

Sanni Heikkilä

**IKÄÄNTYVIEN SUBJEKTIIVISEN HYVINVOINNIN JA
SAADUN SOSIAALISEN TUEN YHTEYS
LUOTTAMUKSEEN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUJA KOHTAAN**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Toukokuu 2024

TIIVISTELMÄ

Sanni Heikkilä: Ikääntyvien subjektiivisen hyvinvoinnin ja saadun sosiaalisen tuen yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluja kohtaan
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelma
Toukokuu 2024

Tässä tutkielmassa tutkin, miten ikääntyvien subjektiivinen hyvinvointi ja saatu sosiaalinen tuki ovat yhteydessä sosiaali- ja terveystalveluihin (sote) kohdistuvaan luottamukseen. Subjektiivinen hyvinvointi rakentuu yksilön kokemasta tyytyväisyydestä terveyteensä ja elämänsä. Se voi ennustaa esimerkiksi laitoshoitoon päämistä tai kuolleisuutta. Sosiaalisten suhteiden ja tuen merkitys hyvinvoinnin yhtenä osatekijänä on nähty keskeisenä ja merkittävänä asiana ikääntyvien elämässä. Sote-talvelujen valinnanvapauden kasvaessa myös kansalaisten vastuu saamastaan hoidosta lisääntyy. On tarpeen kartoittaa subjektiivisen hyvinvoinnin yhteyttä sote-talveluihin kohdistuvaan luottamukseen, jotta luottamukseen vaikuttavia taustatekijöitä tunnustetaan ja niihin voidaan vaikuttaa.

Teoriataustana toimii Johan Ormelin ja Siegwart Lindenbergin kollegoineen kehittämä subjektiivinen hyvinvointiteoria, jossa yksilön hyvinvointia tarkastellaan fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuksien kautta. Hyödynnän myös institutionaalisen luottamuksen teoriaa, jonka mukaan luottamus on perustana vuorovaikutukselle sekä yhteiskunnassa koetulle hyvinvoinnille. Tutkimuskysymyksenäni toimii: Onko ikääntyvien subjektiivisella hyvinvoinnilla ja saadulla sosiaalisella tuella yhteyttä luottamukseen julkisia sosiaali- ja terveystalveluja kohtaan? Tutkimusaineistona käytän yli 65-vuotiaiden hyvinvointi ja terveys 2017–2018 kyselyä. Kyselyssä kartoitettiin esimerkiksi vastaajien henkistä ja fyysistä hyvinvointia sekä terveys- ja sosiaalitilvelujen käyttöä. Tutkielmani on kvantitatiivinen tutkimus ja menetelminä käytän summamuuttujan luomista, ristiintaulukointia ja khiin neliötestiä.

Tutkielman tulokset osoittavat, että ikääntyvien huono subjektiivinen hyvinvointi ja vähäiset sosiaaliset resurssit lisäävät epäluottamusta sote-talveluja kohtaan. Sosiaalisten verkostojen ja erilaisten toiminnallisuuden muotojen tarjoaminen ikääntyville nousi tutkimuksen tulosten perusteella tärkeäksi tekijäksi tukemaan ikääntyvien subjektiivista hyvinvointia ja positiivista suhdetta sote-talveluihin. Tulokset osoittavat kuitenkin myös sen, että hyvästä subjektiivisesta hyvinvoinnista huolimatta epäluottamusta sote-talveluihin esiintyy kohtuullisen paljon. Tutkimuksen tulokset vahvistavat aiempia havaintoja sosiaalisesta tuesta ikääntyvien koetun hyvinvoinnin tärkeänä osatekijänä sekä subjektiivisen hyvinvoinnin yhteydestä luottamukseen.

Avainsanat: Sosiaalihoolto, terveydenhoolto, institutionaalinen luottamus, ikääntyneet, subjektiivinen hyvinvointi, sosiaalinen tuki

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Sisällysluettelo

<i>Johdanto</i>	1
<i>2 Tutkittava ilmiö</i>	3
2.1 Väestön ikärakenteen muutos.....	3
2.2 Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä.....	4
2.3 Subjektiiivinen hyvinvointi.....	5
2.4 Sosiaalisen tuen yhteys ikääntyvien subjektiiiviseen hyvinvointiin.....	6
<i>3 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat</i>	8
3.1 Subjektiiivinen hyvinvointiteoria.....	8
3.2 Institutionaalinen luottamus.....	9
3.3 Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluihin.....	10
<i>4 Tutkimusasetelma</i>	12
4.1 Tutkimuskysymys.....	12
4.2 Aineisto ja tutkimusmenetelmät.....	12
4.3 Muuttujat.....	14
4.3.1 Selittävät muuttujat.....	14
4.3.2 Selittävät muuttujat.....	15
4.3.3 Koe- ja kontrolliryhmien tarkastelu sosiodemografisten muuttujien avulla.....	19
4.4 Tutkimuseettiset kysymykset.....	21
<i>5. Tulokset</i>	23
5.1 Sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueiden ja sosiaalisen tuen yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan.....	23
5.2 Subjektiiivisen hyvinvoinnin fyysisen ulottuvuuden sekä sosiaalisen tuen yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan.....	26
<i>6. Johtopäätökset</i>	29
<i>Lähteet</i>	33

Johdanto

Luottamusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon pidetään yhteiskunnallisesti tärkeänä, sillä palvelujärjestelmän oikeus ja hyväksyttävyyys väestön keskuudessa edellyttää väestön luottamusta järjestelmän toimintaan ja oikeudenmukaisuuteen. Luottamus on välttämätön elementti sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuudelle, jotta potilaat ylipäättään suostuvat tutkimuksiin ja hoitoon sekä noudattavat hoito-ohjeita. (Goold 2001, 27.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat kuormittuneita ja taakkaa lisää Suomen vauhdilla ikääntyvä väestö (Schleutker 2013, 425–426).

Subjektiivinen eli koettu hyvinvointi voi ennustaa esimerkiksi yksilön toimintakykyä, laitoshuoltoon päätymistä ja väestön terveystalouden käyttöä (Aalto, Manderbacka, Muuri ym. 2016, 1). Aikaisemmassa tutkimuksessa on nostettu esille myös moniammatillisen yhteistyön rooli ikäihmisten omien voimavarojen vahvistamiseksi (Eloranta 2009, 48). Kotona asuvien ikäihmisten henkilökohtaiset voimavarat liittyvät usein esimerkiksi elämän johdonmukaisuuden tunteeseen sekä myönteiseen elämäntalouteen. Tärkeinä voimavaroina pidetään yksilön omia henkilökohtaisia kokemuksia ja tulkintoja terveyden merkityksellisyydestä. (Em. 48.) Tämän pohjalta on mielekästä tarkastella, miten subjektiivinen hyvinvointi ja sosiaalinen tuki vaikuttavat luottamukseen sosiaali- ja terveystalouksia kohtaan.

Tutkielmassani tutkin yli 65-vuotiaiden luottamusta sosiaali- ja terveystalouksiin. Tutkielmani keskittyy siihen, miten ikääntyvän subjektiivinen hyvinvointi ja saatu sosiaalinen tuki ovat yhteydessä luottamukseen. Tutkin luottamusta vuosina 2017–2018 kerätyn yli 65-vuotiaiden hyvinvointi ja terveys kyselyaineiston avulla. Sosiaali- ja terveystalouksiin kohdistuvaa luottamusta tarkastelen subjektiivisen hyvinvointiteorian näkökulmasta, jossa keskeistä on, että subjektiivinen hyvinvointi rakentuu fyysisten ja sosiaalisten hyvinvoinnin ulottuvuuksien kautta. Hyödynnän myös institutionaalisen luottamuksen teoriaa, jonka mukaan luottamus voi rakentua palvelukokemusten ja yhteiskunnassa yleisesti koetun hyvinvoinnin kautta. Teen tutkimukseni kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä hyödyntäen, joista käytössä on summamuuttujan luominen, ristiintaloukointi ja khiin neliötesti.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on ollut esillä mediassa viime vuosien ajan laajalti. Tämä on johtunut esimerkiksi pitkään valmistellusta sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) rakenneuudistuksesta, jota valmisteltiin usean hallituskauden ajan. Keskustelua vuosien

saatossa sote-uudistuksesta on herättänyt esimerkiksi palveluiden saatavuus syrjäseudulla pienten terveyskeskusten lopettaessa toimintansa ja niin taloudellisten kuin henkilöstöressurssien riittämättömyys (Yle 2021, Yle 2016). Näiden seikkojen pohjalta koen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi aiheeksi kääntää katse ikääntyvien luottamukseen julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohtaan.

Tutkielmani rakentuu seuraavasti. Ensimmäiseksi kuvailen tutkittavaa ilmiötä ja siihen liittyviä käsitteitä. Sitten etenen tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin käyden läpi subjektiivisen hyvinvointiteorian ja institutionaalisen luottamuksen teoriaa. Tämän jälkeen käsittelen luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluihin aikaisemman tutkimuksen valossa. Tästä etenen tutkimusasetelmaan ja tulosten analysointiin. Viimeisessä luvussa käyn läpi johtopäätöksiä tutkielmani tulosten pohjalta.

2 Tutkittava ilmiö

Tässä luvussa avaan tutkittavan ilmiön kannalta keskeisiä käsitteitä. Ensimmäiseksi käyn läpi Suomen väestön ikärakenteen muutosta luvussa 2.1, sitten siirryn määrittelemään sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa luvussa 2.2. Tämän jälkeen kuvailen väestön terveyseroja ja subjektiivista hyvinvointia käsitteenä luvussa 2.3, jonka jälkeen pohjustan vielä sosiaalisen tuen ja subjektiivisen hyvinvoinnin yhteyttä luvussa 2.4.

2.1 Väestön ikärakenteen muutos

Suomen väestön ikärakenne on muutoskassa - vuonna 2018 yli 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä oli noin 20 prosenttia ja vuonna 2030 se voi olla noin 26 prosenttia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Myös 75 ja 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmien osuudet väestöstä tulevat kasvamaan. Ikääntyvän väestön määrän kasvaessa väestöllinen huoltosuhte heikkenee ja siinä on jo nyt maakunnittain suuria eroja. Tämä heijastuu ikäihmisten palvelujen tarpeeseen ja palveluiden toteuttamiseen eri maakunnissa. Ikäihmisten suuri määrä kuormittaa terveydenhuoltoa, ja vanhainkotien hoitopaikat tulevat olemaan yhä kysytympiä. Hyvinvointivaltion suurin ongelma tulee siis olemaan tulevaisuudessa taloudellisen huoltosuhteen heikentyminen väestöllisen huoltosuhteen heikentymisen vuoksi. (Schleutker 2013, 426.). Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön säilyttäminen ikääntyvän väestön palvelutarpeita vastaavalla tasolla nykyisen työvoiman samalla eläköityessä, näyttää yhä haasteellisemmalta. Ennusteiden mukaan vuoteen 2030 mennessä hyvinvointialueiden henkilöstöstä noin joka viides siirtyy vanhuuseläkkeelle. Pohjoisen ja itäisen Suomen alueella eläköityy suhteellisesti eniten henkilöstöä. (Hetenmaa, Knape, Kokko ym. 2022, 5.) Nämä muutokset ovat tekijöitä, jotka voivat pitkällä aikavälillä heikentää väestön luottamusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Väestön ikärakennemuutoksen syynä on toinen demografinen siirtymä, joka on kaikille kehittyneille maille tyypillinen. Tämä tarkoittaa vuosikymmeniä jatkunutta syntyvyyden laskua ja elinajanodotteen nousua. Vanhemmat ikäluokat elävät yhä vanhemmiksi ja syntyvät ikäluokat taas ovat yhä pienempiä - näin vanhusväestön suhteellinen osuus kasvaa väistämättä. (Schleutker 2013, 426.) Viimeisiin kahteen elinvuoteen keskittyy suurin palveluiden ja avun tarve. On arvioitu, että lähes joka kuudes päivittäisen avun tarpeessa olevasta ikääntyneestä, ei saa sitä tarpeeksi. (Demography-ohjelma 2023.) Vanhuspolitiikan tavoitteena on edistää

Sote-uudistuksen jälkeen tammikuussa 2023 kuntien vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä siirtyi 21 uudelle hyvinvointialueelle. Uudistuksen tarkoitus on tasa-arvoistaa palvelujen saatavuutta, vähentää terveys- ja hyvinvointieroja ja parantaa järjestelmän kustannusvaikuttavuutta. Uudistuksessa sovitetaan yhteen mahdollisimman kattavasti sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, että perus- ja erityistason palvelut. Uudistusta on luonnehdittu niin median, kuin tutkijoiden keskuudessa hankalaksi ja jopa yhdeksi itsenäisen Suomen laajimmista hallinnollisista uudistuksista. Sote-uudistusta on suunniteltu 2000-luvulla useiden hallitusten toimesta, niin Matti Vanhasen, Jyrki Kataisen, Alexander Stubbin, Juha Sipilän, kuin Sanna Marinin hallituksien aikana. (Jalonen 2021,1.)

2.3 Subjektiivinen hyvinvointi

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteena on mahdollisimman tasapuolinen terveyden jakautuminen väestössä (Calltrop & Larivaara 2009, 215). Terveyseroihin vaikuttaa esimerkiksi sosioekonominen asema, johon liittyvät niin arvot, asenteet, perinteet kuin sosiaaliset verkostotkin. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja niistä saatava hyöty on seurausta sosioekonomisesta asemasta ja vaikuttaa näin väestön terveyseroihin. Keskittymällä hyvinvointi- ja terveyserojen sosiaaliin taustatekijöihin ja eriarvoisuuteen, voidaan vaikuttaa terveyserojen kaventamiseen. Lisäksi tärkeää on palveluiden saatavuuden ja laadun yhdenvertaisuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024.)

Subjektiivinen hyvinvointi kuvaa yksilön kokemusta omasta terveydentilastaan ja elämäntyytyväisyydestään. Se rakentuu sosiologisen käsitysten mukaan tuloksena sosiaalisen vertailun kautta muodostuneista käsityksistä hyvästä elämästä (Veenhoven 2008, 4). WHO:n käyttämässä elämänlaadun määritelmässä yksilön subjektiiivista kokemusta omasta elämästään tarkastellaan laajemmassa kulttuurisessa kontekstissa. Subjektiivinen hyvinvointi peilautuu siis suhteessa kulttuuriseen kontekstiin, omiin tavoitteisiin, odotuksiin ja käsitykseen hyvästä elämästä. Subjektiiivisesta hyvinvoinnista on puhuttu myös subjektiiivisena terveytenä ja yhtenä onnellisuuden mittarina. (Luiro 2011, 12.)

Subjektiiivisesti hyvinvointinsa hyväksi kokeva ihminen kokee elämäntyytyväisyyttä ja harvemmin epämiellyttäviä tunteita, kuten vihaa tai surua. Alhaisen subjektiiivisen hyvinvoinnin omaavalla henkilöllä on useammin tyytymättömyyden tunteita elämäänsä ja hän

kokee vain vähän onnellisuuden tai ilon tunteita. Hän voi myös kokea useammin kielteisiä tunteita itseään kohtaan, kuin subjektiivisesti hyvinvoiva ihminen. (Veenhoven 2008, 3.) Heikko subjektiivinen hyvinvointi voi ennustaa esimerkiksi laitoshoitoon päätymistä ja kuolleisuutta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019; Välivehmas 2021, 9).

Kotona asuvien ikäihmisten henkilökohtaiset voimavarat ovat yhteydessä kokemuksiin, jotka liittyvät esimerkiksi elämän johdonmukaisuuden tunteeseen ja myönteiseen elämäntuntemukseen. Ratkaisevimpia tekijöitä voimavaroihin liittyen ovat yksilön henkilökohtaiset kokemukset ja tulkinnat terveyden merkityksestä. Yksilön tulkinta terveyden merkityksestä muodostuu usein sosiaalisen vertailun ja kulttuurisen kontekstin perusteella. Usein iäkkäät arvioivat omaa terveyttä verraten sitä ikätovereihinsa tai kykyynsä kontrolloida omia resurssejaan. Joihinkin sairauksiin on mahdollista sopeutua ja monet iäkkäät ihmiset arvioivatkin terveytensä melko hyväksi huolimatta sairaudestaan. Tämä mukautuva käyttäytyminen edistää subjektiivista hyvinvointia, ja ikäihmisten arviot omasta terveydentilastaan heijastuvat usein terveyspalvelujen käyttöön. (Eloranta 2009, 19.)

2.4 Sosiaalisen tuen yhteys ikääntyvien subjektiiviseen hyvinvointiin

Sosiaalinen ympäristö resurssina rakentuu sekä sosiaalisista kontakteista että sosiaalisesta toiminnasta. Eloranta (2009, 49) raportoi tutkimuksessaan sosiaalisten verkostojen olleen erityisen tärkeitä voimavaroja ikääntyneille. Hänen tutkimuksessaan terveydentilan heikkeneminen ja yksinäisyys asettivat suurimmat haasteet ikääntyneiden voimavaroille. Kokemuksiin terveyden heikkenemisestä vaikuttavat sopeutumiskyvyn ohella myös saatavilla oleva tuki. Näin ollen esimerkiksi kotihoidon ammattilaisilla on usein tärkeä rooli ikääntyneiden elämässä ja sopeutumisprosessin toteutumisessa. Tehokkaaseen tuen tarjoamiseen sisältyy ymmärrys ikääntymisen monimutkaisuudesta. Tutkimuksessa raportoitiin myös tärkeäksi, että hoitotyön ammattilaiset rohkaisevat asiakkaita puhumaan omasta tilanteestaan, jotta on mahdollista tunnistaa mahdolliset uhat iäkkäiden voimavaroille.

Kangassalon ja Teerin (2017) tutkimuksessa korostui ihmissuhteiden muuttumisen ja vähenemisen merkitys yksinäisyyden kokemuksiin. Tutkimuksen haastateltavat kertoivat yksinäisyyden kokemuksen ja sosiaalisten suhteiden muutosten välisestä yhteydestä. Haastateltavat ajattelivat yksinäisyyden torjumisen olevan osittain omaa yrittämistä ja vastuuta, mutta osittain myös läheisiltä saatua kannustusta ja tukea kotoa pois lähtemiseen. Ulkopuolisen

avun merkitys sekä yhteisöllisyys ja muista välittäminen korostuivat haastatteluissa. Yksinäisyys taas heikentää elämänlaatua ja turvallisuuden tunnetta ja tällä on myös todettu olevan yhteyksiä terveydentilaan. Siksi sosiaalisten suhteiden ja tuen merkitys hyvinvoinnin yhtenä osatekijänä onkin keskeinen ja merkittävä asia ikääntyvien elämässä. Sosiaalisten suhteiden keskeinen merkitys psyykkisen toimintakykyyn näyttäytyy myös siinä, että minäkäsitys, itsensä arvostaminen ja hyväksyminen muotoutuvat sosiaalisten suhteiden kautta. Oma kokemus sosiaalisen verkoston kautta saamastaan tuesta on kuitenkin ikääntyvillä keskeisessä roolissa. (Heimonen 2007, 13–17.)

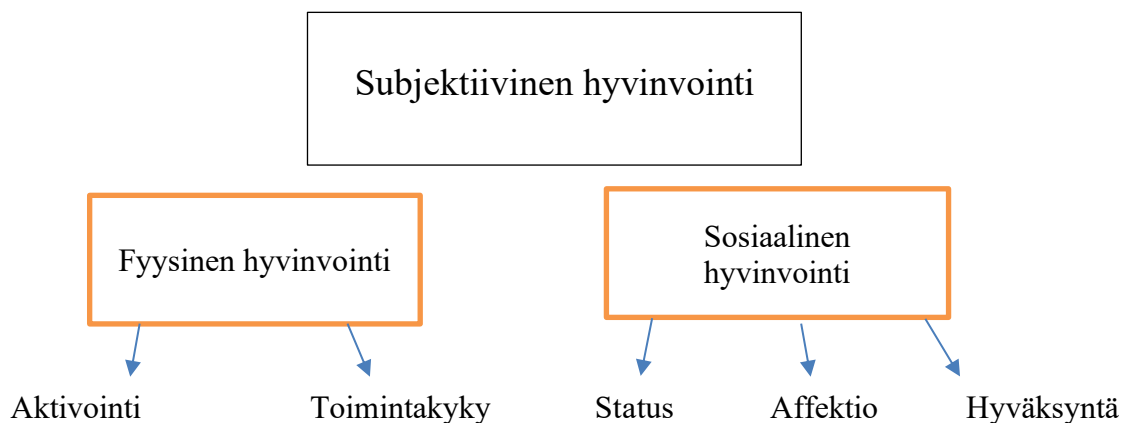
Sosiaalisen integraation kautta yksilölle tarjoutuu tilaisuus jakaa yhteisiä kiinnostuksen kohteita tai huolenaiheita. Tällaisen verkoston puuttuminen voi johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. Sosiaalisen tuen on huomattu aiheuttavan myönteisiä vaikutuksia hyvinvoinnin ja terveydentilan lisäksi myös jopa eloonjäämiseen. Sosiaalinen tuki vähentää stressin haitallisia vaikutuksia ja tätä kautta suojaa yksilöä. (Lyyra & Heikkinen 2006, 148.)

3 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Tässä luvussa esittelen tutkielmani teoreettisen viitekehyksen. Luvussa 3.1 kerron subjektiivisesta hyvinvointiteoriasta ja luvussa 3.2 institutionaalisesta luottamuksesta. Luvussa 3.3 keskityn aikaisempaan tutkimukseen sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvasta luottamuksesta.

3.1 Subjektiivinen hyvinvointiteoria

Subjektiivisen hyvinvointiteorian kehittäneet Johan Ormel ja Siegwart Lindenberg kollegoineen jakavat subjektiivisen hyvinvoinnin fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Teorian mukaan fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvien universaalien tavoitteiden saavuttamiseen vaaditaan tiettyjä välineellisiä tavoitteita. Seuraava kuvio havainnollistaa subjektiivisen hyvinvoinnin rakentumista. (Saari 2009, 43.)



Fyysisen hyvinvoinnin osa-alueista aktivoinnilla tarkoitetaan esimerkiksi toimintaan ja liikkumiseen aktivoimista ja toimintakyvyllä viitataan fysiologisten vajeiden ja pelkojen poissaoloon. Fyysisen hyvinvoinnin ajatellaan koostuvan mielekkästä tekemisestä ja perustarpeiden tyydyttämisestä. Sosiaalisen hyvinvoinnin elementeistä statuksella tarkoitetaan kykyä kontrolloida omia resursseja, hyväksynnällä toiminnan sosiaalista hyväksyttävyyttä ja affektiolla toisten ihmisten osoittamaa välittämistä. (Em. 43.)

Sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueita on tärkeää tutkia, sillä etenkin ikääntyvien näkökulmasta sosiaaliset verkostot ovat avainasemassa tukemassa fyysistä hyvinvointia ja toimintakykyä. Sosiaalisen hyvinvoinnin tutkiminen on myös sen vuoksi tärkeää, että fyysisten perustarpeiden

tydyttämisen voidaan ajatella olevan yhteiskunnassamme pääosin mahdollistettua (Ahonen 2016, 12). Lisäksi sosiaalinen hyvinvointi on nostettu yhdeksi tärkeimmistä resursseista ikääntyvän itsenäisen toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun kannalta (Goold 2001, 26). Tässä tutkielmassa olen operationalisoinut subjektiivisen hyvinvointiteorian sosiaalisen ja fyysisen ulottuvuuden mittaamaan koettua hyvinvointia.

3.2 Institutionaalinen luottamus

Institutionaalinen luottamus kohdistuu nimensä mukaisesti instituutioihin ja abstrakteihin järjestelmiin. Institutionaaliossa luottamuksessa yhdistyy usein luottamus instituutiossa työskenteleviin työntekijöihin ja koko instituutioon. (Heino & Lillrank 2020, 3.) Laaja-alainen luottamus on perustana niin vuorovaikutukselle kuin luottamukselle julkisten instituutioiden toimintaan. Yhteiskunnallisella luottamuksella uskotaan olevan positiivisia vaikutuksia taloudelliseen kasvuun ja tehokkuuteen, sosiaaliseen integraatioon, yhteistyöhön ja harmoniaan sekä elämäntyytyväisyyteen ja pitkäikäisyyteen (Goold 2001, 27).

Skandinaavisissa maissa luottamus julkisiin instituutioihin on tunnetusti korkeaa. Tätä on selitetty eri tekijöillä, kuten alhaisemmalla korruption tasolla sekä myönteisellä taloudellisella ja sosiaalisella kehityksellä. Toinen skandinaavisten hyvinvointivaltioiden ominaispiirre on niiden laajat hyvinvointisektorit ja institutionaalista luottamusta tiedetään muokkaavan erilaiset kokemukset hyvinvointipalveluista. (Berg & Johansson 2019, 290.) Ihmiset elävät nykyaikaisessa yhteiskunnassa pitkälti erilaisten instituutioiden varassa, joten heille on kertynyt runsaasti instituutioihin liittyviä oletuksia, asenteita ja tunteita (Kotkavirta 2001, 65).

Yksilöllistä luottamusta tarkastellessa sosiodemografiset tekijät, erityisesti sukupuoli ja koulutustaso, ovat yhteydessä luottamukseen. Naiset luottavat hieman miehiä enemmän ja korkeakoulututkinto lisää luottamusta. Maiden välisessä vertailussa huomioitavaa on, että erityisesti Pohjoismaissa ja Sveitsissä myös huonosti toimeen tulevien yleinen luottamustaso on korkea. (Hellsten & Komu 2010, 11–13.) Myös kulttuurilliset tekijät ja ympäröivät ihmiset asettavat tiettyjä raameja yksilön institutionaaliossa luottamukselle (Andriani, Kaasa 2021, 45). Individualistisissa maissa kuten Suomessa ja Norjassa luottamus on yleisesti korkeampaa, jota selittää esimerkiksi universalismin periaate jokaisen yhdenmukaisesta kohtelusta (Hellsten & Komu 2010, 11–13).

Institutionaaliseen luottamukseen sisältyy ajatus toiminnan ennakoitavuudesta ja siitä, että asiat sujuvat totutulla tavalla. Luottamus instituutioihin rakentaa samalla myös hyvinvointia, sillä voidakseen hyvin ihminen kaipaa turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. On kuitenkin yksilön henkilökohtaisista tarpeista kiinni, kuinka paljon ja minkälaista luottamusta jokainen kaipaa henkilökohtaisen hyvinvointinsa edellytykseksi. (Kotkavirta 2000, 59–60.) Sosiologiset lähestymistavat instituutioihin viittaavat laajempaan näkemykseen instituutioista kognitiivisten ja normatiivisten ideoiden ja uskomusten muodostamina kokonaisuuksina. Sosiologisempi lähestymistapa viittaa myös siihen, että instituutioiden ja luottamuksen välisiä suhteita tulisi tarkastella enemmän kontekstisidonnaisina. (Lounsbury 2023.) Institutionaalinen luottamus on siis tärkeää sekä yhteiskunnassa laajemmin koetun turvallisuuden, toimivuuden ja ennakoitavuuden että yksilön hyvinvoinnin kannalta.

3.3 Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluihin

Luottamuksessa sosiaalipalvelujen toimivuuteen on havaittu eroja esimerkiksi iän, sukupuolen ja asuinpaikan mukaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2016 teettämän tutkimuksen mukaan väestöstä noin kaksi kolmesta luottaa sosiaalipalveluihin ja henkilöstön ammattitaitoon. Lisäksi korkeampi koulutus ja sisemmällä kaupunkialueella asuminen olivat yhteydessä luottamukseen sitä kohtaan, että sosiaalipalvelut voivat lisätä yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta. (Aalto, Manderbacka & Muuri 2016, 1.) Vuosina 2009–2011 tehdyssä kyselyssä julkiseen terveydenhuoltoon luotti noin 70 prosenttia vastaajista. Ainoastaan sukupuoli, suuralue ja kotitaloustyyppi tuottivat tilastollisesti merkitseviä eroja luottamukselle julkista terveydenhuoltoa kohtaan, kun tarkasteltiin erilaisia sosioekonomisia ja alueellisia tekijöitä. Naiset luottavat yleisesti miehiä enemmän julkiseen terveydenhuoltoon. Alueellisesti julkiseen terveydenhuoltoon luotettiin eniten Etelä- ja Itä-Suomessa, vähiten Länsi- ja Pohjois-Suomessa. (Kotkas & Kalliomaa-Puha 2012, 28.)

Luottamus on merkityksellistä terveydenhuoltojärjestelmälle, sillä se liittyy tiiviisti yhteistyöhön, jota harjoitetaan terveyden tuottamiseksi. Terveyspalvelujärjestelmä, johon luotetaan, on puolestaan merkityksellinen yhteiskunnan kannalta. (Kivisalmi 2017, 20–21.) Ihmisten arviot terveydenhuoltojärjestelmästä perustuvat omien palvelukokemusten lisäksi myös yhteiskunnassa laajemmin saavutettuun hyvinvointiin. (Em. 20–21.) On myös tärkeää huomata, että ihmisten välinen luottamus ja institutionaalinen luottamus liittyvät läheisesti toisiinsa. Luottamus instituutioon voi vaikuttaa luottamukseen siellä työskenteleviä ihmisiä

kohtaan. Tämän vuoksi huono palvelukokemus voi vaikuttaa kielteisenä asenteena kaikkia muita alalla työskenteleviä ammattilaisia ja koko organisaatiota kohtaan. Käyttäytymisen ennakoitavuus ja julkisten instituutioiden läpinäkyvyys edistävät luotettavuutta järjestelmää kohtaan. (Goold 2001, 30.)

4 Tutkimusasetelma

Tässä luvussa esittelen tutkimuskysymyksen, käyttämäni aineiston ja muuttujat. Luvussa 4.1 käyn läpi tutkimuskysymykseni ja hypoteesini. Sen jälkeen luvussa 4.2 esittelen aineiston ja käyttämäni tutkimusmenetelmät, jonka jälkeen siirryn muuttujien kuvailuun luvussa 4.3. Luvussa 4.3.2 olen operationalisoinut subjektiivisen hyvinvointiteorian selittävillä muuttujillani ja luvussa 4.3.3 tarkastelen sosiodemografisten muuttujien jakaumia koe- ja kontrolliryhmissä. Luvussa 4.4 käyn läpi tutkimuseettisiä kysymyksiä.

4.1 Tutkimuskysymys

Tutkielmassani tutkin ikääntyvien subjektiivisen hyvinvoinnin ja saadun sosiaalisen tuen yhteyttä luottamukseen julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan. Tutkimuskysymykseni toimii: Onko ikääntyvien subjektiivisella hyvinvoinnilla ja saadulla sosiaalisella tuella yhteyttä luottamukseen julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan?

Hypoteesini on, että parempi subjektiivinen hyvinvointi parantaa luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Arvelen myös, että sosiaalinen tuki, etenkin subjektiivisen hyvinvointinsa huonoksi kokevien keskuudessa, vahvistaa ikääntyvien subjektiivista hyvinvointia ja siten parantaa myös luottamusta. Hypoteesini perustuu aiempaan tutkimukseen yksilöllisen hyvinvoinnin ja luottamuksen yhteydestä sekä sosiaalisen tuen positiivisista terveysvaikutuksista (esim. Kotkavirta 2000, 55–57; Armstrong 2006, 294; Lyyra & Heikkinen 2006, 148).

4.2 Aineisto ja tutkimusmenetelmät

Tutkimusaineistona käytän Aila tietoaarkistosta löytyvää PROMEQ: yli 65-vuotiaiden hyvinvointi ja terveys 2017–2018 pitkittäisaineistoa, joka kartoittaa vastaajien henkistä ja fyysistä hyvinvointia, osallistumista, sosiaalisia suhteita, tyytyväisyyttä elämään sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä. Aineiston perusjoukkona toimii yli 65-vuotiaat henkilöt. Vastaajilta kerättiin kyselyt tutkimuksen alussa ja uudelleen kolmen ja kuuden kuluttua alkukyselystä. Tässä tutkimuksessa olen analysoinut kuuden kuukauden jälkeen kerättyä aineistoa. Vastaajat jaettiin myös koe- ja kontrolliryhmiin, joista koeryhmän toimintamalliin sisältyi sosiaalista tukea, neuvontaa, ohjausta ja erilaista toiminnallisuutta. Koeryhmään

kuuluneille kotona asuville ja esimerkiksi yksinäisyyden takia syrjäytymisriskissä oleville ikäihmisille tarjottiin osallistavaa ryhmämuotoista palveluohjausta. Kuuden kuukauden aikana järjestettiin viisi ryhmätapaamista, joissa mukana oli 6–8 ikäihmisen lisäksi alueen palveluohjaaja ja hankkeen tutkija. Kontrolliryhmä sai tavanomaisia palveluita hakeutuessaan itse niihin. Kyselyyn vastanneiden kokonaismäärä on 392 henkilöä. Tutkittavien rekrytointi tapahtui lehti-ilmoitusten avulla ja jakamalla osallistumismahdollisuudesta tietoa päiväkeskuksissa, seurakunnissa ja apteekeissa. Osallistuneet satunnaistettiin koe- ja kontrolliryhmiin arpomalla. Voimalaskelman perusteella tehtiin päätös otoskoon riittävydestä. Aineiston C-osion muuttujien ollessa ainoastaan operationalisoitavissa tutkimuskysymyksen kannalta, olen ottanut huomioon vastauksien keräysvaiheen analyysissäni.

Tutkimukseni on kvantitatiivinen tutkimus. Olen käyttänyt aineiston analysointiin SPSS Statistics 28.0 versiota. Tutkimusmenetelminä toimivat summamuuttujan luominen, ristiintaulukointi ja tilastollisen merkitsevyyden testaus (khiin neliötesti). Summamuuttujalla tarkoitetaan muuttujaa, jossa on laskettu yhteen useiden erillisten, mutta samaa ilmiötä mittaavien muuttujien arvot (Tietoarkisto 2008). Summamuuttujan reliabiliteettia eli luotettavuutta voidaan mitata sisäisellä johdonmukaisuudella, jonka selvittämiseksi olen käyttänyt Cronbachin alfakertoimista. Kertoimen arvot voivat vaihdella välillä 0–1, siten, että suuret kertoimen arvot merkitsevät korkeaa reliabiliteettia, joka osoittaa mittarin muuttujien mittaavan saman tyyppistä asiaa. Cronbachin alfakertoimen arvo tulisi olla mielellään yli 0,7. (Heikkilä 2017, 178.) Ristiintaulukoinnilla on tarkoitus selvittää kolmen luokitellun muuttujan välistä yhteyttä ja millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa. Pearsonin χ^2 -riippumattomuustestillä eli khiin neliötestillä selvitetään, onko sarake- ja rivimuuttujan välillä tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta. (Heikkilä 2010, 210.) Tilastollisen tutkimuksen avulla pyrin saamaan tuloksia, joiden pohjalta voi analysoida havaintojen esiintymistä myös perusjoukossa. Tilastolliset merkitsevyydestestaukset kertovat, millä varmuudella saamani tulokset voidaan yleistää koskemaan perusjoukon jäseniä. Tilastollisissa merkitsevyydestestauksissa olen käyttänyt seuraavia termejä: tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.05$, *), tilastollisesti merkitsevä ($p=0.01$, **) ja tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0.001$, ***). Luvut kertovat millä todennäköisyydellä tulokset eivät ole sitä, miltä saatu tutkimustulos näyttää. (Em. 60.)

4.3 Muuttujat

Tutkimukseni keskittyy tutkimaan ikääntyvien subjektiivisen hyvinvoinnin ja saadun sosiaalisen tuen yhteyttä luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan. Seuraavaksi esittelen tutkimuksen selitettävät ja selittävät muuttujat. Selitettävällä muuttujalla tarkoitetaan tutkimuksessa kiinnostuksen pääkohteena olevaa muuttujaa, johon vaikuttavia tekijöitä etsitään. Selittävillä muuttujilla taas tarkoitetaan muuttujia, joiden vaikutusta tutkittavaan ominaisuuteen pyritään selvittämään. (Heikkilä 2014, 279.)

4.3.1 Selitettävät muuttujat

Institutionaalinen luottamus määrittyy tässä tutkimuksessa luottamukseksi julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohtaan. Tämän tutkimuksen selitettäviä muuttujia, eli päämuuttujia ovat seuraavat:

c20_3 Julkiseen terveydenhuoltoon voi luottaa

c20_4 julkiseen sosiaalihuoltoon voi luottaa.

Taulukko 1: Vastaaajien luottamus julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin

	Julkisiin terveyspalveluihin voi luottaa		Julkisiin sosiaalipalveluihin voi luottaa	
	N	%	N	%
Täysin samaa mieltä	52	13	26	7
Jokseenkin samaa mieltä	187	48	130	33
Ei samaa eikä eri mieltä	60	15	139	36
Jokseenkin eri mieltä	52	13	47	12
Täysin eri mieltä	14	4	18	5
Yhteensä	365	93	360	92

Terveyspalveluihin luottamiseen on vastannut 365 ihmistä (taulukko 1), sosiaalipalveluihin luottamiseen 360 ihmistä. Khiin neliö -testin toteutumiseksi frekvenssi solussa ei saa olla alle viiden ja pieniä luokkia tai soluja saa olla korkeintaan 20 % (Valli 2015, 61). Tämän vuoksi olen uudelleenluokitellut muuttujan taulukkoon 2.

Taulukko 2: Vastaajien luottamus sosiaali- ja terveystalveluihin uudelleenluokiteltuna

	Julkisiin terveystalveluihin voi luottaa		Julkisiin sosiaalitalveluihin voi luottaa	
	N	%	N	%
Samaa mieltä	239	61	156	40
Ei samaa eikä eri mieltä	60	15	139	36
Eri mieltä	66	17	65	17
Yhteensä	365	93	360	92

Khiin neliötestin ennakko-oletuksien täyttymiseksi ja taulukoiden analysoinnin selkeyttämiseksi, yhdistin muuttujien luokkia ristiintaulukointia varten seuraavasti (taulukko 2). Luokat *täysin samaa mieltä* ja *jokseenkin samaa mieltä* luokaksi *samaa mieltä*, *jokseenkin eri mieltä* ja *täysin eri mieltä* luokaksi ”*eri mieltä*”.

4.3.2 Selittävät muuttujat

Taulukossa 3 esittelen subjektiivisen hyvinvointiteorian avulla operationalisoimani muuttujat sekä muuttujien alkuperäiset vastausvaihtoehdot. Sosiaalisen ulottuvuuden mittareiden on tarkoitus mitata statusta eli kykyä kontrolloida omia resursseja sekä affektiota eli toisten ihmisten osoittamaa välittämistä. Fyysisen ulottuvuuden mittareiden tarkoitus on mitata fysiologisten vajeiden ja pelkojen poissaoloa. (Saari 2009, 43.)

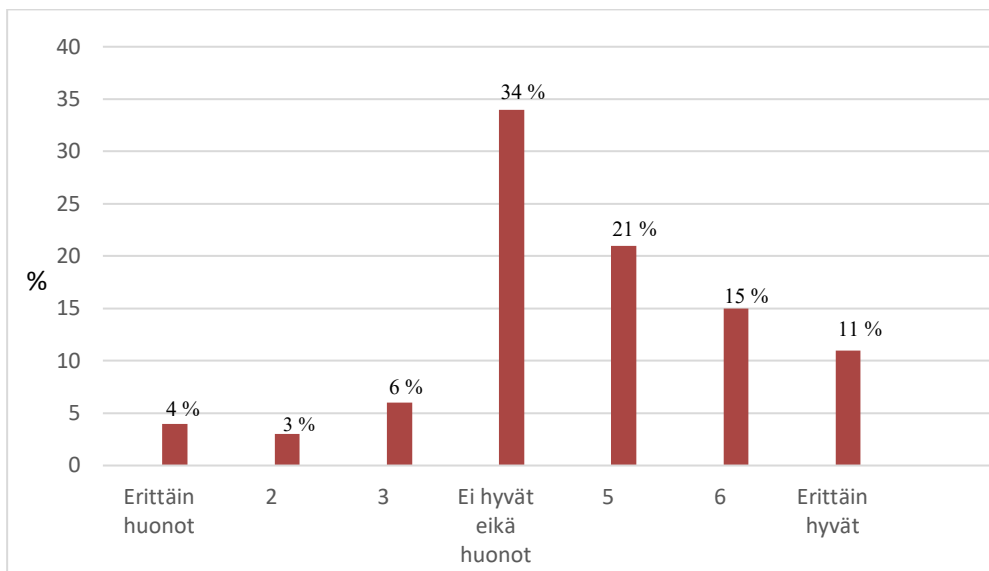
Taulukko 3: Tutkimukseen operationalisoidut subjektiivisen hyvinvointiteorian ulottuvuudet ja muuttujien alkuperäiset vastausvaihtoehdot

Sosiaalinen ulottuvuus	c21_1 Mielestäni mahdollisuudet tavoitella onnellisuutta elämässäni ovat... c19_8 En ole enää läheinen kenenkään kanssa
Fyysinen ulottuvuus	c11_3 Viimeisten kahden viikon aikana: kuinka paljon nautit elämästäsi c10_2 Viimeisten kahden viikon aikana: kuinka tyytyväinen olet terveyteesi c10_1 Viimeisten kahden viikon aikana: millaiseksi arvioit elämänlaatusi
Muuttujien alkuperäiset vastausvaihtoehdot	c21_1 Mielestäni mahdollisuudet tavoitella onnellisuutta elämässäni ovat: (numeroasteikolla 1-7) 1 = erittäin huonot, 2, 3, 4 = ei hyvät eikä huonot, 5,6, 7 = erittäin hyvät c19_8 En ole enää läheinen kenenkään kanssa: 1 = ei koskaan, 2 = harvoin, 3 = joskus, 4 = usein c11_3 Viimeisten kahden viikon aikana: kuinka paljon nautit elämästäsi 1 = en lainkaan, 2 = vähän, 3 = kohtuullisesti, 4 = paljon, 5 = erittäin paljon c10_2 Viimeisten kahden viikon aikana: kuinka tyytyväinen olet terveyteesi: 1 = erittäin tyytymätön, 2 = melko tyytymätön, 3 = en tyytyväinen enkä tyytymätön, 4 = melko tyytyväinen 5 = erittäin tyytyväinen c10_1 Viimeisten kahden viikon aikana: millaiseksi arvioit elämänlaatusi: 1 = erittäin huonoksi, 2 = huonoksi, 3 = en hyväksi enkä huonoksi, 4 = hyväksi, 5 = erittäin hyväksi

Käyttämieni muuttujien (taulukko 3) mittaamat asiat ovat hyvin lähellä toisiaan. Esimerkiksi *muuttuja c11_3 Viimeisten kahden viikon aikana: kuinka paljon nautit elämästäsi* voisi toimia myös sosiaalisen ulottuvuuden mittaamisessa. Olen kuitenkin valinnut sen fyysisen ulottuvuuden mittariksi, sillä se liittyy myös keskeisesti fysiologisten pelkojen poissaoloon. Sosiaalisen ulottuvuuden alle olisi vielä voinut lisätä hyväksyntää mittaavan muuttujan, joka olisi mitannut toiminnan sosiaalista hyväksyttävyyttä (em. 2009, 43). Jotta tutkimuksessa olisi

päästy mittaamaan subjektiivista hyvinvointia pitkällä aikavälillä, olisi aineiston muuttujien tullut olla samanlaisia sekä alkukyselyssä että viimeisimpänä kerätyssä kyselyssä. Tältä osin mittarini selittävät hyvinvoinnin kokemusta hyvin lyhyellä aikavälillä. Seuraavaksi olen esitellyt muuttujat yksitellen kuviossa 1, 2 ja 3.

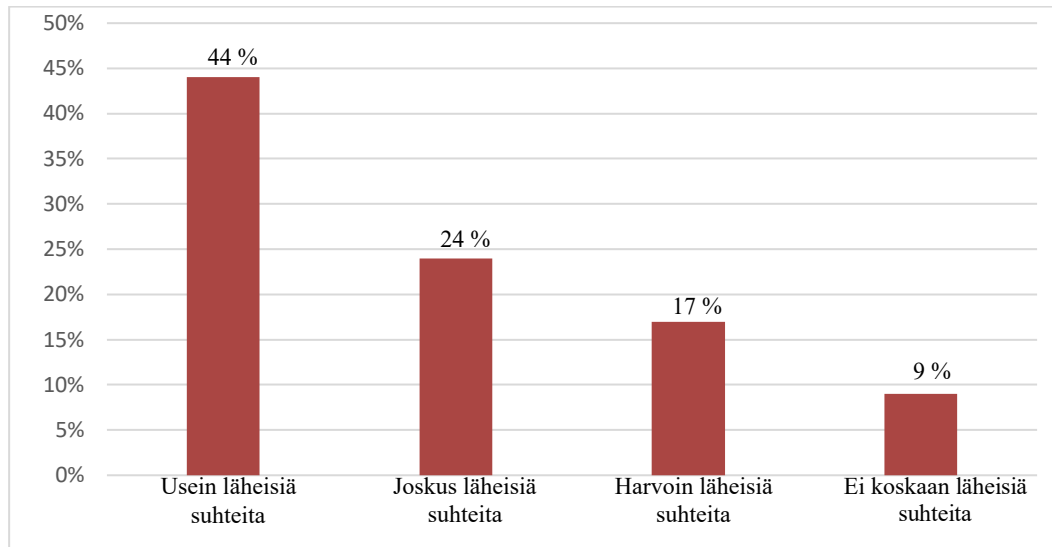
Kuvio 1: Vastaajan mahdollisuudet tavoitella onnellisuutta, N = 363



Kuviossa 1 esittelen sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuutta kuvaavan muuttujan c21_1 ”*Mielestäni mahdollisuuteni tavoitella onnellisuutta ovat...*”. Muuttujan avulla olen kuvannut subjektiivisen hyvinvointiteorian mukaista kykyä kontrolloida omia resursseja (Saari 2009, 43–44). Ristiintaulukoinnin yhteydessä olen uudelleenluokitellut tämän muuttujan yhdistäen luokat *erittäin huonot* & *2* & *3* luokaksi *huonot* sekä luokat *5* & *6* & *erittäin hyvät* luokaksi ”*hyvät*”.

Kuviossa 2 esittelemäni muuttuja c19_8 *En ole enää läheinen kenenkään kanssa* kuvaa subjektiivisen hyvinvointiteorian affektion osa-aluetta, joka viittaa toisten ihmisten osoittamaan välittämiseen. Olen vaihtanut muuttujan nimen tulkinnan helpottamiseksi nimeksi *Vastaajan kokemus läheisistä suhteistaan* ja kääntänyt samalla prosentit oikeasuuntaisiksi. Lisäksi olen muotoillut vastausvaihtoehtoja ymmärrettävämmiksi.

Kuvio 2: Vastaajan kokemus läheisistä suhteistaan, N = 364



Kuvion 2 muuttujasta olen yhdistänyt luokkia ristiintaulukoinnissa seuraavasti: luokat *ei koskaan* & *harvoin* yhdeksi luokaksi *harvoin tai ei koskaan*.

Seuraavilla muuttujilla tarkastelen subjektiivisen hyvinvoinnin fyysistä ulottuvuutta. Käytän tutkimuksessani summamuuttujaa kuvaamaan subjektiivisen hyvinvoinnin fyysisen hyvinvoinnin osa-aluetta. Summamuuttujalla tarkoitetaan muuttujaa, jossa on laskettu yhteen useiden erillisten, mutta samaa ilmiötä mittaavien muuttujien arvot. Summamuuttujan yhtenäisyyttä eli väittämien samankaltaisuutta olen mitannut cronbachin alfa-kertoimella, joka perustuu väittämien välisiin korrelaatioihin. (Heikkilä 2014, 178.) Cronbachin alfan arvoksi sain 0.764, joten muuttujat ovat riittävän yhdenmukaisia ja summamuuttuja voidaan luoda.

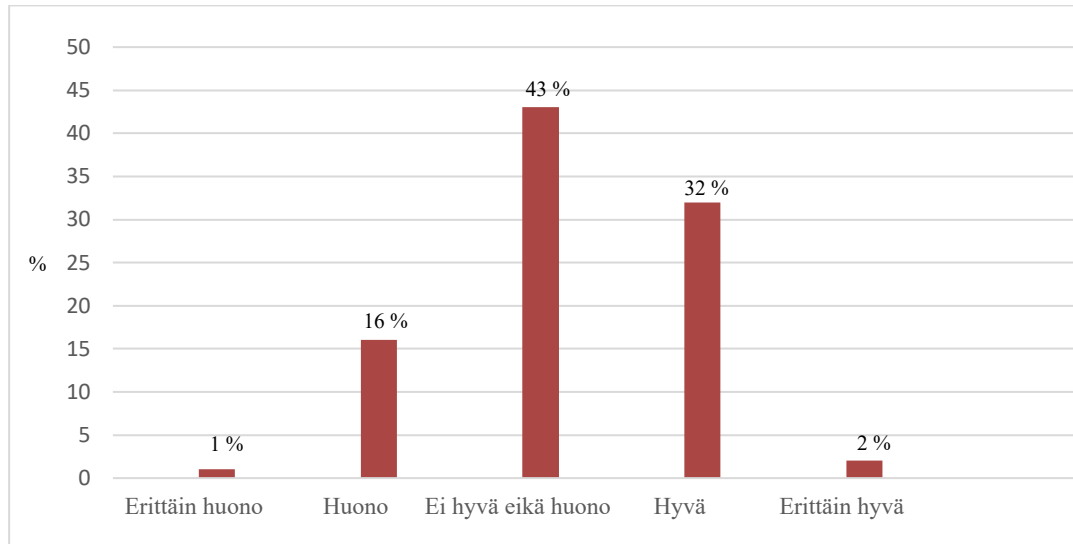
Summamuuttuja sisältää seuraavat muuttujat:

c11_3 Viimeisten kahden viikon aikana: Kuinka paljon nautit elämästäsi?

c10_2 Viimeisten kahden viikon aikana: Kuinka tyytyväinen olet terveyteesi?

c10_1 Viimeisten kahden viikon aikana: Millaiseksi arvioit elämänlaatusi?

Kuvio 3: Subjektiiivinen hyvinvointi summamuuttuja, N = 367



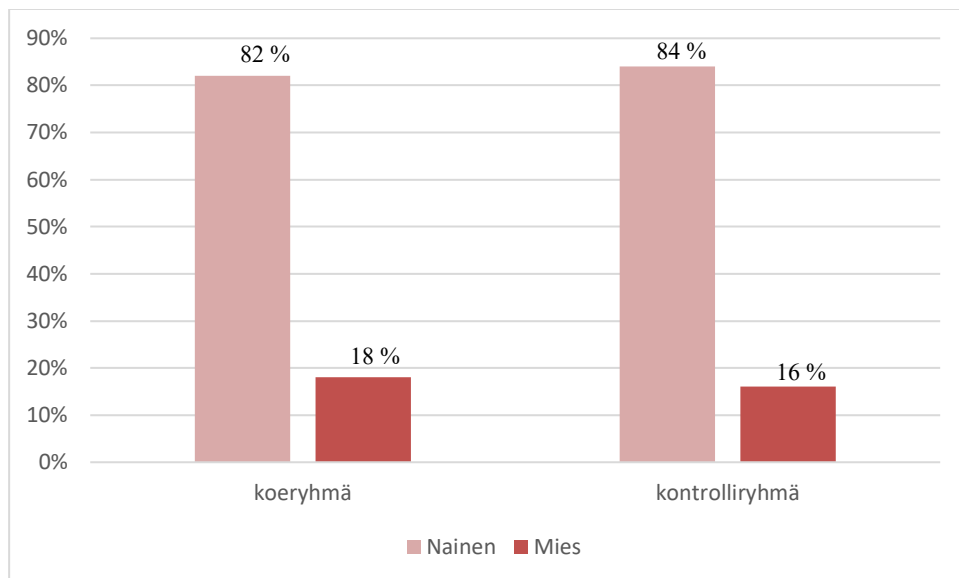
Myöhempää ristiintaulukointia varten olen yhdistänyt summamuuttujan luokkia pienten frekvenssien vuoksi seuraavasti: luokat *erittäin huono* & *huono* luokaksi *huono* ja luokat *hyvä* & *erittäin hyvä* luokaksi *hyvä*. Luokan *ei hyvä eikä huono* olen nimennyt uudelleen luokaksi *kohtuullinen*, tulkinnan helpottamiseksi. Uudelleenluokittelut ovat näkyvillä myöhemmässä ristiintaulukoinnissa.

Seuraavaksi tarkastelen vielä koe- ja kontrolliryhmien jakaumia saadakseni tietoa vastaajien sosiodemografisista ja yksinäisyyteen liittyvistä taustatekijöistä.

4.3.3 Koe- ja kontrolliryhmien tarkastelu sosiodemografisten muuttujien avulla

Aineiston kaikki vastaajat on jaettu koe- ja kontrolliryhmiin, joista koeryhmän toimintamalli piti sisällään sosiaalista tukea, ohjausta, neuvontaa ja erilaista toiminnallisuutta. Kontrolliryhmälle oli saatavilla tavanomaiset palvelut heidän itse hakeutuessaan niihin. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki ovat usein erittäin tärkeitä voimavaroja ikääntyneille, joten tämän tutkielman tutkimusasetelman kannalta on tarpeen ottaa huomioon koeryhmään kuulumisen vaikutukset löydettyihin subjektiivisen hyvinvoinnin ja luottamuksen yhteyksiin. Koeryhmään lukeutui 185 vastaajaa ja kontrolliryhmään 207 vastaajaa. Vastaajat oli valikoitu ryhmiin arpomalla.

Kuvio 4: Koe- ja kontrolliryhmien sukupuolijakauma



Kuviosta 4 ilmenee, että selkeästi suurin osa (yli 80 %) koe- ja kontrolliryhmän vastaajista on naisia.

Kuvio 5: Vastaajan korkein suoritettu koulutus koe- ja kontrolliryhmissä, N=392



Kuvion 5 muuttujan *Korkein suoritettu koulutuksesi* alkuperäiset vastausvaihtoehdot olivat *kansakoulu tai peruskoulu*, *keskikoulu*, *ammattikoulu*, *lukio*, *opistotutkinto*, *alempi korkeakoulututkinto* ja *ylempi korkeakoulututkinto*. Uudelleenluokittelin muuttujan

koulutusasteiden ja myöhemmän tulosten tulkinnan selkeyttämiseksi yhdistäen vastausvaihtoehdot *ammattikoulu ja lukio* sekä *alempi korkeakoulututkinto* ja *ylempi korkeakoulututkinto*. Analyysini kannalta minua kiinnosti eniten korkeakoulututkinnon suorittaneiden määrä, sillä sen on havaittu vaikuttavan institutionaaliseen luottamukseen. Kuviosta 5 havaitsen, että alemman tai ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita on sekä koe- että kontrolliryhmissä lähes sama määrä.

Taulukko 4: Yksinäisyyden kokemus koe- ja kontrolliryhmissä N=389, % (N)

Koetko itsesi yksinäiseksi?	Kontrolliryhmä	Koeryhmä
En koskaan	8 %	5 %
Hyvin harvoin	22 %	26 %
Joskus	39 %	38 %
Melko usein	23 %	27 %
Jatkuvasti	8 %	4 %
Yhteensä	100 % (205)	100 % (184)

Taulukossa 5 olen tarkastellut muuttujan a21 *Tunnetko itsesi yksinäiseksi* jakaumaa koe- ja kontrolliryhmissä. Muuttuja esittää aineiston alkukyselyssä kysyttyä yksinäisyyden kokemusta. Taulukosta 5 havaitsen, että molemmissa ryhmissä yksinäisyyttä *joskus* kokevien määrä on suurin. *Melko usein* koetaan yksinäisyyttä hieman enemmän koeryhmässä kuin kontrolliryhmässä. Sosiaalisen tuen piiriin eli koeryhmään ei ole kuitenkaan jakauman perusteella valikoitunut selkeästi enemmän yksinäisyyttä kokevia, kuin kontrolliryhmään.

4.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Tässä tutkielmassa olen noudattanut eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaisia periaatteita: luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Tieteellisen tutkimuksen voidaan sanoa olevan eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellytyksin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Olen kunnioittanut muiden tutkijoiden työtä viittaamalla oikeaoppisesti heidän tutkimuksiinsa, enkä ole vääristellyt tuloksiani hypoteesieni mukaiseksi. Olen sitoutunut noudattamaan eettisiä

ohjeita tutkielmani teossa ja aineiston käsittelyssä. Olen saanut luvan käyttää tutkimuksessa käyttämäni aineistoa ja olen sitoutunut säilyttämään sitä asianmukaisesti. Aineistona toimiva *Yli 65-vuotiaiden hyvinvointi ja terveys 2017–2018* on Osallistava hyvinvointi ja terveyden edistäminen PROMEQ 2016-2019 -hanketta varten kerätty kyselyaineisto ja se on valmiiksi anonymisoitu.

Aineistojen yleisiä käyttöehtoja noudattaen sitoudun käyttämään aineistoa ainoastaan ilmoitettua käyttötarkoitusta varten ja hävittämään sen tiedostoistani tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Huolehdin myös tietoturvallisuudesta käyttäessäni aineistoa, eikä se ole saatavilla muille. Tällöin myöskään aineistoon liittyvien henkilöiden tai tahojen yksityisyydensuoja ei vaarannu. (Tietoarkisto 2020.) Olen huolehtinut aineiston käytön eettisyydestä kuvaamalla kaikki käyttämäni muuttajat ja niille tehdyt uudelleenluokittelut huolellisesti. Tutkimukseni valmistuttua huolehdin aineiston asianmukaisesta hävittämisestä

5. Tulokset

Luvuissa 5.1 ja 5.2 esittelen ristiintaulukoinnilla ja khiin neliötestillä saamani tulokset subjektiivisen hyvinvoinnin osa-alueiden ja luottamuksen välisistä yhteyksistä koe- ja kontrolliryhmissä tarkasteltuna.

5.1 Sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueiden ja sosiaalisen tuen yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan

Aloitan tarkastelemalla sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuksien sekä sosiaalisen tuen yhteyttä luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan ristiintaulukoinnin avulla. Sosiaalisen tuen vaikutus tulee esille koeryhmässä, sillä koeryhmään kuuluneille järjestettiin mahdollisuus saada sosiaalista tukea, ohjausta, neuvontaa ja erilaista toiminnallisuutta. Lisäksi koeryhmään kuuluneille kotona asuville ja esimerkiksi yksinäisyyden tai turvattomuuden takia syrjäytymisriskiä kokeville ikäihmisille tarjottiin osallistavaa ryhmämuotoista palveluohjausta. Kontrolliryhmään kuulumisen tarkoittaa tavanomaisten palveluiden varassa olemista. Khiin neliötestillä olen tutkinut, onko muuttujien välillä tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta.

Taulukko 5: Onnellisuuden tavoittelun mahdollisuuksien yhteys terveyspalveluihin luottamiseen koe- ja kontrolliryhmissä, N = 361

		<i>Terveyspalveluihin voi luottaa</i>			
<i>Vastaajan kokemat mahdollisuudet tavoitella onnellisuutta</i>		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Kontrolliryhmä	Huonot	10 %	15 %	23 %	13 % (N=24)
	Ei hyvät eikä huonot	38 %	41 %	39 %	39 % (N=72)
	Hyvät	52 %	44 %	39 %	48 % (N=89)
	Yhteensä	100 % (N=120)	100 % (N=34)	100 % (N=31)	100 % (N=185)
$p < 0.385$					
$x^2 = 4.15$ $df = 4$					
Koeryhmä	Huonot	11 %	20 %	26 %	15 % (N=27)
	Ei hyvät eikä huonot	32 %	40 %	37 %	34 % (N=60)
	Hyvät	57 %	40 %	37 %	51 % (N=89)
	Yhteensä	100 % (N=116)	100 % (N=25)	100 % (N=35)	100 % (N=176)
$p < 0.119$					
$x^2 = 7.33$ $df = 4$					

Taulukosta 4 havaitseen, että mahdollisuudet tavoitella onnellisuutta eivät ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveyspalveluihin luottamiseen koe- tai kontrolliryhmässä. Tuloksia

ei siis voi yleistää perusjoukkoon. Eniten luottamusta on selkeästi hyvät mahdollisuudet omaavilla. Yli puolet terveyspalveluihin luottavista kokevat mahdollisuudet tavoitella onnellisuutta hyväksi. Kuitenkin lähes 40 prosenttia heistä, jotka eivät luota terveyspalveluihin, ovat raportoineet mahdollisuudet tavoitella onnellisuuttaan hyväksi.

Sosiaalinen tuki eli koeryhmään kuulumisen ei ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä mahdollisuuksien tavoitella onnellisuutta ja terveyspalveluihin luottamisen yhteyteen. Sosiaalista tukea saaneiden ryhmässä (koeryhmä) kuitenkin luotetaan hieman enemmän terveyspalveluihin hyvät mahdollisuudet omaavien kesken kuin tavanomaisten palveluiden varassa olevien ryhmässä (kontrolliryhmä).

Taulukko 6: Onnellisuuden tavoittelun mahdollisuuksien yhteys sosiaalipalveluihin luottamiseen koe- ja kontrolliryhmissä, N=356

		<i>Sosiaalipalveluihin voi luottaa</i>				
		<i>Vastaajan kokemat mahdollisuudet tavoitella onnellisuutta..</i>	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Kontrolliryhmä		Huonot	11 %	10 %	24 %	13 % (N=24)
		Ei hyvät eikä huonot	35 %	41 %	41 %	39 % (N=71)
	p<0 .147	Hyvät	54 %	49 %	35 %	48 % (N=89)
	x ² = 6.792 df = 4	Yhteensä	100 % (N=74)	100 % (N=73)	100 % (N=37)	100 % (N=184)
Koeryhmä		Huonot	8 %	17 %	29 %	15 % (N=25)
		Ei hyvät eikä huonot	30 %	40 %	36 %	34 % (N=59)
	p<0 .020 (*)	Hyvät	63 %	44 %	36 %	51 % (N=88)
	x ² = 11.703 df = 4	Yhteensä	100 % (N=80)	100 % (N=64)	100 % (N=28)	100 % (N=172)

Taulukosta 5 havaitseen, että mahdollisuuksilla tavoitella onnellisuutta ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sosiaalipalveluihin luottamiseen tavanomaisten palveluiden varassa olevien ryhmässä. Sosiaalipalveluihin luottamus on selkeästi vähäisempää terveyspalveluihin luottamiseen verrattuna, joka on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa (Aalto, Manderbacka, Muuri 2001).

Sosiaalista tukea saaneiden ryhmässä mahdollisuuksilla tavoitella onnellisuutta on tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p < 0.020$) sosiaalipalveluihin luottamiseen. Hieman useampi on vastannut luottavansa sosiaalipalveluihin koeryhmässä, kuin kontrolliryhmässä. Tämä voi heijastella sosiaalisen tuen positiivisesta vaikutuksesta luottamukseen ja resursseihin tavoitella onnea.

Taulukko 7: Läheisten suhteiden vaikutus terveyspalveluihin luottamiseen koe- ja kontrolliryhmissä, N=361

		<i>Terveyspalveluihin voi luottaa</i>			
<i>Vastaajan kokemus läheisistä suhteistaan</i>		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
	Usein läheisiä suhteita	82 %	71 %	48 %	75 % (N=137)
Kontrolliryhmä	Joskus läheisiä suhteita	13 %	15 %	38 %	17 % (N=32)
	Harvoin läheisiä suhteita	5 %	15 %	14 %	8 % (N=15)
	Yhteensä	100% (N=121)	100 % (N=34)	100 % (N=29)	100 % (N=184)
	Usein läheisiä suhteita	71 %	81 %	63 %	71 % (N=125)
Koeryhmä	Joskus läheisiä suhteita	21 %	15 %	14 %	19 % (N=33)
	Harvoin läheisiä suhteita	9 %	4 %	23 %	11 % (N=19)
	Yhteensä	100 % (N=116)	100 % (N=26)	100 % (N=35)	100 % (N=177)

$p < 0.002$ (**)
 $\chi^2 = 16.440$
 $df = 4$

$p < 0.097$
 $\chi^2 = 7.867$
 $df = 4$

Taulukossa 6 tarkastelen läheisten suhteiden yhteyttä luottamukseen. Läheisten suhteiden määrä on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveyspalveluihin luottamiseen ($p < 0.002$) kontrolliryhmässä. Läheisten suhteiden ja luottamuksen yhteydessä on nähtävissä sama suunta, kuin onnellisuuden tavoittelun ja luottamuksen yhteydessä. Terveyspalveluihin luotetaan selkeästi enemmän, kun läheisiä suhteita on elämässä *usein*. Kuitenkin melkein puolet kontrolliryhmäläisistä, jotka eivät luota terveyspalveluihin, ovat raportoineet silti omaavansa läheisiä suhteita *usein*. Sosiaalista tukea saaneiden ryhmässä mahdollisuudet tavoitella onnea ja sosiaalipalveluihin luottaminen eivät ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toisiinsa. Koeryhmässä selkeästi suurempi osa usein läheisiä suhteita omaavista ei luota terveyspalveluihin.

Alkukyselyssä kysytyn yksinäisyyden kokemuksen havaitsin olleen sekä koe- että kontrolliryhmissä lähes saman tasoista (taulukko 5). Näin ollen koeryhmässä ei pitäisi olla

selkeästi suurempaa määrää jo tutkimuksen alussa itsensä yksinäiseksi kokevia, joka voisi vaikuttaa taulukkojen 6 ja 7 tulkintaan.

Taulukko 8: Läheisten suhteiden yhteys sosiaalipalveluihin luottamiseen koe- ja kontrolliryhmissä, N=357

		<i>Sosiaalipalveluihin voi luottaa:</i>			
Vastaajan kokemus läheisistä suhteistaan		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Kontrolliryhmä	Usein läheisiä suhteita	84 %	78 %	47 %	74 % (N=137)
	Joskus läheisiä suhteita	8 %	18 %	36 %	17 % (N=32)
	Harvoin läheisiä suhteita	8 %	4 %	17 %	8 % (N=15)
$p < 0.001$ (***)					
$x^2=16.440$ $df = 4$	Yhteensä	100 % (N=76)	100 % (N=72)	100 % (N=36)	100 % (N=184)
Koeryhmä	Usein läheisiä suhteita	73 %	71 %	71 %	72 % (N=124)
	Joskus läheisiä suhteita	19 %	22 %	14 %	19 % (N=33)
	Harvoin läheisiä suhteita	9 %	8 %	14 %	9 % (N=16)
$p < 0.823$					
$x^2 = 7,867$ $df = 4$	Yhteensä	100 % (N=80)	100 % (N=65)	100 % (N=28)	100 % (N=173)

Taulukosta 7 havaitseen, että läheisillä suhteilla ja sosiaalipalveluihin luottamisella on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys kontrolliryhmässä ($p < 0.001$). Sosiaalipalveluihin luottavista selkeästi suurimmalla osalla (84 %) on läheisiä suhteita usein. Kuitenkin lähes puolet heistä, jotka eivät luota sosiaalipalveluihin on vastannut omaavansa läheisiä suhteita usein. Sosiaalisella tuella ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä läheisten suhteiden ja luottamuksen yhteyteen. Epäluottamusta sosiaalisen tuen ryhmässä on raportoitu kuitenkin vähemmän kuin kontrolliryhmässä. Mielenkiintoista on se, että jopa yli 70 prosenttia epäluottamuksesta raportoineista koeryhmässä on vastannut kuitenkin omaavansa usein läheisiä suhteita.

5.2 Subjektiiivisen hyvinvoinnin fyysisen ulottuvuuden sekä sosiaalisen tuen yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluja kohtaan

Seuraavaksi etenen tarkastelemaan subjektiivisen hyvinvointiteorian fyysisen osa-alueen mittarin sekä sosiaalisen tuen yhteyttä luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluja kohtaan.

Taulukko 9: Subjektiivisen hyvinvoinnin yhteys terveystalveluihin luottamiseen koe- ja kontrolliryhmissä, N=365

		<i>Terveystalveluihin voi luottaa:</i>			
		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Kontrolliryhmä	<i>Vastaajan subjektiivinen hyvinvointi</i>				
	Huono	15 %	18 %	32 %	18 % (N=34)
	Kohtuullinen	43 %	56 %	55 %	47 % (N=89)
	Hyvä	42 %	27 %	13 %	35 % (N=65)
	Yhteensä	100 % (N=76)	100 % (N=74)	100 % (N=37)	100 % (N=188)
Koeryhmä	Huono	10 %	15 %	46 %	18 % (N=32)
	Kohtuullinen	50 %	39 %	31 %	45 % (N=79)
	Hyvä	40 %	46 %	23 %	37 % (N=66)
	Yhteensä	100 % (N=116)	100 % (N=26)	100 % (N=35)	100 % (N=177)

Subjektiivisen hyvinvoinnin ja terveystalveluihin luottamisen yhteyden tarkastelu osoittaa, että hyvät fyysiset voimavarat ja tyytyväisyys omaan terveyteen ovat tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0.013$) yhteydessä toisiinsa (taulukko 8). Tulos on mielenkiintoinen, sillä eniten luottamusta sekä koe- että kontrolliryhmässä esiintyy subjektiivisen hyvinvointinsa *kohtuulliseksi* kokevien kohdalla. Selkeästi vähiten epäluottamusta esiintyy kuitenkin subjektiivisen hyvinvoinnin *hyväksi* kokevien kohdalla.

Koeryhmässä subjektiivisen hyvinvoinnin ja luottamuksen yhteys on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0.001$). Tässäkin ryhmässä selkeästi vähiten epäluottamusta on subjektiivisen hyvinvointinsa *hyväksi* kokevilla.

Taulukko 10: Subjektiiivisen hyvinvoinnin yhteys sosiaalipalveluihin luottamiseen koe- ja kontrolliryhmissä, N=360

		<i>Sosiaalipalveluihin voi luottaa:</i>			
<i>Vastaajan subjektiiivinen hyvinvointi</i>		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Yhteensä
Kontrolliryhmä	Huono	15 %	15 %	32 %	18 % (N=34)
	Kohtuullinen	46 %	45 %	57 %	48 % (N=89)
	Hyvä	40 %	41 %	11 %	34 % (N=64)
	Yhteensä	100 % (N=76)	100 % (N=74)	100 % (N=37)	100 % (N=187)
$p < .010$ (*) $\chi^2 = 13.387$ $df = 4$					
Koeryhmä	Huono	8 %	22 %	36 %	17 % (N=30)
	Kohtuullinen	54 %	40 %	29 %	45 % (N=77)
	Hyvä	39 %	39 %	36 %	38 % (N=66)
	Yhteensä	100 % (N=80)	100 % (N=65)	100 % (N=28)	100 % (N=173)
$p < .007$ (**) $\chi^2 = 14.061$ $df = 4$					

Subjektiiivisella hyvinvoinnilla on tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p < 0.10$) sosiaalipalveluihin luottamiseen (taulukko 9). Vähiten epäluottamusta esiintyy kontrolliryhmässä subjektiiivisen hyvinvointinsa *kohtuulliseksi* kokevien luokassa. Koeryhmässä sosiaalisella tuella on tilastollisesti merkitsevä yhteys luottamukseen ($p < 0.007$). Koeryhmässä hieman pienempi osa koki subjektiiivisen hyvinvointinsa huonoksi, kuin kontrolliryhmässä. Sosiaalinen tuki ei ole kuitenkaan vaikuttanut niin, että koeryhmässä luottamus olisi selkeästi korkeampaa kontrolliryhmään verrattuna. Hypoteesistani poiketen epäluottamusta raportoi myös subjektiiivisen hyvinvointinsa hyväksi kokevista ja vieläpä sosiaalisen tuen piiriin kuuluneista merkittävä määrä (36 %). Kontrolliryhmässä vain 11 % hyvinvointinsa hyväksi kokevista raportoi epäluottamuksestaan.

6. Johtopäätökset

Tutkielmassani tutkin subjektiivisen hyvinvoinnin eri osa-alueiden yhteyttä luottamukseen julkisia sosiaali- ja terveystalvveluja kohtaan. Tutkimuskysymyksenä toimi: Onko ikääntyvien subjektiivinen hyvinvointi ja saatu sosiaalinen tuki yhteydessä luottamukseen julkisia sosiaali- ja terveystalvveluja kohtaan? Aineistona käytin yli 65-vuotiaiden hyvinvointi ja terveys 2017–2018 pitkittäisaineistoa, jossa kartoitettiin vastaajan henkistä ja fyysistä hyvinvointia, tyytyväisyyttä elämään, sosiaalisia suhteita, osallistumista sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä. Teoriataustana tutkielmassani käytin Johan Ormelin ja Siegwart Lindenbergin kollegoineen kehittämää subjektiivista hyvinvointiteoriaa, jossa subjektiivinen hyvinvointi jakautuu fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Saari 2009, 43–45). Lisäksi hyödynsin institutionaalisen luottamuksen teoriaa, jonka mukaan laaja-alainen luottamus esimerkiksi lisää hyvinvointia yhteiskunnassa ja on perustana turvallisuuden tunteelle (Goold 2001, 27).

Tutkielmani tulokset osoittavat selkeästi sen, että huono subjektiivinen hyvinvointi lisää epäluottamusta sote-palveluihin. Hyvä ja kohtuullinen subjektiivinen hyvinvointi lisäävät selkeästi luottamusta sote-palveluja kohtaan, kun tarkastellaan fyysisen ulottuvuuden kautta mitattua luottamusta. Huomion arvoista on se, että kohtuullisen subjektiivisen hyvinvoinnin omaavat luottavat jopa enemmän sote-palveluihin, kuin hyvän subjektiivisen hyvinvoinnin omaavat. Hyvinvoinnin sosiaalisen ulottuvuuden tarkastelusta havaitsin, että paremmat mahdollisuudet onnellisuuteen ja useammat läheiset suhteet lisäävät myös luottamusta sote-palveluihin. Sosiaalisen ulottuvuuden ja luottamuksen yhteyden tarkastelu osoittaa kuitenkin, että epäluottamus on samalla korkeaa, vaikka vastaaja koki mahdollisuutensa tavoitella onnellisuutta hyväksi ja omaavansa useita läheisiä suhteita.

Tutkielmani tuloksista havaitsin lisäksi sen, että sosiaalinen tuki voi jossain määrin lisätä luottamusta sote-palveluihin, kun tehdään vertailua tavanomaisten palveluiden varassa olevien luottamukseen. Esimerkiksi fyysisen ulottuvuuden kohdalla sosiaalista tukea saaneiden ryhmässä luottamusta on enemmän, kuin tavanomaisten palveluiden varassa olleilla. Sosiaalisen tuen ryhmään kuuluneiden luottamus on korkeampaa kuin tavanomaisten palveluiden varassa olleiden, mikäli subjektiivinen hyvinvointi koetaan kohtuulliseksi. Sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuden kohdalla sosiaalinen tuki ei ole nostanut luottamusta tavanomaisten palveluiden varassa oleviin verrattuna niin selkeästi, kuin fyysisen hyvinvoinnin

ulottuvuuden kohdalla. Sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuksien ja terveystalveluihin luottamuksen välisen yhteyden tarkastelussa huomion arvoista on se, että luottamusta on hieman vähemmän juuri sosiaalista tukea saaneiden ryhmässä. Sosiaalipalvelujen kohdalla luottamusta taas on hieman enemmän sosiaalista tukea saaneiden ryhmässä, kuin tavanomaisten palveluiden varassa olleiden ryhmässä.

Tutkielman tulokset ovat siltä osin linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, että subjektiivisen hyvinvoinnin ja luottamuksen yhteys on tilastollisesti merkitsevä. Parempi subjektiivinen hyvinvointi siis parantaa luottamusta. (Kotkavirta 2001, 56.) Tilastollisesti merkitsevä yhteys tulee esille sekä koe- että kontrolliryhmässä. Tämä tarkoittaa sitä, että subjektiivisen hyvinvoinnin ja luottamuksen yhteys koskee niin tavanomaisten palveluiden varassa olleita kuin sosiaalista tukea saaneita. Huonon subjektiivisen hyvinvoinnin yhteyttä epäluottamukseen voi selittää se, että subjektiivista hyvinvointia rakentaa toisaalta ihmisen toimintaympäristö ja siinä saatavilla oleva tuki sekä palvelukokemukset. (Honkanen, Poikolainen, Karlsson 2018, 534.) Huonon subjektiivisen hyvinvoinnin omaavilla on todennäköisesti enemmän palvelukokemuksia ja siten myös negatiivisia kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollosta. Nämä taas voivat johtaa kielteisempiin asenteisiin. (Armstrong 2006, 295.) Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu korkeakoulututkinnon suorittaneiden korkeampi luottamus muihin ihmisiin ja instituutioihin (Aalto, Manderbacka & Muuri 2016, 6; Hellsten & Komu 2010, 11–13). Tutkielmassani alemman tai ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita on sekä koe- että kontrolliryhmissä lähes sama määrä, joten suoritettun koulutuksen yhteyttä luottamuksen tasoon on vaikeaa määritellä.

Tutkielmassani havaittua yleisesti heikkoa luottamusta sosiaalipalveluihin voi luonnehtia yleisenä luottamuksen puutteena erityisesti vanhusten palvelujen saatavuuteen. Mielenkiintoisena havaintona tuloksista nousee esille se, että myös hyvän subjektiivisen hyvinvoinnin omaavista suuri osa ei luota sosiaali- ja terveystalveluihin. Tähän voi heijastella myös osittain sosiaali- ja terveydenhuollosta käytävä vilkas keskustelu, joka voi muokata ihmisten asenteita ilman, että taustalla olisi negatiivisia palvelukokemuksia. (Aalto, Manderbacka, Muuri 2016, 6.)

Sen lisäksi että yli 65-vuotiaiden luottamus terveystalveluihin on havaittu olevan selkeästi korkeampaa kuin nuorempien ikäluokkien, myös naisten luottamuksen on raportoitu olevan miehiä korkeampaa aikaisemmassa tutkimuksessa (Kotkas & Kalliomaa-Puha 2012, 28).

Tutkielmassani havaittua korkeampaa luottamusta terveystalviin voi siis osittain selittää se, että koe- ja kontrolliryhmässä naisten osuus on yli 80 prosenttia. Luottamuksen tarkastelu sukupuolen mukaan olisi ollut mielekästä, mutta tutkimuksen perusjoukon ollessa niin pieni, ei tarkastelu olisi enää koe- ja kontrolliryhmiin jaon vuoksi onnistunut. Tarkastelin myös aineiston alkukyselyssä mitattua yksinäisyyden kokemusta koe- ja kontrolliryhmissä. Tästä havaitsin, että koeryhmässä melko usein koettua yksinäisyyttä on hieman enemmän kuin kontrolliryhmässä. Kontrolliryhmässä kuitenkin jatkuvasti koettua yksinäisyyttä on hieman enemmän kuin koeryhmässä. Yksinäisyyden kokemuksen osalta on siten hankalaa tulkita alkukyselyn vaikutuksia saamiini tuloksiin.

Käyttämäni subjektiivisen hyvinvointiteorian osa-alueet mittaavat sosiaalisia ja fyysisiä hyvinvoinnin osa-alueita. Teoriassa hyvinvointia rakentavat aktivointi, fysiologisten vajeiden ja pelkojen poissaolo, status, hyväksyntä ja affektio. Tämän tutkielman tulosten perusteella luottamukseen yhteydessä olevia osa-alueita olivat fysiologisten vajeiden poissaoloon, sekä affektioon eli toisten ihmisten osoittamaan välittäminen liittyvät tekijät. On tärkeää huomioida, että hyvinvointiin vaikuttavat myös kulttuurilliset ja sosioekonomiset tekijät, jotka jäävät tämän tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle.

Tutkielman tuloksia tulkitessa on syytä huomioida myös tutkimuksen aineiston keräämisen ajankohta. Kyselytutkimuksen toteutushetken jälkeen väestön luottamusta sosiaali- ja terveysalaa kohtaan on voinut horjuttaa esimerkiksi koronapandemian aiheuttamat seuraukset ja pitkään valmisteltu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Koronapandemian vaikutukset ikääntyvien hyvinvointiin ovat kiistattomia. Pandemia lisäsi ikääntyvien yksinäisyyttä ja vaikeutti sosiaalipalveluiden toteuttamista sekä rajoitti esimerkiksi kiireettömiä lääketieteellisiä hoitoja. (Kestilä, Kapiainen, Mesiäislehto ym. 2022, 6–7.) Näin ollen tutkielman aineiston voidaan ajatella sijoittuneen yhteiskunnallisesti vakaampaan aikaan.

Tutkimuksen rajoitteena voidaan pitää aineiston haastavuutta. Vastaajat on jaettu koe- ja kontrolliryhmiin, joten tutkielmassa oli otettava huomioon kaikissa tarkasteltavissa yhteyksissä näihin ryhmiin kuulumisen. Lisäksi pitkittäistutkimuksena kerätty aineisto haastoi tutkimuksen tekemistä. Samoja kysymyksiä ei ole kysytty tutkimuksen alussa ja lopussa, joten ei ollut mahdollista vertailla esimerkiksi tutkimuksen alun ja lopun tuloksia, joka olisi ollut aineiston kannalta mielekästä. Aineiston otoskoko on myös melko pieni ja koe- ja kontrolliryhmiin jakaminen pienensi havaintoyksikköjen määrää entisestään.

Koeryhmän tuloksissa huomiota herätti kohtuullisen subjektiivisen hyvinvoinnin omaavien korkeampi luottamus terveystalvluihin, kuin hyvän subjektiivisen hyvinvoinnin omaavilla. Tätä voi osin selittää aiemmin mainittu asenteiden muokkautuminen sote-palveluista käytävän vilkkaan keskustelun myötä, mutta myös pitkittäistutkimuksen luonteesta johtuvat asennemuutokset. Kyselyn keräämisen ajaksi tehty jaottelu koe- ja kontrolliryhmiin on voinut vaikuttaa vastaajien asenteisiin, eivätkä tällöin saadut vastaukset edusta täysin todenmukaisia asenteita. Huomion arvoista on myös aikaisemmin toteamani sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuden ja terveystalvluihin luottamisen yhteys. Sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuden kohdalla luottamus terveystalvluihin oli vähäisempää, mikäli kuului koeryhmään. Sosiaalinen tuki vaikuttaa siis vahvistavan positiivista suhdetta sosiaalipalveluja kohtaan. On mahdollista, että terveystalvluihin kytkeytyvät asenteet ovat niin juurtuneita esimerkiksi palvelukokemuksien johdosta, ettei sosiaalisella tuella ole ainakaan kovin merkittävää vaikutusta näiden asenteiden muotoutumiseen.

Subjektiivisen hyvinvoinnin ja institutionaalisen luottamuksen voi ajatella olevan toisiaan vahvistavia tekijöitä. Subjektiivista hyvinvointia vahvistaa yksilön kokema institutionaalinen ja ihmisiin kohdistuva luottamus. Lisäksi sosiaaliset resurssit ja verkostot parantavat yksilön kokemaa subjektiivista hyvinvointia ja luottamusta. Institutionaalinen luottamus taas rakentuu sosioekonomisten, sosiodemografisten ja kulttuurillisten taustatekijöiden lisäksi itse määritellyn hyvinvoinnin kokemuksesta. Ikääntyvien näkökulmasta subjektiivinen hyvinvointi on paitsi omaan elämään tyytyväisyyden ja elämönhallinnan kannalta tärkeää, myös luottamuksen kannalta keskeisessä asemassa. Jatkossa olisi mielekästä ja ajankohtaista tutkia ikääntyville tyypillisiä yksilöllisiä tekijöitä, jotka lisäävät epäluottamusta instituutioihin ja sote-palveluihin. Etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jälkeen tapahtuneet muutokset väestön luottamuksessa ovat ajankohtainen ja tärkeä tutkimuskohde. Mielekkääksi jatkotutkimusaiheeksi nousee myös subjektiivisen hyvinvoinnin ulottuvuuksien ja luottamuksen yhteyden tarkastelu sukupuolen mukaan, sen rajautuessa tämän tutkielman ulkopuolelle. Lisäksi sosiaalisen tuen ollessa selkeästi yhteydessä ikääntyneiden hyvinvoinnin kokemuksiin, olisi tarpeellista tutkia lisää sosiaalisten verkostojen ja toiminnallisuuden muotojen yhteyttä ikääntyvien subjektiiviseen hyvinvointiin. Näin päästäisiin kiinni niin institutionaalista luottamusta kuin ikääntyneiden hyvinvointia rakentaviin tekijöihin.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari; Manderbacka, Kristiina; Muuri, Anu; Karvonen, Sakari; Junnila, Majjaliisa; Pekurinen Markku (2016) Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisesta? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ahonen, Tiina (2016) Mekanismit hyvinvoinnin ja eriarvoisuuden välissä. Tarkastelussa statusstressi ja epäluottamus Suomessa. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto.
- Analyysi: Sote-uudistus on täynnä ongelmia – kuka ratkaisee tämän pirullisen listan? 6.5.2016 <https://yle.fi/a/3-8858340>.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Armstrong, Katrina & Rose, Abigail & Peters, Nikki & Long, Judith A. & McMurphy, Suzanne & Shea, Judy A. (2006) Distrust of the Health Care System and Self-Reported Health in United States. *Journal of general internal medicine* 21:4, 292–297.
- Berg, Monika & Johansson, Tobias (2019) Building Institutional Trust Through Service Experiences – Private versus Public Provision Matter. *Journal of Public Administration Research and Theory* 30:2, 290-306.
- Calltrop, Johan & Larivaara, Meri (2009) Changing perceptions of equity and fairness. Teoksessa Magnussen, Jon, Karsten, Vrangbak, Saltman, Richard B. (toim.) *Nordic health care systems*. New York: Open University Press, 214–232.
- Demography-ohjelman kokoama tietopaketti. (2023) Väestörakenteen muutos haastaa yhteiskunnan kestävyuden. https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuoressa/ohjelmat-ja-hankkeet/2023_demography_vaalitietopaketti.pdf. Viitattu 20.3.2024.
- Eloranta, Sini (2009) Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turku: University of Turku: Turun yliopiston julkaisuja 869.
- Goold, Dorr Susan (2001) Trust and the Ethics of Health Care Institutions. *Hastings Center Report* 21:6, 26-33.
- Hall, Mark A. & Dugan, Elisabeth & Xheng, Beiyao & Mishra, Aneil K. (2001) Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *The Milbank Quarterly* 79:4, 613–639.
- Heikkilä, Tarja (2010) Tilastollinen tutkimus. 8. p. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, Tarja (2017) Tilastollinen tutkimus. 9. uud. p. Helsinki: Edita publishing, 2017 Print.

- Heimonen, Sirkkaliisa (2007) Näkökulmia ikääntyvän psyykkiseen toimintakykyyn. Teoksessa Pertti Pohjolainen & Anneli Sarvimäki & Ilkka Syren (toim.) Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. Ikäinstituutti, 13–19.
- Heino, Eveliina & Lillrank, Annika (2020) Institutionaalisen luottamuksen rakentuminen – maahanmuuttajataustaiset perheet perus- ja vammaispalvelujen käyttäjänä. *Sosiologia*, 57:4. 346–362. <https://journal.fi/sosiologia/issue/view/8817>
- Hetemaa, Tiina; Knape, Nina; Kokko, Leipälä; Ridanpää, Hannele, Rissanen; Suomela, Tuuli; Syrjä, Vesa; Syrjänen, Taru (2022) Sosiaali- ja terveystalvet Suomessa 2020. THL.
- Honkanen, Kati & Poikolainen, Jaana & Karlsson, Liisa (2018) Hyvinvointipalvelukokemukset tuentaruitsijan institutionaalista luottamusta rakentamassa? Tarkastelussa lapsiperheiden vanhempien sekä nuorten aikuisten kokemukset hyvinvointipalveluista. *Yhteiskuntapolitiikka* 83:5–6. 532–543.
- Jalonen, Harri (2021) Sote-uudistus – mitä, kuka, missä ja miten? *Focus Locals* 49:1. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/12446/Osuva_Jalonen_2021.pdf?sequence=2
- Julkunen, Raija (2017) Muuttuvat hyvinvointivaltiot. Eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina. Jyväskylä: SoPhi 137.
- Kaasa, Anneli & Andriani, Luca (2022) Determinants of institutional trust: the role of cultural context. Cambridge: University Press. 45–65.
- Kangassalo, Ritva & Teeri, Sari (2017) Yksinäisyys kotona asuvien iäkkäiden elämässä. *Gerontologia* 31:4. 278–289.
- Kestilä, Laura & Kapiainen, Satu & Mesiäislehto, Marita & Rissanen, Pekka (2022) Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Tampere: Terveystalvet ja hyvinvoinnin laitos.
- Kivisalmi, Sanna (2017) Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa. Pro gradu - tutkielma. *Sosiologia*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Komu, Merja & Hellsten, Katri (2010) Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kotkas, Toomas & Kalliomaa-Puha, Laura (2012) Oikeudellisia näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiskeskusteluun. Teoksessa Hennemari Mikkola, Jenni Blomgren & Heikki Hiilamo (toim.) Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 40–50.
- Kotkavirta, Jussi (2001) Luottamus instituutioihin ja yksilöllinen hyvinvointi. Teoksessa Kaj, Ilmonen (toim.) Sosiaalinen pääoma ja luottamus. Jyväskylä: SoPhi. 55–68.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

- Luiro, Minna (2011) Tyytyväisiä ovat ne, jotka eivät valita. Tutkimus yksinasuvien ikäihmisten subjektiivisesta hyvinvoinnista. Pro gradu -tutkielma. Sosiologia. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Lounsbury, Michael (2023) The Problem of Institutional Trust. Sage Journals 44:2, 308–310.
- Lyyra, Tiina-Mari & Heikkinen, Riitta-Liisa (2001) Perceived Social Support and Mortality in Older People. Journals of Gerontology: Social Sciences 61B:3. 147–152.
- Rissanen, Sari & Kannasoja, Sirpa & Ristolainen, Hanna & Tiilikainen, Elisa & Kivitalo, Mari & Närhi, Kati & Mäki-Opas, Tomi & Vaarama, Marja & Forma, Leena & Partanen, Jussi & Klavus, Jan & Rissanen, Pekka PROMEQ: yli 65-vuotiaiden hyvinvointi ja terveys 2017–2018 [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2021-01-12). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.
https://services.fsd.tuni.fi/catalogue/FSD3435?tab=download&study_language=fi
- Saari, Juho (2009) Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOYproOy.
- Schleutker, Elina (2013) Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio. Mitä vaihtoehtoja meillä on? Yhteiskuntapolitiikka 78:4. 425–436.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020b) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2030: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 1.2.2024.
- Sote-uudistuksen pitäisi hillitä paisuvaa hoito- ja hoivabudjettia – kuntakentällä ei ole uskoa tavoitteen toteutumiseen. 13.11.2021. <https://yle.fi/a/3-12187205>
- Suomen perustuslaki 731/1999
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2024) Eriarvoisuus. <https://thl.fi/aiheet/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>. Viitattu 21.2.2024.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2024) Ikääntyneiden mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi tarvitaan tietoa ja ymmärrystä. <https://thl.fi/-/ikaantyneiden-mielen-hyvinvoinnin-vahvistamiseksi-tarvitaan-tietoa-ja-ymmarrysta>. Viitattu 19.3.2024.
- Tietoaarkisto (2008) Mittaaminen: Mittarin luotettavuus.
<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. Viitattu 20.3.2024.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2023) Hyvä tieteellinen käytäntö.
<https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>. Viitattu 8.4.2024.
- Valli, Raine (2015) Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Veenhoven, Ruut (2008) Sociological theories of subjective well-being. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Välivehmas, Riikka-Maaria (2021) Koettu terveys ja terveystalveluiden käyttökokemus. Pro gradu -tutkielma. Sosiologia. Helsinki: Helsingin yliopisto

Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto (2020) Aineistojen yleiset käyttöehdot.
<https://services.fsd.tuni.fi/docs/terms-of-use>. Viitattu 6.4.2024.