

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

HYVÄ- JA HUONO-OSAISUUDEN KOKEMUS PÄIHDEJÄRJESTÖJEN PALVELUJEN
KÄYTTÄJILLÄ

Pro gradu -tutkielma
Karita Kammonen
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Syyskuu 2016

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

KARITA KAMMONEN: Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemus päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjillä

Pro gradu -tutkielma, 59 sivua, 12 liitesivua

Ohjaajat: Yliopistonlehtori, Dosentti Anne Konu (Tay/HES) ja FT, VTL, vanhempi tutkija Tuuli Pitkänen (A-klinikkasäätiö)

Kansanterveystiede

Syyskuu 2016

Huono-osaisuus voidaan ymmärtää monin eri tavoin ihmisen omien arvojen ja kriteereiden perusteella. Huono-osaisuuden yksiselitteinen määrittely on haasteellista, jopa mahdotonta. Usein huono-osaisuus liitetään talouden tai hyvinvoinnin puutteisiin. Huono-osaisuus voi ilmetä myös puutteena jo 1970-luvulla Erik Al-lardtin esittelemillä hyvinvoinnin ulottuvuuksilla, joita ovat ”Having”, ”Loving” ja ”Being”. Nämä hyvinvoinnin ulottuvuudet on alun perin esitetty englanniksi ja siksi käyttöön ovat vakiintuneet englanninkieliset termit. Huono-osaisuutta voidaan asemoida tarkastelemalla ja arvioimalla sitä objektiivisin tai subjektiivisin sekä absoluuttisin tai relatiivisin mittarein. Ihminen voi samanaikaisesti kokea itsensä sekä hyvä- että huono-osaiseksi. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveyteen, talouteen ja elämänmerkityksellisyyteen liittyvien tekijöiden yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjillä.

Päihdeongelmia aiheutuu alkoholin, huumaavien aineiden ja lääkkeiden väärinkäytöstä. Alkoholinkäyttö on osa suomalaista kulttuuria, kun vastaavasti huumeiden käyttö on Suomessa kriminalisoitua. Ongelmallinen alkoholinkäyttö voidaan jakaa riskijuomiseen, haitalliseen käyttöön ja riippuvuuteen. Päihdehäiriöt on määritelty ICD-10-luokituksessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä koskevassa luvussa. Päihdelaki velvoittaa kunnat järjestämään joko itse tai ostopalveluna helposti saavutettavat päihdepalvelut. Päihdehäiriöihin on saatavissa tukea ja apua ongelman eri vaiheissa.

Päihdejärjestöt voivat toimia lakisääteisten palvelujen tuottajina, asiantuntijaorganisaationa sekä ne voivat tarjota erilaisia toimintoja päihdeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen. Tutkimusaineisto on osa Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelman (MIPA) yhtä osatutkimusta. Kyselyaineisto koostuu kuuden päihdejärjestön palveluihin tai toimintoihin osallistuvien vastauksista (N = 652). Vastaajista 60 % oli miehiä ja lähes 70 % vastaajista oli 36–65-vuotiaita. Vastaajista työssäkäyviä oli noin 19 %, mikä on vähemmän kuin muulla väestöllä keskimäärin. Vastaajien koulutustausta oli alhaisempi kuin väestön keskimäärin.

Päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjistä ja toimintoihin osallistuvista vastaajista yli puolet (56 %) koki itsensä sekä hyvä- että huono-osaiseksi. Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä koki 31 % ja vain 14 % koki itsensä huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi. Järjestöjen välillä oli eroja hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksen jakautumisessa. Päihdehäiriön keskellä olevat kokivat itsensä eniten huono-osaiseksi, vastaavasti toipujat sekä vapaaehtois- ja vertaistukitoimintaan osallistuvat kokivat itsensä eniten hyväosaiseksi.

Yksittäin tarkasteltaessa kaikilla tutkituilla terveyttä, taloutta ja elämän merkityksellisyyttä kuvaavilla muuttujilla todettiin yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Huono-osaisilla oli keskimäärin heikompi taloudellinen tilanne, alhaisempi arvio omasta terveydestään sekä he kokivat itsensä useammin yksinäisiksi ja heillä oli vähemmän elämänmerkityksellisyyden- ja yhdenvertaisuudenkokemuksia. Kaikkia muuttujia yhtäaikaaisesti tarkastellessa heikoksi itsearvioidulla taloudellisella tilanteella ja toimeentulolla sekä vähäisellä elämänmerkityksellisyydellä ja vähäisellä yhdenvertaisuudentunteella toisten kanssa todettiin yhteys huono-osaisuuden kokemukseen. Palveluja kehitettäessä tulisi huomioida myös sellaiset toimet, joiden avulla voidaan luoda mahdollisuuksia elämänmerkityksellisyyden kokemuksen lisäämiseen. On myös tärkeää tavoittaa kaikista huono-osaisimmat palvelujen piiriin.

Avainsanat: hyvä- ja huono-osaisuus, hyvinvoinnin ulottuvuudet, päihdehäiriöt, päihdejärjestö, terveys, talous, elämänmerkityksellisyys

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

KARITA KAMMONEN: Experiences of advantage and disadvantage in people reached by the Finnish NOGs in the field of substance abuse

Master Thesis, 59 pages, 12 pages appendices

Supervisors: University Lecturer, Docent Anne Konu (UTA/HES) and Senior Researcher, Dr. Tuuli Pitkänen (A-Clinic Foundation)

Public Health

September 2016

It is hard or impossible to define disadvantage, it can be understood by individual's own values or criterions. Mostly disadvantage is associated with deprivation of economy or wellbeing. It is also possible to think that disadvantage can be deprivation in dimensions of wellbeing. The dimensions of wellbeing "Having", "Loving" and "Being" were presented by Erik Allardt in the 1970s. They all include multiple components. Disadvantage can be observed and measured by objective and subjective or absolute and relative indicators. It is possible that an individual can feel advantaged and disadvantaged in the same time. In this study the experience of being advantaged and disadvantaged is observed by variables associated to health, economy and meaningful life in people reached by the Finnish NOGs in the field of substance abuse.

Alcohol consumption is part of Finnish culture whereas using drugs is illegal. Substance abuse means that the individual is having dependency on the substance in question or one is misusing the substance in question. Problematic alcohol use can be divided in risk drinking, harmful alcohol use and alcohol dependency. Substance abuse reduces the quality of life. Most serious form of substance abuse can be diagnosed as disease. In ICD-10-codes substance abuse is classified as mental and behavioral disease. Communities are obligated to organize welfare services for substance abusers. So there is help and support available for substance abuse.

NGOs can provide statutory services for substance abusers or they can offer different kind of activities for people who are recovering from substance abuse or support substance abusers next of kin. Research data is part of a programme of 10 Finnish NGOs in the field of substance use and mental health disorders (MIPA). Data for this research was collected from people who were using statutory services or taking part in some activities in six organizations for substance abuse were offered and responded to the questionnaire. Most of the 652 respondents were 36–65 years old. 60 % of the respondents were male. Respondents were less educated and less often working than Finnish population on average.

Over half of the respondents (56 %) experienced themselves both advantaged and disadvantaged, 31 % experienced themselves advantaged or very advantaged and 14 % of them experienced that they are disadvantaged or very disadvantaged. There were differences between organizations in how experience of being advantaged or disadvantaged were distributed. While abusing substances individuals felt themselves most disadvantaged whereas people in the recovery process as well as volunteers or peer support persons felt themselves most advantaged.

By observing studied variables associated with health, economy and meaningful life separately, there was association with the experience of being advantaged or disadvantaged. People who felt themselves disadvantaged had weaker economy, worse self-evaluated health and they felt their life less meaningful. By observing all variables together weak self-evaluated economy, low experience of meaningful life and seldom feeling equal with others were associated with the experience of being disadvantaged. Services should include also possibilities to have experiences of relevance of life. Services should also reach the most disadvantaged individuals.

Keywords: Advantage and disadvantage, Dimensions of wellbeing, Substance abuses, NGOs in the field of Substance abuse, health, economy, meaningful life

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	5
2 HUONO-OSAISUUS SEKÄ PÄIHDEHÄIRIÖT	7
2.1 Huono-osaisuus	7
2.2 Päihdeiden käyttö, päihdehäiriöt, yleisyys ja merkitys yhteiskunnallisesti	11
2.3 Päihdepalvelut ja päihdejärjestöt	17
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	23
4.1 Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma (MIPA)	23
4.2 Tutkimusaineisto	23
4.2 Kvantitatiiviset menetelmät	27
4.3 Eettiset kysymykset	29
5 TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1 Taustatekijät	30
5.2 Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemus	30
5.3 Terveys	33
5.4 Talous	34
5.5 Elämänmerkityksellisyys	39
5.6 Huono-osaisuuden kokemukseen yhteydessä olevat asiat	42
6 POHDINTA	45
LÄHTEET	55
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Huono-osaisuus on ollut viime aikoina puheena monilla areenoilla. Huono-osaisuuden yksiselitteinen määrittäminen on haasteellista, jopa mahdotonta, sillä huono-osaisuus ei ole yksinkertainen asia vaan se voidaan ymmärtää useilla eri tavoilla ihmisen omien arvojen ja kriteereiden perusteella. Huono-osaisuus liitetään yleensä hyvinvoinnin tai talouden puutteisiin. Suomalaisten, kuten monien muidenkin, näkemykset huono-osaisuudesta perustuvat oletuksille ja kuulopuheille, harvalla on tarkkaa kokemusta huono-osaisuudesta (Saari, 2015, 211). Aihe on ajankohtainen, sillä sosioekonomisista terveyseroista puhutaan tulevan SOTE-uudistuksen myötä entistä enemmän.

Huono-osaisuutta voidaan arvioida objektiivisin tai subjektiivisin mittarein (Allardt, 1976, 10). On hyvinkin mahdollista, että ihminen on sekä hyvä- että huono-osainen eri mittareilla arvioituna, mutta on todennäköistä ja myös tutkittua, että huono-osaisuus kasautuu samoille henkilöille eri mittareilla arvioituna (Abrahamson, 1995; Marmot, 2003; Ohisalo, Laihiala, & Saari, 2015; Saari, 2015). Huono-osaisuuden kokemusta voidaan kysyä myös ihmisiltä itseltään. Kysymällä ihmisiltä saadaan tärkeää tietoa siitä, miten objektiivisin mittarein huono-osaisiksi määritellyt kokevat oman huono-osaisuutensa, toisin sanoen kokevatko he olevansa hyvä- vai huono-osaisia. Tutkimuksissa on jo aiemmin huomattu, että ihmisten omasta näkökulmasta huono-osaisuuden kokemus voi näyttää toiselta, hän voi arvioida oman tilanteensa paremmaksi kuin esimerkiksi hänen objektiivisesti arvioitu tilanteensa on (esim. Kainulainen & Saari, 2013; Shildrick & MacDonald, 2013).

Huono-osaisuuden kokemukseen vaikuttavina seikkoina voidaan nähdä objektiivisilla mittareilla arvioitavista asioista materiaaliset ja taloudelliset tekijät. Tärkeitä seikkoja taloudellisen tilanteen lisäksi ovat myös ihmisen omat kokemukset terveydestään ja elämänsä merkityksellisyydestä (mm. Allardt, 1976; Heikkilä, 1990; Shildrick & MacDonald, 2013). Huono-osaisuus voi ilmetä myös tarpeentyydytykseen liittyvillä hyvinvoinnin ulottuvuuksilla (Allardt, 1976; Niemelä & Saari, 2013).

Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksella ja kokemukseen vaikuttavilla tekijöillä on myös merkitystä terveydelle. Jatkuvasti itsensä heikommassa asemassa, esimerkiksi sosioekonomisesti, omassa yhteisössä olevilla/kokevilla on muita heikompi terveys ja lyhempi elinajanennuste (Marmot, 2003; Tarkiainen, Martikainen, Laaksonen, & Valkonen, 2007). Heikompaan terveydentilaan ja lyhempään elinajanennusteeseen vaikuttavina tekijöinä ovat yleisesti elintavoista johtuvat syyt. Alemmissä tuloluokissa (huono-osaiset taloudellisella mittarilla mitattuna) esimerkiksi päihteiden käyttö on runsaampaa sekä alkoholiperäiset kuolemat yleisempiä kuin ylemmissä tuloluokissa. (Prättälä, 2007; Tarkiainen ym., 2007; Valkonen, Ahonen, Martikainen, & Remes, 2007.)

Päihteiden käytöllä on moninaisia vaikutuksia terveyteen, erityisesti runsas päihteiden käyttö on riskitekijänä monille sairauksille, mutta yhtäläillä sillä voi olla haitallisia vaikutuksia ihmissuhteisiin. Päihteiden käytöstä voi kehittyä myös riippuvuustasoinen ongelma, jolloin se kansainvälisen ICD-koodiston mukaan on luokiteltavissa sairaudeksi, johon ihmisen tulisi saada asianmukaista hoitoa sairauteensa sekä toipumiseensa ja kuntoutumiseensa. (Alkoholiongelmaisen hoito, 2015; Huumeongelmaisen hoito, 2012.)

Kunnat ovat velvollisia järjestämään helposti saavutettavat päihdepalvelut (Päihdehuoltolaki 41/1986). Kunta voi tuottaa palvelut itse tai se voi ostaa palvelut esimerkiksi palveluntuottajana toimivilta päihdejärjestöiltä, joilla on soveltuvaa erityisosaamista päihdepalvelujen laadukkaaseen tuottamiseen (Murto, 2003, 67).

Päihdejärjestöillä on yhteiskunnallisesti moninaisia rooleja sekä palveluntuottajana että erilaisten toimintamuotojen järjestäjinä ja osalla, kuten A-klinikkasäätiöllä, niistä on myös asiantuntijarooli. Palvelut voivat olla lain velvoittamia asumispalveluita, katkaisuhoidtopalveluita, päihdekuntoutuspalveluita tai toimintoja, joiden tarkoituksena voi olla ennaltaehkäistä päihdehaittojen syntymistä, edistää päihteetöntä elämää, saada tukea läheisen päihteiden käyttöön sekä tukea omaan tai läheisen toipumiseen.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kuuden päihdejärjestöjen toimintoihin ja palveluihin osallistuvien ihmisten itse arvioidun terveyden, talouden ja elämänmerkityksellisyyden yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen.

2 HUONO-OSAISUUS SEKÄ PÄIHDEHÄIRIÖT

2.1 Huono-osaisuus

Huono-osaisuuden käsite ei ole yksiselitteinen, jokaisella meistä on oma oletus huono-osaisuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Huono-osaisuuden käsite perustuu yleisesti oletuksille ja kuulopuheille, sillä harvalla on tarkkaa kokemusta huono-osaisuudesta (Saari, 2015, 211). Huono-osaisuuden käsite on moninainen ja sitä lähestytäänkin usein eri käsitteiden kautta, kuten köyhyys ja syrjäytyminen (Kainulainen & Saari, 2013, 22-40). Huono-osaisuus mieltyy myös puutteiksi hyvinvoinnin osa-alueilla (Mäkelä, Kauppinen, & Huhtanen, 2009; Niemelä & Saari, 2013).

Englannin kielessä ei ole suoraa vastinetta suomenkieliselle sanalle huono-osaisuus, siitä käytetään termejä disadvantaged, marginalised ja excluded (henkilökohtainen tiedonanto sähköpostitse J. Saari 14.4.2016). Englanninkielisten termien mukaan huono-osaisuus voidaan nähdä myös syrjäytymisenä. Huono-osaisuuteen voi liittyä ja usein liittyykin ainakin jonkinlaista syrjäytymistä, mutta huono-osaisuuden kokemukseen liittyy monia muitakin ulottuvuuksia. Peter Abrahamson (1995) on tarkastellut tutkimuksissa käytettyjä syrjäytymiseen liittyviä käsitteitä sekä niiden yhteyksiä ja todennut, että esimerkiksi sosiaalinen syrjäytyminen (social exclusion) ja köyhyys (poverty) ovat selkeästi yhteydessä toisiinsa, usein näihin rinnastettavia englanninkielisiä termejä ovat myös deprivation, marginalization ja underclass. Myös näiden englanninkielisten termien moninaisuuden kautta vahvistuu se käsitteiden ja näkökulmien moninaisuus, joiden kautta huono-osaisuutta lähestytään. Tutkimuksissa huono-osaisuutta on lähestytty ainakin köyhyyden, sosiaalisen syrjäytymisen, vähemmän etuoikeutettuna olemisen ja alempaan luokkaan tai marginaali(ryhmään) kuulumisena (Abrahamson, 1995; Kainulainen & Saari, 2013).

Huono-osaisuutta ja siihen liitettäviä hyvinvointia ja elinoloja sekä niissä ilmeneviä puutteita voidaan arvioida ja tarkastella objektiivisin tai subjektiivisin sekä myös absoluuttisin tai relatiivisin eli suhteellisin mittarein (Niemelä & Saari, 2013, 6–18). Nämä eri tavat ristiintaulukoimalla saadaan neljä erilaista tapaa asemoida huono-osaisuutta (Taulukko 1). Tässä tutkimuksessa kysytään vastaajien omakohtaista kokemusta huono-osaisuudesta, joten se perustuu heidän omiin arvoihin ja kriteereihin vastaushetkellä.

TAULUKKO 1. Lähestymistavat huono-osaisuuden asemointiin (Niemelä & Saari, 2013)

	<i>Objektiivinen</i>	<i>Subjekttiivinen</i>
<i>Absoluuttinen</i>	resurssien määrä ilman vertailua muihin tai keskiarvoon	arvioitu tyytyväisyys kyseessä olevaan resurssiin
<i>Suhteellinen</i>	resurssien määrä keskiarvoon verrattuna	arvioitun tyytyväisyyden suhde keskimääräiseen tyytyväisyyteen

Objektiiviselle huono-osaisuudelle voidaan määrittää sovitut mittarit. Objektiivisesti huono-osaisuutta arvioidaan esimerkiksi tuloihin, asuinpinta-alaan ym. perustuen (Niemelä & Saari, 2013, 6–18; Saari, 2015, 35). Huono-osaisuuden tutkimuksessa esimerkiksi objektiivinen taloudellisen tilanteen arvioiminen ja määrittäminen eivät välttämättä kerro ainoaa totuutta huono-osaisuudesta ja erityisesti sen kokemuksesta. Esimerkiksi brittiläisessä tutkimuksessa köyhät, jotka elivät objektiivisesti puutteessa, eivät mieltäneet itseään köyhiksi ja halveksivat muita köyhiä (Shildrick & MacDonald, 2013). Kainulainen ja Saari (2013) totesivat myös omassa tutkimuksessaan ihmisillä olevan taipumusta nähdä oma asemansa paremmaksi kuin hänen objektiivisin mittarein arvioitu asemansa on.

Subjekttiivinen huono-osaisuus perustuu yksilön omiin kokemuksiin, joihin voivat vaikuttaa omat aiemmat kokemukset tai vertailu lähipiiriin tai muihin väestön osiin (Heikkilä, 1990; Marmot, 2003; Shildrick & MacDonald, 2013). Subjektiiiset kokemukset ja objektiivinen elintaso ovat yllättävän kaukana toisistaan, kuten ne myös ilmiönä ovat luonteeltaan hyvin erilaisia (Allardt, 1976, 10). Heikkilä (1990) on Allardtin viiteryhmäteoriaa lainaten pohtinut subjektiivisen deprivaaation, ja subjektiivisen huono-osaisuuden yhteyttä korostaen, että suhteellisen deprivaaation edellytyksenä pidetään, että ihminen vertaa itseään valitsemaansa viiteryhmään, joka voi olla lähipiiri tai eriytyneempi. Kun ihminen antaa oman arvionsa hyvä- tai huono-osaiseksi kuulumisesta, hän voi siis verrata itseään johonkin itse mieltämäänsä viiteryhmään.

Juho Saari (2015, 34–63) on esittänyt huono-osaisuuteen ja sen tutkimukseen liittyviksi teemoiksi tulot, menot, resurssit, toimintakyvyt, osallisuus ja elämänlaatu; tulojen ohella voidaan siis tarkastella myös kulutusta. Matti Heikkilä (1990, 22) on määritellyt resurssit rahallisiksi resursseiksi, jolloin voidaan tutkia vain köyhyyttä sekä elinoloihin liittyviin elämänhallinta- ja toimintaresursseiksi, jolloin yhdessä rahallisten resurssien kanssa köyhyiden tutkimus laajenee deprivaaation tutkimukseksi. Saari (2015) käsittää resursseiksi tulojen lisäksi asumisen, riittävän ja terveellinen ruoan, koulutuk-

sen, työn, terveyden, sosiaaliset suhteet, poliittiset vaikutusmahdollisuudet sekä ympäristön turvallisuuden. Nämä resurssit mahdollistavat toiminnan, mutta tärkeintä onkin kuinka näitä resursseja pystytään hyödyntämään. Usein huono-osaisuuteen liittyy epäonnistumisten kautta tullutta huono-osaisuuden identiteettiä, joka heikentää kykyä hyödyntää resursseja. Mikäli tähän liittyy vielä pärjäämistä riippuvuuksien, erityisesti päihteiden, kanssa, kyky hyödyntää resursseja heikkenee edelleen. (Sen, 1993, 30–53; Saari, 2015, 192–201.)

Suhteellisen deprivaaation teoria on johtanut tarkastelemaan, kuinka tyytyväisiä ihmiset itse ovat omaan tilanteeseensa arvioimalla elämään tyytyväisyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä (asuminen, koulutus, työ, sosiaaliset suhteet jne.), onnellisuutta sekä fyysistä ja psyykkistä terveyttä, toisin sanoen arvioimaan elämänlaatua (Saari, 2015, 38 ja 199).

Elämänlaatu on myös monialainen kokonaisuus. Se ei ole tässä tutkimuksessa mukana ensisijaisena käsitteenä, mutta se liitetään osaksi esimerkiksi hyvinvoinnin ulottuvuuksia (esim. Allardt, 1976; Saari, 2015, 38). Elämänlaadulla (Quality of Life) tarkoitetaan WHO:n mukaan: ”Yksilön arviota elämästään siinä kulttuuri- ja arvokontekstissa missä hän elää, ja suhteessa omiin päämääriinsä, odotuksiinsa, arvoihinsa ja muille hänelle merkityksellisiin asioihin” (*WHOQOL - Measuring Quality of Life*, 1998). Elämänlaadun mittaamiseen on kehitetty useita eri mittareita, joiden avulla elämänlaatua voidaan pisteittää. Aallon ym. (2013) mukaan Suomessa väestötutkimuksissa on yleisesti käytetty viittä eri elämänlaatumittaria: 15D-elämänlaatumittari, EQ-5D-mittari, RAND-36-mittari, WHOQOL-mittari ja EuroHIS-8-mittari. Näillä mittareilla saadaan tietoa muun muassa vastaajan toimintakyvystä, psyykkisestä ja fyysisestä tilasta, sosiaalisista suhteista. (Aalto ym., 2013.) On myös mahdollista pyytää ihmistä itseään arvioimaan omaa elämänlaatuaan pyytämällä häntä arvioimaan sitä esimerkiksi kouluarvosanalla (Pitkänen & Tourunen, 2015).

Materiaalisen puutteen lisäksi tai sen sijaan huono-osaisuus voi ilmetä muilla elinolojen osa-alueilla tai hyvinvoinnin ulottuvuuksilla (Niemelä & Saari, 2013). Erik Allardt (1976) esitti hyvinvoinnin ja onnellisuuden sekä elintason ja elämänlaadun käsitteiden yhteyden toisiinsa sekä ihmisen tarpeiden tyydytykseen. Nämä hyvinvoinnin ulottuvuuksiin liittyvät tarpeidentyydytykset luokiteltiin kolmeen luokkaan: Having (Elintaso), Loving (Yhteisyyssuhteet) ja Being (Itsensä toteuttamisen muodot), jotka alkujaan esitettiin englanniksi ja ne ovat edelleen vakiintuneessa käytössä puhuttaessa hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Vaikka hyvinvoinnin ulottuvuuksille on annettukin suomenkieliset vastineet, tässä tutkimuksessa käytetään näitä vakiintuneita englanninkielisiä termejä. Näihin kaikkiin kolmeen hyvinvoinnin ulottuvuuden luokkaan liittyy useita osatekijöitä, Having: terveys, talous, ravinto, koulutus, työ, asunto ja vapaa-aika, Loving: tarve kuulua yhteisöön, saada ja antaa rakkautta ja hyväksyntää ja Being: mahdollisuus toteuttaa itseään osallistumalla harrastuksiin ja muuhun toimintaan, saada arvostusta persoonana. (Allardt, 1976, 32–49.)

Terveys sisällytetään elämänlaatuun, hyvinvointiin ja sen ulottuvuuksiin (Allardt, 1976, 1999; *WHOQOL - Measuring Quality of Life*, 1998). Terveyden määritelmistä ehkä tunnetuin on WHO:n määritelmä terveydelle vuodelta 1948: ” Terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauksien puuttuminen” (WHO, 1948). Allardt (1999) pohtii kirjoituksessaan, etteivät terveys ja sairaus kuitenkaan ole positiivisen terveyden määritelmän mukaan toistensa täydellisiä vastakohtia, koska terveyden poissaolo merkitsisi ihmisellä olevan paha olla, vaikkei paha olo tai sen tunne aina merkitsekään sairautta. Tämä näkynee myös, kun ihmisiltä tiedustellaan heidän omaa koettua terveyttään. Heillä saattaa olla diagnoosi johonkin sairauteen, mutta he kokevat itsensä terveiksi.

Ihmisen tarpeiden tyydyttymistä voidaan katsoa lähtökohtana hänen hyvinvoinnilleen (esim. Allardt, 1999; Maslow, 1943). Yksi tunnetuimpia tarpeiden tyydyttymistä koskeva teoria on Maslowin tarvehierarkia, jonka mukaan on olemassa viisi hierarkkista perustarvetta, jotka ihminen pyrkii tyydyttämään järjestyksessä: ensimmäisenä fysiologiset perustarpeet, sitten seuraavat turvallisuuden, rakkauten, arvonannon ja itsensä toteuttamisen tarve (Maslow, 1943). Tarvehierarkia ja sen osat ovat olleet osin pohjana myös Allardt (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksille. Tarvehierarkiaa, erityisesti sen portaisuutta ja fysiologisten tarpeiden painotuksen ensisijaisuutta, on arvioitu myös kriittisesti (mm. Allardt, 1976, 41). Allardt (1976, 41) pohtii kuinka ihminen, jolla on liian alhainen elintaso, voi hyvinkin pyrkiä täyttämään rakkauden tarvettaan, vaikkei hän kyseenalaistakaan elintason merkitystä hyvinvoinnilleen.

Yhtenä huono-osaisuuden mittarina voidaan pitää myös yksilön sosioekonomista asemaa siinä yhteiskunnassa, jossa hän elää (esim. Marmot, 2003; Saari, 2015, 64). Marmot (2003) puhuu myös sosiaalisesta gradientista, joka kuvaa sosioekonomisten ryhmien välisten erojen suuruutta. Saari (2015, 55) mainitsee huono-osaisuuden olevan voimakkaasti sosioekonomisesti latautunut ja siihen liittyvän myös elämäntapaan liittyviä ongelmia ja kulutusvajaita.

Heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ovat alttiimpia yhteiskunnallisille riskeille, koska heillä on parempiosaisia vähäisemmät tai olemattomat resurssit suojautumiseen (Curran, 2013). Heikommassa sosioekonomisessa olevilla on myös todettu olevan paremmassa asemassa olevia heikompi terveydentila, vähemmän terveet elintavat sekä lyhempi elinajanennuste (mm. Kainulainen & Saari, 2013; Martelin, Karvonen, Linnanmäki, Prättälä, & Koskinen, 2012; Tarkiainen, Martikainen, Laaksonen, & Valkonen, 2007; Marmot, 2003).

Marmotin (2003) mukaan heikko sosiaalinen asema muuttaa ihmisen fysiologiaa jatkuvan absoluuttisen tai relatiivisen puutteen kokemuksen kautta siten, että ihminen kokee jatkuvaa stressiä, joka kasvattaa ns. allostaattista kuormaa, jolla on haitallista vaikutusta mm. sydämeen ja verisuoniin.

Suomalaisissa väestötutkimuksissa on todettu sosioekonomisia terveyserojen olevan olemassa; alemmassa sosiaalisessa asemassa olevilla on keskimäärin heikompi terveys kuin paremmassa sosiaalisessa asemassa olevilla, eikä näiden erojen ole todettu ainakaan kaventuneen (Prättälä ym., 2007). Länsimaissa on yleisemminkin havaittu samansuuntaisia tuloksia sosioekonomisten terveyserojen kohdalla (Mackenbach ym., 2003; Wilkinson & Pickett, 2006).

Terveyskäyttäytymisellä voidaan katsoa olevan vaikutusta sosioekonomisten terveyserojen synnyssä. Terveydelle haitallinen käyttäytyminen on osa heikosta sosiaalisesta asemasta johtuvaa huonoa terveyttä, vastaavasti hyvässä sosiaalisessa asemassa olevilla on tiedollisia, sosiaalisia ja taloudellisia resursseja terveyttä edistävään käyttäytymiseen (Mackenbac 2002, Prättälän, 2007 mukaan). Elintavat, arkiset terveyskäyttäytymisen muodot, kuten tupakointi, alkoholinkäyttö, liikunta ja ruokailutottumukset, vaikuttavat terveyteen; nämä ovat suomalaisten kansantautien riski- tai suojatekijöitä (Prättälä, 2007).

Alkoholinkäyttö on terveyskäyttäytymisestä yksi tekijä, jolla on todettu suuria eroja tuloluokkien välillä. Suomalaisessa väestöaineistossa alkoholiperäinen kuolleisuus oli suurinta alimmassa viidestä tuloluokasta. Erityisesti miehillä alkoholinkäyttö oli myös suurin selittävä tekijä elinajanennusteen lyhentäjä tässä alimmassa tuloluokassa. (Tarkiainen ym., 2007.) Myös muissa tutkimuksissa on todettu samansuuntaisia tuloksia alkoholiperäisten kuolemien ja sosioekonomisen aseman yhteydestä (Erskine, Maheswaran, Pearson, & Gleeson, 2010; Martikainen, Valkonen, & Martelin, 2001; Valkonen ym., 2007; Wilkinson & Pickett, 2006).

Alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä runsas ja haitallinen alkoholinkäyttö on yleisempää. Vaikka ylemmät luokat käyttävätkin useampia kertoja viikossa alkoholia, alemmissa luokissa määrät ja humalahakuisuus ovat yleisempää (Prättälä, 2007.) Huono-osaisilla alkoholihaitat ovat myös muita yleisempiä (esim. Marmot & Bell, 2012; Mäkelä ym., 2009).

2.2 Päihteiden käyttö, päihdehäiriöt, yleisyys ja merkitys yhteiskunnallisesti

Päihteillä tarkoitetaan alkoholia, huumeita sekä muita huumaavia aineita (esim. tekniset liuottimet) ja lääkkeitä väärinkäytettyinä. Päihteet vaikuttavat keskushermostoon aiheuttaen korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia. Päihteiden käyttö on aineiden käyttöä ilman lääketieteellistä käyttöä huumaavan tunteen aikaan saamiseksi. (Kiiänmaa & Hyytiä, 2003, 110.)

Alkoholinkäyttö on osa suomalaista sekä monia muita länsimaisia kulttuureja. Kulttuurisesti alkoholinkäytön hyväksyttävyyys vaihtelee. Suomessa alkoholin kulutusta seurataan väestötasolla Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tuottamien tilastojen avulla (Varis & Virtanen, 2016). Alkoholin riskikulutusta on yleisesti kartoitettu AUDIT-C -mittarilla esimerkiksi terveydenhuollossa ja kyselytutkimuksissa (esim. Mäkelä, Alho, Knekt, Männistö, & Peña, 2012).

Alkoholijuomien kulutus jaetaan tilastoituun kulutukseen (anniskelu- ja vähittäiskulutus) sekä tilastoimattomaan kulutukseen (virallisen kulutuksen ulkopuolelle jäävä kulutus, matkailijatuonti, laillinen ja laitton kotivalmistus, salakuljetus, suomalaisten ulkomailla kuluttama alkoholi ja korvikealkoholi). Suomessa alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2015 oli 10,8 litraa sataprosenttista alkoholia 15-vuotta täyttäneeltä asukasta kohti. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus oli vastaavasti 8,5 litraa sataprosenttista alkoholia 15-vuotta täyttäneeltä asukasta kohden, tilastoimaton kulutus arvioitiin 2,3 litraksi. (Varis & Virtanen, 2016.) WHO:n (2014) mukaan alkoholin kokonaiskulutus maailmanlaajuisesti vuonna 2010 oli 6,2 litraa puhdasta alkoholia 15-vuotta täyttäneeltä henkilöä kohti. Tästä kulutuksesta arvioitiin noin neljänneksen (24,8 %) olevan tilastoimatonta (WHO 2014).

Alkoholinkäyttö voi olla runsasta ilman, että se on ongelmallista tai siihen on kehittynyt riippuvuus. Ongelmallinen alkoholinkäyttö voidaan karkeasti jakaa riskijuomiseen (käyttö ylittää suurkulutuksen, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei vielä esiinny), haitalliseen käyttöön (ICD: F10.1, merkittäviä alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja, mutta ei riippuvuutta) sekä alkoholiriippuvuuteen (ICD: F10.2, oireyhtymä, missä tyypillisesti esiintyy juomishimoa, juominen jatkuu haitoista huolimatta, toleranssi kasvaa ja vierotusoireet). (Aalto, 2009.)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on WHO:n kehittämiä kansainvälisiä mittareita alkoholin haitallisen kulutuksen tunnistamiselle. Testin kymmenen kysymyksen avulla kartoitetaan alkoholinkäytön määrää ja tapaa, riippuvuusoireita (joita voi esiintyä jo ennen riippuvuuden kehittymistä) sekä alkoholista johtuvia tyypillisiä haittoja. Jokaisesta kysymyksestä saa pisteitä 0–4, jolloin maksimipistemäärä on 40. Suurkulutuksen rajaksi on määritelty 8 pistettä, mutta tutkimuksissa on ehdotettu ja myös käytetty naisille alhaisempia rajoja, 5–6 pistettä. AUDIT-testistä on kehitetty lyhempi AUDIT-C versio, jolla kartoitetaan alkoholinkäytön määrää ja tapaa. Vaikka se kertoo yleisellä tasolla alkoholin riskikäytöstä, sen haittana on, että se ei kerro alkoholin aiheuttamista haitoista. Nämä mittarit on todettu luotettaviksi tutkimuksissa, erityisesti työikäisillä, kun niitä käytetään selvittämään alkoholinkäyttöä. Kuitenkaan riskijuomista, haitallista käyttöä ja riippuvuutta ei voida AUDIT kyselyllä luotettavasti erottaa toisistaan. (Reinert & Allen, 2007; Aalto, 2009.) Päihteiden käyttöön liittyy riippuvuuden kehittymisen riski (esim. Granström & Kuoppasalmi, 2003, 29–33).

Runsas alkoholinkäyttö ja alkoholiriippuvuus ovat miehillä yleisempiä kuin naisilla. Alkoholiriippuvaisen ”prototyyppi” on keski-ikäinen, työtön, eronnut mies. (Pirkola, 2004.) Terveys 2011 tutkimuksessa alkoholin riskikulutusta mitattiin AUDIT-C -mittarilla. Tutkimuksen mukaan noin kolmannes 45–64-vuotiaista miehistä oli AUDIT-C -mittarin mukaan alkoholin riskikuluttaja (vähintään 6 pistettä). Myös usein yli 6 annosta alkoholia kerralla nauttivien osuus oli yleisintä keski-ikäisillä miehillä. (Mäkelä ym., 2012, 48–49.)

Runsas alkoholinkäyttö on myös yhteydessä sairastavuuteen. Runsas alkoholinkäyttö toimii itsenäisenä riskitekijänä monille sairauksille tai se voi välillisesti vaikuttaa lisäämällä sairauksien riskitekijöitä (Salaspuro, Kiianmaa, & Seppä, 2003, 281–417). Alkoholi voi itsessään aiheuttaa alkoholimyrkytyksen, joka vaatii hoitoa (Salaspuro, Kiianmaa, & Seppä, 2003, 287). Alkoholi ja sen käyttömäärät ovat yhteydessä sydän- ja verisuonisairauksiin, useisiin syöpiin, maksasairauksiin, haimatulehduksiin (akuuttiin ja krooniseen), onnettomuuksiin ja väkivaltaan maailmanlaajuisesti (Corrao, Bagnardi, Zambon, & La Vecchia, 2004). Alkoholilla on yhteyttä myös aineenvaihduntaan, lipidiaineenvaihduntaan, aivoihin, ääreishermostoon ja ruoansulatuskanavaan sekä ravitsemukseen (Salaspuro ym., 2003, 281–417). Erityisesti alkoholimaksasairaudet (Alcoholic Liver Disease, ALD) ovat maailmanlaajuisesti eniten kroonisia maksasairauksia aiheuttava tekijä, josta voi seurata maksafibroosi tai maksakirroosi (Gao & Bataller, 2011). Herkkyys elinvaurioille vaihtelee yksilöittäin ja on myös riippuvainen alkoholin käyttömääristä ja altistuksen kestosta (Sillanaukee, Roine, & Seppä, 1996).

ICD-10-luokituksen mukaan päihdehäiriöt luokitellaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiksi (ICD-10, 2011). On myös mahdollista, että henkilöllä on diagnosoitu sekä päihdehäiriö että joku muu mielenterveydenhäiriö, jolloin puhutaan kaksoisdiagnoosista (Aalto, 2007). Masentuneilla alkoholi-ongelmat ovat muuta väestöä yleisempiä. Runsaasti alkoholia käyttävillä myös masennusjaksot ovat useammin vaikeampia, riski itsetuhoiselle käytökselle on suurempaa ja heillä on enemmän vaikeuksia sosiaalisissa toiminnoissa. (esim. Sullivan, Fiellin, & O’Connor, 2005.) Päihderiippuvaisilla on useammin myös persoonallisuushäiriöitä, vaikeuksia psykososiaalisissa toiminnoissa, oman taloutensa hoitamisessa, suurempi riski aggressiiviseen käytökseen sekä vaikeuksia hakea asianmukaista hoitoa ongelmaansa (Levola, Kaskela, ym., 2014). Kansanterveydellisesti katsoen päihde- ja mielenterveyshäiriöt ovat merkittävä elämänlaatua heikentävä ryhmä. Suomessa miehillä päihdehäiriöt (erityisesti alkoholiriippuvuus), ovat yleisin mielenterveydenhäiriö. (Suvisaari, 2015, 18.)

Huumeiden käyttö on Suomessa kriminalisoitua (Huumausainelaki 373/2008), joten osin ongelman laajuutta voidaan arvioida huumausainerikosten perusteella. Huumausainerikokset ovat hieman vähentyneet viime vuosina, esimerkiksi vuonna 2014 valvontaviranomaisten tietoon tulleita huumausainerikoksia oli 21 781, kun vastaava luku vuonna 2013 oli 22 656. Vakavien huumausainerikosten

osalta luvut olivat 1 161 vuonna 2014 ja 1 237 vuonna 2013. Käyttörिकosten osalta luvut taas kasvoivat aiempaan verrattuna, vuonna 2014 käyttörिकoksia oli 13 681 ja vuonna 2013 12 778. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015, 2016.) Kulttuurisesti huumeiden käyttö ei ole samalla tavoin hyväksyttyä tai kuulu osaksi kulttuuria kuten alkoholinkäyttö. Huumeiden käytön yleisyydestä saadaan tietoa mm. kyselytutkimusten avulla (Hakkarainen, Karjalainen, Ojajärvi, & Salasuo, 2015).

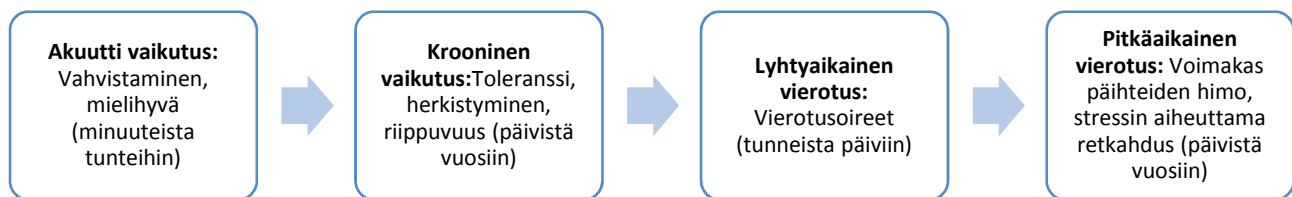
Uusimman vuonna 2014 toteutetun huumausaineiden ja kuntodopingin käyttöä kartoittavan tutkimuksen mukaan yleisimmin käytetty huume on kannabis, jota oli ainakin kerran elämässään kokeillut 19,4 %, seuraavaksi yleisimmät olivat ei-lääkinnällisesti käytetyt rauhoittavat, uni- ja kipulääkkeet (5,3 %), amfetamiini (3,0 %) ja ekstaasi (2,6 %) (Hakkarainen ym., 2015). Koko Euroopan markkinoiden yleisimmin käytetty laiton huume on myös kannabis (38 %), seuraavina heroini (28 %) ja yleisin laiton stimulantti kokaiini (24 %) (EMCDDA, 2016).

Päihdehäiriöllä tarkoitetaan päihteen väärinkäyttöä tai riippuvuutta kyseessä olevaan päihteeseen (Kiianmaa & Hyytiä, 2003, 110–119). Päihteen käyttöön liittyy biologinen, sosiaalinen ja psyykinen ulottuvuus, riippuvuus voi kehittyä psyykkiseksi ja/tai fyysiseksi (Granström & Kuoppasalmi, 2003, 29–32). Päihderiippuvuuden kehittyminen voi tapahtua esimerkiksi psykodynaamisesti tai perinnöllisesti (Granström & Kuoppasalmi, 2003, 29–32; Hyytiä, 2003, 33–40). Altistavia tekijöitä päihderiippuvuuden kehittymiselle ovat geneettiset tekijät tai esimerkiksi biologisten vanhempien epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö (Hyytiä, 2003, 33–40).

Psykodynaamisesta näkökulmasta päihteen käyttö voi tuoda mielihyvää tuottavan kokemuksen, joka halutaan kokea uudelleen tai se vastaavasti voi poistaa epämiellyttävän tai itselle vieraaksi koetun tilan. Erityisesti viimeksi mainitussa päihde toimii lyhykestoisesti itselääkityksenä, mutta pidempään jatkuessaan johtaa riippuvuuteen päihteestä. (Granström & Kuoppasalmi, 2003, 29–33.) Taustalla on puutteita riittävän hyvän psyykkisen tasapainon ylläpitämisessä itsesäätelyn vajavaisuuksien takia. Päihteen avulla voidaan helpottaa sietämään puutteellisesta itsetunnon ja minäkuvan rakentumisesta johtuvaa tunnemaailman kuohuntaa ja tunteiden hallintaa. Päihteen käyttö voidaan kokea vähiten huonoksi ratkaisuksi psyykkisen kärsimyksen tunteeseen. Päihteen käytöllä voidaan saavuttaa hetkellinen illuusio ongelman poistumisesta, mutta ongelman poistumisen sijaan päihteet alkavatkin hallita ja riippuvuuden kehittyminen mahdollistuu. Riippuvuusikäyttyymiselle on tyypillistä myös, että pitkään jatkuessa mielihyväsävytteinen kokemus katoaa, jopa häviää. (Granström & Kuoppasalmi, 2003, 29–33.)

Mitä voimakkaampia päihteiden huumaavat ja mielihyvää tuottavat vaikutukset ovat, sitä todennäköisimmin sitä käytetään uudelleen ja käyttäjä tulee riippuvaiseksi eli addiktoituu aineeseen. Suhteellinen riski tulla riippuvaiseksi vaihtelee ollen kokaiinille, amfetamiinille ja opiaateille suurempi kuin alkoholille, barbituraateille ja bentsodiatsepiineille. (Kiiänmaa & Hyytiä, 2003, 110–119.)

Päihderiippuvuuden kehittymiseen on sekä akuutteja että kroonisia vaikutuksia, kuten riippuvuudesta vieroittumisellekin (Kuva 1) (Kiiänmaa & Hyytiä, 2003, 110–119).



KUVA 1. Riippuvuuden kehittyminen ja päihdealtistuksen vaikutukset tapahtumaketjuna, suluissa on erivaiheiden kesto (mukaellen Kiiänmaa & Hyytiä, 2003, 116)

Kansainvälisessä ICD-10-luokituksessa on luokitukset alkoholin, opioidien, kannabinoidien, rauhoittavien ja unilääkkeiden sekä hallusinogeenien ja liuotinaineiden käytöstä aiheutuvalle riippuvuudelle ja muille oireyhtymille (ICD-10). Näitä tiloja hoidetaan sairauksina. Alkoholiongelmaisen hoidosta on laadittu Käypä hoito -suositus, jossa linjataan suositukset hoitoon ja oikeudesta kuntoutukseen (Alkoholiongelmaisen hoito, 2015). Myös huumeongelmaisen hoidosta on oma Käypä hoito -suositus, jossa käsitellään huumaavaan tarkoitukseen käytettävien aineiden sekä huumeiden ja bentsodiatsepiinien sekakäytön aiheuttamia terveysongelmia sekä linjauksia diagnostiikkaan, hoitoon ja kuntoutukseen (Huumeongelmaisen hoito, 2012).

Ihmiselle, joka hakeutuu hoitoon, on yleensä kehittynyt riippuvuustasoinen ongelma (esim. Jakobsson, Hensing, & Spak, 2005). Hoitoon hakeutumisen halukkuutta lisäävät esimerkiksi ongelman vaikeus, sosiaalinen paine ja negatiiviset elämäntapahtumat (Finney & Moos, 1995).

Päihderiippuvuuden hoito voi sisältää mm. päihderiippuvuuden lääkehoitoa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä tukea muutokseen päihteiden käytössä (Alkoholiongelmaisen hoito, 2015; Laaksonen, 2015). Päihdehäiriöstä toipuminen on prosessi, johon kuuluu myös elintapoihin liittyviä muutoksia. Tapahtumat voivat edetä dynaamisesti vaiheittain esivalmistelusta (pre-contemplation), valmisteluun (contemplation), valmistautumiseen (preparation) ja edelleen toimintaan (action) ja lopulta ylläpitoon (maintenance) (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Monesti tähän on liitetty

myös kuudentena kohtana retkahdus (esim. Holmberg, 2003, 212–214). Muutosprosessi tapahtuu siten, että vaiheet etenevät lineaarisesti vaiheittain (Prochaska ym., 1992), mutta vielä todennäköisempää on, että tapahtumaketju ei ole lineaarinen vaan ihminen palaa edelliseen vaiheeseen, johon saattaa jumittua pidemmäksi ajaksi (esim. Holmberg, 2003, 212–214).

Haasteellisimmiksi on koettu toipuminen opiaatti- ja amfetamiiniriippuvuuksista, alkoholiriippuvuudesta toipuminen koetaan keskivaikeaksi (esim. Blomqvist, 2009; Hirschovits-Gerz & Pennonen, 2012). Alkoholien ja huumeiden osalta riippuvuusongelman voittaminen koetaan sekä ammattilaisten että väestön keskuudessa todennäköisemmäksi ja helpommin toteutuvaksi, kun ongelmaan saadaan asianmukaista hoitoa (Hirschovits-Gerz & Pennonen, 2012).

Päihdehäiriöistä toipumiseen ja haittojen ehkäisyyn tarvitaan asiantuntevia päihdehuollon palveluja. Päihdetilastollisen vuosikirjan (2016) mukaan Suomessa päihdehuollon erityispalveluihin luetaan A-klinikat, Nuorisoasemat, Terveysneuvontapisteet, Katkaisuhuoltoasemat, Kuntoutuslaitokset, Ensisuojat ja Asumispalveluyksiköt. Vuonna 2014 erityispalveluiden asiakkaita oli A-klinikoilla 41 133, Nuorisoasemilla 5 423, Terveysneuvontapisteissä 14 294, Katkaisuhuoltoasemilla 11 675, Kuntoutuslaitoksissa 5 015, Ensisuojissa 2 228 ja Asumispalveluyksiköissä 4 008 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015, 2016).

Alkoholisairaus ensisijaisena diagnoosina rekisteröitiin vuonna 2014 terveydenhuollon vuodeosastojen hoitojaksoihin 21 842 kertaa ja 32 871 kertaa alkoholisairaudesta toissijaisena tai sivudiagnoosina. Vähennystä on tapahtunut alkoholin aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymishäiriöiden hoitojaksoissa noin 13 % vuosina 2010–2014. Vastaavasti hoitojaksot, joissa päädiagnoosina on alkoholipäihtymystila, ovat lisääntyneet samana ajanjaksona noin 12 %. Polikliinisiä käyntejä erikoissairaanhoidossa oli alkoholisairauksiin liittyen lähes 39 000 vuonna 2014, joka oli 5 % enemmän kuin vuonna 2013. Yhteensä vuonna 2014 vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon poliklinikoilla hoidettuja potilaita oli 23 551, lähes saman verran kuin vuonna 2013. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015, 2016.)

Huumaus- tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus ensisijaisena diagnoosina rekisteröitiin vuonna 2014 terveydenhuollon vuodeosastojen hoitojaksoihin 3 811 kertaa ja 6 684 kertaa huumaus- tai lääkeaineisiin liittyvän sairauden ollessa toissijaisena tai sivudiagnoosina. Huumehoitojaksot kasvoivat edelliseen vuoteen 2013 verrattuna 1,7 %, mutta opioidiriippuvuuden hoitojaksot kasvoivat 18 %. Huumehoidossa alkoholisairauksista poiketen erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit ovat merkittävä osa hoitoa ja näistä käynneistä valtaosa on opioidiriippuvaisten käyntejä. Vertailuna vuodeosastojen kai-

kista sairaaloiden päihdehoitajaksoista oli huumehoitajaksojen osuus 15 %, kun vastaavasti erikoissairaanhoidon päihdehuoltokäynneistä 68 % oli huumesairauksiin liittyviä käyntejä. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015, 2016.)

Suomessa oli 2 411 alkoholikuolemaa (osuus kaikista kuolemista 3,5 %) vuonna 2014, joista peruskuolinsyynä oli alkoholisairaus tai -myrkytys 1 841 tapauksessa, yleisimpänä sairautena maksasairaudet. Alkoholikuolemien määrä on vaihdellut 2000-luvulla ollen korkeimmillaan 2005 (3 011 tapausta) ja alimmillaan vuonna 2000 (2 355 tapausta). (Päihdetilastollinen vuosikirja 2015, 2016.) WHO:n (2014) mukaan alkoholi aiheuttaa maailmanlaajuisesti noin 3,3 miljoonaa kuolemaa vuosittain (5,9 % kaikista kuolemista) sekä 5,1 % tautitaakasta (burden of disease) on yhteydessä alkoholinkäyttöön.

Runsaalla päihteiden käytöllä ja päihdehäiriöillä on vaikutusta myös käyttäjien läheisiin. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 53 % naisista ja 38 % miehistä ilmoitti läheisellään (vanhemmat, nykyinen tai entinen kumppani tai muu läheinen) oli alkoholiongelma, joka oli vaikuttanut heidän arkeensa ja elämänlaatuunsa (Huhtanen & Tigerstedt, 2010, 220–233). Vaikutukset läheisiin voivat olla huolta läheisen terveydestä ja perheen taloudellisesta tilanteesta, pelkoa päihteiden käyttäjän väkivaltaisuudesta, vanhempana kokemusta epäonnistumisesta kasvattajana ja pettymystä parisuhteen muuttumisesta. Nämä kokemukset lisäävät stressikokemusta ja tätä kautta lisäävät riskiä sairastua psyykkisesti ja/tai somaattisesti. (Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013.) Perheen huomioimiseen hoidossa on kiinnitetty viimeaikoina huomiota, erityisesti kun päihdehuoltoon hakeutuvalla on lapsia. Läheisten huomioimisessa on silti edelleen paljon kehitettävää. (Perälä, Kanste, Halme, & Pitkänen, 2014; Pitkänen & Tourunen, 2015.) Huolimatta läheisten kokemusten ongelman laajuudesta, yhteiskunnallisesta kuormittavuudesta sekä läheisten tuen merkityksestä ongelman keskellä olevan toipumiselle, läheisten merkitys usein sivuutetaan. Läheisille vertaistukea ja apua tarjoavat monet yleishyödylliset ja uskonnolliset järjestöt niin meillä Suomessa kuin maailmalla. (Orford ym., 2013; Pitkänen & Tourunen, 2016.)

2.3 Päihdepalvelut ja päihdejärjestöt

Päihdepalvelujen järjestämisestä on säädetty laissa. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan ”päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden käyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden käyttäjien ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta”. Päihdehuoltolaki (41/1986) myös velvoittaa kunnat järjestämään helposti saavutettavissa olevat päihdepalvelut. Kunnat ovat vastuussa palvelujen järjestämisestä ja palvelujen tulee vastata lakien

edellyttämää tasoa määrältään ja laadultaan. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai ne voivat myös ostaa palvelut muilta toimijoilta, esimerkiksi palveluntuottajina toimivilta päihdejärjestöiltä. (Murto, 2003, p. 67.) Päihdehoitoa toteutetaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä että erityisissä päihdehoitoyksiköissä (Päihdepalvelujen laatusuositukset, 2002).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien tuhansien rekisteröityjen ja rekisteröimättömien yleishyödyllisten säätiöiden ja yhdistysten tehtävät ja roolit yhteiskunnassa vaihtelevat suuresti, osa niistä toimii monialajärjestöinä. Osa järjestöistä on vahvoja yhteiskunnallisia toimijoita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana ja kehittäjänä. 2000-luvun alussa kuntien sosiaalihuollon palveluntuotannosta arveltiin 17 % olevan yleishyödyllisen järjestön tuottamaa. (Murto, 2003, p. 67.)

Palveluntuottajina järjestöt ovat osin joustavampia kuin kunnat itsenäisinä palveluntuottajina. Yhdessä järjestöjen perustehtäväksi voidaan nähdä huono-osaisten palvelujen turvaaminen. Usein kunnissa sellaisten marginaaliryhmien, joille ei ole järkevää itse järjestää erityisosaamista vaativaa palvelua, palvelut ostetaan järjestöiltä. On myös tilanteita ja sellaisia ongelmia, joissa juuri järjestö voi tuoda palvelulle lisäarvoa vertaistukitoiminnan ja asiakaskeskeisten toimintamallien avulla, esimerkiksi toimintakeskustyyppiset päiväkeskustoiminnat. (Murto, 2003, 64–83.) Osa järjestöistä toimii päihdepalvelujen tuottajana ja niillä on palkattua ammattihenkilökuntaa, kun vastaavasti osan toiminta perustuu pitkälti vapaaehtoistoimintaan.

Pitkänen ja Tourunen (2016) ovat hahmotelleet järjestöjen toiminnan kohdistumista suhteessa omaan tai läheisen päihde- tai mielenterveysongelmaan. Toiminta ja toimintaan osallistuminen voi painottua ehkäisevään työhön, toiminta voi kohdistua ongelman keskellä olevaan henkilöön tai läheiseen sekä toipuvaan henkilöön tai hänen läheisiinsä, toimintaan voi hakeutua myös esimerkiksi vapaaehtoisena tai vertaistukihenkilönä (Kuva 2). Muutamissa järjestöissä toiminta on kohdistettu niin laaja-alaisesti, että se kohdistuu kaikkiin kansalaisiin. Järjestöt eroavat toisistaan myös organisaatorakenteensa ja toiminnan sisällön osalta; osa toimii palveluntuottajana, joilta kunnat ostavat päihdepalveluita, toiset järjestävät muuta esimerkiksi päihdeettömyyteen tukevaa tai ennaltaehkäisevää toimintaa (Pitkänen & Tourunen, 2016.)



KUVA 2. Järjestöjen toiminta ja toimintaan osallistumisen kohdistuminen suhteessa päihdeongelmaan (mukaellen Pitkänen & Tourunen, 2016)

Seuraavissa alaluvuissa on tiivistetysti esitetty kuuden päihdejärjestön roolia, niiden tarjoamia palveluita ja toimintoja. Sisällöt on poimittu järjestöjen omilta internetsivuilta. Nämä kuusi järjestöä on valittu mukaan, koska tämän tutkimuksen tutkimusaineistonkeruu on kohdistunut osaan näiden palveluita käyttäviin ja eri toimintamuotoihin osallistuviin henkilöihin. Näiden järjestöjen toiminta on monimuotoista ja niiden syntyamiseen ovat vaikuttaneet päihtheisiin tai mielenterveyteen liittyvät asiat. Niiden toiminnan painopisteet kohdistuvat päihdehäiriöiden ja -ongelmien erivaiheisiin.

A-Kiltojen Liitto (www.a-kiltojenliitto.fi)

A-kiltatoiminta on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumatonta. Se on valtakunnallinen päihdetoipujajärjestö, joka toimii kattojärjestönä paikallisille rekisterimuotoisille A-killoille. Toiminnan tarkoituksena on tarjota paikkakunnalla päihdetoipujille päihdeetöntä toimintaa sekä vertaistukea. Monet A-killat tarjoavat päihdetoipumista tukevaa päivätoimintaa esimerkiksi ruokailu ja muiden henkilökohtaiseen elämään liittyvien palvelujen avulla. Paikallisen A-killan toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen, palkatun henkilökunnan tehtävänä on luoda, ylläpitää ja tukea vapaaehtoistoiminnan puitteita. A-killat ja A-kiltojen Liitto toimivat myös yhteistyössä muiden päihdetyötä tekevien tahojen kanssa.

A-Klinikkasäätiö (www.a-klinikka.fi)

A-klinikkasäätiön toiminnan tavoitteena on hoito- ja kuntoutuspalvelujen, ehkäisevän päihdetyön ja asiantuntijapalvelujen sekä tutkimus- ja kehitystoiminnan avulla pyrkiä vähentämään päihdehaittoja ja muita psykososiaalisia ongelmia sekä parantaa päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä asemaa. A-klinikkasäätiö toimii myös asiantuntijana päihde- ja mielenterveytyksessä. Erityisesti päihdepuolella A-klinikkasäätiöllä on vahva perinne asiantuntijaorganisaationa

A-klinikkasäätiön toiminta on voittoa tavoittelematonta. Toiminta tapahtuu alueellisesti ja valtakunnallisesti. Palveluja tarjotaan avohoitopalveluissa (mm. A-klinikat, sosiaali- ja terveysneuvontapisteet, nuorisoasemat, korvaushoitoklinikat ja päivätoimintakeskukset) ja laitospalveluissa (mm. Päihdesairaala, katkaisuhuoltoasemat ja kuntoutumisyksiköt) sekä asumispalveluja tuotetaan palveluasumisen ja tuetun asumisen yksiköissä.

A-klinikkasäätiöllä on laajasti sähköisiä palveluita päihdeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen, rahapelaajille ja heidän läheisilleen, kuntodopingin käyttäjille sekä kokemusneuvontapalvelua. Nämä pal-

velut ovat kaikkien saatavilla verkossa ja niitä ylläpitävät A-klinikkasäätiön asiantuntijat. A-klinikkasäätiön tukee erityisosaamisellaan myös kuntien peruspalveluja ja toimii kunnille palveluntuottajana.

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry (www.ehyt.fi)

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry (jatkossa EHYT) toimii koko maassa koko väestön parissa iästä riippumatta tavoitteenaan ehkäistä alkoholiin, huumeisiin ja tupakkaan sekä rahapelaamisesta syntyviä haittoja. EHYT toimii asiantuntijajärjestönä. Toiminta nojaa tutkittuun tietoon, jonka perusteella EHYT tekee päihdeyhteistyötä ja päihdepolitiikkaa. Erilaisten projektien ja matalan kynnyksen kohtaamispaikkojen (Elokolot) avulla tuetaan päihteettömyyttä. Elokolot ovat yhdessä EHYTin ja paikallisten yhdistysten ylläpitämiä päihteettömiä matalankynnyksen kohtaamispaikkoja, joissa kohdetaan ja tuetaan ihmisiä heidän tarpeidensa mukaan samalla toimien sosiaalisesti vahvemman ja oikeudenmukaisemman yhteiskunnan puolesta. Kohtaamispaikat toimivat myös tukityöllistäjinä ja niissä toimii paljon vapaaehtoistyöntekijöitä.

Irti Huumeista ry (www.irtihuumeista.fi)

Irti Huumeista ry on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton valtakunnallinen kansalais- ja vapaaehtoisjärjestö. Toiminnan tarkoituksena on ehkäisevän ja korjaavan huumeiden kehittämisen sekä työskentely rajoittavan huumeidenkäytön säilyttämiseksi. Tavoitteena on tukea huumeiden käytön ennaltaehkäisyä sekä käyttäjien käytön lopettamista ja tukea käyttäjien läheisiä. Ennaltaehkäisevän työn tarkoituksena on välittää tietoa huumeista, riippuvuudesta, erityisesti huumeriippuvuudesta. Yhtenä tärkeänä tehtävänä on kehittää kokonaisvaltaista perhekeskeistä työtä huomioiden yksilöllisyys, mutta myös käyttäjien läheiset sekä toimia tarvittaessa käyttäjien ja heidän läheistensä edunvalvojina. Toiminta painottuu paljon vapaaehtoistoimintaan, joka voi olla esimerkiksi vertaisryhmien ohjaamista, tukihenkilötoimintaa tai tiedon ja tuen antamista.

Sininauhaliitto (www.sininauha.fi)

Sininauhaliitto on sadan jäsenjärjestön valtakunnallinen keskusjärjestö. Liiton tehtävänä on toimia asiantuntijana ja vaikuttajana erityisosaamisalueillaan, joita ovat päihde- ja pelihaitat, riippuvuudet, mielenterveysongelmat, pitkäaikaisasunnottomuus sekä sosiaalinen työllistäminen. Sininauhaliiton toiminta pohjaa kristilliseen arvokäsitykseen. Sininauhaliiton jäsenjärjestöt järjestävät toimintoja ja

tuottavat asumispalveluja. Näitä toimintoja ja palveluja ovat: asumispalvelut (ensisuojat, asuntolat, tuettu asuminen sekä hoitokodit), kuntouttava työtoiminta, päiväkeskukset (tukea päihdeongelmaisille ja heidän läheisilleen arjessa selviytymiseen), koulutuspalvelut, ryhmätoiminta, vapaaehtoistyö, vankilatyö sekä ehkäisevä ja etsivä päihdetyö.

Tukikohta ry (www.omaaset.net)

Tukikohta ry on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton järjestö, joka kehittää päihteitä käyttäville ja kuntoutuville asiakkaille suunnattuja avohoidollisia päihdepalveluja sekä tarjoaa apua päihteitä käyttäville, kuntoutuville ja heidän läheisilleen. Perustehtävänä on päihteitä käyttävien, päihdekuntoutujien ja heidän läheistensä kanssa tehtävä työ. Päihteiden käyttäjille suunnattuja palveluita ovat esimerkiksi matalan kynnyksen Avoimet ovet -kohtaamispaikka, elämäntaitoryhmä sekä palveluohjaus heille, jotka tarvitsevat apua jokapäiväisten asioiden hoitoon. Päihdekuntoutujille on tarjolla hoito-ohjelma ja kuntouttavaa työtoimintaa. Läheisille tarjolla on tuki- ja neuvontapalveluita, läheisryhmä ja virkistystoimintaa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kokevatko päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjät tai toimintoihin osallistuvat ihmiset itsensä hyvä- vai huono-osaisiksi, vai kokevatko he olevansa sekä hyvä- että huono-osaisia. Tutkimuksessa selvitetään myös onko vastaajien omilla terveyteen, talouteen ja elämänmerkityksellisyyteen liittyvillä itsearvioiduilla kokemuksilla yhteyttä hyvä ja huono-osaisuuden kokemukseen ja millainen mahdollinen yhteys on. Tutkimuksessa tarkastellaan myös onko taustatekijöillä (ikä, sukupuoli, koulutus ja työtilanne) tai sillä minkä päihdejärjestön palveluun tai toimintaan ihminen osallistuu yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Lisäksi tutkimuksen avulla on tarkoitus selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä huono-osaisuuden kokemukseen kaikkia tekijöitä yhtäaikaisesti tarkasteltaessa.

Tutkimuskysymykset

1. Kokevatko päihdejärjestöjen palveluja käyttävät tai toimintoihin osallistuvat ihmiset itsensä hyvä- vai huono-osaisiksi?
2. Ovatko taustatekijät (ikä, sukupuoli, koulutus, työtilanne ja järjestö) yhteydessä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen?
3. Onko itsearvioidulla terveydellä (fyysinen ja psyykinen) yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen?
4. Onko itsearvioiduilla taloudellisilla tekijöillä (toimeentulo ja talous, menojen kattaminen tuloilla, pelolla ruoan loppumiseen ennen kuin on rahaa ostaa lisää, lääkkeiden ostosta tinkimisellä, lääkärissä käymättä jättämisellä sekä leipäjonon asiakkuudella) yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen?
5. Onko itsearvioidulla elämänmerkityksellisyydellä (elämänmerkityksellisyyden, yhdenvertaisuuden ja yksinäisyyden kokemus sekä kuulumisella yhteisöön, jossa kokee olevansa hyväksytty) yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen?
6. Mitkä tutkituista seikoista yhtäaikaisesti tarkasteltuina ovat yhteydessä huono-osaisuuden kokemukseen?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma (MIPA)

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelmassa (MIPA) 2015–2018 on mukana yhteensä kymmenen eri järjestöä (A-kiltojen liitto ry, A-klinikkasäätiö, EHYT ry, FinFami -Uusimaa ry, Irti Huumeista ry, Kuntoutussäätiö, Mielenterveyden keskusliitto, Tukikohta ry, Sininauhaliitto ja Suomen Mielenterveysseura) sekä Diakonia-ammattikorkeakoulut (DIAK). MIPA on ensimmäinen Suomessa näin laajasti päihde- ja mielenterveysjärjestöjen yhteistyössä toteutettu tutkimusohjelma. Tutkimusohjelmassa kehitetään siinä mukana olevien järjestöjen tutkimustoiminnan yhteistyötä, yhteismitallisuutta, laatua ja hyödynnettävyyttä. Tutkimusohjelma kattaa kuusi tutkimushanketta ja niihin liittyen järjestetään työpajoja ja kansallisia tutkimusseminaareja. Tutkimustietoa tuotetaan kansalaisten elämäntilanteesta ja palveluntarpeista, kokemusasiantuntijuudesta sekä järjestöjen toiminnasta. MIPA on Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) rahoittama. (MIPA tutkimussuunnitelma.)

4.2 Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on osa MIPA-tutkimusohjelman hanketta Järjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeet ja palveluntarpeet. Aineistonkeruu toteutettiin kyselytutkimuksena tähän tutkimukseen suunnitelluilla kyselylomakkeilla järjestöjen palveluihin (Liite 1) tai erilaisiin toimintamuotoihin (Liite 2) osallistuvilta 1.10.2015–29.2.2016 välisenä aikana. Kyselylomakkeet olivat tutkimuksessa käytettyjen muuttujien kohdalta identtiset. Tutkimuslomakkeissa kysyttiin laajasti ihmisten elämäntilanteesta ja kokemuksista sekä kartoitettiin heidän palvelujentarpeidensa saatavuutta. Tämän osatutkimushankkeen aineiston keruusta olivat vastuussa A-klinikkasäätiöltä Jouni Tourunen ja Tuuli Pitkänen. Tämän tutkimuksen tekijä osallistui osatutkimushankkeeseen siirtämällä suuren osan vastauksista kyselylomakkeilta SPSS-ohjelmaan.

Tämän tutkimuksen aineistoon otettiin mukaan vain päihdejärjestöjen palveluihin, erilaisiin toimintoihin, tapahtumiin ja/tai tilaisuuksiin osallistuvien henkilöiden vastaukset. Järjestöjen tapahtumiin ja tilaisuuksiin osallistuvien vastaajien joukossa oli myös työntekijöitä ja opiskelijoita, joiden vastaukset rajattiin pois lopullisesta aineistosta, ellei vastaaja ollut ilmoittanut palveluun tai toimintaan haakeutumiselle päihteiden käyttöön liittyvää syytä (oma päihteiden käyttö, tuki toipumisen ylläpitämi-

seen, vertaistuen saaminen ja/tai antaminen). Kaikki vapaaehtoisena toimivat otettiin mukaan tutkimukseen huolimatta siitä olivatko he ilmoittaneet päihdeiden käyttöön liittyvää syytä palveluun tai toimintaan hakeutumiselle vai eivät. Esimerkiksi A-kiltojen toiminta perustuu pitkälti vapaaehtoisten toimintaan ja monilla heillä on myös oma toipumiskokemus taustalla (www.a-kiltojenliitto.fi).

Vastaajia oli kuudesta eri päihdejärjestöstä. A-klinikkasäätiön (n = 130) vastaajat olivat pääasiassa lakisääteisten palvelujenkäyttäjiä, A-kiltojen Liiton vastaajat (n = 128) vastaajat olivat toipujia, EHYT ry:n (n = 126) vastaajat olivat päihdeettömiin matalankynnyksen kohtaamispaikka Elokolojen toimintaan osallistuvia, Sininauhaliiton (n = 107) vastaajat olivat pääasiassa palvelujenkäyttäjiä, Irti Huumeista ry:n (n = 96) vastaajat olivat pääasiassa toiminnassa eri syistä mukana olevia vapaaehtoisia ja Tukikohta ry:n (n = 65) vastaajat olivat pääasiassa päiväkeskustoimintaan osallistuvia.

Kyselyyn oli mahdollista vastata myös sähköisellä lomakkeella, jonne oli vapaa pääsy tutkimushankkeen sekä mukana olevien järjestöjen internetsivuilta. Tähän tutkimukseen otettiin mukaan vain paperilomakkeille annetut vastaukset. Koska sähköiseen lomakkeeseen voi kuka tahansa vastata, ei voida olla varmistaa, että vastaajat osallistuvat juuri mainitsemansa järjestön toimintaan. Paperilomakkeet toimitettiin järjestöjen kautta heidän valitsemilleen yhteyshenkilöille eri toimipaikkoihin, jossa lomakkeet jaettiin ohjeiden mukaan toimintaan osallistuville tai palvelujen käyttäjille. Vastaajista ei kerätty rekisteriä ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Järjestöjen yhteyshenkilöt palauttivat lomakkeet tutkijoille.

Aineistoon otettiin mukaan kaikki lomakkeet, joihin oli annettu vastauksia. Tutkimuksesta rajattiin pois ne vastaajat, jotka eivät olleet vastanneet kysymykseen ”Tunnetko itsesi huono- vai hyväosaiseksi?”, joka valittiin tutkimuksen päämuuttujaksi. Lopulliseksi vastaajamääräksi tuli 652.

Kyselylomakkeessa ”Tunnetko itsesi huono- vai hyväosaiseksi?” vastaajan oli mahdollisuus valita sopivin vaihtoehto viisiportaiselta asteikolta, jossa vastausvaihtoehdot olivat: 1. Erittäin huonoosaiseksi, 2. Huonoosaiseksi, 3. Sekä hyvä- että huonoosaiseksi, 4. Hyväosaiseksi, 5. Erittäin hyväosaiseksi. Aineiston jakaumaa tarkastellessa äärimmäisten vaihtoehtojen vastaajamäärät jäivät niin pieniksi, että analyysin kannalta oli järkevintä yhdistää Erittäin huonoosaiseksi ja huonoosaiseksi itsensä tuntevien ryhmät sekä Erittäin hyväosaiseksi ja hyväosaiseksi itsensä tuntevien ryhmät (Taulukko 2).

”Tunnetko itsesi huono- vai hyväosaiseksi” muuttujasta muodostettiin myös kaksiluokkainen muuttuja monimuuttujamallin analyysiin sen selvittämiseksi, millä tekijöillä on yhteyttä pelkästään huonoosaiseksi kokemisille. Tämän kaksiluokkaisen muuttujan muodostamisessa yhdistettiin itsensä sekä hyvä- että huonoosaiseksi kokeminen sekä itsensä hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi kokeminen Edes osittain hyväosaiseksi kokevien luokaksi. Vaikka sekä hyvä- että huonoosaiseksi itsensä

kokevilla on myös huono-osaisuuden kokemuksia, heillä on myös hyväosaisuuden kokemuksia. Huono-osaisiksi jäivät vain ne vastaajat, jotka olivat kokeneet itsensä huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi (Taulukko 2).

Huono-osaisuuteen yhteydessä oleviksi muuttujiksi valittiin 12 elämänmerkityksellisyyttä, taloudellista tilannetta sekä terveyttä kuvaavaa muuttujaa: ”Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä?”, ”Kuulutko, johonkin yhteisöön (esim. perhe, porukka, ryhmä), jossa koet olevasi hyväksytyksi?”, ”Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa?”, ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi?”, ”Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla?”, ”Oletko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saat rahaa ostaa lisää?”, ”Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi?”, ”Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?”, ”Oletko ruokapankin (leipäjonon) asiakas?”, ”Arvioi toimeentuloasi ja talouttasi kouluarvosanoin (4–10) ”Arvioi fyysistä terveyttäsi kouluarvosanoin (4–10)” sekä ”Arvioi psyykkistä (mielenterveys) terveyttäsi kouluarvosanoin (4–10)”.

Kysymyksissä ”Oletko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saat rahaa ostaa lisää?”, ”Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi?”, ”Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?” vastaajalla oli mahdollisuus valita vaihtoehdot: Kyllä tai ei.

Kysymyksessä ”Kuulutko, johonkin yhteisöön (esim. perhe, porukka, ryhmä), jossa koet olevasi hyväksytyksi?” vaihtoehtoja oli kolme: En, Yhteen ja Kyllä, useampaan.

Vastaajaa pyydettiin arvioimaan omaa tilannettaan eri osa-alueilla kouluarvosanoin: (4 = tilanne on erittäin huono ja 10 = tilanne on erinomainen tai asia on erinomaisesti hallinnassa). Näitä kouluarvosanoin arvioitavia asioita olivat: ”Arvioi toimeentuloasi ja talouttasi kouluarvosanoin (4–10) ”Arvioi fyysistä terveyttäsi kouluarvosanoin (4–10)” sekä ”Arvioi psyykkistä (mielenterveys) terveyttäsi kouluarvosanoin (4–10)”.

Kysymyksissä ”Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä?”, ”Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa?” ja ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi?” vastaajan oli mahdollista valita sopivin vaihtoehto viisiportaiselta asteikolta. Jakaumia tarkastellessa tuli esiin, että äärimmäisissä vaihtoehdoissa on niin vähän vastauksia, että nämä päädyttiin muuttamaan kolmiportaisiksi analyysivaiheessa (Taulukko 2).

Menojen kattamista tuloilla kysyttiin seuraavasti: ”Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla”, jossa vastaus vaihtoehtoja oli kuusi helppoutta tai hankaluutta kuvaavaa vaihtoehtoa. Tästä muodostettiin analyysiin kaksiluokkainen muuttuja ja jatkossa tätä muuttujaa kutsutaan ”Menojen kattaminen tuloilla”. (Taulukko 2).

Kaikki vastaajat eivät olleet antaneet vastausta jokaiseen selittävien muuttujien kysymykseen, joten n-määrä vaihtelee hieman eri muuttujien kohdalla. Kaikissa vastauksissa ja taulukoissa on esitetty vastaajien määrät.

TAULUKKO 2. Tutkimuslomakkeessa käytetyt alkuperäiset vastausluokat ja uudet analyysissä käytetyt luokat prosenttiosuus jakaumineen

Kysymys	Alkuperäiset vastausvaihtoehtojen luokat	Uudet analyysissä käytetyt luokat
Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemus (n = 652) 3-luokkainen ”Koetko itsesi”	Erittäin huono-osaiseksi (2,5 %) Huono-osaiseksi (11,0 %) Sekä hyvä- että huono-osaiseksi (55,7 %) Hyväosaiseksi (26,7 %) Erittäin hyväosainen (4,1 %)	Huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi (13,8 %) Sekä hyvä- että huono-osaiseksi (55,7 %) Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi (30,5 %)
Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemus (n = 652) 2-luokkainen ”Koetko itsesi”	Erittäin huono-osaiseksi (2,5 %) Huono-osaiseksi (11,0 %) Sekä hyvä- että huono-osaiseksi (55,7 %) Hyväosaiseksi (26,7 %) Erittäin hyväosainen (4,1 %)	Pelkästään huono-osaiseksi (13,8 %) Edes osittain hyväosaiseksi (86,2 %)
Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä? (n = 643)	Ei lainkaan (3,4 %) Vähän (13,8 %) Kohtuullisesti (43,8 %) Paljon (27,1 %) Erittäin paljon (11,2 %)	Vähän tai ei lainkaan (17,4 %) Kohtuullisesti (44,2 %) Paljon tai erittäin paljon (38,4 %)
Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa? (n = 646)	En koskaan (0,9 %) Hyvin harvoin (7,6 %) Joskus (24,8 %) Melko usein (46,7 %) Jatkuvasti (20,0 %)	En koskaan tai hyvin harvoin (3,3 %) Joskus (24,8 %) Melko usein tai jatkuvasti (66,7 %)
Tunnetko itsesi yksinäiseksi (n = 647)	En koskaan (11,1 %) Hyvin harvoin (24,7 %) Joskus (45,1 %) Melko usein (17,2 %) Jatkuvasti (1,9 %)	En koskaan tai hyvin harvoin (35,9 %) Joskus (45,1 %) Melko usein tai jatkuvasti (19,0 %)
Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla (Menojen kattaminen tuloilla) (n = 641)	Erittäin hankalaa (16,8 %) Hankalaa (21,7 %) Melko hankalaa (20,1 %) Melko helppoa (24,5 %) Helppoa (13,1 %) Erittäin helppoa (3,7 %)	Melko hankalaa, hankalaa tai erittäin hankalaa (58,7 %) Melko helppoa, helppoa tai erittäin helppoa (41,3 %)
Oletko ruokapankin (leipäjonon) asiakas (n = 641)	En (54,1 %) Muutaman kerran vuodessa (15,8 %) Keskimäärin kerran kuussa (11,9 %) Joka viikko (18,3 %)	En (54,1 %) Kyllä (45,9 %)

4.2 Kvantitatiiviset menetelmät

Tilastollisina menetelminä tutkimuksessa käytettiin ristiintaulukointia (yksittäisten luokiteltujen muuttujien jakaumien tarkasteluun), Kruskal-Wallis -testiä (järjestysasteikollisille yksittäisille muuttujille) sekä logistista regressio analyysia (kaikkien tekijöiden yhdysvaikutukseen).

Ristiintaulukoinnissa tutkitaan muuttujien jakautumista ja muuttujien välisiä riippuvuuksia. Riippuvuus- ja riippumattomuus tarkastelussa tarkastellaan, selitettävän muuttujan jakaumaa selittävän muuttujan eri luokissa. Selkeyden vuoksi analyyseissa käytetään usein prosenttiosuuksia joko luokitain tai koko aineistosta laskettuna. Ristiintaulukointia voidaan käyttää muuttujille, joilla on kaksi tai useampia luokkia. (KvantiMOTV, 2004.)

Ristiintaulukoinnissa merkitsevyyden testaamiseen käytetään χ^2 -testiä. χ^2 -testi on ns. riippumattomuustesti, jonka lähtökohtaisena oletuksena on nollahypoteesin toteutuminen eli muuttujat ovat riippumattomia toisistaan. χ^2 -testissä perustana on havaittujen ja odotettujen frekvenssien erojen suuruus, siis kuinka paljon havaitut ja odotetut jakaumat eroavat toisistaan. Mikäli erot ovat tarpeeksi suuria, voidaan todeta erojen olevan olemassa eikä johtuvan todennäköisesti pelkästä sattumasta. Testin tulokset tiivistyvät käytännössä p-arvoon, joka kertoo virhepäätelmän todennäköisyyden, kun oletetaan otoksessa havaittujen erojen löytyvän myös perusjoukosta. (KvantiMOTV, 2004.) P-arvo saadaan jokaisen tilastollisen testin tuloksena ja se kertoo todennäköisyyden virheelliselle päätelmälle. P-arvon tilastollisen merkitsevyyden raja on sopimuksen varainen, yleisesti käytettyjä ovat 0,05 ja 0,01, toisin sanoen on joko 5 % tai 1 % todennäköisyys, että tulos johtuu sattumasta. (KvantiMOTV, 2003.) Tässä tutkimuksessa käytetään tilastollisen merkitsevyyden rajana $p = 0,05$ ja tilastollisesti erittäin merkitsevyyden rajana $p < 0,001$.

Kruskal–Wallis -testi on epäparametrinen vastine varianssianalyysille. Sitä voidaan käyttää yksisuuntaisen varianssianalyysin asemasta, jos muuttujat on mitattu järjestysasteikolla tai varianssianalyysin oletukset eivät ole voimassa (Nummenmaa, 2009, 266–269). Nollahypoteesina Kruskal–Wallis -testillä on, että mediaanijakaumat kahdella tai useammalla järjestyslukupakaumalla ovat yhtä suuret, vaihtoehtoisena hypoteesina on vastaavasti, että jakaumien mediaanit poikkeavat toisistaan. Mitä pienempi testin havaittu merkitsevyytaso on, sitä todennäköisemmin jakaumat eroavat toisistaan, voidaan ajatella Kruskal–Wallisin -testin olevan järjestyslukupakaumille laskettu yksisuuntainen varianssianalyysi. Mitään itsenäistä Kruskal–Wallis -jakaumaa ei varsinaisesti ole, vaan testisuure noudattaa χ^2 -jakaumaa: vapausastein vertailtavien ryhmien lukumäärä – 1. (Nummenmaa, 2009, 266–269.)

Logistiset regressiomallit voidaan jakaa binäärisiin (BL) ja multinomisiin (ML) logistisiin malleihin, joiden näkyvin ero on selitettävän muuttujan luokkien lukumäärä, binäärisissä kaksi ja multinomisisä rajoittamaton (Nummenmaa, 2009, 330–343).

Logistisen regression etuna on, ettei siinä tehdä mitään oletuksia selittävien muuttujien mitta-asteikosta, ne voivat olla yhtä hyvin laatuero-, järjestys-, välimatka- tai suhdeasteikollisia, eikä muuttujien välisiä yhteyksiä oleteta lineaarisiksi. Myöskään muuttujien välisistä yhteyksistä ei oleteta mitään vaan ne voivat olla lineaarisia, eksponentiaalisia tai logaritmisia. Logistiset regressiomallit vaativat kuitenkin otoskoon olevan vähintään 40–100 havaintoa / selittävä muuttuja. (Nummenmaa, 2009, 330–343.)

Logistisessa regressiossa pyritään muodostamaan matemaattinen malli, jossa selitettävän muuttujan vaihtelua pyritään ennustamaan selittävien muuttujien avulla. Selitettävän muuttujan ollessa kategorinen pyritään siis ennustamaan havaintojen jakautumista luokkiin. Lähtökohtana logistisen regressiomallille on ns. riski (englanniksi odds), joka on tapahtumien todennäköisyyksien osamäärä. (Nummenmaa, 2009, 330–343.)

Logistisessa regressiossa valitaan yksi luokka referenssikategoriaksi, vastaavasti ennustetuksi kategoriaksi sellainen luokka, jonka toteutuminen on intuitiivisesti ajatellen todennäköisintä. Tässä tutkimuksessa referenssikategoriaksi muuttujille valittiin ”parhaiten” arvioitu luokka. Selittäjien merkittävyyttä arvioidaan regressiokertoimien, ts. logitien avulla, mikäli tämä poikkeaa tilastollisesti merkittävästi ($p < 0,05$) nolasta, kyseinen selittäjä on tilastollisesti merkittävä. Negatiiviset kertoimet tarkoittavat negatiivisia ja positiiviset kertoimet positiivisia yhteyksiä. Kun nämä regressiokertoimet muutetaan $\text{Exp}(b)$ -kertoimiksi, niiden mittayksiköksi tulee riski eli odds (OR), jolloin ykköstä pienemmät kertoimet tarkoittavat negatiivista ja ykköstä suuremmat positiivista yhteyttä, mikäli kerroin on tasan 1, ei yhteyttä ole lainkaan. Ykköstä pienemmät $\text{Exp}(b)$ -kertoimet tarkoittavat, että kyseisen muuttujan arvojen kasvaminen pienentää riskiä ja vastaavasti ykköstä suuremmat, että muuttujan arvojen kasvaminen suurentaa riskiä. (Nummenmaa, 2009, 330–343.)

Tässä tutkimuksessa logistisesta regressiosta valittiin Forward Stepwise (Conditional) -malli, joka lisäsi yksitellen muuttujia mukaan arvioiden, mille muuttujille jää merkittävyyttä, kun kaikki muuttajat otetaan huomioon. Tämä tutkimus on poikkileikkaustutkimus, jolloin syy-seuraussuhteista (kausiliteetista) ei voida tehdä johtopäätöksiä vaan tässä tutkitaan samanaikaisia kokemuksia.

Aineiston analysointi toteutettiin SPSS 23.0 -ohjelmalla.

4.3 Eettiset kysymykset

Tutkimukselle on haettu tutkimuslupa A-klinikkasäätiöltä, joka vastaa MIPA-hankkeen tässä tutkimuksessa käytetystä osatutkimuksesta. Koko MIPA hankkeelle on haettu tutkimusluvut jokaisen mukana olevan järjestön toimintatapojen mukaisesti. Tutkimus on toteutettu kyselytutkimuksena ilman, että vastaajia on mahdollista tunnistaa heidän vastauksistaan. Tavoitteena on ollut kerätä mahdollisimman kattavasti yhteensä 1 000 vastausta kaikista järjestöistä eli noin 100 vastausta jokaisesta järjestöstä. Yhteensä 1 000 vastauksen tavoite saavutettiin, mutta järjestöjen välillä oli suuria eroja pienimpien vastausmäärien ollessa järjestöä kohti noin 30 ja suurimpien järjestöä kohti noin 130. Vastaajilta ei kerätty henkilötietoja, joten henkilötiedot eivät ole tulleet tutkijoiden tietoon. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on ollut täysin vapaaehtoista, eikä se ole vaikuttanut asiakkaan/osallistujan saamaan hoitoon tai kohteluun.

5 TUTKIMUSTULOKSET

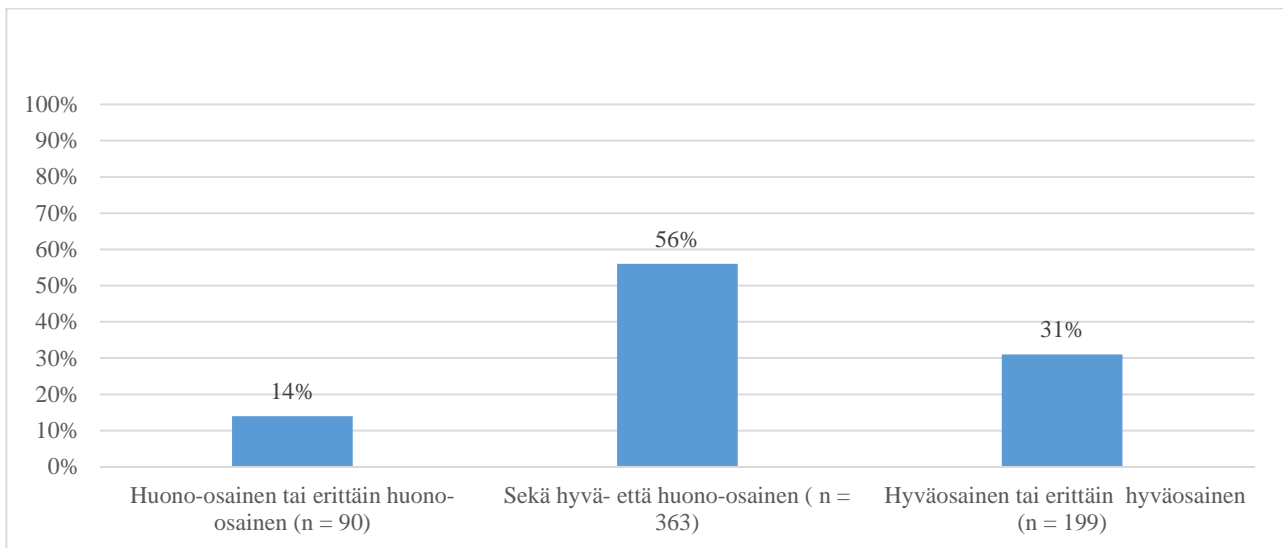
5.1 Taustatekijät

Vastaajista 357 oli miehiä, 238 naisia ja 57 ei ollut kertonut sukupuoltaan. Iältään vastaajat (n = 629) olivat 18–85-vuotiaita, suurimman osan 438 (noin 70 %) ollessa 36–65-vuotiaita. Lähes 32 %:lla vastaajista (n = 591) ylin koulutus oli peruskoulu, ammattikoulu ylimpänä koulutuksena oli reilulla 25 %:lla. Koulutuksen osalta huomioitavaa on, että ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinnon suorittaneita oli 84, mikä on noin 14 % kaikista tähän kysymykseen vastanneista (n = 591). Tilastokeskuksen (2014) mukaan Suomessa korkea-asteen suorittaneita oli koko väestöstä 30 %, vastaajat olivat siis matalammin koulutettuja kuin suomalaiset keskimäärin. Väestötutkimuksista Terveys 2011 - tutkimuksessa korkeakoulututkinnon suorittaneiden ikävakiointu prosenttiosuus oli miehillä 32,1 % ja naisilla 44,3 % (Karvonen, Martelin, & Koskinen, 2012).

Työtilannetta koskevaan kysymykseen vastanneista (n = 637) 119 (noin 19 %) ilmoitti olevansa joko vakituisessa, määräaikaisessa tai osa-aikaisessa työssä. Vastaavasti väestötutkimuksista Terveys 2011 - tutkimuksessa ikävakiointu työssäoloprosentti oli 61,9 miehillä ja 58,3 naisilla (Pensola, Blomgren, & Kestilä, 2012). Asumismuoto (n = 640) painottui vuokra-asumiseen, 378 (noin 59 %). Tuetussa asumismuodossa tai tukiasunnossa asui 73, (noin 11 %) vastaajaa. Asunnottomia oli vain 8 (noin 1 %).

5.2 Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemus

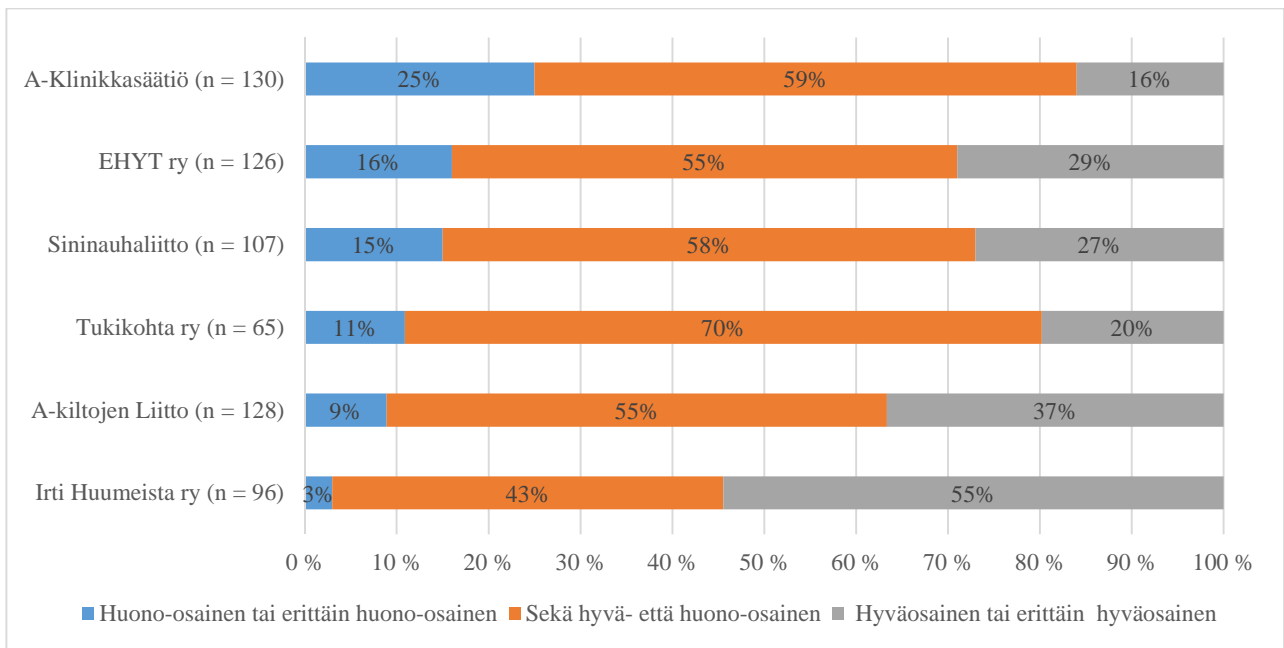
Päihdejärjestöjen palveluja käyttävistä tai järjestöjen toimintoihin osallistuvista vastaajista (n = 652) suurin osa (56 %) koki itsensä sekä hyvä- että huono-osaiseksi, hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä koki 31 % ja huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä koki 14 % (Kuvio 1). Hyvä- ja huono-osaisuuden jakautuminen erosi hieman järjestöittäin (Kuvio 2).



KUVIO 1. Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksen jakautuminen päihdejärjestöjen palvelujenkäyttäjillä ja toimintoihin osallistuvilla (n = 652)

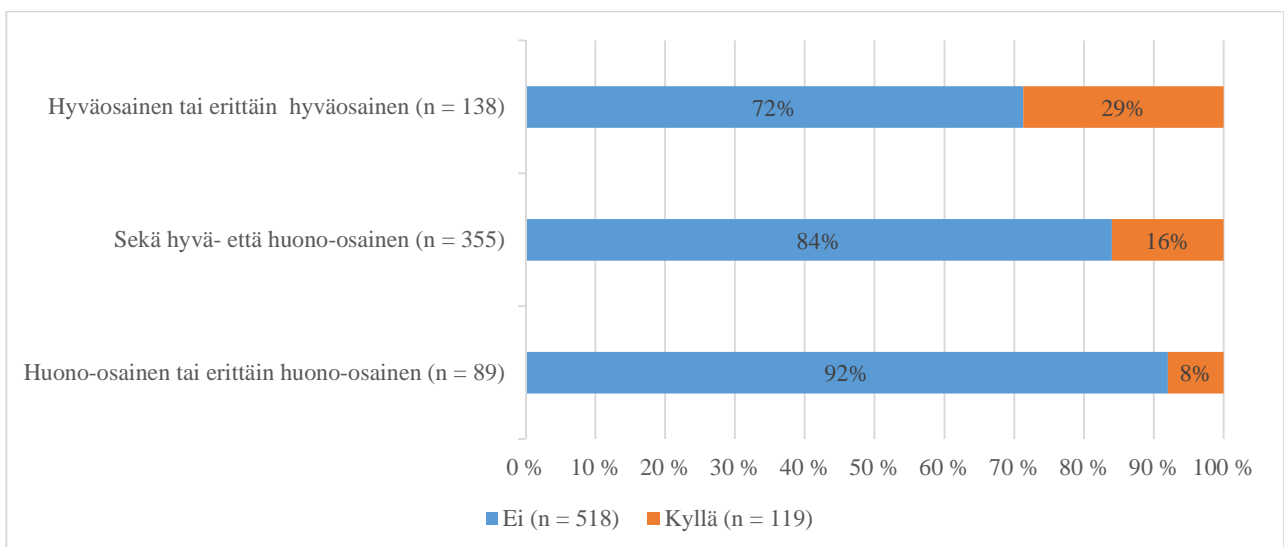
Taustatekijöistä tarkasteltiin ikää, sukupuolta, koulutusta ja työtilannetta sekä järjestöä, jonka palveluihin tai toimintoihin vastaaja osallistuu. Näistä vain työtilanteella sekä järjestöllä, jonka palveluihin tai toimintoihin vastaajat osallistuivat, todettiin tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen.

Järjestöjen välillä erot hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksessa näkyivät siten, että A-klinikkasäätiön vastaajat (pääosin palvelujenkäyttäjiä) kokivat itsensä eniten huono- tai erittäin huono-osaiseksi, Irti Huumeista ry:n vastaajat (pääosin vapaaehtoisia) kokivat itsensä eniten hyvä- tai erittäin hyväosaisiksi ja Tukikohta ry:n vastaajat (pääosin päiväkeskustoimintaan osallistuvia) eniten sekä hyvä- että huono-osaisiksi. Kaikkien muiden paitsi Irti Huumeista ry:n vastaajista suurin osa koki itsensä sekä hyvä- että huono-osaiseksi (Kuvio 2).



KUVIO 2. Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksen jakautuminen järjestöittäin (n =652)

Työssä (vakituudessa, määräaikaisessa tai osa-aikaisessa) olemisella oli tilastollisesti erittäin merkittävä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen ($\chi^2 = 20,71$ (df = 2), $p < 0,001$). Itsensä huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi kokevista vakituudessa, määräaikaisessa tai osa-aikaisessa työssä oli vain 8 % vastaajista. Vastaavasti hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä kokevista työssä oli reilut 70 % (Kuvio 3).

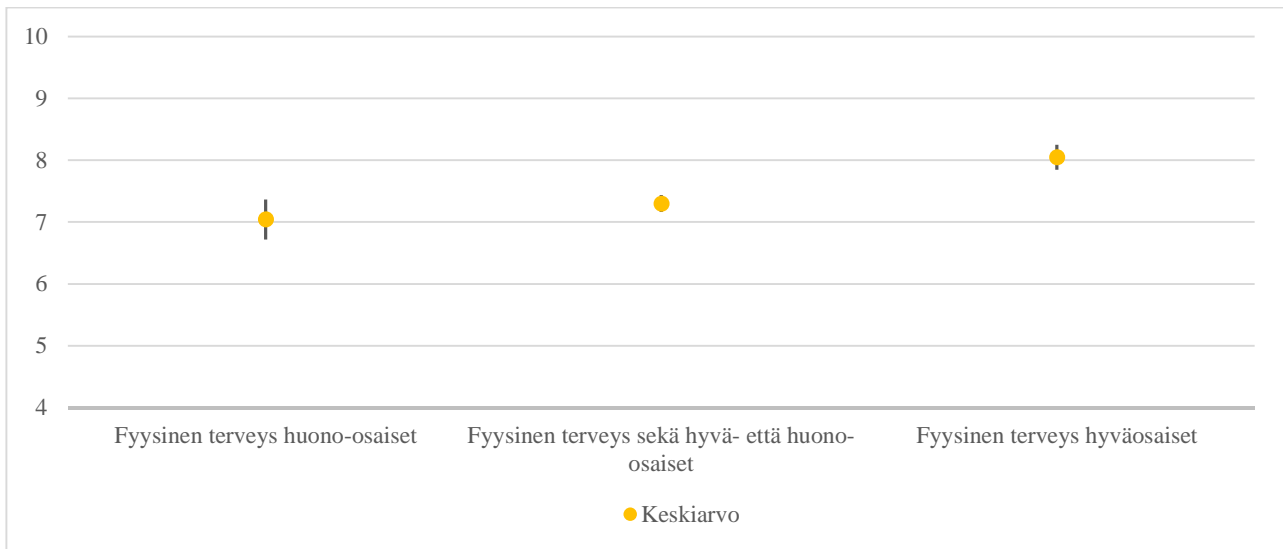


KUVIO 3. Työssäolon yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen (n = 637)

5.3 Terveys

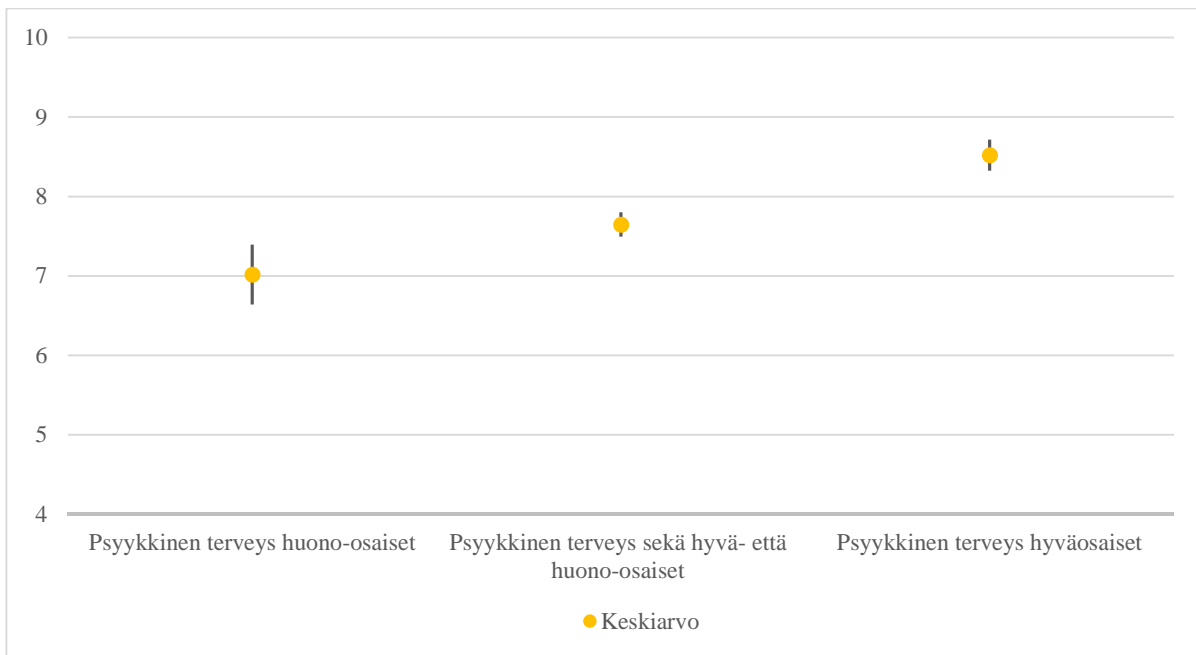
Koettua terveyttä mitattiin pyytämällä vastaajaa arvioimaan omaa fyysisistä ja psyykkistä terveyttä kouluarvosanoin (4–10). Fyysisen terveyden kaikkien vastaajien keskiarvo oli 7,5 (minimi 4 ja maksimi 10) ja psyykkisen terveyden kaikkien vastaajien keskiarvo oli 7,8 (minimi 4 ja maksimi 10).

Kouluarvosanoin (4–10) itsearvioidulla fyysisellä terveydellä (n = 598) oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen, ($\chi^2 = 42,97$, $p < 0,001$). Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä kokevat arvioivat kouluarvosanoilla oman fyysisen terveytensä kaikista parhaimmaksi (keskiarvo 8,0, CI 95 %: 7,8–8,3, minimi 4 ja maksimi 10) (Kuvio 4).



KUVIO 4. Itsearvioitun fyysisen terveyden ryhmäkeskiarvot ja 95 %:n luottamusväli itsensä hyvä- ja huono-osaiseksi kokevilla (n = 598)

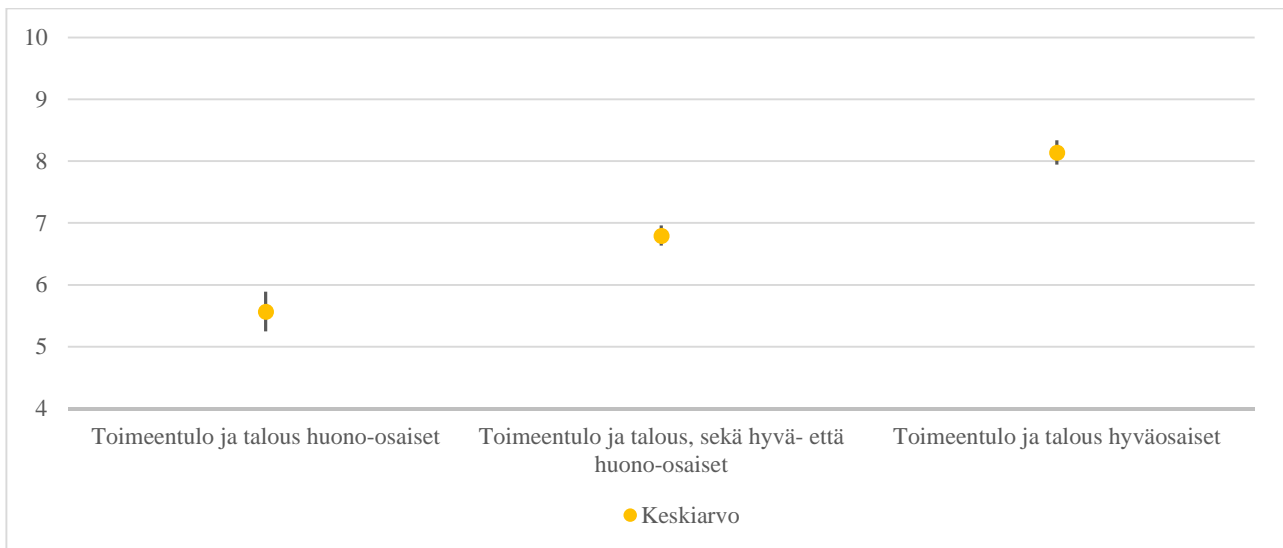
Kouluarvosanoin (minimi 4 ja maksimi 10) itsearvioidulla psyykkisellä terveydellä (n = 590) oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen, ($\chi^2 = 69,84$, $p < 0,001$). Huono-osaisiksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevat arvioivat oman psyykkisen terveytensä kaikista heikoimmaksi (Keskiarvo 7,0, CI 95 %: 6,6–7,4, minimi 4 ja maksimi 10) (Kuvio 5).



KUVIO 5. Itsearvioidun psyykkisen terveyden ryhmäkeskiarvot ja 95 %:n luottamusväli itsensä hyvä- ja huono-osaiseksi kokevilla (n = 590)

5.4 Talous

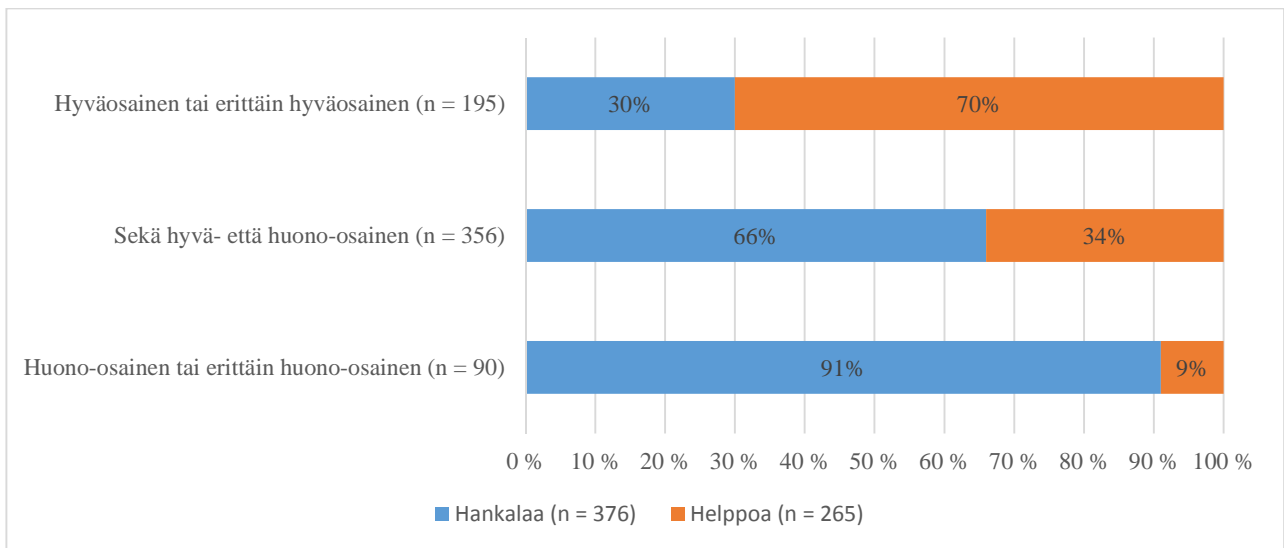
Vastaajia pyydettiin yhdellä kysymyksellä arvioimaan omaa toimeentuloaan ja talouttaan kouluarvosanaa käyttäen (4–10). Kouluarvosanalla (kaikkien vastaajien keskiarvo 7,0, minimi 4 ja maksimi 10) itsearvioidulla taloudella ja toimeentulolla (n = 590) oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen ($\chi^2 = 136,62$, $p < 0,001$). Huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevat arvoivat kouluarvosanoilla oman taloutensa ja toimeentulonsa kaikista heikoimmaksi (Keskiarvo 5,6, CI 95 %: 5,2–5,9, minimi 4 ja maksimi 9) (Kuvio 6).



KUVIO 6. Itsearvioidun toimeentulon ja talouden ryhmäkeskiarvot ja 95 %:n luottamusväli itsensä hyvä- ja huono-osaiseksi kokevilla (n = 590)

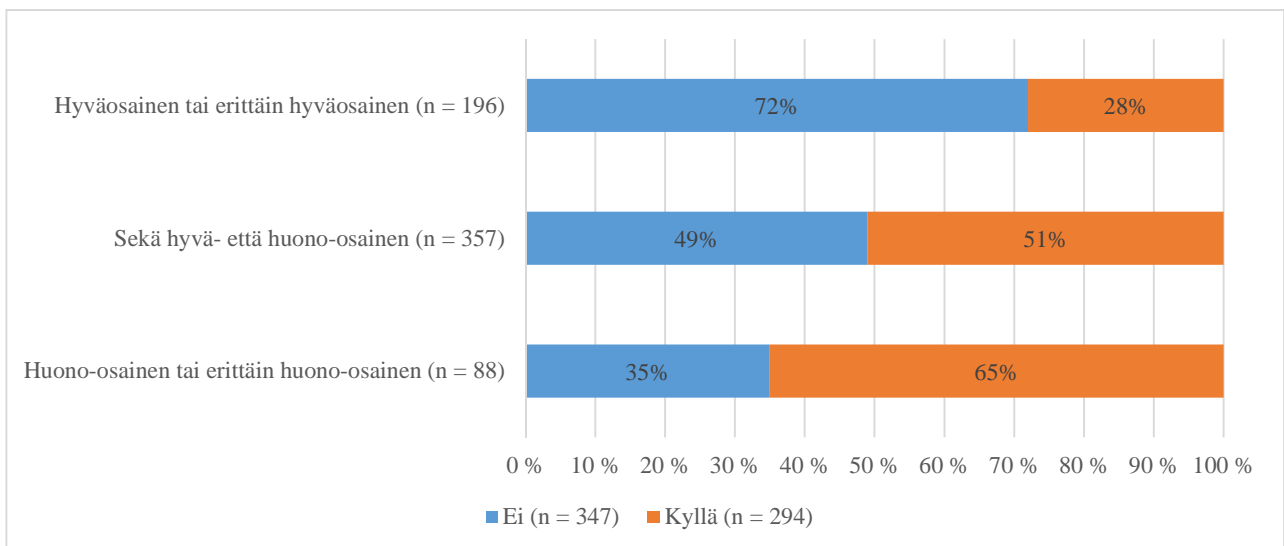
Taloudellista tilannetta ja yhteyksiä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen tarkasteltiin myös muuttujilla: ”Menojen kattaminen tuloilla”, ”Oletko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saat rahaa ostaa lisää?”, ”Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi?”, ”Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?”, ”Oletko ruokapankin (leipäjonon) asiakas?”.

Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($\chi^2 = 114,87$ (df = 2), $p < 0,001$) yhteydessä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Vastaajista (n = 641) yli puolet koki kotitaloutensa menojen kattamisen saamallaan tuloilla melko hankalaksi, hankalaksi tai erittäin hankalaksi. Huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevista valtaosa koki hankaluutta omien menojensa kattamiseen kotitaloutensa tuloilla. Vastaavasti hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi kokevista hankaluutta menojensa kattamiseen kotitaloutensa tuloilla koki noin kolmannes (Kuvio 7).



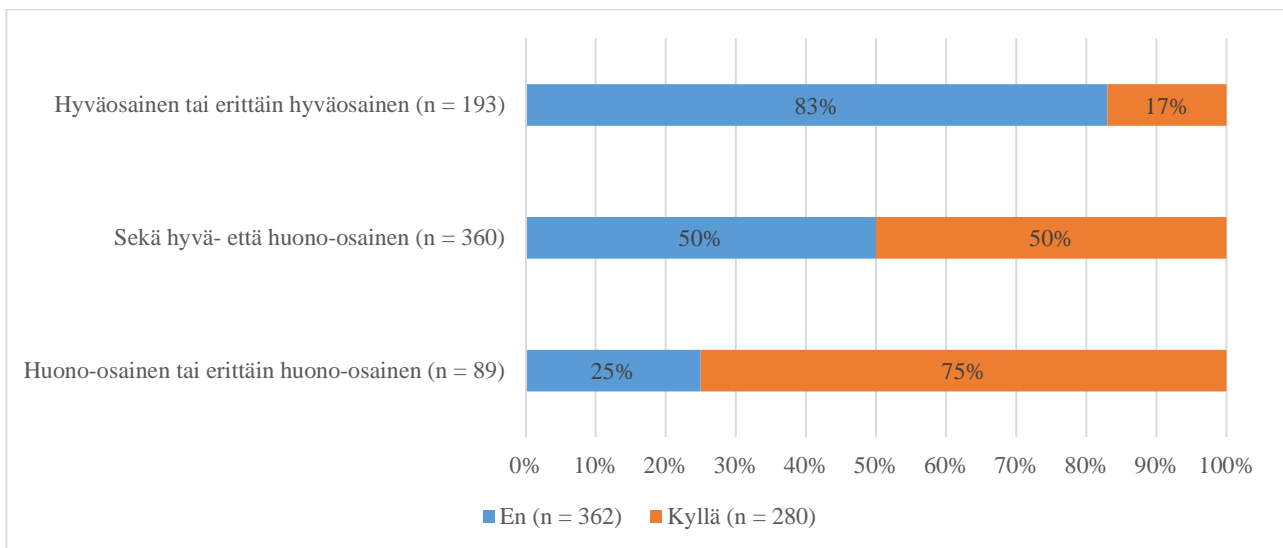
KUVIO 7. Kokemus menojen kattamisesta tuloilla hyvä- ja huono-osaisilla (n = 641)

Leipäjonon asiakkaana olemisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2 = 43,33$ (df = 2), $p < 0,001$) yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen (Kuvio 8). Vastaajista (n = 641) yli puolet ilmoitti, ettei ole leipäjonon asiakas. Huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevista reilusti yli puolet oli ollut leipäjonossa. Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi kokevista vastaavasti lähes kolme neljästä ei ollut leipäjonon asiakas.



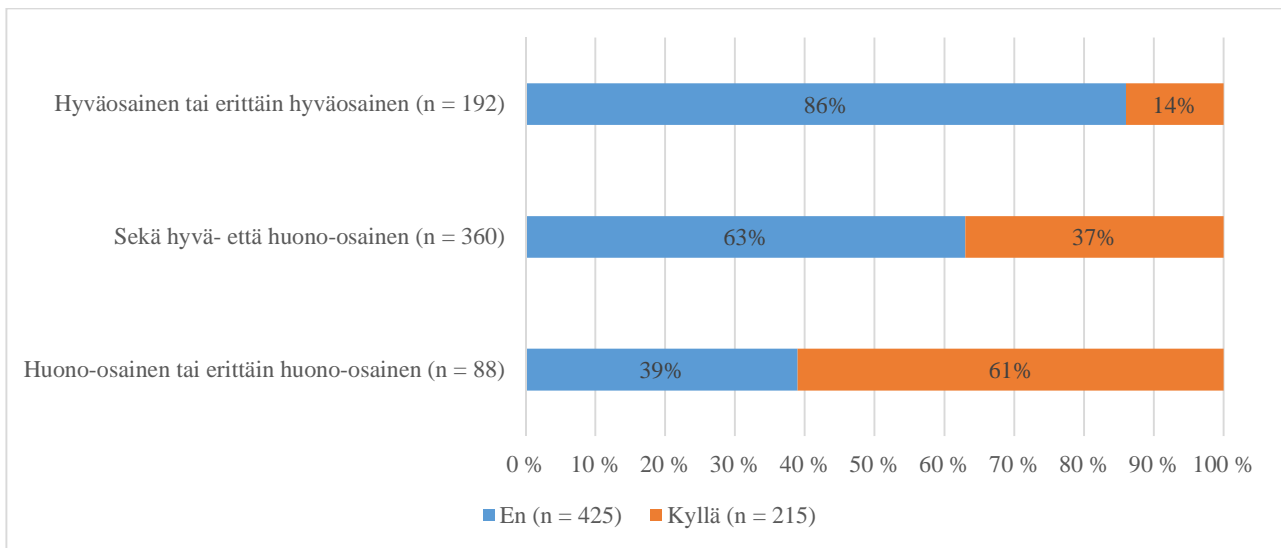
KUVIO 8. Leipäjonon asiakkaana oleminen hyvä- ja huono-osaisilla (n = 641)

Ruoan loppumisen pelolla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2 = 100,15$ (df = 2), $p < 0,001$) yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen (Kuvio 9). Pelkoa ruoan loppumisesta ennen kuin on rahaa ostaa lisää, oli kokenut 280 vastaajaa (n = 642). Huono-osaisista tai erittäin huono-osaisista kolme neljästä oli kokenut pelkoa, että ruoka loppuu ennen kuin he saavat rahaa ostaa lisää ruokaa. Hyvä-osaisista tai erittäin hyväosaisista tätä pelkoa oli kokenut vastaavasti vajaa viidennes.



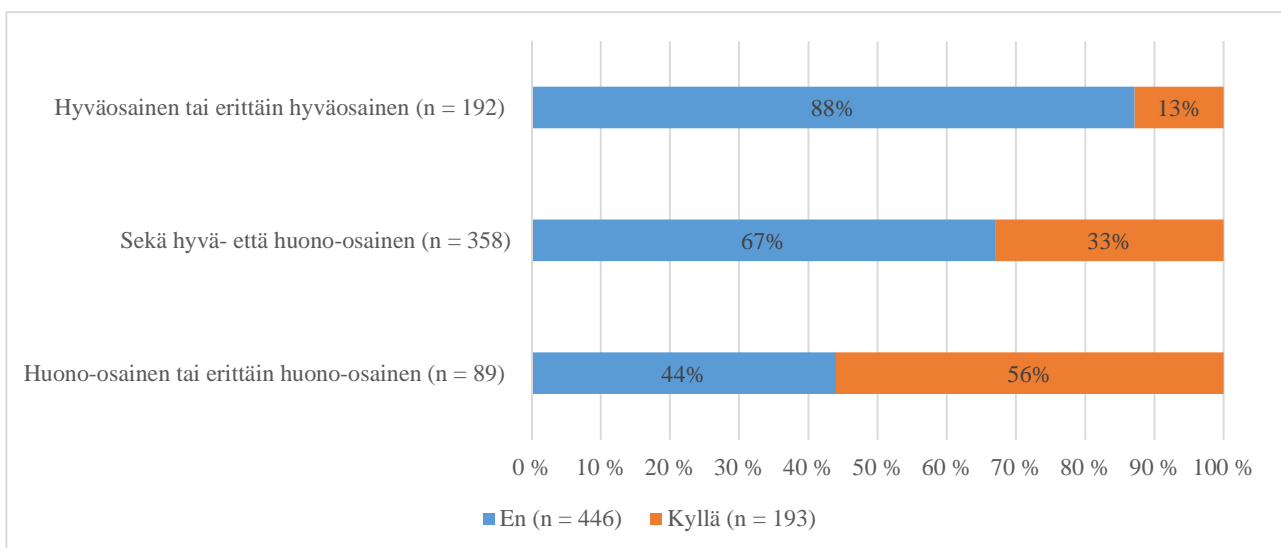
KUVIO 9. Pelkoa ruoan loppumisesta ennen kuin on rahaa ostaa lisää kokeminen hyvä- ja huono-osaisilla (n = 642)

Lääkkeiden ostosta tinkimisellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2 = 65,38$ (df = 2), $p < 0,001$) yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen (Kuvio 10). Lääkkeiden ostosta oli joutunut tinkimään 215 vastaajaa (n = 640), suurin osa vastaajista ei ollut siis joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi. Yli puolet huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokeneista oli joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi. Vastaavasti vain vajaa viidennes hyvä-osaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä kokeneista oli joutunut rahan puutteen vuoksi tinkimään lääkkeiden ostosta.



KUVIO 10. Lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi tinkimään joutuminen hyvä- ja huono-osaisilla (n = 640)

Lääkärissä rahan puutteen vuoksi käymättä jättämisellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2 = 58,60$ (df = 2), $p < 0,001$) yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen (Kuvio 11). Vastaajista (n = 639) oli jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkäriin 193. Valtaosa vastaajista ei kuitenkaan ollut joutunut jättämään lääkärikäyntiä toteuttamatta rahan puutteen vuoksi. Huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevista hiukan yli puolet oli jättänyt käymättä lääkäriin rahan puutteen vuoksi. Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä kokeneista vain hiukan yli joka kymmenes oli jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkäriin.

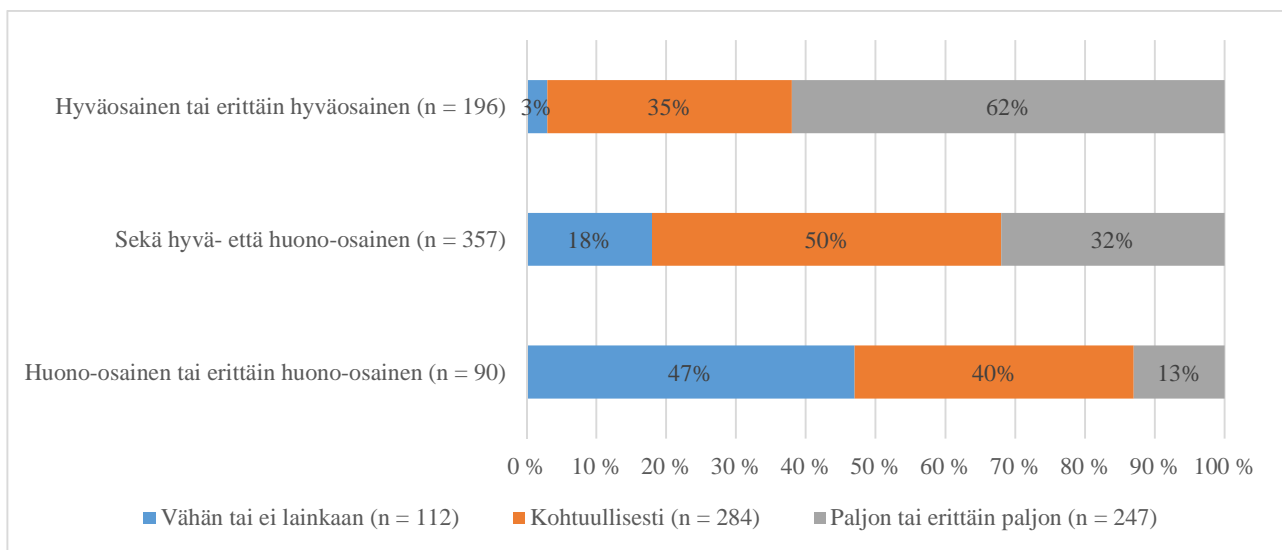


KUVIO 11. Rahan puutteen vuoksi lääkäriin käymättä jättäminen hyvä- ja huono-osaisilla (n = 639)

5.5 Elämänmerkityksellisyys

Elämänmerkityksellisyyden yhteyksiä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen tarkasteltiin muuttujilla: ”Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä?”, ”Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa?”, ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi”? ja ”Kuulutko, johonkin yhteisöön (esim. perhe, porukka, ryhmä), jossa koet olevasi hyväksytty?”.

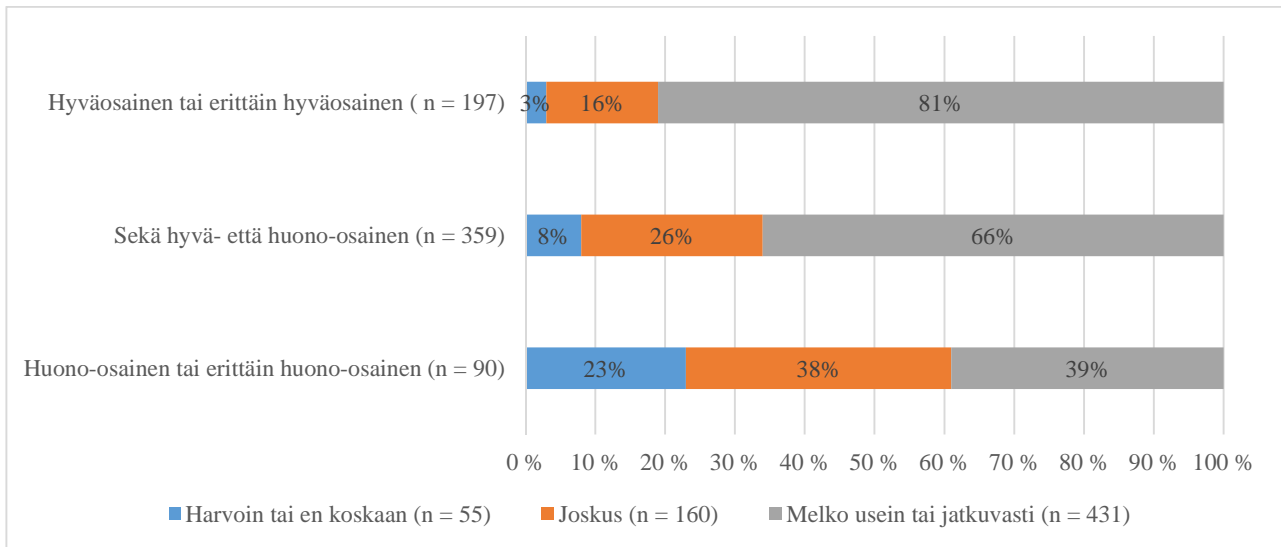
Elämänmerkityksellisyyden kokemuksella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen ($\chi^2 = 120,64$ (df = 4), $p < 0,001$) (Kuvio 12). Vastaajista (n = 643) elämänsä merkitykselliseksi tai erittäin merkitykselliseksi koki 38 %, elämänsä kohtuullisesti merkitykselliseksi koki 44 % ja elämänsä vähän tai ei lainkaan merkitykselliseksi koki 17 %. Huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevista oman elämänsä koki merkitykselliseksi vain reilusti vajaa viidennes ja vähän tai ei lainkaan merkitykselliseksi lähes puolet. Vastaavasti hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä kokevista elämänsä merkitykselliseksi tai erittäin merkitykselliseksi koki yli puolet ja kohtuullisesti merkitykselliseksi reilu kolmannes.



KUVIO 12. Elämänmerkityksellisyyden kokemus itsenä hyvä- ja huono-osaiseksi kokevilla (n = 643)

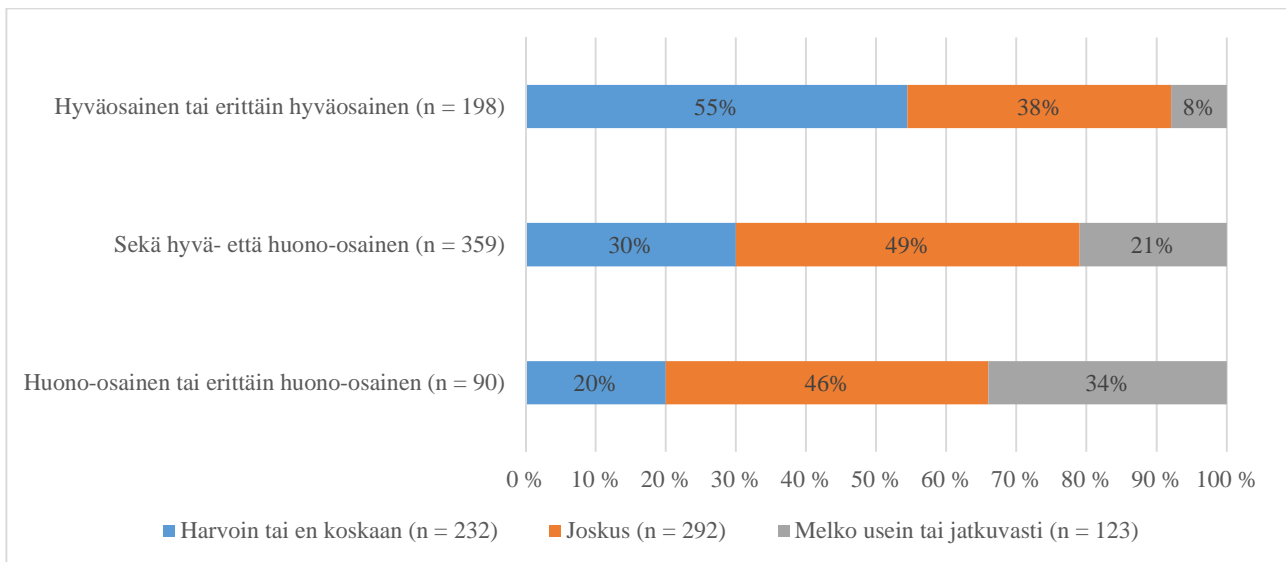
Yhdenvertaiseksi toisten kanssa kokemuksella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen ($\chi^2 = 60,49$ (df = 4), $p < 0,001$) (Kuvio 13). Vastaajista (n = 646) yhdenvertaiseksi melko usein tai jatkuvasti koki itsensä 67 %, joskus yhdenvertaiseksi toisten kanssa itsensä koki 25 % ja harvoin tai ei koskaan yhdenvertaiseksi itsensä koki 25 %. Huono-osaiseksi tai

erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevista kaksi viidestä koki itsensä melko usein tai jatkuvasti yhdenvertaiseksi toisten kanssa. Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi kokevista neljä viidestä koki itsensä melko usein tai jatkuvasti yhdenvertaiseksi toisten kanssa.



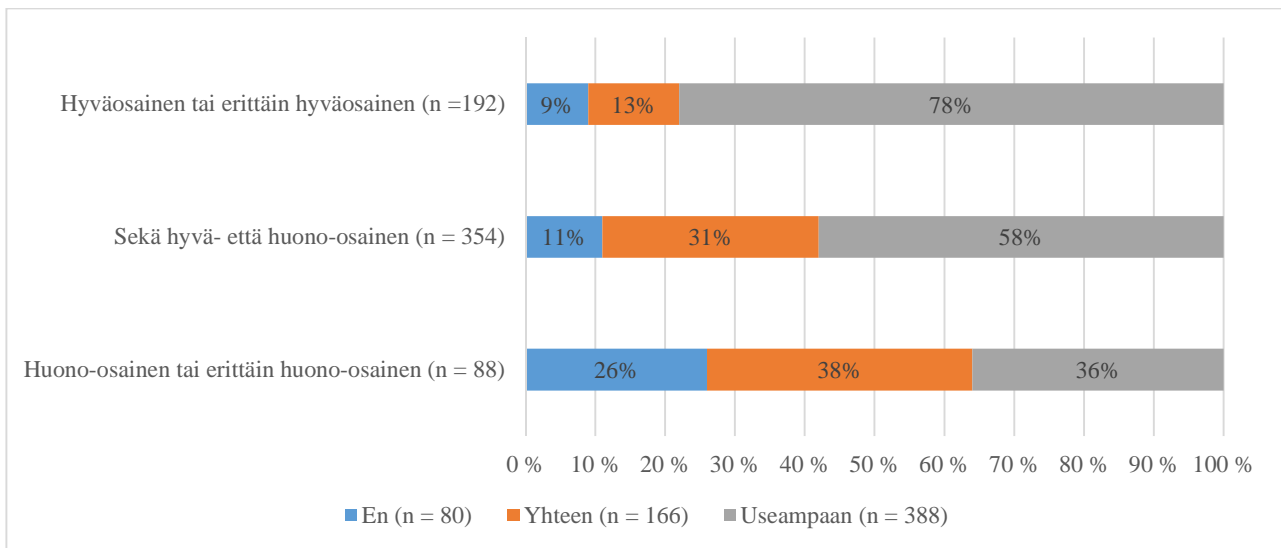
KUVIO 13. Itsensä yhdenvertaiseksi toisten kanssa kokemus hyvä- ja huono-osaisilla (n = 646)

Yksinäiseksi itsensä kokemisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen ($\chi^2 = 59,14$ (df = 4), $p < 0,001$). Vastaajista (n = 647) harvoin tai erittäin harvoin itsensä yksinäiseksi kokevia oli 232, joskus yksinäiseksi itsensä koki 292 vastaajaa ja melko usein tai jatkuvasti itsensä yksinäiseksi koki 123 vastaajaa. Lähes puolet (46 %) itsensä huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi kokevista koki itsensä joskus yksinäiseksi ja 34 % koki yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti. Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä kokevista yli puolet (55 %) koki itsensä yksinäiseksi harvoin tai ei koskaan ja joskus yksinäisyyttä koki 38 % (Kuvio 14).



KUVIO 14. Itsensä yksinäiseksi kokemisen jakautuminen hyvä- ja huono-osaiseksi itsensä kokevilla (n = 647)

Yhteisöön, jossa koki itsensä hyväksytyksi, kuulumisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen ($\chi^2 = 54,35$ (df = 4), $p < 0,001$) (Kuvio 15). Vastaajista (n = 643) vain 13 % ei kuulunut yhteenkään yhteisöön, jossa koki itsensä hyväksytyksi. Yhteen yhteisöön, jossa koki itsensä hyväksytyksi, kuului 26 % ja useampaan yhteisöön, jossa koki itsensä hyväksytyksi, kuului 61 % vastaajista. Huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevista lähes kaksi viidestä kuului yhteen ja reilu kolmannes useampaan yhteisöön, jossa koki itsensä hyväksytyksi. Hyväosaiseksi tai erittäin hyväosaiseksi itsensä kokevista useampaan yhteisöön, jossa koki itsensä hyväksytyksi, kuului noin neljä viidestä.



KUVIO 15. Yhteisöön, jossa kokee itsensä hyväksytyksi, kuulumisen itsensä hyvä- ja huono-osaiseksi kokeneilla (n = 643)

5.6 Huono-osaisuuden kokemukseen yhteydessä olevat asiat

Huono-osaisuuden kokemukseen yhteydessä olevien asioiden syventävässä tarkastelussa käytettiin kaksiluokkaista muuttujaa itsensä pelkästään huono-osaiseksi (n = 80) ja itsensä edes osittain hyväosaiseksi kokevat (Taulukko 2). Logistisen regressioanalyysin malliin laitettiin mukaan muuttujat, joiden todettiin itsenäisesti tarkastellessa olevan yhteydessä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Mallin avulla haluttiin tarkastella yhteisvaikutusta hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksen ja muuttujien välillä.

Malliin otettiin mukaan seuraavat 13 muuttujaa: ”Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä?”, ”Kuulutko, johonkin yhteisöön (esim. perhe, porukka, ryhmä), jossa koet olevasi hyväksytyksi?”, ”Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa?”, ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi?”, ”Menojen kattaminen tuloilla”, ”Oletko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saat rahaa ostaa lisää?”, ”Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi?”, ”Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?”, ”Oletko ruokapankin (leipäjonon) asiakas?”, ”Arvioi toimeentuloasi ja talouttasi kouluarvosanoin (4–10) ”Arvioi fyysistä terveyttäsi kouluarvosanoin (4–10)” sekä ”Arvioi psyykkistä (mielenterveys) terveyttäsi kouluarvosanoin (4–10)” sekä ”Työtilanne”. Lopullinen vastaaja määrä oli 554, koska tämä määrä vastaajia oli antanut vastauksen jokaiseen 13 muuttujan kohtaan.

Huono-osaisuuden kokemukseen yhtäaikaisesti yhteydessä olevat kolme muuttujaa olivat heikoksi itsearvioitu toimeentulo ja talous, elämänmerkityksellisyyden kokemus sekä yhdenvertaisuudentunne toisten kanssa (Taulukko 3). Yhtäaikaisesti muuttujia tarkasteltaessa kolmestatoista muuttujasta malliin valikoitui kolme muuttujaa, joiden avulla huono-osaiseksi (n = 80) oikein tuli luokitelluksi 24 %. Kun taas edes osittain hyväosaisista (n = 474) oikein luokitelluksi tuli 95 %.

Kouluarvosanoilla itsearvioitu hyvä toimeentulo ja talous oli negatiivisesti yhteydessä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen, toisin sanoen itsearvioidun talouden ja toimeentulon parantuessa yhteys pelkästään huono-osaiseksi kokemiselle vaikuttaa pienevän. Voidaan myös ajatella, että parempi itse arvioitu toimeentulo ja talous vähentää riskiä kokea itsensä huono-osaiseksi samanaikaisesti. Yksikään muu viidestä talouteen liittyvästä muuttujasta ei valikoitunut malliin mukaan.

Vähäiseksi koettu elämänmerkityksellisyys sekä vähäinen yhdenvertaisuudentunne toisten kanssa olivat positiivisesti yhteydessä huono-osaisuuden kokemukseen, toisin sanoen elämänmerkityksellisyyden kokemuksen vähentyessä yhteys huono-osaisuuden kokemukseen lisääntyi. Poikkileikkaus-tutkimuksessa voidaan ajatella, että riski kokea samanaikaisesti itsensä huono-osaiseksi oli kolminkertainen niillä, jotka kokivat vähäistä elämänmerkityksellisyyttä verrattuna niihin, jotka kokivat paljon elämänmerkityksellisyyttä. Myös riski kokea itsensä huono-osaiseksi oli kolminkertainen niillä, jotka kokivat samanaikaisesti harvoin yhdenvertaisuutta toisten kanssa (Taulukko 3).

Kumpikaan terveyteen liittyvistä muuttujista ei jäänyt monimuuttujamalliin merkitseviksi muuttujaksi. Ne eivät siis muiden tekijöiden kanssa yhtäaikaisesti tarkasteltuna tuoneet mallin mukaan lisäarvoa hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukselle.

TAULUKKO 3. Logistinen regressiomalli huono-osaiseksi itsensä kokemiseen yhtäaikaisesti yhteydessä olevista tekijöistä (n = 554)

Tekijä	OR	CI (95 %)	p-arvo
Itsearvioitu toimeentulo ja talous Kouluarvosanoin 4 (= erittäin huono)–10 (= erinomainen)	0,57	0,47–0,68	< 0,001
Elämänmerkityksellisyyden kokemus			
Merkitykselliseksi tai erittäin merkitykselliseksi elämänsä kokevat *			
Kohtuullisesti merkitykselliseksi elämänsä kokevat	1,76	0,81–3,80	0,15
Vähän tai ei lainkaan merkitykselliseksi elämänsä kokevat	3,87	1,65–9,08	0,002
Toisten kanssa yhdenvertaiseksi kokeminen			
Jatkuvasti tai melko usein yhdenvertaiseksi toisten kanssa itsensä kokevat *			
Joskus yhdenvertaiseksi toisten kanssa kokevat	1,76	0,93 – 3,34	0,082
Harvoin tai ei koskaan yhdenvertaiseksi toisten kanssa itsensä kokevat	3,17	1,38–7,28	0,006

*Referenssiluokka

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka hyvä- ja huono-osaiseksi päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjät ja toimintoihin osallistuvat itsensä kokivat ja mitkä tekijät olivat yhteydessä tähän kokemukseen. Yli puolet tutkituista (56 %) koki itsensä sekä hyvä- että huono-osaiseksi. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen vaikuttavat monet tekijät, eikä ole niin, että ihminen kokee yksiselitteisesti itsensä joko hyväosaiseksi tai huono-osaiseksi. Omakoh- taista, subjektiivista arvioita, hyvä- ja huono-osaisuuden kokemusta kysyttäessä on tärkeä muistaa, että arvioon vaikuttavat ihmisen omat arvot ja historia sekä mahdollinen viiteryhmä (esim. Allardt, 1976; Heikkilä, 1990; Shildrick & MacDonald, 2013). Ihmisen oma kokemus hyvä- tai huono-osai- suudesta voi olla, ja todennäköisesti myös on, toisenlainen kuin muiden tekemä arvio hänen hyvä- tai huono-osaisuudestaan.

Ehkä yllättäenkin huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevien joukko oli tässä tut- kimuksessa selkeästi pienin. Vaikka päihderiippuvuuden on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu hei- kentävän elämänlaatua, avun saaminen ja hoito parantavat elämänlaatua (Levola, Aalto, Holopainen, Cieza, & Pitkänen, 2014). Tässä tutkimuksessa vastaajat olivat jo hakeutuneet järjestöjen toimintojen tai lakisääteisten päihdehoitopalvelujen piiriin ja saaneet apua ongelmaansa. Vastaajissa oli mukana myös toipujia ja toipuneita sekä vapaaehtoistoiminnassa eri syistä mukana olevia. Tämä saattanee olla yksi syy, että huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä kokevien joukko oli näinkin vähäinen ja sekä hyvä- että huono-osaiseksi itsensä kokevien joukko suurin.

Mahdollisena selityksenä vähäiselle huono-osaisten tai erittäin huono-osaisten joukolle voi olla myös, että ihmiset kokevat oman sosiaalisen asemansa paremmaksi kuin se ulkopuolisten arvioiden mukaan on sekä he saattavat vähätellä tai kieltää huono-osaisuuttaan tai köyhyyttään stigmatisoinnin pelossa (Kainulainen & Saari, 2013; Shildrick & MacDonald, 2013). Koska tutkimukseen osallistu- minen ja kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista, saattaa myös olla, että juuri ne, joilla oli vähiten resursseja ja jotka kokivat itsensä kaikista huono-osaisimmaksi, jättivät vastaamatta.

Aiemmassa Kainulaisen ja Saaren (2013) tutkimuksessa ruokajonojen asiakkaista noin 20 % ja asun- tola-asukkaista ja muusta väestöstä noin 10 % oli vastannut huono-osaisuuden kokemukseen ”Ei sa- maa eikä eri mieltä”, mikä voidaan katsoa vastaavaksi luokaksi tässä tutkimuksessa olleen ”sekä hyvä- että huono-osaiseksi” kokemuksen kanssa, jonka tässä tutkimuksessa oli valinnut 56 %. Huono- osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi itsensä koki tässä tutkimuksessa 14 % vastaajista. Ruokajonojen asiakkaista ja asuntola-asukkaista huomattavasti tätä suurempi osuus oli ollut ”täysin samaa mieltä” tai ”osin samaa mieltä” itsensä huono-osaiseksi kokemisessa (Kainulainen & Saari, 2013).

Tämän ja aiemman tutkimuksen tuloksia ei voi täysin verrata, koska huono-osaisuuden kokemusta on kysytty eri tavoin, vaikka tutkijoiden tarkoituksena on ollut saada tietoa samasta asiasta, huono-osaisuuden kokemuksesta; tässä tutkimuksessa käytetyt ”Koetko itsesi” sekä valittavissa olevat vaihtoehdot ”Erittäin huono-osaiseksi, Huono-osaiseksi, Sekä hyvä- että huono-osaiseksi, Hyväosaiseksi ja Erittäin hyväosaiseksi” saattavat olla vastaajalle konkreettisemmin hahmotettavissa kuin kysyttäessä saman- tai erimielisyyttä itsensä huono-osaiseksi kokemiselle. Tämän tutkimuksen vastaajat on tavoitettu myös useamman eri toiminnon tai palvelun parista ja siksi tämän tutkimuksen vastaajajoukon voidaan katsoa myös olevan selkeästi heterogeenisempi kuin leipäjonon asiakkaiden tai asuntola-asukkaiden.

Kaikki yksittäin tutkitut terveyteen, talouteen ja elämänmerkityksellisyyteen liittyvät tekijät (yhteensä 12) olivat yhteydessä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Tämä tulos kertoo tekijöiden moninaisuudesta, joka on löydettävissä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksen taustalta. Kaikkia tekijöitä yhtäaikaaisesti tarkastellessa yhteyttä pelkästään huono-osaisuuden kokemukseen oli itsearvioidulla taloudellisella tilanteella ja toimeentulolla sekä oman elämänmerkityksellisyyden kokemukseksi sekä toisten kanssa itsensä yhdenvertaiseksi tuntemisella. Koska kysymyksessä oli poikkileikkaustutkimus, ei kausaalisuuspäätelmiä voida tehdä. Voi olla, että huono-osaisuuden kokemus johtui vähäiseksi koetusta elämänmerkityksellisyydestä, mutta vastaavasti vähäisen elämänmerkityksellisyyden kokemus voi johtua huono-osaisuuden kokemuksesta. Tällä poikkileikkausasetelmalla nähtiin kuitenkin, että näillä tekijöillä oli selvää yhteyttä toisiinsa. Tutkimus osoitti myös, että esimerkiksi riski samanaikaiselle huono-osaisuuden ja vähäisen elämänmerkityksellisyyden kokemukselle oli korkea.

Tulos olisi voinut olla toisenlainen, mikäli kaikkia tekijöitä yhtäaikaaisesti tarkasteltaessa toiseksi luokaksi olisi muodostettu ”edes osittain itsensä huono-osaiseksi kokevat”. Huono-osaisuus ja sen mahdollinen kasautuminen voi olla, ja usein onkin, pitkäkestoinen prosessi, vaikka se todetaan poikkileikkauskohdassa (esim. Kauppinen, Saikku, & Kokko, 2010, 236–237). Tässä tutkimuksessa haluttiin tarkastella juuri niitä tekijöitä, joilla on yhteyttä siihen, että ihminen kokee itsensä tietyssä hetkessä pelkästään huono-osaiseksi. Suurin osa vastaajista koki kuitenkin itsensä ainakin joillain alueilla hyväosaiseksi, koska he tunsivat itsensä sekä hyvä- että huono-osaiseksi.

Logistisessa regressiomallissa yhtäaikaaisesti kaikkia tekijöitä tarkasteltaessa kolmestatoista muuttujasta malliin valikoitui kolme muuttujaa, joiden avulla huono-osaiseksi (n = 80) oikein tuli luokitelluksi 24 %. Syynä tähän voi olla luokan pieni koko, mutta myös tämä vahvistanee oletusta, että pelkästään huono-osaiseksi kokemisen ennustaminen on vaikeaa. Edes osittain hyväosaiseksi kokemisen ennustaminen on vastaavasti helpompaa, logistisessa regressiossa oikein tuli luokitelluksi 95 %. On huomioitava myös, että tässä monimuuttujamallissa hyväosaisten luokassa oli myös sekä hyvä- että

huono-osaiseksi itsensä kokevia. Parempiosaisilla on yleensä myös enemmän resursseja suojautua erilaisilta vastoinkäymisiltä (Curran, 2013), joten yhtäaikaaisesti useita asioita tarkasteltaessa, yksittäisillä tekijöillä voi olla vähemmän merkitystä.

Huono-osaisuuden kokemuksen ennustaminen on vaikeaa, joten on erityisen toivottavaa, ettei yksittäisten tekijöiden ja arvioiden perusteella ihmisiä luokitella huono-osaiseksi. Suurella osalla ihmisistä arviot huono-osaisuudesta perustuvat kuitenkin oletuksille (Saari, 2015, 211). Ihmiset myös todennäköisesti kokevat oman tilanteensa ulkopuolisisten arvioista poikkeavalla tavalla (Kainulainen & Saari, 2013; Shildrick & MacDonald, 2013).

Ei ole yllättävää, että itsearvioidun taloudellisen tilanteen parantuessa todennäköisyys kokea itsensä pelkästään huono-osaiseksi väheni. Taloudellinen niukkuus on henkisesti kuormittavaa ja vie ihmisen resursseja muusta toiminnasta sekä vähentää mahdollisuuksia osallistua ja hyödyntää resurssejaan (Sen, 1993, 31; Saari, 2015, 39). Talouden yhteyksiä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen arviointiin kuudella muuttujalla, joista kouluarvosanalla itsearvioitu taloudellinen tilanne valikoitui monimuuttujamalliin. Omakohtainen arvio tilanteesta kertonee selkeimmin yhteydestä samanaikaiseen huono-osaisuuden kokemukseen. Jonkinasteisen taloudellisen hankaluuden kokemus ei ole väestötasollakaan täysin harvinaista, esimerkiksi Terveys 2011 -tutkimuksessa kuluttamisestaan oli oman ilmoituksen mukaan joutunut tinkimään 33,0 % miehistä (ikävakioitu) sekä 34,8 % naisista (ikävakioitu) (Pensola ym., 2012).

Talous kuuluu tärkeänä osana hyvinvoinnin ulottuvuuksien ”Having” -osaan (Allardt, 1976, 32–49) ja siksi on täysin loogista, että hyväksi koettu taloudellinen tilanne vähentää riskiä kokea itsensä samanaikaisesti huono-osaiseksi. Taloudellisella tilanteella on myös merkitystä fysiologisten perustarpeiden tyydytyksen (Maslow, 1943) edellyttäjänä, joten on ymmärrettävää, että se korostui useita asioita yhtä aikaa tarkasteltaessa. Ilman riittäviä taloudellisia resursseja jo perustarpeiden tyydyttäminen on haasteellista. Tässä tutkimuksessa taustatekijöistä (ikä, sukupuoli, koulutus ja työtilanne) ainoastaan työssä (vakituisessa, määräaikaissa tai osa-aikaissa) olemisellä oli yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Työssä olevilla on yleensä parempi taloudellinen tilanne. Yleisesti työssäolo myös lisää elämänlaatua ja vähentää syrjäytymistä (Vaarama, Karvonen, Kestilä, Moisio, & Muuri, 2014).

Vähäiseksi koettu elämänmerkityksellisyys oli yhteydessä samanaikaisesti itsensä huono-osaiseksi kokemiselle. Samanlainen yhteys oli sillä, että tunsivat harvoin itsensä toisten kanssa yhdenvertaiseksi. Sekä elämänmerkityksellisyys että toisten kanssa yhdenvertaisuudentunne voidaan katsoa kuuluviksi hyvinvoinnin ulottuvuuksien ”Loving” ja ”Being”-osiin, joiden mukaan ihmisellä on tarve kokea ja

antaa rakkautta ja hyväksyntää, kuuluu yhteisöön, toteuttaa itseään osallistumalla harrastus- ja muuhun toimintaan sekä saada arvostusta persoonana (Allardt, 1976, 1999). Aiemman kirjallisuuden mukaan vähäinen elämänmerkityksellisyiden kokemus ja siihen lisätty riippuvuuden kanssa pärjääminen, vähentävät hyväosaisuuden kokemusta sekä vaikuttavat olemassa olevien resurssien hyödyntämisestä (Saari, 2015, 192-201; Sen, 1993, 30-53). Vähäinen yhdenvertaiseksi toisten kanssa kokeminen myös lisää stressiä ja tuo huonommuuden kokemusta (esim. Marmot, 2003).

Maslown tarvehierarkian mukaan rakkaus, arvonanto ja itsensä toteuttaminen ovat fysiologisten perustarpeiden tyydyttämistä korkeammalla (Maslow, 1943), niillä on kuitenkin merkitystä ihmisen hyvinvoinnille. Ei ole epäilystäkään, etteikö heikoksi taloudellisen tilanteensa kokeva kaipaa myös rakkautta, hyväksyntää ja arvonantoa (Allardt, 1976, 41). Tämän tutkimuksen tulos vahvistanee rakkautta, arvonannon ja itsensä toteuttamisen merkitystä, vaikka itsearvioitu taloudellinen tilanne nousikin tärkeäksi asiaksi, myös elämänmerkityksellisyys ja yhdenvertaisuudentunne toisten kanssa nousivat vahvasti esiin. Luomalla ihmisille erilaisia mahdollisuuksia kokea merkityksellisyyttä omassa elämässään sekä tuntee itsensä yhdenvertaiseksi toisten kanssa, myös huono-osaisuuden kokemusta voitaneen vähentää.

Terveydelliset seikat eivät nousseet esiin tarkasteltaessa itsensä huono-osaiseksi kokemiseen yhteydessä olevia useita seikkoja yhtäaikaaisesti. On kuitenkin huomioitava, että heikoksi koetulla taloudellisella tilanteella ja toimeentulolla sekä alhaisella elämänmerkityksellisyydenkokemuksella ja vähäiseksi koetulla yhdenvertaisuudentunteella on vaikutusta terveyteen. Talouden sekä merkityksettömyyden kokemuksen ja puuttuvan yhdenvertaisuudentunteen voidaan katsoa olevan yhteydessä heikkoon tai heikoksi koettuun sosiaaliseen asemaan omassa yhteisössä, jolla on tutkimuksissa osoitettu yhteyttä heikompaan terveyteen, runsaampaan alkoholinkäyttöön, alkoholiperäiseen kuolleisuuteen. (Kershaw, Mezuk, Abdou, Rafferty, & Jackson, 2010; Mackenbach ym., 2003; Martikainen ym., 2001; Tarkiainen ym., 2007; Valkonen ym., 2007; Wilkinson & Pickett, 2006.) Poikkileikkaustutkimuksessa saattoi olla, että terveydelliset asiat eivät korostuneet juuri siinä hetkessä ja siksi niiden vaikutus häipyi muiden tekijöiden taakse useita asioita yhtäaikaaisesti tarkasteltaessa.

Järjestöjen palvelujen ja toimintojen asemoitumisella suhteessa päihdeongelmaan näyttää olevan yhteyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Tässä tutkimuksessa oman ongelman keskellä olevat ihmiset vaikuttivat kokevan itsensä muita enemmän huono-osaiseksi. Vastaavasti toipuneet ja vapaaehtois- ja vertaistoimintaan osallistuvat näyttivät kokevan itsensä muita enemmän hyväosaiseksi. On huomioitava, että vastaukset on kerätty vain osasta mukana olevien päihdejärjestöjen tarjoamista palveluista ja toiminnoista, eivätkä ne ole suoraan yleistettävissä koskemaan koko järjestöä.

A-klinikkasäätiön vastaajissa oli järjestöistä eniten itsensä huono-osaiseksi tai erittäin huono-osaiseksi kokevia. A-klinikkasäätiön toimintaan kuuluu katkaisuhuito palveluja, matalankynnyksen palveluja sekä asumispalveluja. On myös todennäköistä, että nämä ihmiset olivat vielä niin ongelman keskellä, että päihteiden käyttö ja vierotusoireet heikensivät elämänlaatua ja hyvinvointia (esim. Kiiänmaa & Hyytiä, 2003; 116; Levola, Aalto, ym., 2014) ja tätä kautta huono-osaisuuden kokemus lisääntyi.

Irti Huumeista ry:n toimintaan osallistuvista vastaajista itsensä huono-osaiseksi kokevien osuus oli järjestöistä pienin ja vastaavasti itsensä hyväosaiseksi kokevien joukko suurin. Irti Huumeista ry:n toiminta painottuu haittojen ennaltaehkäisyyn, läheisten tukemiseen, käytön lopettamisen tukemiseen sekä vapaaehto- ja vertaistoimintaan. Yksi mahdollinen teoria on vapaaehtoistyön ja vertaistuen antamisen tuoma mielihyvä (Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003) ja sen tuottama kokemus hyväosaisuudesta. Toisena mahdollisena selityksenä voi olla, että ihminen oli saanut tukea ja apua päihdehäiriöönsä ja siksi hyväosaisuuden kokemus lisääntyi. Tätä teoriaa tukenee myös, että A-kiltojen Liiton, joka tarjoaa vertaistukea ja päihdeetöntä toimintaa päihdehoitajille, vastaajissa oli järjestöistä seuraavaksi vähiten itsensä huono-osaiseksi kokevia ja toiseksi eniten itsensä hyväosaiseksi kokevia. Myös aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet päihderiippuvuuden hoidon parantaneen elämänlaatua (Levola, Aalto, ym., 2014).

Huono-osaisuuden kokemuksesta tietoa saadakseen tulisi mennä sinne, missä huono-osaiset ovat (Saari, 2015, 24). Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on sikäli ainutlaatuinen, että vastaajat oli tavoitettu useiden päihdejärjestöjen palvelujen ja toimintojen kautta. Siten vastaajia tavoitettiin myös asumispalvelujen, päihdekuntoutuksessa, katkaisuhoidossa ja matalan kynnyksen eri palvelumuotojen parista. Näiden palvelujen käyttäjät ovat usein henkilöitä, joita ei yleensä väestökyselyillä tavoiteta, koska kyselyt lähetetään kotitalouksille, jolloin esimerkiksi laitosväestö ja henkilöt, joilla ei ole ajantasaisia osoitetietoja jäävät tarkastelun ulkopuolelle (Niemelä & Saari, 2013).

Tämä tutkimus on toteutettu hyvää tutkimuskäytäntöä ja eettiset näkökulmat huomioiden. Tutkimukselle on haettu asianmukainen tutkimuslupa A-klinikkasäätiöltä, joka toimii tutkimuksessa käytetyn osatutkimuksen vastuujärjestönä. Tutkija on tutkimusluvan ja sopimuksen mukaisesti toiminut eettisesti aineistoa käsitellessään ja tuloksia raportoidessaan. Kaikki tulokset on esitetty asianmukaisesti, valinnat perustellen ja vastaajien anonymiys säilyttäen.

Tutkimuksessa käytetty aineisto on osa päihde- ja mielenterveysjärjestöjen yhteistä tutkimusohjelmaa, joka on ensimmäinen näin laaja Suomessa toteutettu päihde- ja mielenterveysjärjestöjen yhteinen tutkimushanke (MIPA tutkimussuunnitelma). Järjestöistä monet myös tekevät itse tutkimusta.

Lisäksi järjestöissä toteutetaan päihdehoidon palveluista asiakastyytyväisyys kyselyjä, joissa on korostettu palvelunlaatua ja heidän elämäntilannettaan (esim. Pitkänen & Tourunen, 2015). Vaikka kaikki vastaajat tavoitettiin päihdejärjestöjen kautta, tämän tutkimuksen vastaajajoukko oli heterogeeninen, kuten myös eri järjestöjen toimintamuodot. Myös huono-osaisten joukko yleisesti on hyvin heterogeeninen (Saari, 2015, 25). Tämä tutkimus toi lisätietoa heterogeenisen joukon hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksiin yhteydessä olevista tekijöistä. Vastaajat eivät edustaneet suomalaista keski-vertoväestöä, joten saatuja tuloksia ei voi suoraan väestötasolla yleistää. Vertailuja varten tarvittaisiin jatkotutkimusta aiheesta myös valtaväestölle.

Yhtenä tämän tutkimuksen vahvuutena, mutta samalla myös heikkoutena, on sen perustuminen ihmisten omiin arvioihin poikkileikkaustutkimuksessa. Vahvuutena on saatu tieto ihmisten omasta kokemuksesta, mutta objektiivista vertailua ei ole voitu suorittaa. Poikkileikkaustutkimuksella saatiin tietoa tekijöiden välisistä samanaikaisista yhteyksistä, mutta kausaalisuutta sillä ei pystytty arvioimaan.

Tutkimuksen heikkoutena saattoi olla, että monet kysymyksissä käytetyistä käsitteistä olivat monimerkityksellisiä, esimerkiksi hyvä- tai huono-osaisuuden kokemus, elämänmerkityksellisyys, yhdenvertaiseksi toisten kanssa tunteminen. Vastaajat ovat todennäköisesti käsittäneet asiat toisistaan poikkeavalla tavalla, mutta se ei poista oman kokemuksen merkitystä.

Tutkimukseen vastaaminen oli anonymia, eikä tietoja vastaajista kerätty. On mahdollista, että pelko tunnistamisesta sai vastaajia jättämään esimerkiksi sukupuolensa ilmoittamatta. Yhdeksän prosenttia vastaajista oli jättänyt sukupuolensa ilmoittamatta ja suunnilleen saman verran vastaajia oli jättänyt arvioimatta omaa fyysistä terveyttään, psyykkistä terveyttään ja omaa taloudellista tilannettaan ja toimeentuloaan kouluarvosanoin. Syynä vastaamatta jättämiseen fyysistä ja psyykkistä terveyttä koskevien kysymysten kohdalla ei liene ollut tunnistettavuus vaan mahdollisesti syynä saattoi olla vaikeus hahmottaa kouluarvosana skaalaa ja miten sillä kuvaisi omaa tilannetta.

Sukupuolta koskevaan kysymykseen vastanneista miehiä oli 60 %. Miesten suurempi määrä vastaajissa oli ennakoitavissa, sillä päihderiippuvuus on yleisempää miehillä (Pirkola, 2004). Keskimäärin kaksi kolmesta päihdehoitoon hakeutuneista on miehiä (Pitkänen, Kaskela, Tyni, & Tourunen, 2016, 42). Miehillä alkoholin aiheuttama tautitaakka on suurempi sekä alkoholiperäiset kuolemat yleisempiä, koska he ovat harvemmin raittiita, juovat useammin ja suurempia määriä kerralla, vaikka ero on pienentynyt vuosien kuluessa (WHO, 2014). Myös sukupuolien välillä on perinteisesti ja kulttuurisesti ollut eroja alkoholinkäytön hyväksyttävyydessä, vaikka tässäkin on vuosien saatossa tapahtunut muutosta naisten juomista hyväksyttävämpänä pitävään suuntaan (Mustonen, Mäkelä, Metso, & Simpura, 2001).

Tutkimuksen tulokset vahvistivat käsitystä hyvä- ja huono-osaisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä. Riittävä taloudellinen tilanne, joka mahdollistaa perustarpeiden tyydyttämisen ja itsensä toteuttamista oli ihmisille tärkeä. Mutta myös oman elämän kokeminen merkitykselliseksi sekä itsensä kokeminen toisten kanssa yhdenvertaiseksi olivat tiiviisti yhteydessä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Päihdehäiriöihin on jo aiemmissa tutkimuksissa todettu liittyvän keskimääräistä heikompi elämälaatu (esim. Levola, Aalto, ym., 2014; Saarni ym., 2008) ja enemmän psykososiaalisia vaikeuksia (esim. Levola, Kaskela, ym., 2014). Päihdehäiriöihin on tärkeää tarjota palveluja, jotka niistä kärsivien on helppo saavuttaa ja jossa nämä ihmiset voivat saada apua ja mahdollisuuden kokea yhdenvertaisuutta muiden kanssa, saavat ammattitaitoista hoitoa, tukea sekä tulevat huomioiduksi tarpeidensa kanssa. A-klinikkasäätiö asiakastyytyväisyyskyselyssä palvelukokemuksessa tärkeimmiksi seikoiksi nousivat juuri kuulluksi tuleminen ja hyvä hoitosuhde (Pitkänen & Tourunen, 2015).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tällä poikkileikkaustutkimuksella saatiin tietoa päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjien ja toimintojen osallistuvien hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksesta.. Tämän tutkimuksen tuloksen perusteella samanaikaisesti itsensä sekä hyvä- että huono-osaiseksi kokeminen on selvästi yleisempää kuin itsensä pelkästään hyvä- tai huono-osaiseksi kokeminen. Ihminen voi kokea samanaikaisesti hyvä- ja huono-osaisuutta ja huono-osaiseksi kokemisen ennustaminen ulkopuolisena on vaikeaa, jopa mahdotonta. Terveysteen, talouteen ja elämänmerkityksellisyyteen liittyviä tekijöitä yksittäisesti arvioiden, jokaisella niistä oli vahva yhteys hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Kaikkia terveyteen, talouteen ja elämänmerkityksellisyyteen liittyviä tekijöitä yhtäaikaisesti tarkasteltaessa taloudellisella tilanteella, elämänmerkityksellisyyden kokemuksesta sekä toisten kanssa yhdenvertaiseksi tuntemisella oli yhteyttä huono-osaisuuden kokemukseen. Poikkileikkaustutkimuksen perusteella kausaalipäätelmiä ei voitu tehdä. Huono-osaisuuden kokemus voi olla seurasta vähäisestä elämänmerkityksellisyyden kokemuksesta, mutta yhtä hyvin vähäinen elämänmerkityksellisyyden kokemus voi johtua huono-osaisuuden kokemuksesta. Tulos kertoo kuitenkin sen, että nämä asiat olivat yhteydessä toisiinsa.

Huono-osaiseksi kokemisen ennustaminen osoittautui monimuuttuja analyysissäkin haasteelliseksi, toisin kuin edes osittain hyväosaiseksi kokemisen ennustaminen. Tämä vahvistanee ajatusta, ettei ihmisiä tule omien oletusten ja arvioiden perusteella olettaa huono-osaiseksi, erityisesti yksittäisten tekijöiden perusteella arvioiden. Ihmisen oma kokemus voi olla täysin toisenlainen. Ja monesti tähän pelkästään huono-osaiseksi kokemiseen yhdistyy monia tekijöitä. Siksi on tärkeää luoda useiden tekijöiden kautta mahdollisuuksia vähentää huono-osaisuuden kokemusta.

Tutkimus on tuonut uutta tietoa päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjien ja toimintoihin osallistuvien hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tuloksia voidaan hyödyntää sekä järjestötoiminnan kehittämisessä että yleisesti päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä, esimerkiksi kehittämällä yhteistyötä edelleen päihdejärjestöjen kanssa. Järjestöt tavoittavat niitä kansalaisia, joita muut julkisesti järjestetyt palvelut eivät välttämättä tavoita. Tutkimuksen tuottamaa tietoa tulisi hyödyntää enenevässä määrin päihdepalvelujen kehittämisessä. Myös palvelujärjestelmää uudistettaessa ja kehitettäessä on tärkeä huomioida palvelujärjestelmän tarjoamien palvelujen ja toimintojen vaikutus ihmisten hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen. Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että riittävien taloudellisten resurssien lisäksi tarvitaan myös yhdenvertaisuuden ja elämänmerkityksellisyyden kokemukseen vaikuttavia palveluja ja toimintoja.

Tutkimuksen perusteella ei voida arvioida palvelun vaikuttavuutta hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseksi. Jatkossa olisi palvelujen laadun kehittämisen kannalta tärkeää tehdä seurantatutkimus palvelukäyttäjille ja toimintoihin osallistuville heidän hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksestaan; muuttuuko itsensä hyvä- tai huono-osaiseksi kokeminen hoitoon tai palveluun pääsyn ja mahdollisen päihdehäiriön paranemisen kautta, vähentääkö järjestöjen tarjoamien toimintojen kautta saavutettava mahdollinen mielekäs tekeminen, harrastuksiin osallistumisen mahdollisuus ja tuki päihdeettömyyteen huono-osaisuuden kokemusta. Haasteeksi tässä saattanee tulla ihmisten halukkuus ja mahdollisuus antaa yhteystietonsa seurantakyselyä varten. Ihmiset eivät edelleenkään halua leimautua päihdehäiriöiseksi mahdollisen stigmatisoitumisen pelossa (esim. Aalto, 2009; Luoma ym., 2007).

Palvelujen ja toimintojen kehittämiseksi tarvitaan lisää tutkittua tietoa järjestökentältä. Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma on syntynyt tämän tarpeen perusteella. (Pitkänen & Tourunen, 2016.) Koska tämä on ensimmäinen tutkimus tätä aineistoa hyödyntäen, jatkotutkimusta tarvitaan sekä tuomaan lisää tietoa esimerkiksi analysoimalla materiaalia järjestökohtaisesti. Näin järjestöjen olisi vielä helpompi kehittää omaa toimintaansa vastaamaan käyttäjien tarpeisiin sekä kehittämään yhteistyötä julkisen palvelujärjestelmän kanssa. Myös julkinen palvelujärjestelmä voi hyödyntää tuloksia vastaavasti kehittäessään yhteistyötä järjestöjen kanssa. Järjestöillä on jo nyt laajasti erilaisia toimintoja päihdehäiriöisille ja heidän läheisilleen päihdehäiriöiden eri vaiheisiin. Yhteistyö ja helposti saavutettavat palvelut päihdehäiriön eri vaiheissa vähentänevät huono-osaisuuden kokemusta.

Lisäselvyyttä omakohtaisen kokemukseen annettujen arvioiden takana oleviin tekijöihin olisi mahdollista saada jatkotutkimuksilla, joissa voisi hyödyntää tutkimuksessa käytetyn aineiston kyselylomakkeessa olevia vastaajien kirjoittamia vastauksia, kohdissa joissa heitä on pyydetty kertomaan kokemuksestaan, esimerkiksi ”Tunnetko itsesi hyvä- vai huono-osaiseksi” kysymyksen vaihtoehtojen alla on ”Kerro omin sanoin kokemuksistasi”. Analysoimalla saataneen lisää tietoa, mitä tekijöitä ihmiset itse yhdistävät omaan hyvä- tai huono-osaisuuden kokemukseensa. Myös toteuttamalla yksilö- tai fokusryhmähaastatteluja eri päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjille ja toimintoihin osallistuville saataisiin jatkossa lisää syvyyttä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen yhteydessä olevista tekijöistä ja millaisia viiteryhmiä ihmiset arvioissaan mahdollisesti käyttävät.

Järjestöt tarjoavat jo nykyisin matalan kynnyksen päiväkeskuksia, jotka tarjoavat mahdollisuuksia mielekkääseen tekemiseen ja osallisuuden kokemiseen, mutta päihdehoidossa olleet tai sen tarpeessa olevat osallistuvat heikoimmin yleensäkin järjestöjen toimintoihin. Matalan kynnyksen palveluja tulisi edelleen kehittää niin, että niiden avulla tavoitettaisiin myös kaikista heikoimmassa asemassa olevat. (Kaskela ym., 2014.) Mielekkään tekemisen ja osallisuuden kokemuksen kautta saatettaisiin huono-osaisuuden kokemusta vähentää, mutta tämän vahvistamiseen tarvitaan lisää tutkimusta.

Tässä tutkimuksessa heikoksi itsearvioitu taloudellinen tilanne ja toimeentulo, vähäinen elämänmerkityksellisyys ja yhdenvertaisuudentunne toisten kanssa olivat yhtäaikaisesti tarkasteltaessa yhteydessä huono-osaisuuden kokemukseen. Tutkimustulos näyttää vahvistavan, että hyvinvoinnin ulottuvuuksien kaikki osa-alueet ovat merkityksellisiä hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukselle. Suomessa palvelujärjestelmän tarkoituksena on muun muassa huolehtia taloudellisista resursseista niiden kohdalla, joilla ei ole muita tuloja. Vastaavasti järjestöjen palveluihin kuuluu toimintoja mielekkään tekemisen ja yhteisöllisyyden lisäämiseksi. Yhteisöllisyys on voimavara, joka vahvistaa elämänlaatua (Vaarama, Karvonen, Kestilä, Moisio, & Muuri, 2014, 326). Koska elämänlaadun katsotaan liittyvän osaltaan hyvä- ja huono-osaisuuden kokemukseen (esim. Saari, 2015, 38), yhteisöllisyyden kokemuksen voidaan katsoa vähentävän huono-osaisuuden kokemusta. Esimerkkinä yhteisöllisyyden kokemuksen merkityksestä voi lainata Malmin A-killan yhteisötilassa hyvä- ja huono-osaisuudesta järjestetyssä keskustelutilaisuudessa kuultua (tutkijan omat muistiinpanot keskustelutilaisuudesta 18.4.2016):

”Kyllä mä aamulla tänne mun vanhalla kärryllä lähtiessäni koin olevani huono-osainen, mutta kun pääsin sillä perille ja tänne, niin nyt koen olevani hyväosainen”

”Kyllä mä koen olevani hyväosainen, sillä olen saanut hyvää hoitoa päihde- ja mielenterveysongelmiin. Ja vaikka on tapahtunut retkahduksia päihteiden kassa, aina olen kokenut, että on uusi mahdollisuus ja toivoa, yhteisö ei tuomitse vaan kannustaa uuteen yritykseen.”

LÄHTEET

- Aalto, A.-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., ... Luoma, M.-L. (2013). Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa, Suositus 31.10.2013. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, TOIMIA.
- Aalto, M. (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksois- diagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim*, 123, 2001–2006.
- Aalto, M. (2009). Alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim*, 125, 891–896.
- Abrahamson, P. (1995). Social exclusion in Europe: old wine in new bottles? «Social exclusion in Europe: old wine in new bottles?». *Journal Druzboslovne Razprave*, 92, 119–136. Retrieved from www.ceeol.com.
- Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>. Haettu 25.5.2016. (2015).
- Allardt, E. (1976). *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Allardt, E. (1999). Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 36, 203–212.
- Blomqvist, J. (2009). What is the worst thing you could get hooked on? *NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(4), 373–398. Retrieved from
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77949830326&partnerID=tZOTx3y1>
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320–327. <http://doi.org/10.1111/1467-9280.14461>
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38(5), 613–619.
<http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.027>
- Curran, D. (2013). Risk society and the distribution of bads: Theorizing class in the risk society. *British Journal of Sociology*, 64(1), 44–62. <http://doi.org/10.1111/1468-4446.12004>
- EMCDDA. (2016). *EU drug markets report. In-depth analysis*. Lisbon. Retrieved from
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>
- Erskine, S., Maheswaran, R., Pearson, T., & Gleeson, D. (2010). Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and Wales. *BMC Public Health*, 10, 99. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-99>
- Finney, J. W., & Moos, R. H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction*, 90(9), 1223–1240. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1995.tb01092.x>
- Gao, B., & Bataller, R. (2011). Alcoholic liver disease: Pathogenesis and new therapeutic targets. *Gastroenterology*, 141(5), 1572–1585. <http://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.09.002>
- Granström, V., & Kuoppasalmi, K. (2003). Psykodynaaminen tausta. In M. Salaspuro, K. Kiiänmaa, & K. Seppä (Eds.), *Päihdelääketiede* (2. painos, p. 544). Helsinki: DUODECIM.
- Hakkarainen, P., Karjalainen, K., Ojajarvi, A., & Salasuo, M. (2015). Huumausaineiden ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet Suomessa vuonna 2014, 80, 319–333.
- Heikkilä, M. (1990). *Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Sosiaalihuollituksen julkaisuja 8/1990.
- Hirschovits-Gerz, T., & Pennonen, M. (2012). Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77(5).
- Holmberg, N. (2003). Kognitiivinen käyttäytymisterapia. In M. Salaspuro, K. Kiiänmaa, & K. Seppä (Eds.), *Päihdelääketiede* (2. painos, p. 544). Helsinki: Duodecim.
- Huhtanen, P., & Tigerstedt, C. (2010). Kuinka paljon kärsimme muiden juomisesta? In *Suomi juo*.

- Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008* (p. 305). Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos.
- Huumausainelaki 373/2008. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>. Haettu 2.7.2016. (n.d.).
- Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50041>. Haettu 3.6.2016. (2012).
- Hyytiä, P. (2003). Perinnöllisyys. In M. Salaspuro, K. Kiiänmaa, & K. Seppä (Eds.), *Päihdelääketiede* (2. painos, p. 544). Helsinki.
- ICD-10. (2011) (3. painos). Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos.
- Jakobsson, A., Hensing, G., & Spak, F. (2005). Developing a willingness to change: Treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 40(2), 118–123. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agh128>
- Kainulainen, S., & Saari, J. (2013). Koettu huono-osaisuus Suomessa. In *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa* (p. 195). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Karvonen, S., Martelin, T., & Koskinen, S. (2012). Sosiodemografiset taustatekijät. In S. Koskinen, A. Lundqvist, & N. Ristiluoma (Eds.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012* (p. 290). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaskela, T., Pitkänen, T., Tourunen, J., Valkonen, J., Härkönen, J., Suvisaari, J., ... Kaikkonen, R. (2014). Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat - ATH-tutkimuksen tuloksia. In J. Jalava, K. Borodulin, P. Husu, J. Härkönen, T. Kaskela, S. Koiso-Kanttila, ... R. Kaikkonen (Eds.), *ATH-tutkimuksen tuloksia - Järjetökentän tutkimusohjelma. Työpaperi 37/2014* (pp. 21–28). Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos.
- Kauppinen, T. M., Saikku, P., & Kokko, R.-L. (2010). Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. In M. Vaarama, P. Moisio, & S. Karvonen (Eds.), *Suomalaisten hyvinvointi 2010* (p. 289). Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos.
- Kershaw, K. N., Mezuk, B., Abdou, C. M., Rafferty, J. A., & Jackson, J. S. (2010). Socioeconomic position, health behaviors, and C-reactive protein: a moderated-mediation analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(3), 307–16. <http://doi.org/10.1037/a0019286>
- Kiiänmaa, K., & Hyytiä, P. (2003). Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. In M. Salaspuro, K. Kiiänmaa, & K. Seppä (Eds.), *Päihdelääketiede* (2. painos, p. 544). Helsinki: DUODECIM.
- KvantiMOTV. Menetelmäopetus, hypoteesi. Saatavilla: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html>. Haettu 25.4.2016. (2003).
- KvantiMOTV. Menetelmäopetus, ristiintaulukointi. Saatavilla: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>. Haettu 25.4.2016. (2004).
- Laaksonen, E. (2015). *Alkoholiriippuvuuden hoitotulokseen vaikuttavat tekijät*. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Levola, J., Aalto, M., Holopainen, A., Cieza, A., & Pitkänen, T. (2014). Health-related quality of life in alcohol dependence: a systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(6), 369–84. <http://doi.org/10.3109/08039488.2013.852242>
- Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A., & Pitkänen, T. (2014). Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation*, 36(15), 1227–39. <http://doi.org/10.3109/09638288.2013.837104>
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1331–1346. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.008>
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., ... Kunst, A. E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries.

- International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830–837. <http://doi.org/10.1093/ije/dyg209>
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives, 6, 4–10. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Marmot, M. G. (2003). Understanding Social Inequalities in Health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(Number 3, supplement), 509–523.
- Martelin, T., Karvonen, S., Linnanmäki, E., Prättälä, R., & Koskinen, S. (2012). Terveiden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. In S. Koskinen, A. Lundqvist, & N. Ristiluoma (Eds.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012* (p. 290). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Martikainen, P., Valkonen, T., & Martelin, T. (2001). Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–95. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(7), 494–9. <http://doi.org/10.1136/jech.55.7.494>
- Maslow, A. H. (1943). A Theory Of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- MIPA tutkimussuunnitelma. <http://www.a-klinikka.fi/tietopuu/jarjestotutkimusohjelma>. Haettu 19.4.2016. (n.d.).
- Murto, L. (2003). Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvointipalvelujen tuottajina. In V. Niemelä, Jorma, Dufva (Ed.), *Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat Sosiaali- ja tarveysjärjestöt uudella vuosituohannella* (p. 139). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mustonen, H., Mäkelä, P., Metso, L., & Simpura, J. (2001). Muutokset suomalaisten juomatavoissa: toiveet ja todellisuus. *Yhteiskuntapolitiikka*, 66(3), 265–276.
- Mäkelä, P., Alho, H., Knekt, P., Männistö, S., & Peña, S. (2012). Alkoholin käyttö. In S. Koskinen, A. Lundqvist, & N. Ristiluoma (Eds.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012* (p. 290). Helsinki: Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos.
- Mäkelä, P., Kauppinen, T. M., & Huhtanen, P. (2009). Alkoholi-ongelmat vaivaavat huono-osaisia – niin pääkaupunkiseudulla kuin muuallakin Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 74(2), 185–194.
- Niemelä, M., & Saari, J. (2013). Suomalaisen yhteiskunnan notkelmat. In M. Niemelä & J. Saari (Eds.), *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa* (pp. 6–18). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Nummenmaa, L. (2009). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät* (1. painos). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ohisalo, M., Laihiala, T., & Saari, J. (2015). Huono-osaisuuden ulottuvuudet ja kasautuminen leipäjonoissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 80(5), 37–38.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science and Medicine*, 78(1), 70–77. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Pensola, T., Blomgren, J., & Kestilä, L. (2012). Työ ja toimeentulo. In S. Koskinen, A. Lundqvist, & N. Ristiluoma (Eds.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012* (p. 290). Helsinki: Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos.
- Perälä, M.-L., Kanste, O., Halme, N., & Pitkänen, T. (2014). *Vanhempi päihdepalveluissa - tuki, osallisuus ja yhteistoiminta. Raportti 12/24*. (M.-L. Perälä, O. Kanste, N. Halme, & T. Pitkänen, Eds.). Helsinki: Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos. Retrieved from https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116150/URN_ISBN_978-952-302-214-0.pdf?sequence=1
- Pirkola, S. (2004). Alkoholiriippuvuuden esiintyvyys ja siihen liittyvät tekijät suomalaisessa aikuisväestössä. In K. Raitasalo, H. Alho, J. Lindeman, & R. Roine (Eds.), *Tommi 2004. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research* (p. 128). Helsinki: Alkoholi- ja huume tutkimuslaitos ry.
- Pitkänen, T., Kaskela, T., Tyni, S., & Tourunen, J. (2016). *Päihdehoitoon hakeutuneiden rikollisuus. Reksiteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus vankeusrangaistukseen tuomituista päihdehoidon asiakkaista. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2016*. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos.
- Pitkänen, T., & Tourunen, J. (2015). Asiakkaiden kokemus päihdehoidon palveluista ja elämäntilanteestaan. *Tietopuu: Katsauksia Ja Näkökulmia. A-Klinikkasäätiö*, (1), 1–6.

- Pitkänen, T., & Tourunen, J. (2016). Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeet. *Tietopuu: Katsauksia Ja Näkökulmia. A-Klinikkasäätiö*, (1), 1–16.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. <http://doi.org/doi:10.3109/10884609309149692>
- Prättälä, R. (2007). Terveyskäyttäytyminen, johdanto. In R. Prättälä, S. Koskinen, T. Martelin, A. Ostamo, I. Kesikimäki, M. Sihto, ... E. Linnanmäki (Eds.), *Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3* (p. 245). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Prättälä, R., Koskinen, S., Martelin, T., Lahelma, E., Sihto, M., & Palosuo, H. (2007). Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. In H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, ... E. Linnanmäki (Eds.), *Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3* (p. 245). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Päihdehuoltolaki 41/1986. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Haettu 25.5.2016. (n.d.).
- Päihdepalvelujen laatusuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3.* (2002).
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2015.* (2016). Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.
- Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185–199. <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x>
- Saari, J. (2015). *Huono-osaiset*. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Saarni, S. I., Joutsenniemi, K., Koskinen, S., Suvisaari, J., Pirkola, S., Sintonen, H., ... L??nnqvist, J. (2008). Alcohol consumption, abstaining, health utility, and quality of life - A general population survey in finland. *Alcohol and Alcoholism*, 43(3), 376–386. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agn003>
- Salaspuro, M., Kiianmaa, K., & Seppä, K. (toim. . (2003). Alkoholisairaudet. In M. Salaspuro, K. Kiianmaa, & K. Seppä (Eds.), *Päihdelääketiede* (2. uudiste, p. 544). Helsinki: Duodecim.
- Sen, A. (1993). Capability and Well-Being. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The Quality of Life* (p. 453). New York: Oxford University Press. The United Nations University.
- Shildrick, T., & MacDonald, R. (2013). Poverty talk: How people experiencing poverty deny their poverty and why they blame “the poor.” *Sociological Review*, 61(2), 285–303. <http://doi.org/10.1111/1467-954X.12018>
- Sillanaukee, P., Roine, R., & Seppä, K. (1996). Alkoholin aiheuttamat somaattiset vauriot. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 112(20), 1928.
- Sullivan, L. E., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 330–341. <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.007>
- Suvisaari, J. (2015). Mielenterveyshäiriöiden epidemiologiaa Suomessa. In A. Partanen, J. Moring, E. Nordling, & V. Bergman (Eds.), *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon. Avauksia 16/2010.* (p. 91). Helsinki: THL.
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Valkonen, T. (2007). Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet. *Suomen Lääkärilehti*, 66, 3651–3658.
- Tilastokeskus. Väestön koulutus rakenne 2014. Saatavilla: http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__kou__vkour/030_vkour_tau_103_fi.px/table/tableViewLayout1/?rxid=bc855005-2ecd-429f-b55c-90b01849e18e. Haettu 26.5.2016. (2014).
- Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P., & Muuri, A. (2014). Eriarvoisuus ja syrjäytyminen hyvinvointipolitiikan keskiöön. In M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio, & A. Muuri (Eds.), *Suomalaisten hyvinvointi 2014* (p. 332). Helsinki: Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos.
- Valkonen, T., Ahonen, H., Martikainen, P., & Remes, H. (2007). Sosioekonomiset kuolleisuuserot.

- In R. Prättälä, S. Koskinen, T. Martelin, A. Ostamo, I. Kesikimäki, M. Sihto, ... E. Linnanmäki (Eds.), *Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3* (p. 245). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Varis, T., & Virtanen, S. Alkoholijuomien kulutus 2015 Konsumtion av alkoholdrycker 2015 Alcoholic beverage consumption 2015 (2016).
- WHO. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. *Global Status Report on Alcohol*, 1–392. http://doi.org//entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html
- WHO. Terveyden määritelmä. Saatavilla: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Haettu 3.5.2016. (1948).
- WHOQOL - Measuring Quality of Life*. (1998). Geneva.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62(7), 1768–1784. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>



MIPA Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma

Hyvinvointikysely

MIPA on kymmenen päihde- ja mielenterveysjärjestön sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun yhteinen hanke, jota rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Hankkeen osana toteutetaan tutkimus järjestöjen toiminnan/palvelujen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeista ja palvelutarpeista. Tutkimukseen liittyvällä hyvinvointikyselyllä kerätään tietoa kaikista hankkeessa mukana olevista järjestöistä, niiden erilaisiin toimintoihin/palveluihin osallistuvilta ihmisiltä.

Toivomme, että osallistut tutkimukseen vastaamalla tähän kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen kestää n. 15–30 minuuttia. Kysely sisältää kysymyksiä järjestötoiminnasta sekä vastaajan elämäntilanteesta ja siinä vaikeuksia tuottavista tekijöistä. Lisäksi toivomme Sinulta vapaamuotoista palautetta. Vastauksesi ja mielipiteesi antavat arvokasta tietoa järjestöjen toiminnan kehittämistä varten. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja on täysin vapaaehtoista. Aineistoa analysoidaan luottamuksellisesti niin, ettei ketään vastaajaa voida tunnistaa. Kysely palautetaan tutkijoille suljetussa kirjekuoressa.

Kiitos osallistumisestasi!

Jouni Tourunen
Tutkimuspäällikkö, A-klinikkasäätiö
jouni.tourunen@a-klinikka.fi, 040-1368058



Tämän sivun tiedot täyttää palvelun yhteyshenkilö

Palvelu, johon liittyen lomake pyydetään täyttämään

Päivämäärä ___ / ___ 201__ Paikkakunta _____

Päihde- tai mielenterveysjärjestö tai järjestöt, joiden palvelusta/tilaisuudesta on kyse

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A-Kiltojen Liitto ry | <input type="checkbox"/> A-klinikkasäätiö | <input type="checkbox"/> EHYT | <input type="checkbox"/> FinFami |
| <input type="checkbox"/> Irti Huumeista ry | <input type="checkbox"/> Kuntoutussäätiö | <input type="checkbox"/> Mielenterveyden keskusliitto | |
| <input type="checkbox"/> Tukikohta ry | <input type="checkbox"/> Sininauhaliitto | <input type="checkbox"/> Suomen mielenterveysseura | |
| <input type="checkbox"/> DIAK | <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ | | |

Pyydämme sinua valitsemaan mielestäsi sopivimmat vaihtoehdot sekä kirjoittamaan näkemyksiäsi. Tarvittaessa voit valita useampia vaihtoehtoja ja käyttää lisäpaperia.

PÄIHDE- TAI MIELENTERVEYSJÄRJESTÖJEN PALVELUT

Kuinka kauan olet ollut tämän palvelun käyttäjä?

Ensimmäinen kerta tänään Noin ____ kuukautta ja/tai ____ vuotta

Mitä tämä palvelu antaa sinulle?

Mistä syistä olet tullut käyttämään tätä palvelua?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Omaan päihteiden käyttöön liittyvät syyt | <input type="checkbox"/> Omaan mielenterveyteeni liittyvät syyt |
| <input type="checkbox"/> Läheisen päihteiden käyttöön liittyvät syyt | <input type="checkbox"/> Läheisen mielenterveyteen liittyvät syyt |
| <input type="checkbox"/> Akuutti ongelma "tilanne päällä" | <input type="checkbox"/> Tuki toipumisen ylläpitämiseen |
| <input type="checkbox"/> Vertaistuen saaminen | <input type="checkbox"/> Vertaistuen antaminen |
| <input type="checkbox"/> Saan mielekästä tekemistä | <input type="checkbox"/> Haluan oppia uutta tai saada tietoa |
| <input type="checkbox"/> Haluan kuulua johonkin ryhmään | <input type="checkbox"/> Haluan tutustua uusiin ihmisiin |
| <input type="checkbox"/> Haluan tavata ihmisiä | <input type="checkbox"/> Saan tukea asumiseen |

Muu syy, mikä _____

Mistä olet saanut tietoa tästä palvelusta?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internetsivuilta | <input type="checkbox"/> Lehdestä | <input type="checkbox"/> Sosiaalisesta mediasta | <input type="checkbox"/> Muusta mediasta |
| <input type="checkbox"/> Läheiseltä | <input type="checkbox"/> Tutulta | <input type="checkbox"/> Terveystieteiden alueilta | <input type="checkbox"/> Sosiaalitoimesta |
| <input type="checkbox"/> Muulta työntekijältä | <input type="checkbox"/> Toisesta järjestöstä | <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ | |

Montako kertaa viikossa osallistut tähän palveluun?

Harvemmin kuin viikoittain Kerran viikossa Useita kertoja viikossa
Arviolta keskimäärin yhteensä _____ tuntia/vko Ympäri vuorokautinen palvelu

Saatko tätä palvelua mielestäsi?

Aivan liian vähän Liian vähän Sopivasti Liikaa Aivan liikaa

Tunnetko kuuluvasi ryhmään tai porukkaan tähän palveluun liittyen?

En lainkaan Vähän Paljon Erittäin paljon

Onko tämä palvelu mielestäsi vaikuttanut hyvinvointiisi?

Parantanut Ylläpitänyt Heikentänyt Ei vaikutusta

Kerro omin sanoin kokemuksistasi

TAUSTATIEDOT

- Sukupuoli** Mies Nainen Muu
- Ikäryhmä** Alle 18 vuotta 18–25 26–35 36–45
 46–55 56–65 66–75 76–85 86 tai yli
- Ylin koulutus** Peruskoulu kesken Perus- tai kansakoulu Lukio
 Ammattikoulu Opisto Ammattikorkeakoulu Yliopisto

Kotikunta _____

Työtilanne Vakituisen työ Määräaikainen __kk Osa-aika __ %
 Työkokeilussa/kuntouttavassa työtoiminnassa Palkkatuettu työ
 Työtön tai lomautettu yli vuoden ajan Työtön tai lomautettu alle 1 v.
 Opiskelija Kotona lasten kanssa Eläkeläinen Muu, mikä _____

Asuminen Omistusasunto Kunnan vuokra-asunto Asuntola
 Tukiasunto Tuettu asuminen Muu vuokra-asunto Asunoton
 Kaverin luona Muu, mikä _____

Asuuko kanssasi Alaikäisiä lapsia Puoliso Omia/puolison vanhempia
 Täysi-ikäisiä lapsia Muita aikuisia Asun yksin Muu, mikä _____

ELÄMÄNTILANNE

Miten arvioit OMAA tilannettasi elämän eri osa-alueilla TÄLLÄ HETKELLÄ?

Arvioi jokainen asia käyttäen kouluarvosanoja 4–10 (4 = tilanne on erittäin huono; 10 = tilanne erinomainen tai asia erinomaisesti hallinnassa)

___ Asuminen	___ Perhesuhteet	___ Muut ihmissuhteet
___ Arjen sujuminen	___ Harrastukset	___ Muu osallistuminen
___ Työ tai opiskelu	___ Vapaa-ajan vietto	___ Päihteiden käyttö
___ Fyysinen terveys	___ Psykkinen (mielen) terveys	___ Toimeentulo ja talous
___ Elämänlaatu kokonaisuudessaan		

Miten arvioit OMAA tilannettasi eri osa-alueilla silloin KUN TULIT MUKAAN TÄHÄN PALVELUUN?

Arvioi jokainen asia käyttäen kouluarvosanoja 4–10

___ Asuminen	___ Perhesuhteet	___ Muut ihmissuhteet
___ Arjen sujuminen	___ Harrastukset	___ Muu osallistuminen
___ Työ tai opiskelu	___ Vapaa-ajan vietto	___ Päihteiden käyttö
___ Fyysinen terveys	___ Psykkinen (mielen) terveys	___ Toimeentulo ja talous
___ Elämänlaatu kokonaisuudessaan		

Onko sinulla yleensä ottaen riittävästi tekemistä?

Aivan liian vähän Liian vähän Sopiva määrä Liikaa Aivan liikaa

Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä?

Ei lainkaan Vähän Kohtuullisesti Paljon Erittäin paljon

Kuulutko johonkin yhteisöön (esim. perhe, porukka, ryhmä), jossa koet olevasi hyväksytyt? En Yhteen Kyllä, useampaan

Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa?

En koskaan Hyvin harvoin Joskus Melko usein Jatkuvasti

Tunnetko itsesi yksinäiseksi?

En koskaan Hyvin harvoin Joskus Melko usein Jatkuvasti

Tunnetko itsesi huono- tai hyväosaiseksi?

Erittäin huono-osaiseksi Huono-osaiseksi Sekä hyvä- että huono-osaiseksi
 Hyvä-osaiseksi Erittäin hyväosaiseksi

Kerro omin sanoin kokemuksistasi

PALVELUJEN KÄYTTÖ

Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia palveluita viimeisen 12 kk aikana

Mielenterveyspalvelut	En ole tarvinnut <input type="checkbox"/>	Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/>
	Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/>	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/>
Päihdepalvelut	En ole tarvinnut <input type="checkbox"/>	Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/>
	Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/>	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/>
Asumispalvelut	En ole tarvinnut <input type="checkbox"/>	Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/>
	Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/>	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/>
Lääkärin vastaanotto	En ole tarvinnut <input type="checkbox"/>	Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/>
	Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/>	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/>
Talous- ja velkaneuvonta	En ole tarvinnut <input type="checkbox"/>	Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/>
	Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/>	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/>
Toimeentulotuki	En ole tarvinnut <input type="checkbox"/>	Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/>
	Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/>	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/>
Lastensuojelu	En ole tarvinnut <input type="checkbox"/>	Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/>
	Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/>	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/>

Onko muita sellaisia palveluja, joita olisit tarvinnut, mutta et ole saanut?

Ei Kyllä, kerro omin sanoin

TALOUDELLINEN TILANNE

Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä

tuloilla: Erittäin hankalaa Hankalaa Melko hankalaa
 Melko helppoa Helppoa Erittäin helppoa

Oletko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saat rahaa ostaa lisää? En Kyllä

Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi? En Kyllä

Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä? En Kyllä

Oletko ruokapankin (leipäjonon) asiakas?

En ole Muutaman kerran vuodessa Keskimäärin 1 krt/kk Joka viikko

Aiheuttaako oma tai läheisen pelaaminen sinulle taloudellisia huolia?

Ei ollenkaan Jonkin verran Paljon

Saatko ystävilta ja/tai sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa?

En Jonkun verran Kyllä riittävästi Saisin, mutta en ole tarvinnut

Saatko ystävilta ja/tai sukulaisilta tarvittaessa muuta käytännön apua?

En Jonkun verran Kyllä riittävästi Saisin, mutta en ole tarvinnut

TOIMINTAKYKYYN LIITTYVÄT VAIKEUDET PARADISE24FIN

Seuraavat kysymykset kuvaavat ongelmia ja vaikeuksia, joita olet viime aikoina voinut kokea. Vastaa kysymyksiin ajatellen viimeistä 30 päivää ja ottaen huomioon sekä hyvät että huonot päivät.

Mikäli et ole viime viikkoina kokenut jotain asiaa, niin arvioi kuinka paljon vaikeuksia sinulla olisi ollut: esimerkiksi en ole ollut töissä ja työssäkäynti olisi tuottanut minulle nykyisessä kunnossani erittäin suuria vaikeuksia (=4).

	EI VAI- KEUKSIA	LIEVIÄ	KESKIN- KERTAI- SIA	SUURIA	ERITTÄIN SUURIA/ EN SELVIÄ
1. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut sen vuoksi, että <u>et ole tuntenut</u> itseäsi <u>levänneeksi</u> ja <u>oikeaksi</u> päivän aikana (esim. tunnet väsymystä, olet voimaton)?	0	1	2	3	4
2. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut löytää asioita, jotka <u>kiinnostavat</u> sinua?	0	1	2	3	4
3. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ruokahalusi</u> suhteen?	0	1	2	3	4
4. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>unen</u> kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla?	0	1	2	3	4
5. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ärtyneisyyden</u> suhteen, esimerkiksi että olisit aloittanut riitoja, huutanut ihmisille tai jopa lyönyt heitä?	0	1	2	3	4
6. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että olet kokenut itsesi hitaaksi tai että <u>asiat ovat tuntuneet tapahtuvan ympärilläsi liian nopeasti</u> ?	0	1	2	3	4
7. Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut <u>surun</u> , <u>alakuloisuuden</u> tai <u>masentuneisuuden tunteista</u> ?	0	1	2	3	4
8. Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet huolestuneisuus tai ahdistuneisuus?	0	1	2	3	4
9. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että <u>et ole kvennyt selviytymään</u> kaikista niistä asioista, jotka sinun tulisi hoitaa?	0	1	2	3	4
10. Minkä verran sinulla on ollut <u>särkyjä</u> tai <u>kipuja</u> ?	0	1	2	3	4
11. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>keskittävää</u> tekemään jotain 10 min ajan?	0	1	2	3	4
12. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>muistaa tehdä tärkeitä asioita</u> ?	0	1	2	3	4
13. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>päätösten</u> tekemisessä?	0	1	2	3	4
14. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja ylläpitää keskustelua</u> ?	0	1	2	3	4
15. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>kävellä pitkiä matkoja</u> (esim. 1 km)?	0	1	2	3	4
16. Onko sinulla ollut vaikeuksia jossakin seuraavista: <u>peseytymisessä</u> tai <u>pukeutumisessa</u> , <u>wc:n</u> käyttämisessä tai <u>ruokailemisessa</u> ?	0	1	2	3	4
17. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>seksuaalisissa</u> toiminnoissa?	0	1	2	3	4
18. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>olla yksin</u> muutamia päiviä?	0	1	2	3	4
19. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>huolehtia terveydestäsi</u> kuten syödä hyvin, kuntoilla ja ottaa mahdolliset reseptilääkkeesi?	0	1	2	3	4
20. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja ylläpitää ystävyyssuhteita</u> ?	0	1	2	3	4
21. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>tulla toimeen läheistesi kanssa</u> ?	0	1	2	3	4

	EI VA- KEUKSIA	LIEVÄ	KESKIN- KERTAI- SIA	SUURIA	ERITTÄIN SUURIA/ EN SELVÄ
22. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>päivittäisessä työssä tai opiskelussa</u> ?	0	1	2	3	4
23. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>hallita rahankäyttöäsi</u> ?	0	1	2	3	4
24. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>osallistua harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa?</u>	0	1	2	3	4

Oletko käyttänyt internetiä viimeisen 12 kk aikana

Sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, KELA, verohallinto)

Säännöllisesti Toisinaan En

Tietojen hakemiseen järjestöjen toiminnasta, tapahtumista tai palveluista

Säännöllisesti Toisinaan En

Vertaistuen hakemiseen päihde- tai mielenterveyskysymyksissä

Säännöllisesti Toisinaan En

Muun avun hakemiseen päihde- tai mielenterveyskysymyksissä

Säännöllisesti Toisinaan En

Sosiaaliseen mediaan

Säännöllisesti Toisinaan En

Mitkä ovat sinulle tärkeitä voimaa antavia asioita elämässäsi?

Kirjoita vapaasti palautetta ja näkemyksiä päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminnasta/palveluista (odotuksia, kehittämistarpeita, palautetta)

Kiitos vastauksistasi!



MIPA

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma

Hyvinvointikysely

MIPA on kymmenen päihde- ja mielenterveysjärjestön sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun yhteinen hanke, jota rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Hankkeen osana toteutetaan tutkimus järjestöjen toiminnan/palvelujen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeista ja palvelutarpeista. Tutkimukseen liittyvällä hyvinvointikyselyllä kerätään tietoa kaikista hankkeessa mukana olevista järjestöistä, niiden erilaisiin toimintoihin/palveluihin osallistuvilta ihmisiltä.

Toivomme, että osallistut tutkimukseen vastaamalla tähän kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen kestää n. 15–30 minuuttia. Kysely sisältää kysymyksiä järjestötoiminnasta sekä vastaajan elämäntilanteesta ja siinä vaikeuksia tuottavista tekijöistä. Lisäksi toivomme Sinulta vapaamuotoista palautetta. Vastauksesi ja mielipiteesi antavat arvokasta tietoa järjestöjen toiminnan kehittämistä varten. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja on täysin vapaaehtoista. Aineistoa analysoidaan luottamuksellisesti niin, ettei ketään vastaajaa voida tunnistaa. Kysely palautetaan tutkijoille suljetussa kirjekuoressa.

Kiitos osallistumisestasi!

Jouni Tourunen

Tutkimuspäällikkö, A-klinikkasäätiö

jouni.tourunen@a-klinikka.fi, 040-1368058



Tämän sivun tiedot täyttää järjestön yhteyshenkilö

Tilaisuus/tapahtuma, jossa lomake pyydetään täyttämään

Päivämäärä ___ / ___ 201_ Paikkakunta _____

Päihde- tai mielenterveysjärjestö tai järjestöt, joiden toiminnasta/tilaisuudesta on kyse

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> A-Kiltojen Liitto ry | <input type="checkbox"/> A-klinikkasäätiö | <input type="checkbox"/> EHYT | <input type="checkbox"/> FinFami-Uusimaa |
| <input type="checkbox"/> Irti Huumeista ry | <input type="checkbox"/> Kuntoutussäätiö | <input type="checkbox"/> Mielenterveyden keskusliitto | |
| <input type="checkbox"/> Tukikohta ry | <input type="checkbox"/> Sininauhaliitto | <input type="checkbox"/> Suomen mielenterveysseura | |
| <input type="checkbox"/> DIAK | <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ | | |

Pyydämme sinua valitsemaan mielestäsi sopivimmat vaihtoehdot sekä kirjoittamaan näkemyksiäsi. Tarvittaessa voit valita useampia vaihtoehtoja ja käyttää lisäpaperia.

PÄIHDE- TAI MIELENTERVEYSJÄRJESTÖJEN TOIMINTAAN OSALLISTUMINEN

Miten osallistut tämän järjestön/säätiön toimintaan?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aktiivinen osallistuja | <input type="checkbox"/> Satunnainen osallistuja |
| <input type="checkbox"/> Tutustumassa toimintaan | <input type="checkbox"/> Palvelun käyttäjä/asiakas |
| <input type="checkbox"/> Jäsen | <input type="checkbox"/> Hallituksen, johtokunnan tms. jäsen |
| <input type="checkbox"/> Vapaaehtoistyöntekijä | <input type="checkbox"/> Vertainen |
| <input type="checkbox"/> Kokemusasiantuntija | <input type="checkbox"/> Työtoiminta/tukityöllistettynä järjestössä |
| <input type="checkbox"/> Työntekijä järjestössä | <input type="checkbox"/> Opiskeluihin liittyen |

Muu, mikä _____

Kuinka kauan olet ollut toiminnassa mukana?

- Ensimmäinen kerta tänään Noin _____ kuukautta ja/tai _____ vuotta

Mitä tämä toiminta antaa sinulle?

Mistä syistä olet tullut mukaan tähän toimintaan?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Omaan päihteiden käyttöni liittyvät syyt | <input type="checkbox"/> Omaan mielenterveyteeni liittyvät syyt |
| <input type="checkbox"/> Läheisen päihteiden käyttöön liittyvät syyt | <input type="checkbox"/> Läheisen mielenterveyteen liittyvät syyt |
| <input type="checkbox"/> Akuutti ongelma "tilanne päällä" | <input type="checkbox"/> Tuki toipumisen ylläpitämiseen |
| <input type="checkbox"/> Vertaistuen saaminen | <input type="checkbox"/> Vertaistuen antaminen |
| <input type="checkbox"/> Haittojen ennaltaehkäisy | <input type="checkbox"/> Yhteiskunnallinen vaikuttaminen |
| <input type="checkbox"/> Haluan auttaa muita ihmisiä | <input type="checkbox"/> Haluan oppia uutta tai saada tietoa |
| <input type="checkbox"/> Haluan kuulua johonkin ryhmään | <input type="checkbox"/> Haluan tutustua uusiin ihmisiin |
| <input type="checkbox"/> Haluan tavata ihmisiä | <input type="checkbox"/> Saan palkkaa/palkkioita |
| <input type="checkbox"/> Saan mielekästä tekemistä | Muu syy, mikä _____ |

Mistä olet saanut tietoa tästä toiminnasta/järjestöstä?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internetisivuilta | <input type="checkbox"/> Lehdestä | <input type="checkbox"/> Sosiaalisesta mediasta | <input type="checkbox"/> Muusta mediasta |
| <input type="checkbox"/> Läheiseltä | <input type="checkbox"/> Tutulta | <input type="checkbox"/> Terveystieteiden huollosta | <input type="checkbox"/> Sosiaalitoimesta |
| <input type="checkbox"/> Muulta työntekijältä | <input type="checkbox"/> Toisesta järjestöstä | <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ | |

Montako kertaa viikossa osallistut tähän toimintaan?

- Harvemmin kuin viikoittain Kerran viikossa Useita kertoja viikossa
- Arviolta keskimäärin yhteensä _____ tuntia/vko Ympäri vuorokautinen palvelu

Kuormittaako tähän toimintaan osallistuminen sinua?

- Aivan liian vähän Liian vähän Sopivasti Liikaa Aivan liikaa

Tunnetko kuuluvasi tähän järjestöön/säätiöön?

- En lainkaan Vähän Paljon Erittäin paljon

Onko tämä toiminta mielestäsi vaikuttanut hyvinvointiisi?

- Parantanut Ylläpitänyt Heikentänyt Ei vaikutusta

Kerro omin sanoin kokemuksistasi

TAUSTATIEDOT

- Sukupuoli** Mies Nainen Muu
- Ikäryhmä** Alle 18 vuotta 18–25 26–35 36–45
 46–55 56–65 66–75 76–85 86 tai yli
- Ylin koulutus** Peruskoulu kesken Perus- tai kansakoulu Lukio
 Ammattikoulu Opisto Ammattikorkeakoulu Yliopisto

Kotikunta _____

- Työtilanne** Vakituisen työ Määräaikainen __ kk Osa-aika __ %
 Työkeilussa/kuntouttavassa työtoiminnassa Palkkatuettu työ
 Työtön tai lomautettu yli vuoden ajan Työtön tai lomautettu alle 1 v.
 Opiskelija Kotona lasten kanssa Eläkeläinen Muu, mikä _____
- Asuminen** Omistusasunto Kunnan vuokra-asunto Asuntola
 Tukiasunto Tuettu asuminen Muu vuokra-asunto Asunnoton
 Kaverin luona Muu, mikä _____
- Asuuko kanssasi** Alaikäisiä lapsia Puoliso Omia/puolison vanhempia
 Täysi-ikäisiä lapsia Muita aikuisia Asun yksin Muu, mikä _____

ELÄMÄNTILANNE

Miten arvioit OMAA tilannettasi elämän eri osa-alueilla TÄLLÄ HETKELLÄ?

Arvioi jokainen asia käyttäen kouluarvosanoja 4–10 (4 = tilanne on erittäin huono; 10 = tilanne on erinomainen tai asia on erinomaisesti hallinnassa)

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| ___ Asuminen | ___ Perhesuhteet | ___ Muut ihmissuhteet |
| ___ Arjen sujuminen | ___ Harrastukset | ___ Muu osallistuminen |
| ___ Työ tai opiskelu | ___ Vapaa-ajan vietto | ___ Päihteiden käyttö |
| ___ Fyysinen terveys | ___ Psykkinen (mielen) terveys | ___ Toimeentulo ja talous |
| ___ Elämänlaatu kokonaisuudessaan | | |

Miten arvioit OMAA tilannettasi eri osa-alueilla silloin KUN TULIT MUKAAN TÄHÄN TOIMINTAAN?

Arvioi jokainen asia käyttäen kouluarvosanoja 4–10

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| ___ Asuminen | ___ Perhesuhteet | ___ Muut ihmissuhteet |
| ___ Arjen sujuminen | ___ Harrastukset | ___ Muu osallistuminen |
| ___ Työ tai opiskelu | ___ Vapaa-ajan vietto | ___ Päihteiden käyttö |
| ___ Fyysinen terveys | ___ Psykkinen (mielen) terveys | ___ Toimeentulo ja talous |
| ___ Elämänlaatu kokonaisuudessaan | | |

Onko sinulla yleensä ottaen riittävästi tekemistä?

- Aivan liian vähän Liian vähän Sopiva määrä Liikaa Aivan liikaa

Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä?

- Ei lainkaan Vähän Kohtuullisesti Paljon Erittäin paljon

Kuulutko johonkin yhteisöön (esim. perhe, porukka, ryhmä), jossa koet olevasi hyväksytty

- En Yhteen Kyllä, useampaan

Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa?

- En koskaan Hyvin harvoin Joskus Melko usein Jatkuvasti

Tunnetko itsesi yksinäiseksi?

- En koskaan Hyvin harvoin Joskus Melko usein Jatkuvasti

Tunnetko itsesi huono- tai hyväosaiseksi?

- Erittäin huono-osaiseksi Huono-osaiseksi Sekä hyvä- että huono-osaiseksi
 Hyvä-osaiseksi Erittäin hyväosaiseksi

Kerro omin sanoin kokemuksistasi

PALVELUJEN KÄYTTÖ

Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia palveluita viimeisen 12 kk aikana

- | | | |
|---------------------------------|--|---|
| Mielenterveyspalvelut | En ole tarvinnut <input type="checkbox"/> | Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/> |
| | Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/> | Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/> |
| Päihdepalvelut | En ole tarvinnut <input type="checkbox"/> | Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/> |
| | Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/> | Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/> |
| Asumispalvelut | En ole tarvinnut <input type="checkbox"/> | Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/> |
| | Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/> | Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/> |
| Lääkärin vastaanotto | En ole tarvinnut <input type="checkbox"/> | Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/> |
| | Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/> | Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/> |
| Talous- ja velkaneuvonta | En ole tarvinnut <input type="checkbox"/> | Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/> |
| | Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/> | Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/> |
| Toimeentulotuki | En ole tarvinnut <input type="checkbox"/> | Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/> |
| | Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/> | Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/> |
| Lastensuojelu | En ole tarvinnut <input type="checkbox"/> | Olisin tarvinnut, mutta en saanut <input type="checkbox"/> |
| | Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä <input type="checkbox"/> | Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä <input type="checkbox"/> |

Onko muita sellaisia palveluja, joita olisit tarvinnut, mutta et ole saanut

- Ei Kyllä, kerro omin sanoin _____

TALOUDELLINEN TILANNE

Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä

- tuloilla:** Erittäin hankalaa Hankalaa Melko hankala
 Melko helppoa Helppoa Erittäin helppoa

Oletko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saat rahaa ostaa lisää? En Kyllä

Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi? En Kyllä

Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä? En Kyllä

Oletko ruokapankin (leipäjonon) asiakas?

- En ole Muutaman kerran vuodessa Keskimäärin 1 krt/kk Joka viikko

Aiheuttaako oma tai läheisen pelaaminen sinulle taloudellisia huolia?

- Ei ollenkaan Jonkin verran Paljon

Saatko ystävilta ja/tai sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa?

- En Jonkun verran Kyllä riittävästi Saisin, mutta en ole tarvinnut

Saatko ystävilta ja/tai sukulaisilta tarvittaessa muuta käytännön apua?

- En Jonkun verran Kyllä riittävästi Saisin, mutta en ole tarvinnut

TOIMINTAKYKYYN LIITTYVÄT VAIKEUDET PARADISE24FIN

Seuraavat kysymykset kuvaavat ongelmia ja vaikeuksia, joita olet viime aikoina voinut kokea. Vastaa kysymyksiin ajatellen viimeistä 30 päivää ja ottaen huomioon sekä hyvät että huonot päivät.

Mikäli et ole viime viikkoina kokenut jotain asiaa, niin arvioi kuinka paljon vaikeuksia sinulla olisi ollut: esimerkiksi en ole ollut töissä ja työssäkäynti olisi tuottanut minulle nykyisessä kunnossani erittäin suuria vaikeuksia (=4).

	EI VAI- KEUKSIA	LIEVIÄ	KESKIN- KERTAI- SIA	SUURIA	ERITTÄIN SUURIA/ EN SELVIÄ
1. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut sen vuoksi, että <u>et ole tuntenut</u> itseäsi <u>levänneeksi</u> ja <u>oikeaksi</u> päivän aikana (esim. tunnet väsymystä, olet voimaton)?	0	1	2	3	4
2. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut löytää asioita, jotka <u>kiinnostavat</u> sinua?	0	1	2	3	4
3. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ruokahalusi</u> suhteen?	0	1	2	3	4
4. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>unen</u> kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla?	0	1	2	3	4
5. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ärtyneisyyden</u> suhteen, esimerkiksi että olisit aloittanut riitoja, huutanut ihmisille tai jopa lyönyt heitä?	0	1	2	3	4
6. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että olet kokenut itsesi hitaaksi tai että <u>asiat ovat tuntuneet tapahtuvan ympärilläsi liian nopeasti</u> ?	0	1	2	3	4
7. Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut <u>surun</u> , <u>alakuloisuuden</u> tai <u>masentuneisuuden tunteista</u> ?	0	1	2	3	4
8. Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet huolestuneisuus tai ahdistuneisuus?	0	1	2	3	4
9. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että <u>et ole kvennyt selviytymään</u> kaikista niistä asioista, jotka sinun tulisi hoitaa?	0	1	2	3	4
10. Minkä verran sinulla on ollut <u>särkyjä</u> tai <u>kipuja</u> ?	0	1	2	3	4
11. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>keskittävää</u> tekemään jotain 10 min ajan?	0	1	2	3	4
12. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>muistaa tehdä tärkeitä asioita</u> ?	0	1	2	3	4
13. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>päätösten</u> tekemisessä?	0	1	2	3	4
14. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja ylläpitää keskustelua</u> ?	0	1	2	3	4
15. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>kävellä pitkiä matkoja</u> (esim. 1 km)?	0	1	2	3	4
16. Onko sinulla ollut vaikeuksia jossakin seuraavista: <u>peseytymisessä</u> tai <u>pukeutumisessa</u> , <u>wc:n</u> käyttämisessä tai <u>ruokailemisessa</u> ?	0	1	2	3	4
17. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>seksuaalisissa</u> toiminnoissa?	0	1	2	3	4
18. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>olla yksin</u> muutamia päiviä?	0	1	2	3	4
19. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>huolehtia terveydestäsi</u> kuten syödä hyvin, kuntoilla ja ottaa mahdolliset reseptilääkkeesi?	0	1	2	3	4
20. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja ylläpitää ystävyyssuhteita</u> ?	0	1	2	3	4
21. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>tulla toimeen läheistesi kanssa</u> ?	0	1	2	3	4

	EI VA- KEUKSIA	LIEVIÄ	KESKIN- KERTAI- SIA	SUURIA	ERITTÄIN SUURIA/ EN SELVÄ
22. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>päivittäisessä työssä tai opiskelussa</u> ?	0	1	2	3	4
23. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>hallita rahankäyttöäsi</u> ?	0	1	2	3	4
24. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>osallistua harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa?</u>	0	1	2	3	4

Oletko käyttänyt internettiä viimeisen 12 kk aikana

Sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, KELA, verohallinto)

Säännöllisesti Toisinaan En

Tietojen hakemiseen järjestöjen toiminnasta, tapahtumista tai palveluista

Säännöllisesti Toisinaan En

Vertaistuen hakemiseen päihde- tai mielenterveyskysymyksissä

Säännöllisesti Toisinaan En

Muun avun hakemiseen päihde- tai mielenterveyskysymyksissä

Säännöllisesti Toisinaan En

Sosiaaliseen mediaan

Säännöllisesti Toisinaan En

Mitkä ovat sinulle tärkeitä voimaa antavia asioita elämässäsi?

Kirjoita vapaasti palautetta ja näkemyksiä päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminnasta/palveluista (odotuksia, kehittämistarpeita, palautetta)

Kiitos vastauksistasi!