

Haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden kokemukset suhteessa koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen

Käytántötutkimus

Jannika Jyrkinen

Jesper Laitinen

Morris Viitanen

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaalityö

5.2.2024

Sisällysluettelo

1 Johdanto.....	3
2 Keskeiset käsitteet ja teoreettinen tausta.....	5
2.1 Osallisuus.....	5
2.2 Haavoittuvassa asemassa oleminen.....	6
2.3 Yksinäisyys.....	6
2.4 Koettu terveydentila.....	7
2.5 Aikaisempi tutkimus.....	7
3 Tutkimuksen toteuttaminen.....	10
3.1 Tutkimuksen toimintaympäristö ja Päijät-Hämeen hyvinvointialue.....	10
3.2 Tutkimuskysymys.....	10
3.3 Tutkimuksen aineisto ja analyysi.....	11
3.3.1 Regressioanalyysin muuttujat.....	12
3.3.2 Avovastaukset.....	14
3.4 Tutkimus käytäntötutkimuksena.....	16
3.5 Tutkimusetiikka.....	16
3.6 Tutkimuksen hyödyntäminen ja julkaiseminen.....	18
4 Tutkimuksen tulokset.....	19
4.1 Regressioanalyysi koetun terveyden ja yksinäisyyden suhteesta osallisuuden kokemukseen.....	19
4.2 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulokset.....	21
5 Johtopäätökset ja pohdinta.....	27
Lähteet.....	31

1 Johdanto

Asiakkaan osallisuuden edistäminen on yksi sosiaalityön eettisistä periaatteista (Talentia, 2022, s. 7). Osallisuutta kuvataan yksilön sisäisenä, toiminnassa kehittyvänä tunteena, johon liittyy voimaantuminen, tasavertainen toimijuus ja palvelunkäyttäjien asiantuntijuuden hyväksyminen. Osallisuuden edistäminen sosiaalityössä on tärkeää muun muassa yhteiskunnallisen vallan epätasapainoisen jakautumisen vuoksi. (Mts. 16–17).

Aikaisemman tutkimuksen perusteella yksilön osallisuuden kokemuksella on havaittu olevan yhteyksiä työllisyystilanteen, terveydentilan ja yksinäisyyden kokemuksen kanssa. (Leemann 2022a & 2022b). Tarkastelemme tässä käytäntötutkimuksessa sitä, miten osallisuuden kokemus on yhteydessä koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen työikäisillä, jotka käyttävät haavoittuvassa asemassa oleville suunnattuja palveluita.

Tutkimus on toteutettu yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen sosiaalialan osaamiskeskus Verson kanssa. Aineistona on Verson Osallisuuden versoja -hankkeessa keväällä 2023 keräämä kyselytutkimusaineisto. Kyselyllä selvitettiin haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden kokemuksia. Kyselyn ja siitä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena on seurata ja edistää erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia Päijät-Hämeen hyvinvointialueella Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 8.1 §:n mukaisesti.

Versossa vuonna 2023 toteutettavan Osallisuuden versoja -hankkeen tavoitteena on pilotoida ja testata osallisuuden kokemukseen liittyviä mittareita ja menetelmiä haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden edistämiseksi, tunnistaa ja kuvata osallisuuden ydinelementtejä, vahvistaa työntekijöiden tietoa kohderyhmän osallisuudesta sekä sen edistämisen menetelmistä ja lisätä päättäjien tietoa osallisuuden merkityksestä. Hanke on jatkumoa Versossa vuonna 2022 toteutetulle selvitykselle haavoittuvassa asemassa olevien hyvinvoinnista ja osallisuudesta Päijät-Hämeessä, joka puolestaan täydensi vuonna 2021 alueella koko väestölle tehtyä hyvinvointikyselyä. Selvityksen keskeinen havainto oli, että haavoittuvassa asemassa olevien

osallisuuden kokemukset olivat heikompia suhteessa muuhun väestöön ja osallisuuden kokemukset vaihtelivat merkittävästi eri palveluiden välillä. Osallisuuden versoja -hanke päättyi vuoden 2023 lopussa, mutta osallisuuden tutkiminen ja edistäminen hyvinvointialueella jatkuvat. Siksi tutkimuksemme tavoitteena on myös tarjota tietoa siitä, mitä kannattaisi tutkia jatkossa.

Olemme tutkimusryhmänä pyrkineet siihen, että työmäärä jakaantuu tasapuolisesti ryhmän jäsenten kesken ja jokainen pääsee hyödyntämään omia vahvuuksiaan tutkimusprosessissa. Olemme yhdessä pohtineet tutkimusasetelmaamme ja tehneet alustavaa tiedonhakua. Jesper on tutustunut tarkemmin aikaisempaan tutkimukseen, Morris on toteuttanut tilastolliset analyysit ja Jannika sisällönanalyysin avovastauksille. Lopuksi olemme vetäneet tulokset yhteen ja pohtineet niiden merkitystä yhdessä.

Toisessa luvussa käsittelemme aiempaa tutkimusta ja esittelemme tutkimuksemme keskeiset käsitteet eli osallisuuden ja haavoittuvassa asemassa olemisen sekä yksinäisyyden ja koetun terveydentilan. Kolmannessa luvussa esittelemme tutkimuskysymyksemme ja avaamme tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä seikkoja kuten aineiston analyysia, tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä sekä tutkimuksen toteuttamista käytäntötutkimuksena. Neljännessä luvussa esittelemme tutkimustulokset ja lopuksi vedämme yhteen johtopäätökset sekä pohdimme tulosten hyödyntämistä jatkossa.

2 Keskeiset käsitteet ja teoreettinen tausta

Tutkimuksemme keskeisimmät käsitteet ovat osallisuus ja haavoittuvassa asemassa oleminen. Näiden lisäksi tutkimuskysymyksemme kannalta oleellisia käsitteitä ovat yksinäisyys ja koettu terveydentila. Käsitteistä jokainen on monitulkintainen ja määriteltävissä useilla eri tavoilla. Tässä luvussa hahmottelemme lyhyesti millaiseen aikaisempaan tutkimukseen perustamme käsitteidemme määrittelyn ja miten tässä tutkimuksessa määrittelemme osallisuuden, haavoittuvassa asemassa olemisen, yksinäisyyden ja koetun terveydentilan. Luomme myös katsauksen Suomessa aikaisemmin tehtyyn osallisuuden tutkimukseen ja siihen, millainen yhteys osallisuudella on yksinäisyyteen ja koettuun terveydentilaan aiemman tutkimuksen perusteella.

2.1 Osallisuus

Kyselytutkimuksessa osallisuuden mittarina toimi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kehittämä Osallisuusindikaattori. Osallisuusindikaattori on kymmenen kysymyksen sarja, jolla voidaan mitata ihmisten osallisuuden kokemusta kokonaisuutena. Kysymykset mittaavat muun muassa merkityksellisyyden, yhteisöön kuulumisen ja vaikutusmahdollisuuksien kokemuksia viisiportaisella Likert-asteikolla. Kunkin vastaajan pisteistä voidaan laskea asteikolle 0–100 asettava summapistemäärä, jonka avulla vastaajien osallisuuden kokemuksia voidaan vertailla. (THL.) Teoreettisesti mittari perustuu Amartya Senin toimintavalmiuksien teoriaan. Mittari kehitettiin ja testattiin THL:n ja Jyväskylän yliopiston tutkijoiden yhteistyönä, ja se pohjautui aiempaan köyhyyden seurauksia käsitelleeseen tutkimukseen. (Leemann ym., 2022a.)

Lars Leemann ja kumppanit (2022b) tutkivat osallisuuden kokemuksia koko Suomen aikuisväestöä edustavassa aineistossa ($N = 5608$) ja havaitsivat työllisyyden, työkyvyn, terveyden, iän, sukupuolen ja parisuhdetilanteen olevan yhteydessä osallisuuden kokemukseen. Laura Nikka ja Kirsi Günther (2023) tutkivat narratiivisesti osallisuutta ja selviytymistä pitkäaikaistyöttömien elämäkertoissa. Näissä narratiiveissa osallisuuteen yhdistyivät työmarkkina-aseman lisäksi kokemukset mielenterveydestä sekä sosiaalisuudesta ja yhteisöllisyydestä (Nikka & Günther, 2023). Näiden tutkimusten teoreettinen pohja on Nancy

Fraserin (2009) teoriassa oikeudenmukaisuudesta sekä Amartya Senin (1999) toimintavalmiuksien teoriassa.

Isola ja kumppanit (2017) määrittelevät osallisuuden kokonaisuutena, johon kuuluu liittyminen “hyvinvointilähteisiin ja elämän merkityksellisyyttä lisääviin vuorovaikutussuhteisiin”. Heidän mukaansa osallisuus sisältää mahdollisuuden vaikuttaa oman elämänsä kulkuun, palveluihin ja toimintoihin ja tämän kautta myös hyvinvointiin aineellisina mahdollisuuksina, kuten esimerkiksi taloudelliseen toimeentuloon, asumiseen, koulutukseen ja harrastustarvikkeisiin. Tämän lisäksi osallisuus ilmenee myös aineettomina mahdollisuuksina, kuten luottamuksena, turvana ja luovuutena.

2.2 Haavoittuvassa asemassa oleminen

Haavoittuvassa asemassa olevan käsite määrittyy tässä tutkimuksessa tarkoittamaan ihmisiä, jotka käyttävät niitä palveluita, joista valmis aineistomme on kerätty. Näihin palveluihin lukeutuivat kuntouttava työtoiminta, sosiaalinen kuntoutus, avoimet kohtaamispaikat sekä ryhmätoiminta. Haavoittuvassa asemassa olevan käsite ei ole ongelmaton. Elina Virokannas, Suvi Liuski ja Marjo Kuronen (2020) tarkastelivat kirjallisuuskatsauksessaan haavoittuvuuden käsitteen käyttöä tutkimuksessa ja kritisoivat käsitteen määrittelyä tiettyjä ihmisryhmiä koskevaksi. Ryhmien määrittely haavoittuviksi voi vahvistaa näiden ryhmien stigmatisoitumista ja marginalisoitumista. Siksi haavoittuvuutta tulisi tarkastella suhteessa elämäntilanteisiin, sosiaalisiin prosesseihin ja instituutioihin. (Virokannas ym., 2020.)

2.3 Yksinäisyys

Laaninen & Niemelä (2023) tutkivat koettua yksinäisyyttä Suomessa vuosien 2016–2022 aikana. Heidän tutkimuksensa tulokset osoittavat, että yksinäisyyttä kokevien osuus on kasvanut merkittävästi Suomessa vuosien 2016 ja 2022 välillä, eli koronapandemian aikana ja sen loppua kohti. Yksinäisyyttä kokevien osuus yli kolminkertaistui 6 prosentista 20 prosenttiin, ja kasvu oli erityisen voimakasta 18–29- ja 30–49-vuotiaiden ikäryhmissä. Opiskelijoiden keskuudessa yksinäisyys on lisääntynyt, ja tämän lisäksi yksinhuoltajat sekä yksinasuvat kokivat yksinäisyyttä

muita ryhmiä enemmän. Koulutustasolla näyttää olevan vaikutusta koettuun yksinäisyyteen, sillä korkeintaan perusasteen koulutuksen suorittaneet kokivat enemmän yksinäisyyttä kuin korkeakoulututkinnon suorittaneet. Tämän lisäksi työttömät ja opiskelijat kokivat enemmän yksinäisyyttä kuin työssäkäyvät ja eläkeläiset. Sukupuolten välillä ei ollut merkittävää eroa yksinäisyyden kokemuksessa. Miehet ja naiset kokivat yksinäisyyttä suunnilleen samassa määrin.

2.4 Koettu terveydentila

Kinnunen, Virtanen & Valtonen (2011) tutkimuksen mukaan koetulla terveydellä ja koetulla onnellisuudella on yksisuuntainen vuorovaikutus: koetulla onnellisuudella on positiivinen vaikutus koettuun terveyteen, mutta koetulla terveydellä ei ole tilastollisesti merkitsevää vaikutusta onnellisuuteen. Mainitsemisen arvoinen havainto kyseisessä tutkimuksessa on se, että objektiivista terveydentilaa huomioimalla onnellisuus selitti merkittävässä määrin myös koettua terveyttä. Tulokset osoittavat, että onnellisuus voi johtaa hyvän koetun terveyden lisääntymiseen, mikä on päinvastoin kuin aiemmin ajateltiin. Tutkimus korostaa subjektiivisen hyvinvoinnin vaikutusta terveyden edistämisessä ja tutkijat ehdottavat, että yhteiskunnan tulisi myös kiinnittää enemmän huomiota kansalaisten tyytyväisyyden ja onnellisuuden vaikutukseen koettuun terveyteen.

Jääskeläinen ja kumppanit (2019) tutkivat valtakunnallisesti nuorten aikuisten (18–29-vuotiaiden) koettua terveyttä. Yli neljä viidesosaa nuorista miehistä (85 %) ja naisista (83 %) koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, kun taas 92 % nuorista miehistä ja 94 % nuorista naisista piti itseään täysin työkykyisenä. 84 % nuorista miehistä ja 86 % nuorista naisista koki elämänlaatunsa olevan hyvällä tasolla, siitä huolimatta, että useat terveyttä heikentävät elintavat olivat nuorilla aikuisilla yleisiä. Tupakoinnin päivittäinen esiintyvyys on tutkimuksen mukaan laskenut vuosituhannen alusta, vaikkakin muiden tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö on yleisempää.

2.5 Aikaisempi tutkimus

Suomessa viime vuosina tehdyistä tutkimuksista käy ilmi, että osallisuutta on tutkittu melko laajasti linkitettyinä taloudelliseen toimeentuloon, yksinäisyyden kokemukseen sekä koulutukseen.

Isola ja kumppanit (2017) tuovat tutkimuksessaan esille, että osallisuus ilmenee sekä oman elämänsä hallittavuudessa, vaikuttamisen prosesseissa itsensä ulkopuolella, mutta myös paikallisesti sekä laajemmin omassa yhteiskunnassa. He jakavat osallisuuden ilmentymisen seuraavaan kolmeen eri kategoriaan:

- 1 Päätösvalta omassa elämässä, kykynä hallita omaa toimintaa selkeässä, hallittavassa ja ennalta arvattavissa ympäristössä.
- 2 Osallistuminen vaikuttamisprosesseihin, joissa voi vaikuttaa oman itsensä ulkopuolella, kuten ryhmissä, palveluissa, asuinympäristössä tai laajemmin yhteiskunnassa.
- 3 Paikallisena toimijana, joka sijoittaa panoksensa yhteiseen hyvään, osallistuu merkityksen luomiseen ja kokemiseen sekä liittyy vastavuoroisiin sosiaalisiin suhteisiin.

Köyhyyden kokemuksiin fokuosoivasta osallisuustutkimuksesta käy ilmi, että työelämän ulkopuolella olevilla nuorilla ja köyhyyttä kokeneilla on muita vähäisempi kokemus osallisuudesta. Tämän lisäksi yksinäisyys, koettu terveys, elämänlaatu, sosiaalinen tuki ja psyykkinen kuormittuneisuus ovat vahvasti sidoksissa osallisuuteen. (Leemann ym. 2022a & Ahrnberg ym. 2021.).

Pääkaupunkiseudulla vuonna 2021 toteutetussa hyvinvointikyselyssä selvisi, että korkeasti koulutetuilla on keskimäärin vahvempi osallisuuden kokemus kuin vähemmän koulutetuilla. Elämänlaatunsa paremmaksi kokevien ja aktiivisesti jonkin yhteisön toimintaan osallistuvien, osallisuus oli vahvempaa kuin muilla. Aktiivinen osallistuminen jonkin yhteisön toimintaan korreloi myös vahvemman osallisuuden kokemuksen kanssa. Toinen merkittävä mainitsemisen arvoinen seikka on myös se, että erittäin heikkoa osallisuutta kokevien kohdalla kietoutuvat yhteen köyhyys ja yksinäisyys (Erjansola ym. 2022.) Pienituloiset kokevat oman terveytensä heikommaksi ja tämän lisäksi he elävät keskimäärin noin kolme vuotta vähemmän kuin

hyvätuloiset. Tämän lisäksi koulutuksen tai työn ulkopuolelle joutuminen lisää heikoksi koetun terveyden riskiä tulotasosta riippumatta. (Karvonen ym. 2019; myös Leemann 2022)

3 Tutkimuksen toteuttaminen

Käytäntötutkimusta voidaan kuvata useiden toimijoiden väliseksi yhteiseksi oppimiseksi ja tiedonmuodostamisen prosessiksi, jonka tavoitteena on kehittää ja tutkia sosiaalityötä käytännöstä lähtöisin olevien tiedontarpeiden näkökulmasta (Satka ym., 2016, s. 8–9).

Käytäntötutkimukssamme kumppaninamme toimii Päijät-Hämeen alueella toimiva sosiaalialan osaamiskeskus Verso, jonka esittelemme lyhyesti tässä luvussa. Tutkimuksen aineisto koostuu Verson toteuttaman kyselytutkimuksen vastauksista, joita tarkastelemme sekä lineaarisen regressioanalyysin että aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Kuvaamme aineiston ja analyysitapaamme tässä luvussa. Lisäksi pohdimme tutkimuksen tekemiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä sekä tutkimuksen toteuttamista käytäntötutkimuksena ja sitä, miten hyödynnämme tutkimuksemme tuloksia.

3.1 Tutkimuksen toimintaympäristö ja Päijät-Hämeen hyvinvointialue

Käytäntötutkimuksemme toteutettiin yhteistyössä sosiaalialan osaamiskeskus Verson kanssa. Osaamiskeskuksen tehtävänä on toimialueellaan turvata sosiaalialan asiantuntemuksen sekä palvelujen kehittyminen, koulutuksen ja käytännöntyön yhteys sekä tutkimustoiminnan toteutuminen.

Päijät-Hämeen hyvinvointialue ja maakunta koostuu seuraavista kunnista: Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Orimattila, Padasjoki ja Sysmä. Maakunnan keskustana ja suurimpana kaupunkina on Lahti ja toiseksi suurimpana kaupunkina on Heinola. Maakunnan kokonaisväestömäärä on 204 000. Mainitsemisen arvoista on myös se, että hyvinvointialueen asukkaista hieman yli puolet asuu Lahden seudulla ja siten, lähes puolet asukkaista asuu pienemmissä kunnissa (alle 15 000 asukasta) tai haja-asutusalueella. (Suomen Virallinen tilasto 2023 & (Päijät-Hämeen hyvinvointialue – Tietoa hyvinvointialueesta 2024)

3.2 Tutkimuskysymys

Aiemman tutkimuksen perusteella kiinnostaviksi aiheiksi osallisuuden kannalta määrittyivät työllisyys, terveys ja yksinäisyys. Tämän tutkimuksen aineistosta on mahdollista tarkastella osallisuuden kokemusta suhteessa työmarkkina-asemaan, koettuun terveyteen ja koettuun yksinäisyyteen. Kyselyn vastaajat olivat pääosin työvoiman ulkopuolella, joten työllisyyden ja osallisuuden välistä yhteyttä ei voi arvioida luotettavasti ainoastaan tämän aineiston perusteella. Siksi kiinnostuksemme kohdistui haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden, terveyden ja yksinäisyyden kokemusten väliseen yhteyteen.

Tutkimuskysymyksemme on:

Miten osallisuuden kokemus on yhteydessä koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen työikäisillä, jotka käyttävät haavoittuvassa asemassa oleville suunnattuja palveluita?

3.3 Tutkimuksen aineisto ja analyysi

Tutkimuksen aineisto ($N = 271$) kerättiin keväällä 2023 paperisella kyselylomakkeella Päijät-Hämeen alueella palveluissa, joissa kohdataan haavoittuvassa asemassa olevia, esimerkiksi kuntouttavassa työtoiminnassa sekä avoimissa kohtaamispaikoissa. Vastaukset tallennettiin sähköiseen muotoon, jossa saimme ne käyttöömme valmiiksi anonymisoituna.

Osallisuusindikaattorin lisäksi kyselyssä kartoitettiin vastaajien taustatietoja, kuten ikää, sukupuolta ja työllisyystilannetta, sekä heidän kokemuksiaan omasta terveydestään, taloustilanteestaan ja yksinäisyydestään.

Tarkastelimme lineaarisen regressioanalyysin avulla koetun terveyden ja yksinäisyyden yhteyttä osallisuuden kokemukseen. Hierarkkisen regressiomallin viimeisessä vaiheessa vakioitiin taustatekijöinä ikä, sukupuoli, koulutus, työllisyys ja asumistilanne. Tilastolliset analyysit toteutettiin R-ohjelmistolla.

Numeeristen tulosten lisäksi saimme kyselyyn vastanneiden avovastaukset koskien koettua terveyttä ja yksinäisyyttä. Avovastauksille toteutimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin täydentääksemme sen tuloksilla tilastollista analyysiamme. Anandin ym. (2020, s. 435) mukaan

laadukas käytäntötutkimus marginaalisessa asemassa olevien ryhmien parissa edellyttää kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen datan yhdistelemistä. Aineistolähtöisen tutkimuksen pääpaino on aineistossa, mikä tarkoittaa sitä, että analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä ja teoria rakennetaan aineistosta käsin (esim. Eskola & Suoranta, 1998, s. 83). Voidaan siis puhua induktiivisesta lähestymistavasta, joka tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin, eikä sen tarkoituksena ole tietyn hypoteesin tai teorian testaaminen (esim. 6 & Bellamy, 2012, s. 76–77).

3.3.1 Regressioanalyysin muuttujat

Taulukossa 1 esitellään regressioanalyysissä käytetyt muuttujat. Tärkeimmät selittävät muuttujat olivat koettu terveys ja koettu yksinäisyys, joita molempia tiedusteltiin kyselyssä viisiportaisella asteikolla. Koetun terveyden muuttuja otettiin mukaan analyysiin sellaisenaan. 42 % vastaajista koki terveydentilansa keskitasoiseksi, ja muut vastaukset jakautuivat suhteellisen tasaisesti asteikon molemmin puolin.

Yksinäisyyttä kysyttiin asteikolla ei koskaan-jatkuvasti, joka käännettiin regressioanalyysin tulkinnan helpottamiseksi niin, että pienempi arvo tarkoittaa suurempaa yksinäisyyttä. 40 % vastaajista koki yksinäisyyttä joskus. Kyselylomakkeessa yksinäisyyden kokemusta mittaavan kysymyksen vastausvaihtoehdot joskus ja hyvin harvoin olivat eri järjestyksessä, kuin lomaketta suunniteltaessa oli tarkoitettu. Osa niistä vastaajista, jotka todellisuudessa kokevat yksinäisyyttä harvoin, on siksi saattanut vahingossa valita vaihtoehdon joskus, ja päin vastoin. Analyysit tehtiin siksi jatkuvan muuttujan lisäksi kaksiluokkaisella yksinäisyysmuuttujalla, jossa melko usein tai jatkuvasti yksinäisyyttä kokevat koodattiin luokkaan kyllä ja korkeintaan joskus yksinäisyyttä kokevat luokkaan ei. Tulokset olivat samansuuntaisia molemmilla muuttujilla. Raportoimme luokituksen yksinäinen-ei yksinäinen mukaisen tuloksen, joka on lomakkeen virheestä johtuen luotettavampi.

Taustamuuttujina analyysissa käytettiin ikää, sukupuolta ja koulutusta sekä työllisyys- ja asumistilannetta. Ikä oli kyselyssä luokiteltu viiteen epätasaisin välein jaettuun ikäryhmään (18–24, 25–29, 30–44, 45–65 ja yli 65 vuotta). Asteikon tasoittamiseksi kaksi ensimmäistä ryhmää

tiivistettiin yhdeksi ryhmäksi. Yli 65-vuotiaita vastaajia oli niin vähän, että kaksi vanhinta ikäryhmää yhdistettiin. Sukupuolen “en halua vastata” -vaihtoehto on selkeyden vuoksi mukana taulukossa 1, mutta se koodattiin analyyseissa puuttuvaksi.

Koulutus-muuttujan alkuperäiset seitsemän luokkaa yhdistettiin viideksi. Korkeintaan peruskoulu -luokkaan kuuluvat sekä ne, jotka ovat saaneet peruskoulun tai vastaavan päättötodistuksen, että ne, joilta peruskoulu on jäänyt kesken. Ammattikoulu- ja opistotutkinnot sekä työn ohessa tehdyt ammattikurssit yhdistettiin yhdeksi luokaksi, samoin ylemmät ja alemmat korkeakoulututkinnot.

Suurin osa (71 %) vastaajista oli kyselyn hetkellä työttömiä. Ansiotyössä tai opinnoissa olevat yhdistettiin yhdeksi luokaksi. Kukaan vastaajista ei ollut yrittäjä, vanhempainvapaalla tai kotona lasten kanssa. Elämäntilannetta kartoitettiin kysymyksellä, johon saattoi valita useita vaihtoehtoja. Yksinasuviksi on taulukossa määritelty ne, jotka rastittivat kohdan “asun yksin” riippumatta siitä, rastittivatko he muita vaihtoehtoja. Kaksi kolmesta vastaajasta ilmoitti asuvansa yksin.

Taulukko 1

Regressioanalyysin muuttujat (N = 218)

Muuttuja	%-osuus vastaajista	N
Koettu terveys		
Huono	4 %	9
Melko huono	20 %	44
Keskitasoinen	42 %	91
Melko hyvä	25 %	55
Hyvä	9 %	19
Yksinäisyys		
Kyllä	35 %	76
Ei	65 %	142

Ikäryhmä		
18–29	35 %	77
30–44	32 %	69
45 tai vanhempi	33 %	72
Sukupuoli		
Nainen	43 %	94
Mies	50 %	110
Muu	4 %	8
En halua vastata	3 %	6
Koulutus		
Korkeintaan peruskoulu	32 %	70
Ammattikoulu/kurssi/opisto	58 %	126
Korkeakoulu	7 %	15
Jokin muu	3 %	7
Työllisyys		
Töissä/opiskelija	5 %	10
Työtön	71 %	156
Eläkkeellä	16 %	34
Jokin muu	8 %	18
Asuu yksin		
Kyllä	68 %	148
Ei	32 %	70
Osallisuusindikaattorin keskiarvo 65 ja keskihajonta 21		

3.3.2 Avovastaukset

Käytämme tutkimusaineistona myös avovastauksia kahteen kysymykseen. Ensimmäinen kysymys oli jatkokysymys numeraaliselle kysymykselle “*Tunnetko itsesi yksinäiseksi?*” Avokysymyksessä annettiin mahdollisuus täydentää vastausta (“*Jos haluat, voit täydentää vastauksen tähän*”). Toinen avokysymys oli kyselyn viimeinen kysymys, jossa kysyttiin “*Onko mielessäsi jotain muuta, mitä haluat sanoa hyvinvointiisi tai osallisuuteesi liittyen?*”

Molemmissa kysymyksissä vastaajalla oli mahdollisuus myös jättää vastauskenttä tyhjäksi ja jatkaa seuraavaan kysymykseen.

Ensimmäiseen avokysymykseen vastasi yhteensä 46 vastaajaa eli 21 % kaikista vastaajista. Toiseen kysymykseen vastasi 38 vastaajaa eli 17 % vastaajista. Heistä tosin yhdeksän totesi vain, ettei heillä ole muuta sanottavaa tai kiitti kyselystä. Varsinaisia sisällöllisiä vastauksia oli toiseen kysymykseen siis 29 (13 % vastaajista).

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa luimme vastaukset useaan kertaan läpi ja hahmottelimme vastauksissa usein toistuvia teemoja, joiden perusteella luokittelimme ne sisällöllisiin ryhmiin. Ensimmäisessä kysymyksessä yksinäisyyden kokemukseen liittyen pyrimme muodostamaan ryhmät sen mukaan, kokiko vastaaja yksinäisyyttä ja minkä verran. Toisessa kysymyksessä, jossa kysyttiin vastaajalta hyvin vapaasti näkemyksiä omaan hyvinvointiin ja osallisuuteen liittyen, muodostettiin ensin ryhmät tutkimuskysymyksemme mukaisesti niistä vastauksista, joissa jollain lailla käsiteltiin asiakkaan kokemaa yksinäisyyttä ja terveydentilaa. Suuressa osassa vastauksista ei kuitenkaan millään lailla otettu kantaa yksinäisyyteen tai terveydentilaan, ja loput vastauksista ryhmiteltiin niissä useimmiten esiintyvien teemojen perusteella.

Sisällönanalyysin seuraavassa vaiheessa tarkastelimme vastauksia ja vastauksista muodostettuja ryhmiä suhteessa vastaajien osallisuuden kokemukseen. Laskimme ensin jokaiselle vastaajalle osallisuusindikaattori-lukeman, jonka jälkeen ryhmittelimme avovastaukset uudelleen osallisuusindikaattorin perusteella korkeimmasta matalimpaan kategorioittain. Sen jälkeen muokkasimme tulkintaa helpottaaksemme vihreiksi vastaukset, joiden vastaajan osallisuusindikaattorilukema oli tutkimuksen keskiarvoa (65) korkeampi ja punaisiksi vastaukset, joiden lukema oli keskiarvoa matalampi. Tämän jälkeen tarkastelimme osallisuuden kokemusta suhteessa tutkimuksen keskiarvoon kategorioissa, jotka liittyivät joillain tavalla koettuun terveydentilaan tai yksinäisyyteen. Tarkastelimme myös sitä, miten vastaajat sanoittavat vastauksissaan sosiaalisia suhteitaan, yksinäisyyden kokemuksiaan ja terveydentilaansa erityisesti suhteessa osallisuuteen.

3.4 Tutkimus käytäntötutkimuksena

Yksi sosiaalityön perustehtävistä on asiakastyössä kertyvä tiedonmuodostus ja sen välittäminen eteenpäin. Käytäntötutkimus on tällaisen tiedon keräämisen ja tuottamisen menetelmä, jossa keskeistä on sen monitoimijaisuus. Käytäntötutkimukseen osallistuu ja se palvelee parhaimmillaan niin työyhteisöjä, asiakkaita, päätöksentekijöitä, tutkijoita kuin opiskelijoitakin. (Satka ym., 2005, s. 9–11.). Käytäntötutkimuksen tavoitteena on kehittää sosiaalityön käytäntöä sekä voimaannuttaa ja edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta (Salisbury Forum Group, 2011).

Käytäntötutkimuksemme toteutettiin yhteistyössä sosiaalialan osaamiskeskus Verson kanssa, jolle haavoittuvassa asemassa olevien osallisuus on viime vuosina ollut yksi keskeisistä teemoista. Tarve haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden ymmärtämiselle kumpuaa ennen kaikkea Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 8 §:stä, jonka mukaan hyvinvointialueen ja kunnan viranomaisten on yhteistyössä seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia, poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Viranomaisten on myös välitettävä tietoa asiakkaiden kohtaamista sosiaalisista ongelmista sekä annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille, hyvinvointialueen asukkaille ja yhteisöille. Palveluja annettaessa ja niitä kehitettäessä on kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden tarpeisiin ja toivomuksiin.

Käytäntötutkimuksemme on toteutettu tiiviissä yhteistyössä osaamiskeskus Verson työntekijöiden kanssa. Olemme pohtineet tutkimuskysymyksemme muodostamista dialogissa heidän kanssaan, jotta tutkimuksemme palvelisi mahdollisimman hyvin sekä hankkeen tavoitteita, että omia mielenkiinnon kohteitamme tutkijoina. Tutkimuksemme valmistuttua esitämme sen Verson työyhteisölle. Tilaisuuteen on tarkoitus kutsua osaamiskeskuksen työntekijöiden lisäksi myös alueen sosiaalityöntekijöitä eli tutkimustuloksillamme on mahdollisuus vaikuttaa suoraan sosiaalityön käytäntöön.

3.5 Tutkimusetiikka

Yksi keskeisempiä asioita käytäntötutkimusprosessissa on eettisten periaatteiden huomioiminen läpi tutkimuksen. Omassa käytäntötutkimuksessamme käytimme valmista aineistoa, joten meidän ei ollut tarvetta ottaa tarkemmin huomioon kyselyihin ja haastattelututkimuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä - vaikka niitä sinänsä haavoittuvassa asemassa olevien kanssa tehtävässä tutkimuksessa on paljon. Tutkimuksen toteutusvaiheessa oli varmistettu vastaajien suostumus tulosten hyödyntämiseen tutkimuskäyttöön.

Aineistoa tutkiessamme ja siitä johtopäätöksiä tehdessämme pyrimme kuitenkin ottamaan huomioon, että omalla positiollamme suhteessa tutkimusaiheeseemme saattaa olla vaikutusta aineistosta tekemiimme tulkintoihin. Esimerkiksi Lindblom-Ylänteen ym. (2020, s. 12) mukaan täydellinen arvovapaus, neutraalius ja riippumattomuus on ihmistieteissä mahdotonta. Objektiivisuudessa ajatellaankin nykyään olevan kyse pikemminkin tietoisuudesta ja irrottautumisesta henkilökohtaisista intresseistämme sekä tiedon rajallisuuden ja näkökulmaisuuksien hyväksymisestä.

Tällä hetkellä olemme kaikki yliopisto-opiskelijoita, ja siksi koemme vaikutusmahdollisuutemme ja osallisuutemme yhteiskunnassa suhteellisen hyviksi. Osalla meistä on kuitenkin kokemusta tutkimuksen vastaajien tavoin haavoittuvassa asemassa olemisesta. Ymmärrämme siksi, että vaikka kokemukset haavoittuvassa asemassa olemisesta vaikuttavat identiteettiin ja muihin kokemuksiin, ei haavoittuvassa asemassa oleminen ole staattinen ominaisuus, vaan se voi muuttua ja saada erilaisia merkityksiä ihmisen elämänkulun aikana.

Saimme aineiston tutkimustamme varten osaamiskeskus Versolta taulukkomuodossa. Aineisto oli ennen luovutusta täysin anonymisoitu ja sisälsi vain tutkimuksemme kannalta oleelliset muuttujat. Verson mukaan aineistosta ei ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä osallistujia. Näin ollen emme arvioineet aineiston käsittelyyn liittyvän tietoturvariskejä. Aineistoa käytimme luonnollisesti vain käytäntötutkimuksemme toteuttamiseen ja se hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusta tehdessä huomioimme Tutkimuseettisen neuvottelukunnan periaatteet ja ohjeet (TENK, 2019).

Organisaatio, jonka kanssa käytäntötutkimuksen toteutamme, on Verson toiveesta nimetty tässä raportissa. Verso on tutkinut osallisuutta Päijät-Hämeen alueella jo pidemmän aikaa ja pyrkinyt tarkoituksellisesti saamaan aiheelle myös julkisuutta esimerkiksi järjestämällä tapahtumia ja osallistumalla tutkimuspäiville. Tutkimusaihe on ilmiötasoinen, jonka tarkoituksena on lisätä sosiaalialan ammattilaisten ymmärrystä osallisuuteen liittyvistä mekanismeista. Se ei koske tiettyä työyhteisöä tai palvelua, eikä organisaation nimeäminen näin ollen aiheuta eettistä ristiriitaa.

3.6 Tutkimuksen hyödyntäminen ja julkaiseminen

Krausen (2017) mukaan sosiaalityön tutkimustuloksia tulisi voida soveltaa käytännön tasolla, jotta tutkimus voi vaikuttaa positiivisesti tutkittavien ryhmien voimaantumiseen. Tämän saavuttamiseksi on suotavaa, että tutkimuksesta saatu tieto tuodaan ammatissa toimivien sosiaalityöntekijöiden saataville. Suunnitelmissa on tarjota hyvinvointialueen sosiaalityöntekijöille mahdollisuus osallistua tilaisuuteen, jossa esittelemme tutkimuksen tuloksia, sekä saattaa tutkimusraportti heidän saatavilleen.

Tämän käytäntötutkimuksen tavoitteena on kehittää ymmärrystä sosiaalityön kohdeilmioista aineiston avulla, voimaannuttaa ja edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Sen lisäksi toivomme, että tutkimus herättää kiinnostusta jatkotutkimusta kohtaan. Toivomme myös, että tutkimuksemme voisi mahdollisesti tuoda esille uutta tietoa tai näkökulmia, josta voisi olla hyötyä samankaltaisissa tutkimuksissa tulevaisuutta ajatellen. Alhainen osallisuus ja osallisuuden puute ovat senkaltaisia ongelmia, jotka tuskin koskaan tulevat kokonaan häviämään yhteiskunnasta. Tämän vuoksi on tärkeää, että aiheeseen perehdytään jatkuvasti uusilla tutkimuksilla. Toivomme, että tutkimuksemme tuo esille päivittynyttä lisätietoa koko yhteiskuntaa koskevasta ongelmasta ja sen mahdollisista taustalla piilevistä mekanismeista. Lähetämme ja esittelemme tutkimuksemme Päijät-Hämeen hyvinvointialueen sosiaalialan osaamiskeskus Versolle. Tutkimus voidaan myös esittää seuraavan vuoden käytäntötutkimus - kurssille osallistuville opiskelijoille. Tutkimuksesta tehdään kurssin ohjeiden mukainen poster, joka julkaistaan Helsinki Practice Research Centren (HRPC) sivuilla.

4 Tutkimuksen tulokset

Kuten edellisessä luvussa totesimme, tutkimuskäyttöön saamamme aineisto mahdollisti meille kvantitatiivisen datan yhdistelemisen kvalitatiiviseen dataan, joka tarjosi meille erilaisia näkökulmia tutkimuskysymyksemme tarkasteluun. Numeraalisille vastauksille toteutimme hierarkkisen regressioanalyysin, jonka tulokset esittelemme ensin tässä luvussa.

Kyselytutkimuksen avovastausten analyysi täydensi regressioanalyysimme tuloksia ja tarjosi myös joitain vastauksia kysymyksiin, joita heräsi tilastollisista tuloksista. Tämän luvun toisessa osassa esittelemme tekemämme aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulokset.

4.1 Regressioanalyysi koetun terveyden ja yksinäisyyden suhteesta osallisuuden kokemukseen

Taulukossa 2 nähdään hierarkkisen regressioanalyysin tulokset. Aluksi testattiin koetun terveyden yhteyttä osallisuuden kokemukseen. Malliin lisättiin ensin koettu yksinäisyys ja sitten taustamuuttujat. Koetulla terveydellä havaittiin yhteys osallisuuden kokemukseen ($\beta = 0.48, p < 0.001$). Yksinäisyyden lisääminen malliin heikensi hieman koetun terveyden yhteyttä osallisuuteen ($\beta = 0.48 \rightarrow \beta = 0.42$). Tämä voi johtua joko siitä, että yksinäisyyden kokemus heikentää sekä terveyden että osallisuuden kokemusta, tai siitä, että heikompi koettu terveys lisää yksinäisyyttä, joka puolestaan heikentää osallisuuden kokemusta.

Parempi koettu terveys ($\beta = 0.42, p < 0.001$) ja vähäisempi yksinäisyyden kokemus ($\beta = 0.24, p < 0.001$) ennustivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi suurempaa osallisuuden kokemusta.

Yhdessä nämä kaksi tekijää selittivät osallisuuden kokemuksesta noin kolmasosan. Koettu terveys oli yksinäisyyttä vahvemmin yhteydessä osallisuuden kokemukseen. Kun taustatekijät vakioitiin, koetun terveyden ($\beta = 0.45, p < 0.001$) ja yksinäisyyden ($\beta = 0.25, p < 0.001$) yhteydet osallisuuden kokemukseen pysyivät tilastollisesti erittäin merkitsevinä ja mallin selitysaste parani hiukan yli 30 prosenttiin.

Taustatekijöistä miessukupuoli ($\beta = -0.21, p < 0.01$) ennusti tilastollisesti merkitsevästi heikompaa osallisuuden kokemusta verrattuna naisiin. Muunsukupuolisuudella ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä osallisuuden kokemukseen, mikä voi johtua joko siitä, ettei yhteyttä ole, tai siitä, että muunsukupuolisten osuus oli aineistossa pieni. Iän yhteys osallisuuden kokemukseen oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($\beta = 0.17$ ja $p < 0.05$, kun verrattiin 30–44-vuotiaita ja yli 45-vuotiaita 18–29-vuotiaisiin). Analyysi antoi siis pieniä viitteitä siitä, että vanhemmissa ikäryhmissä osallisuuden kokemus olisi korkeampi kuin alle 30-vuotiailla. Yksin asumisella, koulutuksella tai työllisyydellä ei ollut yhteyttä osallisuuden kokemukseen.

Taulukko 2

Koettu terveys, yksinäisyys, ikäryhmä, sukupuoli, koulutus, työllisyys ja asumistilanne osallisuuden kokemuksen selittäjinä lineaarisessa hierarkkisessa regressioanalyysissä (N = 212)

Muuttuja	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Askel 1			
Terveys	10.18	[7.72, 12.65]	0.48***
Askel 2			
Terveys	8.72	[6.22, 11.22]	0.42***
Yksinäisyys	10.12	[5.01, 15,23]	0.24***
Askel 3			
Terveys	9.54	[6.90, 12.18]	0.45***
Yksinäisyys	10.99	[5.76, 16.21]	0.25***
Ikäryhmä2 (30–44)	7.45	[1.28, 13.63]	0.17*
Ikäryhmä3 (45+)	7.39	[1.16, 13.62]	0.17*
Sukupuoli2 (mies)	-8.29	[-13.38, -3.20]	-0.21**
Sukupuoli3 (muu)	-4.58	[-17.72, 8.57]	-0.04
Koulutus2 (toinen aste)	-0.76	[-6.03, 4.51]	-0.02
Koulutus3 (korkeakoulu)	-8.82	[-19.02, 1.37]	-0.11
Koulutus4 (muu)	7.60	[-7.08, 22.27]	0.06
Työllisyys2 (työtön)	-4.37	[-11.08, 2.34]	-0.08
Työllisyys3 (eläke)	-0.61	[-9.58, 8.37]	-0.01

Asuu yksin	0.02	[-5.14, 5.18]	0.00
------------	------	---------------	------

Huom. R^2 korj. = 0.23 askeleella 1, R^2 korj. = 0.28 askeleella 2, R^2 korj. = 0.31 askeleella 3
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

4.2 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulokset

Ensimmäisessä kysymyksessä liittyen yksinäisyyden kokemukseen avovastauksista muodostui viisi kategoriata, jotka on kuvattu taulukossa 3. Ensimmäisessä kategoriassa on vastaajat, joilla on sosiaalista verkostoa ja he ovat tyytyväisiä siihen. Toisessa kategoriassa on vastaajat, joilla ei ole sosiaalista verkostoa, mutta jotka kertovat viihtyvänsä yksin. Kolmannessa kategoriassa on vastaajat, joilla on jonkinlainen sosiaalinen verkosto, mutta he kaipaavat lisää kontakteja, läheiset asuvat kaukana tai he kokevat sosiaalisesta verkostosta huolimatta olonsa yksinäisiksi/ulkopuolisiksi. Neljänteen kategoriassa kuuluvat vastaajat, joilla ei ole lainkaan tai juurikaan sosiaalista verkostoa ja he kokevat itsensä yksinäisiksi. Viimeiseen kategoriassa olemme koonneet muut vastaukset, joissa vastaaja ei varsinaisesti kuvaa yksinäisyyttään. Yksi vastaajista kertoo hänellä olevan yksinäisyyden pelko ja kaksi vastaajaa korostaa jonkin palvelun tärkeyttä sosiaalisten kontaktien ja kohtaamisten mahdollistajana.

Taulukko 3

Kategoriat	Kategoriaan luokiteltujen vastausten määrä
Vastaajat, joilla on (laajat) sosiaaliset verkostot, joihin he ovat tyytyväisiä	4
Vastaajat, jotka ovat yksinäisiä, mutta tyytyväisiä tilanteeseen	9
Vastaajat, joilla on jonkinlainen sosiaalinen verkosto, mutta kaipaavat lisää kontakteja/läheiset ovat kaukana/kokevat verkostosta huolimatta yksinäisyyttä tai ulkopuolisuutta	16
Vastaajat, joilla ei ole (juurikaan) sosiaalista verkostoa ja kokevat	14

yksinäisyyttä	
Muut vastaukset	3

Toinen kysymys antoi vastaajille mahdollisuuden kommentoida hyvin vapaasti heidän hyvinvointiaan tai osallisuuden kokemustaan. Vastauksista hahmottui kuusi varsinaista kategoriaa, jotka on kuvattu taulukossa 4. Seitsemäs kategoria sisälsi “ei lisättävää”-tyyppisiä vastauksia, jotka sisällöllisesti rinnastuivat kysymykseen vastaamatta jättäneisiin ja joita ei näin ollen ole relevanttia käsitellä varsinaisina vastauksina. Varsinaisista kategorioista ensimmäinen sisälsi vastauksia, joissa vastaaja kommentoi jollain lailla palvelujärjestelmää, yhteiskuntaa tai jotain tiettyä palvelua, tai esitti toiveita näitä kohtaan. Osa vastaajista kritisoi palvelujärjestelmää ja eriarvoistavaa yhteiskuntaamme; toiset taas kiittelivät ja kertoivat saavansa apua (tulkitsemme vastaukset kohdistuvan lähinnä palveluun, jossa kysely on toteutettu). Toisen kategorian vastaajat nostavat joillain lailla terveydentilansa esille, josta voimme päätellä sen olevan keskeinen tekijä heidän hyvinvoinnilleen tai osallisuuden kokemukselle. Lähes kaikissa vastauksissa vastaaja kuvaa jonkinlaisia fyysiseen tai psyykkiseen terveydentilaansa liittyviä tekijöitä, jotka luovat rajoitteita hänelle esimerkiksi osallistua yhteiskuntaan täysimääräisesti. Kolmannen kategorian vastaukset käsittelevät vastaajan sosiaalista verkostoa keskeisenä hänen hyvinvointinsa tai osallisuuden kokemuksen kannalta. Sosiaaliset kontaktit kuvataan tärkeiksi ja yhdessä vastauksessa esimerkiksi todetaan kohtaamispaikkojen puutteen rajaavan neuroepätyypillisten aikuisten mahdollisuuksia osallistua yhteiskuntaan. Neljännen kategorian vastaukset ovat toteamuksia elämäntilanteen erityisestä haastavuudesta. Viidennen kategorian vastaajat puolestaan kuvaavat vastauksissaan tyytyväisyyttään omaan elämäntilanteeseensa. Viimeisessä kategoriassa vastaajat nostavat jollain lailla esiin oman asenteensa tai toimintansa merkityksen hyvinvointinsa tai osallisuuden kokemuksen kannalta.

Taulukko 4

Kategoriat	Kategoriaan luokiteltujen vastausten määrä
------------	--

Vastaajat, jotka tuovat oman terveydentilansa esiin keskeisenä asiana	8
Vastaukset, jotka liittyvät vastaajan sosiaaliseen verkostoon	3
Vastaukset, joissa kommentoidaan tai esitetään toiveita tiettyä palvelua/palvelujärjestelmää/yhteiskuntaa kohtaan	9
Vastaajat, jotka kuvaavat tyytyväisyyttä omaan tilanteeseensa	2
Vastaajat, jotka kokevat oman tilanteensa erityisen vaikeana	2
Vastaajat, jotka korostavat oman asenteensa/toimintansa merkitystä	4

Tarkastellessamme avovastauksia suhteessa vastaajien osallisuusindikaattori-lukemaan, havaitsimme, että kaikilla vastaajilla, jotka kuvasivat sosiaalisia verkostoja laajoiksi ja hyviksi, oli myös keskiarvoa korkeampi osallisuusindikaattorin lukema. Suurimmalla osalla vastaajista osallisuusindikaattori oli jopa tai lähes 100. Vastaajat, jotka kuvasivat tukiverkostojaan hyviksi, vastasivat esimerkiksi *”tulen kaikkien kanssa toimeen”* tai *”aina on joku seurana”*. Myös toisessa osallisuuteen liittyvässä avokysymyksessä täydet osallisuusindikaattoripisteet sai vastaaja, joka kertoi ympäristön tukevan häntä aina ja korkeat pisteet vastaaja, joka kuvasi sosiaalisten suhteidensa olevan hänelle merkittäviä: *”On erittäin tärkeää, että voi tavata toisia ihmisiä ja elää sosiaalista elämää!!”*.

Vastaajiin, joilla vastausten perusteella ei ole juurikaan sosiaalista verkostoa ja jotka kokevat olonsa yksinäisiksi, sisältyy sekä keskiarvoa korkeamman, että matalamman osallisuuskokemuksen omaavia. Kahdella kolmesta on kuitenkin keskiarvoa heikompi osallisuuden kokemus ja niidenkin osalta, joiden osallisuuden kokemus on keskiarvoa korkeampi, eivät lukemat ole yhtä korkeita kuin ensimmäisessä kategoriassa. Vastauksissa kuvataan yksinäisyyteen johtaneita syitä kuten avunpyytämisen vaikeus tai muutto toiselle paikkakunnalle. Useassa vastauksessa tunnistetaan yksinäisyyden liittyvän myös terveydentilaan liittyviin haasteisiin, kuten erilaisiin diagnooseihin, mielenterveyden ongelmiin, päihteidenkäyttöön ja hoitojaksoihin. Tämä käy ilmi esimerkiksi seuraavissa vastauksissa: *”Taloudellinen tilanne ja mielenterveysongelmat rajaa sosiaalista kanssakäymistä, kun ei ole varaa tai voimavaroja käydä esim. harrastuksissa tai nähdä kavereita ja tehdä yhdessä asioita. Vietän siis paljon aikaa yksin kotona, kun en muutakaan kykene tekemään”* ja *”Olen käynyt*

osastohoidolla ja päätin edellisen toiminnan tietyistä syistä, niin liiallinen kotona olo teki yksinäisen olon”. Myös seuraavassa avokysymyksessä heikot osallisuuspisteet saanut vastaaja kuvaa neuropsykiatristen oireiden johtavan usein syrjäytymiseen puutteellisen tuen ja soveltuvien kohtaamispaikkojen vuoksi: ”Neuroepätyypilliset aikuiset ovat usein syrjäytyneitä koska meille ei ole ryhmiä, tukia tai paikkoja joissa pääsemme tapaamaan ja olemaan kaltaistemme kanssa tai saamaan oikeanlaista tukea jotta voisimme olla osa yhteiskuntaa”.

Kahdessa muussa kategoriassa yksinäisyyteen liittyen vaihtelu osallisuuden kokemuksen osalta on suurta. Vastaajista, joilla ei juurikaan ole sosiaalista verkostoa, mutta kertovat viihtyvänsä yksin, noin puolella osallisuuden kokemus on keskimääräistä korkeampaa ja noin puolella keskimääräistä alhaisempaa. Lukemat vaihtelevat 0 ja 90 välillä. Yksi tähän kategoriaan kuuluvista vastaajista kuvaa tilannettaan seuraavasti: *”Olen introvertti enkä tarvitse paljoa kavereita ja seuraa. Mutta helposti käy niin että menee pitkä aika enkä näe ketään”*. Niiden osalta, joilla on sosiaalista verkostoa, mutta toivoisivat sitä olevan enemmän, noin kahdella kolmesta osallisuuden kokemus on keskimääräistä korkeampi ja lukemat vaihtelevat 32,5 ja 100 välillä. Vastauksissa toistuu se, että jonkinlaista sosiaalista verkostoa tai perhettä on, mutta kontakteja ja kohtaamisia toivottaisiin enemmän kuten seuraava vastaaja kuvaa: *” On lapsuuden perhe, jonka luona käyn välillä ja muille ystäville olen yhteydessä lähinnä virtuaalisesti. He asuu eri paikkakunnalla, toivoisin Lahteen enemmän ihmisiä elämään”*. Osa vastaajista taas kokee ulkopuolisuuden tunnetta seurasta huolimatta, kuten tässä vastauksessa: *”Ympärilläni on ihmisiä, mutta usein tuntuu etten kuulu joukkoon”*.

Avokysymyksiin annettujen vastausten perusteella voi sanoa, että kokemus hyvistä sosiaalisista verkostoista korreloi osallisuuden kokemuksen kanssa, sillä kaikilla sosiaaliset verkostonsa hyviksi kokevilla myös osallisuuden kokemus oli erittäin korkea. Yhteys yksinäisyyden ja osattomuuden kokemuksen perusteella ei ole yhtä selkeä, mutta se on vastausten perusteella olemassa. Osallisuuden kokemus vaihtelee huomattavasti vastaajilla, joilla on jonkin verran sosiaalisia verkostoja ja vastaajilla, jotka kertovat olevansa ja viihtyvänsä yksin. Tämä kertoo nähdäksemme siitä, että yksin oleminen ja yksinäisyys ovat eri asioita ja toisaalta siitä, että osallisuuden kokemusta voivat tuottaa muutkin asiat kuin sosiaaliset suhteet. Vastauksista on

myös havaittavissa, että yksinäisyydellä ja koetulla terveydentilalla on yhteys, sillä usean vastaajan mielestä erilaiset terveyshaasteet ovat johtaneet yksinäisyyteen.

Tarkastellessamme koettua terveydentilaa suhteessa osallisuuden kokemukseen on haastavampaa sanoa, millainen yhteys niillä on tutkimuksen avovastausten perusteella. Ensimmäisen kysymyksen vastauksista yksinäisyyttä koskien havaitsimme, että osa vastaajista yhdisti yksinäisyyden terveydentilan haasteisiin. Monilla näistä vastaajista myös osallisuuden kokemus oli keskimääräistä heikompi, mutta ei kuitenkaan kaikilla. Myös toisessa kysymyksessä osallisuuteen liittyen, oli vaihtelua osallisuuden kokemuksessa niillä, jotka toivat vastauksissaan terveydentilansa jollain lailla esille. Voisi sanoa, että vastaajilla, joilla oli pitkittynyt, vaikeaahko tilanne terveydentilansa osalta, etenkin jos he kokivat, etteivät olleet saaneet tarvitsemaansa apua, myös osallisuuden kokemus oli heikompi. Tällainen tilanne oli esimerkiksi vastaajalla, joka totesi näin: *”Jotenkin tuntuu, että Suomessa on vaikea saada tukea jos fyysinen kunto ja ”vammaisuus” ei ole tarpeeksi ”riittävä” valtion (Kelan ja THL:n) mielestä, etenkin jos sattuu olemaan harvinaisesti sairas. (Eli joku todella harvinainen sairaus)”*. Toisaalta niillä, joilla oli haasteita terveydentilaansa liittyen, mutta tilanne oli jo parempaan päin tai henkilö oli vähintään toiveikas sen suhteen, oli myös osallisuuden kokemus keskimääräistä korkeampi. Tämä on linjassa sen kanssa, että kaikilla vastaajilla, jotka korostivat omaa toimijuuttansa hyvinvoinnin rakentumisessa, osallisuuslukemat olivat keskimääräistä korkeammat. Esimerkkinä seuraavat vastaukset: *“asenne merkitsee tilanteessani, koitan pitää itse sitä yllä”* tai *“Teen duunia ja valintoja joka päivä tämän eteen, käyn juttelemassa asioista”*. Alhainen osallisuuden kokemus taas oli henkilöllä, joka kuvasi terveydentilansa vaikuttavan negatiivisesti työllistymiseensä: *”Kukaan työnantaja ei katselisi tällaista työntekijää, rajoitteita paljon ja ns. ”räjähdysaltis”*. Emme kuitenkaan tässä vaiheessa pysty tekemään johtopäätöksiä siitä, johtaako pitkittynyt heikko terveydentila alhaiseen osallisuuteen, vaiko toisinpäin. Syy-seuraussuhde ei ole selkeä, vaikka alhainen osallisuus korreloikin heikon koetun terveydentilan kanssa.

Vastausten perusteella voi siis tulkita, että kokemus terveydentilasta ei välttämättä suoraan korreloi osallisuuden kokemuksen kanssa. Merkittävämpää on se, mihin suuntaan yksilö kokee tilanteensa menevän, millaista tukea hän kokee haasteisiinsa saavansa ja miten hän kokee oman

toimijuutensa tilanteessa. Lisäksi muut ongelmat, joita heikko terveydentila saattaa aiheuttaa – esimerkiksi yksinäisyys tai haasteet työllistymisessä - saattavat johtaa osattomuuden kokemuksen lisääntymiseen.

Avovastaukset antavat näin ollen viitteitä siitä, että hyvät sosiaaliset verkostot ovat yhteydessä korkeampaan osallisuuden kokemukseen. Koettu yksinäisyys korreloi vastausten perusteella myös jossain määrin heikomman osallisuuden kokemuksen kanssa, vaikka yhteys ei ole yhtä selvä. Terveystilan ja osallisuuden kokemuksen yhteydestä on avovastauksien perusteella vaikeampaa antaa selvää vastausta. Viitteitä on kuitenkin siitä, että heikompi osallisuuden kokemus on niillä, jotka kokevat, etteivät saa tarvitsemaansa tukea tai joilla terveydentila aiheuttaa haittaa muilla elämän osa-alueilla. Osallisuuden kokemus on korkeampi niillä, jotka kokevat terveydentilansa menevän parempaan suuntaan sekä niillä, jotka kokevat voivansa itse vaikuttaa siihen haasteista huolimatta. Mielenkiintoinen havainto avovastauksissa on myös yhteys yksinäisyyden ja koetun terveydentilan välillä, sillä useammassa vastauksissa koettiin heikon terveydentilan olevan syynä yksinäisyyden kokemukselle.

On kuitenkin huomioitava, että avovastauksia oli tässä tutkimuksessa melko pieni määrä, eikä läheskään jokainen vastaajista ollut avokysymyksiin vastannut. Näin ollen vastauksista tehdyt tulkintamme ovat viitteellisiä, eikä niistä voi vetää laajempia johtopäätöksiä.

Lopuksi haluamme avovastausten perusteella todeta, että osallisuus on merkittävässä roolissa yksilöiden hyvinvoinnin kannalta; vastaajista erityisen heikko osallisuus (47,5 ja 0) on niillä, jotka kuvaavat elämäntilanteensa erityisen vaikeana (*“Kaikki on aika tasaisen paskaa”* ja *“En jaksa elämää missä ei ole mitään hyvää”*). Vastaajilla, jotka kuvaavat elämässä menevän kaikin puolin hyvin (*“Olen muuten vaan onnellinen, toivon et muutki on.”* ja *“hyvin menee”*) osallisuuden kokemus taas on selvästi keskiarvoa korkeampi (100 ja 75).

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä käytäntötutkimuksessa tarkastelimme, miten osallisuuden kokemus on yhteydessä koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen työikäisillä, jotka käyttävät haavoittuvassa asemassa oleville suunnattuja palveluita. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen sosiaalialan osaamiskeskus Verson kanssa. Aineistona käytettiin Verson Osallisuuden versoja -hankkeessa keväällä 2023 keräämä kyselytutkimusaineisto, jolla selvitettiin haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden kokemuksia.

Tutkimuksemme perusteella voimme todeta, että osallisuuden kokemus on yhteydessä koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen työikäisillä, jotka käyttävät haavoittuvassa asemassa oleville suunnattuja palveluita. Parempi koettu terveys ja vähäisempi yksinäisyyden kokemus ennustivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi suurempaa osallisuuden kokemusta. Regressioanalyysin perusteella koettu terveys oli yksinäisyyttä vahvemmin yhteydessä osallisuuden kokemukseen. Sisällönanalyysin perusteella suurin yhteys puolestaan oli hyvien sosiaalisten verkostojen ja korkean osallisuuden kanssa. Koetun terveydentilan ja osallisuuden kokemuksen yhteys oli vaihtelevampi, mutta havaittavissa oli, että ne, jotka kokivat terveydentilansa menevän parempaan suuntaan ja kykenevänsä itse vaikuttamaan siihen, kokivat korkeampaa osallisuutta kuin ne, jotka eivät saaneet tarvitsemaansa tukea tai kokivat näköalattomuutta tilanteessaan. Regressioanalyysillä havaitsimme koetulla terveydellä olevan yhteys osallisuuden kokemukseen, mutta yksinäisyyden heikentävän hieman koetun terveyden yhteyttä osallisuuteen. Epäselväksi jäi kuitenkin heikentääkö yksinäisyyden kokemus sekä terveyden että osallisuuden kokemusta, vai lisääkö heikompi koettu terveys yksinäisyyttä, joka puolestaan heikentää osallisuuden kokemusta. Avovastauksista saimme viitteitä siitä, että heikompi koettu terveys lisäisi yksinäisyyttä, sillä useassa vastauksessa kuvattiin heikon terveydentilan olevan syynä yksinäisyyden kokemukselle.

Toteuttamamme tutkimus on linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa, sillä monissa aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että yksinäisyydellä ja koetulla terveydentilalla on yhteys osallisuuden kokemukseen (esim. Leemann ym. 2022a; Ahrnberg ym. 2021). Esimerkiksi

Leemann ym. (2022a, s. 104) ovat havainneet, että heikommaksi koettu terveydentila heikentää selvästi myös osallisuuden kokemusta, kuten käy ilmi myös toteuttamastamme tutkimuksesta. Tutkimuksemme avovastauksista kävi ilmi, että fyysisten vaivojen lisäksi myös mielenterveyden haasteet vaikuttavat osallisuuden kokemukseen, kuten ovat havainneet tutkimuksessaan myös Nikka & Günther (2023). Yksinäisyydellä on havaittu olevan yhteys heikompaan osallisuuden kokemukseen esimerkiksi pääkaupunkiseudulla vuonna 2021 toteutetussa hyvinvointikyselyssä ja Erjansolan ym. (2022) tutkimuksessa koskien erittäin heikkoa osallisuutta kokevia. Lisäksi havaintomme hyvien sosiaalisten verkostojen merkittävästä positiivisesta vaikutuksesta osallisuuden kokemukseen on saman suuntainen Nikan & Güntherin (2023) havaintoon siitä, että yhteisöllisyys ja sosiaalisuus lisäävät osallisuuden kokemusta.

Tutkimustuloksemme tarjoavat uusia näkökulmia siihen, millainen yhteys yksinäisyydelle ja koetulla terveydentilalla on toisiinsa. Keskeinen havaintomme on, että heikoksi koettu terveydentila lisää yksinäisyyden kokemusta, joka puolestaan heikentää osallisuuden kokemusta. Lisäksi laadullisten vastausten yhdistäminen tilastolliseen analyysiin tutkimuksessamme tarjoaa näkökulmia siihen, että yksinäisyyttä on monenlaista ja kokemukseen terveydentilasta vaikuttavat useat tekijät, joilla taas on mahdollisesti vaikutuksia siihen, millaiseksi yksilö osallisuutensa kokee. Henkilö, joka on omasta tahdostaan yksin ja tyytyväinen tilanteeseensa, saattaa kokea osallisuutensa erilaisena kuin henkilö, joka on jäänyt yksin tahtomattaan ja kärsii yksinäisyydestä. Tuloksista havaitsimme myös, että yksin asuminen ei ollut tilastollisesti yhteydessä osallisuuden kokemukseen toisin kuin yksinäisyyden kokemus. Osallisuuden kokemuksen kannalta merkittävämpää näyttääkin olevan yksin vietetyn ajan – joka todennäköisesti on yksinasuvilla suurempi kuin puolison tai perheen kanssa asuvilla – sijaan se, kuinka yksinäiseksi ihminen kokee itsensä. Koetun terveydentilan kohdalla puolestaan näyttäytyi osallisuuden kannalta olevan jossain määrin merkityksellistä se, mihin suuntaan henkilön tilanne on menossa, miten hän kokee itse voivansa siihen vaikuttaa ja kokeeko hän saaneensa tilanteeseensa tarvittavaa apua. Tämä kaikki viittaa siihen, että merkittävää on se, että onko ihmisellä jokin suunta elämässä, tavoitteita tai jonkinlainen punainen lanka, jota seurata, ja miten hän kokee mahdollisuutensa toimijuuteen omassa elämäntilanteessaan.

Tutkimuksessamme analysoidut avovastaukset voivat antaa aihetta myös lisätutkimusta varten. Useassa vapaasti kirjoitetussa vastauksessa tulee ilmi sellaisia yksityiskohtia, joita on vaikeaa havainnollistaa pelkästään kvantitatiivisella tiedolla. Esimerkkinä toimii seuraava vastaus avokysymykseen: *“Olen kyllä jokseenkin yksinäinenkin mutta en koe sitä mitenkään erityisen ikävänä ts. yksinäisyyden tunne ei minua paljoa vaivaa. Minulla on kyllä ystäviä ja tuttuja.”*. Vastauksesta käy ilmi, ettei vastaaja välttämättä koe yksinäisyyden tunnetta pelkästään ikävänä asiana. Siten vastaus tuo esiin sen, että ihmisillä on erilaisia tarpeita sosiaalisuuteen liittyen, eivätkä ihmiset koe yksinäisyyttä välttämättä samalla tavoin. Tämä tutkimus ei itsessään riitä vastaamaan siihen, miksi tai miten jotkut ihmiset kokevat pärjäävänsä hyvin yksinäisyydestä huolimatta ja miksi joillain se taas vaikuttaa suuremmin osallisuuden kokemukseen. Tämä olisikin kiinnostava jatkotutkimusaihe.

Sisällönanalyysi antaa aihetta pohtia myös sitä, miksi osa vastaajista kokee jääneensä systeemin ulkopuolelle ja tulevana *“juoksutetuksi luukulta luukulle”*. Tämä herättää kysymyksiä siitä, että miksi osa vastaajista on joutunut systeemin ulkopuolelle ja miten tällaisia tilanteita voitaisiin jatkossa välttää.

Kuten avovastausten analyysissä totesimme, on osallisuus merkittävässä roolissa yksilön hyvinvoinnin kannalta. Tutkimuksemme perusteella voimme todeta yksinäisyyden kokemuksen ja kokemuksen heikosta terveydentilasta olevan yhteydessä heikompaan osallisuuden kokemukseen. Tutkimuksemme perusteella emme voi kuitenkaan osoittaa syy-seuraussuhteita ja vastata kysymykseen siitä, onko heikompi osallisuuden kokemus seurausta yksinäisyydestä ja heikosta terveydentilasta vai yksinäisyys ja heikkona koettu terveydentila seurausta heikosta osallisuuden kokemuksesta. Jatkokysymyksenä voisimme esittää esimerkiksi sen, millaiset muut tekijät vaikuttavat heikkoon osallisuuden kokemukseen haavoittuvassa asemassa olevilla ja erityisesti niillä, jotka kuvaavat itse elämäntilannettaan todella vaikeana. On tärkeää ymmärtää mitkä asiat vaikuttavat heikkoon osallisuuden kokemukseen erityisen haavoittuvassa asemassa olevilla, sillä tieto voisi auttaa suunnittelemaan tehokkaampia tukitoimia näille yksilöille. Osallisuuden lisääminen on myös yhteiskuntapoliittisesti merkittävä tema, jonka avulla

tavoitellaan muun muassa hyvinvointierojen kaventumista, yhteisöllisyyttä, aktiivista kansalaisuutta ja yhteiskunnallista vakautta (Leemann ym., 2022, s. 94).

Yksi keskeisiä kysymyksiä on myös se, voidaanko osallisuutta parantaa ja miten.

Jatkotutkimuksen avulla olisi kenties mahdollista suunnitella interventioita tai tukitoimia, jotka pyrkivät parantamaan osallisuuden kokemusta erityisesti niillä, joilla se on heikkoa. Vielä viimeisenä mainintana jatkotutkimusta varten haluamme nostaa esille sen, että tulevaisuutta varten olisi hyödyllistä tarkastella, miten kulttuuriset ja yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat osallisuuden kokemukseen eri ryhmissä ja yhteisöissä. Onko osallisuuden kokemus erilaista eri ympäristöissä, maakunnissa ja hyvinvointialueilla, ja jos näin on, niin mitkä taustatekijät voivat mahdollisesti vaikuttaa tähän?

Lähteet

6, P., & Bellamy, C. (2012). *Principles of methodology: Research design in social science*. SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781446288047>

Ahrnberg, H., Appelqvist-Schmidlechner, K., Mustonen, P., Fröjd, S., & Aktan-Collan, K. (2021). Determinants of Positive Mental Health in Adolescents-A Cross-Sectional Study on Relationships between Positive Mental Health, Self-Esteem, Character Strengths and Social Inclusion.

Anand, J. C.; Das, C.; Veszteg, C. & Batbaatar, E. (2020). The performance of researching with migrants and refugees. Teoksessa Joubert, L. & Webber, M. (2020). *The Routledge Handbook of Social Work Practice Research*. Lontoo: Routledge.

Erjansola, J. & Mäki, N. & Ahlgren-Leinvuo, H. (2022): Osallisuus. Teoksessa Ahlgren-Leinvuo, H. & Erjansola, J. & Joensuu, M. & Mäki, N. & Mänty, M. & Sihvonen, A. Pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvointi ja terveys. Pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvointikyselyn tuloksia. Tutkimuksia 1/2022. Helsinki: Helsingin kaupunki. 58–63.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Fraser, N. (2009). *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. New York, NY: Columbia University Press.

Isola, A. M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S., & Keto-Tokoi, A. (2017). *Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa*.

Joubert, L. & Webber, N. (2020). *The Routledge Handbook of Social Work Practice*.

Jääskeläinen, T., Koponen, P., Lundqvist, A., Borodulin, K., & Koskinen, S. (2019). *Nuorten aikuisten terveys ja elintavat Suomessa: FinTerveys 2017-tutkimuksen tuloksia*.

Kinnunen, K., Virtanen, P., & Valtonen, H. (2011). *Koettu onnellisuus ja koettu terveys: sairaus ei tee onnettomaksi, mutta onneton ei pysy terveenäkään*.

Karvonen, S. & Martelin, T. & Kestilä, L. & Junna, L. (2019): Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.). *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. 101–119. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

Krause, U. (2017). Researching forced migration: Critical reflections on research ethics during fieldwork. Refugee Studies Centre Working Paper Series, 123, University of Oxford, <https://www.rsc.ox.ac.uk/publications?author=ulrike-krause> Haettu 02.10.2023.

Laaninen, M., & Niemelä, M. (2023). *Koettu yksinäisyys Suomessa 2016–2022*.

Leemann, L., Martelin, T., Koskinen, S., Härkänen, T. & Isola, A. M. (2022a). Development and Psychometric Evaluation of the Experiences of Social Inclusion Scale, *Journal of Human Development and Capabilities*, 23:3, 400–424, DOI: 10.1080/19452829.2021.1985440

Leemann, L., Nousiainen, M., Keto-Tokoi, A. & Isola, A. M. (2022b). Osallisuuden kokemus aikuisväestössä. Teoksessa: Karvonen, S. ym. (toim.). *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 94–115.

Lindblom-Ylänne, S., Paavilainen, E., Pehkonen, L. & Ronkainen, S. (2020). *Tutkimuksen voimasanat*. Helsinki: Sanoma Pro.

Nikka, L., & Günther, K. (2023). Osallisuuden ja selviytymisen rakentuminen pitkäaikaistyöttömien elämäkertoissa. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 31(1), 43–59.

Päijät-Hämeen hyvinvointialue. Tietoa hyvinvointialueesta. Haettu 08.01.2024:

<https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta>

Satka, M., Karvinen-Niirikoski, S. & Nylund, M. (2005). Mitä sosiaalityön käytäntötutkimus on? Teoksessa Hoikkala, S., Karvinen-Niirikoski, S., Nylund, M., Satka, M. (toim.) *Sosiaalityön käytäntötutkimus*, s. 9–22. Helsinki: Palmenia-kustannus.

Satka, M., Julkunen, I., Kääriäinen, A., Poikela, R., Yliruka, L. & Muurinen, H. (2016). Johdanto – Käytäntötutkimus tietona ja taitona. Teoksessa M. Satka & I. Julkunen & A. Kääriäinen & L. Yliruka & H. Muurinen (toim.). *Käytäntötutkimuksen taito* (s. 8—32). Heikki Waris -instituutti ja Mathilda Wrede -institutet.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.

Sosiaalihuoltolaki, Suomen säädöskokoelma § 8 (2014).

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön ennakkotilasto 2023. Haettu 08.01.2024:

https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vamuu/statfin_vamuu_pxt_11lj.px

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (ei pvm.). Osallisuusindikaattori. Haettu 29.9.2023 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/tutkimus/osallisuusindikaattori-mittaa-osallisuuden-kokemusta>

Talentia ry (2017): *Arki, arvot ja etiikka – Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet*.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019*.

Virokannas, E., Liuski, S. & Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability – a literature review. *European Journal of Social Work*. 23:2, 327–339. DOI: 10.1080/13691457.2018.1508001