

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyö

2012

Satu Syrjälä

# SYRJÄYTYMISKEHITYS NUORILLA MIEHILLÄ JA SIIHEN PUUTTUMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

– Hoitonetti



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyö

2012 | 38 sivua + liitteet

Ohjaajat Sirpa Nikunen ja Tiina Pelander

Satu Syrjälä

# SYRJÄYTYMISKEHITYS NUORILLA MIEHILLÄ JA SIIHEN PUUTTUMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA - HOITONETTI

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ilmentymistä sekä keinoja syrjäytymiskehitykseen puuttumiseen terveydenhuollossa analysoimalla aikaisempia tutkimuksia. Työ toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Työn tavoitteena on edistää syrjäytymiskehityksen tunnistamista jo varhaisemmassa vaiheessa. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun terveysprojekteja ja työstä on tehty tiivistelmä hoitonettiin. Hoitonetti on tutkittua tietoa hoitotyöntekijöille katsauksen muodossa tarjoava verkkosivusto.

Tutkimusaineisto kerättiin ja käsiteltiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheittaisen prosessin mukaisesti. Aineistoa haettiin sekä elektronisesti, että manuaalisesti hakustrategian mukaisesti. Analysoitavaksi valittiin yhteensä kuusi tutkimusta. Sisällönanalyyssissa tutkimuksista etsittiin vaiheittain yleistettäviä käsitteitä tutkimusongelmien ohjaamana.

Tulokseksi saatiin, että nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ilmenemismuotoja ovat päihteiden käyttö, heikot terveystottumukset, kokemus puuttuvasta hyvinvoinnista, vaikeudet koulussa, psyykkiset vaikeudet, ihmissuhdevaikeudet sekä kasautumisilmiö. Nuorten miesten syrjäytymiskehitykseen puuttumisen suhteen löydettyjen tutkimusten määrä jäi niukaksi, mutta voidaan tulkita, että nuoret miehet hyötyvät interventiomallisesta työtavasta, jossa interventiot ovat yksilön tarpeisiin suunniteltuja.

Syrjäytymiseen voitaisiin vaikuttaa tehokkaammin, tunnistamalla ja puuttamalla siihen jo kehitysvaiheessa. Puuttuminen kannattaa toteuttaa siinä yksikössä, jonne syrjäytymisvaarassa oleva vapaaehtoisesti hakeutuu. Interventiomallinen toiminta on suositeltavaa ja mahdollista monenlaisissa terveydenhuollon yksiköissä. Terveystoiminnan toiminta syrjäytymisen ehkäisyssä ja siihen puuttumisessa kaipaa lisää alkuperäistutkimuksia. Voisi tutkia esimerkiksi Interventiomallin hyödynnettävyyttä kouluterveydenhuollossa tai päivystyksellisessä hoitotyössä. Yleisesti tulevaisuudessa olisi hyödyllistä kouluttaa terveydenhuoltohenkilökunnasta yhteiskunnallisesti nykyistä tiedostavampia. Syrjäytymistä ehkäisevästä työstä voisi myös tulla uusi hoitotyön muoto mielenterveys- ja päihdehoitotyön rinnalle.

ASIASANAT:

nuoret miehet, syrjäytymiskehitys, syrjäytymisen ehkäisy, terveydenhuolto, interventiomalli

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Nursing

2012 | 38 pages

Instructor(s): Sirpa Nikunen & Tiina Pelander

Satu Syrjälä

## THE EXCLUSION PROGRESS IN YOUNG MEN AND INTERVENTION BY HEALTH CARE – HOITONETTI

The purpose of this final project was to do a survey of the manifestation of the exclusion progress in young men, and the means to intervene in it by the health care system. The method used in this final project was a systematic literature review. The aim of this final project is to work towards the early recognition of the exclusion progress in young men. This final project is a part of the health projects at Turku University of Applied Sciences. There has been made an abstract of it for the internet site Hoitonetti. Hoitonetti provides research information in the form of reviews for nursing staff.

Material for the research was gathered and processed in phases of systematic literature review. The legwork was done both electronically and manually according to the research strategy. Six studies were chosen for analysis. Guided by the research problem, generalizable concepts were looked for in the concept analysis of the studies.

The results proved that the forms of manifestation of the exclusion progress in young men are substance abuse, poor health habits, the experience of lacking good health, difficulties at school, mental problems, relationship problems and the effect of accumulation. Studies in intervention of the exclusion progress were scarce. Still it can be interpreted that young men benefit from methods of intervention work, where the intervention is planned according to the needs of the individual.

By the recognition of the exclusion progress, and intervening in it early in the process, exclusion could be influenced more efficiently. The intervention should be carried out in that unit, where the individual in risk of exclusion turns to voluntarily. Action by using an intervention model is both recommended and possible in many different units of health care. More original studies of the actions of the health care system concerning exclusion prevention are needed. The means of using the intervention model in school health care or emergency nursing could be researched. In the future it would be useful to educate nursing staff to be more aware in society. Preventative health care concerning exclusion progress could become a new form of nursing alongside mental health and substance abuse nursing.

**KEYWORDS:** young men, exclusion progress, exclusion prevention, health care, intervention model.

## **SISÄLTÖ**

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>NUORTEN MIESTEN HYVIN- JA PAHOINVOINTI</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>SYRJÄYTYMISKEHITYS JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>SYRJÄYTYMISKEHITYKSEEN PUUTTUMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN SUORITTAMINEN</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>TULOKSET</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>27</b>
<b>9</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>30</b>

## **LÄHTEET**

## **LIITTEET**

Liite 1. Toimeksiantosopimus

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Alkuperäistutkimusten valinnan ja niiden laadun arvioinnin vaiheittainen raportointi

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Analysoitavaksi valitut tutkimukset

Taulukko 2. Nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ilmenemismuodot

## JOHDANTO

Syrjäytymisellä tarkoitetaan moninaista yhteiskunnallista ulkopuolelle ajautumista. Syrjäytyminen nähdään tavallisesti monien hyvinvointia heikentävien tekijöiden kasautumisen summana. Näitä tekijöitä on tutkimuksissa pystytty nimeämään ja monet näistä vaikuttavat elämänkaareen alkupuolelta alkaen. Korostuneet terveyserot ovat yksi tämän ajan keskeinen ilmiö. Nuorten kohdalla hyvinvointi on tänä päivänä polarisoitunutta, jolloin ongelmat kasautuvat pienelle joukolle. Syrjäytyminen havaitaan tavallisesti vasta kehityksen ollessa jo loppuvaiheessa. Ongelmiin olisi helpompaa puuttua nuoruudessa, mutta sen ilmeneminen ei alkuvaiheessaan ole selkeää ja tunnistaminen on haasteellista. (Autio ym. 2008, 8-9. Huurre & Aro 2007,15; Jokiranta 2007,20; Lahela & Rahkonen 2011, 41.)

Syrjäytymiskehitys on erityisesti miesten kannalta vaarallista ja selkeästi elinikää alentava tekijä. Nuoret miehet ovat haasteellinen ryhmä niin hoidon piiriin hakeutumisen kuin ongelmien tunnistamisenkin kannalta. Jos ongelmat tunnistetaankin, niin on epäselvää, kenen vastuulla ne on hoitaa. Syrjäytymiskehitys on yhteiskunnallisesti tunnistettu kansanterveydelliseksi kehittämiskohteeksi. (Haarasilta ym. 2000, 2640; Jokiranta 2007,20; STM 2006, 13-15; STM. 2007,120-121.) Hoitonetti on verkkosivusto, joka tarjoaa hoitotyöntekijöille tutkittua tietoa katsausten muodossa. (Turun AMK 2008.) Tämä työ kuuluu Turun ammattikorkeakoulun terveysprojekteihin ja työstä tehtiin tiivistelmä hoitonettiin. Työn tarkoituksena oli kartoittaa nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ilmentymistä sekä keinoja syrjäytymiskehitykseen puuttumiseen terveydenhuollossa analysoimalla aikaisempia tutkimuksia. Työn tavoitteena on edistää syrjäytymiskehityksen tunnistamista jo varhaisemmassa vaiheessa.

## 1 NUORTEN MIESTEN HYVIN- JA PAHOINVOINTI

Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt ovat todennäköisesti huomattavasti yleisempiä kuin tilastot hoitoon-ohjatuista antavat ymmärtää, sillä vain puolet hakevat apua. Mikäli nuori ei saa mielenterveysongelmiin tarvittavaa apua, hänen mahdollisuutensa läpikäydä ikään kuuluvia kehityskriisejä alenee ja normaali kehitys vaarantuu. Nuorten hoitamattomilla mielenterveyshäiriöillä on taipumus jatkaa aikuisuudessa ja vaikuttaa yhteiskunnalliseen syrjäytymiseen voimistavasti, lisätä haitallisia elämäntapoja ja nostaa itsemurhariskiä. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 207-208; Haarasilta 2000, 2638.)

Sukupuolirooleihin sopeutuminen näkyy edelleen jonkin verran siinä, miten oireita ja avuntarvetta ilmaistaan. Naisten ja miesten erilaisen terveyskäyttäytymisen ja terveysprofiileihin syynä voidaan nähdä se, että kummatkin ovat sosiaalistuneet sukupuolirooleihin ja käyttäytyvät niiden mukaisesti. Naisten oletetaan matalammalla kynnyksellä ilmaisevat tunteuksiaan, kokevan ongelmia ja hakevan niihin apua. Kääntöpuolena tässä on naisten oireiden herkkä medikalisointi. Miesten oletetaan puolestaan aliraportoivan oireitaan ja viivyttävän avun hakemista, koska päinvastaista käytöstä pidetään feminiinisenä. Tätä kautta syntyy terveysparadoksi, kun tilastollisesti naiset ovat miehiä sairaampia, mutta miesten kuolleisuus silti korkeampi. Sukupuoleen sidottuja terveyseroja selitetään myös elämäntapatekijöillä ja biologisesti ohjelmointiteorian avulla. Sen mukaan varhaislapsuuden ja nuoruuden terveysongelmat, joita pojilla tilastollisesti on enemmän, aiheuttaisivat suuremman sairastumisen ja kuoleman vaaran aikuisuudessa. Rinnalle on esitetty myös sosiaalisen ohjelmoinnin teoriaa, jossa ollaan kiinnostuneita lapsuus- ja nuoruusiän sosiaalisten olojen suorasta ja epäsuorasta vaikutuksesta alkuisiän terveydentilaan. Lapsuuden ja nuoruuden sosiaalinen asema ja perheolot nähdään tällöin terveyttä rakentavana ja suojelevana tai terveyttä sairauksia edistävänä ja terveyttä haavoittavana voimana. (Gissler ym. 2006, 18 & 34; Riska 2011, 65-66.)

Valtaosa suomalaisista nuorista voi hyvin. Poikien tyypilliset ongelmat liittyvät tarkkaavaisuushäiriöihin, rikollisuuteen sekä aggressiiviseen ja epäsosiaaliseen

käytökseen. Poikien masennus saattaa olla tyttöjä vaikeammin tunnistettava ja naamioitua ongelmakäyttäytymiseksi. Nuorten miesten psyykkiset vaikeudet ovat yhteydessä niin fyysisiin terveysongelmiin, kuin päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttöön. Vanhempisuhteet nuoruusiässä ovat hyvin merkityksellinen tekijä mielenterveyden muotoutumisessa. Perusluottamus on psykologisen kehityksen edellytys. Pojilla riitaisen äitisuhteen nuoruudessa voitiin liittää vihamielisyyteen ja psykosomaattiseen oireiluun nuorena aikuisena. Riitainen isäsuhde vaikutti vastaavalla tavalla psykosomaattiseen oireiluun (Kinnunen ym.2010, 240.)

Nuorten miesten kuolleisuus on kolminkertainen nuorten naisten kuolleisuuteen verrattuna. Kuolleisuus on pystytty liittämään kiinteästi huono-osaisuuteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen. Nuoria miehiä kuolee eniten itsemurhiin, myrkytyksiin, väkivallan seurauksena sekä tieliikennetapaturmissa. Päihteillä on monesti osuutta asiaan. Erityispiirre suomalaisissa itsemurhissa on, että nuoret päätyvät ratkaisuun yhtä todennäköisesti kuin aikuiset. Itsemurhaan päätyneistä 80% on miehiä. Itsemurhaan päätyneistä 90%:lla on jokin mielenterveydellinen häiriö. Kuitenkin vain kolmannes on itsemurhaa edeltäneesti ollut psykiatrisen hoidon piirissä. Itsemurhaprosessia edistäviä tekijöitä ovat päihteiden ongelmakäyttö, käytöshäiriöt ja kuormittavat elämäntapahtumat. Yhteiskuntatasolla on voitu todeta yhteys alkoholin kulutuksen ja itsemurhakuolleisuuden välillä. Rikostilastoissa pojat ja miehet ovat selkeästi yliedustettuja tyttöihin ja naisiin verrattuna. Pojilla on enemmän käytös- ja päihdehäiriöitä, mutta tyttöjä harvemmin hoitokontakti. Ilmeisesti pojat ohjautuvat yleensä lastensuojelun piiriin, siinä missä tytöt hoidon piiriin. Pieni osa nuoria, joista enemmistö on poikia, vakiintuu toistuvasti rikoksia tekeviksi. Tämä pieni joukko vastaa valtaosasta nuorten tekemistä rikoksista. Lievien rikosten on havaittu vuosituhannen vaihtuessa vähenneen, mutta vastaavasti väkivallantekojen lisääntyneen. Nuoruuden rikoskäyttäytyminen on yhteydessä moniin psykososiaalisiin ongelmiin. (Kaltiala-Heino ym. 2006, 972; 16, 20 & 74; STM 2006, 24-26.)

## 2 SYRJÄYTYMISKEHITYS JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Terveyskäyttäytymisen käsitteeseen liitetään tavallisesti ajatus vapaavalintaisuudesta. Käyttäytymisvalintoja ei kuitenkaan käytännössä useinkaan voi nähdä täysin vapaina, vaan ne ovat monenlaisten tiedostettujen ja tiedostamattomien reunaehtojen sitomia. Jokapäiväisen elämän luomiin rajoitteisiin voivat kuulua taloudelliset voimavarat, muiden ihmisten vaikutus, tarjolla oleva tieto, elinympäristön piirteet ja ryhmässä vallitsevat normit. Valintoja ohjaavat myös yksilön ominaisuudet, kuten fyysiset ja henkiset piirteet, tekemisen tyylit ja taipumus itsenäisyyteen tai toisaalta antautuminen muiden ohjailulle. Elämäntapavalintoihin vaikuttavat myös henkilökohtaiset voimavarat paineta aiheuttavista tilanteista selviytymiseen, muiden tarjoama tuki sekä elämän kulussa hankitut ominaisuudet, kuten koulutuksen aikana vakiintuneet ajattelutavat. Asioiden kokeilemiseen saattaa johtaa myös luontainen uteliaisuus tai tiedotusvälineiden kautta saadut mielikuvat. Osaltaan valinnanvapauteen elintapojen suhteen vaikuttaa myös kehityskulku, jolla yksittäiset toiminnot kehittyvät rutiininomaisiksi ja näin ilman harkintaa tapahtuviksi. Tähän ryhmään kuuluvat riippuvuudet. Terveyttä kuluttavat tottumukset voidaan usein ymmärtää selviytymiskeinoina tilanteissa, joissa yksilö kokee itsensä haavoittuvaksi tai turhautuneeksi. Tällaisille ratkaisumalleille erityisen haavoittuvaisia ovat henkilöt, joilta puuttuvat koulutuksen mukana saatuja tietoon perustuvia selviytymiskeinoja, joita voivat olla turvaton sosiaalisen aseman tuottama itseluottamus tai muilta saatava sosiaalinen tuki. (Koivusilta 2011,126-127.)

Syrjäytyminen on moniulotteinen ilmiö ja prosessi, jossa yksilöt, ryhmät tai kokonaiset alueet joutuvat ulossuljetuiksi yhteiskunnan olennaisista ja keskeisistä integraatioista ja hyvinvointia tuottavista instituutioista. Syrjäytymiskehitys muodostuu oman elämän arjen jatkuvuutta ja ennustettavuutta vaurioittavista tekijöistä, johon liittyen hyvinvointia heikentävät tekijät ja tapahtumat kasautuvat. Näin syrjäytyminen voidaankin määritellä



kasautuneeksi huono-osaisuudeksi. Siinä yhdistyvät pitkäaikainen tai usein toistuva työttömyys, toimeentulo-ongelmat, elämänhalintaa liittyvät ongelmat ja syrjäytyminen yhteiskunnallisesta osallisuudesta. Syrjäytymiseen voi liittyä sairautta, vammaisuutta, poikkeavaa käyttäytymistä, rikollisuutta ja päihteiden käyttöä. Syrjäytyminen ei kuitenkaan aiheudu yksittäisestä ongelmasta, vaan kasautuvista ongelmista ja huono-osaisuuden kehän muodostumisesta. (Jokiranta 2007, 20.)

Syrjäytymisen yhteydessä puhutaan usein sosioekonomisista terveyseroista, joilla tarkoitetaan sosiaalisen aseman mukaisia systemaattisia eroja terveydentilassa, sairastamisessa, toimintakyvyssä ja kuolleisuudessa. Suomessa terveyserot ovat moniin Euroopan maihin verrattuna poikkeavan korkeat kuolleisuuden osalta. Nykypäivänä terveyserojen olemassaolosta vallitsee laaja yksimielisyys. Valikoitumiskäsitteellä tarkoitetaan tietynlaista vastakkaista syy-yhteyttä, jolloin terveydentila vaikuttaa siihen, mihin sosioekonomiseen asemaan henkilö päätyy. Suorassa valikoitumisessa sosioekonominen asema määräytyy oman terveydentilan perusteella kuten, että lapsuuden vakava sairaus haittaa työllistymistä aikuisuudessa. Epäsuorassa valikoitumisessa taas sosioekonominen ryhmä valikoituu jonkin terveyteen yhteydessä olevan sosiaalisen tai muun tekijän mukaan kuten terveyskäyttäytyminen. Yhtäläillä terveyteen liittyvät tekijät voivat johtaa sosiaaliseen nousuun. Syy-yhteydet kytkeytyvät elämänkaareen. Aineelliset olosuhteet, asuin- ja työlolot, kulttuuriset tekijät, elämäntyyli, elintavat ja terveyskäyttäytyminen kuuluvat syytekijöihin. Näitä ovat myös psykososiaaliset tekijät kuten stressi, sosiaalinen tuki. Oletus on, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat kokevat enemmän työstressiä ja saavat vähemmän sosiaalista tukea. Myös varhaisilla olosuhteilla on vaikutusta terveyteen ja sen sosioekonomiseen jakautumiseen. Lapsuuden kodin toimeentulovaikeudet ja perheongelmat voivat vaikuttaa terveyseroihin aikuisuudessa. (Lahelma & Rahkonen 2011, 49-51.)

Sosioekonomisten terveyserojen taustalla on useat elämänkaaren aikaiset tekijät ja mekanismit. Korkeampien sosiaaliryhmien edustajilla ja matalien

sosiaaliryhmien edustajiin verrattuna paremmat elin- ja työolot ja heidän työtehtävänsä ovat usein vähemmän ruumiillisesti kuormittavia ja toisaalta psykososiaalisesti palkitsevampia. Korkeamman sosiaaliryhmän terveystyytyminen poikkeaa myös matalampaan sosiaaliryhmään verrattuna edukseen. Elintavat, asenteet ja valinnat ovat heillä terveyttä edistävämpiä. Tupakointi ja alkoholinkäyttö ovat korkeammassa sosioekonomisessa ryhmässä vähäisempää, ja liikunta sekä terveellinen ravitsemus yleisempää. Huonon sosioekonomisen aseman voi siis yhdistää terveydelle haitallisiin tekijöihin, mutta vaikutussuunta on myös päinvastainen. Tällöin heikko terveydentila tai terveystyytyminen valikoi ihmisen erilaiseen koulutukseen ja edelleen sosioekonomiseen asemaan. Sosioekonomiset terveyserot ovat hyvin vähäisiä lapsuudessa ja nuoruudessa, mutta niiden juuret ovat kuitenkin juuri näissä ikävaiheissa. Erot alkavat kärjistyä aikuisuuden kynnyksellä ja varhaisessa keski-iässä ovat jo huomattavasti näkyvillä. Nuoruudessa erot vanhempien koulutuksen ja oman koulumenestyksen mukaan näkyvät lähinnä terveystottumuksissa. (Kestilä & Rahkonen 2011, 240.)

Ihmisten itsensä raportoima yleinen terveydentila, eli koettu terveys on yleisesti käytetty ja luottavana pidettävä terveysmittari. Koulutusryhmittäiset koetun terveyden erot on pystytty toteamaan selkeästi molemmilla sukupuolilla. Sosiaaliekonomisia terveyseroja on pystytty toteamaan kroonisissa sairauksissa, kuten sydän- verisuonitaudeissa, tyypin 2 diabeteksessa, tuki- ja liikuntaelinvaivoissa ja toimintakyvyssä. Sosiaaliekonomisen aseman ja mielenterveyden suhde ei ole yksiselitteinen ja valikoitumisprosessi liittyy siihen suuresti, sillä työllistyminen ja työssä pysyminen ovat erityisen haastavia näistä ongelmista kärsivillä. Miehillä sydän- ja verisuonitaudit, alkoholikuolleisuus, tapaturmat sekä syövät ovat merkityksellisimmät sosioekonomisten erojen taustalla vaikuttavat kuolinsyyt. Terveydellisten, taloudellisten ja sosiaalisten ongelmien kasautuminen heikentää hoitoon hakeutumista ja sinne pääsyä. Palvelumaksut korostavat eroja osaltaan. Tasa-arvoon pyrkivissä yhteiskunnissa korkeita terveyseroja ei voida pitää poliittisesti eikä eettisesti kestettävänä ilmiönä. (Jokiranta 2007, 20; Lahelma & Rahkonen 2011, 42; THL 2010.)

### 3 SYRJÄYTYMISKEHITYKSEEN PUUTTUMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Nuoret miehet ovat terveyskäyttäytymisen, sosiaalisten ongelmien ja palveluihin hakeutumisen kannalta haasteellinen ryhmä. Ongelmien tunnistaminen riittävän varhain tiedetään keskeiseksi monissa ongelmissa kuten itsemurhien ehkäisyssä. Ongelmien tunnistamista vaikeuttaa nuorten miesten omat vaikeudet havainnoida omaa tilannetta, havaita ongelmia ja hakea apua. Toinen ongelma on se, että kun apua haetaan hyväksyttävimpään vaivaan, voi kokonaistilanteen ongelmat jäädä havaitsematta. Kolmanneksi se, että vaikka ongelmia monenkin tahon toimesta tunnistettaisiin, eivät tukitoimet ole minkään tahon vastuulla. (Haarasilta ym. 2000, 55; Huurre ym. 2003, 159; Riska 2011, 60-61.)

Viitteet ongelmista saattavat erityisesti nuorilla miehillä tulla esille vaikeasti tunnistettavalla ilmenemistavalla. Usein nuoret miehet myös etsivät apua oireiden ollessa jo vaikeita jos silloinkaan. Seulominen, tunnistaminen ja kokonaisvaltainen lähestymistapa ovat keskeisiä käsitteitä tunnistamisessa. Moniongelmaisuuudesta johtuen tarvitaan osaamista eri tieteenaloilta. Palvelut pyritään tuottamaan moniammatillisesti palvelut yhtenäistämällä niin sanoen yhdeltä luukulta. Mielenterveys- ja päihdesuunitelman mukaan mielenterveys-päihdepalveluiden asemaa pyritään tulevaisuudessa yhdenvertaistamaan muihin palveluihin nähden sekä kynnystä madaltamaan. Palveluita pyritään tarjoamaan yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Lasten- ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö pyritään tuottamaan arjen ympäristöön. (Partanen ym. 2010, 15-16; Vuokila-Oikkonen & Läksy. 2010, 244.)

Kun sairauksien syntyä käsitellään kokonaisvaltaisesti, otetaan huomioon biologiset, sosioekonomiset ja käyttäytymistekijät elämänkaaren aikana. Tällöin ei tarkatella pelkästään yksittäisiä riskitekijöitä, vaan niiden mahdollisia yhteisvaikutuksia jolloin ihmisen elämänkaaren kokonaisuus tulee huomioiduksi. Elämänkaarinäkökulmasta sairauden yhteen riskitekijään kohdistettu ehkäisytoimi ei tuota välttämättä juurikaan tulosta, kun sairauden synty nähdään

monen elämän aikana kertyneen pienen osatekijän summana. Terveysthuollon vaikutusmahdollisuudet piilevät tilanteissa, joissa jossakin elämäntaiheessa ilmenevä voimakas vaaratekijä on tunnistettavissa ja siihen on mahdollista puuttua. (Eriksson 2011, 224-225.)

Päivystyksellisessäkin tilanteessa tulisi pystyä näkemään potilaan kokonaistilanne, jolloin fyysisten oireiden lisäksi huomioitaisiin psykososiaaliset tekijät. Työntekijän tulee ottaa puheeksi hyvinvoinnin kannalta keskeisiä asioita. Varhainen puuttuminen päihteidenkäyttöön ja tarvittavan tuen järjestäminen kuuluu näihin. (Suikkala & Laine 2010, 202.)

Käytännössä syrjäytymisvaarassa olevien ja syrjäytyneiden potilaiden kohtaaminen edellyttää tasa-arvoista suhtautumista, potilaan hyväksymistä ja kunnioittamista sekä halua tarjota tukea ja apua. Negatiiviset asenteet estävät sitoutumista ja karkottavat potilaan terveysthuolluksen piiristä. Palveluohjaus on eräs merkittävä auttamismuoto. Tällöin palvelukokonaisuus ja asiakkaan tarvitsema tuki räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaan. Syrjäytymiskehityksessä olevan kohtaaminen edellyttää hyvää tietämystä palvelujärjestelmän periaatteista. Toisinaan joudutaan myös vaatimaan oikeuksia. Nuorilla rikolliseen käyttäytymiseen tulee puuttua aina, sillä sitä ilmenee pienellä joukolla nuoria. Nuorisirikollisuus on huomattavan usein kytköksissä monenlaisiin mielenterveyshäiriöihin, joihin vaikuttaminen ja kehityksen ohjaaminen normaalimpaan suuntaan on nuorella mahdollisempaa aikuisen verrattuna. Valtaosa nuorten rikosintekijöiden avuntarpeesta on tällä hetkellä tyydyttämättä. (Haarasilta ym. 2000, 2639-2640; Kaltiala-Heino & Ritakallio.2006,976 Partanen ym. 2010, 15-16; Suikkala & Laine 2010, 202)

Sairaanhoitajien terveyden edistämisen näkökulman mukaisessa työtöteessä edistetään varhaisen tunnistamisen ja ongelmiin vaikuttamisen toteutumista. Nykyistä parempi yhteiskunnallinen osaaminen sairaanhoitajilla olisi myös eduksi asiassa. (Pietilä ym. 2009, 10-11; Ryttyläinen ym. 2004, 14-15.)

Terveysthuollolla ja terveysthuolluilla on mahdollisuuksia sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttamisessa. Terveysthuollon merkitystä terveyserojen

synnyssä ei toistaiseksi tunneta, mutta kuolleisuuseroille sen merkitys tiedetään suureksi. Terveyseroja liisääviä riskitekijöitä ovat taloudellinen laskusuhdanne, yksityisen terveydenhuollon lisääntyminen ja julkisten terveystalouksien epätasainen tarjonta. (Lahelma & Rahkonen 2011,51.)

Terveyserojen kaventaminen kuuluu keskeisesti terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn tähtäävään terveys- ja hyvinvointipolitiikkaan. Suuria terveyseroja ei voida pitää eettisesti eivätkä poliittisesti hyväksyttäviä tasarvoon pyrkivissä yhteiskunnissa. Ne muodostavat esteen terveys- ja yhteiskuntapolitiikan tavoitteille kohentaa tasapainoisesti koko väestön terveyttä. Eriarvoisuutta pyritään vähentämään muun muassa Terveys 2015 kansanterveysohjelmassa. (Lahelma & Rahkonen 2011,42.)

Syrjäytyminen ja siihen johtava kehitys sekä terveyserot ovat tunnistettu ongelma yhteiskunnassa. Nuorten miesten tilanne siinä herättää myös huolta. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009-2015 pyrkimyksiin kuuluu mielenterveys ja päihdeongelmien yhdenvertaistuminen suhteessa muihin sairauksiin. Palveluihin pääsyn kynnyksiä pyritään madaltamaan ja palvelut tuottamaan yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Järjestelmällä kannustetaan omaehtoista hoitoonhakeutumista, sitoutumista sekä työelämään kuntoutumista. Alkoholisten tullaan nostamaan. Tunnistetaan ja ehkäistään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien. Kuntien strategioihin tulee sisältyä ennaltaehkäisyn näkökulma. Tulevaisuudessa tavoitteena on luoda asiakaslähtöisempi matalamman kynnyksen terveyskeskus. (Partanen ym.2010, 15-16)

Perusterveydenhuoltoa vahvistetaan ja yhteistyötä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välillä. Tavoitteena terveyserojen kaventaminen. (Suikkala & Laine 2010, 204)

## **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT**

Työn tarkoituksena oli kartoittaa nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ilmentymistä sekä keinoja syrjäytymiskehitykseen puuttumiseen terveydenhuollossa analysoimalla aikaisempia tutkimuksia. Työn tavoitteena on edistää syrjäytymiskehityksen tunnistamista jo varhaisemmassa vaiheessa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten syrjäytymiskehitys nuorilla miehillä ilmenee?
2. Minkälaisin keinoin syrjäytymiskehitykseen terveydenhuollossa voidaan puuttua?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN SUORITTAMINEN

Hoitonetti on tutkittua tietoa hoitotyöntekijöille katsauksen muodossa tarjoava verkkosivusto, jonka tarkoitus on näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen. (Turun AMK 2008.) Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun terveysprojekteja ja työstä tehdään tiivistelmä hoitonettiin. Toimeksiantosopimus (Liite1.) on tehty Salon terveyskeskuksen kanssa syksyllä 2012.

Tutkimus toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tarkastellaan kriittisesti aikaisempaa tutkimustietoa. Tutkimusmenetelmässä kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan sen laatua ja luokitellaan tuloksia kattavasti. Tutkittua tietoa arvioidaan kriittisesti ja systemaattisesti. Tutkimuskysymykset määrittävät tutkimuksen suunnan. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman ymmärrettävästi ja kattavasti tutkimuskysymyksiin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voi myös antaa perustelut ja tarkentaa tutkimuskysymyksiä. Sen avulla voidaan myös tehdä luotettavia yleistyksiä. (Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 39.)

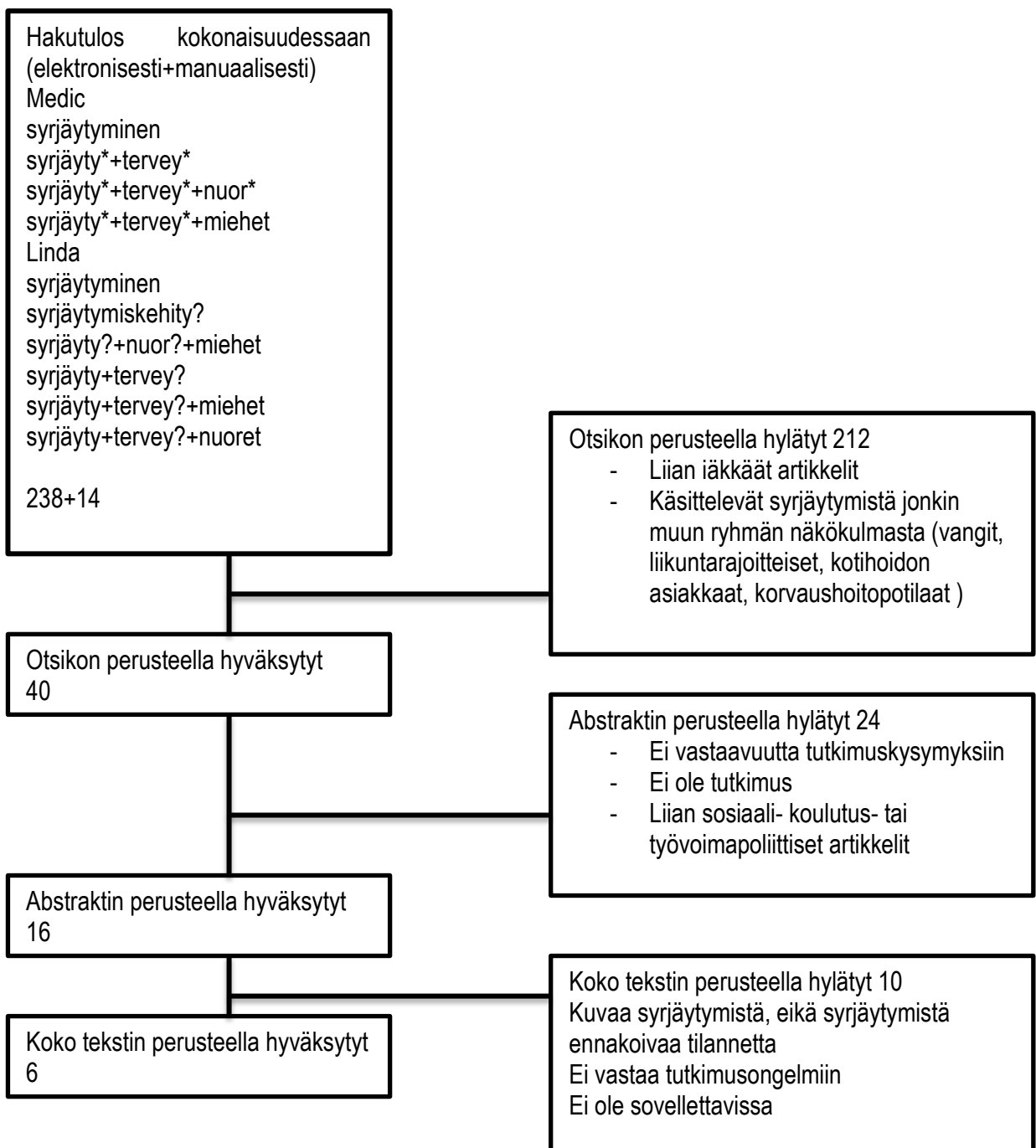
Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen on vaiheittainen prosessi. Karkeasti vaiheet voidaan jakaa kolmeen osaan, joista ensimmäinen on suunnittelu, toinen on katsauksen tekeminen sisältäen aineiston hakemisen, analysoinnin sekä synteessin ja kolmas on tulosten raportointi. Suunnitteluvaiheessa kartoitetaan aiheesta aiemmin tutkittua, perustellaan tutkimuksen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa käy ilmi tutkimuskysymykset, joiden tulee olla selkeitä ja määritellä ja rajata se, mihin katsauksella haetaan vastausta. Tutkimussuunnitelmassa jäsentyy se mitä, miksi ja miten tutkitaan. Tutkimuskohteen rajaaminen on välttämätöntä. Mikäli tutkimuskysymyksiin ei pystytä tutkimuksessa vastaamaan, voidaan tuloksena pitää myös puutetta tutkimustiedossa ja osoittaa tarve alkuperäistutkimukselle. Tutkimuskysymysten jälkeen päätetään tutkimusmenetelmästä, johon kuuluu hakutermien ja tietokantojen pohdinta.

Aineiston manuaalinen haku on suositeltavaa tietokantahaun rinnalla kattavan tuloksen saamiseksi. Tutkimusten valintaa varten laaditaan sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Nämä voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. (Johansson ym. 2007, 5-6; Kylmä & Juvakka 2007,41 & Kääriäinen & Lehtinen 2006, 39-40.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen etenee suunnitteluvaiheesta tekemisvaiheeseen, jossa edetään tutkimussuunnitelman mukaisesti tehden hakuja, valiten mukaan tulevat tutkimukset ja analysoiden ne laadukkuuden mukaan. Lopuksi tutkimustulokset syntetisoidaan yhtenäiseksi. Alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain ensin koko hakutuloksesta otskon perusteella, sitten näistä jatkotarkasteluun abstraktin perusteella ja lopulta jäljelle jääneistä koko tekstin perusteella tarkasteluun otettaviin. Tutkimusten laadun arvionti on tärkeä osa systemaattista kirjallisuuskatsausta. Laadun arvioinnissa keskeistä on alkuperäistutkimuksen ja siinä käytetyn menetelmän laatu, sovellettavuus ja käyttö. (Johansson ym. 2007,6-7 & Kääriäinen & Lehtinen 2007, 41-43.) Tässä tutkimuksessa alustavia suunnitteluvaiheen hakuja alettiin tehdä syksyllä 2011, jolloin tutkittavaa aihetta rajattiin tulosten pohjalta. Ensimmäisiä hakuja tehtiin Medic-, Helka- ja Chinal-tietokannoista. Hakuja tehtiin myös manuaalisesti, mikä tuotti runsaasti tuloksia jatkokäsittelyyn. Syksyllä 2012 haut vielä toistettiin tarkennettuina Medic- ja linda-tietokannoista sekä jatkettiin manuaalisia hakuja. Ulkomaalaiset tutkimukset päätettiin jättää kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle aiheeseen liittyen. Hakustrategiana oli pitää syrjäytymistä pääterminä hauissa ja yhdistää siihen muita haluttuja termejä. Lisäksi haut aloitettiin yksinkertaisina, ennen yhdistelmähakujen tekemistä ja sanojen katkaisemista. Hyväksymiskriteereinä hakutulosten tuli olla tutkimus aikaväliltä 2002-2012, käsitellä syrjäytymiskehitystä nuorilla miehillä, tai joko nuorilla tai miehillä, tai syrjäytymiskehitykseen puuttumista ja olla terveysalan tutkimus tai sovellettavissa terveysalalle. Poissulkevia tekijöitä olivat syrjäytymisen käsittely ajankohtaisena asiantilana, sosiaalialan tai elinkeinoelämän tutkimukset ja tutkimukset jotka eivät vastanneet tutkimusongelmiin tai olleet käytäntöön sovellettavia.



Aineistoa haettiin eri hakukoneilla, sekä myös löydettiin manuaalisesti hakien (Kuvio1). Elektroniset aineistohaut tehtiin aihehakuina Medic- ja Lindatietokannoissa. Medicissä käytettyjä hakutermejä oli: syrjäytyminen, syrjäyty\*+tervey\*, syrjäyty\*+tervey\*+nuor\* ja syrjäyty\*+tervey\*+miehet. Lindassa käytettyjä hakutermejä olivat: syrjäytyminen, syrjäytymiskehity?, syrjäyty?+nuoret+miehet, syrjäyty?+tervey?, syrjäyty?+tervey?+miehet? ja syrjäyty?+tervey?+nuoret. Parhaiten sopivia osumia on tuottanut yliopistojen tietokannat. Tiedonhakuun on käytetty informaatiokonsultaatiota apuna.



Kuvio 1. Alkuperäistutkimusten valinnan ja niiden laadun arvioinnin

Aineiston analysoinnilla ja tulosten esittämisellä pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin mahdollisimman kattavasti, selkeästi ja ymmärrettävästi. Tulosten syntetisoinnissa kuvataan tulokset sekä havaitut yhtenäisyydet ja erot. Tutkimusvaiheiden kirjaaminen on luotettavuuden kannalta keskeistä. Laadullisessa metayhteenvedossa edetään vaiheittain ensin valiten jokaisesta alkuperäistutkimuksesta kaikki tutkittaviin kysymyksiin liittyvät lauseet. Seuraavassa vaiheessa lauseet pyritään yhdistämään ja pelkistämään siten että jäljelle jää tutkittavan kysymyksen kannalta olennainen sisältö. Keskeisten lauseiden löytäminen edellyttää aineiston hyvää hallintaa. Lainatut lauseet voidaan luokitella ominaisuuksiensa mukaan ja taulukoida. Viimeisessä vaiheessa voidaan laskea lauseiden ja tulkinnan ja tulosten yleisyys, jolloin voidaan laskea kullekin yläkäsitteelle voimakkuusluku. (Johansson ym. 2007, 73-75; Kääriäinen & Lahtinen 2004, 43.) Tässä tutkimuksessa alkuperäistutkimuksia valikoitui hakuprosessissa kuusi analyysivaiheeseen. Nämä esitettynä taulukossa 1. Hakustrategiasta poiketen analyysiin otettiin myös erillisen harkinnan mukaan yksi tutkimus vuodelta 2000, koska tutkimus oli tutkimusongelmien kannalta keskeinen. Analyysissa edettiin tutkimusmetodin mukaisesti ensin keräten kustakin tutkimuksesta keskeiset lauseet ja yhdisteään niistä tutkimusongelmien mukaiset keskeiset yläkäsitteet. Nämä esitelty tulososassa.

Taulukko 1. Analysoitavaksi valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja –vuosi	Tarkoitus	Otos ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Rintala Suomi 2000	Kuvata kutsuntaikäisten miesten terveystottumuksia sekä heidän psyykkistä ja fyysistä terveydentilansa suhteessa heidän koulutustilanteeseensa. Selvittää koulutuksellisen syrjäytymisen psyykkisiä ja sosiaalisia taustatekijöitä. Arvioida rekistereiden käytettävyyttä nuorten syrjäytymiskehityksen tunnistamisessa.	N=1518 Kutsunanalaiset Nokialaiset vuosina 1989-1997 Puolustusvoimien kyselylomake + muut rekisteritiedot	Syrjäytymisvaarassa oleviksi luokiteltiin n.11% kutsuntatarkastetuista vuosittain. Syrjäytymisvaarassa olevalla ryhmällä harrastuksia oli vähemmän, liikunnan harrastaminen vähäisempää, tupakointi merkittävästi yleisempää, alkoholin käytössä ero oli vähäisempi. Syrjäytymisvaarassa olevista 84% oli sairastanut jonkin sairauden elämänsä aikana, 21%:lla oli vähintään yksi psyykinen oire. Oireet kasautuivat selkeästi samoille henkilöille. 20% ilmoitti kokevansa ettei ole terve ja kykenevä palveluksen suorittamiseen. Minäkuvatestissä seulontarajat ylittyivät useammin syrjäytymisvaarassa olevilla. Lyhyt pituus ja korkea BMI todettiin myös syrjäytymisriskiä lisääviksi, kuten myös korkea tai matala pulssi ja matala systolinen RR sekä huono näkö. Lääkärintarkastuksessa lääkärit kirjasiivat patologisia löydöksiä enemmän syrjäytymisvaarassa oleville kuin muille ryhmille. Merkittävimpiä erot olivat psyykkisellä ja hermoston alueella sekä yleisvaikutelmassa. Syrjäytymisvaarassa olevien palvelukelpoisuusluokka oli merkittävästi useammin C, D tai E, tosin luokka muuttui usein myöhemmin ylöspäin. Sosiaalisten tekijöiden osalta syrjäytymisriskiä lisäsi isän matala ammattiasema, isän nuori ikä, sisarusten suuri määrä sekä kuopusasema. Elämänuran suhteen syrjäytymisriskiä nosti ennen 16-vuoden ikää kirjattu pitkäaikaissairaus

			<p>tai kehityshäiriö, useamman taudin sairastaminen jonkin saman ikäkauden aikana, ulkoinen ongelmakäyttäytyminen kouluikässä, neuvolatarkastuksiin osallistumattomuus lapsuudessa, kouluongelmat ala- ja yläasteikässä, perherakennehäiriöt ja asuinpaikkavaihdot. Riskitekijöiden kasautumisella oli selkeä yhteys syrjäytymisvaaraan.</p>
<p>Kinnunen Suomi 2003</p>	<p>Tutkia yläasteikäisten elämänhallintavalmiuksia ja sitä onko koulussa hyvin selviytyvien ja syrjäytymisvaarassa olevien elämänhallintavalmiuisissa eroja</p>	<p>N=92 Kuudelta Itä-Suomen yläasteelta opettajien valitsema riskiryhmä syrjäytymiskehityksen suhteen sekä kaksi verrokkiryhmää. Kysely</p>	<p>Opettajat osasivat tunnistaa syrjäytymisriskioppilaat. Riskiryhmällä oli verrokkeihin verrattuna heikommat elämänhallintavalmiudet. Heidän hallinnan tunteensa oli selkeästi heikompi ja he kokivat terveydentilansa verrokkeja huonommaksi. He myös harrastivat liikuntaa vapaa-ajalla vähemmän. Riskiryhmässä todettiin tupakoimattomuus ja päihteiden käyttämättömyys hieman harvinaisemmaksi verrattuna vertailuryhmiin. Riskiryhmällä ilmeni enemmän psykosomaattisia oireita ja he olivat verrokkeja tyytymättömpiä elämäänsä. He myös useammin kokivat koulun käynnin vastenmieliseksi ja heillä ilmeni useammin yksinäisyyden kokemuksia. Vanhempisuhteissa suhde äitiin koettiin kaikissa ryhmissä yleensä paremmaksi, kuin suhde isään. Riskiryhmässä suhde äitiin oli harvemmin erittäin hyvä ja suhde isään useammin keskinkertainen tai huono.</p>

<p>Kestilä, Koskinen, Kestilä, Suvisaari, Aalto- Setälä &amp; Aro Suomi 2007</p>	<p>Kartoittaa nuorten aikuisten psyykkisen oireilun yleisyyttä, kehityskulkua, riskitekijöitä ja terveystietojen käyttöä</p>	<p>N=1863 Suomalaiset 18-29-vuotiaat. Perusvaiheen haastattelu+ terveystietojen v.2001. Seurantavaiheen terveystietojen v.2003-2005</p>	<p>Perusvaiheessa naisista 14%:lla ja miehistä 10%:lla psyyk. oireita. Seurantavaiheessa vastaavasti naisista 21%:lla ja miehistä 11%:lla Seurannan aikana oireita ilmaantui 18%:lle naisista, 11%:lle miehistä. Lääkäripalveluita käytettiin runsaasti, mutta vain 18% oireilevista naisista ja 11% miehistä mt-asioissa. Oireiluun vaikutti monet lapsuudenaikaiset asiat, ajankohtaiset vaikeudet ja alkoholin suurkulutus</p>
<p>Stengård, Appelqvist- Schmidlechner, Upanne, Parkkola &amp; Henriksson Suomi 2008a</p>	<p>Tutkia millainen varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi palvelukseen määrättyihin verrattuna sekä tutkia tukiohjelman tarvetta</p>	<p>N=440 Helsingissä ja Vantaalla kirjoilla olleet ja kutsunnoissa läsnä olleet miehet v. 2004 sekä 1.7.2004-30.6.2005 välillä varusmies- tai siviilipalveluksen aloittaneet miehet. Alku- ja seurantakysely + rekisteritietojen käyttö</p>	<p>Palveluksen ulkopuolelle jääneillä miehillä oli enemmän elämäntilanneongelmia alkutilanteessa, mutta erot kaventuivat seuranta-aikana. Heidän lapsuuden aikaiset elinolonsa olivat verrokki ryhmää monin tavoin ongelmallisempia erityisesti päihde- ja mt-diagnoosin vuoksi ulkopuolelle jääneiden kohdalla. Ongelmien kasaantuminen oli palveluksen keskeyttäneillä yleisempää, kuin ulkopuolelle määrättyillä. Ulkopuolelle jääneillä miehillä oli vähemmän sosiaalisia suhteita ja tukea sekä harrastustoimintaa verrattuna palvelukseen määrättyihin ja heidän terveystottumuksensa olivat huonommat. Heidän päihteidenkäyttönsä oli myös verrokkiryhmää runsaampaa ja riskialttiimpaa. Lisäksi heidän</p>

			<p>psykykinen hyvinvointinsa oli heikompaa ja oireilu yleisempää. He olivat myös keskimäärin tyytymättömpämpiä elämänlaatuunsa, itseensä, henkilökohtaisiin ihmissuhteisiinsa, rahatilanteeseensa ja asunto-oloihinsa verrokkiryhmään verrattuna. Näiden lisäksi heille oli kasautunut verrokkeja enemmän ajankohtaisia kuormittavia elämäntapahtumia sekä psykososiaalisia ongelmia.</p>
<p>Stengård, Appelqvist- Schmidlechner, Upanne, Haarakangas, Parkkola &amp; Henriksson Suomi 2008b</p>	<p>Tutkia ovatko tehdyt interventiot olleet osuvia, tarkoituksenmukaisia ja vaikuttavia nuorten miesten elämäntilanteen ja psykkinen hyvinvoinnin kannalta</p>	<p>N=356 Helsingissä ja Vantaalla kirjoilla olleet ja kutsunnoissa läsnä olleet miehet v. 2004 sekä 1.7.2004-30.6.2005 välillä varusmies- tai siviilipalveluksen aloittaneet miehet. Arvotun interventioyhmän+ vertailuryhmien vertailu. Haastattelu, kysely ja rekisteritiedot</p>	<p>Kaikki interventioyhmään arvot eivät kiinnittyneet tukiohjelmaan. Kiinnittyneistä suurimmalla osalla ei ollut aiempaa kontakteja yhteiskunnan tarjoamiin palveluihin. Kiinnittyminen ei ollut ikäsidonnaista. Eriyisen hyvin ohjelmaan kiinnittyivät mt-syistä palveluksen ulkopuolelle määrättyt. Kiinnittyneillä psykkinen kuormittuneisuus oli yleisempää, he olivat kokeneet koulukiusaamista ja muutoinkin ongelmien kasaantumista lapsuudessa. Heillä oli myös enemmän ajankohtaisten ongelmien kasatutumista. Muilta tutkituilta osaluilta he eivät eronneet vertailuryhmästä. Tukisuhteet toteutuivat tapaamisina ja yhteydenpitona tekstiviestein, kirjeitse tai sähköpostilla. Ohjaajat arvioivat keskimäärin vuorovaikutussuhteet onnistuneiksi. Suhteen aloitus koettiin haastavaksi. Yli puolet tarvitsi tukea työhön ja työelämään liittyvissä asioissa. Kolmanneksella käsiteltävät asiat ja toimenpiteet koskivat fyysistä ja psykkinistä terveyttä. Viidenneksen kanssa selvitettiin toimeentuloon ja/tai asumiseen liittyviä asioita. Osa tarvitsi tukea varusmies- ja siviilipalveluksen suorittamiseen liittyvissä asioissa. Muutamat tarvitsivat tukea itsenäisen elämän aloittamisen ja arkipäivästä selviytymisen suhteen. Päihteiden käytön lopettamisessa tarvittiin myös tukea ja neuvoja, ja joissain</p>

			<p>tapauksissa hoitoonohjausta. Loppuja ohjaussuhdeteemoja oli:</p> <p>Ihmissuhdeasiat, juridiset asiat ja kriminaalihoito, vapaa-aikaan ja harrastuksiin liittyvät asiat, keskustelu- ja kuunteluapu ajankohtaisessa kriisissä sekä rohkaisua sosiaalisten taitojen harjoitteluun ja tukea uudelle paikkakunnalle sopeutumisessa. Interventioilla oli myönteinen vaikutus psyykkiseen kuormittuneisuuteen, tyytyväisyyteen ihmissuhteissa, elämäntilanteeseen. Hyvin usein elämäntilanteen järjestyminen, työpaikan saaminen tai sosiaalisen elämän aktivoituminen tuotti positiivisia muutoksia myös asiakkaassa itsessään. Suurin osa tukiohjelmaan kiinnittyneistä koki sen hyödylliseksi. Tärkeimmäksi koettiin mahdollisuus keskustella, toiseksi hyödyllisemmäksi koettiin konkreettiset neuvot. Lisäksi asiakkaat kokivat aktivoituneensa ja saaneensa välittämistä osakseen. Tukiohjelma tuotti myös konkreettisia hyötyjä, kuten asunnon tai työpaikan saaminen. Loppuhaastattelussa 67% koki asioidensa olevan paremmin. <math>\frac{3}{4}</math> arvioi tukiohjelman auttaneen siinä. Ohjaajan ja asiakkaan arviot vaikuttavuudesta eivät aina olleet yhteneviä</p>
Frojd, Marttunen & Kaltiala-Heino Suomi 2012	Tutkia minkälaiset tekijät 9-luokalla ovat yhteydessä asunnottomuuteen 22-23-vuotiaana	N=3278 Vantaalla ja Tampereella v.2002-2003 peruskoulun 9-luokkaa käyneet. Kysely v.2002-2003 ja 2009	<p>67% osoitteettomista poikia. Riskitekijöitä 9-luokkalaisilla pojilla olivat tiheä humalajuominen, alle 7 keskiarvo, ammattikoulutukseen hakeutuminen, sisarusten syntymä, äidin matala koulutus, ja vanhempien lisääntynyt riitely ja avio- tai avoero. Osoitteettomuuteen lisäksi yhteydessä olevia tekijöitä 9-luokkalaisilla oli asuminen muussa kuin 2 vanhemman perheessä, masennus, käytöshäiriöt, hasiskokeilut, heikko koulumenestys, koulupinnaaminen, muutto toiselle</p>

			paikkakunnalle. Osoitteettomilla oli neljä kertaa enemmän psykosomaattista oireilua, kuin muilla
--	--	--	--

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kolmannessa vaiheessa tulokset raportoidaan ja tehdään sen perustella johtopäätökset. (Johansson ym. 2007,6-7 & Kääriäinen & Lehtinen 2007, 41-43.) Tämä työ esitettiin loppusykyllä 2012, jolloin myös tehtiin työstä tiivistelmä hoitonettiin. Tulokset löytyvät osoiteesta [hoitonetti.turkuamk.fi](http://hoitonetti.turkuamk.fi).



## 6 TULOKSET

Syrjäytymiskehitys nuorilla ilmenee päihteiden käyttönä ja muina heikkoina terveystottumuksina, koetun hyvinvoinnin puutteina, vaikeuksina koulussa, psyykkisessä terveydessä ja ihmissuhteissa sekä kasautumisilmiön muodossa (taulukko 2).

Taulukko 2. Nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ilmenemismuodot.

Suora lainaus	Alaluokka	Yläluokka
Alkoholin suurkulutus (Kestilä ym. 2007) Tiheä humalajuominen ja hasiskokeilut (Fröjd ym. 2012) Runsas ja riskialtis päihteiden käyttö. Alkoholin ongelmakäyttö ja altistuminen huumeille (Stengård ym. 2008a)	Päihteiden käyttö	Syrjäytymiskehityksen ilmenemismuodot
Huonommat terveystottumukset, tupakoivat enemmän, harrastavat vähemmän. (Rintala 2000) Tupakointi ja liikunnallinen passiivisuus (Stengård ym. 2008a)	Heikot terveystottumukset	
Nuorten kokema heikko terveydentila ja tyytymättömyys elämään. (Kinnunen 2003) Heikompi itseluottamus, yleinen tyytymättömyys itseensä, rahatilanteeseen ja asunto-oloihin sekä toivorikkauden puuttuminen tai pessimistisyys suhteessa tulevaisuuteen. (Stengård ym. 2008a)	Koetun hyvinvoinnin puutteet	
Koulupinnaus, huono koulumenestys (Fröjd ym. 2012) Koulukielteisyys, ongelmat koulussa (Kinnunen 2003) Koulutuksen ulkopuolelle jääminen (Rintala 2000)	Vaikeudet koulussa	

Jatkuu

<p>Huonosti voivilla oireilu on pitkäkestoista (Kestilä ym. 2007)  Mielenterveysoireilu, häiriökäyttäytyminen ja erityisesti psykosomaattiset oireet. (Fröjd ym. 2012)  Heikompi psyykinen hyvinvointi ja yleisempi oireilu, unettomuus, masentuneisuus, psyykinen kuormittuneisuus, itsemurhaharkinnat ja -yritykset. (Stengård ym. 2008a)</p>	<p>Psyykkiset vaikeudet</p>	
<p>Tyytymättömyys henkilökohtaisiin ihmissuhteisiin. (Stengård ym. 2008a)  Riittämätön sosiaalinen tuki (Kestilä ym. 2007)  Yksinäisyyden kokemus (Kinnunen 2003)</p>	<p>Ihmissuhdevaikeudet</p>	
<p>Useat riskitekijät vaikuttavat kasautumiseen yhtä aikaa (Fröjd ym. 2012)  Nuorten ongelmilla on taipumus kasautua ja ongelmat yhdellä elämänalueella ennakoivat muita huolia ja heikkoa elämänhallintaa. (Kinnunen 2003)</p>	<p>Kasautumisilmiö</p>	

Syrjäytymiskehitys ilmenee nuorilla miehillä **päihteiden käyttönä**. Päihteiden käyttö näkyy alkoholin suurkulutuksena ja on korostunut nimenomaan nuorten miesten pahoinvoinnissa. Päihteiden käyttö on luonteeltaan riskialttiimpaa. Psyykkisesti oireilevista miehistä 20% suurkuluttaa alkoholia. (Stengård ym. 2008a.) Tiheä humalajuominen on myös pojilla selkeä asunnottomuutta ennakoiva merkki. (Fröjd ym. 2012.) Alkoholin käytön aloitusiässä ei ole kuitenkaan juurikaan eroa. Syrjäytymiskehitys ilmenee nuorilla miehillä myös huumeille altistumisena, huumekekeiluina ja käyttöä. (Kestilä ym. 2007; Stengård 2008a)

**Heikot terveystottumukset** ovat toinen nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ilmentymä. Merkittävin huono terveystottumus näistä on tupakointi, jonka ilmeneminen syrjäytymisen suhteen riskiryhmässä on huomattavan yleistä. Syrjäytymiskehityksessä olevat miehet harrastavat muita vähemmän kokonaisuutena ja ovat myös liikuntaharrastusten suhteen selvästi passiivisempia. (Rintala 2000; Kinnunen 2003.)

Syrjäytymiskehitys ilmenee nuorilla miehillä myös **kokemuksena hyvinvoinnin puuttumisesta**. Tyytymättömyyttä koetaan erityisesti itseä kohtaan. Myös raha- ja asumistilanne herättävät tyytymättömyyttä. Terveystilan osalta syrjäytymisvaarassa olevat kokevat terveystilansa muita heikommaksi. Lisäksi tulevaisuus koetaan vähemmän toiverikkaana ja useammin pessimistisesti. (Kinnunen 2003; Stengård ym. 2008a)

**Vaikeudet koulussa** ovat nuorilla miehillä myös selkeä syrjäytymiskehityksen piirre. Ilmiö näkyy niin koulussa viihtymättömyytenä, koulupinnaamisena, huonona koulussa menestymisenä kuin myös käytösongelmina siellä. (Fröjd ym. 2012; Kinnunen 2003.) Henkilö saattaa myös syrjäytyä koulutuksellisesti kokonaan koulujärjestelmän ulkopuolelle, mitä kautta hän on huomattavan suuressa vaarassa yhteiskunnallisen syrjäytymisen suhteen. Ammattikoulutus on jonkin verran useammin yhteydessä syrjäyttäviin tekijöihin, lukiokoulutukseen verrattuna. (Rintala 2000.)

**Psyykkiset vaikeudet** ovat voimakkaasti yhteydessä syrjäytymiskehitykseen nuorilla miehillä ja vaikutussuhde toimii molempiin suuntiin. Vain pienellä vähemmistöllä nuorista miehistä on psyykkisiä oireita, mutta tämän vähemmistön oireilu on pitkäkestoista ja yhteydessä useisiin tekijöihin. (Kestilä ym. 2007; Stengård ym. 2008a.) Syrjäytymiskehityksessä olevilla nuorilla miehillä ilmenee heikompaa psyykkistä hyvinvointia, yleistä oireilua, unettomuutta, masentuneisuutta, psyykkistä kuormittuneisuutta sekä itsemurhan harkintaa ja -yrityksiä. (Stengård ym. 2008a.) Psykosomaattiset oireet ovat erityisen määrittävä piirre syrjäytymiskehityksessä olevilla nuorilla. (Fröjd ym. 2012; Kinnunen 2003.) Harva psyykkisistä vaikeuksista kärsivä nuori myöskään hakee apua mielenterveys- tai päihdeongelman vuoksi, vaan pääasiallisesti somaattisen oireilun vuoksi. Yleisiä psykosomaattisia oireita nuorilla ovat päänsärky, niska-hartiakivut, selkäkivut, väsymys, vatsakivut ja nukahtamisvaikeudet. Psykosomaattisesti paljon oireileva nuori ei koe kykenevänsä hallitsemaan elämänsä kunnolla. (Kinnunen 2003.)

**Ihmissuhdevaikeudet** ilmenevät syrjäytymiskehityksessä olevilla nuorilla miehillä yksinäisyyden kokemuksena ja tyytymättömyytenä henkilökohtaisiin

ihmissuhteisiin. He myös usein saavat osakseen riittämättömästi sosiaalista tukea. (Kestilä ym. 2007; Kinnunen 2003; Stengård ym. 2008.)

Syrjäytymisen ei voi nähdä johtuvan mistään yksittäisestä syystä, vaan useat riskitekijät vaikuttavat syrjäytymiskehityksessä **kasautumisilmiönä**. Nuorilla miehillä asunnottomuutta edeltää vähintään viisi yhtäaikaista riskitekijää ryhmistä: Mielenterveyden ongelmat, päihdeongelmat, koulunkäyntiin liittyvät tekijät ja perheeseen liittyvät elämäntapahtumat. (Fröjd 2012.) Yleisesti nuorille on ominaista, että ongelma yhdellä elämänalueella, aiheuttaa ongelmia myös muille elämänalueille. (Kinnunen 2003.) Ongelmien kasautuminen näkyy erityisesti psyykkisten ongelmien osa-alueella. (Rintala 2000.)

Toisen tutkimusongelman suhteen syrjäytymiskehitykseen voidaan terveydenhuollossa puuttua sopivan **interventiomenetelmän** avulla. Interventioryhmällä voidaan tavoittaa erityisesti miehiä, joilla oli psyykkisiä ongelmia ja ongelmien kasautumista. Ryhmää, jolle ongelmia on kasautunut eniten, ei tavoita yhtä hyvin, tai ollenkaan. Interventioiden avulla psykososiaalinen hyvinvointi parani ja psyykinen kuormittuneisuus väheni tutkimusryhmässä. Tyytyväisyys ihmissuhteisiin pysyi samana, vertailuryhmässä se huononi. Usein elämäntilanteen järjestyminen sai aikaan positiivisia vaikutuksia myös asiakkaissa itsessään. Asiakkaat kokivat erityisesti hyödylliseksi mahdollisuuden keskustella ja konkreettiset neuvot. Myös aktivointi, kokemus välitetyksi tulemisesta ja konkreettinen hyöty, kuten työ tai asunto, mainittiin. (Stengård ym. 2008b.)

## 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tiedonhakemisen tavoitteena on tuoreen alkuperäisaineiston saanti kokotekstinä luotettavasta tietolähteestä (Hirsjärvi ym. 2009, 90.) Kokotekstien käytössä tulee olla tarkka lähdeviittauksissa, jottei kenenkään toisen työtä tule siirtäneeksi omakseen. Kunhan tietolähde mainitaan asianmukaisesti, on kaikki tieto vapaasti käytettävissä. Aineiston valinnassa ja tulkinnessa tulee pyrkiä lähdekritiikkiin. Huomioitavia seikkoja ovat kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä, lähteen ja julkaisijan uskottavuus sekä totuudellisuus ja puolueettomuus. (Hirsjärvi ym. 2009,113-114.)

Tutkimuksen teossa on eettisyyttä pyritty huomioimaan prosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa käytettävät julkaisut on haettu eettisesti uskottavista tietokannoista. Tutkimuksen teossa on kunnioitettu alkuperäisten tutkijoiden oikeuksia. Alkuperäistutkimuksia käyttö on merkitty asianmukaisin viitemerkinnöin. Alkuperäistutkimusten tulokset ja omat päätelmät on näin erotettu selkeästi toisistaan. Lähdekritiikkiä on toteutettu sisäänotto- ja poissulkukriteerien käyttönä.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida prosessinomaisesti aina tutkimuksen lähtökohdista raportointiin saakka. Aihevalinnan suhteen tällöin arvioidaan sitä onko tutkittava ilmiö pystytty tunnistamaan ja nimeämään selkeästi. Tutkimuksen merkityksen perusteluissa huomioitavaa on se onko tutkimus perusteltu terveystieteiden kannalta, perustelujen laatu, onko aukko aiemmassa tiedossa tai uuden näkökulman tarve pystytty perustelemaan ja miten tulevan tutkimuksen tyyppiä on kuvailtu. (Kylmä & Juvakka 2007, 130.) Tässä tutkimuksessa aihe on valikoitunut alustavien tiedonhakujen kautta ja rajautunut siitä saadun ohjauksen kautta. Tutkimuksen tarvetta, lähtökohtia ja ajankohtaisuutta on pyritty kirjallisuuskatsauksen avulla selvittämään. Aihevalintaa on pyritty rajaamaan nimenomaan terveystieteiden suuntaan, sillä tutkittavaa aihetta olisi voitu käsitellä myös muista tieteenaloista käsin.

Luottavuuden arviointiprosessissa arvioidaan myös tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten nimeämisen onnistumista. Tällöin tulee pohtia, onko tutkimuksen tarkoitus ylipäättään nimetty, onko se ilmaistu selkeästi ja perustellusti, ovatko tutkimuskysymykset selkeitä ja sopivatko ne käytettävään metodiin sekä onko tutkimuskysymysten täsmentymisprosessi kuvattu. (Kylmä & Juvakka 2007, 131.) Tässä tutkimuksessa tarkoitus ja tavoite ovat nimetty ja niiden ilmaisussa on pyritty selkeyteen ja perusteltavuuteen. Tutkimuskysymysten muodostamisessa on pyritty selkeyteen ja sopivuuteen käytettävän tutkimusmetodin suhteen. Tätä prosessia ei kuitenkaan ole erikseen kuvattu, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen.

Luotettavaan aineistonkeruuprosessiin sisältyy sen kuvauksen kattavuus, mahdollinen useamman aineistonkeruumenetelmän käyttö ja kuvaus, aineiston keruuseen osallistuvien valinta, aineistonkeruumenetelmän sopivuus sekä aineiston luotettavuuden ja teoreettisen riittävyyden tarkastelu. (Kylmä & Juvakka 2007, 131.) Tässä tutkimuksessa aineistonkeruuprosessi on pyritty mahdollisimman tarkasti kuvailemaan ja raportoimaan käytetyn tutkimusmetodin mukaisesti. Aineistoa on haettu sekä elektronisesti, että manuaalisesti, mikä on luotettavuutta lisäävää. Lisäksi elektronisissa hauissa hakutermit ovat harkittuja ja selkeästi raportoituja. Myös sisäänotto- ja poissulkukriteerit on pyritty esittämään selkeästi, mikä kuuluu aineistonkeruuprosessin luotettavaan raportointiin. Luotettavuutta kuitenkin saattaa heikentää rajallinen käytettyjen elektronisten tietokantojen käyttö, sekä rajaaminen vain suomalaisiin tutkimuksiin. Aineiston hakua ja valintaa on suorittanut vain yksi henkilö, joka myös saattaa olla luotettavuuden kannalta ongelmallista.

Aineiston analyysivaiheen luotettavuuteen vaikuttaa analyysimenetelmän sopivuus tutkimuskysymysten kannalta, analyysiprosessin selkeä ja asianmukainen kuvaus, analyttisen prosessin kuvaus ja luokitteluperusteet, tutkijan toiminta aineiston pohjalta, alkuperäislainauksen esittäminen, aineiston riittävyys ja analyysin onnistuneisuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 132.) Tässä tutkimuksessa käytetyllä analyysimenetelmällä onnistuttiin vastaamaan hyvin toiseen tutkimuskysymyksestä, toisen osalta heikommin. Syy tähän kuitenkin

ennemmin tutkimuskysymyksen asettelussa ja aineiston hauissa tai siinä, että tutkittua tietoa aiheesta puuttuu, kuin väärässä analyysimenetelmässä. Analyysiprosessin raportoinnissa on pyritty selkeyteen ja läpinäkyvyyteen ja suoria lainauksia on käytetty. Analyysissa on myös pyritty välttämään empiriaan pohjautuvia päätelmiä ja pitäyditty hakuprosessin kautta saadun aineiston tuloksissa. Yksin tehty tutkimus saattaa heikentää myös tämän tutkimusvaiheen luotettavuutta. Aineiston analyysivaiheeseen käytetty rajallinen aika saattaa myös vaikuttaa luotettavuuteen.

Luotettavuuteen tutkimustulosten raportoinnissa vaikuttaa raportoinnin selkeys, päättelyketjun seurattavuus, ymmärrettävyys lukijan kannalta, tutkimuksen eri osien linjassa olo keskenään, hyödynnettävyys terveydenhuollossa sekä eettisyyden ja luotettavuuden arviointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 133) Tässä tutkimuksessa tulosten raportoinnissa on pyritty johdonmukaisuuteen ja järjestelmällisyyteen, jolloin on pyritty päättelyketjujen seurattavuuteen ja ymmärrettävyyteen lukijan kannalta. Terveydenhuollon näkökulma ja tiedon käytettävyys on pyritty huomioimaan. Aineiston löytymättömyys toisen tutkimuskysymyksen kohdalla huonontaa käytettävyyttä ja luotettavuutta. Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta lisää se, että niitä on pohdittu ja puutteita niissä on tuotu esiin avoimesti.

## 8 POHDINTA

Syrjäytyminen on moniulotteinen ilmiö ja prosessi, jossa joudutaan yhteiskunnan keskeisten integraatioiden ja hyvinvointia tuottavien instituutioiden ulkopuolelle. Sosioekonomisista terveyseroista puolestaan puhutaan silloin, kun eri ihmisten kesken löytyy systemaattisia eroja terveydentilan, sairastamamisen, toimintakyvyn ja kuolleisuuden suhteen. Nuoret miehet ovat syrjäytymisen suhteen riskiryhmä. Syrjäytymiskehityksen piirteitä on haasteellista tunnistaa ennen kuin ongelmat ovat jo vaikeita. (Jokiranta 2007, 20; STM 2006, 17-18; Laine ym. 2010, 13.) Tässä työssä etsittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin vastauksia siihen millaisia ilmenemismuotoja nuorten miesten syrjäytymiskehityksessä on ja miten syrjäytymiskehitykseen voitaisiin tämän kohderyhmän kohdalla terveydenhuollossa puuttua.

Syrjäytyminen ja terveyserot eivät ilmene vielä lapsuudessa, eivätkä nuoruudessakaan. Huurteen ym. (2003) tutkimuksen mukaan varhaisaikuisuus alkaa tuoda eriarvoiset lähtökohdat esille, jolloin erot ovat selvimmät psyykkisellä ulottuvuudella sekä terveystähtämisessä. Nuoruusaikaiset sosioekonomiset terveyserot vaikuttavat siis syrjäytymiskehitystä voimistavasti. Terveyserot ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet, vaikka väestön kokonaisterveydentila on kohentunut. Sama pätee nuoriin, joiden hyvinvointi on enenevästi ääripäihin polarisoitunutta. Nuorten miesten tilanne on erityisen huolestuttava huono-osaisuuteen ja syrjäytymiseen liittyvän korkean kuolleisuuden vuoksi. (Autio ym. 2008, 8-9; Huurre 2003, 159; Palosuo 2007,19; STM 2006 24-26.)

Syrjäytymiskehitykselle on ominaista, että hyvinvointia heikentävät tekijät ja tapahtumat kasautuvat, jolloin syrjäytyminen on siis käytännössä kasautunutta huono-osaisuutta. (Jokiranta 2007, 20.) Tässä tutkimuksessa syrjäytymiskehityksen piirteitä nuorilla miehillä nimettäessä, että näitä ovat päihteiden käyttö, heikot terveystottumukset, hyvinvoinnin koettu puuttuminen, vaikeudet koulussa, psyykkiset vaikeudet, ihmissuhdevaikeudet ja ongelmien kasautuminen.



Terveystottumuksista jo tiedettiin, että vaikka terveiskäyttäytymiseen liitetään usein ajatus vapaavalintaisuudesta, ei käyttäytymisvalintoja käytännössä useinkaan voi nähdä täysin vapaina, vaan ne ovat moniin jokapäiväisen elämän reunaehtoihin sidottuja. Tällaisia jokapäiväisiä rajoitteita ovat taloudelliset voimavarat, muiden ihmisten vaikutus, tarjolla oleva tieto, elinympäristön piirteet ja ryhmässä vallitsevat normit. (Koivusilta 2011, 126-127.) Päihteidenkäyttö ilmenee enimmäkseen alkoholin suurkulutuksena ja tiheänä suurkulutuksena, mutta joissain tapauksissa myös huumekekeiluina ja käyttönä. Nuorten miesten yleinen huonojen terveystottumusten toteuma on tupakointi. Muita ovat liikunnallinen passiivisuus ja myös muiden harrastusten vähyys. Kokemus hyvinvoinnin puuttumisesta ilmenee tyytymättömyytenä itseen, sosiaaliseen tilanteeseen, terveydentilaan ja tulevaisuuden näkyymiin. Nuorilla miehillä ilmeneviä kouluvaikeuksia ovat viihtymättömyys koulussa, pinnaaminen, häiriökäyttäytyminen ja huono koulumenestys. Toisaalta syrjäytymiskehityksen muut tekijät ajavat koulutuksen ulkopuolelle.

Kinnusen ym. (2010) tutkimuksen mukaan nuorten miesten psyykkistä oireilua varhaisaikuisuudessa lisäsivät riittävät suhteet vanhempiin sekä tupakointi varhaisnuorena. (Kinnunen ym. 2010, 237.) Nuoruuden psyykkisistä oireista tiedetään, että erityisesti pojista vain harvalla on hoitokontakti. Mikäli oireiluun liittyy monihäiriöisyyttä, on hoitokontakti todennäköisempi. Psyykkisten oireiden tunnistamista nuorella vaikeuttaa se, että persoonallisuuden kehitys on tavallisestikin hyvin yksilöllistä ja epätasaista. Somaattiset oireet ovat hyvin tavallinen nuorten psyykkisen oireilun ilmenemismuoto. (Aalto-Setälä 2007, 207, 212; Haarasilta ym. 2000, 2638.) Tämä tutkimus osoitti, että psyykkiset vaikeuden ovat merkittävä tekijä nuoria miehiä syrjäyttävässä kehityksessä ja ne ilmenevät yleisenä oireiluna, unettomuutena, masentuneisuutena, psyykkisenä kuormittuneisuutena sekä itsetuhoisina ajatuksina ja toimintana. Merkittävän usealla ilmenee myös tämän tutkimuksen mukaan psykosomaattisia oireita. Psyykkiset vaikeudet ovat hyvin usein yhteydessä päihteiden käyttöön. Apua haetaan tavallisesti koetun somaattisen vaivan vuoksi, ei suoraan mielenterveys- tai päihdeongelmaan. Ihmissuhdevaikeudet näkyvät nuorilla miehillä yksinäisyytenä, tyytymättömyytenä ihmissuhteisiin ja

kokemuksena puuttuvasta sosiaalisesta tuesta. Syrjäytymiskehitykseen sinälläänkin kuuluva kasautumisilmiö kuvasi myös nuorten miesten tilannetta syrjäytymiskehityksen alkupäässä. Mikään yksittäinen ongelma ei johda syrjäytymiseen.

Tuloksia siihen miten syrjäytymiskehitykseen voitaisiin terveydenhuollossa nuorten miesten osalta puuttua, löydettiin hyvin suppeasti eli vain yhden tutkimuksen verran. Siitä selville kuitenkin saatiin, että nuorille miehille tehtävät interventiot ovat tuloksellisia mikäli intervention kohde saadaan kiinnittymään auttavaan tahoon. Vaikeimmassa tilanteessa olevien kohdalla kiinnittymistä on hyvin haastavaa saada toteutumaan. Mielenterveysoireilevien ja ongelmien kasautumisesta kärsivien kohdalla se toteutui kuvatun interventiomallin osalta parhaiten. Interventioiden toteuttaminen asiakkaan tarpeista käsin parantaa tyytyväisyyttä annettua apua kohtaan. Apu arkipäiväisissä asioissa, tuki asioiden ja ihmissuhteiden hoidossa ja kokemus välitetyksi tulemisesta ovat tärkeäksi koettuja tekijöitä.

Tutkimuksessa löydettiin yleisiä piirteitä nuorten miesten syrjäytymistä ennakoivassa tilanteessa. Eräs huomioitava seikka on psyykkisten oireiden ilmeneminen somaattisina oireina. Syrjäytymisvaarassa olevaa ryhmää on vaikeaa saada auttamisjärjestelmän piiriin syrjäytymisen kannalta riskipiirteiden vuoksi. Nuoren kohdalla voisi siis ajatella ettei somaattisen vaivan poissulku aina riitä tilanteen kartoitukseksi, vaan se pitää muistaa huomioida kokonaisuutena. Näin erityisesti kouluterveydenhuolloissa ja päivystyksissä. Näissä paikoissa voitaisiin tulevaisuudessa myös pyrkiä interventiomallin käyttämiseen yksikön mahdollisuuksien rajoissa. Interventioiden ei tarvitse olla välttämättä kovin suuria, sille yhtä osa-aluetta parantamalla, voidaan saada myönteisiä vaikutuksia muihinkin. Syrjäytymisen vastaiseen työhön voitaisiin tulevaisuudessa suhtautua samalla tavoin tiedostavasti ja ennaltaehkäisyn näkökulmasta, kuin mielenterveys- ja päihdetyöhönkin. Tämä tutkimus nosti esiin, että tutkittua tietoa terveydenhuollon mahdollisuuksista vaikuttaa syrjäytymiskehitykseen puuttuu. Tämän tuottaminen olisi varmasti hyödyllistä ja

tarpeellista, koska ilmiö joka tapauksessa terveydenhuollon yksiköissä on näkyvillä tulevaisuudessakin.

## LÄHTEET

- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. Nuorten psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Nuorisolääketiede* 7/2007, 207-213
- Autio, M.; Eräranta, K. & Myllyniemi, S. 2008. Polarisoituva nuoruus? Nuorten elinolot – vuosikirja. Helsinki. Hakapaino Oy.
- Eriksson, J. 2011. Ohjelmoituuko aikuisiän terveys jo sikiökaudella. Teoksessa *Sosiaaliepideologia*. Toim. Laaksonen, M. & Silventoinen, K. Helsinki. Helsinki University Press, 213-226.
- Fröjd, S.; Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2012. Nuorten aikuisten asunnottomuutta ennustavat tekijät peruskoulun viimeisellä luokalla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49/2012, 232-246.
- Gissler, M.; Puhakka, T.; Vuori, M. & Karvonen, S. Poikien ja tyttöjen hyvinvointi ja terveys tilastoina. 2006. Teoksessa *Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat, tytöt*. Toim. Karvonen. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy, 18-42.
- Haarasilta, L; Aalto-Setälä, T; Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2000. Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveystalveluiden käyttö. *Suomen lääkirilehti* 24-26/2000, 2635-2640.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hurre, T.; Rahkonen, O. & Aro, H. 2003. Terveystilan ja terveystkäyttymisen sosioekonomiset erot nuoruudesta aikuisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40/2003, 154-162.
- Hurre, T. & Aro, H. 2007. Nuoruusiän hyvinvoinnin erot vaikuttavat aikuisikään saakka. *Kansanterveys* 1/2007, 14-15.
- Johansson, K.; Axelin, A; Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen.
- Jokiranta, H. 2007. Syrjäytymisen ehkäisy kunnan mielenterveys- ja päihdepolitiikassa. *Stakes/työpapereita* 4/2007. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Helsinki. Valopaino oy.
- Kaltiala-Heino, R; Kaivosoja, M. & Ritakallio, M. 2006. Nuorten rikosentekijöiden mielenterveys- ja psykiatrisen hoidon tarve. *Suomen lääkirilehti* 9/2006, 971-977.
- Kestilä, L.K.; Koskinen, S.; Kestilä, L.; Suvisaari, J.; Aalto-Setälä, T. & Aro, H. 2007. Nuorten aikuisten psyykkinen oireilu: riskitekijät ja terveystalvelujen käyttö. *Suomen lääkirilehti* 43/2007, 3979-3986.
- Kestilä, L. & Rahkonen, O. 2011. Lapsuuden elinolot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa *Sosiaaliepideologia*. Toim. Laaksonen, M & Silventoinen, K. Helsinki. Helsinki University Press, 226-244.
- Kinnunen, P. 2003. Nuoren elämäntalvelinta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä – Kyselytutkimus koulussa hyvin selviytyville ja syrjäytymisvaarassa oleville yläasteikäisille nuorille. Kuopio. Hoitotieteentilaitos.
- Kinnunen, P.; Laukkanen, E.; Kylmä, J. 2010. Nuoruusiän vanhempi-suhteiden, päihtekäytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47/2010, 234-243

- Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Sosiaaliepideologia. Toim. Laaksonen, M & Silventoinen, K. Helsinki. Helsinki University Press, 123-142.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 1/2006, 37-44.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa Sosiaaliepideologia- väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Toim. Laaksonen, M & Silventoinen, K. Helsinki. Gaudeamus Helsinki University Press, 41-60.
- Laine, T.; Hyväri, S. & Vuokila Oinonen, P. 2010. Mitä on syrjäytymisen vastainen työ? Teoksessa Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Toim. Laine, T; Hyväri, S & Vuokila-Oinonen, P. Helsinki. Tammi, 9-85.
- Palosuo, H. ym. 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa- Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007;23
- Partanen, A.; Moring, J.; Nordling, E. & Bergman, V. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2011-suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL. Helsinki. Yliopistopaino
- Pietilä, A-M.; Varjoranta, P. & Matveinen, M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä- arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. *Tutkiva hoitotyö* 7/2009, 5-12.
- Rintala, H. 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäkulussa. Vammala. Vammalan kirjapaino.
- Riska, E. 2011. Sukupuoli. Teoksessa Sosiaaliepideologia- väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Toim. Laaksonen, M & Silventoinen, K. Helsinki. Gaudeamus Helsinki University Press, 60-73.
- Ryhtyläinen, K.; Liimatainen, L.; Blek, T.; Heikkilä, J.; Paunonen, T. & Miettinen, M. 2004. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön yhteiskunnallinen osaaminen terveyden edistämisen palveluksessa. *Tutkiva hoitotyö* 2/2004, 10-16.
- Stengård, E.; Appelqvist-Schmidlechner, K; Upanne, M; Parkkola, K. & Henriksson, M. 2008a. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden miesten elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi. Helsinki. Valopaino Oy.
- Stengård, E; Appelqvist-Schmidlechner, K; Upanne, M; Haarakangas, T.; Parkkola, K. & Henriksson, M. 2008b. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty. Jyväskylä. Gummerus.
- STM 2006. Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Helsinki. Yliopistopaino.
- STM 2007. Nuoret eivät odota- Palvelurakenteen muutos nyt. Helsinki. Yliopistopaino.
- Suikkala, A. & Laine, T. 2010. Terveyskeskuspäivystys- osa matalan kynnyksen palvelujärjestelmää. Teoksessa Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Toim. Laine, T.; Hyväri, S. & Vuokila-Oikonen, P. Helsinki. Tammi, 195-209.
- THL. 2010. Tiedä ja toimi. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen. Saatavilla <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/78e09e32-9f1d-4aec-bffb-aeacc54ea555>.
- Turun AMK. 2008. Hoitonetti. Saatavilla <http://terveysprojektit.turkuamk.fi/thnetti/thnetti.htm>.

Vuokila-Oikkonen, P. & Läksy, M. 2010. Mielenterveystyön osaaminen ja syrjäytymisen ehkäisy perusterveydenhuollossa. Teoksessa Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Toim. Laine, T.; Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. Helsinki. Tammi, 243-265.