

Mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys ja sen yhteys palveluosallisuuteen

Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteritutkielma

Laatija:
Minna Vuorio

Ohjaaja:
Karri Silventoinen

26.4.2024
Helsinki

Tiedekunta: Valtiotieteellinen tiedekunta

Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelma

Opintosuunta: -

Tekijä: Minna Vuorio

Työn nimi: Mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys

Työn laji: Maisterintutkielma

Kuukausi ja vuosi: Huhtikuu 2024

Sivumäärä: 61 + liitteet

Avainsanat: Positiivinen mielenterveys, palveluosallisuus, mielenterveysomainen

Ohjaaja tai ohjaajat: Karri Silventoinen

Säilytyspaikka: Helsingin yliopiston kirjasto

Tiivistelmä:

Tutkielman tarkoituksena on selvittää mielenterveysomaisten positiivista mielenterveyttä sekä siihen vaikuttavia tekijöitä erityisesti palveluosallisuuden näkökulmasta. Tutkielman tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, miten omaisten palveluosallisuus psyykkisesti sairastuneen läheisen palveluissa on yhteydessä omaisen positiiviseen mielenterveyteen.

Tässä tutkielmassa käytetään käsitteitä mielenterveysomainen, positiivinen mielenterveys ja palveluosallisuus. Mielenterveysomaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka läheisellä on mielenterveyden häiriö, jonka henkilö kokee vaikuttavan myös omaan elämäänsä. Positiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan mielenterveyden kokonaisuutta, jossa mielenterveys ja mielen sairaus ovat kaksi erillistä ulottuvuutta ja mielenterveyden nähdään olevan enemmän kuin vain mielenterveydenhäiriön puuttumista. Palveluosallisuudella tarkoitetaan kokemustiedon huomioon ottamista palveluissa, mahdollisuutta vaikuttaa palveluiden toteuttamiseen ja sisältöihin sekä niitä koskeviin päätöksiin, osallisuutta omaan tai läheisen palveluprosessiin sekä mahdollisuutta saada tietoa palveluista ja niiden piiriin pääsemisen edellytyksistä.

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu mielenterveysomaisten hyvinvoinnin olevan väestön hyvinvointia heikompaa. Lisäksi palveluosallisuudessa on havaittu puutteita, mutta palveluosallisuuden ja hyvinvoinnin yhteyksiä ei ole aiemmin Suomessa tutkittu.

Tutkielman aineistona on Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry:n vuonna 2019 keräämä Mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksen aineisto, joka kerättiin osana valtakunnallista Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -tutkimus- ja kehittämishanketta. Kyselyaineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä ja siihen vastasi 799 henkilöä. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmistolla frekvenssijakaumien, ristiintaulukointien ja logistisen multinomiaalisen regressioanalyysin avulla.

Tutkielman tulokset osoittavat, että mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys on matalampaa kuin suomalaisella väestöllä keskimäärin, joten matalan positiivisen mielenterveyden tuomat hyvinvoinnin riskit ovat mielenterveysomaisilla väestötasoa suurempia. Tulokset osoittavat myös, että matala palveluosallisuus on yhteydessä matalaan positiiviseen mielenterveyteen. Mielenterveysomaisten palveluosallisuuden vahvistaminen voidaan näin ollen nähdä keinona edistää kansallisia terveystavoitteita muun muassa väestön mielenterveyden vahvistamisessa, itsemurhien ehkäisyssä ja työssäjaksamisen edistämässä.

Taulukot

- Taulukko 1. Omaisten huomioidin ja palveluosallisuuden osa-alueiden yhteys
- Taulukko 2. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin selittävien muuttujien multikollinearisuus
- Taulukko 3. Analyysissä käytetyn logistisen multinomiaalisen regression mallit.
- Taulukko 4. Mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden keskiarvot ja 95 % luottamusvälit (swemwbs)
- Taulukko 5. Positiiviselta mielenterveydeltään kohtalaiset, kukoistavat ja riutuvat mielenterveysomaiset taustatietojen mukaan jaoteltuna
- Taulukko 6. Positiivisen mielenterveyden mittarin yksittäisten osioiden keskiarvot ja 95 % luottamusvälit, koko aineistossa ja omaissuhteittain
- Taulukko 7. Palveluosallisuuden ja iän yhteys positiiviseen mielenterveyteen, multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi
- Taulukko 8. Vastemuuttujan (positiivinen mielenterveys) jakauman tunnusluvut
- Taulukko 9. Palveluosallisuus-summamuuttujan ja sen yksittäisten osioiden jakaumat
- Taulukko 10. Katoanalyysi, taustamuuttujien osuudet (%) positiivisen mielenterveyden mittarissa olleiden yksittäisten puuttuvien havaintojen mukaan
- Taulukko 11. Katoanalyysi, taustamuuttujien osuudet (%) palveluosallisuus summamuuttujan kysymyksiin vastaamisen mukaan

Kuviot

Kuvio 1. Mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden mittarin (swemwbs) keskiarvon vertailu ikäryhmittäin suomalaisen väestön keskiarvoihin finsote 2020-tutkimuksessa.

Kuvio 2. Positiiviselta mielenterveydeltään riutuvien, kohtalaisten ja kukoistavien erot suomalaisessa väestössä ja mielenterveysomaisissa

Kuvio 3. Vastemuuttujan jakauma

Sisällysluettelo

1	Johdanto	2
2	Positiivinen mielenterveys	6
2.1	Positiivisen mielenterveyden mittaaminen	7
2.2	Positiivisen mielenterveyden merkitys	10
2.3	Positiivisen mielenterveyden tutkimus Suomessa	13
3	Palveluosallisuus	17
4	Tutkimuskysymykset	21
5	Aineisto ja menetelmät	22
5.1	Aineisto	22
5.2	Muuttujat	23
5.2.1	Positiivisen mielenterveyden mittari	23
5.2.2	Kuvailevan analyysin selittävät muuttujat	23
5.2.3	Logistisen regressioanalyysin selittävät muuttujat	24
5.3	Menetelmät	26
5.4	Katoanalyysi ja puuttuvien tietojen käsittely	29
5.5	Tutkimuseettiset kysymykset	30
6	Tulokset	31
6.1.1	Mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys	31
6.1.2	Positiivisen mielenterveyden ja palveluosallisuuden yhteys	37
7	Johtopäätökset	40
7.1.1	Vertailu väestön positiiviseen mielenterveyteen	40
7.1.2	Mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys ja palveluosallisuus	44
7.1.3	Mielenterveysomaisten palveluosallisuuden terveystieteellinen merkitys	45
7.1.4	Tutkielman rajoitteet ja jatkotutkimusehdotukset	46
	Lähteet	49
	Liitteet	62

1 Johdanto

Lähes 20 prosentilla suomalaisista on jokin mielenterveyden häiriö ja jopa puolet väestöstä kokee mielenterveyden häiriön jossakin vaiheessa elämäänsä (Vorma ym. 2020, 11; OECD/European Union 2018). Psykkinen sairastuminen vaikuttaa aina sairastuneen lisäksi myös hänen omaistensa ja lähipiirinsä elämään.

Läheisen psykkinen sairastumisen tuottama kuormittava elämäntilanne näkyy omaisten hyvinvoinnissa, joka on todettu väestön hyvinvointia matalammaksi (mm. Nyman & Stengård 2005). Lisääntynyt kuormitus, psykkinen ja fyysinen stressi sekä tuen puute heikentävät mielenterveysomaisten mielenterveyttä ja hyvinvointia (Glecia & Li 2024, 10914).

Läheisen psykkinen sairastumisen myötä syntyvä kuormittava elämäntilanne näkyy omaisten hyvinvoinnissa. Mielenterveysomaisilla on todettu runsaasti stressiperäisiä somaattisia oireita (mm. McDaid 2022; FinFami 2015; Nyman & Stengård 2001). Toisinaan kuormittavan elämäntilanteen tuottama oireilu pakottaa omaiset hakeutumaan itse asiakkaaksi mielenterveyspalveluihin (van Wijngaard ym. 2004, 211; Tennakoon ym. 2000, 531).

Mielenterveysomaisten masennusriskiä on selvitetty aiemmissa kyselytutkimuksissa DEPS-mittarilla (depressioseula), jota on käytetty myös Terveys 2000- ja 2011-tutkimuksissa. Vuonna 2014 mielenterveysomaisista 46 prosentilla oli lievän, keskivaikean tai vaikean masennuksen oireita (FinFami 2015), kun vastaava luku vuonna 2004 oli 38 prosentti (Nyman & Stengård 2005, 47.) Suomalaisessa väestössä masennushäiriön esiintyvyys oli Terveys 2000 -tutkimuksessa 7,3 prosenttia ja Terveys 2011 -tutkimuksessa 9,6 prosenttia (Markkula & Suvisaari 2017). On kuitenkin huomioitava, että mielenterveysomaisten hyvinvointia selvittäneissä kyselyissä vastaajina oli valikoitunut näyte, koska kyselyt oli suunnattu omaisjärjestön jäsenille. Voidaan olettaa, että omaisjärjestön toimintaan hakeutuvat ne, joilla elämäntilanne on raskain, jolloin kyselyihin eivät ole vastanneet ne, jotka eivät koe suurta kuormitusta. Vastaavasti Terveys 2000- ja 2011-tutkimukseen osallistuneet oli valittu satunnaisotannalla väestörekisteristä.

Sairastuminen tuo omaisten elämään usein ennakoimattomuutta ja huolenpitovastuuta. Usein omainen joutuu ottamaan vastuuta arjen sujumisesta ja samalla hän voi kokea huolta sairastuneen terveydentilasta, toimeentulosta ja tulevaisuudesta. Sairastumisen

myötä sairastuneen ja omaisen vuorovaikutukseen voi tulla jännitteitä. Omaisten kuormittumisen taustalla on usein omaisen voimavarojen ja läheisen sairauteen liittyvän huolenpitotehtävän vaatimusten ristiriita, jolloin lepoon ja palautumiseen ei jää aikaa ja voimia. (Nyman & Stengård 2001, 18, 66.)

Mielenterveysomaisten hyvinvointia voi heikentää tiivis yhteydenpito sairastuneeseen läheiseen ja omaisen kokemus siitä, että sairastunut läheinen selviää arkielämässä huonosti ilman omaisen apua (FinFami 2015, 21, 23). Sairastuneiden puolisoiden hyvinvointi on joissakin tutkimuksissa havaittu heikommaksi ja ahdistuneisuus suuremmaksi kuin muissa omaisryhmissä (Stengård & Salokangas 2015; FinFami 2015, 21). Sairastuneen läheisen kanssa samassa taloudessa asuvien elämäntyytyväisyys on pienempää, ja ahdistus sekä kuormittuneisuuden kokemus suurempaa kuin niillä omaisilla, jotka asuivat eri taloudessa Tämä ei kuitenkaan koskenut vanhempia, joiden lapsi sairastaa; heillä ei ollut hyvinvoinnissa eroja sen mukaan asuivatko samassa vai eri taloudessa. (Stengård & Salokangas 2015.) Psykkisesti sairastuneiden aikuisten lapsista lähes 60 prosenttia sairastuu itse masennukseen 25 ikävuoteen mennessä (Paananen ym. 2012).

Sosiaalisen elämän kaventuminen aiheuttaa omaisen oman elämänlaadun heikkenemistä (Glecia & Li 2024, 10914). Läheisen psyykinen sairastuminen vaikuttaa stressin, väsymyksen, sairastuneen äkillisten avuntarpeiden vuoksi omaisen sosiaaliin suhteisiin ja vapaa-ajankäyttöön. Sosiaalisia suhteita voi vähentää myös se, jos omainen joutuu valvomaan sairastunutta tämän itsetuhoisen käyttäytymisen vuoksi. (Kallunki 2020a); Nyman & Stengård 2001, 18.) Omaisen kokemus, että joutuu salaamaan läheisensä sairauden ja sen tuottaman omaistilanteen on yhteydessä heikompaan elämänlaatuun, omaisen vetäytymiseen aiemmista sosiaalisista suhteista sekä vähäisempään avun hakemiseen itselle ja sairastuneelle (Martin & Kallunki 2020).

Mielenterveysomaisten kokemus siitä, että saa tietoa sairastuneen läheisen tilanteesta sitä tarvitessaan on yhteydessä korkeampaan hyvinvointiin (FinFami 2015, 23). Riittävä tiedonsaanti, kuulluksi tuleminen ja tarpeita vastaava tuki palveluprosessissa vähentävät häpeän ja leimaavuuden kokemuksia sekä mielenterveysongelmien salaamista (Martin & Kallunki 2020).

Psykkisestä sairastuneesta huolehtimiseen liittyy kuormittavien ja elämänlaatua heikentävien tekijöiden lisäksi myös positiivisia ja palkitsevia puolia, joita esiintyy myös

sellaisilla omaisilla, jotka kuormittuvat ja kokevat tilanteen pääosin negatiivisena (Kulhara ym. 2012, 43). Perheen resilienssi ja perhesiteet voivat vahvistua, kun perhe toimii yhdessä tilanteesta selviytyäkseen. Sopeutumisprosessin myötä omaisille syntyy osaamista, jonka avulla voi toimia vertaistukena toisille omaisille tai vaikuttaa palvelujärjestelmän kehittämiseen omien kokemustensa tuomalla asiantuntijuudella. (Marsh ym. 1996, 8.) Omaistilanteen aikana on koettu opitun selviytymiskeinoja, jotka ovat lisänneet resilienssiä ja auttoivat omaisia voimaan paremmin myös maailmanlaajuisen koronapandemian luomassa poikkeustilanteessa (Ollonen 2020).

Omainen voi myös saada käytännön apua sairastuneelta läheiseltä ja suhde voi sisältää paljon vastavuoroista tukemista (Nyman & Stengård 2005, 14, Greenberg ym. 1994 ja Greenberg 1995 mukaan). Tämä sairastuneen antama panostus omaisen ja sairastuneen väliseen suhteeseen vahvistaa omaisen myönteisiä kokemuksia, kuten myös omaistilanteessa mielenterveyden ammattilaisilta saatava tuki, tiedon saaminen ja yhteistyö ammattilaisten kanssa sekä muilta perheenjäseniltä ja vertaisilta saatava tuki (Chen 2004, 423).

Tämän maisteritutkielman aiheena on mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys ja omaisten palveluosallisuuden yhteys positiiviseen mielenterveyteen. Tutkielman tarkoitus on selvittää mielenterveysomaisten positiivista mielenterveyttä sekä siihen vaikuttavia tekijöitä erityisesti palveluosallisuuden näkökulmasta. Tutkielma asettuu keskusteluun, jota käydään positiivisesta mielenterveydestä, mielenterveysomaisten hyvinvoinnista ja palveluosallisuudesta osana mielenterveyspalveluiden kehittämistä.

Aihe on ajankohtainen, kun mielenterveyspalveluista haetaan apua entistä enemmän samalla, kun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä on pulaa ja meneillään on historiallinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, jossa on tarve kehittää palveluiden vaikuttavuutta ja panostaa ennaltaehkäisevään toimintaan. Uudistuksen myötä mielenterveyspalveluiden kehittäminen omaiset ja perheet huomioiviksi ja oikea-aikaisesti koko perheelle tukea antaviksi on siirtynyt isompiin kokonaisuuksiin, 21 hyvinvointialueelle, aiempien 360 kunnan sijaan.

Tässä tutkielmassa sairastuneen henkilön omaisista ja läheisistä käytetään käsitettä mielenterveysomainen tai omainen. Mielenterveysomaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka läheisellä on mielenterveyden häiriö, jonka henkilö kokee vaikuttavan myös omaan

elämäänsä. Sairastunut läheisen voi olla esimerkiksi puoliso, lapsi, vanhempi, sisarus, lapsenlapsi, ystävä tai naapuri.

Keskeiset käsitteet: Mielenterveysomainen, hyvinvointi, positiivinen mielenterveys, palveluosallisuus.

2 Positiivinen mielenterveys

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt mielenterveyden olevan hyvinvoinnin tila, jossa yksilö oivaltaa omat kykynsä, selviytyy elämän normaalista stressistä, voi työskennellä tuottavasti sekä antaa panoksensa yhteisölleen (WHO 2001, 1).

Mielenterveyden kokonaismallin mukaan mielenterveys ja mielen sairaus eivät ole yhden bipolaarisen ulottuvuuden ääripäitä, vaan ovat kaksi erillistä unipolaarista ulottuvuutta, jotka korreloivat keskenään ja muodostavat täydellisen henkisen terveydentilan (Keyes 2005, 539; Keyes 2002, 221). Tästä mielenterveyden kokonaismallista käytetään käsitettä positiivinen mielenterveys, jonka mukaan mielenterveys on enemmän kuin mielenterveyshäiriön puuttumista (mm. Keyes 2002; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.). Positiivinen mielenterveys on voimavara, jolla mielenterveyttä voidaan edistää (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1759). Positiivinen mielenterveys näkee mielenterveyden useiden vahvuuksien läsnäolona (Tennant 2012, 94) ja käsite kattaa yksilölliset voimavarat ja positiiviset tunteet, elämäntilanteen ja eheyden kokemuksen, kyvyn kohdata vastoinkäymisiä, tyydyttävät sosiaaliset suhteet sekä hyvän toimintakyvyn ulottuvuuksia, jotka ovat hyvän mielenterveyden avaintekijöitä (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1763; Lavikainen ym. 2004, 16).

Vaikka positiivinen mielenterveys on käsitteenä tullut laajempaan keskusteluun vasta viime vuosina, on muun muassa Marie Jahoda (1958, 10, 15) kritisoinut psyykkisen sairauden puuttumista ja normaaliutta mielenterveyden kriteerinä jo 1950-luvulla. Positiivisen mielenterveyden käsite pyrkii siirtämään ajattelua pois sairaus- ja ongelmakeskeisyydestä. Positiivisen mielenterveyden kuvaamisessa on kuitenkin käytetty diagnooseihin viittaavia käsitteitä ”oireyhtymä” ja ”oireet”, koska niiden käyttämisellä on haluttu tuoda mielenterveys tasaveroiseksi käsitteeksi mielen sairauden kanssa. (Keyes 2002, 220.)

Keyesin (2005, 539) mukaan mielenterveyden läsnäolo on henkilökohtaisen toiminnan ja sosiaalisen arvon summum bonum, korkein mahdollinen hyvä. Mielenterveyden läsnäoloa kuvataan kukoistuksena ja mielenterveyden poissaoloa kuvataan väsymyksenä tai riutuneisuutena (Keyes 2002, 208). Vaikka ihmisellä ei ole diagnosoitua mielenterveyden häiriötä, hänellä voi olla puutteita psyykkisessä hyvinvoinnissa. Toisaalta mielenterveyshäiriötä sairastavalla voi olla kohtalaisesti psyykkistä hyvinvointia. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos i.a.)

Positiivinen mielenterveys voidaan nähdä synonyyminä mielen hyvinvoinnille (Tennant ym. 2007, 2) ja se on tutkimuksissa usein operationalisoitu subjektiivisen hyvinvoinnin käsitteen alle (Nordling & Rissanen 2020, 25). Subjektiivinen hyvinvointi on monisäikeinen käsite, joka kattaa sekä hedonisen että eudaimonisen hyvinvoinnin (Ryan & Deci 2001, 141). Eudaimonia mittaa hyvinvointia toimintana (functioning in life) ja hedonia mittaa ihmisten tunteita elämäänsä kohtaan (feelings toward their life) (Keyes & Annas 2009, 198–199). Hedonisessa ajattelussa hyvinvoinnin ja onnellisuuden katsotaan olevan seurausta kivun välttelystä ja mielihyvän etsinnästä, kun eudaimoniassa onnellisuus syntyy ihmisten toiminnassa ja vuorovaikutuksessa yhteiskunnassa (Ryan & Deci 2001, 144). Elämän tuntuminen hyvältä ja toiminta liittyvät toisiinsa, mutta ovat selkeästi eri asioita (Keyes & Annas 2009, 198).

Eudaimonistista hyvinvointia voidaan kuvata Amartya Senin ja Martha Nussbaumin *ihmiselle ominaiset kyvyt* -teorian (capabilities approach) kautta, jossa yksilön hyvinvoinnin lähteenä ovat, tarpeiden ja resurssien sijaan, toimintamahdollisuudet (capabilities) ja niiden käyttö eli kyky toimia (functionings) (Hjerppe 2011, 228). Senin ja Nussbaumin teoria pohjautuu eudaimoniaan, joka on Aristoteleen termi hyvälle elämälle, jossa ihminen kukoistaa ja hyödyntää oman potentiaalinsa (Hjerppe 2011, 223). Eudaimonisessa hyvinvoinnissa merkittävässä roolissa ovat autonomia, pystyvyys ja se mitä ihmiset todella tekevät tai voisivat tehdä ovat. Hyvinvointi nähdään tällöin laajempina ilmiönä kuin vain oma subjektiivinen tunne. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1760.)

Hedoninen hyvinvointi puolestaan korostaa nautintoa, onnellisuutta ja hyvinvoinnin subjektiivista kokemusta eli omien kokemustemme miellyttävyyden merkitystä hyvinvoinnillemme. Hedonisen hyvinvoinnin tutkimuksessa kartoitetaan yleensä vastaajan subjektiivista kokemusta omasta hyvinvoinnista ja käytetään elämänlaatu- tai elämäntyytyväisyysmittareita. Hedonisen hyvinvoinnin tasoa osoittavat vastaajan tyytyväisyys itseensä, elämäänsä ja elämän eri osa-alueisiin, kuten taloudelliseen tilanteeseen, terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin ja asuinolosuhteisiin. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1760.)

2.1 Positiivisen mielenterveyden mittaaminen

Suomessa on pitkään ollut käytössä erilaisia mittareita positiiviseen mielenterveyden osa-alueiden mittaamiseen, mm. SOC (Sense of coherence scale) -mittari, resilienssiasteikko

(Resiliency scale, RS) ja Connor-Davidsonin resilienssiasteikko (CD-RISC), pystyvyysoletusten asteikko, LOT-R (Learned optimism test revised) -mittari, Luontevahvuuksien testi, Elämäntyytyväisyysasteikko (SWL Satisfaction with life) ja elämänlaadun mittareina 15D ja RAND -36, VAS-jana sekä WHOQOL-BREF. Onnellisuuden mittareita on ollut käytössä useita ja suomalaisessa väestötutkimuksessa on käytetty myös suoraa kysymystä onnellisuudesta kuluneen neljän viikon aikana kuusiportaisella asteikolla (koko ajan – ei lainkaan). Lisäksi Suomessa on ollut käytössä psyykkisen hyvinvoinnin yhdistelmämittareita, mm. Psyykkisen hyvinvoinnin yhdistelmämittari CORE (Clinical outcomes in routine evaluation) kliiniseen työhön, sekä työkyvyn ja työhyvinvoinnin arviointiin suunnattuja, positiivisen psykologian käsitteisiin perustuvia mittareita. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1761–1762).

Pystyvyyden, koherenssin, onnellisuuden ja elämäntyytyväisyyden tunne sekä resilienssi ovat tärkeitä ulottuvuuksia positiivisessa mielenterveydessä. Mainitut mittarit tavoittivat kuitenkin aina vain yhden positiivisen mielenterveyden ulottuvuuden kerrallaan, joten oli tarve saada käyttöön mittari, joka kykenisi mittaamaan positiivisen mielenterveyden eri ulottuvuuksia myös väestötasolla. Tämän tarpeen täyttämiseksi Suomessa otettiin käyttöön Warwivkin ja Edinburghin yliopistoissa kehitetty Warwick-Edinburghin Mental Well-Being Scale -mittari (WEMWBS). Mittari keskittyy positiiviseen mielenterveyteen eli mielen hyvinvointiin ja mittaa sitä itsessään, ei sen determinantteja, kuten esimerkiksi resilienssiä. (mm. Tamminen 2022; Appelqvist-Schmidlechner 2015; Tennant ym. 2009.)

Mittarista on olemassa kaksi versiota: pitkä 14 osioinen (WEMWBS) ja lyhyt 7-osioinen (SWEMWBS). Mittarin lyhyt versio otettiin käyttöön Suomessa vuonna 2011 ja pitkä versio vuonna 2015. Mittareiden käyttö on maksutonta ja sen käyttöön haetaan lupa terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. (Tamminen 2022; Appelqvist-Schmidlechner ym 2016, 1762.)

Alkuperäinen positiivisen mielenterveyden mittari (WEMWBS) sisältää 14 väittämää: Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi, Olen tuntenut itseni hyödylliseksi, Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi, Olen ollut kiinnostunut muista ihmisistä, Minulla on ollut energiaa ylen määrin, Olen käsitellyt ongelmia hyvin, Olen ajatellut selkeästi, Olen ollut tyytyväinen itseeni, Olen tuntenut läheisyyttä ihmisiin, Olen tuntenut oloni itsevarmaksi, Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista. Minusta on tuntunut, että minua rakastetaan, Olen ollut kiinnostunut uusista asioista, Olen ollut hyvällä tuulella. Jokaisesta kohdasta voi saada 1-5 pistettä, asteikolla ”ei koskaan”, ”harvoin”, ”silloin tällöin”, ”usein”, ”koko ajan”.

Mittarin lyhyeen versioon (SWEMWBS) on sisällytetty seitsemän väittämää: Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi, Olen tuntenut itseni hyödylliseksi, Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi, Olen käsitellyt ongelmia hyvin, Olen ajatellut selkeästi, Olen tuntenut läheisyyttä ihmisiin, Olen tuntenut oloni itsevarmaksi, Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista (Appelqvist-Schmidlechner 2015). Näiden seitsemän väittämän avulla mittarin lyhyt versio kartoittaa ihmisen positiivisia tunteita, tyydyttäviä sosiaalisia suhteita ja hyvää toimintakykyä (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016).

Sekä pitkä että lyhyt versio ovat validoituja, niillä on todettu olevan hyvä reliabiliteetti, korkea sisäinen johdonmukaisuus ja niiden psykometriset ominaisuudet on selvitetty sekä lyhyt versio todettu sekä väestötutkimuksiin että interventiotutkimuksiin soveltuvaksi (mm. Taggart ym. 2013; Maheswaran ym. 2012; Vaillant 2012; Stewart-Brown ym, 2009; Tennant ym. 2007).

Mittarin suomenkielisten versioiden psykometrisiä ominaisuuksia ja rakennetta on selvitty kattavasti FinTerveys 2017 aineiston pohjalta tehdyssä tutkimuksessa (Sarasjärvi ym. 2023). Pitkän version todettiin mittaavan erillisiä, mutta toisiinsa korreloivia henkisen, sosiaalisen ja eudaimonisen hyvinvoinnin tekijöitä. Lyhyt versio sen sijaan sisälsi vahvan yleisen henkisen hyvinvoinnin (general mental well-being) sekä heikomman spesifisen eudaimonisen hyvinvointitekijän. Lyhyessä mittarissa kaikki osatekijät latautuivat yleisen yleiseen henkisen hyvinvoinnin faktoriin ja lisäksi kolme osiota (käsitellyt ongelmia hyvin, ajatellut selkeästi ja kyennyt tekemään omia päätöksiä asioissa) latautuivat myös eudaimonisen hyvinvoinnin faktoriin. (Sarasjärvi ym. 2023, 1, 6.)

Sosiaalisen hyvinvoinnin tekijät todettiin WEMWBS-mittarissa ongelmalliseksi, kuten joissakin aiemmissakin tutkimuksissa. Yhtenä selityksenä voi olla sosiaalisten tekijöiden tulkinnan vaihtelu väestön sisällä; esimerkiksi väittämät Olen ollut kiinnostunut muista ihmisistä, Olen tuntenut läheisyyttä ihmisiin ja Minusta on tuntunut, että minua rakastetaan on voitu tulkita koskevan pääasiassa seksuaalisia ja romanttisia suhteita koskeviksi (Sarasjärvi ym 2023, 9, Clarke ym 2011 mukaan). Sarasjärvi ym. (2023, 1) toteavat, että sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueita voidaan pitää muista henkisen hyvinvoinnin osa-alueista erillisenä. Lyhyt versio ei sisällä ongelmalliseksi osoittautunutta sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuutta, joten sen todettiin olevan soveltuvampi mielen kokonaisyhyvinvoinnin arviointiin.

Mittarin pitkässä versiossa (WEBWBS) voi saada 14–70 pistettä ja lyhyessä versiossa (SWEMWBS) 7–35. Mittarin antamia tuloksia voidaan tarkastella keskiarvoina ja lisäksi mittarin summamuuttujan perusteella voidaan muodostaa 3-luokkainen muuttuja, jolle mittarin luoja on määritellyt raja-arvot. Lyhyen version ylimmän luokan pisteet 27,5–35,0 ja alimman luokan 7–19,5. (Warwick Medical School i.a.) Keyes (2002) nimesi matalan mielenterveyden omaavat riutuviksi ja korkean mielenterveyden omaavat kukoistaviksi. Näiden ryhmien väliin jäävät olivat positiiviselta mielenterveydeltään kohtalaisia.

Sekä pitkää että lyhyttä mittaria on verrattu validoituihin masennusmittareihin, jonka pohjalta on esitetty positiivisen mielenterveyden pisteet, jotka voivat osoittaa masennuksen ilmenemistä. Lyhyen version pistemäärä 18–20 osoittaisi lievää masennusta/mahdollista masennusta ja alla 18 pistettä todennäköistä masennusta. (Warwick Medical School i.a.)

2.2 Positiivisen mielenterveyden merkitys

Positiivinen mielenterveys on tärkeää yleiselle hyvinvoinnille, mutta myös kyvyllä havaita, ymmärtää ja tulkita ympäristöä, sopeutua siihen tai muuttaa sitä, sekä kyvyllä viestiä keskenämme. Positiivisen mielenterveyden ominaisuudet vahvistavat yksilön kykyä antaa panoksensa perheessä ja muissa sosiaalisissa verkostoissa sekä yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä, joten positiivinen mielenterveys voidaan nähdä tehokkaan toiminnan perustana niin yksilölle kuin yhteisölle. (WHO 2004, 10,19; Lavikainen ym. 2004, 32).

Korkeammalla positiivisella mielenterveydellä on todettu olevan yhteyksiä parempaan fyysiseen terveyteen, parempaan elämänlaatuun ja elinikään, elämäniloon, tyydytystä tuottaviin ihmissuhteisiin, parempiin opiskelutaitoihin ja opintomenestykseen, vahvempaan sosiaaliseen tukeen ja vähäisempään sosiaalisiin ongelmiin, parempiin selviytymiskeinoihin haasteita kohdatessa, luottavaisempaan ja myönteisempään oloon, terveellisempiin elintapoihin ja positiiviseen terveystyöskäytymiseen sekä korkeampaan koulutustasoon ja parempiin työllisyysnäkyymiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.; HSE Mental Health Promotion Plan 2022-2027; Suldo & Shaffer 2008, 64).

Vastaavasti matalalla positiivisella mielenterveydellä on havaittu olevan yhteyksiä heikentyneeseen itsetuntoon, heikentyneeseen joustavuuteen ja kykyä selviytyä arjen haasteista, heikentyneeseen kykyyn olla yhteydessä muiden kanssa, yksinäisyyteen, sosiaalisen tuen puutteeseen, vähäisempään osallistumiseen ja osallisuuteen yhteisöissä.

Matala positiivinen mielenterveys voi vaikuttaa myös työuraan runsaampina poissaoloina sekä vähäisempänä tyytyväisyytenä ja tuottavuutena. Lisäksi matalalla positiivisella mielenterveydellä vaikuttaisi olevan yhteys mielen sairauden riskiin ja kokemukseen omasta emotionaalisesta terveydestä, itsemurha-ajatuksiin, vähäisempään tyytyväisyyteen ja tuottavuuteen työssä sekä kuolleisuuteen. (HSE Mental Health Promotion Plan 2022–2027; Keyes ym. 2012; Keyes & Simoes 2012, 2164; Keyes 2005, 545; Keyes 2002, 207, 213.)

Keyes (2002), Keyes ym. (2011) ja Keyes & Simoes (2012) ovat tutkineet mielenterveyden, mielen sairauden, kuolleisuuden ja menetettyjen työpäivien ilmenemistä matalan, kohtalaisen ja korkean positiivisen mielenterveyden ryhmissä. Mielenterveydeltään kukoistavat arvioivat lähes kolme kertaa todennäköisemmin emotionaalisen terveytensä hyväksi tai erinomaiseksi, verrattuna kohtalaisen mielenterveyden omaaviin. Verrattaessa kohtalaisen mielenterveyden omaaviin, mielenterveydeltään riutuvat kokivat 3,5 kertaa todennäköisemmin emotionaalisen hyvinvointinsa huonoksi tai kohtalaiseksi. Riutuvat ja masennusepisodin omaavat kokivat emotionaalisen terveytensä olevan heikko tai kohtalainen 19 kertaa todennäköisemmin kuin kohtalaisen mielenterveyden omaavat. (Keyes 2002, 214.)

Matala positiivinen mielenterveys on vakavan masennusjakson riskitekijä. Mielenterveydeltään riutuvien riski vakavaan masennukseen oli kaksinkertainen verrattuna kohtalaisen mielenterveyden omaaviin. Samalla kohtalaisen mielenterveyden omaavilla olevan 2,1 kertainen ja mielenterveydeltään riutuvilla 5,7 kertainen riski vakavaan masennusepisodeihin verrattuna mielenterveydeltään kukoistaviin. (Keyes 2002, 213.)

Positiivinen mielenterveys on yhteydessä työssä jaksamiseen ja menetettyihin työpäiviin. Mielenterveydeltään riutuvista kahdella prosentilla oli useita (vähintään 6 pv viimeisen 30 päivän aikana) työstä poissaoloja mielenterveyssyiden vuoksi, vastaava luku masentuneilla oli 12 prosenttia. Kohtalaisen mielenterveyden omaavista 0,5 prosentilla oli useita työstä poissaoloja ja kukoistavista ei kenelläkään ollut useita poissaoloja. (Keyes 2002, 214.)

Positiivisen mielenterveyden tasolla on havaittu olevan yhteys myös kuolleisuuteen. Positiivisen mielenterveyden puuttuminen lisäsi kuolleisuutta, kun useat yleisesti tiedetyt kuolleisuuden riskitekijät oli vakioitu. Kuoleman todennäköisyys kasvoi jopa 62 prosenttia

10 vuoden seurannan aikana mielenterveydeltään riutuvilla ja kohtalaisilla, verrattuna mielenterveydeltään kukoistaviin. (Keyes & Simoes 2012, 2164, 2170.)

Korkea mielenterveys vaikuttaisi suojaavan mielen sairaudelta ja mielen sairauden esiintyvyys vaikuttaisi vähentyvän mielenterveyden tason lisääntyessä: mielenterveydeltään riutuvista 28 prosentilla ja mielenterveydeltään kohtalaisista 13 prosentilla oli vakava masennus, verrattuna mielenterveydeltään kukoistaviin, joista vakavaa masennusta oli vain viidellä prosentilla. Mielenterveydeltään kukoistavilla henkilöillä oli yli viisi kertaa pienempi todennäköisyys sairastua vakavaan masennukseen kuin mielenterveydeltään riutuvilla. Mielenterveydeltään kukoistavilla oli myös 23 kertaa pienempi todennäköisyys sairastua mielenterveyden häiriöihin 12 kuukauden seurantajakson aikana kuin mielenterveydeltään riutuneilla. (Keyes 2005, 545.)

Kymmenen vuoden seurannassa positiivisen mielenterveyden tason vaihtelu liittyi mielenterveyden sairauden esiintyvyyteen yksilötasolla. Niillä, jotka olivat molemmissa mittaushetkissä (vuosina 1995 ja 2005) riutuneita, oli toisessa aikapisteessä mielenterveyden sairaus yli kuusi kertaa todennäköisemmin kuin kukoistavilla. Positiivisen mielenterveyden heikentyminen lisäsi sairastumisen riskiä: niillä, jotka olivat ensimmäisessä mittauksessa kohtalaisia tai kukoistavia, mutta toisessa mittaushetkessä riutuvia, oli kahdeksan kertaa todennäköisemmin mielenterveyden häiriö toisessa mittaushetkessä kuin niillä, jotka pysyivät kukoistavina. (Keyes ym. 2011.)

Niillä, joilla positiivinen mielenterveys nousi alkumittauksen matalasta toisessa mittauksessa kohtalaiseen, oli edelleen kolminkertainen todennäköisyys sairastua mielenterveyden, verrattuna kukoistavina pysyneisiin. Jos positiivinen mielenterveys kehittyi kukoistavaksi toiseen mittauspisteeseen, todennäköisyys mielenterveyden häiriöön ei ollut lainkaan suurempi kuin niillä, jotka olivat olleet kukoistavia molemmissa mittauksissa. Niillä, jotka olivat mielenterveydeltään kohtalaisia molempina mittaushetkinä, oli yli neljä kertaa todennäköisemmin mielenterveyden häiriö toisessa mittauspisteessä, verrattuna niihin, jotka olivat molemmissa mittauspisteissä mielenterveydeltään kukoistavia. Mielenterveys sairauden todennäköisyys väheni 24 prosenttia kutakin positiivisen mielenterveyden yksikön lisääntymistä kohti. (Keyes ym. 2011, 2368, 2369.)

2.3 Positiivisen mielenterveyden tutkimus Suomessa

Suomessa positiivisen mielenterveyden mittarilla on tutkittu muun muassa reserviläisten hyvinvointia (Appelqvist-Schmidlechner 2015), nuorten positiivista mielenterveyttä perhetaustan mukaisesti (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2019), yksin asuvien mielenhyvinvointia (Tamminen ym. 2020), korkeakouluopiskelijoiden subjektiivista hyvinvointia covid-pandemian aikana (Sarasjärvi ym. 2021), positiivisen mielenterveyden tasoa ikäryhmittäin (Suvisaari ym. 2021b) sekä työmarkkina-aseman ja kotitalouden rakenteen mukaisesti työkäisillä ja eläkeikäisillä (Hedman ym. 2021), sekä mielenterveysomaisilla (Jurvansuu & Ringbom 2020).

Positiivisen mielenterveyden mittaria (WEMWBS ja SWEMWBS) on käytetty muun muassa FinSote 2017, 2019 ja 2020-väestökyselyissä, FinTerveys 2017 -kyselyssä, kouluterveyskyselyssä vuodesta 2017 alkaen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielen tuki -hankkeen Lapin väestötutkimuksessa 2012, Kelan nuorille aikuisille suunnatun neuropsykiatrisen kuntoutuksen kehittämishankkeessa 2015–2018 sekä Aikuisväestön terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH) 2012. Lisäksi positiivisen mielenterveyden mittari on käytössä muun muassa työelämän ulkopuolisten työ- ja toimintakyvyn sekä osallisuuden arviointiin tarkoitettussa Kykyviisarissa (Työterveyslaitos i.a.).

Tässä luvussa kuvaan suomalaisessa väestössä positiivisen mielenterveyden mittarin (Warwick-Edinburgh mental well-being scale) lyhyellä versiolla (SWEMWBS, skaala 7–35 pistettä) sekä alkuperäisellä 14 kysymystä sisältävällä versiolla (WEMWBS, skaala 14–70 pistettä) tehtyä tutkimusta.

Appelqvist-Schmidlechner (2015) selvitti suomalaisten reserviläisten positiivista mielenterveyttä SWEMWBS-mittarilla. Reserviläisistä noin joka kymmenes kuului mielenterveydeltään kukoistaviin. Kukoistavien ryhmään kuuluminen oli yhteydessä korkeampaan ikään, korkeampaan koulutukseen, parisuhteessa elämiseen sekä liikunta-aktiivisuuteen. Positiivisen mielenterveyden keskiarvo aineistossa oli 24.

Appelqvist-Schmidlechner ym. (2015) tutkivat SWEMWBS-mittarilla nuorten ja nuorten aikuisten (15–29 v) positiivista mielenterveyttä THL:n Mielen tuki -hankkeen yhteydessä toteutetussa Lapin väestötutkimuksessa 2021. Tässä aineistossa positiivisen mielenterveyden mittarin keskiarvo oli 26,6.

Appelqvist-Schmidlechner ym. (2019) selvittivät nuorten kokemaa positiivista mielenterveyttä perhetaustan mukaan SWEMWBS-mittarilla. Koko aineistossa positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli 22,0. Positiivinen mielenterveys oli vahvinta lukiolaisilla (22,7), verrattuna yläasteikäisiin (21,8) sekä ammattioppilaitoksissa opiskeleviin (21,9). Sukupuolen mukaan tarkasteltuna positiivinen mielenterveys oli vahvempaa pojilla kuin tytöillä (22,5 vs. 21,6). Korkea positiivisen mielenterveyden taso oli yhteydessä ydinperheessä asumiseen, vanhempien korkeampaan koulutustasoon sekä perheen hyvään taloudelliseen tilanteeseen. Vastaavasti perhesuhteiden moninaisuus – yksinhuoltajuus, vanhempien ero, uus- tai monikkoperheessä eläminen – vanhempien työttömyys ja alhainen koulutusaste sekä perheen heikko taloudellinen tilanne selittivät matalaa positiivisen mielenterveyden taso. Perhesuhteiden merkitys oli suurin yläasteikäisillä.

Hedman ym. (2021) selvittivät työmarkkina-aseman ja kotitalouden rakenteen yhteyttä positiiviseen mielenterveyteen työikäisillä (18–64 v) sekä eläkeikäisillä (65 vuotta täyttäneet) FinSote 2019 -aineistolla, jossa oli käytetty SWMWBS-mittaria. Koko aineistossa positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli 24,2. Työikäisistä positiivinen mielenterveys oli vahvinta työssäkäyvillä (24,4) ja perhevapaalla olevilla naisilla (24,6) sekä vanhuus- tai varhaiseläkkeellä olevilla (24,6). Heikointa positiivinen mielenterveys oli työkyvyttömillä (21,5) ja työttömillä (22,1). Vanhuus- tai varhaiseläkkeellä olevien positiivinen mielenterveys oli samaa tasoa (24,5/24,6) molemmissa ikäryhmissä. Myös kotitalouden rakenteella oli yhteys positiivisen mielenterveyden tasoon. Positiivinen mielenterveys oli sekä työikäisillä että 65 vuotta täyttäneillä vahvinta puolison (24,4/25,1) tai puolison ja vähintään yhden lapsen kanssa asuvilla (24,6/25,2). Matalinta positiivinen mielenterveys oli molemmissa ikäryhmissä yksin asuvilla (23,1/23,8) niillä, jotka ilmoittivat kotitalouden rakenteeksi ”muu kotitaloustyyppi” (22,9/22,4).

Suvisaari ym (2021a) tarkastelivat positiivisen mielenterveyden tasoa ikäryhmittäin FinSote 2020 -aineistolla, jossa oli käytetty SWMWBS-mittaria. Positiivinen mielenterveys vahveni iän kertyessä aina 79 vuotiaisiin saakka, mutta laski 80–89-vuotiaiden ikäryhmässä. Eniten kukoistavia oli 70–79-vuotiaissa (24 %) ja vähiten 20–29-vuotiaissa (12 %). Riutuvia oli eniten 80–89-vuotiaissa (41 %), toiseksi eniten 20–29-v vuotiaissa (25 %) ja vähiten 60–79-v vuotiaissa (16 %).

Sarasjärvi ym. (2022) selvittivät suomalaisten korkeakouluopiskelijoiden subjektiivista hyvinvointia SWMWBS-mittarilla COVID-19 ensimmäisen aallon aikana. Tulokset osoittivat, että korkeampi positiivisen mielenterveyden taso oli yhteydessä matalampaa

opiskelustressiin, covidia kohtaa tunnettuun huoleen ja korkeampaan tyytyväisyyteen oppilaitoksen ja hallituksen antamaan informaatioon ja toimiin. Positiivisen mielenterveyden taso oli matalampaa epidemian aikana (21,0) kuin ennen epidemiaa (22,7) – ero näkyi kaikissa kaikilla sosiodemografisilla ryhmillä, paitsi tohtoriopinnoissa olevilla. Sukupuolen ja iän mukaan havaittiin eroja epidemian aikana: Positiivinen mielenterveys oli korkeinta miehillä (22,1) ja matalinta muunsukupuolisilla (20,2). Iän mukaan tarkasteltuna korkeinta mielenterveys oli 36–45-vuotiailla (22,7) ja matalinta 26–35-vuotiailla (21,5).

Solin ym. (2018) tarkastelivat väestön positiivista mielenterveyttä FinSote 2017 -aineistolla, jossa oli käytetty positiivisen mielenterveyden mittarin pitkää versiota (WEMWBS). Koko aineistossa positiiviselta mielenterveydeltään korkeita oli 14 prosenttia, kohtalaisia kaksi kolmasosaa. Matala positiivinen mielenterveys oli naisista 16 prosentilla ja miehistä 17 prosentilla. Sukupuolten välillä ei siis ollut merkittäviä eroja koko aineiston tasolla. Ikä vaikutti positiivisen mielenterveyden tasoon siten, että korkean positiivisen mielenterveyden omaavien osuus nousi iän myötä aina 79 vuoteen asti ollen siellä naisilla 19 prosenttia ja miehillä 21 prosenttia.

Suvisaari ym. (2021b) tarkastelivat positiivisen mielenterveyden muutoksia suomalaisessa aikuisväestössä vuosina 2017–2020 FinTerveys 2017 -seurantakyselyn aineistolla, jossa oli käytetty WEMWBS-mittaria. Väestötasolla positiivisen mielenterveyden suhteen riutuvien ja kukoistavien osuudet aikuisväestössä olivat pysyneet lähes samalla tasolla vuodesta 2017 vuoteen 2020: riutuvia oli 13 prosenttia ja kukoistavia 16 prosenttia. Yksilötasolla suurimmalla osalla (77 %) positiivinen mielenterveys oli pysynyt kohtalaisella tai korkealla tasolla, mutta kohtalaisista tai korkeista seitsemän prosenttia oli muuttunut mielenterveydeltään riutuviksi ja vastaavasti yhdeksän prosenttia oli vahvistunut riutuvasta kohtalaiseksi tai kukoistavaksi. Seuranta-aikaan sijoittui maailmanlaajuinen Covid-pandemia, joka on voinut vaikuttaa tuloksiin.

Tamminen ym. (2020) tarkastelivat WEMWBS-mittarilla yksin asuvien positiivista mielenterveyttä, joka oli korkeampaa naisilla, iäkkäämmillä ja eläkeläisillä, ja matalaa miehillä, nuoremmilla ja työttömällä. Yksin asuvista naisista 15,7 prosenttia oli positiiviselta mielenterveydeltään kukoistavia, mutta miehistä vain 10,3 prosenttia. Vastaavasti positiiviselta mielenterveydeltään riutuvia oli yksin asuvista miehistä 22,7 prosenttia ja naisista 8,4 prosenttia. Yksin asuvista työssäkäyvistä ja opiskelijoista 15,1 prosenttia oli riutuvia ja 11,8 prosenttia kukoistavia, kun työttömistä riutuvia oli 31,5

prosenttia ja kukoistavia 8,1 prosenttia. Vapaa-ajan toiminnalla oli vaikutusta yksinasuvine positiiviseen mielenterveyteen; osallistuminen kerho- tai yhdistystoimintaan vähintään kerran tai muutaman kerran vuodessa vähensi matalan ja lisäsi korkean positiivisen mielenterveyden todennäköisyyttä, verrattuna niihin, jotka osallistuivat harvemmin tai eivät lainkaan.

Jurvansuu ja Ringbom (2020) tutkivat mielenterveys- ja päihdeomaisten saamaa sosiaalista tukea ja sen yhteyttä positiiviseen mielenterveyteen. Mielen hyvinvointia kartoitettiin positiivisen mielenterveyden mittarin lyhyellä versiolla (SWEMWBS), jonka keskiarvo koko aineistossa oli 23,4. Tutkimuksessa tarkasteltiin omaisten saaman tuen yhteyksiä positiiviseen mielenterveyteen ja todettiin, että mitä enemmän omaiset saivat tukea, jonka kokivat hyödylliseksi, sitä korkeampi oli heidän positiivinen mielenterveytensä. Mielenterveysomaisen omalta lähipiiriltään saama hyödylliseksi koettu tuki oli tilastollisessa merkitsevässä yhteydessä positiiviseen mielenterveyteen, mutta ammattilaisilta saadun tuen osalta todettu yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Korkeampaan positiiviseen mielenterveyteen olivat yhteydessä myös vastaajan korkeampi ikä sekä tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen. Tulokset osoittivat myös, että sellainen lähipiiriltä saatu tuki, jonka omainen koki hyödyttömäksi, oli negatiivisessa yhteydessä positiiviseen mielenterveyteen.

3 Palveluosallisuus

Palveluosallisuus on määritelty kokemustiedon huomioon ottamiseksi palvelujärjestelmässä, mahdollisuudeksi saada tietoa palveluista ja niiden piiriin pääsemisen edellytyksistä sekä mahdollisuudeksi osallistua palvelusuunnitteluprosesseihin ja vaikuttaa palveluiden toteuttamiseen ja sisältöihin sekä niitä koskeviin päätöksiin (Romakkaniemi ym. 2018, 79). Toisaalta palveluosallisuuden on määritelty olevan muun muassa osallisuutta asiakasroolissa sekä osallisuutta omaan tai läheisen palveluprosessiin. Palveluosallisuus on myös mukaan ottamista palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen, jolloin ihmisen oma kokemus tunnustetaan ja tunnustetaan inhimillisenä pääomana, josta kertynyttä tietoa voidaan hyödyntää. (Pohjola 2017, 311.)

Palveluosallisuutta on tyypillisesti määritelty ja kuvattu asiakkaan palveluosallisuutena, jolloin asiakkaaksi on mielletty vain palvelun käyttäjä. Vaikka psyykinen sairastuminen vaikuttaa aina myös omaisten elämään, ei sairastuneen omaisia ole nähty mielenterveyspalveluiden asiakkaina. Mielenterveyspalveluissa omaiset ovat usein edelleen tilanteessa, jossa läheisen sairaus vaikuttaa merkittävästi heidän arkeensa ja hyvinvointiinsa, mutta heitä ei nähdä tukea itselleen tarvitsevana yksilönä eikä tärkeänä osana sairastuneen läheisensä elämää sekä hoidon ja toipumisen prosessia.

Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFamissa, jonka toteuttamalla mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksen kyselyaineistolla tämä tutkielma on toteutettu, käytetään käsitettä omaisten huomiointi. Omaisten huomiointi muodostuu kahdesta osa-alueesta, jotka kuvaavat mielenterveysomaisten kahta erilaista roolia palvelujärjestelmässä: 1. omainen osana sairastuneen hoitoa ja kuntoutusta sekä 2. omainen itsenäisenä tuen tarvitsijana. Omaisten huomioinnin ja palveluosallisuuden osa-alueiden keskinäiset yhteydet ja niiden yhteys tässä tutkielmassa käytetyn palveluosallisuus-mittarin väittämiin esitellään taulukossa 1.

Taulukko 1. Omaisten huomioinnin ja palveluosallisuuden osa-alueiden yhteys

Omaisten huomiointi	Palveluosallisuus-mittarin vääntämät	Palveluosallisuuden osa-alueet
Omainen osana sairastuneen hoitoa ja kuntoutusta	Olen tullut omaisena kuulluksi läheiseni hoitotaholla	Kokemustiedon huomioon ottaminen
	Olen saanut vaikuttaa läheiseni hoitoon	Mahdollisuus vaikuttaa palveluiden toteuttamiseen ja sisältöihin sekä niitä koskeviin päätöksiin
Omainen itsenäisenä tuen tarvitsijana	Hoitotaho huomioi jaksamiseni ja hyvinvointini omaisena	Osallisuus omaan tai läheisen palveluprosessiin
	Saan hoitotaholta välineitä itseni / perheeni jaksamisen tukemiseen	Mahdollisuus saada tietoa palveluista ja niiden pariin pääsemisen edellytyksistä

Mielenterveysstrategiassa 2020–2030 on linjattu omaisten huomioinnista toteamalla, että ”Palvelut vastaavat ihmisten tarpeita, kun varmistetaan, että ne ottavat huomioon omaiset ja läheiset sekä voimavarana että tuen tarvitsijoina” (Vorma ym. 2020, 29). Omaisten ja läheisten huomiointi ja tukeminen on mainittu Käypä hoito -suosituksessa skitsofrenian sekä Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoidon osalta. Depression Käypä hoito -suosituksessa mainitaan perheterapia. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2024; Depressio: Käypä hoito -suositus 2024; Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus 2022). Muissa psyykkisten sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden Käypä Hoito -suosituksissa ei omaisten ja perheen huomiointia mainita.

Suomalaisessa lainsäädännössä perheenjäsenet ja heidän mielipiteensä kuuleminen mainitaan potilaan heikentyneen päätöksentekokyvyn yhteydessä (L 785/1992). Aikuispotilaiden perheenjäsenten huomiointia hoitotilanteissa määrittävää lainsäädäntöä ei Suomessa ole samalla tavalla kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa on lainsäädännössä kirjattuna, että potilaan omaiset on otettava huomioon ja heitä on kunnioitettava (SOSFS 1982). Mielenterveysomaisten palveluosallisuutta sairastuneen läheisen palveluissa kuitenkin oikeuttaa terveydenhuoltolain 27 § ja sosiaalihuoltolain 25 §, joissa todetaan oikeus mielenterveyttä vaarantaviin tekijöihin liittyvästä ohjauksesta ja neuvontaan,

perheen ja muiden läheisten psykososiaaliseen tukeen sekä läheisverkoston kartoittamiseen, jossa tarkoituksena on selvittää myös läheisten oma tuen tarve. (L 1301/2014 25. §; L 1326/2010 27. §.)

Tässä tutkielmassa käytetyllä aineistolla olemme aiemmin osoittaneet, että mielenterveysomaisten palveluosallisuudessa on puutteita. Vajaa kolmannes mielenterveysomaisista koki tulleen kuulluksi sairastuneen läheisen hoitotahon toimesta ja läheisensä hoitoon koki voineensa vaikuttaa hieman alle neljännes omaisista. Noin 10 prosenttia koki hoitotahon huomioineen hänen oman jaksamisensa ja hyvinvointinsa ja alle viisi prosenttia koki, että oli saanut hoitotalolta tukea oman tai perheen jaksamisen tukemiseen. (Martin & Vuorio 2022a.)

Perheenjäsenten ja omaisten palveluosallisuuden esteenä voivat olla esimerkiksi resurssien puute, jolloin potilaan hoito laitetaan etusijalle (Sjöblom ym 2005, 566). Myös moniammatilliseen työn edellyttämä päätöksenteko yhdessä muiden ammattilaisten kanssa voi aiheuttaa se, että omaisten kuulemiseen ei tunnu olevan aikaa (Lloyd & King 2003, 181). Yhteistyön ja omaisten huomioonpuute voivat johtua myös mielenterveystyön ammattilaisten asenteista omaisia kohtaan. Hoitajat voivat kokea yhteydenpidon potilaan omaisiin joko myönteisenä tai kielteisenä (Sjöblom ym. 2005, 564). Hoitajat voivat tulkita läheisen ihmisen sairastumisen omaisissa synnyttämän ahdistuksen vihamielisyydeksi ja nähdä omaisten selviytymismekanismit sairastumisen kieltämisenä, kyvyttömyytenä hyväksyä totuutta (Duhamel ym. 2009, 478).

Toisaalta ammattilaiset voivat kokea lojaalisuusristiriitaa, jos he kokevat, että asiakkaan ja omaisen toiveet ovat ristiriidassa (Lloyd & King 2003, 181) tai jos hoitajat kokevat, että omaiset kertovat heille tietoja, joista omainen ei haluaisi potilaalle kerrottavan. Tällöin ristiriitaa aiheuttaa hoitajan kokemus siitä, että tieto hyödyttäisi parhaan mahdollisen hoidon antamista, mutta ei koe voivansa käyttää sitä. Toisaalta ammattilaiset näkevät omaisten olevan tärkeä tietolähde sairastuneen asioissa. (Sjöblom ym 2005, 566, 568.)

Omaisten osallisuutta mielenterveyspalveluissa voidaan vahvistaa järjestämällä ammattilaisille koulutusta ja luomalla rakenteita omaisten huomioonpuute (Storm ym. 2011, 38.) Myös työpaikalla vallitseva yleinen positiivinen asenne omaisia ja perheitä kohtaan auttaa hoitajia suhtautumaan myönteisesti ja luomaan toimivampaa kommunikaatiota omaisten kanssa (Hoplock ym. 2019, 371). Avoimempi vuoropuhelu hoitajien, potilaan ja

omaisten kesken voi olla keino vähentää hoitajan kokemaa ristiriitaa ja vahvistaa omaisten kuulluksi tulemista (Sjöblom ym 2005, 568).

Tässä tutkielmassa palveluosallisuus liittyy omaisen ja palvelujärjestelmän väliseen suhteeseen ja vuorovaikutukseen. Palveluosallisuus rakentuu omaisen ja hoitotahon yhteistyön elementeistä, jotka osoittavat omaisten kokemustiedon huomioon ottamista ja kuulluksi tulemista, omaisten mahdollisuutta saada tietoa palveluista ja niiden pariin pääsemisen edellytyksistä sekä mahdollisuutta vaikuttaa palvelusuunnitteluprosesseihin ja vaikuttaa palveluiden toteuttamiseen ja sisältöihin.

Omaisten kokemusasiantuntijuutta palveluiden kehittämisessä ei tässä tutkielmassa käsitellä. Omaisen kokemusasiantuntijuus on mukana siltä osin, kuin sillä tarkoitetaan omaisen kokemustiedon huomiointia sairastuneen tilanteen yhteydessä eli omaisen mahdollisuutena vaikuttaa sairastuneen läheisen hoitoon.

4 Tutkimuskysymykset

1. Millainen on mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys?
2. Millainen on mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden ja palveluosallisuuden yhteys?
3. Millainen on mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden taso verrattuna suomalaisen väestön positiiviseen mielenterveyteen?

5 Aineisto ja menetelmät

Tässä luvussa esittelen tutkimusasetelman, tutkimuksen osallistujat, tutkimusaineiston sekä sen keruu- ja analyysimenetelmät

5.1 Aineisto

Tutkimusaineistona käytin Mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksen kyselyaineistoa (n=799). Mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimus toteutettiin osana valtakunnallista ESR-rahoitteista Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa - tutkimus- ja kehittämishanketta (2018–2021). Kyselyaineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä 1.9.-31.12.2019.

Kysely toteutettiin kaikille avoimena sähköisenä kyselynä, josta tiedotettiin kyselyn toteuttaneen kansalaisjärjestön sosiaalisen median kanavissa (facebook, instagram, twitter), joissa hyödynnettiin myös maksullista markkinointia. Tietoa jakoivat sometileillään myös sairaanhoitopiirit ja lisäksi tietoa tutkimuksesta jaettiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille suunnatuissa tilaisuuksissa sekä suoraan omaisille Recovery-hankkeen osatoteuttajien ja kyselyn toteuttaneen kansalaisjärjestön jäsenyhdistysten toimesta.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat ihmiset, joiden perheenjäsenellä tai muulla läheisellä ihmisellä on mielenterveyden haasteita. Tutkimukseen osallistuminen ei edellyttänyt, että läheisellä on mielenterveyden häiriön diagnoosia. Riitti, että vastaaja tuntee huolta läheisensä mielenterveydestä ja kokee tilanteen vaikuttavan myös omaan elämäänsä.

Kyselyyn vastanneista 90 prosenttia oli naisia. Vastaajien ikäjakauma oli 15–81 vuotta. Eniten vastaajia (27 %) oli 50–59-vuotiaiden ikäryhmässä. Vastaajista lähes puolet oli työvoiman ulkopuolella (eläkkeellä, työttömänä, opiskelijana, kotiäitinä/-isänä), työllisiä (kokopäivätyössä, osa-aikatyö, yrittäjäyys) oli 52 prosenttia vastaajista.

Mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksen yleisenä tavoitteena oli selvittää kokonaisvaltaisesti mielenterveysomaisten hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä, osallisuuden (ml. palveluosallisuuden) ja leimaantumisen kokemuksia sekä työn ja omaisroolin yhteensovittamista. Kysely sisälsi Likert-asteikollisia väittämiä ja avoimia kysymyksiä, joiden teemat liittyivät muun muassa vastaajan hyvinvointiin, sairastuneen

läheisen tilanteeseen sekä työn ja omaisroolin yhteensovittamiseen. Aineisto sisälsi kaikkiaan 116 muuttujaa.

5.2 Muuttujat

5.2.1 Positiivisen mielenterveyden mittari

Positiivista mielenterveyttä selvitettiin käyttämällä positiivisen mielenterveyden mittarin (Warwick-Edinburgh mental well-being scale) lyhyttä versiota (SWEMWBS), joka sisältää seitsemän väittämää: ”olen tuntenut itseni toiveikkaaksi”, ”olen tuntenut itseni hyödylliseksi”, ”olen tuntenut itseni rentoutuneeksi”, ”olen käsitellyt ongelmia hyvin”, ”olen ajatellut selkeästi”, ”olen tuntenut läheisyyttä ihmisiin”, ”olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista”. Jokaisesta kohdasta voi saada 1–5 pistettä, asteikolla ”ei koskaan”, ”harvoin”, ”silloin tällöin”, ”usein”, ”koko ajan”.

Analyysia varten muodostin positiivisen mielenterveyden mittarista summamuuttujan, jonka raakapistemäärä muodostetaan laskemalla yhteen kaikista seitsemästä osiosta saadut pisteet (7–35) ja painottamalla ne mittarin kehittäjän luoman taulukon mukaisesti (Tamminen 2022). Painotustaulukko liitteenä (Liite 3.). Tässä aineistossa positiivisen mielenterveyden mittarin sisäinen yhtenäisyys oli riittävä (Cronbachin alfa .834).

Analyysissä positiivisen mielenterveyden summamuuttujaa käytettiin sekä luokiteltuna että jatkuvana muuttujana. Luokiteltu muuttuja muodostettiin jakamalla summamuuttujan keskiarvojen perusteella kolmeen luokkaan: positiiviselta mielenterveydeltään kukoistavat (28–35 p), kohtalaiset (21–27) ja riutuvat (7–20 p). (Warwick Medical School i.a.)

5.2.2 Kuvailevan analyysin selittävät muuttujat

Kuvailevassa analyysissä käytin selittävinä muuttujina kotitalouden rakennetta, koulutustasoa, asuinpaikkaa tilastollisen kuntaryhmytyksen mukaan, omaissuhdetta (vastaajan suhde sairastuneeseen), työmarkkina-asemaa sekä ikää dikotomisena (työikäiset ja 65 vuotta täyttäneet) ja kymmenvuosittaisella jaolla. Selittävät muuttujat valitsin siten, että niiden mukaisesti on saatavilla kansallista vertailutietoa positiivisen mielenterveyden tasosta.

Suhdetta sairastuneeseen läheiseen selvitettiin kysymällä vastaajan suhdetta sairastuneeseen läheiseen kysymyksellä ”Mikä on suhteesi mielenterveyshäiriöön

sairastuneeseen läheiseesi?” Vastausvaihtoehdot olivat: ”Hän on minun lapseni”, ”Hän on minun vanhempani”, ”Hän on minun sisarukseni”, ”Hän on minun puolisoni”, ”Muu, mikä?”.

Kotitalouden rakennetta selvitettiin kysymällä ”Kenen / keiden kanssa asut?”.

Vastausvaihtoehdot olivat asun yksin, asun avio- / avopuolison kanssa, asun puolison ja lapsen / lasten kanssa, asun lapsen / lasten kanssa, asun vanhempani / vanhempieni kanssa, muu, mikä. Analyysiä varten näistä luotiin viisiluokkainen muuttuja: ”yhden hengen talous”, ”puoliso, ei lapsia”, ”puoliso ja lapsia”, ”asuu lapsen/lasten kanssa”, ”muu”.

Asuinpaikka selvitettiin pyytämällä vastaajaa kirjoittamaan asuinkuntansa. Vastaukset luokiteltiin Tilastokeskuksen tilastollisen kuntaryhmittelyn mukaisesti kolmiluokkaiseksi muuttujaksi: kaupunkimaiset kunnat, taajaan asutut kunnat ja maaseutumaiset kunnat.

Vastaajan koulutustasoa selvitettiin kysymällä ”Mikä on korkein koulutuksesi?”.

Vastausvaihtoehdot olivat ”kesken jäänyt kansa- tai peruskoulu”, ”kansakoulu”, ”peruskoulu”, ”ylioppilastutkinto”, ammattikoulu/ammattioppilaitos”, ”ammattikorkeakoulu tai vastaava aiempi opistoasteen tutkinto”, ”yliopisto- tai korkeakoulututkinto”. Analyysiä varten muodostettiin kolmiluokkainen muuttuja ”perusasteen koulutus”, ”toisen asteen koulutus”, ”korkea-asteen koulutus”.

Vastaajan työmarkkina-asemaa kysyttiin ”Mikä on työtilanteesi tällä hetkellä?”.

Vastausvaihtoehdot olivat ”olen kokopäiväisessä palkkatyössä”, ”olen osa-aikatyössä”, ”toimin yrittäjänä”, ”toimin maatalousyrittäjänä”, ”olen kotiäiti tai -isä”, ”opiskelen”, ”olen työttömänä”, ”olen eläkkeellä”, ”muu”. Analyysiä varten muodostettiin viisiluokkainen muuttuja: ”työssä”, ”työtön”, ”opiskelija”, ”eläkkeellä”, ”muu”

5.2.3 Logistisen regressioanalyysin selittävät muuttujat

Logistisessa multinomiaalisessa regressioanalyysissä selittävänä muuttujana käytin omaisen palveluosallisuutta osoittavasta summamuuttujasta tehtyä kolmiluokkaista muuttujaa sekä vastaajan ikää jatkuvana muuttujana.

Palveluosallisuus-summamuuttuja muodostui neljästä väittämästä: ”Olen tullut omaisena kuulluksi läheiseni hoitotaholla”, ”Olen saanut vaikuttaa läheiseni hoitoon”, ”Hoitotaho huomioi jaksamiseni ja hyvinvointini omaisena”, ”Saan hoitotaholta välineitä itseni /

perheeni jaksamisen tukemiseen”. Jokaisesta kohdasta voi saada 1–5 pistettä, asteikolla ”En lainkaan”, ”Heikosti”, ”Hyvin”, ”Kiitettävästi” ja ”En ole kokenut tarvetta tälle tiedolle”. Vastaajaa pyydettiin kunkin väittämän kohdalla valitsemaan vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa hänen kokemuksiaan yhteistyöstä mielenterveysongelmia omaavan läheisensä hoitotahon kanssa. Muuttujista muodostin summamuuttujan, jonka pistemäärä saatiin laskemalla yhteen kaikista neljästä väittämästä saadut pisteet (4–20). Tässä aineistossa palveluosallisuus-mittarin sisäistä yhtenäisyyttä osoittava Gronbachin alfa oli .866.

Palveluosallisuutta mittaavien kysymysten vastausvaihtoehdot 1–4 osoittavat omaisen kokemusta ammattilaisten toiminnasta. Viimeinen vastausvaihtoehto ”ei tarvetta” sen sijaan osoittaa omaisen kokemusta siitä, onko hänellä ollut tarvetta kyseiselle tiedolle tai tuelle. Sikäli vastausvaihtoehto ei ole samantasoinen muiden vastausvaihtoehtojen kanssa, jolloin summamuuttujaa tehtäessä se pitäisi merkitä puuttuvaksi tiedoksi. Toisaalta ”ei tarvetta” on kyselytutkimuksissa tyypillisen ”en osaa sanoa” -vastausvaihtoehdon kaltainen tarkasteltavasti ilmiöstä tärkeää tietoa antava vastaus, jota ei automaattisesti pidä käsitellä puuttuvana tietona. (Arhosalo ym, i.a.)

Vastausvaihtoehdon pois jättämistä tai sisällyttämistä summamuuttujaan arvioin tarkasti. Summamuuttujan muut kysymykset selvittävät omaisen kokemusta siitä, onko ammattilainen antanut vastaajalle hänen tarvitsemaansa tietoa tai tukea. Matalampi summa osoittaa, että vastaaja ei ole saanut tarvitsemaansa tietoa ja tukea eli hänen tiedon ja tuen tarpeensa on jäänyt täyttymättä. Vastaavasti vastaus ”ei tarvetta” osoittaa, että hänen tiedon ja tuen tarpeensa eivät ole jääneet täyttymättä.

Jos yksittäiset ”ei tarvetta” vastaukset olisivat saaneet arvon 0, olisi kyseisen vastaajan palveluosallisuus-summamuuttuja saanut matalamman arvon ja tuottanut oletuksen matalammasta palveluosallisuudesta ja tiedon ja tuen tarpeiden täyttymisen vajavaisuudesta. Vastaavasti antamalla ”ei tarvetta” vastauksille arvon 5 vastaajan palveluosallisuus-summamuuttuja sai korkeamman arvon, joka osoittaa korkeampaa palveluosallisuutta ja tilannetta, jossa tiedon ja tuen tarpeet eivät ole jääneet täyttymättä. Näin ollen vastausvaihtoehto ”Ei tarvetta” päädyttiin pitämään mukana analyysissä ja antamaan sille korkein arvo.

Analyysiä varten tein palveluosallisuus-summamuuttujasta kolmiluokkainen muuttuja jakamalla summamuuttujan keskiarvojen perusteella kolmeen luokkaan: matala

palveluosallisuus (4–9 p) kohtalainen palveluosallisuus (10–14 p) ja korkea palveluosallisuus (15–20 p).

Palveluosallisuus-summamuuttujan jakaumat ja palveluosallisuus-mittarin yksittäisten osioiden jakaumat esitetään liitteessä 4.

5.3 Menetelmät

Tutkimusaineiston analyysi alkoi positiivisen mielenterveyden summamuuttujan kuvailevilla analyyseillä. Laskin muuttujasta keskiarvot ja 95 % luottamusvälit koko aineistosta sekä omaissuhteen, kotitalouden rakenteen, asuinpaikan, koulutustason ja iän mukaan. Sen jälkeen jaoin positiivisen mielenterveyden summamuuttuja kolmeen luokkaan eli kukoistaviin, kohtalaisiin ja riutuviin positiivisen mielenterveyden mittarin keskiarvojen perusteella koko aineistosta sekä omaissuhteen, kotitalouden rakenteen, asuinpaikan, koulutustason ja iän mukaan. Lisäksi laskin positiivisen mielenterveyden mittarin yksittäisten osioiden keskiarvot koko aineistosta sekä omaissuhteittain. Positiivisen mielenterveyden summamuuttujan keskiarvojen eron tilastollista merkitsevyyttä testasin T-testillä kunkin selittävän muuttujan osalta korkeimman ja matalimman keskiarvon ryhmien välillä.

Vastemuuttujan eli positiivisen mielenterveyden yhteyttä selittävään palveluosallisuusmuuttujaan tarkastelin ristiintaulukoimalla ja vertaamalla odotettuja ja toteutuneita frekvenssejä. Ristiintaulukoinnilla voidaan selvittää, onko selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa (Mattila 2021.) Tässä tutkielmassa selvitin ristiintaulukoinnilla, onko positiivisen mielenterveyden jakauma erilainen palveluosallisuutensa matalaksi, kohtalaiseksi tai korkeaksi kokeneiden ryhmissä. Ristiintaulukoinnin tuloksen yleistettävyyttä perusjoukkoon testasin χ^2 -testillä, jonka vaatimukset täyttyivät: kaikki odotetut frekvenssit olivat suurempia kuin 1 ja korkeintaan 20 prosenttia odotetuista frekvensseistä oli arvoltaan pienempiä kuin viisi (Uhari & Nieminen, 2012, 198)

Tarkastelun kohteena olevien muuttujien tilastollinen analyysin tein multinomiaalisella logistisella regressioanalyysillä, jota käytetään vertaamaan luokiteltua vastemuuttujaa yhteen tai useampaan selittävään muuttujaan (Laerd Statistics i.a.) Logistinen regressio sopii tutkimusongelmiin, joissa vastemuuttuja on kaksi- tai useampiarvoinen

luokkamuuttuja. Logistisella regressioanalyysillä voidaan selvittää, mitkä tilastoyksiköiltä mitatut ominaisuudet kuvailevat vastemuuttujan osaryhmiä ja toisaalta erottavat ne parhaiten. Logistisessa mallissa tarkastellaan vastemuuttujan kuvaaman tapahtuman todennäköisyyttä tietyssä selitettävän muuttujan luokassa suhteessa vertailuluokkaan, jota kuvataan vetosuhteella. (Uhari & Nieminen 2012, 222–223.)

Lineaarinen regressioanalyysi ei tullut kyseeseen, koska positiivisen mielenterveyden summamuuttujan vinous oli .515. Muuttujan vinouden hyväksyttävyyys tarkastettiin jakamalla muuttujan vinous vinouden keskivirheellä. Jos osamäärä on $< |2|$), voidaan muuttuja katsoa keskiarvoihin perustuviin tilastollisiin analyyseihin soveltuvaksi (Hotulainen 2017). Tutkielman aineistossa positiivisen mielenterveyden summamuuttujan vinouden keskivirhe oli .087, joten vinous jaettuna vinouden keskivirheellä oli 5,9. Näin ollen muuttujan vinous ei sallinut keskiarvoihin perustuvaa tilastollista analyysiä.

Multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä vastemuuttujan tulee olla luokiteltu ja sen luokkien pitää olla toisensa pois sulkevia. Positiivisen mielenterveyden 3-luokkainen muuttuja täyttää nämä edellytykset. Selittävät muuttujat voivat olla jatkuvia tai luokiteltuja. Luokiteltuihin muuttujiin suhtaudutaan kategorisina, vaikka ne olisivat järjestysasteikollisia. (Laerd Statistics i.a.; Grönroos 2011, 241) Tässä tutkielmassa käytin selittävinä muuttujina palveluosallisuutta luokiteltuna muuttujana ja ikää jatkuvana muuttujana.

Multinomiaalinen logistinen regressio ei pääosin edellytä selittävien muuttujien normaalijakautuneisuutta jatkuvien muuttujien tapauksessa. Selittävien ja selitettävän muuttujan välillä tulee kuitenkin olla log-lineaarinen yhteys. Luokitellut muuttujat muutettiin dummy-muuttujiksi, jotka voidaan kaksiluokkaisina muuttujina tulkita jatkuviksi (Laerd Statistics i.a.) Tässä tutkielmassa vastemuuttujan (positiivinen mielenterveys) ja jatkuvan selittävän muuttujan (ikä) välinen korrelaatio on .079 (spearman) ja se on merkitsevä merkitsevyydestasolla 0.05, joten muuttujien välillä voidaan katsoa olevan riittävä lineaarinen yhteys.

Selittävien muuttujien välillä ei saa esiintyä multikollinearisuutta eli selittävät muuttujat eivät saa korreloida ainakaan voimakkaasti keskenään. Palveluosallisuuden ja iän keskinäistä kollinearisuutta testattiin lineaarisen regressioanalyysin avulla.

Multikollinearisuutta osoittaa VIF-arvo, jonka ollessa 1 ei selittävien muuttujien välillä ole korrelaatiota ja arvon ollessa suurempi kuin 5 katsotaan selittävien muuttujien välisen

korrelaation olevan niin vahvaa, että regressioanalyysin tulokset olisivat epäluotettavia (Laerd Statistics i.a.). Taulukosta 2 nähdään, että mallin selittävillä muuttujilla VIF arvo on lähellä arvoa 1, joka osoittaa, että multikollinearisuus ei ole ongelma tässä regressiomallissa.

Taulukko 2. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin selittävien muuttujien multikollinearisuus

Selittävä muuttuja	VIF arvo
Palveluosallisuus	1,002
Ikä	1,002

Logistisen multinomiaalisen regressioanalyysin mallissa 1 tarkastelin selitettävän muuttujan (positiivinen mielenterveys) ja palveluosallisuuden yhteyksiä. Mallin ensimmäinen rivi tarkasteli palveluosallisuuden tason jakaumaa riutuvien ja kohtalaisten välillä, ja mallin toinen rivi tarkasteli palveluosallisuuden tason jakaumaa kukoistavien ja kohtalaisten välillä). Vastemuuttujan referenssiluokkana toimi kohtalainen mielenterveys. Selittävän palveluosallisuus-muuttujan referenssiluokkana toimi korkea palveluosallisuus. Malliin 2 otin mukaan vastaajan iän jatkuvana muuttujana. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Analyysissä käytetyn logistisen multinomiaalisen regression mallit.

Malli 1	Rivi 1	Matala positiivinen mielenterveys (ref. kohtalainen positiivinen mielenterveys) vs. palveluosallisuus
	Rivi 2	Korkea positiivinen mielenterveys (ref. kohtalainen positiivinen mielenterveys) vs. palveluosallisuus
Malli 2	Rivi 1	Matala positiivinen mielenterveys (ref. kohtalainen positiivinen mielenterveys) vs. palveluosallisuus +ikä
	Rivi 2	Korkea positiivinen mielenterveys (ref. kohtalainen positiivinen mielenterveys) vs. palveluosallisuus +ikä

Aineiston analysointiin käytin IBM SPSS Statistics 28 -ohjelmaa.

5.4 Katoanalyysi ja puuttuvien tietojen käsittely

Aineiston tarkastelussa havaitsin puuttuvia havaintoja sekä vastemuuttujassa että selittävässä muuttujassa. Kuvaan seuraavassa katoanalyysiä sekä puuttuvien havaintojen käsittelyä.

Puuttuvien havaintojen poistaminen tuloksista voi vääristää tuloksia, jos puuttuvat havainnot eivät jakaudu satunnaisesti (Mattila i.a.). Tämän vuoksi tarkistin ennen havaintojen poistamista puuttuvien tietojen jakaumat ristiintaulukoimalla ja testaamalla khiin neliö -testillä ovatko yksittäiset puuttuvat havainnot kertyneet tiettyihin tutkimuksen kannalta mielenkiintoisiin ryhmiin.

Vastemuuttujana käyttämäni positiivisen mielenterveyden mittarin kaikkiin kysymyksiin oli vastannut 97,8 prosenttia vastaajista (n=787). Puuttuvia yksittäisiä havaintoja oli kaikkiaan 17 ja ne jakautuivat 12 vastaajalle: 1,4 prosentilla vastaajista (n=11) puuttui yksi havainto positiivisen mielenterveyden mittarista 0,1 prosentilla vastaajista (n=1) puuttui kuusi havaintoa positiivisen mielenterveyden mittarista.

Positiivisen mielenterveyden mittarin osalta yksittäisiin kysymyksiin vastaamatta jättäneissä olivat painottuneet 65–81-vuotiaat, ero oli lievästi tilastollisesti merkitsevä (p .034). Myös pelkän perusasteen koulutuksen saaneilla oli useammin puuttuvia havaintoja, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. (Liite 5.)

Positiivisen mielenterveyden mittari on validoitu mittari. Sen osalta ei löytynyt ohjetta puuttuvien havaintojen korvaamisesta, joten päätin poistaa aineistosta kokonaan ne henkilöt (n=12), joilla oli puuttuvia vastauksia positiivisen mielenterveyden mittarin kysymyksissä. Koska puuttuvien havaintojen vuoksi poistettujen vastaajien määrä oli pieni, eikä niiden jakautumisessa eri vastaajaryhmiin ollut tilastollista merkitsevyyttä muuten kuin lievällä tasolla puuttuvien havaintojen painottumisessa 65–81-vuotiaisiin, ei puuttuvien havaintojen voi katsoa vääristävän aineistoa ja tuloksia merkittävästi. Poiston myötä analyysissä käytettävän positiivisen mielenterveyden mittarin n=787.

Selittävässä muuttujassa käytetyn palveluosallisuus-summamuuttujan kaikki kysymyksen tyhjäksi jättäneitä oli 210. Palveluosallisuusmuuttujan osalta vastaamatta jättäneet poikkesivat taustatiedoiltaan vastanneista läheisen sairastumisen keston ja sairastuneen läheisen tarvitseman avun useuden suhteen. Palveluosallisuus-summamuuttujan kysymyksiin olivat jättäneet hieman useammin vastaamatta sellaiset vastaajat, joiden

läheisen sairaus oli kestänyt 8 vuotta tai enemmän. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = .003$). Jonkin verran enemmän palveluosallisuus-kysymyksiin olivat jättäneet vastaamatta myös ne vastaajat, joiden läheinen tarvitsee heidän apuaan harvoin tai ei lainkaan. Ero oli lievästi tilastollisesti merkitsevä ($p = .046$).

Oli nähtävissä, että matalamman koulutusasteen vastaajat olivat jättäneet palveluosallisuutta selvittäviin kysymyksiin vastaamatta hieman useammin kuin korkeakoulutetut. Lisäksi 65–81-vuotiaissa oli jonkin verran enemmän ei-vastanneita kuin vastanneita, ja 45–64-vuotiaissa vastanneita oli enemmän kuin ei-vastanneita. Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Lisäksi selittävässä muuttujassa oli yksittäisiä puuttuvia havaintoja neljällä vastaajalla. Yksittäisten puuttuvien havaintojen osalta päädyin käyttämään puuttuvien havaintojen korvaamisessa vastaajan muiden palveluosallisuus-muuttujan vastausten keskiarvoa. Tähän puuttuvien havaintojen käsittelytapaan päädyttiin, koska kyseisten henkilöiden muissa palveluosallisuus-muuttujan vastauksissa ei ollut juurikaan vaihtelua. Ne vastaajat, joilta puuttui kaikki palveluosallisuusmuuttujan vastaukset ($n=210$), poistettiin aineistosta. Näin ollen monimuuttuja-analyyseissä käytetyn selittävän muuttujan $n=577$.

5.5 Tutkimuseettiset kysymykset

Noudatin tutkimuksen teossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkittaville kerrottiin viestintämateriaaleissa sekä kyselyn verkkosivulla aineiston anonymisoinnista, luottamuksellisesta käsittelystä ja säilyttämisestä, sekä tulosten esittämisestä siten, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa. Viestinnässä tuotiin esiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkittavien suostumus heidän antamiensa vastausten käyttöön tutkimuksessa varmistettiin kyselylomakkeen lopussa kysymyksellä, johon vastaaminen oli pakollista. (Liite 1). Yksitoista kyselyyn vastannutta henkilöä ilmoitti, ettei hänen vastauksiaan saa käyttää tutkimuksessa. Näiden henkilöiden vastaukset poistettiin aineistosta.

Tutkielman tekijänä pohdin ja arvioin tarkasti koko prosessin ajan omaa rooliani neutraalina tutkijana. Olen tehnyt pitkään järjestölähtöistä vaikuttamistyötä tutkimusaiheen parissa, joten minun oli tutkijana oltava jatkuvasti tietoinen ja arvioitava puolueettomuutta aineiston analysoinnissa ja erityisesti varottava tulosten tarkoitushakuista tulkintaa.

6 Tulokset

Tässä luvussa esittelen tutkielmani tulokset. Aloitan tulosten esittelyn positiivisen mielenterveyden keskiarvojen ja 95 % luottamusvälien kuvaamisella koko aineistossa sekä taustamuuttujittain. Sen jälkeen esittelen vastaajien jakaumat matalan, kohtalaisen ja korkean positiivisen mielenterveyden luokkiin koko aineistossa ja taustamuuttujittain. Etenen kuvaamalla positiivisen mielenterveyden yksittäisten osioiden keskiarvot ja 95 % luottamusvälit koko aineistossa sekä eri omaissuhteissa. Viimeiseksi esittelen logistinen multinomiaalisen regressionalyysin tuloksia positiivisen mielenterveyden ja palveluosallisuuden yhteydestä.

6.1 Mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys

Tässä luvussa esittelen mielenterveysomaisten positiivista mielenterveyttä keskiarvoina, luokiteltuina matalan, kohtalaisen ja korkean positiivisen mielenterveyden luokkiin, sekä positiivisen mielenterveyden yksittäisten osioiden keskiarvoina. Tulokset esitetään taulukossa 4.

Koko aineistossa mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveyden keskiarvo oli 21,5. Vahvinta positiivinen mielenterveys oli 60–69-vuotiailla (22,0) ja heikointa 20–29-vuotiailla (20,8). Positiivinen mielenterveys 65 vuotta täyttäneillä hieman korkeampi (22,0) kuin työikäisillä (21,4).

Työmarkkina-aseman mukaisesti tarkasteltuna positiivinen mielenterveys oli matalinta opiskelijoilla (19,9) ja korkeinta työssäkäyvillä (21,8) Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (<.001). Koulutustason mukaan positiivinen mielenterveys oli matalinta perusasteen suorittaneilla (20,0) ja korkeinta korkea-asteen suorittaneilla (21,7). Ero oli tilastollisesti merkitsevä (.001). Eri omaissuhteista positiivinen mielenterveys oli korkein niillä, jotka olivat sairastuneiden lapsia (22,5) ja matalin vanhemmilla, joiden lapsi sairastaa (21,3). Ero oli tilastollisesti merkitsevä (.007)

Kotitalouden rakenne mukaan korkeinta positiivinen mielenterveys oli niillä, jotka asuivat puolison kanssa ilman lapsia (21,9) ja matalinta vastausvaihtoehdon muu valinneilla (20,4). Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä (.033). Yhden hengen taloudessa asuvien positiivinen mielenterveys toiseksi matalinta (21,3). Positiivinen mielenterveys oli vahvinta maaseutumaisissa kunnissa asuvilla (22,0) ja matalinta kaupunkimaisissa kunnissa asuvilla (21,4). Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 4. Mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden keskiarvot ja 95 % luottamusvälit

	keskiarvo	95 % luottamusväli	t-testi
Koko aineisto (n=783)	21,51		
18–64 v (n=	21,43		
65 v täyttäneet	21,97		
20–29 v	20,75	19.80, 21.61	
30–39 v	21,57	20.93, 22.23	
40–49 v	21,40	20.91, 21.88	
50–59 v	21,46	21.05, 21.90	
60–69 v	21,97	21.43, 22.47	
70–79 v	21,84	21.05, 22.87	
Työmarkkina-asema			<.001 (-1.29, -.042)
Työssä	21,81	21.49, 22.14	
Eläkkeellä	21,55	21.07, 22.04	
Muu	21,12	20.33, 21.91	
Työtön	21,10	20.04, 22.16	
Opiskelija	19,88	18.91, 20.86	
Koulutustaso			.001 (-2.8, -.712)
Korkea-asteen koulutus	21,73	21.43, 22.03	
Toisen asteen koulutus	21,41	20.95, 21.87	
Perusasteen koulutus	19,97	18.84, 20.10	
Omaissuhde			.007 (-2.06, -.32)
Sairastuneen lapsi	22,47	21.47, 23.46	
Sairastuneen sisarus	21,97	21.06, 22.89	
Muu sairastuneen läheinen	21,97	20.72, 23.21	
Sairastuneen puoliso	21,41	20.90, 21.92	
Sairastuneen vanhempi	21,28	20.98, 21.58	
Kotitalouden rakenne			.033 (-2.90, -.121)
Puoliso, ei lapsia	21,93	21.56, 22.30	
Yksinhuoltaja, asuu lasten kanssa	21,53	20.49, 22.57	
Puoliso ja lapsi(a)	21,39	20.94, 21.84	
Yhden hengen talous	21,26	20.74, 21.79	
Muu kotitalouden rakenne	20,42	18.79, 22.04	
Tilastollinen kuntaryhmittely			.255 (-1.45, .385)
Maaseutumaiset kunnat	21,96	21.02, 22.90	
Taajaan asutut kunnat	21,49	21.75, 22.23	
Kaupunkimaiset kunnat	21,43	21.15, 21.71	

Positiivisen mielenterveyden arvoja tarkasteltiin myös kolmiluokkaisen jaon mukaisesti koko aineistossa sekä vastaajan iän, työmarkkina-aseman, koulutustason, omaisuuden, asuinpaikan ja kotitalouden rakenteen mukaisesti. (Taulukko 5.)

Kaikista vastaajista 40 prosenttia oli mielenterveydeltään riutuvia ja 4,7 prosenttia oli kukoistavia. Ikäryhmittäin tarkasteltuna eniten kukoistavia oli 60–69-vuotiaiden ryhmässä (7 %) ja vähiten 40–49-vuotiaiden ryhmässä (3 %). Riutuvia oli vähiten 70–79-vuotiaissa (34 %) ja eniten oli 20–29-vuotiaissa (48 %).

Työmarkkina-aseman mukaisesti eniten kukoistavia oli työssäkäyvissä (6 %) ja vähiten opiskelijoissa (0 %), joissa vastaavasti oli riutuvia eniten (55 %). Vähiten riutuvia oli työssäkäyvissä (38 %). Koulutustason mukaisesti kukoistavien määrä perusasteen ja korkea-asteen koulutuksen saaneissa oli saman verran (5 %), ja eniten kukoistavia oli toisen asteen koulutuksen saaneissa (5 %). Riutuvia oli vähiten korkea-asteen koulutetuissa (39 %) ja eniten perusasteen koulutuksen käyneissä (55 %).

Omaisuuden perusteella tarkasteltaessa mielenterveydeltään kukoistavia oli eniten ryhmässä muut omaiset (10 %) ja vähiten vanhemmissa, joiden lapsi sairastaa (4 %). Mielenterveydeltään riutuvia oli eniten vanhemmissa, joiden lapsi sairastaa (44 %) ja vähiten sairastuneiden lapsissa 31 %). Asuinpaikka vaikutti siten, että mielenterveydeltään kukoistavia eniten taajaan asutuissa (5 %) kunnissa ja vähiten maaseutumaisissa kunnissa (3 %). Toisaalta myös riutuvia oli maaseutumaisissa kunnissa vähiten (31 %) ja eniten kaupunkimaisissa kunnissa (43 %).

Kotitalouden rakenteen mukaisesti kukoistavia eniten lasten kanssa asuvissa yksinhuoltajissa (7 %) ja vähiten puolison kanssa asuvissa. Toisaalta puolison kanssa asuvissa oli vähiten myös mielenterveydeltään riutuvia (36%) ja eniten riutuvia oli vaihtoehdon muu kotitalouden rakenne valinneissa (48 %).

Taulukko 5. Positiiviselta mielenterveydeltään kohtalaiset, kukoistavat ja riutuvat mielenterveysomaiset taustatietojen mukaan jaoteltuna.

	Riutuvat	Kohtalaiset	Kukoistavat
Koko aineisto (n=783)	41	54	5
20-29 v (n=52)	48 %	48 %	4 %
30-39 v (n=118)	43 %	52 %	5 %
40-49 v (n=157)	43	54	3
50-59 v (n=214)	40	56	4
60-69 v (n=178)	38	56	7
70-79 v (n=68)	34	61	5
Työmarkkina-asema			
Työssä (n=409)	38	56	6
Eläkkeellä (n=212)	40	56	4
Työtön (n=34)	41	56	3
Muu (n=93)	45	51	4
Opiskelija (n=36)	61	39	0
Koulutustaso			
Korkea-asteen koulutus (n=493)	39	57	5
Toisen asteen koulutus (n=245)	41	54	5
Perusasteen koulutus (n=44)	55	41	5
Omaissuhde			
Sairastuneen lapsi (n=64)	31	63	6
Sairastuneen sisarus (n=74)	34	62	4
Muu sairastuneen läheinen (n=59)	36	54	10
Sairastuneen puoliso (n=163)	41	54	6
Sairastuneen vanhempi (n=423)	44	53	4
Kotitalouden rakenne			
Puoliso, ei lapsia (n=296)	36	61	4
Yhden hengen talous (n=177)	43	53	5
Yksinhuoltaja, asuu lasten kanssa (n=62)	44	50	7
Puoliso ja lapsi(a) (n=225)	44	51	5
Muu kotitalouden rakenne (n=23)	48	48	4
Tilastollinen kuntaryhmittely			
Maaseutumaiset kunnat (n=58)	31	66	3
Taajaan asutut kunnat (n=88)	40	56	5
Kaupunkimaiset kunnat (n=548)	43	53	4

Koko aineistossa positiivisen mielenterveyden mittarin yksittäisistä osioista korkein keskiarvo oli osiolla ”olen kyennyt tekemään omia päätöksiä” (3,87) ja matalin osiolla ”Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi” (2,74). (Taulukko 6.)

Positiivisen mielenterveyden mittarin yksittäisten osioiden kohdalla oli eroja eri omaissuhteiden välillä. Tilastollisesti merkitseviä (t-testi= .001) eroja oli toiveikkuudessa ja itsensä hyödylliseksi tuntemisessa. Toiveikkuus oli vähäisintä vanhemmilla, joiden lapsi oli sairastunut ja korkeinta niillä omaisilla, joiden sairastunut läheinen oli oma vanhempi. Itsensä hyödylliseksi tuntemisessa oli vahvinta niillä, joiden puoliso oli sairastunut ja vähäisintä ryhmällä ”muu omainen”.

Tilastollisesti melkein merkitseviä eroja (t-testi= .034, .043) oli läheisyyden kokemisessa muihin ihmisiin ja kokemuksessa, että on kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista. Läheisyyden kokeminen oli korkeinta sairastuneiden sisaruksilla ja matalinta vanhemmilla, joiden lapsi on sairastunut. Kokemus, että on kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista, oli matalinta puoliso-omaisilla ja korkeinta sairastuneiden sisaruksilla.

Taulukko 6. Positiivisen mielenterveyden mittarin yksittäisten osioiden keskiarvot ja 95 % luottamusvälit, koko aineistossa ja omaissuhteittain

	Koko aineisto	Sairastuneen vanhempi	Sairastuneen lapsi	Sairastuneen sisarus	Sairastuneen puoliso	Muu sairastuneen läheinen	t-testi
Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista	3.87 (3.81, 3.93)	3.86 (3.78, 3.94)	3.91 (3.67, 4.13)	4.03 (3.82, 4.22)	3.82 (3.68–3.95)	3.83 (3.59–4.07)	.043*
Olen ajatellut selkeästi	3.56 (3.50, 3.61)	3.52 (3.45, 3.60)	3.67 (3.45, 3.88)	3.53 (3.34, 3.72)	3.56 (3.45, 3.67)	3.69 (3.47, 3.92)	.314
Olen tuntenut itseni hyödylliseksi	3.54 (3.48, 3.60)	3.55 (3.48, 3.63)	3.55 (3.33, 3.77)	3.49 (3.24, 3.72)	3.63 (3.50, 3.77)	3.32 (3.08–3.56)	.001***
Olen tuntenut läheisyyttä ihmisiin	3.46 (3.4, 3.53)	3.39 (3.30, 3.48)	3.56 (3.33, 3.78)	3.7 (3.49, 3.93)	3.47 (3.32–3.61)	3.54 (3.29, 3.80)	.038*
Olen käsitellyt ongelmia hyvin	3.24 (3.18, 3.3)	3.21 (3.13, 3.29)	3.53 (3.31, 3.72)	3.23 (3.04, 3.39)	3.13 (3.01, 3.26)	3.42 (3.19, 3.66)	.051
Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi	3.16 (3.1, 3.22)	3.08 (3.00, 3.15)	3.45 (3.20, 3.70)	3.31 (3.11, 3.5)	3.17 (3.04, 3.29)	3.22 (2.98–3.47)	.001***
Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi	2.74 (2.67, 2.80)	2.69 (2.61, 2.77)	2.92 (2.70, 3.13)	2.84 (2.64, 3.03)	2.69 (2.57, 2.82)	2.86 (2.63–3.10)	.070

6.2 Positiivisen mielenterveyden ja palveluosallisuuden yhteys

Tässä luvussa esittelen mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden ja palveluosallisuuden välistä yhteyttä, jota testasin logistisella multinomiaalisella regressioanalyysillä. Koska vastemuuttuja oli kolmiluokkainen niin tulokset esitetään kahtena regressiokertoimien rivinä. Ensimmäisen kerroinrivi edustaa mielenterveydeltään riutuvien vertailua vertailuluokkanaan toimineeseen kohtalaiseen positiiviseen mielenterveyteen. Toinen kerroinrivi edustaa mielenterveydeltään kukoistavien vertailua vertailuluokkaan. Logistisen regressioanalyysin tulokset esitetään taulukossa 7.

Logistisessa regressioanalyysissä suuret positiiviset arvot viittaavat suurempaan riskiin ja negatiiviset arvot viittaavat pieneen riskiin. Nämä esitetään kuitenkin yleensä OR-lukuina (regressiokertoimen antilogaritmi), jolloin ne voidaan tulkita kertoimina – alle 1 tarkoittaa alempaa ja yli 1 korkeampaa riskiä. (Uhari & Nieminen 2012, 225.) Matala palveluosallisuus lisäsi matalan positiivisen mielenterveyden todennäköisyyttä. Omainen on todennäköisemmin mielenterveydeltään riutuva kuin kohtalainen, jos palveluosallisuus on matala (OR=2.53; 1.21, 5.29). Riski matalaan mielenterveyteen oli 2,5ertainen verrattuna riskiin olla mielenterveydeltään kohtalainen, jos palveluosallisuus oli matala. Riski vahvistui hieman, kun ikä vakioitiin (OR=2.64;1.26, 5.54).

Matala palveluosallisuus vähensi korkean mielenterveyden todennäköisyyttä. Omainen on vähemmän todennäköisesti mielenterveydeltään kukoistava kuin mielenterveydeltään kohtalainen, jos palveluosallisuus matala. Iän vakiointi lisäsi hieman todennäköisyyttä korkeaan positiiviseen mielenterveyteen, mutta vetosuhde pysyi edelleen alle 1 tasolla (OR=.291;.110, .725)

Logistisen regressiomallin selitystasetta ei voida arvioida tavanomaisen regressioanalyysin R² -suureella (Ketokivi 2015, 169.) Multinomiaalisessa logistisessa regressiossa sitä, paljonko malli selittää vastemuuttujan varianssista voidaan tarkastella pseudo R-square -mittareilla (mm. Nagelkerke ja McFadden) tai lopullisen mallin todennäköisyssuhdetestin (likelihood ratio test/ 2 log likelihood reduced model) avulla. Mitään näistä ei kuitenkaan voi tulkita suoraan prosentuaalisena selitysosuutena, kuten lineaarisen regressioanalyysin selitystasetta. (Kaakinen & Ellonen i.a.; Laerd Statistics i.a.)

Nagelkerken Pseudo R^2 osoittaa sen, missä määrin mallin parametrit ovat parempia kuin perusmallissa (UCLA i.a.) Nagelkerken R^2 voi saada arvon välillä 0–1 ja mitä lähempänä selitysaste on arvoa 1, sen parempi se on. Tässä tutkielmassa mallin 1 Nagelkerke oli .033 ja mallin 2 selitysaste oli .054 eli hyvin matala (Kaakinen & Ellonen i.a.) McFaddenin Pseudo R^2 :lla voi verrata kahta samalla tiedolla tehtyä mallia, jolloin suurempi arvo osoittaa suurempaa todennäköisyyttä (UCLA i.a.). Mallin 1 sai McFaddenin arvoksi .016 ja malli 2 arvo oli .022, joka osoittaa, että mallin kaksi selitysvoimaa oli parempi kuin mallin 1, mutta molemmissa kuitenkin varsin matala.

Mallin kokonaismittariksi sopii myös SPSS:n tulostama (Model Fitting Information - taulukko) todennäköisyssuhdetesti (Laerd i.a.). Final-rivin merkitsevyysarvo osoittaa ennustaako koko malli tilastollisesti merkitsevästi vastemuuttujan paremmin kuin perusmalli. Malli 1 osalta p .003 osoittaa, että malli ennustaa merkitsevästi paremmin vastemuuttujaa kuin pelkkä leikkauspistemalli. Malli 2 osalta p-arvo oli .001, joten iän lisääminen vahvasti mallin kykyä ennustaa vastemuuttujan jakaumaa paremmin kuin pelkkä perusmalli ja ero on tilastollisesti merkitsevä. Logistisen regressiomallin selitysasteen tulkinnassa käytetyt arvot nähtävissä taulukossa 7.

Taulukko 7. Palveluosallisuuden ja iän yhteys positiiviseen mielenterveyteen, multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi

		Malli 1		Malli 2	
		OR	95 % lv	OR	95 % lv
Mielenterveydeltään riutuvat (ref. mielenterveydeltään kohtalaiset)	Matala palveluosallisuus (4–9 p), ref. korkea	2.532	1.213, 5.287	2.641	1.260, 5.537
	Kohtalainen palveluosallisuus (10–14 p), ref. korkea	2.133	.944, 4.820	2.199	.970, 4.986
	Ikä			.986	.974, .999
Mielenterveydeltään kukoistavat (ref. mielenterveydeltään kohtalaiset)	Matala palveluosallisuus (4–9 p), ref. korkea	.278	.104, .741	.291	.110, .725
	Kohtalainen palveluosallisuus (10–14 p), ref. korkea	.381	.112, 1.297	.376	.10, 1.281
	Ikä			1.010	.979, 1.041
		p		p	
Pseudo R-square	Nagelkerke	.033		.054	
	McFadden	.016		.022	
2 log likelihood of reduced model	vakio	26,91		439,38	
	Palveluosallisuus	42,69		456,06	
	Ikä			445,14	
Model fitting information	Vakio	42,69		460,91	
	final	26,91		439,38	

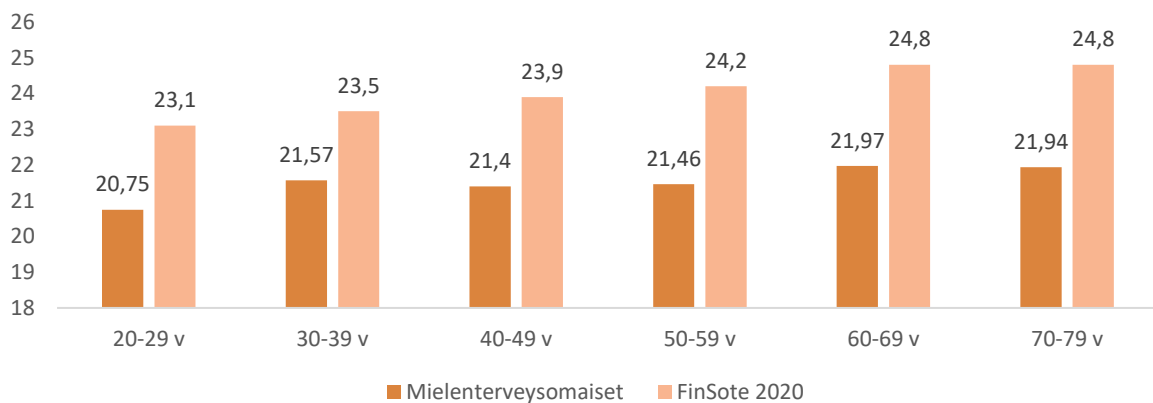
7 Johtopäätökset

Tässä luvussa esitän tutkielmani johtopäätökset. Ensin tarkastelen tutkielman tuloksia suomalaisen väestön positiivisesta mielenterveydestä tehtyyn tutkimukseen. Sen jälkeen pohdin tutkielman tulosten terveystieteellistä merkitystä. Lopuksi pohdin tutkielman rajoitteita, tutkimusetiikkaa ja esittelen joitakin tutkielman tulosten pohjalta nousseita jatkotutkimustarpeita.

7.1 Vertailu väestön positiiviseen mielenterveyteen

Positiivisen mielenterveyden keskiarvo tässä aineistossa oli 21,5, kun FinSote 2019 - tutkimuksessa suomalaisen väestön positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli 24,2 (Hedman ym 2021). Mielenterveysomaisten hyvinvointi on aiemmin muilla mittareilla todettu olevan sekä masennuksen että tyytyväisyyden osalta selvästi väestön hyvinvointia matalampaa (Nyman & Stengård 2005, 47), ja tilanne vaikuttaa olevan edelleen samansuuntainen.

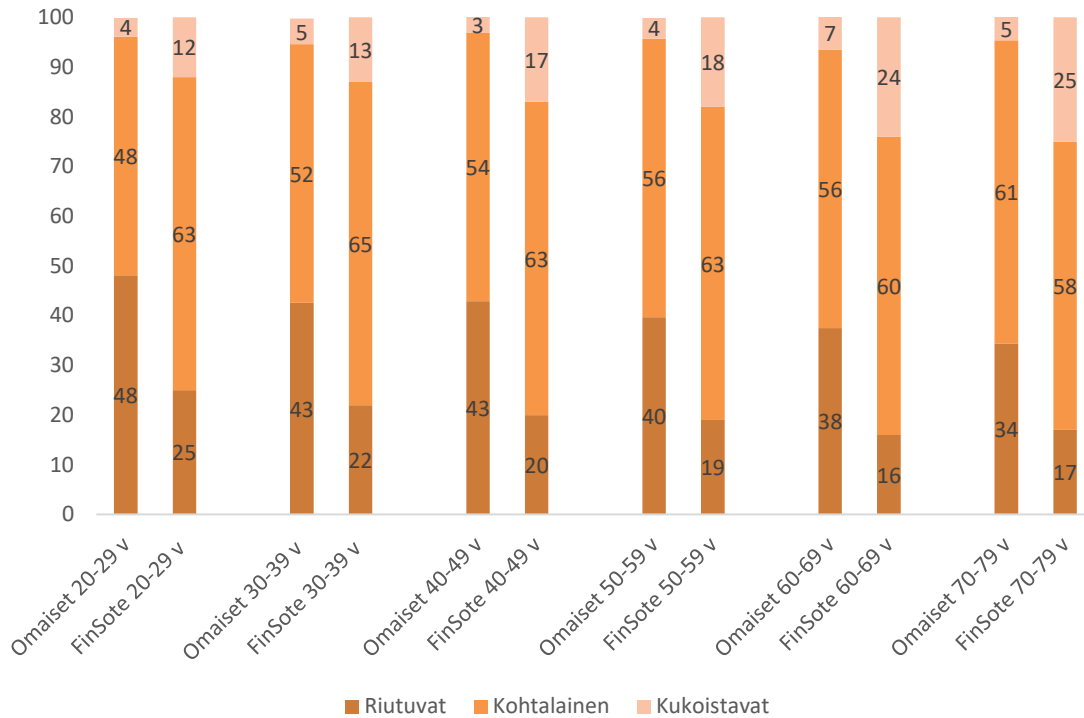
Mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys on väestön positiivista mielenterveyttä matalampaa kaikissa ikäryhmissä (Kuvio 1.). Matalinta positiivinen mielenterveys oli 20–29-vuotiailla mielenterveysomaisilla, aivan kuten koko väestötasolla FinSote 2020-aineistossa, jossa positiivinen mielenterveys oli matalinta 20–29-vuotiailla ja vahvistu iän lisääntyessä, ollen korkeinta 60–79-vuotiailla (Suvisaari ym. 2021a). Mielenterveysomaisilla positiivinen mielenterveys ei vahvistunut samalla tavalla lineaarisesti iän mukana, vaan 40–49-vuotiailla ja 50–59-vuotiailla positiivinen mielenterveys on matalampaa kuin 30–39-vuotiailla.



Kuvio 1. Mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden mittarin (SWEMWBS) keskiarvon vertailu ikäryhmittäin suomalaisen väestön keskiarvoihin FinSote 2020 -tutkimuksessa.

Mielenterveysomaisten ja suomalaisen väestön osalta eroja näkyy myös mielenterveydeltään kukoistavien, kohtalaisten ja riutuvien jakaumassa. Mielenterveysomaisista noin 40 prosenttia oli mielenterveydeltään riutuvia ja vajaa viisi prosenttia oli kukoistavia. FinTerveys 2017 -seurantatutkimuksessa kukoistavia oli 16 prosenttia ja riutuvia 13 prosenttia suomalaisesta väestöstä (Suvisaari ym 2021b). FinTerveys 2017 on tehty positiivisen mielenterveyden mittarin pitkällä versiolla (WEMWBS), joten näitä tuloksia ei luokiteltuunakaan voi täysin vertailla, mutta ero osoittaa viitteitä selkeästä erosta positiivisen mielenterveyden tasossa mielenterveysomaisten ja väestön välillä. FinSote 2020 -tutkimuksessa käytettiin positiivisen mielenterveyden mittarin lyhyttä versiota ja sen ikäryhmittäin raportoitujen tulosten (kuvio 2.) perusteella koko väestössä riutuvia on noin 20 prosenttia ja kukoistavia noin 18 prosenttia.

Ero mielenterveydeltään kukoistavien, kohtalaisten ja riutuvien määrissä suomalaisen väestön FinSote 2020 -aineistossa (Suvisaari 2021a) ja mielenterveysomaisten välillä näkyy myös ikäluokittaisessa tarkastelussa, jossa havaintaan, että mielenterveydeltään riutuvien osuus on mielenterveysomailla kaikissa ikäryhmissä vähintään kaksinkertainen väestöön verrattuna (Kuvio 2.). Suurin ero riutuvien määrässä on 40–49-vuotiaissa (23 prosenttiyksikköä) ja pienin 70–79-vuotiaissa (17 prosenttiyksikköä). Myös mielenterveydeltään kukoistavien osuus on kaikissa ikäryhmissä pienempi mielenterveysomaisissa kuin väestössä keskimäärin. Suurin ero kukoistavien määrässä mielenterveysomaisten ja väestön välillä oli 70–79-vuotiaissa (20 prosenttiyksikköä) ja pienin 20–29-vuotiaissa sekä 30–39-vuotiaissa (8 prosenttiyksikköä). Kohtalaisen mielenterveyden omaavien määrä oli väestön tasoa matalampaa kaikissa muissa ikäryhmissä paitsi 70–79-vuotiaissa, jossa kohtalaisen mielenterveyden omaavien mielenterveysomaisten määrä oli 3 prosenttiyksikköä suurempi kuin väestössä.



Kuvio 2. Positiiviselta mielenterveydeltään riutuvien, kohtalaisten ja kukoistavien erot suomalaisessa väestössä ja mielenterveysomaisissa.

Sekä mielenterveysomaisilla että suomalaisessa väestössä on havaittavissa eroja positiivisen mielenterveyden tasossa muun muassa kotitalouden rakenteen ja työmarkkina-aseman mukaisesti.

Korkeinta positiivinen mielenterveys oli niillä mielenterveysomaisilla, jotka asuivat puolison kanssa ilman lapsia. Puolison kanssa asumisen näyttäisi tukevan positiivista mielenterveyttä esimerkiksi luotettavan henkilön läsnäolon ja sosiaalisen tuen toteutumisen kautta (Hedman ym 2021, 4). Toiseksi korkeinta positiivinen mielenterveys oli tämän tutkielman aineistossa yksinhuoltajilla, joilla oli hieman korkeampi positiivinen mielenterveys kuin puolison ja lapsen/lasten kanssa asuvilla. Tämä poikkeaa väestötason tuloksista, joissa positiivinen mielenterveys oli vahvinta puolison tai puolison ja vähintään yhden lapsen kanssa asuvilla (Hedman ym 2021).

Mielenterveysomaisille aiemmin tehdyssä tutkimuksessa on havaittu, että mielenterveysomaisen omalta lähipiiriltään saaman hyödylliseksi koettu tuki oli yhteydessä korkeampaan positiiviseen mielenterveyteen (Jurvansuu & Ringbom,

2020) ja perheen voimavarakseen kokevien masennusoireilu on vähäisempää (Stengård 2005, 42).

Tässä aineistossa puolison kanssa asuvissa mielenterveydessä oli vähiten mielenterveydeltään riutuvia, mutta myös vähiten mielenterveydeltään kukoistavia. Tätä voi selittää se, että osa puolison kanssa asuvista on sellaisia, joilla puoliso on sairastunut ja näiden vastaajien, joiden puoliso on sairastunut, oli positiivinen mielenterveys toiseksi matalinta. Aiemmissä tutkimuksissa niiden mielenterveysomaisten, joiden puoliso on sairastunut, hyvinvointi on todettu matalammaksi kuin muilla omaisryhmillä (FinFami 2015, 21).

Kotitalouden rakenteen mukaan vaihtoehdon muu kotitalouden rakenne valinneilla positiivisen mielenterveyden kokemus oli matalinta. Heistä lähes puolet oli mielenterveydeltään riutuvia. Samankaltainen tulos saatiin FinSote 2019 -aineistolla, jossa tämän vastaajaryhmän heikomman positiivisen mielenterveyden taustalla nähtiin se, että heissä voi olla esimerkiksi vanhempien luona asuvia tai soluasunnossa (useamman kuin yhden perheen tai ystävien jakama talous) asuvia, joilla voi olla matalampi sosioekonominen asema, joka voisi selittää matalampaa positiivista mielenterveyttä (Hedman ym 2021).

Työmarkkina-aseman mukaan positiivinen mielenterveys oli korkeinta työssäkäyvillä mielenterveysomaisilla. Hedman ym (2021) saivat samankaltaisen tuloksen väestötasolla ja tuloksen esitettiin johtuvan työn ja työyhteisön tarjoamasta mahdollisuudesta yhteisöllisyyden ja merkityksellisyyden kokemukseen, sekä työn tuomaan parempaan taloudelliseen tilanteeseen. Tämä lienee osuva selitys myös mielenterveysomaisten kohdalla, sillä aiempi tutkimus on osoittanut, että osalle mielenterveysomaisista työ on ainoa paikka, jossa voi hetkeksi irtautua raskaasta omaistilanteesta (Martin & Kallunki 2020). Toisaalta myös työssäkäyvien mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli matalampi kuin väestöllä keskimäärin, joka voi johtua siitä, että monilla mielenterveysomaisilla hyvinvointia heikentää vaikeus yhdistää työtä ja omaisroolia (mm. Martin & Vuorio 2022b; Kallunki 2020b)

Heikointa positiivinen mielenterveys oli niillä, jotka olivat ilmoittaneet työmarkkina-asemakseen opiskelija. Heillä positiivisen mielenterveyden keskiarvo oli matalin, heissä oli mielenterveydeltään riutuvia enemmän kuin muissa ryhmissä eikä heissä

ollut lainkaan kukoistavia. Tulos poikkeaa väestöntason tuloksista, joissa positiivinen mielenterveys on ollut heikointa työttömällä (Hedman ym. 2021). Tämän tutkielman aineistossa opiskelijoista puolet oli 20–29-vuotiaita, joilla positiivinen mielenterveys oli matalinta ja lähes puolet ikäryhmästä oli mielenterveydeltään riutuvia. Neljännes opiskelijoista oli 40–49-vuotiaita, jotka olivat aineistossa positiiviselta mielenterveydeltään toiseksi matalin ryhmä, lisäksi ikäryhmästä 43 prosenttia oli positiiviselta mielenterveydeltään riutuvia. Väestötason tuloksista ei ole saatavilla tietoa opiskelijoiden ikäjakaumasta, joten iän mahdollista vaikutusta eroon mielenterveysomaisten ja väestön välillä ei voi arvioida. Matala palveluosallisuus voisi osin selittää opiskelijoiden heikkoa positiivista mielenterveyttä – opiskelijoista 83 prosenttia asettui matalan palveluosallisuuden ryhmään, kun koko aineistossa luku oli 74 prosenttia.

Tässä aineistossa positiivinen mielenterveys oli korkeinta niillä, jotka ilmoittivat sairastuneen läheisen olevan heidän oma vanhempansa, ja heissä oli vähiten mielenterveydeltään riutuvia. Tulos vaikuttaa ensinäkemältä yllättävältä, kun tiedetään, että psyykkisesti sairastuneiden vanhempien lapsilla on kohonnut riski sairastua itse masennukseen, heistä 60 prosenttia masentuu itse 25 ikävuoteen mennessä (Paananen ym. 2012). Selitys löytyy siitä, että tämän tutkielman aineistossa nämä ns. lapsiomaiset ovat jo iäkkäämpiä – heistä lähes 80 prosenttia on 30–59-vuotiaita, joilla positiivisen mielenterveyden taso oli korkeampi kuin korkeampi kuin 20–29-vuotiailla. Iän lisäksi mahdollinen selitys korkealla positiiviselle mielenterveydelle voi tulla omaistilanteen kestosta. Usein omaiset kuvaavat pitkään kestävänsä omaistilanteen opettavan selviytymiskeinoja, jotka lisäävät resilienssiä (Ollonen 2020).

7.2 Mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys ja palveluosallisuus

Tutkielman tulokset osoittavat, että matala palveluosallisuus lisäsi matalan positiivisen mielenterveyden todennäköisyyttä. Jos palveluosallisuus on matala, on omainen 2,5 kertaa suuremmalla todennäköisyydellä positiiviselta mielenterveydeltään riutuva kuin kohtalainen.

Linjassa edellisen tuloksen kanssa on se, että matala palveluosallisuus pienensi korkean positiivisen mielenterveyden todennäköisyyttä. Jos palveluosallisuus on

matala, on omainen vähemmän todennäköisesti kukoistava kuin kohtalainen mielenterveydeltään.

Palveluosallisuudella ja positiivisella mielenterveydellä vaikuttaisi siis olevan yhteys, jossa matalampi palveluosallisuus liittyy matalampaan positiiviseen mielenterveyteen. Tämän tutkielman aineistolla yhteyden suuntaa ei voida osoittaa. On mahdollista, että hyvin toteutuva palveluosallisuus sairastuneen läheisen palveluissa parantaa mielenterveysomaisen positiivista mielenterveyttä. Toisaalta on mahdollista, että osa niistä omaisista, joiden positiivinen mielenterveys on matala, ovat läheisen sairastumisen tuottamassa hälytystilassa, jossa omaisen voi olla vaikea ottaa vastaan tietoa ja tukea sairastuneen läheisen hoitotalolta, ja he saattavat tulkita annetun tiedon ja tuen syyllistämisenä (Nordling 2020).

7.3 Mielenterveysomaisten palveluosallisuuden terveystieteellinen merkitys

Tutkielman tulokset osoittavat, että matala positiivinen mielenterveys on mielenterveysomaisilla kaksi kertaa yleisempää kuin suomalaisessa väestössä keskimäärin - mielenterveysomaisista 40 prosenttia ja väestöstä 20 prosenttia kuuluu matalan positiivisen mielenterveyden eli riutuvien luokkaan.

Riutuvien luokkaan kuuluvilla vakavan masennuksen riski on 2,5-kertainen kohtalaisten mielenterveyden omaaviin verrattuna ja lähes kuusinkertainen mielenterveydeltään kukoistavien ryhmään kuuluviin verrattuna. Vastaavasti korkea positiivinen mielenterveys vaikuttaisi suojaavan mielen sairaudelta ja jo positiivisen mielenterveyden nouseminen riutuvasta kohtalaiseksi vähentää mielenterveys sairauden riskiä. Positiivisen mielenterveyden taso on mielenterveyden häiriöiden lisäksi yhteydessä yksinäisyyteen, osallisuuden kokemuksiin, itsemurha-ajatuksiin ja työssä jaksamiseen. (Keyes ym. 2011; Keyes 2005; Keyes 2002.)

Tutkielman tulokset osoittavat, että mielenterveysomaisissa on väestöön verrattuna enemmän mielenterveydeltään riutuvia, joilla kohonnut riski masennukseen, mutta myös yksinäisyyteen, heikkoon osallisuuden kokemukseen, itsemurha-ajatuksiin ja työssä jaksamiseen – moniin asioihin, joihin kansallisilla terveystieteellisillä ohjelmilla pyritään vaikuttamaan.

Tämä tutkielma osoitti myös, että omaisen palveluosallisuus sairastuneen läheisen palveluissa on yhteydessä heidän positiiviseen mielenterveyteensä – matala

palveluosallisuus lisäsi omaisen riskiä kuulua mielenterveydeltään riutuvien luokkaan. Mielenterveysomaisten palveluosallisuuden vahvistaminen voidaan nähdä yhtenä keinona edistää kansallisia terveystavoitteita muun muassa väestön mielenterveyden vahvistamisessa, itsemurhien ehkäisyssä ja työssäjaksamisen edistämässä.

7.4 Tutkielman rajoitteet ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava sekä tutkimusasetelma, otoksen edustavuus sekä käytettyjen mittareiden validiteetti. Kokonaisvaliditeettiä voi heikentää virheellinen tutkimusasetelma, epäonnistunut otanta ja yksittäisen mittarin heikko validiteetti (Tietoarkisto, i.a.)

Tämän tutkimuksen kokonaisvaliditeettiä voidaan katsoa heikentävän käytetty otantamenetelmä. Aineisto on kerätty anonyymillä verkkokyselyllä, jolloin aineisto voi olla valikoitunut monella tavalla. Kyselyyn ovat todennäköisesti vastanneet ne, joita aihe on koskettanut tunnetasolla ja vastaamatta ovat voineet jättää ne, jotka eivät ole kokeneet läheisen sairastumista kuormittavana. Aineiston valikoituneisuutta osoittaa muun muassa se, että vastaajista 90 prosenttia oli naisia.

Kun tutkielmassa haluttiin tarkastella positiivisen mielenterveyden ja palveluosallisuuden yhteyttä, on huomioitava, että poikkileikkausasetelmalla tehty tutkimus ei mahdollista analyysin tekemistä tilanteeseen vaikuttaneista tekijöistä eikä havaittujen yhteyksien syy yhteyksistä. Poikkileikkausasetelma sopii kuitenkin siihen, että saadaan kattava kuva mielenterveysomaisten positiivisen mielenterveyden tasosta tutkimushetkellä.

Käytettyjen mittareiden validiteetti poikkesi toisistaan. Tässä tutkielmassa vastemuuttujana oli mielenterveysomaisten positiivinen mielenterveys, jota mitattiin validoidulla positiivisen mielenterveyden mittarilla (SWEMWBS). Mittarin sisäinen yhtenäisyys, Cronbachin alfa oli tässä aineistossa .834. Positiivisen mielenterveyden mittari myös sijaitti kyselyn alussa, jolloin vastaaja oli todennäköisesti vielä motivoitunut pohtimaan vaihtoehtoja ja vastaamaan todenmukaisesti. Positiivisen mielenterveyden mittarin osalta myös kato oli vähäistä ja yksittäisiä puuttuvia havaintoja sisältäneiden vastausten poistamisen jälkeen aineiston laajuus oli edelleen hyvä, $n=787$. Vastemuuttuja oli kuitenkin hieman vino, joka ohjasi käyttämään

analyysissä luokiteltua muuttujaa ja logistista regressioanalyysiä. Voidaan tulkita, että positiivisen mielenterveyden mittarin osalta validiteetti on riittävä.

Logistisessa regressioanalyysissä selittävänä muuttuja käytetty palveluosallisuusmittari sen sijaan ei ole validoitu mittari. Mittarin kysymykset myös sijaitsivat kyselyn loppupuolella ja ennen sitä oli kysytty useita omaistilanteeseen liittyviä kysymyksiä, jotka ovat voineet aiheuttaa vastauksiin negatiivista vääristymää. Merkittävä luotettavuuteen liittyvä kysymys on myös se, mittaavatko palveluosallisuusmittarin kysymykset oikeasti ja riittävän kattavasti omaisten palveluosallisuutta.

Mittarin ja koko tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös puuttuvien havaintojen määrä. Palveluosallisuusmittarissa merkittävä määrä, 210, kokonaan vastaamatta näihin kysymyksiin jättäneitä. Kysymykset olivat pitkän kyselyn loppupuolella, joka saattaa vaikuttaa asiaan. Katoanalyysissä havaitsin, että palveluosallisuus-kysymyksiin olivat jättäneet useammin vastaamatta sellaiset vastaajat, joiden läheisen sairaus oli kestänyt kahdeksan vuotta tai enemmän. Myös ne, joiden sairastunut läheinen tarvitsee heidän apuaan arjessa selviytyäkseen vain harvoin tai ei lainkaan, olivat hieman useammin jättäneet vastaamatta palveluosallisuutta selvittäviin kysymyksiin.

Puuttuvien tietojen osalta päädyin poistamaan analyysistä ne, joilla olivat jättäneet kokonaan vastaamatta palveluosallisuutta mittaaviin kysymyksiin. Tämä vaikutti otoskokoon, joka poiston jälkeen oli 577.

Palveluosallisuusmittarista tehty summamuuttuja oli myös varsin vino. Koska käytettiin multinomiaalista logistista regressioanalyysiä, joka edellyttää selittävän ja vastemuuttujan lineaarista yhteyttä, jos selittävä muuttuja on jatkuva, niin päädyin käyttämään palveluosallisuutta luokiteltuna muuttujana. Tässä eteen tulee toinen mittarin, ja siten logistisen regressioanalyysin tulosten, luotettavuutta heikentävä seikka. Toisenlainen rajausta matalalle, kohtalaiselle ja korkealla palveluosallisuudelle olisi voinut antaa toisenlaiset tulokset. Toisaalta, kun logistisessa regressioanalyysissä tuloksia ei voida tulkita suorina prosenttiosuuksina, vaan riskeinä ja todennäköisyyksinä kuulua johonkin luokkaan, ei luokkien raja-arvojen mahdollinen harha tuota niin suurta ongelmaa.

Suurin tutkielman luotettavuuteen liittyvä kysymys onkin palveluosallisuus-mittarin väittämien validiteetti ja luokitellun muuttujan raja-arvojen määrittely. On mahdollista, että ne osaltaan selittävät myös logistisen regressioanalyysin heikkoa selitysasetta.

Voidaan ajatella, että tämä maisteritutkielma on hyvä avaus mielenterveysomaisten palveluosallisuuden tutkimukseen, mutta samalla se osoittaa tarpeen palveluosallisuuden tarkempaan tutkimukseen. Aihetta voisi tulevaisuudessa selvittää tarkemmin operationalisoiduilla palveluosallisuuden mittareilla, systemaattisella otannalla sekä mahdollisesti haastatteluaineistoa täydentämällä.

Mielenterveysomaisten palveluosallisuutta voisi tutkia myös omaisten lisäksi myös palvelujärjestelmän näkökulmasta. Ammattilaisten asenteiden tai omaisten huomiointiin ja palveluosallisuuteen liittyvien toimintakulttuurien selvittäminen voisi tuoda keinoja palveluosallisuutta vahvistavien toimintakulttuurien ja palvelujärjestelmän kehittämiseen.

Tässä tutkielmassa en tehnyt monimuuttaja-analyysiä kuvailevassa analyysissä käytetyillä taustamuuttujilla. Johtopäätöksiä kirjoittaessani totesin, että tämä olisi ollut hyödyllistä. Jatkossa tuleekin tutkia mielenterveysomaisten positiivista mielenterveyttä edustavammalla otoksella ja laajemmin eri taustamuuttujat huomioiden.

Lähteet

- Appelqvist-Schmidlechner, K (2015). Positiivisen mielenterveyden mittari: Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Haettu sivulta https://peda.net/poke/terveys_ ja_hyvinvointi/sosiaali_ ja_ terveysturvan_ pt/Osaaamisalat//Ikääntyvien_hoidon/Ikääntyvien_osallisuuden_edistäminen/Ikääntyvän_ ihmisen_ toimijuuden/keskustelualue/opetusmateriaalit/lisämateriaalit. 30.10.2022.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Lämsä, R., & Tuulio-Henriksson, A-M (2018). Oma väylä, Kelan neuropsykiatrisen kuntoutuksen soveltuvuus, hyödyt ja koettu vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 153/2018. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138019/Tutkimuksia153.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tamminen, N., & Solin, P (2019). ”Nuorten kokema positiivinen mielenterveys perhetaustan mukaan.” Tutkimuksesta tiiviisti 19/2019, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-331-1>
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E., & Solin, P (2016). Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen lääkärilehti 71(24). <http://hdl.handle.net/10138/230006>
- Arhosalo, I., Hakala, K. Kortelainen, L. Lähderanta, T., Pellinen, J., Perälä, A., & Karvanen J. (i.a.) Puuttuvat havainnot. Teoksessa Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/puuttuvat/puuttuvat/> Viitattu 3.2.2023
- Bland, R. & Foster, M. (2012). Families and Mental Illness: Contested Perspectives and Implications for Practice and Policy. *Australian Social Work* 65(4), 517-534. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2011.6>

- Chen, F-P (2004). A Positive Aspect of Caregiving: The Influence of Social Support on Caregiving Gains for Family Members of Relatives with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 40(5), 424-435.
<https://doi.org/10.1023/B:COMH.0000040656.89143.82>
- Glecia, A. & Li, H (2024). Mental Health and wellbeing in family caregivers of patients with schizophrenia disorder: a literature review. *Current Psychology* (43), 10914-10941. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05220-w>
- Coker, F., Williams, A., Hayes, L., Hamann, J., & Harvey, C (2016). Exploring the needs of diverse consumers experiencing mental illness and their families through family psychoeducation. *Journal of Mental Health* 25(3).
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057323>
- Duhamel, F., Dupuis, F., & Wright, L (2009). Families' and Nurses' Responses to the "One Question Question": Reflections for Clinical Practice, Education, and Research in Family Nursing. *Journal of Family Nursing* 15(4), 461–485
[https://doi: 10.1177/1074840709350606](https://doi:10.1177/1074840709350606)
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023. Haettu sivulta www.kaypahoito.fi, 18.8.23
- Grönroos, M. (2011). Johdatus tilastotieteeseen. Kuvailu, mallit ja päättely. Helsinki: Finn Lectura.
- Hedman, L. Ikonen, J., Leemann, L., Koskela, T., Martelin, T. Solin, P., Tamminen, N., & Parikka, S (2021). Osallisuuden kokemus ja positiivinen mielenterveys työmarkkina-aseman ja kotitalouden rakenteen mukaan – FinSote 2019 - tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2021, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140993/TUTI2021_005.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Hjerppe R. (2011). Hyvinvointi, elämä ja onnellisuus. Teoksessa Kontula, O (toim.)
Suomalaisen hyvinvoinnin ja onnellisuuden tulevaisuus. Helsinki: Väestöliitto.
- Hoplock, L., Lobchuk, M., Dryburgh, L., & Shead, N (2019). Canadian hospital and
home visiting nurses' attitudes toward families in transitional care: A
descriptive comparative study. *Journal of Family Nursing* 25(3), 370-3954.
<https://doi.org/10.1177/10748407198634>
- Hotulainen, R (2017). Parametrian edellytykset. [PowerPoint-diat].
<https://www.mv.helsinki.fi/home/hotulain/Parametrian%20edellytykset.pdf>
- Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Helsinki:
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023. Haettu sivulta
www.kaypahoito.fi, 18.8.23
- Jahoda, M (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York, Basic
Books Inc. Current concepts of positive mental health (archive.org)
- Jurvansuu, S. & Ringbom, H (2020). Mielenterveys- ja päihdeomaisten saama
sosiaalinen tuki ja sen yhteys mielen hyvinvointiin. Tietopuu: Katsauksia ja
näkökulmia 1/2020, A-Klinikkasäätiö.
- Kaakinen, M. & Ellonen, N (i.a.). Regressioanalyysi. Teoksessa Kvantitatiivisen
tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.
Haettu sivulta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus>,
3.9.2023.
- Kallunki, M (2020a). Mielenterveysomaiset eivät saa tarvitsemaansa tukea.
Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Haettu sivulta
<https://finfami.fi/ajankohtaista/mielenterveysomaiset-eivat-saa-tarvitsemaansa-maaraa-tukea/>, 20.3.2023

- Kallunki, M (2020b). Työn ja omaistilanteen yhteensovittamisen esteet ja tukemisen mahdollisuudet. Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Haettu sivulta <https://finfami.fi/ajankohtaista/tyon-ja-omaistilanteen-yhteensovittamisen-esteet/>, 20.3.2023
- Keyes, C. L. M (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing. *Journal of Health and Social Behavior* 43(2).
<https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(3), 539 –54. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. & Annas, J (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology* 4(3), 197-201. [https://doi: 10.1080/17439760902844228](https://doi:10.1080/17439760902844228)
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E., J (2011). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health* 100(12). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K., & Dhingra, S (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health* 60(2):126–33.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>
- Keyes, C. L. M. & Simoes, E., J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health* 102(11), 2164–2172.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300918>
- Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry* 2(3), 43-48.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v2.i3.43>

Laerd Statistics. (i.a). How to perform a multinomial logistic regression in SPSS statistics. Haettu sivulta <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/multinomial-logistic-regression-using-spss-statistics.php>, 1.2.2024.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

L 1326/2010. Terveysthuoltolaki.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V (2004). Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lloyd, C. & King, R (2003). Consumer and carer participation in mental health services. *Australian Psychiatry* 11(2), 180-184.

Maheswaran H., Weich, S., Powell, J., & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 10(156), 2-8. <http://www.hqlo.com/content/10/1/156>

Markkula, N. & Suvisaari, J (2017). Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 133(3), 275–82.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo13544>

Markkula N., Suvisaari J., Saarni S. I., Pirkola, S., Peña, S., Saarni, S. Ahola, K., Mattila, A. K., 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>

Marsh, D. T., Lefley, H. P., Evans-Rhodes, D. Ansell, V. I., Doerzbacher, B., M. LaBarbera, L., & Paluzzi, J. E (1996). The family experience of mental illness: Evidence for resilience. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20 (2), 3-12. <https://doi.org/10.1037/h0095390>

Martin, M. & Kallunki, M (2020). Mielenterveysomaisten kokemuksia mielenterveysongelmiin suhtautumisesta. *Labyrintti-lehti* 3/2020, Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Haettu sivulta <https://finfami.fi/ajankohtaista/omaisten-kokemuksia-mielenterveysongelmiin-suhtautumisesta/>, 18.11.2023.

Martin, M. & Vuorio, M (2022a). Mielenterveysomaisten kokemuksia palveluosallisuudesta. *Labyrintti-lehti* 2/2022, Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Haettu sivulta <https://finfami.fi/ajankohtaista/mielenterveysomaisten-kokemuksia-palveluosallisuudesta/>, 25.12.2022

Martin, M. & Vuorio, M (2022b). Mielenterveysomaisten kokemuksia työn ja omaisroolin yhteensovittamisesta. *Labyrintti-lehti* 3/2022, Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry. Haettu sivulta <https://finfami.fi/ajankohtaista/mielenterveysomaisten-kokemuksia-tyon-ja-omaisroolin-yhteensovittamisesta/>, 3.1.2023

Martin, M. & Vuorio, M (2022c). Mielenterveysomaisten kokemuksia järjestötoimintaan osallistumisesta. Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry. Haettu sivulta <https://finfami.fi/ajankohtaista/mielenterveysomaisten-nakemyksia-jarjestotoimintaan-osallistumisesta/>, 3.1.24

- Mattila, M (2021). Ristiintaulukointi. Teoksessa Määrällisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Haettu sivulta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti>, 4.3.2024
- Mattila, M (i.a.). Puuttuvat havainnot. [PowerPoint-diat]. Haettu sivulta <https://www.mv.helsinki.fi/home/mmattila/fsd/puuttuvat.htm>, 18.11.2023
- McDaid, D. & Park, A-L (2022). Understanding the Economic Value and Impacts on Informal Carers of People Living with Mental Health Conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(2858), 2-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052858>
- FinFami (2015). Omaisen huolenpitotilanne, hyvinvointi ja työssäkäynti. Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Haettu sivulta https://finfami.sharepoint.com/:b:/s/verkkosivut/EdT8KCsU7VpBrE2fqSJeQggBxlYtQ1BA94TvovZCpA2f_w?e=bOVA7L, 15.4.24
- Nordling, E (2020). Toipumisorientaatio – uudenlainen näkökulma sairastuneen läheisen ja omaisen auttamiseen. *Labyrintti -lehti* 3/2020, Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami ry. Haettu osoitteesta <https://finfami.fi/ajankohtaista/toipumisorientaatio-uudenlainen-nakokulma-sairastuneen-laheisen-ja-omaisen-auttamiseen/>, 11.12.2023
- Nordling, E (2018a). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134(15), 1476–83.
- Nordling, E (2018b). Positiivisen mielenterveyden mittari. Haettu sivulta <https://docplayer.fi/114234233-Positiivisen-mielenterveyden-mittari-esa-nordling.html>, 1.3.2022
- Nordling, E. & Rissanen, P (2020). Mielenterveystyö uudistuu. Toipumisorientaatio teoreettiset lähtökohdat. *Työpaperi* 40/2020, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Nyman, M. & Stengård, E (2005). Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001–2004. Helsinki, Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Nyman, M. & Stengård, E (2001). Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki, Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- OECD/European Union (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris, European Union, OECD Publishing.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Ollonen, V (2020). Mitä elämä poikkeusajan Suomessa on mielenterveysomaisena. Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry. Haettu sivulta
<https://finfami.fi/ajankohtaista/mita-elama-poikkeusajan-suomessa-on-mielenterveysomaisena/>, 3,2,2024
- Paananen, R., Ristikari, T. Merikukka, M. Rämö, A., & Gissler, M (2012.) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987-tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102984/THL_RAPO52_2012_web.pdf
- Pirkola S. P., Isometsä E., Suvisaari J., Aro, H., Joukamaa, M., Pikolainen, J., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. K (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0848-7>
- Pohjola, A (2017). Asiakkaan pitkä tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly, & A. Niskala A. (toim.), Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa (s. 308–325). Tampere, Vastapaino.

- Romakkaniemi, M., Lindh, J., & Laitinen, M (2018). Nuorten aikuisten osallisuus ja sosiaalinen kuntoutus Lapissa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 147. Helsinki, Kansaneläkelaitos.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology* 61, 4-11.
doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860
- Ryan, R. M. & Deci, E. L (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* 52(1):141–66
- Sarasjärvi, K. K., Elovainio, M., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Tamminen, N., & Therman, S (2023). Exploring the structure and psychometric properties of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in a representative adult population sample. *Psychiatry Research* 328, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115465>
- Sarasjärvi, K., Vuolanto, P.H., Solin, P. C. M., Appelqvist-Schmidlechner, K. L., Tamminen, N. M., Elovainio, M., & Therman, S (2022). Subjective mental well-being among higher education students in Finland during the first wave of COVID-19. *Scandinavian Journal of Public Health* 50(6), 1-7.
<https://doi.org/10.1177/14034948221075433>
- Sjöblom L-M., Pejlert A., & Asplund K (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing* 14(5), 562–569. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01087.x>
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023. Haettu sivulta www.kaypahoito.fi, 18.8.23
- Solin, P., Partonen, T., Suvisaari, J., & Viertiö, S (2018). Psykkinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys. Julkaisussa: Koponen, P., Borodulin, K. Lundqvist,

A., Sääksjärvi, K., Koskinen, S. (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos - Raportti 4/2018

SOSFS (1982) 763, Law of Health and Caring (in Swedish). The Swedish Health and Service Act.

<https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1643/health%20a%20nd%20medical%20insurance%20act.pdf>

Stengård, E. & Salokangas, R. K. R (2015). Well-being of the caregivers of the mentally ill. *Nordic Journal of Psychiatry* 50(3), 159-164.

<https://doi.org/10.3109/08039489709109090>

Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, 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 Quality Life Outcomes* 7(15), 1-8.

<https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>

STM 2023. Mielenterveyden edistäminen. Periaatepäätöksen luonnos 21.3.2023. Haettu sivulta, [d6ce9e8c-06cd-7385-56a6-bed3dc4557cc](https://stm.fi/d6ce9e8c-06cd-7385-56a6-bed3dc4557cc) (stm.fi) 8.4.2024

Storm, M., Knudsen, K., Davidson, L. Hausken, K., & Johannessen, J. O. (2011). "Service user involvement in practice": The evaluation of an intervention program for service providers and inpatients in Norwegian Community Mental Health Centers. *Psychosis* 3(1), 29–40.

<https://doi.org/10.1080/17522439.2010.501521>

Suldo S. & Shaffer E (2008). Looking beyond psychopathology: the dualfactor model of mental health in youth. *School Psychology Review* 37(1), 52-68.

<https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087908>

Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Partonen, T., Parikka, S., Koskela, T., & Ikonen, J (2021a). Aikuisväestön mielenterveys ja avun

hakeminen mielenterveysongelmiin – FinSote 2020. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2021, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Ristiluoma, N., Pietilä, A., Koskinen, S., & Koponen, P (2021b). Psykkisen kuormittuneisuuden ja positiivisen mielenterveyden muutokset suomalaisessa aikuisväestössä vuosina 2017–2021 – FinTerveys 2017 seurantatutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 36/2021, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Taggart, F., Friede, T., Weich, S., Clarke, A., Johnson, M. & Stewart-Brown S (2013). Cross cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) a mixed methods study. *Health and Quality of Life Outcomes* 11(27), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-27>

Tamminen, N (2022). Positiivisen mielenterveyden mittari – Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Haettu sivulta <https://hyvinvointilahete.fi/wp-content/uploads/2022/11/ninatamminenpositiivinen-mielenterveys-261022.pdf>, 13.3.2024

Tamminen, N., Kettunen, T., Martelin, T., Reinikainen, J., & Solin, P (2019). Living alone and positive mental health: a systematic review. *Systematic Reviews* 8(134), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1057-x>

Tamminen, N., Pasanen, T., Martelin, T., Mankinen, K., & Solin, P (2020). Sosiaaliset suhteet tärkeitä yksinasuvien positiiviselle mielenterveydelle. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140484>

Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O’ceallaigh, S., Soni, W., Satamaria, M., Kuipers, E., & Sharma, T (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry* 177, 529-533. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.529>

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), 1-13. 2. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (i.a.) Positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi. Haettu sivulta <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys-eli-mielen-hyvinvointi>, 1.2.2023

Tietoarkisto (i.a.) Mittaminen. Määrällisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Haettu sivulta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/mittaaminen/mittaaminen/>, 10.1.2024

Työterveyslaitos (i.a.). Kykyviisari. Haettu sivulta. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyokyky/kykyviisari>, 1.2.2023

UCLA Statistical Consulting Group. (i.a.). FAQ: WHAT ARE PSEUDO R-SQUAREDS? Haettu sivulta <https://stats.oarc.ucla.edu/other/multpkg/faq/general/faq-what-are-pseudo-r-squareds/>, 28.3.2024

Uhari, M., Nieminen, P (2012). *Epidemiologia ja biostatistiikka*. Helsinki, Duodecim.

van Wijngaarden, B, Schene, A. H., Koeter, M. M. J (2004). Family caregiving in depression: impact of caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders* 81(2004), 211-222. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00168-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00168-X)

Vaillant G. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 11(2), 93–9. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.006

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>

Warwick Medical School (i.a.). Collect, score, analyse and interpret WEMWBS. Haettu sivulta
<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/using/howto/>, 23.10.23

WHO 2004. Promoting Mental Health; Concepts emerging evidence and practice. Summary report Geneva; World Health Organisation; 2004.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>

Liitteet

LIITE 1. Tutkittavien informointi ja suostumuksen pyytäminen heidän vastaustensa käyttämisestä tutkimuksessa.

Tutkimuksen teossa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Aineisto kerätään sähköisellä Webropol-kyselyllä. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti, se anonymisoidaan ja siirretään tunnistamattomassa muodossa analyysiohjelmaan. Alkuperäinen aineisto Webropol-ohjelmasta tuhoaan aineistonkeruun päätyttyä. Tutkimuksen toteuttaja ei kerää henkilörekisteriksi luokiteltavaa tietoa. Anonymisoitu aineisto tulee hankkeen tutkimusryhmän käyttöön. Aineisto säilytetään ESR-hankkeiden aineistojen säilytyksestä annettujen ohjeiden sekä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja tulokset tuodaan esiin ryhmätasolla niin, ettei yksittäisiä vastauksia voida tunnistaa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

SUOSTUMUS VASTAUSTEN KÄYTTÖÖN

Olen saanut riittävän tiedon tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta sekä aineiston käytöstä.

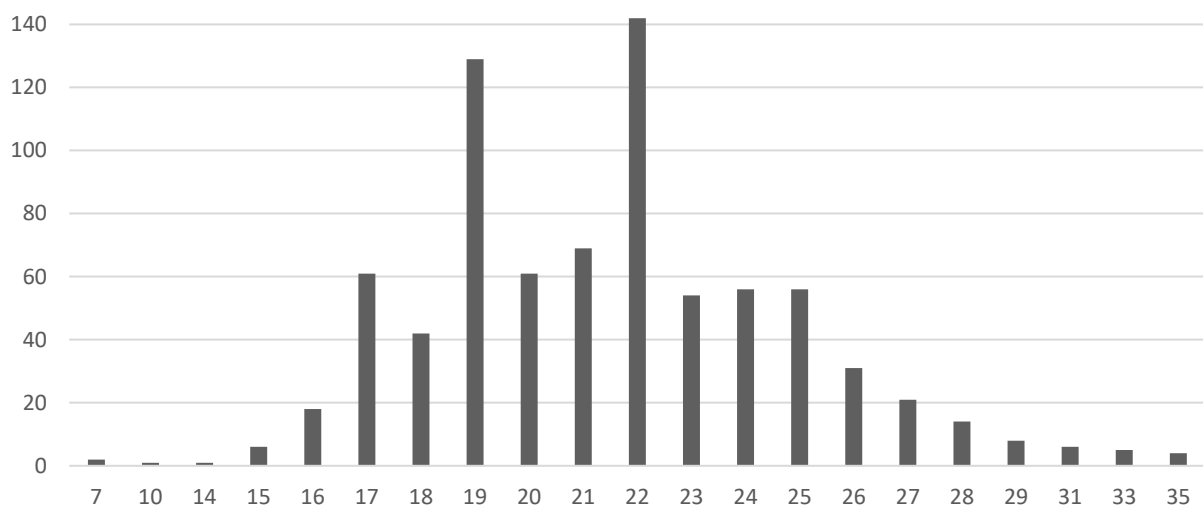
Saamani tiedon perusteella suostun siihen, että vastauksiani saa käyttää mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimuksessa.

- suostun
- en suostu

LIITE 2. Vastemuuttujan jakauma

Taulukko 8. Vastemuuttujan (positiivinen mielenterveys) jakauman tunnusluvut

keskiarvo	mediaani	moodi	keskivirhe	huipukkuus	vinous	vinouden keskivirhe
21,51	22,0	22,0	3,49	1,65	.515	.087



Kuvio 3. Vastemuuttujan jakauma

LIITE 3. Positiivisen mielenterveyden mittarin (SWEMWBS) painotetut pistemäärät

Raw score to metric score conversion table for SWEMWBS

Raw Score	Metric Score	Raw Score	Metric Score
7	7,00	22	19,98
8	9,51	23	20,73
9	11,25	24	21,54
10	12,40	25	22,35
11	13,33	26	23,21
12	14,08	27	24,11
13	14,75	28	25,03
14	15,32	29	26,02
15	15,84	30	27,03
16	16,36	31	28,13
17	16,88	32	29,31
18	17,43	33	30,7
19	17,98	34	32,55
20	18,59	35	35
21	19,25		

Jokaisesta vastauksesta voi saada 1-5 pistettä. Summamuuttujan raakapistemäärä saadaan laskemalla yhteen kaikista 7 väitteestä saadut pisteet (kokonaissumma 7–35). Raakapisteet summamuuttujasta painotetaan yllä olevan taulukon mukaisesti.

LIITE 4. palveluosallisuusmittarin jakaumat

Taulukko 9. Palveluosallisuus-summamuuuttujan ja sen yksittäisten osioiden jakaumat.

Palveluosallisuus-mittari	n	%
Matala palveluosallisuus	434	74 %
Kohtalainen palveluosallisuus	105	18 %
Korkea palveluosallisuus	49	8 %
Olen tullut omaisena kuulluksi läheiseni hoitotaholla		
En lainkaan	182	31 %
Heikosti	184	31 %
Hyvin	145	25 %
Kiitettävästi	40	7 %
En ole kokenut tarvetta tälle tiedolle	38	7 %
Olen saanut vaikuttaa läheiseni hoitoon		
En lainkaan	233	40 %
Heikosti	171	29 %
Hyvin	110	19 %
Kiitettävästi	24	4 %
En ole kokenut tarvetta tälle tiedolle	51	9 %
Hoitotaho huomioi jaksamiseni ja hyvinvointini omaisena		
En lainkaan	328	56 %
Heikosti	157	27 %
Hyvin	47	8 %
Kiitettävästi	7	1 %
En ole kokenut tarvetta tälle tiedolle	50	9 %
Saan hoitotaholta välineitä itseni/perheeni jaksamisen tukemiseen		
En lainkaan	372	63 %
Heikosti	131	22 %
Hyvin	23	4 %
Kiitettävästi	5	1 %
En ole kokenut tarvetta tälle tiedolle	58	10 %

LIITE 5. Vastemuuttujan katoanalyysi

Taulukko 10. Katoanalyysi, taustamuuttujien osuudet (%) positiivisen mielenterveyden mittarissa olleiden yksittäisten puuttuvien havaintojen mukaan.

	Puuttuvia havaintoja % (n=12)	Kaikkiin osioihin vastanneet % (n=787)	Yhteensä %	p-arvo
Ikä 15–44 v	25,0	32,4	32,3	
Ikä 45–64 v	25,0	47,9	47,6	.034
Ikä 65–81 v	50,0	19,7	20,2	
Vastaaja asuu samassa taloudessa sairastuneen kanssa	16,7	35,1	34,8	.184
Perusasteen koulutus	18,2	5,6	5,8	
Toisen asteen koulutus	27,3	31,3	31,3	.209
Korkea-asteen koulutus	54,5	63,0	62,9	
omaistilanteen kesto 0–3 v	36,4	22,9	23,1	
omaistilanteen kesto 4–7 v	9,1	21,6	21,4	.420
omaistilanteen kesto 8 v tai enemmän	65,7	52	55,5	
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa 4 x tai yli/vko	8,3	29,0	28,7	
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa 1-3x/vko	25,0	18,5	18,6	.430
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa jtk/kk	33,3	21,8	22,0	
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa harvemmin kuin kerran kuussa/ei lainkaan	33,3	36,7	30,7	
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin huono	16,7	10,8	10,9	
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin melko huono	16,7	21,8	21,7	.719
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin melko hyvä	50,0	39,7	39,9	
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin hyvä	16,7	27,6	27,5	

LIITE 6. Selittävän muuttujan katoanalyysi

Taulukko 11. Katoanalyysi, taustamuuttujien osuudet (%) palveluosallisuus summamuuttujan kysymyksiin vastaamisen mukaan

	Ei vastanneet (N= 210)	Vastanneet (N=589)	Yhteensä	p-arvo
omaistilanteen kesto 0–3 v	17 %	25 %	23,1	
omaistilanteen kesto 4–7 v	17 %	23 %	21,4	.003
omaistilanteen kesto 8 v tai enemmän	66 %	52 %	55,5	
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin huono	16 %	9 %	10,9	
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin melko huono	18 %	23 %	21,7	
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin melko hyvä	42 %	39 %	39,9	.021
Tulojen riittävyys suhteessa menoihin hyvä	24 %	29 %	27,5	
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa 4 x tai yli/vko	26 %	30 %	28,7	
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa 1-3x/vko	14 %	20 %	18,6	
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa jtk/kk	22 %	22 %	22	.046
Sairastunut tarvitsee omaisen apua arjessa harvemmin kuin kerran kuussa/ei lainkaan	38 %	28 %	30,7	
Ikä 15–44 v	34 %	32 %	32,3	
Ikä 45–64 v	42 %	50 %	47,6	.078
Ikä 65–81 v	25 %	19 %	20,2	
Perusasteen koulutus	8 %	5 %	5,8	
Toisen asteen koulutus	35 %	30 %	31,3	.134
Korkea-asteen koulutus	58 %	65 %	62,9	
positiivinen mielenterveys "riutuvat"	18 %	16 %	16,6	
positiivinen mielenterveys kohtalainen	63 %	66 %	64,9	.819
positiivinen mielenterveys "kukoistavat"	19 %	18 %	18,4	
Vastaaja asuu samassa taloudessa sairastuneen kanssa	35 %	32 %	34,8	.876