

# **Yksinasuvien positiivinen mielenterveys**

Kirsi Luukkala

Terveyskasvatuksen Pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2017

## TIIVISTELMÄ

Luukkala, K. 2017. Yksinasuvien positiivinen mielenterveys. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 37 s., 2 liitettä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yksinasuvien positiivista mielenterveyttä sekä positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavia sosioekonomisia ja emotionaalisia tekijöitä. Tutkimus oli osa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Yksinasuvat ry:n yksielävien mielenhyvinvoinnin tutkimusta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella ja siihen vastasi 232 Yksinasuvat ry:n jäsentä. Vastausprosentti oli 54 %.

Tutkimuksessa käytettiin positiivisen mielenterveyden lyhyttä mittaria (SWEMWBS) (Warwick Medical School 2015). Tarkastelun avuksi ja analyysiä varten positiivisen mielenterveyden mittarista saadut arvot luokiteltiin kolmeen eri luokkaan: matala, kohtalainen ja korkea. Luokittelun lisäksi tulokset esitettiin keskiarvoina. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS for Windows 24.0 -ohjelmistolla. Aineisto analysoitiin ristiintaulukoimalla ja keskiarvojen perusteella. Tilastollista merkitsevyyttä testattiin khiin neliötestillä sekä yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Merkitsevyydet ilmoitettiin p-arvona. Positiivisen mielenterveyden mittarin väärtämien sisäistä yhdenmukaisuutta testattiin Crohnbachin alfa - kertoimen avulla.

Tulosten mukaan suurimmalla osalla vastaajista oli kohtalainen positiivinen mielenterveys ja positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli 22,89 (asteikko 7-35). Sosioekonomisista tekijöistä sukupuolella, tulotasolla, asunnon koolla ja tyytyväisyydellä ikkunasta avautuvaan näkymään, oli yhteys positiivisen mielenterveyteen. Emotionaalisia tekijöitä edustavilla yksinäisyyden ja alakuloisuuden tunteella sekä arviolla elämänlaadusta oli vahva yhteys positiiviseen mielenterveyteen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että yksinasuvien positiivinen mielenterveys oli kohtalainen. Tämän tutkimuksen mukaan yksinasuvilla positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavat sosioekonomisista tekijöistä työllisyys, tulotaso ja siviilisääty sekä asuntoon liittyvät asiat. Positiiviseen mielenterveydellä ja yksinäisyyden ja alakuloisuuden tunteella sekä arviolla elämänlaadusta oli vahva yhteys positiiviseen mielenterveyteen.

Asiasanat: yksinasuva, mielenterveys, positiivinen mielenterveys

## **ABSTRACT**

Luokkala, K. 2017. The positive mental health of people living alone. Faculty of Sport Sciences. Health Education Master's thesis, 37 pages, 2 appendixes.

The purpose of this study was to investigate the positive mental health of people living alone, as well as the impact of socio-economic and emotional factors to positive mental health. This study was a part of Yksielävien mielen hyvinvoinnin tutkimus (The mental well-being survey to people living alone), which was conducted by National Institute for Health and Welfare (THL) in cooperation with Yksinasuvat ry. The data was collected by questionnaire and 232 replied. They were members of Yksinasuvat ry. The response rate was 54%.

The short version of Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS) was used (Warwick Medical School 2015). Examination of the values the meter were classified into three categories: low, moderate and high. In addition to the results presented averages. The data were analyzed using SPSS for Windows 24.0 software. Data were analyzed with cross tabulation and means. Statistical significance was tested by chi-square test and one-way analysis of variance (ANOVA). Statistical significance was reported as p-value. The internal consistency of positive mental health issues, the meter, was tested using Cronbachin alpha coefficient.

The results show that the majority of respondents had moderate positive mental health and a positive mental average was 22.89 (scale 7-35). Socio-economic factors, gender, income level, size of the apartment and the satisfaction of the window view, there was a connection of positive mental health. Emotional factors representative of loneliness and melancholy emotion, as well as an estimate of the quality of life had a strong connection to the positive mental health.

It can be concluded that the positive mental health of those living alone were moderate. This study shows that living alone positive mental health is affected by socio-economic factors, employment, income, and marital status, as well as related to housing issues. Positive mental health and feelings of loneliness and melancholy emotion, as well as an estimate of the quality of life had a strong connection to the positive mental health.

Keywords: living alone, mental health, positive mental health

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	YKSINASUVAT.....	3
2.1	Yksinasuvien määrittelyä .....	3
2.2	Yksinasuvien sosioekonominen tilanne.....	5
2.3	Yksinasuvien hyvinvointi ja terveys .....	7
3	POSITIIVINEN MIELENTERVEYS.....	9
3.1	Positiivisen mielenterveyden näkökulmia.....	9
3.2	Funktionaalinen malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana.....	12
3.3	Positiivisen mielenterveyden mittaaminen.....	13
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	15
4.1	Tutkimusaineiston keruu .....	15
4.2	Analyysimenetelmät .....	16
4.3	Vastaaajien taustatiedot.....	17
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	19
5.1	Positiivinen mielenterveys.....	19
5.2	Sosioekonomisten tekijöiden yhteys positiiviseen mielenterveyteen.....	21
5.3	Emotionaalisten tekijöiden yhteys positiiviseen mielenterveyteen .....	24
6	POHDINTA.....	27
6.1	Luotettavuustarkastelu ja eettinen pohdinta .....	29
6.2	Johtopäätökset .....	30
	LÄHTEET .....	32

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Yksin asuminen on yleistynyt Suomessa (Tilastokeskus 2015) ja muualla maailmassa, erityisesti Pohjois-Euroopassa, Australiassa ja Pohjois-Amerikassa (Klinenberg 2012; Jamiesson & Simpson 2013; Haataja 2014). Yksinasuvia on Suomessa jo yli miljoona (1 098 023) ja kaikista kotitalouksista 42 % on yhden hengen kotitalouksia (Tilastokeskus 2015). Valtaosa Suomessa yksin asuvista voi hyvin, mutta osalla menee monella hyvinvoinnin mittarilla mitattuna muuta väestöä huonommin. Hyvinvointierot yksin asuvien välillä ovat suuret ja ne liittyvät sukupuoleen, ikään ja työllisyyteen. Yksin asuvilla on niukempi toimeentulo ja he kokevat useammin yksinäisyyttä (Joutsenniemi 2007; Kauppinen ym. 2014; Borg 2015). Yksin asumisen myönteisiä piirteitä ovat asumisen väljyys ja runsaampi vapaa-ajan määrä (Kauppinen ym. 2014). Mielenterveys vaihtelee merkittävästi asumismuodon mukaan. Suomessa yksin tai muiden kuin puolison kanssa asuvilla on huonompi mielenterveys, korkeampi kuolleisuus ja yleisemmin runsasta alkoholinkäyttöä (Joutsenniemi 2007).

Mielenterveyden ongelmat ovat kasvussa. Mielenterveyden ongelmat ovat paitsi inhimillinen ongelma, mutta niillä on myös negatiivinen vaikutus ihmisten tuottavuuteen heikentäen sitä. Näin ollen mielenterveysongelmilla on laajoja kansantaloudellisia kustannusvaikutuksia. Muun muassa edellä mainittuihin seikkoihin perustuen, Euroopan Unioni (2016) antoi kannanottonsa kesällä 2016 mielenterveyden ja hyvinvoinnin toimintakehykseksi. Yhtenä kannanottona oli positiivisen mielenterveyden vahvistaminen, joka saa aikaan hyvin monenlaisia vaikutuksia eri aloilla ja johtaa parempaan sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen ja parempaan taloudelliseen tilanteeseen (European Union 2016).

Mielenterveys on WHO:n määritelmän mukaan hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (World Health Organization 2014). Vallitsevan käsityksen mukaan mielenterveys kuvataan jatkumoajatteluna, jossa janan toisessa päässä on mielensairaus ja toisessa päässä mielenterveys (Lehtinen 2008, 26–27). Tällöin mielenterveys nähdään usein mielenhäiriönä, eikä mielenterveyttä nähdä myönteisenä voimavarana,

positiivisena mielenterveytenä (Sohlman 2005). Positiivinen mielenterveys on yksi mielenterveyden osa ja se tarkoittaa joukkoa psyykkisiä resursseja ja kykyjä, jotka tuovat yksilölle voimavaroja ja sitä voidaan kutsua hyväksi mielenterveydeksi, joka on olennainen osa yksilön kokonaisvaltaista hyvinvointia (Sohlman 2005; Tamminen ym. 2016). Positiivinen mielenterveys on voimavara, jolla voidaan edistää mielenterveyttä (Vaillant 2012; Keyes & Simoes 2013; Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016; Tamminen ym. 2016) ja se on olennainen osa terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä (Barry 2009). Positiivisen mielenterveyden omaavilla on muita harvemmin taloudellisia kriisejä, masennusoireita ja ongelmia läheisten kanssa (Sohlman 2005). Jokaisella ihmisellä on positiivista mielenterveyttä, joten olisikin tärkeätä, että löydettäisiin keinoja, joilla voidaan tukea ja vahvistaa ihmisen positiivista mielenterveyttä (Sohlman 2005). Tamminen ja kumppanit (2016) havaitsivat katsauksessaan, että mielenterveyden edistäminen on positiivisen mielenterveyden vahvistamista (Tamminen ym. 2016).

Mielen hyvinvointia on tutkittu suomalaisissa tutkimuksissa mittaamalla erilaisia psyykkisiä ominaisuuksia, kuten koherenssin tunnetta tai pystyvyyttä. Tutkimuksissa on tarkasteltu myös yksilön elämänlaatua, optimismia, onnellisuutta tai luontevahvuuksia. Positiivisen mielenterveyden mittaamiseen ei ole aiemmin ollut sopivaa mittaria, jonka vuoksi sen mittaaminen on ollut haastavaa (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016). Positiivista mielenterveyttä kuvaava mittari kehitettiin Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa 2007. Positiivisen mielenterveyden mittari eli Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) kuvaa yksilön mielen hyvinvointia ja tunteita. Väittämät, joita pidemmässä mittarissa on 14, on positiivisesti sanoitettu ja ne kattavat lähes kaikki mielenhyvinvointiin liittyvät ominaisuudet (Warwick Medical School 2015). Suomessa mittaria on ollut käytössä muutamissa tutkimuksissa aiemmin, kuten Lapin väestön mielenhyvinvoinnin tutkimuksessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

Yksinasuvien ihmisten määrä tulee todennäköisesti kasvamaan maailmanlaajuisesti sekä iäkkäämpien että työssäkäyvien väestön keskuudessa (Jamieson & Simpson 2013, 211), jonka vuoksi on tärkeätä saada lisää tietoa yksinelävien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista asioista. Tässä pro gradu -tutkielmassa, jossa oli tarkoituksena selvittää yksinasuvien positiivista mielenterveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, käytettiin positiivisen mielenterveyden mittarin lyhyttä, 7-osioista, versiota.

## 2 YKSINASUVAT

### 2.1 Yksinasuvien määrittelyä

Yksinelävä ja yksinasuva eivät ole käsitteinä yksiselitteisiä, eikä kielenkäyttöömme ole vakiintunut yhtä käsitettä yksinelävistä tai yksinasuvista. Yksin asuvat ovat eri-ikäisiä aikuisia; nuoria, keski-ikäisiä ja iäkkäitä ja siviilisäädyltään naimattomia, eronneita tai leskiä. (Tilastokeskus 2012). Yksin asuvia voidaan tarkastella tilastoista asuntokunnittain, osuutena väestöstä, perheväestön määrän muutosten tai siviilisäädyn muutosten kautta. Yksin eläminen voi olla yksi elämänvaihe tai pysyvä elämäntilanne (Borg & Keskinen 2016). Tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään termiä yksinasuva.

Kotimaisten kielten keskus määrittelee, että yksineläjä elää yksin (Kotimaisten kielten keskus 2016). Yksineläjä on henkilö, joka on tällä hetkellä puolison ja lapseton (Mäkinen 2008). Perheaseman näkökulmasta Tilastokeskus käyttää yksin asuvasta tilastomerkintää perheisiin kuulumaton, asuu yksin (Tilastokeskus 2016a) ja puolestaan asuntokuntatilastoissa yksin asuvaa kutsutaan yhden hengen asuntokunnaksi (Tilastokeskus 2016b). Yksin asuvan voi määrittellä myös yhden hengen ruokakunnaksi (Haataja 2014). Yksinasuva ei jaa kotia eikä kotielämää kenenkään kanssa, mutta hänellä voi olla parisuhde (Jamieson & Simpson 2013, 5–6; Borg & Keskinen 2016). Yksinelävä tunnetaan nykysuomenkielessä sinkkuna, joka tarkoittaa naimatonta henkilöä, joka ei ole avioliitossa tai muussa vakituudessa parisuhteessa. Sinkku on laaja-alainen käsite, jota käytetään lähinnä puhekielessä (Pietilä 2013).

Erityisesti mediassa yksinelävä ja yksinäinen-termejä käytetään virheellisesti synonyymeina. Yksinäisyys johtuu ihmisten välisten vuorovaikutussuhteiden ongelmista (Weiss 1973) ja yksinäisyys on aina subjektiivinen kokemus, se on melko riippumatonta todellisista sosiaalisista verkostoista, joka tarkoittaa, että ihminen voi olla yksin, mutta ei koe yksinäisyyttä ja toisaalta ihminen voi olla yksinäinen ollessaan muiden seurassa. Yksinäisyys ei ole sama asia kuin yksin oleminen tai yksin eläminen, sillä ihminen voi kokea yksin olemisen virkistäväksi ja nauttia siitä (Peplau & Perlman 1982, 3). Yksinäisyys on yhteydessä sosiaalisten suhteiden laatuun ja määrään. Yksinäisyyden kokemisen todennäköisyys lisääntyy oleellisesti yksin asuessa ja se vaikuttaa koettuun hyvinvointiin. Yksinäiset ovat

vähemmän tyytyväisiä omaan elämäänsä ja he kokevat elämänsä vaikeaksi. Yksinäisyydellä ja masennuksella on todettu yhteys (Saari 2009, 106, 133, 135).

Yksinelämistä voidaan tarkastella myös sen perusteella, missä määrin yksinelämistä voidaan pitää omana valintana. Osa yksinelävistä on valinnut yksinelämisen aktiivisesti ja tietoisesti. Passiivisesti yksinelämisen valinnot ovat päätyneet yksinelämiseen pienten valintojen tuloksena, jolloin he ovat valmiita parisuhteeseen, mutta vain tietyin ehdoin. On myös yksineläjiä, jotka haluaisivat elää parisuhteessa, mutta eivät ole siinä onnistuneet (Ojala & Kontula 2002). Tapa, miten on päätyneet yksinelämiseen, vaikuttaa siihen, miten yksineläminen koetaan (Jamiesson & Simpson 2013, 7). Jatkuvana elämäntapana yksinelämistä pidetään familistisessä ajattelumallissa poikkeamana normeista. Mikäli yksinelämisestä olisi myönteisiä mallitarinoita, olisi helpompi mieltää yksineläminen hyväksi elämäksi (Mäkinen 2008).

Yksin asumisen syinä on pidetty olosuhteiden pakottamaa tai omaan valintaan perustuvaa yksin asumista (Bennett & Dixon 2006). Sosiologi Eric Klinenbergin mukaan yksineläminen on kasvanut voimakkaasti varallisuuden kasvun ja hyvinvointivaltioiden sosiaaliturvan vuoksi (Klinenberg 2012, 10). Yhtenä syynä yksinasumisen yleistymiseen on, että yksinasuminen on tullut mahdolliseksi myös naisille. Naisten status on noussut naisten työmarkkinoille tulon, koulutuksen ja itsenäistymisen vuoksi. Kommunikaatiovallankumous on osaltaan edesauttanut yksinasumisen yleistymistä, sillä sosiaalinen media antaa uudenlaisia mahdollisuuksia sosiaalisille suhteille yksin asuvillekin. Sosiaalisen median käyttö ei kuitenkaan tarkoita sitä, että yksin asuva pysyttelee vain yksin kotona. Tutkimukset antavat viitteitä, että runsaasti sosiaalista mediaa käyttävillä henkilöillä on laajat sosiaaliset verkostot ja he osallistuvat enemmän vapaaehtoistoimintaan. Yksinelämisen kasvuun ovat vaikuttaneet myös kaupungistuminen, yksinelävien yhteisöjen kasvu yksineläville suunnattuine palveluineen sekä iäkkäiden tahto asua yksin ja olla riippumattomia muista ihmisistä ja instituutioista. (Klinenberg 2012, 14–16).

Yksinasuvilla on erilaisia elämäntilanteita, joten heitä ei voi tarkastella homogeenisenä ryhmänä. Ikä, koulutus, siviilisääty, työssäolo, työttömyys, toimeentulo, asuinpaikka ja huollettavien määrä vaikuttavat yksinasuvan elämäntilanteeseen ja tekevät yksinasuvista ryhmän erilaisine elämävaiheineen. Yksin asumisen pysyvyydestä, elämäntilanteiden

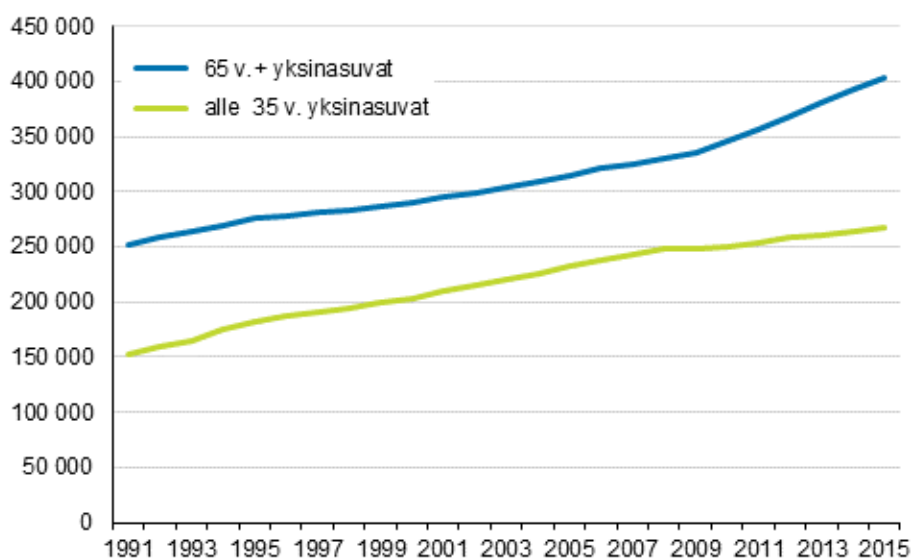


muutoksista tai yksin asuvien taustoista ei ole saatavilla kattavaa tietoa, johtuen muun muassa siitä, että avoeroja ei tilastoida (Borg & Keskinen 2016).

Yksinasuvat ovat suurin pienituloisten ryhmä ja yksinasuvista noin 30 % elää köyhyysriskirajan alapuolella. Yksinasuvat ovat myös yleisin toimeentulon piirissä oleva ryhmä. Pitkäaikaista toimeentulotukea saavat ovat yleisimmin yksinasuvia miehiä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Suomessa joka viides yksinasuva kokee asumiskustannukset raskaaksi taakaksi. Huomion arvoista on, että muissa Pohjoismaissa ei edes joka kymmenes koe asumiskustannuksia raskaiksi (Haataja 2014). 35–64 -vuotiaiden yksin asuvien keskitulot eivät jää paljon alle kaikkien kotitalouksien keskituloista, mutta nuorimmilla ja vanhimmilla yksin asuvilla on matala tulotaso (Kauppinen ym. 2014).

## 2.2 Yksinasuvien sosioekonominen tilanne

Yksinasuvat eivät ole yhtenäinen ryhmä, mutta heitä yhdistävät yksinelämiseen liittyvät haasteet, kuten taloudelliset, sosiaaliset, henkiset ja terveydelliset haasteet (Borg 2015). Yksinasuvien määrä on jatkanut kasvuaan (kuva 1) Suomessa ja määrä on viimeisen 20 vuoden aikana tuplaantunut. Suomen aikuisväestöstä on yksinasuvia 26 % (Haataja 2014; Tilastokeskus 2015). Yksinasuminen vaihtelee iän ja sukupuolen mukaan. Suurin osa (41 %) yksinasuvista on 35–64 –vuotiaita ja yli 65-vuotiaista 38 % elää yhden hengen taloudessa (Tilastokeskus 2016b).



KUVA 1. Yksinasuvien määrä vanhemmissa ja nuoremmissa ikäryhmissä 1991-2015 (Tilastokeskus 2016b, [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi)).

Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna yksinasuminen on yleisintä Pohjoismaissa. Ruotsissa, Norjassa, Suomessa ja Tanskassa yksinasuvien kotitalouksia on 40–45 % kaikista kotitalouksista (Klinenberg 2012, 10; Haataja 2014). Erityisesti pohjoismaalaisten nuorten yksinasumisen syynä on hyvinvointivaltioiden järjestelmä, joka tukee nuorten varhaista itsenäistymistä (Klinenberg 2012, 10; Jamiesson & Simpson 2013, 36). Yksinasuminen on yleistä myös Japanissa, Saksassa, Ranskassa, Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja Australiassa sekä Yhdysvalloissa (Klinenberg 2012, 10). Intiassa yksinasuminen on vähäisintä, jossa yksinasuvien kotitalouksia on 4 %, johtuen muun muassa uskonnollisista ja taloudellisista seikoista sekä yhteisön suhtautumisesta yksinasumiseen (Jamiesson & Simpson 2013, 34–36, 41). Perhekeskeisissä yhteiskunnissa yksin asuviin kohdistuu stereotyyppisiä asenteita ja syrjintää (Haataja 2014).

Enemmistö Euroopan Unionin alueella yksin asuvista on naisia (58 %) johtuen ensisijaisesti vanhusväestön sukupuolirakenteesta naisten eliniän ollessa pidempi kuin miesten. Sen sijaan työikäisestä väestöstä yksin asuvat ovat useimmin miehiä. Yksin asuvien työikäisten naisten vähemmyyttä verrattuna miehiin selittää myös se, että kyseessä olevassa ikäryhmässä on paljon lapsiperheiden vanhempien avo- ja avioeroja. Eron jälkeen lapset jäävät useimmiten asumaan äidin kanssa. Suomessa yksinasuvista on naisia (55 %) hieman enemmän kuin miehiä (45 %) (Kauppinen ym. 2014).

Siviilisäädyn perusteella ei voi enää päätellä asumismuotoa, sillä lesket, eronneet ja naimattomat saattavat asua yksin tai jonkun toisen henkilön, esimerkiksi lasten tai vanhempien kanssa (Joutsenniemi 2007). Suurin osa Euroopan Unionin alueella asuvista yksin asuvista ovat siviilisäädyltään naimattomia, joka neljäs on eronnut ja joka kolmas leski. Eri maiden välillä yksinasuvien siviilisäädyyissä on huomattavia eroja. Esimerkiksi Pohjoismaissa yli 70 % yksin asuvan siviilisäätynä on naimaton (Haataja 2014). Suomessa lähes kolmannes yksinasuvista miehistä on naimattomia ja hieman yli yksi kymmenesosa on eronneita. Naisista yksi viidesosa on naimattomia ja eronneita on noin 15 %. Leskien osuus yksinasuvista naisista on noin 15 % ja miehistä noin 4 % (Kauppinen ym. 2014).

Iältään 30–55-vuotiaat yksinasuvat miehet ja naiset ovat Euroopan Unionin maissa useammin korkeammin koulutettuja kuin muissa kotitaloustyypeissä asuvat saman ikäiset naiset ja miehet. Erot maiden välillä ovat kuitenkin suuret. Etelä- ja Itä-Euroopassa korkea-asteen

koulutus on yleisempää yksin asuvilla, kun taas Pohjoismaissa korkeasti koulutettuja naisia on yksin asuvien keskuudessa vähemmän kuin muissa kotitaloustyypeissä. Suurin ero korkeasteen koulutuksen saaneiden osuuksissa on Suomessa. Suomessa parisuhteessa elävä mies on useimmiten korkeammin koulutettu kuin yksin asuva mies (Haataja 2014). Erityisesti keskiikäisten miesten yksinasumisella ja alhaisella koulutustasolla näyttää olevan yhteys (Jamieson & Simpson 2013, 52).

Euroopan Unionin alueella asuvien työikäisten toimeentulossa suhteessa muihin kotitalouksiin on eroja. Naisten enemmistö kuuluu keskituloisiin, kun taas miehet jakautuvat pieni- ja suurituloisiin. Suomessa yksin asuvista miehistä sijoittuu 28 % alimpaan tuloluokkaan, mikä on selvästi muita Pohjoismaita yleisempää. Hyvätuloisten yksinasuvien miesten osuus on pienentynyt Suomessa ja Tanskassa (Haataja 2014). Työttömyys on yleisempää Euroopan Unionin maissa asuvilla yksin asuvilla, erityisesti miehillä, kuin muilla työikäisillä. Myös pitkäaikaistyöttömiä on enemmän yksin asuvien keskuudessa (Haataja 2014).

Suomessa yksinasuvat ovat suurin pienituloisten ryhmä ja heistä noin 30 % elää köyhyysriskirajan alapuolella. Yksinasuvat ovat myös yleisin toimeentulon piirissä oleva ryhmä. Pitkäaikaista toimeentulotukea saavat ovat yleisimmin yksinasuvia miehiä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Suomessa joka viides yksinasuva kokee, että asumiskustannukset koostuvat raskaaksi taakaksi (Haataja 2014). 35–64-vuotiaiden yksin asuvien keskitulot eivät jää paljon alle kaikkien kotitalouksien keskituloista, mutta nuorimmilla ja vanhimmilla yksin asuvilla on matala tulotaso (Kauppinen ym. 2014).

### **2.3 Yksinasuvien hyvinvointi ja terveys**

Asumismuodolla ja terveydellä on yhteys ja sitä voi selittää eri tavoin. Terveet henkilöt näyttäisivät päätyvän avio- tai avoliittoon ja pysyvät parisuhteessa useimmin kuin ne, joilla on huonompi terveys, jolloin puhutaan terveyteen liittyvästä suorasta valikoitumisesta. Epäsuoraa terveyteen liittyvää valikoitumista tapahtuu silloin, kun sosiaaliset ja elintapoihin liittyvät tekijät altistavat huonolle terveydelle ja tämä lisää parisuhteen päättymisen todennäköisyyttä ja naimattomuutta. Sosiaalisella kausatiolla tarkoitetaan, että yksin tai

muun kuin puolison kanssa asumisella on terveyttä heikentävä vaikutus, kun taas avio- ja avoliitto edistää terveyttä (Joutsenniemi 2007).

Yksinasuvien hyvinvointi ja terveys ovat yleisesti heikompia verrattuna ei-yksinasuviin (Bilotta ym. 2011; Jamieson & Simpson 2013, 52). Yksinasuvien koettu terveys ja toiminta- ja työkyky ovat huonompia, kuolleisuus suurempi, masennus ja psyykkinen kuormittuneisuus yleisiä ja elintavat epäterveellisemmät kuin parisuhteessa asuvilla (Kauppinen ym. 2014). Englannissa, Espanjassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa iäkkäämmät ihmiset, jotka asuvat yksin, kokevat elämänlaatunsa, psyykkisen hyvinvointinsa ja terveydentilansa heikommaksi kuin muiden ihmisten kanssa asunnon jakavat ihmiset (Jamieson & Simpson 2013, 159). Ruotsissa tehdyssä yli 75 -vuotiaiden seurantalutkimuksessa havaittiin, että yksinasuvilla on suurempi riski sairastua dementiaan. Toisaalta perhekeskeisissä kulttuureissa, jossa on sosiaalisia kontakteja ja läheisten tukea, kuten Italiassa ja Japanissa yksinasuvien kuolleisuus on alhaisempi kuin muissa maissa yksin asuvilla (Jamieson & Simpson 2013, 159, 161).

Sosiaalisten verkostojen puuttuminen voi johtaa yksinasuvalla yksinäisyyden kokemukseen (Jamieson & Simpson 2013, 161). Suomessa yksin asuvat ovat yksinäisempiä verrattuna muuhun väestöön (Kauppinen ym. 2014). Parisuhde näyttäisi suojaavan yksinäisyydeltä (Vaarama 2014). Miehillä, jotka asuvat yksin tai jonkun muun kuin puolison kanssa, on keskimäärin kaksi kertaa todennäköisemmin masennusta, ahdistuneisuutta ja psyykkisiä ongelmia kuin naimisissa olevilla. Myös naiset kärsivät masennuksesta ja ahdistuneisuudesta, mutta psyykkisillä ongelmilla ja asumismuodolla ei näyttäisi olevan yhteyttä naisten kohdalla (Joutsenniemi 2007; Pulkki ym. 2012). Yksin asuvilla naisilla masennusta näyttäisi lisäävän työttömyys, taloudelliset vaikeudet ja puutteelliset asuinolosuhteet. Miehillä, jotka asuvat yksin, masennusta aiheuttavat sosiaalisten verkostojen puute ja tyytymättömyys työpaikan olosuhteisiin (Pulkki ym. 2012). Iäkkäillä yksinasuminen on yhteydessä masennukseen ja yksinäisyyteen (Bilotta ym. 2012).

Yhden hengen kotitalouksissa asuvalla on korkeampi riski heikkoon yleiseen elämänlaatuun, (Kauppinen ym. 2014; Vaarama ym. 2014) ja he ovat vähemmän tyytyväisiä itseensä ja ihmissuhteisiinsa kuin ne henkilöt, jotka elävät kahden tai useamman henkilön kotitalouksissa (Vaarama ym. 2014). Iäkkäillä yksin asuvilla ihmisillä elämänlaatua heikentää sosiaalisten suhteiden puute ja niukka taloudellinen tilanne (Chen ym. 2014).

### 3 POSITIIVINEN MIELENTERVEYS

#### 3.1 Positiivisen mielenterveyden näkökulmia

Mielenterveydestä ei ole yhtä yksiselitteistä määritelmää (Sohlman ym. 2005; Tamminen ym. 2016), johtuen käsitteen erilaisista näkökulmista, viitekehyksistä ja kulttuurisista tekijöistä. Lisäksi mielenterveyden ja miensairauden välisestä suhteesta on olemassa eri käsityksiä. Vallalla olevan käsityksen mukaan mielenterveys on muutakin kuin miensairauden puuttumista (Tamminen ym. 2016). WHO:n mukaan mielenterveys voidaan ymmärtää hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään tuotteliaasti ja tuloksellisesti sekä ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (World Health Organization 2014).

Kirjallisuudessa korostuu kaksi erilaista tapaa määritellä mielenterveys, jossa toisen mukaan mielen hyvin- ja pahoinvointi ovat toisiinsa liittyviä tekijöitä ja toisen, uudemman näkökulman mukaan, mielenterveydellä on kaksi erillistä dimensiota eli ulottuvuutta, jossa janan toisessa päässä on sairaus ja toisessa on terveys. Ihminen sijoittuu johonkin janan kohtaan. Ulottuvuudet ovat mielen hyvinvointi eli positiivinen mielenterveys ja mielen pahoinvointi eli mielenterveyden häiriö tai mielenterveyden ongelma (Lehtinen 2008, 26–27).

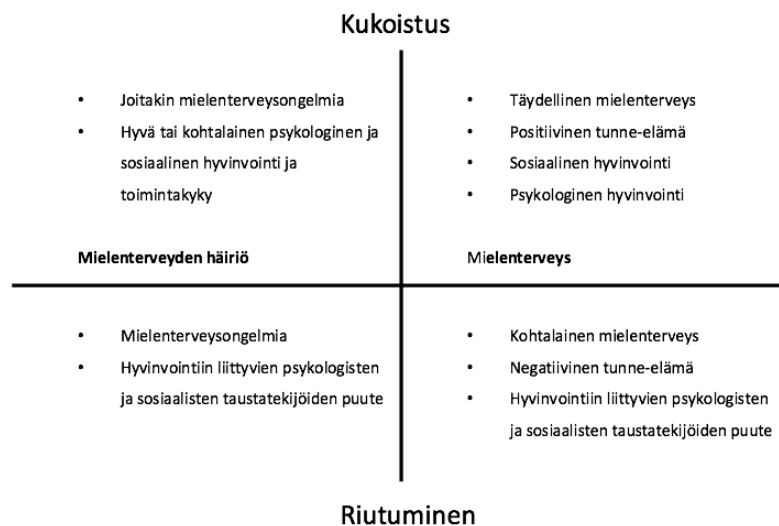
Mielenterveyden ymmärtämystä on laajennettu käsitteen positiivinen mielenterveys kautta. Sillä tarkoitetaan hyvää mielenterveyttä. (Tamminen ym. 2016). Positiivinen mielenterveys on olennainen osa terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä ja se kattaa emotionaalisen (tunteet), psykologisen (positiivinen toiminta), sosiaalisen (suhteet muihin ja yhteiskuntaan), fyysisen (kunto ja terveys) ja hengellisen (elämän merkityksen tunne) hyvinvoinnin. Positiivinen mielenterveys on toiveikkuutta, elämänhallinnan tunnetta, myönteistä käsitystä omasta itsestä ja kehittymismahdollisuuksista sekä taitoja kohdata vastoinkäymisiä (Barry 2009). Positiivinen mielenterveys on voimavara, jolla voidaan edistää mielenterveyttä (Vaillant 2012; Keyes & Simoes 2013; Tamminen ym. 2016; Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016) ja sillä on merkitystä elämänlaatuun ja hyvinvointiin (Tamminen ym. 2016). Mielenterveys käsitetään eri tavalla eri kulttuureissa (Tamminen ym. 2016). Esimerkiksi George Vaillant on jakanut positiivisen mielenterveyden seitsemään yhtä tärkeään osaan, jotka ovat 1) normaalius, 2) kyvyt, mahdollisuudet ja vahvuudet, 3) kypsyyt, 4) positiiviset tunteet, 5) tunneäly ja sosiaalinen kyvykkyys, 6) subjektiivinen hyvinvointi sekä 7)

pärjäävyys ja sopeutumiskyky (resilienssi). Mielenterveys on normaaliutta, joka on objektiivisesti tavoiteltava tila. Normaalius tarkoittaa, että psykiatrisen tautiluokituksen (DSM IV) GAF on suurempi kuin 80 (Vaillant 2012). GAF-arvo mittaa toimintakykyä. GAF-luokituksen asteikko on 0–100. Mitä korkeampi arvo on, sitä parempi psyykkinen terveys (Käypä hoito 2015). Toisena osana Vaillant (2012) mukaan ihmisen vahvuudet, kyvyt ja optimistinen elämänasenne kuvaavat muun muassa sopeutumiskykyä eri elämäntilanteissa. Kolmanneksi mielenterveys sisältää myös persoonallisen kypsyyden, joka tarkoittaa ihmisen kykyä oppia ja kehittyä elämäkokemuksista. Neljäntenä osana mielenterveys käsittää myös positiiviset tunteet, jotka koostuvat esimerkiksi ystävällisyydestä, huomaavaisuudesta, kiitollisuudesta ja tulevaisuuteen suuntautuneisuudesta. Tunneäly ja sosiaalinen kyvykkyys ovat osa mielenterveyttä ja ne käsittävät yksilön kyvyn huomioida itsensä ja muut. Koettu subjektiivinen hyvinvointi, jolla tarkoitetaan yksilön sisäisiä- ja ympäristötekijöitä, vaikuttavat myös mielenterveyteen. Mielenterveys on myös pärjäävyyttä ja sopeutumiskykyä (resilienssi) sopeutua elämänmuutoksiin (Vaillant 2012).

Positiivinen mielenterveys vaikuttaa emotionaaliseen, psykologiseen, sosiaaliseen, fyysiseen ja hengelliseen hyvinvointiin ja sillä on todettu olevan yhteyttä esimerkiksi parempaan elämänlaatuun ja terveystyötytymiseen, parempaan fyysiseen terveyteen sekä parempaan koulumenestykseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Positiivinen mielenterveys näyttää suojaavan myös itsemurha-ajatuksilta riippumatta henkilön psyykkisestä tilasta (Keyes 2012). Positiivisesta mielenterveydestä on tunnistettu kaksi eri ulottuvuutta; hedoninen ja eudaimoninen. Hedoninen tarkoittaa subjektiivista hyvinvoinnin ja onnellisuuden kokemusta sekä tyytyväisyyttä elämään. Eudaimoninen on laajempi ilmiö, kuin hedoninen ulottuvuus. Sen mukaan pystyvyys ja autonomia ja niihin liittyvät tekijät muodostavat psyykkisen hyvinvoinnin. Eudaimonisessa ulottuvuudessa hyvinvointi on seuraus mielekkästä toiminnasta, sitoutumisesta ja se kattaa myös sosiaaliset suhteet (Barry 2009; Keyes ym. 2013).

Positiivista mielenterveyttä voi tarkastella myös käsitteiden kukoistava (flourishing), kohtalainen mielenterveys ja riutuva (languishing) kautta, kuten Keyes kumppaneineen (2013) teki laajassa yhdysvaltaisessa väestötutkimuksessaan. Kukoistavan mielenterveyden omaavilla on korkea psyykkinen, emotionaalinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Riutuvan yksilön mielenterveys tarkoittaa, että yksilö ei koe psyykkistä, emotionaalista eikä sosiaalista hyvinvointia (Keyes 2013). Riutumista kuvastaa myös negatiivinen tunne-elämä,

hyvinvointiin liittyvien psykologisten ja sosiaalisten taustatekijöiden puute. (Tamminen & Solin 2014, 13). Kohtalaisen mielenterveyden omaava on keskitien kulkija, joka ei ole täysin kukoistava. Keyesin ja kumppaneiden (2013) tutkimuksessa vakavasti masennusta sairastavien joukossa oli sekä riutuvia että kukoistavia. Henkilöillä, joilla oli kukoistava mielenterveys, mutta ei vakavaa masennusta, oli todennäköisesti hyvä terveys. Riutuvilla oli todennäköisyys sairastua somaattisiin sairauksiin sekä vakaviin mielenterveyden häiriöihin (Keyes 2013). Kukoistusta ja riutumista voidaan esittää mielenterveyden jatkumoiden mukaan (kuva 2). Riutumisen ja kukoistuksen jatkumo osoittaa, miten positiivinen asenne vaikuttaa mielenterveyteen. Jatkumosta voi havaita, että yksilö voi kukoistaa, vaikka mielenterveys ei olisikaan täydellinen (Tamminen & Solin 2014, 1213).



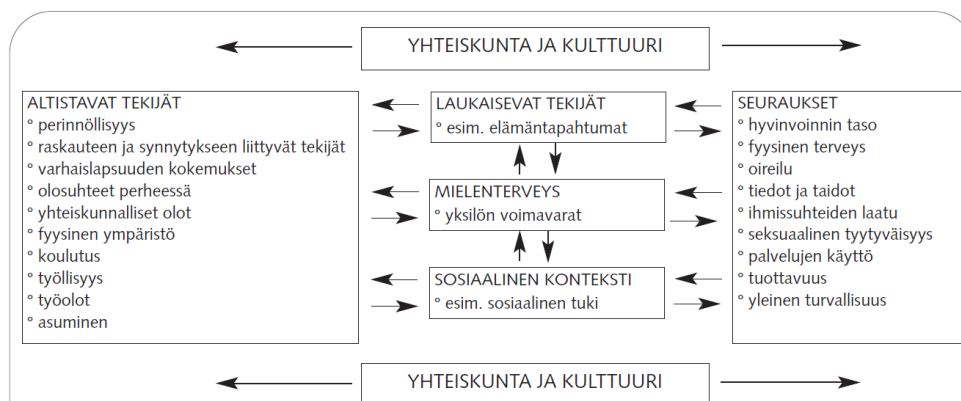
KUVA 2. Mielenterveyden jatkumot Keyesin 2002 mukaan (Tamminen & Solin 2014, 13).

Mielenterveyden edistäminen tulisi nähdä pitkäaikaisena investointina, joka edellyttää lisää tietoa mielenterveyden edistämisen keinoista, mutta myös vaikuttavia terveyden edistämisen hankkeita. Greacen ja kumppanit (2012) identifioivat artikkelissaan kymmenen kriteeriä, jotka tulisi huomioida, kun terveys- ja sosiaalialan ammattilaisia koulutetaan edistämään mielenterveyttä. Yksi kriteereistä liittyi siihen, että ammattilaisten tulisi omaksua positiivisen mielenterveyden käsite ja periaatteet, jotta positiivista mielenterveyttä voitaisiin vahvistaa (Greacen ym. 2012). Positiivista mielenterveyttä vahvistavat esimerkiksi liikunta (Nordling 2015) ja sosiaalinen tuki (Gangster & Victor 1988). Liikunta parantaa stressikestävyyttä siihen liittyvien psykologisten ja fysiologisten tekijöiden kautta. Lapin väestön mielenterveyttä koskevassa tutkimuksessa liikkuminen luonnossa oli yhteydessä korkeampaan positiiviseen mielenterveyteen. Myös Brittein saarilla tehdyssä tutkimuksessa

tulokset osoittivat positiivisen yhteyden liikunnallisen aktiivisuuden ja positiivisen mielenterveyden välillä (Nordling 2015). Sosiaalisen tuen on todettu olevan yhteydessä emotionaaliseen hyvinvointiin, onnellisuuteen, itseluottamukseen tyytyväisyyteen ja koherenssin tunteeseen (Sohlman 2004).

### 3.2 Funktionaalinen malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana

Funktionaalisen mielenterveyden mallissa mielenterveydestä käytetään nimitystä positiivinen mielenterveys. Sohlmanin esittelemä malli perustuu Clemens Hosmanin kehittämään funktionaaliseen malliin mielenterveyden edistämisessä ja ehkäisyssä. Mallissa (kuva 3) mielenterveys kuvataan yksilön resurssien, mielenterveyttä edeltävien tekijöiden ja mielenterveyden seurausten mukaan. Funktionaalisen mielenterveyden malli muodostuu kuudesta tekijästä, jotka ovat mielenterveys, kulttuuri, altistavat tekijät, laukaisevat tekijät, sosiaalinen konteksti ja seuraukset. Positiivinen mielenterveys tarkoittaa mallissa joukkoa erilaisia psyykkisiä resursseja ja kykyjä, joita ihmiset tarvitsevat nauttiakseen elämästään, sopeutuakseen stressitilanteisiin, muodostaakseen sosiaalisia suhteita kehittyäkseen psyykkisesti ja fyysisesti terveiksi ja toteuttaakseen yksilöllisiä tai sosiaalisia tavoitteitaan. Psyykkisillä kyvyillä ja resursseilla on toiminnallinen merkitys, koska ne mahdollistavat positiivisia seurauksia ja ehkäisevät kielteisiä. Mallin mukaan positiivinen mielenterveys on monitahoinen ilmiö, joka kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Yksilöllä on aina positiivista mielenterveyttä, joko enemmän tai vähemmän. Mielenterveyden seuraukset ovat siis yksilön (Sohlman 2004).



KUVA 3. Funktionaalinen malli (Sohlman 2004, 36).



### 3.3 Positiivisen mielenterveyden mittaaminen

Mielen hyvinvointia on mitattu suomalaisissa tutkimuksissa useimmiten tutkimalla koherenssin tunnetta, pystyvyyttä, resilienssiä, elämänlaatua, elämäntyytyväisyyttä, optimismia, onnellisuutta tai luontevahvuuksia (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016). Koherenssin tunnetta voidaan mitata muun muassa SOC-asteikolla (Sense of coherence scale). Koherenssin tunnetta mitattaessa tarkastelun kohteena ovat yksilön kokemukset siitä, miten hän kokee hallitsevansa elämäänsä, tuntee hän elämän mielekkäänä ja merkityksellisenä sekä ymmärrettävänä. Koherenssin tunne –mittauksen taustalla on Aaron Antonovskyn (1979) kehittämä koherenssin tunne -teoria, joka perustuu salutogeeniseen terveystähtäykseen. Teorian mukaan yksilölliset voimavarat muodostavat koherenssin tunteen. (Antonovsky 1979). Pystyvyyden tunne on yksilön arvio omasta kyvystä suorittaa tietty toiminta onnistuneesti (Bandura 1997) ja sitä voidaan mitata muun muassa pystyvyyssodotusten asteikolla, jossa henkilö arvioi omaa toimintakykyään tietyssä tilanteessa (Schwarzer 1993). MHC-SF-mittaristolla mitataan psykososiaalista hyvinvointia kolmella eri klusterilla. Klusterit ovat tunne-elämän hyvinvointi, sosiaalinen hyvinvointi ja psykologinen hyvinvointi. Mittaristosta saatujen vastausten perusteella yksilö voidaan määrittää kukoistavaksi, keskimäärin mieleltään terveeksi tai riutuvaksi (Keyes 2009).

Positiivisen mielenterveyden mittaaminen on ollut vaikeata käsitteen monimuotoisuuden ja sopivien mittareiden puuttumisen vuoksi (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016), jonka vuoksi kehitettiin positiivisen mielenterveyden mittari (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale eli WEMWBS) Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa 2007. Mittarin kehittämisen lähtökohtana oli Uudessa-Seelannissa 1980-luvulla kehitetty Affectometer 2 –niminen mittari. Tavoitteena oli luoda mittari, jolla voitaisiin seurata mielenterveyttä yli 16-vuotiailla henkilöillä väestötasolla ja luoda toimintatapoja, joilla voidaan parantaa mielen hyvinvointia. (Tennant ym. 2007). Mittari on käytössä useissa maissa (Warwick Medical School 2015) ja siitä on olemassa kaksi versiota: pitkä 14-osioinen (WEMWBS) ja lyhyt 7-osioinen (SWEMWBS) versio (Warwick Medical School 2015) ja ne kattavat sekä hedoniset että eudainomiset näkökulmat. Mittarien psykometriset ominaisuudet on selvitetty perusteellisesti (Tennant ym. 2007, Stewart-Brown ym. 2009).

Pitkä mittari (WEMWBS) sisältää 14 väittämää ja lyhyt mittari (SWEMWBS) seitsemän väittämää ja ne kuvaavat yksilön mielen hyvinvointia eli ajatuksia ja tunteita kahden edellisen viikon ajalta. Jokainen väittämä on sanoitettu positiivisesti ja yhdessä ne kattavat lähes kaikki mielen hyvinvoinnin ominaisuudet. Pidemmän mittarin pisteasteikon alin arvo on 14 ja suurin 70. Lyhemmän alin arvo on 7 ja suurin 35. Mitä suurempi arvo, sen parempi mielenterveys (Tennant ym. 2007). Mittarin tarkoituksena on mitata mielen hyvinvointia itseään, eikä mielen hyvinvoinnin tekijöitä, jotka pitävät sisällään muun muassa resilienssin, ihmissuhdetaidot, ristiriitatilanteiden hallintataidot sekä ongelman ratkaisutaidot (Tennant ym. 2007). WEMWBS soveltuu hyvin käytettäväksi aikuisväestölle, kun vertaillaan mielenhyvinvointia väestötasolla. Mittaria ei ole suunniteltu identifioimaan yksilön poikkeuksellisen korkeaa tai matalaa positiivista mielenterveyttä, joten niin sanottua leikkauspistettä ei ole kehitetty (Tennant ym. 2007). Suomessa lyhyen ja pitkän mittarin käyttöä hallinnoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielenterveys-yksikön mielenterveyden edistämisen tiimi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

Positiivisen mielenterveyden mittaria on käytetty väestötutkimuksissa (Warwick Medical School 2015), interventiotutkimuksissa (Lindsay ym. 2011; Odou & Vella-Brodrick 2013; Powell ym. 2013; Stewart-Brown 2015) ja yksittäisissä mielenhyvinvoinnin tutkimuksissa (Davoren ym. 2013; Mason & Ade 2013; Orgeta ym. 2013; Black ym. 2015). Suomessa mittaria käytettiin ensimmäisen kerran Lapin väestön Mielen tuki –hankkeen yhteydessä 2012. Mittari on ollut käytössä myös Alueellisessa terveysterveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) Pohjanmaalla. Mittarin lyhyt versio on tällä hetkellä käytössä useassa eri tutkimushankkeessa Suomessa (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016) ja sitä on käytetty myös tutkittaessa reserviläisten psyykkistä toimintakykyä (Appelqvist-Schmidlechner 2016).

## **4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

Tutkimus on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Yksinasuvat ry:n yksinelävien mielenhyvinvoinnin tutkimusta. Pilottitutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa yksinasuvien positiivisesta mielenterveydestä, elämänlaadusta ja sosiaalisesta tuesta. Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan yksinelävien positiivista mielenterveyttä ja pyritään vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

### **4.1 Tutkimuskysymykset**

1. Millainen on yksin asuvien positiivinen mielenterveys?
2. Mitkä sosioekonomiset tekijät ovat yhteydessä yksin asuvien positiiviseen mielenterveyteen?
3. Mitkä emotionaaliset tekijät ovat yhteydessä yksin asuvien positiiviseen mielenterveyteen?

### **4.1 Tutkimusaineiston keruu**

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka suunniteltiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Yksinasuvat ry:n toimesta vuoden 2015 kevään ja syksyn aikana. Lopullinen kyselylomake sisälsi yhteensä 55 kysymystä. Kyselylomake lähetettiin paperiversiona marraskuussa 2015 kaikille Suomen Yksinasuvat ry:n jäsenrekisterissä oleville jäsenille (n=430). Saatekirjeessä kerrottiin tulosten julkaisemisesta ja vastaajat vastasivat kyselyyn nimettömästi. Tutkimuksesta kerrottiin vastaajille tutkimuksen alussa sähköpostitse. Tutkimukseen vastaamisesta muistutettiin jäsentiedotteessa. Kyselylomakkeita palautui 7.4.2016 mennessä 232 lomaketta. Vastausprosentiksi muodostui 54 %. Lopullisessa analyysissä oli mukana 226 vastaajaa. Laajasta tutkimuksesta valikoitiin tähän pro gradu -työhön osa kysymyksistä (liite 1), jotka olivat: positiivisen mielenterveyden mittari (kysymys 45), sekä sosioekonomisia tekijöitä kuvaavat kysymykset (taustatiedot, kysymykset 1-13) että emotionaalisia tekijöitä mittaavia kysymyksiä: kysymys yksinäisyyden tunteesta (kysymys 24), kysymys elämänlaadusta (46) sekä kysymys alakuloisuuden tuntemisesta (kysymys 49).

Kyselylomake sisälsi positiivisen mielenterveyden mittarin lyhyen version (SWEMWBS) väittämät:

1. Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen
2. Olen tuntenut itseni hyödylliseksi
3. Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi
4. Olen käsitellyt ongelmia hyvin
5. Olen ajatellut selkeästi
6. Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin
7. Olen kyennyt tekemään päätöksiä asioista

Vastausvaihtoehdot on esitetty viisiportaisella Likertin asteikolla (liite 1) ja ne ovat en koskaan, harvoin, silloin tällöin, usein, koko ajan. Mittarin raakapistemäärä saadaan laskemalla yhteen kaikista 7 väittämästä saadut pisteet, joten kokonaissummaksi muodostuu 7–35. Kokonaissummasta saadut raakapisteen muunnostaulukon (liite 2) mukaisesti, jotta tulokset ovat vertailukelpoisia pidemmän mittarin tulosten kanssa (Warwic Medical School 2015).

## **4.2 Analyysimenetelmät**

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS for Windows 24.0-ohjelmistolla. Aineiston analyysi aloitettiin tarkastelemalla perusjakaumia ja normaalisuutta. Aineisto ei ollut normaalisti jakautunut. Keskeisinä taustamuuttujina käytettiin taulukossa 1 esitettyjä sosioekonomisia tekijöitä sekä emotionaalisia asioita mittaavia tekijöitä. Ensimmäisen tarkastelun jälkeen aineiston muuttujat: tuloluokka, koulutus ja positiivinen mielenterveys luokiteltiin uudelleen. Tarkastelun avuksi ja analyysia varten positiivisen mielenterveyden mittarista saadut arvot luokiteltiin kolmeen eri luokkaan keskihajontoihin perustuen: matala (yli -1 keskihajonnan päässä keskiarvosta), kohtalainen (+/- 1 keskihajonnan sisällä keskiarvosta) ja korkea (yli +1 keskihajonnan päässä keskiarvosta) (Deacon ym. 2009). Tässä tutkimuksessa luokat jakautuivat seuraavasti: matala positiivinen mielenterveys (arvot välillä 14,08–18,59), kohtalainen positiivinen mielenterveys (19,25–26,02) ja korkea positiivinen mielenterveys (27,03–35,00).

Ryhmien välisten erojen tarkastelu suoritettiin ristiintaulukoinnin avulla. Tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin  $\chi^2$  -riippumattomuustestillä (khiin neliötesti). Positiivisen mielenterveyden mittarin tuloksia esitetään yleisesti keskiarvoina ja keskihajontoina (Warwick Medical School 2015), jonka vuoksi valittiin ristiintaulukoinnin lisäksi yksisuuntainen varianssianalyysi toiseksi analyysimenetelmäksi. Tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin levenen varianssitestillä. Test of Homogeneity of Variances -taulukon avulla tarkistettiin, voidaanko olettaa ryhmien varianssit yhtä suuriksi, joka on varianssianalyysin käytön edellytys. Varianssianalyysin antaessa tilastollisesti merkitsevän tuloksen, käytettiin post hoc -testinä Bonferronin testiä osoittamaan, minkä ryhmien välillä erot olivat suurimmat. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona analyyseissä oli  $p < 0.05$ . Positiivisen mielenterveyden mittarin kysymysten sisäistä yhdenmukaisuutta testattiin Cronbachin alfa ( $\alpha$ ) -kertoimen avulla. Cronbachin alfa -arvoksi saatiin  $\alpha=0,845$ . Cronbachin alfa -arvoa käytetään kuvaamaan kysymysten lineaarista yhteyttä. Reliabiliteetin alaraja-arvona pidetään 0.60 (Metsämuuronen 2006, 68).

### **4.3 Vastaajien taustatiedot**

Vastaajien taustatiedot esitetään taulukossa 1. Vastaajista oli naisia suurin osa ja miehiä vain viidennes. Vastaajista yksi neljännes oli alle 55-vuotiaita ja yli 55-vuotiaita oli 73 %. Matala koulutus oli noin 12 %:lla vastaajista, keskitason koulutus noin puolella vastaajista ja korkea koulutus 39 % vastaajista. Vastaajista puolet oli eläkkeellä ja 39 % koko- tai osa-aikatyössä. Alimpaan tulotasoluokkaan (tulot alle 15 000 euroa vuodessa) kuului viidennes vastaajista ja tuloluokkaan yli 35 000 euroa kuului neljännes vastaajista. Siviilisäädyltään naimattomia oli puolet vastaajista ja 40 % oli eronneita. Vastaajista 61 % asui omistusasunnossa ja kolmannes vuokra-asunnossa. Suurin osa vastaajista asui kaupungissa.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot

		N	%
Sukupuoli	Nainen	183	79,2
	Mies	48	20,8
Ikä	<55	59	26,5
	55-64	88	39,5
	65 >	76	34,1
Koulutus	Matala (kansa,perus, keski, muu)	27	12,1
	Keskitaso (amk, lukiokesken, yo, opisto)	110	49,3
	Korkea (amkk, yliop)	86	38,6
Työtilanne	Koko- tai osa-aikatyössä	88	38,3
	Eläkkeellä tai työeläkkeellä	113	49,1
	Työtön	18	7,8
	Perhevapaalla, kotiäiti/-isä, opiskelija	11	4,8
Tulotaso	Alle 15 000 euroa vuodessa	51	22,0
	15 000-35 000 euroa vuodessa	123	53,0
	Yli 35 000 euroa vuodessa	58	25,0
Siviilisäät	Avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	1	0,4
	Avoliitossa	1	0,4
	Asumiserossa tai eronnut	92	39,8
	Naimaton	110	47,6
	Leski	20	8,7
	Muu	7	3,0
Viimeisin ammattiasema	Palkansaaja (yksityinen yritys)	83	36,4
	Palkansaaja (julkinen, valtio)	51	22,4
	Palkansaaja (julkinen, kunta)	75	32,9
	Maatalousyrittäjä	1	0,4
	Muu yrittäjä	9	3,9
	Ammatinharjoittaja tai free lance	1	0,4
	Ei ole koskaan toiminut päätoimisesti ammatissa	1	0,4
	Muu	7	3,1
Asumismuoto	Vuokralla	77	33,6
	Omistusasunnossa	139	60,7
	Muu	13	5,7
Asumispaikka	Kaupungissa	190	83,3
	Kunnan taajamassa	25	11,0
	Haja-asutusalueella	13	5,7

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

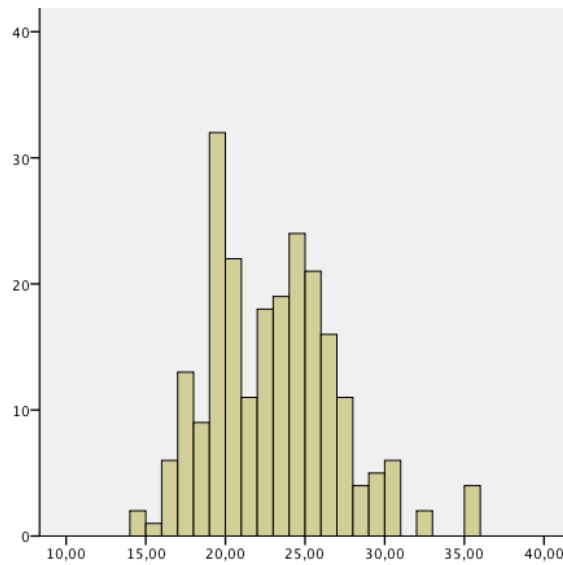
### 5.1 Positiivinen mielenterveys

Vastaajien antamat vastaukset positiivisen mielenterveyden mittarin väittämiin kuvaavat vastaajien tunteita viimeisen kahden viikon ajalta (taulukko 2). Vastaajista yli kolmannes tuntee itsensä usein toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen ja lähes saman verran kokee itsensä usein hyödylliseksi. Suurin osa koki itsensä silloin tällöin tai usein rentoutuneeksi. Yli puolet käsittelee usein tai koko ajan ongelmia hyvin ja vielä suurempi osa ajattelee usein tai koko ajan selkeästi. Hieman yli viidennes osa kokee läheisyyttä toisiin ihmisiin harvoin ja kolmasosa silloin tällöin. Yli puolet kykenee tekemään koko ajan omia päätöksiä asioista.

TAULUKKO 2. Vastaajien antamat vastauksen positiivisen mielenterveyden mittarin väittämiin

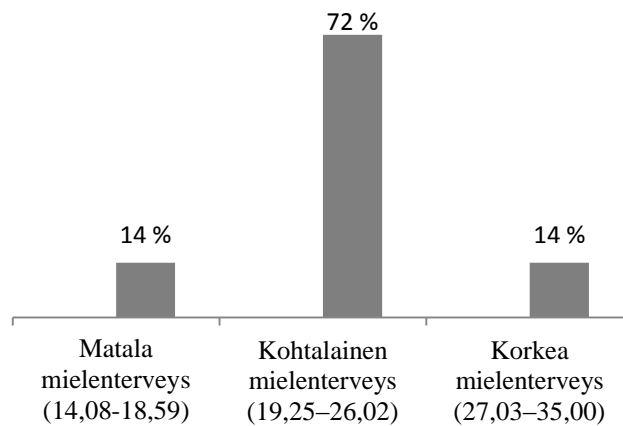
POSITIIIVISEN MIELENTERVEYDEN MITTARIN VÄITTÄMÄT	Ei koskaan %	Harvoin %	Silloin tällöin %	Usein %	Koko ajan %
Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen (n=226)	2,2	18,1	31,0	36,3	12,4
Olen tuntenut itseni hyödylliseksi (n=229)	1,3	12,8	35,4	37,6	12,8
Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi (=226)	1,3	14,2	41,6	38,9	4,0
Olen käsitellyt ongelmia hyvin (n=225)	0	10,2	37,3	43,1	9,3
Olen ajatellut selkeästi (n=229)	0	1,8	20,4	58,0	19,9
Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin (n=224)	2,7	22,3	33,9	33,4	7,6
Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista (n=226)	0,4	1,8	13,3	32,3	52,2

Tutkimuksessa positiivisen mielenterveyden keskiarvoksi muodostui 22,89 ja keskihajonnaksi 3,86 (vaihteluväli 14,08-35,00 (kuva 4).



KUVA 4. Skaalattu positiivinen mielenterveys keskiarvoina esitettynä (n=226)

Tutkimukseen osallistuneista suurimmalla osalla (72 %) oli kohtalainen positiivinen mielenterveys. Matala positiivinen mielenterveys oli 14 % vastaajista. Vastaajista 14 % kuului korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan (kuva 5).



KUVA 5. Vastaajien jakautuminen kolmeen positiivisen mielenterveyden luokkaan (n=226).



## 5.2 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys positiiviseen mielenterveyteen

Tarkasteltaessa sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä positiiviseen mielenterveyteen (taulukko 3) sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < .001$ ) ero positiivisessa mielenterveydessä. Miehistä vain 13 % kuului korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan, noin kolmannes kuului matalan positiivisen mielenterveyden luokkaan ja hieman yli puolet kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan. Naisista suurin osa kuului kohtalaiseen positiivisen mielenterveyden luokkaan ja noin kymmenesosa kuului matalan positiivisen mielenterveyden luokkaan. Korkeaan positiivisen mielenterveyden luokkaan kuului 14,5 % vastaajista.

Iällä ei ollut merkittävää vaikutusta positiiviseen mielenterveyteen. Kaikissa ikäryhmissä suurin osa vastaajista kuului kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan. Viidesosa alle 55-vuotiaista vastaajista kuului matalan positiivisen mielenterveyden luokkaan. Yli 65-vuotiailla oli hieman enemmän korkeaa positiivista mielenterveyttä kuin muilla ikäryhmillä. Siviilisäädyltä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p = .001$ ) positiiviseen mielenterveyteen. Kaikissa siviilisäätymuodoissa suurin osa kuului kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan, mutta naimattomista yli viidennes kuului matalan positiivisen mielenterveyden luokkaan ja leskistä yli neljännes kuului puolestaan korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. Koulutuksella, työtilanteella, asumispaikalla eikä asumismuodolla ollut tilastollisesti merkitsevää eroa positiiviseen mielenterveyteen.

Vastaajat, jotka eivät olleet tyytyväisiä asunnon kokoon, ei kuulunut kukaan korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. Viidesosa kuului matalan positiivisen mielenterveyden luokkaan. Tulos ( $p = .062$ ) on lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä ikkunasta avautuvaan näkymään. Tyytyväisyydellä ikkunasta avautuvaan näkymään on tilastollisesti merkitsevä ( $p = .009$ ) yhteys positiiviseen mielenterveyteen. Niistä, jotka ovat tyytyväisiä ikkunasta avautuvaan näkymään, kuuluvat korkeaan positiivisen mielenterveyden luokkaan useimmiten kuin ne, jotka eivät ole tyytyväisiä. Noin 10 %:lla ikkunanäkymään tyytyväisistä oli matala positiivinen mielenterveys.

TAULUKKO 3. Positiivinen mielenterveys kolmessa eri luokassa sukupuolen, iän ja sosioekonomisten tekijöiden mukaan

Positiiviseen mielenterveyteen liittyvät tekijät	Matala positiivinen mielenterveys n (%)	Kohtalainen positiivinen mielenterveys n (%)	Korkea positiivinen mielenterveys n (%)	p-arvo <sup>a</sup>
<b>Sukupuoli</b>				
Nainen (n=179)	17 (9,5)	136 (76,0)	26 (14,5)	.001*
Mies (n=46)	14 (30,4)	26 (56,5)	6 (13,0)	
<b>Ikä (n=223)</b>				
< 55 vuotta (n=59)	12 (20,3)	42 (71,2)	5 (8,5)	.065
55–64 vuotta (n= 84)	14 (16,7)	58 (69,0)	12 (14,3)	
> 65 vuotta (n=74)	4 (5,4)	56 (75,7)	14 (18,9)	
<b>Siviilisäätty (n=226)</b>				
Asumiserossa tai eronnut (n=91)	3 (3,3)	71 (78,0)	17 (18,7)	.001*
Naimaton (n=110)	25 (22,7)	75 (68,2)	10 (9,1)	
Leski (n=18)	2 (11,1)	11 (61,1)	5 (27,8)	
Muu (n=7)	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0)	
<b>Koulutus (n=217)</b>				.485
Matala (n=25)	5 (20)	19 (76)	1 (4)	
Keskitaso (n=106)	16 (15,1)	75 (70,8)	15 (14,2)	
Korkea (n=86)	9 (10,5)	66 (76,7)	11 (12,8)	
<b>Työtilanne (n=224)</b>				.112
Koko- tai osa-aikatyö (n=87)	12 (13,8)	62 (71,3)	13 (14,9)	
Eläkkeellä (n=109)	14 (12,8)	77 (70,6)	18 (16,5)	
Työtön (n=17)	5 (29,4)	12 (70,6)	0 (0)	
Perhevapaa/opiskelija/kotiäiti-/isä (n=11)	0 (0)	11 (100)	0 (0)	
<b>Tulotaso (n=226)</b>				.526
<15 000 € (n=47)	10 (21,3)	32 (68,1)	5 (10,6)	
15000–35000 € (n=122)	14 (11,5)	90 (73,8)	18 (14,8)	
> 35 000 € (n=57)	7 (12,3)	41 (71,9)	18 (14,8)	
<b>Asumispaikka (n=225)</b>				.711
Kaupungissa (n=188)	27 (14,4)	132 (70,2)	29 (15,4)	
Kunnan taajamassa (n=24)	3 (12,5)	19 (79,2)	2 (8,3)	
Haja-asutusalueella (n=13)	1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)	
<b>Asumismuoto (n=226)</b>				.612
Vuokra (n=75)	12 (16,0)	52 (69,3)	11 (14,7)	
Omistus (n=139)	17 (12,2)	101 (72,7)	21 (15,1)	
Muu (n=12)	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0)	
<b>Tyytyväisyys asunnon kokoon (n=224)</b>				.062
Tyytyväinen asunnon kokoon (n=187)	23 (12,3)	132 (70,6)	32 (17,1)	
Tyytymätön asunnon kokoon (n=38)	8 (21,6)	29 (78,4)	0 (0)	
<b>Tyytyväisyys ikkunasta avautuvaan näkymään (n=225)</b>				.009*
Tyytyväinen ikkunasta avautuvaan näkymään (n=184)	20 (10,9)	134 (72,8)	30 (16,3)	
Tyytymätön ikkunasta avautuvaan näkymään (n=41)	11 (26,8)	28 (68,3)	2 (4,9)	

<sup>a</sup> Merkitsevyys testattu  $\chi^2$ -testillä.

\* p-arvo = < 0,05 = tilastollisesti merkitsevä.

Tarkasteltaessa yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) positiivisen mielenterveyden keskiarvoja havaittiin ryhmien välisiä eroja. Tulotasolla, tyytyväisyydellä asunnon kokoon ja tyytyväisyydellä ikkunasta avautuvaan näkymään oli tilastollisesti merkitsevä yhteys positiivisen mielenterveyden keskiarvoon (taulukko 4).

Sen sijaan positiivisen mielenterveyden keskiarvoissa sukupuolen, iän, koulutuksen, työtilanteen, asumispaikan eikä asumismuodon välillä havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Naisten keskiarvo (ka 23,12) oli hieman miehiä suurempi (ka 22,01). Ikäryhmistä yli 65-vuotiailla oli korkein positiivisen mielenterveyden keskiarvo (ka 23,40), mutta myös 55-65-vuotiaiden keskiarvo (ka 23,10) oli lähes saman suuruinen. Alhaisin keskiarvo (ka 22,10) oli alle 55-vuotiailla. Koulutusryhmistä keskitason koulutuksen ja korkean koulutuksen omaavilla oli saman suuruinen keskiarvo (ka 22,93). Matalin keskiarvo (ka 21,41) oli matalan koulutuksen omaavilla. Työtilanne vaikutti positiivisen mielenterveyden keskiarvoon, mutta sillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Työttömillä vastaajilla oli matalin keskiarvo (ka 20,96) ja koko- tai osa-aikatyössä olevilla oli korkein (ka 23,19) keskiarvo. Omistusasunnossa asuvilla oli hieman korkeampi keskiarvo (ka 23,11) kuin vuokra-asunnossa asuvilla (ka 22,61). Kaupungissa asuvilla, kunnan taajamassa asuvilla ja haja-asutusalueella olevilla oli lähes sama positiivisen mielenterveyden keskiarvo.

Tulotasolla oli tilastollisesti merkitsevää eroa ( $p=.045$ ) positiiviseen mielenterveyteen. Yli 35 000 euron vuositulotason omaavien keskiarvo (ka 23,72) oli parempi kuin alle 15 000 euron vuositulotason omaavilla (ka 21,83). Asunnon kokoon tyytymättömien keskiarvo (ka 20,94) oli heikompi kuin niillä, jotka olivat tyytyväisiä asunnon kokoon (ka 23,27). Tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p=.003$ ). Niiden vastaajien positiivisen mielenterveyden keskiarvo, jotka olivat tyytyväisiä ikkunasta avautuvaan näkymään, oli korkeampi (ka 23,31) kuin niillä, jotka eivät olleet tyytyväisiä ikkunasta avautuvaan näkymään (ka 21,00). Tyytyväisyydellä ikkunanäkymään oli myös tilastollisesti merkitsevä ( $p=.000$ ) yhteys.

TAULUKKO 4. Positiivinen mielenterveys eri sosioekonomisten tekijöiden mukaan keskiarvoina ja keskihajontoina esitettynä

Positiiviseen mielenterveyteen liittyvät tekijät	Keskiarvo	Keskihajonta	p-arvo <sup>a</sup>
Sukupuoli (n=225)	22,89	3,86	.083
Nainen (n=179)	23,12	4,49	
Mies (n=46)	22,01	3,86	
Ikä			.135
< 55 vuotta (n=59)	22,10	3,92	
55–64 vuotta (n= 84)	23,10	4,15	
>65 vuotta (n=74)	23,40	3,43	
Koulutus (n=217)			.164
Matala (n=25)	21,41	3,01	
Keskitaso (n=106)	22,93	3,99	
Korkea (n=86)	22,93	3,61	
Työtilanne (n=224)			.177
Koko- tai osa-aikatyö (n=87)	23,19	3,92	
Eläkkeellä (n=109)	22,87	3,87	
Työtön (n=17)	20,96	3,22	
Perhevapaa/opiskelija/kotiäiti-/isä (n=11)	22,99	1,17	
Tulotaso (n=226)			.045*
<15 000 € (n=47)	21,83	3,64	
15000–35000 € (n=122)	22,92	3,76	
> 35 000 € (n=57)	23,72	4,09	
Asumispaikka (n=225)			.795
Kaupungissa (n=188)	22,95	4,05	
Kunnan taajamassa (n=24)	22,37	3,02	
Haja-asutusalueella (n=13)	22,90	2,38	
Asumismuoto (n=226)			.501
Vuokra (n=75)	22,61	4,09	
Omistus (n=139)	23,11	3,78	
Muu (n=12)	22,08	3,33	
Tyytyväisyys asunnon kokoon (n=224)			.003*
Tyytyväinen asunnon kokoon (n=187)	23,27	3,91	
Tyytymätön asunnon kokoon (n=38)	20,94	3,06	
Tyytyväisyys ikkunasta avautuvaan näkymään (n=225)			.000*
Tyytyväinen ikkunasta avautuvaan näkymään	23,31	3,85	
Tyytymätön ikkunasta avautuvaan näkymään	21,00	3,41	

<sup>a</sup> Tilastollinen merkitsevyytestaus yksisuuntaisella varianssianalyysillä.

\* p-arvo = < 0,05 = tilastollisesti merkitsevä

### 5.3 Emotionaalisten tekijöiden yhteys positiiviseen mielenterveyteen

Emotionaalisilla tekijöillä, yksinäisyyden ja alakuloisuuden tunteella sekä arviolla elämänlaadusta oli merkitystä positiiviseen mielenterveyteen (taulukko 5). Vastaajista (n=221) koki yksinäisyyttä melko usein 52 henkilöä ja heistä kuului matalan positiivisen mielenterveyden luokkaan lähes kolmannes ja vain yksi henkilö kuului korkeaan positiivisen mielenterveyden luokkaan. Sen sijaan niistä henkilöistä, jotka eivät koe koskaan yksinäisyyttä

(n=7) yli puolet kuului korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. Tulos on tilastollisesti merkitsevä (p <.000). Alakuloisuutta, joka johtuu yksinelämistä, tunsi 98 henkilöä. Heistä kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan kuului noin kolme neljäsosaa ja vain neljä henkilöä korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. Tulos on tilastollisesti merkitsevä (p <.000). Elämänlaatunsa arvioi hyväksi (n=115) tai erittäin hyväksi (n=22) reilusti yli puolet ja heistä ne, jotka kokivat elämänlaatunsa hyväksi, kuului vain yksi viidesosa korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. Elämänlaatunsa erittäin hyväksi arvioineista puolet kuului korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan, eikä kukaan kuulunut matalan positiivisen mielenterveyden luokkaan.

TAULUKKO 5. Positiivinen mielenterveys kolmessa eri luokassa yksinäisyyden tunteen, alakuloisuuden ja elämänlaadun mukaan.

Positiiviseen mielenterveyteen liittyvät tekijät	Matala positiivinen mielenterveys n (%)	Kohtalainen positiivinen mielenterveys n(%)	Korkea positiivinen mielenterveys n(%)	p-arvo <sup>a</sup>
<b>Yksinäisyyden tunne (n=221)</b>				
Ei koskaan (n=7)	0 (0)	3 (42,9)	4 (57,1)	.000*
Hyvin harvoin (n=59)	1 (1,7)	42 (71,2)	16 (27,1)	
Joskus (n=94)	8 (8,5)	75 (79,8)	11 (11,7)	
Melko usein (n=52)	16 (30,8)	35 (67,3)	1 (1,9)	
Jatkuvasti (n=9)	4 (44,4)	5 (55,6)	0 (0)	
<b>Alakuloisuuden tunteminen, joka johtuu yksinelämisestä (n=221)</b>				
Tuntee alakuloisuutta (n=98)	18 (18,4)	76 (77,6)	4 (4,1)	.000*
Ei tunne alakuloisuutta (n=123)	11 (8,9)	85 (69,1)	27 (22,0)	
<b>Arvio elämänlaadusta (n=223)</b>				
Erittäin huono (n=3)	3 (100,0)	0 (0,00)	0 (0,00)	.000*
Huono (n=15)	7 (46,7)	8 (53,3)	0 (0,00)	
Ei hyvä, eikä huono (n=68)	18 (26,5)	49 (72,1)	1 (1,5)	
Hyvä (n=115)	3 (2,6)	92 (80,0)	20 (17,4)	
Erittäin hyvä (n=22)	0 (0,0)	11 (50,0)	11 (50,0)	

<sup>a</sup> Merkitsevyystestaus  $\chi^2$ -testillä.

\* p-arvo = < 0,05 = tilastollisesti merkitsevä

Tarkasteltaessa yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) positiivisen mielenterveyden mittarista saatuja keskiarvoja (taulukko 6) havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja yksinäisyyden (p=.000) ja alakuloisuuden tuntemisessa (p=0.000) sekä arviossa elämänlaadussa (p=0.000). Niillä, jotka eivät koe koskaan itseään yksinäiseksi, oli positiivisen mielenterveyden keskiarvo 27,55. Sen sijaan melko usein yksinäiseksi itsensä tuntevien keskiarvo oli huomattavasti alhaisempi, ka 20,58. Alakuloisuutta tuntevien positiivisen

mielenterveyden keskiarvo oli alhaisempi (ka 21,41) kuin niiden, jotka eivät tunne alakuloisuutta (ka 24,06). Elämänlaatunsa huonoksi arvioivien keskiarvo (ka 18,86) oli merkittävästi alhaisempi kuin erittäin hyväksi arvioivien (ka 27,90).

TAULUKKO 6. Positiivinen mielenterveys eri sosioekonomisten tekijöjen mukaan keskiarvot ja -hajonnat

Positiiviseen mielenterveyteen liittyvät tekijät	Keskiarvo	Keskihajonta	p-arvo <sup>a</sup>
Yksinäisyyden tunne (n=221)			.000*
Ei koskaan (n=7)	27,55	4,61	
Hyvin harvoin (n=59)	24,96	3,46	
Joskus (n=94)	23,00	3,56	
Melko usein (n=52)	20,58	2,85	
Jatkuvasti (n=9)	18,79	2,62	
Alakuloisuuden tunteminen, joka johtuu yksinelämisestä (n=221)			.000*
Tuntee alakuloisuutta (n=98)	21,41	3,18	
Ei tunne alakuloisuutta (n=123)	24,06	3,82	
Arvio elämänlaadusta (n=223)			.000*
Erittäin huono (n=3)	15,25	1,14	
Huono (n=15)	18,87	2,40	
Ei hyvä, eikä huono (n=68)	20,44	2,26	
Hyvä (n=115)	24,13	3,04	
Erittäin hyvä (n=22)	27,90	3,81	

<sup>a</sup> Merkitsevyys testattu yksisuuntaisella varianssianalyysillä.

\* p-arvo = < 0,05 = tilastollisesti merkitsevä

## 6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yksinasuvien positiivista mielenterveyttä ja siihen yhteydessä olevia sosiaalisia ja emotionaalisia tekijöitä. Tulosten mukaan suurimmalla osalla vastaajista oli kohtalainen positiivinen mielenterveys. Sosioekonomisista tekijöistä sukupuolella, tulotasolla, asunnon koolla ja tyytyväisyydellä ikkunasta avautuvaan näkymään, oli yhteys positiivisen mielenterveyteen. Emotionaalisia tekijöitä edustavilla yksinäisyyden ja alakuloisuuden tunteella sekä arviolla elämänlaadusta oli vahva yhteys positiiviseen mielenterveyteen.

Suurin osa vastaajista kuului kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan. Keskiarvolla esitettyä positiivinen mielenterveys oli vastaajilla alhaisempi kuin muissa Suomessa tehdyissä tutkimuksissa, joissa on käytetty positiivisen mielenterveyden mittaria. Sekä Lapin Mielen tuki –hankkeen vastaajien (Nordling 2013) että reserviläisten positiivisen mielenterveyden keskiarvo (Appelqvist-Schmidlechner 2016) ylitti yksinasuvien positiivisen mielenterveyden keskiarvon. Yksinasuvien keskiarvo alitti myös Englannissa kansallisissa tutkimuksissa olevan vertailuarvon, joka on 25,30 (Warwick Medical School 2015). Yksinasuvilla on suurempi riski heikompaan psyykkiseen elämänlaatuun (Vaarama ym. 2014) ja heikompaan mielenterveyteen (Joutsenniemi 2007; Deacon 2009), joten tämän tutkimuksen tulokset noudattavat aikaisempia tutkimuksia. Englannissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa käytettiin positiivisen mielenterveyden mittaria, todettiin yksinelävillä heikompi positiivinen mielenterveys kuin parisuhteessa elävillä, mutta parempi kuin leskillä tai eronneilla (Steward-Brown & Janmohamed 2008).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että sosioekonomisista tekijöistä sukupuoli, tulotaso ja asuntoon liittyvät tekijät selittävät positiivista mielenterveyttä. Sukupuolten välillä havaittiin eroa positiivisessa mielenterveydessä. Naisilla oli miehiä parempi positiivinen mielenterveys. Korkean positiivisen mielenterveyden ryhmään kuulumisen oli yhteydessä naissukupuoleen. Miehet kuuluivat myös naisia useammin matalan tai kohtalaisen mielenterveyden luokkaan. Miehiä oli tutkimuksessa viidennes, mutta tulos noudattaa aikaisempia tutkimuksia, joiden mukaan yksinasuminen vaikuttaa mielenterveyttä heikentävästi erityisesti miehillä (Joutsenniemi 2007; Pulkki ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa tulotasolla oli vaikutusta positiivisen mielenterveyteen. Yli 35 000 euron vuositulotason omaavien positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli korkeampi kuin alempiin tulotasoryhmiin kuuluvien. Tulos noudattaa aikaisempia tutkimustuloksia (Sohlman 2005).

Tyytyväisyydellä ikkunasta avautuvaan näkymään ja tyytyväisyydellä asunnon kokoon oli yhteys korkeampaan positiiviseen mielenterveyteen.

Aikaisemmissa tutkimuksissa hyvän sosioekonomisen tilanteen on todettu lisäävän positiivista mielenterveyttä (Sohlman 2004; Deacon 2009), joten tämän tutkimuksen tulokset noudattavat aiempia tuloksia. Vastaajien positiivisen mielenterveyden tasossa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja iän, koulutuksen, työtilanteen, asumipaikan ja asumismuodon suhteen toisin kuin Deaconin ja kumppaneiden (2009) sekä Stewart-Brownin ja kumppaneiden (2015) tutkimuksissa, jossa he havaitsivat merkittäviä yhteyksiä mielenterveyden ja työtilanteen ja koulutuksen välillä (Deacon ym. 2009; Stewart-Brown ym. 2015).

Tarkastelun kohteeksi valituilla emotionaalisilla tekijöillä eli yksinäisyyden ja alakuloisuuden tunteella sekä arviolla elämänlaadusta oli vahva yhteys positiiviseen mielenterveyteen. Emotionaalisista tekijöistä yhteydessä korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan kulumiseen oli, ettei tunne yksinäisyyttä. Vastaajista kolmasosa koki yksinäisyyttä jatkuvasti tai melko usein, joten tulos noudattaa aikaisempia tutkimuksia, joissa on todettu, että yksinasuvat kokevat useimmin yksinäisyyden tunnetta kuin jonkun kanssa asunnon jakavat (Kauppinen ym. 2014; Vaarama ym. 2014; Borg 2015; Cohen-Mansfield ym. 2015). Yksinäisyyttä kokevat kuuluivat matalan tai kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan. Ei koskaan yksinäisyyttä tuntevien positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli merkittävästi korkeampi kuin niiden, jotka tuntevat yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa, joissa yksinäisyyden tunteella on yhteys matalampaan positiiviseen mielenterveyteen (Saari 2009; Bilotta ym. 2012).

Alakuloisuutta, joka johtuu yksinelämisestä, tunsivat lähes puolet vastaajista. Heistä suurin osa kuului kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan. Vastaajat, jotka eivät kokeneet alakuloisuutta, kuului lähes neljännes korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan. Myös keskiarvoilla esitettyinä alakuloisuutta tuntevilla oli alhaisempi positiivisen mielenterveyden keskiarvo. Tulos noudattaa aikaisempia tutkimustuloksia (Saari 2009; Bilotta ym. 2012).



Elämänlaatu oli vastaajilla useimmiten hyvä tai jopa erittäin hyvä. Vaikka vastaajat kokivat elämänlaatunsa hyväksi, he kuuluivat useimmiten kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan. Korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan kuulumisen oli yhteydessä erittäin hyvään elämänlaatuun. Elämänlaatunsa huonoksi arvioivien positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli merkittävästi alhaisempi kuin niiden, jotka arvioivat elämänlaatunsa erittäin hyväksi. Vastaavanlaisia tuloksia, jossa elämänlaadulla on merkitystä mielenterveyteen, on saatu myös muissa tutkimuksissa (Saari 2009; Bilotta ym. 2012).

## **6.1 Luotettavuustarkastelu ja eettinen pohdinta**

Yksinasuvien positiivista mielenterveyttä ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu positiivista mielenterveyden mittaria hyödyntäen. Tutkimusjoukko oli valikoitu joukko. Tutkimuksen tulokset kuvaavat näin ollen Yksinasuvat ry:n jäsenistön positiivista mielenterveyttä eikä tuloksia voi yleistää muihin yksin asuviin. Tutkimuksessa oli mukana vain 232 vastaajaa. Huomion arvoista on, että joidenkin kysymysten osalta, vastaajien lukumäärä joissakin vastausvaihtoehdoissa jäi pieneksi. Esimerkiksi kysyttäessä yksinäisyyden tunteesta vastaukset (n=221) jakaantuivat viiden eri vastausvaihtoehdon kesken siten, että kahdessa vaihtoehdossa oli alle 10 vastausta. Luotettavuuden parantamiseksi vastausvaihtoehtoja olisi voinut yhdistää, jolloin vastausten lukumäärä yksittäisissä vaihtoehdoissa olisi ollut suurempi.

Tutkimusjoukko poikkesi myös sosioekonomisilta taustatekijöiltään Suomessa asuvista yksinasuvista esimerkiksi sukupuolen ja työtilanteen suhteen. Suomessa yksin asuvat jakautuvat melko tasaisesti molempien sukupuolten kesken (Kauppinen ym. 2014), mutta tämän tutkimuksen osallistujista valtaosa oli naisia. Työttömyys on yleisempää yksinasuvilla (Haataja 2014; Kauppinen ym. 2014), joka poikkesi tässä tutkimuksessa, jossa työttömien osuus oli pieni (8 %). Tutkimus antaa kuitenkin viitteitä siitä, mitkä asiat vaikuttavat positiiviseen mielenterveyteen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli antaa luotettavaa tietoa yksinelävien positiivisesta mielenterveydestä. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan sillä, että kyselylomake suunniteltiin yhdessä Yksinasuvat ry:n kanssa. Tutkimuksessa käytetty positiivisen mielenterveyden mittari on validoitu (Tennant ym. 2007) ja sen Crohnbachin alpha-kerroin oli korkea

( $\alpha=0,845$ ), joten mittarin sisäistä yhdenmukaisuutta voidaan pitää hyvänä ja se noudatti samaa tasoa, mitä tuloksia on saatu Englannissa ( $\alpha=0,91$ ) (Tennant ym. 2007). Aineisto analysoitiin kahdella analysointimenetelmällä, ristiintaulukoinnilla ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA), jotka tukivat toisiaan.

Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) periaatteita noudattaen. Tutkittavat olivat mukana tutkimuksessa vapaaehtoisesti ja heidän anonymiteettinsä on säilytetty. Muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettu viittaamalla heidän julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Tutkimustulosten esittämisessä ja niiden arvioinnissa on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta. Analysointi on suoritettu niin, että yksittäisiä vastaajia voi tunnistaa.

## **6.2 Johtopäätökset**

Tutkimustulos osoittaa, että tutkimusjoukolla oli kohtalainen positiivinen mielenterveys, joka tarkoittaa, että tutkittavilla oli kohtalaisesti positiivisen mielenterveyden ominaisuuksia. Yksinasuvien määrän kasvaessa tulee yhä tärkeämmäksi yksinasuvien hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden yksilöiminen. On todettu, että yksinasuvilla menee heikommin useammalla hyvinvoinnin mittarilla mitattuna muuhun väestöön verrattuna. Funktionaalisen mallin mukaan positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät. Tämän tutkimuksen mukaan yksinasuvilla positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavat sosioekonomisista tekijöistä työllisyys, tulotaso ja siviilisäätö sekä asuntoon liittyvät asiat, kuten asunnon koko. Positiiviseen mielenterveydellä ja yksinäisyyden ja alakuloisuuden tunteella sekä arviolla elämänlaadusta oli vahva yhteys positiiviseen mielenterveyteen.

Positiivisen mielenterveyden vahvistaminen ei poista yksinasumiseen liittyviä haasteita, mutta sen vahvistaminen voi luoda onnellisuuden ja hallinnan tunnetta elämästä sekä tyytyväisyyttä elämään, vaikka yksinasuvan elämäntilanne olisi muuten haastava, esimerkiksi taloudellisen tilanteen vuoksi. Jotta positiivista mielenterveyttä voidaan vahvistaa, tarvitaan lisää tietoa vaikuttavista keinoista vahvistaa positiivista mielenterveyttä. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että positiivista mielenterveyttä voidaan vahvistaa tyydytystä tuottavilla sosiaalisilla suhteilla. Yksinasuvat toivat tutkimuksessa esiin toiveen, että yhteiskunta tai järjestöt loisivat puitteita, jotka mahdollistaisivat yksin asuville ihmissuhteiden luomisen ja ylläpitämisen.

Tässä tutkimuksessa käytetyssä positiivisen mielenterveyden lyhyen mittarin väittämässä tiedusteltiin vastaajan toiveikkuutta, itsensä tuntemista hyödylliseksi ja rentoutuneeksi. Lisäksi mittarin väittämät sisälsivät kysymykset ongelmien käsittelemisestä, ajattelun selkeydestä ja läheisyyden tuntemisesta toisiin ihmisiin sekä kyvystä tehdä päätöksiä. Mittarin väittämät ovat yhteneväisiä positiivisen mielenterveyden käsitteen kanssa. Huomion arvoista kuitenkin on, että positiiviseen mielenterveyteen on vahvasti liitetty myös yksilön kyky kohdata vastoinkäymisiä, johon ei viitattu suoraan yhdessäkään väittämässä.

Mielenterveys kytketään yhä usein mielenterveyden häiriöihin. Sen sijaan positiivisen mielenterveyden edistämiseksi tulisi antaa sille kuuluva painoarvo. Positiivisen mielenterveyden tutkimusnäkökulma korostaa myönteistä ja mielenterveyttä vahvistavaa terveyden edistämistä. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin tutkimusaineiston laajuuden vuoksi vain muutamia yksin asuvien positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Jatkotutkimuksessa tutkimusaineistoa voitaisiin analysoida MANOVA-analyysimenetelmällä, jolloin saataisiin tietoa eri sosioekonomisten ja emotionaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta positiiviseen mielenterveyteen. Positiivista mielenterveyttä voidaan tutkia myös interventiotutkimuksen menetelmällä, jolloin positiivisen mielenterveyden mittaria olisi alku- ja loppumittauksen mittausten menetelmä, jolloin mittarilla voitaisiin arvioida positiivisessa mielenterveydessä tapahtunutta muutosta. Interventiotutkimusta voitaisiin hyödyntää esimerkiksi tutkittaessa luontoliikunnan tai sosiaalisten verkostojen vaikutusta positiiviseen mielenterveyteen. Lisäksi positiivisen mielenterveyden mittaria voitaisiin hyödyntää tutkittaessa tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen positiivisen mielenterveyteen elämänkaaren eri vaiheissa. Jokainen ihminen käy läpi elämän vaiheet yksilöllisellä tavalla, toiset selviytyvät paremmin toiset heikommin. Nuoruusvaiheen loppupäässä, aikuisiän kynnyksellä, tehdään valintoja, joilla saattaa olla vaikutusta koko loppuelämään. Olisi kiinnostavaa tutkia, miten positiivinen mielenterveys vaikuttaa nuoren toimintaan, ajatteluun ja valintoihin. Positiivista mielenterveyden mittaria voitaisiin hyödyntää myös seurantatutkimuksessa, jossa tutkittaisiin opiskelijoiden positiivista mielenterveyttä opintojen alussa, keskivaiheessa ja opintojen päättyttyä. Tarkastelun kohteena voisi olla positiivisen mielenterveyden ja opintomenestyksen yhteys ja niihin vaikuttavat tekijät.

## LÄHTEET

- Antonovsky A. 1979. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Appelqvist-Schmidlechner, K. 2016. Reserviläisten psyykinen toimintakyky. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL-Tutkimuksesta tiiviisti 8/2016.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Lääkärilehti 24 (71), 1759 – 1764.
- Bandura A. 1997. Self-efficacy, the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barry, M. 2009. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. International Journal of Mental Health Promotion 11 (3), 4–17.
- Bennet, J. & Dixon, M. 2006. Single person households and social policy. Looking forwards. Viitattu 3.7.2016  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.505.6854&rep=rep1&type=pdf>.
- Bilotta, C., Bowling, A., Nicolini, P., Casé, A. & Vergani, C. 2011. Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. Health and Social Care in the Community 20 (1), 32–41.
- Black, S., Cooper, R., Martin, K., Kathryn, R., Brage, S., Kuh, D. 2015. Physical activity and mental well-being in a cohort aged 60–64 years. American Journal of Preventive Medicine 49 (2), 172–180.
- Borg, P. & Keskinen, V. 2016. Yksi, yksilö, yksinelävä? Yksin kaupungissa. Tutkimus yksinasumisesta. Helsingin kaupungin tietokeskus. Viitattu 4.7.2016  
[http://www.yksinkaupungissa.fi/yksinelaminen\\_yleistynyt](http://www.yksinkaupungissa.fi/yksinelaminen_yleistynyt).
- Borg, P. 2015. Yksinasuvien helsinkiläisten kokema hyvinvointi. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 3/2015. Viitattu 3.7.2016.  
[http://www.hel.fi/hel2/Tietokeskus/julkaisut/pdf/15\\_06\\_17\\_Tutkimuksia\\_3\\_Borg.pdf](http://www.hel.fi/hel2/Tietokeskus/julkaisut/pdf/15_06_17_Tutkimuksia_3_Borg.pdf).
- Chen, Y., Hicks, A. & While, A. 2014. Quality of life and related factors: a questionnaire survey of older people living alone in Mainland China. Quality of Life Research 23 (5), 1593–1602.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. & Shalom, V. 2015. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights International Psychogeriatrics 28 (4), 557–576.

- Davoren M., Fitzgerald, E., Shiely, F., Perry, I. Positive Mental Health and Well-Being among a Third Level Student Population. *Plos one* 8(8): e74921. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0074921>.
- Deacon, L., Carlin, H., Spalding, J., Giles, S., Stansfield, J., Hughes, S., Perkins, C & Bellis, M. 2009. North West Mental Wellbeing Surveys 2009. Viitattu 25.10.2015. [http://www.nwph.net/Publications/NWMWS\\_Profiles.pdf](http://www.nwph.net/Publications/NWMWS_Profiles.pdf).
- European Union. 2016. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. EU Joint action on mental health and wellbeing. Viitattu 16.2.2017 [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action\\_19jan%20\(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf).
- Ganster, D. C. & Victor, B. 1988. The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology* 61, 17–36.
- Greacen, T., Jouet, E., Ryan, E., Cserhati, Z., Grebenc, V., Griffiths, C., Hansen, B., Leahy, E., da Silva, K., Šabić, A., De Marco, A. & Floser, P. 2012. Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion. *BMC Public Health* 12 (1114), 1–10. doi: 10.1186/1471-2458-12-1114.
- Haataja, A. 2014. Yksin asuvana EU:ssa – taloudellinen riski vai mahdollisuus? Teoksessa Niemelä, M. (toim.). Eurooppalaiset elinolot. Kelan tutkimusosasto. Viitattu 3.7.2016. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45396/Eurooppalaiset\\_elinolot.pdf?sequence=4](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45396/Eurooppalaiset_elinolot.pdf?sequence=4).
- Jamieson, L. & Simpson, R. 2013. *Living Alone. Globalization, Identity and Belonging.* Hampshire: Palgrave Macmillan Studies in Family and Intimate Life.
- Joutsenniemi, K. 2007. Living arrangements and health. Publications of the National Public Health Institute. A15/2007.
- Kauppinen, T., Martelin, T., Hannikainen-Ingman, K. & Virtala, E. 2014. Yksin asuvien hyvinvointi. Mitä tällä hetkellä tiedetään? Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 2014:27.
- Keyes, C. 2009. Brief Description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) Viitattu 16.2.2017 <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>.
- Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K. & Dhingra, S. 2012. The relationship of level positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health* 60 (2), 126–133.

- Keyes, C & Simoes, E. 2013. To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American Journal of public health* 103(5), 7–8.
- Klinenberg, E. 2012. *Going Solo. The Extraordinary Rise and Surprising Appeal of Living Alone*. New York: Penguin Press.
- Kotimaisten kielten keskus. 2016. *Kielitoimiston sanakirja*.  
Viitattu 3.7.2016. <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>.
- Käypä hoito. 2015. *Toimintakyky epävakaassa persoonallisuudessa*. Viitattu 16.2.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06269>.
- Lehtinen, V. *Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge*. 2008. Helsinki: Stakes.
- Lindsay G., Strand S. & Davis, H. 2011. A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-wellbeing and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: the parenting early intervention pathfinder (PEIP). *BMC Public Health* 2011, 11 (962). doi:10.1186/1471-2458-11-962.
- Mason, P. & Ade, K. 2013. Physical activity and mental wellbeing in deprived neighbourhoods. *Mental Health and Physical Activity* 6 (2), 111–117.
- Metsämuuronen, J. 2006. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp Oy.
- Mäkinen, A. 2008. *Oikeesti aikuiset. Puheenvuoroja yksineläjänaisen normaaliudesta, hyväksyttävyydestä ja aikuisuudesta*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1349.
- Nordling, E. 2015. Liikunta vahvistaa positiivista mielenterveyttä. *Liikunta & Tiede* 52 (4), 21–25.
- Nordling, E. 2013. *Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus Lapin alueella*. Julkaisematon tutkimusraportti.
- Ojala, E. & Kontula, O. 2002. *Tarvitseeko minua kukaan? Keski-ikäiset yksineläjät perhekeskeisessä yhteisössä*. Väestöliitto. Viitattu 4.7.2016. [http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/fda4d09bbb38a7577099986ffe0dad05/1470152944/application/pdf/4420918/Tarvitseeko%20minua%20kukaan\\_e-kirja.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/fda4d09bbb38a7577099986ffe0dad05/1470152944/application/pdf/4420918/Tarvitseeko%20minua%20kukaan_e-kirja.pdf).
- Odou, N. & Vella-Brodrick, D.A., 2013. The Efficacy of Positive Psychology Interventions to Increase Well-Being and the Role of Mental Imagery Ability. *Social Indicators Research* 110 (1), 111–129.

- Orgeta, V., Lo Sterzo, E., & Orrell, M. 2013. Assessing mental well-being in family carers of people with dementia using the Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale. *International Psychogeriatrics* 25(9), 1–9.
- Peplau, A. & Perlman, D. 1982. Loneliness. A source of current theory, research and therapy. Viitattu 3.7.2016.  
[http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau\\_Lab/Publications\\_files/Peplau\\_perlman\\_82.pdf](http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau_perlman_82.pdf).
- Pietilä, J. 2013. Yksinelävät – suuri unohdettu vähemmistö. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (6), 681–684.
- Powell J., Hamborg T., Stallard N., Burls A., McSorley J., Bennett K., Griffiths KM. & Christensen H. Effectiveness of a Web-Based Cognitive-Behavioral Tool to Improve Mental Well-Being in the General Population: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 15(1), e2. doi: 10.2196/jmir.2240.
- Pulkki-Råback, L., Kivimäki, M., Ahola, K., Joutsenniemi, K., Elovainio, M., Rossi, H., Puttonen, S., Koskinen, S., Isometsä, E., Lönnqvist, J. & Virtanen, M. 2012. Living alone and antidepressant medication use: a prospective study in a working-age population. *BioMed Central Ltd* 12 (236). doi: 10.1186/1471-2458-12-236.
- Rutter, M. 1987. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*, 57 (3), 16–31.
- Saari, J. 2009. Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WsoyPro Oy.
- Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. *Tutkimuksia* 137. Helsinki: Stakes.
- Sohlman, B, Immonen, T. & Kiikkala, I. 2005. Ongelmallinen mielenterveys. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (2), 210–213.
- Schwarzer, R. 1993. Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkison, J. & Weich, S. 2009. Internal Construct Validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and quality of life outcomes*, 7 (15). doi: 10.1186/1477-7525-7-15.
- Stewart-Brown, S. & Janmohamed, K. 2008. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale. User Guide.

- Stewart-Brown, S., Samaraweera, PC., Taggart F., Kandala NB. & Stranges S. 2015. Socioeconomic gradients and mental health: implications for public health. *The British Journal of Psychiatry* 206 (6). doi:10.1192/bjp.bp.114.147280
- Tamminen, N. & Solin, P. (toim.) 2014. Mielenterveyden edistäminen työpaikalla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL Opas 32/2014.
- Tamminen, N., Solin, P., Barry, M., Kannas, L. Stengård, E. & Kettunen, T. 2016. A systematic concept analysis of mental health promotion. *International Journal Of Mental Health Promotion*, 18 (4), 177–198.
- Tennant, R., Hiller, L. Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J & Stewart-Brown, S. 2007. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*. 5 (63). doi: 10.1186/1477-7525-5-63.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Positiivinen mielenterveys. Viitattu 12.9.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Yksinasuvilla on korkea köyhyysriski. Viitattu 2.8.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/stop-koyhyys/nakokulmia-teemaan/yksinasuvilla-on-korkea-koyhyysriski>.
- Tilastokeskus. 2016a. Perheasema 1983. Viitattu 3.7.2016. <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/perheasema/001-1983/index.html>
- Tilastokeskus. 2016b. Yksinasuvien määrä kasvoi eniten vanhemmissa ikäryhmissä 2015. Viitattu 3.7.2016. [http://www.stat.fi/til/asas/2015/asas\\_2015\\_2016-05-24\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/asas/2015/asas_2015_2016-05-24_tie_001_fi.html).
- Tilastokeskus. 2015. Asuntokunnat koon mukaan ja asuntokuntien keskikoko 1960–2015. Viitattu 3.7.2016. [http://www.tilastokeskus.fi/til/asas/2015/asas\\_2015\\_2016-05-24\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/asas/2015/asas_2015_2016-05-24_tau_001_fi.html).
- Tilastokeskus. 2014. Kotitalouksien tulot kotitalouden elinvaiheen mukaan. Viitattu 3.7.2016. [http://www.stat.fi/til/tjt/2012/03/tjt\\_2012\\_03\\_2014-04-04\\_kat\\_004\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tjt/2012/03/tjt_2012_03_2014-04-04_kat_004_fi.html)
- Tilastokeskus. 2012. Miesten yksinasuminen yleistä myös keski-ikässä Viitattu 3.7.2016. [http://www.stat.fi/til/perh/2012/02/perh\\_2012\\_02\\_2013-11-22\\_kat\\_007\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/perh/2012/02/perh_2012_02_2013-11-22_kat_007_fi.html).
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 13.11.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)



- Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014. Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 20–39.
- Warwick Medical School. 2015. WEMWBS in Other Languages. Viitattu 30.9.2016. <http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/researchers/languages/>
- Vaillant, G. 2012. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 11 (2), 93–99.
- Weiss, R. 1973. *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Massachusetts: The MIT Press.
- World Health Organization. 2014. Mental health: a state of well-being [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).

## LIITTEET

### Liite 1. Kyselylomake



#### YKSINELÄVIEN MIELEN HYVINVOINNIN TUTKIMUS 2015

Pyydämme, että täytätte kyselyn huolellisesti ja palautatte sen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle oheisessa vastauskuoressa, johon ei tarvita postimerkkiä.

Kiitos vastauksistanne!

#### OHJEET VASTAAJALLE

Lukekaa kysymys huolellisesti ennen vastaamista. Kysymyksiin vastaan:

- ympäröimällä sopivan vaihtoehdon kohdalla oleva numero tai kirjoittamalla kysytty tieto sille varattuun tilaan.
- kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, parhaiten sopiva vaihtoehto, ellei toisin ole mainittu kysymyksen yhteydessä.
- muistakaa vastata kaikkiin kysymyksiin.

#### Vastausesimerkkejä:

1. Millainen on elämänlaatunne? Ympäriökää parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero.

1. erittäin hyvä  
2. hyvä  
3. kohtalainen  
4. huono  
5. erittäin huono

2. Syntymävuosi 1970

3. Arvioikaa oma terveydentilanne ympäröimällä alla olevan janan numeroista se, joka parhaiten vastaa nykyistä terveydentilaanne.

1.....2.....3.....4

Huonoin  
mahdollinen terveys

Paras mahdollinen  
terveys

---

#### TAUSTATIEDOT

---

**1. Sukupuoli**

1. nainen
2. mies

**2. Syntymävuosi \_\_\_\_\_**

**3. Siviilisäätö**

1. avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
2. avoliitossa
3. asumiserossa tai eronnut
4. naimaton
5. leski
6. muu, mikä? \_\_\_\_\_

**4. Mikä on korkein suorittamanne peruskoulutus?**

1. kansakoulu tai peruskoulu
2. keskikoulu
3. ammattikoulututkinto
4. osa lukiota tai lukion päästötodistus
5. ylioppilastutkinto
6. opistotutkinto
7. ammattikorkeakoulututkinto
8. yliopisto- tai korkeakoulututkinto
9. muu, mikä? \_\_\_\_\_

**5. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa?**

1. kokopäivätyössä
2. osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä
3. eläkkeellä iän perusteella
4. työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana
5. työtön tai lomautettu, nykyisen jakson kesto kuukausina: \_\_\_\_\_
6. perhevapaalla, kotiäiti tai – isä
7. opiskelija
8. jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

**6. Mikä on/ oli viimeisin ammattiasemanne/ työmuotonne?**

1. palkansaaja (yksityinen yritys)
2. palkansaaja (julkinen, valtio tai valtion omistama laitos)
3. palkansaaja (julkinen, kunta tai kunnan omistama laitos)

4. maatalousyrittäjä
5. muu yrittäjä
6. ammattiharjoittelija tai free lance
7. työssä perheenjäsenen yrityksessä palkatta
8. en ole koskaan toiminut päätoimisesti ammatissa
9. muu, mikä? \_\_\_\_\_

7. **Mikä on tulotasonne?** (Ilmoittakaa parhaiten kuvaavan vuoden tulonne)

- |                     |                    |                    |                    |
|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. alle 15 000      | 2. 15 000 – 25 000 | 3. 26 000 – 35 000 | 4. 36 000 – 45 000 |
| 10. 46 000 – 55 000 | 6. 56 000 – 65 000 | 7. 66 000 – 75 000 | 8. yli 75 000      |

---

**ASUMISMUOTO**

---

8. **Missä asutte?**

1. kaupungissa
2. kunnan taajamassa
3. haja-asutusalueella

9. **Missä asutte?**

1. pääkaupunkiseudulla
2. lounais-suomessa
3. etelä-suomessa
4. keski-suomessa
5. itä-suomessa
6. pohjois-suomessa

10. **Asutteko?** (ilmoittakaa lukuna)

1. vuokralla \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>
2. omistusasunnossa \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>
3. muu, mikä? \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

11. **Oletteko tyytyväinen asuntonne kokoon?**

1. kyllä
2. ei

12. **Oletteko tyytyväinen ikkunasta avautuvaan näkymään?**

1. kyllä
2. ei

**24. Tunneteko yksinäisyyttä?**

1. En koskaan 2. Hyvin harvoin 3. Joskus 4. Melko usein 5. Jatkuvasti usein

**45. Alla on esitetty joitakin väittämiä tunteista ja ajatuksista. Merkitse jokaisen väittämän kohdalla rasti siihen ruutuun, mikä parhaiten kuvaa kokemuksianne viimeisen kahden viikon aikana.**

VÄITTÄMÄT	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Usein	Koko ajan
Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen					
Olen tuntenut itseni hyödylliseksi					
Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi					
Olen käsitellyt ongelmia hyvin					
Olen ajatellut selkeästi					
Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin					
Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista <sup>3</sup>					

“Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) © NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006,

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011, all rights reserved.”

**46. Millaiseksi arvioitte tämän hetkisen elämänlaatunne?**

- erittäin huono
- huono
- ei hyvä, eikä huono
- hyvä
- erittäin hyvä

**48. Tunneteko alakuloisuutta, jonka katsotte johtuvan yksin elämisestä, eikä esimerkiksi masennuksesta?**

- kyllä
- ei

## Liite 2. Muunnostaulukko

Raw score to metric score conversion table for SWEMWBS (Warwick Medical School 2015).

Raw Score	Metric Score
7	7.00
8	9.51
9	11.25
10	12.40
11	13.33
12	14.08
13	14.75
3814	15.32
15	15.84
16	16.36
17	16.88
18	17.43
19	17.98
20	18.59
21	19.25
22	19.98
23	20.73
24	21.54
25	22.35
26	23.21
27	24.11
28	25.03
29	26.02
30	27.03
31	28.13
32	29.31
33	30.70
34	32.55
35	35.00