



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiina Lammi & Jasmin Eskola

# MIELENTERVEYSONGELMIIN KOHDISTUVA LEIMAUTUMINEN

Näkemyserot Vaasan sairaanhoitopiirin alueella

Sosiaali- ja terveysala  
2015

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jasmin Eskola & Tiina Lammi
Opinnäytetyön nimi	Mielenterveysongelmiin kohdistuva leimautuminen. Näkemyserot Vaasan sairaanhoitopiirin alueella.
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	103 + 1 liite
Ohjaaja	Ahti Nyman

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka tietyt taustamuuttajat vaikuttavat mielenterveysongelmia koskevien asennekysymyksien vastauksiin. Taustamuuttujina tutkimuksessa olivat ikä, sukupuoli, tunteekeo vastaaja mielenterveyskuntoutujan ja mitä kautta, mahdollinen vastaajan oma kokemus mielenterveyspalveluista (viimeisen 12 kk aikana)/ onko hoidosta ollut hyötyä, sekä onko vastaaja omassa hoidossaan käyttänyt lääkettä. Opinnäytetyössä tutkitaan aineistoja vuosilta 2005, 2008, 2011 ja 2014, sekä selvitetään tutkimusvuosien vastausten välillä esiintyviä merkitseviä eroavaisuuksia. Tavoitteena oli taustamuuttajien välisten asenne-erojen esiin tuominen ja mielenterveyskuntoutujiin liittyvän yleisen asenneilmapiirin selvittäminen Vaasan sairaanhoitopiirin alueella, sekä tiedon lisääntymisen kautta stigman mahdollinen vähentyminen.

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Aineistona opinnäytetyössä käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tekemää kyselytutkimusta. THL on toteuttanut neljä kyselytutkimusta vuosien 2005–2014 aikana Pohjanmaan eri sairaanhoitopiireille. Tämä opinnäytetyö rajoittuu vain Vaasan sairaanhoitopiiriin kuuluvien vastauksiin. Aineisto on syötetty SPSS-ohjelmaan, jonka avulla tuloksia on tilastollisesti tarkasteltu käyttämällä frekvenssejä ja riippuvuuksien tutkimiseksi ristiintaulukointia, Spearmanin korrelaatiokerrointa sekä Khiin neliötestiä. Tulokset on esitetty tekstinä, sekä taulukoin ja kuvioin.

Tulokset osoittivat, että taustamuuttajilla oli yhteyksiä stigmaa tutkivien asennevääntämien vastausten kanssa. Millään taustamuuttujalla ei kuitenkaan ollut yhteyttä jokaisena tutkimusvuotena tai jokaisen asennevääntämän kohdalla. Tulokset osoittivat, että iäkkäämmät henkilöt, miehet, sekä henkilöt joilla ei ollut kokemusta mielenterveyskuntoutujista, omasivat hieman negatiivisemmat mielipiteet. Myönteisemmät käsitykset olivat henkilöillä, jotka tunsivat kuntoutujan jotakin kautta. Näin oli myös heillä, jotka olivat kokeneet mielenterveyspalvelun oman mielenterveysongelman hoidossa hyödyllisenä sekä vastaajilla, jotka olivat käyttäneet lääkettä mielenterveyspalvelussa. Mielenterveyspalveluista omakohtaista kokemusta omaavien vastauksista ei voinut tehdä luotettavaa johtopäätöstä asennoitumisesta mielenterveysongelmiin, koska vastaukset jakautuivat niin epätasaisesti ja ristiriitaisesti.

## ABSTRACT

Author	Jasmin Eskola and Tiina Lammi
Title	Stigmatizing Attitudes towards People with Mental Illness. Different Viewpoints in the Area of Vaasa Hospital District.
Year	2015
Language	Finnish
Pages	103 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Ahti Nyman

---

The purpose of this bachelor's thesis was to research how certain background variables influence the responses to questions concerning attitudes related to mental illnesses. Background variables in this research were age, gender, if the respondent knows (and what this relationship is) anyone going through mental health rehabilitation, if the respondent him/herself has experience of using mental health services (during the last 12 months)/, if the treatment has been useful and if the respondent him/herself has received pharmacotherapy. The data was compiled in 2005, 2008, 2011 and in 2014. The focus was also on looking at if there are any significant differences between the material from different years. The aim is to find what the role of the background variables is and what the general attitude toward people in mental rehabilitation is in the area of Vaasa Hospital District. A further aim was to decrease the stigmatizing attitudes through giving more information about the topic.

The study is a quantitative research. The material was a survey made by the National Institute for Health and Welfare (THL). THL has carried out four surveys to different Hospital Districts at Ostrobothnia during years 2005–2014. This thesis is limited only to responses in Vaasa Hospital District. The material was entered to SPSS-software which was used for statistical analysis of the results by using frequencies and cross tabulation, Spearman's correlation coefficients and chi-square test to research their dependencies. The final results are introduced in written form as well as with tables and graphs.

The final results indicated that background variables correlated with the responses to the questions concerning stigmatization. None of the background variables correlated with all material or every statement. The results showed that elderly people, men and people who had no experience of people in mental rehabilitation, had slightly more negative attitude towards mental illness. The most positive attitude towards mental illness appeared to be with people who already knew someone who was in mental rehabilitation or with people who had experienced that using the mental health services had been beneficial and with the respondents who had received pharmacotherapy themselves. The responses to questions about own experiences varied so much that no reliable conclusions could be made based on them.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	10
2	MIELENTERVEYSPALVELUT .....	12
	2.1 Mielenterveystyö.....	12
	2.2 Mielenterveysongelmat.....	14
	2.3 Mielenterveyskuntoutuja.....	16
	2.4 Vaasan sairaanhoitopiiri.....	17
3	ASENTEET JA ENNAKKOLUULOT.....	21
	3.1 Asenteet.....	21
	3.2 Ennakkoluulot.....	22
	3.3 Häpeä tunteena.....	22
	3.3.1 Häpeä ja yhteisöllisyys.....	24
	3.3.2 Häpeä ja syyllisyys.....	25
4	STIGMA.....	26
	4.1 Stigma käsitteenä .....	26
	4.1.1 Häpeäleiman määritelmä Goffmanin mukaan .....	26
	4.2 Aikaisemmat tutkimukset .....	27
	4.2.1 Aikaisemmat tutkimukset Suomessa .....	29
	4.3 Leimaava mielenterveysongelma.....	31
	4.4 Häpeäleiman synty.....	33
	4.5 Häpeäleiman fyysiset seuraukset .....	34
	4.6 Identiteetti .....	34
	4.6.1 Kategorisointi.....	35
	4.6.2 Leimautunut identiteetti .....	36
	4.7 Häpeäleiman poistaminen.....	36
5	TUTKIMUSMENETELMÄT .....	40
	5.1 Aineisto.....	40
	5.2 Tutkimusmenetelmät.....	43
	5.3 Aineiston analyysi.....	44
	5.4 Luotettavuus.....	45

	5
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	47
6.1 Tutkimuksen taustatiedot.....	47
6.1.1 Ikä.....	47
6.1.2 Sukupuoli.....	49
6.1.3 Vastaajien omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista.....	49
6.1.4 Vastaajien omat kokemukset mielenterveyspalveluiden käytöstä viimeisen 12 kk aikana.....	51
6.1.5 Vastaajien kokemus käytetyn mielenterveyspalvelun hyödyllisyydestä.....	56
6.1.6 Vastaajien käyttämien mielenterveyspalveluiden sisältämä lääkehoito.....	58
6.2 Asennekysymykset.....	61
6.2.1 Vastaajien käsitykset mielenterveysongelmasta sairautena.....	62
6.2.2 Vastaajien näkemyksiä yhteiskunnan panostuksesta mielenterveysongelmiin.....	68
6.2.3 Vastaajien kokemukset stigmasta arkipäivissään.....	75
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	86
7.1 Vastaajien yleinen asennoituminen mielenterveysongelmia kohtaan.....	86
7.2 Taustamuuttujien yhteys tutkimustuloksiin.....	87
7.2.1 Ikä.....	87
7.2.2 Sukupuoli.....	89
7.2.3 Vastaajien omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista.....	90
7.2.4 Vastaajien omat käyttökokemukset mielenterveyspalveluista viimeisen 12 kk aikana.....	94
7.2.5 Vastaajien kokemus käyttämiensä mielenterveyspalveluiden hyödyllisyydestä.....	96
7.2.6 Vastaajien kokemus lääkehoidon käytöstä mielenterveyspalvelussa.....	97
7.3 Tutkimuksen eettisyys.....	99
7.4 Pohdinta.....	100
LÄHTEET.....	104
LIITTEET	

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

<b>Kuva 1.</b>	Vaasan sairaanhoitopiiriin kuuluvat jäsenkunnat (Vaasan sairaanhoitopiiri 2015).	s.19
<b>Kuvio 1.</b>	Vastaajien kokonaismäärä vuosina 2005, 2008, 2011 ja 2014 (n=vastaajien lukumäärä).	s.41
<b>Kuvio 2.</b>	Ikäjakauma vuosittain kyselyyn vastanneiden kesken (%).	s.48
<b>Kuvio 3.</b>	Vastaajat sukupuolen mukaan vuosina 2005, 2008, 2011 ja 2014 (%).	s.49
<b>Kuvio 4.</b>	”Kyllä”- vastausten osuus kaikista ”Tunnetko mielenterveyskuntoutujan...?” kysymykseen vastanneista vaihtoehdottain (%).	s.50
<b>Kuvio 5.</b>	Vastaajien käyttämät eri mielenterveyspalvelut viimeisen 12kk aikana kuvattuna vuosittain (vain palveluita käyttäneet vastaajat) %.	s.52
<b>Kuvio 6.</b>	Oman mielenterveyspalveluiden käyttökokemuksen omaavien vastaajien mielipiteiden jakauma hoidon hyödyllisyydestä vuosittain (%).	s.56
<b>Kuvio 7.</b>	Lääkehoitoa saaneiden osuus mielenterveyspalveluita käyttäneistä vuosittain (%).	s.59
<b>Kuvio 8.</b>	Vastaajien mielipiteiden jakauma vuosittain väittämän ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” kohdalla (%).	s.62
<b>Kuvio 9.</b>	Miesten ja naisten mielipiteiden vuosittainen jakauma (%).	s.63

<b>Kuvio 10.</b>	Mielipiteiden jakauma vuosittain väittämän ”Mielen- terveyspotilaat ovat arvaamattomia” kohdalla (%).	s.65
<b>Kuvio 11.</b>	Sukupuolten välinen jakauma vuosittain (%).	s.66
<b>Kuvio 12.</b>	Vastaajien mielipiteet vuosittain avohoidon panos- tukseen liittyvän väittämän kohdalla (%).	s.68
<b>Kuvio 13.</b>	Sukupuolten välinen mielipiteiden jakauma vuosit- tain (%).	s.69
<b>Kuvio 14.</b>	Vastaajien asenteiden jakautuminen vuosittain väit- tämän ”Terveydenhuollon henkilökunta ei ota vaka- vasti mielenterveysoireita” kohdalla (%).	s.71
<b>Kuvio 15.</b>	Miesten ja naisten mielipiteiden jakautuminen väit- tämän kohdalla (%).	s.73
<b>Kuvio 16.</b>	Vastaajien vuosittainen jakauma väittämän ”Jos ker- too omista mielenterveysongelmista, ystävät jättä- vät” kohdalla (%).	s.75
<b>Kuvio 17.</b>	Miesten ja naisten välinen mielipiteiden jakauma vuosittain (%).	s.77
<b>Kuvio 18.</b>	Vastaajien mielipiteiden jakauma vuosittain väittä- män ”On vaikea puhua mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa” kohdalla (%).	s.78
<b>Kuvio 19.</b>	Sukupuolten välinen mielipiteiden jakauma vuosit- tain (%).	s.80

- Kuvio 20.** Mieli piteiden jakauma vastaajien kesken vuosittain väittä män ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielen terveysongelmasta, työsuhde vaarantuu” kohdalla (%) s.82
- Kuvio 21.** Miesten ja naisten välinen mieli piteiden jakauma (%) s.84
- Taulukko 1.** Cronbach’s Alpha luku vuosittain kuvaamassa asenneväittä mi en yhteneväisyyttä. s.46



**LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemä kyselylomake v. 2014

## 1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat herättävät ihmisissä usein monenlaisia ajatuksia. Vaikka mielenterveysongelmista puhutaan nykyään avoimemmin, on tyyli usein negatiivisesti leimaavaa. Suurimmat haasteet mielenterveysongelmista toipuvalla ja mielenterveystyön kehittämiseksi ovatkin häpeäleima ja syrjintä (Wahlbeck 2014). Elämä mielenterveyshäiriön kanssa olisi varmasti haastavaa tässä hektisessä ja suorituksia ihannoivassa yhteiskunnassamme jo ilman häpeäleiman aiheuttamaa painolastiakin.

Teemme opinnäytetyön Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle, jolta saimme myös työhöme valmiin tutkimusaineiston. Tutkimuksemme aiheena on tutkia Vaasan sairaanhoitopiirin alueella asuvien ihmisten yleistä asenneilmapiiriä mielenterveysongelmiin liittyen. Tarkoituksena on saada tietoa mielenterveysongelmiin kohdistuvasta stigmasta. Tässä tutkimuksessa selvitämme, kuinka tietyt muuttajat vaikuttavat vastaajien mielipiteisiin mielenterveysongelmiin liittyvistä asioista. Taustamuuttujina ovat ikä, sukupuoli, tunteeiko vastaaja mielenterveyskuntoutujan ja mitä kautta, vastaajien mahdollinen kokemus mielenterveysongelman takia käytetystä terveystalvasta viimeisen 12 kuukauden aikana/ onko siitä ollut hyötyä sekä onko hoidon aikana käytetty lääkehoitoa. Tutkimme näiden muuttajien vaikutusta asennekysymysten vastauksiin sekä sitä, ovatko tulokset vaihdelleet tutkimamme vuosien 2005, 2008, 2011 ja 2014 aikana. Pyrimme selvittämään, onko näiden yhdeksän vuoden aikana tapahtunut muutoksia vastaajien asennoitumisessa.

Tutkimuksen aihe herätti meissä heti mielenkiinnon. Ensinnäkin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän alkuperäisen tutkimuksen laajuus veti puoleensa – runsaan vastaajajoukon vuoksi meidän on mahdollista saada kattavia tuloksia. Olemme molemmat olleet harjoittelussa päihdepalveluissa, joissa kohtasimme asiakkaita, joilla oli myös mielenterveysongelmia. Huomasimme siellä, että asiakkaat törmäävät eri palveluissa leimautumiseen ja ennakkoluuloihin, joten on mielenkiintoista tutkia asiaa tarkemmin. Nyt jälkeinpäin ajateltuna itsellämmekin oli mielenterveyskuntoutujista aikaisemmin liian yksipuolinen kuva. Koulutuksemme

myötä koemme näkemyksen laajentuneen ja ymmärrämme, että kuka vain voi sairastua.

Tutkimuksemme aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä mielenterveysongelmat ovat kasvava ongelma ja ne vaikuttavat kokonaisvaltaisesti niistä kärsivien henkilöiden elämään. Tätä kautta mielenterveysongelmilla on radikaali yhteys myös yhteiskuntaamme, sillä esimerkiksi leimautumisen pelon takia apua mielenterveysongelmiin ei uskalleta hakea. Se taas voi johtaa syrjäytymiseen ja väliinpuotoamiseen, joka aiheuttaa mittavia kustannuksia yhteiskunnallemme.

Olemme kiinnostuneita ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä ja tämän tutkimuksen tuottamalla tiedolla pyrimme saamaan selville tärkeimpiä kohderyhmiä, joille tietoa mielenterveysongelmista tulisi suunnata. Näkemyksemme mukaan stigmasta ei myöskään puhuta tarpeeksi osana mielenterveysongelmia, joten sen tutkimisella pyrimme saamaan tärkeää tietoa ja herättelemään ajatuksia lukijoissa. Opinnäytetyömme pohjalla on pyrkimys edistää tasavertaisuutta ja suvaitsevaisuutta, jotka mahdollistavat hyvinvoinnin lisääntymisen.

## 2 MIELENTERVEYSPALVELUT

Tässä luvussa kerrotaan aluksi mielenterveystyöstä mielenterveyslain (L14.12.1990/1116) mukaisesti, sekä esitellään myös tutkimukseen oleellisesti liittyviä tekijöitä kuten mielenterveyskuntoutuja ja Vaasan sairaanhoitopiiri.

### 2.1 Mielenterveystyö

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä. Vuonna 1990 julkaistussa mielenterveyslainsäädännössä mielenterveystyö on lisäksi määritelty mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi (L14.12.1990/1116). Mielenterveystyöhön kuuluu lain velvoittamana myös kansalaisten elinolosuhteiden kehittäminen sillä tavoin, että ne edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 120). Laissa todetaan, että henkilöille on heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa ja häiriönsä vuoksi järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, eli mielenterveyspalveluita (L14.12.1990/1116). Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Mielenterveyslaki (L14.12.1990/1116) määrittää, että kuntien tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa (L1326/2010) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa sosiaalihuoltolain (L710/1982) mukaan. Terveydenhuoltolaki (L30.12.2010/1326) osoittaa, että terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Muutoinkin kun palvelut tuotetaan eri toimijoiden järjestäminä, on varmistettava, että palveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Se edistää oma-aloitteista hoitoon hakeutumista sekä itsenäistä suoriutumista tuettunakin. Terveydenhuoltolakiin mielenterveystyön osalta kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta, sekä tarpeenmukainen yksilön

ja perheen psykososiaalinen tuki. Lisäksi siihen kuuluu yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä tilanteissa sekä mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. (L30.12.2010/1326.)

Kunnan tai kuntaliiton tulee huolehtia, että mielenterveyspalvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan väestön tarvetta ja niiden tulee olla ensisijaisesti avopalveluja (Noppari ym. 2007, 121). Oman perusterveydenhuollon ja järjestämänsä psykiatrisen hoidon lisäksi kuntien on mahdollista tuottaa palvelua ostamalla palveluita joko alueensa sairaanhoitopiiriltä tai muilta, kuten yksityisiltä palveluntuottajilta (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 14). Kunnat järjestävät palveluita asukkailleen hyvin eri tavoin. Myös monet kolmannen sektorin edustajat ovat tärkeitä erityisesti matalankynnyksen ja erityisryhmien mielenterveyspalvelujen järjestäjinä. Kansalaisjärjestöt ovat kantaneet oman vastuunsa palvelujen tarjoamisesta. Tunnettu esimerkki kansalaisjärjestöistä on Suomen Mielenterveysseura. (Noppari ym. 2007, 121, 125.)

Mielenterveystyö on laaja-alaista toimintaa peruspalveluista erikoissairaanhoidon (Noppari ym. 2007, 124). Mielenterveyspalveluja on olemassa hyvin monipuolisesti. Vaikeasti sairaille on vaativia hoitoja, kun taas lievimmistä häiriöistä kärsiville on erilaisia neuvonta- ja tukipalveluja (Harjavalta ym. 2006, 14). Perusterveydenhuollon rooli korostuu ensimmäisenä palvelutahona, jossa keskeisempänä toimijana on terveyskeskus erilaisine toimintamuotoineen. Toinen merkittävä taho on erikoissairaanhoido, joka jakautuu avo- ja laitoshoidon (Noppari ym. 2007, 125). Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa korostuvat nykyään keskeisimpinä avohoitokäynnit. Laitosorganisaation muodostavat psykiatriset sairaalat. Niitä tarvitaan, kun avohoidon toimenpiteet eivät ole riittäviä mielenterveydenhäiriöistä johtuvien ongelmien hallitsemiseksi. Psykiatrista sairaalahoitoa on laidasta laitaa, lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. Myös laitoshoidon ja avohoidon väliin on kehitetty palveluita, jotka tukevat avohoittoa ja kuntoutumista. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset asumispalvelut, työtoiminta, päiväsairaanhoito ja päivätoimintakeskukset. (Harjavalta ym. 2006, 14.) Lain mukaan riittävän hoidon ja palvelun lisäksi mielenterveyshäiriötä

potevalle henkilölle on järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvä tuki- ja palveluasuminen (L14.12.1990/1116).

Avohoitokeskeisyys on yksi merkittävimmistä kehityksen suuntauksista mielen-terveystyössä. Psykiatristen potilaiden laitoshoidtoa vähennetään ja heitä pyritään kuntouttamaan takaisin avoimeen yhteiskuntaan. (Hintsanen 2009.) Avohoitopalvelut ovat tärkeitä inhimillisistä, taloudellisista ja hoidollisista syistä. Monipuoliset avopalvelut lisäävät hyvinvointia ja avohoitopalveluihin satsaaminen on yleensä vaikuttavampaa kuin panostaminen laitospalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 43.) Avohoitokeskeisyys on myös kansainvälisesti psykiatrisen hoidon kehittämisen linjaus. Sosiaali- ja terveysministeriön (2013,46) laatiman mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan asiakkaalla tulisi vuoteen 2015 mennessä olla monimuotoisia avohoidtoa tukevia palveluja. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Sosiaali ja terveysministeriö 2013, 47) tuodaan esille, että vahvistamalla avomuotoisia mielenterveyspalveluja psykiatrisen sairaalahoidon tarve tulee pienentymään työryhmän arvion mukaan siten, että vuonna 2015 tarvitaan enää n. 3000 psykiatrista sairaansijaa.

## **2.2 Mielenterveysongelmat**

Mielenterveyden ongelmat ja mielenterveyshäiriöt ovat suomalaisten keskuudessa todella yleisiä. Arviolta n. 1/5 suomalaisista kärsii niistä tälläkin hetkellä. Omana sairausryhmänä ne ovat suurin ja merkittävin työkyvyttömyyden syy. Mielenterveysongelmat herättävät julkisuudessa paljon keskustelua ja erilaisia mielipiteitä. Muun muassa ongelmien syistä ja siitä osataanko ongelmia hoitaa oikein, keskustellaan paljon. Mielenterveysongelmat aiheuttavat enemmän kärsimystä verrattuna pelkkiin fyysisiin sairauksiin häpeän ja salailun vuoksi. (Jaatinen 2004, 13.)

Yksilölliset kokemukset ja tekijät vaikuttavat yksilön mielenterveyteen. Erilaisiin elämäntapahtumiin liittyvät vastoinkäymiset, kuten läheisen kuolema, voivat horjuttaa mielenterveyttä. Mielenterveyshäiriö siitä muodostuu silloin jos sitä ei voi tulkita normaaliksi reaktioksi vakavaan vastoinkäymiseen ja mikäli tila jatkuu pitkempään kuin kaksi viikkoa. (Jaatinen 2004, 13.) Toisin sanoen mielenterveyden

häiriöstä on kysymys, kun oireet aiheuttavat kärsimystä tai psyykkistä vajaakuntoisuutta, rajoittavat toiminta- ja työkykyä sekä osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia. Vakavimmillaan ne voivat vammauttaa lähes täysin ja sulkea ihmisen yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Ympäristö vahvistaa sekä kuluttaa mielenterveyttä. Erityisasiantuntija Pirjo Koskinen-Ollonqvistin (2012) mukaan hyvä mielenterveys on elämän pituinen oppimisprosessi, jossa käydään vuoropuhelua ympäristön kanssa ja jossa ympäristön sosiaaliset rakenteet ja olot ovat merkityksellisiä. Yhteisöjen arvot ja yksilöiden asenteet ovat osaltaan joko heikentämässä tai parantamassa kansalaisten mielenterveyttä. Sillä miten mielenterveyden häiriöihin suhtaudutaan, on erittäin suuri vaikutus yksilöiden mielenterveyteen. Syrjitäänkö mielenterveysongelmista kärsiviä, ja kuinka ihmisten keskinäinen kunnioitus, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus toteutuvat? (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 7.)

Nykyajan yhteiskunnallinen tilanne on omiaan ruokkimaan mielenterveyshäiriön syntyä. Julkisesti puhutaan paljon työelämässä ahkeroivien ihmisten uupumisesta ja sitä kautta mielenterveysongelmista. Yhteiskunnan kiivastahtinen ja uuvuttava työtahti edellyttävät hyvää fyysistä ja psyykkistä kuntoa. Myös taloudellinen epävarmuus (työttömyyden pelko ja pätkätyöt), voivat aiheuttaa henkilön voimavarojen vähenemistä. Nämä asiat eivät tietenkään kaikissa tapauksissa johda mielenterveysongelmiin, mutta ne aiheuttavat suuren riskin. (Jaatinen 2004, 11–12.)

Sairastuneen inhimillisten kärsimysten lisäksi mielenterveyshäiriö aiheuttaa yhteiskunnallisia kustannuksia. Kustannuksiin sisältyvät terveydenhuollossa mielenterveyden hoitoon käytetyt menot, eläkemenot, sairausvakuutuskustannukset ja lääkekustannukset. Jos välilliset kustannukset, kuten menetetyn työpanoksen arvo, menetetty verotulo, sekä menetetyn elämän arvo ja omaisille aiheutunut suru otettaisiin laskelmissa huomioon, olisi loppusumma moninkertainen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009,9.)

Vuonna 2012 psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettiin 157 135 potilasta. Naisten ja tyttöjen sekä miesten ja poikien yleisimmät diagnoosit eroa-

vat toisistaan. Skitsofrenia oli miehillä yleisin vuodeosastohoitoa vaativa psykiatrinen sairaus, naisilla masennus. Miehillä alkoholin sekä lääkkeiden ja päihteiden käyttö oli myös yleinen vuodeosastohoidon syy, kyseiseen diagnoosiryhmään kuuluvien sairauksien takia vuodeosastohoidossa hoidetuista 72 prosenttia oli miehiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

### 2.3 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, joka on sairastunut psyykkisesti ja hän saa siihen psykiatrasta hoitoa. Sairastumisen alkumetreillä yksilön voi olla todella vaikea ymmärtää, mitä hänelle on tapahtumassa. Kokemus on hämmentävä ja outo, sillä oma minuus tuntuu muuttuvan. Kun ihminen sairastuu, kohtaa hän monenlaisia kysymyksiä. (Koskisuus 2003, 11.) Voiko tästä parantua? Mitä minä nyt teen? Vaikein kysymyksistä on luultavasti ”Miksi juuri minä sairastuin?”. Ensimmäinen tunne sairauden tai ongelman puhjetessa on yleensä kieltäminen. (Koskisuus 2003, 57–58.) Rekola (2011, 13) toteaa, että ymmärrettävästi omaa psyykkistä pahaa oloa on vaikea myöntää.

Moni kuntoutuja pohtii, kuinka haavoittavaa on tulla kohdelluksi ensisijaisesti mielenterveysongelmaisena riippumatta tilanteesta. Useimmille käykin niin, että hoitoa aletaan hakea vasta kun tilanne on päässyt todella huonoksi. (Koskisuus 2003, 58.) Mielenterveyskuntoutujien on usein vaikea pitää kiinni omista oikeuksistaan. Moni ei tiedä millaisiin palveluihin ja etuuksiin olisi oikeutettu, tai ei varsinkaan osaa eikä uskalla hakea niitä. Arvottomuuden ja epäonnistumisen kokemukset ovat mielenterveyskuntoutujilla yleisiä. (Rekola 2011, 14.)

Sairastumisesta seuraa usein konkreettisia menetyksiä, joita on vaikea hyväksyä. Työkyky voi olla poissa pitkänkin aikaa ja yksilö ei koe olevansa hyödyksi kenellekään. Lisäksi elämän keskeiset roolit (työntekijä, opiskelija, ystävä) voivat kadota tai muuttua. (Koskisuus 2003, 63.) Mielenterveyskuntoutujat joutuvat sairautensa alkuvaiheessa usein tilanteeseen, jossa sosiaalisten verkostojen ja mielekkään tekemisen tilalle tulee toimettomuus, yksinäisyys, sekä syrjäytyminen yhteiskunnasta (Pöyhönen 2003, 9). Näin ei kuitenkaan välttämättä ole, sillä mielenterveysongelmat eivät aina näy ulospäin eivätkä varsinkaan sillä tavalla, joilla ih-



miset yleisesti ne mieltävät. Mielenterveyskuntoutujat yrittävät usein viimeiseen asti peitellä sairauttaan, koska sairastumisvaihe ja diagnoosin saaminen ja siitä usein seuraava sairausloma koetaan erityisen leimaavaksi. (Rekola 2011, 13–17.) Tämä on suurin syy siihen, että hoitoon hakeutumista lykätään (Korkeila 2011, 23). Toisaalta osa on sitä mieltä, ettei halua hävetä sairastumisestaan ja heille diagnoosin saaminen on helpotus, kun omille kokemuksille ja tuntemuksille vihdoin tulee nimi (Rekola 2011, 13–17).

Syrjäytymisen vaara on monella tavalla haitallinen ilmiö mielenterveyskuntoutujalle. Sen lisäksi, että tämä estää hakemasta apua, leimaa se jo apua hakeneita sekä saattaa johtaa kiusaamiseen ja tarpeettoman itsetunnon laskuun. Jos henkilö ei itse hakeudu hoitoon, voi hänet lain mukaan määrätä tahdosta riippumatta hoitoon vain kolmesta syystä. Hoitoon voidaan määrätä, jos yksilön todetaan olevan mielisairas, tai jos hoidosta jättäytyminen pahentaisi mielisairautta tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta. Hoitoon voidaan määrätä myös, mikäli mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. (L14.12.1990/1116.) Ilman näitä syitä mielenterveyskuntoutujan tai hänen läheisensä on itse otettava yhteys palveluihin, mikä vaatii voimaa ja rohkeutta.

Suru, luopuminen ja masennus ovat läsnä lähes jokaisen mielenterveyskuntoutujan elämässä. Ne ovat kuitenkin osa kuntoutumista ja yleensä lieventyvät vähitellen sen aikana. Sairastuminen aiheuttaa myös vihan tunteita, viha seuraa surua ja epätoivoa. Vaikka vihan kokemusta pidetään yleensä huonona asiana, voi sillä olla myös merkittävä rooli kuntoutumisessa. (Koskisuu 2003, 65.)

Voidaan siis todeta, että psyykkisten sairauksien takia monet läheiset ihmissuhteet ja tulevaisuuden suunnitelmat voivat kärsiä. Sen eristettyä heidät ystävistä, perheistä ja työstä, jää jäljelle pahimmassa tapauksessa vain syrjäytynyt ja alhaisten odotusten ja toivottomuuden maailma (Corcoran 2003, 163).

## **2.4 Vaasan sairaanhoitopiiri**

Terveydenhuoltolain viidennessä luvussa osoitetaan että sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiirin kuntayh-

tymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito vastualueellaan. Vaasan sairaanhoitopiiri on syrjässä yliopistollisista sairaaloista. Nimittäin tällä hetkellä Vaasan sairaanhoitopiiri kuuluu Turun yliopistollisen sairaalan (TYKS) vastualueeseen. On kuitenkin kaavailtu yhteistyötä esimerkiksi Uumajan kaupungin kanssa, josta Vaasan sairaanhoitopiirin hallitus on jo antanut luvan yhteistyötä koskevan sopimuksen allekirjoittamiseen. Keväällä 2015 on käynnistetty pilottihanke, joissa joillekin vapaaehtoisille potilaille tarjotaan hoitoa Uumajassa. Tarkoituksena on testata käytännössä, kuinka potilaiden hoito Uumajassa toimisi. (Hantula 2015.)

Erikoissairanhoidon yhteensovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairanhoidon järjestämissopimus. Sopimus on laadittava kunnallisvaltuustokausittain. Sopimuksen toteutumista on arvioitava vuosittain yhteistyössä alueen kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken, sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset. Erikoissairanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta, sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Lisäksi on varmistettava, että hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen. (L30.12.2010/1326.) Tärkeitä tehtäviä ovat myös palveluiden kehittäminen ja laadunvalvonta. Sairanhoitopiirit huolehtivat tehtäväalueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta yhdessä terveyskeskusten kanssa. (Suomen kuntaliitto 2015.)

Vaasan sairaanhoitopiiriin kuuluu Pohjanmaan rannikkoalueen kaksikieliset, ruotsinkieliset, sekä suomenkieliset kunnat. Vaasan sairaanhoitopiiriin kuuluu reilu 167 000 asukasta. Heistä 51 % puhuu äidinkielenään ruotsia, vajaa 45 % suomea, sekä noin 4 % jotain muuta kieltä. (Nummela 2013.) Vaasan sairaanhoitopiiri eroaa muista sairaanhoitopiireistä siinä, että väestöstä suuri osa on ruotsinkielisiä. (Vuorenkoski & Erhola 2010). Sairanhoitopiirin tärkeimpänä toimintaperiaatteena on erityisosaaminen, sekä yhteistyö (Nummela 2013).

Sairaanhoitopiiriin kuuluvat jäsenkunnat on esitetty kuvassa 1 (Vaasan keskussairaala 2015). Jäsenkuntia ovat Kaskinen, Korsnäs, Kristiinankaupunki, Laihia, Luoto, Maalahti, Mustasaari, Närpiö, Pedersöre, Pietarsaari, Uusikaarlepyy, Vaasa, Vähäkylä ja Vöyri (Maksamaa ja Oravainen vuodesta 2011 alkaen).



**Kuva 1.** Vaasan sairaanhoitopiiriin kuuluvat jäsenkunnat (Vaasan sairaanhoitopiiri 2015).

Sairaanhoitopiiri on jakautunut kolmeksi alueeksi. Vaasan sairaanhoitopiiri järjestää erikoissairaanhoidon palvelut alueensa väestölle. Sairaanhoitopiiri vastaa myös psykiatrian avohoidon järjestämisestä. Keskeisellä alueella on Vaasan keskussairaala, eteläisellä alueella on Selkämeren sairaala, joka sijaitsee Kristiinankaupungissa ja pohjoisella alueella on Pietarsaaren sairaala. Psykiatrian palvelut on sijoitettu pääosin Vaasan keskussairaalaan erillään sijaitsevaan Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikköön, joka on fyysisesti Huutoniemellä. Siellä si-

jaitsevat psykiatrian osastot sekä psykiatrian poliklinikoita (akuuttipsykiatria, psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikka, syömishäiriöt, kuntoutus, psykogeriatría). Vaasan keskussairaalan alueella Hietalahdessa on osa psykiatrian poliklinikoista: yleissairaalapsykiatrian-, lastenpsykiatrian-, sekä nuorisopsykiatrian poliklinikka. Mielenterveystoimistoja sijaitsee Vaasassa, Pietarsaassa Malmin mielen-terveydenhuoltoalueella, sekä Kristiinankaupungissa, jolla on vastaanotto myös Närpiössä. (Wahlbeck 2004.) Muita sairaanhoitopiirin alueella olevia julkisia mielen-terveyspalveluiden tarjoajia ovat kuntien terveyskeskukset.

Nykyään myös Vaasan sairaanhoitopiirin mielen-terveys- ja päihdepalvelut löytyvät Mielenterveystalosta. Mielenterveystalo on kaikille avoin nettipalvelu, joka antaa tietoa aikuisten ja nuorten mielen-terveys- ja päihdeongelmista. (Pohjalainen 2014.) Vaasan sairaanhoitopiirin tarjoamien palveluiden lisäksi mielen-terveyspalveluita Vaasan sairaanhoitopiirin alueella tarjoavat monet järjestöt ja yhdistykset sekä yksityiset palveluntarjoajat (Mielenterveystalo 2015). Myös seurakunnat tarjoavat apua esimerkiksi diakoniatyön avulla.

### 3 ASEENTEET JA ENNAKKOLUULOT

Suomalaisessa yhteiskunnassa on tapana luokitella asioita ja ihmisiä. Vaikka tieto psykiatrisista häiriöistä on lisääntynyt selvästi viime vuosikymmenten aikana, liitetään niihin edelleen aiheettomasti negatiivisia mielikuvia (Korkeila; Oksanen; Joutsenniemi & Sailas 2011, 8.) Tässä osiossa määritellään asenteita ja ennakkoluuloja käsitteenä sekä niiden yhteyttä mielenterveyskuntoutujiin.

#### 3.1 Asenteet

Tunnetuimman asenteiden määritelmän on kehittänyt Gordon Allport (1954). Hänen mukaansa Tähän asti on uskottu, että asenteet ovat yksinomaan opittuja, mutta viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että asenteiden perusta saattaa olla perinnöllinen. (Erwin 2011, 12–13.)

Asenteet ovat jo olemassa ennen niihin liittyvää kohdetta, jotka näin ollen vääristävät suhtautumista tähän kohteeseen. Henkilö näkee kohteessa vahvasti vain haluamansa puolet. Tällöin häneltä jää huomaamatta kohteesta suurin osa. Esimerkiksi henkilö, joka suhtautuu mielenterveyskuntoutujiin negatiivisesti, huomaa mielenterveyskuntoutujassa vain huonot piirteet ja henkilön hyvät puolet jäävät taka-alalle. (Erwin 2011, 13.)

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuu koko ajan henkilöiden välistä viestintää, joka vaikuttaa asenteiden syntyyn. Mielenterveyskuntoutuja saattaa esimerkiksi viestiä olemuksellaan hiljaa paikallaan istuen, että hän haluaa olla rauhassa. (Erwin 2011, 33.) Yleisesti puhutaan, että medially on suuri vaikutus asenteisiin, niiden syntyyn, sekä muotoutumiseen. Kuitenkin tutkimukset näyttävät, että medially on merkittävä vaikutus osaan ihmisistä, mutta toisiin ei lainkaan. (Erwin 2011, 32.) Ihmiset viihtyvät seurassa, jossa on samankaltainen asennepiiri omiin asenteisiin peilattaessa. Mitä samankaltaisemmaksi asenteet arvioidaan, sitä positiivisemmän kuvan ne synnyttävät toisesta ihmisestä. (Erwin 2011, 41.)

### 3.2 Ennakkoluulot

Ennakkoluuloisia asenteita kutsutaan stereotyyppioiksi, jotka voidaan määrittellä virheellisiksi ja jäykiksi yleistyksiksi (Erwin 2011, 19). Yksi merkittävä tekijä väärityneisiin ennakkoluuloihin on tiedon ja empatian puute. Usein unohtuu, että kuka tahansa voi sairastua psyykkisesti ja myös parantua siitä (Kokkonen 2003, 28).

Ennakkoluulot tässä tapauksessa tarkoittavat kielteisiä asenteita mielenterveyshäiriötä sairastavia kohtaan, mutta myös tunteita kuten pelko, viha, kauna, vihamielisyys ja inho. Jos asenteesta on ollut aikaisemmin hyötyä, voi se jäädä pysyväksi. Esimerkiksi lapsi on saattanut ilmaista ennakkoluuloa jotakin ryhmää kohtaan, jolloin vanhemmat ovat positiivisesti vahvistaneet niitä. Tällainen asenteiden vahvistaminen saattaa synnyttää ennakkoluuloja jo varhaisessa vaiheessa elämää. (Erwin 2011, 16.)

Useimpien ennakkoluulojen pohjalta mielenterveyskuntoutuja ei kykenisi tekemään päätöksiä ja hänet nähdään lapsena, joka tarvitsee jatkuvaa huolenpitoa. Heiltä myös usein oletetaan puuttuvan tiedot ja taidot mahdollisuuden toimia yhteiskunnassa täysivaltaisena kansalaisena. Kuntoutujaan kohdistuneiden kielteisten ennakkoluulojen takia ihminen voi alkaa näkemään myös itse itsensä tällaisena. (Sailas 2011, 41–42.)

### 3.3 Häpeä tunteena

Häpeä linkittyy monipuolisesti mielenterveyteen ja sen ongelmiin. Kun ihminen kärsii ylitsepääsemättömästä häpeästä, on hänellä riski sairastua mm. masennukseen, paniikki- ja syömishäiriöihin, sekä itsetuhoisuuteen. Mielenterveyden häiriöt lisäävät häpeän kokemusta entisestään. Pitkään jatkunut huonommuuden tunne syö elämän uskoa ja tulevaisuuden toivoa. Tutkimusten mukaan häpeään liittyvä riittämättömyyden tunne aiheuttaa suuren riskin uupua työelämässä. (Malinen 2010, 170.) Viimeaikaiset häpeätutkimukset ovat tuoneet esille selkeän yhteyden häpeän ja traumaperäisen stressireaktion välillä. Traumaperäinen stressireaktio tarkoittaa oireita, jotka ovat peräisin yhtäkkisestä ja vahvasti tunteita herättävästä

tapahtumasta. Erityisesti he, jotka pyrkivät torjumaan häpeän hyvin voimakkaasti tai jotka ovat rakentaneet vahvan suojamuurin ympärilleen, voivat kokea oireet hyvinkin voimakkaina. (Malinen 2010, 171.)

Häpeä on voimakas ja ihmistä syvästi koskettava tunne, joka syntyy kun huomaamme muiden suhtautuvan meihin tai tekoihimme kielteisesti. Sen myötä ihminen tuntee itsensä heikoksi ja pieneksi. Häpeästä kärsivät ihmiset omaavat myös huonon itsetunnon, eivätkä usko muidenkaan arvostavan heitä. On suuri riski, että tällaiset ihmiset jättäytyvät suosiolla syrjään sosiaalisista kontakteista. (Kettunen 2014, 27.) Aristoteleen mukaan häpeä on jonkin asteinen kunnioittamattomuuden pelko, joka ilmenee samaan tapaan kuin vaarojen pelkääminen. Yhdysvaltalaisfilosofi David Velleman määrittelee häpeän tunteeksi, joka syntyy ihmisen itsearvostuksen laskiessa hänen pohtiessaan sitä, miten muut häneen suhtautuvat. Kanadalaisfilosofi Taylor Charles korostaa, että häpeän tunteen taustalla on aina jokin kulttuuristen merkitysten järjestelmä, jonka kautta ihminen määrittelee tapansa kokea elämää. (Viljanen 2011, 64.) Kaiken kaikkiaan häpeä on tukahduttava ja kokonaisvaltainen olotila (Malinen 2010, 14).

Häpeän tunne voi liittyä siihen, mitä ihminen tekee. Esimerkiksi juopuneena sekoillut henkilö voi kokea häpeää seuraavana päivänä. Toisaalta ihminen voi kokea häpeää pelkästä olemassaolostaan. Varsinkin mielenterveyskuntoutujalle tämä on jokapäiväistä ja tunne on vahva. Pelkästä olemassaolostaan häpeää tuntevaa henkilöä on vaikeampi auttaa. (Kettunen 2014, 17–19.) Ihmisen hävetessään omaa olemustaan, hänen on haastavaa antaa itsellensä oikeutta olla olemassa (Kettunen 2014, 26).

Mielenterveyskuntoutujien kohdalla häpeän tunteeseen liittyy usein pelko sairauden paljastumisesta. He pelkäävät, että sairaus ja sen mukanaan tuoma epäonnistumisen tunne paljastuvat toisille. Mielenterveyskuntoutujat pohtivat heihin kohdistuneiden ennakkoluulojen pohjalta etukäteen, millaisia reaktioita mahdollinen paljastuminen voisi muissa ihmisissä herättää. Tämä aiheuttaa pyrkimyksen estää paljastuminen. (Malinen 2010, 17.) Häpeä ei siis ole vain yksittäisen ihmisen sisäinen tunne, vaan sille on tyypillistä, että se myös leimaa ihmisen sosiaalisia suhteita. Vuorovaikutuksen vähäisyys toisten kanssa johtaa oman mitättömyyden

vahvistumiseen. (Kettunen 2014, 29.) Koska häpeä liittyy sosiaaliseen kanssakäymiseen, pitäisi sosiaaliset suhteet ottaa huomioon häpeästä kärsivää henkilöä auttaessa.

### 3.3.1 Häpeä ja yhteisöllisyys

Kuten edellä on jo todettu, häpeä on sosiaalisiin suhteisiin liittyvää riittämättömyyttä ja huonoutta. Kulttuuri ja historia vaikuttavat häpeän syntyyn ja sen ilmenemismuotoihin. Yleisesti hyväksytyt toiminta- ja käyttäytymistavat vaikuttavat ihmisten välisiin suhteisiin ja heidän toimintaansa. Myös sukujen ja perheiden arvoilla ja perinteillä on suuri merkitys. Näistä poikkeava käytös voi johtaa torjuntaan ja häpeään. On siis kulttuurista ja sitä määrittelevistä arvoista kiinni, millaiset asiat aiheuttavat häpeää, sekä kuinka voimakkaasti sitä koetaan. (Malinen 2010, 19–20.)

Ihminen arvioi omaa käytöstään suhteessa pinnalla oleviin sopivuuskäsityksiin. Suomalaiselle on yleistä ajatella mitä muut hänestä ajattelevat. Se onko ihmisen elämä arvokasta vai arvotonta on Suomessa poikkeuksellisen vahvasti sosiaalisesti määrittynyttä. (Viljanen 2011, 69–70.) Suomessa noloon tilanteeseen joutuminen leimaa enemmän kuin monissa muissa maissa (Malinen 2010, 20). Tämä johtaa siihen, että jo pelkkä pelko häpeälliseen tilanteeseen joutumisesta voi toimia toimintaamme ohjaavana tekijänä. Vaikka mielenterveyskuntoutuja tietäisikin itse, että hänessä ei ole mitään vikaa, on ihmisten identiteetti väkisin sosio-kulttuurisesti määrittynyttä. Tällöin häpeällisestä leimautumisesta on vaikea irrottautua. Nykyään kuitenkin kaupungistunut yhteiskunta on pirstoutunut alakulttuureihin, joilla käsitykset hyvästä elämästä voivat erota suurestikin. On entistäkin vaikeampi löytää sääntöjä, jotka ovat koko kulttuurissa täysin hyväksytyjä tai väheksytyjä. (Viljanen 2011, 71.) Niinpä ei voi yleistää, että koko yhteiskuntamme syrjisi mielenterveyskuntoutujia, vaan asenne-erot voivat vaihdella paljonkin.

Häpeän ja siitä aiheutuvien seurauksien avoin purkaminen ammattiauttajan kanssa auttaa monien mielenterveysongelmien käsittelemisessä. Valitettavasti mielenterveyden ja häpeän yhteyttä ei vielä kukaan tunnista, eikä myönnä. Tästä johtuu, että häpeää ei käsitellä riittävästi terapioissa. Mikäli häpeästä ei puhuta ammatti-



auttajan kanssa sen oikealla nimellä, siitä aiheutuneet ongelmat eivät välttämättä nouse tarpeeksi esille, joka vaikeuttaa parantumista. (Malinen 2010, 172.)

### **3.3.2 Häpeä ja syyllisyys**

Häpeän ja syyllisyyden välinen ero on pieni, mutta tärkeä tunnistaa (Kettunen 2014, 21). Ihmisten on helpompi puhua tuntevansa syyllisyyttä kuin häpeää. Vaikka syyllisyydestä puhuminen lievittää häpeän tunnetta, estää se samalla häpeän kohtaamista ja näin häpeän kahleista vapautumista. (Malinen 2010, 12.) Kettunen (2014, 21) tuo kirjassaan esille, että syyllisyys on häpeää ulkopuolisempi asia. Syyllisyydessä tunteet suuntautuvat ulkopuoliseen kohteeseen, häpeässä sen sijaan ihmiseen itseensä.

Pitkittyessään häpeästä voi tulla sisäistä. Se tarkoittaa sitä, että häpeästä on tullut osa ihmisen minäkuva, ja sen perusteella hän kokee itsensä huonoksi ja kelpaamattomaksi. Siitä on todella vaikea päästä eroon, koska vaikka muut näkisivätkin hänessä kauneutta ja hyvyyttä, näkee tällainen henkilö itsensä aina vääristyneen peilin kautta. (Kettunen 2014, 161.) Ihmisten ennakkoluulot mielenterveyskuntoutujia kohtaan vaikeuttavat kokonaisvaltaisen kelpaamattomuuden tunnistamista ja häpeän kohtaamista, joka olisi ainoa keino päästä vähitellen irti syyllisyyttä aiheuttavista muistoista (Malinen 2010, 15).

## 4 STIGMA

Nykypäivänä hyväksytyjen joukkoon kuulumisen kriteerit ovat kaventuneet. Ihmisen arvo pyritään mittaamaan lähes kaikella sillä, mitä hän kykenee tuottamaan. Arvottomuuden leima luodaan herkästi ja tilan katsotaan vielä helposti olevan itse aiheutettu. (Saaristo 2012.) Tässä luvussa käsitellään stigmaa, johon koko opinäytetyö pohjautuu, sekä sen vaikutuksia mielenterveyskuntoutujan arkeen. Lisäksi esitetään myös aikaisempia stigmaan liittyviä tutkimustuloksia.

### 4.1 Stigma käsitteenä

Stigma on yksi mielenterveyskuntoutujia eniten koskeva käsite. Sana häpeäleima eli stigma on peräisin Kreikasta ja se tarkoitti alun perin kehoon poltettua tai viillettyä merkkiä, joka oli merkki kantajansa moraalisesta poikkeavuudesta ja siitä, että häntä tuli välttää (Korkeila 2011, 20). Myöhemmin tätä sanaa on käytetty yleisesti kuvaamaan lähes mitä tahansa muista eroavaa piirrettä. Lääketieteellisen tutkimuksen mukaan stigmassa on kysymys alemmuudesta ja moraalisesta heikkoudesta (Kaltiala-Heino ym. 2001). Stigmalla tarkoitetaan ei-toivottua sosiaalista leimautumista, joka aiheuttaa mm. häpeää, kärsimystä ja itsearvostuksen laskua. Ihmisarvoa tulisi kohdella kunnioittavasti tilanteesta riippumatta. Mielenterveyshäiriöistä kärsivät henkilöt joutuvat kuitenkin kohtaamaan ennakkoluuloja ja leimaamista usein eri tahojen toimesta (Mielenterveystalo 2014). Stigman on todettu olevan mielenterveysongelmasta kärsivälle jopa itse sairautta raskaampi taakka, se on niin sanotusti kuntoutujan toinen sairaus, joka aiheuttaa ahdistusta hänelle ja hänen läheisilleen (Korkeila 2011, 23).

#### 4.1.1 Häpeäleiman määritelmä Goffmanin mukaan

Häpeäleimaa on määritelty monella tapaa. Sosiologi Erwin Goffman lajitteli häpeäleimat kolmeen eri ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään sijoittuvat sellaiset henkilöt, joita leimataan ruumiin ja fyysisyyden mukaan. Toisessa ryhmässä korostuivat yksilön luonteenpiirteet ja kolmanteen ryhmään liittyivät kansallisuuseroista johtuvat stigmat. Stigman on myös katsottu olevan sosiaalisen jaottelun väline, jonka avulla määritellään, ketkä ansaitsevat kuulua ryhmään. (Korkeila 2011, 20.)

## 4.2 Aikaisemmat tutkimukset

Erwin Goffman (1922–1983) on yksi merkittävimmistä toisen maailmansodan jälkeisistä sosiaalitieteilijöistä. Hän on sosiologian professori ja sosiologian tunnetuimpia hahmoja. Keskeisin kiinnostuksen kohde Goffmanilla oli yksilöiden välinen vuorovaikutus ja sen eri osa-alueiden tutkiminen. Hänen tuotantoaan luonnehditaan usein kutsumalla sitä mikrososiologiaksi, sillä se keskittyy ihmisten kasvokkain vuorovaikutustilanteisiin, ilman niiden ”psykologisointia” tunteiden, motiivien tai psyykkisten prosessien avulla. (Tampereen yliopisto 2015.)

Goffman havaitsi, että yksittäisten kömmähdysten lisäksi hämmennystä vuorovaikutuksessa tuovat siihen osallistuvien sosiaalisesti hyljeksityt ominaisuudet. Hän vakiinnutti sosiaalisen stigman käsitteen vuonna 1963 julkaisemassaan kirjassaan ”Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity” (Pelkonen 2011, 12). Goffman (1986, 5) tuo kirjassa esille ilmiön sosiaalisia ja psyykkisiä vaikutuksia, jotka on koonnut erilaisista kirjallisista lähteistä kokoamiensa haastatteluaineistojen pohjalta. Huomion kohteena on sosiaalisesti leimatun minuuden esittäminen tai piilottaminen. Hän on kiinnostunut keinoista, joilla itseä esitetään ja ”kulissia” ylläpidetään, eikä niinkään tutki stigman kätkemistä ja esittämistä. Niin sanotusti normaalin ja stigmatisoituneen kohtaaminen on Goffmanin mukaan sosiaalisen elämän normaali tilanne, joka paljastaa ihmisen sosiaalisuuden erityisen luonteen. (Tampereen yliopisto 2015.) Kirjassaan Goffman painottaa, että vaikka tyypillisiä sosiaalisia stigmoja aiheuttavat fyysiset poikkeavuudet, luonteen poikkeavuus tai vähemmistöön kuuluminen, on sen syntyminen kuitenkin riippuvainen siitä, millaisessa sosiaalisessa järjestelmässä sitä kulloinkin tarkastellaan. (Goffman 1986, 4-5.) Goffman on hyvin merkittävä henkilö stigman tutkimisessa ja teoretisoinnissa ja lähes kaikki stigmaa käsittelevät myöhemmät tieteelliset kirjoitukset ja määrittelyt pohjautuvat Goffmanin stigmaan (Pelkonen 2011,11).

Vuonna 1999 Ruotsissa järjestettiin Psykyke–kampanja, jonka avulla pyrittiin vähentämään leimautumista. Ruotsissa 2000-luvun alussa huomattiin, miten median antama kuva mielenterveysongelmista vaikuttaa vahvistavasti häpeään. Nämä median luomat alentavat lausunnot mielenterveysongelmista lisäävät ennakkoluuloja, sekä kielteisiä asenteita ennestään. Psykiatrian ammattilaiset ovat tehneet ha-

vaintoja, että nämä ennakkoluulot vaikuttavat oleellisesti heidän potilaisiinsa negatiivisella tavalla. (Östman, Erdner & Ershamma 2004.)

Yhdysvalloissa tehdyn raportin mukaan (The President's New Freedom Commission for Mental Health) on olemassa kolme suurta estettä stigman poistumiseen. Ensimmäinen on sosiaalijärjestelmän monimutkaisuus. Virastot ovat eri rakennuksissa, eikä heidän välillä viestit kulje. Toiset ongelmat olivat hoitoon pääsyn vaikeus, sekä terveydenhuollon palveluiden tarjonnan hajanaisuus. Konkreettisia suosituksia, joilla stigmasta voitaisiin päästä eroon, ovat itsemurhien ennaltaehkäisy, sekä se, että mielenterveysongelmille annetaan sama painoarvo kuin esim. somaattisille sairauksille. (Östman ym. 2004.)

Stigma on saanut paljon huomioita maailmanlaajuisesti. Muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa ja Saksassa on yritetty puuttua leimautumiseen. World Psychiatric Association on luonut erityisen ohjelman, joka pyrkii vähentämään leimautumista. Kanadassa pidettiin vuonna 2003 maailmankongressi, jonka aiheena oli leimautumisen tutkiminen. Tutkimuksissa on tullut selvästi ilmi, että leimautuminen on merkittävä este psyykkisten sairauksien paranemisessa. (Östman ym. 2004.)

Kansainvälisessä leimautumiseen liittyvässä ”Vahva ympäri maailmaa” tutkimuksessa on käynyt ilmi, että eri kulttuureissa on osaksi mielenterveyttä muotoiltu universaali leimautumisen ”selkäranka”. Tutkimuksessa oli tutkijoita 16 eri maasta mukaan lukien Yhdysvallat, Saksa, Espanja, Iso-Britannia, Unkari, Bulgaria, Bangladesh, Kypros, Etelä-Korea, Islanti, Filippiinit, Uusi-Seelanti ja Etelä-Afrikka. Siinä tutkittiin pääasiassa leimautumista liittyen masennukseen ja skitsofreniaan jokaisen eri kulttuurin näkökulmasta. Tutkimuksessa haluttiin tietää, kuinka korkealla tietotaso mielenterveysongelmista on eri maissa, jotta ymmärrettäisiin että hoitoa tarvitaan ja sitä etsittäisiin. Tuloksena oli, että eri maiden tasolla mielenterveyden lukutaito on melko hyvä. Mutta tutkimus myös osoittaa, että maasta riippumatta on olemassa asioita, jolloin mielenterveysongelmainen kokee syrjintää ja ennakkoluuloja. Näitä ovat muun muassa mielenterveysongelmaisen asema viranomaisena, opettajana sekä sellaisena muuna ammatinharjoittajana, jolloin ihmiset ovat huolissaan mielenterveysongelmaisen arvaamattomuudesta. Tut-

kimus osoittaa hyvin, että stigma ei ole vain tunne häpeästä vaan se vaikuttaa moniin tärkeisiin asioihin. Esimerkiksi siihen, kuinka terveydenhuollon resursseja ollaan valmiita omistamaan mielenterveydelle. Globan Burden of Disease Study osoitti, että vuoteen 2020 mennessä masennus tulee olemaan toiseksi suurin syy sairastavuuteen, eikä se siltikään saa tarpeeksi yhteiskunnallista huomiota. Myös tämänkin tutkimuksen mukaan tunne leimautumisesta tuo lohkon mielisairauden ja hoidon välille, vaikka hoito voisi paljolti auttaa mielenterveysongelmasta kärsiviä. (Terveys 2015.)

#### **4.2.1 Aikaisemmat tutkimukset Suomessa**

Suomessa stigmaa on tutkittu jo lähes viidenkymmenen vuoden ajan. Tutkimukset voidaan jakaa kolmeen keskeiseen tutkimuslinjaan. Pisimpään on tutkittu väestössä vallitsevia asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan, joko postikyselyin tai puhelinhaastatteluin. Toinen tutkimuslinja on keskittynyt mielenterveyskuntoutujien käsityksiin syrjinnästä ja häpeästä, tutkien mm. sitä kuinka ammattilaisten käyttämät diagnoosit ja niihin liittyvä kieli, vaikuttavat kuntoutujien identiteettiin ja itsensä leimaamiseen. Kolmannessa tutkimuslinjassa on tutkittu tiettyjen ryhmien, esimerkiksi opiskelijoiden asenteita mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan. (Aromaa & Wahlbeck 2011, 73.)

Jo ensimmäisessä stigma-tutkimuksessa suomalaisten asenteista mielenterveysongelmiin, Airi Laine ja Ville Lehtinen tutkivat vuonna 1973 sukupuolen, iän ja koulutuksen vaikuttavuutta asenteisiin. Tässä tutkimuksessa vertailtiin maaseutu-kaupungin ja maalaiskunnan väestöjen asenteita. Olettamuksena oli, että maalla asuvat olisivat kielteisimpiä. Tuloksissa kuitenkin selvisi, että näin ei ole. Tutkimuksessa puolestaan osoittautui, että molemmilla paikkakunnilla miehet suhtautuivat naisia myönteisemmin mielenterveyskuntoutujiin, sekä korkeammin koulutetuilla oli myönteisempi asennoituminen. Tätä asteikkoa on käytetty myöhemminkin stigma- tutkimuksissa. Näissä tutkimuksissa tulokset ovat vahvistuneet ja lisäksi nuorempi ikä on yhdistetty myönteisempään suhtautumiseen. Tulosten perusteella Markku Ojanen on tehnyt tutkimuksen, jossa hän ennustaa asenteiden muuttuvan vähitellen myönteisimmäksi väestön koulutustason noustessa. (Aromaa & Wahlbeck 2011 75.)

Tuoreimpia väestötutkimuksia ovat kehitelleet Esa Aromaa, Jyrki Tuulari, Asko Tolvanen ja Kristian Wahlbeck. Näihin tutkimuksiin on laadittu uusia suomalaisia mittareita häpeäleiman, asenteiden ja mielenterveyden tietoisuuden mittaamiseen Länsi-Suomessa toteutetun toistuvan postikyselyn avulla. Näissä kyselyissä mielenterveysongelmiin katsottiin liittyvän erilaisia kielteisiä seuraamuksia ihmissuhteissa, terveyspalveluissa ja työelämässä. Vuonna 2008 kerätyn kyselyaineiston avulla tutkittiin myös tekijöitä, jotka vaikuttavat asenteisiin, joiden mukaan masennus on tahdosta riippuva asia, sekä ihmisten halua pitää etäisyyttä mielenterveysongelmista kärsiviin. Tuloksista kävi ilmi, että naisten, korkeammin koulutettujen, sekä ruotsia äidinkielenään puhuvien asennoituminen masennukseen oli suvaitsevampaa. Tulokset muuttuivat päinvastaiseksi, kun tutkittiin halua pitää sosiaalista etäisyyttä mielenterveyskuntoutujiin. Avoimempia sosiaaliselle kontaktille olivat nuoret, miehet ja suomea äidinkielenään puhuvat. Myös omakohtainen kokemus tai läheisen kokemus masennuksesta lisäsi halukkuutta olla tekemisissä mielenterveysongelmaisen kanssa. (Aromaa & Wahlbeck 2011, 75-76.)

Esa Aromaa on tehnyt väitöskirjan 2012 ”Suomalaisen väestön asenteet mielenterveyden häiriöistä kärsiviä kohtaan”. Hän halusi tutkia, kuinka stigmaat vaikuttavat siihen, miten mielenterveyspalveluita käytetään. Aromaa selvitti väitöskirjassaan mielenterveyden häiriöihin liittyvää leimaavaa asenneilmapiiriä ja sen vaikutusta masentuneille suunnattujen mielenterveyspalveluiden käyttöön. Tutkimuksen yksi keskeinen tulos oli, että ihmiset kokivat vaikeiden tilanteiden mahdollisuuden synnyttämän masennuksen oikeutettuna, mutta heidän mielestään sairastuneiden tulisi ottaa vastuu sairastumisesta ja selviytyä siitä itse. Tästä tuloksesta johtuen, Aromaa (2012, 9-10) korosti, että ihmisten tulisi muuttaa ajatusmaailmaansa ja ymmärtää, että masennukseen sairastuminen ei ole yksilön oma vika, eikä siitä tule selvitä yksin.

Aromaa selvitti, että kommunikointi ja kanssakäyminen mielenterveyskuntoutujien kanssa edesauttavat myönteisempiin asenteisiin. Kokemusasiantuntijoita tulisi käyttää enemmän. Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että suvaitsevaisempia mielenterveyden ongelmista kärsiviä kohtaan olivat ne henkilöt, joilla oli omakohtaisia kokemuksia masennuksesta. He olivat kuitenkin pessimistisempiä toipumisen suh-

teen. Yllättävää oli, että masennus koettiin leimaavana ja häpeällisenä silloin kuin palveluita oli käytetty aktiivisemmin ja masennus oli vakava. Tulokset osoittivat, että mielenterveyshäiriöistä kärsiviin henkilöihin yhdistettiin kielteisiä ominaisuuksia. (Aromaa 2012, 9-10.)

Mielenterveyteen liittyvä häpeäleima on tuotu esille myös monissa pienemmille ja suurillekin yleisöille tarkoitetuissa mielipidekirjoituksissa ja lehtiartikkeleissa. Lisäksi mielenterveyskuntoutujien omista käsityksistä liittyen leimautumiseen on tehty muutamia opinnäytetöitä. Esimerkiksi Marianna Turusen 2010 tekemä opinnäytetyö ”Leimautuminen mielenterveyskuntoutujien kokemana”, sekä Laura Halmeen 2014 opinnäytetyö ”Mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet”. Isompi tutkimus samasta asetelmasta on Mikko Kaireisen tekemä Pro Gradu- tutkielma; ”Kyllä aina on tervetullutta semmonen, et jos voidaan ottaa ihan ihmisenä” : tutkimus skitsofreniaa sairastavan kokemasta stigmasta. (Kareinen 2009.)

### **4.3 Leimaava mielenterveysongelma**

Liisa Saaristo (2012) selvittää, että stigmatisoitumista ruokkivat yhteisön jäsenten toisiinsa kohdistama ennakkoluuloinen ja stereotyyppinen kohtelu, sekä tuomittavuus, jotka ohjaavat vuorovaikutusta häpeäleiman kantajan kanssa (Kaltiala-Heino, Poutanen, Välimäki 2001). Se ilmenee sosiaalisen vuorovaikutuksen tasolla, mutta myös yksilön omana kokemuksena. Mielen sairaus on erityisen altis stigmatisoitumiselle siksi, koska sairaus saattaa näkyä käyttäytymisessä, kokemuksissa ja tunne-elämän alueilla. Näitä on vaikea erottaa henkilöstä itsestään tai hänen persoonallisuudestaan. (Kaltiala-Heino, Poutanen & Välimäki 2001.) Tuoreissa mielenterveyskuntoutujilta kerätyissä kommentteissa on käynyt ilmi, että suurimpana leimaamisen kokemuksen synnyttäjänä on se, ettei kuntoutujaa oteta vakavasti. Vähättely on todella kipeä ja itsetuntoa rajusti alentava kokemus. (Vuorela & Aalto 2011, 35.)

Ihmisten leimaava käytös mielenterveyskuntoutujia kohtaan voi olla hyvinkin näkyvää ja ilmiselvää, mutta yhtä hyvin se voi olla kätkeytynyt pieniin arkipäivän tekoihin ja jopa ilmeisiin. (Jokinen, Huttunen, Kulmala 2004,11.) Potilas voi kuulla kanssaihmissen häpeällisiä kommentteja mielenterveyshäiriöistä. Mediassa

saattaa olla loukkaavia tulkintoja psykoosisairauksista. Sairastuneella saattaa olla tunne siitä, että muut ihmiset välttelevät häntä mielenterveyshäiriön takia (Mielenterveystalo 2014). Stigman kantaminen on voimia vievää, koska ihminen on sen kanssa koko ajan varuillaan. Malisen (2010, 166) mukaan tyypillistä on, että kuntoutuja tarkkailee jatkuvasti muiden puheita ja käyttäytymistä, joiden pienikin viihe leimaamisesta voi saada aikaan vahvoja riittämättömyyden ja kelpaamattomuuden tunteita. Malinen (2010, 166) esittää myös, että leimautumisen mukana tulleen häpeän voi myös torjua. Tämä ei kuitenkaan pidemmän päälle toimi, koska sen kieltäminen syö voimavaroja ja saa aikaan epäaitoutta.

Mikäli mielenterveysongelmista kärsivät samaistuvat ympäristönsä asenteisiin, seuraa siitä itsesyrjintää (Wahlbeck 2014). Sisäisellä stigmalla tarkoitetaan sitä, että ihminen leimaa itse itsensä, eikä tämän takia välttämättä kerro sairaudestaan muille. Kun ihminen ei kelpaa itsellensäkään sellaisenaan kun on, voi mm. työnhaku tai partnerin löytyminen olla vaikeaa. Mitä heikompi itsearvostus on, sitä suuremmaksi leiman merkitys kasvaa, mikä taas heikentää itsearvostusta ja kierre jatkuu edelleen. (Mielenterveystalo 2014.) Haastattelututkimusten mukaan on tavallista, että mielenterveyskuntoutuja jättää hakematta koulutuksiin ja töihin, koska ennakoi ympäristön kielteiset reaktiot. (Korkeila 2011, 23.)

Häpeäleiman uhreja eivät ole vain kuntoutujat itse, vaan heidän läheiset sekä kaikki mielenterveysongelmien parissa työskentelevät henkilöt. Vaikutukset häpeäleimasta ovat paljon laajempia, kuin osataan useimmiten edes ajatella. (Vuorela & Aalto 2011, 32.) Usein perheenjäsenet ja sukulaiset pyrkivät salaamaan läheisen psyykkisen sairauden (Nordling & Toivio 2009, 283).

Mielenterveyshäiriö ei kuitenkaan aina aiheuta leimautumista. Joku hyväksyy poikkeavuutensa käytyään sen läpi, eikä se enää häiritse tai ainakaan hallitse elämää. Tällöin hän voi pystyä puhumaan leimautumisestaan ilman tunteita häpeästä tai riittämättömyydestä (Malinen 2010, 166). Täytyy myös muistaa, että mielenterveyskuntoutujan kokemus stigmasta ei välttämättä ole pysyvää. Tärkeää on, että hänellä on ympärillään ihmisiä jotka hyväksyvät hänet sellaisenaan kun hän on ja näkevät hänet muutenkin kuin sairaana. Kuntoutuksen edetessä ja elämän



muuttuessa leimautumisen tunne voi kadota tai ainakin vähentyä. (Granfelt 1992, 55.)

#### 4.4 Häpeäleiman synty

Professori Eila Sailaksen (2011, 38) mukaan häpeäleiman voi kuvata muodostuvan kolmesta osiosta: tiedon puutteesta, ennakkoluuloista ja näistä kahdesta johdettavasta syrjinnästä. Leimaamisteorian mukaan leiman kohdistaminen mielenterveyskuntoutujaan voi johtaa hänet käyttäytymään kuten stereotyyppinen leima olettaa (Korkeila 2011, 29). Esimerkiksi jos oletetaan, että mielenterveyskuntoutajat ovat leppoisia, päästävät he yleensä ihmiset lähemmäksi ja kokevat olevansa sellaisia. Sen sijaan jos ajatellaan, että mielenterveyshäiriöstä kärsivät ovat aggressiivisia, voi se johtaa taas syrjään vetäytymiseen. Suurin syy häpeäleiman syntymiselle on ihmisten varsin mustavalkoinen kuva mielenterveyskuntoutujista. Näin häpeäleima syntyy, koska ympärillä ihmiset arvioivat yksilöä vain sairauden valossa. (Korkeila 2011, 20.)

Häpeäleima voi myös syntyä ihmisten tarpeettomista peloista mielenterveyshäiriöstä kärsivää ihmistä kohtaan ja tämän takia hänet toivotaan voitavan eristää muiden joukosta (Korkeila 2011, 20). Tällainen syrjäytyminen perustuu hiljaiseen etäisyydenottoon (Saaristo 2012). Häpeäleiman uhreilla on harvoin voimia kyseenalaistaa heihin kohdistuvia määritelmiä tai muuttamaan niitä toisenlaisiksi, vaan he hyväksyvät asemansa (Korkeila, Huttunen, Kulmala 2004, 12). Stigman on katsottu myös nostattavan yhteisön ”normaalien jäsenten” itsetuntoa, jonka avulla he kokevat paremmuutta. Toisen sairauden tuoma epäonni saa oman aseman näyttämään hyvältä. Stigma ei siis synny järkiajattelun pohjalta. (Kaltiala-Heino ym.2001.)

Syy miksi ns. normaalit ihmiset välttelevät kontakteja mielenterveyskuntoutujiin, on yleensä epätietoisuus kuinka stigmaa kantavaan henkilöön tulee suhtautua. Kiinnittääkö stigmaan huomiota vai täytyisikö käyttäytyä kuin sitä ei olisikaan. Tämän vuoksi ”normaali” ihminen voi olla liian varovainen sosiaalisissa kontakteissa hänen pyrkiessään tasapainottelemaan stigman välttelemisen ja liiallisen huomioinnin välillä. (Pelkonen 2011.)

#### 4.5 Häpeäleiman fyysiset seuraukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi keväällä 2010 selvityksen, jossa kerrottiin, että mielenterveyskuntoutujat kuolevat jopa 15 vuotta aikaisemmin kuin muu väestö. Tämä ei johdu pelkästään itsemurhista tai muista riskitekijöistä (yksinäisyys, vähäinen liikunta, huonot elämäntavat), vaan kyse on myös siitä, ketä hoidetaan. Terveyspalveluissa on sekä tiedostamatonta, että jopa tietoisista syrjintää ja tämä näkyy sillä, että mielenterveyskuntoutujien fyysistä terveyttä hoidetaan heikommin kuin muiden ihmisten. Heidän on esimerkiksi muita vaikeampi päästä sepelvaltimoleikkaukseen tai saada kolesterolilääkkeitä. Heidän fyysisiä oireitansa voidaan pitää luulotautina, huomionhakemisena tai psykosomaattisina sivuvaikutuksina ja näin ollen tämä estää heidän pääsyn tutkimuksiin. Tutkimuksista on tullut ilmi, että joka neljäs mielenterveyspotilas ei ole saanut apua fyysisiin vaivoihinsa eikä häntä ole otettu vakavasti. (Vuorela & Aalto 2011, 34.)

#### 4.6 Identiteetti

Ihmisellä on luontainen tarve rakentaa ja ylläpitää omaa erillistä identiteettiään. Identiteetti kertoo, minkälainen ihminen oikeasti on. (Salo & Tuunainen 1996, 54.) Sosiaalinen identiteetti rakentuu, kun yksilö itse tai muut asettavat hänet muottiin, johon liittyvät tietyt ominaisuudet ja toimintatavat (Juhila 2004, 23). Sosiaalipsykologiassa puhutaan sosiaalisesta vertailusta, jota pidetään keskeisimpänä prosessina, jonka kautta ihminen rakentaa identiteettiään ja minäkäsitystään. Toisiin vertailemalla yksilö etsii omaa paikkaansa. (Kettunen 2014, 82.)

Yksilön identiteetti rakentuu sosiaalisesti ja kielellisesti, mikä tarkoittaa sitä, että se on koko ajan muutettavissa ja muokattavissa. Identiteetti ei siis rakennu koskaan eheäksi ja kiinteäksi. Historia, tämä hetki ja tulevaisuus vaikuttavat yksilön identiteettiin. Tämä johtaa siihen, että muilla ihmisillä on melko iso rooli mielenterveyskuntoutujan identiteetin muokkaamisessa ja rakentamisessa. (Hokkila 2013.)

Heikkisen (2011) mukaan mielenterveyshäiriöiden diagnosointi kehittyi koko ajan. Monelle mielenterveyskuntoutujalle diagnoosista on tullut ikään kuin yksi-

lön identiteetti, jonka alta hänet tulisi kaivaa esiin. Identiteetti, jonka mielenterveyskuntoutuja omaksuu, muokkaa hänen kokemuksiaan ja tunteitaan, mutta identiteetti myös muokkautuu niiden vaikutuksesta. Tämän takia häpeäleimasta olisi tärkeä päästä eroon, jotta ympäristön asenteet ja ennakkoluulot eivät olisi estämässä terveen identiteetin rakentumista. (Hokkila 2013.) Huonojen sosiaalisten kokemusten vuoksi voi käydä niin, ettei identiteetti muodostukaan yhteisön sisällä, vaan siitä tulee syrjitty ja leimattu identiteetti.

#### **4.6.1 Kategorisointi**

Yhteiskunnassamme on tavallista ryhmitellä ihmisiä esimerkiksi työntekijöiksi, työttömiksi, opiskelijoiksi jne. Tämän luokittelun avulla ihmiset ymmärtävät toisiaan eri tilanteissa ja suunnittelevat yhteistä toimintaa. Tämä on määritelty kategorisoinnin käsitteeksi. Ne ovat läsnä jatkuvasti ihmisten sosiaalisessa kanssakäymisessä, vaikka sitä ei tiedostaisikaan (Juhila 2004, 21). Kategoriat antavat vinkkejä siitä, kuinka mielenterveyskuntoutujasta tulisi ajatella ja kuinka häneen tulisi suhtautua. Valta ja se mihin ryhmiin henkilö kuuluu, vaikuttavat identiteetin muodostumiseen. Kategorisointi on eron tekemistä, ja erot määritellään usein etuoikeutettujen kategorioiden ehdoilla. Tässä kamppailussa heikoilla ovat vähemmistöryhmiin määrittyvät ihmiset, joiden ääntä ei oteta huomioon kunnolla. Mielenterveyskuntoutajat ovat tänä päivänä yksi näistä ryhmistä. Tällä tavoin ihmiset pyrkivät Mary Douglasin (2000) mukaan järjestämään kokemuksiaan jakamalla asioiden merkityksiä kategorioihin erilaisten luokittelujärjestelmien avulla. Kategoriat ovat sidoksissa kulttuuriin, aikaan ja paikkaan. (Juhila 2002, 21–22.)

Vaikka nykyään korostetaan itsearviointia ja yksilöllisten elämänvalintojen merkitystä, eivät ihmiset ole täysin vapaita määrittelemään omaa identiteettiään, kuten edellä mainituissa esimerkeissä käy ilmi (Juhila 2004, 28). Juhila (2004, 24) kiteyttää, että jos kategorisointi on vahvasti negatiivista, voidaan puhua leimautuneesta identiteetistä.

#### 4.6.2 Leimautunut identiteetti

Leimattuun identiteettiin liittyy vahvoja ja negatiivisia luonnehdintoja. Leimautuminen syntyy kahdesta suunnasta, ensin stereotyyppiset vastakohtaparit luovat identiteettiä ja sen jälkeen institutionaaliset mallitarinat muokkaavat sitä edelleen. Erwin Goffman (1961) tutki laitoksissa, kuten vankiloissa ja mielisairaaloissa elävien ihmisten identiteettejä. Elämiseen näissä laitoksissa ja siellä eläviin ihmisiin liitetään kulttuurisesti pääsääntöisesti kielteisiä piirteitä. Ihmisten, jotka ovat joutuneet tällaisiin negatiivisiin kategorioihin, ajatellaan epäonnistuneen elämässä kokonaisvaltaisesti. (Juhila 2004, 24–26.)

Leimatun identiteetin uhrin tulee jatkuvasti todistella muille, ettei ole leimatun kategoriansa kaltainen. Tällä tavalla leimattu identiteetti tulee ikään kuin kerta toisensa jälkeen uudennetuksi. Tietenkään ei voi yleistää, että ihmiset tulevat aina määritellyiksi vain tämän yhden identiteetin mukaan. Valitettavasti leimatun identiteetin kategoriaan joutuminen on kuitenkin niin hallitsevaa, että useimmissa tilanteissa se herää henkiin. (Juhila 2004, 25–26.)

Ihmisillä on tapana kuvata itseään tavalla, joka vastaa toisten odotuksia eli he käyttävät identiteettiä joita muiden on mahdollista tunnistaa (Juhila 2004, 28). Stigmaa kantavat henkilöt oppivat normaalien reaktiot ja kehittävät siihen suhtautumis- ja reagointitapoja, joiden avulla selviävät näistä kohtaamisista (Pelkonen 2011.) Jopa silloin kun henkilö ei välttämättä koe olevansa alun perin leimatun kaltainen, tarjoavat kanssatoimijat heille leimattua identiteettiä. Nämä tilanteet ovat omiaan luomaan rajoja identiteetin rakentamiselle, mikä voi olla henkilölle jopa ”identiteettivankila”. (Toivio & Nordling 2009, 324.)

#### 4.7 Häpeäleiman poistaminen

Kuten jo aiemmin on tullut esille, kielteisten asenteiden taustalla on usein tietämättömyys psyykkisistä ongelmista, joten tietoa näistä tulisi lisätä. Häpeäleimaa on mahdollista vähentää lisäämällä oikeaa tietoa, näin ollen turhat pelot ja luulot vähenevät. Kuitenkin on näyttöä siitä, ettei pelkkä yksinkertaistava tieto mielen-

terveyden häiriöistä vähennä häpeäleimaa. Eniten on apua kohtaamisilla joko kasvokkain tai median välityksellä. (Wahlbeck 2014.)

Wahlbeckin (2014) mukaan kohtaaminen haastaa ennakkoluulot kaikkein parhaiten. Tasavertaisuus, mahdollisuus selkiyttävään keskusteluun ja yhdessä tekemiseen rikkovat häpeäleimaa ylläpitäviä stereotypioita. Mielenterveyttä käsittelevillä taide-, elokuva- ja musiikkitapahtumilla on saatu myönteisiä tuloksia. Media on suuressa roolissa häpeäleiman vähentäjänä. Medialle tulisi tarjota tarinoita onnistumisista, parantumisista, sekä osallisuudesta negatiivisen uutisoinnin sijaan. Positiiviset uutiset kuitenkin harvoin ylittävät uutiskynnystä ja nykyään häpeäleima näyttäytyykin mediassa laajalti. Mielenterveyden häiriöt yhdistetään usein väkivallantekoihin, vaikka niiden riski mielenterveyskuntoutujilla ei eroa oleellisesti muusta väestöstä. (Wahlbeck 2014.)

Koulutusta ja informaatiota tulisi kohdistaa potilaalle itsellensä, mutta myös heidän perheilleen ja julkisesti palveluille ja yleisölle (Kaltiala-Heino ym. 2001). Eri kanavia hyödyntämällä oikea tieto mielensairauksista ja niistä toipumisesta voi tavoittaa kaikki kansalaiset. Ratkaisevaa on, että psykiatrinen hoito on integroiduttava vielä enemmän muuhun sairaanhoitoon ja yhteiskuntaan. Mielenterveyslaki olisi uudistettava kokonaan, tärkeimpänä päämääränä on oltava häpeäleiman poistaminen. (Korkeila 2011, 36.)

Suomen mielenterveysseura on tuonut mielenterveyden ensiapukurssin Suomeen. Se on yksi tehokkaimmista stigman vähentämisen työmenetelmistä. Ensimmäisenä sitä on käytetty kolmessa pohjalaismaakunnassa Pohjanmaa- hankkeen avulla. Kurssille voi osallistua jokainen omasta mielenterveydestään välittävä. Esimerkiksi kesäyliopistot ja kriisikeskukset järjestävät näitä koulutuksia eri puolilla Suomea. Kurssin keskeisimpiä oppeja ovat mielenterveyden suoja- ja riskitekijät, kurssilla kartoitetaan lisäksi voimavaroja jotka tukevat omaa henkistä hyvinvointia. Tavoitteena on myös mielenterveyteen liittyvän tietoisuuden lisääminen, sekä varhainen puuttuminen ongelmiin ja mielenterveyteen liittyvän stigman poistaminen. Skotlannissa ja Australiassa tutkimustulokset näyttävät, että kurssi on vaikuttanut positiivisesti ihmisten asenteisiin. Kurssille osallistuneet kokivat voivansa paremmin sekä olleensa avuksi niille, jotka ovat kohdanneet mielenterveysongel-

man. Päämääränä on, että Suomessa mielenterveyden ensiapukurssista tulee yhtä suosittu kuin SPR:n ensiapukursseista ja kurssin lisääminen osaksi tulevaisuuden ammatillista peruskoulutusta, sekä tätä kautta stigman vähentäminen. (Toivio & Nordling 2009, 324–325.)

Toivio & Nordling (2009, 325) toteavat teoksessaan myös, että kursseja tullaan järjestämään työpaikoilla, oppilaitoksissa ja kouluissa. Lisäksi yhdistykset ja kolmas sektori ovat tärkeässä asemassa. Suomessa on muutenkin alettu tehdä hyvää paikallista työtä häpeäleiman poistamiseksi. Esimerkiksi Lapinlahden lähde -hanke pyrkii saamaan Helsinkiin mahdollisuuksia kaupunkilaisten ja mielenterveyskuntoutujien aitoihin kohtaamisiin kulttuurin ja ympäristön keinoin. (Wahlbeck 2014.)

Malisen (2010, 166) mukaan leimautuminen ja stigmasta johtuva häpeä saavat alkunsa jo lapsuudessa. Häpeän kehittymiseen vaikuttaa se, miten lapsuuskodissa suhtaudutaan poikkeavuuteen. Jos vanhemmat häpeävät lapsensa erilaisuutta, oppii hän itsekkin häpeämään itseään. Vanhempien tulisi suhtautua erilaisuuteen luonnollisesti, häpeämättä ja peittelemättä, jolloin lapsikin oppii suhtautumaan siihen ilman häpeää.

Jo kouluaikana pelkästään tieto psyykkisistä ongelmista ei ole riittävä, vaan sen lisäksi tulisi ennaltaehkäistä leimautumista. Tähän ovat sopivia esimerkiksi kokemusasiantuntijat, niiden avulla saataisiin tietoa enemmän mielenterveyskuntoutujan arjesta ja heidän todellisesta luonteesta. Mielenterveyskuntoutujilta halutaankin usein kuulla selviytymistarinoita. Valitettavasti usein tarinoita kuunneltaessa ihmiset haluavat kuitenkin vain vakuuttua siitä, että mielenterveyskuntoutujat ovat tietynlaisia ihmisiä (Rekola 2011, 13). Ehkä tämä voisi muuttua, kun jo mahdollisimman aikaisessa vaiheessa koulussa alettaisiin käyttää kokemusasiantuntijoita. Näin ollen vääriä ennakkoluuloja ei välttämättä ehtisi syntyä.

Hyvät vuorovaikutustaidot auttavat yksilöä leimautumisen kokemisen vähentämisessä. Yhteisön jäsenyys taas edelleen tukee yksilön paranemista. Vertaistukea ei tutkimusten mukaan vielä hyödynnetä riittävästi. Sitä olisi vaalittava ja tarjottava varsinkin toipumisen alkuvaiheessa oleville kuntoutujille. Näin myös jo kuntou-

tuneetkin kokevat olevansa arvokkaita yhteiskunnan jäseniä, joilla on paljon annettavaa. Saman kokeneet ihmiset pystyvät parhaiten ymmärtämään ja tukemaan toisiaan (Vuorela & Aalto 2011, 36–37.) Kaltiala-Heino ym. (2001) osoittavat artikkelissaan, että leimautumisesta tulee puhua potilaan kanssa. Mielenterveyskuntoutujan on vaikea tuoda asiaa esille itse, joten tehtävä on hoitohenkilökunnan. Stigmoja esiintyy myös terveydenhuollossa, joiden tunnistaminen ja vähentäminen terveydenhuollossa ja alan koulutuksessa on tärkeä haaste.

Häpeäleimaksymys on haastava ja moniulotteinen, eikä tähän ole keksitty helppoa ratkaisua (Korkeila 2011, 30). Stigmaa ehkäisevä työ on vaikeaa, koska tulokset ovat näkyvissä vasta pitkän ajan kuluessa. Luontevaa käsitystä siitä, mitkä ovat parhaita menetelmiä stigman vähentämiseksi, on vaikeaa saada. (Toivio & Nordling 2009, 324.) Korkeila (2011, 31) päättää artikkelinsa toteamalla, että paras käytettävissä oleva käytännöllinen mahdollisuus ehkäistä häpeäleimaa, on hyvä potilaan itsemääräämisoikeutta tukeva hoito, tiedon ja ymmärryksen lisääminen. Häpeäleiman poistamiseksi tarvitaan kansallisia ponnistuksia. Ne yhdessä lisäävät mielenterveyskuntoutujien mahdollisuutta elää mahdollisimman tasarvoisina kansalaisina. Jotta mielenterveysongelmia voidaan ennaltaehkäistä, on kokemuksia stigmasta ja stereotyyppisistä käsityksestä tärkeää tutkia edelleen. Tiedon tulee perustua nimenomaan tosiasioihin ja tasapuolisiin tietoihin (Östman ym. 2004).

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä luvussa käydään läpi tutkimusmenetelmät ja aineisto, jota opinnäytetyössä käytettiin.

### 5.1 Aineisto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt ja toteuttanut neljä kyselylomaketta vuosien 2005–2014 aikana Pohjanmaan eri sairaanhoitopiireille. Opinnäytetyössä käytettiin näitä valmiita aineistoja. Tutkimuksen aineistot ovat vuosilta 2005, 2008, 2011 ja 2014. Tämä opinnäytetyö kuitenkin rajautui vain Vaasan sairaanhoitopiirin alueella asuvien vastauksiin.

Kysely on aloitettu vuonna 2005 ja sen tarkoitus oli kartoittaa samana vuonna alkaneen Pohjanmaa-hankkeen lähtötilannetta. Pohjanmaa-hanke oli mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke, joka toteutui Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Pohjanmaa-hanke suunniteltiin 10-vuotiseksi projektiiksi. Myöhemmät kyselytutkimukset 2008, 2011 ja 2014 mittasivat muutosta lähtötilanteesta. Lisäksi Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ovat toteuttaneet tutkimusvuosien 2004–2007 aikana yhteishankkeen Pohjalaiset masennustalkoot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselytutkimuksien yhtenä tarkoituksena oli hankkeiden tavoitteiden toteutumisen arviointi. Vertailun mahdollistamiseksi kysely on toteutettu myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä.

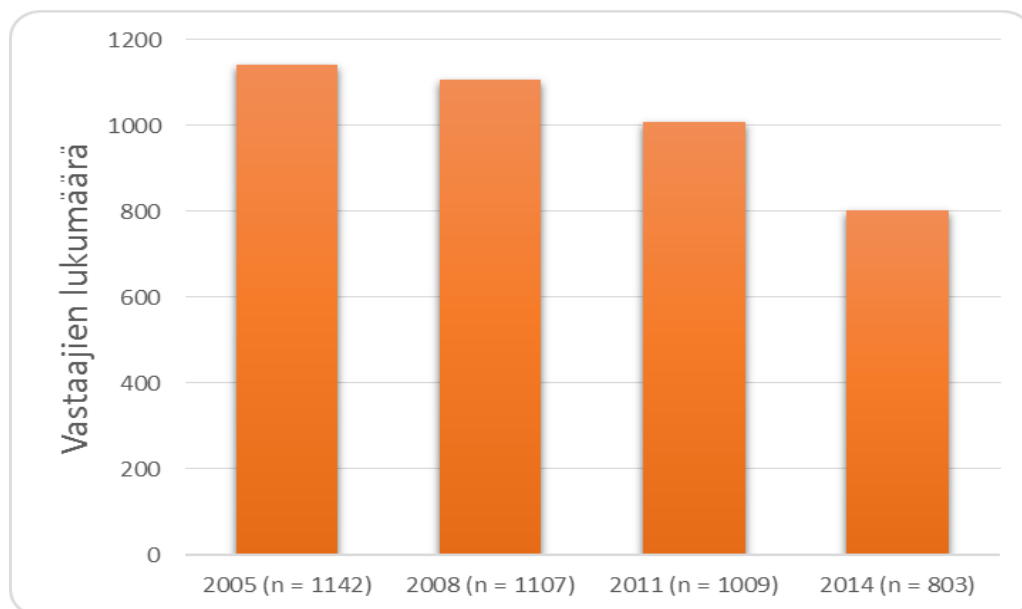
Kyselyn on toteuttanut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vaasan alueyksikkö. Rahoittajina on toiminut Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä, Vaasan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Lomake ”Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus” on lähetetty kirjeitse postissa satunnaisotannalla 10 000 henkilölle Länsi-Suomeen. Lomakkeeseen on voinut vastata myös internetissä, jonka osoite selviää saatekirjeessä. Vastausten perusteella ei vastaajien henkilöllisyys tule esille. Tutkimus on tehty yhteistyössä sai-



raanhoitopiirien kanssa, joilla on pyrkimyksenä alueellisen mielenterveystyön kehittäminen.

Kuviossa 1 esitetään kyselyihin vastanneiden lukumäärät vuosittain.



**Kuvio 1.** Vastaajien kokonaismäärä vuosina 2005, 2008, 2011 ja 2014 (n= vastaajien lukumäärä).

Kyselyihin vastasi neljän vuoden aikana yhteensä 4061 henkilöä. Vastanneiden näinkin suureen määrään luultavasti osaltaan vaikutti se, että Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella on pitkä ja maineikas historia tutkimustyöstä. Lisäksi täydellä anonymiteetillä on todennäköisesti ollut osuutta asiaan. Kuten kuviosta 1 huomaa, vastaajien määrä vaihteli hieman vuosittain. Vaasan sairaanhoitopiirin alueella vastausprosentti on ollut vuonna 2005 (57,3 %), 2008 (55,9 %), 2011 (50,4 %) ja 2014 (40,6 %). Kyselyyn vastanneista sairaanhoitopiireistä vastausprosentti on Vaasan sairaanhoitopiirin alueella ollut joka vuosi korkein.

Kuten kuviosta 1 huomataan, vastaajien määrä on vähentynyt vuosien varrella. Syitä tähän on vaikea eritellä, mutta esimerkiksi teknologian kehitys ja sosiaalisessa mediassa kyselyiden ylitarjonta voivat olla yksi syy. Vielä vuonna 2005 postitse tulleita kuoria luultavasti noteerattiin enemmän. Silloin mielenterveysongel-

mat olivat kenties vielä enemmän tabu, joten luultavasti aihe koettiin mielenkiintoiseksi.

Kyselylomake on haastattelututkimusten tärkeä osatekijä (Heikkilä 2005, 47). Kyselylomakkeen käytöllä on monia tavoitteita. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän kyselylomakkeen tarkoituksena oli saada kokonaiskuva pohjalaisten mielenterveydestä, mielenterveys- ja päihdepalveluiden käytöstä sekä asennoitumisesta mielenterveyshäiriöihin. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää mielenterveyttä koskevia kokemuksia ja näkemyksiä, jotka tässä opinnäytetyössä olivat huomiolla keskipisteenä.

Kyselylomake on hyvä tapa kerätä tietoa, koska silloin välttyään haastattelijan tulkintavirheiltä (Holopainen & Pulkinen 2002, 39). Tässä mielenterveyttä koskevassa kyselylomakkeessa oli suurimmaksi osaksi valmiit vastausvaihtoehdot, jolloin vastaukset tulivat niiden ansiosta yhdenmukaisiksi. Lisäksi tämä helpotti ja nopeutti vastaajien työtä, joka todennäköisesti lisäsi vastausprosenttia.

Opinnäytetyöhön valikoidut kysymyskohdat sisälsivät erilaisia kysymystyyppisiä. Kysymyslomakkeen ensimmäinen kysymys, jossa kysyttiin ikää, oli avoin. Se sopi siihen siksi, että avoimet kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun vaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen. Suurin osa kysymyksistä oli suljettuja, eli niissä rastitettiin vastausvaihtoehdoista sopivin tai sopivimmat. Näitä nimittää myös strukturoituiksi kysymyksiksi. Kun vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi, ei vastaaminen esty kielivaikeuksien takia. Lomakkeessa vastausvaihtoehdot olivat mielekkäitä ja järkeviä. (Heikkilä 2004, 49–50.) Osa kysymyksistä oli dikotomisia, eli vastausvaihtoehtoja oli vain kaksi, esimerkkinä kyllä-ei-vastaukset. Myös sekamuotoisia kysymyksiä oli. Niissä vastausvaihtoehdoista osa on annettu ja yleensä yksi kysymys on avoin. ”Muu, mikä?” on hyvä lisätä, jos on epävarmaa onko kysymyksessä kaikki mahdolliset vaihtoehdot esillä. Opinnäytetyön kannalta oleellisin kysymyskohta oli asenneasteikollinen. Tähän kohtaan verrataan kaikkien muiden taustamuuttujiksi valittujen kysymysten vastauksia. Asenneväärittämissä käytettiin Likertin asteikkoa, joka on neljätasoinen. Toisessa ääripäässä on vaihtoehtona ”täysin samaa mieltä” ja toisessa ”täysin eri mieltä”.

(Heikkilä 2004, 58.) Vastaajien tuli valita asteikolta parhaiten omaa näkemystä vastaava vaihtoehto.

Hyvä kyselylomake etenee loogisessa järjestyksessä alkaen helpoilla kysymyksillä, joilla herätetään vastaajien mielenkiinto tutkimusta kohtaan. Terveys- ja hyvinvointilaitoksen kehittämä kyselylomake eteni juuri tällä tavoin, vähitellen helppojen kysymysten jälkeen mentäessä pintaa syvemmälle. Kysymykset on numeroitu juoksevasti ja samaa aihetta koskevat kysymykset on ryhmitelty yhteen selkeän otsikon alle. (Heikkilä 2005, 48.) Toisaalta on otettava huomioon, että kyselylomake oli melko pitkä, joka on saattanut laskea vastausmotivaatiota tai ainakin keskittymiskykyä kyselyn loppua kohden.

Tutkimuslomake koostuu kahdesta osasta. Edellä mainituista kysymyksistä eli varsinaisesta lomakkeesta sekä saatekirjeestä. Saatekirjeen tarkoituksena on antaa tietoa tutkimuksen tarkoituksesta sekä motivoida vastaajia täyttämään lomake (Heikkilä 2004, 61). Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen kyselylomakkeessa saatekirje on kohteliaasti kirjoitettu ja sopivan lyhyt. Siinä on kerrottu millä perusteella lomake on lähetetty vastaanottajalle sekä esitelty tutkimuksen tavoite. Saatekirjeessä on tullut esille myös tutkimuksen vastuhenkilö, sekä hänen yhteystietonsa lisätietojen kysymistä varten. Luottamuksellisuus on taattu jo saatekirjeen tekstissä.

## **5.2 Tutkimusmenetelmät**

Tutkimusmenetelmän tavoitteena on saada vastaus kysymyksiin, jotka pohjautuvat tutkimusongelmiin (Heikkilä 2004, 14). Tämä tutkimus on kvantitatiivinen. Kvantitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan määrällistä tutkimusta. Sitä käytetään tilanteissa, kun kysyttävät asiat ovat jo tiedossa ja asian esiintymistä halutaan mitata perusjoukossa. Kysymykset voivat olla avoimia ja tulokset osoitetaan numeerisina arvoina. (ISS-Otantatutkimus Oy 2014.) Tulokset esitetään sanallisesti, sekä taulukoin ja kuvioin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeässä osassa ovat aiemmista tutkimuksista saadut johtopäätökset, teorian tieto sekä käsitteiden määrittely (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2006, 131).

Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmana on se, missä määrin vastaajilla Vaasan sairaanhoitopiirin alueella on stigmatisoivia asenteita mielenterveysongelmia kohtaan ja mitkä tekijät mahdollisesti selittävät näitä sekä ovatko asenteet muuttuneet tutkimusvuosien aikana. Tutkitut vuodet ovat 2005, 2008, 2011 ja 2014. Tutkimusaika on ollut melko pitkä, sillä ensimmäisen ja viimeisen tutkimusvuoden välillä oli yhdeksän vuotta. Vaasan sairaanhoitopiirin toiveesta taustamuuttujina tutkimuksessa ovat ikä, sukupuoli, tunteeko vastaaja mielenterveyskuntoutujan ja mitä kautta, vastaajien mahdollinen kokemus mielenterveysongelmien takia käytetystä terveystalvasta viimeisen 12 kuukauden aikana/ onko siitä ollut hyötyä, sekä onko vastaaja käyttänyt hoidon aikana lääkehoitoa.

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineisto on syötetty SPSS-ohjelmaan (Statistical Package for Social Sciences), jonka avulla analysoitiin tuloksia. SPSS on tilastollinen tietojenkäsittelyohjelma. Tuloksia käsiteltiin ja analysoitiin SPSS-ohjelman frekvenssien ja ristiintaulukoinnin avulla. Muuttujien välistä riippuvuutta tutkittiin ristiintaulukoinnilla. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 48). Ristiintaulukoinnin pohjalta syntyneissä taulukoissa olevat lukumäärät kertovat, kuinka monta tietyn ominaisuusvarustettua yksilöä aineistossa on. Tulokset laitettiin myös prosenttimuotoon, jolloin tuloksia on helpompi ymmärtää ja tehdä johtopäätöksiä. Lisäksi se lisää tutkimuksen luotettavuutta ja vuosittaista vertailukelpoisuutta, sillä vastaajamäärät vaihtelivat vuosittain. Analysointituloksien varmistamiseksi käytettiin Khiin neliö -testiä. Sen avulla selviää, onko kahden muuttujan välillä tilastollisesti merkitsevä riippuvuus (Heikkilä 2004, 212). Riippuvuustarkastelussa käytetään 5 %:n merkitsevyystasoa. Tutkimuksessa pyritään pitämään merkitsevyystaso suhteellisen pienenä, jolloin ei tehdä vääriä johtopäätöksiä. Kysymystyypistä riippuen käytettiin myös Spearmanin korrelaatiokerrointa, joka osoittaa kahden muuttujan välisiä riippuvuuksia. Kertoimet on määritelty niin, että ne vaihtelevat -1:n ja +1:n välillä. (Heikkilä 2004, 203.) Jos kertoimen arvo on lähellä arvoa +1, vallitsee muuttujien välillä voimakas positiivinen riippuvuus. Vastaavasti arvon ollessa lähellä -1, on muuttujien välillä voimakas negatiivinen riippuvuus. Kun korrelaatiokertoimen arvo lähenee kohti 0, vähenee muuttujien keskinäinen riippuvuus. Tällöin yhteys

ei ole merkitsevä. (KvantiMotv 2004.) Korrelaation arvoja ei ole opinnäytetyössä ilmoitettu, vaan opinnäytetyön tekijät ovat tulkinneet arvoja ja esittäneet niistä merkitsevät tulokset sanallisesti. Mikäli tarkat korrelaatioarvot halutaan tietää, voi niitä kysyä opinnäytetyön tekijöiltä.

#### **5.4 Luotettavuus**

Validiteetti kuvaa, missä määrin on onnistuttu mittaamaan juuri haluttua asiaa. Tässä opinnäytetyössä siihen vaikuttaa ensisijaisesti se, miten onnistuneita kysymykset ovat eli voidaanko niiden avulla saada ratkaisuja tutkimusongelmaan. Tutkimukselle on asetettu täsmälliset tavoitteet, mikä edesauttaa oikeisiin tutkimusongelmiin keskittymistä. Perusjoukon tarkka määrittely, edustava otos, sekä korkea vastausprosentti takaavat tutkimuksen validiteetin. Tässä opinnäytetyössä perusjoukko on määritelty Vaasan sairaanhoitopiirin alueella asuviksi henkilöiksi. Edustava otos taataan sillä, että lomake on lähetetty satunnaisotannalla. Huolellinen suunnittelu ja hyvin harkittu tiedonkeruu on tärkeää, koska jälkikäteen validiteettia on vaikea arvioida. Tässä tutkimuksessa riskinä ovat mahdolliset virhelähteet, esimerkiksi valehtelu. Kyselyyn vastanneet ovat voineet kaunistella ja vähentellä käsityksiään aiheesta. (Heikkilä 2004, 29;186.) Asennetutkimuksissa suuren validiteettiongelman luo myös vastaajien taipumus vastata sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla. Tämä ei kuitenkaan ole niin todennäköistä postikyselyissä kuin haastatteluissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin luotettavuutta eli kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Jos eri mittauskerroilla tulokset ovat yhteneväisiä samasta tai samantapaisesta aineistosta, on reliabiliteetti korkea. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 15.) Huolellisilla ja tarkoilla aineiston käsittelytavoilla pyritään välttämään puutteellinen reliabiliteetti (Heikkilä 2004, 187). Tämän opinnäytetyön kyselylomake on tehty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatyönä, mikä varmistaa lomakkeen luotettavuutta. Aineiston tarkistamiseen käytettiin SPSS-ohjelmaa, jonka avulla aluksi nähtiin muuttujan arvot, arvojen nimet ja esiintymiskerrat. Näitä voitiin tarkastella analysoinnin jälkeen, jolloin virheet ja epäilyttävät arvot huomattiin. Tiettyyn rajaan saakka myös otosten koko voi liittyä virheellisiin tai sattumanvaraisiin tutkimustuloksiin. Reliabiliteettia voidaan

tarkastella mittauksen jälkeenkin. SPSS:llä tämä tehdään Cronbachin alpha-ohjelmalla. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 15-17.)

Taulukossa 1 esitetään opinnäytetyön Cronbach's Alpha luvut vuosittain.

Cronbach's Alpha			
2005	2008	2011	2014
0,594	0,546	0,545	0,597

**Taulukko 1.** Cronbach's Alpha luku vuosittain kuvaamassa asenneväittämien yhteneväisyyttä.

Cronbach's Alpha kuvasi tässä tutkimuksessa sitä, missä määrin asenneväittämät kuvasivat stigmaa, jota niiden oli tarkoituskin kuvata. Tässä menetelmässä reliabiliteettikerroin on välillä [0,1], jossa suuret kertoimet osoittavat korkean reliabiliteetin. Yksiselitteistä rajaa ei ole, mutta mieluiten luku saisi olla 0,7. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että haastattelututkimuksiin usein sisältyy satunnaisvirheitä aiheuttavia tekijöitä, jolloin joudutaan tyytymään alhaisempiin kertojan arvoihin. (Heikkilä 2004, 187.) Kuten taulukosta 1 huomataan, oli Cronbach's Alpha tässä tutkimuksessa hiukan alhainen. Testissä huomattiin, että yksi asenneväittämistä alensi tätä lukua. Mikäli tämä väittämä ”Yhteiskunnan tulisi panostaa mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoito)” otettaisiin pois, nousisi luku lähemmäs 0,7. Väittämä pidettiin kuitenkin tutkimuksessa mukana, koska on aiheena hyvin ajankohtainen.

Kuten yllä on mainittu, käytetään tulosten luotettavuuden mittarina myös Khiin neliötestiä sekä Spearmanin korrelaatiokerrointa näyttämään vain merkitsevät tulokset. Näiden käyttö osaltaan lisää korkeampaa reliabiliteettia.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tulosluvun alussa kuvataan vastaajien taustatiedot, jonka jälkeen siirrytään varsinaiseen tutkimusongelmaan. Tutkimusongelmana on, missä määrin vastaajilla Vaasan sairaanhoitopiirin alueella on stigmatisoivia asenteita mielenterveysongelmia kohtaan ja mitkä tekijät niitä mahdollisesti selittävät. Tässä työssä asenteiden takana olevia tekijöitä tarkastellaan vertaamalla taustamuuttujien yhteyttä mielenterveysongelmiin liittyvien asennekysymysten vastauksiin. Kuvioissa käytetty ”n” tarkoittaa tiettyyn kohtaan vastanneiden yhteislukumäärää. Tuloksista esitetään vain merkitsevät tutkimustulokset.

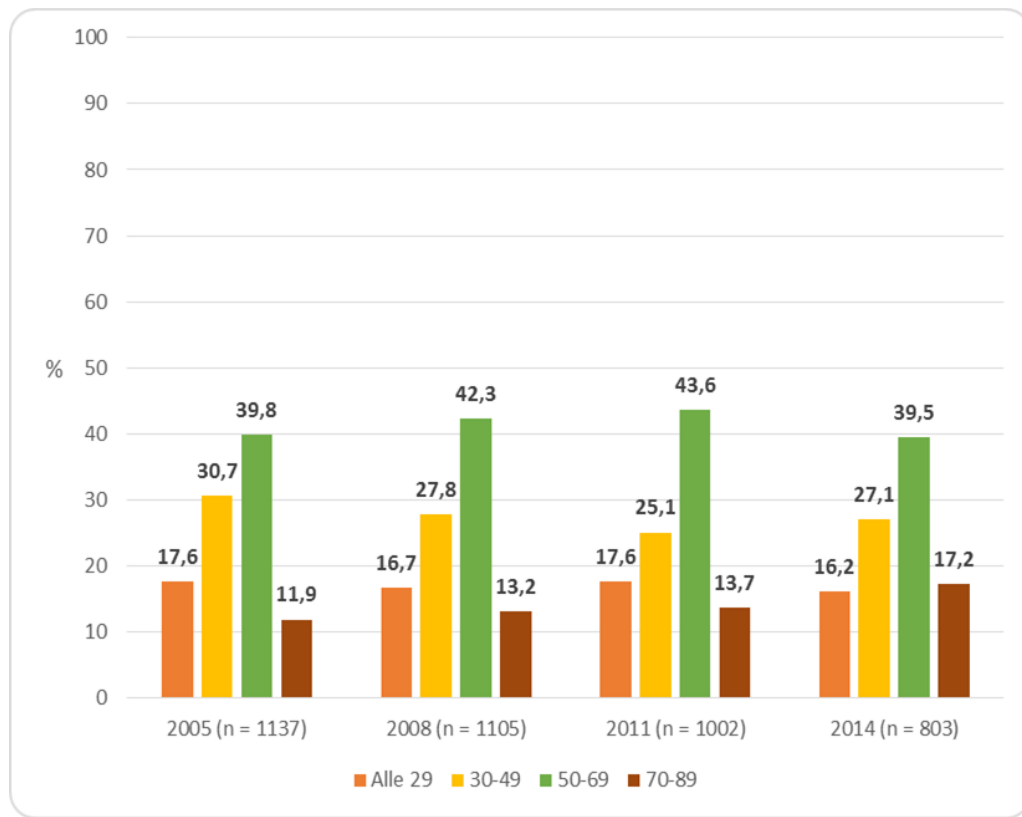
### 6.1 Tutkimuksen taustatiedot

Seuraavaksi esitellään tutkimukseen liittyvät taustamuuttujat, joiden pohjalta mielenterveysongelmiin liittyviä stigmoja tutkitaan. Tarkoituksena oli tutkia, vaikuttavatko tietyt tekijät positiivisesti tai negatiivisesti verrattuun tutkimuskysymykseen, eli tässä tapauksessa Vaasan sairaanhoitopiiriin kuuluvien vastaajien asenteisiin mielenterveysongelmia liittyviä asioita kohtaan. Taustamuuttujat ovat hyvin tärkeässä roolissa tutkimuksessa. Taustamuuttujien vaikutusta tutkittiin käyttämällä ristiintaulukointia sekä Spearmanin korrelaatiokerrointa kysymyksestä riippuen (Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto 2007). Stigmaa tutkittiin vertaamalla asennekysymyksien vastauksien yhteyttä vastaajien ikään, sukupuoleen, omiin kokemuksiin mielenterveyskuntoutujista, mielenterveyspalveluiden käyttökokeemukseen ja sen koettuun hyötyyn, sekä hoidossa käytettyyn lääkehoitoon.

#### 6.1.1 Ikä

Ikää kyselylomakkeessa kysyttiin syntymävuodella. Iät luokiteltiin eri ikäluokkiin selkeyden vuoksi. Iät jaettiin viiteen eri luokkaan: alle 29-vuotiaat, 30–49-vuotiaat, 50–69-vuotiaat, 70–89-vuotiaat ja yli 89-vuotiaat. Aineiston tulkinnessa käytettiin iän ylä- ja alarajaa kehystämään ikäjakaumaa, mutta iät siltä väliltä olivat tasavälisiä.

Kuviossa 2 kuvataan kyselyyn vastanneiden ikäjakauma tutkimusvuosittain.



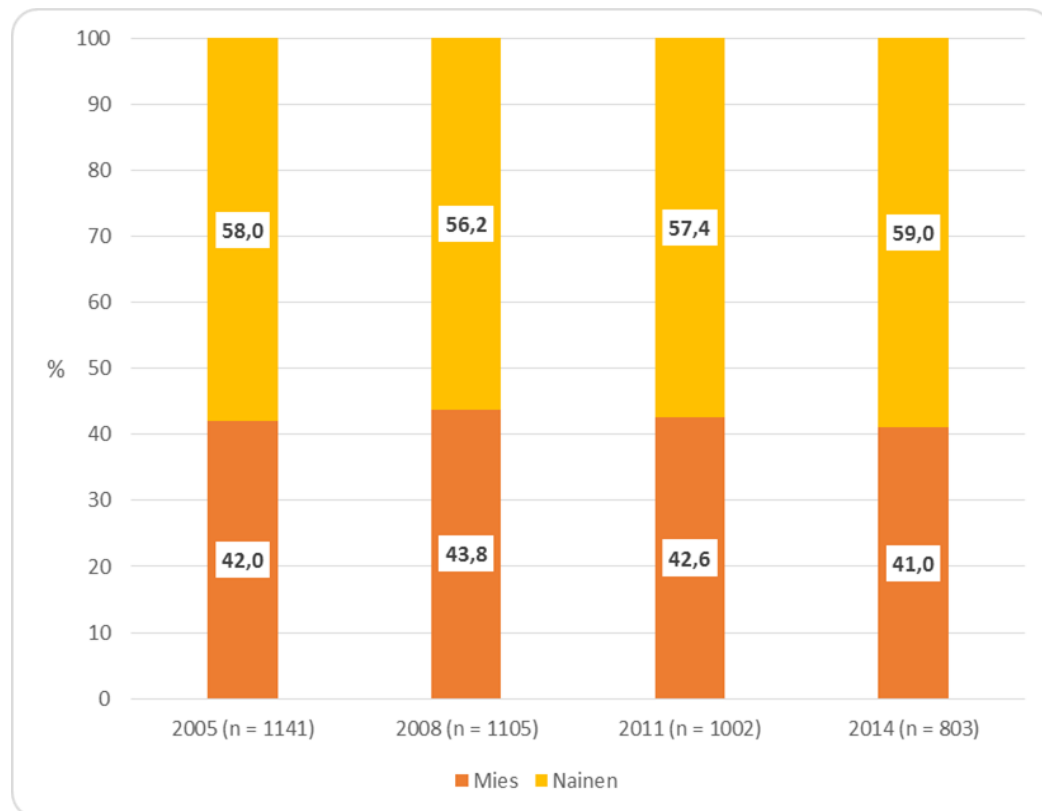
**Kuvio 2.** Ikäjakauma vuosittain kyselyyn vastanneiden kesken (%).

Kuten kuviosta 2 huomataan, kaikkina vuosina eniten vastaajia oli ikäryhmästä 50–69-vuotiaat. Pienin vastaajamäärä taas oli joka vuonna 70–89 ikäisissä. Yli 89-vuotiaita vastaajia ei ollut yhtenäkkään vuotena, joten se on jätetty kuviosta 2 kokonaan pois. Jokaisena tutkimusvuotena ikäjakauma oli melko samankaltainen.



### 6.1.2 Sukupuoli

Kuviossa 3 kuvataan vastaajien sukupuolten jakauma tutkimusvuosittain.



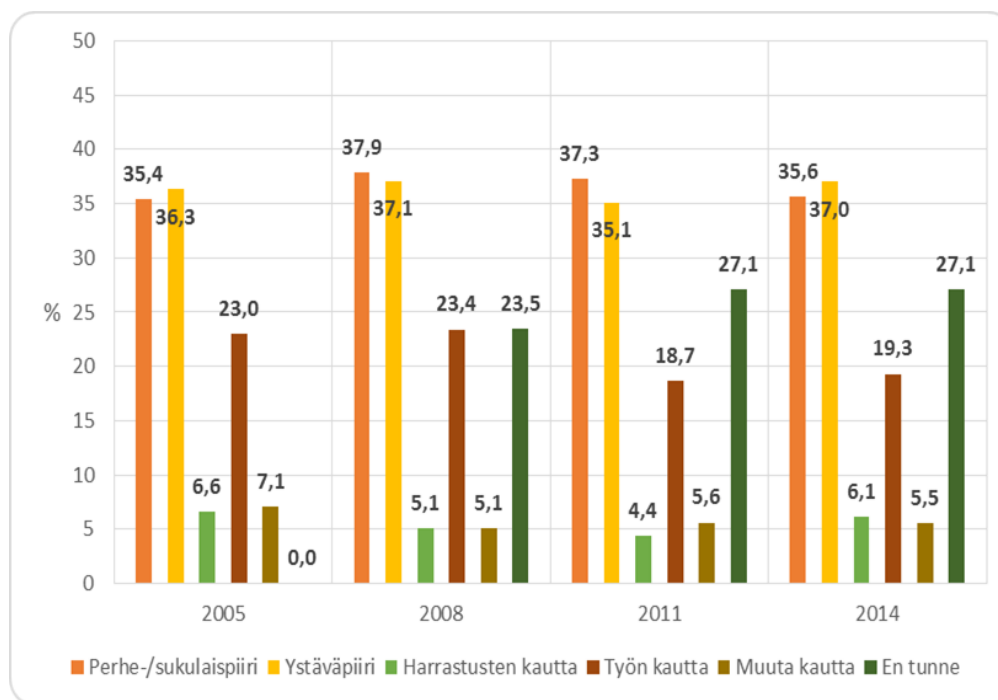
**Kuvio 3.** Vastaajat sukupuolen mukaan vuosina 2005, 2008, 2011 ja 2014 (%).

Kuten kuviosta 3 huomataan, olivat mies- ja naisvastaajien ryhmät pysyneet suhteessa melko saman kokoisina, joskin miesten osuus on hieman laskenut vuosittain. Jokaisena tutkimusvuotena naisten osuus vastaajista on ollut hieman suurempi.

### 6.1.3 Vastaajien omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista

Joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä, joten lähes jokainen tuntee tai tietää mielenterveysongelmasta kärsivän henkilön jotakin kautta (Huttunen 2008). Tässä taustamuuttujassa kysyttiin, tuntevatko vastaajat mielenterveyskuntoutujia ja mitä kautta. Kyselyyn vastanneet ovat voineet valita useamman vaihtoehdon.

Kuviossa 4 esitetään mitä kautta vastaajat mielenterveyskuntoutujia tunsivat. Kuviossa on nähtävillä ainoastaan kysymykseen tulleet kyllä-vastaukset.



**Kuvio 4.** ”Kyllä”- vastausten osuus kaikista ”Tunnetko mielenterveyskuntoutujan...?” kysymykseen vastanneista vaihtoehdoittain (%).

Kuten tuloksista huomataan, eniten mielenterveyskuntoutujia tunnettiin ystävä- ja perhepiiristä. Työn kautta mielenterveyskuntoutujia tunnettiin selvästi enemmän kuin harrastusten kautta. Tämä voisi selittyä sillä faktalla, että mielenterveysongelmat eivät aina näy päällepäin, eikä niistä ole helppo puhua puolitutuille. Tätä tulosta tukee myös mielenterveyshäiriöistä johtuvat runsaat sairauslomamat ja eläkkeet, jolloin ongelmat tulevat työpaikalla paremmin esiin. Harrastuksissa usein vain käydään ja poissaolo voidaan selittää lähes millä tahansa syyllä, eikä sitä suuren ihmetellä. Lisäksi siellä on helpompi pitää ”kulisseja” yllä. Harrastusten tavoitteena on hyvänolon tunne, sekä psyykkisellä että fyysisellä tasolla (Remes 2013). Parhaimmillaan mielenterveyskuntoutuja voi harrastuksen avulla löytää hetkellisesti hyvänolon tunteen ja sulkea ongelmansa sivuun. Hyvin mahdollista on kuitenkin myös, etteivät mielenterveyskuntoutujat käy harrastuksissa leimautumisen pelossa. Mielenterveyskuntoutuja ei pelon takia mahdollisesti uskalla tai tahdo liikkua paikoissa joissa hän törmää muihin ihmisiin, esimerkiksi juurikin

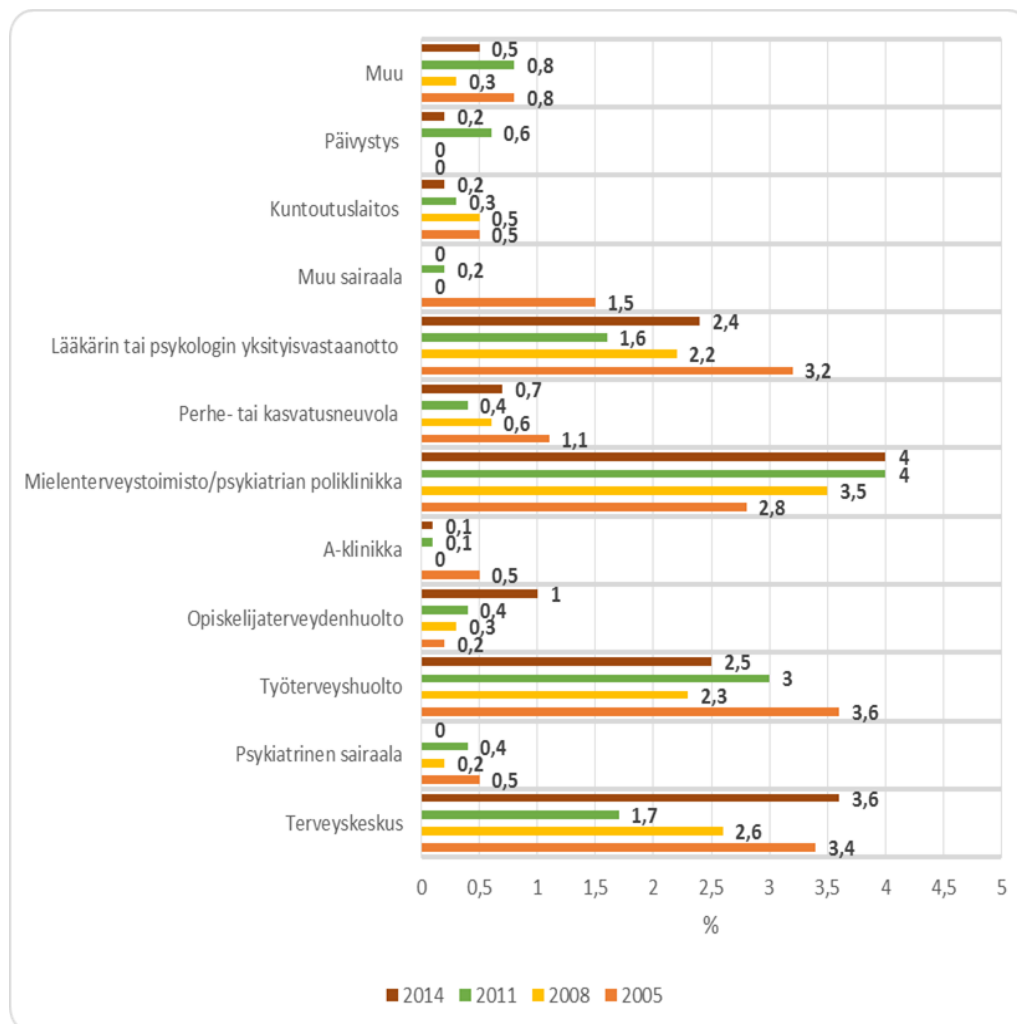
harrastuksissa. Harrastukset ovat myös kalliita, eikä mielenterveyskuntoutujalla välttämättä ole niihin varaa. Riippuen mielenterveysongelman laadusta, eivät kuntoutujat välttämättä ole kykeneväisiä kuntonsa puolestakaan osallistumaan harrastuksiin, eikä niihin välttämättä edes ole kiinnostusta.

”En tunne ketään”-vastauksia ei ollut vuonna 2005 yhtään. Voi olla, että vastaajat jättivät kohdan tietoisesti tyhjäksi tai sitten jokainen vastaaja tunsi mielenterveysongelman. Voi myös olla, että koko kyselylomakkeeseen jättivät vastaamatta he, jotka eivät mielenterveyskuntoutujaa tunteneet tai tietäneet. He ovat voineet kokea koko kyselyn heille kuulumattomaksi. ”En tunne”-kohta sai kuitenkin yllättävän paljon vastauksia muina vuosina. Joko vastaajat eivät oikeasti tunteneet ketään mielenterveysongelmasta kärsivää henkilöä tai sitten häpeä ja se, että sairautta ei vielä hyväksytty tai ymmärretty, johti tähän vastaukseen. Kuten teoriassa on käynyt ilmi (ks. luku 4.3 Leimaava mielenterveysongelma), pyrkivät ihmiset usein pois sulkemaan ja salaamaan läheisensä mielenterveysongelman.

#### **6.1.4 Vastaajien omat kokemukset mielenterveyspalveluiden käytöstä viimeisen 12 kk aikana**

Menneiden 15 vuoden aikana mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria muutoksia. Avohuoltopalveluiden lisääntymisen ohella palveluntuottajien kirjo on laajentunut ja jopa pirstaloitunut. Tämä näkyy suurena määränä vaihtoehtoja mielenterveyspalveluiden järjestäjissä. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 3.)

Kuviossa 5 kuvataan vastaajien mielenterveyspalveluiden käyttöä viimeisen 12 kk aikana vuosina 2005, 2008, 2011 ja 2014, sekä käyttäjien jakautumista eri palveluiden välillä.



**Kuvio 5.** Vastaajien käyttämät eri mielenterveyspalvelut viimeisen 12 kk aikana kuvattuna vuosittain (vain palveluita käyttäneet vastaajat) %.

Kuviossa 5 esitetyt prosentiosuudet kuvaavat vuosittain vastanneiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Vaakadiagrammi on muodostettu vain mielenterveyspalveluita käyttäneiden vastausosuuksista, eikä siihen ole sisällytetty vastaajien määrää, jotka eivät ole palveluita käyttäneet. Vuonna 2005 18 % kaikista kyselyyn vastanneista oli käyttänyt jotain mainittua mielenterveyspalvelua. Vuonna 2008 kävijämäärä mielenterveyspalveluissa oli 12 % ja vuonna 2011 13 %. Viimeisimmässä kyselyssä eli vuonna 2014 oli mielenterveyspalveluita käyttänyt vastaa-

jista 15 %. Mielenterveyspalveluiden käyttömäärissä ei vuosien välillä ollut suuria eroja.

Kuviosta 5 huomataan, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat olleet käytetyimpiä mielenterveyspalveluiden tahoja. Teoriassa esitetyn tiedon mukaan perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido ovatkin mielenterveyspalveluiden käytön keskeisimmässä osassa (ks. 2.1 Mielenterveystyö).

Yksi eniten käytetyistä palveluista oli työterveyshuolto. Mielenkiintoinen huomio oli, että vuonna 2011 työterveyshuollosta apua mielenterveysongelmiin oli haettu paljon enemmän kuin perusterveydenhuollosta. Tämä on huolestuttavaa, sillä se voi aiheuttaa eriarvoisuutta työssäkäyvien ja työttömien mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoidossa. Kuitenkaan muina vuosina erot näiden palveluiden käytössä eivät olleet niin suuria. Työelämän kasvaneet vaatimukset, sairauslomakäytännöissä tapahtuneet muutokset ja mielenterveyshäiriöihin liittyvät muuttuneet käsitykset ovat luultavasti vaikuttaneet sairaslomien hakuun ja niiden saantiin, sekä sitä kautta työterveyshuollon käynteihin (Harajärvi ym. 2006, 16).

Tuloksista huomataan, että sairaaloissa mielenterveyshäiriön takia käyneet ovat vähentyneet vuosittain. Mahdollinen syy tähän on laitospaikkojen alasajo. 2000-luvun alusta Huutoniemen sairaala on muuttunut Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksiköksi ja viime vuosina laitospaikat siellä ovat vähentyneet runsaalla kolmellakymmenellä (Kaakinen 2014). Muussa sairaalassa on vuonna 2005 käynyt vastaajista 1,5 %, mutta sen jälkeisinä vuosina käynnit ovat olleet lähes nollassa. Todennäköisesti vuonna 2005 laitospaikoille pääsi vielä helpommin, koska niitä oli enemmän.

Vuodesta 2008 eteenpäin käynnit mielenterveystoimistossa ja psykiatrian poliklinikalla ovat nousseet aika merkittävästi ja ne ovat olleet käytetyimpiä palveluita vastanneiden keskuudessa. Tämä saattaa johtua siitä, että psykiatrisia vuodepaikkoja on vähennetty ronskilla tavalla ja mielenterveyspalvelut ovat siirtyneet kohti avopalveluita (Wahlbeck 2005). Avopalvelut koostuvatkin suurimmaksi osaksi vastaanottokäynneistä perusterveydenhuollossa, psykiatrisilla poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Vaasan sai-

raanhoitopiirissä psykiatrinen avohoito ja muu vastaava toiminta järjestetään sairaanhoitopiirin toimesta, joten erikoissairaanhoidon käynnit ovat keskeisimmässä osassa (Harajärvi ym. 2006, 70–71). Ylen uutisten mukaan (Kaakinen 2014) Vaasan sairaanhoitopiirissä on kuitenkin kuntia, jotka järjestävät monipuolista ja riittävää avohoitoa muutenkin kuin erikoissairaanhoidon turvin. Monissa kunnissa tässä on vielä silti runsaasti kehittämisen varaa. Yksi syy runsaalle erikoissairaanhoidon käytölle voi olla myös se, että Huhtasen ym. (2005) tutkimuksen mukaan suuret erikoissairaanhoidon menot olivat tyypillisimpiä kaupunkimaisille kunnille, koska palvelujen saatavuus on siellä parempaa kuin esim. maaseuduilla (Harajärvi ym. 2006, 20). Vaasan sairaanhoitopiirin alueella on suurimmaksi osaksi juurikin kyseisentyypisiä kaupunkeja ja kuntia.

Päivystyksessä on taulukon mukaan käyty vähän, mutta se oli kuitenkin lisääntymään päin tullessa vuoteen 2014. Kävijämäärät voivat tulevaisuudessa olla nousussa, sillä Kaakisen (2014) toimittamassa artikkelissa kerrotaan lokakuussa 2014 alkaneesta yhteispäivystyksestä Vaasan keskussairaalassa, jossa toimii nykyään myös psykiatrinen sairaanhoitaja. Käynnit päivystyksessä ovat olleet vähäisiä mahdollisesti siksi, koska päivystykseen tulisi nykyään mennä ainoastaan kiireellistä hoitoa tarvitsevat. Kenties mielenterveyskuntoutujat ajattelevat, ettei päivystys ole kuitenkaan se heille sopivin hoitolähde. Päivystykseen ajaututaan mielen-terveyden takia usein esimerkiksi vahvoissa itsetuhoajatuksissa tai heti itsemurhayrityksen jälkeen.

Muulla mielenterveyspalveluissa käyneitä oli vähän, eikä muutosta vuosien välillä ollut juurikaan. Näillä tarkoitetaan mm. kolmannen sektorin järjestämiä palveluita, jotka ovat nousseet julkisen sektorin palveluiden rinnalle mielenterveyspalveluiden tuottajina.

Arkikäsitksen mukaan voisi ajatella, ettei yksityisiä mielenterveyspalveluja tunneta tai hyödynnetä niiden kalliiden hintojen takia. Kuitenkin yksityisissä mielenterveyspalveluissa käytiin tulosten mukaan yllättävän paljon. Tälle voi olla monia selityksiä. Sosiaalihuolto on osittain ulkoistettu yksityisille palveluntuottajille (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 44). Laitoshoitopaikkojen supistumisen myötä avohoidolla on haaste vastata tarpeisiin mielenterveyshäiriöiden hoidossa.

Näihin puutteisiin yksityinen sektori on vastannut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.) Luultavasti jonot julkiselle sektorille olivat yksi iso syy. Yksityisellä sektorilla hoitoon voi päästä jopa samana päivänä ja hoitosuhde pysyy halutessa tiiviinä, sekä hoitokäyntejä on riittävän usein. Yksityisellä sektorilla henkilökunta koostuu erikoistuneista ammattilaisista. Mielenterveysomaisten keskusliiton (2014) mukaan Vaasan seutu kärsii pahasta psykiatriapulasta. Vaasan sairaanhoitopiirissä on monta psykiatrin virkaa käyttämättä. Tätä varten Vaasan kaupunki on perustanut työryhmän pohtimaan ratkaisua pulmaan, joten luultavasti tämän takia Vaasan seudulla yksityisetkin psykiatrit ovat olleet kysytyjä (Mielenterveysomaisten keskusliitto 2014). Yleisesti psykiatrian erikoisala ei ole kovin suosittu lääketieteen opiskelijoiden keskuudessa, toisin sanoen psykiatreja ei valmistu niin paljoa. Sailaksen (2011, 39) mukaan psykiatrit eivät saa heille kuuluvaa arvostusta.

Yksityisten mielenterveyspalveluiden käyttö on ollut vuonna 2005 suurinta ja se on vähentynyt tullessa vuoteen 2014. Tähän on vaikea löytää mitään tiettyä selitystä varsinkin siksi, koska yksityisten terveydenhuoltopalveluiden suosio on yleisesti kasvanut viimeisten kymmenen vuoden aikana. Mahdollisesti mielenterveys-työtä kehittävien hankkeiden työ on onnistunut ja apua haettiin taas vuonna 2014 enemmän julkiselta puolelta.

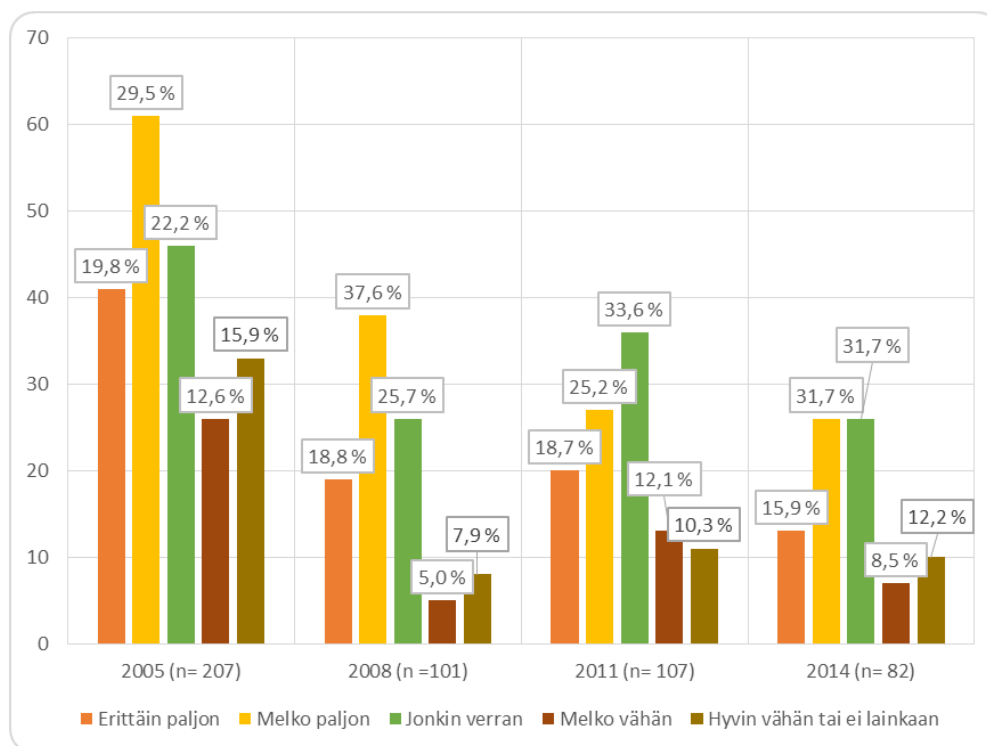
Kuten käyntiluvuista huomataan, on mielenterveyspalveluita kaiken kaikkiaan kuitenkin käytetty hyvin vähän, tai ainakaan käytöstä ei ole kerrottu. Myös mielenterveysseuran teettämässä nettikyselyssä vuonna 2011 kävi ilmi, että vastaajista 65 prosenttia koki avun hakemisen vaikeaksi tai melko vaikeaksi sekä 50 prosenttia vastaajista ajatteli avun hakemisen olevan leimaavaa (Suomen mielenterveysseura 2011). Palveluiden pirstaloitumisen myötä hoitopaikkoja koettiin olevan vaikea löytää, sekä avun hakemisen kynnyks oli korkea. On mahdollista, että aikaisemmin esiin nostetun psykiatriapulana vuoksi mielenterveyspalveluja ei ole Vaasan sairaanhoitopiirin alueella pystytty järjestämään niin kattavasti. Tämä on voinut olla yksi syy mielenterveyspalveluiden käytön vähäiselle käytölle. Leimautumisen pelossa kuntoutujat myös kertovat usein mielenterveysongelmaan haetus-

ta hoidosta vain läheisimmille (Viljanen 2006, 82). Nämä faktat yhdistyvät hyvin kuvion 5 esittämiin tuloksiin.

### 6.1.5 Vastaajien kokemus käytetyn mielenterveyspalvelun hyödyllisyydestä

Vastaajilta, jotka olivat käyneet mielenterveyspalveluissa viimeisen 12 kk aikana, kysyttiin niiden hyödyistä. Vuonna 2005 vastaajamäärät eivät kuitenkaan täsmää edellisessä kohdassa kysytyn mielenterveyspalveluiden käytön kanssa, joten tähän kohtaan on luultavasti vastattu ”turhaan”. Tulosta ei tällöin voida pitää täysin luotettavana.

Kuviossa 6 kuvataan oman mielenterveyspalvelun käyttökokemuksen omaavien vastaajien mielipiteiden jakaumaa kun kysyttiin, onko mielenterveyspalvelusta ollut hyötyä.



**Kuvio 6.** Oman mielenterveyspalveluiden käyttökokemuksen omaavien vastaajien mielipiteiden jakauma hoidon hyödyllisyydestä vuosittain (%).

Kuviosta 6 voidaan huomata, että mielenterveyspalveluista on koettu saavan pääosin positiivista hyötyä. Tämä on hyvää palautetta Vaasan sairaanhoitopiirin alu-



eella toimiville mielenterveyspalveluille. Jokaisena vuotena kokemukset mielenterveyspalveluista olivat selvästi positiivisempia. Suuria tai merkittäviä muutoksia ei vuosien välillä ollut. Kuviosta 6 huomataan, että vastaajat eivät kuitenkaan olleet täysin varmoja palvelun hyödyllisyydestä, koska ”erittäin paljon”- kohta ei saanut niin paljon vastauksia kuin lievemmat myönteiset vaihtoehdot. Jokaisena tutkimusvuotena vastauksia tuli eniten kohtiin ”melko paljon” ja ”jonkin verran”. Tärkeintä mielenterveyspalveluiden onnistumiselle on, että jokainen apua tarvitseva pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta hyödylliseen tutkimukseen ja hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2001) korostetaan sitä, että palveluissa asiakasta ja hänen oikeuksiinsa kunnioitetaan. Asiakkaalla on oikeus tiedon saantiin omasta hoidostaan sekä itsemääräämisoikeutta tulee vaalia. Pakkotoimenpiteisiin ryhdytään vain hyvin kärjistyneissä tilanteissa (ks. luku 2.3 Mielenterveyskuntoutuja). On tärkeää, että mielenterveyspalveluissa hoito toteutuu suunnitellulla tavalla ja muutosten tullessa, niistä kerrotaan asiakkaalle totuudenmukaisesti. Kun kokemus mielenterveyspalvelusta on koettu hyödylliseksi, on se luultavasti sisältänyt sopivissa suhteissa niin terapiaa, vertaistukea, käytännön ohjeita kuin tarvittaessa lääkehoitoakin.

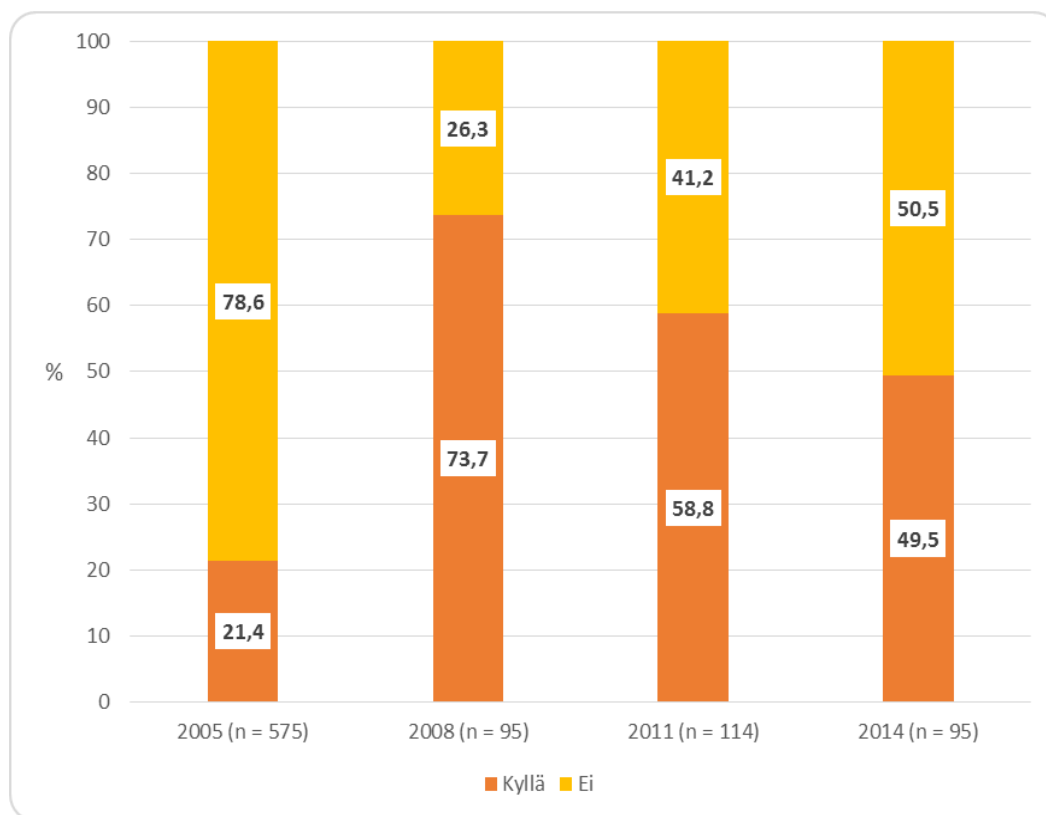
Kuitenkin tuloksista huomataan, että osa mielenterveyspalveluita käyttäneistä ei ollut kokenut saavan siitä hyötyä. Tähänkin voi olla monta syytä. Vaikka palvelu olisi suunniteltu ja rakennettu kuinka hyvin, ei se välttämättä aina riitä. Esimerkiksi mikäli asiakas ei ota annettua apua vastaan tai vähättelee hoidon tarvetta, jää hoito usein hyödyttömäksi. Lisäksi, jos asiakas ei ole tai koe olevansa hyväksytty, voi hyväkin hoito osoittautua hyödyttömäksi. Usein terveydenhuoltojärjestelmistä saatu mielenterveyspalvelu keskittyy vain sairaudenhoidon toimenpiteisiin sysäten kuntoutujan kokonaisuutena syrjään. Kokonaisvastuu kuitenkin jää asiakkaalle tai hänen läheistensä harteille, joka vaatii sekä asiakkaan että lähipiirin voimavaroja. (Jankko 2008, 18.) Hoidon hyödyttömäksi kokeminen voi olla myös seurausta siitä, että sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat niin pirstaloituneita ja jokainen taho hoitaa vain omaa erityisosaamistaan vastaavaa sektoria. Vaikka jostain palvelusta apua olisi saatu, voi kokonaisuuden hahmottamattomuus kumota avun kokonaisyödyn. (Suomen palveluohjausyhdistys Ry 2011.)

### **6.1.6 Vastaajien käyttämien mielenterveyspalveluiden sisältämä lääkehoito**

Sosiologi Nikolas Rose on kuvannut yhteiskuntaamme psykofarmaseuttiseksi. Tällä hän tarkoittaa sitä, että valtaosa teollistuneiden maiden ihmisistä käyttää jotakin keskushermostoon vaikuttavaa lääkeainetta, joko päivittäin, tai ainakin satunnaisesti. Lääkkeitä käytetään henkilökohtaisten tunteiden ja ongelmien käsitteilyssä, sekä jopa ihan arkielämässä selviytymiseen. (Helén, Hautamäki & Kanula, 2011, 70.) O. Huttusen (2008) mukaan vuosittain yli 700 000 suomalaista käyttää ainakin ajoittain jotakin lääkettä mielenterveyden hoitoon.

Tässä taustamuuttujakohdassa kuvataan aikaisempaan hoitokokemukseen vastanneiden vastaajien kokemusta lääkehoidosta. Kyselyssä tähän kohtaan oli tarkoitus vastata vain heidän, joilla oli kokemusta mielenterveyspalveluiden käytöstä. Luultavasti tähänkin kohtaan ”Ei ole käyttänyt lääkehoitoa” oli vuonna 2005 vastattu, vaikka vastaajalla ei ole kokemusta mielenterveyspalvelusta viitaten siihen, että vastaajamäärät eivät kohtaa aikaisemman kohdan ”On käyttänyt seuraavia mielenterveyspalveluita viimeisen 12 kk aikana” kanssa. Toinen vaihtoehto on, että mielenterveyspalveluiden käyttökokemuksesta oli jätetty kertomatta edeltävässä kohdassa.

Kuviossa 7 esitetään lääkehoitoa saaneiden vastaajien osuus kaikista mielenterveyspalveluita käyttäneistä vuosittain.



**Kuvio 7.** Lääkehoitoa saaneiden vastaajien osuus mielenterveyspalveluita käyttäneistä vuosittain (%).

Kuvion 7 mukaan suurin osa vastaajista oli vuosina 2008 ja 2011 saanut mielenterveyspalveluissa lääkehoitoa. Vuonna 2014 vaaka on kääntynyt toisin päin, eli hiukan yli puolet hoidon piirissä olleista ei ollut käyttänyt lääkkeitä hoidossaan. Ero siinä, oliko lääkkeitä käyttänyt vai ei, oli kuitenkin vain yksi prosenttiyksikkö. Silti lääkkeiden käyttö on vuosien 2008 ja 2014 välillä laskenut tilastollisesti merkitsevästi, jonka huomaa selvästi kuvioista 7.

Psykiatrit määräävät psyykkeläkkeistä vain yhden kolmasosan, joten voidaan miettiä, onko perusterveydenhuollossa riittävä tieto ja monipuolinen arviointi lääkeshoidon tarpeesta (Huttunen 2008,1). Aspvikin, Kiikkalan ja Lassilan artikkelin (2007) mukaan kansalaisetkin näkivät, että lääkehoitoa määrätään liian helposti eikä muita vaihtoehtoja arvioida tarpeeksi. Tämän tutkimuksen tuloksista ilmi

käynyt lääkkeiden käytön lasku voisi selittyä aikaisemmassa taustamuuttujassa selvinneellä asialla, että käynnit psykiatrilla kasvoivat tultaessa vuoteen 2014. Lääkkeiden käytön lasku voi toisaalta selittyä myös sillä, että lääkehoitoa mielen-terveysongelmien hoidossa on voinut olla vaikea ja häpeällinen myöntää. Lisäksi niihin liitettyjen ennakkoluulojen takia psyykelääkkeitä voidaan myös jättää kokonaan käyttämättä, vaikka niistä olisikin todellinen hyöty (Huttunen 2008,1). Myös tutkimuksen (Tiihonen, Haukka, Taylor, Haddad, Patel & Korhonen 2012) mukaan vain pieni osa sairaalahoitoa skitsofrenian takia ensimmäisen kerran saaneista henkilöistä hakee heille määrätyt lääkkeet seuraavan 60 päivän aikana. Ennakkoluulojen lisäksi yksi syy tälle voi olla psyykelääkkeiden kallis hinta.

Monien muiden tutkimusten mukaan lääkehoito on mielen-terveysongelmien hoidossa kuitenkin kasvanut viimeisten 20 vuoden aikana yli seitsenkertaiseksi. Yksi näkökulma lääkehoidon runsaaseen käyttöön voi olla se, että mielen-terveysongelmien takia lääkärin vastaanotolle pääsy ei ole useinkaan nopeaa eikä helppoa. Kun lääkärille päästään, voivat lääkärit määrätä reseptin jopa ”varalta”, sillä seuraavaan lääkäriaikaan voi mennä aikaa. Vuonna 2003 julkaistun teoksen (Spoo & Syvälahti 2003) mukaan lääkehoito on yleistynyt masennuksen hoidossa lukuisista uudenlaisista lääkkeistä johtuen. Toinen syy tälle lääkkeiden määrän kasvulle voi olla tehokkaat lääkefirmat, jotka mainostavat lääkäreille erilaisia psyykelääkkeitä. Lääkefirmojen mainokset ovat tehokkaita ja lupaavat elämänlaadun paranemista muun muassa kuvien avulla, jotka koskettavat monia. (Hautamäki ym. 2011, 87–90.)

Nykypäivänä on kuitenkin alettu kyseenalaistamaan lääkkeen tehoa ja vaikutusta mielen sairauksien hoidossa. Vuoden 2014 tulos voisi olla myös merkki siitä, että lääkkeiden määräämisen kriteereitä on muutettu. Kenties on alettu pohtimaan, onko lääkehoito vain nopea ratkaisu vai saataisiinko pysyvämpiä tuloksia jollain muulla hoitokeinolla. Tämä on voinut vähentää lääkkeiden käyttöä hoitoprosessissa. Hoitomenetelmät lääkityksen suhteen ovat viime aikoina kovasti kehittyneet ja mukaan on tullut ymmärrys terapian tärkeydestä, mikä on muuttanut asenteita lääkehoitoa kyseenalaistavimmiksi. (Silvån 2014.)

## 6.2 Asennekysymykset

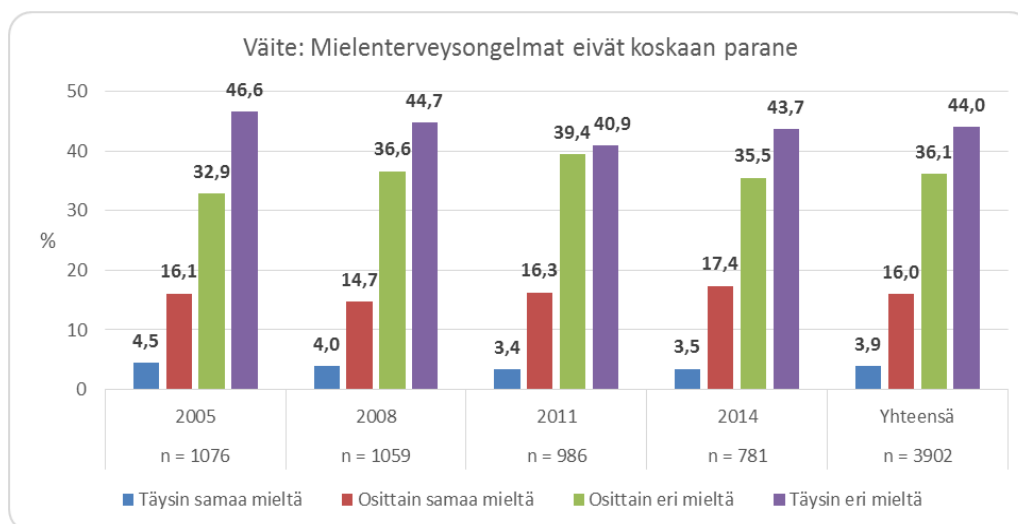
Kyselyssä oli seitsemän eri väittämää, jotka liittyivät mielenterveysongelmiin kohdistuvaan stigmaan. Vuosina 2011 ja 2014 oli yksi väittämä enemmän (Mielenterveysongelma on merkki ihmisen heikkoudesta ja yliherkkyydestä). Väittämää ei kuitenkaan analysoitu, koska sitä ei ollut kyselyissä jokaisena tutkimusvuotena. Tarkoituksena oli asenneväittämiä avulla tarkastella Vaasan sairaanhoitopiirin alueella asuvien vastaajien yleistä asenneilmapiiriä ja taustamuuttujien mahdollista yhteyttä asennekysymysten vastauksiin (ks. luku 6.1 Tutkimuksen taustatiedot). Väittämät teemoiteltiin kolmeen eri ryhmään. Ensimmäinen ryhmä sisältää kaksi väittämää, jotka kuvaavat vastaajien käsityksiä mielenterveysongelmasta sairautena. Toisessa ryhmässä väittämät mittaavat vastaajien käsityksiä siitä, kuinka yhteiskunta panostaa mielenterveysongelmiin. Kolmannessa ryhmässä väittämät liittyvät vastaajien henkilökohtaisiin kokemuksiin ja näkemyksiin stigmasta liittyen tapauksiin arkipäivän elämässä.

Korrelaatiokerrointa käytettiin kaikkien muiden taustamuuttujien ja asenneväittämiä vastauksien riippuvuuksien tutkimiseen, paitsi sukupuolen kohdalla käytettiin ristiintaulukointia. Ensiksi käydään läpi asennekysymysten vuosittaiset tulokset yleisesti ja niiden väliset mahdolliset vaihtelut. Perään analysoidaan taustatekijöiden mahdolliset yhteydet kunkin väittämän vastausten kanssa.

### 6.2.1 Vastaajien käsitykset mielenterveysongelmasta sairautena

Tähän teemaan kuuluvat väittämät ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” ja ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”.

Kuviossa 8 esitetään vastaajien mielipiteiden jakauma vuosittain väittämän ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” kohdalla.



**Kuvio 8.** Vastaajien mielipiteiden jakauma vuosittain väittämän ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” kohdalla (%).

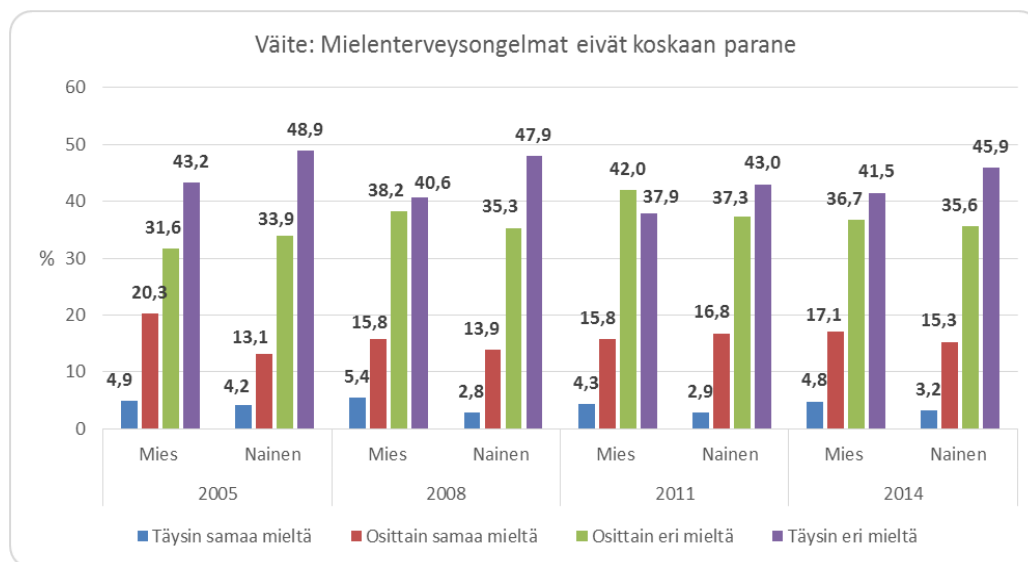
Jokaisena tutkimusvuonna vastaajat ovat olleet väittämän kanssa selvästi erimielisiä (”täysin eri mieltä” 44 % kaikista vastauksista). Kuviossa 8 nähdään, että suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että mielenterveysongelmista on mahdollista parantua. Tutkimusvuosien välillä ei vastauksissa ollut merkitseviä eroja. Tuloksia tukee myös Mielenterveydenterveiden keskusliiton puheenjohtaja Pekka Saurin toteama, jonka mukaan ahdistus ja masennus eivät ole pysyviä mielisairauksia, vaan ovat poistettavissa. Hoitoon tarvitaan yleensä lääkehoitoa, joka lievittää oireita, mutta tärkeää on myös hoito- ja kuntoutussuunnitelma. (Jämsä 2013.) Tulosten perusteella voidaan kuitenkin huomata, että osa vastaajista pohti, onko mielenterveysongelmista mahdollista parantua koskaan. Tämäkään ei ole mikään turha pelko, sillä raja mielenterveyden ja -sairauden välillä on todella häilyvä. Esimerkiksi skitsofrenia voi olla vuosia ja joillakin jopa koko elämän kestävä sairaus, jossa oireiden asteet vaihtelevat suuresti (Huttunen 2012). Mielenterveysongel-

mat voivat pahimmillaan seurata ihmistä varhaislapsuudesta aina vanhuuspäiville saakka (Helén 2011, 7).

Seuraavaksi tutkitaan taustamuuttujien mahdollisia yhteyksiä väittämään tulleiden vastausten kanssa.

**Vastaajan ikä:** Korrelaatio osoitti, ettei vastaajien iällä ollut vaikutusta väittämän ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” vastauksiin.

**Vastaajan sukupuoli:** Kuviossa 9 kuvataan mielipiteiden jakaumaa sukupuolittain asenneväittämän ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” kohdalla.



**Kuvio 9.** Miesten ja naisten mielipiteiden vuosittainen jakauma (%).

Tulokset osoittivat, etteivät naisten ja miesten mielipiteet tästä väittämästä eronneet suuresti toisistaan. Kuviossa 9 voidaan kuitenkin huomata, että miehet olivat vuosina 2005, 2008 ja 2014 väittämän kanssa hieman enemmän samanmielisiä kuin naiset. Vuonna 2011 sukupuolella ja väittämään tulleilla mielipiteillä ei löydetty merkitsevää yhteyttä.

**Vastaajan omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista:** Vuonna 2005 ja 2014 sillä, että vastaaja tunsi mielenterveyskuntoutujan ystäväpiiristä, oli vaikutusta tämän väittämän vastauksiin. Ystäväpiiristä mielenterveyskuntoutujan tuntevat vastaajat olivat enemmän sen kannalla, että väittäjä ei pidä paikkaansa, vaan

mielenterveysongelmista on mahdollista parantua. Harrastusten parista mielenterveyskuntoutujan tuntemisella oli vaikutusta tämän väittämän vastauksiin vain vuonna 2005. Tällöin yhteys oli samanlainen kuin edellä, eli parantuminen oli näiden vastaajien mielestä mahdollista. Vuonna 2011 ainut yhteys löytyi, jos vastaajat tunsivat kuntoutujan työn kautta. Myös tämä yhteys osoitti, että he eivät olleet väittämän kanssa niin samaa mieltä. Vuonna 2008 sillä, tunsiko vastaaja mielenterveyskuntoutujan tai ei, ei ollut yhteyttä väittämään tulleiden vastausten kanssa.

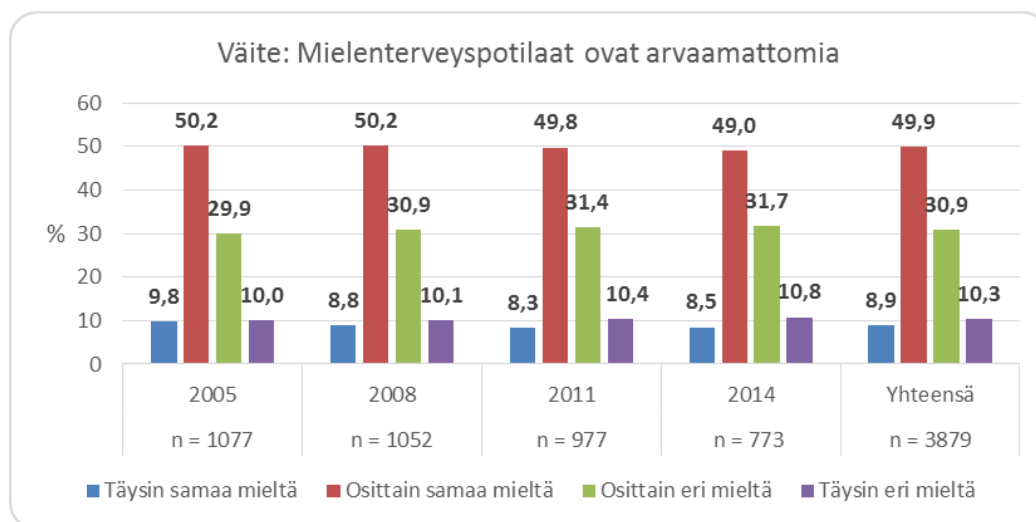
**Vastaajan oma mielenterveyspalveluiden käyttökokemus:** Vuoden 2011 tuloksissa korrelaatio osoitti, että palveluiden käytöllä oli yhteys väittämän vastauksien kanssa. Tuloksen mukaan mielenterveyspalveluiden käyttökokemus yhdistyi mielipiteisiin siitä, etteivät mielenterveysongelmat koskaan parane. Merkitseviä yhteyksiä ei löytynyt muina tutkimusvuosina.

**Mielenterveyspalveluiden käytön koettu hyödyllisyys:** Tämän väittämän kohdalla korrelaatio osoitti vuosina 2005, 2008 ja 2011, että vastaajien kokemalla mielenterveyspalveluiden hyödyllisyydellä oli yhteys väittämään tulleiden vastausten kanssa. Vastaajat, jotka pitivät mielenterveyshoitoa hyödyllisenä, olivat väittämän kanssa enemmän eri mieltä. Näiden mielipiteiden perusteella mielenterveysongelmista on mahdollista parantua.

**Vastaaja oli hoidossaan käyttänyt lääkkeitä:** Merkitsevää yhteyttä ei hoidossa lääkkeitä käyttäneiden vastaajien ja väittämään tulleiden vastausten välillä löytynyt minään tutkimusvuotena.



Seuraavaksi tarkastellaan asenneväittämää ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”. Kuviossa 10 esitetään vastaajien mielipiteiden jakaumaa väittämän kohdalla vuosittain.



**Kuvio 10.** Mielipiteiden jakauma vuosittain väittämän ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia” kohdalla (%).

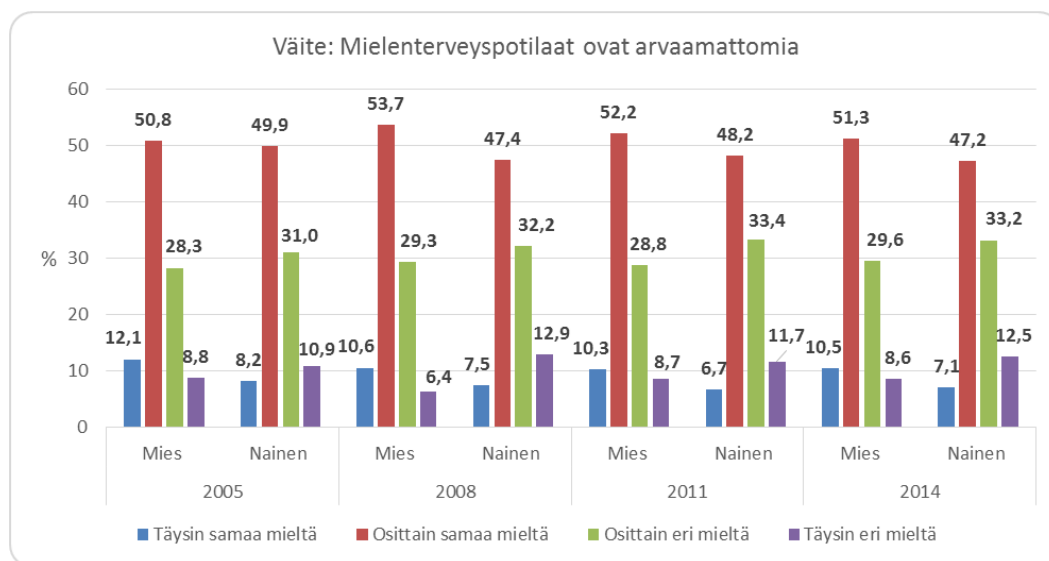
Kuten kuvio 10 huomataan, eniten vastauksia jokaisena vuotena tuli kohtaan ”osittain samaa mieltä”, yhteensä kaikkina vuosina 49,9 % kaikista vaihtoehdoista. Kuten tulos osoittaa, psyykkiset sairaudet herättävät vielä tänäkin päivänä pelkoa kanssaihmisissä. Ihmiset eivät näytä osaavan kohdata kokemusta mielisairaudesta (Vuorela & Aalto 2011, 35). Ihmisillä on tapana tehdä havaintoprosesseja lähes kaikkien psyykkisesti sairaiden potilaiden vaarallisuudesta vain yhden vaarallisen potilaan kokemuksesta (Korkeila 2011, 20). Mahdollinen syy pelkoihin, jotka kohdistuvat psykiatrisista häiriöistä kärsiviin ihmisiin voi olla myös, että he saavat ihmiset ajattelemaan ihmismielen haurautta ja näin oman romahtamisen mahdollisuutta. Toisaalta vastakkaisessa vaihtoehdossa ”osittain eri mieltä” oli vastauksia toiseksi eniten (30,9 %) ja vuosittain vastaajamäärät ovat nousseet tässä kohdassa. ”Ääripään” kohdat ”täysin eri/samaa mieltä” saivat selvästi vähiten vastauksia. Täysi samanmielisyys on vuosien varrella laskenut, kun taas vastakkainen vaihtoehto ”täysin eri mieltä” on noussut tultaessa vuoteen 2014. Voidaan siis aja-

tella, että asenteet väittämää kohtaan ovat menossa hieman suopeampaan suuntaan. Tämä on positiivista, sillä Korkeilan (2011, 20) mukaan mielenterveyden häiriöihin liittyvä vaara on hyvin harvinainen ja seuraus monen tekijän summasta. Usein sillä on myös tekemistä päihteiden käytön kanssa.

Seuraavaksi tutkitaan taustamuuttujien mahdollisia yhteyksiä väittämään tulleiden vastausten kanssa.

**Vastaajan ikä:** Vuosina 2005 ja 2008 tuloksista kävi ilmi, että iällä oli yhteys väittämän vastausten kanssa. Iän lisääntyessä vastaajat olivat enemmän sitä mieltä, että mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia. Kuitenkaan vuosina 2011 ja 2014 merkitsevää yhteyttä ei enää löytynyt, eli näinä vuosina ei voida sanoa vastaajien iällä olleen merkitystä mielipiteisiin tästä väittämästä.

**Vastaajan sukupuoli:** Kuviossa 11 havainnollistetaan miesten ja naisten välistä mielipiteiden jakaumaa väittämästä ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”.



**Kuvio 11.** Sukupuolten välinen jakauma vuosittain (%).

Jokaisena tutkimusvuotena voidaan sanoa miesten olleen hieman enemmän sitä mieltä, että mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia. Kuvioista 11 huomataan, ettei ero naisten ja miesten mielipiteiden välillä kuitenkaan ollut kovin suuri, mutta toistui jokaisessa kohdassa.

**Vastaajan omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista:** Mielenterveyskuntoutujan tuntemisella oli vaikutusta tämän asennekysymyksen vastauksiin. Vuonna 2008, 2011 ja 2014 kuntoutujan perhe- tai sukulaispiiristä tuntevat vastaajat olivat väittämän kanssa enemmän eri mieltä, eli eivät niinkään pitäneet mielenterveyskuntoutujia arvaamattomina. Työn merkeistä kuntoutujan tuntevat vastaajat olivat vuonna 2008 väittämän kanssa enemmän eri mieltä. Vuosina 2011 ja 2014 harrastusten kautta mielenterveyskuntoutujan tuntevilla vastaajilla oli myös positiivisemmat mielipiteet mielenterveyskuntoutujista. Vain vuonna 2014 sillä, että vastaaja tunsi kuntoutujan ystäväpiiristä, oli yhteys tähän väittämään. Yhteys oli edellisten kaltainen. Vuosina 2008, 2011 ja 2014 löytyi huomion arvoinen yhteys väittämän vastausten ja sen, ettei vastaaja tuntenut mielenterveyskuntoutujaa mitään kautta, kanssa. Kun vastaajat eivät tunteneet mielenterveyskuntoutujaa, he pitivät mielenterveyspotilaita enemmän arvaamattomina.

**Vastaajan oma mielenterveyspalveluiden käyttökokemus:** Mielenterveyspalveluiden käytöllä oli yhteyttä väittämän vastauksiin vuosina 2008, 2011 ja 2014. Vastaajat, jotka olivat palveluita käyttäneet, olivat enemmän erimielisempiä väittämän kanssa. He eivät pitäneet mielenterveyspotilaita arvaamattomina. Vuonna 2005 yhteyttä ei löytynyt.

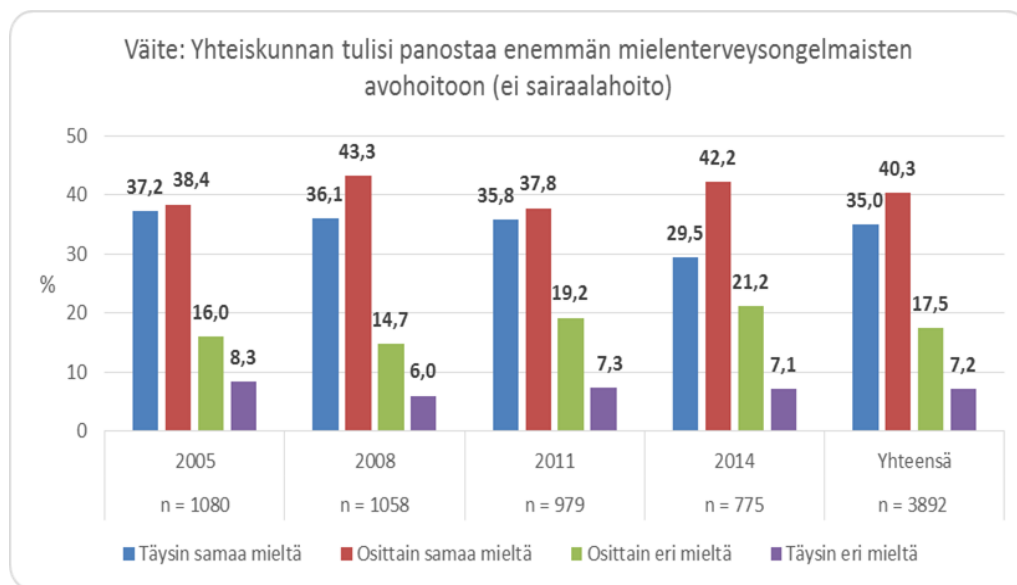
**Mielenterveyspalveluiden käytön koettu hyödyllisyys:** Väittämän ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia” vastausten ja tämän taustamuuttujan kohdalla merkitsevä yhteys löytyi vain vuonna 2005. Tänä vuonna mielenterveyshoitoa hyödyllisenä pitäneet vastaajat olivat väittämän kanssa erimielisempiä. Eli heidän mielestään mielenterveyspotilaat eivät ole niin arvaamattomia.

**Vastaaja oli hoidossaan käyttänyt lääkkeitä:** Korrelaatio osoitti, että ainoastaan vuonna 2005 löytyi merkitsevä yhteys lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien ja väittämään tulleiden vastausten välillä. Vastaajat, jotka olivat saaneet lääkehoitoa mielenterveysongelmiensa hoidossa, olivat väittämän kanssa enemmän eri mieltä. He olivat siis enemmän sitä mieltä, etteivät mielenterveyskuntoutujat ole arvaamattomia.

## 6.2.2 Vastaajien näkemyksiä yhteiskunnan panostuksesta mielenterveysongelmiin

Tähän ryhmään kuuluvat väittämät ”Yhteiskunnan tulisi panostaa enemmän mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoito)” ja ”Terveystieteiden tutkimuskeskus ei ota vakavasti mielenterveysoireita”.

Vastaajien mielipiteiden jakaumaa vuosittain väittämän ”Yhteiskunnan tulisi panostaa enemmän mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoito)” kohdalla kuvataan kuviossa 12.



**Kuvio 12.** Vastaajien mielipiteet vuosittain avohoidon panostukseen liittyvän väittämän kohdalla (%).

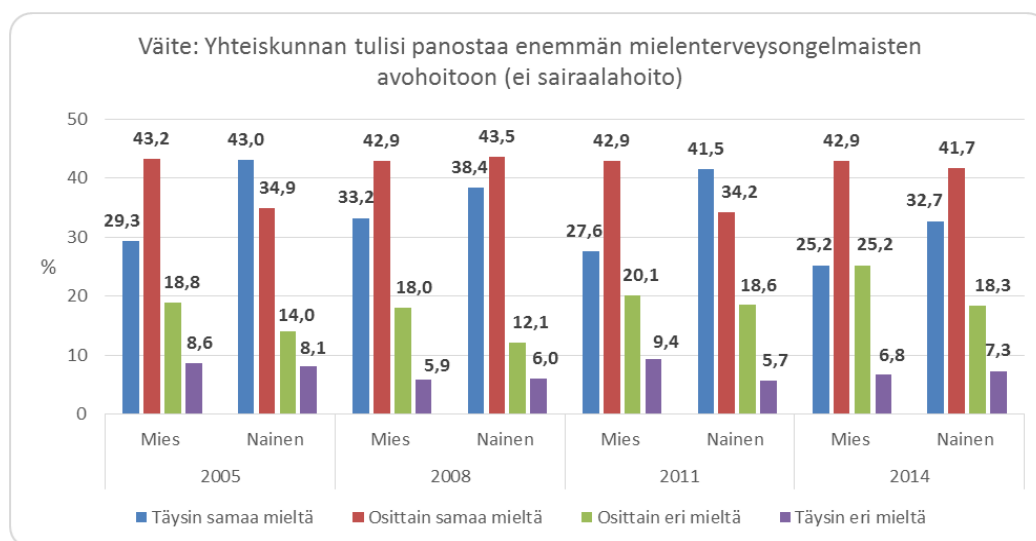
Kuviosta 12 huomataan, että vastaajat olivat suurimmaksi osin väittämän kanssa samanmielisiä, koska ”osittain”-, sekä ”täysin samaa mieltä”-kohdat olivat saaneet selvästi eniten vastaajia kaikkina vuosina yhteensä. ”Täysin samaa mieltä”-kohdan suosio on kuitenkin laskenut vuodesta 2005 vuoteen 2014 lähes 10 %. Tämä on huolestuttavaa, sillä mielenterveyspalvelut ovat koko ajan siirtymässä kohti avopalveluita (ks. luku 2.1 Mielenterveystyö). ”Osittain eri mieltä”-kohta taas on noussut tasaisesti ja vuonna 2014 kaikista sen vuoden vastauksista 21,2 % sijoittui tähän kohtaan. Näin ollen voidaan todeta, että mielipiteet tarjolla olevista mielenterveyspalveluista vaihtelivat suuresti. Ensimmäisen tutkimuksen julkaisuvuonna

2005 hoitopuolen yleinen näkemys Kervisen (2005) mukaan oli, että avo- ja laistukea on riittävästi. Kuntoutujat ja mielenterveysjärjestöt puolestaan olivat asiasta toista mieltä. Moni potilas jopa toivoi enemmän sairaalahoitoa.

Seuraavaksi tutkitaan taustamuuttujien mahdollisia yhteyksiä väittämään tulleiden vastausten kanssa.

**Vastaajan ikä:** Vuosina 2008 ja 2011 korrelaatiokerroin osoitti, että iällä oli yhteys väittämän vastausten kanssa. Mitä vanhempi vastaaja oli, sitä enemmän hän oli avohoidon kannalla. Vuosina 2005 ja 2014 merkitsevää yhteyttä näiden väliltä ei löydetty.

**Vastaajan sukupuoli:** Kuvio 13 kuvaa naisten ja miesten välistä mielipiteiden jakaumaa väittämän ”Yhteiskunnan tulisi panostaa enemmän mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoito)” kohdalla.



**Kuvio 13.** Sukupuolten välinen mielipiteiden jakauma vuosittain (%).

Miesten mielipiteiden voidaan sanoa olleen naisia hieman erimielisempiä tämän väittämän kohdalla. Tutkimusvuosien välillä ei ollut merkitseviä vaihteluita. Kuvio 13 huomataan, että jokaisena tutkimusvuonna naiset olivat miehiä enemmän ”täysin samaa mieltä”. Tulosten perusteella miehet eivät olleet niin varmoja vastauksistaan, koska heidän vastaukset sijoittuivat eniten kohtaan ”osittain samaa

mieltä”, vaikka heidänkin mielipiteet avohoidolle olivat suurimmaksi osaksi myönteisiä.

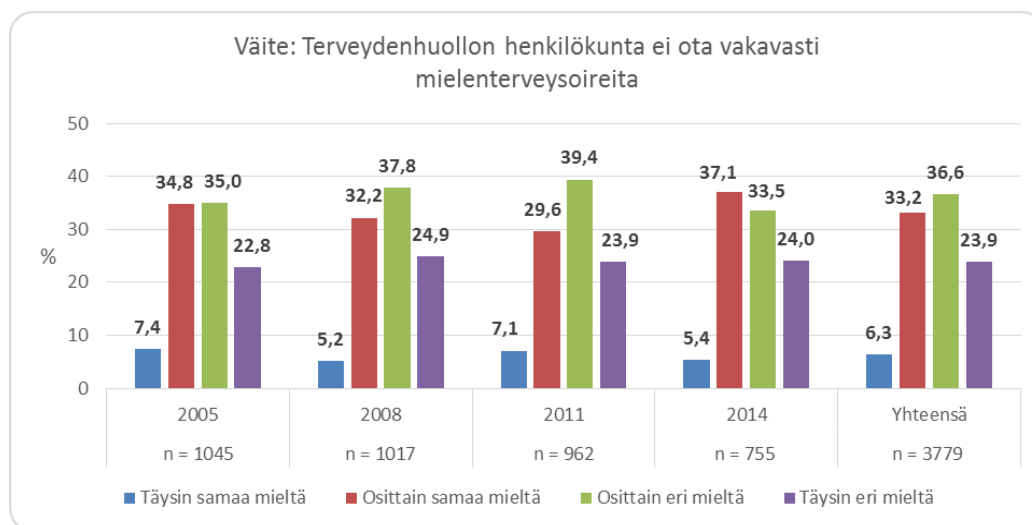
**Vastaajan omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista:** Omilla kokemuksilla mielenterveyskuntoutujista ja väittämän ”Yhteiskunnan tulisi panostaa enemmän mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoito)” vastausten välillä ei löytynyt montaa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Kuitenkin selvisi, että vuonna 2008 ja 2014 se, että vastaaja tunsi kuntoutujan perhe- tai sukulaispiiristä yhdistyi käsitykseen siitä, ettei yhteiskunnan tulisi panostaa vain avohoitoon. Vain vuonna 2011 vastaajat, jotka eivät tunteneet ketään kuntoutujaa, kannattivat enemmän yhteiskunnan panostamista avohoitoon.

**Vastaajan oma mielenterveyspalveluiden käyttökokemus:** Tämän väittämän kohdalla vastausten ja vastaajien mielenterveyspalveluiden käyttökokemusten välillä ei löytynyt merkitseviä yhteyksiä minään tutkimusvuotena.

**Mielenterveyspalveluiden käytön koettu hyödyllisyys:** Tähän väittämään tulleiden vastausten ja mielenterveyspalveluiden koettua hyödyllisyyttä mitanneen taustamuuttujan välillä ei löytynyt merkitsevää yhteyttä minään tutkimusvuotena.

**Vastaaja oli hoidossaan käyttänyt lääkkeitä:** Yhteys lääkehoidon saamisella ja tämän väittämän vastausten välillä löytyi ainoastaan yhtenä tutkimusvuotena. Vuonna 2005 vastaajat, jotka olivat mielenterveyspalveluissa saaneet lääkehoitoa, olivat väittämän kanssa enemmän samaa mieltä. He pitivät avohoitoon panostamista hyvänä asiana. Muina tutkimusvuosina korrelaatio ei osoittanut merkitsevää yhteyttä.

Kuviossa 14 tarkastellaan väittämään ”Terveystenhuollon henkilökunta ei ota vakavasti mielenterveysoireita” tulleita vastauksia.



**Kuvio 14.** Vastaajien asenteiden jakautuminen vuosittain väittämän ”Terveystenhuollon henkilökunta ei ota vakavasti mielenterveysoireita” kohdalla (%).

Vastaukset väittämän kohdalla ovat jakautuneet aika ristiriitaisesti, sillä vastaajia oli vuosittain sijoittunut tasaisesti kohtiin ”osittain eri/samaa mieltä”. ”Osittain samaa mieltä”-kohta sai yhteensä 33,2 %, kun taas ”osittain eri mieltä” 36,6 % kaikista vastauksista. Vuosien välillä oli jonkin verran vaihtelua. Viimeisenä tutkimusvuotena 2014 vastauksia oli hieman enemmän osittain samanmielisissä toisin kuin edellisinä vuosina ja siihen oli tänä vuonna tullut eniten vastauksia. Muina vuosina eniten vastauksia oli tullut kohtaan ”osittain eri mieltä”. Kuten kuviossa 14 näkee, vastaajat olivat vuosittain kuitenkin selvästi enemmän täysin eri- kuin täysin samaa mieltä väittämän kanssa.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat melko positiivisia, sillä Helén (2011, 7) kertoo, että yleinen näkemys mielenterveydenhoidosta ja psykiatrisista palveluista on melko kriittinen. Mielenterveysongelmat jäävät usein diagnosoimatta ja hoitamatta häpeäleiman vuoksi perusterveydenhuollossa, muualla terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa.

Aikaisemmin tehdyssä sveitsiläisessä kyselytutkimuksessa selvisi, että psykiatrit eivät keskiväestöä useammin olisi olleet valmiita ystävystymään mielenterveys-

häiriöistä kärsivän henkilön kanssa tai suositteluun häntä työhön, saati otta-  
maan häntä omien lastensa hoitajaksi. Jopa suhtautuminen psykiatriin hoitoihin  
oli epävarmaa. Myös saksalaisessa tutkimuksessa on tullut ilmi mielenkiintoinen  
ja järkyttäväkin seikka, sillä vain 70 % psykiatreista olisi skitsofreniaan sairastut-  
tua valmiita käyttämään neuroleptistä lääkitystä, jota he kuitenkin määräävät poti-  
lailleen päivittäin. (Sailas 2011, 41–42.) Aiemmin teoriassa esiin tullut fakta ett-  
eivät mielenterveysongelmaiset pääse fyysisten oireiden vuoksi yhtä hyvin hoi-  
toon (ks. luku 4.5 Häpeäleiman fyysiset seuraukset), vaikuttaa todennäköisesti  
kielteisiin näkemyksiin terveydenhuollon toiminnasta. Mielenkuntoutujan ja hä-  
nen läheistensä ”maallikkotietoa” sairaudesta ja sen kulusta ei tulisi vähätellä,  
vaan ottaa ne huomioon, sillä ne tukevat ja täydentävät hyvin lääketieteellistä tie-  
toa (Jankko 2008, 18).

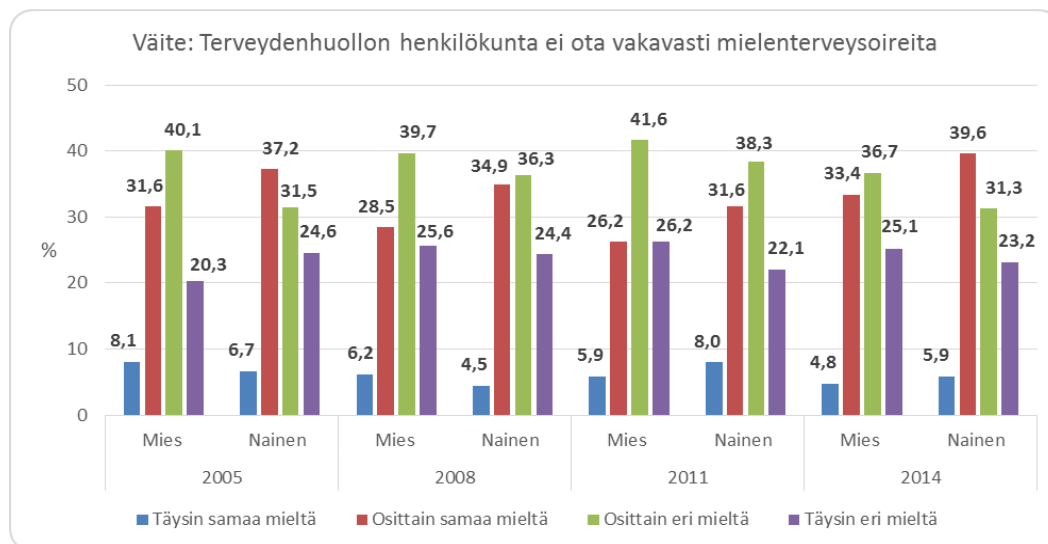
Kaikesta huolimatta on kuitenkin myönteistä, että tässä tutkimuksessa Vaasan sai-  
raanhoitopiirin alueella asuvilla vastaajilla oli positiivisempi kuva terveydenhuol-  
lon suhtautumisesta mielenterveysongelmiin.

Seuraavaksi tutkitaan taustamuuttujien mahdollisia yhteyksiä väittämään tulleiden  
vastausten kanssa.

**Vastaajan ikä:** Vuosina 2008, 2011 ja 2014 iällä oli yhteys siihen, kuinka sa-  
manmielisiä väittämän kanssa oltiin. Iän lisääntyessä oltiin enemmän sitä mieltä,  
ettei terveydenhuollon henkilökunta ota vakavasti mielenterveysoireita. Ensim-  
mäisenä tutkimusvuotena 2005 yhteyttä iän ja väittämän välillä ei löytynyt.



**Vastaajan sukupuoli:** Kuvio 15 kuvaa miesten ja naisten mielipiteiden jakaamaa väittämän ”Terveydenhuollon henkilökunta ei ota vakavasti mielenterveysoireita” kohdalla.



**Kuvio 15.** Miesten ja naisten mielipiteiden jakautuminen väittämän kohdalla (%).

Kuten kuviosta 15 huomataan, erot miesten ja naisten mielipiteiden välillä olivat todella pieniä. Vuosina 2005 ja 2008 naisten ja miesten vastaukset jakautuivat tasanaisesti, eikä niissä ollut merkittäviä eroja. Sen sijaan vuosina 2011 ja 2014 voidaan sanoa, että naiset olivat jonkin verran miehiä enemmän väittämän kanssa samaa mieltä, vaikka erot näissäkin kohdissa olivat pieniä.

**Vastaajan omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista:** Merkittäviä yhteyksiä vastaajien omilla kokemuksilla mielenterveyskuntoutujista ja tämän väittämän vastausten välillä ei löytynyt kuin kahtena tutkimusvuotena. Vuosina 2011 ja 2014 työn kautta mielenterveyskuntoutujan tuntevat vastaajat eivät niinkään allekirjoittaneet väittämää. Vuonna 2014 myös muuta kautta kuntoutujan tuntevat vastaajat olivat asiasta samalla linjalla työn kautta kuntoutujan tuntevien kanssa, eli he olivat enemmän sitä mieltä, että terveydenhuollon henkilökunta ottaa mielenterveysoireet vakavasti.

**Vastaajan oma mielenterveyspalveluiden käyttökokemus:** Korrelaation tarkastelu osoitti, että vastaajien oma kokemus mielenterveyspalveluiden käytöstä ei

ollut yhteydessä väittämään tulleiden vastausten kanssa yhtenäkin tutkimusvuotena.

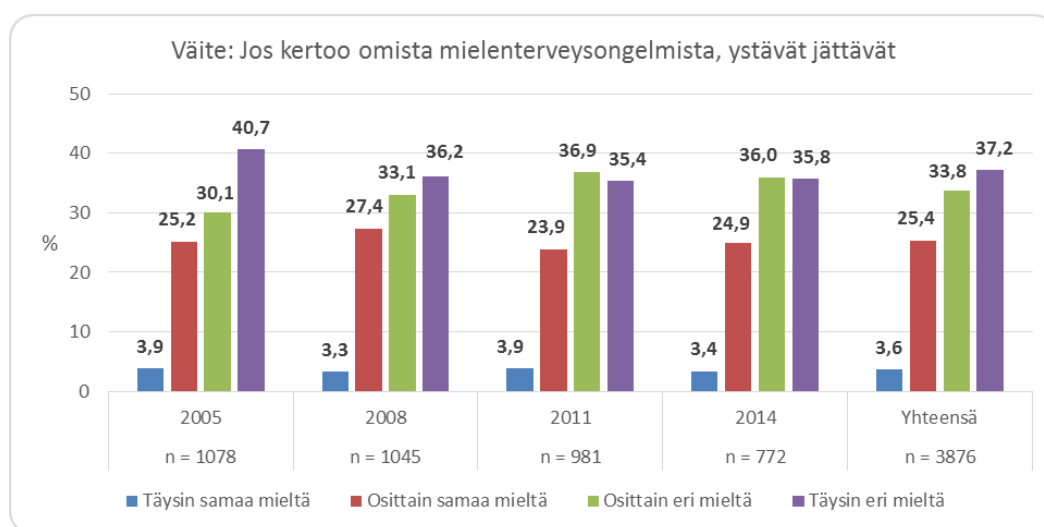
**Mielenterveyspalveluiden koettu hyödyllisyys:** Tutkimusvuosina 2005, 2008 ja 2014 se, että vastaajat olivat kokeneet mielenterveyshoidon hyödyllisenä, oli yhteydessä tähän väittämään tulleisiin vastauksiin. Vastaajista he, jotka pitivät mielenterveyshoitoa hyödyllisenä, eivät olleet niinkään samaa mieltä väittämän “Terveydenhuollon henkilökunta ei ota mielenterveysoireita vakavasti” kanssa. Vain vuonna 2011 tällaista tulosta ei löytynyt.

**Vastaaja oli hoidossaan käyttänyt lääkkeitä:** Tämän väittämän vastausten ja vastaajien lääkehoidon saamisen välillä löytyi vain yhtenä tutkimusvuotena merkitsevä yhteys. Vuonna 2014 henkilöt, jotka olivat lääkehoitoa saaneet, eivät olleet samaa mieltä väittämän kanssa. He olivat enemmän sitä mieltä, että terveydenhuollon henkilökunta ottaa mielenterveysoireet vakavasti.

### 6.2.3 Vastaajien kokemukset stigmasta arkipäivissään

Viimeisen teeman alle kuuluu kolme väittämää. Väittämät ovat “Jos kertoo omista mielenterveysongelmista, ystävät jättävät”, “On vaikea puhua mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa” ja “Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmasta, työsuhde vaarantuu”.

Kuviossa 16 esitetään vastaajien vuosittainen jakauma väittämän ”Jos kertoo omista mielenterveysongelmista, ystävät jättävät” kohdalla.



**Kuvio 16.** Vastaajien vuosittainen jakauma väittämän ”Jos kertoo omista mielenterveysongelmista, ystävät jättävät” kohdalla (%).

Tulosten mukaan vastaajat olivat väittämän kanssa suurimmaksi osaksi eri mieltä. Täysin eri mieltä väittämän kanssa kaikista vastaajista yhteensä neljän vuoden aikana oli 37,2 %. Osittain eri mieltä oli vastaajista 33,8 %. Vuosittain vastaukset sijoittuivat samankaltaisesti.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, etteivät ystävät jätä mikäli tulee ilmi, että henkilöllä on mielenterveysongelma. Mielenterveysongelmat vaikuttavat suuresti, varsinkin alussa diagnoosin saatuaan, mielenterveyskuntoutujan elämään. Myös omaisten, sekä ystävien täytyy ottaa nämä seikat huomioon. Tietenkin se, mikä mielenterveysongelma on kyseessä, sekä sairauden laatu vaikuttavat suuresti kuntoutujan jaksamiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Todella positiivista oli, että

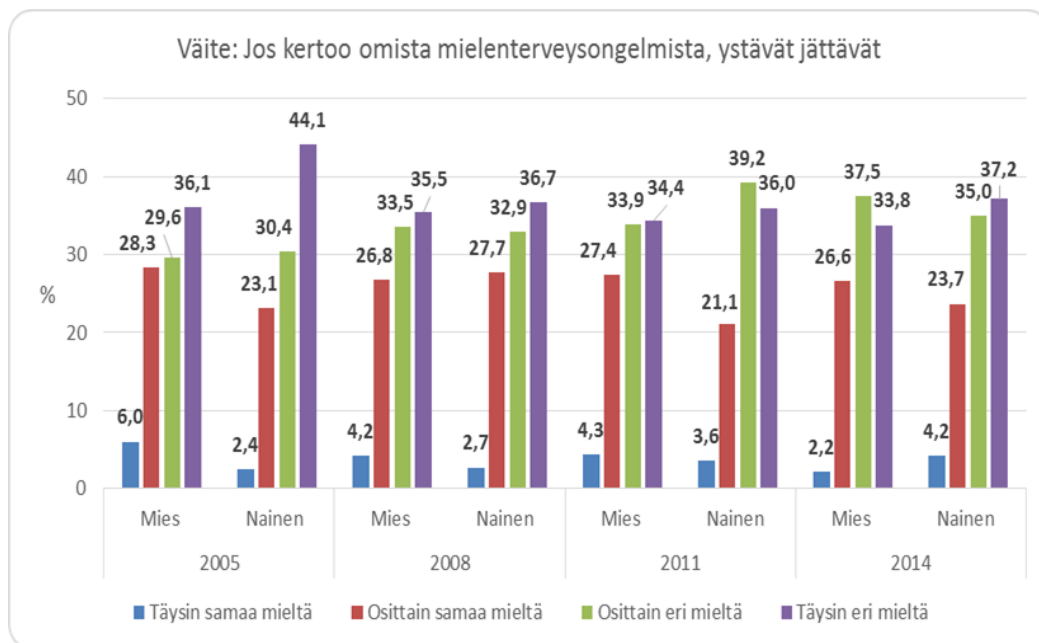
suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että vaikka läheinen sairastuu mielenterveysongelmaan, eivät ystävät jätä. Mielenterveyskuntoutujalle todella tärkeää onkin hyvä ja kattava lähiverkosto, jonka puoleen hän voi kääntyä asian kuin asian suhteen. Perheen ja ystävien avulla kuntoutuja voi saada voimaa ja jaksamista arjessaan.

Kuitenkin pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, että ystävät jättävät mielenterveysongelman tultua ilmi. Tähän voi johtaa esimerkiksi se, että masentuneen henkilön on usein vaikea ilmaista avoimesti toiveitaan. Tämän takia hän kokee usein, etteivät muut ymmärrä hänen tunteitaan. Keskustelussa masentunut saattaa herkästi vetäytyä hiljaiseen rooliin, joka saattaa ajaa ystäviä kauemmaksi. Läheisyys edellyttää kykyä avautua toiselle juuri sellaisen kuin oikeasti on. Mielenterveysongelmasta kärsivä henkilö kokee itsensä riittämättömäksi ja pelkää siksi läheisyyttä. Usein he ottavat epäaidon roolin, joka kuluttaa heidän, sekä ystävien voimavaroja. Ystävät eivät kenties jaksaa tällaista epäaitoa suhdetta kovinkaan kauaa. (Huttunen, 2008.)

Seuraavaksi tutkitaan taustamuuttujien mahdollisia yhteyksiä väittämään tulleiden vastausten kanssa.

**Vastaajan ikä:** Jokaisena tutkimusvuonna korrelaation tarkastelu osoitti, että väittämän vastausten ja iän välillä oli tilastollinen yhteys. Iäkkäimpien mielipiteet näyttivät olleen väittämän kanssa nuorempia ikäluokkia enemmän samanmielisempiä. Tämä on toisaalta positiivista, sillä näin ollen voidaan ajatella, että asenteet tulevaisuudessa tulevat olemaan positiivisempia mielenterveysongelmia kohtaan.

**Vastaajan sukupuoli:** Kuviossa 17 kuvataan sukupuolten välistä mielipiteiden jakaumaa väittämästä ”Jos kertoo omista mielenterveysongelmista, ystävät jättävät”.



**Kuvio 17.** Miesten ja naisten välinen mielipiteiden jakauma vuosittain (%).

Erot miesten ja naisten vastausten välillä eivät olleet suuria minään tutkimusvuotena tänäkään asenneväittämän kohdalla, mikä huomataan kuviosta 17. Vuonna 2005 tuloksista kuitenkin nähdään, että miehet olivat naisia hiukan enemmän samaa mieltä tämän väittämän kanssa. Tänä vuonna miehet siis ajattelivat naisia enemmän, että on mahdollista tulla ystävien hylkäämäksi mielenterveysongelman tultua ilmi. Myös vuonna 2011 näkyy samantapaisia tuloksia, vaikka erot naisten ja miesten vastausten välillä olivatkin hyvin pieniä. Sen sijaan vuonna 2008 ja 2014 naisten mielipiteet väittämästä olivat kääntyneet vähän negatiivisempaan, eikä miesten ja naisten vastauksissa voida sanoa olevan juurikaan eroa.

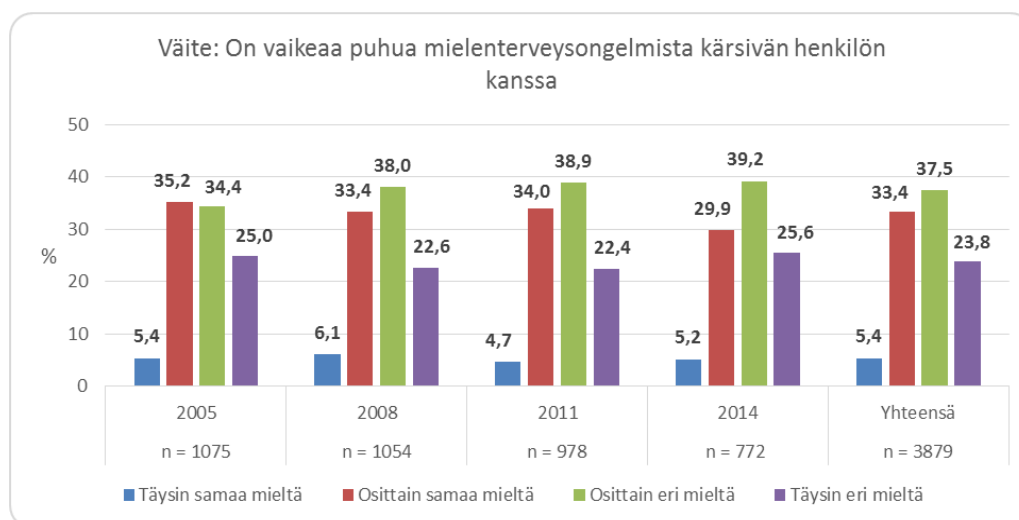
**Vastaajan omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista:** Yhteyttä vastaajien omilla kokemuksilla mielenterveyskuntoutujasta ja tämän väittämän vastauksilla ei löytynyt kuin yhtenä vuonna ja yhdessä kohdassa. Tämä oli vuonna 2011 ja se, että vastaaja tunsi kuntoutujan perhe- tai sukulaispiiristä vaikutti positiivisesti väittämän vastauksiin. Heidän mielipiteidensä perusteella voidaan sanoa, etteivät ystävät jättäisi mielenterveysongelman tultua ilmi.

**Vastaajan oma mielenterveyspalveluiden käyttökokemus:** Tässä väittämässä ei esiintynyt merkitsevää yhteyttä vastausten ja vastaajien omien mielenterveyspalveluiden käyttökokemuksien välillä yhtenäkkään tutkimusvuotena.

**Mielenterveyspalveluiden koettu hyödyllisyys:** Korrelaatio osoitti, että vuonna 2011 väittämään tulleilla vastauksilla ja tällä taustamuuttujalla löytyi yhteys. Tänä vuonna vastaajat, jotka kokivat mielenterveyspalvelun hyödyllisenä, suhtautuivat positiivisemmin väittämään. He olivat enemmän erimielisiä sen kanssa, että ystävät jättäisivät mielenterveysongelman tultua ilmi. Vuosina 2005, 2008 ja 2014 merkitsevää yhteyttä ei löytynyt.

**Vastaaja oli hoidossaan käyttänyt lääkkeitä:** Korrelaatio osoitti, ettei tämän väittämän vastauksilla ollut yhtenäkkään tutkimusvuotena merkitsevää yhteyttä vastaajien lääkehoidon käytön kanssa.

Kuviossa 18 kuvataan asenneväittämään ”On vaikeaa puhua mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa” tulleita vastauksia.



**Kuvio 18.** Vastaajien mielipiteiden jakauma vuosittain väittämän ”On vaikeaa puhua mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa” kohdalla (%).

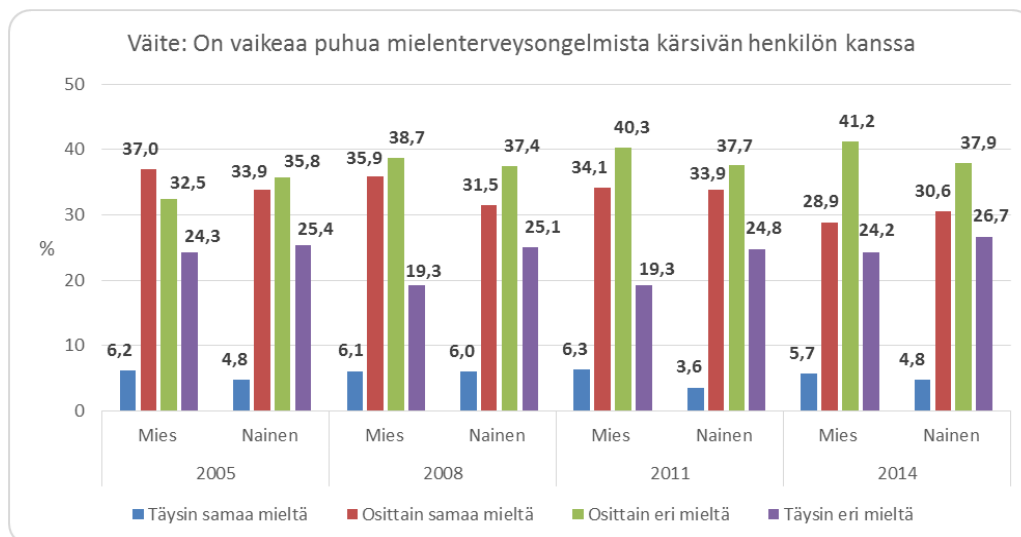
Väittämään ”On vaikeaa puhua mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa” oli jokaisena vuonna tullut eniten vastauksia ”osittain”- kohtiin. Kuten kuviossa 18 huomataan, ”osittain erimielttä”- kohdat ovat nousseet vuosien varrella. Puo-

lestaan ”osittain samaa mieltä”- kohtaan tulleet vastaukset ovat vähentyneet vuosittain, joten tulosten mukaan voisi ajatella, että vastaajat ovat tulleet väittämän kanssa hieman erimielisimmiksi tullessa vuoteen 2014. Täysin samaa mieltä kohdassa on ollut jonkin verran vuosittaisia heittoja määrän laskien myös tullessa vuoteen 2014 ja vastaajia on tässä kohdassa ollut joka vuosi vähiten (5,4 % kaikista vastauksista). Vastausten jakautumiseen luultavasti vaikuttaa moni asia, joista yksi on mahdollisesti vastaajien aiemmat kokemukset mielenterveyskuntoutujasta, joita tässä tutkimuksessa tutkitaan omana taustamuuttujanaan. Aina vaikeus kommunikoida mielenterveysongelmasta toipuvan kanssa ei välttämättä kuitenkaan johdu vastakkaisesta osapuolesta. Juttuihin mielenterveyskuntoutujan kanssa voi olla haastava päästä myös, koska usein mielenterveyskuntoutujat itse välttelevät sosiaalisia tilanteita. Positiivista tässä kohdassa kuitenkin on, että suurin osa vastanneista oli väittämän kanssa eri mieltä.

Seuraavaksi tutkitaan taustamuuttujien mahdollisia yhteyksiä väittämään tulneiden vastausten kanssa.

**Vastaajan ikä:** Merkitseviä tuloksia oli ainoastaan vuosina 2005 ja 2011. Tulokset osoittivat, että mitä vanhemmaksi vastaajat tulivat, sitä haastavammaksi he kokivat keskustelun mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa.

**Vastaajan sukupuoli:** Kuviossa 19 kuvataan miesten ja naisten välistä mielipiteiden jakaumaa väittämän ”On vaikeaa puhua mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa” kohdalla.



**Kuvio 19.** Sukupuolten välinen mielipiteiden jakauma vuosittain (%).

Naisten ja miesten mielipiteissä löytyi pieniä eroavaisuuksia. Joinakin tutkimusvuosina tuloksista kävi ilmi, että miesten mielipiteet olivat naisia hieman enemmän samanmielisempiä tämän väittämän kohdalla. Kuviossa 19 huomataan, että näin oli vuonna 2005, 2008 ja 2011. Vuonna 2014 naisten ja miesten mielipiteillä väittämän suhteen ei voida sanoa olevan eroa.

**Vastaajan omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista:** Vuosina 2005 ja 2008 perhe- tai sukulaispiiristä kuntoutujan tuntevat vastaajat olivat mielipiteilään väittämän kanssa enemmän erimielisempiä. Vastauksista näkyi, että he eivät kokeneet juttelua mielenterveyskuntoutujien kanssa vaikeaksi. Myös ystäväpiiristä kuntoutujan tuntevien vastaajien mielipiteillä löytyi yhteys väittämän kanssa vuosina 2005, 2008 ja 2014. Heikään eivät allekirjoittaneet tätä väittämää täysin. Työn kautta kuntoutujan tuntevien vastaajien mielipiteet olivat väittämän kanssa merkittävästi eriäviä vuonna 2008, 2011 ja 2014. Myös harrastusten kautta mielenterveysongelmaisia tuntevat vastaajat asennoituivat väittämään hieman positiivisemmin vuonna 2011. Toisin kuin edellä esiin tuodut yhteydet, merkittävä yhteys väittämän samanmielisyyden kanssa löytyi kun vastaaja ei tuntenut ketään



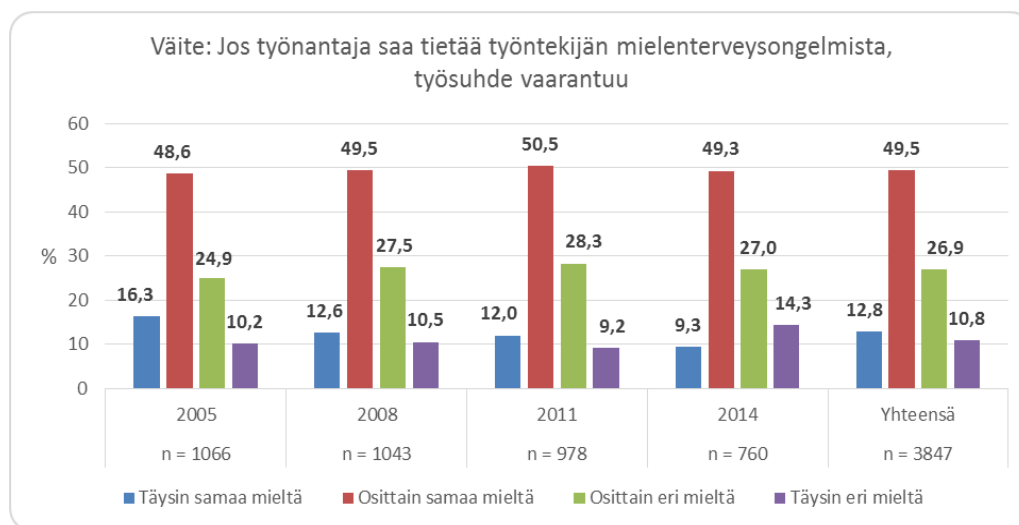
mielenterveyskuntoutujaa vuosina 2008, 2011 ja 2014. He kokivat muita enemmän, että mielenterveyskuntoutujan kanssa on vaikea keskustella.

**Vastaajan oma mielenterveyspalveluiden käyttökokemus:** Tämän väittämän vastausten ja vastaajien mielenterveyspalveluiden käyttökokemuksen välillä löytyi yhteys vuosina 2008, 2011 ja 2014. Jos vastaaja oli käyttänyt mielenterveyspalveluita, olivat mielipiteet eriävimpiä väittämän kanssa. He eivät pitäneet puhumista mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa niin haastavana. Korrelaation mukaan vuonna 2005 merkitsevää yhteyttä ei löytynyt.

**Mielenterveyspalveluiden käytön koettu hyödyllisyys:** Vuonna 2005 ja 2008 tällä taustamuuttujalla ja väittämän vastauksilla oli yhteys. Vastaajat, jotka kokivat mielenterveyspalvelun hyödyllisenä, ajattelivat myös väittämästä positiivisemmin. Voidaan siis sanoa, etteivät he pitäneet juttelua mielenterveyskuntoutujiin kanssa niin vaikeana. Vuosina 2011 ja 2014 tällaista yhteyttä ei löytynyt.

**Vastaaja oli hoidossaan käyttänyt lääkkeitä:** Vain vuosina 2011 ja 2014 löytyi merkitsevä yhteys tämän väittämän vastausten ja lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien välillä. Henkilöt, jotka olivat lääkehoitoa mielenterveysongelmien hoidossa käyttäneet, olivat väittämän kanssa enemmän eri mieltä. Tällöin vastaajat olivat enemmän sitä mieltä, ettei mielenterveyspotilaiden kanssa ole vaikea puhua.

Kuviossa 20 esitetään väittämään ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu” tulleet vastaukset.



**Kuvio 20.** Mielenpiteiden jakauma vastaajien kesken vuosittain väittämän ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu” kohdalla (%).

Väittämän ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu” vastaajista lähes puolet oli jokaisena vuonna väittämän kanssa osittain samaa mieltä (yhteensä kaikkina vuosina 49,5 %). Täysi samanmielisyyttä on kuitenkin laskenut vuosittain, kun taas ”täysin eri mieltä”- kohta on noussut tasaisesti lukuun ottamatta vuotta 2011, jolloin se oli hieman laskenut. Kuvion 20 tietojen perusteella voidaan ajatella vastaajien mielenpiteiden muuttuneen hieman positiivisimmaksi, joskin myös vuonna 2014 suurin osa oli silti ”osittain samaa mieltä” (49,3 %).

Kuviosta 20 huomataan suurimman osan vastaajista olleen sitä mieltä, että mikäli työnantaja saa tietää mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu. Tämä on suurin huomata. Kuten työoikeuden professori Seppo Koskinen (2010) on kertonut, mielenterveysongelmista kärsivän tai niiden uhan alle joutuneen työntekijän mahdollisuudet suojautua työnantajaltaan tai hänen edustajaltaan ovat usein vähäiset. Käytännössä kysymykseen tulee usein vain työsuhteen päättäminen. Purkusoikeus edellyttää kuitenkin todella painavia syitä. Perusteen tulee olla sellainen,

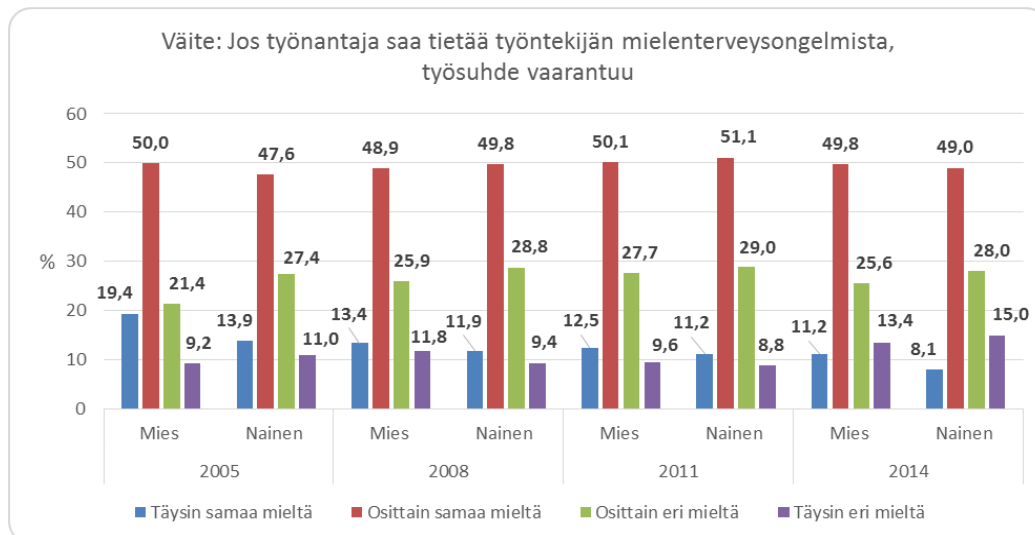
että työntekijällä on todellinen uhka mielenterveysongelmien syntymisestä tai pahentumisesta.

Työnantajalla on oikeus irtisanoa työntekijä mielenterveysongelman takia, jos työkyky on olennaisesti ja pysyvästi heikentynyt, eikä työnantajalta voida kohtuudella edellyttää sopimussuhteen jatkamista. Työntekijän on täytynyt saada varoitus ensin, sekä hänelle on täytynyt tarjota muuta työtä. Työkyvyttömyyden ei tarvitse olla edes täydellistä, eikä lopullista. Mikäli työntekijä ei sairauden vuoksi pysty suoriutumaan työsopimuksensa mukaisista velvoitteista, ei työnantajaa voida velvoittaa sopimussuhteen jatkumista. Mielenterveysongelmiin perustuvat irtisanomiset eivät ole ensimmäinen keino puuttua asiaan, mutta ei ole olemassa selkeää ohjetta tai määräystä kuinka työnantajien tulee asiaan puuttua. Ainakin työntekijän on täytynyt käsitellä asia työterveyshuollossa lääkärintarkastuksessa, sekä hänen on täytynyt olla sairauslomalla ensin. (Koskinen, 2006.) Edellä mainituista syistä pelko työelämästä syrjäytymiseen mielenterveysongelman takia ei ole aiheeton. Auranen (2014) kertoi artikkelissaan ”Masennuksen hinta”, että arviolta 46 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeen saajista oli mielenterveys- ja päihdehäiriöisiä. Vuonna 2013 tämä oli lähes 70 000 henkilöä ja heistä yli puolet oli eläkkeellä masennuksen takia.

Seuraavaksi tutkitaan taustamuuttujien mahdollisia yhteyksiä väittämään tulleiden vastausten kanssa.

**Vastaajan ikä:** Jokaisena tutkimusvuotena vastaajien ikäänntyminen korreloi merkittävästi väittämän vastausten kanssa. Iän lisääntyessä käsitykset siitä, että mielenterveyshäiriöiden tullessa ilmi työsuhde vaarantuu, vahvistuivat.

**Vastaajan sukupuoli:** Kuvio 21 esittää sukupuolten välisen mielipiteiden jakauman väittämän ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu” kohdalla.



**Kuvio 21.** Miesten ja naisten välinen mielipiteiden jakauma (%).

Kuten kuvio 21 huomataan, erot miesten ja naisten mielipiteiden välillä eivät olleet suuria tämän väittämän kohdalla. Vuonna 2005 ja 2014 nähdään kuitenkin, että miehet olivat naisia hieman enemmän samaa mieltä tässä asiassa. Tutkimusvuosina 2008 ja 2011 naisten ja miesten vastauksissa ei ollut merkitseviä eroja.

**Vastaajan omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista:** Merkitsevä yhteys vastaajien mielenterveyskuntoutujan työn kautta tuntemisen ja tämän väittämän vastausten välillä löytyi jokaisena tutkimusvuotena. Nämä vastaajat olivat väittämän kanssa erimielisempiä. Myös 2005 vuonna ystäväpiiristä kuntoutujan tunteet vastaajat olivat samoilla linjoilla, eli eivät kokeneet mielenterveysongelman selvästi vaarantavan työsuhdetta. Vuonna 2008 puolestaan löytyi yhteys vastausten ja sen kanssa, etteivät vastaajat tunteneet ketään mielenterveyskuntoutujaa. Heidän mielipiteet olivat väittämän kanssa samanmielisempiä, eli he uskoivat työsuhdetta vaarantavan työnantajan saatua tietää mielenterveysongelmasta.

**Vastaajan oma mielenterveyspalveluiden käyttökokemus:** Väittämän vastaukset eivät korreloituneet merkitsevästi minään tutkimusvuotena vastaajien palveluiden käyttökokemuksen kanssa.

**Mielenterveyspalveluiden käytön koettu hyödyllisyys:** Korrelaatio osoitti, että vuosina 2008, 2011 ja 2014 tällä taustamuuttujalla ja väittämään tulleilla vastauksilla oli yhteys. Vastaajat, jotka kokivat mielenterveyspalveluiden käytön hyödyllisenä, olivat mielipiteiltään väittämän ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu” kanssa enemmän eri mieltä. Vain vuonna 2005 merkitsevää yhteyttä ei löytynyt.

**Vastaaja oli hoidossaan käyttänyt lääkkeitä:** Minään tutkimusvuotena ei löydetty merkitsevää yhteyttä väittämän vastausten ja vastaajien lääkehoidon saamisen välillä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan saatuja tuloksia verraten niitä teoriaan ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Pohditaan myös, onko tutkimus toteutunut eettisesti. Lisäksi luku sisältää pohdinnan opinnäytetyöstä kokonaisuutena sekä lopuksi esitetään ideoita jatkotutkimuksille.

### 7.1 Vastaajien yleinen asennoituminen mielenterveysongelmia kohtaan

Tutkimustulosten perusteella on vaikea sanoa yksiselitteisesti, mikä oli Vaasan sairaanhoitopiirin alueella asuvien vastaajien yleinen asenneilmapiiri mielenterveysongelmia kohtaan. Mielenpiteet vaihtelivat paljon asenneväittämistä ja vuodesta riippuen. Kuitenkin tuloksista huomataan, että asennoituminen mielenterveysongelmia kohtaan oli monessa asenneväittämässä suurimmaksi osaksi myönteistä. Esimerkiksi vastaajat olivat selvästi sitä mieltä, että mielenterveysongelmista on mahdollista parantua. Enemmistö vastaajista ei myöskään kokenut ystävyysuhteiden loppuvan, mikäli mielenterveysongelma tulee ilmi. Vastaukset väittämän ”On vaikea puhua mielenterveysongelmista kärsivän henkilön kanssa” kohdalla olivat jokaisena tutkimusvuotena enemmän myönteisiä kuin kielteisiä, ja vuoteen 2014 tullessa vastaukset olivat tulleet yhä myönteisemmiksi. Vastaajien näkemys myös terveydenhuollon henkilökunnan asennoitumisesta mielenterveysongelmia kohtaan oli myönteinen, joskin tässä kohdassa mielenpiteet olivat vuoteen 2014 tulleet hieman kyynisimmiksi. Tähän voi olla syynä esimerkiksi lisääntynyt kiire ja jonot terveystalveissa.

Joukossa oli kuitenkin myös asenneväittämiä, joissa vastaajien mielenpiteet olivat selvästi leimaavampia. Näin oli esimerkiksi kohdassa ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”, jossa lähes puolet vastaajista oli tämän väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Yleinen näkökanta mielenterveyspotilaiden arvaamattomuudesta on kuitenkin hieman pehmentynyt tullessa vuoteen 2014. Mielenterveysongelmiin työelämässä suhtauduttiin enimmäkseen kielteisesti ja ne koettiin työsuhdetta vaarantavina. Kuitenkin myös tässä kohdassa asenteet ovat tulleet hieman suopeimmiksi tullessa vuoteen 2014, vaikka silloinkin suurin osa vastaajista oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä.

Tutkimustulosten perusteella mielenterveysongelmiin liittyvä leimautuminen on jonkin verran vähentynyt vajaan kymmenen vuoden aikana. Myös mielenterveysbarometrin 2013 mukaan suomalaisten asenteet mielenterveysongelmia kohtaan ovat muuttuneet hieman parempaan suuntaan (Mielenterveyden keskusliitto 2013). Luultavasti kaikella kehityksellä ja tiedolla on ollut osuutta asiaan. Vaikka asenteet muuttuvat hitaasti, on tämä suunta oikea.

## **7.2 Taustamuuttujien yhteys tutkimustuloksiin**

Tässä kohdassa kootaan yhteen, kuinka opinnäytetyöhön valikoidut taustamuuttujat vaikuttivat tutkimustuloksiin.

### **7.2.1 Ikä**

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että iällä oli yhteys stigmatisoiviin asenteisiin. Vanhemmalla ikäpolvella näytti olevan yleisesti kielteisempi asennoituminen mielenterveyskuntoutujiin ja mielenterveysongelmiin kokonaisuutena. Joinakin vuosina iällä ei ollut merkitystä asenneväittämien kanssa, mutta vuosina joina yhteys löytyi, kävi ilmi, että jokaisessa kohdassa vanhempien ihmisten asenteet olivat leimaavampia. Myös aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että nuorempien sukupolvien asenteet mielenterveyskuntoutujista tuntuvat menevän positiivisempaan suuntaan. Mahdollinen syy tälle on se, että häpeäleiman olemassaolon tietoisuus on lisääntymässä. (Aromaa & Walbeck 2011, 74.) Mielenterveyden ongelmat ovat aina olleet hyvin kulttuurisidonnaisia. Mielenterveysongelmat on hoidettu 1980-luvulle asti ”mielisairaaloissa”, jotka sijoitettiin useimmiten syrjäisille paikoille, jonne potilaat eristettiin fyysisesti ja henkisesti muusta yhteiskunnasta. (Vuorela & Aalto 2011, 32.) Tämä historian painolasti vaikuttaa todennäköisesti ikääntyneiden käsityksiin mielenterveysongelmista. Sairaus oli suuri häpeä, josta vaiettiin. Esimerkiksi työelämään liittyvässä väittämässä ”Jos työnantaja saa tietää mielenterveysongelmasta, työsuhde vaarantuu”, negatiivinen mielipide on vahvistunut iän mukana. Vielä vuosikymmeniä sitten työsuhde on mielenterveysongelman vuoksi ehkä voinutkin vaarantua herkemmin, joten tämä voi olla syy ikääntyneiden vastaajien negatiivisempiin näkemyksiin aiheesta.

Mahdollinen syy ikäihmisten negatiivisimmille asenteille voi olla myös se, että heidän nuoruudessaan mielenterveysongelmia ei niinkään diagnosoitu. Kaikki poikkeavuudet, oli kyse sitten vanhuuden dementiasta tai oikeasta mielenterveyshäiriöstä kuten skitsofreniasta, koettiin hulluutena.

Tänä päivänä mielenterveyspalveluita on tarjolla enemmän kuin koskaan ja niihin satsataan enemmän kuin ennen, joskaan ne eivät silti tunnu riittävilta (Helén 2011, 7). Nykyään mielenterveysongelmista puhutaan avoimemmin, esimerkiksi julkisuuden henkilöt sekä ihan tavalliset ihmiset kertovat julkisuudessa enemmän mielenterveysongelmista ja jakavat omat selviytymistarinansa. Myös faktatietoa mielenterveysongelmista on enemmän eikä sairaus enää ole niin suuri tabu. Maailman muutenkin laajentuessa ja muuttuessa avarakatseisemmaksi, ovat nuoremmat ikäpolvet kasvaneet erilaiseen asenneilmapiiriin. Tämä luultavasti heijastui nuorempien vastaajien hieman myönteisempiin vastauksiin mielenterveysongelmia koskeissa asennekysymyksissä.

Seuraavaksi nostetaan esiin muutamia väittämiä, joissa oli mielenkiintoisia eroja joko vuosien välillä tai jotka ovat huomion arvoisia muuten. Väittämä ”mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” ei korreloinut iän kanssa merkitsevästi minään tutkimusvuotena. Väittämän ”mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”-kohdalla näkyi, että tullessa 2010-luvulle iällä ei ole ollut yhteyttä tämän asenneväittämän vastauksiin. Teknologia ja sosiaalinen media on muuttunut kymmenen vuoden sisällä, joten tietoa on nykyään helpompi löytää ja medianlukutaito on parantunut huomattavasti. Enää kaikkea netistä lukemaa ei ehkä uskota niin sinisilmäisesti. Tämä muutos on luultavasti ”nuorentanut” vanhempain ikäpolvea, mikä näkyi vastausten tasaisuutena ikäjakaumalla.

”Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunta ei ota vakavasti mielenterveysoireita”-väittämällä ei ollut iän kanssa merkitsevää korrelaatiota vuonna 2005, mutta muina vuosina 2008, 2011 ja 2014 yhteys on näkynyt. Ikääntyneitä ihmisiä on koko ajan enemmän suurten ikäluokkien ikääntyessä. Jonojen kasvaessa perusterveydenhuollossa voi olla, että iäkkäiden mielenterveysongelmat jäävät vielä enemmän varjoon. Niitä ei välttämättä oteta vakavasti, koska ikääntyneillä myös somaattiset ongelmat ja yksinäisyys liittyvät niin vahvasti mielenterveyteen. Siitä



johtuen mielenterveysongelmat jäävät usein huomaamatta, mistä iäkkäiden negatiivisuus tätä väittämää kohtaan voi johtua.

Mielenkiintoista oli myös, että vuosina 2008 ja 2011 nuorempi sukupolvi oli erimielisempi väittämän ”Yhteiskunnan tulisi panostaa mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoito)” kanssa. Näinä tutkimusvuosina nuorempi sukupolvi oli vähemmän avohoidon kannalla. Tämä aiheuttaa haasteen tulevaisuuden mielenterveyspalveluille, jotka ovat koko ajan menossa enemmän avohoitokeskeisimmiksi.

### **7.2.2 Sukupuoli**

Selviä eroja sukupuolten kesken ei suhtautumisessa mielenterveysongelmiin tulosten analyysissä löytynyt. Joissakin asennekysymyksissä kuitenkin nousi esiin, että miesten asennoituminen mielenterveysongelmia kohtaan oli hieman naisia negatiivisempaa. Aikaisemmissa tutkimuksissa esille on noussut, että naiset ovat ymmärtäväisempiä mielenterveysongelmia kohtaan. Esimerkiksi vuonna 2008 kerätyn postikyselyaineiston mukaan naisten mielipiteet ovat suvaitsevaisempia masennusta kohtaan. Toisaalta siinä tutkimuksessa esiin nousi myös päinvastainen tulos, että nuoret miehet ovat valmiimpia ottamaan kontaktia mielenterveyskuntoutujiin. (Aromaa & Wahlbäck 2011, 75–76.) Tutkimusvuosien välillä tuloksissa oli lieviä vaihteluita joidenkin asennekysymysten kohdalla. ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane”- väittämässä voitiin huomata, että vuosina 2005, 2008 ja 2014 miehet olivat naisia hieman enemmän tätä mieltä. Luultavasti miehillä on korkeampi kynnyks hakea apua psyykkisiin ongelmiin sekä heillä on naisia vähemmän valmiuksia ja tarvetta pohtia omia ongelmiaan ylipäänsä, saati sitten ulkopuolisen henkilön kanssa (Suvisaari 2013). Tämä voi olla yksi syy miesten negatiivisempaan asennoitumiseen, jonka mukaan mielenterveysongelmista ei voisi päästä yli.

Väittämän ”mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia” kohdalla miehet olivat jokaisena tutkimusvuotena asiasta naisia enemmän samaa mieltä. Poiketen muista esiin nostetuista kohdista väittämän ”Terveystieteiden henkilökunta ei ota vakavasti mielenterveysoireita” kohdalla naiset olivat vuosina 2011 ja 2014 hieman

enemmän samaa mieltä kuin miehet. Tämä voi johtua siitä, että kenties naiset yrittävät hakeutua miehiä enemmän palveluihin, joten heillä on luultavasti tästä myöskin enemmän mielipiteitä. Tässä kohdassa naisten asennoituminen oli siis miehiä negatiivisempaa.

”Jos kertoo omista mielenterveysongelmista, ystävät jättävät”- väittämän kohdalla vuosina 2005 ja 2011 miehet olivat naisia enemmän väittämän kanssa samaa mieltä. Mahdollinen syy tälle voi olla miesten ja naisten erityylyiset ystävyysuhteet. Miehillä ystävyys perustuu useasti toimintaan ja he tapaavatkin toisiaan usein isoissa porukoissa. Syvälliset keskustelut jäävät vähemmälle. Tämän takia ystävyysuhteet voivat helposti jäädä, kun mies sairastuu. Psykkisesti sairas ihminen ei välttämättä kykene tällaisiin vuorovaikutussuhteisiin. Naisilla ystävyysuhteet ovat useasti läheisempiä ja syvällisempiä. Heidän on luontevampaa keskustella vaikeistakin asioista keskenään.

Myös muissa väittämissä miesten ja naisten välisiä mielipiteiden eroja oli havaittavissa. Näissä selvisi, että miesten mielipiteet mielenterveysongelmia kohtaan olivat hieman negatiivisempia. Vuosien välillä oli kuitenkin vaihtelua, eikä tämän vuoksi voida tehdä johtopäätöstä, että miesten asenteet olisivat systemaattisesti naisia negatiivisempia joka kohdassa.

### **7.2.3 Vastaajien omat kokemukset mielenterveyskuntoutujista**

Vuorovaikutus mielenterveyskuntoutujien kanssa vähentää stigmaa ja auttaa näkemään henkilöiden todellisen luonteen. Näin ennakkoluulotkin vähenevät ja tutkimuksissa on tuotu esille, että mitä lähempää yksilöillä on kokemuksia mielenterveyskuntoutujista, sitä positiivisempia asenteet ovat. (Ranne 2007,12.) On selvää, että ihmisten elämäkokemukset ja olosuhteet vaikuttavat asioiden tärkeyteen ja tarkastelunäkökulmaan. Jos lähipiirissä on mielenterveysongelmista kärsiviä, on vastaajilla luultavasti totuudenmukaisempi kuva mielenterveyskuntoutujista, sillä he ovat eläneet mukana mielenterveyskuntoutujien arjessa. (Falk, Kurki, Risänen, Kankaanpää & Sinkkonen 2013, 15.)

Tulosten valossa voidaan todeta, että myös tähän kyselyyn vastanneiden henkilöiden omat kokemukset ovat osittain pehmentäneet asenteita mielenterveysongelmiin liittyen. Tätä tukee myös Aromaan saama aikaisempi tulos siitä, että kanssakäynti mielenterveyskuntoutujien kanssa edesauttaa myönteisempiin asenteisiin (ks. 4.2.1 Aikaisemmat tutkimukset Suomessa). Kuitenkin vuosien välillä oli vaihteluita vastauksien kesken. Selkeää johtopäätöstä vaikuttiko mielipiteisiin se, kuinka läheltä mielenterveyskuntoutujia tunnettiin, ei näistä tutkimustuloksista saatu. Seuraavaksi nostetaan esiin muutamia asennekysymyksiä, joissa oli merkitseviä tuloksia.

Perhe- ja sukulaispiiristä mielenterveyskuntoutujan tuntevien henkilöiden vastauksien voidaan sanoa yhdistyneen usean väittämän kohdalla myönteisempään asennoitumiseen mielenterveysongelmia kohtaan. Esimerkiksi ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”- väittämän kohdalla näin oli vuosina 2008, 2011 ja 2014. Näiden vastaajien mielestä mielenterveyspotilaiden ei voida sanoa olevan arvaamattomia. Heidän vastaustensa perusteella nousi myös vuosina 2005 ja 2008 esille, että keskustelua mielenterveyskuntoutujien kanssa ei pidetä niin vaikeana. Sen vuoksi, että vastaajilla on oma kokemus mielenterveyskuntoutujan kanssa elämisestä, voi heillä olla kovempi motivaatio hakea tietoa sairaudesta oikeista tietolähteistä. Tällöin ennakkoluulot mielenterveyskuntoutujia kohtaan yleensäkin ovat vähäisempiä. (Viitala 2007, 54.) Toinen mielenkiintoinen yhteys löytyi väittämän ”Yhteiskunnan tulisi panostaa enemmän mielenterveyskuntoutujan avohoittoon (ei sairaalahoito)” vastausten kanssa vuonna 2008 ja 2014. Vastausten perusteella voidaan sanoa, että perhe- tai sukulaispiiristä mielenterveyskuntoutujan tuntevalla vastaajalla oli kielteisempi asennoituminen avohoidon panostamiseen. Tämä saattaa johtua siitä, että omaiset ovat huolissaan, saavatko mielenterveyskuntoutujat tarpeeksi hoitoa sekä pelkäävät oman vastuun hoitoprosessissa kasvavan liian kuormittavaksi (Mielenterveysomaisten keskusliitto 2014).

Edelleen tarkastellaan läheistä ihmissuhdetta, eli ystäväpiiristä mielenterveyskuntoutujan tuntevien vastauksia. Yhteyksiä joihinkin asennekysymyksien vastauksiin löytyi. Yhteydet osoittivat, että heillä kenellä oli mielenterveyskuntoutuja ystäväpiirissä, oli asennoituminen myönteisempää mielenterveysongelmia kohtaan

yleisesti. Esimerkiksi vuonna 2005 ja 2014 he olivat eri mieltä väittämän ”Mielenterveyskuntoutajat eivät koskaan parane” kanssa. Ennako-odotuksia vastaava tulos oli, että mikäli vastaajat tunsivat mielenterveyskuntoutujan ystävapiiristä, eivät he kokeneet keskustelua kuntoutujien kanssa niin haastavaksi. Näin oli vuosina 2005, 2008, 2014. Tätä tukee myös teoriassa aikaisemmin esiin tullut tutkimustulos siitä, että omakohtainen tai läheisen kokema masennus lisää halukkuutta olla tekemisissä mielenterveyskuntoutujan kanssa (ks. luku 4.2.1 Aikaisemmat tutkimukset Suomessa).

Mielenkiintoinen tulos oli, että työn kautta mielenterveyskuntoutujan tuntevien vastaukset olivat merkitseviä niin useana vuotena ja monen väittämän kohdalla. Työn kautta mielenterveyskuntoutujan tuntevien vastaajien mielipiteet olivat mielenterveysongelmiin liittyviä asioita kohtaan positiivissävytteisiä. Tämä näkyi muun muassa väittämän ”Terveystuollon henkilökunta ei ota mielenterveysongelmia vakavasti”- kohdalla vuonna 2011 ja 2014. Heillä oli kenties kokemusta työkavereiden mielenterveysongelmista johtuvista hoitoon ohjaamisista ja sairauslomista. Ehkä he ajattelivat, että jos työkaveri on saanut sairauslomaa psyykkisten oireiden takia, on asiaan tällöin suhtauduttu vakavasti. Kuntoutujan työn kautta tuntevat vastaajat eivät myöskään vuosina 2008, 2011 ja 2014 olleet sitä mieltä, että mielenterveyskuntoutujan kanssa olisi vaikea puhua. Työelämään liittyvän väittämän ”Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmasta, työsuhde vaarantuu” vastausten kanssa löytyi selkeä yhteys jokaisena tutkimusvuotena. Jos vastaaja tunsi mielenterveyskuntoutujan työn kautta, eivät heidän mielipiteensä olleet väittämän kanssa niin paljon samaa mieltä. Yksi syy tälle voi olla se, että vastaajilla ei ollut omakohtaista kokemusta siitä, että heidän työpaikallaan olisi tullut vastaan tilanne, jossa työsuhde mielenterveysongelmien takia oli vaarantunut. Mielenterveyden keskusliiton (2013) mukaan vuonna 2013 julkaistussa mielenterveysbarometrissa kävi ilmi, että suomalaiset voisivat kertoa mielenterveysongelmista työpaikallaan aiempaa useammin. Vuonna 2010 luku oli vielä paljon pienempi, eli positiivisempaa asennemuutosta on havaittavissa.

Harrastusten kautta mielenterveysongelmaisen tunteminen näyttäytyi myös tuloksissa positiivisempaan asennoitumisena mielenterveysongelmiin liittyviä asioita

kohtaan. Esimerkkinä tästä väittämä ”Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”, jossa harrastusten kautta mielenterveyskuntoutujan tuntevat vastaajat olivat väittämän vastausten kanssa erimielisempiä vuonna 2011 ja 2014.

Tuloksista huomasi, että leimaavampia asenteita joissain asenneväittämissä oli vastaajilla, jotka eivät tunteneet mielenterveyskuntoutujaa mitään kautta. Vuonna 2008, 2011 ja 2014 nämä henkilöt olivat muita vastaajia enemmän sitä mieltä, että mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia. He myös kokivat selvemmin, että mielenterveyskuntoutujan kanssa on vaikea puhua. Jos mielenterveyskuntoutujia ei lähipiirissä ole aiemmin tunnettu, aiheuttaa mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen ”normaaleissa” usein välttelevän reaktion. Se voi johtua siitä, etteivät ihmiset tiedä kuinka suhtautua mielenterveyskuntoutujaan, mistä on kerrottu jo aiemmin teoriassa (ks. luku 4.4 Häpeäleiman synty). Kuvitellut uhat mielenterveyskuntoutujista sekä median luomat pelot oppoavat luultavasti paremmin heihin, kenellä ei ole kokemusta mielenterveyskuntoutujista.

Eroja tutkimustuloksissa vastaajien kesken voi selittää esimerkiksi perhepiirin huonot välit. Jos välit ovat jo alun perin olleet huonot, nähdään sairauskin negatiivisempänä ja leimaavana asiana. Läheisillä voi olla pelko, että heidätkin leimataan. Se, miten sairaus nähdään, riippuu myös siitä millainen merkitys sairaudesta ylipäänsä on kehittynyt läheisille. Henkilöt, jotka huomioivat sairauden geneettisyyden vahvasti, voivat suhtautua mielenterveyskuntoutujaan ja hänen läheisiinsä leimaavasti. Tämä voi herättää pelkoa ja ahdistusta jopa mielenterveyskuntoutujan perhe/sukulaispiirissä. ”Kuka toi huonot geenit sukuun?” Tämän takia onkin tärkeää, että sairaalahenkilökunta puhuu asioista niiden oikeilla nimillä ja ottaa läheiset huomioon hoitoprosessissa. Läheiset valitettavasti harvoin saavat tarvitsemaansa lisätukea lähiympäristöstä, vaikka huomaamattaan kantavat usein suurta häpeäleimaa. (Joutsenniemi 2011, 43–44.) Myös sairauden vaihe voi vaikuttaa asennoitumiseen. Sairauden alkuvaiheessa kaikki saattaa tuntua uhkaavalta ja häpeälliseltä, joten sairaus nähdään negatiivisena ja kaikki mielenterveyskuntoutujat leimattuina. Kuitenkin sairauden edetessä läheiset yleensä sopeutuvat ja sairaus koetaan erilaisena. (Viitala 2007, 13.)

#### **7.2.4 Vastaajien omat käyttökokemukset mielenterveyspalveluista viimeisen 12 kk aikana**

Asennoitumiseen mielenterveysongelmia kohtaan voi vaikuttaa se, kuinka helposti mielenterveyskuntoutuja on halutessaan päässyt hoitoon. Kaikilla ei ole hoitoon varaa, joka lisää epätasa-arvoa jo lähtökohtaisesti. Hyvin toimeentulevat voivat hakea apua yksityisiltä palveluntuottajilta, kun taas heikompiteuloisemmat voivat joutua jonottamaan palveluihin pitkiäkin aikoja. Tämä luultavasti vain lisää kuntoutujalla leimautumisen kokemusta ja heikentää itsevarmuutta. Se ei myöskään todennäköisesti auta näkemään mielenterveysongelmaa tai siihen liittyviä seikkoja yhtään myönteisemmässä valossa. Puolestaan positiivisen hoitokokemuksen omaavat henkilöt voivat nähdä mielenterveysongelmaan liittyvät asiat jatkossa suvaitsevaisemmin. Myös sillä onko ollut hoidossa vapaaehtoisesti vai painostettuna jopa ”pakotettuna” voi olla vaikutusta asennoitumiseen mielenterveysongelmiin liittyviä asioita kohtaan tulevaisuudessa. Jo vuosina 1976-1986 tehdyn UKKI-tutkimuksen tulosten perusteella voitiin sanoa, että myönteisemmät näkemykset mielenterveysongelmasta liittyivät omatahtoiseen hoitoon hakeutumiseen (Aromaa & Wahlbeck 2011, 75).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella löytyi joitakin yhteyksiä vastaajien omien mielenterveyspalveluiden käyttökokemusten sekä asennekysymyksien vastausten välillä. Asenneväittämistä riippuen oli mielenterveyspalveluita käyttäneillä vastaajilla merkitsevästi sekä negatiivisia että positiivisia ajatuksia mielenterveysongelmista. Vuosien välillä vastauksissa oli runsaasti vaihteluita. Lisäksi tutkimuksessa oli monta asenneväittämää, joissa vastaajien omalla palveluiden käyttökokemuksella ei ollut merkitsevää yhteyttä siihen tulleisiin vastauksiin.

Vuonna 2011 tulokset osoittivat, että jos mielenterveyspalveluita oli käytetty, olivat nämä vastaajat enemmän sitä mieltä, etteivät mielenterveysongelmat koskaan parane. Yksi syy näille negatiivisille asenteille voi olla vastaajien huonot kokemukset mielenterveyspalveluista. Vastaajan oma epäonnistunut hoitokokemus on voinut luoda hänelle skeptisen asenteen mielenterveysongelmista yleensä. Hän ei välttämättä ole saanut apua tai ei ehkä ole parantunut hoidon myötä. Ihmisille on luonnollista tässäkin asiassa mustavalkoinen ajattelu ja yleistäminen omien koke-

muksien pohjalta. Tätä tulosta tukee myös Aromaan saama tulos (ks. Luku 4.2.1 Aikaisemmat tutkimukset Suomessa), jonka mukaan aktiivisesti palveluita käyttäneet vakavasti masentuneet henkilöt olivat kielteisempiä mielenterveysongelmiin liittyvissä asioissa. Mahdollisesti hoito, joka ei ole tehonnut usean hoitokontaktin jälkeen, saa mielenterveyskuntoutujan entistäkin epätoivoisemmaksi. Toisaalta tämä tulos voi selittyä myös tutkimustiedolla, joka osoittaa, että vaikean masennuksen uusiutuminen on hyvin todennäköistä (Holma 2010). Lisäksi kuntoutuja on voinut omaksua sisäisen stigman, eli hän näkee itsensä ja mielenterveysongelmat jatkuvasti leimautuneina käytetystä mielenterveyspalvelusta huolimatta (ks. 4.3 Leimaava mielenterveysongelma).

Vuosina 2008, 2011 ja 2014 vastaajien mielenterveyspalveluiden käyttökokemuksella löytyi yhteys kahden asenneväittämän vastausten välillä. Käyttökokemus vaikutti siihen, etteivät nämä vastaajat pitäneet mielenterveyskuntoutujia niin arvaamattomina. He eivät myöskään kokeneet keskustelua mielenterveyskuntoutujien kanssa haasteellisena. Tähän kohtaan vastanneilla oli kokemus hoidosta viimeisimmän 12kk aikana. Ihmisillä on taipumus samaistua siihen läheisimpään ryhmään, joka on saatavilla (Korkeila 2011, 25). Hoitoa hakenut tai hoidossa ollut vastaaja on mahdollisesti sisäistänyt itsensä sillä hetkellä mielenterveyskuntoutujien ”sisäryhmään” kuuluvaksi. Tämä kokemus sai vastaajat kenties ymmärtämään, etteivät muutkaan mielenterveysongelmista kärsivät ole sen kummempia ihmisiä.

Hoitokokemuksella ei kuitenkaan muiden väittämien kohdalla löydetty yhteyttä vastausten kanssa. Yksi näistä kohdista oli esimerkiksi ”Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmia vakavasti”. Ennakko-oletusten pohjalta olisi voinut ajatella, että tähän kohtaan olisi omalla kokemuksella ollut merkitystä. Kuitenkin näissä kohdissa vastaukset olivat jakautuneet epätasaisemmin, eikä korrelaatio osoittanut merkitseviä yhteyksiä. Luultavasti tämä johtui juurikin vastaajien niin erilaisista kokemuksista mielenterveyspalveluista ja hoidoista.

### 7.2.5 Vastaajien kokemus käyttämiensä mielenterveyspalveluiden hyödyllisyydestä

Mikäli vastaaja koki, että saadusta mielenterveyspalvelusta oli ollut hyötyä, oli tällä useiden asenneväättämien vastauksiin merkitsevä yhteys. Vuosien välillä oli vaihtelua ja vain yhden asenneväättämän (Yhteiskunnan tulisi panostaa mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoito)) kohdalla yhteyttä ei minään tutkimusvuotena löytynyt.

Tulokset osoittivat vuosina 2005, 2008 ja 2011, että vastaajien kokema mielenterveyshoidon hyödyllisyys yhdistyi positiivisempiin vastauksiin väittämän ”Mielenterveysongelmat eivät parane”- kohdalla. Mielenterveyspalveluiden hyödyllisenä kokeminen yhdistyi suvaitsevaisempiin mielipiteisiin myös työsuhteen jatkumisesta mielenterveysongelmien paljastumisesta huolimatta. Näin oli vuosina 2008, 2011 ja 2014. Henkilöillä, jotka ovat käyneet läpi hyödyllisen mielenterveyshoidon, ei välttämättä ole ollut ongelmia työsuhteen ylläpitämisessä. He ovat luultavasti hakeneet apua, ottaneet hoidon vastaan ja kyenneet sen jälkeen kenties palaamaan takaisin työelämään. Tässä tilanteessa työnantajalla ei ole todennäköisesti ollut syytä vaarantaa työsuhdetta (ks. luku 6.2.3 Vastaajien käsitykset stigmasta arkipäivissään).

Vastaavanlaisia johtopäätöksiä voisi vetää myös väittämän ”Jos kertoo omista mielenterveysongelmista, ystävät jättävät” kohdalla. Vuonna 2011 väittämän vastaukset olivat erimielisempiä vastaajilla, jotka kokivat hyötynneen mielenterveyspalveluista. Jos henkilö on hyötynyt hoidosta, on se oletettavasti auttanut kuntoutujaa jaksamaan arjessa ja ihmissuhteiden ylläpitämisessä. Tällöin ystävyysuhteet eivät luultavasti ole kärsineet niin pahasti mielenterveysongelman takia.

Mielenterveyshoidon hyödyllisenä kokeneiden vastaajien mielipiteet väittämästä ”Terveystieteiden tutkimuskeskus ei ota mielenterveysongelmia vakavasti” olivat myös myönteisempiä vuosina 2005, 2008 ja 2014. Mielenterveystyössä lähtökohtana ja tavoitteena on asiakkaan toimintamahdollisuuksien ja voimavarojen vahvistaminen ja näin ollen arjessa selviytyminen. Hyvässä hoidossa asiakkaan näkökulma on tuotu esiin ja työntekijät ymmärtävät potilaana olon roolin. (Peso-



nen 2006, 10.) Luultavasti nämä vastaajat olivat kokeneet näin tapahtuneen, mikä on hienoa huomata. Myös mielenterveysbarometrin 2013 mukaan enemmistö mielenterveyspalveluita saaneista on ollut tyytyväisiä saamiinsa palveluihin (Mielenterveydenkeskusliitto 2013).

Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että merkitsevän yhteyden löytyessä kokivat mielenterveyspalveluista hyötynneet vastaajat mielenterveysongelmat yleisesti myönteisemmin. Näin ollen onnistunut mielenterveyshoito luultavasti ainakin jollain tasolla vähensi mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa.

### **7.2.6 Vastaajien kokemus lääkehoidon käytöstä mielenterveyspalvelussa**

Tulokset osoittivat, että lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien ja joihinkin asenneväittämiin tulleiden vastausten välillä löytyi merkitsevä yhteys. Väittämien ja vuosien välillä oli kuitenkin suuresti vaihteluja. Tässäkään kohdassa ei voida vetää suoraa johtopäätöstä lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien yleisestä asennoitumisesta mielenterveysongelmiin. Vastanneilla tässä kohdassa oli luultavasti sekä onnistuneita että epäonnistuneita kokemuksia lääkehoidosta. Se on voinut aiheuttaa suurta vaihtelua vastausten välillä.

Väittämän ”mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia”, vastausten kohdalla löytyi merkitsevä yhteys vain yhtenä tutkimusvuotena (2005). Vastaajat, jotka olivat mielenterveyspalvelussa saaneet lääkehoitoa, olivat enemmän sitä mieltä, etteivät mielenterveyspotilaat ole arvaamattomia. Lääkehoitoa saaneet ovat luultavasti olleet hoidossa ja oman kokemuksen perusteella huomanneet, etteivät kuntoutujat olleet arvaamattomia. Yhteys väittämän ”on vaikea puhua mielenterveysongelmasta kärsivän henkilön kanssa” vastausten ja lääkehoidon saamisen välillä löytyi vuosina 2011 ja 2014. Lääkehoitoa saaneet vastaajat olivat enemmän sitä mieltä, että keskustelu mielenterveysongelmaisen kanssa ei ole haastavaa. Väittämän vastaus kuvaa vastaajan henkilökohtaista mielipidettä. Kenties hänellä on yhteistä mielenterveyskuntoutujan kanssa ja heidän olisi helppo keskustella asioista. Luultavasti näillä vastaajilla on tarvekin keskustella muiden mielenterveyskuntoutujien kanssa ja vertailla omia kokemuksia saaden vertaistukea. Mielenterveyden keskusliiton (2015) mukaan henkilö, joka on kokenut samankaltaisia asioita, voi tuo-

da toivoa kuntoutumiseen vaikeinakin aikoina. Samanlaiset kokemukset vahvistavat keskinäistä ymmärrystä. Erityisesti silloin kun kuntoutuja kokee yksinäisyyttä ja leimautumista, on vertaistuellalla suuri merkitys.

Minään tutkimusvuonna ei löytynyt merkitsevää yhteyttä lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien ja väittämään ”Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane” tulleiden vastausten välillä. Vastauksissa ei ole ollut yksiselitteistä linjaa, joka on mahdollisesti johtunut juurikin aikaisemmin mainituista erilaisista lääkehoitokokemuksista. Toisaalta Huttunen (2008) kertoo tekstissään, että masennuksella on taipumus uusiutua voimakkaastakin lääkähoidosta huolimatta. On myös tutkimustuloksia, joiden mukaan masennuslääkkeillä ei ole ollut kliinisesti merkitystä lievään tai keskivaikeaan masennukseen (Silvån 2014). Luultavasti osa vastaajista ei ole kokenut lääkähoidon vaikuttaneen heidän paranemisprosessiinsa toivotulla tavalla ja näin ollen olivat negatiivisia väittämää kohtaan. Psykelääkkeet harvoin vaikuttavat heti ja usein niiden käyttöön liittyy haittavaikutuksia. Näiden syiden takia lääkehoito on voitu lopettaa enneaikaisesti, eikä niistä näin ollen ole koettu hyötyä. Lääkehoidon huono teho voi selittyä myös sillä, ettei lääkettä ole käytetty oikein tai sairaus on diagnosoitu väärin. (Huttunen 2008, 20;25;42.) Osa vastaajista taas on voinut kokea lääkähoidon toimivana, jolloin asenteet väittämää kohtaan olivat myönteisempiä. Onnistuneessa lääkähoidossa lääkehoitoa on seurattu säännöllisesti, lääkitys on määrätty oikean vahvuusena ja sitä on jatkettu tarpeeksi pitkään (Huttunen 2008, 20). Toinen mahdollinen syy lääkähoidon hyödyllisenä pitämiselle voi olla lumevaikutus. Tutkimusten perusteella psykelääkkeissä lumevaikutus on hyvin korkea. Nykyisillä aivokuvantamistutkimuksilla on osoitettu, että lume vaikuttaa hermoston varsinaisen lääkkeen tavoin. (Nermes 2013, 88.) Tietenkin lääkkeillä on oikein käytettynä todettu olevan positiivinen merkitys ilman lumevaikutustakin.

Vuonna 2005 lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien mielipiteet siitä, kannattaako yhteiskunnan panostaa vain avohoitoon, olivat väittämän kanssa enemmän samanmielisiä. Näin ollen he eivät todennäköisesti kokeneet laitoshoidoa niin hyvänä vaihtoehtona. Aikaisemmissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että kuntoutuajat ovat pitäneet lääkähoidon seuranta avohoidossa liian vähäisenä. He ovat koke-

neet, että lääkehoidon tarpeellisuutta tulisi arvioida enemmän. (Aspvik ym. 2007.) Ei kuitenkaan tiedetä, ovatko tämän tutkimuksen vastaajat saaneet lääkehoidon laitos- vai avohoidossa. Joko heillä ei ollut kokemusta avohoidossa määrätystä lääkehoidosta tai heidän mielipiteensä erosivat aikaisempien tutkimuksien tulok-  
sista, eli he olivat tyytyväisiä lääkehoidon järjestämiseen avohoidossa.

Usean väittämän vastausten ja lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien välillä ei löytynyt merkitsevää yhteyttä. Jokaisessa kohdassa, jossa yhteys löytyi, olivat lääkehoitoa käyttäneiden vastaajien mielipiteet asenneväittämiä kohtaan kuitenkin hieman myönteisempiä. Jos on saanut lääkehoitoa mielenterveysongelmien hoidossa, on vastaajalla tietenkin omaa kokemusta olla mielenterveyskuntoutuja. Tämä luultavasti on jo itsessäänkin vaikuttanut hieman suopeampaan asennoitumiseen mielenterveysongelmiin liittyviä asioita kohtaan.

### **7.3 Tutkimuksen eettisyys**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on varmistanut alkuperäisen kyselytutkimuksen eettisyyden ja saanut siitä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen eettisen toimikunnan hyväksynnän. Väestötutkimuksissa tämä ei olisi edes välttämätöntä, mutta tutkijat halusivat toteuttaa tämän ja se on tarpeellista muun muassa kansainvälisiä julkaisuja varten.

Eettinen arviointi suojelee tutkittavia ja varmistaa tutkijan oikeusturvan. Tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ihmisten oikeuksia ja ihmisarvoa. (Turun yliopisto 2015.) Nämä ovat toteutuneet tässä tutkimuksessa muun muassa sillä, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselytutkimuksessa toteutui myös anonymiteetti, eli kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys ei tullut esille missään tutkimuksen vaiheessa. Edes tämän opinnäytetyön tekijät eivät missään vaiheessa saaneet tietää, kenelle kyselyt on lähetetty. Tekijät saivat käyttöönsä vain tutkimuksen tekemiseen tarvittavan numeerisen materiaalin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen luvalla. Kuten aiemmin (ks. 5.4 Luotettavuus) on mainittu, oli kyselylomakkeen saatekirjeessä jo kerrottu tutkimuksen yhteyshenkilöt, joihin vastaajat saattoivat halutessaan olla yhteydessä.

Tutkimusprosessin eettiset näkökulmat luokitellaan kolmeen ryhmään. Ensimmäinen sisältää pohdinnan tutkimusaiheen eettisyydestä, toinen tarkasteltava asia on käytetyn aineistonkeruumenetelmän tarkoituksenmukaisuus ja kolmas näkökulma liittyy tutkimusaineiston analysointiin ja raportointiin. (Saaranen- Kauppi- nen & Puusniekka 2015.) Tämä kolmas näkökulma on täytynyt ottaa eniten huomioon tätä opinnäytetyötä tehdessä, koska tekijät saivat aineiston valmiina ja sen eettisyyttä on pohdittu jo aikaisemmassa vaiheessa. Tässä opinnäytetyössä on kerrottu selkeästi, miten esiintuodut tulokset on saatu. Lukijat pystyvät tarkastelemaan prosessin etenemistä opinnäytetyön selkeän rungon ja varsinaisen tutkimusongelman taustalla olevien taustamuuttujien esittelyn avulla. Tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota siihen, ettei perusteettomia yleistyksiä tutkimustuloksista tehdä.

#### **7.4 Pohdinta**

Opinnäytetyön työstäminen alkoi syksyllä 2014. Opinnäytetyömme ohjaaja Ahti Nyman oli saanut Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta hyvän opinnäytetyön aiheen. Heti kun kuulimme tästä mahdollisuudesta, innostuimme ja päätimme ryhtyä hommiin. Mielenterveys aiheena on kiinnostanut meitä molempia aina ja nyt meillä oli mahdollisuus tutkia aihetta hieman eri näkökulmasta saaden ”tavallisten” ihmisten äänet kuuluviin. Aiheenalintaan vaikutti myös se, että tutkimuksen tuloksilla oli mahdollisuus saada tärkeää ja merkittävää tietoa mielenterveysongelmiin kohdistuvista asenteista.

Tutkimuksen teko on ollut pitkä ja mutkainen prosessi, vaikka se on antanutkin paljon. Aiheen mielenkiintoisuus sai meidät hakemaan tietoa lukuisista eri lähteistä ja teoriaosuus työssämme olikin viimeistelyä vaille valmis jo keväällä 2015. Haasteellisin osuus työssämme oli aineiston syöttäminen ja käsitteleminen SPSS-tilastonkäsittelyohjelmassa, koska koko ohjelma oli meille ennestään täysin vieras. Vielä haastavampaa tästä teki kuitenkin se, ettei koulustammekaan tuntunut löytyvän henkilöä, joka olisi perehtynyt tähän ohjelmaan meidän aiheen vaatimalla tavalla. Tutkimusaineisto oli laaja ja se jakautui neljään eri tiedostoon. Aineiston välttämätön yhdisteleminen ja muokkaaminen vaativat SPSS-ohjelman monipuolista osaamista puhumattakaan siitä, paljonko se vei aikaa. Koska emme itse

olleet keränneet aineistoa, oli sen muokkaaminen ja lajittelu entistäkin haastavampaa. Meinasimme paikoitellen vaipua näissä tilanteissa epätoivoon, sillä emme voineet edetä työssämme, vaikka motivaatio ja innostus työtä kohtaan olivat kovia.

Onneksemme loppukeväästä 2015 mukaan kuvioihin tuli Vaasan ammattikorkeakoulun yliopettaja Ulla Isosaari, jolle SPSS-ohjelma oli tuttu. Hän omistautui työllemme ja käytti aikaansa selvittääkseen asioita ja auttaakseen meitä. Alkusyksyt 2015 viimeisimmät tilastokäsittelyohjelmaan liittyvät ongelmat työssämme ratkesivat ja pääsimme kunnolla tulosten analysoinnin pariin. Olemme todella kiitollisia Ullalle ja ilman hänen apuaan tuskin olisimme nyt tässä vaiheessa.

Haasteellista työssämme oli myös selkeiden johtopäätösten muodostaminen. Leimaavaa asennoitumista tutkivia väittämiä oli monta ja vuosia oli neljä, joten tulokset vaikuttivat aluksi todella hajanaisilta. Mielestämme onnistuimme kuitenkin tuomaan olennaisimmat tulokset esille mahdollisimman selkeästi.

Opinnäytetyömme tulokset antoivat paljon tietoa mielenterveysongelmiin liittyvästä yleisestä asenneilmapiiristä ja siihen vaikuttavista tekijöistä Vaasan sairaanhoitopiirin alueella. Lähtökohtaisesti meitä kiehtoi se, että kyselylomake oli lähetetty tuhansille ihmisille täysin satunnaisotannalla. Vastaajien joukossa oli siis varmasti hyvin eritaustaisia ihmisiä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän kyselyn vastausprosentti oli Vaasan sairaanhoitopiirin alueella joka vuosi melko hyvä. Tämän pohjalta voisi ajatella, että ihmiset pitivät aiheen tutkimista tärkeänä, mikä oli hienoa huomata.

Työn tuloksia tarkasteltua voidaan sanoa, että Vaasan sairaanhoitopiirin alueella asuvien vastaajien mielipiteet mielenterveysongelmia kohtaan jakautuivat hajanaisesti. Leimaavia asenteita mielenterveysongelmia kohtaan esiintyi, mutta positiiviseksi huomioksi voimme sanoa etteivät ne olleet hallitsevia. Tämä oli helpottava huomata, sillä työhön tarttuessamme emme halunneetkaan ajatella, että kaikilla ihmisillä olisi kielteisiä mielipiteitä mielenterveysongelmista ja mielenterveyskuntoutujista. Yleinen asenneilmapiiri mielenterveysongelmia kohtaan näyttää koko ajan tulevan jopa hieman suvaitsevammaksi. On mahdollista, että tutkimusvuosien

aikana toteutetut Pohjanmaa- ja Pohjalaiset masennustalkoot-hankkeet ovat tuottaneet tulosta, joka heijastuu myös vastaajien yleiseen asenneilmapiiriin. Tutkimuksemme tulosten perusteella voidaan myös sanoa, että jotkut tekijät vahvistavat tai heikentävät suopeampaa asennoitumista ja ymmärrystä mielenterveysongelmia kohtaan.

Yksi tavoitteemme oli työn tulosten avulla saada hieman suuntaa siihen, mille ryhmille häpeäleiman poistamiseksi tehtävää työtä etenkin tulisi suunnata. Koemme onnistuneemme tässä, vaikkakin mielenterveysongelmista ja siihen liittyvästä häpeäleimasta tulisi myös yleisesti puhua enemmän arkikielellä ja yhteiskunnallisella tasolla. On huolestuttavaa, että kaikesta kehityksestä huolimatta häpeäleima on yhä mielenterveyskuntoutujia vaivaava riesa.

Tuloksista selvisi, että tunsivat vastaajat mielenterveyskuntoutujan mitä kautta tahansa, olivat asenteet yleensä myönteisempiä. Pohdimme, kuinka ihmiset voitaisiin saada puhumaan mielenterveysongelmista vielä avoimemmin ja kertomaan omista tai läheistensä mielenterveysongelmista. Tällä luultavasti voitaisiin saada sellaiset ihmiset, jotka eivät mielenterveysongelmaista tunne, ymmärtämään etteivät mielenterveysongelmat näy aina ulospäin eivätkä ne tee ihmisestä ”sen kummallisempaa”. Näin stereotyyppioita esimerkiksi mielenterveyskuntoutujan vaarallisuudesta ja hulluudesta saataisiin poistumaan tai ainakin vähenemään. Siispä tieto ja sen levittäminen olisi tässäkin asiassa välttämätöntä.

Tutkimuksesta emme sinänsä saaneet uutta tietoa leimautumisesta, mutta saimme tärkeää tietoa asennoitumisesta mielenterveysongelmiin alueellisesti. Toivomme, että tuloksista olisi hyötyä alan ammattilaisille, esimerkiksi alueellista mielenterveystyötä suunniteltaessa ja kehittäessä. Olisi mahtavaa, jos työmme herättäisi keskusteluita aiheesta. Asian pohtiminen voi jo itsessäänkin muuttaa ajatuksia ja näkemyksiä mielenterveysongelmista myönteisimmiksi.

Tutkimusprosessi on opettanut paljon ja avannut silmiä monille uusille näkökulmille mielenterveysongelmista. Tietomme mielenterveysongelmiin liittyvistä asenteista, häpeän eri muodoista ja leimautumisesta sekä niiden vaikutuksista kuntoutumisprosessiin, vahvistui. Tällaisen laajan tutkimuksen tekeminen opetti meil-

le myös pitkäjänteisyyttä ja suunnitelmallisuutta, jotka ovat varmasti tärkeitä ominaisuuksia sosionomille. Syvensimme oppimista teorian tiedon peilaamisesta käytäntöön sekä myös tutkimuksellinen työote avautui meille prosessin aikana. Opimme käyttämään Spss-tilastonkäsittelyohjelmaa; alun tumpelo ja avuton olo muuttui loppua kohden varmemmaksi ja taidot todella kehittyivät. Kaiken kaikkiaan olemme saaneet vastaukset tutkimusongelmiimme ja voimme olla tyytyväisiä lopputulokseen. Tulemme varmasti hyödyntämään oppimaamme tulevaisuudessa sosionomin työkentällä toimiessamme.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi pitkäaikaistutkimus, jossa kyselylomake lähetettäisiin samoille henkilöille esimerkiksi viiden vuoden välein. Tällä saataisiin tietoa iän, luultavasti lisääntyneiden elämäkokemusten, ajan sekä yhteiskunnallisten rakennemuutosten vaikutuksista nimenomaan yksilön asenteisiin. Koska tulokset osoittivat, että nuoremman sukupolven suhtautuminen on myönteisempää, olisi mielenkiintoista vielä tutkia eroja heidänkin keskuudessaan. Vaikuttaako asennoitumiseen esimerkiksi se, opiskeleeko nuori yläkoulussa, lukiossa vai ammattikoulussa, yliopistossa vai ammattikorkeakoulussa. Ikääntyneille puolestaan voisi suunnata laadullisen kyselyn, jossa kysyttäisiin avoimin kysymyksin suhtautumisesta mielenterveysongelmiin etsien siihen perusteluita. Kuinka paljon historian painolasti todella vaikuttaa mielipiteisiin? Toivottavasti stigmatutkimukset ja työ stigmaa vastaan tuottavat tuloksia ja tulevaisuudessa saamme yhteiskunnan, jossa jokaisen erilaisuus nähdään mahdollisuutena rajoitusten sijaan!

## LÄHTEET

Aromaa, E. 2012. Attitudes Towards People with Mental Disorders in a General Population in Finland. Academic dissertation. Department of Psychology. University of Jyväskylä.

Aromaa, E., Forsman, A. Herberts, K., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. 2009. Kohti pohjalais-ta hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Menetelmäraportti. Viitattu 29.9.2015

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80024/ce70fb36-a84d-4d85-af09-4cf8bbb6589a.pdf?sequence=1>

Aromaa, E & Wahlbeck, K. 2011. Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmatutkimus Suomessa. Teoksessa Irti häpeäleistä, 73-83. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo. Bookwell Oy.

Aspvik, U., Kiikkala, I. & Lassila, A. 2007. Mielenterveyspalveluiden kehittämisen kansalaisten ehdotusten perusteella. Viitattu 21.09.2015

[http://www.academia.edu/5557268/Mielenterveyspalvelujen\\_kehitt%C3%A4minen\\_kansalaisten\\_ehdotusten\\_perusteella\\_Development\\_of\\_mental\\_health\\_services\\_based\\_on\\_users\\_suggestions\\_](http://www.academia.edu/5557268/Mielenterveyspalvelujen_kehitt%C3%A4minen_kansalaisten_ehdotusten_perusteella_Development_of_mental_health_services_based_on_users_suggestions_)

Auranen, M. 2014. Masennuksen hinta. Viitattu 10.9.2015.

<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/11/17/masennuksen-hinta>

Erwin, P. 2001. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo.

Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi- kokemus asiantuntijuudeksi.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN\\_ISBN\\_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1)

Goffman, E. 1986. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York. Simon & Schuster, Inc.

Granfelt, R. 1992. Asuntolan naisen elämää. Sosiaalipolitiikan lisensiaattityö. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 1992:1. Helsinki.

Haddad, PM., Haukka, J., Korhonen, P., Patel, MX., Taylor, M. & Tiihonen, J. 2012. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. Viitattu 13.10.2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21362741>

Hantula, R. 2015. Vaasa ja Uumaja aloittamassa erikoissairaanhoidon yhteistyön yli Merenkurkun. Viitattu 10.9.2015



[http://yle.fi/uutiset/vaasa\\_ja\\_uumaja\\_aloittamassa\\_erikoissairaanhoidon\\_yhteistyon\\_yli\\_merenkurkun/7897826](http://yle.fi/uutiset/vaasa_ja_uumaja_aloittamassa_erikoissairaanhoidon_yhteistyon_yli_merenkurkun/7897826)

Harjajärvi, M.; Pirkola, S. & Wahlbeck, K 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Suomen kuntaliitto. Helsinki:Stakes.Viitattu 7.6.2015.

<http://thl32kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/74893/p070112120807%5B.pdf?sequence=1>

Hautamäki, L. & Helen, I. & Kanula, S. 2011. Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Reformin pirstaleet. 70-110. Toim. Helén, I. Jyväskylä. Bookwell Oy.

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy.

Heikkinen, M. 2011. Kuinka mielenterveyskuntoutuja pärjää? YLE Areena RADIO. Esitetty 09.02.2011.

Helén, I. 2011. Johdanto. Teoksessa Reformin pirstaleet, 7-10. Toim. Helén, I. Jyväskylä. Bookwell Oy.

Helen, I. & Hämäläinen, P & Metteri, A. 2011. Kompelkseja ja katkoksia- psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon. Teoksessa Reformin pirstaleet. 11-69. Toim. Helén, I. Jyväskylä. Bookwell Oy.

Hintsanen, P. 2009. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin. Työntekijöiden kokemuksia muutosprosessin keskellä. Viitattu 7.6.2015

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80832/gradu03736.pdf?sequence=1>

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. (12. painos). Helsinki: Tammi

Hokkila, K. 2013. Pro gradu -tutkielma. ”Mut mä en oo koskaan laskenu itteeni perusextraks”. Ammatti-indentiteetti uuden työn kontekstissa. Palvelujohtaminen. Itä-Suomen yliopisto.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130538/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130538.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130538/urn_nbn_fi_uef-20130538.pdf)

Holma, M. 2010. Vakava masennus uusiutuu helposti, mutta pitkäaikaisennuste on luultua parempi. Viitattu 17.9.2015.

<http://www.tohtori.fi/?page=7236802&id=0114034>

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. Tilastolliset menetelmät. Vantaa. WSOY.

Huttunen, M. 2012. Tietoa skitsofreniasta. Viitattu 11.9.2015

[http://www.hyvaterveys.fi/artikkeli/asiantuntijat/terveys/tietoa\\_skitsofreniasta](http://www.hyvaterveys.fi/artikkeli/asiantuntijat/terveys/tietoa_skitsofreniasta)

Huttunen, L., Jokinen, A. & Kulmala, A. 2004. Puhua vastaan ja vaieta – Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Tampere. Tammer-Paino.

ISS-Otantamenetelmät Oy. 2014. Menetelmät. Viitattu 22.2.2015

<http://www.otanta.com/menetelmat/>

Jaatinen, E. 2004. Kun läheisen mieli murtuu- Omaisat kertovat. Helsinki. Kirjapaja.

Jankko, T. 2008. Mielenterveyde kokemusasiantuntijuuden merkityksiä kuntoutujien ja omaisten ryhmäkeskusteluissa. ”Me voidaan kertoa, että tämmöisenkin asian kanssa voi elää, että mä oon hullu”. Sosiaalityön Pro gradu -tutkielma. Sosiaalipolitiikan- ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.

Juhila, K. 2004. Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa Puhua vastaan ja vaieta- Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Toim. Jokinen, A., Huttunen, L., & Kulmala, A. Tampere. Tammer-Paino.

Jämsä, A. 2013. Saako mielenterveysongelmien kanssa kamppaileva apua? Viitattu 11.9.2015.

[http://yle.fi/uutiset/saako\\_mielenterveysongelmien\\_kanssa\\_kamppaileva\\_apua/6907663](http://yle.fi/uutiset/saako_mielenterveysongelmien_kanssa_kamppaileva_apua/6907663)

Kaltiala-Heino, Poutanen, Välimäki 2001. Sairauden häpeällinen leima. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 28.1.2015

<http://suomenkuvalehti.fi/jutut/kotimaa/vaitostutkimus-mielenterveyden-hairioista-karsivia-pidetaan-heikkoina-ja-arvaamattomina/>

Kareinen, M. 2009. Pro gradu -tutkielma. ”Kyllä aina on tervetullutta semmonen, et jos voidaan ottaa ihan ihmisenä” : tutkimus skitsofreniaa sairastavan kokemasta stigmasta. Sosiaali-Psykologia. Helsingin yliopisto.

Kervinen, E. 2005. Avohoidossa. Viitattu 11.9.2015

<http://ylioppilaslehti.fi/2005/02/avohoidossa/>

Kettunen, P. 2014. Häpeästä hyväksyntään. Helsinki. Kirjapaja.

Kokkonen, P. 2003. Kauniit ja rohkeat, rumat ja arat. Teoksessa Mielenterveyskuntoutujien klubitalo- yhdessä kohti työelämää. 27-28. Toim. Pöyhönen, E., Kurri, S., Puumalainen, T., Hiltunen, E., Holm, A. & Loukola, E-M. Helsinki. ArtPrint Oy.

Korkeila, J. 2011. Mitä häpeäleima on? Teoksessa Irti häpeäleimasta, 20-29. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo. Bookwell Oy.

Korkeila, J., Oksanen, J., Joutsenniemi, K. & Sailas, E. 2011. Johdanto. Teoksessa Irti häpeäleimasta. 5-11. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sairalas, E. & Oksanen, J. Porvoo. Bookwell Oy.

Koskinen, S. 2006. Työsopimuksen päättäminen mielenterveyden ongelmien johdosta. Viitattu 9.9.2015

[http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=t100291](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=t100291)

Koskinen, S, 2010. Oikeus purkaa työsopimus. Viitattu 9.9. 2015

<http://www.esimiesliitto.com/key2012/tyosuhdeinfo/tyosuhdetietoutta/seppokoskinen/243-tyoentekijaen-oikeus-reagoida-mielenterveysongelmia-aiheuttavaan-tyoen-antajan-tai-taemaen-edustajan-kaeyttaeytymiseen>

Koskinen-Ollonqvist, P. 2012. Mistä eväät hyvään mielenterveyteen. Mielen hyvinvoinnin erikoislehti 51. vuosikerta 3/2012. Suomen mielenterveysseura. 10–11.

Koskisuu, J. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki. Edita Prima Oy.

KvantiMOTV. 2004. Korrelaatio- ja riippuvuusluvut. Viitattu 17.9.2015

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/korrelaatio/korrelaatio.html>

L14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 5.3.2015.

L30.12.2010/1326. Terveystuololaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.6.2015

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Malinen, B.2012. Elämää kahlitseva häpeä. Helsinki. Kustannus- Osakeyhtiö Kotimaa/Kirjapaja.

Mielenterveystalo. 2014. Stigma eli ole häpeäleima. Viitattu 22.11.2014.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>

Mielenterveystalo. 2015. Paikka- ja palveluhaku. Viitattu 10.9.2015

<https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>

Mielenterveyden keskusliitto. 2013. Mielenterveysbarometri 2013 kertoo asenne-  
muutoksesta: Suomalaisten asenteissa mielenterveyskuntoutujia kohtaan liiakahdus  
positiivisempaan suuntaan. Tiedote. Viitattu 18.9.2015

<http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Barometri+2013+yhteenvedo.pdf>

Mielenterveyden keskusliitto. 2015. Vertaistoiminta. Viitattu 21.9.2015.

<http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>

Mielenterveysomaisten keskusliitto. 2014. Psykiatripula kuormittaa mielenterveysomaisia. Viitattu 12.9.2015

<http://finfami.fi/tiedotteet/370-psykiatripula>

Nermes, M. 2013. Näyttöön perustuvaa masennuksen lumehoitoa. Miten depressiosta tuli lääketieteellisuuden huippubisnestä. Nomerta Kustannus Oy. Turku.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nummela, J. 2013. Vaasan sairaanhoitopiiri- yleisesittely. Viitattu 15.6.2015

[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoitopiiri/Yleista](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Yleista)

Huttunen O, M. 2008. Mielenterveyshäiriöiden kokonaisvaltaista hoitoa. Viitattu 12.9.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00001)

Huttunen O, M. 2008. Sairauden hallinta: masennus. Viitattu 21.09.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00038](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00038)

Huttunen O, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Pelkonen, M. 2011. Informaatio ja kommunikaatioteknologian rooli sosiaalisen stigman käsitteessä. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden- ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto.

Pesonen, A. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Diakonia- ammattikorkeakoulu tutkimuksia 15. Tampere. Juvenes Print Oy.

Pohjalainen. 2014. Vaasan sairaanhoitopiiri on mukana mielenterveystalossa. Viitattu 10.9.2015

<http://www.pohjalainen.fi/uutiset/maakunta/vaasan-sairaanhoitopiiri-on-mukana-mielenterveystalossa-1.1621509>

Pöyhönen, E. 2003. Johdanto. Teoksessa Mielenterveyskuntoutujien Klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. 1-27. Toim. Puumalainen, T., Hiltunen, E., Kurri, S., Holm, A., Loukola E-M. & Pöyhönen, E.

Ranne, P. 2007. Pro gradu -tutkielma. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Hoitotiede. Turun yliopisto.

Rekola, K. 2011. Häpeän tuolla puolen- Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia. Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmatutkimus Suomessa. Teoksessa Irti häpeäleistä, 12-18. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo. Bookwell Oy.

Remes, L. 2013. Mielenterveyskuntoutujan liikuntaryhmän järjestäminen- vinkkejä toimintatutkimuksesta. Jyväskylän yliopisto.

Saaranen-Kauppinen. Puusniekka. 2015. 3.1.2 Hyvä tutkimuskäytäntö. Viitattu 12.10.2015.

[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html)

Saaristo, L. 2010. Köyhyys stigmatisoi ihmisen. Mielenterveyden erikoislehti 3/2010. Suomen mielenterveysseura. 15-17.

Sailas, E. 2011. Häpeäleima terveydenhuollossa. Teoksessa Irti häpeäleistä, 38-43. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo. Bookwell Oy.

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo- Alusta uudelleen. Hämeenlinna. Karisto Oy

Silvån, S. 2014. Masentavatko masennuslääkkeet. Viitattu 31.8.2015

<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/10/15/masentavatko-masennuslaakkeet>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 7.6.2015

<http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Spoov, J & Syvälahti, E. 2003. Masennuslääkkeet. Käyttöaiheet ja hoidon periaatteet. Viitattu 5.9.2015.

[http://www.fimea.fi/download/17156\\_KAPSELI32masennus.pdf](http://www.fimea.fi/download/17156_KAPSELI32masennus.pdf)

Suomen kuntaliitto. 2015. Suomalaisen erikoissairaanhoidon perusta: sairaanhoitopiirit. Viitattu 4.9.2015

<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/Sivut/default.aspx>

Suomen Mielenterveysseura 2011. Mielenterveyspalveluiden käyttö koetaan leimaavaksi. Viitattu 30.8.2015

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveyspalveluiden-k%C3%A4ytt%C3%B6-koetaan-leimaavaksi>

Suomen palveluohjausyhdistys Ry. 2011. Viitattu 21.09.2015

<http://www.palveluohjaus.fi/index.php/fi/palveluohjaus/mitae-palveluohjaus-on>

Suvisaari, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. Viitattu 14.7.2015

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/mielenterveyshairioiden-esiintyvyyden-sukupuolierot/#.VfZ6ybX-E4l>

Tampereen yliopisto. 2015. Avoin yliopisto. Erving Goffman - monipuolinen mikrososiologi. Viitattu 17.5.2015

<http://www.uta.fi/avoinyliopisto/arkisto/sosiaalipsykologia/goffman.html>

Terveys. 2015. Mielenterveys stigma ja ennakkoluulo Vahva ympäri maailmaa-tutkimus kertoo. Viitattu 17.5.2015

<http://www.e200paul.com/mielenterveys-stigma-ja-ennakkoluulo-vahva-ympari-maailmaa-tutkimus-kertoo/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki. Yliopistopaino. Viitattu 10.4.2015

<https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%205.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Mielenterveys. Viitattu 22.11.2014

<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 30.8.2015

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2012. Viitattu 22.11.2014

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrisen-erikoissairaanhoidon>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Länsi-Suomen mielenterveyskysely. Viitattu 29.9.2015

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/lansi-suomen-mielenterveyskysely>

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyspsykologia. Helsinki. Edita Oy.

Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat- mistä apua. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Turun yliopisto. 2015. Tutkimuksen eettisyys. Viitattu 12.10.2015

<https://www.utu.fi/fi/Tutkimus/eettisyys/Sivut/home.aspx>

Vaasan keskussairaala. 2015. Terveyskeskukset. Viitattu 7.9.2015

[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoitopiiri/Terveyskeskukset](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Terveyskeskukset)

Viitala, M-L. 2007. Psyykinen sairaus perheessä- perheenjäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78517/gradu02181.pdf?sequence=1>

Viljanen, V.2011. Häpeän filosofiasta. Teoksessa Irti häpeäleistä,64-69. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo. Bookwell Oy.

Vuorela, M. & Aalto, I. 2011. Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa Irti häpeäleistä,32-36. Toim. Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. Porvoo. Bookwell Oy.

Vuorenkoski, L. & Erhola, M. 2011. THL sairaanhoitopiirien tukena. Raportti sairaanhoitopiirikierrokselta 2010. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 2/11. 53-55.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80368/1c1e6ad3-6947-45cd-87cc-d79f539bba04.pdf?sequence=1>

Wahlbeck, K. 2005. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 30.8.2015

[http://www.academia.edu/5445298/Mielenterveyspalvelut\\_2005\\_Mental\\_health\\_services\\_2005\\_](http://www.academia.edu/5445298/Mielenterveyspalvelut_2005_Mental_health_services_2005_)

Wahlbeck, K. Kohtaaminen haastaa mielenterveysongelmien stigman. 2014. Mielien hyvinvoinnin erikoislehti 53. vuosikerta 5/2014. 34-35.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. 2007. Sosiaalitutkimuksen sosiodemografiset taustamuuttajat. Viitattu 28.8.2015.

<http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/taustamuuttajat/taustamuuttajat.html>

Yle-Uutiset. Kaakinen, E. 2014. Ennen mentiin Huutoniemelle, mihin nyt mennään? Viitattu 30.8.2015

[http://yle.fi/uutiset/ennen\\_mentiin\\_huutoniemelle\\_-\\_minne\\_mennaan\\_nyt/7446509](http://yle.fi/uutiset/ennen_mentiin_huutoniemelle_-_minne_mennaan_nyt/7446509)

Östman, O. Erdner, L. Ershamma, D. 2004. Stigmatisering av personer med psykisk sjukdom ett försummat problem. Läkartidningen. Viitattu 22.5.2015.

<http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2004/28623.pdf>





## MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVA KYSELYTUTKIMUS 2014

*Arvoisa vastaanottaja!*

Satunnaisotannalla on valittu 10 000 henkilöä Länsi-Suomesta, jotka saavat tämän mielensterveyttä koskevan kyselylomakkeen. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, mikä tarkoittaa että nimesi ei voida yhdistää vastauslomakkeeseen.

Tällä kyselyllä selvitetään mielensterveyttä koskevia kokemuksia ja näkemyksiä. Tutkimus tehdään yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa, joiden pyrkimyksenä on alueellisen mielensterveystyön kehittäminen. Vastaamalla voit osallistua tähän työhön. Toivomme, että Sinulla on hetki aikaa vastataksesi kysymyksiimme. Tehtävän helpottamiseksi mukana on kynä ja vastauskuori. Jos kysymyksemme herättävät Sinussa huolta omasta tai läheisesi voimistasi, ota yhteyttä omaan terveyskeskukseen.



Tutkimuksen vastuhenkilönä toimii tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck. Lisätietoja kyselylomakkeesta löydät kyselyn kotisivulta [www.thl.fi/mtkysely](http://www.thl.fi/mtkysely) tai soittamalla 06-3285450 tai sähköpostitse [mt2014@thl.fi](mailto:mt2014@thl.fi).

Lomakkeen voit postittaa oheisessa kuoreessa ilman postimaksua.



Voit myös vastata sähköisesti kyselyyn osoitteessa [www.thl.fi/mtkysely](http://www.thl.fi/mtkysely), jossa voit kirjautua sisään tunnuksella **mt2014** ja kuusinumeroisella tunnisteella, joka löytyy vastauskuoren vasemmasta kulmasta.

Kiitämme jo etukäteen paneutumisestasi vastaamiseen!

Kuvat: Shutterstock



Osoitelähde: Väestötietojärjestelmä Väestörekisterikeskus, PL 123, 00581 Helsinki

**TAUSTATIEDOT**

1. Syntymävuotesi 19\_\_\_\_\_

2. Sukupuolesi  Mies  Nainen

3. Missä kunnassa asut? \_\_\_\_\_

4. Mikä on äidinkielesi?  Suomi  Ruotsi  Muu, mikä? \_\_\_\_\_

5. Siviilisäätyysi  Avioliitossa  Avioliitossa/suhteessa  Eronnut  
 Naimaton  Leski

6. Kuinka monta henkilöä kuuluu kotitalouteesi tällä hetkellä itsesi mukaan luettuna? \_\_\_\_\_henk.

7. Mikä on korkein suorittamasi koulutus ja mikä on vanhempiesi korkein suorittama koulutus?

	Sinun koulutuksesi	Äitisi koulutus	Isäsi koulutus
Kansakoulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskikoulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peruskoulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattikoulu/ Ammattiopisto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattikorkeakoulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yliopisto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä pääasiallista toimintaasi?

Kokopäivätyössä  Osa-aikatyössä /osa-aikaeläkeläinen  
 Opiskelija  Eläkkeellä  
 Työtön tai lomautettu  Varusmies- tai siviilipalvelussa  
 Hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä  Muu, mikä? \_\_\_\_\_

9. Kuinka aktiivisesti osallistut yhdistystoimintaan?

Erittäin aktiivisesti  Melko aktiivisesti  Melko vähän  En ollenkaan

10. a. Käytätkö internetiä (tietokoneen, tabletin, älypuhelimien tai vastaavan kautta)?  
 Kyllä  En Jos vastasit En, siirry kysymykseen 11.

b. Oletko kuluneen kuukauden aikana käyttänyt internetiä seuraaviin tarkoituksiin?  
(Voit valita useamman vaihtoehdon)

Hyötypalvelut (esim. pankki- tai KELA-palveluja, ostoksia tai matkavarauksia)  
 Työ tai opiskelu  
 Uutisten seuraaminen tai tiedonhaku (esim. sanomalehdet, uutisfoorumit)  
 Harrastukset/viihde (esim. musiikki, elokuva, keskustelufoorumit, pelit)  
 Yhteydenpito sukulaisten ja/tai ystävien kanssa (esim. sähköpostitse, Skypen, Facebookin tai muiden sosiaalisten verkostojen kautta)  
 Uusien tuttavuuksien saaminen (esim. Facebookin tai treffisivustojen kautta)  
 Erilaiset tukiryhmät  
 Muuhun, mihin? \_\_\_\_\_

**11. Esitämme Sinulle seuraavaksi elämän hallintaan liittyviä väitteitä.**  
Valitse Sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Voin vaikuttaa vain vähän minulle tapahtuviin asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En pysty millään ratkaisemaan joitain ongelmiani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En voi tehdä paljoakaan muuttaakseni asioita elämässäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunnen usein avuttomuutta elämän ongelmien edessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joskus minusta tuntuu että elämä kohtelee minua miten tahtoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se mitä minulle tulevaisuudessa tapahtuu riippuu lähinnä minusta itsestäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kykenen tekemään lähes kaiken sen minkä todella päätän tehdä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IHMISSUHTEET**

**12 a. Kuinka monta sellaista läheistä Sinulla on, joihin voit luottaa kun Sinulla on vakavia henkilökohtaisia vaikeuksia?**  Ei yhtään  1-2  3-5  Enemmän kuin 5

**b. Kuinka paljon ihmiset osoittavat mielenkiintoa siihen, mitä teet?**  
 Paljon mielenkiintoa  Jonkin verran mielenkiintoa  Olen epävarma  Vähän mielenkiintoa  Ei lainkaan

**c. Kuinka helppoa Sinun on tarvittaessa saada naapureiltasi käytännön apua?**  
 Erittäin helppoa  Helppoa  Mahdollista  Vaikeaa  Erittäin vaikea

**13. Kuinka usein Sinä tapaat ystäviäsi, sukulaisiasi tai työtovereitasi muuten kuin työasioissa? (saman kotitalouden jäseniä ei lasketa)**  
 En koskaan  Harvemmin kuin kerran kuukaudessa  Kerran kuukaudessa  
 Useita kertoja kuukaudessa  Kerran viikossa  Useita kertoja viikossa  
 Päivittäin

**14. Valitse väittämien paikkansapitävyyttä kuvaavista vaihtoehdoista mielestäsi sopivin.**

	Pitää täysin paikkansa	Pitää melko lailla paikkansa	Ei juuri pidä paikkansa	Ei lainkaan pidä paikkansa
Tunnen kuuluvani naapurustooni ja olevani osa sitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Useimmat ihmiset naapurustossani ovat luotettavia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On parasta olla luottamatta kehenkään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Tunnen itseni vahvaksi ja vaikutusvaltaiseksi yhteiskunnan jäseneksi**  
 Pitää paikkansa  Pitää osittain paikkansa  Ei pidä paikkansa

**16. Tunnetko itsesi yksinäiseksi?**  Usein  Joskus  Harvoin  En koskaan

17. Valitse se vaihtoehto joka parhaiten kuvaa *Sinun lapsuudenkokemuksiasi*.  
Alistiko joku *aikuinen* Sinua seuraavin tavoin?

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Hyvin usein
Tukistettiin Sinua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedettiin Sinua korvasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyötiin Sinua kämmenellä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyötiin Sinua jollain esineellä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TERVEYS

18. Onko Sinulla viimeisen neljän viikon aikana ollut alla mainittuja ongelmia työssäsi tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissäsi...

	Kyllä	Ei
--	-------	----

a. ...*ruumiillisen terveydentilasi* takia?

Olen saanut aikaan vähemmän kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveydentilani on asettanut minulle rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. ...*tunne-elämään* liittyvien vaikeuksien takia (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus)?

Olen vähentänyt työhön tai muuhun toimintaan käyttämäni aikaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen saanut aikaan vähemmän kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ole suorittanut töitäni tai muita tehtäviäni yhtä huolellisesti kuin tavallisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Koko ajan	Suurimman osan aikaa	Jonkin aikaa	Vähän aikaa	Ei lainkaan
--	-----------	----------------------	--------------	-------------	-------------

c. Kuinka suuren osan ajasta *ruumiillinen terveydentilasi* tai *tunne-elämän* vaikeudet ovat viimeisen neljän viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaasi (esim. ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)?

19. Oletko viime aikoina...

a. ... pystynyt keskittymään töihisi?

Paremmin  Yhtä hyvin  Huonommin  Paljon huonommin... kuin tavallisesti

b. ...valvonut paljon huolien vuoksi?

En ollenkaan  En enempää  Jonkin verran enemmän  Paljon enemmän... kuin tavallisesti

c. ...tuntenut, että mukana olosi asioiden hoidossa on hyödyllistä?

Hyödyllisempää  Yhtä hyödyllistä  Vähemmän hyödyllistä

Paljon vähemmän hyödyllistä kuin tavallisesti

d. ...tuntenut kykeneväsi päättämään asioista?

Paremmin  Yhtä hyvin  Huonommin  Paljon huonommin... kuin tavallisesti

**e. ... tuntenut olevasi jatkuvasti rasituksen alaisena?**  
 En ollenkaan     En enempää     Jonkin verran enemmän     Paljon enemmän...kuin tavallisesti

**f. ... tuntenut, ettet voisi selviytyä vaikeuksista?**  
 En ollenkaan     En enempää     Jonkin verran enemmän     Paljon enemmän...kuin tavallisesti

**g. ... kyennyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimitasi?**  
 Enemmän     Yhtä paljon     Vähemmän     Paljon vähemmän...kuin tavallisesti

**h. ... kyennyt kohtaamaan vaikeutesi?**  
 Paremmin     Yhtä hyvin     Huonommin     Paljon huonommin...kuin tavallisesti

**i. ... tuntenut itsesi onnettomaksi ja masentuneeksi?**  
 En ollenkaan     En enempää     Jonkin verran enemmän     Paljon enemmän...kuin tavallisesti

**j. ... kadottanut itseluottamuksesi?**  
 En ollenkaan     En enempää     Jonkin verran enemmän     Paljon enemmän...kuin tavallisesti

**k. ... tuntenut itsesi ihmisenä arvottomaksi?**  
 En ollenkaan     En enempää     Jonkin verran enemmän     Paljon enemmän...kuin tavallisesti

**l. ... tuntenut itsesi kaiken kaikkiaan kohtalaisen onnelliseksi?**  
 Enemmän     Yhtä paljon     Vähemmän     Paljon vähemmän...kuin tavallisesti

**20. Tunnetko jonkun mielenterveysongelmista kärsivän henkilön? Voit valita useamman vaihtoehdon.**  
 Perhe- tai sukulaispiiristä     Ystäväpiiristä     Työn kautta     Harrastusten kautta  
 Muuta kautta. Kuinka? \_\_\_\_\_  
 En tunne ketään

**21. Oletko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt mielenterveydellisten ongelmien takia jotain terveyspalvelua?**     Kyllä     Ei    Jos vastasit Ei, siirry kysymykseen 24.

**22. a. Onko saamastasi hoidosta ollut Sinulle apua?**  
 Erittäin paljon     Melko paljon     Jonkin verran     Melko vähän     Hyvin vähän tai ei lainkaan

**b. Sisälsikö hoitosi lääkehoitoa?**     Kyllä     Ei

**23. Oletko käynyt mielenterveysongelmien takia terveyspalveluissa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana? Voit valita useamman vaihtoehdon.**  
 Terveyskeskus     Päivystyspoliklinikka     Yksitysvastaanotto (lääkäri, psykologi...)  
 Työterveyshuolto     Oppilas/opiskelijaterveydenhuolto     Psykiatrinen sairaala  
 Psykiatrinen poliklinikka tai mielenterveystoimisto     Muu sairaala  
 Perhe- tai kasvatusneuvola     Kuntoutuslaitos     A-kliniikka  
 Muualla, missä? \_\_\_\_\_

24. a. Onko Sinulla viimeisen 12 kuukauden aikana ollut itsemurha-ajatuksia?

Kyllä  Ei

b. Oletko viimeisen 12 kuukauden aikana yrittänyt itsemurhaa?

Kyllä  Ei

25. a. Onko Sinulla viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut 2 viikkoa tai pitempään kestänyt jakso, jolloin olit surullinen, alakuloinen tai masentunut?

Kyllä  Ei

b. Onko Sinulla viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut 2 viikkoa tai pitempään kestänyt jakso, jonka aikana menetit mielihyvän kokemuksen tai kiinnostuksesi melkein kaikkeen, kuten työhön, harrastuksiin tai muihin Sinulle tavallisesti mieluisiin tekemisiin?

Kyllä  Ei

*Jos vastasit Ei molempiin kysymyksiin siirry kysymykseen 27.*

26. Seuraavan muutaman kysymyksen kohdalla, ajattele kahden viikon jaksoa viimeisen 12 kuukauden aikana, jolloin mielihyväsi menetys oli suurimmillaan tai masennus pahimmillaan.

a. Kestikö mielihyväsi tai mielenkiintosi menetys...

koko päivän  suurimman osan päivästä  suunnilleen puolet päivästä  vähemmän aikaa

b. Tuntuiko Sinusta tällaiselta...

joka päivä  miltei joka päivä  Harvemmin

**c. Tuon kahden viikon aikana, mitä ongelmia esiintyi?**

	Kyllä	Ei
Oliiko voimattomampi tai väsyneempi kuin tavallisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nousiko painosi tai laihduitko tahattomasti (5 kiloa tai enemmän)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliiko Sinun tavallista vaikeampaa saada unta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliiko Sinun tuon kahden viikon aikana vaikea saada unta joka yö tai lähes joka yö?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliiko Sinun selvästi vaikeampaa keskittyä asioihin kuin tavallisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jotkut voivat tuntea toisinaan itsensä arvottomiksi, hyödyttömiksi tai arvostella itseään. Tuntuuko Sinusta tällaiselta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajattelitko kuolemaa joko omasi tai jonkun muun, tai kuolema ylipäänsä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALKOHOLIN KÄYTTÖ

27. a. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

- en koskaan  
 noin kerran kuussa tai harvemmin  
 2-4 kertaa kuussa  
 2-3 kertaa viikossa  
 4 kertaa viikossa tai useammin

*Jos vastasit En koskaan, siirry kysymykseen 30.*



**b. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?**

- 1-2 annosta  
 3-4 annosta  
 5-6 annosta  
 7-9 annosta  
 10 annosta tai enemmän

**1 alkoholiannos on:**

Pullo (33 cl) keskiolutta tai mietoa siideriä  
 Lasi (12 cl) mietoa viiniä  
 Pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä  
 4 cl väkevää viinaa

**c. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

- en koskaan  
 harvemmin kuin kerran kuussa  
 kerran kuussa  
 kerran viikossa  
 päivittäin tai lähes päivittäin

**28. Oletko käynyt alkoholin käyttöösi liittyen terveys- ja sosiaalipalveluissa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?**

- Kyllä  Ei

*Jos vastasit Ei, siirry kysymykseen 30.*

**29. Onko saamasi hoidosta ollut Sinulle apua?**

- Erittäin paljon  Melko paljon  Jonkin verran  Melko vähän  Hyvin vähän tai ei lainkaan

**RAHAPELIEN PELAAMINEN****30. Kuinka usein viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olet pelannut seuraavia rahapelejä?**

	En kertaakaan	Joitakin yksittäisiä kertoja	Muutaman kerran kuussa	Muutaman kerran viikossa	Lähes päivittäin
Arvontapelit kuten raaputusarvat, Lotto, Jokeri, Keno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvontapelit kuten Lotto, Jokeri, Keno <i>internetissä</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedonlyönti (esim. urheilu tai ravi, pitkäveto, moniveto, V-75)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedonlyönti <i>internetissä</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rahapeliautomaatit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rahapeliautomaatit <i>internetissä</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasinopelit (esim. korttipelit, ruletti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasinopelit <i>internetissä</i> (esim. nettipokeri, ruletti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Jos et ole pelannut mitään rahapelejä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, siirry kysymykseen 32.*

**31. a. Oletko koskaan tuntenut tarvetta käyttää pelaamiseen yhä enemmän ja enemmän rahaa?**

- Kyllä  Ei

**b. Oletko koskaan joutunut valehtelemaan läheisillesi siitä, kuinka paljon pelaat?**

- Kyllä  Ei

**32. Valitse väittämien paikkansapitävyyttä kuvaavista vaihtoehdoista sopivin.**

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Mielenterveysongelma on merkki ihmisen heikkoudesta ja yliherkkyydestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielenterveysongelmat eivät koskaan parane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielenterveyspotilaat ovat arvaamattomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhteiskunnan tulisi panostaa enemmän mielenterveysongelmaisten avohoitoon (ei sairaalahoitoon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos kertoo omista mielenterveysongelmista, ystävät jättävät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveydenhuollon henkilökunta ei ota vakavasti mielenterveysoireita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On vaikeaa puhua henkilön kanssa, joka kärsii mielenterveysongelmista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos työnantaja saa tietää työntekijän mielenterveysongelmista, työsuhde vaarantuu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. Alla on väittämiä tunteista ja ajatuksista. Merkitse rastilla kohta, joka parhaiten kuvaa kokemuksiasi viimeisen kahden viikon aikana.**

	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Usein	Koko ajan
Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tuntenut itseni hyödylliseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen käsitellyt ongelmia hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen ajatellut selkeästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Miten koet mielenterveys- ja päihdepalvelujen muuttuneen viimeisten kolmen vuoden aikana?**


---



---



---

**35. Millaisia mielenterveys- ja päihdepalveluja haluat nähdä tulevaisuudessa?**


---



---



---

**KOMMENTTEJA.** Tähän voit kirjoittaa ajatuksiasi tästä kyselytutkimuksesta.

**KIIITOS!**

---