

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN KOKEMA  
SYRJINTÄ ARJESSA JA SEN VAIKUTUS  
HEIDÄN ELÄMÄÄNSÄ

Elina Sivula

Opinnäytetyö, kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Sivula, Elina. Mielenterveyskuntoutujien kokema syrjintä arjessa ja sen vaikutus heidän elämäänsä. Kevät 2017, 55s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK)

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat syrjintää kokeneet mielenterveyskuntoutujat. Tarkoituksena oli selvittää, mitä kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla oli syrjinnästä ja leimautumisesta muiden ihmisten taholta arjessa ja miten ne olivat vaikuttaneet heidän elämäänsä. Tavoitteena oli saada esiin mielenterveyskuntoutujien oma ääni syrjinnän kokemuksista. Heillä itsellä ei välttämättä ole keinoja nostaa syrjinnän kokemuksia esiin. Yhteistyökumppanina tutkimuksessa toimi Mielenterveyden keskusliitto, joka ajaa mielenterveyskuntoutujien asemaa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään mielenterveyteen liittyviä käsitteitä, esitellään lyhyesti yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, mielenterveyskuntoutujien syrjintään liittyviä asioita sekä syrjinnän syitä ja sen vaikutuksia.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla, jotka suoritettiin syksyn 2016 aikana viidelle mielenterveyskuntoutujalle. Aineiston analysoimisessa käytettiin sisällönanalyysimenetelmää.

Tutkimustuloksista ilmeni, että mielenterveyskuntoutujat olivat kokeneet syrjintää läheisten ihmisten ja sukulaisten taholta. Syrjintää ja leimaamista oli koettu kotona, koulussa, työpaikalla ja julkisilla paikoilla. Syrjintä oli ollut sanallista loukkaamista, fyysistä kiusaamista tai yhteydenpidon lopettamista. Niillä läheisillä ihmisillä, jotka olivat suhtautuneet hyvin ja antaneet tukea, oli suuri merkitys toipumisessa ja elämässä selviytymisessä. Vertaisilla oli sellaista ymmärrystä, joka koettiin muilta ihmisiltä puuttuvan. Mielenterveyskuntoutujat eivät mielellään kertoneet diagnoosista vieraille ihmisille leimautumisen pelossa. He kokivat, että diagnoosi oli yksityisasia, mutta se ei ollut silti estänyt leimatuksi tuleamista. Kuntoutujat toivoivat muilta ihmisiltä ennakkoluulotonta käyttäytymistä heitä kohtaan. Syrjintä oli aiheuttanut heissä epävarmuutta ja itseluottamuksen puutetta. Sillä oli ollut vaikutusta myös sairaudesta toipumiseen ja fyysiseen kuntoon.

Mielenterveyskuntoutujien syrjinnän vähenemiseen voitaisiin vaikuttaa lisäämällä ihmisten tietoisuutta mielenterveyskuntoutujista ja mielenterveyden häiriöihin liittyvistä asioista. Peruskouluissa lasten opettaminen hyvin vuorovaikutustilanteisiin näkyy toivottavasti tulevaisuudessa. Ottamalla psyykkisesti sairastuneen henkilön läheiset mukaan hoitotapahtumaan voisi lisätä heidän ymmärrystään omaisen sairaudesta.

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, syrjintä, leimautuminen

## ABSTRACT

Sivula, Elina. Discrimination experienced by people recovering from mental illness and its impact on their lives.

55p., 1 appendix. Language: Finnish. Spring 2017. Diaconia University of Applied Sciences. Degree: Bachelor of Social Services.

The thesis focuses on people recovering from mental illness who have experienced discrimination. The purpose of the thesis was to examine what kind of discrimination and stigmatization they faced in their daily life and how it had affected them. The aim was to make their voice heard regarding their experiences of discrimination. They do not necessarily have the means to bring up the experiences of discrimination on their own. The study was carried out in collaboration with the Finnish Central Association for Mental Health which supports those recovering from mental health issues.

The theoretical section of the thesis deals with concepts related mental health and it also briefly introduces the most common mental health issues and matters concerning the discrimination of individuals recovering from mental illness as well as some of the reasons behind and impacts of discrimination.

The thesis was carried out in the form of a qualitative study. The material was collected through thematic interviews conducted during the autumn of 2016 with five individuals recovering from mental illness. The material was analyzed using a content analysis method.

The study showed that the individuals recovering from mental illness had experienced discrimination by their relatives and others close to them. Discrimination and stigmatization had been experienced at home, school, work and in public places. Discrimination included verbal insults, physical bullying and ending of relationships. Close friends and relatives who have had a positive attitude and have given support have played an important role in recovery and coping with life. The peers of the individuals interviewed had a level of understanding that other people lacked. The interviewees preferred not to tell strangers they did not know about their diagnosis for fear of stigmatization. They felt that their diagnosis is a private matter, but it still did not prevent stigmatization. They wanted other people to behave in an open-minded manner towards them. Discrimination had made them feel insecure and lacking in self-confidence. It had also affected their recovery and physical fitness.

Discrimination could be reduced by increasing awareness of people recovering from mental illness as well as matters relating to mental disorders. Teaching children in schools about good interaction will hopefully be reflect in people's attitudes in the future. Including the family in the treatment could increase their understanding of the family member's disorder.

Keywords: mental health, people recovering from mental illness, discrimination, stigma

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 MIELENTERVEYS .....	8
2.1 Mielenterveys käsitteenä .....	8
2.2. Mielenterveyden häiriöt .....	9
2.3 Mielenterveyskuntoutuja .....	11
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN SYRJINTÄ JA LEIMAAMINEN .....	14
3.1 Syrjintä .....	14
3.2 Leimautuminen, häpeäleima ja stigma .....	14
3.3 Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva syrjintä .....	16
3.4 Syrjinnän ja leimautumisen vaikutukset .....	17
3.5 Syrjinnän ja leimaamisen syitä .....	18
4 AIEMMAT TUTKIMUKSET .....	21
5 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTTAMINEN .....	23
5.1 Tutkimuksen taustaa .....	23
5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet .....	24
5.3 Tutkimusmetodi ja aineistonkeruu .....	25
5.4 Aineiston analyysi .....	27
6 TULOKSET .....	30
6.1 Perheen ja sukulaisten osalta kohdattu syrjintä .....	30
6.2 Syrjintä opiskelu- ja työelämässä .....	31
6.3 Leimautuminen .....	32
6.4 Syrjinnän vaikutukset mielenterveyskuntoutujan elämään .....	33
6.5 Sairaudesta kertominen .....	34
6.6 Sairaus yhdistävänä tekijänä .....	36
6.7 Toiveissa ennakkoluulotonta kohtaamista .....	36
6.8 Myönteisiä kokemuksia suhtautumisesta .....	38
7 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	40

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	43
9 POHDINTA.....	45
9.1 Opinnäytetyön pohdinta.....	45
9.2 Ammatillinen kasvu.....	47
LÄHTEET .....	49
LIITE 1: Teemahaastattelun runko	

## 1 JOHDANTO

Mielenterveys on monitahoinen määritelmä ihmisen hyvinvoinnille. Erilaiset tekijät tuottavat ja kuluttavat mielenterveyttä ylläpitäviä voimavaroja sen mukaan, miten erilaiset olosuhteet vuorottelevat ihmisen elämässä. Mielenterveyttä suojaavat tekijät auttavat välttymään mielenterveysongelmien uhalta. Silloin mielenterveyttä haavoittavat tekijät eivät pääse vallalle. Jos mielenterveyttä haavoittavien tekijöiden määrä lisääntyy huomattavasti, on vaarana terveyden ja hyvinvoinnin heikentyminen. (Hietaharju & Nuutila 2015, 9–12.)

Suomalaisten mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet vuosittain. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja käytti vuonna 2014 kolme prosenttia maan kansalaisista. Lisäystä oli edelliseltä vuodelta 0,6 prosenttiyksikköä. (Järvelin 2016, 4.) Työkyvyttömyyseläkkeelle jäätiin mielenterveydellisistä syistä eniten yhdessä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ohella vuonna 2015. Masennus oli suurin tekijä. Päivittäin kahdeksan henkilöä siirtyi masennuksen vuoksi eläkkeelle. Suunta on laskenut vuodesta 2008 todennäköisesti ennaltaehkäisevien toimien ja työterveyshuollon ansiosta. Masennusta sairastavien henkilöiden määrä ei siltikään ole vähentynyt. (Eläketurvakeskus 2016.)

Suhtautuminen mielenterveyskuntoutujiin on parantunut hiljalleen aikaisemmista vuosista. Mielenterveyden keskusliiton vuonna 2005 tekemän mielenterveysbarometrin mukaan ensimmäisessä tutkimuksessa kolmekymmentä prosenttia vastaajista ei toivonut mielenterveyden häiriöitä sairastavia henkilöitä naapurikseen. Vuoden 2015 otannassa seitsemäntoista prosenttia hyljeksi heitä naapureina. Tosin skitsofreniaa sairastavia ei toivonut naapurikseen 32 prosenttia vastaajista. (Mielenterveyden keskusliitto i.a.a.)

Ihmiset ovat tietämättömiä mielenterveyteen liittyvistä asioista. Tiedon puutteen vuoksi mielenterveyden häiriöitä kokevat yksilöt joutuvat kamppailemaan leimautumista, häpeää, syyllisyyden tunnetta ja syrjintää vastaan. (Toivio & Nordling 2013, 61.) Lahden (2003, 45) mukaan jokainen ihminen tarvitsee arvosta-

vaa kohtelua, joka vaikuttaa mielenterveyden ylläpitämiseen ja sitä kautta tasapainoiseen toimintakykyyn.

Opinnäytetyöni aiheena on tutkia mielenterveyskuntoutujien kokemaa syrjintää. Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää mielenterveyskuntoutujia haastatteleamalla heidän omakohtaisia kokemuksia syrjinnästä ja leimautumisesta muiden ihmisten taholta arjessa sekä niiden vaikutuksista heidän elämäänsä. Tavoitteenani opinnäytetyössä on saada esiin mielenterveyskuntoutujien oma ääni syrjinnän kokemuksista. Heillä itsellä ei välttämättä ole keinoja nostaa syrjinnän kokemuksia esiin. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Mielenterveyden keskusliitto. Työni aihe kytkeytyy liiton merkittävimpiin tehtäviin mielenterveyskuntoutujien edunvalvojana. Mielenterveyden häiriö ja toistuva syrjinnän kokemus voivat aiheuttaa tunteen, että heillä ei ole oikeutta tulla kohdelluksi tasarvoisesti muiden ihmisten kanssa. Sen vuoksi he tarvitsevat puolestapuhujia ja muita ihmisiä nostamaan aihetta esiin.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa selvitän mielenterveyteen ja mielenterveyden häiriöihin liittyviä käsitteitä. Lisäksi kerron mielenterveyskuntoutujiin liittyvästä syrjinnästä ja leimaamisesta sekä niiden seuraamuksista. Esittelen aiheesta lyhyesti kolme väitöstutkimusta. Tämän jälkeen kuvailen oman tutkimukseni lähtökohtia ja toteuttamista. Tuloksissa on luettavissa haastatteluista keräämäni aineistoa ja sen jälkeen kerron johtopäätöksiä tutkimustuloksista ja vertailen niitä aiempiin tutkimuksiin ja muuhun teorian tietoon. Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta käsittelevässä osiossa käyn läpi asioita, jotka vaikuttavat tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen ja sitä, miten olen ottanut nämä asiat huomioon. Lopuksi pohdin opinnäytetyössä ilmi tulleita asioita sekä oman ammatillisen kasvun prosessia.

## 2 MIELENTERVEYS

### 2.1 Mielenterveys käsitteenä

Terveys on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Jos nämä asiat ovat kunnossa, ihminen suoriutuu arjen haasteista ja kykenee toimimaan tasapainoisesti omassa yhteisössään. (World Health Organization 2014.) Mielenterveyden käsitettä ei voi määritellä täydellisesti. Se on suhteellista, eikä mielenterveyttä mittaavia mittareita ei ole olemassa. Käyttäytymisnormit sanelevat eri kulttuureissa poikkeavan käytöksen, jolloin käsitteestä on tullut normatiivista. Lisäksi mielenterveyden käsitteeseen vaikuttavat aikakausi ja eri koulukuntien mielipiteet. (Toivio & Nordling 2013, 60–61.) Maailman terveysjärjestö WHO (2013) on määritellyt mielenterveyden seuraavasti:

*Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan.*

Mielenterveys muotoutuu koko ihmisen eliniän ajan yksilöllisesti. Siihen vaikuttavia tekijöitä on useita. Myönteiset olosuhteet lisäävät mielenterveyden voimavaroja, kun taas vahingollinen ympäristö kuluttaa niitä. Yksilöllisiä tekijöitä mielenterveydelle ovat perimä, identiteetti, sopeutumiskyky ja itseluottamus. Sosiaaliset tekijät rakentuvat ympäristön vaikutuksessa. Niitä ovat perheen, työn ja koulun muodostamat yhteisöt. Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tulokset muodostavat myös oman vaikutuksen mielen hyvinvoinnille. Hyvä mielenterveys toimii keinona elämästä selviytymiseen, ihmissuhteiden ylläpitämiseen, tunteiden ilmaisuun ja työntekoon. Elämä tuntuu mielekkäältä, kun mielenterveys on kunnossa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18–19.)

Useimmilla ihmisillä on joskus elämässä ohimeneviä, normaaliin elämään kuuluvia psyykkisiä oireita, esimerkiksi surun aiheuttamana. Jokapäiväisestä elämästä selviämisen vaikeus kertoo mielenterveyden häiriöistä. Näitä omaavan



henkilön psyykkinen tasapaino ei pysy kasassa, toimintakyky laskee tai työssäkäynti ei onnistu. (Hietaharju & Nuutila 2015, 29–30.) Yksilön saama arvostava ja inhimillinen kunnioitus toimii peruskivenä mielenterveydelle. Turvallisuus, talous, sosiaaliset verkostot ja ihmissuhteet edistävät mielenterveyttä ja auttavat jaksamaan. (Lahti 2003, 45.)

## 2.2. Mielenterveyden häiriöt

Psykiatrisista sairauksista puhuttaessa käytetään nykyään termiä mielenterveyden häiriöt. Suomessa mielenterveyden häiriöt diagnosoidaan Maailman terveysjärjestön ICD-10 -luokitusjärjestelmän mukaisesti. Diagnostiikka perustuu kriteereihin, jolloin se helpottaa häiriöiden hoitamisessa ja tunnistamisessa. ICD-järjestelmässä mielenterveyden häiriöt jaetaan kymmeneen pääryhmään, joita ovat elimelliset aivo-oireyhtymät, lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat häiriöt, skitsofrenia ja sitä lähellä olevat muut psykoosit, mielialahäiriöt, neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt, fysiologiset häiriöt ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät, aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt, älyllinen kehitysvamma, psyykkisen kehityksen häiriöt sekä tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt. (Lönqvist 2011, 47–48.) Yleisimpiä Suomessa esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuuteen liittyvät häiriöt, päihderiippuvuudet sekä skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt (Hietaharju & Nuutila 2015, 30).

Mielialahäiriöihin lukeutuvat masennus eli depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja mania. Masennus on yksi suurimmista työkykyä alentavista tekijöistä. Masennuksen yleistymiselle selitetään olevan syynä työn haastavuus ja kuluttava elämäntyyli, mutta tekijöitä voi olla useita ja erilaisia. Lisäksi masennus on tunnistettavissa nykyään aiempaa helpommin. (Hietaharju & Nuutila 2015, 39; Suomen Mielenterveysseura i.a.) Lieviä masennustiloja esiintyy noin 10–15 prosentilla suomalaisista aikuisista. Syvää masennusta sairastaa viisi prosenttia ja psykoottista depressiota hieman alle yksi prosentti väestöstä. (Huttunen 2015.)

Ahdistuneisuushäiriöitä ovat yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, fobiat eli määräkohtaiset pelot ja pakko-oireinen häiriö. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy toimintakyvyn rajoitteisuutta sekä voimakkaita ja pitkäkestoisia oireita. Näitä ovat esimerkiksi pakkoajatukset ja -toiminnot, levottomuus, pelkotilat ja keskittymiskyvyn puute. Noin 25 prosentilla väestöstä ilmenee joskus elämässä ahdistuneisuushäiriötä. Pitkään jatkunut ahdistuneisuushäiriö saattaa johtaa masennukseen tai päihteiden väärinkäyttöön. (Hietaharju & Nuutila 2015, 32–38.)

Skitsofrenia puhkeaa useimmiten varhaisessa aikuisiässä, itsenäistymisen alkaessa. Poikkeavaa käyttäytymistä saattaa esiintyä jo lapsuudessa, vaikka lapsilla skitsofrenian syntyminen on poikkeuksellista. Ennen varsinaista sairauden puhkeamista voi esiintyä ennakoivia oireita, joista tavallisempia ovat ahdistus, masennus ja toimintakyvyn aleneminen. Oireiden kesto vaihtelee muutaman päivän ja vuosien välillä ja ne saattavat välillä kadota. Kaikilla ennako-oireita saavilla henkilöillä ei automaattisesti ole seurauksena psykoosia. Ensioireiden johtaessa psykoosiin oireet muuttuvat selkeämmin havaittaviksi, kun todellisuus vääristyy. Psykoottisen henkilön oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, voimakas ajattelun ja havaintokyvyn vääristyminen sekä tunneilmaisun poikkeavuus, joka esiintyy hajanaisena puheena, outona käytöksenä tai kiihtyneisyytenä. Harhat ovat skitsofreniaa sairastavalle todellisia. Sairaudentunnottomuus vaikeuttaa kuitenkin hoidon aloittamista. (Toivio & Nordling 2013, 195–199; Riikola, Salokangas & Laukkala 2013.) Psykoottisiin sairauksiin kuuluvaa skitsofreniaa esiintyy 0,5–1,5 prosenttia väestöstä. Tämän lisäksi muita psykoottisia sairauksia on todettu olevan moninkertaisesti. (Pirkola & Sohlman, 2005, 4–7.)

Myös päihdehäiriöt lukeutuvat mielenterveyden ongelmiin, jos päihteiden käyttö on runsasta ja niiden käyttö ei ole hallinnassa. Päihdeongelmia esiintyy muiden mielenterveysongelmien yhteydessä runsaasti. Mielenterveysongelmia sairastavilla henkilöillä päihteiden käyttö lisää psyykkisiä oireita. Kaksoisdiagnoosi vaikeuttaa sopivan kuntoutumispaikan löytymistä, eikä hoitoon sitoutuminen ole helppoa. (Pirkola & Sohlman, 2005, 4–7.) Mielenterveyden häiriön päätellään aiheutuvan päihdeistä, jos oireita ei esiinny neljän viikon raittiusjakson jälkeen.

Runsas alkoholin tai huumeiden käyttö erikseen tai yhdessä aiheuttavat seka- vuus- ja psykoositiloja. (Hietaharju & Nuutila 2015, 215.)

### 2.3 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutuja on psykiatrisesta sairaudesta toipuva henkilö. Sairaus on hallinnassa ja kuntoutujalla on tavoitteena toipua normaaliin arkeen samalla tavalla, kuin muistakin sairauksista kuntoudutaan. Parantumisprosessi on pitkä- kestoista, ja siinä voi tulla notkahduksia. Mielenterveyskuntoutujien hoitoon käy- tetään terapiaa, lääkehoitoa ja kuntoutusta. Näiden avulla elämänlaatu kohenee niin, että sairaudentunne saattaa kuntoutujalta hävitä, ja täysipainoinen elämä on mahdollista. Hoitojen vaikutuksesta osa sairastavista kuntoutuu täysin ter- veeksi. (Mielenterveyden keskusliitto i.a.b.)

Nykyisen yhteiskunnan vaatimukset työelämään ovat tutkimusten mukaan niin korkealla, että mielenterveyden häiriöistä toipuvan on vaikea yltää niihin (Lahti 2008, 49–50). Sen vuoksi mielenterveyskuntoutujien siirtyminen työkyvyttö- myyseläkkeelle on kasvanut. Työkyvyttömyyseläkkeiden saajien suurimpana diagnoosiryhmänä ovat 1990-luvulta alkaen olleet mielenterveyden häiriöitä sai- rastavat. (Pirkola & Sohlman 2005, 32.)

Perinteisesti psyykkisestä sairaudesta kuntoutumista on mitattu oireettomuudel- la, työssäkäynnillä, sosiaalisilla suhteilla, itsenäisellä selviytymisellä asumisessa sekä ilman terveydenhuollon tukitoimia. Tukena on monenlaisia tekijöitä, jotka edistävät kuntoutumisprosessia. Esimerkiksi hoito, ihmissuhteet, vuorovaikutus- taidot ja kyky käsitellä stressaavia asioita ovat positiivisesti vaikuttavia asioita. Sen sijaan stressitekijät ja sairauden sisäistetty häpeäleima eivät ole eduksi kuntoutumiselle. Mielenterveyskuntoutujaa koetetaan auttaa löytämään niitä voimavaroja, joiden avulla hän kykenee suoriutumaan askel kerrallaan kohti omia tavoitteitaan. (Oksanen 2011, 103.)

Suomeen on hiljattain rantautunut Yhdysvalloista *recovery-ajattelutapa*, jossa mielenterveyskuntoutuja määrittelee itselleen sen tilan, jossa hän kokee pysty-

vänsä elämään täysipainoisesti ja ottamaan vastuuta. Toipuminen katsotaan yksilölliseksi prosessiksi eikä se tarkoita, että sairaudesta olisi parannuttava kokonaan. Sairaus ei hallitse henkilön elämää ja hänen arkensa koostuu niistä palasista, jotka tuottavat merkitystä elämään. Tällainen ihminen ei ole enää mielenterveyden ongelmista kärsivä, vaan täysipainoista elämää viettävä ja kokemusrikkaan historian omaava henkilö. (Oksanen 2011, 103; Nordling i.a.)

Mielenterveyskuntoutujilla on samanlaisia tarpeita, kuin muillakin ihmisillä. Mielen sairaus on vain yksi osa heidän elämäänsä. Kuntoutuminen sairaudesta tapahtuu yksilöllisesti. Kuntoutuja ei kykene toimimaan samalla tavalla kuin ennen sairastumista. Hän kaipaa ja tarvitsee tukea muilta ihmisiltä, mutta hänen on vaikea suostua apuun. Ihmissuhteista vetäytyminen on tavallista. Mielenterveyskuntoutuja on kaikesta huolimatta riippuvainen muista ihmisistä. (Koskisuus 2004, 12, 177.)

Mielenterveyskuntoutajat ovat tavallisia ihmisiä, joita tulee kohdella samalla tavalla arvostavasti, kuin muitakin yksilöitä. Psykkiseen sairauteen sairastunut henkilö tarvitsee lääkitystä, hoitoa, tukea ja kuntoutusta, kuten toiset muihin sairauksiin sairastuneet. Psykkisissä sairauksissa on myös useiden muiden sairauksien tapaan yksilöllisiä oireita. Oikealla lääkityksellä on tässäkin tapauksessa tärkeä merkitys. Jos diabetesta sairastava ei saa oikeaa lääkettä, hän voi mennä koomaan. Samalla tavalla skitsofreniaa sairastavalla se saattaa johtaa psykoosiin. (Viskari 2011, 100–101.)

Psykiatrisessa hoidossa käyminen voi tuntua leimaavalta, eikä sairastumisesta ole helppo kertoa läheisille. Omaiset voivat nähdä kuntoutujan pelkästään sairauden kautta eivätkä huomaa, että diagnoosin ei tarvitse määrittää koko elämää. Diagnoosin myötä saattaa oma rooli muuttua sosiaalisissa suhteissa. Oma diagnoosi on muutenkin vaikea hyväksyä. Sairastunut kokee helposti syyllisyyttä, ettei hän kykene toimimaan työtehtävistä ja perheen parissa entiseen tapaan. Sairastunut voi myös samaistua liaksi sairauteensa. Hoitoon ja kuntoutumisprosessiin saattaa olla vaikea sitoutua kuntoutujan lisäksi myös läheisten. Heidän voi olla vaikea hyväksyä perheenjäsenen psyykkistä sairautta. (Sadeniemi, Aer, Jänkälä, Sorvaniemi & Stenberg 2013, 57, 108, 241, 243.)

Vähäinen tietämys mielenterveyteen liittyvistä asioista perheessä voi estää avun hakemista. Perheen lisäksi muu sosiaalinen ympäristö kärsii tilanteesta. Siten mielenterveyttä ja siihen liittyviä ongelmia voidaan käsitellä sosiaalisena ilmiönä. (Toivio & Nordling 2013, 61.)

Psyykinen sairastuminen on tilanne, jota kukaan ei ole suunnitellut elämässään tapahtuvan. Sairautta edeltäneeseen elämänvaiheeseen on saattanut kuulua tavoitteita ja unelmia, jotka menettävät usein merkityksensä sairastumisen jälkeen. Tavoitteet menevät uusiksi, kun sairauden kriittisin vaihe on ohi ja kuntoutumisprosessi alkamassa. Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee päämääriä toipuakseen, kuin kohteita, joita kohden pyrkiä. Tulevaisuudesta on oltava positiivisia mielikuvia, sillä uudet tavoitteet löytääkseen hän tarvitsee haaveita ja toiveita. Mielenterveyskuntoutujan tulee saada itse määritellä omat tavoitteensa, mutta hän voi tarvita tukea ja ohjausta niitä etsiessään. Kohteet voivat vaihdella kuntoutumisen aikana, tärkeintä on tuntea ne itse omakseen. Mikäli kuntoutujan tulevaisuus on valmiiksi osoitettu muiden taholta, ei määränpäättä ole helppo löytää. (Koskisu 2004, 17.)

### 3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIENTEN SYRJINTÄ JA LEIMAAMINEN

#### 3.1 Syrjintä

Syrjintä on tavallisesti seurausta yleistämisestä. Stereotypisoimalla yksittäisiä asioita ja ilmiöitä isoiksi joukoiksi annetaan kaikille ryhmän jäsenille yhtenäiset ominaisuudet. Tämä saa aikaan ennakkoluuloja. Kauan vallalla olleet ennakkokäsitykset johtavat tietyn ihmisryhmän rakenteelliseen syrjintään. Tämän seurauksena syrjinnän kohteena olleeseen henkilöön kohdistuneet asenteet eivät ole pitäneet paikkaansa. Ennakkoluulot johtavat puolestaan pelkoihin. Syrjinnän vaikuttimena esiintyy ennakkoluulojen lisäksi tietämättömyyttä, jolloin puhutaan tahattomasta syrjinnästä. Tällöin taustalla saattaa olla välinpitämättömyyttä toiminnan tai toimimattomuuden vaikutuksista. (Aaltonen, Joronen & Villa 2009, 21–23.)

Suomalaiset pitävät yhdenvertaisuutta yhtenä tärkeimmistä kansalaisten perusoikeuksista (Aaltonen ym. 2009, 6). Välitön ja välillinen syrjintä kielletään yhdenvertaisuuslaissa (2014/1325) henkilön terveydentilan perusteella. Syrjinnäksi lukeutuvat myös häirintä, kohtuullisten mukautusten epääminen ja ohje tai käsky syrjiä. Lain mukaan välittömässä syrjinnässä henkilöä kohdellaan häneen liittyvän syyn perusteella kielteisemmin toiseen henkilöön verrattuna. Välillinen syrjintä johtaa tasa-arvoisella menettelyllä henkilön muita huonompaan asemaan sellaisen asian vuoksi, joka liittyy yksilöön. Syrjintää ei ole sellainen erilainen kohtelu, joka perustuu lakiin ja on hyväksyttävää. Perustuslaki (1999/731) vaatii kaikkia ihmisiä kohdeltavan yhdenvertaisina. Laki kieltää ihmisarvoa loukkaavan käyttäytymisen. Henkilöä ei saa asettaa eri asemaan terveydentilan perusteella.

#### 3.2 Leimautuminen, häpeäleima ja stigma

Leimautumisella voidaan tarkoittaa ulkoista tai sisäistä leimautumista. Ulkoinen leimautuminen pohjautuu ympäristön ennakkoluuloihin ja on ulkopuolelta määri-

teltä. Sisäistyneessä leimautumisessa kuntoutuja ajattelee, että sairauden vuoksi hän ei kykene saavuttamaan mitään. Tavoitteilla ja määränpäällä ei ole enää sen vuoksi merkitystä. (Koskisuus 2012, 54.) Häpeäleimasta saatetaan käyttää myös nimitystä *stigma*, joka juontaa juurensa Kreikan historiasta. Muista poikkeavilla tai häpeällisen teon tehneillä henkilöillä, joita yhteiskunta kehotti karttamaan, oli merkinä ruumiiseen poltettu jälki eli stigma. (Korkeila 2011, 20.)

Leimaamisella tuodaan oikeutusta kokonaisvaltaiseen ihmisen arvioimiseen. Mielenterveyden häiriötä sairastavan henkilön ei oleteta ikään kuin ansaitsevan sairauden vuoksi kunnioitusta muilta henkilöiltä. (Korkeila 2011, 20.) Mielenterveyskuntoutujalla ei välttämättä ole keinoja toimia niiden normien mukaisesti, joita yhteiskunta on asettanut. Tämä lisää leimaamisen riskiä. (Noppari ym. 2007, 18–19.)

Mielenterveyskuntoutujista kaksi viidesosaa on kokenut tulleen leimatuksi. Lisäksi neljäsosa on huomannut muiden ihmisten välttelevän jossain tilanteissa heidän seuraan. Mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevät ovat havainneet leimaamisen olevan yleisempää. Heistä reilut kaksi kolmasosaa on laittanut merkille kuntoutujan tulleen leimatuksi mielenterveysongelmien vuoksi. (Mielenterveyden keskusliitto 2015.)

Stigmatisoituneen henkilön kohtaaminen voi aiheuttaa hämmennystä. Vuorovaikutustilanteet ovat usein hankalia molempien osapuolten kannalta. Häpeällistä leimaa kantava henkilö saattaa yrittää käyttäytyä itselleen epänormaalilla tavalla yrittäessään olla mahdollisimman huomaamaton, ettei hänen poikkeavuu- tensa tule huomioiduksi. Toinen osapuoli on mahdollisesti epätietoinen, miten hänen täytyy menetellä, jotta ei itse leimaa enempää. Hän voi pohtia, pitäisikö käyttäytyä kuin mitään poikkeavaa ei olisi, vai pitäisikö häpeään tai mielenterveyden häiriöön kiinnittää jotain huomiota. (Goffman 1986, 25, 29.)

### 3.3 Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva syrjintä

Lainsäädännön avulla syrjintää ja siihen liittyviä tekoja yritetään häivyttää. Laki ei silti poista ihmisten ennakkoluuloja. Sen vuoksi on merkityksellistä tuoda julki yleisesti tietoa mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvasta syrjinnästä. (Aaltonen ym. 2009, 23.) Jos verrataan kaikkia mielenterveyden sairauksia yhteensä, joutuvat psykoosisairauksia omaavat henkilöt eniten syrjinnän kohteiksi (Mielenterveystalo i.a.).

Vuosien kuluessa ihmisten suhtautumien mielenterveyskuntoutujiin on parantunut, vaikkakin hitaasti. Vuoden 2015 Mielenterveysbarometrin mukaan kansalaisilta kysyttäessä lähes viidesosan mielestä mielenterveysongelmia kokeneita henkilöitä olisi epämiellyttävää tai pelottavaa kohdata. Luku on tippunut muutama prosentti kymmenen vuoden aikana. Silti yli puolet ajattelee psykiatrista sairaalahoitoa tarvitsevien henkilöiden tuottavan ongelmia muille ihmisille. Sama määrä ihmisiä oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että lääkkeiden, psykoterapian tai muun tuen avulla mielenterveyskuntoutuja pystyy elämään normaalia elämää. Hieman alle kymmenesosa suomalaisista oli sitä mieltä, että mielenterveysongelmat ovat sairastuneen omaa syytä. Kuntoutujilta itseltään, heidän omaisilta, väestöltä ja alan ammattilaisilta kysyttäessä oltiin yksimielisesti sitä mieltä, että mielenterveyskuntoutujien tulisi saada tarvittaessa mukailtua työtä terveydentilan huomioiden samalla mallilla, kuin somaattisissa sairauksissa. Vastaajat arvelivat silti, että jos mielenterveyskuntoutujat kertovat mielenterveysongelmista työpaikalla, heiltä menisi sen myötä kunnioitus tai status työympäristössä. (Mielenterveyden keskusliitto 2015.)

Yhteiskunnalliset keskustelut ovat mielenterveyskuntoutujien kannalta eettisesti mielenkiintoisia. Säästötalkoissa käydään keskustelua, ketä kannattaa kuntouttaa ja kenen avuntarve on tärkeintä. Mielenterveyskuntoutujia ei käsitetä arvokkaina yksilöinä, vaan isona joukkona ja ylimääräisenä kiusana. (Lahti 2008, 50–53.) Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan jokaiselle mielenterveyden häiriötä sairastavalle on tarjottava riittävää hoitoa, ensisijaisesti avopalvelujen kautta. Laissa on määrätty myös, että kuntoutujan autonomista toimintakykyä on vahvistettava. Mielenterveyskuntoutujia voidaan yrittää eristää pelon vallassa mui-



den ihmisten seurasta. Oletetaan, että he ovat kykenemättömiä tekemään ratkaisuja elämässään. Silloin heitä kohdellaan holhoavasti lasten kaltaisesti. (Korkeila 2011, 24.)

World Health Organizationin (2013, 3) laatimassa Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman arvoissa ja visiossa puhutaan oikeudenmukaisuudesta, voimaannuttamisesta sekä turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta. Jokaiselle henkilölle kuuluu mahdollisuus korkealaatuiseen psyykkiseen hyvinvointiin sekä riittävään tukeen. Syrjimiseen, joka rajoittaa oikeuksien toteutumista ja hoitoon pääsyä, on puututtava. Mielenterveysongelmien parissa kamppailevilla on yhtäläinen oikeus vastata omasta elämästä ja niihin liittyvistä päätöksistä itsemääräämisoikeuden nojalla.

#### 3.4 Syrjinnän ja leimautumisen vaikutukset

Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmassa on kiinnitetty huomiota siihen, että mielenterveyspalveluihin vältetään hakeutumista leimautumisen pelon vuoksi. Lisäksi huonot hoitokokemukset johtavat tilanteeseen, jossa hoitoon ei kyetä sitoutumaan. (World Health Organization 2013, 3.) Pahimmillaan mielenterveyteen liittyvät sairaudet jäävät kokonaan diagnosoimatta sen vuoksi, että leimautumisen välttämiseksi hoitoon ei uskalleta hakeutua (Korkeila 2011, 23).

Jos mielenterveyskuntoutujiin keskitytään pelkästään ongelmalähtöisesti sairauden kautta, heidän on vaikea nähdä itsekään muuta elämää ympärillään. Mielenterveysongelmista toipuva kokee muiden ihmisten suhtautumisella olevan suurta merkitystä kuntoutumisessa. Toisten ihmisten asenteet ja kyky kohdata kuntoutuja positiivisesti auttavat eteenpäin. Omien voimien ollessa heikkoina hän tarvitsee lähelleen henkilön, joka painostamisen ja ahdistamisen sijasta tukee ja rohkaisee. Kuntoutuja joutuu toipumaan sairauden ohella myös syrjinnästä, ulkopuolisuuden kokemuksista, hoitoon liittyvistä kielteisistä kokemuksista sekä niistä menetyksistä, joihin sairastuminen on johtanut. (Koskisuu 2012, 17, 56–58.)

Leimattu ihminen saattaa alkaa leimata itseään. Silloin hän suuntaa kaiken ympäristössään tapahtuvan kielteisesti itseensä ja kokee toisten ihmisten käyttäytymisen johtuvan hänestä. Tällainen henkilö kokee itsensä alempiarvoisemmaksi niiden uskomusten takia, joita hän ei kykene kyseenalaistamaan. Seurauksena on helposti avun hakemisen aikaansaamattomuus ja omien asioiden hoitamattomuus. Vuorovaikutustilanteiden välttämiseksi hän myös karttaa muiden ihmisten seuraa. (Korkeila 2011, 23, Toivio & Nordling 2013, 303.)

Mielenterveyskuntoutujan omaiset voivat koettaa salata sairauden muilta ihmisiltä syrjinnän pelossa. Läheisten syyllisyys ja häpeä ovat normaaleja reaktioita tilanteessa. Jos kielteisiä tunteita ei selvitetä, ne voivat vaikuttaa perheenjäsenten sisäisiin suhteisiin. (Toivio & Nordling 2013, 306–307.) Häpeäleimaa kantava mielenterveyskuntoutuja joutuu usein kokemaan muiden ihmisten taholta vähättelevää kohtelua. Läheisillä ihmisillä voi olla vaikeuksia kohdata mielenterveyden häiriötä sairastava henkilö, jos itselle ajatus sairaudesta tuottaa häpeää. (Vuorela & Aalto 2011, 35.)

Häpeäleiman seurauksena voi olla salailua ja eristäytymistä. Häpeäleiman aikaansaannoksia ja mielenterveysongelmista johtuvia oireita ei ole helppo erottaa toisistaan. Tämä vaikeuttaa oikeanlaisen tuen antamista mielenterveyskuntoutujalle kun ei voida erottaa, kummasta asiasta on kyse. (Korkeila 2011, 23.) Leimatun ja syrjityn henkilön ihmisarvo ei ole tasaisella perustalla. Seurauksena saattaa olla päihteiden ongelmakäyttöä, muita mielialahäiriöitä ja vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa ja perhe-elämässä. (Noppi ym. 2007, 27.)

### 3.5 Syrjinnän ja leimaamisen syitä

Syrjintä ja psyykkisten sairauksien häpeäminen ovat peräisin vuosisatoja aikaisemmin vallanneista katsomuksista ja yhteiskuntajärjestyksestä, joihin myös kirkkokunnat toivat omat näkemyksensä. Tavallisen ihmisen elämä oli kuljettava tietyissä puitteissa ja poikkeava käytös oli kauhistus. Mielisairailla ei ollut ihmis-oikeuksia eikä heitä haluttu muiden ihmisten piiriin. Suomessa mielisairaat lähetettiin muiden hyljeksityistä sairauksista kärsivien ohella loppuelämäkseen

1600-luvulta alkaen Seilin saarelle, jonne oli lepra sairastavia varten perustettu hospitaali vuonna 1619. Turun saaristossa sijaitseva Seilin saari toimi mielen-terveyden häiriöitä sairastavien sijoituspaikkana vuoteen 1962 asti. (Parpola 2013, 12–17.)

Yksinkertaisesti ajateltuna ennakkoluulot ja mustavalkoinen ajattelu aiheuttavat syrjintää ja leimaamista. Ihminen luokittelee luontaisesti asioita alitajunnassaan. Syrjinnän kehittymiseen tarvitaan myös sosiaalista valtaa. Hyväntahtoiset ihmiset voivat ajatella, että mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat lasten kaltaista jatkuvaa huolenpitoa ja holhousa. (Korkeila 2011, 20, 23–24.) Ihmisillä on myös erilaisia asenteita. Negatiiviset asenteet johtuvat tavallisesti tietämättömydestä ja empatian puutteesta. Ympäristöstä omaksuttuja näkökantoja voidaan niellä ilman kyseenalaistamista. Media ja yhteiskunta ohjailevat omalta osaltaan näkökantoja ihmisten mieliin. (Vuorela & Aalto 2011, 35.) Psykiatristen diagnoosien on arvosteltu luokittelevan ihmisiä, joka aiheuttaa leimautumista. Silloin diagnoosien käyttö toimii mielenterveyskuntoutujien etuja vastaan, vaikka niiden on tarkoitus avustaa hoidossa. (Lönqvist 2011, 49–50.)

Ihmisillä voi olla halua käyttäytyä kaikkia kohtaan myönteisesti, mutta heillä ei välttämättä ole taitoja siihen. Tutkimuksen mukaan suomalaiset nuoret henkilöt haluaisivat toimia hyväksyvämmän mielenterveyden ongelmia omaavia ihmisiä kohtaan, jos he vain tietäisivät, millä tavalla toimia. (Aromaa & Wahlbeck 2011, 85.) Toiminta saattaa muuttua ylivarovaiseksi, jos vuorovaikutustilanteissa yritetään ajatella liikaa omaa käyttäytymistä ja toisen ajatuksia. Kohtaaminen voi sen myötä monimutkaistua. Jos mahdollista, muut ihmiset voivat käyttäytyä kuin mielenterveyskuntoutuja ei olisi tilanteessa ollenkaan mukana. (Goffman 1986, 30.)

Psyykkisesti sairaan henkilön outo käyttäytyminen saattaa aiheuttaa pelkoa ja sekaannusta muissa ihmisissä. Erilainen käyttäytyminen voi johtua harhaluuloista, jotka kuuluvat sairauteen. Terveet ihmiset eivät näitä harhoja näe eivätkä kuule, vaikka harhoja kokevan ihmisen maailmalle ne ovat todellisia. (Anttonen 2011, 111.)

Yleisesti niiden henkilöiden joilla on mielenterveysongelmia, ajatellaan olevan vaarallisia. Tämä on päätelty tilanteesta, jossa yksittäinen psyykkisen sairauden omaava ihminen on toiminut uhkaavasti tai tehnyt rikoksen. Ajatus johtuu tiedon työstämisvirheestä. Aivot pyrkivät yleistämään välttääkseen vaaratilanteita, sillä tämä luo turvallisuuden tunnetta. Mielenterveyden häiriötä sairastavat rikoksia tekevät henkilöt eivät ole yleensä hoidon piirissä ja henkirikoksia tehdään tavallisimmin ensimmäisen psykoosin aikana. (Korkeila 2011, 20.) Kymmenesosalla henkirikoksia tehneistä on ollut mielenterveydellisiä ongelmia. Suurin osa veriteoista on tehty päihteiden vaikutuksen alaisina. (Lauerma 2009, 10.) Mielenterveysongelmat ovat jollain tasolla sidoksissa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Niitä ei voida kuitenkaan automaattisesti yhdistää. Kaikkia psyykkisiä sairauksia omaavien henkilöiden väkivaltaatekoja ei voi selittää mielenterveysongelmilla. Väkivaltaan liittyy monenlaisia tilannetekijöitä, joita on tarkasteltava psykologisten ja sosiologisten kysymysten kautta. (Parpola 2013, 100.)

Ihmiset jaotellaan helposti hyviksi ja pahoiksi. Pahuus on helppo nähdä niissä ihmisissä, jotka eivät toimi yhteiskunnan osoittaman mallin mukaisesti. Psyykkisiä sairauksia on myös selitelty eri aikakausina synnin tai henkivaltojen aikaansaannoksina. Tämän ajatusmallin perusteella on katsottu, että mielenterveyden häiriötä sairastavia henkilöitä kuuluu oikeutetusti hyljeksiä. Parannuskeinoja on kokeiltu erilaisilla taikavoimilla, eikä se harvinaista ole tänäkään päivänä joissakin uskonnollisissa piireissä. (Lauerma 2009, 66, 69.) Koska erilaiset ihmiset ovat olleet vuosisatojen ajan syrjinnän kohteena, he ovat leimautuneet jo valmiiksi. Evoluutiopsykologian kautta tarkasteltuna normaalista poikkeavalla tavalla esiintyvä henkilö saattaa kytkeä leimaamismekanismiin päälle muissa ihmisissä. Sairastuneella ei ole riittävästi voimavaroja pitää puoliaan, jolloin hän on herkempi hyväksikäytölle. Tällainen ihmisten sisään muodostunut koneisto ei hälväne ilman monien sukupolvien aikaista työtä. (Korkeila 2011, 28–29.)

#### 4 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Mielenterveyskuntoutujiin ja heidän syrjintään liittyviä tutkimuksia on tehty paljon, ja aihepiiri on laaja. Aikaisemmat tutkimukset mielenterveyskuntoutujien kokemasta syrjinnästä ja häpeäilemasta voidaan Aromaan ja Wahbeckin (2011, 73) mukaan jakaa kolmeen ryhmään. Ensimmäinen linja koskee kansalaisten keskuudessa esiintyviä asenteita, joita on selvitetty postikyselyillä ja puhelinhaastatteluilla. Toisessa ryhmässä on tutkittu mielenterveyskuntoutujien häpeä- ja syrjintäkokemuksia terveydenhuoltopalveluja hyödynnettäessä sekä mielenterveyspalveluiden käyttäjien kokemuksia leimautumisesta. Kolmas suuntaus edustaa tiettyjen joukkojen, esimerkiksi opiskelijoiden tai terveyspalveluissa työskentelevien näkökantoja niitä ihmisiä kohtaan, joilla on mielenterveyden häiriö.

Oma tutkimukseni ei asetu suoraan mihinkään näistä edellä mainituista ryhmisistä. Tutkimuksia, kotimaisia tai ulkomaisia, joissa olisi suoraan käsitelty muiden ihmisten osalta kohdattua syrjintää, ei löytynyt. Otin tarkasteluun kolme tutkimusta, jotka sivuavat omaa aihettani lähimmin. Aromaa (2011) tarkastelee väitöstutkimuksessaan leimaavien asenteiden esiintyvyyttä mielenterveyden häiriöitä sairastavia kohtaan. Kulmala (2006) tutkii väitöskirjassaan sellaisten henkilöiden leimattua identiteettiä, joilla on kokemusta mielenterveyden häiriöistä, asunnottomuudesta ja päihdeongelmista. Jähin väitöskirjan (2004) kohteena ovat psyykkisesti sairastuneiden vanhempien aikuisiän saavuttaneet lapset. Jähi pohtii heidän kokemuksiaan äidin tai isän sairauden kanssa elämisestä.

Esa Aromaa (2011, 43–48) on selvittänyt väitöstutkimuksessa *Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland* mielenterveyden ongelmiin liittyvää leimautumista ja sen vaikutusta masennusta kokevien mielenterveyspalveluiden toimintaan Länsi-Suomen alueella. Aineisto on kerätty kyselylomakkeilla kolmessa eri vaiheessa. Ensimmäinen ja toinen kysely on toteutettu lähettämällä kysely 5000:lle satunnaisotannalla valitulle länsisuomalaiselle. Ensimmäinen kysely on vuodelta 2005, jolloin vastausprosentti oli 55,2%. Toinen aineistonkeruu on toteutettu vuonna 2008 tuottaen vastauksia

51,6%. Kolmannella kerralla kysyttiin 10000:lta masennusta kokeneelta henkilöltä leimaamisen vaikutusta mielenterveyspalveluiden käyttöön. Tutkimustulosten perusteella kävi ilmi, että ihmiset liittävät mielenterveyden ongelmiin kielteisiä seurauksia. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että masentuneet eivät ole itse syyllisiä sairastumiseensa. Siitä huolimatta he katsoivat masennusta sairastavien olevan itse vastuussa toipumisesta ja toivoivat heidän ryhdistäytyvän. Tulokset kertovat, että ihmisten mielestä masentuneiden pitäisi pystyä yksin selviämään tilastaan. Aromaa arvelee yleisesti ihmisten olevan sitä mieltä, että skitsofreniaa sairastavat ovat hoidon tarpeessa, eivätkä ole itse vastuussa sairastumisesta. Syömishäiriöitä kokevista ja alkoholia liikaa käyttävistä hän otaksui kansalaisten ajattelevan, että nämä ovat itse vastuussa ongelmista ja heidän itse olevan niistä kykeneväisiä selviytymään.

Anna Kulmalan (2006, 5, 66, 72) väitöskirjassa *Kerrottuja kokemuksia leimatus-ta identiteetistä ja toiseudesta* tutkittiin muuttuvaa ja vuorovaikutuksessa rakentuvaa identiteettiä leimautumisen ja toiseuden kokemisen pohjalta. Aineisto koostui Suomen Mielenterveysseuran *Kun siivet kantavat* kirjoituskilpailuun osallistuneista teksteistä, joita olivat kirjoittaneet mielenterveyden häiriöitä sairastaneet henkilöt sekä asunnottomien ja päihdeongelmaisten miesten haastatteluista. Kulmala päättelee tutkimuksessa mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden työstävän suhtautumista itseensä koettujen kielteisten asenteiden mukaisesti. Toiseuden kokemukset näkyivät esimerkiksi erilaisuutena, sosiaalisten suhteiden puuttumisena ja tavallisen, arkisen elämän hankaloitumisena. Näihin asioihin oli koettu kielteistä suhtautumista muilta ihmisiltä.

Rita Jähi (2004, 9) on tutkinut väitöskirjassa mielenterveyden häiriöitä sairastavien vanhempien lasten kokemuksia oman vanhemman sairaudesta. Jähin tavoitteena oli saada selville lapsen kannalta oleellisia kokemuksia äidin tai isän sairaudesta. Tutkimus on toteutettu haastatteleamalla aikuistuneita lapsia, joita oli kolmetoista. Tulokset kertovat haastateltavien eläneen turvatonta lapsuutta vanhemman mielenterveyden häiriön vuoksi. Lapset olivat joutuneet ottamaan vastuuta omasta vanhemmasta ja koko perheestä. Vanhemman sairaus oli hävettänyt, ja häpeä seurasi vielä aikuisiällä. Lapsen elämä läheisen ihmisen sairauden varjossa oli ollut haasteellinen kaikille haastateltaville.

## 5 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimuksen taustaa

Sain moninaisuus- ja monikulttuurisuusopintojaksossa idean opinnäytetyön aiheelle koulutehtävästä, jossa käsittelin mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvaa syrjintää. Tarkastelin aihetta kokonaisvaltaisesti yhteiskunnallisesti, hoidon toteutumisen ja kuntoutujien kokeman syrjinnän kautta. Olin huomannut mielenterveyskuntoutujien parissa työskennellessäni, että he eivät saa aina samantilaista kohtelua kuin muut ihmiset. Koin tehtävän vain pintaraapaisuksi aiheesta, ja minua kiinnosti tutkia sitä lisää. Siksi otin kesällä 2016 yhteyttä Mielenterveyden keskusliittoon tiedustellakseni, onko heillä kiinnostusta yhteistyöhön ja tarvetta tällaiselle opinnäytetyölle. Liitossa työskentelevien mielestä teemani on tärkeä, ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Minulle kerrottiin, että opinnäytetyöni aihe keskittyy liiton toiminnan painopistealueelle ja työlle olevan tilausta. Liitolla on oikeus käyttää tutkimustani omiin tarkoituksiinsa.

Motivoiva ja innostava palaute johti siihen, että loppukesällä 2016 otin opinnäytetyöni aiheeksi mielenterveyskuntoutujien kokeman syrjinnän. En ollut tässä vaiheessa vielä rajannut aihettani tarkemmin. Aihetta koskevaa kirjallisuutta tutkiessani aiheeni rajautui käsittelemään mielenterveyskuntoutujien kokemaa syrjintää muiden ihmisten taholta ja sen vaikutuksista.

Mielenterveyden keskusliiton työntekijät kohtaavat paljon kuntoutujia, jotka ovat kokeneet syrjintää. Mielenterveyden keskusliiton keskeisempänä tehtävänä on toimia mielenterveyskuntoutujien edunvalvojana yhteiskunnassa. Lisäksi se edistää mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja toimii erikoistuntijana kuntoutujiin ja heidän omaisiin liittyvissä asioissa. Liiton toiminta pyrkii moniulotteisella työllään vähentämään mielenterveyden häiriöitä sairastavien leimautumista. (Mielenterveyden keskusliitto i.a.c.) Mielenterveyden keskusliitto katsoo mielen-tilan hyvinvoinnin kuuluvan jokaisen henkilön perusoikeuksiin. Organisaatio toimii yhteiskuntapolitiikan alueella. Liiton toiminta vaikuttaa mielenterveyskuntou-

tujien kannalta myönteisesti lainsäädäntöön ja viranomaisten työhön. Tämä edistää ihmisoikeuksien toteutumista. (Mielenterveyden keskusliitto 2014.)

## 5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat mielenterveyskuntoutujat, joilla on kokemusta syrjinnästä. Tarkoituksena on mielenterveyskuntoutujia haastatteleamalla selvittää heidän omakohtaisia kokemuksia syrjinnästä ja leimautumisesta muiden ihmisten taholta arjessa sekä niiden vaikutuksista heidän elämäänsä. Tavoitteenani opinnäytetyössä on saada esiin mielenterveyskuntoutujien oma ääni syrjinnän kokemuksista. Mielenterveyden ongelmien kanssa kamppailevat henkilöt jäävät helposti sivuun sen vuoksi, että heillä itsellään ei välttämättä ole voimavaroja eikä keinoja nostaa syrjinnän kokemuksia esille. Mielenterveyden häiriö ja toistuva syrjinnän kokemus voi aiheuttaa tunteen, että heillä ei ole oikeutta tulla kohdelluksi tasa-arvoisesti muiden ihmisten kanssa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista syrjintää mielenterveyskuntoutuja on kokenut muiden ihmisten taholta arjessa?
2. Millä tavalla syrjintä on vaikuttanut kuntoutujan elämään?

Olen rajannut tutkimuksen ulkopuolelle rakenteellisen, yhteiskunnan aiheuttaman sekä hoitopaikoissa tapahtuvan syrjinnän. Koska käsittelen syrjintään johdaneita tekijöitä, tarkastelen teoriaosuudessa yhteiskunnallista syrjimistä historian valossa. Sillä on ollut vaikutusta ihmisten ajattelutapaan mielenterveyden normatiivisuuden vuoksi (Toivio & Nordling 2013, 61).

Opinnäytetyö on prosessi, jonka tavoitteena on lujittaa opiskelijan ammatillista kehitystä. Tutkimustyön tekemisessä työelämässä tarvittava tutkiva työote ja kehittämistaidot vahvistuvat. Opinnäytetyö on opintojen loppuvaiheen näyte opiskelijan taidoista, joita hän on kehittänyt opiskelujen aikana. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 23–24.)



### 5.3 Tutkimusmetodi ja aineistonkeruu

Opinnäytetyössä käytin tutkimusmetodin laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään kerätyn tiedon määrän sijaan sisältöön, sen käsittelyyn ja tulkintaan. Haastateltavien määrän ei tarvitse olla yhtä suuri kuin kerättäessä materiaalia kyselylomakkeella. Aineiston tulkitsemisella ja analysoinnilla on merkitystä tutkimuksen onnistumisen kannalta. (Hakala 2015, 20.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ilmiön ymmärtäminen haastateltavan näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 68–69). Koska tavoitteenani oli syventyä mielenterveyskuntoutujien kokemuksiin syrjinnästä, katsoin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän sopivan käyttötarkoitukseeni paremmin kuin kvantitatiivisen menetelmä.

Keräsin tutkimusaineiston haastattelemalla viittä mielenterveyskuntoutujaa. Heistä kolme oli miehiä ja kaksi naisia. Haastateltavien ikä jakautui 24 ja 61 ikävuoden välille. Sain haastateltavat työ- ja harjoittelupaikoistani mielenterveyskuntoutujien tuetun asumisen piiristä sekä toimintakeskuksesta pääkaupunkiseudun alueelta kysymällä suullisesti itse heidän suostumustaan haastatteluun. Varmistin näiden paikkojen päättäviltä tahoilta, tarvitsenko tutkimusluvan haastattelujen vuoksi. En julkaise kyseisten paikkojen nimiä ja haastateltavat ovat lupautuneet yksityishenkilöinä haastatteluun. Tämän vuoksi tutkimuslupaa ei tarvittu. Koska haastateltavat eivät tulleet Mielenterveyden keskusliitolta eikä tutkimukseni kohdistu suoraan liiton toimintaan, ei tutkimuslupaa tarvinnut hakea liitoltakaan.

Haastateltavat olivat minulle työn kautta tuttuja, minkä koin aiheen arkaluontoisuuden vuoksi tärkeäksi. Olin huomannut, että kaikkien mielenterveyskuntoutujien ei ole helppo puhua henkilökohtaisista asioista vieraille ihmisille. Ensimmäisellä tapaamiskerralla ei ole vielä helppo luottaa vieraaseen henkilöön. Jos haastateltava kokee tilanteen itselleen turvalliseksi, se vaikeista asioista kertomista. Näistä syistä haastattelin henkilöitä, joihin olin tutustunut jo valmiiksi. Joidenkin kanssa olin jo keskustellut aiheesta, joten tiesin, että heillä on jonkinlaisia kokemuksia syrjinnästä. Kerroin haastattelun aiheesta suostumusta kysyessäni, jolloin varmistuin keskustelussa heidän kokemuksesta syrjinnästä.

Suoritin haastattelut teemahaastattelulla (LIITE 1) syksyllä 2016. Tutkimuskysymykset, kirjallisuudesta löytynyt teoria ja aiemmat tutkimukset olivat ohjanneet minua sopivien teemojen löytämisessä. Haastattelun tueksi tein apukysymyksiä, jotka olivat auttamassa haastattelun etenemistä. Teemahaastattelu on joustava tapahtuma ja siinä voi käydä ikään kuin keskustelua haastateltavan kanssa, jolloin tilanne ei tunnu liian viralliselta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Teemahaastattelulla haastateltava pystyy kertomaan kokemuksistaan laajalta alueelta ilman, että kysymykset olisivat liikaa rajoittamassa. Tässä haastattelumenetelmässä kysymysten järjestyksellä ei ole merkitystä. (Eskola & Vastamäki 2015, 35–38.) Näin haastateltava pystyi kertomaan sellaisista syrjinnän kokemuksista, joista en itse olisi välttämättä osannut kysyä. Osalla haastateltavista oli valmiina mielessä kokemus, josta he halusivat heti kertoa. Silloin haastattelut lähtivät liikkeelle keskustelunomaisesti. Toiset haastateltavat toivoivat tapahtuman alkavan kysymyslistan mukaisesti. Lopulta nämäkin haastattelut muuttuivat enemmän keskusteluiksi annetun teeman pohjalta. Välillä minulle oli apua etukäteen valmistelemistani kysymyksistä. Haastattelujen pituus vaihteli 20 minuutista 70 minuuttiin sen mukaan, kuinka paljon haastateltavilla oli kerrottavaa.

Minulla oli mahdollisuus neljän haastattelun äänittämiseen ja kaikkiin näihin sain haastateltavilta luvan. Nämä haastattelut toteutuivat suunnitelmien mukaisesti rauhallisissa tiloissa mielenterveyskuntoutujien asumis- ja päivätoimintapaikoissa. Kolmeen haastatteluun olin varannut huoneen, joihin ei ollut muilla ihmisillä pääsyä haastattelun aikana. Neljäs haastattelu toteutui myös hiljaisessa pienessä huoneessa. Nämä neljä haastattelua sujuivat rauhallisessa ympäristössä ilman häiriötekijöitä. Viides haastateltava toivoi, että toteuttaisimme haastattelun saman tien, kun olin häneltä kysynyt suostumusta haastatteluun. Olimme kahdestaan haravoimassa pihalla, eikä minulla ollut mukana äänitys- eikä muistiinpanovälineitä. Haastateltava halusi heti kertoa kokemuksistaan, joten toimin hänen toiveensa mukaisesti. Hänellä oli syrjinnästä kokemuksia, enkä ollut varma, tapaanko kyseistä henkilöä enää. En havainnut ulkona mitään häiriötekijöitä, mikä olisi voinut uhata haastattelun kulkua. Yhteinen tekeminen yhdisti meitä tällaisessa asemassa enemmän, joten koin haastateltavan pystyvän helpommin kertomaan kokemuksista. Muistin ilman muistiinpanoja haastattelun

teemat muiden haastattelujen pohjalta. Kirjoitin välittömästi sisälle päästyäni muistiin haastattelun sisällön niin tarkasti kuin muistin.

Kiviniemen (2010, 76–78) mukaan laadullisen tutkimuksen tekijällä on vapaus käyttää luovuuttaan tutkimusprosessissa aineiston hankintaan. Tutkimuksen alkuvaiheessa tehty suunnitelma aineistonkeruusta saattaa muuttua matkan varrella. Näin kävi myös omassa tutkimuksessa, jossa yksi haastattelu oli kuin yhteisen tekemisen lomassa käyty syvälinen keskustelu, jonka kulkua johdatte-  
lin valmiiden teemojen mukaisesti. Tätä haastattelua ei voinut litteroida, eikä siten sen pohjalta voi käyttää sitaatteja tulosten kertomisessa. Muut neljä haastattelua litteroin välittömästi haastattelujen jälkeen.

#### 5.4 Aineiston analyysi

Kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä aineisto on syytä rajata koskemaan tiettyä osa-aluetta, ettei se leviä liian laajalle. Haastatteluissa nousee helposti esille useita mielenkiintoisia asioita, joita olisi kiinnostavaa tarkastella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Aineistoa tutkiessani tuli vastaan monia kiinnostavia ja tärkeitä asioita, joita en ottanut mukaan käsiteltäviksi. Nämä liittyivät aiheisiin, jotka olin rajannut opinnäytetyöni ulkopuolelle välttääkseni liian laajaa aihealuetta. Suurin osa pois jätettävistä asioista koski sosiaali- ja terveyspalveluissa ja erityisesti mielenterveyden häiriön hoidossa tapahtunutta syrjintää. Tutkimuskysymykset olivat määritelleet minulle aihepiirin, jonka sisäpuolella pysyttelin poimiessani aineistosta sisällön, jolla katsoin olevan merkitystä tälle tutkimukselle.

Käytin aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysia. Tällöin rajattua aineistoa on tarkasteltava johdonmukaisesti. Analyysin tarkoituksena on tuoda esille yhtenäinen esitys tarkastettavasta ilmiöstä. Analyysi selkeyttää aineistoa, jolloin johtopäätösten tekeminen onnistuu luotettavammin. Tekstiksi muutettu aineisto pilkotaan ja teemoitellaan pelkistettyyn muotoon tietoa kadottamatta. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Toiseen jaksoon sisältyy aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmanteen abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstrahointia voidaan jatkaa niin pitkälle, kuin se on

mahdollista aineiston sisällöstä riippuen mahdollista. Näin syntyvät aineistoa kuvaavat teemat. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 91–94, 103, 108–113.)

Aineiston pelkistämässä karsin litteroidusta materiaalista ylimääräisen ja turhan tiedon pois. Tutkimuskysymysten avulla päätin, mikä aineistossa on olennaista ja säilyttämisen arvoista. Jäljelle jääneen aineiston listasin pelkistettyyn muotoon. Ryhmittelyvaiheessa etsin samankaltaisia käsitteitä ja ilmaisuja, jotka luokittelin sisältöä vastaaviksi alaluokiksi. Teoreettiset käsitteet syntyivät, kun yhdistin aluksi alakuokat yläluokiksi ja sen jälkeen yhdistäviksi luokiksi. Seurauksena oli selkeä tiivistys aineistosta, josta sain vastaukset tutkimuskysymyksiin. Koska haastattelut oli käyty teemojen pohjalta, toistui näitä samoja aiheita myös analyysin tuloksina. Luokittelusta syntyneet teemat ovat perheen ja sukulaisten osalta kohdattu syrjintä, syrjintä opiskelu- ja työelämässä, leimautuminen, syrjinnän vaikutukset mielenterveyskuntoutujan elämään, sairaudesta kertominen, sairaus yhdistävänä tekijänä, toiveissa ennakkoluulotonta kohtaamista ja myönteisiä kokemuksia suhtautumisesta. Esimerkkinä analyysiprosessista on oheinen kuvio, jossa alkuperäiset ilmaukset on ensin pelkistetty ja sen jälkeen luokiteltu (KUVIO 1).

Suorat sitaatit haastatteluista elävöittävät tekstiä ja kuvaavat aineistoa (Eskola 2010, 200). Esittelen tuloksissa neljästä äänitetystä ja litteroidusta haastattelusta saamaani aineistoa suorina lainauksina. Kaikkien haastattelujen materiaalia esiintyy sitaattien väleissä, muokatussa tekstissä. Olen poistanut teksteistä paikkojen nimet, joita on esiintynyt esimerkiksi kaupunginosien, koulujen ja työpaikkojen yhteydessä. Lisäksi usein toistuvat täytesanat olen poistanut suorista lainauksista. Poistettuja sanoja olivat niinkuin, tuota, kun, niin, kuitenkin ja että.

## KUVIO 1. Aineiston analyysin havainnollistus

Alkuperäinen ilmaus	Se työpaikkajuttu. Niille mä kerroin että olen mielenterveyskuntoutuja, ei se siinä haastattelutilanteessa näkynyt mitenkään. Niitten piti ottaa yhteyttä, mutta ne ei koskaan soittanut mulle.	Sitten se meni siihen pisteeseen että mä jätin kokonaan... niinku lopetin ne opiskelut siellä. Mutta tota ei siellä niinku pystynyt ihminen oleen ku hakataan ja potkitaan ja kiusataan ja ahdistellaan. Niin tota... Vahvempikin ihminen ei niinku, ei jaksa sitä.
Pelkistetty ilmaus	Mielenterveysongelman vuoksi en saanut töitä.	Kiusaamisen vuoksi jätin opiskelut.
Alaluokka	Syrjivä kohtelu työnhaussa	Kiusaaminen koulussa
Yläluokka	Kohtelu opiskelu- ja työelämässä	
Pääloukka	Vaikkeudet opiskelu- ja työelämässä	
Yhdistävä luokka	Syrjintä opiskelu- ja työelämässä	

## 6 TULOKSET

### 6.1 Perheen ja sukulaisten osalta kohdattu syrjintä

Mielenterveyskuntoutajat olivat kokeneet negatiivista suhtautumista sairautensa vuoksi läheisiltä ihmisiltä ja sukulaisilta. Haastateltavien läheisistä tai sukulaisista osa oli tuominnut heidät sairauden takia tai paheksunut heidän diagnoosiaan. Hiljaisuus ja sukulaisten yhteydenpidon väheneminen koettiin myös merkinä siitä, että mielenterveyden häiriöitä sairastavien kanssa ei haluta olla tekemisissä.

*Sukulaiset eivät sanoneet suoraan, mutta useat heistä antoivat ymmärtää että vain tyhmät syövät lääkkeitä.*

*No sukulaiset ovat alkaneet sillä tavalla vähentämään yhteydenpitoa, että isän sukulaisista vain yks täti vaan pitää yhteyttä minuun ja minä häneen, että muut isän siskoista ja veljistä ei pidä yhteyttä. On yks isän sisko ja veli kuollut, ettei hekään pitäneet yhteyttä, tuli vaan tieto että he ovat kuolleet.*

*Äiti ei hyväksynyt minun sairastumistani. Hän vaikutti mun elämään sen takia, kun olin sairastunut. Hän tavallaan tuomitsi minun sairauden. Minussa oli myös paljon positiivista ja tervettä, joka on vahvistunut. Mutta se painaa vielä se äidin negatiivinen sana. Se oli sellasta suullista syrjintää.*

Läheisten henkilöiden toimiminen mielenterveyskuntoutujan selän takana on tavallista. Kuntoutujalle ei aina kerrota asioista todellisia puolia. Läheiset ovat voineet pelätä myös muiden sukulaisten suhtautumista ja sen vuoksi yhteydenpitoa ja tapaamisia on rajoitettu.

*Ja sitten äiti paljasti, että mun sairastumisen takia me ei menty mun serkun häihin. Äiti vaan sanoi että hän ei halua lähteä niin kauas, mutta paljastui että oikea syy oli se, että hän ei halunnut lähteä, koska olin juuri sairastunut.*

## 6.2 Syrjintä opiskelu- ja työelämässä

Haastateltavat olivat joutuneet kokemaan monenlaista syrjintää koulu- ja työelämässä. Yhdellä haastateltavalla on kokemuksia syrjinnästä työnhaussa työnantajien taholta; työnantajat lupasivat töitä, mutta eivät ottaneet yhteyttä lupauksistaan huolimatta.

*Se työpaikkajuttu. Niille mä kerroin että olen mielenterveyskuntoutuja, ei se siinä haastattelutilanteessa näkynyt mitenkään. Niitten piti ottaa yhteyttä, mutta ne ei koskaan soittanut mulle.*

Kuntoutujat olivat kokeneet myös, että heidän lääkityksestä oli huomautettu ikävällä tavalla ja se oli herättänyt kummastelua. Erään haastateltavan työkaveri piti ongelmana hänen psykelääkkeitä. Toisen henkilön koulukaveri oli tullut kylään ja vinoillut lääkkeitä.

Syrjinnän lisäksi kouluissa ja työpaikoilla oli tapahtunut fyysistä ja psyykkistä kiusaamista. Kiusaamista oli koettu sairauden vuoksi, eikä se vaatinut aina kuntoutujalta poikkeavaa käytöstä. Yhden henkilön työkaveri oli maininnut jatkuvasti hänen töistä myöhästelemisensä johtuvan psyykkisestä sairaudesta, vaikka siihen olivat vaikuttaneet muut syyt. Toinen haastateltava oli kokenut kiusaamista ammattikoulussa.

*Siellä ammattikoulussa, kun mä aloin puhumaan. Mä sanoin vaan, että mä syön sellasia lääkkeitä, psykelääkkeitä, niin se yks luokkakaveri, et onko ne sellasia pyöreitä valkosia? Mä sanoin, että on, ni se sano, että vedä sä vaan niitä nappeja!*

Kiusattua oli lääkityksestä ivaamisen lisäksi hakattu ja potkittu jatkuvasti. Hän oli tämän vuoksi alkanut lintsamaan koulusta ja lopettanut koulun kohta kokonaan, kun ei kestänyt enää kiusaamista.

*Sitten se meni siihen pisteeseen, että mä jätin kokonaan, lopetin ne opiskelut siellä. Musta olis tullut mekaanikko jos mä olisin valmistu-*

*nut... Mutta ei siellä pystynyt ihminen oleen ku hakataan ja potki-  
taan ja kiusataan ja ahdistellaan. Vahvempikin ihminen ei jaksa si-  
tä.*

Haastatteluissa tuli ilmi, että mielenterveyden häiriöstä johtuva henkilön muut-  
tunut olemus saattaa herättää kummastelua. Eräällä mielenterveyskuntoutujalla  
oli ikävä kokemus palaamisesta vanhalle työpaikalle.

*Palasin takaisin, mutta olin väsynyt ja masentunut. Työkaverit olivat  
sitä mieltä, että olen tyhmä ja tullut kännissä töihin.*

### 6.3 Leimautuminen

Mielenterveyskuntoutajat olivat kokeneet leimautumista psyykkisen sairauden  
tai jonkin ulkoisen ominaislaadun vuoksi. Leimautumisen pelossa sairaudesta  
kertomista oli yritetty välttää. Koettiin, että mielenterveyskuntoutujia ei hyväksy-  
tä heidän sairautensa vuoksi, jolloin he ovat jo valmiiksi leimattuja toisten ihmis-  
ten silmissä.

*Välillä tuntuu, että ikään kuin ei olisi mitään oikeuksia elää, kun on  
mielenterveyskuntoutuja.*

*Jotkut ovat sanoneet, että semmoisille ei ole tilaa. Se on kurja kuul-  
la.*

Haastateltavilla on kokemuksia myös muiden ihmisten takertumisesta mielen-  
terveyskuntoutujan ulkoiseen olemukseen, jonka vuoksi esimerkiksi julkisissa  
kulkuneuvoissa ei anneta istumapaikkaa ja käyttäydytään kuin toista ei olisi  
olemassa, vaikka mielenterveyskuntoutuja on saattanut sanoa jotain. Vaikka  
mielenterveysongelmista ei olisikaan kerrottu, ovat jotkut henkilöt leimanneet  
henkilön tavanomaisesta poikkeavan käytöksen tai ulkonaisen olemuksen  
vuoksi.



*Psyykkisen sairauden huomaa usein ulkomuodosta, joten olen sen vuoksi saanut kestää kritiikkiä.*

Mielenterveyskuntoutujan ei itse välttämättä tarvitse sairaudesta kertoa, kun sen muut jo tietävät.

*Siinä kotitalon pihalla yks naapuri näki mut ni se sano et tää on tää Hesperia ja mä siinä sitte vaan hymyilin siinä ja se tilanne meni ohi ja... En tiä kuka siinä oli sitte juorunnu mutta ainahan näitä on kun on paljon ihmisiä.*

Myös pelkkä lääkityksestä tai psykiatrisesta sairaalassaolosta mainitseminen on johtanut leimaamiseen.

*Kun he ovat saaneet tietoon noista sairaalaloista ja sitten kun on lääkityksestä kertonut, niin ollut tylyä suhtautumista, aika negatiivista. En oo oikeen mitään positiivista siitä kuullut.*

Leimaaminen on johtanut myös itsensä leimaamiseen. Tällöin mielenterveyskuntoutuja ajattelee olevansa alempiarvoinen muihin ihmisiin verrattuina.

*Syrjintä on vaikuttanut omaan käytökseen ja ajatteluun itsestä negatiivisesti. En koe olevani saman arvoinen muiden kanssa.*

#### 6.4 Syrjinnän vaikutukset mielenterveyskuntoutujan elämään

Haastateltavat olivat kokeneet syrjinnän erilaisia vaikutuksia omassa käyttäytymisessä, ajatusmaailmassa, terveydessä sekä ajatteluun omasta itsestä. Kaikki negatiivinen kokemus oli tuntunut ikävältä. Jos läheinen ihminen oli huomauttanut kielteiseen sävyyn sairaudesta, silloin oli tullut sanottua tyyliä takaisin. Haastateltava, jolla ei ollut paljon syrjintäkokemuksia koki, että vähäinen syrjintäkokemus ei ole vaikuttanut häneen mitenkään. Silti hän liikkui vain sellaisissa piireissä, joissa oli muita mielenterveyskuntoutujia. Toinen haastateltava kertoi olevansa epäsosiaalinen, eikä sen vuoksi hakeutunut ihmisten joukkoon.

Syrjinnän koettiin vaikuttavan ajatteluun omasta itsestä kielteisesti ja sen vuoksi eräs mielenterveyskuntoutuja koki itsensä aremmaksi ja hänen itsetuntonsa oli koetuksella.

*Olen epävarmempi. En hyväksynyt itseäni, kun äiti oli negatiivinen minua kohtaan. Minulla on negatiivinen omakuva, en uskalla luottaa omiin päätöksiin. Periaatteessa minulla on hyvä itsetunto, olen hyvä joissain asioissa, mutta en luota itseeni.*

Mielenterveyskuntoutujan ei ole välttämättä helppoa oman ajatusmaailman kanssa, kun on kokenut syrjintää. Eräs haastateltava kertoi syrjinnän vuoksi epäilevänsä herkästi ajatuksiaan, että ovatko ne järkeviä. Toinen henkilö oli välillä hävennyt psyykkistä sairautta, mutta siitä huolimatta hän kykeni ymmärtämään, että sairaus ei ole hänen omaa syytään.

*Ehkä se on pikkusen hävettänyt se sairaus. Mutta se on, pystyn ajattelemaan että ei se ole minusta itsestä aiheutuva, että se on sairaus muiden joukossa.*

Myös terveyteen syrjinnällä koettiin olevan vaikutusta. Työkaverin ikävät puheet olivat vaikuttaneet hengenahdistuksina. Seurauksia on ollut sekä psyykkiseen että fyysiseen terveyteen.

*Syrjintä on vaikuttanut psyykkiseen terveyteen lamaannuttavasti. Se on hidastanut psyykkistä toipumista pahimmasta sairaudesta.*

*On vaikuttanut mielenterveyteen ja fyysiseen kuntoon, joka on mennyt huonompaan suuntaan. Eihän kukaan jaksaa olla jatkuvasti pilkan kohteena.*

## 6.5 Sairaudesta kertominen

Mielenterveyteen liittyvää sairautta pidettiin yksityisasiana, joka ei kuulu vieraille ihmisille. Haastateltavat kokivat, että tuntemattomien ihmisten ei tarvitse tietää siitä. Syrjinnän ja leimautumisen jälkeen kokemus on vahvistunut. Helpommalla

pääsee, kun ei kerro sellaisille ihmisille psykiatrisesta diagnoosista, joihin mielenterveyskuntoutujilla ei ole läheistä suhdetta.

*Mä olen ollut monessa työharjoittelupaikassa, monessa paikassa, enkä ole niissä missään kertonut diagnoosistani.*

*Jos mä saan sanoa vähän erikoisesti, niin paras olisi kun ei niistä (mielenterveysongelmista) puhuisi kenellekään niin ei tulisi niin negatiivisia reaktioita.*

*Jos joku sanoo, että olet hullu tai vaikutat omituiselta, niin en kerro, että minulla on tällainen diagnoosi tai olen ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa.*

Mielenterveyskuntoutujien mielestä heidän tulee saada itse päättää, kenelle he kertovat diagnoosista. Erään haastateltavan äiti oli kieltänyt kertomasta sukulaisille psyykkisestä sairaudesta. Haastateltava oli vähän myöhemmin viisitoista vuotta täytettyään päättänyt itse kertoa sukulaisille äidin estelyistä huolimatta. Lähimmille ystävilleen kyseinen kuntoutuja oli kertonut asiasta heti diagnoosin saatuaan. Niille ihmisille haastateltavat ovat helpommin kertoneet asiasta, joiden kanssa he ovat olleet enemmän tekemisissä esimerkiksi koulussa ja työpaikalla, tai ovat muuten vain olleet ystäviä.

Mielenterveyteen liittyvästä diagnoosista kertominen ei ole helppoa. Kuntoutujat olivat kokeneet, että kertominen tuntuu tutuillekin ihmisille vaikealta. Jos palaute on positiivista, kertomisella on ollut myönteinen vaikutus. Sairauden hyväksyminen muiden, varsinkin läheisten ihmisten osalta on ollut kuntoutujille tärkeää.

*Se oli jännittävä tilanne se, että miten sukulaiset sen ottaa, kun ei oltu nähty pitkään aikaan sen eristäytymisen takia. No, oli se kyllä aika vaikeeta loppujen lopuksi, et mulla oli itellä aika hankala olo siinä tilanteessa kun kerroin, mutta he kuitenkin otti sen aika positiivisesti. He eivät tuominneet minua mitenkään sairaaksi. Mutta en mä tiedä mitä ne oikeasti ajattelee. Ainakin ulospäin se näytti siltä, että ne hyväksyy sen asian. Mun setä sano, että miksei ole aikaisemmin kerrottu? Että ensimmäinen reaktio oli se, että kai he sitten hyväksy sen.*

## 6.6 Sairaus yhdistävänä tekijänä

Samankaltainen ympäristö ja ihmiset, joilla on samantyyllisiä kokemuksia, koettiin kaikista ymmärtäväisemmiksi mielenterveyskuntoutujien tilannetta kohtaan. Tällaisia henkilöitä on voitu kohdata sattumaltakin.

*Yhen koulukaverin kanssa olimme hyviä koulukavereita, hän oli ymmärtäväinen. Hänellä oli itsellään kokemusta ahdistuksesta, joten hän ymmärsi.*

Eräällä haastateltavalla oli tuttuja ainoastaan mielenterveyspiireistä. Haastateltava kertoi, että mielenterveyskuntoutajat ovat kaikki samaa porukkaa, jossa jokainen ymmärtää toista mielenterveyden häiriötä sairastavaa henkilöä.

*Mä oon ollu niin monella osastolla ja niin monta kertaa, että mulla ei ole mitään ongelmia tutustua uusiin henkilöihin. Oli ne sitten kuinka sairaita tahansa, mä ymmärrän sen sairauden. Ainoa, että jos tulee jotain väkivaltaista, ni sit mä en pidä sitä hyvänä. Kaikki muut oireet menee ihan ookoo.*

Pohdittiin myös sitä, että terveet ihmiset eivät pysty samaistumaan mielenterveyskuntoutujiin, joilla on vaikeaa oireiden kanssa. Siten heidän on mahdotonta pystyä täysin ymmärtämään mielenterveyden häiriötä sairastavien maailmaa. Läheisten ihmisten vääränlaiset tukemisyrietykset voivat pahentaa mielenterveyskuntoutujien tilannetta, jossa he tarvitsisivat erityisen vahvaa tukea.

*Siks varmaan äidin vei niin voimakkaasti tää mun sairaus, kun hän näki sen niin läheltä. Kyl hän yritti ymmärtää, mut loppujen lopuks hän ei ymmärtäny kuitenkaa. Että yritti kannustaa, mutta loppujen lopuks hän haukku mut lyttyyn.*

## 6.7 Toiveissa ennakkoluulotonta kohtaamista

Mielenterveyskuntoutajat toivoivat, että muut ihmiset voisivat käyttäytyä heitä kohtaan normaalisti ja suhtautuminen olisi samanlaista kuin muidenkin ihmisten

kanssa. He haluaisivat, että mielenterveyskuntoutujien annettaisiin elää rauhas-  
sa.

*Ei tarvitsisi kiinnittää erityistä huomiota. Vieraiden ihmisten ei tarvit-  
sisi sekaantua asioihin. Kaikki voisivat hoitaa omat asiansa. Hirve-  
än helppo sanoa sellaiselle ihmiselle mitä vaan.*

Haastateltavat kokivat ihmisten olevan tietämättömiä psyykkisten sairauksien  
oirehtimisesta. Televisiosta tulevat vaikutteet eivät ole mielenterveyskuntoutuji-  
en eduksi. Jos elokuvassa on mielenterveysongelmia omaava henkilö, tämän  
fyysisiä liikkeitä korostetaan ja kuvataan ihan kuin olisivat oireita tai pakkoliikkei-  
tä. Tosiasiassa ne ovat lääkkeistä tulevia haittavaikutuksia, eivätkä kuulu sai-  
rauteen.

Haastatteluissa esitettiin ihmisten ottavan huomioon, että hyvään kuntoon on  
mahdollista päästä kuilun partaalta. Aikaisemmin itsetuhoisesti käyttäytynyt  
henkilö oli kokenut, että hyvän hoidon ansiosta ja läheisen ihmisen tuella hän  
on selviytynyt vaikeista menneistä ajoista. Sairauteenkin kuuluvat ihmisyyden ja  
oikeudet. Haastatteluissa pohdittiin, että monilla tunnetuilla ja älykkäillä henki-  
löillä on saattanut olla psyykkisiä sairauksia.

*Ei se sulje älykkyyttä ja lahjakkuutta pois se kohtaamaton oirehtiminen tai sitten psykoosi, että siitäkin toipuu. Se pahin vaihe on  
kyllä jossain vaiheessa, mutta sitten on niitä hyviäkin aikoja ja sai-  
raudesta voi parantua.*

*Sillein että siellä on kuitenkin ihminen taustalla, ihan fyysinen,  
psyykkinen ja sosiaalinen ihminen, joka on sattunut olemaan  
psyykkisesti sairas, niin silti sillä on tunteet ja ajatukset.*

Sairaalasta kotiutuminen voi olla rankka prosessi. Jotkut mielenterveyden häiri-  
öitä sairastavat henkilöt voivat tarvita useita sairaalajaksoja, ennen kuin he pär-  
jäävät ilman sairaalahoitoa. Tällaisia sairaalakierteitä kokeneita mielenterveys-  
kuntoutujia leimataan vielä enemmän. Myös kuntoutujien omaan oloon toivottiin  
kiinnitettävän huomiota, johon vaikuttavat sairaudesta johtuvat pelot ja äänet.

*Kun tuolta joka aamu herätessään tulee mieleen kaikenlaista, että onkohan tänään taas yhtä raskas päivä kuin eilen. Että ei sitten enempää vaikeutettaisi sen mielenterveyskuntoutujan oloa.*

Psykiatriset sairaalat herättävät vääränlaisia ennakkokäsityksiä mielenterveyteen liittyvistä asioista. Haastateltavilla oli kokemuksena, että psykiatrisilla osastoilla on enimmäkseen tavallisen näköisiä henkilöitä, jotka toimivat kuten muutkin ihmiset. Sairaaloissa saattaa olla jokunen levottomasti käyttäytyvä henkilö, mutta koettiin, että kovin paljon poikkeavasti käyttäytyviä ei ole ollut. Yleistäminen on luonut mielikuvia sairaalamaailmasta ja mielenterveyskuntoutujista, joista jokainen on yksilö ja jokaisella on elämässään omat haasteet, kuten muillakin ihmisillä.

*Ihmisillä on vieläkin väärinkäsityksiä noista sairaaloista, että ei niissä sellaista ole mitä joskus puhuttu, että siellä niin sanotut hullut hakkaa päätänsä seinään ja tämmöstä.*

## 6.8 Myönteisiä kokemuksia suhtautumisesta

Kukaan haastateltavista ei ollut joutunut kokemaan pelkästään kielteisiä asenteita ja leimaamista muilta ihmisiltä. Useimmilla oli läheisten joukossa ihmisiä, jotka ovat tukeneet ja suhtautuneet ymmärtäväisesti mielenterveyskuntoutujan elämäntilanteeseen. Kuuntelevalla ja positiivisesti mielenterveyskuntoutujan sairauteen suhtatuvalla läheisellä on ollut iso merkitys varsinkin sairauden alkuaikana, jolloin myös kuntoutujalle itselle tilanne on uusi ja raskas.

*Isä on tukenut minua hyvin sairastumisen jälkeen ja sen aikana. Isä on ollut tosi positiivinen ja tukenut antaumuksella. Puhelin varsinkin aluksi isän kanssa joka päivä puhelimesta ja sain purettua hänelle asioitani, kun asuin kuntoutumiskodissa.*

*Sisko ja veli ovat kuunnelleet minua. Siskoni ymmärtää minua parhaiten.*

Tuntemattomien ihmisten kanssa keskustellessa oli tullut vastaan myös positiivisia kokemuksia. Yhdelle mielenterveyskuntoutujalle oli tullut vastaan tilanteita, että keskustelukumppaneilla oli itsellään myös mielenterveysongelmia, tai kyse saattoi olla jopa samasta mielenterveyden häiriöstä.

*Joskus jos on tullut puheeksi ja silloin on voinut tullut selville että heidän diagnoosi on sama. Ei niitäkään nyt niin kauheen paljon ole.*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastatteluissa tuli esille, minkälaista syrjintää mielenterveyskuntoutujat olivat kokeneet muiden ihmisten taholta ja miten se oli vaikuttanut heidän elämään. Tulosten mukaan mielenterveyskuntoutujien kokema syrjintä oli ollut leimaamista, yhteydenpidon vähentämistä tai rajoittamista, fyysistä ja psyykkistä kiusaamista ja ikäviä puheita kuntoutujista opiskelu- ja työelämässä sekä läheisten ihmisten taholta. Syrjintä oli vaikuttanut mielenterveyskuntoutujien elämään haitallisesti. Sillä oli ollut seurausta psyykkiseen kuntoutumiseen sekä myös fyysiseen terveyteen. Koettiin, että syrjintään vaikuttivat ihmisten ennakkoluulot ja yleistäminen. Kuulopuheet ja negatiiviset asenteet olivat luoneet mielikuvia, jotka eivät pitäneet paikkaansa. Läheiset ihmiset olivat saattaneet tarkoittaa hyvää omalla toiminnallaan, mutta olivat vain pahentaneet tilannetta ja aiheuttaneet kuntoutujalle pahaa oloa. Samansuuntaisia tuloksia on myös kansainvälisestä monikeskustutkimuksesta, jossa 95 prosenttia skitsofreniaa sairastavista henkilöistä oli kokenut syrjintää erityisesti ihmissuhteissa, työnhaussa ja työelämässä (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää & Lönnqvist 2011, 130). 70–133

Tutkimustuloksissani ilmeni, että mielenterveyskuntoutujan on vaikea saada töitä, jos hänen sairaudestaan ollaan tietoisia työtä haettaessa. Hänet on tällöin leimattu valmiiksi diagnoosin perusteella. Myös Mielenterveysbarometrin (2015) mukaan puolet suomalaisista ajattelee mielenterveyskuntoutujilla olevan vaikeuksia työpaikan tai arvostuksen säilyttämisessä, jos hänellä tiedetään olevan mielenterveyden häiriöitä.

Osa haastateltavista oli kokenut leimaamista muiden ihmisten taholta. Kaikilta haastateltavilta nousi esiin vahvasti se, että sairaudesta ei haluttu kertoa ulkopuolisille ihmisille ikävien kokemusten ja leimautumisen välttämiseksi. Mielenterveyskuntoutujat halusivat ehkäistä leimatuksi tulemista enempää. Kulmalan (2006, 71, 72) tutkimuksessa oli samanlaisia kokemuksia toiseudesta, jotka esiintyivät kielteisinä kokemuksina esimerkiksi ulkopuolisuutena ja erilaisuutena.



Haastatteluissa kävi ilmi, että leimaamista kokeneet henkilöt alkavat väheksyä itseään, eivätkä koe olevansa saman arvoisia muiden ihmisten kanssa. Korkeila (2011, 23) kirjoittaa leimaamisen johtavan itsensä leimaamiseen, joka näkyy itsetunnon laskuna ja oletuksena, että kaikki ympäristössä tapahtuva on kohdistettu kielteisesti häneen. Isohannin ym. (2011, 131) mukaan itsensä leimannut henkilö sisäistää uuden identiteetin vaarallisena ja outona minäkuvana. Seurauksena tästä on toivottomuutta, sosiaalisten tilanteiden välttelyä ja itsetunnon laskua. Omassa tutkimuksessani oli haasteltavien puheissa näitä elementtejä syrjinnän vaikutuksina.

Vuorela & Aalto (2011, 35) mainitsevat mielenterveyden häiriöitä sairastavien omaisten yrittävän helposti tarkoittaa hyvää pyrkiessään salaamaan sairautta muilta lähipiirin henkilöiltä, mutta tuottavan sillä vain tuskaa. Tämä tuli esiin myös omissa tuloksissani, kun salailu sukulaisilta aiheutti peittelyä ja valehtelua. Häpeä läheisen ihmisen mielenterveyden sairaudesta oli ajanut kuntoutujien omaiset arveluttaviin tekoihin. Näin yritettiin välttää kohtaamasta sukulaisia tai muita ihmisiä, joka olisi johtanut omaisten mielessä häpeällisiin tilanteisiin. Jähin (2004, 87, 107, 118) tutkimuksessa selvisi, että mielenterveyden häiriöitä sairastavien lapset olivat kokeneet häpeää vanhempansa sairauden vuoksi. Häpeän tunne oli säilynyt pahimmillaan koko elämän ajan. Lapset olivat myös miettineet tarkkaan, kenelle oman vanhemman sairaudesta kannattaa kertoa, vaikka he olisivatkin jo itse olleet aikuisiässä. Omassa perheessäkin sairaudesta oli vaikea puhua.

Mielenterveyskuntoutajat liikkuvat mieluiten paikoissa, joissa he eivät joudu hankaluuksiin. Jos koulussa on kiusaamista sairauden vuoksi, siellä ei kyetä käymään. Kaikista helpointa on olla tekemisissä niiden henkilöiden kanssa, jotka ovat itsekin mielenterveyskuntoutujia tai jos heillä on omakohtaista kokemusta asiasta. Tämä tuli esiin myös Aromaan (2011, 51–52) tutkimuksessa. Siinä osoitettiin niiden henkilöiden ymmärtävän paremmin mielenterveyskuntoutujia, joilla on omakohtaista kokemusta aiheesta, he tuntevat henkilökohtaisesti jonkun mielenterveyden häiriötä sairastavan tai heillä on työn kautta kokemusta aiheesta. Aromaan tutkimuksessa pääteltiin, että luottamus oman elämän ohjaukseen ja sosiaaliseen tukeen lisää itseluottamusta ja vähentää huolia. Käsit-

teellä sosiaalinen pääoma saattaa olla merkitystä selitettäessä tätä havaintoa, koska luottamus sosiaaliseen tukeen on yksi sosiaalisen pääoman osatekijä. Jähin (2004, 113, 118) tutkimuksessa esiintyi toisenlainen näkemys. Omaisilta, joilla oli itsellä henkilökohtaista kokemusta mielenterveyden häiriöistä, ei välttämättä riittänyt ymmärrystä läheisen eikä omalle sairaudelle. Omassa tutkimuksessa kävi ilmi, että paljon erilaisia ihmisiä tavanneella mielenterveyskuntoutujalla ei ollut ongelmia tutustua uusiin ihmisiin riippumatta heidän sairaudestaan. Hän näki ihmisen sairauden takana.

Läheisen ihmisen tarjoama tuki auttoi mielenterveyskuntoutujia selviytymään ja toimi voimavarana vaikeassa elämäntilanteessa. Ymmärtäväinen asenne loi toivoa tulevaisuuteen. Paras tukija ei aina välttämättä ollut oma vanhempi. Se saattoi olla veli, sisko, tai muu läheinen ihminen, kuten sukulainen tai hyvä ystävä. Hyvät ihmissuhteet toimivat suojaavina tekijöinä, jolloin niiden tuella voitiin välttyä joutumasta suurempiin mielenterveydellisiin ongelmiin. Kiviniemi (2008, 78–79) on tutkinut psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten kokemuksia elämässä eteenpäin vievistä asioista. Kiviniemen tuloksissa esiintyi samanlainen käsitys rohkaisevaa tukea antaneiden läheisten henkilöiden merkityksestä. Ymmärtäväinen henkilö toi hoidosta kotiutuneiden nuorten elämään sisältöä ja auttoi heitä tuntemaan itsensä arvokkaiksi yksilöiksi.

Tuloksissa ilmeni mielenterveyskuntoutujilla oli säilyneen näkemys, että sairaus ei ole heidän omaa syytään. Sitä pidettiin myös yhtenä sairautena muiden joukossa. Tämä antoi heille voimavaroja elämässä. Myös ajatus siitä, että mielenterveyden häiriöstä huolimatta henkilöllä on lahjoja kuten muillakin ihmisillä, toimi kantavana voimana. Koskisuun (2004, 17) mukaan mielenterveyskuntoutajat tarvitsevat näitä positiivisia ajatuksia kuntoutumisen tueksi.

## 8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Noudatin tutkimuksessa hyväksi koettuja tieteellisiä toimintatapoja. Tämä luo tutkimukselle luotettavuutta, ja näin voi varmistua tutkimuksen eettisyydestä. Siihen kuuluvat rehellisyys ja huolellisuus. Tulosten tallentamisessa, säilyttämisessä ja esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa on oltava huolellinen. Tiedonhankintamenetelmän tulee olla eettisesti hyväksyttävää. Tutkimuksen suunnittelusta ja toteutuksesta on kerrottava tutkimuksessa niin tarkasti kuin mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.)

Haastateltavien lukumäärä ei ole oleellinen asia laadullisessa tutkimuksessa, sillä tutkimusmetodi ei käsittele määrää. Yleisesti aineisto on pienempi kooltaan, kun verrataan määrällisen tutkimuksen osallistujia. Tärkeintä on haastatella henkilöitä, joilla on kokemusta kerätystä tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.) Haastattelin viittä henkilöä tutkimukseeni ja varmistin heidän kokemuksensa syrjinnästä. Osa oli kertonut minulla aikaisemmin syrjintäkokemuksista, joten tiesin heillä niitä olevan. Kun kysyin mielenterveyskuntoutujia haastatteluun, kerroin heille aiheesta ja varmistin, onko heillä syrjinnästä kokemuksia.

Kerroin haastateltaville, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että heillä on oikeus keskeyttää haastattelu. Äänitteet, muistiinpanot ja siitä syntynyt aineisto ovat vain minun hallussani. Tuhoan ne välittömästi tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Huomioin haastateltavan toiveen, kun hän halusi haastattelun tapahtuvan heti ilman äänitystä pihatöissä. Tällaisessa tilanteessa on mahdollista sisällön luotettavuuden muuttuminen, kun minulla ei ollut mahdollisuutta äänittää aineistoa eikä tehdä samalla muistiinpanoja. Kirjoitin kaiken ylös heti haastattelun jälkeen, jolloin sisältö ei mielestäni päässyt kärsimään. Opinäytetyössä ei käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys, diagnoosit eikä mitään taustatietoja heistä. En mainitse asumis- ja toimintakeskusten nimiä, joissa haastattelut on suoritettu. Sitaateissa en käytä tunnistetietoja. Suorista lainauksista tunnistetiedot voi jättää pois, sillä niiden perusteella saman henkilön vastaukset voisi yhdistää (Eskola 2010, 200).

Syrjinnän kokemukset voivat olla haastateltaville kipeitä asioita. Heidän voi olla vaikea puhua niistä. Oletin, että jokainen haastateltava oli valmistautunut jollain tavalla käsittelemään asiaa, sillä he olivat suostuneet haastateltaviksi. Valitsin haastateltaviksi henkilöt, joiden kanssa olin päässyt hyvään vuorovaikutukseen. Osa heistä kertoi haastattelun loputtua, että tuntui hyvältä päästä kertomaan näistä asioista.

Haastattelijan olisi oltava mahdollisimman neutraali kysymyksissä eikä johdatella kysymysten asetteluilla haastateltavia (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 34, 44–45). Haastattelukysymyksissäni (LIITE 1) esiintyy onko-alkuisia kysymyksiä, jotka johdattelevat myöntävään vastaukseen. Nämä kysymykset olisi täytynyt muokata avoimempaan muotoon. Haastattelujen teemat osoittautuivat tarkoitukseen sopiviksi, mutta aineistoa käsitellessäni tuli mieleeni lisää kysymyksiä, joita olisin voinut kysyä. Lisäksi havaitsin, että joissakin kohdissa olisi ollut tarpeen tehdä enemmän tarkentavia kysymyksiä.

Käytin mahdollisimman ajankohtaista ja tuoretta lähdeaineistoa, jonka valintaan käytin aikaa ja kriittistä tarkastelua. Suurimman osan lähteistä löysin 2010-luvulta. Muutamaa 2000-luvulla ilmestynyttä teosta jouduin käyttämään silloin, kun tietoa ei löytynyt uudemmasta aineistosta. Hyödynsin lähteenä yhtä vanhempaa klassikkoa välttääkseni toisen käden lähdettä.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Opinnäytetyön pohdinta

Mielenterveyden ongelmien kanssa painivalla henkilöllä saattaa jo valmiiksi olla vaikeuksia itsensä hyväksymisessä, jolloin syrjintä vahvistaa kielteisesti kokemusta omasta itsestä. Vaikka syrjintä on laissa kiellettyä, sitä on vaikea valvoa. Kiusaamisen asti etenevää syrjintää on helpompi todistaa, jos se tapahtuu koulussa tai työpaikalla.

Mielenterveyskuntoutujien syrjintää voitaisiin vähentää lisäämällä yleisesti ihmisten tietoisuutta mielenterveyskuntoutujista ja mielenterveyden häiriöihin liittyvistä asioista. Nyt on ollut jo havaittavissa positiivinen suunta, kun julkisuudesta tunnetut henkilöt ovat ottaneet oman psyykkisen sairauden avoimesti puheeksi. Tämä voi saada ihmiset ymmärtämään, että näin voi käydä kenelle tahansa, eikä sairastunutta henkilöä tarvitse alkaa karttamaan tai väheksymään.

Syrjinnän kohteeksi joutuvat ihmisryhmät tuovat tavallisesti hyvin nopeasti julkisuuteen tällaisen epäkohdan, kun heillä itsellään on keinoja siihen. Tällöin syrjintää harjoittavan henkilön katsotaan olevan sivistymätön ja rikkovan lakeja. Teko herättää paheksuntaa yleisesti. Harvemmin huomataan, että on ihmisryhmiä, jotka eivät kuuluta julkisuuteen syrjinnäksi joutumista. Ihmisoikeudet kuuluvat kaikille, myös sellaisille joilla ei ole omia voimavaroja niiden esille tuomiseen. Heikompi on aina altavastaaaja. Mielenterveysjärjestöillä on tärkeä tehtävä mielenterveyden häiriöitä sairastavien edunvalvojana. Järjestöillä on resursseja asian esille nostamiseksi ja siitä onkin ollut nykyään julkista keskustelua.

Suomeen on perustettu Ihmisoikeuskeskus vuonna 2012 turvaamaan kansainvälisiä ja kotimaisia perus- ja ihmisoikeuksia. Suomessa oli todettu puutteita ihmisoikeusasioissa ja lisäksi toivottiin resursseja lisää tiedotukseen, koulutukseen ja tutkimukseen. YK:n jäsenvaltiot ovat hyväksyneet vuonna 2012 ihmisoikeuskasvatusta koskevan julistuksen, jonka mukaan ihmisoikeuskasvatuksen tulee antaa tietoja, taitoja ja ymmärrystä. Nämä kehittävät asenteita ihmisoike-

usmyönteiseen kulttuuriin. (Rautio 2014, 414–434.) Ihmisoikeuskeskuksen nettisivuilta ei löytynyt mitään mielenterveyskuntoutujien asemaan viittaavaa (Ihmisoikeuskeskus 2017). Mielestäni tämä on epäkohta, sillä mielenterveyskuntoutujien ihmisoikeuksissa on parantamisen varaa. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman mukaan jokaisella ihmisellä tulisi olla oikeus psyykkiseen hyvinvointiin (World Health Organization 2013, 3).

Uuteen, vuonna 2016 voimaan tulleeseen peruskoulujen opetussuunnitelmaan sisältyy vuosiluokilla kolmesta kuuteen perehtymistä mielenterveystaitoihin ympäristöopin opetuksessa. Oman mielenterveyden ylläpitäminen on tärkeä lisäys koulujen opetustyöhön. Arjen tilanteissa ja yhteisöissä toimimisen sisällössä on mainittu kiusaamisen ehkäiseminen sekä vuorovaikutustilanteet. (Opetushallitus 2014, 239–241.) Tämä on mielestäni tärkeä lisä opetussuunnitelmaan, koska sillä saattaa olla vaikutusta mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvassa käyttäytymisessä. Mitä nuorempina näitä asioita omaksutaan, sen helpommin ne näkyvät ajattelutavassa ja käytöksessä vielä vanhempanakin.

Mielenterveyden häiriöön sairastuneen henkilön omaiset voivat joutua epätietoisuuden valtaan, miten asiaa pitäisi käsitellä. Ottamalla psyykkisesti sairastuneen henkilön läheiset mukaan hoitotapahtumaan voisi lisätä heidän ymmärrystä mielenterveyskuntoutujan tilanteesta ja omaisen sairaudesta. Keroputaan sairaalassa (Seikkula & Alakare 2004, 289–294) käytetään avoimen dialogin hoitomallia. Sairastuneen omaiset ja muut hänen kanssaan läheisesti tekemisissä olevat henkilöt ovat mukana hoidon aloittamisesta lähtien. Ihmissuhteilla katsotaan olevan suuri merkitys psyykkisesti sairastuneen elämässä selviämiseksi. Keroputaan hoitomallissa pyritään säilyttämään hoidossa olevan henkilön sosiaaliset kontaktit.

Yllätyin suuresti siitä, kuinka vähän mielenterveyskuntoutujien kokemaa syrjintää on tutkittu. Laajoja, väitöskirjan tasoisia tutkimuksia samasta aiheesta en löytänyt ainuttakaan. Sen sijaan mielenterveyskuntoutujien asemaa palveluiden käyttäjinä on tutkittu. Tämä voi kertoa siitä, että asiaan ollaan kiinnittämässä huomiota. Omassanikin, ulkopuolelle jätetyssä aineistossa oli tästä kokemuksia.

Toivottavasti nämäkin tutkimukset ovat edistämässä suvaitsevaisempaa suuntaa ihmisten keskuudessa.

Jatkotutkimuksen aiheelle ehdotan mielenterveystyötä tekevien huomioita siitä, minkälaista syrjintää mielenterveyskuntoutujat ovat saaneet osakseen. Mielenterveysbarometrin (Mielenterveyden keskusliitto 2015) mukaan ammattilaiset olivat huomanneet leimaamista ja heidän seuran välttelyä enemmän kuin mielenterveyden häiriöitä sairastavat henkilöt. Eri näkökulma asiaan olisi mielenkiintoinen.

Kaikki tarvitsevat kannustavia ihmissuhteita jokapäiväisessä elämässä, myös mielenterveyskuntoutujat. Jos katsotaan mielenterveyskuntoutujien elämää sata vuotta taaksepäin, on tultu paljon eteenpäin. Heidän asemastaan puhutaan julkisuudessa ja siihen pyritään lisäämään huomiota. Tämä vähentää syrjintää. Nykypäivän lapset ja nuoret ovat yhä avoimempia ja ennakkoluulottomampia. Näiden tosiasioiden perusteella ajattelen mielenterveyskuntoutujilla olevan paremmat oltavat muiden ihmisten keskuudessa tulevaisuudessa. Kysymyksessä on ihmisarvon kunnioittaminen, jonka eteen yhteiskunnassamme on kiinnitetty yhä enemmän huomiota ja tehty työtä. Korkeilan (2011, 28–29) mukaan se vie monen sukupolven ajan. Paljon on asiassa edistytty sadan vuoden aikana ja suunta on oikea.

## 9.2 Ammatillinen kasvu

Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetensseiksi määritellään sosiaalialan eettinen osaaminen, asiakastyön osaaminen, sosiaalialan palvelujärjestelmäosaaminen, kriittinen ja osallistava yhteiskuntaosaaminen, tutkimuksellinen kehittämis- ja innovaatio-osaaminen sekä työyhteisö, johtamis- ja yrittäjyysosaaminen. (Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit 2016.)

Opinnäytetyön tekeminen oli monivaiheinen prosessi, joka tuki ammatillista kasvuani ja sitä, että saavutan sosionomin kompetensseja. Tutkimustyöni aihe liittyi vahvasti eettiseen osaamiseen, jota se vahvisti. Pohdin runsaasti heikom-

pien asiakasryhmien tasa-arvoa ja luin aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Tutkimuksen tekemisessä tulin pohtineeksi ammattieettisiä näkökulmia. Haastattelutilanteissa vuorovaikutussuhteet kehittyivät. Huomasin haastattelutaitojeni kehittyneen verratessani ensimmäisiä ja viimeisiä haastatteluja. Opinnäytetyössäni en käsitellyt yhteiskunnallista syrjimistä, mutta perehdyin tähän aiheeseen paljon lähdekirjallisuutta etsiessäni. Monipuolinen kirjallisuuden lukeminen vahvisti myös mielenterveystyön osaamista. Tutkimustyön tekeminen on kehittänyt minua arvioimaan kriittisesti lähdekirjallisuutta ja muuta tietoa.

Itsenäisesti ilman toista opiskelukaveria opinnäytetyön tekeminen on vienyt aikaa. Ajatuksia ei ole voinut samalla tavalla vaihtaa parin kanssa, kuten muissa tehtävissä on ollut tapana, ja olen kokenut hyväksi. Muiden samassa vaiheessa olevin opiskelutovereiden kanssa on keskusteltu opinnäytetyön prosessista, vaikka sisällöstä ei olekaan voinut samalla tavalla puhua. Itsenäinen työskentely on sopinut minulle omien töiden samanaikaisuuden kanssa, jolloin olen saanut aikataulun sopimaan itselleni.

Opintojen alkuvaiheista lähtien minua on kiinnostanut kaikista heikoimmassa asemassa olevat asiakasryhmät. Tutkimuksen tekeminen on auttanut näkemään mielenterveyskuntoutujien lisäksi myös muiden asiakasryhmien syrjinnän. Heillä itsellään ei ole keinoja nostaa asiaa esille, joten heidän kanssaan työskentelevät ovat tärkeässä asemassa hälventääkseen ihmisten ennakkoluuloja. Sosionomien asiakasryhmissä on heikompiosaisia ja muita huonommassa asemassa olevia henkilöitä. Syrjinnän taustojen ymmärtäminen auttaa havaitsemaan ja puuttumaan syrjintään ja sen taustatekijöihin. Haastateltavilta saatu myönteinen palaute opinnäytetyön aiheen tärkeydestä sai minut ymmärtämään, että pienikin teko mielenterveyskuntoutujien hyväksi voi antaa voimia heille tai johtaa muita ihmisiä näkemään asioita uusista näkökulmista.



## LÄHTEET

- Aaltonen, Milla; Joronen, Mikko & Villa, Susan 2009. Syrjintä Suomessa 2008. Helsinki: Ihmisoikeusliitto.
- Anttonen, Seppo 2011. Hyvää elämää leimasta huolimatta. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim, 108–118.
- Aromaa, Esa 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja. Luettavissa myös verkossa:  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37001/978-952-245-525-3.pdf?sequence=1>.
- Aromaa, Esa & Wahlbeck, Kristian 2011. Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmatutkimus Suomessa. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim, 32–37.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Luettavissa myös verkossa:  
<http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkiva%20ammattik%C3%A4yt%C3%A4n%C3%B6%C3%A4.pdf>.
- Eläketurvakeskus 2016. Masennus vie yhä harvemman työkyvyttömyyseläkkeelle. Viitattu 5.2.2017. <http://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-ya-harvemman-tyokyvyttomyyselakkeelle/>.
- Eskola, Jari 2010. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola ja Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 179–203.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2015. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola ja Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 27–44.

- Goffman, Erving 1986. Stigma, notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster.
- Hakala, Juha T. 2015. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa Raine Valli & Juhani Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 14–26.
- Hietaharju, Päivi & Nuutila, Mervi 2015. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Huttunen, Matti 2015. Masennus. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 21.2. 2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=&p\\_artikkeli=dlk00390](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=&p_artikkeli=dlk00390).
- Ihmisoikeuskeskus 2017. Ihmisoikeuskeskus. Viitattu 29.3.2017. <http://www.ihmisoikeuskeskus.fi/>.
- Isohanni, Matti; Suvisaari, Jaana; Koponen, Hannu; Kiesepää, Tuula & Lönnqvist, Jouko 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson ja Mauri Marttunen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 70–133.
- Jähi, Rita 2004. Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.2.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67397/951-44-5993-8.pdf?sequence=1>.
- Järvelin, Jutta 2016. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.1.2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07\\_16\\_FI.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16_FI.pdf?sequence=1).
- Kiviniemi, Kari 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 68-84.
- Kiviniemi, Liisa 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 21.4.2017. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1060-7/urn\\_isbn\\_978-951-27-1060-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1060-7/urn_isbn_978-951-27-1060-7.pdf)

- Korkeila, Jyrki 2011. Mitä häpeäleima on? Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim, 20–31.
- Koskisuus, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kulmala, Anna 2006. Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toisudesta. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 6.3.2017.  
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67610/951-44-6615-2.pdf?sequence=1>.
- Lahti, Pirkko 2003. Hyvän mielen mahdollisuudet. Helsinki: Ajatus Kirjat.
- Lahti, Pirkko 2008. Mielen määrin. Helsinki: Otava.
- Lauerma, Hannu 2009. Pahuuden anatomia. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Lönnqvist Jouko 2011. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson ja Mauri Marttunen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 47–68.
- Mielenterveyden keskusliitto 2014. Jokainen meistä. Mielenterveyden keskusliiton strategia. Viitattu 7.2.2017. [http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/MTKL-strategia-2014\\_nettiin.pdf](http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/MTKL-strategia-2014_nettiin.pdf).
- Mielenterveyden keskusliitto 2015. Mielenterveysbarometri. Viitattu 6.2.2017. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/11/Mielenterveysbarometri-2015.pdf>.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a.a Mielenterveysbarometrin NIMBY-mittari: suvaitsevaisuus kasvanut 10 vuodessa. Viitattu 6.2.2017. <http://mtkl.fi/mielenterveysbarometrin-nimby-mittari-suvaitsevaisuus-kasvanut-10-vuodessa/>.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a.b. Mitä me teemme? Viitattu 4.2.2017. <http://mtkl.fi/liitto/>.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a.c. Käsitteitä mielenterveydestä. Viitattu 30.8.2016. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 10.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

- Mielenterveystalo i.a. Stigma eli häpeäleima. Viitattu 31.1.2017  
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>.
- Noppari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nordling, Esa i.a. Recovery – toipumisorientaatio, kuntoutuksen uusi suunta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.1.2017.  
[www.kpspy.fi/assets/files/Toipumisorientaatio\\_Esa\\_Nordling.ppt](http://www.kpspy.fi/assets/files/Toipumisorientaatio_Esa_Nordling.ppt).
- Oksanen, Jorma 2011. Tavoitteena toipuminen. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Duodecim, 103–31.
- Opetushallitus 2014. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Viitattu 23.2.2017. Helsinki: Opetushallitus.  
[http://www.oph.fi/download/163777\\_perusopetuksen\\_opetussuunnitelman\\_perusteet\\_2014.pdf](http://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf).
- Parpola, Antti 2013. Toivo, häpeä: Psykiatria modernissa Suomessa. Helsinki: Suomen psykiatriayhdistys.
- Perustuslaki 1999/731. Viitattu 10.3.2017.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
- Pirkola & Sohlman 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Helsinki: Stakes.
- Rautio, Sirpa 2014. Ihmisoikeuskeskus. Teoksessa Timo Koivurova & Elina Pirjatanniemi (toim.) Ihmisoikeuksien käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 414–434.
- Riikola, Teija; Salokangas, Jarmo; Laukkala, Tanja 2013. Skitsofrenia. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 22.2.2017.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=&p\\_artikkeli=khp00031](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=&p_artikkeli=khp00031).
- Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 22–56.

- Sadeniemi, Minna; Aer, Juhani; Jänkälä, Kirsi; Sorvaniemi, Marko & Stenberg, Jan-Henry 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Opas sairastuneille ja heidän omaisilleen. Helsinki: Duodecim.
- Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta 2004. Avoin Dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 25.3.2017.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>.
- Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit 2016. Viitattu 4.3.2016.  
[http://www.diak.fi/opiskelu/harjoittelu/Documents/Sosionomi\\_kompetenssit\\_2016.pdf](http://www.diak.fi/opiskelu/harjoittelu/Documents/Sosionomi_kompetenssit_2016.pdf).
- Suomen Mielensterveysseura i.a. Masennus on yleinen mielensterveyden häiriö. Viitattu 30.8.2016  
<http://www.mielensterveysseura.fi/fi/mielensterveys/mielensterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/masennus/masennus-yleinen-mielensterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Mielen hyvinvointi. Viitattu 30.8.2016  
<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>.
- Toivio, Timo & Nordling, Esa 2013. Mielensterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viskari, Satu 2011. Mentalwear – huumorilla ennakkoluuloja vastaan. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Duodecim, 98–102.
- Vuorela, Mika & Aalto, Inkeri 2011. Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa Jyrki Korkeila, Kaisla Joutsenniemi, Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Duodecim, 32–37.
- World Health Organization 2013. Euroopan mielensterveyden toimintasuunnitelma. Viitattu 29.7.2016  
[https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan\\_mielensterveyden\\_toimintasuunnitelma\\_LOPULLINEN.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielensterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf).
- World Health Organization 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 20.8.2016. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).

Yhdenvertaisuuslaki 2014/1325. Viitattu 28.7.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141325?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=yhdenvertaisuuslaki>.

## LIITE 1: Teemahaastattelun runko

### TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

#### 1 Läheiset ihmiset

- Onko tuttujen ihmisten suhtautuminen muuttunut sinuun, kun he ovat saaneet tietää mielenterveysdiagnoosistasi? Millä tavalla?
- Onko sinun ollut vaikea kertoa tutuille diagnoosistasi?

#### 2 Ympäristön suhtautuminen

- Kuinka tuntemattomat ihmiset ovat suhtautuneet sinuun?
- Onko heidän suhtautuminen muuttunut heidän tutustuttuaan sinuun?
- Mitä toivoisit ihmisten ottavaan huomioon kohdatessaan mielenterveyskuntoutujan?

#### 3 Jos olet kokenut edellä mainituissa asioissa syrjintää, kuinka se on vaikuttanut elämässäsi

- Käyttäytymiseen?
- Ajatusmaailmaan?
- Ajatteluun omasta itsestä?
- Terveysteen?