

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön/Terveystenhoitotyön sv

Heidi Jalkanen ja Satu Ristola

Kokemusasiantuntijoiden mielenterveyskuntoutujina kohtaamista asenteista ja eriarvoisuudesta sosiaali- ja terveyspalveluissa

Opinnäytetyö 2016

Tiivistelmä

Heidi Jalkanen ja Satu Ristola

Kokemusasiantuntijoiden mielenterveyskuntoutujina kohtaamista asenteista ja eriarvoisuudesta sosiaali- ja terveystalvueluissa

38 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2016

Ohjaajat: lehtori Kristiina Helminen, Saimaan ammattikorkeakoulu,

kuntoutuskoordinaattori Riikka Haikala, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystpiiri

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kokemusasiantuntijoilla on sosiaali- ja terveystalvuelujen käytöstä mielenterveyskuntoutujan roolissa ja ovatko he kohdanneet jonkinlaisia asenteita tai eriarvoisuutta sosiaali- ja terveystalvueluissa.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää kokemusasiantuntijaa. Haastattelut toteutettiin yksilöteemahaastatteluina. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan kokemukset mielenterveyskuntoutujien kohtaamista asenteista sosiaali- ja terveystalvueluissa jakautuivat positiivisiin kokemuksiin ja huonompiin kokemuksiin ja asenteisiin. Usea haastateltava pohti, että asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat paranemassa. Heillä oli hyviä kokemuksia saamastaan hoidosta lääkäreiltä ja hoitajilta.

Haastateltavilla oli monenlaisia kokemuksia vaikeudesta saada hyvää hoitoa. Esimerkiksi ulkonäöllä oli vaikutusta hoidon saamisessa. Hoitohenkilökunta ei aina ottanut mielenterveyskuntoutujaa vakavasti tämän hakiessa apua. Kohtaaminen vaihteli muutenkin paljon. Tuloksista voidaan päätellä, että sosiaali- ja terveystalan ammattilaisilla on edelleen negatiivista asennoitumista mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Tuloksissa tuotiin esille myös oman asenteen tärkeyttä ja vaikutusta hoidossa.

Jatkossa olisi tutkimisen arvoista selvittää, miten hoitohenkilökunnan asenteisiin mielenterveyskuntoutujia kohtaan kyettäisiin vaikuttamaan. Sitä kautta mielenterveyskuntoutujien asemaa voisi parantaa. Hoitajien omaa näkökulmaa asenteisiin voisi myös tutkia. Tulevaisuudessa hoitajien asenteisiin olisi syytä vaikuttaa jo opiskeluvaiheessa tehokkaammin.

Asiasanat: mielenterveyskuntoutuja, eriarvoisuus, kokemusasiantuntija, stigma

Abstract

Heidi Jalkanen and Satu Ristola

Experts by experience tell about the attitudes and inequalities they have encountered while using social and health care services as mental health rehabilitees, 38 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2016

Instructors: Senior Lecturer Kristiina Helminen, Saimaa University of Applied Sciences and Coordinator of Rehabilitation Riikka Haikala, South Karelia Social and Health Care District

The aim of this thesis was to examine what kinds of experiences experts by experience had regarding the use of social and health care services in the role of mental health rehabilitee and whether they had encountered any attitudes or inequalities using these services. Qualitative research methods were utilized when writing this thesis. The research material was gathered by interviewing nine experts by experience. The interviews were carried out as individual theme interviews. The material was analyzed by inductive content analysis.

According to the results the experiences of encountered attitudes when using social and health care services as a mental health rehabilitee were split into positive and the worst experiences and attitudes. Several interviewees thought that the attitudes towards mental health rehabilitees are improving. They had good experiences regarding the treatment they had received from doctors and nurses. The interviewees had various experiences of difficulties in getting good treatment. For example appearance had an effect on getting treatment. The nursing staff did not always take mental health rehabilitees seeking help seriously. Experiences also varied a lot in general. Based on the results it can be said that there are still negative attitudes towards mental health rehabilitees amongst social and health care professionals. The results also state the patient's own attitude is important and affects treatment.

Further research could be conducted to examine how the attitudes of the nursing staff towards mental health rehabilitees could be improved. By doing this the status of mental health rehabilitees could be improved. Furthermore, the nurse's perspective on the attitudes towards rehabilitees could also be researched into. In the future the attitudes of nurses should be influenced more effectively already during their studies.

Keywords: mental health rehabilitee, inequality, expert by experience, stigma

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Mielenterveysongelmista kuntoutuminen.....	6
3	Eriarvoisuus.....	7
4	Häpeäleima.....	9
4.1	Itsensä leimaaminen.....	10
4.2	Häpeäleima sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	10
5	Kokemusasiantuntijuus.....	12
6	Opinnäytetyön tarkoitus.....	13
7	Opinnäytetyön toteutus.....	14
7.1	Tutkimuksen kohderyhmä.....	14
7.2	Aineiston keruu.....	15
7.3	Sisällönanalyysi.....	16
8	Tutkimuksen tulokset.....	18
8.1	Kokemukset hyvästä hoidosta ja kohtaamisesta.....	18
8.2	Kokemukset huonosta hoidosta ja kohtaamisesta.....	19
8.3	Positiivisia kokemuksia työntekijöistä.....	21
8.4	Negatiivisia kokemuksia työntekijöistä.....	23
8.5	Itsensä leimaaminen.....	24
9	Pohdinta.....	25
9.1	Tulosten tarkastelua.....	25
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	29
9.3	Opinnäytetyöprosessin arviointia.....	33
9.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	35
	Kuvat.....	36
	Lähteet.....	37

Liitteet

- Liite 1 Teemahaastattelurunko
- Liite 2 Saatekirje
- Liite 3 Suostumuslomake

1 Johdanto

Psykkisiin sairauksiin liittyvä poikkeava käyttäytyminen on vaikuttanut kautta historian yhteisöjen suhtautumistapoihin erilaisuutta kohtaan (Vuorela & Aalto 2011, 32). Antiikin Kreikassa mielenterveydenhäiriöihin liitettiin voimakasta häpeää. Sairastuneita murhattiin, kivitettiin ja piilotettiin. Homeroksen aikana ajateltiin, että jumalat veivät sairastuneiden sielut. Mielen sairauksien syitä selitettiin teologian ja taikauskon avulla vielä keskiajallakin. (Korkeila 2011, 21.) Silloin yleisien normien vastaisesti käyttäytyviä eristettiin, rangaistiin ja jopa tuhottiin. Euroopassa esimerkiksi moni mieleltään sairas poltettiin noitavainojen aikana. (Vuorela & Aalto 2011, 32.)

Tänäkin päivänä vakavia mielenterveyden ongelmia sairastavat henkilöt ovat eriarvoisessa asemassa muuhun väestöön nähden ja kohtaavat syrjiviä asenteita sairautensa ja hoitonsa vuoksi. Mielenterveyden keskusliiton mukaan mielenterveyden häiriöitä sairastavien on joskus vaikeaa päästä tutkimuksiin fyysisten oireidensa takia, koska heidän vaivansa leimataan esimerkiksi luulotaudiksi tai huomion hakemiseksi. Mielenterveysbarometrissa 2010 ilmeni, että mielenterveyden häiriöitä sairastavista joka neljäs ei saanut apua fyysisiin vaivoihinsa, häntä ei tutkittu riittävästi eikä häntä otettu vakavasti. (Vuorela & Aalto 2011, 34.)

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä. Ne ovat suurin sairausryhmä työkyvyttömyyseläkkeelle päättymisen syissä vuoden 2011 tilastojen mukaan (Suvisaari 2013). Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi v. 2014 sairaseläkkeellä oli 3,7 % 25–64-vuotiaista suomalaisista (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2005–2016).

Aihe on ollut esillä mediassa, ja meillä on myös omakohtaisia kokemuksia aiheesta työelämän kautta. Olemme huomanneet, että vakavia mielenterveysongelmia sairastavat eivät aina saa samanlaista palvelua kuin muut ihmiset. Eriarvoisuutta toteutuu myös sosiaali- ja terveystalouksissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia kokemusasiantuntijoilla on sosiaali- ja terveystalouksien käytöstä mielenterveyskuntoutujan roolissa. Haluamme selvittää, ovatko

kokemusasiantuntijat kohdanneen jonkinlaisia asenteita tai eriarvoisuutta mielenterveyskuntoutujana sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kokemusasiantuntija on tehtävänsä koulutuksen saanut henkilö, jolla on omakohtaisia kokemuksia mielenterveys- tai päihdeongelmasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20; KoKoA 2013). Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitamme tässä työssä henkilöä, joka on sairastanut jotain diagnosoitua mielenterveydenhäiriötä ja saanut siihen hoitoa. Haastattelemme kokemusasiantuntijoita, joilla on kokemusta mielenterveyskuntoutujana olemisesta.

Haluamme aiheen herättävän keskustelua ja pohdintaa erityisesti sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ja työntekijöiden keskuudessa. Tärkeää olisi, että he alkaisivat miettiä omia asenteitaan mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Toivomme saavamme itsellemmekin lisää työkaluja tulevaa työelämää varten.

2 Mielenterveysongelmista kuntoutuminen

Mielenterveysalan järjestöjen sopiman määritelmän mukaan mielenterveyskuntoutuja merkitsee psyykkisesti sairasta tai sairaudesta paranevaa ihmistä. Kuntoutuja- sanaa käytetään myös niistä, jotka eivät varsinaisesti enää ole mukana kuntoutuksessa ja heidän sairautensa on vakaa tai oireeton. (Vähäkylä 2009, 194.) Tässä työssä tarkoitamme mielenterveyskuntoutujalla henkilöä, joka on sairastanut tai sairastaa jotain diagnosoitua mielenterveydenhäiriötä ja on saanut siihen hoitoa.

Mielenterveyskuntoutus voidaan ymmärtää laajana toimintana, jolla vaikutetaan yksilöön ja hänen ympäristöönsä. Siinä pyritään kartoittamaan erilaisia ongelmia ja löytämään tekijöitä, jotka vaikuttavat mielenterveyteen myönteisesti. Suppeamman käsityksen mukaan mielenterveyskuntoutus voidaan ajatella tietystä, rajatusta sairaudesta johtuvien ongelmien ratkaisuna ja haittojen minimointina sekä toimintakyvyn parantamisena. (Koskisuus 2004, 10–11.)

Järvikosken (1998) mukaan mielenterveyskuntoutus on toimintaa, jossa autetaan kuntoutujaa elämänhallinnan ylläpitämisessä, elämänprojektien toteuttamisessa ja osallisuuden ylläpitämisessä sosiaalisissa yhteisöissä. Kuntoutus on prosessi, joka perustuu kuntoutujan ja työntekijän laatimaan

suunnitelmaan, jonka etenemistä arvioidaan yhdessä. (Järvikoski 1998, Koskisuun 2004, 13 mukaan.)

Mielenterveyden ongelmista kuntoutuminen on prosessi, johon vaikuttavat monenlaiset tekijät, kuten monet stressitekijät ja sisäistetty häpeäleima. Toisaalta siihen vaikuttavat myös monet suojaavat tekijät, kuten hyvät vuorovaikutustaidot, tukevat ihmissuhteet, hyvä hoito ja hyvät stressinsietokyvyt. Sairauden vaikeasti vammauttavalla ihmiselläkin on positiivisia taitoja ja voimavaroja olemassa. Mielenterveyskuntoutuksen tehtävänä on nostaa näitä vahvuuksia esiin ja tukea kuntoutujan kasvamista niiden avulla. Mielenterveyskuntoutuksen tehtävänä on auttaa sairastunutta löytämään toivo, jonka avulla hän uskaltaa asettaa tavoitteita tulevaisuudelleen ja jaksaa taistella niiden saavuttamiseksi. (Oksanen 2011, 103.)

Perinteisesti psykiatriassa on käytetty erilaisia objektiivisia mittareita sairaudesta kuntoutumiseen, kuten kyky selvitä itsenäisesti, oireettomuus, kykyä itsenäiseen asumiseen, käydä töissä ja solmia ihmissuhteita. Lääketieteellisen kuntoutumisen määritelmän vastapainoksi on tullut Yhdysvalloista potilaiden oma-apujärjestöjen piiristä lähtöisin oleva toipumisen (recovery) käsite. Toipuminen merkitsee kuntoutujan itsensä määrittelemää tavoitteellista tilaa, jolloin hän näkee itsensä taas aktiivisena toimijana elämässään, passiivisen ja voimattoman potilaan sijaan. Toipuminen tarkoittaa sitä, että sairaus ja potilaana olo eivät hallitse potilaan minä-käsitystä. Käsitys itsestä muuttuu positiivisemmaksi. Sairautta ei kielletä vaan siitä tulee kokemus muiden joukossa. Toipuminen ei edellytä täydellistä parantumista. (Oksanen 2011, 103–105.)

3 Eriarvoisuus

Yleinen terveyden ja hyvinvoinnin taso on parantunut koko ajan Suomessa. Sen sijaan terveys ja hyvinvointi jakautuvat väestössä yhä eriarvoisemmin. Eriarvoisuus näkyy lähes kaikilla hyvinvoinnin ja terveyden tasoilla eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Sosioekonomisella asemalla tarkoitetaan yleensä hyvinvoinnin aineellisia tasoja sekä edellytyksiä hankkia aineellisia voimavaroja kuten omaisuutta. Koulutus, ammatti sekä työelämässä

asemoituminen ovat edellytyksiä aineellisten voimavarojen hankkimiselle. Näillä sosioekonomisilla tekijöillä on selkeä yhteys terveyteen, hyvinvointiin ja niiden määrittäjiin. Viimekädessä sosiaalinen eriarvoisuus näkyy terveyseroina. Vastaavasti terveyserot voivat näkyä sosiaalisena eriarvoisuutena. Esimerkiksi vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavilla on huonommat edellytykset saavuttaa voimavaroja, joita hyvin voimiseen tarvittaisiin kuin ns. terveillä kansalaisilla. (Günther, Juhila, Kulmala, Raitakari & Saarnio 2011; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Yhteiskunnalliset rakenteet muovaavat ihmisten elintapoja, elinympäristöjä, asumis- ja työoloja sekä sosiaali- ja terveystalvveluja, jotka vaikuttavat suoraan terveyteen. Sosioekonominen asema vaikuttaa siihen altistuuko ihminen terveyttä vaarantaville vai sitä vahvistaville tekijöille arkisissa elinympäristöissään. Sosioekonomiset tekijät vaikuttavat esimerkiksi mielenterveyseroihin väestössä. Yhteys ei ole kuitenkaan aivan yksiselitteinen, sillä sosioekonomisten tekijöiden lisäksi yhteyteen vaikuttavat mm. kulttuuri ja sosiaaliset verkostot. (Günther ym. 2011; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Sosioekonominen asema sekä siihen liittyvät arvot, perinteet, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjailevat voimakkaasti elintapojakin. Sosiaali- ja terveystalvvelujen käytöllä sekä palveluista saadulla hyödyllä on voimakas yhteys sosioekonomiseen asemaan. Siitä esimerkkinä on se, ettei terveydenhuoltojärjestelmä aina kohtele kaikkia ihmisiä tasa-arvoisesti. Vaikutusketju kulkee myös toiseen suuntaan, jolloin terveys vaikuttaa sosiaaliseen asemaan. Hyvän terveyden omaavat pärjäävät paremmin koulutuksessa ja työelämässä. Sen sijaan terveysongelmien kanssa kamppailevat ovat suuremmassa riskissä päätyä heikompaan sosiaaliseen asemaan. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Esimerkiksi skitsofrenian esiintymisellä on todettu olevan yhteys tuloeroihin ja työttömyyteen (Mueser & McGurk 2004; Burns & Esterhuizen 2008, Güntherin ym. 2011 mukaan).

Deanin (2010) mukaan eriarvoisuus on moniulotteinen ilmiö, joka sisältää osattomuutta, eri asioista luopumista ja sivuun jäämistä (Dean 2010, Güntherin ym. 2011 mukaan). Eriarvoisuutta syntyy pääasiassa pienissä asioissa

arkisessa vuorovaikutuksessa. Erityisesti eriarvoisuutta ilmenee osallisuuden eriarvoisuutena, kuten vaikeutena saada arvostettuja sosiaalisia rooleja, päästä mukaan mielekkääseen toimintaan sekä osallistua päätöksentekoon. (Stein & Wemmerus 2001;Laitila 2010, Güntherin ym. 2011 mukaan.)

4 Häpeäleima

Häpeäleiman vieraskielinen vastine stigma tulee kreikan kielestä, joka alun perin merkitsi kehoon poltettua tai viillettyä merkkiä, joka merkitsi kantajansa moraalista poikkeavuutta, ja sitä että häntä tuli vältellä. Mielenterveyden ongelmien yhteydessä häpeäleima merkitsee laaja-alaista yksilön aliarviointia, jossa arvoa mitataan ainoastaan sairauden valossa. Siihen liittyy voimakkaasti mustavalkoista ajattelua, ennakkoluuloja sekä syrjintää. Leimautuminen vaatii syntyäkseen sosiaalista valtaa. Se syntyy henkilön omien sopeutumiskeinojen sekä yhteiskunnassa vallitsevien yksinkertaistavien ennakkoluulojen vuorovaikutuksessa. (Korkeila 2011, 20–21.)

Yksi suuri syy negatiivisiin ennakkoluuloihin on tiedon puute mielenterveyden häiriöistä (Joutsenniemi, Korkeila, Oksanen & Sailas 2011, 8). Mielenterveyden häiriöitä sairastavia saatetaan pitää epäluotettavina, arvaamattomina ja jopa väkivaltaisina (Korkeila 2015). Tutkimustiedon mukaan vain pieni osa mielenterveyden häiriöitä sairastavista käyttäytyy väkivaltaisesti (Joutsenniemi ym. 2011, 8). Leimaaminen ei käsitä pelkästään vaikeita psykoosisairauksia vaan myös tavallisempia mielenterveyden häiriöitä kuten masennusta. Leimautuminen on enimmäkseen riippumatonta potilaan käyttäytymisestä. Joidenkin psykoosisairauksista tai samanaikaisista persoonallisuus- ja päihdehäiriöitä sairastavien vaarallisuus voi stigmatisoida koko sairausryhmää. (Korkeila, 2015.) On helpompi yleistää liikaa kuin olla yleistämättä, koska yleistäminen luo varmuuden tunnetta (Korkeila 2011, 20).

Häpeäleima on keskeinen este paremmalle mielenterveyden hoitamiselle, koko hoitojärjestelmälle ja potilaiden, mielenterveyskuntoutujien sekä heidän omaistensa elämänlaadulle (Joutsenniemi ym. 2011, 8).

4.1 Itsensä leimaaminen

Häpeäleima voi kohdistua myös mielenterveyskuntoutujaan itseensä. Tällöin mielenterveyskuntoutuja kohdistaa toisten oletettuja tai todellisia negatiivisia käsityksiä itseensä jo ennen kuin niitä ilmaistaan. (Korkeila 2011, 23.) Esimerkiksi masennusta sairastava henkilö voi uskoa stereotyyppiseen ajatukseen, että masennus on luonteen heikkoutta ja tahdonvoiman puutetta. Uskomuksen pohjalta masennusta sairastava henkilö voi päätellä, että kukaan ei tahdo olla masentuneen seurassa. Tämän seurauksena masennusta sairastava henkilö voi alkaa vältellä ihmisten seuraa. (Aromaa 2015.) Korkeila (2011) kertoo, että mielenterveyskuntoutuja voi omaksua liiemmin kyseenalaistamatta muiden asettamia ennakkoluuloja, stereotypioita ja vääriä mielikuvia itseensä.

Mielenterveyskuntoutujalle leimautuminen on huomattava este avun hankkimiselle ja potilaan rooliin asettumiselle. Pahimmillaan tämä johtaa sairastamisen salailuun, yksinäisyyteen ja eristäytymiseen. Mielenterveyskuntoutujalle kannattelevien sosiaalisten verkostojen tarve olisi kuitenkin suurimmillaan. (Korkeila 2015.)

Jos mielenterveyskuntoutuja arvioi itseään heikoksi, vaaralliseksi ja huonoksi, hänen itsetuntonsa ja kykynsä saada asioita aikaan heikkenee. (Korkeila 2011, 23). Mitä enemmän henkilö kokee leimautumista, sitä enemmän hänen itsearvostuksensa heikkenee. Heikko itsearvostus myös vahvistaa leimautumista. (Anttonen 2011, 108 - 109.)

Aromaa (2015) kuvaa voimaantumisen voivan ehkäistä leimautumista. Jos leimautuneeseen ryhmään kuuluva henkilö kokee leimaavan asenteen epäoikeudenmukaiseksi ja vääräksi, voi hän parhaimmillaan alkaa vaatia tasa-arvoa ja parempaa kohtelua.

4.2 Häpeäleima sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kulmala (2006) kertoo havainneensa tutkimuksessaan että ammattilaisten on tärkeää miettiä millaisen kuvan he luovat asiakkaistaan. Ammatillaiset voivat osaltaan vaikuttaa leimatun identiteetin rakentumiseen, jos

mielenterveyskuntoutujien luokittelua eikä vakiintuneita ennakkokäsityksiä riittävästi kyseenalaisteta. Korkeilan (2015) mukaan terveydenhuollon ammattilaiset eivät yleensä lisää mielenterveyskuntoutujan häpeäleimaa tietoisesti. Leimaamista saattaa ilmetä huonosti valittuina sanoina tai harkitsemattomina lipsautuksina. Ammattilaisen omasta asiantuntijuudesta johtuvan valtaroolin väärinymmärrys voi myös johtaa leimaamiseen. Mielenterveyskuntoutuja ja lääkäri eivät useinkaan kohtaa tasavertaisina, koska lääkäriillä on paranemisen kannalta hyödyllistä osaamista ja huonossa voinnissa oleva mielenterveyskuntoutuja on usein hämmentyneessä tilassa ja altis itsensä leimaamiselle. Leimaavia käsityksiä ja varomatonta kommunikaatiota esiintyy ammattilaisilla niin psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuin muunkin terveydenhuollon puolella.

Hoitojärjestelmän rakenteiden on arveltu vahvistavan häpeäleiman esiintymistä. Taantumana aikana mielenterveys- ja päihdepalveluista leikataan usein enemmän kuin muusta terveydenhuollosta. Hoitojärjestelmämuutosten myötä ei synnykään niin kattavia avohoitopalveluita kuin on suunniteltu ja sairaalapaikkoja on reilusti vähennetty. Tästä johtuen avohoitosuuntautuminen on kutistanut mielenterveyspalveluja kokonaisuudessaan. (Korkeila 2015.)

Luultavaa on että mielenterveyskuntoutuja saa mielenterveydenhäiriöihin jopa liiallista hoitoa, mutta sen sijaan perusterveydenhuollon palveluista hän saa monesti liian vähäistä palvelua. Hoitoa saa todennäköisemmin aktiivisesti apua hakeva ja vaikeuksistaan kertova potilas, hoitoa oikeasti tarvitsematta, kuin potilas joka on vetäytyvä, tunnekykynsä menettänyt ja valittaa somaattisia oireitaan ja jonka avuntarve olisi kuitenkin suurempi. (Korkeila 2015.) Vuoden 2013 mielenterveysbarometrin mukaan 68 % palveluja käyttäneistä mielenterveyskuntoutujista on kokenut saaneensa lääkärin apua fyysisten vaivojensa hoitoon, kun on apua tarvinnut. Lääkäri on ottanut mielenterveyskuntoutujan todesta 68 % palveluja käyttäneiden kuntoutujien mielestä. Mielenterveyskuntoutujien omaiset arvioivat avun saamisen kuitenkin toteutuvan paljon huonommin.

Diagnoosinimike ja sen käyttö on kaksijakoista. Diagnoosin olemassaolo on tärkeä jotta lääkäri osaa toimia ja hoitaa, mutta nimikkeestä voi tulla itseään

toteuttava ennuste ja se voi johtaa leimaamiseen. Diagnoosin ei sinällään ole todettu vaikuttavan häiriön kulkuun, mutta häiriö itsessään voi herättää toisissa ihmisissä torjuntaa ja negatiivisia tunteita potilaassa itsessään. Tilannetta ei paranna jos ammattilainen lipsauttaa turhan synkästi ilmaistuja ennusteita. (Korkeila 2015.)

Aromaan (2011) tutkimuksessa tulee ilmi, että masennusta sairastavilla on pessimistisempi näkemys mielenterveyden ongelmiin liittyvään ennusteeseen. Monet heistä allekirjoittivat ajatuksen ”masennus on häpeällinen ja stigmatisoiva sairaus”. Masennuksesta kärsivät olivat myös tietoisia riskistä, että heitä syrjitään terveystalouksissa, eli sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset eivät ota heidän henkisiä ongelmiaan vakavasti. (Aromaa 2011, 55–56.)

Näitä tietoja yhdistelemällä saadaan käsitys syistä, miksi ihmiset eivät hae ammattiapua masennukseen. Masentuneet vaikuttavat olevan pessimistisempiä avun käyttökelpoisuudesta ja samalla pelkäävät järjestelmässä leimautumista. He siis hyväksyvät stereotyyppisen käsityksen masennuksesta nolona sairautena ja tämä johtaa itse stigmaan. (Aromaa 2011, 55–56.)

Psykiatrisen hoidon korkea laadun toteutuminen edellyttää työtä häpeäleimat lieventämiseksi. Yksittäiset projektit eivät riitä, vaan terveydenhuollossa tapahtuvaa leimaamista voidaan vähentää koulutuksen avulla. Loppujen lopuksi kyseessä on potilasturvallisuuden vaikuttava tekijä, jonka järjestelmällinen seuranta vahvistaa asenteiden muutosta. Väestön osalta on tärkeää puuttua julkisuudessa ilmenevään leimaamiseen nopeasti. Medioissa esiintyviä halventavia ja vähätteleviä asenteita tulisi kommentoida välittömästi niin kuin esimerkiksi Australiassa on käytäntönä. (Korkeila 2015.)

5 Kokemusasiantuntijuus

Kokemusasiantuntija on tehtävänsä koulutuksen saanut henkilö, jolla on omakohtaisia kokemuksia mielenterveys- tai päihdeongelmasta. Hän tietää millaista on sairastua, olla hoidossa ja kuntoutua. Kokemusasiantuntija auttaa muita saman kokeneita. Myös omainen tai läheinen voi toimia kokemusasiantuntijana. Kokemusasiantuntijat voivat toimia monenlaisissa

tehtävissä, kuten palvelujen suunnittelussa, arvioinnissa ja kehittämisessä sekä kuntoutusryhmissä. Kokemusasiantuntijat voivat toimia myös tukihenkilöinä, vertaisryhmien ohjaajina, vertaisneuvojina, eräänlaisina tulkkeina hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä sekä kokemuskouluttajina. Yleensä kokemusasiantuntijat toimivat yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20; KoKoA 2013.)

Kokemusasiantuntijuudella voidaan vaikuttaa myönteisesti mielenterveysongelmiin liittyviin asenteisiin. Kokemusasiantuntijuuteen liittyy myös kokemusasiantuntijaa henkilökohtaisesti voimaannuttava ulottuvuus. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014, 6.)

Kokemusasiantuntijasta joka toimii palveluiden suunnittelu- kehittämis- tai arviointitehtävissä, voidaan käyttää nimitystä kokemustutkija. Kokemustutkimuksessa yhdistyy vertaisten ja ammattilaisten välisen vuorovaikutuksen voimaannuttavat vaikutukset sekä palkitsevuus, joka seuraa yhteisen tavoitteen eteen tehtävästä työstä. Tämä luo kuntoutumista ja uutta tutkijan identiteettiä muutosprosessin kautta. Kokemustutkimus edistää yhteiskunnallisista asioista kiinnostumista ja aktiivista kansalaisuutta. (Leinonen 2012,18, 97.)

Jankko (2008) ja Ropponen (2011) ovat tutkineet kokemusasiantuntijuutta Pro Graduissaan. Jankon (2008) tutkimuksen tulokset osoittavat, että on suositeltavaa ottaa kokemusasiantuntijoiden näkökulma mukaan palvelujärjestelmän kehittämiseen. Tulokset puhuvat kokemusasiantuntijoiden kokemustiedon ja työntekijöiden asiantuntemuksen kumppanuuden puolesta. Ropposen (2011) tutkimuksessa selviää, että kokemusasiantuntijoiden tarjoaman vertaistuen koetaan edesauttavan mielenterveyskuntoutujan toipumista merkittävästi.

6 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kokemusasiantuntijoilla on sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä mielenterveyskuntoutujan roolissa. Halusimme selvittää ovatko

kokemusasiantuntijat kohdanneen jonkinlaisia asenteita tai eriarvoisuutta mielenterveyskuntoutujana sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia kokemuksia kokemusasiantuntijoilla on sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä mielenterveyskuntoutujana?
2. Millaisia asenteita kokemusasiantuntijat ovat kohdanneet käyttäessään sosiaali- ja mielenterveyspalveluita mielenterveyskuntoutujana?
3. Ovatko kokemusasiantuntijat kohdanneet eriarvoisuutta käyttäessään sosiaali- ja terveyspalveluita mielenterveyskuntoutujana?

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöprosessi alkoi loppuvuodesta 2014, kun idea kokemusasiantuntijoihin liittyvään opinnäytetyöhön saatiin mielenterveystyön opettajalta. Aihe tarkentui koskemaan kokemusasiantuntijoiden kohtaamia asenteita ja eriarvoisuutta henkilökohtaisen mielenkiinnon pohjalta. Ensimmäinen kontakti kokemusasiantuntijoihin syntyi loppuvuodesta 2014 kokemusasiantuntijoiden pitämällä osastotunnilla. Alkusyksystä 2015 opinnäytetyöidea esiteltiin kokemusasiantuntijoiden kokouksessa. Paikalla olleet kokemusasiantuntijat innostuivat ideasta ja olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen, joten tutkimusprosessi lähti kunnolla etenemään.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää Etelä- Karjalan alueella toimivaa kokemusasiantuntijaa. Haastattelut toteutettiin yksilöteemahaastatteluina. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän (Kylmä & Juvakka, 2012, 27). Heitä ei valita satunnaisesti, vaan heillä tulee olla tietoa tai kokemusta tutkimusaiheesta (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85–86). Tämän vuoksi kokemusasiantuntijat olivat sopiva kohderyhmä tutkimukseemme.

Kokemusasiantuntijat ovat myös käyneet läpi prosessin sairastumisesta kuntoutumiseen asti, joten heillä kaikilla on kokemusta sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä mielenterveyskuntoutujan roolissa. Oletamme, että heillä on hieman objektiivisempaa näkökulmaa mielenterveyskuntoutujien kohtaamista asenteista ja mahdollisesta eriarvoisuudesta kuin muilla mielenterveyskuntoutujilla.

Haastattelemamme kokemusasiantuntijat kertoivat, että kokemusasiantuntijatoiminta on vasta alkanut Etelä-Karjalassa. Sitä kehitellään ja suunnitellaan koko ajan. Moni haastateltavista oli silti jo päässyt tekemään työtä kokemusasiantuntijana. Muutama kokemusasiantuntija kertoi pitävänsä luentoja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja opiskelijoille. Jotkut kokemusasiantuntijoista pitivät vastaanottoa ja vetivät erilaisia ryhmiä. Heidän tekemänsä työ oli pääasiassa vapaaehtoistyötä. Moni haastateltavista paljasti, ettei kokemusasiantuntijan työ jää aina työajan sisälle. Siviilielämässä ihmiset saattavat tunnistaa heidät ja tulla jututtamaan aiheeseen liittyen.

Kokemusasiantuntijat olivat toiveikkaita ja innostuneita kehittämään toimintaansa Etelä-Karjalassa. Moni tuntui toivovan etenkin sitä, että kokemusasiantuntijoiden ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten yhteistyötä kehitettäisiin lisää.

7.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi, koska halusimme tutkia osallistujien kokemuksia ja ymmärtää heidän näkökulmaansa (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85; Kylmä & Juvakka 2012, 26). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena on kokonaisvaltainen kohteen tutkiminen. Siinä ei pyritä osoittamaan olemassa olevia väittämiä todeksi, vaan tarkoituksena on löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei myöskään pyritä tilastollisiin yleistyksiin (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85).

Haastattelutavaksi valitsimme teemahaastattelun, koska sen avulla voidaan tutkia yksilön kokemuksia ja ajatuksia. Se tuo tutkittavien äänen kuuluviin, koska tutkittavat kertovat kokemuksistaan omin sanoin. Teemahaastattelu

huomioi ihmisten asioille antamien merkitysten ja tulkintojen keskeisyyden sekä sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastattelun aihepiirit, eli teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelussa ei ole strukturoidulle lomakehaastattelulle ominaisia kysymysten tarkkoja muotoja eikä vastauksia ei ole sidottu tiettyihin vaihtoehtoihin. Teemahaastattelu etenee keskeisten ennalta suunniteltujen teemojen varassa, joten se ei kuitenkaan ole syvähaastattelun tavoin täysin vapaa haastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48.)

Teemahaastattelutilanne on pitkälti keskustelunomainen. Teemojen käsittelyjärjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa välttämättä puhuta jokaisesta asiasta samassa laajuudessa. Tutkijalla on haastattelussa tukenaan vain lyhyet muistiinpanot teemoista. Tarkoitus on keskustella eikä tavata muistiinpanoja papereista. (Puusniikka & Saaranen-Kauppinen 2006.)

Järjestimme haastattelut lopulta nopealla aikataululla. Varasimme haastattelupaikan, täydensimme saatekirjeen ja lähetimme sen yhteyskokemusasiantuntijallemme, joka lähetti saatekirjeen edelleen muille kokemusasiantuntijoille. Suunnittelimme teemahaastattelurungon ja pohdimme miten järjestäisimme haastattelutilanteista mukavia ja rentoja tilanteita. Toteutimme haastattelut päiväkeskus Veturissa kolmena päivänä. Luodaksemme viihtyisän haastattelutilanteen tarjosimme haastateltaville kahvia ja suklaata kertoessamme alkuun käytännön asioista ja opinnäytetyöstämme. Onnistuimme mielestämme luomaan turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin haastattelutilanteisiin, mikä on tärkeää haastattelujen onnistumisen kannalta (Kylmä & Juvakka 2012, 80).

7.3 Sisällönanalyysi

Analysoimme aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä, koska haluamme tutkia aineistoa aineistolähtöisesti. Sisällönanalyysi on laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sen tavoitteena on ilmiön laaja, mutta silti tiivis esittäminen. Sisällönanalyysi synnyttää käsitejärjestelmiä,

käsiteluokituksia, käsitekarttoja tai malleja. Sillä tavoitellaan yksinkertaistetun aineiston kuvauksen lisäksi sisältöjä, merkityksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysi jaetaan induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen sisällönanalyysiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–166.)

Induktiivinen sisällön analyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimusongelmat ohjaavat. Induktiivisessa analyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Analyysin vaiheita ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus ilman, että aiemmat tiedot, teorit tai havainnot ohjaavat sitä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167 mukaan.)

Induktiivinen sisällön analyysi alkaa haastattelujen kuuntelemisesta ja sanasta sanaan aukikirjoittamisesta. Aineisto luetaan ja sen sisältöön perehdytään. Aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Pelkistämässä aineistosta etsitään kuvaavia ilmauksia, jotka voidaan esimerkiksi alleviivata ja sen jälkeen listata erilliselle paperille. Pelkistämässä aineistoa tiivistetään tai pilkotaan osiin, ja siitä karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Litteroimme kaikki haastattelut itse sanasta sanaan. Saimme materiaalia yhteensä noin 80 sivua fonttikokoa 12 ja rivivälinä 1,5. Luimme aineiston useaan kertaan läpi, kunnes saimme siitä hyvän yleiskuvan. Sen jälkeen etsimme aineistosta tutkimuskysymyksiimme viittaavia kokemuksia ja teimme niistä pelkistystyksiä. Litterointi vei pitkän aikaa, kun haastateltavia oli jopa yhdeksän. Työn tekeminen oli hidasta. Välillä nauhoitteita täytyi kuunnella kelaillen moneen kertaan, jotta sai kaiken puheen oikeanlaisena kirjoitettua auki.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Ryhmittelyssä saadaan aikaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Pelkistetyt ilmaukset käydään huolellisesti läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Ryhmittelyssä samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään luokiksi ja nämä alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009 109–110.) Pelkistysten ryhmittely ja alaluokkien nimeäminen tuntui aluksi

haasteelliselta. Alkuvaikeuksien jälkeen saimme kuitenkin kaikki pelkistetyt ilmaukset jaettua ryhmiin ja alaluokat nimettyä.

Ryhmittelyä seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa tutkija luo teoreettisia käsitteitä ja tekee johtopäätöksiä. Abstrahoinnissa ryhmittelyssä muodostuneita alaluokkia yhdistellään ja niistä muodostetaan yläluokkia. Luokituksia yhdistellään niin kauan, kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Yläluokkia yhdistelemällä muodostetaan kokoavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112.)

8 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksessa haluttiin selvittää ovatko kokemusasiantuntijat kohdanneen asenteita tai eriarvoisuutta mielenterveyskuntoutujana sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kokemusasiantuntijoiden kohtaamat asenteet sosiaali- ja terveyspalveluissa nousivat tulosten kokoavaksi käsitteeksi.

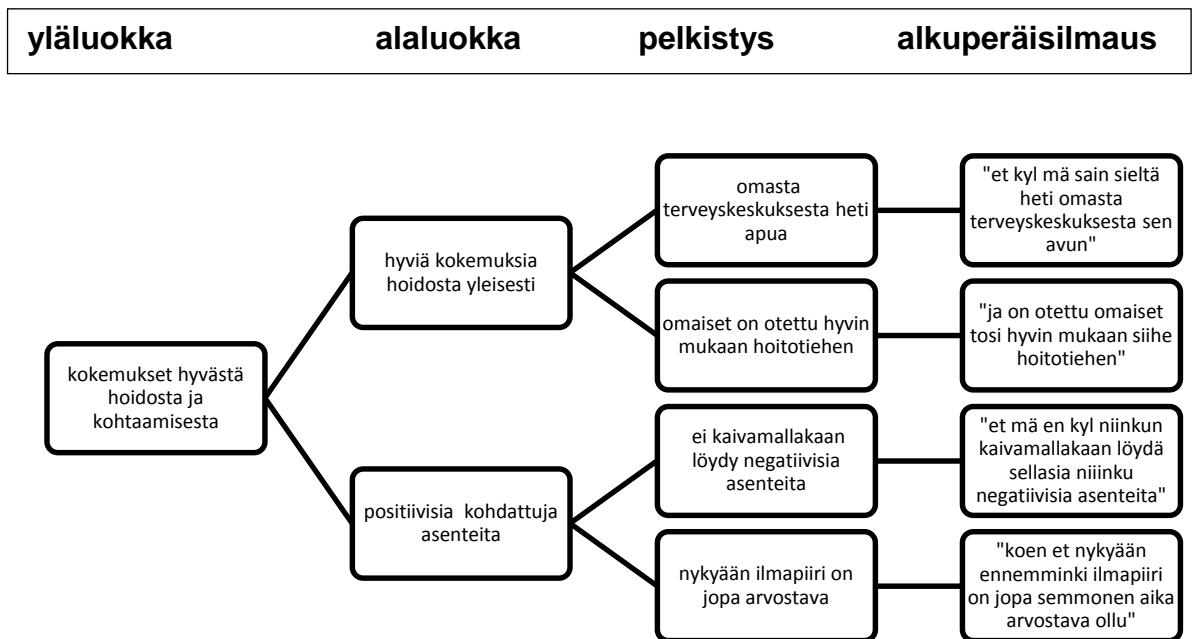
Tutkimuksen tulokset esitellään yläkategorioitten mukaan nimettyjen otsikoiden alle. Jokaisesta yläkategoriasta on koottu kuva havainnollistamaan sisällön analysointia. (Kuva 1, Kuva 2, Kuva 3, Kuva 4 ja Kuva 5)

8.1 Kokemukset hyvästä hoidosta ja kohtaamisesta

Useimmat haastateltavat kuvasivat saaneensa hyvää hoitoa sosiaali- ja terveyspalveluita käyttäessään. Muutama ei löytänyt minkäänlaista negatiivista kerrottavaa kuntoutumisensa ajalta käyttäessään sosiaali- ja terveyspalveluita. Erityisesti työterveydenhuollon ja yksityisen sektorin puolella hoito oli edennyt hyvin.

Miut on otettu aina vakavasti

Asenteiden helpottamisesta ja ilmapiirin parantumisesta mielenterveyskuntoutujia kohtaan löytyi puoltavia kokemuksia muutamalta. Eräs haastateltava kertoi, että ilmapiiri on muuttunut jopa arvostavaksi. Toinen mielti, ettei voi syyttää ennakoasenteista niitä, joille on lupautunut hoidettavaksi ja saa hyvää hoitoa.



Kuva 1 Kokemukset hyvästä hoidosta ja kohtaamisesta

8.2 Kokemukset huonosta hoidosta ja kohtaamisesta

Haastatteluissa tuotiin esille, että ulkonäöllä on merkitystä hoidon saamisessa. Mielenterveyskuntoutujan vointi ei välttämättä näy ulospäin. Pelkän ulkonäön perusteella ei pysty kertomaan, kuinka henkilö voi psyykkisesti. Moni kertoi, että heitä ei ole otettu todesta, jos he ovat menneet hakemaan apua liian siististi pukeutuneena. Eräälle haastateltavalle lääkäri oli sanonut, että ulkonäöstä näkee, jos ei kykene pitämään itsestään huolta. Myös psykologi oli ihmetellyt, kuinka mielenterveyskuntoutuja oli niin sairas, vaikka hän näytti aivan terveeltä.

Ja mä en mee sinne niinku tukka paskasena ja et mä katon vähä et minkä näkösenä mä lähen

Tuloksissa toistui kokemus, että on vaikeaa saada apua, kun on itse liian heikossa kunnossa. Eräs haastateltava toi esille, että silloin kun itse on kaikista heikoimmillaan, pitäisi olla kaikista vahvimmillaan. Silloin kuntoutujan pitäisi tietää, milloin täytyy hakea apua ja mistä. Sekavassa ja voimattomassa olotilassa pitäisi pystyä itse hoitamaan asioitaan ja pitää puolensa. Monen haastateltavan muistoissa oli kokemus siitä, kun oli vaikeaa pyörittää omaa

talouttaan heikossa kunnossa ollessaan. Apua ei ollut saatavilla esimerkiksi silloin kuin tuet loppuvat. Silloin olisi pitänyt jaksaa selvittää asioita ja asioida monessa paikassa.

Mut sun pitää lähtee moneen paikkaan juoksemaan ja se kokonaisuus on aivan hajalla kun se oma pääkin on aivan hajalla

Kaksi haastateltavaa kertoi kokemuksiaan siitä, ettei heitä otettu todesta kun he menivät hoidattamaan somaattista vaivaansa. Heidän somaattinen vaivansa oli laitettu psyyken syyksi. Lääkäri ei esimerkiksi ollut tutkinut kuntoutujan vatsavaivoja asianmukaisesti, vaan oli antanut kuntoutujan ymmärtää oireiden olevan psykosomaattisia.

Se ei tehny sitä niinku yleensä jos vatsa on kipee, et mie kävisin selälleen niinku siihen penkille et se painelis miun mahaa eikä mitään.. Se anto niinku ymmärtää et ne on vaa psykosomaattisii oireita

Tuloksissa tuli esille kokemuksia erilaisista toimimattomista auttamisen keinoista. Eräs haastateltava kertoi hoitoon pääsyn olevan vaikeaa, koska organisaatio on niin diagnoosikeskeinen. Kuntoutujan täytyy sopia tiettyihin raameihin, jotta saa tarvitsemaan apua.

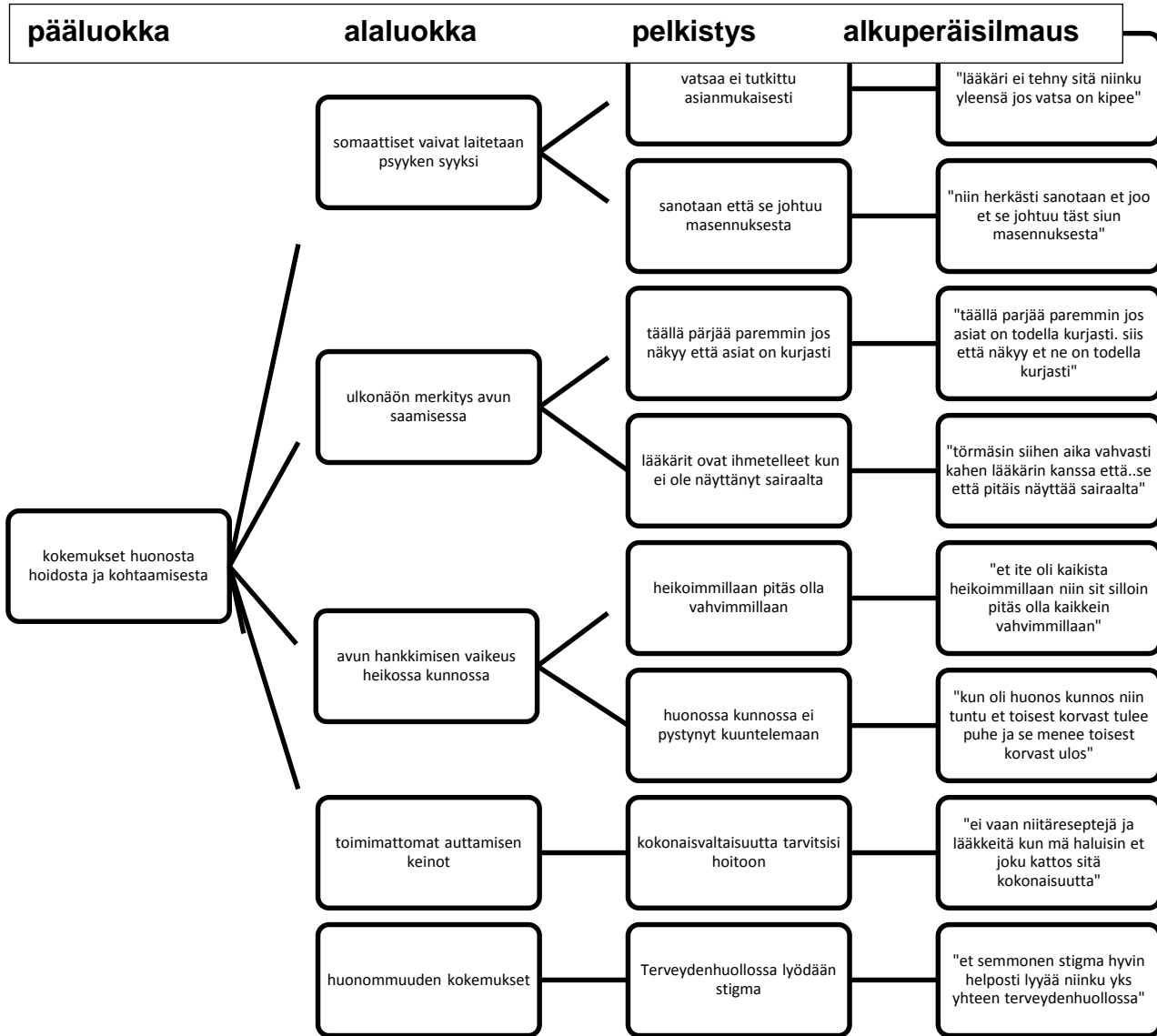
Sit ku tulee tiukka paikka ja se ei sovi diagnoosiin niin et sä kyllä tänne tule vaikka ois minkälainen olo

Toinen haastateltava puhui siitä, että hän olisi kaivannut kokonaisvaltaista apua silloin kun hän oli huonossa kunnossa. Hän olisi toivonut että joku olisi katsonut hänen tilannettaan kokonaisvaltaisesti sen sijaan, että annettiin vain lääkkeitä. Haastatteluissa tuotiin esille myös se, kuinka rankkaa on kun hoitaja vaihtuu koko ajan, ja samat asiat täytyy selittää toistuvasti uudelle hoitajalle. Yksi haastateltava pohti, että kuntoutetaankohan tänä päivänäkin vielä eläkkeelle. Kuntoutus ei ole aina niin tehokasta kuin se voisi olla. Tällöin on tärkeää, että potilas itse löytää korkeammat tavoitteet ja tahtoo kuntoutua takaisin työelämään.

Haastatteluissa tuli esille myös muutamia suoria ja voimakkaita huonommuuden kokemuksia sosiaali- ja terveystalveluiden piirissä. Eräs haastateltava kertoi kohdanneensa epätasa-arvoa ja kokeneensa eriarvoista kohtelua valtaväestöön

nähden. Yhden haastateltavan mielestä terveydenhuollossa lyödään stigma mielenterveyskuntoutujalle.

Kyllä olen kokenut epätasa-arvoa



Kuva 2 Kokemukset huonosta hoidosta ja kohtaamisesta

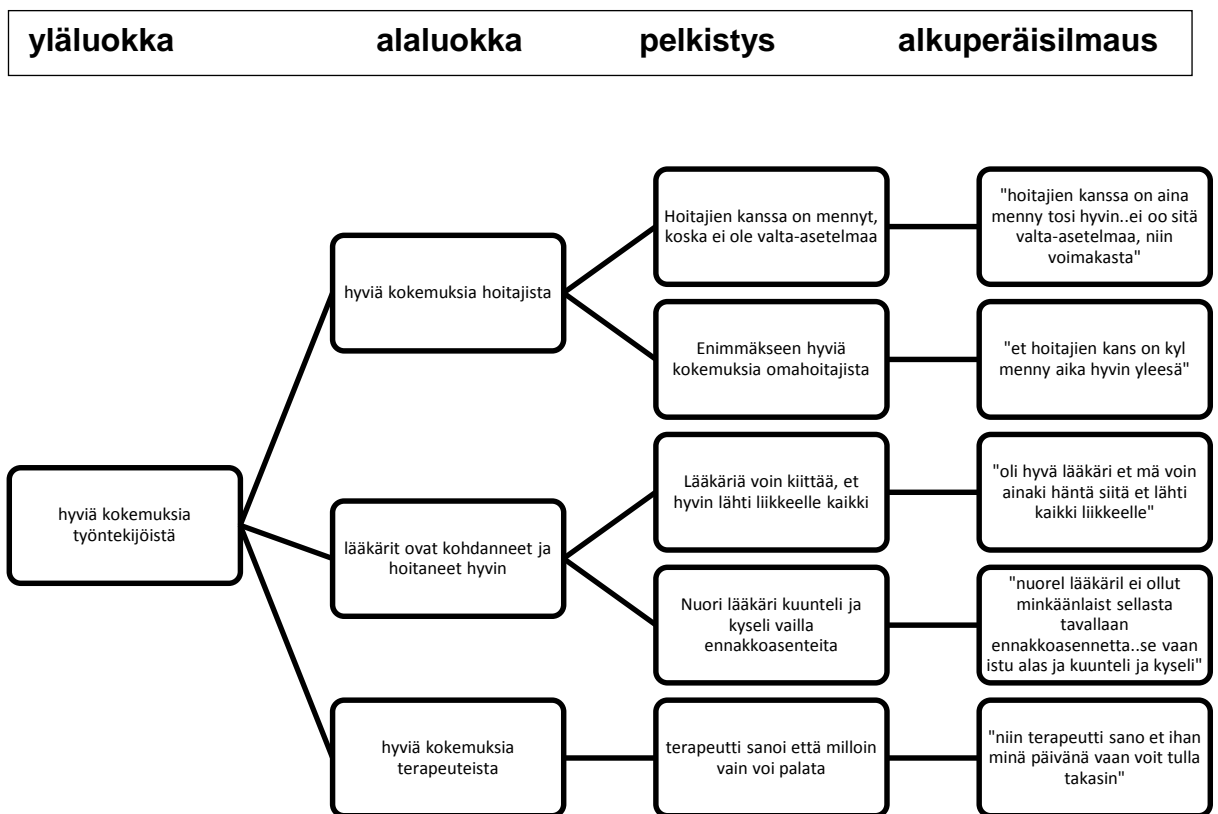
8.3 Positiivisia kokemuksia työntekijöistä

Haastateltavilla oli paljon hyviä kokemuksia sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista. He kertoivat kokemuksiaan lääkäreistä, hoitajista ja terapeuteista. Kaikilla haastateltavilla tuntui olevan jonkinlainen kokemus siitä, että lääkäri on kohdannut ja hoitanut mielenterveyskuntoutujaa hyvin. Monella

oli kokemusta siitä että lääkäri oli edistänyt kuntoutumisen liikkeelle lähtemistä. Lääkäreiden kuvattiin olevan kiinnostuneita mielenterveyskuntoutujasta.

Positiivisia terapeuttikokemuksia kertoi muutama. Terapeutin kuvattiin ottavan mielenterveyskuntoutuja todesta ja olevan miellyttävä kohdata. Mukavista hoitajista kertoi usea haastateltu. Erään haastateltavan mukaan hoitajien kanssa ei tule sellaista valta-asetelmaa kuin lääkärin kanssa, joten yhteistyö toimii helpommin. Muutama haastateltava oli kohdannut mieleenpainuvia omahoitajia.

Siitä mä oon niinku kiitollinen, et se oma psykiatrinen erikoissairaanhoidaja taputti mua olkapäälle ja sano kuule x, ei mekään kaikkee mielenterveydest tiedetä, niin se oli mulle niinku kaikkein suurin kuntoutuksen kannalta.



Kuva 3 Positiivisia kokemuksia työntekijöistä

8.4 Negatiivisia kokemuksia työntekijöistä

Haastatteluissa tuli esille että monia oli kohdattu välinpitämättömästi psykiatrisen erikoissairaanhoidon taholla. Eräs haastatelluista kertoi, että osa hoitajista tekee vain välttämättömän vuoronsa aikana. He eivät välttämättä edes keskustele omapotilaansa kanssa vuoronsa aikana. Toinen haastateltu pohti, että mielenterveyspuolella vuorovaikutus on kylmää. Työntekijät eivät kosketa potilasta henkisesti, eivätkä fyysisesti.

On työntekijöitä jotka hoitaa vaan justiinnsa sen välttämättömän

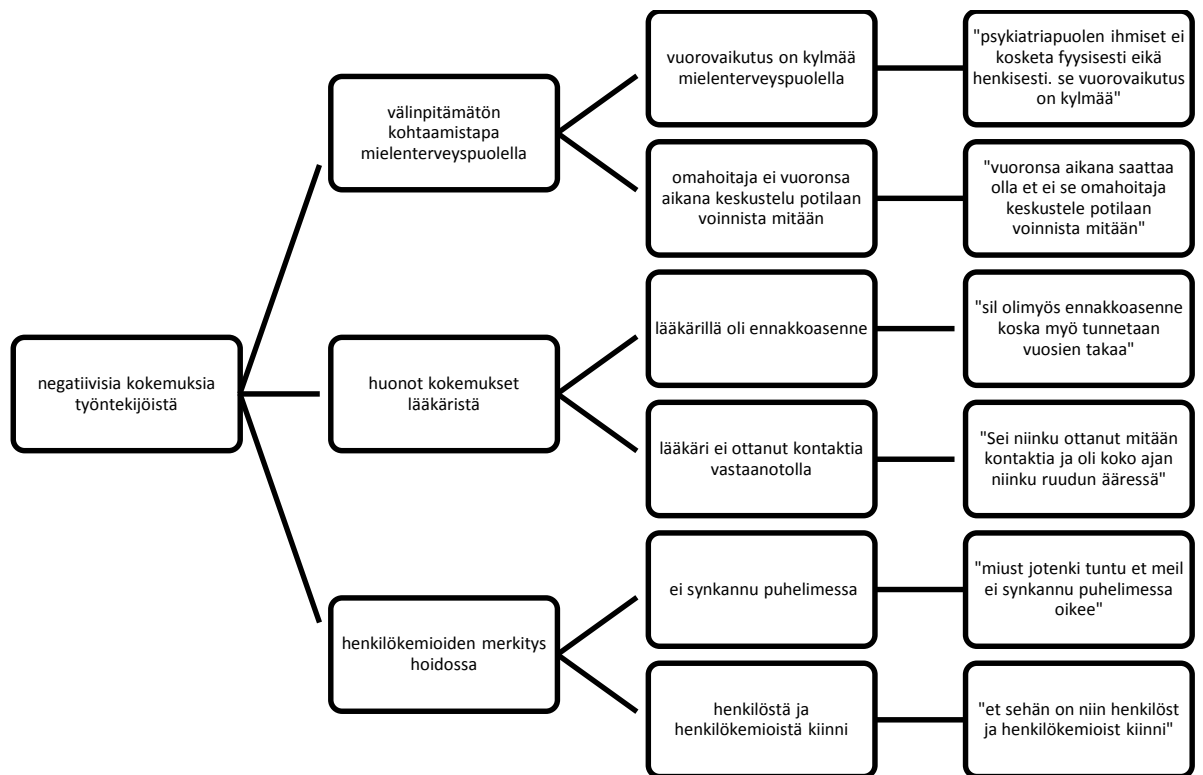
Haastatteluissa tuli esille kokemuksia, että lääkäri ei ollut ottanut mielenterveyskuntoutujaa todesta vastaanotollaan. Lääkäriin kerrottiin määränneen kuntoutujalle vain lääkettä ottamatta enempää kantaa vointiin. Eräs haastateltava toi esille kokemuksen, jossa lääkäri oli kohdellut häntä vuosien takaisen hoitosuhteen perusteella. Hän kuvasi lääkäriä olleita ennakkoluuloja, jotka estivät tarpeellisen avun saamisen.

Sil oli myös ennakoasenne miuta kohtaan, koska myö tunnetaan jostain vuosien takaa... Mut hänelle on niinku jääny se tietty käsitys miusta, et minkälainen mie oon ihmisenä. Ni sen se veti pöytään siinä tilanteessa tavallaan että..et sie oot ennenki ollu täs tilanteessa.

Haastatteluissa selvisi että henkilökemiatkaan eivät aina käyneet yksin hoitosuhteissa. Eräs haastateltava kertoi että henkilökemian täytyy toimia, jotta asiakas hyötyy hoidosta. Aina ei vain ole mahdollisuutta vaihtaa omaa työntekijää. Ja haastateltava pohti myös että suomalainen ei helposti uskalla valittaa ja vaatia toista hoitajaa.

Et sanotaanko kymmenen joukosta on se yks kenen kanssa tuntuu heti et myö puhutaan eri kieltä. Et sen niinku tarvii et pitää pelata.

yläluokka	alaluokka	pelkistus	alkuperäisilmaus
-----------	-----------	-----------	------------------



Kuva 4 Negatiivisia kokemuksia työntekijöistä

8.5 Itsensä leimaaminen

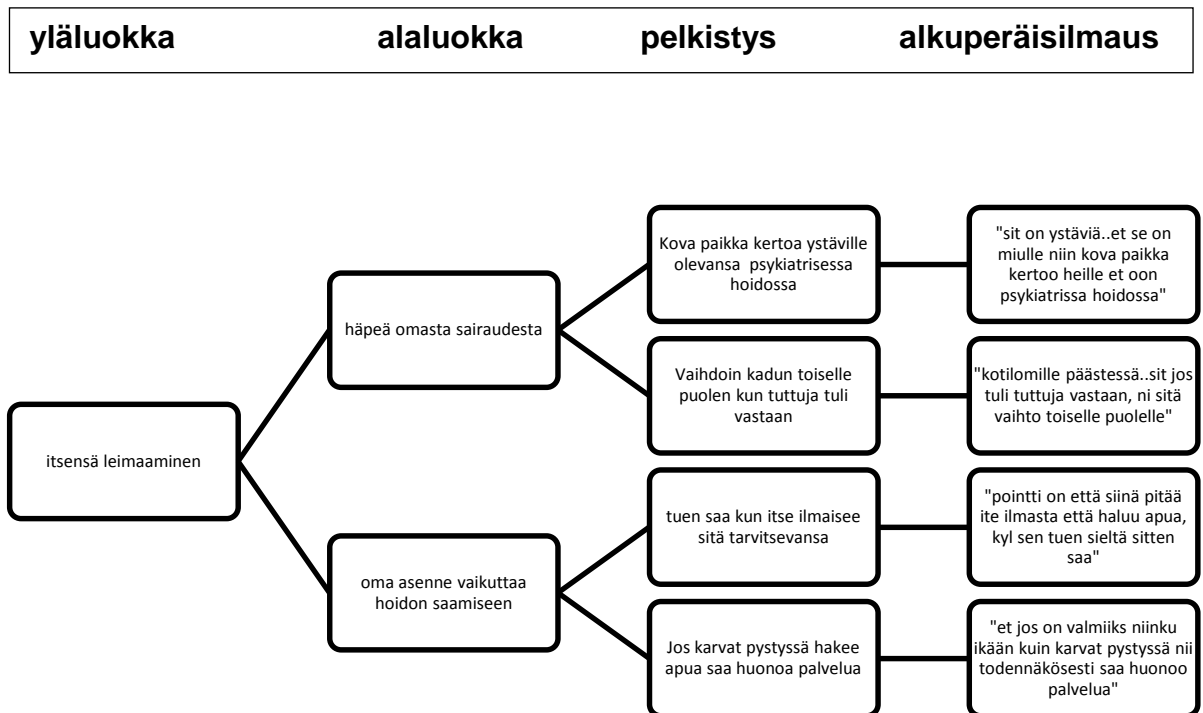
Usea haastateltava tuntui kokevan häpeää sairauttaan kohtaan. Sen vuoksi moni oli peitellyt ja salaillut sairauttaan ja hoidossa olemistaan ystäviltään. Eräs haastateltava kertoi, ettei ole pystynyt kertomaan perheelleen tarkempia yksityiskohtia sairaudestaan. Tuloksissa oli kokemuksia siitä, että haastateltavat olivat vältelleet tuttujaan ja välillä jopa eristäytyneet leimansa vuoksi. Oman diagnoosiin muutama arveli vaikuttavan elämässään monella tavalla. Diagnoosin ajateltiin leimaavan liikaa ja siksi se haluttiin salata. Eräs haastateltava kertoi että alkuun oma sairaus oli ollut vaikea hyväksyä.

Häpesin sillon siis varsinkin aikasemmin, et jos joku näkee joku tuttu et mie meen mielenterveystoimistoon

Tuloksissa toistui haastateltavien kokemus siitä, että oma asenne vaikuttaa hoidon saamiseen. Nämä haastatellut toivat esille sitä, että kuntoutuja voi

vastuuttaa pärjäämisestään ja hoitonsa saamisesta lähinnä itseään. Itsellä täytyy olla sellainen asenne, että hän haluaa kuntoutua. Kun motivaatiota on, saa myös hoitoa ja apua.

Jos ihmisellä ei oo halua siihen toipumiseen, eikä tee mitään sen eteen niin ei yhteiskunta väkisin rupee hoitamaan



Kuva 5 Itsensä leimaaminen

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelua

Tuloksista ilmeni, että kokemusasiantuntijoilla oli hyvin monenlaisia kokemuksia saamastaan hoidosta sosiaali- ja terveyspalveluissa mielenterveyskuntoutujan roolissa. Osa haastateltavista kertoi, ettei ole kohdannut mitään, mitä voisi tulkita huonoksi kohteluksi sosiaali- ja terveyspalveluissa. Heidän polkunsu oli sujunut ongelmitta sairastuneesta kuntoutujaksi. Hyvät kokemukset kohdatuista asenteista voivat olla liitoksissa myös mielenterveyskuntoutujan omiin

asenteisiin. Näkemys asioihin on mahdollisesti riippuvainen omista asenteista. Nämä haasteltavat toivat esille kohentuneet asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Haastateltavilla oli runsaasti kokemuksia lääkäreiden ja hoitajien hyvästä hoidosta ja kohtaamisesta. Etenkin työterveys- ja yksityispuolen lääkäreitä kiiteltiin kuntoutumisen sysäämisestä liikkeelle. Jäi mietityttämään ajatusleikki, että olisivatko kokemukset asenteista olleet yhtä positiivisia, jos näiden potilaiden kuntoutuminen olisi toteutunut alusta alkaen julkisen sektorin puolella. Joku haastateltava mietti, että hoitajien kanssa on helppo tulla toimeen, koska heidän kanssaan ei ole sellaista valta-asetelmaa kuin lääkäreiden kanssa.

Tuloksista tuli myös esille paljon kokemuksia huonosta kohtaamisesta sosiaali- ja terveystalveissa. Tuloksista voidaan päätellä, että sosiaali- ja terveystalveiden ammattilaisilla on edelleen runsaasti negatiivista asennoitumista mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Huonoja asenteita on niin psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuin muunkin terveydenhuollon hoitohenkilökunnalla. Ei voida siis päätellä, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon työntekijöillä olisi automaattisesti paremmat asennoitumistavat mielenterveyskuntoutujiin kuin muun terveydenhuollon puolella. Tuntuu hieman erikoiselta ajatella, että mielenterveystyöntekijät, jotka ovat alan asiantuntijoita ja joilla on näkemystä ja kokemusta monenlaisista mielenterveyskuntoutujista, saattavat suhtautua hoidettaviinsa asenteellisesti. Voisiko tämä johtua osaltaan työntekijöiden kuormittumisesta tai jopa uupumuksesta, tai siitä että työntekijöillä ei ole tarpeeksi ammatillisia keinoja mielenterveyskuntoutujan kohtaamiseen?

Kokemuksia vaikeudesta saada hyvää hoitoa oli paljon. Tuloksissa toistui kokemus, että omia asioita oli vaikea hoitaa ja apua saada, jos oli liian heikossa kunnossa. Mielenterveyskuntoutujaa ei ilmeisesti huomioida tarpeeksi kokonaisvaltaisesti silloin, kun tämä on huonossa kunnossa. Kuntoutujan tilannetta olisi tärkeää katsoa holistisemmalla otteella ja kartoittaa koko elämäntilannetta.

Yllättävän moni haastateltava toi esille ulkonäön merkityksen hoidon saamisessa. Mielenterveyskuntoutujaa ei otettu aina todesta, jos hän haki apua psykiatrisen erikoissairaanhoidon puolelta liian siististi pukeutuneena. Moni

ammattilainen tuntui olevan sitä mieltä, että huono vointi näkyy aina jollain lailla ulospäin. Tämä tuntui jo haastatteluvaiheessa yhdeltä huomionarvoisimmista asenteista.

Ulkonäköön perustuva asiakkaan voinnin arvioiminen herätti meissä monia ajatuksia. Tuntuu erikoiselta, että mielenterveystyön ammattilainen lankeaa ajatukseen, että asiakkaan ulkonäkö kertoo tämän psyykkisen voinnin luotettavasti. Somaattisen terveydenhuollon puolella asiakasta usein tutkitaan enemmän ennen kuin tehdään diagnoosia. Päteekö tässäkin sanonta ”ei ole koiraa karvoihin katsominen”. Voisiko liiallinen ulkonäköön perustuva tulkinta asiakkaan voinnista johtua siitä, että yleisesti saatetaan ajatella ihmisen olevan niin kauan tarpeeksi hyvässä kunnossa, kun hän on ns. yhteiskuntakelpoinen ja pystyy huolehtimaan itsestään? Voiko olla, että ihmisen sisäinen vointi jää toiseksi niin kauan, kun ihminen pystyy huolehtimaan ulkonäöstään? Miten on mahdollista, että ihminen voi joissain tilanteissa saada kunnolla apua vasta sitten, kun se näkyy ulospäin. Ihmisillä voi olla erilainen kynnyks lakata huolehtimasta ulkonäöstään. Jollekin ihmiselle on ollut aina tärkeää pukeutua siististi ja olla huolitellun näköinen. Joku toinen ehkä on aina kulkenut hieman ”resuisissa” vaatteissa. Voidaanko ulkonäön perusteella todellisuudessa sanoa yhtään mitään ihmisen voinnista?

Tuloksissa tuli ilmi myöskin, että somaattisen terveydenhuollon taholla mielenterveyskuntoutujan fyysisiä vaivoja ei aina otettu todesta. Tällöin vaivoja ei tutkittu asianmukaisesti, ja niiden annettiin ymmärtää johtuvan psyykkisistä syistä. Korkeila (2015) kertoo artikkelissaan tätä tukien, että potilas joka on vetäytyvä, tunnekykynsä menettänyt ja valittaa somaattisia oireitaan, ei todennäköisesti saa apua. Hoitoa saa todennäköisemmin aktiivisesti apua hakeva ja vaikeuksistaan kertova potilas hoitoa todella tarvitsematta.

Fyysisten vaivojen selittäminen psykosomaattisina oireina lienee eräs klassisimmista asenteista, joita mielenterveyskuntoutujat ovat kohdanneet. Toisaalta tällaista asennoitumista taitaa ilmetä valtaväestönkin keskuudessa. Moni terveyttään hoitava kertoo, että joutuu iskemään nyrkkiä pöytänsä saadakseen hoitoa ja apua. Mielenterveyskuntoutuja ei välttämättä kykene vaatimaan oikeuksiaan ollessaan huonossa voinnissa. Itsensä leimaaminen

heikentää myöskin osaltaan kykyä hakeutua hoitoon ja vaatia itselleen hyvää hoitoa. Jos kuntoutuja kokee jo valmiiksi, ettei tule saamaan apua, vahvistaa hän huonoa itsetuntoaan ja sitä kautta leimaansa.

Tuloksissa toistui kokemus, ettei lääkäri ottanut mielenterveyskuntoutujaa todesta. Huonoa vointia ei aina ymmärretty, ja kuntoutujalle määrättiin helposti vain lääkeresepti. Usean haastateltavan kokemuksista sai kuvan, että lääkärin ja mielenterveyskuntoutujan kohtaamista haittasi valta-asetelma. Mielenterveyskuntoutujasta tuntui, että lääkäriellä oli valta päättää potilaan voinnista huomioimatta riittävästi potilaan subjektiivista vointia. Lääkäri saattoi perustaa päätelmänsä potilaasta olevien ennakoasenteiden mukaan. Mielenkiintoista on, että päinvastaisiakin kokemuksia lääkäreistä oli paljon. Haastateltavat kertoivat myös välinpitämättömästi kohtaamistavasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon puolella. Esimerkiksi jotkut työntekijät tekevät työvuoronsa aikana vain välttämättömimmän. Johtuuko tämä siitä, että työ on liian raskasta vai ovatko hoitajat kynistyneitä työhönsä. Psykiatrisissa sairaaloissa hoitajat viettävät paljon aikaa toimistossa, vaikka pelkkä läsnäolokin on yksi tärkeimmistä hoitotyön keinoista psykiatrisen erikoissairaanhoidon puolella.

Haastatteluissa nousivat esille myös omat asenteet. Moni koki häpeää sairautensa vuoksi, ja se oli vaikuttanut hänen elämäänsä. Läheisille ja tuttaville ei välttämättä uskaltanut kertoa sairaudestaan. Korkeila (2015) kertoo artikkelissaan tätä tulosta tukevasti, että leimautuminen johtaa pahimmillaan sairauden salailuun, yksinäisyyteen ja eristäytymiseen. Tämä voi olla silloin huomattava este mm. avun saamiselle.

Usea haastateltava oli sitä mieltä, että voi vastuuttaa pärjäämisestään ja hoitonsa saamisesta lähinnä itseään. Itsellä täytyy olla asenne halusta kuntoutua. Kun motivaatiota on, saa myös hoitoa ja apua. Aromaan (2011) väitöstutkimuksessa ilmenee, että masentuneet eivät välttämättä hae apua, koska eivät usko sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ottavan heitä todesta. Tämä tutkimustulos tukee meidän tuloksissamme esille tullutta ajatusta, että oma asenne vaikuttaa siihen, saako kuntoutuja apua. Eihän apua saa, jos sitä ei lähde hakemaan omien pessimististen olettamustensa vuoksi. Vuoden 2015

mielenterveysbarometrin mukaan 11 % mielenterveyskuntoutujista syyllistää itseään mielenterveytensä ongelmista. Syyllistämisen määrä ei ole merkittävästi laskenut 10 viimeisen vuoden aikana. (Mielenterveyden keskusliitto 2015.) Oma asennoituminen vaikuttaa, kuinka näkee asiat. Huonosti kohtelevan ja käyttäytyvän hoitajankin voi ajatella monella tavalla. Eräs voi tulkita käytöksen johtuvan hänestä itsestään, ja toinen voi ajatella hoitajalla olevan vain huono päivä, eikä tällöin loukkaannu käytöksestä.

Haastateltavat eivät suoraan tuoneet esille, että olisivat kohdanneet eriarvoisuutta. Tulosten perusteella kuitenkin vaikuttaa siltä, että mielenterveyskuntoutajat ovat eriarvoisessa asemassa muihin sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjiin nähden. Günther ym. (2011) tutkimuksessa kuvataan mielenterveyden ongelmia sairastavilla olevan huonommat edellytykset saavuttaa hyvinvointiin tarvittavia edellytyksiä kuin valtaväestöllä. Havaitsimme, että mielenterveyskuntoutajat eivät aina saa tasa-arvoista palvelua, vaan ennakoasenteet ja häpeäleima vaikuttavat. Itsensä leimaamisella voi olla kuitenkin suuri osuus negatiiviseen tulkintoihin. Mielenterveyskuntoutujien olisi hyvä saada tietoa itsensä leimaamisen mekanismeista enemmän. Jos he kokisivat huonot asenteet ja palvelun vääryytenä, heidän olisi helpompi lähteä vastustamaan asenteita.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan perusta. Suomessa hoitotieteellisen tutkimuksen eettistä toteutumista määrittävät Helsingin julistus ja lainsäädäntö. Myös Tutkimuseettinen neuvottelukunta ja Terveystieteiden neuvottelukunta ohjeistavat tutkimusetiikkaa. Helsingin julistuksessa todetaan tutkimuksen perusteluja, otetaan kantaa erityistä suojaa vaativiin ryhmiin, määritellään, miten tutkimussuunnitelma arvioidaan eettisessä toimikunnassa ja annetaan ohjeita potilaiden oikeuksien ja turvallisuuden toteutumiseksi tutkimustyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–214, 227.)

Tutkimuksen eettisyys lähtee jo tutkimuksen aiheen valinnasta. Tutkijan tulee pohtia aiheen yhteiskunnallisen merkityksen lisäksi, mikä on tutkimuksen

vaikutus osallistujiin. Tutkimusetiikan periaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys ja tutkijan tulee minimoida tarpeettomien haittojen riski. Tutkimusta varten tarvitaan yleensä tutkimuslupa sekä etenkin potilaisiin ja asiakkaisiin kohdistuvassa tutkimuksessa eettisen toimikunnan lausunto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–223.) Emme tarvinneet opinnäytetyöllemme tutkimuslupaa tai eettisen toimikunnan lausuntoa, koska haastattelimme kokemusasiantuntijoita, emmekä potilaita tai asiakkaita. Emme myöskään tarvinneet tietoja potilasjärjestelmästä.

Tutkimuksen aihe tai tutkimusongelman määrittely eivät saa olla millään lailla loukkaavia, eivätkä ne saa sisältää väheksyviä oletuksia yhdestäkään potilas- tai ihmisryhmästä. Erityishuomiota tulee kiinnittää etenkin silloin, kun tutkitaan niin sanottuja haavoittuvia ryhmiä, kuten dementoituneita, vakavasti psyykkisesti sairaita tai lapsia. Esimerkiksi jos vaikeasti vammaisen tai dementoitunut oletetaan tutkimusasetelmassa muita ihmisiä vähempiarvoisemmaksi, siitä tulee eettisesti ongelmallinen päätelmä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366.)

Pohdimme opinnäytetyöhömmö liittyviä eettisiä seikkoja jo aihetta valitessamme. Mielensterveyskuntoutujat ovat haavoittuva ryhmä, ja asenteiden sekä eriarvoisuuden kokemukset ovat henkilökohtaisia. Kokemusasiantuntijat ovat kuitenkin tehtävänsä koulutettuja, ja he ovat jo jossain määrin tottuneet puhumaan kokemuksistaan vieraillekin ihmisille. Uskomme, että mielensterveyskuntoutujien kohtaamista asenteista ja eriarvoisuudesta puhuminen ja sen esille nostaminen hyödyttää mielensterveyskuntoutujia ja voi pidemmällä aikavälillä parantaa heidän asemaansa.

Yksi tutkimuksen lähtökohdista on siihen osallistuvien ihmisten itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta täytyy turvata. Osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen, eli tutkittavan on tiedettävä täysin, millaisesta tutkimuksesta on kysymys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219.)

Kunnioitimme tutkimukseemme osallistuvien kokemusasiantuntijoiden itsemääräämisoikeutta kertomalla saatekirjeessä (Liite 2) opinnäytetyömme tarkoituksesta, haastatteluihin osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta ja siitä, että tutkimukseen osallistuminen on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Laadimme tietoisin suostumuksen lomakkeen (Liite 3), joka haastateltavien tulee allekirjoittaa. Suostumuslomakkeet säilytimme lukitussa kaapissa koko tutkimusprosessin ajan. Raportoinnin jälkeen hävitimme lomakkeet asianmukaisesti.

Tutkimuksessa tulee huomioida oikeudenmukaisuus. Tutkimuksen otos ei saa perustua esimerkiksi tutkijan valta-asemaan ja on huomioitava, ettei mahdollisia ei-toivottuja tutkittavia jätetä otoksen ulkopuolelle. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien elämäntapaa ja kulttuurisia uskomuksia. Keskeinen asia tutkimustyössä on tutkittavien anonymiteetti. Tutkittavien henkilötiedot eivät saa paljastua missään tutkimuksen vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Anonymiteettiin kiinnitimme paljon huomiota alusta alkaen. Kokemusasiantuntijoita on Etelä-Karjalassa vasta vähän, ja he työskentelevät pienellä alueella. Anonymiteetin vuoksi kysyimme kokemusasiantuntijoilta taustoja ainoastaan heidän tiestään mielenterveyskuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi. Emme kyselleen haastateltavien iä tai diagnooseja, vaikka joku saattoikin kertoa niistäkin. Läpi koko opinnäytetyöprosessin haastateltavien nimitykset pysyivät vain numeroituna haastatteluina kaikissa dokumenteissa.

Haastattelujen toimivuuden kannalta olisi hyvä tehdä koehaastatteluja ennen varsinaisia haastatteluja. (Hirsjärvi ym. 2008, 206). Tällä tavalla voidaan testata haastatteluteemojen toimivuutta, aihepiirien järjestystä ja kysymysten muotoilua. Koehaastattelujen avulla saadaan selville myös haastatteluun kuluva aika. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 72.) Mietimme alun perin koehaastattelujen tekemistä, mutta ajan puutteen vuoksi ne jäivät tekemättä. Koehaastattelujen avulla olisimme varmasti saaneet haastatteluteemoista toimivimmat, eikä haastattelutilanteessa olisi mennyt niin paljon aikaa tutkimuksen kannalta epäolennaisiin asioihin.

Myös tutkimusraportin laatimiseen liittyy tutkimuseettisiä haasteita. Näitä ovat Hirsjärven ym. (2007) mukaan mm. plagiointi, puutteellinen raportointi ja tulosten sepittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Tuloksia analysoitaessa on oleellista, että hyödynnetään koko kerätty aineisto ja raportoidaan se järjestelmällisesti. Raportoitaessa mukaan eivät saa tulla esimerkiksi ennakkoasenteet. Tutkittavilla täytyy olla myös oikeus saada tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368, 370.) Jokaisen työvaiheen ajan meidän täytyi kiinnittää huomiota siihen, etteivät omat ennakkoluulomme ohjaile haastateltavia ja tuloksista raportoimista. Meidän oli tärkeää pysyä asenteellisesti puolueettomina ja neutraaleina läpi työn. Se tuntui haasteelliselta etenkin haastatteluita tehdessämme.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta sekä sitä, että uskottavuus osoitetaan tutkimuksessa. Uskottavuutta voidaan vahvistaa esimerkiksi keskustelemalla tutkimustuloksista tutkimukseen osallistujien kanssa ja olemalla tarpeeksi kauan tekemisissä tutkimusaiheen kanssa. (Kylmä & Juvakka 2012, 127–128.) Opinnäytetyömme uskottavuutta vahvistaa se, että varmistimme haastatteluissa ymmärtävämmme haastateltavien kertomat asiat oikein. Tämän teimme esittämällä tarkentavia lisäkysymyksiä. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että olimme tutkimusaiheen kanssa tekemisissä yhteensä n. puolitoista vuotta. Tutkimusaineiston ja tutkimustulokset kävimme useaan kertaan läpi ja keskustelimme sekä vaihdoin mielipiteitä niistä.

Vahvistettavuus edellyttää muistiinpanojen tekemistä koko tutkimusprosessin ajalta niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen etenemistä pääpiirteissään (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Vahvistettavuus näkyy opinnäytetyössämme siten, että teimme itsellemme muistiinpanoja koko tutkimusprosessin ja ajan olemme kuvanneet tarkasti koko tutkimusprosessin.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijan on oltava tietoinen omasta vaikutuksestaan tutkimusprosessiin ja aineistoon. Tutkijan tulee tiedostaa lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Mietimme opinnäytetyötä tehdessämme useasti omia lähtökohtiamme tutkimuksen

tekijöinä. Keskustelimme avoimesti mahdollisista omista ennakkokäsityksistämme ja pyrimme tietoisesti välttämään niitä. Meitä ohjasi aito mielenkiinto tutkimusaihetta kohtaan.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaavanlaisiin tilanteisiin. Siirrettävyyttä voidaan arvioida kun tutkimuksessa on kuvattu riittävän tarkasti esimerkiksi tutkimukseen osallistujia. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Olemme kuvanneet tutkimukseen osallistujia ja perustelleet valintamme. Siirrettävyyttä on kuitenkin hankala arvioida, koska jokaisen haastateltavan kokemukset ovat henkilökohtaisia.

Opinnäytetyömme luotettavuus mietitytti meitä koko prosessin ajan, mutta erityisesti analysointivaiheessa. Koimme, että luotettavuutta saattaa heikentää kokemattomuutemme tutkijoina. Pehdyimme kuitenkin huolellisesti analysointiin sekä luotettavuuskriteereihin. Näin pystyimme miettimään konkreettisia asioita, jotka vaikuttavat luotettavuuteen sekä saimme varmuutta analyysin tekemiseen.

9.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Opinnäytetyöprosessimme on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen, mutta myöskin vaativa. Työn aihe oli molempien mielestä hyvin kiinnostava ja läpi työprosessin ajan mielestämme tärkeä. Työmme eteni hitaasti, emmekä pysyneet alkuperäisessä aikataulussamme. Meillä oli ajoittain motivaatio-ongelmia saada työtä eteenpäin. Välillä epäilimme omia taitojamme ja etenkin sitä, pystyisimmekö tekemään kunnollisen tutkimuksen. Haasteita toi myös se, että opiskelemme eri ryhmissä. Olemme olleet eri aikaan harjoitteluissa, joten emme ole pystyneet panostamaan työhön aina samaan aikaan yhtä paljon. Kokonaisuudessaan työnjako on kuitenkin mennyt tasaisesti, ja yhdessä työskentely on ollut hyvin opettavaista.

Tämä tutkimusprosessi on ollut meille ainutlaatuinen tilaisuus päästä kokeilemaan tutkimuksen tekemistä ja etenkin haastattelemista. Kolme haastattelua päivässä tuntui työltä kokemattomille haastatteliijoille. Haastatteleminen oli haasteellisempaa, kuin mitä etukäteen kuvittelimme. Tämä saattoi johtua osittain siitä, ettemme olleet valmistautuneet haastatteluihin niin

hyvin kuin olisimme voineet. Haastattellessa vaikealta tuntui rajata haastateltavien puheenaiheita ja johdatella heitä pysymään aiheessa. Haastatteluiden tekeminen tuntui kuitenkin mielenkiintoiselta vaiheelta, ja kokemuksesta voi olla hyötyä asiakastyössä myöhemmin. Meidät yllätti iloisesti se, että niin moni kokemusasiantuntija oli innokas ottamaan osaa haastatteluamme. Haastatteluiden nopea toteutusaikataulu toi haastetta prosessiin.

Prosessin loppuvaiheilla huomasimme, että kummallakin oli omat erikoisalueensa kirjoittamisen suhteen. Eri aiheista kirjoittaminen siis jakautui mukavasti ja lopuksi toinen luki ja korjasi tarvittaessa toisen kirjoituksia. Kirjoitustyyliimmekin tuntuivat käyvän hyvin yhteen, joten työjärjestelyt toimivat hyvin näin. Otimme opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa melkoisen loppukirin. Nopea aikataulu loppuvaiheessa johtui siitä, että toisella opinnäytetyömme tekijöistä oli valmistuminen jo käsillä. Loppukiri opetti meille paineen alla työskentelyä ja stressinsietokykyä.

Tutkimusta tehdessämme havainnoimme monipuolisesti ympäristön asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Mietimme myös omia suhtautumistapojamme erinäisissä tilanteissa. Mietimme, mitä kaikkea voidaan tulkita asenteellisuudeksi. Opinnäytetyöprosessimme aikana tapasimme monenlaisia asiakasryhmiä. Päihdeongelmaiset, etenkin huumeidenkäyttäjät ovat hyvin eriarvoisessa asemassa valtaväestöön nähden ja heitä kohdellaan huonosti. Olisi ollut mielenkiintoista haastatella huumeidenkäyttäjiä heidän kohtaamistaan asenteista ja eriarvoisuudesta juuri tämän vuoksi. Spesifinä mielenterveydenhäiriöiden diagnoosiryhmänä persoonallisuushäiriöitä, etenkin epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavat olisivat myös olleet mielenkiintoinen tutkittava ryhmä.

Opinnäytetyöprosessin aikana toinen työmme tekijöistä joutui havaitsemaan mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvaa asenteellisuutta osallistuessaan erään lääkärin pitämälle julkiselle luennolle persoonallisuushäiriöistä. Lääkärin puheessa esiintyi paljon asenteellisia esimerkkejä ja kommentteja. Luennolla mukana olleet persoonallisuushäiriöitä sairastavat mielenterveyskuntoutujat hämmentyivät luennon annista. Tämä oli hyvä havainnollistus, että sosiaali- ja

terveysalan ammattilaisilla on asenteellisuutta mielenterveyskuntoutujia kohtaan.

Olemme saaneet opinnäytetyöprosessin aikana paljon eväitä omaan ammatilliseen kasvuunne. Prosessi on avannut silmiämme niin, että voimme tarkastella mielenterveyskuntoutujien kohtaamia asenteita ja eriarvoisuutta laajemmalla näkökulmalla. Osaamme todennäköisesti kiinnittää huomiota asenteisiin liittyviin epäkohtiin helpommin kuin ennen. Toivottavasti työmme auttaa meitä itseämme kohtaamaan mielenterveyskuntoutujia tasavertaisella otteella. Näiden taitojen avulla pystymme ehkä vaikuttamaan mielenterveyskuntoutujiin kohdistuviin asenteisiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan keskuudessa.

9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Emme kyselleet haastateltavilta, kuinka mielenterveyskuntoutujien asemaa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä voisi parantaa. Jatkossa voisi tutkia, miten hoitohenkilökunnan asenteisiin mielenterveyskuntoutujia kohtaan voisi vaikuttaa. Sitä kautta mielenterveyskuntoutujien asemaa voisi parantaa.

Hoitajien omaa näkökulmaa asenteisiin voisi myös tutkia. Tulevaisuudessa hoitajien asenteisiin pitäisi vaikuttaa jo opiskeluvaiheessa tehokkaammin.

Kuvat

- Kuva 1. Kokemukset hyvästä hoidosta ja kohtaamisesta, s. 19
- Kuva 2. Kokemukset huonosta hoidosta ja kohtaamisesta, s. 21
- Kuva 3. Hyviä kokemuksia työntekijöistä, s. 23
- Kuva 4. Negatiivisia kokemuksia työntekijöistä, s. 25
- Kuva 5. Itsensä leimaaminen, s. 26

Lähteet

Aalto, I. & Vuorela, M. 2011. Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim.

Ahonen, S., Kostiainen, E., Rissanen, P. & Rotko, T. 2014. Kokemukset käyttöön –kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125488/URN_ISBN_978-952-302-373-4.pdf?sequence=1. Luettu 13.5.2016.

Anttonen, S. 2011. Hyvää elämää leimasta huolimatta. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim.

Aromaa, E. 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Jyväskylän yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Väitöskirja.

Aromaa, E. 2015. Stigma- arvottomuutta ilmentävä leima. Kustannus Oy Duodecim.
http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/pit/koti?p_artikkeli=mas00080&p_haku=stigma. Luettu 30.4.2016.

Günther K., Juhila K., Kulmala A., Raitakari S. & Saario S. 2011 Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. Janus- lehti 19(4), 326-341.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Jankko, T. 2008. Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksiä kuntoutujien ja omaisten ryhmäkeskusteluissa *me voidaan kertoa että tämmösenkin asian kanssa voi elää että mä on hullu*. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolittikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu. <http://muotiala-fi-bin.directo.fi/@Bin/8cdba4806a529b757604d9486b72eaf2/1441616525/application/pdf/178118/Gradu03239.pdf>. Luettu 1.5.2015.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Korkeila, J. 2011. Mitä häpeäleima on? Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim.

Korkeila, J. 2015. Mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. Duodecim 6, 563-4 http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12160&p_haku=stigma. Luettu 6.5.2016.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille – mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Koulutetut kokemusasiantuntijat ry KoKoA 2013. Kokemusasiantuntijuus. <http://www.kokemusasiantuntija.fi/8>. Luettu 1.5.2015.

Kulmala, A. 2006. Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikka ja sosiaalityön laitos. Pro Gradu. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67610/951-44-6615-2.pdf?sequence=1>. Luettu 10.5.2016.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leinonen, A. 2012. Sairauden taakasta kokemuksen voimaan: mielenterveys- ja päihdekuntoutajat palveluiden kokemustutkijana. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro Gradu. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/39921/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201210072623.pdf?sequence=1>. Luettu 1.5.2015.

Mielenterveyden keskusliitto. 2013. Mielenterveysbarometri 2013. <http://docplayer.fi/1383047-Mielenterveysbarometri-2013.html>. Luettu 15.5.2016.

Mielenterveyden keskusliitto. 2015. Mielenterveysbarometri 2015. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/11/Mielenterveysbarometri-2015.pdf>. Luettu 15.5.2016.

Oksanen, J. 2011. Tavoitteena toipuminen. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006 Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, Tampereen yliopisto. <http://docplayer.fi/93964-Anita-saaranen-kauppinen-anna-puusniekka-menetelmäopetuksen-tietovaranto-kvalimotv-kvalitatiivisten-menetelmien-verkko-oppikirja.html>. Luettu 16.8.2015.

Ropponen, M. 2011. Kokemusasiantuntijuus kehittämisen välineenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Pro Gradu. http://www.epshp.fi/files/5286/Pro_gradu_-_tutkielma_kokemusasiantuntijuudesta.pdf. Luettu 13.5.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi

vuoteen 2015.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>.
Luettu 12.5.2016.

Suvisaari, J. 2013. Suomalaisten mielenterveys. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten_mielenterveys_suvisaari_08022013.pdf.
Luettu 6.5.2016.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2005-2016. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. Luettu 22.1.2016.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015. Hyvinvointi ja terveyserot, eriarvoisuus. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>. Luettu 25.4.2016.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Vähäkylä, L, 2009. Työtä tehden- mielenterveyskuntoutuja työelämässä. Helsinki: Kirjapaja

TEEMAT:

1. Tausta

- Kuinka kauan olet toiminut kokemusasiantuntijana?
- Mikä on toimintaympäristösi?
- Onko jotain, mitä haluaisit kertoa mielenterveyskuntoutujuudestasi?

2. Asenteet

- Minkälaisia asenteita olet kohdannut ollessasi mielenterveyskuntoutuja?
- Missä tilanteissa olet kohdannut asenteita, jotka ovat jääneet mieleesi?
- Miltä taholta/ keneltä asenteet ovat ilmenneet?

3. Eriarvoisuus

- Oletko kohdannut eriarvoisuutta ollessasi mielenterveyskuntoutujana?
- Missä tilanteissa eriarvoisuutta on ilmennyt?
- Miltä taholta/ keneltä eriarvoisuutta on ilmennyt?

Hyvä kokemusasiantuntija!

Olemme hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet ja eriarvoisuus kokemusasiantuntijoiden näkökulmasta”. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, millaisia asenteita kokemusasiantuntijat ovat kohdanneet mielenterveyskuntoutujan roolissa. Selvitämme myös, ovatko kokemusasiantuntijat kokeneet eriarvoisuutta, millaista se on ollut ja missä tilanteissa eriarvoisuutta on ilmennyt.

Toteutamme tutkimuksen teemahaastatteluina, yksilöhaastatteluina. Keskustelutilanne nauhoitetaan. Olemme varanneet aikaa yhtä haastattelua kohden X määrän. Toivoisimme Teidän osallistuvan haastatteluun, koska uskomme Teillä olevan opinnäytetyöhömmme liittyvää arvokasta kokemuksellista tietoa.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastateltavat pysyvät nimettöminä ja tunnistamattomina. Haastattelumateriaali on ainoastaan haastattelijoiden käytettävissä ja materiaali hävitetään asianmukaisesti tulosten raportoinnin jälkeen. Lopullinen raportti opinnäytetyöstämme julkaistaan Theseuksessa.

Tutkimus toteutetaan marraskuun 2015 aikana ja tulokset esitellään alkuvuodesta 2016.

Haastattelut toteutetaan ___./___ klo ___ Paikassa X.

Ilmoittaisitteko ystävällisesti sähköpostiosoitteeseemme osallistumisestanne. Voitte myös ottaa yhteyttä, mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseemme liittyen.

Ystävällisin terveisin

Heidi Jalkanen ja Satu Ristola

heidi.jalkanen@student.saimia.fi

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Heidi Jalkanen
Satu Ristola

**Mielenterveyskuntoutujien kokemat asenteet ja eriarvoisuus
kokemusasiantuntijoiden näkökulmasta**

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa ilman että se vaikuttaa saamaani hoitoon tai kuntoutukseen. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen.

Suostun myös haastattelutilanteen nauhoitukseen.

Aika ja paikka

Haastateltava