

SOSIAALI- LÄÄKETIETEELLINEN AIKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

Päätoimittaja
Kristiina Manderbacka
editor@socialmedicine.fi

Toimitussihteeri
Krister Björklund
toimitussihteeri@socialmedicine.fi
040-747 8953

Toimitusneuvosto
Elina Hemminki, Lasse Kannas, Jaakko Kaprio,
Antti Karisto, Liisa Keltikangas-Järvinen, Simo Kokko,
Eero Lahelma, Risto Lehtonen, Pekka Louhiala,
Esa Läärä, Jouko Lönnqvist, Heikki Murtomaa,
Ritva Nupponen, Kari Poikolainen, Pekka Puska,
Arja Rimpelä, Elianne Riska, Leena Räsänen,
Sirkka Sinkkonen, Harri Sintonen, Antti Uutela,
Jussi Vahtera, Tapani Valkonen, Hannu Vuori

Julkaisija
Sosiaalilääketieteen yhdistys ry
Socialmedicinska föreningen rf

Puheenjohtaja
Aini Ostamo
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30
00271 Helsinki
aini.ostamo@thl.fi

Sihteeri
Anna Alanko
PL 598, 00101 Helsinki,
sihteeri@socialmedicine.fi

Neljä numeroa vuodessa
Tilaushinnat vuonna 2009: Jäsenet 35 €
opiskelijat 16 € (Sosiaalilääketieteen
yhdistyksen jäsenmaksu), muut, yhteisöt ja
tilaukset ulkomaille 39 €,
irtonumerot 10 € + postikulut

ISSN 0355-5097
Vammalan Kirjapaino Oy 2009

P ä ä k i r j o i t u s

2/2009
46. VUOSIKERTA

Stigmat, ennakkoluulot ja terveydenhuolto

Social Science & Medicine -lehti julkaisi viime vuonna leimautumista, ennakkoluuloja ja terveyttä käsittelevän teemanumeron. Sen pääkirjoitusartikkelissa Jennifer Stuber ja Ilan Meyer (2008) kirjoittavat Goffmanilta (1963) peräisin olevan stigman käsitteen ja Allportilta (1954) peräisin olevan ennakkoluulon käsitteen soveltamisesta terveyden, terveydenhuollon ja terveystieteiden tutkimuksessa. Stigman ajatellaan olevan prosessi, jossa yksilö yhdistetään johonkin negatiiviseen stereotyyppiin ja joka johtaa siihen, että henkilöä pidetään jotenkin vähempiarvoisena. Ennakkoluuloilla taas tarkoitetaan negatiivista tai vihamielistä asennetta johonkin ryhmään kuuluvaa henkilöä kohtaan pelkäämään tuohon ryhmään kuulumisen perusteella – ja negatiivisten ominaisuuksien liittämistä henkilöön pelkäämään tällä perusteella. Stuber ja Meyer katsovat, että käsitteellisesti stigma ja ennakkoluulot kuvaavat pitkälti samaa ilmiötä, vaikka käsitteitä on tutkimuksessa käytetty erilaisiin kohteisiin. Stigman käsitettä on käytetty lähinnä analysoitaessa ”epätavallisia” tiloja, kuten HIV/AIDS tai mielenterveysongelmat, kun taas ennakkoluulon käsitettä on käytetty ”arkipäiväisempien” statusten, kuten sukupuolen, iän, etnisen taustan tai luokka-aseman vaikutuksia analysoitaessa.

Terveydenhuollon tutkimuksen näkökulmasta kiinnostavaa on Stuberin ja Meyerin tapa käsit-

teellistää stigma-ennakkoluulo -käsitepari sekä käsitteiden käyttöalan laajuus. Leimaamisen ja stigman sisäistämisen yksilöllisten seurausten lisäksi niillä on monenasteisia laajempien kontekstien kautta välittyviä vaikutuksia. Vaikutukset voivat näyttäytyä tiedostamattomien ennakkoluulojen kautta esimerkiksi terveydenhuollon työntekijöiden ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa. Kasvokkaisissa kohtaamisissa osapuolten tiedostamattomat stereotyyppiset käsitykset ja ennakkoluulo voivat johtaa väärinymmärryksiin ja luottamuspulaan. Ne voivat myös heikentää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä tuottaa ja uusintaa eriarvoisuutta terveyspalvelujen saatavuudessa ja laadussa. Esimerkiksi käy, että lääkärien ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa näyttää olevan eroja potilaan sosiaalisen aseman mukaan (Willems ym. 2005). Alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvien potilaiden on raportoitu olevan harvemmin osallisina hoitopäätösten teossa, keskustelun olevan pitkälti lääkärijohtoista ja potilaiden saavan ylempiä sosiaaliryhmiä vähemmän tietoja sairaudestaan.

Stigma ja ennakkoluulo eivät kuitenkaan synny ja uusinnu pelkästään yksilöiden vuorovaikutuksessa, vaan niillä on tärkeitä rakenteellisia tuottajia ja ylläpitäjiä. Kiinnostava ja vähän tutkittu alue ovat stigmaa ja ennakkoluuloja tuottavat ja ylläpitävät institutionaaliset käytänteet. Ne voivat olla vaikkapa hallinnollisen päätöksenteon suunnittelemattomia seurauksia. Esimerkiksi kuntien sosiaali- ja terveyslautakunnat ja kunnanhallitukset tekevät monia sellaisia terveydenhuollon järjestämistä koskevia hallinnollisia päätöksiä, joilla voi olla tahattomia joitakin potilastai asiakasryhmiä syrjiviä ja leimaavia seurauksia. Päätösten mahdollisia sivuvaikutuksia ei kuitenkaan juuri arvioida puhumattakaan siitä, että niitä jälkikäteen seurattaisiin. Toisaalta myös pai-

kallisesti terveydenhuollossa sovitulla tai kirjoittamattomilla käytänteillä – tavoilla toimia – voi olla suunnittelemattomia, joitakin potilasryhmiä syrjiviä seurauksia.

Terveyspolitiikan teossa, terveydenhuollon käytäntöjä ohjaavien toiminta- ja politiikkaohjelmien sekä laajemmalla kansallisen terveyspolitiikan tasolla tehdään – ja jätetään tekemättä – myös päätöksiä, joilla voi ajatella olevan vaikutusta siihen, miten stigmatisoituja tai syrjäytyneitä joidenkin tilojen, ominaisuuksien, statusten tai tapojen kantajista tulee ja miten heitä kohdellaan. Makrotasolla tehtävillä päätöksillä on myös ilmeisiä vaikutuksia siihen, millaisiksi toimintakäytännöt ja toiminnan rakenteelliset edellytykset paikallisella tasolla muodostuvat.

Stigman ja ennakkoluulojen tutkimus näyttää toistaiseksi pitkälti keskittyneen yksilötason ja kasvokkaisen vuorovaikutuksen tason ilmiöihin. Tutkimusta kaivattaisiin erityisesti rakenteellisen tason tekijöistä, sillä nämä voivat synnyttää ja uusintaa leimaamista, syrjäytymistä ja stigmatisoitumista tahattomasti ja suunnittelemattomasti, mutta yhtä kaikki vähintään yhtä tehokkaasti kuin yksilötason tekijät.

KIRJALLISUUS

Allport GW. *The nature of prejudice*. Doubleday, Garden City, NY 1954.

Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, New York 1963.

Stuber J, Meyer I. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med* 2008;67:351–7.

Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socioeconomic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling* 2005;56:139–146.

KRISTINA MANDERBACKA