



# Varhaisessa kotoutumisen vaiheessa olevien pakolaistaustaisten aikuisten elämänlaatua selittävät tekijät

REETA KANKAANPÄÄ & NIKO ESKELINEN & CSILLA VESZTEG & JANET ANAND  
& TOMI MÄKI-OPAS & MARJA VAARAMA & SAMULI NEUVONEN

Pakolaiset altistuvat usein traumakokemuksille ja monille muille stressitekijöille ennen maasta toiseen muuttoa, muuton aikana tai sen jälkeen. Tämä saattaa vaikuttaa heidän koettuun elämänlaatuunsa. Artikkelissa analysoidaan sosioekonomisten tekijöiden, traumakokemuksen, trauman jälkeisen oireilun ja yksinäisyyden vaikutuksia pakolaistaustaisten elämänlaatuun.

.....  
*English summary at the end of the article*

## Tausta

Pakolaisten vastaanotto ja kotouttaminen Suomessa pohjautuu Suomen lainsäädännön lisäksi EU:n lainsäädäntöön sekä Suomea koskeviin kansainvälisiin ihmisoikeus- ja muihin sopimuksiin (TEM 2019). Suomessa aiemmin toteutetuissa maahanmuuttajiin kohdistuneissa tutkimuksissa (esim. Castaneda ym. 2012; Snellman ym. 2014, Castaneda ym. 2015a; Castaneda ym. 2017; ks. myös Castaneda ym. 2018) on korostettu, että maahanmuuttajien – ja erityisesti pakolaisten – terveyteen ja hyvinvointiin sekä osallisuuden kokemuksiin on kiinnitettävä entistä systemaattisempaa huomiota. Näistä tekijöistä rakentuu myös onnistunut kotoutuminen (TEM 2019).

Tässä tutkimuksessa puhutaan yhteisnimityksellä pakolaistaustaisista henkilöistä, joilla tarkoitetaan oleskeluluvan saaneita turvapaikanhakijoita ja kiintiöpakolaisia. Tutkimusaineisto koostuu pelkästään varhaisessa kotoutumisen vaiheessa

oleville pakolaistaustaisille henkilöille suunnatusta ja vuonna 2017 Suomessa toteutetusta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta. Kielitaidottomuuden, osattomuuden kokemusten ja muiden vastaavien tekijöiden takia tutkimuksen kohderyhmä on erityisen vaikeasti tavoitettava, joten aineiston keruuseen varattiin tavallista enemmän aikaa ja resursseja (vrt. Weiste-Paakkanen ym. 2017). Hyvinvointia mitattiin Maailman terveysjärjestön kehittämän koetun elämänlaadun mittarin avulla. Siinä elämänlaatu tarkoittaa yksilön käsitystä elämästään siinä kulttuurisessa, sosiaalisessa ja elinoloympäristössä, jossa hän elää (WHOQOL GROUP 1998; Vaarama ym. 2008). Mittari jakaa elämänlaadun neljään ulottuvuuteen. Fyysinen ulottuvuus käsittää fyysisen terveyden ja sairaudet sekä toimintakyvyn, psyykinen ulottuvuus mielen terveyden ja kyvykkyydet, sosiaalinen ulottuvuus kattaa sosiaaliset verkostot ja ympäristö- ulottuvuus elinolot ja palvelut.

*Tutkimusta rahoitti Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvosto (#303615).*

## Pakolaistaustaisten henkilöiden elämänlaatu

Verrattuna muihin maahanmuuttajiin pakolaisilla on korkea riski altistua haitallisille elinolosuhteille, väkivallalle ja traumakokemuksille jo ennen maahanmuuttoa (Pottie 2011; ks. myös Castaneda ym. 2016). Pakomatalla ihmisen terveys ja hyvinvointi joutuvat edelleen monin tavoin koetukselle. Vaikka pakolaisilla on suurempi riski altistua haitallisille elinolosuhteille ja niiden epäedullisille terveys- ja hyvinvointivaikutuksille, ei tämä koske samassa määrin kaikkia maahanmuuttajia. Esimerkiksi maahanmuuttajamiesten terveys on osoittautunut joissakin tutkimuksissa jopa väestön keskiarvoa paremmaksi (Gimeno-Feliu ym. 2015; WHO 2018; vrt. Rask ym. 2016a). Terveysriskien ilmenemisen ja hoidon saannin mahdollisuuksien on todettu riippuvan esimerkiksi muuttajan sukupuolesta, etnisestä ryhmästä, yhteiskunnallisesta asemasta ja muuttaneen oleskeluluvasta (Sargent & Larchanche 2011). Maasta toiseen muuttaminen aiheuttaa väistämättä myös stressiä, kun henkilökohtaiset siteet, sosiaaliset verkostot, yhteiskunnallis-taloudellinen ympäristö ja kulttuurijärjestelmä muuttuvat (Kirmayer ym. 2011). Psykkisen hyvinvoinnin kannalta tärkeitä tekijöitä ovat perustarpeiden tyydyttyminen, toimivat stressinhallinnan keinot sekä toimijuuden kokemuksen palautuminen ja saavuttaminen oman elämän suhteen (Snellman ym. 2014; vrt. Castaneda ym. 2015b). Patricia Strijkin (2011) mukaan pakolaistaustaisten keskeisiä terveyden ja hyvinvoinnin tarpeita ovat yksinäisyyden ja kaipuun lievittäminen, sekä perustarpeiden tyydyttyminen.

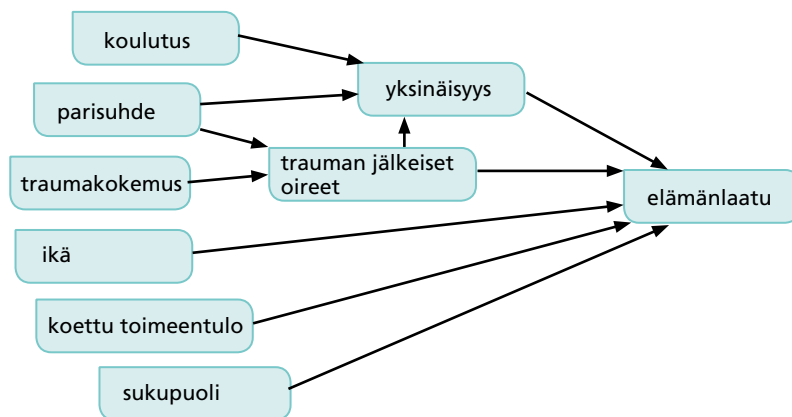
Kevin Pottien (2011) mukaan maahanmuuttajista ja pakolaisista 40 prosenttia on todennäköisesti altistunut traumaattisille tapahtumille ennen maahanmuuttoa. Enemmistön kuitenkin ennustetaan parantuvan traumaista itsestään saavuttaessaan turvallisen ympäristön. Vakavin traumaattisiin kokemuksiin liittyvä psyykinen seuraus on tyypillisesti posttraumaattinen stressioireyhtymä (Rothschild 2000). Mina Fazelin ja kollegoiden (2005) mukaan kuitenkin vain kymmenelle prosentille oli diagnosoitu posttraumaattinen stressihäiriö ja viidelle prosentille masennus. Traumavat voivat altistaa erilaisille mielenterveyden ongelmille (Mölsä ym. 2014). Mielenterveyden ongelmista kärsivät saattavat pelätä myös leimautumista, mikä saattaa vähentää pakolaisten halukkuutta ilmaista tarvettaan mielenterveysongelmien hoita-

miselle (Craig ym. 2009). Maahanmuuton hetkellä tapahtuvia ja sitä seuraavia stressitekijöitä tulisikin minimoida, ja traumakokemukset ja traumaperäinen oirehdinta tulisi tunnistaa ja hoitaa (Johansson-Blight ym. 2009; Castaneda ym. 2018).

Pakolaistaustaiset eivät välttämättä ensisijaisesti hae itse apua mielenterveysongelmiin, vaan he kokevat kärsivänsä ennemminkin sosiaalisista, poliittisista tai taloudellisista ongelmista (Watters 2001). Perustarpeiden tyydyttyminen on hyvälle elämänlaadulle ensisijaista. Konfliktitilanteille altistuminen on usein traumatisoivaa, ja esimerkiksi posttraumaattisen stressihäiriön oireilla oli Aleksandra Matanovin ja kollegoiden (2013) mukaan voimakas negatiivinen yhteys elämänlaatuun. Toisaalta yhteydenpito ystäviin näytti yhdistyvän parempaan elämänlaatuun. Saman suuntaisia tuloksia on saatu myös Jordaniassa elävien irakilaisien pakolaisten elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä, joista merkittävimpinä työttömyys, perheen pieni koko sekä ahdistuneisuus alensivat huomattavasti elämänlaatua (Al-Smadi ym. 2017). Sosiaaliset tekijät (esim. työllistyminen, taloudellinen tilanne ja tyytyväisyys asumiseen) olivat tärkeitä määrittäjiä pakolaisten mielenterveydelle myös brittiläisessä pitkäaistutkimuksessa (Campbell 2012), ja kymmenenvuotisessa seurantatutkimuksessa pakolaisten mielenterveyttä ja elämänlaatua heikensivät kidutus ja trauma, alhainen koulutustaso, sosiaalisten suhteiden puute, kipukokemukset sekä työttömyys (Carlsson ym. 2006).

## Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella vuosina 2014–2017 Suomeen saapuneiden pakolaistaustaisten aikuisten elämänlaatuun kytkeytyviä tekijöitä Itä-Suomessa vuonna 2017 kerätyn kyselyaineiston perusteella. Jäljittämällä elämänlaatuun vaikuttavien tekijöiden mahdollisia vaikutusmekanismeja tuotetaan tietoa, jonka avulla pakolaistaustaisten hyvinvoinnin puutteisiin voidaan tarjota aiempaa kohdennetumpaa tukea. Tutkimuksessa tarkastellaan itse raportoitujen traumakokemuksen, trauman jälkeisten oireiden, yksinäisyy-



Kuvio 1. Teoreettinen malli. Kuvion yksinkertaistamisen vuoksi eksogeenisten muuttujien kovarianssi-kaaret ja endogeenisten muuttujien jäännöstermit on jätetty piirtämättä.

den<sup>1</sup> sekä tuloilla pärjäämisen ja muiden taustatekijöiden yhteyttä elämänlaatuun.<sup>2</sup> Aiemmissa tutkimuksissa traumakokemusten ja trauman jälkeisten oireiden yhteyttä elämänlaatuun on tarkasteltu lähinnä lineaarisella regressioanalyysillä (ks. Matanov 2013; Al-Smadi ym. 2017; Carlsson ym. 2006). Useamman selittäjän regressiomallin kertoimissa on kyse suorista vaikutuksista eli selittävän muuttujan efektistä silloin, kun kaikki muut mallissa olevat selittäjät on vakioitu. Tekemällä perusteltuja oletuksia selittävien tekijöiden välisistä suhteista voidaan saada tietoa siitä, millainen vaikutus johonkin tekijään kohdistuvalla toimenpiteellä olisi pakolaistaustaisten elämänlaatuun. Polkuanalyysi tarjoaa keinon suorien, epäsuorien ja kokonaisvaikutusten estimointiin, ja siksi tässä tutkimuksessa hyödynnetään rakenneyhtälömallintamista (kuvio 1).

Tutkimushypoteesit ovat seuraavat:

H1: Trauman jälkeisillä oireilla ja koetulla yksinäisyydellä on elämänlaatua heikentävä kokonaisvaikutus.

H2: Traumakokemus heikentää elämänlaatua

trauman jälkeisten oireiden negatiivisen vaikutuksen kautta.

H3: Parisuhde ja hyvä koulutus lieventävät yksinäisyyden negatiivista vaikutusta elämänlaatuun.

H4: Parisuhde lieventää trauman jälkeisten oireiden ja koetun yksinäisyyden negatiivisia vaikutuksia elämänlaatuun.

H5: Traumakokemus heikentää elämänlaatua trauman jälkeisten oireiden ja koetun yksinäisyyden negatiivisten vaikutusten kautta.

H6: Toimeentulon saannin mutkattomuudella on elämänlaatua parantava kokonaisvaikutus.

## Aineisto, menetelmät ja mittarit

### Tutkimusaineisto

Tutkimuksessa hyödynnettiin kyselyaineistoa (N = 210), joka koskee vuosina 2014–2017 Suomeen saapuneiden pakolaistaustaisten aikuisten terveyttä ja hyvinvointia. Kyselyaineisto kerättiin Itä-Suomessa vuoden 2017 aikana. Tarkempaa tietoa pakolaistaustaisen väestön kokonaismäärästä tutkimusalueella ei artikkelia kirjoitettaessa ollut. Tutkimussuunnitelma on hyväksytty Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisessä toimikunnassa (20.6.2017). Valtaosa vastaajista osallistui ryhmätilaisuuksiin, joissa arabian, farsin ja darin kieliä puhuvat, tutkimukseen perehdytetyt vertais-

1 Ensin sosiaalisia suhteita aiottiin mitata kysymyksellä "Kuinka monta läheistä ystävää sinulla on?", mutta muuttujan jakauman perusteella on syytä epäillä, onko kysymys ymmärretty yhdenmukaisesti. Muuttuja sai arvoja 0–60, jolloin suuret arvot vääristävät keskiarvoa, mutta niitä ei silti ole perusteltua pitää tilastollisina ääriarvoina ilman tarkempaa kulttuurista tuntemusta läheisen ystävän käsitteellisestä määritelmästä.

2 Myös syrjintä on merkittävä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttava tekijä (Castaneda ym. 2015b), mutta aineiston rajoitusten takia tässä tutkimuksessa keskitytään vain mainittuihin selittäviin tekijöihin.

tutkijat<sup>3</sup> auttoivat muun muassa kysymysten tulkitsemisessä. Tilaisuuksista tiedotettiin arabiaksi, farsi-dariksi, englanniksi ja suomeksi paikallisissa pakolaisten yhteisöissä, kotoutumis- ja suomen kielen kursseilla sekä pakolaisten suosimissa koupoissa ja muissa kokoontumispaikoissa. Myös paikalliset järjestöt, sosiaalityöntekijät ja vertaistutkijat auttoivat rekrytoimaan vastaajia. Loput vastaajista täyttivät kyselyn tutkimushankkeen interventioissa, joiden tavoitteena oli kehittää osallistavia sekä terveyttä ja hyvinvointia edistäviä toimintatapoja yhdessä interventioihin osallistuvien kanssa. Kyselystä tiedotettiin ja siihen oli mahdollista vastata arabiaksi, farsiksi tai dariksi, soraniksi, englanniksi ja suomeksi. Vastaajat antoivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiselle ja tutkimuksesta oli mahdollista vetäytyä milloin tahansa. Vastaajille tarjottiin 15 euron lahjakortti vastineena kyselyn täyttämiseen käytetystä ajasta.

Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, joten kysely ei todennäköisesti ole saavuttanut vaikeimmin tavoitettavia henkilöitä. Kyselyn vastaukset ovat itsearviointeja ja siten vastaajien subjektiivisia näkemyksiä. Kyselylomakkeessa on hyödynnetty indikaattoreita, jotka perustuvat kansallisiin väestötutkimuksiin, jotta tuloksia voidaan verrata suomalaisen kantaväestöön. Niinpä monet kysymyksistä ovat tulkittavissa suomalaisen tutkimuskulttuurin ja palvelujärjestelmän lähtökohdista, ja ne ovat vaikeita vastata maahanmuuttajille. Sekä kysymyksiin vastaamisessa että niiden kääntämisessä todettiin haasteita. Luku- ja kirjoitustaidottomille tarjottiin samasta kulttuurista tulevien, omakielisten vertaistutkijoiden apua selvittämään kysymyksiä ja epäselviä kohtia. Lisäksi vähintään yksi tutkija oli paikalla kaikissa lomakkeiden täyttämiseksi järjestetyissä tilaisuuksissa. Projektin luomilla verkostoilla sidosryhmiin oli vastaajamäärien kannalta suuri merkitys. Tuloksia tulkittaessa on muistettava, ettei kyseessä ole satunnaisotos, joten aineisto on voinut painottua suuntaan tai toiseen. Aineisto on kuitenkin ensimmäinen erityisesti ”uuden aallon” pakolaisten terveyteen ja hyvinvointiin keskittynyt kysely, ja siksi aineistoa voi pitää tärkeänä ja tuloksia suuntaa antavana.

3 Osalla vertaistutkijoista ei ollut akateemista tutkijataustaa, mutta heitä yhdisti kokemus maahanmuutosta, kulttuurinen tuntemus ja heillä oli sama äidinkieli kuin kyseeseen vastanneilla.

## Menetelmät

Aineistoa kuvataan frekvenssi- ja prosenttijakaumin. Mittareita tarkasteltiin konfirmatorisella faktorianalyyseilla ja selitysmallit analysoitiin polkuja rakenneyhtälömalleina. Analyysit suoritettiin SPSS 25, Amos 25 ja Mplus 8 -ohjelmistoilla. Aineistona käytetyn kovarianssi- tai korrelaatiomatriisin liittäminen osaksi tulosten raportointia on suositeltavaa (Schreiber 2006), mutta tilan puutteen takia neljän mallin korrelaatiotaulukot esitetään liitteenä (liitetaulukot 2–5, ks. [www.julkari.fi](http://www.julkari.fi)). Mallien sopivuutta arvioitiin khiin neliön testin ( $\chi^2$ ) ja vapausasteiden ( $df = \text{degrees of freedom}$ ) avulla sekä RMSEA (*root mean squared error of approximation*), CFI (*comparative fit index*) ja TLI (*Tucker-Lewis index*) indekseihin. Indeksien raja-arvoista mallin sopivuuden hyväksymiselle tai hylkäämiselle kiistellään (esim. Hu & Bentler 1999; Marsh, Hau & Wen 2004; Ketokivi 2015), joten tässä tutkimuksessa ei valittu raja-arvoja vaan indeksejä tarkasteltiin suhteessa toisiinsa ja mallin hyvyys arvioitiin riittäväksi indeksien läheystyessä ääriarvojaan.

## WHOQOL-BREF-mittari ja sen soveltuvuuden testaus

Tutkimuksessa mitattiin koettua elämänlaatua Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämällä WHOQOL-BREF-mittarilla (WHOQOL Group 1998), josta tässä tarkastellaan erityisesti sen neljää elämänlaadun ulottuvuutta: fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalista ja ympäristöllistä elämänlaatua. Mittari on aiemmin käännetty suomeksi (Vaarama & Ylönen 2006) ja validoitu kansallisilla edustavilla aineistoilla (Vaarama ym. 2008; Vaarama ym. 2010). Arabiankielinen lomake saatiin Manchesterin yliopiston elämänlaadututkimuskeskuksesta<sup>4</sup>, jonka arabiankielinen vertaistutkija tarkisti kohderyhmän murteelle soveliaaksi. Viralliset kielenkääntäjät käänsivät lomakkeen englanninkielisestä alkuperäisversiosta farsi-dariksi ja soraniksi ja projektin farsi-darin ja soranin kieliset vertaistutkijat tarkistivat käännökset. Suomenkielinen kyselylomake on julkaistu TOIMIA-tietokannassa ([www.toimia.fi](http://www.toimia.fi)) WHO:n Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle myöntämän julkaisuluvan perusteella, ja sen saa ilmaiseksi ei-kaupalliseen käyttöön. Vastaajilta kysyttiin viimeisen kahden viikon aikana koettua elämänlaatua 24 Likert-

4 <http://research.bmh.manchester.ac.uk/lihqolr/translations>

asteikollisella kysymyksellä vastausasteikoilla yhdestä viiteen. Tutkimusta varten tarkastellut kysymykset, vastausvaihtoehdot, muuttujien keskiarvot, hajonnat ja luokitukset analyysia varten löytyvät liitteestä (ks. liitetaulukko 1, www.julkari.fi).

Kulttuurien väliseen vertailuun rakennettujen mittareiden käyttö edellyttää mittarin psykometristen ominaisuuksien tarkastelua ennen varsinaista mittarin soveltamista analyysiin (esim. van de Vijver & Leung 1997; Cheung & Rensvold 2002). WHOQOL-BREF-mittarin soveltuvuutta monikulttuuriseen tutkimukseen on testattu esimerkiksi mittausinvarianssin ja kysymysten arvottamisen avulla (Theuns 2010; Saxena ym. 2001; vrt. Skevington ym. 2004), mutta tutkijoita kehoitetaan varovaisuuteen mittarin käytössä monikulttuurisissa tutkimuksissa.

WHOQOL-BREF-mittamallin<sup>5</sup> osioiden yksiulotteisuutta testattiin konfirmatorisella faktorianalyysilla. Käytettävä estimaattori oli *Robust Maximum Likelihood* (MLR), joka ottaa huomioon muuttujien jakaumien epänormaalisuuden estimaattorien keskivirheitä laskettaessa. Fyysinen ulottuvuus on yksiulotteinen mallin sopivuutta kuvaavien indeksien arvoilla ( $\chi^2 = 2,648$ ;  $df = 5$ ; RMSEA = 0,000; CFI = 1,000; TLI = 1,030) poistamalla muuttujat ”kuinka paljon tarvitset lääke- tai muuta hoitoa pystyäksesi toimimaan päivittäisessä elämässäsi” ja ”kuinka tyytyväinen olet kykyysi selviytyä päivittäisistä toimista”, joiden jäännösvarianssi korreloi joidenkin muiden mallin muuttujien kanssa. Psykkisestä ( $\chi^2 = 6,668$ ;  $df = 5$ ; RMSEA = 0,040; CFI = 0,992; TLI = 0,984) ja ympäristöulottuvuudesta ( $\chi^2 = 14,092$ ;  $df = 14$ ; RMSEA = 0,006; CFI = 0,999; TLI = 0,999) poistettiin kummastakin yksi muuttuja jäännöskovarianssien perusteella. Psykkisestä poistettiin muuttuja ”oletko tyytyväinen ulkomuotoosi” ja ympäristöulottuvuudesta muuttuja ”onko sinulla tarpeeksi rahaa tarpeisiisi nähdessä”. Sosiaalinen ulottuvuus sisältää alun perin vain kolme kysymystä, joten sen yksiulotteisuutta ei voitu testata. Kun psykkisestä ulottuvuudesta poistettu, ulkomuotoa koskeva kysymys lisättiin sosiaaliseen ulottuvuuteen, asteikon ulot-

teisuus voitiin testata, ja asteikko osoittautui yksiulotteiseksi ( $\chi^2 = 1,406$ ;  $df = 2$ ; RMSEA = 0,000; CFI = 1,000; TLI = 1,024). Tämän jälkeen kustakin ulottuvuudesta luotiin summamuuttuja. Yksiulotteisuuden testaamisen jälkeen laskettiin elämänlaatuindikaattoreille Cronbachin alfat sekä mallipohjainen Composite reliability -indeksi asteikkojen reliabiliteetin arvioimiseksi. Alfalla on varsin tiukat oletukset, ja elleivät ne toteudu kerroin antaa väärän kuvan asteikon reliabiliteetista. Elämänlaadun ulottuvuuksien alfat ja CR-indeksit osoittautuivat aineistossa varsin saman tasoisiksi, joten alfan oletukset toteutuvat. Alfat vaihtelivat välillä ,627–,777 ja mallipohjaiset reliabiliteetikertoimet välillä ,622–,788. Reliabiliteetikertoimet löytyvät taulukon 1 alaosasta.

### Muut mittarit

Trauman jälkeisiä oireita mitattiin kymmenellä kysymyksellä (”Oletko kokenut jotakin seuraavista vähintään kahdesti viimeisen viikon aikana?”) vastausvaihtoehdoin kyllä tai ei. Kysymykset on valittu Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimuksesta (Castaneda ym. 2012), jonka mukaan kyseessä on koko elämän aikaisia traumakokemuksia kartoittava, tavanomaisesti psykiatrisessa diagnostiikassa käytetty posttraumaattisen stressioireyhtymän seulakysymyspatteristo. Mittarin kykyä mitata trauman jälkeisiä oireita on kuitenkin kritisoitu (Hinton & Lewis-Fernandez 2010; Taloyan ym. 2008), ja vähintäänkin indikaattoreiden yksiulotteisuus on siten syytä tarkistaa. Dikotomisten indikaattorien yksiulotteisuutta testattiin WLSMV (*Mean and Variance Adjusted Weighted Least Square*) -estimaattorilla. Trauman jälkeisten oireiden mittarista saatiin yksiulotteinen ( $\chi^2 = 22,4$ ;  $df = 14$ ; RMSEA = ,054; CFI = ,993; TLI = ,990) poistamalla jäännöskovarianssien perusteella muuttujat (kokenut vähintään kahdesti viimeisen viikon aikana) ”järkyttäviä ajatuksia tai muistoja tapahtumasta, jotka ovat tulleet mieleesi oman tahtosi vastaisesti”, ”ärtyisyyttä tai vihan purkauksia” ja ”hermostuneisuutta tai säikkymistä jotain odottamatonta kohtaan”. Yksiulotteisesta trauman jälkeisten oireiden mittarista luotiin summamuuttuja. Mittarille laskettiin Cronbachin alfa (,842) ja CR (,840). Jälleen alfan ja summamuuttujan käytön edellytykset toteutuivat hyvin.

Yksinäisyyttä kysyttiin muodossa ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi” ja vastausvaihtohtoina olivat en koskaan, hyvin harvoin, joskus, melko usein tai jatkuvasti. Lisäksi analyysissa huomioitiin vastaa-

5 Teoreettisesti WHOQOL-BREF-mittamallin neljä ulottuvuutta ovat elämänlaadun funktio, jolloin niitä tulisi tarkastella sekä yksiulotteisuustestein että nelikulotteisena toisen asteen faktorimallina yhdessä yleisen elämänlaadun ja koetun terveyden kanssa, mutta aineiston pienen koon vuoksi tyydyttiin tarkastelemaan ulottuvuuksia yksitellen neljänä elämänlaaduna.

jan sukupuoli, ikä, koulutustaso, kokemus kotitalouden toimeentulosta ja siviilisääty. Ikä huomioitiin ikävuosina, koulutustaso seitsemaluokkaisena. Koettu toimeentulo on kuusiluokkainen muuttuja. Siviilisäädyn osalta analyysissä käytettiin kaksiluokkaista (parisuhteessa olevat, ei parisuhteessa olevat) muuttujaa. Varhaisessa kotoutumisen vaiheessa pakolaistaustaisten työasemassa ei vielä ollut vaihtelua, kun suurin osa vastaajista osallistui kotoutumiskursseille.

## Tulokset

Aineiston vastaajaprofiili oli melko tasainen sukupuolittain ja ikäryhmittäin. Miehiä oli vastanneista hieman yli puolet. Vastaajat olivat iältään 18–61-vuotiaita. Alle 30-vuotiaita oli reilu kolmasosa (37 %), puolet oli 30–44-vuotiaita (51 %) ja 45–61 vuotiaita oli kymmenesosa (11 %). Muilla kuin sukupuolen ja iän indikaattoreilla aineisto pirstoutui useaan pieneen ryhmään, joiden keskinäisiä eroja ei tässä tutkimuksessa pystytty mittaamaan aineiston pienen koon vuoksi. Eri kansalaisuuksia, kieliä ja oleskeluluvan saaneita on siksi tarkasteltava yhdessä ikään kuin he olisivat yhtenäinen ryhmä, vaikka analysoitaessa on tiedostettu, ettei näin todellisuudessa välttämättä ole. Aineiston yhdistämistä voi kuitenkin perustella sillä, että vastaajia yhdistää pakolaistaustaisuus, joka jo määritelmällisesti viestii pakenemisesta henkilön henkeä uhanneista olosuhteista ja johon oletettavasti kytkeytyvät jotenkin trauman jälkeiset oireet ja sosiaalisten suhteiden muutokset.

Neljäsosalle vastaajista oli hankalaa tai erittäin hankalaa tulla toimeen kotitaloutensa tuloilla. Runsas kolmasosa (36 %) koki toimeentulonsa melko hankalaksi, melko helpoksi hieman yli viidesosa ja helpoksi tai hyvin helpoksi noin joka kymmenes. Enemmistö oli naimisissa tai avoliitossa (61 %). 38 prosenttia vastanneista oli naimattomia, eronneita, asumuserossa eläviä tai leskiä. Alle kymmenesosa kertoi olevansa kokonaan vailla koulutusta. Perus- tai keskikoulun käyneitä oli vajaa puolet vastanneista (45 %), neljäsosalla (26 %) oli toisen asteen koulutus, ja tätä korkeampi koulutus oli viidesosalla (20 %). Kahdella kolmesta (68 %) oli vähintään yksi traumaattinen kokemus. Noin kolmasosa koki yksinäisyyttä usein tai jatkuvasti ja noin kaksi kolmasosaa enintään silloin tällöin. (Taulukko 1.)

Taulukossa 2 ovat neljän mallin hypoteeseja 1–6 koskevat standardoidut epäsuorat ja kokonaisvaikutukset elämänlaatuun, kertoimien keskivirheet ja tilastolliset merkitsevyydet, ja taulukon alaosassa esitetään endogeenisten muuttujien selitysasheet. Mallien kaikki estimaatit ovat saatavissa kirjoittajilta Mplus-ohjelman tulosteina. Tekstissä merkitsevyydet ilmaistaan tähdellä (\*\*\*: sig < ,001; \*\*: sig < ,01; \*: sig < ,05).

Yksinäisyydellä ja trauman jälkeisillä oireilla oli heikentävä kokonaisvaikutus kaikkiin neljään elämänlaadun ulottuvuuteen (H1). Yksinäisyydellä oli voimakkain kokonaisvaikutus psyykkiseen elämänlaatuun (-,500\*\*\*) ja heikoin vaikutus fyysiseen elämänlaatuun (-,206\*\*), mikä sekä oli vielä voimakas ja tilastollisesti merkitsevä. Myös trauman jälkeisten oireiden kokonaisvaikutus oli voimakkain psyykkiseen elämänlaatuun (-,313\*\*\*) ja heikoin fyysiseen (-,200\*\*). Yksinäisyys heikensi voimakkaasti sosiaalista (-,338\*\*\*) ja ympäristöllistä elämänlaatua (-,402\*\*\*) . Trauman jälkeisten oireiden elämänlaatua heikentävä vaikutus yksinäisyyden kautta oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Fyysisestä elämänlaatu se heikensi vähiten (-,065\*), psyykkistä eniten (-,149\*\*\*) ja sosiaalista (-,106\*\*) sekä ympäristöelämänlaatua (-,126\*\*\*) melko voimakkaasti.

Traumakokemus heikensi elämänlaatua trauman jälkeisten oireiden negatiivisen vaikutuksen kautta kaikilla neljällä elämänlaadun ulottuvuudella (H2). Vaikutus oli heikoin fyysiseen elämänlaatuun (-,049) ja voimakkain sosiaaliseen elämänlaatuun (-,065\*). Traumakokemuksen kokonaisvaikutus elämänlaatuun oli negatiivinen ja tilastollisesti erittäin merkitsevä. Fyysiseen elämänlaatuun (-,073\*\*) vaikutus oli jälleen heikoin ja psyykkiseen elämänlaatuun (-,112\*\*\*) vahvin. Traumakokemuksen sosiaalista elämänlaatua (-,104\*\*\*) ja ympäristöllistä elämänlaatua (-,101\*\*\*) heikentävät kokonaisvaikutukset olivat erittäin merkitseviä.

Parisuhteella oli tilastollisesti merkitsevä kokonaisvaikutus kaikkiin neljään elämänlaadun ulottuvuuteen, ja koulutuksella oli merkitsevä kokonaisvaikutus psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöelämänlaatuun. Parisuhteella oli yksinäisyyden kautta tilastollisesti merkitsevä epäsuora positiivinen vaikutus kaikkiin elämänlaadun ulottuvuuksiin. Trauman jälkeisten oireiden kautta epäsuora vaikutus oli häviävän pieni, eikä se ollut merkitsevä. Trauman jälkeiset oireet näyttivät kadotta-

Taulukko 1. Aineiston prosentti- ja frekvenssijakaumat

		(%)	(n)
<b>Sukupuoli</b>	mies	53	111
	nainen	44	93
<b>Ikäryhmät</b>	18–29 v	37	77
	30–44 v	51	107
	45–61 v	11	23
<b>Kotitalouden toimeentulo</b>	erittäin hankalaa tai hankalaa	22	47
	melko hankalaa	36	76
	melko helppoa	22	47
	helppoa tai hyvin helppoa	13	27
<b>Siviilisääty</b>	avoliitossa tai naimisissa	61	128
	naimaton, eronnut, asumuserossa tai leski	38	79
<b>Koulutustaso</b>	ei koulutusta	7	14
	perus- tai keskikoulu	45	94
	lukio, ammattikoulu tai vastaava	26	54
	opisto- tai korkeakoulututkinto	20	42
<b>Traumakokemus</b>	vähintään yksi traumaattinen kokemus	68	142
<b>Yksinäisyys</b>	usein tai jatkuvasti	31	65
	enintään silloin tällöin	61	129

n = 210

	Reliabiliteetti			
	cronbach $\alpha$	composite reliability	keskiarvo	keskihajonta
trauman jälkeiset oireet	0,842	0,840	2,51	2,39
fyysinen elämänlaatu	0,747	0,751	3,73	0,75
psykkinen elämänlaatu	0,777	0,788	3,48	0,76
sosiaalinen elämänlaatu	0,627	0,622	3,84	0,78
ympäristöelämänlaatu	0,737	0,736	3,56	0,66

van parisuhteen elämänlaatua kohentavan vaikutuksen. Parisuhde ja koulutus kuitenkin lievensivät yksinäisyyden negatiivista vaikutusta elämänlaatuun kolmannen hypoteesin (H3) mukaisesti.

Koulutuksen elämänlaatua kohentava kokonaisvaikutus jäi kertoimiltaan vähäiseksi (matalin fyysisellä ,037; korkein psykkinisellä ,093\*), mutta parisuhteella oli selvä positiivinen epäsuora vaikutus yksinäisyyden vähentymisen kautta etenkin psykkiniseen (,124\*\*) ja ympäristölliseen elämänlaadun ulottuvuuteen (,102\*\*). Parisuhteen sosiaalista elämänlaatua nostava vaikutus yksinäisyyden vähentymisen kautta oli lievä mutta merkitsevä (,084\*\*) ja ympäristöllistä ulottuvuutta kohentava vaikutus oli hieman suurempi (,102\*\*).

Neljäs hypoteesi sai vahvistusta parisuhteen kokonaisvaikutuksesta elämänlaatuun, mutta eritel-

lyt trauman jälkeisten oireiden ja yksinäisyyden negatiivisten vaikutusten kautta kulkevat epäsuorat vaikutukset jäivät vähäisiksi. Parisuhteen kokonaisvaikutus oli heikoin fyysiseen elämänlaadun ulottuvuuteen (,063\*) ja vahvin psykkiniseen elämänlaatuun (,142\*\*). Parisuhteen elämänlaatua nostava vaikutus trauman jälkeisten oireiden kautta vaihteli välillä ,007 (fyysinen ja ympäristöllinen ulottuvuus) ja ,010 (psykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus), ja siten yksinäisyyden kautta kulkevan vaikutuksen lisääminen ketjuun pienensi vaikutusta yhä. Parisuhteen ympäristöllistä ulottuvuutta (,115\*\*) parantava kokonaisvaikutus oli hieman suurempi kuin sosiaalista ulottuvuutta (,100\*\*) parantava kokonaisvaikutus.

Traumakokemus heikensi elämänlaatua trauman jälkeisten oireiden ja yksinäisyyden negatiiv-

Taulukko 2. Selittävien tekijöiden standardoidut vaikutukset elämänlaatuun

	Malli 1. Fyysinen			Malli 2. Psykkinen			Malli 3. Sosiaalinen			Malli 4. Ympäristö		
	Beta	s. e.	sig.	Beta	s. e.	sig.	Beta	s. e.	sig.	Beta	s. e.	sig.
<b>Kokonaisvaikutukset</b>												
yksinäisyys	-0,206	0,079	0,009	-0,500	0,059	0,000	-0,338	0,071	0,000	-0,402	0,068	0,000
trauman jälkeiset oireet	-0,200	0,067	0,003	-0,313	0,06	0,000	-0,288	0,067	0,000	-0,283	0,066	0,000
traumakokemus	-0,073	0,027	0,006	-0,112	0,027	0,000	-0,104	0,028	0,000	-0,101	0,026	0,000
parisuhde	0,063	0,027	0,022	0,142	0,043	0,001	0,100	0,034	0,003	0,115	0,037	0,002
koulutus	0,037	0,022	0,092	0,093	0,037	0,011	0,064	0,025	0,012	0,074	0,031	0,017
sukupuoli	-0,152	0,065	0,019	-0,120	0,058	0,038	0,084	0,063	0,185	-0,004	0,06	0,950
ikä	-0,316	0,077	0,000	0,019	0,065	0,77	-0,077	0,065	0,238	-0,104	0,063	0,101
toimeentulo	0,066	0,068	0,334	0,111	0,064	0,081	0,196	0,069	0,004	0,269	0,054	0,000
<b>Epäsuorat vaikutukset</b>												
parisuhde --> yksinäisyys -->	0,052	0,025	0,039	0,124	0,04	0,002	0,084	0,03	0,006	0,102	0,033	0,002
parisuhde --> trauman jälkeiset oireet	0,007	0,010	0,483	0,010	0,012	0,424	0,010	0,014	0,467	0,007	0,011	0,525
parisuhde --> trauman jälkeiset oireet --> yksinäisyys	0,003	0,005	0,499	0,009	0,010	0,394	0,006	0,007	0,422	0,006	0,009	0,508
traumakokemus --> trauman jälkeiset oireet	-0,049	0,027	0,070	-0,059	0,023	0,012	-0,065	0,027	0,015	-0,056	0,025	0,026
traumakokemus --> trauman jälkeiset oireet --> yksinäisyys	-0,024	0,011	0,029	-0,054	0,017	0,001	-0,038	0,013	0,005	-0,045	0,015	0,003
trauman jälkeiset oireet --> yksinäisyys	-0,065	0,027	0,016	-0,149	0,037	0,000	-0,106	0,031	0,001	-0,126	0,033	0,000
<b>Selitysaste R2</b>	<b>fyysinen</b>			<b>psykkinen</b>			<b>sosiaalinen</b>			<b>ympäristö</b>		
yksinäisyys	0,178			0,168			0,178			0,179		
trauman jälkeiset oireet	0,139			0,135			0,134			0,132		
elämänlaatu	0,189			0,349			0,240			0,309		

visten vaikutusten kautta (H5) tilastollisesti merkitsevästi, mutta epäsuorien vaikutusten kertoimet jäivät heikoiksi. Vahvimmin trauman jälkeisten oireiden kautta traumakokemus heikensi sosiaalista elämänlaadun ulottuvuutta (-,065\*). Toimeentulon saannin mutkattomuudella näytti olevan elämänlaatua nostava kokonaisvaikutus (H6). Toimeentulon saannin mutkattomuus paransi voimakkaasti sosiaalista (,196\*\*) ja ympäristöllistä ulottuvuutta (,269\*\*\*), ja psykkinen ulottuvuus se paransi miltei merkitsevästi (,111). Muilla taustatekijöillä (naissukupuoli, korkea ikä) oli elämänlaatua heikentävä kokonaisvaikutus siten, että naissukupuoli (-,152\*) ja iän lisääntyminen (-,316\*\*\*) heikensivät fyysistä ulottuvuutta, ja nai-

silla (-,120\*) oli miehiä heikompi psykkinen elämänlaadun ulottuvuus.

Malli 1 ( $\chi^2 = 18,82$ ;  $df = 11$ ;  $RMSEA = ,058$ ;  $CFI = ,924$ ;  $TLI = ,855$ ) selitti fyysisen elämänlaadun ulottuvuuden varianssista hieman alle viidesosan. Toinen malli ( $\chi^2 = 14,99$ ;  $df = 11$ ;  $RMSEA = ,042$ ;  $CFI = ,971$ ;  $TLI = ,944$ ) selitti psykkinen ulottuvuuden varianssista yli kolmanneksen. Kolmas malli ( $\chi^2 = 8,30$ ;  $df = 11$ ;  $RMSEA = ,000$ ;  $CFI = 1,000$ ;  $TLI = 1,051$ ) selitti sosiaalisen ulottuvuuden varianssista noin neljäsosan. Malli 4 ( $\chi^2 = 14,67$ ;  $df = 11$ ;  $RMSEA = ,040$ ;  $CFI = ,972$ ;  $TLI = ,946$ ) selittää ympäristöllisen ulottuvuuden varianssista hieman alle kolmanneksen. Indeksien perusteella paras sopivuus oli sosiaalisen elämän-



laadun ulottuvuuden mallilla ja heikoin fyysisen ulottuvuuden mallilla. Mallit selittivät yksinäisyyden varianssista 17–18 prosenttia ja trauman jälkeisistä oireista 13–14 prosenttia. Yksinäisyyden ja trauman jälkeisten oireiden selitystasot jäivät suhteellisen mataliksi, ja parempien selittäjien analysointi jääkin jatkotutkimusten aiheeksi.

## Pohdinta ja päätelmät

Tutkimuksessa testatut hypoteesit yksinäisyyden, trauman jälkeisten oireiden, parisuhteessa olemisen, koulutuksen ja toisaalta toimeentulon, iän ja sukupuolen epäsuorista ja kokonaisvaikutuksista elämänlaatuun saivat tukea aineistosta, ja tulokset ovat yhdenmukaisia aiemman suomalaisen ja kansainvälisen tutkimuksen kanssa (esim. Castaneda ym. 2012; 2016; Snellman ym. 2014; Carlsson ym. 2006; Matanov 2013). Yksinäisyydellä ja trauman jälkeisillä oireilla on voimakkaasti elämänlaatua heikentävä vaikutus. Selvin vaikutus niillä on psyykkiseen elämänlaatuun. Yksinäisyys ja trauman jälkeiset oireet voivat johtaa mielialan laskuun ja alentuneeseen itseluottamukseen, ja trauman jälkeisten oireiden elämänlaatua heikentävä vaikutus yksinäisyyden kautta voi liittyä esimerkiksi mielenterveysongelmaiseksi leimautumisen pelkoon tai kokemukseen oireiden kanssa yksin jäämisestä (esim. Mölsä ym. 2014; Craig ym. 2009). Psyykkisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että perustarpeet saadaan tyydytettyä, toimivista stressinhallinnan keinoista on saatavilla tietoa ja että toimijuuden kokemus oman elämän suhteen palautuu (Snellman ym. 2014). Yksinäisyyden lievittäminen on jo aiemminkin todettu pakolaistaustaisten keskeiseksi terveyden ja hyvinvoinnin tarpeeksi (Strijk 2011; vrt. Carlsson ym. 2006).

Yksinäisyyden ja trauman jälkeisten oireiden elämänlaatua heikentävät vaikutukset ovat kokonaisvaltaisia. Ne eivät ainoastaan heikennä psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua vaan myös fyysistä ja ympäristöllistä. Vaikutukset tukevat näkemystä siitä, että maahanmuuton aikaisia ja sitä seuraavia stressitekijöitä tulisi vakavasti pyrkiä minimoimaan, ja traumakokemukset ja traumasymptomit tulisi tunnistaa ja hoitaa (Johansson-Blight ym. 2009). Traumakokemuksen elämänlaatua heikentävä vaikutus sosiaaliseen elämänlaatuun vahvistaa käsitystä sosiaalisesta hyvinvoinnista perustarpeena ja alleviivaa sosiaali-

sen tuen tärkeyttä. Kun maasta toiseen muuttaminen muuttaa myös henkilökohtaisia siteitä ja sosiaalisia verkostoja (Kirmayer ym. 2011), sosiaalisen tuen merkitys korostuu entisestään.

Koulutuksen elämänlaatua kohentava vaikutus yksinäisyyden negatiivisen vaikutuksen vähentäessä jää tässä tutkimuksessa voimakkuudeltaan pieneksi, mutta silti merkitseväksi ja huomioitavaksi (vrt. esim. Carlsson ym. 2006). Kouluttamattomat tai matalasti koulutetut eivät välttämättä löydä ystäviä yhtä intensiivisesti kuin korkeammin koulutetut, jotka saattavat olla kouluttautumisen myötä tottuneempia verkostoitumaan. Lisäksi he ovat tyypillisesti helpommin työllistyviä tai jatkokoulututtavia. Kouluttamattomien tai matalasti koulutettujen mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen, tukeen ja kotoutumiseen tulisi tukea yksinäisyyden lievittämisen, eristytymisen ja yhteiskunnallisen osattomuuden ehkäisemiseksi. Parisuhde suojaaa elämänlaatua vähentämällä yksinäisyyttä, jolla on vahva elämänlaatua laskeva vaikutus. Tämä tukee oletusta parisuhteen tärkeydestä psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Parisuhde näkyy myös kohentuneena ympäristöllisenä elämänlaatuun. Perheestä erossa olon on todettu kuormittavan pakolaistaustaisten mielenterveyttä ja hyvinvointia (Rask ym. 2016b). Kohentumisen mahdolliset sukupuolierot jäävät jatkotutkimuksen aiheeksi. Naisilla sekä fyysinen että psyykinen elämänlaatu todettiin miehiä heikommaksi ja ikä heikensi fyysistä elämänlaatua. Iän negatiivinen vaikutus fyysiseen elämänlaatuun on todettu monissa tutkimuksissa, ja se selittyy fyysisen kunnon heikentymisenä iän myötä. (Esim. Mollenkopf & Walker 2007; Vaarama ym. 2010). Toimeentulon mutkattomuus kohentaa erityisesti sosiaalista ja ympäristöllistä elämänlaatua, mikä korostaa riittävän toimeentulon merkitystä hyvinvoinnille. Työ- ja taloudellinen tilanne ovat huolestuttaneet ja yhteydenpito ystäviin on tukenut pakolaistaustaisia myös muissa tutkimuksissa (Matanov 2013; Al-Smadi ym. 2017; Campbell 2012; Carlsson ym. 2006). Jos toimeentulovaikeudet heikentävät mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen, ongelmat voivat kasautua ja pahentaa toisiaan.

Moni pakolaistaustainen näyttää altistuneen haitallisille elinolosuhteille, väkivallalle ja traumakokemuksille ennen maahanmuuttoa (vrt. Pottie 2011). Psyykkiset oireet voivat olla kuitenkin kulttuurisesti vaiettuina ja siksi aliraportoituina (Knifton ym. 2010; Castaneda ym. 2018). Yk-

sinäisyyden ja trauman jälkeisten oireiden voimakas yhteys erityisesti psyykkiseen elämänlaatuun viittaa tarpeeseen lisätä ja kohdentaa psykososiaalista tukea etenkin vaikeimmassa asemassa oleville. Maahanmuuttajien sosiaalista osallisuutta ja verkostoja voi vahvistaa erilaisten koulutushankkeiden kautta.

Toisaalta myös jo olemassa olevissa palveluissa tulisi paremmin huomioida sosiaalisen osallisuuden ja verkostojen merkitys. Kouluttamattomia ja matalasti koulutettuja, yksin eläviä ja taloudellisia vaikeuksia kohtaavia tulisi tukea sosiaalisesti, taloudellisesti ja poliittisesti, ja heidän elämänhal-

lintaansa tulisi tukea, koska perustarpeiden tyydyttyminen luo pohjan kokonaisvaltaisesti hyvälle elämänlaadulle. Tutkimus nostaa aiempien tutkimusten tapaan esiin parisuhteen, hyvän koulutuksen ja riittävän toimeentulon voimakkaat elämänlaatua kohentavat ja suojaavat vaikutukset.

Kaikilla pakolaistaustaisilla ei ole ongelmia, vaan heillä on myös mahdollisuuksia ja voimavaroja osallistua yhteiskuntaan. Näitä voimavaroja tulisi käyttää uudelleen kouluttautumisella, työllistymisen sujuvoittamisella ja erilaisilla vapaaehtoistyömahdollisuuksilla yksilöiden ja yhteiskunnan hyväksi.

Saapunut 30.1.2019  
Hyväksytty 2.5.2019

## KIRJALLISUUS

- Al-Smadi, Ahmed, Mohammad & Tawalbeh, Loai, Iassa & Gammoh, Omar, Salem Gammor & Ashour, Ala, Fawzi & Alshraifeen, Ali & Gougazeh, Yazeed, Mohammed (2017) Anxiety, stress, and quality of life among Iraqi refugees in Jordan: A cross sectional survey. *Nursing & Health Sciences* 19, 100–104.
- Campbell, Mark (2012) Social determinants of mental health in new refugees in the UK: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Lancet*, 380S3, S27.
- Carlsson, Jessica & Olsen, Dorte Reff & Mortensen, Erik Lykke & Kastrup, Marianne (2006) Mental health and health-related quality of life: A 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194 (10), 725–731.
- Castaneda, Anu & Junna, Liina & Lilja, Eero & Skogberg, Natalia & Kuusio, Hannamaria & Mäki-Opas, Johanna & Koponen, Päivikki & Suvisaari, Jaana (2016) Traumatic Pre-migration Experiences: A Population-based Study of Russian, Somali and Kurdish Origin Migrants in Finland. *European Psychiatry* 33, 230–231.
- Castaneda, Anu E & Kuusio, Hannamaria & Skogberg, Natalia & Tuomisto, Karoliina & Kytö, Sinikka & Salmivuori, Emmi & Jokela, Satu & Mäki-Opas, Johanna & Laatikainen, Tiina & Koponen, Päivikki (2017) Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyvät erityiskysymykset. *Duodecim* 10, 993–1001.
- Castaneda, Anu & Larja, Liisa & Nieminen, Tarja & Jokela, Satu & Suvisaari, Jaana & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo (2015a) Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. *Ulkomaalaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi –tutkimus 2014 (UTH) Työpaperi 18/2015*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda, Anu & Mäki-Opas, Johanna & Jokela, Satu & Kivi, Nina & Lähteenmäki, Minna & Miettinen, Tanja & Nieminen, Satu & Santalahti, Päivi & PALOMA-asiantuntijaryhmä (2018) *Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa*. PALOMA-käsikirja. Ohjaus 5/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda, Anu & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Mölsä, Mulki & Koskinen, Seppo (toim.) (2012) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi*. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda, Anu & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Suvisaari, Jaana & Koskinen, Seppo & Härkänen, Tommi & Mannila, Simo & Laitinen, Kari & Jukarainen, Pirjo & Jasinskaja-Lahti, Inga (2015b) The association between discrimination and psychological and social wellbeing: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish Migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies* 27 (2), 270–292.
- Cheung, Gordon W & Rensvold Roger, B (2002) Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9 (2), 233–255.
- Craig, Tom & Jajua, Peter Mac & Warfa, Nasir (2009) Mental health care needs of refugees. *Psychiatry* 8 (9), 351–354.
- Fazel, Mina & Wheeler, Jeremy & Danesh, John (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365 (9467), 1309–1314.
- Gimeno-Feliu, Luis A & Calderón-Larrañaga, Amaia & Diaz, Esperanza & Poblador-Plou, Beatriz & Macipe-Costa, Rosa & Prados-Torres, Alexandra (2015) The healthy migrant effect in primary care. *Gaceta Sanitaria* 29 (1), 15–20.
- Hu, Li-tze & Bentler, Peter, M (1999) Cutoff Criteria

- for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 6 (1), 1–55.
- Johansson Blight, Karin & Ekblad, Solveig & Lindencrona, Fredrik & Shahnavaz (2009) Promoting mental health and preventing mental disorder among refugees in western countries. *International Journal of Mental Health Promotion* 11 (1), 32–44.
- Ketokivi, Mikko (2015) Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. Helsinki: Gaudeamus.
- Kirmayer, Laurence (2010) Kulttuurinen lääketiede ja psykiatria. Teoksessa Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.) *Kulttuuri ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim.
- Kirmayer, Laurence & Narasiah, Lavanya & Munoz, Marie & Rashid, Meb & Ryder, Andrew & Guzder, Jaswant & Hassan, Ghayda & Rousseau, Cécile & Pottie, Kevin (2011) Common Mental Health Problems in Immigrants and Refugees: General Approach in Primary Care. *Canadian Medical Association Journal* 183 (12), E959–E967.
- Knifton, Lee & Gervais, Mhairi & Newbigging, Karen & Mirza, Nuzhat & Quinn, Neil & Wilson, Neil & Hunkins-Hutchison, Evette (2010) Community conversation: Addressing mental health stigma with ethnic minority communities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45 (4), 497–504.
- Marsh, Herbert W & Hau, Kit-Tai & Wen, Zhonglin (2004) In search of Golden Rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling* 11 (3), 320–341.
- Matanov, Aleksandra & Giacco, Domenico & Bogic, Marija & Ajdukovic, Dean & Franciskovic, Tanja & Galeazzi, Gian Maria & Kucukalic, Abdulah & Lecic-Tosevski, Dusica & Morina, Nexhmedin & Popovski, Mijajlo & Schützwohl, Matthias & Priebe, Stefan (2013) Subjective quality of life in war-affected populations (report) *BMC Public Health* 13 (1).
- Mollenkopf, Heidrun & Walker Alan (eds.) (2007) *Quality of Life in Old Age. International and Multi-Disciplinary Perspectives*. Social Indicators Research Series 31. Springer.
- Mölsä, Mulki & Punamäki, Raija-Leena & Saarni, Samuli I & Tiilikainen, Marja & Kuittinen, Saija & Honkasalo, Marja-Liisa (2014) Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry* 51 (4), 499–525. DOI 10.1007/s00038-010-0145-4
- Pottie, Kevin & Greenaway, Christina & Feightner, John & Welch, Vivian & Swinkels, Helena & Rashid, Meb & Narasiah, Lavanya & Kirmayer, Laurence & Ueffing, Erin & MacDonald, Noni E & Hassan, Ghayda & McNally, Mary & Khan, Kamran & Buhrmann, Ralf & Dunn, Sheila & Dominic, Arunmozhi & McCarthy, Anne E & Gagnon, Anita J & Rousseau, Cécile & Tugwell, Peter (2011) Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal* 183 (12), E925.
- Rask, Shadia & Paavonen, A-M & Lilja, Eero & Koponen, Päivikki & Suvisaari, Jaana & Halla, T & Koskinen, Seppo & Castaneda, Anu Emilia (2016b) Primääriperheestä erossaolo on yhteydessä somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttaja-aikuisten hyvinvointiin ja kotoutumiseen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (3), 273–287.
- Rask, Shadia & Suvisaari, Jaana & Koskinen, Seppo & Koponen, Päivikki & Mölsä, Mulki & Lehtisalo, Riikka & Schubert, Carla & Pakaslahti, Antti & Castaneda, Anu Emilia (2016a) The Ethnic Gap in Mental Health: A Population-based Study of Russian, Somali and Kurdish Origin Migrants in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 44 (3), 281–290.
- Rothschild, Babette (2000) *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W. W. Norton.
- Sargent, Carolyn & Larchanché, Stephanie (2011) Transnational migration and global health: the production and management of risk, illness and access to care. *Annual Review of Anthropology* 40 (1), 345–361.
- Saxena, Shekhar & Carlson, Dawn & Billington, Rex & Orley, John (2001) The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of life research* 10 (8), 711–721.
- Schreiber, James B (2006) Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research* 99 (6), 323–338.
- Skevington, S M & Loftly, M & O'Connell, K A (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13 (2), 299–310.
- Snellman, Olli & Seikkula, Jaakko & Wahlström, Jarl & Kurri, Katja (2014) Aikuisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten mielenterveyden ja psyykkisten ongelmien erityispiirteet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51 (3), 203–222.
- Strijk, Patricia J M (2011) Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. (Report)(Survey) *Perspectives in Psychiatric Care* 47 (1), 48.
- Theuns, Peter (2010) Cross-national Comparability of the WHOQOL-BREF: A Measurement Invariance Approach. *Quality of Life Research* 19 (2), 219–224.
- TOIMIA-tietokanta. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/> (luettu 17.12.2018).
- TEM, Työ- ja elinkeinoministeriö. Maahanmuutto ja kotoutuminen Suomessa -tietopaketti. <https://tem.fi/tietopaketti-kotoutumisesta> (luettu 9.1.2019).
- Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith, And-

- rew (2008) *Care-related Quality of Life in Old Age: Concepts, Models, and Empirical Findings*. New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010) Suomalaisen kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 20–39.
- Vaarama, Marja & Ylönen, Lauri (2006) Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus-projekti. Osaraportti I. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Espoon kaupunki ja Stakes.
- Vijver, Fons van de & Leung, Kwok (1997) *Methods and Data Analysis for Cross-cultural Research*. Thousand Oaks (Calif.): Sage.
- Watters, Charles (2001) *Emerging Paradigms in the Mental Health Care of Refugees*. Social Science & Medicine 52 (11), 1709–1718.
- Weiste-Paakkanen, Anneli & Jokela, Satu & Kytö, Sinikka & Koponen, Päivikki & Castaneda, Anu & Larja, Liisa & Nieminen, Tarja (2017) Ulkomaalaistaustaisen väestön terveys- ja hyvinvointitutkimukset. Ulkomaalaistaustaisen kenttähenkilöstön kokemuksia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54 (3), 226–237.
- WHOQOL GROUP (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* 28 (3), 551–558.
- WHO, World Health Organization (2018) Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health. ISBN 978-92-890-5384-6.
- World Health Organization (1997) WHOQOL: Measuring Quality of Life. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4. WHO: Geneva.

## ENGLISH SUMMARY

*Reeta Kankaanpää & Niko Eskelinen & Csilla Veszteg & Janet Anand & Tomi Mäki-Opas & Marja Vaarama & Samuli Neuvonen: Factors explaining quality of life among adult refugees in the early stages of resettlement (Varhaisessa kotoutumisen vaiheessa olevien pakolaistaustaisten aikuisten elämänlaatua selittävät tekijät)*

Refugees are exposed to harmful living conditions, trauma and various stress factors and to changing social relations before, during and after migration. These circumstances and factors can influence their perceived quality of life (QoL). However, the pathways of these circumstances and factors are still largely unknown. The aim of this study was to examine the pathways from socioeconomic factors, trauma experiences, post-traumatic stress symptoms and loneliness to perceived quality of life. The data consisted of 210 adult refugees recently resettled in Eastern Finland. Data on health and well-being and several background factors were collected using a self-administered questionnaire, which was professionally translated into Arabic and Farsi-Dari. QoL was measured using 24 items of the WHOQOL-BREF scale that covers physical, psychological, social and environmental QoL. Structural equation modelling with suitable model fit indexes were applied using MPLUS 8.

Loneliness and post-traumatic stress symptoms were negatively associated with physical, psychological, social and environmental QoL. Female refugees had lower physical and psychological QoL, and increased age decreased their physical QoL. Living in a relationship and good education increased QoL, downplaying the negative effects of loneliness and post-traumatic stress symptoms. The negative association of trauma experience was mediated to QoL through loneliness and post-traumatic stress symptoms. Sufficient income was positively associated with psychological, social and environmental QoL. All the previous factors explained 19 to 35 per cent of the variance in the four dimensions of QoL among refugees. To promote QoL among adult refugees, social, financial and psychological help and support should be offered to those suffering from post-traumatic stress and loneliness. It is also necessary to offer refugees appropriate support for the use of their many skills and other positive resources, for their own benefit and for the benefit of society as a whole.

**Keywords:** refugees, quality of life, loneliness, post-traumatic stress symptoms, structural equation modelling.