

**NUOREN KROONISEN SAIRAUDEN YHTEYS KOETTUUN
YKSINÄISYYTEEN TOISELLA ASTEELLA**

Merika Kallio
Anne Yli-Perttala
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Toukokuu 2024

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

KALLIO, MERIKA & YLI-PERTTALA, ANNE:

Nuoren kroonisen sairauden yhteys koettuun yksinäisyyteen toisella asteella

Pro gradu -tutkielma, 24 s.

Ohjaaja: Mari Tunkkari

Psykologia

Toukokuu 2024

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tarkastella nuorten kroonisten sairauksien yhteyttä sosiaaliseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen toisella asteella sekä vanhemman kasvatustyylin lämpimyyden roolia yksinäisyydeltä suojaavana tekijänä. Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston *Koulupolku: Alkuportailta jatko-opintoihin* -tutkimushanketta. Tutkimuksemme aineisto on kerätty neljältä eri paikkakunnalta itsearviointilomakkein vuonna 2018 nuorten opiskellessa kolmatta vuotta toisella asteella. Lisäksi käytimme vuonna 2016 kerättyä vanhempien aineistoa, jolloin nuoret opiskelivat 9. luokalla. Lopullisen aineiston muodosti 1780 toisen asteen opiskelijaa. Tutkimme ristiintaulukoinnin avulla niin kroonisesti sairaiden nuorten sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksia kuin myös sukupuolen ja multimorbiditeetin eli päällekkäisten sairauksien yhteyttä näihin yksinäisyyden kokemuksiin. Vanhemman kasvatustyylin lämpimyyden yksinäisyydeltä suojaavaa vaikutusta tarkastelimme binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla. Tulokset osoittivat, että kroonisesti sairaat nuoret kokevat todennäköisemmin sosiaalista yksinäisyyttä verrattuna nuoriin, joilla ei ole kroonista sairautta. Lisäksi havaitsimme, että kroonisesti sairaat tytöt ovat poikia suuremmassa riskissä kokea sosiaalista yksinäisyyttä. Vastaavia yhteyksiä emotionaalisen yksinäisyyden osalta ei havaittu. Tulokset osoittivat myös, että multimorbiditeetti lisää niin sosiaalisen kuin emotionaalisen yksinäisyyden kokemisen riskiä. Vanhemmuuden lämpimyydellä ei havaittu olevan muuntavaa vaikutusta kroonisen sairauden ja sosiaalisen yksinäisyyden väliseen yhteyteen. Emotionaalisen yksinäisyyden osalta tarkastelua ei voitu suorittaa aineiston puutteellisuuden vuoksi. Tulosten perusteella voidaan todeta, että krooniset sairaudet lisäävät etenkin sosiaalisen yksinäisyyden kokemisen riskiä nuoruudessa. Tämän vuoksi kroonisten sairauksien yhteys nuorten kokemaan yksinäisyyteen tulisi ottaa paremmin huomioon yksinäisyyden ennaltaehkäisyssä esimerkiksi vertaistuen keinoin oppilas- ja terveydenhuollossa.

Avainsanat: *krooninen sairaus, multimorbiditeetti, yksinäisyys, sosiaalinen yksinäisyys, emotionaalinen yksinäisyys, nuoret, toisen asteen opiskelija, vanhemman kasvatustyylin lämpimyyys*

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	1
1.1 Yksinäisyys nuoruusiässä	2
1.2 Nuoren krooninen sairaus ja yksinäisyys	3
1.2.1 Multimorbiditeetti.....	5
1.3 Vanhemman kasvatustyylin lämpimyys suojaavana tekijänä.....	6
1.4 Tutkimuskysymykset.....	7
2 MENETELMÄT	8
2.1 Aineiston kuvaus	8
2.2 Mittarit ja muuttujat.....	10
2.3 Aineiston analysointi	11
3 TULOKSET	13
3.1 Kuvailevat tiedot	13
3.2 Kroonisen sairauden yhteys yksinäisyyden kokemuksiin	14
3.3 Sukupuolierot kroonisesti sairaiden yksinäisyyden kokemuksissa	15
3.4 Kroonisten sairauksien määrän yhteys yksinäisyyden kokemuksiin.....	16
3.5 Vanhemmuuden lämpimyden muuntava vaikutus kroonisesti sairaan nuoren yksinäisyyden kokemuksiin.....	17
4 POHDINTA	18
4.1 Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet.....	21
4.2 Sovellusehdotukset	24
LÄHTEET	25

1 JOHDANTO

Itsemääräämisteorian mukaan yksi ihmisen perustarpeista on tarve kokea yhteenkuuluvuutta (Ryan & Deci, 2020), joten kivuliaaksi kokemukseksi luonnehdittu yksinäisyys näyttäytyy luonnollisena reaktiona, kun tämä sisäsyntyinen tarve ei täyty. Yksinäisyydellä voi olla vakavia negatiivisia seurauksia yksilön fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille, kuten masennuksen ja ahdistuneisuuden lisääntyminen (Hawkley & Cacioppo, 2010; Heinrich & Gullone, 2006), itsetuhoisuus (Lasgaard ym., 2011; Schinka ym., 2013) ja se voi myös toimia riskitekijänä aikuisuudessa koetulle yksinäisyydelle (Junttila & Vauras, 2009; Rönkä, 2017). Yksinäisyyden vakavuudesta ja laaja-alaisuudesta kertoo paljon se, että Junttilan (2016) mukaan on vaikea löytää mielenterveyden häiriötä, johon yksinäisyyttä ei olisi yhdistetty. Nuorten yksinäisyyden yleisyydestä ei ole päästy yksimielisyyteen esiintyvyyden vaihdellessa 3–67 % välillä (de Leo ym., 2019; Moisio & Rämö, 2007; Rönkä ym., 2013). Kuitenkin yleisesti hyväksytyn arvion mukaan noin 20 % nuorista näyttää kokevan ajoittaista tai jonkintasoista yksinäisyyttä (Cacioppo & Patrick, 2008; Junttila, 2016). Yksinäisyys on noussut ajankohtaiseksi puheenaiheeksi etenkin koronapandemian myötä. THL:n Kouluterveyskyselyiden (Helakorpi & Kivimäki, 2021; Helenius & Kivimäki, 2023) mukaan toisen asteen opiskelijoiden yksinäisyys kasvoi vuodesta 2019 (noin 11 %) vuoteen 2021 (noin 17 %), mutta on pysynyt sittemmin liki samalla tasolla (noin 16 %). Kansainvälisesti yksinäisyyden on kuitenkin todettu olevan yleistynvä ilmiö (Twenge ym., 2021).

Viime vuosikymmeninä nuoriin keskittyvät yksinäisyystutkimukset ovat yleistyneet. Tästä huolimatta aiempia tutkimustuloksia yksinäisyyden ja nuorten kroonisten sairauksien välisestä yhteydestä on niukasti saatavilla, vaikka tiedetään, että terveys on merkittävä tekijä sosiaalisen toimintakyvyn taustalla (Pinquart & Teubert, 2012). Kuitenkin kroonisen sairauden on havaittu olevan riskitekijä yksinäisyyden kokemuksille (Maes ym., 2017a), etenkin jos henkilöllä on useampia kroonisia sairauksia (Stickley & Koyanagi, 2018). Kroonisen sairauden ja etenkin monisairauden eli multimorbiditeetin yhteyttä yksinäisyyden kokemuksiin on tutkittu lähinnä ikääntyneellä väestöllä (Kristensen ym., 2019), joten yhteyden tarkastelu nuoruudessa olisi keskeistä kaverisuhteiden merkityksen ja siten yksinäisyyden korostuessa. On myös esitetty, että läheiset perhesuhteet voivat suojata kroonisesti sairaan nuoren psykososiaalista kehitystä (Patterson & Blum, 1996). Tästä huolimatta tutkimustietoa ei tietomme mukaan ole siitä, suojaako vanhemman lämmin kasvatustyyli kroonisesti sairasta nuorta yksinäisyydeltä. Tutkimme siis tässä pro gradu -tutkielmassamme nuoren kroonisten

sairauksien yhteyttä sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksiin toisella asteella sekä vanhemman lämpimyyden roolia yksinäisyydeltä suojaavana tekijänä.

1.1 Yksinäisyys nuoruusiässä

Yksinäisyyttä on luonnehdittu universaaliksi, ihmisyyteen liittyväksi ilmiöksi (Rokach, 2004). Vaikka valtaosa ihmisistä kokee ajoittaista yksinäisyyttä jossakin kohtaa elämäänsä (Kangasniemi, 2008), osalle yksinäisyydestä muotoutuu vaikea ja jatkuva kokemus (Hawkley & Cacioppo, 2010). Yksinäisyyttä onkin kuvattu negatiiviseksi, kivuliaaksi ja vaikeaksi tunteeksi (Rönkä, 2017), joka kumpuaa läheisten ihmissuhteiden määrän tai laadun riittämättömyydestä (Galanaki 2004; Junttila & Vauras 2009; Weiss, 1973). Ihmisten tarpeet ovat hyvin yksilölliset: yhdelle riittää yksi ystävä, kun taas laajan sosiaalisen verkoston omaava voi silti kokea yksinäisyyttä (Junttila, 2016; Lyyra ym., 2019). Yksinäisyys on kuitenkin tärkeää erottaa yksin olemisesta (Galanaki, 2004; Peplau & Perlman, 1982; Russell ym., 2012). Junttilan ja Vauraan (2009) mukaan yksinolo voidaan nähdä fyysisenä tilana, yksinäisyyden ollessa mielen emotionaalinen tila.

Yksinäisyyden tunteet ovat usein melko pysyviä (Bartels ym., 2008; Junttila & Vauras, 2009; Lyyra ym., 2019), ja yksinäisyyden taustalta on löydettävissä useita vaikuttavia tekijöitä, kuten geneettiset ja ympäristötekijät (Bartels ym., 2008). Modernin yksinäisyystutkimuksen isäksi kutsuttu Weiss (1973) nimesi yksinäisyyden mahdollistajiksi muun muassa sosiaalisten suhteiden katkeamisen esimerkiksi eron tai kuoleman muodossa. Perlman ja Peplau (ks. Peplau ym., 1982) taas ovat kehittäneet yksinäisyyden kognitiivisen epäjohdonmukaisuuden mallin (*the cognitive discrepancy model of loneliness*), jonka mukaan yksinäisyyden yksilöllistä kokemusta voidaan tarkastella yksilön sisäisen hyvän sosiaalisen elämän standardin kautta: mikäli yksilön sosiaaliset suhteet eivät täytä omaa standardia, kokee hän yksinäisyyttä.

Yksinäisyyden käsite on jaettu erikseen sosiaaliseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen: sosiaalisella yksinäisyydellä tarkoitetaan sosiaalisten verkostojen puutetta, kun taas emotionaalisella yksinäisyydellä viitataan läheisen ystävyysuhteen puuttumiseen (Junttila & Vauras, 2009; Weiss, 1973). Toisin sanoen, emotionaalisesti yksinäiseltä nuorelta voi puuttua paras ystävä, kun taas sosiaalisesti yksinäiseltä nuorelta puuttuu oma kaveriporukka (Junttila & Vauras, 2009). Erityisesti nuoruuteen tullessa sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemusten väliset yhteydet muuttuvat monimutkaisemmiksi: nuori saattaa olla tyytyväinen syvällisempiin ystävyysuhteisiinsa, mutta hän voi silti kokea itsensä sosiaalisesti yksinäiseksi (Junttila, 2016). Tämän vuoksi emme tässä

tutkielmassa tyydy vain yleisen yksinäisyyden määritelmään, vaan jaottelemme yksinäisyyden emotionaaliseen ja sosiaaliseen kokemukseen.

Erityisesti nuoruudessa yksinäisyys voi näyttäytyä siksi, että vanhempien ja perhesuhteiden merkittävyyden rinnalle nousee vahvasti kaverisuhteiden tärkeys (de Goede ym., 2009). Uusitalon (2007) mukaan yksinäisyyden tunteet myös kuuluvat nuoren normaaliin kehitykseen, sillä ikätoverit eivät voi tarjota nuorelle samanlaista turvaa ja huolenpitoa kuin omat vanhemmat. Myös Laursen ja Hartl (2013) totesivat nuoruuden psyykkisen ja fyysisen kehityksen altistavan nuoren yksinäisyyden ja ulkopuolisuuden tunteille. Tutkimme sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä toisella asteella, sillä on osoitettu, että muun muassa toisella asteella opiskelevien alhainen sosiaalinen yhteenkuuluvuus koulussa ennustaa vahvempaa yksinäisyyden kokemusta (Arslan, 2021). Lisäksi on todettu, että yksinäisyys voi olla riskitekijä koulutuksen keskeyttämiselle (Frostad ym., 2014), joka puolestaan voi lisätä syrjäytymisriskiä ja olla siten haitaksi nuoren kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille.

1.2 Nuoren krooninen sairaus ja yksinäisyys

Kroonisella eli pitkäaikaissairaudella tarkoitetaan WHO:n (2018) mukaan pitkäkestoista sairautta, joka johtuu geneettisten, psykologisten sekä ympäristöön ja käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden yhdistelmästä. Krooninen sairaus voidaan määritellä esimerkiksi sairauden keston, lääkityksen tai hoidon perusteella (Hopia, 2006). Erään määritelmän mukaan diagnosoidun sairauden oireet tai hoidon tarpeen tulee kestää vähintään puoli vuotta (Hopia, 2006). Krooniset sairaudet ovat keskenään erilaisia ja luonteeltaan hyvin vaihtelevia, mikä tarkoittaa samankin sairauden kohdalla hyvin yksilöllisiä kokemuksia ja vaikutuksia elämään (Radley, 1995). Sairauksien väliset suuret erot tekevät kroonisen sairauden käsitteen määrittelyn ongelmalliseksi. Muun muassa Makkonen ja Pynnönen (2007) huomauttivat, etteivät krooniset sairaudet aina aiheuta ongelmia. Yleisimpiä suomalaislasten ja -nuorten fyysisiä kroonisia sairauksia ovat astma, allergiat, diabetes, epilepsia ja lastenreuma (Hopia, 2006). Nuoruudessa yleiset mielenterveysongelmat voivat myös kroonistua. Kroonisen sairauden yleisyys nuorilla vaihtelee kansainvälisestä 10 prosentin arviosta (Suris ym., 2004) suomalaisnuorten noin 20 prosenttiin (Vähätalo & Karukivi, 2019). Rajantie ja Perheentupa (2005) raportoivat pitkäaikaissairastavuuden olevan pojilla 30 % yleisempää tyttöihin verrattuna, ja Sawyerin (2016) mukaan nuorten kroonisten sairauksien määrä on kasvanut viime vuosikymmeninä.

Nuoruusiässä krooninen sairaus voi tehdä kehitystehtävien, kuten vanhemmista itsenäistymisen ja vertaisiin tukeutumisen, saavuttamisesta haastavampaa (Vähätalo & Karukivi, 2019). Krooninen sairaus altistaa nuoria monille emotionaalisille ongelmille, kuten masennukselle (Pittet ym., 2010), ja alentaa nuoren akateemista, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä (Pinquart & Teubert, 2012). Tällainen kroonisen sairauden aiheuttama sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen voi olla yksi tekijä, joka selittää sitä, miksi krooninen sairaus voi lisätä riskiä kokea yksinäisyyttä. Lisäksi sosiaalista toimintakykyä ja kaverisuhteita voivat heikentää kroonisesti sairaan nuoren mahdollisesti heikompi itsetunto (Seigel ym., 1990; Vanhalst ym., 2013), suurempi riski joutua kiusatuksi (Pittet ym., 2010) sekä yleisemmät ongelmat käyttäytymisen ja tunteiden säätelyn kanssa (Pinquart & Shen, 2011). Sosiaalisen toimintakyvyn lisäksi kroonisen sairauden ja yksinäisyyden välistä yhteyttä voi selittää kroonisen sairauden kaventamat liikuntamahdollisuudet, joiden vuoksi omaan vertaisryhmään tukeutuminen voi hankaloitua (Vähätalo & Karukivi, 2019). Myös käsitys omasta terveydestä näyttää linkittyvän yksinäisyyteen: ne nuoret, jotka kokivat terveytensä huonommaksi, olivat yksinäisempiä kuin hyvästä terveydestä raportoivat nuoret (Page & Suwanteerangkul, 2009; Qualter ym., 2013; Rönkä ym., 2014). Krooninen sairaus voi myös muuttaa nuoren kehon ulkonäköä ja kasvua (Vähätalo & Karukivi, 2019), mikä voi olla omiaan lisäämään ulkopuolisuuden kokemusta ja siten yksinäisyyttä. Näiden tekijöiden lisäksi syitä kroonisesti sairaiden suuremmaksi koettuun yksinäisyyteen on haettu niin masennuksesta ja siitä seuraavasta eristyneisyydestä (Uusitalo, 2007), kuin myös vähäisestä ystävien kanssa vietetystä ajasta, joita oireet tai hoitokäynnit voivat rajoittaa (Carter ym., 2015).

Aiempi tutkimus kroonisten sairauksien yhteydestä yksinäisyyteen on ollut vähäistä ja tutkimukset ovat painottuneet lähinnä ikääntyneeseen väestöön (Kristensen ym., 2019). Kuitenkin niissä tutkimuksissa, joissa kroonisen sairauden ja yksinäisyyden välistä yhteyttä on tarkasteltu, saadut tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Osassa tutkimuksista kroonisesti sairaiden nuorten on havaittu kokevan sosiaaliset suhteensa tyydyttäväiksi (Noll ym., 2000) ja tulevansa hyväksytyksi vertais-suhteissaan (Noll ym., 1999), kun taas osassa tutkimuksista kroonisesti sairaiden nuorten on havaittu olevan jonkin verran verrokkejaan yksinäisempiä (ks. meta-analyysi Maes ym., 2017a; McGlone & Long, 2020). Erityisen suuressa riskissä kokea yksinäisyyttä näyttävät olevan näkö- ja kuulovammaiset nuoret (Maes ym., 2017a). Tulee kuitenkin huomioida, että aiemmissa tutkimuksissa ei ole eroteltu sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä, vaikka nämä yksinäisyyden eri puolet voivat olla toisistaan riippumattomia (Weiss, 1973). Tämän vuoksi koemme tutkielmassamme tärkeäksi erotella sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden tarkastellessamme kroonisen sairauden ja yksinäisyyden välistä yhteyttä.

Meta-analyysissä, jossa tarkasteltiin lasten ja nuorten kroonisen sairauden ja yleisen yksinäisyyden välistä yhteyttä, sukupuolella ei havaittu olevan vaikutusta yksinäisyyden kokemukseen (Maes ym., 2017a). Kuitenkin valtaväestöä tarkasteltaessa sukupuolierot ovat yksinäisyystutkimuksissa näyttäneet ristiriitaisina (ks. Koenig & Abrams, 1999) ja riippuneet muun muassa siitä, onko yksinäisyyttä tarkasteltu yhtenä ulottuvuutena vai moniulotteisena ilmiönä (Rönkä, 2017). Kun yksinäisyyttä on tarkasteltu yksiulotteisena ilmiönä eli jakoa sosiaaliseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen ei ole tehty, yksinäisyyden kokemuksia näyttäytyy enemmän tytöillä (Galanaki 2004; Rönkä ym., 2014). Kuitenkin yksinäisyyttä moniulotteisesti tarkasteltaessa on useissa tutkimuksissa osoitettu, että emotionaalinen yksinäisyys on yleisempää pojilla kuin tytöillä (esim. Hoza ym., 2000; Junttila & Vauras 2009). Aiemmin sosiaalisen yksinäisyyden sukupuolieroja ei ole löydetty (Junttila & Vauras, 2009), mutta tuoreimmissa tutkimuksissa (Maes ym., 2017b; Ribeiro ym., 2022) tyttöjen on osoitettu kokevan poikia enemmän sosiaalista yksinäisyyttä. Aiemmat tutkimukset ovat selittäneet yksinäisyyden mahdollisia sukupuolieroja esimerkiksi perinteisillä sukupuolirooleilla (Harinen, 2008). Tämä yhdistettynä yksinäisyyteen liitettyyn sosiaaliseen stigmaan voi selittää miksi pojat eivät puhu aiheesta tai kerro totuudenmukaisesti kokemuksistaan itsearviointia painottavissa kyselyissä (Rönkä, 2017). Tällä tutkielmalla haluamme laajentaa tietämystä sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden sukupuolieroista tarkastelemalla koko väestön sijaan kroonisesti sairaita tyttöjä ja poikia.

1.2.1 Multimorbidity

Krooninen sairaus ei aina esiinny yksin, vaan nuorella voi olla yhden kroonisen sairauden lisäksi myös muita kroonisia sairauksia. Skoun ja kumppaneiden (2022) mukaan multimorbidityllä eli monisairastavuudella tarkoitetaan kahden tai useamman kroonisen sairauden samanaikaista esiintymistä. Esimerkiksi Vähätalon ja Karukiven (2019) mukaan nuorilla esiintyy usein samanaikaisesti kroonisen fyysisen sairauden kanssa myös psyykinen sairaus. Tutkimuksissa, joissa on tutkittu fyysisten ja psyykkisten sairauksien samanaikaista esiintymistä, on havaittu esimerkiksi diabeteksen liittyvän masennukseen, ahdistukseen ja syömishäiriöön (Kakleas ym., 2009).

Ei siis ole yllättävää, että muun muassa Stickleyn ja Koyanagin (2018) mukaan multimorbidity voi lisätä yksinäisyyden kokemisen riskiä. Tutkimuksessa, jossa tutkittavat olivat 16-vuotiaita tai vanhempia, yksinäisyyttä kokevilla oli todennäköisemmin vähintään kaksi fyysistä sairautta verrattuna niihin, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä (Stickle & Koyanagi, 2018). Tutkittavilla, joilla

ei ollut yhtään fyysistä sairautta, yksinäisyyttä esiintyi noin 17 prosentilla, kun taas henkilöillä, joilla oli vähintään viisi sairautta, yksinäisyyttä esiintyi noin 31 prosentilla (Stickley & Koyanagi, 2018). Tästä voisikin päätellä, että mitä enemmän sairauksia on, sitä suurempi todennäköisyys on kokea myös yksinäisyyttä. Kuitenkaan tutkimuksia, joissa on käsitelty multimorbiditeetin yhteyttä sosiaaliseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen, ei ole tietomme mukaan juuri tehty. Tämän lisäksi multimorbiditeetin ja yksinäisyyden välisestä yhteydestä juuri nuorella väestöllä tiedetään varsin vähän, minkä vuoksi aiempia tuloksia ei voida yleistää koskemaan kroonisesti sairaita nuoria. Juuri nuoruudessa multimorbiditeetin tutkiminen olisi kuitenkin erityisen tärkeää, sillä nuori on yksinäisyyden vaikutuksille haavoittuvainen itsetunnon mahdollisen heikentymisen (McWhirter ym., 2002; Moore & Schultz, 1983) ja kaverisuhteiden merkityksen korostumisen vuoksi (de Goede ym., 2009).

1.3 Vanhemman kasvatustyylin lämpimyys suojaavana tekijänä

Kroonisesti sairaan nuoren psykososiaalisen kehityksen suojaavaksi tekijäksi on nimetty muun muassa sosiaalinen kyvykkyys, hyvä ja lämmin suhde ainakin yhteen vanhempaan sekä läheiset perhesuhteet (Patterson & Blum, 1996). Vanhempien antaman tuen ja siten vanhemmuuden voisi siis nähdä liittyvän myös yksinäisyyteen. Vanhemman kasvatustyylistä on eroteltavissa niin lämpimyys, behavioraalinen kontrolli kuin myös psykologinen kontrolli (Barber, 1996; Darling & Steinberg, 1993). Rajasimme tarkastelun tässä pro gradu -tutkielmassamme koskemaan vain vanhempien kasvatustyylin lämpimyyttä, koska itsemääräämisteorian mukaisesti vanhemman lämpimyys voi edistää yhteenkuuluvuuden tunnetta (Ryan & Deci, 2020), mikä puolestaan voi vähentää nuoren kokemaa yksinäisyyttä. Amaton (1990) määritelmän mukaan kasvatustyylistään lämmin vanhempi osoittaa kiinnostustaan nuorta kohtaan, kehuu hänen saavutuksiaan sekä osoittaa kiintymystä ja rakkautta. Vanhemman kasvatustyylin lämpimyys voi heijastua yhteenkuuluvuuden tarpeen täyttymisen lisäksi esimerkiksi nuoren sosiaalisiin taitoihin (Junttila ym., 2007; Putallaz & Heflin, 1990). Esimerkiksi Junttilan ja kumppaneiden (2007) mukaan vanhemmilta saatu emotionaalinen tuki on linkitetty lapsen yksinäisyyden kokemuksiin: vanhemman korkeammat uskomukset omista kyvyistään toimia vanhempana ja tukea lastaan on yhdistetty lapsen parempiin sosiaalisiin taitoihin, ja sen myötä lapsen kokemaan vähäisempään yksinäisyyteen. Näin ollen vanhempien kasvatustyylin lämpimyydellä saattaisi olla keskeinen rooli sosiaalisten taitojen kehittämisessä ja niin ikään mahdollisesti yksinäisyyden kokemisessa.

Koska krooninen sairaus kuormittaa sekä nuorta että nuoren vanhempia, on syytä epäillä, että sairauden aiheuttama kuormitus voi heijastua myös vanhemman kasvatustyylin lämpimyyteen. Tästä viitteitä antaa se, että kroonisesti sairaiden lasten vanhemmat raportoivat heillä olevan enemmän vanhemmuuteen liittyvää stressiä kuin terveiden lasten vanhemmilla (Cousino & Hazen, 2013). Huomioitavaa on myös se, että Pittetin ja kumppaneiden (2010) mukaan kiusaamisen kohteeksi joutuneilla kroonisesti sairailta nuorilla on tyypillisesti heikommat suhteet vanhempiinsa. Nuoruuteen tultaessa vanhempien rooli nuorten elämässä kuitenkin heikkenee samalla kun ystävyys-suhteiden merkitys kasvaa (de Goede ym., 2009), mikä taas voi osaltaan vaikuttaa siihen, kuinka keskeistä vanhempien antama tuki nuorelle on. Kuitenkin vanhemman läsnäolo ja antama turva on usein pysyvää kaverisuhteiden vaihtuvuuteen verrattuna. Kroonisesti sairaiden nuorten kokiessa enemmän yksinäisyyttä (Maes ym., 2017a) voi vanhemmilla olla keskeisempi rooli kroonisesti sairaan nuoren elämässä. Kun otetaan vielä huomioon, että erityisesti vanhemmilta saatu tuki yhdistettynä ystäviltä saatuun tukeen on tärkeää kroonisesti sairaiden nuorten psykologiselle hyvinvoinnille (Oris ym., 2016), vanhemman kasvatustyylin lämpimyyden tarkastelun voisi perustella oleelliseksi kroonisesti sairaan nuoren kokeman yksinäisyyden kannalta.

1.4 Tutkimuskysymykset

Tässä pro gradu -tutkielmassamme tutkimme kroonisesti sairaiden nuorten yksinäisyyskokemuksia toisella asteella, sekä sukupuolen, kroonisten sairauksien lukumäärän ja vanhemman kasvatustyylin lämpimyyden yhteyttä nuorten kokemaan yksinäisyyteen. Aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa kokonaisuutta ei ole tietomme mukaan tarkasteltu ja multimorbiditeetin yhteyksiä yksinäisyyteen on tutkittu pääasiassa aikuisväestössä, etenkin ikääntyneillä (esim. Kristensen ym., 2019). Yksinäisyyden vaikutukset mielenterveyteen ja nuoren tulevaisuuteen on osoitettu lukuisissa tutkimuksissa (esim. Heinrich & Gullone 2006). Tämän vuoksi mahdollisuus tuottaa uutta tietoa kroonisesti sairaiden nuorten kokemuksista mahdollistaisi ennaltaehkäisevän työn kohdistamisen nuoriin, joilla on suurempi riski kokea yksinäisyyttä. Tutkielmamme tutkimuskysymykset muotoilimme seuraavallisiksi:

1. Onko nuoren krooninen sairaus yhteydessä sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksiin toisella asteella?

2. Eroavatko kroonisesti sairaiden tyttöjen ja poikien sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemukset toisistaan?
3. Eroaako yhtä kroonista sairautta sairastavan nuoren yksinäisyyden sosiaalinen ja emotionaalinen kokemus päällekkäisiä kroonisia sairauksia sairastavan nuoren sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksesta?
4. Suojaako vanhemman kasvatustyylin lämpimyyks kroonisesti sairaan nuoren kokemaa sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä?

Tuoreimmat tutkimukset tukevat ajatusta siitä, että kroonisesti sairaat nuoret kokevat enemmän yksinäisyyttä (Maes ym., 2017a), mutta näissä tutkimuksissa sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä ei ole eroteltu. Tämän puutteellisuuden vuoksi emme pysty asettamaan luotettavaa hypoteesia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden eroista kroonisesti sairailta nuorilla. Myöskään toiseen tutkimuskysymykseen sukupuolten välisistä eroista emme voi asettaa hypoteesia aikaisempien tutkimusten ristiriitaisten tulosten perusteella (Koenig & Abrams, 1999; Maes ym. 2017a). Aiempien tutkimustulosten antamien viitteiden vuoksi arvelemme, että päällekkäiset krooniset sairaudet lisäävät nuorten yksinäisyyttä (Stickley & Koyanagi, 2018). Kuitenkaan aiemmat tutkimukset eivät ole tarkastelleet yksinäisyyttä huomioiden sen molempia osalualueita, joten emme voi asettaa luotettavia hypoteeseja kolmanteen tutkimuskysymykseen. Vanhemman lämpimän kasvatustyylin suojaavasta yhteydestä emme voi myöskään asettaa luotettavia hypoteeseja neljanteen tutkimuskysymykseen aiemman tutkimuskirjallisuuden puutteellisuuden vuoksi.

2 MENETELMÄT

2.1 Aineiston kuvaus

Tämä pro gradu -tutkimus on osa laajempaa nuorten hyvinvointiin, koulutuspolkuihin ja syrjäytymisen ehkäisyyn keskittyvää Jyväskylän yliopiston *Koulupolku: Alkuportailta jatko-opintoihin* -tutkimushanketta (Vasalampi & Aunola, 2016-). Hanke on jatkoa Alkuportaat-seuranta-

tutkimukselle (Lerkkanen ym., 2006–2016), jossa on seurattu noin 2000 lasta esiopetuksesta peruskoulun päättymiseen saakka. Koulupolku-hankkeen aineisto kerättiin vuoden 2017 keväällä nuorten opiskellessa toisen asteen ensimmäistä vuotta sekä vuoden 2018 syksyllä nuorten opiskellessa kolmatta vuottaan. Tämän tutkimuksen aineisto koostui nuorille esitetyistä kyselylomakkeista heidän opiskellessa kolmatta vuotta toisella asteella. Lisäksi käytettiin vanhemmilta itsearviointilomakkein kerättyä aineistoa vuodelta 2016, jolloin nuoret opiskelivat 9. luokalla. Koulupolku-aineisto kerättiin neljältä eri paikkakunnalta, minkä vuoksi sen voidaan nähdä kattavan Suomen alueellisia eroja. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja tutkittavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen sekä heidän tietojensa käyttämiseen. Jyväskylän yliopiston eettinen lautakunta on antanut tutkimukselle hyväksynnän. Aineistoa käsiteltiin tässä tutkimuksessa anonymisoituna.

Tutkimukseen osallistui 1926 nuorta, jotka vastasivat kyselyyn toisen asteen kolmantena vuonna. Otoksesta rajattiin pois yli 25-vuotiaat opiskelijat ($n = 42$), sillä halusimme keskittyä nuorten tutkimiseen. Myös muunsukupuoliset rajattiin pois vähäisen määrän vuoksi ($n = 15$). Lisäksi otoksen ulkopuolelle jätettiin ne nuoret, jotka eivät olleet toisen asteen koulutuksessa ($n = 89$), sillä halusimme selvittää nimenomaan toisella asteella opiskelevien kroonisesti sairaiden yksinäisyyden kokemuksia. Näin ollen lopullisen aineiston muodosti 1780 opiskelijaa, joista tyttöjä oli 1095 (61,5 %) ja poikia 685 (38,5 %). Heistä 1207 (67,8 %) oli lukiolaisia, 477 (26,8 %) ammattikoululaisia ja 96 (5,4 %) suoritti kaksois- tai kolmoistutkintoa. Tutkittavien keski-ikä oli 18,1 vuotta. Nuorten vanhemmista ($n = 505$) äitejä oli 270 (53,5 %) ja isiä 235 (46,5 %). Nuorten vanhempien sosioekonomisissa taustoissa korostui ylempi keskiluokka, johon kuului 47,9 % vastanneista perheistä. Vastanneista alempaan keskiluokkaan kuului 34,3 %, kun taas työväenluokkaan kuului 7,7 %, yrittäjiin 3,7 % ja opiskelijoihin 0,2 %. Huomioitavaa on kuitenkin se, että sosioekonominen asema ei ollut tiedossa 62,8 %:lla tutkimukseen osallistuneista vanhemmista.

Katoanalyysissa vertailimme tutkimuksessamme mukana olleita nuoria ($n = 1780$) tutkimuksemme ulkopuolelle jääneisiin toisen asteen kolmannella vuodelta opiskeleviin nuoriin ($n = 3292$), jotka eivät vastanneet tarvittaviin kysymyksiin (ikä, sukupuoli, oppilaitos) tai täyttäneet otoksemme kriteerejä. Vertailimme nuoria ristiintaulukoinnin avulla sukupuolen, oppilaitoksen ja perheen sosioekonomisen aseman mukaan. Vanhemman kasvatustyylin lämpimyuden suhteen katoanalyysi suoritettiin t-testillä muuttujan ollessa jatkuva. Katoanalyysin myötä selvisi, että otoksemme nuoret erosivat tutkimuksen ulkopuolelle jääneistä nuorista sukupuolen osalta ($\chi^2(2, n = 2268) = 63,437, p < .001$), *Cramer V* = .167. Tytöt olivat yliedustettuina otoksessa (korjattu jäännös 3,6), kun taas vastavasti poikia esiintyi odotettua vähemmän (korjattu jäännös -2,4). Oppilaitoksen suhteen taas kävi ilmi,

että vain ammattikoululaisia oli otoksessamme hieman odotettua vähemmän ($\chi^2(2, n = 1832) = 9,516$, $p = .009$), *Cramer V* = .072, korjattu jäännös -2,8. Sosioekonomisen aseman osalta ilmeni, että tutkimukseen osallistuneiden nuorten perheiden sosioekonomisissa taustoissa esiintyi odotettua enemmän ylempää keskiluokkaa (korjattu jäännös 3,5), kun taas alempaa keskiluokkaa esiintyi odotettua vähemmän (korjattu jäännös -3,0) ($\chi^2(5, n = 1368) = 16,092$, $p = .007$), *Cramer V* = .108. Keskiarvovertailusta selvisi, että otoksemme nuorten vanhemmat osoittivat hieman enemmän lämpimyyttä (ka = 4.2, kh = .45) verrattuna otoksemme ulkopuolelle jääneiden nuorten vanhempiin (ka = 4.1, kh = .48) ($t(971, n = 973) = -2.820$, $p = .005$), *Cohen d* = 0.181. Suuri tilastollinen merkitsevyys kaikissa katoanalyysissämme voi selittyä tutkittavien suurella määrällä, mutta pienet efektikoot (*Cramer V* < .3, *Cohen d* < 0.2; Cohen, 1988) kertovat, ettei ryhmien välillä ollut suuria eroja. Tutkimuksemme otoksen voidaan siis katsoa edustavan hyvin alkuperäistä otosta.

2.2 Mittarit ja muuttujat

Sosiaalinen yksinäisyys. Sosiaalista yksinäisyyttä kartoitettiin yhdellä kysymyksellä: “Tunnetko itsesi yksinäiseksi?”, jota on käytetty useissa kansainvälisissä (HBSC; ks. Cosma ym., 2023) ja kansallisissa tutkimuksissa (esim. Lyyra ym., 2022). Alkuperäinen asteikko mittarissa oli 3-portaisen Likert-asteikon mukaan: 1 = *en koskaan*, 2 = *joskus*, 3 = *jatkuvasti*. Mittari kategorisoitiin dikotomisiksi: 1 = *ei koe sosiaalista yksinäisyyttä*, 2 = *kokee sosiaalista yksinäisyyttä joskus tai jatkuvasti*. Uudelleenluokittelu suoritettiin, koska olimme kiinnostuneita vertailemaan nuoria, jotka eivät koe koskaan sosiaalista yksinäisyyttä niihin nuoriin, jotka kokevat sosiaalista yksinäisyyttä ainakin joskus.

Emotionaalinen yksinäisyys. Emotionaalista yksinäisyyttä kartoitettiin yhdellä kysymyksellä “Onko sinulla tällä hetkellä läheistä ystävää, jonka kanssa voit keskustella luottamuksellisesti lähes kaikista omista asioistasi?” (Kouluterveyskysely, 2023). Alkuperäinen asteikko mittarissa oli 3-portaisen Likert-asteikon mukaan: 1 = *ei ole läheisiä ystäviä*, 2 = *on yksi läheinen ystävä*, 3 = *on useampia läheisiä ystäviä*. Emotionaalisen yksinäisyyden muuttuja kategorisoitiin dikotomisiksi ja sen suunta käännettiin yhteneväiseksi sosiaalisen yksinäisyyden kanssa eli analyysissa käytetyt kategoriset vastaukset olivat: 1 = *on yksi tai useampi läheinen ystävä (ei koe emotionaalista yksinäisyyttä)*, 2 = *ei läheistä ystävää (kokee emotionaalista yksinäisyyttä)*. Uudelleenluokittelu tehtiin alkuperäisten yksinäisyysluokkien (1 = *ei ole läheisiä ystäviä*; 2 = *on yksi läheinen ystävä*) sisältäessä vähän havaintoja analysointivaihetta varten.

Krooniset sairaudet. Kroonista sairautta kartoitettiin Chronic Conditions Short Questionnaire (CCSQ) -mittarista johdetulla kysymyksellä: “Onko sinulla pitkäaikaissairaus, joka haittaa jokapäiväistä elämääsi?”, joka luokiteltiin $0 = ei$, $1 = kyllä$. Mikäli nuori oli vastannut kyllä, häntä pyydettiin kirjoittamaan pitkäaikaissairaus avoimena vastauksena. *Multimorbiditeetti* määriteltiin nuorten antamien avovastausten perusteella. Mikäli nuori oli raportoinut vähintään kaksi pitkäaikaissairautta, sai hän arvon 2. Vastauksissa yleisimpinä esiintyi muun muassa masennus (58 kpl), ahdistuneisuushäiriöt (43 kpl), migreeni (38 kpl), astma (32 kpl), tarkkaavuushäiriö (15 kpl), diabetes (14 kpl), allergiat (12 kpl) ja skolioosi (11 kpl). Yleisimmät multimorbiditeetit olivat masennus ja ahdistuneisuushäiriöt (21 kpl) sekä migreeni ja masennus (5 kpl). Sisällytimme dataan laajasti vastauksia, sillä näin nuorilla oli itsellään valta määritellä, mikä on heidän arkeaan haittaava krooninen sairaus. Jätimme otoksemme ulkopuolelle vain viisi epäasiallista vastausta. Aiemmissä tutkimuksissa multimorbiditeettiä ei ole tyypillisesti jaoteltu psyykkisiin ja fyysisiin sairauksiin, sillä tällainen jaottelu on varsin haastavaa multimorbiditeetin kohdalla sairauksien päällekkäisyyksien vuoksi (Skou ym., 2022). Tämän vuoksi myös me päädyimme luokittelemaan vastaukset vain sairauksien määrän mukaan.

Vanhemman kasvatustyylin lämpimyys. Vanhemman kasvatustyylin lämpimyyttä mitattiin Block’s Child-Rearing Practice Report (CRPR) -kyselylomakkeen (Roberts ym., 1984) suomen- netulla versiolla (Aunola & Nurmi, 2004). Nuoren vanhemmat arvioivat omaa lämpimyyttään nuoren ollessa 9. luokalla. Vanhemman kasvatustyylin lämpimyyttä mitattiin kymmenellä eri kysymyksellä, kuten “Kerron usein lapselleni, kuinka paljon arvostan sitä, että hän yrittää tehdä jotakin tai saa jotakin aikaan”, “Uskon, että kiitos saa aikaan enemmän kuin rangaistus” ja “Osoitan lapselleni usein, että rakastan häntä”. Vastaukset annettiin viisiportaisella Likert-asteikolla: $1 = ei\ päde\ minuun\ ollenkaan$, $5 = sopii\ täysin\ minuun$. Muodostimme kymmenestä isän ja kymmenestä äidin eli yhteensä 20 väittämästä vanhemmuuden lämpimyyttä kuvaavan keskiarvosummamuuttujan. Keskiarvosummamuuttujan Cronbachin alfa -reliabiliteettikerroin oli erinomainen eli .87.

2.3 Aineiston analysointi

Analyysit suoritettiin IBM SPSS Statistics 28 -tilasto-ohjelmalla. Sosiaalista sekä emotionaalista yksinäisyyttä kuvaavat muuttujat olivat kaikissa tutkimuskysymyksissä dikotomisia ($1 = ei\ koe\ yksinäisyyttä$, $2 = kokee\ yksinäisyyttä$).

Ensimmäisen tutkimuskysymyksemme avulla tarkastelimme, onko nuoren krooninen sairaus yhteydessä sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksiin toisella asteella. Tätä tutkimuskysymystä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Sairausmuuttuja luokiteltiin analyyseja varten dikotomisesti ($-1 = ei\ kroonista\ sairautta$, $1 = yksi\ tai\ useampi\ krooninen\ sairaus$). Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkastelimme, onko kroonisesti sairaiden sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksissa eroa tyttöjen ja poikien välillä. Tutkimuskysymykseen vastattiin ristiintaulukoinnin avulla. Tässä kysymyksessä tarkastelun kohteena olivat ainoastaan ne nuoret, joilla oli yksi tai useampi krooninen sairaus. Ristiintaulukoinnin tuloksissa tarkastelimme efektikokoja Cramerin V :n avulla (pieni efektikoko $.10-.30$, keskisuuri $.30-.50$ ja suuri $\geq .50$; Cohen, 1988). Ristiintaulukoinnin tuloksissa tilastollisesti merkitsevän yhteyden kohdalla tarkastelimme mukautettujen standardoitujen jäännösten eli residuaalien avulla (raja-arvo $+2.0$; Sharpe, 2019) sitä, missä soluissa havaitut arvot poikkesivat merkittävästi odotetuista arvoista.

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä tarkastelimme, eroavatko yhtä kroonista sairautta sairastavan nuoren sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemukset useita kroonisia sairauksia sairastavan nuoren yksinäisyyden kokemuksista toisella asteella. Kolmatta tutkimuskysymystä analysoitiin myös ristiintaulukoinnin avulla. Kroonisen sairauden muuttuja luokiteltiin $1 = yksi\ krooninen\ sairaus$, $2 = multimorbiditeetti$.

Neljännellä tutkimuskysymyksellä tarkastelimme vanhemman kasvatustyylin lämpimyiden muuntavaa yhteyttä kroonisesti sairaiden nuorten kokemaan sosiaaliseen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla. Analyysimenetelmän valintaan vaikutti yksinäisyysmuuttujien dikotomisuus, ja se, että selitettävä muuttujamme voi saada vain kaksi arvoa (*kokee yksinäisyyttä / ei koe yksinäisyyttä*). Analyysejä varten sairausmuuttuja luokiteltiin dikotomisesti ($-1 = ei\ kroonista\ sairautta$, $1 = yksi\ tai\ useampi\ krooninen\ sairaus$). Yhdysvaikutus-termi luotiin kroonisen sairauden ja vanhemmuuden lämpimyiden välille. Suoritimme kaksi eri analyysia: ensimmäisessä selitettävänä muuttujana oli sosiaalinen yksinäisyys, ja toisessa analyysissä emotionaalinen yksinäisyys. Selittävinä muuttujina käytettiin ensimmäisellä askeleella enter-toiminnon avulla kroonisen sairauden muuttujaa ja vanhemmuuden kasvatustyylin lämpimyyttä, sekä toisella askeleella näiden interaktiitermiä.

3 TULOKSET

3.1 Kuvailevat tiedot

Taulukossa 1 on esitetty koko otoksen vastausjakaumat sekä oman sukupuoliryhmän sisällä jakautuvat vastaukset sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden sekä kroonisten sairauksien osalta. Sosiaalista yksinäisyyttä kartoittavaan kysymykseen vastanneista nuorista sosiaalista yksinäisyyttä vähintään joskus koki 59,4 % vastanneista, joista valtaosa oli tyttöjä (71,3 %). Tutkittavista emotionaalista yksinäisyyttä koki 5,4 %, joista suurempi osa oli poikia (55,2 %). Tässä aineistossa sosiaalisesti yksinäisiä tyttöjä oli 42,3 % ja poikia 17 %, ja emotionaalisesti yksinäisiä tyttöjä oli 2,4 % ja poikia 3 %. Tutkittavista kroonisesti sairaita oli 14,5 % ja he olivat tyypillisemmin tyttöjä (yksi sairaus 69,3 %; multimorbideetti 78,6 %). Koko otoksesamme kroonisesti sairaita tyttöjä oli 10,3 % (yksi sairaus 7,9 %, multimorbideetti 2,4 %) ja poikia 4,2 % (yksi sairaus 3,5 %, multimorbideetti 0,7 %). Vanhemman kasvatustyylin lämpimyyden vastausten keskiarvo oli 4,23, keskihajonta 0,45 ja vaihteluväli 2,3–5.

TAULUKKO 1

Sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden sekä kroonisten sairauksien jakaumat sukupuolittain

		Koko otoksesta		Tyttöistä		Pojista	
		n	%	n	%	n	%
Sosiaalinen yksinäisyys	Ei yksinäinen	687	40,6	334	31,8	353	55,1
	On yksinäinen	1004	59,4	716	68,2	288	44,9
	Yhteensä	1691	100	1050	100	641	100
Emotionaalinen yksinäisyys	Ei yksinäinen	1679	94,6	1049	96,1	630	92,2
	On yksinäinen	96	5,4	43	3,9	53	7,8
	Yhteensä	1775	100	1092	100	683	100
Krooniset sairaudet	Ei sairautta	1522	85,5	911	83,2	611	89,2
	Yksi sairaus	202	11,4	140	12,8	62	9,1
	Multimorbideetti	56	3,1	44	4,0	12	1,7
	Yhteensä	1780	100	1095	100	685	100

3.2 Kroonisen sairauden yhteys yksinäisyyden kokemuksiin

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä tutkimme, onko nuoren krooninen sairaus (*ei kroonista sairautta vs. yksi tai useampi krooninen sairaus*) yhteydessä sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksiin toisella asteella. Tarkastelimme kysymystä ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoimme ensimmäisenä sosiaalisen yksinäisyyden kroonisen sairauden mukaan, jonka jälkeen teimme saman emotionaaliselle yksinäisyydelle.

Sosiaalinen yksinäisyys. Ristiintaulukointi osoitti, että nuoren krooninen sairaus oli yhteydessä sosiaalisen yksinäisyyden kokemuksiin toisella asteella ($\chi^2(1, n = 1691) = 12,814, p < .001$), *Cramer V* = .087. Kroonisesti sairaat nuoret kokivat todennäköisemmin sosiaalista yksinäisyyttä verrattuna nuoriin, joilla ei ollut kroonista sairautta. Tulokset on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2

Sosiaalinen yksinäisyys kroonisen sairauden mukaan ristiintaulukoituna

			Krooninen sairaus	
			Ei sairautta	Yksi tai useampi sairaus
Sosiaalinen yksinäisyys	Ei ole yksinäinen	n	614	73
		%	42,4	30,2
		sdj.	3,6	-3,6
	On yksinäinen	n	835	169
		%	57,6	69,8
		sdj.	-3,6	3,6
Yhteensä	n	1449	242	
	%	100	100	

Huom. *n*=otoskoko, %=*suhteellinen osuus*, *sdj.*=*mukautettu standardoitu jäännös*

Emotionaalinen yksinäisyys. Krooninen sairaus ei ollut yhteydessä emotionaaliseen yksinäisyyteen toisella asteella ($p = .776$).

3.3 Sukupuolierot kroonisesti sairaiden yksinäisyyden kokemuksissa

Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkastelimme, eroavatko kroonisesti sairaiden tyttöjen ja poikien sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemukset toisistaan. Tarkastelimme myös tätä kysymystä ristiintaulukoinnin avulla.

Sosiaalinen yksinäisyys. Ristiintaulukointi osoitti, että sukupuolten välillä oli eroja kroonisesti sairaiden nuorten sosiaalisen yksinäisyyden kokemuksissa ($\chi^2(1, n = 242) = 16,948, p < .001$), *Cramer V* = .265. Kroonisesti sairaat tytöt kokivat enemmän sosiaalista yksinäisyyttä kroonisesti sairaisiin poikiin verrattuna. Tulokset on esitetty taulukossa 3.

TAULUKKO 3

Kroonisesti sairaiden sosiaalinen yksinäisyys sukupuolittain ristiintaulukossa tarkasteltuna

			Sukupuoli	
			Tyttö	Poika
Sosiaalinen yksinäisyys	Ei ole yksinäinen	n	40	33
		%	22,7	50
		sdj.	-4,1	4,1
	On yksinäinen	n	136	33
		%	77,3	50
		sdj.	4,1	-4,1
Yhteensä	n	176	66	
	%	100	100	

Huom. n=otoskoko, %=suhteellinen osuus, sdj.=mukautettu standardoitu jäännös

Emotionaalinen yksinäisyys. Emotionaalisen yksinäisyyden kohdalla ei havaittu sukupuolieroja kroonisesti sairaiden nuorten kokemuksissa ($p = .153$).

3.4 Kroonisten sairauksien määrän yhteys yksinäisyyden kokemuksiin

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä tarkastelimme, eroaako yhtä kroonista sairautta sairastavan nuoren yksinäisyyden sosiaalinen ja emotionaalinen kokemus useampia kroonisia sairauksia sairastavan nuoren sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksesta toisella asteella. Tarkastelimme myös tätä kysymystä ristiintaulukoinnin avulla.

Sosiaalinen yksinäisyys. Ristiintaulukointi osoitti, että useampaa kroonista sairautta sairastavat nuoret kokivat todennäköisemmin sosiaalista yksinäisyyttä toisella asteella kuin yhtä kroonista sairautta sairastavat nuoret ($\chi^2(1, n = 242) = 8,772, p = .003$), *Cramer V* = .190. Sosiaalisen yksinäisyyden todennäköisyys kasvaa, kun nuorilla on monta sairautta verrattuna yhden sairauden kanssa eläviin nuoriin. Tulokset on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4

Sosiaalinen yksinäisyys kroonisten sairauksien määrän mukaan ristiintaulukoituna

			Krooninen sairaus	
			Yksi sairaus	Multimorbiditeetti
Sosiaalinen yksinäisyys	Ei ole yksinäinen	n	66	7
		%	34,7	13,5
		sdj.	3,0	-3,0
	On yksinäinen	n	124	45
		%	65,3	86,5
		sdj.	-3,0	3,0
Yhteensä		n	190	52
		%	100	100

Huom. *n*=otoskoko, %=*suhteellinen osuus*, *sdj.*=*mukautettu standardoitu jäännös*

Emotionaalinen yksinäisyys. Useampaa kroonista sairautta sairastavat nuoret kokivat todennäköisemmin emotionaalista yksinäisyyttä toisella asteella kuin yhtä kroonista sairautta sairastavat nuoret ($\chi^2(1, n = 258) = 4,815, p = .028$), *Cramer V* = .137. Emotionaalisen yksinäisyyden

todennäköisyys kasvaa, kun nuorilla on monta sairautta verrattuna yhden sairauden kanssa eläviin nuoriin. Tulokset on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5

Emotionaalinen yksinäisyys kroonisten sairauksien määrän mukaan ristiintaulukoituna

			Krooninen sairaus	
			Yksi sairaus	Multimorbiditeetti
Emotionaalinen yksinäisyys	Ei ole yksinäinen	n	195	50
		%	96,5	89,3
		sdj.	2,2	-2,2
	On yksinäinen	n	7	6
		%	3,5	10,7
		sdj.	-2,2	2,2
Yhteensä	n	202	56	
	%	100	100	

Huom. *n*=otoskoko, %=*suhteellinen osuus*, *sdj.*=*mukautettu standardoitu jäännös*

3.5 Vanhemmuuden lämpimyden muuntava vaikutus kroonisesti sairaan nuoren yksinäisyyden kokemuksiin

Neljännessä tutkimuskysymyksessä analyysimenetelmämme oli binäärinen logistinen regressio-analyysi. Suoritimme kaksi eri analyysia: ensimmäisessä analyysissä selitettävänä muuttujana oli sosiaalinen yksinäisyys, ja toisessa analyysissä emotionaalinen yksinäisyys. Selittävinä muuttujina käytettiin kroonista sairautta, vanhemmuuden kasvatustyylin lämpimyyttä sekä näiden yhdysvaikutustermiä.

Sosiaalinen yksinäisyys. Binäärisen logistisen regressioanalyysin malli ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(3, n = 459) = 6,763, p = .08$). Ensimmäinen askel, joka sisälsi kroonisen sairauden ja lämpimyden päävaikutukset, ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(2) = 5,627, p = .06$), Hosmerin ja Lemeshown testi: ($\chi^2(8) = 3,260, p = .917$). Toinen askel, joka sisälsi yhdysvaikutustermin (vanhemmuuden kasvatustyylin lämpimyyden x krooninen sairaus), ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevä

($\chi^2(1) = 1,136, p = .29$), Hosmerin ja Lemeshown testi: ($\chi^2(8) = 1,702, p = .989$). Tulos tarkoittaa, että lämpimyys ei muunna kroonisen sairauden ja sosiaalisen yksinäisyyden välistä yhteyttä. Krooninen sairaus näyttäytyi kuitenkin tilastollisesti merkitsevänä (ensimmäisellä askeleella $p = .029$ ja toisella askeleella $p = .023$), mikä on linjassa aiemmin saatujen ristiintaulukointitulosten kanssa.

Emotionaalinen yksinäisyys. Emotionaalisessa yksinäisyydessä vanhemman kasvatustyylin lämpimyiden muuntavaa vaikutusta ei voitu tarkastella binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Tämä johtui siitä, että kroonisesti sairaita nuoria, joiden vanhempi olisi vastannut kasvatustyylin lämpimyiden kysymykseen, ei ollut emotionaalisesti yksinäisten ryhmässä. Tämän luokan puuttuessa binääristä logistista regressioanalyysia ei voitu suorittaa.

4 POHDINTA

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tarkastella kroonisesti sairaiden nuorten yksinäisyyskokemuksia toisella asteella. Halusimme selvittää, miten sukupuoli, multimorbideetti ja vanhemman kasvatustyylin lämpimyys ovat yhteydessä kroonisesti sairaiden nuorten sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksiin. Aiemman tutkimuskirjallisuuden puutteellisuuden vuoksi emme pystyneet asettamaan luotettavia hypoteeseja tutkimuskysymyksiimme. Tutkimuksessa havaittiin, että kroonisesti sairaita nuoret kokevat todennäköisemmin sosiaalista yksinäisyyttä verrattuna nuoriin, joilla ei ole kroonista sairautta. Havaitimme, että etenkin kroonisesti sairailta tytöillä on suurempi todennäköisyys kokea sosiaalista yksinäisyyttä. Lisäksi havaitimme, että multimorbideetti lisää sekä sosiaalisen että emotionaalisen yksinäisyyden kokemisen todennäköisyyttä. Tulokset osoittivat, että kroonisen sairauden ja sosiaalisen yksinäisyyden välinen yhteys ei ollut erilainen vanhemmuuden lämpimydestä riippuen.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä tarkastelimme, onko nuoren krooninen sairaus yhteydessä nuoren sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksiin toisella asteella. Havaitimme, että vähintään yksi krooninen sairaus altistaa sosiaaliselle yksinäisyydelle, mutta ei emotionaaliselle yksinäisyydelle. Tämä on osittain linjassa aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa, sillä kroonisesti sairaiden nuorten on havaittu olevan verrokkejaan yksinäisempiä (Maes ym, 2017a;

McGlone & Long, 2020). Kuitenkin tulee huomioida, ettei aiemmissa tutkimuksissa ole eroteltu sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä toisistaan. Havaittua sosiaalisen yksinäisyyden ja kroonisen sairauden välistä yhteyttä voisi selittää esimerkiksi kroonisesta sairaudesta johtuva sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen (Pinquart & Teubert, 2012), johon vaikuttaa muun muassa vähäisempi vertaisten kanssa vietetty aika, rajoitetut mahdollisuudet osallistua fyysisiin aktiviteetteihin sekä koulupoissaolot (Newacheck, 1991; Pinquart & Teubert, 2012). Aineistossamme esiintyneistä yleisimmistä kroonisista sairauksista esimerkiksi allergiat, masennus, ahdistuneisuushäiriöt ja migreeni voivat rajoittaa ystävien kanssa vietettyä aikaa, mikä voi osaltaan selittää erityisesti sosiaalisen yksinäisyyden ja kroonisen sairauden välistä yhteyttä. Myös itsemääräämisteorian (Ryan & Deci, 2020) valossa sairauden aiheuttamat koulupoissaolot tai vähäisempi vertaisten kanssa vietetty aika voivat heikentää nuoren yhteenkuuluvuuden tunnetta. Lisäksi yksinäisyyden tiedetään lisäävän koulun keskeyttämisriskiä (Asher & Paquette, 2003), joten voimme siis arvella yksinäisten kroonisesti sairaiden nuorten olevan vielä suuremmassa riskissä koulun keskeyttämiselle. Jatkotutkimus aiheesta olisi erityisen tärkeää näiden nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

Toisena tutkimuskysymyksenä tarkastelimme eroja kroonisesti sairaiden tyttöjen ja poikien sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemusten välillä. Tulokset osoittivat, että kroonisesti sairaat tytöt kokivat enemmän sosiaalista yksinäisyyttä. Saamamme tulos oli yllättävä, sillä aiemmissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu sukupuolen roolia moderaattorina kroonisen sairauden ja yksinäisyyden välisessä yhteydessä, sukupuolen ei ole havaittu vaikuttavan kroonisen sairauden ja yksinäisyyden väliseen yhteyteen (Maes ym., 2017a). Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että aiemmissa tutkimuksissa yksinäisyyden eri osa-alueita ei ole eroteltu toisistaan. Kuitenkin saamamme tulos on linjassa valtaväestöllä havaittuihin yksinäisyyden sukupuolieroihin (Maes ym., 2017b; Ribeiro ym., 2022). Toisaalta havaitsimme myös, että kroonisesti sairaiden tyttöjen ja poikien emotionaalisen yksinäisyyden kokemukset eivät eronneet toisistaan. Huomionarvoista on se, että tutkimuksemme yleistettävyyteen voi vaikuttaa otoksemme sukupuolijakauma tyttöjen ollessa yliedustettuna poikiin verrattuna koko otoksessa (61,5 % vs. 38,5 %), sosiaalisessa yksinäisyydessä (71,3 % vs. 28,7 %) ja kroonisesti sairaisissa (71,3 % vs. 28,7 %). Kroonisesti sairaiden osalta tämä oli yllättävää, sillä aineistossamme poikien osuus poikkeaa huomattavasti aiemman tutkimuskirjallisuuden esittämistä yleisyyksistä (Rajantie & Perheentupa, 2005). Tulosten yleistettävyys poikiin voi siis olla heikentynyt. Tutkimustuloksemme tuo esille, että jatkotutkimuksia tarvitaan kroonisen sairauden yhteydestä yksinäisyyden kokemukseen eri sukupuolten välillä. Lisäksi jatkossa tutkimuksia tulisi laajentaa koskemaan myös muunsukupuolisia. On myös huomioitava, että krooniset sairaudet voivat erota tytöillä ja pojilla: esimerkiksi tytöt kokevat poikia enemmän

masennusta (Markkula ym., 2015), joka voi vaikuttaa korostuneesti yhteenkuuluvuuden tunteeseen tai aiheuttaa porukasta poisjättäytymisen.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä tarkastelimme, eroavatko yhtä kroonista sairautta sairastavien nuorten sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden kokemukset useita kroonisia sairauksia sairastavien nuorten kokemuksista. Havaitimme, että useampaa kroonista sairautta sairastavat nuoret kokevat todennäköisemmin sosiaalista sekä emotionaalista yksinäisyyttä toisella asteella verrattuna yhtä kroonista sairautta sairastaviin nuoriin. Saatu tulos on linjassa aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa, jonka mukaan multimorbiditeetti lisää yksinäisyyden kokemisen riskiä (Stickley & Koyanagi, 2018). Tulosta voisi mahdollisesti selittää päällekkäisten sairauksien kasautuvat vaikutukset nuoren hyvinvoinnille ja toimintakyvyille. Lisäksi on huomioitava, että nuorilla esiintyy somaattisen sairauden kanssa usein samanaikaisesti myös psyykinen sairaus (Vähätalo & Karukivi, 2019), minkä voisi myös arvella lisäävän yksinäisyyden kokemisen riskiä. Aiemmat tutkimukset (esim. Kristensen ym., 2019) ovat yleistettävissä pääosin vanhempaan väestöön, joten saamamme tulos osoittaa multimorbiditeetin yhteyden yksinäisyyden kokemuksiin koskettavan myös nuoria. Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa yksinäisyyden osa-alueita ei ole eroteltu, minkä vuoksi tuloksemme tuotti uutta tietoa myös tältä osin. Tutkimusmenetelmään liittyvien rajoitusten vuoksi emme kuitenkaan pysty vetämään johtopäätöksiä siitä, mistä yhteys tarkalleen ottaen johtuu. Mahdollisina mekanismeina voisi pitää sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä (Pinquart & Teubert, 2012), erilaisuuden kokemusta tai luokkaympäristöstä poisjääntiä. Tämä korrelaatioihin painottuva tutkimusasetelma ei mahdollista tällaisten kausaaliteettien tarkastelua, minkä vuoksi yksinäisyyden ja kroonisten sairauksien mahdollisesti monitahoisten suhteiden tarkastelua tulisi jatkaa tulevaisuuden tutkimuksissa.

Viimeisenä tutkimuskysymyksenä tarkastelimme, suojaako vanhemman kasvatustyylin lämpimyyks kroonisesti sairasta nuorta sosiaaliselta ja emotionaaliselta yksinäisyydeltä. Havaitimme, ettei vanhemman lämpimyyks vaikuttanut kroonisen sairauden ja sosiaalisen yksinäisyyden väliseen yhteyteen. Vanhemman lämpimyksen muuntavaa vaikutusta kroonisesti sairaan nuoren kokemaan emotionaaliseen yksinäisyyteen ei taas pystytty tarkastelemaan aineiston rajoitusten vuoksi. Tätä aihetta ei ole juuri tutkittu aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa, mutta muut tutkimukset antavat viitettä, että vanhempien antama tuki olisi merkityksellistä kroonisesti sairaiden nuorten kokiessa enemmän yksinäisyyttä (Maes ym., 2017a). Saamamme tulos sosiaalisen yksinäisyyden osalta voisi selittyä sillä, että nuoruuteen tultaessa vanhemmilta saadulla tuella ei ole enää samanlaista painoarvoa ystävyssuhteiden merkityksen kasvaessa (de Goede ym., 2009). Koska aineistossamme kroonisesti sairaiden nuorten vanhemmat arvioivat omaa kasvatustyyliään hyvin lämpimäksi, on mahdollista, että

vanhemman kasvatustyylin korkea lämpimyys on yhteydessä nuoren parempaan sosiaaliseen kompetenssiin ja täten vähäisempään yksinäisyyteen. Näitä vanhemmuuden lämpimyiden ja kroonisesti sairaiden nuorten kokeman yksinäisyyden välisiä mekanismeja olisikin tärkeä tutkia jatkossa lisää. On myös tärkeää huomioida, että vanhemmuuden lämpimyiden yksinäisyydeltä suojaava vaikutus saattaisi ilmetä paremmin emotionaalisen kuin sosiaalisen yksinäisyyden kohdalla, sillä vanhempi ei voi täyttää nuoren sosiaalisten piirien tarvetta, mutta hän voisi toimia lapselleen läheisenä emotionaalisenä tukena. Tämän vuoksi aihetta tulisi tutkia jatkossa myös emotionaalisen yksinäisyyden osalta.

4.1 Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet

Tutkimuksemme ensimmäisenä rajoitteena voidaan pitää mittarivalintoja: yksinäisyyttä kartoittavien mittarien kohdalla on mahdollista, etteivät valitut mittarit tavoita täysin nuorten yksinäisyyden kokemuksia. Kuitenkin tutkimuksemme yksinäisyyden mittareita on käytetty niin kansallisissa (esim. Lyyra ym., 2022) kuin kansainvälisissäkin (Cosma ym., 2023) tutkimuksissa, jotka puoltavat mittarivalintojen sopivuutta. Tästä huolimatta yhden kysymyksen mittarivalintoja on kritisoitu aiemmissa tutkimuksissa. Aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa (esim. Rönkä ym., 2014) on havaittu, että se, mitataanko yksinäisyyttä yksittäisin kysymyksin (tämän tutkimuksen mittarit) vai epäsuorasti monin kysymyksin (esim. 20 muuttujan University of California Loneliness Scale UCLA, ks. Russell ym., 1978), voi vaikuttaa saatuihin tuloksiin etenkin pojilla (esim. Cramer & Neyedley, 1998; Junttila & Vauras, 2009). Epäsuoraa kysymyksenasettelua hyödynnetään UCLA:ssa, kun yksinäisyys-termiä ei suoraan käytetä kaikissa kysymyksissä. Lisäksi arvelemme tavoittavatko valitut kysymykset varmasti halutun ilmiön: emotionaalisen yksinäisyyden kysymys (“Onko sinulla tällä hetkellä läheistä ystävää, jonka kanssa voit keskustella luottamuksellisesti lähes kaikista omista asioistasi?”) voisikin mahdollisesti tavoittaa myös sosiaaliseen yksinäisyyteen kuuluvan ystävän tai kaveriporukan puutteen. Myös sosiaalisen yksinäisyyden kysymys (“Tunnetko itsesi yksinäiseksi?”) voisi tavoittaa yleisen yksinäisyyden tason. Huomioitavaa on kuitenkin se, että vaikka tutkimustuloksissamme emme löytäneet kroonisesti sairailta nuorilla sukupuolieroja emotionaalisessa yksinäisyydessä, tämän tutkimuksen mittarivalinnoilla tavoitimme silti emotionaalisesti yksinäisiä poikia enemmän (55,2 %) suhteessa tyttöihin. Tämä löydös on yhteneväinen aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa (esim. Hoza ym., 2000; Junttila & Vauras 2009). Tulevaisuuden yksinäisyystutkimuksissa olisi kuitenkin syytä punnita mittarivalintoja ja sitä, tavoitetaanko UCLA:n kaltaisilla kyselyillä laajemmin

mahdollisesti häpeällisiä ja kivuliaita yksinäisyyden kokemuksia, joista nuori ei uskalla kertoa ilman epäsuoraa kartoitusta (Rönkä ym., 2014).

Toisena tutkimuksemme rajoitteena voidaan nähdä emotionaalisesti yksinäisten ryhmien pienet koot, sillä tämä vaikutti paitsi analyysien toteuttamiseen, heikensi se mahdollisesti myös yhteyksien havaitsemista. Koko otoksessa huomattavasti suurempi osuus nuorista koki vähintään joskus sosiaalista yksinäisyyttä kuin emotionaalista yksinäisyyttä (59,4 % vs. 5,4 %). Tässä tulee ottaa huomioon, että yhdistimme sosiaalisen yksinäisyyden *joskus* ja *jatkuvasti* -vastausvaihtoehdot yhdeksi *kokee yksinäisyyttä* -vastaukseksi. Joskus itsensä sosiaalisesti yksinäisesti kokevia oli huomattavasti enemmän kuin jatkuvaa yksinäisyyttä kokevia nuoria, joten tämä voi selittää sosiaalisesti yksinäisten suurta määrää. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä emotionaalista yksinäisyyttä kokevia kroonisesti sairaita oli vain 13 nuorta, toisessa tutkimuskysymyksessä saman joukon jakautuessa tyttöihin ($n = 7$) ja poikiin ($n = 6$) ryhmäkoot pienenevät entisestään. Tämä voi vaikuttaa selitysosuuksiin vaikeuttaen tilastollisesti merkittävän yhteyden havaitsemista, sillä suuremmasta otoksesta yhteyden havaitseminen on helpompaa. Myöskään neljännessä tutkimuskysymyksessä ei ollut sellaisia kroonisesti sairaita nuoria, jotka kokivat emotionaalista yksinäisyyttä ja joiden vanhempi oli vastannut kasvatustyylin lämpimyiden kysymykseen. Tämän vuoksi emme pystyneet tarkastelemaan, onko vanhemman kasvatustyylin lämpimyydellä suojaavaa vaikutusta kroonisesti sairaan nuoren kokemalle emotionaaliselle yksinäisyydelle. Huomionarvoista on kuitenkin se, että ryhmien pienestä koosta huolimatta kolmannessa tutkimuskysymyksessä myös emotionaalisesta yksinäisyydestä (yksi sairaus $n = 7$, multimorbideetti $n = 6$) saatiin tilastollisesti merkitsevä tulos. Tämä voisi antaa viitettä siitä, että emotionaalisen yksinäisyyden ja kroonisten sairauksien välinen yhteys voisi olla merkittävä, joka voidaan havaita myös hyvin pienellä ryhmäkoolla. Tätä yhteyttä olisi syytä tarkastella tulevaisuuden tutkimuksissa suuremmalla otoskoolla.

Lisäksi rajoitteena vanhemman kasvatustyylin lämpimyiden tarkastelussa voidaan nähdä itsearviointi ja muuttujan vinous, sillä vanhemmat itsearvioivat kasvatustyyliänsä tässä aineistossa hyvin lämpimäksi. Tämän muuttujan kohdalla itsearvioinnin luotettavuutta olisi mahdollista kyseenalaistaa, sillä vanhempien on todettu arvioivan kasvatustyyliänsä ennemmin liian lämpimäksi (Pulkkinen, 2002). Jatkotutkimuksissa lämpimyyttä voisi tarkastella nuoren raportoimana tai myös heikoksi lämpimyytensä arvioivia vanhempia olisi hyvä saada mukaan otokseen. Tästä huolimatta yhtenä tutkimuksemme vahvuutena voidaan pitää eri lähteistä saatuja tietoja: nuoret itse arvioivat yksinäisyyttään ja kroonisia sairauksiaan, kun taas vanhemmat arvioivat omaa kasvatustyylin lämpimyyttään. Näiden lisäksi tutkimuksemme vahvuuksina voidaan pitää suurta aineistoa ja otosta,

joka mahdollistaa kroonisten sairauksien tutkimisen. Vahvuuksiin lukeutuvat myös tutkimuksen uutuusarvo ja aiheen ajankohtaisuus.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä suomalaisiin toisen asteen koulutuksessa oleviin nuoriin, jotka kokevat itsellään olevan jokapäiväistä elämää haittaava krooninen sairaus. Kuitenkin kroonisen sairauden määrittely voi vaikuttaa tutkimustuloksiimme ja niiden yleistettävyyteen. Sisällytimme nuorten antamia kroonisen sairauden avovastauksia laajasti tutkimuksemme, joten emme rajanneet sairauksia esimerkiksi vain fyysisiin, jatkuvaa lääkitystä tai sairaalahoitoa vaativiin sairauksiin. Etenkin multimorbiditeetin kohdalla sairauksien jaottelu fyysisiin ja psyykkisiin olisi haastavaa, sillä useissa vastauksissa päällekkäiset sairaudet olivat sekä fyysisiä että psyykkisiä. Tämä jako on jätetty tekemättä myös aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa (Skou ym., 2022). Tiedostamme, että nuorella oleva astma, posttraumaattinen stressihäiriö tai fibromyalgia voivat vaikuttaa nuoren käyttäytymiseen ja yksinäisyyden kokemuksiin hyvin eri tavoin. Päädyimme kuitenkin antamaan nuorille itselleen mahdollisuuden määritellä kroonisen sairautensa: kysymyksenasettelussakin kävi ilmi, että sairauden tulee haitata arkea. Näin ollen tätä tutkimuksemme rajoitusta voidaan samalla pitää myös vahvuutena, sillä nuorille annettu mahdollisuus määritellä itse sairautensa voi olla nuoren hyvinvoinnin kannalta keskeisempää verrattuna esimerkiksi lääkärin asettamaan diagnoosiin. Jatkotutkimuksissa olisi kuitenkin tarpeellista jaotella ja rajata kroonisia sairauksia eri tavoin, esimerkiksi keskittymällä yksittäisiin tai yleisimpiin kroonisiin sairauksiin.

Tulosten yleistettävyyttä tarkastelevalla katoanalyysillä havaitsimme, että vanhemman sosioekonominen asema oli odotettua korkeampi ja ammattikoululaisia esiintyi otoksessamme odotettua vähemmän. Tästä huolimatta todistimme otoksemme edustavan hyvin tutkittavaa joukkoa, joten tämä tukee tulosten yleistettävyyden mahdollisuutta. Kuitenkin tulosten yleistettävyyteen voi vaikuttaa ajan muuttunut kuva: aineistomme on kerätty ennen Covid-19-pandemiaa. Sen lisäksi, että yksinäisyys on yleistynyt ilmiö (Twenge ym., 2021), koronapandemian on havaittu lisänneen nuorten kokemaa yksinäisyyttä (Farrel ym., 2023). Pandemian vaikutukset olisivat voineet näkyä tutkimustuloksissamme, joten jatkotutkimustarvetta kroonisesti sairaiden nuorten yksinäisyyskokemuksille on myös pandemian jälkeen. Lisäksi jatkossa toisen asteen ohella ilmiötä tulisi tutkia jo perusasteella, sillä monet erityiskoulujen kehitys- ja liikuntavammaiset eivät välttämättä jatka toisen asteen opintoihin lukion tai perinteisen ammattikoulun muodossa.

4.2 Sovellusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat nuorten yksinäisyyden tutkimisen tärkeyden etenkin kroonisten sairauksien yhteydessä. Yksinäisyyden pitkäkestoisuudesta kertoo se, että nuoruudessa esiintyvää yksinäisyyttä voidaan tarkastella sekä jatkumona lapsuuden yksinäisyydelle kuin myös riskitekijänä yksinäisyyden jatkumiselle aikuisuuteen asti (Junttila & Vauras, 2009; Lyyra ym., 2019; Rönkä, 2017). Yksinäisyys ei vaikuta ainoastaan nuoren mielenterveyteen, vaan yksinäisyyden sosiaaliset seuraukset voivat näkyä yhtä lailla kiusaamisessa, syrjäytymisessä kuin myös koulutus- ja uravalinnoissa (Rönkä ym., 2014). Röngän (2017) mukaan pahimmillaan yksinäisyydestä johtuva itsetuhoinen käytös voi kohdistua muihin, kuten esimerkiksi Jokelan kouluampuminen osoitti. Syrjäytymisen ja lisääntyneiden mielenterveysongelmien vuoksi nuorten kokema yksinäisyys on myös yhteiskunnalle kallista (Lyyra ym., 2016) – Valtiontarkastusviraston (2007) arvion mukaan yksi syrjäytynyt suomalaisnuori kustantaa yhteiskunnalle peräti miljoona euroa. Tämän vuoksi nuorten yksinäisyyden ennaltaehkäisy sekä aiheen tutkiminen myös jatkossa olisi ehdottoman tärkeää.

Tutkimuksemme tuotti tärkeää uutta tietoa kroonisesti sairaiden nuorten ja heidän kokemansa yksinäisyyden välisistä yhteyksistä suomalaisessa kontekstissa. Saatua tietoa olisi tarpeellista soveltaa nuorten kanssa työskennellessä niin kouluissa kuin terveydenhuollossakin. Tutkimuksemme valossa olisikin olennaista, että krooniset sairaudet ja etenkin päällekkäiset krooniset sairaudet osattaisiin tunnistaa yksinäisyyden riskitekijöiksi. Lisäksi erityisen tärkeää olisi, että nuorten kanssa työskentelevät ammattilaiset, kuten oppilashuollon henkilökunta, opettajat ja psykologit, osaisivat tunnistaa kroonisesti sairaiden nuorten haavoittuvan aseman muiden nuorten joukosta. Esimerkiksi kouluissa tätä tietoa voisi hyödyntää panostamalla luokkien ryhmyttämiseen, joka voisi lisätä kroonisesti sairaiden nuorten yhteenkuuluvuuden tunnetta luokkatovereihin. Sosiaalisen yksinäisyyden korostuessa tutkimustuloksissamme, voisi saatua tietoa soveltaa etenkin vertaistuen hyödyntämisessä. Esimerkiksi terveydenhuollon piirissä kroonisesti sairaille nuorille tulisi järjestää enenevässä määrin ryhmämuotoista hoitoa tai siihen sitouttavaa toimintaa. Järjestökentällä tähän tarpeeseen vastataan jo tarjoamalla nuorille kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja, joissa kroonisesti sairaat nuoret pääsevät tapaamaan toisiaan. Ammattilaiset pystyvät tarjoamaan vain tukea ja työkaluja tiettyyn pisteeseen saakka, mutta vertaisilta saatava tuki voi olla ainutlaatuisia ja mahdollistaa uusien ystävyysuhteiden syntymisen.

LÄHTEET

- Amato, P. R. (1990). Dimensions of the family environment as perceived by children: A multidimensional scaling analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 613–620. <https://doi.org/10.2307/352928>
- Arslan, G. (2021). School belongingness, well-being, and mental health among adolescents: Exploring the role of loneliness. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 70–80. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1904499>
- Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science: A Journal of the American Psychological Society*, 12(3), 75–78. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01233>
- Aunola, K., & Nurmi, J.-E. (2004). Maternal affection moderates the impact of psychological control on a child's mathematical performance. *Developmental Psychology*, 40(6), 965–978. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.6.965>
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296–3319. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01915.x>
- Bartels, M., Cacioppo, J. T., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2008). Genetic and environmental contributions to stability in loneliness throughout childhood. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics*, 147B(3), 385–391. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30608>
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. Norton.
- Carter, B., Qualter, P., & Dix, J. (2015). Social relationships, loneliness and adolescence: The potential for disruption by chronic illness. *Journal of Child Health Care*, 19(4), 421–422. <https://doi.org/10.1177/1367493515618477>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., & Schnohr, C. (2023). A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children, international report from the 2022*.
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809–828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
- Cramer, K., & Neyedley, K. (1998). Sex differences in loneliness: The role of masculinity and femininity. *Sex Roles*, 38(7–8), 645–653. <https://doi.org/10.1023/A:1018850711372>

- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*, 487–496. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.113.3.487>
- de Goede, I. H., Branje, S. J., Delsing, M. J., & Meeus, W. H. (2009). Linkages over time between adolescents' relationships with parents and friends. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*, 1304–1315. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9403-2>
- de Leo, D., Berardinelli, M., Scarpino, O. & Trabucchi, M. (2019) Loneliness in adolescents: A flash survey through smartphones. *Open Journal of Medical Psychology*, *8*, 45–52. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2019.83004>
- Farrell, A. H., Vitoroulis, I., Eriksson, M., & Vaillancourt, T. (2023). Loneliness and well-being in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Children*, *10*(2), 279. <https://doi.org/10.3390/children10020279>
- Frostad, P., Pijl, S.J. & Mjaavatn, P.E. (2014). Losing all interest in school: Social participation as a predictor of the intention to leave upper secondary school early. *Scandinavian Journal of Educational Research*, *59*, 110–122 <https://doi.org/10.1080/00313831.2014.904420>
- Galanaki, E. (2004). Are children able to distinguish among the concepts of aloneness, loneliness, and solitude? *International Journal of Behavioral Development*, *28*(5), 435–443. <https://doi.org/10.1080/01650250444000153>
- Harinen, P. (2008). Hyvä, paha yksinäisyys: Itseellisyys, yksinäisyys ja ystävyys myöhäisnuoruudessa. Teoksessa Autio, M., Eräranta, K. & Myllyniemi, S. (toim.) *Polarisoituva nuoruus? Nuorten elinolo - vuosikirja 2008*. (s. 84–93). Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisoasianneuvottelukunta: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, *26*(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Helakorpi, S. & Kivimäki, H. (2021). Lasten ja nuorten hyvinvointi -kouluterveyskysely 2021. Iso osa lapsista ja nuorista on tyytyväisiä elämäänsä - yksinäisyyden tunne on yleistynyt. *THL - Tilastoraportti* 30/2021. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143063/ktk_tilastoraportti2021_2021-09-09_kuviot_kuvana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Helenius, J. & Kivimäki, H. (2023). Lasten ja nuorten hyvinvointi -kouluterveyskysely 2023. Tytöistä yli kolmannes ja pojista joka viides kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi. *THL - Tilastoraportti* 48/2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230913124224>
- Hopia, H. (2006). *Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen: Toimintatutkimus lastenosastolla*. Väitöskirja. Tampere University Press. <https://urn.fi/urn:isbn:951-44-6628-4>

- Hoza, B., Bukowski, W. M., & Beery, S. (2000). Assessing peer network and dyadic loneliness. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 29(1), 119–128. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_12
- Junttila, N. (2016). Lasten ja nuorten yksinäisyys. Teoksessa Saari, J. (toim.) *Yksinäisten Suomi*. (s. 149–163). Gaudeamus.
- Junttila, N., & Vauras, M. (2009). Loneliness among school-aged children and their parents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3), 211–219. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00715.x>
- Junttila, N., Vauras, M., & Laakkonen, E. (2007). The role of parenting self-efficacy in children's social and academic behavior. *European Journal of Psychology of Education*, 22(1), 41–61. <https://doi.org/10.1007/BF03173688>
- Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C., & Karavanaki, K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 35(5), 339–350. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2009.05.002>
- Kangasniemi, J. (2008). *Yksinäisyyden kokemisen avainkomponentit Yleisradion tekstitelevision Nuorten palstan kirjoituksissa*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3408-8>
- Koenig, L. J. & Abrams, R. F. (1999). Adolescent loneliness and adjustment: A focus on gender differences. Teoksessa Rotenberg, K. J., & Hymel, S. (toim.) *Loneliness in childhood and adolescence*. (s. 296–322). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511551888>
- Kouluterveyskysely (2023). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (4.1.2024). Haettu 15.3.2024 osoitteesta <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely>
- Kristensen, K., König, H. H., & Hajek, A. (2019). The longitudinal association of multimorbidity on loneliness and network size: Findings from a population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(10), 1490–1497. <https://doi.org/10.1002/gps.5158>
- Lasgaard, M., Goossens, L., Bramsen, R. H., Trillingsgaard, T., & Elklit, A. (2011). Different sources of loneliness are associated with different forms of psychopathology in adolescence. *Journal of Research in Personality*, 45(2), 233–237. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.12.005>
- Laursen, B., & Hartl, A. C. (2013). Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation: Loneliness Trajectories. *Journal of Adolescence (London, England.)*, 36(6), 1261–1268. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.003>
- Lerkkanen, M.-K., Niemi, P., Poikkeus, A.-M., Poskiparta, E., Siekkinen, M., & Nurmi, J.-E. (2006–2016). Alkuportaati. Jyväskylän yliopisto.
- Lyyra, N., Junttila, N., Tynjälä, J., Villberg, J., & Välimaa, R. (2022). Loneliness, subjective health complaints, and medicine use among Finnish adolescents 2006–2018. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(8), 1097–1104. <https://doi.org/10.1177/14034948221117970>
- Lyyra, N., Junttila, N., Tynjälä, J., & Välimaa, R. (2019). Nuorten yksinäisyys on yhteydessä lisääntyneeseen oireiluun ja lääkkeiden käyttöön. *Lääkärilehti*, 74(32), 1670–1675. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201909134149>

- Lyyra, N., Välimaa, R., Leskinen, E., Kannas, L. & Heikinaro-Johansson, P. (2016). Koululaisten yksinäisyys. *Kasvatus: Suomen Kasvatustieteellinen Aikakauskirja*, 47(1), 34–47,103
- Maes, M., Van den Noortgate, W., Fustolo-Gunnink, S. F., Rassart, J., Luyckx, K., & Goossens, L. (2017a). Loneliness in children and adolescents with chronic physical conditions: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(6), 622–635. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx046>
- Maes, M., Vanhalst, J., Van den Noortgate, W., & Goossens, L. (2017b). Intimate and relational loneliness in adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 26(8), 2059–2069. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0722-8>
- Makkonen, K. & Pynnönen, P. (2007). Pitkäaikaissairaus ja nuoruus – haastava yhtälö. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 123(2), 225–230.
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Pirkola, S., Peña, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S. & Härkänen, T. (2015). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders*, 173, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.015>
- McGlone, M., & Long, E. (2020). Are young adults with long-standing illness or disability at increased risk of loneliness? Evidence from the UK Longitudinal Household Study. *Journal of Public Health Research*, 9(4), 1861. <https://doi.org/10.4081/JPHR.2020.1861>
- McWhirter, B. T., Besett-Alesch, T. M., Horibata, J., & Gat, I. (2002). Loneliness in high risk adolescents: The role of coping, self-Esteem, and empathy. *Journal of Youth Studies*, 5(1), 69–84. <https://doi.org/10.1080/13676260120111779>
- Moisio, P., & Rämö, T. (2007). Koettu yksinäisyys demografisten ja sosioekonomisten taustatekijöiden mukaan Suomessa vuosina 1994 ja 2006. *Yhteiskuntapolitiikka*, 72(4), 392–401. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117376>
- Moore, D., & Schultz Jr, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attributions, and coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(2), 95–100. <https://doi.org/10.1007/bf02088307>
- Newacheck, P. W. (1991). Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 145(12), 1367. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1991.02160120035015>
- Noll, R. B., Gartstein, M. A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W. M., & Davies, W. H. (1999). Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. *Pediatrics*, 103(1), 71–78. <https://doi.org/10.1542/peds.103.1.71>
- Noll, R. B., Kozlowski, K., Gerhardt, C., Vannatta, K., Taylor, J., & Passo, M. (2000). Social, emotional, and behavioral functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 43(6), 1387–1396. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200006\)43:6%3C1387::aid-anr24%3E3.0.co;2-c](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200006)43:6%3C1387::aid-anr24%3E3.0.co;2-c)
- Oris, L., Seiffge-Krenke, I., Moons, P., Goubert, L., Rassart, J., Goossens, E., & Luyckx, K. (2016). Parental and peer support in adolescents with a chronic condition: A typological approach and developmental

- implications. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 107–119. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9680-z>
- Page, R. M., & Suwanteerangkul, J. (2009). Self-rated health, psychosocial functioning, and health-related behavior among Thai adolescents. *Pediatrics International*, 51(1), 120–125. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2008.02660.x>
- Patterson, J., & Blum, R. W. (1996). Risk and resilience among children and youth with disabilities. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(7), 692–698. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170320038006>
- Peplau, L.A., Miceli, M. & Morasch, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. Teoksessa Peplau, L.A. & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. (s. 123–134). Wiley Interscience.
- Peplau, L.A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. Teoksessa Peplau L.A. & Perlman, D. (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. (s. 1–18). Wiley Interscience.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: A meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1003–1016. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr042>
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2012). Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(4). <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr106>
- Pittet, I., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Suris, J. C. (2010). Are adolescents with chronic conditions particularly at risk for bullying?. *Archives of Disease in Childhood*, 95(9), 711–716. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146571>
- Pulkkinen, L. (2002). *Mukavaa yhdessä - sosiaalinen alkupääoma ja lapsen sosiaalinen kehitys*. Otava.
- Putallaz, M. & Heflin, A. H. (1990). Parent-child interaction. Teoksessa Asher, S.R. & Coie, J.D. (toim.) *Peer rejection in childhood*. (s.189 –216). Cambridge University Press.
- Qualter, P., Brown, S. L., Rotenberg, K. J., Vanhalst, J., Harris, R. A., Goossens, L., Bangee, M. & Munn, P. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes: Loneliness Trajectories. *Journal of Adolescence (London, England.)*, 36(6), 1283–1293. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.01.005>
- Radley, A. (1995). *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. SAGE Publications.
- Rajantie, J. & Perheentupa, J. (2005). Lasten terveysterveys. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) *Suomalaisten terveysterveys*. (s. 298–326). Kustannus Oy Duodecim. Kansanterveyslaitos ja Stakes.
- Ribeiro, O., Freitas, M., Rubin, K. H., & Santos, A. J. (2023). Loneliness profiles in adolescence: Associations with sex and social adjustment to the peer group. *Journal of Child and Family Studies*, 32(4), 1204–1217 <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02472-1>

- Roberts, G. C., Block, J. H., & Block, J. (1984). Continuity and change in parents' child-rearing practices. *Child Development, 55*(2), 586–597. <https://doi.org/10.2307/1129970>
- Rokach, A. (2004). Loneliness then and now: Reflections on social and emotional alienation in everyday life. *Current Psychology, 23*(1), 24–40. <https://doi.org/10.1007/s12144-004-1006-1>
- Russell, D. W., Cutrona, C. E., McRae, C., & Gomez, M. (2012). Is loneliness the same as being alone? *The Journal of Psychology, 146*(1-2), 7–22. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.589414>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment, 42*(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Ryan, R., & Deci, E. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective. *Contemporary Educational Psychology, 61*, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Rönkä, A. R. (2017). *Experiences of loneliness from childhood to young adulthood: Study of the Northern Finland Birth Cohort 1986*. Väitöskirja. University of Oulu. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526215945>
- Rönkä, A. R., Rautio, A., Koironen, M., Sunnari, V., & Taanila, A. (2014). Experience of loneliness among adolescent girls and boys: Northern Finland Birth Cohort 1986 study. *Journal of Youth Studies, 17*(2), 183–203. <https://doi.org/10.1080/13676261.2013.805876>
- Rönkä, A. R., Taanila, A., Koironen, M., Sunnari, V., & Rautio, A. (2013). Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 study. *International Journal of Circumpolar Health, 72*(1), 21085-7. <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21085>
- Sawyer, S. M. (2016). Chronic health conditions in adolescent and young adults. Teoksessa Katzman, D.K., Callahan, T., Joffe, A. & Neinstein, L. S. (toim.) (2016.) *Neinsteins Adolescent and Young Adult Health Care: A Practical Guide*. (s. 252–266). Wolters Kluwer Health.
- Schinka, K. C., van Dulmen, M. H., Mata, A. D., Bossarte, R., & Swahn, M. (2013). Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal of Adolescence (London, England.), 36*(6), 1251–1260. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.002>
- Seigel, W. M., Golden, N. H., Gough, J. W., Lashley, M. S., & Sacker, I. M. (1990). Depression, self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. *Journal of Adolescent Health Care, 11*(6), 501–504. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(90\)90110-n](https://doi.org/10.1016/0197-0070(90)90110-n)
- Sharpe, D. (2019). Chi-Square test is statistically significant: Now what?. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 20*, Article 8. <https://doi.org/10.7275/tbfa-x148>
- Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., Boyd, C.M., Pati,S., Mtenga, S. & Smith, S. M. (2022). Multimorbidity. Nature reviews. *Disease Primers, 8*(1), 48. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (2018). Physical multimorbidity and loneliness: A population-based study. *PloS one, 13*(1), e0191651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191651>

- Suris, J. C., Michaud, P. A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89(10), 938–942.
<https://doi.org/10.1136/adc.2003.045369>
- Twenge, J. M., Haidt, J., Blake, A. B., McAllister, C., Lemon, H., & Le Roy, A. (2021). Worldwide increases in adolescent loneliness. *Journal of Adolescence*, 93, 257–269.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.006>
- Uusitalo, T. (2007). Nuoruusajan yksinäisyys. Teoksessa Määttä, K. (toim.) *Helposti särkyvää. Nuoren kasvun turvaaminen*. (s. 23–37). Kirjapaja.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2007). *Nuorten syrjäytymisen ehkäisy*. Saatavilla:
<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/03142740/nuorten-syrjaytymisen-ehkaisy-146-2007.pdf>
- Vanhalst, J., Luyckx, K., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., & Goossens, L. (2013). Low self-esteem as a risk factor for loneliness in adolescence: Perceived - but not actual - social acceptance as an underlying mechanism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1067–1081.
<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9751-y>
- Vasalampi, K., & Aunola, K. (2016-) Koulupolku: Alkuportailta jatko-opintoihin. Jyväskylän yliopisto.
- Vähätalo, R. & Karukivi, M. (2019). Nuorten pitkäaikaissairaudet ja psyykinen hyvinvointi. *Duodecim* 2019;135:918–24.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness. The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- WHO (2018). *Noncommunicable diseases*. Haettu 22.11.2023 osoitteesta <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>