

# Mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet

Halme, Laura

2014 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

## Mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet

Laura Halme  
Sosiaalia  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2014

Halme, Laura

### Mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet

Vuosi 2014

Sivumäärä 60 + 4

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Mielenterveyden keskusliiton Helsingin Tietopalvelu Propellin vertaisneuvojien kokemuksia mielenterveyskuntoutujien kohtaamista asenteista. Vertaisneuvojat ovat itse mielenterveyskuntoutujia, joita haastatteleamalla sain suoraa kokemuksellista tietoa aiheesta. Mielenterveyden keskusliitto voi hyödyntää tätä tietoa jakamalla sitä niin ammattilaisten, kuntoutujien kuin myös valtaväestön keskuuteen. Negatiiviset asenteet, syrjintäkokemukset ja niistä aiheutuva häpeä aiheuttavat kärsimystä mielenterveyskuntoutujille ja heidän omaisilleen. Tarkoitus on hälventää tätä häpeää ja murtaa mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa. Ammattilaiset saavat tästä opinnäytetyöstä materiaalia, jota voi hyödyntää kohtaamisissa mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden kanssa, mikä edistää asiakaslähtöisyyttä mielenterveystyössä.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka menetelmänä käytin teemahaastattelua. Haastattelun viitti vertaisneuvojaa puolistrukturoidulla teemahaastattelulla ja analysoin aineiston teemoittelulla. Kävi ilmi, että vertaisneuvojilla oli myös myönteisiä kokemuksia asenteista, mutta negatiivisten kokemusten määrä oli merkittävä. Tutkimuksen keskeisimmät tulokset liittyvät mielenterveyskuntoutujien häpeän kokemuksiin, vertaistuen merkitykseen ja negatiivisten asenteiden kohtaamiseen. Merkittäviä tekijöitä negatiivisten asenteiden taustalla olivat muun muassa tiedon puute ja tuntemattoman pelko. Näin ollen tietoisuuden lisäämisellä ja tiedon levittämällä voidaan ainakin jossain määrin vaikuttaa asenteiden muuttumiseen myönteisemmiksi.

Mielenterveys, vertaisuus, häpeä, kuntoutuja, stigma

Halme, Laura

**Attitudes, which mental health patients confronts**

Year	2014	Pages	60+4
------	------	-------	------

---

The goal of my thesis was to discover experiences of the peer advisers of the Helsinki advising service Propelli about attitudes, which they have confronted. Propelli is one of the forms of activity at The Finnish Central Association for Mental Health. The peer advisers are mental health patients themselves, so by interviewing them I discovered straight, empirical information about the topic. The Finnish Central Association for Mental Health can use this information by sharing it among the professionals, patients and also among the mainstream. Negative attitudes, discrimination experiences and the shame caused by them causes suffering among the mental health patients and their family members. The goal was also to help this shame and brake the stigma related to the mental health problems. The professionals can get material from this thesis, which they can use at the client meetings, which advances the customer oriented approach at the mental health work area.

This thesis is a qualitative research and the method that I used was a theme interview. I interviewed five peer advisers with a half structured theme interview. I analysed the material by categorizing it to themes. The results show that the peer advisors have also positive experiences of attitudes, but the amount of the negative experiences is significant. The most important results of the research are related to the experiences of shame, the importance of the peer support and negative attitudes towards the mental health patients. The significant makers of the negative attitudes are among the others the lack of knowledge and the fear of unknown. So by the increasing the knowledge and spreading it, it is possible to at least somewhat to influence the attitudes by changing them more positive.

Mental health, peer support, shame, patient, stigma

## Sisällys:

1	Johdanto .....	6
2	Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet .....	7
2.1	Selitysmalleja asenteiden taustatekijöistä .....	7
2.2	Häpeä ja stigma .....	9
2.3	Sairastuneiden kohtaamia asenteita .....	16
2.4	Selitysmalleja ryhmäsuhteista .....	18
2.5	Mielenterveysbarometri ja vertaisuus .....	20
2.6	Mielenterveystyön ammattilaisten asenteet .....	22
2.7	Teoreettisen viitekehyksen koonti ja johtopäätökset .....	27
3	Tutkielman taustaa .....	31
3.1	Propelli ja Mielenterveyden keskusliitto kuntoutujan tukena .....	31
3.2	Esimerkkejä kehittämishankkeista .....	32
4	Tutkielman toteuttaminen .....	36
4.1	Aineistonkeruumenetelmä .....	36
4.2	Aineiston kuvaus ja käsittely .....	37
4.3	Aineiston analyysi .....	38
5	Keskeiset tulokset .....	38
5.1	Kuntoutujan kohtaaminen .....	38
5.2	Näkemyksiä yleisesti vallitsevista asenteista .....	42
5.3	Häpeä ja leimautumisen kokemukset .....	45
5.4	Vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujille .....	49
6	Luotettavuustarkastelu .....	50
7	Johtopäätökset ja pohdinta .....	54
	Lähteet .....	58
	Liitteet .....	61
	Liite 1 Esittelykirje .....	61
	Liite 2 Haastattelun ohje .....	62
	Liite 3 Haastattelun runko .....	63
	Liite 4 Haastattelun apukysymykset .....	64

## 1 Johdanto

Opinnäytetyöni aihe on mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet Suomessa. Käsittelen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten asenteita, sekä yleisesti vallalla olevia asenteita, joita kuntoutujat kohtaavat arjessaan. Lähestyin aihetta haastattelemalla Mielenterveyden keskusliiton Helsingin Tietopalvelu Propellin vertaisneuvojia, jotka ovat itse mielenterveyskuntoutujia. Kartoitin heidän kokemuksiaan siitä, minkälaisia asenteita he ovat elämänsä varrella kohdanneet. Olen kiinnostunut mielenterveystyöstä ja tehnyt kaikki kolme harjoitteluani mielen-terveystyön sektorilla.

Tämä tutkielma etsii vastausta kysymykseen: ”Millaisia asenteita mielenterveyskuntoutujat kohtaavat sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä yleisesti arjessaan?” Tutkimusongelma on mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva asenteellinen syrjintä, negatiivinen suhtautuminen ja sitä kautta hyvinvoinnin väheneminen. Tutkimusongelmaan linkittyy kuntoutumisen hidastuminen tai estyminen negatiivisten asenteiden takia. Pyrin opinnäytetyölläni saamaan tietoa, jonka avulla näihin seikkoihin voisi vaikuttaa. Tavoitteena oli muun muassa saada teemasta sekä teoreettista että kokemuksellista tietoa, jota mielenterveystyöntekijät voivat hyödyntää kohtaamisissa asiakkaiden kanssa. Tarkoituksena oli herättää ajatuksia asiakaslähtöisyydestä vaikuttamalla sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten asenteisiin, sekä asiakkaan myönteiseen kohtaamiseen mielenterveystyössä. Tietoa olisi hyvä saada levitettyä myös laajemmin ihmisten keskuuteen, jotta negatiiviset asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan vähenisivät. Lisäksi ajatuksena oli kynnyksen madaltaminen avun hakemiseen siten, että ympäröivät asenteet eivät estäisi sitä. Pyrkimys oli saada syvempää, kokemuksellista tietoa mielenterveysongelmien kanssa elämisestä ja niihin kohdistuvista asenteista. Mielenterveyden keskusliitto saa opinnäytetyöstäni julkaistavaa tietoa niin ammattilaisten kuin kenen tahansa käyttöön, sekä myös omalle henkilöstölleen. Työn julkistamisesta ei ole sovittu, mutta liitto voi hyödyntää tutkimustani parhaaksi katsomallaan tavalla. Tutkimuksen perimmäinen tarkoitus on hyvinvoinnin edistäminen.

Tein kvalitatiivisen tutkimuksen käyttäen menetelmänä teemahaastattelua, jonka yhteydessä Propellin vertaisneuvojat kertoivat kokemuksiaan. He saivat kuvata myös anonymisti ja yleisluontoisesti asiakkaiden kokemuksia. Keräsin aineiston haastattelemalla viittä vertaisneuvojaa loka- ja marraskuun aikana vuonna 2013. Tutkimustehtävää lähestyin aiempien tutkimusten pohjalta, jotka käsittelevät asenteita, häpeäleimaa ja vertaisuutta. Tutkimukseni keskeiset tulokset liittyivät koulutuksen, kuuntelemisen, riittävän ajan, tasavertaisen suhtautumisen ja vertaistuen merkitykseen kuntoutujan kohtaamisessa, sekä häpeän ja leimaantumisen kokemuksiin yleisesti arjessa. Teoriaosuuteni on hyvin laaja, koska halusin löytää tukea haastatteluaineistolle runsaasta otteesta aikaisempia tutkimuksia, kehittämishankkeita ja esitettyä teoriaa lähestyen aihetta eri näkökulmista. Tutkintooni on sisällytetty aiemmin suorittamani

sosiaalipsykologian perus- ja aineopinnot, joten tutkielmassani ja erityisesti teoriaosuudessani käsittelen asenteita pitkälti sosiaalipsykologisesta näkökulmasta. Tähän liittyy myös teoriat asenteiden synnystä. Lisäksi asenteiden syntymismekanismeja ymmärtämällä on mahdollista vaikuttaa asenteiden muokkaamiseen.

## 2 Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet

Tämän tutkielman kannalta oleelliset teemat ovat asenteet, häpeäleima eli stigma ja vertaisuus. Täydennän teoriaosuutta käsittelemällä lyhyesti myös tutkimusongelmaa sivuavia käsitteitä. Teoreettisen viitekehysten avulla tutkin mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvia asenteita sosiaalisena ilmiönä, kuntoutujien edustaessa vähemmistöä valtaväestöön nähden. Asenteisiin liittyviä tutkimuksia löytyy runsaasti ja useista eri näkökulmista tarkasteltuina. Käsittelen ensin lyhyesti asenteiden syntyyn liittyviä teorioita. Sen jälkeen paneudun tutkimuksiin häpeästä ja stigmasta. Sitten esittelen teoriaa ja tutkimusta sairastuneiden kohtaamista asenteista. Tämän jälkeen kuvailen selitysmalleja ryhmäsuhteista, koska asenteet liittyvät kiinteästi ryhmäilmiöihin ja niiden syntymiseen vaikuttavat muiden ympäristövaikutusten ja sosiaalisten ilmiöiden ohella stereotyyptit, sosiaalinen identiteetti, sosiaaliset representaatiot, ennakkoluulot, symbolinen interaktionismi, empatiakyky ja projektion käyttö, unohtamatta biologisesti periytyviä ominaisuuksia. Sitten etenen Mielenterveyden keskusliiton *Mielenterveysbarometriin* ja vertaisuuteen. Teoriaosuuden lopuksi käyn läpi materiaalia liittyen mielenterveytyön ammattilaisten asenteisiin. Häpeän ja stigman osuus teoriaosiosista on kaikista laajin, koska se nousi miltei keskeisimpänä asiana esiin haastatteluaineistosta.

### 2.1 Selitysmalleja asenteiden taustatekijöistä

Gordon Allport määritteli asenteen opittuna taipumuksena tuntea, ajatella ja käyttäytyä erityisellä tavalla jotakin tiettyä kohdetta kohtaan. Tutkimus kuitenkin osoittaa, että valmius omaksua asenteita saattaa olla biologisesti perinnöllinen. Silti ajatellaan, että viime kädessä asenteita määrää kokemus. Allportin määritelmän ydin viittaa kolmikomponenttimalliin, joka koostuu kognitiosta, tunteesta ja käyttäytymisestä. (Erwin 2005: 12-13.) Tämän näkemyksen mukaan asenteet ovat siis opittuja. Lapset omaksuvat sekä vanhempiansa että muun kasvuympäristönsä asenteita. Vanhemmat saattavat kannustaa lapsiaan sekä negatiivisiin että positiivisiin asenteisiin. (Erwin 2005: 16.)

Asenteet voivat tulla ihmiselle tärkeiksi, koska ne tukevat hänen minäkäsitystään. Asenteet suojaavat minää, joka rakentuu niiden varaan. Arvoja ilmaisevan funktion merkitys on Sigmund Freudin teorian johdannaisessa, egopsykologiassa keskeinen. (Erwin 2005: 18.) Voidaan todeta, että asenteissa on usein kysymys itsetunnon tukemisesta ja tarpeesta korostaa omaa ylemmyydetunnetta (Erwin 2005: 17). Henri Tajfelin ja John Turnerin sosiaalisen identiteet-

tin teorian mukaan ihmiset määrittelevät ryhmäjäsenyyksien avulla itsensä saavuttaakseen myönteisen itsemäärittelyn. Näin he pyrkivät saavuttamaan paremmuuden tunnetta vertailun kohteena oleviin ulkoryhmiin nähden. (Hinton 2000: 113-114.) Stereotypialla on kolme komponenttia. Ensin ryhmä ihmisiä kategorisoidaan tietyillä tuntomerkeillä. Sen jälkeen heihin yhdistetään lisäpiirteitä ja lopuksi tehdään yleistys. (Hinton 2000: 7-8.)

Yksi keskeinen taito sosiaalisessa vuorovaikutuksessa on roolinottaminen eli toisen asemaan asettuminen. Tämä on eräs sosiaalisen vuorovaikutuksen perustekijöistä. (Helkama ym. 2007: 97.) Empatia tarkoittaa kykyä eläytyä toisen ihmisen tunnekokemukseen (Helkama ym. 2007: 175). Negatiivisten asenteiden taustalta löytyy monesti kyvyttömyyttä empatiaan. Asenteet ovat usein ympäristöstä opittuja ja niitä pidetään itsestäänselvyyksinä, ellei niitä olla opittu kyseenalaistamaan. Kielteisiin asenteisiin linkittyvää häpeäleimaa voidaan lieventää lisäämällä oikeaa tietoa. Näin turhat pelot ja luulot saataisiin vähentymään. Esimerkiksi taide eri muodoissaan on vaikuttanut positiivisesti asenneilmastoon. Media on myös avainasemassa häpeäleiman vähentämisessä. Kaikille kansalaisille on tarjottava asiallista tietoa mielenterveysongelmista ja niistä toipumisesta eri kanavia hyödyntämällä. Yhteiskunnalliset ja poliittiset päätökset ohjaavat kehityksen suuntaa. Psykiatrisen hoidon on integroiduttava entistä enemmän muuhun sairaanhoitoon ja yhteiskuntaan. Mielenterveyslain kokonaisuudistus on tarpeen ja sen keskeisenä päämääränä täytyy olla häpeäleiman poistaminen. Kokemusasiantuntijoiden avulla on ravisteltava mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten auttamistyön pitkän perinteen leimaavia varjoja. (Aalto & Vuorela 2011: 36.)

Walter Lippmanin mukaan stereotypiat ovat kuin kuvia maailmasta yksilön mielessä liittyen ihmisiin ja tapahtumiin. Nämä kuvat eivät kuitenkaan vastaa todellista maailmaa sen ollessa liian monimutkainen ja laaja. Maailmaa on mahdoton täysin ymmärtää, joten ihmisille tyyppilistä on sen yksinkertaistaminen. Stereotypioiden avulla se saadaan ymmärrettävämmäksi. Yleistykset eivät perustu suoraan ja varmaan tietoon. Niiden avulla suojaudutaan hämmennykseltä. Lippman korostaa kulttuurin merkitystä stereotypioiden synnyssä, jotka ympäristö muokkaa tietynlaisiksi. Hänen mukaansa stereotypiat ovat ensisijaisesti virheellisiä, koska niiden kehittymisessä on kysymys vajavaisesta kognitiivisesta prosessista, joka ei perustu älykkyyteen. (Hinton 2000: 8-9.)

Serge Moscovici kehitti teorian sosiaalisista representaatioista 1960-luvun alussa. Sosiaaliset representaatiot ovat kokonaisuus tunteista ja ajatuksista, jotka ilmaistaan julkisesti kommunikaatiolla ja käyttäytymisellä. Ne muodostavat sosiaalisen kanssakäymisen perustan. Sosiaaliset representaatiot ovat ryhmässä syntyviä yhteisiä olettamuksia tietyistä kohteista. Ne ilmaantuvat silloin, kun ryhmän identiteetti on uhattuna. Ryhmän sisällä vallitseva yhteisymmärrys tarjoaa perustan kommunikaatiolle ja yhteistoiminnalle. Historialliset, kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät ovat hyvin merkityksellisiä sen suhteen, millaisia sosiaalisia representaatioi-



ta syntyy. Näin ollen ympäristötekijät ovat erittäin oleellisia ja sosiaaliset representaatiot ovat sidoksissa aikakausiinsa. (Wagner ym. 1999).

Adornon ja kollegoiden mukaan persoonallisuuserot selittyvät sillä, millaisesta perheestä yksilö on lähtöisin. Tämän freudilaisuudesta vaikutteita saaneen näkemyksen mukaan varhaisimmat ja voimakkaimmat tekijät lapsen sosialisatioprosessissa ovat hänen vanhempansa. Niin sanotussa normaalissa tapauksessa vanhemmat sallivat lapselle sopivasti itseilmaisua, mutta asettavat hänelle myös rajoja. Adorno kollegoineen näkee ennakkoluuloisten ihmisten ongelmana sen, että he ovat lapsuudenperheissään altistuneet liian ankaralle kasvatukselle. Lapselle kehittyy tästä aggressiota vanhempiaan kohtaan, jota ei kyetä osoittamaan suoraan heille, vaan se suunnataan muualle. Syntipukeiksi joutuvat yleensä sellaiset henkilöt, jotka katsotaan heikommiksi tai alempiarvoisemmiksi; yleisestä normista poikkeaviksi. Tällaisista ankaran kasvatuksen saaneista lapsista voi kehittyä mustavalkoisesti ajattelevia, autoritaarisia persoonallisuuksia. (Brown 1995: 19-20.)

Yksi symbolisen interaktionismin kehittäjistä on George Herbert Mead (Helkama ym. 2007: 70). Mead esitti, että toimiakseen yksilöllisesti muiden keskuudessa ihmisen on välttämätöntä oppia näkemään itsensä muiden silmin (Suoninen ym. 2010: 69). Sosiaalinen konstruktivismi on lähestymistapa, jonka mukaan ihmisen mieli on sosiaalisen vuorovaikutuksen tuotetta. Ihminen on sosiaalinen olento. Hän syntyy tietyn kulttuurin piiriin ja oppii sen kielen käyttäjäksi. Paras tapa ymmärtää ihmistä on tuntee se merkitysjärjestelmä, jonka rakentamiseen ja ylläpitämiseen hän vuorovaikutussuhteissaan osallistuu. Symbolinen interaktionismi on osa perinteistä sosiaalipsykologiaa ja se edustaa sosiaalisen konstruktivismin varhaishistoriaa. (Helkama ym. 2007: 69.) Asenteet ovat osa tätä merkitysjärjestelmää.

Projektio on yksi defenseseistä eli minän puolustusmekanismeista. Se on tiedostamaton keino, jolla yksilö suojaaa, kontrolloi ja pyrkii hallitsemaan sisältä sekä ulkoa tulevia muutospaineita, voimia ja vaatimuksia. (Ekström ym. 2008: 140-141.) Tällöin kohdistetaan itsessä oleva ahdistava tai ei-toivottava tunne tai ominaisuus muihin ihmisiin. Runsas projektion käyttäminen vääristää kuvaa todellisuudesta ja itsestä. (Kaukkila & Lehtonen 2007.) Projektiossa henkilö heijastaa epäsovivan tai ahdistavan pyrkimyksensä, ominaisuutensa tai tekonsa pois omasta itsestään. Vaikeat tunteet nähdään mielen sisäisen prosessin kautta muissa ihmisissä eikä itsessä. (Ekström ym. 2008: 140-141.)

## 2.2 Häpeä ja stigma

Mielenterveyden häiriöihin kohdistuva häpeäleima näkyy mielenterveyskuntoutujien syrjintänä työpaikoilla, palveluissa sekä yksityiselämässä. Häpeäleiman taustalla ovat kielteiset asenteet ja tietämättömyys. Myös suomalaisten mielenterveystietämyksessä elää sitkeitä kuvitel-

mia mielenterveyden häiriöiden parantumattomuudesta tai siitä, kuinka vaikeaa häiriöstä kärsivän kanssa on puhua. Elämän mahdollisuudet kapeutuvat työelämässä ja opiskelussa, jos henkilö ei uskalla häpeäleiman takia hakea koulutuspaikkaa tai töitä. Masennukseen liittyvän häpeäleiman ja syrjinnän vähentämiseksi suomalaisten asenteita on syytä tarkistaa ja mielenterveystietämystä lisätä. Nämä ovat myös vuoteen 2015 ulottuvan kansallisen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman tavoitteita. Olisi tärkeää luoda mahdollisuuksia tavata ihmisiä, joilla on omakohtaisia kokemuksia mielenterveyden häiriöistä ja niistä selviämisestä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos oli mukana kansainvälisessä *ASPEN-tutkimuksessa*, jossa selvitettiin EU:n rahoituksella masennukseen liittyvää syrjintää ja sen seurauksia. THL:n Vaasan toimipiste keräsi tutkimukseen tarvittavat tiedot haastatteluilla. Haastateltavat olivat avohoidossa olevia pohjalaisia, joiden diagnoosina oli masennustila. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Perinteisesti häpeä on luonnehdittu tunteeksi, joka syntyy, kun huomataan muiden suhtautuvan itseen tai omiin tekoihin kielteisesti. Charles Taylorin mukaan häpeä on tunne, joka syntyy silloin, kun kokeva subjekti tulkitsee tietyn tilanteen häpeälliseksi ja tulkintaprosessiin liittyy joukko muita arvoja ja merkityksiä. Näitä kuvataan esimerkiksi sanoilla alhainen, kunnianaton, halveksuttava tai valheellinen. Taylor korostaa, että häpeän tunteen taustalla on aina jokin laajempi kulttuuristen merkitysten järjestelmä. Tätä vasten ja sen kautta rakentuu yksilösubjektin tapa kokea elämäänsä. Hän omaksuu tietyn tavan suhtautua elämäntapahtumiin, näkemään jonkin tapahtuman juuri häpeällisenä ja kokemaan tulkintaa vastaavan tilanteen. Hän omaksuu tietynlaisen tavan suuntautua todellisuuteen. (Viljanen 2011: 64-65.) Henkilökohtaisuudessaan ja sosiaalisuudessaan häpeän tunnetta voidaan pitää merkinä siitä, että sosiaalisen ympäristön odotukset ovat sisäistyneet. Ne ovat tulleet erottamattomaksi osaksi ihmistä. Kuten Taylor korostaa, itseämme tulkitsevina olentoina rakennamme identiteettiämme kulttuuristen mallien kautta, mikä tekee ihmisistä sellaisia, kuin he ovat. Tässä asiassa piilee kuitenkin vaara: voisi väittää, että esimerkiksi Suomessa häpeä on ollut merkittävässä määrin yliarvostettu tunne, jonka on usein katsottu kertovan kokijansa arvostelukyvystä. Muun muassa voidaan todeta: ”Ainakin hän ymmärsi hävetä.” Voisi ajatella, että häpeällä on ollut suomalaisessa kulttuurissa niin keskeinen asema, että se kertoo tietystä kulttuurille leimallisesta subjektivaatiotavasta, toimintamallista, jonka pohjalta luodaan suhde itseen ja tulkitaan sekä tarkkaillaan itseä. Näin ollen häpeän tunteen tärkeyden taustalta voi nähdä löytyvän tietynlainen tapa määrittää oma identiteetti hyvin pitkälle arvioimalla omaa elämää suhteessa kunniallisuus- ja sopivuuskäsityksiin. (Viljanen 2011: 69.)

Stigmaa eli häpeäleimaa on määritelty usealla tavalla. Sosiologi Erwin Goffman jakoi häpeäleimat kolmeen ryhmään, joista ensimmäisessä leimattiin kehon kammottavuuksia, toisessa yksilöllisen luonteen vitsaukset ja kolmanteen ryhmään kuuluvat perustuivat ”heimouteen”; kansallisuuteen tai muuhun vastaavaan. Toisaalta häpeäleiman on katsottu olevan sosiaalisen

legitimaation väline. Tällöin sitä olisi tarpeellista käyttää, kun katsotaan, ettei joku enää ansaitse kuulua ryhmään. Jonkin ominaisuuden leimaavuuteen vaikuttavat useat tekijät. Näitä ovat mahdollisuus salata ominaisuuden olemassaolo, ominaisuuden tai tilan oletettu tai tiedetty kulku, haittaavuus vuorovaikutustilanteissa, ominaisuuden epäviehättävyys tai vastenmielisyyys, henkilön oletettu oma vastuu ominaisuudesta ja oletettu tai mahdollinen vaara toisille. Lisäksi häpeäleima voi olla julkista. Se voi olla ihmisten välistä tai henkilön itse itseensä kohdistamaa. (Korkeila ym. 2011: 9.)

Suomessa kiinnostus väestön mielenterveysongelmia ja -potilaita koskevia asenteita kohtaan heräsi 1960-luvun lopulla. Tällöin kansanterveysongelmia selvittäneeseen *UKKI-tutkimukseen* sisällytettiin mielenterveysongelmia koskevia asenneväitteitä. Seuraavan kerran asiaa tarkasteltiin *Kelan raportissa*. Ensimmäisten tutkimusten perusteella tutkijat tulkitsivat tulokset varsin myönteisiksi. He ennustivat asenteiden kehittyvän entistäkin myönteisimmiksi uusien koulutettujen sukupolvien keskuudessa kasvavan mielenterveystiedon myötä. Kuitenkin seurantatutkimus osoitti ainoastaan lievää kehitystä tapahtuneen vuosien 1970 ja 1985 välisenä aikana. Jo ensimmäisissä töissä pohdittiin asenteiden vaikutusta psykiatrisen hoidon käyttöön. Tutkijat olivat myös selvillä asennekyselyihin liittyvistä ongelmista. He muistuttivat kriittisesti siitä, etteivät mittauksissa ilmenevät asenteet ennusta ihmisten käyttäytymistä kovin hyvin. Stigmatutkimus puhkesi kukkaan vasta 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun puolella. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 83.)

Mielenterveyden häiriöihin liittyvästä stigmatutkimuksen historiasta Suomessa voidaan erotella kolme keskeistä tutkimuslinjaa. Pisimpään on tutkittu väestön keskuudessa vallitsevia asenteita mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä kohtaan postikyselyillä ja puhelinhaastatteluil-la. Tutkimuksilla on saatu tietoa leimaavien mielipiteiden ja asenteiden esiintymisestä väestöryhmissä, sekä myös tietoa asenteisiin vaikuttavista tekijöistä. Tällaisen tutkimuksen avulla voidaan suunnitella ja kohdentaa häpeäleiman vastaista toimintaa yksilö- ja yhteisötasolla. Toinen tutkimussuuntaus on keskittynyt mielenterveyskuntoutujien syrjintä- ja häpeäkoke-muksiin. Laadullisella tutkimuksella on tuotu esille sitä, kuinka terveydenhuollon ammattilaisten käyttämät luokittelujärjestelmät ja niihin liittyvä kieli vaikuttavat palveluiden käyttäjien itsensä leimaamiseen, identiteettiin ja toiseuden kokemiseen. Tällaisilla tutkimuksilla saadaan ymmärrystä ja tietoa palveluiden käytön koetuista itsensä leimaamisen mekanismeista ja leimaavuudesta. Määrällisellä tutkimuksella on pystytty toteuttamaan kansainvälisiä vertailuja siitä, kuinka suurella osalla mielenterveyspalveluiden käyttäjistä on leimaamiskokemuksia. Kolmannessa tutkimussuuntauksessa on selvitetty joidenkin tiettyjen ryhmien, kuten terveydenhuollon ammattilaisten asenteita sellaisia henkilöitä kohtaan, joilla on mielenterveysongelmia. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 73.)

Viimeisen vuosikymmenen aikana kiinnostus mielenterveysongelmiin liittyvää leimaa kohtaan on lisääntynyt. Tämä näkyy muun muassa maisteritutkintojen lopputöissä. Useat niistä ovat käsitelleet palveluiden käyttäjien omakohtaisia kokemuksia tai skitsofreniaan liittyvää häpeäleimaa. Eräässä pro gradu-tutkielmassa käsiteltiin ei-psykoottista masennusta sairastavien ihmisten kokemuksia ensimmäisestä sairaalahoitajaksosta. Potilaat kokivat häpeää, pelkoa ja leimautumista. He välttivät kertomasta sairaalaan joutumisesta muille kuin kaikista läheisimmille ystäville. Läheisten ystävien suhtautuminen koettiin positiiviseksi, mutta töihin paluu jännitti leimautumisen pelon takia. Tutkija rohkaiseekin sairaalan henkilökuntaa keskustelemaan avoimesti potilaiden kanssa heidän häpeän tunteistaan ja leimautumiseen liittyvistä peloistaan. Tämä saattaa vähentää niihin kytkeytyviä kielteisiä seuraamuksia. Potilaat tarvitsevat myös tietoa väärin uskomusten tilalle. (Aromaa & Wahlback 2011: 82-83.)

Vaasan Sateenkaaritalon skitsofreniaa sairastavia kuntoutujia haastateltiin kansainvälisessä *INDIGO-tutkimuksessa*. Tarkoitus oli selvittää syrjintä- ja häpeäleimakokemuksia. Niitä esiintyi eniten ihmissuhteissa. Kaksi kolmasosaa oli kohdannut epäasiallista käyttäytymistä ja suhtautumista kanssakäymisessä ystävien kanssa tai yrittäessä tutustua uusiin ihmisiin. Joka toinen mainitsi vaikeuksista perhepiirissä. Julkisessa palvelujärjestelmässä syrjintää oli koettu harvemmin. Toisaalta vain muutama haastateltava oli kokenut joissain tilanteissa saaneensa parempaa kohtelua tai myönteistä huomiota sairauden vuoksi. Syrjityksi tuleminen johtaa monesti itsen leimaamiseen kykenemättömäksi ja arvottomaksi. Tutkimukseen osallistuneista enemmistö oli luopunut opiskeluun tai työelämään hakeutumisesta diagnoosin vuoksi. Suurin osa vastanneista koki välttämättömäksi salata diagnoosinsa muiden seurassa. Ainoastaan kolmessa kahdestakymmenestäseitsemästä osallistujamaasta skitsofreniaa sairastavat vastaajat olivat kokeneet kielteistä suhtautumista enemmän kuin Suomessa. Muihin maihin verrattuna Suomessa oli koettu kaksi kertaa enemmän henkilökohtaiseen turvallisuuteen kohdistuvaa uhkaa. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 78.)

*Mieli 2009* -nimisen työryhmän näkemyksen mukaan mielisairaalat leimaavat potilaitansa. Yhtenä perusteena käytetään leimaavuutta ajamaan koko psykiatrinen sairaalalaitos lopullisesti alas. Eräässä kokousmuistiossa mainitaan, että potilaiden omaisia ei saada mukaan hoitokokouksiin, jos ne pidetään psykiatrisessa sairaalassa. Kirsi Rekola on itse mielenterveyskuntoutuja. Hän arvioi, että sosiaalisesti otollisissa oloissa mistä tahansa piirteestä, asiasta tai ominaisuudesta voi tulla häpeäleima, eräänlainen kuvaannollinen poltinmerkki. Rekola uskoo, että ihmiset haluavat usein vakuuttua siitä, että mielenterveyskuntoutujat ovat tietynlaisia ihmisiä, joilla on tietynlaisia ongelmia. Kuntoutujat usein häpeävät sairauttaan ja siitäkin halutaan kuulla selviytymistarinoita; miten on irtauduttu häpeän ja leimautumisen kahleista. (Rekola 2011: 12-13.) Nykyisessä yksilökeskeisessä ilmapiirissä on havaittavissa ajatus, jonka mukaan ihmisen kokemukset vaikuttavat hänen sosiaaliseen asemaansa ja saattavat jopa ratkaista sen (Rekola 2011: 15). Rekola on mukana kokemusasiantuntijatoiminnassa ja hänen mu-

kaansa moni kokee epäonnistuneensa elämässään, koska on sairastunut. Arvottomuuden tunne on yleistä ja useat ihmiset kokevat itsensä hyödyttömiksi, turhiksi ja ei-toivotuiksi yhteiskunnan jäseniksi. Toisaalta monet ihmiset sanovat, että he eivät suostu häpeämään sairauttaan. (Rekola 2011: 15-16.) Mielenterveyden ongelmissa usein koetaan erityisesti sairastumisvaihe, diagnoosin saaminen ja hoitoon joutuminen leimaaviksi. Sairauslomalle ja ennenaikaiselle eläkkeelle jääminen voivat myös leimata. (Rekola 2011: 17.)

Teoksessa *Irti häpeäleimasta* (2011) häpeäleimalla tarkoitetaan kaikenkattavaa ihmisen aliarviota, jossa arvo määritellään vain sairauden valossa. Ennakkoluulot, mustavalkoinen ajattelu ja syrjintä kuuluvat oleellisesti häpeäleimaan. Leimautuminen syntyy yksilön omien sopeutumiskeinojen ja yhteiskunnassa vallitsevien ennakkoluulojen vuorovaikutuksessa. Mutta häpeäleiman syntyminen edellyttää sosiaalista valtaa. Vaikka arvaamaton käytös voi olla mielenterveysongelmien yhteydessä aihe leimautumiselle, tutkimus osoittaa sitä tapahtuvan pitkälti huolimatta potilaiden käyttäytymisestä. Mielenterveysongelmien käsite vääristää joidenkin ihmisten havaintoprosesseja, koska esimerkiksi kaikkien tai monien vaikeasti sairaiden potilaiden voidaan olettaa olevan vaarallisia, mikäli yksittäinen potilas on ollut vaarallinen. Tällainen on tyypillinen tiedon työstämisvirhe. Ihmismielen on sinänsä edullisempaa yleistää liikaa kuin olla yleistämättä, koska yleistäminen luo varmuuden tunnetta potentiaalisen vaaran välttämisestä silloinkin, kun vaaralle ei ole järkevää perustetta. Mielenterveyshäiriöihin liittyvä aito vaara on hyvin harvinainen. Se on usean tekijän summa ja yleensä seurausta päihteiden käytöstä sekä impulsiivisuudesta. Psykoosin aikana tehty henkirikos tehdään useimmiten ensimmäisessä psykoosissa, ennen hoitoon päätymistä. (Korkeila 2011: 20.)

Häpeäleiman on katsottu olevan toinen sairaus skitsofreniapotilaalle. Se aiheuttaa ahdistusta mielenterveysongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen. Mielenterveyden häiriöstä kärsivää ja häpeäleimaa kantavaa ihmistä voidaan pelätä tarpeettomasti. Tällöin hänet toivotaan voitavan eristää muiden joukosta. Ennakkoluulot voivat johtaa ihmisten kuvitelmiin siitä, että mielenterveysongelmasta kärsivä olisi jollain tavalla lapsen tasolla ja tarvitsisi lähes jatkuvaa huolenpitoa. Väestötutkimuksen vastaajien mukaan sairautta voidaan pitää omana tai läheisten syynä, jolloin saatetaan katsoa, että henkilö ei olisi oikeutettu toisten ihmisten myötätuntoon, tukeen ja avun saamiseen. Näin ollen leimatulta henkilöltä voidaan evätä läheistuki kokonaisuudessaan. Sairastunut voi leimata myös itseään, jolloin hän ryhtyy kohdistamaan itseensä toisten oletettuja tai todellisia kielteisiä käsityksiä vain vähäisten vihjeiden varassa. Toisaalta muiden sairastuneeseen kohdistamia vääristyneitä mielikuvia, ennakkoluuloja ja stereotypioita sairastunut henkilö voi myös omaksua kyseenalaistamatta. Monesti itseään mielenterveysongelman vuoksi leimaava arvioi itsensä epäpäteväksi, vaaralliseksi ja heikoksi, jolloin hänen itsetuntonsa laskee ja kyky saada asioita aikaan heikkenee. Lopulta hän ei kenties hae itselleen asuntoa, työtä tai apua, minkä perimmäinen syy on niissä uskomuksissa, jotka heikentävät hänen itsetuntoaan. (Korkeila 2011: 23.)

Häpeäleima vaikuttaa kaikkialla oleellisesti hoitoon hakeutumiseen. Mielenterveysongelmat jäävät monesti diagnosoimatta ja hoitamatta perusterveydenhuollossa, muualla terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa niihin liittyvän leiman takia. Häpeäleimaa esiintyy valitettavasti myös kaikkialla sosiaali- ja terveyspalveluissa. Häpeäleima voi pahimmillaan johtaa sulailuun ja eristäytymiseen. Itse häiriön ja häpeäleiman oireita voi olla vaikeaa erottaa toisistaan. Itsensä aliarviointi ja itsetunnon heikkeneminen liittyvät depressiivisyyden pitkittymiseen. Vaikeasta mielenterveysongelmasta kärsivän omaisen taakka on suurempi kuin esimerkiksi sellaisen omaisen taakka, joka huolehtii MS-tautia sairastavasta läheisestä. Yhteiskunta vaikuttaa aliarvostavan myös omaisia potilaiden ohella, mitä kutsutaan stigma-assosiaatioksi. (Korkeila 2011: 23-24.)

Ihmisten näkemykset mielenterveyden häiriöiden syntytavasta saattavat vaikuttaa myös mahdolliseen häpeäleimaan. Tunteita pahentavat perhe- ja ystäväpiirissä sekä terveydenhuollossa esitetyt epäsuorat ja suorat vihjailut vanhempien mahdollisesta osallisuudesta sairauden puhkeamisessa esimerkiksi vääränlaisena kasvatuksena. Eri Euroopan maissa skitsofreniaa sairastavien ihmisten vanhemmat toivat esille syyllisyyden tunteita lapsensa sairastumisesta. Vanhemmat kokivat erityisesti lääkärin toistuvat tiedustelut lapsuuden kokemuksista vihjailevina ja loukkaavina. Uuden tutkimustiedon mielen sairauksien biologisista mekanismeista ja periytyvyydestä voidaan nähdä vähentävän mielenterveysongelmiin liittyvää häpeäleimaa sekä yksilön että perheen kannalta. Toisaalta liiallinen biologian ja genetiikan korostaminen voi johtaa vääristyneeseen näkemykseen mielenterveysongelmista ihmisen sisäisinä ominaisuuksina, joihin ulkoisilla tekijöillä ei olisi mitään vaikutusta. Pahimmillaan perheissä saatetaan pohtia, kuka toi huonot geenit sukuun. (Joutsenniemi 2011: 43-44.)

Mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt ja heidän omaisensa voivat hyötyä biogeneettisen mallin selityksestä lievittyneen häpeäleiman ja lisääntyneen itseymmärryksen kautta. Maallikoille tehdyissä kyselyissä on todettu, että muihin mielenterveyden ongelmien syntytapoihin verrattuna usko geneettiseen vaikuttavuuteen on yhteydessä näkemyksiin sairastuneen pienemmästä vastuusta. Toisaalta kuitenkin geneettiseen syntyperään uskovilla ihmisillä oli enemmän leimaavia ajatuksia, kuten esimerkiksi haluttomuus tutustua mielenterveyspotilaisiin tai heidän sisarusiinsa. Mielen sairauksista kärsivillä ihmisillä puolestaan on osoitettu geneettisen uskon olevan yhteydessä syyllisyyden tunteisiin ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset syiden ja seurausten merkityksestä omaisten kokealle häpeäleimalle ovat ristiriitaisia. Australialaistutkimuksessa pääteltiin yhteisten ennakkoluulojen pohjautuvan joko yhteisiin kokemuksiin tai vanhemman asenteiden välittymiseen nuorille. (Joutsenniemi 2011: 44.)

Omaiset ovat kertoneet, että kun he uskaltautuivat puhumaan perheenjäsenensä sairaudesta, muutkin uskalsivat kertoa omista kokemuksistaan. Tällöin jaettu salaisuus lähensi heitä. Myönteisinä asioina koettiin myös perhesiteiden tiivistyminen, oman itsevarmuuden kasvaminen ja empatian lisääntyminen. Tästä huolimatta suuri osa lähiomaisista oli sitä mieltä, että useimmat ihmiset eivät arvosta heidän perheitään. Mielen sairauksien syntymekanismeista ja niihin vaikuttavista monista tekijöistä tiedottaminen ja kouluttaminen neutraaliin sävyyn on erittäin tärkeää, koska syntymekanismien yhteys häpeäleimaan oli tutkimusten mukaan ristiriitainen ja osittain yllättäväkin. Perhetapaamisissa ammattilaisten olisi syytä asiallisesti perustella lapsuutta koskevaa taustatietojen kartoitusta, jotta vanhemmille ei syntyisi loukkavaa väärinkäsitystä. Omaiset kaipasivat neutraalia asiatietoa esimerkiksi tiedostusvälineille, poliisille, tuomioistuimille ja kouluihin. He eivät kirjallisuuden mukaan kokeneet mielenterveysammattilaisista olevan erityistä hyötyä häpeäleiman lievittämisessä. Kuntoutujien sisäruksilla on haastatteluista ilmennyt toive siitä, että muut ihmiset pitäisivät heidän perheitään normaaleina. (Joutsenniemi 2011: 50-51.)

Kodin ulkopuolella häpeäleimaa luodaan ja ylläpidetään esimerkiksi työpaikoilla, joissa kuntoutujien omaisten mukaan työtoverit eivät ymmärrä omaisten heikentynyttä työtehoa ja huolia. Oma osansa häpeäleiman kasvamiselle on myös rakenteellisilla tekijöillä, kuten vähäiseksi koetulla tukien huonolla saatavuudella ja hoidolla, jotka omaisten mukaan vaikuttavat häpeäleiman syntyyn. Monissa tutkimuksissa on myös todettu median olevan omaisten mielestä tärkeä vaikuttaja häpeäleiman synnyssä ja ylläpidossa. (Joutsenniemi 2011: 44-45.) Mielen-terveysongelmista kärsivien ihmisten omaisetkin saattavat kieltää, vähätellä tai normalisoida psyykkisiä oireita häpeäleiman pelossa. Kuntoutajat voivat joskus itsekkin vähätellä oireitaan. Tämän vuoksi hoidon aloitus saattaa viivästyä. Raskaana olevien ja äskettäin synnyttäneiden naisten kynnys hakea apua synnytyksen jälkeiseen masennukseen on erityisen korkea. Tämä johtuu siitä, että naiset pelkäävät huonon ja kyvyttömän äidin häpeäleimaa. Koska lapsen syntymää pidetään yleensä positiivisena tapahtumana, siihen liittyvät kielteiset tunteet saatetaan kokea erityisen leimaavina. Näin ollen häpeäleima voi vaikuttaa välillisesti jo sikiövaiheessa ihmisen mahdollisuuksiin saada ansaitsemaansa hoitoa. Joskus häpeäleima vaikuttaa jo perheen perustamisvaiheessa siten, että jotkut pelkäävät mielen sairauden periytyvän lapselle. Kaiken kaikkiaan häpeäleimasta aiheutuva lisäkuormitus uhkaa sekä lähiomaisten jaksamista että kuntoutujien toipumista. (Joutsenniemi 2011: 49-50.)

Häpeä vaikuttaa useilla haitallisilla tavoilla elämään. Se sitoo käyttäytymistä ja ajatuksia, ja saattaa edesauttaa ajautumista läheisriippuvuuteen tai muihin riippuvuuksiin. Se voi vääristää seksuaalisuutta ja aiheuttaa työuupumusta, henkistä väsymystä, ahdistusta, masennusta, syömishäiriöitä, itsetuhoisuutta ja kuolemankaipuuta. (Malinen 2003: 164.) Syyllisyys ja häpeä altistavat monille mielenterveysongelmille. Tutkimusten mukaan häpeä näyttää olevan syyllisyyttäkin suurempi tekijä mielenterveyden häiriöiden kannalta. Sen merkitys korostuu erityi-

sesti masennustiloissa. Masennuksesta on tullut yleisin työkyvyttömyyden mielenterveydellinen syy Suomessa, joten häpeän voidaan ajatella olevan hyvin tuhoisaa. Häpeän yhteys mielenterveysongelmiin on kaksitahoinen. Se voi altistaa häiriöille ja saada niitä aikaan, mutta toisaalta mielenterveyden häiriöt itsessään aiheuttavat häpeää. Vaikka nykyään tiedetäänkin enemmän esimerkiksi masennuksesta ja ahdistuksesta, on niistä puhuminen monille edelleen vaikeaa. Useat mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset salaavat ongelmansa, koska he pelkäävät leimaamista ja torjuntaa. Salaamisen takia häpeä kasvaa helposti entisestään ja tämä kierre voi vaikeuttaa kuntoutumista. Masennus, ahdistus, pelkotilat, syömishäiriöt ja itsetuhoisuus toimivat Malisen mukaan myös häpeän torjuntamekanismeina. Kun mielenterveysongelmasta kärsivää henkilöä ryhdytään auttamaan, on syytä erityiseen tarkkuuteen ja varovaisuuteen. Mikäli henkilön häpeä paljastetaan liian nopeasti, saattavat ongelmat kertautua. Jos psyyken suojana ei ole muuta kuin paljastettu torjuntamekanismi, ongelmat saattavat lisäntyä entisestään. Näin ollen häpeän käsittely mielenterveystyössä vaatii hyvää ammattitaitoa ja paljon aikaa. (Malinen 2003: 178-179.)

Häpeäleima vaikuttaa myös hoitohenkilökuntaan kohdistuviin asenteisiin. Kun lääkäri ja muu hoitohenkilökunta erikoistuu psykiatriaan, heitä arvostetaan vähemmän. Häpeäleiman voidaan ajatella muodostuvan kolmesta eri osasta: ennakkoluuloista, tiedon puutteesta ja näistä kahdesta syntyvästä syrjinnästä. Häpeäleimattu henkilö tai asia muuttuu stereotypiaksi ja tämä estää yksilön näkemisen yleistettyjen uskomusten takaa. Kuten leimatut potilaat, myös työntekijät kärsivät tilanteesta. Häpeäleima voi johtaa itsensä leimaamiseen. Tällöin oma ammattitaito voi alkaa tuntumaan vaatimattomalta puuhastelulta tai vähäpätöiseltä uskomushoidolta. Psykiatristen sairauksien hoito on kuitenkin osoitettu toistuvasti yhtä hyödylliseksi kuin ylipäättään muiden sairauksien lääketieteellinen hoito. Häpeäleiman voidaan ajatella olevan tärkein selitys sille, että tätä viestiä ei kyetä tai suostuta uskomaan. (Sailas 2011: 38-39.)

### 2.3 Sairastuneiden kohtaamia asenteita

Vanhempien ihmisten asenteet psyykkisesti sairaita kohtaan ovat osoittautuneet negatiivisemmiksi kuin nuorempien. Tämän on tulkittu liittyvän sukupolvien erilaiseen asenneilmastoon. Aiemmissa tutkimuksissa naisten asenteet olivat negatiivisempia, mutta nykyään miehet suhtautuvat kielteisemmin. Korkeampi koulutustaso näyttää aina liittyvän suvaitsevaisempaan asennoitumiseen. Palveluiden käyttäjien kokemukset nousivat ensimmäistä kertaa esille 1996 vuoden väitöstutkimuksessa. Siinä tarkasteltiin ensimmäistä kertaa psykiatrisessa osastohoidossa olleiden ihmisten kokemuksia. Tämän jälkeen kvalitatiivisen tutkimuksen sarjassa on osoitettu, kuinka merkittävällä tavalla mielenterveysalan ammattilaisten luokittelujärjestelmät vaikuttivat palveluiden käyttäjien identiteettiin, itsensä leimaamiseen ja toiseuden kokemiseen. *Indigo-tutkimus* puolestaan osoitti, miten usein vakavien mielenterveysongelmien kanssa elävät ihmiset joutuvat syrjinnän kohteiksi erityisesti ystävyys- ja sukulaisuussuhteis-



saan. He eivät näyttäneet kuitenkaan kohtaavan syrjintää palvelujärjestelmässä. Tutkimussuuntana Suomessa ovat olleet myös tiettyihin opiskelija- ja terveydenhuollon ammattiryhmiin suuntautuneet stigmatutkimukset. Farmasian- ja lääketieteen opiskelijoiden sekä hoitohenkilökunnan asenteet ovat osoittautuneet yleisesti ottaen myönteisiksi, mutta yhdessä tutkimuksessa havaittiin, että yleissairaalan poliklinikan henkilökunnan saama psykiatrinen konsultaatio oli yhteydessä negatiivisempiin asenteisiin itsemurhaa yrittäneitä kohtaan. Hannu Rädyn yliopisto-opiskelijoiden asenteista tehdyssä väitöstutkimuksessa tutkija neuvoo välttämään kliinistä kielenkäyttöä ja luokittelua. Sen sijaan hän suosittelee käyttämään konkreettisten ongelmien ja käyttäytymisen kuvaamista mielenterveysongelmista puhuttaessa. On mahdollista, että terveydenhoidon ammattilaiset käyttävät konsultoidessaan hyvässä tarkoituksessa leimaavaa kieltä. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 84.)

Sairauden käsite ja sen käyttäminen on kaksijakoista. Jotta lääkäri kykenee toimimaan ja hoitamaan, hänen täytyy tietää mistä on kyse, mutta sairauden nimen pelätään olevan itseään toteuttava ennuste ja leimautumisen olevan seurausta nimestä. Diagnoosin ei ole todettu muuttavan tilan kulkua, mutta häiriö voi herättää torjuntaa muissa ihmisissä, epätoivon tunteita kärsijässä ja sosiaalinen häpeäleima saattaa vielä pahentaa tilannetta. Ammattilaisetkin voivat joskus olla sokeita sille, että diagnostiikan käytötapa voi satuttaa ja väärin käytettynä vahingoittaa. Persoonallisuushäiriödiagnoosin saaminen saattaa pahimmillaan johtaa sairaalahenkilökunnan taholta potilaan vähättelyyn tai jopa avoimeen halveksuntaan. 1990-luvulla tehdyssä englantilaistutkimuksessa todettiin, että persoonallisuushäiriödiagnoosi yhdistyi psykiatrien mielissä käsitykseen, jonka mukaan potilaan hyväksi ei kannata paljoa tehdä tai ettei kyseisen diagnoosin saanut henkilö ehkä ansaitsisikaan hoitoa. Nämä ovat tavanomaisia esimerkkejä haitallisista stereotypioista, jotka perustuvat uusimman tutkimustiedon valossa jopa virheelliseen tietoon. Häpeäleimaksymys on vaikea ja moniulotteinen. Paras käytettävissä oleva keino on tarjota hyvää potilaan itsemääräämisoikeutta tukevaa tietoa, hoitoa ja ymmärrystä, sekä edistää hänen mahdollisuuttaan elää tasavertaisena kansalaisena yhteiskunnassa. (Korkeila 2011: 30-31.)

Yksi merkittävä tutkimussuuntaus on toistaiseksi puuttunut. Häpeäleiman vastaisten toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointeja ei ole tehty. Tutkijat ovat esittäneet, että tieto pitäisi antaa sellaisessa muodossa, että se voisi asteittain integroitua vastaanottajan persoonallisuuteen siten, että tiedostamattomatkin tekijät tulisivat paremmin huomioiduiksi. Toisaalta nuorten ihmisten kanssa tehty kvalitatiivinen tutkimus osoittaa, että nuoret haluaisivat käyttäytyä positiivisemmalla tavalla, kunhan he vain tietäisivät, miten. Mielipidekyselyt ja tutkimukset tarjoavat monipuolisen kuvan mielenterveysongelmiin liittyvästä häpeäleimasta Suomessa. Arvio kliinisen kielenkäytön ja diagnostisten käytäntöjen häpeäleimaa voimistavasta vaikutuksesta saa vahvistusta tutkimuksesta, jossa tarkasteltiin psykiatrisen konsultaation vaikutusta yleissairaalan poliklinikalla työskentelevien ammattilaisten asenteisiin. Näin ollen

näyttäisi olevan perusteita avoimen ja kriittisen keskustelun käymiselle psykiatristen diagnoosien leimaavasta merkityksestä, etenkin kun niitä käytetään yhä enemmän varsinaisten psykiatristen palveluiden ulkopuolella. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 84-85.)

#### 2.4 Selitysmalleja ryhmäsuhteista

Vaikeimpiin psykiatriin sairauksiin liittyy käyttäytymistä ja tunnereaktioita, jotka voivat välillä olla odottamattomia ja siksi ne saattavat herättää automaattisia pelkovasteita, varsinkin jos sairastuneen käytös on hyvin outoa. Psykologi Stephen Hinshaw kuvailee, miten inhimillisesti on välttämätöntä kuulua sosiaalisiin ryhmiin. Ihmisillä on perustaipumuksena samaistua sisäpiiriin, eli siihen lähimpään ryhmään, johon liitymme. Ulkoryhmästä, muista ihmisistä koetaan erottuvan. Kovin paljon ei tarvita perusteita tai määreitä erottelemaan ihmisiä ryhmien välillä. Hinshaw`n mukaan mielenterveyden häiriö voi olla itseään toteuttava huono ennuste sille, että päättyy ulkoryhmään. Tätä vahvistaa vielä se, jos asianomainen omaksuu herkästi ympäristön negatiivista leimaa itsestään. Parempaa itsetuntoa saattaa ylläpitää kielteisen leiman kyseenalaistaminen. Tämä voi myös vaikuttaa positiivisesti ennusteeseen ja siihen, mitä sairaus merkitsee elämälle. (Korkeila 2011: 24-25.)

Kokoavassa tutkimuksessa, jossa oli mukana 137 tutkimuksen tiedot, todettiin, että sisäryhmään kuulumisen vaikutus on silloin erityisen selvä, kun jäsenyys perustuu johonkin selvästi erottavaan tai havaittavaan tekijään; ”Sinä et kuulu tai kuulut meihin.” Ihmiset kokevat omaan ryhmään kuuluvat myös yleensä monipuolisiksi ja ulkoryhmiin kuuluvat aina samanlaisiksi. Sosiaalisen identiteetin teorian mukaan negatiivinen suhtautuminen ulkoryhmiin saattaa palvella itsesuojelutoimintoja. Ulkoryhmän jäsenet mahdollisesti uhkaavat psykologista tai fyysistä hyvinvointia. He ehkä uhkaavat myös symbolisesti sisäryhmän jäsenten maailmankuvaa. Ulkoryhmän jäsen voi aiheuttaa ahdistusta myös siksi, koska asianomainen ryhtyy mahdollisesti odottamaan negatiivista reaktiota, kuten hyljeksintää tai paheksuntaa. Ulkoryhmän jäseniä koskevat stereotyyppit saattavat lisätä ristiriitojen odotuksia, jotka mahdollisesti johtavat asianomaisen negatiiviseen reagointiin. Kielteiset reaktiot ulkoryhmää kohtaan ovat uhan hallintateorian mukaan seurausta symbolisesta uhasta. Tämä uhka kohdistuu sisäryhmän kulttuuriseen maailmankuvaan asetettuun uskoon ja luottamukseen. (Korkeila 2011: 25-26.)

Viime vuosina on pyritty yhdistämään ihmisryhmien ja yksilöiden välistä vuorovaikutusta tutkivaa tiedettä. Yksi suuntaus on sosiaalipsykologiassa pureutunut siihen, miten henkilön kiintymyssuhdemalli vaikuttaa ryhmäsuhteisiin. Kiintymyssuhdeteorian luonut John Bowlby päätteli, että ihmislapsella on varhaiskehityksen aikana vahva turvallisuuden tarve, jotta hän pärjää elämän haasteissa. Hänellä on myös pyrkimys pysytellä uhkaavissa tilanteissa mahdollisimman lähellä huolta pitävää aikuista. Philip Shaverin tutkimuksissa on todettu, että alttiutta väheksyä ulkoryhmän jäseniä lisää heikko perusturvallisuuden kokemus. Varsinkin aikuisiän

ahdistunut, välttelevä kiintymyssuhdetyyli on yhteydessä ulkoryhmän hyljeksimisen taipumukseen. Tämä yhteys on riippumaton henkilön mielialasta. Toisaalta hyviin perusturvakokemuksiin liittyviä mielikuvia voidaan käyttää valmentavasti hyväksi, jos asenteita ulkoryhmää kohtaan halutaan muovata vähemmän torjuviksi. Korkeilan mukaan kaikilla ihmisillä on valmiuksia mielikuviin hyvistä perusturvakokemuksista. Häpeäleiman lieventämisessä voitaisiin näin ollen teoreettisesti hyödyntää perusturvamielikuvia, joilla viitattaisiin esimerkiksi muistikuviiin lohduttavasta huolenpitäjästä. Kun mielikuvan jälkeen keskusteltaisiin mielenterveyskuntoutujista, olisi asennoituminen todennäköisemmin myönteisempää, kuin ilman mielikuvaohjausta. Perusturvakokemuksen palauttaminen mieleen heikentää negatiivisia mielikuvia ulkoryhmistä. Vaikutus olisi suuri silloin, kun mielenterveyskuntoutuja koettaisiin ulkoryhmään kuuluvaksi ja jos oma kiintymyssuhdetyyli olisi välttelevä. (Korkeila 2011: 26-27.)

Silloin kun saavutetaan tietty kriittinen massa, jokin käsitys leviää hyvin nopeasti sosiaalisessa verkostossa riippumatta siitä, pitääkö tämä käsitys paikkaansa. Ratkaisevaa on se, kuinka yksinkertaista on omaksua tuo käsitys. Leimaavat stereotypiat ovat sosiaalisen verkoston käsitteellisiä viruksia, jotka iskevät sopivalla hetkellä eristääkseen jonkun henkilön ulkoryhmään. Häpeäleima on seurausta myös yhteiskunnallisesta epäoikeudenmukaisuudesta. Joka puolella inhimillisissä yhteisöissä on hierarkkisia rakenteita. Häpeäleimamekanismeja voidaan tarkastella prosessina, joka puolustaa vallitsevia perusepäätasa-arvoisuuksia. Ennakkoluulo syyttää kohdettaan, eli uhria. Rakenteellisena esimerkkinä voidaan mainita se, että taloudellisen taantumien aikana leikataan todennäköisemmin mielenterveyspalveluista kuin muista terveyspalveluista. Psykiatrisilla potilailla ei ole missään olemassa sellaisia vaikutuskanavia, jotka olisivat verrattavissa sydämen ohitusleikkausten tai syöpäpotilaiden voimavaroista taisteleviin. Patrick Corrigan on kollegoineen kehittänyt häpeäleiman järjestelmäoikeutusmallia. Sen mukaan on ymmärrettävä psykiatristen laitosten historiallinen rooli, jotta olisi mahdollista ymmärtää psykiatristen häiriöiden häpeäleiman järjestelmäoikeutus. Potilaita oli 1800-luvulla vankiloissa, sitten sairaaloissa ja jälleen nyt vankiloissa. Häpeäleiman vallitessa sosiaaliset järjestelmät ja laitokset ylläpitävät itseään riippumatta siitä, että olisi kehitettävissä vaihtoehtoisia, vähemmän leimaavia toimintatapoja. (Korkeila 2011: 27-28.)

Evoluutiopsykologiassa tutkitaan psykologisia mekanismeja, jotka haittaavat tai edistävät kykyä saada lisääntymiskelpoisia jälkeläisiä. Ryhmä on ihmisen eloon jäämisen kannalta tärkeä, joten jäsenille on häpeäleiman biokulttuurisen mallin mukaan tärkeää suojautua niiltä yksilöiltä, jotka haittaavat ryhmän menestyksellistä toimintaa. Näin ollen leimaamismekanismi olisi alun perin kehittynyt evoluution aikana ryhmän suojautumiskeinoksi. Vaikeasta psykiatrisesta sairaudesta kärsivät henkilöt saattavat käyttäytyä odottamattomalla tavalla ja näin aktivoida evolutiivista leimaamismekanismia. Heillä on usein myös vain vähän voimavaroja, mikä voi herättää hyväksikäytön odotuksia. Ihmisillä on evolutiivisia perusteita välttää sellaisia

henkilöitä, joilla on poikkeavia liikkeitä ja jotka näyttävät erilaisilta, koska se on pitkän linjan evolutiivinen strategia tautien välttämiseksi. (Korkeila 2011: 28.)

Kulttuurinen kuvasto ja median kuvaukset vahvistavat tarinoita heille, jotka eivät ole koskaan kohdanneet mielenterveyden häiriöstä kärsivää ihmistä. Varsinkin viittaukset hallinnan menestyksestä oireilun yhteydessä saattavat olla pelottavia henkilön tunne-elämän hallinnan kannalta. Pelko voi lisätä halua välttää kontaktia. Teollisuusmaissa massamedian käsitykset mielenterveyden häiriöistä ovat häpeäilemää ylläpitäviä ja hyvin vääristyneitä. Avohoitosuuntaus edellyttää onnistuakseen työtä häpeäilemän lievittämiseksi, mutta mukana on syytä olla myös menneitä vuosikymmeniä enemmän realismia. Psykooseista kärsiviä henkilöitä pelätään kenties myös siksi, että he muistuttavat ihmisiä oman luhistumisen mahdollisuudesta. Vastaavasti masennuksen tunne on tarttuvaa, vaikka itse masennus sairautena ei ole sitä. Ihmiset ottavat melko tyypillisesti etäisyyttä masentuneesta henkilöstä suojellakseen toiveikkuuttaan. Samaan tapaan kohdatessa järjettömän väkivaltaisen teon, on yksinkertaistavaa, mutta varsin tyypillistä ajatella heti tekoa sairaan mielen toimintana. (Korkeila 2011: 29-30.)

## 2.5 Mielenterveysbarometri ja vertaisuus

Mielenterveyden keskusliiton vuonna 2005 toteuttama *Ei hullumpi -barometri* on ensimmäinen mielenterveysbarometri. Sitä varten toteutettiin lähes 1 000 haastattelua, jotka antavat luotettavan kuvan siitä, miten suomalainen väestö, mielenterveyskuntoutajat ja heidän omaisensa ajattelevat mielenterveysasioista ja siitä, mitä he arjessaan kokevat. Timo Peltovuori (2005) kommentoi tutkimuksen tuloksia. Lähes kolmannes suomalaisista ei haluaisi mielenterveysongelmista kuntoutuvaa henkilöä asumaan naapuriinsa. Tulos kertoo siitä, että psyykkisistä sairauksista kuntoutuvia ja sairastuneita pidetään ympäristön kannalta häiriötekijöinä. Kuitenkin joka viides suomalainen tarvitsee jossain elämänsä vaiheessa apua psyykkisiin ongelmiin. Keskuudessamme on suuri joukko ihmisiä, jotka käyttävät erilaisia lääkkeitä mielenterveyssyistä. Monet heistä ovat tavallista työssäkäyvää väkeä, joiden ongelmat eivät näy päällepäin. Sellaiset henkilöt, joilla on vakavia psyykkisiä ongelmia, ovat useimmiten arkoja ja syrjäänvetäytyviä. Lehdistön kertomat tapaukset, joista mielikuvat syntyvät, ovat harvinaisia poikkeuksia. (Peltovuori 2005.)

Kaksi viidestä mielenterveyskuntoutujasta kokee joutuneensa leimatuksi sairautensa vuoksi. Heidän omaisistaan useampi kuin joka toinen arvioi läheisensä kuntoutujan joutuneen leimatuksi sairautensa takia. 38 prosenttia omaisista on sitä mieltä, että muut ihmiset välttelevät heidän sairastuneiden läheistensä seuraa. Kuntoutujista jonkin verran pienempi osa, 23 prosenttia, kokee joutuneensa tällaiseen tilanteeseen. Näin ollen voidaan todeta, että mielen-terveyskuntoutujia syrjitään yhä. (Peltovuori 2005.)

Kuntoutujista enemmistö on tyytyväinen saamiinsa mielenterveyspalveluihin. Neljä viidestä pitää mielenterveyspalveluja hyvinä ja kokee saaneensa niitä riittävästi. Kuitenkin on otettava huomioon, että haastattelujen kohteina on ollut Mielenterveyden keskusliiton jäsenistö. Jäseniksi liittyvät ovat useimmiten muita kuntoutujia pidemmälle kuntoutuneita ja aktiivisempia. He ovat todennäköisesti keskimääräistä tyytyväisempiä saamaansa hoitoon ja kokevat arkensa positiivisempänä kuin muut psyykkisesti sairastuneet. (Peltovuori 2005.)

Mielenterveyden keskusliitto on vaatinut toistuvasti, että psykiatristen potilaiden fyysiset sairaudet tulisi myös hoitaa kunnolla. Liiton tietoon on tullut, että mielenterveyskuntoutujien ja -potilaiden on toisinaan vaikeaa päästä fyysisten oireiden perusteella tutkimuksiin, koska heidän vaivansa leimataan huomion hakemiseksi, luulotaudiksi, psykosomaattiseksi tai lääkkeiden sivuvaikutuksista johtuviksi. Vuosittain tehtävän *Mielenterveysbarometrin* mukaan asenteissa mielenterveyskuntoutujia ja -potilaita kohtaan on heidän omien kokemustensa perusteella tapahtunut kiristymistä vuodesta 2008 vuoteen 2010 saakka. Vuonna 2010 mielenterveyskuntoutujista jopa 38 prosenttia koki tulleen leimatuksi sairautensa takia, ja heidän omaisistaan 55 prosenttia oli samaa mieltä. Kahta vuotta aiemmin luvut olivat pienempiä, 27 prosenttia ja 46 prosenttia. Mielenterveysalan ammattilaisten, psykiatrien ja psykologien, näkemyksen mukaan tilanne oli vieläkin huonompi. Heistä 73 prosenttia arveli mielenterveyskuntoutujien leimautuvan sairautensa takia. *Mielenterveysbarometrin* mukaan mielenterveyskuntoutujia ei pidetä täysivaltaisina yhteiskunnan jäseninä. Barometri tehdään vuosittain ja siinä haastatellaan neljää ryhmää, joita ovat mielenterveyskuntoutujat, omaiset, ammattilaiset ja suuri yleisö. Mielenterveyskuntoutujien ja omaisten osuus on peräisin liiton jäsenrekisteristä ja näin ollen se on valikoitunut. Suuren yleisön vastaajat valitaan väestörekisteristä satunnaisotannalla. (Aalto & Vuorela 2011: 34-35.)

Kuntoutujien kohdatessa toisiaan, he saavat hyväksyntää vertaisiltaan. Vertaisuus on yhteisöllistä, yhdessä kokemista ja elämistä. Vertaisuuden keskiössä on kommunikaatio, jonka kautta vertaisuus välittyy. Kukaan ei voi olla yksinään vertainen, siihen liittyvät aina muut ihmiset. Vertaisuus on kokemusasiantuntijuuden perusta. Kokemustieto on joko oman tai läheisen sairastumisen myötä kehittyntä tietoa mielenterveyden häiriöistä. Omakehityksen psyykkisen sairauden kautta muodostunut tieto auttaa kohtaamaan ja ymmärtämään erilaisia mielenterveysongelmia. (Mielenterveyden keskusliitto ry g.)

Mielenterveyskuntoutujat ja -potilaat tuntevat arjessaan häpeäleiman vaikutuksen. Mielenterveyden keskusliitto on kouluttanut kokemustutkijoita ja -kouluttajia, joilla on omaa kokemusta psyykkisistä sairauksista, toipumisesta ja kuntoutumisesta. Heiltä kerätyissä tuoreissa kommentteissa häpeäleima koetaan usein siten, että sairastunutta ei oteta vakavasti. Vähätlevän asennoitumisen kohtaaminen tuntuu satuttavalta ja omanarvontuntoa rankasti syövältä kokemukselta. Sairauskokemukset herättävät edelleen paljon pelkoa muun väestön kesku-

nessa. Vaikuttaa siltä, etteivät ihmiset osaa kohdata kokemusta mielen sairaudesta. Sairautta joutuu häpeämään ja se tuottaa myös läheisille häpeää. Erityisen kipeänä ja myös suututtavana koetaan hyvää tarkoittavat neuvot olla kertomatta lähellä eläville ihmisille sairaudesta. Ihmisten kokemuksissa psykiatrisilla diagnooseilla on suuri merkitys ja muut elämänalueet jäävät helposti diagnoosin varjoon. Parhaimmillaan tilanne on sellainen, että diagnoosi on vain yksi osa elämää ja sairaudenhoidon apuväline, eikä elämää määrittävä tekijä. (Aalto & Vuorela 2011: 35-36.)

## 2.6 Mielenterveystyön ammattilaisten asenteet

Psykiatristen häiriöiden joukossa kroonista, pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavat henkilöt joutuvat kohtaamaan enemmän leimaamista ja ennakkoluuloja, kuin mikään muu potilasryhmä. On valitettavaa, että nämä ennakkoluulot ovat olemassa myös psykiatrisen hoitojärjestelmän henkilökunnan keskuudessa. Vertailukohdaksi voidaan ottaa esimerkiksi somaattinen sairaus, sydäninfarkti, jolla on samaa luokkaa oleva kuolleisuus kuin skitsofrenialla. Mitä vaikeaoireisempia sydänpotilaat ovat, sitä korkeammin koulutetut työntekijät huolehtivat heistä ja sitä kalliimpia hoitoja heille annetaan. Kroonista skitsofreniaa sairastavien potilaiden tilanne on päinvastainen. Potilaat, jotka eivät näytä kuntoutuvan, ohjataan virikkeettömiin hoitokoteihin, reseptien uusimiseen rajoittuvaan lääkehoitoon ja vähiten resursoituille sairaalan osastoille. Niukkasanainen ja -ilmeinen, hoitamattoman näköinen varaton nainen tai mies ei potilaana nosta lääkärin itsetuntoa. Monet kokevat kroonisten potilaiden hoidon ahdistavana tavalla, jota on vaikea määritellä. Usein huonon ennusteen uskomus tulee itseään toteuttavaksi. Tämä on ristiriidassa tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan oleellista tilan parantumista voi tapahtua vielä sairauden toisella tai kolmannella vuosikymmenellä. (Korkeila ym. 2011: 9-10.)

Vaikka mielenterveystyöntekijät ovat häpeäleimattuja, ei heidän asenteensa psykiatriisiin potilaisiin eroa keskiväestön asenteista. Esimerkiksi sveitsiläisessä tuoreessa kyselytutkimuksessa kävi ilmi, että psykiatrit kannattivat hivenen keskiväestöä useammin mielenterveysyksiköiden perustamista tavallisille asuinalueille. He tosin ajattelivat keskiväestön tavoin tämän laskevan alueen asuntojen arvoa. Mielenterveystyöntekijät tietävät enemmän psykiatrisista sairauksista kuin keskiväestö, he suhtautuvat toiveikkaammin sairauksien hoitomahdollisuuksiin, eivätkä pidä psykiatrisia potilaita vaarallisina. Kuitenkaan he eivät olisi keskiväestöä useammin halukkaita ystävystymään psykiatrisesti oireilevien henkilöiden kanssa, vuokraamaan heille asuntoa, suosittelemaan heitä työhön eivätkä ottamaan heitä lastensa hoitajiksi. Monissa tutkimuksissa on todettu, että psykiatrisen henkilökunnan, varsinkin sairaalahenkilökunnan, näkemykset hoidon tehosta ovat pessimistisempiä kuin keskiväestön odotukset tai tutkimustulokset. Hoitajien ja lääkäreiden leimaavat asenteet voivat johtaa holhoaviin hoitostrategioihin. Myös kokemusasiantuntijat kuvaavat hoitojärjestelmässä tapahtuvaa epäinhimillistämistä.

tä, jossa sairas ihminen nähdään vain diagnoosin kantajana, eikä enää ihmisenä. Tällaisissa tapauksissa yksilön omaa ääntä ei kuulla, vaan hänen kaikki ongelmansa muun muassa raha-huolineen ja ihmissuhdeongelmineen nähdään sairauden oireina. Mielenterveystyössä ilmenevät leimaavat asenteet aiheuttavat myös potilaiden pikkulapsen tasolle taannuttamista: potilaat nähdään kuin lapsina, joista täytyy pitää huolta. Heidät nähdään myös sellaisina lapsina, joilta ei saa odottaa liikoja. Psykiatriset sairaudet ovat tavallisia sairauksia, joita esiintyy tavallisilla ihmisillä. Niitä esiintyy myös ihmisillä, jotka työskentelevät psykiatrian parissa. Häpeäleiman myötä näillä ihmisillä on outo, epätavallinen ja vaikea tilanne. (Sailas 2011: 41-42.)

Psykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien asenteita Suomessa ja neljässä muussa Euroopan maassa analysoitiin tuoreessa kyselytutkimuksessa. Pääasiallisesti hoitajien asenteet olivat myönteisiä, mutta kuitenkin maiden välisiä eroja löytyi. Suomi sijoittui keskiryhmään. Kokeneemmilla hoitajilla ja naisilla oli positiivisimmat asenteet. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 80.) Kansainvälisen farmasian opiskelijoiden asennoitumiseen liittyvän tutkimuksen mukaan masennukseen kohdistuvat leimaavat uskomukset saattavat olla korkean tulotason maissa, kuten Suomessa, harvinaisempia, kuin matalan tai kohtalaisen tulotason maissa. Tutkijat kuitenkin totesivat skitsofreniaan ja vakavaan masennukseen kohdistuvien leimaavien asenteiden olevan yleisiä kaikkien maiden farmasian opiskelijoiden keskuudessa. Tutkijat ovatkin ehdottaneet koulutussisältöihin sellaisia muutoksia, joiden avulla väärinkäsitykset ja asenteet tulisivat korjatuiksi. Tutkittaessa lääketieteen opiskelijoiden asenteita todettiin, että useiden yksittäisten väitteiden kohdalla tapahtui merkittäviä muutoksia puoleen ja toiseen neljännen opiskeluvuoden jälkeen. Enemmistö positiivisista muutoksista voidaan selittää tiedon ja oma-kohtaisten potilaskokemusten lisääntymisellä, samoin kuin osa kielteisistä muutoksista voidaan tulkita merkinä kyynisyyden lisääntymisestä. Arviot muiden asenteista muuttuivat merkittävästi myönteisemmiksi ensimmäisen ja neljännen opintovuoden välillä. Jos katsotaan näiden arvioiden olevan heijastumaa omista tiedostamattomista asenteista, niin tämän tutkimuksen mukaan opiskelu muuttaa tiedostamattomia asenteita positiiviseen suuntaan. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 81-82.)

Paula Ranne (2007) on koonnut tutkimustietoa, jonka mukaan hoitohenkilökunnan asenteita mielenterveyspotilaita ja mielisairauksia kohtaan on tutkittu erilaisten ryhmien keskuudessa ja erilaisissa yhteyksissä. Päivystysyksiköissä ja ensiavussa on tutkittu hoitajien asenteita potilaita kohtaan, joilla on ollut mielenterveydellisiä kriisejä. Päivystyksessä ja ensiavussa työskentelevillä hoitajilla on tutkimuksen mukaan liian vähän tietoa mielisairauksista ja heillä on myös liian vähän koulutusta mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta. Siksi hoitajien asenteet mielenterveyspotilaita ja mielisairautta kohtaan olivat negatiivisia. Tutkijat ovat myös olleet kiinnostuneita hoitaja- ja lääketiedeopiskelijoiden asenteista liittyen psykiatria-uravalintana, sekä myös koulutuksen vaikutuksesta asenteisiin mielenterveyspotilaita ja mielisairautta

kohtaan. Tutkijat päättelivät, että valtaosa asenteiden muuttumisesta positiivisemmiksi aiheutui potilaiden kohtaamisista ja kokemuksesta potilastyössä, sekä tiedon lisääntymisestä. Opetus ja käytäntö vaikuttavat useimmiten asenteisiin muuttamalla niitä positiivisemmiksi. On myös tehty tutkimuksia, joissa on verrattu valtaväestön ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten asenteita keskenään. Nämä tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhuoltoalan ammattilaisten asenteet kohdistuen potilaiden ennusteeseen ja hoidon lopputulokseen ovat negatiivisemmat kuin valtaväestön. (Ranne 2007: 8-9.)

Ajatellaan, että asenteet ohjaavat ihmisten toimintaa, joten siksi niiden tutkiminen ja ymmärtäminen ovat tärkeitä hoitotieteen alueella. Aiempien tutkimusten mukaan asenteet vaikuttavat käyttäytymiseen. Näin ollen hoitohenkilökunnan asenteet mielenterveyspotilaita ja mielisairautta kohtaan vaikuttavat siihen, minkälaista hoitoa nämä potilaat saavat. Hoitajien asenteilla on vaikutusta myös hoidon tehokkuuteen. Mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kohtaaminen voi aiheuttaa ahdistusta, voimattomuutta ja pelkoa. Hoitajat saattavat sen vuoksi ryhtyä välttelemään tilanteita, joissa he kohtaavat näitä potilaita. Näin ollen hoitajien asenteiden tunteminen voi auttaa ymmärtämään heidän käyttäytymistään. Jos hoitohenkilökunnan asenteet mielenterveyspotilaita ja mielisairautta kohtaan ovat positiivisia, he tuskin välttelevät näitä potilaita. Negatiiviset asenteet terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa aiheuttavat tehottomuutta ja avuttomuuden tunteita. Ne voivat aiheuttaa myös esteitä mielenterveyspotilaiden hoitamiseen. Potilaiden vaarallisuus vaikuttaa hoitajien asenteisiin negatiivisesti, kuten myös huono paranemisennuste ja sairauden vaikeusaste. Negatiiviset asenteet vaikeuttavat hoitosuhteen muodostumista. Ne vähentävät hoitajien kykyä arvioida ja hoitaa mielenterveysongelmaisia potilaita. (Ranne 2007: 9.)

Kun asenteita on tutkittu, on oltu kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät ovat yhteydessä negatiivisiin ja positiivisiin asenteisiin mielenterveyspotilaita ja mielisairautta kohtaan. Asenteisiin vaikuttavat monet tekijät, kuten aiemmat kokemukset mielenterveyspotilaista, yleiset uskomukset ja tieto mielisairauksista. Väestön ja terveydenhoitohenkilökunnan positiivisempiin asenteisiin vaikuttavat vuorovaikutuksellinen kokemus sellaisten henkilöiden kanssa, joilla on mielenterveysongelmia. Penn ym. tutkivat yliopisto-opiskelijoita, jotka olivat olleet vuorovaikutuksessa mielisairaiden kanssa ja totesivat, että tutkitut kokivat tämän potilasryhmän vähemmän vaaralliseksi. Tutkimuksen tulos tuki oletusta, että koulutus ja kokemus voivat vaikuttaa asenteisiin ja stigmaan positiivisesti. Samankaltaisia tuloksia on saatu tutkittaessa hoitotyön opiskelijoita. Wolffin ym. tutkimuksessa negatiiviset asenteet mielenterveyspotilaita ja mielisairautta kohtaan olivat yhteydessä tiedon puutteeseen. Tässä tutkimuksessa tutkittiin väestön asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Koulutusta ehdotettiin yhdeksi strategiaksi tutkimustuloksen perusteella. Tällä strategialla voidaan vaikuttaa ihmisten tietämyksen lisääntymiseen. Negatiivisten asenteiden vähentämiseen pyrkivät ohjelmat keskittyvät yleensä informointiin, koulutuksen järjestämiseen ja tiedon välittämiseen. Uusi tieto voi muuttaa



mielipidettä, mutta ei välttämättä asennetta. Asenteiden on oletettu olevan pysyviä ja pelkkä tieto vaikuttaa heikosti asenteiden pysyvään muuttumiseen. Tieto ja kokemus olivat tutkimusten mukaan hoitajien koulutuksessa keskeiset elementit, joiden avulla oli mahdollista vaikuttaa asenteisiin mielenterveyspotilaita ja mielisairautta kohtaan. Lisäkoulutus mielisairauksista, sen oireista, syistä ja hoidosta vaikuttaa hoitajien asenteisiin positiivisesti. (Ranne 2007: 10.)

Virtala ym. selvittivät lääkäriopiskelijoilla tehdyssä tutkimuksessa lääketieteen opiskelijoiden asenteita psyykkisiä häiriöitä, psykiatrisia potilaita ja psykiatrasta hoitoa kohtaan, sekä lääkäriopiskelijoiden asenteiden muutosta opiskelun aikana. Tutkimuksessa todettiin, että valtaosa muutoksista oli selitettävissä lisääntyneellä tiedolla ja kokemuksella todellisesta potilastyöstä. Kokemuksilla oli toisaalta myös negatiivisia vaikutuksia. Negatiiviset ennakkokäsitykset saattoivat muuttua entistä negatiivisemmiksi. Mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kohtaaminen voi aiheuttaa myös kyynisyyttä. Tämä saattaa toimia puolustuskeinona, joka auttaa uhkaavissa tilanteissa. (Ranne 2007: 10-11.)

Potilaan ja hoitajan välisellä kontaktilla on todettu olevan positiivista vaikutusta hoitajien asenteisiin. Tässä yhteydessä kontaktilla tarkoitetaan vuorovaikutusta ja sosiaalista kanssakäymistä hoitohenkilökunnan ja mielenterveyspotilaiden välillä. Kolodziej ja Johnson analysoivat tutkimuksia, joissa oli tutkittu kontaktin vaikutusta asenteisiin. Tutkijat olivat kiinnostuneita siitä, miten negatiiviset asenteet vaikuttavat potilaiden hoitoon. He halusivat löytää tapoja, joilla on mahdollista parantaa opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden asenteita mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan. Henkilökunnan hierarkkisella asemalla oli yhteyttä asenteisiin sairaalahenkilökunnan asenteita tutkittaessa. Opiskelijoiden asenteet olivat positiivisempia kuin hoitohenkilökunnan, koska opiskelijat olivat lähemmässä kontaktissa potilaisiin ja he olivat sairaalahierarkian alimmalla tasolla. Potilaiden ja opiskelijoiden kontakti oli epävirallisempaa kuin potilaan ja henkilökunnan välinen kontakti. Suora kontakti, jossa potilas on välittömässä vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa, vähensi stereotyyppioita. Suora kontakti mielenterveyspotilaan kanssa paransi asenteita vain, mikäli kontakti oli luonteeltaan toiveikas, jolloin potilaan voitiin nähdä toipuvan. Opiskelijoiden saama ohjaus ja mahdollisuus keskustella asioista, joista heillä ei ollut aiempaa kokemusta, vaikuttivat myös asenteiden kehittymiseen positiivisemmiksi. Opiskelijoita kehoitettiin olemaan aktiivisesti vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. Tällöin he saivat kokemusta siitä, etteivät potilaat olleet vaarallisia tai erilaisia kuin valtaväestöön kuuluvat ihmiset. (Ranne 2007: 11.)

Potilaan kanssa vuorovaikutuksessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä käytetyn ajan pituudella on vaikutusta asenteiden myönteisyyteen. Pidemmälle ajanjaksolle sijoittuva kontakti ja vuorovaikutus potilaiden kanssa luo mahdollisuuden tavata enemmän stigmatisoituneeseen ryhmään kuuluvia potilaita ja auttaa huomaamaan heidän todellisen luonteensa. Sitä kautta ste-

reotypiatkin vähenevät. Kontaktin luonteella on vaikutusta asenteisiin. Jos hoitajalla on läheisissään joku, jolla on mielenterveysongelmia, asenteet ovat yleensä positiivisemmat. Sadowin tekemässä tutkimuksessa todettiin, että jos hoitajaopiskelijalla tai hoitajalla on mielenterveysongelmista kärsivä ystävä, se auttaa muuttamaan asenteita positiivisemmiksi. Opiskelijaryhmällä, jolla oli lähipiirissään mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä, oli vähemmän autoritaarisia käsityksiä potilaista. Löydös tuki ajatusta, jonka mukaan aiempi kontakti omassa lähipiirissä mielenterveyshäiriöstä kärsiviin potilaisiin edistää positiivista asennetta. (Ranne 2007: 12.)

Tutkimuksissa on saatu myös vastakkaisia tuloksia kontaktin vaikutuksista. Hoitajien kontaktilla ei ollut merkittävää vaikutusta hoitajien asenteisiin. Vuorovaikutuksen hyöty nähtiin niin, että se vähensi opiskelijoiden käsitystä mielenterveyspotilaiden vaarallisuudesta ja se auttoi heitä hyväksymään potilaat. Kontakti voi johtaa myös negatiivisiin asenteisiin. Vuorovaikutus ei siis välttämättä vaikuta hoitajien asenteisiin, mutta tieto mielisairauksista vähentää pelkoja ja syrjintää. (Ranne 2007: 12-13.)

Koulutuksella on todettu olevan vaikutusta asenteisiin. Hoitajien koulutukseen sisältyy teoriaa ja käytännön opetusta. Tutkimustiedon perusteella on erilaisia näkemyksiä siitä, kummalla koulutuksen muodolla on enemmän vaikutuksia opiskelijoiden asenteisiin. Tieto mielisairauksista, altistus oikealle tiedolle, mahdollisuus olla vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa, hoitokeinojen ja -mahdollisuuksien korostaminen sekä pelonkäsittelystrategioiden olemassaolo ja niiden opettaminen vaikuttivat opiskelijoiden asenteisiin positiivisesti. Koulutuksella, jossa painotetaan myönteisiä tuloksia, voitiin vaikuttaa henkilökunnan asenteisiin. Koulutus ei kuitenkaan välttämättä poistanut opiskelijoiden turhautuneisuutta ja pelkoja. Tutkimusten mukaan asenteisiin vaikuttavat myös koulutuksen pituus ja erikoistumisala. Liian vähäinen koulutus voi vaikuttaa asenteisiin negatiivisesti. Psykiatriset sairaanhoitajat olivat halukkaampia hoitamaan itsetuhoisia potilaita verrattuna sisätautikirurgisiin hoitajiin. Koulutuksen pituudella on myös merkitystä. Lyhyelläkin koulutuksella voi olla positiivisia vaikutuksia, mutta on myös todettu, että positiiviset asenteet voivat jäädä lyhytaikaisiksi, eikä tällöin pysyvää asennemuutosta saada aikaiseksi. (Ranne 2007: 13.)

Sosiodemografiset tekijät, kuten kulttuuriset tekijät ja sukupuoli, vaikuttivat myös asenteisiin. Tutkimuksessa todettiin naisopiskelijoilla olevan myönteisempiä asenteita kuin miespuolisilla. Roskinin tutkimuksessa naiset olivat psykodynaamisemmin suuntautuneita kuin miehet, mikä selitti naisten myönteisempiä asenteita. Naishoitajat kokivat mielenterveyspotilaat myös vähemmän alempiarvoisina ja vaarallisina verrattuna miehiin. Mies- ja naishoitajien asenteisiin ei vaikuttanut pelkästään sukupuoli, vaan myös heidän erilainen roolinsa hoitajina. Myös kulttuuriset erot vaikuttivat hoitajien asenteisiin. Eri maiden nais- ja mieshoitajien tehtävät eroavat toisistaan ja ne tuovat esiin eroja hoitajien asenteissa. Myös erilaisista kulttuurisista

väestöryhmistä tulevilla hoitajilla todettiin erilaisia asenteita. Naisilla ja nuoremmilla opiskelijoilla, jotka tulivat etnisistä vähemmistöryhmistä, oli positiivisemmat asenteet. Ero asenteissa ei kuitenkaan selity pelkästään sukupuolella. Sukupuolten vertailussa on muistettava, että mieshoitajien määrä on pienempi kuin naisten, mikä voi vääristää tutkimusten tuloksia. Vanhemmilla hoitajilla, joilla oli ollut enemmän kontakteja itsetuhoisiin potilaisiin, oli positiivisempia asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tutkimuksen mukaan ikä saattoi liittyä kokemukseen hoitajana, mutta myös elämäkokemukseen, joka voi lisätä kriittistä näkemystä ja itsetuhoisen potilaan kärsimyksen ymmärtämistä. Ensiavussa työskenteleviin hoitajiin liittyvässä tutkimuksessa todettiin, että 31-50-vuotiaat hoitajat, joilla oli vähintään kymmenen vuoden kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä, asennoituivat mielisairaisiin positiivisemmin. Kuitenkin Murphyn ym. tutkimuksessa vanhemmat ihmiset olivat taipuvaisempia stigmatisoimaan mielisairautta. Syrjivät ja stigmatisoivat asenteet vaikuttavat potilaiden kohteluun ja hoitoon, sekä lisäävät potilaan kärsimystä. (Ranne 2007: 14-15.)

Aiempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että hoitajien asenteisiin vaikuttavat useat tekijät. Yksilöllisellä tasolla hoitotyön ammattilainen kohtaa potilaan ja työskentelee tämän kanssa yhteistyössä. Ryhmän tasolla työntekijän asenteet mielenterveyspotilaita ja mielisairautta kohtaan vaikuttavat potilaan saamaan kohteluun ja hoitoon, sekä toisen ihmisen kunnioittamiseen. Jokaisen hoitajan asenteet vaikuttavat myös työryhmän asenteisiin. Organisaation tasolla hoitajat voivat pyrkiä vaikuttamaan asenteiden muuttamiseen positiivisemmiksi. Tämä on mahdollista täydennyskoulutuksen avulla ja mielisairauksiin liittyvän tiedon lisäämisellä. Yhteiskunnallisella tasolla vaikuttaminen tarkoittaa positiivisten asenteiden levittämistä organisaation ulkopuolelle. (Ranne 2007: 15.)

## 2.7 Teoreettisen viitekehyksen koonti ja johtopäätökset

Erwinin teoksen valossa voidaan todeta, että syitä kielteisten asenteiden opettamiseen vanhemmilta lapsille voivat olla muun muassa tietämättömyys ja tuntemattoman pelko. Asenteet vaikuttavat olevan samalla sekä opittuja että periytyviä, joita jotkut oppivat myöhemmin elämäkokemustensa myötä karsimaan ja muokkaamaan, mutta toiset eivät. (Erwin 2005.) Kuten teoriaosuuden alussa todettiin, ympäristövaikutukset ovat olennaisia tekijöitä asenteiden synnyssä. Näin ollen vanhempien ja muiden kasvuympäristössä toimivien aikuisten olisi syytä panostaa lasten ja nuorten asennekasvatukseen. Heidän asenteensa ovat vasta kehittyneissä, joten heihin suunnattu asennekasvatus on tehokkainta. Kuitenkin myös aikuisten asenteisiin on mahdollista vaikuttaa, joten asennekasvatuksen kohdentaminen kaikkiin ikäryhmiin olisi tärkeää. Sillä on myös paljon merkitystä, millainen asenneilmasto yhteiskunnassa yleisesti ottaen vallitsee ja miten asioista puhutaan. Voidaan ajatella, että jos ihmiset tulisivat tietoisemmiksi minäkäsityksistään, itsetunto-ongelmistaan ja joskus jopa korostuneista tarpeistaan saavuttaa myönteinen itsemääritys, tämä voisi purkaa kielteisiä stereotypioita ja yleis-

tyksiä, jotka liittyvät kiinteästi mielenterveyskuntoutujiin kohdistuneisiin negatiivisiin asenteisiin.

Chambers English Dictionary määrittelee ennakkoluulon tuomitsemisena tai mielipiteenä, joka on muodostettu ennen kohteeseen tutustumista. Brown täsmentää Worchelin ym. määritelmää siten, että ennakkoluulo on henkilöön hänen ryhmäjäsenyytensä perusteella kohdistuva negatiivinen asenne. (Brown 1995: 6.) Nämäkin näkemykset tuovat tukea asennekasvatuksen tärkeydelle. Wagnerin ja kollegoiden (1999) artikkelin mukaan voidaan todeta, että sosiaaliset representaatiot ovat usein kyseenalaistamattomia opittuja käsityksiä, jotka eivät perustu tieteeseen vaan arkiajatteluun. Koska ne luovat perustan sosiaaliselle kanssakäymiselle, niiden sisältö vaikuttaa oleellisesti siihen, millaisia asenteita sosiaalisessa kanssakäymisessä esiintyy.

Roolinotto ja tietoisuus omasta minästä syntyvät symbolisen viestintätapahtuman yhteydessä. Vuorovaikutuksessa tavoitellaan osapuolten yhteistä tilanteen määrittelyä. Tämä on mahdollista, koska symbolisen kyvyn avulla voi asettua toisen asemaan ja nähdä asiat hänen kannaltaan. (Helkama ym. 2007: 70-71.) Tämä liittyy olennaisesti empatiakykyyn. Empatiakyky on merkittävä ominaisuus auttamistyössä, mutta siinä piilee myös uupumisen vaara. Ammattilaisen on löydettävä sopiva etäisyys asiakkaaseen, jolloin empatiokokemus toteutuu siten, että työntekijä ei syvenny liikaa asiakkaan elämään. Empaattisen suhtautumisen voidaan ajatella olevan myös yhteydessä suvaitsevaisempiin asenteisiin, koska empaattinen henkilö kykenee asettumaan toisen asemaan ja eläytymään siihen, miltä hänestä tuntuu.

Voidaan arvella, että ne ihmiset, joita mielenterveysongelmat vahvasti ärsyttävät tai ahdistavat, saattavat projisoida kuntoutujia kohtaan jotain, mikä heitä tiedostamattomalla tasolla pelottaa tai ahdistaa itsessään. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla tulisikin olla hyvä itse-tuntemus, jotta välttyttäisiin liialta projektion käyttämiseltä. Jo opiskeluaikana olisi hyödyllistä tutkia itseään ja omaa elämäntarinaansa. Työelämässä voisi olla kannattavaa käyttää säännöllistä työnohjausta, mikä edistäisi tietoista ja jatkuvaa itsereflektointia. Länsimaaisessa kulttuurissa on käytetty lähes kaiken kattavana yksilötason psykologisena selitysmallina minuuden suojaamista sisäiseltä ristiriidalta, joka heijastetaan väheksytyyn tai vihattuun henkilöön tai ryhmään. Tämä viittaa edellä mainittuun projektion käyttöön. Malli tuntuu intuitiivisesti houkuttelevalta, mutta häpeäleiman osalta tutkittu tieto on vähäistä. Sosiaalipsykologian alueella on joitain tutkimuksia, joissa on viitteitä siihen suuntaan, mutta yksilötason tietoa koetun uhan stereotypioita lisäävästä vaikutuksesta ei ole olemassa siitä huolimatta, että ihmiset mielellään käyttävät niitä. (Korkeila 2011: 25.) Kuitenkin ulkoryhmien ja niiden jäsenten stereotyyppien luomisesta on runsaasti tutkimustietoa. Sosiaaliseen ryhmään kuulumisella on useita tärkeitä tehtäviä. Ryhmään kuuluminen luo yhteenkuuluvuuden tunnetta ja voimakasta identiteetin kokemusta. Ihmiset haluavat erottautua selvästi ja kokea omat ryhmänsä pa-

remmiksi. Tämä kohottaa sekä ryhmän että sen jäsenten itsetuntoa. Tällöin havaitsijoiden käsitys itsestä muuttuu paremmaksi. (Korkeila 2011: 25.) Ryhmätutkimusten valossa voidaan siten kuitenkin esittää hypoteesi, jonka mukaan myös minuuden suojaaminen sisäiseltä ristiriidalta olisi ainakin jossain määrin todennäköinen selitysmalli.

Ympäristö voi suhtautua leimaavasti psyykkisesti sairaaseen henkilöön, mutta myös itse annettu leima on ratkaiseva. Itseensä voi suhtautua leimaavasti tietoisesti tai tiedostamattaan. Jos ei leimaa itseään tai anna leimaamiselle painoarvoa, tulee paremmin toimeen myös ulkopuolelta tulevan leiman kanssa. Itsen arvostaminen ja koettu leimautuminen liittyvät toisiinsa. Mitä enemmän kokee leimautumista, sitä enemmän se heikentää itsensä arvostamista. (Anttonen 2011: 108.) Itsensä leimaaminen johtaa usein siihen, että henkilö kokee itsensä sairauden vuoksi heikoksi, huonommaksi, kyvyttömäksi, arvottomaksi, erilaiseksi, oudoksi ja ulkopuoliseksi. Itsensä leimaaminen lisää epävarmuutta, masennusta ja pettymystä itseän. Se vähentää yrittämisen halua ja motivoitumista. (Anttonen 2011: 11-112.) Itsensä leimaamisen vähentäminen on arvokasta työtä. Se vapauttaa voimia ja tekee hyvää myös ympäristölle (Anttonen 2011: 115). Toki itsensä leimaamisen välttäminen on usein helpommin sanottu kuin tehty. Tuskin kukaan kykenee olemaan täysin immuuni ympäristön vaikutuksille.

Kuntoutuminen edellyttää ympäristön apua. Pitkäaikaipotilas tarvitsee virikkeellisen ympäristön. Tällainen ympäristö tarjoaa työtä tai päivätoimintaa ylläpitämään elämänrytmiä. Kuntoutuja tarvitsee inhimillisen kontaktin, joka palveluohjaajana seuraa hänen tilansa kehitystä. Aloitekyvyn puute on sairauden keskeinen piirre, joten kuntoutuksen riittäväksi järjestämistä ei voi jättää yksin potilaan varaan. Olisi vaikea kuvitella esimerkiksi astman hoitojärjestelmää, jossa keskityttäisiin vain sairaalahoitoa vaativien pahenemiskriisien hoitoon. Skitsofrenian pitkäaikaisuus on tosiasia ja siksi on kehitettävä perushoitoa, jonka varassa potilaat selviytyvät päivästä toiseen. On olemassa parempaa perushoitoa. Toimiva tukiverkosto, vertaistuki ja nykyaikaiset kuntoutusmenetelmät, kuten sosiaalisten taitojen harjoittelu, kognitiivinen remediaatio, eli henkilölle yksilöllisesti laadittu harjoitusohjelma ja kognitiivinen käyttäytymisterapia olisi saatava laajasti käyttöön. Vaikeimmin sairaille olisi annettava heidän oikeudenmukainen osansa resursseista. (Korkeila ym. 2011: 10.) Kognitiivinen remediaatio pohjautuu neuropsykologiaan. Sen tarkoitus on kehittää tiedollisia toimintoja, kuten keskittymistä, tarkkaavaisuutta, työmuistia, pitkäkestoista muistia, toiminnan ohjausta ja sosiaalisten taitojen edellyttämää sosiaalista kognitiota. Kognitiivista remediaatiota onkin kehitetty erityisesti skitsofrenian kuntoutusmuotona. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014.)

Kielteiset asenteet ja mielikuvat voivat pahentaa sairaan ihmisen toimintakykyä. Tarvitaan uudenlaista ajattelua sairauksista. Esimerkiksi diabeetikolla on erilaisia oireita riippuen siitä, onko veressä liian vähän tai liikaa insuliinia tai sokeria. Skitsofreniaa sairastava ihminen voi puolestaan oirehtia muun muassa silloin, kun lääkitys on jäänyt ottamatta. Diabeetikko voi

mennä sokkiin tai koomaan ja skitsofreniaa sairastava psykoosiin. Kumpikin sairaus on samalla viivalla. Diabeetikkoa ei pelätä hänen oireidensa takia. Myöskään psykoottista henkilöä ei tulisi pelätä, vaan hänet pitäisi toimittaa välittömästi hoitoon. Ennakkoluuloja saattaa aiheuttaa myös se, että mielensairauden oireita voivat olla pakkoliikkeet, itsekseen puhuminen tai äänekkyyys. Nämä eivät kuitenkaan ole tahallista häirintää. Aggressiivinen käytös ei ole mielenterveysongelmista kärsivillä ihmisillä sen yleisempää, kuin väestössä yleensä. Mielen sairauden ei pitäisi olla sen hävettävämpi, kuin minkään muunkaan sairauden. Kanssaihminen ennakkoluulot ja yhteisöstä eristäminen ovat monille mielenterveysongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen raskas taakka. Mielen sairauteen liittyvä stigma saattaa edesauttaa toipumisen hidastumista tai sairauden uusiutumista. Sairauden kokeneiden, heidän läheistensä ja ammattilaisten välittämä faktatieto ja ennakkoluuloton suhtautuminen ovat tehokkaita apuja mielen sairaudesta kuntoutumiseen. (Viskari 2011: 100-101.)

*The Lancet-lehdessä* (Lasalvia ym. 2012) julkaistun tutkimuksen mukaan masennustilasta kärsivät ihmiset potevat syrjintää ympäri maailmaa. Tutkimuksessa mukana olleet suomalaiset avohoitopotilaat kokivat runsaasti syrjintää ja elämän mahdollisuuksia kapeuttavaa syrjityksi tulemisen pelkoa. Noin 89 prosenttia masennuksen vuoksi avohoidossa olevista suomalaisista koki tullessa syrjityksi vähintään yhdellä elämän osa-alueella. Lähes joka kolmas masennuksesta kärsivä kertoi joutuneensa välttelyn kohteeksi. Yksi neljästä oli jättänyt hakematta työpaikkaa. Yksi viidestä oli luopunut hakemasta tai vastaanottamasta opiskelupaikkaa syrjinnän pelossa. Psykiatrisessa osastohoidossa olleet ihmiset olivat kokeneet enemmän syrjintää kuin avohoidossa hoidetut henkilöt. Noin 70 prosenttia masennustilasta kärsivistä henkilöistä ilmaisi halunsa salata diagnoosinsa. Salaaminen voi viivyttää hoitoon hakeutumista ja johtaa mielenterveyttä rasittavaan kaksoiselämään. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Tutkimusten mukaan mielenterveysongelmiin liittyvää häpeäleimaa esiintyy, mutta kokonaisuudessa tilanne saattaa olla Suomessa parempi kuin monissa muissa Euroopan maissa. Tietoisuus liittyen häpeäleiman olemassaoloon on lisääntymässä. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 74.) Vuonna 2008 tehdyn masennukseen liittyvän asennetutkimuksen perusteella tutkijat vetivät johtopäätöksen, jonka mukaan sosiaalisen syrjinnän vastaiset toimenpiteet kannattaisi kohdistaa iäkkäämpiin miehiin, joiden omakohtainen kosketus mielenterveysongelmiin on ollut vähäistä. Mikäli tavoitteena on vaikuttaa stereotyyppisiin käsityksiin, voisivat kohderyhmänä olla ne, jotka kokevat mahdollisuutensa elämänhallintaan huonontuneen ja joilla on ulottuvillaan vain vähän sosiaalista tukea. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 75-76.) Anna Kulmala osoitti tutkimuksessaan, kuinka ammattilaisten käyttämät määritelmät ja käsitteet haastateltavista, mielenterveysongelmia kokeneista asunnottomista palveluiden käyttäjinä vaikuttivat haastateltavien minäkuvan rakentumiseen. Ammattilaisten leimaava suhtautuminen ja puhe johtivat negatiiviseen sosiaaliseen identiteettiin, toiseuden kokemiseen ja itsensä leimaamiseen. Hen-

kilökunnan tekemän luokittelun myötä asiakkaat ryhtyivät luokittelemaan itseään. (Aromaa & Wahlbeck 2011: 77.)

Kokemusasiantuntijat taistelevat aktiivisesti häpeäleiman lieventämiseksi. Sairauden ja siihen liittyvän hoidon kokemusten esiintuomisen koetaan helpottavan omaa häpeäleiman kokemusta ja lieventävän häpeäleimaa myös yleisellä tasolla. Kuitenkin vain pieni osa kuntoutujista kykenee toimimaan kokemusasiantuntijoina ja asettumaan omalla persoonallaan vuosisataisia häpeäleiman perinteitä vastaan. Huomattavasti useampi kuntoutuja saa vertaistuen avulla tukea häpeäleiman kokemusten lievittämiseksi. Saman kokeneet henkilöt kykenevät parhaiten tukemaan ja ymmärtämään toisiaan. (Aalto & Vuorela 2011: 35-36.)

Eija Stengårdin ja Markku Nymanin vuosina 2002-2003 toteuttamasta *Omaisen masennustutkimuksesta* kävi ilmi mielenterveystutkijien omaisten näkemys siitä, millainen olisi hyvä ammattilainen. Ammattilaisella tulisi olla hyvät sosiaaliset taidot ja vuorovaikutuksen kiireettömyyteen pitäisi panostaa asiakastapaamisissa. Käytännön työtä olisi syytä ohjata ja tukea. Mielenterveystyöhön liittyvät eettiset periaatteet ja arvot, kuten esimerkiksi kuntoutujiin suhtautuminen tasa-arvoisena ihmisenä muuhun väestöön nähden. Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa pitäisi hyödyntää moniammatillisuutta, laaja-alaisuutta ja vankkaa ammattitaitoa, koska ihminen on kokonaisuus, jonka tarpeita ei voi pilkkoa eri luukuille. Psykiatria ja sosiaalityö eivät vielä nykyäänkään kohtaa, ne ovat joskus jopa ristiriitaisia keskinäisissä suunnitelmissaan. Hoito- ja kuntoutusjärjestelmän tulisi olla joustava ja laaja keinovalikoima. Jo olemassa olevia kuntoutusmuotoja pitäisi soveltaa yksilöllisesti. Potilaan hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuus ja ammattilaisten sitoutuminen tulisi voida taata. Omaisten ja ammattilaisten välillä olisi syytä toteuttaa hyvä yhteistyö, molemminpuolinen tiedon jakaminen ja avoimuus. (Haven 2011: 57-58.)

### 3 Tutkielman taustaa

#### 3.1 Propelli ja Mielenterveyden keskusliitto kuntoutujan tukena

Tein Propellissa ensimmäisen työharjoitteluni. Siitä jäivät mieleeni muun muassa yksi liiton toimintaan liittyvistä perusajatuksista; kuntoutujan oman elämän asiantuntijuus sekä vertaisneuvonta. Propellissa työskentelee kuntoutusneuvoja, sosiaalneuvoja, lakimies ja vertaisneuvoja. Vertaisneuvojilta on mahdollista saada neuvontaa ja vertaistukea mielenterveysongelmien kanssa elämiseen. Heidän roolinsa on tärkeä, koska kelläään muulla kuin itse sairastuneella ei voi olla tunnekokemusta sairastumisesta. Sittenmin sain idean tehdä opinnäytetyön, joka käsittelisi mielenterveystutkijoihin kohdistuvia asenteita ja sitä, miten asenteet vaikuttavat kuntoutujiin.

Propellista saa neuvontaa kuntoutuspalveluista ja kuntoutujille tarkoitetuista lakisääteisistä etuuksista. Tietopalvelu on tarkoitettu kuntoutujille, heidän läheisilleen sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. (Mielenterveyden keskusliitto ry a.) Mielenterveyden keskusliitto ry on mielenterveyspotilaiden, -kuntoutujien sekä heidän läheistensä itsenäinen kansalaisjärjestö, joka on Euroopan suurin mielenterveysalan potilasjärjestö. Liiton päärahoittaja on Raha-automaattiyhdistys. (Mielenterveyden keskusliitto ry b.) Liitto vaikuttaa yhteiskunnalliseen asenneilmastoon ja päätöksentekoon, sekä pyrkii lisäämään ihmisten tasavertaisuutta ja psyykkisten sairauksien ymmärtämistä ja hyväksymistä (Mielenterveyden keskusliitto ry c). Se vaikuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, muuhun mielenterveyspotilaita ja -kuntoutujia, sekä heidän läheisiään koskevaan lainsäädäntöön. Toiminnan perustana on perus- ja ihmisoikeuksien turvaaminen kaikille. (Mielenterveyden keskusliitto ry d.)

Tietopalvelu Propellin lisäksi liiton toimintaan kuuluu Ammatillisen kuntoutumisen tukipiste, koulutus, asuntoihin liittyvä Korjausneuvonta, liikunta, vertaistuki, viestintä, tutkimus ja Turvanen-toiminta, jonka kulmakiviä ovat turva-asuminen, kuntoutusohjaus sekä yhteisöllinen toiminta. (Mielenterveyden keskusliitto ry d.) Mielenterveyden keskusliitolla on oma tutkimusyksikkönsä, joka tekee laajaa mielenterveysalaan liittyvää tutkimustyötä. Tavoitteena on käyttäjälähtöisten päihde- ja mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden ja laadun parantaminen. (Mielenterveyden keskusliitto ry e.)

Vuonna 2005 julkaistiin ensimmäinen mielenterveysbarometri, *Ei hullumpi barometri*, joka tutki mielenterveyskuntoutujien asemaa ja mielenterveysongelmiin liittyviä asenteita. Tutkimusta varten haastateltiin kuntoutujia, heidän omaisiaan ja muita suomalaisia. Haastatteluja tehtiin kaikkiaan 939. (Mielenterveyden keskusliitto ry e.) Kyselystä kävi ilmi muun muassa se, että kolmannes suomalaisista ei haluaisi mielenterveysongelmista kuntoutuvaa ihmistä naapurikseen (Mielenterveyden keskusliitto ry f).

### 3.2 Esimerkkejä kehittämishankkeista

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän merkittävä ongelma on ollut pitkään pirstaleisuus. *Paras-hankkeen* tavoitteena oli palvelurakenteen uudistaminen ja *Mieli 2009-hankkeen* tavoitteena oli yhtenäistää ovi mielenterveys- ja päihdepalveluihin. (Ruohonen 2010: 2.) Suureksi haasteeksi on muodostunut sosiaali- ja terveydenhuollon työkulttuurien erilaisuus. Päihdepalvelut ovat pitkälti sosiaalitoimessa ja mielenterveyspalvelut terveydenhuollon puolella. Terveys- ja terveydenhuollolla on pitkät perinteet, lääkärivetoisuus ja hierarkkinen kulttuuri. Sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen historia on lyhyempi ja professiot ovat identiteetiltään heikompia. Sosiaalitoimi on uudistuskykyisempi, kun taas terveydenhuolto massiivisuudessaan on muutostilanteissa jähmeämpi. Molemmilla sektoreilla on tarve tiukasti määritellä



professioiden rajat, koska koko palvelujärjestelmä on voimakkaassa muutoksessa. (Ruohonen 2010: 3.)

Mielenterveyden sairauksilla ja häiriöillä on yhä salaperäinen, pelottava imago ja vahva stigma. Mielenterveyden ongelmista kärsivät kohtaavat asenneongelmia ja suoranaista syrjintää. Peruspalveluissa on liian vähän tietoa mielenterveyden ongelmista, mikä on haaste perus- ja täydennyskoulutukselle. Kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta voi jäädä puutteelliseksi; somaattiset sairaudet saattavat jäädä mielen häiriöiden vuoksi tunnistamatta tai päinvastoin. Tavoitteena on se, että mielen sairauksiin suhtauduttaisiin yhteiskunnassa samoin kuin somaattisiin sairauksiin. Tällöin peruspalveluiden merkitys korostuu. Hoidon painopisteen tulisi olla peruspalveluissa, joita tuettaisiin erikoissairaanhoidon keinoin. (Ruohonen 2010: 5.)

Mielenterveystyön näkökulmasta kaikilla sosiaali- ja terveyspalveluilla on samat haasteet. Näitä ovat terveyserojen kaventaminen, tehostettu tuki vaikeimmassa asemassa oleville, ”yhdessä oloperiaate” palveluissa toteutettuna kuitenkin niin, että erikoisosaaminen säilyy, asiakkaan aseman vahvistaminen, kokemusasiantuntijuuden käyttöön ottaminen palvelujen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa, sekä vaikuttava moniammatillinen avohoito ja laitoshoidon minimointi. (Ruohonen 2010: 7.)

Varhaiskuntoutus on kansainvälisesti tarkasteltuna hyvin tyypillinen suomalainen toimintatapa. Varhaiskuntoutustoiminta on merkittävä osa järjestöjen kuntoutusta ja niin sanottua virallista järjestelmää tukevaa toimintaa ja kehittämistoimintaa. (Jalava & Koskela 2010: 6.) Janne Jalava ja Tuomas Koskela Kuntoutussäätiöstä ovat kantaneet päävastuun Suomen Mielenterveysseuran varhaiskuntoutuksen arvioinnista käsitellen erityisesti vertaistuen merkitystä mielenterveyskuntoutuksessa. Arvioinnissa tarkasteltiin Suomen Mielenterveysseuran varhaiskuntoutustoimintaa ja arvioinnin kohteena oli kymmenen varhaiskuntoutusryhmää. Nämä ryhmät toimivat vuosien 2009-2010 aikana. Arvioinnin toteutti Kuntoutussäätiön Innokuntoutus-yksikkö Suomen Mielenterveysseuran toimeksiannosta vuosien 2009-2010 aikana. (Jalava & Koskela 2010: 2.) Arvioinnissa hyödynnettiin aineistoina varhaiskuntoutusryhmiin osallistuneiden ryhmähaastatteluita, ryhmänohjaajien haastatteluita, kyselyitä ryhmiin osallistuneille, ohjaajien kurssiraportteja ja -suunnitelmia sekä ryhmiin osallistuneiden henkilöiden täyttämiä palaute- ja arviointilomakkeita. Hyödyntämällä useita eri aineistoja rinnakkain pyrittiin saamaan mahdollisimman todenmukainen ja kattava kuva arvioinnin kohteena olevista varhaiskuntoutusryhmistä. (Jalava & Koskela 2010: 9.)

Mielenterveyskuntoutujien vertaisuus on vapaaehtoisuuteen perustuvaa toimintaa, jonka perustana ovat samantyyppiset kokemukset psyykkisen sairauden tuomasta leimautumisesta ja tuskasta. Se on ei-ammattillista toimintaa ja sen voi määritellä omaehtoiseksi, yhteisölliseksi tueksi ihmisten kesken, joita yhdistää samankaltainen elämäntilanne. Henkilö, joka on koke-

nut samantyyppisiä tunteita, hyväksyy ja ymmärtää helpommin toista vastaavassa tilanteessa olevaa henkilöä. Yhteiset kokemukset lisäävät keskinäistä ymmärrystä. Toisten kuntoutujien selviytymistarinoilla on erityinen merkitys silloin, kun ihminen kokee leimautumista ja yksinäisyyttä. Vertaistuen käyttövoimaa ovat kokemustieto ja kokemukset, sekä niihin pohjaava elämänviisaus. Vertaistuki mahdollistaa menneen ymmärtämisen ja nykyhetkeen sitoutumisen. Se antaa toiveikkuutta tulevan kohtaamiseen. Kokemusten jakaminen lievittää ahdistusta ja poistaa pelkoa, jota psyykinen sairaus tai siihen liittyvä oireilu aiheuttavat. Mielenterveyskuntoutujat hyötyvät valtavasti vertaistuesta. Psykkiset sairaudet aiheuttavat syrjäytymisen vaaran ja hyvin negatiivisia sekä leimaavia syyllisyyden ja häpeän tunteita. Samat ongelmat läpikäyneiden vertaisten tuki ja yhdessä jakaminen helpottavat usein tilannetta huomattavasti. (Mielenterveyden keskusliitto ry 2005.)

Keskinäiseen tukeen ja apuun sekä vertaisuuteen perustuvaa toimintaa käytetään hyväksi sosiaali- ja terveysjärjestöjen palvelutoiminnassa. Eri vertaistukiverkostojen- ja ryhmien määrä on kasvanut sosiaali- ja terveysalalla 1990-luvun jälkeen. Tuona aikakautena voidaan todeta vertaistuen vakiinnuttaneen toimintamuotonsa. Vertaistoiminnan vaikutukset perustuvat pitkälti toisilta saatavaan sosiaaliseen tukeen ja sen positiivisiin terveydellisiin vaikutuksiin. Vaikutukset perustuvat myös siihen, että toiminta antaa elämälle merkitystä silloin, kun terveyden ja työ- sekä toimintakyvyn menetys murtavat entiset elämänhallintakeinot. Toisten samasta elämäntilanteesta kärsivien tai samaa sairautta sairastavien ihmisten kanssa oma tilanne on helpompi tunnistaa ja hyväksyä. Kuntoutujat voivat oppia toisiltaan monenlaisia asioita, ja he huomaavat, etteivät ole hankalassa elämäntilanteessa yksin. Myös monet muut kokevat tilanteensa hyvin samanlaisiksi. Oma tilanne on mahdollista hyväksyä askel askeleelta ja antaa tilaa uusille elämänhallinnan toimintamalleille. (Jalava & Koskela 2010: 7.)

Vertaistuki on tietyllä tavalla vertaisuutta voimakkaampi ja aktiivisuutta korostavampi käsite. Vertaisuus voi muodostua ihmisistä, jotka jakavat saman ominaisuuden, kuten iän tai saman ammatin. Vertaistukiryhmään puolestaan liittyy ajatus auttamisen ja tukemisen vastavuoroisuudesta. Pelkkä kokemusten jakaminen ei yksinään muodosta vertaistukiryhmää, vaan tarvitaan myös sosiaalinen tila, jossa vastaanottajat ovat aktiivisessa roolissa eläytyen toisen kertomukseen. Vertaistukea voi saada ja antaa monella tavalla, joko samassa elämäntilanteessa olevilta tuntemattomilta tai tutuilta henkilöiltä. Tällaisen ryhmän perustajana voi toimia jokin ammattitaho tai yksittäiset kansalaiset. Voidaan puhua myös vertaistukiverkostosta, jolla tarkoitetaan sitä, että aina pelkästään yksi ryhmä ei ole riittävä tuki. Vertaisverkoston toimivuuden kannalta on tärkeää, että se mahdollistaa erilaisin tavoin toimivia ryhmiä. Joillekin voi toimia paremmin internetin kautta mahdollistuva anonymiteetti ja toisille jonkin tahon organisoimat kasvokkain tapahtuvat ryhmätapaamiset. (Jalava & Koskela 2010: 7.)

Vertaistukea on siis mahdollista saada toiselta henkilöltä, ryhmältä tai verkostolta. Vertaistuen peruseriaate on kuitenkin se, että siinä vaaditaan kuntoutuvan ihmisen omaa aktiivisuutta. Tätä helpottaisi se, että vertaistukea olisi saatavilla mahdollisimman helposti ja että siihen pääsemiseen olisi matala kynnys. Vertaistuki ei ole hyvistä toimintatavoista huolimatta saavuttanut lakisääteistä asemaa yhteiskunnassa osana hyvinvointityötä. Vertaisryhmät eivät saa aina virallista paikkaa kuntoutusohjelmissa siitä huolimatta, että vertaistuen tunnustetaan täydentävän ja toimivan muiden palvelujen rinnalla. Vertaistukiryhmiin liittyy kuitenkin myös useita haasteita. Näistä keskeisiä ovat luottamuksen syntyminen, tuen jatkuminen ryhmien päättymisen jälkeen, ryhmien vaikuttavuuden ja tulosten mittaaminen sekä ryhmänvetäjien ammattitaidon taso. (Jalava & Koskela 2010: 7.)

Varhaiskuntoutusryhmiin osallistuneet henkilöt olivat arvioinnin tulosten perusteella tyytyväisiä ryhmien sisältöihin ja toimeenpanoon, sekä ryhmissä hyödynnettyihin menetelmiin. Ohjaajien ammattitaitoa ja toimintatapoja pidettiin hyvin korkeatasoisina ja ohjaajien toiminnassa oli keskeistä heidän toimimisensa työpareina. Kurssien ohjelmat olivat hyvin suunniteltuja. Osallistujat jakoivat samantyyppisen kriisin, joten vertaistuki mahdollistui. Useassa ryhmässä osallistujat kaipasivat lisää toiminnallisia menetelmiä, kuten taideterapiaa ja monipuolisempia liikunnallisia osioita. (Jalava & Koskela 2010: 46.) Arvioinnin tulosten perusteella voidaan todeta, että varhaiskuntoutusryhmiin osallistumisella on ollut myönteisiä vaikutuksia osallistujien psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn ja yleiseen vireystilaan (Jalava & Koskela 2010: 47). Ryhmien keskeisimpiä anteja osallistujille ovat olleet muun muassa vertaistuen omakohtainen kokeminen ja laaja konkretisoituminen, menetysten ja ongelmien sanallinen käsittely sekä se, että suurin osa haastatelluista koki, ettei vastaavaa tukea tai apua olisi saatu miltään muulta taholta. Jo pelkästään ryhmään tai kurssille pääseminen on koettu hyvin merkittäväksi asiaksi. Osallistujat kokivat, että kun kuulee muiden selviytyvän vastaavasta kokemuksesta, se tuo uskoa ja jaksamista tulevaisuuteen. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että arvioinnin kohteena ollut Suomen Mielenterveysseuran varhaiskuntoutustoiminta laajentaa kolmannella sektorilla tehtävää osallistavaa kuntoutustyötä. Se tuo lisäarvoa suomalaisen mielenterveyskuntoutukseen, erityisesti sosiaaliseen varhaiskuntoutukseen ja surutyön helpottamiseen. (Jalava & Koskela 2010: 48.)

*Mieli 2009-hankkeen* ehdotuksen mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsy palveluihin ja kohtelu niissä on oltava yhdenvertaista kaikkien muiden palvelujen käyttäjien kanssa. Tämä voitaisiin toteuttaa asenteiden muutokseen tähtäävällä koulutuksella, palveluiden valvonnalla sekä hoito- ja palvelutakuun keinoin. Tiedon lisääminen parantaa hoitoa ja kohtaamista. Se myös vähentää kielteistä stigmaa. (Ruohonen 2010: 4-5.) Tutkimukset eri työmenetelmien vaikuttavuudesta osoittavat, että tuloksia on mahdollista saada menetelmästä riippumatta, jos asiakkaan ja auttajajan välille syntyy aito kohtaaminen ja jos auttajasta välittyy usko siihen, että asiakkaan on mahdollista selvittää vaikeuksistaan. (Ruohonen 2010: 7.) Var-

haiskuntoutuksen keskeiseksi sanomaksi on muodostunut se, että varhaisella puuttumisella voidaan tehokkaimmin vaikuttaa henkilön vajaakuntoutumisprosessiin (Jalava & Koskela 2010: 5). Kolmannella sektorilla vertaistuellä ja vertaisuudella on vahva rooli. Tässä kenties piilee eräs kolmannen sektorin tuoma lisäarvo suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä ja osana mielenterveyskuntoutusta. (Jalava & Koskela 2010: 7.) Kuntoutuminen tapahtuu ammatillisen koulutuksen saaneiden ohjaajien ja pitkälti myös toisten kuntoutujien vertaistuen avulla. Tarkoitus ei ole tehdä varsinaista ammatillista tai lääkinnällistä kuntoutusta, vaan sosiaalista varhaiskuntoutusta, jonka keskeisenä työotteena on vertaistuen ohjattu hyödyntäminen. (Jalava & Koskela 2010: 48.)

#### 4 Tutkielman toteuttaminen

##### 4.1 Aineistonkeruumenetelmä

Toteutin kvalitatiivisen tutkimuksen käyttäen menetelmänä teemahaastattelua. Sen avulla etsin vastausta tutkimuskysymykseeni ”Millaisia asenteita mielenterveyskuntoutujat kohtaavat sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä yleisesti arjessaan?” Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein varsin pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyden kriteeri ei ole määrä vaan laatu. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan aineistolähtöisestä analyysistä, joka pelkistetyimmillään tarkoittaa teorian rakentamista empiirisestä aineistosta lähtien. Laadullisessa tutkimuksessa hypoteesittomuus tarkoittaa sitä, ettei tutkijalla ole lukkoonlyötyjä ennako-olettamuksia tutkimuksen tuloksista tai tutkimuskohteesta. On kuitenkin otettava huomioon, että havaintomme ovat aina latautuneet aikaisemmilla kokemuksillamme. (Eskola & Suoranta 2000: 18-19.)

Vertaisneuvojien ollessa itse mielenterveyskuntoutujia, saatiin aiheesta suoraa tietoa. Kyseessä oli puolistrukturoitu haastattelu, jossa kysymykset olivat kaikille samat. Siinä valmiita vastausvaihtoehtoja ei käytetä, vaan haastateltava saa vastata omin sanoin. (Eskola & Suoranta 2000: 86.) Hirsjärvi ja Hurme (2011: 47) kutsuvat puolistrukturoitua haastattelumenetelmää teemahaastatteluksi. Haastattelu alkoi ympäristön asenteisiin liittyvillä kysymyksillä, koska ne liittyvät kiinteästi myös ammattilaisten asenteisiin heidän ollessa osana ympäristöä. Lisäksi ympäristön asenteet vaikuttavat hyvinvointiin ja avun hakemiseen. Ammattilaisiin liittyviin kysymyksiin sisältyi kysymyksiä mielenterveystyöntekijöiden lisäksi myös muista sosiaali- ja terveysalan ihmisistä, koska kaikkien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten on hyödyllistä ymmärtää ihmistä laaja-alaisesti, myös mielensairauksia, voidakseen tarvittaessa ohjata asiakkaita oikean avun piiriin.

## 4.2 Aineiston kuvaus ja käsittely

Työelämän yhteyshenkilöni oli kertonut Propellin vertaisneuvojille haastatteluista ja kaikilla oli mahdollisuus halutessaan kieltäytyä. Haastateltaville lähetettiin etukäteen kirjoittamani kirje, jossa kerroin haastattelusta. Haastateltavat tiesivät etukäteen haastattelun aiheen, mutta eivät kysymyksiä. Näin ollen vastaukset olivat spontaaneja. Haastattelutilanteen aluksi annoin vielä luettavaksi ohjeen. Haastattelut tapahtuivat yhtä lukuun ottamatta silloisissa Helsingin Propellin tiloissa Ratakadulla, vertaisneuvojien työvuorojen aikana. Yhden haastattelun toteutin Mielenterveysmessuilla Wanhassa satamassa.

Keräsin aineiston haastattelemalla viittä vertaisneuvojaa. Valitsin haastatteluun tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Laadin ennen haastatteluja teemalistan ja kysymykset. Minulla oli mukana myös apukysymykset siltä varalta, jos haastateltavat olisivat olleet vähäsanaisia. Apukysymysten avulla sainkin lisää vastauksia osalta haastateltavista. Yksi haastateltavista perui haastattelun henkilökohtaisista syistä, mutta sain hänen tilalleen toisen haastateltavan. Haastattelun kesto vaihteli kolmentoista ja kahdenkymmenenneljän minuutin välillä. Litteroitua aineistoa kertyi kahdenkymmenenyhden sivun verran fonttikoolla 10 ja rivivälillä 1,5. Valmiit teemat olivat: perustiedot haastateltavasta, palvelujen käyttö, ammattilaisten suhtautuminen mielenterveyskuntoutujiin, yleinen ympäristön suhtautuminen, diagnoosinta/lääkityksestä mainitseminen ja vertaisten kokemukset. Lisäksi haastatteluaineistosta nousivat esiin seuraavat teemat: häpeän ja leimautumisen kokemukset, vertaistuen tärkeys ja kuntoutujan oman elämän asiantuntijuus.

Äänitin haastattelut äänitallenteelle. Tein tueksi samalla muistiinpanoja siltä varalta, että äänitys olisi epäonnistunut. Näin ei kuitenkaan käynyt, vaan äänitteet toimivat moitteettomasti. Haastateltavien nimiä ei kirjattu mihinkään, vaan käytin koodeja A, B, C, D ja E. Näin ollen heidän henkilöllisyytensä ei käy ilmi. Anonymiteetti koski myös Propellin asiakkaisiin liittyvää tietoa, jota kävi yleisluontoisesti ilmi haastatteluista. Haastateltavat saivat halutessaan esittää kysymyksiä. Ensimmäinen aineiston käsittelyvaihe oli aineiston litterointi eli muuntaminen puheesta tekstiksi. Litteroinnin tarkkuustaso määräytyy ennen kaikkea tulkittavan ilmiön mukaan. Mitä rajatumpi ilmiö on, sitä tarkempi litteraatio voidaan tehdä. Tämä tarkoittaa, että litteraation tarkkuustasoa tulee pohtia huolella paitsi tutkimusongelmaa sekä analyttisiä kysymyksiä tehtäessä, myös aineistoa rajattaessa. (Ruusu vuori 2010: 424, 426.) Litteroin aineiston sanatarkkaan tietokoneelle, kaikkine huokauksineen ja ääniteineen, jotta aineisto pysyi täysin alkuperäisessä muodossaan.

#### 4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytin teemoittelua. Nostin esille tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Näin oli mahdollista verrata tiettyjen teemojen esiintymistä sekä ilmenemistä aineistossa. Keskeiset aiheet voitiin poimia ja siten esittää kokoelmana erilaisia kysymyksenasetteluja. Tekstistä oli ensin pyrittävä löytämään ja sen jälkeen erottelemaan tutkimusongelman kannalta olennaiset aiheet. Usein kvalitatiivisen aineiston analysointi voidaan jättää tematisoinnin nimissä tapahtuneeksi sitaattikokoelmaksi. (Eskola & Suoranta 2000: 174-175.)

Etsin haastatteluaineistosta oleelliset asiat lukemalla aineiston moneen kertaan läpi. Näin löysin usein toistuvat teemat. Ensin lajittelin aineiston alkuperäisten teemojen mukaan, joiden rinnalle nousi myös muita tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Yksinkertaisimpana aineiston järjestämisen muotona pidetään luokittelua, jota voidaan pitää kvantitatiivisena analyysinä sisällön teemoin. Alkeellisimmillaan aineistosta määritellään luokkia. Sitten lasketaan, montako kertaa jokainen luokka esiintyy aineistossa. Teemoittelu voi periaatteessa olla luokituksen kaltaista, mutta siinä painottuu se, mitä kustakin teemasta on sanottu. (Sarajärvi & Tuomi 2002: 95.)

### 5 Keskeiset tulokset

Aineistosta nousi keskeisimpinä asioina esiin vertaistuen tärkeys mielenterveyskuntoutujille, kuntoutujan oman elämän asiantuntijuus, häpeän ja leimautumisen kokemukset, kuntoutujan kohtaaminen, tiedon puute ja pelko liittyen negatiivisten asenteiden kehittymiseen sekä asenteiden huomioiminen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutuksessa. Koulutuksen tärkeyttä korostettiin muutenkin mielenterveystyössä, koska koulutuksen myötä tieto lisääntyy. Haastatteluaineiston mukaan resurssien puute ja kiire vaikuttavat negatiivisesti ammattilaisten ja kuntoutujien kohtaamisiin. Useiden haastateltavien mielestä kohtaamiseen pitäisi varata riittävästi aikaa ja asiakasta tulisi kuunnella ja kohdella tasavertaisena ihmisenä. Ammattilaisten olisi syytä ottaa huomioon se, että kuntoutuja on itse oman elämänsä paras asiantuntija. Haastateltavien mukaan kuntoutusta tukisi se, että ammattilaisilla olisi useammin työparina vertainen, jolla olisi itsellään kokemusta mielenterveysongelmista.

#### 5.1 Kuntoutujan kohtaaminen

Kaikki haastateltavat olivat käyttäneet mielenterveyspalveluita ja jokainen oli sairaseläkkeellä. Käytettyjä palveluja olivat sairaalahoito, terveyskeskukset, yksityiset ja kunnalliset psykiatriin palvelut, psykiatrian poliklinikat, Mielenterveyden keskusliiton kuntoutuskurssit, psyko-

terapia, traumaterapia, oma-apuryhmät, hypnoosi, homeopatia, psykodraama ja kriisipuhelimet.

Eräs haastateltava halusi korostaa seuraavasti sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille kohtaamisen merkitystä mielenterveyskuntoutujien kanssa:

*”Se että, kuntoutuja itse tietää kyllä parhaiten mitä hän tarvitsee omassa elämässään ja, se että, olis hirveen tärkeätä että, kuntoutuja tai sairastunut sais myös siinä, sairastuessaan jo tavata jonkun muun jo kuntoutuneen, ää joka on käynyt sitä samaa läpi koska se ainakin mulla autto, se mä tä-tapasin ensimmäisen vertaisen vuoden kuluttua sairastumisestani, siinä vaiheessa vasta mulla niinku heräs toivo että tästä pystyy niin kun öh, toipumaan ja, mutta tää vertainen pitäis olla kyllä koulutus-koulutettu, ja äh tää ihmiset tai ammattilaiset ni, niin heillä myöskin se että he ottais enemmän jo kuntoutuneita öö työparikseen ja kuuntelis heitä niinku siellä työ-töissä, töissä heidän niin kun kuntoutuneitten kokemuksia, ja arvostais sitä heidän, öö niinku kokemuksia niinku siit sairastumisesta koska se ei oo heidän ammattitaidostaan pois, vaan se lisää heidän ammattitaitoaan.”*

Vertaisten ja ammattilaisten muodostamat työparit voisivat muodostaa merkittävän lisäarvon mielenterveyskuntoutuksessa, jos tällainen toimintatapa yleistyisi. Ammattilainen ja vertainen voisivat täydentää toistensa osaamista. Vertaisella on tunnekokemus sairastumisesta ja ammattilaisella on alan koulutus.

Mielenterveystyön ammattilaisten suhtautumista edellinen haastateltava kuvasi seuraavilla kommentteilla:

*”No mullon ollu tosi ihanat lääkärit ja tosi ihana ä omahoitaja...”*

*”No minuun minuun se on ollu todellakin hyvää. Öö hankalimat kohtaamiset on ollu yleensä kyllä semmosten kanssa jotka eivät oo ollu alan ammattilaisia.”*

*”...semmosilla jotka ei oo vielä kokeneet öö sitä, sitä tota noin tai joilla ei oo sitä kokemusta yhteistyöstä vertaisihmisten kanssa ja työparina näin edelleen nii siellä se saattaa vielä olla aika nihkeätä ja ja missä on niin kun tämmönen vanhoillinen työmalli että että ammattilainen tietää paremmin kun sairastunu. Mutta sitte taas että jos on kokemus jo ollu, että miten työskennellään niinku vertaisihmisten kanssa tai vertaisyhteistyön tekijöitten kanssa ja ja on saatu hyviä tuloksia niin siellä se on todellakin positiivinen se työskentelymalli ja suhtautuminen.”*

Yksi haastateltavista mainitsi, että lääkärit ovat hyvin lääkekeskeisiä:

*”No, sanoisin, että lääkärit ovat hyvin lääkekeskeisiä. Niin he hoitavat lähinnä vaan sitä sairasta puolta ja määräävät lääkkeitä. Minun mielestä pitäisi ajatella niin, että kuntoutujassa on kaksi puolta. On se terve puoli ja sairas puoli. Nykyisessä psykiatriassa hoidossa keskiy keskitytään vaan sen sairaan puolen hoitamiseen. Eli minusta huonoa on tätä lääkekeskeisyys. Hyvä kohtaaminen on myös kohdallani sattunut, öö, olin hyvin ahdistunut ja siihen ahdistukseen ei määrättykään mitään rauhoittavaa lääkettä, vaan minut määrättiin puoleksi vuodeksi fysikaaliseen hoitoon. Se auttoi minua, sitä pidän hyvänä kohtaamisena.”*

Tässä kohtaa nousee esille se, että ihmisillä on usein tarve kontaktiin muiden ihmisten kanssa. Vaikka lääkkeet ovat usein tarpeen, niin niiden rinnalle kaivataan kehollisia menetelmiä ja aitoa kohtaamista, jossa asiakkaan on mahdollista rauhassa kertoa tilanteestaan ammattilaiselle.

Hän siis piti tärkeänä, että tapaamiseen varataan kunnolla aikaa:

*”Ää, siellä psykiatrisella poliklinikalla pidän hyvänä sitä, että aikaa on varattu runsaasti. Vastaanotto psykiatrisella sairaanhoitajalla kestää noin tunnin verran. Siinä on aikaa.”*

Kuten Ranteen (2007) tutkimuksessa mainitaan, kuntoutujan kanssa vuorovaikutuksessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä käytetyn ajan pituudella on vaikutusta ammattilaisten asenteiden myönteisyyteen. Näin ollen olisi tärkeää, että asiakastapaamisiin olisi riittävästi aikaa.

Eräs haastateltava kommentoi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten sekä mielenterveyskuntoutujien kohtaamista seuraavasti:

*”No, pitäis kohdata niinku ihminen ihmisen tasavertasena, että ei ei ylhäältä alaspäin eikä, eikä sillä lailla, että minä tiedän, minä osaan.”*

Yksi haastateltavista koki, ettei häntä ole otettu tosissaan, eikä hän ole tullut mielenterveyspalveluissa riittävästi kuulluksi:

*”...eniten, mikä on vaivannu jossain vaiheessa niin, niin se, että tuota, ei oo otettu niinku tosissaan sitä, mitä mä oon niinkun sanonu. Tavallaan en oo tullu kuulluks se on ehkä oikee sana. Riittävällä tavalla.”*



Tässä kohtaa tulee esille Mielenterveyden keskusliiton yksi perusperiaatteista, eli kuntoutujan oman elämän asiantuntijuus. Ammatilaisen on syytä kuunnella asiakasta kunnioittavasti ja muistettava se, että asiakas itse tietää parhaiten, millaista hänen elämänsä on.

Eräs haastateltava koki saaneensa hyvää palvelua:

*”Että sillon kun haettiin tota eläkettä, ni mä sain tosi hyvää apua sit meidän, ää niin sanottu psykpolin sosiaalihoitajalta. Mut sit nyt viimeaikoina mä oon enemmän sit ollut tekemisissä ton Kelan kanssa, mä oon kyllä kertonut että, mä oon kuntoutuja. Mä oon saanut erittäin hyvää palvelua...”*

Kysyttäessä sitä, miten on kokenut diagnoosista ja lääkityksestä mainitsemisen muille kuin psykiatrian parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, hän sanoi kertoneensa niistä avoimesti ja totesi lääkityksestä mainitsemisesta:

*”Öö, must siit on hyvä kertoa. Ja mä oon kertonutkin. Koska mä niinku koen että siitä, siitä on enemmän hyötyä ku haittaa. Heillä niinku, muillakin on niinku sit tietoa enemmän niistä asioista että.”*

Hän kuitenkin kommentoi, että toivoisi terveyskeskuksen puolelta enemmän ihmisen kokonaisuuden hallintaa siten, että hoidettaessa yksittäistä somaattista sairautta otettaisiin huomioon myös psyykkinen puoli, koko kokonaisuus.

Kysyttäessä mielenterveystyön ammattilaisten suhtautumista, yksi haastateltava puolestaan vastasi:

*”No, jos puhutaan niin kun mielenterveyshoitajista ja ja mielenterveyspoliklinikoilla suhtautui työskentelevistä lääkäreistä, niin minun mielestä he suhtautuvat asiallisesti. Ainakin minä henkilökohtaisesti olen saanut hyvää ja asiantuntevaa apua. Tästä voin sanoa esimerkkinä sen, että minua on hoidettu kokonaisvaltaisesti. Juuri äsken olin laboratoriossa verikokeissa, jossa seurattiin veriarvoja, että sinne ei ole jäänyt lääkerekertymiä.”*

Erään haastateltavista mielestä suurin ongelma on hoitoon pääsy. Toinen koki, että hänet on kohdattu mielenterveyspalveluissa tasavertaisena ja että suhtautuminen on ollut positiivista. Yksi oli sitä mieltä, että julkisen puolen henkilöstöllä ei ole riittävästi resursseja ottaa ihmistä yksilöllisesti huomioon:

*”Siis kyllähän, no joo tää liittyy nyt siihe resursseihin, et eihän niil oo resursseja niinku ottaa, ottaa tota, henkilöö niinku yksilöllisesti huomioon että, ne tekee niinku sarkjatyönä sitä asiaa. Ja tää nyt koskee lähinnä julkisen pal-puolen, ja kolmannen sektorin paikoissa ni, sillo, sillon mä oon kokenu oikeenlaist kohtaamista.”*

Erään haastateltavan mielestä ammattilaisten suhtautuminen on ollut hyvää, eikä häntä ole kohdeltu alempiarvoisena. Kuitenkin poikkeuksena oli se, että työterveyslääkäri ei ollut suostunut hoitamaan häntä. Hän myös lisäsi, että terveyskeskuksen puolella ei välttämättä osata käsitellä kunnolla mielenterveyteen liittyviä puolia, eikä häntä ole siellä otettu aina vakavasti. Hän arveli, että kiire ja koulutuksen puute vaikuttavat negatiivista suhtautumista lisäävästi. Ranne (2007: 13) toteaaakin, että tutkimusten mukaan asenteisiin vaikuttavat koulutuksen pituus ja erikoistumisala. Esimerkiksi psykiatriset sairaanhoitajat ovat yleisesti ottaen halukkaampia hoitamaan itsetuhoisia potilaita, kuin sisätautikirurgiset hoitajat. Ranteen mukaan liian vähäinen koulutus vaikuttaa asenteisiin negatiivisesti, mutta toisaalta raportin lopussa mainitsemassani Sakellarin väitöstutkimuksessa (Turun yliopisto 2014) todetaan, että lyhytkin opetus kohentaa nuorten mielenterveystietoutta muokaten asenteita positiivisemmiksi. Myös Aromaa ja Wahlbeck (2011: 84.) mainitsevat, että korkeampi koulutustaso näyttää aina liittyvän suvaitsevaisempaan asennoitumiseen.

Suurin osa ei kokenut vaikeutta kertoa diagnoosista ja lääkityksestä sellaisille sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, jotka eivät työskennelleet psykiatrian parissa, mutta yksi haastateltava kommentoi:

*”...tuntuu et siit on niin kauan aikaa mutta tota, öh, sillon mulloli hyvin paljon fyysisiä oireita, joita ei ollu hoidettu, ja johtu myös paljon mun omast elämäntilanteesta sillon koska se oli hyvin hankala ja, niin ei otettu tosissaan, vaan pistettiin hyvin paljon päänupin syyks.”*

Kuten kenellä tahansa, myös mielen sairaudesta kärsivällä henkilöllä voi olla fyysisiä vaivoja. Ammattilaisen olisi siis syytä aina ottaa tosissaan, kun kuka tahansa kertoo omista vaivoistaan. Kuten teoriaosuudessa todetaan, Mielenterveyden keskusliiton tietoon on tullut, että mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä ei oteta usein vakavasti, kun he kertovat fyysisistä oireista (Alto & Vuorela 2011: 34-36).

## 5.2 Näkemyksiä yleisesti vallitsevista asenteista

Kysyttäessä yleisesti vallitsevista ammattilaisten asenteista mielenterveyskuntoutujia kohdetaan, yksi haastateltava vastasi kohtelun olevan kirjavaa:

*”Se vaihtelee tosi paljon että tota, että että, oon kokenu semmosta tylyä kohtelua, ja sitte tota mutta oon myös ollu siis, öö, semmosten henkiöitten kans tekemisissä, että tota, ne on todella ottanu huomioon. Et se on niinku y-yllättävän niinku kirjavaa se.”*

Erään haastateltavan näkemys yleisesti vallitsevista asenteista mielenterveyskuntoutujia kohtaan oli seuraavanlainen:

*”Minun mielestä mielenterveyskuntoutujiin suhtaudutaan kielteisesti sen takia, koska lehdistö nostaa esille jos tapahtuu jotain pahaa, joku on joku hirmuteko on ollut, niin aina siinä mainitaan sitten se, että on ollu mielenterveyskuntoutuja. Niin siellon tullu semmonen leima lehdistön kautta.”*

Kuten teoriaosuudessa todetaan, myös Korkeila (2011: 29-30) mainitsee median merkityksen. Lisäksi Joutsenniemi (2011: 44-45.) mainitsee, että useissa tutkimuksissa on todettu median olevan omaisten mielestä tärkeä vaikuttaja häpeäleiman synnyssä ja ylläpidossa.

Yksi haastateltavista kommentoi yleisesti vallitsevia asenteita:

*”Huoh, mun näkemys on, että tämän päivän nuoret, ii sanotaan tämmöset justiin valmistuneet siitä, ni heillo he heillon niinku aika avoin, avoin suhtautuminen että, mä nään t-tai koen, että vanhemmissa ikäryhmissä on ehkä enemmän semmosta, semmosta tota tiukkaa asennetta ni o tietysti niitten omien juttujen perusteella että, ei oikeen niin kun, et jotenkin tää nyky nykyset nuoret ihmiset ni, tuntuu että ne ymmärtää paremmin.”*

Ikäkysymys tulee esiin myös muun muassa Aromaan ja Wahlbeckin (2011) artikkelissa. Siinä mainitaan, että suomalaisissa asennetutkimuksissa on todettu korkeamman iän ja matalan koulutustason vaikuttavan negatiivisten asenteiden kehittymiseen ja että vuonna 2008 tehdyn masennukseen liittyvän asennetutkimuksen perusteella tutkijat vetivät johtopäätöksen, jonka mukaan sosiaalisen syrjinnän vastaiset toimenpiteet kannattaisi kohdistaa iäkkäämpiin miehiin, joiden omakohtainen kosketus mielenterveysongelmiin on ollut vähäistä.

Erään mielestä yleisesti vallitsevat asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat negatiivisia:

*”Kyllä ne on aika siis mä uskon että se johtuu siitä että, ihmisil ei oo riittävästi tietoa, et mistä siin on mistä on kysymys, ja, ja tota, myöski se että tota, saattaa olla myös pelkoo. Ihmiset pelkää.”*

Tarkensin, että oliko hän sitä mieltä, että yleisesti vallitsevat asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat negatiivisia:

*”Niin kyllä, joo, joo. Et tota, jollain tavalla tämmösen mielenterveyskuntoutujan kohtaamine on pelottavaa, ku ei yhtään niinku ajattele että no nyt se vähintäänkää pö niillon iha semmosii niinko, että tota, mi-miten vois sanoo. Semmosii pelkoja mil ei oo mitään todenperäsyttä.”*

Pelon ja tietämättömyyden merkitys tulee esille myös teoriaosuuden alussa mainitussa Erwinin (2005) teoksessa, joka käsittelee asenteita ja niihin vaikuttamista.

Eräs kommentoi yleisesti vallitsevia asenteita:

*”...niistä puhutaan niin kun paljon, paljon enemmän. Ja siit on tullu tavallaan muoti-ilmiöki täst loppuun palamisesta. Ja tuli jossaki vaiheessa muoti-ilmiö et joku oli ni masentunu ja lop-loppuun palanu ja näi edellee, vaikka se ois kestäny vaa viikonkin. Mut tota, toisaalta sit se on myöskin ty koventunees työelämässä myös ase pistää ihmiset pihalle.”*

Yksi haastateltava kuvasi, kuinka mielenterveyskuntoutujia kohtaan on ennakkoluuloja. Suurimman osan haastateltavista mielestä somaattisesta sairaudesta on helpompi puhua, kuin mielensairaudesta. Eräs kommentoi:

*”Asia on itsestään, ää, selvä, että on helpompi kertoa somaattisesta sairaudesta ja itsekin ajattelin, että olisipa jalka poikki, siitä olisi paljon helpompi töissä sanoa sairasloman syyksi, ku se, että on psyykinen syy olla sairaslomalla.”*

Toinen arveli:

*”Öö joo, joo et tommost, öö fyysiset, sairaudet niit on helpompi kertoa koska niitä on, öö toiset ihmiset ymmärtää niitä paremmin. Mut se mitä tapahtuu pään sisällä ni sitä ei välttämättä ymmärretä. Koska ei sitä välttämättä itekään ymmärrä aina.”*

Jotkut mielen sairaudet saattavat oireillessaan aiheuttaa sairastuneessa yleisestä normista poikkeavaa käytöstä, mikä voi olla sairastuneelle itselleenkin hämmentävää. Tällaisessa tilanteessa ulkopuolinen ei välttämättä heti tiedä, millä tavalla tilanteeseen olisi luontevinta suhtautua. Näin ollen sairastunut saattaa joskus myös kokea jonkun henkilön asenteen negatiivisena, vaikka siitä ei välttämättä olisikaan aina kyse.

Yksi haastatelluista oli kuitenkin sitä mieltä, että mielensairauksista on helpompi puhua, kuin somaattisista sairauksista:

*"...no mielensairausta on sillä tavalla helpompi kertoa kun kukaan ei tuu sanomaan et mullon kans. Sitä ei kyllä, ei oo vielä kyllä ykskään ykskään tullu sanomaan mutta, jos mä sanon että mullon ku mullon nivelrikko jalassa ja näiedelleen ni, aina löytyy jollon pahempi."*

Erään haastateltavan mukaan hänen tapaamiensa mielenterveyskuntoutujien kokemukset kohdatuista asenteista vaihtelevat paljon. Hän kuvaa tapaamisia näin:

*"Hmmm, mä kokisin näin kyllä että enemmän, enemmän on niitä jotka puhuu, ja halua puhuu, se että kuinka perusteellist se on ni sillä ei sinänsä oo merkitystä, vaan se et ihminen pystyy itsestään kertomaan ja on joku joka kuuntelee ni se on siinä se, kummin-kin se avain."*

Yksi haastateltavista kommentoi muiden kuntoutujien kokemuksia:

*"Siis kyllähän siellon aika aika kovia, siis ihan selkeesti tota just tätä että ei kuunnella ja ja ei oteta tosissaa ja ei saa hoitoa ja, et todella negatiivisia kokemuksia löytyy ihmisiltä aivan hirveesti."*

### 5.3 Häpeä ja leimautumisen kokemukset

Eräs kommentoi, että ympäristön asenteet vaikuttivat hänen avun hakemiseensa ja että diagnoosista kertominen on ollut vaikeaa:

*"Kyllä ne on jonkin verran vaikuttaneet, sillä, kun sairastuin psyykkiseen sairauteen, niin suvussani ei ollut aikaisemmin ollut ketään, joka olisi kärsinyt mielenterveysongelmista ja itsekin pitkään uskoin, että diagnoosi on väärä ja suhtauduin kaikkeen hoitoon kielteisesti ja oli sellanen häpeän leima mennä psykiatriseen hoitoon."*

Hän myös lisäsi:

*"Ää, minusta jokainen itse saa päättää sen, mitä kertoo ja kenelle kertoo. Itse koen sitä, ettei ole tarpeellista ruveta tällasta asiaa kertomaan kaikille, koska heillä ei ole sitä ymmärrystä välttämättä sitä asiaa käsitellä."*

*”Ää, diagnoosista kertominen on ollut hyvin vaikeaa. En ole vieläkään, ihan lähi-ihmiset tietävät, mutta vieläkään en sitä kaikille kerro.”*

Toinen haastateltava kommentoi ympäristön vaikutuksia avun hakemiseensa seuraavasti:

*”Eei, ei vaikuttanu minuun itseeni, mutta lähinnä omaisiin vaikutti.”*

*[Haastattelija: -- Millä tavalla?]*

*”Että, ää, se häpeä, häpeän tunne oli ehkä omaisissa voimakkaampi.”*

Hän kuitenkin oli sitä mieltä, ettei hänellä ole ollut vaikeuksia puhua sairaudestaan sekä etäisemmille että läheisille ihmisille. Yksi haastateltavista kertoi, että hänen sairastuttuaan hänen vanhempansa painostivat häntä takaisin työelämään ja että hänestä tuli heidän silmissään niin sanotusti toisen luokan kansalainen. Hän myös lisäsi:

*”Ja myöskin toinen näistä mun lapsista, lähes aikuisena sano että, koki sen niinku hyvin häpeällisenä tän tilanteen. Niinku myös minä itse et et täs on nyt vaikee sanoo että mikä se sitte se, kyl siis se varmasti se häpeä vaikutti siihen, mun niinku kaikkee elämiseen ja ympäristöön ja ihmissuhteisiin ja kaikkeen, että tota.”*

Hän mainitsi, että edellä mainitut tekijät hidastivat hänen avun hakemistaan. Kuitenkin hän koki sairaudestaan kertomisen läheisilleen lopulta helpotuksena. Kysyttäessä sairaudesta kertomisesta etäisemmille ihmisille, hän vastasi:

*”Se oli se se aiheutti mussa kans häpeetä. Mulla oli hirveen vaikee niinku olla ihmisten, siis tavallaan ys-ystävien kans tekemisissä, ja ja sanoo että mä oon eläkkeellä, millä se oli niinku. Et mä varmasti tein sitä et rajotin paljon niinku näitä kontakteja ihmisii uusiin ihmisii tai ystävii että, että tavallaan niinku syyllistin sitä itteeni edelleenki siinä vaikka olin sairastunu. Et mä oon jotenki huonompi ku muut ja, näin.”*

Eräs haastateltavista vastasi ensin, että hän on avoimesti kertonut sairaudestaan, eikä ole pelännyt leimautumista ja on uskaltanut hakea apua, mutta toisaalta hän totesi sairaudesta kertomisestaan:

*”Öö, no siinä on ollu vaikeuksia, öö eniten kun mä oon tavannut niinku vanhoja, vanhoja, sanotaan niinku ää tai oikeestaan ää mun ystävän kan kautta hänen tuttuja jossakin synttäreillä, niin en oo uskaltanut kertoa, et mä oon eläkkeellä. ...En oo todellakaan us-*

*kaltanut kertoo. Mutta, kyllä mä muille niinku, oon kyllä sanonut et mä oon eläkkeellä ja.”*

Hän sanoi valikoivansa ne ihmiset, joille hän kertoo sairaudestaan.

Yksi haastateltavista korosti, että sairastumisen alussa häpeä oli voimakasta:

*”Alussa se, no mä jouduin, mä romahdin niin totaalisesti et mä et mä jouduin, öö psykiatriselle polille, työpaikkalääkärin kautta ja se häpeän tunne oli aivan valtava ja sitä kesti varmaan sen vuoden verran koska mulla meni työ ja mulla meni kaikki siinä. Mutta, sitten kun mä siitä pääsin pikkuhiljaa eteenpäin ja tapasin tosiaan niit vertaisia ja näin edelleen niin, ja kun mä pääsin sen häpeän ja vihan yli niin, ja pääsin sitä purkamaan niin, mä oon sen jälkeen, sen jälkeen niinku päässy paljon paremmin, paremmin niin kun totanoinniin eteenpäin ja se vaikutti... Niin tota, niin siin alussa oli hirveen vaikeet hakee apua. Tänä päivänä se ei ois ongelma ongelma mut totanoinniin ja sit se että ei tienny, mistä hakee apua.”*

Hän kuitenkin koki sairaudesta kertomisen läheisilleen erittäin tärkeäksi:

*”No läheisille se ei oo mulla enään ongelma koska mä otin jossakin vaiheessa sen asenteen että joko mä puhun tästä, tai jos mä en puhu tästä niin mä kuolen tähän p tähän häpeään ja se että vo se ois ollu varmaan mulle ihan kirjaimellisesti kuolemaks, koska totanoin mä harkitsin itsemurhaa sillon. Mutta, sit mä aattelin että, et mun on niin kun pakko nousta tästä suosta ylös, ylös tai, tai sitten mä niin kun jään tähän suohon.”*

Nykyisin hän puhuu sairaudestaan julkisesti ja luontevasti. Hän on saanut siitä hyvää palautetta. Myös toinen haastateltava mainitsi, että hän ei enää nykyään häpeä sairauttaan, mikä kävi ilmi kysyttäessä sitä, miten hän on kokenut diagnoosistaan mainitsemisen muille kuin psykiatrin parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Elämäkokemus tuo varmasti tiettyä itsevarmuutta monille ihmisille. Voi olla, että yleisesti ottaen nuorilla saattaa olla vaikeampaa tässä asiassa, koska heidän identiteettinsä ei ole vielä täysin kehittynyt ja elämäkokemus on vähäisempää.

Tapaamiensa mielenterveyskuntoutujien kokemuksia heihin kohdistuneisiin asenteisiin liittyen yksi haastateltava totesi:

*”Ää, mi-mulla ei tule mieleen mitään esimerkkiä että mä voisin sanoo, mutta kyllä yleinen mikä on, on se häpeän tunne, eli moni ja jättää kertomatta sen, että sairastaa mi-mielenterveysongelmia.”*

Kysyttäessä sitä, miten helppoa tai vaikeaa tapaamiensa mielenterveyskuntoutujien on ollut puhua sairaudestaan, eräs vastasi:

*”Kyl se ainaki sillo alussa ni se on, se on todella hankalaa. Ja ja just yleesä se että kontaktin ottaminen toiseen ihmiseen on jo vaikeeta. Ihan fyysiselläki niinku tasolla että, olla samassa tilassa tai muuta. Nii saati sitte niin että, et lähetää sitte jakamaan sitä omaa niin, se se on niinku, se on se avain. Jollain tavalla näin mä sen nään että. Et siinä vaiheessa ku sen pystyy tekemään ja ja kertomaa sitä itsestään niin ni niin tota, sillo olla jo aika pitkällä, siin kuntoutumisessa.”*

*[Haastattelija: -- Mistä luulet sen vaikeuden johtuvan?]*

*”Kyllä se on se häpee ja ja just se että tot ku sitä odottaa sitä apua ulkopuolelta. Odottaa et joku niinku ottais ja hoitais mut kuntoon. Ni se on se, tekijä, mm.”*

Myös viimeinen haastateltava nosti esiin häpeän:

*”Öö, kyl se niinku se puhuminen on varmaan yleisesti ottaen todellaki vaikeet sen häpeän yli. ...kun me ollaan myös kuntoutusohjaajan kanssa tavattu ihmisiä... ...ni mä oon sanonu et hei kuule et mä oon kuntoutuja, et mä oon käyny ton saman läpi. Niin mä muis-tan ykski kaveri ku se yhtäkkiä niin kun heräs ihan et mitä, oot sä sairas? Mä sanoin et joo et mä oon, mä oon käyny on saman läpi ni, sit se niinku niinku ihan heräs siihen että tota noi että, et niinku sille tuli niinku joku valo iha niinku silmii että. ...niin se on val-tava askel jo eteenpäin tai, että et yleesä johki tulee johki tilaan missä vois niin kun saada apua tai yhdistykseen tai johki tai et tai ees kerran uskaltautuu sanomaan, et hei et mä oon sairastunu, tai hei mä tarviin apua. Niin sillen pitäs jonkun olla jo niin ku ot-tamas vastaan.”*

Eräs oli sitä mieltä, että niiden kuntoutujien kanssa, jotka ovat sinut sairautensa kanssa, on helpompi puhua sairaudesta, kuin niiden, jotka eivät ole sairastumistaan täysin sisäistäneet.

Häpeä on myös teoria-aineiston pohjalta hyvin merkittävä asia mielenterveyskuntoutujien elämässä. Se aiheuttaa hyvin paljon kärsimystä sekä kuntoutujille itselleen sekä myös heidän läheisilleen. Asialle löytyy runsaasti tukea tutkimuksista ja kirjallisuudesta, joista tämän tutkielman osalta kattavin teos on *Irti häpeäileimasta* (2011), jonka kirjoittamiseen on osallistunut useita suomalaisia asiantuntijoita.



#### 5.4 Vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujille

Kysyttäessä vertaistuen merkityksestä, häpeä nousi edelleen esille keskustelussamme:

*[Haastattelija: -- Oletko törmännyt näitten kuntoutujien kohdalla niinku heidän kokemuksiinsa niin, häpeän kokemuksiin?]*

*”Joo, joo. Ää mullon muutama maahanmuuttaja-asiakas ollut, niin heidän on ollut pakko pitää kaikki täysin salassa. Ja se on hirvee tuska ollut heille. Ja myöskin, myöskin ihan kantaväestön, kantaväestön piirissä niin, joillakin on vaikeuksia.”*

Kaikki haastateltavat kokivat vertaistuen erittäin tärkeäksi. Eräs kommentoi:

*”Ja vertaistuen kautta tai vertaisista olen saanut myös ystäviä, koska he ymmärtävät, mitä on väsymys ja ahdistus ja masennus, mitä tälläseet sanat elämässä tarkoittavat.”*

Yksi haastateltavista vastasi kysyttäessä vertaistuen merkitystä mielenterveyskuntoutujille:

*”Ensiarvosen tärkeeks. Siis mä ko-koen sen että, se on oikeestaan kaiken, siis ammattilaisia tarvitaa ilman muuta, koska tota, kukaanhan ei vois hoitaa niin kun mutta se että, vertainen pystyy herättää tän toivon ja uskon siihen kuntoutumiseen, toipumiseen.”*

Toinen kuvaili vertaistuen merkitystä:

*”Se o iha ehdoton. Se on todella siis tärkeä asia. Ja esimerkiks öö, mm-mulle oli oli tärkeintä tota, jotta mun toivo heräs, koska tässä on kysymys silloin ku mä sairastuin ni mä en ymmärtänyt sitä kuinka että et mun pitää ottaa nää oman hoitoni ohjat itse niinku, et mun pitää niinku itse ruveta hoitamaa itseäni. Et kukaan ulkopuolinen ei pysty mua hoitamaan kun ei ne pääse mun päälle sisään. Niin tota, se tieto siitä, et tästäki voi selvitä, ni tuli tän vertaistuen kautta.”*

Tärkeänä asiana nousi esiin vertaisten samanlaiset kokemukset sairastumisesta. Mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten ei tarvitse selittää toisilleen kaikkea sairauteen liittyvää, koska he jo lähtökohtaisesti tietävät sairastumisesta omasta kokemuksestaan. Tämä luo varmasti merkittävän keskinäisen helpotuksen tunteen vertaisten välille.

Eräs kuvaili vertaisten olevan keskenään ikään kuin samaa heimoa:

*”No mä äsken tuola justiin koke tota puhuin siitä että mulla niinku vertainen, vertaisuus sairastumisen alussa oli että elämän käännekohta, toivo selviytymisestä, kun mä tapasin ensimmäisen kerran vertaisen noin vuosi sen jälkeen kun mä sairastuin, se oli uus alku, en ollu yksin, öö joku on samaa heimoa, joka ymmärtää mua niin kun sanattomastikin... ..huuh sitte tota noin niin öö muut vertaiset on on niinku ollu ystäviä täs tai kun muodostunu todellakin niinku semmosiks ää syviks ja hyviks ystäviks. ...tai niinku nähdään ja seurataa toistemme tekemistä ni, niinku puhuttaa sielunsiskoista, et se on, se on niinkun eh ja sielunvelj sielunveljistä, niin se on tota noin niin ehkä paras vertauskuva sille että. ”*

Mielenterveyden keskusliitto korostaakin vertaistuen merkitystä yhtenä toimintansa oleellisimmista toimintamuodoista mielenterveyskuntoutuksen tukena. Tämä tulee esille useassa kohtaa teoriaosuutta. Myös Kuntoutussäätiössä työskentelevien Janne Jalavan ja Tuomas Koskelan toteuttaman Suomen Mielenterveysseuran varhaiskuntoutuksen arvioinnin tulosten perusteella voidaan sanoa, että varhaiskuntoutusryhmiin osallistumisella on ollut myönteisiä vaikutuksia osallistujien psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn ja yleiseen viireystilaan, ja että ryhmien keskeisimpiä anteja osallistujille ovat olleet muun muassa vertaistuen omakohtainen kokeminen ja laaja konkretisoituminen. (Jalava & Koskela 2010: 47-48).

## 6 Luotettavuustarkastelu

Kaikessa tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä ja yksittäisessä tutkimuksessa on arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Sarajärven ja Tuomen (2011) teos *Laadullinen tutkimusanalyysi* perustuu oletukseen, jonka mukaan kvalitatiivinen tutkimus ei ole yksi yhtenäinen tutkimusperinne, vaan siihen kuuluu useita erilaisia perinteitä. Näin ollen on ilmeistä, että laadullisen tutkimuksen piiristä löytyy erilaisia näkemyksiä myös tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä. Tämä saattaa myös selittää sitä, miksi kvalitatiivisen tutkimuksen oppaiden luotettavuustarkastelut ovat usein hyvin erilaisia ja eri asioita painottavia. On myös syytä pohtia, onko laadullisen tutkimuksen piirissä ylipäättänsä yhtenäisiä käsityksiä tutkimuksen luotettavuudesta. (Sarajärvi & Tuomi 2002: 131.)

Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Sarajärven ja Tuomen teoksessa tutkimuksen kohteella ei tarkoiteta sitä, montako henkilöä tutkimuksen tiedonantajina oli, vaan sitä ilmiötä, jota ollaan tutkimassa. Tutkimuksen kohde ja tarkoitus määritellään sen mukaan, mitä ollaan tutkimassa ja miksi. (Sarajärvi & Tuomi 2002: 135.) Tutkimukseni kohteena oli mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet. Tarkoitus oli kehittää asiakaslähtöisyyttä mielenterveystyön ammattilaisten keskuudessa, madaltaa kynnystä avun hakemiseen jakamalla tietoa ja vaikuttamalla yleiseen asenneilmastoon. Tavoitteena

oli myös lieventää mielenterveysongelmiin liittyvää häpeää ja leimautumista, mitkä aiheuttavat henkistä kärsimystä asianomaisille. Haastattelemistani henkilöistä neljä viidestä oli naisia ja yksi oli miespuolinen. On vaikea arvioida, vaikuttiko sukupuoli jollain tavalla vastauksiin. Jokainen haastateltava oli keski-ään ylittänyt, joten heille oli kertynyt elämäkokemusta ja ehkä sen myötä tietynlaista varmuutta puhua vaikeasta aiheesta. Myös se, että haastateltavat toimivat vertaisneuvojina, on tekijä joka vaikuttaa siihen, että he ovat tottuneita puhumaan sairaudestaan.

Keräsin aineiston haastattelemalla kutakin haastateltavaa yksin. Näin ollen he saivat vastata kysymyksiin rauhassa miettimättä mitään ulkopuolista yleisöä. Tämä teki ehkä haastattelutilanteesta aidon ja suhteellisen rennon. Olin myös varannut haastatteluihin riittävästi aikaa, mikä edesauttoi saamaan vapautuneita vastauksia. Haastattelut toteutettiin vertaisneuvojen työvuorojen aikana. Näin ollen haastattelutilanteissa tuli kuitenkin olla siinä mielessä valppaana, että haastattelutilaan olisi voinut tulla Propellin asiakkaita, jolloin haastattelukin olisi pitänyt keskeyttää ja asiakkaan lähdettyä sitä olisi jatkettu. Asiakkaita ei kuitenkaan tullut haastattelujen aikana. Koska olin suorittanut ensimmäisen työharjoitteluni Propellissa, osa haastateltavista oli minulle entuudestaan tuttuja. On mahdollista, että tuttuus ja/tai tuntemattomuus minun sekä haastateltavien välillä on voinut vaikuttaa esimerkiksi siihen, miten vapautuneesti kukin vastasi kysymyksiin.

Kun puhutaan tutkimuksen laadusta, viitataan tavallisesti yleisiin tieteellisiin tutkimuksen arviointiperusteisiin. Tämä yleensä tarkoittaa validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelua. Pätevyydellä eli validiteetilla viitataan yleisesti siihen, miten hyvin mittari tai tutkimus kuvaa sitä ilmiötä, jota tutkitaan. Reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan mittauksen tarkkuutta. Eräs tapa jäsentää validiteettia on erottaa ulkoinen ja sisäinen validiteetti. Sisäisellä validiteetilla viitataan tutkimuksen sisäiseen johdonmukaisuuteen ja logiikkaan. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, miten hyvin tutkimuksen tuloksia voidaan siirtää tutkimuksen yhteydestä toiseen yhteyteen. (Linblom-Yläne ym. 2013: 129-130.) Toteutin tutkimuksen huolellisesti ja järjestelmällisesti, joten näkisin sen olevan johdonmukainen. Tutkimuksen tuloksia vertaisten kokemuksista voidaan jakaa muiden ihmisten keskuuteen hyödynnettäväksi. Niistä saadaan tietoa muun muassa mielenterveysongelmien kanssa elämisestä, häpeän ja vertaisuuden kokemuksista sekä avun hakemisesta.

Kaikissa tutkimuksissa validiteetin peruskysymykset ovat samoja. Kyse on siitä, tutkiiko tutkimus sitä, mitä se sanoo tutkivansa, ovatko tutkimuksen tuottamat käsitteet ilmiöitä kuvaavia, aineiston perusteleminen, onko tieto tuotettu pätevästi ja päteekö tieto tutkimuskohteeseen. Tutkimuskohteena voi olla esimerkiksi tapahtuma, ihmisryhmä, prosessi, ilmiö tai tilanne. Validiteettia käytetään myös tutkimuksen laatua kuvaavana yleisempänä terminä. Sillä tarkoitetaan sitä, että tieto on tuotettu pätevällä tavalla eli sellaisten ratkaisujen ja käytäntöjen

avulla, jotka ovat perusteltavissa tieteen yleisten kriteerien tai tutkimuksen edustaman tutkimusperinteen näkökulmasta. Pätevyys tarkoittaa myös sitä, että tutkimus on pätevää tutkimuksen kohteena olevan ilmiön kuvaajana. Tulosten ja tutkittavan asian välillä on osoitettava linkki. Pätevyyteen liittyy ajatus myös tutkijan ja tutkittavien maailman välisestä suhteesta. Kyse on siitä, kuinka vahvasti tutkijan käsitteet, tulkinnat ja havainnot vastaavat yhteisön jäsenten käsitteitä, havaintoja ja tulkintoja. (Lindblom-Ylänne ym. 2013: 130-131.) Minulla oli jo aiempien tutkimusten valossa käsitys, että mielenterveyskuntoutujat kohtaavat kielteisiä asenteita, kohtaavat häpeää ja saavat apua vertaistuesta. Nämä seikat nousivat keskeisimpinä esille ja saavat tukea haastatteluaineistosta.

Koska kaikki aineisto on tutkimusryhmän tai tutkijan käsittelemää, tulkitsemaa tai tekstiksi muuttamaa, on syytä pitää huolta siitä, että omat käsitykset tai tulkintakehys ei kävele aineiston ja tutkittavana olevien ihmisten yli. Tästä huolehtiminen on erityisen tärkeää silloin, kun tutkimus tavoittelee tietoa, jossa tutkittavien omat ja heidän arkinsa perustelemat merkitykset ovat oleellisia. Tämänkaltaisessa tutkimuksessa voi olla tärkeää käyttää jäsenvalidointia. Tämä on toimintatapa, jossa tutkittavilla itsellään on mahdollisuus kommentoida tutkijan tulkintoja ja niiden pätevyyttä. (Lindblom-Ylänne ym. 2013: 131.) Tämä jäi tutkielmani kohdalla tekemättä ennen lopullisen raportin luovuttamista. Mutta koko Propellin henkilöstö saa opinnäytetyön luettavakseen, jonka jälkeen heillä on mahdollisuus kommentoida sisältöä. Haastattelun kysymykset suunnittelin niin, että niihin oli pääsääntöisesti vaikea vastata lyhyesti. Yritin myös välttää johdattelevia kysymyksiä. Näin ollen voidaan todeta vastausten vastaavan haastateltujen todellisia kokemuksia ja näkemyksiä.

Reliabiliteettia voi luonnehtia siten, että se tarkoittaa ylipäätään toimintatapojen luotettavuutta eli esimerkiksi aineistonkeruun huolellisuutta, haastattelujen johdonmukaisuutta ja ylipäätään sitä, että tutkimus on laadittu ja suoritettu huolellisesti. Haastattelututkimuksessa tulisi kysymysten toimivuus testata. Tästä reliabiliteetin ymmärrystavasta katsottuna koko tutkimusprosessi ajatellaan tavallaan ilmiötä mitattavaksi. Reliabiliteetin näkökulmasta on näin ollen järkevää kysyä, kuinka systemaattisesti ja virheet eliminoiden tutkimus on tehty. On myös syytä pohtia, miten pysyviä ja jatkuvia toimintatavat ovat ja ovatko toimintatapojen muutokset tutkijan hallinnassa ja perusteltuja. (Lindblom-Ylänne ym. 2013: 131-133.) Johdonmukaisuutta arvioitaessa on syytä ottaa huomioon, että haastateltavat saattavat vastata kysymyksiin myös epäjohdonmukaisesti. Yksi vastaus saattaa olla ristiriidassa jonkin toisen vastauksen kanssa. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että haastateltavalla ei välttämättä ole selkeää näkemystä jostakin asiasta tai että taustalla on jokin oma tiedostamaton asenne, joka voi niin sanotusti vääristää vastausta. Epäjohdonmukaisuus on inhimillistä.

Validiteetin ja reliabiliteetin välinen jaottelu toimii edelleen, vaikka niitä voidaan arvioida hiukan eri tavoin eri tutkimustavoissa. Validiteetin käsitteellä tarkoitetaan nykyisin yhä use-

ammin yleisesti koko tutkimusprosessin tai tutkimuksen arviointia, eikä enää pelkästään tutkimustulosten ja todellisuuden vastaavuutta. Tällöin käsitteelliset erot validiteetin ja reliabiliteetin välillä myös heikkenevät. (Lindblom-Ylänne 2013: 133.) Validiteetin kuvauksissa hyväksytään tietämisen epävarmuus ja se, että tieto on aina osittaista, ihmisten tai ihmisjoukon tekemää ja tiedoksi hyväksymää. Tutkimustulokset itsessään eivät ole tietoa, vaan niistä vakuutetaan tietona ja tämä vakuuttuminen sisältää aina rationaalisen päättelyn lisäksi tunteita ja intressejä. Näin ollen tiedon pätevyyttä on syytä arvioida myös sen mahdollisten seurausten käytettävyyden kautta. Pätevyys ymmärretään puhumalla esimerkiksi tutkimuksen arviotavuudesta, seurattavuudesta, uskottavuudesta, vakuuttavuudesta, perusteltavuudesta, luotettavuudesta eli käyttövarmuudesta ja vahvistettavuudesta. Kaikki nämä sisältävät näkemyksen siitä, että tieto on osittaista ja sen pätevyys arviointi riippuu siitä, kenelle ja millaiseen toimintaan se suuntautuu. (Lindblom-Ylänne 2013: 135.) Asiantunteva, systemaattinen, huolellinen ja argumentoitu tutkimus voi olla laadukasta, oli metodinen perinne mikä hyvänsä (Lindblom-Ylänne ym. 2013: 138). Koska litteroin aineiston niin tarkkaan, voidaan ajatella tutkimustulosten olevan luotettavia. Haastateltavien vastauksia ei ole muutettu millään lailla, joten ne antavat suoraa tietoa haastateltavien kokemuksista.

Tutkijalla on institutionaalinen asema. Tällöin toisen väärin kohtelu tai vahingoittaminen saa toisenlaisen merkityksen, kuin arkielämän suhteissa. Mitä avoimempi tiedonkeruumenetelmä on, sitä vaikeampaa on punnita etukäteen tutkimusasetelman mahdollisia eettisiä ongelmia. Etiikan ja tutkimuksen yhteys on kahtalainen. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin ja toisaalta eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Jälkimmäistä tutkimuksen ja etiikan yhteyttä nimitetään varsinaiseksi tieteen etiikaksi. Tieteen etiikassa voidaan esittää seuraavat viisi tärkeää kysymystä: ”1) Mil-laista on hyvä tutkimus? 2) Onko tiedon jano hyväksyttävää ja onko se hyväksyttävää kaikissa asioissa? 3) Mitä tutkitaan eli miten tutkimusaiheet valitaan? 4) Millaisia tutkimustuloksia tutkija saa tavoitella ja voivatko tutkimustulokset kokea ns. vahingollisia seikkoja, kuten asetuo-tantoa? 5) Millaisia keinoja tutkija saa käyttää?” (Sarajärvi & Tuomi 2002: 122-123.)

Yli kolmensadan vuoden ajan on ollut olennainen osa länsimaista perinnettä perusolettamus, jonka mukaan uuden tiedon rajoittamaton tuottaminen ympäröivästä maailmasta on yhteiskunnallisesti arvokasta toimintaa. Tämä on johtanut ajatukseen, jonka mukaisesti tieteen nimissä voitaisiin ja myös pitäisi tutkia kaikkea mahdollista kaikilla käytössä olevilla menetel-millä. Kun tiede on ymmärretty ainoastaan uuden tiedon saavuttamiseen tähtäävänä metodi-sena suorituksena, ei siihen ole liitetty erityisiä moraalisia ongelmia. Kun taloudellinen kasvu, kansallinen intressi ja tiede yhdistettiin, tuli tieteestä vallankäytön väline, joka ei etsi suuria totuuksia vaan käytännöllisiä tuloksia. Samalla ryhdyttiin kiinnittämään huomiota siihen, että tiede yhteiskunnallisena hyödykkeenä voi olla myös haitallinen. (Sarajärvi & Tuomioja 2002: 125.)

Kun tarkastellaan laadullisen tutkimuksen erilaisia perinteitä, huomio kiinnittyy siihen, että niissä suhtaudutaan tutkimuksen etiikkaan hyvinkin erilaisin tavoin. Voidaan ajatella, että toisessa ääripäässä tutkimusetiikkaan suhtaudutaan tavallaan teknisluontoisena normina, jolloin tutkimusetiikan ongelmat liittyvät pääasiassa itse tutkimustoimintaan, kuten tutkimukseen tulevien informoimiseen, aineiston keräämisessä ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteettiongelmiin, tutkimustulosten esittämistapaan eli siihen, millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Tässä suhtautumistavassa tutkimuksen metodologia nähdään lähinnä strategisena tutkimusongelman ratkaisemisen pulmana. Toisessa ääripäässä tutkimusetiikka on metodologinen seikka, jolloin kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. Kysymys on tutkimuksen taustalla olevan tiedekäsityksen ja tutkimuksen metodisten valintojen arvosidonnaisuutta koskevasta eettisestä pohdinnasta, siitä, mitä pidetään tärkeänä ja miten tutkimusaiheet valitaan. Tutkijan vastuu tutkimuksen aiheen valinnasta on myös tärkeä etiikan valossa. Aiheen eettiseen pohdintaan tulee selkiyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Sarajärvi & Tuomioja 2002: 125-126.)

Yhteyshenkilöni oli kertonut kaikille haastateltavilleni, että osallistuminen oli vapaaehtoista. Tein heille myös selväksi sen, että heillä oli halutessaan vapaus keskeyttää haastattelu milloin vain. Haastateltavat olivat myös tietoisia siitä, mistä aiheesta haastattelussa oli kysymys. Heidän henkilöllisyytensä ei tule paljastumaan millään tavalla. Haastatteluvastauksiin on toki voinut jollain tavalla vaikuttaa haastattelutilanne ja se, että haastateltavilla oli tiedossa haastattelun aihe jo etukäteen. On mahdollista, että tällaiset seikat aikaansaavat sen, että kenties tiedostamattaankin haastateltava saattaa muokata vastauksiaan sen mukaan, miten hän kokee tilanteen, kysymykset ja haastattelijan.

## 7 Johtopäätökset ja pohdinta

Mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset ovat kokeneet hyvin paljon kielteisiä asenteita, jotka ilmenevät muun muassa syrjintänä, ennakkoluuloina ja leimaamisena. Mutta myös myönteisiä asenteita on kohdattu, mikä saattaa johtua siitä, että mielenterveysongelmista puhutaan yhä enemmän ja tietoa on saatavilla enemmän kuin ennen. On todettavissa, että jotkut tekijät heikentävät ja vahvistavat asenteita ja ymmärrystä. Koulutuksella ja sen puutteella, iällä, sukupuolella, elämäkokemuksilla, sosiokulttuurisilla tekijöillä ja yksilöllisillä persoonallisuuden piirteillä on vaikutusta asenteisiin sekä vahventavina että heikentävinä tekijöinä. Empatiakyky on yhteydessä suvaitsevaisempaan suhtautumiseen. Aikuiset vaikuttavat lasten omaksumiin asenteisiin. Näin ollen lapsille ja nuorille olisi syytä opettaa suvaitsevaista suhtautumista. Myös pelot ja tietämättömyys vaikuttavat kielteisten asenteiden syntymiseen. Koulutuksella ja omakohtaisilla elämäkokemuksilla on vaikutusta myönteisten, suvaitsevaisten asenteiden kehittymiseen, koska ne tuovat realistista tietoa mielenterveysongelmista.

Häpeä ja vertaistuen merkitys olivat vallitsevimpia teemoja, jotka tulivat ilmi haastatteluai-  
neistosta. Näin ollen vertaistukeen olisi syytä panostaa mielenterveyskuntoutuksessa. Vertais-  
ten lisääntynyt toiminta luultavasti myös hälventäisi häpeäilemää, koska vertaiset puhuvat  
avoimesti sairaudestaan tehden siitä siten ymmärrettävämmän ja hyväksyttävämmän. Voidaan  
siis todeta, että vertaisten ja ammattilaisten yhteistyön lisäämisellä voisi olla vaikutusta kiel-  
teisten asenteiden lieventämiseen. Tutkimusaineistoni ja keräämäni teorian perusteella voi-  
daan sanoa, että häpeän kokemukset ovat hyvin yleisiä mielenterveyskuntoutujien ja myös  
heidän omaistensa keskuudessa, ja että niillä voi olla vakavia seurauksia. Tutkielmani tukee  
aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia, joista nousee keskeisinä esille häpeän ja vertaistuen  
merkitys. Tutkimukseni syventää aiempaa tietoa aiheesta ja nostaa esille myös tärkeitä asioi-  
ta ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamisista.

Mielen sairaus voi olla esimerkiksi sen takia vaikea ymmärtää, koska se ei näy ja/tai oireile  
niin konkreettisesti kuin somaattinen sairaus. Mielen sairauden kanssa elävä henkilö saattaa  
hiljaa kärsiä siten, ettei se näy ulkopuolisille lainkaan. Vertaisilla on mahdollisuus luoda mie-  
lenterveysongelmille ”kasvot”. Yhtenä tärkeänä asiana tuli esille se, että ammattilaisten tuli-  
si ottaa aina huomioon kuntoutujan oman elämän asiantuntijuus. Jokainen sairastunut henkilö  
on itse parhaiten tietoinen omista elämäkokemuksistaan. Tätä hyvä ammattilainen ei tur-  
henna tai vähättele. Aito ja empaattinen kohtaaminen ammattilaisen ja kuntoutujan välillä  
toteutuu, kun ammattilainen tuntee itsensä, kuuntelee asiakasta ja suhtautuu häneen suvait-  
sevaisesti, eikä myöskään tee liikaa kuntoutujan puolesta. Liika puolesta tekeminen toimii  
passiovoivana tekijänä, jolloin kuntoutujalle itselleen ei synny onnistumisen kokemuksia.

Propellin vertaisneuvojat ovat sen verran hyväkuntoisia mielenterveyskuntoutujia, että he  
kykenevät toimimaan vertaisneuvojina. Näin ollen he ovat myös tottuneita puhumaan itses-  
tään ja sairaudestaan. Nämä seikat näkyvät tutkimustuloksissa. Suurin osa vastasi kysymyksiin  
monisanaisesti ja määrätietoisesti. Toisaalta puheessa tulleet huokaukset ja äänneet saatta-  
vat kertoa siitä, että aihe on vakava, josta on jossain määrin vaikeaa puhua. Kolmannella sek-  
torilla käytetään eniten vertaistukea ja siellä on usein myös enemmän aikaa kohdata asiakas.  
Vertaistukea olisi syytä laajentaa myös kunnallisten ja yksityisten mielenterveyspalvelujen  
piiriin.

Eventhia Sakellarin tuoreen väitöstutkimuksen mukaan lyhytkin opetus kohentaa nuorten mie-  
lenterveystietoisuutta. Mielenterveysaiheinen opetus edistää nuorten myönteistä ja ymmärtä-  
väistä suhtautumista mielen sairauksiin ja ihmisiin, joilla on mielenterveysongelmia. Tämän  
tutkimuksen mukaan nuorille suunnattuun opetukseen on syytä panostaa, koska yhteisön  
asenneilmapiiri vaikuttaa merkittävästi sairauksista kärsivien syrjäytymisriskiin ja elämänlaa-  
tuun. Ymmärtäväiset asenteet voivat myös madaltaa kynnystä avun hakemiseen. Tutkimus

tehtiin kreikkalaisille nuorille ja tulosten mukaan kouluissa annettu mielenterveyskasvatus on tehokasta. Jo kahden oppitunnin mittainen tietoisku lisäsi ymmärrystä mielenterveydestä ja sen häiriöistä. Opetusmenetelminä olivat luento ja keskustelu, jotka vaikuttivat asenteisiin. Yleisellä asenneilmapiirillä on keskeinen merkitys yhteisön hyvinvoinnille ja toiminnalle. Nuoret ovat tärkeä opetuskohde, koska heidän elämänvaiheessaan asenteet vasta hakevat muotoaan. (Turun yliopisto 2014.)

Mentalwearin T-paidat iskevät huumorilla ennakkoluuloja vastaan. Satu Viskari suunnittelee paitojen tekstit ja Annukka Leppänen niiden visuaalisen ulkoasun. Paitojen huumori on välillä rankkaakin, koska sillä halutaan tuoda asiaa esiin. Mentalwearin ideologia perustuu juuri asenteisiin vaikuttamiseen. Ensimmäinen hitti oli Avohoidossa-tekstillä varustettu T-paita, jonka sanoma on se, että psykiatriseen hoitoon tarvitaan lisää resursseja. Eräs mies kertoi itsetuntonsa vahvistuneen, kun hän näki katukuvassa mielenterveysaiheisia T-paitoja, eikä hänen enää tarvinnut hävetä sairauttaan. Paidoilla halutaan viestiä myös sitä, että jokainen mielen sairautta poteva ihminen on yksilö, jonkun puoliso, omainen tai ystävä. Paitojen iskulauseet ovat radikaaleja ja ne tuovat mielenterveysongelmat katukuvaan. Tavoitteena on nimenomaan herättää keskustelua ja vaikuttaa asenteisiin. (Viskari 2011: 98-99.)

Koulutuksen ja tiedottamisen tärkeys on tullut esille monissa tutkimuksissa myönteisempien asenteiden vaikuttamina. Kuten Aromaa & Wahlbeck (2011: 81-82) toteavat, tutkijat ovat ehdottaneet jo opiskelijoiden koulutussisältöihin muutoksia, joiden avulla asenteet ja väärinkäsitykset tulisivat korjatuiksi. Voidaan myös todeta, että sosiaalityön ja psykiatrian vahvemmalla yhteistyöllä olisi positiivista vaikutusta kuntoutukseen. Ne voisivat tukea toisiaan sen sijaan, että ne pahimmillaan ovat ristiriidassa suunnitelmissaan. Tämän opinnäytetyön tekeminen vahvisti ammatti-identiteettiäni ja kiinnostustani mielenterveystyöhön. Se syvensi tietämystäni asenteista, vertaistuesta, häpeästä, asiakkaan kohtaamisesta ja tutkimustyön tekemisestä.

Tutkimusprosessi oli hyvin antoisa ja kiinnostava. Se tuntui merkitykselliseltä; tasa-arvon ja suvaitsevaisuuden edistäminen lisää hyvinvointia. Tutkimustulokseni saavat tukea laajasta teoriaosuudesta. Tästä opinnäytetyöstä kuntoutujat saavat välillisesti vertaisuuskokemuksia lukiessaan haastatteluaineistoa. Ammattilaisilla on mahdollisuus oppia lisää asiakkaan kohtaamisesta ja he voivat myös pysähtyä pohtimaan omia, kenties aiemmin tiedostamattomia asenteitaan. Asiakkaan aitoon kohtaamiseen tulisi voida varata riittävästi aikaa ja häneen pitäisi suhtautua suvaitsevaisesti ja empaattisesti, mutta kuitenkin niin, ettei syvenny liian paljon asiakkaan elämään. Tällöin on vaarana työntekijän loppuun palaminen ja liiallinen projektion käyttö, mikä vääristää kuvaa itsestä ja todellisuudesta. Myös tunnekylmässä kohtaamisessa voi olla kysymys liiallisesta projektion käytöstä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten olisikin syytä pohtia omaa elämäntarinaansa, jotta itsetuntemus olisi hyvä, eikä tällöin olisi vaa-



rana omien tietoisten tai tiedostamattomien asenteiden ja tunteiden projisointi asiakkaaseen. Tämä on erityisen tärkeä seikka auttamistyössä, jossa asiakkaat ovat herkässä asemassa tarvittaessa ammattilaisen tukea.

Opinnäytetyö toimitetaan valmiina Propellin työntekijöille ja vertaisneuvojille luettavaksi. Mielenterveyden keskusliitto voi halutessa julkaista valmiin opinnäytetyön esimerkiksi internetsivuilla. Näin voidaan jakaa tietoa ja edistää ammattilaisten sekä yksityishenkilöiden mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvaa positiivista ja ymmärtäväistä suhtautumista. Näin ihmisille voisi muodostua matalampi kynnys hakeutua hoitoon ja jo hoidon piirissä olevien kuntoutujien hyvinvointi voisi parantua ympäristön suhtautuessa heihin myönteisemmin. Edistystä voisi tapahtua tiedon saavuttaessa edes pienen ihmisjoukon. Mitä enemmän asenteista puhutaan rakentavasti, sitä todennäköisemmin ne voivat muuttua myönteisemmiksi.

## Lähteet

- Aalto, I. & Vuorela, M. 2011. Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim, 32-37.
- Anttonen, S. 2011. Hyvää elämää leimasta huolimatta. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim, 108-118.
- Aromaa, E. & Wahlbeck, K. 2011. Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmatutkimus Suomessa. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim, 73-85.
- Brown, R. 1995. *Prejudice: its social psychology*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Ekström, L., Leppämäki, P. & Vilén, M. 2008. *Vuorovaikutuksellinen tukeminen*. Helsinki: WSOY. (Alkuperäinen teos julkaistu 2002.)
- Erwin, P. 2005. *Asenteet ja niihin vaikuttaminen* (suom. M. Ahokas). Porvoo: WSOY. (Alkuperäinen teos julkaistu 2001.)
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino. (Alkuperäinen teos julkaistu 1998.)
- Haven, A. 2011. Pitäisikö omaisen hävetä? Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim, 53-63.
- Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. 2007. *Johdatus sosiaalipsykologiaan*. Helsinki: Edita.
- Hinton, P. 2000. *Stereotypes, cognition and culture*. East Sussex: Bibbles Ltd.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. *Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus
- Jalava, J. & Koskela, T. 2010. *Vertaistuesta voimia elämään - Suomen Mielenterveysseuran varhaiskuntoutuksen arviointi*. Kuntoutussäätiö. Viitattu 24.9. ja 30.9.2014. [http://www.mielenterveysseura.fi/files/654/Varhaiskuntoutuksen\\_arviointi\\_F.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/files/654/Varhaiskuntoutuksen_arviointi_F.pdf)
- Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. *Ryhmästä enemmän - Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Joutsenniemi, K. 2011. Lähiomaiset ja häpeäleima. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim, 43-52.
- Korkeila, J., Oksanen, J., Joutsenniemi, K. & Sailas, E. 2011. *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim.
- Korkeila, J. 2011. Mitä häpeäleima on? Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Duodecim, 20-31.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo D., Wahlbeck, K., Vasseur Bacle, S., Van Audenhove, C., van Weeghel, J., Reneses, B., Germanavicius, A., Economou, M., Lanfredi, M., Ando, S., Sartorius, N., J Lopez-Ibor, J., Thornicroft, G. & the ASPEN/INDIGO Study Group 2012. *Global pattern of experienced*

and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey-artikkeli. The Lancet 380.

Lindblom-Ylänne, S., Paavilainen, E., Pehkonen, L. & Ronkainen, S. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Malinen, B. 2003. Häpeän monet kasvot. Helsinki: Kirjapaja.

Mielenterveyden keskusliitto ry 2005. Viitattu 24.10.2013.  
[http://www.mtkl.fi/@Bin/11132/Mielenterveysbarometri\\_2005.pdf](http://www.mtkl.fi/@Bin/11132/Mielenterveysbarometri_2005.pdf)

Mielenterveyden keskusliitto ry a. Viitattu 5.8.2013.  
[http://www.mtkl.fi/liiton\\_toiminta/tietopalvelu\\_propelli/](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tietopalvelu_propelli/)

Mielenterveyden keskusliitto ry b. Viitattu 5.8.2013. <http://www.mtkl.fi/>

Mielenterveyden keskusliitto ry c. Viitattu 5.8.2013. <http://www.mtkl.fi/liitto/>

Mielenterveyden keskusliitto ry d. Viitattu 5.8.2012. [http://www.mtkl.fi/liiton\\_toiminta/](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/)

Mielenterveyden keskusliitto ry e. Viitattu 5.8.2013.  
[http://www.mtkl.fi/liiton\\_toiminta/tutkimus/](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tutkimus/)

Mielenterveyden keskusliitto ry f. Viitattu 8.8.2013.  
[http://www.mtkl.fi/liiton\\_toiminta/tutkimus/mielenterveysbarometri/#anchor-1278413](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tutkimus/mielenterveysbarometri/#anchor-1278413)

Mielenterveyden keskusliitto ry g. Viitattu 24.2.2013.  
[http://www.mtkl.fi/liiton\\_toiminta/vertaistuki/](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/vertaistuki/)

Mielenterveyden keskusliitto ry h. Viitattu 24.10.2013.  
[http://www.mtkl.fi/liiton\\_toiminta/vertaistuki/vertaisuus-ja-vertaistuki/](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/vertaistuki/vertaisuus-ja-vertaistuki/)

Peltovuori, T. 2005. Kommentteja mielenterveysbarometrin tuloksiin. Mielenterveyden keskusliitto. Viitattu 24.10.2013.  
<http://www.mtkl.fi/@Bin/661750/Peltovuoren+kommentit.pdf>

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

Rekola, K. 2011. Häpeän tuolla puolen - Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Duodecim, 12-19.

Ruohonen, M. 2010. Länsi 2012-hanke Raumalla - Rauman pilotin aloitusseminaari 25.8.2010. Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen peruspalveluissa. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 23.9.2014.  
<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/LANSI2012/PILOTIT/RAUMA/20100825%20RAUMAN%20AVAUSSEMINAARI.RUOHONEN%20MARITA..PDF>

Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 424-431.

Sailas, E. 2011. Häpeäleima terveydenhuollossa. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Duodecim, 38-42.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014. Viitattu 17.11.2014.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07993>
- Suoninen, E., Pirttilä-Backman, A., Lahikainen, A. & Ahokas, M. 2010. Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOY.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Viitattu 2.9.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/uutinen?id=31253](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=31253)
- Turun yliopisto 2014. Väitöstiedotteet. Viitattu 21.10.2014.  
<http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/mediatiedotteet/vaitostiedotteet/Sivut/lyhytkin-opetus-kohentaa-nuorten-mielenterveystietoisuutta.aspx>
- Viljanen, V. 2011. Häpeän filosofiasta. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Duodecim, 64-72.
- Viskari, S. 2011. Mentalwear - huumorilla ennakkoluuloja vastaan. Teoksessa K. Joutsenniemi, J. Korkeila, J. Oksanen & E. Sailas (toim.) Irti häpeäleistä. Helsinki: Duodecim, 98-107.
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R. & Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Markova, I., Rose, D. 1999. Theory and method of social representations - artikkeli. Asian journal of social psychology 2 (1), 95-125, Blackwell Publishing.

## Liitteet

### Liite 1 Esittelykirje

Hei!

Nimeni on Laura Maila ja olen kolmannen vuoden sosionomiopiskelija Tikkurilan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötäni ja ohjaava opettajani on Raija Tiikkainen.

Tarkoitus on haastatella opinnäytetyötäni varten Tietopalvelu Propellin vertaisneuvoja aiheesta ”Mielenterveyskuntoutujien kohtaamat asenteet”. Tulen haastattelemaan Sinua yhtenä vertaisneujana työvuorosi aikana \_\_/\_\_/\_\_. Haastatteluun kuluu aikaa arviolta noin tunti.

Tallennan haastattelun äänitallenteelle. Äänitallenteet pidän vain omassa hallussani ja käytän niitä ainoastaan tutkimuskäyttöön opinnäytetyössäni. Henkilöllisyystietosi ovat luottamuksellisia, eivätkä ne käy ilmi opinnäytetyössäni.

Tapaamisiin haastattelun merkeissä!

Ystävällisin terveisin,

Laura Maila (HUOM! Haastattelujen jälkeen sukunimeni on vaihtunut.)

## Liite 2 Haastattelun ohje

Koodi \_\_\_\_  
Päivämäärä \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Helsinki, Tietopalvelu Propelli  
Haastattelu alkoi klo \_\_\_\_  
Haastattelu päättyi klo \_\_\_\_

Kiitos Sinulle osallistumisestasi haastatteluun. Olet aiemmin saanut kirjeen haastatteluun liittyen.

Alla on luettelo teemoista, joiden ympärillä käymme vapaamuotoista keskustelua. Haluaisin kuulla niistä näkemyksesi. Tarkoitus on, että kertoisit omin sanoin seuraavista asioista mahdollisimman vapaamuotoisesti. Voit aloittaa mistä teemasta vain, mikä tuntuu Sinusta itsestäsi helpoimmalta. Kerro sen verran, kuin Sinusta tuntuu hyvältä. Voit missä vaiheessa tahansa keskeyttää haastattelun ja siirtyä toiseen teemaan. Tutkimukseni kannalta on tärkeää, että saan näkemyksesi kaikista teemoista.

### Teemat:

1. Perustiedot itsestäsi
2. Palvelujen käyttö
3. Ammattilaisten suhtautuminen mielenterveyskuntoutujiin
4. Yleinen ympäristön suhtautuminen
5. Diagnoosista/lääkityksestä mainitseminen
6. Vertaisten kokemukset

### Liite 3 Haastattelun runko

#### 1. Perustiedot itsestäsi

- Minkä ikäinen olet?
- Oletko työelämässä vai eläkkeellä?
- Miten pitkään olet ollut vertaisneuvoja?
- Miten päädyit vertaisneuvojaksi?
- Saitko koulutusta?
- Oletko perheellinen?

#### 2. Palvelujen käyttö

- Minkälaisia mielenterveyspalveluja olet käyttänyt?
- Mitä haluaisit nostaa esille/huomauttaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille liittyen kohtaamisiin mielenterveyskuntoutujien kanssa?

#### 3. Ammattilaisten suhtautuminen mielenterveyskuntoutujiin

- Miten kuvailisit mielenterveystyön ammattilaisten suhtautumista sinuun?
- Mikä on näkemyksesi yleisesti vallitsevista sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten asenteista mielenterveyskuntoutujia kohtaan?

#### 4. Yleinen ympäristön suhtautuminen

- Miten ympäristön asenteet vaikuttivat avun hakemiseesi, jos vaikuttivat?
- Miten koit diagnoosista tai mahdollisesta eläkepäätöksen syystä kertomisen läheisillesi?
- Miten koit diagnoosista tai mahdollisesta eläkepäätöksen syystä kertomisen etäisemmille ihmisille?
- Mikä on näkemyksesi yleisesti vallitsevista asenteista mielenterveyskuntoutujia kohtaan?
- Onko ollut tai onko mielestäsi helpompaa vai vaikeampaa kertoa ihmisille jostakin somaattisesta sairaudesta (esimerkiksi krooninen selkävaiva), kuin mielensairaudesta?

#### 5. Diagnoosista/lääkityksestä mainitseminen

- Miten olet kokenut diagnoosista mainitsemisen muille kuin psykiatrian parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille?
- Miten olet kokenut mahdollisesta lääkityksestä mainitsemisen muille kuin psykiatrian parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille?

#### 6. Vertaisten kokemukset

- Miten kuvailisit vertaistuen merkitystä mielenterveyskuntoutujille?
- Miten kuvailisit tapaamiesi mielenterveyskuntoutujien kokemuksia heihin kohdistuneisiin asenteisiin liittyen?
- Miten kuvailisit sitä, miten helppoa tai vaikeaa tapaamiesi mielenterveyskuntoutujien on yleisesti ottaen ollut puhua sairaudestaan?

#### Liite 4 Haastattelun apukysymykset

##### Teemat:

7. Perustiedot itsestäsi
8. Palvelujen käyttö
  - Luettele kaikki mielenterveyspalvelut, joita muistat käyttäneesi.
9. Ammattilaisten suhtautuminen mielenterveyskuntoutujiin
  - Voit kertoa jostakin tietystä kohtaamisesta.
  - Voit kertoa näkemyksesi yleisesti vallitsevista asenteista.
  - Kerro vapaasti kaikesta, mitä mieleesi tulee liittyen kohtaamisiin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa.
  - Mistä luulet ko. suhtautumisen johtuvan?
  - Onko suhtautuminen ollut aina tällaista?
10. Yleinen ympäristön suhtautuminen
  - Vaikeuttivatko vai helpottivatko ympäristön asenteet avun hakemistasi?
  - Mistä luulet ko. suhtautumisen johtuvan?
  - Onko suhtautuminen ollut aina tällaista?
11. Diagnoosista/lääkityksestä mainitseminen
  - Onko mielestäsi ollut helppoa vai vaikeaa mainita diagnoosista muille kuin psykiatrian parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille?
  - Onko mielestäsi ollut helppoa vai vaikeaa mainita lääkityksestä muille kuin psykiatrian parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille?
12. Vertaisten kokemukset
  - Onko mielestäsi vertaistuesta hyötyä?
  - Millaista hyötyä siitä on?