

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeiden tutkiminen

Pitkänen Tuuli & Tourunen Jouni, julkaistu 25.8.2016

Tiivistelmä

Päihde- ja mielenterveysjärjestöissä yhtenä keskeisenä tavoitteena on yksilön ja hänen läheistensä hyvinvoinnin lisääminen. Järjestöjä on paljon ja niiden toiminnan kohteet ja toimintatavat vaihtelevat. Tässä katsauksessa selvitetään aiemman kirjallisuuden perusteella päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeita ja palvelutarpeita sekä järjestökentän tutkimustarpeita. Katsauksessa on hyödynnetty pääasiassa suomalaista hyvinvointia koskevaa kirjallisuutta sekä järjestöjen tuottamia julkaisuja ja nettisivuja.

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen kenttä on laaja ja siksi järjestöjen tavoittamien kansalaisten kirjo on myös laaja. Järjestötoiminnan kohteena on niin akuutin päihde- tai mielenterveysongelman keskellä olevia kuin niistä toipuvia ja heidän läheisiään. Lisäksi järjestötoimintaan osallistuu toimijoita myös muista syistä kuin omien ongelmien kautta, joten järjestötoiminnan piirissä on sekä suurista hyvinvoinnin vajeista kärsiviä että varsin hyvinvoivia kansalaisia.

Hyvinvointi koostuu monista eri tekijöistä, joita on luokiteltu useilla eri tavoilla. Hyvinvoinnin arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä menettelytapaa. Tässä katsauksessa keskitytään yksilön kokemaan hyvinvointiin seuraavilla osa-alueilla: terveys, materiaallinen hyvinvointi, mielekäs tekeminen, osallisuus ja ihmissuhteet. Tutkimalla järjestöjen tavoittamien kansalaisten näkemyksiä omasta elämäntilanteestaan, toimintakyvystään ja palvelutarpeistaan on mahdollista saada monipuolista tietoa hyvinvoinnista ja siinä esiintyvistä vajeista.

Ydinviestit

- Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen kenttä on laaja ja moninainen. Toiminta tavoittaa suuren joukon erilaisia henkilöitä erilaisissa rooleissa asiakkaista aktiivitoimijoihin.
- Järjestöissä toivotaan tutkimustietoa hyvinvoinnista ja hyvinvoinnin vajeista arjessa, ”ihmisen äänen” esille tuomista.
- Hyvinvointi on laaja-alainen käsite, joka sisältää monia ulottuvuuksia. Hyvinvoinnin käsite tulee määritellä tutkimuskohtaisesti.
- Hyvinvoinnin osa-alueita voi luokitella monin tavoin. Tässä hyvinvoinnin osa-alueina tarkastellaan terveyttä, taloutta, ihmissuhteita, sekä mahdollisuutta mielekkääseen toimintaan ja osallisuuteen.
- Hyvinvoinnin vajeita arvioitaessa keskeistä on henkilön oma näkemys elämäntilanteestaan, toimintakyvystään ja palvelujen tarpeestaan.
- Järjestöillä on laaja kosketuspinta kansalaisiin. Niiden kautta on mahdollista tavoittaa ilmiöitä ja toimintoja, joita ei palvelujärjestelmässä välttämättä kohdata eikä tulkita. Laajojen ja toistuvien yhteisten kartoitusten avulla olisi hyvä kerätä tietoa yleisistä ilmiöistä ja trendeistä. Tarkastelua on kuitenkin tärkeä syventää myös laadullisten tutkimusten avulla.

Johdanto

Hyvinvointiin sisältyy yksilöä ja yhteisöä koskevia ulottuvuuksia. Yhteiskunta voi tukea väestön hyvin voinnin kokemusta tarjoamalla elämiseen puitteet, jotka mahdollistavat hyvän, terveen ja ihmisarvoisen elämän (THL 2015). Yksilöllinen hyvinvoinnin kokemus on monien asioiden summa, johon vaikuttavat yhteiskunnan rakenteiden ja palveluiden lisäksi yksilön oma toiminta ja henkilöhistoria (Maunu ym. 2016). Kolmannen sektorin toimijoilla on suomalaisessa yhteiskunnassa tärkeä rooli yksilöiden hyvinvoinnin tukemisessa ja rakentamisessa.

Päihde- ja mielenterveysongelmien ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen yhteyksien parantamista on viime vuosina korostettu kaikilla tasoilla, niin julkisissa palveluissa kuin järjestöjen toiminnassa (mm. Mieli 2009-työryhmä). Taustalla vaikuttaa tarve parantaa päihde- ja mielenterveystyön vaikuttavuutta, vahvistaa asiakkaan asemaa, osallisuutta ja kokemusasiatuntijuutta sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien tukemista entistä paremman koordinaation ja osaamisen kehittämisen kautta. Lisäksi erityisesti mielenterveystyössä on korostettu tarvetta laajentaa toimintaa ongelmien korjaamisesta mielenterveyttä edistäviin ja tukeviin työtapoihin.

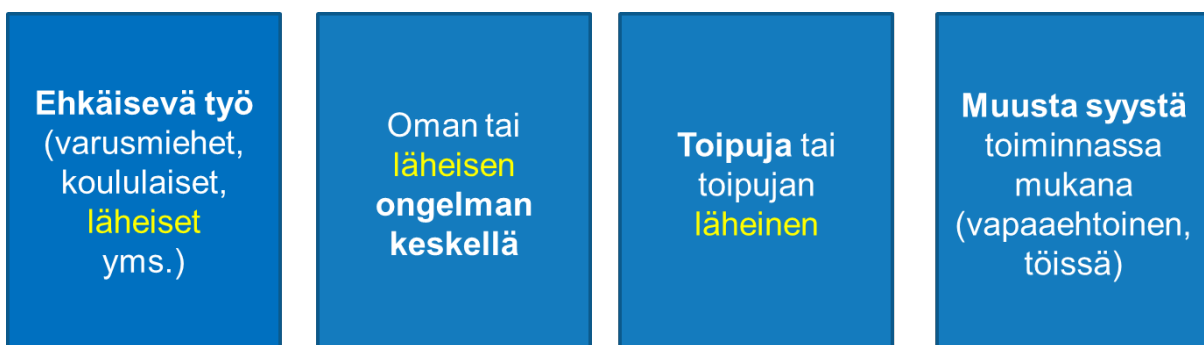
Suomeen on pitkällä aikavälillä ja erilaisista tarpeista syntynyt suuri ja hajanainen joukko päihde- ja mielenterveysjärjestöjä. Kymmenen järjestön yhteistyössä syntyneen *Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelman (MIPA)* yhtenä keskeisenä tavoitteena on tutkia järjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeita ja palvelun tarpeita. Tässä katsauksessa esitellään lyhyen järjestökuvauksen jälkeen aiempia tutkimuksia ja käsityksiä hyvinvoinnin vajeista ja palvelutarpeista järjestökentän tarpeiden näkökulmasta. Katsaus pohjustaa MIPA-hankkeessa toteutettua hyvinvointikyselyä päihde- ja mielenterveysjärjestöjen palvelujen asiakkaille ja toimintaan osallistuneille.

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen moninaisuus

Järjestö-käsitettä käytetään kuvaamaan rekisteröityjä yhdistyksiä, säätiöitä, liittoja ja keskusten nimikkeellä toimivia yleishyödyllisiä yhteisöjä ja niiden toimintaa (Dufva 2003). Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen MIPA-tutkimushankkeen valmisteluun osallistuneet kymmenen järjestöä (taulukko) ovat hyvin erilaisia toiminnan sisällön, tavoitteiden ja organisaatorakenteen osalta, mikä kuvastaa hyvin päihde- ja mielenterveysjärjestöjen kentän moninaisuutta laajemminkin. Järjestöistä kolmella on omia henkilöjäseniä, mutta viidessä keskusjärjestössä jäsenet ovat järjestöjä. Kahdella säätiöllä ei ole jäseniä eikä jäsenjärjestöjä. Näissä säätiöissä tehdään järjestöjen toimintaa tukevaa kehittämistyötä ja tuotetaan järjestöarvoihin pohjautuvaa palveluja.

Päihteisiin tai mielenterveyteen liittyvät asiat ovat vaikuttaneet järjestöjen syntymiseen ja toiminnan muotoutumiseen, mutta järjestöjen toiminnot ovat kehittyneet monimuotoisiksi riippuen kunkin järjestön tavoitteista ja historiasta. Järjestöjen toimintojen painopisteet suhteessa päihde- ja mielenterveysongelmiin poikkeavat toisistaan. Toisissa järjestöissä painopisteenä on enemmän ongelman keskellä olevien tukeminen, toisissa ennalta ehkäisevä työ tai toipujien kanssa toimiminen (kuvio). Muutamissa järjestöissä toiminta on niin laaja-alaista, että kohteina ovat periaatteessa kaikki kansalaiset.

Kuvio: Järjestöjen toiminta kohdistuu omaan tai läheisen päihde- tai mielenterveysongelmaan, mutta osin eri vaiheisiin ja erilaisista näkökulmista.



Toiminnan kohdistumista voidaan tarkastella myös toimijan roolin kautta. Rooleja ovat esimerkiksi vapaaehtoinen, vertainen, asiantuntija, työntekijä ja aktiivi osallistuja. Henkilö voi kuitenkin toimia samassakin järjestössä useassa erilaisessa roolissa ja roolien raja voi olla liukuva. Järjestöissä käytetyt käsitteet eri rooleista ovat vakiintuneet toiminnan kuluessa eri tavoin, mitä havainnollistaa Rissasen ja Puumalaisen (2016) katsaus vapaaehtoisuuden, vertaisuuden ja kokemusasiatuntijuuden käsitteistöön. Järjestömaailmassa työntekijän ja vapaaehtoistyön tekijän roolit voivat limittyä (Marjovuo 2014). Työhön on

saatettu hakeutua tai liukua järjestötoiminnan sisällöllisen tuntemisen kautta. Näin ollen päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tavoittamien kansalaisten joukkoa tarkasteltaessa ei ole mielekästä rajata pois myöskään työntekijöitä.

Yhteistä kaikille MIPA-tutkimusohjelmaan osallistuville järjestöille oli läheisten huomioon ottaminen toiminnassa. Läheisen osaa on mahdollista tarkastella sekä roolina että päihde- ja mielenterveysongelman sijoittumisen kannalta. Tässä on valittu jälkimmäinen tarkastelutapa (kuvio), koska läheiset toimivat monenlaisissa toiminnallisissa rooleissa järjestöissä yhtä lailla kuin muista syistä toimintaan osallistuvat henkilöt.

[Taulukkoon](#) on koottu kymmenen MIPA-tutkimusohjelmassa mukana olevan järjestön internet-sivuilleen laittamat lyhyet kuvaukset toiminnastaan ja kohderyhmistään. Esittelyistä käy havainnollisesti ilmi päihde- ja mielenterveysjärjestöjen erilaisuus.

Järjestöt tekevät yhteiskunnan palveluja täydentävää työtä omien toimintaperiaatteidensa ja tavoitteidensa mukaisesti lähellä kansalaisia. Tukikohta ry:n työntekijöiden haastattelusta (4/2015) kirjoitetut lyhennelmät antavat kuvaa suhtautumisesta ja toimintatavoista järjestökentällä myös laajemmin:

Kun ihminen tulee meidän toimintamme piiriin, niin hänet kohdataan kokonaisvaltaisesti. ”Tule meille sellaisena kuin olet”, niin siitä alkaa yksilöllinen polku.

On onnistuttu siinä että yksilö on kuntoutunut, löytänyt mielekästä tekemistä, tullut mukaan yhteiseen tekemiseen, saanut asunnon, päässyt korvaushoitoon tms.

On onnistuttu tekemään järjestönä avointa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Sitä kautta asiakkaidenkin asema paranee välittömästi tai välillisesti. Asiakkaiden asemaa on onnistuttu parantamaan, tuomaan heidän ääntään kuuluviin, tulemaan näkyvämmäksi tässä yhteiskunnassa, marginaalista keskemälle. Innovaatiot nousevat asiakaskunnasta.

Toimintaympäristö muuttuu jatkuvasti. Palvelut muuttuvat ympärillä. Kellään ei ole kokonaisnäkemystä asiakkaan tilanteesta, asiakas saa juosta siellä täällä, arki ei suju – tätä meidän järjestö yrittää paikata, tulla arkeen.

Päihde- ja mielenterveysjärjestötyössä on karttunut syvällistä näkemystä ja kokemusta kansalaisten hyvinvoinnista, jota on kirjattu erilaisiin järjestöjulkaisuihin ja kokoomateoksiin (mm. Niemelä & Dufva 2003). Myös Pekka Lundin (2006) kirja osoittaa, että järjestökentällä tunnetaan kansalaisten tarpeita ja analysoidaan järjestötoiminnan jatkuvasti muuttuvaa roolia. Tieteellistä tutkimusta järjestöistä on tehty varsin vähän suhteessa siihen, miten laajaa järjestötoiminta Suomessa on (ks. Hokkanen ym. 1999; Matthies 2007).

MIPA-tutkimusohjelman valmisteluvaiheen aikana toteutettiin 15 fokusryhmähaastattelua, joissa järjestöjen työntekijät, vapaaehtoiset ja vertaiset keskustelivat tutkimuksen roolista järjestöissä (Ahonen ym. 2013; Ahonen & Tourunen 2014). Haastatellut toivoivat erityisesti tutkimustoiminnan suuntaamista järjestöjen tavoittamien kansalaisten elämäntilanteisiin ja arkipäivään sekä päihde- ja mielenterveysongelmien palvelukokonaisuuden selvittämistä. Haastatellut kaipasivat lisää tietoa ongelmista kärsivien selviytymisestä ja toipumisesta arkielämän kannalta, omaisten ja läheisten asemasta sekä mahdollisuuksista jäljittää palveluiden ulkopuolelle pudonneita. Toimintojen kehittämisessä on hyötyä järjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvointia ja hyvinvoinnin vajeita koskevasta tiedosta.

Mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamassa vuosittaisessa ”Suomalaisten hyvinvointi” -julkaisussa arvioidaan säännöllisesti hyvinvointivaltion tilaa ja kehitystä uusinta tutkimustietoa hyväksi käyttäen. Viimeisimmän tiedon mukaan suomalaisten hyvinvointi on keskimäärin kehittynyt myönteiseen suuntaan, mutta väestöryhmien väliset erot ovat kasvaneet (Vaarama ym. 2014). Hyvinvointi ei jakaudu tasaisesti. Hyvinvointivaltion kannatus on suomalaisten keskuudessa edelleen vankkaa, eikä siinä ole tapahtunut viime aikoina suuria muutoksia.

Mitä hyvinvoinnilla oikeastaan tarkoitetaan? Erik Allardtin (1976) kehittämä hyvinvoinnin luokittelu kolmeen osa-alueeseen elintaso (Having), yhteisyysuhteet (Loving) ja itsensä toteuttamisen muodot (Being) on ollut keskeinen lähtökohta suomalaisessa hyvinvointikeskustelussa. Sitten hyvinvoinnista on tehty useita erilaisia luokitteluja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) internet-sivuilla hyvinvoinnin käsite on määritelty seuraavasti: ”Hyvinvoinnin osatekijät jaetaan yleensä kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Hyvinvointi-käsite viittaa suomen kielessä sekä yksilölliseen hyvinvointiin että yhteisötason hyvinvointiin. Yhteisötason hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat mm. elinolot, työllisyys ja työolot sekä toimeentulo. Yksilöllisen hyvinvoinnin osatekijöiksi taas luetaan sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma.”

Juho Saaren (2015) mukaan hyvinvointitutkimuksesta merkittävä osa on huono-osaisuuden tutkimusta. Saaren mukaan huono-osaisuuden tutkimus muodostuu monialaisesta kokonaisuudesta, jonka sisällöt limittyvät seuraaviin teemoihin: tulot, resurssit, menot, osallisuus, toimintakyky ja elämänlaatu. Huono-osaisuus ei ole mikään yhtenäinen ilmiö, minkä vuoksi tarkastelun kohde on rajattava tutkimuskohtaisesti.

Yhteisö ja yhteiskunta vaikuttavat yksilön hyvinvointiin ja vastaavasti yksilöiden hyvinvointi vaikuttaa yhteisön toimivuuteen. Järjestötoiminnassa on perinteisesti pyritty vaikuttamaan myönteisesti yksilöiden hyvinvointiin. Koettu hyvinvointi on noussut kiinnostuksen kohteeksi myös kunnissa. Kainulaisen (2014) mukaan Suomessa lainsäädäntö ja yleinen ilmapiiri ovat kääntyneet myötämielisiksi kuulemaan ihmisten omaa ääntä. Kuntia velvoitetaan jatkuvasti arvioimaan kuntalaisten sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden tilaa ja palveluiden oikeaa kohdistumista mahdollisiin vajeisiin. Koetun hyvinvoinnin näkökulmaa ollaan tuomassa muun muassa sähköisiin hyvinvointikertomuksiin.

Hyvinvoinnin käsite on sisällöltään laaja-alainen ja muodostuu siksi useista osatekijöistä. Hyvinvoinnin erilaisista osatekijöistä on olemassa erittäin paljon myös suomalaista tutkimusta. Esittelemme lyhyesti keskeisiä osa-alueita järjestökentän näkökulmasta.

Terveys

Fyysinen ja psyykinen terveys ovat keskeisiä hyvinvoinnin osatekijöitä. Terveyttä ja sen vajeita voidaan arvioida subjektiivisena kokemuksena sekä mitattavina ilmiöinä kuten sairastamisen ja hoidon määränä tai kuolleisuuskokemuksena.

Henkilön subjektiivinen kokemus omasta terveydentilastaan on todettu hyväksi työväliseksi ja sitä käytetään paljon yksilön tilannetta arvioitaessa sekä hoitotyössä että tutkimuksessa. Eläkeikäisten kohdalla subjektiivisen kokemuksen omasta terveydentilasta on todettu ennustavan myös kuolleisuutta viiden vuoden sisällä erityisesti miehillä (Helmer ym. 1999). Toisaalta hyvään terveyteen ja pitkäikäisyyteen on Ed Dienerin ja Micaela Chanin (2011) laajan kirjallisuuskatsauksen perustella yhteydessä myönteinen hyvinvoinnin kokeminen, kuten tyytyväisyys elämään, negatiivisten tunteiden vähyys, optimismi ja positiiviset tunteet.

Vakavaan psyykinen tai fyysinen sairaus ei automaattisesti tarkoita heikkoa hyvinvointia. Kokemus omasta terveydentilasta on yhteydessä sekä objektiiviseen tilanteeseen että siihen, miten ihminen suhteuttaa oman tilanteensa omaan henkilöhistoriaansa. Henkilö, jolla on ollut joku vakava sairaus, voi kokea terveydentilansa hyväksi, koska hän suhteuttaa kokemuksensa omiin mahdollisuuksiinsa ja aiempiin kokemuksiinsa. Esimerkiksi halvauksen jälkeen terveytensä hyväksi kokeva saattaa ulkopuolisesta näyttää sairaalta.

Psyykkistä tilaa kartoitettaessa on tärkeä selvittää sekä mahdolliset sairaudet että koettu hyvinvointi. Psyykkisen sairauden puuttumista ei voida Keyesin (2005) tutkimuksen perusteella tulkita psyykkisenä hyvinvointina. Toisin sanoen psyykinen sairaus ja hyvinvointi eivät muodosta jatkumon vastakkaisia päitä vaan ristikkäisen laajemman ulottuvuuden. Psyykkisellä terveydellä Keyes tarkoitti emotionaalista, psykologista ja sosiaalista hyvinvointia sekä psyykkisellä sairaudella masennusta, ahdistuneisuutta, paniikkihäiriötä ja alkoholi-riippuvuutta. Mielen hyvinvointiin vaikuttavat myös henkilön minäkuvan realistisuus ja itsetunto (mm. Mann ym. 2004). Suomen Mielenterveysseuran nettisivuilla (5.11.2015) mielenterveys on määritelty Maailman terveysjärjestöön viitaten seuraavasti: "*Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan.*"

Pitkäaikaissairaudet ja useiden erilaisten sairauksien kasautuminen lisäävät todennäköisyyttä heikkoon hyvinvointiin. Mm. jatkuvan kivun on todettu vähentävän erityisesti psyykkistä hyvinvointia ja heikentävän toimintakykyä (Gureje ym. 1998). Sairauksien ja hyvinvoinnin väliset yhteydet ovat monimutkaisia ja niihin vaikuttavat monet yksilölliset ja ympäristötekijät. Esimerkiksi sosiaaliluokkien välillä on todettu useissa kulttuureissa terveyseroja (mm. Maunu 2014; Smith & Foster 2014).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa on ollut tavoitteena seurata suomalaisten terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. ATH-tutkimuksen (Kaikkonen ym. 2014) perusteella suomalaisista aikuisista 61 % koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. ATH-tutkimuksessa lähes kolme neljästä (71 %) koki elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi. Koetun terveyden ja elämänlaadun keskinäinen selitysaste oli näillä yksittäisillä kysymyksillä yli 30 prosenttia; ATH-tutkimusaineistossa korrelaatio oli 0,57 ($p < 0.001$). Laitoshoidossa päihderiippuvuuden takia olleilta potilailta ($n=80$) kysyttiin vastaavat kysymykset (Pitkänen ym. 2014). Terveytensä koki hyväksi tai melko hyväksi

42 % ja elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi 46 % haastatelluista. Kysymysten keskinäinen korrelaatio oli yhtä korkea ($r = 0,52$ $p < 0.001$).

Materiaalinen hyvinvointi

Taloudellisen tilanteen oletetaan yleensä vaikuttavan hyvinvoinnin kokemukseen erityisesti niiden kohdalla, jotka elävät jatkuvassa niukkuudessa, mutta taloushuolet voivat heikentää hyvinvointia merkittävästi myös tulotasosta riippumatta. Talouteen liittyvään hyvinvointiin vaikuttavat omistusten ja käytettävissä olevien varojen lisäksi mm. velat ja kulutustottumukset sekä tulojen turvattu jatkuvuus.

Väestöä edustavan ATH-tutkimuksen mukaan (Kaikkonen ym. 2014) köyhyys ei ole kadonnut, vaan joka viides suomalainen oli rahanpuutteen vuoksi tinkinyt ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä. Erityisen yleisiä köyhyyskokemukset ovat vähemmän koulutetuilla.

Kainulaisen (2014) tutkimuksen mukaan köyhyys tai tulojen riittämättömyys menoihin ajaa ihmisiä ruoka-avun piiriin. Väestöön verrattuna tutkimukseen osallistuneiden ruoka-apua saavien ihmisten hyvinvointi on selvästi alhaisemmalla tasolla ja ero näkyi kaikilla tutkituilla hyvinvoinnin osa-alueilla, mutta erityisen selvästi taloudellisessa tilanteessa. Kainulaisen mukaan tyytyväisyys tai tyytymättömyys kertoivat myös siitä, että ihmisten elämälleen asettamat taloudelliset odotukset eivät olleet täyttyneet.

Materiaalinen hyvinvointi kattaa taloudellisen tilanteen lisäksi myös muita asioita kuten asumisen ja siihen liittyvän turvallisuuden. Saaren (2015) huono-osaisuutta koskevien tutkimusten perusteella erityisen heikossa asemassa ovat pitkäaikaisasunnottomat. Saaren mukaan asunnottomuus on vaje, johon kytkeytyvät muut äärimmäisen huono-osaisuuden tunnusmerkit, kuten sosiaalisten suhteiden haurastuminen, koulutuksen puute, pitkäaikaistyöttömyys ja ylivelkaantuminen.

Köyhyyttä ja huono-osaisuutta tutkittaessa on otettava huomioon, että vaikka ne ovat poliittisesti tärkeitä käsitteitä, niin yksilö- tai ryhmätasolla ne voidaan kokea leimaavina. Englantilaisen tutkimuksen (Shildrick & MacDonald 2013) mukaan monet köyhyydessä elävät eivät rinnastaneet itseään köyhiin ja paheksuivat köyhiä.

Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteydessä esiintyy monesti myös taloudellisia vaikeuksia ja toisinaan myös asumisen ongelmia (mm. Pitkänen & Tourunen 2015; Koivula ym. 2014; Ostamo ym. 2007). Näiden asioiden väliset yhteydet ovat monimutkaiset ja usein tilanne on muotoutunut pitkän ajan kuluessa. Työkykyisyydellä ja mahdollisuudella käydä töissä on keskeinen merkitys materiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Kolmannen sektorin palveluista merkittävä osa kohdistetaan vähävaraisiin tai yleisemmin taloudellisista ongelmista kärsiviin.

Mielekäs tekeminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) nettisivuilla esitetyssä luokituksessa terveyden ja materiaalisen hyvinvoinnin jälkeen kolmanneksi oli nimetty *koettu hyvinvointi ja elämänlaatu*, joka sisältää moniulotteisesti ja laaja-alaisesti monia erilaisia asioita kuten terveyden sekä taloudellisen ja sosiaalisen tilanteen. Tässä katsauksessa päädyttiin toisenlaiseen luokitteluun, jossa terveyden ja materiaalisen hyvinvoinnin lisäksi esitellään kolme toisiinsa limittyvää hyvinvoinnin osa-alueita: *mielekäs tekeminen, osallisuuden kokeminen ja ihmissuhteet*.

Mielekäs tekeminen sisältyi Allardtin (1993) hyvinvointia koskevaan luokitteluun olemisen (being) alakohtana tekeminen (doing). Mielekkääseen tekemiseen liittyy mahdollisuus toteuttaa itseään. Suomalaisessa yhteiskunnassa palkkatyö on keskeinen yhteisölliseen toimintaan osallistumisen ja elämän merkitykselliseksi kokemisen muoto työikäisten keskuudessa. Kaikki työikäiset eivät kuitenkaan ole työkykyisiä, eikä töitä ole riittävästi kaikille halukkaille. Mielekkään tekemisen järjestäjänä kolmannen sektorin rooli on merkittävä. Esimerkiksi Silfvastin (2010) kartoituksen mukaan Sininauhaliiton 88:sta jäsenjärjestöstä lähes puolessa (44 %) toteutettiin tukityöllistämistä.

Työtilanteen ja työkykyisyyden yhteys hyvinvointiin on monisyinen. Työttömyyden tiedetään usein olevan yhteydessä monenlaisiin muihin vajeisiin kuten taloudellisen toimeentulon ongelmiin, heikkoon terveyteen ja työkykyyn, yksinäisyyteen sekä heikoksi koettuun elämänlaatuun. Vaaraman ym. (2014, 326) tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla työttömillä oli heikoin elämänlaatu. Hyvä koulutus, terveys ja turvattu toimeentulo sekä työikäisillä turvattu työpaikka olivat ratkaisevan tärkeitä ihmisten hyvän elämänlaadun

rakennuspuita. Tulokset osoittavat myös psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisten suhteiden suuren merkityksen elämänlaadulle.

Tekemisen ja toiminnan kokeminen mielekkääksi on yksilöllinen asia, joka on tärkeä ottaa huomioon kun pyritään auttamaan toista henkilöä. Saikkonen ym. (2015) totesivat tutkimustulostensa perusteella, että vaikuttavinta oli sosiaalityö, jossa asiakas otettiin mukaan aktiivisena kansalaisena pohtimaan omaa tilannettaan, siihen vaikuttavia tekijöitä ja hänelle annettiin aito mahdollisuus osallistua oman tulevaisuutensa suunnitteluun.

Mielekästä tekemistä tulee olla sopivasti suhteessa omiin voimavaroihin niin ammattilaisilla, vertaisilla kuin vapaaehtoisillakin. Erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivillä voi olla vähäisesti voimavaroja tai vaikeuksia asettaa rajoja. Esimerkiksi Virokannaksen (2014, 23) tutkimuksen mukaan kokemus tarpeellisena olosta ja hyvän tekemisestä muille saattoi olla niin voimakas, että oma jaksaminen unohtui vapaaehtoistyön imussa. Osa piti vapaaehtoistoimintaa mielekkäänä jonkin aikaa ja koki sitten "kasvavansa pois" tästä tehtävästä. Marjovuon (2014) mukaan vapaaehtoistyöhön tulee voida osallistua oman kiinnostuksen ja voimavarojen mukaan, mikä ei tue ajatusta siitä, että järjestötoiminnalla pyrittäisiin yhteiskunnan toimien järjestelmälliseen paikkaamiseen.

Monet järjestöt ylläpitävät arjen elämistä tukevia päiväkeskuksia. Ne ovat yleensä matalan kynnyksen yksikköjä. Päiväkeskukset tarjoavat erilaisia mahdollisuuksia mielekkääseen tekemiseen ja osallisuuden kokemiseen. Lundin (2008) kartoituksen mukaan päihdetyön päiväkeskukset ovat tärkeä osa palveluketjua.

Järjestökentällä monet ovat kokeneet vertaistyön mielekkääksi toiminnaksi. Esimerkiksi Haikarainen kuvaa kirjan *Tää on meidän juttu* (2014, 5) esipuheessa vertaistyötä seuraavalla tavalla: "*Vaikka usein vertaistyötä aloittaessa on vielä itsellä päihdeidenkäyttöä, niin se usein jää pois duunia tehdessä. Sitä alkaa kuntoutumaan, kun päihdeiden tilalle on tullut muuta eli vertaistyötä ja tunne, että on osa tärkeää hanketta.*"

Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien saaminen mukaan harrastus- ja järjestötoimintaan on usein myös haasteellista. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (ATH) vastanneista 20 - 63 -vuotiaista joka viides oli päihde- tai mielenterveyshoidon "kynnyksellä" eli olivat käyttäneet palveluita tai olivat tiettyjen kriteerien mukaan arvioitavissa palveluiden tarpeessa oleviksi (Kaskela ym. 2014). Tutkimuksen perusteella päihdehoidon kynnyksellä olevat osallistuivat muita harvemmin harrastus- ja järjestötoimintaan. Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien osallistuminen painottui järjestötoimintaan, mutta harvemmin liikuntaharrastukseen. Keskeisinä järjestöjen toimintaan osallistumisen syinä mainittiin avun saaminen ja vertaistuki, osallistumisen esteinä puolestaan terveysongelmat ja tiedonpuute. Moni oli löytänyt järjestötoiminnan piiriin terveys-, sosiaali- ja työvoimaviranomaisten ohjauksesta. Tätä kanavaa olisi tärkeä kehittää edelleen.

Osallisuuden kokeminen

Osallisuudella ymmärretään yhteenkuuluvuuden tunnetta jossakin yhteisössä esimerkiksi opiskeluun, työhön, harrastus- tai järjestötoimintaan liittyen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen nettisivuilla (THL) osallisuuden on kuvattu ilmenevän yhteisön jäsenten arvostuksena, tasavertaisuutena ja luottamuksena sekä mahdollisuutena vaikuttaa. Osallisuuden kokeminen ja sosiaaliset verkostot toimivat suojaavina tekijöinä hyvinvointivajeita ja syrjäytymistä vastaan. Kuten Haikarainen (2014, 5) kirjoittaa kirjan *Tää on meidän juttu* esipuheessa, niin "*Kaikki ihmiset tarvitsevat toisia ihmisiä ja tunnetta, että kuuluu johonkin.*"

Antti Maunu (2014) on kirjoittanut katsauksen väestöryhmien välisistä terveyseroista ja niihin vaikuttaneista tekijöistä. Katsauksen perusteella keskeinen keino kaventaa sosioekonomisia terveyseroja on vahvistaa etenkin heikommassa asemassa elävien ihmisten sosiaalista luottamusta sekä luoda sellaisia kontakteja ja toimintavalmiuksia, joita luottamuksen syntyminen edellyttää. Maunun mukaan olennainen terveyden ainesosa on sosiaalinen pääoma, joka koostuu luottamuksesta, yhteisöllisyydestä ja osallisuudesta. Jos ihmisellä ei ole paikkaa maailmassa tai hän ei koe olevansa merkityksellinen muille ihmisille, hän sairastuu helpommin eikä jaksa pitää itsestään huolta.

Yhteisöllisyys on elämänlaatua vahvistava voimavara (Vaarama ym. 2014, 326). Mahdollisuus ja kyky liittyä yhteiskuntaan ei kuitenkaan ole kaikille itsestään selvää. Lundin (2006, 97) mukaan yhteiskunta voi olla tyly, jos ihmisellä on ollut vaikeuksia elämänhallinnan ja päihdeiden kanssa tai hän on ollut vankilassa. Tällöin voi olla vaikea saada asuntoa ja töitä, koska "leima ei lähde kulumallakaan".

Ympäristön asenteet ja ennakkoluulot voivat vaikuttaa yksilön mahdollisuuteen kokea osallisuutta. Mielenterveyden keskusliitto tuottamissa mielenterveysbarometreissa selvitetään asenteita ja siinä

tapahtuneita muutoksia. Mielenterveysbarometrin (2013) mukaan lähes neljännes suomalaisista ei halua olla tekemisissä mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kanssa.

Marginaalissa tai marginaalin marginaalissa elävillä tarkoitetaan Virokannaksen ym. (2014) mukaan ihmisiä, jotka eivät syystä tai toisesta käytä palvelujärjestelmän heille tarjoamia palveluja. Näitä ihmisiä on pyritty tavoittamaan matalan kynnyksen palveluilla sekä erilaisissa hankkeissa, joissa tavoitteena on ollut haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. Esimerkiksi Katuklinikka pyrki tavoittamaan kaikista marginaaleimmat ja sosiaali- ja terveystalvöjien ulkopuolelle jäävät päihdemaailmassa elävät ihmiset (Virokannas ym. 2014).

Syrjäytyneillä tarkoitetaan Lundin (2006, 9) mukaan ihmisiä, joiden on vaikea liittyä yhteiskuntaan: *”Heidän koulunkäyntinsä keskeytyy, ja heidän on vaikea työllistyä. Heidän asumisensa on epävarmaa, perhesuhteet vaikeat ja terveys ääri rajoilla. Heidän menneisyytensä on hurja, nykyisyytensä vaikeasti hallittava ja tulevaisuus pelottavasti avoin”*. Osallisuuden lisäämiseksi tulisi tehdä entistä enemmän työtä. Lundin (2006, 156) mukaan ihmiset ovat vastuussa toisistaan. Vaikka vastuu päihdeongelmasta on käytännössä kunnalla, niin vastuu palautuu kansalaisiin, sillä valtion ja kuntien asioista päätetään demokraattisten järjestelmien kautta.

Ihmissuhteet

Ihmissuhteilla on yleensä merkittävä hyvinvointia lisäävä vaikutus, mutta ihmissuhdeongelmat voivat ihmissuhteiden puuttumisen tavoin aiheuttaa myös huomattavaa vajetta hyvinvointiin. Jokaisen henkilön ihmissuhteet ovat ainutlaatuiset ja ne voivat muodostua hyvin monenlaisiksi sekä luonteeltaan että syvyydeltään. Ihmissuhteet eivät synny ja kanna itsestään. Novitskijin (2006) mukaan tullakseen toimeen itsensä ja muiden kanssa ihminen tarvitsee elämäntaitoja eli kykyjä, taitoja ja tekniikoita, jotka auttavat häntä selviytymään elämässään.

Päihde- ja mielenterveysongelmat vaikuttavat ihmissuhteisiin. Sosiaalisella verkostolla on monissa tutkimuksissa todettu olevan merkitystä toipumisen kannalta (mm. Pärttö ym. 2009). Läheisten tuki on usein toipumisen kannalta keskeistä, mutta ongelman keskellä elävällä itsellään ei välttämättä riitä voimavaroja ja taitoja ihmissuhteiden hoitamiseen. Törmän ja Huotararin (2010) haastattelemat nuoret olivat kokeneet omaiset tosi tärkeinä toipumisensa kannalta, mutta osa omaisista ei jaksanut tai pystynyt kohtaamaan nuoren huumeiden käyttöä.

Monet vanhemmat, puoliso, sisarukset, lapset ja ystävät kokevat arjessaan tuskaa läheisen päihde- tai mielenterveysongelman takia. Orfordin ym. (2013) mukaan ongelman laajuudesta sekä niiden taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta kuormittavuudesta huolimatta asia on usein käytännössä sivuutettu. Tutkimustulosten perusteella läheisten saamalla avulla on merkitystä sekä ongelmaasta kärsivän että läheisen itsensä kannalta. On tärkeää että läheiset jaksavat toimia yhteiskunnassa.

Ihmissuhteita muodostuu myös järjestöissä. Moni on saanut apua erityisesti vertaistuesta. Marjovuon (2014) mukaan vapaaehtoistyössä muodostuu persoonatonta ystävyyttä, mikä tarkoittaa jonkinlaista etukäteen vallitsevaa olotilaa ja tapaa suhtautua toisiin samaan suuryhmään kuuluviin ihmisiin. Persoonaton ystävyys muodostaa oman erilaisen maailmansa, jonka sisällä voi syntyä myös henkilökohtaista ystävyttä, mutta lähtökohtaisesti se ei ole oleellista tai välttämätöntä. Kun pohditaan mikä vapaaehtoisia pitää vapaaehtoistyössä ja mikä houkuttelee heitä palaamaan kerta toisensa jälkeen, voidaan yhtenä tekijänä Marjovuon mukaan pitää persoonatonta ystävyttä. Vapaaehtoistyön piiriin tulevat ihmiset pääsevät osalliseksi persoonattomasta ystävydestä ja sen synnyttämästä yhteenkuuluvaisuudesta.

Hyvinvointi ja taustatekijät

Hyvinvointiin vaikuttavat tekijät ovat erilaisia eri ikävaiheissa, esimerkiksi vanhempien kanssa asuvaan nuoreen, työssä käyvään aikuiseen ja eläkeläiseen kohdistuu erilaisia odotuksia ja heidän elämänvaiheissaan ovat eri asiat keskeisiä. Aikuisuuteen liittyy kehitystehtäviä, joiden saavuttaminen vaikuttaa yksilön hyvinvoinnin kokemukseen (mm. Pulkkinen 2014). Ongelmat terveydessä ja toimintakyvyssä heikentävät elämänlaatua, minkä vuoksi kaikkein iäkkäimmillä elämänlaatu usein heikkenee (Vaarama ym. 2014, 326). ATH-tutkimuksen (Kaikkonen ym. 2014) mukaan joka neljäs 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista oli kokenut suuria vaikeuksia arkiaskareissa suoriutumisessa.

län ja syntymäajan lisäksi hyvinvoinnin kokemukseen voivat vaikuttaa myös monet muut asiat kuten sukupuoli, perhetilanne, asumistilanne, koulutus, sosiaaliluokka, persoonallisuus, kulttuuritausta ja

uskonnollinen vakaumus. Hyvinvointia kartoitettaessa ja ihmisryhmien hyvinvointia vertailtaessa on otettava huomioon sekä elämäntilanne ja kulttuuriympäristö että elämänvaihe. Esimerkiksi Virokannaksen ym. (2014) mukaan päihdemaailmassa elävät naiset ovat erityisen haavoittuva ryhmä. Heitä on vaikea tavoittaa sosiaalityön keinoin, sillä naiseuteen liittyy päihdemaailmassa häpeää ja kontrollin pelkoa. Sukupuoliroolit ovat päihdemaailmassa traditionaaliset.

Järjestöjen toimintoja kohdistetaan eri elämänvaiheisiin ja elämäntilanteisiin. Joissakin järjestöissä myös uskonnollisella vakaumuksella on keskeinen merkitys. Sininauhaliitossa on tehty tutkimuksia kristillisestä päihdetyöstä. Lundin (2015, 104) mukaan kristillisellä päihdetyöllä on yhteinen eetos, mutta se ei löydy perinteisesti hengelliseksi katsottujen näkökulmien ja työmenetelmien alueelta vaan välittämistä ja hyväksymisestä. Kanervan (2011) haastattelujen perusteella keskeistä on elämän merkityksellisyuden kokeminen, joka voi löytyä mm. pienistä arjen asioista tai uskosta.

Tietotekniikan käyttötaidot ja käyttömahdollisuudet ovat uusia hyvinvointiin ja ihmisten eriarvioistumiseen vaikuttavia taustatekijöitä. Syrjäytymistä voi tapahtua myös palvelujen ja sosiaalisen yhteydenpidon siirtyessä enenevässä määrin nettiin. Myös toisenlaista syrjäytymistä voi tapahtua, jos teknistä kehitystä ei oteta huomioon esimerkiksi järjestötyössä. Heikki Lauhan (2014) mukaan verkko ja sosiaalinen media ovat keskeinen osa nuoren kasvuympäristöä eikä fyysistä ja verkkomaailmaa voida tänä päivänä enää erottaa toisistaan. Mikäli nuorisotyö ei kykene reagoimaan tähän muutokseen, se on vaarassa jättäytyä nuorten keskeisen kasvuympäristön ulkopuolelle.

Erittäin keskeistä hyvinvoinnin kokemuksen kannalta on mahdollinen ongelmien kasautuminen tai pitkittyminen. Ihminen voi ajautua kehään, jota on vaikea ratkaista, sillä syy- ja seuraussuhteet eivät koskaan ole yksiselitteisiä. Esimerkiksi työttömyys voi vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja hyvinvointiin, mutta toisaalta heikko terveys tai työkyky voi vaikeuttaa työllistymistä tai johtaa työn menettämiseen. Työttömyyden pitkittyessä hyvinvoinnin vajeet saattavat useilla osa-alueilla kasautua ja lisätä yksilön riskiä syrjäytyä työmarkkinoilta ja yhteiskunnasta.

Hyvinvoinnin arvioiminen

Hyvinvointi koostuu monista eri tavoin määritellyistä osa-alueista, joten hyvinvoinnin arvioimiseksi ei myöskään ole olemassa yhtä tapaa tai mittaria. Hyvinvointiin vaikuttavia asioita voidaan arvioida yksilön subjektiivisten kokemusten perusteella esimerkiksi kysymällä henkilön omaa arviota terveydentilastaan tai varallisuudestaan. Subjektiivisia arvioita tehdessään yksilöt suhteuttavat näkemyksensä yleensä aiempiin kokemuksiinsa. Ihminen vertaa asemaansa suhteessa odotuksiinsa ja ympäristöönsä, minkä vuoksi keskimääräisen elintason noustessa väestön keskimääräinen onnellisuus ei kasva (Moisio ym. 2014), vaan tilanteen muuttuessa, kuten elintason noustessa vaatimukset muuttavat muotoaan.

Arvioita voidaan tehdä myös ulkopuolelta mittaamalla esimerkiksi sairaalapäivien tai käytettävissä olevien tulojen määrää tai kuolleisuutta (esim. Maunu 2014). Ulkopuolelta voidaan seurata yleisiä trendejä ja asettaa tiettyjä raja-arvoja esimerkiksi työttömyyden kestolle, pienituloisuudelle ja sairastavuudelle. Mitattavia asioita voidaan käyttää taustatietoina, joista on apua yksilöllisen tilanteen suhteuttamisessa sekä erilaisia ryhmiä vertailtaessa. Ulkoisten indikaattoreiden perusteella ei kuitenkaan tule vetää johtopäätöksiä yksilötasolle, sillä hyvinvoinnin kokemiseen vaikuttavat lisäksi persoonalliset ja yksilön elämänkulkuun liittyvät tekijät.

Subjektiivisen hyvinvoinnin mittaamiseen on olemassa ohjeistuksia. Kansalliset tilastovirastot saavat subjektiivista hyvinvointia koskevat kysymykset EU-komission asetuksena (Eurostat). Merja Kallio-Peltoniemi (2012) on kuitenkin nostanut esille viisi kyselyyn liittyvää ongelmakohtaa, jotka koskevat hyvinvoinnin sisällön määrittelyä, subjektiivisiin hyvinvointikysymyksiin vastaamisen tapoja, elämän merkityksellisyuden monitulkintaisuutta, vastaajan käsitysten ja käytettyjen vastausskaalojen vaikutuksia sekä maiden välisiä eroja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) nettisivuilla on hyvinvoinnin mittaamisesta nostettu objektiivisten (mitattavasta kohteesta riippumattomien) ja subjektiivisten (kohteet huomioon ottavien) mittareiden lisäksi jaottelu myönteisen (positiivisen) ja kielteisen (negatiivisen) mittaamisen välillä. Hyvinvoinnin kääntöpuolta mitattaavien menetelmien käyttöä on perusteltu sillä, että varsinkin ulkopuolisen tutkijan on helpompi arvioida sitä, mikä on ihmiselle mahdollisesti vahingollista kuin sitä, mikä lisää hänen hyvinvointiaan.

Elämäntilanne

Elämäntilannetta koskevia kysymyssarjoja on olemassa hyvin monenlaisia, mikä tekee eri tutkimusten vertaamisen vaikeaksi. Hyvin yleisesti käytetään kysymyksiä tyytyväisyydestä elämän eri osa-alueisiin sekä osa-aluetta koskevia faktakysymyksiä. Esimerkiksi THL:N alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen lomakkeessa on kysytty tyytyväisyyttä viimeisimpään työhön sekä arviota työn psyykkisestä ja fyysisestä rasittavuudesta (ATH 4.4.2016). EuropASI:n (EMCDDA) keskeisiin teema-alueisiin sekä hoitotyöhön pohjautuviin kokemuksiin perustuen A-klinikkasäätiöllä on kehitetty yksinkertainen menetelmä, jolla voidaan kartoittaa henkilön näkemystä omasta elämäntilanteestaan. Mittari sisältää kymmenen osa-aluetta ja asteikkona käytetään kouluarvosanaa (4 – 10) (Pitkänen & Tourunen 2015).

Subjektiiivista kokemusta ja siinä tapahtuneita muutoksia voidaan seurata käyttämällä samaa arviointimenetelmää useamman kerran. Tiedon luotettavuuden ja tulkinnan kannalta on hyvä jos mittauspisteitä on useita. Mikäli seurantatietoa ei ole mahdollista saada, henkilön omaa näkemystä muutoksesta voidaan kysyä häneltä itseltään retrospektiivisesti. Opioidien lääkkeellisessä korvaushoidossa olleita asiakkaita (n=70) pyydettiin arvioimaan elämäntilanteensa eri osa-alueita haastattelun aikaan sekä silloin, kun he olivat tulleet hoitoon (Kaskela ym. 2011). Keskimäärin he arvioivat fyysisen ja psyykkisen terveytensä sekä ihmissuhteidensa parantuneen hoidon aikana, mutta heidän arvionsa työn, toimeentulon ja talouden osalta oli matala, eivätkä he olleet kokeneet suuria muutoksia näillä alueilla.

Toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen edellytyksiä selviytyä itselle merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää (THL). Tähän määritelmään liittyen toimintakyky on jäsenetty neljään ulottuvuuteen: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto ylläpitää Toimia-nettisivuilla tietokantaa, johon on koottu noin 80 toimintakykymittaria kuvauksineen (Toimia). Mittarien runsas määrä kuvaa sekä toimintakyvyn mittaamisen tärkeyttä että toimintakyvyn käsitteen laaja-alaisuutta.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) tarjoaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen kuvata, tutkia ja vertailla terveyteen liittyvää toimintakykyä ja sen rajoitteita (WHO 2001). ICF-luokitus on osa Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälistä ”luokitusperhettä” ja täydentää kansainvälistä ICD-tautiluokitusta (International Classification of Diseases). Toimintakyvyn vaikuttavat psykososiaaliset vaikeudet eli toimintarajoitteet syntyvät psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Ne sisältävät sekä vajavuuksia että suoritus- ja osallistumisrajoitteita. ICF-koodisto on laaja ja sen käyttö vaatii koulutuksen.

Toimintakyvyn ja subjektiivisen hyvinvoinnin välillä on vahva toinen toisiinsa vaikuttava yhteys. Ihmiset, joiden toimintakyky on heikentynyt fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten tai taloudellisten haasteiden takia, ovat myös vaarassa jäädä tarvitsemiensa palveluiden tai sosiaalisen tuen saavuttamattomiin (Juntunen 2014). Toimintakyvyn vajeita voidaan tarkastella tietyiltä osin koettujen psykososiaalisten vaikeuksien kautta.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden sekä neurologisten häiriöiden yhteydessä yleisten toimintakyvyn vaikeuksien kartoittamiseksi on kehitetty laajan tutkimustyön pohjalta tiivis ja helposti käytettävä PARADISE24-kysymyssarja. Menetelmä kehitettiin EU-hankkeessa, jotta saataisiin useiden eri häiriöiden yhteydessä yhtenäistä ja vertailukelpoista tietoa psykososiaalisten vaikeuksien määrästä ja laadusta hoitotyötä, tutkimusta ja poliittista päätöksentekoa varten (Cieza, Anczewski ym. 2015). Monien häiriöiden ja sairauksien hoidossa elämäntilanteen huomioon ottaminen on laiminlyöty. PARADISE24 tarjoaa konkreettisen välineen toimintakyvyn vaikeuksien kartoittamiseen (Cieza, Sabariego ym. 2015). Menetelmän käytöstä päihdeongelmien yhteydessä on saatu Suomessa varsin myönteistä palautetta sekä työntekijöiltä että asiakkailta (Pitkänen ym. 2014; Saukkonen 2014). Vaikeuksien ja ongelmien tunnistaminen on askel kohti muutoksen ja avun saamisen mahdollisuutta.

Toimintakyvyn liittyvät ongelmat ovat suuria ja varsin samankaltaisia sekä mielenterveys- että päihdeongelmista kärsivien henkilöiden kohdalla (Pitkänen ym. 2016). Suurista mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsineet eivät kokeneet saaneensa sosiaalista tukea yhtä lailla kuin neurologisista vaikeuksista kärsineet henkilöt (Kaloyan ym. 2016). Ongelmat vaikuttavat kokonaisvaltaisesti yksilön elämäntilanteeseen ja syy-seuraussuhteet ovat moninaiset ja niihin vaikuttavat sekä yksilölliset että ympäristötekijät. Psykososiaaliin vaikeuksiin yhteydessä olevia yksilöllisiä tekijöitä ovat Sabariegon ym. (2015) tutkimuksen mukaan mm. samanaikaisten muiden sairauksien määrä, oma arvio terveydentilasta,

stressin määrä, sopeutumiskyky, näkemys siitä miten terveysongelma on vaikuttanut persoonallisuuteen, itsensä arvostaminen ja itsetunto sekä oman ja lähiympäristön sopeutuminen tilanteeseen. Ympäristötekijöistä keskeisiä kuormitukseen vaikuttavia tekijöitä olivat mm. rakennetun ympäristön puutteet ja perheenjäsenten terveysongelmat.

Palvelukokemukset

Kokemukset palveluiden tarpeisiin vastaamisesta ovat yhteydessä hyvinvoinnin kokemukseen. Hyvinvointivaltion tehtävänä pidetään yleensä peruslähtökohtien tarjoamista kaikille kansalaisille. Julkiset palvelut eivät kata, eivätkä voi kattaa ihmisten moninaisia tarpeita. Järjestöillä on keskeinen rooli hyvinvoinnin vajeiden tunnistamisessa sekä täydentävien palvelujen ja toimintojen kehittämisessä (mm. Murto 2003). Sekä palvelujen käyttäjien että palveluverkoston ulkopuolelle jäävien henkilöiden kokemusten tutkiminen on tärkeää (mm. Pitkänen ym. 2016).

Palvelujen tarpeista ja saadusta avusta on saatu tietoa väestökyselyillä (mm. ATH ja LapsYTY). Palveluverkosto on kuitenkin laaja ja monimuotoinen, joten kattavat kyselyt ovat hyvin raskaita. Monia ongelmia kokeeet ja palveluja siksi paljon käyttävät jättävät helposti vastaamatta väestökyselyihin. Esimerkiksi LapsYTY-kyselyyn kerättiin täydentävää tietoa haastatteleamalla päihdehoidon asiakkaita (Perälä ym. 2014; Pitkänen ym. 2014)

Palveluista saadaan tietoa asiakastyytyväisyyskyselyiden sekä asiakkaisiin kohdistuvien tutkimusten avulla (mm. Pitkänen & Tourunen 2015; Tammi ym. 2011). Rekisteritutkimusten avulla on mahdollista saada tietoa palvelujen käyttäjistä (mm. Pitkänen 2009; Pitkänen ym. 2016), mutta subjektiivisesta kokemuksesta ei saada tietoa rekistereistä. Palvelujen ulkopuolella olevien henkilöiden näkemyksiä ja kokemuksia palveluista on tutkittu mm. matalan kynnyksen palveluiden yhteydessä (mm. Koivula ym. 2014). Myös nettipalvelut ovat tuoneet uuden ulottuvuuden palveluverkoston sekä uusien palvelujen että uudenlaisen syrjään jäämisen näkökulmasta. Tärkeää tietoa palvelukokemuksista sekä kuntoutumisen prosessista saadaan syvällisillä laadullisilla analyysillä (mm. Rissanen 2015).

Järjestöissä on kehitetty erilaisia toimintamuotoja, joiden kautta tuki- ja lähipalveluita on pyritty viemään asiakkaiden luokse (Juntunen 2012). Lähipalveluita kaikille-hankkeessa on käytetty mm. ovensuukyselyitä, etsivää vanhustyötä ja sosiaalista isännöintiä (Juntunen 2014). Verkostoyhteistyön avulla on pyritty auttamaan heikossa asemassa olevia ihmisiä ja siten kohentamaan heidän hyvinvointiaan.

Päihde- ja mielenterveysjärjestöt tiedon tuottajina

Vaikka hyvinvointia ja siinä tapahtuvia muutoksia koskevaa tutkimusta on Suomessakin tehty paljon, niiden perusteella on vaikea tehdä johtopäätöksiä järjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeista. Järjestötoimintojen kehittämisen ja arvioimisen tueksi tarvitaan yhteisiä sisällöltään laaja-alaisia ja helposti toistettavia tutkimusmenetelmiä, jotka soveltuvat useiden erilaisten järjestöjen tarpeisiin. Määrällisten tutkimusten rinnalla tarvitaan myös syventäviä laadullisia tutkimuksia, jotka paneutuvat ajankohtaisiin erityiskysymyksiin. Tietoa voidaan hyödyntää sekä järjestö- että palvelutoiminnan kehittämisessä.

Myöskään kuva järjestöjen tekemästä tutkimus- ja selvitystyöstä ei ole tarkka. SOSTE ry:n tutkimus- ja tiedontuotantokyselyyn (2012) vastanneista järjestöistä 65 % (n=44) ilmoitti, että järjestöissä on jatkuvaa tutkimustoimintaa. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta järjestöissä on kuitenkin vähän päätoimisia tutkijoita, useimmiten alle viisi tutkijaa/järjestö. Noin puolella vastanneista järjestöistä tutkimukseen ei ollut budjetoitu lainkaan rahaa. Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa oli kuitenkin vilkasta, sillä 81 %:lla vastanneista järjestöistä oli jonkinlaista tutkimustoimintaan liittyvää yhteistyötä yliopistojen, muiden oppilaitosten tai muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyö oli useimmiten luonteeltaan hankekohtaista tai opinnäytetöihin liittyvää. Kyselyn perusteella tutkimus nähdään kuitenkin tärkeänä osana järjestöjen toteuttamaa kehittämis- ja arviointityötä. Järjestöjen tekemän tutkimuksen tavoitteena pidetään etenkin tiedon tuottamista oman toiminnan kehittämiseen sekä vaikuttamis- ja edunvalvontatyön tukemiseen. Järjestöjohtajien haastatteluisissa tarpeellisina tutkimusteemoina korostuivat isot yhteiskunnalliset muutokset, kansalaisten hyvinvoinnin taustatekijät, ennaltaehkäisevä työ (syrjäytyminen, elämäntavat) sekä järjestöjen toiminta ja toimintaedellytykset.

Erilaiset barometrikyselyt (järjestö-, kansalais-, sosiaali- ja mielenterveysbarometrit) kertovat, etteivät hoito ja tuki välttämättä saavuta niitä, jotka ovat eniten avun tarpeessa. Tästä näkökulmasta avautuu tarve erityisesti järjestöjen ruohonjuuri- ja kokemusasiantuntijatietoa hyödyntävälle tutkimustoiminnalle. Järjestötyö on tärkeää sosiaali- ja terveyspoliittisena toimintaa, joka voi tutkimustiedon avulla entistä paremmin vaikuttaa yhteiskunnallisiin epäkohtiin sekä edistää kansalaisten osallisuutta ja hyvinvointia.

Julkisen sektorin tutkimus- ja seurantajärjestelmät kattavat ja tunnistavat vain pienen osan päihde- ja mielenterveystyön järjestöpohjaisesta toiminnasta, joten on tärkeää, että myös järjestöt itse ottavat osaa tiedonkeruuseen ja tiedon analysointiin. Järjestöillä on laaja kosketuspintaa kansalaisiin mm. erityyppisten matalan kynnyksen palveluiden ja vertaistoiminnan kautta. Näin on mahdollista tavoittaa ilmiöitä ja toimintoja, joita ei julkisen sektorin palvelujärjestelmässä välttämättä kohdata eikä tutkita. Tarvitaan yhteistä ja jatkuvaa tutkimusta kansalaisten hyvinvoinnista ja sen vajeista sekä siitä, miten järjestöt voivat parhaiten vastata toimintansa tavoittamien ihmisten tarpeisiin: toisaalta tukea terveyttä ja hyvinvointia edistäviä tekijöitä ja toisaalta auttaa elämäntilanteen vaikeuksissa.

Kiitokset

Kiitämme Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelmassa (MIPA) mukana olevia järjestöjä ja hankkeen rahoittajaa Raha-automaattiyhdistystä.

Kirjoittajat ja julkaisun tiedot

Tuuli Pitkänen, FT, vanhempi tutkija, A-klinikkasäätiö
Jouni Tourunen, YTT, tutkimuspäällikkö, A-klinikkasäätiö
Yhteyshenkilö: Tuuli Pitkänen, A-klinikkasäätiö; tuuli.pitkanen@a-klinikka.fi

Avainsanat: hyvinvointi, tutkimus, päihteet, mielenterveys, järjestöt, kirjallisuuskatsaus
ISSN: 2343-3876

Copyright: © Pitkänen & Tourunen. Julkaisu on vapaasti käytettävissä ja levitettävissä, kunhan kirjoittajat ja alkuperäinen lähde mainitaan.

Taulukko

Lähteet

Taulukko Kymmenen päihde- ja mielenterveysjärjestön toiminnan kuvaus ja kohderyhmä siten kuin ne on esitetty järjestöjen internet-sivuilla 21.9.2015

A-kiltojen liitto ry

www.a-kiltojenliitto.fi

A-killat ovat itsenäisiä, rekisteröityjä yhdistyksiä, jotka tarjoavat paikkakunnallaan päihdetoipujille vertaistukea ja päihteetöntä toimintaa.

A-kiltatoiminta on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumatonta. Mukaan ovat tervetulleita **kaikki päihdetoipujat, heidän läheisensä sekä toipumisen edistämisestä kiinnostuneet.**

A-klinikkasäätiö

www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaaatio

A-klinikkasäätiö on vuonna 1955 perustettu järjestö ja palveluntuottaja.

A-klinikkasäätiön hoito- ja kuntoutuspalvelut, ehkäisevä päihdetyö ja asiantuntijapalvelut vähentävät päihdehaittoja ja muita psykososiaalisia ongelmia. Samalla A-klinikkasäätiö parantaa **päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä** asemaa.

EHYT ry

www.ehyt.fi

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry toimii koko maassa ja **koko väestön parissa** terveiden elämäntapojen edistämiseksi. Työ ulottuu lapsista ja nuorista työ- ja eläkeikäisiin.

Alkoholiin, tupakkaan ja huumeisiin liittyvän ehkäisevän työn ohella EHYT ry ehkäisee pelaamisesta syntyviä haittoja sekä edistää päihteetöntä liikennettä.

FinFami Uusimaa ry

www.otu.fi

FinFami Uusimaa ry - Omaiset mielenterveyden tukena on tarkoitettu **psykkisesti sairastuneiden omaisille ja läheisille.**

Toiminnan tavoitteena on tukea monipuolisesti eri elämäntilanteissa olevien ja eri-ikäisten omaisten hyvinvointia. Yhdistys tarjoaa omaisille yksilö- ja perhetapaamisia, ryhmiä, luentoja, kursseja ja virkistystoimintaa.

Irti huumeista ry

www.irtihuumeista.fi

Irti Huumeista ry toimii **huumeiden käyttäjien ja heidän läheistensä** tukena ja äänitorvena sekä tekee ehkäisevää päihdetyötä.

Toiminnan tarkoituksena on huumeiden käytön ennaltaehkäisy, huumeiden käyttäjien tukeminen käytön lopettamiseksi, käyttäjien läheisten tukeminen, vaikuttaminen ehkäisevän ja korjaavan huumeiden kehittämiseksi maassamme, työskentely rajoittavan huumeidenpolitiikan säilyttämiseksi ja huumeiden käyttäjien ja heidän läheistensä edunvalvonta.

Tarjoamme sekä yksilölähtöistä että perhekeskeistä tukea ja apua huumeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen.

Kuntoutussäätiö

www.kuntoutussaaatio.fi/saaatio

Olemme kuntoutuksen tutkija, kehittäjä, arvioija, kouluttaja ja tiedottaja. Lisäksi tuotamme kuntoutuspalveluita.

Tavoitteenamme on

- kehittää ja arvioida kuntoutuksen uusia toimintamalleja **erityisesti heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien väestöryhmien** tarpeisiin

- tutkia ja arvioida nykyisten kuntoutuskäytäntöjen kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta

- tutkia ja arvioida koko kuntoutusjärjestelmän toimivuutta

- kehittää **sairausryhmäkohtaista kuntoutusta**

- kehittää ja arvioida **työssä jatkamista tukevia** toimintamalleja

- välittää ajankohtaista kuntoutusalan **tietoa sekä asiantuntijoille että kansalaisille**

- järjestää kuntoutuksen täydennyskoulutusta

Arvomme ovat vastuullisuus, arvostus, dynaamisuus sekä avoimuus ja luovuus.

Mielenterveyden keskusliitto

www.mtkl.fi/liitto

Mielenterveyden keskusliitto valvoo ja ajaa **mielenterveyspotilaiden, mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä** etuja yhteiskunnassa, toimii asiantuntijana heitä koskevissa kysymyksissä ja kehittää tarvittavia palveluja.

Toiminnan punainen lanka on vapaaehtoisuus ja vertaistuki. Toiminnassa yhdistetään kokemusasiantuntemus ja ammatillisuus.

Sininauhaliitto

www.sininauhaliitto.fi/organisaatio/sininauhaliitto

Sininauhaliitto on kristillisten päihdejärjestöjen keskusliitto, jonka toiminta-ajatuksena ja perustehtävänä on palvella

jäsenyhteisöjään ja kristillisiä seurakuntia ehkäisevässä päihdetyössä, päihdehaittojen ja syrjäytymisen vähentämisessä, riippuvuudesta toipumisesta ja elämän eheytymisessä.

Suomen Mielenterveysseura

www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura

Suomen Mielenterveysseuran perustehtävä on mielenterveyden edistäminen ja ongelmien ehkäisy. Mielenterveysseura puolustaa **kaikkien yhtäläistä oikeutta hyvään mielenterveyteen.**

Tukikohta ry

www.omaistet.net

Tukikohta ry (aiemmin Omaiset Huumeiden Tukena ry) on päihdealan järjestö, joka kehittää päihdeitä käyttäville ja kuntoutuville asiakkaille suunnattuja avohoidollisia päihdepalveluja sekä tarjoaa tukea ja apua **päihdeitä käyttäville, kuntoutujille ja heidän läheisilleen.** Vuonna 2000 perustettu järjestö on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton. Päihdeitä käyttävien, kuntoutuvien ja heidän läheistensä palveluiden parantaminen on järjestön toiminnan keskeinen tavoite. Siksi koko olemassaolonsa ajan järjestö on pyrkinyt toiminnallaan vaikuttamaan yhteiskunnallisiin epäkohtiin esimerkiksi päihdepalvelujärjestelmässä ja muuttamaan vallitsevaa asenneilmapiiriä hoitomyönteisemmäksi päihdeitä käyttäviä kohtaan. Tukikohta ry:n perustehtävä on päihdeitä käyttävien, päihdekuntoutujien ja heidän läheistensä kanssa tehtävä asiakastyö.

[TEKSTIIN](#)

Lähteet

Ahonen, J. & Tourunen, J. (2014): Järjestötutkimus ihmisten arjen ja palvelukokemusten välittäjänä? Tiimi 1; s. 24-25.

Ahonen, J., Terävä, K., Ala-Kauhaluoma, M. & Tourunen, J. (2013): Järjestölähtöiselle päihde- ja mielenterveystyön tutkimukselle on tilausta. Kuntoutus 4; s. 59-64.

Allardt, E. (1993): Having, loving, being: an alternative to the Swedish model of welfare research. Teoksessa: Nussbaum, M. & Sen, A. (toim.): The Quality of Life. Clarendon Press, Oxford

Cieza A., Anczewska M., Ayuso-Mateos, JL., Baker M., Bickenbach J., Chatterji S., Hartley S., Leonardi, M., Pitkanen T. & the PARADISE Consortium (2015): Understanding the impact of brain disorders: towards a 'horizontal epidemiology' of psychosocial difficulties and their determinants. *Plos one* 2015 Sep 9th 10(9): e0136271. doi: 10.1371/journal.pone.0136271. eCollection 2015.

Cieza A., Sabariego, C., Anczewska, M., Ballert, C., Bickenbach, J., Cabello, M., Giovannetti, A., Kaskela, T., Leonardi, M., Mellor B., Pitkanen T., Raggi A., Świtaj P., Chatterji S. & the PARADISE Consortium (2015): PARADISE 24: a measure to assess the impact of brain disorders on people's lives based on the hypothesis of 'horizontal epidemiology'. *Plos One*. July 6th 2015 1-15. DOI:10.1371/journal.pone.0132410

Diener, E. & Chan M. (2011): Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Article first published online: 27 JAN 2011. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x

Dufva, V. (2003): Sosiaali- ja terveystyöjärjestöperheet kuvassa. Teoksessa Niemelä J. & Dufva V. (toim.): Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat: Sosiaali- ja terveystyöjärjestöt uudella vuosituhannella. PS-kustannus: s. 11-29.

EMCCDA. EuropASI (luettu 5.11.2015) <http://www.emccda.europa.eu/html.cfm/index3647EN.html>

Eurostat (luettu 5.11.2015) http://ec.europa.eu/eurostat/documents/1012329/6071326/2013_Module_Well-being.pdf/93ac2517-f6ac-4ed5-8c42-ca89568ea5c9

Haikarainen, S. (2014): Esipuhe teoksessa Virokannas H. (toim.), Osolanus, L. & Varonen T.: Tää on meidän juttu. Päihdetyön vertaistoiminnan opas. Esimerkkejä vertaisten ja ammattilaisten yhteistyöstä Osis-hankkeessa. http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/osis_opas.pdf

Helmer, C., Barberger-Gateau, P., Letenneur, L. & Dartigues J-F. (1999): Subjective Health and Mortality in French Elderly Women and Men. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 54B (2): S84-S92.

Hokkanen, L., Kinnunen, P. & Siisiäinen, M. (toim.) (1999): Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnanmoninaisuudesta, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.

Juntunen, A. (toim.) (2012): Lähipalveluita kaikille. <http://sininauhaliitto.fi/organisaatio/julkaisut/kirjat-ja-raportit/lahipalvelut/lahipalveluita-kaikille-totta-vai-tarua>

Juntunen, A. (2014): Järjestölähtöiset lähipalvelut. Toimintamalleja käytännön työhön. Sininauha-julkaisut.

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. (2014): Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 002, tammikuu 2014. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Kainulainen, S. (2014): Ruoka-avun hakijoiden hyvinvointi. Teoksessa Ohisalo, M. & Saari, J : Kuka seisoo leipäjonossa? Kunnallisanon kehittämässätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 83: s. 59-69.

Kallio-Peltoniemi, M. (2012): Subjektiviisen hyvinvoinnin mittaamiseen liittyy epävarmuustekijöitä ja tulkinnallisuutta. Tilastokeskus Hyvinvointikatsaus 4/2012. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_011.html

- Kanerva, E. (2011): Onko elämällä väliä? Puhutaan elämän tarkoituksista. PS-kustannus.
- Kaskela, T., Pitkänen, T., Tourunen, J., Valkonen, J., Suvisaari, J., Härkönen, J., Wahlbeck, K. & Kaikkonen, R. (2014): Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat - ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa Jalava, J. ym.: ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusverkosto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 37/2014: s. 21-28.
- Kaskela, T., Pitkänen, T., & Tourunen, J. (2011): Tie on pitkä ja kivinen: korvaushoitopotilaiden ajatuksia hoidosta ja elämästä. *Tiimi* 5; 24-25.
- Keyes, CLM. (2005): Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (3): s. 539-548.
- Koivula, U-M, Saari, M., Saari, J., Tourunen, J., Tyrväinen, J. & Vettenranta, E. (2014): "Ilman Nerviä en olisi hengissä": kyselytutkimus A-klinikkasäätiön Pirkanmaan Palvelualueen terveys- ja sosiaali-neuvontapiste Nervin asiakkaiden hyvinvoinnista ja palvelujen käytöstä. Tampereen kaupungin julkaisuja: selvitykset ja kehittämisraportit 4/2014.
- Lauha, H. (2014): Internet kuntien ja järjestöjen nuorisotyössä. Teoksessa Lauha, H. & Tuuttila, L. (toim.): Verkko nuorisotyössä. Nuorisotyö verkossa. Verke - Verkkonuorisotyön valtakunnallinen kehittämiskeskus, Helsinki 2014: s. 20-26.
https://www.verke.org/wp-content/uploads/2015/12/Verkko_nuorisotyossa.pdf
- Lund, P.: (2006): Torjuttu toivottomuus. PS-kustannus.
- Lund, P. (2008): Päihdetyön päiväkeskus: Katoava työmuoto vai tärkeä osa palveluketjua? Helsinki: Sininauhaliitto.
- Lund, P., Hostikka, H., Hänninen, K. & Laapio, M-L. (2015): Aatteena auttaminen. Kristillisten päihdejärjestöjen eetos, kuntouttava ote ja ikääntyvät asiakkaat.
http://sininauhaliitto.fi/sites/default/files/aatteena_auttaminen_web.pdf
- Mann, M., Hosman, C., Schaalma H. & de Vries N. (2004): Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research* 19 (4): s. 357-372. doi: 10.1093/her/cyg041
- Marjovuori, A. (2014): Vapaaehtoistyön ytimessä. Järjestömuotoinen vapaaehtoistyö sosiaalisten representaatioiden näkökulmasta. *Sosiaalietieteen laitoksen julkaisuja* 2014:9. Helsingin yliopisto.
- Matthies, A-L. (2007): Toisenlainen kolmas sektori. Pohjoismaiden sosiaali- ja terveysjärjestöt tutkimuksen valossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (1): s. 57-71.
- Maunu, A. (2014): Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. *EHYT katsauksia* 1/2014.
- Maunu, A., Katainen, A., Perälä, R. & Ojajarvi, A: (2016): Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja* (painossa).
- Mieli 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3/2009.
- Mielenterveysbarometri (2013), TNS Gallup Oy. Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki Mielenterveyden keskusliitto. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Barometri+2013+yhteenveto.pdf>
- Moisio, P., Karvonen, S., Muuri, A., Vaarama, M. & Kestilä, L. (2014): Johdanto. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014, THL: s. 10-17.
- Murto, L. (2003) Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvointipalvelujen tuottajana. Teoksessa Niemelä, J. & Dufva, V. (toim.) Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat: Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituohannella. PS-kustannus: s. 64-85.
- Niemelä J. & Dufva V. (2003): Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat: Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituohannella. PS-kustannus.

- Novitskij, J. (2006): Muutoksen mahdollisuus huumeuudessa. ET-ohjaajan käsikirja. Omaiset huumeuudessa tukena. Huumeuudessa käsikirjoja I.
- 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 & Medicine* 78 (2013): s. 70-77
- Ostamo, A., Huurre, T., Talala, K., Aro, H. & Lönnqvist, J. (2007): Mielenterveys. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) : Terveystien eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 2007: s. 87-103.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G.E., & Gater, R. (1998): Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998; 280(2): 147-151. doi:10.1001/jama.280.2.147.
- Perälä, M-L., Kanste, O., Halme, N., Pitkänen, T., Kuussaari, K., Partanen, A., & Nykänen, S. (2014): Vanhempi päihdepalveluissa – tuki, osallisuus ja yhteistoiminta. Terveystien ja Hyvinvoinnin Laitos (THL), Helsinki, raportteja 21/2014.
- Pitkänen, T. (2009). Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.): Irti päihdeongelmista: Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä (toim.). Porvoo: Edita: s. 172-194.
- Pitkänen, T., Kaskela, T., Halme, N., & Perälä, M-L. (2014): Päihdehoidossa olevien vanhempien huolet ja tuen tarpeet sekä kokemukset palveluista. Teoksessa Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinninlaitos: s. 274-285.
- Pitkänen, T., Kaskela, T., Tourunen, J., Levola, J. & Holopainen, A. (2014): Toimintakykyä kartoittava Paradise24fin-lomake: Tausta ja käyttöohjeet. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 61.
- Pitkänen, T., Levola, J., Tourunen, J., Kaskela, T. & Holopainen, A. (2016): Aivotoiminnan häiriöiden yhteydessä yleisesti koetut psykososiaaliset vaikeudet. PARADISE24-kyselyn tutkimusperusta. Kela: Sosiaali- ja terveyden tutkimuksia 143/2016 (painossa).
- Pitkänen, T. & Tourunen, J. (2015): Asiakkaiden kokemus päihdehoidon palveluista ja elämäntilanteestaan. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 1/2015.
- Pulkkinen, L. (2014): Aikuisuus. Teoksessa Nurmi, J.E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I.: Ihmisen psykologinen kehitys. Jyväskylä: PS-kustannus: s. 178-230.
- Pärttö, M., Hännikäinen, A-L. & Määttä, P. (2009): Huumeiden käyttäjien arki yhteisöllisen huumeuudetuuden jälkeen. *Janus* 17 (2): s. 121–138
- Rissanen, P. (2015): Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutuksäätiön tutkimussarja 88/2015.
- Saari, J. (2015): Huono-osaiset: Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. *Gaudeamus*.
- Saikkonen, P., Blomgren, S., Karjalainen, P. & Kivipelto, M. (2015): Poistaako sosiaalityö huono-osaisuutta? Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu nro 89.
- Saukkonen, H. (2014): Intensiivinen avokuntoutus Mankeli: Pilotin loppuraportti 09/2013–06/2014. Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto, Terveystien- ja päihdepalvelut, Psykiatria- ja päihdepalvelut, 2014.
- Shildrick, T. & MacDonald, R. (2013): Poverty talk: how people experiencing poverty deny their poverty and why they blame 'the poor'. *The Sociological Review*, vol. 61: s. 285-303.
- Silfvast, K. (2010): "Tarvittaessa keskustelemme hengellisistä asioista" – tutkimus kristillisten päihdejärjestöjen toiminnasta. Sininauhaliitto.
- Smith, K. & Foster J. (2014): Alcohol, health inequalities and the harm paradox: why some groups face greater problems despite consuming less alcohol. A summary of the available evidence. Institute of Alcohol Studies, London.

<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/IAS%20report%20Alcohol%20and%20health%20inequalities%20FULL.pdf>

SOSTE ry (STKL): Tutkimus- ja tiedontuotantoseelvitys 2012. Julkaisematon kooste tuloksista.

STM 2012: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:24.

Suomen mielenterveysseura, mielenterveyden määritelmä <http://www.mielenterveysseura.fi/fi> (luettu 5.11.2015).

THL, hyvinvointi <https://www.thl.fi/en/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita> (luettu 23.9.2015)

THL, hyvinvoinnin mittaaminen (luettu 2.11.2015) <https://www.thl.fi/en/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/miten-hyvinvointia-mitataan->

THL, osallisuus (luettu 5.11.2015) <https://www.thl.fi/en/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

THL, toimintakyky (luettu 5.11.2015) <https://www.thl.fi/en/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Toimia www.toimia.fi (luettu 6.11.2015).

Törmä, S. & Huotari, K. (2010): "Vaik on viel käyttö". Omaiset Huumetyön Tukena ry:n ET-työmallin vaikutus nuorten huumeidenkäyttäjien elämään. Omaiset Huumetyön Tukena. Tutkimussarja.

Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (2014): Eriarvoisuus ja syrjäytyminen hyvinvointipolitiikan keskiöön. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim): Suomalaisten hyvinvointi 2014. THL: s. 322-328.

Virokannas H. (toim.), Osolanus, L. & Varonen T (2014): Tää on meidän juttu. Päihdetyön vertaistoiminnan opas. Esimerkkejä vertaisten ja ammattilaisten yhteistyöstä Osis-hankkeessa. Huumetyön vertaistoiminnan osaamiskeskus Osis. Waasa Graphics, 2014.

WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization, 2001.