiinnittää huomiota siihen, että jo lähtötilanne subjektiivisen terveyden suhteen olisi mahdollisimman hyvä ja yrittää tukea hyvinvointia eri keinoin iästä ja työllisyystilanteesta riippumatta.

Tutkimuksessa on kuitenkin rajoitteita, jotka on syytä ottaa huomioon tulosten yleistettävyydessä. Tutkimukseen osallistujat edustavat vain tiettyä ikäkohorttia Suomessa. Lisäksi aineisto on kerätty itsearvioinneilla. Tämä saattaa altistaa vääristymille, sillä ihmiset voivat arastella vastata rehellisesti esimerkiksi psykosomaattisia oireita koskeviin kysymyksiin. Myöskään kaikki eivät osaa arvioida itsessään erilaisia persoonallisuuden piirteitä. Työuran vakautta huomioitiin vain pääpiirteittäin; esimerkiksi työttömyyden pituutta ei otettu huomioon. Epävakaaseen työuraan sisällytettiin myös mm. satunnaisesti työssä olevat osallistujat. Epävakaata työura ei siis kuvaa pelkästään ilman työtä olevia.

Tämä tutkimus osoitti, että työttömyys, jota tässä tutkimuksessa käsitetään laajemmin epävakaalla työuralla, on aikaisempien tutkimusten tapaan yhteydessä heikentyneeseen subjektiiviseen terveyteen. Uutta tietoa toi sen sijaan se, että itseen liittyvät voimavarat sen sijaan eivät merkitsevästi muuta tuota yhteyttä. Ikääntymisellä puolestaan näyttäisi olevan heikentävä vaikutus subjektiiviseen terveyteen työllisyysstatuksesta riippumatta. Lisäksi tämän tutkimuksen tulos, jonka mukaan itseen liittyvät voimavarat ovat yhteydessä subjektiiviseen terveyteen pitäisi ottaa huomioon esimerkiksi kuntoutusta suunniteltaessa. Vaikka sairauksiin itsessään ei pysty useinkaan vaikuttamaan, ihmisessä olevia voimavaroja voitaisiin pyrkiä vahvistamaan siten, että sairauden tulkintaa ja asenteita yritettäisiin parantaa. Tällöin voimavarat yksilössä lisääntyisivät ja sitä myöden myös subjektiivinen terveys kohentuisi. Tulevaisuudessa tutkimuskohteeksi olisi mielenkiintoista

ottaa yksilössä itsessään olevien voimavarojen lisäksi esimerkiksi sosiaaliset voimavarat. Varsinkin työttömien ja näiden syrjäytymisuhan tiedostaen sosiaalisilla tuella saattaa olla hyvinkin suuri vaikutus työttömien hyvinvointiin. Myös työttömyyden pituuden huomioiminen saattaisi tuoda uutta tietoa. Ikääntymisen kohdalla olisi mielenkiintoista tutkia, jatkuuko subjektiivisen terveyden heikkeneminen myöhemmällä iällä samalla tavalla, ja alkaako työllisyysstatus myöhemmin mahdollisesti vaikuttaa subjektiivisen terveyden muutokseen.

## LÄHTEET

- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress and coping*. Yhdysvallat, San Francisco: Jossey-Bass.
- Aro, H. (1988). Stress, Development and psychosomatic symptoms in adolescence. A study of 14 and 16 year old school children. *Acta Universitatis Tamperensis ser. A* 242.
- Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population-based study. *International Journal of Social Welfare*, 11, 111-119.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Blaxter, M. (1987). Evidence on inequality in health from a national survey. *Lancet*, 2, 30-33.
- Bromley, D.B. (1975). *The psychology of human ageing*. (2.painos) Iso-Britannia: C. Nicholls & Co.
- Broomhall, H. S. & Winefield, A.H. (1990). A comparison of the affective well-being of young and middle-aged unemployed men matched for length of unemployment. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 43-52.
- Costa, P.T.Jr., & McCrae, R.R. (1984). Personality as a lifelong determinant of well-being. Teoksessa C.Z. Malatesta & C.E. Izard (toim.), *Emotion in Adult Development*. (s. 141-157). Beverly Hills, California: Sage.
- Costa, P.T.Jr, & McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa, P.T.Jr, & McCrae, R.R. (1988). Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO personality inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Costa, P.T.Jr, & McCrae, R.R. (1989). The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.



- Creed, P.A., Machin, M.A., & Hicks, R. (1996). Neuroticism and mental health outcomes for long-term unemployed youth attending occupational skills training programs. *Personality and Individual Differences, 21*, 537-544.
- Creed, P.A., Muller, J., & Machin, M.A. (2001). The role of satisfaction with occupational status, neuroticism, financial strain and categories of experience in predicting mental health in the unemployed. *Personality and Individual Differences, 30*, 435-447.
- Cvetanovski, J., & Steve, M.J. (1994). Locus of control of unemployed people and its relationship to psychological and physical well-being. *Work & Stress, 8*, 60-67.
- Eden, D., & Aviram, A. (1993). Self-efficacy training to speed re-employment: helping people to help themselves. *Journal of Applied Psychology, 78*, 352-360.
- Erez, A., & Judge, T.A. (2001). Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *Journal of Applied Psychology, 86*, 1270-1279.
- Graetz, B. (1993). Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. *Social Science & Medicine, 36*, 715-724.
- Grossi, G., Theorell, T., Jurisoo, M., & Setterlind, S. (1999). Psychophysiological correlates of organizational change and threat of unemployment among police inspectors. *Integrative Physiological and Behavioral Science, 34*, 30-42.
- Hammarström, A. (1994a). Health consequences of youth unemployment. *Public Health, 108*, 403-412.
- Hammarström, A. (1994b). Health consequences of youth unemployment – review from a gender perspective. *Social Science and Medicine, 38*, 699-709.
- Hammarström, A., Janlert, U., & Theorell T. (1988). Youth employment and ill health: results from a 2-year follow-up study. *Social Science and Medicine, 26*, 1025-1033.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: a life-span perspective. Teoksessa R.J. Sterberg & J. Kolligan, Jr (toim.) *Competence considered* (s. 67-97). New Haven: Yale University Press.
- Holman, H., & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. Teoksessa R. Schwarzer (toim.) *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

- Idler, E.I., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 21-37.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Jackson, T. (1999). Differences in psychosocial experiences of employed, unemployed, and student samples of young adults. *Journal of Psychology*, 133,49-60.
- Johnson, M. (2003). The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints? *Personality and Individual Differences*, 35, 877-887.
- Joukamaa, M. (2000). Somatoformiset (elimellisoireiset) häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Karttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 219-238). Jyväskylä: Duodecim.
- Judge, T.A., & Bono, J.E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability – with job satisfaction and job performance: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92.
- Judge, T.A., Bono, J.E., & Locke, E.A. (2000). Personality and job satisfaction: the mediating role of job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 85, 237-249.
- Judge, T.A, Locke, E.A, Durham, C.C., & Kluger, A.N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 17-34.
- Kavanagh, D.J. (1992). Self-efficacy and depression. Teoksessa R. Schwarzer (toim.) *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere Publishing.
- Kinnunen, M., Kokkonen, M., Kaprio, J., & Pulkkinen L. (2003). *Emotion (dys)regulation associates both with subjective health and with the metabolic syndrome risk*. Arvioitavaksi lähetetty käsikirjoitus.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Thomson, L., Griffiths, A., & Cox, T. (2001). Downsizing, changes in work, and self-rated health of employees: a 7-year 3-wave panel study. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 59-73.
- Klonowicz, T. (2002). Discontented people: Reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being. *European Journal of Personality*, 15, 29-47.

- Kokko, K., & Pulkkinen, L. (1998). Unemployment and psychological distress: mediator effects. *Journal of Adult Development, 5*, 205-217.
- Kokko, K., Pulkkinen, L., & Puustinen M. (2000). Selection into long-term unemployment and its psychological consequences. *International Journal of Behavioral Development, 2*, 310-320.
- Kostamo, P. (2002). *Taloudellisen stressin yhteys hyvinvointiin: persoonallisuuden yhteyttä muuntava rooli*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu –tutkielma..
- Leeflang, R.L., Klein-Hesselink, D.J., & Spruit, I.P. (1992a). Health effects of unemployment – I. Long-term unemployed men in a rural and an urban setting. *Social Science and Medicine, 34*, 341-350.
- Leeflang, R.L., Klein-Hesselink, D.J., & Spruit, I.P. (1992b). Health effects of unemployment – II. Men and women. *Social Science and Medicine, 34*, 351-363.
- Levinson, D.J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist, 41*, 3-13.
- Linn, M.W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal of Public Health, 75*, 502-506.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T.Jr. (1991). Adding liebe und arbeit: the full five factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 17*, 227-232.
- McDonough, P., & Amick, B.C. (2001). The social context of health selection: a longitudinal study of health and employment. *Social Science & Medicine, 53*, 135-145.
- Millar, J.S., Hull, C. (1997). Measuring human wellness. *Social Indicators Research, 40*, 147-158.
- Mittag, W., & Schwarzer, R. (1993). Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption : a two-wave study on stressful life transitions. *Psychology and Health, 8*, 77-87.
- Mossey, K.A., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health, 72*, 800-808.
- Nurmi, J.-E., Salmela-aro, K., & Haavisto, T. (1995). The strategy and attribution questionnaire: Psychometric properties. *European Journal of Psychological Assessment, 11*, 108-121.

- Payne, R. (1988). A longitudinal study of the psychological well-being of unemployed men and the mediating effect of neuroticism. *Human Relations*, *41*, 119-138.
- Pulkkinen, L. (1997). Oman elämän hallinnantuntu ja terveys. Teoksessa L. Pulkkinen (toim.) *Lapsesta aikuiseksi* (s. 172-190). 2. painos, Juva: WSOY.
- Pulkkinen, L., Fyrstén, S., Kinnunen, U., Kinnunen M-L., Pitkänen, T. & Kokko, K. (2003). *40+ Erään ikäluokan selviytymistarina*. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 349.
- Pulver, A., Allik, J., Pulkkinen, L., & Härmäläinen, M. (1995). A Big Five personality inventory in two non-Indo-European languages. *European Journal of Personality*, *9*, 109-124.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University press.
- Ross, C.E., & Mirowsky, J. (1995). Does unemployment affect health? *Journal of Health and Social Behaviour*, *36*, 230-243.
- Rowley, K.M., & Feather, N.T. (1987). The impact of unemployment in relation to age and length of unemployment. *Journal of Occupational Psychology*, *60*, 323-332.
- Sinkkonen, M., & Pulkkinen, L. (1996). *Elämänrakenne parhaassa aikuisiässä*. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 333.
- Studnicka, M., Studnicka-Benke, A., Wögerbauer, G., Rastetter, D., Wenda, R., Gathmann, P., & Ringel, E. (1991). Psychological health, self-reported physical health and health service use. Risk differential observed after one year of unemployment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *26*, 86-91.
- Tiggemann, M., & Winefield, A.H. (1984). The effects of unemployment on the mood, self-esteem, locus of control, and depressive affect of school leavers. *Journal of Occupational Psychology*, *57*, 33-42.
- Tilastokeskus (2004a). Työllisyys ja työttömyys kesäkuussa 2004. Saatavilla [www-muodossa <URL: http://tilastokeskus.fi/tup/tiedotteet/v2004/160tym.html>](http://tilastokeskus.fi/tup/tiedotteet/v2004/160tym.html). 20.7.2004
- Tilastokeskus (2004b) Työmarkkinat. Saatavilla [www-muodossa <URL: http://www.stat.fi/tup/suoluk/taskus\\_tyoelama.html>](http://www.stat.fi/tup/suoluk/taskus_tyoelama.html). 17.3.2004.
- Työministeriö (1999). Työttömät työnhakijat. Saatavana [www-muodossa <URL: www.mol.fi/tiedotus/tauluk1.html>](http://www.mol.fi/tiedotus/tauluk1.html).

- Vahtera, J., & Pentti, J. (1995). *Voimavarat, terveys ja työelämän murros*. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 7, Työterveyslaitos, Helsinki: Hakapaino.
- Viinamäki, H., Koskela, K., Niskanen, L., Arnkill, R., & Tikkanen, J. (1993). Unemployment and mental wellbeing: a factory closure study in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 429-433.
- Virtanen, P., Rantalaiho, L., & Koivisto, A. (2003). Employment status passages and psychosocial well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 123-130.
- Wanberg, C. R. (1997). Antecedents and outcomes of coping behaviors among unemployed and re-employed individuals. *Journal of Applied Psychology*, 82, 731-744.
- Warr, P., & Jackson, P. (1984). Men without jobs: some correlates of age and length of unemployment. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 77-85.
- Waters, L.E., & Moore, K.A. (2002). Self-esteem, appraisal and coping: A comparison of unemployed and re-employed people. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 593-604.
- Westerlund, H., Theorell, T., & Bergström, A. (2000). Psychophysiological effects of temporary alternative employment. *Social Science and Medicine*, 52, 405-415.
- Wilson, S.H., & Walker, G.M. (1993). Unemployment and health: a review. *Public Health*, 107, 153-162.
- Winefield, A.H., & Tiggemann, M. (1985). Psychological correlates of employment and unemployment: effects, predisposing factors and sex differences. *Journal of Occupational psychology*, 58, 229-242.
- Winefield, A.H., & Tiggemann, M. (1990a). Employment status and psychological well-being: a longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 75, 455-459.
- Winefield, A.H., & Tiggemann, M. (1990b). Length of unemployment and psychological distress: Longitudinal and cross-sectional data. *Social Science and Medicine*, 31, 461-465.
- Winefield, A.H., Tiggemann, M., & Goldney, R.D. (1988). Psychological concomitants of satisfactory employment and unemployment in young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 149-157.