

**PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN TERVEYSRYHMÄTOIMINTAA
HARTOLAN TYÖVARIKOLLA**

Katariina Hyvärinen – Noora Kolu
Opinnäytetyö, syksy 2009
Diakonia-ammattikorkeakoulu /
Lahden ammattikorkeakoulu,
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumis-
vaihtoehto
Terveystyöntekijä (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hyvärinen, Katariina & Kolu, Noora 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveysryhmätoimintaa – Hartolan Työvarikolla, Lahti, syksy 2009, 57 sivua, 6 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu/ Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma, Terveystyön suuntautumisvaihtoehto, Terveystyöntekijä (AMK).

Pitkäaikaistyöttömillä on huomattu erilaisia sosiaalisia, sekä toimeentuloon, terveyteen ja mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Lisäksi on todettu, että heillä on muuta väestöä korkeampi syrjäytymisriski. Pitkäaikaistyöttömille ei ole tarjolla heille suunnattuja terveyspalveluita Suomessa. He ovat myös eriarvoisessa asemassa terveyspalvelujen saannissa työssäkäyvään väestöön verrattuna.

Opinnäytetyönä toteutettiin hanke, Terveysryhmätoimintaa pitkäaikaistyöttömille Hartolan Työvarikolla. Hankkeen tarkoitus oli tarjota pitkäaikaistyöttömille tukea terveyden edistämiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Opinnäytetyö järjestettiin yhteistyössä Hartolan Työvarikolla toimineiden Tuumasta Toimeen- ja Nuorta Voimaa -hankkeiden kanssa.

Terveysryhmätoiminta järjestettiin tammikuun 2009 aikana. Ryhmään osallistui viisi Hartolan Työvarikon asiakasta. Hartolan Työvarikon hankevetäjät valitsivat ryhmään osallistuneet henkilöt. Ryhmätapaamisia oli yhteensä neljä kertaa ja ne olivat noin tunnin kestoisia. Ryhmätapaamisissa aiheena olivat: tutustuminen, ravinto, tupakointi ja unettomuus. Ryhmätapaamisissa korostui sosiaalinen kanssakäyminen.

Hankkeen arviointi tapahtui osallistuvan havainnoinnin ja itsearviointin avulla. Arvioinnissa käytettiin myös Hartolan Työvarikon hankevetäjiltä saatua kirjallista palautetta sekä ryhmäläisiltä saatuja palautelomakkeita.

Hanke auttoi pitkäaikaistyöttömiä saamaan uutta tietoa terveyden edistämisestä ja saamaan tukea sosiaaliseen kanssakäymiseen. Pitkäaikaistyöttömät pystyivät terveysryhmissä kertomaan omia tuntojaan sekä kokemuksiaan toisilleen. Pitkäkestoisemmalla ryhmätoiminnalla saavutettaisiin pysyvimpiä tuloksia.

Asiasanat: pitkäaikaistyöttömyys, syrjäytyminen, terveyden edistäminen, sosiaalinen tuki, pienryhmät

ABSTRACT

Hyvärinen Katariina & Kolu Noora, 2009. Long term unemployed health group activities in Hartola Työvarikko, Lahti, autumn 2009, 57 pages, 6 appendices

Diakonia University of Applied Sciences / Lahti University of Applied Sciences. Faculty of Social and Health Care, Degree Programme in Nursing, Specialization in Health Care. Public Health Nurse.

Long-term unemployed have been found to have various social, mental health, physical health and income related problems. In addition, they also have a higher risk of social exclusion. Finland does not have specially designed health care services to cover the needs of long term unemployed people. Compared to working population, long term unemployed are in disadvantaged position in their access to health care.

The objective of our study was to organise a health group activity in Hartola Työvarikko. The purpose of the project was to provide support, social interaction and health promotion to long term unemployed. The project was organised in cooperation with Hartola Työvarikko, Tuumasta Toimeen and Nuorta Voimaa.

Health action group was held in January 2009. The group participated with five Hartola's Työvarikko customers. Hartola Työvarikko's project managers chose the people who participated in the group. A total of four meetings were held, each lasting approximately an hour. The group topics were smoking, insomnia and nutrition. But the main focus of the meeting was on social interaction.

Evaluation of the project was carried out in participatory observation and self evaluation. Written feedback from project leaders and team members was also used in the evaluation.

The project helped long term unemployed to get new information on health promotion and support from social interaction. Long term unemployed health groups were able to tell their own feelings and experiences to each other. Longer-lasting health group activity would achieve more steadier results.

Key words: long term unemployment, social exclusion, promoting health, social support, small groups

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 SYRJÄYTYMINEN JA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMYYS | 7 |
| 2.1 Syrjäytymisen määrittely ja ilmeneminen..... | 7 |
| 2.2 Pitkäaikaistyöttömyyden vaikutus syrjäytymiseen | 9 |
| 3 SYRJÄYTYNEIDEN JA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN HYVINVOINTI..... | 11 |
| 3.1 Väestöryhmien väliset terveyserot..... | 11 |
| 3.2 Terveysten edistäminen terveyserojen kaventajana | 12 |
| 3.2.1 Hartolan Työvarikko | 14 |
| 3.2.2 Takatasku -projekti..... | 16 |
| 3.2.3 Wire-projekti..... | 17 |
| 3.3 Syrjäytyneiden ja pitkäaikaistyöttömien hyvinvointi ja terveys | 18 |
| 3.3.1 Ravinnon merkitys osana syrjäytyneiden ja pitkäaikaistyöttömien terveyttä | 19 |
| 3.3.2 Tupakoinnin terveyshaitat | 20 |
| 3.3.3 Uniongelmien esiintyvyys syrjäytyneillä ja pitkäaikaistyöttömillä..... | 21 |
| 4 TERVEYSRYHMIEN TOTEUTUS PITKÄAIKAISTYÖTTÖMILLE | 22 |
| 4.1 Pienryhmän ja sosiaalisen tuen merkitys yksilölle | 22 |
| 4.2 Terveysryhmän ohjaaminen | 24 |
| 5 HANKKEEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TULOKSET | 25 |
| 6 HANKKEEN SUUNNITTELU- JA TOTEUTUSVAIHEEN KUVAUS | 26 |
| 6.1 Hankkeen toimijat, yhteistyötahot ja hyödynsaajat | 27 |
| 6.2 Hankkeen suunnittelun ja toteutuksen kuvaus | 28 |
| 7 HANKKEEN ARVIOINTI | 30 |
| 7.1 Ohjaajien havainnointia ja itsearviointia ryhmäkerroista | 31 |
| 7.2 Ryhmäläisiltä saatu palaute terveysryhmätoiminnasta | 34 |
| 7.3 Hartolan Työvarikon hankevetäjien palaute terveysryhmätoiminnasta | 35 |
| 8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 36 |
| LIITTEET | 45 |
| Liite 1. Tutkimuslupahakemus | 45 |

| | |
|--|----|
| Liite 2. Hankkeen toteutusaikataulu..... | 46 |
| Liite 3. Palautelomake terveysryhmätoimintaan osallistuneille..... | 49 |
| Liite 4. Hartolan Työvarikon palautelomake | 51 |
| Liite 5 Terveysryhmätoiminnan ohjelmarunko | 52 |
| Liite 6. Terveysryhmätoiminnassa käytetyt materiaalit | 53 |

1 JOHDANTO

Pitkäaikaistyöttömillä on huomattu paljon erilaisia sosiaalisia, sekä toimeentuloon, terveyteen ja mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Lisäksi on todettu, että heillä on muuta väestöä korkeampi syrjäytymisriski. Osalla työttömiä nämä ongelmat tulevat esille päihdehaittoina ja mielenterveysongelmina. (Stakes 2007.) Terveys 2015 -ohjelman keskeisiä tavoitteita on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventuminen. Toimintaohjelmassa korostuvat alkoholi- ja tupakkapolitiikka, lasten- ja nuorten terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäisy. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Terveys 2015 – ohjelmassa otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon sosiaalisten ja taloudellisten rakenteiden vaikutus, syrjäytymisen ehkäisy ja erityisryhmien, kuten pitkäaikaistyöttömien ja maahanmuuttajien ongelmat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Pitkäaikaistyöttömille ei ole tarjolla heille suunnattuja terveyspalveluita Suomessa. Pitkäaikaistyöttömät ovat eriarvoisessa asemassa terveyspalvelujen saannissa työssäkäyvään väestöön verrattuna. Pitkäaikaistyöttömiltä puuttuvat työterveyshuoltoon liittyvät terveystarkastukset ja muut työterveyshuoltoon liittyvät palvelut. (Stakes 2007.)

Opinnäytetyön teimme yhteistyössä Hartolan Työvarikon kanssa. Hartolan Työvarikko on suunnattu työttömille hartolalaisille. Työvarikolla toimivat Tuumasta Toimeen - ja Nuorta Voimaa -hankkeet. Kohderyhmänä Tuumasta Toimeen -hankkeessa olivat hartolalaiset työnhakijat, joilla oli vaikeuksia sijoittua koulutukseen tai työelämään. Ensisijaisena kohderyhmänä olivat pitkäaikaistyöttömät, vaikeasti työllistyvät työnhakijat, vajaakuntoiset työnhakijat ja nuoret. Nuorta Voimaa -työpaja oli tarkoitettu 15–28 -vuotiaille nuorille, jotka tarvitsivat tukea koulutukseen hakemisessa, ja joilta puuttui työkokemusta. Työntekijät olivat työvarikolla työharjoittelussa, työkokeilussa, työelämänvalmennuksessa ja kuntotuttavassa työtoiminnassa. Menetelminä

työvarikolla olivat työ- ja yksilövalmennus, ryhmätoiminta ja palveluohjaus. (Hartolan Työvarikko 2008.)

Järjestimme Hartolan Työvarikolla ryhmätoimintaa työttömille, ja siinä käsiteltiin terveyteen liittyviä asioita. Teimme yhteistyötä sekä Tuumasta toimeen -hankkeen että Nuorta voimaa -hankkeen kanssa. Ryhmissä korostui sosiaalinen kanssakäyminen muiden ryhmäläisten kanssa. Aiheinamme ryhmissä olivat unettomuus, tupakka ja ravinto. Aiheet olivat valittu yhdessä hankkeiden vetäjien kanssa. Ryhmissä korostuivat sosiaaliset sekä vuorovaikutustaidot.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen hanke, josta tulemme hyötymään tulevaisuudessa terveydenhoitajan työssämme. Hankkeesta saamme kokemusta ryhmien vetämisestä ja terveysohjauksesta. Terveysdenhoitajan tulee osata työskennellä erilaisten, ja eriasemassa olevien ihmisten kanssa, sekä vastata heidän tarpeisiinsa.

Hankkeemme tavoitteina on pitkäaikaistyöttömien osallistuminen järjestämääme ryhmätoimintaan, ryhmien sisällön vastaaminen pitkäaikaistyöttömien tarpeisiin, ryhmään osallistuneiden palautteen antaminen ryhmän toiminnasta, tukea pitkäaikaistyöttömien sosiaalista kanssakäymistä ja antaa positiivisia vaikutteita ryhmäläisten oman terveyden edistämiseen.

2 SYRJÄYTYMINEN JA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMYYS

2.1 Syrjäytymisen määrittely ja ilmeneminen

Williamsin (1998) mukaan yleisellä tasolla voidaan syrjäytyminen määritellä yksilöä yhteiskuntaan yhdistävien siteiden heikkoudeksi (Raunio 2006, 9). Ritakallio (1992) määrittelee puolestaan syrjäytymisen hyvinvointipuutteiden kasaantumiseksi. Ennen käytetystä huono-osaisuus käsitteestä se eroaa siten, että elinolojen sijaan kuvaillaan elämänsä vaiheita. (Linnossuo 2004, 16.) Nurmi

ym. (1992) toteavat syrjäytymisen olevan elämänkulun prosessi, jossa tietyt huono-osaisuustekijät ja epäonnistumista tuottavat ajattelu- ja toimintastrategiat kerääntyvät yksilön mahdollisuuksia rajoittavaksi kehäksi. Pitkittäisaikatutkimuksissa syrjäytymiskehityksellä tarkoitetaan näkemystä siitä, että syrjäytyminen on seurausta ihmisen elämänkaareen ja kasvuoloihin liittyvistä epäedullisista tekijöistä, ja niiden taipumuksesta kasautua huono-osaisuudeksi, poikkeavuudeksi, mielenterveyden ongelmiksi, tai epäonnistumisen kehäksi, epäterveiksi elämäntavoiksi, tai psyykkisiksi häiriöiksi. Selviytymisvaatimukset ovat koventuneet yhteiskunnassamme, jossa tarvitaan entistä enemmän taloudellista, sosiaalista ja kulttuurista pätevyyttä. Tämän kokonaisuuden hankkimiseen koulutus on keskeinen tekijä. (Linnossuo 2004, 17.)

Koulutus ja työ antavat suuntaa nuoren aikuisen sosiaaliseen kehitykseen. Ne lisäävät turvallisuutta, vakautta ja valinnan mahdollisuuksia elämässä. Valintojen tekeminen tarjolla olevista työpaikoista ja vaihtoehdoista edellyttää hyvää elämänhallintaa. (Johansson & Vuori 1999, 5.) Nuorten syrjäytyminen voi ilmetä kolmella eri tavalla.

1. Nuori ei täytä joitain käyttäytymis- tai ammattitaitovaatimuksia, ja siksi hänet erotetaan koulusta tai työpaikasta.
2. Syrjäytymisestä puhutaan silloin, kun nuorelle ei löydy uutta paikkaa. Syrjäytyminen voi myös johtua esteestä. Nuori ei jostain syystä onnistu pääsemään työhön tai haluamaansa koulutukseen.
3. Syrjäytyminen voi olla nuoren oma valinta, ja siihen perustuva syrjään jääminen. Tämän elämänvalinnan nuori tekee usein turhautuneena, tai vailla tulevaisuuden näkymiä. (Taskinen 2001, 11.)

Toimeentulon menettäminen ei ole niin vaikeasti hyvitetävissä, kuin se, että menettää työn ja koulutuspaikan puuttumisen vuoksi kehitysmahdollisuudet. Työ merkitsee muutakin kuin toimeentuloa. Työn ulkopuolelle jääneet menettävät muun muassa ajan jäsentymisen työhön ja vapaa-aikaan. Heiltä puuttuu yleensä myös sosiaalinen asema ja työelämään liittyvät yhteiskunnallisen vaikuttamisen mahdollisuudet. Työelämän ulkopuolelle jääminen vaikeuttaa myös

sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. (Taskinen 2001, 11.) Palkkatyötä korostavassa yhteiskunnassa syrjäytyminen työelämästä on isoimpia syitä henkilön laajemmalle syrjäytymisprosessille (Ek, Saari, Viinamäki, Sovio & Järvelin 2004, 18). Syrjäytymisen tunnusmerkiksi voidaan katsoa toimeentulotuen varassa eläminen, passiivisuus työhön ja koulutukseen hakeutumisessa, koulutuksen keskeyttäminen, yleensä sosiaaliset ongelmat, sekä epätietoisuus tulevaisuuden suunnitelmista. (Lehto-Trapnowski 2001, 47.)

Pitkään jatkunut työttömyys voi johtaa taloudelliseen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen. Taloudellisella syrjäytymisellä tarkoitetaan tinkimistä päivittäisestä kuluksista. Sosiaalisella syrjäytymisellä tarkoitetaan ihmissuhteiden vähenemistä ja supistumista. Syrjäytyminen ei välttämättä ole pysyvä tila, jonne tiputaan yhdellä kertaa, vaan pidempi jatkumo, jonka toisessa päässä on kuuluminen yhteiskuntaan, ja toisessa päässä sen ulkopuolella oleminen. Syrjäytymisen aste voi vaihdella. (Johansson & Vuori 1999, 5.)

2.2 Pitkäaikaistyöttömyyden vaikutus syrjäytymiseen

Kesäkuussa 2009 Työ- ja Elinkeinoministeriön julkaisemassa työllisyyskatsauksessa todetaan työttömiä työnhakijoita olevan 275 800, mikä oli 67 500 enemmän kuin vuotta aikaisemmin. Työttömistä työnhakijoista oli miehiä 56 % ja naisia 44 %. Pitkäaikaistyöttömiä puolestaan oli 40 900, mikä on 3 100 vähemmän kuin vuoden takainen luku. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009.) Yli vuoden yhtäjaksoisesti kestänyt työttömyys määritellään pitkäaikaistyöttömyydeksi (Tilastokeskus 2008). Työttömyys kasvoi Suomessa suuresti 1990-luvun laman aikana. Työttömyys oli huipussaan 1993–1994, jolloin 16 % työvoimasta oli työttömänä. Erityisesti pitkäaikaistyöttömien määrä on jäänyt lamaa edeltävää tasoa merkittävästi korkeammalle tasolle. (Moisio ym. 2008, 31.) Työttömien lukumäärä laski 1990-luvulla Suomessa hitaammin kuin sen uskottiin laskevan (Keskitalo & Mannila 2004, 104). Lisäksi pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli 1990-luvulla suurin kaupunkiseudun keskuksissa ja vähäisin maaseudulla (Kainulainen, Rintala & Heikkilä 2001, 93).

1990-luvun alkupuolella nuorisotyöttömyys nelinkertaistui Suomessa. Vuonna 1993 Suomessa oli yli 97 000 alle 25-vuotiasta työtöntä nuorta. Näistä luvuista nuorisotyöttömyys on laskenut tasaisesti. Vuonna 1998 Suomessa oli edelleen yli 47 000 alle 25-vuotiasta työtöntä työnhakijaa (Johansson & Vuori 1999, 4.) Vuonna 1999 Suomessa nuorisotyöttömyys oli 11 %, kun taas EU:ssa keskimäärin sama luku oli 8,5 %. Toisaalta Suomessa nuorten työttömyys oli lyhytkestoisempaa kuin muissa EU:N maissa. (Keskitalo & Mannila 2004, 105.) Kesäkuun 2009 lopussa alle 25-vuotiaita työttömiä oli 40 500, mikä on kuitenkin 15 800 enemmän kuin edellisvuoden kesäkuussa (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009).

Nykymaailmassa työurat eivät ole yhtä selkeitä, kuin aikaisemmin, ja yhä useammat ihmiset ovat työttöminä jossain vaiheessa elämäänsä. Tämä koskee erityisesti nuoria. Nyssölän (1997) mukaan työttömyys ei välttämättä merkitse syrjäytymistä, mutta sen riski on olemassa työttömyyden jatkuessa pidempään. Suomen sosiaaliturvajärjestelmä helpottaa työttömyyden taloudellisia seurauksia jossakin määrin, mutta samalla, kun turvaverkot ovat harventuneet, ovat työttömyysturvan saamisen ehdot kiristyneet 1990-luvulla. Yhä useammat nuoret jäävät työttömyysturvan ulkopuolelle. Tämä koskee erityisesti niitä nuoria, joilla ei ole aikaisempaa työkokemusta, tai ammatillista koulutusta, tai kumpiaakaan näistä. Tässä tilanteessa olevat nuoret joutuvat turvautumaan toimeentulotukeen. Pitkään minimituloilla eläminen voi johtaa valtavirrasta sivuun joutumiseen, mikä puolestaan voi johtaa syrjäytymiseen. (Johansson & Vuori 1999, 4.)

Pitkäaikaistyöttömillä on huomattu olevan muuta väestöä korkeampi syrjäytymisriski. Lisäksi heillä on paljon erilaisia sosiaalisia, sekä toimeentuloon, terveyteen ja mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Osalla työttömiä nämä ongelmat tulevat esille päihdehaittoina ja mielenterveysongelmina. Tämän vuoksi on tärkeää, että pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset, ja muut niiden johdosta järjestettävät terveydenhuollon, sosiaalitoimen, työhallinnon ja kuntoutuksen toimenpiteet sovitetaan yhteen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kanssa. (Stakes 2007.)

3 SYRJÄYTYNEIDEN JA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN HYVINVOINTI

3.1 Väestöryhmien väliset terveyserot

Terveydentilalla on selvä yhteys sukupuoleen, ikään, asuinalueeseen, sosiaali-ryhmään, koulutukseen, siviilisäätyyn, tuloihin, kieleen, työttömyyteen ja moniin muihin väestöä ryhmitteleviin tekijöihin (Koskinen & Teperi 1999, 13). Martikainen ja Valkonen (1995 ja 1996) toteavat työttömien olevan keskimääräistä sairaampia, kuin työllisten. Myös kuolleisuus on keskimääräistä suurempi työttömien keskuudessa, kuin työllisten. Tämä johtuu luultavasti ainakin osittain työttömyyttä edeltäneistä terveysriskeistä ja -ongelmista. (Koskinen & Teperi 1999, 13.) Kortteinen ja Tuomikoski (1998) huomauttavat, että joukkotyöttömyyden pitkittyessä työttömien ja työssä käyvien terveyserojen merkitys korostunee, koska pitkäaikaistyöttömyys voi johtaa yleiseen syrjäytymiseen, ja siitä johtuviin terveysongelmiin. Työterveyshuollon ulkopuolelle jääminen korostaa merkittävästi terveyseroja (Koskinen & Teperi 1999, 13).

Martikainen ja Valkonen (1995 ja 1996) toteavat myös, että väestöryhmien terveyseroja aiheuttaa terveyteen liittyvä valikoituminen. On kuitenkin ilmeistä, että nämä terveyserot johtuvat pääasiallisesti sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta terveyteen. (Koskinen & Teperi 1999, 16.) Palosuo ym. (2006) muistuttavat myös, että terveydenhuollossa tapahtuu paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten suosimista (Juhila 2008, 69). Ohjelmapäällikkö Juha Teperi sosiaali- ja terveysministeriöstä huomauttaa suurituloisten saavan ja käyttävän terveyspalveluita eniten. Pienituloiset tarvitsisivat palveluita enemmän, mutta he käyttävät niitä vähiten. Tämä näkyy esimerkiksi terveystarkastuksissa ja tavallisissa lääkärikäynneissä. (Karlsson 2007, 21.)

Sosioekonomisten ryhmien välillä on suuret terveyserot. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät. Työssäkäyvät ovat terveempiä kuin työttömät. (Koskinen & Teperi 1999, 116.) Suomalaisten terveydentila on viime vuosikymmeninä parantunut ja elinikä on noussut, mutta kaikki väestöryhmät eivät ole hyötynneet tästä kehityksestä samalla tavalla. Terveyserojen kaventamiseen ei

ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota, ja terveyserot ovat joiltakin osin kasvaneet. Väestöryhmäerot ovat näkyviä myös monissa sairauksien riskitekijöissä. Esimerkkinä tästä on, että ylempään koulutusryhmän miehistä 18 % tupakoi, kun taas alemman koulutusryhmän miehistä tupakoi jopa 38 %. Väestöryhmien välisten terveyserojen syyt ovat moni-ilmeisiä, ja ne ovat linkittyneet ammatti- ja koulutusryhmien erilaisiin elinoloihin, työoloihin, erilaiseen fyysiseen ja psykososiaaliseen kuormittavuuteen, sekä sukupolvien yli kantaviin kulttuurisidonnaisiin käyttäytymismalleihin. Yhteiskuntapolitiikan toimin voidaan vaikuttaa terveyseroja aiheuttaviin ja ylläpitäviin asioihin, esimerkiksi verotuksella alkoholin kulutukseen ja sen mukanaan tuomiin haittoihin. Terveydenhuoltojärjestelmä ja työterveyshuolto voivat myös omalta osaltaan ehkäistä terveyserojen syntyä ja toimia terveyseroja kaventavasti. Vielä on kuitenkin puute käytännön toimintamalleista. Monien tahojen pitkäjänteistä yhteistyötä tarvitaan terveyseroja kavennettaessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Työterveyslaitos 2008.)

3.2 Terveyden edistäminen terveyserojen kaventajana

Terveyden edistämisenä on kysymys ihmisen mahdollisuuksien parantamisesta, eikä sen välittömänä tarkoituksena ole esimerkiksi muuttaa ihmisen käyttäytymistä. Yhteiskunnalla on suuri merkitys terveyden edistämisenä. (Vertio 2003, 29.) Terveyden edistämistä on yhtä hankala määritellä kuin terveyttä. Terveys voi parantua tai heikentyä olosuhteiden, vuorovaikutusten, elintapojen ja omien valintojen tuloksena. Arkiympäristö ja -toiminta, ihmisten tiedot ja taidot, keskinäinen tuki ja huolenpito vaikuttavat terveyteen. Julkisella vallalla on myös mahdollisuus vaikuttaa kansalaisten terveyteen. Tärkeitä päätöksiä terveyden kannalta liittyy elinympäristöön, hyvinvointipalveluihin, koulutukseen, työelämään, sosiaaliseen turvallisuuteen ja tasa-arvoon. Hyväosaisilla on yleensä riittävästi tietoa, taitoa ja motivaatiota huolehtia terveydestään. Tämän takia yhteiskunnalla on erityinen vastuu vähäosaisten, vähemmän koulutusta saaneiden ja syrjäytyneiden ihmisten terveydestä. (Huttunen 2007, 15.)

Terveyspolitiikan päätavoite on jo pitkään ollut väestöryhmien terveyserojen kaventaminen (Koskinen & Teperi 1999, 116). WHO:n kansainvälisessä sekä

Suomen kansallisessa Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmassa (STM 1989), jo silloin keskeiset terveystavoitteet olivat sukupuolten, alueiden ja sosiaaliryhmien välisten terveyserojen kaventaminen parantamalla erityisesti huonossa asemassa olevien terveyttä (Koskinen & Teperi 1999, 17). Suomen kansallisen Terveys 2015 -ohjelman merkittävimpiä tavoitteita on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kahdeksannen päätavoitteen mukaan väestön terveydentilan parantamiseen tulisi pyrkiä niin, että eriarvoisuus vähenee ja huonoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. (Terveystieteiden tutkimuskeskus & Työterveyslaitos 2008).

Terveys 2015 -ohjelman keskeisiä tavoitteita ovat väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveys 2015 -ohjelman valmisteluista vastaa Kansanterveyden neuvottelukunta, jossa ovat edustettuina useat hallinnon alat, kuntakenttä, terveyspalvelujärjestelmä, kansalais- ammattijärjestöt, sekä terveystutkimus. Valmisteluun osallistuvat myös Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke TEROKA, sekä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tutkimuslaitokset. Toiminta ohjelmassa korostuvat alkoholi- ja tupakkapolitiikka, lasten- ja nuorten terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäisy. Lisäksi otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon sosiaalisten ja taloudellisten rakenteiden vaikutus, syrjäytymisen ehkäisy ja erityisryhmien, kuten pitkäaikaistyöttömien ja maahanmuuttajien, ongelmat. (Terveys 2015.)

Suomessa terveystavoitteena on parin vuosikymmenen ajan ollut terveyserojen vähentyminen. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 liittyy tiiviisti hallituksen Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelmaan. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma katsottiin hyödylliseksi, koska terveyserot ovat osoittautuneet vaikeaksi terveys- ja yhteiskuntapolitiiseksi ongelmaksi. Terveystieteiden kaventamisen toimintaohjelmassa tavoitteena on väestöryhmien välisten sosioekonomisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Tavoitteita ei ole saavutettu. Terveystieteet ovat osittain jopa kasvaneet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Pitkäaikaistyöttömät ovat eriarvoisessa asemassa terveystalvöpalvelujen saannissa työssäkävövään väestöön verrattuna. Pitkäaikaistyöttömille ei ole tarjolla heille suunnattuja terveystalvöpalveluita Suomessa. Pitkäaikaistyöttömiltä puuttuvat työterveysthuoltoon liittyvät terveystarkastukset ja muut työterveysthuoltoon liittyvät palvelut. Stakesin hallinnoimalla Pitkäaikaistyöttömien terveystdenhuollon kehittämishankkeella oli tarkoitus tukea pitkäaikaistyöttömien terveystdentilan sekä toiminta- ja työkyvyn parantamista keskittämällä kuntien, terveystkeskusten ja muiden viranomaisten tutkimus-, kuntoutus-, aktivointi- ja muita toimenpiteitä, sekä olemassa olevia monenlaisia yhteistyörakenteita pitkäaikaistyöttömien elämänhallinnan edistämiseen. Hanke oli Stakesin hallinnoima, ja sen kesto oli 1.9.2007–28.2.2009. Hankkeen tutkijoiden osalta kehittämishanke jatkui 30.4.2009. (Stakes 2007.) Yhtenä tapana kaventaa pitkäaikaistyöttömien terveystseroja on tehdä projekteja. Seuraavaksi esittelemme seuraavia projekteja: Tuumasta toimeen -hanke, Nuorta voimaa -hanke, Takatasku -projekti ja Wire -projekti.

3.2.1 Hartolan Työvarikko

Hartolan Työvarikko on suunnattu työttömille hartolalaisille. Työvarikon tavoitteena on parantaa työttömän arjen hallintaa ja hänen valmiuksiaan hakeutua koulutukseen tai työhön. Elämäntilanne kartoitetaan kokonaisvaltaisesti, ja jokaiselle valmentautujalle tehdään henkilökohtainen suunnitelma. Työpajajakso on osa palvelukokonaisuutta, jossa yhteistyötä tekevät muun muassa työvoimahallinto ja sosiaalitoimi. Hartolan Työvarikko koostuu kahdesta rakennuksesta. Päärakennuksessa toimii käsityöpaja, jossa tehdään ompelu- ja verhoilutöitä. Lisäksi päärakennuksessa ovat kahvihuone ja toimistot. Lisärakennuksessa toimii versta. Siellä on puuosasto, jossa valmistetaan esimerkiksi uustuotantoa ja esineiden kunnostusta. (Hartolan Työvarikko 2008.)

Työvarikolla toimivat Tuumasta Toimeen -hanke ja Nuorta Voimaa -hanke. Työvarikolla hankkeiden parissa työskenteli kaksi hankevetäjää ja työvalmentajaa. Tuumasta Toimeen -hanke oli tiiviissä yhteistyössä Hartolan kunnan

eri osastojen kanssa. Hanke oli Hartolan kunnan perusturvatoimen alaisuudessa 2006. Vuoden 2007 alusta hanke oli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallinnoimana. Hankkeen toiminta-aika oli 2.5.2006 - 28.2.2009. (Hartolan Työvarikko 2008.)

Tuumasta Toimeen -hankkeessa käynnistettiin uusi toimintamalli Hartolaan. Hankkeen oli tarkoitus katkaista kohderyhmän työttömyys työvoimapolitiisilla aktiivitoimenpiteillä. Asiakkaita ohjattiin Tuumasta Toimeen -toimintakeskukseen ja työpalveluun. Tämän kautta heitä ohjattiin ja valmennettiin sijoittumaan myös Hartolan kunnan eri osastoille, yrityksiin, yhdistyksiin ja muihin yhteisöihin. Hankkeessa luotiin verkostotyön malli, jossa työvoimatoimisto, työvoiman palvelukeskus, järjestöt ja yritykset toimivat yhdessä hankkeen työntekijöiden kanssa moniammatillisessa yhteistyössä. Hankkeessa luotiin myös työnantajien ja yritysten kanssa toimiva yhteistyötapa, jossa yritykset antoivat tuutorointia toimintakeskukselle. Menetelmät hankkeessa olivat: työ- ja yksilövalmennusmenetelmät, palveluohjaus, ryhmävalmennus, toiminnalliset työt, työnantaja tuutorointi, moniammatillinen verkostotyö, aktivointitoimenpiteet, työharjoittelu, työkokeilu, työelämänvalmennus, kuntotuttava työtoiminta ja palkkatukityö. Tuumasta Toimeen -hanke toimi Nuorta Voimaa -hankkeen sateenvarjohankkeena. (Hartolan Työvarikko 2008.)

Nuorta Voimaa -hanke on saanut Opetusministeriön valtion avustusta nuorten työpajatoimintaan ajalle 1.4.2008 - 31.3.2009. Hankkeen rahoittajina ovat Opetusministeriö ja Hartolan kunta. Nuorta Voimaa -hanke pyrkii jatkamaan ja tekemään työpajasta pysyvän toimenpidekokonaisuuden tiiviissä yhteistyössä Hartolan kunnan eri osastojen kanssa. Nuorta Voimaa -hanke on Hartolan kunnan sivistystoimen alaisuudessa. Tavoitteeksi on asetettu 14 asiakasta vuodelle 2008. (Hartolan Työvarikko 2008.)

Nuorta Voimaa -työpaja oli tarkoitettu 15 - 28-vuotiaille nuorille, jotka tarvitsivat tukea koulutukseen hakeutumisessa, ja joilta puuttui työkokemusta. Nuoret tarvitsevat tehostettuja toimenpiteitä oman uransa suunnittelussa ja

toteuttamisessa, sekä pysyvämpää ratkaisua omaan elämäntilanteeseensa. (Hartolan Työvarikko 2008.)

Nuorta Voimaa -hankkeen tarkoitus ja toimintaperiaatteet olivat: lisätä nuorten koulutushalukkuutta ja työnsaantimahdollisuuksia, luoda nuorille edellytyksiä työllistyä avoimilla työmarkkinoilla, antaa nuorille mahdollisuus osallistua koulutuksiin ja muihin toimenpiteisiin. Hankkeen toiminnan toteutuksessa otettiin huomioon nuoren fyysinen ja psyykinen kunto, sekä nuoren mahdollisuudet ja voimavarat. Toiminta suunniteltiin nuorten työllistymisedellytysten kehittämisen kannalta mielekkääksi ja riittävän vaativaksi. Jokaiselle nuorelle tehtiin alussa alkukartoitus ja henkilökohtainen oppimis- ja etenemissuunnitelma. Nuorta Voimaa -hankkeessa korostui yhteisöllisyys. (Hartolan Työvarikko 2008.)

3.2.2 Takatasku -projekti

Takatasku -projekti oli Lahden seurakuntayhtymän hallinnoima toimintamuoto vuosina 2000 - 2003. Takatasku on edelleen lahtelaisille työttömille tarkoitettu toimintamuoto ja -paikka. (Lindstam 2003, 1-2.) Tällä hetkellä se on Lahden kaupungin ja Lahden seurakuntayhtymän työllisyyttä edistävä hanke. Takatasku tarjoaa ihmisille mahdollisuuksia työskennellä, toimia ja osallistua. Siellä toimii Ruokala ja kahvila Aula. Takataskussa on tarjolla työharjoittelu-, työkokeilu-, tukityö- ja vapaaehtoistyöpaikkoja. (Takatasku 2009.)

Takatasku -projekti aloitti toimintansa monitoimikeskus Takataskun sisällä 1.11.2000. Projektin tavoitteet olivat työttömyyden vähentäminen, työllistyminen, syrjäytymisen ehkäiseminen, työttömien ihmisten henkilökohtaisen kasvun edellytysten tukeminen ja työllistymiseen suuntaavan omaehtoisen toiminnan tukeminen. Kohderyhmänä projektissa olivat pitkäaikaistyöttömät, ammatillisen vajavuuden vuoksi heikosti työllistyvät ja sosiaalisen ja kasvatuksellisen syyn vuoksi syrjäytymisuhan alla olevat työttömät. (Kaartinen 2003, 2, 7.)

Takatasku -projektin osuus monitoimikeskus Takataskun toiminnasta oli työkuntoutusta, joka sisälsi työllistämispalvelua, koulutus- ja

pienryhmätoimintaa ja opiskelijoiden ohjausta (Kaartinen 2003, 8). Erilaisissa pienryhmissä mietittiin työelämän sekä sen vaikutuksia ja merkityksiä henkilökohtaisella tasolla (Lindstam 2003, 8). Työllistämispalvelun perustyö oli ohjaavia yksilökeskusteluita ohjaajien kanssa. Sen lisäksi työllistämispalveluun kuului työnvälitystoiminta ja yhteistyön kehittäminen työnantajien kanssa, sekä yhteistyösuhteiden ylläpitäminen projektin asiakkaita työllistäneiden työnantajien kanssa. (Kaartinen 2003, 8.)

Takatasku -projektissa yhteistyökumppaneina olivat kaupungin työllisyys- ja sosiaalitoimet, työvoimaviranomaiset, sekä monet kolmannen sektorin toimijat. Projektin avulla todettiin, että vähäosainenkin ihminen on valmis, kykenevä ja halukas itsensä auttamiseen, jos hänelle vain annetaan mahdollisuus ja lisäresursseja. (Lindstam 2003, 1-2.)

3.2.3 Wire-projekti

Wire-projekti käynnistyi vuonna 2000 kesäkuussa. Se oli Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoima hanke. Wire-projektin tavoitteiksi asetettiin pitkäaikaistyöttömien työllistäminen ja aktivoiminen, sekä heidän työ- ja toimintakykynsä edistäminen ja elämänhallinnan tukeminen. Lisäksi tavoitteiksi asetettiin yhteistyö- ja palveluohjauksen rakentaminen. (Perttinen & Suuronen 2004, 13-14.)

Projektin kohderyhmäksi asetettiin Jyväskylän työvoimatoimiston toiminta-alueen työttömät, erityisesti pitkäaikaistyöttömät. Toiminta haluttiin kohdentaa ikääntyviin, miehiin, sekä nuoriin pitkäaikaistyöttömiin. Toimintojen tavoitteena oli ensisijaisesti asiakkaan työllistäminen yrityssectorille. Työharjoittelut, työkokeilut ja tukityöjaksot toimivat välivaiheena kohti pitkäaikaisempaa työllistymistä. Työllistyminen ei ollut aina asiakkaalle mahdollinen vaihtoehto, mutta jo elämänhallinnan lisääntyminen oli asiakkaalle riittävä tulos. Työllistymisen vaiheet sisälsivät asiakkaan tarpeista riippuen muun muassa terveystalveta, työvalmennusta, kuntoutussuunnittelua, kuntoutusta, koulutusta, liikuntaryhmiä ja ak-

tiivijaksoja. Projektissa myös ohjattiin asiakasta käyttämään muita hänen tarvitsemiaan palveluita. (Perttinä & Suuronen 2004, 15–17.)

Wire-projektissa oli toiminta pystytty suuntaamaan pitkäaikaistyöttömiin lisäämällä tavoitteen mukaisesti miesten ja nuorten määrää. Työllistymistavoitteet saavutettiin asiakkaiden keskuudessa. Siinä työllistämistukien ja työvalmennuksen merkitys oli suuri sekä asiakkaiden että työnantajien keskuudessa. Työttömän elämänlaatu lisääntyi hyvinkin pienestä toiminnasta, esimerkiksi liikuntaryhmään osallistumisesta. (Perttinä & Suuronen 2004, 100.)

Wire -projektissa liikuntaryhmien sisältöä ja tarjontaa kehitettiin jatkuvassa vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Heidän toiveitaan kuunneltiin ja toteutettiin resurssien sallimissa rajoissa. Liikuntaryhmistä muodostui toimiva tapa tukea työttömien liikuntaa ja työ- ja toimintakykyä. Vetäjien mukaan liikuntaryhmien avulla pystyttiin pitämään yllä työttömien työkuntoa, edistämään sosiaalista verkostoitumista ja tukemaan säännöllistä päivärytmiä. Liikuntaryhmiin osallistuminen paransi osalla työttömistä itsetuntoa ja lisäsi heidän aktiivisuuttaan, ja sitä kautta edisti työllistymistä. (Perttinä & Suuronen 2004, 56.)

3.3 Syrjäytyneiden ja pitkäaikaistyöttömien hyvinvointi ja terveys

Terveyttä ei ole helppo määritellä, sillä se kostuu monesta eri tekijästä. Yksinkertaisimmillaan määriteltynä ihminen on terve, jos hänellä ei ole sairauksia. Toinen tapa määritellä terveys on yhdistää se toimintakykyyn. Mitä enemmän ihmisellä on rajoituksia toiminatakyvyssään, sen huonompi hänen terveytensä on. Molemmat määritelmät perustuvat siihen, että terveyttä katsotaan omasta näkökulmastaan muiden joukossa. Jokainen määrittelee oman terveytensä omalla tavallaan, ja se on määritelmistä paras. Oma kokemus terveydestä saattaa poiketa paljonkin terveydenhuollon ammattilaisten henkilökohtaisista arvioista ja käsityksistä. Ihminen voi tuntea itsensä terveeksi, vaikka hänellä olisi useita sairauksia tai vammoja. Ihmisen omakohtaiseen arvioon terveydestä vaikuttavat hänen omat tavoitteensa ja elinympäristönsä. (Huttunen 2007, 11.)
Terveytenä on pidetty ihmisen ominaisuuksia, toimintakykyä, voimavaroja, ta-

sapainoa, tai kykyä sopeutua ja selviytyä. Terveiden määrittelemisen eri tieteidenalojen käsityksistä voi olla hyvinkin erilaista. Jopa ihmiset, joilla on sairaus, voivat kokea itsensä terveiksi. (Vertio 2003, 15.)

Hyvinvoinnilla ja elinoloilla tarkoitetaan arkipuheessa usein samaa asiaa. Hyvinvointi on laajempi käsite, kuin elinolot. Elinoloilla tarkoitetaan asuinoloja, työtä ja toimeentuloja, kun taas hyvinvointi käsittää näiden lisäksi terveyden, sosiaaliset suhteet ja subjektiivisen hyvinvoinnin. Hyvinvointi riippuu sekä elinoloista että ihmisen kyvyistä ja mieltymyksistä, joiden pohjalta ihminen tuottaa hyvinvointiaan. Viimeiset 15 vuotta suomalaisten elinoloja merkittävästi kehystänyt asia on ollut lama, ja siitä toipuminen. Talouden rakennemurros ei ole ollut ainoa muutos suomalaisessa yhteiskunnassa. Suomi on läpikäynyt, ja läpikäy edelleen, sosiodemografisia ja kulttuurisia muutoksia. Viimeiset 15 vuotta Suomi on rikastunut, eriarvoistunut ja ikääntynyt. Ihmisjoukot ovat muuttaneet kasvukeskuksiin, monimutkaistuneet ja kirjavoituneet niin kulttuurisesti, etnisesti kuin juridishallinnollisestikin. (Moision, Karvonen, Simpura & Heikkilä 2008, 28.) Suomi on vauraampi kuin koskaan, ja vaurastuu vieläkin. Vaurastumisesta on päässyt osalliseksi suurin osa suomalaisista, mutta kasvava vauraus ei ole jakautunut tasaisesti. Tuloerojen kasvaessa myös suhteellinen köyhyys on kasvanut. (Moision ym. 2008, 30.)

3.3.1 Ravinnon merkitys osana syrjäytyneiden ja pitkäaikaistyöttömien terveyttä

Ruokavalio on muuttunut terveellisemmäksi kaikkien väestöryhmien keskuudessa 1970-luvulta lähtien. Siitä huolimatta eriarvoisuus on säilynyt ja saanut uusia ulottuvuuksia. Aikaisemmin ravintotottumuksiin vaikuttivat koulutus ja asenteet enemmän kuin taloudellinen tilanne. Pitkäaikaistyöttömyyden yleistyessä työttömien, koulutettujen ja työssäkäyvien väliset ravitsemuksen erot tulevat kasvamaan. Tutkimuksissa ei ole saatu suoraa näyttöä työttömyyden ja vähävaraisuuden vaikutuksesta ruokavalioon, koska vakavasti syrjäytyneet ihmiset eivät ota osaa väestötutkimuksiin. Selvää kuitenkin on, että osalla väestöstä huono taloudellinen tilanne huonontaa ruokavaliota. Suomessa on mahdollista syödä pienellä rahalla terveellisesti, mutta kaikilla ihmisillä ei ole

tarvittavia taitoja terveellisen ruokavalion toteuttamiseen käytännössä. (Terveyskirjasto 2005.)

Ravinnolla on keskeinen merkitys terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien ehkäisyssä. Omilla valinnoillaan jokainen voi vaikuttaa sairastumisriskiinsä. Terveydenhuollon päätehtävä on tukea asiakkaitaan terveyden ylläpitämisessä, sekä sairauksien ehkäisyssä. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 11.) Ravintoaineiden tasapainoinen ja sopiva saanti antaa perustan terveydelle ja hyvinvoinnille. (Parkkinen & Sertti 2006, 19.) Tämä vaikeutuu huomattavasti työttömällä, koska häneltä puuttuu työpaikkaruokailu. Pitkään jatkunut työttömyys voi johtaa siihen, että ihminen joutuu turvautumaan ruokapankkien avustukseen.

Suomalaisten ravitsemussuositusten lautasmalli näyttää konkreettisesti hyvän aterian kokoamisen. Lautasmalli antaa kuvan siitä, mitä ravintoaineita lautaselle kuuluisi koota. Puolet lautasella tulee olla kasviksia, neljännes lautasella on perunaa, riisiä tai pastaa. Annoksen viimeinen neljännes koostuu lihasta, kalasta tai munaruuasta tai vaihtoehtoisesti palkoviljasta, pähkinöistä, tai siemeniä sisältävästä kasvisruuasta. Aterian täydentää lasi rasvatonta maitoa tai piimää, pehmeällä rasvalla voideltu leipäviipale ja annos marjoja tai hedelmiä. (Parkkinen & Sertti 2006, 22.)

3.3.2 Tupakoinnin terveyshaitat

Työttömät tupakoivat päivittäin useammin kuin työssä käyvät vuonna 2006. Tieto pohjautuu Työ- ja terveys -haastattelun tuloksiin. (Kauppinen, Hanhela, Heikkilä, Kasvio, Lehtinen, Lindström, Toikkanen & Tossavainen 2006, 209.) Tupakoinnilla on todettu olevan suora yhteys useisiin syöpiin, erityisesti keuhkosyöpään. Tupakointi lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, ja sitä kautta se lisää myös kuolleisuutta. 90 %:lla keuhkohtaumatautia sairastavista on taustalla kymmenien vuosien tupakointi. (Kansanterveyslaitos 2008.)

Keuhkohtaumatauti on nopeasti yleistyvä sairaus, joka kuitenkin tunnetaan melko huonosti. Keuhkohtaumataudin oireita ovat lisääntyvä yskä, liman

nousu ja rasituksen yhteydessä hengenahdistus. Noin puolet tupakoitsijoista sairastuu keuhkohtaumatautiin jossain vaiheessa elämässään. Tupakassa itsessään on 4 000 erilaista ainetta, joista noin 50 aiheuttaa syöpää. Suomessa kuolee noin 5 000 henkilöä vuosittain tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin. (Hengitysliitto Heli ry 2008.) Tupakointi on vähentynyt Suomessa, mutta silti meillä on edelleen miljoona tupakoijaa. Vuonna 2007 työikäisistä miehistä tupakoi 26 % ja naisista 17 %. Sosioekonomisten ryhmien väliset erot tupakoinnin suhteen ovat suuret. 1980-luvulta lähtien miesten tupakointi on vähentynyt. Myös naisten tupakointi näyttäisi viime vuosina kääntyneen laskuun. (Kansanterveyslaitos 2008a.)

3.3.3 Uniongelmien esiintyvyys syrjäytyneillä ja pitkäaikaistyöttömillä

Unihäiriöt ja unettomuus ovat asioita, joista lähes jokainen kärsii joskus. Joka kolmas suomalainen aikuinen kärsii uniongelmistä vähintään kerran viikossa. Työterveyslaitoksen tekemissä tutkimuksissa todetaan univajeen olevan yleistä, mutta vakavan univajeen kohtuullisen harvinaista (Härmä & Sallinen 2004, 11). Yöunien pituus ja nukkuminen eivät eroa paljon työssä käyvillä ja työttömillä. Jokaöinen unettomuus ja heräily ovat kuitenkin yleisempiä pitkäaikaistyöttömillä. Tämä voi osin johtua myös iän vaikutuksesta. Iäkkäillä ihmisillä yöunet keskeytyvät useammin kuin nuorilla. (Kauppinen ym. 2006, 210.) Uniongelmat ovat lisääntyneet etenkin kiireisen elämäntavan, vuorotöiden ja työhuolien takia. Uniongelmistä kärsivä ei pysty nukkumaan riittävästi. Ympäristön häiriöt ja elämän huolet häiritsevät nukahtamista ja herättävät aamuyöstä, ja uni on huonolaatuista. Unettomuus kuluttaa voimavaroja, heikentää muistia, sekä edesauttaa masennusta ja päihteiden käyttöä. Unettomuuden jatkuessa pitkään tapahtuu koko elimistön säätelyjärjestelmässä muutoksia. Unen puute on ihmiselle terveysriski ja siihen tulee hakea apua. (Kansanterveyslaitos 2008b.)

Ihmiset lääkitsevät useasti unettomuuttaan alkoholilla. Alkoholilla ei ole hyvä käyttöä unilääkkeenä. Vähäinen määrä alkoholia voi rentouttaa, mutta se heikentää unen laatua, ja muuttaa unen rakennetta. Säännöllinen alkoholin käyttö unilääkkeenä altistaa alkoholiriippuvuudelle. Elimistö tottuu alkoholiin ja annosta

joutuu nostamaan. (Kansanterveyslaitos 2008b.) Unilääkkeiden pitkäaikainen käyttö aiheuttaa lääkeriippuvuutta (Terveyskirjasto 2008). Unilääkkeiden käytön kasvu on lisääntynyt. Niitä käytetään nyt kaksi kertaa enemmän kuin 15 vuotta sitten. Tämä kertoo myös siitä, että unettomuus on kasvussa. Hyvänlaatuinen uni on erittäin tärkeää terveydelle. Unitutkijoiden mukaan uni vaikuttaa kansanterveyteen yhtä paljon kuin liikunta, ravinto, alkoholi ja tupakka. (Kansanterveyslaitos 2008b.)

4 TERVEYSRYHMIEN TOTEUTUS PITKÄAIKAISTYÖTTÖMILLE

4.1 Pienryhmän ja sosiaalisen tuen merkitys yksilölle

Sosiaalipsykologiassa ryhmä erotetaan satunnaisesta ihmisryhmästä tai suuresta joukosta. Yleisiä tunnusmerkkejä ryhmälle ovat tietty koko, tarkoitus, säännöt, vuorovaikutus, työnjako, roolit ja johtajuus. Ryhmän koko on suhteellinen käsite. Tavallisesti ryhmäksi katsotaan 2 – 20 henkeä, mutta tarkat lukumäärät ovat kyseenalaisia. (Niemistö 2004, 16.) Pienryhmässä jokaisen ryhmän jäsenen on mahdollista olla vuorovaikutuksessa kaikkien muiden ryhmän jäsenten kanssa. Muuten on kyse suurryhmästä. (Jauhiainen & Eskola 1993, 109.) Ryhmän koko vaikuttaa ryhmän luonteeseen. Alle 12 henkilön ryhmät ovat yleensä pienryhmiä. Ryhmäkokoja ei tule pelkästään määrittellä henkilölukuihin viittaamalla, koska kyse on enemmänkin ryhmän laadusta, kuin henkilöiden määrästä. Yksilöt näyttävät pääsevän pienryhmissä helpommin esiin, ja ryhmä voi päästä yhdenmukaisuuteen ja yhteistyökykyiseen toimintaan. (Niemistö 2004, 57–58.) Ryhmät ovat myös yksilön ympäristöön sopeutumisprosessin kannalta tärkeitä (Antikainen, Rinne & Koski 2000, 18).

Ryhmiä kokoontumiset muodostavat sarjan, jossa erilliset kokoontumiset liittyvät sisällöltään ja toiminnaltaan toisiinsa. Ryhmä tunnetaan ja koetaan rakenteellisten tunnusmerkkiensä lisäksi ajallisena kokonaisuutena. Ihmiset, joita yhdistää tietty tarkoitus ja vuorovaikutus, tuntevat kuuluvansa samaan

ryhmään myös kokoontumisten välillä. (Niemistö 2004, 20.) Seppälä (1993) toteaa, että ryhmän toimintaan vaikuttavat ryhmään osallistuvien henkilöiden yksilölliset tarpeet, odotukset ja mielikuvat, joita ryhmäläisillä on erilaisista vuorovaikutustilanteista (Hintsala 1997, 24).

Ryhmässä tapahtuu muutakin kuin virallisen perustehtävän mukaista toimintaa. Jäsenten välillä ryhmässä vaikuttavat monenlaiset tunteet ja voimat. Jäsenet kohdistavat tosiinsa tunteita ja tekoja. Ne saattavat olla tietoisia ja harkittuja, mutta myös tahattomia. Nämä eloisat ja usein vaikeasti tavoitettavat ryhmäilmiöt kertovat ryhmän sisäisestä voimasta ja dynamiikasta. (Niemistö 2004, 17.) Ryhmädynamiikka voidaan määritellä voimana, joka vaikuttaa ryhmäläisten keskinäisiin suhteisiin, ja lopulta myös ryhmän lopputulokseen. Ryhmän suunnitteluun ja vetämiseen vaikuttaa ryhmän ohjaajan oma tietämys ja ymmärtäminen eri dynamiikoista. Ryhmädynamiikkaa esiintyy esimerkiksi ryhmäprosessissa, ryhmän muodostumisessa ja ryhmän säännöissä ja rooleissa. (Cole 2005, 25)

Ryhmäprosessilla tarkoitetaan ryhmässä jatkuvaa tapahtumista ja kokonaistoinnin muuttumista. Käsitteeseen ryhmäprosessi piiloutuu ajatus, tai ainakin toive ryhmän kehittymisestä. Tavoitteisilta ryhmiltä odotetaan, että ne saavuttaisivat jotain. (Niemistö 2004, 21.) Ryhmän jäsen pääsee tai joutuu kohtamaan erilaisia näkökulmia asioihin. Vuorovaikutuksessa ryhmän jäsen oppii väistämättä uusia toimintatapoja ja asenteita. Kehitettäessä persoonallisuutta pienryhmä toimii ryhmän jäsenelle peilinä, tukijana, kannustajana ja kriitikkona. Turvallisessa ja tutussa ryhmässä sen jäsen saa hyvät eväät työstää jännityksiään, itsetuntoaan, pelkojaan sekä rohkaistuu takaisin oman elämänsä tekijäksi. Pitkään työttömänä olleille henkilöille voi tulla ns. työttömän identiteetti. Se estää työtöntä sopeutumasta uuteen työympäristöön. Tällaisessa tilanteessa työtön henkilö joutuu ottamaan kantaa omaan muutosvastaisuuteensa vertaisryhmän aiheuttamassa ”paineessa”. Tämäkin synnyttää uuden oppimista. (Lindstam 2003, Liite 1.)

Vertaisryhmät ovat usein hyviä välineitä, kun opetellaan erilaisia uusia taitoja. Työkuntoutuksen pienryhmissä opetellaan ensisijaisesti vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia taitoja. Kaikkia vertaisryhmiä ei voida kuitenkaan pitää hyvinä uusien asenteiden, taitojen tai yleensä asioiden opiskeluvälineenä. Ryhmälle asetettava tavoite vaikuttaa siihen millainen ryhmän kokoonpanosta tulee. Tapauskohtaisesti tulee harkita onko ryhmän tavoitteen saavuttamisen kannalta parasta koota homogeeninen ryhmä, vai onko parempi koota ryhmä eri "tasoisista" jäsenistä. Työkuntoutusryhmissä tulee arvioida kriittisesti ryhmän muodostumista pelkästään vaikkapa työn ulkopuolelle sosiaalistuneista tai moniongelmaisista henkilöistä. (Lindstam 2003, Liite 1.)

4.2 Terveysryhmän ohjaaminen

Ryhmän ohjaaja toimii ryhmän johtajana, mutta johtajuuteen osallistuvat myös kaikki ryhmän jäsenet. Johtajuus tarkoittaa vastuun ottamista yhteistoiminnasta. Ohjaajan tehtävä on auttaa ryhmää huolehtimaan perustehtävistä. (Niemistö 2004, 178.) Ryhmäohjaajan tulee hallita ryhmänohjaus-, esiintymis-, organisointi-, markkina- ja kehittämistaidot. Ryhmänohjaustaidot voidaan jakaa edellytyksiin ja erityisiin menetelmiin. Edellytykset liittyvät tiiviisti ohjaajan persoonalliseen tapaan kohdata ihminen. Erityismenetelmillä puolestaan tarkoitetaan sellaista keinovalikoimaa, jonka avulla ohjaaja oppii ohjaamaan keskusteluja määrätietoisesti ja tavoitteellisesti. Ohjaaja tarvitsee vuorovaikutustaitoja, jotta hän voi luoda turvallisen ryhmän. (Aalto 2002, 7.) Esiintymistaidoilla tarkoitetaan ohjaajan äänenkäyttöä, tilanteen haltuun ottoa ja esiintymisvarmuutta. Organisoitaitaitoja ohjaaja tarvitsee pitääkseen huolta käytännön järjestelyistä, joita ryhmätoiminta edellyttää. Markkinointitaitoja ohjaaja tarvitsee kerätäkseen osallistujia ryhmiin. Kehittämistaidoilla tarkoitetaan ohjaajan kykyä arvioida ja kehittää omaa työtään, ja kykyä omaksua kehittävä työote ohjaajan työssä. (Mäkitalo 1998, 5-6.)

Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja on ohjauksen asiantuntija. Ohjaus perustuu monesti niille asioille, joita asiakas nostaa esiin, ja jotka ovat merkityksellisiä hänen terveydelleen ja hyvinvoinnilleen. Ohjauksen

tarve voi liittyä asiakkaan terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin tai elämäntavan eri vaiheisiin. Ohjaajan tehtävänä on arvioida ja tunnistaa asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät vaikuttavat ohjaamiseen. Taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaaliseen, sekä muihin ympäristötekijöihin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson & Renfors 2007, 26, 28.)

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat ikä, sukupuoli ja terveydentila. Nämä kaikki vaikuttavat asiakkaan ohjaustarpeisiin, ja siihen, miten asiakas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomuksista, kokemuksista, mieltymyksistä, odotuksista, tarpeista, oppimistavoista, sekä asiakkaan valmiuksista ja motivaatiosta. Asiakasta tulee tarkastella osana hänen ympäristöään ja maailmankuvaansa, jotta ymmärretään hänen käyttäytymistään ja päästään ohjaustavoitteisiin. Taustatekijät koostuvat sosiaalisesta kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Nämä kaikki ovat merkittäviä sosiaalisen ohjauksen kannalta. Ympäristössä olevat erilaiset tekijät voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen joko tukevasti tai heikentävästi. Näitä tekijöitä voivat olla fyysinen ympäristö, kulttuuri- ja ihmissuhdeympäristö. (Kyngäs ym. 2007, 29-36.)

5 HANKKEEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TULOKSET

Toteutimme opinnäytetyönä hankkeen. Järjestimme tammikuussa 2009 Hartolan Työvarikon pitkäaikaistyöttömille terveysryhmätoimintaa. Terveysryhmätoiminnassa korostui sosiaalinen kanssakäyminen. Aiheina ryhmissämme olivat ravinto, tupakointi ja unettomuus.

Hankkeen lyhyen aikavälin tavoitteet:

1. Pitkäaikaistyöttömien osallistuminen järjestämäämme ryhmätoimintaan

2. Ryhmien sisällön vastaaminen pitkäaikaistyöttömien tarpeisiin
3. Ryhmään osallistuneiden palautteen antaminen ryhmän toiminnasta

Hankkeen pitkän aikavälin tavoitteet:

1. Tukea pitkäaikaistyöttömien sosiaalista kanssakäymistä
2. Antaa positiivisia vaikutteita ryhmäläisten oman terveyden edistämiseen

Hankkeen tuloksena syntyy terveysryhmän toimintamalli ja kirjallinen materiaali Hartolan Työvarikolle.

6 HANKKEEN SUUNNITTELU- JA TOTEUTUSVAIHEEN KUVAUS

Hankkeen toteuttamisesta tulisi vastata kyseistä tehtävää varten perustettu organisaatio. Hankkeella tulee olla juuri sitä kuvaavat tavoitteet. Niiden avulla kuvataan muutosta, jota hankkeella pyritään aikaansaamaan hyödynsaajien kannalta. Hanke tulee suunnitella etukäteen tarkkaan sovitun päämäärän saavuttamiseksi. Päämäärä pyritään määrittelemään systemaattisesti siten, että hankkeella on alku, suunnitelma ja toteuttajat. Hanke päättyy sovittuna ajankohtana ja sovitulla tavalla. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 25.) Muodostimme hankkeemme tavoitteet kuvaamaan Hartolan Työvarikon asiakkaiden tarpeita ja suunnittelimme terveysryhmätoiminnan sisällön etukäteen yhdessä Hartolan Työvarikon hankevetäjien kanssa.

Hankkeen etenemistä voidaan tarkastella kehittämissyklinä. Hanke ei aina etene järjestelmällisesti vaiheesta toiseen, vaan käytännössä vaiheet sulautuvat tai ovat päällekkäisiä. Eteneminen ei ole suoraviivaista, vaan eri vaiheisiin palataan syvemmän näkökulman ja lisätiedon kanssa. Näin hanke keskittyy paremmin vastaamaan kehittämisen ja tutkimuksen mukana tarkentuviin tavoitteisiin. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 26.) Hankkeemme eteneminen

ei ollut suoraviivaista, vaan jouduimme useasti palamaan hankkeemme tavoitteisiin, jotta saimme ryhmän sisällön vastaamaan ryhmäläisten tarpeita.

Hankkeessa syklisen etenemisen vaiheet ovat: havainnointi, pohtiva tarkastelu, suunnittelu ja toiminta. Hankkeessa on keskeistä pyrkiä löytämään selvyys erilaisiin ongelmiin joita toiminnoissa on, ja rakentamaan toimintamalleja, tuotteita tai muita ratkaisuja. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 26.) Hankkeessamme rakensimme toimintamallin tukemaan Hartolan Työvarikon pitkäaikaistyöttömien sosiaalista kanssakäymistä ja terveyden edistämistä.

6.1 Hankkeen toimijat, yhteistyötahot ja hyödynsaajat

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Hartolan Työvarikolla toimineiden Nuorta Voimaa- ja Tuumasta Toimeen -hankkeiden kanssa. Ryhmät koostuivat Nuorta Voimaa-, sekä Tuumasta Toimeen -hankkeiden asiakkaista. Terveysryhmät järjestettiin hankevetäjien avustuksella. He toivoivat, että järjestäisimme ryhmätoimintaa, jossa käsiteltäisiin ravintoon ja unettomuuteen liittyviä aiheita. Hankevetäjät valitsivat asiakkaistaan terveysryhmiimme henkilöt, jotka kävivät säännöllisesti Hartolan Työvarikolla ja olivat motivoituneita ryhmätoimintaan.

Ensisijaisena kohderyhmänä hankkeessamme olivat terveysryhmätoimintaan osallistuvat pitkäaikaistyöttömät, jotka olivat Hartolan Työvarikolla asiakkaina. Hartolan Työvarikko hyötyi opiskelijoiden työpanoksesta siten, että se havainnoi uutta opiskelijoiden asiakkaiden kanssa toteuttamaa toimintamuotoa. Ryhmään osallistuneet Hartolan Työvarikon asiakkaat saivat ennaltaehkäisevää tietoa ravinnosta, tupakoinnista ja unesta. Lisäksi he saivat tukea sosiaaliseen kanssakäymiseen. Ryhmän kanssa kävimme terveyteen liittyviä aiheita läpi keskustellen sekä toiminnan kautta. Tämä voi motivoida terveellisiin elämäntapoihin ja auttaa ymmärtämään enemmän terveyden merkitystä asiakkaiden omassa elämässään.

Ryhmän ohjaajat vastasivat terveysryhmäkertojen aiheiden ideoinnista, toteuttamisesta ja raportoinnista. Hartolan Työvarikon hankkeiden vetäjät toimivat hankkeemme yhdyshenkilöinä, sekä ryhmän kokoajina.

Hankkeemme budjetti koostui opiskelijoiden matkakuluista Lahdesta Hartolaan, kointikuluista ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton Vertaansa vailla -kuva-korteista. Hartolan Työvarikko kustansi ruokatarvikkeet yhdelle ryhmäkerralle. Riskejä hankkeessamme olivat, että terveysryhmiin ei olisi osallistunut yhtään Työvarikon asiakasta ja, ryhmien sisältö ei olisi vastannut kohderyhmämme tarpeita.

6.2 Hankkeen suunnittelun ja toteutuksen kuvaus

Toteutimme hankkeemme toimintaosuuden Hartolan Työvarikon tiloissa tammi-kuussa 2009. Järjestimme pitkäaikaistyöttömille pienryhmiä, joissa käsiteltiin terveyteen liittyviä teemoja. Ryhmien sisällön suunnittelimme yhdessä Tuumasta Toimeen - ja Nuorta Voimaa – hankevetäjien kanssa. Suunnittelukertoja oli kaksi syksyn 2008 aikana. Ensimmäisellä kerralla kartoitimme yhteistyökumppanimme tarpeet, joita olivat ryhmätoiminta ja terveysneuvonta. Toisella tapaamiskerralla suunnittelimme ryhmien aiheet ja keston. Lisäksi tutustuimme Työvarikon tiloihin. Hankkeiden vetäjät osallistuivat kanssamme ryhmien koamiseen ja tilan järjestämiseen. Ryhmien tilaksi valitsimme kahvihuoneen, joka sopi hyvin ryhmien toteuttamiseen. Kahvihuoneessa oli keittomahdollisuus ravintokerraksi, ja tilan sai hyvin eristettyä Työvarikon muusta toiminnasta.

Teimme sopimuksen opinnäyteyhteistyöstä Hartolan Työvarikon kanssa 18.9.2008. Syksyn 2008 aikana hankesuunnitelma muotoutui ja se hyväksyttiin syksyn 2008 suunnitelmaseminaarissa. Seminaarin jälkeen lähetimme tutkimuslupahakemuksen (liite 1). Kirjalliset luvat ryhmien järjestämiseen saimme 19.1.2009 Hartolan kunnanjohtajalta ja 4.2.2009 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän sosiaalijohtajalta. Suullisen luvan saimme Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän

sosiaalihoitajalta ennen ryhmien alkua. Suunnitelman mukaan terveysryhmät toteutuivat tammikuussa 2009.

Opinnäytetyönä toteutettu terveysryhmätoiminta järjestettiin Hartolassa, Hartolan Työvarikon toimitiloissa. Ryhmät kokoontuivat neljä kertaa kahden viikon aikana tammikuussa 2009. Ryhmiin osallistujat olivat pitkäaikaistyöttömiä Hartolan Työvarikon asiakkaita. Osallistujia oli viisi henkilöä. Kokoontumiset kestivät noin tunnin kerrallaan.

Ensimmäinen ryhmäkerta, tiistai 20.1.2009: tutustuminen

Ensimmäisellä tapaamiskerralla tutustuimme toisiimme. Tutustumisessa käytimme apuna Mannerheimin Lastensuojeluliiton Vertaansa vailla -kuvakortteja (liite 6). Kortit on suunniteltu avaamaan keskusteluja ryhmätilanteissa. Korteissa on erilaisia eläinaiheisia kuvia ja adjektiiveja.

Tärkeä vaihe ryhmän toiminnassa on tutustumisvaihe, joten se tulee käydä läpi kokonaisvaltaisesti esittelemällä tapaamiskertojen koko runko. Ryhmän toiminnan vaihe jakautuu puheeksiottamisen vaiheeseen, vertaistuen aktivointiin ja yhdessä oppimisen vaiheeseen. (Järvinen & Taajama 2006, 9). Tästä alkoi ryhmäläisten sosiaalinen kanssakäyminen.

Toinen ryhmäkerta, torstai 22.1.2009: ravinto

Valmistimme terveellistä ja edullista kasvispainotteista ruokaa yhdessä ryhmäläisten kanssa (liite 6). Valitsimme valmistettavan ruoan yhdessä ryhmän jäsenien kanssa, jonka jälkeen nautimme valmistamamme ruoan yhdessä. Kerroimme terveellisen ravinnon merkityksestä, ja siitä, kuinka pienillä valinnoilla voi vaikuttaa omaan terveyteensä. Lisäksi kävimme yhdessä läpi ruokien ravintoarvot ja lautasmallin. Ravintoarvot katsoimme yhdessä ruokapaketeista, joista valmistimme aterian. Lautasmallissa apuna käytimme Valtion ravitsemusneuvottelukunnan julkaisemaa Ravinto ja liikunta tasapainoon! – lehtistä (liite 6).

Kolmas ryhmäkerta, tiistai 27.1.2009: tupakka

Teimme ryhmäläisten kanssa Fagerströmin testin, joka mittaa nikotiiniriippuvuuden voimakkuutta (liite 6). Lisäksi jokainen puhalsi PEF -mittariin, joka mittaa uloshengityksen huippuvirtausta. Keskustelimme ryhmäläisten kanssa testin ja PEF -mittauksen tuloksista sekä tupakoinnin haitoista terveydelle ja eri keinoista lopettaa tupakointi. Käytimme apuna Käypä hoito –suosituksia: Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot, Keuhkosityöpä, Astma ja Keuhkoah-
taumatauti.

Neljäs ryhmäkerta, torstai 29.1.2009: unettomuus

Keskustelimme ryhmäläisten unettomuuskokemuksista. Kävimme läpi unettomuuden mahdollisia syitä ja keinoja, joilla voi helpottaa unettomuutta. Apuna aihetta käsiteltäessä käytimme tietovisaa (liite 6). Tietovisassa oli väittämiä, jotka olivat tosia tai epätosia. Esimerkiksi: Illalla nautittu olut (alkoholi) parantaa unenlaatua. Oikein/Väärin. Teimme tietovisan kysymykset Käypähoito -suosituksen pohjalta. Teimme myös rentoutumisharjoituksen. Rentoutumisharjoituksessa käytimme musiikkia ja mielikuvaharjoitetta. Mielikuvaharjoitteessa pyysimme ryhmäläisiä miettimään paikkaa, jossa he haluaisivat sillä hetkellä olla. Ryhmäläiset täyttivät ja palauttivat palautelomakkeen (liite 6). Ryhmäläiset palauttivat täytetyt lomakkeet nimettöminä suljetuissa kirjekuorissa.

7 HANKKEEN ARVIOINTI

Hanketta arvioidaan koko hankkeen toteutuksen ajan. Hankkeen toteutuksen aikana arvioidaan sen etenemistä ja päätösvaiheessa arvioidaan toimintaa ja tuloksia. Hankkeen suunnitteluvaiheessa tehty arviointisuunnitelma tulee toteen hankkeen toiminta- ja päätösvaiheessa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 127.)

Hankkeen arvioinnissa käytössä voi olla joko sisäistä tai ulkoista arviointia, tai molempia yhdessä. Sisäisellä arvioinnilla tarkoitetaan, että hankeorganisaatioon

kuuluvat henkilöt tekevät arvioinnin suunnitelman mukaisesti. Sisäisen arvioinnin menetelmiä ovat itse- tai ryhmäreflektio, sekä erilaiset kyselyt. Ulkoinen arviointi puolestaan tarkoittaa, että arvioinnin tai osan arvioinnista tekee joku ulkopuolinen. Sisäinen arviointi on useasti ulkoista arviointia nopeampi tapa saada tietoa hankeen onnistumisesta. Prosessiarviointia tehdään usein itsereflektiona. Itsereflektioinnin tuloksia on helppo käyttää hyödyksi. Tämä saattaa lisätä hanketiimin ymmärrystä hankkeen tavoitteista. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 128–129.)

Hankkeen itsereflektioinnissa käytimme apuna päiväkirjaa, johon kirjasimme jokaisen tapaamiskerran jälkeen tunteita, ajatuksia ja havainnoiteja ryhmän toiminnasta ja onnistumisesta. Päiväkirjaan kirjasimme ryhmissä käsitellyt aiheet, ja miten ryhmien sisältö vastasi ryhmässä olleiden jäsenien tarpeita. Terveysryhmätoimintaa arvioimme ryhmäläisten täyttämän palautelomakkeen avulla (liite 3). Kaikki viisi ryhmän jäsentä täyttivät ja palauttivat palautelomakkeen suljetussa kirjekuoressa. Palautelomakkeen avulla arvioimme ryhmämme toimintaa, onnistumista ja tavoitteisiimme pääsemistä. Palautelomakkeen kysymykset oli muotoiltu tarkoituksella yksinkertaisiksi, jotta saimme kaikilta ryhmäläisiltä palautetta. Palautelomakkeessa oli viisi kysymystä, joista neljässä kysymyksessä oli neljä vastausvaihtoehtoa. Yhdessä kysymyksessä oli kolme vastausvaihtoehtoa ja lisäksi avoinkysymys. Arvioimme ryhmien onnistumista myös hankkeenvetäjien palautteen (liite 4), omien havainnointien ja itsearviointien avulla.

7.1 Ohjaajien havainnointia ja itsearviointia ryhmäkerroista

Kyselyn ja haastattelun avulla saadaan selville, mitä ihmiset tuntevat, ajattelevat ja uskovat. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa siitä, toimivatko ihmiset todella niin kuin sanovat toimivansa. Kysely ja haastattelu ovat osittain syrjäyttäneet havainnoinnin, koska havainnointi on työläs menetelmä. Suurin etu havainnoinnissa on se, että sen avulla saadaan välitöntä suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnoinnin avulla päästään luonnollisiin ympäristöihin. Näin voidaankin sanoa, että havainnointi

on todellisen elämän ja maailman tutkimista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 207-208.) Havainnoimme ryhmien toimintaa osallistuvan havainnoin avulla.

Erinomainen menetelmä havainnointi on, kun tutkitaan vuorovaikutusta ja tilanteita, jotka ovat vaikeasti ennakoitavissa, ja jotka muuttuvat nopeasti. Menetelmän rajoituksena voidaan pitää sitä, että havainnointi vie aikaa. Ajan tarve voi vähentyä, jos havainnointi suunnitellaan tarkasti ja jäsentävästi, mutta aikaa kuluu myös lomakkeiden ja listojen suunnitteluun. Eettinen ongelma havainnoinnissa on se, kuinka paljon tutkittavalle kerrotaan havainnoinnin tarkoista kohteista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 208-209.)

Havainnointi on menetelmä, jonka avulla voidaan kerätä monipuolista ja mielenkiintoista aineistoa. Havainnoinnin menetelmiä on monia. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa. Yleensä tutkimukset ovat kenttätutkimuksia, ja tutkija pyrkii pääsemään havainnoitavan ryhmän jäseneksi. Tutkija yrittää päästä jakamaan elämäkokemuksiinsa ryhmän jäsenten kanssa. Monesti havainnoijalle muodostuu jokin rooli ryhmässä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 209, 211.) Kirjasimme jokaisen ryhmä kerran jälkeen omat havaintomme paperille. Havainnoimme ryhmäläisten aktiivisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä ryhmässä.

Ensimmäinen ryhmätapaaminen, tutustuminen

Ryhmään osallistui viisi henkilöä. Ryhmäläiset olivat iältään 29–52-vuotiaita. Osa ryhmäläisistä istuutui eri pöytään kuin muut ryhmän jäsenet. Tämä vaikutti selvästi negatiivisesti osallistujien ryhmäytymiseen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Vertaansa vailla – kuvakorttien avulla ryhmäläiset vapautuivat, eivätkä enää olleet niin varautuneita. Ryhmäläisten toiveina oli, että ruokakerralla teemme kasvisruokaa, ja käymme läpi eri ruokavaliota.

Ryhmätapaamisen ilmapiiri parani loppua kohti ja ryhmäläisten ennakkoluulot ryhmäohjaajia kohtaan lievenivät. Ryhmäläisten tunteja ryhmäkerrasta oli: ”ei se

niin kamalaa ollut”. Osallistujat olivat aktiivisia ja suhtautuivat avoimesti sekä ohjaajiin että ryhmän sisältöön.

Ensimmäinen ryhmäkerta jännitti ohjaajia. Eniten huolestutti ryhmäläisten suhtautuminen ohjaajiin, ja heidän halunsa osallistua ryhmiin. Pahin huolen aihe oli, etteivät ryhmät toteutuisi. Tämän kuitenkin ohjaajat huomasivat turhaksi, sillä ryhmiin osallistui viisi henkilöä. Ohjaajat kokivat tutustumisen ryhmäläisiin yllättävän luontevaksi ja helpoksi. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen ohjaajat saivat varmuuden ryhmien onnistumiseen. Lisäksi koettiin, että ryhmäläiset olivat motivoituneita käsittelemään ryhmässä esiin otettavia asioita, mikä lisäsi uskoa ryhmien onnistumiseen.

Toinen ryhmätapaaminen, ravinto

Ryhmään osallistui viisi henkilöä. Kaikki ryhmän jäsenet istuivat saman pöydän ympärillä. Keskustelu ryhmässä oli avointa ja innostunutta. Kaksi henkilöä ei halunnut aluksi osallistua ryhmän toimintaan ollenkaan. Tämä loi hetkeksi negatiivista ilmapiiriä ryhmän toimintaan. Muut ryhmän jäsenet osallistuivat ruoan valmistukseen innokkaasti. Myös ryhmän kaksi vastahakoisinta jäsentä osallistui lopulta ruoan tekemiseen, joka lisäsi positiivisuutta ryhmän ilmapiirissä. Ohjaajilta saatu myönteinen palaute ja kannustus saivat ryhmäläiset toimimaan yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.

Ohjaajat kokivat ryhmäkerran erittäin onnistuneeksi. Tästä kerrasta saatiin voimia ja luottamusta ohjauskykyihin. Tähän vaikutti se, että ensimmäisellä tapaamiskerralla mietimme yhdessä ryhmäläisten kanssa ruoan, jonka aioimme yhdessä valmistaa.

Kolmas ryhmätapaaminen, tupakka

Paikalla oli neljä ryhmäläistä. Ryhmäläiset olivat kiinnostuneita aiheesta ja se herätti keskustelua. He jakoivat omia kokemuksiaan muiden ryhmäläisten kanssa. Omista kokemuksista kertominen kannusti muita ryhmäläisiä harkitsemaan tupakoinnin lopettamista.

Ohjaajat huomasivat, että ryhmäläiset olivat selkeästi vastaan tupakoinnin lopettamista. He hakivat hyväksyttäviä perusteluita tupakoinnilleen. Ryhmäläisille esitettiin useita vaihtoehtoja tupakoinnin lopettamiseen, ja keskusteltiin heidän kanssaan mahdollisista tupakoinnin lopettamisen hyötyvaikutuksista. Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestistä ryhmäläiset eivät olleet niin innostuneita, kuin ohjaajat olisivat toivoneet heidän olevan. PEF-mittausta tehdessä ryhmäläiset olivat selkeästi aktiivisempia. Ohjaajat huomasivat, että toiminnallinen tapa käsitellä asioita toimii tämän kohderyhmän kanssa. Luentomainen tapa kertoa aiheesta ei ole paras mahdollinen keino herättää mielenkiintoa.

Neljäs ryhmätapaaminen, unettomuus

Paikalla oli kaikki viisi ryhmäläistä. Ryhmäläiset keskustelivat aiheesta aikaisempaa avoimemmin. He kertoivat omista kokemuksistaan ja tunnoistaan. Myös varautuneesti suhtautunut ryhmän jäsen kertoi omista kokemuksistaan. Palautelomakkeisiin vastasivat kaikki. Rentoutusharjoite onnistui hyvin: kaikki kolme osallistujaa rauhoittuivat ja keskittyivät harjoitukseen. Ryhmän jäsenissä oli havaittavissa haikeutta, koska terveystyöryhmätoiminta päättyi tähän.

Ohjaajat havainnoivat ryhmäläisten luottamuksen lisääntyneen ohjaajia kohtaan tällä tapaamiskerralla. Ryhmäläiset kertoivat jo huomattavasti avoimemmin omista kokemuksistaan ja tunnoistaan. Tämän avulla he saivat myös toisistaan vertaistukea. Rentoutusharjoitus oli ryhmäläisille vapaaehtoinen, koska rentoutusharjoitus saattaa olla joillekin liian ahdistava kokemus. Tämän kerran jälkeen ohjaajat pohtivat, että ryhmäkertoja olisi voinut olla enemmänkin, jotta kohde-ryhmässämme olisi saavutettu pysyviä tuloksia. Ohjaajien mielestä ryhmien vetäminen oli kerta kerran jälkeen luontevampaa. Ohjaajien avoin mieli, luottamus ja kunnioitus ryhmäläisiin auttoivat ryhmien onnistumisessa. Ohjaajat ymmärsivät, että vasta nyt ryhmäläiset olivat luottavaisia ja avoimempia ohjaajia, sekä muita ryhmänjäseniä kohtaan.

7.2 Ryhmäläisiltä saatu palaute terveysryhmätoiminnasta

Ryhmäläisiltämme kysyimme palautetta palautelomakkeen (liite 3) avulla. Kaikki ryhmäläiset vastasivat palautelomakkeeseemme. Palautelomake oli yksinkertainen, ja siinä oli viisi kysymystä. Aihepiireinä kysymyksissä olivat: hyöty ryhmään osallistumisesta, mieluisin käsitelty aihe, ravinto, unettomuus ja tupakointi.

Valtaosa ryhmäläisistä koki, että ryhmiin osallistumisesta oli jonkin verran hyötyä heille. Ravinto oli mieluisin ryhmässä käsitelty aihe. Perusteluiksi ryhmäläiset vastasivat seuraavaa: "Koska olen kiinnostunut terveellisestä ruokavalios- ta.", " Syön epäterveellisesti, enkä lainkaan kasviksia.", "Oppii syömään terveel- lisesti." Suurin osa ryhmäläisistä koki saaneensa jonkin verran uutta tietoa oman terveytensä edistämiseksi. Yleisesti ryhmäläiset olivat saaneet motivaati- oita oman terveytensä edistämiseen ryhmiemme toiminnasta.

7.3 Hartolan Työvarikon hankevetäjien palaute terveysryhmätoiminnasta

Pyysimme Hartolan Työvarikon hankevetäjiltä kirjallista palautetta terveysryh- mätoiminnastamme (liite 4). Palautteen mukaan ryhmämme aiheet olivat ajan- kohtaisia ja vastasivat hyvin kohderyhmää. Kohderyhmämme oli haastava, mut- ta suoriuduimme siitä kunnialla. Osoitimme aitoa kunnioitusta ja kiinnostusta ryhmäläisiä kohtaan.

Hankevetäjät arvioivat, että ryhmien vetäminen onnistui suunnitellusti. Jos ryh- mätoiminnalla olisi haluttu saavuttaa näkyviä muutoksia ryhmäläisten elämässä, olisi ryhmien vetäminen vaatinut pidempiaikaista perehdytystä ja aikaa.

Lisäksi todettiin, että ryhmäohjaajilla ei ollut aikaisempaa kokemusta ryhmien vetämisestä. Ryhmäohjaajat tarvitsevat vielä varmuutta ohjaustoiminnassa, asi- oiden esittämisessä ja opitun asian viemisessä oppijoille siten, että heidän aja- tusprosessinsa lähtisi liikkeelle.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme toteutimme hankkeena Hartolan Työvarikolla tammikuussa 2009. Kirjalliset luvat ryhmien järjestämiseen saimme tammikuussa 2009 Hartolan kunnanjohtajalta ja helmikuussa 2009 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän sosiaalijohtajalta. Suullisen luvan saimme terveysryhmien järjestämiseen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän sosiaalijohtajalta ennen ryhmien alkua. Kehittämistoimintaan tarvitaan yleensä terveydenhuollossa organisaation myöntämä lupa (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45).

Hartolan Työvarikolla toimivat Tuumasta Toimeen- ja Nuorta Voimaa- hankkeet. Tuumasta toimeen – hankkeessa kohderyhmänä olivat hartolalaiset työnhakijat, joilla oli vaikeuksia sijoittua koulutukseen tai työelämään. Nuorta Voimaa -työpaja oli tarkoitettu 15–28-vuotiaille nuorille, jotka tarvitsivat tukea koulutukseen hakeutumisessa, ja joilta puuttui työkokemusta. Työntekijät olivat työvarikolla työharjoittelussa, työkokeilussa, työelämänvalmennuksessa tai kuntotuttavassa työtoiminnassa. Menetelminä työvarikolla olivat työ- ja yksilövalmennus, ryhmätoiminta ja palveluohjaus. Hartolan Työvarikon tärkein tavoite on jokaisen henkilön yksilöllinen, hänen elämäntilanteensa huomioon ottava tavoitteellinen toiminta. (Hartolan Työvarikko 2008.)

Henkilöiden on voitava itse päättää osallistumisestaan hankkeisiin tai tutkimuksiin. Itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Henkilöille, jotka osallistuvat tutkimus- ja kehittämishankkeisiin tulee antaa monipuolista ja totuudenmukaista tietoa oikeuksista, velvollisuuksista ja mahdollisista muista osallistumisen aiheuttamista seurauksista. Henkilöillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta hankkeisiin, jos he niin haluavat. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45.) Hankkeen toimijoina opiskelijat noudattivat Hartolan Työvarikon menetelmiä, ja toimivat Hartolan Työvarikon tavoitteiden mukaisesti ottaen huomioon jokaisen ryhmäläisen yksilöllisesti, ja toimien tavoitteellisesti. Ryhmiin osallistuminen oli jokaiselle Hartolan Työvarikon asiakkaalle vapaaehtoista, ja heille kerrottiin totuudenmukaisesti hankkeen toiminnasta ja tavoitteista.

Tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuvien henkilöiden henkilötietoja ei saa kertoa hankkeen, tai tutkimuksen missään vaiheessa. Kehittämistoiminnan aineiston keräämisessä on kiinnitettävä erityisesti huomiota ihmisten oikeuksiin, asialliseen, inhimilliseen, rehelliseen ja kunnioittavaan kohteluun. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45.) Ryhmiin osallistuneista Hartolan Työvarikon asiakkaista ei puhuttu miehinä eikä naisina, koska ryhmä oli viiden hengen ryhmä. Ryhmäläiset olisivat muuten voineet olla tunnistettavissa. Lisäksi ryhmiin osallistuneista ei puhuttu pitkäaikaistyöttöminä, koska tämä termi on leimaava, ja halusimme kohdella heitä arvostavasti. Kerroimme ensimmäisellä tapaamiskerralla, että terveysryhmätoiminta on osa opinnäytetyötämme.

Terveysryhmätapaamisia oli yhteensä neljä kertaa kahden viikon aikana. Tapaamiset olivat noin tunnin kestoisia. Osallistuminen toiminnalliseen tekemiseen ja keskusteluihin oli vapaaehtoista, jolloin ryhmäläisten oli myös luontevampaa kertoa omista kokemuksistaan ja tottumuksistaan.

Terveysryhmätoiminnan ohjelma muuttui hieman alkuperäissuunnitelmasta. Tiedustelimme ryhmäläisten toiveita ryhmäkertojen aiheista. Toisella tapaamiskerralla aiheenamme oli ravinto. Tarkoituksenamme oli valmistaa kalapainotteinen ateria, mutta ryhmäläisten toiveesta valmistimmekin kasvispainotteisen aterian.

Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä asiantuntija, ja ohjaaja on ohjauksen asiantuntija. Ohjaus perustuu monesti niille asioille, joita asiakas nostaa esiin, ja jotka ovat merkityksellisiä hänen terveydelleen ja hyvinvoinnilleen. Ohjauksen tarve voi liittyä asiakkaan terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin tai elämäntapojen eri vaiheisiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson & Renfors 2007, 26.) Ryhmäohjaajien resurssien vähyyden vuoksi terveysryhmätapaamisia oli liian vähän. Kohderyhmämme olisi hyötynyt säännöllisesti toimivasta ryhmätoiminnasta. Ryhmäläiset tarvitsisivat säännöllisiä tapaamiskertoja saadakseen pysyviä tuloksia oman terveytensä

edistämiseen. Ryhmäkertojen aikana ohjaajat huomasivat ryhmäläisten kiinnostuksen kasvaneen etenkin heidän omaa terveyttään kohtaan.

Alle 12 henkilön ryhmät ovat yleensä pienryhmiä. Ryhmäkokoja ei tule pelkäämään määrittellä henkilölukuihin viittaamalla, koska kyse on enemmänkin ryhmän laadusta, kuin henkilöiden määrästä. Yksilöt näyttävät pääsevän pienryhmissä helpommin esiin, ja ryhmä voi päästä yhdenmukaisuuteen ja yhteistyökykyiseen toimintaan. (Niemistö 2004,57–58.) Terveysryhmään osallistui viisi Hartolan Työvarikon asiakasta. Ryhmän koko oli sopiva, koska se mahdollisti kaikkien ryhmäläisten tasavertaisen kohtelun. Lisäksi ryhmän pieni koko tuki ryhmän sosiaalista kanssakäymistä. Ryhmässä käsiteltäviä aiheita oli helppo muokata ryhmäläisten toiveiden mukaisesti, koska ryhmän koko oli pieni. Ryhmän koko mahdollisti myös ryhmäläisten toiveiden toteuttamisen. Ryhmäläisten keskinäisten suhteiden muodostuminen oli luontevaa, koska he tunsivat jo toisensa Hartolan Työvarikolta. Tämä helpotti keskustelujen syntyä ryhmässä. Ryhmän koko vaikuttaa sen luonteeseen.

Terveysryhmätoiminta oli keräämiemme palautelomakkeiden pohjalta Hartolan Työvarikon asiakkaille mielekästä ja hyödyllistä. Tämä näkyi ryhmissä siten, että ryhmäläiset osallistuivat toimintaamme, eikä turhia poissaoloja ollut. Ravintokerta nousi palautelomakkeen vastauksista mieluisammaksi aiheeksi. Tämä oli ryhmäohjaajille yllätys, koska kaksi ryhmäläistä suhtautui vastahakoisesti ruoan valmistamiseen. Taustalla voi olla epävarmuus omista ruoanlaittotaidoista ja itseluottamuksen puutteesta. Toiminnallinen työskentely osoittautui parhaaksi toimintatavaksi kohderyhmämme kanssa. Tämä osaltaan vaikutti siihen, että ravintokerta oli ryhmäläisille mieluisin. Paras aika ryhmien toteuttamiseen oli aamulla, koska silloin ryhmäläiset jaksoivat keskittyä ryhmämme toimintaan, ja pääsivät helpommin irtaantumaan Työvarikolla olevista töistään.

Opinnäytetyömme prosessi on edennyt alkuvaikeuksien jälkeen ilman suurempia vastoinkäymisiä. Terveysryhmätoiminnan ohjelman suunnittelu on ollut tärkeä osa työtämme. Viitekehys on muotoutunut käsittelemään syrjäytyneitä ja pitkäaikaistyöttömiä, sekä heidän hyvinvointiaan.

Terveysryhmän toteuttamista on tarkasteltu pienryhmän ja sosiaalisen tuen merkityksen kannalta.

Terveysryhmä toteutui suurimmaksi osaksi suunnitellun ohjelman mukaisesti. Alkuperäiseen ohjelmaan tehtiin muutamia muutoksia ryhmäläisten toiveiden pohjalta. Näin pystyimme vastaamaan ryhmäläisten tarpeisiin. Ryhmät olivat noin tunnin pituisia. Ryhmäkertojen kesto oli sopiva, koska ryhmäkerran lopussa ryhmäläisissä oli havaittavissa keskittymiskyvyn herpaantumista.

Opinnäytetyönämme toteutetun terveystyöryhmätoiminnan arviointina käytimme Hartolan Työvarikon hankevetäjiltä saamaamme kirjallista palautetta ja ryhmäläisiltä saamiamme palautelomakkeita. Arviointina ryhmien onnistumisesta käytimme myös omia havainnoitejamme, sekä itsearviointia. Arviointi oli mielestämme riittävää ja monipuolista. Ryhmäläisiltä saatu palaute oli erityisen tärkeä, koska he olivat kohderyhmämme hankkeessamme. Hartolan Työvarikon hankevetäjiltä saamamme kirjallinen palaute tuki ajatusta ryhmien onnistumisesta ja ammattitaitomme kehittymisestä.

Annoimme suullista palautetta toisillemme heti ryhmäkertojen ohjaustilanteiden jälkeen. Keskustelimme avoimesti omista tunnoistamme. Selvisimme ilman erimielisyyksiä ryhmien vetämisestä, ja koko opinnäytetyöprosessista. Yhteistyömme sujui koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvin. Ryhmien vetämisessä auttoi se, että olimme etukäteen sopineet vetovastuut eri ryhmäkerroille. Tämä helpotti ryhmän havainnoimista. Ohjaajien erilaiset persoonat tukivat ryhmää sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa.

Liikunta ryhmistä saatiin hyviä tuloksia Wire -projektissa. Liikuntaryhmien avulla pystyttiin pitämään yllä työttömien työkuuntoa, edistämään sosiaalista verkostoitumista ja tukemaan säännöllistä päivärytmiä. Liikuntaryhmiin osallistuminen paransi osalla työttömistä itsetuntoa ja lisäsi heidän aktiivisuuttaan, ja sitä kautta edisti työllistymistä. (Perttinä & Suuronen 2004, 56). Jatkohankkeena voisi järjestää liikuntaryhmiä pitkäaikaistyöttömille, jotka samalla tukisivat sosiaalista kanssakäymistä. Pitkäkestoisempi toiminta

mahdollistaisi ryhmiin osallistuneiden terveystottumuksissa ja sosiaalisissa taidoissa tapahtuneen kehityksen tutkimisen. Hankeen aikana nousi myös ajatus, että terveysryhmätoimintaa voisi jatkaa pitkäaikaistyöttömille heille tarkoitetuissa toimintakeskuksissa. Etenkin nuoret pitkäaikaistyöttömät tarvitsisivat ennaltaehkäisevää tietoa terveydestä, ja tukea sosiaaliseen kanssakäymiseen. Jatkotutkimus ehdotuksena voisi tutkia pitkäaikaistyöttömien ja syrjäytyneiden terveystietämystä.

LÄHTEET

- Aalto, Mikko 2002. Vuorovaikutustaidot. Forssa: Aseman Lapset ry.
- Aapro, Sertti, Kupiainen, Harriet & Leander, Marketta 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY
- Antikainen, Ari, Rinne, Risto & Koski, Leena 2000. Kasvatussosiologia. Helsinki: WSOY
- Cole, Marilyn B. 2005. Group dynamics in occupational therapy: the theoretical basis and practice application of group intervention. Thorofare, NJ: SLACK
- Ek, Ellen, Saari, Erkki, Viinamäki, Leena, Sovio, Ulla & Järvelin, Marjo- Riitta 2004. Nuorten aikuisten työelämästä syrjäytyminen ja sosiaaliturvan käyttö. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kela
- Hartola. Hartolan Työvarikko. Viitattu 21.8.2008
<http://www.hartola.fi/tyovarikko/yhteystiedot.html>. Tuloste tekijän hallussa.
- Heikkilä, Asta, Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY
- Hengitysliitto Heli ry. i.a. Tupakka. Viitattu 2.10.2008
<http://www.hengitysliitto.fi/Tupakka/Terveysvaikutukset/> Tuloste tekijän hallussa.
- Hengitysliitto Heli ry. i.a. Hengityssairaudet. Viitattu 2.10.2008
<http://www.hengitysliitto.fi/hengityssairaudet/> Tuloste tekijän hallussa.
- Hengitysliitto Heli ry. i.a. Hengityssairaudet. Viitattu 2.10.2008
<http://www.hengitysliitto.fi/keuhkohtaumatauti/> Tuloste tekijän hallussa
- Hintsala, Susanna 1997. Tuettua vuorovaikutusta. Selkoryhmän ohjaajan opas. Helsinki: Kehitysvammaliitto
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Huttunen, Jussi 2007. Pelissä oma elämä. Mitä terveys on. Teoksessa Jussi, Huttunen & Pertti, Mustajoki (toim.)

- Elämä pelissä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 11–17.
- Härmä, Mikko & Sallinen, Mikael 2004. Hyvä uni – hyvä työ. Helsinki: Työterveyslaitos
- Jauhiainen, Riitta & Eskola, Marjatta 1993. Ryhmäilmiö. Helsinki: WSOY
- Johansson, Antero & Jukka, Vuori 1999. Työttömät nuoret syrjäytymisvaarassa? Työllistämisen- ja aktivointiprojektin aloittaneiden nuorten tausta ja terveys. Helsinki: Työterveyslaitos
- Juhila, Kirsi 2008. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa Arja, Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 48–81.
- Järvinen, Ritva & Taajamo, Terhi 2006. Vertaisryhmäohjaajan käsikirja. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto
- Kaartinen, Leena 2003. Työtä, kuntoutusta ja kansalaistoimintaa. Lahti: Lahden seurakuntayhtymä
- Kainulainen, Sakari, Rintala, Taina & Heikkilä, Matti 2001. Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Kahtia jakautuva Suomi? – tutkimusprojektin julkaisuja. Saarijärvi: Stakes
- Kansanterveyslaitos 2008a. Aikuisten tupakointi. Viitattu 30.9.2008
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/aikuisten_tupakointi/. Tuloste tekijän hallussa.
- Kansanterveyslaitos 2008b. Unettomuus ja unihäiriöt. Viitattu 30.9.2008
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/uni/unettomuus_ja_unihairiot_ovat_yleisia/. Tuloste tekijän hallussa.
- Karlsson, Mirja 2007. Terveyspalvelut jakautuvat yhä eriarvoisemmin. Dialogi 8/2007, 20–22.
- Kauppinen, Timo, Hanhela, Rauno, Heikkilä, Pirjo, Kasvio, Antti, Lehtinen, Suvi, Lindström, Kari, Toikkanen, Jouni & Tossavainen, Antti 2006. Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos: Helsinki
- Keskitalo, Elsa & Mannila, Simo 2004. Activation policy - an answer to the problem of long-term unemployment and exclusion? Teoksessa Matti, Heikkilä & Mikko Kautto (EDS.) Welfare in Finland. Saarijärvi: Stakes, 103 -122.

- Koskinen, Seppo & Teperi, Juha 1999. Voidaanko terveyseroja kaventaa? Teoksessa Seppo, Koskinen & Juha Teperi (toim.) Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Jyväskylä: Stakes, 13–21.
- Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY
- Lehto-Trapnowski, Päivi 2001. Miten menee nousukauden nuorilla? Teoksessa Sirpa, Taskinen (toim.) "Huono ennuste" Mitä on lasten ja nuorten syrjäytyminen? Helsinki: Stakesin monistamo, 45–51.
- Lindstam, Sirkka 2003. Muuttuvan elämän monitoimikeskus Takatasku. 2000-2003 Takatasku - projektin loppuraportti. Lahti: Lahden seurakuntayhtymä
- Linnossuo, Outi 2004. Syrjäytymisestä selviytymiseen? Arviointitutkimus työttömien nuorten palveluohjauksesta. Helsinki: Kela
- Moisio, Pasi, Karvonen, Sakari, Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti 2008. Suomalaisien muuttuvat elinolot. Teoksessa Pasi, Moisio, Sakari, Karvonen, Jussi, Simpura & Matti, Heikkilä. (toim.) Suomalaisien hyvinvointi. Vammala: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 28–37.
- Mäkitalo, Merja 1998. Motivoiva ryhmänohjaus. Kokemuksia tuloksellisista työnohjausryhmistä. Työterveyslaitos. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Niemi, Kalevi 2001. Sosiaalipedagogiikan yhteiskuntateoriat. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Niemistö, Raimo 2004. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Helsinki: Palmeniakustannus.
- Parkkinen, Kirsti & Sertti, Päivi 2006. Avain ravitsemukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Perttinä, Pirkko & Suuronen, Niina 2004. Laatuwirettä pitkäaikaistyöttömille. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Pietinen, Pirjo 2005. Ruoankäyttö ja ravinnon saanti. Viitattu 5.10.2009 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00013&p_haku=ruoankäyttö. Tuloste tekijän hallussa.

- Raunio, Kyösti 2006. Syrjäytyminen. Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Viitattu 30.9.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/15687/index.htm>
x
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveys 2015. Viitattu 31.3. 2008.
http://www.terveys2015.fi/terveyserot_lisaa.html. Tuloste tekijän hallussa.
- Stakes 2007. Työttömien terveydenhuolto. Viitattu 4.3.2008.
<http://info.stakes.fi/tyottomienterveidenhuolto/Fl/index.htm>. Tuloste tekijän hallussa.
- Taskinen, Sirpa 2001. Mitä tarkoitetaan lasten ja nuorten syrjäytymisellä? Teoksessa Sirpa, Taskinen (toim.) "Huono ennuste" Mitä on lasten ja nuorten syrjäytyminen? Helsinki: Stakesin monistamo, 4-15.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Työterveyslaitos 2008. TEROKA. Tietoa terveyseroista. Viitattu 22.9.2008.
<http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=38&Itemid=69>. Tuloste tekijän hallussa.
- Terveyskirjasto 2008. Matti O. Huttunen. Unilääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu. 2.11.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00000&p_haku=unettomuus. Tuloste tekijän hallussa.
- Terveyskirjasto 2005. Pirjo Pietinen. Ruoankäyttö ja ravinnon saanti. Viitattu 5.10.2009
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00013&p_haku=ruoankäyttö Tuloste tekijän hallussa.
- Tilastokeskus. Verkkokoulu. Pitkäaikaistyöttömyys. Viitattu 22.10.2008.
<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tvt/05/01/index.html>. Tuloste tekijän hallussa.
- Työ- ja elinkeinoministeriö. Työllisyyskatsaus kesäkuu 2009. Viitattu 21.8.2009
<http://www.tem.fi/files/24018/KESA09.pdf>. Tuloste tekijän hallussa.
- Vertio, Harri 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupahakemus

Katariina Hyvärinen
 Noora Kolu
 Diakonia-ammattikorkeakoulu /
 Lahden ammattikorkeakoulu,
 Sosiaali- ja terveystieteiden laitos

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

19.12.2008

Olemme terveydenhoitaja opiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä yhteistyössä Hartolan Työvarikolla toimivien Tuumasta Toimeen - ja Nuorta voimaa - hankkeiden kanssa. Järjestämme pitkäaikaistyöttömille terveystieteiden tutkimusta tammikuussa 2009 Hartolan työvarikon tiloissa. Ryhmät kokoontuvat neljä kertaa. Aiheina ryhmissä on ravinto, tupakointi ja unettomuus. Ensimmäinen kerta on varattu tutustumiselle. Arvioimme ryhmien toimintaa palautelomakkeen ja havainnoinnin avulla.

Terveystieteiden tutkimuksen tavoitteena on tukea pitkäaikaistyöttömien sosiaalista kanssakäymistä sekä antaa tietoa terveellisistä elämäntavoista.

Kaikki hankkeeseemme ja ryhmien sisältöön liittyvät tiedot ovat luottamuksellisia ja käsittelemme kaikkia tietoja luottamuksellisesti.

Haemme tutkimuslupaa hankkeellemme. Lähetämme liitteenä hankesuunnitelmaa, palautelomakkeen ja ryhmien alustavan sisällön. Ohessa on palautuskuori kirjallista tutkimuslupaa varten.

Yhteistyö terveisin,

Katariina Hyvärinen

Noora Kolu

LIITTEET

Hankesuunnitelma

Liite 2. Hankkeen toteutusaikataulu

27.3.2008

Opinnäytetyöpajojen aloitus

27.5 2008.

Ideointiseminaari

19.8.2008

Opinnäytetyötapaaminen Hartolan Työvarikon yhdyshenkilöiden kanssa Hartolan Työvarikolla. Alustavasti suunnittelimme ryhmien aikataulua, sisältöä ja ryhmien toteutus tapaa.

28.8.2008

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi ryhmien aiheita, sekä opinnäytetyöme kirjallista osuutta.

11.9.2008

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi viitekehystä.

18.9.2008

Sopimus opinnäyteyhteistyöstä Hartolan Työvarikon kanssa.

25.9.2008

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi viitekehystä.

9.10.2008 Suunnitteluseminaari

Saatiin lupa tutkimuslupahakemuksen lähettämiseen.

Liite 2. jatkuu

10.10.2008

Tutustumispäivä Hartolan Työvarikon toimintaan ja tiloihin. Palaveri opinnäytetyömme tiimoilta. Paikalla olivat Noora Kolu, Katariina Hyvärinen ja yhdyshenkilöt Hartolan Työvarikolta. Sovimme ryhmien kokoontumisajankohdat. Esitimme heille ryhmän aiheet ja sisällön.

15.12.2008

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi ryhmien sisältöä ja toteutustapaa. Tutkimuslupahakemus hyväksyttiin lähetettäväksi.

19.12.2008

Tutkimuslupahakemus lähetettiin Hartolan kunnanjohtajalle Raija Peltoselle, sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän sosiaalijohtajalle Pirkko Valtaselle.

20.1.2009

Ensimmäinen ryhmätapaaminen, joka oli pituudeltaan 1 tuntia.

22.1.2009

Toinen ryhmätapaaminen, joka oli kestoltaan 1,5 tuntia.

22.1.2009

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi kahden ensimmäisten ryhmätapaamisten kulkua ja niiden onnistumista.

27.1.2009

Kolmas ryhmätapaaminen, joka oli pituudeltaan 1 tuntia.

29.1.2009

Neljäs ryhmätapaaminen, joka oli kestoltaan 1 tuntia.

Liite 2. jatkuu

12.2.2009

Opinnäytetyöpaja. Arvioitiin ryhmätapaamisten onnistumista.

7.5.2009

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi viitekehystä.

31.8.2009

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi viitekehystä ja hankkeen raportointia.

12.10.2009

Opinnäytetyöpaja. Käytiin läpi koko työ esitysseminaaria varten.

30.10.2009

Esitysseminaari.

Liite 3. Palautelomake terveysryhmätoimintaan osallistuneille

PALAUTELOMAKE

1. Oliko ryhmiin osallistumisesta Sinulle hyötyä?

- Paljon
- Jonkin verran
- Vähän
- Ei yhtään

2. Mikä ryhmässä käsiteltävistä aiheista oli Sinulle mieluisin?

- Ravinto
- Unettomuus
- Tupakointi

Miksi?

Liite 3 jatkuu

3. Saitko ravinto-ryhmäkokoontumiskerrasta uutta tietoa oman terveytesi edistämiseksi?

- Paljon
- Jonkin verran
- Vähän
- Ei yhtään

4. Saitko unettomuus-ryhmäkokoontumiskerrasta hyödyllistä tietoa oman terveytesi edistämiseen?

- Paljon
- Jonkin verran
- Vähän
- Ei yhtään

5. Saitko tupakointi-ryhmäkokoontumiskerrasta motivaatiota terveytesi edistämiseksi?

- Paljon
- Jonkin verran
- Vähän
- Ei yhtään

Liite 4. Hartolan Työvarikon palautelomake

**HARTOLAN TYÖVARIKKO
TUUMASTA TOIMEEN – JA NUORTA VOIMAA -HANKE****PALAUTELOMAKE**

TERVEYSRYHÄTOIMINTAA pitkäaikaistyöttömille Hartolan TyöVarikolla

Vetäjät: Noora Kolu ja Katariina Hyvärinen
Ajankohta: 20.1. + 22.1. + 27.1. ja 29.1.2009
Paikka: Hartolan TyöVarikko
Eteläinen teollisuustie 7
19600 HARTOLA

Nooran ja Katarinan ryhmätoiminnan aiheina olivat: tutustuminen, terveellinen ruokavalio, tupakka ja unettomuus.

Ryhmän aiheet olivat ajankohtaisia ja vastasivat hyvin kohderyhmää. Valmentautajat lähtivät toimintaan mukaan yllättävän hyvin. Nooran ja Katariinan rauhallinen työote loi ryhmässä luotettavan ja turvallisen ilmapiirin. Kohderyhmä oli haastava, mutta vetäjät suoriutuivat siitä kunnialla. He osoittivat aitoa kunnioitusta ja kiinnostusta ryhmäläisiin.

Ryhmien vetäminen onnistui suunnitelmien mukaan. Jos toiminnalla olisi haluttu näkyviä muutoksia valmentautujien elämässä, olisi ryhmien vetäminen tietysti vaatinut pidempiaikaista perehdytystä ja enemmän aikaa.

Nooralla ja Katariinalla ei ollut aikaisempaa kokemusta kyseessä olevan kohderyhmän vetämisestä. He tarvitsevat vielä varmuutta ohjaustoiminnassa ja asioiden esittämistavoissa sekä opitun asian viemisessä oppijoille siten, että heidän oma ajatusprosessi lähtisi liikenteeseen.

Kaiken kaikkiaan ryhmätoiminnasta jäi kaikille hyvä mieli.

Palautteen antaja,

Hartolassa 30.1.2009

Liite 5 Terveysryhmätoiminnan ohjelmarunko

1. ryhmätapaaminen (tutustuminen)

- ohjaajien esittely
- ryhmän tarkoituksen kertominen
- itsensä esittely Mannerheimin Lastensuojeluliiton vertaansa vailla - kuvakorttien avulla
- ryhmän aiheista keskustelu

2. ryhmätapaaminen (ravinto)

- aiheeseen orientointi Ravinto ja liikunta tasapainoon –lehtisen avulla
- keskustelua omista ruokailutottumuksista
- ravintoarvojen tutkiminen
- tehtävien jako
- ruuan valmistaminen
- valmiin ruuan syöminen yhdessä

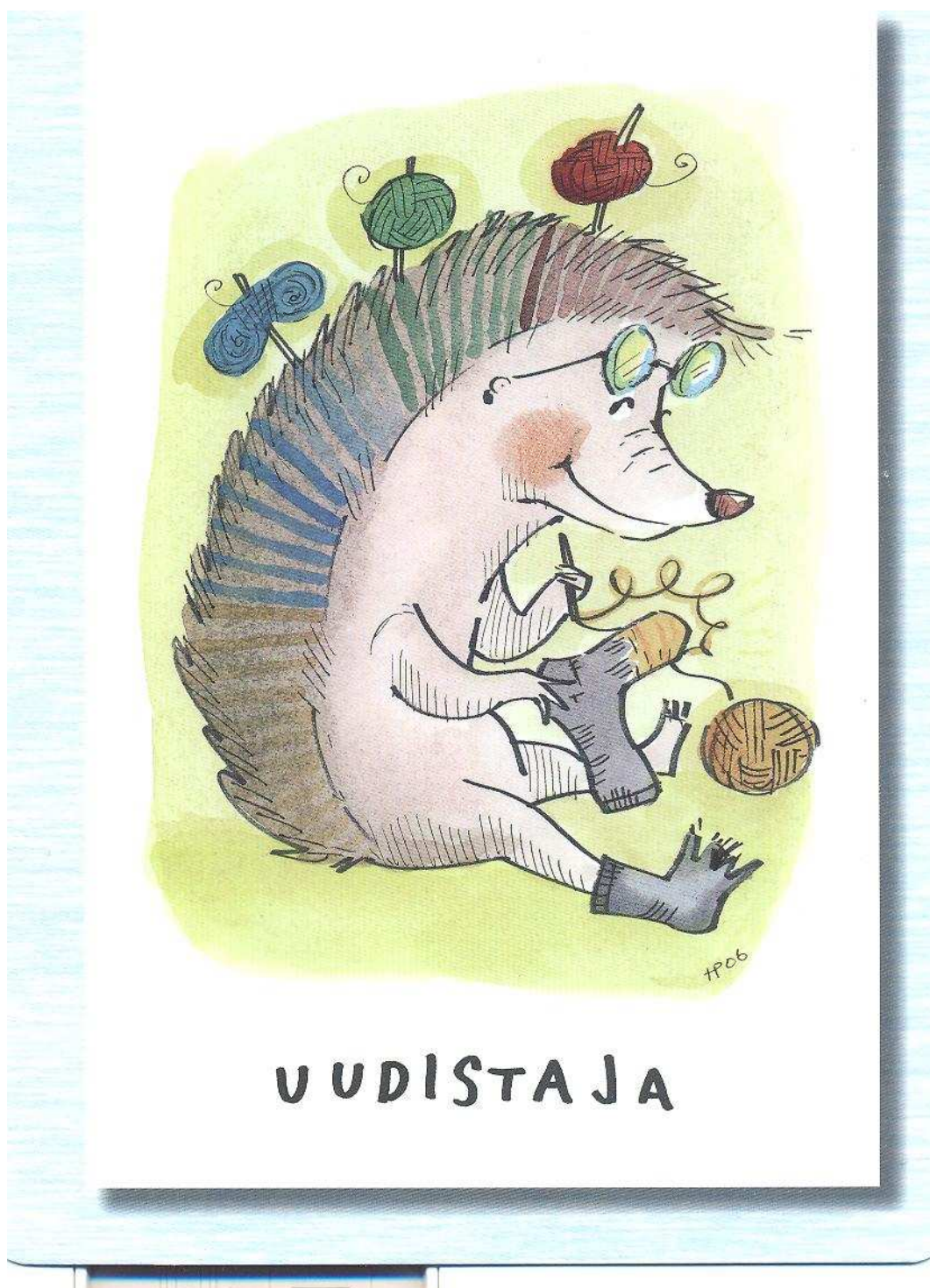
3. ryhmätapaaminen (tupakointi)

- keskustelua aiheesta
- Fagerströmin testin tekeminen
- tulosten läpikäyminen
- PEF-mittaus

4. ryhmätapaaminen (unettomuus)

- keskustelua aiheesta
- ryhmäläisten omia kokemuksia aiheesta
- unettomuus visa
- tulosten läpikäyminen
- rentoutumisharjoitus
- ryhmän lopetus ja hyvästeleminen

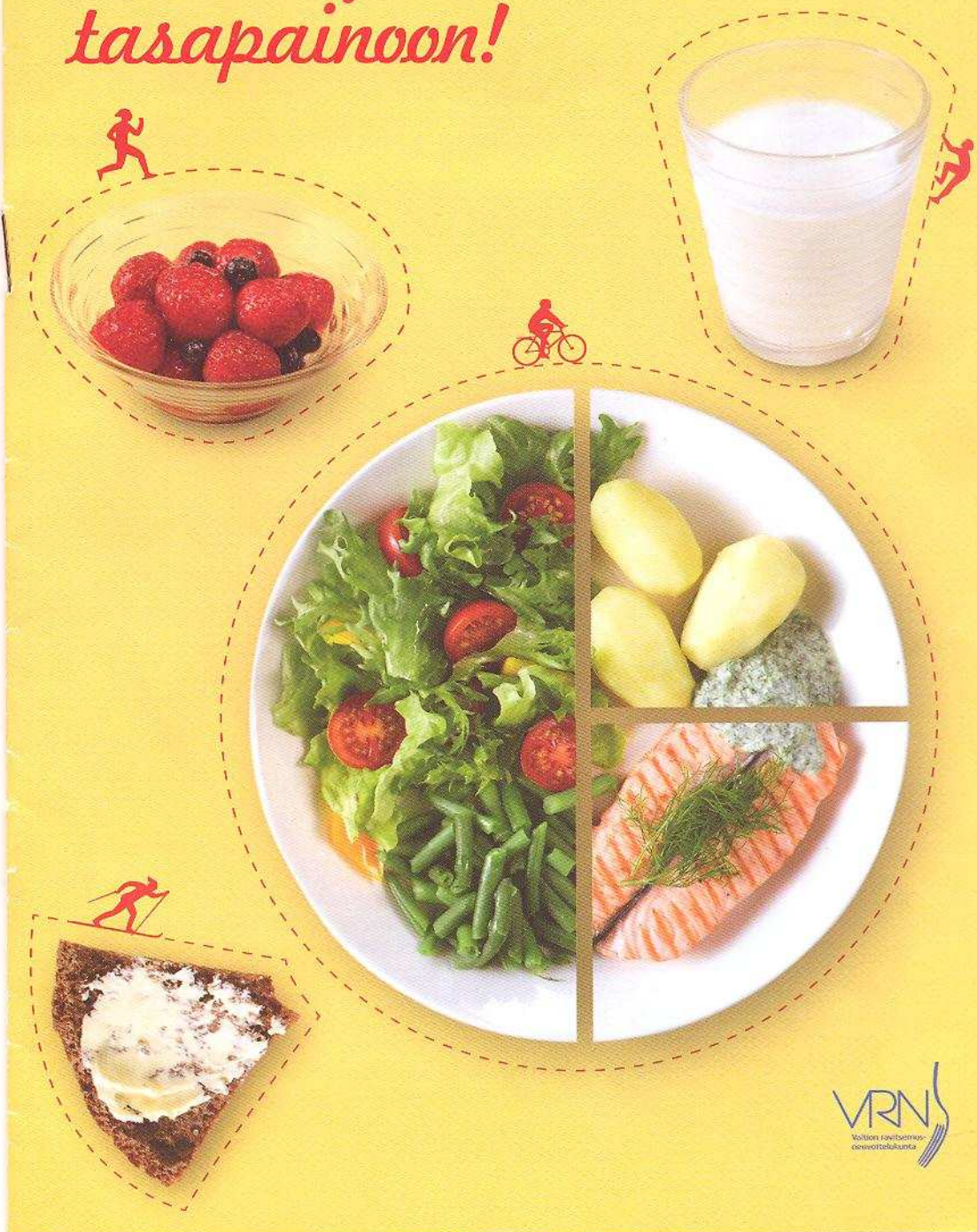
Liite 6. Terveysryhmätoiminnassa käytetyt materiaalit



Mannerheimin lastensuojeluliiton Vertaansa vailla –keskustelukortit.

Liite 6 jatkuu

Ravinto ja liikunta tasapainoon!



Valtion ravitsemusneuvottelukunnan Ravinto ja liikunta tasapainoon! -lehtinen

Liite 6 jatkuu

Kasviscurry

(4-5 annosta)

1-2 rkl rypsiöljyä

2-3 tl currya

2-3 valkosipulin kynttä

n. 100g purjoa

2 paprikaa

1 iso omena

1 pieni kukkakaali

1 tlk kikherneitä

1 prk ruokakermaa

250g tomaatteja

tuoretta/kuivattua chiliä

Mittaa pannulle öljy. Lisää curry, sekä hienonnetut valkosipulin kynnet. Anna kiehahtaa. Lisää paprikat reiluina paloina, purjo viipaleina, omena kuutioina ja kukkakaali paloina (leikkaa varsiosa pienemmiksi paloiksi kuin kukinnot). Sekoittele. Lisää kikherneet. Lisää ruokakerma. Anna hautua 10–15 min. Lisää halkaistut tomaatit. Mausta halutessasi varoen tuoreella/kuivatulla, hienonnetulla chilillä. Kuumenna kiehuvaaksi. Tarkista ruoan kypsyyt ja tarjoa riisin kanssa. (Valio 2009.)

Marjarahka

(2-3 annosta)

1 prk maitorahkaa

2 kananmunan valkuaisista

150g-200g pakastemarjoja

sokeria

Vatkaa valkuaiset vaahdoksi. Lisää maitorahka ja marjat. Lisää sokeria oman maun mukaan.

Liite 6 jatkuu

**KUINKA VOIMAKAS ON
NIKOTIINIRIIPPUUUTESI?**

Selvitä aluksi oma nikotiiniriippuvuutesi seuraavalla testillä. Kun tiedämme millainen tupakoija olet, voimme neuvoa oikean Nicotinell-tuotteen juuri sinulle.

Valitse jokaisessa kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä oieva vaihtoehto. Kun olet vastannut kaikkiin kysymyksiin, laske pisteesi yhteen ja tarkista tilanteesi seuraavalta aukeamalta.

FAGERSTRÖMIN TESTI**Montako savuketta poltat päivässä?**

| | |
|---------|--------|
| Alle 10 | (0 p.) |
| 11 – 20 | (1 p.) |
| 21 – 30 | (2 p.) |
| 31 – | (3 p.) |

**Onko sinun vaikeaa olla tupakoimatta paikoissa,
joissa se on kiellettyä?**

| | |
|-------|--------|
| Kyllä | (1 p.) |
| Ei | (0 p.) |

Miloin poltat päivän ensimmäisen savukkeesi?

| | |
|-----------------------------------|--------|
| 5 minuutin kuluessa heräämisestä | (3 p.) |
| 30 minuutin kuluessa heräämisestä | (2 p.) |
| 60 minuutin kuluessa heräämisestä | (1 p.) |
| Myöhemmin | (0 p.) |

Poltatko jopa sairaana?

| | |
|-------|--------|
| Kyllä | (1 p.) |
| Ei | (0 p.) |

Poltatko enemmän ennen lounasta kuin sen jälkeen?

| | |
|-------|--------|
| Kyllä | (1 p.) |
| Ei | (0 p.) |

Mikä savuke on vaikeinta jättää polttamatta?

| | |
|--------------------|--------|
| Päivän ensimmäinen | (1 p.) |
| Jokin muu | (0 p.) |

Kokonaispistemääräni on

OIKEAN TUOTTEEN VALINTA**NIKOTIINIRIIPPUUDEN ASTEET**

VOIMAKAS NIKOTIINIRIIPPUUUS
(7 pistettä tai enemmän)

ENHÄKÄ NIKOTIINIRIIPPUUUS
(5 – 6 pistettä)

VÄHÄNEN NIKOTIINIRIIPPUUUS
(enintään 4 pistettä)

OIKEA NICOTINELL-TUOTE

LÄÄKEPURUKUMI IMESKELYTABLETTI DEPOTLAASTARI

4 mg 2 mg 21 mg

2 mg 1 mg 14 mg

2 mg 1 mg 7 mg

Liite 6 jatkuu

UNETTOMUUS

1. Alkoholi ja tupakka voivat lisätä unettomuutta? oikein/väärin (oikein)
2. Rauhoittavat lääkkeet parantavat unettomuutta? oikein/väärin (väärin)
3. Unettomuus on yleinen ongelma? oikein/väärin (oikein)
4. Terveystä huolehtiminen on tärkeää ehkäistäessä unettomuutta? oikein/väärin (oikein)
5. Tilapäinen unettomuus ei ole normaalia? oikein/väärin (väärin)
6. Rentoutus harjoitteilla voi hoitaa unettomuutta? oikein/väärin (oikein)
7. Unilääkkeillä ei ole haittavaikutuksia? oikein/väärin (väärin)
8. Liikunnan lisääminen ja vuorokausirytmien vahvistaminen ehkäisevät unettomuutta? oikein/väärin. (oikein)
9. Unettomuuden pitkittyminen lisää monien sairauksien ja tapaturmien riskiä? oikein/väärin (oikein)
10. Unettomuus ei yleensä liity sairauksiin? oikein/väärin. (väärin)

Käypähoito –suositus 2008, Unettomuuden hoito

(<http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50067.pdf>)