



MIELLEN SAIRAUDEN YMMÄRTÄMISEN VAIKEUS

Nuorten aikuisten näkemyksiä
ikäryhmänsä asenteisiin vaikuttavista
tekijöistä

Henna Hallinen

Jenni Hildén

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalinen kuntoutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma

HALLINEN, HENNA & HILDÉN, JENNI:

Mielen sairauden ymmärtämisen vaikeus

Nuorten aikuisten näkemyksiä ikäryhmänsä asenteisiin vaikuttavista tekijöistä

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 7 sivua

Toukokuu 2015

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, mitkä tekijät nuorten aikuisten näkemysten mukaan vaikuttavat heidän ikäryhmänsä asenteisiin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan. Tutkimustehtävä muodostui vuonna 2013 toteutetun Mielenterveysbarometrin pohjalta, jonka mukaan alle 25-vuotiaiden asenteet mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan olivat väestön keskuudessa jyrkimät.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimi asenteiden muodostumisesta erotellut kuusi eri teoriaa. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena käyttäen menetelmänä puolistrukturoitua haastattelua. Haastatteluihin osallistui kahdeksan 20–25-vuotiaasta henkilöä. Haastateltavat nähtiin tutkimuksessa informantteina, joilla katsottiin olevan arvokasta tietoa omaa ikäryhmäänsä koskien. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Nuorten aikuisten asenteisiin vaikuttavat tekijät jakautuivat haastattelujen perusteella kuuteen ryhmään, jotka olivat tiedon merkitys, kokemusten merkitys, mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus, sosiaalisen ympäristön vaikutus, yhteiskunnalliset vaikuttajat sekä uudet ilmiöt nuorten aikuisten keskuudessa. Haastateltavat pitivät ennakkoluuloisia asenteita yleisinä omassa ikäryhmässään. Kriittiselle suhtautumiselle löydettiin useita syitä, kuten vääristyneet mielikuvat, mielenterveyden häiriöiden vieraus sekä niiden ymmärtämisen vaikeus. Mielenterveyden häiriöiden vakavuuden vähättelyä pidettiin tyypillisenä; esimerkiksi masennuksen arkipäiväistymistä kuvattiin ajankohtaisena ilmiönä. Haastateltavat nostivat vastauksissaan esiin huomattavasti enemmän asenteisiin negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä kuin positiivista suhtautumista lisääviä tekijöitä. Haastateltavien mukaan suopeat asenteet ovat pääosin henkilökohtaisten kokemusten varassa.

Keskeisimpinä asenteisiin vaikuttavina tekijöinä pidettiin mielenterveyden häiriöihin liittyvää tietoa sekä henkilökohtaisia kokemuksia, joiden katsottiin liittyvän tiiviisti myös kaikkiin muihin asenteisiin vaikuttaviin tekijöihin. Tiedon ja kokemuksen puutteen rinnalla korostui mielenterveyden häiriöiden ymmärtämisen vaikeus, jonka nähtiin vaikuttavan erityisesti nuorten aikuisten negatiivisiin asenteisiin. Lisäksi nuorilla aikuisilla nähtiin olevan vanhempaa väestöä suurempi paine jakaa sosiaalisen ympäristönsä asenteet.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services
Option of Social Rehabilitation

HALLINEN, HENNA & HILDÉN, JENNI:

Difficulty of Understanding Mental Disorders – Factors Affecting Young Adults' Attitudes

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 7 pages
May 2015

The purpose of this thesis was to examine which factors according to young adults have an impact on their age groups' attitudes towards people with mental disorders. The idea was based on the results of the Mental Health Barometer (2013) which showed that people aged under 25 had the strictest attitudes towards people suffering from mental diseases.

Six theories of development of attitudes were used as a theoretical frame of reference. The method of this thesis was qualitative research and the data were collected by semi-structured interview. Eight young adults aged 20–25 were interviewed. In this thesis interviewees were seen as informants who have valuable knowledge regarding the age group of young adults. The data were analyzed using data-driven content analysis.

Based on interviews the factors affecting young adults' attitudes were categorized into six groups; impact of information, impact of experience, complexity of mental disorders, impact of social environment, societal impacts and new phenomena among young adults. According to the results prejudiced attitudes are common among young adults. False conceptions, people being unfamiliar with mental disorders and complex nature of mental diseases were mentioned as reasons for critical attitudes. Underrating mental disorders was thought to be typical. The results showed that there are more negatively than positively impacting factors. Approving attitudes were mostly related to personal experience.

Information regarding mental disorders and personal experience were seen as the most prominent factors affecting young adults' attitudes. These two were also attached to all the other factors. Difficulty of understanding mental disorders was highlighted impacting negatively beside the lack of information and experience. This was considered to pertain especially young adults. Likewise pressure to share the attitudes of the social environment was seen to be stronger among young adults than the other age groups.

Key words: mental disorders, attitudes, young adults

SISÄLLYS

JOHDANTO	5
1 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	7
2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT	8
2.1 Mielialahäiriöt.....	9
2.2 Ahdistuneisuushäiriöt	10
2.3 Persoonallisuushäiriöt	10
2.4 Psykoottiset häiriöt	11
3 ASENTEIDEN MUODOSTUMINEN	12
3.1 Informaatiovaikutus	12
3.2 Suora kokemus.....	13
3.3 Havainto-oppiminen	14
3.4 Klassinen ehdollistuminen ja väline-ehdollistuminen	14
3.5 Sosiaalinen vertailu	15
4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	17
4.1 Väestön asenteisiin kohdistuvat tutkimukset	17
4.2 Mielenterveysbarometri	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen.....	21
5.2 Aineiston analyysi.....	23
6 HAASTATTELUJEN TULOKSET.....	25
6.1 Tiedon merkitys	25
6.2 Kokemusten merkitys	27
6.3 Mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus	29
6.4 Sosiaalisen ympäristön vaikutus	31
6.5 Yhteiskunnalliset vaikuttajat.....	32
6.6 Uudet ilmiöt nuorten aikuisten keskuudessa	34
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	36
8 POHDINTA.....	40
9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	43
LÄHTEET	46
LIITTEET	49
Liite 1. Haastattelurunko	49
Liite 2. Sopimus tutkimukseen osallistumisesta.....	50
Liite 3. Aineiston klusterointi.....	51
Liite 4. Aineiston abstrahointi	55

JOHDANTO

Suomessa 1,5 % prosenttia väestöstä sairastuu vuosittain johonkin mielenterveyden häiriöön ja kokonaisuudessaan joka viidennen suomalaisen katsotaan kärsivän psyykkisestä sairaudesta. Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä kaikissa ikäryhmissä, mutta pääosin ne alkavat kehittyä nuoruudessa ja vaikuttavat työikäisten sairauksina. Muun muassa työkyvyttömyyden yleisin syy on masennus. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 113.) Tutkimusten mukaan suomalaisten mielenterveys ei sinänsä ole huonontunut, vaan palveluiden tarve ja käyttö on lisääntynyt. Mielenterveyden häiriöiden yleistymisen sijaan psyykkinen pahoinvointi näyttäytyy mielenterveysongelmien kärjistymisenä. (Vuori-Kemilä 2007, 22–23.)

Mihinkään muuhun sairauteen tuskin liittyy yhtä paljon vääriä luuloja ja asenteellisuutta kuin mielen sairauteen. Mielenterveyden häiriöitä sairastaviin ihmisiin yhdistetään edelleen uskomuksia poikkeavuudesta, arvaamattomuudesta, aggressiivisuudesta ja vaarallisuudesta. Sairautta saatetaan pitää myös itse aiheutettuna. Hylkääminen ja leimaaminen aiheuttavat mielenterveyden häiriöistä kärsiville sekä heidän läheisilleen lisäkärsimystä, joka saattaa olla itse sairautta suurempaa. Pahimmillaan sairauteen liittyvä häpeä ja leimautumisen pelko voivat estää hoitoon hakeutumisen ja avun saannin. (Heiskanen ym. 2006, 114–115.)

Kiinnostuksemme mielenterveyden häiriöihin kohdistuvia asenteita kohtaan on herännyt mielenterveystyön kentällä työskentelyn kautta. Olemme törmänneet mitä kummallisimpiin käsityksiin ja asenteisiin sekä tuttavapiirissämme että ammattihenkilöiden keskuudessa. Olemme myös tehneet havaintoja siitä, kuinka vieraita mielen sairaudet monille yhä ovat niiden yleisyydestä huolimatta. Yhteisen intressin pohjalta syntyi päätös lähteä tutkimaan asenteita tarkemmin opinnäytetyön kautta. Tutkimuksemme suunta tarkentui tutustuttuamme aikaisempiin Suomessa tehtyihin mielenterveyden häiriöihin liittyviin asennetutkimuksiin.

Vuonna 2013 toteutetun Mielenterveysbarometrin mukaan alle 25-vuotiaiden asenteet mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan olivat koko väestön keskuudessa jyrkimmät. Kyseinen ikäryhmä oli myös ainoa, jossa asenteet olivat kehittyneet negatiivisempaan suuntaan. Esimerkiksi vuoden 2006 Mielenterveysbarometrin mukaan

34 % alle 25-vuotiaista vastaajista ilmoitti, ettei haluaisi mielenterveyskuntoutujaa naapurikseen, kun taas vuonna 2013 luku oli 39 %. Muissa ikäryhmissä vastaava osuus oli tutkimuksen mukaan puolestaan laskenut. (Mielenterveyden keskusliitto 2013.) Tutkimustulos oli mielenkiintoinen; miksi muuten niin avoimena ja sallivana pidetyn ikäryhmän asenteet mielenterveyden häiriöihin ja niistä kärsiviin ihmisiin ovat jyrkentyneet?

Toivomme opinnäytetyömme antavan viitteitä siitä, millä keinoin asenteisiin ja niiden muodostumiseen olisi mahdollista vaikuttaa. Tulevina sosiaalialan ammattilaisina meidän on hyvä olla tietoisia ihmisten asenteista sekä niiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä, jotta voisimme toimia asenteiden muuttamiseksi tarvittavin keinoin. Täydellistä asennemuutosta emme odota tapahtuvan ja uskommekin, että aina tulee olemaan ihmisiä, jotka suhtautuvat erilaisuuteen torjuvasti. Työskentely asenteiden muuttamiseksi on tärkeää, mutta vähintään yhtä tärkeää on valmentaa mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaamaan negatiivisia ja torjuvia asenteita, joihin he varmuudella elämänsä aikana tulevat törmäämään. Mikäli sosiaaliseen ympäristöön liittymisen mahdollisuudet ovat negatiivisen asenteellisuuden vuoksi heikentyneet, on tärkeää vahvistaa mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä ja heidän itsetuntoaan siinä määrin, että lähtökohdat liittymiselle ja osallisuudelle paranevat. Häiriöistä kärsivien itsetuntoa tulee pyrkiä kohottamaan siten, että he ihmisten negatiivisesta ja torjuvasta suhtautumisesta huolimatta voivat olla omia itsejään, sinut häiriön kanssa eivätkä liiaksi lannistu kohtaamistaan negatiivisista asenteista.

Seuraavassa luvussa kuvaamme tarkemmin työmme tarkoitusta ja perustelemme aiheen valintaa. Teoriaosuudessa avaamme mielenterveyden häiriöiden määritelmää sekä esittelemme tarkemmin yleisimpiä häiriöitä. Lisäksi teoreettiseen viitekehukseen sisältyy asenteiden muodostumisen teoria. Olemme perehtyneet Mielenterveysbarometrin lisäksi myös muihin Suomessa aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin aiheesta. Muiden tutkimusten tulosten valossa Mielenterveysbarometrin 2013 tulokset näyttäytyivät erityisen kiinnostavina. Teoriaosuuden jälkeen kuvaamme tutkimuksemme kulkua sekä tuloksia. Tutkimuksen toteutuksen lisäksi esittelemme opinnäytetyöhömme kohdentuvaa tutkimusteoriaa. Saamamme tulokset ja niistä heränneet ajatukset olemme tiivistäneet johtopäätöksissä. Opinnäytetyömme lopuksi pohdimme tutkimuksemme ja luotettavuutta sekä opinnäytetyön tekemistä oppimisprosessina.

1 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää millaiset tekijät vaikuttavat nuorten aikuisten asenteisiin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan saman ikäryhmän edustajien näkemysten mukaan. Tutkimustehtävän muodostumiseen vaikutti suuresti vuoden 2013 Mielenterveysbarometri, joka tarjosi meille mielenkiintoisen tutkimustuloksen, jonka mukaan nuorten, alle 25-vuotiaiden asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan olivat koko väestön keskuudessa kaikista jyrkimmät. Tulos herätti mielenkiintomme, koska se oli vastakohta omille näkemyksillemme nuorten aikuisten asenteista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan.

Työssämme emme tutki asennemuutosta itsessään vaan pyrimme löytämään tekijöitä, joilla on vaikutusta juuri nuorten aikuisten asenteisiin. Näiden tekijöiden kautta uskoimme saavamme myös viitteitä siitä, miksi asenteet ovat jyrkentyneet tässä ikäryhmässä ja miten niihin voisi vaikuttaa. Keskeistä työssämme on myös sen kuvastaminen, että asenteet eivät ole pysyviä rakenteita vaan ne muuttuvat eri vaikuttimien ansiosta. Tämä tieto on keskeistä, koska ymmärrämme asenteisiin olevan mahdollista vaikuttaa monin eri keinoin. Tulevina sosionomeina meidän on hyvä olla tietoisia vallitsevien asenteiden laadusta, jotta voimme omalta osaltamme työskennellä niiden muuttamiseksi väestön keskuudessa. Toisesta näkökulmasta asenteiden laadun tiedostaminen on tärkeää, jotta voimme työssämme valmentaa ja vahvistaa asiakkaitamme kohtaamaan nurjamielisiäkin asenteita.

Tutkimuskysymyksemme on: Mitkä tekijät vaikuttavat nuorten aikuisten asenteisiin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan?

2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyden häiriöt ilmenevät hyvin monella tavalla. Usein niitä yhdistävä tekijä on henkisen hyvinvoinnin järkkäminen, joka aiheuttaa jokapäiväisiä vaikeuksia. Mielenterveyden häiriöitä ryhmitellään niille tyypillisten oireiden mukaan. (Huttunen 2008, 8.) Useimmat mielenterveyden häiriöt ovat luonteeltaan oireyhtymiä, joille on ominaista oireiden liittyminen yhteen siten, että oirekokonaisuudella on tunnettu kulku ja ennuste (Lönnqvist 2011, 48). Samalla henkilöllä voi olla samanaikaisesti useita hoitoa vaativia häiriötä, joiden erottaminen toisistaan saattaa olla hankalaa. Parhaan mahdollisen hoidon takaamiseksi ja perustellun lääkehoidon turvaamiseksi mielenterveyden häiriöt pyritään kuitenkin määrittämään mahdollisimman tarkasti. (Huttunen 2008, 8.)

Mielenterveyden häiriöt eivät ole etiologialtaan yksiselitteisiä, sillä syytekijät voivat olla sekä psyykkisiä että somaattisia. Lisäksi ne voivat olla sidoksissa sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Myös geneettiset tekijät vaikuttavat, sillä perimä luo biologisen altistuksen monille psyykkisille sairauksille. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 13.) Mielenterveyden häiriöille on ominaista tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt. Häiriöiden taustalla on usein psyykelle sietämättömiä tunnetiloja kuten pelkoa, vihaa tai häpeää. Liian voimakkaat tai pitkittyneet tunteet lamauttavat ja ajavat ihmisen lievittämään tunnetiloja haitallisoin keinoin. Tunnetilojen hallitsemisen vaikeus voi liittyä esimerkiksi traumaattisiin muistoihin tai itsetuntoa alentavaan ajattelutapaan. Voimakkaat tunnetilat vaikuttavat myös ruumiillisesti. Mielen vointi voi heijastua koko elimistöön aiheuttaen somaattisia oireita. (Huttunen 2008, 8–9.) Psykosomaattisuuden lisäksi mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ajatuksiin, uskomuksiin, asenteisiin ja muistiin. Psyykkinen vajaakuntoisuus rajoittaa työ- ja toimintakykyä, ja voi vakavimmillaan vammauttaa lähes täysin. Hollannissa tehdyn tutkimuksen mukaan esimerkiksi keskivaikean masennustilan invalidisoiva vaikutus on yhtä suuri kuin MS-taudilla tai kuuroudella. Vakavan skitsofrenian haittavaikutuksia taas voidaan tutkimuksen mukaan verrata neliraajahalvaukseen. (Heiskanen ym. 2006, 114.)

Vaikka psyykkiset sairaudet oireilevat myös somaattisesti, poikkeavat ne osin luonteeltaan fyysisistä sairauksista. Mielenterveyden häiriöissä ongelman ydin ei

useinkaan ole aivojen biologisessa rakenteessa, vaan erilaisissa muistikuvissa tai opituissa reaktiomalleissa. Mielen sairaudet ja niihin liittyvät tunnetilat ovat kuitenkin osittain biologisperäisiä, mikä mahdollistaa joidenkin oireiden kuten ahdistuksen lievittämisen lääkkeellisesti. Useiden mielenterveyden häiriöiden kohdalla lääkehoidon katsotaan parantavan toimintakykyä sekä kykyä hyötyä psykoterapiasta. Fyysisten ja psyykkisten sairauksien eroavaisuudesta huolimatta, ovat mielen sairaudet sairauksia muiden tavoin. Ne eivät ole tahdonalaisia ja vaativat parantuakseen sekä tukea että sopivia hoitomuotoja. (Huttunen 2008, 9–10.)

2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt voidaan jakaa erilaisiin masentuneisuutena ilmeneviin häiriöihin sekä kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin, joissa mieliala vaihtelee depressiivisestä maaniseen. Masennukseksi eli depressioksi määritellään tila, jossa yhtäjaksoisesti yli kahden viikon ajan esiintyy useampia masentuneisuuden liittyviä oireita. (Pirkola 2004, 13.) Keskeisiä oireita ovat surullinen, ärtynyt tai tyhjä mieliala sekä alentunut kyky mielihyvän tai mielenkiinnon tuntemiseen. Masennustila saattaa ilmetä esimerkiksi väsymyksenä, univaikeuksina, levottomuutena, ruokahalun muutoksina tai keskittymisvaikeuksina. Tyypillisiä ovat myös toivottomuuden tunteet sekä vakavimmillaan itsetuhoiset ajatukset. (Masennusinfo 2014.) Oirekuvan mukaan masennustilat voidaan erotella lievään, keskitasoiseen, vaikeaan ja psykoottiseen depression. Lisäksi voidaan määritellä taipumus lyhyisiin masennusjaksoihin tai vastaavasti pitkäaikaiseen tai krooniseen masentuneisuuteen. (Pirkola 2004, 13.) Masennushäiriöt ovat yleisin mielenterveyden häiriö ja niiden esiintyvyys on huomattavan suuri etenkin naisilla. Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan jostakin masennushäiriöstä oli kärsinyt 8.2 % naisista ja 4.5 % miehistä viimeisen vuoden aikana (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011, 632). Elämänsä aikana masennukseen sairastuu jopa 10-20 % aikuisista (Heiskanen ym. 2006, 131).

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusjaksojen lisäksi esiintyy maanisia kausia. Mania ja sitä lievempi hypomania aiheuttavat yliaktiivista käytöstä, jolla voi olla ei-toivottuja seuraamuksia sekä henkilölle itselleen että tämän ympäristölle. Maanisuuden tyypillisiä oireita ovat ylikorostunut itseluottamus, unentarpeen väheneminen, lisääntynyt toimeliaisuus, sosiaalinen estottomuus sekä hakeutuminen riskialttiisiin

tilanteisiin. (Biboinfo 2014.) Maniaan voi sisältyä myös todellisuudentajua vääristäviä psykoottisia oireita (Heiskanen ym. 2006, 143). Kaksisuuntainen mielialahäiriö on huomattavasti masennushäiriöitä harvinaisempi. Sen esiintyvyyden arvioidaan olevan Suomessa 0,6 % väestöstä (Isometsä 2011, 201).

2.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöistä tunnetuimpia ovat paniikkihäiriöt, traumaperäinen stressihäiriö, pakko-oireinen häiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuus sekä erilaiset yksittäisten asioiden pelot eli fobiat. Ahdistuneisuushäiriöiden ominaispiirteitä ovat sisäinen ahdistus, epämiellyttävät jännityksen kokemukset sekä liioiteltu huolestuneisuus omasta tai ympäristön tilasta. Suhteettomat pelot tai äkilliset paniikkikohtaukset rajoittavat elämää ja johtavat usein toimintakyvyn alenemiseen sekä elämänpiirin kaventumiseen niin psykologisesti kuin sosiaalisestikin. Ahdistuneisuuteen yhdistyy usein oireita kuten levottomuus, jännittyneisyys, hikoilu, pahoinvointi, pulssin kiihtyminen, vapina, ärtyneisyys tai nukahtamisvaikeudet. (Pirkola 2004, 13–14.) Ahdistuneisuushäiriöt ovat masennushäiriöiden jälkeen yleisimpiä psyykkisiä sairauksia. Terveys 2000-tutkimuksen mukaan 4.8 % naisista ja 3.7 % miehistä oli kärsinyt ahdistuneisuushäiriöstä viimeisen vuoden aikana (Joukamaa ym. 2011, 632).

2.3 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöisen henkilön käyttäytymistä leimaavat pysyvästi ja kaavamaisesti poikkeavat toimintatavat, jotka ovat haitallisia hyvinvoinnin ja sosiaalisen elämän kannalta (Pirkola 2004, 14–15). Persoonallisuushäiriöt voidaan jaotella kolmeen pääryhmään. Epäluuloisille, eristäytyville sekä psykoosipiirteisille häiriöille on tyypillistä käytöksen outous. Epäsosiaalisille, epävakaille ja narsistisille häiriöille ominaista on dramaattisuus ja emotionaalisuus. Estynyttä, riippuvaista tai pakko-oireista persoonallisuushäiriötä sairastavilla sen sijaan on taipumusta ahdistuneisuuteen ja pelokkuuteen. Usein persoonallisuushäiriöisellä henkilöllä ilmenee kuitenkin piirteitä useammasta pääryhmästä. Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja ja alkavat näin ollen kehittyä jo lapsuudessa, nuoruudessa tai viimeistään nuorena aikuisena.

(Huttunen 2013.) Persoonallisuushäiriö ei aiheuta sairautentuntoa, minkä takia diagnosointia kuten hoitoakin pidetään hankalana (Heiskanen ym. 2006, 116).

2.4 Psykoottiset häiriöt

Psykoottisissa häiriöissä ihmisen todellisuudentaju on hämärtynyt ja henkilö kärsii epätodellisista käsityksistä, harhaluuloista tai aistiharhoista. Myös tunnetilojen asiaankuulumattomuus tai latistuminen sekä puheen hajanaisuus tai köyhtyminen on tyypillistä tässä häiriöryhmässä. Psykoottisia häiriöitä ovat muun muassa skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, skitso-affektiivinen häiriö, sekä niiden lyhytkestoiset tai epätyypilliset muodot. (Pirkola 2004, 15.) Psykoottisten häiriöiden kohdalla hoito joudutaan joskus aloittamaan akuutisti jopa ilman potilaan suostumusta (tahdosta riippumaton hoito), sillä psykoottinen henkilö saattaa kokea hoidontarpeen hyvin eri tavalla kuin lähipiiri tai hoitava taho. Väestöstä 3,5 %:lla tilastoidaan elämän aikana vähintään yksi psykoottinen jakso. Yleisimmän psykoosin eli skitsofrenian esiintyvyys on noin 1 %. (Joukamaa ym. 2011, 634.)

Skitsofreniaan sairastutaan tavallisimmin nuoruudessa tai nuorena aikuisena ja edelleen hoidoista huolimatta häiriö jää usein krooniseksi. Skitsofreniaan sairastuneista vain 3:n % arvioidaan parantuvan täydellisesti eli palautuvan täysin oireettomiksi. Kuitenkin 40-70 % sairastuneista on elämäänsä tyytyväisiä ja kärsii vain lievistä oireista. Skitsofrenia heikentää kognitiivista eli älyllistä toimintakykyä, mikä aiheuttaa vaikeuksia uusien asioiden oppimisessa sekä arkiaskareista selviytymisessä. Oikeasuunnatun ja riittävän hoidon sekä tuen avulla sairastuneen elämänlaatu voi kuitenkin parantua huomattavasti, ja vakavastikin sairastunut voi säilyttää esimerkiksi työkykynsä. (Skitsofreniainfo 2014.)

3 ASEENTEIDEN MUODOSTUMINEN

Asenteet ovat läsnä ihmisen kaikessa toiminnassa. Niiden avulla on mahdollista tulkita ympäristöä, ohjata käyttäytymistä sosiaalisissa tilanteissa sekä jäsentää kokemuksia kokonaisuuksiksi. Asenteiden avulla maailman ennakointi on helpompaa, jonka seurauksena ihmisen toiminta on tehokkaampaa. Psykologisesta näkökulmasta asenteiden voidaan ajatella tarkoittavan ihmisen psykologista toimintavalmiutta ja/tai henkistä valmiustilaa. (Erwin 2005, 9–11.) Termi ”asenne” on yleisesti käytössä ja työssämme käytämmekin termiä sen arkikielisessä merkityksessä. Miellämme siis asenteen yksinkertaisesti suhtautumistavaksi asioita kohtaan. Tämän vuoksi emme pureudu tarkemmin itse asenteen teoriaan.

Asenteiden kohteet ovat pääosin sosiaalisesti konstruoituja asioita ja ilmiöitä, joten asenteet mielletään usein opituiksi (Helkama, Myllyniemi & Liebkind 2005, 188). Koska asenteissa painottuvat sekä tieto- että tunne-elementit, voivat ne kuitenkin kehittyä tai syntyä hyvin monella eri tavalla. Asenteiden muodostuminen onkin useimmiten monien tekijöiden summa, sillä altistus asenneinformaatiolle on jatkuvaa. Tästä johtuen asenteet voivat olla myös ristiriitaisia sekä vaihdella ajankohdan ja tilanteen mukaan. Asenteiden pintapuolisuuden ja nopean vaihtuvuuden takia onkin esimerkiksi asennemittauksiin suhtauduttava aina varovaisesti. Asenteiden muodostumisesta voidaan erotella seitsemän eri teoriaa, jotka ovat myös asennemuutoksen tärkeimpiä selityksiä. Vaikka teoriat ovat eroteltavissa toisistaan, toimivat ne useimmiten toisiaan täydentäen. (Allardt 1985, 55; Erwin 2005, 31–32.)

3.1 Informaatiovaikutus

Useissa asenteen määritelmässä korostetaan asenteen tiedollista funktiota. Nämä lähestymistavat katsovat, että vaikuttamalla henkilön uskomuksiin, vaikutetaan myös hänen asenteisiinsa. Asenneinformaatio välittyy sekä henkilöiden välisen viestinnän että joukkotiedotusvälineiden avulla. Henkilökohtainen viestintä on luonteeltaan erityisen voimakasta ja sitä on hyvin vaikea välttää. Lisäksi ihmisellä on taipumus etsiä ja käyttää muita ihmisiä asennetiedon hankkimiseen. (Erwin 2005, 32–33.) Katzin ja Lazarsfeldin (1955) viestinnän kaksivaihemallissa esitetään olevan mielipidejohtajia, jotka seuraavat

aktiivisesti joukkotiedotusvälineitä. Heidän tietojensa avulla ihmiset muodostavat oman käsityksensä asiasta. Toisen käden informaatio voi toisinaan olla helpompi tapa hankkia tietoa, kuin perehtyä aiheeseen itse. (Erwin 2005, 33.)

Joukkotiedotusvälineiden välittämän tiedon vaikutus asenteisiin on tutkijoiden keskuudessa kiistelty aihe, vaikka suurelle yleisölle se näyttäytyykin merkittävänä. Ristiriitaisuutta tutkimuskentällä voidaankin varsin todennäköisesti pitää merkinä siitä, että medially on suuri vaikutus joihinkin ihmisiin kun taas toisiin ei. Näin ollen valtaosa väestöstä sijoittuukin näiden kahden ääripään välille. Joukkotiedotus voi vahvistaa, muovata tai haastaa asenteita tuottamalla tiettyä sisältöä. Vaikuttaminen voi toisinaan olla hyvinkin ilmeistä, mutta useimmiten pyritään hienovaraisuuteen ja jopa huomaamattomuuteen. Lisäksi tiedotusvälineet voivat tietoisesti nostaa tiettyjä puheenaiheita esiin, joka luultavimmin saa ihmiset keskustelemaan aiheista, mikä taas mahdollistaa asenteiden muodostumisen tai muuttumisen. (Erwin 2005, 33–35.)

3.2 Suora kokemus

Suoraa kokemusta pidetään yhtenä ilmeisimpänä asenteita luovana tekijänä. Esimerkiksi kielteiset asenteet voivat johtua suoraan epämiellyttävästä tai jopa traumaattisesta kokemuksesta. Sen kiistattomasta merkityksestä huolimatta, katsotaan sen kuitenkin ennemminkin vain luovan kontekstin, jossa asenteet muodostuvat monen prosessin myötävaikutuksesta. Todellisen kontaktin välittämä suora kokemus on tehokas tapa saada tietoa asenteen kohteesta ja testata uskomuksia. Suoran kokemuksen ja tilannetekijöiden merkityksestä asenteiden muodostumisessa onkin tehty useita tutkimuksia. Muun muassa etnisten ryhmien välistä sopua on pyritty edistämään erilaisilla kokeiluilla, perustuen ajatukseen, että ennakkoluuloisuus johtuu tietämättömyydestä ja vähenee tietojen karttuessa. Tutkijat ovat kuitenkin saaneet todeta, ettei asia ole aivan niin yksinkertainen, sillä vuorovaikutus ja ihmisten väliset suhteet määräävät ratkaisevasti, arvioidaanko kontakti toiseen ryhmään myönteisesti vai kielteisesti. Ihmiset saattavat tulkita toisen ryhmän käytöstä valikoivasti vahvistaakseen omia negatiivisia käsityksiään. (Erwin 2005, 36, 38–40.) Toisaalta myönteisillä asenteilla yksilöä kohtaan on taipumus yleistyä koskemaan koko ryhmää, mikäli yksilö nähdään homogeenisen ryhmän tyypillisenä jäsenenä (Brown, Vivian & Hewstone 1999, Erwinin 2005, 40 mukaan).

Yleisesti ottaen asenteiden katsotaan olevan myönteisempiä tuttuja asioita kohtaan, kun taas tuntemattomaan suhtaudutaan varauksella. Tätä yksinkertaista ilmiötä kutsutaan pelkän tuttuuden efektiksi. Pelkän tuttuuden vaikutus näyttää olevan tehokkainta varsin neutraalien ärsykkeiden kohdalla. Asenteiden muodostuminen myönteisiksi pelkän tuttuuden pohjalta ei kuitenkaan ole itsestään selvää. (Erwin 2005, 37–38.) Jos olemassa oleva asenne asiaa tai henkilöä kohtaan on negatiivinen, jatkuva kontakti saattaa lisätä kielteisyyttä (Warr 1965, Erwinin 2005, 38 mukaan).

3.3 Havainto-oppiminen

Havainto-oppimiseksi eli mallioppimiseksi nimitetään teoriaa, jonka mukaan asenteita ja käyttäytymistä opitaan havainnoimalla muiden asenteita ja käyttäytymisen seurauksia. Malli voi olla elävä tai symbolinen esikuva. Havainnoimalla opitaan mikä on kyseisen käyttäytymisen arvo havainnoijalle. Sijaisoppiminen voi rohkaista tai saada epäröimään tällaisen käytöksen ilmaisemista tietyissä olosuhteissa. Motivoinnin lisäksi havainnointi voi vahvistaa tai heikentää yhteyttä jo syntyneiden asenteiden ja seurausten välillä. Käyttäytymisen ja asenteiden oppimiseen vaikuttavat erityisesti tarkkaavaisuus, muisti, toistaminen ja motivaatio. Asenteen oppiminen tai muuttaminen edellyttää tietoa sen olemassaolosta. Uuden asenteen oppimiseksi uusi informaatio on koodattava ja säilytettävä muistissa. Mitä enemmän tietoa käsitellään, sitä kestävämmäksi asenne muodostuu. Tiedon koodaaminen ja muistaminen eivät kuitenkaan välttämättä johda asenteen tai teon toistamiseen. Monien väliin tulevien tilannetekijöiden johdosta, asenteen ja käyttäytymisen välisen yhteyden on katsottu jäävän varsin heikoksi. (Erwin 2005, 45–47.)

3.4 Klassinen ehdollistuminen ja väline-ehdollistuminen

Klassisen ehdollistumisen teorian mukaan konteksti, jossa neutraali kohde koetaan, voi määrittää siihen kohdistuvan asenteen. Klassinen ehdollistuminen asenteiden oppimisen kannalta tulee merkitykselliseksi, kun neutraalin ärsykkeen yhdistyminen kohteeseen, jolla on emotionaalista tai tunnearvoa, siirretään sosiaaliseen kontekstiin. Byrnen (1971) mukaan asenteiden samankaltaisuus ennustaa hyvin ihmisten välille kehittyvää

attraktiota. Byrne selitti asiaa klassisen ehdollistumisen avulla väittämällä, että samanlaisilla asenteilla on palkintoarvoa, sillä niiden avulla tehdään sosiaalista vertailua. Tässä yksinkertaistetussa esimerkissä samanlaiset asenteet ovat ehdottomia ärsykeitä ja niistä syntyvä myönteinen arvio ehdoton reaktio. Ehdollistunut ärsyke taas on henkilö, jolla on samanlaiset asenteet kuin itsellä. Häntä kohtaan kehittyvä attraktio on ehdollistunut reaktio. Mitä samankaltaisemmat asenteet toisella havaitaan olevan, sitä myönteisemmäksi arvio henkilöstä muodostuu. (Erwin 2005, 40–41.)

Väline-ehdollistumisessa pyritään vaikuttamaan käyttäytymisen oppimiseen ja ylläpitämiseen vahvistamisen avulla. Tässä teoriassa asenteet nähdään arvioivina reaktioina tai käyttäytymismuotoina. Väline-ehdollistumisessa käyttäytymistä ja asenteita vahvistetaan palkitsemalla. Palkinto voi olla myönteinen tapahtuma tai kielteisen asian loppuminen. Väline-ehdollistamisen seurauksena ihminen alkaa suosia vahvistettuja käyttäytymismuotoja, vahvistamattomien reaktioiden jäädessä sivuun. Sen avulla voidaan vahvistaa sekä myönteisiä että kielteisiä asenteita. Väline-ehdollistuminen on tärkeä ja voimakas keino asenteiden muokkaamisessa. Kaikessa vaikuttavuudessaan se voi kuitenkin olla myös haitallisen tehokas. Esimerkiksi ennakkoluuloiset vanhemmat voivat ilmaista hyväksyntänsä tai jopa palkita lapsen konkreettisesti, hänen osoittaessa merkkejä samankaltaisista ennakkoluuloisista näkemyksistä. Väline-ehdollistumisen yhteydessä on huomioitava, että vain olemassa olevia asenteita voidaan palkita. Asenteita voidaan siis muokata tai vahvistaa, mutta ei luoda tyhjästä. (Erwin 2005, 43–44.)

3.5 Sosiaalinen vertailu

Leon Festinger (1954) esitti alun perin sosiaalisen vertailun prosesseja käsittelevän teorian. Festingerin teoria perustui ajatukseen, että ihmisellä on sisäinen vietti arvioida asenteitaan ja kykyjään. Vaikuttaa siltä, että tarve sosiaaliseen vertailuun on voimakkain ihmisen epävarmuusalueilla sekä epävakaina ajankohtina. Kaikkia asenteita ja uskomuksia ei voida testata objektiivisesti, joten toisinaan on turvaututtava epäsuoraan menetelmään eli sosiaaliseen vertailuun. Kun asenteille tai uskomuksille ei löydy objektiivista tukea, voidaan etsiä konsensukseen perustuvaa tukea, jolla tarkoitetaan yhteisön yksimielisyyttä asiasta. Konsensukseen perustuva tuki on ihmiselle merkityksellistä, sillä useimmat ihmiselle tärkeät kyvyt ja asenteet ovat luonteeltaan

yhteisöllisiä. Asenteiden sosiaalista vertailua pidetään yhtenä selittävänä tekijänä, miksi samankaltaisia asenteita omaavat ihmiset hakeutuvat toistensa seuraan. Byrnen (1971) mukaan konsensukseen perustuva tuki vahvistaa ihmisen ajatusta siitä, että hän toimii tehokkaasti sosiaalisessa maailmassa. On kuitenkin muistettava, että asenteiden samankaltaisuus ei kerro asenteiden toimivuudesta tai sopivuudesta. Konsensukseen perustuva tuki voi yhtäläillä vahvistaa yksilöiden samanlaisia, mutta huonosti toimivia asenteita. (Erwin 2005, 48–49.)

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Mielenterveyden häiriöihin liittyviä asenteita sekä leimaantumisen kokemuksia on tutkittu Suomessa laajasti jo usean vuosikymmenen ajan. Wahlbeckin ja Aromaan (2011, 89–90) systemaattinen kirjallisuuskatsaus jakaa aiheeseen liittyvät Suomessa tehdyt tutkimukset kolmeen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä edustaa tutkimuksia, joissa on selvitetty mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten kokemuksia leimaantumisesta sekä syrjinnästä. Toinen ryhmä koostuu väestön mielenterveyden häiriöihin kohdistuviin asenteisiin liittyvistä tutkimuksista. Kolmannen tutkimusten joukon tarkoituksena on ollut selvittää valikoitujen ryhmien kuten hoitoalan opiskelijoiden tai terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden asenteita mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan. Opinnäytetyömme aiheen kannalta oleellista on keskittyä toiseen ryhmään jaoteltuihin tutkimuksiin.

4.1 Väestön asenteisiin kohdistuvat tutkimukset

Laine ja Lehtinen (1973) sekä Lehtinen ja Väisänen (1977) tutkivat jo 70-luvulla suomalaisten asenteita mielen sairauksia kohtaan. Laineen ja Lehtisen tutkimuksessa vertailtiin kahden maaseudulla asuvan yhteisön asenteita. Tutkijoiden päähypoteesi oli, että maataloudella toimeen tulevan yhteisön asenteet ovat negatiivisempia kuin teollistuneen yhteisön. Hypoteesia ei kuitenkaan pystytty tulosten perusteella todentamaan. Lehtisen ja Väisäsen merkittävänä pidettyyn UKKI-tutkimukseen taas osallistui satunnaisia henkilöitä kahdesta kunnasta Etelä- ja Pohjois-Suomesta. Tulosten mukaan maaseudulla asuvien asenteet vaikuttivat olevan jyrkempiä kuin kaupunkilaisten. Sen sijaan sillä, sijaitsiko asuinpaikka pohjoisessa vai etelässä ei ollut merkitystä. Molempien tutkimusten mukaan vanhemman väestön asenteet olivat nuorien asenteita negatiivisempia. Tutkijat tulkitsivat tämän johtuvan sukupolvien välisistä eroista. Tutkimustulokset osoittivat myös miesten asenteiden olevan naisten asenteita suopeampia. Lisäksi havaittiin korkean koulutuksen ja korkean sosioekonomisen aseman vaikutus myönteisten asenteiden muodostumiseen.

Kolmas tutkimus aiheesta tehtiin 90-luvun alussa käyttäen Lehtisen ja Väisäsen tutkimukseen laadittua kyselykaavaketta. Ojasen (1992) tutkimukseen osallistui

henkilöitä ympäri Suomen. Yleisesti asenteet olivat tutkimustulosten mukaan positiivisia, mutta kuten aikaisemmissa tutkimuksissa, korkea ikä ja matala koulutusaste korreloivat negatiivisiin asenteisiin. Ojanen arvioi tämän sukupolvien välisen eron kuitenkin häviävän väestön koulutusasteen noustessa. Ojaseen tutkimuksessa kyselykaavakkeeseen lisättiin ”muiden ihmisten” asenteita ja käytöstä koskevia kysymyksiä. Huomionarvoista onkin, että ”muiden ihmisten” asenteet koettiin hyvin negatiivisiksi omiin asenteisiin verrattuna.

Länsi-Suomen mielenterveyskysely on yksi 2000-luvun laajimmista mielenterveyteen liittyvistä tutkimuksista. Sen tavoitteena on seurata mielenterveyden sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen käytön kehitystä neljässä sairaanhoitopiirissä Länsi-Suomessa. Kysely mittaa mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä sekä asenteita mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan. (Wahlbeck 2011.) Kysely on suoritettu vuosina 2005, 2008, 2011 ja 2014. Vuoden 2014 kyselyn tuloksia ei ole vielä julkaistu. Vuoden 2008 aineiston mukaan leimaavat asenteet olivat yleisimpiä miehen, vanhemman väestön sekä niiden henkilöiden keskuudessa, joille mielenterveyden häiriöt eivät olleet tuttuja. Valtaosa vastaajista (86 %) piti masennusta oikeana sairautena. Reilu enemmistö (80 %) oli myös sitä mieltä, että mielenterveyden häiriöistä voi parantua. Kuitenkin lähes 60 % katsoi masentuneiden henkilöiden olevan vastuussa omasta toipumisestaan. (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck 2011.) Vuoden 2005 kyselyn mukaan mielenterveyden häiriöt nähtiin myös sosiaalista kanssakäymistä hankaloittavana tekijänä. Yli 60 % vastaajista uskoi mielen sairaudesta kärsivien ihmisten olevan arvaamattomia ja 40 % arvioi keskustelukontaktin saavuttamisen hankalaksi. Naapurustoonsa suunniteltavaa mielenterveyskuntoutujille suunnattua asuntolaa vastustaisi vajaa kolmannes. (Aromaa, Tuulari, Herberts & Wahlbeck 2007, 788.)

Vuonna 2006 Suomi osallistui Eurobarometriin 64.4, jonka yhtenä aihealueena oli psyykinen hyvinvointi. Osa kysymyksistä käsitteli asenteita mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan. Kokonaisuudessaan tutkimus osoitti eurooppalaisilla olevan kohtuullisen suvaitsevia näkemyksiä mielen sairaudesta. Yleisesti ottaen asenteet olivat kuitenkin myönteisempiä Pohjois- ja Länsi-Euroopan maissa, kuten Pohjoismaissa, Isossa-Britanniassa, Irlannissa, Hollannissa ja Espanjassa. Suomalaisen asenteet olivat tulosten mukaan vähemmän leimaavia kuin eurooppalaisten keskiarvillisesti. Esimerkiksi vain 10 % suomalaisista vastaajista ajatteli, ettei mielenterveyden häiriöstä

voi parantua, koko Euroopan vastaavan luvun ollessa 21 %. Koko Eurooppaa koskevat tilastot negatiivisia asenteita ennustavista tekijöistä olivat linjassa Suomessakin tehtyjen tutkimusten kanssa, sillä miehillä, ikääntyneillä ja korkeasti kouluttautumattomilla todettiin olevan kaikista tyypillisimmin leimaavia asenteita. (European commission 2006, 44–46.) Myös Angermeyerin ja Dietrichin (2006) laatiman kirjallisuuskatsauksen mukaan Euroopassa tehdyt väestöpohjaiset asennetutkimukset viimeisen 15 vuoden ajalta osoittivat, että korkea ikä ja matala koulutusaste ovat kaikista johdonmukaisimmin sidoksissa negatiivisiin asenteisiin (Aromaa 2011, 27).

4.2 Mielenterveysbarometri

Mielenterveysbarometri on toinen merkittävä 2000-luvulla Suomessa tehty mielenterveyteen liittyvä tutkimus. Mielenterveysbarometri on Mielenterveyden keskusliiton tutkimus, joka selvittää mielenterveyskuntoutujien asemaa sekä mielenterveyden häiriöistä kärsiviin ihmisiin kohdistuvia asenteita. Ensimmäinen barometri tehtiin vuonna 2005, jonka jälkeen tutkimus on suoritettu vuosittain. Vuoden 2013 Mielenterveysbarometrin mukaan suomalaisten asenteissa mielenterveyskuntoutujia kohtaan on tapahtunut muutos hyväksyvämpään suuntaan, vaikka parantamisen varaa vielä onkin. Vastaajista 23 % ilmoitti, ettei halua olla tekemisissä mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kanssa, kun vastaava osuus oli vielä vuonna 2006 32 %. Eri väestöryhmien välillä oli kuitenkin eroja. Barometrin mukaan nuoret, alle 25-vuotiaat, karsastivat mielenterveyskuntoutujia vanhempaa väestöä enemmän. Heistä 39 % ei haluaisi naapurikseen mielenterveyskuntoutujaa. Vertailukohteena voidaan pitää 25-34-vuotiaiden ikäryhmää, jossa vastaava tulos oli 20 %. Yli 60-vuotiaiden ikäryhmässä vastaava luku oli vain 13 %. Mielenterveyden keskusliiton viestintä- ja hallintoasiantuntija Inkeri Aalto arvelee viime vuosien tragedioiden kuten koulusurmien heijastuvan yhä nuorten asenteisiin. Positiivisesta asennemuutoksesta vastasi tutkimuksessa yli 25-vuotiaiden ikäryhmään sijoittuva väestö. Aallon mukaan ymmärrys mielen sairauksia kohtaan kasvaa elämäkokemuksen myötä. Barometrin mukaan myönteinen kehitys asenteissa ei kuitenkaan näy mielenterveyden häiriöistä kärsivien arjessa. Päinvastoin leimaantumisen kokemusten nähdään jopa lisääntyneen. Edelleen 44 % mielenterveyskuntoutujista kokee tulevansa leimatuksi ja 28 % kokee muiden välttelevän heidän seuraansa sairauden tähden. (Mielenterveyden keskusliitto 2013.)

Koulutusaste näyttäisi olevan ainoa muuttuja, jonka vaikutus asenteisiin on pysynyt tutkimustuloksissa muuttumattomana kautta linjan: korkea koulutusaste korreloi myönteisempien asenteiden ja vastaavasti matala koulutusaste negatiivisten asenteiden kanssa. Sen sijaan sukupuolten välisissä asenteissa on tapahtunut muutoksia, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa naisten asenteet osoittautuivat kielteisimmiksi, kun taas nykyiset tutkimukset osoittavat miesten asenteiden olevan negatiivisempia.

Mielenterveysbarometri on tutkimuksista ainoa, jonka mukaan nuorten asenteet ovat muiden asenteita jyrkempiä. Muiden tutkimusten tulokset osoittavat johdonmukaisesti korkean iän korreloivan leimaaviin asenteisiin. Huomionarvoista on myös se, että Mielenterveysbarometrin (2013) mukaan alle 25-vuotiaat olivat ainoa ikäryhmä, jonka asenteet olivat muuttuneet negatiivisempaan suuntaan.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimusstrategiaa ja -menetelmää valitessamme tutustuimme huolellisesti sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen piirteisiin sekä eri aineistonkeruumenetelmien etuihin ja haittoihin. Tutkimuskysymyksen ratkaisun kannalta kvalitatiivinen strategia vaikutti lopulta perustellummalta ja luotettavammalta. Tutkimusmenetelmäksemme valitsimme kvalitatiivisen tutkimuksen päämenetelmänä pidetyn haastattelun (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 205).

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tutkimuskohteen ymmärtäminen sen sijaan, että etsittäisiin tilastollisia säännönmukaisuuksia. Pyrkimyksenä voi olla esimerkiksi tietyn ilmiön tai tapahtuman kuvaaminen. Aineiston laajuus määrittyy tutkimuskohteen perusteella ja voi vaihdella yksittäisestä tapauksesta lukuisiin haastatteluihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85; Hirsjärvi ym. 2010, 181.)

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Haastattelun valintaa aineistonkeruumenetelmäksi perustellaan usein sillä, että se lisää mahdollisuuksia tulkita vastauksia. Tutkija voi halutessaan selventää saatavia vastauksia tai syventää saamia tietoja kysymällä esimerkiksi perusteluja. Myös vastavuoroisesti haastateltavan on tarvittaessa mahdollista pyytää lisäselvennystä, mikäli kysymyksenasettelu tuntuu hankalalta. Erityisesti nämä tekijät puolsivat haastattelun valintaa, sillä emme voineet olla varmoja kuinka perehtyneitä vastaajat aiheeseen olisivat. Tutkimukseemme osallistuminen ei itsessään edellyttänyt aiheeseen perehtyneisyyttä, mutta ajattelimme vastausten pohtimisen olevan vuorovaikutuksessa helpompaa, mikäli aihe ei olisi haastateltavalle kovin tuttu. Lisäksi pidimme haastattelua varminpana keinona saada vastaajia, jotka suhtautuvat tutkimukseen vakavasti ja ovat jo lähtökohtaisesti valmistautuneet pohtimaan kysymyksiä huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2010, 195, 205.)

Päädyimme toteuttamaan haastattelut puolistrukturoituina, sillä halusimme kysymysten etenevän johdonmukaisesti tavalla, joka johdattaa vastaajan aiheen pohdintaan ja herättää ajatuksia. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ja niiden asettelu

ovat kaikille samat, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei ole (Eskola & Vastamäki 2007, 27). Suunnittelimme lyhyehkön haastattelulomakkeen (Liite 1), johon laadimme yksinkertaisia aiheeseen liittyviä kysymyksiä. Haastattelulomakkeen runkoa ja kysymyksenasetteluja muokkasimme koehaastattelun avulla. Koehaastattelusta saimme tärkeää tietoa siitä, miten ulkopuolinen, aiheeseen perehtymätön henkilö kysymyksemme ymmärtää ja kuinka paljon materiaalia suunnittelemamme kysymysten määrä suunnilleen tuottaa. Koehaastattelun jälkeen myös lisäsimme haastattelurunkoon muutamia tukikysymyksiä helpottamaan vastaajia aiheen pohtimisessa. Haastattelukysymyksillämme emme pyrkineet kartoittamaan haastateltavien omaa suhtautumista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan. Sen sijaan kiinnostuksemme kohdentui haastateltavien ajatuksiin oman ikäryhmänsä keskuudessa vallitsevasta asenneilmapiiristä sekä siihen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuskysymyksessämme on havaittavissa monikerroksellisuutta, sillä halusimme tutkia haastateltavien näkemyksiä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat muiden saman ikäryhmän edustajien asenteisiin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan. Haastateltavien on tuskin ollut mahdollista irrottaa omia henkilökohtaisia näkemyksiään aiheesta ja täten pohtia asiaa täysin objektiivisesti. Ihmiset kun tulkitsevat maailmaa ja asioita omien näkemystensä kautta. Toisaalta tämä ei ollut täysin tarkoituskaan. Näemme työssämme haastateltavat informanteina, joilta saatujen vastausten kautta pääsimme käsiksi kyseisen ikäluokan näkemyksiin. Tiedostamme hyvin sen, että kyseiset informantit ovat tutkittavan ikäryhmän edustajia. Juuri siitä syystä uskoimme heillä olevan tutkimuskysymyksemme kannalta arvokkaita näkemyksiä.

Tutkimukseemme osallistuneet henkilöt löysimme levittämällä tietoa opinnäytetyöstämme tuttavapiireissämme. Pidimme tätä tehokkaimpana tapana hankkia mahdollisimman eri-ikäisiä ja koulutustaustaltaan erilaisia haastateltavia. Ajatukset haastateltavien lähestymisestä esimerkiksi kadulla gallupinomaisesti tai sähköpostitse koulujen kautta hylkäsimme niiden haasteellisuuden vuoksi. Lisäksi koimme haastateltavien etsimisen tietyn kontaktin kautta liian rajoittuneeksi. Esimerkiksi koulun kautta haastateltavaksemme olisi päätynyt koulutusasteeltaan yhteneväinen joukko ihmisiä. Tuttavien kautta saimme nopeasti useita henkilöitä ilmoittautumaan halukkaiksi haastatteluun. Haastatteluja varten laadimme kaikkien osapuolien allekirjoitettavaksi sopimuksen tutkimukseen osallistumisesta (Liite 2). Sopimuksessa opinnäytetyön tekijöinä vakuutimme tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista sekä

haastattelujen ja niistä kerätyn materiaalin olevan luottamuksellista. Allekirjoittamalla sopimuksen sitouduimme myös käsittelemään sekä hävittämään haastattelumateriaalin asianmukaisin keinoin. Haastateltavat puolestaan antoivat sopimuksen allekirjoittamalla suostumuksensa haastattelujen nauhoittamiseen sekä haastattelumateriaalin käyttämiseen tätä opinnäytetyötä varten. Lisäksi lisäsimme sopimukseen lyhyen kuvauksen opinnäytetyömme tarkoituksesta ja tavoitteista. Koska emme hakeneet haastateltavia saatekirjeen avulla, halusimme näin varmistaa, että kaikki tutkimukseen osallistuvat saavat haastattelusta samat ennakkotiedot.

Haastattelut toteutimme vuoden 2015 maaliskuu- ja huhtikuun aikana. Päädyimme haastattelemaan yhteensä kahdeksaa henkilöä. Haastateltavat olivat iältään 20–25-vuotiaita miehiä ja naisia (neljä miestä ja neljä naista). Haastattelupaikan suhteen annoimme haastateltaville vapaat kädet, kuitenkin ohjeistaen mahdollisimman rauhallisen paikan valintaan haastattelujen äänittämisen vuoksi. Haastateltavista suurin osa valitsi paikaksi oman kotinsa. Lisäksi muutama haastattelu toteutettiin meidän kodeissa, jotka toimivat myös luonnollisina ympäristöinä, koska paikat olivat asianomaisille entuudestaan tuttuja. Haastattelutilanteen alkaessa kävimme vielä yhdessä läpi ja allekirjoitimme sopimuksen tutkimukseen osallistumisesta, johon haastateltavat olivat saaneet tutustua myös etukäteen. Itse haastattelut olivat kestoiltaan 25–45 minuuttia pitkiä. Tyypillisesti haastattelut vievät paljon aikaa, eikä puolen tunnin haastatteluun tutkimustarkoituksessa yleisesti kannusteta ryhtyvän. Olimme kuitenkin itse vakuuttuneita haastattelun soveltuvan kyselylomaketta paremmin tutkimusmenetelmäksemme. Menetelmän valinnassa tärkeänä elementtinä pidetäänkin tutkijan omaa vakuuttumista lähestymistavan ja metodin pätevyydestä. (Hirsjärvi ym. 2010, 137, 206.)

5.2 Aineiston analyysi

Kaikki kahdeksan haastattelua nauhoitettiin sopimuksen mukaisesti. Jokaisen haastattelun jälkeen aloitimme kyseisen materiaalin litteroinnin, joka suoritettiin kirjoittamalla äänitteet puhtaaksi sanasta sanaan. Analyysimenetelmänä käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen menettelytapa, jolla pyritään aineiston käsitteellistämiseen. Analyysi etenee aineiston pelkistämisen kautta aineiston ryhmittelyyn, jonka jälkeen luodaan

teoreettiset käsitteet. Sisällönanalyysi menetelmänä mahdollistaa tutkittavan ilmiön järjestämisen ja kuvailemisen objektiivisesti. Menetelmä nojaa vahvasti tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe aloitetaan etsimällä litteroidusta materiaalista tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia ilmauksia. Alkuperäisilmaukset kirjataan ylös tarkassa muodossaan sanasta sanaan. Ylimääräinen eli epäolennainen materiaali karsitaan kokonaan pois. Itse aineiston redusointi eli pelkistäminen tapahtuu muodostamalla alkuperäisilmauksista pelkistettyjä ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Kävimme koko aineiston läpi useaan kertaan kirjatun ylös tutkimuskysymyksen kannalta merkitykselliseksi kokemiamme ilmauksia asenteisiin vaikuttavista tekijöistä. Valitsemamme alkuperäisilmaukset koostuivat lauseista sekä lauseen osista, joiden pituus vaihteli. Osa ilmauksista piti sisällään useita merkityksiä, minkä vuoksi niitä oli hankala katkoa lyhyempiin osiin.

Toisessa vaiheessa aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja merkitykseltään yhteneviä ilmauksia kootaan kategorioihin. Pelkistettyjä ilmauksia yhdistävien tekijöiden mukaan kategorioille eli alaluokille muodostetaan niitä kuvaavat nimitykset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Alaluokkia aineistostamme muodostui yhteensä 16 (Liite 3). Viimeisessä vaiheessa aineisto käsitteellistetään eli abstrahoidaan. Abstrahointi aloitetaan yhdistämällä teemoiltaan samanlaiset alaluokat yläluokiksi. Yläluokat nimetään niiden sisällön mukaisesti. Yläluokat yhdistetään edelleen pääluokiksi, jotka muodostavat vastauksen tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) Yhdistettyämme alaluokat yläluokiksi koimme jo niiden vastaavan tutkimuskysymykseemme, emmekä pitäneet mielekkäänä yläluokkien yhteen vetämistä pääluokiksi (Liite 4).

Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä pidetään vaativana menetelmänä, joka haastaa tutkijan analyysin jokaisessa vaiheessa. Sekä aineiston pelkistäminen että kategorioiden muodostaminen ja nimeäminen onnistuneesti ja luotettavasti on haaste kokeneellekin tutkijalle. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11.) Myös me jouduimme tarkastelemaan analyysiämme useaan otteeseen uudelleen ja tekemään muutoksia ryhmittelyyn sekä tarkennuksia luokkien nimityksiin.

6 HAASTATTELUJEN TULOKSET

Kaikki kahdeksan haastateltavaa vastasivat nuorten aikuisten asenneilmapiiriin olevan pääosin kriittinen ja asenteiden jyrkempiä kuin muulla väestöllä: haastateltavista kuusi oli selkeästi sitä mieltä, että heidän ikäryhmässään asenteet ovat todennäköisemmin negatiivisia. Myös kahden muun haastateltavan vastaukset olivat samansuuntaisia, mutta he ilmaisivat asian varovaisemmin tai pohtimalla sitä epäsuoremmin. Kaikki haastateltavat vastasivat vääristyneiden mielikuvien varjostamien asenteiden olevan yleisiä kyseisessä ikäryhmässä. Mielenterveysbarometrin (2013) tuloksia haastateltavat pitivät sekä yllättävinä että ennalta-arvattavina: yllättävinä tuloksia piti kaksi henkilöä, ennalta-arvattavina viisi henkilöä ja yksi vastaajista koki tulokset yhtä aikaa sekä yllättäviksi että ennalta-arvattaviksi. Mielenterveysbarometrin tulosta yllättävänä pitäneet haastateltavat olettivat muuten mielipiteissään niin vapaamielisen nuorison olevan suvaitsevaisempia kuin mitä tulokset antoivat ymmärtää. Toisaalta taas jokaisen vastaajan oli helppo pohtia syitä oman ikäryhmänsä asenteiden jyrkentymiselle. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kautta löysimme kuusi nuorten aikuisten asenteisiin vaikuttavaa yläluokkaa, jotka ovat tiedon merkitys, kokemusten merkitys, mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus, lähipiirin ja sosiaalisen ympäristön vaikutus, yhteiskunnalliset vaikuttajat sekä uudet ilmiöt nuorten aikuisten keskuudessa (Liite 4).

6.1 Tiedon merkitys

Haastateltavat näkivät tiedon ja sen puutteen olevan yksi merkittävimmistä tekijöistä asenteiden muodostumisessa. Asenteiden muodostuminen uskomuksiin perustuen onkin yksi asenteiden tiedollisuutta tukeva elementti (Erwin 2005, 32). Haastateltavista seitsemän katsoi erityisesti tiedon puutteen ja väärän tiedon vaikuttavan suuresti negatiivisen suhtautumisen ja ennakkoluulojen syntymisessä. Kaikki haastateltavat vastasivat nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöihin liittyvien tietojen olevan hyvin vähäisiä, mikäli henkilöllä ei ole psyykkisistä sairauksista kokemusta henkilökohtaisesti, lähipiirin tai ammatillisen koulutuksen kautta. Haastateltavista neljä uskoi tietopohjan olevan sitä heikompi mitä nuoremasta henkilöstä on kyse ja tietojen arveltiin karttuvan kokemuksen tavoin iän myötä. Neljä haastateltavista totesi tietoa

olevan hyvin saatavilla. Kolme haastateltavaa puolestaan oli sitä mieltä, että tarjolla olevan tiedon, esimerkiksi ajankohtaisohjelmien muodossa aihe ei kiinnosta kovin monia ikäryhmän edustajia. Eräs haastateltava uskoi risteävän tutkimustiedon ja tiedon valtavan määrän hankaloittavan luotettavan tiedon hankintaa.

Kaikkien haastateltavien vastauksissa tyypillisten asenteiden katsottiin olevan ennakkoluulojen ja vääristyneiden mielikuvien värittämiä. Seitsemän vastaajista uskoi nuorilla aikuisilla olevan väärää tai puutteellista tietoa paljon oikeaa tietoa enemmän. Kuusi haastateltavista oli sitä mieltä, että kovinkaan monella ikäryhmän edustajalla ei ole todenmukaista kuvaa siitä, mitä mielenterveyden häiriöstä kärsiminen todellisuudessa tarkoittaa ja kuinka yksilökohtaista oirehdinta voi olla. Rajanvetoa ”kevyiden” ja ”raskaiden” sairauksien välillä pidettiin kahden vastaajan toimesta selkeänä. Toinen haastateltavista kiteytti asian seuraavasti:

”Yhä useampi omistakin tutuista käy kuitenkin psykologilla tai kamppailee ahdistuksen tai masentuneisuuden kanssa, mutta ero ”oikeisiin hulluihin” tehdään kuitenkin selväksi.”

Haastateltavista viisi mielsi suhtautumisen vieraampiin sairauksiin kuten psykoottisiin häiriöihin tai persoonallisuushäiriöihin olevan nuorten aikuisten keskuudessa hyvin kapeakatseista ja mielikuvat ”mielisairaalassa elävistä hulluista” ovat tiukassa. Erään haastateltavan kokemuksen mukaan sukulaisen skitsofreniaa ja sen vaikutuksia sairastuneen elämään on lähes poikkeuksetta selitettävä muille ihmisille, koska tietoa sairaudesta on niin vähän:

”...ku se on just luotu ehkä tota kautta et jos joku sanoo et on skitsofrenia ni sit sitä niinku ajattelee samantien et se on joku hullu jolla on, näkee vaan jotain harhoja, vaan se vaan on niinkun sairas ja sitä pystyy hoitaan. Sen melkein aina joutuu selittää.”

Keskustelua mielenterveyden häiriöistä nuorten aikuisten keskuudessa pidettiin viiden haastateltavan toimesta vähäisenä, ellei olemattomana. Tälle löydettiin myös useita selityksiä. Yksinkertaisimpana selityksenä pidettiin sitä, että aihe ei kiinnosta ikäryhmän edustajia, jos se ei kosketa itseä. Tätä mieltä oli haastateltavista viisi. Yksi haastateltava yhdisti varovaisuuden puheen suhteen juuri tiedon puutteeseen ja aiheen vaikeuteen. Vastaajista kaksi tiivistä yllämainittua seuraavasti:

”Loppujen lopuksi aika vähästä (keskustelu), ihmiset pitää sitä jotenkin poikkeuksellisena, se on vähän kun joku myytti.”

”Mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten olemassaolo ei ylipäänsä nouse puheenaiheeksi (nuorten aikuisten keskuudessa). Tämä kertoo ehkä suhtautumisesta aika paljon.”

Lisäksi haastateltavista viisi uskoi keskustelun vähäisyyden johtuvan tuntemattoman aiheen karsastamisesta ja pelosta. Nuorten aikuisten uskottiin pelkäävän mielenterveyden häiriöiden kohtaamista omassa elämässä tai auttajan roolissa. Samoin vastaajista viisi mielsi mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset luokiteltavan helposti erilaisiksi ja poikkeuksellisiksi. Eräs vastaajista tiivistä asian seuraavin sanoin:

”Mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset luokitellaan helposti itsestään erilaisiksi, toisiksi.”

6.2 Kokemusten merkitys

Jokainen kahdeksasta haastateltavasta nosti vastauksissaan esille yksilön henkilökohtaiset kokemukset keskeisinä asenteisiin vaikuttavina tekijöinä. Kokemukset voivat muokata asenteita joko positiiviseen tai negatiiviseen suuntaan. Negatiivisena vaikuttajana nähtiin erityisesti henkilökohtaisen kokemuksen puute, jolla haastateltavat tarkoittivat sitä, että kosketusta mielenterveyden häiriöihin tai niistä kärsiviin ihmisiin ei ole. Tämän näkemyksen takana seisoivat kuusi haastateltavaa. Haastateltavista seitsemän vastasi omakohtaista kokemusta omaavien nuorten aikuisten suhtautuvan mielenterveyden häiriöihin ymmärtäväisemmin kuin sellaisten, joilla vastaavaa kokemusta ei ole. Jokainen kahdeksasta haastateltavasta uskoi omakohtaisen kokemuksen vaikuttavan ennakkoluuloihin niitä vähentävästi. Eräs haastateltava luonnehti henkilökohtaisen kokemuksen puutteen negatiivisia vaikutuksia asenteisiin seuraavasti:

”Luulen, että tietämättömyys mielenterveyshäiriöistä ja vähäinen kanssakäyminen mielenterveys häiriöistä kärsivien ihmisten kanssa luo epärealistisen kuvan häiriöistä ikäisilleni ja näin negatiiviset asenteet.”

Haastateltavista kaksi nosti vastauksissaan esille omakohtaisten kokemusten kaksisuuntaisen vaikutuksen. Heidän mukaansa omakohtaisten kokemusten vaikutus asenteisiin ei automaattisesti ole pelkästään positiivinen vaan kokemukset voivat yhtä lailla muokata asenteita myös negatiiviseen suuntaan. Toinen omakohtaisten kokemusten kaksisuuntaisesta vaikutuksesta esiin tuonut haastateltava pohti asiaa seuraavasti:

”Että just tavallaan se voi olla se hyvä ja huono puoli tai niinku se hyvä ja huono ymmärrys just siinä, että onko miten kokenu sen siinä lähipiirissä tai tuttavapiirissä sen sairauden, et onko se sitte koettu ymmärtäen vai just semmoseks et se koetaan huomionhauks tai jokskuks muuks.”

Kuusi kahdeksasta haastateltavasta vastasi iän ja elämänkokemuksen myötä karttuvalla kokemuksella ja ymmärryksellä olevan suuri merkitys asenteisiin. Heidän mukaansa nuoret aikuiset omaavat usein jyrkkiä ja osin mustavalkoisiakin asenteita, jotka iän myötä pehmenevät kokemuksen ja ymmärryksen lisääntyessä. Haastateltavista viisi uskoikin yli 25-vuotiaiden aikuisten asennoituvan mielenterveyden häiriöihin ja niistä kärsiviin ihmisiin ymmärtäväisemmin kuin 18–25-vuotiaiden. Alla erään vastaajan näkemys iän kerryttämistä kokemuksista ja niiden vaikutuksista asenteisiin:

”Iän myötä ihmiset kohtaavat erilaisia ihmisiä ja elämäntilanteita ja perspektiivi aiheeseen lisääntyy. Mitä enemmän on nähnyt ja kokenut, sitä vähemmän ennakkoluuloja esiintyy.”

Haastateltavista kaksi nosti vastauksissaan esiin mielenterveyden häiriöiden yleisyyden 18–25-vuotiaiden keskuudessa. Heidän mukaansa häiriöiden yleistymisen nuorilla aikuisilla voi muokata asenteita positiivisempaan suuntaan. Yksi vastaajista näki ikätoveriin samaistumisen mahdollisuutena ymmärryksen lisääntymiseen mielenterveyden häiriöiden luonteesta. Toinen haastateltava taas korosti nuorten aikuisten lojaalisuutta omia kavereitaan kohtaan. Mikäli omaan kaveripiiriin lukeutuu

mielenterveyden häiriöstä kärsivä ihminen, ei häntä kohtaan haluta olla ennakkoluuloisia. Vastauksissa haastateltavat toivat asian esiin seuraavasti:

”...et jos nuorella on joku sairaus masennus ja se sen takia tekee jotain niin kyl mä luulen et se on viel se vanhempi väestö mikä on sit vielä vähemmän sitä ymmärrystä ku sitte ehkä jollain nuorella joka voi samaistua enemmän siihen.”

”No mä oon siitä kyllä sitä mieltä että nykyään nuorilla on varmaan hirveen paljon niinku omassa kaveripiirissäki on semmosia et sen takia ei haluta olla ennakkoluuloisia sitte taas niitä omia kavereitaan kohtaan välttämättä.”

Vastauksissa kolme haastateltavaa luonnehti nuorten aikuisten asenteita välinpitämättömiksi, jonka uskottiin johtuvan aiheen kiinnostamattomuudesta. Viisi haastateltavista uskoi, että asia ei kiinnosta nuoria, mikäli se ei kosketa itseä. Kolme haastateltavista korosti tässäkin yhteydessä mielenterveyden häiriöiden vierautta nuorten aikuisten keskuudessa. He uskoivat, että tuntematon aihe pelottaa, koska siitä ei ole konkreettista kokemusta. Koska termi mielenterveyden häiriöt sisältää monia erilaisia oirekuvia ja yksilöllisiä ihmisiä, on sitä oikean tiedon puuttuessa vaikeaa, lähes mahdotonta hahmottaa ja ymmärtää. Yleisesti ottaen asenteiden voidaankin katsoa olevan positiivisempia tuttuja asioita kohtaan (Erwin 2005, 37).

6.3 Mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus

Haastateltavista viisi näki mielenterveyden häiriöt monimutkaisina ja moniulotteisina, jonka vuoksi niitä on vaikeaa ymmärtää. Ymmärryksen puute puolestaan johtaa heidän mukaansa vääristyneisiin käsityksiin ja uskomuksiin, jotka ovat omiaan luomaan negatiivisia asenteita. Eräs haastateltava totesi vastauksessaan, että mielipiteet ja asenteet mielenterveyden häiriöitä sekä niistä kärsiviä ihmisiä kohtaan ovat ristiriitaisia aiheen moninaisuuden vuoksi. Haastateltavista neljä koki saatavilla olevan tiedon mielenterveyden häiriöistä monilta osin ristiriitaiseksi, minkä vuoksi selkeän ja realistisen kokonaiskuvan muodostaminen aiheesta on haastavaa. Haastateltavista kaksi piti ymmärryksen lisäämistä mielenterveyden häiriöistä erityisen vaikeana viitaten ylläoleviin tekijöihin sekä 18–25-vuotiaiden ikäryhmän välinpitämättömiin asenteisiin ja aiheen kiinnostamattomuuteen, mikäli se ei kosketa itseä.

Haastateltavista kaksi korosti vastauksissaan mielenterveyden häiriöiden erityisyyttä verrattuna somaattisiin sairauksiin. Yksi vastaajista käytti ilmaisua ”konkreettisesti näkymätön”, jolla hän tarkoitti sitä, että mielenterveyden häiriöitä ei ole mahdollista yhtä selkeästi havaita ulospäin kuin joitain somaattisia sairauksia. Alla kahden haastateltavan näkemykset liittyen psyykkisten sairauksien erityisyyteen:

”On vaikea käsittää sitä, mitä ei voi nähdä ja onkin paljon helpompi sympatisoida kaveria, joka on menettänyt kätensä, tai selvästi ulospäin huomattavaa kehitysvammaa, kuin mielenterveysongelmaa.”

”Sanotaan että ihminen pelkää sitä mitä se ei pysty ymmärtään ja se pätee mun mielestä myös hyvin mielenterveyden häiriöihin. Fyysinen sairaus on silleen konkreettinen ja sen vuoksi helposti ymmärrettävä. Sit kun kyse on mielestä joka sairastaa, loppuu monilla ymmärrys kesken ja se asia koetaan oudoks ja vieraaks.”

Viisi haastateltavista uskoi valtaosan 18–25-vuotiaista sijoittavan mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset samaan lokeroon eikä heidän uskottu osaavan tehdä eroa eri häiriöiden välille. Tämän ajateltiin johtuvan tietämättömyydestä sekä omakohtaisten kokemusten puutteesta. Alla kahden vastaajan näkemys asiasta:

”Mä luulen et seki riippuu taas niistä ihan porukoista että semmonen ihminen joka ei tunne ketään tai moniakaan kellä ois jotain ongelmia ni se varmaan kokee että ne on semmonen ihan vaan yks iso paskajoukko vaan niinku kaikki sitä samaa, mutta varmaan sitte semmoset jotka on enemmän perehtynyt tai tietää yksittäistapauksia tai muuta semmosta niin ne varmaan tota aatteleekin että on tosi monenlaista ja erottelee niitä.”

”Luulisin, että kaikkia ihmisiä joilla tämä on niin ajatellaan kuuluvan samaan lokeroon. Masennus ja skitsofrenia on sama asia jne. Sairaina pitävät, perkeleet.”

Osa haastateltavista koki kuitenkin, että nuorten aikuisten ikäryhmästä löytyy mielenterveyden häiriöiden kompleksisuudesta ja vaikeasta ymmärrettävyydestä huolimatta myös ymmärrystä häiriöiden yksilökohtaisuutta kohtaan. Haastateltavista kolme uskoi nuorten aikuisten ymmärtävän jokaisen mielenterveyden häiriön edustavan itseään ja ikäryhmänsä edustajien asenteiden vaihtelevan tapaus- ja häiriökohtaisesti.

Heidän mukaansa kaikki nuoret aikuiset eivät lokeroi kaikkia mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä yhdeksi homogeeniseksi massaksi, kuten yksi haastateltavista totesi:

”Kyllä asenteet vaihtelevat sairauden mukaan, mutta se riippuu paljon yksilön tiedoista eri sairauksien oireista ja ylipäättänsä siitä miten mielenterveysongelmat määritellään.”

Haastateltavista kuusi nosti tässä yhteydessä esiin myös omia asenteitaan ja käyttäytymismallejaan, joista keskeisimmäksi nousi halu kohdella kaikkia tasavertaisesti. Tämä ei kuitenkaan aina ole helppoa ja yksi haastateltavista kertoikin tasavertaisuuden tavoittelusta huolimatta sortuvansa välillä itsekin välttelevään käyttäytymiseen:

”Oon yrittäny aatella ja toimia kaikkia kohtaan tasavertaisesti, mut varmasti oon sortunu itekkin vähätteleen mielenterveysongelmien vakavuutta ja välttely oudosti käyttäytyviä ihmisiä..”

6.4 Sosiaalisen ympäristön vaikutus

Asenteiden muodostumisen sosiaaliseen kontekstiin liittyy vahvasti havainto-oppiminen. Haastateltavista viisi vastasivatkin asenteiden olevan osittain opittuja ja korostivat yksittäisen ihmisen lähtökohtia. Lähtökohdilla tarkoitettiin tässä tapauksessa kasvatusta sekä lähipiirin ja laajemman sosiaalisen ympäristön vaikutusta. Haastateltavista yksi tiivistä näkemyksensä seuraavasti:

”Mun mielestä se lähipiiri ja kokemukset on niinkun se että mistä tulee niitä joko niitä ennakkoluuloja tai sitte sitä että on ymmärtäväisempiä.”

Haastateltavista kolme korosti 18–25-vuotiaiden kohdalla ryhmään kuulumisen tärkeyttä ja tämän yhteydessä ryhmän luoman sosiaalisen paineen merkitystä asenteiden muodostumisessa. Kaveripiirin sisäiset arvot, asenteet ja käyttäytymisnormit määrittävät tiukasti yksilön asenteita ja suhtautumista asioihin. Vaikka kaveriporukan käyttäytymisnormeilla ja arvoilla on varmasti monensuuntaista vaikutusta yksilön asenteisiin, korostivat haastateltavat kuitenkin tässä yhteydessä niiden negatiivista vaikutusta. Jokaisen kahdeksan haastateltavan vastauksista nousi toistuvasti esille

ikäluokan kriittinen suhtautuminen ja leimaaminen. Alla kahden haastateltavan näkemyksiä ryhmän luomasta sosiaalisesta paineesta:

”...koska että mun mielestä siinä on jo niinku sekin että kuinka siinä kaveripiirissä kuuluu suhtautua johonkin asioihin niin mun mielestä se niinku vaikuttaa ihan hirveesti.”

”Yleisiin asenteisiin negatiivista vaikutusta nuorilla aikuisilla on varmasti ryhmän paineessa. Helposti ryhmässä sorrutaan vähättelemään muita, ja etenkin erilaisuus, sairaudet, ongelmat saavat niissä yleensä osansa.”

6.5 Yhteiskunnalliset vaikuttajat

Kaikki haastateltavat vastasivat yleisen keskustelun mielenterveyden häiriöistä yhteiskunnan tasolla olevan moninaista ja sen vaikutusta nuorten aikuisten asenteiden muodostumiseen korostettiin. Neljä vastaajista piti avointa keskustelua mielenterveyden häiriöistä ensiarvoisen tärkeänä oikean tiedon ja ymmärryksen lisäämiseksi sekä asenteiden muuttumiseksi positiivisempaan suuntaan. Kaksi vastaajista korosti aiheen tabumaisuutta ja kuvasi sitä harmittavan yleisenä asiana. Mielenterveyden häiriöihin liittyvän ”myyttisyyden” katsottiin johtuvan vähäisestä keskustelusta.

Neljä kahdeksasta haastateltavasta koki yleisen keskustelun mielenterveyden häiriöistä viime vuosina yhteiskunnan tasolla lisääntyneen osittain. Esimerkiksi yksi haastateltavista vastasi keskustelun rajoittuvan vain tiettyihin häiriöihin, kuten masennukseen, muiden häiriöiden jäädessä huomiotta. Haastateltava totesi muun muassa skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä persoonallisuushäiriöiden jäävän yleisen keskustelun ulkopuolelle. Toinen haastateltava puolestaan uskoi yleisen keskustelun rajoittuvan usein vain hoidon ja kuntoutuksen arvosteluun. Yleisen keskustelun osittaisen lisääntymisen ei kuitenkaan uskottu levinneen nuorten aikuisten ikäryhmään ja yli puolet haastateltavista (viisi vastausta) vastasivatkin keskustelun mielenterveyden häiriöistä 18–25-vuotiaiden keskuudessa olevan edelleen kovin vähäistä. Alla yhden haastateltavan näkemys yleisestä keskustelusta:

”..mä oon oikeestaan huomannu vaan että puhutaan niinkun masentuneisuudesta.. en oo luku enkä kuullu että on puhuttu mistään niinku mistään tämmöistä niinku persoonallisuushäiriöistä..”

Haastateltavista kuusi piti median ja sosiaalisen median roolia asenteiden muodostumisessa merkittävänä. Vastaajista kolme mielsi vaikutuksen kaksijakoisena, sillä negatiivisen huomion rinnalle katsottiin nousseen suvaitsevaisuutta ja ymmärrystä lisäävät tarinat. Esimerkiksi sosiaalisessa mediassa leviävät hyväntekeväisyyskampanjat ja henkilöidyt tarinat nähtiin hyvinä keinoina saada erityishuomiota tietyille sairauksille; tunteisiin vetoaminen ja sairauksien inhimillistäminen auttavat ennakkoluulojen purkamisessa.

Joukkotiedotusvälineillä on valtaa vaikuttaa asenteisiin tiettyä sisältöä tuottamalla (Erwin 2005, 35.) Haastateltavista viisi vastasi median välittämän tiedon painottuvan edelleen negatiiviseen huomioon. Neljän haastateltavan vastauksissa uutisoinnin vastattiin olevan toisinaan hyvin yksipuolista ja vääriä mielikuvia lietsovaa. Vastaajista kaksi katsoi mielenterveyden häiriöitä käsiteltävän pääosin rikoksien ja ikävien tapahtumien yhteydessä: esimerkiksi kouluammuskelujen kaltaisten tapahtumien ryöpyttämällä julkisuudessa koettiin olevan suuri vaikutus negatiivisten asenteiden muodostumisessa. Toinen heistä kuvasi negatiivista uutisointia ja sen vaikutuksia seuraavasti:

”...nyt on niin paljon tapettu ja murhattu ihmisiä et siitä heti niinku luodaan, et se on tekemässä jotain paha sellanen kenellä on joku pieniki häiriö, et kun aina ku on joku väkivaltanen ni aina siel on joku et sillä on joku sairaus.”

Asenteisiin vaikuttavien tekijöiden joukossa myös työelämän roolia pidettiin neljän vastaajan toimesta merkityksellisenä. Vastauksista nousi esille erityisesti negatiivinen suhtautuminen mielenterveysongelmista johtuvia sairauspoissaoloja kohtaan. Haastateltavista kaksi vastasi, että mahdollisesti juuri nuorten on vaikea ymmärtää asiaa ja tästä syystä poissaolot tulkitaan esimerkiksi laiskuudeksi. Myös ajatus mielenterveyden häiriöiden ja työttömyyden yhteydestä toistui neljän haastateltavan vastauksissa ja asiaa pohdittiin monelta näkökannalta. Toisaalta ajateltiin, että ehkä tiukka taloustilanne ja lisääntynyt työttömyys ovat vaikuttaneet mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten määrään ja sitä kautta asian kokemiseen ongelmana.

Toisesta näkökulmasta katsottuna taas nähtiin, että mielenterveysongelmat itsessään lisäävät työttömien määrää. Lisäksi kahden haastateltavan vastauksista nousi esille ajatus siitä, että nuorten aikuisten ikäryhmässä toiset jäävät pois töistä laiskuuttaan mielenterveysongelmien varjolla. Kyseisten haastateltavien kokemuksen mukaan Suomen sosiaaliturva-järjestelmää käytetään hyväksi, sillä se mahdollistaa työttömänä elämisen:

”...jos oman ikäsiä miettii ja sen ympärillä niin ei kyllä ikinä oo varmaan ollu näin laiskaa porukkaa et kyl se varmaan jotenkin voi myös jostain kasvatuksesta olla, että ku suomessa on niin helppo jäädä pois töistä...semmonen joka elää sitten vaan sossun rahoilla, puhuu vaan pahasta olost ja muusta et onko se sit oikeesti sitä niin kyl se välil niinku ärsyttää.”

6.6 Uudet ilmiöt nuorten aikuisten keskuudessa

Haastateltavista neljä totesi masennuksen käsitteenä arkipäiväistyneen. Kyseiset haastateltavat uskoivat, että ymmärrys masennuksen vakavuudesta on häilyvää, eikä eroa sairauden ja tunnetilan välillä osata tehdä. Masennusta sanana käytetään nykyään puhekielessä kuvaamaan alakuloista tai surullista oloa, mikä luo harhakuvaan masennusta sairastavien ihmisten määrästä sekä asian vakavuudesta. Haastateltavista kolme vastasi masennuksen arkipäiväistymisen nuorten aikuisten keskuudessa johtaneen jopa mielenterveyden häiriöiden ihainnointiin. Heidän mukaansa mielenterveyden häiriöitä ja niistä erityisesti masennusta voi 18–25-vuotiaiden keskuudessa kutsua jopa muoti-ilmiöksi. Masennuksen arkipäiväistymisestä ja mielenterveyden häiriöiden ihainnoinnista kaksi haastateltavaa puhuivat seuraavasti:

”Masennus sanana on kokenut jonkun kaltaisen inflaation. Joka toinen on masentunut eikä sitä pidetä enää niin vakavana.”

”Se niinku masennus ja semmonenki että sitä niinku mun mielestä sitä vähänniinku jopa ihannoidaanki sitä että on jotain mielisairauksia.”

Termiä mielenterveyden häiriöiden ”hyväksikäyttäminen” käytämme kuvaamaan neljän haastateltavan vastauksista esille nousutta ilmiötä, jonka mukaan nuoret aikuiset

käyttävät hyväkseen sitä, että mielenterveyden häiriöihin ja niiden ennaltaehkäisyyn suhtaudutaan terveydenhuollossa niin vakavasti. Kolmen haastateltavan mukaan nuorten aikuisten keskuudessa tiedetään, että esimerkiksi masentunutta ”esittämällä” saa helposti sairauslomaa, sillä mielenterveyden häiriöihin suhtaudutaan aina vakavasti eikä niitä voi fyysisesti todentaa.

Haastateltavista neljä vastasi, että vitsaileva suhtautuminen nuorten aikuisten keskuudessa on yleistä ja asian käsittely huumorin keinoin erityisesti vaikeammin ymmärrettävien teemojen kohdalla on luonnollista. Samoin vastaajista neljä näki keskustelun sävyn olevan toisinaan jopa halveksuvaa:

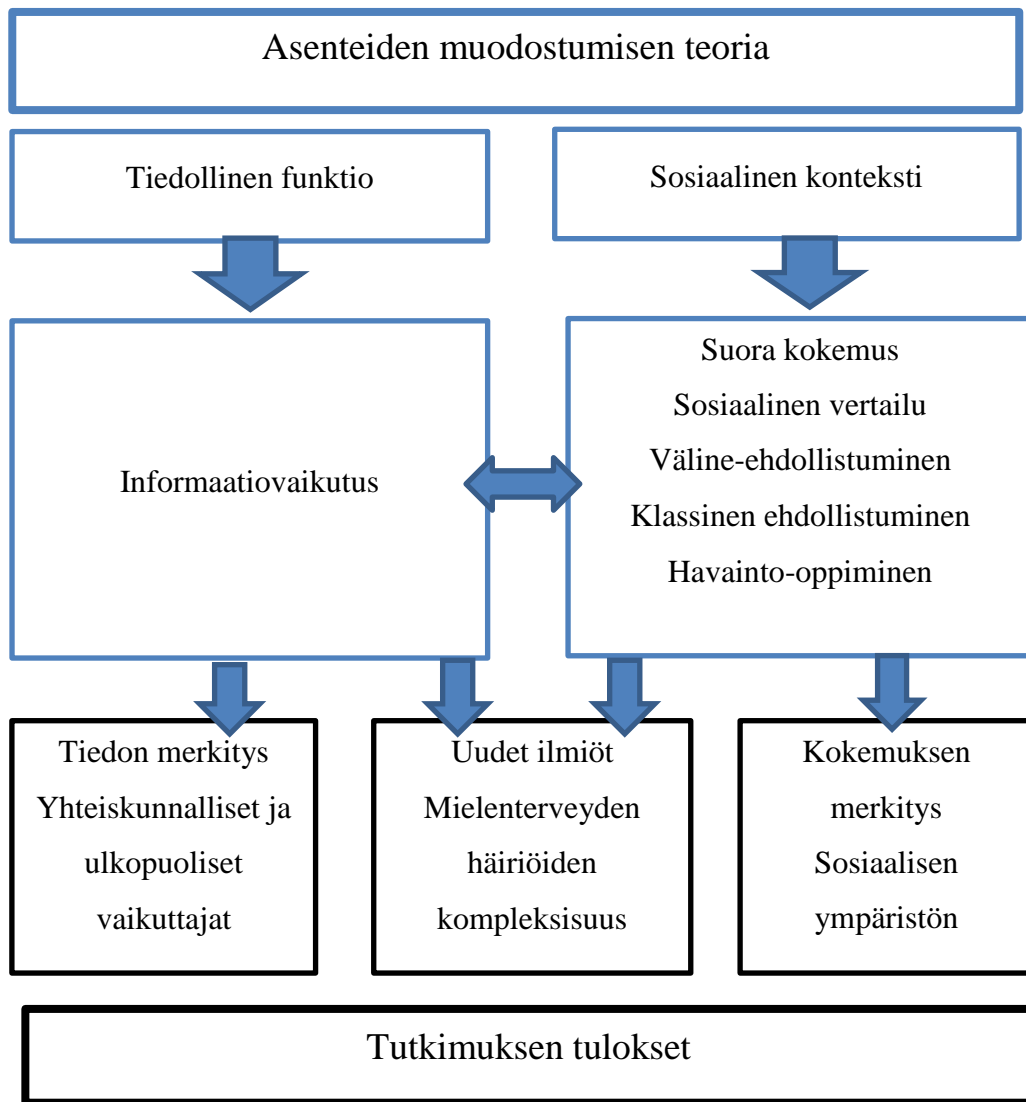
”No useimmiten keskustelut saattaa olla halveksuvia tai vitsailevia, jos mukana on paljon semmosii henkilöitä, jotka ei oo koskaan asian kanssa joutunu tekemisiin.”

Viisi haastateltavista totesi, että mielenterveyden häiriöitä ei nuorten aikuisten keskuudessa oteta tosissaan, vaan häiriöistä kärsiviä saatetaan syyttää häiriön esittämisestä. Mielenterveyden häiriön todellisuutta epäillään ja oireet voidaan tulkita vaikkapa huomionhakuisuudeksi tai säälin kerjäämiseksi:

”...enemmän tullu semmonen usko kans et tosi moni myös varmasti esittää osittain myös sitä masennusta...”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastattelujen tuloksista oli löydettävissä esittelemämme kuusi asenteiden muodostumiseen liittyvää teoriaa: informaatiovaikutus, suora kokemus, havainto-oppiminen, klassinen ehdollistuminen ja väline-ehdollistuminen sekä sosiaalinen vertailu (kuvio 1). Teoriat linkittyvät tiiviisti toisiinsa, eikä niitä asenteiden muodostumisprosessissa voida selkeästi eritellä, kuten itsekin huomasimme tuloksia analysoidessamme (Erwin 2005, 31). Asian havainnollistamiseksi olemme kuitenkin kuvanneet kuviossa 1. asenteiden muodostumisen tiedollista funktiota ja sosiaalista kontekstia toisistaan irrallisina. Erottelun avulla voidaan todeta kuinka monivaikutteisen prosessin kautta asenteemme muodostuvat sosiaalisessa kontekstissa. Esittelemistämme seitsemästä teoriasta suora kokemus, sosiaalinen vertailu, väline-ehdollistuminen, klassinen ehdollistuminen ja havainto-oppiminen perustuvat kaikki sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Toisaalta erottelu paljastaa kuinka suuri merkitys informaatiovaikutuksella on. Tutkimustuloksiamme olemme eritelleet suhteessa teoreettiseen viitekehykseen jaotteleamalla analyysistamme nousseet yläluokat sen mukaan, mihin teoriaan niiden muodostuminen voidaan liittää. Yläluokat tiedon merkitys sekä yhteiskunnalliset vaikuttajat linkittyivät selkeästi asenteiden muodostumisen tiedolliseen puoleen. Yläluokat kokemuksen merkitys sekä sosiaalisen ympäristön vaikutus sen sijaan yhdistettiin luonnollisesti sosiaalisessa kontekstissa tapahtuvaan asenteiden muodostumiseen. Sen sijaan yläluokat uudet ilmiöt sekä mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus sijoitimme kaikkien teorioiden vaikutuspiiriin. Viimeksi mainittujen luokkien kohdalla katsoimme olevan kyse mielenterveyden häiriöiden ymmärtämisen vaikeudesta eikä ainoastaan tiedon tai kokemuksen puutteesta.



Kuvio 1. Tutkimustulosten yhteys teoriaan

Haastateltavien näkemysten voidaan katsoa olevan linjassa vuonna 2013 toteutetun Mielenterveysbarometrin tuloksen kanssa: kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että 18–25-vuotiaiden asenteet mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan ovat pääosin kriittisiä ja jyrkempiä suhteessa muihin ikäryhmiin. Vastauksista nousi esille hyvin monenlaisia nuorten aikuisten asenteisiin vaikuttavia tekijöitä. Asenteiden muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä löydettiin niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnankin tasolta.

Merkittävimmiten tekijöiksi nimettiin mielenterveyden häiriöihin liittyvä tieto sekä kokemus. Näitä kahta tekijää ei nähty vain irrallisina elementteinä, vaan niiden katsottiin olevan yhteydessä myös kaikkiin muihin tekijöihin asenteiden

muodostumisessa. Tiedon ja kokemuksen määrän nähtiin säätelevän muiden tekijöiden vaikutusta. Mikäli asenteet ovat muodostuneet oikeaan tietoon ja henkilökohtaisiin kokemuksiin pohjaten, ei muiden tekijöiden uskottu niin todennäköisesti pystyvän vaikuttamaan asenteisiin negatiivisesti. Vastavuoroisesti tiedon ja kokemuksen puutteen koettiin altistavan asenteet ympäristön tarjoamille vaikutteille. Kokemusten ja tiedon merkitys kulkivat vastauksissa tiiviisti käsi kädessä, joka ilmeni sen korostamisena, että omakohtaiset kokemukset lisäävät oikeaa tietoa, kun taas vastaavasti kokemusten puute ylläpitää todennäköisemmin vääristyneen tiedon määrää. Nuorten aikuisten tietopohjaa mielenterveyden häiriöistä pidettiin pääosin vähäisenä, minkä katsottiin aiheuttavan ennakkoluuloja ja negatiivista suhtautumista.

Keskeisenä nuorten aikuisten asenteisiin vaikuttavana tekijänä nähtiin sosiaalinen ympäristö. Haastateltavien mukaan ryhmään kuulumisen paineen vaikutus asenteisiin on 18–25-vuotiaiden keskuudessa korostuneempaa kuin vanhemmalla väestöllä. Tätä haastateltavat selittivät iän tuomalla kokemuksella: vanhemmiten omien, henkilökohtaisten mielipiteiden ja asenteiden muodostamisen ei katsottu olevan enää niin tiiviisti sidoksissa ympärillä olevien ihmisten asenteisiin. Ryhmään kuulumisen tärkeyttä ja ryhmän sosiaalisen paineen merkitystä korostettiin. Asenteiden kollektiivista muodostumista tässä yhteydessä voidaan selittää sosiaalisella vertailulla sekä klassisella ehdollistumisella. Sosiaalisen vertailun tarve yhdistetään erityisesti ihmisen epävarmuuteen sekä epävakaisiin ajankohtiin (Erwin 2005, 48). Tämä tukee haastateltaviemme näkemystä nuorten aikuisten erityisestä tarpeesta jakaa ryhmän asenteet, sillä nuoruudessa oman arvomaailman rakentaminen voi olla vielä kesken tai kaivata vahvistusta. Konsensukseen perustuva tuki ryhmässä luo sen jäsenille mielikuvan asenteiden toimivuudesta, vaikka todellisuudessa se saattaa yhtäläillä vahvistaa sopimattomia asenteita (Byrne 1971, Erwinin 2005, 49 mukaan).

Mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus ja ymmärtämisen vaikeus linkittyivät myös tiiviisti asenteiden tiedolliseen ja kokemukselliseen muodostumiseen. Mielenterveyden häiriöiden erityisyyttä verrattuna somaattisiin sairauksiin korostettiin ja mielenterveyden häiriöitä luonnehdittiin ”konkreettisesti näkymättömiksi”, mikä vaikeuttaa niiden ymmärtämistä. Ymmärryksen puute yhdistettiin haastatteluvastauksissa vääristyneisiin uskomuksiin, jotka ovat omiaan luomaan negatiivisia asenteita.

Leimaaminen ja syrjintä voi olla myös rakenteellista esimerkiksi mediassa, terveyspalveluissa tai oikeusjärjestelmässä (ASPEN-hankeryhmä 2011, 12). Haastateltavista kuuden mukaan nuorten aikuisten asenteisiin vaikuttaa vahvasti vallitseva kulttuuriympäristö sekä yhteiskunnan yleinen asenneilmapiiri: mitä arvoja pidetään tärkeinä ja millaisten yhteiskunnallisten normien mukaan elämää eletään. Sen, millainen ilmapiiri yhteiskunnassa vallitsee mielenterveyden häiriöitä ja niistä kärsiviä ihmisiä kohtaan, nähdään muokkaavan myös 18–25-vuotiaiden asenteita.

Mielenterveyden häiriöistä on aina puhuttu vähän verraten niiden yleisyyteen. Myös haastateltavat mielsivät mielenterveyden häiriöihin liittyvän puheen yhteiskunnan tasolla olevan edelleen varovaista, vaikkakin sen katsottiin lisääntyneen viime vuosien aikana. Vastauksissa pohdittiin myös mielenterveyden häiriöiden olevan edelleen tabu yhteiskunnassamme. Asia koettiin toisaalta kaksijakoisesti, sillä suhtautumisen ajateltiin olevan erilaista eri häiriöiden kohdalla. Esimerkiksi masennuksen katsottiin arkipäiväistyneen, eikä ihmisten ajateltu osaavan tehdä eroa alakuloisen tunnetilan ja itse sairauden välillä. Tämän koettiin taas johtavan helposti masennuksen vakavuuden vähättelyyn. Toiseksi ääripääksi miellettiin raskaat sairaudet, kuten skitsofrenia, joista ei ajateltu olevan juuri ollenkaan tietoa tai keskustelua väestön keskuudessa.

8 POHDINTA

Etukäteen olimme kuvitelleet nuorten aikuisten asenteiden olevan muuta väestöä sallivampia ja koimme yleistäen tästä ikäryhmästä löytyvän eniten avoimuutta ja suvaitsevaisuutta. Toisaalta omaa näkemystämme saattaa hämärtää koulutuksen ja työn kautta syntyneet kontaktit, joissa asenteiden voidaan ajatella olevan verraten ennakkoluulottomampia. Mielenterveysbarometrin tulokset nuorten aikuisten jyrkästä suhtautumisesta mielenterveyden häiriöihin ja niistä kärsiviin ihmisiin herätti mielenkiintomme ja sai miettimään syitä asialle.

Mielenterveyden häiriöihin liittyy paljon muita sairauksia enemmän ennakkoluuloja sekä asenteellisuutta. Jotta asenteissa voisi tapahtua muutosta, on ne ensin tiedostettava. Vasta tämän jälkeen niitä on mahdollista työstää. (Salonen 2005, 16–18.) Koemme, että keskustelun ja ajatusten herättäminen aiheeseen liittyen on tärkeää juuri tästä johtuen. Toivomme, että myös sellaiset ihmiset, jotka eivät koe aiheen koskettavan itseään, pysähtyisivät hetkeksi miettimään asennoitumista niin henkilökohtaisella kuin yhteiskunnankin tasolla. Mielestämme asenteisiin vaikuttavien tekijöiden näkyväksi tekeminen on tärkeää ja samalla haluamme korostaa asioista avoimesti puhumisen merkitystä. Omalta osaltamme haluamme pyrkiä vähentämään mielenterveyden häiriöihin liittyvää tabumaisuutta. Toivoimme opinnäytetyömme antavan viitteitä siitä, millä keinoin asenteisiin ja niiden muodostumiseen olisi mahdollista vaikuttaa. Haastatteluissa korostui tiedon lisäämisen ja mielenterveyden häiriöiden tutuksi tekemisen merkitys ennakkoluulojen vähentämisessä. Jo lyhyenkin mielenterveyteen liittyvän opetuksen on todettu vaikuttavan positiivisesti mielenterveyden häiriöistä kärsiviin ihmisiin kohdistuviin asenteisiin. Esimerkiksi Sakellari (2014) tutki väitöskirjassaan, minkälaisia vaikutuksia opetuksella on nuorten käsityksiin mielen sairauksista sekä niistä kärsivistä ihmisistä. Tutkimuksessa mielenterveysasioiden opetukseen osallistuneiden nuorten käsitykset sisälsivät opetuksen jälkeen vähemmän negatiivisia elementtejä. Lisäksi koeryhmän henkilöt osasivat eritellä diagnooseja sekä osoittivat ymmärtävänsä mielenterveyden häiriöiden tahdosta riippumattomuutta sekä hoidettavuutta. Myös meidän opinnäytetyössämme haastateltavat korostivat tiedon lisäämistä opetuksen kautta. Koulut nähtiin vaikutusvaltaisina toimijoina asenteiden muokkaamisessa. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että tietoa mielenterveyden häiriöistä

tulisi lisätä opetukseen jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta vääristyneitä mielikuvia ei ehtisi muodostua.

Toisaalta vastauksissa suhtauduttiin kriittisesti erityisesti nuorten aikuisten haluun muuttaa asenteitaan. Asennemuutosta ei uskottu pidettävän tärkeänä, mikäli mielenterveyden häiriöihin ei ole henkilökohtaista kosketusta. Sosionomeina meillä on monipuolisten työkuviemme ansiosta monenlaisia mahdollisuuksia työskennellä väestön keskuudessa asenteiden muuttamiseksi positiivisempaan suuntaan. Vastauksista esiin noussut mahdollinen asennemuutoksen kiinnostamattomuus nuorten aikuisten keskuudessa vaatii meiltä työntekijöinä mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten vahvistamista siten, että he voivat tarpeeksi vahvoina kohdata torjuviakin asenteita lannistumatta siitä liiaksi. Tällaista ”valmentamista” voi toteuttaa esimerkiksi sopeutumisvalmennuskursseilla: kuinka olla sinut sairauden kanssa ja kuinka kohdata negatiivisia asenteita. Toki asia on tärkeää huomioida myös jokapäiväisessä työssä. Mielestämme tärkeää on myös rohkaista ja kannustaa mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä ponnistelemaan liittyäkseen sosiaaliseen ympäristöön. Keskeistä on toiminnan suuntaaminen ulospäin, jolla tarkoitamme sitä, että tuetaan ja ohjataan mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä elämään mahdollisimman tavallista arkea muiden ihmisten joukossa. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten näkymättömäksi tekeminen ei edesauta asenteiden muuttumista positiivisempaan suuntaan saati helpota sosiaaliseen ympäristöön liittymistä. Uskomme, ihmisten sietokyvyn lisääntyminen erilaisuutta kohtaan edellyttää erilaisuuden läsnäoloa.

Aromaan (2011) mukaan kanssakäyminen mielenterveyden häiriöstä kärsineen ihmisen kanssa vaikuttaa tehokkaimmin käsityksiimme ja käyttäytymiseemme. Tästä syystä kokemusasiantuntijoiden käytön lisääminen stigman vastaisissa kampanjoissa olisi hänen mukaansa suositeltavaa. Myös haastattelemamme henkilöt nostivat esiin mielenterveyden häiriöiden konkretisoimisen eli tutuksi tekemisen tärkeyden. Konkretisoimisen keinoiksi ehdotettiin juuri kokemusasiantuntijoiden käyttöä ja ylipäättänsä vuorovaikutus mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kanssa miellettiin pääsääntöisesti suvaitsevaisuutta edistäväksi tekijäksi.

Ammatillista kasvuamme edisti opinnäytetyön itsenäisyys. Oli tärkeää huomata, kuinka meistä itsestämme löytyi kyky viedä työtä eteenpäin mielestämme onnistuneesti. Tätä kautta työn tekeminen nostatti ammatillista itsetuntoa ja rohkeutta seistä omien

näkemyksiensä ja mielipiteidensä takana. Objektiivinen tekstin arviointi oli erityisesti opinnäytetyön tekemisen loppusuoralla haastavaa, koska itselle työ näyttäytyi niin selkeänä. Yritimme kuitenkin työn eri vaiheissa asettua ulkopuolisen lukijan asemaan ja tarkastella tekstiämme muiden näkökulmasta. Opinnäytetyön raportointi olikin jatkuvaa reflektointia siitä, kuinka ymmärrettävästi olemme onnistuneet ajatuksiamme ja tutkimustamme kuvaamaan. Vaikka epävarmuuden hetkinä tuntui siltä, että työstä ei tule yhtään mitään, oli päällimmäisenä kuitenkin arvostus omaa työtä kohtaan ja näkemys siitä, että aihe on tärkeä. Yhteistyömme sujui hyvin läpi koko työn, jonka uskomme johtuneen siitä, että näkemyksemme työstä tavoitteista ja itse aiheesta olivat niin samankaltaisia. Työn kaikissa vaiheissa koimme tärkeäksi, että asioita on voinut pohtia yhdessä toisen kanssa.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Jotta laadullista tutkimusta voisi pitää uskottavana, nousee sen luotettavuuden arviointi ensiarvoisen tärkeään asemaan. Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida monipuolisesti huomioiden prosessin eri vaiheet. Valitessamme opinnäytetyömme tarkastelun kohteeksi asenteet, lähdimme tietoisesti viemään tutkimustamme haasteelliselle alueelle. Halusimme kuitenkin itsepintaisesti pitää kiinni aiheesta, joka kiinnosti meitä molempia erityisesti. Aiheen haasteellisuuden vuoksi myöskään tutkimustehtävän rajaaminen ei ollut ongelmattonta. Tutkimuskysymystä muodostaessamme meidän oli arvioitava kuinka luotettavasti pystymme siihen vastaamaan opinnäytetyön puitteissa.

Asetelmaa, jossa haastateltavat toimivat niin sanottuina informantteina koskien ikäryhmäänsä, voidaan jo lähtökohtaisesti pitää tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä. Työn monikerroksellisuutta olisi voinut purkaa kysymällä yksinkertaisesti haastateltavien omiin asenteisiin vaikuttavia tekijöitä. Emme kuitenkaan halunneet muotoilla haastattelukysymyksiämme siten. Uskoimme tämän auttavan haastateltavia avaamaan laajemmin ja rohkeammin havaintojaan aiheesta. Koska haastateltavat edustavat tutkittavaa ikäryhmää, ei heidän omiin asenteisiinsa vaikuttavia tekijöitä voida kuitenkaan erottaa heidän näkemyksistään muiden ikäistensä asenteisiin vaikuttavista tekijöistä. Tutkijoina meidän onkin mahdotonta arvioida ovatko haastateltavien vastauksissaan esille tuomat näkemykset kuitenkin heidän omia käsityksiään, joita he näkevät ympäristössään. Samoin kuin haastateltavat uskoivat yksittäisen ihmisen asenteisiin vaikuttavan hänen lähtökohtansa ja taustansa, uskomme, että haastateltavien omat lähtökohdat ja kokemus ovat yhtä lailla vaikuttaneet heidän vastauksiinsa ja näkemyksiinsä. Haastattelussa kysyttiin haastateltavien subjektiivisia näkemyksiä, joten vastauksiin ovat varmuudella vaikuttaneet myös heidän lähtökohtansa; tausta ja henkilökohtaiset kokemukset.

Haastateltavien löytyminen omista tuttavapiireistämme herätti kysymyksiä. Onko tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tuttuus työn kannalta uhka vai mahdollisuus? Pohdimme sitä, kuinka totuudenmukaisesti haastateltavat vastaavat omista näkökulmistaan, kun haastattelija on tuttu ihminen. Mahdollisuus siihen, että haastateltavat muotoilevat näkemyksiään sen mukaan, mitä olettavat haastattelijoiden

odottavan, oli olemassa. On myös mahdollista, että haastateltavat haluavat vaikuttaa haastattelijoiden silmissä esimerkiksi suvaitsevaisemmilta tai valistuneemmilta kuin oikeasti ovat. Tätä riskiä uskomme pienentäneemme kysymyksenasettelulla, jolla haettiin näkemyksiä yleisesti ikäryhmän asenteisiin vaikuttavista tekijöistä. Uskomme haastateltavien tuttuuden olleen työssämme lopulta mahdollisuus uhkan sijaan. Koimme haastateltavien tuttuuden lisänsen haastattelun avoimuutta ja rohkeutta puhua asioista niiden oikeilla nimillä. Tästä huolimatta on selvää, että verkostoihimme kuuluvat ihmiset jakavat samankaltaisen sosiaalisen ympäristön kuin me itse, mikä on mahdollisesti ohjannut myös vastauksia tiettyyn suuntaan.

Myös haastattelutilanteet sisälsivät omat haasteensa. Jouduimme pohtimaan omaa rooliaamme sekä huomaamaan, että valmiista haastattelurungosta huolimatta oli haastattelutilanteissa sovellettava yllättävänkin paljon tilanteen mukaan. Jo haastattelurunkoa hahmotellessamme huomasimme, kuinka helppoa kysymyksenasettelulla on johdatella haastateltavaa. Pyrimme jo lähtökohtaisesti muokkaamaan kysymykset siten, ettei haastateltava kokisi häneltä odotettavan tietynsuuntaisia vastauksia. Itse haastattelutilanteissa useat kysymyksemme herättivät kuitenkin haastateltavissa jatkokysymyksiä. Ajoittain tuntui haastavalta vastata kysymyksiin riittävän neutraalisti, jotta edelleen voisi minimoida johdattelun mahdollisuutta. Erityisen haastavalta tämä tuntui silloin, kun itsellämme oli tietty näkemys asiasta, johon haastateltava kaipasi tarkennusta. Toisaalta valitsimme haastattelun aineiston keräämisen keinoksi juuri sen vuoksi, että tarvittaessa tarkentaminen mahdollistuu. Jälkeenpäin olemme kuitenkin sitä mieltä, että kysymykset olisi voinut muotoilla vieläkin tarkemmiksi. Haastattelutilanteissa kävi ilmi myös, että haastateltavien oli hankala kohdentaa ajatuksiaan juuri nuorten aikuisten ikäryhmään ja pohdinnat tuntuivat joissain tapauksissa keskittyvän koko väestöön. Tarkentavilla kysymyksillä oli mahdollista ohjata ajattelua alkuperäiseen kysymykseen, mutta varmasti mukana oli myös sellaista aineistoa, joka vastauksissa on katsottu liittyvän koko väestöön. Tämä on ymmärrettävää, sillä tietysti samanlaiset tekijät vaikuttavat kaikkien ikäryhmien asenteiden muodostumiseen. Emme kuitenkaan koe, että tämä olisi heikentänyt tutkimuksemme tulosten kohdentumista tutkimuskysymykseemme, sillä aineistosta löytyi analysointivaiheessa paljon erityisesti nuorten aikuisten asenteiden muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Odotetusti haastavin vaihe opinnäytetyössämme oli aineiston analysointi. Emme voineet sivuuttaa ajatusta siitä, kuinka paljon meillä tutkimuksen toteuttajina oli valtaa pelkistäessämme ja kategorisoidessamme aineistoa. Tarkoittivatko he sitä, mitä ajattelimme heidän tarkoittavan? Työssämme pyrimme kuitenkin esittämään tutkimustulokset niin totuudenmukaisina kuin mahdollista. Uskottavuutta ja luotettavuutta olemme pyrkineet lisäämään käyttämällä suoria lainauksia haastattelujen litteroidusta aineistosta. Tutkijoiden tulkintojen vaikutusta tutkimukseen ei voi sivuuttaa emmekä usko, että mikään tutkimus on tutkijan tulkinnoista vapaa. On selvää, että myös tämän työn kohdalla omat tulkintamme vaikuttivat saamiimme tuloksiin erityisesti analysointivaiheessa, joka jo itsessään vaatii tulosten tulkitsemista.

Tutkimuskysymyksemme oli laaja, mutta mielestämme saimme siihen vastauksen. Uskomme, että saamamme tutkimustulokset ovat monipuolisuutensa vuoksi uskottavia ja kuvaavat tutkimuskohteen todellista tilaa. Uskomuksemme tästä perustuu tulosten ymmärrettävyyteen ja tulosten linkittymiseen asenteiden muodostumisen teoriaan. Toki on muistettava, että tulokset perustuivat vain kahdeksan 20–25-vuotiaan henkilön näkemyksiin aiheesta. Tulosten analysointivaihe oli haastava, mutta mielestämme saimme siirrettyä tutkimusaineistosta kaikkein oleellisimman tiedon itse työhön. On kuitenkin otettava huomioon tutkijoiden subjektiviteetti, jolla tarkoitamme sitä, että joku toinen tutkija olisi voinut mahdollisesti korostaa erilaisia, mielestään oleellisimpia asioita.

LÄHTEET

Allardt, E. 1985. Sosiologia I. 2. painos. Juva: WSOY.

Angermeyer, M.C. & Dietrich, S. 2006. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (3), 163-179.

Aromaa, E. 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. National Institute for Health and Welfare. Research 69.

Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. 2011. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic journal of psychiatry* 65 (2), 125-132.

Aromaa, E., Tuulari, J., Herberts, K. & Wahlbeck, K. 2007. Pohjolaisen väestön suhtautuminen masennukseen ja mielen hoitamiseen. *Suomen lääkärilehti* 62 (8), 788-789.

ASPEN-hankeryhmä. 2011. ASPEN-hanke. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Biboinfo. 2014. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Mania aiheuttaa yliaktiivisuutta. Luettu 8.10.2014. www.bipoinfo.fi/oireet/mania-aiheuttaa-yliaktiivisuutta

Brown, R., Vivian, J. & Hewstone, M. 1999. Changing attitudes through intergroup contact: the effects of group membership salience. *European Journal of Social Psychology* 29 (5-6), 741-764.

Byrne, D. 1971. The attraction paradigm. New York: Academic Press.

Corrigan, P.W., River, L.P. & Lundin, R. 2001. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187 -195.

Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Suom. Ahokas, M. Helsinki: WSOY. Alkuperäinen teos 2001.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I 2007. Jyväskylä: PS-kustannus.

European Commission. 2006. Mental well-being. Special Eurobarometer 248/Wave 64.4. European Commission Directorate General Communication. Luettu 20.11.2014. http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_248_en.pdf

Festinger, L. 1954. A theory of social comparison processes. *Human Relations* 7 (2), 117-140.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

- Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. 2005. Johdatus sosiaalipsykologiaan. 3.-6.painos. Helsinki: Edita Prima Oy
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Huttunen, M. 2013. Persoonallisuushäiriöt. Duodecim. Tarkistettu 14.8.2013. Luettu 8.10.2014. www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407
- Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepä, T. & Lönnqvist, J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 70-133.
- Isometsä, E. 2011. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 194-217.
- Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 630-640.
- Katz, D. & Lazarsfeld, P. F. 1955. Personal influence. Glencoe, IL: Free Press.
- Kokemuskoulutus. 2015. Kokemuskoulutustoiminta. Luettu 16.2.2015. <http://www.kokemuskoulutus.fi/kokemuskoulutus/>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede vol. 11/1999, 3-12.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 12-31.
- Lönnqvist, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 47-69.
- Masennusinfo. 2014. Masennus. Masennuksen kulku ja ennuste vaihtelee. Luettu 8.10.2014. masennusinfo.fi/oireet/masennuksen_kulku_ja_ennuste_vaihtelee
- Mielenterveyden keskusliitto. 2013. Mielenterveysbarometri 2013. Luettu 27.10.2014. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Barometri+2013+diaesitys.pdf>
- Ojanen, M. 1992. Attitudes towards mental patients. International Journal of Social Psychiatry 38 (2), 120-130.
- Pirkola, S. 2004. Mitä ovat mielenterveyshäiriöt?. Teoksessa Jaatinen, E. (toim.) Kun läheisen mieli murtuu – omaiset kertovat. Helsinki: Kirjapaja Oy, 11-19.

Sakellari, E. 2014. Exploring the impact of mental health education on adolescents' perceptions about mental health and mental illness. Improving community health. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Salminen, J.K. 2004. Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys. Suomen Lääkärilehti, 48, 4745– 4748.

Salonen, K. 2005. Näe ihminen – älä leimaa. Mielenterveys 2/2005, 16–18.

Skitsofreniainfo. 2014. Skitsofrenia. Skitsofrenian kulku ja ennuste yksilöllisiä. Luettu 13.11. 2014. www.skitsofreniainfo.fi/oireet/Skitsofrenian_kulku_ja_ennuste_yksilollisia

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

Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveystyö. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 17-31.

Wahlbeck, K. & Aromaa, E. 2011. Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review. *Psychiatria Fennica* 42, 87-109.

Wahlbeck, K. 2011. Tiedote: Länsi-Suomen mielenterveyskyselyn tuloksia 2005-2011. Mielenterveys- ja päihdepalvelut –osasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 20.11.2014. <http://www.thl.fi/documents/10531/72195/>

Warr, P. B. 1965. Proximity as a determinant of positive and negative sociometric choice. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 4 (2), 104-109.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

- Miten arvioisit oman ikäryhmäsi edustajien, 18-25-vuotiaiden, asenteita mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan?
 - millaisia ikäistesi asenteet ovat näkemyksesi mukaan suhteessa muuhun väestöön?
- Mitä ajatuksia Mielenterveysbarometrin tulokset herättävät?
 - yllättävää/ennalta-arvattavaa?
- Minkä tekijöiden arvelet vaikuttavan ikäistesi asenteisiin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä kohtaan?
 - Ovatko nämä tekijät vaikuttaneet omiin asenteisiisi?
 - Millä tekijöillä koet olevan erityisesti negatiivista vaikutusta yleisiin/omiin asenteisiin?
 - Mitkä tekijät mielestäsi lisäävät suvaitsevaisuutta/ymmärrystä nuorten aikuisten keskuudessa?
- Nähdäänkö mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset kokemuksesi mukaan yhtenä isona yhtenevänä joukkona vai eroavatko asenteet sairauden mukaan?
- Ovatko omat asenteesi muuttuneet, jos ovat niin miksi/miten?
- Millaista on mielestäsi puhe mielenterveyden häiriöistä yhteiskunnan tasolla?
 - paljon/vähäistä, minkä sävyistä?
 - millaista on puhe ikäistesi keskuudessa vai puhutaanko aiheesta ylipäätänsä?
- Mitkä asiat mielestäsi voisivat selittää nuorten aikuisten asenteiden jyrkentymistä?
- Miten yleiseen asenneilmapiiriin nuorten aikuisten keskuudessa voitaisiin mielestäsi vaikuttaa positiivisesti?

Liite 2. Sopimus tutkimukseen osallistumisesta

Sopimus tutkimukseen osallistumisesta

Olemme kaksi sosionomi (AMK) -opiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöistä kärsiviin ihmisiin kohdistuvista asenteista. Tarkoituksenamme on selvittää nuorten aikuisten asenteisiin vaikuttavia tekijöitä. Aineiston opinnäytetyötämme varten keräämme haastattelemalla 18-25-vuotiaita heidän näkemyksistään oman ikäryhmänsä edustajien keskuudessa vallitsevasta asenneilmapiiristä sekä asenteisiin vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut ovat luottamuksellisia ja kerätty aineisto käsitellään siten, ettei haastateltavan henkilöllisyys käy ilmi. Haastattelut nauhoitetaan ja tallenteet litteroidaan. Tämän opinnäytetyön tekijöinä lupamme suorittaa haastattelut ja purkaa tallenteet henkilökohtaisesti. Lisäksi otamme vastuun kaiken haastattelumateriaalin hävittämisestä työn valmistuttua.

Allekirjoittamalla tämän sopimuksen annan suostumukseni haastattelun nauhoittamiseen sekä haastattelumateriaalin käyttämiseen tämän tutkimuksen suorittamiseksi.

Aika ja paikka

Haastateltava

Henna Hallinen

Jenni Hildén

Liite 3. Aineiston klusterointi

PELKISTETYT ILMAUKSET	ALALUOKAT
<p>Henkilökohtaiset kokemukset Ei kosketusta mielenterveyden häiriöstä kärsivään ihmiseen Sairastunut lähipiirissä lisää ymmärrystä Henkilökohtaiset kokemukset voivat luoda hyvää ja huonoa ymmärrystä Kanssakäyminen häiriöistä kärsivien ihmisten kanssa Ymmärrys samaistumisen kautta Kokemuksen vaikutus Iän myötä karttuva kokemus Mielenterveyden häiriöiden yleisyys myös nuorten keskuudessa Lojalisuus omia kavereita kohtaan Kokemuksen kautta kertynyt tieto auttaa erittelemään sairauksia Kokemuksen vaikutus ennakkoluuloihin Aihe ei kiinnosta, jos ei kosketa itseä Aiheen kiinnostamattomuus/koskettamattomuus Sukupolvien väliset erot</p>	<p>Henkilökohtaisten kokemusten tai niiden puutteen vaikutus</p>
<p>Lähipiirin vaikutus Sosiaalinen ympäristö Kasvatus Lähtökohdat (perhetausta esim.)</p>	<p>Kasvatuksen ja sosiaalisen ympäristön vaikutus</p>
<p>Kaveripiirin käyttäytymisnormit ja arvot Sosiaalinen paine Ryhmään kuuluminen Ryhmän sosiaalinen paine Ikäryhmän kriittinen suhtautuminen Aihe ei kiinnosta nuoria</p>	<p>Ryhmään kuulumisen ja sosiaalisen paineen vaikutus</p>
<p>Kulttuuriympäristö Yhteiskunnan arvot ja normit Yleinen keskustelu mielenterveysongelmista Ympäristön luomat epärealistiset käsitykset mielenterveyden häiriöistä Populäärikulttuuri</p>	<p>Yhteiskunnallisen suhtautumisen ja kulttuurin vaikutus</p>

<p>Media ja sosiaalinen media Yleisen keskustelun rajoittuminen vain tiettyihin sairauksiin Median luomat mielikuvat Media luo negatiivista kuvaa Mediassa yhdistetään rikoksiin Sosiaalisen median vaikutus Vain masennuksesta puhutaan Tiedon puute "raskaiden sairauksien" osalta Tiedon jakaminen sosiaalisessamediassa</p>	<p>Median rooli keskustelun ja mielikuvien luojana</p>
<p>Tiedon merkitys Yksilön koulutus Oikean tiedon puute Kykenemättömyys erottaa eri sairaudet toisistaan Oikea tieto Oikean tiedon lisääminen Tiedon lisääntyminen lisää suvaitsevaisuutta Aihe täysin tuntematon Tietous sairauksien määritelmistä heikkoa Tiedon puute johtaa häiriöistä kärsivien ihmisten näkemiseen yhtenä massana Tiedon lisääminen häiriöiden synnystä Tiedon jakaminen koulussa jo nuorille Tiedon lisääminen sairauden vaikutuksista elämään Oma aktiivisuus tiedonhankinnassa</p>	<p>Tiedon ja sen puutteen merkitys asenteiden muodostumisessa</p>
<p>Mielenterveysongelmien kompleksisuus/monimutkaisuus Mielenterveysongelmien monimutkaisuus Mielenterveysongelmien "konkreettinen näkymättömyys" Mielipiteet ristiriitaisia aiheen moninaisuuden vuoksi Tiedot aiheesta ristiriitaisia Asennemuutosta ei pidetä tärkeänä Erilaisuus, toiseus Pelko tuntematonta kohtaan Häiriöistä kärsivät sijoitetaan yhteen ja samaan lokeroon Ymmärrystä vaikea lisätä Kriittisyys Mielenterveysongelmista saatavilla olevaa tietoa kohtaan Mielenterveyden häiriöitä vaikea ymmärtää</p>	<p>Mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus ja ymmärtämisen vaikeus</p>
<p>"Hulluksi tekeytyminen" Mielenterveyden häiriöstä kärsivän "esittäminen" Mielenterveysongelman todellisuuden epäileminen</p>	<p>Mielenterveyden häiriöihin liittyvät uudet ilmiöt</p>

Mielenterveyden häiriöiden "ihainnointi" Muoti-ilmiö Huomionhakuisuus	
Mielenterveysongelmien näkeminen itseaiheutettuna Väärä tieto Ennakkoluulot Pelko Vääristyneet mielikuvat Mielenterveyden häiriöt koetaan heikkoutena Ihmisten kapeakatseisuus johtaa häiriöistä kärsivien näkemiseen yhtenä massana Välinpitämättömyys	Vääristyneet tiedot ja negatiivinen suhtautuminen
Mielenterveysongelmista johtuvat työpoissaolot mielletään laiskuudeksi Huono työtilanne Suomessa Työttömyys yhdistetään mielenterveysongelmiin Mielenterveysongelmien varjolla työttömäksi jääminen Työttömyyden ja mielenterveysongelmien yhteys Työelämän positiivinen vaikutus Henkisen hyvinvoinnin korostaminen työpaikoilla Ennaltaehkäisevä työ työpaikoilla	Mielenterveyden häiriöt työelämässä
Mielenterveysongelmat lääketeollisuuden keksimiä Medikalisaatio lisää masennuslääkkeiden käyttäjien määrää Lääketieteen ja hoidon kehittyminen lisää ymmärrystä Medikalisaatio	Lääketieteen kehittymisen vaikutukset
Vitsailu mielenterveysongelmilla Mielenterveyden häiriöiden vähättely Vähättelyyn ja välttelyyn sortuminen Aiheen käsittely huumorin avulla Suhtautuminen halveksuvaa tai vitsailevaa Halveksunta	Mielenterveyden häiriöiden vakavuuden vähättely
Masennus yleinen tunnetila, ei niinkään sairaus/mielenterveyden häiriö Vähättely Masennuksen arkipäiväistyminen	Masennuksen "arkipäiväistyminen"
Mielenterveysongelmista ei uskalleta kertoa Keskustelun lisääminen mielenterveyden häiriöistä Keskustelu rajoittuu hoidon arvostelemiseen Ennakkoluuloista ei puhuta Aiheesta puhuminen vähäistä nuorten	Aiheen tabumaisuus

keskuudessa Julkinen keskustelu lisääntynyt mutta vähäistä	
Aiheen konkretisoiminen vähemmän pelottavaksi Kokemusasiantuntijat Mielen terveyden häiriöiden tekeminen tutummiksi Sairauksien ja oireiden yksilökohtaisuuden korostaminen	Aiheen konkretisoimisen tärkeys
Jokainen sairaus edustaa itseään Halu kohdella tasavertaisesti Asenteet vaihtelevat sairauden mukaan Selkeä rajan veto "kevyiden" häiriöiden ja "raskaampien" häiriöiden välillä Asenteet vaihtelevat tapauskohtaisesti	Mielen terveyden häiriöiden yksilökohtaisuuden ymmärtäminen

Liite 4. Aineiston abstrahointi

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
Henkilökohtaisten kokemusten tai niiden puutteen vaikutus Aiheen konkretisoimisen tärkeys	Henkilökohtainen kokemus tai sen puute
Mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus ja ymmärtämisen vaikeus Mielenterveyden häiriöiden yksilökohtaisuuden ymmärtäminen	Mielenterveyden häiriöiden kompleksisuus
Ryhmään kuulumisen ja sosiaalisen paineen vaikutus Kasvatuksen ja sosiaalisen ympäristön vaikutus	Lähipiirin ja sosiaalisen ympäristön vaikutus
Yhteiskunnallisen suhtautumisen ja kulttuurin vaikutus Median rooli keskustelun ja mielikuvien luojana Mielenterveyden häiriöt työelämässä Lääketieteen kehittymisen vaikutukset	Yhteiskunnalliset ja ulkopuoliset vaikuttajat
Tiedon ja sen puutteen merkitys asenteiden muodostumisessa Vääristyneet tiedot ja negatiivinen suhtautuminen Aiheen tabumaisuus	Tiedon merkitys
Mielenterveyden häiriöihin liittyvät uudet ilmiöt Mielenterveyden häiriöiden vakavuuden vähättely Masennuksen "arkipäiväistyminen"	Uudet ilmiöt nuorten keskuudessa

