

Kokemuksellinen hyvinvointi ja siihen liittyvät tekijät Pohjois-Savon kunnissa

Marjo-Riitta Kurikka

Opinnäytetyö

Marraskuu 2020

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Terveyden edistäminen

Tekijä Kurikka Marjo-Riitta	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Marraskuu 2020
	Sivumäärä 72	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kokemuksellinen hyvinvointi ja siihen liittyvät tekijät Pohjois-Savon kunnissa		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, Terveyden edistäminen		
Työn ohjaajat Mari Punna, Tiina Kuukkanen		
Toimeksiantaja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomalaisten hyvinvointi on kehittynyt myönteiseen suuntaan, mutta hyvinvointieroja on edelleen väestöryhmien välillä ja alueellisesti. Ihmisten kokemasta hyvinvoinnista tarvitaan tietoa laajemman kokonaiskuvan saamiseksi väestön hyvinvoinnin tilanteesta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kuntalaisten subjektiivista hyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä. Tavoitteena oli selvittää, liittyvätkö yksilön taustatekijät sekä elämäntilanteen- ja asuinseudun hyvinvoinnin osatekijät koettuun terveyteen ja omasta terveydestä huolehtimiseen. Lisäksi tarkasteltiin hyvinvoinnin tekijöiden kokemisen alueellisia eroja tutkimuksessa mukana olleiden kuntien sekä keskusta- ja reuna-alueiden välillä. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Opinnäytetyötä varten saatiin valmis kyselyaineisto, joka oli kerätty Pohjois-Savon asukkailta talvella 2019. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin, Spearmanin järjestykskorrelaatiokertoimen, khiin neliötestin sekä Mann-Whitney U- ja Kruskal-Wallis- testien avulla.</p> <p>Kotitalouden rakenne ja asuinkunta liittyivät terveyden kokemukseen. Kotitalouden rakenne ja ikä taas liittyivät terveydestä huolehtimiseen. Korkea tyytyväisyys hyvinvoinnin osatekijöihin liittyi tyytyväisyyteen terveydentilaa kohtaan ja terveydestä huolehtimiseen. Tyytymättömyys hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan taas liittyi tyytymättömyyteen terveydentilaa kohtaan sekä vähäiseen terveydestä huolehtimiseen. Varkauden vastaajat olivat tyytymättömämpiä terveyteen ja hyvinvoinnin osatekijöihin verrattuna muiden kuntien vastaajiin. Iisalmelaiset olivat tyytyväisimpiä terveyteensä ja lapinlahtelaiset tyytyväisimpiä kokonaisuudessaan hyvinvoinnin osatekijöihin. Keskusta-alueilla asuvat olivat tyytyväisempiä kuin reuna-alueilla asuvat. Tutkimuksen perusteella taustatekijät ja hyvinvoinnin osatekijät liittyivät koettuun terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen. Alueellisia eroja oli koetussa terveydessä ja hyvinvoinnissa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Koettu hyvinvointi, koettu terveys, alueelliset erot, hyvinvointierot, hyvinvoinnin edistäminen		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Kurikka, Marjo-Riitta	Type of publication Master's thesis	Date November 2020 Language of publication: Finnish
	Number of pages 72	Permission for web publication: x
Title of publication Self-estimated well-being and related factors in the municipalities of Pohjois-Savo		
Degree programme Master's degree programme in Health Promotion		
Supervisor(s) Mari Punna, Tiina Kuukkanen		
Assigned by Primary Health Care Unit of Pohjois-Savo Hospital District		
Abstract <p>The well-being of Finns has developed in a positive direction, but there are still differences between population groups and regionally in well-being. Information on the self-estimated well-being is needed to get a broader overall picture of the well-being of the population.</p> <p>The purpose of the thesis was to describe the subjective well-being of residents and related factors. The aim was to find out whether the background factors of the individual, the components of the state of life and the well-being of the residential area are related to self-estimated state of health and taking care of one's own health. In addition, the regional differences in the self-estimated well-being factors between the municipalities involved in the study and the downtown and peripheral areas were examined. The study data was received from the residents of Pohjois-Savo in the winter 2019 for the thesis. The data was analyzed with SPSS software. Relationships between variables were examined using cross-tabulation, Spearman order correlation coefficient, chi-squared test, and Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests.</p> <p>Household structure and place of residence were related to the self-estimated health. The structure and age of the household were related to taking care of health. High satisfaction with the components of well-being was related to satisfaction with self-estimated health and taking care of health. Dissatisfaction with the components of well-being was related to dissatisfaction with the self-estimated health and low level of taking care of health. Respondents in Varkaus were more dissatisfied with health and well-being factors than respondents in other municipalities. The residents of Iisalmi were the most satisfied with their health and the residents of Lapinlahti were the most satisfied with the components of well-being. Those living in downtown areas were more satisfied than those living in peripheral areas. Based on the results background factors and well-being components were related to the self-estimated health and taking care of health. There were regional differences in self-estimated health and well-being.</p>		
Keywords/tags (subjects) Self-estimated well-being, self-estimated health, regional differences, well-being disparities, promotion of well-being		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Hyvinvoinnin ulottuvuudet	6
2.1	Hyvinvoinnin määritelmä	6
3	Kokemuksellinen hyvinvointi	10
4	Hyvinvointiin vaikuttavat tekijät	12
4.1	Kokemuksellista hyvinvointia edistävät ja heikentävät tekijät	12
4.2	Terveyskäyttäytyminen ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin tekijänä.....	14
4.3	Hyvinvointierot	15
5	Kunta hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä	18
6	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	20
7	Tutkimuksen toteutus.....	20
7.1	Tutkimusmenetelmä	20
7.2	Mittarin kuvaus	21
7.3	Aineiston kerääminen	21
7.4	Aineiston analyysi.....	22
7.5	Tilastollinen analyysi	24
8	Tutkimuksen tulokset	26
8.1	Vastaajien taustatiedot	26
8.2	Taustatietojen yhteys toisiinsa.....	27
8.3	Terveydentilaan liittyvät tekijät	30
8.3.1	Taustatietojen yhteys terveydentilaan.....	30
8.3.2	Hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys terveydentilaan	31
8.4	Terveydestä huolehtimiseen liittyvät tekijät.....	33
8.4.1	Taustatietojen yhteys terveydestä huolehtimiseen.....	34
8.4.2	Hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys terveydestä huolehtimiseen ..	35
8.5	Alueelliset erot	37
8.5.1	Kuntakohtaiset erot.....	37

	2
8.5.2 Keskusta ja reuna-alueiden erot.....	38
9 Pohdinta.....	39
9.1 Tulosten tarkastelu.....	39
9.1.1 Terveystilaan ja terveydestä huolehtimiseen liittyvät tekijät ...	41
9.1.2 Asuinseutuun liittyvät tekijät	44
9.2 Eettisyys.....	46
9.3 Luotettavuus.....	48
10 Johtopäätökset.....	50
10.1 Jatkotutkimusehdotukset.....	52
Lähteet	54
Liitteet.....	63
Liite 1. Kokemuksellinen hyvinvointikysely	63

Kuviot

Kuvio 1. Neljä näkökulmaa hyvinvoinnin arviointiin	7
Kuvio 2. Terveyttä määrittävät tekijät.....	10
Kuvio 3. FinSote- tutkimuksen tuloksia 2017 - 2018	16
Kuvio 4. Tutkimusjoukon muodostaminen.....	23
Kuvio 5. Taustatiedot ja tyytyväisyys terveydentilaan	31
Kuvio 6. Terveystilaan yhdistyvät hyvinvoinnin osatekijät	32
Kuvio 7. Terveystilan ja hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys	33
Kuvio 8. Taustatekijät ja terveydestä huolehtiminen.....	34
Kuvio 9. Terveystilaan huolehtimiseen yhdistyvät hyvinvoinnin osatekijät	35
Kuvio 10. Terveystilaan huolehtimisen ja hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys.....	36
Kuvio 11. Kuntien vertailuluvut tyytyväisyydestä elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijöihin.....	38
Kuvio 12. Keskusta- ja reuna- alueiden vertailuluvut tyytyväisyydestä asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan.....	39

Kuvio 13. Keskeiset tulokset terveyteen, terveydestä huolehtimiseen ja hyvinvoinnin osatekijöihin yhdistyvistä tekijöistä	52
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Taulukot

Taulukko 1. Kokemuksellista hyvinvointia edistävät ja heikentävät tekijät	14
Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot	26
Taulukko 3. Vastaajien sukupuoli kunnittain	28
Taulukko 4. Vastaajien ikäluokat kunnittain	28
Taulukko 5. Vastaajien ikäluokat kunnanosissa	29

1 Johdanto

Kansalaisten hyvinvoinnin edistäminen on suomalaisen yhteiskuntapolitiikan lähtökohta, tavoite ja velvoite (Saari 2011, 9). Hyvinvointi onkin tärkeimpiä arvoja yhteiskunnassamme (Lagerspetz 2011, 79). Kohtuullisen hyvinvoinnin tason takaaminen kaikissa tilanteissa, ja mahdollisuuksien luominen hyvinvoinnin lisäämiseksi kuuluvat valtion vastuulle (Saari 2011, 74). Paikallisella tasolla kuntien perustehtävään kuuluu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (L 1326/2010, 12 §; L 410/2015, 1 §).

Useimpien kansainvälisten hyvinvointi-indeksien mukaan Suomi on maailman kärkeä hyvinvoinnissa (Suomi maailman kärjessä 2018). Suomi on muun muassa maailman viidenneksi hyvinvoivin- ja maailman onnellisin maa (The legatum prosperity index 2019; Helliwell, Huang & Wang 2019, 23). Hyvinvointia voidaan lähestyä materiaalisesta ja kokemuksellisesta näkökulmasta, jolloin puhutaan myös objektiivisesta ja subjektiivisesta näkökulmasta (Karvonen 2019, 100). Terveydestä ja hyvinvoinnista puhutaan usein yhdessä ja terveys voidaankin määritellä osaksi hyvinvointia (vrt. Allardt 1976; Karvonen & Kauppinen 2009, 469.)

Suomalaisten terveys- ja hyvinvointi ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan, mutta selviä sekä pysyviä eroja on edelleen väestöryhmien välillä. Terveyden ja hyvinvoinnin eroihin vaikuttavat eniten sosioekonominen asema, koulutus ja tulotaso. Siviilisäädellä, asuinalueella ja sukupuolella on myös vaikutusta. Hyvinvointieroja on havaittu muun muassa koetussa terveydessä. (Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna 2019, 102; Talala, Härkänen, Martelin, Karvonen, Mäki-opas, Manderbacka, Suvisaari, Sainio, Rissanen, Ruokolainen, Heloma & Koskinen 2014; Lahelma, Pentala, Helldän, Helakorpi & Rahkonen 2017.) Kokemuksellinen hyvinvointi on yksilöllinen kokemus, ja se voi vaihdella ihmisten välillä. On kuitenkin osoitettu tekijöitä, jotka vaikuttavat kokemukseen. Esimerkiksi matala koulutustaso yhdistyy huonoksi koettuun terveyteen (Karvonen 2019, 96; Lahelma ym. 2017, 1631.)

Hyvinvointi on käsitteenä ajankohtainen. Pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelmassa hyvinvointi tulee esille usean asiakokonaisuuden yhteydessä (Osallistava ja osaava Suomi... 2019). Tulevaisuuden SOTE-keskus-hankkeessa yhtenä viidestä tavoitteesta on toiminnan painotuksen siirtäminen ehkäisevään ja ennakoivaan työhön (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 2020). Sosiaali- ja terveysministeriöllä oli useita terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä kärkihankkeita myös vuosina 2016 - 2018 (Hyvinvointi ja terveys n.d).

Sosiaali- ja terveyspalveluissa painopiste on asiakaslähtöisyydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on muun muassa kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta (Kestilä, Knape & Hetemaa 2019, 188). Yhteiskuntapolitiikassa, paikallisessa politiikassa sekä palveluiden suunnittelussa on alettu antamaan yhä enemmän painoarvoa ihmisten kokemuksille (Kainulainen 2014, 74).

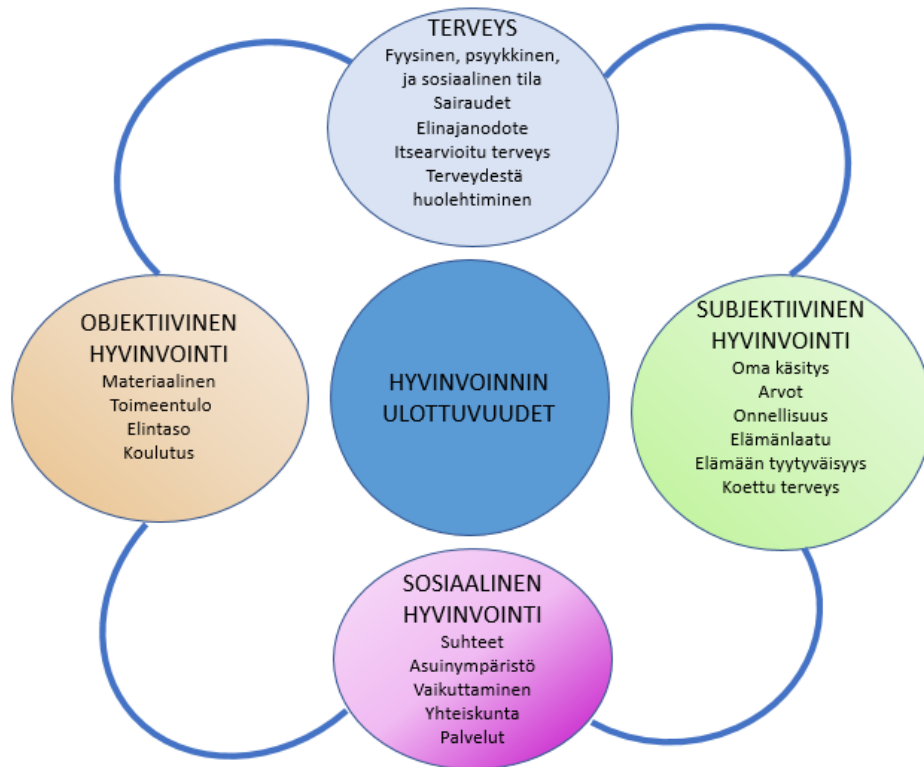
Pohjois-Savossa on toteutettu kokemuksellinen hyvinvointikysely alkuvuodesta 2019. Kyselyssä on selvitetty kokemuksellista hyvinvointia, jota hyödynnetään osana kuntien ja Pohjois-Savon hyvinvointikertomusta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuntalaisten subjektiivista hyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä. Tavoitteena on selvittää, liittyvätkö yksilön taustatekijät sekä elämäntilanteen- ja asuinseudun hyvinvoinnin osatekijät koettuun terveyteen ja omasta terveydestä huolehtimiseen. Lisäksi tarkastellaan hyvinvoinnin tekijöiden kokemisen alueellisia eroja tutkimuksessa mukana olevien kuntien sekä keskusta- ja reuna- alueiden välillä. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kunnan hyvinvoinnin edistämistyön suunnittelussa.

2 Hyvinvoinnin ulottuvuudet

2.1 Hyvinvoinnin määritelmä

Hyvinvointi on käsitteenä moniulotteinen ja keskustelua käydään siitä, mitkä teemat muodostavat hyvinvoinnin. Erilaisia käsityksiä on myös siitä kuka tai ketkä voivat määrittää hyvinvoinnin kannalta keskeiset tekijät. (Saari 2011, 9; Kainulainen 2014, 79.) Hyvinvointi saa erilaisen käsityksen arkikielessä kuin tutkijakielessä (Karvonen 2019, 96). Karvosen (2019, 96) mukaan tutkijat ymmärtävät hyvinvoinnin laajana käsitteenä, joka sisältää terveyden, ihmisenä olemisen aineellisen perustan, sosiaaliset suhteet ja sosiaalisen identiteetin. Edelleen tunnetuimpia yksilön hyvinvointiteorioita on Erik Allardtin (1976) luoma hyvinvointiteoria. Allardtissa tyytymättömyyttä herätti se, että tutkimuksissa hyvinvointi nähtiin vain aineellisista resursseista koostuvaksi. Allardt näki hyvinvoinnin monisäikeisempänä ilmiönä. (Allardt 1976, 9.) Allardtin hyvinvointiteorian keskiössä ovat tarpeiden tyydytys, elintaso ja elämänlaatu (Karvonen & Kauppinen 2009, 468). Allardt (1976, 32) jakaa hyvinvoinnin kolmeen luokkaan: elintaso (having) yhteisyysuhteet (loving) ja itsensä toteuttaminen (being). Allardtin teoriaa tukee myös esimerkiksi Robert Cummins (1996) esittämät hyvinvoinnin ulottuvuudet: materiaallinen hyvinvointi, tuottavuus, terveys, paikka yhteisössä, läheissuhteet, emotionaalinen hyvinvointi ja turvallisuus. Cummins on vain jakanut ulottuvuudet useampaan osaan kuin Allardt. (Karvonen & Kauppinen 2009, 469.)

Yleiskielessä hyvinvointi viittaa vaurauteen ja hyvään terveydentilaan (Suomisanakirja 2019). Terveystä ja hyvinvoinnista puhutaankin usein yhdessä, ja monissa teorioissa terveys määritellään osaksi hyvinvointia (vrt. Allardt 1976; Karvonen & Kauppinen 2009, 469). Hyvinvoinnin osatekijät voidaan esimerkiksi jakaa kuvion 1 mukaisesti neljään näkökulmaan: terveys, subjektiivinen hyvinvointi, objektiivinen hyvinvointi ja sosiaalinen hyvinvointi. Ulottuvuudet vaikuttavat toinen toisiinsa ja sisältävät osittain samoja asioita.



Kuvio 1. Neljä näkökulmaa hyvinvoinnin arviointiin (vrt. Allardt 1976; Karvonen 2019; Cummins 1996; Veenhoven 2000; Kainulainen 1998; Manderbacka 1998; Western & Tomaszewsk 2016; Helliwell ym. 2019; Sivistyksen suunta 2025; Kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen 2017.)

Subjektiiivisella eli koetulla hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisten omaa käsitystä hyvinvoinnin muodostavista tekijöistä (Karvonen 2019, 100). Kokemuksellisen hyvinvoinnin sisältäviä asioita on haasteellista määritellä, koska kyseessä on kokemuksellinen ilmiö (Vihanninjoki 2017, 433). Se pohjautuu kokemukseen, arvioon ja arvoihin. Allardt (1976, 9-10) korosti subjektiiivista hyvinvointia kuvaten sitä onnellisuuden kokemuksena ja tyytymättömyyden ilmaisulla. Myös Karvonen (2019, 96, 100) kuvaa subjektiiivisen hyvinvoinnin summautuvan yleensä onnellisuudeksi ja tyytyväisyydeksi elämään. Elämään tyytyväisyydestä puhutaan myös **elämänlaatuna**. Elämänlaatu on yksilön näkemys asemastaan elämässä kulttuurin ja arvojärjestelmän kontekstissa, ja miten se on suhteessa tavoitteisiin, odotuksiin, normeihin ja vallitsevaan tilaan. Elämänlaatu on laaja-alainen käsite, joka kattaa ihmisen psykologisen tilanteen,

itsenäisyyden tason, fyysisen terveyden, sosiaaliset suhteet, henkilökohtaiset vakaumukset ja suhteet ympäristöön. (What quality of life 1996, 354; Health promotion glossary 1998, 17.)

Elämänlaatu liittyy subjektiivisen hyvinvoinnin kokemukseen. Elämänlaatu, onnellisuus, terveys ja hyvä olo nähdään läheiseksi käsitteeksi hyvinvoinnille, vaikka Veenhoven (2000) näkee ettei termeille ole yksiselitteistä merkitystä. Veenhovenin mukaan termeillä pyritään kuvaamaan sitä, kuinka hyvin voimme. Veenhoven on elämänlaatuun liittyvässä tutkimuksessaan jakanut elämänlaatu-käsitteen nelikenttään sen mukaan, käsitelläänkö elämänlaatua ihmisen kokemuksesta vai elämän ulkoisista tekijöistä käsin (subjektiivinen tai objektiivinen). Nelikenttä kattaa hyödyksi olemisen tarpeen, elämän arvostuksen sekä mahdollisuudet eli ympäristön tarjoamat ulkoiset mahdollisuudet sekä yksilön sisäiset valmiudet hyödyntää niitä. (Veenhoven 2000, 1 - 5.) Allardt (1976, 32 - 33) mukaan elämänlaatu on taas ihmisen ja luonnon, ihmisen ja yhteiskunnan sekä ihmisten välisiin suhteisiin perustuvaa tarpeiden tyydytystä sekä itsensä toteuttamista. Nussbaumin ja Senin (1993, 1 - 2) mukaan elämänlaatu määrittyy subjektiivisen onnellisuuden kokemukseksi, toiveiden ja tavoitteiden tyydytyksen tilaksi sekä ulkoisten olosuhteiden kokonaisuudeksi. Myös Maslow (1943) näkee tarvehierarkian mallissaan tarpeiden tyydyttämisen keskeisenä hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä.

Itsensä toteuttamisella kuvataan kykyjen toteuttamista ja vahvuuksia. Itsensä toteuttaminen voidaan nähdä subjektiivisen hyvinvoinnin osatekijänä, mutta myös sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvänä. Itsensä toteuttaminen on positiivinen arvo ja tärkeä hyvinvoinnin osatekijä. Se on vastakohta vieraantumiselle. Itsensä toteuttamisen osatekijöitä ovat: arvonanto, korvaamattomuus, mahdollisuudet omaan elämään, mahdollisuus vapaa-ajan toimintaan ja mahdollisuus poliittiseen osallistumiseen. (Allardt, 1976, 46 - 47.)

Objektiivinen näkökulma ei tarkastele kokemuksellisia tekijöitä, vaan keskittyy tilastoista ja rekistereistä kerättäviin mitattaviin hyvinvoinnin osa-alueisiin, kuten elintasoon (Karvonen & Kauppinen 2009, 467), koulutustasoon ja sosioekonomiseen asemaan (ks. kuvio 1). Elintasoon Allardt kuvaa kuuluviksi fysiologiset tarpeet:

ravinto, neste, lämpö, ilma ja turvallisuus. Ilmaukset ovat kuitenkin epätäsmällisiä, joten on luonnollisempaa tarkastella asiaa tarpeiden tyydyttämisen kautta. Elintason osatekijät ovat niitä asioita, joita kaikki ihmiset tarvitsevat ja joista koostavat hyvinvoinnin. Alhainen elintaso voi vaikuttaa ihmiseen epäsuotuisasti, ja kuolemanvaarassa ihmiset kykenevät kestävänsä suuriakin puutteita pysyäkseen hengissä. Aineellisten resurssien minimitaso on kuitenkin ylipäättään edellytys elämälle. (Allardt 1976, 39, 41.)

Yhteisyyssuhteilla tarkoitetaan ihmisen **sosiaalisia suhteita** ja tarvetta kuulua johonkin sosiaaliseen verkostoon, jossa tuodaan esille toisista pitämistä ja välittämistä. Yksilöillä on myös rakkauden ja hellien suhteiden tarve. Suhteiden ollessa yhtäläisiä ja sisältäen rakkauden ilmauksia sekä huolenpitoa, puhutaan yhteisyydestä. Yhteisyys on tärkeä resurssi ja se auttaa yksilöä toteuttamaan muita arvoja. Yhteisyyden ulkopuolelle jääminen voi vaikuttaa negatiivisesti ihmiseen. (Allardt 1976, 43 - 45.) Asuin-ympäristö, rakenteet ja palvelut ovat yhteydessä yksilön hyvinvointiin. Yksilö, ympäröivä yhteisö ja ympäristö ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (Kainulainen 2014 87 - 88.) Hyvinvoinnin voidaan ajatella johtuvan yhteisestä elämästä ja yhteisestä elämisestä yhteisössä. Yhteisö ja sen suhteet nähdään olennaiseksi osaksi hyvinvoinnin rakennetta ja kokemusta. (Atkinson, Bagnall, Corcoran, South & Curtis 2019).

Kuten aiemmin on todettu, **terveys** on osa hyvinvointia. Terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauden tai vamman puuttumista (WHO 1948). Terveys on myös jatkuvasti muuttuva tila ja siihen vaikuttavat sairaudet, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö sekä ihmisen oma kokemus (Huttunen 2018; The determinants of health n.d). Monet tekijät siis yhdessä vaikuttavat ja määrittävät ihmisten terveyttä ja mahdollisuutta olla terve, mihin yksilön voi olla epätodennäköistä kyetä suoraan vaikuttamaan. Biologiset, käyttäytymiseen liittyvät, ympäristölliset, kulttuuriset, sosiaaliset, taloudelliset sekä poliittiset tekijät voivat suosia terveyttä tai olla sille haitallisia. (The determinants of health n.d; The Ottawa charter for health promotion 1986.) Terveysten määrittäjät on kuvattu kuviossa 2.

Jokainen kokee terveyden omalla lailla. Koettu terveys onkin ihmisen ilmaisema kokemus terveydestään, ja koettu terveystmääritelmä voi poiketa muiden ihmisten käsityksestä. (Manderbacka 1998.) Kuvion 2 tekijät vaikuttavat myös koettuun terveyteen (Garbarski 2016). Terveys on itseisarvo ihmiselle itselleen ja hyvä terveys mahdollistaa paremman toimeentulon sekä hyvinvoinnin tavoittelun (Tanninen & Tuomala 2015, 133 - 134).



Kuvio 2. Terveyttä määrittävät tekijät Dahlgrenin ja Whiteheadin (1991) mukaan (suom. Palosuo ym. 2004, 22)

3 Kokemuksellinen hyvinvointi

Hyvinvointi on käsitteenä laaja, joten kyseisen käsitteen alla tehdään monenlaisia tutkimuksia. Hyvinvointitutkimuksen peruskysymys kuitenkin on, mikä ja mitä on hyvä elämä. (Saari 2011, 10 - 11.) Sisäinen hyvinvointi, kokemusmaailma muodostaa oman alueensa hyvinvoinnissa. Objektivisesta hyvinvoinnista ihminen voi helpommin erotella eri elämänalueita ja arvioida niitä, kun taas subjektiivista hyvinvointia on vaikeampi eritellä, ja arvioida eri elämänalueiden vaikutuksia sisäiseen tilaamme.

(Kainulainen 2014, 78.) Subjekttiivisen hyvinvoinnin kokemus ja sen mittaaminen ovat nousseet kiinnostuksen kohteiksi sekä enemmän keskiöön hyvinvointitutkimuksissa 2000-luvulla (Saari 2011, 33, 124 - 127; Stiglitz, Sen & Fitoussi 2009a, 41). Hyvinvointitutkimuksen haaste on, kuinka henkilökohtaisista elämismaailmoista peräisin oleva laadullinen tieto pystytään sisällyttämään yksiselitteiseen vertailevaan analyysiin tai riittävän informatiiviseen muotoon (Vihanninjoki 2017, 345).

Ihmisten kokemasta hyvinvoinnista tarvitaan tietoa laajemman kokonaiskuvan saamiseksi väestön hyvinvoinnista. Rekisterit ja tilastot voivat kertoa määriä, kuinka paljon ihmiset käyttävät terveys- ja hyvinvointipalveluita, mutta ne voivat olla ristiriidassa ihmisten kokeman hyvinvoinnin kanssa. (Tarkiainen & Nieminen 2014, 7.) Terveystieteiden laissa (2010 /1326, 12§) velvoitetaan kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä ja raportoimaan niistä. Näin ollen kunnissa tarvitaan laajaa hyvinvointitietoa, joka käsittää myös tiedon asukkaiden subjektiivisesta hyvinvoinnista.

Erik Allardt tutki hyvinvointia aktiivisesti jo 1960 - 1970-luvuilla. Hän yhdisti subjektiivista elämänlaatua ja onnellisuutta mitanneeseen tutkimukseen objektiivisia elinolosuhteita (Lagerspetz 2011, 115). Kainulainen (2014) on koonnut yhteen keskeisimmät kokemukselliseen hyvinvointiin liittyvät indikaattorit, joilla saadaan tietoa väestön hyvinvoinnista. Niitä ovat: asuinympäristö, virkistyminen, osallistuminen ja aktiivisuus, itsensä kehittäminen, työelämä, elintaso, terveys, ympäristö, turvallisuus, palvelut, arvio elämäntilanteesta, hallinto, tulevaisuus, onnellisuus, ajankäyttö, tapaturmat ja tasa-arvo. (Kainulainen 2014, 83.)

Hyvinvointiin liittyvää tietoa on saatavilla erilaisista rekistereistä ja tilastoista Suomessa. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos (THL) on toteuttanut alueellista terveys- ja hyvinvointitutkimusta (ATH) vuosina 2010 - 2017. Syksystä 2017 lähtien tutkimus on jatkunut FinSote-tutkimuksen nimellä. Tutkimus antaa tietoa kunnille väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä väestön palvelujen tarpeesta ja niiden riittävydestä. Tutkimus sisältää myös koetun hyvinvoinnin ja terveyden aihealueet. (FinSote-tutkimus 2019). Kouluterveyskysely taas tuottaa tietoa lasten ja nuorten hyvinvoinnista (Kouluterveyskysely n.d). Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvinvointikompassi

tuottaa myös tietoa väestön hyvinvoinnista, terveydestä, palveluista ja väestörakenteesta. Hyvinvointikompassi kokoaa yhteen indikaattorit kansallisista rekistereistä ja väestötutkimuksista. (Hyvinvointikompassi 2019.) Euroopassa OECD ja EU ovat olleet aktiivisia hyvinvoinnin mittaamisessa ja sen uudistamisessa 2010-luvulla (OECD guidelines on the measurement of subjective well-being 2013, Stiglitz ym. 2009b).

4 Hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

4.1 Kokemuksellista hyvinvointia edistävät ja heikentävät tekijät

Kokemuksellista hyvinvointia edistävät sekä heikentävät tekijät voivat vaihdella elämän aikana ja yksilöiden välillä. Tarkasteltaessa subjektiivista näkökulmaa ei kuitenkaan voida unohtaa objektiivisia ulottuvuuksia eikä taustatekijöitä, sillä niillä voi olla vaikutusta kokemukseen. (Vihanninjoki 2017, 433.) Voimme kuitenkin tutkimuksista tarkastella altistavia ja vaikuttavia tekijöitä. Westernin ja Tomaszewskin (2016, 16) mukaan parempi objektiivinen hyvinvointi lisää elämäntyytyväisyyttä. Kainulaisen (1998, 217 - 222) tutkimuksen mukaan elämään tyytyväisyyttä taas selittävät hyvä subjektiivinen terveydentila, tulojen riittävyys, hyvät asuinolot, vähäinen sairastavuus, ihmissuhteet, työelämän asema, optimistinen elämänasenne ja vähäiset perheongelmat. Hyvä terveys nähdään näin ollen tärkeänä osatekijänä sosiaaliselle, taloudelliselle ja yksilölliselle kehitykselle sekä tärkeänä ulottuvuutena elämänlaadulle (The Ottawa charter for health promotion 1986). Työttömyys vaikuttaa kielteisesti ihmisen elämänlaatuun. Työttömät kokevat enemmän negatiivisia asioita kuten ahdistusta, stressiä ja kipua. (Stiglitz ym. 2009a, 42.)

Subjektiivisella hyvinvoinnilla on osoitettu olevan positiivinen yhteys terveyteen ja pitkäikäisyyteen (Diener & Chan 2011). Yksinäisyyden ja syrjäytymisen taas nähdään lisäävän kuoleman riskiä. Taustalla ovat usein haitalliset sosioekonomiset olosuhteet, epäterveelliset elämäntavat ja heikompi henkinen hyvinvointi. (Elovainio, Hakulinen,

Pulkki-Råback, Virtanen, Josefsson, Jokela, Vahtera & Kivimäki 2017, 260, 266.) Fyysisesti ja henkisesti terveeksi itsensä kokeva ihminen on onnellisempi (Bian, Zhang, Yang, Guo & Lei 2015, 89). Onnellisuus on arvio tyytyväisyydestä elämään ja elämästä nauttimisesta (Veenhoven 2009, 1).

Hyvä terveys, vapaa-aika, hyvät perhe- ja ystäväsuhteet sekä aineellinen ja taloudellinen pärjääminen ovat yhteydessä parempaan subjektiiviseen hyvinvointiin (Western & Tomaszewsk 2016, 15). Kansainvälisesti hyvinvointia tukeviksi tai sitä määrittäviksi tekijöiksi nähdään tulot, elinajanodote, sosiaalinen tuki, vapaus tehdä valintoja elämässä, luottamus päättäjiin ja hyvän tekeminen/anteliaisuus (Helliwell ym. 2019, 23). Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuksien saavuttamiseksi yksilöllä tai ryhmällä täytyy olla kykyä tunnistaa ja toteuttaa toiveensa, tyydyttää tarpeensa sekä mukautua ja selviytyä ympäristössä (The Ottawa charter for health promotion 1986). Elämään tyytyväisyys kiteytyy yksilöllisyyteen, mutta myös vahvasti ihmisen suhteeseen ympäröivään yhteisöön (Kainulainen 2014, 81).

Taulukko 1. Kokemuksellista hyvinvointia edistävät ja heikentävät tekijät (vrt. Bian, Zhang, Yang, Guo & Lei 2015, 89; Helliwell ym. 2019, 23; Kainulainen 1998, 217 - 222; Stiglitz ym. 2009a, 42; Western & Tomaszewsk 2016, 15 - 16).

VAHVISTAVAT TEKIJÄT	HEIKENTÄVÄT TEKIJÄT
Objektiivinen hyvinvointi	Huono objektiivinen hyvinvointi
Sosioekonomiset tekijät Hyvä tulotaso, ammattiasema, koulutustaso Hyvät asuinolot	Sosioekonomiset tekijät Matala tulotaso, ammattiasema, koulutustaso Huonot asuinolot
Sosiaalinen asema Hyvät perhe- ja ihmissuhteet Osallistuminen	Sosiaalinen asema Perhe- ja ihmissuhdeongelmat Työttömyys, yksinäisyys
Persoonalliset tekijät Myönteisyys, joustavuus Onnellisuus	Persoonalliset tekijät Negatiivinen elämänsenne Onneton
Terveys Hyvä fyysinen ja psyykinen terveys Hyvä subjektiivinen terveys Vähäinen sairastavuus	Terveys Huono fyysinen ja psyykinen terveys Huono subjektiivinen terveys Sairastavuus

4.2 Terveyskäyttäytyminen ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin tekijänä

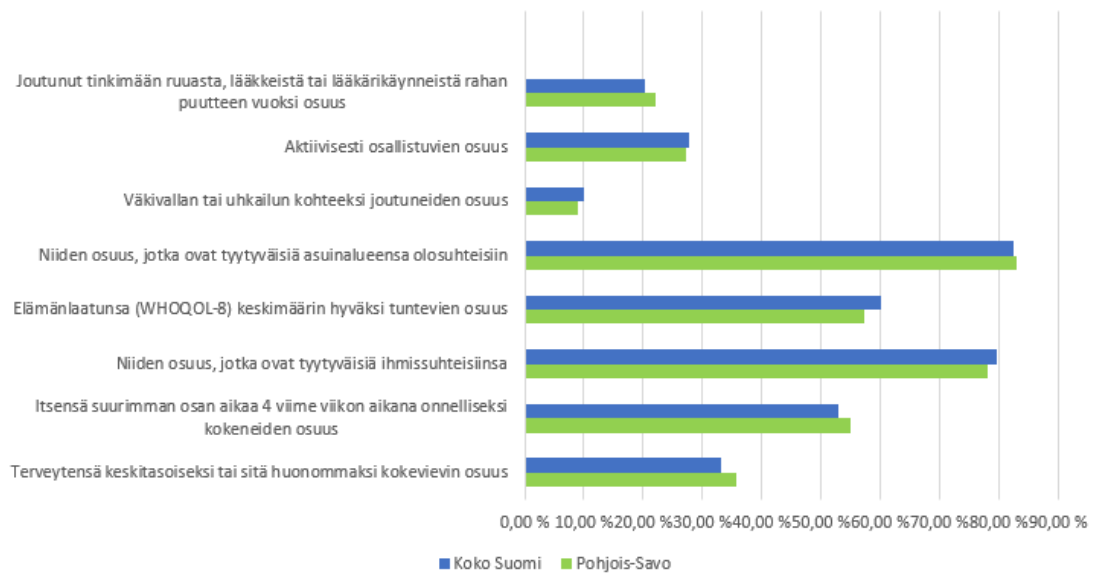
Tutkimukset osoittavat ei-lääketieteellisten tekijöiden vaikuttavan terveyteen ja hyvinvointiin (Braveman, Egerter & Williams 2011; Short & Mollborn 2015). Muun muassa riskikäyttäytymisellä nähdään olevan selkeitä vaikutuksia fyysiseen ja henkiseen terveyteen (Huijts, Stornes, Eikemo, Bambra 2017, 55). **Terveyskäyttäytymistä** voidaan pitää synonyymina omasta terveydestä huolehtimiselle. Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön käyttäytymistä ja valintoja terveyteen vaikuttavissa asioissa. Terveyskäyttäytymisellä on vaikutusta hyvinvointiin ja terveyteen (Terveyskäyttäytyminen 2019; Short & Mollborn 2015) ja toisaalta terveys ja hyvinvointi voivat vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. Yksilö tekee päätökset omasta terveyskäyttäyty-

misestään, mutta sosiaaliset, fyysiset ja psyykkiset yhteydet vaikuttavat käyttäytymiseen. Terveyskäyttäytymistä ohjaavat muun muassa tieto, pelko, riskit, raha tai sen puute, kokemukset, ympäristö ja yhteiskunta. (Das 2013 4-5; Short & Mollborn 2015.) Terveyskäyttäytyminen voi tulla yksilön tai ryhmän muun toiminnan sivutuotteena, jota motivoi kollektiiviset arvot sekä pyrkimys kokea yhteenkuuluvuutta samat arvot jakaviin yhteisöihin tai ryhmiin (Maunu, Katainen, Perälä & Ojajärvi 2016, 198).

4.3 Hyvinvointierot

Tutkimuksista käy ilmi, että suomalaisten koettu terveys ja hyvinvointi ovat pääosin kohentuneet, mutta koetussa terveydessä ja hyvinvoinnissa on huomattavia eroja sosioekonomisten ryhmien välillä, ja erot ovat säilyneet vuosien aikana (Lahelma ym. 2017; Talala ym. 2014; Karvonen, Martelin ym. 2019, 101,107). Euroopassa sairastavuus ja kuolleisuus ovat laskeneet viime vuosikymmeninä, mutta sosioekonomisten ryhmien välillä on terveyseroja ja ne ovat jopa kasvaneet. Koetun terveyden eriarvoisuuden kokemukset ovat jopa epäsuotuisampia kuin kuolleisuuden epätasa-arvoisuus. (Hu, van Lenthe, Borsboom, Looman, Bopp, Burström, Dzúrová, Ekholm, Klumbiene, Lahelma, Leinsalu, Regidor, Santana, de Gelder, Mackenbach 2016, 644; Balaj, McNamara, Eikemo, Bamba 2017, 107.)

Karvonen (2019) on vetänyt yhteen ATH 2015:n, Finsote 2017 - 2018:n sekä kouluterveyskysely 2017:n tulokset koetun hyvinvoinnin osalta. Koettu hyvinvointi ja terveys vaihtelevat objektiivisia sairastavuustietoja huomattavasti vähemmän. (Karvonen 2019, 178 - 183.) Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen sairastavuusindeksin (2014 & 2016) mukaan maakunnista suurin sairastavuusindeksi-arvo on Pohjois-Savossa niin ikävakiomattomassa kuin ikävakioidussa tarkastelussa. Indeksillä kuvaa väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Indeksillä sisältyy seitsemän eri sairausryhmää (THL:n sairastavuusindeksi 2019.) Kuviossa 3. nähdään, että pohjoissavolaiset arvioivat terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi hieman enemmän koko Suomeen verrattuna, eli ero ei ole niin suuri koetussa terveydessä kuin sairastavuustilastoissa. Hyvinvoinnin osalta pohjoissavolaiset kokevat olevansa hieman onnellisempia, mutta kokevat elämänlaatunsa hieman huonommaksi koko Suomen vastaajiin verrattuna.



Kuvio 3. FinSote- tutkimuksen tuloksia 2017 - 2018 hyvinvoinnin ja terveyden osaluueilta koko Suomi ja Pohjois-Savo (Pentala-Nikulainen, Koskela, Parikka, Kilpeläinen, Koskenniemi, Aalto, Muuri, Koskinen & Lounamaa 2018.)

Kehityksen myötä sukupolvi toisensa jälkeen on ollut paremmin koulutettu ja toimihenkilöammatit ovat lisääntyneet. Uusi sukupolvi nousee vanhempiaan parempaan sosiaaliseen asemaan ja kuulu korkeasti koulutettujen ja matalan koulutuksen saaneiden välillä kasvaa. Niin mitatun kuin koetun terveyden ja hyvinvoinnin tiedetään olevan huonompi alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Huonon terveyden omaavat saattavat valikoitua alempiin sosiaaliin luokkiin sosiaalisen liikkuvuuden tuloksena. Huono terveys ja työkyky voivat johtaa työmarkkina-aseman muutokseen ja tulojen vähenemiseen. Elintavat ja terveyskäyttäytyminen ovat keskeisiä terveyteen, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Voidaan todeta, että aineelliset ja rakenteelliset tekijät vaikuttavat koettuun terveyteen ja hyvinvointiin, sairastavuuteen, kuolleisuuteen, elintapoihin sekä terveyskäyttäytymiseen ja näiden kautta sairastavuuden ja kuolleisuuden sosiaaliluokkaeroihin. (Rahkonen & Lahelma 2013, 274 - 275; Talala ym 2014, 2187 - 2189.) Muualla Euroopassa alhaisemmissa koulutusryhmissä on havaittu epäsuotuisampaa terveyskäyttäytymistä, ja näiden ryhmien edustajat useimmiten arvioivat terveytensä huonommaksi. On kuitenkin epäselvää,

ovatko käyttäytymistekijät huonon itsearvioidun terveyden seuraus vai syy. (Balaj ym. 2017, 108, 112.)

Lapsuuden ja nuoruuden kokemukset vaikuttavat myös merkittävästi tuloryhmien välisiin eroihin koetussa terveydessä (Karvonen, Martelin ym. 2019 101 - 102).

Mckenzien, Carterin, Blakelyn ja Ivoryn (2011, 1) tutkimuksen mukaan alemmassa sosioekonomisessa luokassa kasvaneet ilmoittivat suuremmalla todennäköisyydellä terveytensä huonoksi aikuisena kuin ylemmässä sosioekonomisessa luokassa kasvaneet. Terveyden huonoksi kokeminen ennustaa kuolleisuutta ja näin ollen terveyspalvelujen kasvanutta käyttöä (Heistaro, Jousilahti, Lahelma, Vartiainen, Puska 2001). Karvosen ja muiden (2019, 102) mukaan sosioekonomisten ryhmien välillä eroja koettuun terveyteen tekevät myös sukupuoli, siviilisääty, asuinalue ja äidinkieli.

Saarsalmi ja muut (2017, 193) osoittivat koetun terveyden olevan hieman huonompaa maaseudulla kuin kaupungissa. Myös Karvosen, Kauppisen & Ilmarisen (2010, 228) mukaan haja-asutusalueilla huonoksi koettu terveydentila oli yleisintä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu Yhdysvalloissa elinajanodotteen ja terveydentilan suhteen. Maaseudulla terveys ja elinajanodote olivat huonompia kuin kaupungeissa. (Singh & Siahpush 2014.) Saarsalmen ja muiden (2017) tutkimuksessa tuotiin esille, että ikä, sukupuoli ja koulutus vaikuttivat koetun terveyden tuloksiin maaseutu- ja kaupunkialueilla.

Eurooppalaisesta sosiaalitutkimuksesta kerättyjen tietojen mukaan vauraimmissa maissa maaseudun elintaso on korkeampi ja tarjoaa hyvät olosuhteet kokemukselliselle hyvinvoinnille, kun taas vähemmän kehittyneissä maissa maaseudulla ei ole yhtä hyviä resursseja hyvinvoinnin luomiseksi kuin kaupungeissa (Requena 2016, 705). Myös Kauppisen ja Karvosen (2014) mukaan hyvinvoinnin puutteita ilmenee enemmän maaseutumaisilla alueilla. Epäluottamusta julkiseen valtaan ja muihin ihmisiin koettiin yleisimmin harvaan asutulla maaseudulla ja harvinaisinta se oli kaupungissa. (Kauppinen & Karvonen 2014, 92.) Maakuntien välillä on huomattu, että koettu hyvinvointi vaihtelee selvimmin elintasoon liittyvissä kokemuksissa ja vähemmän identiteettiin tai sosiaalisiin suhteisiin liittyvissä tunnusluvuissa (Karvonen 2019, 172).

Onnellisuus on kuitenkin yleisempää harvempaan asutuilla alueilla kuin ydinalueilla läpi Suomen. Yleisintä onnellisuus on kaupunkien kehitysalueilla ja harvaan asutulla maaseudulla. (Saarsalmi ym. 2017, 193 - 196.) Myös Saarisen, Airion, Kaikkosen ja Luoman (2013) mukaan maaseudulla asuu onnellisempia ihmisiä kuin kaupungeissa tai taajama-alueilla. Parisuhde ja hyväksi koettu terveys olivat onnellisuuden taustalla kaikilla asuinalueilla. (Saarinen ym. 2013, 530.) Kansainvälisessä vertailussa Suomessa asuu onnellista kansaa, sillä The World Happiness Report 2019:n mukaan Suomi on maailman onnellisin maa. Suomalaiset olivat raportoineet kokemuksia positiivisista tunteista arjessa ja tyytyväisyydestä sosiaaliseen tukeen. (Helliwell ym. 2019, 23 - 24.)

Maakuntien hyvinvointierojen pitäminen hallinnassa edellyttää määrätietoista ja keskitettyä ohjausta, joka tarvitsee tuekseen tutkimusta ja tiedontuotantoa (Karvonen 2019, 184). Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ei ole vain Suomen ongelma, sillä se on mielenkiinnon kohteena myös kansainvälisesti (vrt. muun muassa Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region 2014; Healthy lives, healthy people: Our strategy for public health in England 2010; National strategy to reduce social inequalities in health 2007). Maailman terveysjärjestö WHO on vahvasti mukana terveyden edistämistyössä ja eriarvoisuuden vähentämisessä. WHO antaakin toimintasuosituksia valtioille. (WHO n.d.)

5 Kunta hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä

Kuntalain (410/2015, 1 §) mukaan kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen on kuntien perustehtävä. Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 12 §) velvoittaa seuraamaan kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia ja nimeämään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Kuntiin on luotu hyvinvoinnin edistämisen rakenteet. Kunnan johto vastaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, ja kaikki kunnalliset toimialat ja toimijat kunnan alueella suunnittelevat, toimeenpaneuvat ja arvioivat kunnan poikkitoiminnal-

lista hyvinvointityötä. Kunnan elinvoima perustuu hyvinvoiviin kuntalaisiin ja jatkuvaan uudistumiskykyyn. Riittävät ja laadukkaat kulttuuri sekä liikuntapalvelut ylläpitävät hyvinvointia ja ehkäisevät sosiaalista syrjäytymistä sekä sairauksia. (Sivistyksen suunta 2025, 5.)

Osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet sekä poliittinen päätöksenteko ovat hyvinvoinnin osatekijöitä. Palvelut, rikollisuuden ehkäisy, yhteisöllisyys, turvallinen ympäristö ja turvaverkostot luovat turvallisuuden tunnetta kuntalaisille. Kuntalaisten hyvinvoinnin todetaan olevan yhteydessä myös ympäristön tilaan, kaavoitukseen, liikennejärjestelyihin, koulutukseen ja koulutusmahdollisuuksiin sekä ruokapalveluihin. Kunta huolehtii näiden toteutumisesta suunnittelulla ja toiminnallaan. Muun muassa järjestöt, seurakunnat, yhdistykset ja yhteisöt tekevät hyvinvoinnin edistämistyötä yhteistyössä kunnan kanssa. (Kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tärkeässä asemassa hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitäjänä (Karvonen, Kestilä, Kauppinen 2019, 228). Suomen perustuslain (731/1999, 19 §) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyspolitiikka sekä lainsäädännön valmistelu ovat sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla (Terveyspalvelut n.d). Kunnan vastuulla on järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut (ks. L 733/1992, 4 §). Terveydenhuollon toiminnasta ja sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (ks. L 1326/2010).

Terveyspalvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan terveyskeskuksessa kunnassa. Perusterveydenhuollon tehtävänä on edistää, ylläpitää ja tukea väestön terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Kunta tuottaa myös ikääntyneiden ja vammaisten palvelut, sosiaalipalvelut, lastensuojelun, mielenterveys- ja päihdepalveluja, äitiys- ja lastenneuvolapalvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon. (Kestilä ym. 2019, 188 - 201.)

6 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuntalaisten subjektiivista hyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä. Tavoitteena on selvittää, liittyvätkö yksilön taustatekijät sekä elämäntilanteen- ja asuinseudun hyvinvoinnin osatekijät koettuun terveyteen ja omasta terveydestä huolehtimiseen. Lisäksi tarkastellaan hyvinvoinnin tekijöiden kokemisen alueellisia eroja tutkimuksessa mukana olevien kuntien sekä keskusta- ja reuna-alueiden välillä. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kunnan hyvinvoinnin edistämistyön suunnittelussa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiset tausta- ja hyvinvoinnin osatekijät ovat yhteydessä koettuun terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen?
2. Eroavatko Pohjois-Savon eri kunnat ja kuntien keskusta- ja reuna-alueet toisistaan asukkaiden koetun terveyden, terveydestä huolehtimisen tai yhteydessä olevien hyvinvoinnin osatekijöiden suhteen?

7 Tutkimuksen toteutus

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisellä eli kvantitatiivisella menetelmällä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kerätään numeerista tietoa ja käytetään tilastollista menetelmää (Bryman 2012, 161 - 162). Tutkimusaineistona käytettiin Pohjois-Savossa tehtyä kokemuksellisen hyvinvoinnin kyselyä. Kvantitatiivisen tutkimuksen tyypillinen aineistonkeruumenetelmä on kyselytutkimus, joten kvantitatiivinen lähestymistapa sopi tähän tutkimukseen (Vehkalahti 2014, 13).

7.2 Mittarin kuvaus

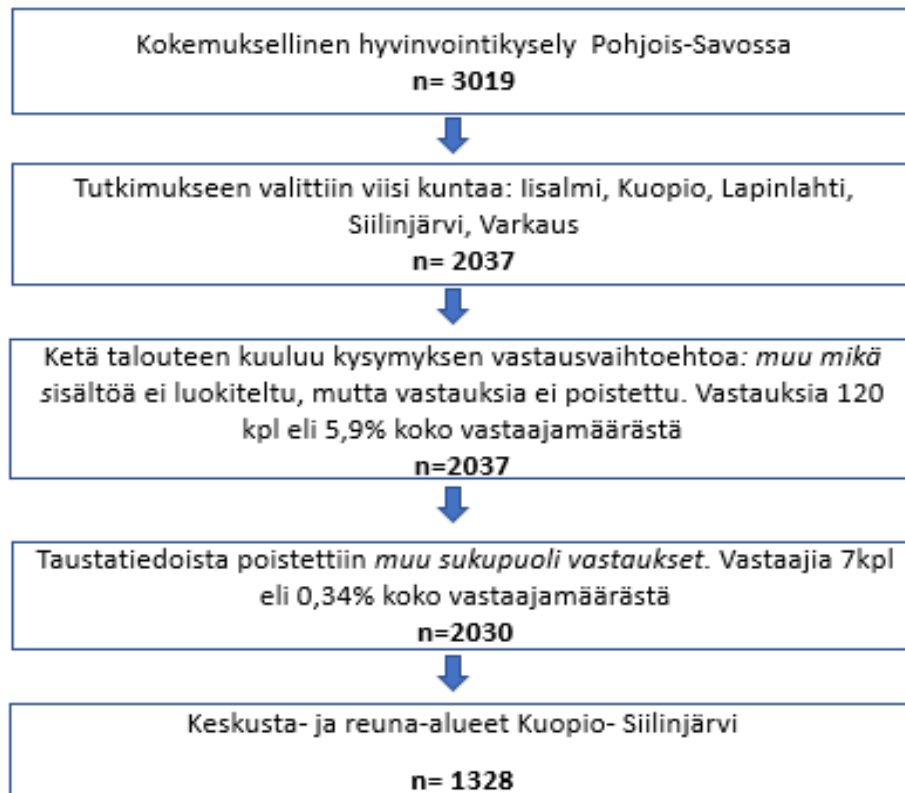
Tutkimuksessa käytetty kyselylomake (LIITE 1.) koostui arviointiasteikollisista (asteikolla 0-10 tai 1-10) ja avoimista kysymyksistä. Taustatietoina kysyttiin sukupuoli, ikäluokka, ketä talouteen kuuluu, asuinkunta ja asuinalue. Käytetty kysely perustuu Valtiovarainministeriön kuntakoikeilussa 2015 - 2016 kehitetyn mittarin yhteen osaan, 3X10D-elämäntilannemittariin (Kainulainen 2019, 5) ja Kainulaisen (2014) kehittämään paikallisen sosiaalisen hyvinvoinnin mittariin. 3X10D-elämäntilannemittari kartoitti vastaajan tyytyväisyyttä kymmeneen keskeiseen elämänalueeseen (Kainulainen 2019, 12, 48). Paikallisen sosiaalisen hyvinvoinnin mittari kuvaa ihmisten koettua hyvinvointia paikallisessa kontekstissa ja näkökulmaa siitä, millaisia hyvän elämän mahdollisuuksia asuinympäristö tarjoaa. Se sisältää yksilöön, itseen ja yhteisöön liittyviä tekijöitä. (Kainulainen 2014, 88.) Paikallisen sosiaalisen hyvinvoinnin mittari kartoitti vastaajien kokemusta ja tyytyväisyyttä kahteentoista hyvinvoinnin osatekijään. Näiden mittareiden lisäksi kysely sisälsi kysymyksen onnellisuudesta ja viherympäristön merkityksestä onnellisuuteen.

7.3 Aineiston kerääminen

Tutkimusta varten saatiin valmiiksi kerätty aineisto Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköstä. Tutkimusaineisto perustuu kokemukselliseen hyvinvointikyselyyn, joka toteutettiin Pohjois-Savossa tammi-helmikuussa 2019 avoimena verkkokyselynä, sekä paperisena lomakkeena kunkin paikkakunnan kunnan-/kaupungintalolla ja pääkirjastossa. Kyselylomake oli vapaasti saatavissa internetissä. Kyselyä markkinoitiin kaikenikäisille sähköpostitse, lehti-ilmoituksella paikallislehdessä ja sosiaalisessa mediassa. Kyselyyn vastasi yhteensä 3019 henkilöä ja kyselyn kuntakohtaiset perustulokset on raportoitu kunnissa. Tutkimuksen tekijä sai aineiston haltuunsa Excel-taulukkona.

7.4 Aineiston analyysi

Analyysia varten aineistoa rajattiin ja luokiteltiin uudelleen. Tämän tutkimuksen aineisto rajattiin kuntiin, joissa kyselyyn vastanneita oli yli 200. Näin tähän tutkimukseen otettiin mukaan Iisalmen, Kuopion ja Varkauden kaupungit sekä Siilinjärven ja Lapinlahden kunnat. Vastaajia näillä alueilla oli yhteensä 2037, eli tämä oli tutkimuksen itsevalikoituneen näytteen koko. Mittareista tutkimukseen otettiin mukaan kaikki liitteessä 1. esitellyt elämäntilannetta, asuinseudun tuottamaa hyvinvointia ja onnellisuutta käsittelevät arviointiasteikon kysymykset. Kunnanosien alue-erojen tarkasteluun otettiin mukaan Kuopio ja Siilinjärvi, koska näissä kunnissa vastaajilta oli kysytty asuinalueita. Kuopion ja Siilinjärven alueet yhdistettiin keskusta- alueeseen ja reuna-alueeseen etäisyyden perusteella. Keskusta- alue käsitti alueiden keskiarvon perusteella <10 km päässä hallinnollisesta keskustasta olevat alueet ja reuna-alue > 10 km hallinnollisesta keskustasta olevat alueet. Tutkimusjoukon muodostaminen on kuvattu kuviossa 4. Excel-ohjelmassa aineistosta poistettiin tutkimuksen ulkopuolelle jäävät kunnat, avoimet kysymykset vastauksineen, sekä luokiteltiin taustatiedot. *Ketä talouteesi kuuluu tällä hetkellä* kysymyksen *muu mikä* vastausvaihtoehdon sisältöä ei luokiteltu. Se sisälsi asumista muun muassa lemmikin, kaverin ja vanhempien kanssa. Rajausten ja luokittelujen jälkeen vastauksia jäi analyysiin n= 2030, keskusta- ja reuna-alueiden analyysiin n= 1328.



Kuvio 4. Tutkimusjoukon muodostaminen

Tutkimusaineiston vastaukset luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan: 0 - 5 (tyytymättömän/ vähän), 6 - 7 (jonkin verran) ja 8 - 10 (tyytyväinen/ paljon). Vastausten jakaminen kolmeen eri suuruiseen osaan perustui aikaisempien tutkimuksien tuloksiin. Muun muassa Kainulaisen ja Juutisen (2017) Nuoren elämäntilanteen hahmottaminen 3X10D-mittarilla- tutkimuksessa todettiin, että jakaumat ovat perinteisten hyvinvointivastausten mukaisesti vinoja ja painottuvat suurimpiin vastausvaihtoehtoihin. Keskeinen katkaisukohta näin ollen on teoreettisesti mittarin puoliväli. (Kainulainen & Juutinen 2017.) Kolmiportaisessa jaottelussa arvot 0 - 5 merkitsevät vahvaa tyytymättömyyttä, arvot 6 - 7 kohtuullista tyytyväisyyttä ja arvot 8 - 10 voimakasta tyytyväisyyttä. Kolmiportainen jaottelu auttaa myös löytämään nopeammin tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden tekijät (Kainulainen 2019, 49). Tarkasteltaessa tämän tutkimuksen vastauksia huomattiin vastausten painottuvan myös voimakkaan tyytyväisyyden päähän.

Tutkimuksessa tarkasteltiin kahta muuttujaa: *kuinka tyytyväinen olet terveydentilaasi ja kuinka paljon pidät huolta terveydestäsi*. Tutkimuksessa selvitettiin, liittyvätkö taustatekijät ja koetun elämäntilanteen, asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin sekä onnellisuuden ja viherympäristön muuttujat (LIITE 1.) terveydentilan kokemiseen sekä terveydestä huolehtimiseen. Näistä muuttujista käytetään myös nimitystä hyvinvoinnin osatekijät tässä tutkimuksessa. Yhdistyvien hyvinvoinnin osatekijöiden osalta selvitettiin myös, millaiset tekijät liittyvät erityisesti tyytyväisyyteen (8 - 10) ja tyytymättömyyteen (0 - 5) terveydentilasta sekä terveydestä paljon (8 - 10) ja vähän (0 - 5) huolta pitäviin. Lisäksi tarkasteltiin terveydentilaan ja terveydestä huolehtimiseen yhdistyneiden muuttujien eroja kuntien välillä sekä keskusta- ja reuna-alueiden välillä.

7.5 Tilastollinen analyysi

Aineiston tilastollinen analyysi tehtiin SPSS-ohjelman versiolla 26. Muuttujien kuvailussa käytettiin apuna frekvenssejä, prosentteja, mediaania ja vertailulukuja. Käytettäessä tilastollista analyysimenetelmää saadaan mittaamalla yhdenmukaisia ja toistettavia tuloksia. Tilastollinen merkitsevyys ilmaistaan todennäköisyyden tasoina. Merkitsevyystaso (p) kertoo siitä, kuinka varma havainto on, jolla tulokset yleistetään perusjoukkoon ja riskitasosta, mikä otetaan huomioon tuloksia yleistettäessä. Tässä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden tasoksi määriteltiin $p < 0.05$ (5 %), joka tarkoittaa tilastollisesti melkein merkitsevää. (Bryman 2012, 164, 348, 716.)

Kaikkien testattavien muuttujien normaalijakaumaa testattiin Kolmogorov-Smirnov-testillä sekä Shapiro-Wilk-testillä. Normaalijakauman toteutuessa suurin osa arvoista sijoittuu keskiarvon läheisyyteen, symmetrisesti sen ala- ja yläpuolelle (Bryman 2012, 196). Testissä nollahypoteesi tarkoittaa, että testattava muuttuja noudattaa normaalijakaumaa ja silloin $p > 0.05$. (Nummenmaa 2010, 153–154). Tutkimuksen muuttujat eivät noudattaneet normaalijakaumaa (Kolmogorov -Smirnov $p < .001$, Shapiro-Wilk $p < .001$), joten analyyseissa käytettiin ei-parametrisia testejä.

Kvantitatiivisella tutkimuksella voidaan selvittää eri asioiden riippuvuuksia. Tässä tutkimuksessa käytettiin ristiintaulukointia muuttujien jakautumisen ja niiden välisten

yhteyksien tarkasteluun (Bryman 2012, 164, 201). Riippuvuuksia tarkasteltiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla. Varmuusasteen määrittämiseksi tarvittiin kuitenkin tilastollisia testejä, jotta yhteyden merkitsevyys voitiin todeta (Bryman 2012, 341). Tilastollisen merkitsevyyden testauksen menetelminä käytettiin khiin neliolestiä (χ^2), Mann-Whitney U- ja Kruskal-Wallis-testejä. Testit ovat ei-parametrisia testejä ja sopivat järjestysasteikollisille muuttujille. (Corder & Foreman 2014, 3-4.)

Terveydentilan sekä terveydestä huolehtimisen ja hyvinvoinnin osatekijöiden yhteyttä tarkasteltiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla merkitsevien muuttujien löytämiseksi. Korrelaatiolla tarkoitetaan muuttujien välistä riippuvuutta. Korrelaatio saa positiivisen tai negatiivisen arvon ja vaihtelee välillä 0 – 1. Mitä lähempänä kerroin on 1:tä sitä vahvempi suhde on. (Bryman 2012, 342, 344; Metsämuuronen 2011, 366.)

χ^2 -testin avulla selvitettiin terveydentilan sekä terveydestä huolehtimisen ja taustatekijöiden sekä hyvinvoinnin osatekijöiden välistä riippuvuutta ja niiden merkitsevyyttä. Myös kunnan sekä kunnanosien ja muiden muuttujien välistä riippuvuutta ja niiden merkitsevyyttä selvitettiin χ^2 -testillä. χ^2 -testin ehdot täyttyivät kaikkien muuttujien kohdalla. (vrt. Bryman 2012, 348, 709; Burns & Grove 2001, 518.) Mann-Whitney-testillä selvitettiin tarkemmin kotitalouden rakenteen riippuvuutta ja tilastollista merkitsevyyttä suhteessa terveyteen, terveydestä huolehtimiseen, kuntaan sekä kunnanosiin. Mann-Whitney-testin ehdot täyttyivät tarkasteltujen muuttujien kohdalla. (vrt. Naghshpour 2016, 79.) Kruskal-Wallis-testillä taas selvitettiin kuntien sekä kunnanosien välisiä eroja taustatekijöiden ja hyvinvoinnin osatekijöiden suhteen. Kruskal-Wallis-testin ehdot täyttyivät tarkasteltujen muuttujien kohdalla. (vrt. Corder & Foreman 2014, 117.)

Terveydentilaan ja terveydestä huolehtimiseen liittyvien hyvinvoinnin osatekijöiden eroja tarkasteltiin kuntien välillä sekä kunnanosien välillä, mitä varten muodostettiin vertailuluku luokkakeskuksesta (luokitellun aineiston luokan keskiarvo). Painotettu vertailuluku muodostettiin seuraavasti: kerrottiin luokkakeskus luokkafrekvenssillä, nämä tulokset laskettiin yhteen, ja summa jaettiin frekvenssien kokonaismäärällä.

(vrt. Tilastojen ABC n.d; Bryman 2012, 338.) Vertailulukua käytettiin myös apuna selvitettäessä terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen tyytyväisten ja tyytymättömien ryhmiin liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä.

8 Tutkimuksen tulokset

8.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista (n= 2030) miehiä oli 392 (19 %) ja naisia 1638 (81 %). Eniten vastaajia oli ikäluokassa 55-64-vuotta (22 %). Vastaaja asui tyypillisesti (35 %) kumppanin/puolison kanssa ilman lapsia. Suurin osa vastaajista asui Kuopiossa (41 %) ja keskusta-alueella (65 %). (Ks. taulukko 2.)

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot

Taustatieto		
	n	%
Sukupuoli		
Mies	392	19,3
Nainen	1638	80,7
Yhteensä	2030	100
Ikä		
alle 18-vuotias	74	3,6
18-24 vuotta	127	6,3
25-34 vuotta	289	14,2
35-44 vuotta	418	20,6
45-54 vuotta	408	20,1
55-64 vuotta	436	21,5
65-74 vuotta	204	10
yli 75-vuotias	74	3,6
yhteensä	2030	100

Kotitalouden rakenne		
Asuu yksin	425	20,9
Asuu kumppanin/puolison kanssa ilman lapsia	710	35
Asuu kumppanin/puolison ja lasten kanssa	648	31,9
Asuu lasten kanssa	127	6,3
Muu, mikä	120	5,9
Yhteensä	2030	100
Asuinkunta		
Iisalmi	202	10
Kuopio	823	40,5
Lapinlahti	216	10,6
Siilinjärvi	514	25,3
Varkaus	275	13,5
Yhteensä	2030	100
Kunnanosa		
Keskusta-alue	868	64,9
Reuna-alue	460	34,4
Yhteensä	1328	99,3
Ei vastausta	9	0,7
Yhteensä	1337	100

8.2 Taustatietojen yhteys toisiinsa

Vastaajien asuinkunnalla oli yhteys sukupuoleen ($\chi^2(4) = 9.966, p = .041$). Tarkemman tarkastelun jälkeen testeissä eroja löytyi Iisalmen ja Kuopion sekä Varkauden ja Kuopion vastaajien välille. Iisalmissa (14 %) ja Varkaudessa (16 %) oli vastaajina vähemmän miehiä kuin Kuopiossa (22 %). Kaikissa kunnissa enemmistö vastaajista oli kuitenkin naisia. (Ks. taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastaajien sukupuoli kunnittain (n, %) N= 2030

Taustatieto	χ^2 <i>p</i>	Kunta				
		Iisalmi	Kuopio	Lapinlahti	Siilinjärvi	Varkaus
Sukupuoli	.041					
Mies		28 (13,9)	181 (22,0)	44 (20,4)	95 (18,5)	44 (16,0)
Nainen		174 (86,1)	642 (78,0)	172 (79,6)	419 (81,5)	231 (84,0)
Yhteensä		202 (100)	823 (100)	216 (100)	514 (100)	275 (100)

Vastaajien asuinkunnalla ja iällä oli yhteys ($\chi^2 (28) = 203.099, p < .001$). Lapinlahden ja muiden kuntien vastaajissa oli eroa ikäluokissa. Lapinlahdella oli vähemmän alle 18-24 vuotiaita ja enemmän 55-74-vuotiaita vastaajia muihin kuntiin verrattuna. (Ks. taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien ikäluokat kunnittain (n, %) N= 2030

Taustatieto	χ^2 <i>p</i>	Kunta				
		Iisalmi	Kuopio	Lapinlahti	Siilinjärvi	Varkaus
Ikäluokka	< .001					
Alle 18-vuotias		9 (4,5)	6 (0,7)	1 (0,5)	51 (9,9)	7 (2,5)
18-24-vuotta		12 (5,9)	75 (9,1)	4 (1,9)	8 (1,6)	28 (10,2)
25-34-vuotta		31 (15,3)	145 (17,6)	24 (11,1)	55 (10,7)	34 (12,4)
35-44-vuotta		40 (19,8)	139 (16,9)	44 (20,4)	139 (27,0)	56 (20,4)
45-54-vuotta		46 (22,8)	160 (19,4)	43 (19,9)	98 (19,1)	61 (22,2)
55-64-vuotta		56 (27,7)	171 (20,8)	64 (29,6)	83 (16,1)	62 (22,5)
65-74-vuotta		7 (3,5)	96 (11,7)	30 (13,9)	50 (9,7)	21 (7,6)
yli 75-vuotias		1 (0,5)	31 (3,8)	6 (2,8)	30 (5,8)	6 (2,2)
yhteensä		202 (100)	823 (100)	216 (100)	514 (100)	275 (100)

Vastaajien asuinalueella ja iällä oli yhteys ($\chi^2 (7) = 46.996$, $p < .001$). Vastaajien ikäluokka erosi keskustan ja reuna-alueiden välillä. 18-34-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat asuivat todennäköisemmin keskustan alueilla ja muut ikäluokat reuna-alueilla. (Ks. taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastaajien ikäluokat kunnanosissa (n, %) N= 1328.

Taustatieto			
	(χ^2)	Keskusta	Reuna-alue
	<i>p</i>		
Ikäluokka	< .001		
Alle 18-vuotias		27 (31)	30 (7)
18-24-vuotta		71 (8)	10 (2)
25-34-vuotta		151 (17)	48 (10)
35-44-vuotta		163 (19)	112 (24)
45-54-vuotta		158 (18)	100 (22)
55-64-vuotta		157 (18)	96 (21)
65-74-vuotta		94 (11)	50 (11)
yli 75-vuotias		47 (5)	14 (4)
yhteensä		868 (100)	460 (100)

Vastaajien asuinalueella ja kotitalouden rakenteella oli myös yhteys ($\chi^2 (4) = 57.000$, $p < .001$). Tutkittaessa kotitalouden rakenteen ryhmiä vielä erikseen yhteys havaittiin vain vastaajien asuinalueen ja yksin asumisen ($U = 109117.500$, $p < .001$) sekä puolisou/kumppanin ja lasten kanssa asumisen ($U = 212298.000$, $p < .001$) välillä. Keskustan alueella todennäköisemmin asuivat yksin asuvat ja reuna-alueella puolisou/kumppanin ja lasten kanssa asuvat. (Ks. taulukko 6.)

Taulukko 6. Vastaajien kotitalouden rakenne kunnanosissa (n, %) N=1328

Taustatieto			
	(χ^2) <i>p</i>	Keskusta	Reuna-alue
Asun	< .001		
Yksin	(<i>U</i>) <i>p</i> < .001	226 (26)	43 (9)
Kumppanin/puolison kanssa ilman lapsia		280 (32)	169 (37)
Kumppanin/puolison ja lasten kanssa	(<i>U</i>) <i>p</i> < .001	244 (28)	178 (39)
Lasten kanssa		65 (8)	30 (7)
Muu		53 (6)	40 (9)
Yhteensä		868 (100)	460 (100)

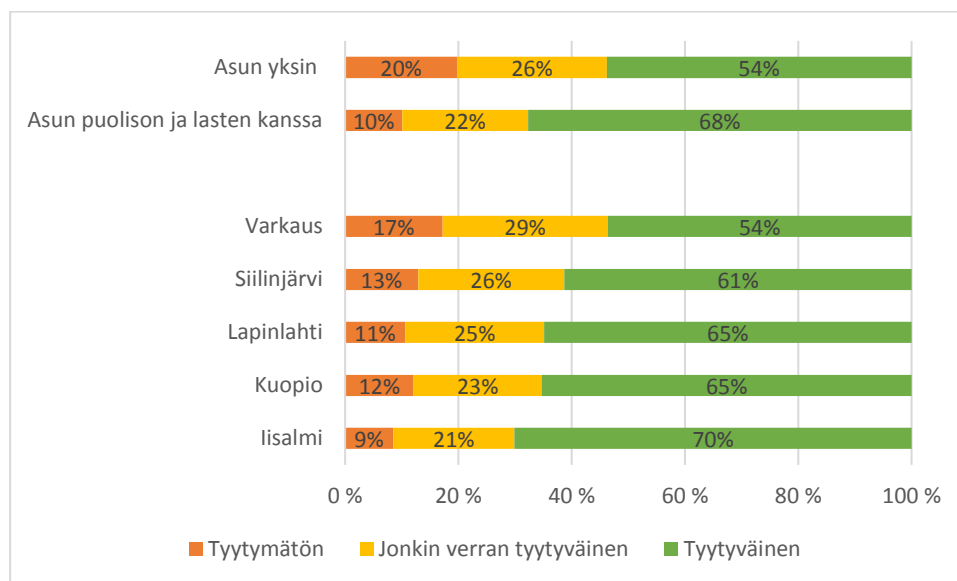
8.3 Terveydentilaan liittyvät tekijät

Vastaajista (n= 2021) 63 % (n= 1276) oli terveydentilaansa tyytyväisiä, jonkin verran tyytyväisiä oli 24 % (n= 493) ja tyytymättömiä oli 12 % (n=252). Vastausten mediaani oli 8 kuuluen uuteen luokkaan tyytyväinen.

8.3.1 Taustatietojen yhteys terveydentilaan

Terveydentilaan tyytyväisyydellä ja vastaajien sukupuolella ($\chi^2 (2) = 2.332, p = .312$), iällä ($\chi^2 (14) = 15.135, p = .369$) tai kunnanosalla ($\chi^2 (2) = 1.116, p = .572$) ei ollut yhteyttä. Terveydentilalla ja vastaajien kotitalouden rakenteella ($\chi^2 (8) = 36.069, p < .001$) sen sijaan oli yhteys. Tutkittaessa kotitalouden rakenteen ryhmiä vielä erikseen havaittiin, että terveydentilaan tyytyväisyydellä oli yhteys vain ja yksin asumiseen ($U = 291852.000, p < .001$) sekä kumppanin/puolison ja lasten kanssa asumiseen ($U = 475095.500, p = .002$). Kumppanin/puolison ja lasten kanssa asuvista 68 % (n= 436) oli terveydentilaansa tyytyväisiä, kun taas tyytymättömiä oli eniten yksin asuvissa (20 %, n= 84). (Ks. Kuvio 5.)

Terveydentilalla ja vastaajien asuinkunnalla ($\chi^2(8) = 19,379, p = .013$) oli myös yhteys. Tyytyväisimpiä terveyteensä olivat Iisalmelaiset. Iisalnessa asuvista 70 % (n= 141) koki olevansa tyytyväisiä terveydentilaansa, vastaavasti tyytymättömyyttä koki 9 % (n= 17). Terveydentilaansa tyytymättömyyttä kokivat eniten Varkauden vastaajat. Varkauden vastaajista 17 % (n= 47) koki olevansa tyytymättömiä terveydentilaansa, mikä oli korkein osuus verrattuna muihin kuntiin. Varkaudessa terveydentilaansa tyytyväisiä oli 54 % (n= 147). (Ks. kuvio 5.)

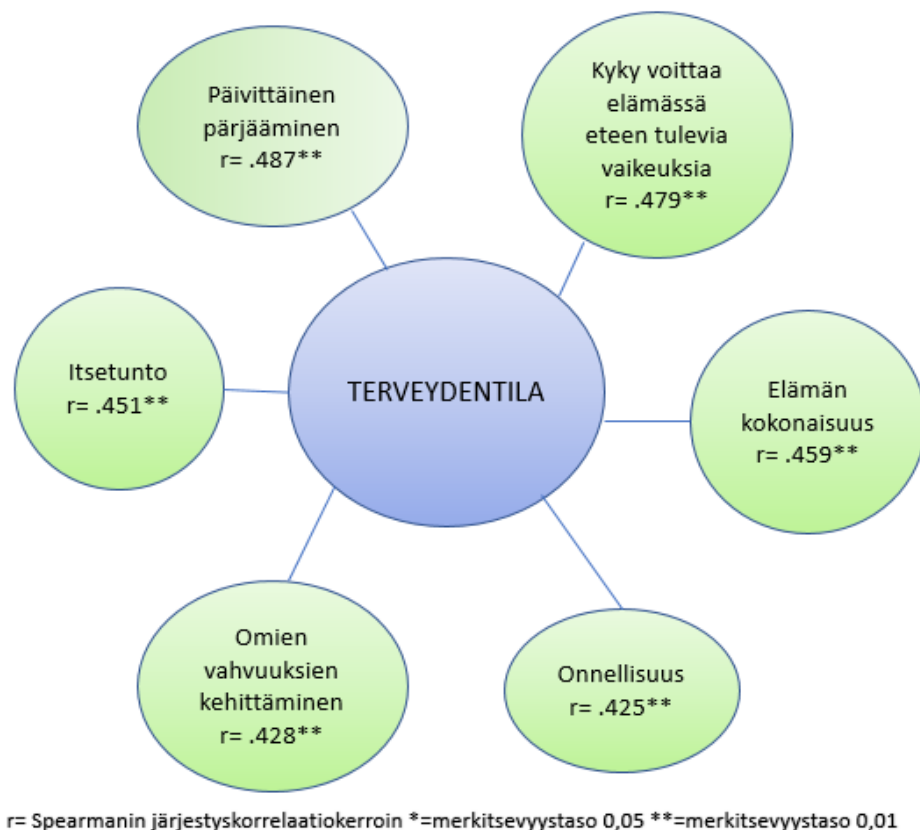


Kuvio 5. Taustatiedot ja tyytyväisyys terveydentilaan

8.3.2 Hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys terveydentilaan

Terveydentilalla ja kaikilla hyvinvoinnin osatekijöiden muuttujilla oli yhteys ($\chi^2 p < .001$). Terveydentilaan liittyivät elämäntilanteen, asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin ja onnellisuuden muuttujat. Kuitenkin selkeimmin terveydentilaan liittyviksi tekijöiksi osoittautuivat kuusi elämäntilanteen muuttujaa: päivittäinen pärjääminen ($r = 0,487, \chi^2(4) = 666.713, p < .001$), kyky voittaa elämässä eteen tulevia vaikeuksia ($r = 0,479, \chi^2(4) = 643.529, p < .001$), tyytyväisyys elämään kokonaisuutena ($r = 0,459, \chi^2$

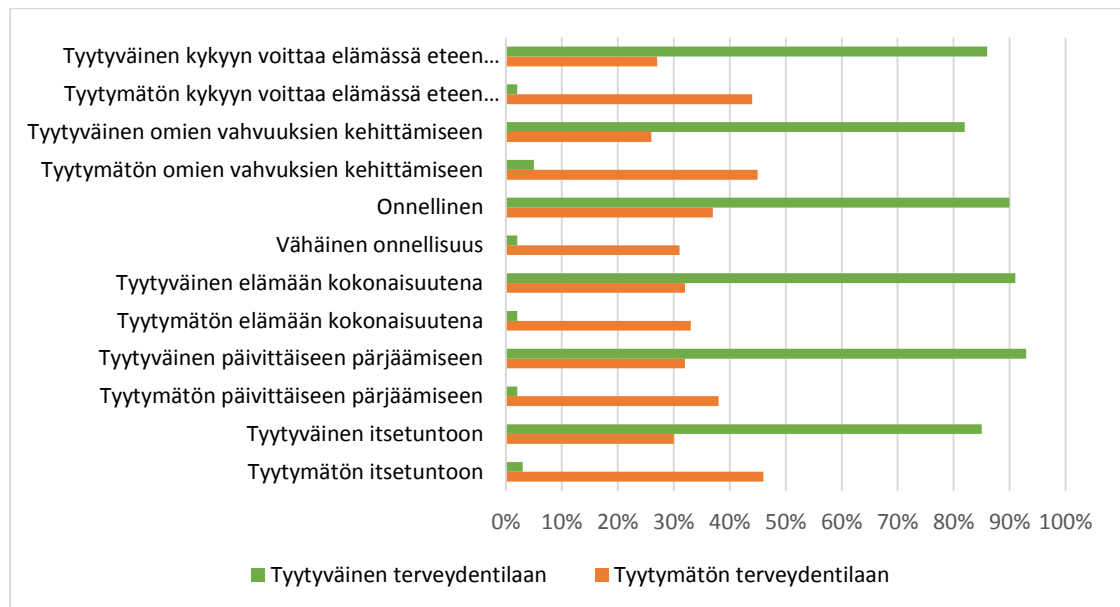
(4) = 571.016, $p < .001$), itsetunto ($r = 0,451$, $\chi^2(4) = 547.059$, $p < .001$), omien vah-
 vuuksien kehittäminen ($r = 0,428$, $\chi^2(4) = 457.884$, $p < .001$) sekä onnellisuus ($r =$
 $0,425$, $\chi^2(4) = 531.435$, $p < .001$). (Ks. kuvio 6.)



Kuvio 6. Terveystilaan yhdistyvät hyvinvoinnin osatekijät

Terveystilaansa tyytyväisten vastaajien ryhmään yhdistyi tyytyväisyys nostettuja hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan. Korkea vertailulukku kertoi tyytyväisyydestä. Kolme merkitsevintä hyvinvoinnin osatekijää vertailulukujen perusteella olivat tyytyväisyys päivittäiseen pärjäämiseen (8,76), tyytyväisyys elämään kokonaisuutena (8,71) ja onnellisuus (8,67). Terveysteensä tyytyväisistä 93 % (n=1177) oli päivittäiseen pärjäämiseen tyytyväisiä, 91 % (n= 1159) oli tyytyväisiä elämään kokonaisuutena ja 90 % (n=1159) oli onnellisia. (ks. Kuvio 7.)

Terveydentilaansa tyytymättömiin vastaajiin yhdistyi tyytymättömyys hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan. Matala vertailulukku kertoi tyytymättömyydestä. Kolme merkittävintä hyvinvoinnin osatekijää vertailulukujen perusteella olivat tyytymättömyys itsetuntoon (5,38), omien vahvuuksien kehittämiseen (5,35) ja kykyyn voittaa elämässä eteen tulevia vaikeuksia (5,42). Terveydentilaansa vähän tyytymättömistä 46 % (n=111) koki tyytymättömyyttä itsetuntoon, 45 % (n= 112) tyytymättömyyttä omien vahvuuksien kehittämiseen ja 44 % (n= 110) tyytymättömyyttä kykyyn voittaa elämässä eteen tulevia haasteita. (Ks. kuvio 7.)



Kuvio 7. Terveydentilan ja hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys

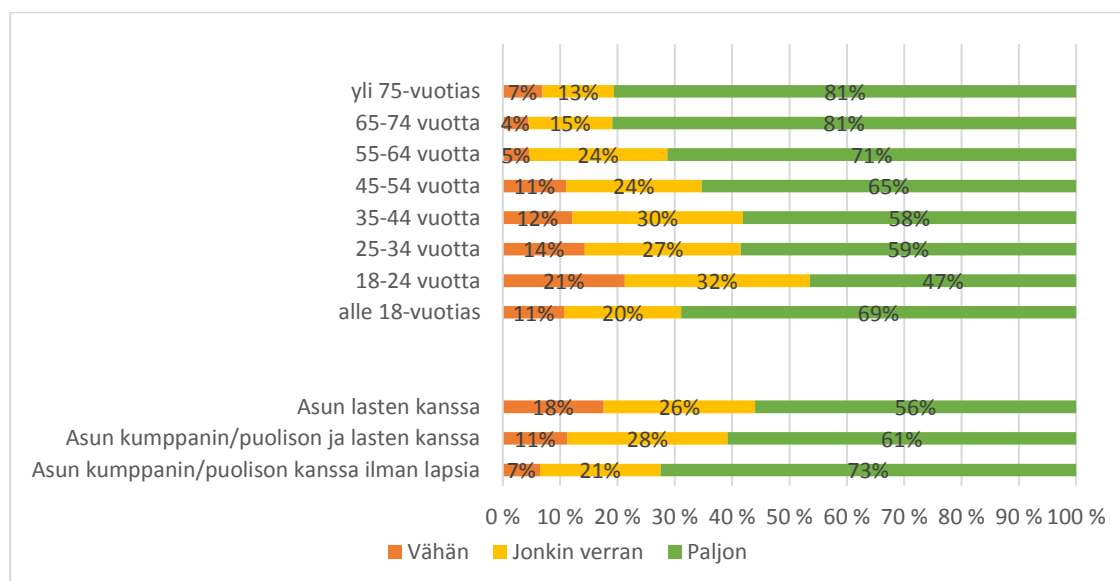
8.4 Terveydestä huolehtimiseen liittyvät tekijät

Vastaajista (n= 2019) suurin osa (65 %, n= 1317) koki pitävänsä paljon huolta terveydestä. Jonkin verran terveydestään piti huolta 25 % (n=497) ja vähän 10 % (n= 205). Vastausten mediaani oli 8 kuuluen uuteen luokkaan *paljon*.

8.4.1 Taustatietojen yhteys terveydestä huolehtimiseen

Terveydestä huolehtimisella ja vastaajien sukupuolella ($\chi^2 (2) = 0.169, p = .919$), asuinkunnalla ($\chi^2 (8) = 10.965, p = .204$) tai kunnanosalla ($\chi^2 (2) = 0.790, p = .674$) ei ollut yhteyttä. Terveydestä huolehtimisella ja vastaajien iällä ($\chi^2 (14) = 89.114, p < .001$) oli sen sijaan yhteys tämän aineiston mukaan. Terveydestään paljon huolta pitäviä oli eniten 65-74-vuotiaiden (81 % n=165) ja yli 75-vuotiaiden (81 % n=58) ikäluokissa. Vastaavasti vähän huolta pitäviä oli eniten 18-24-vuotiaiden ikäluokassa (21 % n=27). (Ks. kuvio 8.)

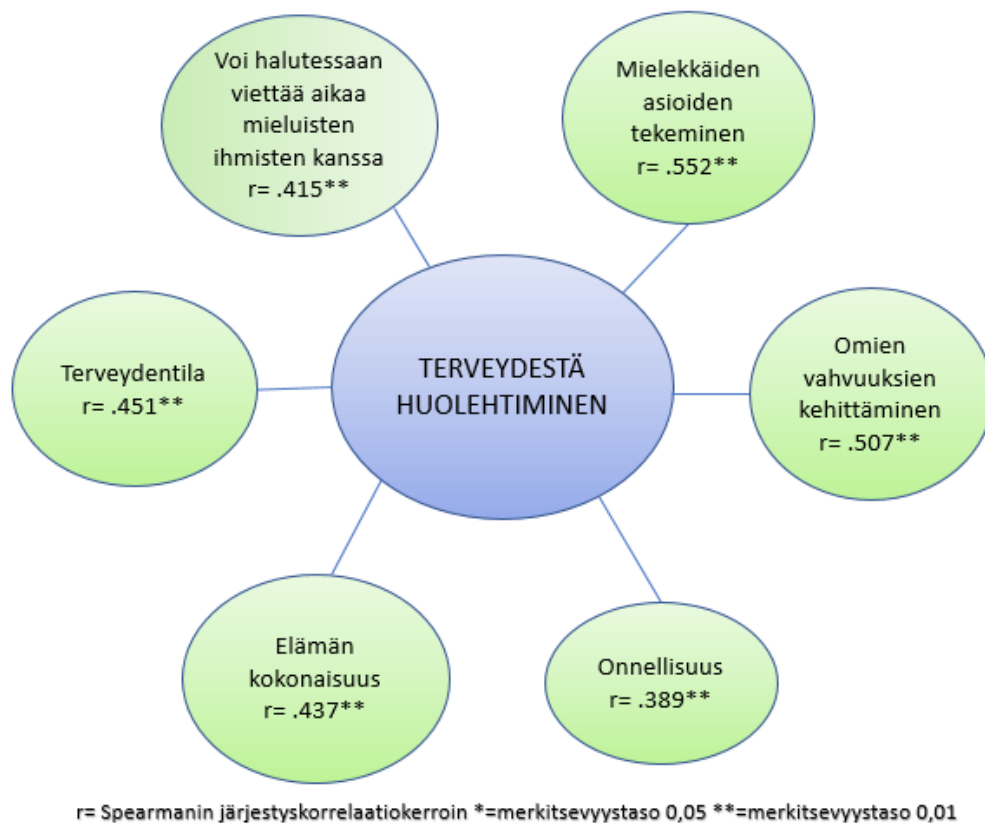
Terveydestä huolehtimisella ja kotitalouden rakenteella ($\chi^2 (8) = 36.115, p < .001$) oli yhteys. Tutkittaessa kotitalouden rakenteen ryhmiä erikseen havaittiin, että yhteys terveydestä huolehtimiseen oli vain kumppanin/puolison ja lasten kanssa asuvilla ($U = 414416.000, p = .005$), kumppanin/puolison kanssa ilman lapsia asuvilla ($U = 519191.000, p < .001$) sekä lasten kanssa asuvilla ($U = 104643.000, p = .010$). Kumppanin/puolison kanssa ilman lapsia asuvista 73 % (n= 512) ilmoitti pitävänsä paljon huolta terveydestä, mikä oli suurin osuus kotitalouden rakenteen vastaajien keskuudessa ja vähän terveydestä huolta pitäviä oli eniten lasten kanssa asuvissa (18 % n= 22). (Ks. kuvio 8.)



Kuvio 8. Taustatekijät ja terveydestä huolehtiminen

8.4.2 Hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys terveydestä huolehtimiseen

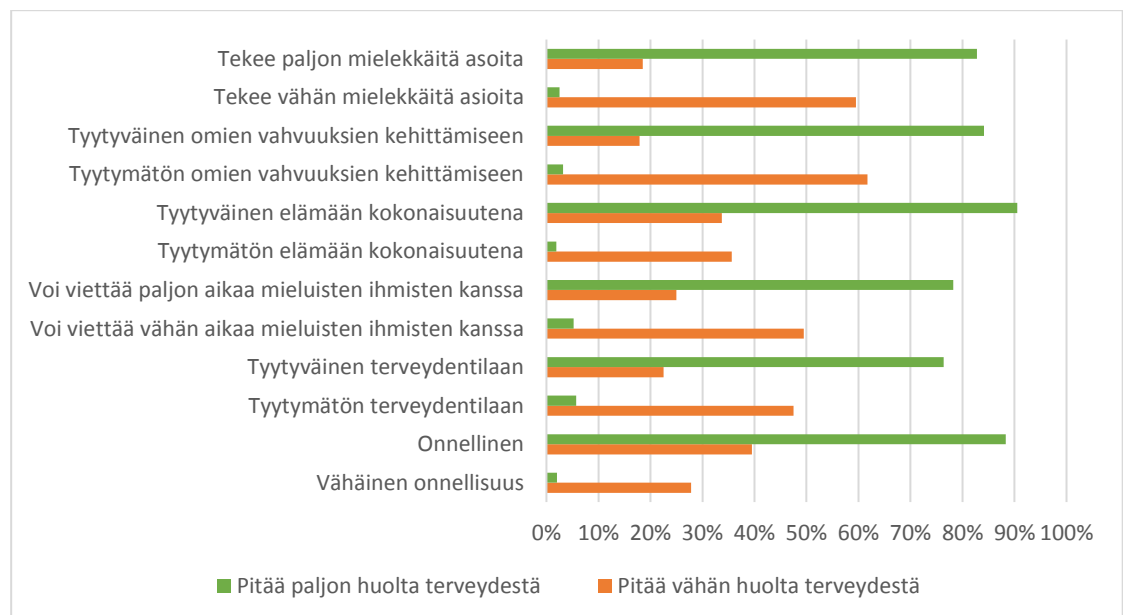
Terveydestä huolehtimisella ja kaikilla hyvinvoinnin osatekijöiden muuttujilla oli yhteys ($\chi^2 p < .001$). Terveydestä huolehtimiseen liittyivät elämäntilanteen, asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin ja onnellisuuden muuttujat. Terveydestä huolehtimiseen yhdistyvistä tekijöistä poimittiin kuusi merkitsevintä. Terveydestä huolehtimiseen merkitsevästi yhteydessä olivat mielekkäiden asioiden tekeminen ($r = 0,552$, $\chi^2(4) = 873.701$, $p < .001$), omien vahvuuksien kehittäminen ($r = 0,507$, $\chi^2(4) = 748.035$, $p < .001$), tyytyväisyys elämään kokonaisuutena ($r = 0,437$, $\chi^2(4) = 518.754$, $p < .001$), halutessaan ajan viettäminen mieluisten ihmisten kanssa ($r = 0,415$, $\chi^2(4) = 464.701$, $p < .001$), terveydentila ($r = 0,415$, $\chi^2(4) = 440.452$, $p < .001$) ja onnellisuus ($r = 0,389$, $\chi^2(4) = 394.144$, $p < .001$). (Ks. kuvio 9.)



Kuvio 9. Terveydestä huolehtimiseen yhdistyvät hyvinvoinnin osatekijät

Terveydestään paljon huolta pitävien vastaajien ryhmään yhdistyi tyytyväisyys nostettuja hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan. Korkea vertailuluku kertoi tyytyväisyydestä. Kolme merkitsevintä hyvinvoinnin osatekijää vertailulukujen perusteella olivat tyytyväisyys elämään kokonaisuutena (8,69), onnellisuus (8,63) ja omien vahvuuksien kehittäminen (8,47). Terveydestään paljon huolta pitävistä 91 % (n= 1184) oli elämään kokonaisuutena tyytyväisiä, 88 % (n= 1163) oli onnellisia ja 84 % (n= 1100) oli tyytyväisiä omien vahvuuksien kehittämiseen. (ks. Kuvio 10.)

Terveydestään vähän huolta pitäviin vastaajiin yhdistyi tyytymättömyys hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan. Matala vertailuluku kertoi tyytymättömyydestä. Kolme merkitsevintä hyvinvoinnin osatekijää vertailulukujen perusteella olivat omien vahvuuksien kehittäminen (4,48), ajan viettäminen mieluisten ihmisten kanssa (5,14) ja mielekkäiden asioiden tekeminen (4,58). Terveydestään vähän huolta pitävistä 62 % (n= 124) koki tyytymättömyyttä omien vahvuuksien kehittämiseen, 50 % (n= 101) koki voivansa viettää halutessaan vähän aikaa mieluisten ihmisten kanssa, ja 60 % (n= 122) koki voivansa tehdä vähän mielekkäitä asioita. (Ks. kuvio 10.)



Kuvio 10. Terveydestä huolehtimisen ja hyvinvoinnin osatekijöiden yhteys

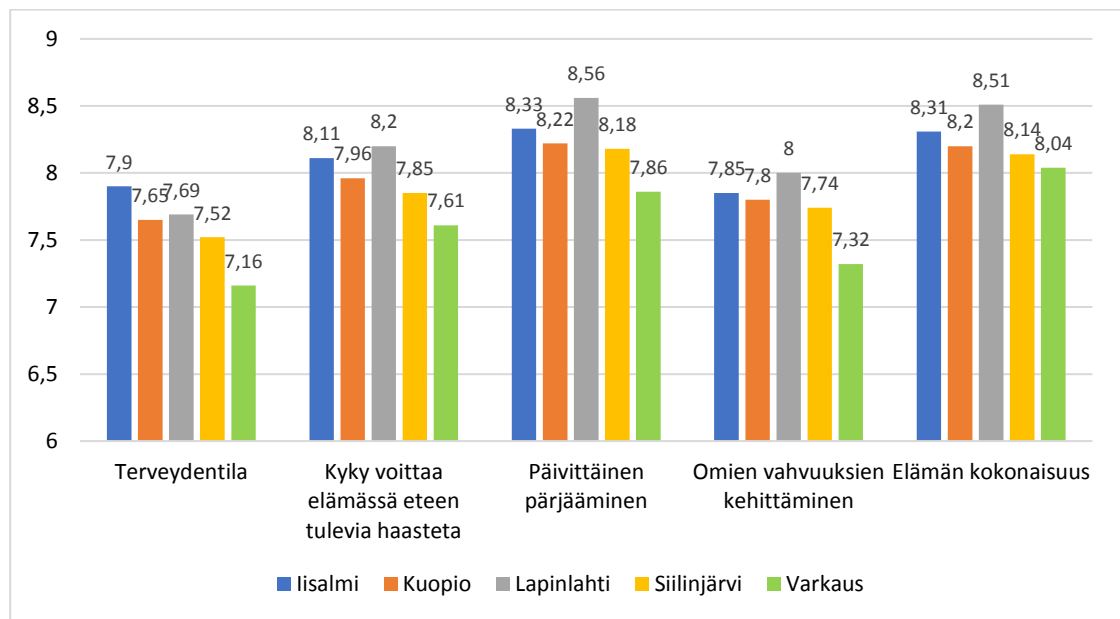
8.5 Alueelliset erot

8.5.1 Kuntakohtaiset erot

Vastaajia (n= 2030) oli eniten Kuopiosta (40 % n= 823) ja vähiten (10 % n= 202) lisalmesta (ks. Taulukko 2). Vastaajien asuinkunnalla oli yhteys terveydentilaan ($\chi^2(8) = 19.379, p = .013$), mutta yhteyttä terveydestä huolehtimiseen ei havaittu ($\chi^2(8) = 10.965, p = .204$). Tyytyväisimpiä terveyteensä olivat lisalmelaiset ja tyytymättömyyttä kokivat eniten Varkauden vastaajat. (ks. kuvio 5.) Asuinkunnan ja muiden hyvinvoinnin osatekijöiden yhteyttä tutkittiin, ja nostettiin esiin ne viisi tekijää, jotka nousivat myös terveydentilan ja terveydestä huolehtimisen tilastollisissa testeissä ja korrelaatioissa merkitseviksi. (Ks. kuviot 6 ja 9.)

Vastaajien asuinkunnalla oli yhteys seuraaviin elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijöihin: kykyyn voittaa elämässä eteen tulevia vaikeuksia ($\chi^2(8) = 15.929, p = .043$), päivittäiseen pärjäämiseen ($\chi^2(8) = 28.686, p < .001$), taloudelliseen tilanteeseen ($\chi^2(8) = 32.663, p < .001$), omien vahvuuksien kehittämiseen ($\chi^2(8) = 15.845, p = .045$) ja tyytyväisyyteen elämään kokonaisuutena ($\chi^2(8) = 19.685, p = .012$). Vastaajien asuinkunnan ja asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijöistä yhteys todettiin asuinseudun luonnosta nauttimisen ($\chi^2(8) = 21.363, p = .006$), jokapäiväisten palveluiden läheisyyden ($\chi^2(8) = 28.505, p < .001$), luottamuksen asuinkunnan poliittisiin päätöksentekijöihin ($\chi^2(8) = 57.976, p < .001$), vaikuttamisen itseä koskeviin asioihin asuinkunnassa ($\chi^2(8) = 35.903, p < .001$), asuinseudun tarjoaman mahdollisuuden hyvään elämään tulevaisuudessa ($\chi^2(8) = 53.780, p = .001$) sekä asuinseudun rakennetun ympäristön ($\chi^2(8) = 30.160, p < .001$) välillä.

Kuntien vastaajien välisiä eroja tarkasteltiin viiden elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijän kautta, jotka liittyivät myös terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen. Kuntien välillä havaittiin eroja ja testit vahvistivat tätä. Eroja ilmeni eniten Varkauden ja muiden kuntien välillä. Varkaudessa vertailuluvut olivat matalammat muihin kuntiin verrattuna jokaisen viiden hyvinvointimuuttujan kohdalla. Lapinlahdella vertailuluvut olivat kokonaisuudessaan korkeimmat. (ks. Kuvio 11.)

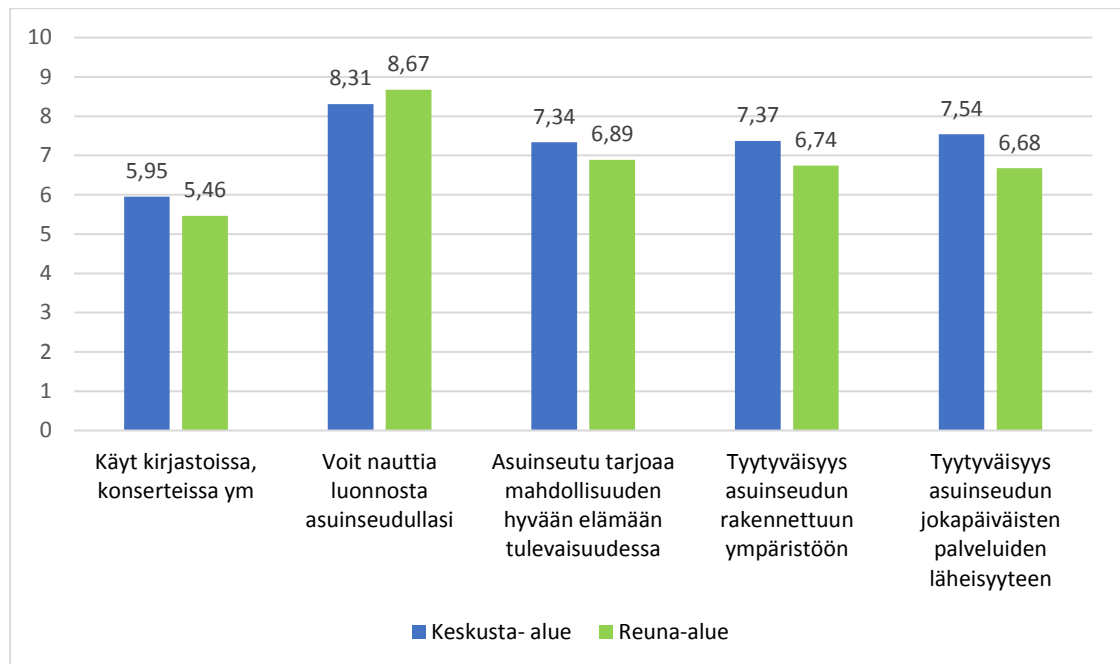


Kuvio 11. Kuntien vertailuluvut tyytyväisyydestä elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijöihin

8.5.2 Keskusta ja reuna-alueiden erot

Vastaajien (n=1328) keskusta- tai reuna-alueilla asumisella ei ollut yhteyttä terveydentilaan ($\chi^2(2) = 1.116, p = .572$) tai terveydestä huolehtimiseen ($\chi^2(2) = 0.790, p = .674$). Keskusta- ja reuna-alueiden ja muiden hyvinvoinnin osatekijöiden välisten yhteyksien osalta nostettiin tarkempaan tarkasteluun ne viisi tekijää, jotka nousivat myös terveydentilan ja terveydestä huolehtimisen tilastollisissa testeissä ja korrelaatioissa merkitseviksi (katso kuviot 6 ja 9).

Vastaajien keskusta- ja reuna-alueilla asumisella ja asuinseudun tuottamilla hyvinvoinnin osatekijöillä havaittiin olevan yhteys. Yhteys havaittiin kirjastoissa, konserteissa ym. paikoissa käymiseen ($\chi^2(2) = 12.240, p = .002$), asuinseudun luonnosta nauttimiseen ($\chi^2(2) = 19.309, p < .001$), asuinseudun tarjoamaan hyvään elämään tulevaisuudessa ($\chi^2(2) = 11.698, p = .003$), asuinseudun rakennettuun ympäristöön ($\chi^2(2) = 22.463, p < .001$) sekä jokapäiväisten palveluiden läheisyyteen ($\chi^2(2) = 34.670, p < .001$). Keskusta- ja reuna-alueiden välillä havaittiin eroja, joita testit vahvistivat. Kuviossa 12 on esitetty keskusta- ja reuna-alueiden vertailuluvut pylväinä.



Kuvio 12. Keskusta- ja reuna- alueiden vertailuluvut tyytyväisyydestä asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan

Vertailulukujen mukaan keskusta- alueella (5,95) asuvat kävivät enemmän kirjastoissa ja konserteissa ym. kuin reuna-alueella asuvat (5,46). Luonnosta asuinseudulla nautittiin enemmän reuna-alueella (8,67) kuin keskusta-alueella (8,31). Asuinseudun tarjoamaan hyvään elämään tulevaisuudessa oltiin tyytyväisempiä keskusta-alueella (7,34) kuin reuna-alueella (6,89). Rakennettuun ympäristöön oltiin tyytyväisempiä keskusta-alueella (7,37) kuin reuna-alueella (6,74). Myös jokapäiväisiin palveluihin oltiin tyytyväisempiä keskusta-alueilla (7,54) kuin reuna-alueella (6,68).

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuntalaisten subjektiivista hyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä. Tavoitteena oli selvittää liittyvätkö yksilön taustatekijät,

elämäntilanteen- sekä asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijät oman terveydentilan kokemiseen ja omasta terveydestä huolehtimiseen. Lisäksi tarkasteltiin hyvinvoinnin osatekijöiden kokemisen alueellisia eroja kuntien välillä sekä keskusta ja reuna-alueiden välillä.

Tässä tutkimuksessa vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä terveyteensä ja piti paljon huolta terveydestään. Korkea tyytyväisyys hyvinvoinnin osatekijöihin liittyi tyytyväisyyteen terveydentilaa kohtaan ja terveydestä huolehtimiseen. Tyytymättömyys hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan taas liittyi tyytymättömyyteen terveydentilaa kohtaan sekä vähäiseen terveydestä huolehtimiseen. Puolison/kumppanin ja lasten kanssa asuvat olivat tyytyväisimpiä terveyteensä ja yksin asuvat vähiten tyytyväisiä. Terveydestään eniten huolta pitivät iäkkäät sekä puolison kanssa asuvat ja vähiten nuoret aikuiset sekä lasten kanssa asuvat. Varkauden vastaajat olivat tyytymättömämpiä muiden kuntien vastaajiin verrattuna. Iisalmelaiset olivat tyytyväisimpiä terveyteensä ja lapinlahtelaiset tyytyväisimpiä kokonaisuudessaan hyvinvoinnin osatekijöihin. Keskusta-alueilla asuvat olivat tyytyväisempiä kuin reuna-alueilla asuvat.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin subjektiiviseen terveydentilaan ja terveydestä huolehtimiseen liittyviä tekijöitä, ei niinkään aineiston perustuloksia. Perustulokset kuntalaisten hyvinvoinnista on julkaistu aikaisemmin kuntien hyvinvointikertomuksissa. Vastaajia tutkimuksessa oli paljon ($n = 2030$), mutta alueiden kokonaisasukasmäärään (192 725) nähden määrä oli kuitenkin pieni, eikä näin ollen voida sanoa sen kuvaavan kovin kattavasti alueiden väestön tilaa. Suurin osa (81% $n = 1638$) vastaajista oli naisia. Kaikissa tutkituissa kunnissa enemmistö vastaajista oli naisia. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että naiset ja vanhemmat ikäryhmät vastaavat muita aktiivisemmin terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin tutkimuksiin (Lahelma ym. 2017, 1630; Murto, Kaikkonen, Pentala-Nikulainen, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskenniemi, Jussmäki, Vartiainen & Koskinen 2017). Naiset kokevat terveytensä ja hyvinvointinsa hieman miehiä paremmaksi ja terveystottumukset ovat terveellisemmät (Lahelma ym. 2017; Talala ym. 2014.) Tässä tutkimuksessa yhteyttä terveyden ja sukupuolten välillä ei havaittu. Finsote 2017 - 2018 tutkimuksen mukaan kuitenkin pohjoissavolaisista naisista 36,6 % ja miehistä 34,8 % koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi eli naisten koettu terveys on hieman huonompi (Pentala-Nikulainen ym. 2018).

Naisten elinajanodote taas on miehiä korkeampi ja naiset ovat miehiä terveempiä (Elinajanodote, kuolemansyyt 2019). Naisten suuri määrä tutkimuksessa voi vaikuttaa tuloksiin. Voidaan myös kysyä tavoitettiiniko tutkimuksella vain aktiivisimmat ja hyvinvoinnistaan kiinnostuneimmat kuntalaiset? Vastaajajoukko on todennäköisesti valikoitunut. Kyselyä markkinoitiin suurimmaksi osaksi internetin välityksellä, joten tämä on voinut vaikuttaa vastaajien valikoitumiseen. Vastaajista suurin osa (65%) asui keskustan alueella. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että kaupungeissa on nuorempi väestörakenne ja korkeampi koulutustaso. Terveys ja hyvinvointi koetaan paremmaksi nuoremmissa ikäryhmissä ja korkeammassa koulutusryhmissä (Saarsalmi ym. 2017, 193 - 196; Saarsalmi, Koskela, Virtala, Murto, Pentala, Kauppinen, Karvonen, Kaikkonen 2014, 1 - 8.)

9.1.1 Terveystilaan ja terveydestä huolehtimiseen liittyvät tekijät

Tässä tutkimuksessa terveydentilaansa tyytymättömiä tai jonkin verran tyytyväisiä oli 36%, mikä on samaa tasoa kuin pohjoissavolaisilla Finsote 2017 - 2018 tutkimuksessa. Terveystilansa keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koki 35,7 % pohjoissavolaisista (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Tässä tutkimuksessa kysyttiin tyytyväisyyttä terveydentilaan, jonka voi ymmärtää eri lailla kuin kokemuksen terveydentilasta. Terveystilan ollessa huono voi silti kokea olevansa tyytyväinen sen hetkiseen terveydentilaan.

Terveystilaan tyytyväisyyteen yhdistyi taustatekijöistä erityisesti puolison/kumppanin ja lasten kanssa asuminen. Hyvien sosiaalisten suhteiden, erityisesti perheen on osoitettu aiemminkin tukevan hyvinvointia (Niiranen-Linkama & Kuru 2014, 45; Western & Tomaszewsk 2016, 15; Kainulainen 1998, 217 - 222). Yksin asuvien koettu terveys on hieman heikompaa verrattuna parisuhteessa asuviin (Kauppinen, Martelin, Hannikainen-Ingman & Virtala 2014, 29 - 30; Borg 2015, 26). Yksinasuvat ovat kuvanneet terveyden merkittävimpänä hyvinvoinnin tekijänä, mutta tyytyväisyys omaan terveyteen jää kuitenkin keskimääräiselle tasolle (Borg 2015, 17). Myös tässä tutkimuksessa terveyteen tyytymättömyys yhdistyi yksin asumiseen.

Yksin asuvien terveystottumukset ovat epäsuotuisampia, joskin tulokset eivät ole selkeän johdonmukaisia (Kauppinen ym. 2014, 35; Elovainio ym. 2017, 260, 266). Tässä tutkimuksessa terveydestään vähän huolta pitäviin yhdistyi lasten kanssa asuminen. Kauppisen ja muiden (2014) mukaan terveyskäyttäytymisen osalta tiedetään liikunnan olevan yleisempää yksin asuvilla kuin muilla. Lasten kanssa asuvien ryhmässä esiintyy ylipainoa (Kauppinen ym. 2014 33 - 35), joten voidaan päätellä, että yksin lasten kanssa asuessa ei välttämättä ole aikaa, rahaa tai muut tekijät estävät pitämästä huolta terveydestä. Terveystä ja terveyskäyttäytymisestä kotitaloustyyppin mukaan on saatavilla vähän tietoa (Kauppinen ym. 2014, 43).

Koetun terveydentilan on todettu huonontuvan iän myötä (Pentala-Nikulainen ym. 2018; Turunen, Hoppania, Luhtamäki, Nenonen & Tuomaala 2010, 42), vaikkakin koetun terveyden kehityksen suunta on kohentunut (Helldán & Helakorpi 2014, 23). Tässä tutkimuksessa terveydentilan ja iän välillä ei ollut yhteyttä. Sen sijaan terveydestä huolehtimisella ja iällä oli yhteys, ja terveydestä eniten huolta pidettiin vanhimmissa ikäluokissa. Oikarisen (2008, 95) tutkimuksessa terveyden merkityksen nähtiin kasvaneen, kun sairauksia tai ikää oli tullut lisää. Elinajanodotteen noustessa terveydestä huolehtiminen korostuu. Eläkeikäisten suomalaisten elintavat ovatkin kehittyneet myönteiseen suuntaan ja toimintakyky on parantunut (Helldán & Helakorpi 2014, 23).

Terveydentilaan liittyivät erityisesti yksilön elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijät ja onnellisuus. Näitä tekijöitä on tutkittu, ja niiden tiedetään olevan keskeisiä ja merkittäviä ihmisten hyvinvointiin vaikuttavia elämänaalueita (Kainulainen & Juutinen 2017). Myös asuinseudun tuottamalla hyvinvoinnilla oli merkitsevyyttä. Terveystä huolehtimiseen liittyivät merkitsevimmän elämäntilanteen sekä asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijät. Asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin yhteyden taustalla on koetun hyvinvoinnin tutkimuksen tulokset yksilön ja ympäröivän yhteisön toistensa vahvasta vuorovaikutuksesta. Ympäristö, sen rakenteet ja toimintaperiaatteet vaikuttavat voimakkaasti yksilön hyvinvointiin. (Kainulainen 2014.) Tässä tutkimuksessa korkea tyytyväisyys hyvinvoinnin osatekijöihin liittyi korkeampaan tyytyväisyyteen terveydentilaa ja terveydestä huolehtimista kohtaan. Aikaisemmat tutkimukset tukevat saatuja tuloksia.

Terveeksi itsensä kokeva ihminen on onnellisempi ja hyväksi koettu terveys on onnellisuuden taustalla (Bian ym. 2015, 89; Saarinen ym. 2013, 530). Kinnusen, Virtasen ja Valtosen (2011) tutkimuksen mukaan taas koetulla onnellisuudella on positiivinen vaikutus koettuun terveyteen, mutta koetulla terveydellä ei ole tilastollisesti merkitsevää vaikutusta onnellisuuteen (Kinnunen ym. 2011, 394). Tämän tutkimuksen mukaan terveydentilan kokemisella ja onnellisuudella oli yhteys.

Tutkimuksessa selvitettiin tyytyväisyyttä päivittäiseen pärjäämiseen ja taloudelliseen tilanteeseen, jotka kuitenkin nähdään toisaalta myös vahvasti objektiivisina tekijöinä. Aineellisen ja taloudellisen pärjäämisen on osoitettu olevan yhteydessä parempaan terveyteen ja subjektiiviseen hyvinvointiin, jonka yhteyden myös tämä tutkimus vahvisti (Helliwell ym. 2019, 23; Lahelma ym. 2017, 1631 - 1632; Talala ym. 2014, 2190; Western & Tomaszewsk 2016, 15.) Toisaalta myös elämään tyytyväisyyttä selittävät tulojen riittävyys ja hyvä subjektiivinen terveydentila (Kainulainen 1998; 217 - 222; Western & Tomaszewsk 2016, 15). Elämään tyytyväisyyden on osoitettu liittyvän koettuun terveyteen (Härkönen 2012, 80 - 81). Tyytyväisyys elämään kokonaisuutena nousikin merkitseväksi hyvään terveydentilaan ja terveydestä huolehtimiseen liittyväksi tekijäksi. Terveys nähdään osana elämänlaatua ja elämänlaatu on tarpeiden tyydytystä, johon terveydestä huolehtimisen voisi ajatella kuuluvan (Veenhoven 2000,1-5; Allardt 1976, 32 - 33).

Terveydentilaan tyytymättömyyteen yhdistyi loogisesti tyytymättömyys hyvinvoinnin osatekijöitä kotaan. Terveydentilaan tyytymättömyyteen näytti merkitsevästi yhdistyvän tyytymättömyys itsetuntoon. Itsetunto on tärkeä osa psyykkistä hyvinvointia, mikä taas on keskeinen koetun terveyden osa-alue. Myös Välimaan (2000, 103) tutkimuksessa itsetunto oli yhteydessä koettuun terveyteen. Itsetuntoon ja arvontoon liittyy läheisesti omien vahvuuksien kehittäminen ja kyky voittaa elämässä eteen tulevia vaikeuksia. Ihmisellä on tarve itsensä toteuttamiseen ja vapaa-ajan toimintaan. Nämä ovat tärkeitä hyvinvoinnin osatekijöitä (Allardt 1976, 46 - 47.) Tässä tutkimuksessa tyytymättömyys terveydentilaan yhdistyi tyytymättömyyteen omien vahvuuksien kehittämiseen ja kykyyn voittaa elämässä eteen tulevia vaikeuksia. Erityisesti vähäiseen terveydestä huolehtimiseen yhdistyi myös vähäinen omien vahvuuksien ke-

hittäminen. Edellä mainitut asiat ovat kontekstissa yksilön kykyyn toteuttaa toiveitaan ja selviytyä ympäristössä, jota hyvä terveys tukee ja huono heikentää (The Ottawa charter for health promotion 1986).

Tyytymättömyys paikalliseen sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviin osatekijöihin, erityisesti vähäinen ajan viettäminen mieluisten ihmisten kanssa ja mielekkäiden asioiden tekeminen, yhdistyivät vähäiseen terveydestä huolehtimiseen. Sosiaalisten yhteyksien ja ympäristön onkin todettu vaikuttavan terveyskäyttäytymiseen (Das 2013, 4 - 5; Short & Molborn 2015; Maunu ym. 2016, 198). Ainakin miesten keskuudessa perheen ja lähiyhteisön merkityksen on todettu olevan keskeinen terveyskäyttäytymiseen vaikuttava asia ja terveyskäyttäytymisen muutoksen on todettu onnistuvan paremmin tutussa ryhmässä (Oikarinen 2008, 99). Turusen ja muiden (2010) hyvinvointitutkimuksessa mielekkäiden asioiden tekemisen tärkeys hyvinvoinnille tuli taas esille useiden teemojen yhteydessä. (Turunen ym. 2010, 134). Myös Allardt (1976, 46 - 47) nostaa itsensä toteuttamisen ja tekemisen tärkeäksi hyvinvoinnin tekijäksi. Se millaiseen ja moneenko yhteisöön yksilö kuuluu, sekä niiden ja eri sukupolvien yhteisöhyvinvoinnin vaikutus voivat liittyä yksilön hyvinvoinnin kokemukseen. (Atkinson ym. 2019).

9.1.2 Asuinseutuun liittyvät tekijät

Varkaus erottui hyvinvoinnin kokemisessa kuntien vertailussa tyytymättömien osuudella. Syitä tälle lähdettiin hakemaan objektiivisista tekijöistä. Huono-osaisuus Suomessa -verkkosovelluksen karttapalvelun (2020) tietojen mukaan kaikkien Suomen kuntien vertailussa Varkaus sijoittuu huono-osaisuudessa sijalle kaksi ja huono-osaisuuden taloudellisissa yhteyksissä sijalle kolme. Huono-osaisuuden osa-alueiden tarkastelun jälkeen taloudelliseen yhteyteen merkittäväksi tekijäksi osoittautui päihdehuollon avopalveluissa olevien asiakkaiden määrä, missä Varkaus sijoittui sijalle kolme. (Huono-osaisuus Suomessa -karttasivusto 2020.) Huono-osaisuudella usein viitataan hyvinvointivajeisiin eli pieniin tuloihin, työttömyyteen, syrjäytymiseen, sairauksiin ja asuinoloihin (Kainulainen & Saari 2013, 22 - 23). Pietilän (2016) ja muiden mukaan Bäckman (1990) ja Suominen (1993) toteavat, että elämänhallintansa vahvana kokevat ihmiset arvioivat itsensä terveemmäksi kuin heikon elämänhallinnan

omaavat (Pietilä, Kangasniemi, Halkoaho 2016, 367). Varkaudessa oli vertailukuntia enemmän tyytymättömyyttä päivittäiseen pärjäämiseen. Matalan sosioekonomisen aseman tiedetään vaikuttavan sekä koettuun että objektiiviseen terveyteen ja hyvinvointiin epäsuotuisasti (Balaj ym 2017, 108; Talala ym. 2014, 2185). Vuonna 2018 Varkaudessa oli työttömiä 13,4 % työvoimasta, kun Pohjois-Savossa työttömiä oli 10,4 % ja koko maassa 9,7 % työvoimasta (Työttömiä % työvoimasta, Sotkanet 2018). Työttömyys vaikuttaa kielteisesti elämänlaatuun ja työttömät kokevat enemmän negatiivisia asioita (Stiglitz ym. 2009a, 42).

On kuitenkin hyvä muistaa, että myös Varkauden vastaukset painottuivat mittarin yläpäähän eli tyytyväisyyttä hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan koettiin enemmän kuin tyytymättömyyttä. Myös Lapinlahdella huono-osaisuuden taloudelliset yhteydet olivat merkittävät. Lapinlahdella oli eniten aikuisten mielenterveyden avohoitokäyn-tejä (Huono-osaisuus Suomessa- karttasivusto 2020), mutta tämän tutkimuksen ver-tailulukujen mukaan Lapinlahdella kuitenkin koettiin eniten tyytyväisyyttä elämänti-lanteen hyvinvoinnin osatekijöihin. Näin ollen mittareilla mitatut hyvinvointitiedot ei-vät aina ole yhtenevät kokemustiedon kanssa. Koettua hyvinvointia mitattiin vapaa-ehtoisella kyselyllä, johon vastaajat ovat valikoituneet. Karttasivustolla olevat tiedot ovat taas viranomaisrekistereistä. Molempia tietoja kuitenkin tarvitaan. Lapinlahdella oli myös enemmän 55 - 74- vuotiaita vastaajia muihin kuntiin verrattuna, mikä voi myös vaikuttaa Lapinlahden tuloksiin. Kuten aiemmin todettiin, vanhempien ikäryh-mien tiedetään vastaavan aktiivisemmin tämän kaltaisiin tutkimuksiin (vrt. Lahelma ym. 2017,1630; Murto ym. 2017). Toisaalta, kuten aikaisemmin todettiin, vanhem-mat ikäryhmät arvioivat hyvinvointinsa heikommaksi nuorempiin ikäryhmiin verrat-tuna, mutta tässä tutkimuksessa se ei tullut esille. Lapinlahden vastaajat myös asui-vat puolison/kumppanin kanssa ilman lapsia yleisemmin muihin kuntiin verrattuna, mikä voi vaikuttaa positiivisesti hyvinvoinnin kokemiseen. Se miksi Iisalmen vastaajat olivat tyytyväisimpiä terveydentilaansa, voinee liittyä vastaajien sukupuolen jakaan-tumiseen. Iisalmissa oli vähiten vastaajina miehiä ja eniten naisia verrattuna muihin kuntiin. Vaikkakin sukupuolella ja terveydentilalla ei havaittu olevan yhteyttä tämän tutkimuksen mukaan.

Tässä tutkimuksessa tyytyväisyydellä terveydentilaan tai terveydestä huolehtimisella ei ollut yhteyttä keskusta- ja reuna-alueilla asumiseen, mutta aikaisemmissa tutkimuksissa huonoksi koettu terveydentila on ollut yleisintä haja-asutusalueilla (Karvonen ym. 2010, 228). Tämän tutkimuksen mukaan keskusta- tai reuna-alueella asumisella ja elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijöillä ei ollut yhteyttä. Sen sijaan asuinseudun tuottamat hyvinvoinnin osatekijät olivat merkitseviä. Hyvinvoinnin osatekijöihin oltiin tyytyväisempiä keskusta-alueella kuin reuna-alueilla, paitsi luonnosta nautittiin enemmän reuna-alueilla. Luonnon läheisyys reuna-alueilla liittyy tähän. Kauppisen ja Karvosen (2014, 92) mukaan hyvinvoinnin puutteita ilmenee enemmän maaseutumaisilla alueilla. Keskusta-alue tarjoaa loogisesti enemmän ja monipuolisempia päivittäisiä palveluita sekä kulttuuripalveluita, jolloin niihin ollaan tyytyväisempiäkin. Voi myöskin olla, että näitä käyttävät ihmiset hakeutuvat asumaan keskusta-alueelle. Keskustojen alueelta ja maaseutujen paikalliskeskuksista löytyykin kulttuuripalveluihin tyytyväisimmät (Saaarsalmi ym. 2017, 196). Kuntalaisten hyvinvoinnin tiedetään olevan yhteydessä myös ympäristöön ja kaavoitukseen (Kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen 2017.) Tässä tutkimuksessa keskusta-alueilta löytyivät rakennettuun ympäristöön tyytyväisimmät. Tämän tutkimuksen aineisto ei ole tarkoitettu alkuperäisen tarkoituksen mukaan keskusta- ja reuna-alueiden erojen tarkasteluun, joten tässä tutkimuksessa reuna-alueet sisälsivät myös maaseutukeskuksia, lähiöitä ja haja-asutusalueita. Keskusta-alueina Siilinjärvi ja Kuopio ovat myös erilaisia, sillä Siilinjärvi on kunta ja Kuopio kaupunki. Näin ollen tämän tutkimuksen tuloksia ei pysty luotettavasti vertaamaan muihin tutkimuksiin.

9.2 Eettisyys

Tutkijana vastaan tutkimuksen eettisistä ja moraalisisista ratkaisuista (vrt. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi 2009, 11). Tutkimuksen tekeminen pohjautui hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Tähän kuuluivat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.) Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus koskivat koko tutkimusprosessia (Kuula 2015). Edellä mainitut asiat ovat mer-

kittävä osa tutkimuksen eettisyyttä, mutta myös luotettavuutta. Kuntien nimet julkaistiin tutkimuksessa, koska tutkija, kyselyyn vastanneet tai tutkimusjulkaisun lukijat eivät pysty julkaisusta tunnistamaan yksittäisiä kuntien asukkaita (vrt. Kuula 2015). Kvantitatiivinen tutkimus mahdollisti suuren aineiston käytön. Kyselylomake ilman henkilö- ja tunnistetietoja ja kvantitatiivinen menetelmä määrineen mahdollistavat mielestäni hyvin anonymiteetin säilymisen.

Kyselytutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja se tapahtui internetissä verkkokyselynä tai täyttämällä paperinen lomake kunnantalolla tai kirjastossa. Saatteena kyselyssä oli, että vastauksia käytetään kunnan hyvinvointiraporttiin, ja yhteenveto vastauksista on nähtävissä julkisesti hyvinvointiraportissa. Opinnäytetyön tulokset tulevat osaksi hyvinvointiraporttia eli opinnäytetyö on osa tarkempaa kyselyaineiston analyysia ja tulokset esitetään tilastollisina yhteenvetoina. (vrt. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen... 2009, 2, 5 - 7.) Tutkimuseettisesti ja tietosuojan kannalta ei ole sallittua, että tutkittavat voisi tunnistaa tutkimusjulkaisusta (Kuula 2015). Tutkimusaineisto ei sisältänyt tutkittavien henkilötietoja eikä kokonaisiä yksittäisiä vastauksia julkaistu. Tutkimuksessa käytettiin vain määrällisiä kysymyksiä ja vastauksia. Tutkimusjulkaisussa käytettiin analyysin yhteenvetoja. Yksityisyyden suoja näin olleen säilyy koko tutkimuksen ajan sekä tutkimuksen julkaisun jälkeen (vrt. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen... 2009, 8). Tutkimuksesta saatava hyöty on huomattavasti suurempi kuin siitä aiheutuvat haitat. Kuten on todettu, tutkimus ei vahingoita ihmistieteen eettisiä periaatteita.

Taustamuuttujien poistamista tai muuttujien uudelleen luokittelua voidaan käyttää anonymisointiin (Kuula 2015). Vastaajamäärä oli kuitenkin sen verran suuri, eikä taustamuuttajat kerro yksilöityjä asioita kuten ammattia, joten tätä ei nähty tarpeelliseksi. Ihmisten käsityksiä, arvoja ja mielipiteitä mittaavat kyselyt eivät ole niin arkaluontoisia ja edellyttävät siten vähemmän anonymisointitoimenpiteitä (Kuula 2015).

Tutkimusta varten saatiin valmiiksi kerätty aineisto. Aineisto saatiin käyttöön sähköisessä muodossa, eikä siitä käynyt ilmi vastaajien henkilötietoja. Aineistoa käytettiin

vain tämän tutkimuksen tarkoitukseen, eikä sitä luovutettu ulkopuolisille tai eteenpäin. (vrt. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen... 2009, 9.) Aineisto säilytettiin tutkijan salasanalla suojatulla tietokoneella, jonne oli pääsy vain tutkijalla. Aineisto saatiin ulkopuoliselta taholta, joten tutkija hävittää aineiston itseltään tutkimuksen ja opinnäytetyön oikeellisuuden tarkistamisen jälkeen. (vrt. Kuula 2015; Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen... 2009, 11.) Tulokset esitettiin tilastollisesti, joten niistä ei käy ilmi yksittäiset henkilöt, sillä tutkimuksessa tarkastellaan laajempia kokonaisuuksia. (Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen... 2009, 11.)

9.3 Luotettavuus

Luotettavuuden tarkastelu on oleellinen osa tutkimuksen tekemistä läpi tutkimuksen (Metsämuuronen 2011, 125). Luotettavuutta on tarkasteltu tutkimuksen suunnittelusta raportointiin saakka. Määrällisen tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa käytetään kahta käsitettä, reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta ja validiteetilla tutkimuksen sekä mittarin kykyä mitata valittua asiaa. Analyttisesti reliabiliteetti ja validiteetti on erotettavissa, mutta ne liittyvät merkittävästi toisiinsa. (Bryman 2012, 46 - 67, 173; Metsämuuronen 2011, 125.)

Kuulan (2015) mukaan ongelmana voi olla aineiston edustavuuden ja luotettavuuden arviointi, jos kyselylomake on ollut verkossa vapaasti saatavilla. Kyselyyn on voinut vastata kuka vain ja ilmoittaa muun muassa taustatiedot virheellisesti. Tällainen mahdollisuus piilee kuitenkin jokaisessa anonyymissa tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen etuna oli itsevalikoituneen näytteen suuruus ($n = 2037$). Tutkimusaineisto oli riittävän iso ja mahdollisti monenlaisten analyysien tekemisen, mutta myös rajaaminen oli tarpeellista. Tutkittujen alueiden väestömäärään nähden itsevalikoituneen näytteen määrä oli kuitenkin pieni, eikä näin ollen edusta koko joukkoa kyseisillä alueilla. Vastausmahdollisuus oli kuitenkin kaikilla kuntalaisilla. Vastaajajoukko oli todennäköisesti valikoitunut, mikä voi vaikuttaa vastauksiin. Etuna kuitenkin oli, että vastaajia oli kaikista ikäluokista, kyselyn aihepiiri oli kaikkia ikäryhmiä koskeva ja

neutraali, mitkä toivat luotettavuutta tutkimukselle. Vastaajista suurin osa oli naisia, joten tuloksia ei voi yleistää molempiin sukupuoliin. Yksittäisiin kysymyksiin vastattiin kattavasti (97,2 %-100 %). Tutkimuksen tavoitteeseen päästiin ja tutkimusaineistosta saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Vastauksien saaminen tilastolliseen muotoon edellyttää ohjelmallisen lomakkeenkäyttelijän käyttöä (Kuula 2015). Kysely oli tehty Surveypal- ohjelmalla ja se antoi vastaukset Excel-raporttina. Aineistoa käsiteltiin Excel- ohjelmalla ja SPSS- tilasto-ohjelmalla, joten mittausvirheet on minimoitu. Vertailuluvut laskettiin manuaalisesti, mutta huolellisesti. Käyttöliittymät tilastollisiin ohjelmiin, joissa analysointi tapahtui, oli käytettävissä Jyväskylän ammattikorkeakoulun tietojärjestelmissä. Käytetyillä analyysimenetelmillä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Testien ehdot täyttyivät ja saatiin merkitseviä riippuvuuksia. Tutkimus ja analysointi on toistettavissa tutkijasta riippumatta (vrt. Metsämuuronen 2011, 74). Tutkittava joukko voi olla erilainen, mutta näin suurella joukolla vastaukset todennäköisesti painottuvat samalla lailla. Vastausten luokittelu voi tuottaa erilaisia tuloksia, mutta tutkimuksessa käytetty jaottelu on perusteltu. Analysointi ja tulosten raportointi tehtiin huolellisesti, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet määriteltiin.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta mittarin luotettavuus on merkittävä. Käytettäessä mittaria pyritään ilmiötä havainnoimaan mahdollisimman objektiivisesti. (Metsämuuronen 2011, 67, 125.) Kokemuksellisen hyvinvointikyselyn yhtenä osana käytettyä 3X10D-elämäntilannemittaria on testattu eri puolilla ja kehitetty usean vuoden ajan. Tulokset mittarin toimivuuden tutkimuksista ja analyyyseista ovat osoittaneet, että osa-alueet kuvaavat hyvin yleistä elämäntilanteeseen kohdistuvaa tyytyväisyyttä. (Kainulainen 2019, 14, 25, 46.) Paikallisen sosiaalisen hyvinvoinnin mittariston taustalla on koetun hyvinvoinnin tutkimustulokset vahvasta ympäröivän yhteisön ja yksilön vuorovaikutuksesta toisiinsa (Kainulainen 2014, 88).

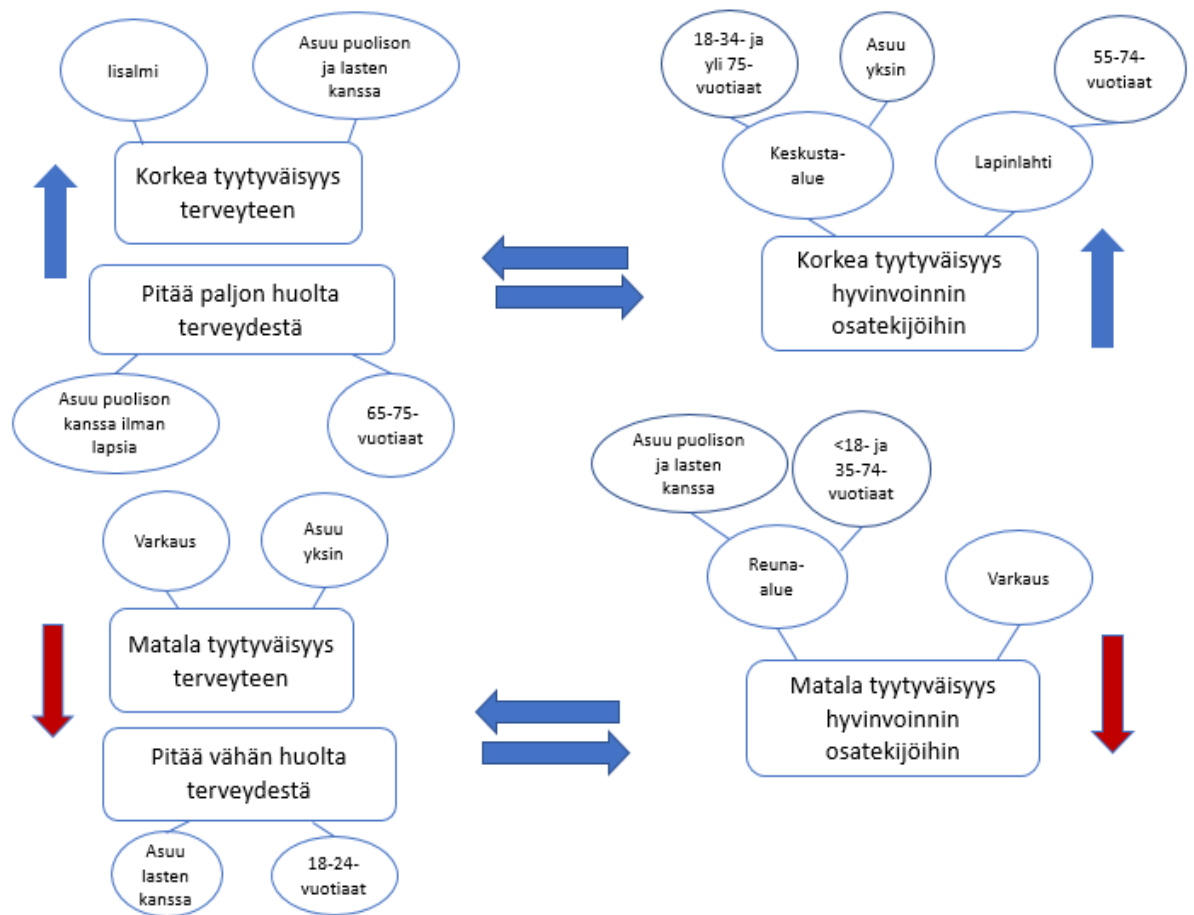
10 Johtopäätökset

Tämä tutkimus vahvisti aiempia tutkimustuloksia, mutta toi myös uutta kokemuksellista tietoa tutkituista kunnista. Tutkimus tuotti tietoa kuntalaisten hyvinvoinnista. Tutkimuksen avulla saatiin tietoa terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen yhdistyvistä tekijöistä, kuntien eroista sekä kahden kunnan keskusta- ja reuna-alueiden eroista tulevaisuuden hyvinvoinnin edistämistyötä varten. Tutkitun tiedon avulla voidaan kehittää kuntalaisten hyvinvointia edistävää toimintaa, palveluita ja rakenteita. Tietoa voidaan hyödyntää kunnissa ja Pohjois-Savossa terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen suunnittelussa. Keskeiset tulokset on esitetty kuviossa 13. Tutkimustulosten perusteella tehdyt johtopäätökset:

1. Terveydentilan kokemiseen yhdistyivät taustatekijöistä kumppanin/puolison kanssa asuminen sekä yksin asuminen, asuinkunta ja kaikki yksilön elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijät, asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijät ja onnellisuus. Terveydentilaansa tyytyväisimpiä olivat kumppanin/puolison ja lapsien kanssa asuvat. Yksin asuvat olivat tyytymättömiä.
2. Terveydestä huolehtimiseen yhdistyivät taustatekijöistä ikä, kotitalouden rakenne sekä kaikki yksilön elämäntilanteen hyvinvoinnin osatekijät, asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijät ja onnellisuus. Terveydestä huolta pitivät eniten iäkkäät ja puolison kanssa ilman lapsia asuvat. Vähiten nuoret aikuiset ja lasten kanssa asuvat.
3. Korkea tyytyväisyys hyvinvoinnin osatekijöihin liittyi korkeampaan tyytyväisyyteen terveydentilaa kohtaan ja parempaan terveydestä huolehtimiseen. Tyytymättömyys hyvinvoinnin osatekijöihin liittyi tyytymättömyyteen terveydentilaa kohtaan sekä vähäiseen terveydestä huolehtimiseen.
4. Tyytyväisyydessä terveydentilaan oli eroja kuntien välillä, mutta terveydestä huolehtimisen taso ei eronnut kunnissa. Iisalmelaiset olivat terveyteensä tyytyväisimpiä ja varkautelaiset kokivat eniten tyytymättömyyttä terveydentilaa kohtaan. Kuntien välillä oli eroja hyvinvoinnin osatekijöiden kokemisessa. Varkaudessa oli enemmän

tyytymättömyyttä hyvinvoinnin osatekijöitä kohtaan verrattuna muihin kuntiin. Lapinlahdella oltiin kokoanisudessaan tyytyväisimpiä.

5. Keskusta-alueilla oltiin tyytyväisempiä asuinseudun tuottaman hyvinvoinnin osatekijöihin kuin reuna- alueilla, lukuun ottamatta luonnosta nauttimista asuinseudulla.



Kuvio 13. Keskeiset tulokset terveyteen, terveydestä huolehtimiseen ja hyvinvoinnin osatekijöihin yhdistyvistä tekijöistä

10.1 Jatkotutkimusehdotukset

Hyvinvointi on tärkeimpiä arvoja yhteiskunnassamme (Lagerspetz 2011, 79) ja hyvinvoinnin edistäminen on yhteiskuntapolitiikan tavoite (Saari 2011, 9). Hyvinvointi- ja terveyseroja on yhä edelleen (Hyvinvointikompassi 2020), joten hyvinvoinnin ja sen ulottuvuuksien tutkiminen on myös jatkossa tärkeää.

Tämä tutkimus toi tietoa kokemukselliseen terveyteen ja terveydestä huolehtimiseen yhdistyvistä tekijöistä. Jatkossa aineistosta voisi tutkia monimuuttujamenetelmillä useiden muuttujien yhteyttä. Aineisto tarjosi myös avoimia kysymyksiä ja vastauksia,

joista voi jatkossa tehdä laadullisen tutkimuksen hyvinvointia vahvistavista ja kehittäväistä asioista paremman kokemuksellisen hyvinvoinnin saavuttamiseksi. Hyödyllistä olisi myös syventää ymmärrystä ja kohdentaa laadullista tutkimusta näihin hyvinvoinnin tekijöihin, joiden todettiin yhdistyvän terveydentilan kokemiseen ja terveydestä huolehtimiseen tässä tutkimuksessa. Alueellisten erojen taustalta voi tutkia alueiden palvelurakennetta ja niiden vaikutusta hyvinvointiin.

Analysointeja tehdessä huomattiin eroja luokittelemattomassa ja luokitellussa aineistossa kuntien kohdalla. Luokittelun ollessa kolmiportainen vastaajan asuinkunnan ja terveydentilaan tyytyväisyyden, kyvyn voittaa elämässä eteen tulevia haasteita, omien vahvuuksien kehittämisen sekä elämään kokonaisuutena tyytyväisyyden välille tulee yhteys khiin neliötestissä, mutta luokittelemattoman aineiston tulos ei tue tätä. Kuitenkin Kruskal-Wallis-testi osoitti eroja Varkauden ja muiden kuntien välillä tyytyväisyydessä terveydentilaan ja kyvyssä voittaa elämässä eteen tulevia haasteita luokittelemattomassa sekä luokitellussa aineistossa. Sattuma vaikuttanee vastausten jakaantumiseen luokkiin, mikä aiheuttaa tilastollisia eroja. Jatkossa tulee kiinnittää huonontaako luokittelu kolmeen erisuuruiseen luokkaan tuloksia. Toisaalta luokittelun taustalla on perustellut tulokset. Luokittelua kannattaa tutkia omana tutkimuksenaan jatkossa.

Lähteet

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Atkinson, S., Bagnall A-M., Corcoran, R., South, J. & Curtis, S. 2019. Being Well Together: Individual Subjective and Community Wellbeing. *Journal of Happiness Studies* volume, 21, 1903–1921. Springer Link. Viitattu 8.6.2020.
https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-019-00146-2?wt_mc=alerts.TOCjournals

Balaj, M., McNamara, CL., Eikemo, TA. & Bambra, C. 2017. The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27, 1, 107-114. Viitattu 4.4.2020
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw217>

Bian, Y., Zhang, L., Yang, J., Guo, X. & Lei, M. 2015. Subjective Wellbeing of Chinese People: A Multifaceted View. *Social Indicators Research*, 121, 1, 75-92. Viitattu 2.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, ABI/ INFORM Collection. doi:10.1007/s11205-014-0626-6

Borg, P. 2015 Yksinasuvien helsinkiläisten kokema hyvinvointi. Tutkimuksia. Helsingin kaupungin tilastokeskus. Viitattu 21.5.2020.
https://www.hel.fi/hel2/Tietokeskus/julkaisut/pdf/15_06_17_Tutkimuksia_3_Borg.pdf

Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D.R. 2011. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–98. Viitattu 29.3.2020.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>

Bryman, A. 2012. *Social research methods*. 4.p. Oxford: Oxford University Press cop.

Burns, N. & Grove, S. K. 2001. *The practice of nursing research. Conduct, Critique, and Utilization*. 5.p. Philadelphia : Elsevier/Saunders cop.

Corder, G.W. & Foreman, D.I. 2014. *Nonparametric Statistics : A Step-By-Step Approach*. E-kirja. 2.p. John Wiley & Sons, Incorporated. Viitattu 16.8.20.
<https://janet.finna.fi/>, ProQuest Ebook Central.

Das, E. 2013. *Improving the effectiveness of mass - mediated health campaigns : Overcoming barriers to risk communication*. E-kirja. Teoksessa *Health Risk Communication*. New York: Nova Science Publishers. Viitattu 29.3.2020.
<https://janet.finna.fi/>, Ebook Central Academic Complete International Edition.

Diener, E. & Chan, M.Y. 2011. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1, 1-43. Viitattu 4.7.2019.
http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Chan_2011.pdf

Elinajanodote, kuolemansyyt. 2019. Tilastokeskus. Viitattu 22.5.2019.
<https://www.stat.fi/tup/tasaarvo/terveys#elinajanodote>

Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J. & Kivimäki, M. 2017. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: the prospective UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health*, 2, 6, 260-266. Viitattu 7.4.2020. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30075-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0)

FinSote-tutkimus. 2019. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.7.2019
<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finsote-tutkimus>

Garbarski, D. 2016. Research in and Prospects for the Measurement of Health Using Self-Rated Health. *Public Opinion Quarterly*. 80,4,977–997. Viitattu 5.9.2020.
<https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Health Promotion Glossary. 1998. World Health Organization. Viitattu 2.5.2020.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=4FA9C20D9D4B483C0EAC539A217F2217?sequence=1

Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England. 2010. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty 30 November 2010. Viitattu 7.7.2019.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216096/dh_127424.pdf

Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E. & Puska, P. 2001. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *Epidemiol Community Health*, 55, 4, 227–232. Viitattu 12.7.2019. <https://janet.finna.fi/>, E-artikkeli, jch.bmj.com

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Raportti 15. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.5.2020.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helliwell, J.F., Huang, H. & Wang, S. 2019. Changing World Happiness. Julkaisussa *World Happiness Report 2019*. New York: Sustainable Development Solutions Network. Viitattu 12.4.2020. <https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2019/WHR19.pdf>

Hu, Y., van Lenthe, F.J., Borsboom, G.J., Looman, C.W.N., Bopp, M., Burström, B., Džurová, D., Ekholm, O., Klumbiene, J., Lahelma, E., Leinsalu, M., Regidor, E., Santana, P., de Gelder, R., Mackenbach, J.P. 2016. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *Epidemiol Community Health*, 70, 644–652. Viitattu 5.4.2020.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-206780>

Huijts, T., Stornes, P., Eikemo, T.A., Bambra, C. 2017. The social and behavioural determinants of health in Europe: findings from the European Social Survey (2014)

special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27, 1, 55-62. Viitattu 5.4.2020. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw231>

Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi 2009. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 9.7.2019. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Huono-osaisuus Suomessa- karttasivusto. 2020. Viitattu 22.5.2020. <https://www.diak.fi/eriarvoisuus>

Huttunen, J. 2018. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Kustanus Duodecim. Viitattu 27.6.2019. <https://janet.finna.fi/>, terveysportti.

Hyvinvointi ja terveys N.d. Valtioneuvosto. Viitattu 11.6.2019. <https://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi>

Hyvinvointikompassi. 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.5.2020. <https://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/hyvinvointi-profiili>

Hyvinvointikompassi. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.7.2019. <https://www.hyvinvointikompassi.fi>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 9.7.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Härkönen, P. 2012. Elämäntyytyväisyys ja terveys. Voimavaruusuntautunut ikääntyvien henkilöiden seurantatutkimus. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos. Viitattu 15.5.2020. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526200163>

Kainulainen, S. 2019. 3X10D® –elämäntilannemittarin kehitystyö 2015-2019. Viitattu 4.5.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN::978-952-493-344-5>

Kainulainen, S. 2014. Mitä uutta kokemuksellisuus tuo hyvinvoinnin käsitteeseen ja käyttöön. Julkaisussa Kokemustieto hyvinvointi ja paikallisuus. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.7.2019. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522164353.pdf>

Kainulainen, S. 1998. Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 23.9.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-781-821-1>

Kainulainen, S. & Juutinen, A-M. 2017. Nuoren elämäntilanteen hahmottaminen 3X10D™ -mittarilla. HAMK Unlimited Scientific. Viitattu 19.11.2019 <https://unlimited.hamk.fi/hyvinvointi-ja-sote-ala/nuoren-elamantilanteen-hahmottaminen-3x10d-mittarilla/>

Kainulainen, S. & Saari, J. 2013. Koettu huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 22.5.2020.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf

Karvonen, S. 2019. Koetun hyvinvoinnin tila tunnuslukujen valossa. Julkaisussa Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Karvonen, S. & Kauppinen, T. 2009. Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. Yhteiskuntapolitiikka, 74, 5, 467-486. Viitattu 7.7.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117643>

Karvonen, S., Kauppinen T.M. & Ilmarinen, K. 2010. Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.7.2019. Julkari.

Karvonen, S., Kestilä, L. & Kauppinen, T.M. 2019. Nuorten kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Karvonen, S., Marteliin, T., Kestilä, L. & Junna, L. 2019. Tulotason mukaiset terveyserot. Julkaisussa Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kauppinen, T.M. & Karvonen, S. 2014. Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kauppinen, T.M., Martelin, T., Hannikainen-Ingman, K. & Virtala, E. 2014. Yksin asuvien hyvinvointi. Mitä tällä hetkellä tiedetään? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.5.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-266-9>

Kestilä, L., Knape, N. & Hetemaa, T. 2019. Suomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö tilastojen valossa. Julkaisussa Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kinnunen, K., Virtanen, P. & Valtonen, H. 2011. Koettu onnellisuus ja koettu terveys. Sairaus ei tee onnettomaksi, mutta onneton ei pysy terveenäkään. Yhteiskuntapolitiikka 76, 4, 387-396. Viitattu 21.5.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117852>

Kouluterveyskysely. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.7.2020. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely>

Kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen. 2017. Kuntaliitto. Viitattu 26.9.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/hyvinvoinnin-edistaminen-0>

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino. E-kirja. Viitattu 11.6.2019. <https://janet.finna.fi/>, Ellibslibrary.

L 410/2015. Kuntalaki. Viitattu 20.9.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2015/20150410>

- L. 733/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta. Viitattu 10.7.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733#L1P3>
- L 731/1999. Suomen perustuslaki. Viitattu 10.7.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731>
- L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 12.6.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Lagerspetz, E. 2011. Hyvinvoinnin filosofia. Julkaisussa Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Lahelma, E., Pentala, O., Helldàn, A., Helakorpi, S. & Rahkonen, O. 2017. Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina. *Lääkärilehti*, 72, 25-32, 1629-1634. Viitattu 28.2.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201708148101>
- Manderbacka, K. 1998. Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26, 2, 145-153. Viitattu 27.6.2019. <https://janet.finna.fi/>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).
- Maslow, A. H. 1943. *A Theory of Human Motivation*. Äänikirja Storytel-kirjapalvelussa. Viitattu 10.3.2020. www.storytel.com
- Maunu, A., Katainen, A., Perälä, R. & Ojajärvi, A. 2016. Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 53, 3, 189-201. Viitattu 28.2.2019. <https://journal.fi/sla/article/view/59163>
- Mckenzie, S.K., Carter, K.N., Blakely, T. & Ivory, V. 2011. Effects of childhood socioeconomic position on subjective health and health behaviours in adulthood: How much is mediated by adult socioeconomic position? *BMC Public Health*. 11, 269. Viitattu 2.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, EBSCOhost Academic Search Elite
- Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. E-Kirja International Methelp. Viitattu 4.5.2020. <https://janet.finna.fi/>, Booky
- Murto, J., Kaikkonen, R., Pentala-Nikulainen, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Jussmäk,i T., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2017. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2017. Viitattu 20.5.2020 www.thl.fi/ath
- National strategy to reduce social inequalities in health. 2007. Norwegian Ministry of Health and Care Service. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting. Viitattu 7.7.2019 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf
- Naghshpour, S. 2016. *A Primer on Nonparametric Analysis, Volume I*. E-kirja. Business Expert Press. Viitattu 16.8.20. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest Ebook
- Niiranen-Linkama, P. & Kuru, T. 2014. Kokemuksellinen hyvinvointi : Mitä 65–74-vuotiaat kertovat hyvinvoinnistaan. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia ja raportteja. Viitattu 21.5.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-588-478-7>

Nussbaum, M. & Sen, A. 1993. The Quality of life. E-kirja google-kirjat palvelussa. Oxford: Carendon press. Viitattu 10.3.2020. <https://books.google.fi/>

OECD guidelines on measuring subjective well-being. 2013. OECD publishing. Viitattu 7.7.2019. <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>

Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen- Kulttuurinen näkökulma. Väistöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 22.5.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514288401.pdf>

Osallistava ja osaava Suomia – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Viitattu 30.6.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-756-7>

Palosuo, H., Sihto, M., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. & Prättälä, R. 2004. Eriarvoisuus ja terveystietäytyminen. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta ruotsissa, englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Helsinki. Viitattu 15.7.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71816/Julka_04_12.pdf?sequence=1

Pentala-Nikulainen, O., Koskela, T., Parikka, S., Kilpeläinen, H., Koskeniemi, T., Aalto, A-M., Muuri, A., Koskinen, S. & Lounamaa, A. 2018. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017-2018. Viitattu 1.2.2020. www.thl.fi/finsote

Pietilä, A-M., Kangasniemi, M. & Halkoaho, A. 2016. Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in Finnish. Teoksessa The Handbook of Salutogenesis. Springer. E-kirja. Viitattu 25.5.2020 <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-04600-6.pdf>

Rahkonen, O. & Lahelma, E. 2013. Terveystietäytyminen Suomessa. Julkaisussa Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita. Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisuja. A tutkimuksia, 38. Helsinki: Diakonia ammattikorkeakoulu.

Requena, F. 2016. Rural–urban living and level of economic development as factors in subjective well-being. Social Indicators Research, 128, 2, 693-708. Viitattu 2.6.2020. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest Central.

Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. 2014. UCL Institute of Health Equity. World Health Organization. Viitattu 12.7.2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

Saari, J. 2011. Hyvinvoinnin kentät. Julkaisussa Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus.

- Saarinen, A., Airio, I., Kaikkonen, R. & Luoma, M-L. 2013. Onnellisuus erityyppisillä asuinalueilla. *Yhteiskuntapolitiikka*, 78,5, 520-532. Viitattu 7.7.2019. <http://www.julkari.fi/handle/10024/114733>
- Saarsalmi, P., Karvonen, S., Kauppinen, T.M., Koskela, T., Murto, J. & Kaikkonen, R. 2017. Kaupunki- maaseutuluokituksen mukaisten terveys- ja hyvinvointierojen vaihtelu maan eri osissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 82, 2, 188-199. Viitattu 28.2.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201704206221>
- Saarsalmi, P., Koskela, T., Virtala, E., Murto, J., Pentala, O., Kauppinen, T., Karvonen, S. & Kaikkonen, R. 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin erot maalla ja kaupungissa vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia uuden kaupunki-maaseutu-luokituksen mukaan. *Terveysten ja Hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiivistä* 30, joulukuu 2014. Helsinki. Viitattu 14.7.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-404-5>
- Short, S.E. & Mollborn, S. 2015. Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current opinion in psychology*, 5, 78–84. Viitattu 29.3.2020. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.
- Singh, G.K. & Siahpush, M. 2014. Widening rural–urban disparities in life expectancy, U.S., 1969–2009. *American Journal of Preventive Medicine*, 46, 2, 19-29. Viitattu 6.7.2019. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(13\)00590-4/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(13)00590-4/fulltext)
- Sivistyksen suunta. 2025. Kuntaliiton sivistyspoliittinen ohjelma. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sivistyksen%20suunta%202025.pdf>
- a. Stiglitz, J. E., Sen, A. & Fitoussi, J-P. 2009. The measurement of economic performance and social progress revisited: Reflections and Overview Joseph. OFCE. Viitattu 8.7.2019. <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01069384/document>
- b. Stiglitz, J. E., Sen, A. & Fitoussi, J-P. 2009. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Viitattu 12.6.2019. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>
- Suomi maailman kärjessä. 2018. Tilastokeskus. Viitattu 14.7.2020. <https://www.stat.fi/tup/satavuotias-suomi/suomi-maailman-karjessa.html>
- Suomisanakirja 2019. Viitattu 8.7.2019. <https://www.suomisanakirja.fi/tietoa.php>
- Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen, S. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti*, 69, 36, 2185-2192. Viitattu 28.2.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014100345026>
- Tanninen, H. & Tuomla, M. 2015. Onko julkista taloutta sopeuttava kiristyspolitiikka vaihtoehdotonta? Julkaisussa *Hyvinvointivaltio 2010-luvulla – mitä kello on lyönyt?*

- Raportteja 30. Helsinki: palkansaajien tutkimuslaitos. Viitattu 15.10.2019
http://www.labour.fi/?wpfb_dl=1613 .
- Tarkiainen, A. & Nieminen, A. 2014. Mihin ja miksi kokemustietoa tarvitaan? Teoksessa kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, raportteja 177. Viitattu 15.10.2019.
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522164353.pdf>
- Terveyskäyttäytyminen. 2019. Duodecim. Viitattu 12.1.20.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt03441
- Terveyspalvelut. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.7.2019.
<https://stm.fi/terveyspalvelut>
- THL:n sairastavuusindeksi. 2019. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti: 30/2019. Viitattu 17.6.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019062722119>
- Tilastojen ABC. Tilastokeskus. N.d. Viitattu 11.5.2020.
https://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql?page_type=sisalto&course_id=tkoulu_tlkt&lesson_id=4&subject_id=4
- The determinants of health. N.d. World Health Organization. Viitattu 2.5.2020.
<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- The legatum prosperity Index. 2019. Legatum Institute. Viitattu 26.5.2020.
<https://www.prosperity.com/globe#FIN>
- The Ottawa charter for health promotion. 1986. World Health Organization. Viitattu 2.5.2020. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- THL:n sairastavuusindeksi. 2019. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 6.7.2019.
<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sairastavuus-ja-tapaturmat/thl-n-sairastavuusindeksi>
- Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 19.2.2020.
<https://soteuudistus.fi/documents/16650278/20529791/Tulevaisuudensotehakuopas.pdf/3ef1557c-feab-845b-799f-092e123fd67f/Tulevaisuudensotehakuopas.pdf>
- Turunen, S., Hoppania H-K., Luhtamäki, M., Nenonen, T. & Tuomaala, V. 2010. Ihmisiä ja kaupunkiluontoa. Tutkimus pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvoinnista. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCAn ja Heikki Waris instituutin julkaisusarja 24. Viitattu 21.5.2020.
http://www.socca.fi/files/18/Ihmisia_ja_kaupunkiluontoa_tutkimus_paakaupunkiseudun_asukkaiden_hyvinvoinnista_2010.pdf
- Työttömiä % työvoimasta 2018. 2020. Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.5.2020.
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKBAA=®ion=szYrtTbMsjaq>

AAA=&year=sy6rsjbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201911131146

Veenhoven, R. 2009. How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories. Julkaisussa Happiness, Economics and Politics: Towards a Multi-Disciplinary Approach. Cheltenham: Edward Elgar. Viitattu 8.4.2020.
<https://janet.finna.fi/>, dare.uva.nl.

Veenhoven, R. 2000. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1, 1-39. Janet, EBSCOhost Academic Search Elite.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura. Viitattu 15.7.2020.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vihanninjoki, V. 2017. Kokonaisvaltaisen kaupunkihyvinnön aika? urbaani monimuotoisuus ja kaupunkiympäristön estetiikka hyvinvointitekijöinä. *Yhteiskuntapolitiikka*, 82, 3, 343-349. Viitattu 8.7.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017102350241>

Välimaa, R. 2000. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. Väitöskirja. University of Jyväskylä, *Studies in sport, physical education and health*. Viitattu 21.5.2020. <https://scholar.google.fi/>

Western, M. & Tomaszewski, W. 2016. Subjective Wellbeing, Objective Wellbeing and Inequality in Australia. *PLoS ONE*, 11,10. Viitattu 2.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, EBSCOhost Academic Search Elite.

What quality of life? The WHOQOL Group. 1996. WHO Quality of Life Assessment Group. *World Health Forum*, 17, 4, 354-356. Viitattu 2.5.2020
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>

WHO. 1948. Constitution of the World Health Organization. Viitattu 6.7.2019.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

WHO. N.d. World Health Organization. Viitattu 7.7.2019.
<http://www.euro.who.int/en/home>

Liitteet

Liite 1. Kokemuksellinen hyvinvointikysely

Hyvä kuntalainen,

Kerro **henkilökohtainen kokemuksesi jokapäiväisestä hyvinvoinnistasasi.** Pohjois-Savon kunnissa ja maakunnassa tehdään vuosittain hyvinvointiraportti eli tarkastellaan, miten hyvinvointiasiat ovat edenneet ja mitkä ovat kuntalaisten kokemat hyvinvoinnin kehittämiskohteet. Raportin valmistelun tueksi kaivataan kuntalaisten henkilökohtaisia kokemuksia jokapäiväisestä hyvinvoinnista.

Vastaa kokemukselliseen hyvinvointikyselyyn **6.2.2019 mennessä** joko vastaamalla tähän verkkokyselyyn <https://my.surveypal.com/kokemus2019> tai täyttämällä paperinen kyselylomake. Kyselyyn vastaaminen vie noin 15 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Paperisia kyselylomakkeita on saatavilla kuntasi pääkirjastosta ja kunnanvirastolta/kaupungintalolta.

Yhteenveto vastauksista julkaistaan osana Pohjois-Savon maakunnan ja kuntien hyvinvointiraporttia <https://www.hyvinvointikertomus.fi/>

Kyselyyn vastanneiden kesken arvotaan kolme 50e arvoista lahjakorttia kunnan hyvinvointipalveluihin. Arvontaan osallistuminen on vapaaehtoista.

Mikäli haluat osallistua arvontaan, jätä yhteystietosi (nimi ja puh.nro/sähköpostiosoite/osoite) verkkokyselyn tai paperisen kyselylomakkeen lopussa olevaan yhteystiedot arvontaa varten -kenttään. Kyselylomake ja yhteystiedot käsitellään erikseen. Arvonnan voittajille ilmoitetaan voitosta henkilökohtaisesti.

Kysely: Henkilökohtainen kokemuksesi jokapäiväisestä hyvinvoinnista

Sukupuoli*

Mies

Nainen

Muu

Minkä ikäinen olet?*

- Alle 18-vuotias
- 18-24 vuotta
- 25-34 vuotta
- 35-44 vuotta
- 45-54 vuotta
- 55-64 vuotta
- 65-74 vuotta
- Yli 75-vuotias

Ketä talouteesi kuuluu tällä hetkellä?*

- Asun yksin
- Asun kumppanin/ puolison kanssa ilman lapsia
- Asun kumppanin/ puolison ja lasten kanssa
- Asun lasten kanssa
- Muu, mikä

Missä Pohjois-Savon kunnassa asut?*

- Iisalmi
- Joroinen
- Kaavi
- Keitele
- Kiuruvesi
- Kuopio
- Lapinlahti
- Leppävirta
- Pielavesi
- Rautalampi

- Rautavaara
 - Siilinjärvi
 - Sonkajärvi
 - Suonenjoki
 - Tervo
 - Tuusniemi
 - Varkaus
 - Vesanto
 - Vieremä
 - Vastaaja ei asu Pohjois-Savossa
- Missä Kuopion kaupunginosassa asut?

- Keskusta-Niirala-Haapaniemi-Siikalahti-Rönö
- Inkilänmäki – Peipposenrinne - Itkonniemi - Männistö – Linnanpelto - Kelloniemi – Likolahti - Saarijärvi – Tiihotar - Kettulanlahti - Rahusenkangas - Kuivinniemi
- Särkiniemi – Särkilahti - Neulamäki
- Jynkkä – Levänen
- Puijonlaakso – Länsi-Puijo – Rypysuo - Julkula - Päiväranta
- Petonen – Pitkälähti - Litmanen - Pirtti - Lehtoniemi - Keilankanta - Rautaniemi - Savolanniemi - Pirttiniemi
- Hiltulanlahti – Puutossalmi – Pellesmäki – Kurkimäki – Haminalahti – Hirvilahti

- Ranta-Toivala – Jännevirta – Sorsasalo – Riistavesi – Melalahti – Kurkiharju
- Vehmersalmi
- Karttula
- Maaninka
- Nilsinä
- Juankoski
- Vastaaja ei asu Kuopiossa

Missä Siilinjärven alueella asut?

- Itäinen alue (Kuuslahti, Heinämäki)
- Kasurila, Räimä
- Kirkonkylä, keskusta
- Läntinen alue (Väänälänranta, Kumpunen, Koivusaari, Hamula, Kehvo)
- Pohjoinen alue (Pöljä, Kolmisoppi, Koivumäki)
- Toivala
- Vuorela

Missä Varkauden alueella asut?

- Varkauden kaupunkialue
- Kangaslampi

Missä tajaama-alueella asut?

Lapinlahden alue

Varpaisjärven alue

Pohdi **omaa hyvinvoinnin kokemustasi mahdollisimman laajasti** ottaen huomioon mm. elämänlaatusi, mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua, terveys, turvallisuus, asuminen ja elinympäristötekijät, vapaa-aika, kunnan palvelut sekä opiskelu/ työ ja toimeentulo.

Mitkä asiat VAHVISTAVAT* sinun jokapäiväistä hyvinvointiasi? *(ovat olemassa/ ylläpitävät/ säilyttävät)

Mitä asioita tulisi KEHITTÄÄ*, jotta kokisit hyvinvointisi paremmaksi? *(asiat puuttuvat tai ovat olemassa, mutta niitä tulisi kehittää)

Elämäntilanne

Kun ajattelet nykyhetkeä, niin kuinka tyytyväinen olet seuraaviin asioihin

	Erittäin tyytymätön	Erittäin tyytyväinen									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Itsetuntoosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveystilaasi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kykyysi voittaa elämässä eteen tulevia vaikeuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luotettavien ystävien määrään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perheeseesi (läheisiisi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päivittäiseen pärjäämiseesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taloudelliseen tilanteeseesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asumisoloihisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omien vahvuuksiesi kehittämiseen (esim. harrastamalla mieluisia asioita)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elämäsi kokonaisuutena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asuinseutusi tuottama hyvinvointi

Vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla kultakin riviltä sopiva vaihtoehto.

Kuinka paljon...

	Ei lainkaan	Erittäin paljon
	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
...käyt kirjastossa, konserteissa ja muissa vastaavissa paikoissa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...teet juuri sinulle mielekkäitä asioita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...pidät huolta terveydestäsi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...voit halutessasi viettää aikaa sinulle mieluisten ihmisten kanssa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...voit nauttia luonnosta asuinseudullasi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...luotat asuinkuntasi poliittisiin päätöksentekijöihin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tunnet voivasi vaikuttaa itseäsi koskeviin asioihin asuinkunnassasi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...asuinseutusi tarjoaa sinulle mahdollisuuksia hyvään elämään tulevaisuudessa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kuinka tyytyväinen...

	Ei lainkaan	Erittäin tyytyväinen
	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
...olet asuinalueesi rakennettuun (rakennukset, kadut, puistot jne.) ympäristöön?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...olet jokapäiväisten palveluiden (kauppa, posti, pankki) läheisyyteen (saavutettavuuteen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...olet asuinalueesi turvallisuuteen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...olet saamaasi kohteluun viimeksi kun käytit jotain julkista palvelua?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Viitaten edelliseen kysymykseen ("Kuinka tyytyväinen olet saamaasi kohteluun viimeksi kun käytit jotain julkista palvelua"), mitä palvelua tällöin käytit?

Kuinka onnellinen olet?

Ottaen kaikki asiat huomioon, asteikolla 1-10, kuinka onnellinen sanoisit olevasi?

Asteikolla 1 tarkoittaa, että olet hyvin onneton ja 10 tarkoittaa, että olet hyvin onnellinen. *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Viherympäristön merkitys?

Kuinka suuri merkitys viherympäristöllä (puistot, metsät, polut ja reitit) ja vesistöllä (joet, lammet, järvet, pääsy rantaan) on onnellisuutesi ja hyvinvointisi kannalta?

Asteikolla 1 tarkoittaa, että erittäin vähäinen merkitys ja 10 tarkoittaa, että erittäin suuri merkitys *



Lopuksi, mitä muuta haluaisit sanoa?
