

Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner,
Maila Upanne, Tanja Haarakangas,
Kai Parkkola, Markus Henriksson

Time Out! Aikalisä!

Elämä raiteilleen

*Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman
vaikuttavuus ja hyöty*

Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Maila Upanne,
Tanja Haarakangas, Kai Parkkola, Markus Henriksson

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen

Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman
vaikuttavuus ja hyöty



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Tutkimuksia 176

Toimitusneuvosto

Jussi Simpura, puheenjohtaja

Marjatta Bardy

Marko Elovainio

Mika Gissler

Riitta Haverinen

Timo Tuori

Matti Virtanen

Sarjassa ilmestyneet tutkimukset ovat läpikäyneet referee-arvioinnin.

© Kirjoittajat ja Stakes

Suomen kielen tarkistus: Arja Aarnio

Svensk översättning: Marina Andersson

English translation: Leena Saarela

Kannen suunnittelu: Tiina Kuoppala

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2225-0

ISSN 1236-0732

Gummerus Kirjapaino Oy

Jyväskylä 2008

Esipuhe

Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen on tutkimus- ja kehittämishanke, jota on toteutettu vuosina 2004–2008 laaja-alaisessa yhteistyössä Stakesin, puolustusvoimien, työministeriön ja osallistuneiden kuntien kanssa. Hankkeen käynnistivät huoli syrjäytymisvaarassa olevista nuorista miehistä ja tahto edistää nuorten miesten psykososiaalista hyvinvointia.

Hankkeen tavoitteiksi asetettiin nuorille miehille soveltuvien psykososiaalisten tukitoimien kehittäminen sekä niiden tarkoituksenmukaisuuden ja vaikuttavuuden tutkiminen. Lisäksi kehitettiin toimintamalleja palvelun organisoimiseksi. Hankkeessa kehitettyä interventiota voidaan perustellusti pitää sosiaalisena innovaationa. Toiminnan ytimen muodostaa asiakaslähtöinen tukipalvelu, joka toteutetaan sektorirajoja ylittävänä yhteistyönä.

Hankkeen ensimmäisessä raportissa verrattiin varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolella jääneiden miesten elämäntilannetta ja psykososiaalista hyvinvointia palvelukseen määrättyjen vastaavaan tilanteeseen. Tulokset antoivat perustelut kehitetyn tukitoiminnan kohdentamiselle palveluksen ulkopuolelle jääviin nuoriin miehiin. Nyt käsillä olevassa toisessa raportissa julkaistaan tukipalvelun vaikuttavuutta koskevat tulokset. Toimintamallin käytännön toteuttaminen on lisäksi julkaistu käsikirjana.

Hankkeen tavoitteiden toteuttamiseen sitoutui suuri joukko ihmisiä, joista jokainen on antanut arvokkaan panoksen työn eteenpäin viemisessä käytännön tasolla. Hanke ei olisi koskaan käynnistynyt ilman puolustusvoimien myönteistä suhtautumista ja aktiivista yhteistyötä. Haluammekin lausua lämpimät kiitokset pääesikunnalle, Helsingin sotilasläänin esikunnalle, tutkimukseen osallistuneiden joukko-osastojen sosiaalikirjastoille ja terveysasemien henkilöstölle sekä Sotilaslääketieteen Keskukselle erinomaisesti sujuneesta yhteistyöstä. Työministeriö ja Lapinjärven koulutuskeskus mahdollistivat myös siviilipalveluksen keskeyttävien osallistumisen tutkimukseen, mistä heille kiitokset. Hankkeen suunnitteluryhmä vastasi ansiokkaasti aineiston keruun käytännön toteutuksen suunnittelusta ja mahdollisti näin keskeisen työvaiheen onnistuneen toteutuksen. Ohjausryhmä on koko hankkeen ajan ohjannut ja tukenut toiminnan toteuttamista.

Hankkeen aineisto kerättiin Helsingin sotilasläänin kutsunnoissa Helsingissä ja Vantaalla. Kiitämme kaikkia kutsuntojen toteuttamiseen osallistuneita erinomaisesti yhteistyöstä. Helsingin ja Vantaan kaupungit tarjosivat hankkeen käyttöön 19 projektiohjaajan työnpanoksen. Ohjaajat osallistuivat miesten rekrytointiin tutkimukseen ja tukiohjelman kehittämiseen sekä toteuttivat nuorten miesten tukiohjelman oman työnsä ohella. Lisäksi he vastasivat suuresta osasta tutkimuksen aineiston keruuta. Ilman projektiohjaajien innostunutta ja huolellista työtä koko tutkimuksen toteuttaminen ei olisi ollut mahdollista. Kiitämme myös hankkeessa

toimineita Juha Ahosta, Lea Söderblomia ja Jaakko Harkkoa huolellisesti tehdystä työstä aineiston keruuvaiheessa. Anne Kaljosta kiitämme avusta tilastollisten analyysien suunnittelussa ja toteuttamisessa. Kiitokset myös Päivi Hauhialle, Arja Aarniolle, Marina Anderssonille, Leena Saarelle sekä Christine Stridille, jotka auttoivat käsikirjoituksen saamisessa julkaistavaan muotoon.

Hanke on rahoitettu sosiaali- ja terveysministeriön ja Sotilaslääketieteen Keskuksen myöntämällä määrärahoilla.

Kirjoittajat

Tiivistelmä

Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Maila Upanne, Tanja Haarakangas, Kai Parkkola & Markus Henriksson. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty. Stakes, Tutkimuksia 176. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2225-0

Aikaisempien tutkimusten mukaan varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneille miehille on kasautunut paljon erilaisia ongelmia. Tälle kohderyhmälle tarkoitettujen tukitoimien kehittämiseksi ja arvioimiseksi käynnistettiin vuonna 2004 Stakesin, puolustusvoimien, työministeriön sekä Helsingin ja Vantaan kaupunkien yhteistyönä Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hanke. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko hankkeessa kehitetyllä interventtiolla vaikuttaa kohderyhmään kuuluneiden miesten psykososiaaliseen hyvinvointiin. Vaikuttavuuden lisäksi haluttiin selvittää, minkälaisia miehiä interventioon eli tukiohjelmaan kiinnittyi, kuinka tukiohjelman toteuttaminen onnistui ja kuinka hyödyllisenä ja merkityksellisenä tukiohjelmaa pidettiin.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 356 varusmiespalveluksen tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäänyttä helsinkiläistä tai vantaalaista nuorta miestä. Miehet satunnaistettiin interventio- ja vertailuryhmään. Interventioryhmään kuuluneille (n = 182) tarjottiin henkilökohtainen ohjaaja, joka oli tehtävään koulutettu sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö. Ohjaajan kanssa miehellä oli mahdollisuus käydä läpi ajankohtaisia esim. mielenterveyteen, päihteiden käyttöön ja yleiseen hyvinvointiin liittyviä asioitaan sekä saada tukea ja rohkaisua asioiden hoitamiseen. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, miehiä haastatteleamalla ja rekisteritietoja hyödyntämällä. Tukiohjelman toteuttamiseen liittyvää tietoa kerättiin tukiohjelman toteuttamisen eri vaiheissa. Seurantakysely toteutettiin vuoden kuluttua tutkimukseen mukaantulosta.

Interventioryhmään kuuluneista miehistä 52 (29 %) kiinnittyi tukiohjelmaan. Tukiohjelma tavoitti erityisesti psyykkisesti oireilevia nuoria miehiä, joille oli kasautunut erilaisia ongelmia. Tukisuhteet kestivät keskimäärin 6 kuukautta. Tutkimus osoitti, että tukiohjelmalla oli vaikutusta nuorten miesten psykososiaaliseen hyvinvointiin. Interventioryhmään kuuluneiden miesten psyykinen kuormittuneisuus väheni enemmän kuin vertailuryhmän miesten. Tyytyväisyys ihmissuhteisiin pysyi ennallaan, kun se vertailuryhmässä heikkeni seuranta-aikana. Interventiolla ei ollut vaikutusta nuorten miesten alkoholin käyttöön, itse arvioituun elämänlaatuun, ongelmien kasautumiseen, itseluottamukseen tai minäkäsitykseen. Ohjaajien arvioiden mukaan 56 prosentilla asiakkaista tukiohjelma sai aikaan todellisia vaikutuksia asiakkaan elämässä. Tukiohjelmaan kiinnittyneistä 67 prosenttia arvioi, että tukiohjelmasta oli ollut vähintään jonkin verran hyötyä ja 58 prosenttia arvioi elämäntilanteensa parantuneen tukiohjelman ansiosta.

Kutsunnat tarjoavat ainutlaatuisen väylän tavoittaa nuoret miehet viimeisen kerran kokonaisena ikäluokkana. Tätä tilaisuutta ei ole aikaisemmin käytetty hyväksi psykososiaalisen syrjäytymiskehityksen aktiivisessa ehkäisyssä. Hankkeessa kehitetty toimintamalli mahdollistaa aktiivisen tuen tarjoamisen nuorille miehille kutsunnoissa ja palveluksen keskeytyessä. Kokemukset tukiohjelman tarkoituksenmukaisuudesta ja vaikuttavuudesta ovat hyvät. Pienelläkin tuella ja avulla voidaan ehkäistä ongelmien vaikeutumista ja kasautumista ja näin ollen saavuttaa kauaskantoisia vaikutuksia suotuisan elämäntilanteen kannalta.

Avainsanat: interventio, vaikuttavuustutkimus, nuoret miehet, psykososiaalinen hyvinvointi, nuorten tukeminen, varusmiespalvelus, ennaltaehkäisy

Sammandrag

Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Maila Upanne, Tanja Haarakangas, Kai Parkkola & Markus Henriksson. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty [Time out! Livet på rätt spår. Effekten och nyttan av ett psykosocialt stödprogram för unga män]. Stakes, Undersökningar 176. Helsingfors 2008. ISBN 978-951-33-2225-0

Enligt tidigare undersökningar ansamlas många olika problem hos män som blivit utanför militär- eller civiltjänstgöring. År 2004 inleddes projektet Time out! Livet på rätt spår för att utveckla och utvärdera stödåtgärder för denna målgrupp. Projektet genomfördes av Stakes, försvarsmakten, arbetsministeriet samt städerna Helsingfors och Vanda. Syftet med denna undersökning var att utreda om man genom den intervention som utvecklats i projektet kan påverka det psykosociala välbefinnandet hos männen i målgruppen. Utöver effekten ville man utreda hurdana män som deltog i interventionen, dvs. stödprogrammet, hur genomförandet av stödprogrammet lyckades och hur nyttigt och betydelsefullt stödprogrammet ansågs vara.

I undersökningen deltog totalt 356 unga män som blivit utanför militär- eller civiltjänstgöringen. Männen var från Helsingfors eller Vanda. De randomiserades i en interventionsgrupp och en referensgrupp. De som hörde till interventionsgruppen (n = 182) fick ett personligt ombud, som var en yrkesutbildad person inom socialvården eller hälso- och sjukvården. Personen hade också fått utbildning för sin uppgift som ombud. Tillsammans med sitt ombud kunde männen gå igenom aktuella frågor, som t.ex. deras psykisk hälsa, bruk av alkohol och andra droger samt allmänna välbefinnande. De kunde också få stöd och uppmuntran när det gällde att utträta ärenden. Studiematerialet samlades in genom frågeformulär, intervjuer med männen och registerdata. Uppgifter om genomförandet av stödprogrammet samlade man in i olika skeden av stödprogrammet. En uppföljningsenkät genomfördes ett år efter att männen kommit med i undersökningen.

Totalt 52 (29 procent) av männen i interventionsgruppen deltog i stödprogrammet. Stödprogrammet nådde särskilt män med psykiska symtom och med ansamling av olika problem. Stödförhållandet varade i snitt sex månader. Undersökningen visade att stödprogrammet påverkade de unga männen psykosociala välbefinnande. Den psykiska påfrestningen för de män som hörde till interventionsgruppen minskade mer än för de män som hörde till referensgruppen. Tillfredsställelsen med mänskliga relationer var oförändrad, medan den i referensgruppen försämrades under uppföljningstiden. Interventionen påverkade inte de unga männen alkoholbruk, självvärderade livskvalitet, ansamlingen av problem eller jaguppfattningen. Enligt ombudens uppskattningar bidrog stödprogrammet till faktiska effekter i livet för 56 procent av klienterna. Av dem som deltog i stö-

dprogrammet ansåg 67 procent att stödprogrammet varit åtminstone till någon nytta och 58 procent ansåg att deras livssituation förbättrats tack vare stödprogrammet.

Uppbåden erbjuder ett enastående tillfälle att nå de unga männen en sista gång som hel åldersklass. Detta tillfälle har inte tidigare utnyttjats vid aktivt förebyggande av att psykosocial utslagning uppstår. Den verksamhetsmodell som man utvecklade i projektet ger möjlighet till att aktivt erbjuda unga män stöd vid uppåd och när tjänstgöringen avbryts. Erfarenheterna av stödprogrammets ändamålsenlighet och effekt är goda. Resultaten tyder på att även ett litet stöd och en liten hjälp kan förhindra att problemen förvärras och ansamlas, vilket kan få långtgående konsekvenser med tanke på ett gott liv.

Nyckelord: intervention, effektivitetsstudie, unga män, psykosocialt välbefinnande, stödjande av unga, militärtjänstgöring, förebyggande

Abstract

Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Maila Upanne, Tanja Haarakangas, Kai Parkkola & Markus Henriksson. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen [Time Out! Getting Life Back on Track. Effectiveness of a Psycho-Social Support Programme for Young Men]. Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty. Stakes, Tutkimuksia 176. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2225-0

Previous research has shown that young men who have been exempted from military or civilian service suffer from an accumulation of various problems. Time Out! Getting Life Back to Track is a project launched in 2004 jointly by STAKES, the Defence Forces, the Ministry of Labour and the cities of Helsinki and Vantaa in order to develop and evaluate support intervention targeted at this group. The purpose of this study was to examine whether the intervention developed within the project can influence the psycho-social well-being of men in the target group. In addition to evaluating the outcomes, the aim was to find out what the young men were like who participated in the support programme; how successfully the support programme was implemented; and how useful and meaningful it was regarded.

The study involved a total of 356 young men exempted from military or civilian service in Helsinki or Vantaa. The men were randomly assigned to an intervention group and a control group. Men in the intervention group (n=182) were offered a designated counsellor who was a specifically trained social or health care professional. Together with the counsellor the men were able to discuss their current life situation, such as mental health, substance abuse and general well-being, as well as receive support and encouragement in clarifying the situation. The research data were collected using questionnaires, interviews with the men and register data. Information on the implementation of the support programme was collected at different programme stages. A follow-up survey was conducted one year after each man had been involved in the study.

Of the men in the intervention group, 52 (29 per cent) participated in the support programme. In particular, the support programme reached out to young men who had psychiatric symptoms and suffered from an accumulation of problems. The support relationships lasted an average of 6 months. The study showed that the support programme had an impact on young men's psycho-social well-being. Psychological distress decreased in the intervention group more than in the control group. Satisfaction with social relationships remained unchanged in the intervention group but decreased in the control group over the follow-up period. The intervention had no impact on young men's alcohol use, self-assessed life quality, problem accumulation or self-image. The counsellors estimated that

the support programme had a genuine impact on the client's life in 56 per cent of the cases. Sixty-seven per cent of those who participated in the support programme perceived that the programme had given them at least some benefit and 58 per cent perceived that the programme had improved their life situation.

The call-ups offer an excellent opportunity to reach out to young men for the last time as a cohort. This opportunity has not previously been actively made use of in preventing the process of psycho-social exclusion. The action model developed in the project enables support to be offered to young men at the call-ups and when the service is interrupted. Experiences gained of the appropriateness and outcomes of the support programme have been positive. Even small-scale support and help can prevent the aggravation and accumulation of problems, thus achieving positive far-reaching impacts on the course of life.

Keywords: intervention, efficacy research, young men, psycho-social well-being, support to young people, military service, prevention

Sisällys

Esipuhe	
Tiivistelmä	
Sammandrag	
Abstract	
Kirjoittajat	12
JOHDANTO.....	13
KIRJALLISUUSKATSAUS	15
Miesten riskialtis nuoruus.....	15
Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävät	21
Psykososiaalista hyvinvointia edistävien ja ongelmia ehkäisevien interventioiden vaikuttavuus	24
TUTKIMUSASETELMA	36
Tutkimuksen tavoite ja tutkimusasetelma	36
Tutkimuksen kohderyhmä	37
Interventio.....	37
TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	40
Aineiston kerääminen.....	40
Tutkimusmenetelmät.....	42
Tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät	46
Eettiset kysymykset.....	47
TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEET	49
Alku- ja seurantakysely.....	49
Katoanalyysi ja aineiston edustavuus.....	51
Palveluksen ulkopuolelle jäämisen syyt	53
TULOKSET	55
Tukiohjelmaan kiinnittyminen	55
Tukiohjelmaan kiinnittyneiden elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi	57
Tukiohjelman toteutuminen käytännössä.....	62
Tukiohjelman vaikuttavuus ja arvioitu hyöty	69
Tukiohjelman vaikuttavuus	69
Tukiohjelman hyöty ja merkityksellisyys ohjaajan arvioimana	71
Tukiohjelman hyöty ja merkityksellisyys asiakkaan arvioimana	74
POHDINTA	79
Lähteet	89
Liitteet.....	99

Kirjoittajat

EIJA STENGÅRD

PsT, dosentti, yhteistyökeskuksen johtaja, WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus, Stakes

KAIJA APPELQVIST-SCHMIDLECHNER

FM, tutkija, mielenterveysryhmä, Stakes; Sotilaslääketieteen Keskus

MAILA UPANNE

PsT, hankkeen konsultti

TANJA HAARAKANGAS

VTM, suunnittelija, mielenterveysryhmä, Stakes

KAI PARKKOLA

LT, lääkintäkommodori, merivoimien ylilääkäri, merivoimien esikunta

MARKUS HENRIKSSON

LT, dosentti, psykiatrian ylilääkäri, Sotilaslääketieteen Keskus; ylilääkäri, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus

JOHDANTO

Huoli suomalaisten nuorten hyvinvoinnista on viime vuosina ollut näkyvästi esillä, vaikka suurin osa nuorisosta voikin hyvin. Valtakunnallisissa terveys- ja sosiaalipoliittisissa ohjelmissa on selkeästi painotettu toimia lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi (Opetusministeriö 2007; STM 2008, 2006, 2003a, 2002 ja 2001; Sisäasianministeriö 2004). Huolta on aiheuttanut erityisesti nuorten miesten tilanne (esim. Kumpula ym. 2006; Järvinen & Vantta ja 2005).

Miesten psykososiaalisten ongelmien tunnistaminen riittävän ajoissa nousi haasteena esiin myös valtakunnallisen Itsemurhien ehkäisyprojektin (1986–1996) yhteydessä (Upanne ym. 1999). Puolustusvoimat todettiin ainutlaatuisiksi väyläksi tavoittaa suomalainen nuori mies. Yhteistyö puolustusvoimien kanssa toi esille, että nuorten miesten ongelmien kehittymisen kannalta tärkeimmän ryhmän muodostavat erityisesti varusmiespalveluksen ulkopuolelle jäävät nuoret miehet. Puolustusvoimissa asiaan oli kiinnitetty huomiota jo aikaisemmin niin lääkintähuollossa, sosiaalisektorilla kuin kutsuntaviranomaistenkin keskuudessa. Kävi ilmi, että vaikka varusmiespalveluksen ulkopuolelle jäävien miesten mahdolliset ongelmat tunnistettiin, ei tukitoimiin ryhtyminen ollut minkään tahon vastuulla (Upanne & Rautava 1996). Itsemurhien ehkäisyprojektin jälkeen toteutettu varusmiespalveluksen keskeyttäneitä koskenut kehittämishanke ”Nuori mies, tartu elämään!” (Sarkkola & Heiskanen 2002) nosti haasteen uudelleen esiin.

Haasteeseen vastaamiseksi käynnistettiin vuonna 2004 Stakesin, puolustusvoimien, työministeriön sekä Helsingin ja Vantaan kaupunkien yhteistyönä Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hanke. Hankkeen tavoitteena oli kehittää nuorille miehille soveltuvia psykososiaalisia tukimuotoja, laatia toimintamalleja palvelun organisoimiseksi sekä tutkia kehitettyjen tukitoimien tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta. Tavoitteeksi asetettiin myös, että toimintamalli otetaan käyttöön aikanaan koko maassa, mikäli malli osoittautuu toimivaksi.

Hankkeen tausta-ajatuksena oli ehkäistä nuorten miesten syrjäytymiskehitystä. Syrjäytyminen ymmärrettiin tässä yhteydessä erilaisten ongelmien ja huono-osaisuuden tai hyvinvointipuutteiden kasautumisena yksilötasolla (Blomgren 2005). Työttömyys, toimeentulo-ongelmat, ilman koulutuspaikkaa jääminen, runsas päihteen käyttö tai sosiaalisen tuen puute eivät yksistään vielä syrjäytä ketään, mutta ne voivat lisätä syrjäytymisriskiä tai ainakin viedä nuoren elämänsä kulkua epäsuotuisaan suuntaan. Taustalla oli näkemys, että syrjäytymisen ehkäisyä, sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä on välttämätöntä tarkastella toisiinsa tiivistä liittyvinä ja toisiaan tukevinä asioina.

Nuorten hyvinvoinnin tukemiseksi ja syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi on kehitetty lukuisia interventioita. Interventioiden todellisten vaikutusten tutki-

minen on jäänyt vähemmälle huomiolle. Vaikuttavuuden todentaminen on kuitenkin tärkeää, sillä ihmisillä on legitiimi oikeus odottaa, että heihin kohdistetut toimenpiteet ovat vaikuttavia ja perustuvat tutkittuun tietoon (Haverinen 2008). Interventioiden vaikuttavuustutkimukset ovat perusteltuja myös silloin, kun pyritään hyödyntämään käytettävissä olevia rajallisia resursseja mahdollisimman tarkoituksenmukaisella tavalla (Ehdotus lasten ja nuorten hallitusohjelmaksi, 2006).

Terveys- ja lääketieteessä vaikuttavuustutkimuksella on jo pitkät perinteet. Sosiaalityön vaikuttavuuden tutkiminen on sitä vastoin ollut toistaiseksi vähäistä. Psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuuden tutkimista on pidetty haasteellisena, mutta ei mahdottomana (Paasio 2003; MacIntyre & Petticrew 2000). Tämän raportin tarkoituksena on tarjota tietoa Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeessa kehitetyn, nuorille suunnatun intervention vaikuttavuudesta ja arvioidusta hyödystä.

KIRJALLISUUSKATSAUS

Miesten riskialtis nuoruus

Nuoruus elämänvaiheena

Nuoruus on ajanjakso, jolle ovat tyypillisiä nopeat biologiset, psykologiset sekä sosiaaliset muutokset (Erikson 1968). Myöhäisnuoruuteen ja varhaisaikuisuuteen liittyy monia keskeisiä koko myöhempään elämään vaikuttavia muutoksia, kuten ammattiin valmistuminen, lapsuudenkodista irrottautuminen ja oman kodin perustaminen sekä siirtyminen työmarkkinoille (Aalberg & Siimes 2007). Vaihe edellyttää myös huomattavaa psyykkistä työstämistä: omien tavoitteiden ja päämäärien jäsentämistä ja sovittamista ympäristön odotuksiin, päätöksentekoa ja valintoja sekä aiempaa aktiivisempaa ja tietoisempaa otetta omasta elämästä (Rönkä 1994). Kyseessä on siis keskeinen siirtymäjakso, jonka aikana oman persoonallisuuden muovautumisen lisäksi kehitetään omia sosiaalisia, koulutuksellisia ja ammatillisia taitoja. Nämä tekijät vaikuttavat yksilön sosiaalisen aseman muodostumiseen ja näin ollen myös hyvinvointiin ja kuolleisuuteen (Pensola 2003; Pensola & Martikainen 2004; Huurre & Aro 2007).

Aikuistumisen vaihe on pidentynyt sekä muuttunut entistä yksilöllisemmäksi ja epävakammaksi (Hoikkala 1992; Rönkä 1994). Nuoriin kohdistuu uudenlaisia paineita, jotka voivat vaikeuttaa aikuistumista (Aalberg & Siimes 2007). Nuorilla on entistä enemmän vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia. Valitettavan usein nuoret jäävät vaihtoehtojensa ja valinnanvapautensa kanssa melko yksin. Yhteisöt eivät tue yksilöä ratkaisuisissaan siinä määrin kuin aikaisemmin. Vaihtoehdot ja valinnanvapaus sekä yhteiskunnallisiin muutoksiin sopeutuminen edellyttävät nuorilta riittävää elämänhallintaa. Kilpailu koulutus- ja työpaikoista vaatii puolestaan vankkaa koulutusta ja koulutushalukkuutta. (Jyrkämä 1986.) Toisaalta hyvä koulutuskaan ei enää takaa pysyvää työpaikkaa, ja työurasta on tullut entistä epävakampi. Usko koulutuksen merkitykseen työuran kannalta onkin uusimman Nuorisobarometrin (Myllyniemi 2007) mukaan menettänyt asemaansa nuorten keskuudessa. Yhä harvempi nuori pitää puutteellista koulutusta työllistymisen esteenä, eikä työttömyyttä pidetä niin pahana asiana, jos toimeentulo on jollakin tavoin turvattu.

Vaikka aikuistumisen vaiheeseen liittyy riskejä, joiden myötä lapsuuden ja nuoruuden vaikeudet voivat siirtyä ja kärjistyä aikuisiän selviytymisongelmiksi, sisältää vaihe toisaalta myös valintatilanteita ja positiivisen kehityksen mahdollisuuksia (Rönkä 1994; Rönkä ym. 2002b). Suurimmalla osalla nuorista aikuistuminen onnistuu ilman suuria ongelmia (Offer & Schonert-Reichl 1992). Joskus nuoret kuitenkin ajautuvat epäsuotuisan kehityksen polulle tai aikuisuuteen siirty-

minen ei syystä tai toisesta onnistu vaikeuksista. Vaikeudet voivat näkyä sekä psyykkisenä pahoinvointina että sosiaalisina ongelmina.

Ongelmilla on taipumus kasautua

Eri aiheisiin liittyvistä tutkimuksista ja tilastoista saatu tieto antaa hyvin sirpaleisen kuvan nuorten hyvinvoinnista. Tutkimuksissa onkin entistä enemmän alettu kiinnittää huomiota erilaisten tietojen yhdistämiseen ja sitä kautta hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kasautumiseen. Ongelmien kasautuminen voidaan ymmärtää joko ongelmien yhdenaikaisuutena tietyssä ajankohtana tai ajan myötä tapahtuvana ongelmien ketjuuntumisena tai laajentumisena (Rönkä 1999). Tutkimukset ovat osoittaneet erilaisten riskitekijöiden kasautumisen selittävän esimerkiksi lapsen tai nuoren epäsuotuisaa kehitystä huomattavasti enemmän kuin yksittäisten riskitekijöiden esiintyminen (Rönkä & Pulkkinen 1995).

Rönkä (1999) on tutkinut väitöskirjatutkimuksessaan ongelmien kasautumiseen johtavia kehityskulkuja. Ongelmien välittyminen lapsuudesta aikuisuuteen tapahtuu Röngän (1999) tutkimuksen mukaan kehämäisesti siten, että seuraukset aiemmista vaikeuksista muuntuivat myöhempien ongelmien syiksi. Kasautuminen eteni kolmea eri väylää pitkin: ulkoisen kasautumisen väylää (osatekijöinä esimerkiksi lapsuuden perheeseen tai koulunkäyntiin/työllistymiseen liittyvät ongelmat), sisäistä väylää (esimerkiksi heikko itsetunto, motivaation puute) ja käyttäytymisen haavoittuvuuden väylää (epäedulliset käyttäytymistyylit). Erityisesti pojilla korostuu käyttäytymisen haavoittuvuus.

Röngän (1999) tutkimus osoitti, että sosiaalisen selviytymisen ongelmien kasautuminen on miehillä yleisempää kuin naisilla. Miehillä ongelmat kasautuvat aikaisemmassa vaiheessa ja ongelmien jatkuvuus elämänvaiheesta toiseen on suurempaa kuin naisilla. Yksin eläminen osoittautui yhdeksi merkittäväksi riskitekijäksi miehillä. Miehillä tunnusomaista on myös se, että ulospäin suuntautuvat käytösongelmat, kuten aggressiivinen käyttäytyminen tai alkoholiongelmat, käynnistyvät helposti ongelmaketjuja eri elämänalueilla.

Ongelmien kasautuminen ei aina välttämättä lähde liikkeelle lapsuudesta, vaikka kyseessä onkin usein pitkäaikainen prosessi. Myös nuoruus- tai aikuisiän kokemukset, kuten esimerkiksi työttömyys tai parisuhteen ongelmat, voivat käynnistää ongelmaketjuja. Varhainen puuttuminen tulisi siten ymmärtää suhteessa pulmien ilmenemiseen, ei henkilön ikään. (Rönkä 1999.) Palvelujärjestelmän näkökulmasta ongelmien kasautuminen merkitsee myös sitä, että nuoren kanssa työskentelevien asiantuntijoiden olisi samanaikaisesti pystyttävä auttamaan nuorta esimerkiksi asunnottomuudessa, mielenterveysongelmissa ja työn puutteessa (Paju & Vehviläinen 2001).

Vaikka Rönkä (1999) tutkimuksessaan havaitsikin merkitsevää pysyvyyttä ongelmien kasautumisessa, oli mukana myös niitä, joilla ongelmat vähenivät tai lop-

puivat aikuistumisen myötä. Samankaltaiseen tulokseen päätyi myös Jahnukainen (1997) tutkimuksessaan entisten tarkkailuoppilaiden peruskoulun jälkeisistä elämänvaiheista. Kielteiseen kehityssuuntaan kulkeva elämäntapa tai alkanut syrjäytymiskehitys on siis mahdollista katkaista suotuisissa olosuhteissa. Moniongelmaisten nuorten ongelma-alueet voivat lähteä purkautumaan jonkin merkittävän elämäntapahtuman, ns. kehityksen käännekohtaan, myötävaikutuksesta (Rönkä 1994; Laub & Sampson 1993; Rönkä ym. 2002b).

Miesten käännekohdat liittyvät naisia useammin koulutukseen, uraan ja varusmiespalvelukseen tai erilaisiin elämäntyyliin muutoksiin, kuten esimerkiksi uusiin harrastuksiin. Naisille tärkeät käännekohdat liittyvät useimmiten ihmissuhteisiin ja perhetilanteisiin. (Rönkä 1994). Näiden elämäntapahtumien suojaava vaikutus voi perustua elämänolosuhteiden muutokseen mutta myös siihen, että ne vahvistavat yksilön sisäisiä voimavaroja, kuten hallinnantunnetta (Pickles & Rutter 1991). Toisaalta uusiin rooleihin sitoutumisen myötä lisääntyvää vastuunottoa on myös pidetty yhtenä syynä aikuistumiseen ja tasapainon löytämiseen (Jessor 1993). Voidaan myös ajatella, että käännekohdassa käynnistyy positiivisia kumulatiivisesti eteneviä ketjureaktioita. Esimerkiksi uusi työpaikka voi auttaa yksilöä irrottautumaan ongelmia aiheuttavasta ympäristöstä ja ihmisuhteista ja avaamaan hänen elämässään uusia kehitys- ja pätemismahdollisuuksia sekä uuden sosiaalista tukea tarjoavan ympäristön (Rönkä 1996).

Hyvinvointi ja pahoinvointi polarisoituneet

Suurin osa maamme nuorista voi hyvin (Koskinen ym. 2005; Luopa ym. 2006; Helakorpi ym. 2007; Myllyniemi 2007; Suomen Lukiolaisten Liitto 2008). Samaan aikaan keskuudessamme elää kuitenkin yhä suureneva määrä nuoria, joille on kasautunut hyvinvoinnin vajeita. Nuorten hyvinvointia ja huono-osaisuutta leimaa tänä päivänä polarisoituminen (Rimpelä ym. 2006). Sama trendi on nähtävissä myös nuorten rikoskäyttäytymisessä (Kivivuori & Salmi 2005).

Erilaisilla ongelmilla on usein samat syyt ja riskitekijät (Donovan & Jessor 1985; Rönkä 1999; Degenhardt & Hall 2001; Flay 2002). Hyvin usein ongelmat alkavat jo lapsuusiässä tai liittyvät jo henkilön syntymää edeltäviin tekijöihin (Pirkola ym. 2005; Chapman ym. 2004; Anda ym. 2002; Kempainen 2001; Riala 2004). Tutkimukset ovat osoittaneet, että jo lapsuusaikana on nähtävissä tekijöitä, jotka ennakoivat yksilön myöhempiä ongelmia. Esimerkiksi Suomessa toteutetussa ”Pojasta mieheksi” -tutkimuksessa todettiin, että käytöshäiriöt 8-vuotiaana ennakoivat päihteiden ongelmakäyttöä, antisosiaalista persoonallisuutta ja mielenterveyshäiriöitä varhaisaikuisuudessa (Sourander ym. 2005 ja 2007; Niemelä ym. 2006). Myös ongelmien pysyvyydestä on tutkimuksellista näyttöä (Hofstra ym. 2000 ja 2002; Kainulainen 2006; Ritakallio ym. 2007).

Polarisoitumista ja kasautuvaa huono-osaisuutta ilmenee jo peruskouluai-
 na. Peruskouluissa on ollut nähtävissä oppilaiden vaikeuksien ja erityistukea tar-
 vitsevien määrään lisääntymistä. Koulupudokkaita ja ammatillisen koulutuksen
 keskeyttäneitä on monella paikkakunnalla huolestuttavan paljon. (Suikkanen ym.
 2004.) Koulutuksesta ja työstä karsiutuneiden tilanne on huolestuttava siinäkin
 mielessä, että vähäisen koulutuksen ja työuran alkuun ajoittuvan työttömyyden
 on katsottu paitsi olevan riski yksilön myöhemmän työmarkkina-uran kannalta
 (Vanttaja & Järvinen 2004) myös viivästyttävän perheen perustamista, johtavan
 keskimääräistä todennäköisemmin rikollisuuteen ja yleensäkin psykososiaaliin ja
 terveydellisiin ongelmiin (Korpi ym. 2003; Kieselbach 2003).

Rintanen (2000) on tutkinut väitöskirjatutkimuksessaan koulutuksesta syr-
 jäytymisen riskitekijöitä 18-vuotiaiden miesten ikäluokassa. Koulutuksellisessa
 syrjäytymisvaarassa olevia oli tutkimuksen mukaan joka kymmenes 18-vuotiaista
 miehistä. Koulutuksesta syrjäytyminen oli yhteydessä muihinkin psykososiaali-
 siin tai elämänhallinnan ongelmiin. Koulutuksesta syrjäytyneillä oli keskimääräistä
 enemmän terveysongelmia ja huonommat terveystottumukset. Terveysongelmista
 yleisimpiä olivat psyykkiset oireet, joita todettiin neljäsosalla ryhmään kuuluneista.
 Tupakointi ja alkoholin käyttö olivat selvästi yleisempiä koulutuksen ulkopuo-
 lulle jääneiden keskuudessa. Myös harrastusten, varsinkin liikunnan, puuttuminen
 nousi merkittäväksi piirteeksi. Koulutuksesta syrjäytymisen riskitekijöitä löytyvän
 jo varhaislapsuudesta. Koulutuksesta syrjäytymiseen olivat yhteydessä mm. var-
 haislapsuuden kehityshäiriöt ja vaikeat taudit, usein toistuva asuinpaikan vaihta-
 minen, neuvolatarkastusten laiminlyöminen, sopeutumishäiriöt ja ongelmakäyt-
 täytyminen, vanhempien ero sekä kuopuksen rooli monilapsisessa perheessä.

Nuorten miesten elämä riskialttiimpaa naisiin verrattuna

Nuorten ja nuorten aikuisten pahoinvointi kasautuu pojille ja miehille (Karvonen
 2006). Naisilla on toki omat ongelmansa ja esimerkiksi masennus ja syömishäiriöt
 ovat tytöillä huomattavasti yleisempiä kuin pojilla (Luopa ym. 2006; Koskinen ym.
 2005; Marttunen & Kaltiala-Heino 2007). Miesten pahoinvointi naisiin verrattu-
 na näkyy ennen kaikkea sosiaalisissa ongelmissa ja ongelmien kasautumisessa, itse-
 murhissa ja kuolleisuudessa sekä heikommassa terveyskäyttäytymisessä.

Sosiaaliset ongelmat

Poikien elämänsä elämissä ilmenee jo varhain erilaisia sosiaalisia ongelmia, jotka voi-
 vat osaltaan viitoittaa elämänsä elämissä epäsuotuisille raiteille. Huostaan otetuista
 lapsista enemmistö on poikia (Gissler ym. 2006). Oppimis- ja koulusopeutumis-
 vaikeudet koskettavat erityisesti poikia (Lavikainen ym. 2006). Huonosti koulussa
 viihtyvissä, koulukiusatuissa ja koulutuksen keskeyttäneissä ovat pojat enemmistö-

nä (Gissler ym. 2006). Selvä riskitekijä ovat oppimisvaikeudet, jotka varsinkin yhdessä sosiaalisten ja psyykkisten ongelmien kanssa vaikeuttavat koulunkäyntiä ja lisäävät syrjäytymisvaaraa. Kouluun liittyvillä vaikeuksilla on todettu olevan selvä yhteys myöhempisiin työttömyyskokemuksiin, erityisesti pitkäaikaistyöttömyyteen, mutta myös huonoksi koettuun terveyteen (Lavikainen ym. 2006; Fröjd. ym. 2007) ja psyykkiseen oireiluun (Rintanen 2000; Välimaa 2000a; Huurre ym. 2003; Isohanni 2000).

Koulutuksen ulkopuolelle jääneissä 17–24-vuotiaissa oli vuonna 2005 enemmän poikia (13 %) kuin tyttöjä (9 %) (Sotkanet). Seuraukset opintojen keskeyttämisestä peruskoulun suorittamiseen on miehillä erityisen kohtalokasta, sillä suurin osa heistä ei jatka opiskelua myöhemminkään (Vanttaja & Järvinen 2004). Röntgenin (1995) tutkimuksen mukaan erityisesti pojilla, joilla on sopeutumisongelmia koulussa, esiintyy varhaisaikuisuudessa muita useammin katkonaista työuraa, rikoksia ja alkoholin ongelmakäyttöä.

Vaikka tänä päivänä puhutaankin koulutusinflaatiosta (Vanttaja & Järvinen 2004) ja koulutuksen arvon laskemisesta nuorten silmissä (Myllyniemi 2007), koulutuksella on edelleen suuri merkitys työllistymiselle ja sosioekonomiselle asemalle. Pitkittynyt työttömyys ja toimeentulo-ongelmat ovat nuorilla miehillä yleisempiä kuin naisilla, vaikkakin laman jälkeinen julkisen sektorin työvoiman vähennys onkin lisännyt naisten työttömyyttä enemmän kuin miesten (Gissler ym. 2006). Pitkäaikaista toimeentulotukea saavat ovat yleisimmin yksin asuvia miehiä. Asunnottomista neljä viidestä on mies. (Sotkanet.) Myös rikostilastoissa pojat ja miehet ovat merkittävästi yliedustettuina tyttöihin ja naisiin verrattuna, vaikkakin sukupuolierot ovat ajan myötä pienentyneet. Rikoksesta epäiltyjä 15–20-vuotiaita miehiä on noin viisinkertainen määrä samanikäisiin naisiin verrattuna. (Gissler ym. 2006; Honkatukia & Savolainen 2005.)

Mielenterveys

Nuorten itse ilmoittamien mielenterveysongelmien on useissa tutkimuksissa todettu koskettavan ennen kaikkea tyttöjä ja naisia. Tytöillä esimerkiksi syömishäiriöt ja masennus ovat maassamme huomattavasti yleisempiä kuin pojilla (Marttunen & Kaltiala-Heino 2007; Luopa ym. 2006; Koskinen ym. 2005; Suomen Lukiolaisten Liitto 2008). Kulttuurista ja yhteiskunnasta riippumatta tytöt kärsivät poikia enemmän ahdistuksesta ja masennuksesta, kun taas poikien ongelmat liittyvät yleisemmin keskittymishäiriöihin, rikollisuuteen ja aggressiiviseen käyttäytymiseen (Crijnen ym. 1999; Laukkanen ym. 2006; ks. myös Aalto-Setälä & Marttunen 2007). Toisaalta Pollack (1998) on kysynyt, voisivatko sukupuolten väliset erot masennuksen ilmenemisessä johtua siitä, että poikien masennusta on vaikeampi tunnistaa. Poikien ja nuorten miesten masennusta on hänen mukaansa vaikeampi erottaa, koska heille masennukseen tyypillisesti liitettävät käyttäytymistavat saattavat naamioitua ns. ongelmakäyttämisen taakse. Tämän lisäksi pojat ja miehet kertovat oireistaan niukemmin tyttöihin

ja naisiin verrattuna. Toisaalta ei tiedetä, missä määrin poikien ongelmakäyttäytyminen on seurausta masennuksesta ja missä määrin ongelmakäyttäytymisen aikaansaama negatiivinen palaute tuottaa masennusta (Rönkä ym. 2002a).

Nuorten miesten on todettu muodostavan erityisen vaikeasti tavoitettavan kohderyhmän mielenterveyspalveluille. Tutkimusten mukaan useimmat psyykkisesti oireilevista nuorista eivät hae apua tai hakeudu sosiaali- ja terveystieteisiin. Nuoret miehet hakeutuvat palveluihin vielä harvemmin kuin naiset (Aalto-Setälä ym. 2002; Haarasilta ym. 2000; Biddle ym. 2004; Sheffield ym. 2004; Tylee & Walters 2004; Sourander ym. 2004; Rickwood ym. 2005). Souranderin ja kumppaneiden (2004) tutkimuksen mukaan vain murto-osa mielenterveysongelmista kärsivistä 18-vuotiaista suomalaisista miehistä hakeutuu mielenterveyspalveluihin. Aalto-Setälä (2002) arvelee nuorten miesten palveluihin hakeutumattomuuden johtuvan ennen kaikkea siitä, että miehet eivät tunnista avuntarvettaan yhtä hyvin kuin naiset. Kun avuntarve on tunnistettu, nuoret naiset ja miehet hakevat apua Aalto-Setälän (2002) mukaan yhtä todennäköisesti.

Miesten terveyden lukutaidon eli kyvyn arvioida ja tunnistaa omaa terveydentilaansa on arvioitu olevan heikompi kuin naisten (Laine 2006). Tämän lisäksi terveydestä puhumisen on todettu olevan pojille ja miehille hankalampaa vastakkaiseen sukupuoleen verrattuna (Välilä 2000 a ja b).

Kuolleisuus

Nuorten miesten kuolleisuus tapaturmiin ja väkivaltaan on Suomessa yli kolminkertainen verrattuna nuorten naisten kuolleisuuteen (Kumpula ym. 2006). Luku on Euroopan unionin keskitasoa korkeampi. Selvityksen mukaan eniten nuoria miehiä kuolee tieliikennetapaturmiin, itsemurhiin, myrkytyksiin ja väkivaltaan (Kuolemansyyt 2005; Kumpula ym. 2006; STM 2001; Suokas ym. 2001; Sauvola ym. 2001). Vuosina 2002–2005 iältään 15–29-vuotiaista miehistä keskimäärin 168 kuoli tapaturmissa, 15 väkivallan uhrina ja 160 teki itsemurhan. Naisten ryhmässä vastaavat osuudet olivat 44, 7 ja 41 (Gissler ym. 2006). Itsemurha on yksi yleisimmistä nuoren aikuisväestön kuolinsyistä ja yleisin syy nuorten miesten kuolemaan maassamme. Vuonna 2006 itsemurhan teki 158 iältään 15–29-vuotiaasta miestä ja 38 naista (Tilastokeskus/kuolleisuustilastot).

Väkivalta- ja tapaturmakuolleisuuden kasautuminen miessukupuoleen on yleensä selitetty mm. miesten heikommalla elämänhallinnalla ja elintavoilla (Gissler ym. 2006). Hyvin usein myös päihteillä on osuutta asiaan. Nuorten miesten terveystottumukset onkin todettu niin päivittäin tupakoivien (Rimpelä ym. 2007), alkoholin ongelmakäyttäjien (Rimpelä ym. 2007; Kestilä & Salasuo 2007), huumeongelmaisten (Koskinen ym. 2005; Rimpelä ym. 2007), liikunnallisten passiivisten (Koskinen ym. 2005) ja ylipainoisten (Helakorpi ym. 2007; Koskinen ym. 2005) määriin perustuen heikommiksi kuin samanikäisten naisten.

Miesten keskuudessa riskiryhmässä ovat erityisesti heikosti koulutetut ja työelämän ulkopuolelle jääneet. Nuorten miesten kuolleisuus liittyykin selvästi huono-osaisuuteen ja sosiaaliseen syrjäytymiskehitykseen. (Kumpula ym. 2006; Pensola & Martikainen 2004; Pensola 2003.)

Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävät

Suurin osa suomalaisista nuorista voi hyvin, vaikka huoli eritoten nuorista miehistä koskettaakin monia eri sektoreita. Keitä sitten ovat nämä ns. riskiryhmään kuuluvat miehet ja kuinka heidät voi tunnistaa ja tavoittaa?

Itsemurhien ehkäisyprojektissa (Upanne ym. 1999; Upanne & Rautava 1996) tehty yhteistyö puolustusvoimien kanssa sekä aikaisemmat tutkimukset (Piha 1984; Parkkola 1999; Multimäki ym. 2005; Stengård ym. 2008a) ovat antaneet viitteitä siitä, että ongelmien kehittymisen kannalta merkittävän riskiryhmän muodostavat varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle eri syistä jäävät nuoret miehet.

Palveluskelpoisuuden määrittäminen

Suomessa on yleinen asevelvollisuus (Perustuslaki 127 §, 1.3.2000). Asevelvollisuuslain (2 §, 28.12.2007) määrittämä kansalaisvelvollisuus alkaa sen vuoden alusta, jolloin mies täyttää 18 vuotta, ja jatkuu aina 60 ikävuoteen asti. Suomalaisen nuoren miehen tulee suorittaa varusmiespalvelus, ellei häntä ole siitä vapautettu terveydellisten syiden perusteella. Nuori voi hakeutua siviilipalvelukseen varusmiespalveluksen sijasta vakaumukseen perustuvien syiden vuoksi (siviilipalveluslaki 1446/2007). Vastuu varusmiespalveluksen järjestämisestä on puolustusvoimilla. Työministeriö vastaa siviilipalveluksen järjestelyistä.

Varusmiespalvelus suoritetaan yleensä 19–20-vuotiaana. Erikoistapauksissa vapaaehtoisuudesta tai lykkäyksestä johtuen palvelukseen astutaan 18–29-vuotiaana. Suomalaisista miehistä noin 80 prosenttia suorittaa varusmiespalveluksen. Osuus on huomattavasti korkeampi kuin muissa eurooppalaisissa maissa, joissa on käytössä yleinen asevelvollisuus (Parkkola 1999).

Varusmies- tai siviilipalvelukseen astuvien terveydelliset edellytykset selvitetään kutsunnoissa. Ennen kutsuntatilaisuutta jokaisen asevelvollisen tulee käydä – yleensä kotikunnan suorittamassa – lääkärintarkastuksessa, jossa tehdään ehdotus henkilön palveluskelpoisuusluokasta. Palveluskelpoisuusluokitus perustuu kansainväliseen tautiluokitukseen (ICD-10) sekä puolustusvoimien terveystarkastusohjeeseen (2006). Luokkaan A sijoitetaan henkilöt, joiden terveydentila ei rajoita toimintaa kenttäoloissa. Vuosittain kutsunnoissa keskimäärin 80 prosenttia sijoit-

tetaan luokkaan A tai B. Luokkaan B sijoitetaan henkilöt, joilla on terveydellisistä syistä johtuen vaikeuksia selviytyä taistelujoukoissa mutta jotka kuitenkin voidaan kouluttaa erilaisiin tukitehtäviin. Mikäli nuorella miehellä todetaan jokin terveydellinen este varusmiespalveluksen suorittamiselle, hänet vapautetaan palveluksesta joko määräaikaisesti tai pysyvästi. Ennen vuotta 2008 luokkaan C sijoitetut on vapautettu palveluksesta rauhan aikana ja luokkaan D sijoitetut pysyvästi. Vuoden 2008 alusta voimaan tullut uusi asevelvollisuuslaki ei enää erottele C- ja D-luokkaa. Luokkaan E sijoittaminen tarkoittaa palvelukseen astumisen lykkäystä eli vapautusta määräajan kuluttua suoritettavaan uusintatarkastukseen saakka. (Terveystar-kastusohje TTO 2006.)

Palvelukseen kelpaavat asevelvolliset

- A-luokka: Pääsääntöisesti kaikkeen palvelukseen kelpaavat asevelvolliset
- B-luokka: Määrätyin rajoituksen palvelukseen kelpaavat asevelvolliset

Palvelukseen kelpaamattomat asevelvolliset (ennen v. 2008)

- C-luokka: Rauhan aikana palveluksesta vapautetut asevelvolliset
- D-luokka: Asevelvollisuuden suorittamisesta kokonaan vapautetut asevelvolliset
- E-luokka: Tarkastustilaisuudessa palvelukseen kelpaamattomiksi todetut ja määräajan kuluttua uudelleen tarkastettavaksi määrättyt asevelvolliset

Kutsuntatarkastuksessa joka vuosi noin joka kymmenennellä asevelvollisella todetaan terveydellinen palveluseste. Vuoden 2007 kutsunnoissa palvelukseen määrättiin 80 prosenttia kutsunnanalaisista, 11 prosenttia vapautettiin palveluksesta kokonaan, 5 prosenttia määrättiin E-luokkaan ja 4 prosenttia sai lykkäystä tai oli poissa. Mielenterveyden häiriöt ovat tärkein varusmiespalveluksen suorittamatta jäämisen syy. Noin puolet kutsuntatarkastuksessa palveluksen ulkopuolelle määrättyistä jää palveluksen ulkopuolelle mielenterveydellisistä syistä. (Pääesikunnan julkaisematon tietokanta.)

Palveluksensa aloittaneista asevelvollisista noin joka kymmenes keskeyttää varusmiespalvelun vuosittain. Keskeyttäneiden lukumäärä on lisääntynyt vuosi vuodelta kymmenen viime vuoden ajan. Yleisimpiä keskeytyksen syitä ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Vuonna 2006 palvelukseen astuneista varusmiespalveluksen keskeytti 3 066 henkilöä, joista noin puolella keskeyttäminen tapahtui mielenterveydellisistä syistä. (Sotilaslääketieteen Keskuksen julkaisematon tietokanta.) Useimmiten mielenterveyden häiriöiden taustojen arvioidaan olleen olemassa jo ennen varusmiespalvelukseen astumista (Parkkola 1999). Toiseksi

yleisin keskeyttämisen syy on tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja vammat. Huumeiden käyttöön liittyvän diagnoosin takia varusmiespalveluksen keskeyttäminen saavutti huippunsa vuonna 2001, minkä jälkeen osuus on ollut laskusuunnassa. (Sotilaslääkätieteen Keskuksen julkaisematon tietokanta.)

Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden hyvinvointi

Palveluksen ulkopuolelle määräaikaisesti tai pysyvästi määrättyjen hyvinvointiin liittyviä tutkimuksia ei maassamme juuri ole tehty. Tutkimusten kysymystenasettelussa on useimmiten keskitytty varusmiespalveluksesta selviytymiseen (esim. Mikkola 1981; Piha 1984; Mäkinen 1991) sekä palveluksen keskeyttämiseen ja keskeyttämisen ennakkointiin (esim. Aalberg 1981; Ponteva 1983; Parkkola 1999; Koskinen & Puustinen 2005). Varusmiesten psyykkisistä häiriöistä (Blumenthal ym. 1970; Orava 1977), itsemurhasta (Marttunen ym. 1997 ja 1995) ja päihteiden käytöstä (Lönnqvist ym. 1970; Jormanainen ym. 1997; Äijänseppä ym. 2001) on jonkin verran tutkittua tietoa. Ajankohtaisinta tietoa palveluksen ulkopuolelle määrättyjen psykososiaalisesta hyvinvoinnista tarjoavat mm. Multimäen ja kumppaneiden (2005), Parkkolan (1999) sekä Stengårdin ja kumppaneiden (2008a) tutkimukset.

Kutsuntoihin osallistuneiden palveluskelpoisuutta selvittänyt tutkimus (Multimäki ym. 2005) osoitti, että varusmiespalveluksesta määrääjäksi lykkäystä saaneilla (E-luokka) on palveluksesta kokonaan vapautettuja enemmän erilaisia psykososiaalisia ongelmia. Määräaikaisen lykkäyksen saaneilla oli terveysongelmien lisäksi runsasta alkoholin ja huumeiden käyttöä, ihmissuhdeongelmia sekä mielenterveyspalvelujen käyttöä. Terveydellisin perustein pysyvän vapautuksen varusmiespalveluksesta saaneiden ongelmat liittyivät lähinnä ihmissuhteisiin: ystäviin ja perheeseen.

Parkkola (1999) on tutkinut väitöskirjatyössään varusmiespalveluksen keskeyttämisen ennakkointia, ja tutkimuksessa kertyi runsaasti tietoa palveluksen keskeyttäneiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista. Tutkimuksen mukaan varusmiespalveluksen keskeyttäneille miehille tyypillisiä ovat lapsuusajan ongelmat, vaatimaton koulumenestys, ongelmat parisuhteessa, runsas alkoholinkäyttö, psyykinen oireilu, työttömyys, taloudelliset ongelmat ja rikollinen käyttäytyminen. Varusmiespalveluksen keskeyttäneet ovat tämän lisäksi yleensä pessimistisiä tulevaisuutensa suhteen, harrastavat ja liikkuvat muita vähemmän ja heille on kerääntynyt edeltäneen vuoden aikana kuormittavia elämäntapahtumia (Parkkola 1999).

Palveluksen ulkopuolelle jääneiden psykososiaalista hyvinvointia tutkittiin myös Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeessa (Stengård ym. 2008a). Tukiohjelman kohdentamisen varmentamiseksi haluttiin selvittää, onko palveluksen ulkopuolelle jääminen osuva ja tarkoituksenmukainen kriteeri hankkeessa kehitettyyn tukiohjelman ohjaamiselle. Tutkimuksen mukaan palveluksen ulkopuolelle jäävät nuoret miehet todellakin eroavat taustoiltaan, elämäntavoiltaan ja -tilanteeltaan merkittävästi palveluksen suorittavista miehistä. Lapsuuden ajan ongelmat,

tyytymättömyys nykyiseen elämäntilanteeseen, monenlainen psyykinen oireilu, itsemurhaharkinnat, sosiaalisen tuen vähäisyys, päihteiden ongelmakäyttö, taloudelliset ongelmat, työttömyys sekä asunnottomuus osoittautuivat palveluksen ulkopuolelle jääneille miehille huomattavasti yleisemmiksi palvelukseen määrättyihin miehiin verrattuna. Ongelmia oli kasautunut erityisesti mielenterveydellisten sekä päihteiden käyttöön liittyvien syiden takia palveluksen ulkopuolelle jääneille. Palveluksen keskeyttäneiden tilanne oli huonompi verrattuna kutsunnoissa määrääkäsiksi tai pysyvästi palveluksen ulkopuolelle määrättyihin miehiin.

Aikaisemmat tutkimukset antavat siis viitteitä siitä, että varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneille miehille on kasautunut paljon erilaisia ongelmia. Epäsuotuisan kehityskulun ehkäisemisen kannalta olisi ratkaisevaa tunnistaa selviytymisen riskit ja ongelmien ilmaantuminen mahdollisimman varhain, jotta tarvittavat hoito- ja tukitoimet voitaisiin käynnistää. Ongelmana varusmiespalveluksen ulkopuolelle jääneiden kohdalla on ollut se, että mikään taho ei ole ollut vastuussa näistä miehistä ryhmätasolla. Varusmies- ja siviilipalvelusaikana nuorten käytettävissä ovat puolustusvoimien ja siviilipalveluskeskuksen tarjoamat sosiaali- ja terveystalvet. Mikä osa vastuusta kuuluu yhteiskunnan muille tahoille sen jälkeen, kun nuori keskeyttää varusmies- tai siviilipalveluksensa tai ei ole lainkaan aloittanut sitä? Onko edes olemassa palvelua, johon moniongelmainen varusmiespalveluksen ulkopuolelle jäävä nuori voidaan ohjata? Vai jätetäänkö mies – kuten Upanne ja Rautava (1996) asian ilmaisevat – ”oman onnensa nojaan ja toivotaan parasta”?

Haasteeseen vastaamiseksi ja nuorille miehille tarkoitettujen tukitoimien kehittämiseksi käynnistettiin vuonna 2004 Stakesin, puolustusvoimien, työministeriön sekä Helsingin ja Vantaan kaupunkien yhteistyönä Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hanke. Hankkeen tavoitteena oli kehittää nuorille miehille soveltuvia psykososiaalisia tukimuotoja, laatia toimintamalleja palvelun organisoimiseksi sekä tutkia kehitettyjen tukitoimien tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta. Tavoitteeksi asetettiin myös, että toimintamalli otetaan käyttöön aikanaan koko maassa, mikäli malli osoittautuu toimivaksi.

Psykososiaalista hyvinvointia edistävien ja ongelmia ehkäisevien interventioiden vaikuttavuus

Ehkäisevä työ avainasemassa nuorten kohdalla

Huoli lasten ja nuorten hyvinvoinnista ei ole jäänyt valtakunnassamme huomiotta. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseen on pyritty vaikuttamaan niin poliittisilla ohjelmilla (Opetusministeriö 2007; STM 2008, 2006, 2003a, 2002 ja 2001; Si-

säasianministeriö 2004), palvelujärjestelmää kehittämällä kuin myös erilaisilla lapsille ja nuorille suunnatuilla interventioilla.

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisäämisessä avainasemassa on ennalta ehkäisevä työ. Lastensuojelun sekä lasten ja nuorten mielenterveyshuollon kustannukset ovat kasvaneet nopeasti viime vuosien aikana. Suomi on 1990-luvun alusta alkaen investoinut rajusti lapsille ja nuorille suunnattuihin ns. korjaaviin palveluihin. Suurilla lisäinvestoinneilla ei ole kuitenkaan voitu vaikuttaa hyvinvointikehitykseen (Rimpelä 2007).

Myös sosiaalityössä on tunnistettu ehkäisevän työn merkitys. Yleensä nuorten asiat tulevat sosiaalityön kohteeksi vasta silloin, kun ongelmat ovat jo todella vakavia. Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelmassa korostetaankin sekä ennalta ehkäisevän työotteen että erityisen nuorisososiaalityön kehittämisen tärkeyttä. (Karjalainen & Sarvimäki 2005.)

Samaan aikaan ongelmia ehkäisevät palvelut kamppailevat niukkojen resursien kanssa. Esimerkiksi koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, varhaiskasvatuksessa, kouluissa sekä nuoriso- ja sosiaalityössä ollaan huolestuneita osaavan henkilökunnan riittävydestä, jotta lapsia, nuoria ja heidän perheitään pystyttäisiin tukemaan ja puuttumaan ongelmiin ajoissa. Kun resurssit ovat niukat, on entistä tärkeämpää, että lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävät toimenpiteet ovat myös vaikuttavia (Ehdotus lasten ja nuorten hallitusohjelmaksi 2006).

Vertailuasetelman käyttö interventioiden vaikuttavuustutkimuksissa

Nuorten tukemiseksi, heidän psykososiaalisen hyvinvointinsa edistämiseksi ja erilaisten häiriöiden ennalta ehkäisemiseksi on kehitetty lukuisia erilaisia interventioita. Kuinka tiedämme, miten interventiot ovat vaikuttaneet nuoriin ja heidän elämäänsä? Tai mitkä interventiot ovat niin tehokkaita ja vaikuttavia, että niitä voidaan suositella edelleen implementoitavaksi?

Vaikuttavuuden arviointi perustuu usein klassiseen koeasetelmaan (Rossi ym. 1999). Vaikuttavuuden kokeellisessa tutkimuksessa pyritään selvittämään, mikä osa havaitusta asiakasmuutoksesta johtuu nimenomaan interventiosta eikä jostain muusta syystä, kuten tavanomaisesta kasvusta ja kehityksestä. Klassinen satunnaisesti koeasetelma osoittaa intervention nettovaikutuksen. Siinä tutkimukseen osallistuneet jaetaan satunnaisesti kahteen eri ryhmään ja tavoitteena on, että kahdesta ryhmästä tulee kaikkien olennaisten piirteiden suhteen toistensa kaltaisia. Vain toinen ryhmä osallistuu interventioon. Se, missä määrin näiden kahden ryhmän jäsenten ongelma tai intervention kohteena oleva asiantila eroaa intervention jälkeä, on intervention nettovaikutus (Rossi ym. 1999; Paasio 2003).

Nuorten syrjäytymisen ehkäisytoimenpiteiden vaikuttavuutta ei ole Suomessa juuri selvitetty (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2007). Sosiaalityön puolella on näyttöä – joskaan ei vertailuryhmän sisältävään tutkimukseen nojautuvaa – pal-

veluohjaukseen pohjautuvien työmenetelmien ja tehostetun sosiaalityön vaikuttavuudesta nuorten keskuudessa (Karjalainen & Blomgren 2004; Suikkanen ym. 2004; Linnossuo 2004).

Sosiaalityön interventioiden ja toimintamallien vaikuttavuuden arvioinnissa vertailuryhmän sisältämät tutkimusasetelmat ovat harvinaisia (Westman ym. 2005). Sosiaalityössä kokeellisten tutkimusasetelmien käyttöä pidetään ongelmallisena sen takia, että asetelman katsotaan soveltuvan parhaiten selvästi rajattujen interventioiden vaikutusten arviointiin (STM 2003b). Sosiaalityön kenttä on laaja ja heterogeeninen. Työn tavoitteiden määrittelyn on nähty tekevän vaikutusten mittaamisen vaikeaksi (Westman 2005).

Paasion (2003) mukaan kuvaukset kokeellisen tutkimusasetelman soveltumattomuudesta sosiaalialalle ovat useimmiten liioiteltuja. MacIntyre ja Petticrew (2000) näkevät kokeellisen tutkimusasetelman huonon maineen sosiaalialalla johdettuna useista harhakäsityksistä. He peräänkuuluttavat kokeellisen tutkimusasetelman tärkeyttä jo pelkästään sen takia, että monet hyvää tarkoittavat interventiot ovat itse asiassa aiheuttaneet osallistujille haittaa. Mahdollisten haittavaikutusten analysointi jää usein täysin vaille huomiota. Yksi merkittävä etu kokeellisissa tutkimusasetelmissä on se, että menetelmä mahdollistaa parhaalla mahdollisella tavalla todellisen vaikutuksen arvioinnin. Esimerkiksi työvoimapolitiittisissa interventioissa ei-kokeellisten menetelmien on todettu yliarvioivan toimenpiteiden vaikutusta (Hämäläinen ym. 2007). Vertailuasetelmiin perustuvien tutkimusasetelmien käyttö onkin saanut lisää jalansijaa sosiaalityössä. Vuodesta 1998 alkaen Campbell Collaboration Group on koontanut sosiaalitieteellisiä, lähinnä satunnaistettuihin kokeellisiin tutkimusasetelmiin perustuvia tutkimuksia sosiaalityön, vankeinhoidon ja kasvatuksen aloilta (<http://www.campbellcollaboration.org>).

Lääketeieteessä ja terveystieteissä vaikuttavuuden tutkimuksella on jo pitkät perinteet ja erilaisten interventioiden vaikuttavuutta on tutkittu paljon vertailuasetelman sisältävillä tutkimuksilla. Systemaattisia kirjallisuuskatsauksia terveydenhuollon piiriin kuuluvista, pääasiassa satunnaistettuun koeasetelmaan perustuvista tutkimuksista tarjoaa mm. Cochrane Collaboration Groupin ylläpitämä tietokanta (<http://www.cochrane.org>). Tässä kappaleessa käsitellyt asiat pohjautuvat siten hyvin pitkälti nuorten mielenterveyden edistämistä ja ongelmien ennalta ehkäisyä koskevaan tutkimukseen.

Nuorten ongelmien ennalta ehkäiseminen ja hyvinvoinnin edistäminen mielenterveytyössä

Ehkäisevässä työssä voidaan nähdä kaksi toisistaan poikkeavaa paradigmaa: ns. kansanterveysmalli ja vuorovaikutusmalli (Upanne 2001). Kansanterveysmallin mukainen ennalta ehkäisy (preventio) kytkeytyy lääketieteelliseen tautimalliin. Painopiste on häiriöiden ehkäisyssä. Mallin perusajatus on se, että häiriön kehi-

tykselle on yksisuuntainen syyselitys ja taudin aiheuttaja on ”spesifinen etiologinen agentti” (Felner & Silverman 1989). Klassinen kolmijako jakaakin prevention kolmeen eri alalajiin. Jaottelu perustuu ajatukseen intervention aloittamisesta sairauden etenemisen eri vaiheissa (Caplan 1964). Primaaripreventio suunnataan koko väestölle tai henkilöille, joilla ei ole vielä ongelmia mutta joilla uskotaan olevan jonkin häiriön kehittymisen riski. Primaaripreventioon on yleensä sisällytetty ajatus riskitekijöiden poistamisen lisäksi suojaavien tai voimavaratekijöiden vahvistamisesta. Sekundaaripreventiot suunnataan yleensä henkilöille, joiden uskotaan kuuluvan riskiryhmään tai joilla on jo häiriöiden tai ongelmien varhaisoireita. Tavoitteena on lyhentää häiriön kestoa varhaisen ja nopean puuttumisen avulla. Tertiäriprevention tarkoituksena on lieventää häiriöitä ja ongelmia ja vähentää niihin liittyvää toimintakyvyn menetystä. (Caplan 1964; WHO 2004; STM 2004.) Kolmijakoa on vienyt eteenpäin Barry mallissaan, jossa korostetaan mielenterveyden edistämisen (promootio) merkitystä mielenterveystyön kokonaiskuvaan (Barry & Jenkins 2007, 13).

Klassinen kolmijako ilmentää mekanistista käsitystä terveydestä ja sairaudesta. Ns. tautimallin mukaan toimenpiteet käynnistetään silloin, kun yksilössä on ilmennyt oire tai ongelma. Kun ongelma on kehittynyt jo niin pitkälle, että se näkyy ja tuntuu ihmisessä jonkinasteisena häiriönä, voidaan henkilö identifioida apua tarvitseväksi potilaaksi. Toimenpiteet ja interventiot kohdistuvat tällöin ongelmaan ja ovat hoidollisia ja niitä toteuttamaan tarvitaan kliinistä ammattiosaamista (Upanne 2007). Monimutkaisia, psykososiaalisia ilmiöitä kuvaamaan tarvitaan Upanteen (1996) mukaan kuitenkin tautimallia monitahoisempia selityksiä. Vuorovaikutusmalli perustuu ajatukseen, että ongelmat eivät aiheudu suoraan tietyistä syistä, vaan ne kehittyvät vähitellen, kasautumalla yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. Huomio on siten kiinnitettävä ongelmien ilmenemisen sijasta niiden kehittymisprosessiin ja siinä oleellisiin tapahtumiin ja tekijöihin. Tekijät voivat olla niin psykologisia eli yksilötekijöitä kuin myös sosiaalisia eli olosuhdetekijöitä ja voivat koskea eri elämänalueita ja eri ikävaiheita. Nämä tekijät, elämänalueet ja ikävaiheet voivat kuulua eri tieteenaloille ja ammattialoille ja sitä kautta myös erilaisten palvelujen ja interventioiden piiriin (Upanne 2007). Vuorovaikutusmallin tärkeä sovellus on Upanteen (1996) mukaan olettaen kehityksen ja terveyden tukemisen mahdollisuudesta. Vahvistamalla voimavaroja tai suojaavia tekijöitä yksilössä ja olosuhteissa voidaan varmentaa myönteistä kehitystä ja samalla välttää häiriöiden syntymisen. Olennaista on näkemys, että myönteinen ja psykososiaalisesti merkityksellinen kehityskulku on mahdollista virittää periaatteessa samalla tavalla kuin ongelmatkin kehittyvät.

Mielenterveystyön preventiivisissä toimenpiteissä voidaan käyttää myös strategioita, jotka perustuvat elämäntilanne- ja sosiaalisen tuen teorioihin. Nuoret voivat altistua riskeille henkilökohtaisten ominaisuuksiensa ohella myös elämäntilanteensa vuoksi, joka voi olla jatkuvasti stressaava ja josta voi puuttua riittävä tuki. Interventioissa voidaan esimerkiksi auttaa nuorta löytämään koulu- ja virkistys-

mahdollisuuksia sekä sosiaalisia verkostoja. Olosuhteisiin ja niiden muutoksiin sisältyvät prevention mahdollisuudet ovat mielenterveytyksessä kuitenkin jääneet vähemmälle huomiolle. (STM 2004.)

Minkälaisia nuorille kohdennettujen interventioiden tulisi olla?

Nuoriin kohdistuvat interventiot ovat useimmiten sektoroituneita tai keskittyneitä yhteen tiettyyn ongelmaan, esim. masennukseen (esim. Clarke ym. 1995 ja 2001; Merry ym. 2005; Horowitz & Garber 2006), päihteiden käyttöön (Tobler ym. 2000; Gottfredson & Wilson 2003) tai aggressiiviseen käyttäytymiseen (Bor 2004; Derzon ym. 1999). Lapsiin ja nuoriin kohdistuvat preventiiviset interventiot toteutetaan usein kouluinterventioina, jolloin ennalta ehkäisyn kohteena ovat yleensä erilaiset ongelmakäyttäytymisen muodot. Tällaisia ovat esim. päihteiden käyttö (Cuijpers 2002; Gottfredson & Wilson 2003), väkivalta (Derzon ym. 1999; Wilson & Lipsey 2005) tai aggressiivinen käyttäytyminen (Wilson ym. 2003; Gansle 2005). Promotiiviset, kouluissa toteutetut interventiot voivat tämän lisäksi keskittyä esimerkiksi sosiaalisiin taitoihin (Chen 2006; Elias ym. 1991; Quinn ym. 1999) tai vaikkapa stressin- (Kraag ym. 2006; Hains & Ellmann 1994) tai elämänhallintaan (Botvin 1985).

Menetelmiltään nuoriin kohdistuvat ehkäisevät interventiot voivat olla hyvin moninaisia. Esimerkiksi Euroopassa toteutetuissa nuorten mielenterveyden edistämistä ja häiriöitä ennalta ehkäisevissä interventioissa on menetelminä käytetty ryhmä- tai yksilöistuntoja, ryhmätyöskentelyä, tutorointia tai vertaistukea, tietois-kujen ja ohjeistuksien laatimista ja levittämistä, kouluissa järjestettyjä seminaareja ja erilaisia tapahtumia sekä teiniäitejä vanhemmuuteen valmistavia ohjelmia (Mental health promotion of adolescents and young people 2001).

Nuoriin kohdistuvien preventiivisten interventioiden vaikutuksista on nykyään paljon tutkittua tietoa. Useat meta-analyysit ja katsausartikkelit ovat osoittaneet, että preventiiviset nuoriin kohdistuneet interventiot liittyen mielenterveyteen (Durlak & Wells 1997 ja 1998; Greenberg ym. 2001; Clarke ym. 1995 ja 2001; Horowitz & Garber 2006; Wolf 2005), päihteiden käyttöön (Tobler ym. 2000), rikollisuuteen (Bor 2004), epäsosiaaliseen (Wilson ym. 2001) ja väkivaltaiseen (Derzon ym. 1999) käyttäytymiseen sekä nuoren suotuisaan kehityskulkuun (Catalano ym. 2002) voivat vähentää ongelmakäyttäytymistä ja häiriöitä sekä vahvistaa nuoren suotuisaa kehityskulkua suojaavia tekijöitä. Esimerkiksi Wolf (2005) on tutkinut primaaripreventioiden vaikuttavuutta meta-analyysissään, joka kattaa 195 lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa mielenterveyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää interventiota. Tulokset osoittivat, että interventioilla pystytään ehkäisemään ongelmia tai häiriökäyttäytymistä, vähentämään sisäistä ja ulospäin suuntautuvaa oireilua, lisäämään vuorovaikutustaitoja ja parantamaan perhe-elämän, ystävyys-suhteiden ja koulunkäynnin sujuvuutta. Vaikutukset todettiin pitkäkestoisiksi.

Vaikka meta-analyysissä ja katsausartikkeleissa on tunnistettu monia vaikuttavia interventioita, joukossa on myös paljon interventioita ilman merkittävää vaikutusta. Syyt siihen, miksi jokin interventio on vaikuttava ja jokin toinen ei, jäävät usein vaille tulkintoja. Kirjallisuudessa interventioiden hyvää vaikuttavuutta on selitetty mm. tekijöillä, jotka liittyvät interventioon ohjautumiseen (matalakynnyksisyys), interventiossa käytettyyn työotteeseen (kokonaisvaltaisuus, nuoruuden kehitystehtävien tukeminen, preventiivisten ja promotiivisten strategioiden yhdistäminen, asiakaslähtöisyys) tai esimerkiksi intervention kestoon. Näitä asioita tarkastellaan seuraavaksi perusteellisemmin.

Matalakynnyksisyys

Nuorille suunnattujen interventioiden tulisi olla mahdollisimman matalakynnyksisiä, sillä nimenomaan nuoret miehet muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tavoitettavuuden suhteen haasteellisen ryhmän (Biddle ym. 2004; Tylee & Walters 2004; Rickwood ym. 2005; Sourander ym. 2004). Addis ja Mahalik (2003) ovat tarkastelleet miesten halukkuutta hakeutua palveluihin mieserityisyyden näkökulmasta. He ovat listanneet viisi kysymystä, jotka mies asettaa itselleen hakiessaan apua: 1) Määritelläänkö kyseessä oleva asia normaaliksi vai ongelmaksi? 2) Onko ongelma keskeinen minun kannaltani? 3) Onko minulla mahdollisuutta tehdä vastapalvelus? 4) Kuinka lähiympäristö reagoi, jos haen apua? 5) Mitä menetän, jos haen apua? Erityisesti miehille suunnattuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitettäessä nämä seikat tulisi ottaa huomioon ja tehdä palveluista mahdollisimman matalakynnyksisiä ja normalisoivia.

Riskiryhmiin kohdistetuissa interventioissa (selektiiviset ja indikoidut interventiot) leimaantumisen mahdollisuus on huomattavasti todennäköisempää kuin interventioissa, jotka kohdennetaan esim. koko ikäryhmälle (universaalit interventiot) (Greenberg ym. 2001). Universaalien ja selektiivisten tai indikoitujen interventioiden vaikutustehosta ei ole yhtä yhtenäistä mielipidettä. Useissa eri tutkimuksissa (Greenberg ym. 2001; Wilson ym. 2003; Bramesfeld & Schwarz 2006; Horowitz & Garber 2006) on todettu, että selektoidut riskiryhmille kohdennetut interventiot ovat universaaleja interventioita tehokkaampia. Universaalit interventiot eivät Greenbergin ja kumppaneiden (2001) mukaan välttämättä tarjoa riittävää ajallista kestoa tai voimakkuutta muuttaakseen sellaisen ihmisen kehityspolkua, joka on jo merkittävässä riskiryhmässä. Jané-Llopis (2002) puolestaan ei löytänyt preventiivisiä ja promotiivisia interventioita koskevassa meta-analyysissään eroja universaalien, selektiivisten ja indikoitujen interventioiden vaikutustehoissa.

Universaalien interventioiden haasteena on vaikuttavuustutkimuksen näkökulmasta interventioon kiinnittyminen. Universaaleissa interventioissa, joissa ehkäiseviä tukitoimia tarjotaan koko ikäluokalle, kato voi olla erityisen suuri. Toinen haaste on tavoittaa eniten tukea tarvitsevat. Esimerkiksi Hüslerin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksen mukaan preventiiviseen interventioon kiinnittyivät heikoim-

min juuri ne nuoret, joiden syrjäytymisriski oli suurin. Vaikuttavuustutkimuksen toteuttamisen kannalta suuri kato on pulmallinen siitä syystä, että se voi tuottaa harhaanjohtavia tuloksia intervention vaikuttavuudesta.

Kokonaisvaltaisuus

Nuorten suotuisaa kehitystä tukevien interventioiden vaikuttavuutta ovat tutkineet mm. Catalano ja kumppanit (2002 ja 2004). Heidän lähtökohtanaan on ajatus, että interventioiden tulisi kohdistua nuoriin kokonaisina ihmisinä ollakseen vaikuttavia. He kritisoivat nuorten lokeroimista erilaisten ongelmien perusteella esim. päihdeongelmaisiksi, mielenterveysongelmaisiksi, työttömiksi jne. 1980-luvulla tutkimukset ja interventiot kohdistuivat yleensä yhteen tiettyyn ongelmaan. 1990-luvulla huomiota alettiin kiinnittää enemmän nuoren kehityskulkuun. Catalanon ja kumppaneiden (2002) mukaan preventiivisten interventioiden kehityksen käännekohta on ollut se, kun tutkijat ja palvelujen tuottajat ovat alkaneet yhdistää voimiaan ja kääntäneet huomion yritykseen estää epäsuotuisan ja ongelmiin johtavan kehityksen kulku. Nuorta, hänen elämänsä ja kehitystään on alettu tarkastella kokonaisvaltaisemmin. Samoilla jäljillä on mm. Flay (2002), jonka mielestä yksi tärkeä syy interventioiden vaatimattomiin vaikutuksiin ja mahdollisten vaikutusten lyhytkestoisuuteen on se, että interventiot kohdistuvat yhteen tiettyyn ongelmakäyttäytymiseen ja riskiin. Huomioimatta jää tällöin henkilön koko elintavan, elämäntilanteen ja (terveys)käyttäytymisen ratkaiseva rooli tietyn riskikäyttäytymisen kannalta.

Kokonaisvaltaisten nuoriin kohdistuvien preventiivisten interventioiden on todettu olevan vaikutuksiltaan tehokkaita (Flay 2002; Derzon ym. 1999). Catalanon ja kumppaneiden (2004) meta-analyysissä todettiin, että kokonaisvaltaisilla nuoren suotuisaan kehityskulkuun keskittyvillä ohjelmilla voidaan parantaa osallistujien vuorovaikutustaitoja ja -suhteita, koulumenestystä sekä vähentää ongelmakäyttäytymistä kouluissa, pinnaamista, päihteiden käyttöä, seksuaalista riskikäyttäytymistä, väkivaltaa ja aggressiivisuutta. Roth ja kumppanit (1998) totesivat meta-analyysissään, että kokonaisvaltaiset nuoren suotuisaa kehitystä tukevat interventiot ovat vaikuttavia nuoren käyttäytymismallien ja asenteiden muokkajina. Myös Greenberg ja kumppanit (2003) peräänkuuluttavat kokonaisvaltaisia nuoriin kohdistuvia interventioita, joiden he toteavat tutkittuun tietoon perustuen vaikuttavan niin sosiaaliseen hyvinvointiin, terveyteen kuin koulumenestykseen. Esimerkiksi laaja-alaisilla elämänhallintaan keskittyvillä interventioilla, jotka tarjoavat selviytymiskeinoja ja sosiaalista tukea, on voitu vaikuttaa positiivisesti niin osallistujien mielenterveyteen (Tilford ym. 1997) kuin myös päihteiden käyttöön (Botvin & Griffin 2004). Durlak (1998) sekä Tolan ja Guerra (1994) toteavat, että preventiivisten ohjelmien tulisi kohdistua useampaan eri riskitekijään ollakseen vaikuttavia.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisemisen näkökulmasta katsottuna pätevät samat periaatteet. Röngän (1999) mukaan syrjäytymisen ehkäisy ei ole pelkkää työllisyyden hoitoa, vaan kokonaisvaltaista lasten ja nuorten kehityksen tukemista. Ongelmien kasautumiseen vaikuttavien interventioiden suuntaamiseksi tulisi tapauskohtaisesti tarkastella, mitkä ovat ongelmia ylläpitävät tekijät, ja suunnata toimenpiteet tarpeen mukaisesti joko henkilön ns. sisäisiin tai ulkoisiin tekijöihin tai käyttäytymispiirteisiin.

Nuoruuden kehitystehtävien tukeminen

Nuoruuteen kehitysvaiheena kuuluvat tärkeiden kehitystehtävien läpikäyminen ja oman paikan löytäminen yhteiskunnassa. On siis ensiarvoisen tärkeää, että kaikissa nuoriin kohdistuvissa interventioissa toimenpiteet kohdistuvat myös näihin tehtäviin (Hodgson ym. 1996). Tällaisia ovat opiskelu, ammatinvalinta, itsenäistyminen, kotoa pois muuttaminen, seurustelu ja perheen perustaminen. Näin ollen esimerkiksi lasten ja nuorten koulumenestystä, ammatinvalintaa ja yhteiskunnallista integraatiota tulisi Dryfoosin (1990) mukaan tukea kaikissa nuorten psykososiaaliseen hyvinvointiin tai mielenterveyden edistämiseen liittyvissä interventioissa, ei ainoastaan koulupudokkuuteen tai työllistymiseen keskittyvissä interventioissa. Myös Hüsler ja kumppanit (2005) korostavat sosiaalisen integraation (koulu- tai työelämään) merkitystä nuoriin kohdistuvissa interventioissa.

Sosiaalisella integraatiolla ja yleisillä elämisen taidoilla on suuri merkitys nuoren psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Onnistumisen kokemukset yhdellä alueella (esim. koulumenestys) ovat hyvin usein yhteydessä hyvinvoinnin lisääntymiseen toisellakin alueella (esim. itsetunto) (ks. esim. Wilson ym. 2001; Durlak & Wells 1997; Kellam & Anthony 1998; Flay ym. 2001 ja 2004).

Oman paikan löytäminen yhteiskunnassa on avainasemassa nuoren suotuisan kehityksen ja positiivisen mielenterveyden edistämisessä. Nuoren kokonaisvaltaiseen tukemiseen tähtäävän toiminnan tulisi siten ammentaa osia viitekehykseensä niin positiivisen mielenterveyden, terveyden edistämisen, nuoren suotuisan elämäntulon (positive youth development) kuin myös hyvinvoinnin viitekehyksistä (Flay 2002; Weissberg ym. 2003). Toimenpiteet vaativat siten erilaisten teoreettisten viitekehysten integroimista (Weissberg ym. 2003).

Hyvä esimerkki menestyksekkästä nuorille suunnatusta interventiosta, jossa tavoitteet liittyvät niin sosiaaliseen integraatioon kuin mielenterveyteen, on ”Koulutuksesta työhön” -ryhmämenetelmä (Koivisto & Vuori 2005; Koivisto ym. 2004). Menetelmällä pyrittiin edistämään toisen asteen ammatillisista opinnoista valmistuvien nuorten työllistymistä, työllistymisen laatua ja mielenterveyttä. Kokeelliseen tutkimusasetelmaan perustuvan vaikuttavuustutkimuksen tulokset osoittivat, että menetelmällä voidaan tukea siirtymistä ammatillisista opinnoista työelämään. Menetelmän todettiin tämän lisäksi ehkäisevän psyykkistä kuormittuneisuutta ja

depressio-oireita niiden nuorten joukossa, jotka ennen interventiota luokiteltiin psyykkisen häiriön riskiryhmään kuuluviksi.

Promotiivisten ja preventiivisten strategioiden yhdistäminen

Lapsiin ja nuoriin kohdistuvien interventioiden tulisi keskittyä jonkin tietyn ongelmakäyttäytymisen sijasta niin riski- kuin suojaaviin tekijöihin (Greenberg ym. 2001). Kehityksen riskitekijä on ympäristössä tai yksilössä itsessään oleva tekijä, joka suuntaa nuoren kehitystä kielteiseen suuntaan ja lisää epäsuotuisan kehityksen todennäköisyyttä. Tällaisia voivat olla esim. sosiaaliset ongelmat, stressaavat elämäkokemukset tai sosiaalisen tuen puute. Suojaavilla tekijöillä puolestaan viitataan tekijöihin, jotka suojaavat riskitekijöiden vaikutuksilta. Tällaisia voivat olla esim. hyvä itseluottamus, sosiaalinen tuki, hyvä ongelmanratkaisukyky, harrastukset ja sosiaaliset taidot. Suojaavat tekijät tukevat myönteistä kehitystä riskitekijöistä huolimatta, ne vähentävät riskitekijän vaikutusta ja estävät negatiivisia ketjureaktioita. (Pulkkinen 2002.) Esimerkiksi kattavan sosiaalisen tukiverkoston on todettu olevan yksi tärkeimmistä syrjäytymiseltä suojaavista tekijöistä (Kieselbach 2003).

Kirjallisuudessa on keskusteltu paljon siitä, missä määrin mielenterveyden edistäminen (promootio) sisältyy mielenterveytyön preventiivisiin toimenpiteisiin (Mrazek & Haggerty 1994; Durlak & Wells 1997; Weissberg ym. 2003; Elias 1995; Hodgson ym. 1996). Varsinkin primaariprevention on katsottu olevan pitkälti promotiivista toimintaa (Elias 1995; Durlak & Wells 1997). Promotiivisten toimenpiteiden on yleensä perusteltu eroavan preventiosta siten, että prevention lähtökohtana ovat ennemminkin ongelmat ja niiden ehkäisy kuin terveys ja hyvinvointi, joiden katsotaan olevan promotiivisten interventioiden lähtökohtana (Mrazek & Haggerty 1994).

Kriitikot pitävät kahtiajakoa preventiivisiin ja promotiivisiin interventioihin liian ahtaana, varsinkin lasten ja nuorten kohdalla (Durlak & Wells 1997; Weissberg ym. 2003). Lapsiin ja nuoriin kohdistuvissa interventioissa tulisi heidän mukaansa yhdistää promotiiviset ja preventiiviset strategiat, toisin sanoen vahvistaa suojaavia tekijöitä ja ehkäistä riskitekijöitä (ks. myös Catalano ym. 2002). Weissbergin ja kumppaneiden (2003) mielestä vaikuttavimmat preventiiviset interventiot perustuvat niin promotiivisiin kuin preventiivisiin strategioihin. Tämä edellyttää erilaisten tieteenalojen ja teoreettisten viitekehysten ja interventiostrategioiden integroimista (ks. myös Catalano ym. 2002).

Hyvä esimerkki menestyksekkästä promotiivisten ja preventiivisten strategioiden yhdistämisestä on nuorille suunnattu The Live Skills Training (LST) -ohjelma huumeiden käytön ehkäisemiseksi (Botvin & Griffin 2004). Kouluinterventiona toteutetulla menetelmällä pyrittiin huumeiden käytön ehkäisyyn lisäksi vahvistamaan sosiaalisia taitoja ja sosiaalisen paineen kestäkykyä. Kokeelliseen tutkimusasetelmaan perustuvan vaikuttavuustutkimuksen tulokset osoittivat menetelmän pystyvän ennalta ehkäisemään nuorten ajautumista huumeiden pariin.

Omien voimavarojen käyttöönotto ja elämänhallinnan taidot ovat tärkeitä kaikille nuorille riippumatta siitä, onko nuorella ongelmia vai ei. Omien voimavarojen vahvistaminen on tärkeää myös nuorilla, joilla elämä näyttäisi päällisin puolin olevan kunnossa. Voihan nuorelta, jolla ei ole päihteiden ongelmakäyttöä, masennusta tai itsemurha-ajatuksia tai joka ei ole antisosiaalinen, koulupudokas tai vankilassa istumassa tuomiotaan, silti elämästään puuttua niitä suojaavia tekijöitä, jotka mahdollistavat kasvun terveeksi ja vastuunsa tuntevaksi aikuiseksi (Pittman ym. 2005).

Myös sosiaalityön puolella on kritisoitu liiallista ongelmalähtöisyyttä ja sitä, että asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen jää liian vähälle huomiolle (Raunio 2006). Sosiaalityötä tekevien tulisi Raunion (2006) mukaan pystyä ongelmienkin takaa tunnistamaan ja ottamaan käyttöön ihmisellä olevat voimavarat myös silloin, kun ongelmat ovat edenneet jo pidemmälle.

Sosiaalityön näkökulmasta syrjäytymiseen tai syrjäytymiskehitykseen puuttumisen tehtävänä on vahvistaa ihmisten sidoksia erilaisiin resurssijärjestelmiin. Resurssijärjestelmillä tarkoitetaan tässä yhteydessä voimavaroja tuottavia järjestelmiä, joita voivat olla esim. perhe ja ystävät, mutta myös erilaiset yhdistykset ja yhteiskunnalliset järjestelmät ja palvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ohella asuminen, järjestykseen, vapaa-ajan viettoon ja kulttuuriin liittyvät palvelut ovat esimerkkejä tällaisista järjestelmistä. (Raunio 2006.)

Syrjäytymisessä on kyse myös ihmisillä olevista selviytymiskyvyistä. Pincus ja Minahan (1973) käsittävät selviytymiskyvyt ihmisten kyvyiksi käyttää hyväksi erilaisten resurssijärjestelmien tarjoamia voimavaroja elämäntehtävien ratkaisemisessa. Ihmisen selviytymiskyvyt voivat heikentyä erilaisten henkilökohtaiseen elämään liittyvien ongelmien takia. Selviytymiskykyjen vahvistaminen edellyttää Raunion (2006) mukaan toisentyypistä otetta kuin sidosten vahvistaminen resurssijärjestelmiin, eli käytännössä usein pelkkää palveluihin ohjausta. Pincusin ja Minahanin mielestä selviytymiskykyjen vahvistaminen edellyttää, ”että sosiaalityöntekijä tarjoaa ymmärrystä, tukea ja rohkaisua vaikeassa tilanteessa olevalle ihmiselle, antaa ihmisille mahdollisuuden keskustella vaikeuksistaan, auttaa ihmisiä selvittämään vaihtoehtoisia tapoja ratkaista ongelmiaan ja tarjoaa päätöksentekoa helpottavaa informaatiota, antaa ihmisille muutokseen motivoivaa informaatiota heidän tosiasiallisesta elämäntilanteestaan sekä opettaa taitoja, joita yksilöt tarvitsevat pyrkimystensä ja elämäntehtäviensä toteuttamiseen”. (Raunio 2006, 52.)

Asiakaslähtöisyys

Nuorten ongelmat ovat muuttuneet yhä monisäikeisemmiksi. Selvitysten mukaan esimerkiksi nuorisopsykiatrian palvelut eivät tavoita kahta ryhmää nuorista. Ensimmäinen ryhmä koostuu huumeita käyttävistä ja/tai asosiaalisesti oireilevista nuorista. Toiseen ryhmään kuuluvat ne syrjäytymisvaarassa olevat nuoret, jotka ovat päättäneet koulunsa, eivätkä ole hakeutuneet työ- tai jatkokoulutuspaikkoihin

(Laukkanen ym. 1999). Palveluiden väliinputoajiksi voidaan siis lukea erityisesti epäsosiaalisesti käyttäytyvät nuoret, joilla on myös mielenterveysongelmia (Kai-vosoja 1993). Palveluverkostoa on pidetty näille nuorille liian monimutkaisena, sillä heidän ongelmansa ovat usein vaikeasti määriteltävissä. Joissakin tapauksissa oikeanlaista palvelua ei ole edes olemassa. Nuorta tuetaan yhteiskunnassamme palvelujärjestelmälähtöisesti, ei asiakaslähtöisesti.

Asiakaslähtöisyys on tärkeää myös nuorille suunnattujen interventioiden kohdalla. Interventioihin ohjautuu yleensä hyvin heterogeeninen ryhmä, joiden ongelmat ja riskitekijät voivat olla hyvin eritasoisia ja erilaisia. Tästä huolimatta osallistujille tarjotaan useimmiten samaa interventiota. Intervention yksilökohtaisemmalla räätälöinnillä ja asiakaslähtöisyydellä voidaan Hüslerin ja kumppaneiden (2005) mukaan parantaa intervention vaikuttavuutta.

Etelä-Suomen lääninhallituksen selvityksessä (Etelä-Suomen Lääninhallitus 2007) todetaan, että asiakaslähtöisyys voi näyttäytyä nuorille tarjotuissa palveluissa yksinkertaisesti tukemisena ja keskustelemisena. Ongelmiin ei aina tarvitse puuttua monimutkaisella menetelmällä. Syrjäytymisen ehkäisyssä riittävää voi olla pelkästään se, että lähettyvillä on helposti lähestyttävä ammattihenkilö, jolle voi kertoa huolistaan ja jolta voi kysyä neuvoja.

Intervention yksilökohtainen räätälöinti luo haasteita intervention vaikuttavuuden mittaamiselle kokeellisella tutkimusasetelmalla. Jos interventiossa tehdyt toimenpiteet vaihtelevat asiakkaalta toiselle, on vaikea määrittellä, mikä itse asiassa oli vaikuttavaa. Asiakaslähtöisissä interventioissa onkin usein käytetty muita menetelmiä vaikuttavuuden mittaamiseksi, esimerkiksi realistista arviointia. Tästä hyvä esimerkki on 17–24-vuotiaille joensuulaisille, heikosti työhön ja koulutukseen motivoituneille nuorille suunnattu interventio Nuotta-projektissa (Karjalainen & Blomgren 2004). Projektin alkusysäyksenä oli havainto, että nuorten tilanteisiin ei ole voitu riittävästi vaikuttaa vakiintuneilla palveluilla. Tavoitteena oli luoda toimintamalli, jossa nuorta tuettaisiin elämässä eteenpäin pääsemisessä moniammatillisesti ja kokonaisvaltaisesti. Nuoria haluttiin tukea yksilökohtaisesti, nuoren tarpeisiin räätälöidyn etenemistavan mukaisesti. Tavoitteena oli lisätä nuorten elämänhallintaa ja luoda yksilöllisiä polkuja kohti työelämää. Jokaiselle interventioon osallistuneelle nuorelle tarjottiin henkilökohtainen ohjaaja, jonka tehtävänä oli nuoren suunnitelmien tarkentaminen sekä arjessa tukeminen. Intervention vaikutukset osoittautuivat erilaisiksi eri kohderyhmillä. Parhaimmat tulokset saavutettiin niiden nuorten kanssa, joilla ei ollut kasautuneita elämänhallinnan ongelmia. Mitä enemmän nuorella oli kasautunut ongelmia, sitä vaikeampi oli vahvistaa työmarkkinoihin liittyviä mekanismeja ja tavoitella muutostmotivaatiota ja vastuun ottamista omista asioista.

Intervention kesto

Tulokset intervention keston merkityksestä vaikuttavuuden kannalta ovat osittain hyvinkin ristiriitaisia. Jané-Llopis (2002) meta-analyysi preventiivisistä ja promotiivisista interventioista osoitti, että nuoret hyötyivät eniten 0,5–3 kuukautta kestävästä interventioista verrattuna lyhyt- tai pitkäkestoisempiin interventioihin. Suurimmat vaikutukset olivat interventioissa, joissa nuoria tavattiin 1–8 kertaa. Vaikka intervention riittävän pitkää kestoja onkin pidetty yhtenä tärkeänä tekijänä intervention vaikuttavuuden kannalta (Jané-Llopis ym. 2003; Catalano ym. 2004), voi lyhytkestoisempikin interventio vaikuttaa merkittävästi nuoren suotuisaan kehityskulkuun ongelmien kasautumista ja vaikeutumista ehkäisevällä tavalla. Kokosen (2003) tutkimuksen mukaan lyhytkin interventio voi olla suureksi avuksi, jos nuorella ei ole vaikeata päihdeongelmaa tai vakavaa psykiatrista sairautta. Nopea lyhytkin interventio voi toisinaan olla riittävä sysäys parempaan suuntaan. Joskus riittää, että joku on tukena elämän käännekohdassa tai vaikeana aikana. Tällöin on erityisen tärkeää, että tuki tulee riittävän nopeasti.

Intervention odottamattomat vaikutukset

Interventioilla voi olla myös odottamattomia vaikutuksia. Vaikutukset voivat olla jopa negatiivisia. Varsinkin nuorille suunnatuissa vertaisryhmämuotoisissa interventioissa voi vaarana olla ongelmien eskaloituminen (Dishion ym. 1999). Esimerkiksi Dishionin ja Andrews'n tutkimuksessa (1995) nuorille riskiryhmään kuuluville tarjotun vertaisryhmämuotoisen intervention todettiin muuttaneen osallistujien mielipiteet päihteiden käyttöä kohtaan entistä myönteisemmiksi. Haittavaikutuksia voi olla myös henkilöillä, jotka on satunnaistetussa tutkimusasetelmassa arvottu interventioryhmään ja jotka eivät ole avun tarpeessa (Harrington & Clark 1998). Interventioiden odottamattomien tai haittavaikutusten selvittäminen kuuluu yhtenä tärkeänä osana vaikuttavuustutkimuksen toteuttamiseen.

Vaikka preventiivisten interventioiden hyödyistä ja vaikutuksista onkin jo paljon tietoa, tarvitaan tutkimuksiin ja varsinkin seuranta-tutkimuksiin perustuvaa tietoa enemmän (WHO 2004; Durlak & Wells 1998). Laaja-alaisten ja monitieteellisten interventioiden ja ohjelmien vaikutusten tutkiminen on erityisen haasteellista (Hüsler ym. 2005). Weissbergin ja Bellin (1997) mukaan tarvittaisiinkin enemmän tutkittua tietoa interventioista, jotka kohdistuvat nuoriin kokonaisvaltaisemmin ja monialaisemmin. Interventiot kaipaavat niin vaikuttavuuden kuin myös prosessin arviointia (Doughty 2005). Weissbergin ja kumppaneiden (2003) mukaan tutkimuksen tulisi kiinnittää interventioiden vaikutusten sijaan enemmän huomiota interventioon prosessina. Tarvitaan tietoa toteutetun intervention olosuhteista ja eri variaatioista sekä siitä, kuinka saavutettiin parhaimmat tulokset.

TUTKIMUSASETELMA

Tutkimuksen tavoite ja tutkimusasetelma

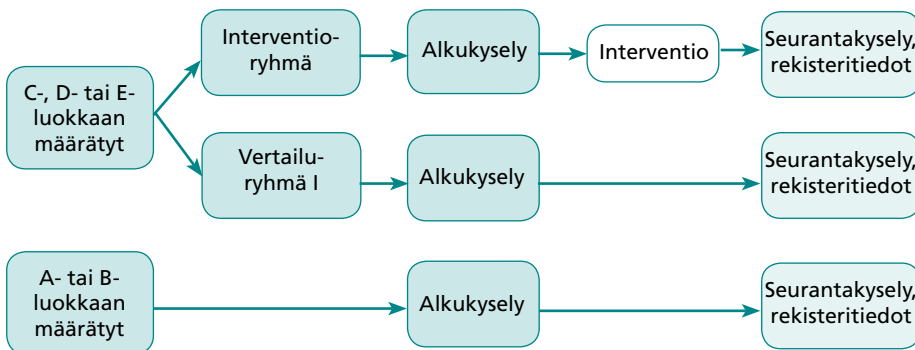
Hankkeen arviointitutkimuksen tarkoituksena oli 1) selvittää nuorten miesten elämäntilannetta ja psykososiaalista hyvinvointia intervention osuvuuden ja tarkoituksenmukaisuuden varmistamiseksi sekä 2) tutkia intervention vaikuttavuutta. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvät tulokset on julkaistu omana raporttina (Stengård ym. 2008a).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Minkälaisia olivat tukiohjelmaan kiinnittyneet miehet elämäntilanteeltaan ja psykososiaaliselta hyvinvoinniltaan?
- 2) Kuinka tukiohjelman toteuttaminen onnistui?
- 3) Vaikuttiko tukiohjelma C-, D- tai E-luokkaan määrättyjen miesten psykososiaaliseen hyvinvointiin?
- 4) Kuinka tarkoituksenmukaiseksi ja hyödylliseksi tukiohjelma arvioitiin?

Tukiohjelman odotettiin ensisijaisesti vähentävän interventioryhmään kuuluneiden psyykkistä kuormittuneisuutta, alkoholin käyttöä ja ongelmien kasautumista sekä lisäävän elämänlaatua. Toissijaisesti tukiohjelman odotettiin lisäävän interventioryhmään kuuluneiden itseluottamusta sekä tyytyväisyyttä itseän.

Tutkimus toteutettiin satunnaistettua vertailuasetelmaa käyttäen (kaavio 1). Intervention vaikuttavuuden tutkimista varten C-, D- tai E-luokkaan määrätty miehet satunnaistettiin interventio- ja vertailuryhmään. Toisen vertailuryhmän muodosti otos kutsunnoissa A- tai B-luokkaan määrättyistä miehistä (vertailuryhmä II).



Kaavio 1. Tutkimusasetelma

Tutkimukseen suostuneet miehet täyttivät tutkimukseen rekrytoinnin yhteydessä alkukyselyn, joka sisälsi kaksi tutkimuslomaketta (perustietolomake ja terveystietolomake). Seurantakysely toteutettiin postikyselynä vuoden päästä tutkimukseen mukaan tulemisesta. Lisäksi kerättiin rekisteritietoja niistä vastaajista, jotka olivat antaneet siihen erillisen suostumuksensa.

Pelkkä vertailuasetelman perustuva arviointi ei kuitenkaan voi tyhjentävästi vastata kysymykseen, miksi interventio oli vaikuttavaa. Tästä syystä kerättiin tietoa intervention eri vaiheista niin asiakkailta kuin ohjaajilta prosessiarviointina. Vaikuttavuuden ja prosessin arvioinnin ulottuvuudet ovat toisiaan täydentäviä. Pelkkää lopputulosarviointia ilman edes kevyttä prosessin arviointia ei pidetä suositeltavana (Seppänen-Järvelä 2003; Robson 2001).

Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat Helsingissä ja Vantaalla kirjoilla olleet ja Helsingin ja Vantaan kutsunnoissa vuonna 2004 läsnä olleet miehet sekä 1.7.2004–30.6.2005 varusmies- tai siviilipalveluksen aloittaneet miehet. Tutkimukseen kutsuttiin

- syksyn 2004 kutsunnoissa C-, D- tai E-luokkaan määrätty miehet,
- syksyn 2004 kutsunnoista valittu otos A- tai B-luokkaan määrättyistä miehistä,
- tutkimukseen osallistuneissa joukko-osastoissa varusmiespalveluksen heinäkuussa 2004 tai tammikuussa 2005 aloittaneet ja palveluksen myöhemmin keskeyttäneet miehet ja
- siviilipalveluksen peruskoulutuksen 1.7.2004–30.6.2005 Lapinjärven koulutuskeskuksessa aloittaneet ja peruskoulutusjakson keskeyttäneet miehet.

Naisia ei kutsuttu mukaan tutkimukseen, sillä heitä koskevat eri menettelytavat palvelukseen astumisessa ja heidän osuutensa palveluksen keskeyttäneissä on hyvin pieni.

Interventio

Intervention toteuttamisen keskeiset periaatteet

Miehille tarjottua interventiota kutsuttiin tutkimuksessa tukiohjelmaksi. Interventiossa oli kysymys henkilökohtaisesta ohjauksesta, joka toteutettiin ohjaajille laaditun työkirjan mukaisesti (liite 1). Tarkoituksena oli, että asiakasta tavataan 4–5 kertaa tai asiakkaan tarpeen mukaan. Tapaamispaikkana saattoi toimia ohjaajan normaali työhuone tai muu tapaamiseen soveltuva rauhallinen tila. Periaatteenä oli, että tapaamispaikat sovitaan joustavasti olosuhteiden mukaan. Helsingin

kaupungin sosiaalivirastosta varattiin hankkeen käyttöön ATK-laittein varustettu huone.

Ohjauksen toteutuksen pääkohdat olivat 1) ohjaussuhteen käynnistäminen, 2) yhteinen tilanteen määrittely, 3) oman elämäntilanteen tunnistaminen, 4) käytännön tavoitteiden asettaminen, 5) ratkaisujen ja toimenpiteiden tunnistaminen, 6) voimavaratekijöiden ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen, 7) yhteisen johtopäätöksen tekeminen ja jatkosta sopiminen sekä 8) tulevaisuuden suunnitelman laatiminen.

Ensimmäisen tapaamisen yhteydessä asiakkaalle tehtiin alkuhaastattelu, jossa ohjaaja kartoitti asiakkaan elämäntilannetta ja tukitoimien tarvetta. Haastattelussa käytiin läpi asiakkaan taustatietoja, palveluksen ulkopuolelle jäämisen syitä, voimia, sosiaalisia suhteita ja tulevaisuuden suunnitelmia. Asiakkaan tilannetta tarkasteltiin laaja-alaisesti terveydellisestä, psykologisesta, sosiaalisesta, taloudellisesta ja toiminnallisesta näkökulmasta.

Toiminnan lähtökohtana ja tarkoituksena olivat nuorten miesten hyvinvoinnin edistäminen ja syrjäytymiskehityksen ehkäisy, mutta ohjaustyön käytännön tavoitteet olivat lähempänä arkielämän selviytymisen tukemista ja tulevaisuuden suunnitelmien jäsentämistä. Ohjauksen tarkoituksena oli tukea nuorta miestä oman elämän järjestymisessä kokonaisvaltaisesti.

Toiminta oli luonteeltaan ratkaisuihin ja voimavaroihin keskittyvää eikä niinkään ongelma- tai sairauskeskeistä. Toimintaan ohjattu asiakas pääsi selvittämään omaa elämäntilannettaan ja sai apua parhaiden ratkaisujen löytämiseen. Asiakas tapasi ohjaajan sovituin väliajoin ja sai henkilökohtaista tukea ja ohjausta tarvitsemiinsa palveluihin.

Ohjaustilanteissa sovellettiin samoja vuorovaikutustyön periaatteita, joita noudatetaan mielenterveystyössä, sosiaalityössä, päihdetyössä ja palveluohjauksessa. Kyse ei ollut esimerkiksi psykiatrisesta hoidosta tai psykoterapiasta, vaan toiminnallisesta ja käytännöllisestä ohjauksesta. Yhdessä suunniteltavat tukitoimet toteutettiin tilanne- ja asiakaslähtöisesti yhteistyössä sosiaali-, terveys- ym. palveluiden kanssa asiakkaan tavoitteiden mukaisesti.

Toiminnassa oli tavallista aktiivisempi ote. Tausta-ajatuksena oli, ”pystytäänkö tekemään mitään nuorten miesten elämän varmentamiseksi, jos kerrankin yritetään puuttua napakalla otteella ja tehdä kaikki, mitä ikinä osataan”. Toimintamallia kehitettiin edelleen tutkimusvaiheen jälkeen, ja lopputuotos on kuvattu toimintamallin käsikirjassa (Stengård ym. 2008b).

Ohjaajat

Tukiohjelman toteuttivat kuntien sosiaali- ja terveystyöntekijät, jotka olivat saaneet Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -tehtävään koulutuksen. Koulutus koostui kolmesta 2–4 tuntia kestävästä koulutustilaisuudesta ennen toiminnan al-

kamista ja yhteensä 11 työnohjauksellisesta tapaamisesta toiminnan aikana. Tapaamisten tarkoituksena oli antaa ohjaajille mahdollisuus purkaa toiminnassaan kohtaamiaan tilanteita mutta myös taata, että interventiota toteutetaan sovitulla tavalla.

Ohjaajia oli yhteensä 19, joista 10 toimi Helsingissä ja 9 Vantaalla. Helsingiläisistä ohjaajista 7 toimi sosiaaalialalla (sosiaalityöntekijä, ohjaaja, sovitteluohjaaja) ja 3 terveydenhuollossa (psykologi, kouluterveydenhoitaja, osastonhoitaja katkaisuhuolto-osastolla) pääosin peruspalveluissa. Vantaalaisista ohjaajista 8 edusti sosiaaalialaa (sosiaalityöntekijä, sosiaali-ohjaaja) ja yksi terveydenhuoltoa (terveydenhoitaja). Kaikki toimivat kaupungin peruspalveluissa. Ohjaajat toteuttivat tukiohjelmia osana perustyötään.

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Aineiston kerääminen

Alkukysely

Kutsunnoissa läsnä olleet

Helsingin sotilasläänin kutsunanalaisille lähetettiin talvella 2004 tiedote tutkimuksesta kutsuntoja koskevan ennakkomateriaalin yhteydessä. Kutsuntatilaisuudessa projektin edustaja esitteli tutkimusta päivittäin ja pyysi läsnä olleita helsinkiläisiä ja vantaalaisia miehiä osallistumaan siihen. Esityksessä korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen on kaikilta osin vapaaehtoista ja tiedot tulevat ainoastaan tutkimuskäyttöön. Alkukysely sisälsi kaksi tutkimuslomaketta: perustietolomakkeen ja terveystietolomakkeen. Kaikkina kutsuntapäivinä tutkimukseen halukkaita pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomake ja täyttämään terveystietolomake ennen kutsuntalautakuntaan menoa. Lisäksi satunnaisesti valittuina kutsuntapäivinä kaikkia tutkimukseen halukkaita pyydettiin täyttämään myös perustietolomake. A- tai B-luokkaan määrättyt miehet palauttivat täytetyt lomakkeet kutsuntalautakuntaan niille varattuun laatikkoon.

C-, D- tai E-luokkaan määrättyjä miehiä pyydettiin kutsuntalautakunnan tapaamisen jälkeen käymään hankkeen informaatiopisteessä, jossa projektin edustajat antoivat kirjallista ja suullista lisätietoa tutkimuksesta sekä pyysivät kirjallista suostumusta interventioon osallistumiseen. Henkilön allekirjoitettua suostumuslomakkeen häntä pyydettiin täyttämään perustietolomake, mikäli sitä ei ollut täytetty jo aiemmin. Tämän jälkeen avattiin kirjekuori, jossa oli etukäteen suoritetun satunnaistamisen tulos (interventoryhmä/vertailuryhmä). Satunnaistaminen toteutettiin SAS-ohjelmaa hyväksi käyttäen kymmenen luvun sarjoissa siten, että ohjelma tuotti kerralla kymmenelle vastaajalle satunnaistamisen tuloksen: 1 = interventoryhmä tai 0 = vertailuryhmä. Lukusarjat ajettiin joukko-osastoittain ennakoiden tutkimukseen mukaan tulevien miesten määrät. Satunnaistamisen tavoitteena oli varmistua tutkittavien ryhmien samankaltaisuudesta.

Interventoryhmään arvotuille miehille laadittiin seuraavaksi lähete tukiohjelmaan. Tässä yhteydessä kartoitettiin lyhyesti miehen elämäntilannetta ja mahdollista tuen tarvetta. Miehelle kerrottiin, että ohjaaja ottaa häneen yhteyttä mahdollisimman pian ja että seurantakysely postitetaan hänelle kotiin vuoden kuluttua. Vertailuryhmään arvotuille kerrottiin seurantakyselyn ajankohta ja myös heiltä tiedusteltiin elämäntilannetta ja mahdollista tuen tarvetta. Tarvittaessa vertailuryhmään kuuluneita pyrittiin motivoimaan avun hakemiseen ja ottamaan yhteyttä tarvittaviin palveluihin.

Palveluksen keskeyttäneet

Palveluksen keskeyttäneiden osalta tutkimuksen aineisto kerättiin viidessä joukko-osastossa sekä Lapinjärven koulutuskeskuksessa (siviilipalveluksen keskeyttäneet). Tutkimukseen valittiin ne joukko-osastot, joissa suurin osa helsinkiläisistä ja vantaalaisista miehistä suorittaa palveluksensa. Joukko-osastoista mukana olivat seuraavat:

- Kaartin Jääkärirykmentti,
- Helsingin Ilmatorjuntarykmentti,
- Karjalan Prikaati,
- Suomenlahden Meripuolustusalue ja
- Uudenmaan Prikaati.

Aineiston keruusta vastanneet sosiaalikuraattorit ja sairaanhoitajat koulutettiin tehtävänsä ennen tutkimuksen käynnistämistä. Aineiston keruuseen liittyneet menettelytavat sovittiin kussakin yksikössä parhaiten paikallisiin käytäntöihin sopiviksi. Palveluksen keskeyttäjä ohjattiin tapaamaan sosiaalikuraattoria sen jälkeen, kun terveysaseman lääkäri oli päättänyt esittämään sairaantarkastustoimikunnalle palveluskelpoisuusluokan muutosta C-, D- tai E-luokkaan. Siviilipalveluksen keskeyttäjä ohjattiin tapaamaan terveysaseman sairaanhoitajaa. Kaartin Jääkärirykmentissä keskeyttäjä ohjattiin sairaantarkastustoimikunnan jälkeen tapaamaan hankkeen tutkimusavustajaa. Muilta osin tutkimukseen rekrytointi tehtiin samalla tavalla kuin kutsunnoissakin.

Intervention prosessiarviointi

Intervention toteutumista seurattiin yksityiskohtaisesti siten, että ohjaajat kirjasiivat koko prosessin ajan havaintojaan ja arvioitaan erilaisille seurantalomakkeille.

Ohjaajia pyydettiin tämän lisäksi kirjoittamaan tapauskohtaisia kuvauksia sekä onnistuneista että haasteellisista tukisuhteistaan.

Seurantakysely

Seurantakysely toteutettiin postikyselynä vuoden kuluttua siitä, kun henkilö oli tullut mukaan tutkimukseen. Vastaajien tavoittamiseksi hankittiin Väestörekisterikeskuksesta tutkimukseen suostuneiden henkilöiden päivitetty osoitetiedot.

Seurantakysely toteutettiin vaiheittain kuukauden välein 1.8.2005–1.7.2006. Kysely postitettiin kuukausittain kunkin kuukauden ensimmäisenä päivänä niille tutkittaville, joiden kohdalla vuoden seuranta-aika oli täyttynyt. Mikäli tutkittava ei vastannut ensimmäiseen kyselyyn, hänelle lähetettiin uusintakysely kolmen viikon kuluttua ensimmäisestä lähetyksestä. Uusintakysely toteutettiin kuukausit-

tain 22.8.2005–22.7.2006. Uusintakyselyyn vastaamattomia tavoiteltiin vielä puhelimitse. Mikäli tutkittavaan saatiin kontakti, hänelle tarjottiin mahdollisuutta vastata kyselyyn puhelinhaastatteluna.

Rekisteritiedot

Rekisteritietoja kerättiin niistä vastaajista, jotka olivat antaneet siihen erillisen suostumuksensa. Hankkeen tutkimusavustaja keräsi vastaajien tiedot puolustusvoimien ”Kyselylomake palvelusta ja terveydentilan tutkimista varten” -lomakkeelta. Tiedot kerättiin Helsingin sotilasläänin arkistosta heinäkuun 2004 ja elokuun 2005 välisenä aikana. Tiedot mahdollisista kuolemansyistä kerättiin vuoden 2007 lopulla Tilastokeskuksen rekistereistä. Rekisteriaineisto yhdistettiin kyselylomakkeilla saatuun tietoon ja tutkijoiden käyttöön muodostettiin aineisto, josta ei voi tunnistaa yksittäisiä tutkittavia.

Tutkimusmenetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja haastattelemalla sekä rekisteritietoja keräämällä. Alku- ja seurantakyselyn lomakkeet sisälsivät strukturoituja kysymyksiä ja aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä mittareita. Valtaosaa kysymyksistä oli käytetty Terveys 2000 -nuorisokyselyssä (Koskinen ym. 2005). Ennen aineiston keruun aloittamista perustieto- ja terveystietolomakkeita pilotoitiin Kaartin Jääkäri-rykmentissä. Pilotointi osoitti kysymysten olevan selkeitä ja ymmärrettäviä. Myös vastaamiseen tarvittava aika osoittautui kohtuulliseksi, joten kyselylomakkeisiin ei tarvinnut tehdä muutoksia.

Intervention prosessiarvioinnissa käytettiin kysely- ja haastattelulomakkeita, jotka sisälsivät sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Ohjaajat haastattelivat asiakkaansa intervention aluksi. Haastattelu tehtiin ohjaajan ja asiakkaan tavatessa ensimmäistä kertaa ja tarvittaessa sitä jatkettiin toisella tapaamisella. Ohjaajat täyttivät kustakin tapaamiskerrasta tapaamisten seurantalomakkeen ja tukisuhteen päätyttyä loppuarviointilomakkeen. Loppuarviointilomakkeessa ohjaajat arvioivat tukiohjelman eri vaiheiden toteutumista sekä ohjaajan ja asiakkaan vuorovaikutusta. Ohjaajat arvioivat myös työskentelytapansa vahvuuksia ja heikkouksia, sovittujen tavoitteiden toteutumista sekä asiakkaan elämässä tukiohjelman aikana tapahtuneita muutoksia. Myös kaikki yhteydenotot ja yhteydenottoyritykset kirjattiin erilliselle yhteydenpitolomakkeelle. Hankkeen tutkimusavustaja haastatteli asiakkaat puhelimitse intervention päättymisen jälkeen. Puhelinhaastattelussa kartoitettiin asiakkaan kokemuksia tukiohjelman hyödyllisyydestä ja vaikutuksista. Haastattelulomake sisälsi kysymyksiä myös siitä, miten hyvin asiakas tuli toimeen

ohjaajansa kanssa, tarttuiko ohjaaja oikeisiin asioihin ja suosittelisiko asiakas ohjelmaa kavereilleen. Ohjaajilta saatiin tämän lisäksi 11 asiakastapauksen kuvausta.

Helsingin sotilasläänin arkistosta kerätyt rekisteritiedot koskivat vastaajan terveydentilaa ja palveluskelpoisuusluokkaa sekä vastaajan itse ilmoittamaa pituutta, painoa, koulumenestystä ja tupakointia. Tilastoskeskuksen rekisteristä saatiin tiedot mahdollisista kuolemansyistä vuoden 2007 lopulla.

Tutkimuksessa käytetyt mittarit ja summamuuttujat

Tutkimuksessa käytettiin monia eri mittareita ja summamuuttujia tavoitteena saada mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva tukiohjelmaan kiinnittyneistä miehistä sekä mahdollisista vaikutuksista. Vaikuttavuustutkimuksen osalta ensisijaisiksi tulostuloksiksi valittiin itse arvioitu elämänlaatu, psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12), alkoholin ongelmakäyttö (CAGE) sekä ongelmien kasautuminen. Toissijaisiksi tulostuloksiksi valittiin itseluottamus ja tyytyväisyys itseän.

Psyykinen kuormittuneisuus

Tutkimukseen osallistuneiden ajankohtaista psyykkistä kuormittuneisuutta arvioitiin General Health Questionnaire -kyselyllä (GHQ-12) (Goldberg 1972), jota on käytetty paljon niin suomalaisissa kuin kansainvälisissä tutkimuksissa (Koskinen ym. 2005; Aalto-Setälä 2002; Pevalin 2000; Pulkkinen 1996). Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia on testattu Suomessa (Holi ym. 2003). Mittarista on käytössä eripituisia versioita (12–90 kysymystä). Tässä tutkimuksessa käytössä oli mittarin 12 kysymyksen versio (Pevalin 2000). Mittari sisältää psyykkistä oirehtimista koskevia kysymyksiä mm. keskittymiskykyyn, onnellisuuteen, unen saantiin ja vaikeuksien kohtaamiseen liittyen. Vastauksista muodostettiin summamuuttuja dikotomisoimalla vastaukset siten, että vastausvaihtoehtojen ”jonkin verran enemmän kuin tavallisesti” ja ”paljon enemmän kuin tavallisesti” katsottiin kuvaavan oireita ja muodostavan ns. riskivastauksen. Vastaajilta laskettiin riskivastausten summa. Psyykkisesti kuormittuneiksi laskettiin vastaajat, joilla oli vähintään 4 riskivastautta. Kriteerinä psyykkiselle kuormittuneisuudelle on yleisesti käytetty riskivastausten summaa 3 tai 4 (Koskinen ym. 2005).

CAGE-kysely

Terveystietolomake sisälsi alkoholin ongelmakäyttöä kartoittavan CAGE-kyselyn (Maisto ym. 2005). CAGE-kysely käsittää neljä alkoholin käyttöä kuvaavaa kysymystä: ”Oletko koskaan ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?”, ”Onko juomistasi moitittu?”, ”Oletko koskaan tuntenut syyllisyyttä juomisesi tähden?”, ”Oletko koskaan ottanut krapularyyppyä?” Kahden tai useamman positiivisen eli riskivastauksen katsotaan yleisesti viittaavan alkoholiongelman olemassaoloon.

CAGE-mittarin on todettu kuvaavan ennen kaikkea ongelmajuomisen aiheuttamaa sosiaalista haittaa (Kestilä & Salasuo 2007). Kysymyssarjaa on käytetty mm. Terveys 2000 -nuorisokyselyssä (Koskinen ym. 2005).

Elämänlaatu

Tutkimukseen osallistuneita pyydettiin vastaamaan kuuteen elämänlaatua ja tyytyväisyyttä kartoittavaan kysymykseen. Kysymykset koskivat elämänlaatua yleensä sekä tyytyväisyyttä itseen, henkilökohtaisiin ihmissuhteisiin, rahatilanteeseen, asunto-oloihin ja toivorikkautta tulevaisuuden suhteen. Vastausvaihtoehtoina oli viisiluokkainen asteikko (1 = erittäin hyvä, 5 = erittäin huono). Kysymyksistä muodostettiin kokonaisvaltaista elämänlaatua kuvaava summamuuttuja. Jokaisesta kysymyksestä saadut pisteet (1–5) laskettiin yhteen niin, että summamuuttujan pistemäärä oli 6–30. Mitä matalampi pistemäärä oli, sitä paremmaksi vastaaja arvioi elämänlaatunsa. Summamuuttujan Cronbachin alpha-arvo oli .753, mikä osoittaa summamuuttujan sisäisen johdonmukaisuuden hyväksi.

Ajankohtaisten ongelmien kasautuminen

Psykososiaalisten ongelmien kasautumista kuvattiin summamuuttujalla, johon otettiin mukaan seuraavat muuttujat: kiinnittymättömyys opiskelu- tai työelämään, asunnottomuus, toimeentulotuen saaminen, alkoholin ongelmakäyttö (CAGE > 1), psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12 > 3) sekä sosiaalisen tuen puute. Summamuuttujasta sai siten pistemäärän 0–6. Summamuuttujan Cronbachin alpha-arvo oli .562, mikä osoittaa summamuuttujan sisäisen johdonmukaisuuden hyväksi.

Itseluottamus

Pulkkinen (Pulkkinen & Rönkä 1994) on kehittänyt kyselylomakkeen, jossa vastaaja arvioi omaa kehitystään (KEHY). Kysely pohjautuu Brandstädterin (1984) malliin kognitiivisten, toiminnallisten ja emotionaalisten orientaatioiden rakenteesta ja niiden keskinäisistä suhteista. Lomaketta on käytetty mm. Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksessa (Pulkkinen 1996) sekä Sohlmanin väitöskirjatutkimuksessa funktionaalisen mielenterveyden mallista positiivisen mielenterveyden kuvaajana (Sohlman 2004). Pulkkisen arviointilomakkeen yksi faktori on itseluottamus, mitä tiedusteltiin viidellä kysymyksellä. Nämä käsittivät luottamuksen omiin voimiin ja antoivat kuvan vastaajan positiivisesta sisäisestä kontrollista oman kehityksensä suhteen. Vastausvaihtoehdot KEHY-mittarissa olivat ”täysin eri mieltä”, ”eri mieltä”, ”samaa mieltä”, ”täysin samaa mieltä”. Vastauksista muodostettiin summamuuttuja. Summamuuttujan pistemäärät jaettiin ensin kvartiileihin, joista kaksi keskimmäistä kvartiilia yhdistettiin yhdeksi luokaksi. Näin muodostui kolmiluokkainen muuttuja: heikon itseluottamuksen pisteraja oli 5–14 pistettä, keskimääräisen 15–17 pistettä ja vahvan 18–20 pistettä.

Tyytyväisyys itseen

Itsetyytyväisyyttä mitattiin kahdella väittämällä, joista muodostettiin summamuuttuja Pulkkinen kehittämän KEHY-mittarin mukaisesti (Pulkkinen & Rönkä 1994). Summamuuttujan pistemäärät jaettiin ensin kvartiileihin, joista kaksi keskimmäistä kvartiilia yhdistettiin yhdeksi luokaksi. Näin muodostui kolmiluokkainen muuttuja: pistemäärät 2–4 tarkoittivat vähäistä tyytyväisyyttä itseen, pistemäärä 5 ei tyytyväisyyttä, mutta ei tyytymättömyyttääkään itseen ja pistemäärät 6–8 tyytyväisyyttä itseen.

Lapsuusajan ongelmien kasautuminen

Lapsuusajan ongelmia kartoitettiin 11 kohtaa käsittävällä kysymyssarjalla, jota on käytetty mm. Terveys 2000 -nuorisokyselyssä (Koskinen ym. 2005). Kysymykset koskivat erilaisia lapsuuteen ja perheeseen liittyviä ongelmia. Tällaisia olivat perheen taloudelliset vaikeudet, vanhempien työttömyys, sairaus, ja alkoholi- tai mielenterveysongelmat, perheen vakavat ristiriidat, vanhempien ero, oma sairaus ja koulukiusaaminen. Ongelmista muodostettiin summamuuttuja kuvaamaan lapsuusajan ongelmien kasautumista. Summamuuttuja sai pistemäärän 0–11. Summamuuttujan Cronbachin alpha-arvo oli .708, mikä osoittaa summamuuttujan sisäisen johdonmukaisuuden hyväksi.

Harrastamisen aktiivisuutta kuvaava summamuuttuja

Tutkimukseen osallistuvien ajankäyttöä ja harrastuksia tiedusteltiin kysymyssarjalla, joka kartoitti mm. liikunta- ja kulttuuriharrastusten, sosiaalisen kanssakäymisen, ravintoloissa käymisen ja erilaisten päivittäistoimintojen useutta. Vastaa- jia pyydettiin arvioimaan, kuinka usein he keskimäärin tekivät mainittuja asioita. Vastausvaihtoehtoina olivat ”joka päivä tai useimpina päivinä”, ”kerran tai pari viikossa”, ”kerran tai pari kuukaudessa”, ”kerran tai muutaman kerran vuodessa” ja ”harvemmin tai ei koskaan”. Samaa kysymyssarjaa käytettiin myös Terveys 2000 -nuorisokyselyssä (Koskinen ym. 2005). Tutkimukseen osallistuneiden ajankäyttöä kartoittavista kysymyksistä muodostettiin faktorianalyysin avulla summamuuttuja kuvaamaan kodin ulkopuolisen harrastustoiminnan määrää. Koska jakaumat olivat vinoja, jokaiselle muuttujalle tehtiin ensin logaritmimuunnos. Analyysissä käytettiin Harris-Kaiserin vinorotaatiota ja faktorien lukumääräksi kiinnitettiin neljä. Yhdelle faktoreista latautui selvästi kodin ulkopuolista harrastustoimintaa kuvaavia muuttujia. Näitä olivat (suluissa latautuminen)

- sisäliikunta (0.729)
- ulkoliikunta (0.704)
- kirkossa tai muissa uskonnollisissa tilaisuuksissa käyminen (0.621)
- kerho- tai yhdistystoiminta (0.524)
- teatterissa, elokuvissa, konserteissa, taidenäyttelyissä, urheilukilpailuissa tms. käyminen (0.470).

Summamuuttujan Cronbachin alpha-arvo oli .592, mikä osoittaa muuttujan sisäisen johdonmukaisuuden riittävän hyväksi.

Sosiaalisen tuen puute

Tutkimukseen osallistuneilta miehiltä kerättiin tietoa sosiaalisen tukiverkoston rakenteesta neljä kysymystä käsittävällä kysymyssarjalla. Kysymyssarja sisälsi sosiaalisen tuen tärkeimmät tyypit: emotionaalisen sekä käytännöllisen tuen (Lehto-Järnstedt ym. 1999). Vastaajien saamaa emotionaalista tukea kartoitettiin kolmella kysymyksellä. Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin, onko vastaajalla tukihenkilöitä, jotka saavat vastaajan olon paremmaksi alakulun iskiessä. Toiseksi kysyttiin, kenen tai keiden vastaaja uskoi välittävän, tapahtuipa hänelle mitä hyvänsä. Kolmanneksi vastaajilta tiedusteltiin, keihin he voivat luottaa ollessaan rasittuneita ja tarvitessaan rentoutusta. Neljäs kysymys kartoitti käytännöllistä tukea. Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin, keneltä vastaaja saa käytännön apua sitä tarvitessaan. Vastausvaihtoehtoina kysymyksissä olivat ”puoliso, kumppani”, ”joku muu lähimainen”, ”läheinen ystävä”, ”läheinen työtoveri”, ”läheinen naapuri”, ”joku muu läheinen” ja ”ei kukaan”. Vastausvaihtoehtoja sai valita useampia. Samaa kysymyssarjaa on käytetty Terveys 2000 -nuorisokyselyssä (Koskinen ym. 2000). Sosiaalisen tuen puutetta kuvaamaan muodostettiin summamuuttuja siten, että jokaisesta ”ei ketään” -vastauksesta annettiin yksi piste. Summamuuttujan pistemäärä vaihteli nollassa neljään. Suurempi pistemäärä kuvasi suurempaa sosiaalisen tuen puutetta. Summamuuttujan sisäistä johdonmukaisuutta kuvaava Chronbachin alpha-arvo oli .703. Summamuuttujan reliabiliteetti osoittautui siten riittävän hyväksi.

Tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät

Tutkimusaineiston perustulokset analysoitiin SPSS 12.0 -ohjelmalla. Aineiston kuvaamiseen käytettiin suoria jakaumia ja prosenttiosuuksia. Vastaajien ajankäyttöä kartoittavan kysymyssarjan sisältämää informaatiota tiivistettiin eksploratiivisen faktorianalyysin avulla. Ajankäyttöä kuvaavien muuttujien jakaumat olivat vinoja, joten jokaiselle muuttujalle tehtiin ensin logaritmimuunnos. Analyysi tehtiin Harris-Kaiserin vinorotaatiota käyttäen ja faktorien määräksi kiinnitettiin neljä. Analyysin perusteella muodostettiin kodin ulkopuolista harrastustoimintaa kuvaava summamuuttuja.

Luokiteltujen muuttujien välisten yhteyksien merkitsevyyden tutkimiseen käytettiin Khiin neliö -testiä. Normaalisti jakautuneiden jatkuvien sekä intervallasteikollisten muuttujien testauksessa käytettiin t-testiä tai yksisuuntaista varianssianalyysiä. Epänormaalisti jakautuneet muuttujat analysoitiin vastaavasti Mann-Whitney U tai Kruskal-Wallis -testillä.

Seurantakyselyn osalta jatkuvat ja intervalliasteikolliset muuttujat analysoitiin SAS-ohjelmistolla. Muuttujien keskiarvojen eroa testattiin toistokokeisiin soveltuvalla varianssianalyysillä, jossa oli yksi selittävä tekijä sekä joidenkin analyysien kohdalla myös yksi kovariaatti (Crowder & Hand 1990). Vaikutusta mahdollisesti selittävinä tekijöinä analysoitiin tukisuhteen pituus, tapaamisten ja kontaktien lukumäärä ja ensimmäisen yhteydenoton nopeus. Analyysit tehtiin SAS-ohjelmiston MIXED-proseduurilla, jossa huomioidaan kaikki olemassa oleva tieto kyseisestä muuttujasta. SPSS 12.0 -ohjelmalla testattiin ryhmien sisäisiä keskiarvojen muutoksia käyttäen parillisten muuttujien t-testiä.

Mittareiden summamuuttujien luotettavuutta eli reliabiliteettia mitattiin Cronbachin alpha-arvolla. Tuloksia on havainnollistettu erilaisilla taulukoilla ja graafisilla esityksillä. Kuviot tehtiin Excel-ohjelmalla. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin yleisesti käytettyä p-arvoa .05. Tilastolliset merkitsevyydet on havainnollistettu taulukoissa seuraavasti:

- *** (p < .001)
- ** (p < .01)
- * (p < .05)

Kyselylomakkeiden avoimissa kysymyksissä käytettiin sisällön analyysiä. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tarkoituksena ei ollut tuottaa käsittekarttoja tai malleja, vaan lähinnä saada syvyyttä kvantitatiivisiin analyyseihin perustuvalla tiedolla ja kuvailulla asiakastapauksia suorilla lainauksilla. Tutkittavien vastauksista on ensin otettu pelkistetyt ilmaiset ja muodostettu luokkia. Ns. alakategoriaan kuuluvat luokat on yhdistetty yhdeksi, laajempaan käsitteeseen kuuluvaksi luokaksi (yläkatgoria). Luokittelun jälkeen aineisto on kvantifioitu, ts. on laskettu, kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian.

Eettiset kysymykset

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Stakesin eettisessä toimikunnassa keväällä 2004. Puolustusvoimien tutkimuslupa myönnettiin hankkeelle kesällä 2004 ja työministeriön lupa syksyllä 2004. Lupa rekisteritietojen käyttöön saatiin Stakesilta ja Tilastokeskukselta keväällä 2007.

Intervention edellyttämä henkilökohtainen yhteydenpito ja arviointitutkimuksen tietojen keruu edellyttivät, että kaikista tutkimukseen mukaan tulleista oli käytettävissä nimi ja yhteystiedot. Tutkittavista kerättiin tietoa kolmella tavalla: vaikuttavuustutkimuksen kyselylomakkeilla, rekisteritietoja keräämällä sekä interventioon osallistuneiden osalta prosessin arviointilomakkeilla. Nämä tiedot yh-

distettiin toisiinsa henkilötunnuksen avulla. Hankkeeseen osallistuvilta pyydettiin kirjallinen suostumus seuraaviin asioihin:

- tutkimukseen osallistumiseen
- viranomaisluvilla kerättyjen rekisteritietojen yhdistämiseen suostumuksella saatuihin tietoihin
- interventioon ja siinä yhteydessä kerättyjen tietojen luovuttamiseen tutkimukseen (vain interventioryhmältä)
- mahdollisesti myöhemmin toteutettavaan seurantatutkimukseen.

Intervention toteuttaneilta projektiohjaajilta sekä aineiston keruusta vastanneilta sosiaalikäyttäjiltä ja sairaanhoitajilta pyydettiin lisäksi suostumus tutkimukseen osallistumiseen sekä vaitiolositoumus. Osallistuminen tutkimukseen oli kaikilta osin vapaaehtoista. Ruotsia äidinkielenään puhuvilla oli mahdollisuus vastata ruotsinkielisiin kyselylomakkeisiin ja osallistua tukiohjelmaan ruotsin kielellä. Seurantakyselyssä heille lähetettiin ruotsinkielinen saatekirje ja kyselylomake.

Tietoja käytettiin tunnisteellisina ainoastaan siinä määrin, kuin tietojen yhdistämisen kannalta oli välttämätöntä. Henkilötunnus korvattiin koodinumerolla ja koodiavainlistaa säilytettiin erillään tutkimusaineistosta. Tunnisteellisia tietoja saivat käsitellä ainoastaan erikseen nimetyt tutkimuksen vastuuhenkilöt. Lisäksi raportissa esitettyjen tapauksien nimet on muutettu ja tunnistamisen mahdollistavat tiedot poistettu.

Tutkimusaineisto arkistoidaan Stakesin arkistoon mahdollisesti toteutettavaa myöhempää seurantatutkimusta varten.

Hankkeen ja tutkimuksen suunnittelusta vastasi suunnitteluryhmä ja hankkeen toteuttamista valvoi kaikkia yhteistyötahoja edustanut ohjausryhmä (liite 2).

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEET

Alku- ja seurantakysely

Tutkimukseen rekrytoitiin miehiä kutsunnoissa ja palveluksen keskeytyessä. Kutsunnoissa kaikille läsnä olleille (n = 3 464) annettiin kutsuntaoppitunnilla tietoa tutkimuksesta ja ohjeet suostumuslomakkeen täyttämiseen. Lisäksi kutsuntalautakunnan siviilijäsen ohjasi C-, D- tai E-luokkaan määrättyt miehet (CDE-miehet) hankkeen informaatiopisteeseen, jossa heille annettiin vielä lisätietoa interventioon osallistumiseen liittyvistä kysymyksistä.

Kutsunnoissa hankkeen informaatiopisteeseen tuli 260 C-, D- tai E-luokkaan määrättyä miestä, joista 75 (29 %) kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Tutkimukseen suostui 185 miestä, joista 93 osui arvonnassa interventioryhmään ja 92 vertailuryhmään. Lisäksi tutkimukseen osallistui yhteensä 440 kutsunnoissa A- tai B-luokkaan määrättyä miestä, jotka muodostivat toisen vertailuryhmän (AB-miehet).

Palveluksen keskeyttäneitä miehiä rekrytoitiin tutkimukseen Kaartin Jääkärirykmentistä (KAARTJR), Helsingin Ilmatorjuntarykmentistä (HELITR), Karjalan Prikaatista (KARPR), Suomenlahden Meripuolustusalueelta (SLMEPA), Uudenmaan Prikaatista (UUDPR) sekä siviilipalvelun osalta Lapinjärven koulutuskeskuksesta. Palveluksen keskeyttäneistä miehistä 256 tapasi sosiaalikuraattorin, joka tarjosi mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Heistä 85 (33 %) kieltäytyi osallistumasta. Tutkimukseen suostui 171 miestä, joista 89 osui arvonnassa interventioryhmään ja 82 vertailuryhmään (taulukko 1).

Tutkimuksen alkukyselyyn vastasi yhteensä 796 miestä, joista 440 oli määrätty A- tai B-luokkaan ja 356 C-, D- tai E-luokkaan. A- tai B-luokkaan määrättyistä miehistä 296 (61 %) oli kirjoilla Helsingissä ja 144 (39 %) Vantaalla. C-, D- tai E-luokkaan määrättyistä miehistä 267 (75 %) oli kirjoilla Helsingissä ja 89 (25 %) Vantaalla.

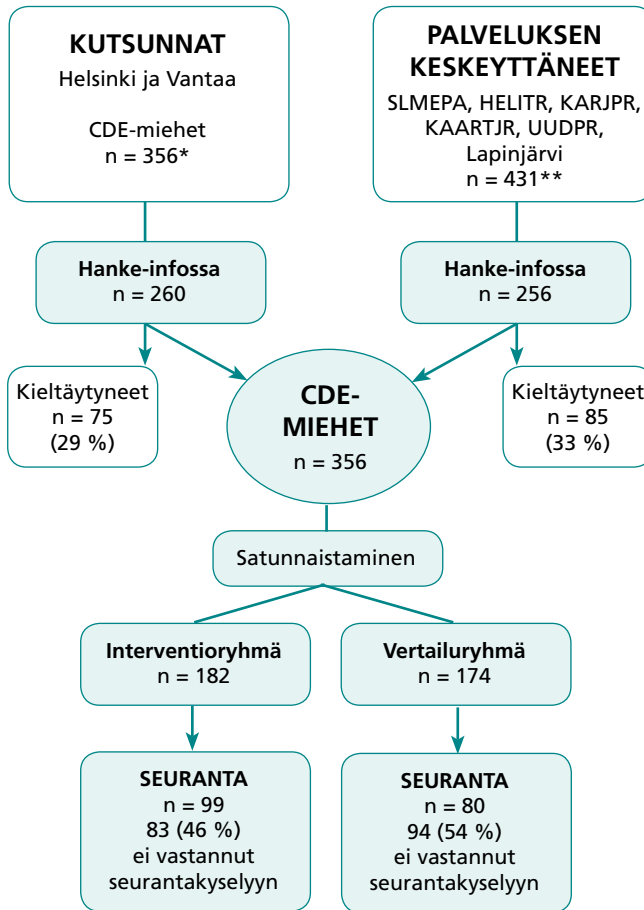
Taulukko 1. Palveluksen keskeyttäneet miehet

Yksikkö	Interventioryhmä	Vertailuryhmä	Yhteensä
SLMEPA	6	5	11
HELITR	8	6	14
KAARTJR	31	31	62
KARPR	19	17	36
UUDPR	1	1	2
Lapinjärvi	24	22	46
YHTEENSÄ	89	82	171

Seurantakyselyyn vastasi yhteensä 439 miestä (vastausprosentti 55), joista 260 oli A- tai B-luokkaan ja 179 C-, D- tai E-luokkaan määrättyjä miehiä. AB-miehet osallistuivat seurantakyselyyn hieman CDE-miehiä aktiivisemmin. AB-miehistä seurantakyselyyn vastasi 59 prosenttia ja CDE-miehistä 50 prosenttia ($p < .001$). Vastanneista CDE-miehistä 99 edusti interventio- ja 80 vertailuryhmää. Uusinta- ja puhelinkysely nostivat vastausprosenttia huomattavasti. Ilman niitä vastausprosentti olisi jäänyt 26:een.

Tutkimukseen osallistuneiden yhteismäärä on havainnollistettu kaaviossa 2.

Tutkimukseen osallistuneet



* Luku sisältää myös miehiä, jotka eivät olleet itse läsnä kutsunnoissa.

** Siviilipalvelun keskeyttäneiden lukumäärä perustuu Lapinjärven koulutuskeskuksesta saatuun arvioon (n = 117).

Kaavio 2. Tutkimukseen osallistuneet

Katoanalyysi ja aineiston edustavuus

Kato

Tutkimusaineiston keruu oli varsin haastava ja monivaiheinen prosessi. Aineistoa kerättiin yhteensä yhdeksässä eri paikassa ja sen keräämiseen osallistui kymmeniä henkilöitä. Aineiston keruun toteuttaminen kutsunnoissa suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä Helsingin sotilasläänin kutsunnoista vastaavan henkilöstön ja hankkeen projektiohjaajien kanssa. Palveluksen keskeyttäneiden tapaaminen ja rekrytoiminen tutkimukseen suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä aineiston keruuseen osallistuneiden sosiaalikirjuriin ja sairaanhoitajien kanssa.

Aineiston keruuprosessin monimutkaisuudesta johtuen tutkimusaineiston muodostui katoa neljässä vaiheessa. Ensinnäkin katoa muodostui siten, että kaikkia tutkimuksen perusjoukkoon kuuluneita miehiä ei kyetty tapaamaan eikä heille näin ollen voitu tarjota mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen perusjoukon ulkopuolelle jäivät ne miehet, joiden kohdalla päätös palveluksen ulkopuolelle jäämisestä tehtiin asiakirjojen perusteella. Tähän ryhmään kuuluivat miehet, jotka eivät vammansa tai sairautensa perusteella kyenneet edustamaan itseään kutsuntatilaisuudessa (esim. laitoshoidossa olevat), mutta myös ulkomailla asuvat kaksoiskansalaisuuden omaavat miehet. Lisäksi aineiston keruusta vastanneiden työntekijöiden lomien aikana ei kaikkia palveluksen keskeyttäneitä tavoitettu. Myös varusmiesten koulutukseen liittyvät tapahtumat estivät joissakin tapauksissa mahdollisuuden tavata palveluksen keskeyttäjää. Kun keskeyttäminen tapahtui äkillisen sairastumisen tai tapaturman seurauksena, varusmiehen tapaaminen ei myöskään aina ollut mahdollista. Aineiston keruun aikana yhteensä 431 miestä keskeytti varusmies- tai siviilipalveluksen. Heistä 256:lle tarjottiin mahdollisuus osallistua tutkimukseen.

Toiseksi katoa syntyi tutkimuksesta kieltäytymisen kautta. Vaikka kyselylomakkeet jaettiin kaikille kutsunnoissa läsnä olleille, kaikki eivät kuitenkaan palauttaneet lomakettaan. Kutsuntalautakunnan siviilijäsen kehotti kaikki C-, D- tai E-luokkaan määrättyjä miehiä tulemaan hankkeen informaatiopisteeseen, mutta kaikki eivät tätä pyyntöä noudattaneet. Hankkeen informaatiopisteeseen tulleista miehistä 31 prosenttia kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen (kutsunnoissa 29 % ja palveluksen keskeyttäneistä 33 %). Kieltäytymisen syiksi mainittiin mm. kiire tai kiinnostuksen puute. Osa kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen, koska heillä ei ollut tuen tarvetta eivätkä he halunneet osallistua tukiohjelmaan. Kieltäytyneiden joukossa oli myös miehiä, jotka olisivat projektiohjaajien ja sosiaalikirjuriin arvioon mukaan olleet tuen tarpeessa. Tehtyjen havaintojen perusteella voidaan olettaa, että kieltäytyneiden ryhmään kuului elämäntilanteeltaan ja hyvinvoinniltaan sekä parempi- että huonompiosaisia miehiä.

Kolmanneksi katoa syntyi seurantatutkimuksessa, kun kaikki alkukyselyyn vastanneet miehet eivät vastanneet seurantakyselyyn. Alkukyselyyn vastanneista A-

tai B-luokkaan määrätystä miehistä 41 prosenttia jätti vastaamatta seurantakyselyyn. Vastaava osuus C-, D- tai E-luokkaan määrätystä miehistä oli 50 prosenttia.

Neljänneksi katoa syntyi siten, että alkukyselyn tutkimuslomakkeista 22 jouduttiin hylkäämään. Hylätyt lomakkeet olivat joko asiattomasti tai puutteellisesti täytettyjä tai ne kuuluivat muualla kuin Helsingissä tai Vantaalla kirjoilla olleille miehille. Joissakin tapauksissa henkilö oli tutkimuslomakkeiden täyttämisen jälkeen muuttanut mielensä tutkimukseen osallistumisesta ja kieltänyt lomakkeiden käytön. Kaikki seurantakyselylomakkeet oli täytetty hyväksyttävällä tavalla.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että aineiston keruu sujui pääosin hyvin ja suunnitelmien mukaisesti. Aineiston voidaan katsoa edustavan niitä miehiä, joiden kohdalla hankkeessa kehitetty interventio on mahdollista toteuttaa. Vaikuttavuustutkimuksen kannalta seurantakyselyn vastausprosentti jäi kuitenkin ongelmallisen alhaiseksi.

Aineiston edustavuus

Seurantakyselyn osalta aineiston edustavuutta tarkasteltiin vertaamalla seurantakyselyyn vastanneita ja vastaamatta jättäneitä alkukyselyn tietojen suhteen. Vertailut tehtiin erikseen A- tai B-luokkaan ja C-, D- tai E-luokkaan määrätyleille miehille. Seurantakyselyyn vastaamatta jättäneillä C-, D- tai E-luokkaan määrätyleillä miehillä oli enemmän erilaisia psykososiaalisia ongelmia kuin seurantakyselyyn vastanneilla miehillä (liite 3, taulukko 1). Vastaamatta jättäneillä esiintyi yleisemmin asunnottomuutta ($p < .05$) ja huumekekeiluja ($p < .05$) kuin vastanneilla. Lisäksi he arvioivat elämäntilanteensa ($p < .05$) ja taloudellisen tilanteensa huonommaksi kuin seurantakyselyyn osallistuneet. Vastanneet olivat yleisimmin opiskelijoita, kun vastaamatta jättäneissä oli enemmän joko ansiotyössä tai työ- ja opiskeluelämän ulkopuolella olevia ($p < .05$). Vastaamatta jättäneille miehille oli myös kasautunut enemmän lapsuusajan ongelmia ($p < .05$). He eivät eronneet seurantakyselyyn osallistuneista oman tai vanhempien koulutustaustan, terveystarkastuksessa saadun diagnoosin, psyykkisen kuormittuneisuuden tai alkoholin käytön suhteen. Myös AB-miesten ryhmässä vastaamatta jättivät miehet, joilla oli vastanneita runsaammin erilaisia psykososiaalisia ongelmia (Stengård ym. 2008a).

Satunnaistamisen voidaan katsoa onnistuneen hyvin, sillä interventio- ja vertailuryhmä eivät eronneet alkukyselyssä toisistaan tausta- (ikä, siviilisääty, peruskoulutus, työtilanne, asuminen, diagnoosiryhmä) tai tulosmuuttujissa (psyykkinen kuormittuneisuus, alkoholin ongelmakäyttö, elämänlaatu, ongelmien kasautuminen, itseluottamus, tyytyväisyys itseän) (liite 4).

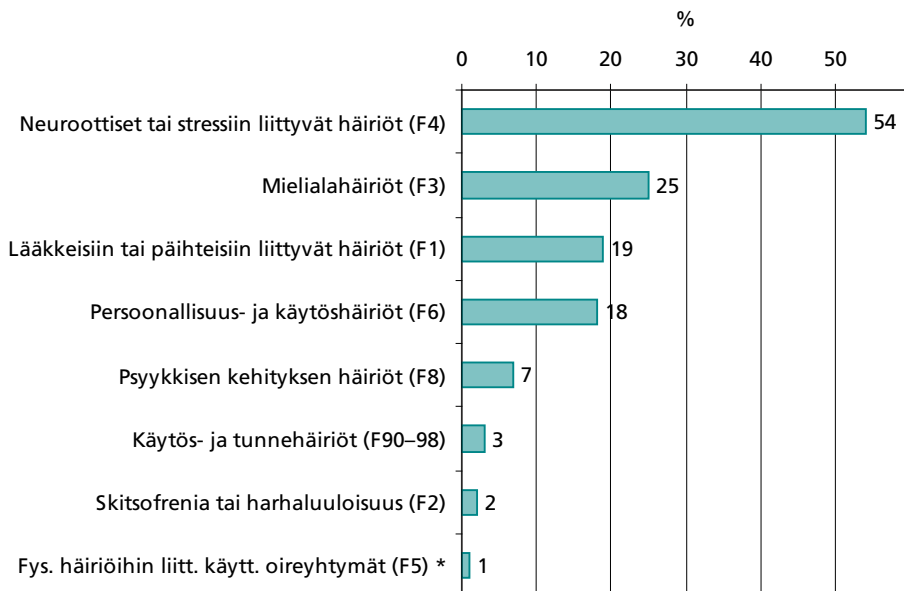
Palveluksen ulkopuolelle jäämisen syyt

Tutkimukseen osallistuneiden terveydentilaa koskevat tiedot kerättiin Helsingin sotilasläänin arkistosta niiltä vastaajilta, jotka olivat antaneet siihen suostumuksensa. Terveydentilaa koskevat tiedot saatiin yhteensä 321 C-, D- tai E-luokkaan määrättyltä mieheltä. Yli puolet (55 %) heistä jäi palveluksen ulkopuolelle mielen-terveys- tai käyttäytymishäiriöihin liittyvän diagnoosin takia, kun tarkastellaan vastaajan päädiagnoosia. Fyysisen sairauden tai vamman takia palveluksen ulkopuolelle jäi vajaa puolet (45 %) vastaajista. Yleisin somaattiseen sairauteen tai vammaan liittyvä syy oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (10 %).

Mielenterveydellisistä häiriöistä yleisin syy palveluksen ulkopuolelle jäämiselle oli neuroottiset, stressiin liittyvät häiriöt (kaavio 3). Mielenterveyshäiriöihin liittyvän diagnoosin saaneista yli puolet (54 %) jäi palveluksen ulkopuolelle pääluokkaan ”neuroottiset, stressiin liittyvät häiriöt” kuuluvan diagnoosin takia, kun tarkastellaan kaikkia terveystarkastuksessa määriteltyjä diagnooseja. Mielialahäiriöistä kärsi joka neljäs vastaaja (25 %).

Neuroottisiin tai stressiin liittyviin häiriöihin liittyvän diagnoosin saaneista puolet (54 %) sai muihin ahdistuneisuushäiriöihin liittyvän diagnoosin (F41). Joka kolmas (37 %) kärsi sopeutumishäiriöistä (F43).

Jatkoanalyysija varten tutkimukseen osallistuneet miehet jaettiin kolmeen ryhmään diagnoosien perusteella. Ryhmät olivat 1) päihdediagnoosit (F10–19),



* Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät

Kaavio 3. Mielenterveyden häiriöiden diagnoosit CDE-miehillä (n = 183)

2) mielenterveysdiagnoosit (muut F-luokkaan kuuluvat diagnoosit) ja 3) fyysiseen sairauteen tai vammaan liittyvät diagnoosit (muut kuin F-luokkaan kuuluvat diagnoosit). Kaksois- ja kolmoisdiagnoosien kohdalla meneteltiin siten, että päihteiden käyttöön liittyvä diagnoosi luokitteli miehen aina päihdediagnoosin saaneisiin. Mies, jolla oli niin somaattinen kuin mielenterveyteen liittyvä diagnoosi, luokiteltiin mielenterveysdiagnoosin saaneisiin. Fyysisen sairauden tai vamman takia palveluksen ulkopuolelle jääneiden miesten ryhmään luokiteltiin miehet, joilla oli pelkästään somaattiseen sairauteen tai vammaan liittyviä diagnooseja.

Diagnoosiryhmät jakautuivat palveluksen ulkopuolelle jääneillä edellä kuvattun luokittelun perusteella siten, että mielenterveysdiagnoosin sai 46 prosenttia ja päihdediagnoosin 11 prosenttia CDE-miehistä. Fyysisen vamman tai sairauden takia palveluksen ulkopuolelle jäi 43 prosenttia CDE-miehistä. Interventio- ja vertailuryhmä eivät eronneet tämän suhteen toisistaan.

Kutsunnoissa C-, D- tai E-luokkaan määräytyt miehet erosivat palveluksen keskeyttäjästä diagnoosien suhteen ($p < .001$). Kutsuntojen yhteydessä C-, D- tai E-luokkaan määräytyistä noin puolet (57 %) jäi palveluksen ulkopuolelle somaattisen sairauden tai vamman, 40 prosenttia mielenterveysdiagnoosin ja 4 prosenttia päihdediagnoosin takia. Palveluksen keskeyttäjästä vastaavasti puolet (54 %) kuului mielenterveysdiagnoosin saaneiden ryhmään. Palveluksen keskeyttäneistä 29 prosenttia oli saanut somaattiseen sairauteen tai vammaan liittyvän ja 18 prosenttia päihdediagnoosin.

TULOKSET

Tukiohjelman kiinnittyminen

Tutkimukseen suostuneelle interventoryhmään arvotulle kirjoitettiin lähete tukiohjelmaan. Läheteet toimitettiin Aikalisä-ohjaajille, joiden tehtävänä oli ottaa yhteyttä asiakkaaseen. Yhteydenotto tapahtui yleensä n. reilun viikon kuluessa läheteen kirjoittamisesta (keskiarvo 9 päivää, keskihajonta 9,8), joskin loma-ajat toivat yhteydenottonopeuteen suuriakin vaihteluja. Yli puolessa (56 %) asiakastapauksista ohjaaja otti asiakkaaseen yhteyttä viikon kuluessa.

Interventoryhmään kuului 182 miestä, joiden kiinnittyminen tukiohjelmaan ilmenee taulukosta 2.

Taulukko 2. Interventoryhmään kuuluneiden kiinnittyminen tukiohjelmaan

Kiinnittyminen tukiohjelmaan	f	%
”Tietokatkokskato”	12	7
Kieltäytynyt tukiohjelmasta	28	15
Ei tavoitettu	21	12
Tavoitettu, mutta ei tavattu	36	20
Tavattu kerran, minkä jälkeen ei kontakteja	33	18
Tukisuhde	52	29
Yhteensä	182	100

”Tietokatkokskato”

Tämän ryhmän muodostivat 12 interventoryhmään kuulunutta, joita ohjaajat eivät yrittäneet tavoittaa eri syistä ja inhimillisistä erehdyksistä johtuen. Ryhmään kuului asiakkaita, joiden lähete ei jostain syystä tavoittanut ohjaajaa, sekä asiakkaita, joihin ohjaaja ei työtilanteestaan johtuen ehtinyt ottaa yhteyttä.

Kieltäytynyt tukiohjelmasta

Yhteensä 28 asiakasta kieltäytyi tukiohjelmasta satunnaistamisen jälkeen hankkeen informaatiopisteessä. Ryhmään kuului henkilöitä, jotka kertomansa mukaan olivat kyllä halukkaita osallistumaan tutkimukseen, mutta eivät olleet halukkaita osallistumaan tukiohjelmaan.

Ei tavoitettu

Interventioryhmään arvotuista 21 oli sellaisia, joita ei ohjaajien monista yrityksistä huolimatta koskaan onnistuttu tavoittamaan. Ohjaajien tuloksettomia kontaktirytyksiä oli keskimäärin 5, vähimmillään kaksi. Enimmillään ohjaaja oli yrittänyt tavoittaa asiakasta tuloksettomasti 18 kertaa.

Tavoitettu, mutta ei tavattu

Tämä ryhmä sisälsi 36 interventioryhmään kuulunutta, jotka tavoitettiin, mutta joita ei koskaan tavattu. Yleisimmin henkilö kieltäytyi tukiohjelmasta ohjaajan ensimmäisessä yhteydenotossa puhelimesta. Usein ohjaaja ja asiakas päätyivät yhdessä ratkaisuun, että tukitoimille ei ole tarvetta. Joukkoon kuului myös asiakkaita, joiden kanssa ensikontaktissa sovittiin tapaaminen ja jotka kuitenkin jättivät tulematta sovittuun tapaamiseen eivätkä enää vastanneet yhteydenottoopyyntöihin.

Tavattu kerran, minkä jälkeen ei kontakteja

Interventioryhmään kuuluneista 33 tavattiin kerran, minkä jälkeen ohjaajan ja asiakkaan välillä ei enää ollut kontakteja. Tähän ryhmään kuului hyvin erilaisia tapauksia. Joukkoon kuului miehiä, joiden elämä oli kunnossa eikä tuen tarvetta ollut. Toisaalta joukossa oli myös asiakkaita, jotka ohjaajan ja/tai asiakkaan oman arvioon mukaan olisivat tarvinneet tukea. Siitä huolimatta tukisuhdetta ei syntynyt. Asiakas joko kieltäytyi ensitapaamisesta tukiohjelmasta tai jätti tulematta seuraavaan sovittuun tapaamiseen, eikä ohjaaja lukuisista yhteydenottoyrytyksistä huolimatta saanut enää yhteyttä asiakkaaseen.

Tukisuhde

Varsinainen tukisuhde muodostui 52 asiakkaan kohdalla. Tukisuhteen kriteerinä pidettiin sitä, että ensitapaamisen jälkeen ohjaajan ja asiakkaan välillä oli ollut kontakteja, joita voidaan pitää ohjauksellisina. Kontaktit voivat olla tapaamisia tai puhelinkontakteja. Tähän ryhmään otettiin mukaan yksi asiakas, jonka kohdalla pitkä tukisuhde toteutui pelkästään puhelimen välityksellä asiakasta koskaan tapaamatta.

Tukiohjelmaan kiinnittyneistä suurimmalla osalla (59 %) ei ollut kontakteja yhteiskunnan tarjoamiin palveluihin. Vajaalla puolella (41 %) oli ollut kontakti johonkin yhteiskunnan tarjoamaan tukipalveluun tai hoitopaikkaan palveluksen keskeyttämiseen liittyvissä tai muissa asioissa. Yleisimmin mainittiin kontaktit sosiaalivirastoon (7), mielenterveyspalveluihin (7) ja sairaalaan (7). Yksittäisiä mainintoja käytetyistä palveluista saivat mm. perhesuunnittelu, peliongelmaisille tarkoitettu GA-ryhmä, A-klinikka, koulu, kuntoutuskeskus, työvoimatoimisto ja ehdonalaisvalvoja sekä somaattisiin sairauksiin liittyneet hoitosuhteet, kuten diabeteshoitaja, reumalääkäri tai neurologi.

Tukiohjelmaan kiinnittyneiden elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi

Tukiohjelmaan kiinnittyneiltä sekä muilta tutkimukseen osallistuneilta miehiltä kerättiin runsaasti tietoa heidän elämäntilanteestaan ja psykososiaalisesta hyvinvoinnistaan. Tulokset palveluksen ulkopuolelle jääneiden miesten elämäntilanteesta ja psykososiaalisesta hyvinvoinnista on raportoitu erillisessä julkaisussa (Stengård ym. 2008a). Päätuloksena oli, että palveluksen ulkopuolelle jääneiden elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi ovat huomattavasti heikompia kuin palvelukseen määrättyjen miesten.

Varsinainen tukisuhde muodostui siis yhteensä 52 asiakkaan (29 %) kanssa. Heistä 27 oli kutsunnoissa palveluksen ulkopuolelle määrättyjä ja 25 palveluksen keskeyttäjiä. Palveluksen keskeyttäjästä 10 oli siviilipalvelun ja 15 varusmiespalveluksen keskeyttäjiä.

Tukiohjelmaan kiinnittyminen ei ollut ikäsidonnaista. Tukiohjelmaan kiinnittyneiden ikä noudatti toisin sanoen hankkeeseen osallistuneiden ikäjakaumaa. Nuorin tukiohjelmaan kiinnittynyt asiakas oli 17-vuotias ja vanhin 28-vuotias; keski-ikä oli 20 vuotta.

Tukiohjelmaan kiinnittyi erityisesti mielenterveydellisten syiden takia palveluksen ulkopuolelle jääneitä miehiä. Tukiohjelmaan kiinnittyneistä asiakkaista hieman yli puolet (55 %) oli jäänyt varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle psykiatrisen diagnoosin perusteella. Kolmasosalla (33 %) syyt palveluksen ulkopuolelle jäämiseen liittyivät somaattiseen sairauteen tai vammaan ja 12 prosentilla päihteiden käyttöön (kaavio 4, s. 58).

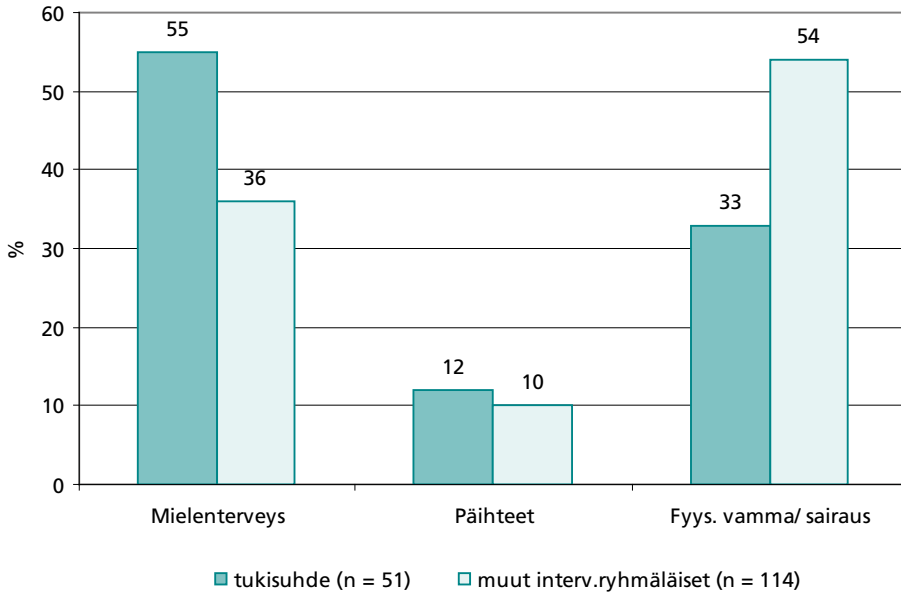
Elämäntilanne

Tukiohjelmaan kiinnittyneet eivät eronneet elämäntilanteeltaan muista interventioryhmään kuuluneista siviilisäädyn, asumisen, peruskoulutuksen, pääasiallisen toiminnan tai taloudellisen tilanteen suhteen.

Yli puolet (59 %) tukisuhteeseen kiinnittyneistä asui vielä vanhempien kanssa. Yksin asui noin joka viides (22 %) tukisuhteeseen kiinnittynyt. Suurin osa (85 %) oli naimattomia. Tukisuhteeseen kiinnittyneistä yli puolella (53 %) oli pohjakoulutuksenaan peruskoulu tai osa sitä. Vajaa puolet (47 %) oli lukiossa opiskelevia tai ylioppilastutkinnon suorittaneita.

Tukisuhteen muodostaneista yksi neljästä (25 %) oli töissä, vajaa puolet (42 %) opiskeli ja kolmasosa (33 %) oli työelämän tai opiskelun ulkopuolella. Työttömiä oli lähes kolmasosa (28 %).

Lähes puolet tukisuhteeseen kiinnittyneistä (48 %) arvioi taloudellisen tilanteensa melko tai erittäin huonoksi. Toimeentulotukea sai joka neljäs tukisuhteeseen kiinnittynyt (26 %). Joka viides (21 %) arvioi elämäntilanteensa melko tai erittäin huonoksi.



Tilastollinen merkitsevyys: Khiin neliö -testi $p < .05$

Kaavio 4. Palveluksen ulkopuolelle jäämisen terveydelliset syyt tukisuhdeasiakkailta sekä muilla interventoryhmään kuuluneilla

Lapsuusajan ongelmat

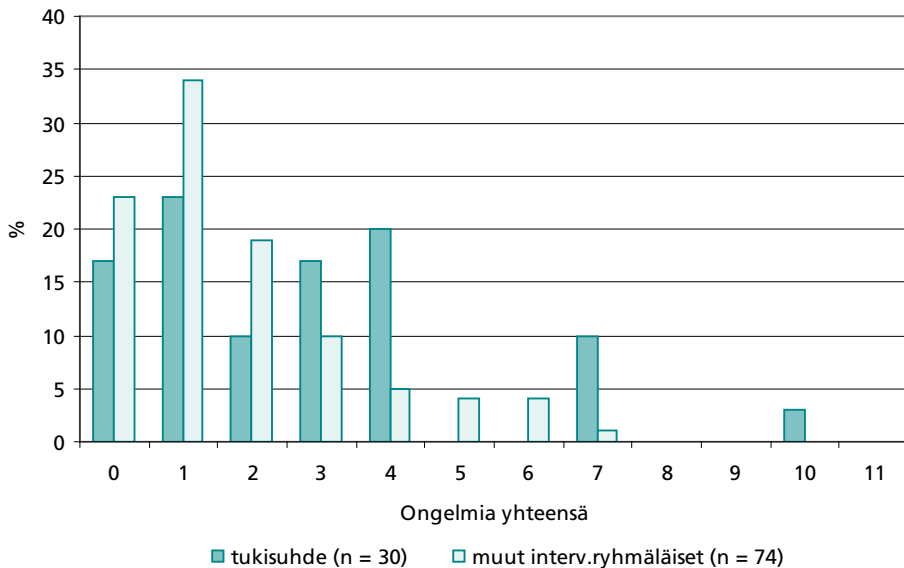
Tukisuhteeseen kiinnittyneiden lapsuusajan perherakenne ei eronnut muista interventoryhmään kuuluneista. Tukisuhteen muodostaneista kaksi kolmesta (65 %) oli viettänyt lapsuutensa ns. ydinperheessä.

Tukiohjelmaan kiinnittyneille ominaista oli se, että he olivat lapsuusvuosiin joutuneet kokemaan koulukiusaamista ($p < .05$). Yli puolet (53 %) tukisuhteeseen kiinnittyneistä oli koulukiusattu. Muista interventoryhmään kuuluneista kolmasosa (33 %) oli kokenut koulukiusaamista lapsuudessaan. Muiden yksittäisten lapsuusajan ongelmien esiintyvyydessä ei ollut eroja tukiohjelmaan kiinnittyneiden ja muiden interventoryhmään kuuluneiden miesten välillä.

Tukiohjelmaan kiinnittyneille oli sen sijaan kasautunut lapsuudessa enemmän ongelmia kuin muille interventoryhmään kuuluneille ($p < .05$, kaavio 5).

Mielen terveys

Tutkimukseen osallistuneiden psyykkistä hyvinvointia ja oireilua kartoitettiin monilla eri kysymyksillä ja mittareilla. Tarkastelun kohteena olivat tutkimukseen osallistuneiden arviot itsestään mm. itseluottamuksen ja itsetyytyväisyyden suhteen



Tilastollinen merkitsevyys tukisuhteen muodostaneet vs. muut interventoryhmään kuuluneet: Mann Whitney -testi $p < .05$.

Kaavio 5. Lapsuuden ongelmien kasautuminen tukisuhdeasiakkailla ja muilla interventoryhmään kuuluneilla

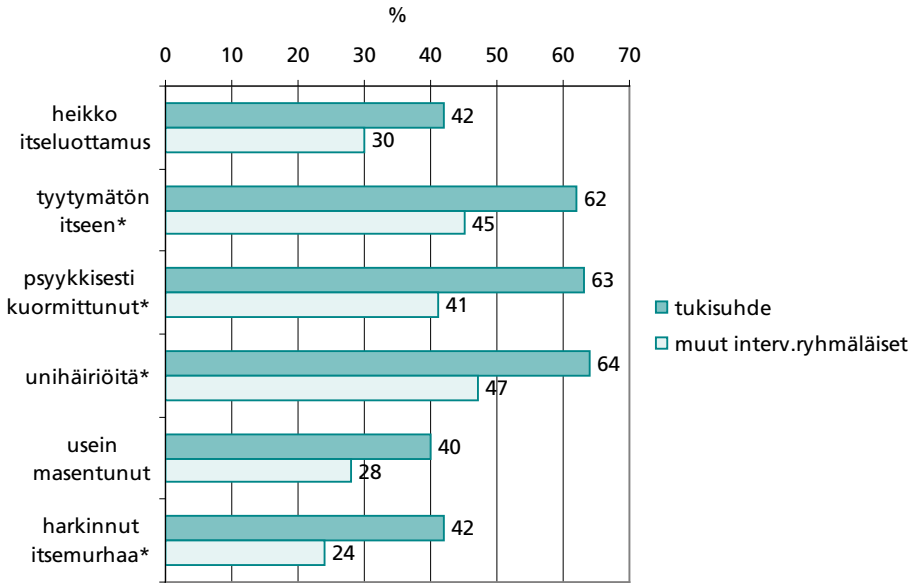
sekä erilaiset psyykkiseen oireiluun liittyvät tekijät, kuten unihäiriöt, masentuneisuus, psyykinen kuormittuneisuus sekä itsemurhaharkinnat ja -yritykset.

Tukisuhteeseen kiinnittyneillä asiakkailla psyykinen kuormittuneisuus oli yleisempää kuin muilla interventoryhmään kuuluneilla ($p < .05$). Tukisuhteen muodostaneista kaksi kolmesta (63 %) sai GHQ-12-mittarin mukaan psyykkiseen kuormittuneisuuteen viittaavan pistemäärän (> 3).

Tukisuhteeseen kiinnittyneet kärsivät psyykkisen kuormittuneisuuden rinnalla usein unihäiriöistä ($p < .05$). Unihäiriöitä poti kaksi kolmesta (64 %) tukisuhteeseen kiinnittyneistä. Tukisuhteeseen kiinnittyneet olivat tämän lisäksi muita interventoryhmään kuuluneita tyytymättömämpiä itseensä ($p < .05$). Tukisuhteen muodostaneista lähes kaksi kolmesta (62 %) oli tyytymätön itseensä.

Itsemurhaharkinnat olivat tukiohjelmaan kiinnittyneille muita interventoryhmään kuuluneita yleisempiä ($p < .05$). Tukiohjelmaan kiinnittyneistä asiakkaista 42 prosenttia oli joskus elämänsä aikana harkinnut vakavasti itsemurhaa. Itsemurhaa oli yrittänyt 8 prosenttia tukisuhteeseen kiinnittyneistä, eikä osuus eronnut muista interventoryhmään kuuluneista.

Vaikka tukiohjelmaan kiinnittyneiden keskuudessa myös usein itsensä masentuneeksi tuntevien ja huonon itseluottamuksen omaavien osuudet olivat muita interventoryhmään kuuluneita suurempia, eivät ryhmien väliset erot olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä.



Tilastollinen merkitsevyys tukisuhteen muodostaneet vs. muut interventoryhmään kuuluneet (Khiin neliö -testi, t-testi).

Kaavio 6. Psykkinen hyvinvointi tukisuhteasiakkailta ja muilla interventoryhmään kuuluneilla

Päihteiden käyttö

Tukiohjelmaan kiinnittyneet eivät eronneet päihteiden käytössään muista interventoryhmään kuuluneista miehistä. Alkoholien ongelmakäyttäjäksi luokitautui 39 prosenttia tukisuhteen muodostaneista. Vähintään kerran viikossa itsensä krapalaiseksi tunsivat 8 prosenttia tukisuhteeseen kiinnittyneistä. Joka toinen (54 %) ilmoitti joskus elämänsä aikana kokeilleensa huumeita. Suonensisäisiä huumeita ilmoitti käyttäneensä neljä (8 %) tukisuhteeseen kiinnittyneistä.

Suojaavat tekijät

Epäsuotuisalta kehitykseltä suojaavista tekijöistä tarkasteltiin tässä tutkimuksessa harrastustoimintaa, liikuntaa, sosiaalisia kontakteja sekä sosiaalista tukea.

Tukisuhteeseen osallistuneiden kodin ulkopuolisen harrastustoiminnan määrä ei eronnut muista interventoryhmään kuuluneista. Säännöllistä liikuntaa (vähintään kerran viikossa) harrasti vajaa puolet (47 %) tukisuhteeseen kiinnittyneistä. Osuus ei eronnut muista interventoryhmään kuuluneista.

Tukisuhteeseen kiinnittyneet eivät tavanneet tuttaviaan sen harvemmin kuin muutkaan interventoryhmään kiinnittyneet. Yli puolet (52 %) vieraili tuttaviansa

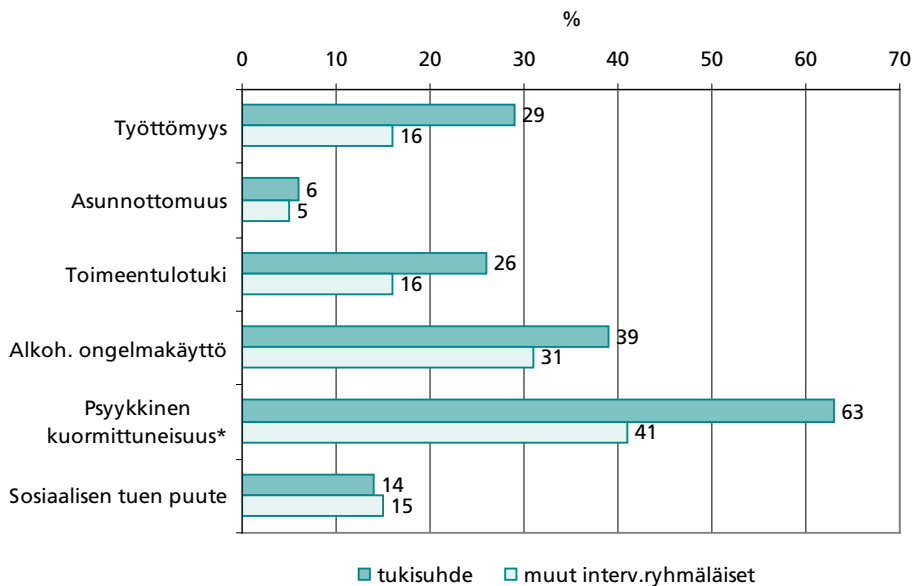
luona vähintään kerran viikossa ja joka kolmas (34 %) vastaanotti vieraita omassa kodissaan yhtä usein. Täysin sosiaalisista kontakteista eristyneitä oli tukisuhteeseen kiinnittyneistä vain muutama.

Tukisuhteen muodostaneilla ei ollut sen enempää sosiaalisen tuen puutetta kuin muillakaan interventioryhmään kuuluneilla. Tukisuhteen muodostaneista 14 prosentilla sosiaalinen tuki oli puutteellista.

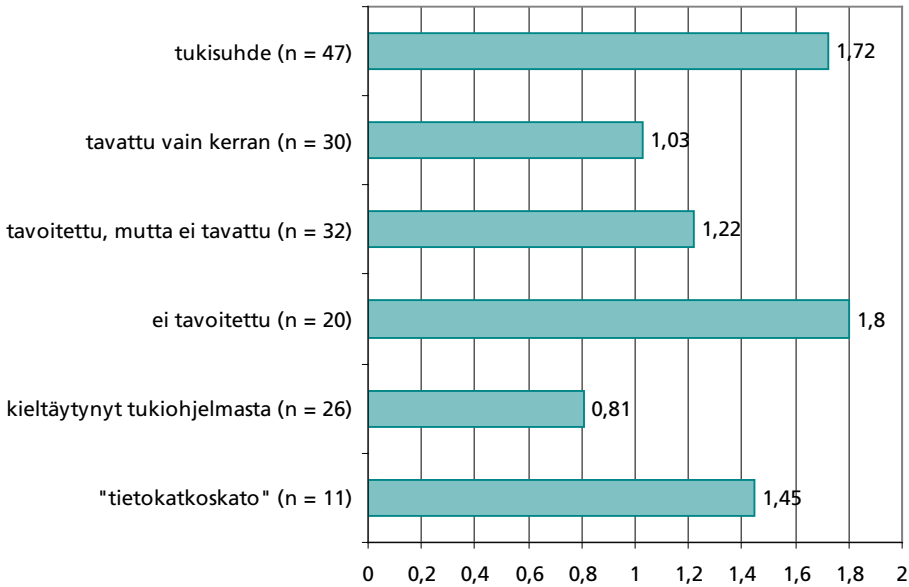
Ongelmien kasautuminen

Psykososiaalisten ongelmien kasautumista kuvattiin summamuuttujalla, johon otettiin mukaan seuraavat muuttujat: kiinnittymättömyys opiskelu- tai työelämään, asunnottomuus, toimeentulotuen saaminen, alkoholin ongelmakäyttö (CAGE > 1), psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12 > 3) sekä sosiaalisen tuen puute (kaavio 7).

Tukiohjelmaan kiinnittyneille oli kasautunut enemmän erilaisia ajankohtaisia ongelmia kuin muille interventioryhmään kuuluneille ($p < .05$). Huomiota herättävää on kuitenkin se, että ajankohtaisten ongelmien kasautuminen näytti olevan voimakkainta niillä miehillä, joita ei koskaan onnistuttu tavoittamaan (kaavio 8, s. 62). Tukiohjelmasta kieltäytyneille ongelmia oli kasautunut kaikista vähiten.



Kaavio 7. Ajankohtaisten ongelmien esiintyvyyys tukisuhdeasiakkailta sekä muilla interventioryhmään kuuluneilla



Tilastollinen merkitsevyys ryhmien välillä: Kruskal Wallis -testi $p < .05$.

Kaavio 8. Ajankohtaisia ongelmia kuvaavan summamuuttujan pistemäärät interventorioryhmään kuuluneilla

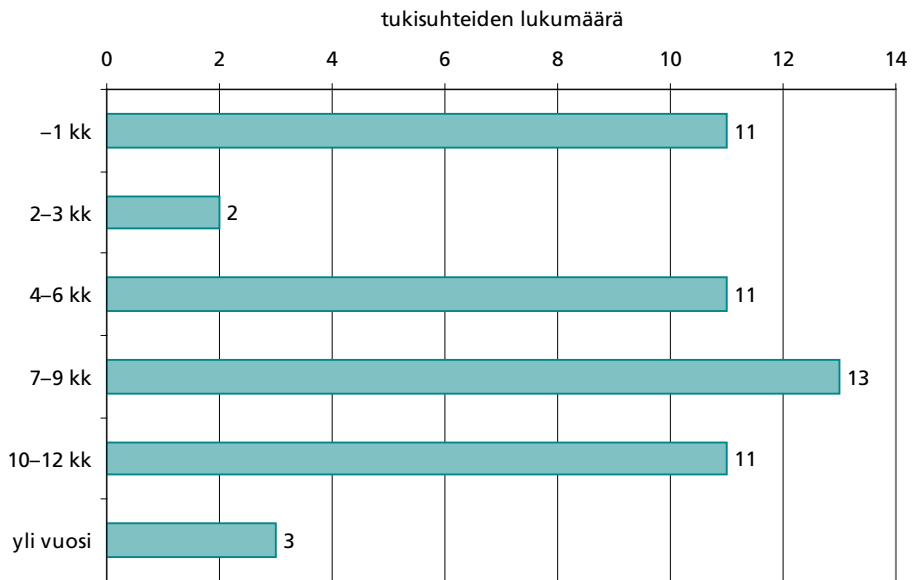
Tukisuhteen toteutuminen käytännössä

Yhteydenpito

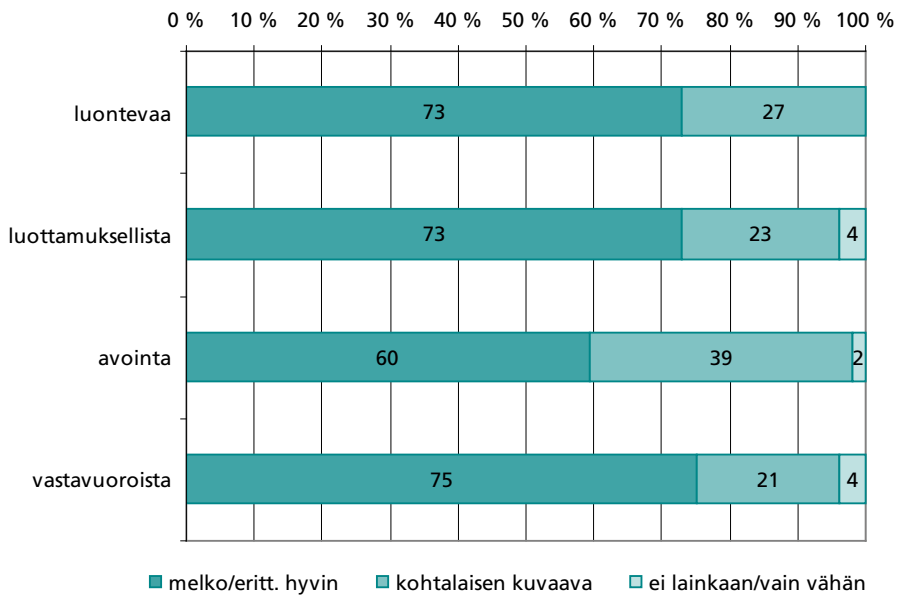
Ohjaajat tapasivat asiakkaitaan 1–15 kertaa, yleisimmin kaksi kertaa. Valtaosa tukisuhteista (73 %) sisälsi vähemmän kuin 4 tapaamista. Tapaamisten lisäksi ohjaajat olivat yhteydessä asiakkaisiinsa puhelimitse, tekstiviestein, kirjeitse sekä sähköpostia käyttäen. Tekstiviestejä kommunikoinnin välineenä käytettiin puolessa (50 %) ja sähköpostia 14 prosentissa asiakassuhteista. Onnistuneita kontakteja tukisuhteissa oli 3–40, keskimäärin 11.

Tukisuhteet kestivät (ensimmäisestä onnistuneesta yhteydenotosta viimeiseen onnistuneeseen yhteydenottoon) 7–437 päivää eli yhdestä viikosta 14 kuukauteen, keskimäärin puoli vuotta (kaavio 9).

Ohjaajat arvioivat vuorovaikutuksen onnistuneen asiakkaittensa kanssa useimmiten hyvin. Vuorovaikutus arvioitiin luontevaksi, luottamukselliseksi, avoimeksi ja vastavuoroiseksi. Vain yksittäistapauksissa ohjaajat arvioivat vuorovaikutuksessa olleen puutteita luottamuksellisuuden, avoimuuden tai vastavuoroisuuden suhteen (kaavio 10).



Kaavio 9. Tukisuhteen kesto



Kaavio 10. Ohjaajien arviot vuorovaikutuksesta asiakkaidensa kanssa

Asiakkaan ja ohjaajan vuorovaikutus ei aina sujunut alusta alkaen parhaalla mahdollisella tavalla. Ohjaajat raportoivat myös ohjaussuhteen käynnistämisen ongelmista. Esimerkiksi asiakkaan motivoiminen jäsentämään omaa elämäänsä ja tulevaisuuden suunnitelmiaan saattoi viedä aikaa. Tästä hyvänä esimerkkinä on Teemun (nimi muutettu) tapaus; hänen kohdallaan ohjaaja ei tuntenut juuri edistyvän ensimmäisissä tapaamisissa.

1. tapaaminen: Työparini oli uusi ihminen Teemulle. Ehkä vähän hankalaa jutella, kun kaksi työntekijää paikalla.
2. tapaaminen: Teemu ei oikein halua mitään – paitsi rahaa helposti – eikä oikein halua selvittääkään sitä mitä haluaisi, jos haluaisi. Kovaa motivointityötä. Toisaalta sai realistista tietoa, jota todella tarvitsee eri valintojen seurauksista. Teemu kommentoikin olevan nyt todella mietittävää.
3. tapaaminen: Yhteistyö työparin kanssa tärkeää ja auttaa selvästi työskentelyä. ”Auttaminen” tosin vaikeaa, koska ei edelleenkään halua mitään muutosta elämäänsä eikä tiedä, mitä haluaa seuraavaksi tehdä.

Ohjaaja tapasi Teemua loppujen lopuksi yhteensä kahdeksan kertaa. Teemun ja ohjaajan välille syntyi luottamuksellinen ja avoin suhde. Ohjaajan arvion mukaan Teemu alkoi ottaa itse vastuuta elämässään ja asiat edistyivät merkittävästi.

Tukisuhteen sisältö

Ohjaajan kanssa läpikäytyjen aiheiden kirjo oli asiakastapauksissa laaja. Keskustelujen ja sovittujen toimenpiteiden tai tavoitteiden aiheet olivat tavallisia nuorten elämään liittyviä asioita. Asiakkaiden huolenaiheet koskivat yleisimmin työpaikan löytymistä (17 asiakasta), taloudellista tilannetta (14 asiakasta), opiskelua ja ammatinvalintaa (11 asiakasta), terveyttä ja hyvinvointia (10 asiakasta) ja asumistilannetta (10 asiakasta).

Yli puolet asiakkaista (56 %) tarvitsi ohjaajien tukea *työhön ja työelämään liittyvissä asioissa*. Asiakkaiden kanssa pohdittiin mahdollisia uravalintoja ja työpaikkoja, ohjaajat kannustivat aktiiviseen työnhakuun ja auttoivat työhakemuslomakkeiden täyttämässä. Asiakkaita ohjattiin työvoimatoimistoon. Tämän lisäksi pohdittiin esim. asiakkaan suhdetta työhön ja käytiin läpi aikaisempia työkokemuksia. Myös *opiskeluun liittyvät asiat* puhuttivat. Ohjaajat selvittivät yhdessä asiakkaiden kanssa mm. oppisopimusasioita, kannustivat hakeutumaan koulutukseen tai saattamaan opinnot loppuun. Asiakkaiden kanssa pohdittiin opintojen aloittamista. Asiakkaalle saatettiin myös varata aika ammatinvalintapsykologille.

Joka kolmannen (33 %) asiakkaan kohdalla ohjaajan kanssa käsitellyt asiat ja toimenpiteet koskivat *terveyttä*, niin psyykkistä kuin fyysistä. Asiakasta tuettiin esimerkiksi armeijassa sattuneiden tapaturmien jälkiselvittelyissä, krooniseen sairautteen tai vammaan liittyvien asioiden hoidossa sekä pohdittiin sairauden tai vam-

man vaikutusta asiakkaan elämään. Asiakkaalle varattiin tarpeen vaatiessa aika terveyskeskuksesta. Erästä asiakasta tuettiin mm. painonhallinnassa. Mielenterveysongelmissa asiakas useimmiten ohjattiin mielenterveyspalveluihin.

Noin joka viidennen asiakkaan kanssa selvitettiin *toimeentuloon ja/tai asuntoon* liittyviä asioita. Asiakkaita avustettiin toimeentulotuen hakemisessa ja tarpeen vaatiessa toimitettiin ns. puolestapuhujana sosiaalitoimistossa. Asiakkaiden kanssa selvitettiin mahdollisuutta saada muita taloudellisia tukia (esimerkiksi opintotuki, työmarkkinatuki). Myös velkojen maksamiseen liittyviä asioita käsiteltiin. Asiakasta tuettiin ja avustettiin asuntohakemusten täyttämässä ja asunnon saamisessa. Asiakkaat tarvitsivat usein tukea muuttamiseen liittyvien toimenpiteiden asianmukaisessa hoitamisessa.

Joidenkin asiakkaiden kohdalla tukea tarvittiin *varusmies- tai siviilipalveluksen suorittamiseen liittyvien asioiden* selvittelyssä. Asiakkaiden kanssa pohdittiin varusmiespalveluksen suorittamista tai heitä avustettiin siviilipalvelukseen tai palveluksesta vapautumiseen liittyvissä asioissa. Somaattisesti pitkäaikaissairaiden (esimerkiksi diabetes) kanssa selvitettiin tarvittaessa mahdollisuutta suorittaa varusmiespalvelus.

Muutamat asiakkaat tarvitsivat tukea *itsenäisen elämän aloittamisessa* ja arkipäiväisessä selviytymisessä. Asiakasta tuettiin itsenäistymisessä, arjen ja elämänrytmin säilyttämisessä ja normaaliin elämään kuuluvien velvollisuuksien hoitamisessa. Myös *päihteiden käyttö* puhutti. Ohjaaja tuki tarvittaessa raittiina pysymisessä tai antoi konkreettisia neuvoja alkoholin kulutuksen vähentämispyrkimyksissä. Joitakin ongelmakäyttäjiä ohjattiin päihdepalveluihin.

Muut ohjaussuhteissa käsiteltävät asiat liittyivät ihmissuhteisiin, asiakkaiden juridisiin tai kriminaalihuoltoon liittyviin asioihin ja vapaa-aikaan tai harrastuksiin. Asiakkaalle tarjottiin tämän lisäksi keskustelu- ja kuunteluapua ajankohtaisessa kriisissä, häntä rohkaistiin harjoittelemaan sosiaalisia taitoja sekä tuettiin sopeutumista uudelle paikkakunnalle.

Taulukkoon 3 (s. 66) on koottu aihepiirit, joita ohjaajat käsitelivät asiakkaitensa kanssa. Tarkastelun kohteena ovat niin tukisuhteen muodostaneet (n = 46) kuin myös ohjaajiaan vain kerran tavanneet (n = 11) niiden asiakkaiden osalta, joilta tieto tapaamisissa käsiteltävistä asioista on ollut saatavilla.

Kahdella kolmasosalla (63 %) asiakkaista oli useampi kuin yksi huolen aihe, enimmillään kahdeksan (ka 2,2, std.dev. 1,8).

Taulukko 3. Ohjaajien ja asiakkaiden käsittelemät aihepiirit

Käsiteltävä aihe	Asiakkaiden määrä (n = 57)	
	f	%
Työpaikka, työelämä	32	56
Opiskelu, ammatinvalinta	22	39
Toimeentulo	13	23
Asunto	11	19
Psyykinen terveys	10	18
Fyysinen terveys	9	16
Varusmies- tai siviilipalveluksen suorittaminen	9	16
Itsenäinen elämä, arkipäivästä selviytyminen	7	12
Päihteet	6	11
Ihmissuhteet	5	9
Oikeusasia, kriminaalihuolto	4	7
Vapaa-aika, harrastukset	4	7
Muut (ajankoht. kriisi, uuspaikkakuntalaisuus, sosiaaliset taidot)	3	5

Seuraavassa on kuvaus eräästä asiakassuhteesta ohjaajan kirjaamana kahdeksassa eri tapaamisessa. Esimerkki on tyypillinen siinä mielessä, että ohjaustilanteessa lähdettiin liikkeelle asiakkaan tulevaisuuden suunnitelmista. Konkreettiset toimenpiteet koskivat lähinnä työtä, opiskelua ja ammatinvalintaa. Samalla käytiin läpi asioita, jotka ovat mahdollisesti olleet näiden esteenä. Ohjaajan tehtävänä oli ensinnäkin avustaa konkreettisesti asioiden selvittelyssä ja ohjata muihin palveluihin, mutta myös tukea, kannustaa ja motivoida asiakasta aktivoitumaan ja toimimaan tavoitteiden mukaisesti. Työtapa oli asiakaslähtöinen, eli ohjaaja eteni asiakkaan toiveiden ja valmiuksien mukaisesti.

1. Aletaan miettiä, miten ja mistä voisi saada työpaikan. Mietitään, mitä ja kenen käytännön apua siihen tarvitsee. Allekirjoittanut konsultoi työkaveria tässä asiassa. Tavataan ensi viikolla ja jatketaan keskustelua elämän suunnitelmista.
2. Puhuttu tulevan ”välivuoden” eli lyhyen aikavälin vaihtoehtoisista töistä eli valinnoista = työharjoittelu vai työpaikka? Nämä kytkeytyvät isompaan kysymykseen eli ammatinvalintaan, opiskelupaikan valintaan ja mahdollisesti paikkakunnan vaihtamiseen näiden valintojen seurauksena. Jää miettimään ja kypsyttämään eri näkökulmia ja yrittää realisoida, onko hänen mahdollista päästä haluamaansa oppilaitokseen ja onko se hänen oma unelmansa vai isän delegaatio/unelma. Mietti myös mahdollisia pelkoja tai epävarmuuksia, jotka ehkä estävät ryhtymästä käytännössä työhön tai opiskeluun.

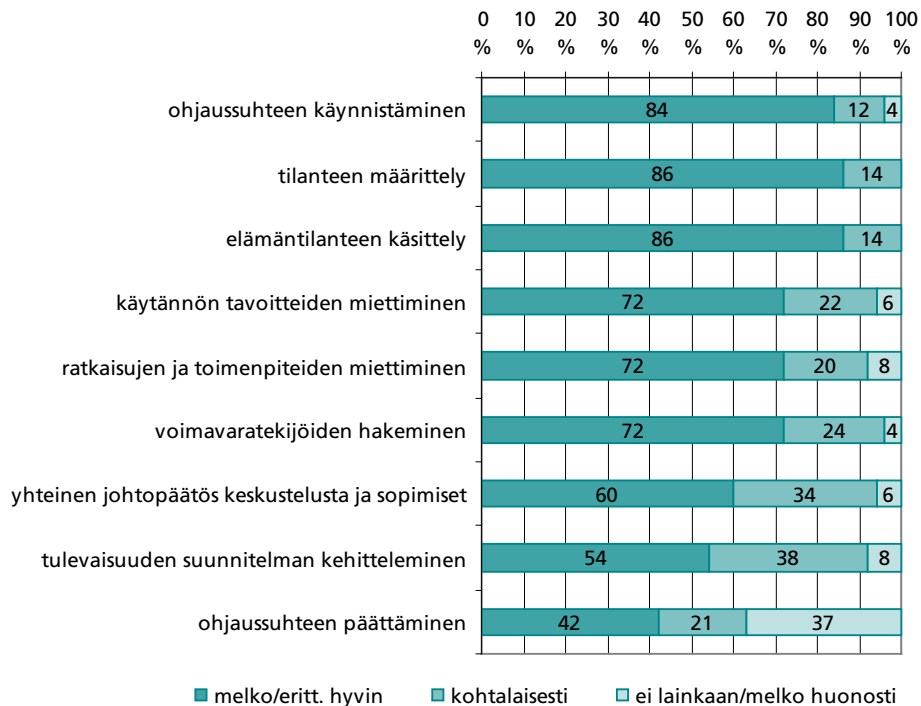
3. Ei ole saanut soitettua mihinkään ajattelemistaan työpaikoista eikä selvittänyt oppilaitoksen pääsyvaatimuksia. Siksi mietitään hänelle työharjoittelupaikkaa, jotta voisi siellä tutustua työelämään ensin. Saa siis mukaan työharjoittelupaikkoja, joihin soittaa. Miettiä ammatinvalinnanohjauspsykologille menoa. Täyttää yhteishakulomakkeet taloud. toimeentulon vuoksi. *Koetan tsempata tekemään* jotain, saamaan toimintaan!!!!
4. Asiakas ilmoittaa omana toiveenaan olevan, että haluaa käydä auto-koulun, ennen kuin edes *mieltii* työhön menoa. Koska hän ensimmäisen kerran ilmaisee selkeästi ja tiukasti *oman* ajatuksensa, kunnioitetaan sitä ja mietitään sen pohjalta jatkoa. Eli aloittaa käynnit psykologin luona selvitteläkseen ajatuksiaan ja tunteitaan tulevaisuuden suhteen. Ja emme tyrkytä hänelle työtä tai harjoittelua ja sovimme seuraavan tapaamisen vasta lokakuun lopulle.
5. Etsii itselleen työpaikan ja kertoo tästä ensi kerralla. Haluaa pysyä työvoimatoimiston asiakkaana työmarkkinatuen takia. Sen saaminen edellyttää kuitenkin esim. työharjoittelua tai koulutukseen pyrkimistä tai todella ”oikeaa” työtä. Ei halua kuitenkaan työharjoittelua, koska ”siitä saatava raha on niin pieni”. Eli jumitilanne. Lupaa siis järjestää itselleen työpaikan...
6. On etsinyt aktiivisesti työpaikkaa. Mitä edistystä! On siis ns. aktivoitunut. Jatkaa etsimistä ja tulevaisuuden suunnittelua.
7. On hankkinut itselleen työtä! Miettiä realistisesti armeijan käymistä ensi syksystä alkaen.
8. Ns. virallisen Time Out -tukisuhteen lopettaminen.

Toinen esimerkki on asiakastapaus ”Pekka”. ”Pekan” kohdalla havainnollistuu hyvin se, että asiat eivät aina etene toiveiden mukaisesti, vaan vastaan voi tulla myös koettelemuksia ja takapakkia. Pekka vapautettiin palveluksesta rauhan ajaksi kutsunnoissa. Hänet oli vapautettu jo kaksi kertaa aiemminkin. Pekka ilahtui suuresti kuullessaan, että HÄNEEN otetaan yhteyttä. Hän kertoi jo ensimmäisellä tapaamiskerralla vuolaasti omasta elämästään. Pekka oli ollut asunnoton useita vuosia. Lisäksi hänellä oli sakoja maksamatta. Ohjaustyö aloitettiin Pekan toiveiden mukaisesti näistä ongelmista. Seuraavalla tapaamiskerralla ohjaaja esitti oikeusrekisterikeskuksesta tulleen listan, jonka mukaan Pekan tilanne ei ollutkaan niin paha, kuin hän oli kuvitellut. Pekka kertoi, että juuri tätä hän oli kaivannut: että on olemassa joku, joka selventää, mikä hänen todellinen tilanteensa on. Asumisen ja toimeentulon selvittelyssä asiat eivät kuitenkaan sujuneet toivotulla tavalla. Pekalle järjestyi asunto soluasunnosta, johon hän ei koskaan muuttanut. Myöhemmin Pekka kertoi, että häntä ahdisti jo pelkkä ajatuskin yhteisasunnosta. Sosiaalityöntekijän pienennettyä toimeentulotuen perusosaa Pekka ei pystynyt maksamaan sakojaan ja hänen hermonsaa kiristyivät äärimmilleen uhkaavan vankeustuomion takia. Pekka tuli ohjaajan luokse ahdistuneena ja verbaalisella tasolla aggressiivisena. Säännölliset tapaamiset kahden viikon välein loppuivat tähän. Ohjaaja oli huolis-

saan. Kuuden viikon jälkeen Pekka otti itse yhteyttä. Pekan elämä tuntui olevan synkempää kuin koskaan: tyttöystävä oli jättänyt, uusia sakkoja oli muunnettu ja hän pelkäsi sekoavansa. Ohjaaja varasi ajan A-klinikalla. Käynti siellä oli kuitenkin pettymys ja Pekka syytti työntekijöitä heidän ennakoasenteestaan. Käynti vahvisti Pekan uskomusta, ettei nuoruuden ajan synneistä pääse koskaan eroon. Vähitellen Pekan elämänusko palasi ja yhteys ohjaajan oli tiivistä. Pekka onnistui samaan töitä, maksoi palkallaan sakot pois ja tunsu olevansa ensimmäistä kertaa vapaa mies. Pekalle järjestyi myös asunto. Pekan mielestä tukiohjelmaan arpoutuminen oli parasta, mitä hänelle oli koskaan tapahtunut.

Ohjauksen vaiheet

Ohjaajat arvioivat tukisuhteen eri vaiheiden toteuttamisen onnistuneen useimmiten hyvin (kaavio 11). Ohjaussuhteen käynnistäminen, yhteinen tilanteen määrittely, asiakkaan elämäntilanteen käsittely ja käytännön tavoitteiden miettiminen onnistuivat vähintään kohtalaisesti lähes kaikissa tukisuhteissa. Niin ikään ratkaisujen ja toimenpiteiden miettiminen, voimavaratekijöiden hakeminen, yhteiset johtopäätökset keskusteluista ja sopimiset sekä tulevaisuuden suunnitelman kehittäminen onnistuivat ohjaajan arvioimana useimmiten hyvin. Haasteellisimmaksi vaiheeksi osoittautui ohjaussuhteen päättäminen. Vain vajaassa puolessa (42 %) ohjaussuhteista suhteen päättäminen onnistui ohjaajan arvion mukaan melko tai erittäin hyvin.



Kaavio 11. Ohjaajien arviot tukisuhteen eri vaiheiden onnistumisesta

Tukisuhteen päättämisen teki ongelmalliseksi se, että päätös tukisuhteen lopettamisesta ei aina ollut yhteisesti sovittu. Tukisuhde saattoi päättyä esimerkiksi niin, että asiakas jätti tulematta sovittuun tapaamiseen eikä enää vastannut soittopyyntöihin. Ohjaajalle jäi tällöin huoli asiakkaasta.

”Lopettaminen jäi mietityttämään. Poika tuli kuin kello aiemmin ja lopetti eikä perunut varattua aikaa.” (00202)

”Koen, että en saanut lopetettua tukisuhdetta rakentavasti ja jäin huolestuneeksi asiakkaan tilanteesta ja voinnista!” (00242)

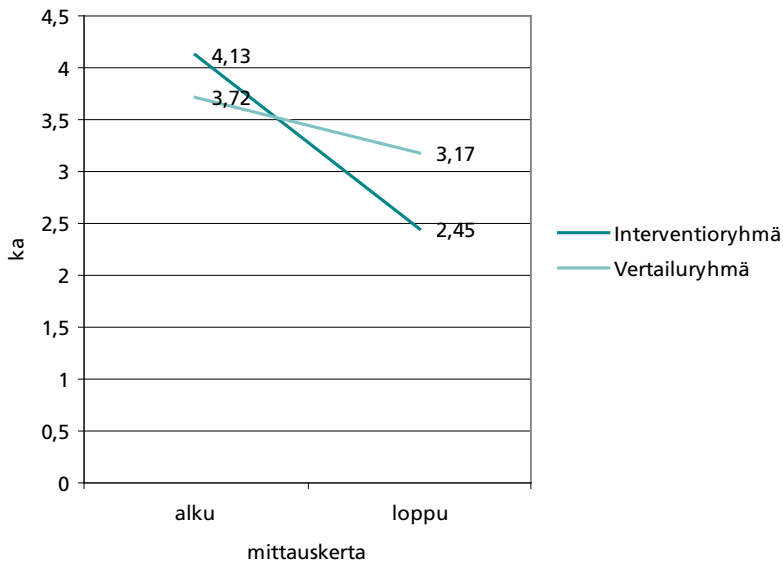
”Tukisuhteen olisi voinut päättää yhteisellä sopimuksella heti tapaamiskerran päätteeksi eikä jättää roikkumaan ajatuksella, että ’jos jotain tulee.’” (00262)

Tukiohjelman vaikuttavuus ja arvioitu hyöty

Tukiohjelman vaikuttavuus

Psyykkinen kuormittuneisuus

Tukiohjelmalla oli vaikutusta interventioryhmään kuuluneiden psyykkiseen kuormittuneisuuteen (GHQ-12). Interventioryhmään kuuluneiden psyykkinen kuormittuneisuus väheni seuranta-aikana enemmän kuin vertailuryhmään kuuluneiden ($p = .0479$, kaavio 12 ja liite 5, taulukko 1).



Toistomittaus varianssianalyysi $p = .0479$ ($F = 3.96$, $df = 215$).

Kaavio 12. Psyykkinen kuormittuneisuus interventio- ja vertailuryhmällä alku- ja loppumittauksessa

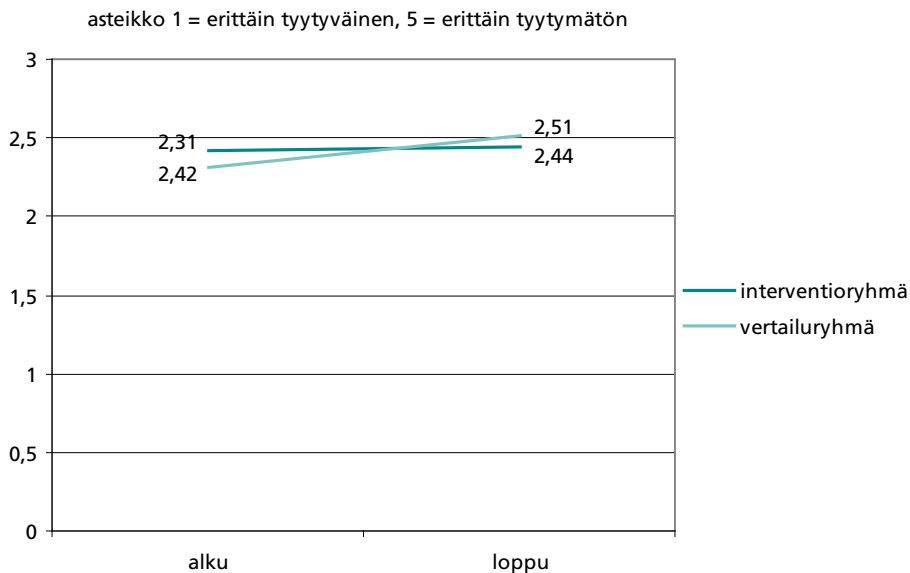
Interventioryhmään kuuluneista alkutilanteessa oli psyykkisesti kuormittuneita lähes puolet (47 %), seuranta-ajan päätyttyä vajaa kolmasosa (28 %). Tuki-suhteeseen kiinnittyneistä puolestaan lähes kaksi kolmesta (63 %) oli alkumittauksessa psyykkisesti kuormittunut, loppumittauksessa enää joka kolmas (36 %). Vertailuryhmään kuuluneiden keskuudessa psyykkisesti kuormittuneiden osuus ei juuri muuttunut (41 % ja 37 %).

Interventiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muihin tulosuuttuihin eli elämänlaatuun, alkoholin ongelmakäyttöön, ongelmien kasautumiseen, itseluottamukseen tai itsetyytyväisyyteen (liite 6).

Tyytyväisyys ihmissuhteisiin

Tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin kysyttiin osana elämänlaatua kartoittavaa kysymys-sarjaa. Interventiolla oli vaikutusta myös siihen, kuinka tyytyväisiä miehet olivat ihmissuhteisiinsa ($p = .0288$, kaavio 13, liite 5, taulukko 2). Interventioryhmään kuuluneiden tyytyväisyys ihmissuhteisiin pysyi jokseenkin samana, kun vertailuryhmällä tyytymättömyys ihmissuhteisiin kasvoi seuranta-aikana.

Yleinen trendi oli, että tyytyväisyys ihmissuhteisiin heikkeni seuranta-aikana. Vertailuryhmään kuuluneista kaksi kolmesta (66 %) oli alkumittauksessa tyytyväinen ihmissuhteisiinsa, loppumittauksessa enää 59 prosenttia. Tyytymättömiä oli alkumittauksessa 16 prosenttia ja seuranta-ajan päätyttyä 26 prosenttia. Interventio



Toistomittaus varianssianalyysi $p = .0288$ ($F = 4.85$, $df = 218$).

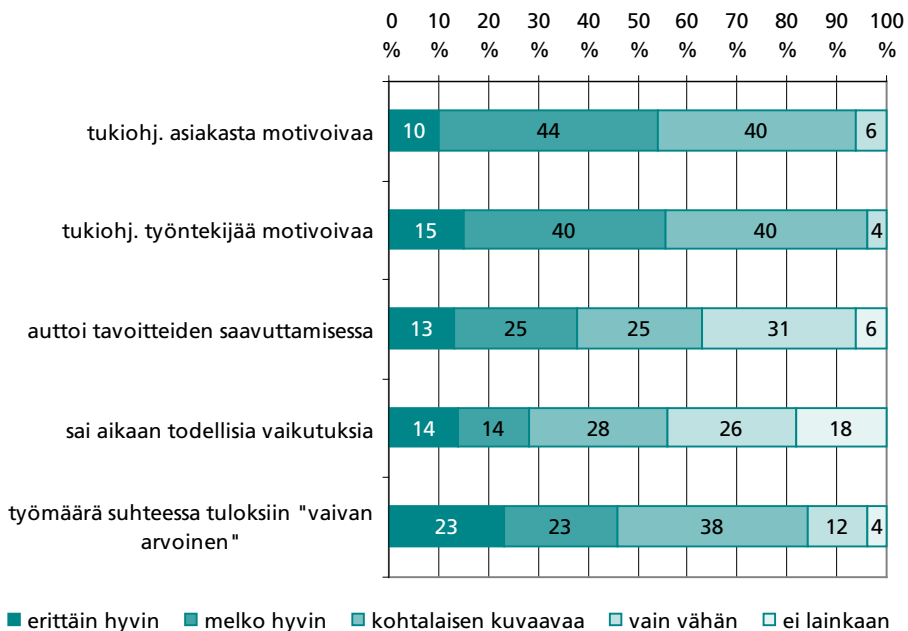
Kaavio 13. Tyytyväisyys ihmissuhteisiin interventio- ja vertailuryhmään kuuluneilla

sai aikaan päinvastaisen kehityksen. Interventoryhmään kuuluneista kaksi kolmesta (65 %) oli alkumittauksessa tyytyväinen ihmissuhteisiinsa, loppumittauksessa tyytyväisten osuus oli kutakuinkin sama (66 %). Tyytymättömiä oli alkumittauksessa 18 prosenttia ja loppumittauksessa 19 prosenttia. Tukisuhteeseen kiinnittyneistä 58 prosenttia ilmaisi alkumittauksessa olevansa tyytyväinen ihmissuhteisiinsa, loppumittauksessa tyytyväisten osuus oli 68 prosenttia. Tyytymättömiä oli alkumittauksessa joka neljäs (25 %) ja seuranta-ajan päätyttyä 18 prosenttia.

Mikään tukiohjelman toteutukseen liittyvä tekijä ei selittänyt tukiohjelman tilastollisin menetelmin todettua vaikutusta. Selittävinä tekijöinä tarkasteltiin tukisuhteen pituutta, tapaamisten tai kontaktien lukumäärää ja ensimmäisen yhteydenoton nopeutta.

Tukiohjelman hyöty ja merkityksellisyys ohjaajan arvioimana

Ohjaajat arvioivat, että yli puolessa (56 %) tukisuhteista tukiohjelmalla oli ollut todellista vaikutusta asiakkaan elämään. Yhdeksässä tapauksessa (18 %) vaikutuksia ei nähty olleen lainkaan. Valtaosassa (85 %) tukisuhteista työmäärä suhteessa tuloksiin oli ohjaajien mielestä kuitenkin ”vaivan arvoista”. Tukisuhde arvioitiin asiakasta (94 %) ja työntekijää (96 %) motivoivaksi lähes kaikissa tukisuhteissa (kaavio 14).



Kaavio 14. Ohjaajan arviot tukiohjelman hyödyllisyydestä ja vaikutuksista

Taulukko 4. Tavoitteiden toteutuminen ohjaajan arvioimana

Tavoitteiden toteutuminen	f	%
Tavoitteita ei asetettu	6	12
Erittäin hyvin	12	24
Melko hyvin	18	35
Kohtalaisesti	9	18
Melko huonosti	3	6
Erittäin huonosti	3	6
Yhteensä	51	100

Ohjaajat arvioivat kolmen tukisuhteen neljästä (77 %) onnistuneen niin, että sovitut tavoitteet tai toimenpiteet toteutuivat vähintäänkin kohtalaisesti (taulukko 4). Kuudessa tukisuhteessa (12 %) tavoitteita ei asetettu lainkaan.

Mitä useammin ohjaaja oli tavannut asiakastaan, sitä suuremmalla todennäköisyydellä tukiohjelma oli saanut ohjaajan arvion mukaan todellisia vaikutuksia aikaan asiakkaan elämässä ($p < .05$) ja sovitut tavoitteet arvioitiin toteutuneen ($p < .01$). Asiakkaan ongelmien laadulla tai ongelmien kasautumisella ei ollut yhteyttä ohjaajan arvioihin tukiohjelman hyödyistä ja tavoitteiden toteutumisesta.

Ohjaajia pyydettiin avoimella kysymyksellä arvioimaan, mitä muutoksia asiakkaassa tai hänen elämässään oli tapahtunut tukiohjelman aikana. Ohjaajien havaitsemat muutokset liittyivät niin asiakkaan elämäntilanteen järjestymiseen kuin muutoksiin asiakkaassa itsessään.

Asiakkaan elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset liittyivät usein *työhön* (14 mainintaa), *opiskeluun* (6 mainintaa) ja *asumiseen* (7 mainintaa). Muutokset koskivat esimerkiksi työ- tai opiskelupaikan saamista, menestystä työelämässä tai opintojen loppuun saattamista. Asiakkaat saattoivat muuttaa pois lapsuudenkodistaan ja hankkia ensimmäisen oman asunnon. Ohjaajat huomasivat asiakkaisissa myös *taloudellisen tilanteen* kohentumista tai selkiytymistä (3 mainintaa). Myös asiakkaiden *tulevaisuuden suunnitelmat* selkiytyivät (4 mainintaa), ja kaksi asiakasta sai selvitettyä *palveluksen keskeytymisen terveydellisiä syitä* ja mahdollisuuksia suorittaa varusmiespalvelus. Ohjaajat huomioivat positiivisia muutoksia myös asiakkaiden *ihmissuhteissa* (8 mainintaa) ja *vapaa-ajassa* (2 mainintaa). Suhteet perheenjäseniin sekä ystäviin paranivat. Asiakas rohkaistui sekä aktivoitui sosiaalisessa elämässään ja suhteissaan. Myös uusia harrastuksia aloitettiin.

Hyvin usein elämäntilanteen järjestyminen, työpaikan saaminen tai sosiaalisen elämän aktivoituminen sai aikaan positiivisia muutoksia myös asiakkaassa itsessään. Ohjaajat huomasivat asiakkailta lisääntyntä *aktiivisuutta*, *omatoimisuutta* sekä *vastuunottoa* (12 mainintaa). *Itseluottamus* ja *itsevarmuus* kohentuivat (11 mainintaa), samoin *sosiaaliset taidot* (3 mainintaa). Kahden asiakkaan kohdalla *päihkeiden käytön* arvioitiin vähentyneen. *Psyykinen hyvinvointi* lisääntyi ja mieli-

ala kohentui (11 mainintaa) ja *usko tulevaisuuteen vahvistui* (3 mainintaa). Seuraavassa on otteita ohjaajien arvioista siitä, mitä muutoksia asiakkaassa ja hänen elämässään tapahtui tukisuhteen aikana:

”Asiakas rohkaistui sos. elämässään; aktivoi vanhoja ystävyyssuhteitaan, tutustui uusiinkin ihmisiin, ryhtyi käymään ’ulkona’. Itse koki sosiaalisen ’kömpelyytensä’ vähemmän häittäavana. Itseluottamus vaikutti pönkityvän. Työnohjausta ja työllistymisessä ollut aktiivinen.” (00199)

”Asiakas mielestäni kasvoi henkisesti erittäin paljon vuoden aikana. Vähän sisäänpäin kääntyneestä, uneksivasta pojasta tuli aktiivinen oikeassa elämässä kiinni oleva ja ajatuksiaan erittelevä ja ilmaiseva mies.” (00038)

”Asiakkaan päihteiden käyttö vähentyi/sai hallintaan, mieliala kohentui ja yhdessä hoitavan lääkärin kanssa päätyivät masennuslääkityksen lopettamiseen. Seurustelusuhde tyttöyst. kanssa vakavoitui ja johti yhteenmuuttoon. Asiakas sai uutta intoa lukio-opintonsa loppuun vientiin ja haki jo kevään yhteishaussa media-alan opintoihin. Asiakas vaikutti saaneen lisää varmuutta ja luottamusta itseensä sekä tulevaisuuteen.” (00194)

”Asiakkaan toimeentulo- ja työllisyystilanne selkiintyivät sekä tulevaisuuden suunnitelmat myös. Mieliala kohentui ja luottamus itsen lisääntyi; psyykkinen vointi kohentui.” (00256)

”Asiakkaan aktiivisuus ja omatoimisuus ja aloitteellisuus lisääntyivät esim. työhaun ja muun asiallisen tekemisen löytämiseksi selvästi. Itseluottamuksen ja itsetunnon alueella tapahtui eniten muutosta. Ja myös jonkin verran oma-aloitteisuus lisääntyi.” (00327)

”Mieliala kohentui, päihteiden käyttö väheni. Tulevaisuuden suunnitelmat alkoivat hahmottua, kesken jäänyt opiskelu ammattiin sai uutta puh-tia. Asiakas aloittaa opiskelut uudelleen (siis jatkaa siitä mihin ne jäivät!).” (00331)

Kaikki asiakassuhteet eivät toki olleet pelkkiä menestystarinoita. Kahden asiakkaan kohdalla ohjaajat eivät havainneet positiivisia muutoksia. Toisen kohdalla työttömäksi joutuminen sai aikaan negatiivisen kehityskulun ja asiakkaan yleisen elämäntilanteen heikentymisen.

”Ei juurikaan muutoksia ainakaan hyvinvointia edistävästi. Edelleen ’saamaton’ asioidensa hoitamisen suhteen, tulevaisuuden suunn. selkiytymättömät ja subjekt. koettu vointi huono.” (00341)

”Sai entisen työnsä takaisin, teki töitä – saneerattiin ulos – jäi työttömäksi. Työttömäksi jäämisen jälkeen selkeästi ote asioidensa hoitamiseen höltyi. Sai oman vuokra-asunnon ja muutti pois vanhempiensa asunnosta. Itsenäinen asuminen vaikutti käynnistyvän hyvin, mutta työttömäksi jäämisen myötä ongelmia vuokranmaksussa. Mieliala vaikutti kohene-

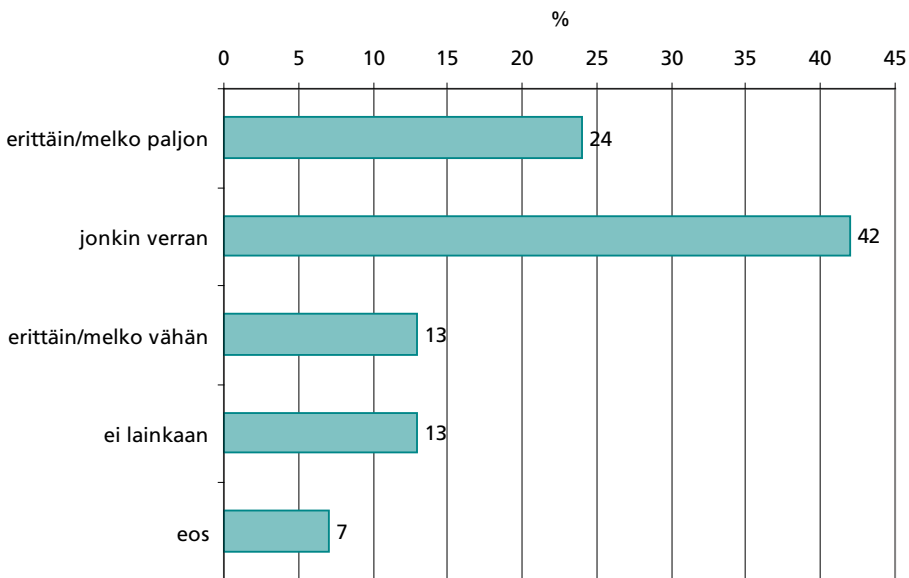
van, kun muutti omaan asuntoon, mutta työttömyyden myötä kiinnos-
tus itsensä hoitamiseen vaikutti vähenevän. Päihteiden käyttö mahdolli-
sesti lisääntynyt.” (00323)

Tukiohjelman hyöty ja merkityksellisyys asiakkaiden arvioimana

Tukiohjelmaan kiinnittyneet asiakkaat arvioivat ohjaajansa kiitettävän arvosanoin. Tukiohjelmaan kiinnittyneistä 87 prosenttia tuli oman arvionsa mukaan erittäin ja 11 prosenttia melko hyvin toimeen oman ohjaajansa kanssa. Vain yksi asiakas arvioi tulleen toimeen ”ei hyvin eikä huonosti”. Valtaosalle (75 %) jäi tapaamisista erittäin myönteinen ja 21 prosentille melko myönteinen olo. Kaksi asiakasta arvioi olonsa tapaamisten jälkeen ”osittain myönteiseksi, osittain kielteiseksi”.

Tukiohjelmaan kiinnittyneistä asiakkaista 67 prosenttia oli sitä mieltä, että tukiohjelmasta oli vähintään jonkin verran hyötyä (kaavio 15).

Tukiohjelman hyödystä kysyttäessä päällimmäiseksi asiakkaiden kommentteissa nousi mahdollisuus *keskustella* ja puhua henkilökohtaisista asioista (20 mainintaa). Keskustelut auttoivat heitä *jäsentämään oman tilanteensa*, keskustelujen kautta aukeni myös *uusia näkökulmia* tulevaisuuden suunnitelmiin (12 mainintaa).



Kaavio 15. Asiakkaiden arviot tukiohjelman hyödyllisyydestä (n = 45)

”Se oli hyvää että käytiin läpi tän hetkinen elämäntilanne ja sai kertoa henkilökohtaisiakin juttuja.“ (00198)

”Oli hyvä, että sai muutakin kommenttia kuin perheeltä tai lääkäriltä. Hyvää oli puhuminen, pohtiminen, uusien näkökulmien saaminen. Tu-
kea ja näkökulmia sai elämän raiteilleen laittamiseen, näihin asioihin mi-
tä mulla tässä oli.” (00352)

”Ne oli tukevia tapaamisia, niissä sai ideoita ja ajatuksia siitä, mitä elä-
mällään tekis, ja suuntaa, ainakin joistain ajatuksista kiinni ja pääsi al-
kuun.” (00314)

Toiseksi keskeiseksi hyödyksi asiakkaiden arvioimana nousivat *konkreettiset neuvot ja vinkit* asioiden hoitamisessa (19 mainintaa). Asiakkaiden asioista huolehdittiin kokonaisvaltaisesti. Usein ohjaajat myös katsoivat perään, että kaikki sovitut asiat tulivat myös tehdyksi.

”Apua ja vinkkejä työnhaussa, byrokratia- ja sossuasioissa. Parasta oli, et-
tä ne vinkit ihan oikeesti toimi.” (00202)

Ohjaajat motivoivat ja kannustivat asiakkaitaan ja asiakkaat kokivat *aktivoituneen-*
sa oman elämän selvittelemisessä ja järjestykseen saamisessa (5 mainintaa). Myös
tunne, että joku välittää (2 mainintaa), tuntui hyvältä.

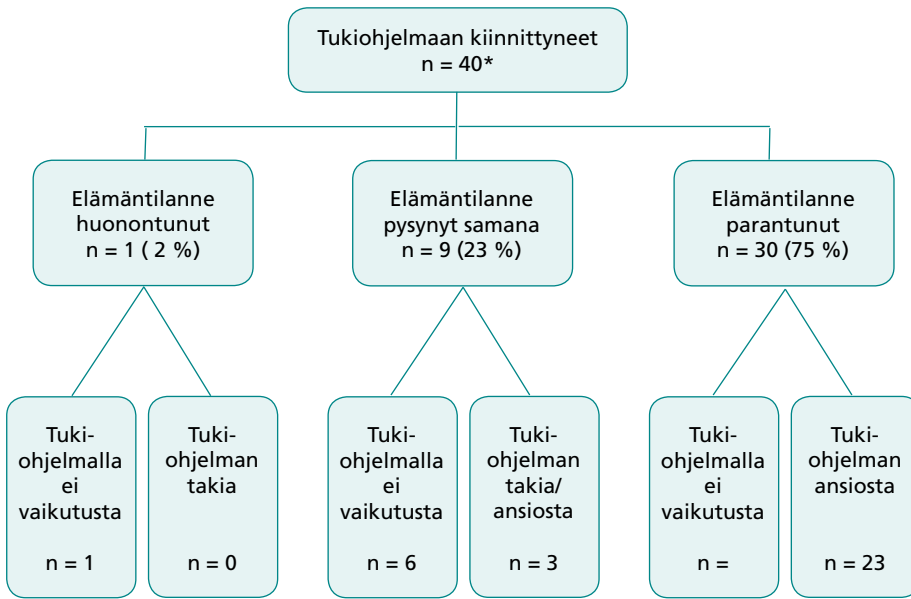
”Sain tarvittavaa potkua asioiden hoitamiseen.” (00010)

”... ja se, että joku edes kysyi kuulumisia ja välitti asioistani oli parasta oh-
jelmassa.“ (00025)

Tukiohjelma tarjosi asiakkaille myös *konkreettista hyötyä* (4 mainintaa) esimerkiki-
si työpaikan tai asunnon saannissa.

”Alkuvaiheessa oli tärkeintä että pääsi puhumaan. Toinen oli asunto, jon-
ka ohjaaja hoiti tosi nopeasti. Työasioissakin olis saanut apua, mutta ne
asiat lähti sitte rullaamaan muutenkin. Sain apua virastohommiin ja
vinkkiä ja ohjaaja katto päälle että ne tuli hoidettua.” (00323)

Tukiohjelmaan osallistuneita pyydettiin arvioimaan, ”ovatko asiat kaiken kaikki-
aan nyt paremmin vai huonommin kuin ennen tukiohjelmaa”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”paremmin”, ”yhtä hyvin kuin ennenkin”, ”huonommin” ja ”en osaa sanoa”. Tukiohjelmaan kiinnittyneistä asiakkaista 67 prosenttia (n = 46) arvioi lop-
puhaastattelussa asiansa olevan kaiken kaikkiaan paremmin kuin ennen tukiohjel-
maa. Vain kerran tavatuista pojista tätä mieltä oli kolmasosa (36 %). Ero oli tilas-
tollisesti merkitsevä (p < .05).



* Tukiohjelmaan kiinnittyneitä oli 52, joista 40:ltä saatiin kuvion edellyttämät tiedot.

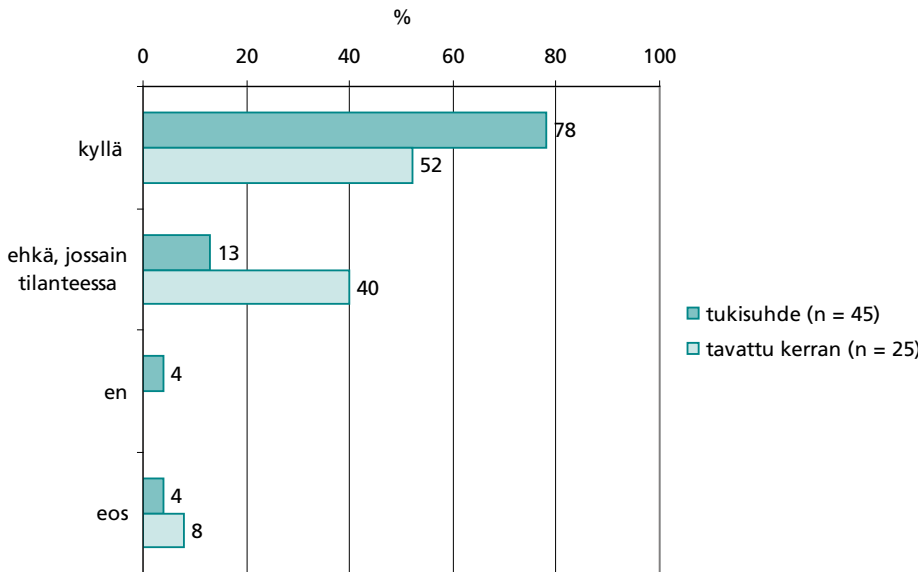
Kaavio 16. Asiakkaiden arviot elämäntilanteensa muuttumisesta sekä siitä, oliko tukiohjelmalla vaikutusta muutokseen

Tukiohjelmaan osallistuneilta pyydettiin tämän lisäksi arviota, kuinka paljon elämäntilanteen kohentuminen (tai huonontuminen) johtui tukiohjelmasta. Vastausvaihtoehtoina olivat ”erittäin paljon”, ”melko paljon”, ”ei paljon, mutta ei vähänkään” (= jonkin verran), ”melko vähän” ja ”hyvin vähän”. Kolme vastaajaa neljästä (75 %) arvioi elämäntilanteensa parantuneen, ja suurimmassa osassa tämä arvioitiin tukiohjelman ansioksi. Tukiohjelman ansiosta arvioi elämäntilanteensa kohentuneen kaiken kaikkiaan 58 prosenttia tukiohjelmaan kiinnittyneistä. Tukiohjelma ei ollut heikentänyt kenenkään elämäntilannetta (kaavio 16).

Asiakkaan arvio tukiohjelman positiivisesta vaikutuksesta omaan elämään ei ollut yhteydessä asiakkaan taustamuuttujiin eikä tukisuhteen pituuteen tai intensiteettiin.

Suurin osa tukiohjelmaan kiinnittyneistä (78 %) ja yli puolet kerran tavatuista asiakkaista (52 %) suosittelisi tukiohjelmaan osallistumista kavereilleen (kaavio 17).

Ohjaajan ja asiakkaan arviot tukiohjelman vaikuttavuudesta eivät olleet aina yhteneviä. Asiakassuhteista, joista tiedossa on niin asiakkaan kuin ohjaajan arvio tukiohjelman vaikuttavuudesta (n = 38), vain viidessätoista tapauksessa (40 %) molemmat näkivät tukiohjelman vaikuttaneen positiivisesti asiakkaan elämään. Kahdeksassa tapauksessa (21 %) vain ohjaaja arvioi ohjelmalla olleen positiivista vaikutusta asiakkaan elämään. Niin ikään kahdeksassa tapauksessa (21 %)



Kaavio 17. Asiakkaiden arviot tukiohjelman suositeltavuudesta

vain asiakas arvioi elämäntilanteensa kohentuneen tukiohjelman ansiosta. Seitsemässä tapauksessa (18 %) niin ohjaaja kuin asiakaskin katsoivat, ettei tukiohjelmalla ollut vaikutusta asiakkaan elämään.

Hyvä esimerkki ristiriitaisista arvioista tukiohjelman hyödyllisyyteen liittyen on ”Mikon” tapaus. Mikko oli saanut kutsunnoissa lykkäystä palveluksesta sydäntien ja masennuksen takia. Mikon kotiolot olivat kunnossa, hän asui vielä perheensä kanssa. Koulunkäynti ei sujunut toivotulla tavalla, Mikolla ei ollut ystäviä eikä tulevaisuuden suunnitelmia. ”Mikään ei innosta eikä mitään saa aikaiseksi.” Mikko oli ohjaajan arvion mukaan erittäin motivoitunut osallistumaan tukiohjelmaan. Hänen toiveenaan oli saada työpaikka, itsenäistyä sekä löytää sosiaalisia kontakteja. Ohjaaja tapasi Mikkoa yhteensä neljä kertaa. Yhdessä täytettiin työhakemuslomakkeita, tuettiin opiskelupaikan haussa ja normaalissa elämänrytmissä pysymisessä. Ohjaaja otti tämän lisäksi yhteyttä nuorison neuvonta-asemalle ryhmätoimintaan osallistumiseksi. Mikolle järjestyi psykoterapia. Ohjaajan loppuarvion mukaan ”asiakkaan mieliala kohentui huomattavasti, itseluottamus lisääntyi. Asiakas sai asioitaan järjestettyä ja onnistumisen kokemuksia kertyi. Näköalattomasta kotiin jumittuneesta nuoresta miehestä tuli sosiaalisia taitoja harjoitteleva varmempi opiskelija”. Mikko itse – vaikkakin varsin tyytyväisenä tarjottuun tukiohjelmaan – oli tukisuhteen päättyessä sitä mieltä, että tukiohjelmalla ei ollut merkitystä hänen elämäntilanteensa paranemisessa. Mikon psyykinen kuormittuneisuus kuitenkin väheni selvästi yhden vuoden seuranta-aikana

Yhteensä 20 asiakasta esitti loppuhaastattelussa tukiohjelmaan liittyviä kehittämisehdotuksia tai kriittisiä kommentteja. Kommentit liittyivät useimmiten tukiohjelman antiin, yhteydenpitoon, tapaamisjärjestelyihin sekä tutkimuslomakkeiden täyttämiseen. Tämän lisäksi esitettiin yksittäisiä kriittisiä kommentteja, jotka koskivat ohjaajan luotettavuutta sekä tukiohjelman kohderyhmää.

Asiakkaista viisi olisi toivonut tukiohjelmalta konkreettisempaa hyötyä, esimerkiksi työpaikan tai toimeentulotuen muodossa. Kaksi asiakasta odotti monipuolisempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa sekä ohjaajan syvällisempää paneutumista asiakkaan asioihin. Asiakkaista kolme olisi kaivannut intensiivisempää yhteydenpitoa tai enemmän tapaamisia. Kaksi asiakasta oli sitä mieltä, että tukiohjelma olisi voinut kestää kauemmin. Rauhallisempaa tilaa tapaamisille olisi toivonut kaksi asiakasta, yksi toivoi iltavastaanottoaikoja. Kyselylomakkeiden täyttämistä kritisoi kolme asiakasta. Yhden asiakkaan kohdalla ohjaaja ei ollut saapunut tapaamiseen sovitusti eikä ollut ottanut yhteyttä jälkikäteenkään. Yksi asiakas arveli, että Aikalisän kaltaisen tukiohjelman tarve olisi hänen kohdallaan ollut suurempi muutamaa vuotta aikaisemmin.

POHDINTA

Tutkimustulosten ja niiden merkityksen arviointia

Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle määrätyille miehille on kasautunut paljon erilaisia ongelmia (Stengård ym. 2008a; Multimäki ym. 2005; Parkkola 1999). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko tälle ryhmälle kohdennetulla interventiolla vaikuttaa näiden nuorten miesten hyvinvointiin. Intervention vaikuttavuutta tutkittiin satunnaistetulla vertailuasetelmalla. Vaikutavuuden lisäksi haluttiin selvittää, minkälaisia miehiä interventioon eli tukiohjelmaan kiinnittyi, kuinka tukiohjelman toteuttaminen onnistui ja kuinka hyödyllisenä ja merkityksellisenä tukiohjelmaa pidettiin.

Ohjaajat tavoittivat kaksi kolmasosaa interventioryhmään kuuluneista miehistä ja yhteensä 52 miestä (29 %) kiinnittyi tukiohjelmaan. Tukiohjelmaan kiinnittyi erityisesti psyykkisesti oireilevia nuoria miehiä, joille oli kasautunut erilaisia ongelmia. Eniten ajankohtaisia ongelmia oli kasautunut kuitenkin ryhmälle, jota ohjaajat eivät koskaan onnistuneet tavoittamaan lukuisista yrityksistä huolimatta. Voidaan siis todeta, että tukiohjelma onnistui tavoittamaan tukea tarvitsevia nuoria, ei kuitenkaan kaikkia. Eniten tukea tarvitsevien tavoittaminen on todettu muissakin nuorille suunnatuissa interventioissa haastavaksi. Esimerkiksi Hüslerin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa preventiiviseen interventioon kiinnittyivät heikoimmin juuri ne nuoret, joiden syrjäytymisriski oli suurin.

Tukisuhteet kestivät keskimäärin 6 kuukautta (vaihteluväli 1 viikosta 14 kuukauteen) ja ohjaajat tapasivat asiakkaitaan 1–15 kertaa, yleisimmin kaksi kertaa. Tapaamiskertoja kertyi tukisuhteessa vähemmän kuin ohjaajien työkirjassa suositeltiin. Toisaalta ohjaajille annettiin vapaus käyttää omaa harkintaa ja tavata asiakasta tarpeen mukaan. Näyttää siltä, että myös lyhytkestoisella interventiolla voidaan vaikuttaa nuorten miesten hyvinvointiin.

Tutkimus osoitti, että tukiohjelmalla oli vaikutusta nuorten miesten psykososiaaliseen hyvinvointiin. Interventioryhmään kuuluneiden miesten psyykinen kuormittuneisuus laski enemmän kuin vertailuryhmään kuuluneilla miehillä. Interventiolla ei ollut vaikutusta muihin ensi- tai toissijaisiin tulosmuuttujiin: elämänlaatuun, alkoholin ongelmakäyttöön, ongelmien kasautumiseen, itseluottamukseen tai itsetyytyväisyyteen. Psyykkisen kuormittuneisuuden vähenemisen lisäksi vaikuttavuusnäyttö löytyi yhdestä elämänlaatua kuvaavan summamuuttujan osiosta. Tämä liittyi tyytyväisyyteen ihmissuhteisiin. Interventioryhmään kuuluneiden tyytyväisyys ihmissuhteisiin pysyi ennallaan, kun se vertailuryhmässä heikkeni seuranta-aikana.

Tukiohjelman toteuttaminen onnistui ohjaajien arvioiden mukaan useimpien hyvin. Ohjaajat arvioivat kolmen tukisuhteen neljästä onnistuneen niin, että

sovitut tavoitteet tai toimenpiteet toteutuivat vähintäänkin kohtalaisesti. Yli puolella tukisuhteista oli ohjaajien arvioiden mukaan ollut todellista vaikutusta asiakkaan elämään. Tukiohjelma sai myös miehiltä itseltään laajan hyväksynnän. Kaksi asiakasta kolmesta oli sitä mieltä, että tukiohjelmasta oli vähintäänkin jonkin verran hyötyä. Yli puolet tukiohjelmaan kiinnittyneistä arvioi, että heidän elämäntilanteensa oli parantunut tukiohjelman ansiosta. Valtaosa suosittelisi ohjelmaa kaverilleen. Kielteisiä mielipiteitä ei juuri esiintynyt.

Tutkimus osoitti, että arviot intervention vaikuttavuudesta ja hyödystä saattavat olla ristiriitaisia asianomaisten kesken. Vain vajaassa puolessa tukisuhteista asiakas ja ohjaaja olivat yhtä mieltä tukisuhteen hyödyllisyydestä asiakkaan elämäntilanteen kohentumisessa. Yllättävän monessa tapauksessa vain asiakas oli arvioinut elämäntilanteensa parantuneen tukiohjelman ansiosta ohjaajan epäillessä hyötyä. Ilmiö on mielenkiintoinen ja haastaa pohtimaan, kuinka ja kenen arvioimana hyötyä tulisi ylipäättensä mitata ja mikä on vaikuttavuuden ja arvioidun hyödyn välinen suhde. Ryhmätasolla tehtyihin analyyseihin perustuvat päätelmät eivät luonnollisestikaan aina näy yksittäisen henkilön kohdalla. Eikä tilastollisesti merkitsevä muutos yksittäisen ihmisenkään kohdalla aina tarkoita sitä, että asialla olisi suuri merkitys ihmisen arjessa. Voi myös olla, että nuoret miehet eivät itse välttämättä tunnista intervention hyödyllisyyttä. Näin voi olla siksi, että interventio perustuu vuorovaikutussuhteeseen, jolloin vaikutus on useimmiten psykologinen eikä konkreettista hyötyä ole välttämättä havaittavissa. Hyöty voi myös ilmetä vasta pidemmällä aikavälillä, jolloin sen yhteyttä interventioon on vaikeampi tunnistaa.

Ristiriitaisuuksista huolimatta prosessiarvioinnissa esiin tulleet arviot tukiohjelman hyödyistä tukivat vaikuttavuustutkimuksen tuloksia. Useissa ohjaajien arvioissa nousi esille asiakkaan kohentunut mieliala. Tämän arvioitiin johtuvan monista eri syistä. Asiakas sai mm. selkiytettyä elämäntilannettaan ja tulevaisuuden suunnitelmiaan, häntä tuettiin ja aktivoitiin oman elämänsä järjestykseen saamisessa sekä rohkaistiin sosiaalisissa kontakteissa. Vertailuasetelmalla ei pystytty osoittamaan vaikutusta muissa psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujissa, vaikka ohjaajat näkivät asiakkaiden elämässä muitakin myönteisiä muutoksia. Esimerkiksi asiakkaan kohentunut itseluottamus mainittiin useissa ohjaajien arvioissa, vaikuttavuustutkimus ei kuitenkaan antanut näyttöä tästä. Tilastollisesti merkitsevän vaikuttavuuden arviointi tehtiin ns. intention to treat -periaatteella. Tarkastelun kohteena oli tällöin koko interventioryhmä, myös tukiohjelmasta kieltäytyneet ja muilla tavoilla interventiosta pois jääneet. Se, että vain 29 prosenttia interventioryhmään kuuluvista todella kiinnittyi tukiohjelmaan, vaikeutti luonnollisesti intervention tehokkuuden ja vaikuttavuuden todentamista.

Tulokset osoittivat, että interventiolla ei ollut haittavaikutuksia interventioryhmään kuuluneille miehille. Haitallisten vaikutusten tutkiminen on tärkeää kaikissa interventioissa, myös psykososiaaliseen hyvinvointiin keskittyvissä interventioissa. Haittavaikutusten selvittäminen on tärkeää siksi, että monet hyvää tarkoittavat interventiot ovat itse asiassa aiheuttaneet osallistujille haittaa (MacIntyre & Petticrew

2000). Haittavaikutuksia voi olla erityisesti henkilöillä, jotka on satunnaistetussa tutkimusasetelmassa arvottu interventioryhmään ja jotka eivät ole avun tarpeessa (Harrington & Clark 1998).

Tukisuhteet niin kuin myös tukisuhteen muodostaneet asiakkaat olivat hyvin heterogeenisiä, mikä luonnollisesti vaikeuttaa säännönmukaisuuksien tunnistamista kvantitatiivisin menetelmin. Tukisuhteita oli tämän lisäksi suhteellisen vähän, mikä asettaa oman haasteensa tilastollisten analyysien tekemiselle. Tämä raportti ei tarjoa selkeää vastausta kysymykseen, mikä teki interventioista vaikuttavan. Vastauksia tähän kysymykseen voidaan kuitenkin hakea tukiohjelman toteuttamisen periaatteista. Kokonaisvaltaisuus, asiakaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys ja nuoruuden kehitystehtävien tukeminen ovat tekijöitä, jotka on todettu merkittäviksi nuorille kohdennettujen interventioiden vaikuttavuuden kannalta (mm. Catalano ym. 2002 ja 2004; Flay 2002; Hodgson ym. 1996; Hüsler ym. 2005).

Tutkimuksen luotettavuus

Aineisto

Tutkimusaineistoon muodostui katoa useassa eri vaiheessa, mikä heikentää tutkimustulosten luotettavuutta. Kaikkia tutkimuksen kohderyhmään kuuluneita miehiä ei tavoitettu. Tämän lisäksi tutkimuksesta kieltäytyneitä oli 31 prosenttia kaikista hankkeen informaatiopisteessä käyneistä miehistä. Tehtyjen havaintojen perusteella voidaan olettaa, että kieltäytyneiden ryhmään kuului elämäntilanteeltaan ja hyvinvoinniltaan sekä hyvä- että huono-osaisempia miehiä. Kolmanneksi katoa syntyi seurantakyselyssä. Vastausprosentti oli 50, mitä voidaan pitää vaikuttavuustutkimuksen kannalta ongelmallisen alhaisena. Kohderyhmän huomioiden vastausprosentin alhaisuus oli odotettu, sillä postikyselyissä vastausprosentti jää usein alle 60 prosentin (Heikkilä 2001). Kyselytutkimuksiin vastaamatta jättäneiden nuorten, erityisesti miesten, on todettu olevan yleensä psykososiaaliselta hyvinvoinniltaan ja terveystottumuksiltaan huono-osaisempia kyselyihin vastanneisiin verrattuna. Vastaamatta jättäneiden nuorten sosioekonominen status on yleensä alempi ja heillä on enemmän erilaisia sosiaalisia ja mielenterveysongelmia. (Pietilä ym. 1995; Mattila ym. 2007.) Myös tässä tutkimuksessa seurantakyselyyn vastaamatta jättäneillä oli enemmän erilaisia psykososiaalisia ongelmia kuin seurantakyselyyn vastanneilla miehillä. Seurantakyselyssä tulleen kadon voidaan siten olettaa vaikuttaneen tutkimustuloksiin. Tämän lisäksi syntyi interventioon liittyvää katoa. Interventiooryhmään kuuluneista miehistä vain 29 prosenttia todella kiinnittyi tukiohjelmään ja osallistui sitä kautta prosessiarvioinnin yhteydessä asiakkaille tehtyyn loppuhaastatteluun.

Kaiken kaikkiaan aineiston voidaan todeta edustavan niitä miehiä, joiden kohdalla hankkeessa kehitetty interventio on mahdollista toteuttaa. Suuri kato on

kuitenkin pulmallinen vaikuttavuustutkimuksen kannalta, sillä se heikentää tutkimuksen ulkoista validiteettiä ja voi johtaa harhaanjohtaviin tuloksiin.

Tutkimusaineisto ei edusta koko maan palveluksen ulkopuolelle jääneitä miehiä, sillä aineisto on kerätty pääkaupunkiseudulla. Vaikka nuorten elinoloissa ja hyvinvoinnissa on alueellisia eroja (Luopa ym. 2006; Karvonen ym. 2003), voidaan intervention kuitenkin odottaa soveltuvan myös muilla alueilla toteutettavaksi. Intervention asiakaslähtöisyys takaa erilaisissa olosuhteissa sen, että nuorta tuetaan kokonaisvaltaisesti, olivat hänen elinolonsa, elämäntilanteensa ja ongelmansa mitkä hyvänsä.

Tutkimusmenetelmät

Laadukkaan vaikuttavuustutkimuksen ominaisuudet liittyvät terveydenhuoltotutkimuksen näkökulmasta kahteen asiaan: sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin eli pätevytyteen. Sisäinen validiteetti kiteytyy kolmeen ominaisuuteen: verrokkiryhmän käyttöön, seurannan kattavuuteen ja havainnoitsijan riippumattomuuteen. Vaikuttavuustutkimuksen ulkoinen validiteetti ei ole universaalisti arvioitavissa, vaan jää lukijan arvioitavaksi. Ulkoisen pätevyyden kolmena päätekijänä voidaan pitää asiakkaiden edustavuutta, annetun hoidon yleistettävyyttä ja tulosmittareiden todellista merkitsevyyttä. (Wahlbeck 2005.)

Tässä tutkimuksessa kaikki sisäisen validiteetin kriteerit täyttyivät. Nuorten aikuisten elämä on täynnä muutoksia, joiden voidaan olettaa aiheuttavan enemmän tai vähemmän esim. psyykkistä kuormittuneisuutta. Satunnaistetun vertailuasetelman etu on se, että asetelma sulkee pois normaaliin kehitykseen liittyvät elämänmuutokset ja niistä aiheutuvat trendit. Asetelma on tieteellisesti hyvin tiukka ja tilastollisten merkitsevyyksien toteaminen – varsinkin pienemmillä aineistoilla – on vaikeaa muihin tutkimusasetelmiin ja -menetelmiin verrattuna. Esimerkiksi työvoimapolitiisissa interventioissa ei-kokeellisten menetelmien on todettu yliarvioivan toimenpiteiden vaikutusta (Hämäläinen ym. 2007). Myös satunnaistamisen onnistuminen vaikuttaa voimakkaasti tutkimuksen lopputulokseen. Mitä paremmin satunnaistettu tutkimus on, sitä vähemmän saadaan tilastollisesti merkitseviä tuloksia (Wahlbeck 2005). Tässä tutkimuksessa satunnaistaminen onnistui analyysien mukaan hyvin. Interventio- ja vertailuryhmä eivät eronneet merkitsevästi toisistaan taustamuuttujien tai psykososiaalisen hyvinvoinnin suhteen tutkimuksen lähtötilanteessa. Tässä tutkimuksessa todettujen vaikutusten voidaan siis olettaa olevan todellisia ja validisti mitattuja.

Toinen vaikuttavuustutkimukselle asetettu sisäisen validiteetin kriteeri liittyy seurannan kattavuuteen eli siihen, että loppuanalysissä tarkastellaan koko interventioyhmää, vaikka kaikki eivät kiinnittyisikään interventioon. Tässä tutkimuksessa kaikki vaikuttavuuteen liittyvät analyysit tehtiin ns. intention to treat -periaatteella. Tarkastelun kohteena oli tällöin koko interventioyhmä, myös tukiohjelmasta kieltäytyneet ja muilla tavoilla interventioista pois jääneet.

Kolmas sisäisen validiteetin laatukriteeri koskee havaintojen riippumattomuutta. Alku- ja seurantakyselyssä asiakkaat itse – eivätkä ohjaajat – arvioivat hyvinvointiaan ja elämäntilannettaan. Ohjaajien arvioita kerättiin tukiohjelman toteuttamisen eri vaiheissa prosessiarvioinnin yhteydessä. Nämä arviot tukivat vaikuttavuustutkimuksen tuloksia. Havaintojen riippumattomuutta tukee myös se, että prosessiarviointiin kuuluvan asiakkaiden loppuhaastattelun toteuttivat tutkijamusavustajat, eivät ohjaajat itse.

Vertailuasetelman käyttöä on kritisoitu runsaasti, myös lääketieteessä (esim. Lahti 2005; Seikkula 2005). Psykososiaalisissa interventioissa vaikuttavuuden toteaminen satunnaistetulla vertailuasetelmalla on haasteellista jo senkin takia, että interventio rakentuu vuorovaikutussuhteelle, jota ei voida täsmällisesti määritellä. Tämä pulma on noussut esille mm. psykoterapian vaikuttavuutta tutkittaessa (Leiman 2005). Toinen haaste liittyy asiakaslähtöisyyteen. Kuinka voidaan määritellä interventio, joka räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaan? Voidaanko siis puhua intervention vai intervention käytännön toteutuksen vaikuttavuudesta? Jos interventiossa tehdyt toimenpiteet vaihtelevat asiakkaalta toiselle, on vaikea määritellä, mikä itse asiassa oli vaikuttavaa. Vaikutusmekanismien tulkinta eli ns. mustan laatikon avaaminen on haastavaa. (Leiman 2005). Asiakaslähtöisissä interventioissa onkin usein käytetty muita menetelmiä vaikuttavuuden mittaamiseksi, esimerkiksi realistista arviointia tai laadullisia menetelmiä.

Tässä tutkimuksessa interventiota toteutettiin työkirjan mukaisesti, jotta interventio pysyy yleistettävänä ja peruseriaatteiltaan kaikille samana. Tällä tavoin pyrittiin myös varmistamaan tutkimuksen ulkoista validiteettia. Käytännön toteutus vaihteli kuitenkin suurestikin, sillä yhtenä intervention peruseriaatteena oli asiakaslähtöinen työote. Myös tapaamisten määrissä oli näin ollen suuria eroja. Ohjaajien kanssa toteutettujen työnohjauksellisten tapaamisten avulla kuitenkin yritettiin pitää huolta siitä, että intervention toteutuksen periaatteet pysyivät kaikilla samoina.

Tulosmittareiden pätevyden takaamiseksi ja ulkoisen validiteetin takaamiseksi tietoa tutkimukseen osallistuvien psykososiaalisesta hyvinvoinnista kerättiin mahdollisimman laaja-alaisesti. Tutkimuslomakkeet sisälsivät aikaisemmista tutkimuksista tunnettuja ja testattuja mittareita. Esimerkiksi psyykkistä kuormittuneisuutta arvioitiin General Health Questionnaire -kyselyllä (GHQ-12), jota on käytetty ja testattu niin suomalaisissa kuin kansainvälisissä tutkimuksissa (Koskinen ym. 2005; Aalto-Setälä 2002; Pevalin 2000; Pulkkinen 1996; Holli ym. 2003). Kysely on alun perin kehitetty seulontamittariksi, mistä johtuen sen sensitiivisyys seurantamittarina ei välttämättä ole paras mahdollinen. Tilastollisesti merkitsevät muutokset näinkin karkealla mittarilla tarkoittanevat todellisempia muutoksia kuin herkemällä mittarilla havaitut muutokset. Saattaa olla, että myös muut tulosmittarit olivat varsin epäsensitiivisiä, mistä johtuen vaikuttavuuden todentaminen vaikeutui entisestään.

Yksi psykososiaalisten vaikuttavuustutkimusten haaste piilee siinä, että vaikuttavuus toteutuu harvoin reaalijassa intervention kanssa. Etenkin lapsiin ja nuoriin kohdistuvissa ennalta ehkäisevissä interventioissa vaikutukset saattavat näkyä vasta hyvinkin pitkän ajan kuluttua. Tästä syystä onkin erotettava välittömät ja pitkän ajan vaikutukset. Tämän tutkimuksen seuranta-aika on aivan liian lyhyt, jotta pystyttäisiin tekemään johtopäätöksiä tukiohjelman vaikuttavuudesta esim. syrjäytymiskehitykseen tai mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyteen.

Vertailuasetelmaa ja tutkimustulosten luotettavuutta saattoi osaltaan heikentää se, että vertailuryhmään kuuluneet eivät jääneet kokonaan ilman tukea. Vertailuryhmään kuuluneille miehille annettiin tutkimuksen rekrytoinnin yhteydessä kehoitus hakeutua palveluihin, jos miehet tuntuivat olevan tuen tarpeessa. Kehotusta hakeutua palveluihin voidaan pitää eräänlaisena mini-interventiona, mikä saattaa osaltaan vähentää varsinaisen intervention vaikuttavuutta.

Oleellinen vaikuttavuustutkimuksen paradoksi on siinä, että spesifinen, etukäteen tarkasti määritelty interventio olisi helppo toteuttaa ja myös sen vaikutuksia olisi helppo arvioida kontrolloidusti. Kuitenkin tällainen interventio on harvoin riittävä, sensitiivinen ja osuva tosielämän olosuhteissa. Todellisten olosuhteiden interventiotarpeet, toimintaehdot ja samalla vaikuttavuuden ehdot huomioon ottava toimintatapa taas sisältää niin monia muuttujia, että vaikuttavuutta ja eri tekijöiden osuutta siinä on vaikea todentaa. Joudutaan siis arvovalintaan, toteutetaanko hanke ensisijaisesti tutkimusmetodiikan vai todellisten interventiotarpeiden näkökulmasta. Valitaanko siis helpommin tutkittava selkeä, mutta liian kapea vai tilanteiden vaatima sensitiivinen, mutta monimuuttujainen lähestymistapa? Tämän hankkeen olosuhdelähtöinen ja monimuuttujainen lähestymistapa perustui hankkeen päätavoitteeseen kehittää toimintamallia käytännön tarpeisiin.

Vaikka psykososiaaliset interventiot ja niiden toteuttaminen ovat mutkikkaita ja vaihtelevia, se ei kuitenkaan anna aiheutta todeta, että vaikuttavuuden arviointia vertailuasetelmalla on mahdotonta tehdä. Menetelmällä on luonnollisesti omat rajoituksensa ja haasteensa, kuten kaikilla muillakin tutkimusmenetelmillä. Pelkällä vaikuttavuudella ei kuitenkaan ole merkitystä toiminnan kehittämisen kannalta. Vasta intervention prosessien ymmärtäminen ja arviointi yhdessä vaikuttavuuden kanssa voivat aikaansaada toimintaa kehittävää kulttuuria (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005). Tästä syystä tutkimuksessa kerättiin tietoa myös intervention toteuttamisen eri vaiheissa prosessiarvioinnin keinoin.

Johtopäätökset

Nuorten tukeminen kokonaisvaltaisesti yli sektorirajojen

Nuorten miesten on todettu muodostavan erityisen vaikeasti tavoitettavan kohderyhmän sosiaali- ja terveystaloudessa. Palveluverkoston pidetään liian monimutkaisena varsinkin sellaisten nuorten kohdalla, joiden ongelmat ovat vaikeasti määriteltävissä. Usein nuorten ongelmat ovat niin monisäikeisiä, että esimerkiksi mielenterveyspalvelut eivät tavoita kaikkia tukea tarvitsevia. Nuorten kohdalla tarvitaan kokonaisvaltaisia ja laaja-alaisia tukitoimia, joissa nuorta tarkastellaan kokonaisuutena ihmisenä, ei pelkästään yhden tietyn oireen tai ongelmakäyttäytymisen kautta (Catalano ym. 2002 ja 2004; Flay 2002). Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeessa kehitetyssä tukiohjelmassa nuorten syrjäytymisen ehkäisyllä tarkoitettiin kaikkia niitä interventiossa tehtyjä toimia, joilla syrjäytymiseen johtava kehitys pyrittiin katkaisemaan. Tukitoimia tarjottiin tarpeen mukaan psykologisesta, sosiaalisesta, taloudellisesta, toiminnallisesta ja terveydellisestä näkökulmasta. Taustalla oli ajatus, että syrjäytymisen ehkäisyä, sosiaalista hyvinvointia ja terveystaloutta on välttämätöntä tarkastella toisiinsa tiivistä liittyvinä ja toisiaan tukevinä asioina.

Tukiohjelma oli luonteeltaan hyvin samankaltainen kuin moni sosiaalityössä tai sosiaalisen kuntoutuksen viitekehyksessä toteutettu interventio (Suikkanen ym. 2004; Hinkka ym. 2006; Lindholm 2002). Yhtäläisyyksiä löytyy esimerkiksi Helsingissä toteutettuun NASTA-projektiin (2000–2003), jossa kohderyhmänä olivat asunnottomat, alle 25-vuotiaat työttömät nuoret ilman ammattikoulutusta (Lindholm 2002). Toinen esimerkki kokonaisvaltaisesta työtöteestä – sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmasta – on valtakunnallinen nuorten kuntoutuskokeilu (2001–2003), jonka toteutti Kansaneläkelaitos yhdessä opetus-, nuorisoi-, työvoima-, sosiaali- ja terveystoimen kanssa 18 eri projektissa (Suikkanen ym. 2004). Kohderyhmänä olivat 15–17-vuotiaat nuoret, jotka olivat joko keskeyttäneet peruskoulun tai ammatilliset opinnot tai joiden opintojen keskeyttämisen vaara oli ilmeinen. Kohderyhmään kuuluivat lisäksi peruskoulun heikoilla arvosanoilla suorittaneet nuoret. Molemmilla esimerkeillä nuorille oli kasautunut monenlaisia psykososiaalisia ongelmia. Lähtöajatuksena molemmissa hankkeissa oli ensinnäkin se, että nuoren tukeminen edellyttää nuoren kokonaiselämäntilanteen tuntemista. Toiseksi palvelujen perinteistä sektorijattelua pidettiin riittämättömänä lähtökohtana ja keinona puuttua tukea tarvitsevien nuorten tilanteisiin. Valtakunnallisen nuorten kuntoutuskokeilun kokemukset osoittivat, että eri hallinnonalat ylittävän yhteistyön edellytykset ovat hyvät ja työ on mahdollista toteuttaa olemassa olevien palvelujen puitteissa. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeessa saadut kokemukset vahvistavat näitä havaintoja.

Nuorten syrjäytymistä ehkäisevien toimenpiteiden pirstaleisen kokonaisuuden on todettu olevan osittain seurausta nykyisen lainsäädännön ja muiden toimintaa ohjaavien säädösten ongelmista. Nykyinen lainsäädäntö ei tue parhaalla mahdollisella tavalla toimivaa hallinnonalojen välistä ja moniammatillista yhteis-

työtä. Yhteistyö moniammatillisissa verkostoissa ja työryhmissä jää usein pinnalliseksi. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2007.) Nuorten sosiaali- ja terveyspalveluissa peräänkuulutetaan erilaisia sektorit ylittäviä ja moniammatillisia toimintamalleja (Tarvainen ym. 2007; Linnakangas & Suikkanen 2004; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2007). Esimerkiksi Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan työvälineenä 2015 -toimenpideohjelmassa (Karjalainen & Sarvimäki 2005) avaintekijöiksi nuorten kanssa työskenneltäessä nostettiin luottamus, pitkäjänteisyys, monen asian hoitaminen saman työntekijän kautta sekä keskustelumahdollisuuden tarjoaminen. Suurimmaksi haasteeksi nähtiin yhteispalvelujen koordinointi niin, että eri toimijoiden resurssit voitaisiin yhdistää tarkoituksenmukaisimmalla tavalla tapauskohtaisesti. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeessa kehitetty toimintamalli on yksi avaus kokonaisvaltaisen toimintatavan suuntaan. Hanke osoitti, että yhteistyö on mahdollista myös kuntien peruspalveluiden ja puolustusvoimien välillä. Hankkeen yhtenä tuloksena voidaan pitää uuden yli sektorirajojen menevän toimintatavan käyttöönottoa nuorten tukemisessa sekä asiantuntijaverkoston luomista ja kouluttamista.

Ennalta ehkäisevän työn merkitys

Ongelmien ennalta ehkäisy ja investointi lapsuuden ja nuoruuden tukemiseen tulevat pitkällä aikavälillä yhteiskunnalle edullisemmaksi kuin jo kärjistyneiden ongelmien ratkaiseminen ja hoito (Zechmeister ym. 2008; Foster ym. 2007). Hankkeen kehittämistyön kuluessa keskusteltiin aika ajoin siitä, onko tukiohjelmassa kyse pikemmin korjaavasta kuin ehkäisevästä työstä. Tukisuhteeseen kiinnittyneiden ryhmä oli hyvin heterogeeninen. Osan kohdalla tukitoiminnan tavoitteet saattoivat olla puhtaasti ennalta ehkäiseviä ja toisen kohdalla työskentelyn painopiste oli pikemmin korjaavassa ja kuntouttavassa toiminnassa. Toisaalta se, mikä toisen hallinnonalan näkökulmasta on akuuttiin syrjäytymistilanteeseen puuttumista, saattaa olla toisen sektorin näkökulmasta ennalta ehkäisyä. Esimerkiksi asunnottoman nuoren kohdalla asunnon saaminen saattaa toimia mielenterveysongelmien ennalta ehkäisynä. Toisaalta esimerkiksi masennuksen tunnistaminen ja hoito voivat olla keskeisiä koulutuksen keskeytymisen tai työttömyyden ehkäisyssä ja sitä kautta tärkeitä syrjäytymiskehityksen ennalta ehkäisemisessä.

Tukiohjelmaan kiinnittyneille ominainen piirre oli ongelmien kasautuminen. Kyse ei välttämättä ole suurista ongelmista, mutta kasautuneena ne voivat vaikuttaa merkittävästi nuoren hyvinvointiin ja elämäntilanteeseen. Palvelujärjestelmän näkökulmasta ongelmien kasautuminen merkitsee myös sitä, että nuoren kanssa työskentelevien asiantuntijoiden olisi samanaikaisesti pystyttävä auttamaan nuorta esimerkiksi asunnottomuudessa, mielenterveydellisissä ongelmissa ja työn puutteessa (Paju & Vehviläinen 2001). Ongelmiin on myös tartuttava tarpeeksi varhain, ennen kuin ne pääsevät kärjistyämään liian isoiksi. Toissijaista tarttumisen ja varhain puuttumisesta on oikeastaan se, onko ensisijainen tarttumisen aihe työttömyys, ta-

loudellinen tilanne, päihteiden käyttö vai psyykinen hyvinvointi. Kun nuorta tuetaan kokonaisvaltaisesti, voivat ongelma-aiheet lähteä purkautumaan automaattisesti asioiden edetessä parempaan suuntaan.

Nuorten tukemiseen tähtäävän työn pitäisi aina sisältää voimavarakeskeisyyden periaatteita. Rothin ja kumppaneiden (1998) mielestä onnistuneet ja vaikuttavat nuoren suotuisaan kehityskulkuun tähtäävät interventiot näkevät nuoren kehityskelpoisena yksilönä eikä selvitettävänä ongelmana. Onnistuneissa interventioissa on heidän mielestään samoja elementtejä kuin turvallisessa perheyhteisössä. Nuori voi tuntea itsensä turvallisesti välittävän aikuisen tukiessa ja valaessa uskoa nuoren omiin mahdollisuuksiin ja taitoihin. Nuorten tukemisessa ei siten aina tarvita monimutkaisia menetelmiä. Toimivaa syrjäytymisen ehkäisyä voi myös olla pelkkä nuoren henkilökohtainen huomio ottaminen ja hänelle tärkeiden asioiden esille nostaminen keskustelemalla ja oikeansuuntaisia ratkaisuja tukemalla. Tämä tuli hyvin esille myös tässä tutkimuksessa tukiohjelman hyötyä arvioitaessa. Mahdollisuus puhua ja keskustella ulkopuolisen kanssa nousi asiakkaiden arvioissa usein tukiohjelman keskeisimmäksi ja tärkeimmäksi anniksi.

Kutsunnat ovat ainutlaatuinen väylä tavoittaa nuoret miehet kokonaisena ikäluokkana. Tätä nuoren ja yhteiskunnan lakisäätöistä kohtaamista ei ole aikaisemmin käytetty hyväksi psykososiaalisen syrjäytymiskehityksen aktiivisessa ehkäisyssä. Puolustusvoimille syntyy kutsunta- ja joukko-osastojen terveystarkastuksissa sekä aluetoimistojen jälkitarkastuksissa ainutlaatuinen koko suomalaisten nuorten miesten ikäluokkaa käsittävä terveysaineisto, jota voidaan hyödyntää mm. puututtaessa nuorten uhkaavaan tai alkaneeseen syrjäytymiskehitykseen. Hankkeessa kehitetty toimintamalli mahdollistaa aktiivisen tuen tarjoamisen asevelvollisuusikäisille miehille kutsunnoissa ja palveluksen keskeytyessä. Kokemukset tukiohjelman tarkoituksenmukaisuudesta ja vaikuttavuudesta ovat hyvät, vaikka kaikkia tukea tarvitsevia ei kyettykään tavoittamaan. Tutkimus antaa perusteet toiminnan jatkamiselle ja edelleen kehittämiseksi. Pienelläkin tuella ja avulla voidaan ehkäistä ongelmien vaikeutumista ja näin ollen saavuttaa kauaskantoisia vaikutuksia suotuisan elämänkulun kannalta.

Jatkotutkimusaiheita

Ennalta ehkäisevistä nuorille kohdistetuista interventioista on jo varsin paljon vaikuttavuusnäyttöä. Nuorta kokonaisvaltaisesti tukevien interventioiden vaikuttavuudesta tarvitaan kuitenkin lisää tutkittua tietoa. Time Out! Aikalisa! Elämä raiteilleen -tukiohjelma osoittautui vaikuttavaksi lyhyellä aikavälillä. Yksi jatkotutkimuksen aihe olisi selvittää, mikä on tukiohjelman vaikutus pidemmällä aikajänteellä.

Interventioiden vaikuttavuusnäytön jälkeen seuraava mielenkiinnon kohde tulisi kohdistaa implementointiin eli siihen, kuinka saavutetaan positiivisia tuloksia ns. luonnollisissa olosuhteissa (Domitrovich & Greenberg 2000). Vain murto-

osa preventiotutkimuksesta sisältää myös implementoinnin vaikutusten arvioinnin. Arvioinnin kohteena tulisi olla mm. se, missä määrin interventio on sellainen, jollaiseksi se alun perin kehitettiin, ja missä olosuhteissa positiiviset vaikutukset todettiin. Intervention implementointivaiheessa saadut huonot tulokset saattavat johtua esimerkiksi intervention laadun muuttumisesta (Domitrovich & Greenberg 2000). Trickett (1997) onkin huomauttanut, että onnistuneetkaan interventiot ovat harvoin juurtuneet ympäristöön sillä tavoin, että hyödyn jatkuvuus olisi taattu tutkimuksen päättymisen jälkeen.

Intervention välittömien asiakkaaseen kohdistuvien vaikutusten lisäksi olisi tarpeellista analysoida myös intervention epäsuoria vaikutuksia esimerkiksi interventiota toteuttavien asenteisiin ja työtapoihin liittyen. Yksi haaste jatkotutkimukselle on tämän lisäksi kustannusvaikuttavuus, jota ei tässä tutkimuksessa otettu huomioon laisinkaan.

Lähteet

- Aalberg, V. (1981). Kutsuntaikäisten psykiatrien seulonta ja seuranta. *Sotilaslääketieteellinen Aikakauslehti*, 56, Suppl 1.
- Aalberg, V. & Siimes, M. (2007). Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo.
- Aalto-Setälä, T. (2002). Depressive Disorders among young adults. Academic dissertation. Publications of the National Public Health Institute KTL A 22/2002. Helsinki: Hakapaino.
- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. (2007). Nuoren psyykinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Duodecim*, 123, 207–213.
- Addis, M. & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58 (1), 5–14.
- Anda, R., Whitfield, C., Felitti, V., Chapman, D., Edwards, V., Dube, S. & Williamson, D. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53, 1001–1009.
- Barry, M. & Jenkins, R. (2007). Implementing mental health promotion. Oxford: Elsevier.
- Biddle, L., Gunnel, D., Sharp, D. & Donovan, J. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 54, 248–253.
- Blomgren, J. (2005). Huono-osaisuus Suomen kaupunkiseutukunnissa: alue-erot ja sosiaalisen ympäristön vaikutukset 1990-luvulla. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 246.
- Blumenthal, M., Lönnqvist, J. & Kärhä, E. (1970). Varusmiesten psyykkisistä häiriöistä. Psykiatristen palvelusten tarve puolustusvoimissa. *Sotilaslääketieteellinen Aikakauslehti*, 45, 100–104.
- Bor, W. (2004). Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 38, 373–380.
- Botvin, G. (1985). The life skills training program as a health promotion strategy: Theoretical issues and empirical findings. *Special Services in the Schools*, 1 (3), 9–23.
- Botvin, G. & Griffin, K. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2), 211–232.
- Bramesfeld, A. & Schwartz, F. (2006). Possibilities for intervention in adolescents' and young adults' depression from a public health perspective. *Health Policy*, 79, (2–3), 121–131.
- Brandstädter, J. (1984). Personal and social control over development: some implications of an action perspective in life-span developmental psychology. Teoksessa: Baltes, P. & Brim, O. Jr. (Ed.). *Life-span development and behaviour*, 6, 1–32. Orlando, FL: Academic Press.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H. & Hawkins, J. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 98–124.
- Catalano, R., Hawkins, D., Berglund, L., Pollard, J. & Arthur, M. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescent Health*, 31, 230–239.
- Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V. & Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217–225.
- Chen, K. (2006). Social skills intervention for students with emotional/behavioral disorders: A literature review from the American Perspective. *Educational Research and Reviews*, 1 (3), 143–149.
- Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Shepper, L., Lewinsohn, P. & Seeley, J. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312–321.
- Clarke, G., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for pre-

- venting depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127–1134.
- Crijnen, A., Achenbach, T. & Verhulst, F. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behaviour Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569–574.
- Crowder, M. & Hand, D. (1990). *Analysis of repeated measures*. London: Chapman and Hall.
- Cuijpers, P. (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: A meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32, 107–119.
- Degenhardt, L. & Hall, W. (2001). The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine & Tobacco Research*, 3, 225–234.
- Derzon, J., Wilson, S. & Cunningham, C. (1999). The effectiveness of school-based interventions for preventing and reducing violence. 1999 Final report. Center for evaluation research and methodology, Vanderbilt Institute for Public Policy Studies.
- Dishion, T. & Andrews, D. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4), 538–548.
- Dishion, T., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When intervention harm: Peer groups and problem behaviour. *American Psychologist*, 34 (9), 755–764.
- Domitrovich, C. & Greenberg, M. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11 (2), 193–221.
- Donovan, J. & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (6), 890–904.
- Doughty, C. (2005). The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults. A critical appraisal of the literature. NZHTA Report, June 2005, Vol 8, Number 2. Department of Public Health and General Practice. Christchurch School of Medicine and Health Sciences. Christchurch, New Zealand.
- Dryfoos, J. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Durlak, J. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (4), 512–520.
- Durlak, J. & Wells, A. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26 (5), 775–802.
- Durlak, J. & Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115–152.
- Ehdotus lasten ja nuorten hallitsohjelmaksi (2006). Lapsiasiavaltuutettu, Kirkkohallitus/kasvatus ja nuorisotyö, Lastensuojelun keskusliitto ry, Nuori Suomi ry, Suomen Nuorisoyhteistyö – Allianssi ry, Terveyden edistämisen keskus ry, Valtion nuorisosiain neuvottelukunta. http://www.alli.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=2757.
- Elias, M. (1995). Primary prevention as health and social competence promotion. *The Journal of Primary Prevention*, 16 (1), 5–24.
- Elias, M., Gara, M., Schuyler, T., Branden-Muller, L. & Sayette, M. (1991). The promotion of social competence: Longitudinal study of a preventive school-based program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 409–417.
- Erikson, D. (1968). *Identity, youth and crisis*. London: Faber & Faber.
- Etelä-Suomen Lääninhallitus (2007). Siivet kantavat. Selvitys syrjäytymisuhan alaisten lasten ja nuorten palveluihin maksetun valtionavustuksen käytöstä Etelä-Suomen läänissä. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 118/2007.
- Ewing, J. (1984). Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907.
- Felner, R. & Silverman, M. (1989). Primary prevention: consideration of general principles and findings for prevention of youth suicide. Teoksessa: Feinleib, M. (ed.). *Prevention and interventions in youth suicide*. Report of the secretary's

- task force on youth suicide. Vol. 3, 23–30. U.S. Department of Health & Human Services, Public Health Service.
- Flay, B. (2002). Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American Journal of Health Behavior*, 26 (6), 407–424.
- Flay, B., Allred, C. & Ordway, N. (2001). Effects of the positive action program on achievement and discipline: Two matched-control comparisons. *Prevention Science*, 2 (2), 71–89.
- Flay, B., Graumlich, S., Segawa, E., Burns, J. Holliday, M. (2004). Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among african american youth. A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158, 377–384.
- Foster, E., Olchowski, A. & Webster-Stratton, C. (2007). Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years Program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46 (11), 1414–1424.
- Fröjd, S., Nissinen, E., Pelkonen M., Marttunen, M., Koivisto, A-M. & Kaltiala-Heino, R. (2007). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 17, Epub.
- Gansle, K. (2005). The effectiveness of school-based anger interventions and programs: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 43, 321–341.
- Gissler, M., Puhakka, T., Vuori, M. & Karvonen, S. (2006). Poikien ja tyttöjen hyvinvointi ja terveys tilastoina. Teoksessa: Karvonen, S. (toim.). Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Nuorten elinolot -vuosikirja. Helsinki: Stakes, Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosiain neuvottelukunta.
- Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monographs No 21*. Oxford: Oxford University Press.
- Gottfredson, D. & Wilson, D. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*, 4, 27–38.
- Greenberg, M., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The Prevention of Mental Disorders in School-aged Children: Current State of the Field. *Prevention and Treatment*, 4 (1). Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58 (6/7), 466–474.
- Haarasilta, L., Aalto-Setälä, T., Pelkonen, M. & Marttunen, M. (2000). Nuorten masennus: Esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveyspalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti*, 24–26, 2635–2640.
- Hains, A. & Ellmann, S. (1994). Stress inoculation training as a preventative intervention for high school youths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8 (3), 219–232.
- Harrington, R. & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248 (1), 32–45.
- Haverinen, R. (2008). Sosiaalityön vaikuttavuuden tutkimus. X valtakunnalliset sosiaalityön tutkimuksen päivät 14.–15.2.2008 Kuopiossa. Abstrakti. http://www.uku.fi/sosiaalityontutkimuksenpaivat2008/Tyoryhma3_6.pdf (26.2.2008).
- Heikkilä, T. (2001). Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R. & Uutela, A. (2007). Suomalaisen aikuisväestön terveystilanteen kehitys ja terveys, kevät 2006. *Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 1/2007*, Helsinki.
- Hinkka, T., Koivisto, J. & Haverinen, R. (2006). Kartoittava kirjallisuuskatsaus sosiaalisen kuntoutuksen työmuodoista ja niiden vaikutuksista. *Stakesin raportteja 12/2006*.
- Hodgson, R, Abbasi, T. & Clarkson, J. (1996). Effective mental health promotion: a literature review. *Health Education Journal*, 55 (1), 55–74.
- Hofstra, M., van der Ende, J. & Verhulst, F. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood. A 14-year follow-up of Dutch epidemiological sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182–189.
- Hofstra, M., van der Ende, J. & Verhulst, F. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 850–858.

- Hoikkala, T. (1992). Koska kypsä on kypsää? Nuorisotutkimus, 10, (4), 14–18.
- Holi, M., Marttunen, M. & Aalberg, V. (2003). Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57 (3), 233–238.
- Honkatukia, P. & Savolainen, P. (2005). Naiset rikosten tekijöinä ja uhreina. Teoksessa: Rikollisuustilanne 2005. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 220, Helsinki.
- Horowitz, J. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 401–415.
- Huurte, T. & Aro, H. (2007). Nuoruusiän hyvinvoinnin erot vaikuttavat aikuisikään saakka. *Kansanterveys*, 1, 14–15.
- Huurte, T., Rahkonen, O. & Aro, H. (2003). Terveystila ja terveyskäyttäytymisen sosioekonomiset erot nuoruudesta aikuisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 40, 154–162.
- Hüsler, G., Werlen, E. & Blakeney, R. (2005). Effects of a national indicated preventive intervention program. *Journal of Community Psychology*, 33 (6), 705–725.
- Hämäläinen, K., Nykyri, E., Uusitalo, R. & Vuori, J. (2007). Ovatko vaikuttavuusarvot kohdallaan? Esimerkkinä työnhakukoulutus. Työpoliittinen tutkimus 329. Työministeriö.
- Isohanni, I. (2000). Education and mental disorders. A 31-year follow-up in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Department of Psychiatry and Department of Public Health Science and General Practice. University of Oulu.
- Jahnukainen, M. (1997). Koulun varjosta aikuisuuteen. Entisten tarkkailuoppilaiden peruskoulun jälkeiset elämänvaiheet. Tutkimuksia 182. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos, Helsinki.
- Jané-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Nijmegen: Nijmegen University.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384–397.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48 (2), 117–126.
- Jormanainen, V., Seppälä, T. & Sahi, T. (1997). Huumeita kokeilleet varusmiehet kesällä 1996. *Suomen Lääkärilehti*, 23–24, 2523–2529.
- Jyrkämä, J. (1986). Nuoret sivuraiteelle? Nuorisosta, syrjäytymisestä, yhteiskunnasta. Teoksessa: Mikkola, A. (toim.). Suomalaista nuorisotutkimusta: tutkijoiden puheenvuoroja, 37–58. Tutkimuksia ja selvityksiä. Kansalaiskasvatuksen keskus.
- Järvinen, T. & Vanttaja, M. (2005). Nuoret koulutus- ja työmarkkinoilla. Helsinki: Nuorisosaian neuvottelukunta. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisosaian_neuvottelukunta/julkaisut/muut_tutkimukset/Nuoret_koulutus_ja_tyomarkkinoilla.pdf.
- Kainulainen, S. (2006). Huono-osaisuuden kasautuminen ja pitkittyminen Suomessa 1970–2000. *Yhteiskuntapolitiikka*, 71 (4), 373–386.
- Kaivosoja, M. (1993). Nuorten miesten epäsoisiaiset oireet haaste terveydenhuollolle. *Suomen Lääkärilehti*, 22–23, 2065.
- Karjalainen, P. & Blomgren, S. (2004). Oikora tai mutkatie? Sosiaalista kuntoutusta ja työelämäpolkuja nuorille. *FinSoc Arviointiraportteja 2/2004*. Helsinki: Stakes.
- Karjalainen, P. & Sarvimäki, P. (toim.) (2005). Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13.
- Karvonen, S. (toim.) (2006). Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Nuorten elinolut -vuosikirja. Helsinki: Stakes, Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosaian neuvottelukunta.
- Karvonen, S., Rimpelä, M. & Luopa, P. (2003). Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. *Perusraportti 2000–2002*. Tutkimuksia 131. Helsinki: Stakes.
- Kellam, S. & Anthony, J. (1998). Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: Findings from an epidemiologically based randomized field trial. *American Journal of Public Health*, 88 (10), 1490–1495.
- Kemppainen, L. (2001). Family predictors of severe mental disorders and criminality

- in the northern Finland 1966 birth cohort. Oulu: Oulu University Press.
- Kestilä, L. & Salasuo, M. (2007). Nuorten aikuisten alkoholinkäyttö – sosiaalisen eriarvoisuuden ilmentymä? Teoksessa: Tigerstedt, C. (toim.). Nuoret ja alkoholi. Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 75, Helsinki.
- Kieselbach, T. (2003). Youth unemployment and the risk of social exclusion: comparative analysis of qualitative data. Teoksessa: Blasco, A., McNeish, W. & Walther, A. (ed.). Young people and contradictions of inclusion. Towards integrated transition policies in Europe, 43–64. Bristol: The Policy Press.
- Kivivuori, J. & Salmi, V. (2005). Nuorten rikoskäyttäytyminen 1995-2004. Teemana sosiaalinen pääoma. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitoksen julkaisuja 214. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Koivisto, P. & Vuori, J. (2005). Nuorten urahallinnan ja mielenterveyden edistäminen. Työ ja ihminen, 19 (4), 422–439.
- Koivisto, P., Vuori, J. & Nykyri, E. (2004). Koulutuksesta työhön -ryhmämenetelmän vaikutus nuorten työelämään siirtymiseen ja mielenterveyteen. Työ ja ihminen, 18 (4), 342–360.
- Kokkonen, M. (2003). Myöhäisnuorten psyykkisten oireiden muutokset lyhyen kriisiterapian aikana. Nuorisotutkimus, 3, 32–46.
- Korpi, T., De Graaf, P., Hendrick, J. & Layte, R. (2003). Vocational training and career employment precariousness in Great Britain, the Netherlands and Sweden. Acta Sociologica, 46 (1), 17–30.
- Koskinen, S., Kestilä, L., Martelin, T. & Aromaa, A. (2005). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7/2005.
- Koskinen, T. & Puustinen, L. (2005). Miksi varusmiespalvelu keskeytyy? Seuranta Kuopion sotilasläänin alueella 1993–2003. Suomen Lääkärilehti, 2, 189–192.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Pelto-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. (2005) (toim.). Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisusarja 4/2005.
- Kraag, G., Zeegers, M., Hosman, C. & Abu-Saad, H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. Journal of School Psychology, 44 (6), 449–472.
- Kumpula, H., Lounasmaa, A., Paaavola, M., Lunneta, P. & Impinen, A. (toim.) (2006). Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2006:71.
- Kuolemansyyt 2005. (2006). Tilastokeskus.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällönanalyysi. Hoitotiede, 11 (1), 3–12.
- Lahti, I. (2005). Onko evidence based medicine prokrusteen vuode psykoanalyttiselle psykoterapialle? Teoksessa: Hartikainen, K. & Aaltonen, J. (toim.). Näyttöön perustuva psykoterapia. Psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus, 44–55. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Laine, S. (2006). Nuorten salattu masennus. Yhteisöttömyyttä vai leimautumisenpelkoa? Teoksessa: Puuronen, A. (toim.). Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö, Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 63, 33–47. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Laub, J. & Sampson, T. (1993). Turning Points in the Life Course: Why Change Matters to the Study of Crime. Criminology, 31, 301–325.
- Laukkanen, E., Hartikainen, B., Luotoniemi, M., Julma, K., Veikko, A. & Pylkkänen, K. (1999). Nuorisopsykiatrian palvelut lisääntyneet mutta eivät riitä kattamaan suurta tarvetta. Suomen Lääkärilehti, 32, 3949–3955.
- Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) (2006). Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Lavikainen, H., Koskinen, S., Aro, H., Kestilä, L., Lyytinen, H., Martelin, T., Pensola, T., Rahkonen, O. & Aromaa, A. (2006). Kouluvaikkeuksien yleisyys ja yhteydet aikuisiän elämäntilanteeseen ja koettuun terveyteen. Yhteiskuntapolitiikka, 71 (4), 402–410.
- Lehto-Järnstedt, U.-S., Ojanen, M., Kilpikari, I. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (1999). Ihmissuhteista koettu tuki hiljattain vaikeaan sairauteen sairastuneilla. Uusi menetelmä koetun sosiaalisen tuen mittaamiseen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 36, 311–324.
- Leiman, M. (2005). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa: Hartikainen, K. & Aaltonen, J. (toim.). Näyttöön perustuva psykoterapia. Jyväskylän yliopisto, Psykoterapian opetus- ja

- tutkimuslinnikka, 15–29. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Lindholm, S. (2002). ”Niin pitkä on matka, ei kotia näy”. Kokemuksia NASTA-projektista 1.11.2000–31.12.2001. Helsinki: ESR-projektin seurantaraportti, julkaisematon moniste.
- Linnakangas, R. & Suikkanen, A. (2004). Varhainen puuttuminen: mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2004:7.
- Linnossuo, O. (2004). Syrjäytymisestä selviytymiseen? Arviointitutkimus työttömien nuorten palveluohjauksesta. Helsinki: Kela.
- Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. (2006). Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005. Työpapereita 25/2006. Helsinki: Stakes.
- Lönnqvist, J., Blumenthal, M. & Kärhä, E. (1970). Varusmiesikäisten nuorten huumausaineiden käyttö. Sotilaslääketeellinen Aikakauslehti, 4, 108–112.
- MacIntyre, S. & Petticrew, M. (2000). Good intentions and received wisdom are not enough. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 802–803.
- Maisto, S., Connors, G. & Allen, J. (1995). Contrasting self-report screens for alcohol problems: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1510–1516.
- Marttunen, M., Henriksson, M., Pelkonen, S., Schroderus, M. & Lönnqvist, J. (1997). Suicide among military conscripts in Finland: A psychological autopsy study. *Military Medicine*, 162 (1), 14–18.
- Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. (2007). Nuorisopsykiatria. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Duodecim, 591–630. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Marttunen, M., Pelkonen, S., Henriksson, M., Schroderus, M. & Lönnqvist, J. (1995). Itsemurha varusmiespalveluksen aikana. Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimuksen seitsemän tapausta. *Sotilaslääketeellinen Aikakauslehti*, 70, 87–95.
- Mattila, V., Parkkari, J. & Rimpelä, A. (2007). Adolescent survey non-response and later risk of death. A prospective cohort study of 78 609 persons with 11-year follow-up. *BMC Public Health*, 7, 87.
- Mental health promotion of adolescents and young people. (2001). *Directory of Projects in Europe*. Mental Health Europe. Julkaisematon lähde. <http://www.mhse.org/assets/files/Directory%20Mental%20Health%20Promotion%20of%20Adolescents%20&Young%20People.pdf>.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J. & Muller, N. (2005). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2005.
- Mikkola, S. (1981). Kutsunnanalaiisten minäkuviin eräät osa-alueet ja varusmiespalveluksesta selviytyminen. *Lisensiaattitutkimus*. Turun yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Turku.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (ed.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington D.C: National Academy Press.
- Multimäki, P., Parkkola, K., Sourander, A., Haavisto, A., Nikolaros, G. & Helenius, H. (2005). Military fitness class of Finnish 18-year-old-men – prediction of military fitness class at call-up with the YASR and sociodemographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 57–63.
- Myllyniemi, S. (2007). Perusarvot puntarissa. Nuorisobarometri 2007. Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 79. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mäkinen, S. (1991). Isänsä menettäneet pojat varusmiehinä. *Sotilaslääketeellinen Aikakauslehti*, 66 suppl.
- Niemelä, S., Sourander, A., Poikolainen, K., Helenius, H., Sillanmäki, L., Parkkola, K., Piha, J., Kumpulainen, K., Almqvist, F. & Moilanen, I. (2006). Childhood predictors of drunkenness in late adolescence among males: a 10 year population-based follow-up study. *Addiction*, 101 (4), 512–521.
- Offer, D. & Schonert-Reichl, K. (1992). Debunking the myths of adolescence. Findings from resent research. *Journal of Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 31, 1003–1004.
- Opetusministeriö (2007). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma 2007–2011. Opetusministeriön julkaisuja 2007:41. Helsinki: Yliopistopaino.
- Orava, M. (1977). Psykkisillä perusteilla luokiteltujen asevelvollisten menestyminen varusmiespalveluksessa. *Yleiskartoitus varusmiesikäisten mielenterveysongelmista*

- Jyväskylän sotilaspiirissä vv 1965–1973. Sotilaspsykologian tutkimuseloste n:o 10/A/77. Pääesikunta, Sotilaspsykologian toimisto, Helsinki.
- Paasio, P. (2003). Vaikuttavuuden arvioinnin rakenne ja mahdollisuus sosiaalialalla. *FinSoc työpapereita* 3/2003. Helsinki: Stakes.
- Paju, P. & Vehviläinen, J. (2001). Valtavirran tuolla puolen. Nuorten yhteiskuntaan kiinnittymisen kitkat 1990-luvulla. *Nuorisotutkimusverkoston julkaisu* 18, Helsinki.
- Parkkola, K. (1999). Varusmiespalveluksen keskeytymisen ennakointi. Seurantatutkimus strukturoidun varusmieshaastattelun ja varusmiesseulan ennustarvosta. *Sotilaslääketieteellinen Aikakauslehti*, 1, suppl.
- Pensola, T. (2003). From past to present: Effect of lifecourse on mortality in middle adulthood. *The Population Research Institute, Yearbook of Population Research in Finland XXXIX 2003 Supplement*, Helsinki.
- Pensola, T. & Martikainen, P. (2004). Life-course experiences and mortality by adult social class among young men. *Social Science & Medicine*, 58, 2149–2170.
- Pevalin, D. (2000). Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 508–512.
- Pickles, A. & Rutter, M. (1991). Statistical and conceptual models of “turning points” in developmental processes. Teoksessa: Magnusson, D., Bergman, L., Rudinger, G. & Törestad, B. (ed.). *Problems and methods in longitudinal research: Stability and change*, 114–151. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pietilä, A., Rantakallio, P. & Laara, E. (1995). Background factors predicting non-response in a health survey of northern Finnish young men. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23 (2), 129–136.
- Piha, J. (1984). Lastenpsykiatriset potilaat varusmiehinä – vertaileva seurantatutkimus psykososiaalisesta selviytymisestä. *Sotilaslääketieteellinen aikakauslehti*, 59. Supplementti.
- Pincus, A. & Minahan, A. (1973). *Social work practice: model and method*. Itasca, Illinois: F. E. Peacock Publishers.
- Pirkola, S., Isometsä, E., Aro, H., Kestilä, L., Hämäläinen, J., Veijola, L., Kiviruusu, O. & Lönnqvist, J. (2005). Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders. Results from the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 1–10.
- Pittman, K., Irby, M., Tolman, J., Yohalem, N. & Ferber, T. (2005). Preventing problems, promoting development, encouraging engagement: Competing priorities or inseparable goals? Washington DE: The Forum for Youth Investment, Impact Strategies. <http://www.forumfyi.org/Files/PPE.pdf>.
- Pollack, W. (1998). Tosi poikia. Keuruu: Ota-va.
- Ponteva, M. (1983). Psykiatrisen kyselylomakkeen erottelukyky ja ennustearvo varusmiehillä. Pääesikunnan lääkintöosasto, Helsinki.
- Pulkkinen, L. (2002). Mukavaa yhdessä – Sosiaalinen alkupääoma ja lapsen sosiaalinen kehitys. PS-Kustannus.
- Pulkkinen, L. (toim.) (1996). *Lapsesta aikuiseksi*. Jyväskylä: Atena.
- Pulkkinen, L. & Rönkä, A. (1994). Personal control over development, identity formation and future orientation as components of life orientation. A developmental approach. *Developmental Psychology*, 30 (2), 260–271.
- Quinn, M., Kavale, K., Marthur, S., Rutherford, R. & Forness, S. (1999). A meta-analysis of social skill interventions for students with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 7 (1), 1–16.
- Raunio, K. (2006). *Syrjäytyminen. Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Sosiaalija terveysturvan keskusliitto ry. Vaajakoski: Gummerus Oy.*
- Riala, K. (2004). *Adolescent predictors of adult social and psychiatric adversities. A prospective follow-up study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Academic Dissertation. Oulu: Oulu University Press.*
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C. & Ciarrochi, J. (2005). Young people’s help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1–34.
- Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L. & Rimpelä, M. (2007). Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2007. Sosiaalija terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:63.

- Rimpelä, M. (2007). Lasten hyvinvointi lisääntyy, mutta ongelmat kasvavat: Onko investointi häiriöpalveluihin ollut oikeudenmukaista? Power point -esitys seminaarissa ”Kahtia jakautuva lapsuus – näkökulmia lasten ja nuorten hyvinvointiin, Turun yliopisto 6.3.2007. <http://www.utu.fi/cyri/avajaiset/abstraktit.html#rimpela>.
- Rimpelä, M., Luopa, P., Räsänen, M. & Jokela, J. (2006). Nuorten hyvinvointi 1996–2005. Eriytyvätkö hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehityssuunnat? Teoksessa: Kautto, M. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy
- Rintanen, H. (2000). Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänkulussa. Acta Universitatis Tamperensis 740. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos.
- Ritakallio, M., Koivisto, A-M., von der Pahlen, B., Pelkonen, M., Marttunen, M. & Kalliala-Heino, R. (2007). Continuity, comorbidity and longitudinal associations between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: A 2-year prospective follow-up study. *Journal of Adolescence*, 8 Epub.
- Robson, D. (2001). Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.
- Rossi, P., Freeman, H. & Lipsey, M. (1999). Evaluation. A systematic approach. 6th Edition. Thousand Oaks.
- Roth, J., Brooks-Gunn, J., Murray, L. & Foster, W. (1998). Promoting healthy adolescence: A synthesis of youth development program evaluations. *Journal of Research on Adolescence*, 8 (4), 423–459
- Rönkä, A. (1994): Nuoren aikuisen sosiaalinen selviytyminen. Teoksessa: Heikkilä, M. & Vähätalo, K. (toim.): Huono-osaisuus ja hyvinvointivaltion muutos. Tampere: Gaudeamus.
- Rönkä, A. (1995). Koulun ongelmaoppilas varhaisaikuisuudessa. *Kasvatus*, 26 (2), 140–152.
- Rönkä, A. (1996). Syrjäytymisen prosessit ja vastavoimat. Teoksessa: Saarinen, E. (toim.). Elämän syrjästä kiinni, 7–22. Kirkon nuorisotyön keskus. Saarijärvi: Gummerus.
- Rönkä, A. (1999). The accumulation of problems of social functioning: outer, inner and behavioral strands. Doctoral thesis. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 148. University of Jyväskylä.
- Rönkä, A. & Pulkkinen, L. (1995). Accumulation of problems in social functioning in young adulthood: A developmental approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (2), 381–391.
- Rönkä, A., Sallinen, M. & Poikkeus, A-M. (2002a). Tytöt, pojat ja masentunut mieliala nuoruusiässä: Katsaus kehitys- ja sosiaalipsykologiseen kirjallisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 39, 108–122.
- Rönkä, A., Oravala, S. & Pulkkinen, L. (2002b). ”I met this wife of mine and things got onto a better track”. Turning points in risk development. *Journal of Adolescence*, 25, 47–63.
- Sarkkola, T. & Heiskanen, K. (2002). Nuori mies, tartu elämäsi. Auttamisprojekti varusmiespalveluksen keskeyttäneille ja kutsunnoissa vapautetuille. Helsinki: Edita.
- Sauvola, A., Räsänen, P., Joukamaa, M., Jokelainen, J., Järvelin, M. & Isohanni, M. (2001). Mortality of young adults in relation to single-parent family background. A prospective study of the northern Finland 1966 birth cohort. *The European Journal of Public Health*, 11 (3), 284–286.
- Seikkula, J. (2005). Kuinka tutkimusasetelmat ja käytetyt tutkimusmenetelmät muokkaavat tulokset psykoosihoidon tuloksellisuustutkimuksessa? Teoksessa: Hartikainen, K. & Aaltonen, J. (toim.). Näyttöön perustuva psykoterapia. Jyväskylän yliopisto, Psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus, 101–113. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Seppänen-Järvelä, R. (2003). Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. FinSoc työpapereita 1. Helsinki: Stakes.
- Sheffield, J., Fiorenza, E. & Sofronoff, K. (2004). Adolescents’ willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 495–507.
- Sisäasiainministeriö (2004). Arjen turvaa – sisäisen turvallisuuden ohjelma. Sisäasiainministeriön julkaisut 44/2004.
- Sohlman, B. (2004). Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Tutkimuksia 137. Helsinki: Stakes.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). Mielen-tervystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003a). Kansallinen sosiaalialan kehittämissuunnitelma. Selvityshenkilöiden väliraportti 21.1.2003.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003b). Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002). Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- SotkaNet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>.
- Sourander, A., Jensen, P., Davies, M., Niemelä, S., Elonheimo, H., Ristkari, T., Helenius, H., Sillanmäki, L., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Moilanen I. & Almqvist, F. (2007). Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish from a boy to a man study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46 (9), 1148–1161.
- Sourander, A., Multimäki, P., Nikolakaras, G., Haavisto, A., Ristkari, T., Helenius, H., Parkkola, K., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen, R., Kumpulainen, K. & Almqvist, F. (2005). Childhood predictors of psychiatric disorders among boys: A prospective community-based follow-up study from age 8 years to early adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (8), 756–767.
- Sourander, A., Multimäki, P., Santalahti, P., Parkkola, K., Haavisto, A., Helenius, H., Nikolakaras, G., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen, I., Kumpulainen, K., Aronen, E., Linna, S.-L., Puura, K. & Almqvist, F. (2004). Mental health service use among 18-year-old boys: A prospective 10 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1150–1158.
- Stengård, E., Appelqvist-Schmidlechner, K., Upanne, M., Parkkola, K. & Henriksson, M. (2008a). Varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden psykososiaalinen hyvinvointi. Raportteja 18/2008. Helsinki: Stakes.
- Stengård, E., Haarakangas, T., Upanne, M., Appelqvist-Schmidlechner, K., Savolainen, M. & Ahonen, J. (2008b). Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli. Käsikirja. Vaajakoski: Stakes.
- Suikkanen, A., Martti, S. & Linnakangas, R. (2004). Homma hanskaan. Nuorten kuntoutuskokeilun arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:5.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 225–121.
- Suomen lukiolaisten liitto (2008). Lukiolaisten hyvinvointitutkimus 2007. Ykkös-Offset Oy.
- Tarvainen, T., Pietiläinen, V. & Kuure, T. (2007). Nuoret eivät odota. Palvelurakenteen muutos nyt. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:61
- Terveystarkastusohje TTO (2006). Pääesikunta. Ohjesääntönumero 330. Helsinki: Taittotalo PrintOne.
- Tilford, S., Delaney, F. & Vogels, M. (1997). Effectiveness of mental health promotion interventions: a review. Health Education Group, Faculty of Health and Social Care. Leeds Metropolitan University.
- Tobler, N., Roona, M., Ochsborn, P., Marshall, D., Streke, A. & Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275–336.
- Tolan, P. & Guerra, N. (1994). Prevention of delinquency: current status and issues. *Applied and Preventive Psychology*, 3 (4), 251–273.
- Trickett, E. (1997). Ecology and Primary Prevention: Reflections on a meta-analysis. *American Journal of Community Psychology*, 26 (3), 314–322.
- Tylee, A. & Walters, P. (2004). Can suicide in young men be prevented by improving

- access and delivery among primary care services? *British Journal of General Practice*, 54, 242–243.
- Upanne, M. (2007). Ehkäisevä mielenterveys-työ itsemurhien torjunnassa. Teoksessa: Eskola, J. & Karila, A. (toim.). *Mielekkäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*, 86–105. Helsinki: Edita.
- Upanne, M. (2001). Professional Paradigms of Suicide Prevention. Evolving a Conceptual Model. Research Report 121. Helsinki: Stakes.
- Upanne, M., Hakanen, J. & Rautava, M. (1999). Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–1996: toteutus ja arviointi. Raportteja 227/1999. Helsinki: Stakes.
- Upanne, M. & Rautava, M. (1996). Rauhanajan haavoittuneet. Armeijasta putoaminen selviytymisväylänä. *Dialogi*, 6.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2007). Nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Toimintakertomus 146/2007.
- Vanttaja, M. & Järvinen, T. (2004). Koulutuksesta ja työstä karsiutuneet. Vailla ammattitutkintoa ja työpaikkaa vuonna 1985 olleiden nuorten myöhemmät elämänvaiheet. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69 (5), 472–480.
- Välimaa, R. (2000a). Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. *Studies in sport, physical education and health* 68. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Välimaa, R. (2000b). Poikien paikka terveyspuheessa. *Nuorisotutkimus*, 4, 48–57.
- Wahlbeck, K. (2005). Psykoterapiatutkimuksen laatukriteerit Cochrane-näkökulmasta. Teoksessa: Hartikainen, K. & Aaltonen, J. (toim.) *Näyttöön perustuva psykoterapia*. Jyväskylän yliopisto, Psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus, 32–43. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Weissberg, R. & Bell, D. (1997). A meta-analytic review of primary prevention programs for children and adolescents: Contributions and caveats. *American Journal of Community Psychology*, 25 (2), 207–214.
- Weissberg, R., Kumpfer, K. & Seligman, M. (2003). Prevention that works for children and youth: an introduction. *American Psychologist*, 58 (6/7), 425–432.
- Westman, R., Haverinen, R., Ristikartano, V., Koivisto, J. & Malmivaara, A. (2005). Perheinterventioiden vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. *FinSocin julkaisuja* 5/2005. Helsinki: Stakes.
- WHO (2004). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. World Health Organization, Geneva.
- Wilson, D., Gottfredson, D. & Najaka, S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247–272.
- Wilson, S. & Lipsey, M. (2005). The effectiveness of school-based violence prevention programs for reducing disruptive and aggressive behavior. Center for evaluation research and methodology, Institute for public policy Studies, Vanderbilt University.
- Wilson, S., Lipsey, M. & Derzon, J. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 136–149.
- Wolf, J. (2005). A meta-analysis of primary preventive interventions targeting the mental health of children and adolescents: A review spanning 1992–2003. Loyola University Chicago.
- Zechmeister, I., Kilian, R. & McDaid, D. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8, 20.
- Äijänseppä, S., Jormanainen, V. & Sahi, T. (2001). Varusmiesten tupakointi, suunuuskan ja alkoholin käyttö 1990-luvulla. *Suomen Lääkärilehti*, 13, 1487–1492.



Projektiohjaajan työkirja

Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen 2004–2005

Päivitetty 16.9.2004



Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen! (2004–2005)

Tukitoimien kehittäminen asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymisen ehkäisemiseksi

Helsingin kaupungin, Vantaan kaupungin, puolustusvoimien, työministeriön ja Stakesin yhteishanke

Tiivistelmä

Kutsuntatarkastuksessa ja edelleen varusmies- tai siviilipalveluksen eri vaiheissa osa miehistä karsiutuu palveluksesta joko itse ilmoittamistaan tai selvityksissä havaituista syistä. Vuosi-ikäluokasta noin 20 % eli noin 6 600 nuorta miestä koko maassa ei suorita varusmiespalvelusta. Heistä lähes puolet vapautetaan mielen-terveydellisten syiden perusteella. Asevelvollisuusviranomaisten kokoaman tiedon perusteella on pidettävä todennäköisenä, että varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävät nuoret miehet muodostavat riskiryhmän, jonka kohdalla jo tarkastuksessa havaittujen ongelmien esiintyvyys säilyy tai lisääntyy.

Hankkeen tarkoituksena on kehittää psykososiaalisen tuen järjestelmä asevelvollisuusikäisten miesten syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi hyödyntämällä tätä viimeistä lakisääteistä julkista kontaktia. Kehitettävä toimintamalli on tarkoitus ottaa käyttöön aikanaan koko maassa. Hankkeen motiivi ei liity asevelvollisuuden suorittamiseen arvona sinänsä. Koska haaste koskee ensisijaisesti yhteiskunnan palveluita ja arkielämää, toimintamuodot on kehitettävä todellisissa olosuhteissa, ”siviilissä”, puolustusvoimien ja yhteiskunnallisten palveluiden yhteistyönä.

Hankkeen perusjoukon muodostavat vuonna 1986 syntyneet Helsingissä ja Vantaalla kirjoilla olevat vuoden 2004 kutsuntojen (Helsingin sotilaslääni) piiriin kuluvat miehet (n = 3 950) sekä heinäkuun 2004 ja tammikuun 2005 saapumisajaksi palveluksensa aloittavat miehet. Hankkeeseen kutsutaan 1) kutsuntatarkastuksessa palveluksen ulkopuolelle jäävät ja 2) varusmies- tai siviilipalveluksen keskeyttävät miehet (n = 890) sekä 3) A-luokkaan kuuluvista muodostettu vertailuryhmä (n = 400).

Hankkeessa kehitetään intensiivinen ja monialainen menetelmä projektiohjaajien avulla. Intervention tavoitteena on selvittää yhdessä asianomaisen kanssa elämäntilanne, tukitarpeet, voimavarat ja toimintamahdollisuudet, aktivoida oma-

ehtoista toimintaa ja palveluiden ja muiden tukimuotojen käyttöä sekä seurata elämäntilannetta ja selviytymistä. Intervention toteutus viimeistellään yhdessä hankkeeseen muodostetun projektiohjaajatiimin kanssa. Hanke toteutetaan Helsingin sotilasläänin ja Helsingin ja Vantaan kaupunkien, puolustusvoimien, työministeriön ja Stakesin yhteistyönä. Hanke rakentuu projektin interventioiden, julkisten yhteiskunnallisten palveluiden, kolmannen sektorin palveluiden, puolustusvoimien palveluiden ja läheisverkoston tuen varaan.

Hankkeeseen sisältyy intervention tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta koskeva arviointitutkimus. Arviointitutkimus jakautuu kahteen vaiheeseen ja tehtävään: intervention toteutumista koskevaan prosessin arviointiin ja intervention vaikutusten arviointiin. Tutkimus toteutetaan vertailuasetelmaa soveltaen. Tutkimuksessa kerätään tietoa kyselylomakkeilla, haastattelemalla sekä rekisteritietojilla keräämällä.

Tutkimuksen tulokset kehitetyn intervention ja siihen liittyvän prosessin arvioinnin osalta julkaistaan työkirjana ja suomenkielisenä raporttina Stakesin julkaisusarjassa vuoden 2006 aikana. Vaikuttavuustutkimuksen loppuraportti julkaistaan vuoden 2007 aikana.

Projektiohjaajan työkirja

Keille ja mihin tilanteeseen työkirja on tarkoitettu

Työkirja on tarkoitettu projektiohjaajien tukiaineistoksi hankkeen intervention toteuttamiseen. Ohjaustilanteisiin lähetettävälle henkilölle (keskeyttäjäryhmän kohdalla sosiaaliterapeutit ja siviilipalveluskeskuksen sairaanhoitaja, kutsunnoissa hankkeen yhteyshenkilö) on omat ohjeensa.

Hankkeen tavoite

Hankkeessa haetaan uusia mahdollisuuksia ja keinoja tukea asevelvollisuusikäistä miestä oman elämän järjestymisessä. Hanketta toteuttavat Helsingin ja Vantaan kaupungit, Puolustusvoimat, Työministeriö ja Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus). Hankkeen kohderyhmänä ovat helsinkiläiset ja vantaalaiset miehet, jotka eri syistä jäävät varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle vuoden 2004 kutsunnoissa tai jotka keskeyttävät palveluksensa.

Hankkeen tukiohjelmassa osallistuja pääsee selvittämään omaa elämäntilannettaan ja saa apua parhaiden ratkaisujen löytämiseen. Osallistujat tapaavat hankkeen projektiohjaajan sovituin väliajoin ja saavat henkilökohtaista tukea ja ohjausta tarvitsemiinsa palveluihin. Projektiohjaajista muodostetaan yli toimialuerajojen työskentelevä tiimi. Tiimi viimeistelee uusien tukitoimien menetelmän ja osallistuu sen kehittämiseen sekä kokonaistoteutukseen. Työhön kuuluu lisäksi hankkeen tutkimusosuuden edellyttämä tiedonkeruu. Projektiohjaus päättyy vuoden 2005 lopussa ja hankkeen kehittämissyhteistyö vuoden 2006 aikana.

Hankkeen luonne

Hanke on enemmän ”psykoedukatiivinen voimavarahanke” kuin syrjäytymishanke. Vaikka projekti toteutetaan yhdessä Puolustusvoimien kanssa, siinä katsotaan vain siviilielämään, ei armeijaan päin. Hankkeeseen ei sisälly minkäänlaista kannanottoa varusmies- tai siviilipalvelun arvoon tai merkitykseen sinänsä. Asevelvollisuusikä siihen liittyvine menettelyineen on tässä vain mahdollisuus tavata tämä ikäluokka viimeistä kertaa kokonaisuudessaan.

Miksi juuri nämä nuoret miehet ovat tässä kohderyhmänä?

Kutsuntatarkastuksessa ja edelleen varusmies- tai siviilipalveluksen eri vaiheissa osa miehistä karsiutuu joko itse ilmoittamistaan tai selvityksissä havaituista syistä palveluksesta. Vuosi-ikäluokasta kaikkiaan noin 20 % eli noin 6 600 nuorta miestä koko maassa ei suorita varusmiespalvelusta. Heistä lähes puolet vapautetaan mielenterveydellisten syiden perusteella. Vajaa puolet vapautetaan fyysisten sairauksien vuoksi, va-

jaa viidennes hakee siviilipalvelukseen ja vajaalla kymmenesosalla on muu syy (uskonto, kaksoiskansalaisuus, ahvenanmaalaisuus tai muu syy).

Asevelvollisuusviranomaisten kokoaman tiedon perusteella on pidettävä todennäköisenä, että varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävät nuoret miehet muodostavat riskiryhmän, jonka kohdalla jo tarkastuksessa havaittujen ongelmien esiintyvyys säilyy tai lisääntyy. Kuten tiedetään, riskiryhmän käsite ei kuitenkaan tarkoita, että ongelmakehityksen riski olisi yksilötasolla kaikilla yhtä suuri tai yleensäkin olemassa.

Hankkeen fokus ei ole siinä seikassa, että palvelusta ei suoriteta, vaan siinä elämäntilanteessa, jonka johdosta tämä ratkaisu syntyy.

Kutsuntaprosessissa asevelvollisuusviranomaiset määräävät kutsunanalaiset seuraaviin luokkiin:

- A Luokka: Pääsääntöisesti kaikkeen palvelukseen kelpaavat asevelvolliset
- B Luokka: Määrätyin rajoituksin palvelukseen kelpaavat asevelvolliset
- C Luokka: Rauhan aikana palveluksesta vapautetut asevelvolliset
- D Luokka: Asevelvollisuuden suorittamisesta kokonaan vapautetut asevelvolliset
- E Luokka: Tarkastustilaisuudessa palvelukseen kelpaamattomiksi todetut ja määräjän kuluttua uudelleen tarkastettavaksi määrätty asevelvolliset.

Hankkeessa sovitun määritelmän mukaan hankkeeseen kutsutaan mukaan C-, D- ja E-luokkiin määrätty miehet. Lykkäystä esim. opiskelujen vuoksi saaneet eivät kuulu hankkeen kohderyhmään. Toinen hankkeen kohderyhmä on palveluksensa tai siviilipalveluksen keskeyttäneet miehet, joita on 7–10 % palveluksensa aloitaneista. Varusmiespalveluksesta siviilipalvelukseen siirtyminen ei ole hankkeeseen ohjaamisen kriteeri.

Hanke on tyyppiä ”vain kerran elämässä”

Ajatus on, että hankkeen interventiossa olisi tavallista aktiivisempi ote. Tausta-ajatus on ”pystytäänkö tekemään mitään nuorten miesten elämän varmentamiseksi, jos kerrankin yritetään puuttua napakalla otteella ja tehdä kaikki, mitä ikinä osataan?!”. Hanke on saatu aikaan eräiden onnekkaiden olosuhteiden ansiosta. Vastavaa projektia saadaan tuskin aikaan enää toiste. Hankkeeseen sisältyy suunnitelma, että toiminta voitaisiin mallintaa sovellettavaksi myöhemmin koko maassa.

Keskeinen perustelu hankkeelle oli, että kutsunnat ja armeija on viimeinen, koko ikäluokan ”luonnostaan”, normaalisti yhteen kokoava tilanne nuoren miehen elämässä. Tässä elämänvaiheessa – vaikka ollaankin jo myöhässä – on vielä kenties mahdollista luoda selviytymisen edellytyksiä elämää varten: rakentaa jotain ja estää jotain asiaa kehittymästä pitemmälle. Myöhemmin suomalainen mies tulee asiantuntijan puheille vasta äärimmäisestä pakosta - jos sittenkään.

Interventio on hankkeen tärkein osa

Hanke on perustettu juuri intervention vaikuttavuuden selvittämiseksi. Hanke rakentuu käytännössä sen asiantuntemuksen ja osaamisen varaan, joka projektiohjaajilla on käytettävissään. Tukitoiminnan menetelmän pääpiirteet kuvataan tässä työkirjassa. Varsinaisen muotonsa menetelmä saa kuitenkin vasta käytännön kokemuksen kautta. Käytäntö osoittaa, toimiiko ajateltu tukitoiminta ja miten sitä pitää kehittää, jotta siitä olisi hyötyä nuorille miehille.

Käsitettä interventio käytetään vain tässä manuaalissa kokoamaan monenlaisia selvitys- ja tukitoimenpiteitä. Käytännössä toimintojen kokonaisuus on nimeltään tukiohjelma. Sen toteuttaminen on tukitoimintaa, ohjausta, keskusteluita, sopimisia jne.

Hankkeessa mukana olevia nuoria miehiä kutsutaan tässä asiakkaiksi.

Hankkeella on oma määritelmänsä interventiolle

Hyvä interventio rakentuu tässä hankkeessa hyvän kontaktin, paneutuvan selvittelyn, asiakas- ja tilanelähtöisyyden, tavoitteellisen toiminnan ja rohkaisevan otteen varaan. Henkilökohtainen ohjaus, selvittely ja tuki ovat intervention ydin. Vasta toisena tukitoiminnan vaiheena asiakas voidaan ohjata käyttämään muita palveluita tarpeen mukaan.

Interventiossa on kyse enemmänkin psykoedukatiivisesta otteesta ja ratkaisuhakuisesta keskustelusta kuin esim. tiedon jakamisesta tai pelkästä palveluihin ohjaamisesta suoraan.

Hankkeessa sovellettavat intervention periaatteet ovat jotakuinkin samoja tuttuja vuorovaikutustyön periaatteita, joita noudatetaan mm. mielenterveystyössä, sosiaalityössä, päihdetyössä, palveluohjauksessa jne. eri aloille ominaisin soveluksin. Hankkeessa menettelytavat on kuitenkin määritelty ja myös jäsennetty tarkemmin ja kirjattu näkyväksi vaikuttavuustutkimuksen edellyttämällä tavalla.

Intervention periaatteet

- päärooli miehellä itsellään (asiakaslähtöisyys) vrt. asiantuntija on se, joka tietää
- oman harkinnan ja itseluottamuksen tukeminen vrt. avaimet muiden taskussa
- neuvotteleva ote vrt. tiedon ja ohjeiden jakaminen
- kehittelyn, prosessin ja vähittäin etenemisen mielikuva vrt. isot harppaukset, kerralla valmiiksi
- tilanteen ja resurssien mukaan "lähikehityksen vyöhykkeelle" annosteltua vrt. liian suuret tavoitteet
- tulevaisuus- ja tavoiteorientaatio vrt. aikaisempiin vaikeuksiin jääminen
- ratkaisuhakuista vrt. pelkkää ongelmien ja tunteiden kuvailua
- voimavarakeskeistä vrt. ongelmien ja puutteiden käsittelyä

- realistista ja käytännöllistä, toiminnallisiin ratkaisuihin aktivoivaa vrt. ”vain keskustelua”
- ilmapiiri arkinen ja rento vrt. muodollista, tärkeää, vierasta
- rohkaisevaa, palkitsevaa, ihmisarvoa kunnioittavaa vrt. olla mihinkään kelpaamamaton ja luuseri
- tiivistä, periksi antamatonta, pehmeällä tavalla napakkaa ja kiinnittymiseen ja jatkuvuuteen tukevaa vrt. välinpitämätön ”ota tai jätä” -mentaliteetti
- strukturoitua, sovitulla tavoilla etenevää ja dokumentoitua vrt. satunnaisesti etenevää, hapuilevaa, josta ei tiedä, missä ollaan.

Tukitoiminnan tavoitteena on

- vahvistaa miehen realistista tilannearviota ja realistisia vaihtoehtoja
- auttaa asettamaan itselle osuvia ja konkreetteja tavoitteita
- avustaa keksimään väyliä ja keinoja toimia
- aktivoida ja rohkaista tekemään jotain myös käytännössä
- rakentaa tukikontaktia palveluihin
- rakentaa kontakteja sosiaaliseen verkkoon
- vahvistaa itseluottamusta ja uskoa siihen, että asioille voi kuitenkin aina jotain.

Tukitoiminnan kehittäminen menetelmäksi

Interventiosta rakennetaan toimintaperiaatteiltaan harkittu ja sovitettu psykososiaalisten tukitoimien kokonaisuus, jota tiimi sitoutuu noudattamaan. Toimet myös dokumentoidaan sovitulla tavalla. Näin saadaan määriteltyä hankkeessa toteutettu ”interventio”. Lisäksi kertyy tietoa myös vaikuttavuuden ehdoista vaikuttavuustutkimusta varten.

Ohjauksen tulisi toteutua yhdenmukaisella tavalla. Työkirjan luonnosta on konsultoitu projektiohjaajien yhteisessä tiimissä. Myös tähän versioon pyydetään projektiohjaajien kommentit ja ”hyväksyntä”.

Projektiohjauksen tueksi rakennetaan tiimityöskentelyn systeemi, jonka kautta interventiota kehitetään palautteiden, projektin työnohjauksen ja keskinäisen työnohjauksen menettelyin. Näin saadaan koko tiimin asiantuntemus ja työstä saatu kokemus käyttöön. Tämän palautteen varassa voidaan tarkentaa menettelyitä ja kehittää ns. hyviä käytäntöjä.

Mitä aihepiirejä selvitykset ja tukitoimet kattavat

Eri aloilla ja ammateissa kehittyvä käytäntö tarkastella asiakkaan tilannetta nimenomaan jostain tietyistä näkökulmasta. Normaalioloissa toimialojen asiakkaat ovat jo myös valikoituneet, joten puheille tulon aihepiirit ovat pääpiirteissään tiedossa. Usein keskittyminen pääasiaan, tavallisimmin tiettyyn ongelmaan, on myös se välttämättömin.

Hankkeessa oleellisia asioita (joihin sitten keskitytään) haetaan alkuun laajemmalta alueelta, ns. koko kentästä. Tämä on järkevää ja välttämätöntä siksi, että käsitystä asiakkaan asioista ei vielä ole, asiakkaat kun ovat ”valikoitumaton ryhmä”. Niinpä selvittely kattaa tässä elämäntilanteen kaikilta oleellisilta osiltaan: elämäntilat, ongelmat, vaikeudet ja voimavarat. Kokonaisuus voidaan jäsentää vaikkapa seuraaviksi teemoiksi:

- *terveysnäkökulma*: somaattinen/fyysinen terveydentila
- *psykologinen näkökulma*:
 - ajatukset (mm. oma elämäntilanne, toiveet, suunnitelmat),
 - tulkinnat (mm. omista asioista, vaikeuksien syistä, mielikuvat omasta itsestä)
 - tunteet ja mielialat (mm. omaan itseen ja oman elämän asioihin liittyvät)
- *sosiaalinen näkökulma*:
 - mm. suhteet oman perheeseen, ystäviin ja kavereihin sekä mahdolliseen kumppaniin. Tärkeät luottamussuhteet?
 - ns. kuuluminen johonkin
 - koulutus, opiskelut
- *taloudellinen näkökulma*: työ, toimeentulo
- *toiminnallinen näkökulma*: harrastukset, elämän käytännölliset järjestelyt, suunnitelmat

Ohjauksessa pääpaino on käytännön asioissa. Silti myös terveys sekä psykologinen ja sosiaalinen teema ovat merkityksellisiä. Usein juuri niissä on käytännön edistymisen edellytykset ja esteet.

Muut palvelut apuun

Hankkeen tavoitteena on rakentaa tukitoimien kokonaisuus, jossa yksilöllisen selvityksen ja suunnittelun pohjalta hyödynnetään julkisia ja kolmannen sektorin palveluita asiakkaan tarpeen mukaan. Tukivaihtoehtoja haetaan mm. terveydenhuollon (erityisesti mielenterveyspalveluiden), sosiaalitoimen (erityisesti päihdepalveluiden), koulutuksen, työvoimapalveluiden ja harrastustoiminnan aloilta. Etenkin, jos palveluihin on pitkä jono, asiakkaan tueksi etsitään palveluita kolmannen sektorin tarjonnasta, jotta asiakas ei jäisi täysin ”tyhjän päälle”.

Sosiaalinen lähiverkosto mukaan

Osana ohjausta tulisi myös selvittää ja harkita tarve ja mahdollisuus olla yhteydessä ja yhteistyössä asiakkaan omaisiin, läheisiin ja tärkeisiin tukihenkilöihin. Heidän osuutensa tukiohjelman rakentamisessa saattaisi olla monissa tapauksissa jopa merkityksellisintä.

Toteutuksen pääkohdat

Interventiossa on siis kysymys henkilökohtaisista tapaamisista, joita voi nimittää ohjauskeskusteluiksi/neuvotteluksi/suunnitteluksi/muuksi. Neuvottelujen osasina on/voi olla

- henkilökohtainen ohjaus: vuorovaikutus- ja yhteistyötilanteet
- ohjaaminen muiden palveluiden käyttöön
- yhteistyö/kontaktit palveluiden edustajien kanssa
- yhteistyö/kontaktit miehen sosiaalisen verkoston kanssa
- muut mahdolliset toimenpiteet.

Pääpaino (alkuun) on henkilökohtaisessa/kahdenkeskeisessä ohjauksessa.

Ohjauksen vaiheet

Koska ohjausta ajatellaan tavoitteellisena, johonkin etenevänä prosessina (”selvitytymis-suunnitelman” tekemisenä yhdessä), prosessi on eritelty vaiheiksi. Luonnollisessa tilanteessa ei ole tietenkään mahdollista, eikä tarpeen, toimia jäykästi minkään jäsenyyksen mukaan. Vaiheistuksen tarkoituksena on auttaa ohjausta pysymään asiassa ja oikeassa suunnassa. Etenkin pojan itsensä tulisi saada muodostetuksi omasta tilanteestaan osuva kuva, hahmottamaan vaihtoehtojaan ja saamaan kiinni jostakin ratkaisun langanpäätä.

Vaiheet tukevat myös tavoitteellisuuden ja ratkaisuhakuisuuden periaatteita. Etenkin tilanteessa, jossa on paljon ongelmia, aika kuluu helposti ongelmien selvittämiseen ilman, että päästään katsomaan lainkaan eteenpäin.

Vaiheet ovat näkyvissä, ”apuna” myös seurannassa.

- *ensimmäisen kontaktin ottaminen*: ensimmäisen tapaamisen sopimiseksi tehdään aktiivisesti töitä, vaikka asiakas ei heti vastaisikaan yhteydenottoihin.
- *ohjaussuhteen käynnistäminen*: tutustuminen, mistä hankkeessa onkaan kyse (mukaan kutsuminen ei sisällä arvostelua, eikä leimaa), mitä on tarkoitus tehdä ja miten. Tapaamisista sopiminen. Jotain tarjottavaa (sovitaan menettelyt).
- alkuhaastattelu (lomake)
- *yhteinen tilanteen määrittely*: missä ollaan. Oma käsitys luokituksen syystä (Heiskanen - Sarkkola: ”Vapautus helpottavaa, usein ei ole kerrottu sen syytäkään ja mm. siksi avuntarvetta ei koeta tai tunnusteta. Keskeyttämisen aiheuttaman ahdistuksen purkaminen tärkeää”).
- *oman elämäntilanteen tunnistaminen*: mikä nyt tärkeää, mitkä asiat nousevat oleellisiksi, omien tavoitteiden löytäminen.
- *käytännön tavoitteiden miettiminen*: mies itse hoksaa ja sopii itsensä kanssa esim. johonkin ryhtymisestä. Tavoitteiden oikea mitoitus - saavutettavissa olevia askeleita.

- *ratkaisujen ja toimenpiteiden miettiminen*: mitähän voisi tehdä. Mitä osaisi, jaksaisi, rohkenisi.
- *voimavaratekijöiden ja suojaavien tekijöiden hakeminen* itsestä, sosiaalisista suhteista ja olosuhteista, esteiden tunnistaminen ja selvittely.
- *yhteinen johtopäätös keskustelusta ja sopimiset*: mitä jää käteen, minkä asian kanssa mies lähtee ja missä tunnelmissa. Miten tilannetta seurataan. Sopiminen ohjauskontaktin seuraavasta vaiheesta.
- *"tulevaisuuden suunnitelman"* kehittäminen yhdessä. "Tulevaisuuden muistelu"-menetelmän käyttö eli elävän mielikuvan muodostaminen toiveista ja potentiaalisista mahdollisuuksista?
- *dokumentointi* sovitulla tavalla (lomake): mikä asia puheena, mitä siitä sovitettiin, oma ennakointi asian etenemisestä, muut huomiot) kontaktin luonne, mukana olon aste tms. Hankkeessa sovitaan, mitä asioita seurataan).
- *tukisuhteen päättäminen*: tukisuhteen päättäminen sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa ja tarvittaessa tätä varten laadittavaa kirjettä käyttäen. Asiakkaalle jätetään mahdollisuus palata tukisuhteeseen tai aloittaa se uudestaan vuoden 2005 loppuun mennessä.

Projektiohjaajien kokemukset ja arviot ovat hankkeelle tärkeitä

Koska interventio on hankkeen pääasia, hankkeessa tarvitaan tietoa tapaamisten kulusta ja sisällöistä. Hankkeen vaikuttavuutta arvioitaessa tulisi olla tiedossa, mitä hankkeessa on tehty. Niinpä jokaisesta tapaamisesta kirjataan palaute. Lomake liitteenä. Palautteen kirjaamisesta on vaivaa, mutta se on hankkeelle todella tärkeää tietoa. Palautelomake on yritetty laatia niin selkeäksi ja pääkohdittaiseksi, että se olisi mahdollisimman helppo täyttää. Uskomme myös, että vastaamisen kehittyminen melko pian oma rutiininsa.

Hankkeessa tutkitaan interventiota, ei projektiohjaajaa

Vaikka projektiohjaajia pyydetään kuvaamaan myös omaa toimintaansa ja käsityksiään, hankkeessa ei tutkita projektiohjaajia. Palaute kerätään siksi, että vain projektiohjaajilla on tieto intervention toteutumisesta ja siitä, mitä pojille tapahtuu. Tietoa tarvitaan hankkeen vaikuttavuuden arviointiin.

Asiakkaiden arviot vieläkin tärkeämpiä

Koko hankkeen ideana on kysyä, onko mahdollista kehittää tukitoimia, joista on hyötyä nuorten miesten elämän suuntautumisessa, elämänotteen saamisessa ja vaikeuksista selviytymisessä. Tästä syystä poikien oma arvio siitä, oliko tukiohjelmasta apua ja käytännön hyötyä, on hankkeen päätulos. Tämän selvittämiseksi jokaiselta asiakkaalta pyydetään loppuarviointi.

Hankkeeseen sisältyy seurantatutkimus,

jonka avulla seurataan tämän ikäryhmän elämän etenemistä tutkimuksessa sovit-
tujen asioiden avulla. Sovittujen kriteerien mukaan muodostuva ryhmä jaetaan
arpomalla interventioryhmään ja vertailuryhmään. Toisena vertailuryhmänä on
A-luokkaan kuuluvista miehistä muodostettu ryhmä. Tutkimuksen ja henkilökoh-
taisen kontaktin avulla hankitut asiat ovat yhtä tärkeitä, mutta erilaisia. Henkilö-
kohtaisessa kontaktissa tehdyt havainnot antavat kokonaisen ”lähikuvan” ja ovat
siksi ainutlaatuista tietoa, jota kysely- tai rekisteritiedot eivät korvaa.

Tukiohjelman/ohjauksen eteneminen

Käyntikerrat

Ajatus on, että tapaamiskertoja olisi 4–5. Joku käy kenties vain kerran joko siksi, et-
tä asiat on hyvin ja yksi kerta riittää tai asiakas ei tule uudelleen, vaikka seuraava ta-
paaminen olisikin sovittu. Samalla ”jää tilaa” tavata jotakuta toista useammin, jos
sille on selvä tarve. Tapaamispaikkana voidaan käyttää projektiohjaajan normaali-
työhuonetta tai muuta tapaamiseen soveltuvaa rauhallista tilaa. Helsingin kau-
pungin sosiaalivirastossa on varattu hankkeen käyttöön pöydällä ja tuoleilla kalus-
tettu huone.

Huoneen varaukset tehdään puhelimitse sosiaalipäivystyksen ohjaajilta al-
la olevasta numerosta. Ilmoita heille hankkeen nimi, oma nimesi ja tapaamisen
ajankohta (esim. 5.8.2004 klo 14–15). Asiakkaan nimeä ei tarvitse ilmoittaa. Ta-
paamisen tullessaan asiakas sanoo oven avaaville ohjaajille, että tulee tapaamaan
Aikalisiä! -hankkeen projektiohjaajaa. Sosiaalipäivystyksen ohjaajat saattavat hänet
tapaamishuoneeseen.

Osoite: Sosiaalipäivystystoimisto, II linja 4 G, toinen kerros, huone 354.

Varaukset: p. 3104 2456.

Toimintaolosuhteet

On sovittu, että tapaamispaikat sovitaan joustavasti olosuhteiden mukaan. Kau-
punkien kanssa on sovittu, että puhelinkulut ym. hoituvat osana normaalia työtä.
Muista mahdollisista järjestelyistä sovitaan myöhemmin. Hanke järjestää kirjeitse
tapahtuvia yhteydenottoja varten Stakesin kuoria tai postimerkkejä. Ohjaajille ei
saa tulla yhteydenotoista mitään kuluja.

Keitä odotetaan

Alkusyksystä 2004 hanke kohdistuu heinäkuun 12.7. saapumiserän keskeyttäjiin
ja siviilipalveluksen keskeyttäjiin. Loppusyksystä kutsuntojen alettua lokakuussa

toiminta keskittyy kutsunnoissa muodostuneeseen ryhmään. Vuoden 2005 alusta ryhmänä on tammikuun saapumiserän keskeyttäjät. Tammikuun keskeyttäjiä otetaan mukaan hankkeeseen 31.5.2005 saakka. Interventiovaihe päättyy vuoden 2005 lopussa.

Miten nuori mies ohjautuu projektiohjaajan luo

Projektiohjaaja saa tiedon ohjattavasta asiakkaasta hankkeen koordinaattorin (Juha Ahonen) puhelinoitolla. Hankkeessa suunnitellaan erikseen menettelyt, joilla koordinaattori saa tiedon keskeyttäjistä ja kutsunnoissa muodostuvaan ryhmään kuuluvista miehistä. Koordinaattori pyrkii hakemaan kullekin pojalle sopivan ohjaajan tietojensa perustella (Helsinki–Vantaa) ja myös sopimalla asiasta projektiohjaajan kanssa.

Projektiohjaajan toiminta on luonnollisesti osuvimmillaan omalla vastuualueella asuvien poikien kanssa. On perehtyneisyyttä olosuhteisiin ja mm. alueen palveluihin. Monista syistä (poissaolot, ruuhkautuminen jne.) tämä järjestely ei luultavasti aina onnistu. Käytännössä joudutaan neuvottelemaan mahdollisuudesta ottaa asiakkaaksi hätätilanteessa myös muilla kuin omalla alueella asuvia poikia.

Tiimikokouksen suositus oli, että projektiohjaaja ei ota tukiohjelman vanhaa asiakastaan. Ohjaussuhde aloitetaan ns. puhtaalta pöydältä.

Hankkeen tutkimusasetelman vuoksi hankkeeseen tulevista nuorista miehistä muodostetaan tilastollisesti satunnaistamalla tukiohjelmaryhmä (interventioryhmä) ja vertailuryhmä. Poikia ei siis ole valittu interventioon tarveharkinnan perusteella. Satunnaistaminen on tehty aikaisemmin eli projektiohjaajat tapaavat vain interventioryhmään kuuluvat pojat.

Mitä hankkeeseen kuuluvaa miehelle on tapahtunut ennen projektiohjaajan kontaktia

Ennen projektiohjaajan tapaamista pojat ovat lukeneet ja täyttäneet jo suuren määrän lomakkeita:

- tiedote hankkeesta tutkittaville
- tutkittavien suostumus tutkimukseen
- perustietolomake
- terveystietolomake

Jos asia tulee esille tapaamisessa, on asiaa syytä selvittää. Näin paljon tietoa ja suostumuksia tarvitaan siksi, että kaikki toiminta perustuu lakiin ja tutkimuseettisiin lupiin ja ne edellyttävät, että osallistuminen on vapaaehtoista. Ketään ei siis voida pakottaa tutkimukseen tai ohjelmaan.

Suuri määrä kysymyksiä tarvitaan puolestaan siihen, että voidaan seurata monelta kannalta nuorten miesten elämäntulkua. Tällaista tutkimusta ei ole tehty Suomessa ennen. On mielenkiintoista päästä tähän mukaan.

Ensimmäinen tapaamiskerta

Ensimmäisen tapaamisajan sopiminen

Hankkeen intervention eräs ominaispiirre on sitkeä kontaktin haku ja tiivis yhteydenpito asiakkaisiin. Ensimmäisten kokemusten mukaan tukiohjelmaan tulleet asiakkaat vastaavat heikosti puheluihin jotka tulevat heille tuntemattomista numeroista. Sen sijaan tekstiviestit tavoittavat heidät paremmin ja niihin heidän on myös matalampi kynnyks vastata. Tekstiviestien kautta luodaan ensikontakti ja pyritään sopimaan puhelimitse ensimmäinen tapaamisaika. Tapaamispäivänä varmistetaan tekstiviestillä asiakkaan saapuminen tapaamiseen.

Jokainen yhteydenottoyritys asiakkaaseen ja sen tulos merkitään yhteydenpitomakkeeseen. Projektiohjaajat ottavat yhteyden uuteen asiakkaaseen mahdollisimman pian saatuaan keskeyttäjän tiedot Stakesista. Viiveettömällä tukisuhteen käynnistämällä parannetaan asiakkaiden osallistumismotivaatiota ja sitoutumista. Mikäli asiakas ei saavu ajallaan tapaamiseen, hänelle lähetetään tekstiviesti, jossa ilmaistaan huoli tapaamisen peruuntumisesta, kysytään esteen syytä ja pyydetään ottamaan yhteys uuden ajan sopimiseksi. Jos tarjottuun tapaamisaikaan ei saada asiakkaalta vahvistusta, myös oman toimipisteen ulkopuolella käydään kerran katsoessa, saapuuko asiakas tapaamiseen ilman vahvistusta.

Asiakkailla, joilla ei ole puhelinta, lähetetään tapaamisen sopimiseksi kirje. Kirjeeseen laitetaan yhteydenottopyyntö ja/tai tapaamisaika sekä projektiohjaajan kaikki mahdolliset tavoittamiskanavat tarjolle. Jos ensimmäiseen kirjeeseen ei tule mitään vastausta, lähetetään toinen kirje kahden viikon kuluttua ensimmäisestä. Mikäli mitään vastausta ei saada kahden viikon kuluttua toisen kirjeen lähettämisestä, lähetetään suhteen lopettamiskirje, jonka pohjan hanke laatii. Tukisuhde lopetetaan aina sovitusti ja asiakkaalle jätetään mahdollisuus aloittaa/palata tukisuhteeseen vuoden 2005 loppuun asti. Tukiohjelmaan palaavalta ei pyydetä osallistumisuostumusta toistamiseen eikä hänelle tehdä alkuhaastattelua uudelleen.

Asiakkaan tapaaminen

Hankkeen kannalta on tärkeää, että projektiohjaaja identifioituu näitä tilanteita hoitaessaan hankkeen vastuuihmiseksi ja asiantuntijaksi. Toivomus on, että projektiohjaaja esittäytyisi esim.

”Olen sosiaalityöntekijä/muu NN. Toimin tämän tukiohjelman projektiohjaajana ja olen tässä sinun yhteistyökumppanisi/tukihenkilösi/ohjaajasi. Me käydään

yhdessä läpi sinun tilannettasi ja tavataan ehkä muutamia kertoja, miten myöhemmin sovitaan.”

”Mikskähän mä olen täällä?”

Projektiohjaaja kuvaa asiakkaalle tukiohjelmaa ja sen toteutusta tiedotteen pohjalta ja antaa asiakkaalle

- 1) tiedotteen hankkeen tukiohjelmaan osallistuvalla. Tämän jälkeen allekirjoitetaan
- 2) tutkittavan suostumus tukiohjelmaan kahtena kappaleena.

Asiakkaalle jää oma kappale sekä tiedotteesta että suostumuksesta. Projektiohjaaja tallettaa toisen suostumuslomakkeen. Lomakkeet toimitetaan hankkeelle myöhemmin sovittavalla tavalla.

Jos asiakas allekirjoittaa suostumuspaperin, tukisuhde käynnistyy.

”On hyvä asia, että päätät tulla mukaan tähän tukiohjelmaan! Koetetaan hakea tässä yhdessä sellaisia asioita ja ratkaisuja, jotka auttavat sua eteenpäin niissä asioissa, jotka ovat sulle ajankohtaisia ja tärkeitä. Koetetaan tehdä tämä niin, että tästä on sulle oikeaa hyötyä käytännössä!”

Jos asiakas kieltäytyy osallistumasta tukiohjelmaan, häneltä tiedustellaan kohteliaasti kieltäytymisen syytä. Alkuhaastattelulomakkeeseen kirjataan päivämäärä, oliko kieltäytynyt asiakas palveluksensa keskeyttäjä, palvelukseen saapumatta jäänyt vai C-, D-, tai E-luokkaan määrätty sekä asiakkaan mahdollisesti ilmoittama kieltäytymisen syy. Lisäksi projektiohjaaja voi kirjoittaa omia huomioitaan asiakkaasta.

Kontakti

Projektiohjaajalle ei tule käyttöön tutkimuslomakkeiden avulla saatua tietoa. Koordinaattorillakin on tiedossaan (keskeyttäjästä) vain sosiaalikuuraattorien lähetelomakkeessaan mainitsevat seikat. Sopiessaan ohjauksesta projektiohjaajan kanssa koordinaattori välittää hallussaan olevat tiedot.

Muut tiedot projektiohjaaja hankkii alkuhaastattelun ja omien havaintojensa avulla.

Alkuhaastattelu

Kun kontakti on syntynyt, on sopiva aika siirtyä alkuhaastatteluun.

Harkintaan ”huolen vyöhykkeet” -mallin soveltaminen (Arnkil & Eriksson 2002).

Mikäli ensimmäisessä tapaamisessa ei kartu kaikkia alkuhaastattelulomakkeen tietoja, voidaan haastattelua jatkaa seuraavassa tapaamisessa. Asiakas saattaa haas-

tattelun yhteydessä kertoa hyvinkin vuolaasti asioistaan ja ongelmistaan. Asioiden esille tuomisella on luonnollisesti suuri merkitys asiakkaalle itselleen ja ne saattavat edistää palvelutarpeen kartoitusta. Nämä lomakkeen ulkopuoliset asiat kirjataan lyhyesti ja pääkohdittain lomakkeen tyhjälle sivulle. Luottamukselliset keskustelut ovat yksilöllisten palvelujen suunnittelun ohella hankkeen intervention kulmakiviä.

Jo ensimmäisellä kerralla tavoitemielikuvaa?

Interventio käynnistyy jo alkuhaastattelun loppuksi. Kysymykset 14 - 16 virittävät intervention ensimmäisen vaiheen.

Jokaisella käyntikerralla seurantamerkinnot

Jokaisella käyntikerralla täytetään seurantalomake. Viimeisellä tapaamiskerralla täytetään loppuarviointi. Pyritään siihen, että viimeinen kerta on sovittu ja asiakas todella tulee tapaamisen. Palautteen pyytäminen muussa tapauksessa (sovitaan).

Omaiset, läheiset luottohenkilöt ja sosiaalinen tukiverkko

Tarvittavia tukitoimia suunniteltaessa käytetään aktiivisesti hyväksi lähipiirin mahdollisuuksia tukea asiakkaan tilannetta. Tarvittaessa läheinen luottohenkilö voi myös osallistua tapaamiseen

Muiden palveluiden käyttö

Projektiohjaaja on aktiivinen tarvittavien palveluiden käyttöön motivoimisessa ja auttaa myös yhteyksien saamisessa. Koska pääsy moniin palveluihin on tietävästi tiukalla, mahdollisuutta kolmannen sektorin ym. palveluihin kannattaa pitää esillä.

Hankkeen asiakkaiden tietoja ei kirjata projektiohjaajan työpaikan rekistereihin

Vaikka monet projektiohjaajat tapaavat hankkeen asiakkaita omissa työtiloissaan, *ei asiakkaiden tapaamisia kirjata työpaikan rekistereihin*. Mikäli hankkeen asiakas ohjataan myöhemmin esim. psykiatrian poliklinikalle, jolloin hän tulee ko. toimipaikan asiakkaaksi, hänet kirjataan siellä normaalisti asiakastietorekistereihin. Hankkeeseen osallistuvalla henkilöltä on pyydetty osallistumissuostumus, jossa todetaan mm., että tutkittavan/osallistujan henkilötiedot pidetään salassa, eikä niitä anneta hankkeen ulkopuolisille henkilöille.

Liite 2

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeen suunnitteluryhmä 2004-2007

Maila Upanne (pj.), kehittämisspäällikkö, Stakes

Juha Ahonen (siht.), projektikoordinaattori, Stakes

Olli-Pekka Alapiessa, sosiaalityön esimies, Vantaan kaupunki, Koivukylän sosiaali-
asema

Yrjö Grönberg, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon lääkäri, Helsingin kaupungin
terveysvirasto

Paula Hakala, ylihoitaja, Helsingin kaupungin terveyskeskus, koulu- ja opiskelija-
terveydenhuolto

Marja Heikkinen, kehittämisspäällikkö, aikuisten palvelut, Helsingin sosiaalivirasto

Markus Henriksson, dosentti, psykiatrian ylilääkäri, Sotilaslääketieteen Keskus; yli-
lääkäri, Terveystieteiden tutkimuskeskus

Senja Kangas, sairaanhoitaja, Lapinjärven koulutuskeskus

Timo Lahti, sosiaalispäällikkö, Läntinen maanpuolustusalue, Esikunta, Hämeenlin-
na

Raija Lyytikäinen, terveydenhoitaja, Tikkurilan sosiaali- ja terveyskeskus, koulu- ja
opiskelijaterveydenhuolto, Vantaan ammattiopisto

Kai Parkkola, lääkintäkommodori, Merivoimien ylilääkäri, Merivoimien esikunta

Juhani Raanto, asevelvollisuustoimialan johtaja, majuri, Helsingin sotilasläänin
esikunta

Olli Salin, toimistopäällikkö, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, erityispalvelu-
keskus

Eija Stengård, projektipäällikkö, Stakes

Lea Söderblom, projektiassistentti, Stakes

Jarmo Österlund, sosiaalikirjuri, Kaartin Jääkärirykmentti

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeen ohjausryhmä 2004-2007

Helsingin kaupunki

Aulikki Kananoja, toimitusjohtaja, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto (varapu-
heenjohtaja)

Eija Bergman, kehittämisspäällikkö, sosiaalivirasto, Yhteis palvelukeskus, kehittä-
mis- ja koulutusyksikkö

Riitta Simoila, kehittämisspäällikkö, Helsingin kaupungin terveyskeskus, (varapu-
heenjohtaja)

Vantaan kaupunki*Sakari Lyly*, aluejohtaja, Vantaan kaupunki*Ville Liimatainen*, aikuissosiaalityön palvelupäällikkö, Vantaan kaupunki**Puolustusvoimat***Pentti Kuronen*, lääkintäkenraalimajuri, puolustusvoimien ylilääkäri, Logistiikkaosasto, Pääesikunta*Jan Laukka*, kenraalimajuri evp., Helsingin sotilaslääni*Jaakko Oksanen*, kenraalimajuri, komentaja, Helsingin sotilaslääni*Kari Seppänen*, sosiaalipäällikkö, Itäisen maanpuolustusalueen esikunta*Veli Särmäkari*, VTM, puolustusvoimien sosiaalipäällikkö, Pääesikunta, asevelvollisuusosasto**Sosiaali- ja terveysministeriö***Martti Lähteinen*, sosiaalineuvos, perhe- ja sosiaaliosasto**Työministeriö***Heidi Nummela*, ylitarkastaja*Inka Douglas*, ylitarkastaja**Kuntaliitto***Sirkka-Liisa Karhunen*, kehityspäällikkö**Stakes***Vappu Taipale*, pääjohtaja, (puheenjohtaja)*Matti Heikkilä*, ylijohdaja, (varapuheenjohtaja)*Maila Upanne*, PsT, hankkeen konsultti*Eija Stengård*, kehittämispäällikkö, Mielenterveysryhmä*Kristian Wahlbeck*, tutkimusprofessori, Mielenterveysryhmä*Kaija Appelqvist-Schmidlechner*, tutkija (sihteeri)*Juha Ahonen*, projektikoordinaattori (sihteeri)

Liite 3

Taulukko 1. Seurantakyselyn katoanalyysi (CDE-miehet)

Katoanalyysi	Seurantakyselyyn vastanneet		Seurantakyselyyn vastaamatta jättäneet	
	f	%	f	%
Asuu vanhempien kanssa *				
Kyllä	73	41	90	51
Ei	106	59	87	49
Asunnoton *				
Kyllä	3	2	11	6
Ei	176	98	166	94
Työtilanne *				
Työssä	55	31	75	43
Opiskelee	88	49	60	34
Työ- ja opiskeluelämän ulkopuolella	35	20	41	23
Huumeckokeilut *				
Kyllä	66	37	86	49
Ei	110	63	88	51
		ka		ka
Lapsuusajan ongelmien kasautuminen **		1.62		2.37
Elämäntilanne *		2.53		2.76
Taloudellinen tilanne *		3.16		3.39

Liite 4

Taulukko 1. Interventio- ja vertailuryhmään kuuluvien ikä sekä tulomuuttujien keskiarvot alkumittauksessa

Muuttuja	Interventioryhmä			Vertailuryhmä		
	n	ka	Std. dev.	n	ka	Std. dev.
Ikä	182	20.00	2.44	174	20.25	2.68
Psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12)	168	4.13	3.92	167	3.72	3.47
Alkoholin ongelmakäyttö (CAGE)	179	1.28	1.45	169	1.46	1.42
Elämänlaatu	178	16.05	4.05	172	15.65	3.90
Ongelmien kasautuminen	166	1.35	1.21	163	1.28	1.18
Itseluottamus	174	15.41	2.39	166	15.05	2.30
Tyytyväisyys itseän	179	4.62	1.46	168	4.45	1.26

Taulukko 2. Taustamuuttujat interventio- ja vertailuryhmään kuuluvilla

Muuttuja	Interventioryhmä		Vertailuryhmä	
	f	%	f	%
Siviilisääty				
Parisuhteessa	31	17	27	16
Naimaton	151	83	147	84
Peruskoulutus				
Peruskoulu	103	57	96	56
Lukio	78	43	77	44
Työtilanne				
Työssä	61	34	69	37
Opiskelee	77	43	71	42
Työ- ja opiskeluelämän ulkopuolella	42	23	34	22
Asuinkumppani				
Yksin	36	20	26	15
Perheen / vanhempien kanssa	119	67	128	75
Muu	24	13	16	9
Diagnoosiryhmä				
Mielenterveysdiagnoosi	69	42	80	51
Päihdediagnoosi	17	10	17	11
Somaattinen diagnoosi	79	51	59	38

Taulukko 1. Psykkisen kuormittuneisuus (GHQ-12) interventio- ja vertailuryhmään kuuluneilla

Ryhmä	Mittauskerta	n	Keskiarvo	Std.Dev.
interventioryhmä	alku	168	4.13	3.92
	loppu	95	2.45	2.63
vertailuryhmä	alku	167	3.72	3.74
	loppu	75	3.17	3.47

Toistomittausvarianssianalyysi $F(215) = 3.96$, $p = .0479$.

SAS-ohjelmiston MIXED-proseduuri, jossa huomioidaan kaikki olemassa oleva tieto.

Taulukko 2. Tyytyväisyys ihmissuhteisiin interventio- ja vertailuryhmään kuuluneilla

Ryhmä	Mittauskerta	n	Keskiarvo	Std.Dev.
interventioryhmä	alku	181	2.42	1.01
	loppu	99	2.44	1.00
vertailuryhmä	alku	173	2.31	1.00
	loppu	80	2.51	1.22

Toistomittausvarianssianalyysi $F(218) = 4.85$, $p = .0288$.

SAS-ohjelmiston MIXED-proseduuri, jossa huomioidaan kaikki olemassa oleva tieto.

Liite 6

Taulukko 1. Tulosuuttujien arvot alku- ja loppumittauksessa interventio- ja vertailuryhmällä

Muuttuja	Alku			Loppu		
	n	ka	Std. dev.	n	ka	Std. dev.
<i>Alkoholin ongelmakäyttö (CAGE)</i>						
Interventoryhmä	179	1.28	1.45	99	1.15	1.42
vertailuryhmä	169	1.46	1.42	78	1.24	1.48
<i>Elämänlaatu</i>						
Interventoryhmä	178	16.05	4.05	99	15.71	3.68
vertailuryhmä	172	15.65	3.90	80	15.29	4.50
<i>Itseluottamus</i>						
Interventoryhmä	174	15.41	2.39	96	14.96	2.02
vertailuryhmä	166	15.05	2.30	77	15.06	2.58
<i>Tyytyväisyys itseensä</i>						
Interventoryhmä	179	4.62	1.46	99	4.45	1.28
vertailuryhmä	168	4.45	1.25	77	4.56	1.41
<i>Ongelmien kasautuminen</i>						
Interventoryhmä	166	1.35	1.21	93	1.16	1.01
vertailuryhmä	163	1.28	1.18	72	1.03	1.07

Ei tilastollisesti merkitseviä eroja alku- ja loppumittauksessa interventio- ja vertailuryhmän välillä.