



HELSINGIN YLIOPISTO

Haavoittavassa tilanteessa olevien työikäisten yksinäisyys, koettu terveys ja osallisuus Päijät- Hämeen hyvinvointialueella

Käytäntötutkimus

Helsingin yliopisto
Sosiaalityö
Käytäntötutkimus, SOSM-ST421

Laatija:
Ella-Maria Vehkakoski
Jada Lampela
Juulia Vainikainen

1.2.2026

Helsinki

Sisällysluettelo

1	Johdanto	3
1.1	Työnjako ja roolit	3
2	Viitekehys	5
2.1	Tausta	5
2.2	Osallisuus	5
2.3	Haavoittavassa tilanteessa oleminen	6
2.4	Koettu terveys	7
2.5	Yksinäisyys	8
2.6	Aiempi tutkimus	9
3	Tutkimuksen toteuttaminen	11
3.1	Tutkimuksen toimintaympäristö	11
3.2	Tutkimuskysymys	11
3.3	Tutkimuksen aineisto ja analyysimenetelmä	12
3.4	Tutkimuksen muuttujat	13
	Taulukko 1. Lineaarisen regressioanalyysin muuttujat (N=374)	15
4	Tutkimusetiikka	17
5	Tulokset	19
5.1	Hierarkkinen regressioanalyysi koetun terveyden ja yksinäisyyden yhteydestä osallisuuden kokemukseen	19
5.2	Jatkoanalyysi yksinäisyys -muuttujan luokittelumuutoksen vaikutuksesta osallisuuden kokemuksen selittämisessä	21
6	Johtopäätökset	23
7	Tutkimus käytäntötutkimuksena	27
8	Tutkimuksen hyödyntäminen ja julkaiseminen	29
9	Lopuksi	30
	Lähteet	33

1 Johdanto

Tässä sosiaalityön käytöntutkimuksessa tutkitaan kvantitatiivisin menetelmin haavoittavassa tilanteessa olevien työikäisten yksinäisyyttä, koettua terveyttä ja osallisuutta Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Tutkimuksen aineisto on kerätty haavoittavassa tilanteessa oleville työikäisille suunnatuissa palveluissa, joita ovat esimerkiksi kuntouttava työtoiminta ja sosiaalinen kuntoutus. Aineisto on kerätty 2024 ja vastaava aineisto on kerätty myös 2023.

Tutkimuksemme liittyy osaltaan tieteelliseen keskusteluun niin haavoittavassa tilanteessa olemisesta kuin myös osallisuuden kokemuksen merkityksestä. Tarkoituksenaamme on etsiä tekijöitä, jotka voisivat selittää osallisuuden kokemusta, minkä avulla voidaan edelleen hahmottaa sitä, miten palveluita voitaisiin kehittää parempaan, palvelujen käyttäjien kokemuksia paremmin huomioonottavaan suuntaan.

Tutkimuksemme vastaa asettelultaan Jyrkisen, Laitisen ja Viitaseen (2024) tekemää tutkimusta sillä erolla, että heidän tutkimuksensa perustuu vuonna 2023 kerättyyn aineistoon sekä sillä erolla, että käyttämämme aineisto on kerätty osittain myös kolmannen sektorin palveluissa. Tavoitteena on myös vertailla analyysijamme ja tutkia, nouseeko analyyseista erilaiset asiat ilmi.

Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa Päijät-Hämeen hyvinvointialueelle tietoa, jonka avulla he voivat mahdollisesti kehittää palveluita sekä ymmärtää paremmin yhteyksiä, joita eri tekijöillä voi olla osallisuuden kokemuksen kanssa. Kvantitatiivinen tutkimus antaa meille mahdollisuuden tarkastella laajaa määrää vastauksia, minkä avulla voidaan muodostaa laajaa yleiskuvaa osallisuuden yhteydestä eri tekijöihin haavoittuvassa tilanteessa olevien työikäisten näkökulmasta.

1.1 Työnjako ja roolit

Tutkijaryhmän kesken jakaantui tasaisesti eri osa-alueet, joita käytäntötutkimuksessa tulee käsitellä (johdanto, käsitteet ja aiempi tutkimus, tutkimuksen toteuttaminen, tulokset ja johtopäätökset). Tutkimusta työstiin tutkijoiden yhteisellä Word-dokumentilla. Tavoitteena oli se, että jokainen pääsee tarvittaessa kommentoimaan toistensa työnjälkeä ja käymään dialogia tuloksista. Lampela oli päävastuussa

muuttujien auki selittämisestä, regressioiden tekemisestä, kun taas Vainikainen ja Vehkakoski tekivät teoriaosuuden, analyysia, johdannon ja loppupäätelmät. Työ jakautui tasaisesti kaikille niin, että lopputuloksessa näkyy kaikissa osioissa kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kädenjälki.

2 Viitekehys

Tässä luvussa esittelemme keskeiset käsitteet sekä tutkimuksen taustan ja kontekstin. Keskeisinä käsitteinä tutkimuksessamme on osallisuus, haavoittavassa tilanteessa oleminen, koettu terveydentila ja yksinäisyys.

2.1 Tausta

Tutkimuksemme liittyy osaltaan tieteelliseen keskusteluun osallisuuden merkityksestä palveluiden kehittämisessä sekä keskusteluun haavoittuvassa tilanteessa olemisesta. Tutkimuksemme liittyy myös osaltaan isompaan yhteiskunnalliseen keskusteluun siitä, miten palvelut voisivat vastata paremmin palvelunkäyttäjien todellisia tarpeita.

Kaikki käyttämämme käsitteet ovat melko laajoja ja toisaalta niiden rajaukseen ja muotoiluun liittyy tieteellisessä keskustelussa kiistelyä. Tunnistamme käsitteiden kohdalla myös kriittisen keskustelun ja olemme huomioineet kriittistä diskurssia käsitteiden muotoilussa. Tunnistamme tieteellisessä keskustelussa näkökulmia, jotka eroavat meidän valinnoistamme ja olemme miettineet taustoitusta tehdessämme läpi erilaiset vaihtoehdot käsitteille.

2.2 Osallisuus

Osallisuus on käsitteenä moniulotteinen eikä tiedeyhteisössä ole konsensusta siitä, mitkä osallisuuden käsitteen tarkat rajat ovat (Vis ym. 2010). Osallisuudella on useita rinkaikäsitteitä, joita käytetään synonyymeinä tarkoittamaan samaa asiaa. Tällaisia termejä on esimerkiksi sitoutuminen tai osallistuminen. (Kirjavainen, 2024, s. 12.) Käsitteiden ollessa hyvin samanlaisia ja jopa osittain synonyymejä (tutkimuksen mukaan vaihdellen) aiheuttaa se käsitteen määrittelylle omat haasteensa. Tutkimuksessamme hahmotamme osallisuuden tarkoittavan vaikuttamista oman elämänsä kulkuun, mahdollisuuksiin, toimintoihin, palveluihin ja joihinkin yhteisiin asioihin (Isola ym. 2017).

Osallisuus jaotellaan usein erilaisiin osa-alueisiin, jotka muodostavat osallisuuden kokonaisuudessaan. Erään määritelmän mukaan osallisuuden voidaan katsoa jakaantuvan kolmeen eri osa-alueeseen, joita ovat osallisuus omaan elämään, osallisuus vaikuttamisprosesseihin, kuten palveluissa ja yhteiskunnassa ja paikallinen osallisuus,

jonka alle voidaan sijoittaa esimerkiksi vuorovaikutussuhteet, jotka lisäävät elämän merkityksellisyyttä. (Isola ym. 2017, s. 9–23.)

Osallisuutta tukevan toiminnan tavoitteena on mahdollistaa ihmiselle osallisuuden kokemus siten, että hän pystyy vaikuttamaan palveluiden toteutumiseen ja hänen näkemyksensä on esillä. Osallisuus on käsitteenä laaja-alaisempi ja kattaa muitakin osa-alueita, mutta tutkimuksessamme tarkastelemme erityisesti osallisuutta palveluiden näkökulmasta. Sosiaalityössä osallisuus parhaimmillaan voi olla sitä, että asiakkaan ja (sosiaali)työntekijän välille on muodostunut kumppanuus, jossa tavoitteiden eteen työskennellään yhdessä työparina, eikä niinkään asiakas-työntekijä suhteella. (Pohjola, 2010, s. 56–74.)

Tutkimuksessamme osallisuuden käsite on erityisen tärkeä, sillä palveluiden käyttäjien osallisuuden korostamiselle voidaan tunnistaa useita vahvoja syitä (Kirjavainen, 2024, s. 13). Tällaisia syitä on esimerkiksi se, että palveluiden haluttaan olevan laadukkaita ja asiakkaiden tarpeisiin vastaavia, minkä vuoksi osallisuus palveluissa on tärkeää. (Pascal & Sagan, 2018).

2.3 Haavoittavassa tilanteessa oleminen

Haavoittavassa tilanteessa oleminen ei ole käsitteenä yksiselitteinen. Haavoittavuudella on useita erilaisia merkityksiä ja käsitteenä se on moniulotteinen. (Brown, 2011, s. 313–321; Fawcett, 2009, s. 473–484; Numans ym. 2021.) Tutkimuksissa ja kirjallisuudessa haavoittavassa tilanteessa olevia ihmisiä kuvataan sellaisina henkilöinä, jotka eivät koe olevansa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti hyvinvoivia. Voidaan myös katsoa, että sellaiset henkilöt, jotka ovat jääneet yhteiskunnan ulkopuolelle tai “tippuneet” systeemistä, ovat haavoittavaisessa tilanteessa olevia henkilöitä. Haavoittavassa tilanteessa olevat henkilöt voivat tarvita erityistä tukea tai palveluita selviytyäkseen yhteiskunnassa. (Fawcett, 2009, s. 473–484; Numans ym. 2021.)

Haavoittavassa tilanteessa olevilla on kuitenkin tutkimusten pohjalta havaittu yhdistäviä piirteitä. Nämä piirteet ovat muun muassa ongelmien kasaantuminen, voimattomuuden tunne, kommunikaation vaje, resurssi vaje, marginaalisessa asemassa olo, epätasapaino kapasiteetin ja “taakan” välillä, tilanteeseen riippuvaisuus ja alhainen itsetunto. (Numans ym. 2021.)

Numans ja kumppanit (2021) tutkivat haavoittavassa tilanteessa olevien näkökulmia omaan haavoittavuuteen liittyen. Tutkimuksessa he tunnistivat kolme erilaista haavoittavuuden ulottuvuutta. Ensimmäinen käsitteli haavoittavuuden ilmenemistä arjessa, toinen ulottuvuus painottui haavoittavuuteen liittyviin tunteisiin ja kolmas ulottuvuus käsitteli haavoittavassa tilanteessa olevien ihmisten imagoa. Tutkimus osoitti sen, että haavoittavuus on hyvin moniulotteinen ilmiö, joka rakentuu useista toisiinsa kietoutuvista ulottuvuuksista.

Haavoittuvuus (eng. Vulnerability) on käsitteenä kiistanalainen ja se jakaa mielipiteitä. Konsensusta siitä, kuka tai ketkä nähdään haavoittuvina ei tiedeyhteisössä ole saatu - eikä edes siitä, tulisiko käsitettä haavoittavuus käyttää. Joidenkin tutkijoiden mielestä haavoittuvuutta tulisi käyttää viittaamaan yleismaailmallisesti ihmisiin eikä tiettyihin ryhmiin (Herring, 2016). Joissakin tutkimuksissa taas haavoittavuuden käsitettä on kritisoitu sekä huomautettu, että käsite voi itsessään olla vahingollinen (Virokannas, Liuski & Kuronen, 2020).

Haavoittavassa tilanteessa oleva on käsitteenä sellainen, että sillä on useita rinnakkaiskäsitteitä niin englanniksi kuin suomeksi. Joissakin tutkimuksissa puhutaan esimerkiksi haavoittavassa asemassa olemisesta. Tutkimuksen taustoitusta tehdessä päädyimmekin melkein käyttämään edellä mainittua muotoa käsitteestä, mutta lopulta päätimme, että haavoittavassa tilanteessa oleminen on eettisesti sekä tutkimuksen kannalta paras valinta. Tämä perustuu siihen, että ”tilanteessa” oleminen on hetkellistä, kun taas ”asemassa” oleminen kuulostaa pitkäkestoiselta, pysyvältä asialta. Myös hyvinvointialue toivoi, että käytämme tätä termiä. Tässä on tapahtunut lyhyessä ajassa muutos, sillä vuonna 2024 hyvinvointialueella tehdyssä käytäntötutkimuksessa käytettiin vielä termiä ”haavoittavassa asemassa” (Jyrkinen ym. 2024).

2.4 Koettu terveys

Koettu terveys on henkilön subjektiivinen kokemus omasta terveydestään (Karvonen ym. 2019; Luoto ym. 2008; Whitley ym. 2016, s. 1082–1092). Terveystilan itsearviointi on yleisesti käytetty menetelmä, kun halutaan mitata yksilön terveyttä. Itsearviointi mahdollistaa terveyden tarkastelun yksilön omien kokemusten ja uskomusten sekä tilanteen pohjalta. Itsearvioitu terveydentila on todettu käyttökelpoiseksi mittariksi, esimerkiksi kuolleisuuden ennustamisessa, erityisesti ikääntyvällä väestöllä. (Luoto, 2008; Whitley ym. 2016, s. 1082–1092.) Lisäksi koettu terveydentila

indikaattorina ennustaa heikentyneitä toimintakykyä ja psyykkistä kuormittuneisuutta etenkin iäkkäämmässä väestössä. Myös nuorilla aikuisilla koettu terveys toimii luotettavana ja käyttökelpoisena mittarina, erityisesti silloin kun tarkastellaan terveyttä suurissa väestökyselyissä. (Luoto, 2008.)

Itsearviointi menetelmissä on kuitenkin rajoitteita. Yhtenä esimerkkinä on kontekstiriippuvuus, johon sisältyy esimerkiksi sukupuolten väliset erot, ikä ja sosioekonominen asema. Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että eri maiden ja kulttuurien välillä on eroavaisuuksia liittyen itsearvioituun terveyteen. (Whitley ym. 2016, s. 1082–1092.) Tässä tutkimuksessa ei ole otettu huomioon sitä, että vastaajilla voi olla hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, mikä esimerkiksi on ”hyvä terveydentila”.

2.5 Yksinäisyys

Yksinäisyys (eng. Loneliness, social isolation) on laaja käsite, jolla yleisimmin tarkoitetaan epämiellyttävää tunnekokemusta, joka on vahingollinen yksilölle. Tunnekokemus aiheutuu ristiriitaisuudesta yksilön todellisten ihmissuhteiden ja niihin kohdistettujen odotuksien välillä (Perlman & Peplau, 1984). Yksinäisyys on yksilön subjektiivinen kokemus, eikä tarkoita suoraan samaa asiaa, kuin yksinoleminen (Long & Averill, 2003). Tietyt tekijät voivat altistaa yksinäisyydelle, kuten persoonallisuuden piirteet tai yksilön ominaisuudet, mutta kaikilla on riski tuntea yksinäisyyttä (Perlman & Peplau, 1984, s. 13).

Yksilöllä voi olla sosiaalisia suhteita paljonkin, mutta hän voi silti kokea yksinäisyyttä. Joissakin yksilöissä ja tilanteissa sosiaaliset suhteet eivät tuota sitä yhteenkuuluvuuden ja kuulumisen tunnetta, joka on olennaista ihmisen hyvinvoinnille. (Hawkey & Capitano, 2015 s. 1) Vaikka yksinäisyys on yksilön subjektiivinen kokemus ja kuka vain voi kokea yksinäisyyttä, on tutkimuksissa havaittu tiettyjä suojaavia ja toisaalta altistavia tekijöitä. Yksinäisyyden kokemukset ovat korkeampia nuorten ja vanhusten keskuudessa (Barreton & ym. 2021; Hawkey & Cacioppo, 2010). Barreton ja kumppaneiden tutkimuksessa (2021) havaittiin, että miehet kokevat naisia enemmän yksinäisyyttä, minkä lisäksi tutkimuksessa havaittiin mahdollinen korrelaatio individualistisen kulttuurin ja suuremman yksinäisyyden kokemuksen välillä. Yksinäisyyden kokemusta on havaittu olevan vähän naimisissa olevilla yksilöillä (Barreton & ym. 2021, s. 1).

Yksinäisyyden kokemukseen voi siis vaikuttaa monenlaiset tekijät, mutta on kuitenkin huomatta, että yksilöllisenä ja subjektiivisena kokemuksena se voi vaikuttaa keeneen tahansa. Yksinäisyyden tutkiminen ja ymmärtäminen on tärkeää, sillä yksinäisyydellä on huomattu olevan negatiivinen yhteys terveyteen ja hyvinvointiin (Qualter & ym. 2015). Yksinäisyys on myös lisääntynyt Suomen väestössä, ja sen ennustetaan jatkavan kasvua, ellei nykyistä kehitystä saada pysäytettyä (Parikka ym. 2025).

2.6 Aiempi tutkimus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on tehnyt Suomessa merkittävää tutkimusta osallisuudesta ja osallisuuden kokemuksesta (ks. Esim. THL, 2024). Yksi keskeinen THL:n tutkimus aiheeseen liittyen on Leemann:in ja kumppaneiden 2022 tutkimus osallisuuden kokemuksesta aikuisväestössä. He tarkastelivat osallisuuden kokemusta logistisen regressioanalyysin avulla. Tutkimus (Leemann ym. 2022) osoitti, että terveys ja työelämäosallisuus selittivät keskeisesti osallisuuden kokemusta. Työssäkäyvät, korkeasti koulutetut sekä puolison kanssa asuvat kokivat enemmän osallisuutta, kuin työttömät ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat.

Toinen ajankohtainen tutkimus aiheeseen liittyen on Leemann:in ja kumppaneiden (2025) tutkimus, jossa he pyrkivät tunnistamaan väestöryhmiä, joilla esiintyi erityisen heikkoa osallisuuden kokemusta. Heidän tutkimuksensa osoitti, että heikko osallisuuden kokemus oli selvästi yleisempää työttömillä, työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla sekä niillä, joilla oli heikentynyt terveys ja työkyky. He tunnistivat, että työelämäosallisuus, terveys ja työkyky ovat keskeisiä asioita osallisuuden kokemuksen kannalta. Heidän tutkimuksensa osoitti, että haavoittavassa tilanteessa oleville tulisi saada kohdennettua tukea osallisuuden vahvistamiseksi ja terveyden edistämiseksi. Aiheesta on myös tehty kansainvälistä tutkimusta (ks. Esim. Chen ym, 2017; Hu ym. 2025; Michalski ym. 2020).

Meidän tutkimuksemme kannalta tärkeä tutkimus aiheeseen liittyen on Jyrkisen, Laitisen ja Viitasen vuoden (2024) käytäntötutkimus Haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden kokemukset suhteessa koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen. Tulomme tutkimuksemme johtopäätökset luvussa pohtimaan vuoden 2024

käytäntötutkimuksen tuloksia verraten niitä meidän tutkimuksemme tuloksiin. Aineistomme on kerätty vuoden erolla Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa käytettyyn aineistoon, joten on mielenkiintoista nähdä, onko vuodessa tapahtunut muutosta. On olennaista myös huomata, ettemme toisinnalla heidän tutkimustaan täsmälleen, vaikka monia yhtäläisyyksiä on. Meidän käyttämämme aineistostamme puuttuu kokonaan asumistilannetta koskeva kysymys, minkä vuoksi se ei ole meillä muuttujana. Käytimme tutkimuksessamme osallisuusindikaattorin THL:n ohjeistuksen mukaisesti sekä teimme muutoksia yksinäisyyden dikotomiseen muuttuunaan. Lisäksi teimme vertailun vuoksi myös toisen analyysin samanlaisella yksinäisyyden dikotomisen luokittelulla, kuin Jyrkinen ja kumppanit.

3 Tutkimuksen toteuttaminen

3.1 Tutkimuksen toimintaympäristö

Toteutamme tutkimuksemme yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tukipalveluiden TKI-yksikön kanssa. Aiemmin yksikön nimi oli Sosiaalialan osaamiskeskus Verso. Sosiaalialan osaamiskeskus Verson toiminta päättyi 30.6.2025 osaamiskeskustoiminnan asetusmuutoksen 582/2024 johdosta. Päijät-Hämeen hyvinvointialue kuuluu jatkossa Sosiaalialan osaamiskeskus Socca:n toiminta-alueeseen ja Päijät-Hämeessä alueellinen sosiaalialan kehittäminen jatkuu hyvinvointialueen TKI-yksikössä.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueeseen kuuluu seuraavat kunnat: Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Orimattila, Padasjoki ja Sysmä (STM, 2025). Päijät-Hämeen hyvinvointialueella asuu yli 200 000 henkilöä ja hyvinvointialue työllistää yli 8000 työntekijää. Väestömäärältään suurin kunta Päijät-Hämeen hyvinvointi alueella on Lahti. Hyvinvointialue pyrkii kehittämään alueellaan muun muassa työllisyyttä, elinympäristöä, kotoutumista, sivistyspalveluita, varautumista, turvallisuutta ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. (Päijät-Hämeen Hyvinvointialue.)

3.2 Tutkimuskysymys

Tämän tutkimuksen tehtävänä on selvittää, miten haavoittavassa tilanteessa olevien työkäisten osallisuuden kokemus on yhteydessä koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen, kun vastaajien demografisista taustatekijöistä vakioidaan ikä, sukupuoli sekä työllisyystilanne. Lisäksi tarkastellaan, onko osallisuuden kokemuksen yhteys yksinäisyyteen ja terveyteen muuttanut vuoden 2024 aineistossa verrattuna vuoden 2023 aineistoon, jonka pohjalta on suoritettu lähes samoilla muuttujilla lineaarinen regressio (ks. Jyrkinen ym. 2024). Jyrkisen ja kumppaneiden tutkimuksessa oli muuttujana myös asumistilanne, mutta vuoden 2024 aineistossa kyseistä tietoa ei ollut kerätty kaikilta vastaajilta, minkä vuoksi muuttuja jäi tutkimuksestamme pois.

Tutkimuskysymyksenä on: Millainen yhteys on löydettävissä osallisuuden kokemuksen, koetun terveyden ja yksinäisyyden välillä työkäisillä, jotka käyttävät haavoittavassa tilanteessa oleville suunnattuja palveluita Päijät-Hämeen hyvinvointialueella?

3.3 Tutkimuksen aineisto ja analyysimenetelmä

Tutkimusaineisto (N = 374) on kerätty vuonna 2024 paperisella kyselylomakkeella osana *haavoittuvassa tilanteessa olevien tavoittaminen, hyvinvointi ja osallisuus* – hanketta Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Hankkeessa keskityttiin erityisesti tiedon tuottamisen ja vaikuttavuuden mittaamisen kehittämiseen Päijät-Hämeen hyvinvointialueen sosiaalipalveluissa.

Aineiston keräys tapahtui Päijät-Hämeen hyvinvointialueen haavoittavassa tilanteessa oleville suunnatuissa palveluissa, kuten kuntouttavassa työtoiminnassa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. Tämän lisäksi aineistoa on kerätty järjestöjen tuottamissa palveluissa, kuten avoimissa kohtaamispaikoissa, asunnottomien päiväkeskuksissa ja ryhmämuotoisissa kokoontumisissa. Vuoden 2023 aineistossa ei ollut järjestöjen tuottamista palveluista kerättyä tietoa, mistä osittain johtuu se, että vuoden 2024 aineisto on suurempi.

Aineiston keruuseen tarkoitettu kyselylomake (osallisuuskysely) on kehitetty Terveyden ja Hyvinvoinninlaitoksen sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohankkeen kyselyn pohjalta (THL, 2024b). Osallisuuskysely mittaa anonymisti haavoittavassa tilanteessa olevien työkäisten hyvinvointia ja osallisuuden kokemuksia sekä strukturoiduilla että avoimilla kysymyksillä. Tässä tutkimuksessa muuttujina käytettiin yksinomaan strukturoitujen kysymysten vastauksia, koska niiden avulla on mielekästä tuottaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tunnuslukuja tilastoanalyysillä. Avoimia kysymyksiä käytettiin selittämään tuloksia sekä sen lisäksi päättämään miten muuttajat on parasta luokitella.

Kyselylomakkeen vastaukset toimitettiin tämän tutkimuksen tilastoanalyysin suorittamista varten hyvinvointialueelta tutkijoille valmiiksi anonymisoituina ja suoraan SPSS-ohjelmistoon siirrettävässä muodossa. Hyödynsimme tutkimuksessa lineaarista regressioanalyysia selvittääksemme, miten koettu terveys ja yksinäisyys ovat yhteydessä osallisuuden kokemukseen haavoittuvassa tilanteessa olevien työkäisten keskuudessa Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Linearisessa regressioanalyysissä tarkoituksena on selvittää yhden tai useamman selittävän muuttujan suhdetta selitettävään muuttujaan, joskin useamman muuttujan regressioanalyysit ovat yleisempiä siksi, että yksittäinen muuttuja harvoin selittää koko lopputulemaa (Stockemer, 2019, s. 117). Yleinen regressiomalli voidaan esittää seuraavasti:

$$Y_i = B_0 + B_1X_{1i} + B_2X_{2i} + \dots + B_kX_{ki} + u_i$$

Tämän tutkimuksen regressiomalli rakennettiin vaiheittain siten, että hierarkkisen regressioanalyysin ensimmäisessä vaiheessa kontrolloitiin keskeisistä taustatekijöistä vastaajan ikä, sukupuoli ja työllisyystilanne. Tämän jälkeen pääselittäjät (terveys ja yksinäisyys) lisättiin malliin, jotta voitiin arvioida niiden vaikutusta selitettävään muuttujaan (osallisuuden skaalattu summamuuttuja) sen jälkeen, kun keskeisten taustamuuttujien vaikutus on vakioitu. Muodostettu regressiomalli voidaan esittää formaalisti seuraavalla tavalla:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1\text{Terveys} + \beta_2\text{Yksinäisyys_dummy} + \beta_3\text{Ikä-ryhmä} + \beta_4\text{Sukupuoli_dummy} + \beta_5\text{Työllisyys} + \varepsilon$$

Mallissa Y_i edustaa henkilön osallisuuden tasoa, β_0 on vakiokerroin, $\beta_1 \dots \beta_5$ ovat selittävien muuttujien kertoimet ja ε on virhetermi, joka kuvaa mallin selittämätöntä vaihtelua. Muodostetun mallin avulla voidaan arvioida sekä pääselittäjien itsenäisiä vaikutuksia (β_1 ja β_2) että kokonaisvaikutusta kontrollien vakioimisen jälkeen. Tutkimuksen muuttujat esitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

3.4 Tutkimuksen muuttujat

Keskeisimmät osallisuuden kokemusta selittävät muuttujat ovat yksinäisyys ja koettu terveys, joiden lisäksi analyysiin on sisällytetty demografisista taustatekijöistä ikä, sukupuoli sekä työllisyystilanne. Regressioanalyysin muuttujat on esitelty tarkemmin taulukossa 1. Tutkimussuunnitelmamme mukaisesti olisimme halunneet sisällyttää myös asumistilanteen, mutta sitä ei kerätty lainkaan järjestöjen kyselyissä, jonka vuoksi se jäi analyysistä pois.

Tutkimuksessa osallisuuden kokemusta mitattiin THL:n kehittämällä osallisuusindikaattorilla, joka muodostuu kymmenestä väittämästä. Vastaaja arvioi jokaisen väittämän sopivuutta itseensä viisiportaisella asteikolla: täysin eri mieltä, jokseenkin eri

mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Osallisuusindikaattorin väittämät on muodostettu tutkimukseen perustuen ja niitä on muokattu edelleen palautteen mukaisesti (THL, 2025). THL ei kuitenkaan suosittele osallisuusindikaattorin käyttöä asiakkaan yksilöarvioinnissa, mikä ei ole meidän tutkimuksessamme tarkoituksenakaan. Sen sijaan indikaattori soveltuu mittaamaan osallisuuden kokemusta palveluita käyttävien työikäisten joukossa ja sen avulla voidaan luoda laajempaa kokonaiskuvaa osallisuuden toteutumisesta. (Mt.).

Myös tutkimuksen pääselittäjien (yksinäisyys ja koettu terveys) arviointi tapahtui viisiportaisella asteikolla, joista koettua terveyttä mittaavaa asteikkoa hyödynnettiin analyysissa sellaisenaan. Sen sijaan yksinäisyys -muuttuja koodattiin regressio-analyysia varten dikotomiseksi muuttujaksi jakamalla vastaajat kahteen ryhmään: niihin vastaajiin, jotka raportoivat yksinäisyyden kokemuksia ja niihin, jotka eivät raportoivat koettua yksinäisyyttä. Uudelleen luokittelun seurauksena joskus, melko usein tai jatkuvasti yksinäisyyttä kokevat vastaajat koodattiin luokkaan “kyllä” ja ei koskaan tai harvoin yksinäisyyttä kokevat luokkaan “ei”.

Jaottelumme eroaa vuoden 2024 käytäntötutkimuksen (ks. Jyrkinen ym. 2024) jaottelusta, jossa keskimäinen “joskus” kategoria laitettiin luokkaan “ei”. Vaihdoin luokittelua keskusteltuamme hyvinvointialueen edustajien kanssa sekä luettuamme avovastauksia, joiden perusteella myös keskimäisen kategorian ihmisillä oli yksinäisyyden kokemuksia. Näin ollen muuttujan uudelleenluokittelu oli välttämätöntä mahdollisimman totuudenmukaisten tulosten saamiseksi, sillä muutoksen taustalla oli selkeä käsitys siitä, että aikaisempi luokittelu jättää olennaisesti merkittävän osan yksinäisyyttä kokevista vastaajista “kyllä” luokan ulkopuolelle. Tiedostimme tämän muutoksen vaikeuttavan tutkimustulosten välistä vertailua, minkä vuoksi päädyimme toistamaan analyysin myös vanhalla yksinäisyys -muuttujalla vertailun mahdollistamiseksi (ks. Tulokset osio).

Taustamuuttujista vastaajan ikä oli kyselyssä luokiteltu viiteen ryhmään: 18–24, 25–29, 30–44, 45–65 ja yli 65-vuotiaisiin. Kuitenkin tilastoanalyysin selkeyttämiseksi ja ryhmien epätasaisen jakautumisen tasoittamiseksi edellä mainituista luokista muodostettiin kolme erillistä ikäryhmää. Lopullisessa luokittelussa ensimmäinen ryhmä kattaa 18–29-vuotiaat vastaajat, toinen 30–44-vuotiaat vastaajat ja kolmas ryhmä puolestaan kaikki yli 45-vuotiaat vastaajat. Kolmannen ryhmän suuri vaihteluvälinpituus perustuu siihen, että yli 65-vuotiaita vastaajia oli suhteessa muihin ikäryhmiin

hyvin vähän (1.9 % kaikista vastaajista), minkä vuoksi kaksi vanhinta ikäryhmää yhdistettiin yhdeksi luokaksi.

Työllisyys -muuttujaa arvioitiin alkuperäisessä kyselyssä puolestaan kahdeksan kategorian avulla, joista kuitenkin vain viiteen sijoittui vastaajia. Yksikään vastaaja ei valinnut olevansa päätoimisesti vanhempainvapaalla, yrittäjänä tai kotona lasten kanssa, minkä vuoksi nämä muuttujat poistettiin analyysistä. Lopullisessa analyysissä hyödynnettiin neliluokkaista työllisyystilannemuuttujaa, jossa ansiotyössä olevat ja opiskelijat yhdistettiin yhdeksi luokaksi. Yhdistäminen katsottiin tarkoituksenmukaiseksi, sillä ansiotyössä olevien osuus vastaajista oli hyvin pieni (0.8 %) ja molemmissa kategorioissa vastaajilla on jokin arkipäiviä jäsentävä instituutio, johon he sitoutuvat.

Vastaajien sukupuolta kartoitettiin kyselyssä neliluokkaisella asteikolla: nainen, mies, muu ja en halua vastata. Luokassa *muu* oli vain viisi vastaajaa (1,3 % kaikista vastaajista), ja vaihtoehto *en halua vastata* koodattiin puuttuvaksi. Pieni havaintomäärä luokassa *muu* olisi lineaarisessa regressioanalyysissä johtanut epävakaisiin estimaatteihin ja suuriin satunnaisvaihteluihin, minkä vuoksi kyseinen luokka jätettiin pois analyysistä. Sukupuolimuuttujan *muu* -vaihtoehto on kuitenkin selkeyden vuoksi mukana taulukossa 1.

Taulukko 1. *Lineaarisen regressioanalyysin muuttujat (N=374)*

Muuttuja	Suhteellinen osuus vastaajista	N
Koettu terveys		
Huono	4.3 %	16
Melko huono	28.1 %	105
Keskitasoinen	35.0 %	131
Melko hyvä	24.9 %	93
Hyvä	7.8 %	29

Yksinäisyys

Kyllä	66.6 %	249
Ei	33.4 %	125

Ikäryhmä

18–29	24.1 %	90
30–44	33.2 %	124
45 tai vanhempi	42.8 %	160

Sukupuoli

Nainen	46.8 %	175
Mies	50.8 %	190
Muu	1.3 %	5

Työllisyystilanne

Töissä /opiskelija	4.3 %	16
Työtön	72.5 %	271
Eläkkeellä	16.3 %	61
Jokin muu	7.0 %	26

Osallisuusindikaattorin keskiarvo 66, keskihajonta 20 ja vaihteluväli [25–100]

4 Tutkimusetiikka

Tutkimuksessa käytetään lähteinä vertaisarvioituja tutkimuksia, joissa on huomioitu eettiset kysymykset. Tutkimuksessa noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Tutkimuksen aineistona toimii Päijät-Hämeen hyvinvointialueella kerätty aineisto, joka käsittelee haavoittavassa tilanteessa olevien työkäisten hyvinvointia ja osallisuutta. Vaikka nimeämme hyvinvointialueen tutkimuksessamme, tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys ei tutkimuksessa paljastu. Kyseessä on sensitiivinen aihe, jota käsittelemme sen vaatimalla tavalla mahdollisimman puolueettomasti sekä asettamatta tutkimukseen suostuneita huonoon valoon.

Meidän tutkimuksessamme aineisto on valmiiksi tuotettu, mikä aiheuttaa eettistä pohdintaa siitä, että me olemme tutkijoina luovuttaneet osan tutkimusvalinnoista pois. Koska emme ole keränneet itse aineistoa, olemme kyselyn kerääjien valintojen varassa. Toisaalta tätä voi katsoa myös hyvänä asiana: aineisto on kerätty käytännön tarpeeseen vastaavaksi hyvinvointialueella, jonne sen on tarkoitus tuottaa tietoa. On kuitenkin syytä pohtia sitä, miten valmiiksi kerätty aineisto vaikuttaa omaan asemaamme tutkijoina etiikan kannalta.

Valmis aineisto tallennetaan tilastoanalyysin tekoa varten SPSS-muodossa suojatulle Z-asemalle, josta se saadaan kätevästi numeeriseen muotoon lineaarisen regressioanalyysin suorittamista varten. Sähköinen, valmiiksi anonyymi aineisto hävitetään käyttämällä turvallista poisto-ohjelmaa tai kiintolevyn salausta, jotta tiedostot eivät ole enää palautettavissa. Hävitys dokumentoidaan tarkasti tutkimusraporttiin, jolloin osoitetaan, että tietosuojaja on toteutettu asianmukaisesti.

Osana eettistä tutkimusta on tärkeää miettiä myös tutkijan omaa asemaa suhteessa tutkimukseen sekä motivaatiota tutkia aihetta (TENK, 2019; Rauhala & Virokannas, 2011). Meillä ei ole aikaisempaa tietoa tutkimusaiheesta, ja aihe valikoitui hyvinvointialueen toiveen mukaisesti. Tarkempi rajaus ohjautui meidän mielenkiintomme mukaan. Mielenkiinto aihetta kohtaan nousi siitä, että halusimme ymmärtää ilmiötä paremmin, minkä lisäksi yksinäisyys, hyvinvointi ja osallisuus ovat teemoja, jotka ovat paljon esillä kaikilla sosiaalityön alueilla.

Tutkimuseettisiä kysymyksiä pohdittaessa keskitytään helposti pelkästään tietosuojaan, joka on ehdottoman tärkeä, muttei missään nimessä ainut eettistä pohdintaa vaativa tutkimuksen osa-alue (Rauhala & Virokannas, 2011). Olennaista on pohtia myös tutkijan asemaa suhteessa tutkittavaan kohteeseen, etiikan toteutumista tutkimuksen kaikissa vaiheissa, tutkimuksen mahdollista vahingollisuutta tutkittaville tai tutkittavana olevalle ryhmälle sekä syitä miksi tutkimusta ylipäätään tehdään (TENK, 2019). Sosiaalityön tutkimuksen ei pitäisi pyrkiä pelkästään välttämään vahinkoa, vaan myös aktiivisesti tuottamaan hyötyä tutkittavilleen (Rauhala & Virokannas, 2011, s. 3).

Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista, minkä lisäksi vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettömästi. Kyselyaineiston tietoja säilytetään Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Työikäisten palvelutuotanto. Kyselyaineiston tuloksista ei ole mahdollista tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kyselyaineistossa hyödynnettiin vastaajakoodia anonymisoimaan vastaajia. Kyselyaineistossa pyydettiin vielä erikseen lupaa vastaajien tietojen käyttöön kahden tarkentavan kysymyksen avulla. Toinen kysymys oli palvelujen vaikuttavuuden arvioinnista ja toinen Verson osallisuuteen liittyvästä selvitystyöstä, tutkimuskäytöstä ja opinnäytetöistä, johon vastaajat pystyivät ruksaamaan kyllä tai ei.

5 Tulokset

Tässä luvussa esitetään tutkimuksen keskeiset tulokset. Analyysimenetelmänä käytettiin hierarkkista lineaarista regressiota, jossa osallisuuden kokemusta selitettiin ensin taustamuuttujilla ja tämän jälkeen koetulla terveydellä ja yksinäisyydellä. Tulokset esitetään ensin mallikohtaisina tunnuslukuina ja tämän jälkeen yksittäisten muuttujien tasolla. Luvun toisessa osiossa esitetään jatkoanalyysin tulokset, jossa yksinäisyysmuuttuja koodattiin uudelleen aiemman tutkimuksen (ks. Jyrkinen ym. 2024) mukaisesti vertailukelpoisuuden parantamiseksi.

5.1 Hierarkkinen regressioanalyysi koetun terveyden ja yksinäisyyden yhteydestä osallisuuden kokemukseen

Hierarkkinen regressio analysoitiin kahdessa vaiheessa, joista ensimmäisessä malliin sisällytettiin kontrollimuuttujat: ikä, sukupuoli ja työllisyystilanne. Muodostetun mallin selitysaste oli pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä ($R = 0.203$, $R^2 = 0.04$, korjattu $R^2 = 0.04$, $p = 0.019$). Mallin pieni selitysaste ($R^2 = 0.04$) viittaa siihen, että taustamuuttujien vaikutus osallisuuden kokemukseen on suhteellisen pieni.

Toisessa vaiheessa malliin lisättiin pääselittäjät: koettu terveys ja yksinäisyys. Näiden muuttujien lisääminen nosti mallin selitysastetta huomattavasti ($R = 0.483$, $R^2 = 0.23$, korjattu $R^2 = 0.23$). Selitysasteen muutos edelliseen malliin verrattuna oli noin 19 prosenttia ja p -arvo oli tilastollisesti merkitsevä (< 0.001). Tulos osoittaa, että pääselittäjien mukaan ottaminen paransi merkittävästi mallin kykyä selittää osallisuuden kokemuksen vaihtelua kyseisessä otoksessa. Lisäksi kohtalaisen suuri selitysasteen muutos viittaa siihen, että koettu terveys ja yksinäisyys selittävät huomattavasti enemmän osallisuuden kokemuksen vaihtelusta kuin kontrollimuuttujat yksinään. Hierarkkisen regressioanalyysin mallikohtaiset tunnusluvut on koottu taulukkoon 5.1.1.

Taulukko 5.1.1. *Regressioanalyysin mallikohtaiset tunnusluvut*

Regressiomalli	R	R ² korj.	R ² muutos	<i>p</i>
Malli 1	0.203	0.04	0.04	0.019*
Malli 2	0.483	0.23	0.192	<.001*

Yksittäisten taustamuuttujien osalta regressioanalyysin tulokset osoittivat, että työllisyystilanteella oli merkittävä yhteys osallisuuden kokemukseen. Verrattuna työttömien ryhmään, töissä tai opiskelijana olevien vastaajien keskimääräinen osallisuuden pistemäärä oli noin 11.5 pistettä korkeampi ($B = 11.54$). Lisäksi työttömien ja töissä/opiskelijana olevien ero osallisuuden kokemuksessa oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.036$). Luottamusväli (95 % CI [0.74, 22.35]) on kuitenkin suhteellisen laaja, minkä vuoksi vaikutuksen suuruutta on syytä tulkita varauksella.

Ikäryhmän osalta yli 45-vuotiaiden vastaajien osallisuuden kokemus oli keskimäärin 5.18 pistettä korkeampi kuin vertailuryhmänä toimineen 18-29-vuotiaiden vastaajien ($B = 5.18$). Tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.066$), mutta se viittaa positiiviseen trendiin osallisuuden kokemuksessa vanhempien vastaajien joukossa. Tämä tarkoittaa, että yli 45-vuotiailla saattaa olla lievästi korkeampi osallisuuden kokemus kuin nuorimmalla ikäryhmällä. Kuitenkin tarkasteltaessa kyseisen muuttujan vaikutuksen suuruutta suhteessa muiden selittävien muuttujien vaikutuksiin, jää sen vaikutus kohtalaiseksi ($\beta = 0.129$). Tämä osoittaa, että vaikka yhteys on positiivinen, sen merkitys osallisuuden kokemukseen on suhteellisesti pienempi verrattuna esimerkiksi koettuun terveyteen tai yksinäisyyteen. Sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa osallisuuden kokemukseen kyseisessä otoksessa ($p = 0.113$).

Pääselittäjistä sekä koettu terveys että yksinäisyys olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä osallisuuden kokemukseen. Yhden yksikön paraneminen terveydessä lisäsi osallisuuden pistemäärää keskimäärin 6.84 pisteellä ($B = 6.84$, 95 % CI [4.96, 8.72], $\beta = 0.345$, $p < 0.001$). Tämä osoittaa, että terveys on selkeästi merkittävä selittävä tekijä osallisuuden kokemuksen muodostumisessa. Yksinäisyys liittyi puolestaan negatiivisesti osallisuuden kokemukseen. Yhden yksikön lisäys yksinäisyydessä vähensi osallisuuden pistemäärää keskimäärin 9.56 pistettä ($B = -9.56$, 95 % CI [-13.92, -5.99], $\beta = -0.236$, $p < 0.001$). Tämä viittaa siihen, että yksinäisyyden

kokemuksella on merkittävä ja suhteellisen voimakas heikentävä vaikutus osallisuuden kokemukseen.

Standardoitujen regressiokertoimien perusteella koetulla terveydellä oli voimakkaampi yhteys osallisuuden kokemukseen kuin yksinäisyydellä ($\beta = 0.345$ vs. $\beta = -0.236$). Näin ollen koetun terveyden vaikutus osallisuuden kokemukseen on suhteessa yksinäisyyteen suurempi, vaikka molemmat tekijät olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.001$).

Taulukko 5.1.2. Haavoittuvassa tilanteessa olevien työikäisten osallisuuden kokemus selitettynä vastaajan iällä, sukupuolella, työllisyystilanteella, terveydellä ja yksinäisyydellä hierarkkisessa regressiomallissa ($n = 374$)

Muuttuja	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95 % luottamusväli	β	<i>p</i>
Askel 1					
Ikäryhmä (30–44)	.33	2.89	[-5.35, 6.01]	.008	.909
Ikäryhmä (45+)	5.18	2.81	[-.35, 10.70]	.129	.066
Sukupuoli (ref. mies)	-3.33	2.09	[-7.45, .79]	-.084	.113
Työllisyys (töissä/opiskelija)	11.54	5.50	[.74, 22.35]	.111	.036*
Työllisyys (eläke)	4.23	2.93	[-1.54, 9.99]	.079	.150
Työllisyys (joku muu)	-1.82	4.11	[-9.90, 6.26]	-.024	.658
Askel 2					
Koettu terveys	6.84	.96	[4.96, 8.72]	.345	<.001*
Yksinäisyys	-9.56	2.01	[-13.92, -5.99]	-.236	<.001*

Huom. R^2 korj. = 0.04 askeleella 1. ja R^2 korj. = 0.23 askeleella 2. Tulos on tilastollisesti merkitsevä, kun $p < 0.05^*$

5.2 Jatkoanalyysi yksinäisyys -muuttujan luokittelumuutoksen vaikutuksesta osallisuuden kokemuksen selittämisessä

Ensisijaisen analyysin lisäksi suoritettiin lineaarisen regression jatkoanalyysi, jossa yksinäisyys -muuttuja luokiteltiin uudelleen vastaamaan vuoden 2023 aineistolla tehdyn aikaisemman käytäntötutkimuksen käyttämää luokittelua (ks. Jyrkinen ym. 2024). Tässä uudelleenluokittelussa vastausvaihtoehto ”joskus” yhdistettiin

yksinäisyysmuuttujan ”ei yksinäisyyttä” -kategoriaan, mikä mahdollisti tutkimustulosten paremman vertailukelpoisuuden aiemman tutkimuksen kanssa.

Uudelleenluokittelu ei vaikuttanut kontrollimuuttujien arvoihin eikä hierarkkisen regressiomallin ensimmäisen vaiheen tunnuslukuihin. Tästä syystä jatkoanalyysin osalta raportoidaan taulukkomuodossa ainoastaan toisen vaiheen (malli 2.) tulokset (ks. taulukko 5.2.1).

Taulukko 5.2.1. Hierarkkisen regression jatkoanalyysin tulokset (Malli 2)

Malli 2	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95 % luottamusväli	β	<i>p</i>
Koettu terveys	6.17	.98	[4.25, -8.08]	.311	<.001*
Yksinäisyys	-11.55	2.15	[-15.77, -7.33]	-.262	<.001*

Jatkoanalyysin tulokset osoittivat, että koettu terveys ($B = 6.17$, 95 % CI [4.25, 8.08], $\beta = 0.311$, $p < 0.001$) ja yksinäisyys ($B = -11.55$, 95 % CI [-15.77, -7.33], $\beta = -0.262$, $p < 0.001$) selittivät edelleen osallisuuden kokemuksen vaihtelua tilastollisesti merkitsevästi. Yksinäisyys -muuttujan uudelleen luokittelun jälkeen mallin 2. selitysaste nousi vain yhdellä prosentilla (korjattu $R^2 = 0.24$), ja standardoitujen kertoimien perusteella koettu terveys selitti osallisuuden kokemusta edelleen voimakkaammin kuin yksinäisyys ($\beta = 0.311$ vs. $\beta = -0.262$). Uudelleenluokittelun myötä yksinäisyyden ja koetun terveyden standardoidut kertoimet tulivat kuitenkin hieman lähemmäksi toisiaan ($\beta = 0.311$ vs. $\beta = -0.262$). Tämä osoittaa, että luokittelumuutoksella voi olla pieni vaikutus muuttujien suhteelliseen merkitykseen mallissa.

6 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että koetulla terveydellä ja yksinäisyydellä on selkeä yhteys osallisuuden kokemukseen. Mitä paremmaksi vastaaja arvioi koetun terveyden, sitä suurempaa osallisuutta henkilö koki. Mitä vähemmän vastaaja koki yksinäisyyttä, sitä parempi osallisuuden kokemus hänellä oli. Eli niin kuin aiemman tutkimuksen mukaisesti, (ks. Esim. Leemann ym. 2022; Leemann ym. 2025) myös meidän tutkimuksemme osoittaa sen, että koetulla terveydellä ja yksinäisyydellä on merkittävä yhteys osallisuuden kokemukseen. Analyysin perusteella pääselittäjistä koettu terveys osoittautui selittämään merkittävämmän osallisuuden kokemusta verrattuna yksinäisyyteen.

Yksinäisyyden uudelleen luokittelu ei vaikuttanut suuresti regressiomallin selitysteeseen. Selitysteaste parani ainoastaan yhdellä prosentilla, joka viittaa siihen, että ”joskus” vastausvaihtoehdolla ei ollut suurta merkitystä, että mihin kategoriaan sen luokitteli (kyllä / ei). Kuitenkin kyselyaineiston avovastauksia tarkastellessa huomasimme, että useat vastaajista, jotka olivat valinneet ”joskus” kategorian, spesifioivat avovastauksen kohdalla yksinäisyyden kokemusta. Vastaajat toivat esille sitä, että heillä ei esimerkiksi ole ystäviä, tukiverkkoa tai muita ihmiskontakteja. Toiset toivat esille sitä, että he tykkäävät olla yksin, mutta silti kokevat yksinäisyyttä. Osa oli tartenut asuvansa yksin.

On siis tärkeää myös pohtia sitä, miksi vastaajat ovat valinneet keskimmäisen vaihtoehdon kyselyssä, vaikka todellisuudessa kuvaavatkin yksinäisyyttä avovastauksissa? Voiko se johtua esimerkiksi siitä, että yksinäisyys on niin laaja ja monimutkainen käsite, jonka vuoksi on vaikeaa myös arvioida sitä, milloin kokee, että on yksinäinen ja milloin se on vain esimerkiksi ohimenevä tunnetila?

Molempien pääselittäjä muuttujien kohdalla voi olla tarpeen myös pysähtyä ja pohdita, miten vastaajat ovat mieltäneet ne. Jokaiselle meistä muodostuu elämän aikana erilaisia käsityksiä siitä, mitä esimerkiksi hyvä terveys on. Lisäksi yksinäisyyttä oli pohdittu avovastauksen kohdalla, että miten esimerkiksi ”yksin oleminen” ja

yksinäisyys eroavat toisistaan. Edeltävät tekijät voivat siis vaikuttaa siihen, miten vastaajat vastaavat kyselyssä.

Taustamuuttujien osalta merkitseväksi osallisuuden kokemuksen parantavaksi tekijäksi nousi työllisyystilanne. Opiskelijat ja työssäkäyvät kokivat osallisuutta enemmän verrattuna työttömiin. Voidaan olettaa, että opiskelijoiden ja työssäkäyvien parempi osallisuuden kokemus johtuu osittain siitä, että he kuuluvat johonkin yhteisöön. Opinnoissa ja töissä tulee todennäköisesti välttämättäkin olemaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa, joka voi edesauttaa osallisuuden kokemusta. Rakenteet myös voivat tukea työssäkäyvien ja opiskelijoiden osallisuuden kokemusta. Esimerkiksi opinnoissa voi olla erilaisia ryhmitöitä, joissa pääsee muiden opiskelijoiden kanssa työskentelemään, joka voi edesauttaa parempaa osallisuuden kokemusta. Työttömällä puolestaan ei ole tällaista yhteisöä, joka tulisi luonnollisesti (kuten työn ja opintojen kautta) ilman suurempaa ponnistelua. Työssäkäyvillä myös on usein parempi taloudellinen tilanne, joka voi vaikuttaa mahdollisuuksiin esimerkiksi harrastaa. Harrastuksissa on usein yhteisö, joka voi olla myös mahdollinen osasyys paremmalle osallisuuden kokemukselle.

Ikäryhmistä yli 45-vuotiaiden osallisuuden kokemus oli korkeampaa verrattuna nuorempaan ikäryhmään (18–29-vuotiaat). Se ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta tuloksista voidaan havaita positiivinen trendi. Se, miksi vanhemmalla ikäryhmällä on hieman korkeampaa osallisuuden kokemusta verrattuna nuorempaan ikäryhmään, voi mahdollisesti johtua erilaisista tekijöistä. Vanhemmilla ihmisillä usein arki saattaa olla vakiintuneempi ja rauhoittuneempi. Kun elämä ei ole hektistä ja muuttuvaa, voi se mahdollisesti myös tukea yhteisön rakentumista ja näin ollen vaikuttaa positiivisesti osallisuuden kokemukseen. Vanhemmalla iällä myös ihmissuhteet voivat mahdollisesti olla jo pidempikestoisia ja läheisempiä, joka voi vaikuttaa positiivisesti osallisuuden kokemukseen. Nuoremmilla saattaa olla vielä hakusessa oma lähipiiri ja tukiverkko, joka voi mahdollisesti vaikuttaa siihen, että osallisuuden kokemus ei ole vielä hirveän korkeaa. Nuorten elämäntilanteet myös saattavat olla paljon enemmän muutoksessa, kuin yli 45-vuotiailla.

Taustamuuttujista sukupuolella ei havaittu olevan merkitystä osallisuuden kokemukseen liittyen. Sukupuoli ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevä tekijä.

Vuoden 2024 Jyrkisen ja kumppaneiden käytäntötutkimuksen analyysin tuloksissa oli paljon samaa, mitä meidän tutkimuksemme tuloksissa. Keskeisimpänä tuloksena on se, että koettu terveys ja yksinäisyys selittyivät meidän tutkimuksessamme samalla tavalla, kuin Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa. Koettu terveys oli vahvemmin yhteyksissä osallisuuden kokemukseen, kuin yksinäisyys.

Taustatekijöiden kohdalla tuloksissa oli samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Taustatekijöistä ikä oli samankaltainen meidän käytäntötutkimuksessamme kuin Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa. Tutkimuksessamme ikä ryhmistä se, joka edusti vanhimpaan ryhmää (+ 45-vuotiaat) havaittiin viitteitä siitä, että osallisuuden kokemus on parempaa verrattuna nuorimpaan ikäryhmään (18–29-vuotiaat). Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa havaittiin myös positiivinen trendi yli 30-vuotiailla parempaan osallisuuden kokemukseen liittyen. Eli molemmissa tutkimuksissa havaittiin positiivinen trendi liittyen siihen, että vanhemmalla iällä koetaan parempaa osallisuutta.

Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa taustatekijöistä työllisyydellä ei ollut yhteyttä osallisuuden kokemukseen. Puolestaan meidän tutkimuksessamme havaittiin yhteys työssäkäyvien ja opiskelijoiden parempaan osallisuuden kokemukseen ja se oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.036$). Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksen tulos siitä, että työllisyydellä ei ollut yhteyttä osallisuuden kokemukseen, voi johtua esimerkiksi siitä, että heillä oli ainoastaan 10 henkilöä aineistossa, jotka olivat työssä tai opiskelijoita. Meidän aineistossamme oli vastaajista 16 töissä tai opiskelija.

Meidän tutkimuksemme analyysissa ei tullut eroa sukupuolten välille, mitä esimerkiksi Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa tuli. Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa miessukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.01$) yhteys heikompaan osallisuuden kokemukseen verrattuna naissukupuoleen. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että Jyrkinen ja kumppanit (2024) olivat ottaneet mukaan “muu” sukupuolen analyysin, toisinkuin me. Heidän tutkimuksessaan oli kahdeksan vastaajaa vastannut sukupuoleen “muu”, ja meidän tutkimuksessamme oli

viisi. Päädyimme poistamaan kyseisen luokan analyysistä, sillä pienen havaintomäärän vuoksi olisi ollut riski tulosten vääristymiseen.

On hyvä huomata, että tuloksissa oli paljon samaa, kuin Jyrkisen ja kumppaneiden (2024) tutkimuksen tuloksissa. Toisaalta tämä ei yllättänyt, sillä tutkimuksien aineistojen välillä on vain vuosi eroa. Tulokset eivät tästä huolimatta ole missään nimessä hyödyttömiä, päin vastoin: tulokset vahvistavat kuvaa palveluiden hyödystä sekä niiden mahdollisista puutteista.

7 Tutkimus käytäntötutkimuksena

Käytäntötutkimus ymmärretään sosiaalityössä lähestymistapana, jonka tavoitteena on yhdistää tutkimustieto ja käytännön työ niin, että tutkimus palvelee suoraan käytännön kehittämistä. Sosiaalityössä käytäntötutkimuksen juuret ulottuvat vuosikymmenten taakse, mutta systemaattisempi käytäntötutkimusta ohjaava viitekehys alkoi muodostua vasta 2000–2010-luvuilla kansainvälisten konferenssien myötä. Tämä viitekehys on edelleen käytössä ja se kattaa neljä kansainvälisesti jaettua käytäntötutkimuksen periaatetta: dialogisuudesta, metodologisesta moninaisuudesta, organisatorisesta tuesta ja kontekstin huomioimisesta. (Uggerhøj & Wisti, 2020.)

Nämä edellä listatut periaatteet muodostavat raamit myös tämän käytäntötutkimuksen toteuttamiselle. Tutkimusta on suunniteltu dialogisesti ja monikanavaisesti yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tukipalveluiden työyhteisön kanssa, mikä takaa sen, että käytäntötutkimus vastaa organisaation tarpeeseen kvantitatiivisesta tutkimustiedosta palveluiden käyttäjien osallisuuden kokemukseen liittyen. Tutkimuksessa on myös huomioitu metodologisen moninaisuuden periaate, sillä päädyimme menetelmänä kvantitatiiviseen tilastoanalyysiin sen tarjotessa tarkoituksenmukaisimman tavan vastata asetettuun tutkimuskysymykseen ja tuottaa tietoa, jolle on käytännön työssä selkeä tarve. Tutkimuksen toteuttamisessa otetaan myös huomioon kontekstin ja kulttuurisen moninaisuuden periaate, sillä aineistoa tarkastellaan suhteessa haavoittuvassa tilanteessa olevien palveluidenkäyttäjien erityisiin olosuhteisiin, jotta tulokset pysyvät kontekstisidonnaisina.

Tutkimuksen aihe on meidän valitsemamme, mutta aiheen valintaa ohjasi suoraan hyvinvointialueen esittämät toiveet. Tutkimussuunnitelmaa tehtäessä konsultoimme hyvinvointialuetta, minkä vuoksi jo tutkimuksen suunnitteluvaiheeseen vaikutti olennaisesti käytännöstä nousseet tarpeet. Valitsimme muuttaa esimerkiksi yksinäisyyden dikotomisen luokittelun edelliseen vuoteen verrattuna (vaikka teimme alkuperäiselläkin tavalla) ja sen lisäksi muutimme osallisuusindikaattorin THL:n ohjeiden mukaisesti (vrt. edellisenä vuonna ryhmä teki oman luokittelun). Näihin valintoihin vaikutti hyvinvointialueen kanssa käyty vuoropuhelu ja toiveet. Vuoropuhelua käytiin koko tutkimuksen läpi niin, että kaikki osapuolet saivat perustella kantaansa, mikä

osaltaan vaikuttaa siihen, että tutkimus vastaa käytännöntarvetta, mutta on toisaalta tehty myös tieteellinen käytäntö mielessä.

8 Tutkimuksen hyödyntäminen ja julkaiseminen

Osallisuuden kokemus vaikuttaa merkittävästi yksilön hyvinvointiin. Lisäksi sillä on positiivinen vaikutus yksilön toimijuuden lisääntymisessä. Osallisuuden kokemuksen puute puolestaan on yhdistetty yksinäisyyteen, heikkoon työkykyyn sekä kuormitukseen. (THL, 2024.) Osallisuutta ja osallisuuden kokemusta on siis tärkeää tutkia, jotta voidaan kehittää erilaisia ratkaisuja ja palveluita, jotka lisäävät väestössä osallisuutta ja osallisuuden kokemusta. Kirjavainen (2024) tuo väitöskirjassaan esille sen, kuinka tärkeää on, että palvelut vastaavat palveluiden käyttäjien tarpeita, etenkin kun kyseessä on haavoittavassa tilanteessa olevia henkilöitä.

Tämän käytäntötutkimuksen tavoitteena on ollut tuottaa hyödyllistä ja päivittyntä tietoa haavoittavassa tilanteessa olevista työkäisistä Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Toivomme, että tutkimuksen tulokset tuovat esiin arvokasta tietoa osallisuuden liittyen ja että tuloksista olisi hyötyä palveluiden kehittämisessä.

Käytäntötutkimus tullaan esittelemään Päijät-Hämeen hyvinvointialueelle Teams-tilaisuudessa. Käytäntötutkimuksesta tehdään posterit, jotka esitellään käytäntötutkimuskurssin posteripäivässä. Lisäksi posterit julkaistaan Helsinki Practice Research Center:in verkkosivustolla.

9 Lopuksi

Tämän käytäntötutkimuksen tavoitteena oli selvittää hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysin avulla, miten haavoittavassa tilanteessa olevien työkäisten osallisuuden kokemus on yhteydessä koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen, kun vastaajien demografisista taustatekijöistä vakioidaan ikä, sukupuoli sekä työllisyystilanne. Tutkimus on toteutettu yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tukipalveluiden TKI-yksikön kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa ajankohtaista ja päivittynyttä tietoa haavoittavassa tilanteessa olevista työkäisistä Päijät-Hämeen hyvinvointialueella.

Tutkimuksemme tuotti ajankohtaista tietoa haavoittavassa tilanteessa olevien työkäisten osallisuuden kokemuksista Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Tutkimuksemme keskeinen tulos on se, että koettu terveys ja yksinäisyys ovat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä osallisuuden kokemukseen. Taustatekijöistä ainoastaan työllisyystilanteella tilastollisesti merkitsevä yhteys osallisuuden kokemukseen. Ikäryhmistä vanhemmilla voitiin havaita positiivinen trendi osallisuuden kokemukseen liittyen, mutta se ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Taustamuuttujista työllisyystilanteen tulokset osoittavat, että työssäkäyvillä ja opiskelijoilla osallisuuden kokemus on vahvempaa kuin työttömällä. Kyseinen havainto korostaa työllisyystilanteen merkitystä yksilön kokemaan osallisuuteen. Tämä tulos on myös erityisen ajankohtainen nykyisessä yhteiskunnallisessa tilanteessa, sillä Suomen työllisyystilanne on tällä hetkellä Euroopan heikoin (Eurostat, 2026). Tämä tuo esille tarpeen tarkastella työttömyyden vaikutuksia osallisuuden kokemukseen. Lisäksi tämä korostaa tarvetta kehittää keinoja osallisuuden kokemuksen vahvistamiseksi erityisesti työttömien keskuudessa.

Tässä tutkimuksessa osallisuuden, yksinäisyyden ja koetun terveyden välisiä yhteyksiä tarkasteltiin hierarkkisen lineaarisen regression avulla, mikä tarjoaa hyödyllisen yleiskuvan muuttujien välisistä yhteyksistä. Menetelmä kuitenkin kuvaa ensisijaisesti samanaikaisia yhteyksiä eikä tavoita ilmiön monimutkaisempia rakenteita, kuten ryhmäeroja, välittyviä vaikutuksia tai tekijöiden kasautumista. Näin ollen jatkotutkimuksissa olisi perusteltua syventää analyysia tarkastelemalla eroavatko yhteydet eri

alaryhmissä (esim. yksinäisten ja ei-yksinäisten välillä). On mahdollista, että yksinäisyys muuttaa terveyden ja osallisuuden välistä yhteyttä, jolloin osallisuuden tukemisen keinot olisivat erilaisia riippuen siitä, kokeeko henkilö yksinäisyyttä vai ei. Tällainen tieto olisi käytännön kannalta merkityksellistä, sillä se voisi auttaa tunnistamaan tilanteita, joissa osallisuuden vahvistaminen edellyttää erityistä tai vahvempaa tukea, ja missä tapauksissa pelkkä kevyempi tuki voi riittää.

Toinen keskeinen kehittämissuunta liittyy osallisuuden kokemuksen taustalla vaikuttavien mekanismien tarkempaan hahmottamiseen. Jatkotutkimuksissa voitaisiin testata, toimiiko terveys yksinäisyyden ja osallisuuden välisessä suhteessa välittävänä tekijänä, eli selittääkö koettu terveys osaltaan sitä, miten yksinäisyys ja osallisuus kytkeytyvät toisiinsa. Tällainen tieto voisi helpottaa oikea-aikaisen tuen antamista, jos tunnistetaan, onko terveyden heikkeneminen yhteydessä osallisuuden kokemuksen laskuun erityisesti yksinäisyyden kautta.

Tutkimuksen yhtenä keskeisenä heikkoutena voidaan pitää sen poikkileikkausasetelmaa. Aineisto on kerätty yhdeltä ajankohdalta, minkä vuoksi vaikutussuhteiden suuntaa ja kausaalisuutta ei voida päätellä luotettavasti. Tämän vuoksi jatkotutkimuksissa tarvitaan pitkittäisaineistoa, jossa samoja henkilöitä seurataan pidemmällä aikavälillä. Pitkittäisasetelman avulla voitaisiin esimerkiksi tutkia, ennustaako koetun terveyden muutos myöhempää osallisuuden kokemusta tai liittyykö yksinäisyyden lisääntyminen ajallisesti osallisuuden heikkenemiseen. Näin saadaan tarkempi kuva vaikutussuhteiden suunnasta ja ajallisesta etenemisestä, mikä on tärkeää kohdennettujen ja vaikuttavien tukitoimien kehittämiseksi.

Tutkimuksen toisena heikkoutena voidaan pitää sitä, että analyysissa ei ole huomioitu kaikkia keskeisiä sekoittavia taustatekijöitä. Esimerkiksi mielenterveys ja sosio-ekonominen asema voivat olla yhteydessä sekä koettuun terveyteen, yksinäisyyteen että osallisuuden kokemukseen. Tällöin havaitut yhteydet voivat osittain selittyä näillä taustatekijöillä, mikä heikentää tulosten tulkinnan luotettavuutta.

Viimeisenä heikkoutena voidaan pitää sitä, että osallisuus, yksinäisyys ja koettu terveys mitattiin itsearviointilomakkeella, mikä altistaa tulokset mittausvirheelle ja yhteismenetelmäharhalle. Esimerkiksi vastaajan mieliala ja kysymyksen tulkinta- tai muotoilutapa voivat vaikuttaa siihen, miten kysymyksiin vastataan. Tällöin

muuttujien väliset yhteydet voivat näyttäytyä tuloksissa todellista vahvempina tai heikompiina.

On tärkeää huomioida, että tutkimuksemme ei ole yleispätevä kuvaus työikäisistä haavoittavassa tilanteessa olevista henkilöistä. Tämä tutkimus kohdistuu Päijät-Hämeen hyvinvointialueen työikäisiin ja tiettyjen palveluiden käyttäjiin, jonka takia tuloksia ei voida yleistää kattamaan kaikkia haavoittavassa tilanteessa olevia työikäisiä.

Jatkotutkimus aiheeseen liittyen on keskeistä, jotta palveluissa voitaisiin entisestään kehittää parantamaan osallisuuden kokemusta. Olisi mielekäästä esimerkiksi toteuttaa uudelleen samankaltainen analyysi esimerkiksi viiden vuoden jälkeen, jotta saataisiin pidemmältä aikaväliltä tietoa siitä, onko palveluista ollut apua osallisuuden kokemuksen parantumiseen.

Lähteet

- Barreto, M., Victor, C. R., Hammond, C., Eccles, A. M., Richins, M. T., & Qualter, P. (2021). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 169, 110066.
- Brown, K. (2011). 'Vulnerability': Handle with care. *Ethics and Social Welfare*, 5(3), 313–321.
- Chen, W., Ling, L., & Renzaho, A. M. N. (2017). Building a new life in Australia: an analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open*, 7(3), e014313–e014313. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014313>
- Eurostat. (2026). Unemployment by sex and age - monthly data. Haettu 12.1.2026 osoitteesta https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/UNE_RT_M_custom_7680578/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=2feeff57-57c9-4278-a50b-7e2279d699c2&c=1696497606157
- Fawcett, B. (2009). Vulnerability: Questioning the certainties in social work and health. *International Social Work*, 52(4), 473–484.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227
- Hawkley, L. C., & Capitano, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B. Biological Sciences*, 370(1669), 20140114–20140114. <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>
- Herring, J. (2016). *Vulnerable adults and the law*. Oxford University Press.
- Hu, J., Zhang, G., Xie, F., & Li, Y. (2025). Digital inclusion, social participation and subjective well-being of rural middle-aged and older adults - Empirical

- analysis based on Chinese Social Survey data. *Acta Psychologica*, 261, Article 105809. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105809>
- Isola, A.-M., Kaartinen, H., Leeman, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S., & Keto-Tokoi, A. (2017). *Mitä osallisuus on?* THL.
- Jyrkinen, J., Laitinen, J., & Viitanen, M. (2024). *Haavoittuvassa asemassa olevien osallisuuden kokemukset suhteessa koettuun terveyteen ja yksinäisyyteen*. Helsingin yliopisto.
- Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L., & Junna, L. (2019). *Tulotason mukaiset terveyserot*. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. THL.
- Kirjavainen, P. (2024). *Haavoittuvassa asemassa olevan osallisuuden kokemuksen muodostuminen* (Väitöskirja). Vaasan yliopisto.
- Leemann, L., Nousiainen, M., Keto-Tokoi, A., & Isola, A.-M. (2022). *Osallisuuden kokemus aikuisväestössä*. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. THL.
- Leemann, L., Nousiainen, M., Keto-Tokoi, A., & Isola, A.-M. (2025). Identifying population groups at risk of a very weak experience of social inclusion in Finland. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_4).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1143>
- Long, C. R., & Averill, J. R. (2003). Solitude: An Exploration of Benefits of Being Alone. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 33(1), 21–44.
<https://doi.org/10.1111/1468-5914.00204>
- Luoto, R., Paronen, O., & Andersson, A. (2008). *Tamperelaisten nuorten... Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 45(2).
- Michalski, C. A., Diemert, L. M., Helliwell, J. F., Goel, V., & Rosella, L. C. (2020). Relationship between sense of community belonging and self-rated health across life stages. *SSM - Population Health*, 12, Article 100676.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100676>

- Numans, W., Regenmortel, T. V., Schalk, R., & Boog, J. (2021). Vulnerable persons in society: an insider's perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1), 1863598.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1863598>
- Parikka, S., Reinikainen, J., Junttila, N., Lundqvist, A., & Holm, M. (2025). Past and future trends of loneliness among the general population until 2040 in Finland. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_4).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.636>
- Pascal, J., & Sagan, O. (2018). Cocreation or Collusion: The Dark Side of Consumer Narrative in Qualitative Health Research. *Illness, Crisis, and Loss*, 26(4), 251–269. <https://doi.org/10.1177/1054137316662576>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (Eds.). (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley.
- Pohjola, A.(2010). Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa *Asiakkuus sosiaalityössä*. Gaudeamus.
- Päijät-Hämeen Hyvinvointialue. (2025). Haettu 26.11.2025 osoitteesta <https://pajathaha.fi/tietoa-meista/hyvinvointialue/#organisaatio>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodd, G., Bangee, M., Verhagen, M. (2015). Loneliness across the lifespan. *Persp. on Psych. Science*, 10, 250–264.
- Rauhala, P., & Virokannas, E. (2011). *Sosiaalityön tutkimuksen etiikka*, Teoksessa *Sosiaalityön arvot ja etiikka*.
- STM.(2025). Hyvinvointialueet ja niihin kuuluvat kunnat. Haettu 26.11.2025 osoitteesta <https://stm.fi/hyvinvointialueet-kartalla>
- Stockemer, D. (2019). *Quantitative methods for the social sciences: A practical introduction with examples in SPSS and Stata* (2nd ed.). Springer.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024a). Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistämisen periaatteet. Haettu 28.11.2025 osoitteesta [osallisuuden-osa-alueet-ja-osallisuuden-edistamisen-periaatteet](#)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024b). Osallisuuskysely – arviointityökalu ESR TL 5 -hankkeiden käyttöön. Haettu 26.01.2026 osoitteesta [Osallisuuskysely – arviointityökalu ESR TL 5 -hankkeiden käyttöön - THL](#)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Haettu 7.10.2025 osoitteesta: Eettinen ennakoarvointi | TENK
- Uggerhøj, L., & Wisti, P. (2020). Social work practice research developments. Teoksessa *The Routledge Handbook of Social Work Practice Research*.
- Virokannas, E. T., Liuski, S., & Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability – a literature review: Vulnerability-käsitteen kiistanalaiset merkitykset – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *European Journal of Social Work*, 23(2), 327–339
- Vis, S. A., Holtan, A., & Thomas, N. (2012). Obstacles for child participation in care and protection cases-why Norwegian social workers find it difficult. *Child Abuse Review (Chichester, England : 1992)*, 21(1), 7–23. <https://doi.org/10.1002/car.1155>
- Whitley, E., Popham, F., & Benzeval, M. (2016). Comparison of the Rowe–Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *The Gerontologist*, 56(6), 1082–1092. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv054>.