

Koetun toimeentulon ja terveyden yhteys lapsiperheiden vanhemmilla

Jetta Sirola

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma

Joulukuu 2016

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

SIROLA, JETTA: Koetun toimeentulon ja terveyden yhteys lapsiperheiden vanhemmilla

Pro gradu -tutkielma, 1–71 sivua

Ohjaaja: Jouko Nätti

Sosiaalipolitiikka

Joulukuu 2016

Tiivistelmä

Tämän tutkielman tavoitteena on selvittää koetun toimeentulon ja terveyden välistä yhteyttä lapsiperheiden vanhemmilla. Tulojen ja terveyden välillä on havaittu olevan melko lineaarinen yhteys, mutta aiemmassa hyvinvointitutkimuksessa on esitetty, että tietoa koetun toimeentulon ja terveyden välisestä suhteesta olisi tärkeää kartuttaa lisää. Hyvinvoinnin kokemuksellisuuden on huomattu olevan tärkeää, koska pelkät objektiiviset mittarit on todettu riittämättömiksi. Perheiden hyvinvointiin on yhteiskunnallisesti järkevää kiinnittää huomiota, sillä hyvinvoinnin itseisarvollisen luonteen lisäksi se voidaan nähdä myös yhteiskunnan voimavarana. Lisäksi on todettu, että vanhempien hyvinvointi – niin toimeentulo kuin terveystila – heijastuu myös lapseen ja hänen aikuisuuteensa. Tässä tutkielmassa selvitetään, kokevatko vuonna 2006 toimeentulohankaluuksia raportoineet vanhemmat terveytensä heikommaksi vuonna 2012 kuin paremmin toimeentulleet.

Tutkielmassa hyvinvointiin pureudutaan sen taloudellisen ja terveydellisen ulottuvuuden kautta. Tutkimusaineistona hyödynnetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapsiperheiden hyvinvointi ja palvelut -kyselyn osa-aineistoa mittausvuosilta 2006 ja 2012 (N = 1137). Tutkimusasetelma on luonteeltaan kvantitatiivinen. Koetulla toimeentulolla tarkoitetaan vastaajan arviota säästettäväksi asti jäävästä rahasta, tulevaisuuden taloudelliseen tilanteeseen suhtautumisesta ja menojen tuloilla kattamisen hankaluudesta. Lapsiperheiden vanhempien terveyttä tarkastellaan viiden eri terveyskysymyksen valossa, joista on muodostettu summamuuttuja. Terveystilan sisältyy vastaajan arvio omasta kokonaisterveydestään ja erilaisten psyykkisten oireiden esiintyvyydestä. Analyysissa huomioidaan myös erilaisia taustatekijöitä, joita ovat sukupuoli, ikä, yksinhuoltajuus, koulutus, pääasiallinen toiminta ja perheessä asuvien lasten lukumäärä. Pitkittäisaineisto mahdollistaa lisäksi vanhempien terveyden lähtötason huomioimisen. Aineistoa analysoidaan kuvailevien menetelmien ja lineaarisen regressioanalyysin avulla. Regressioanalyysi toteutetaan paitsi aineistolle kokonaisuudessaan, myös sukupuolille ja ikäryhmille erikseen.

Tulokset osoittavat, että lopullisessa regressiomallissa terveyteen on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä menojen tuloilla kattaminen ja terveyden lähtötaso vuodelta 2006. Naisilla ja 35–44-vuotiailla vastaajilla tulos on yhteneväinen koko aineiston tuloksen kanssa, jolloin menojen tuloilla kattamisen hankaluus ja heikompi terveyden lähtötaso ovat yhteydessä suurempaan terveysoireilun määrään vuonna 2012. Miehillä ja alle 35-vuotiailla sekä yli 45-vuotiailla vanhemmilla vain aikaisempi terveyden taso on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vuoden 2012 terveyteen. Näin ollen koetun toimeentulon kysymyksistä yksi ennustaa joissakin vastaajaryhmissä suurempaa terveysoireilun määrää. Vuoden 2012 terveyden kannalta on kaikissa ryhmissä oleellista se, millainen vastaajan terveys on kuusi vuotta aikaisemmin ollut. Tulosten mukaan koettu toimeentulo kuitenkin ennustaa myöhempää terveysoireilua.

Asiasanat: Lapsiperhe, koettu toimeentulo, koettu terveys

SIROLA, JETTA: The association between subjective financial situation and health among parents
Master's Thesis, 1–71 pages
Supervisor: Jouko Nätti
Social policy
December 2016

Abstract

This study looks at the relationship between subjective financial situation and self-assessed health among parents who have at least one child under 18 years old. The association between income and health is discovered to be quite linear but prior welfare studies suggest that it is important to accumulate information about the relationship between subjective financial situation and health. The subjective nature of well-being is noted as essential since mere objective indicators are found to be inadequate. From a societal viewpoint it is sensible to take families' well-being into account since well-being has absolute value and it can also be seen as a societal resource. Additionally, parents' well-being – both financial situation and health – extends to the child and his or her future adulthood. The aim of this thesis is to examine whether parents who experienced poorer financial situation in 2006 also assess their health to be poorer in 2012 than parents with better financial situation.

In this thesis well-being is examined through its two dimensions: financial and health dimension. The data used is National Institute for Health and Welfare's *Lapsiperheiden hyvinvointi ja palvelut* data from research years 2006 and 2012 (N = 1137). The research is quantitative in nature. Subjective financial situation is examined as parents' evaluation of three different aspects: can they make savings, how they feel about future and how well their income covers family expenditure. Parents' health is studied as a sum-variable consisting of five health items. Health variable includes self-rated health and self-assessment of prevalence and frequency of different psychological symptoms. Background variables used are gender, age, single parenthood, education, employment and number of children. The longitudinal data also enables controlling the starting level of parents' health. The data is analyzed via descriptive methods and linear regression models. The analysis is carried out to the data as a whole but also separately to genders and three age groups.

The results indicate that in the final regression model the difficulties in covering expenditure with income and the starting level of health (2006) are statistically significantly associated with later health. The result is consistent also among women and 35–44-year-old respondents: the difficulties in covering expenditure with income and poorer starting level of health are associated with greater level of health symptoms in year 2012. Among men and respondents under 35 years and over 45 years old, only the previous health level is significantly associated with health in 2012. Therefore, one of the used subjective financial situation variables predicts greater level of health symptoms in some respondent groups. The previous health from year 2006, however, is most essential to the later health in every group. Nevertheless, the results indicate that subjective financial situation is associated with later health.

Key words: Family with children, subjective financial situation, subjective health

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 LAPSIPERHEET JA HYVINVOINTI..... | 3 |
| 2.1 Lapsiperhe | 3 |
| 2.2 Hyvinvoinnin ulottuvuudet | 4 |
| Toimeentulo | 7 |
| Terveys..... | 8 |
| 2.3 Toimeentulon ja terveyden yhteys | 10 |
| Toimeentulon ja terveyden yhteys lapsiperheiden kontekstissa | 17 |
| Yhteenveto | 22 |
| 3 TAVOITTEET JA MENETELMÄT | 26 |
| 3.1 Tavoitteet | 26 |
| 3.2 Aineisto | 27 |
| Vastaajien ominaispiirteet vuosina 2006 ja 2012 | 28 |
| Tutkimuksen ydinmuuttujat: koettu toimeentulo ja terveys | 29 |
| 3.3 Analyysimenetelmät..... | 32 |
| 4 TULOKSET | 34 |
| 4.1 Kuvailevat tulokset | 34 |
| 4.2 Regressiomallit..... | 41 |
| 4.3 Regressiomallit sukupuolille erikseen | 44 |
| 4.4 Regressiomallit ikäryhmille erikseen..... | 46 |
| 4.5 Menojen tuloilla kattamiseen ja terveyden lähtötasoon liittyvät tekijät | 50 |
| 5 PÄÄTÄNTÄ | 52 |
| 5.1 Toimeentulon yhteys terveyteen vahvin naisilla ja 35–44-vuotiailla | 52 |
| 5.2 Pohdintaa lapsiperheiden vanhempien hyvinvoinnista | 55 |
| 5.3 Tutkimuksen arviointia | 58 |
| 5.4 Jatkotutkimustarpeet ja kehitysehdotukset..... | 63 |
| 6 LÄHTEET..... | 67 |

KUVIOT

| | |
|---|----|
| Kuvio 1. Selitettävän muuttujan normaalijakautuneisuus..... | 31 |
| Kuvio 2. Säästämahdollisuuden ja terveysoireilun yhteys koko aineistossa ja sukupuolittain.. | 34 |
| Kuvio 3. Tulevaisuuteen suhtautumisen ja terveysoireilun yhteys koko aineistossa ja sukupuolittain..... | 35 |
| Kuvio 4. Menojen tuloilla kattamisen ja terveysoireilun yhteys koko aineistossa ja sukupuolittain..... | 35 |
| Kuvio 5. Säästämahdollisuuden ja terveysoireilun yhteys ikäryhmittäin..... | 36 |
| Kuvio 6. Tulevaisuuteen suhtautumisen ja terveysoireilun yhteys ikäryhmittäin | 36 |
| Kuvio 7. Menojen tuloilla kattamisen ja terveysoireilun yhteys ikäryhmittäin | 37 |

TAULUKOT

| | |
|---|----|
| Taulukko 1. Kuvalevat tulokset | 40 |
| Taulukko 2. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät koko aineistossa | 43 |
| Taulukko 3. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät miehillä | 45 |
| Taulukko 4. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät naisilla..... | 45 |
| Taulukko 5. Terveysoireilua (2012) ennustavat teijät alle 35-vuotiailla | 48 |
| Taulukko 6. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät 35-44-vuotiailla..... | 48 |
| Taulukko 7. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät yli 45-vuotiailla..... | 49 |

1 JOHDANTO

Pro gradu -tutkielmani kumpuaa omasta kiinnostuksestani hyvinvointi- ja perhetematikkaan. Toimeentulo ja terveys ovat hyvinvoinnin teemoja, jotka liittyvät läheisesti sekä yksilön arkielämään että laajempiin sosiaalipoliittisiin kokonaisuuksiin. Lapsiperheiden toimeentuloa ja hyvinvointia tutkimalla saadaan tietoa esimerkiksi niistä perhetyypeistä ja elämänvaiheista, joiden kohdalla yhteiskunnan tarjoamalla monenlaisilla tukitoimilla olisi hyvinvointia korjaava tai edistävä vaikutus. Perheiden hyvinvointiin on syytä kiinnittää huomiota, koska hyvinvointi voidaan nähdä sekä itseisarvona että jokaisen sosiaalisena oikeutena. Toisaalta hyvinvointi voi saada myös välineellisemmän arvon muotoja, kun hyvinvoivat vanhemmat ja etenkin hyvinvoivat lapset nähdään yhteiskunnan voimavarana esimerkiksi väestön työkykyisyyden näkökulmasta (Ryynänen 2000, 5–7).

Hyvinvointieroja pyritään kaventamaan, koska niiden nähdään muodostuvan resurssien epätasaisen jakautumisen vuoksi (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 273). Eri tutkimustuloksilla onkin tärkeä rooli toimia tietoperusteisen päätöksenteon pohjana. Esimerkiksi perhetyyppien välisiä hyvinvointieroja on mahdollista kaventaa, kun ennaltaehkäiseviä palveluja kohdistetaan niitä eniten tarvitseviin ryhmiin. (Kaikkonen ym. 2014, 17.) Kokonaisvaltaisesti hyvinvoivat vanhemmat voidaan nähdä kaikkien etuna. On huomattu esimerkiksi, että psyykinen kuormittuneisuus liittyy runsaaseen terveystaloudellisten palvelujen käyttöön ja kohonneeseen kuolleisuusriskiin (Kaikkonen ym. 2014, 6), mikä voi yhtäältä vaikuttaa esimerkiksi lasten saaman huolenpidon tasoon ja toisaalta yhteiskunnan palvelujärjestelmien kuormittumiseen.

Perheiden toimeentulon varmistaminen on yhteiskunnallisesti tärkeää, koska lapsiperheiden toimeentulo on olennainen vaikuttaja lasten kasvuolosuhteisiin, elinoloihin ja aineelliseen hyvinvointiin (myös Halme & Perälä 2014, 6). Lapsiperheiden toimeentulon turvaaminen on järkevää myös pitkällä tähtäimellä, koska lapsuudessa taloudellista ahdinkoa kokeneilla on suurempi riski pienituloisuuteen myös aikuisena. (Okkonen 2014.) Lisäksi on todettu, että perheen taloudelliset ongelmat liittyvät tiiviisti lasten myöhempään hyvinvoinnin ja mielenterveyden ongelmiin (Paananen & Gissler 2014, 2).

Tässä tutkielmassa lapsiperheiden vanhempien hyvinvointia lähestytään sen kahden ulottuvuuden kautta: toimeentulon ja terveyden. Perinteisesti hyvinvointia on mitattu nimenomaan taloudellisen

toimeentulon kautta, sillä taloudellisten resurssien riittävyyden on nähty liittyvän oleellisesti lähes kaikkeen tarpeentyydytykseen aina ruoasta asumiseen (Väisänen 2000, 13). Terveys puolestaan on yksi hyvinvoinnin ja sen kokemisen konkreettisimmista muodoista. Terveyttä voidaan pitää yksilö- ja yhteisötason resurssina sekä yhtenä elämänlaadun perusedellytyksistä, sillä se mahdollistaa esimerkiksi työnteon ja sosiaalisen kanssakäymisen. (Ryynänen 2000, 5–7.)

Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa hyvinvointia on tutkittu eri vuosikymmeninä hieman erilaisin painotuksin. 2000-luvulta lähtien keskiössä on ollut erityisesti koettu hyvinvointi. (Saari 2011, 1.) Tässä tutkielmassa sekä toimeentuloa että terveyttä lähestytään vanhempien omien subjektiivisten arvioiden kautta, sillä pelkät objektiiviset mittarit on aikaisemmassa tutkimuksessa todettu riittämättömiksi. Aiemmassa tutkimuksessa on huomattu esimerkiksi, että kokemus taloudellisesta toimeentulosta on yhteydessä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen voimakkaammin kuin todelliset tulot. Koettu terveys puolestaan ennustaa sairastavuutta, terveystalvelujen käyttöä, kuolleisuutta (Siltaniemi ym. 2011, 66, 80) ja tulevaa terveydentilaa objektiivisia lääketieteellisiä tutkimuksia paremmin (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 90).

Selvitän koetun toimeentulon ja terveyden välistä yhteyttä lapsiperheiden vanhemmilla Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapsiperheiden palvelut ja hyvinvointi -pitkittäisaineistosta saamani osaineiston avulla. Tutkimuksessani kysyn, kokevatko vuonna 2006 toimeentulohankaluuksia raportoineet vanhemmat terveytensä heikommaksi vuonna 2012 kuin paremmin toimeentulleet. Selvitän toimeentulon ja terveyden yhteyttä koko aineistossa, mutta myös sukupuolittain ja ikäryhmittäin. Näin toimimalla hyvinvointikokemuksen mahdollinen vaihtelu eri vanhempiyhmien välillä tulee mahdolliseksi havaita. Sisällytän analyysiini myös muita teoreettisesti aiheellisia taustamuuttujia. Lisäksi terveyden lähtötaso on pitkittäisaineiston ansiosta mahdollista huomioida.

Aloitan pro gradu -tutkielmani esittelemällä tutkimukseni kannalta keskeisiä käsitteitä. Luku 2 alkaa lapsiperheen ja jatkuu hyvinvoinnin määrittelyllä. Erotan lähempään tarkasteluun hyvinvointikäsitteen kaksi ulottuvuutta: toimeentulon ja terveyden. Lisäksi pureudun aiempaan tutkimukseen toimeentulon ja terveyden yhteyksistä. Luvussa 3 esittelen tavoitteeni, aineistoni ja analyysimenetelmäni. Luku 4 on tulosluku, jossa hyödynnän sekä kuvailevia menetelmiä että lineaarista regressioanalyysia saadakseni selkoa koetun toimeentulon ja terveyden välisestä yhteydestä. Tutkielmani päätösluvussa 5 esitän johtopäätöksiä, pohdintoja ja ehdotuksia niin jatkotutkimukselle kuin yhteiskunnallekin.

2 LAPSIPERHEET JA HYVINVOINTI

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni kannalta keskeisiä käsitteitä. Pysin luomaan lukijalle käsityksen siitä, mitä ensinnäkin lapsiperheellä ja toisekseen hyvinvoinnilla tarkoitetaan. Esittelen hyvinvoinnin kahta ulottuvuutta – toimeentuloa ja terveyttä – sekä aikaisempaa tutkimusta niiden välisestä yhteydestä. Pureudun toimeentuloon, terveyteen ja niiden väliseen suhteeseen niin yleisellä tasolla kuin perhenäkökulmastakin.

2.1 Lapsiperhe

Perheen määrittelymahdollisuuksia on useita. Esimerkiksi perhe voidaan määritellä luonnollisista syistä muodostuneeksi yhden, kahden tai kolmen sukupolven edustajien yhteisliittymäksi, joka on sitoutunut elämään samassa kotitaloudessa. Näin ollen perheitä voivat olla esimerkiksi parit ja yhden tai kahden vanhemman sekä lapsen tai lasten muodostamat perheet. Perheellä voidaan määritellä olevan myös monia funktioita. Esimerkiksi taloudellinen tehtävä tarkoittaa toimeentuloa ja huolenpito esimerkiksi kuljetusta ja ruokaa. Virkistys-funktioon liittyvät harrastukset ja vapaa-aika, kun taas terapeuttiseen tehtävään esimerkiksi läheisyys. Muita funktioita ovat esimerkiksi sosialisatio, identiteetin muodostuminen ja sivistyksellinen tehtävä. (Kraav & Lahikainen 2000, 3–4.)

Myös lapsiperhe voidaan määritellä monin eri tavoin. Yleensä lapseksi katsotaan alle 18-vuotias kotona asuva henkilö. Näin ollen itsenäisesti asuvia alaikäisiä tai perheessä asuvia yli 18-vuotiaita henkilöitä ei määritellä lapsiksi. Toisaalta joskus lapsen määritelmää voidaan muuttaa, koska usein 18 vuotta täyttäneet kuitenkin asuvat vanhempiensa luona. Suomessa lapsiperheet ovat yleensä kahden sukupolven talouksia ja lähes kaikki lapset asuvat yhden tai kahden vanhemman talouksissa. (Okkonen 2014.) Tässä tutkielmassa lapsiperheellä viitataan perheeseen, jossa asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (jatkossa THL) mukaan lapsiperheiden hyvinvointiin liittyy esimerkiksi työn ja perheen yhteensovittamisen, työnjaon ja parisuhdetyytyväisyyden teemat (Lammi-Taskula & Salmi 2014). Lammi-Taskula ja Salmi (2014, 2) jäsentävät lapsiperheiden hyvinvointia Erik Allardtin hyvinvoinnin ulottuvuuksien valossa. Having-ulottuvuuteen liitetään toimeentulo, vanhempien ansiotyö sekä siitä johtuva aikapula, joka näkyy työ- ja perhe-elämän

sovittamisen hankaluutena. Loving-ulottuvuuteen määritellään kuuluvaksi tyytyväisyys parisuhteen eri osa-alueisiin ja oma jaksaminen vanhempana. Being/Doing-ulottuvuusnippuun on luokiteltu vanhempien välinen työnjako. Omassa tutkielmassani lähestyn lapsiperheiden vanhempien hyvinvointia hieman eri tavoin ja rajatummin, sillä lähemmässä tarkastelussa on toimeentulon heijastuminen terveyteen. Lähestyn vanhempien hyvinvointia heidän sisäisestä maailmastaan käsin, sillä sekä toimeentulo- että terveysulottuvuutta on mitattu kokemuksellisuuden kautta.

2.2 Hyvinvoinnin ulottuvuudet

Saari (2011, 1) summaa, että sosiaalipolitiikassa ja sosiologiassa hyvinvointia on tutkittu eri aikoina monenlaisin painotuksin: 1960- ja 1970-luvuilla keskiössä olivat elinolojen merkitys, 1980-luvulla elämäkerrat, 1990-luvulla laman ja hyvinvoinnin väliset mekanismit ja 2000-luvulla koettu hyvinvointi. 2010-luvun tutkimuksen voidaan sanoa periytyvän kaikista edellä mainituista, minkä vuoksi hyvinvointitutkimus on laajaa ja moninaista, puhumattakaan muiden tieteenalojen hyvinvointitutkimuksen perinteistä. Oma tutkimukseni on linjassa hyvinvointitutkimuksen perinteiden jatkumossa, sillä nykyvirtauksen mukaisesti keskityn vastaajien subjektiivisiin kokemuksiin hyvinvoinnista, mutta mukana on lamatyypillisesti myös toimeentulon teema.

Hyvinvoinnin voi ajatella muodostuvan erilaisista ulottuvuuksista. 2010-luvulla hyvinvoinnin ulottuvuuksiksi monessa eri yhteydessä on määritelty esimerkiksi tulot, työ, terveys, koulutus, sosiaaliset suhteet, poliittinen järjestelmä ja ympäristö. Hyvinvoinnin ulottuvuuksien nykyäänkin käynnissä oleva listaus on Saaren (2011, 39) mukaan merkki hyvinvoinnin tutkimisen jatkuvasta tärkeydestä. Luetteloiden samankaltaisuudet puolestaan indikoivat tiedeyhteisön samanmielisyyttä hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Hyvinvoinnin jakaminen osatekijöihin on pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen perinteelle tyypillistä, sillä hyvinvointi ymmärretään tällaisena moniulotteisena ilmiönä. Kutakin hyvinvoinnin ulottuvuutta yleensä myös mitataan usealla eri mittarilla. (Simpura & Uusitalo 2011, 8.)

Myös omassa tutkielmassani ymmärrän hyvinvoinnin laaja-alaisena ja ulottuvuuksiin jakautuvana. Tutkielmassani sekä selittävä että selitettävä muuttuja ovat kumpikin laajemman hyvinvoinnin osa-alueita. Näin ollen tutkinkin yhden hyvinvoinnin ulottuvuuden – toimeentulon – yhteyttä toiseen – terveyteen. Sekä toimeentuloa että terveyttä mitataan pohjoismaiselle perinteelle tyypillisesti monella mittarilla. Hyvinvointi on kuitenkin todellisuudessa jotakin paljon laajempaa kuin toimeentulo,

terveys tai niiden välinen yhteys, joten tässä tutkielmassa en pyri tavoittamaan hyvinvointia kokonaisuutena.

Pohjoismaissa paljon käytetty ja kuten jo mainittu, myös THL:n hyödyntämä hyvinvoinnin teoretisointi on Erik Allardtin hyvinvoinnin ulottuvuudet. Allardtin (1993, 2–4) mallissa Having-ulottuvuuteen sisältyy ajatus niistä materiaalisista asioista, joita ilman ihminen ei selviä. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi vesi ja ruoka sekä suojelu ympäristöltä ja taudeilta. Koen, että pohjoismaisessa kontekstissa materiaaliset tarpeet on kannattavampaa ymmärtää niinä asioina, jotka auttavat ihmisiä välttämään huonoja oloja. Käytettyjä indikaattoreita hyvinvointivaltioissa ovat esimerkiksi koulutus, työllisyys, taloudelliset resurssit kuten tulot ja varallisuus sekä terveys kuten oireiden esiintyvyys tai puuttuminen ja terveystalvelujen saatavuus.

Loving-ulottuvuus viittaa ihmisen tarpeeseen olla yhteydessä muihin ihmisiin. Tätä ulottuvuutta en sinällään käytä omassa tutkielmassani. On kuitenkin huomattava, että materiaalistien olojen heikkeneminen saattaa vaikuttaa negatiivisesti myös Loving-ulottuvuuteen kuuluviin aspekteihin, kuten solidaarisuuteen ja rakkauteen. Kolmas ulottuvuus Being käsittää ihmisen tarpeet integroitua ympäröivään yhteiskuntaan. Doing-ulottuvuus, joka tarkoittaa vapaa-aikaan liittyviä mahdollisuuksia, voidaan sisällyttää Being-ulottuvuuteen. Being-ulottuvuuteen kuuluu myös muita mahdollisuuksia kuin vain vapaa-aikaan liittyvät, kuten mahdollisuus mielekkääseen työelämään ja mahdollisuus nauttia luonnosta. (Allardt 1993, 2–4.)

Kaikkia Allardtin ulottuvuuksia voi tutkia sekä objektiivisina että subjektiivisina (Allardt 1993, 6). Omassa tutkielmassani toimeentulo sijoittuu Having-ulottuvuuden subjektiiviselle puolelle, jolloin kyseessä on vastaajan omat kokemukset suhteessa tyytyväisyyteen omia elinolojaan kohtaan. Allardtin jaottelussa myös terveys oireiden puuttumisena tai esiintymisenä on sijoitettu Having-ulottuvuuteen. Omassa tutkielmassani haluan kyseenalaistaa tämän jaottelun, ja aionkin ajatella vastaajien mahdollisesti kokeman terveysoireilun Being-ulottuvuuteen kuuluvaksi. Tämä siksi, että omassa tutkielmassani selvitettävät subjektiiviset arviot kokonaisterveydestä ja psyykkisistä oireista resonoiivat mielestäni paremmin Being-ulottuvuuden osa-alueiden kanssa. Terveysoireilun kokeminen todennäköisesti rajoittaa ainakin jossain määrin vastaajan mahdollisuuksia mielekkääseen työelämään, luontosuhteeseen ja vapaa-aikaan. Terveysoireilu saattaa sisältää näin ollen myös tunteen vieraantumisen ja etäntymisen (*alienation*) yhteiskunnasta, jonka Allardt määrittää nimenomaan Being-ulottuvuuteen kuuluvaksi.

Koettu hyvinvointi on ajankohtainen teema kansallisessa ja kansainvälisessä tutkimuksessa, koska pelkkien taloudellisten hyvinvointitietojen on todettu olevan riittämättömiä. Tärkeämpinä pidetään yksilöiden omia kokemuksia hyvinvoinnistaan. Hyvinvoinnin käsitteeseen liitetäänkin usein subjektiivisuus ja moninaisuus. Koettuun hyvinvointiin vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi yksilön ominaisuudet, ihmissuhteet, oikeudet ja turvallisuudentunne. Erilaiset ihmiset tulkitsevat tilanteitaan eri tavoin, eikä siten esimerkiksi kaikkia pienituloisia voida pitää yhtenäisenä ryhmänä. Kokemukset hyvinvoinnista vaihtelevat, vaikka ulkoiset olosuhteet olisivatkin samankaltaisia. (Törrönen 2012, 11; myös Arber, Fenn & Meadows 2014, 2.) Näin ollen onkin kiehtovaa tarkastella tutkimukseni lapsiperheitä yhtenä ryhmänä, mutta myös sukupuolittain ja ikäryhmittäin, jotta hyvinvointikokemuksen mahdollinen vaihtelu lapsiperheryhmien välillä tulee havaituksi. Koska koettu hyvinvointi on ajankohtainen teema, myös tässä tutkimuksessa vastaajien omat tulkinnat ja kokemukset sekä taloudellisesta että terveydellisestä hyvinvoinnistaan ovat avainasemassa.

Siltaniemen ja kumppaneiden (2011, 21–23) mukaan lähes kolme neljäsosaa suomalaisista pitää hyvinvointiaan vähintään melko hyvänä. Kun hyvinvointia tarkastellaan yhdessä työelämätilanteen ja kotitalousrakenteen kanssa, huomataan, että kaikissa ryhmissä vähintään puolet vastaajista pitävät hyvinvointiaan melko hyvänä tai hyvänä. Opiskelijataloudet, työlliset lapsiperheet ja työlliset aikuistaloudet arvioivat hyvinvointiaan kaikista positiivisimmin. Työllisistä lapsiperheistä 86 prosenttia pitää hyvinvointiaan vähintään melko hyvänä. Yksinasuvat työttömät ja yksinasuvat eläkeläiset puolestaan arvioivat hyvinvointiaan negatiivisimmin. Myös kahden henkilön eläkeläistalouksissa sekä työttömyyttä kohdanneissa aikuistalouksissa ja lapsiperheissä oma kokonaishyvinvointi koetaan keskimääräistä yleisemmin huonoksi.

Siltaniemen ja kumppaneiden (2011, 23–24) mukaan koulutustason ja hyvinvoinnin yhteys on selkeä, sillä hyvinvointia pidetään keskimäärin parempana, mitä enemmän vastaajalla on koulutusta. Vain hieman yli puolet oppivelvollisuustasoisien koulutuksen saaneista pitää hyvinvointiaan vähintään melko hyvänä, kun taas korkeakoulun suorittaneista jopa yli 80 prosenttia. Erot säilyvät selkeinä, vaikka iän merkitys vakioidaan pois. Koulutustason lisäksi myös tulotaso näyttäytyt tärkeänä vaikuttajana hyvinvointikokemuksiin. Parempituloiset arvioivat hyvinvointinsakin paremmaksi. Vähintään melko hyväksi hyvinvointinsa kokee 85 prosenttia suurituloisimman viidenneksen vastaajista, kun pienituloisimman viidenneksen vastaajista vain 58 prosenttia.

Hyvinvointitutkimuksessa on huomattu, että erilaiset huono-osaisuuden muodot näyttävät kasautuvan samoille ihmisryhmille (Kauppinen, Saikku & Kokko 2010, 3–4). Kasautuvaa huono-osaisuutta on

määritely muun muassa koetun terveyden, mielialan, sosiaalisten suhteiden ja taloudellisen tilanteen kautta. Huono-osaisuuden on havaittu kasautuvan erityisesti kotitalouksille, joissa on työttömyyttä. Kasautuvaa koettua pahoinvointia taas on tarkasteltu sen kautta, kuinka usein vastaaja kokee esimerkiksi yksinäisyyttä, masentuneisuutta tai ulkopuolisuutta. Kasautuva pahoinvointi näyttäisi koskettavan keskimääräistä useammin pienituloisimpia ja työttömien kotitalouksia. (Siltaniemi ym. 2011, 195.)

Toimeentulo

Hyvinvointia on perinteisesti mitattu taloudellisen toimeentulon kautta. Taloudellisten resurssien riittävyys kiinnittyy oleellisesti lähes kaikkeen tarpeentyydytykseen, kuten ruokaan ja asumiseen. Työhön liittyy taloudellisen toimeentulon lisäksi myös muita yksilön hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, kuten arvostus, asema, tarpeellisuuden tunne ja elämän tyydyttävyyys. (Väisänen 2000, 13.) Suomessa lapsiperheiden vanhemmat ovat suurelta osin ansiotyössä, mikä luo edellytykset eri hyvinvoinnin ulottuvuuksille: toimeentulolle ja työyhteisöön kuulumiselle. Työskentely on siis resurssitekijä, mutta se saattaa vaikuttaa hyvinvointiin myös heikentävästi epävarmuustekijöidensä kautta. Työn lisääntynyt vaatavuus – esimerkiksi työtehtävien määrän kasvu ja tiukentunut työtahti – rasittavat monia vanhempia. Työn ja perheen yhteensovittamiseen liittyy oleellisesti ajankäyttö, sillä työ voi viedä aikaa puolisolta ja lapsilta tai kotiasioiden hoitamiselta. Jopa kaksi viidestä vanhemmasta kokee huolta omasta jaksamisestaan vanhempana. (Salmi & Lammi-Taskula 2014, 12.)

Yksilöiden taloudellinen turvallisuus liittyy hyvien asioiden jatkuvuuteen, kuten työhön ja asemaan sekä taattuun toimeentuloon itselle ja perheelle. Suomalaisella sosiaali- ja hyvinvointipolitiikalla on pohjansa pohjoismaisessa hyvinvointivaltiomallissa, jossa sosiaalinen turvallisuus on arvona tärkeä. Kansalaisten hyvinvointia, turvallisuutta ja omatoimisuutta edistetään sosiaaliturvalla, joka ainakin ideaalisesti on kattava ja kaventaa toimeentuloeroja. (Talvitie-Ryhänen 2000, 1.) Muihin Euroopan maihin verrattuna suomalaiset lapsiperheet ovat harvemmin pienituloisia ja kokevat toimeentulovaikeuksia vähemmän. Yksinhuoltajien taloudellinen tilanne on kuitenkin tiukka kaikkialla. (Okkonen 2014.)

On todettu, että lapsiperheiden tulonsiirrot, kuten kotihoidontuki ja vanhempainraha, ovat pienentyneet reaaliarvoltaan ja jääneet pahasti jälkeen ansioiden ja elinkustannusten kehityksestä. Suomalaiset lapsiperheet kokevat toimeentulonsa kahtiajakautuneesti: kaksi viidestä perheestä pystyy

jopa säästämään rahaa, kun toiset kaksi viidesosaa perheistä kokee eriasteisia hankaluuksia toimeentulossaan. Yksinhuoltajatalouksissa on vaikeuksia kaksi kertaa useammin kuin muissa lapsiperheissä. Pitkällä aikavälillä pienituloisuus on lisääntynyt lapsiperheissä, joista erityisesti yksinhuoltajien perheissä sekä monilapsisissa perheissä. Suurin köyhyysriski on alle 3-vuotiaiden perheissä, kun taas pitkittyvää köyhyyttä esiintyy eniten teini-ikäisten ja leikki-ikäisten perheissä. (Salmi, Lammi-Taskula & Sauli 2014, 11, 21.)

Lapsiperheiden hyvinvointi ja palvelut -kyselyaineiston perusteella vaikuttaa siltä, ettei tämän hetkinen taluskriisi ole ainakaan syksyyn 2012 mennessä vaikuttanut perheiden koettuun toimeentuloon. Vuoden 2012 kyselyssä toimeentulo oli hankalaa samoissa ryhmissä, kuten yksinhuoltajilla ja monilapsisilla perheillä, kuin ennen taluskriisiäkin. Lapsiperheiden keskimääräiseen hyvinvointiin vaikuttaa se, että työllisyys on ollut heillä parempaa kuin lapsettomilla talouksilla. Taluskriisi kuitenkin heijastuu tulevaisuuteen suhtautumiseen, sillä usko perheen talouden kohenemisesta on vähentynyt. (Salmi ym. 2014, 21.) Taloudellinen turvattomuus määritellään uhaksi. Tämä uhka viittaa taloudellisen toimeentulon menettämiseen tulevaisuudessa. Suhteellinen köyhyys aiheuttaa turvattomuutta suhteessa siihen, ettei pysty ylläpitämään tavanomaisena pidettyä elämisen tasoa. (Talvitie-Ryhänen 2000, 2–3.)

Terveys

Yksi hyvinvoinnin ja sen kokemisen konkreettisimmista muodoista on terveys, joka nähdään yksilö- ja yhteisötason resurssiksi. Terveuden voidaan ajatella olevan yksi elämänlaadun perusedellytyksistä, koska se mahdollistaa esimerkiksi työnteon ja sosiaalisen kanssakäymisen. Lisäksi terveys on väestön työkykyisyyden näkökulmasta voimavara yhteiskunnalle. Terveuteen liittyy myös eriarvoisuutta, koska se ei jakaudu tasaisesti: esimerkiksi huono-osaisten terveys on matalammalla tasolla kuin niiden, jotka ovat hyvässä sosiaalisessa asemassa. (Ryynänen 2000, 5–7.)

Kansalaisbarometriaineistossa psyykkistä terveydentilaa selvitetään kysymällä henkisestä vireydestä ja mielialasta sekä masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden tuntemuksista. Yleisesti ottaen suomalaiset kokevat henkisen vireytensä ja mielialansa hyväksi (83 %). Naiset arvioivat henkisen vireytensä ja mielialansa hyväksi hieman miehiä useammin. Toisaalta naiset kokevat masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta vähintään silloin tällöin hieman miehiä useammin. Naiset kokevat psyykkisen terveytensä hyväksi yleisimmin 25–44- ja 45–64-vuotiaiden ikäryhmissä, kun miehet puolestaan alle

25-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä. Tulotaso tarkastellessa huomataan, että ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat naiset (95 %) ja miehet (87 %) arvioivat psyykkisen terveytensä hyväksi, mutta alimman tuloviidenneksen naisista (76 %) ja miehistä (67 %) selkeästi harvempi. (Siltaniemi ym. 2011, 75–76.)

Henkilön sosioekonomiseen asemaan vaikuttaa muun muassa koulutus, ammattiasema ja taloudelliset voimavarat. On todettu, että alemmissa sosioekonomisissa asemissa olevat suomalaiset arvioivat fyysisen terveytensä heikommaksi ja kärsivät pitkäaikaissairauksista useammin kuin ylemmissä sosioekonomisissa asemissa olevat. Taloudelliset voimavarat heijastuvat fyysiseen terveyteen esimerkiksi materiaalisen elintason sekä henkiseen terveyteen esimerkiksi elämänhallinnan ja huonommuuden tunteen kokemisen kautta. On huomattu myös, että yksilön kokemus taloudellisesta toimeentulosta ja köyhyydestä on yhteydessä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen voimakkaammin kuin käytettävissä olevat tulot. (Siltaniemi ym. 2011, 66, 70, 72, 80.)

On todettu, että alle 18-vuotiaiden lasten vanhemmilla on parempi terveys ja elintavat suhteessa muuhun aikuisväestöön. Parhaimmaksi terveys on koettu avio- tai avoliitossa elävien vanhempien kesken. Vuosina 2010–2013 lapsiperheiden vanhempien psyykinen kuormittuneisuus oli hieman harvinaisempaa kuin muun väestön. Voidaan sanoa, että perhe suojaa useilta hyvinvoinnin vajeilta, mutta parempi terveys ja hyvinvointi voivat olla myös valikoitumisen seurausta. (Kaikkonen 2014, 6, 15.)

Koettu terveys tarkoittaa yksilön tulkintaa kokemastaan terveydestä ja sairaudesta omassa arjessaan. Kokemus muodostuu saatavilla olevasta tiedosta, aikaisemmista kokemuksista ja sosiaalisista normeista. Koettu terveys on yleinen ja hyödyllinen mittari, koska se muun muassa ennustaa tulevaa terveydentilaa paremmin kuin objektiiviset lääketieteelliset tutkimukset. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 90.) Koettu terveys ennustaa lisäksi sairastavuutta, terveyspalvelujen käyttöä ja kuolleisuutta. Koettu terveys on käsitteenä laaja, ja siihen voi sisältyä sairauden ja sen puuttumisen lisäksi myös terveydentilan vaikutus suoritus- ja toimintakykyyn tai yleinen tunne omasta terveydentilasta. (Siltaniemi ym. 2011, 66.)

Koettuun hyvinvointiin siis vaikuttavat perheen taloudelliset, kulttuuriset ja sosiaaliset piirteet. Eniten perheitä jaottelee koettu toimeentulo. Hyvin- tai pahoinvoinnilla vaikuttaisi olevan kasaantuva luonne, sillä hyvä taloudellinen hyvinvointi näyttää houkuttelevan hyviä ihmissuhteita – tai toisinpäin. Erityisesti lapsiperheiden hyvinvointia turvaavat palkkatyöhön osallistuminen, oikeuden-

mukainen työnjako kotona, kiinteät sukupolvisuhteet ja muut suhdeverkostot sekä hyvä terveys. (Törrönen 2012, 77.) Näin ollen lapsiperheitä ja heidän kokonaisvaltaista hyvinvointiaan voivat uhata monenlaiset turvattomuuden muodot. Turvattomuutta, huolta ja hyvinvoinnin alenemista voivat aiheuttaa taloudelliset seikat sekä ihmissuhteisiin, sairauteen, työelämään ja asumiseen liittyvät asiat. Monet näistä ongelmista myös nivoutuvat yhteen. Esimerkiksi sairaus ja/tai työttömyys voi johtaa toimeentulo-ongelmiin ja toimeentulovaikeudet muutoksiin asumisessa (myös Kauhanen ym. 2013, 273). (Kraav & Lahikainen 2000, 5.)

2.3 Toimeentulon ja terveyden yhteys

Toimeentulon ja terveyden yhteys on vielä jokseenkin epäselvä. Moni tutkimus ehdottaa, että tulojen ja terveyden yhteys johtuu pikemminkin yksilön psykososiaalisesta asemasta kuin hänen käytettävissään olevista materiaalisista resursseista. Materiaalisen näkökannan mukaan pienempituloisilla on todennäköisemmin kehnompia terveys kuin suurempituloisilla, koska heiltä puuttuu terveyttä edistäviä materiaalisia resursseja. Psykososiaalisen näkökulman mukaan pienempituloisten heikompi terveys johtuu sosiaalisesta vertailusta, joka voi aiheuttaa turhautuneisuutta, häpeää, stressiä ja siten huonoa terveyttä. (Hounkpatin, Wood & Dunn 2016, 1–2.)

Tulojen ja terveyden yhteyttä on tutkittu materiaaliselta kannalta käyttämällä vastaajan tuloja ja psykososiaaliselta kannalta käyttämällä eriarvoisuusmittarina Yitzhakin indeksiä. On kuitenkin esitetty, että itse asiassa yksilön sijoittuminen tulohierarkiassa olisikin psykososiaalisesti tärkeämpää hänen terveytensä kannalta. Tulohierarkiaan sijoittuminen eroaa Yitzhakin indeksistä niin, että terveyden ei oleteta riippuvan tulotasojen erojen voimakkuudesta, vaan pikemminkin asemasta oman viiteryhmän tulohierarkiassa. (Hounkpatin ym. 2016, 1–2.)

Hounkpatin ja kumppanit (2016, 2–3, 5) syventyivät tutkimuksessaan vertailemaan monitasomallien avulla kolmen eri toimeentulomittarin – tulotason, Yitzhakin indeksin ja tulohierarkiaan sijoittumisen – onnistuneisuutta, kun selitettävänä oli sekä koettu että objektiivisesti mitattu terveys. Tutkijat hyödynsivät kansallisesti edustavia pitkäikäisaineistoja Englannista ja Alankomaista. On todettu, että yksilöt vertaavat itseään esimerkiksi saman koulutustason suorittaneisiin ja samalla alueella asuviin, joten Yitzhakin indeksi ja tulohierarkiaan sijoittuminen laskettiin suhteessa näihin muuttujiin. Pitkäikäisasetelma mahdollisti lisäksi aikaisemman ja tämänhetkisen tulotason tarkastelun analyysissä. Yleisesti ottaen malli, jossa otettiin huomioon sekä vastaajan aiempi että tämänhetkinen

tulotaso, ennusti terveyttä parhaiten käytetystä toimeentuloindikaattorista riippumatta. Malli oli kuitenkin paras silloin, kun toimeentuloindikaattoreista käytettiin tulotasoa ja tulohierarkiaan sijoittumista yhdessä tai pelkkää tulohierarkiaan sijoittumista.

Houkpatinin ja kumppaneiden (2016, 6–7) tutkimus tukee tulohierarkiaan sijoittumisen roolia ihmisen terveyden muodostumisessa. Asema tulohierarkiassa on yhteydessä niin koettuun kuin objektiivisestikin mitattuun terveyteen. Pitkittäisasetelmastaan huolimatta tutkijat eivät kuitenkaan uskalla tehdä vahvoja päätelmiä kausaalisuudesta, sillä he tunnistavat, että toimeentulon ja terveyden yhteys voi olla kaksisuuntainen niin, että myös terveys heijastuu toimeentuloon. Terveydentila voi vaikuttaa esimerkiksi työskentelymahdollisuuksiin ja palkkatasoon. Aikaisempi tutkimus antaa kuitenkin viitteitä siitä, että toimeentulolla on enemmän vaikutusta terveyteen kuin terveydellä toimeentuloon (ks. Arber ym. 2014, 1–2). Omassa tutkielmassani keskitytään nimenomaan toimeentulon heijastumiseen terveyteen lapsiperheiden vanhempien keskuudessa.

Houkpatin ja kumppanit (2016, 7) kiinnittävät huomiotaan myös siihen, että eivät tavoittaneet toimeentuloindikaattoreillaan kokemuksellista ulottuvuutta, koska laskivat Yitzhakin indeksin ja tulohierarkiaan sijoittumisen matemaattisesti. Tällaiset lasketut mittarit eivät välttämättä kuvaa ihmisten kokemaa huono-osaisuutta tai sitä, kuinka paljon alempi tulotaso tai alempi asema tulohierarkiassa itse asiassa vaikuttaa kuhunkin yksilöön (myös Arber ym. 2014, 2). Näin ollen kokemusta kartoittavien mittarien tärkeys tunnustetaan. Omassa tutkielmassani vastaajien omat arviot toimeentulostaan ja terveydestään ovat avainasemassa.

Toimeentulon ja terveyden suhdetta on pyritty selittämään myös subjektiivisen sosioekonomisen aseman (*subjective socioeconomic status, SES*) avulla. Subjektiivinen sosioekonominen asema tarkoittaa vastaajan käsitystä siitä, mihin kohtaa hän sijoittuu yhteiskunnassa. Tätä havainnollistetaan usein tikapuumallilla, jossa alin puola merkitsee alhaista sijoittumista ja ylin puola sijoittumista korkealle. Subjektiivisen sosioekonomisen aseman on todettu olevan yhteydessä koettuun terveyteen, masennukseen ja kuolleisuuteen. Yleensä yhteydet säilyvät, vaikka sosioekonomisen aseman objektiiviset mittarit vakioidaan. Objektiivisinä mittareina on yleensä käytetty esimerkiksi koulutusta, tulotasoa ja ammattiasemaa. (Präg, Mills, Wittek 2016, 1–3.)

Präg ja kumppanit (2016) tarkastelivat vertailevassa tutkimuksessaan subjektiivisen sosioekonomisen aseman ja terveyden välistä yhteyttä 29 maan aikuisväestössä monitasomalleja avuksi käyttäen. Terveyttä selvitettiin kysymällä vastaajan kokemusta omasta kokonaisterveydestään ja psyykkisestä

hyvinvoinnistaan. Tutkijat huomasivat, että subjektiivisen sosioekonomisen aseman ja molempien terveysmuuttujien välillä oli yhteys kaikissa tutkimuksen kohteena olevissa maissa. Yhteydet myös säilyvät voimakkaimpina, vaikka objektiiviset mittarit koulutus, tulotaso ja ammattiasema lisättiin malliin.

Arber ja kumppanit (2014, 1) käsittelevät artikkelissaan koetun taloudellisen hyvinvoinnin ja terveyden yhteyttä. Koettu taloudellinen hyvinvointi (*subjective financial well-being, SFW*) viittaa ihmisen omaan arvioon tulojensa riittävydestä tyydyttää yleisiä tarpeita. Koetun taloudellisen hyvinvoinnin ajatellaan olevan yhteydessä taloudelliseen stressiin ja henkiseen rasitukseen. Tulojen ja terveyden välillä on havaittu olevan melko lineaarinen yhteys, mutta koetun taloudellisen hyvinvoinnin ja terveyden välistä suhdetta on toistaiseksi tutkittu suhteellisen vähän. Tutkijat summaavat, että tulot voivat vaikuttaa terveyteen ensinnäkin materiaalisena selityksen valossa. Materiaalisessa selityksessä katsotaan, että tulot heijastuvat esimerkiksi asumiseen, asuinalueeseen, ruokavalioon ja palveluiden saamiseen, joilla kaikilla on vaikutusta terveyteen.

Toisen käsityksen mukaan yksilön suhteellinen tulotaso ja paikka tulohierarkiassa ovat yhteydessä terveyteen siten, että pienempituloiset kokevat todennäköisemmin stressiä sekä sosiaalista ja psyykkistä hyvinvoinnin vajetta. Eri tutkijoiden käsitteellistykset toimeentulon ja terveyden välisestä suhteesta ovat samankaltaisia. Arberin ja kumppaneiden (2014, 1) tavoin myös Hounkpatin kumppaneineen (2016, 1–2) esittelee materiaalisena näkökulman, mutta vaihtoehtoinen käsitys on nimetty psykososiaalisena näkökulmaksi. Eri käsitteellistykset kuitenkin lähestyvät sisällöllisesti toisiaan, sillä kummassakin materiaalisena selityksen vastinparissa oleellista on tulohierarkiaan sijoittuminen sekä siitä mahdollisesti aiheutuva stressi ja muut hyvinvoinnin vajeet.

Yleisesti koetun taloudellisen hyvinvoinnin ja terveyden suhdetta teoretisoidaan kahden eri mekaniikan avulla. Suhteellisen materiaalisena puutteen ajatus lähenee viiteryhmäteoriaa ja siinä olennaista on, kokeeko yksilö voivansa osallistua yhteisöllensä tai viiteryhmällensä tavanomaisella tavalla, esimerkiksi lähtemällä viikon lomamatkalle vuosittain. Tällöin sosiaalinen vertailu voisi olla mahdollinen välittävä selittäjä koetun taloudellisen hyvinvoinnin ja terveyden välillä. Toisen käsityksen mukaan koettu taloudellinen hyvinvointi voi olla yhteydessä terveyteen taloudellisen stressin ja rasituksen kautta. Nämä sisältävät erilaisia tuntemuksia, kuten stressiä, ahdistusta ja avuttomuutta. Kummallakin näillä mekaniikoilla on todennäköisesti pitkäaikaista kielteistä vaikutusta terveyteen, koska ne alentavat yksilön omanarvontuntoa, itseluottamusta ja hallinnan tunnetta. (Arber ym. 2014, 2.) On hyödyllistä tunnistaa, että tällaisia eri tavoin teoretisoituja välittäviä

tekijöitä on. Tässä tutkimuksessa käytettävät koetun toimeentulon indikaattorit rinnastuvat paremmin jälkimmäiseen mekaniikkaan. Tällöin koettu toimeentulo heijastuisi terveyteen pikemminkin taloudellisen stressin ja rasituksen kokemisen kautta. En kuitenkaan sulje pois sosiaalisen vertailun mahdollisuutta, sillä tutkimuskysymyksiin on osin mahdollista vastata myös omaa tilannetta toisiin peilaten.

Aiemmassa tutkimuksessa on huomattu, että iällä on vaikutusta taloudelliseen ahdinkoon liittyviin mielenterveysongelmiin. On todettu esimerkiksi, että taloudellinen ahdinko lisää masennusta eri ikäryhmissä ja eri elämänkaaren vaiheissa, kuten työikäisillä, äideillä sekä murrosikäisten vanhemmilla. Mirowsky ja Ross (2001) selvittivät tutkimuksessaan taloudellisen ahdingon, iän ja masennuksen välistä yhteyttä yhdysvaltalaisessa aikuisväestössä. Taloudellista ahdinkoa selvitettiin kysymällä erilaisista kulutusvaikeuksista. Masennusta puolestaan mitattiin erilaisten oireiden esiintyvyytenä. Tutkijat huomasivat, että talousvaikeudet olivat yhteydessä masennukseen kaikissa ikäryhmissä, mutta yhteys oli voimakkaampi nuoremmilla kuin vanhemmilla. Tämä saattaa johtua siitä, että vanhemmilla ihmisillä on enemmän elämäkokemusta ylipäätään, mutta myös kokemusta aikaisemmista samantyyppisistä ongelmista ja niiden kanssa pärjäämisestä. Lisäksi kypsyys ja emotionaalinen tasapaino saattavat vähentää (talous)haasteiden kuormittavuutta.

Uudet ja pitkäkestoiset talousvaikeudet puolestaan lisäävät masennusoireita nuorilla aikuisilla, kun taas niiden yhteys vanhemmilla aikuisilla on pienempi. Tutkijat olettivat, että vanhemmat ihmiset eivät koe taloudellisia vaikeuksia niin lannistavina sen takia, että heillä on ehkä vähemmän perhevelvoitteita. Taloudellisen ahdingon ja kotona asuvien lasten välillä ei kuitenkaan ollut merkitsevää yhteyttä. Lapset kylläkin lisäävät taloudellisten vaikeuksien esiintyvyyttä, mutta eivät lisää taloudellisiin vaikeuksiin liittyvän masennuksen määrää. Toisaalta ikääntyminen tuo mukanaan myös haasteita. Esimerkiksi yleinen terveydentila yleensä heikkenee ikääntymisen myötä (esim. Arber ym. 2014, 1). Mirowsky ja Ross (2001) huomasivat tutkimuksessaan myös, että taloudellinen ahdinko on masentavampaa, mikäli vastaajalla ei ole kotitalouden tuloja käytettävissään tai hänellä on jokin haittaava krooninen sairaus. Pitkäaikaissairaudet sekä hankaloittavat työssäkäyntiä että samaan aikaan vaativat paljon rahallisia resursseja hoitoihin ja lääkkeisiin.

Arber ja kumppanit (2014, 2–3) summaavat, että koetun taloudellisen hyvinvoinnin ja terveyden suhteen tutkimukset ovat usein keskittyneet ikäihmisiin tai pienempiin otoksiin, jolloin tutkimusten tuloksia ei ole voitu yleistää. Lisäksi tuloja ei useinkaan ole vakioitu. Tämän vuoksi tutkijat käyttävät omassa tutkimuksessaan kansallisesti edustavaa brittiläistä otosta ja vakioivat tulot analyysissaan. He

myös erottelevat tutkimuksessaan keski-ikäiset (45–64-vuotiaat) ja eläkeikäiset (yli 65-vuotiaat), sillä tulojen ja terveyden suhde vaihtelee ikäryhmittäin. Tulojen ja terveyden voi sanoa olevan vahvemmin yhteydessä keski-ikäisillä kuin nuoremmilla tai eläkeikäisillä. Tämän arvellaan johtuvan siitä, että keski-ikäiset ovat riippuvaisempia palkkatyöstä saaduista tuloista. Toisaalta Mirowsky ja Ross (2001) esittävät, että esimerkiksi pitempi elämäkokemus saattaa vähentää taloushaasteiden kuormittavuutta. Yhtä kaikki, koen ikänäkökulman tärkeäksi myös omassa tutkielmassani. Aineistoni vanhemmista suurin osa on yli 35- mutta alle 45-vuotiaita, mutta aineistossani on myös nuorempia ja vanhempia äitejä ja isiä. Koetun toimeentulon ja terveyden yhteyttä on mielenkiintoista verrata eri-ikäisten vanhempien kesken, jotta mahdolliset vaihtelut hyvinvointikokemuksessa voidaan havaita.

Arberin ja kumppaneiden (2014, 3–5) tutkimuksessa koettua terveyttä mitattiin kysymällä vastaajan arviota kokonaisterveydestään asteikolla erittäin hyvästä hyvin huonoon. Koettua taloudellista ahdinkoa selvitettiin kahdella eri kysymyksellä. Ensin tiedusteltiin rahojen riittävydestä eli siitä, pystyykö vastaaja kattamaan tavanomaiset kulut kotitaloutensa tuloilla. Teoreettiselta kannalta mittari liittyy ajatukseen taloudellisen rasituksen oleellisuudesta. Toinen kysymys käsitteli erilaisten kulutusvaikeuksien kokemista, mikä liittyy teoreettisesti enemmän suhteellisen materiaallisen puutteen ajatukseen.

Tutkimuksessa mitattiin kulutusvaikeuksia tiedustelemalla esimerkiksi, onko kotitaloudella varaa kotinsa riittävään lämmitykseen, viikon lomamatkaan vuosittain tai proteiinipitoiseen ruokaan joka toinen päivä. Taustamuuttujina tutkijat käyttävät sukupuolta, siviilisäätystä, ikää, etnisyyttä, koulutusta, sosiaaliluokkaa, vastaajan pääasiallista toimintaa ja tupakointitottumuksia. Koetun taloudellisen hyvinvoinnin ja terveyden yhteyttä tutkitaan logistisella regressioanalyysillä niin, että tulot ja taustamuuttujat on vakioitu. Tutkijoiden malli 1 analysoi koettua terveyttä suhteessa taustamuuttujiin. Malli 2 ottaa huomioon myös tulot. Viimeinen malli eli malli 3 sisältää koetun taloudellisen hyvinvoinnin muuttujat eli rahojen riittävyden ja kulutusvaikeudet. (Arber ym. 2014, 3–5.)

Kun muut selittäjät on vakioitu, viimeisessä mallissa keski-ikäisillä sukupuolen ja työllisyystilanteen yhdysvaikutus säilyy tilastollisesti merkitsevänä selittäjänä. Työlliset naiset raportoivat parhaita ja työttömät miehet heikointa terveyttä. Eläkeiässä työttömillä on tilastollisesti merkitsevästi todennäköisemmin huonompi terveys. Keski-ikäisten ryhmässä etnisyyden yhteys terveyteen ei enää säily merkitsevänä viimeisessä mallissa. Koettu taloudellinen hyvinvointi siis välittää etnisyyden ja terveyden suhdetta keski-ikäisissä, mutta ei eläkeikäisissä. Kolmannessa mallissa myös siviilisäädyn

tilastollinen merkitsevyys katoaa. Koettu taloudellinen hyvinvointi siis välittänee myös eronneiden ja huonomman terveyden suhdetta molemmissa ikäryhmissä. Koulutus, sosiaaliluokka sekä tupakointi säilyvät tilastollisesti merkitsevinä selittäjinä molemmissa ikäryhmissä myös viimeisessä mallissa. Kotitalouden tulot ovat merkitsevä ja lineaarinen ennustaja terveydelle myös mallissa 3, mutta vain keski-ikäisille. Pienempituloiset raportoivat useammin heikompaa terveyttä. Eläkeiässä tulot ovat merkitsevä selittäjä mallissa 2, mutta eivät enää mallissa 3. Eläkeiässä koettu taloudellinen hyvinvointi toimii siis välittäjänä tulojen ja terveyden välillä. (Arber ym. 2014, 6–7.)

Molemmissa ikäryhmissä rahojen riittämään saamisen hankaluus ja kaksi tai useampaa kulutusvaikeutta ovat tilastollisesti merkitseviä heikomman terveyden selittäjiä. Koettu taloudellinen hyvinvointi on siis yhteydessä koettuun terveyteen. Tulot ovat vahvemmin yhteydessä koettuun terveyteen keski-ikässä kuin eläkeiässä. Keski-ikässä tulot ja koettu taloudellinen hyvinvointi ovat itsenäisesti yhteydessä terveyteen. Ne vastaajat, jotka ovat sekä pienituloisia että kokevat rahallisen pärjäämisen vaikeaksi, raportoivat useammin huonompaa terveyttä. Eläkeiässä puolestaan koettu taloudellinen hyvinvointi on tulojen ja terveyden välittäjänä. Ne, jotka kokevat tuloillaan pärjäämisen vaikeaksi niiden tasosta riippumatta, arvioivat myös terveytensä heikommaksi. Eläkeiässä suhteellista materiaalista puutetta indikoivat kulutusvaikeudet ovat yhteydessä terveyteen voimakkaammin kuin keski-ikäisillä. Näin ollen kirjoittajat toteavat monenlaiset koetun taloudellisen hyvinvoinnin mittarit tarpeellisiksi. Heidän tutkimuksensa valotti, että tärkeää terveyden kannalta on sekä yhteiskunnalle tyypillisen elintason ylläpitäminen että kokemus oman toimeentulotason riittäväydestä. (Arber ym. 2014, 7–8.)

Myös suomalaisessa tutkimuksessa on oltu kiinnostuneita toimeentulon ja terveyden välisestä yhteydestä. Seuraavassa kahdessa suomalaisessa tutkimuksessa toimeentuloa on selvitetty objektiivisten mittarien lisäksi myös subjektiivisilla mittareilla. Molemmissa tutkimuksissa selitettävänä muuttujana on tarkasteltu mielenterveysongelmia. Mielenterveysongelmien mittaamiseen on käytetty GHQ-12-mittaria. General Health Questionnaire eli GHQ on kansainvälinen psyykkisen kuormittuneisuuden mittari. GHQ-12 on mittarin 12-osioinen versio, jonka avulla saadaan selville väestön ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden oireita. (Ostamo, Huurre, Talala, Aro & Lönnqvist 2007, 2.)

Vuosituhanen vaihteessa oltiin kiinnostuneita siitä, oliko 1990-luvun taloudellisella taantumalla yhteyttä suomalaisen aikuisväestön mielenterveyteen. Viinamäki, Hintikka, Kontula, Niskanen ja Koskela (2000, 1–2) selvittivät erilaisten taustamuuttujien ja muiden tekijöiden yhteyttä mielen-

terveyteen logistisen regressioanalyysin avulla vuosina 1993–1995 kerätyillä poikkileikkausaineistoilla. Vastaajilta tiedusteltiin esimerkiksi tulevaisuuteen suhtautumista sekä omaa arviota taloudellisesta tilanteestaan ja terveydentilastaan. Analyysit suoritettiin kunakin mittausvuonna sukupuolille erikseen.

Viinamäki ja kumppanit (2000, 2–5) saivat selville, että vastaajan siviilisäädyltä tai koulutuksella ei juuri ollut yhteyttä mielenterveysongelmien esiintymiseen. Mielenterveysongelmat olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä sekä 18–54-vuotiailla kuin sitä vanhemmilla (iästä ks. myös Mirowsky & Ross 2001). Työttömillä naisilla ja miehillä oli mielenterveysongelmia keskimääräistä useammin. Suurempaan mielenterveysongelmien määrään oli yhteydessä myös se, jos vastaajalla oli ongelmia kumppaninsa kanssa. Kokemus taloudellisen tilanteen heikkoudesta, epävarma tulevaisuuteen suhtautuminen ja koettu heikompi kokonaisterveys olivat kummallakin sukupuolella yhteydessä mielenterveysongelmiin kaikkina kolmena vastausvuonna. Jopa lähes puolella niistä, jotka kokivat taloudellisen tilanteensa huonoksi, oli myös mielenterveysongelmia. Koska sekä koettu toimeentulo että terveys olivat yhteydessä mielenterveyteen, kirjoittajat muistuttavat toimivan terveydenhuollon ja riittävän toimeentulotason tärkeydestä ihmisten hyvinvoinnille.

Lahelman, Laaksosen, Martikaisen, Rahkosen ja Sarlio-Lähteenkorvan (2006, 1–2, 4) tutkimuksessa selvitettiin sosioekonomisten olosuhteiden yhteyttä mielenterveysongelmiin Helsingin kaupungin työntekijöillä. Yleisesti on havaittu, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat raportoivat useammin psyykkisiä vaikeuksia kuten masennus- ja ahdistusoireita. Havaitut yhteydet kuitenkin vaihtelevat tutkimuksesta toiseen. Myös päinvastaisista yhteyksistä on saatu viitteitä, jolloin lievät mielenterveysongelmat ovatkin olleet yleisempiä korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevien keskuudessa. Kirjoittavat summaavat, että yhteyksien vaihtelut voivat johtua käytetyistä sosioekonomisen aseman ja mielenterveyden mittareista, kuten myös tutkittavasta ihmisryhmästä. Omassa tutkimuksessaan tutkijoilla oli tavoitteena huomioida monia sosioekonomisen aseman mittareita: Tietoa haluttiin niin vastaajien lapsuutta kuin aikuisuuttakin koskien. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin niin kokemusta taloudellisista vaikeuksista kuin perinteisempiäkin sosioekonomisen aseman objektiivisia mittareita.

Sosioekonomisia olosuhteita mitattiin seitsemän eri mittarin avulla: vanhempien koulutus, lapsuudessa ennen 16. ikävuotta koetut taloudelliset vaikeudet, oma koulutus, ammattiasema, kotitalouden tulot, omistusasunto ja taloudelliset vaikeudet, joita selvitettiin kysymällä laskujen maksamisen vaikeudesta ja siitä, kuinka usein kotitaloudella on varaa ostaa tarvittavia vaatteita tai

ruokaa. Sosioekonomisten mittareiden ja mielenterveysongelmien yhteyttä selvitettiin logistisella regressioanalyysillä erikseen miehille ja naisille. Lievät mielenterveyden ongelmat olivat naisilla hieman yleisempiä kuin miehillä (ks. myös Viinamäki ym. 2000). Sukupuolten välillä havaittiin kuitenkin vain pieniä eroja sosioekonomisten olosuhteiden ja mielenterveysoireiden välisessä suhteessa. Poikkileikkaus-tutkimuksen pääasialliseksi tulokseksi saatiin, että koetut taloudelliset vaikeudet niin lapsuudessa kuin aikuisuudessakin olivat vahvimmin yhteydessä mielenterveysongelmiin sukupuolesta riippumatta. Niillä, jotka raportoivat lapsuudessa koettuja tai nykyisiä taloudellisia vaikeuksia, oli enemmän mielenterveysongelmia kuin niillä, joilla taloudellisia vaikeuksia ei ollut. Yhteydet säilyivät vahvoina myös sen jälkeen, kun muut sosioekonomiset mittarit oli vakioitu. (Lahelma ym. 2006.)

Toimeentulon ja terveyden yhteys lapsiperheiden kontekstissa

Perheiden hyvinvoinnin teoretisoinnin tapoja on useita, mutta usein taloudellisten paineiden, psyykkisten ongelmien ja vanhemmuuden käytäntöjen välisiä suhteita on hahmotettu perheen stressimallin avulla (*family stress model, FSM*). Perheen stressimallissa oletetaan, että koettu taloudellinen ahdinko toimii välittävänä tekijänä objektiivisten tulojen ja psyykkisten vaikeuksien välillä. Perheen stressimallissa oletetaan, että pitempiaikaiset taloudelliset vaikeudet johtavat jokapäiväisiin ponnisteluihin, jotka puolestaan antavat psyykkisen merkityksen taloudellisten paineiden kokemiselle. Tällaisia vaikeuksia kokevat vanhemmat saattavat tuntea turhautumista, vihaa ja psyykkistä ahdinkoa. Mallin mukaan psyykinen ahdinko, kuten masennusoireilu, vähentää tai häiritsee suotuisten vanhemmuuden käytäntöjen esiintyvyyttä, millä on vaikutusta perheen lasten oloihin. (Esim. Ponnet, Van Leeuwen, Wouters & Mortelmans 2014, 2; Lee, Anderson, Horowitz & August 2009, 2.)

Perheen stressimallia on hyödynnetty myös suomalaisissa – tosin jo hieman vanhoissa – tutkimuksissa. Toimeentulolottuvuutta on lähestytty taloudellisen stressin (Sallinen & Kinnunen 2001) ja taloudellisten paineiden (Leinonen, Solantaus & Punamäki 2002) kautta. Sallisen ja Kinnusen (2001, 1–2) mukaan taloudellinen stressi muodostuu objektiivisista ja subjektiivisista tekijöistä. Objektiivisiä tekijöitä ovat muun muassa työn vakaus, työttömyysjaksojen pituudet ja alhaiset tulot. Subjektiivisiä tekijöitä ovat työn epävarmuus jatkuvuuden suhteen ja taloudelliset huolet. Kirjoittajat toteavat esimerkiksi työttömyyden olevan yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin, mutta usein välittävien tekijöidensä – taloudellisen puutteen ja stressin – kautta.

Taloudellinen stressi ja GHQ-12-mittarilla mitatut psyykkiset oireet olivat Sallisen ja Kinnusen (2001, 5, 7–9) tutkimuksessa yhteydessä toisiinsa siten, että mitä enemmän vastaajilla oli taloudellista stressiä, sitä enemmän he arvioivat myös psyykkisiä oireita. Koska tutkimuksessa haluttiin selvittää taloudellisen stressin vaikutusta parisuhteen ja vanhemmuuden laatuun, analyysiä jatkettiin. Parisuhteen laatua selvitettiin kysymällä konsensuksesta ja ristiriidoista. Vanhemmuuden laatua puolestaan selvitettiin tiedustelemalla tyytyväisyydestä omaan rooliin ja toimintaan vanhempana. Taloudellisesta stressistä johtuvien psyykkisten oireiden huomattiin olevan yhteydessä heikkoon parisuhteen laatuun. Taloudellisesta stressistä johtuvat psyykkiset oireet olivat naisilla yhteydessä alhaisempaan tyytyväisyyteen vanhempana. Miehillä taloudellinen stressi vaikutti sekä suoraan että psyykkisten oireiden kautta heikentävästi vanhemmuustyytyväisyyteen.

Leinonen ja kumppanit (2002, 2) puolestaan määrittävät, että objektiiviset taloudelliset olosuhteet välittyvät vanhempien subjektiivisiin tuntemuksiin koettujen taloudellisten paineiden kautta (ks. myös Arber 2014, 1–2). Yleisillä paineilla (*general pressures*) viitataan huoleen perheen kokonaistaloustilanteesta. Yleisten taloudellisten paineiden mittareita ovat vaikeudet laskujen maksamisessa ja lainan lyhentämisessä sekä se, onko rahaa jäljellä kuukauden lopussa. Spesifeillä paineilla (*specific pressures*) puolestaan viitataan käytännön keinoihin, joilla rahankulutusta voidaan pienentää: esimerkiksi kulutustottumuksia muuttamalla, ruokakauppaa vaihtamalla tai hankintoja lykkäämällä. On esitetty, että taloudelliset paineet saattavat jakautua eri sukupuolille eri tavoin. Oletuksena on, että sukupuolittuneesta työnjaosta johtuen yleisiä paineita kokevat todennäköisemmin miehet ja spesifejä paineita naiset.

Leinonen ja kumppanit (2002, 2, 7) toteavat, että taloudellisista vaikeuksista kärsivillä on mielen-terveysongelmia, joista erityisesti masennusta. Omassa tutkimuksessaan kirjoittajat keskittyvät masennuksen lisäksi myös ahdistukseen ja sosiaaliseen toimintahäiriöön (GHQ-28), koska epävarmuus työn jatkuvuudesta ja tulevaisuudesta altistaa myös näille mielen-terveyshäiriöille. Tutkijat havaitsivat, että perheessä koettu taloudellinen ahdinko välittyy vanhemmuuden laatuun taloudellisten paineiden, vanhempien mielen-terveyden ja parisuhteen vuorovaikutuksen kautta. Alhainen tulotaso, työn epävarmuus ja perheen vastikään muuttunut tulotaso loivat tutkimuksen isille sekä yleisiä että spesifejä taloudellisia paineita. Molemmat paineet olivat yhteydessä ahdistu-neisuuteen ja yleiset paineet lisäksi sosiaaliseen toimintahäiriöön. Nämä psyykkiset vaikeudet heijastuivat puolestaan edelleen isien tapaan olla vuorovaikutuksessa perheenjäsentensä kanssa: he olivat vihamielisempiä puolisojaan ja rankaisevampia lapsiaan kohtaan.

Alhainen tulotaso, työn epävarmuus ja perheen vastikään muuttunut tulotaso loivat myös tutkimuksen äideille niin yleisiä kuin spesifejäkin paineita. Kuitenkin vain spesifit paineet olivat yhteydessä äitien mielenterveyteen, tarkemmin sanottuna ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen. Myös puolison käyttäytyminen vaikutti vanhemmuuteen: esimerkiksi puolison vihamielisyys vaikutti äiteihin niin, että myös he olivat rankaisevampia lapsiaan kohtaan. Taloudelliset vaikeudet siis ovat yhteydessä vanhemmuuden laatuun vanhempien psyykkisten ongelmien ja parisuhteen vuorovaikutusongelmien kautta. Tutkijat kuitenkin huomasivat myös, että jos vanhemmat kokevat keskinäisen parisuhteensa lämpimäksi ja tukevaksi, vanhemmuuden laatu ei kärsi taloudellisista vaikeuksista yhtä paljon. (Leinonen ym. 2002, 7–8.)

Ponnetin ja kumppaneiden (2014, 6–7, 10) belgialaisessa tutkimuksessa niin ikään huomattiin, että perheen tulot korreloivat äitien ja isien kokeman taloudellisen stressin kanssa. Taloudellinen stressi puolestaan korreloi vanhemmuuteen liittyvän stressin kanssa, jota selvitettiin kysymällä masentuneisuudesta, kyvyttömyydestä kasvattajana ja syyllisyydentunteesta. Vanhemmuudesta koettu stressi oli negatiivisesti yhteydessä avoimeen vuorovaikutusilmapiiriin perheessä ja positiivisesti yhteydessä häiriökäyttäytymiseen perheen nuorilla. Näin ollen taloudelliset olosuhteet heijastuvat vanhempien toiminnan kautta myös lasten käytökseen. Pulkkinen (2002, 6) summaakin osuvasti, että absoluuttinen köyhyys vaikuttaa lapseen sen kautta, että esimerkiksi ravintoa ei ole tarpeeksi saatavilla, mutta myös suhteellinen köyhyys heijastuu lapsen kehitykseen. Suhteellinen köyhyys vaikuttaa lapsen kehitykseen kuitenkin usein sen kautta, miten pienituloisuus vaikuttaa vanhemmuuteen. Taloudellisen stressin kokeminen saa vanhemmat esimerkiksi rankaisemaan lapsiaan herkemmin (myös Leinonen ym. 2002, 7), mikä taas vaikuttaa lapsen sopeutumiskykyyn heikentävästi.

Taloudellisten paineiden ja vanhempien psyykkisten vaikeuksien on siis huomattu olevan yhteydessä vanhemmuuden käytäntöihin. Esimerkiksi alhainen tulotaso, joka osaltaan määrittää koettuja taloudellisia paineita, on yhteydessä vanhemmuuden käytäntöihin: vanhempi saattaa antaa aikaansa ja tukeaan lapselle vähemmän tai vanhempi-lapsivuorovaikutuksessa on vähemmän kommunikatiota ja kiintymystä. Psyykkisten vaikeuksien, kuten masennuksen, on huomattu olevan yhteydessä esimerkiksi vihamielisten ja pakottavien vanhemmuuden käytäntöjen suurempaan määrään. Taloudelliset paineet ja masennus kietoutuvat myös vahvasti toisiinsa, sillä heillä, joilla on alempi tulotaso, on enemmän masennusoireita verrattuna heihin, joilla on korkeampi tulotaso. (Lee ym. 2009, 2.)

Pienituloisuuden on huomattu olevan yhteydessä muun muassa fyysiseen ja henkiseen terveyteen, väkivaltaan sekä vähäisempään tyytyväisyyteen suhteessa elämänlaatuun, parisuhteeseen ja sosiaaliseen tukeen. Aiemmassa tutkimuksessa on verrattu lisäksi pieni- ja suurempituloisten tyytyväisyyttä perheensä toimintaan (ks. Mansfield, Dealy ja Keitner 2013, 1, 3–4). Perheen toimintaa mitattiin kysymällä esimerkiksi ongelmanratkaisujen ja vuorovaikutuksen onnistumisesta perheen sisällä. Tutkimuksessa selvitettiin myös, onko perheessä yhdellä tai useammalla jäsenellä psyykkisiä ongelmia.

Mansfield ja kumppanit (2013, 5, 7) huomasivat, että psyykkisten oireiden ja perheen toimintaan tyytyväisyyden välinen suhde riippui tulotasosta. Pienituloisten ryhmässä ne, joiden perheessä yhdellä tai useammalla jäsenellä oli psyykkisiä ongelmia, olivat tyytymättömämpiä perheensä toimintaan verrattuna vastaavaan suurempituloisten ryhmään. Tutkijat summaavat, että perheen toimintakykyyn liittyy vahvasti tulojen ja psyykkisen häiriön yhteisvaikutus: pienituloisuus pahentaa psyykkisen häiriön vaikutuksia. Sekä pienituloisuuden että psyykkisen häiriön esiintyvyys perheessä johtaa suurempaan tyytymättömyyteen perheen toimintaa kohtaan kuin kumpikaan näistä muuttujista yksin johtaisi.

Suomalaiset pitävät läheisiä ihmissuhteitaan arvossa ja valtaosa kokeekin ne – erityisesti perhesuhteet – hyväksi. Ihmissuhteitaan vähintään melko hyvänä pitävät tuntevat harvemmin itsensä esimerkiksi köyhiksi, masentuneiksi ja ahdistuneiksi. Mielenkiintoista on, että ihmissuhteet arvioidaan huonoiksi keskimääräistä useammin esimerkiksi työttömien ja alimpaan tulokvintiiliin kuuluvien ryhmässä (ks. myös Mansfield ym. 2013, 5, 7). (Siltaniemi ym. 2011, 53–55.) On todettu, että taloudellinen ahdinko on yhteydessä masennusoireiluun sekä suoraan että epäsuorasti vähäisen sosiaalisen tuen kautta. On mahdollista, että taloudelliset paineet ovat yhteydessä vähäiseen sosiaalisen tuen määrään siksi, että taloudellinen stressi saattaa olla musertavaa sitä kokeville ihmisille, eikä heillä välttämättä riitä aikaa, energiaa tai toivoa hakea tukea toisilta. Sosiaalisen tuen hyödylliset mielenterveysvaikutukset puolestaan toteutuvat oletettavasti positiivisten vuorovaikutuskokemusten kautta, jolloin esimerkiksi ihmisen oman arvon tunto ja itsetunto kohoavat. (Lee ym. 2009, 2.)

Lee ja kumppanit (2009, 4–5) halusivat selvittää, mikä on sosiaalisen tuen rooli perheen alhaisen tulotason, masennuksen ja vanhemmuuden käytäntöjen välisissä suhteissa. Tutkimukseen osallistui lähes 300 minnesotalaista riskiryhmään määriteltyä perhettä, joista suurin osa asui maaseudulla. Tutkimuksen muuttujina käytettiin perheen tulotasoa, masennusoireita, sosiaalisen tuen mahdollisuuksia sekä vanhemmuuden käytäntöjä, joita olivat vuorovaikutus, osallistuminen, luottamus

itseän vanhempana ja turhautuminen vanhempi-lapsisuhteessa. Analyysimenetelminä käytettiin monen selittäjän regressiota ja rakenne-yhtälömallinnusta.

Perheen stressimallin mukaisesti tutkijat havaitsivat, että perheen matala tulotaso oli yhteydessä runsaampaan masennusoireiden määrään, joka puolestaan oli yhteydessä epäsuotuisampiin vanhemmuuden käytäntöihin, kuten vähäisempään vuorovaikutukseen ja suurempaan turhautuneisuuteen vanhempi-lapsisuhteessa sekä alhaisempaan luottamukseen itseän vanhempana. Taloudellisia vaikeuksia kohdatessaan pienempituloiset vanhemmat kokivat enemmän masennusoireita kuin parempituloiset. Perheen tulotaso oli yhteydessä myös sosiaaliseen tukeen. Tulotason ja masennusoireiden välinen yhteys oli merkitsevästi heikompi silloin, kun sosiaalisen tuen mahdollisuudet otettiin mallissa huomioon. Kun sosiaalisen tuen määrä oli alhainen, perheen matala tulotaso oli yhteydessä korkeampaan masennusoireiden tasoon. Jos sosiaalisen tuen määrä oli runsasta, perheen matalan tulotason ja masennusoireiden välillä ei ollut yhteyttä. Sosiaalinen tuki puolestaan oli yhteydessä suotuisiin vanhemmuuden käytäntöihin. (Lee ym. 2009, 6–8.)

Masennusoireiden kokemisella saattaa olla vaikutusta vanhemmuuden käytäntöihin. Näin ollen on tärkeää puskuroida taloudellisten paineiden aiheuttamaa ahdinkoa ja psyykkistä oireilua, kuten juuri masennusta. On esimerkiksi huomattu, että masentuneiden vanhempien lapsilla on suurempi riski erilaisiin käytöshäiriöihin, jotka taas heijastuvat takaisin vanhempiin. Sosiaalinen tuki välittää osaltaan perheen tulotason ja masennusoireiden välistä yhteyttä. Saatavilla oleva apu ja tuki vähentänee taloudellisiin paineisiin liittyvää psyykkistä ahdinkoa. Tutkijat kuitenkin muistuttavat myös siitä kiehtovasta tosiseikasta, että kaikki sosiaaliset suhteet eivät aina ole antoisia, hyödyllisiä tai tukevia. (Lee ym. 2009, 9–10.)

Taloudellisten paineiden ja vanhemmuuden käytäntöjen yhteyden välittävinä tekijöinä on todettu olevan esimerkiksi vanhemman psyykkiset vaikeudet kuten masennusoireet ja sosiaalinen tuki. On myös mahdollista, että perheen matalan tulotason ja vanhemmuuden käytäntöjen välinen yhteys riippuisikin lapsen ominaisuuksista. Jatkoanalyysissaan tutkijat (Lee, Lee & August 2011, 2–3, 6) pyrkivät selvittämään, miksi toiset lapset ja perheet pärjäävät paremmin kohdatessaan tiettyjä stressitekijöitä kuten matalaa tulotasoa ja vanhemman masennusta. Analyysi oli muuten vuoden 2009 kaltainen (Lee ym. 2009), mutta siihen lisättiin opettajan arvioimia perheen lapsen ominaisuuksia: aggressiivisuus, akateeminen osaaminen ja kehitykselliset vahvuudet.

Sosiaalinen tuki välitti sekä perheen tulotason ja vanhemman masennusoireiden että perheen tulotason ja suotuisten vanhemmuuden käytäntöjen yhteyttä. Perheen tulotaso oli yhteydessä sosiaaliseen tukeen, joka puolestaan oli yhteydessä vähäisempään masennusoireiden määrään ja näin ollen yhteydessä suotuisiin vanhemmuuden käytäntöihin. Masennusoireet välittivät sosiaalisen tuen ja vanhempi-lapsisuhteen turhautuneisuuden yhteyttä. Turhautuneisuus puolestaan välitti vanhemman masennusoireiden ja lapsen käytöshäiriöiden välistä yhteyttä. Masennusoireet ennustivat suurempaa turhautuneisuutta, joka puolestaan ennusti lapsessa ilmeneviä käytöshäiriöitä. (Lee ym. 2011, 7.)

Tutkijat huomasivat, että tulotason ja sosiaalisen tuen yhteys riippui lapsen käytöksen aggressiivisuudesta, akateemisesta osaamisesta ja kehityksellisten vahvuuksien tasosta. Niissä perheissä, joissa lapsen käytös oli enemmän aggressiivista, akateemisen osaamisen taso heikompi tai kehityksellisten vahvuuksien taso alempi, perheen alhaisempi tulotaso oli yhteydessä alhaisempaan sosiaalisen tuen määrään. Vähäinen sosiaalinen tuki puolestaan oli yhteydessä vanhemman korkeampaan masennustasoon ja epäsuotuisampiin vanhemmuuden käytäntöihin. Niissä perheissä, joissa lapsen käytös oli vähemmän aggressiivista, akateemisen osaamisen taso parempi tai kehityksellisten vahvuuksien taso korkeampi, perheen tulotaso ei ollut yhteydessä sosiaaliseen tukeen. (Lee ym. 2011, 9–10.) Vaikka omassa tutkimuksessani en pysty tarkastelemaan vastaajan saamaa sosiaalista tukea tai perheen lapsien ominaisuuksia, Leen ja kumppaneiden tutkimus on kuitenkin hyvin kiehtova ottaessaan nämä muuttujat huomioon perheen hyvinvoinnissa. Moni perheen hyvinvointia tarkasteleva tutkimus nimittäin ottaa yksisuuntaisesti huomioon vanhempien toiminnan heijastumisen lapsiin, vaikka vaikutus on mitä ilmeisimmin kaksisuuntainen.

Yhteenveto

Aikaisempi tutkimus toimeentulon ja terveyden suhteesta on hyvin moninaista ja monitieteistä. Toimeentulo ja terveys ovat laajemman hyvinvointi-käsitteen ulottuvuuksia, jotka ovat tiiviisti nivoutuneita toisiinsa. Toimeentulon ja terveyden yhteydet saattavat olla monensuuntaisia, sillä toimeentulon hankaluudet saattavat heijastua terveyteen materiaalisen tai psyykkisen näkökulman kautta ja terveydelliset vaikeudet saattavat heijastua toimeentuloon esimerkiksi koulutus- ja työmahdollisuuksien kautta. Toimeentulon ja terveyden yhteyttä on pyritty selvittämään aikaisemmassa tutkimuksessa niin koetun sosioekonomisen aseman, koetun taloudellisen hyvinvoinnin, objektiivisten ja subjektiivisten sosioekonomisten olosuhteiden kuin taloudellisten

paineidenkin kautta. Perheiden kontekstissa on hyödynnetty esimerkiksi perheen stressimallia. Psykkistä terveyttä on usein mitattu hyväksi havaituilla kansainvälisessä käytössä olevilla mittareilla, kuten GHQ:lla. Kokonaisterveyttä on monesti tiedusteltu vastaajan omana arviona.

Aikaisempi tutkimus taloudellisen tilanteen ja hyvinvoinnin yhteyksistä on perheiden kontekstissa rajautunut lähinnä perheen stressimallin mukaisesti vanhemmuuden laadun tutkimiseen lasten näkökulmasta. Aiemmassa tutkimuksessa on siis todettu, että taloudellisten vaikeuksien ja hyvinvoinnin välillä on yhteys, mutta suurin osa tutkimuksista lähestyy aihetta hieman eri näkökulmasta kuin itse aion tässä tutkielmassani lähestyä. Taloudellisen ahdingon on huomattu olevan yhteydessä vanhempien psyykkiseen hyvinvointiin, mutta eri näkökulmasta johtuen tutkimusten analyysi on jatkunut tästä vielä pidemmälle. Perhetutkimusten näkökulmana on ollut taloudellisten olosuhteiden vaikutukset vanhemmuuden laatuun ja vastaavasti näiden vanhemmuuden käytäntöjen vaikutukset lasten oloihin ja käytökseen. Omassa tutkimuksessani näkökulma rajautuu pelkästään vanhempiin ja heidän kokemuksiinsa toimeentulosta sekä terveydestä.

Omassa tarkastelussani lapsiperheiden hyvinvointi rajautuu perheiden vanhempien hyvinvointiin. Hyvinvoinnilla tässä kontekstissa tarkoitetaan kokemusta ja arviota omasta toimeentulosta sekä omasta terveydestä kokonaisuutena ja psyykkisten oireiden esiintyvyydestä. Aiemmassa tutkimuksessa psyykkisiä oireita on usein tarkasteltu vain masennuksen ja/tai ahdistuksen osalta (esim. Ponnet ym. 2014; Lee ym. 2011; Lee ym. 2009; Lahelma ym. 2006; Sallinen & Kinnunen 2001; Viinamäki ym. 2000), eikä muihin mielenterveyden ulottuvuuksiin ole kiinnitetty huomiota. Useimmiten tarkastellun masentuneisuuden lisäksi sisällytän omaan analyysiini myös muita oireita, kuten ahdistuneisuuden ja uupuneisuuden sekä fyysisiä oireita.

Tässä tutkimuksessa katson koetun terveyden muodostuvan ihmisen arviosta sekä kokonaisterveydestään että erilaisten psyykkisten oireiden esiintyvyydestä. Aikaisemmassa tutkimuksessa vastaavanlaisia terveystuuttujia on tarkasteltu erikseen (esim. Präg ym. 2016) tai terveydestä on tarkasteltu spesifimpää osa-aluetta, kuten pelkkiä psyykkisiä oireita, joista useimmin masennusta ja/tai ahdistusta, sillä käytössä on ollut GHQ- tai muu vastaava mittari (esim. Ponnet ym. 2014; Lee ym. 2011; Lee ym. 2009; Lahelma ym. 2006; Mirowsky & Ross 2001; Sallinen & Kinnunen 2001; Viinamäki ym. 2000). Pyrinkin tutkielmassani muodostamaan hieman laajempaa kokonaiskuvaavaa lapsiperheiden vanhempien terveydestä, sillä terveyteen sisältyy vastaajan arvio sekä omasta kokonaisterveydestään että psyykkisten oireiden esiintyvyyden runsaudesta. Lisäksi tarkastelen tutkimuksessani lapsiperheiden vanhempia yhtenäisenä ryhmänä, mutta myös sukupuolittain ja

ikäryhmittäin, koska aikaisempi tutkimus antaa viitteitä siitä, että nämä taustatekijät saattaisivat aiheuttaa vaihtelua toimeentulon ja terveyden välisessä suhteessa (esim. Arber ym. 2014; Lahelma ym. 2006; Leinonen ym. 2002; Mirowsky & Ross 2001; Viinamäki 2000).

Osassa tutkimuksista toimeentuloa on mitattu ainoastaan objektiivisesti tulotason muodossa (esim. Mansfield ym. 2013; Lee ym. 2011; Lee ym. 2009), jolloin omalle tutkimukselleni oleellinen kokemuksen ulottuvuus puuttuu. Aikaisemmasta tutkimuksesta voi kuitenkin päätellä, että hyvinvoinnin ulottuvuuksien kokemuksellisuuden oleellisuus on ymmärretty. On huomattu, että subjektiivinen käsitys taloudellisesta huono-osaisuudesta aiheuttaa objektiivista köyhyyttä todennäköisemmin psyykkisiä ongelmia (esim. Siltaniemi ym. 2011, 72). Osassa tutkimuksista (esim. Präg ym. 2016; Arber ym. 2014; Lahelma ym. 2006) on käytetty sekä objektiivisesti että subjektiivisesti toimeentuloa kuvaavia muuttujia. Tällöin on havaittu, että kokemusta tavoittelevat mittarit ovat yleensä tuottaneet vahvempia yhteyksiä toimeentulon ja terveyden välille kuin objektiiviset indikaattorit. Mikäli tutkimuksessa on kuvattu taloudellista ulottuvuutta vain objektiivisin mittarein, niiden rajoitukset on kuitenkin ymmärretty (esim. Hounkpatin ym. 2016; Lee ym. 2011; Lee ym. 2009). Onkin esitetty, että tutkimukselle, jossa sekä taloudellista että terveydellistä ulottuvuutta on mitattu kokemuksellisuuden kautta, on tarvetta (ks. Arber ym. 2014).

Tutkielmassani tarkastelen koetun toimeentulon yhteyttä terveyteen. Koettua toimeentuloa selvitetään osin samantyyllisillä mittareilla kuin aiemmassa tutkimuksessakin (esim. Arber ym. 2014; Lahelma 2006; Leinonen ym. 2002; Viinamäki ym. 2000). Käyttämäni koetun toimeentulon mittarit rinnastuvat teoreettisesti taloudellisen stressin ja rasituksen kokemuksen mekaniikkaan (ks. Arber ym. 2014, 2). Näin ollen käyttämäni toimeentuloindikaattorit lähestyvät esimerkiksi Arberin ja kumppanien (2014, 3) käyttämää taloudellisen rasituksen mittaria, osin Lahelman ja kumppanien (2006, 5) hyödyntämää tämänhetkisten taloudellisten vaikeuksien mittaria sekä Leinosen ja kumppanien (2002, 4) käyttämiä yleisten taloudellisten paineiden mittareita. Koetun terveyden mittarin voi puolestaan tulkita olevan toimiva ja vakiintunut (esim. Hounkpatin ym. 2016; Präg ym. 2016; Arber ym. 2014). Lisäksi erilaisten psyykkisten oireiden selvittelyssä on usein käytetty samoja ajanilmauksia kuin omassa tutkielmassani (esim. Präg ym. 2016).

Omassa tutkielmassani tavoitteenani on selvittää, heijastuvatko koetut vaikeudet toimeentulossa lapsiperheiden vanhempien terveyteen. Aiemman tutkimuksen perusteella taloudellisten olosuhteiden, psyykkisten oireiden ja vanhemmuuden käytäntöjen väliintulevia muuttujia voivat olla vastaajan lämmin ja tukeva parisuhde (Leinonen ym. 2002) tai yhteisöltä saatu sosiaalinen tuki (Lee

ym. 2009; Lee ym. 2011). Aineistoni perusteella en kuitenkaan voi tietää vastaajien parisuhteen laadusta tai heidän saamastaan sosiaalisesta tuesta. Aikaisemman tutkimuksen perusteella toimeentuloon ja/tai terveyteen liittyviä hyvinvoinnin vajeita on esimerkiksi yksinhuoltajilla, monilapsisilla perheillä, alemmin koulutetuilla ja työelämän ulkopuolella olevilla henkilöillä (esim. Arber 2014; Okkonen 2014; Salmi ym. 2014; Siltaniemi ym. 2011). On kuitenkin mahdollista, että hyvinvointia arvioidaankin positiivisesti joissakin näistä oletetuista riskiryhmistä. Tällöin jää tutkijan valistuneiden arvausten varaan pähkäillä, voisiko esimerkiksi vastaajan saama sosiaalinen tuki vähentää taloudellisen ahdingon heijastumista terveydentilaan.

3 TAVOITTEET JA MENETELMÄT

Tässä luvussa kerron tutkielmani tavoitteista ja käyttämästäni tutkimusaineistosta. Lisäksi kuvaan vastaajien ominaispiirteet ja tutkielmani ydinmuuttujat. Aineiston kuvailun jälkeen siirryn kertomaan käyttämästäni analyysimenetelmistä. Kuvailevina analyysimenetelminä hyödynnän graafisia esityksiä ja ristiintaulukointeja. Varsinaisena analyysimenetelmänä käytän lineaarista regressio-analyysia.

3.1 Tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää koetun toimeentulon ja terveyden välistä yhteyttä lapsiperheiden vanhemmilla. Pitkittäistutkimuksen määritelmän mukaisesti samoja henkilöitä on seurattu vähintään kahtena eri mittausajankohtana, jotka tässä tapauksessa ovat vuosi 2006 ja 2012. Lapsiperhekyselyä voi nimittää prospektiivisellä tutkimusotteella toteutetuksi, sillä tiedot on koottu eri ajankohtina kulloinkin vallitsevasta tilanteesta. (Ks. esim. Sihvo & Pulkkinen 2002, 1–3.) Pitkittäistutkimuksen etuna on, että sen avulla voidaan kartuttaa tietoa ajallisista yhteyksistä.

Toteutan regressiomallini Arberin ja kumppanien (2014) tapaan askeltaen. Pysin tutkimuksessani kuitenkin valaisemaan toimeentulon ja terveyden yhteyttä joiltakin osin paremmin kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Koska ihmisen oman kokemuksen tärkeys niin toimeentulossa kuin terveydessäkin on laajasti tunnustettu, käytän sekä selittävinä että selitettävänä muuttujana mittareita, joilla on pyritty tavoittamaan juuri vastaajan omaa kokemusta ja arviota. Lisäksi pitkittäisasetelmani mahdollistaa sen, että pystyn ottamaan tarkastelussa huomioon terveyden lähtötason. Aikaisempi tutkimus on pitkälti poikkileikkausaineistolla tehtyä, jolloin tutkimuksissa ei ole voitu saavuttaa ajallista ulottuvuutta.

Toteutan analyysini aineistolle kokonaisuudessaan, mutta myös sukupuolille ja ikäryhmille erikseen. Sukupuolittainen tarkastelu on aiemman tutkimuksen perusteella hyödyllistä. Esimerkiksi Viinamäen ja kumppanien (2000) sekä Lahelman ja kumppanien (2006) tutkimuksessa analyysi toteutettiin sukupuolille erikseen. Leinonen ja kumppanit (2002) puolestaan toteavat, että taloudelliset paineet saattavat jakautua miehille ja naisille eri tavoin. Koen, että myös ikäryhmittäinen tarkastelu on kiehtovaa. Esimerkiksi Arber ja kumppanit (2014) erottelivat omassa tutkimuksessaan keski-ikäiset ja eläkeikäiset omiksi ryhmikseen analyysissa. Myös Viinamäen ja kumppanien (2000) sekä

Mirowskyn ja Rossin (2001) tutkimuksissa ikään on kiinnitetty huomiota. Omassa tutkielmassani jaan vastaajat kolmeen eri ikäryhmään.

3.2 Aineisto

Tutkielmassani hyödynnän Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapsiperheiden hyvinvointi ja palvelut -kyselystä saamaani osa-aineistoa. Lapsiperheiden hyvinvointi ja palvelut -kyselyyn viitataan usein lyhemmällä lapsiperhekysely-termillä. Kyseinen kyselytutkimus on suunnattu lapsiperheiden vanhemmille ja sen teemoja ovat muun muassa toimeentulo, vanhemmuus, koettu terveys, työn ja perheen yhteensovittaminen sekä kokemukset lapsiperheiden palveluista. Käyttämäni lapsiperhekyselyt kerättiin postikyselynä vuonna 2006 ja internet- ja postikyselynä vuonna 2012. Otos poimittiin Tilastokeskuksen perhetilastosta. Perusjoukkona olivat suomalaiset lapsiperheet eli kaikki Suomessa asuvat perheet, joissa oli vähintään yksi alle 18-vuotias kotona asuva lapsi. Kielitai aluerajauksia ei käytetty. (THL Hanke, 2015.) Vuonna 2006 kyselyyn vastasi 1102 isää ja 1762 äitiä vastausprosentin ollessa noin 52. Näin ollen naiset osallistuivat kyselyyn miehiä aktiivisemmin. Kyselyyn vastaajat olivat pääosin kahden vanhemman perheitä. (Lammi-Taskula & Salmi 2009, 1–2; Salmi, Sauli & Lammi-Taskula 2009, 1.)

Vuoden 2006 kyselyssä kysyttiin halukkuutta osallistua jatkotutkimukseen. Jatkoon suostuneista poistettiin ne henkilöt, joilla ei enää vuonna 2012 ollut alle 18-vuotiaita lapsia. Pitkittäisvastaajia saatiin 1748 kappaletta. (THL Hanke, 2015.) Omassa tutkielmassani rajaan tarkastelun koetun toimeentulon heijastumiseen vanhempien koettuun terveyteen. Tutkimuksessani kysyn, kokevatko vuonna 2006 toimeentulohankaluuksia raportoineet vanhemmat terveytensä heikommaksi vuonna 2012 kuin paremmin toimeentulleet. Oman osa-aineistoni pitkittäisvastaajat valikoituivat sen perusteella, ketkä olivat vastanneet tutkimukseni kannalta olennaisiin kysymyksiin. Näin pitkittäisvastaajia saatiin 1137 kappaletta. Heistä 415 on miehiä ja 722 naisia. Vanhin vastaaja oli vuonna 2006 71-vuotias ja nuorin 18-vuotias. Suurin osa vastaajista oli vuonna 2006 42-vuotiaita. Kyselytutkimuksen voidaan sanoa olevan toimiva ja käytännöllinen tapa saada laaja käsitys ihmisten hyvinvointikokemuksesta. On kuitenkin huomattava, että kyselytutkimusten ulkopuolelle jäävät yleensä ne ryhmät, jotka ovat sosiaalisesti ja terveydellisesti heikossa asemassa. (Esim. Siltaniemi ym. 2011, 16.)

Vastaajien ominaispiirteet vuosina 2006 ja 2012

Seuraavassa esittelen, miten aineistoni 1137 vastaajaa jakautuvat eri taustamuuttujien mukaan (ks. myös taulukko 1 sivulta 40). Aineistoni vastaajista 36 prosenttia on miehiä ja 64 prosenttia naisia. Vastaajan ikää on tiedusteltu syntymävuoden muodossa. Jatkoanalyysija varten olen luokitellut vastaajat kolmeen eri ikäryhmään: alle 35-vuotiaisiin, 35–44-vuotiaisiin ja yli 45-vuotiaisiin. Kolmiluokkainen ryhmittely sopii aineistooni, sillä ryhmistä tuli riittävän suuret jatkoanalyysija ajatellen. Luokitteluni viimeinen ikäryhmä on lisäksi yhteneväinen Arberin ja kumppaneiden (2014) käyttämän ikäryhmän kanssa. Kyselyvuonna 2006 vastaajista hieman alle kolmasosa oli alle 35-vuotiaita, hieman yli puolet 35–44-vuotiaita ja 17 prosenttia yli 45-vuotiaita. Kyselyvuonna 2012 alle 35-vuotiaita oli enää yhdeksän prosenttia, 35–44-vuotiaita 41 prosenttia ja yli 45-vuotiaita tasan puolet vastaajista.

Vuoden 2006 kyselylomakkeessa ei tiedusteltu vastaajan koulutustaustaa lainkaan. Vuonna 2012 puolestaan kysyttiin sekä peruskoulutusta että ammatillista koulutusta. Tässä tutkimuksessa koulutusmuuttujalla viitataan vastaajan ammatillisen koulutuksen tasoon. Korkeamman koulutuksen saaneita vastaajia on aineistossani noin kaksi kolmasosaa ja alemman koulutuksen saaneita puolestaan kolmasosa. Korkeammalla koulutuksella tarkoitetaan tässä kontekstissa sitä, että vastaaja on suorittanut joko ammatillisen opiston, ammattikorkeakoulun, yliopistotutkinnon tai korkeakoulututkinnon. Alemmalla koulutuksella puolestaan viitataan tilanteeseen, jossa ammatillista koulutusta ei ole lainkaan tai vastaaja on suorittanut ammattikoulun tai ammattikursseja.

Vastaajan siviilisäätystä on selvitetty kumpanakin kyselyvuonna tarkasti vastausvaihtoehtojen ollessa avioliitossa, avoliitossa, eronnut, leski tai naimaton. Vuonna 2012 valittavana vaihtoehtona oli edellisten lisäksi avoliitto samaa sukupuolta olevan henkilön kanssa. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014 -teoksessa siviilisäätystä on uudelleenluokiteltu kaksiluokkaiseksi (ks. Salmi ym. 2014, 12). THL:n jalanjäljissä seuraten luokittelin myös omassa aineistossani siviilisäädyn kahteen luokkaan: kahden vanhemman talouksiin, joka sisältää avio- tai avoliitossa elävät sekä yksinhuoltajatalouksiin, joka sisältää eronneet, lesket ja naimattomat. Vuonna 2006 kahden vanhemman talouksia oli 86 prosenttia ja yksinhuoltajatalouksia 14 prosenttia. Vuonna 2012 kahden vanhemman talouksia oli hieman vähemmän, 84 prosenttia, ja yksinhuoltajatalouksia puolestaan hieman enemmän, 16 prosenttia.

Vanhemmilta on tiedusteltu myös erikseen lasten lukumäärää ja niiden lasten lukumäärää, joiden kanssa vastaaja asuu. Tutkimuksessani viitataan lasten lukumäärällä niihin lapsiin, joiden kanssa vastaaja asuu. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014 -teoksen perusteella on järkevää luokitella myös tämä muuttuja uudelleen (ks. Salmi ym. 2014, 12). Jaottelin muuttujan jälleen kaksiluokkaiseksi: perheisiin, joissa on yhdestä kahteen lasta ja perheisiin, joissa on kolme tai enemmän lasta. Molempina vastausvuosina yksi- tai kaksilapsisia perheitä oli noin kolme neljäsosaa ja perheitä, joissa lapsia oli kolme tai enemmän, noin yksi neljäsosa.

Pääasiallisen toiminnan muotoja on kyselylomakkeissa monia. Vanhemmat voivat olla esimerkiksi palkansaajina kokopäivätyössä, osapäivätyössä tai yrittäjinä. Vanhempi voi olla myös hoitovapaalla, kotona kotihoidontuen turvin tai vanhempainvapaalla. Lisäksi on mahdollista olla työttömänä, lomautettuna, opiskelijana, eläkkeellä tai pitkäaikaisesti sairas. Pääasiallinen toiminta -muuttujan luokkia on THL:n omissa analyyseissä (ks. Salmi ym. 2014, 14) yhdistelty niin, että ensimmäisen luokan muodostavat ansiotyössä tai yrittäjänä olevat, toisen perhevapaalla tai kotihoidontuella olevat ja kolmannen työttömät, lomautetut, opiskelijat, eläkkeellä olevat ja pitkäaikaisesti sairaat.

Luokittelin myös omassa osa-aineistossani muuttujan vastaavasti kolmiluokkaiseksi sillä erotuksella, että kolmanteen luokkaan luokittelin myös muutamat ”muu”-vastaukset. Vuonna 2006 vanhemmista 73 prosenttia oli ansiotyössä tai yrittäjänä, 14 prosenttia perhevapaalla tai kotihoidontuella ja 13 prosenttia jollakin tapaa työelämän ulkopuolella. Vuonna 2012 työssä olevia tai yrittäjiä oli enemmän, 84 prosenttia, kun taas perhevapaalla tai kotihoidontuella olevia vähemmän, neljä prosenttia. Työttömien, lomautettujen, opiskelijoiden, eläkkeellä olevien ja pitkäaikaisesti sairaiden määrä pysyi kutakuinkin samana ollen 12 prosenttia.

Tutkimuksen ydinmuuttujat: koettu toimeentulo ja terveys

Tutkielmassani selvitetään koetun toimeentulon ja terveyden yhteyttä. Vastaajan koettua toimeentuloa on selvitetty kolmella eri kysymyksellä. Ensinnäkin vastaajalta on kysytty kotitaloudessa säästettäväksi asti jäävästä rahasta: ”Jos ajattelet kotitaloutenne tuloja ja menoja, jääkö teille yleensä rahaa, jonka voisitte säästää?” Ensimmäinen vastausvaihtoehto on ”kyllä” ja toinen ”ei tai hyvin vähän”. Vastaajista noin kahdella viidesosalla jää rahaa säästöön, kun taas kolmella viidesosalla rahaa ei jää säästöön ollenkaan tai vain hyvin vähän.

Vastaajalta on kysytty myös arviota kotitalouden taloudellisen tilanteen kehittymisestä: ”Miten uskot oman kotitaloutenne taloudellisen tilanteen kehittyvän lähitulevaisuudessa?” Ensimmäinen vastausvaihtoehto on ”parempaan suuntaan”, toinen ”pysyvän ennallaan” ja kolmas ”huonompaan suuntaan”. Noin kolmasosa vastaajista arvioi taloudellisen tilanteensa kehittyvän jopa parempaan suuntaan. Yli puolet vastaajista uskoo taloudellisen tilanteensa pysyvän ennallaan, kun taas yksi kymmenestä arvioi taloudellisen tilanteensa kehittyvän huonompaan suuntaan lähitulevaisuudessa.

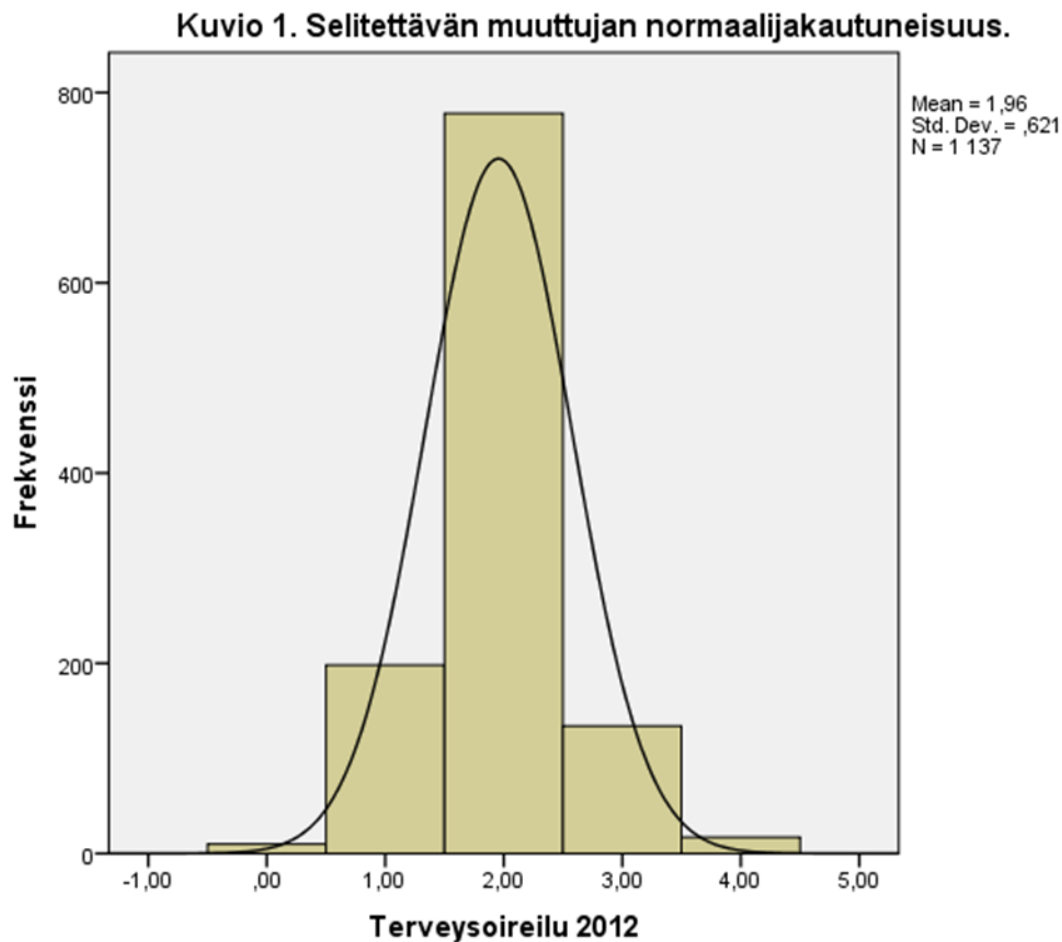
Toimeentuloa on selvitetty myös tiedustelemalla menojen tuloilla kattamisesta. Vastaaja on saanut arvioida, onko menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla hyvin helppoa, helppoa, melko helppoa, melko hankalaa, hankalaa vai erittäin hankalaa. Kuvailevaa jatkoanalyysia varten olen luokitellut muuttujan kaksiluokkaiseksi niin, että menojen tuloilla kattaminen on joko helppoa tai hankalaa. Kaikista vastaajista noin kolmelle viidesosalle menojen tuloilla kattaminen on helppoa, kun taas noin kahdelle viidesosalle se on hankalaa.

Tutkielmassani selitettävänä muuttujana on vastaajan koettu terveys. Katson koetun terveyden tässä muodostuvan vastaajan arviosta kokonaisterveydentilastaan ja erilaisten psyykkisten oireiden esiintyvyyden runsaudesta. Aineistossa koettuun terveyteen liittyviä kysymyksiä on selvitetty Likert-asteikollisilla mittareilla. Arviota kokonaisterveydestä on selvitetty kysymällä: ”Onko oma terveydentilasi nykyisin mielestäsi: hyvä, melko hyvä, keskinkertainen, melko huono, huono, en osaa sanoa.” Tässä muuttujassa yhdistin luokat melko huono ja huono.

Erilaista oireilua on selvitetty kysymällä: ”Miten usein sinulla on seuraavia tuntemuksia?” ja tarjoamalla vastausvaihtoehdot ”ei koskaan”, ”joskus”, ”melko usein” ja ”erittäin usein”. Ensin on tiedusteltu fyysisten oireiden, kuten kivun, säryn tai huimauksen, kokemisesta. Toisena on kysytty, kuinka usein vastaaja tuntee itsensä surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Kolmantena puolestaan tiedustellaan ahdistuneisuudesta, levottomuudesta tai ärtyneisyydestä. Neljäntenä kysytään, tunteeko vastaaja itsensä uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.

Koska selitettävän muuttujan tulee olla lineaarisessa regressioanalyysissä jatkuva (Jokivuori & Hietala 2007, 41; KvantiMOTV¹ 2016), muodostan edellä mainituista viidestä terveysterveystilasta summamuuttujan. Kokonaisterveyttä selvittävän kysymyksen yksi vastausvaihtoehto oli myös ”en osaa sanoa”. Olen koodannut ”en osaa sanoa” -vaihtoehdon sekä puuttuvat tiedot kussakin muuttujassa nolaksi. Reliabiliteettia mittaava Cronbachin alphan arvo on vuoden 2012 terveysterveystilastoille 0,789. Näin ollen summamuuttuja voidaan muodostaa. Muodostan

summamuuttujan niin, että asteikko säilyy samana (0–4), jossa suurempi numeromäärä tarkoittaa huonompaa kokemusta terveydestä ja oireiden esiintyvyyden useutta. Olen nimennyt summamuuttujan terveysoireiluksi. Selitettävän muuttujan normaalijakautuneisuus on esitetty kuviossa 1. Kuviosta huomataan, että terveysoireilu asettuu useimmiten kohtaan kaksi. Sanallisesti terveysoireilumäärä kaksi tarkoittaa, että vastaaja on arvioinut kokonaisterveytensä melko hyväksi ja kokevansa erilaisia oireita joskus.



Koska analyysissäni tulee huomioida vastaajan terveyden lähtötilanne, muodostan summamuuttujan myös vuoden 2006 terveystarkastuksista. Reliabiliteettitestin tulos näille muuttujille on 0,769, joten summamuuttujan muodostamiselle ei ole estettä. On huomioitava, että vuonna 2006 osa terveystarkastuksista oli asetettu hieman toisin kuin vuonna 2012. Samanlaisina pysyneitä muuttujia oli kokonaisterveyden, surullisuuden, alakuloisuuden tai masentuneisuuden sekä uupuneisuuden, väsymyksen tai voimattomuuden arvioinnit. Fyysisiä oireita oli listattu aikaisemmalla tutkimuskerralla enemmän, nimittäin kivun ja säryn lisäksi myös pahoinvointi ja kutina.

Ahdistuneisuuden yhteydessä puolestaan kysyttiin vuodesta 2012 poiketen jännittyneisyydestä ja hermostuneisuudesta.

3.3 Analyysimenetelmät

Tarkastelen aineistoani ensin kuvailevien menetelmien avulla. Olen käyttänyt ristiintaulukointia selvittääkseni, onko koetussa toimeentulossa eroja eri taustamuuttujien suhteen. Ristiintaulukoinnin avulla on mahdollista tarkastella luokiteltujen muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. Ristiintaulukoiden tilastollisen merkitsevyyden testausmenetelmänä käytetään χ^2 - eli khiin neliö -testiä, jonka avulla voidaan päätellä, pätevätkö otoksessa havaitut erot myös perusjoukossa eli tässä tapauksessa lapsiperheiden vanhempien keskuudessa. Olen vastaavasti selvittänyt, onko vastaajien terveyden lähtötasossa ja myöhemmässä terveydessä eroja taustamuuttujien suhteen. Olen hyödyntänyt yksisuuntaista varianssianalyysia ja niin sanottua F-testiä selvittääkseni, eroavatko kahden tai useamman ryhmän terveyseskiarvot tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. (KvantiMOTV^{2&3}, 2016.)

Erojen voidaan todeta olevan tilastollisesti merkitseviä, kun p-arvo on alle 0,05 eli virheen todennäköisyys on viisi prosenttia tai alle. P-arvon ollessa alle 0,05 on tapana puhua tuloksesta tilastollisesti melkein merkitsevästä, jota kuvataan taulukoissa yhdellä tähdellä (*). Jos p-arvo on alle 0,01, tuloksen voidaan sanoa olevan tilastollisesti merkitsevä, jota puolestaan kuvataan kahdella tähdellä (**). Mikäli p-arvo on alle 0,001, tulosta kutsutaan tilastollisesti erittäin merkitseväksi, jota kuvataan kolmella tähdellä (***) (KvantiMOTV⁴, 2016.)

Varsinaisessa analyysissä käytän lineaarista regressioanalyysia. Regressioanalyysin avulla voidaan selittää yhden riippuvan eli selitettävän muuttujan vaihtelua riippumattomilla eli selittävillä muuttujilla. Menetelmän etuihin kuuluu, että selittäviä muuttujia voi olla analyysissä useita, aivan kuten omassa analyysissäni tuleekin olemaan. Nimensä mukaisesti lineaarisessa regressiossa ajatellaan selitettävän muuttujan riippuvan suoraviivaisesti selittävästä muuttujista. Omassa tutkielmassani ajattelen koetun terveyden riippuvan lineaarisesti koetusta toimeentulosta. Regressioanalyysin käyttötapani on konfirmatorinen, sillä analyysissäni on mukana vain sellaisia selittäjämuuttujia, jotka ovat teoreettisesti aiheellisia. (Ks. Jokivuori & Hietala 2007, 39–40, 43.)

Aineistoni vaatii selitettävää muuttujaa koskevien muuttujamuunnosten tekemisen lisäksi myös taustamuuttujien ja selittävien muuttujien muokkausta. Lineaarisen regressioanalyysin käyttö vaatii nimittäin, että selittävät muuttujat ovat jatkuvia tai kaksiluokkaisia eli dummy-muuttujia (Jokivuori & Hietala 2007, 41; KvantiMOTV¹ 2016). Taustamuuttujista sukupuoli kaksiluokkaisena ja ikä jatkuvana muuttujana sopivat analyysiini sellaisenaan. Muodostin lisäksi jo aiemmin mainitut dummy-muuttujat lasten lukumäärästä (0=1–2 lasta, 1=3+ lasta) ja yksinhuoltajuudesta (0=kaksi vanhempaa, 1=yksinhuoltaja).

Vastaajan pääasiallisen toiminnan luokittelin dummy-muuttujiksi niin, että ensimmäisessä muuttujassa arvon 0 saa perhevapaalla tai kotihoidontuella oleminen ja arvon 1 muut toiminnot. Toisessa muuttujassa arvon 0 saa työttömänä, lomautettuna, opiskelijana, sairaana tai eläkkeellä oleminen ja arvon 1 muut toiminnot. Yleensä pitkittäisasetelmissä taustamuuttujat otetaan mukaan ensimmäiseltä mittauskerralta eli tässä tapauksessa vuodelta 2006. Vuonna 2006 ei kuitenkaan tiedusteltu vastaajan ammatillista koulutusta. Näin ollen joudun ottamaan koulutusmuuttujan vuoden 2012 mittauskerralta. Koulutusmuuttujan muokkasin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi niin, että arvo 0 merkitsee korkeampaa koulutusta ja arvo 1 alemmaa koulutusta.

Tutkielmassani haluan selvittää, onko koettu toimeentulo yhteydessä koettuun terveyteen. Selittäviä toimeentulokysymyksiä on aineistossani kolme, joista ensimmäinen koskee säästöön asti jäävää rahaa, toinen taloudellisen tilanteen kehittymistä lähitulevaisuudessa ja kolmas menojen tuloilla kattamista. Selittäviä muuttujista säästettäväksi asti jäävä raha kaksiluokkaisena ja menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla jatkuvana muuttujana sopivat analyysiini sellaisenaan. Tulevaisuusmuuttujan luokittelin kaksiluokkaiseksi niin, että arvo 0 merkitsee taloudellisen tilanteen kehittymistä parempaan suuntaan tai pysymistä ennallaan. Vastaavasti arvo 1 merkitsee vastaajan arvioivan tilanteensa kehittyvän huonompaan suuntaan.

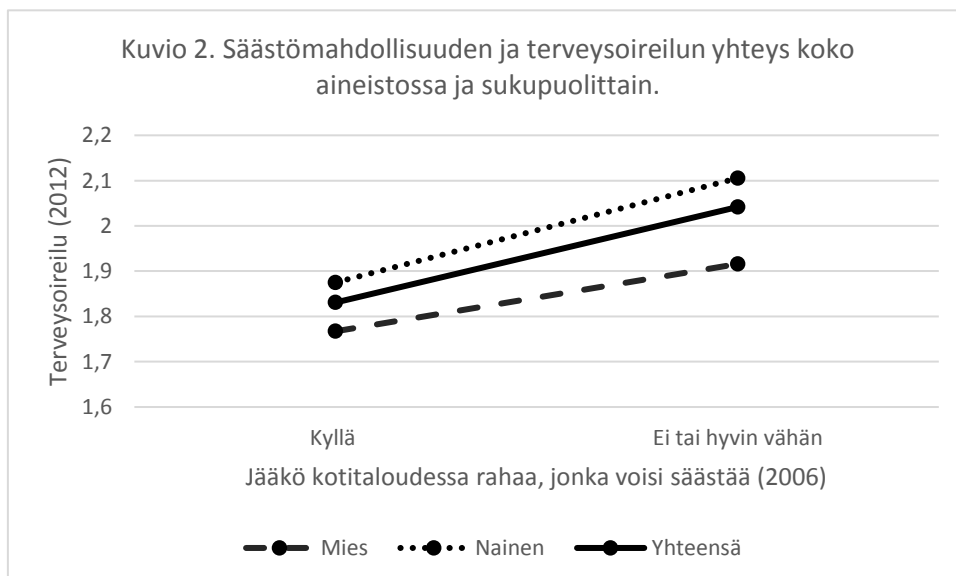
4 TULOKSET

Tässä kappaleessa siirryn itse analyysiin. Tarkastelen aineistoani ensin kuvailevien menetelmien avulla, jonka jälkeen siirryn toteuttamaan regressioanalyysia. Suoritan lineaarisen regressioanalyysin aineistolle kokonaisuudessaan, mutta myös sukupuolille ja ikäryhmille erikseen, koska haluan nähdä, vaihteleeko koetun toimeentulon ja terveyden yhteys eri vanhempiryhmien välillä.

4.1 Kuvailevat tulokset

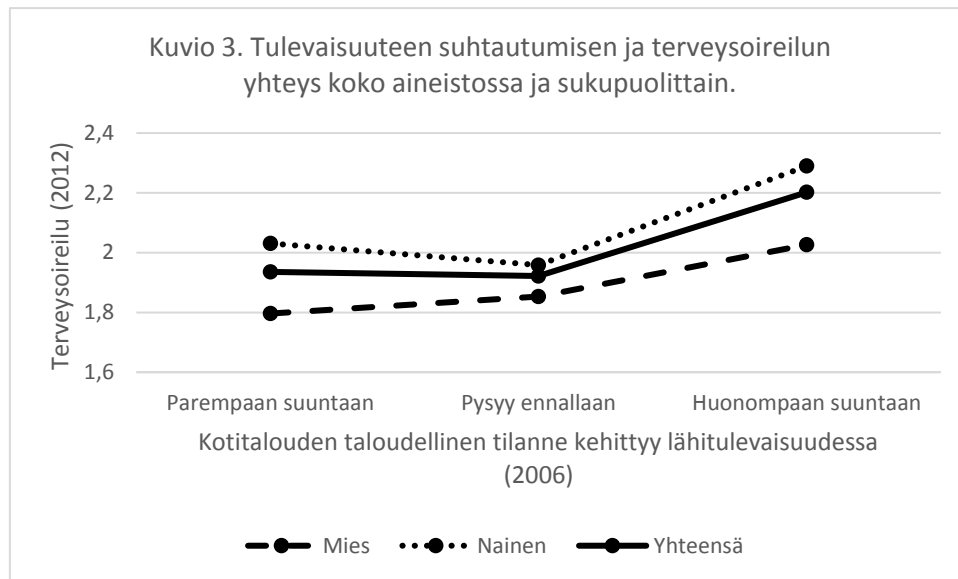
Tarkastelen analyysissani koetun toimeentulon yhteyttä koettuun terveyteen kolmen eri toimeentulokysymyksen avulla. Seuraavassa tarkastelen muuttujien välisiä yhteyksiä graafisin keinoin ja ristiintaulukointien avulla. Kuvioista 2–7 voidaan havaita, että mitä hankalampan vastaaja kokee toimeentulonsa, sitä enemmän hänellä on myös terveysoireilua.

Kuviosta 2 havaitaan, että sekä miehillä että naisilla oireilun taso on alhaisempi niillä vastaajilla, jotka saavat rahaa säästöön kuin niillä, joilla rahaa jää säästöön vain vähän tai ei ollenkaan. Naisten oireilun taso on molemmissa vastausryhmissä korkeampi kuin miesten. Naisilla suora myös nousee hieman voimakkaammin kuin miehillä.

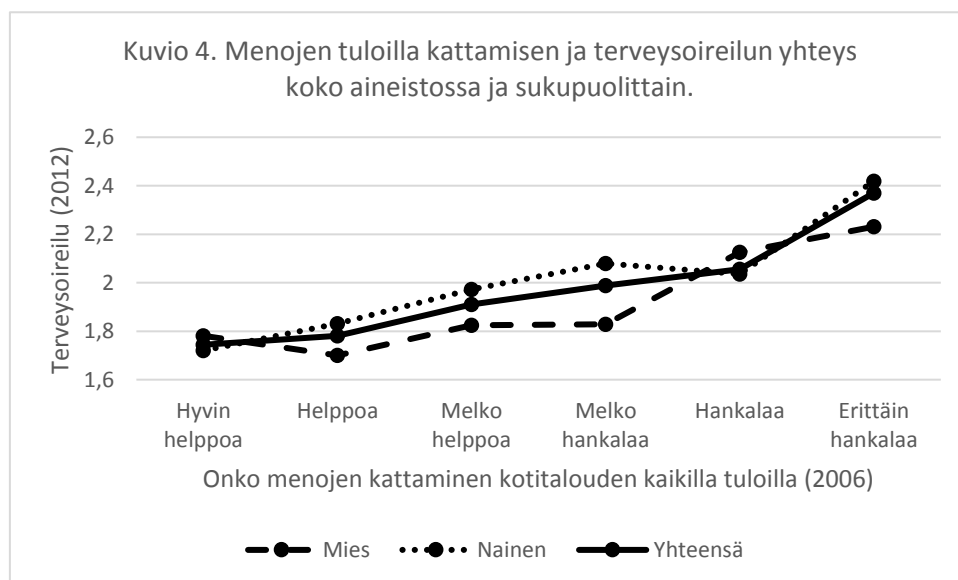


Kuviossa 3 seuraavalla sivulla kiinnostuksen kohteena on terveysoireilun ja tulevaisuuteen suhtautumisen yhteys. Huomataan, että jälleen naisten oireilun taso on korkeampi kuin miehillä. Graafisen esityksen perusteella vaikuttaisi siltä, että oireilun taso on suunnilleen sama riippumatta

siitä, ajatteleeko vastaaja taloudellisen tilanteensa kehittyvän parempaan suuntaan vai sen säilyvän ennallaan. Jatkoanalyysia varten nämä kaksi luokkaa onkin yhdistetty.

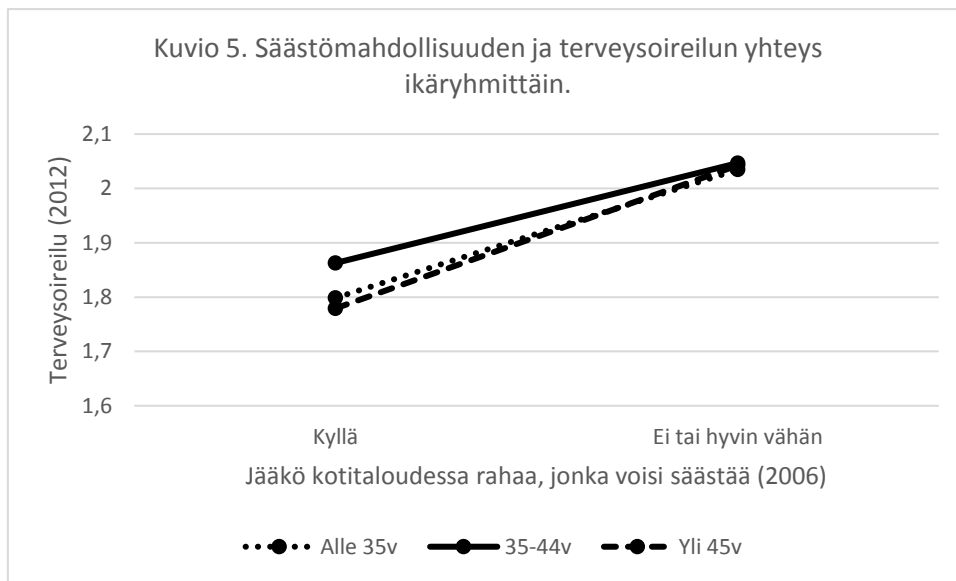


Koko aineistossa oireilun taso näyttäisi kasvavan lähes lineaarisesti, mitä hankalampana vastaaja pitää menojen tuloilla kattamista. Naisten oireilu on pääosin korkeammalla tasolla kuin miesten, vaikka havaittavissa on myös hieman vaihtelua (ks. kuvio 4).

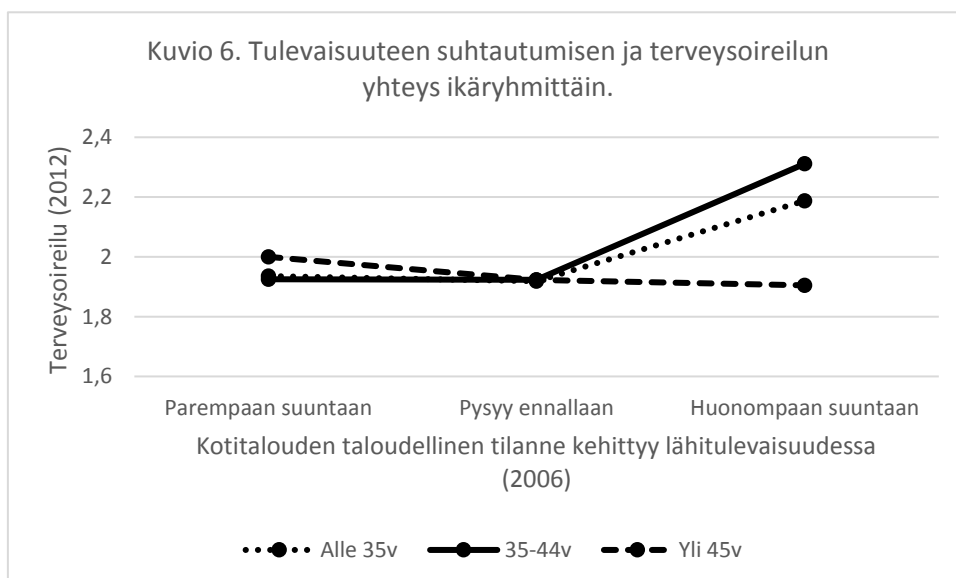


Kun siirrytään tarkastelemaan säästettäväksi asti jäävää rahaa ikäryhmäkohtaisesti, huomataan, että oireilun taso on korkein 35–44-vuotiailla vanhemmilla. Alle 35-vuotiaiden ja yli 45-vuotiaiden vanhempien suorat kuitenkin nousevat voimakkaammin. Ikäryhmästä riippumatta oireilun taso

näyttäisi graafisen esityksen perusteella olevan suunnilleen sama niillä vanhemmilla, jotka eivät saa rahaa säästöön (ks. kuvio 5).



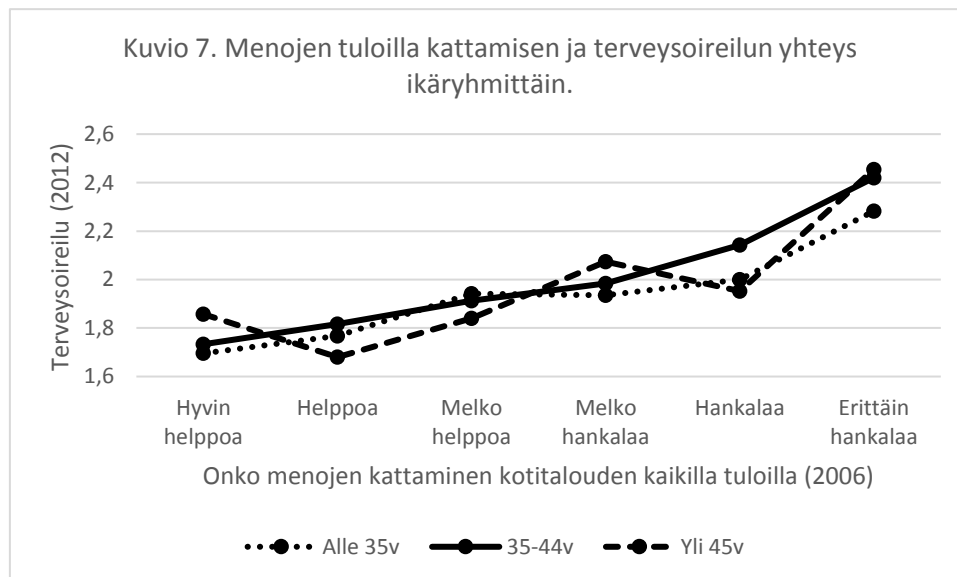
Tulevaisuuteen suhtautumisen osalta havaitaan, että kahdessa ensimmäisessä ikäryhmässä suorat ovat lähes samanlaiset, mutta ajatus taloudellisen tilanteen kehittymisestä huonompaan suuntaan johtaa 35–44-vuotiailla vanhemmilla korkeampaan oireilun tasoon kuin sitä nuoremmilla. Yli 45-vuotiailla vanhemmilla oireilun taso näyttäisi graafisen esityksen perusteella pysyvän kutakuinkin samana riippumatta vastaajan tulevaisuuteen suhtautumisesta (ks. kuvio 6).



On huomioitava, että aineistossani yli 45-vuotiaita vanhempia on vähemmän kuin nuorempia. Yli 45-vuotiasta vastaajista suurin osa (73 %) ajattelee taloudellisen tilanteensa pysyvän ennallaan myös

tulevaisuudessa (ks. taulukko 1 sivulta 40). Näin ollen kahden muun vastausvaihtoehdon vastausmäärät jäävät auttamatta melko pieniksi. Voi kuitenkin olla, että laajemman elämänkokemuksen myötä vanhempien vastaajien terveysoireilu ei lisäännä, vaikka tulevaisuus hieman epäilyttäisikin (ks. Mirowsky & Ross 2001).

Menojen tuloilla kattamista tarkastellessa huomataan, että 35–44-vuotiailla vanhemmilla terveyden ja toimeentulohankaluuksien yhteys näyttää lähes lineaariselta. Alle 35-vuotiailla vanhemmilla on hieman enemmän vaihtelua ja yli 45-vuotiailla vaihtelua näyttäisi olevan sitäkin enemmän. Voidaan kuitenkin sanoa, että oireilun taso kasvaa mitä hankalampan vastaaja kokee menojen tuloilla kattamisen (ks. kuvio 7).



Seuraavassa raportoin ristiintaulukoinnin tulokset niin, että käyn toimeentulomuuttuja kerrallaan läpi ne taustamuuttujat, jotka aiheuttavat tilastollisesti merkitseviä tuloksia ryhmien välille. Tilastollisen merkitsevyyden testausmenetelmänä on käytetty ristiintaulukoinnille soveltuvaa χ^2 - eli khiin neliö - testiä. Kertaan myös, mikäli jokin taustamuuttuja ei tuota tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille. Tulokset on raportoitu myös taulukossa 1 sivulla 40.

Kun tiedustellaan, jääkö rahaa säästöön vai ei, huomataan, että miehillä (45 %) jää rahaa useammin säästöön kuin naisilla (38 %). Naisista yli 60 prosentilla ei jää rahaa säästöön ollenkaan tai sitä jää vain hyvin vähän, kun taas miehistä vastaava tilanne on vain hieman yli puolella. 35–44-vuotiailla (44 %) näyttäisi jäävän rahaa useammin säästöön kuin nuoremmilla (36 %) tai vanhemmilla (39 %) vastaajilla. Vastaavasti alle 35-vuotiaista ja yli 45-vuotiaista vanhemmista lähes kaksi kolmasosaa ei

saa rahaa säästöön, kun taas 34–44-vuotiaista reilu puolet saa. Rahaa jää säästöön lähes puolella korkeasti koulutetuista, kun alemmin koulutetuista vain alle kolmasosalla. Näin ollen säästöjä ei jää suurimmalla osalla (71 %) alemmin koulutetuista eikä yli puolella korkeammin koulutetuista.

Kahden vanhemman talouksista melkein puolet saa rahaa säästöön, mutta yksinhuoltajatalouksista vain alle viidesosa. Yli puolet kahden vanhemman talouksista ei saa rahaa säästöön, kun yksinhuoltajatalouksissa vastaavassa tilanteessa on yli neljä viidesosaa vastaajista. Rahaa jää säästettäväksi asti vajaalla puolella työssäkävivistä, kolmasosalla perhevapaalla olevista ja noin neljäsosalla työelämän ulkopuolella olevista vanhemmista. Vastaavasti rahaa ei jää säästöön yli puolella työssäkävivistä, kahdella kolmasosalla perhevapaalla olevista ja noin kolmella neljäsosalla työelämän ulkopuolella olevista vanhemmista. Ainoa taustamuuttuja, joka ei aiheuta tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille, on lasten lukumäärä.

Tulevaisuuteen suhtautumisessa vain kaksi taustamuuttujaa antaa tilastollisesti merkitsevän eron ryhmien välille. Alle 35-vuotiaista jopa 43 prosenttia uskoo taloudellisen tilanteen kehittyvän tulevaisuudessa parempaan suuntaan, kun 35–44-vuotiaista näin uskoo 35 ja yli 45-vuotiaista vain 16 prosenttia. Hieman vajaa puolet alle 35-vuotiaista ajattelee taloudellisen tilanteensa pysyvän ennallaan, kun 35–44-vuotiaiden ryhmässä näin ajattelee yli puolet ja yli 45-vuotiaiden ryhmässä jopa lähes kolme neljäsosaa vastaajista. Kussakin ikäryhmässä kymmenisen prosenttia vastaajista uskoo taloudellisen tilanteensa huonontuvan lähitulevaisuudessa.

Taloudellisen tilanteen parantumiseen uskoo kahden vanhemman perheistä yli kolmasosa ja yksinhuoltajaperheistä hieman yli viidesosa. Kahden vanhemman talouksista yli puolet ja yksinhuoltajatalouksista kolme viidesosaa uskoo taloudellisen tilanteen pysyvän ennallaan. Kahden vanhemman perheistä noin yksi kymmenestä ja yksinhuoltajaperheistä noin kaksi kymmenestä ajattelee taloudellisen tilanteensa huononevan. Taustamuuttujista sukupuoli, koulutus, lasten lukumäärä ja vastaajan pääasiallinen toiminta eivät aiheuta tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille tulevaisuuteen suhtautumisessa.

Menojen tuloilla kattaminen on helppoa lähes kahdelle kolmasosalle miehistä ja hankalaa hieman yli kolmasosalle. Naisista lähes kolmelle viidesosalle menojen kattaminen tuloilla on helppoa ja hankalaa reilulle kahdelle viidesosalle. Korkeasti koulutetuista lähes kaksi kolmasosaa ja alemmin koulutetuista hieman alle puolet kokee menojen tuloilla kattamisen helpoksi. Hankalaksi sen kokee hieman yli kolmasosa korkeammin koulutetuista ja reilu puolet alemmin koulutetuista. Kahden

vanhemman talouksista isohko osa (65 %), mutta yksinhuoltajatalouksista vain pienehkö osa (26 %) kokee menojen tuloilla kattamisen helpoksi. Hankaluutta sitä vastoin kokee noin yksi kolmasosa kahden vanhemman perheistä ja jopa kolme neljäsosaa yksinhuoltajaperheistä.

Työssäkäyvät vanhemmat (63 %) kokevat menojen tuloilla kattamisen useammin helpoksi verrattuna lasta kotona hoitaviin (56 %) ja jollakin tapaa työelämän ulkopuolella oleviin vanhempiin (38 %). Vastaavasti menojen tuloilla kattamisen hankalaksi kokee alle kaksi viidesosaa työssäkävistä, yli kaksi viidesosaa perhevapaalla tai kotihoidontuella olevista ja yli kolme viidesosaa työttömistä, lomautetuista, eläköityneistä, pitkäaikaissairaista tai opiskelevista vanhemmista. Taustamuuttujista ikä ja lasten lukumäärä eivät tuota tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille.

Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan terveyden tasoja vuosina 2006 ja 2012. Terveyden summamuuttuja on muodostettu viidestä eri terveyttä mittaavasta indikaattorista. Suurempi pistemäärä merkitsee heikompaa kokonaisterveyden arviota ja erilaisten oireiden kokemisen useutta. Taulukossa 1 (sivulla 40) terveys esitetään kunkin ryhmän keskiarvona. Ryhmien keskiarvoerojen tilastollinen merkitsevyys on selvitetty varianssianalyysillä ja F-testillä. Ryhmäkeskiarvoja silmäillessä huomataan, että terveyden taso näyttäisi kussakin taustamuuttajaryhmässä olevan kutakuinkin kaksi, vaikka myös vaihtelua on havaittavissa. Sanallisesti terveysoireilumäärä kaksi tarkoittaa, että vastaaja on arvioinut kokonaisterveytensä melko hyväksi ja kokevansa erilaisia oireita joskus.

Vuonna 2006 miesten terveyden taso näyttäisi olevan jonkin verran naisia parempi. Siviilisäädyn kohdalla huomataan, että avo- tai avioliitossa olevat vastaajat ovat raportoineet parempaa terveyttä kuin yksinhuoltajat. Myös pääasiallinen toiminta vaikuttaisi erottelevan ryhmiä: Jollakin tapaa työelämän ulkopuolella olevien vanhempien terveys on heikoin. Palkkatyöläisillä ja yrittäjillä terveys vaikuttaisi olevan työelämän ulkopuolella olevia vanhempia parempi. Kaikista parhainta terveyttä raportoivat kuitenkin kotona lapsia hoitava vanhempien ryhmä. Vuonna 2006 taustamuuttujista ikä, koulutus ja lasten lukumäärä ei tuota ryhmien välille tilastollisesti merkitsevää eroa koetun terveyden tasoissa.

Taulukko 1. Kuvailevat tulokset.

| | 2006 | | 2012 | | Terveysoireilu | | Säästettäväksi asti jäävä raha | | Taloudellinen tilanne kehitty lähtöleveysuudessa | | | Menojen kattaminen tuloilla | |
|------------------------|------|------|--------|--------|----------------|------|-----------------------------------|-----------------------|---|--------------------|------------------------|--------------------------------|----------|
| | 2006 | 2012 | 2006 | 2012 | 2006 | 2012 | Kyllä | Ei tai hyvin vähän | Parempaan suuntaan | Pysyv ennallaan | Huonompaan suuntaan | Helppoa | Hankalaa |
| Sukupuoli | | | | | | | | | | | | | |
| Mies (N 415) | 36 % | 36 % | 1,8578 | 1,8482 | ** | *** | 45 % | 55 % | 38 % | 53 % | 9 % | 65 % | 35 % |
| Nainen (N 722) | 64 % | 64 % | 1,9529 | 2,0180 | | | 38 % | 62 % | 32 % | 57 % | 11 % | 55 % | 45 % |
| Ikä | | | | | | | | * | | | *** | | |
| Alle 35v | 32 % | 9 % | 1,9033 | 1,9503 | | | 36 % | 64 % | 43 % | 48 % | 9 % | 57 % | 43 % |
| 35-44v | 51 % | 41 % | 1,9239 | 1,9654 | | | 44 % | 56 % | 35 % | 55 % | 10 % | 61 % | 39 % |
| Yli 45v | 17 % | 50 % | 1,9289 | 1,9391 | | * | 39 % | 61 % | 16 % | 73 % | 11 % | 56 % | 44 % |
| Koulutus | | | | | | | | *** | | | | | *** |
| Korkeampi | . | 66 % | 1,8987 | 1,9240 | | | 47 % | 53 % | 36 % | 55 % | 9 % | 64 % | 36 % |
| Alempi | . | 34 % | 1,9580 | 2,0184 | | | 29 % | 71 % | 32 % | 56 % | 12 % | 47 % | 53 % |
| Siviiliasäty | | | | | | | | *** | | | *** | | *** |
| Kaksi | | | | | | | | | | | | | |
| vanhempaa | 86 % | 84 % | 1,8941 | 1,9180 | | | 45 % | 55 % | 36 % | 55 % | 9 % | 65 % | 35 % |
| Yksinhuoltaja | 14 % | 16 % | 2,0633 | 2,1835 | | | 17 % | 83 % | 22 % | 60 % | 18 % | 26 % | 74 % |
| Lasten määrä | | | | | | | | | | | | | |
| 1-2 lasta | 76 % | 75 % | 1,9202 | 1,9503 | | | 43 % | 57 % | 35 % | 56 % | 9 % | 61 % | 39 % |
| 3+ lasta | 24 % | 25 % | 1,9274 | 1,9355 | | | 41 % | 59 % | 35 % | 55 % | 10 % | 62 % | 38 % |
| Pääas. toiminta | | | | | | | | *** | | | | | *** |
| Työssä, | | | | | | | | | | | | | |
| yrittäjänä | 73 % | 84 % | 1,9022 | 1,9324 | | * | 45 % | 55 % | 34 % | 57 % | 9 % | 63 % | 37 % |
| Perhevapaalla | 14 % | 4 % | 1,8924 | 1,9620 | | | 33 % | 67 % | 39 % | 50 % | 11 % | 56 % | 44 % |
| Työtön, | | | | | | | | | | | | | |
| opiskelija tms. | 13 % | 12 % | 2,0331 | 2,0795 | | | 24 % | 76 % | 32 % | 53 % | 15 % | 38 % | 62 % |

* tilastollisesti melkein merkitsevä ** tilastollisesti merkitsevä

*** tilastollisesti erittäin merkitsevä

Vuonna 2012 niin ikään miesten terveyden taso on parempi kuin naisilla. Vuoteen 2006 verrattuna miesten terveyden taso näyttäisi parantuneen entisestään, mutta naisten heikentyneen, koska terveysoireilu on korkeammalla tasolla. Vuonna 2012 alemmin koulutetut raportoivat korkeammin koulutettuja useammin heikompaa kokonaisterveyttä ja erilaisten oireiden esiintyvyyttä. Jälleen kahden vanhemman talouksissa elävillä on yksinhuoltajiin verrattuna parempi terveys. Työelämän ulkopuolella olevien vanhempien terveys näyttäytyy edelleen huonompana kuin verrokkiryhmien. Vuonna 2012 työssäkäyvät raportoivat parhainta terveyttä, kun aiemmalla mittauskerralla parhainta terveyttä raportoivat perhevapaalla olevat vanhemmat. On huomionarvoista, että vuonna 2012 perhevapaalla tai kotihoidontuella olevia vanhempia on enää niukasti. Taustamuuttujista ikä ja lasten lukumäärä eivät tuota tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille koetun terveyden tasoissa.

4.2 Regressiomallit

Toteutan lineaarisen regressioanalyysin askel kerrallaan niin, että ensimmäisellä askeleella malliin lisätään taustamuuttujat. Toisella askeleella mallissa huomioidaan ensimmäinen toimeentulomuuttuja eli säästömahdollisuus. Kolmannella askeleella malliin lisätään toinen toimeentulomuuttuja eli tulevaisuuteen suhtautuminen. Neljännellä askeleella lisätään viimeinen toimeentulomuuttuja eli menojen tuloilla kattaminen. Viimeisellä askeleella mallissa huomioidaan vielä terveyden lähtötaso vuodelta 2006. Seuraavaksi käyn tulokset askel askeleelta läpi. Selittäjämuuttujien keskinäisen multikollinearisuuden määrää mittaavien toleranssi- ja VIF-indeksien arvot ovat malleissani suositusten mukaisia, joten en raportoiv niitä erikseen. Regressiokertoimena käytän standardisoitua regressiokerrointa.

Taulukkojeni regressiokerroin-sarakkeesta voidaan nähdä, kuinka hyvin mikin selittäjä selittää terveyttä: mitä suurempi arvo, sitä voimakkaampi selittäjä. Taulukosta voimme tarkastella myös regressiokertoimen tilastollista merkitsevyyttä. F-testin avulla voimme puolestaan tarkastella mallin tilastollista toimivuutta. Taulukoistani nähdään siis myös, onko malli tilastollisesti toimiva eli kykeneekö se selittämään terveysoireilua. Malli on sitä toimivampi, mitä suuremman arvon F-testi saa ja mitä tilastollisesti merkitsevämpi F-testin arvo on. (KvantiMOTV¹, 2016.)

Ensimmäisen askeleen jälkeen analyysissä ovat mukana vain taustamuuttujat. Taulukosta 2 (sivulla 43) voidaan havaita, että ensimmäisellä askeleella yksinhuoltajuusmuuttuja saa korkeimman regressiokerroin-arvon eli se selittää terveyttä voimakkaimmin. Taustamuuttujista yksinhuoltajuus

selittää ainoana tilastollisesti merkitsevänä muuttujana koettua terveyttä. Sukupuolten välillä ei tässä mallissa näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevää eroa, vaikkakin sukupuolimuuttuja lähestyy tilastollisen merkitsevyyden rajaa. Ensimmäisen mallin selitysosuus koetusta terveydestä on noin kaksi prosenttia (korjattu R^2 -luku).

Toisella askeleella analyysiin lisätään ensimmäinen toimeentulomuuttuja, joka käsittelee säästettäväksi asti jäävää rahaa. Lisätty toimeentulomuuttuja saa korkeimman regressiokertoimen, joka on myös tilastollisesti merkitsevä. Tällä askeleella yksinhuoltajuuden tilastollinen merkitsevyys puolestaan katoaa. Se, jääkö kotitaloudessa rahaa säästöön vai ei, on hyvinvoinnin kannalta voimakkaampi ja merkitsevämpi selittäjä kuin mikään taustamuuttujista. Ne vastaajat, joilla jää rahaa säästöön vain hyvin vähän tai ei ollenkaan, ovat tilastollisesti merkitsevästi vähemmän hyvinvoivia kuin ne, joilla rahaa jää säästöön. Mallin selitysosuus kasvaa toisella askeleella neljään prosenttiin ja myös F-testi saa paremmat arvot.

Kolmannella askeleella analyysiin lisätään toinen toimeentulomuuttuja, joka käsittelee vastaajan suhtautumista taloudellisen tilanteensa kehittymiseen lähitulevaisuudessa. Edellisellä askeleella lisätty säästettäväksi asti jäävä raha säilyy voimakkaimpana ja merkitsevimpänä selittäjänä, mutta myös uusi toimeentulomuuttuja selittää terveyttä. Tulevaisuuteen suhtautuminen on toiseksi voimakkain selittäjä ja myös tilastollisesti merkitsevä. Ne vastaajat, jotka uskovat taloudellisen tilanteensa kehittyvän lähitulevaisuudessa huonompaan suuntaan, ovat tilastollisesti merkitsevästi vähemmän hyvinvoivia kuin ne, jotka ajattelevat taloudellisen tilanteensa pysyvän ennallaan tai paranevan. Tämän askeleen jälkeen mallin selitysosuus nousee yli viiteen prosenttiin ja F-testin arvo kasvaa edelleen.

Neljännellä askeleella analyysiin lisätään kolmas ja viimeinen toimeentulomuuttuja, joka käsittelee menojen tuloilla kattamisen hankaluutta. Huomaamme, että tällä askeleella säästettäväksi asti jäävä raha menettää tilastollisen merkitsevyytensä. Tulevaisuuteen suhtautuminen puolestaan säilyttää tilastollisen merkitsevyytensä. Malliin tällä askeleella lisätty toimeentulomuuttuja siirtyy kuitenkin selittämään voimakkaimmin ja merkitsevimmmin terveyttä. Voimme päätellä, että vastaajan oma kokemus toimeentulon eli tässä tapauksessa menojen tuloilla kattamisen hankaluudesta on oleellisempi terveyden selittäjä kuin se, jääkö rahaa säästöön vai ei. Mitä hankalampana vastaaja kokee menojen tuloilla kattamisen, sitä huonommaksi hän arvioi kokonaisterveytensä ja sitä useammin kokee erilaisia oireita. Kun mallissa on kaikki selittävät toimeentulomuuttujat, sen

selitysosuus koetusta terveydestä on noin seitsemän prosenttia. Myös mallin toimivuutta indikoivan F-testin arvo on jälleen kasvanut edellisestä askeleesta.

Taulukko 2. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät koko aineistossa, N 730.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 | Malli 5 |
|---|---------|----------|----------|----------|-----------|
| Vakio | *** | *** | *** | *** | ** |
| Sukupuoli (0=mies, 1=nainen) | 0,078 | 0,076 | 0,072 | 0,072 | 0,053 |
| Syntymävuosi | 0,031 | 0,030 | 0,034 | 0,025 | 0,020 |
| Yksinhuoltajuus (0=ei, 1=kyllä) | 0,095* | 0,064 | 0,057 | 0,016 | 0,018 |
| Koulutus (0=korkeampi, 1=alempi) | 0,059 | 0,036 | 0,035 | 0,022 | 0,016 |
| Perhevapaalla (0=on, 1=ei) | 0,019 | 0,036 | 0,039 | 0,040 | 0,016 |
| Työelämän ulkopuolella (0=on, 1=ei) | -0,044 | -0,019 | -0,012 | 0,009 | 0,009 |
| Lasten määrä (0=1-2, 1=3+) | 0,008 | 0,012 | 0,008 | 0,006 | 0,000 |
| Jääkö kotitaloudessa rahaa, jonka voisi säästää | | 0,163*** | 0,156*** | 0,044 | 0,008 |
| Kotitalouden taloudellinen tilanne kehittyä lähitulevaisuudessa | | | 0,122*** | 0,101** | 0,063 |
| Menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla | | | | 0,202*** | 0,157*** |
| Terveysoireilun lähtötaso (2006) | | | | | 0,321*** |
| Korjattu R ² | 0,018 | 0,041 | 0,054 | 0,074 | 0,169 |
| F-testi | 2,916** | 4,884*** | 5,656*** | 6,864*** | 14,489*** |

* tilastollisesti melkein merkitsevä ** tilastollisesti merkitsevä *** tilastollisesti erittäin merkitsevä

Viimeisellä askeleella malliin lisättiin terveyden lähtötaso vuodelta 2006. Taulukon 2 viimeisestä sarakkeesta huomataan, että koetun terveyden lähtötaso siirtyy myöhemmän koetun terveyden voimakkaimmaksi selittäjäksi ollen myös tilastollisesti merkitsevä. Edellisessä mallissa merkitsevänä säilynyt tulevaisuuteen suhtautuminen ei enää tällä askeleella selitä oireilua tilastollisesti merkitsevästi. Viime askeleella lisätty menojen tuloilla kattamisen hankaluus kuitenkin säilyttää tilastollisen merkitsevyytensä. Kun mallissa otetaan huomioon tausta- ja toimeentulomuuttujien lisäksi terveyden lähtötaso, mallin selitysosuus terveydestä on jopa 17 prosenttia. Viimeisen askeleen jälkeen myös F-testi saa korkeimman arvonsa eli mallin toimivuus on parantunut verrattuna edellisiin askeliin.

Vastaajien koetun terveyden kannalta on siis oleellista, kuinka hankalana vastaaja kokee menojen tuloilla kattamisen sekä se, millainen vastaajan terveyden lähtötaso on kuusi vuotta aiemmin ollut. On kiinnostavaa, että taustamuuttujat eivät sinällään vaikuttaisi olevan yhteydessä koettuun terveyteen. Vastaajan kokemus menojen tuloilla kattamisesta ja terveyden lähtötaso kuuden vuoden

takaa kuitenkin ovat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vuoden 2012 koetun terveyden tasoon, ja erilaisilla taustamuuttujilla saattaa olla vaikutusta siihen, millaiseksi toimeentulo ja terveys ovat alkujaan muodostuneet. Taustamuuttujien lisäksi myöskään kaksi kolmesta toimeentulomuuttujasta ei näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Voi olla, että esimerkiksi tulevaisuuteen suhtautuminen on myöhemmän terveyden kannalta merkityksellisempää kuin vastaushetken ajankohtaisempi tunne siitä, että kotitalouden menoja ei saada katettua tuloilla.

4.3 Regressiomallit sukupuolille erikseen

Seuraavaksi jatkan analyysia esittelemällä lineaarisen regressioanalyysin erikseen miehille ja naisille. Analyysi on kiinnostavaa toteuttaa myös miehille ja naisille erikseen, koska sukupuolimuuttuja oli koko aineistolle toteutetussa regressioanalyysissä lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa. Lisäksi aiempi tutkimuskirjallisuus antaa viitteitä siitä, että analyysi voisi olla mielekästä suorittaa myös sukupuolille erikseen: esimerkiksi Viinamäen ja kumppanien (2000) ja Lahelman ja kumppanien (2006) tutkimuksessa analyysi toteutettiin sukupuolille erikseen. Myös Leinonen ja kumppanit (2002) toteavat, että taloudelliset paineet saattavat jakautua miehille ja naisille eri tavoin.

Taulukoista 3 ja 4 (sivulla 45) käy ilmi, että miehillä mikään taustamuuttujista ei ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Naisilla puolestaan peräti kaksi taustamuuttujaa on merkitseviä: syntymävuosi voimakkain ja yksinhuoltajuus toiseksi voimakkain koetun terveyden selittäjä. Toisin sanoen naisen korkeampi ikä ja yksinhuoltajavanhempänä oleminen ovat yhteydessä heikompana arvioituun kokonaisterveyteen ja korkeampaan oireiden kokemisen määrään. Mallin selitysteiteitä verratessa huomataan, että malli niin ikään selittää koettua terveyttä paremmin naisilla (3 prosenttia) kuin miehillä (2 prosenttia).

Vaikka malliin lisätään ensimmäinen toimeentulomuuttuja, miehillä mikään mallissa olevista selittävästä muuttujista ei edelleenkään näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Naisilla syntymävuosi säilyttää tilastollisen merkitsevyytensä, mutta yksinhuoltajuus ei. Tilanteella, että nainen ei ole perhevapaalla tai kotihoidontuella, näyttäisi olevan oireilua lisäävä yhteys. Naisilla voimakkaimmaksi ja merkittävimmäksi selittäjäksi siirtyy malliin lisätty toimeentulomuuttuja säästettäväksi asti jäävästä rahasta. Naisilla korkeampi ikä, muu pääasiallinen toiminta kuin perhevapaalla tai kotihoidontuella oleminen sekä se, että säästöön jää rahaa hyvin vähän tai ei ollenkaan, on yhteydessä korkeampaan terveysoireilun tasoon. Edelleen

mallin selitysaste on parempi naisilla (6 prosenttia) kuin miehillä (3 prosenttia). Naisilla myös mallin toimivuus on parempi kuin miehillä.

Taulukko 3. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät miehillä, N 256.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 | Malli 5 |
|---|---------|---------|---------|---------|----------|
| Vakio | *** | *** | *** | *** | *** |
| Syntymävuosi | -0,093 | -0,096 | -0,087 | -0,090 | -0,047 |
| Yksinhuoltajuus (0=ei, 1=kyllä) | 0,106 | 0,104 | 0,110 | 0,103 | 0,115* |
| Koulutus (0=korkeampi, 1=alempi) | 0,056 | 0,037 | 0,033 | 0,022 | 0,018 |
| Perhevapaalla (0=on, 1=ei) | -0,067 | -0,071 | -0,075 | -0,072 | -0,088 |
| Työelämän ulkopuolella (0=on, 1=ei) | -0,017 | 0,003 | 0,006 | 0,015 | 0,009 |
| Lasten määrä (0=1-2, 1=3+) | -0,114 | -0,112 | -0,105 | -0,111 | -0,104 |
| Jääkö kotitaloudessa rahaa, jonka voisi säästää | | 0,118 | 0,117 | 0,055 | 0,042 |
| Kotitalouden taloudellinen tilanne kehittyy lähitulevaisuudessa | | | 0,128* | 0,113 | 0,098 |
| Menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla | | | | 0,103 | 0,022 |
| Terveysoireilun lähtötaso (2006) | | | | | 0,362*** |
| Korjattu R ² | 0,015 | 0,025 | 0,037 | 0,039 | 0,160 |
| F-testi | 1,659 | 1,922 | 2,236* | 2,165* | 5,875*** |

* tilastollisesti melkein merkitsevä ** tilastollisesti merkitsevä *** tilastollisesti erittäin merkitsevä

Taulukko 4. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät naisilla, N 474.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 | Malli 5 |
|---|---------|----------|----------|----------|-----------|
| Vakio | ** | | | | |
| Syntymävuosi | 0,123* | 0,125* | 0,125* | 0,114* | 0,081 |
| Yksinhuoltajuus (0=ei, 1=kyllä) | 0,106* | 0,056 | 0,048 | -0,012 | -0,015 |
| Koulutus (0=korkeampi, 1=alempi) | 0,063 | 0,037 | 0,039 | 0,028 | 0,024 |
| Perhevapaalla (0=on, 1=ei) | 0,076 | 0,106* | 0,110* | 0,111* | 0,076 |
| Työelämän ulkopuolella (0=on, 1=ei) | -0,037 | -0,007 | 0,000 | 0,031 | 0,027 |
| Lasten määrä (0=1-2, 1=3+) | 0,084 | 0,088 | 0,080 | 0,084 | 0,071 |
| Jääkö kotitaloudessa rahaa, jonka voisi säästää | | 0,203*** | 0,193*** | 0,054 | 0,010 |
| Kotitalouden taloudellinen tilanne kehittyy lähitulevaisuudessa | | | 0,115* | 0,092* | 0,047 |
| Menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla | | | | 0,260*** | 0,232*** |
| Terveysoireilun lähtötaso (2006) | | | | | 0,294*** |
| Korjattu R ² | 0,025 | 0,059 | 0,070 | 0,103 | 0,181 |
| F-testi | 2,994** | 5,249*** | 5,463*** | 7,050*** | 11,443*** |

* tilastollisesti melkein merkitsevä ** tilastollisesti merkitsevä *** tilastollisesti erittäin merkitsevä

Kolmannella askeleella malliin lisätään vastaajan suhtautuminen taloudellisen tilanteen kehittymiseen lähitulevaisuudessa. Uusin toimeentulomuuttuja siirtyy miehillä voimakkaimmaksi ja myös tilastollisesti merkitseväksi selittäjäksi. Näin ollen miehillä tulevaisuuteen suhtautuminen on koetun terveyden kannalta oleellisempi selittäjä kuin mikään taustamuuttujista tai se, jääkö rahaa säästöön vai ei. Jos mies suhtautuu taloudellisen tilanteen kehittymiseen pessimistisesti, oireilun taso kasvaa. Naisilla syntymävuosi, muulla kuin perhevapaalla tai kotihoidontuella oleminen sekä säästettäväksi asti jäävä raha säilyttävät tilastollisen merkitsevyytensä. Myös uusi toimeentulomuuttuja on tilastollisesti merkitsevä. Naisilla tunne tulevaisuudesta ei ole niin voimakkaasti yhteydessä koettuun terveyteen kuin se, jääkö rahaa säästöön vai ei. Edelleen mallin selitysosuus on parempi naisilla (7 prosenttia) kuin miehillä (4 prosenttia).

Neljännellä askeleella mallissa on mukana menojen tuloilla kattaminen. Miehillä tulevaisuusmuuttujan tilastollinen merkitsevyys katoaa. Naisilla tilastollisen merkitsevyytensä säilyttävät syntymävuosi-, perhevapaa- ja tulevaisuusmuuttuja. Säästettäväksi asti jäävä raha ei enää ole tilastollisesti merkitsevä terveyden selittäjä naisilla. Uusi toimeentulomuuttuja eli menojen tuloilla kattaminen siirtyy naisilla voimakkaimmaksi ja merkitsevimmäksi selittäjäksi. Tämän askeleen jälkeen mallin selitysosuus naisilla on jo kymmenen prosenttia ja miehillä neljä prosenttia.

Viimeiseksi malliin lisätään koetun terveyden lähtötaso. Lähtötaso siirtyy miehillä voimakkaimmaksi ja merkitsevimmäksi selittäjäksi. Myös yksinhuoltajuus antaa tilastollisesti merkitsevän tuloksen, mutta asiasta ei voida esittää luotettavia johtopäätöksiä, sillä yksinhuoltajaisia on aineistossani vain vähän. Naisilla mikään taustamuuttuja ei enää säily tilastollisesti merkitsevänä. Terveyden lähtötaso on naisillakin voimakkain selittäjä, mutta lisäksi myös menojen tuloilla kattaminen säilyttää tilastollisen merkitsevyytensä. Viimeisen askeleen jälkeen mallin selitysosuus on naisilla 18 prosenttia ja miehillä 16 prosenttia. Viimeisen askeleen jälkeen myös F-testi saa sekä miehillä että naisilla korkeimman arvonsa eli viimeinen malli on aiempiin askeliin verrattuna toimivin. Malli kuitenkin näyttäisi sopivan paremmin naisille kuin miehille.

4.4 Regressiomallit ikäryhmille erikseen

Nyt olen suorittanut lineaarisen regressioanalyysin aineistolle kokonaisuutena sekä naisille ja miehille erikseen. Sukupuolen lisäksi on kiinnostavaa tarkastella, onko vastaajan iällä merkitystä koetun toimeentulon heijastumiseen koettuun terveyteen. Siispä aion jatkaa analyysia tekemällä vielä

kerran lineaarisen regressioanalyysin askel kerrallaan eri ikäryhmille. Esimerkiksi Arber ja kumppanit (2014) erottelivat omassa analyysissään keski-ikäiset ja eläkeikäiset omiksi ryhmikseen. Lisäksi myös Viinamäki kumppaneineen (2000) sekä Mirowsky ja Ross (2001) huomasivat, että iällä on merkitystä mielenterveysongelmien kannalta. Omassa tutkielmassani olen jakanut vastaajat kolmeen eri ikäryhmään: alle 35-vuotiaisiin, 35–44-vuotiaisiin ja yli 45-vuotiaisiin. Näin vastaajaryhmät ovat riittävän suuria analyysin onnistumiseksi. Lisäksi viimeinen ikäryhmäni on yhteneväinen Arberin ja kumppanien (2014) käyttämän ikäryhmän kanssa.

Taulukosta 5 seuraavalla sivulla huomataan, että alle 35-vuotiaiden vanhempien ryhmässä mikään taustamuuttujista ei näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Seuraavan sivun taulukosta 6 puolestaan havaitaan, että 35–44-vuotiailla vanhemmilla sukupuoli- ja yksinhuoltajuusmuuttuja ovat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä selitettävään muuttujaan siten, että naissukupuoli ja yksinhuoltajuus ovat yhteydessä korkeampaan oireilun tasoon. Taulukosta 7 (sivulla 49) huomataan, että yli 45-vuotiaiden vanhempien ryhmässä perhevapaamuuttuja antaa tilastollisesti merkitsevän tuloksen. Perhevapaalla tai kotihoidontuella olevia yli 45-vuotiaita vanhempia on aineistossani kuitenkin niin vähän, ettei asiasta voida esittää luotettavia johtopäätöksiä.

Toisella askeleella malliin lisätään ensimmäinen toimeentulomuuttuja. Säästettäväksi asti jäävä raha on alle 35-vuotiaiden vanhempien ryhmässä voimakkain ja ainoa merkitsevä selittäjä. 35–44-vuotiaiden vanhempien ryhmässä sukupuoli säilyttää ainoana tilastollisen merkitsevyytensä. Yli 45-vuotiailla vanhemmilla säästettäväksi asti jäävä raha on voimakkain selittäjä aivan kuten alle 35-vuotiailla vanhemmillakin. Perhevapaamuuttuja antaa jälleen yli 45-vuotiaiden ryhmässä tilastollisesti merkitsevän tuloksen, mutta kuten jo aiemmin mainittu, asiasta ei voida esittää luotettavia johtopäätöksiä. Mallien selitysosuudet ja F-testien arvot kasvavat edellisestä askeleesta.

Taulukosta 5 nähdään, että kun malliin lisätään tulevaisuuteen suhtautuminen, alle 35-vuotiaiden vanhempien ryhmässä säästettäväksi asti jäävä raha säilyttää tilastollisen merkitsevyytensä, mutta uusi, tällä askeleella lisätty tulevaisuusmuuttuja ei saa tilastollisesti merkitsevää arvoa. Taulukosta 6 puolestaan havaitaan, että 35–44-vuotiailla vanhemmilla tulevaisuusmuuttuja on voimakkain ja tilastollisesti merkitsevin selittäjä. Sukupuolimuuttuja kuitenkin säilyttää tilastollisen merkitsevyytensä. Taulukosta 7 huomataan, että yli 45-vuotiailla vanhemmilla säästettäväksi asti jäävä raha säilyttää tilastollisen merkitsevyytensä. Nuorimmilla ja iäkkäimmillä vanhemmilla koetun terveyden kannalta vaikuttaisi olevan tärkeämpää, jääkö rahaa säästöön vai ei, kuin se, miten vastaaja tulevaisuuteensa suhtautuu. 35–44-vuotiailla puolestaan käsitys tulevaisuudesta on oleellisempaa

koetun terveyden kannalta kuin se, jääkö rahaa oman arvion mukaan säästöön vai ei. Mallin selitysosuus on kahdella nuorimmalla ikäryhmällä hieman yli kuusi ja vanhimmillä seitsemän prosenttia koetusta terveydestä.

Taulukko 5. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät alle 35-vuotiailla, N 273.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 | Malli 5 |
|---|---------|---------|----------|----------|----------|
| Vakio | *** | *** | *** | *** | *** |
| Sukupuoli (0=mies, 1=nainen) | 0,102 | 0,104 | 0,100 | 0,098 | 0,073 |
| Yksinhuoltajuus (0=ei, 1=kyllä) | 0,097 | 0,072 | 0,073 | 0,046 | 0,051 |
| Koulutus (0=korkeampi, 1=alempi) | 0,108 | 0,083 | 0,081 | 0,073 | 0,067 |
| Perhevapaalla (0=on, 1=ei) | -0,013 | 0,006 | 0,010 | 0,016 | -0,007 |
| Työelämän ulkopuolella (0=on, 1=ei) | -0,089 | -0,055 | -0,050 | -0,028 | -0,021 |
| Lasten määrä (0=1-2, 1=3+) | 0,042 | 0,048 | 0,048 | 0,049 | 0,040 |
| Jääkö kotitaloudessa rahaa, jonka voisi säästää | | 0,178** | 0,175** | 0,107 | 0,092 |
| Kotitalouden taloudellinen tilanne kehittyy lähitulevaisuudessa | | | 0,094 | 0,089 | 0,073 |
| Menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla | | | | 0,129 | 0,088 |
| Terveysoireilun lähtötaso (2006) | | | | | 0,211*** |
| Korjattu R ² | 0,032 | 0,058 | 0,064 | 0,069 | 0,107 |
| F-testi | 2,516* | 3,397** | 3,310*** | 3,244*** | 4,260*** |

* tilastollisesti melkein merkitsevä ** tilastollisesti merkitsevä *** tilastollisesti erittäin merkitsevä

Taulukko 6. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät 35–44-vuotiailla, N 344.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 | Malli 5 |
|---|---------|---------|----------|----------|-----------|
| Vakio | *** | *** | *** | *** | ** |
| Sukupuoli (0=mies, 1=nainen) | 0,134* | 0,128* | 0,128* | 0,128* | 0,108* |
| Yksinhuoltajuus (0=ei, 1=kyllä) | 0,128* | 0,102 | 0,086 | 0,038 | 0,020 |
| Koulutus (0=korkeampi, 1=alempi) | 0,042 | 0,026 | 0,034 | 0,009 | 0,009 |
| Perhevapaalla (0=on, 1=ei) | 0,073 | 0,085 | 0,085 | 0,079 | 0,075 |
| Työelämän ulkopuolella (0=on, 1=ei) | -0,024 | -0,011 | -0,005 | 0,015 | 0,024 |
| Lasten määrä (0=1-2, 1=3+) | -0,041 | -0,038 | -0,042 | -0,046 | -0,027 |
| Jääkö kotitaloudessa rahaa, jonka voisi säästää | | 0,106 | 0,100 | -0,049 | -0,096 |
| Kotitalouden taloudellinen tilanne kehittyy lähitulevaisuudessa | | | 0,163** | 0,113* | 0,047 |
| Menojen kattaminen kotitalouden kaikilla tuloilla | | | | 0,261*** | 0,214** |
| Terveysoireilun lähtötaso (2006) | | | | | 0,420*** |
| Korjattu R ² | 0,033 | 0,041 | 0,064 | 0,095 | 0,257 |
| F-testi | 2,980** | 3,080** | 3,951*** | 5,014*** | 12,868*** |

* tilastollisesti melkein merkitsevä ** tilastollisesti merkitsevä *** tilastollisesti erittäin merkitsevä

Taulukoissa 5, 6 ja 7 esitetään tilanne myös sen jälkeen, kun malliin on lisätty toimeentulomuuttujista viimeinen eli menojen tuloilla kattaminen. Alle 35-vuotiaiden vanhempien ryhmässä mikään selittävästä muuttujista ei saa tilastollisesti merkitsevää arvoa. 35–44-vuotiaiden vanhempien ryhmässä sukupuoli ja tulevaisuuteen suhtautuminen säilyttävät tilastollisen merkitsevyytensä. Tällä askeleella lisätty toimeentulomuuttuja siirtyy kuitenkin terveyden voimakkaimmaksi ja merkitsevimmäksi selittäjäksi. Yli 45-vuotiailla vanhemmilla tilanne on sama kuin nuorimmillakin: mikään selittävästä muuttujista ei saa tilastollisesti merkitsevää arvoa. Mallin toimivuuksia ja selitysosuuksia verratessa huomataan, että ne ovat parhaimmat juuri 35–44-vuotiaiden vanhempien ryhmässä.

Taulukko 7. Terveysoireilua (2012) ennustavat tekijät yli 45-vuotiailla, N 113.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 | Malli 5 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Vakio | *** | *** | *** | *** | *** |
| Sukupuoli (0=mies, 1=nainen) | -0,121 | -0,115 | -0,118 | -0,121 | -0,111 |
| Yksinhuoltajuus (0=ei, 1=kyllä) | -0,088 | -0,133 | -0,143 | -0,162 | -0,129 |
| Koulutus (0=korkeampi, 1=alempi) | -0,035 | -0,065 | -0,071 | -0,073 | -0,104 |
| Perhevapaalla (0=on, 1=ei) | -0,198* | -0,186* | -0,191* | -0,175 | -0,224* |
| Työelämän ulkopuolella (0=on, 1=ei) | 0,050 | 0,086 | 0,092 | 0,101 | 0,041 |
| Lasten määrä (0=1-2, 1=3+) | -0,043 | -0,054 | -0,065 | -0,067 | -0,071 |
| Jääkö kotitaloudessa rahaa, jonka voisi säästää | | 0,277** | 0,262** | 0,191 | 0,125 |
| Kotitalouden taloudellinen tilanne kehittyy lähitulevaisuudessa | | | 0,075 | 0,075 | 0,036 |
| Menojen kattaminen kotitalouden kaikille tuloilla | | | | 0,119 | 0,105 |
| Terveysoireilun lähtötaso (2006) | | | | | 0,284** |
| Korjattu R ² | 0,005 | 0,073 | 0,070 | 0,069 | 0,133 |
| F-testi | 1,100 | 2,265* | 2,050* | 1,924 | 2,725** |
| * tilastollisesti melkein merkitsevää ** tilastollisesti merkitsevää *** tilastollisesti erittäin merkitsevää | | | | | |

Taulukoista 5, 6 ja 7 huomataan, että kun malliin on lisätty koetun terveyden lähtötaso, se siirtyy jokaisessa ikäryhmässä voimakkaimmaksi selittäjäksi. Alle 35-vuotiailla mikään muu muuttuja ei saa tilastollisesti merkitsevää arvoa kuin koetun terveyden lähtötaso. 35–44-vuotiailla vanhemmilla koetun terveyden lähtötason lisäksi menojen tuloilla kattaminen ja sukupuoli säilyvät tilastollisesti merkitsevänä selittäjänä. Yli 45-vuotiailla vanhemmilla perhevapaamuuttuja nousee jälleen tilastollisesti merkitseväksi, mutta asiasta ei edelleenkään voida esittää johtopäätöksiä havaintoyksiköiden vähyden vuoksi. Koetun terveyden lähtötaso on tässäkin ryhmässä tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä myöhempään terveyden tasoon. Mallin toimivuuksia ja selitysosuuksia

tarkasteltaessa havaitaan, että ne ovat jälleen parhaimmat 35–44-vuotiaiden vanhempien ikäryhmässä. Mallin selitysosuus tässä ryhmässä on jopa 26 prosenttia, kun yli 45-vuotiailla se on 13 prosenttia ja alle 35-vuotiailla vanhemmilla 11 prosenttia koetusta terveydestä.

4.5 Menojen tuloilla kattamiseen ja terveyden lähtötasoon liittyvät tekijät

Koko aineistoa koskevasta regressioanalyysistä selvisi, että vuoden 2012 terveyden tasoon on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yksi toimeentulomuuttuja – menojen tuloilla kattaminen – ja terveyden lähtötaso vuodelta 2006. Tämä tulos on yhteneväinen myös naisten ja 35–44-vuotiaiden ryhmässä. Miehillä ja alle 35-vuotiailla sekä yli 45-vuotiailla puolestaan vain aikaisempi terveyden taso on merkitsevästi yhteydessä myöhempään terveyteen.

Seuraavaksi selvitän ristiintaulukoinnin avulla, keitä hankalana toimeentulonsa kokevien ryhmään kuuluu. Menojen kattamisen tuloilla helpoksi koki melkein kaksi kolmasosaa miehistä ja yli puolet naisista. Hankalana menojen tuloilla kattamista piti näin ollen kolmasosa miehistä ja alle puolet naisista. Korkeammin koulutetuista jälleen noin kaksi kolmasosaa koki menojen kattamisen helpoksi ja kolmasosa hankalaksi. Alemmin koulutetuilla vastaukset jakautuivat suunnilleen puoliksi kuitenkin niin, että menojen kattamista tuloilla pidettiin hieman useammin hankalana kuin helppona. Kahden vanhemman perheistä lähes kaksi kolmasosaa piti toimeentuloa helppona, kun yksinhuoltajavanhemmista vain noin neljäsosa. Näin ollen vain noin kolmasosa avio- tai avoliitossa elävistä koki menojen kattamisen hankalaksi, kun yksinhuoltajista näin koki jopa kolme neljäsosaa.

Työssäkäyvistä yli kolme viidesosaa, perhevapaalla olevista reilusti yli puolet, mutta työelämän ulkopuolella olevista vanhemmista vain alle kaksi viidesosaa koki menojen tuloilla kattamisen helpoksi. Vastaavasti alle kaksi viidesosaa työssäkäyvistä, alle puolet perhevapaalla olevista, mutta jopa yli kolme viidesosaa työelämän ulkopuolella olevista vanhemmista piti menojen tuloilla kattamista hankalana. Ikä tai lasten lukumäärä ei tuota ryhmien välille tilastollisesti merkitseviä eroja. Näin ollen heikompaan kokemukseen menojen tuloilla kattamisesta liittyy naissukupuoli, yksinhuoltajuus, alempi koulutus-taso sekä se, jos vastaaja on jollakin tapaa työelämän ulkopuolella eli työttömänä, lomautettuna, opiskelijana, sairaana tai eläkeläisenä.

Regressioanalyyseistani selvisi, että terveysoireilun kannalta toimeentuloa oleellisempaa on lopulta vastaajan aikaisempi terveysoireilun taso. Vuonna 2006 terveys oli merkitsevästi alempi naisilla kuin

miehillä, yksinhuoltajilla kuin kahden vanhemman perheessä elävillä ja työelämän ulkopuolella olevilla kuin työssäkäyvillä tai perhevapaalla olevilla. Ikä, koulutus ja lasten lukumäärä eivät tuottaneet ryhmien välille tilastollisesti merkitseviä eroja terveyden tasoissa. Vuonna 2012 terveys oli edelleen heikompi naisilla, yksinhuoltajilla sekä työelämän ulkopuolella olevilla. Tällä mittauskerralla myös koulutusryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero niin, että alemmin koulutetut olivat arvioineet terveytensä keskimäärin heikommaksi kuin korkeammin koulutetut. Ristiintaulukointien ja varianssianalyysin tulokset on raportoitu myös taulukossa 1 (sivulla 40).

5 PÄÄTÄNTÄ

Tutkielmani tavoitteena oli selvittää, onko lapsiperheiden vanhempien koetun toimeentulon ja terveyden välillä yhteyttä. Selittävinä muuttujina taustamuuttujien lisäksi oli säästettäväksi asti jäävä raha, tulevaisuuden taloudelliseen tilanteeseen suhtautuminen ja menojen tuloilla kattaminen. Lisäksi otin analyysissä huomioon koetun terveyden lähtötason. Kaikki nämä selittävät muuttujat olivat vastaajan koulutustasoa lukuun ottamatta aikaisemmalta mittauskerralta eli vuodelta 2006. Vuoden 2012 koetun terveyden muodostin kokonaisuudeksi niin, että siinä otettiin huomioon vastaajan arvio terveydestään kokonaisuutena ja erilaisten psyykkisten oireiden kokemisesta. Seuraavat johtopäätökset ja pohdinnat perustuvat toteuttamiini analyyseihin.

Päätäntäosiossa kertaan tutkielmani tulokset ja pohdin, mistä ne saattaisivat johtua. Peilaan tutkielmaani ja sen tuloksia aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen. Lisäksi arvioin tutkielmani vahvuuksia ja heikkouksia. Lopuksi esittelen muutamia jatkotutkimustarpeita ja yhteiskunnallisia kehitysehdotuksia.

5.1 Toimeentulon yhteys terveyteen vahvin naisilla ja 35–44-vuotiailla

Koko aineistossa lineaarinen regressiomalli on kaikista toimivin lopullisessa muodossaan eli silloin, kun siinä huomioidaan koetun terveyden lähtötaso. Tällöin malli selittää koetusta terveydestä 17 prosenttia. Terveyden lähtötaso on mallin voimakkain ja merkitsevin selittäjä. Tutkituista toimeentulomuuttujista yksi, menojen tuloilla kattaminen, on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Myös sukupuolille erikseen toteutetun analyysin kohdalla viimeinen malli on toimivin. Malli on kuitenkin toimivampi naisilla kuin miehillä. Naisilla malli selittää 18 ja miehillä 16 prosenttia koetusta terveydestä. Miehillä ainoa selittävä muuttuja, josta voi esittää luotettavia johtopäätöksiä, on koetun terveyden lähtötaso. Naisilla puolestaan koetun terveyden lähtötason lisäksi myös menojen tuloilla kattamisen hankaluus on yhteydessä vuonna 2012 koettuun terveyteen. Mitä hankalammaksi naisvastaaja kokee menojen tuloilla kattamisen, sitä enemmän hän myös kokee terveysoireilua.

Naisilla terveyteen on siis yhteydessä menojen tuloilla kattamisen hankaluus ja terveyden lähtötaso, mutta miehillä vain terveyden lähtötaso. Tulos on suhteellisen mielenkiintoinen, sillä aikaisemman tutkimuksen perusteella voisi olettaa, että myös miehet olisivat kokeneet vahvemmin taloudellista

rasitusta tai epävarmuutta tulevaisuudesta, joka olisi sitten heijastunut myös terveyteen. Lahelman ja kumppanien (2006) tutkimuksessa niin nykyiset kuin lapsuudessakin koetut taloudelliset vaikeudet olivat kummallakin sukupuolella vahvasti yhteydessä psyykkisiin oireisiin. Leinosen ja kumppanien (2002) tutkimuksessa puolestaan taloudelliset olosuhteet loivat isille sekä yleisiä että spesifejä taloudellisia paineita, joista kummatkin olivat yhteydessä mielenterveysongelmiin. Tässä tutkielmassa ei käsitelty spesifejä paineita, mutta oman tutkimukseni toimeentulokysymykset ovat suhteellisen hyvin rinnastettavissa Leinosen ja kumppanien käyttämiin yleisten taloudellisten paineiden mittareihin. Viinamäen ja kumppanien (2000) tutkimuksessa puolestaan miehillä niin kokemus taloudellisen tilanteen heikkoudesta kuin epävarma tulevaisuuteen suhtautuminenkin oli yhteydessä psyykkisiin oireisiin kaikkina kolmena tutkimusvuonna.

Tässä aineistossa miesten terveyteen ei kuitenkaan ollut yhteydessä mikään käytetyistä toimeentulo-muuttujista, vaikka – kuten edellä mainittu – aikaisempien tutkimusten perusteella olisi voinut olettaa jokseenkin erilaista tulosta. Syitä voi olla useita. Miesten toimeentulokokemuksia ei välttämättä tavoitettu käytetyillä mittareilla niin hyvin kuin naisten. Tarkasti rajatuista vastausvaihtoehdoista voi myös olla vaikeaa löytää juuri omaa tilannetta parhaiten kuvaavaa väittämää. Näin ollen moninainen reaalia maailma kaventuu tietynlaiseksi. Miessukupuolisille henkilöille saattaa lisäksi kulttuurisista syistä olla hankalampaa myöntää koettuja toimeentulo-ongelmia. Kyselytutkimuksen kohdalla onkin mahdollista, että osallistujat pyrkivät vastaamaan sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla hieman todellista asiantilaa kaunistellen. Toisaalta tutkimukseen on hyvin todennäköisesti myös valikoitunut sellaisia (mies)vastaajia, jotka ovat tarpeeksi hyvässä asemassa kyselytutkimuksiin osallistuakseen.

Kuten aikaisemmassa tutkimuksessakin (esim. Siltaniemi ym. 2011, 76; Lahelma ym. 2006; Viinamäki ym. 2000, 4), myös omassa tutkimuksessani naiset raportoivat oireilua useammin kuin miehet. Tähän voi olla monia syitä, kuten se, että naissukupuolisille henkilöille on ehkä kulttuurisesti hyväksyttävämpää kokea erilaisia henkisiä hankaluuksia. Regressiomallin parempaan toimivuuteen naisilla saattaa puolestaan vaikuttaa se, että aineistoni yksinhuoltajat ovat pääasiassa naisia ja yksinhuoltajuus oli yhteydessä hankaluuksiin niin toimeentulossa kuin terveydessäkin. Lisäksi on mahdollista, että perheissä naisilla on edelleen päävastuu perheen arkitaloudesta ja rahojen käyttämisestä esimerkiksi ruokaan tai lasten vaatteisiin (ks. myös Salmi ym. 2014, 13). Mikäli näin on, tällöin rahahuolet myös koskettanevat konkreettisemmin naisia kuin miehiä.

Analysoituani aineistoa kokonaisuudessaan ja sukupuolittain toteutin lineaarisen regressioanalyysin vielä erikseen ikäryhmillekin. Myös ikäryhmäjaottelun kohdalla malli on toimivin vasta viimeisen

askeleen jälkeen. Alle 35-vuotiailla ja luotettavasti yli 45-vuotiailla vanhemmilla ainoastaan koetun terveyden lähtötaso on yhteydessä myöhempään terveyteen. Malli selittää alle 35-vuotiailla 11 ja yli 45-vuotiailla 13 prosenttia koetusta terveydestä. 35–44-vuotiailla vanhemmilla jopa kolme selittävää muuttujaa on yhteydessä vastaajan kokemaan terveyteen: sukupuoli, menojen tuloilla kattaminen ja koetun terveyden lähtötaso. Näin ollen heikompana arvioituun kokonaisterveyteen sekä korkeampaan psyykkisen oireilun määrään on 35–44-vuotiailla vanhemmilla yhteydessä naissukupuoli, menojen tuloilla kattamisen hankaluus ja kuusi vuotta aikaisemmin arvioitu terveys. Malli selittää tässä ryhmässä jopa 26 prosenttia terveydestä.

Nuorimmilla ja yli 45-vuotiailla vanhemmilla saattaa olla muita tekijöitä, jotka ovat yhteydessä koettuun terveyteen enemmän kuin tässä tutkimuksessa käytetyt kolme toimeentulomuuttujaa. Alle 35-vuotiailla vanhemmilla asiaan saattaa vaikuttaa se, että mahdolliset toimeentulovaikeudet eivät ole nuoresta iästä johtuen päässeet vielä pitkittymään. Nämä vanhemmat saattavat myös olla työuransa alussa tai jopa opiskelijoina, jolloin tietynlainen rahallinen niukkuus saatetaan tulkita asiaan kuuluvaksi. Tällöin oman tilanteen vertailu omaan viiteryhmään ei aiheuttane vanhemmille alenemaa hyvinvoinnissa, koska toimeentulohankaluudet saatetaan tulkita elämäntilanteeseen kuuluviksi ja väliaikaisiksi.

Aiemmasta tutkimuksesta poiketen koettu toimeentulo ei ollut yhteydessä yli 45-vuotiaiden terveyteen (vrt. Arber ym. 2014). Saattaa olla, että yli 45-vuotiailla suomalaisvanhemmilla on pitkä työura takanaan, mahdollisesti paljon säästöjä tai sijoituksia sekä tietoa sosiaaliturvajärjestelmästä, mitkä tuovat taloudellista turvaa. Lisäksi on mahdollista, että pidemmän elämäkokemuksen myötä perheen taloudenhoito on helpompaa tai jollakin muulla tavalla sujuvampaa kuin alle 45-vuotiailla. Tutkielmani ei kuitenkaan tavoita kaikkia niitä mahdollisia tekijöitä, jotka liittyvät koettuun terveyteen alle 35- tai yli 45-vuotiailla vastaajilla. Mukana on kuitenkin monia teoreettisesti aiheellisia muuttujia. 35–44-vuotiaiden vanhempien ikäryhmässä regressiomalli toimii parhaiten. Tähän ikäryhmään kuuluvat ihmiset saattavat elää niin sanottuja ruuhkavuosiaan. Osa ikäryhmän vanhemmista elänee pikkulapsivaihetta, jota voi yleisesti pitää taloudellisesti tiukkana ajanjaksona (ks. Lammi-Taskula & Salmi 2009, 10; Salmi ym. 2009, 6).

5.2 Pohdintaa lapsiperheiden vanhempien hyvinvoinnista

Useimmiten osa-aineistoni vanhemmat arvioivat kokonaisterveytensä melko hyväksi ja kokevansa erilaisia psyykkisiä oireita joskus. Myös eri taustamuuttujaryhmien terveysoireilun keskiarvot liikkuvat suunnilleen tällä samalla tasolla. Yhtäältä on huojentavaa huomata, että terveysoireilu ei valtaosalla olekaan niin korkealla tasolla, kuin olisi voinut kuvitella. Toisaalta taas vaikuttaa kestävämmältä, että eri vanhempiryhmien välillä on huomattavia eroja hyvinvoinnissa. Lopullisissa regressiomalleissa mikään taustamuuttujista ei sinällään ollut yhteydessä terveysoireiluun. Kuten jo aiemmin mainittu, taustatekijät kuitenkin heijastuvat siihen, millaisena vastaaja on kokenut menojen tuloilla kattamisen ja aiemman terveyden tasonsa.

Heikompaan kokemukseen menojen tuloilla kattamisesta liittyy naissukupuoli, yksinhuoltajuus, alempi koulutustaso sekä se, jos vastaaja on jollakin tapaa työelämän ulkopuolella eli työttömänä, lomautettuna, opiskelijana, sairaana tai eläkkeellä. Vuonna 2012 myös terveys oli heikompi naisilla, yksinhuoltajilla, alemmin koulutetuilla ja työelämän ulkopuolella olevilla. Nämä tulokset ovat yhteneväisiä aikaisemman tutkimuksen kanssa (esim. Okkonen 2014; Salmi ym. 2014; Siltaniemi ym. 2011; Kaikkonen ym. 2014; Arber ym. 2014). Samat taustamuuttajat ovat siis yhteydessä sekä kokemukseen menojen tuloilla kattamisen hankaluudesta että heikompaan terveyden lähtötasoon. Näin ollen myös oma tutkimukseni piirtää kuvaa kasautuvasta huono-osaisuudesta, sillä erilaiset huono-osaisuuden muodot – tässä hankalampi toimeentulo ja kehnompia terveys – näyttävät kasautuvan samoille ihmisryhmille (ks. esim. Kauppinen ym. 2010, 3–4; Siltaniemi ym. 2011, 195).

Tutkielmassani koettu toimeentulo heijastuu terveyteen menojen tuloilla kattamisen hankaluuden kautta. Lisäksi koettuun terveyteen on yhteydessä myös sen lähtötaso. Yksinhuoltajat, alemmin koulutetut ja työelämän ulkopuolella olevat vanhemmat raportoivat kahden vanhemman perheitä, korkeammin koulutettuja ja työssäkäyviä useammin sekä toimeentulohankaluuksia että oireilua. Yksinhuoltaja kantaa perheensä taloudellista vastuuta yksin, jolloin myös taloudellisesta tilanteesta aiheutuva stressi kuormittaa vain häntä. Alemmin koulutetuilla ja mahdollisesti myös pitkäaikaisesti sairailta palkkataso saattaa olla matala, kun taas työttömillä ei ole palkkatuloja lainkaan. On mahdollista, että taloudellisesta stressistä ja rasituksesta aiheutuvat psyykkiset oireet toimivat välittävänä tekijänä toimeentulon ja terveyden välillä (ks. Arber ym. 2014; Leinonen ym. 2002).

Toisaalta rahojen niukkuus voi vaikuttaa myös materiaalisesta näkökulmasta esimerkiksi ruoka- ja harrastusvalintoihin sekä palvelujen saantiin. Lisäksi psykososiaalisen näkökulman, suhteellisen

materiaalisen puutteen ajatuksen tai viiteryhmäteorian mukaisesti on mahdollista, että sosiaalinen vertailu muihin perheisiin aiheuttaa osaltaan stressiä ja huonommuuden tunteita (ks. Hounkpatin ym. 2016; Arber ym. 2014). Yksinhuoltajat ja työelämän ulkopuolella olevat vanhemmat saattavat verrata itseään esimerkiksi kahden vanhemman talouksiin tai työllisiin perheisiin. Kokemus siitä, ettei pysty samaan kuin muut perheet, muodostanee monensävyisiä huonommuuden tunteita.

On myös mahdollista, että sosiaalinen tuki – tai pikemminkin sen puute – altistaa tiettyjä vanhempiryhmiä hyvinvoinnin vajeille. Omassa tutkimuksessani sekä toimeentulohankaluuksia että heikompaan terveyttä kokivat niin yksinhuoltajat, alemmin koulutetut kuin työttömät, lomautetut, opiskelevat, sairaat tai eläkkeellä olevat vanhemmatkin. Esimerkiksi työelämän ulkopuolella olevilla vanhemmilla opiskelijoita lukuun ottamatta saattaa olla vähentyneet mahdollisuudet saada sosiaalista tukea ja muita resursseja, kun työpaikka ja -yhteisö puuttuvat. Yksinhuoltajavanhempien kohdalla lienee ilmeistä, että puuttuvalla puolison tuella on vaikutusta vanhemman hyvinvointiin. Aiemman tutkimuksen perusteella on myös mahdollista, että eräät ehkä jopa hankalanakin pidettävät lapsen piirteet saattavat vähentää perheen saaman sosiaalisen tuen määrää entisestään (ks. Lee ym. 2011). Erityisesti yksinhuoltajavanhempien kannalta tällainen mahdollinen skenaario vaikuttaa hyvinvointia uhkaavalta.

Aiemmassa tutkimuksessa perheen on esitetty suojaavan monilta hyvinvoinnin vajeilta (esim. Kaikkonen ym. 2014). Perheenjäseniltä saatu sosiaalinen tuki ja läheisyys saattavat auttaa jaksamaan taloudellisesti hankalissa tilanteissa. Vanhempien välinen lämmin parisuhde myös vähentää taloudellisen stressin heijastumista arjen lastenkasvatukseen. Yksinhuoltajavanhemman tilanne saattaa olla hankala moneltakin kantilta, sillä perheen toimeentulo lepää vain yhden vanhemman harteilla ja yhden vanhemman talouksissa puolison tukea ei ole käytettävissä. On toki mahdollista, että yksinhuoltajavanhemmalla muuten on hyvä sosiaalinen verkosto, jolloin taloudelliset ja terveydelliset vaikeudet ovat vähemmän haittaavia. Oman aineistoni valossa en kuitenkaan voi tietää, millaista sosiaalista tukea yksinhuoltajavastaajilla on käytössään ja miten se mahdollisesti vaikuttaisi koetun toimeentulon ja terveyden välisessä suhteessa. Tällä tutkimusasetelmalla selvää on vain, että yksinhuoltajavastaajieni kokemus niin toimeentulosta kuin terveydestäkin on merkitsevästi heikompi kuin niillä vastaajilla, jotka asuvat kahden vanhemman perheissä.

Kahden vanhemman perheissä puolestaan vanhempien parisuhteen laadulla on oleellinen merkitys vanhempien ja lasten hyvinvoinnille. Ongelmat kumppanin kanssa heijastuvat vanhemman oman hyvinvoinnin kautta vanhemmuuden laatuun, joka heijastuu edelleen myös lapseen (Leinonen ym.

2002; Sallinen & Kinnunen 2001; myös Viinamäki ym. 2000). Onkin kiehtova seikka, että omia läheisiä ihmissuhteita pidetään keskimääräistä useammin epätyytyttävänä esimerkiksi työttömien tai pienituloisimpien ryhmissä (Siltaniemi 2011, 54–55; myös Mansfield ym. 2013, 5, 7.) Kausaalisuhteista on vaikea sanoa mitään, mutta voi olla, että taloudellisista olosuhteista kumpuavat huolet, stressi ja jopa mahdollinen omanarvontunnon menetys pääsevät vaikuttamaan kielteisesti parisuhteen käytäntöihin. Esimerkiksi Allardtkin (1993, 4) huomautti, että materiaalisten olojen heikkeneminen saattaa vaikuttaa negatiivisesti myös Loving-ulottuvuuteen sisältyviin aspekteihin, kuten solidarisuuteen ja rakkauteen.

Suomalaisten lapsiperheiden hyvinvointia on aiemmin tarkasteltu Erik Allardtin hyvinvoinnin ulottuvuuksien valossa niin, että Having-ulottuvuuteen on liitetty toimeentulo, vanhempien ansiotyö sekä siitä johtuva aikapula, joka näkyy työ- ja perhe-elämän sovittamisen hankaluutena. Loving-ulottuvuuteen on määritelty tyytyväisyys parisuhteen eri osa-alueisiin ja oma jaksaminen vanhempana. Being/Doing-ulottuvuusnippuun on luokiteltu vanhempien välinen työnjako. (Lammi-Taskula & Salmi 2014, 2.) Vaikka tässä tutkielmassa parisuhdetyytyväisyyden teema rajautuikin tarkastelun ulkopuolelle, se on kuitenkin näkökulmana varsin oleellinen niin vanhempien oman kuin heidän lastensakin hyvinvoinnin kannalta. Parisuhdetyytyväisyys nimittäin toimii taloudellisten vaikeuksien ja terveysoireilun välisen suhteen yhtenä välittävänä tekijänä (ks. myös Leinonen ym. 2002; Sallinen & Kinnunen 2001; Viinamäki ym. 2000).

Tutkielmani alussa hahmotin lapsiperheiden vanhempien hyvinvointia Allardtin teoretisoinnin valossa hieman toisin. Koettu toimeentulo kuuluu omassa tutkimuksessani sille tyypillisesti Having-ulottuvuuteen, mutta koetun terveyden sijoitin Having-ulottuvuuden sijaan Being-ulottuvuuteen. Tämä siksi, että omassa tutkielmassani tarkastelun kohteena oleva terveysoireilu resonoi mielestäni paremmin Being-ulottuvuuden kuin Having-ulottuvuuden kanssa. Oireilu todennäköisesti rajoittaa ainakin jossain määrin vastaajan mahdollisuuksia mielekkääseen työelämään, luontosuhteeseen ja vapaa-aikaan, joten heikompana koettu terveys sisältänee näin ollen myös tunteen vieraantumisesta ja etäännyttämisestä yhteiskunnasta, jonka Allardt määrittää nimenomaan Being-ulottuvuuteen kuuluvaksi. Tutkielmassani tarkastelun kohteena oli näiden hyvinvoinnin ulottuvuuksien yhteys.

Koko aineistossa Having-ulottuvuuden hyvinvoinnin vaje – menojen tuloilla kattamisen hankaluus – oli yhteydessä Being-ulottuvuuden hyvinvoinnin vajeeseen – terveysoireiluun. Kuitenkin Being-ulottuvuuden sisäinen yhteys – terveyden lähtötason yhteys myöhempään terveyden tasoon – oli voimakkaampi kuin Having-ulottuvuuden toimeentulon yhteys terveyteen. Naisilla ja 35–44-

vuotiailla tulos oli yhteneväinen koko aineiston tuloksen kanssa, mutta miehillä ja alle 35-vuotiailla sekä yli 45-vuotiailla vain Being-ulottuvuuden sisäiset yhteydet olivat merkitseviä. Tästä voidaan päätellä ensinnäkin, että eri vastaajaryhmillä ulottuvuuksien yhteydet eroavat hieman toisistaan ja toisekseen, että eri ulottuvuuksien välisten yhteyksien tarkastelun lisäksi on kiehtovaa tarkastella yhteyksiä myös yhden ja saman ulottuvuuden sisällä.

5.3 Tutkimuksen arviointia

Tutkimuksessani kysyin, kokevatko vuonna 2006 toimeentulohankaluuksia raportoineet vanhemmat terveytensä heikommaksi vuonna 2012 kuin paremmin toimeentulleet. Lineaarisen regressio-analyysin tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että vastaus ei ole täysin suoraviivainen: toimeentulovaikeuksia mitattiin kolmella indikaattorilla, mutta viimeisessä ja lopullisessa mallissa niistä vain yksi tuotti tilastollisesti merkitsevän tuloksen. Näin ollen ne, jotka kokivat vuonna 2006 menojen tuloilla kattamisen hankalaksi, kokivat myös terveytensä heikommaksi vuonna 2012.

Sukupuolille erikseen toteutettu analyysi paljasti, että miehillä koettuun terveyteen oli yhteydessä vain aiempi terveyden taso, mutta naisilla sen lisäksi myös menojen tuloilla kattamisen hankaluus. Ikäryhmittäinen analyysi puolestaan valotti, että 35–44-vuotiaiden ryhmässä niin sukupuoli, menojen tuloilla kattaminen kuin terveyden lähtötasokin olivat yhteydessä myöhemmin koettuun terveyden tasoon. Sitä nuoremmilla ja vanhemmilla puolestaan terveyteen oli yhteydessä vain sen lähtötaso. Käyttämäni malli sopi paremmin naisille kuin miehille, vaikka selitysosuudet – 18 ja 16 prosenttia – ovatkin toisiaan lähellä. Ikäryhmittäisessä tarkastelussa ikäryhmien väliset erot ovat vaihtelevampia. Alle 35-vuotiailla terveydestä selittyi 11 prosenttia ja yli 45-vuotiailla 13 prosenttia, mutta 35–44-vuotiailla jopa 26 prosenttia.

Tutkielmani vahvuuksiin kuuluu, että sekä toimeentuloa että terveyttä on selvitetty vastaajan oman kokemuksen kautta. Oma kokemus taloudellisesta toimeentulosta on yhteydessä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen voimakkaammin kuin aktuaaliset tulot (Siltaniemi ym. 2011, 80). Oma kokemus terveydestä puolestaan ennustaa objektiivisiä lääketieteellisiä tutkimuksia paremmin esimerkiksi tulevaa terveydentilaa, terveystalvelujen käyttöä ja jopa kuolleisuutta (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 90; Siltaniemi ym. 2011, 66). Lisäksi terveyttä selvitettiin laajasti yhdistämällä viisi terveysväittämää, kun aikaisemmassa tutkimuksessa on pitkälti keskitytty vain masennus- ja/tai ahdistusoireisiin. Regressiomallieni selitysosuuksia voidaan myös pitää yhteiskunta-

tieteellisestä näkökulmasta hyvinä. On kuitenkin tunnustettava, ettei tutkielmani tavoittanut kaikkia niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä koettuun terveyteen. Kompleksinen todellisuus ei antaudu yhden tutkimuksen edessä.

Tämän tutkielman vahvuutena on lisäksi hyvä osa-aineisto, joka mahdollisti tärkeän pitkittäis-tutkimuksen tekemisen. Pitkittäisaineiston ansiosta ajallisen yhteyden tarkastelu tuli mahdolliseksi. Näin ollen yhteyksien voi myös päätellä olevan vahvempia verrattuna vastaavaan poikkileikkaus-asetelmalla toteutettuun tutkimukseen nähden. Pitkittäistutkimuksen osa-aineistoon valikoitui suhteellisen runsas määrä vastaajia, mikä parantaa saatujen tulosten yleistettävyyttä. On kuitenkin huomioitava, että vastaajajoukko on varmasti monella tapaa valikoitunut. Esimerkiksi koko lapsiperhekyselyyn vastasi enemmän monilapsisia perheitä kuin perusjoukossa on (THL Aineisto, 2014). Myös omassa osa-aineistossani monilapsisten perheiden vanhemmat olivat hieman yli-edustettuina.

On myös varsin kiehtovaa pohtia, miten hyvin kyselylomakkeen kysymyksillä on ylipäätään tavoitettu vastaajan oma kokemus. Toimeentulokysymyksissä selvitettiin säästettäväksi asti jäävää rahaa, tulevaisuuteen suhtautumista ja menojen tuloilla kattamista. Arvioin, että säästettäväksi asti jäävä raha on näistä kysymyksistä se, jolla ei muihin verrattuna tavoiteta niin hyvin aitoa kokemusta. Se, jääkö rahaa säästöön vai ei, on nimittäin hyvin konkreettisesti vastaajan huomattavissa hänen katsoessaan vaikkapa tiliotteitaan tai säästöpossuaan. Tulevaisuuteen suhtautuminen puolestaan tavoittaa vastaajan sisäisen tuntemuksen mielestäni paremmin. On kuitenkin mahdollista, että kyselylomaketta täyttäessään vastaaja saattaa kaunistella tuntemuksiaan tai hänen on vaikea löytää rajatuista vastausvaihtoehdoista itselleen sopivaa vaihtoehtoa. Tällöin kokemus auttamatta surkastuu ja muotoutuu tietynlaiseksi.

Aikaisemmasta tutkimuksesta poiketen (vrt. Viinamäki ym. 2000) vastaajan tulevaisuuteen suhtautuminen ei ollut missään lopullisista malleista yhteydessä koettuun terveyteen. Tulevaisuuteen suhtautuminen oli joillakin askeleilla yhteydessä koettuun terveyteen, mutta valitettavasti ei viimeisessä ja lopullisessa mallissa. Voi siis olla, että tulevaisuuteen suhtautuminen on myöhemmän vastaushetken terveyden kannalta merkityksellisempää kuin vastaushetken ajankohtaisempi tunne siitä, että kotitalouden menoja ei saada katettua tuloilla. Menojen tuloilla kattamisen hankaluudesta tiedustelu tavoittanee vastaajan oman kokemuksen suhteellisen hyvin. Oli myös mielenkiintoista, että vastausvaihtoehdoissa oli sekä ”melko helppoa” että ”melko hankalaa”. Vastausvaihtoehdot ovat

toisiaan hyvin lähellä, mutta ne paljastavat ja viestittävät erilaisia ajattelutapoja samaan tapaan kuin klassinen kysymys siitä, onko lasi puoliksi täynnä vai puoliksi tyhjä.

Arvioin, että säästömahdollisuutta ja menojen tuloilla kattamista selvittävät mittarit ovat osittain päällekkäisiä. Mikäli vastaajalla jää rahaa jopa säästöön asti, hän todennäköisesti on saanut kotitalouden menotkin suhteellisen helposti katettua. Tutkimukseeni valikoituneet selittävät toimeentulokysymykset eivät selittäneet koettua terveyttä esimerkiksi miehillä, alle 35-vuotiailla ja yli 45-vuotiailla. Jostakin syystä näissä ryhmissä vastaajien toimeentulokokemuksia ei tavoitettu juuri näillä kysymyksillä riittävästi tai sitten näissä ryhmissä koettuun terveyteen on yhteydessä jotakin muuta, joka jäi tämän tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle. Näin ollen laajalle ja monitieteiselle hyvinvointitutkimukselle on mielestäni jatkuvaa tarvetta.

Aiemman tutkimuksen perusteella yksilön sijoittuminen tulohierarkiassa tai vastaavassa yhteiskunnallisessa hierarkiassa on oleellista hänen hyvinvoinnilleen (ks. Präg ym. 2016; Hounkpatin ym. 2016; Arber ym. 2014). Omassa tutkielmassani toimeentulomuuttajat eivät niinkään tavoita tällaista hierarkiaan sijoittumista. On kuitenkin mahdollista, että esimerkiksi menojen tuloilla kattamisen hankaluutta arvioidessaan vastaaja on vertaillut tilannettaan omaan aikaisempaan tilanteeseensa tai oman viiteryhmänsä ja ehkä jopa laajemminkin kaikkien lapsiperheiden tilanteisiin. Koettuun toimeentuloon kuitenkin sisältyy myös muita terveydelle oleellisia ulottuvuuksia kuin sosiaalinen vertailu.

Teoreettisesti toimeentulomittarini lähestyvät pikemminkin ajatusta siitä, että koetun toimeentulon ja terveyden välittävänä tekijänä toimiikin taloudellinen stressi ja rasitus (ks. Arber ym. 2014). Käyttämäni toimeentuloindikaattorit rinnastuvat esimerkiksi Arberin ja kumppanien (2014, 3) käyttämään taloudellisen rasituksen mittariin, osin Lahelman ja kumppanien (2006, 5) käyttämään tämänhetkisten taloudellisten vaikeuksien mittariin sekä Leinosen ja kumppanien (2002, 4) hyödyntämiin yleisten taloudellisten paineiden mittareihin. Tällaiset indikaattorit painottuvat sosiaalisen vertailun sijasta yksilön kokemaan taloudelliseen stressiin ja rasitukseen, jotka liittyvät kokemukseen siitä, ettei pärjää käytettävissä olevilla varoilla.

Tutkielmassani käytettyjä terveystuuttujia voi pitää suhteellisen onnistuneina ihmisen kokemuksen tavoittavina mittareina. Mittareihin ei sisältynyt objektiivista lääketieteellistä selvitystä vastaajan mahdollisista vaivoista, vaan vastaaja sai itse arvioida ensinnäkin oman kokonaisterveytensä tilanteen ja lisäksi erilaisten oireiden esiintyvyyden runsautta. Terveyskokemuksia kartoittaviin mittareihin

liittyy kuitenkin myös joitakin ongelmia, sillä eri vastaajat saattavat ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset hyvin eri tavoin. Lisäksi oireiden esiintyvyyttä arvioidessaan vastaaja joutuu pohtimaan tarkasti määrittelemättömiä aikamääreitä, kuten ”joskus” tai ”melko usein”.

Onkin kiehtovaa pohtia, mitä oireiden kokemista mittaavat aikamääreet oikeastaan edes tarkoittavat. Epäilen, ettei ole olemassa sellaista yleisesti tunnustettua rajaa, joka erottelisi selvästi, milloin ollaan puolella ”joskus” ja milloin puolella ”melko usein”. Näin ollen vastaajan omat tulkinnat näistä aikamääreistä ovat hyvin keskeisessä asemassa. Jälleen moninainen todellisuus myös surkastuu käytettyjen mittareiden edessä, sillä kyselytutkimuksiin ei ole mahdollista sisällyttää kaikkia mahdollisia vastausvaihtoehtoja. Kokonaisterveyttä selvittävää indikaattoria voidaan pitää mielestäni selkeänä ja vakiintuneena, mutta erilaisia psyykkisiä oireita selvittävät kysymykset vaativatkin jo vähän enemmän pohdintaa. Jokaiseen oireväittämään oli sisällytetty peräti kolme erinimistä oiretta.

Ensin tiedusteltiin fyysisten oireiden, kuten kivun, säryn tai huimauksen, kokemista. Fyysisten oireiden kokemisen arviointi saattaa olla hankalaa, sillä kyseiset oireet eivät välttämättä heijasta psykosomaattista oireilua. Lihassärkyä voi yksinkertaisesti kokea esimerkiksi liikuntasuoritusten jälkeen ja huimausta vaikkapa siitä syystä, että hartiat ovat jumissa liiallisesti istumisesta. Toisena kysyttiin, kuinka usein vastaaja tuntee itsensä surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Koen, että tässä väittämässä surullisuus, alakuloisuus ja masentuneisuus eri termeistään huolimatta käsittelevät suhteellisen hyvin samaa asiaa. Kolmen erilaisen tuntemuksen listaus antaa vastaajalle enemmän vaihtoehtoja käsitteellistä oirettaan.

Kolmantena kyselylomakkeessa tiedusteltiin ahdistuneisuuden, levottomuuden tai ärtyneisyyden kokemisesta. Tässä väittämässä listatut oireet eivät mielestäni tavoita samaa tuntemusta kovinkaan hyvin. Erityisesti ärtyneisyyden kokeminen on mielestäni jotakin sellaista, joka ei käy ahdistuneisuuden ja levottomuuden kanssa juurikaan yksiin. Ärtyneisyys voisi pikemminkin olla kytköksissä väsymykseen tai turhautumiseen. Viimeiseksi vastaajalta tiedusteltiin, kuinka usein hän tuntee itsensä uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi. Tämä oirerypäs on mielestäni onnistunut, koska jälleen erilaisista käsitteellistyksistä huolimatta samantyylinen tunne- tai olotila tavoitetaan.

Lisäksi on huomioitava, että tutkimuskertojen terveystarkastusten esitystavoissa oli pientä vaihtelua kahden muuttujan kohdalla. Vuonna 2006 fyysisiä oireita listattiin enemmän ja ahdistuneisuuden kanssa samassa muuttujassa olleet kaksi muuta oiretta oli jostakin syystä vaihdettu toisiksi vuoden

2012 kyselylomakkeeseen. Näin ollen vastaajien terveyden lähtötasoa ja myöhempää terveyttä ei selvitetty täsmälleen samoilla kysymyksillä.

Ehkä hieman yllättäen lasten lukumäärä ei tässä tutkimuksessa vaikuttanut olevan yhteydessä vanhempien toimeentulokokemuksiin saati terveyden arviointiin. On kuitenkin huomioitava, että tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteeksi otettiin vain ne lapset, joiden kanssa vastaaja asuu. On varsin mahdollista, että myös pääsääntöisesti muualla asuvilla lapsilla on vaikutusta niin vastaajan talouteen kuin terveydelliseen hyvinvointiinkin. Aikaisempi tutkimus antaa kuitenkin viitteitä, että kotona asuvilla lapsilla olisi yhteys toimeentulovaikeuksiin erityisesti, jos lapsia on monta (Salmi ym. 2014, 12; Mirowsky & Ross 2001, 17). Kuitenkaan lapset eivät näyttäisi lisäävän taloudellisiin vaikeuksiin liittyvän masennuksen määrää (Mirowsky & Ross 2001, 17).

Vaikka lasten lukumäärällä ei tässä tutkimuksessa näyttänyt olevan yhteyttä vanhempien kokemuksiin toimeentulostaan tai kokonaisterveydestään ja erilaisten psyykkisten oireiden esiintyvyydestä, on kuitenkin mahdollista, että jollakin muulla lapsia kartoittavalla muuttujalla yhteyksiä olisi löytynyt. Aiempi tutkimus antaa viitteitä siitä, että esimerkiksi ainakin jotkin lapsen käyttäytymisen piirteet, kuten aggressiivisuus ja akateemisen osaamisen taso, heijastuvat vanhempaan ja esimerkiksi perheen saaman sosiaalisen tuen määrään (ks. Lee ym. 2011). Osa-aineistoni saattaa olla valikoitunut tämän lapsiseikan osalta.

Kyselytutkimuksiin vastaaminen vaatii monenlaisia resursseja, kuten halua, kiinnostusta, aikaa ja jaksamista. Kaikilla lapsiperheiden vanhemmilla ei välttämättä ole näitä resursseja, joten tutkimukseen on oletettavasti valikoitunut sellaisia vastaajia, joilta vähintäänkin riittävä määrä näistä resursseista löytyy. Lisäksi pitkittäistutkimukseen osallistumisen voidaan nähdä vaativan vielä aivan erityisiä lisäresursseja, koska tutkimusasetelma vaatii vastaajalta tietynlaista sitoutumista. Kyselytutkimus on kuitenkin mahdollisista haasteistaan huolimatta toimiva ja käytännöllinen tapa saada laaja käsitys ihmisten hyvinvointikokemuksesta. Totuttuun tapaan on kuitenkin huomattava, että kyselytutkimusten ulkopuolelle jäävät yleensä ne ryhmät, jotka ovat sosiaalisesti ja terveydellisesti heikossa asemassa. (Ks. Siltaniemi ym. 2011, 16.)

Omassa tutkimuksessani naiset olivat innokkaampia vastaajia kuin miehet, kuten asianlaita usein on (esim. Lammi-Taskula & Salmi 2009; Lee ym. 2011; Lee ym. 2009; Lahelma ym. 2006; Leinonen ym. 2002; Mirowsky & Ross 2001). Lapsiperhekyselyn osalta on todettu, että naisilla on suurempi vastausaktiivisuus, minkä lisäksi osa naisista on vastannut puolisolle tulleeeseen lomakkeeseen (THL

Aineisto, 2014). On kiehtovaa ajatella, että tutkimukseni tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia, mikäli myös vastaajajoukko olisi ollut erilaisempi, moninaisempi tai runsaampi. Omassa osaineistossani esimerkiksi isien ja työelämän ulkopuolella olevien vanhempien hyvinvointikokemusta olisi ollut mielekästä saada enemmän esille.

Tässä tutkimuksessa onnistuttiin selittämään lapsiperheiden vanhempien koetusta terveydestä 17 prosenttia, mitä toki voidaan pitää yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa hyvinkin onnistuneena selitysosuutena. On kuitenkin huomioitava, että suurin osa vastaajien terveydestä – peräti 83 prosenttia – jäi selittämättä. Pelkästään tausta- ja toimeentulomuuttajat selittivät terveydestä hieman yli seitsemän prosenttia koko aineistossa. Inhimillisestä näkökulmasta katsottuna voidaan ajatella olevan hyvä, että toimeentulokokemukset ovat vain yksi osa-alue ihmisen hyvinvoinnissa, eivätkä yksinään ihmisen terveyttä toden teolla musertavaa.

Vaikka koetun terveyden lähtötaso lisää mallin selitysvoimaa oleellisesti 17 prosenttiin, myöskään pelkkä terveyden lähtötilanne ei määritä terveyden lopputulemaa. Myös tämä voidaan ajatella inhimillisestä näkökulmasta lohdulliseksi päätelmäksi. Ihmisten terveyteen heijastuvat monet muutkin seikat kuin toimeentulohankaluudet ja aikaisempi terveyden taso. Ihmisillä voi olla käytössään monenlaisia väliintulevia muuttujia, kuten esimerkiksi läheisiä ihmissuhteita. Jo tutkielmani alussa totesin hyvinvoinnin olevan niin laaja-alainen kokonaisuus, etten edes lähtenyt tavoittelemaan koko hyvinvointiyhtälön lopullista ratkaisemista.

5.4 Jatkotutkimustarpeet ja kehitysehdotukset

Lienee selvää, että hyvinvointi on jotakin paljon laajempaa kuin toimeentulon ja terveyden välinen yhteys. Näin ollen tematiikan parissa riittää tutkimustyötä varmasti vuosikymmeniksi eteenpäin. Jatkotutkimuksen tekijöitä kannustaisin erityisesti ihmisten oman kokemuksen ja kokemuksellisten mittareiden hyödyntämiseen. Hyvinvointi ei ole kaikissa ihmisryhmissä samanlaista, mutta toisaalta taas tiettyyn ihmisryhmään kuuluvilla ei myöskään ole täysin samanlaista hyvinvointikokemusta. Tämän tutkimuksen perusteella myöskään lapsiperheiden vanhempien hyvinvointi ei muodostu samoin tavoin, sillä toisissa vanhempiryhmissä tutkittujen toimeentulomuuttujien merkitys vaikuttaisi olevan vähäisempi kuin toisissa.

Näin ollen hyvinvointimittarien moninaisuus näyttäytyy mielestäni tärkeänä. Esimerkiksi koetun toimeentulon mittareita voisi hyödyntää laajemmin niin, että ne käsittäisivät vaikkapa sekä taloudellisen rasituksen kokemisen että sosiaalisen vertailun (myös Arber ym. 2014). Kvantitatiivisten subjektiivisten mittareiden rinnalla tai lisäksi voisi mielestäni hyödyntää myös kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä, jotta saataisiin muodostettua tarkempaa kuvaa siitä, millaisia laadullisia vaikutuksia vastaajat liittävät omassa elämässään oleviin hyvinvoinnin vajeisiin.

Ylipäätään toimeentulon ja terveyden suhteesta olisi mielekästä saada lisää tietoa. Myös omassa tutkielmassani on otettava huomioon se seikka, että toimeentulon ja terveyden suhde on kaksisuuntainen. Tässä tutkimuksessa päätin kuitenkin tarkastella nimenomaan toimeentulon yhteyttä terveyteen, koska aikaisempi tutkimus on antanut viitteitä siitä, että toimeentulon vaikutukset terveyteen olisivat suurempia kuin terveyden vaikutukset toimeentuloon (ks. Arber ym. 2014, 1–2). Jatkotutkimusten – ja etenkin pitkittäistutkimusten – tarve on kuitenkin mielestäni ilmeinen. Olisi kiinnostavaa ja hyödyllistä tietää tarkemmin, miten toimeentulon ja terveyden välinen suhde vaihtelee eri ihmisryhmissä ja/tai yhteiskunnissa. Tämän tutkimuksen ulkopuolelle rajautuivat esimerkiksi alueellinen ja etninen ulottuvuus.

Toteuttamissani analyyseissa tilastollisesti merkitsevän tuloksen aiheutti lisäksi kaksi sellaista taustamuuttujaa, joista ei kuitenkaan voinut esittää luotettavia johtopäätöksiä havaintoyksiköiden vähäisen määrän vuoksi. Miehille tehdyssä analyysissä yksinhuoltajuusmuuttuja näytti olevan yhteydessä terveyteen siten, että yksinhuoltajaisänä oleminen ennusti suurempaa terveysoireilun määrää. Yli 45-vuotialle toteutetussa analyysissä puolestaan perhevapaalla oleminen ennusti vähäisempää terveysoireilun määrää. Vaikka en voikaan vetää tuloksista johtopäätöksiä oman aineistoni puitteissa, ovat ne mielestäni kuitenkin hyvin kiehtovia. Esitän valistuneen arvauksen, että yksinhuoltajaisien heikomman terveyden takana saattaisi parisuhteen puuttumisen ja toimeentulohankaluuksien lisäksi olla esimerkiksi yksinhuoltajamiesten mahdollisesti kohtaama kulttuurinen epäily osaamisestaan vanhempana. Yli 45-vuotiaiden perhevapaan kohdalla puolestaan epäilen, että lasta tai taukoa työelämästä on saatettu kaivata niin pitkään, että perhevapaalla oleminen tukee vanhemman hyvinvointia. Nämä seikat vaativat kuitenkin lisäselvitystä.

Erityisen kiehtovaa lapsiperhetutkimuksessa on mielestäni sen ymmärtäminen, että perheessä vuorovaikutukset ovat monensuuntaisia. Usein lapsiperheiden hyvinvointia on tutkittu nimenomaan siinä kontekstissa, miten taloudelliset olosuhteet heijastuvat vanhempien oireilun kautta lapsiin. Suotuisien vanhemmuuden käytäntöjen ja lapsien kasvuolosuhteiden turvaaminen on toki

ehdottoman tärkeää, mutta on järkevää huomioida myös se, että niin ikään lapsilla on vaikutusta vanhempiinsa. Tiedon kartuttaminen ja niin sanottujen riskiryhmien tunnistaminen on tärkeää, jotta yhteiskunnan tukitoimia suunnattaisiin niitä eniten tarvitseville.

Näin ollen myös uusien tuki- ja interventiotapojen pohtiminen voisi olla hyödyllistä, jotta lapsiperheen jokainen jäsen voisi mahdollisimman hyvin. Eri tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tietoperusteisen päätöksenteon pohjana. Esimerkiksi perhetyyppien välisiä hyvinvointieroja on mahdollista kaventaa, kun ennaltaehkäiseviä palveluja kohdistetaan niitä eniten tarvitseviin ryhmiin. (Kaikkonen ym. 2014, 17.) Tämän tutkimuksen valossa toimeentulo oli yhteydessä terveyteen lapsiperheillä kokonaisuutena, mutta erityisesti myös naisilla ja 35–44-vuotiailla vanhemmilla. Toimeentuloa vahvempaa roolia näytteli jokaisessa vanhempiryhmässä kuitenkin aikaisempi terveyden taso.

Koska terveyteen olivat yhteydessä sekä toimeentulo että aiempi terveys, riittävä toimeentulotaso ja toimiva terveydenhuolto näyttäytyvät oleellisina ihmisten hyvinvoinnille (ks. myös Viinamäki ym. 2000). Terveyden muodostumiseen on tärkeä kiinnittää huomiota, koska vallitseva terveystilanne on jossakin määrin jatkumoa edellisestä terveystilanteesta. Terveyden muodostumiseksi vahvaksi olisi tärkeää kiinnittää enenevässä määrin huomiota esimerkiksi koulutukseen ja terveyserojen kaventamiseen. Perheiden kontekstissa esimerkiksi työ- ja perhe-elämän sujuva yhdistäminen näyttäytyy oleellisena hyvinvoinnin tekijänä (ks. Lammi-Taskula & Salmi 2014).

Yhteiskunnan olisi lisäksi kompensoitava tehokkaammin niitä hyvinvoinnin vajeita, joita esimerkiksi yksinhuoltajuus ja työelämän ulkopuolella, kuten työttömänä tai sairaana, oleminen aiheuttaa. Moninaisissa ja vaihtelevissa elämäntilanteissa olisi myös syytä turvata ja varmistaa eriasteisen työskentelyn ja yhteiskunnan tarjoamien tukien sujuva ja toimiva yhdistely, jotta järjestelmä tukisi ihmisten kokonaisvaltaista hyvinvointia parhaalla mahdollisella tavalla. Riittävä toimeentulo ja mielekäs tekeminen ovat omiaan vähentämään stressiä ja huonommuuden tunnetta. Erilaisissa terveydellisissä ja sosiaalisissa ongelmissa painotuksen tulisi olla ennaltaehkäisyssä. Esimerkiksi psyykkinen kuormittuneisuus liittyy runsaaseen terveystalvelujen käyttöön ja kohonneeseen kuolleisuusriskiin (Kaikkonen ym. 2014, 6), jotka tulevat yhteiskunnalle pitkällä aikatahtaimellä ennaltaehkäisyä kalliimmaksi.

Psyykkisen kuormittuneisuuden ennaltaehkäisyssä esimerkiksi perheiden kotipalvelu vaikuttaa toimivalta keinolta. Kotipalvelu tarjoaa monenlaista apua vanhemmuuden arjessa, lasten-

kasvatuksessa ja kodinhoidossa. Viime vuosina kotipalvelua saaneiden lapsiperheiden määrä on kuitenkin harmillisen vähäinen. (Ks. THL Kotipalvelu, 2016.) Lisäksi mahdollisiin parisuhteen ongelmiin tulisi olla saatavilla tukea mahdollisimman matalalla kynnyksellä ilman pelkoa mahdollisesta leimautumisesta. Myös monilla kolmannen sektorin toimijoilla on ihmisten hyvinvointia lisäävää voimaa. Vanhemmat – ja mielestäni erityisesti yksinhuoltajat – voivat hyötyä suuresti esimerkiksi järjestötoiminnan tarjoamasta sosiaalisesta tuesta. Hyvinvointi on niin laaja-alainen kokonaisuus, että myös yhteiskunnan sektorirajat ylittävä yhteistyö ja ponnistelu hyvinvoinnin turvaamiseksi sekä lisäämiseksi näyttäytyy hyödyllisenä.

Painotuksen tulisi olla vanhemmuuden ja parisuhteen ongelmien ennaltaehkäisyssä, mutta mikäli erilaisia ongelmia pääsee syntymään, olisi niihin tartuttava mahdollisimman rivakasti, jotta ne eivät pääse kasautumaan tai pitkittymään. Perheiden hyvinvointiin on yhteiskunnallisesti järkevää panostaa, koska vanhempien ja perheiden hyvinvointi heijastuu myös lapsiin ja lasten aikuisuuteen. Perheen toimeentulo heijastuu lasten kasvuolosuhteisiin, elinoloihin, aineelliseen hyvinvointiin ja pitkällä tähtäimellä jopa lapsen omaan mielenterveyteen ja taloudelliseen tilanteeseen omassa aikuisuudessaan (Halme & Perälä 2014, 6; Okkonen 2014; Paananen & Gissler 2014, 2). Lapsiperheiden vanhempien hyvinvoinnilla toimeentulo- ja terveystokemuksia myöten on kuitenkin myös vankka itseisarvo.

6 LÄHTEET

Allardt, Erik (1993) *Having, Loving, Being: An alternative to the Swedish model of welfare research*. Teoksessa Martha Nussbaum & Amartya Sen (toim.) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press, 88–94.

Arber, Sara, Fenn, Kirsty & Meadows, Robert (2014) Subjective financial well-being, income and health inequalities in mid and later life in Britain. *Social Science & Medicine* 100:1, 12–20.

Halme, Nina & Perälä, Marja-Leena (2014) Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2014, 216–226.

Houkpatin, Hilda Osafo, Wood, Alex M. & Dunn, Graham (2016) Does income relate to health due to psychosocial or material factors? Consistent support for the psychosocial hypothesis requires operationalization with income rank not the Yitzhaki Index. *Social science & medicine* 150:1, 76–84.

Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto (2007) *Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta*. Helsinki: WSOY.

Kaikkonen, Risto, Mäki, Päivi, Murto, Jukka, Pentala, Oona, Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Laatikainen, Tiina (2014) Suomalaisen lasten ja lapsiperheiden terveys ja toimintakyky. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 150–168.

Kauhanen, Jussi, Erkkilä, Arja, Korhonen, Maarit, Myllykangas, Markku & Pekkanen, Juha (2013) *Kansanterveystiede*. Helsinki: Sanoma Pro.

Kauppinen, Timo M., Saikku, Peppi & Kokko, Riitta-Liisa (2010) Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisen hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250.

Kraav, Inger & Lahikainen, Anja Riitta (2000) Perheen turva ja turvattomuus. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) *Inhimillinen turvallisuus*. Tampere: Vastapaino, 91–117.

KvantiMOTV¹ (2016) Menetelmäopetuksen tietovaranto. Regressioanalyysi. Tampere: Yhteiskunnallinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/regressio/analyysi.html>. Viitattu 15.4.2016.

KvantiMOTV² (2016) Menetelmäopetuksen tietovaranto. Ristiintaulukointi. Tampere: Yhteiskunnallinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>. Viitattu 26.10.2016

KvantiMOTV³ (2016) Menetelmäopetuksen tietovaranto. Varianssianalyysi. Tampere: Yhteiskunnallinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/varienssi/anova.html>. Viitattu 26.10.2016.

KvantiMOTV⁴ (2016) Menetelmäopetuksen tietovaranto. Hypoteesien testaus. Tampere: Yhteiskunnallinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html>. Viitattu 26.10.2016.

Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2014) Lapsiperheiden hyvinvointi. Teoksessa Marja Vaarama, Sakari Karvonen, Laura Kestilä, Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 144–159.

Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2009) Työ, perhe ja hyvinvointi. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen & Ahlström Salme (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 38–47.

Lee, Chih-Yuan S, Anderson, Jared R, Horowitz, Jason L. & August, Gerald J. (2009) Family income and parenting: the role of parental depression and social support. *Family Relations* 58:4, 417–430.

Lee, Chih-Yuan Steven, Lee, Jaerim & August, Gerald J. (2011) Financial stress, parental depressive symptoms, parenting practices, and children's externalizing problem behaviors: underlying processes. *Family relations* 60:4, 476-490.

Leinonen, Jenni, Solantaus, Tytti & Punamäki, Raija-Leena (2002) The specific mediating paths between economic hardship and the quality of parenting. *International Journal of Behavioral Development* 26:5, 423–435.

Mansfield, Abigail, Dealy, Jennifer & Keitner, Gabor (2013) Family functioning and income: does low-income status impact family functioning? *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 21:3, 297–305.

Mirowsky, John & Ross, Catherine E. (2001) Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of health and social behavior* 42:2, 132–150.

Okkonen, Kaisa-Mari (2014) Suomessa lasten toimeentulo on eurooppalaisittain turvattua. Tilastokeskuksen hyvinvointikatsaus 1/2014. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2014/art_2014-02-26_001.html. Viitattu 29.9.2015.

Ostamo, Aini, Huurre, Taina, Talala, Kirsi, Aro Hillevi & Lönnqvist, Jouko (2007) Mielenterveys. Teoksessa Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen & Eila Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa, Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2007:23, Helsinki, 87–103.

Paananen, Reija & Gissler, Mika (2014) Hyvinvointi ulottuu yli sukupolvien. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2014, 208–214.

Ponnet, Koen, Van Leeuwen, Karla, Wouters, Edwin & Mortelmans, Dimitri (2014) A family system approach to investigate family-based pathways between financial stress and adolescent problem behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 25:4, 765–780.

Präg, Patrick, Mills, Melinda C. & Wittek, Rafael (2016) Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison. *Social Science & Medicine* 149, 84–92.

Pulkkinen, Lea (2002) Koti, koulu ja yksityinen elämänpiiri hyvän elämän ankkureina. Teoksessa Anna Rönkä & Ulla Kinnunen (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 14–29.

Ryynänen, Ulla (2000) Terveys ja turvallisuus. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 41–60.

Saari, Juho (2011) Hyvinvoinnin kentät. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 33–78.

Sallinen, Marjukka & Kinnunen, Ulla (2001) Taloudellinen stressi ja perheen hyvinvointi: yhteyksiä välittävät mekanismit. *Psykologia* 36:4, 245–256.

Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2014) Työn ja perheen yhteensovittaminen hyvinvoinnin tekijänä. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2014, 38–51.

Salmi, Minna, Lammi-Taskula, Johanna & Sauli, Hannele (2014) Lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 82–104.

Salmi, Minna, Sauli, Hannele & Lammi-Taskula, Johanna (2009) Lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen & Ahlström Salme (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 78–92.

Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo (2005) Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus ry.

Sihvo, Terhi & Pulkkinen, Lea (2002) Suomalaisia pitkittäistutkimuksia psykologian alalta ja lähitieteistä. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 347. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Siltaniemi, Aki, Hakkarainen, Tyyne, Londén, Pia, Luhtanen, Marjukka, Perälähti, Anne & Särkelä, Riitta (2011) Kansalaisbarometri 2011. Hyvinvointi, palvelut ja osallisuus kansalaismielipiteissä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu (2011) Hyvinvointi ja sosiaalinen kehitys. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 106–139.

Talvitie-Ryhänen, Tuula (2000) Taloudellinen turvallisuus ja hyvinvoinnin vajeiden hallinta. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 269–285.

THL Aineisto (2014) Liite 1. Aineistot. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2014, 310.

THL Hanke (2015) Johanna Lammi-Taskulan kuvaus opinnäytetöissä hyödynnettävästä pitkittäisaineistosta.

THL Kotipalvelu (2016) <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelu>. Viitattu 26.10.2016.

Törrönen, Maritta (2012) Onni on joka päivä. Lapsiperheiden arki ja hyvinvointi. Helsinki: Gaudeamus.

Viinamäki, Heimo, Hintikka, Jukka, Kontula, Osmo, Niskanen, Leo & Koskela, Kaj (2000) Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54:3, 177–182.

Väisänen, Raija (2000) Työelämän turvallisuus. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 239–268.