

Heidi Vuorinen

Terveyden edistäminen mielenterveyden näkökulmasta maahanmuuttajaväestöllä

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)
Hoitotyö
Opinnäytetyö
17.5.2011

Tekijä(t) Otsikko	Heidi Vuorinen Terveiden edistäminen mielenterveyden näkökulmasta maahanmuuttajaväestöllä
Sivumäärä Aika	36 sivua + 3 liitettä 17.5.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	projektipäällikkö Eila-Sisko Korhonen yliopettaja Arja Liinamo
<p>Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata millaisia mielenterveyden ongelmia maahanmuuttajataustaisella väestöllä on sekä mitä tekijöitä kuvataan maahanmuuttajilla esiintyvien mielenterveysongelmien yhteydessä. Opinnäytetyöni on osa LOG – Sote – hanketta (Lokaali ja globaali kehitys sosiaali- ja terveysalalla).</p> <p>Viimeisten vuosikymmenien aikana Suomi on merkittävästi monikulttuuristunut ja maahanmuuton osuus lisääntynyt. Tämä asettaa haasteita hoitotyölle kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta. On tärkeää että maahanmuuttajaväestön ongelmat ja näkökulmat otetaan hoitotyössä huomioon, jotta jokaiselle potilaalle voidaan taata laissakin edellytetty hyvä hoito.</p> <p>Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen. Kirjallisuuskatsauksen aineisto saatiin sosiaali- ja terveysalan tietokannoista sekä käsihaun kautta. Aineistolle asetetut kriteerit ohjasivat tutkimusartikkeleiden valintaa. Tutkimusaineisto koostui viidestätoista tieteellisestä artikkelista.</p> <p>Maahanmuuttajien kokemista mielenterveyden ongelmista eniten esiintyi masennusta, ahdistuneisuutta sekä posttraumaattista stressihäiriötä, PTSD:tä. Näiden lisäksi esiintyi erilaisia käytökseen ja mielialaan sekä persoonallisuuteen liittyviä häiriöitä. Mielenterveysongelmien yhteydessä kuvatuista tekijöistä usein kuvattiin työttömyyttä/työllistymistä ja näihin liittyen toimeentuloa. Koettu syrjintä sekä ikä ja sukupuoli vaikuttivat myös mielenterveyteen. Myös muita sekä yksilöön, perheeseen, yhteiskuntaan että traumaattisiin kokemuksiin liittyviä tekijöitä tuli ilmi.</p> <p>Maahanmuuttajataustainen väestö kärsii lukuisista erilaisista mielenterveyden ongelmista. Kulttuurit ja niiden yhteentörmäys aiheuttavat haasteita mielenterveysongelmien hoitamiselle. Maahanmuuttajien psykoedukaatio, sekä hoitohenkilökunnan tietojen ja taitojen lisääminen voisivat johtaa parempaan ongelmien tunnistamiseen ja hoitotuloksiin.</p>	
Avainsanat	maahanmuuttaja – mielenterveys – terveyden edistäminen - mielenterveysongelma

Author(s) Title	Heidi Vuorinen Health Promotion from the Mental Health Point of View in Immigrant Population
Number of Pages Date	36 pages + 3 appendices 17 May 2010
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Eila-Sisko Korhonen, Project Manager Arja Liinamo Principal Lecturer
<p>The purpose of final project was to describe what kind of mental health problems the immigrant population has, and what factors contribute to the immigrant population's mental health. Final project was part of the LOG – Sote –project at Helsinki Metropolia University of Applied Sciences.</p> <p>I collected nursing research articles by adapting a systematic literature review. The data was gathered using electronic databases of health and welfare. The data consisted of fifteen nursing science articles.</p> <p>The main mental health problems that emerged from the data were depression, distress and posttraumatic stress disorder, PTSD. In addition, different kinds of behavioral, mental and personality disorders were found. Of factors contributing to mental health, the biggest was unemployment/employment and income. Discrimination experienced, age and gender were also factors associated with mental health. Other factors related to family, society and traumatic experiences were also emerged.</p> <p>The immigrant population suffers from multiple mental health problems. Cultures and intercultural collision pose a challenge to treating mental health problems. The psychoeducation of immigrants as well as increasing the knowledge and skills of health care professionals could lead to better diagnoses and patient outcomes.</p>	
Keywords	immigrant – mental health – health promotion – mental health problem

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeisten käsitteiden määrittely	2
2.1	Maahanmuuttaja	2
2.2	Mielenterveys	5
2.3	Terveyden edistäminen	9
3	Aiheesta aiemmin tutkittua	13
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	17
5	Opinnäytetyön menetelmät	17
5.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä	17
5.2	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen soveltaminen	18
5.3	Aineistonhaku ja valintakriteerit	19
6	Tulokset	21
6.1	Maahanmuuttajaväestöllä esiintyneet mielenterveysongelmat	21
6.2	Mielenterveysongelmien yhteydessä kuvatut tekijät	24
6.2.1	Yksilöön liittyvät tekijät	24
6.2.2	Perheeseen liittyvät tekijät	28
6.2.3	Yhteiskuntaan liittyvät tekijät	29
6.2.4	Traumaattiset kokemukset	32
7	Luotettavuus ja eettisyys	33
7.1	Luotettavuus	33
7.2	Eettisyys	34
8	Pohdinta	35

Lähteet

Liitteet

Liite 1. Hakutaulukko

Liite 2. Aineistotaulukko

1 Johdanto

Viimeisten vuosikymmenien aikana Suomi on merkittävästi monikulttuuristunut ja maahanmuuton osuus on lisääntynyt. Vuonna 1999 Suomessa asui vakituisesti 88 000 maahanmuuttajaa, ja vuonna 2010 luku oli jo 167 000. Perheenyhdistämishakemusten määrä oli vuonna 2010 suurempi kuin koskaan. Turvapaikanhakijoita oli vuonna 2009 enemmän kuin koskaan aiemmin, mutta määrä pieneni hiukan vuonna 2010. Oleskelulupia ja kansalaisuutta haettiin edellisvuotta enemmän, ja perheenyhdistämishakemuksia sekä opiskelijoiden lupahakemuksia tuli enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Suomessa asuvien ulkomaalaisten määrän on ennustettu kasvavan edelleen noin 12 000 – 15 000 henkilön vuosivauhtia. Vuonna 2007 maahanmuutto oli jo merkittävämpi väestönkasvua selittävä tekijä kuin luonnollinen väestönlisäys. Kasvava väestön monimuotoisuus on haaste hyvinvointiyhteiskunnan palveluiden kehittämiseksi, yhdenvertaisuuden huomioon ottamiselle ja aidosti monikulttuurisen yhteiskunnan rakentamiselle (Maahanmuuttovirasto 2009: 3-4; Maahanmuuttovirasto 2010: 3; Tiilikainen 2010: 62-63, 65.)

LOG - Sote -hanke koskee lokaalia ja globaalia kehitystä sosiaali- ja terveysalalla. Hanke on sosiaali- ja terveysalan yhteinen ja sen tarkoituksena on vastata kansainvälistymisen haasteisiin ja kehittää maahanmuuttajien palveluita. Hankkeessa pyritään selvittämään maahanmuuttajataustaisen väestön terveys- ja hyvinvointitarpeita ja -palveluita sekä ammattihenkilöstön osaamista ja koulutustarpeita. Lisäksi hankkeessa on tarkoitus kehittää maahanmuuttajaväestön terveyspalveluita yhteistyössä työelämän kanssa metropolialueessa ja luoda maahanmuuttajaystävällinen terveyspalveluverkosto sekä tehdä lisäksi kansainvälistä yhteistyötä.

Terveyden edistäminen on yksi keskeisistä tavoitteista Suomen terveydenhuollon strategioissa ja toimintaohjelmissa, kuten esimerkiksi Terveys 2015 -ohjelmassa. Terveyden edistäminen kohdentuu kaikkiin väestöryhmiin, myös maahanmuuttajiin. Maahanmuuttajat on terveysbarometrissa nostettu tärkeäksi terveyden edistämisen kohderyhmäksi. Terveyden edistämisen ajankohtaisia haasteita muiden ongelmien ohella on mielenterveysongelmien lisääntyminen. Kulttuuriset tekijät ovat vahvasti sidoksissa terveyden edistämiseen elämäntulon kaikissa vaiheissa. Yksilön

terveyskäyttäytymistä onkin peilattava hänen henkilökohtaisen tietonsa, uskomustensa ja käsitystensä lisäksi myös hänen kulttuuriseen ja sosiaaliseen kontekstiinsa (Abdelhamid – Juntunen - Koskinen 2009: 131-132; Parviainen – Karjalainen – Nykyri – Koskinen-Ollonqvist 2006: 43; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a.)

Suomessa asuvien maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista on vähän tutkittua tietoa. Monikulttuuristuvassa Suomessa väestön terveystarpeet muuttuvat ja monimuotoistuvat, hyvän hoitotyön kriteerit laajenevat ja hoitotiimien kulttuurinen kirjo kasvaa. Kulttuuriset taidot ovat tavoiteltava osaamisalue, koska terveysalan palveluorganisaatioiden on varmistettava kulttuuritaustaltaan erilaisten asiakkaiden hyvän hoidon toteutuminen sekä eri kulttuureita edustavien työntekijöiden sulautuminen joustavasti toimiviksi tiimeiksi. Entistä enemmän muun maahanmuuton lisäksi Suomeen muuttaa myös työperäisiä maahanmuuttajia hoitoalan työvoimaksi (Abdelhamid ym. 2009: 21-23). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi ovat tärkeitä edellytyksiä maahanmuuttajien hyvälle elämälle ja sopeutumiselle Suomeen. Terveys ja hyvinvointi ovat oleellinen osa maahanmuuttajien perusoikeuksien toteutumista (THL 2010). On tärkeää, että jokainen hoitotyötä tekevä tuntisi eri kulttuureita ja niille tyypillisiä mielenterveyden ongelmia kulttuurikohtaisine erityispiirteineen, jotta voidaan toteuttaa laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa joka kuuluu potilaan perusoikeuksiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 3).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata, millaisia mielenterveysongelmia maahanmuuttajataustaisella väestöllä on, ja mitä tekijöitä näiden ongelmien yhteydessä kuvataan. Tavoitteena on tuottaa kuvatusta ilmiöstä uutta tietoa jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä.

2 Keskeisten käsitteiden määrittely

2.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttaja on yleiskäsite, joka koskee kaikkia eri perustein maasta toiseen muuttavia henkilöitä. Käsitteen määrittely on hankalaa, koska käsitteelle ei ole olemassa yksiselitteistä määritettä jonka sisällöstä vallitsisi kansainvälinen konsensus.

Maahanmuuttoviraston sanastossa maahanmuuttaja määritellään lyhyesti vain maasta toiseen muuttavaksi henkilöksi. Käsitteenä maahanmuuttaja on puhekielessä vakiintunut tarkoittamaan kaikkia ulkomaalaisia henkilöitä, jotka pysyvästi asuvat Suomessa. Käsite ei tee eroa siihen, kuinka kauan henkilö on asunut maassa tai onko hänellä kyseisen maan kansalaisuus. Ensimmäisen polven maahanmuuttajalla tarkoitetaan henkilöä jolla itsellään on maahanmuuton kokemus. Toisen polven maahanmuuttajiin taas viitataan silloin kun tarkoitetaan henkilöä joka itse on syntynyt Suomessa, mutta jonka vanhemmat ovat muuttaneet Suomeen jostain muualta. Toisen polven maahanmuuttaja -käsitettä on kritisoitu harhaan johtavaksi koska kyseisellä henkilöllä itsellään ei ole maahanmuuton kokemusta (Maahanmuuttovirasto 2011; Rätty 2002: 11-15; Sisäasiainministeriö 2011; Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2011; Forsander 2004: 62.)

Maahanmuuttaja-käsitteen yhteydessä on mielekästä määritellä myös mitä tarkoitetaan käsitteellä ulkomaalainen. Ulkomaalaiseksi sanotaan henkilöä, joka ei ole omalla maallaan. Esimerkiksi kun suomalainen astuu Suomen rajojen ulkopuolelle, hän on siellä ulkomaalainen. Ulkomaalaisia Suomessa ovat esimerkiksi maassa tilapäisesti oleskelevat turistit ja ulkomaiset opiskelijat. Ulkomaalainen on henkilö, joka ei ole Suomen kansalainen. Kansalaisuudella tarkoitetaan jonkin maan kansalaisena olemista. Kansalaisuus saadaan yleensä syntyessä, mutta se voidaan saada myös muuttamalla toiseen maahan asumaan ja hakemalla tämän maan kansalaisuutta. Henkilöllä voi olla yhtä aikaa useamman maan kansalaisuus. On myös mahdollista että henkilöllä ei ole kansalaisuutta lainkaan. Jos henkilöllä on kahden maan kansalaisuus joista toinen on Suomen, hän on meidän maamme tilastoissa tällöin Suomen kansalainen. Jos Suomessa asuvalla ulkomaan kansalaisella on useita eri kansalaisuuksia, hän on rekistereissä ja tilastoissa sen maan kansalaisena, jonka passilla hän on tullut maahan. Kansalaisuuden lisäksi maahanmuuttajia voidaan myös jaotella äidinkielen ja syntymämaan perusteella. Tätä jakoa on kuitenkin kritisoitu, koska kukin kolmesta käsitteestä tuottaa tulokseksi erilaisen ja erisuuruisen joukon ihmisiä. Näin ollen kyseisillä käsitteillä ei voida saavuttaa luotettavaa kuvaa maahanmuuttajista (Rätty 2002: 11, Punainen risti 2011; Tilastokeskus 2011a; Tilastokeskus 2011b.)

Maahanmuutto voi pohjautua vapaaehtoisuuteen, tai sen syyt voivat olla pakosta johtuvia. Vapaaehtoisia maahanmuuton syitä voivat olla esimerkiksi työpaikka, opiskelu

tai seurustelukumppanin luo muuttaminen. Vapaaehtoisen maasta toiseen työn vuoksi tai avioliiton perässä muuttamisen yhteydessä usein käytetään henkilöstä nimitystä siirtolainen. Maahan muuttava henkilö voi tulla myös perheenyhdistämisen kautta. Suomessa asuvat pakolaiset voivat saada lähiomaisensa perheenyhdistämisen kautta maahan, muiden tulee osoittaa voivansa elättää perheensä ennen perheenyhdistämispäätöksen tekemistä. Lähiomaisilla tässä yhteydessä tarkoitetaan puolisoa ja alaikäisiä lapsia. Paluumuuttajasta puhutaan silloin, kun henkilö palaa ulkomailta takaisin omaan kotimaahansa. Suomessa paluumuuttajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on aikaisemmin ollut suomalainen tai hänellä on suomalaiset sukujuuret. Pakosta johtuvasta maahanmuutosta on kysymys silloin, kun henkilö ei jostain syystä voi enää asua omassa kotimaassaan. Tällöin käytetään usein nimitystä pakolainen. YK:n pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus määrittelee pakolaiseksi henkilön, joka oleskelee kotimaansa ulkopuolella ja jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskuntaluokkaan kuulumisen tai poliittisen mielipiteen johdosta, ja joka on kykenemätön tai pelon vuoksi haluton turvautumaan oman maansa suojaan. Kiintiöpakolaisesta puhutaan, jos henkilöllä on YK:n pakolaislain päävaltuutetun (UNHCR) myöntämä pakolaisen asema ja hän saapuu maahan valtion määrittelemän pakolaiskiintiön puitteissa. Maansisäinen pakolainen on henkilö, joka on joutunut jättämään kotinsa, mutta ei ole lähtenyt kotimaastaan. Osa maansisäisistä pakolaisista on siirretty pakolla, osa on paennut itse maan sisäisiä konflikteja. Turvapaikanhakijaksi nimitetään henkilöä, joka pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta vieraasta maasta, ja jonka asian käsittely on vielä kesken. Turvapaikanhakija voi saada luvan jäädä uuteen maahan jos hän tarvitsee kansainvälistä suojelua tai suojaa inhimillisten syiden vuoksi. (Punainen Risti 2011; Rätty 2002: 11-15; YK:n pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus; Pakolaisneuvonta Ry 2011.)

Maahanmuuttajista puhuttaessa puhutaan usein myös kulttuureista. Kulttuuri voidaan määritellä lukuisin eri tavoin. Kulttuuri on ajan myötä opittu kaavamainen käyttäytymisen muoto, joka sisältää yksilöiden muodostaman yhteisön hyväksymiä suoria ja epäsuoria uskomuksia, asenteita, arvoja, tapoja, normeja, tabuja, taidetta tai muita tuotoksia, tapoja ja elämäntapoja. Kulttuuri opitaan ja sitä siirretään eteenpäin pääasiassa perheen ja muiden sosiaalisten organisaatioiden sisällä, ja sen jakaa suurin osa ryhmästä. Kulttuuri välittyy sukupolvelta toiselle kasvatuksen, kielen ja erilaisten

symbolien välityksellä. Kulttuuri muodostaa yksilöllisen maailmankatsomuksen, ohjaa päätöksentekoa ja edesauttaa itsetunnon ja itsekunnioituksen muodostumista. Kulttuuri antaa ihmisenä elämisen viitekehyksen. Kulttuuriin liittyvä käsite etnisyys määritellään kulttuurin, kielen, uskonnon ja tapojen kautta. Etniseen ryhmään kuuluvia jäseniä yhdistävät kulttuuriset piirteet sekä yhteinen menneisyys ja elinolojen kokonaisuus. Etnisyydessä keskeistä on ajatus yhteisestä taustasta, historiasta tai alkuperästä, joka erottaa ihmisiä toisistaan, vaikka kulttuurien piirteet ja ominaisuudet olisivat samanlaisia. Etnisyyttä ja kulttuuria saatetaan käyttää myös synonyymeina. (Giger ym. 2007: 100; Abdelhamid ym. 2009: 16; Shakir – Tapanainen 2004: 15; Cupore 2011.)

Maahanmuuttaja-käsitettä yleisesti on kritisoitu siitä, että se kategorisoi hyvinkin erilaisen joukon ihmisiä samaan ryhmään, johon usein liitetään tietynlaisia ominaisuuksia. Maahanmuuton syyt ovat hyvin erilaisia ja monimuotoisia, eikä niitä voida niputtaa yhden käsitteen alle. Myös maahanmuuttajat itse ovat kukin omanlaisiaan ja he eroavat toisistaan muun muassa lähtömaan, äidinkielen, uskonnon, koulutus- ja ammatillisen taustan, perheen ikärakenteen, perhemuodon ja elämänkaaren vaiheen suhteen. Monet maahanmuuttajat itse kokevat myös että maahanmuuttajaksi määrittely ei sovi heihin, koska se ei määritä heidän koko identiteettiään tai kokemusmaailmaansa. Käsitteiden käytöllä voidaan myös nähdä haluttavan ilmentää erottelua "meihin" ja "toisiin". Maahanmuuttaja-käsitteen vastakäsitteenä puhutaan usein kantaväestöstä tai valtaväestöstä. Valtaväestön vastakäsitteenä maahanmuuttaja-käsite viittaa vähemmistöasemassa olevaan yhteiskuntaryhmään, joka on maahanmuuttajuuteen liittyvien erityiskysymysten ja –prosessien suhteen erityisessä, vähemmän valtaa omaavassa marginaalisessa asemassa (Anis 2008: 24-25; Alitolppa-Niitamo ym. 2005: 9, 11)

Tässä työssä maahanmuuttajalla tarkoitetaan kaikkia uuteen maahan muuttaneita henkilöitä, huolimatta siitä mistä syystä maahanmuutto on tapahtunut.

2.2 Mielenterveys

Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä, ja käsitteelle on lukuisia erilaisia määritelmiä. Mielenterveyden määrittelyyn vaikuttavat aikakausi, kulttuuri,

yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö sekä ihmisen omat tarpeet. Mielisairauden käsite on otettu käyttöön 1700-1800 luvun vaihteessa. Tätä ennen mielisairaita ei diagnosoitu omaksi ryhmäkseen. Suomen kielessä mielenterveys on nuori käsite, ensimmäisen kerran se on esiintynyt virallisissa yhteyksissä vuonna 1952. Mielenterveyden häiriöitä on kuitenkin kuvattu ja pidetty jonkinlaisina sairauksina jo antiikin ajoista lähtien (Noppari – Kiiltomäki – Pesonen 2007: 15; Sohlman 2004: 23.)

Mielenterveys määritellään usein käyttäytymistä ja kokemusta kuvaavilla termeillä, jotka ovat yhdenmukaisia toimintaa, rationaalisuutta ja moraalialueita koskevien yleisten käsitysten kanssa. Mielenterveyden määritelmässä voidaan erottaa lähestymistapoina elämänkaariajattelu ja homeostaasi eli tasapaino. Elämänkaariajattelussa mielenterveys nähdään funktionaalisena, suhteina tai taitona ja kyvykkyytenä. Homeostaasiajattelussa mielenterveys voidaan nähdä siten, että ihmisen persoonallisten ominaisuuksien ja ympäristön aiheuttamien vaatimusten välillä vallitsee tasapaino. Fyysinen terveys ja mielenterveys ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa, eikä niitä voi erottaa. Mielenterveys on olennainen osa ihmisen psyykkistä, fyysistä ja henkistä kokonaisuutta. Psykoanalytikko Sigmund Freud (1856-1939) ilmaisi mielenterveyden määritelmän sanoen että se on kyky tehdä työtä ja rakastaa. Tämä kiteyttää hyvin perussisällön erilaisista määritelmistä joita termille on esitetty (Sohlman 2004: 27).

Perusta mielenterveyden rakentamiselle alkaa jo lapsuudessa. Ihmisen kehityksessä ensimmäisen vuoden aikana lapsi rakentaa perusuottamuksen. Seuraavassa kehitysvaiheessa lapsen tulisi itsenäistyä. Jos persoonallisuuden kehitys tällöin epäonnistuu, lapsen myöhemmissä elämänvaiheissa saattaa esiintyä voimakkaitakin häpeän ja epäilyn tunteita, jotka heikentävät osaltaan kykyä tasapainoiseen ja terveeseen elämään. Ennen kouluikää ja varhaisessa kouluiässä lapsi on herkkä syyllisyyden ja alemmuuden tunteille, jos hän kokee ettei häntä arvosteta riittävästi. Murrosikä tuo kehitykseen omat haasteensa. Jos murrosikä ei pystytä elämään niin, että oma rooli selkiytyy, johtaa se nuoren vaaraan sairastua myöhemmin psyykkisesti. Lapsuus ja nuoruus ovat tärkeitä rakennuskiviä ihmisen mielenterveydelle. Mielenterveys muotoutuu ihmisen persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä, ja ihmisen omat kokemukset vaikuttavat siihen elämän varrella. Mielenterveys on jokaisen

ihmisen hyvinvoinnin perusta ja voimavara (Punkanen 2006: 9; Noppari ym. 2007: 18; Mäkynen 2011.)

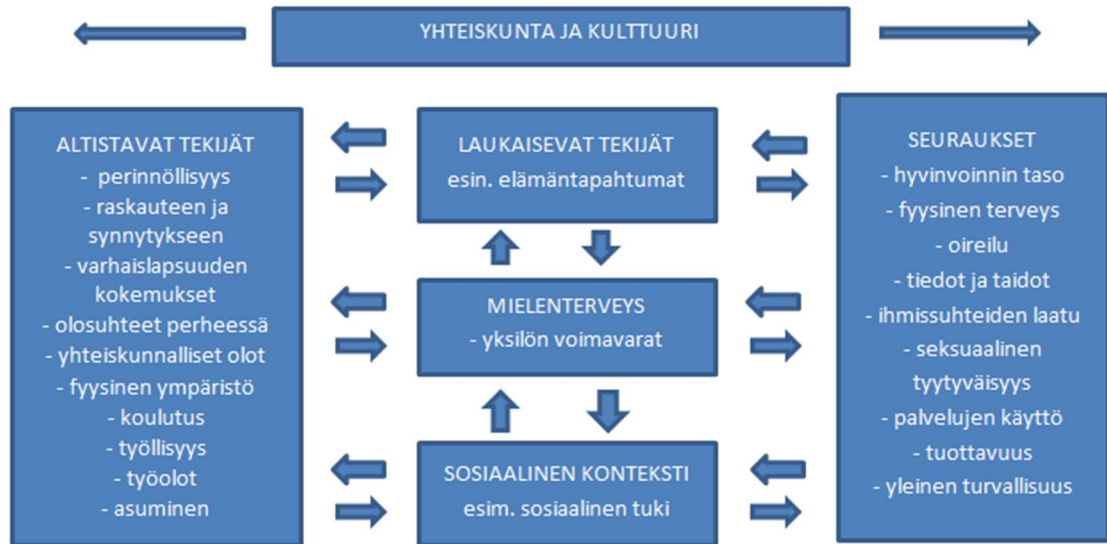
Euroopan yhteisöjen komission julkaisemassa mielenterveyden parantamista koskevassa Vihreässä kirjassa mainitaan ettei terveyttä ole ilman mielenterveyttä. Vihreä kirja määrittelee mielenterveyden sekä yksilön, että yhteiskunnan voimavaraksi: yksilö voi sen avulla löytää roolinsa työ- ja kouluelämässä sekä yhteiskunnassa. Yhteiskunta taas hyötyy yksilöidensä hyvästä mielenterveydestä, sillä hyvä mielenterveys edistää yhteiskunnassa niin hyvinvointia, solidaarisuutta kuin sosiaalista oikeudenmukaisuuttakin. WHO määrittelee mielenterveyden samansuuntaisesti hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä (WHO 2007; Euroopan Yhteisöjen komissio 2005: 4.)

Mielenterveydellä arkikielessä usein viitataan mielenterveyden ongelmiin. Tästä erotuksena on luotu positiivisen mielenterveyden käsite. Positiiviseen mielenterveyteen kuuluu positiivinen hyvinvoinnin kokemus, yksilölliset voimavarat kuten esimerkiksi itsetunto, optimismi ja elämänhallinnan kokemus. Lisäksi positiiviseen mielenterveyteen liitetään kyky solmia, kehittää ja ylläpitää ihmissuhteita sekä ongelmanratkaisutaito, koherenssin tunne ja kyky kohdata vastoinkäymisiä. Positiivinen mielenterveys on hyvän elämän perusta ja sen avulla voi elää täysipainotteisesti ja mielekkäästi. Positiivinen mielenterveys voidaan nähdä voimavarana ja kivijalkana, jonka varaan ihminen tukee. Nämä tekijät vahvistavat yksilöä ja hänen kykyään toimia perheessä ja sosiaalisissa verkostoissa sekä yhteiskunnan jäsenenä. (Sohlman 2004: 20; Hannukkala – Salonen 2008: 7; Lavikainen ym. 2004: 16; Kuhanen – Oittinen – Kanerva – Seuri – Schubert 2010: 16-18; Mäkynen 2011.)

Mielenterveyttä määrittävät yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, sekä kulttuuriset arvot. Yksilöllisiä tekijöitä ovat ihmisen tunteet, havainnot ja toimet, identiteetti, käsitys itsestä ja itseluottamus, riippumattomuus, sopeutumiskyky, henkilökohtaiset voimavarat, elämän subjektiivinen mielekkyys sekä fyysinen terveys. Sosiaalinen tuki muodostuu yksilötasolla saadusta tuesta, perhepiirin, koulun tai työn tarjoamasta tuesta, yhteisöstä ja ympäristöstä sekä hallinnosta ja palveluista. Yhteiskunnallisilla

rakenteilla tarkoitetaan yhteiskuntapolitiikkaa, organisaatioiden toimintalinjoja, koulutusresursseja, asumisoloja, taloudellisia resursseja sekä palveluiden saatavuutta ja laatua. Vallitsevat yhteiskunnalliset arvot, mielenterveydelle annettu yhteiskunnallinen arvo, sosiaalista vuorovaikutusta säätelevät säännöt, mielenterveyden ja henkisen pahoinvoinnin sosiaaliset kriteerit, mielenterveysongelmien leimaavuus eli stigma sekä erilaisuuden sietäminen sisältyvät kulttuurisiin arvoihin. Mielenterveys heijastaa yksilön ja ympäristön tasapainoa. Mielenterveys voidaan nähdä merkittävänä asiana yhteiskunnan toiminnan ja tuottavuuden näkökulmasta. Ihmisen persoonallisten ominaisuuksien lisäksi mielenterveyteen liittyy aina myös ihmisen ja ympäristön välinen yhteys. Mielenterveydelle on keskeistä ymmärtää ja tulkita ympäristöä sekä sopeutua siihen tai tarvittaessa muuttaa sitä (Lavikainen – Lahtinen – Lehtinen 2004: 32-33; Noppari ym. 2007: 18.)

Mielenterveys ei ole pysyvä tila, vaan se voidaan nähdä prosessina joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Prosessiin kuuluu altistavia, laukaisevia ja tukevia tekijöitä sekä erilaisia seurauksia ja lopputuloksia. Mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ovat psyykkinen stressi, mielenterveydenhäiriöt, päihteiden väärinkäyttö, yksilölle tai toisille haitalliset luonteenpiirteet sekä elimelliset aivosairaudet. Mielenterveyttä voidaan kuvata myös erilaisten mallien avulla. Mallit voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan; yksinapaisiin, kaksinapaisiin sekä kahden jatkumon malleihin. Yksinapaisessa mallissa mielenterveys nähdään ikäänkuin mielen sairauden lieventävänä tai kaunistelevana ilmauksena. Kaksinapaisessa mallissa mielenterveys ja sairaus ovat saman jatkumon vastakkaisia päitä. Kahden jatkumon mallissa mielenterveys nähdään erillisenä ja erilaisena käsitteenä kuin mielen sairaus. Yksi esimerkiksi malleista on funktionaalinen mielenterveyden malli. Siinä mielenterveys kuvataan henkilön käytössä olevien resurssien, mielenterveyttä edeltävien tekijöiden ja mielenterveyden seurausten avulla. Mallissa mielenterveys on määritelty menneisyyden ja nykyisyyden altistavien tekijöiden, henkilökohtiasten resurssien, laukaisevien tekijöiden, sosiaalisen kontekstin ja erilaisen mielenterveyden seurausten avulla. Mallin kaikki osatekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Mielenterveys voidaan mallin kautta nähdä joko prosessina tai tasapainotilana (Kuvio 1.) (Lavikainen – Lahtinen – Lehtinen 2004: 16, 32; Sohlman 2004: 37.)



Kuvio 1. Funktionaalinen mielenterveyden malli (Sohlman 2004)

2.3 Terveyden edistäminen

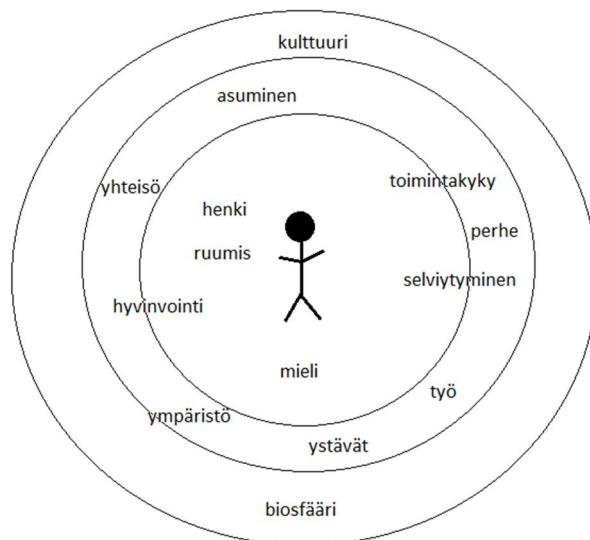
Jotta voidaan puhua terveyden edistämisestä, on tiedettävä ensin mitä käsitteellä terveys tarkoitetaan. Terveyden määritelmään löytyy lukuisia eri lähteitä ja tulkintoja, sillä käsite on vaikea määrittellä. Useimmille terveys tarkoittaa sairauden puuttumista. Käsite voidaan kuitenkin nähdä myös selviytymisenä kullekin ikäkaudelle ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista huolimatta sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä häiriötekijöistä. Terveys on pääoma, joka kasvaa yksilöiden ja yhteisöjen elämäntilanteen vahvistuessa. Terveys voidaan ymmärtää hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena vuorovaikutuksena ihmisten ja ympäristön välillä. Terveys voidaan nähdä sekä fyysisenä, psyykkisenä että sosiaalisena käsitteenä. Fyysisellä terveydellä tarkoitetaan elimistön moitteetonta toimimista. Psyykkinen terveys tarkoittaa kykyä hyödyntää omia henkisiä voimavaroja. Sosiaalinen terveys taas tarkoittaa kykyä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Näiden ulottuvuuksien lisäksi voidaan vielä erottaa terveyden emotionaalinen ja hengellinen ulottuvuus, jotka merkitykseltään ovat lähellä psyykkistä terveyttä. Emotionaalinen terveys on kykyä tunnistaa ja hallita tunnetiloja. Hengellinen terveys taas on yhteydessä mielenrauhaan ja itseensä tyytyväisen olon saavuttamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 15; Savola – Koskinen-Ollonqvist 2005: 10.)

Terveydellä on monia eri ulottuvuuksia, mikä vaikeuttaa käsitteen yksiselitteistä sanallista ilmaisua. Riippuu myös käsitettä tarkastelevasta tieteenalasta, millaisen määrittelyn käsite saa. Hippokraattisissa kirjoituksissa terveyttä pidettiin täydellisenä tasapainotilana, joka vallitsi ihmisessä olevien neljän nesteen (veri, lima, keltainen sappi ja musta sappi) kesken. Näiden nesteiden tuli olla tasapainossa keskenään ja ympäröivän maailman elementtien kanssa. Käsitteen mukaan terveys oli hyödyllinen ominaisuus, jonka säilyttäminen vaati yksilöltä yrittämistä. Biolääketieteellinen terveyskäsitelmä määrittelee terveyden taudin puuttumiseksi, ja siinä huomio kiinnittyy sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Ihmisen elimistön toiminta määrittää tällöin näkemystä terveydestä. Biolääketieteellinen terveyskäsitelmä on elimistön fysiologisten ja psykologisten toimintojen virheetöntä sujumista. Biopsykososiaalinen terveyskäsitelmä on biolääketieteellistä terveyskäsitelmää laajempi. Siinä korostuu terveyden yhteys ihmisen sisäiseen elämänsä maailmaan ja psyykkiseen kehitykseen, elimistön toimintaan sekä vuorovaikutukseen fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa. Biopsykososiaalisessa näkökulmassa terveys ei ole irrallaan ihmisen elämäntilanteesta tai yhteiskunnallisesta tilanteesta. Sosiologiassa ihminen nähdään sosiaalisena toimijana, ja ihmisen terveyttä määrittää hänen kykynsä selviytyä sosiaalisissa rooleissaan. Psykologisessa terveyskäsitelmässä painotetaan terveyden kolmea ulottuvuutta: hyvää oloa, toimintakykyä ja turvallisuutta. Hyvä olo ilmentää ihmisen kunkin hetkistä kokemusta omasta olostaan ja hyvinvoinnista. Toimintakykyyn sisältyy suoriutuminen jokapäiväisestä elämästä ja sen toiminnoista kuten esimerkiksi syömisestä, peseytymisestä ja pukeutumisesta. Turvallisuuden tunteeseen kuuluu luottamus oman olemassaolon jatkuvuuteen, persoonan eheyteen sekä fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen. Humanistisesta näkökulmasta terveys tarkoittaa kykyä toteuttaa ne asiantilat, jotka ovat välttämättömiä minimaaliselle pitkän aikavälin onnellisuudelle. Kiinalaisessa lääketieteessä terveys ei ole vain oireiden puuttumista, vaan elinvoimaisuutta ja dynaamista hyvää oloa joka saavutetaan kun Qi, maailmankaikkeuden energia, virtaa tasaisesti ja harmonisesti ihmisessä. Erilaiset oireet nähdään aiheutuvan Qin virtauksen häiriintymisestä (Vertio 2003: 13-40; Torppa 2004: 46; Vainio 2009; Savola – Koskinen-Ollonqvist 2005: 11.)

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt peruskirjassaan terveyden seuraavasti: "Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan sairauden puuttumista." Määritelmää on tosin kritisoitu, sillä voidaan miettiä

voiko tällaista tilaa todella kukaan saavuttaa. Myöhemmin WHO on liittänyt terveyden käsitteeseen kokonaisuuksina fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen terveyden neljä ulottuvuutta. Lisäksi määritelmää on kehitetty korostamalla terveyden dynaamisuutta ja spirituaalisuutta. Terveyden tavoittelussa täydellisyyden sijaan onkin realistista tavoitella parasta mahdollista terveyttä ja tilannetta, joka mahdollistaa ihmisen yksilöllisen, sosiaalisen ja taloudellisesti hyödyllisen elämän (WHO 2011; Pietilä 2010: 16.)

Terveyden käsitettä voidaan kuvata myös visuaalisesti. Kuva voi olla esimerkiksi jana, jonka toinen pää edustaa täydellistä terveyttä ja toinen kuolemaa. Kuvio voi olla myös spiraali joka laajenee. Sitä mukaa kun spiraali laajenee, ihmisen elämäkokemus karttuu ja terveys saa ikään kuin uusia ulottuvuuksia. Kanadalainen terveysalan tutkija ja poliitikko Trevor Hancock on esittänyt terveyden käsitettä määritellään niin sanotun terveyden mandalan (Hancock 1988). Terveyden mandala (Kuvio 2.) on kuvio, jossa terveys riippuu yksilön ominaisuuksista ja ympäristöstä (Vertio 2003: 13-40).



Kuvio 2. Terveyden mandala

Terveyttä voidaan pitää jatkuvasti muuttavana tilana, johon vaikuttavat sairauksien lisäksi fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, sekä ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet. Kukin ihminen itse viime kädessä määrittelee sen, mitä terveys juuri hänelle tarkoittaa. Ihmisen oma käsitys terveydestään saattaa erota paljon esimerkiksi lääkärin, tai toisten ihmisten käsityksistä terveydestä. Terve ihminen voi olla monella tavalla sairas, ja vastaavasti sairas ihminen on kuitenkin aina joltain osin terve. Objektiivisen, mitattavissa olevan terveyden lisäksi terveyttä voidaankin pitää myös kokemuksena terveydestä. Terveyteen vaikuttavat yksilöllisten ratkaisujen ja elämäntapojen lisäksi ihmisen psyykinen hyvinvointi, työolosuhteet, elinympäristö sekä yhteiskunnalliset päätökset (Huttunen 2010; Pietilä 2010: 16.)

Terveyden edistäminen on kaikkea sellaista toimintaa, mikä auttaa yksilöä ja yhteisöä lisäämään terveyttä ylläpitävien tai sairautta aiheuttavien tekijöiden hallintaa. Hyvän terveyden saavuttaminen on yksi perustavanlaatuinen ihmisoikeus. Suomen perustuslaki velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä. Terveyden edistäminen voidaan nähdä prosessina, joka edesauttaa ihmisen kykyä hallita omia terveytensä determinantteja ja täten parantaa terveyttään. Tämä mahdollistaa aktiivisen ja tuottoisan elämän. Terveyden edistämisen lähtökohta on, että ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. WHO:n Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen määritellään muun muassa terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämiseksi, terveellisen ympäristöpolitiikan aikaansaamiseksi, yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämiseksi sekä terveyspalvelujen uudistamiseksi. Terveyden edistämisen pyrkimyksenä on parantaa ihmisen mahdollisuuksia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista huolehtimiseen. Terveyden edistämistä voidaan tarkastella promootion ja prevention näkökulmasta. Promootio tarkoittaa mahdollisuuksien luomista ihmisten elinehtojen ja elämänlaadun parantamiseksi. Preventio tarkoittaa sairauksien kehittymisen ehkäisyä. Terveyden edistäminen toteutuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla (Lehtonen – Lönnqvist 2007: 30; WHO 1986; Pietilä 2010: 11, 15-16; Suomen perustuslaki 731/1999 § 19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b: 8; Savola – Koskinen-Ollonqvist 2005: 13-15.)

3 Aiheesta aiemmin tutkittua

Suomessa ei tilastoida maahanmuuttajataustaa terveys- ja mielenterveyspalvelujen käyttörekistereihin, joten ei ole olemassa luotettavaa tietoa maahanmuuttajien psyykkisestä voinnista ja mielenterveyspalvelujen käytöstä. Eri mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys vaihtelee maittain, mutta yhteistä kaikille maahanmuuttajaryhmille on vieraaseen maahan muuttamiseen liittyvä stressi. Maahanmuuttoon ja varsinkin pakolaisuuteen ja turvapaikkaprosessiin liittyy keskimääräistä suurempi riski mielenterveyshäiriöille verrattuna muuhun väestöön. Jotkin tautitilat voivat maahanmuuton seurauksena muuttua tai pahentua. Kroonisesti mielisairaalla saattaa olla riittävä toimintakyky omassa ympäristössään, mutta maahanmuuton jälkeen hän saattaa olla täysin toimintakyvytön ja avuton. Maahanmuuttoon liittyvä psyykinen stressi toimii myös altistavana tekijänä psykiatristen häiriöiden puhkeamiselle (Halla 2007: 470, 474; Rauta 2005: 24; Schubert 2007: 73, 101, 179; Malin – Suvisaari 2010: 157.)

Maahanmuuttajat kärsivät pääsääntöisesti samoista mielenterveyshäiriöistä kuin valtaväestökin. Yksi yleisimmistä mielenterveysongelmista maahanmuuttajaväestöllä on masennus, joka on tutkimuksissa todettu maahanmuuttajilla olevan valtaväestöä yleisempää. Alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä esiintyy maahanmuuttajataustaisilla vaihtelevasti ja se näyttää liittyvän maahanmuuttajilla myös muuhun psyykkiseen sairastavuuteen. Riippuvuuksista pelihimo on maahanmuuttajilla melko tavallinen riippuvuuden muoto, ja se usein liittyy muihin psykiatrisiin tiloihin. Skitsofreniaa esiintyy maahanmuuttajaväestöllä, mutta sen esiintymisluvut ovat vaihtelevia riippuen kulttuurista ja lähtömaasta. Skitsofreniaan sairastumisen riski on maahanmuuttajilla suurentunut verrattuna kantaväestöön. Erilaiset paranoidiset reaktiot ovat maahanmuuttajaväestöllä yleisiä. Häiriötilaan liitetään usein somatisaatio-oireet, epäluuloisuus ja eriateinen masennus. Paranoidisa psykooseja maahanmuuttajaväestöllä esiintyy valtaväestöä enemmän. Posttraumaattisen stressireaktion, PTSD:n, esiintyvyys on hyvin suuri verrattuna perusväestöön. PTSD:n kanssa rinnakkaisdiagnooseina esiintyy usein masennusta, muita pelkotiloja sekä ahdistusoireita. Somatisaatiota esiintyy maahanmuuttajilla hyvin yleisesti. Tilaan liittyy usein joukko erilaisia fyysisiä tuntemuksia ja oireita sekä usein depressiota ja ahdistusta. Länsimaalaisille tuttujen tilojen lisäksi maahanmuuttajilla esiintyy myös runsaasti heidän omalle kulttuurilleen tyypillisiä kulttuurisidonnaisia

oireyhtymiä. Näistä yksi yleisin lienee amok, hetkestä toiseen tapahtuva mielivaltainen, erittäin väkivaltainen käyttäytyminen (Rauta 2005: 24-27; Halla 2007: 469-470; Schubert 2007: 101, 107-109; Malin – Suvisaari 2010: 157.)

Mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä on useita. Köyhyys ja heikko taloudellinen tilanne kulkevat käsi kädessä heikon mielenterveyden kanssa. Erityisesti pakolaistaustaisille maahanmuuttajille stressiä aiheuttaa koettu pitkäaikainen turvattomuus ja huoli selviytymisestä esimerkiksi sota-alueella. Muita kotimaahan liittyviä traumaattisia ja maahanmuuttajien mielenterveyteen vaikuttavia kokemuksia ovat muun muassa vainon kohteeksi joutuminen, kidutus ja pahoinpitely, vangiksi joutuminen sekä perheenjäsenten kuolema tai katoaminen. Stressiä aiheuttavat kokemukset ja tapahtumat eivät rajoitu ainoastaan kotimaahan, vaan myös pakolaisleireillä olo ja pakomatkaan liittyvät traumaattiset kokemukset horjuttavat maahanmuuttajien mielenterveyttä. Uudessa maassa mielenterveyden stressitekijöitä ovat huoli oleskelulupapäätöksestä ja tulevaisuudesta, huoli kotimaahan jääneistä perheenjäsenistä, sekä uuden maan kulttuuriin ja tapoihin liittyvät tekijät. Näitä ovat esimerkiksi uuden kielen oppiminen, koettu syrjintä sekä sosiaalisen tuen ja verkostojen puute. Mielenterveys on myös vahvasti sidoksissa mahdollisuuteen elää oman kulttuurin mukaisesti. Maahanmuuton jälkeen ei useinkaan jää aikaa käsitellä tapahtuneita traumaattisia kokemuksia, mikä osaltaan heikentää entisestään maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia. Mielenterveyden häiriöiden riski näyttää olevan sitä suurempi, mitä enemmän eroja lähtökulttuurin ja uuden kulttuurin välillä on (Schubert 2007: 101-102; Halla 2007: 470; Halla 2010: 339-340.)

Kulttuuri vaikuttaa mielenterveyshäiriöiden ilmenemismuotoon ja niiden hoitoon. Hyvinkin erilaisista kulttuureista johtuen ongelmien diagnosointi, hoitoon hakeutuminen ja hoito voi olla hyvin hankalaa. Monissa maissa maahanmuuttajat käyttävät muuta väestöä vähemmän mielenterveyspalveluja. Niillä maahanmuuttajilla, jotka käyttävät mielenterveyspalveluja, on usein laaja-alaisia ongelmia, ja he tarvitsevat tavallista enemmän tukea. Jokaisella maalla ja kulttuurisella yhteisöllä on oma maailmankatsomuksensa, joka luo pohjan näkemyksille hoidosta ja sen tarpeesta sekä tuloksellisuudesta. Myös tulkinnat siitä mikä on sairasta, epänormaalia tai tervettä eroavat kulttuurikohtaisesti. Raja terveen ja sairaan välillä saatetaan kulttuurista riippuen vetää hyvin eri tavalla kuin mihin länsimaissa ollaan totuttu. Kulttuurierot

vaikuttavat siihen miten tunteita ilmaistaan ja tuodaan esille ja kenelle niitä on soveliasta ilmaista. Kulttuuriset erot minäkäsityksessä ja maailmankatsomuksessa asiakkaan ja työntekijän välillä voivat vaikeuttaa oireiden tulkintaa. Usein psyykkiset ongelmat saatetaan ilmaista vastaanotolla somaattisina ongelmina. Tämä johtuu siitä, että somaattisten oireiden tarjoaminen on maahanmuuttajien kulttuureissa usein hyväksyttävämpää kuin psyykkisistä ongelmista puhuminen. Maahanmuuton myötä yksilön on yhdistettävä omat kulttuuriin ja uskontoon pohjautuvat uskomuksensa kohdemaan uskomusten kanssa. Tällöin maaginen tai uskontoon vahvasti sidottu näkemys joutuu vastakkain länsimaissa yleisten tekniseen ja biologiseen tietoon pohjautuvien näkemysten kanssa. Työntekijän voi olla vaikeaa selvittää onko asiakkaan käytös psyykkistä oireilua, vai johtuuko se kulttuurisista tekijöistä. Terveystieteiden ammattilaisten avuksi on viimeisimpään DSM-IV tautiluokitukseen lisätty kulttuurisen muotoilun osio apukeinoksi, jonka avulla voidaan paremmin selvittää ja diagnosoida toisesta kulttuurista tulevan ihmisen tarpeet. Muotoilun pohjalta on Ruotsissa kehitetty kulttuurisen haastattelun aiheesta käsikirja, jonka avulla voidaan paremmin selvittää maahanmuuttajan tilannetta ja diagnostiikkaa. (Schubert 2007: 73-75, 80-81, 96, ; Halla 2007: 471; Rauta 2005: 27; Malin – Suvisaari 2010: 158; Bäärnhielm – Scarpinati Rosso – Patti 2010: 5-6.)

Pelkästään maahanmuuttajille suunnattuja mielenterveyspalveluja on Suomessa vähän. Tarkasteltaessa mielenterveyspalvelujen käyttöä ovat maahanmuuttajat aliedustettuina, ja heidän mielenterveyshäiriöitään tunnistetaan ja hoidetaan huonosti. Palvelujärjestelmä on pitkään toiminut ajatuksella, että palveluja ei tarvitse eriyttää kantaväestölle ja maahanmuuttajille, ja että olemassaolevat hoitomuodot sopivat kaikille. Monikulttuuristumisen lisääntyessä näkökantaa on kuitenkin jouduttu muuttamaan ja löytämään uusia toimintatapoja ja ratkaisuja. Tampereella on reilun kymmenen vuoden ajan toiminut maahanmuuttajille suunnattu psykiatrinen poliklinikka, joka on ainoa laatuaan oleva kunnallinen psykiatrisen ensihoidon työryhmä Suomessa. Poliklinikalla järjestetään hoitoa ja hoidon arviointia erityisesti turvapaikanhakijoille ja äskettäin maahan muuttaneille pakolaisille, ja arvioidaan vaikeasti traumatisoituneiden pakolaispotilaiden hoidon tarvetta. Hoidon tavoitteena on auttaa potilaita selviytymään uudessa ympäristössä tukemalla heidän psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista kuntoutumistaan. Lisäksi työryhmän tarkoituksena on vahvistaa ammatillista osaamista maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöiden hoidossa, järjestää

koulutusta ja konsultaatioita muille pakolaisten kanssa työskenteleville tahoille sekä hankkia tietotaitoa monikulttuurisesta psykiatriasta ja psyykkisten traumojen hoidosta. Poliklinikan erikoislääkäri Tapio Halla on laatinut eri mielenterveyshäiriöistä maahanmuuttajille tarkoitettuja potilasesitteitä, jotka ovat saatavilla suomeksi ja joillakin yleisimmistä Suomessa asuvien maahanmuuttajien äidinkielistä. Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen saatavuuteen vaikuttaa kotoutumislaki. Potilaat ovat eriarvoisessa asemassa riippuen siitä ovatko he kotouttamislain piirissä vai eivät. Yli kolme vuotta Suomessa olleet tai ennen lain voimaantuloa maahan tulleet maahanmuuttajat jäävät lain ulkopuolelle. Lain piirissä olevilla on paremmat mahdollisuudet kohdennettujen palvelujen käyttämiseen (Rauta 2005: 20; Tampereen kaupunki 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt selvityksiä koskien maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarvetta ja saatavuutta. Selvitysten pohjalta Sosiaali- ja terveysministeriö voi ryhtyä toimenpiteisiin kehittääkseen terveydenhuollon valmiuksia maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Viime vuosina Suomessa on käynnistynyt lisäksi muutamia maahanmuuttajien terveyttä selvittävä tutkimus. Vuonna 2007 on aloitettu Suomen mielenterveysseuran, Berden, Irakin työllistämisyhdistyksen (IRTY), Monika-Naiset liiton, Suomen Venäjänkielisten Yhdistysten liiton (FARO) ja Suomen Somaliliiton yhteinen OVI-tutkimushanke. Hankkeen tarkoituksena on luoda maahanmuuttajajärjestöille paremmat valmiudet ja edellytykset tukea toimintaansa osallistuvia ihmisiä ja olla mukana lisäämässä hyvinvointia ja osallisuutta, mikä ennaltaehkäisee mielenterveysongelmia. Hanke tuottaa teemakeskusteluja ja koulutuksia kumppaniyhdistyksilleen, aineistoja maahanmuuttajille koskien mielenterveyttä ja sen häiriöitä sekä tutkimustietoa toiminnan tueksi mielenterveydestä, mielenterveysongelmien ennaltaehkäisystä sekä arjessa selviytymisestä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laajassa vuonna 2010 käynnistyneessä maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus Maamussa kartoitetaan suomalaisten maahanmuuttajataustaisten henkilöiden terveyttä ja hyvinvointia. Tutkimus toteutetaan kuudessa suuressa kaupungissa (Helsinki, Vantaa, Espoo, Tampere, Turku ja Vaasa) joissa asuu yli puolet Suomen maahanmuuttajaväestöstä. Tutkittavia haastatellaan, jonka jälkeen heidät ohjataan terveystarkastukseen. Tutkimuksessa kartoitetaan maahanmuuttajien sairauksien, oireiden, tapaturmien, stressin, mielenterveyden sekä toiminta- ja liikuntakyvyn lisäksi

myös elintapoja, elinympäristöä, ihmissuhteita ja terveyspalvelujen käyttöä ja saatavuutta. (Rauta 2005: 3; Suomen mielenterveysseura 2010a; Suomen mielenterveysseura 2010b; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata mitä mielenterveyden ongelmia maahanmuuttajaväestöllä esiintyy, ja mitä tekijöitä kuvataan maahanmuuttajaväestön mielenterveysongelmien yhteydessä. Opinnäytetyö tehtiin systemaattisen kirjallisuus-

katsauksen menetelmää soveltaen. Aihepiiristä tutkimuskysymyksiä nousi esiin kaksi:

1. Millaisia mielenterveysongelmia maahanmuuttajaväestöllä esiintyy?
2. Minkälaisia tekijöitä kuvataan maahanmuuttajaväestön mielenterveysongelmien yhteydessä?

5 Opinnäytetyön menetelmät

5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti ja kattavasti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita, eli se perustuu tutkimussuunnitelmaan ja on toistettavissa sekä pyrkii vähentämään systemaattista harhaa. Kirjallisuuskatsauksen päämääränä on tiedon kokoaminen ja synteetin tekeminen valitusta aiheesta mahdollisimman kattavasti tehtyjen tutkimusten pohjalta. Tarkoituksena on kerätä kirjallisuutta järjestelmällisesti ja kriittisesti sekä analysoida kerättyä aineistoa perustellusti muotoillun kysymyksen avulla. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on itsenäinen tutkimus, jossa pyritään tutkimuksen toistettavuuteen ja virheettömyyteen. Luotettavuus on keskeinen tekijä

systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, ja katsauksen luotettava tekeminen vaatii vähintään kaksi tekijää (Pudas-Tähkä – Axelin 2007: 46-57; Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39).

Katsauksessa edetään suunnitelmallisesti eri vaiheiden kautta. Ensimmäisessä vaiheessa laaditaan tutkimussuunnitelma, joka ohjaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemistä läpi koko prosessin. Siinä määritellään tutkimuskysymykset, joihin katsauksella pyritään vastaamaan sekä menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi. Sisäänottokriteerit joilla alkuperäistutkimukset valitaan määritellään myös (Pudas-Tähkä – Axelin 2007: 47; Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39.)

Tutkimuskysymyksissä määritetään ja rajataan se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimusten hakuprosessi on suunniteltava etukäteen tarkkaan ja huolellisesti. Alkuperäistutkimuksia haetaan systemaattisesti ja kattavasti kohdistamalla haut niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan oleellista tietoa tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimusten sisäänottokriteerit on kuvattava tarkasti ja niiden tulee olla johdonmukaiset ja tarkoituksenmukaiset tutkittavan aiheen kannalta. Mukaan hyväksyttävien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain tarkastelemalla vastaavatko tutkimukset sisäänottokriteereitä. Kaikki hakujen antamat viitteet käydään läpi, ja tutkimuksille asetetut sisäänottokriteerit huomioiden niistä valitaan mukaan otettava aineisto. Ensin viitteet käydään läpi otsikon, sitten abstraktin ja viimeiseksi vielä koko tekstin perusteella. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan perustella ja tarkentaa valittuja tutkimuskysymyksiä ja tehdä luotettavia yleistyksiä. (Stolt – Routasalo 2007: 58-59; Pudas-Tähkä – Axelin 2007: 48; Kääriäinen – Lahtinen 2006: 40.)

5.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen soveltaminen

Omassa työssäni olen soveltanut systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Tein ensin tutkimussuunnitelman, jonka mukaan edetä. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä aihepiiri rajautui ja tarkentui. Aihepiiristä nostin esiin tutkimuskysymykset joiden perusteella lähdin tekemään hakuja. Hakuja suoritettiin elektronisissa viitetietokannoissa kirjastossa informaation opastuksella, sekä käsin hakemalla

lehdistä ja kirjallisuudesta. Hakusanoja rajattiin ja yhdisteltiin kunkin tietokannan hakuehtojen mukaisesti. Hauista saadut viitteet kävin kaikki yksitellen läpi, ja niistä valitsin mukaan otettavat tutkimukset.

Valintaan vaikutti tutkimusten luotettavuus, jota arvioin tieteellisen artikkelin kriteerien mukaan. Tieteellisen artikkelin rakenne alkaa otsikosta jonka tulee olla lyhyt ja informatiivinen. Tiivistelmässä kuvataan lyhyesti tutkimusongelma, käytetyt menetelmät, tärkeimmät tulokset sekä johtopäätökset. Johdannossa esitellään tutkimusongelma taustoineen sekä sanotaan, miten se on pyritty ratkaisemaan. Ongelmaa kuvaavassa kirjallisuuskatsauksessa esitellään asian kannalta merkityksellisiä tutkimuksia, korostetaan keskeisiä tuloksia ja tärkeimpiä metodologisia kysymyksiä sekä olennaisia johtopäätöksiä. Menetelmäosiossa kuvataan tutkimuksen tekeminen niin tarkasti, että kuvauksen perusteella voidaan arvioida tutkimuksenteon asianmukaisuutta ja tulosten uskottavuutta. Tulososiossa esitetään löydetty tulokset. Pohdinnassa tutkimuksen tuloksia arvioidaan suhteessa johdannossa esitettyyn taustaan. Artikkelin loppuun sijoitetaan kiitokset ja viimeiseksi lähdeluettelo (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 263-266.)

Kun lopullinen mukaan otettava aineisto oli valittu, kävin tulokset läpi taulukoinnin avulla. Tutkimukset taulukoitiin lehden nimen, vuoden ja tekijöiden nimen mukaan; tutkimuksen aiheen ja otsikon; tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen; menetelmän ja otoksen; sekä tulosten mukaan (liite 2).

5.3 Aineiston haku ja valintakriteerit

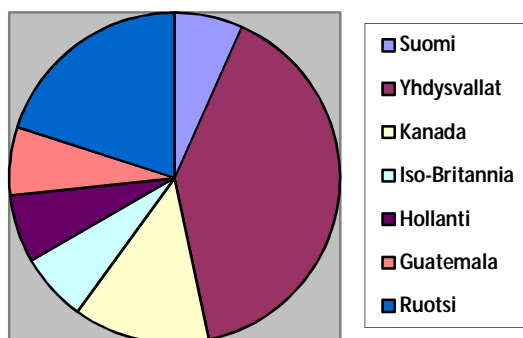
Aineistoa hain sekä käsihakuina, että Medic ja Cinahl tietokantoja käyttäen. Medic on kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta (Helsingin yliopiston kirjasto 2010). Cinahl on vuodesta 1982 lähtien tuotettu hoitotieteiden viitetietokanta jota tuottaa Ovid Technologies USA. Tietokanta sisältää viitteitä hoitotieteen ja hoitotyön aloilta. (Kuopion yliopiston kirjasto 2010).

Etsin tutkimuksia käyttämällä elektronisia hakukoneita, joita Mediciä ja Cinahlia. Kävin tulokset läpi ja rajasin ne ensin otsikon perusteella. Hyväksytyt otsikot rajasin abstraktin perusteella ja näistä valitsin artikkelit koko tekstin perusteella lopulliseen aineistooni.

Käytettyjä hakusanoja olivat: terveyden edistäminen, maahanmuu*, pakolai*, mielenterv*, mielenterveysong*, health promotion, refugee, immigrant, mental health, mental health problems sekä näiden erilaisia keskinäisiä yhdistelmiä. Hakuehtona oli että tulosten piti olla tieteellisiä artikkeleita jotka ovat ilmestyneet vuosien 2000-2011 välisenä aikana. Muiksi hakuehdoiksi asetettiin englannin tai suomen kieli. Mukaan otettavien artikkelien tuli vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin (liite 1).

Hakusanoja ja termejä käyttämällä saatiin yhteensä 358 osumaa, joista otsikon perusteella hyväksyttiin 49, abstraktin perusteella 26, otsikon perusteella 13 sekä koko tekstin perusteella lopulliseen aineistoon valittiin 12 artikkelia. Lisäksi aineistoon valittiin 3 käsihaun kautta löytynyttä artikkelia eli yhteensä tutkimuksia oli 15 (liite 1). Aineiston analysointivaiheessa olen taulukoinut aineiston lehden nimen, vuosiluvun, tekijöiden, tutkimuksen otsikon, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen, tutkimuksessa käytetyn menetelmän ja otoksen sekä keskeisimpien tutkimustulosten mukaan.

Valituista artikkeleista yksi on julkaistu Suomessa, kuusi Yhdysvalloissa, kaksi Kanadassa, yksi Iso-Britanniassa, yksi Hollannissa, yksi Guatemalassa ja kolme Ruotsissa. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Tutkimusten julkaisumaat.

Tutkimuksissa haastateltujen ja tutkittujen maahanmuuttajien lähtömaat sijoittuvat eri puolille maailmaa. Afrikasta tulleet maahanmuuttajat olivat lähtöisin Sierra Leonesta, Angolasta, Kamerunista, Ruandasta, Nigeriasta, Norsunluurannikolta, Kongosta,

Guineasta, Somaliasta, Sudanista, Etiopiasta ja Ugandasta. Euroopasta tulleet olivat lähtöisin Saksasta, Kroatiasta, Bosniasta, Tshetsheniasta, Azerbaizanista, Venäjältä, Ukrainasta, Virosta, Makedoniasta, Irlannista, Moldovasta, Serbiasta, Turkista, Kosovosta ja Suomesta. Aasiasta lähtöisin olevat maahanmuuttajat olivat kotoisin Irakista, Iranista, Afganistanista, Armeniasta, Pakistanista, Libanonista, Sri Lankasta, Kambodzasta, Kuwaitista, Intiasta, Tiibetistä, Laosista, Thaimaasta, Vietnamista ja Kurdistanista. Väliamerikasta lähteneet maahanmuuttajat tulivat Kuubasta, Karibialta sekä Guatemalasta. Etelä-Amerikasta tulleet maahanmuuttajat olivat lähtöisin Chilestä, Kolumbiasta, Boliviasta ja Ecuadorista. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Tutkimuksissa haastateltujen lähtömaat.

6 Tulokset

6.1 Maahanmuuttajaväestöllä esiintyneet mielenterveysongelmat

Tutkimuksissa kartoitettaessa mielenterveyttä törmättiin joissain tapauksissa kielimuurin aiheuttamiin hankaluuksiin. Vastaajilla oli vaikeuksia määritellä termi ”mielenterveys”, ja se saatettiin tulkita väärin tai ymmärtää synonyymiksi sanalle mielenterveyshäiriö. Osasyynä tähän saattoi olla maahanmuuttajien omassa kielessä olevat termit, joita on vaikea suoraan kääntää ja jotka siksi aiheuttavat sekaannusta. Mielenterveyden tila nähtiin spirituaalisena toimintona joka näkökulmana oli tutkimuksen vastaajille tärkeä, ja he näkivät mielenterveyden suhteessa sellaisiin

käsitteisiin kuin hyvät ihmissuhteet, kunnolliset tavat, kommunikointi ihmisten kanssa, rehellisyys ja luotettavuus. Mielenterveyttä pidettiin henkilön mielen, tunteiden ja käyttäytymisen välisenä rinnakkaisuutena ja uskottiin, että ihmistä ei voida pitää mieleltään terveenä jolleivät hänen tekonsa noudata yleisiä normeja ja sääntöjä (Jafari – Baharlou – Mathias 2010: 101-102.) Koettuja mielenterveysongelmia pidettiin läpitunkevinä ja jokapäiväiseen elämään vaikuttavina. Oireet vaikuttivat työhön, kodin askareisiin ja velvollisuuksiin, ystävyys-suhteisiin, hauskanpitoon ja vapaa-ajan aktiviteetteihin, koulutyöhön, perhesuhteisiin, seksielämään sekä yleiseen tyytyväisyyteen elämässä (Jamil ym. 2007: 22). Tutkimuksiin osallistuneiden maahanmuuttajien itsensä kuvaamien ja lääkärien huomaamien mielenterveysongelmien määrissä oli eroavaisuuksia. Niissä tapauksissa, joissa maahanmuuttaja oli ilmaissut kärsivänsä jostain mielenterveysongelmasta, vain noin puolessa tapauksista myös lääkäri oli huomannut ongelman. Niistä tekijöistä, jotka maahanmuuttajat itse arvioivat mielenterveyteensä vaikuttaviksi, lääkärit tunnistivat vain noin puolet tai alle (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 53.)

Mielenterveyden häiriöistä tavallinen oli masennus, jota kuvattiin lähes jokaisessa tutkimuksessa. Masennuksen kriteerit täyttävien tutkimusten vastaajien lisäksi osa kuvasi myös yleistä surullisuutta tai masentuneita tunteita. Monilla esiintyi erilaisia masennuksen oireita, kuten itkuisuutta, voimattomuuden tunnetta, toivottomuutta sekä vaikeuksia nukahtamisessa tai nukkumisessa. Osa maahanmuuttajista sai masennushäiriön diagnoosin (Blair 2001: 188; Jamil ym. 2007: 21). Usein henkilö joka kärsi masennuksesta, kärsi myös posttraumaattisesta stressireaktiosta eli PTSD:ta. Yhteys oli huomattava maahanmuuttajien ensimmäisinä uudessa maassa vietettyinä vuosina, mutta ajan kuluessa yhteys ei ollut enää niin vahva (Marshall – Schell – Elliott – Berthold – Chun. 2005: 575; Blair 2001: 189-190). Huolimatta masennuksen runsaasta esiintyvyydestä, itsemurha-ajatukset tai yritykset mainittiin vain kahdessa tutkimuksessa, ja tällöinkin niiden esiintyvyys oli vain muutaman prosentin luokkaa (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 52; Blair 2001: 188).

Masennuksen lisäksi kuvattiin paljon posttraumaattista stressihäiriötä (PTSD). Häiriöön kuuluvia oireita maahanmuuttajilla olivat keskittymisvaikeudet, tavallista useammin tapahtuva järkyttyminen tai vihastuminen, hikoilun alkaminen tai itkuinen olo silloin kun heitä muistutettiin traumaattisista kokemuksista. Näiden lisäksi esiintyi myös

sotaan liittyvien traumojen palaamista takautumina mieleen, sota-ajan traumojen jatkuvaa ajattelemista sekä toistuvia unia tapahtuneesta. PTSD:sta kärsivät välttelivät ajatuksia tai tuntemuksia jotka muistuttivat heitä koetuista traumoista. Tulevaisuuden ei uskottu tuovan mitään erityistä ja asiat tuntuivat yhdentekevilä. Tutkimuksissa osalla täytyivät PTSD:n viralliset diagnostiset kriteerit, ja osalla esiintyi useita PTSD:lle tyypillisiä oireita jotka eivät kuitenkaan riittäneet diagnoosiin. Häiriö liitettiin vakavaan masennukseen ja sosiaaliseen fobiaan. Haavoittuneilla tai perheenjäsenen silpomista todistaneilla oli kohonnut riski PTSD:lle. Yhden tutkimuksen mukaan PTSD:ta esiintyi enemmän niillä jotka tulivat yksin ilman saattajaa, mutta toisen tutkimuksen mukaan asia oli päinvastoin. PTSD:ta esiintyi enemmän vanhemmilla ja miespuolisilla kuin nuoremmilla tai naispuolisilla maahanmuuttajilla. PTSD:n sekä masennukseen liitettiin sellaisia tekijöitä kuten huono englannin kielen taito, työttömyys, eläkkeellä olo, vammaisuus sekä köyhyydessä eläminen (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 52; Marshall ym 2005: 575-576; Blair 2001: 185-188; Michelson – Sclare 2009: 285; Sabin ym. 2006: 166; Jamil ym. 2007: 21-22.)

Eriasteista ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta kuvattiin myös lähes jokaisessa tutkimuksessa. Yhden tutkimuksen mukaan haastatteluhetkellä yli 80% maahanmuuttajista oli äskettäin kokenut ahdistuksen oireita, kuten pyörrytystä, heikotusta, vapinaa, päänsärkyä ja kauhun tai paniikin tunteita. Osa sai yleistyneen ahdistushäiriön diagnoosin (Jamil ym. 2007: 21; Taloyan – Johansson – Sundquist – Koctürk – Johansson 2008: 192; Blair 2001: 188).

Maahanmuuttajilla esiintyi myös mielialahäiriöitä ja –ongelmia. (Williams ym. 2007: 52-59; Saraiva Leão – Sunquist – Johansson – Johansson – Sundquist 2005: 249). Mielialahäiriöiden lisäksi esiintyi muun muassa maanis-depressiivisyyttä (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 52; Jamil ym. 2007: 21). Pieni osa erään tutkimuksen vastaajista täytti dystymian diagnoosin kriteerit (Blair 2001: 188-189). Jonkin verran koettiin tunnesäätelyn vaikeuksia (Batista – Wiese – Burhorst 2007: 606-607). Yhden tutkimuksen naisvastaajat kertoivat miestensä lisääntyneestä aggressiivisuudesta ja epävakauudesta maahanmuuttoa seuranneena aikana. Tämä vaikutti naisten omaan mielenterveyteen haitallisesti (Jafari – Baharlou – Mathias 2010: 104).

Käyttäytymisongelmia ja -häiriöitä mainittiin jonkin verran (Michelson – Sclare 2009: 288; Batista ym. 606-609; Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 52). Alkoholin ja muiden haitallisten aineiden käyttö tuotiin esiin kahdessa tapauksessa (Marshall ym. 2005: 575-576; Williams ym. 2007: 53-54).

Persoonallisuushäiriön lisäksi esiintyi myös neuroottisuushäiriötä sekä rajatilapersoonallisuushäiriötä (Saraiva Leão ym. 2007: 248-249; Batista ym. 2007: 606-608). Paniikkihäiriöstä kärsi pieni osa maahanmuuttajista. Sosiaalisen fobian diagnoosin kriteerit täytti hiukan yli neljännes ja yleisistä pelkotiloista kärsi myös noin neljännes. Sosiaalisen fobian korkeat esiintymisluvut saattoivat tutkimuksen mukaan olla yhteydessä posttraumaattiseen stressireaktioon. (Blair 2001: 189-190 ; Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 52).

Skitsofrenia mainittiin myös tutkimuksissa ja sen eriyntymisluvut olivat alhaiset (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 51-52; Jamil ym. 2007: 21). Hallusinaatioiden ja harhojen lisäksi esiintyi myös psykoottisia häiriöitä. Riski psykoottisiin häiriöihin oli suurempi miehillä kuin naisilla (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 52; Batista ym. 2007: 606-609; Saraiva Leão ym. 2005: 248-250). Pieni osa maahanmuuttajista kärsi varsinaisesta psykoosista (Michelson ym. 2009: 285, 288).

Muita mainittuja ongelmia olivat erilaiset oppimisvaikeudet, kuten lyhyt tarkkaavaisuuden kesto, keskittymiskyvyn heikkous ja vaikeus sosiaalisessa kommunikaatiossa. Sen lisäksi tutkimuksissa esiintyi ihmissuhde- ja kanssakäymisvaikeuksia, kehityksellisiä viivästyksiä ja häiriöitä, oppimisen häiriöitä, somaattisia häiriöitä sekä univaikeuksia sekä väsymystä jota naisilla oli miehiä enemmän (Michelson ym. 2009: 285, 288; Batista ym. 2007: 606-608; Taloyan ym. 2008: 192-193).

Henkisten ongelmien lisäksi lähes kaikissa tutkimuksissa vastaajat kärsivät myös fyysisistä ongelmista. Vain yhdessä tutkimuksessa ne johtuivat somatiosatiosta (Blair 2001: 188-189).

6.2 Mielenterveysongelmien yhteydessä kuvatut tekijät

Seuraavassa kuvataan maahanmuuttajien mielenterveysongelmien yhteydessä kuvattuja tekijöitä. Tekijät on luokiteltu yksilöön, perheeseen, yhteiskuntaan ja traumaattisiin kokemuksiin liittyviin tekijöihin (liite 3).

6.2.1 Yksilöön liittyvät tekijät

Maahanmuutto ylipäätään koettiin vaikeana prosessina, joka teki maahanmuuttajista haavoittuvaisempia mielenterveysongelmille (Reitmanova – Gustafson 2009: 50). Mielenterveysongelmien kokemisessa oli maahanmuuttajatyypeittäin eroja, esimerkiksi turvapaikanhakijoilla oli enemmän kaikkia mielenterveysongelmia verrattuna pysyvästi maassa asuviin (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 51).

Ikä oli yksi olennainen mielenterveyteen liittyvä tekijä. Nuorilla oli pienempi riski sairastua mielenterveyden häiriöihin verrattuna vanhempiin henkilöihin (Williams ym. 2007: 54; Porter – Haslam 2005: 608; Saraiva Leão ym. 2005: 249.)

Sukupuolella oli vaikutusta mielenterveyteen. Yleisesti ottaen naisilla todettiin olevan enemmän mielenterveyden häiriöitä sekä kohonnut riski uusille mielenterveydenhäiriöille. Naisten tilannetta mutkisti heidän moninaiset sosiaaliset roolinsa ja heidän taipumuksensa asettaa perheen tarpeet omiensa edelle. Tästä johtuen joillakin naisilla oli rajoittunut itsemääräämisoikeus. Ilman sosiaalista tukea ja rahallisia resursseja naisten oli vaikea lähteä kotoa ja lasten luota kehittääkseen englannin kielen taitojaan, päivittääkseen tietotaitoaan tai etsiäkseen työtä. Tämä hidasti heidän sopeutumistaan uuteen yhteiskuntaan. Monille naisille tarkoituksellinen työnteko oli yhtä tärkeää kuin tyydyttävä kotielämä. Sukupuoli vaikutti myös siihen, miten traumaattiset tapahtumat, esimerkiksi seksuaalinen väkivalta, koettiin (Sabin ym. 2006: 167; Reitmanova – Gustafson 2009: 51; Tinghög ym. 2009: 82; Porter – Haslam 2005: 610; Saraiva Leão ym. 2005: 249; Taloyan ym. 2008: 192; Jafari ym. 2010: 102; Williams ym. 2007: 52-53.)

Usko ja hengellisyys oli tutkimusten vastaajille keino selviytyä stressistä, ja joillekin uskonto oli erityinen vahvuuden ja tuen lähde. Uskon lisäksi tulivat esiin perhesiteiden

vaaliminen, epämaterialistinen lähestymistapa elämään, moraalisten periaatteiden tärkeys, sekä uskonnon ja hengellisyyden kunnioittaminen. Suurin osa aikuisista ja vanhemmista maahanmuuttajista oli haluttomia hyväksymään uuden maan kulttuuria, eivätkä he halunneet lastensaakaan hyväksyvän isäntämaan normeja. Aikuiset halusivat lastensa pitävän oman kulttuurinsa ja välttävän länsimaalaistumista. (Reitmanova – Gustafson 2009: 50; Jafari ym. 2010: 103.)

Huono englannin kielen taito lisäsi riskiä PTSD:lle ja oli tutkimuksen mukaan mielenterveyteen liittyvä huolenaihe. Vastaavasti englantia osanneilla oli usein parempi mielenterveys. Tutkimuksessa haastatellut uskoivat huonon kielitaidon johtavan eristyneisyyteen, ulkopuolelle jättämiseen, ahdistukseen ja mielenterveysongelmiin. Huonosta kielitaidosta johtuen ei välttämättä osattu täyttää hoitoon tarvittavia dokumentteja. Jotkut arastelivat huonoa kielitaitoaan eivätkä sen vuoksi uskaltaneet soittaa ja varata aikaa terveydenhuollon palveluille. Kun riittävää kielitaitoa valtaväestön kanssa kommunikointiin ei ollut, ei maahanmuuttajilla ollut ystäviä ja he joutuivat turvautumaan pääasiallisesti puolisoonsa henkistä tukea saadakseen. Kun kielitaito parani, maahanmuuttajien itsetunto koheni ja integraatio isäntäyhteiskuntaan helpottui (Blair 2001: 192; Marshall ym. 2005: 575-576; Jafari ym. 2010: 103.) Koulutettumilla ja ennen pakolaisuutta hyvän sosioekonomisen aseman osanneilla oli huonompi mielenterveyden suhdeluku verrattuna vähemmän koulutettuihin (Porter – Haslam 2005: 609).

Työttömyys lisäsi maahanmuuttajien riskiä PTSD:lle ja masennukselle ja se liitettiin myös muihin mielenterveyden ongelmiin (Marshall ym. 2005: 608.; Jafari ym. 2010: 103-104; Tinghög ym. 2009: 81-85, 88). Työttömät myös arvioivat oman terveytensä huonommaksi kuin muut (Taloyan ym. 2008: 192-193). Oikeus työntekoon ja mahdollisuus työllistymiseen olivat suorassa yhteydessä parempaan mielenterveyteen ja se liitettiin kokemuksiin ylpeydestä, tyytyväisyydestä sekä tarpeellisuuden tunteista (Porter – Haslam 2005: 609; Reitmanova – Gustafson 2009: 50.) Myös työllistymisellä omaan, kotimaassa opiskeltuun ammattiin oli merkitystä mielenterveydelle. Tyydyttävän työn löytäminen joillekin vastaajille oli hankalaa, koska paikallinen työtarjonta oli vähäistä, tutkimusten vastaajilla oli uudessa kotimaassa tunnustamattomia ulkomaisia ansioita tai he olivat ylipäteviä. Joissain tapauksissa syrjintä vaikutti työn saamattomuuteen. Osa koki nykyisten työolojensa olevan

epätydyttävät ja alempiarvoiset kuin kotimaassa. Jotkut kokivat että heidän oli pakko ottaa vastaan mitä tahansa tarjottua työtä elättääkseen perheensä ja välttääkseen taloudellisia vaikeuksia. Osittain työhön liittyvien hankaluuksien syynä katsottiin olevan tietämättömyys ja kokemattomuus uuden maan liike-elämästä ja tavoista (Jafari ym. 2010: 103-104; Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 53-54; Reitmanova – Gustafson 2009: 50-51.)

Köyhyydessä eläminen liittyi posttraumaattiseen stressireaktioon sekä vakavaan masennukseen ja huono taloudellinen turva liittyi ahdistuksen ja masennuksen kohonneisiin esiintymislukuihin sekä aiheutti vastaajille huolta (Marshall ym. 2005: 575-576; Tinghög ym. 2009: 84; Taloyan ym. 2008: 193.) Riittävä toimeentulo vaikutti vastaajien hyvinvointiin sekä edisti heidän sopeutumistaan uuteen maahan, sillä ilman rahallisia huolia maahanmuuttajat kykenivät paremmin sosialisoimaan ja verkostoitumaan (Reitmanova – Gustafson 2009: 50). Sosioekonomisesta asemasta huolehtiminen oli suorassa yhteydessä parempaan mielenterveyteen, ja suurin osa pysyvästi maassa asuvista maahanmuuttajista itse piti sitä myös tärkeänä mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä. Turvapaikanhakijoista enemmistö taas ei uskonut tällä olevan lainkaan vaikutusta (Porter – Haslam 2005: 608; Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 54). Myös eläkkeellä olemisella oli vaikutusta kohonneisiin PTSD:n ja vakavan masennuksen esiintymislukuihin (Marshall ym. 2005: 575-576).

Hyvät ihmissuhteet ja muiden kanssa kommunikointi liitettiin mielenterveyteen (Jafari ym. 2010: 203). Naispuolisille vastaajille oli miehiä helpompaa puhua muille ongelmistaan ja mielenterveystarpeistaan. Rajallinen emotionaalinen tuki johti vähentyneisiin resursseihin pitää huolta itsestään (Reitmanova – Gustafson 2009: 50). Köyhä sosiaalinen verkosto lisäsi ahdistuneisuuden esiintyvyyttä (Tinghög ym. 2009: 81-82.) Mielenterveyteen liittyi stressitekijänä maahanmuuton aiheuttama ihmissuhteiden menetys (Garcia – Lindgren 2009: 154).

Muita mielenterveyttä edistäviä tekijöitä olivat hyvät tavat, omat henkilökohtaiset selviytymiskeinot ja nautinnolliset aktiviteetit kuten esimerkiksi urheilu, fyysisen terveydentilan kohentuminen ja opintojen päättäminen onnistuneesti. Estäviksi tekijöiksi mainittiin vielä vammaisuus, leskeys, epäselvyys tulevaisuudesta sekä tunne siitä, ettei omasta elämästä ollut riittävää kontrollia. Myös kotimaassa asutulla alueella

oli vaikutusta, niillä jotka olivat kotoisin maaseudulta oli huonompi mielenterveyden tilanne verrattuna niihin jotka tulivat kaupunkialueilta. Maantieteellinen alkuperä liittyi myös mielenterveyteen. Parin tutkimuksen mukaan Euroopasta tulleilla pakolaisilla oli huonoin tilanne, ja parhaiten voivat Aasiasta ja Lähi-idästä tulleet maahanmuuttajat. Toisessa tutkimuksessa taas huonoiten voivat Lähi-idästä, entisen Jugoslavian/Albanian ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulleet, ja vastaavasti parhaiten Afrikasta ja Aasiasta tulleet. Vähiten verrokkina käytetystä pääväestöstä erosivat Aasiasta ja Lähi-Idästä tulleet maahanmuuttajat. Konfliktimaan sisällä muuttaneilla maahanmuuttajat voivat psyykkisesti huonommin kuin ne, jotka olivat muuttaneet ulkomaille. Kotimaahansa palanneilla maahanmuuttajilla oli huonompi tilanne mielenterveyden kannalta kuin niillä, jotka olivat jääneet asumaan uuteen maahan (Porter – Haslam 2005: 608; Reitmanova – Gustafson 2009: 51; Jafari ym. 2010: 104; Marshall ym. 2005: 575-576; Taloyan ym. 2008: 193; Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 51, 53; Tinghög ym. 2009: 80, 84). (Porter – Haslam 2005: 608.) Naimattomat henkilöt näyttivät kärsivän mielenterveyden ongelmista naimisissa olevia enemmän (Tinghög ym. 2009: 82). Jos maahanmuuttaja oli paperiton tai laittomasti maassa, tämä koettiin eniten stressaavaksi tekijäksi. Paperittomuudesta johtuen henkilö ei kyennyt hankkimaan ajokorttia tai työtä ja jäi näin yhteiskunnan ulkopuolelle. Myös karkoittamista pelättiin paljon ja vanhemmat yrittivät suojella lapsiaan, jotta nämä eivät saisi tietää karkoittamisen uhasta. Jotkut nuoremmat miespuoliset tutkimuksiin osallistuneet mainitsivat stressitekijöinä myös jengeihin kuulumisen, haitallisten aineiden käytön sekä väkivallan (Garcia – Lindgren 2009: 154-155).

6.2.2 Perheeseen liittyvät tekijät

Kotimaassa kadonneet tai murhatuksi joutuneet perheenjäsenet ja ystävät lisäsivät mielenterveyden ongelmia. Lapsen kuolema lisäsi riskiä masennukselle (Michelson – Sclare 2009: 285; Sabin ym. 2006: 166-167). Maahanmuuton myötä ystävästä tai perheenjäsenistä eroon joutuminen lisäsi maahanmuuttajien kokemaan stressiä. Vastaavasti rakkaimpien kanssa uudelleen yhteen pääseminen koettiin mielenterveyttä edistäväksi tekijäksi. Ne maahanmuuttajat, joilla oli saatavilla olevaa ja vastavuoroisesti auttavaa perhettä tai ystäviä, voivat psyykkisesti paremmin ja heidän sopeutumisensa uuteen maahan oli parempaa (Batista ym. 2007: 605-607 Sabin ym. 2006: 164-166; Jafari ym. 2010: 102; Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 53; Blair 2001: 191).

Pojilla stressin aihe oli velvollisuus huolehtia perheestä. Myös vanhemmat kantoivat huolta lapsistaan ja näiden henkisesti hyvinvoinnista, ja yrittivät löytää ratkaisuja lasten kohtaamiin stressinaiheisiin. Vanhemmat pyrkivät olemaan tuen lähde lapsilleen. Vanhempien tai lasten kanssa esiintyneet perheensisäiset haasteet olivat tutkimuksen vastaajien mielenterveyteen liittyviä huolenaiheita. Muun muassa perheensisäisen kommunikoinnin sekä yhteisen ajan puute ja vanhempien työhön liittyvät valvollisuudet aiheuttivat perheensisäistä stressiä. Miespuoliset aikuiset vastaajat uskoivat maahanmuuton muuttaneen perheen sisäistä voimahierarkiaa siten, että lapset eivät olleet enää tottelevaisia. Näiden muutosvoimien koettiin johtavan konflikteihin vanhempien ja lasten välillä, joka taas lisäsi mielenterveyden ongelmia. Yksi suurimmista konfliktien aiheuttajista oli lasten ja vanhempien välinen erimielisyys koskien seksuaalista käyttäytymistä. Kulttuurisista ja uskonnollisista syistä seksiä ennen avioliittoa pidettiin syntinä ja epäsovivana käytöksenä. Vanhemmat halusivat useimmiten lastensa menevän naimisiin ja perustavan perheen, kun taas nuoret kokivat että vanhemmat eivät ymmärtäneet heidän prioriteettejaan. Naispuoliset maahanmuuttajat kokivat yhdeksi suurimmista huolistaan puolisonsa maahanmuuton jälkeisen epävakauden ja aggressiivisuuden. Jotkut maahanmuuttajanaiset kokivat perheensisäistä väkivaltaa. Vanhempien avioero aiheutti huolia lapsille. (Garcia – Lindgren 2009: 145-156; Jafari ym. 2010: 104.)

Perheen koolla oli myös merkitystä mielenterveyden kannalta, perheen lasten suuri lukumäärä (6-12) liitettiin ahdistus- ja masennusoireisiin (Sabin ym. 2006: 167). Yksin uuteen maahan tulleilla oli enemmän mielenterveyden ongelmia kuin saattajan tai omaisten kanssa tulleilla (Batista ym. 2007: 606-607; Michelson – Sclare 2009: 276).

Myös sillä, monennenko polven maahanmuuttaja oli kyseessä oli vaikutusta. Myöhempien polvien maahanmuuttajilla todettiin enemmän eri häiriöitä verrattuna ensimmäisen polven maahanmuuttajiin (Williams ym. 2007: 53; Saraiva Leão ym. 2005: 248-250).

6.2.3 Yhteiskuntaan liittyvät tekijät

Uudessa kotimaassa asutuilla vuosilla oli vaikutusta maahanmuuttajien mielenterveysongelmien esiintymiseen (Sainola-Rodriquez – Koehn – 2006: 52-53; Williams ym. 2007: 53). Ensimmäisiin uudessa maassa asuttuihin vuosiin liitettiin runsas ahdistuneisuus (Jafari ym. 2010: 102).

Kulttuuri mainittiin jollakin tavalla lähes jokaisessa tutkimuksessa. Yhdessä tutkimuksessa vapaus uudessa kotimaassa harjoittaa omaa uskonnollista vakaumusta ja kulttuurisia perinteitä koettiin tärkeäksi mielenterveyteen vaikuttavaksi tekijäksi. Maahanmuuttajat pitivät myös tärkeinä monipuolisten uskonnollisten instituutioiden olemassaoloa paikkakunnalla. Toisessa tutkimuksessa kulttuurilla taas ei koettu olevan lainkaan yhteyttä mielenterveyteen (Reitmanova – Gustafson 2009: 50; Porter – Haslam 2005: 608). Vanhan ja uuden kotimaan välisillä kulttuurieroilla ja niihin sopeutumisella sen sijaan koettiin olevan vaikutusta. Kulttuurisilla odotuksilla ja rooleilla katsottiin olevan suuri vaikutus maahanmuuttajien käsitykseen itsestään ja isäntäyhteisön hyväksyntään. Huono sosiokulttuurinen sopeutuminen uuteen maahan olin yhteydessä kohonneeseen masennus- ja ahdistusriskiin (Jafari ym. 2010: 103; Tinghög ym. 2009: 84).

Mukautumisella uuteen maahan oli vaikutusta mielenterveyteen. Jotkut tutkimusten maahanmuuttajat kokivat työ- ja sosiaalisen menestymisensä riippuvan isäntämaan arvojen ja tapojen omaksumisesta omien tapojensa harjoittamisen sijaan. Osa olisi halunnut esimerkiksi säilyttää omia kulttuurisia käytänteitään, kuten perinteisen puvun käyttöä, mutta he kokivat menestyvänsä paremmin työelämässä ja sosiaalisesti ilman. Osa maahanmuuttajista, useimmiten nuorempi polvi oli kiinnostuneempi uudesta kulttuurista ja sen omaksumisesta kun taas vanhempi sukupolvi mieluummin piti kiinni omista tavoista ja perinteistään (Porter – Haslam 2005: 608; Reitmanova – Gustafson 2009: 50-51; Jafari ym. 2010: 103).

Syrjinnän ja rasmin kokeminen koettiin useissa tapauksissa mielenterveyttä huonontavaksi tekijäksi. Syrjintää koettiin se vapaa-ajalla että myös työssä ja sitä esiintyi sekä eri rotujen välillä, että myös rotujen sisällä. Osa vastaajista koki ettei heidän uskonnollisia tapojaan haluttu mukauttaa työpaikan kulttuuriin, ja he kokivat jäävänsä ulkopuolisiksi esimerkiksi työpaikan sosiaalisissa aktiviteeteissa jossa tarjottiin alkoholia. Joillain työpaikoilla ei ymmärretty maahanmuuttajien

mielenterveysongelmiatai kuinka mukautua niihin. Lapsilla esiintyi syrjintää ja rasismia koulussa, ja vanhemmat ajattelivat tämän vaikuttavan lasten kykyyn hakea apua mielenterveysongelmiinsa koulun henkilökunnalta. Vanhemmat myös kertoivat vaikeuksista joita he kohtasivat yrittäessään ratkaista ongelmia lasten opettajien tai ikätovereiden kanssa. Vanhemmat kokivat usein tulevansa väärin ymmärretyiksi ja ylenkatsotuiksi, eikä heitä tunnuttu uskovan asioissa. (Tinghög ym. 2009: 82-84; Garcia – Lindgren 2009: 157-158; Taloyan ym. 2008: 192-193; Reitmanova – Gustafson 2009: 50-52.)

Ympäristöön vaikuttavat tekijät nousivat myös esiin. Niillä maahanmuuttajilla jotka olivat saaneet pysyvän asunnon, oli parempi mielenterveydellinen tilanne verrattuna niihin, jotka asuivat laitoksissa tai väliaikaisissa asunnoissa (Porter – Haslam 2005: 608). Turvapaikan saamisella ja vakaalla ja turvallisella elämällä oli mielenterveyttä edistävä vaikutus. Turvapaikanhakijoista enemmistö arvioi turvallisuuteen liittyvien tekijöiden eniten parantavan heidän mielenterveyttään. Maassa pysyvästi asuvista vain pieni osa oli samaa mieltä (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 53). Eteläisistä maista tulleet uskoivat, että kylmässä ilmastossa eläminen ja vähäinen auringonpaiste vaikuttivat negatiivisesti heidän mielenterveyteensä. Jotkut vastaajat kokivat uuden maan ruoan oleelliseksi tekijäksi. Monet kokivat jäävänsä ilman ruokaa josta he olivat kotimaassa nauttineet, koska etniset ruokatarvikkeet olivat hyvin kalliita ja huonosti saatavilla. Osa maahanmuuttajista kertoi, että paikkakunnalla ei ollut maahanmuuttajille sopivia viihde- ja urheilumahdollisuuksia tai -tiloja joissa olisi huomioitu sukupuolikohtaiset tarpeet. (Reitmanova – Gustafson 2009: 51.) Myös maahanmuuttajan fyysisessä etäisyydellä maahanmuuttoon johtaneeseen konfliktiin oli merkitystä. Konfliktimaan sisällä muuttaneiden mielenterveysindeksi oli matalampi verrattuna niihin, jotka olivat muuttaneet kokonaan toiseen maahan. Kotimaahansa myöhemmin palautetut maahanmuuttajat sijoituivat mielenterveysindeksissä huonommin verrattuna edelleen maanpaossa eläviin, joista monet olivat pysyvästi asettuneet muualle (Porter – Haslam 2005: 608.)

Yhteiskunnan mielenterveyspalveluissa koettiin myös olevan mielenterveyttä heikentäviä ongelmia. Palveluiden käyttämisessä oli viivästyksiä ja niiden saamisessa esteitä. Vastaajat kokivat ongelmalliseksi mielenterveyspalvelujen piirin pääsemisen. Yhtenä tekijänä tähän oli riittämätön tieto mielenterveysongelmista ja palveluista. Myös

kulttuurin ja kielen väliset yhteensopimattomuudet vastaajien ja palveluntarjoajien välillä koettiin diagnosoimista ja hoitoa vaikeuttaviksi tekijöiksi. Jotkut myös kokivat, että terveydenhuoltohenkilöstön ja asiakkaan välisiä vuorovaikutustilanteita luonnehti välinpitämättömyys maahanmuuttajien kulttuurisia uskomuksia ja arvoja kohtaan. Maahanmuuttajat uskoivat, että isäntämaan terveydenhuoltohenkilöstö ei ymmärrä heidän maalaisiaan ihmisiä. Osa tunsii, että he saivat hyvin rajoitetusti emotionaalista, taidollista tai tiedollista apua isäntäyhteiskunnalta eivät löytäneet apua myöskään maahanmuuttajien omista yhteisöistä. Osa uskoi saavansa perheeltä parempaa apua kuin ammattilaisilta. Osa maahanmuuttajista oli vastahakoisia hakemaan apua ja kehittämään sosiaalisia tukiverkkojaan, johtuen sen hetkisen asuttamisratkaisun pitkäaikaisuuden epävarmuudesta (Blair 2001: 191-192; Reitmanova – Gustafson 2009: 51.) Silloin kun apua saatiin mielenterveystyön ammattilaisilta ja perusterveydenhuollon ammattilaisilta, sitä pidettiin mielenterveyttä edistäväenä tekijänä ja suurin osa oli palveluihin tyytyväisiä. Huolimatta suurista psyykkisten ongelmien esiintymisluvuista, vain pieni osa oli saanut tai sai hoitoa niihin. Tutkimuksen mukaan vaikutti silti, että juuri eniten hoitoa tarvitsevat olivat niitä, joilla oli eniten ongelmia hoidon saamisessa. Mielenterveyspalvelujen saamisessa eniten ongelmia oli niillä, jotka kärsivät PTSD:ta (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 53; Blair 2001: 191-192).

Enemmistö maahanmuuttajista ilmaisi, että uudessa maassa koetut asiat vaikuttivat mielenterveyteen enemmän kuin ennen maahanmuuttoa tapahtuneet asiat kotimaassa. Mielenterveyteen vaikutti edullisesti se, jos uudessa maassa koetut huonot asiat korjaantuivat (Sainola-Rodriguez – Koehn 2006: 52-53).

6.2.4 Traumaattiset kokemukset

Suuri osa maahanmuuttajista oli altistunut traumalle ja väkivallalle ennen saapumistaan uuteen maahan. Koetut traumat olivat sekä fyysisiä, että psyykkisiä. Koetut traumat olivat yhteydessä kaikkiin mielenterveyden ongelmiin. Suurin osa tutkituista oli joutunut useammin kuin kerran kokemaan traumaattisia asioita (Batista ym. 2007: 605-607; Marshall ym. 2005: 575-576).

Osa traumaista liittyi sotaan, ja niistä oli kärsinyt yli 90% (Batista ym. 2007: 605-607; Jamil ym. 2007: 22). Myös pakolaisuuteen johtanut konflikti ja sen tilanne kotimaassa oli mielenterveyteen vaikuttava tekijä. Pakolaiset, joiden kotimaan konflikti jatkui edelleen, voivat psyykkisesti huonommin kuin ne, joiden kotimaan konflikti oli ratkennut. Jos kotimaahan kykeni turvallisesti palaamaan, sen koettiin edistävän mielenterveyttä (Porter – Haslam 2005: 608-609; Taloyan ym. 2008: 193). Osa maahanmuuttajista oli kotimaassaan joutunut pakkotyöhön, vankilaan, keskitysleirille tai oli ollut kapinallisten vankina (Marshall ym. 2005: 575; Batista ym. 2007: 605).

Moni on joutunut todistamaan tappamista, silpomista, kidutusta tai muuta väkivaltaa tai joutunut sen kohteeksi itse. Yhdessä tutkimuksessa osa vastaajista oli kotimaassaan joutunut myös itse tappamaan muita (Marshall ym. 2005: 575; Michelson – Sclare 2009: 284-285, 288; Batista ym. 2007: 605; Sabin ym. 2006: 167). Useat olivat menettäneet läheisensä murhan tai tappamisen seurauksena (Marshall ym. 2005: 575; Michelson – Sclare 2009: 284-285; Sabin ym. 2006: 166). Seksuaalinen väkivalta ja raiskauksen uhriksi joutuminen nousivat myös esiin. Useimmiten siitä olivat kärsineet tytöt, mutta myös noin seitsemäsosa pojista (Michelson – Sclare 2009: 284-285; Batista ym. 2007: 605; Sabin ym. 2006: 166-167). Usea maahanmuuttaja oli ollut hengenvaarassa ja lähellä kuolemaa (Marshall ym. 2005: 575; Batista ym. 2007: 605; Sabin ym. 2006: 166).

Traumaattiset kokemukset eivät rajoittuneet ainoastaan entiseen kotimaahan, vaan niitä oli koettu myös uudessa maassa. Uudessa kotimaassa koetut traumat liittyivät muun muassa väkivallan, ryöstetyksi tulemisen, ruumiin näkemisen ja aseella uhkaamisen kokemiseen. Muita mainittuja traumaattisia kokemuksia olivat muu huono kohtelu, piilossa asuminen sekä nääntymisen uhka (Batista ym. 2007: 605; Marshall ym. 2005: 575).

7 Luotettavuus ja eettisyys

7.1 Luotettavuus

Jokainen katsauksen työvaihe on kirjattu, ja ne ovat nähtävissä työssäni tiedonhakutaulukossa sekä aineiston analyysitaulukossa jotka ovat työn liitteinä. Yksi tärkeä tekijä tutkimuksen luotettavuudessa on toistettavuus, joka voidaan tämän ansiosta toteuttaa. Elektronisten hakujen tekeminen oli minulle ennen opinnäytetyötä uutta, ja siksi pyysin kirjaston informaatikoilta apua hakujen tekemisessä jotta ne onnistuisivat oikein. Tämä lisäsi työn luotettavuutta (Pudas-Tähkä – Axelin 2007: 57). Luotettavuutta lisäsi myös läpi koko työskentelyprosessin ohjaavalta opettajalta saadut neuvot etenemisessä ja apu ongelmien ratkaisemisessa. Opinnäytetyön tekemiseen liittyvät työpajat edistivät myös luotettavuuden toteutumista ohjaten ongelmatilanteissa oikeaan suuntaan. Opinnäytetyössäni esiintyvät kuvat olen piirtänyt tietokoneella itse, joten minulla itselläni on niihin tekijänoikeudet. Käyttämäni lähteet olen valinnut niin, että ne ovat valideja ja luotettavien tahojen julkaisemia.

Tein kirjallisuuskatsauksen yksin, joka saattaa olla yksi luotettavuutta heikentävä tekijä. Työn luotettavuutta saattoi heikentää myös alkuperäistutkimusten laatu ja niiden valinta. Mukaan valittiin ainoastaan suomen ja englannin kielisiä tutkimuksia. Tämän vuoksi aineistosta saattoi jäädä pois hyvää muun kielistä materiaalia. Tieteellinen englanninkielinen teksti oli ajoittain vaikealukuista, ja jouduin tuloksia kääntäessäni usein turvautumaan sanakirjaan. Tästä syystä tekstin kääntämisessä saattoi tapahtua virheitä, tai alkuperäisen tekstin ajatus ei ehkä käännettäessä välittynyt sellaisena kuin se oli tarkoitettu. Tutkimukset olivat ympäri maailmaa tehtyjä, eikä niiden tuloksia sellaisinaan voida soveltaa Suomeen johtuen erilaisista yhteiskunnan palvelujärjestelmistä ja muista tekijöistä jotka saattavat vaikuttaa maahanmuuttajien kokemuksiin. Siitä huolimatta Suomeen tulevat maahanmuuttajat ovat lähtöisin samoista maista kuin katsauksen tutkimuksissa, ja näin ollen esiintyneet mielenterveysongelmat ovat varmasti pääosin samoja myös täällä.

7.2 Eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimissa hyvän tieteellisen käytännön ohjeissa korostetaan tutkimuksen yksityiskohtaista suunnittelua, toteutusta ja raportointia. Ohjeissa mainitaan myös hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvaksi rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Olen tutkimusta tehdessäni pyrkinyt noudattamaan näitä ohjeita ja toimimaan niiden mukaan. Tämä tulee esiin esimerkiksi lähdeviitteiden käytössä jotka olen pyrkinyt merkitsemään mahdollisimman tarkkaan ja

oikein kunnioittaakseni muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia, ja antaakseni heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen. Kaikki työni vaiheet on dokumentoitu yksityiskohtaisesti ja ne ovat nähtävissä työssä sekä liitteissä, joka on yksi hyvän tieteellisen käytännön edellytys. Työssäni olen soveltanut tieteellisen tutkimuksen kriteereitä ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Työhön mukaan otettavia artikkeleita valittaessa noudatin tiukasti ennalta asettamiani mukaanottokriteereitä, enkä valinnut tutkimuksia esimerkiksi kiinnostavuuden tai muun seikan perusteella. Tutkimustuloksia kootessani olen noudattanut ohjeiden mukaista tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta raportoiden tulokset sellaisena kuin ne alkuperäisissä teksteissä esitettiin niitä muuttamatta tai mitään lisäämättä.

Tutkimusta tehdessäni toimin neutraalisti eivätkä toimintaani ohjanneet ennakkokäsitykset. Työn missään vaiheessa siihen eivät heijastuneet omat mielipiteeni tai asenteeni.

Kirjallisuuskatsaus tuotettiin Metropolia ammattikorkeakoulun LOG-Sote –projektille. Ohjaavan opettajan välityksellä sain allekirjoitettavakseni vakiosopimuksen koulun ja itseni välille jossa oli sovittu muun muassa työn aikataulusta ja työhön liittyvistä oikeuksista.

8 Pohdinta

Aihetta on aiemmin tutkittu hyvin vähän ja niukalti, joten oli haastavaa löytää aihetta käsitteleviä lähteitä. Verratessani omasta työstäni saamia tuloksia löytämiini lähteisiin, ovat ne hyvin saman suuntaisia. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella maahanmuuttajaväestöllä on runsaasti erilaisia mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia joista yleisimpiä olivat masennus, ahdistuneisuus ja posttraumaattinen stressireaktio, PTSD. Ongelmat jäivät usein alidiagnosoiduiksi ja alihoidetuiksi. Mielenterveyteen vaikuttivat yksilöön ja perheeseen liittyvät ominaisuudet, kuten ikä, sukupuoli, siviilisääty ja työllistyminen. Myös yhteiskuntaan liittyvillä tekijöillä, kuten esimerkiksi mielenterveyspalvelujen saatavuudella ja yhteiskunnalta koetulla syrjinnällä oli vaikutusta mielenterveyteen. Koetut traumaattiset asiat myös vaikuttivat maahanmuuttajien mielenterveyteen sitä heikentävästi. Tutkimuksissa suuri osa

maahanmuuttajien mielenterveyden ongelmista liittyi tapahtumiin ennen maahanmuuttoa kotimaassa, mutta osa liittyi tapahtumiin uudessa maassa. Yhdessä tutkimuksessa jopa ilmaistiin että uuden maan tapahtumien vaikutus mielenterveyteen oli paljon suurempi kuin kotimaan tapahtumien. Ongelmia aiheutui yhteiskunnan tylystä kohtelusta ja haluttomuudesta vastaanottaa ja hyväksyä uutta kulttuuria. Uuden kulttuurin edessä saatettiin kieltäytyä kokonaan joustamasta millään tavoin ja oletettiin maahanmuuttajan sopeutuvan isäntämaan kulttuuriin.

Maahanmuuttajien mielenterveysongelmat ovat samoja mitä muullakin väestöllä, mutta jokaisen oma kulttuuri lyö niihin omat leimansa. Ei riitä että ymmärrämme hoitotyössä itse mielenterveyshäiriötä, vaan meidän on osattava nähdä se myös kulttuurisessa kontekstissaan. Erilaiset kulttuurit ja tavat voivat maahanmuuttajaväestöllä olla hyvinkin poikkeavia verrattuna omiin tapoihimme, ja välttämättä aina välillä syntyy kulttuurien yhteentörmäyksiä. Tämä asettaa haasteita potilaan hyvän hoidon toteutumiselle. Onko terveydenhuollon henkilöstöllä riittävä kulttuurinen kompetenssi toimia näissä tilanteissa? Yksi työn pohjalta nousut selkeä kehittämiskohde on juuri henkilökunnan tietotaidon lisäämisessä ja eri kulttuurien paremmassa tuntemisessa. Eri kulttuureissa sama asia saatetaan ilmaista hyvin eri tavoin. Tästä hyvänä esimerkkinä mielenterveys ja siihen liittyvät ongelmat. Niitä saatetaan kuvata meille hyvinkin tuntemattomin käsittein, esimerkiksi hengistä tai vertauskuvilla puhuen. Eri kulttuureissa erilaisia asioita pidetään mielenterveyden kannalta ongelmina, ja toisessa kulttuurissa samat asiat saatetaan nähdä normaalina. Hoitohenkilöstöltä vaaditaan kulttuurista herkkyyttä ja huomiokykyä, jotta osataan tunnistaa milloin on kyse ongelmasta. Joskus maahanmuuttajapotilaan hoitoon hakeutumisen haasteeksi muodostuu tiedon puute, jonka vuoksi ongelmasta ei kenties osata puhua. Psykoedukaatiota lisäämällä voidaan antaa potilaalle työkaluja tunnistaa ja ilmaista ongelmiaan. Terveydenhuoltohenkilöstön riittävä ja monipuolinen kulttuurinen koulutus johtaa parempaan diagnostiikkaan, hoidon suunnitteluun ja sen toteuttamiseen.

Olemassa olevia hoitomalleja ei välttämättä sellaisinaan voi soveltaa kaikissa tapauksissa maahanmuuttajien kohdalla. Kulttuurikohtaiset erityispiirteet saattavat määrätä sitä miten, ja kelle on soveliaista puhua erityisesti mielenterveyden ongelmista. Hoitotyön ja lääketieteen haasteita on tarkistaa olemassa olevia malleja ja käytänteitä, ja muokata niistä myös maahanmuuttajien tarpeita vastaavia.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan, että potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Lisäksi hoito on järjestettävä niin, ettei se loukkaa potilaan ihmisarvoa tai vakaumusta. Myös potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.) Kulttuurisia opintoja tulisi lisätä jo koulutusvaiheeseen, jolloin alusta alkaen opittaisiin luovimaan kulttuurien viidakossa ja toteuttamaan eettisesti kestävää yksilöä huomioivaa hoitotyötä. Lisäksi on paikallaan tarkistaa omia asenteita ja suhtautumista maahanmuuttajiin jotta edellä mainitut asiat voivat toteutua.

Lähteet

Abdelhamid, Pirkko – Juntunen, Anitta – Koskinen, Liisa 2009: Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy. 21-23, 131-132.

Alitolppa-Niitamo, Anne – Söderling, Ismo – Fågel, Stina 2005: Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos ja Kotipuu.

Anis, Merja 2008: Sosiaalityö ja maahanmuuttajat. Lastensuojelun ammattilaisten ja asiakkaiden vuorovaikutus ja tulkinnat. Helsinki: Väestöliitto. 24-25.

Batista, Elizabeth – Wiese, Pinto – Burhorst, Ingrid 2007: The Mental Health of Asylum-seeking and Refugee Children and Adolescents Attending a Clinic on the Netherlands. *Transcultural psychiatry* 44 (4). 596-613.

Blair, Robert G. 2001: Mental health needs among Cambodian refugees in Utah. *International Social Work* 44 (2). 179-196.

Bäärnhelm, Sofie – Scarpinati Rosso, Marco – Pattyi, Lazlo 2010: Kulttuuri ja psykiatrinen diagnostiikka. Käsikirja kulttuuriseen haastatteluun psykiatriassa. Porvoo: WS Bookwell Oy. 5-6.

Cupore, kulttuuripoliittisen tutkimuksen edistämissäätiö 2011. Verkkodokumentti. <<http://www.cupore.fi/monikulttuurisuuskasitteet.php>>. Luettu 25.4.2011.

Euroopan Yhteisöjen Komissio 2005: Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Bryssel. 4.

Forsander, Annika 2004: Maahanmuuton merkitys väestönkehityksen kannalta. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) – Söderling, Ismo – Vikat, Andres - Forsander, Annika 2004: Väestökehitykseen vaikuttaminen – tulisiko syntyvyyttä ja maahanmuuttoa lisätä? Valtioneuvoston kanslian Tulevaisuusselonteon liiteraportti 3. 62.

Garcia, Carolyn – Lindgren, Sandi 2009: "Life Grows Between Rocks" Latino adolescent' and parents' perspectives on mental health stressors. *Research in Nursing and Health* 32 (2). 148-162.

Giger, Joyce – Davidhizar, Ruth E, - Purnell, Larry – Harden, J.Taylor – Phillips, Janice – Strickland, Ora 2007: American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minorities and Other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing* 18;95. 100.

Halla, Tapio 2007: Psykkisesti sairastunut maahanmuuttaja. *Duodecim* 123. 469-475.

Halla, Tapio 2010: Suomalainen psykiatri ja maahanmuuttajapotilas. Teoksessa Pakaslahti, Antti – Huttunen, Matti: Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: WS Bookwell Oy. 339-340.

Hannukkala, Marjo – Salonen, Kristina 2008: Hyvän mielen koulu. Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi. Suomen Mielenterveysseura ja Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi –hanke. Turku: Painoprisma Oy. 7.

Helsingin yliopiston kirjasto 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.helsinki.fi/kirjasto/terkko/medic.html>>. Luettu 14.11.2010.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 263-266.

Huttunen, Jussi 2010: Mitä mielenterveys on? Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00903>. Luettu 17.4.2011.

Jafari, Siavash – Baharlou, Souzan – Mathias, Richard 2010: Knowledge of Determinants of Mental Health Among Iranian Immigrants of BC, Canada: "A Qualitative Study". *Journal of Immigrant and Minority Health* 12. 100-106.

Jamil, Hikmet – Farrag, Mohamed – Hakim-Larson, Julie – Kafaji, Talib – Abdulkhaleq, Husam – Hammad, Adnan 2007: Mental Health Symptoms in Iraqi Refugees: Post-traumatic Stressdisorder, Anxiety, and Depression. *Journal of Cultural Diversity* 14 (1). 19-25.

Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Kanerva, Anne – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2010: *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy. 16-18.

Kuopion yliopiston kirjasto 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.uku.fi/kirjasto/english/opetus/opaat/cinahl/>>. Luettu 14.11.2010.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1). 37-45.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lavikainen, Juha – Lahtinen, Eero – Lehtinen, Ville 2004: *Mielenterveystyö Euroopassa*. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. 16, 32-33.

Lehtonen, Johannes, Lönnqvist, Jouko 2007: *Mielenterveys*. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 30.

Maahanmuuttovirasto 2011. Sanasto. Verkkodokumentti. <<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2709,2722>>. Luettu 18.4.2011.

Maahanmuuttovirasto 2009: *Vuosikertomus 2009*. 3-4.

Maahanmuuttovirasto 2010: *Vuosikertomus 2010*. 3.

Malin, Maili – Suvisaari, Jaana 2010: *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi*. Teoksessa Pakaslahti, Antti – Huttunen, Matti: *Kulttuurit ja lääketiede*. Porvoo: WS Bookwell Oy. 157-158.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2011. Verkkodokumentti. <http://www.mll.fi/nuorten-netti/monikulttuurisuus/kuka_on_maahanmuuttaja/mita_sanaa_kaytan/>. Luettu 22.4.2011.

Marshall, Grant N. – Schell, Terry L. – Elliott, Marc N. – Berthold, S. Megan – Chun, Chi-Ah 2005: Mental Health of Cambodian Refugees 2 Decades After Resettlement in the United States. *Journal of American Medical Association* 294 (5). 571-579.

Michelson, Daniel – Sclare, Irene 2009: Psychological Needs, Service Utilization and Provision of Care in a Specialist Mental Health Clinic for Young Refugees: A Comparative Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14 (2). 273-296.

Mäkynen, Toni 2011: Tervetuloa tutustumaan Mielenterveyden ensiapuun. Verkkodokumentti. <<http://www.mielenterveydenensiapu.fi/index.php?z=1>>. Luettu 18.4.2011.

Noppiari, Eija – Kiiltomäki, Aliisa – Pesonen, Arja 2007: Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy. 15, 18.

Pakolaisneuvonta Ry 2011. Verkkodokumentti. <http://www.pakolaisneuvonta.fi/index_html?lid=106&lang=suo>. Luettu 25.4.2011.

Parviainen, Heikki – Karjalainen, Karoliina – Nykyri, Päivi – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2006: Terveysbarometri 2006. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus. 43.

Pietilä, Anna-Maija (toim.) 2010: Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy. 16.

Porter, Matthew – Haslam, Nick 2005: Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons. *Journal of American Medical Association* 294(5). 602-612.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari – Axelin, Anna 2007: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino – Turun yliopisto. 46-57.

Punainen Risti 2011: Maahanmuuttaja? Ulkomaalainen? Siirtolainen? Pakolainen? Turvapaikanhakija? Verkkodokumentti. <http://www.redcross.fi/apuajatuksia/maahanmuuttajientuki/tietoakannanotto/Vastauksia/fi_FI/kasitteet/>. Luettu 18.4.2011.

Punkanen, Tiina 2006: Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi. 9.

Rauta, Asko 2005: Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3.

Reitmanova, Sylvia – Gustafson, Diana L. 2009: Mental Health Needs of Visible Minority Immigrants in a Small Urban Center: Recommendations for Policy Makers and Service Providers. *Journal of Immigrant and Minority Health* 11. 46-56.

Räty, Minttu 2002: Maahanmuuttaja asiakkaana. Tampere: Tammi. 11.15.

Sabin, Miriam – Sabin, Keith – Kim, Hyoung Yong – Vergara, Marianela – Varese, Luis 2006: The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Pan American Journal of Public Health* 19 (3). 163-171.

Sainola-Rodriguez, Kirsti – Koehn, Peter H. 2006: Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43. 47-59.

Saraiva Leão, Teresa – Sunquist, Jan – Johansson, Leena Maria – Johansson, Sven-Erik – Sunquist, Kristina 2005: Incidence of Mental Disorders in Second-Generation Immigrants in Sweden: A Four-Year Cohort Study. *Ethnicity and Health* 10 (3). 243-256.

Savola, Elina – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005: Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskus ry. Helsinki: Edita Prima Oy. 10-11, 13-15.

Schubert, Carla 2007: Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Shakir, Aysu – Tapanainen, Maippi (toim.) 2004: Rasismi ja etninen syrjintä Suomessa 2004. Ihmisoikeusliitto. Helsinki: Cosmoprint.

Sisäasiainministeriö 2011. Verkkodokumentti. <<http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/BA6950DF31596C26C225770D0028CDE2>>. Luettu 22.4.2011.

Sohlman, Britta 2004: Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 20, 23, 27, 37.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a: Esitteitä 2001:8: Terveys 2015 – kansanterveysohjelma.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b: Julkaisuja 2001:4: Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. 8.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: Julkaisuja 2006:19: Terveiden edistämisen laatusuositus. 15.

Stolt, Minna – Routasalo, Pirkko 2007: Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino Turun yliopisto. 58-70.

Suomen mielenterveysseura 2010a. Verkkodokumentti. <http://www.mielenterveysseura.fi/hankkeet/maahanmuuttajien_kansalaistoiminnan_kehittaminen_ovi_2007_2011>. Luettu 18.10.2010.

Suomen mielenterveysseura 2010b. Verkkodokumentti. <<http://hankkeet.mielenterveysseura.fi/ovi/>>. Luettu 14.4.2011.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Taloyan, Marina – Johansson, Sven-Erik – Sundquist, Jan – Koctürk, Tahire O. 2008: Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 36. 190-196.

Tampereen kaupunki 2011a. Verkkodokumentti. <<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/hoito/maahanmuuttajat/tiedotteet.html>>. Luettu 22.4.2011.

Tampereen kaupunki 2011b. Verkkodokumentti. <http://www.tampere.fi/material/attachments/p/5wYuyJTR7/psykiatrinen_poliklinikka_maahanmuuttajille_esite.pdf>. Luettu 22.4.2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanksivu?id=22131>. Luettu 18.10.2010.

Tilastokeskus 2011a. Verkkodokumentti. <<http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/kansalaisuus.html>>. Luettu 22.4.2011.

Tiilikainen, Marja 2010: Etniset vähemmistöt Suomessa. Teoksessa Pakaslahti, Antti – Huttunen, Matti (toim.): Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: WS Bookwell Oy. 62, 65.

Tilastokeskus 2011b. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-02-15_003.html?s=0>. Luettu 22.4.2011.

Tinghög, Petter – Al-Saffar, Suad – Carstensen, John – Nordenfelt, Lennart 2010: The Association of Immigrant- and Non-Immigrant-Specific Factors With Mental Health Among Immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry* 56 (1). 74-93.

Torppa, Martina 2004: Ihan tervettä: näkökulmia terveyden käsitteeseen. *Kunnallislääkäri* 4B. 46-48.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>>. Luettu 2.5.2011.

Vainio, Anneli 2009: Kiinalainen lääketiede. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00071>. Luettu 17.4.2011.

Vertio, Harri 2003: Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus. 13-40.

WHO Constitution of the World Health Organization 1946.

WHO 2007: What is mental health?. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>>. Luettu 18.4.2011.

WHO Strengthening Mental Health promotion. Geneva 2001 (Fact sheet no. 220)

WHO Ottawa Charter for Health Promotion 1986

Williams, David R. – Haile, Rahwa – González, Hector M. – Neighbors, Harold – Baser, Raymond – Jackson, James S. 2007: The Mental Health of Black Caribbean Immigrants: Results from the National Survey of American Life. American Journal of Public Health 97. 52-59.

YK:n pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus. Geneve 28 päivänä heinäkuuta 1951.

Hakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Hyväksytyt otsikon perusteella	Hyväksytyt abstraktin perusteella	Hyväksytyt koko teksti	Hyväksytyt aineistoon
MEDIC	Terveysten edistäminen	4	0	0	0	0
	Maanantuu*	2	1	0	0	0
	Pakolai*	0	0	0	0	0
	Mielenterv*	7	0	0	0	0
	Mielenterv* + ongelmat	7	0	0	0	0
	Health promotion	87	0	0	0	0
	Refugee	0	0	0	0	0
	Immig*	2	0	0	0	0
	Mental health	91	0	0	0	0
	Mental health + problems	0	0	0	0	0
CINAHL	Health promotion	6422				
	Mental health	13936				
	Mental health + problems	2811				
	Immigrant	1323				
	refugee	323				
	Health promotion + immigrants	166	7	1	1	0
	Health promotion + refugees	47	4	2	0	0
	Health promotion + immigrants + men-	28	8	0	0	0

	tal health					
	Immigrants + mental health	358	29	23	12	12
Käsihaku						3
Yhteensä		25614	49	26	13	15

Aineistotaulukko

Lehti, vuosi, tekijä(t)	Aihe/otsikko	Tarkoitus/tutkimuskysymykset	Menetelmä, otos	Tulokset
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006: Sainola-Rodriguez, Kirsti – Koehn, peter H.	Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen	Selvittää, onko turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien välillä eroja mielenterveyteen liittyen. Turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien kokemien mielenterveysongelmien esiintyminen., koettujen ongelmien taustatekijät ja ovatko lääkärit tietoisia näistä asioista. Kartoittaa maahanmuuttajien tyytyväisyyttä saamiinsa mielenterveyspalveluihin.	Haastatellut turvapaikanhakijat (n=38) valittiin satunnaisotannalla vastaanottokeskusten terveydenhoitajien vastaanotoille hakeutuneiden listalta. Pysyvästi Suomessa asuvia maahanmuuttajia (n=48) valittiin haastateltaviksi vaihtelevilla otantamenetelmillä	Haastatelluista lähes puolet (48%) ilmaisi kärsineensä yhdestä tai useammasta mielenterveysongelmasta Suomessa. Suomessa oloaika ja ikä liittyivät mielenterveysongelmien esiintymiseen. Vastaajat kuvasivat depressiota, tuskaisuutta, ahdistuneisuutta, unettomuutta, yksinäisyyttä, PTSD:ta, pelkotioloja, maanis-depressiivisyyttä, kontrolloimatonta käytöstä, itsemurha-ajatuksia / -yrityksiä, hallusinaatioita sekä skitsofreniaa. Maahanmuuttajien keskuudessa ennen Suomeen tuloa koetuilla asioilla oli suurempi vaikutus mielenterveyteen, kun taas Suomessa pysyvästi asuvien mielestä Suomessa koetut asiat olivat vaikuttaneet enemmän mielenterveyteen. Vastaajat mainitsivat seuraavien tekijöiden vaikuttavan omaa mielenterveyttään parantavasti: mielenterveystyön ammattilaisilta saatu apu, perusterveydenhuollon ammattilaisilta saatu apu, fyysisen terveyden korjaantuminen, turvapaikan saaminen, elämän vakaus ja turvallisuus, turvallinen palaaminen kotimaahan, yhteen pääseminen rakkaimpien kanssa, Suomessa koettujen kokemusten korjaantuminen, työpaikka, opintojen päättäminen sekä osallistuminen monenlaiseen toimintaan.

Lehti, vuosi, tekijä(t)	Aihe/otsikko	Tarkoitus/tutkimuskysymykset	Menetelmä, otos	Tulokset
The Journal of American Medical Association 2005: Marshall, Grant N. – Schell, Terry L. – Elliott, Marc N. – Berthold, S. Megan – Chun, Chi-Ah	Mental Health of Cambodian Refugees 2 Decades After Resettlement in the United States	Arvioida psykiatristen häiriöiden esiintyvyyttä, komorbiditeettia ja häiriöiden esiintyvyyden kanssa korreloivia tekijöitä.	Läpileikkaustutkimus (n=586, vastanneita 87%)	Haastatelluilla esiintyi PTSD:ta (62%), masennusta (51%) ja alkoholiongelmaa. PTSD:sta kärsivä kärsi usein myös masennuksesta ja toisinpäin. Häiriöihin liitettiin huono englannin kielen taito, työttömyys, eläkkeelläolo, vammaisuus, köyhyydessä asuminen, ikä sekä ennen ja jälkeen maahanmuuttoa koetut traumat.
American Journal of Public Health 2007: Williams, David R. – Haile, Rahwa – Gonzáles, Hector – Neighbors, Harold – Baser, Raymond – Jackson, James S.	The Mental Health of Black Caribbean Immigrants: Results from the National Survey of American Life	Tutkia psykiatristen häiriöiden esiintyvyyttä tummaihoisten karibialaismaahanmuuttajien ja afroamerikkalaisen väestön keskuudessa. Tutkia tummaihoisen karibialaisväestön psykiatrisiin häiriöihin liittyviä korrelaatioita.	Kolmen kansallisen kuvaavan tutkimuksen aineisto (National Institute of Mental Health Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys).	Tutkimuksissa esiintyi mielialahäiriöitä, ahdistusta ja haitallisten aineiden käyttöä. Häiriöihin vaikuttivat Yhdysvalloissa asutusvuodet, ikä maahanmuuton aikaan, sukupolvien välinen status, sukupuoli sekä se, monenhenkilöisen polven maahanmuuttaja oli.
Journal of Immigrant and Minority Health 2010: Jafari, Siavash – Baharlou, Souzan – Mathias, Richard	Knowledge of Determinants of Mental Health Among Iranian Immigrants of BC, Canada: "A Qualitative Study".	Vahvistaa iranilaisten maahanmuuttajien mielenterveystietoutta. Tutkia maahanmuuttajuuden vaikutuksia mielenterveyshäiriöiden kehittymiseen näillä maahanmuuttajilla.	Kvalitatiivinen fokusryhmähaastattelu sekä syvähaastattelu, 44 vastaajaa.	Vastaajat kuvasivat ahdistusta, perheen sisäisiä ongelmia, aggressiivisuutta ja epävakautta. Mielenterveyteen vaikuttivat hyvät ihmissuhteet, hyvät tavat, kommunikointi ihmisten kanssa, rehellisyys, luotettavuus, kotimaan ja ystävien jättäminen, uudelleen asettuminen, englannin kielen taitaminen, työllistyminen omaan ammattiin, haasteet perheen sisällä, kommunikointi isäntäyhteiskunnan kanssa, sukupuoli, kulttuuriset erot, poissaolo entisessä kotimaassa olevan perheen luota, työttömyys sekä epäselvyys tulevaisuudesta.

Lehti, vuosi, tekijä(t)	Aihe/otsikko	Tarkoitus/tutkimuskysymykset	Menetelmä, otos	Tulokset
International Social Work 2001: Blair, Robert G.	Mental health needs among Cambodian refugees in Utah	Selvittää mielenterveysongelmien määrää kambodzalaisten maahanmuuttajien keskuudessa ja kuinka nämä ongelmat tulevat esiin. Tutkia kambodzalaisten maahanmuuttajien terveys- ja mielenterveyspalvelujen käyttöastetta sekä esteitä jotka estävät kokonaan tai rajoittavat näiden palveluiden saantia.	Haastattelu, 124 vastaajaa.	Vastaajista 45% täytti PTSD:n ja 51% vakavan masennuksen kriteerit. Lisäksi vastaajilla esiintyi surullisuutta, itsemurha-ajatuksia, sosiaalista fobiaa, yleistynyttä ahdistushäiriötä, dystymiaa sekä somatisaatiota.
Clinical Child Psychology and Psychiatry 2009: Michelson, Daniel – Sclare, Irene	Psychological Need, Service Utilization and Provision of Care in a Specialist Mental Health Clinic for Young Refugees: A Comparative Study	Tutkia nuorten pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden psyykkisiä tarpeita, hoitopalveluita sekä niiden käyttöä.	Vertaileva tutkimus, n=78 (49 yksin tullutta lasta sekä 29 huoltajan kanssa tullutta lasta).	Tutkituilla esiintyi masennusta, ahdistusta, oppimisvaikeuksia, orgaanisia aivovammoja sekä alhaisia määriä käytösongelmia ja psykooseja. Mielenterveysongelmien esiintymiseen vaikutti kidutetuksi tai raiskatuksi joutuminen kotimaassa, kadonneet tai murhatut perheenjäsenet sekä tappamisen tai muun vakavan väkivallan todistaminen.
Transcultural Psychiatry 2007: Batista, Elizabeth – Wiese, Pinto – Burhorst, Ingrid	The Mental Health of Asylum-seeking and Refugee Children and Adolescents Attending a Clinic in the Netherlands	Tutkia ja kuvata Transcultural Problems -ohjelmaan osallistuneiden turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten väestön tunnusomaisia piirteitä. Tutkia mitkä ovat asiakkaiden pääasialliset valituksen aiheet, oireet ja psykiatriset diagnoosit.	129 lasta ja nuorta jotka otettiin psykiatriseen hoitoon Herlaahofissa vuosina 2003-2004	Tutkituilla esiintyi itsesätelyn vaikeuksia, ahdistusta, käyttäytymisongelmia, masentavia tunteita, oppimisvaikeuksia tai -häiriöitä, ihmissuhdevaikeuksia, hallusinaatioita tai harhoja, kehityksellisiä häiriöitä tai viivästymisiä, PTSD:ta, rajatilapersoonallisuushäiriöitä sekä psykoottisia häiriöitä. Vaikuttavia tekijöitä olivat sotaan liittyvät kokemukset, altistuminen hengenvaaralle, perheestä tai läheisistä eroon joutuminen, vankilassa tai keskitysläirillä olo sekä kidutus tai muu fyysinen tai seksuaalinen väkivalta.

Lehti, vuosi, tekijä(t)	Aihe/otsikko	Tarkoitus/tutkimuskysymykset	Menetelmä, otos	Tulokset
Pan American Journal of Public Health 2006: Sabin, Miriam – Sabin, Keith – Kim, Hyoung Yong – Vergara, Marianela – Varese, Luis	The mental health status of Myan refugees after repatriation to Guatemala	Arvioida mielisairauksien esiintyvyyttä mayapakolaisten keskuudessa sekä määrittää huonoon mielenterveyteen liittyviä tekijöitä.	Poikkileikkaustutkimus, 179 kotitaloutta	Vastaajilla esiintyi ahdistusta, masennusta sekä PTSD:ta. Mielenterveysongelmiin vaikutti kuolemaa lähellä oleminen, ystävän tai perheenjäsenen murhatuksi joutuminen tai katoaminen, haavoittuminen vakavasti, pakkoerottaminen perheestä, väkivallan näkeminen sekä seksuaalisen väkivallan kokeminen, Myös naissukupuoli ja kotona asuvien lasten lukumäärä vaikuttivat.
Journal of Cultural Diversity 2007: Jamil, Hikmet – Farrag, Mohamed – Hakim-Larson, Julie – Kafaji, Talib – Abdulhaleq, Husam – Hammad, Adnan	Mental health symptoms in Iraqi refugees: posttraumatic stress disorder, anxiety and depression	Ymmärtää paremmin irakilaisien pakolaisten kokemien ongelmien laajuutta ja vakavuutta ja käyttää tätä tietoa heidän terveydenhuoltoonsa vaikuttavassa suunnittelussa.	Haastattelu, n=116	Haastatelluilla esiintyi PTSD:ta, masennushäiriötä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa, ahdistusta joiden esiintymiseen vaikuttivat sota-ajan traumat.
Journal of Immigrant and Minority Health 2009: Reitmanova, Sylvia – Gustafson, Diana L.	Mental Health Needs of Visible Immigrants in a Small Urban Center: Recommendations for Policy Makers and Service Providers	Tutkia maahanmuuttajien mielenterveyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkia maahanmuuttajien näkökulmia mielenterveyspalvelujen tarjonnasta sekä saatavuudesta.	Puolistrukturoitu ja avoin haastattelu, n=8	Maahanmuutto on vaikea prosessi joka teki vastaajat haavoittuvaisemmiksi mielenterveysongelmille. Vastaajien kertomuksista nousivat esiin keskeisinä mielenterveyteen vaikuttavina tekijöinä sosiaalinen tuki, tulot, työllisyys, kulttuuri, fyysinen ympäristö, selviytymiskeinot, sukupuoli sekä tarjolla olevat mielenterveyspalvelut.

Lehti, vuosi, tekijä(t)	Aihe/otsikko	Tarkoitus/tutkimuskysymykset	Menetelmä, otos	Tulokset
International Journal of Social Psychiatry 2009: Tinghög, Petter – Al-Saffar, Suad – Carstensen, John – Nordenfelt, Lennart	The Association of Immigrant- and Non-Immigrant Specific Factors With Mental Ill Health Among Immigrants in Sweden	Tutkia maahanmuuttaja- ja ei-maahanmuuttajakohtaisten tekijöiden yhteyttä mielenterveysongelmiin.	Kyselytutkimus, n=720	Tutkituilla esiintyi masennusta ja ahdistusta. Yhteydessä niiden esiintymiseen olivat siviilisäät, naissukupuoli, köyhä sosiaalinen verkosto, etninen syrjintä, huono taloudellinen turva, työttömyys sekä kulttuurisen sopeutumisen taso.
Journal of American Medical Association 2005: Porter, Matthew – Haslam, Nick	Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons	Tutkia pakolaisten mielenterveysongelmien laajuutta.	Kirjallisuuskatsausaineisto, 56 artikkelia	Mielenterveyteen liitettiin pakolaisuuden jälkeinen mukautuminen, pysyvä asuinpaikka ja asunto, oikeus työntekoon, mahdollisuus työllistymiseen, sosioekonomisesta asemasta huolehtiminen, pakolaisuuteen johtaneen konfliktin tilanne kotimaassa, ikä, naissukupuoli, maantieteellinen alkuperä sekä koulutustaso.
Ethnicity and Health 2005: Saraiva Leão, Teresa – Sundquist, Jan – Johansson, Leena Maria – Johansson, Sven-Erik – Sundquist, Kristina	Incidence of Mental Disorders in Second-Generation Immigrants in Sweden: A Four-Year Cohort Study	Tutkia onko toisen polven maahanmuuttajilla korkeampi riski joutua sairaalaan psyykkisten häiriöiden vuoksi verrattuna ruotsalaiseen pääväestöön.	Seurantatutkimus, kolmen vuoden ajan seurattiin 1,9 miljoonan 16-34 vuotiaan henkilön joutumista sairaalaan psyykkisten häiriöiden vuoksi.	Seuratuilla esiintyi psykoottisia häiriöitä, neuroottisia häiriöitä, persoonallisuushäiriöitä ja mielialahäiriöitä. Häiriöiden esiintymiseen yhteydessä olevia tekijöitä olivat ikä, sukupuoli sekä se, monenhenko polven maahanmuuttaja oli.
Research in Nursing and Health 2009: Garcia, Carolyn – Lindgren, Sandi	“Life Grows Between the Rocks” Latino adolescents’ and parents’ perspectives on mental health stressors	Selvittää latinoväestön murrosikäisten nuorten ja heidän vanhempiensa näkökulmia koskien mielenterveyden stressitekijöitä.	Kuvaileva tutkimus, n=53	Mielenterveyteen vaikuttaviksi stressitekijöiksi vastaajat kokivat laittomana/dokumentoitamattomana siirtolaisena olemisen, velvollisuuden huolehtia perheestä, ihmissuhteiden menetyksen, pelon, perheeseen liittyvät ongelmat sekä rasismin ja syrjinnän.
Scandinavian Journal of Public Health 2008: Taloyan, Marina – Johansson Sven-Erik – Sundquist, Jan – Koctürk, Tahire O. – Johansson, Leena Maria	Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden	Tutkia onko kurdilaisten maahanmuuttajien itsearvioidulla terveydentilalla, psyykkisellä ahdistuksella ja sukupuolella yhteyttä toisiinsa.	Poikkileikkaustutkimus, n=197	Vastaajilla esiintyi univaikeuksia, väsymystä ja ahdistusta. Vaikuttavia tekijöitä olivat naissukupuoli, työttömyys, kotimaan poliittiset levottomuudet, huoli taloudellisesta tilanteesta, syrjintä, sekä riittämätön kontrollin tunne omasta elämästä.

Yksilöön liittyvät	Perheeseen liittyvät	Yhteiskuntaan liittyvät	Traumaattiset kokemukset
ikä	kadonneet perheenjäsenet	uudessa maassa asutut vuodet	sodan kokeminen
sukupuoli	murhatut perheenjäsenet	kulttuuri	pakolaisuuteen johtanut konflikti
siviilisäätö	perheestä eroon joutuminen	vapaus oman uskonnollisen vakaumuksen / kulttuuristen perinteiden harjoittamiseen	pakolaisuuteen johtaneen konfliktin tilanne kotimaassa
usko /hengellisyys	uudelleen yhdistyminen perheen kanssa	eri uskonnollisten instituutioiden olemassaolo paikkakunnalla	pakkotyö
perhesiteiden vaaliminen	uudessa maassa saatavilla olevat perheenjäsenet	kulttuurieroihin sopeutuminen	vankila / keskitysleiri
epämateriaalinen lähetymistapa elämään	velvollisuus huolehtia perheestä	kulttuuriset odotukset ja roolit	väkivallan näkeminen
moraaliset periaatteet	vanhempien huoli lasten ongelmista	mukautuminen uuden maan tapoihin	väkivallan kokeminen
uskonnon / hengellisyysden kunnioittaminen	perheensisäisen kommunikoinnin puute	uuden maan arvojen omaksuminen	joutunut itse tekemään väkivaltaa toisille
huono kielitaito	perheen yhteisen ajan puute	syrjintä / rasismi	läheisen murha
työttömyys	vanhempien velvollisuudet työelämässä	asuinmuoto	seksuaalisen väkivallan uhriksi joutuminen
työnteko	perheen voimahierarkian muutokset	turvapaikan saaminen	hengenvaara / lähellä kuolemaa oleminen
työllistyminen omaan ammattiin	lasten ja vanhempien erimielisyys soveliaasta käyttäytymisestä	vakaa ja turvallinen elämä	uudessa maassa koetut traumaattiset asiat
köyhyys	vanhempien ja lasten eriävät prioriteetit	kylmässä ilmastossa eläminen / vähäinen auringonpaiste	
riittävä toimeentulo	puolison epävakaus / agressiivisuus	etnisen ruoan puute	
hyvät ihmissuhteet	perheväkivalta	sopivien viihde- ja urheilumahdollisuuksien ja - tilojen puute	
rajallinen emotionaalinen tuki	perheen koko / lasten lukumäärä	fyysinen etäisyys maahanmuuttoon johtaneeseen konfliktiin	
ihmissuhteiden menetys maahanmuuton vuoksi	yksin / omaisten kanssa saapuminen uuteen maahan	kotimaahan palauttaminen	
eläkkeellä olo	asema sukupolvessa	mielenterveyspalvelut	

hyvät tavat			
henkilökohtaiset selviytymiskeinot (esim. urheilu)			
fyysisen terveydentilan kohentuminen			
opintojen päättäminen onnistuneesti			
vammaisuus			
leskeys			
epäselvyys tulevaisuudesta			
tunne ettei omasta elämästä ole riittävää kontrollia			
maantieteellinen alkuperä			
laittomana / paperittomana siirtolaisena olo			
karkoittamisen pelko			