

ALLE 45-VUOTIAIDEN SOMALIMIESTEN KUVAUKSIA  
TERVEYDESTÄ, KOKEMUKSIA TERVEYSPALVELUJEN  
KÄYTÖSTÄ JA TERVEYSNEUVONNASTA HELSINGISSÄ

Anu Sillanpää ja Sanna Solala  
Opinnäytetyö, kevät 2010  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystenhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Sillanpää, Anu & Solala, Sanna. Alle 45-vuotiaiden somalimpiesten kuvauksia terveydestä, kokemuksia terveyspalvelujen käytöstä ja terveysneuvonnasta Helsingissä. Helsinki, kevät 2010, 80 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata alle 45-vuotiaiden somalimpiesten käsityksiä terveydestä, kokemuksia terveyspalvelujen käytöstä ja terveysneuvonnasta Helsingissä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta kulttuurista tietoa terveyspalvelujen käyttöön liittyvän ohjauksen kehittämiseksi tämän ryhmän osalta.

Opinnäytetyö oli osa päivystyshanketta, jonka yhtenä tavoitteena oli asiakkaiden tehokas ohjaus oikean terveyspalvelun piiriin eli saattaa järjestetyn hoidon piiriin erityisesti sellaiset potilasryhmät, joilla voi muutoin olla hankaluuksia saavuttaa oikea palvelu. Tällaisia syrjäytymisvaarassa olevia potilasryhmiä olivat muun muassa maahanmuuttajat – suurimpana joukkona alle 45-vuotiaat somalimiehet.

Tarkoituksena oli valita Helsingin terveyspalvelujen käytön määrän suhteen erilaisia osallistujia. Opinnäytetyön kohderyhmä koostui harkinnanvaraisesti valituista kahdestatoista alle 45-vuotiaasta helsinkiläisestä somalimiehestä, jotka halusivat osallistua opinnäytetyöhön. Aineiston keruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Aineisto analysoitiin induktiivisesti laadullisella sisällönanalyysillä.

Tähän opinnäytetyöhön osallistuneiden somalimpiesten kuvaus terveydestä painottui terveyskäyttäytymisen ja terveyden sosiaalisen ulottuvuuden kuvaamiseen. Kulttuurilla ja uskonnolla oli suuri merkitys terveyden kuvauksessa. Terveydelle annettiin suuri arvo.

Somalimiehet olivat pääosin melko tyytyväisiä Helsingin terveyspalveluihin, vaikka palvelujärjestelmän ohjauksessa olisi heidän mukaansa parantamisen varaa. Somalimiehet odottivat terveyspalveluilta nykyistä enemmän terveysneuvontaa, monikulttuurista osaamista ja henkilökuntaa sekä lyhyempiä jonotusaikoja lääkärin vastaanotolle. Somalimiehet kokivat terveydellisissä ongelmissa hoitoon pääsyn vaikeaksi. Somalimiehet pääosin kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi terveyteen liittyvää neuvontaa ja terveyspalveluihin liittyvää neuvontaa he kokivat saaneensa vielä vähemmän. Tässä opinnäytetyössä saatua tietoa voidaan käyttää apuna suunniteltaessa tehokasta, asiakaslähtöistä terveyteen ja terveyspalveluihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa somaliasiakkaille.

Asiasanat: somalit, miehet, kulttuuri, terveys, maahanmuuttajat, terveyskäyttäytyminen, terveyspalvelut, terveysneuvonta,

## ABSTRACT

Sillanpää, Anu and Solala, Sanna. Description of Health and Experiences on the Use of Health Services and Health Counselling in Helsinki by Somali Men under 45 Years of Age.

80 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The objective of this thesis was to describe the use and the usage experiences of health services and health counselling in Helsinki by Somalian men under 45 years of age. The aim of the thesis was to provide new cultural knowledge for the guidance concerning health services in regard with this specific group.

This thesis was part of emergency health services project, one aim of which was to effectively guide clients towards a certain health service, that is, to provide guidance to especially such patient groups who might otherwise find it difficult to locate the correct organised service.

The object was to choose the users of Helsinki health services randomly in relation to their stage of use of the services mentioned above. The target group of this thesis consisted of twelve randomly chosen Helsinki Somali men under 45 years of age who were willing to participate in this thesis. Information was collected by thematic interviews and the information gathered was analysed by using inductive qualitative content analysis.

The description of health according to the Somali men participating in this project emphasized the social dimension of health and health behaviour. Culture and religion played a major role in the description of health. Furthermore, health was highly valued. The Somali men were in general quite satisfied with Helsinki health services, although they found the guidance in the service system slightly lacking. The Somali men hoped to be met with a more multicultural attitude and they also hoped there would be an increase in the number of personnel and a decrease in standing in line. In general, the Somali men found that they had not received sufficient guidance concerning health and even less concerning health services. The information gathered during the course of this thesis can be used for planning effective and customer-oriented guidance for Somali clients concerning health and health services.

Key words: Somalians, men, culture, health, immigrants, health behaviour, health services, health counselling,

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
2.1 Alle 45-vuotiaat somalimiehet kulttuurisessa kontekstissaan.....	9
2.2 Somalialaiset maahanmuuttajina ja pakolaisina Suomessa.....	11
2.3 Terveyden määritelmä.....	14
2.4 Somalimpiesten terveys ja heidän käsityksiä terveydestä.....	16
2.5 Maahanmuuttajien terveyskäyttäytyminen .....	18
2.6 Maahanmuuttajien terveyden edistäminen.....	19
2.7 Terveyspalvelut ja maahanmuuttajien terveyspalvelujen käyttö .....	20
2.7.1 Päivystyshanke ja hoidon tarpeen arviointi.....	24
2.7.2 Somalitaustaisten potilaiden ohjaus terveyspalvelujen käytössä.....	29
2.8 Terveysneuvonta .....	30
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	32
4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	33
4.1 Opinnäytetyön kohderyhmä.....	33
4.2 Aineiston hankintamenetelmä.....	34
4.3 Aineiston analysointi.....	35
5 TULOKSET .....	38
5.1 Somalimpiesten kuvaus terveydestä .....	38
5.1.1 Somalimpiesten terveyskäyttäytyminen.....	38
5.1.2 Sosiaalinen terveys.....	39
5.1.3 Hengellinen terveys.....	41
5.1.4 Terveyden arvo.....	41
5.1.5 Ympäristön vaikutus terveyteen.....	41
5.1.6 Psykkinen terveys .....	42
5.1.7 Fyysinen terveys .....	43
5.2 Somalimpiesten kokemuksia terveyspalvelujen käytöstä Helsingissä.....	43
5.2.1 Odotukset terveyspalveluja kohtaan .....	44
5.2.2 Kuvaukset hoitoon pääsystä.....	45

5.2.3 Kuvaukset terveystalvelujen käytöstä .....	46
5.2.4 Tyytyväisyys terveystalveluihin.....	47
5.3 Somalimiesten kokemuksiä saamastaan terveystalveuvonnasta Helsingissä .....	48
5.3.1 Odotukset terveystalveuvontaa kohtaan.....	48
5.3.2 Somalimiesten saama terveystalveuvonta.....	49
5.3.3 Tyytyväisyys terveystalveuvontaan .....	50
<b>6 POHDINTA .....</b>	<b>51</b>
6.1 Tulosten tarkastelua .....	51
6.1.1 Somalimiesten kuvaus terveydestä .....	51
6.1.2 Somalimiesten kokemuksiä terveystalvelujen käytöstä Helsingissä.....	54
6.1.3 Somalimiesten kokemuksiä saamastaan terveystalveuvonnasta Helsingissä ....	56
6.2 Opinnäytetyön eettisyys .....	58
6.3 Luotettavuuden kritiikki.....	60
6.4 Opinnäytetyön johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	63
6.5 Oman oppimisprosessin pohdinta .....	65
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>69</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>78</b>
LIITE 1: Systemaattisen tiedonhaun tulokset .....	78
LIITE 2. Haastatteluteemat .....	79

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme taustalla oli niin kutsuttu päivystyshanke. Päivystyksen kehittämistyö alkoi vuoden 2005 lopussa pääkaupunkiseudulla. Helsingin terveystieteiden keskus liittyi päivystyshankkeeseen keväällä 2007. Päivystyshankkeen päätavoitteina oli järjestää päivystyspotilaiden hoito sujuvasti ja laadukkaasti sekä vähentää yhteispäivystyksen käyntimääriä ohjaamalla tehokkaasti potilaita päiväaikaan terveyspalveluihin, esimerkiksi omalle terveysasemalle virka-aikana (Päivystyshanke 2007). Opinnäytetyöstä saaduilla tiedoilla ja tuloksilla voidaan osaltaan parantaa maahanmuuttajien terveyspalveluja ohjaamalla asiakkaita oikein. Nyt Helsingin julkisella terveydenhuollolla on palveluja ja asiakkaita, mutta ainakin joidenkin maahanmuuttajien osalta palvelut ja asiakkaiden tarpeet tai tiedot palvelujärjestelmästä eivät kohtaa. Päivystyshankkeeseen liittyvän esikartoituksen mukaan maahanmuuttajat identifioitiin yhdeksi ryhmäksi, joka mahdollisesti käyttää paljon terveystieteiden keskuksen palveluita. Näistä maahanmuuttajataustaisista henkilöistä suurimmaksi ryhmäksi nousivat alle 45-vuotiaat somalimiehet. (Harkko 2008, 16.) Tämä ohjasi opinnäytetyömme koskemaan alle 45-vuotiaita somalimiehiä.

Somalit ovat neljänneksi suurin (10 456 henkilöä) vieraskielinen ryhmä Suomessa ja suurin osa somalia äidinkielenään puhuvista asuu pääkaupunkiseudulla (Tilastokeskus 2008; Jaakkola 2009, 17). Pakolaisina tulleilla on enemmän terveydenhuollon palveluiden käyttöä kuin muilla maahanmuuttajaryhmillä. Somalit käyttävät eniten terveyskeskuksen lääkärinpalveluja ja käyntimäärät terveyskeskuksissa ovat kaksinkertaiset vietnamlaisiin ja nelinkertaiset venäläisiin ja virolaisiin verrattuna. (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 82–83.) Tietoa maahanmuuttajien terveyden ja toimintakyvyn edistämisen tarpeista tarvitaan, jotta voidaan turvata heidän hyvinvointinsa sekä edesauttaa heidän kotoutumistaan Suomeen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008). Terveydenhuollon henkilöstö ja ihmiset yleensäkin kohtaavat työssään ja vapaa-ajalla yhä enenevästi juuri somaliaa äidinkielenään puhuvia maahanmuuttajia, mistä syystä tämän ryhmän tarkastelu on yhteiskunnallisesti merkittävää.

Somali on Suomen somaleille ensisijainen kotikieli eli lähes kaikki somalit puhuvat kotonaan somalia. Somalin kieli sai virallisesti kirjoitetun muotonsa vasta vuonna 1972, ja somalikulttuurissa suullisella perinteellä onkin hyvin vahva merkitys. Somaliensa keskuudessa esiintyy jonkin verran lukutaidottomuutta, joka yhdistettynä tottumukseen käyttää ennemmin puhuttua kuin kirjoitettua tietoa on vaikeuttanut ympäröivän yhteiskunnan ja somaliyhteisön välistä tiedonkulkua. (Valtioneuvosto 2006, 28.) Humanitaariseen auttamisvelvollisuuteen ja suomalaisiin perusarvoihin liittyy se, että maahanmuuttajilla on oikeus saada yhtä laadukkaita ja yhtä paljon hyvinvointipalveluja kuin valtaväestöllä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008). Suomalaisessa informaatioyhteiskunnassa kirjallisella viestinnällä on keskeinen merkitys tiedonsiirtäjänä ihmiseltä toiselle, mikä voi jo osaltaan vaikeuttaa somaliasiakkaiden toimimista tasavertaisina terveyspalvelujen asiakkaina. Opinnäytetyömme ontologisena lähtökohdiana on ajatus, että maahanmuuttajataustaisilla ihmisillä, kuten alle 45-vuotiailla somalimiehillä, on kulttuurisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa heidän käsityksiinsä terveydestä ja kokemuksiinsa terveyspalvelujen käytöstä ja saadusta terveysneuvonnasta.

Tässä opinnäytetyössä teoreettisilla lähtökohdilla tarkoitetaan tutkimuksen viitekehystä eli tutkimuksen teoreettista osuutta. On mahdotonta ymmärtää ilmiötä tuntematta sen taustaa (Lincoln & Cuba 1985, 302). Koska pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja tutkimukseen osallistuvia henkilöitä heidän oman kulttuurisen viitekehýksensä pohjalta, käytimme paljon aikaa somalikulttuurin tutkimiseen ennen tiedonantajien haastatteluja (Liite 1). Teoria ohjasi haastatteluteemojen ja apukysymyksien lopullista muotoutumista. Käsittelemme lyhyesti kulttuurisia tekijöitä, jotka vaikuttavat osaltaan somalimpien käsitykseen terveydestä ja kokemuksiin terveyspalvelujen käytöstä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata alle 45-vuotiaiden somalimpien käsityksiä terveydestä, heidän kokemuksia terveyspalveluiden käytöstä ja saamastaan terveysneuvonnasta Helsingissä. Opinnäytetyötä varten on teemahaastateltu kahtatoista alle 45-vuotiasta somalimpiä. Haluamme selvittää, miten somalimiehet kuvaavat terveyttä, millaisia henkilökohtaisia kokemuksia heillä on terveyspalveluiden käytöstä ja millaista terveysneuvontaa he ovat saaneet Helsingissä. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka tulokset on analysoitu aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Ihmiseen vaikuttavat eettinen tilanne ja konteksti sekä aiempi elämänhistoria, ikä, sukupuoli, yhteiskuntaluokka ja etnisyys. Vaikka ihminen ymmärretään kokonaisvaltaiseksi, moniulotteiseksi ja ainutkertaiseksi, on vaara, että määrittelijä määrittää toisen ihmisen itsensä näköiseksi. (Lahtinen, Backman & Karhu 2004, 140.) Maahanmuuttajiin liittyvässä tutkimuksessa, kuten tässä opinnäytetyössä, on keskeistä *kulttuurin* käsite, koska se ohjaa merkittävästi yksilön terveyskäyttäytymistä. Kulttuurien välisen hoitotyön perustaja ja kehittäjä Madeleine Leininger (1995) määrittelee kulttuurin sellaisiksi tietyn ryhmän opituiksi ja jaetuiksi uskomuksiksi, arvoiksi ja elämäntavoiksi, jotka yleensä siirtyvät sukupolvelta toiselle ja vaikuttavat ryhmän jäsenten ajattelu- ja toimintatapoihin. Ihmisen syntymä, elämä, terveenä pysyminen, sairastuminen ja kuolema tapahtuvat aina hänen kulttuurisessa viitekehysessään, joka rakentuu yksilön yksilöllisten ja jaettujen arvojen sisällä. (Leininger 1995, 9.) Transkulttuurisen eli kulttuurien välisen ja monikulttuurisen hoitotyön teoreetikot näkevät yksiselitteisesti, että etninen tausta ja kulttuuri vaikuttavat yksilön käsityksiin terveydestään ja sairaudestaan (Sainola-Rodriguez 2009, 23, 26).

Somalimiesten etninen tausta huomioidaan opinnäytetyössä ja kulttuurisidonnainen lähestymistapa tarjoaa viitekehysten opinnäytetyöllemme. Mikään yhteiskunnallinen ilmiö ei ole irrallinen. Jos tarkasteltavan ilmiön kontekstia ei tunneta, kuljetaan ”heikoilla jäillä”. (Lincoln & Cuba 1985, 301.) Yritämme tässä luvussa rakentaa opinnäytetyössä tutkittavasta ilmiöstä esiymmärrystä, joka toimii pohjana ymmärrykselle. Hermeneuttisen tradition mukaan tiedonmuodostusprosessi vaatii esiymmärryksen kaiken uuden ymmärtämisen taustalle. Ihminen on historiallinen olento ja sidoksissa perinteeseensä. (Gadamer 2004.) Jotta voimme ymmärtää ihmistä ja hänen tarpeitaan, meidän täytyy ymmärtää kulttuuria, josta hän tulee ja jossa hän elää.



## 2.1 Alle 45-vuotiaat somalimiehet kulttuurisessa kontekstissaan

Somalian valtio sijaitsee Afrikan sarvessa Adeninlahden ja Intian valtameren rannalla. Somalialaisia asuu myös valtiollisten rajojen ulkopuolella Etiopiassa, Djiboutissa ja Kenian koillisosassa. Somaliensa alkuperää ei tunneta tarkalleen. Ilmeisesti somalialaiset ovat haamilaisesta alkuperää oleva rotu eteläisen Etiopian alueelta. (Räty 2002, 89.) Nykyiset somalit polveutuvat kamelipaimentolaisista, jotka saapuivat Afrikan sarveen ainakin kaksituhatta vuotta sitten (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 29). Somalialaisen elämäntavan ja toimeentulon perustana on ollut karjanhoito, minkä vuoksi suurella osalla somalialaisista on juuret paimentolaiskulttuurissa (Tiilikainen 2003, 28). Kuten yleensä paimentolaiskulttuureissa, somalialaisessa kulttuurissa suullisella perinteellä on keskeinen merkitys ja somalin kieli sai virallisesti kirjoitetun muotonsa vasta vuonna 1972 (Räty 2002, 90; Valtioneuvosto 2006, 28).

Somalia on saanut jo varhain vaikutteita arabialaisesta kulttuurista ja Somalia liittyi Arabialiittoon vuonna 1974. Islam saavutti somalian pian Afrikan sarven valtioiden syntymisen jälkeen ja suurin osa somaleista oli omaksunut islamin 1400-luvulle tultaessa. Islamin uskonnon harjoittajaa sanotaan muslimiksi. (Luna 1995, 319.) Monet somalit uskovat polveutuvansa profeetta Mohammedista. Lähes kaikki somalit ovat sunnimuslimeja, eli he seuraavat koraanin lisäksi profeetta Mohammedin esimerkkiin perustuvaa menettelytapaa. Uskonto on kautta aikojen tarjonnut perustan kansalliselle ja kulttuurilliselle identiteetille ja yhdistänyt somaleita. Samalla islamin harjoittaminen on saanut erityispiirteitä somalialaisilta. Somalialaisten uskonnon harjoittamiseen on voimakkaasti vaikuttanut suufilaisuus, joka tarkoittaa islamin mystistä suuntausta. Suufilaisuudessa tavoitellaan jumalan läsnäolon henkilökohtaista kokemista. (Tiilikainen 2003, 28, 35–36, 322.) Jotta muslimiasiakkaiden hoito olisi tarkoituksenmukaista, hoitohenkilökunnan tulisi tietää miten islaminusko vaikuttaa muslimien maailmankuvaan ja heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Uskonnolla on rooli siinä, millaisen merkityksen se antaa elämälle, kuolemalle, terveyden ylläpitämiselle ja hoidon toiminnoille. (Luna 1995, 321.)

Pitkän siirtomaavalta-ajan jälkeen Somalia itsenäistyi vuonna 1960, jolloin Italian Somalimaa ja Englannin Somalimaa yhdistyivät tasavallaksi. Itsenäisellä Somalialla on ollut koko ajan ongelmia, kuten sodat Kenian ja Etiopian kanssa, nälänhädät, kuivuus ja

talouden romahtaminen. Somalian presidentin salamurhan jälkeen vuonna 1969 vallan kaappasi kenraali Mohammed Siyad Barre, joka yksivaltaisesti hallitsi maata yli kaksikymmentä vuotta. Somaliassa oli lukuisia ongelmia koko kenraali Barren hallintokauden ajan. (Tiilikainen 2003, 26, 49.) Somalian pitkäaikainen diktaattori Barre syöstiin vallasta vuonna 1991, minkä seurauksena Somaliassa alkoi verinen sisällissota (Räty 2002, 89). Ihmiset taistelivat sekä nälänhätää että aseita vastaan ja toista miljoonaa ihmistä pakeni valtion rajojen ulkopuolelle (Hautaniemi 2004, 46).

Somalian lähihistoriaa varjostaa yhteiskunnallisten ja valtiollisten rakenteiden luhistuminen. Sisällissota on vaikuttanut perinteisiin normeihin ja arvoihin. Somalian sisäinen, jo olemassa ollut eriarvoisuus, epätasapaino ja kiistanalaisuus ovat tulleet ilmi monissa eri tutkimuksissa, joissa tutkijat ovat yrittäneet ymmärtää Somalian valtion murenemiseen ja sisällissotaan johtaneita syitä. (Tiilikainen 2003, 49.) Somalian maantieteellisen sijainnin hahmottaminen ja somalien lähihistorian tunteminen auttavat tämän päivän somalikulttuurin ymmärtämistä ja kulttuurin huomioimista terveyteen liittyvissä kysymyksissä; somalien lähihistoria ja Somalian maantieteellinen sijainti poikkeavat huomattavasti Suomen valtaväestön vastaavista.

Miehen ylemmyys on rakentunut somalikulttuurissa tapojen ja islamin perinteiden mukaan. Somalinäkemyksen mukaan todellinen mies on rohkea, vahva, luotettava, ylpeä, kunnioitettava, varma, lämmin, uskalias, antelias, kekseliäs, avoin, päättäväinen ja runollinen. Sukulaisuus ja perhe ovat Somaliassa taloudellisen, sosiaalisen ja poliittisen elämän keskeiset elementit. Sekä tyttöjen että poikien aikuistumiseen ja avioliittokelpoisuuteen liittyy ympärileikkaus. Somaliyhteisössä poikia ja tyttöjä kasvatetaan ja heihin suhtaudutaan eri tavalla. Poikia esimerkiksi ylistetään enemmän. Poikien opettamisesta vastaavat isät ja miespuoliset sukulaiset. Somalinaiset kokevat olevansa perheen keskeisiä terveystoimijoita. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 34–35, 61; Tiilikainen 2003, 29, 32–33.) Suomessa naiset vastaavat pääosin miesten terveyskasvatuksesta ja neuvonnasta, sillä suurin osa esimerkiksi opettajina, terveydenhoitajina ja sairaanhoitajina toimivista henkilöistä on naisia (Opetushallitus 2008).

Miehiä pidetään somaliperheissä perheen huoltajina ja elättäjinä, vaikka vaimo saattaa tienata perheelle lisätuloja pienyrityksen kautta. Somaliyhteisössä perheen perustami-

nen ja avioituminen tapahtuvat varsin nuorena. Valtaosa somaliperheistä on yksiavioisia, mutta myös moniavioisuutta esiintyy. Miehen tulee pystyä kuitenkin huolehtimaan vaimoistaan tasapuolisesti. Somaliperheessä miehen rooli on olla perheen pää. Miehellä on vastuu perheen toimeentulosta ja tärkeistä päätöksistä. Somaliperheen sosiaalinen asema on riippuvainen miehen sosioekonomisesta asemasta. Miehellä ja naisella on selkeät roolit somaliyhteisössä. Useimmat somalimiehet kokevat liian kotona olemisen epämukavaksi ja jotkut miehet tulkitsevat sen jopa eräänlaiseksi sairauden merkiksi. Perinteisesti somaliperhe on hierarkkisempi kuin suomalainen perhe. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 35–37; Tiilikainen 2003, 33–34.)

## 2.2 Somalialaiset maahanmuuttajina ja pakolaisina Suomessa

Somalia oli vielä 1980-luvun puolessa välissä yksi suurimmista pakolaisten vastaanotomaista (Räty 2002, 89). Aikaisemmin Somaliasta matkustettiin ulkomaille useimmiten kaupanteon, työn, koulutuksen tai Mekkaan suuntautuneen pyhiinvaelluksen vuoksi. Nykyinen pakolaisuuden aiheuttama muuttoliike on Somalian historiassa ennennäkemätön niin laajuudeltaan kuin syiltään. Nykyään somaleita asuu ympäri maailmaa. Monet somalit saattavat jäädä pysyvästi asumaan muualle, koska levottomuudet jatkuvat kotimaassa ja siteet uusin asuinmaihin vahvistuvat. (Tiilikainen 2003, 50–51.)

Suomeen saapui muutamia turvapaikanhakijoita jo 1980-luvun lopulla. Turvapaikanhakija on henkilö, joka pyytää oleskeluoikeutta ja suojaa vieraasta maasta (Sisäasiainministeriö 2010). Somalialaisten tulo Suomeen on merkittävä käännekohta suomalaisen maahanmuuton historiassa. Somalit olivat Suomessa ensimmäinen suuri pakolaisryhmä, joka saapui Suomeen turvapaikanhakijoina. Ratkaiseva muutos tapahtui vuonna 1990, jolloin Suomeen saapui 1441 somalialaista. 1990-luvulla somalialaisten määrä Suomessa lähes nelinkertaistui. (Tiilikainen 2003, 51.) Suomessa somalialaiset ovat edelleen suurin afrikkalaistaustainen maahanmuuttajaryhmä. Yli puolet kaikista Suomeen yksin tulleista pakolaislapsista on somaleja ja suurin osa heistä on poikia. Suurin osa Suomeen tulleista somalipojista ei ole tiennyt tullessaan Suomesta juuri mitään. (Hautaniemi 2004, 47–48, 60.)

Maahanmuuttaja on vakiintunut käsite, jolla tarkoitetaan kaikkia Suomessa pysyvästi asuvia ulkomaalaisia. Maahanmuuttaja on voinut tulla Suomeen esimerkiksi töihin, paluumuuttajana, avioliiton vuoksi tai pakolaisena. Suomi on sitoutunut pakolaisten vastaanottoon kansainvälisellä sopimuksella. Yhdistyneiden kansakuntien Geneven pakolaissopimuksessa, joka on laadittu vuonna 1951, pakolaisuus on määritelty seuraavasti:

*Pakolainen on henkilö, jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa kotimaassaan vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mielipiteensä johdosta, joka oleskelee kotimaansa ulkopuolella ja on kykenemätön tai sellaisen pelon johdosta haluton turvautumaan sanotun maan suojaan; tai olematta minkään maan kansalainen oleskelee entisen pysyvän asuinmaansa ulkopuolella ja edellä mainittujen seikkojen tähden on kykenemätön tai sanotun pelon vuoksi haluton palaamaan sinne. (Räty 2002, 11, 16.)*

Vieraskielisten, eli henkilöiden, joiden äidinkieli ei ole suomi, määrä on kasvanut Suomessa maahanmuuton myötä. Somali on neljänneksi yleisin vieras äidinkieli Suomessa. Vuonna 2007 Suomessa oli 4600 Somalian kansalaista, mutta lähes 9000 somalin kieltä äidinkielenään puhuvaa henkilöä. Tämä johtuu siitä, että somalialaisille on Suomessa syntynyt lapsia ja he ovat saaneet Suomen kansalaisuuden. (Jaakkola 2009, 17.) Pääkaupunkiseudulla asuu suhteellisesti eniten ulkomaalaisia. Vuosien 2004 ja 2005 aikana suurin osa (44%) Suomen afrikkalaisista asui Helsingissä. Suomen somalialaisista puolet asuu Helsingissä ja 84 % 20–45 -vuotiaista somalimiehistä asuu Uudellamaalla. (Tilastokeskus 2008; Vartia, Bergbom, Giorgiani, Rintala-Rasmus, Riala & Salminen 2007, 16.) Suomessa asuvien somalialaisten sosioekonomisista taustatekijöistä ei ole saatavilla tarkkaa tilastollista tietoa, mutta enemmistö Somaliasta paenneista on ollut paikalliseen koulutustasoon nähden keskimääräisesti paremmin koulutettuja, vaikka somalipakolaisia on yliopistokoulutetuista luku- ja kirjoitustaidottomiin. (Tiilikainen 2003, 53.)

Suomen maahanmuuttopolitiikka on tällä hetkellä murrosvaiheessa, koska suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle työikäisen väestön määrä vähenee ja Suomea uhkaa työvoimapula (Jaakkola 2009, 78). Maahanmuuttajaa ei tulisi silti nähdä vain nykyisenä tai tulevana työvoimana, vaan hänelle kuuluu myös muun muassa oikeus hyvinvointiin, tassa-arvoon ja läheisiin ihmissuhteisiin (Alitolppa-Niitamo 2005, 37). Vuonna 2008 maahanmuuttajien työttömyysaste oli noin 18 % ja esimerkiksi vuoden 2005 lopussa koko

Helsingin työttömyysaste oli 9,1 % ja vastaava luku vieraskielisten, joiden äidinkieli ei ole suomi, keskuudessa oli 23,9 % (Helsingin kaupungin tietokeskus 2008). Eri maahanmuuttajaryhmien välillä on havaittu suuria eroja tarkasteltaessa työllisyyttä ja työttömyyttä. Esimerkiksi muista länsimaista tulleiden maahanmuuttajien työttömyysaste on muita maahanmuuttajaryhmiä alhaisempi ja lähellä suomalaisten työttömyysastetta, kun taas vuonna 2005 työttömyysaste oli somalialaisilla 59 %. (Setu 2009, 18.) Työttömyys voi aiheuttaa somalimiehille ahdistusta ja uhata näin heidän terveyttään, jotka ovat tottuneet vastuuseen perheen toimentulosta ja päätöksistä. Tämä muun muassa antoi perustelun kysyä haastateltavilta somalimiehiltä heidän työllisyydestään.

Useat maahanmuuttajat kokevat, että paras sosiaaliturva on perhe, suku ja uskonnollinen yhteisö, jossa yhdistyvät materiaallinen ja emotionaalinen huolenpito. Muslimit kokevat usein olevansa keskenään yhtä veljeskuntaa, jossa etnisellä taustalla ei ole merkitystä. (Luna 1995, 321.) Yhteisön sosiaalinen tuki suojaa lisäksi rasismien ja syrjinnän ikäviltä kokemuksilta. Etnisten vähemmistöryhmien keskittyminen tietyille asuinalueelle saattaa suojata myös heidän terveyttään mahdollistamalla vahvan paikallisidentiteetin kehittymisen, joka tukee ja juurruttaa uuteen asuinmaahan. Paikallisidentiteetin kehittyminen vähentää myös vieraantumisen tunnetta, suojaa rasismien suoranaisilta vaikutuksilta ja vahvistaa ryhmän poliittista toimintakykyä. (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 88.) Liitimme haastatteluihin kysymyksen somalimiesten sosiaalisista suhteista, kuten onko heillä perhe ja asuvatko läheiset Suomessa. Näemme tämän osana terveyttä ja hyvinvointia.

Somalialaisten miesten sopeutumisen Suomeen on todettu olevan vaikeampaa kuin naisten. Ei ole tietoa maahanmuuttajamiesten onnistuneen sopeutumisen avaintekijöistä eri etnisissä ryhmissä. Somalivanhemmat ovat usein huolissaan lastensa turvallisuudesta ja pelkäävät heidän suomalaistumisestaan ja huonojen elintapojen omaksumista. He pitävät tärkeimpänä tehtävänä kasvattaa lapsensa Islamin oppien mukaan. Maahanmuuttajaryhmistä somalialaiset kokevat eniten syrjintää eri elämänalueilla. Ongelmista naapurussuhteissa ja lähiympäristön kanssa raportoivat somalitaustaiset maahanmuuttajat. Somalialaisiin ja venäläisiin suhtaudutaan valtaväestön suunnalta muita maahanmuuttajia torjuvammin. (Setu 2009, 40–42, 46, 60–61.)

Hyvinvointi ja terveys luovat pohjaa onnistuneelle kotoutumiselle, jolla tarkoitetaan maahanmuuttajan yksilöllistä kehitystä, jonka tavoitteena on hänen osallistumisensa työelämään ja suomalaisen yhteiskunnan toimintaan oma kieli ja kulttuuri säilyttäen. Kotouttamisella vastaavasti tarkoitetaan viranomaisten järjestämiä kotoutumista edistäviä toimia, kuten maahanmuuttajien suomenkielen taidon edistämistä. (Sisäasiainministeriö 2010.) Maahanmuuttajien hyvinvointia ja terveyttä koskevan tiedon tarvetta on painotettu WHO:ssa, EU:ssa sekä Suomen hallituksen politiikkaohjelmissa (Setu 2009, 103). Tämä onnistuneen kotoutumisen näkökulma ohjasi meidät kysymään haastateltavilta heidän kokemuksiaan elämästä Suomessa ja kontakteista valtaväestöön.

### 2.3 Terveyden määritelmä

Terveyttä on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Vaikka terveys on kaikille monimerkityksinen ja tuttu yleiskielen sana, sitä painotetaan esimerkiksi eri tieteenaloilla eri tavoin. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10.) Terveyden tunne on ihmisen perustarve, inhimillinen perusarvo, ja sitä voidaan pitää perustana yksilön ja yhteisön onnistuneelle toiminnalle eli se on tärkeä sosiaalisen ja taloudellisen kehityksen perusta (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Halkoaho & Vähäkangas 2008, 305; Valtioneuvosto 2007). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden yksilön fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaaliseksi, ja hengelliseksi hyvinvoinniksi, johon ympäristö vaikuttaa. Terveys katsotaan ihmisen yksilölliseksi voimavaraksi, jonka avulla hän elää täysipainoista elämää (Leino-Kilpi 2003, 20; WHO 1986). Terveyttä pidetään yhtenä ihmisen perusoikeuksista uskontoon tai rotuun katsomatta (Eriksson 1989, 11). Terveys on ihmisille tärkeä arvo (Vertio 2003, 44).

Terveyteen vaikuttavat erilaiset taustatekijät, jotka ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, taloudellisia, poliittisia, kulttuurisia sekä ympäristöön liittyviä. Terveyttä määrittävät tekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Kulttuurisia terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat fyysisen, taloudellisen ja poliittisen ympäristön turvallisuus, viihtyisyys, vuorovaikutteisuus ja asenteet terveyteen. (Oikarinen 2008, 37.) Psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan avulla, kuten suoriutumisella arkielämän toiminnoista, ihminen voi osoittaa olevansa terve (Åstedt-Kurki 1992, 100). Terveys on monipuolinen ja moniselitteinen käsite,

johon liittyvät objektiivinen, mitattavissa oleva elimistön toimintatila ja subjektiivinen, kokemuksellinen sekä yhteiskunnallinen näkökulma. Kokemuksellinen terveys vaihtelee eri kulttuureissa ja väestöryhmissä. Kokemuksellinen terveys voidaan myös yhdistää sosiaaliseen hyväksytyksi tulemiseen ja yhteisön osana olemiseen. (ETENE 2007.) Tässä opinnäytetyössä somalimiehet kuvaavat omaa käsitystään terveydestä, jolloin terveydestä puhuttaessa kyseessä on kokemuksellinen terveys. Jotta somalimiesten kokemuksia voidaan tutkia, heidän täytyy kuvata kokemuksiaan jollakin tavalla. Kokemuksella tarkoitetaan ihmisten omaa tajunnallista tapaa merkityksellistää niitä todellisuuksia, joihin ihminen on suhteessa (Perttula 2005, 149).

Terveyden lähikäsite on hyvinvointi, joka kuvastaa terveyden myönteistä ulottuvuutta. Hyvinvointi ymmärretään usein subjektiiviseksi hyvinvoinnin tuntemukseksi, joka on sidoksissa ihmisen onnellisuuteen ja mielentilaan tietyllä hetkellä. Tällä tavoin määriteltynä hyvinvointi on käsite, jonka avulla ihminen pystyy itse arvioimaan omaa tilaansa. Jos hyvinvointia ajattelee vain subjektiivisesti, se saattaa vaikuttaa näennäiseltä, koska hetkellistä hyvän olon tunnetta ihminen voi saada esimerkiksi päihteistä. Tämän vuoksi on tärkeää tarkastella hyvinvoinnin käsitettä myös objektiivisesti, jolloin tulee kiinnittää huomiota hyvinvoinnin tunteen lähteisiin. Hyvinvoinnin käsite objektiivisesti tarkasteltuna sisältää viittauksia ”hyvän elämän” käsitteeseen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 12.) Hyvän elämän arvoja voivat olla esimerkiksi uskonnollisuus, vapaus, rauha, ihmisen suhteet ympäristöönsä ja turvallisuus (Åstedt-Kurki 1992, 71).

Terveys on hyvän olon tunnetta, hyväkuntoisuutta ja tervehenkisyyttä, joka on sekä välttämätön että riittävä ehto terveydelle. Ihminen voi kuvata voivansa huonosti, vaikka hän voisi hyvin. ”Hyvä olo” on käsite, joka kuvaa yksilön omaa tuntemusta. Käsite ”hyvä olo” tarkoittaa, että ihminen kokee olonsa hyväksi eli on hyväkuntoinen ja tervehenkinen. Näin ajateltuna terveys on inhimillinen tunne ihmisen fyysisestä ja psyykkisestä tilasta ja tunne on kokonaisvaltainen. (Eriksson 1989, 20, 25; Häggman-Laitila 1999; Åstedt-Kurki 1992, 12.) Tästä lähtökohdasta olemme valinneet haastattelujen terveyden teeman apukysymykseksi kysymyksen hyvästä voinnista.

## 2.4 Somalimpiesten terveys ja heidän käsityksiä terveydestä

Tutkimusten mukaan (Palosuo ym. 2004) väestön terveys ei jakaannu Suomessa tasaisesti. Miesten ja naisten välillä on terveyseroja. Terveysten jakautumisessa on sosioekonomisia eli ammattiin, asemaan työelämässä ja koulutukseen liittyviä eroja. Terveysten jakautumisessa on myös alueellisia eriarvoisuuksia. Etnisen taustan on todettu vaikuttavan terveyden jakautumiseen tai laadukkaiden terveyspalvelujen saamiseen. (Oikarinen 2008, 13.) Perustutkimusta niin somalien kuin yleensäkin maahanmuuttajien terveydestä ja erilaisista terveyteen kytkeytyvistä psyykkisistä, sosiaalisista, kulttuurisista ja geneettisistä tekijöistä kaivataan. Maahanmuuttajien ja kantaväestön terveydentilan vertailu on tutkimuksellisesti haastavaa. Maahanmuuttajien ja tulomaan kantaväestön terveydentilaa vertailtaessa on otettava huomioon, että terveys ymmärretään eri kulttuureissa osittain eri tavoin (Setu 2009, 67–68), mikä on myös tämän opinnäytetyön perusteltu lähtökohta.

Monet länsimaiden ulkopuoliset kulttuurit, kuten afrikkalaiset, mukaan lukien somalikulttuuri, ovat perhekeskeisempiä ja yhteisöllisempiä kuin yksilöllisyyttä korostava länsimaalainen elämäntapa (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 88; Lassenius 1997, 3). Somalialainen perhe ymmärretään ydinperhettä laajempänä käsitteenä, jossa verisukulaisuudella on tärkeä rooli (Hautaniemi 2004, 49). Tästä syystä sairaus, terveys ja niiden hoito ei koske pelkästään yksilöä vaan koko perhettä ja sukuyhteisöä (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 88). Perheen ulkopuolelle joutuminen kaventaa yksilön olemassaoloa, mihin liittyykin sanonta ”perhettä pakeneva ei koskaan saavuta hyvää terveyttä ja vaurautta” (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 36). Sairauksien merkitysten ymmärtämiseksi tarvitaan myös tietoa paikallisesta kulttuurista ja heidän hoitokäytännöistä, sairaustulkinnosta, ruumiista sekä uskomuksista, jotka liittyvät epäonneen ja sen alkuperään. Sairaustulkintoihin vaikuttavat myös maahanmuuttajille maahanmuuttoon liittyvät muutokset ja kokemukset. (Tiilikainen 2003, 77.)

Somalit uskovat muiden muslimien tavoin, että sairaus ja terveys ovat Allahin käsissä. Tällöin jokainen sairastuminen ja parantuminen tapahtuu hänen tahdostaan. (Lassenius 1997, 4; Tiilikainen 2003, 40.) Somalinkielen käsite **caafimaad** vastaa terveyteen liittyviä käsitteitä, jotka on luokiteltu seuraavasti: Jumalan lahja, islamin ohjeet ja säännöt,



puhtaus, elämä, fyysinen kunto, psyykkiset ominaisuudet, sosiaaliset suhteet, roolien tai toimintojen toteuttaminen, käyttäytyminen ja elämäntapojen toteuttaminen, kliinisten oireiden tai sairauksien puuttuminen ja terveys sairauden vastakohtana (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 105). Sairauteen ja terveyteen yhdistyy somalikulttuurissa ylliluonnollisia, yksilöllisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia, joiden tulee olla tasapainossa keskenään. Sairausten syynä saattavat olla muun muassa noituus, paha silmä, henget ja kiroukset. Tähän alueeseen liittyviä ongelmia potilaat eivät tuo esille terveysasemilla, koska he eivät oletta suomalaisten lääkäreiden osaavan hoitaa tähän alueeseen liittyviä ongelmia. Kuitenkin tiettyjen sairauksien leviäminen tarttumalla sekä liian ja sairauden välinen yhteys on tunnettu pitkään. (Tiilikainen 2003, 40; Tiilikainen 2008, 83.)

Somaliassa sairauden hoito perustuu tehtyyn diagnoosiin. Uskonnollinen parantaminen perustuu yleensä Koraanin lukemiseen, joka nähdään tehokkaana hoitona kaikissa sairauksissa. Myös horoskooppeja ja arabiankielisiä islamilaisen lääketieteen kirjoja voidaan käyttää sairauden ja siihen sopivan hoidon määrittelemiseksi. Hoitoihin saattavat liittyä myös pyhä vesi, amuletit ja luonnonmukaiset lääkkeet. Somaliassa toimii uskonnollisten parantajien lisäksi lukuisia muita parantajia. (Tiilikainen 2003, 40–41, 78.) Potilaat menevät lääkäriin vasta sitten kun kaikki muut hoitomuodot on kokeiltu (Lassenius 1997, 5).

Maahanmuuttajilla on merkittävästi vähemmän sydän- ja verisuonitauteja kuin suomalaisperäisillä. Maahanmuuttajilla on erikoissairaanhoidon tietojen mukaan vähemmän mielenterveysongelmia, ja alkoholin käyttöön liittyvien hoitojen esiintyvyys on lähes 70 % pienempi kuin suomalaisperäisillä. Pakolaismaista, kuten Somaliasta, tulleilla miehillä on erikoissairaanhoidon vaatimien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys suurempi kuin muilla maahanmuuttajaryhmillä. (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 41–42.) Mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä ovat esimerkiksi ennen maastamuuttoa koetut traumaattiset tapahtumat ja sotakokemukset. Uudessa maassa koettuja terveyttä heikentäviä tekijöitä ovat työttömyys, syrjintä ja perheen hajoamisesta aiheutuvat syyt. (Sainola-Rodriguez 2009, 12, 36, 179.) Pakolaismaista tulleilla miehillä on myös merkittävästi enemmän diabetesta muihin maahanmuuttajaryhmiin tai suomalaisperäisiin nähden. Alle 45-vuotiailla pakolaismaista tulleilla miehillä on pienempi diabetesriski kuin suomalaismiehillä, kun taas yli 65-vuotta täyttäneillä pakolaismaista tulleilla miehillä on ne-

linkertainen riski sairastua diabetekseen suomalaisperäisiin miehiin nähden. (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 43, 45.)

## 2.5 Maahanmuuttajien terveyskäyttäytyminen

Kulttuurilla on voimakas merkitys ihmisen elämäkatsomukseen, siihen miten ihminen näkee ympäristönsä, millä perusteella hän tekee päätöksensä ja miten hän toimii (Leininger 1995, 9). Kulttuuriset tekijät, kuten elintapoja ohjaavat perinteet, arvot ja asenteet sekä erilainen terveyskäyttäytyminen, voivat toimia mekanismeina, joiden kautta terveyserot syntyvät (Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo 2007, 30). Kansanterveyslaitos, Kansaneläkelaitos ja Stakes ovat olleet keskeisiä toimijoita seurattaessa suomalaisen väestön terveyttä, joten suomalaisten terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä on paljon tutkittua tietoa. Anita Näslindh-Ylispangar (2008) tutki väitöstyössään 40-vuotiaiden suomalaisten miesten koettua terveydentilaa terveyskäyttäytymistä, terveysuskomuksia ja miesten saamaa terveysneuvontaa Helsingissä. Tutkimukseen osallistuneista 273 miehestä yli puolet tupakoi päivittäin ja 40 prosenttia käytti runsaasti alkoholia. (Näslindh-Ylispangar 2008, 13, 34–57.) Samanlaista tutkimusta kaivattaisiin maahanmuuttajien osalta.

Toiminta oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi on terveyteen liittyvän tekemisen ulottuvuus (Åstedt-Kurki 1992, 100). Yksilön terveyskäyttäytymisen taustalla vaikuttavat moninaiset keskenään vuorovaikutuksessa olevat tekijät. Yksilön käyttäytyminen ei ole suoraviivaista. Esimerkiksi tieto jonkin tietyn toiminnan haitallisuudesta terveyteen ei johda automaattisesti tämän toiminnan välttämiseen. Terveyskäyttäytyminen voidaan ymmärtää yksilön toiminnaksi ja käyttäytymiseksi, joka vaikuttaa yksilön terveyteen joko sitä ylläpitäen, heikentäen tai edistäen. Terveyskäyttäytymiseen sisältyvät yksilön elintavat ja yksilön suhtautuminen terveyspalveluihin. (Oikarinen 2008, 13, 37.)

Eri etnisillä ryhmillä on kiistattomia hyvinvoinnin ja terveyden kulttuurisia voimavaroja. Etnisten ryhmien yhteisöllisyys ja uskonnollisuus tukevat yksilön ja yhteisön hyvinvointia. Esimerkiksi islaminusko ylläpitää terveellisiä elämäntapoja kieltämällä tupakoinnin ja päihteiden käytön. (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 88.) Suomen somalia-

laisten terveyteen haitallisesti vaikuttavia tekijöitä ovat lisääntymässä määrin kuitenkin alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden kontrolloimaton käyttö (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 58). Somaliyhteisössä terveyttä edistäviin säädöksiin kuuluu rukous, jolla on sekä fyysistä kuntoa edistävä että masennusta, ahdistusta ja muita emotionaalisia ongelmia ehkäisevä vaikutus (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 45).

## 2.6 Maahanmuuttajien terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen (health promotion) on terveydenhuollon keskeinen käsite ja toimintaperiaate sekä kansainvälisesti että kansallisesti (Oikarinen 2008, 19). Terveyden edistämisen yksiselitteistä määritelmää on lähes mahdoton muotoilla. Terveyden edistämisen keskeisenä sisältönä on yksilö- ja yhteisötasolle heijastuva eettinen ajattelu ja toiminta. (Pietilä ym. 2008, 305–306.) Maailman terveysjärjestö WHO:n Ottawa Charter -asiakirjassa vuonna 1986 esitetyt strategioita voidaan pitää laaja-alaisemman terveyden edistämisen alkuna. Asiakirjan mukaan terveyttä edistävän toiminnan tulisi tapahtua viidellä eri tasolla: tukemalla terveellisen ympäristön aikaansaamista, kehittämällä terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa, tehostamalla ja vahvistamalla yhteisöjen toimintaa, kehittämällä yksilöiden henkilökohtaisia taitoja sekä suuntaamalla ja kehittämällä terveystalveta terveyttä edistävään suuntaan. Ottawan julistuksen voidaan olettaa olevan yhä terveyden edistäjien etiikan perusta ympäri maailman. Terveyden edistämisen ennaltaehkäiseviä toimintamuotoja ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja terveystalvetaohjelmat. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 39.) Tässä opinnäytetyössä terveyden edistämisen lähtökohtana on se, että somaliyhteisön ja yksilöiden terveystalvetakehittämistä voidaan vahvistaa asiakaslähtöisellä potilasohjauksella.

Laajimmillaan terveyden edistämistä voidaan käsitellä prosessina, joka auttaa ihmisiä ylläpitämään ja parantamaan terveyttään. Siihen liittyvät rakenteelliset muutokset, arvo- lähtökohdat ja henkilökohtaisten taitojen kehittäminen. Terveyden edistämässä tarvitaan moniammatillista ja monitieteistä tutkimusta sekä käytännön toimintoja. (Oikarinen 2008, 16; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 45; Pietilä ym. 2008, 305–306.) Sosiaali- ja terveystalvetaministeriön (2009b) mukaan terveyttä ei voida edistää vain pelkän

terveydenhuollon keinoin, vaan siihen tarvitaan kaikkia yhteiskunnan sektoreita. Terveysten edistäminen tapahtuu sekä yhteiskunnallisella että kunnallisella tasolla.

Valtioneuvoston terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveyserojen kaventuminen ja terveydentilan parantuminen, jolloin maahanmuuttajien kulttuuriset erityistarpeet tulee huomioida terveydenhuollon palvelujen tarjonnassa ja terveyden edistämässä (Valtioneuvosto 2007). Terveysten edistämisen keskeinen tavoite on elämänlaadun parantaminen. Elämänlaatu on laaja käsite, koska siinä yhdistyvät monimutkaisella tavalla henkilön fyysinen terveys, mielen terveys, sosiaaliset suhteet, suhde ympäristöön, henkilökohtaiset uskomukset ja itsenäisyyden taso. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 80–81.) Terveysten edistäminen nähdään haasteena hoitotyölle, ja se on hoitotyön lähtökohta (Iivanainen, Jauhainen & Pikkarainen 2001, 45; Pietilä ym. 2008, 305). Opinnäytetyöstä saaduilla tuloksilla voidaan esimerkiksi ohjauksen keinoin osaltaan kehittää sekä yksilöiden henkilökohtaisia taitoja että terveyspalveluita terveyttä edistävään suuntaan maahanmuuttajaryhmän omista tarpeista lähtien.

## 2.7 Terveyspalvelut ja maahanmuuttajien terveyspalvelujen käyttö

Suomessa pysyvästi oleskelevan ulkomaalaisväestön juridinen asema ei eroa juurikaan muusta väestöstä, koska heillä on yhdenvertaiset oikeudet terveydenhuollon palveluihin muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Yhteiskunnan lähtökohtana on kohdella väestöä tasavertaisesti. Julkinen valta edistää maahanmuuttajien kotoutumista lähtökohtanaan lakien takaamat yhteiskunnan tasa-arvoinen jäsenyys ja väestön perusoikeudet. (Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikan hakijoiden vastaanotosta 493/1999.) Suomi esiintyy universaalien sosiaalipolitiikan tärkeimpien edustajien joukossa muiden pohjoismaiden kanssa. Universaalien sosiaalipolitiikan malliin kuuluu hyvinvointipalveluiden kuuluminen kaikille eikä vain erityisille ryhmille. Oikeudenmukaisuus on hyvinvointivaltion keskeinen tavoite, mutta samalla myös yksi sen tärkeimmistä kiistakentistä. (Niemi 2006, 63.).

Julksen vallan tehtävänä on huolehtia väestön terveydestä ja hyvinvoinnista Suomessa. Terveystenhuollon tavoitteena on fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpito ja pa-

rantaminen. Terveysthuollon perustana ovat koko väestön saatavilla olevat hyvin toimivat terveyspalvelut ja ehkäisevä terveydenhuolto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.) Kuntien vastuulla on järjestää terveyspalvelut. Valtion vastuulla on puolestaan kuntien riittävien resurssien turvaaminen palveluiden järjestämiseksi. (Nyman 2006, 35.) Perustuslaki velvoittaa valtion ja kunnat järjestämään ja turvaamaan jokaiselle riittävät terveyspalvelut. Suomi on ensimmäinen maa, jossa on säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista, vuonna 1992 (Kokkonen 1997, 70; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Laki edellyttää, että potilaan hoidon ja kohtelun sekä hoidon tarpeen arvioinnin on oltava laadultaan hyvää. Hyvään hoitoon kuuluu muun muassa potilaan oikeus päästä hoitoon, saada tietoja ja suostua hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 130.) Hoitohenkilökunta sitoutuu hoitoetiikkaan. Etiikan olennaisin ydin on hoitohenkilön kyky ja tapa kohdata potilas. Konkreettinen, empaattinen ja vuorovaikutteinen kohtaaminen on näin hoitotyön ydintä. (Salmela 1997, 52–56.)

Yhteisen kielen ja kulttuurintuntemuksen puute voi vaikuttaa hoidon sisältöön ja hoitoon pääsyyn. Jos terveyspalveluissa hoidon sisältö ja hoitoon pääsy on epätasa-arvoista, se uhkaa tiettyjen väestöosien terveyttä, mutta myös laajempaa hyvinvointia vakavalla tavalla. Kokemukset huonosta kohtelusta ja hoidosta terveydenhuollossa voivat heikentää jo sairastuneen terveyttä ja vähentää hänen kiinnostustaan käyttää palveluita. Epäoikeudenmukaista kohtelua ei tapahdu vain sairaanhoidossa ja terveydenhuollossa, vaan myös länsimaisissa oikeusjärjestelmissä, kouluissa, lastensuojelussa ja työelämässä. Yhteiskunnassa on rakenteisiin piiloutuvaa syrjintää, joka voi heikentää etnisten vähemmistöjen terveyttä ja hyvinvointia. (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 15.) Kirsti Sainola-Rodriguezin (2007) tutkimuksessa maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaamista mielenterveyspalveluissa ilmenee, että hoitohenkilökunnan ylikansallisissa taidoissa olisi parantamisen varaa, joskin myös vahvuuksia, joiden varassa voidaan oppia uutta. Ylikansallisessa osaamisessa korostetaan yhteisymmärryksen, keskinäisen tiedonsiirron ja dialogisen vuorovaikutuksen merkitystä hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi. Esimerkiksi mielenterveysongelmista kärsivän maahanmuuttajan tilanteeseen paneutuminen vaatii paljon henkilökohtaista kiinnostusta, hoidollista asennetta ja ammatillista osaamista. (Sainola-Rodriguez 2007, 217, 224.)

Suomessa, jossa yhtäläiset terveystalvet ovat kaikkien saatavilla, voivat maahanmuuttajien terveyttä uhata ja hoitoon hakeutumista sekä hoidon saamista hankaloittaa monet hoitoon hakeutumista vaikeuttavat tekijät. Usein maahanmuuttajat kuuluvat alempiin sosioekonomisiin ryhmiin, minkä on terveyden eriarvoisuustutkimuksissa todettu merkitsevän usein heikompaa terveyttä. Tämän olettaisi näkyvän lisääntyneenä terveydenhuollon palveluiden käyttönä. Maahanmuuttajien terveystalveluiden tarpeen mukaista terveystalveluiden käyttöä ja terveyttä pyritään ylläpitämään monin yhteiskuntapolitiisin toimin. (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 8–10, 89.) Jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle ulkomaan kansalaiselle taataan Suomen hallitusmuodon perusoikeuksia koskevassa osassa oikeus perustoimentuloturvaan, riittäviin sosiaali- ja terveystalveluihin ja maksuttomaan perusopetukseen (Joronen 2005, 52).

Suomessa maahanmuuttajat ilmaisevat sairauden oireita ja käyvät lääkärisä ja sairaalassa enemmän kuin suomalaiset keskimäärin. Maahanmuuttajista eniten terveystalveluja käyttävät somalit. (Tiilikainen 2008.) On todettu, että esimerkiksi 40-vuotiaat suomalaismiehet eivät hakeudu herkästi lääkäriin vastaanotolle, sillä he kokevat usein terveydentilansa paremmaksi kuin se on objektiivisesti mitattuna (Näslindh-Ylispangar 2008). Maahanmuuttajien terveystalveluiden käyttöön ja hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat suoranaisesti hoidon tarpeeseen liittymättömät tekijät, kuten työttömyys, perheen köyhyys, luku- ja kielitaidottomuus sekä länsimaalaisista terveystalvelu- ja sairauskäsitksistä poikkeavat kulttuuriset terveystalveluskomukset ja -tavat (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 13).

Sosiaali- ja terveystalveluministeriön selvityksessä *Terveystalvelukeskus 2015* määritellään terveystalvelukeskuksen perustehtävä, joka sisältää uuden mallin terveystalvelukeskuksen toiminnasta. Terveystalvelukeskuksen uusi rooli perustuu väestön tilanteen, toiveiden ja tarpeiden kartoittamiseen ja tunnistamiseen sekä yhteisölliseen ja asiakaslähtöiseen työskentelyyn. (Myllymäki 2006, 30.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisojelman KASTE 2008–2011 päätavoitteet perustuvat hallintoalan keskeisiin pitkän aikavälin strategisiin tavoitteisiin, joita ovat kuntalaisten osallistumisen lisääntyminen ja syrjäytymisen vähentyminen. Ojelman tavoitteisiin kuuluvat myös kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen ja terveystalvelurojen kaventuminen sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantuminen ja alueellisten erojen vähentyminen. (Sosiaali- ja ter-

veysministeriö 2008.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2009d) Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmassa pyritään uudistamaan terveydenhuollon palveluita paremmiksi ja helpottamaan hoitoon pääsyä. Uudistamalla terveyskeskuksen työn- ja vastuunjakoa sekä erityisesti takaamalla riittävästi terveydenhuoltohenkilöstöä parannetaan terveyspalveluja.

Maahanmuuton lisääntyessä tarvitaan tietoa kulttuurisista eroista, jotta maahanmuuttajataustaisen henkilön tarpeita ei tulkittaisi pelkästään lähtö- tai maahanmuuttomaan kulttuuria vasten. Jos yhteisöllisestä kulttuurista lähtöisen maahanmuuttajataustaisen henkilön tarpeita tulkittaisiin vain lähtömaan kulttuuria vasten, voitaisiin tulla tulkintaan, jossa esimerkiksi maahanmuuttajavanhukselle tarjottaisiin vähemmän palveluja kuin valtaväestöön kuuluvalle, koska oletettaisiin perheen ottavan suurimman vastuun maahanmuuttajavanhuksen hoidossa. (Anttonen & Zechner 2009, 48.) Fadumo Dayib (2008) on tutkinut pro gradu -työssään somaliasiakkaiden ja suomalaisten sairaanhoitajien näkemyksiä perusterveydenhuollossa. Työssä haastateltiin kuutta somalia, joista kaksi oli miehiä. Somalit kokivat, ettei perusterveydenhuollon henkilökunnalla ole kulttuurista työtöitä heidän kohdatessaan somaliasiakkaita, mikä oli vähentänyt somaliasiakkaiden luottamusta terveyspalveluja ja henkilökunnan hyväntahtoisuutta sekä ammattitaitoa kohtaan.

Kotoutumisen alkuvaiheessa maahanmuuttajien mahdollisuudet toimia tasavertaisina palvelujen käyttäjinä ja osallistujina ovat rajalliset valtaväestöön nähden. Etnisiin vähemmistöihin kuuluvien henkilöiden kulttuurisidonnaisten terveyskäsitteiden ja -tottumusten käsittely vaatii asiantuntemusta. Luottamuksen ja yhteisymmärryksen saavuttaminen voi olla vaikeaa esimerkiksi seksuaaliterveyskysymyksissä. Terveydenhuollon palvelujen tarjonnassa tulisi ottaa huomioon maahanmuuttajien kulttuuriset erityistarpeet. Maahanmuuttajataustaisen väestön kohdalla varhainen puuttuminen tarkoittaa riittävän ohjauksen, tiedon ja tuen tarjontaa. (Valtioneuvosto 2007.)

### 2.7.1 Päivystyshanke ja hoidon tarpeen arviointi

Päivystys tarkoittaa hätätapausten välitöntä hoitoa ja kiireellistä polikliinista hoitoa, jota annetaan vuorokauden sisällä hoitoon hakeutumisesta tai lähetteen vastaanottamisesta vuorokauden ajasta riippumatta (Heikkilä & Roos 2004, 158). Päivystyksen kehittämistyö, päivystyshanke, toimi kevästä 2006 vuoden 2008 loppuun pääkaupunkiseudulla. Päivystyshankkeen päätavoitteet olivat päivystyspotilaiden hoidon sujuva ja laadukas järjestäminen ja päiväaikaisen toiminnan tehostaminen yhteispäivystyksen käyntimäärien vähentämiseksi. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 8.) HYKS-sairaanhoitoalueen Jorvin ja Peijaksen sairaalat sopivat lähtevänsä alueen kuntien (Espoo, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi ja Vantaa) kanssa päivystyksen yhteiseen kehittämistyöhön vuoden 2005 lopulla, minkä päätavoitteena oli turvata laadukkaat, kustannustehokkaat ja sujuvat päivystyspalvelut potilaille. Helsingin kaupunki liittyi mukaan hankkeeseen vuonna 2007. (Päivystyshankkeen arviointi 2008, 14.) Päivystyshankkeessa oli tavoitteena myös tarkastella tekijöitä, jotka vaikuttavat päivystyksellisen hoidon kysyntään (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 8).

Yhteispäivystyksestä puhutaan, vaikka useimmiten kyseessä on rinnakkaispäivystys, jossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystys toimivat oman hallintonsa alla (Vaula & Kantonen 2008, 18, 56). Yhteispäivystys on tarkoitettu akuutisti sairastuneille ja sinne voi tulla ilman lähetettä tai lähetteen kanssa. Yhteispäivystyksessä on käytössä eri alojen ammattilaisia. Yhteispäivystys sijaitsee sairaalan yhteydessä ja sen toiminta on ympärivuorokautista. Tavoitteena on saattaa järjestetyn hoidon piiriin erityisesti sellaiset potilasryhmät, joilla voi muutoin olla hankaluuksia saavuttaa oikea palvelu. Tällaisia syrjäytymisvaarassa olevia potilasryhmiä ovat muun muassa maahanmuuttajat. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 71, 77.) Jotta yhteispäivystyksestä saadaan toimiva, tulee potilasohjauksen olla tarkoin ennalta suunniteltua.

Toimivassa perusterveydenhuollossa sairaan- ja terveydenhoitaja voi arvioida asiakkaan hoidontarpeellisuuden ja hoitaa mahdollisesti itsenäisesti potilaan, jolloin kaikki asiakkaat eivät ohjaudu lääkärinvastaanotolle. Jos perustason terveystyöpalvelut toimivat huonosti, päivystysvastaanotolle hakeudutaan ei-kiireellisten asioiden vuoksi innokkaammin. (Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2003b, 540–



541.) Kuitenkin lakisääteinen järjestämisvelvollisuus koskee myös ei-kiireellistä hoitoa, eikä kunta voi jättää varaamatta tarpeen edellyttämiä voimavaroja tehtävän hoitamiseen. Kunnan ja kuntayhtymän taloussuunnitelma ja -arvio on laadittava niin, että edellytykset kunnan ja kuntayhtymän tehtävien hoitamiseen turvataan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Liian pitkä odotus hoitoon pääsyssä on herättänyt tyytymättömyyttä useissa päivystyspotilaita koskevissa tutkimuksissa (Pellikka, Isola & Lukkarinen 2003, 177).

Asiakkaiden näkökulmasta katsoen ei ole turhia päivystyskäyntejä ja ongelmia syntyy silloin, kun palvelujen kysyntä on suurempi kuin tarjonta. Kuitenkin Kuopiossa suoritetussa yhteispäivystystutkimuksessa lääkärit arvioivat 14 % käynneistä aiheettomiksi päivystyskäynneiksi ja 23 % asiakkaista olisi voinut arvioin mukaan odottaa hoitontähtä pääsyä vähintäänkin seuraavaan päivään. (Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2003b, 540.) Kansainvälisesti on arvioitu, että jopa 55 % päivystykseen hakeutuneista potilaista olisi voitu hoitaa kiireettömänä peruspalvelujen piirissä. Potilaat ovat usein miehiä ja ilmiö on liitetty asiakkaiden alhaiseen sosioekonomiseen taustaan, matalaan koulutukseen ja nuoreen ikään. Paljon päivystyspalveluja käyttävät potilaat ovat usein psykososiaalisesti heikossa asemassa. Potilaat ovat olleet yleensä enemmän ahdistuneita ja levottomia kokemistaan oireista ja heidän oireensa ovat kestäneet lyhyehkön ajan. Paljon päivystyspalveluja käyttävät potilaat käyttävät runsaasti myös muita yleislääkärin, perusterveydenhuollon ja sairaalan palveluja. (Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson-Holm & Adami 2008, 181; Byrne, Murphy, Plunkett, McGee, Murray & Bury 2003, 309–310, 316.) On silti hankalaa yrittää rajata päivystykseen ohjautuvia henkilöitä, kun taustalla on subjektiivinen, koettu tarve lääkärin kontaktiin (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 900).

Päivystyksessä potilaiden tilaa arvioitaessa heidät luokitellaan hoidon kiireellisyyden, potilaan tilan vakavuuden ja hoitoisuuden mukaan (Koponen & Sillanpää, 2005). Kun kysymyksessä ei ole sairauden suhteen päivystystapaus, potilas luokitellaan E-kiireellisyysluokkaan (Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2003a, 306). E-kiireellisyysluokan potilaat ohjataan päiväaikaisten terveysasema- tai muiden palveluiden piiriin (Päivystyshankkeen arviointi 2008, 16). Etenkin pääkaupunkiseudun päivystyshankkeen myötä hoidon kiireellisyyden ja tarpeen arviointi (triage)

on osoittautunut hyödylliseksi kysynnän hallinnan työkaluksi (Vaula & Kantonen 2008, 1857).

Päivystyshankkeen edetessä on havaittu, että tietyt erityisryhmät käyttävät päivystyspalveluja paljon. Näitä ryhmiä ovat vanhukset, päihdeongelmaiset, palveluasumisen ja vanhainkotien yksiköiden asukkaat, lapset ja mielenterveysongelmaiset. (Päivystyshankkeen arviointi 2008, 4.) Tutkimuksen alkuvaiheessa ideointiseminaarissa kahdeksan päivystyksen asiantuntijaa nimesi päivystyksessä käyvien ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevien joukkoon myös terveysjärjestelmää tuntemattomat maahanmuuttajat (Harkko 2008, 4).

Päivystyshankkeeseen liittyvässä tutkimuksessa tarkasteltiin terveyskeskuspäivystykseen hakeutumisen syitä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja tutkittavien potilastietoja analysoimalla sekä Marian että Malmin terveyskeskuspäivystyksissä pääosin vuoden 2007 lopulla. Vieraskieliset henkilöt jättivät laajalti vastaamatta kyselyyn, joten asian selvittämiseksi potilastulosteet käytiin manuaalisesti läpi ja potilaat luokiteltiin niiden perusteella suomen-, ruotsin- ja vieraskielisten ryhmiin. Vieraskieliset määräytyivät kotimaisia kieliä puhuvia useammin ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevien joukkoon, ja heistä vajaa neljännes määriteltiin ei-kiireelliseksi. Vieraskielisistä miehistä 28 % määräytyi ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevien ryhmään, kun taas kotimaan kielisillä luku oli 19 %. Näistä vieraskielisten ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevien joukon suurimman ryhmän muodostivat alle 45-vuotiaat somalimiehet. (Harkko 2008, 4, 16.)

Päivystyshankkeen selvityksissä saatiin tietoa, että kiireetöntä hoitoa tarvitsevista asiakkaista eli E-ryhmän potilaista, joista esimerkiksi neljä kymmenestä ilmoitti yrittäneensä saada aikaa ongelmaansa varten terveysasemalta. Määrä on kymmenen prosenttiyksikköä korkeampi kuin muiden potilaiden kohdalla. Kolmannes ilmoitti sairasloman hakemisen yhdeksi tulosyyksi eli heillä ei ollut välttämättä varsinaista kiireellistä hoidon tarvetta, vaan he tarvitsivat todistuksen oireistaan työnantajalle. Työssäkäyvillä ei-kiireellisillä potilailla osuus oli kaksi kolmasosaa. Yleisin käyntisyys oli yli kolme vuorokautta kestänyt hengitystieinfektio. Ei-kiireellinen ryhmä oli keski-ikältään selvästi nuorempi kuin muut kiireellisyysryhmät. Nuoret matalasti koulutetut työssäkäyvät olivat suurin yksittäinen ryhmä. Rungas terveyskeskuspäivystyksen käyttö oli selvästi yleis-

sempää Helsingin sosio-ekonomisesti heikommilla alueilla eivätkä asiakkaat vastanneet sosio-ekonomiselta profiililtaan Helsingin koko väestöä. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 19.)

Psyykkinen kuormittuneisuus, joka yhdistyy usein muihin sosiaalisiin ongelmiin, oli yleisempää ei-kiireellistä hoitoa vaativilla potilailla. Alkoholien suurkulutus oli yleistä päivystyksen kävijöillä eli päihteiden käytöstä johtuvat ongelmat kuormittavat päivystystä merkittävästi, mikä todettiin esimerkiksi Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksen päivystyspoliklinikkaa koskevassa tutkimuksessa, johon osallistui 1339 potilasta. (Kantonen, Niittynen, Mattila, Kuusela-Louhivuori, Manninen-Kauppinen, Pohjola-Sintonen 2006, 4924–4925; Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 19.) Terveyskeskuspäivystyksen ei-kiireellisiksi luokiteltu kävijäkunta hyötyisi erilaisista varhaisen puuttumisen tuki-interventioista, koska terveyskeskuspäivystyksiä käyttävät muita enemmän ryhmät, joita yhdistävät tyypilliset sosiaalisen marginalisaation piirteet, kuten katkonaiset työurat, sosiaalisista suhteista syrjäytyminen ja mielenterveydelliset ongelmat. Nämä ryhmät oli myös määritelty kohdennettuja toimia tarvitseviksi riskiryhmiksi sosiaalisen syrjäytymisen vastaisessa työssä. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 19.)

Hankkeen loppuraportin (2008) mukaan potilaan päivystykselliseen hoitoon hakeutumisen synä saattaa kuitenkin olla vaiva, jonka selvittämiseen päivystyksessä voidaan osoittaa oikea hoitopolku. Vaikka potilas ei tarvitsisikaan lääkärin hoitoa päivystyksessä, tulee potilaan ongelmiin puuttua ja hänet tulee ohjata järjestetyn hoidon piiriin, jota ei ole mahdollista päivystyksessä antaa. Tavoitteena on saattaa järjestetyn hoidon piiriin erityisesti sellaiset potilasryhmät, joilla voi muutoin olla hankaluuksia saavuttaa oikea palvelu, kuten syrjäytymisvaarassa olevat potilasryhmät, joita ovat muun muassa asunnottomat, päihde- ja mielenterveysongelmaiset sekä maahanmuuttajat. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 71.) Tavoitteena on ohjata kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat heitä paremmin hyödyttävään päivääkaiseen toimintaan. Samalla arvioidaan jatkohoidon tarve, annetaan jatkohoito tai omahoito-ohjeet. Tavoitteena on myös tiedottaa potilaita siitä, että päivystyksestä tulee hakea apua vain kiireellistä hoitoa vaativiin sairauksiin. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 72–73.)

Uusi terveydenhuoltolaki annetaan eduskunnan käsiteltäväksi keväällä 2010. Uusi terveydenhuoltolaki korvaisi erikoissairaanhoidon lain ja kansanterveyslain. Lain tarkoituksena olisi lisätä mahdollisuuksia valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen. Asiakas tai potilas voisi nykyistä vapaammin valita terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009e.) Kunta- ja palvelurakennemuutostukseen (PARAS) liittyvässä valmistelussa pääkaupunkiseudulla on yhdeksi tavoitteeksi asetettu yhteispäivystysten käytön mahdollistaminen yli kuntarajojen vuoden 2010 alusta. Tämän edellytyksenä ovat paitsi yhteneväiset toimintamallit ja kriteerit myös tiedon kulun varmistaminen yli organisaatorajojen. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 8.)

Tehokkaan toiminnan edellytyksenä on ei-kiireellisten potilaiden käyntimäärien vähentäminen kaikessa päivystystoiminnassa, joka edellyttää uutta asennetta päivystystä kohtaan: käyntimääriin on hankala vaikuttaa, jos päivystystä pidetään päivätoiminnan ylivuotopaikkana. Virka-ajan ulkopuolisen terveystieteiden päivystysten käyntimääriä oli pystytty Espoossa hankkeen aikana vähentämään merkittävästi (jopa 20 % edellisvuoteen verrattuna) ottamalla käyttöön hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi menetelmä (triage). Lisäksi käytännöistä pyrittiin tiedottamaan aktiivisesti ja varmistamaan, että päivätoiminnassa noudatetaan sovittuja käytäntöjä, joista tärkeimpinä ovat yhteiset hoidontarpeen määrittelyn kriteerit sekä yhtenevä ohjaus terveysasemilta ja terveysneuvontapuhelimesta päivystysten käytölle. Tällaisia tuloksia on saatu aiemmin myös Vantaalla. Potilaiden ohjaus puhelimitse ja heidän hoidontarpeensa kiireellisyyden arvio olivat keinoja, joilla pystyttiin vähentämään päivystyskäyntien määrää. Helsingissä käyntimäärissä ei ollut tapahtunut merkittäviä muutoksia. (Kanttonen, Kauppila & Kockberg 2007, 897–901; Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 9.) Helsingissä kaikki terveysasemat ovat järjestäneet päiväaikaisen päivystysten vuonna 2008. Ylivuotoa keskitettyyn päivystykseen tapahtui vaihtelevasti. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 16.)

### 2.7.2 Somalitaustaisten potilaiden ohjaus terveystalvelujen käytössä

Maahanmuuttajat kokevat monenlaisia vaikeuksia ja esteitä tutustuessaan uuteen asuinmaahansa ja uuden yhteiskunnan palveluverkostoihin. He tulevat hyvin erilaisista yhteiskunnallisista järjestelmistä eikä heillä välttämättä ole kokemusta siitä palveluverkostosta, jossa heidän oletetaan täällä Suomessa toimivan. Palvelun hakeminen on vaikeaa, jos ei tiedä kyseisen palvelun olemassaolosta. Tiedon saamisen esteenä voi olla myös luku- tai kielitaidottomuus. Maahanmuuttajat eivät välttämättä halua ottaa tarvitsemaansa palvelua vastaan, mihin syynä saattaa olla esimerkiksi epäluottamus ja pelko viranomaisia kohtaan. Myös kyseisen palvelun alhainen taso tai sen puuttuminen lähtömaassa saattaa lisätä epäluuloa palvelua kohtaan. Toisaalta palvelujärjestelmä ei anna välttämättä maahanmuuttajataustaiselle asiakkaalle tarpeenmukaista palvelua ja tukea. Palvelujärjestelmässä ei välttämättä osata tunnistaa asiakkaan tarpeita tai tarpeet selitetään tai tulkitaan väärin. Palveluiden esteenä saattavat olla myös kulttuuriselitykset, kuten ”emme voi ottaa potilasta vastaan, koska emme tunne hänen kulttuuriaan.” (Alitolppa-Niitamo, Moallin & Novitsky 2005, 84–90.)

Terveystalveluiden piiriin ohjaaminen vaatii asiakkaan ja terveystalan ammattilaisten taholta suunnittelua, organisointia, yhteen sovittelua ja palveluiden arvioimista, joita asiakas tai hänen perheensä tarvitsevat nykyisessä elämänvaiheessaan elämäntalvelintansa tueksi. Ohjauksen tulisi tapahtua jäsentyneesti ja suunnitellusti, jotta asiakas saa kulloisenkin elämäntalvelanteensa tarpeita vastaavan tuen ja palvelut. Terveystalvelujen tuottajien näkökulmasta lopputalveloksen tulisi olla tarkoituksenmukainen ja taloudellinen. Palveluohjaus on asiakaslähtöinen työtapu, jonka tavoitteena on asiakkaan ja hänen perheensä elämäntalvelinta. Asiakkaan elämäntalvelanne tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti, jolloin perustana ovat asiakkaan ja hänen läheistensä voimavarat. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 10.) Ihmisten maahanmuuton ja ylikansallisen liikkumisen lisääntymisestä johtuen kulttuurien välisen hoitotyön osaamisen merkitys on kasvanut myös potilasohjauksessa (Leininger 1995, 3).

Ohjaus on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Ohjauksessa on keskeistä ohjattavan ja ohjaajan fyysinen, kielellinen sekä ajatteluun ja tunteisiin liittyvä toimiva vuorovaikutus. Vuorovaikutus rakentuu

myös ymmärtämykselle. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254.) Kulttuuri on olennainen ja määrittelevä osa ihmisenä olemista (Leininger 1995, 4). Tästä syystä ohjaajan ja ohjattavan kulttuuri tulee ottaa huomioon vuorovaikutusta rakennettaessa.

Terveyskeskusten isona ongelmana on, että potilaita ohjataan väärin paikkoihin. Ohjattavia ja ohjaavia sektoreita on niin paljon, että informaatiotulva hukuttaa sekä ohjaavat tahot että ohjattavat toimijat. (Myllymäki 2006, 27.) Vuonna 2005 erikoissairaanhoidon lakiin ja kansanterveyslakiin tulleiden lainmuutosten tarkoituksena oli turvata hoitoon pääsy ja hoidon saatavuus siten, että ihmiset ohjataan entistä paremmin oikeaan hoitoon, oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan. Säännösmuutoksen tavoitteena oli myös estää niin sanotusti kuntakohtaisten jonojen muodostuminen ja siten lisätä potilaiden yhdenvertaisuutta palvelun saamisessa. Potilaiden siirtely erilaisissa jonoissa tulisi estää tai potilaiden väliinpuotoaminen kunnan tai kuntayhtymän järjestämisvelvollisuuden katveeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 129–132.)

## 2.8 Terveysneuvonta

Kansanterveislain mukaan kuntien tehtävään kuuluu myös terveysneuvonta (Mattila 2005, 351–352). Terveysneuvonnalla tarkoitetaan yleensä terveydenhuollon ammattihenkilön asiakkaalle antamaa terveyttä edistävää, sairautta ehkäisevää ja hoitoa koskevaa neuvontaa (Vertio 2009). Terveysneuvonnan tehtävänä on edistää kokonaisvaltaista terveyttä ja tukea sairautta ehkäiseviä valintoja. Helsingin kaupungin tulee järjestää helsinkiläisille asukkaille tarpeellinen terveysneuvonta. Kunnan tulee huolehtia siitä, että asukkaat saavat tiedon terveystalouksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009f.) Ihmiset muistavat ja käsittelevät asioita eri tavalla, mikä tulisi huomioida neuvontaa suunniteltaessa. Tehokkaan neuvonnan edistämiseksi se kannattaa suunnitella asiakaslähtöisesti. (Kääriäinen, Ukkola, Kyngäs & Torppa 2006, 12.) Helsingissä tutkituista 40-vuotiaista suomalaismiehistä (n=273) vain pieni osa (2–4 %) koki saaneensa terveysneuvontaa hoitohenkilökunnalta. Vaimolta ohjeita oli saanut 20–30 % tutkituista suomalaismiehistä. (Näslindh-Ylispangar 2008, 53.)

Ympäri vuorokautista terveysneuvontaa pääkaupunkiseudulla puhelimitse tarjoaa terveysneuvonta -puhelinpalvelu, jossa terveydenhuollon ammattilainen antaa tietoa sairauksien hoidosta, itsehoidosta ja terveyspalveluista sekä yhdistää asiakkaan tarvittaessa päivystykseen. Organisaatioiden välisessä tiedottamisessa pyritään edelleen terveysneuvonnan kehittämiseen toiminnaksi, josta potilas saa mahdollisimman kattavan ohjauksen yhden kontaktin periaatteella. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 67.) Terveysneuvontapalveluissa pyritään siis ”yhden palvelupisteen” -periaatteeseen, jotta asiakkaat saisivat yhdellä kertaa vastauksen erilaisiin terveystyöskysymyksiin. Jotta terveysneuvonta olisi tehokasta, terveysneuvonnassa tulee olla laaja tuntemus terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista pääkaupunkiseudulla. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 68.) Päivystyshankkeen loppuraportista ilmeni, että ei-kiireellisiksi luokiteltujen asiakkaiden päivystyskäyntejä ehkäisevän terveysneuvontapuhelimen käyttö oli vähäistä (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 16).

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten alle 45-vuotiaat somalimiehet kuvaavat käsityksiään terveydestä. Lisäksi olemme kiinnostuneita heidän kokemuksestaan terveyspalvelujen käytöstä ja saamastaan terveysneuvonnasta Helsingissä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta kulttuurista tietoa terveyspalvelujen käyttöön liittyvän ohjauksen kehittämiseksi tämän ryhmän osalta. Opinnäytetyöstä saaduilla tiedoilla ja tuloksilla voidaan osaltaan kehittää maahanmuuttajien terveyspalveluja ohjaamalla asiakkaita oikein. Nyt Helsingin julkisen terveydenhuollon palvelut ja asiakkaiden tarpeet tai tiedot palvelujärjestelmästä eivät aina kohtaa. Palvelujen tarjoajan ja asiakkaan väliset kulttuurierot saattavat vaikeuttaa tarkoituksenmukaisiin palveluihin hakeutumista. Tietämättömyys palvelutarjonnasta ja kieliongelmat saattavat olla esteenä maahanmuuttaja-asiakkaan palveluiden käyttöön. (Mölsä & Tiilikainen 2008, 60.) Tämän pohjalta nousevat esiin seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten somalimiehet kuvaavat terveyttä?
2. Millaisia kokemuksia somalimiehillä on terveyspalveluiden käytöstä Helsingissä?
3. Millaisia kokemuksia somalimiehillä on saamastaan terveysneuvonnasta Helsingissä?



#### 4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Koska olemme kiinnostuneita somalimpiesten kuvauksesta terveydestä, kokemuksista terveyspalveluiden käytöstä ja heidän saamastaan terveysneuvonnasta, olemme valinneet tutkimuksen lähestymistavaksi laadullisen tutkimuksen (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157). Laadullisella tutkimuksella saadaan esille niitä merkityksiä, joita haastateltavat somalimiehet antavat ilmiöille ja tapahtumille. Tutkittavaa todellisuutta jäsennetään tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta (Kylmä, Hakulinen & Pelkonen 2004, 252).

##### 4.1 Opinnäytetyön kohderyhmä

Opinnäytetyön alkuvaiheessa työelämätaho eli päivystyshankkeen yhteyshenkilöt toivoivat meidän haastattelevan harkinnanvaraisesti valittuja somalimiehiä, joiden päivystyspalvelujen käytöstä ei ole tietoa. Tarkoituksena oli siis saada päivystyspalvelujen käytön suhteen erilaisia tiedonantajia, jotka kuvaisivat yleisesti käsityksistään terveydestä, kokemuksiaan terveyspalvelujen käytöstä ja terveysneuvonnasta Helsingissä. (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Koska tarkoituksena ei ollut käyttää tiedonantajia, joilla olisi eniten kokemuksia terveys- tai päivystyspalvelujenpalvelujen käytöstä, sopi aineistonkokoamismenetelmäksi niin sanottu lumipallo-otanta. Lumipallo-otanta sopi menetelmäksi myös, koska kohderyhmä oli hankala tavoittaa. Lumipallo-otannan tarkoituksena oli etsiä avainhenkilö, joka johdattaisi meidät ensimmäisen tiedonantajan pariin, joka taas esittelisi seuraavan tiedonantajan. (Metsämuuronen 2009, 45; Tuomi & Sarajärvi 2004, 88.) Haastattelujen alkuvaiheissa etsimme avainhenkilöitä useiden kanavien kautta puhelimitse ja sähköpostitse. Otimme yhteyttä somalijärjestöön, kulttuurikeskukseen, somalialaistaustaiseen terveydenhoitajaopiskelijaan, Helsingissä sijaitsevaan moskeijaan ja erään helsinkiläisen yhdistyksen tiloissa kokoontuvaan somaliryhmään. Lopulta löysimme kaksi avainhenkilöä, jotka ohjasivat meidät ensimmäisten tiedonantajien pariin, ja etenimme haastatteluissa siinä järjestyksessä kuin meidät esiteltiin seuraaville tiedonantajille. Avain-

henkilöt löytyivät helsinkiläisestä moskeijasta ja helsinkiläisen yhdistyksen tiloissa koontuvasta somaliryhmästä, eli näiden tahojen kautta saimme haastateltavia lumipallo-otannon avulla. Kaikki somalimiehet omaavat käsityksen terveydestä, mutta koska haastateltavat somalimiehet olivat harkinnanvaraisesti valittuja esimerkiksi suhteessa heidän kokemuksiensa määrään terveystalvelujen käytöstä, halusimme mahdollisimman monta somalimiestä kuvaamaan kokemuksiaan. Valinnan kriteereinä olivat opinnäytetyön kohderyhmään kuuluminen ja halu kertoa kokemuksistaan. Opinnäytetyön tiedonantajiksi saatiin 12 alle 45-vuotiasta somalimiestä.

Haastateltavat asuivat eri puolilla Helsinkiä. Kaikki haastateltavat olivat muslimeja. Kaikki osallistujat puhuivat suomea. Kaikkien haastateltavien äidinkieli oli somalia. Nuorin haastateltavista oli 24-vuotias ja vanhin 44-vuotias. Somalimiehet olivat olleet Suomessa kahdeksasta kuukaudesta yhdeksääntoista vuoteen. Haastatelluista 7 oli töissä Suomessa. Haastateltavista 10 oli naimisissa ja 9 miehellä oli lapsia. Lapsien lukumäärä vaihteli 2–5 lapseen, yksi haastateltavista ei halunnut kertoa, kuinka monta lasta hänellä oli. Kahdeksalla somalimiehellä oli perheet Suomessa. Haastatelluista somalimiehistä yhdellätoista oli harrastuksia ja 10 miehen harrastuksiin kuului jalkapallo. Kaikki haastatellut somalimiehet sanoivat, etteivät he käytä alkoholia, tupakkaa tai huumeita. Suurin osa somalimiehistä oli opiskellut peruskoulun ja lukion Somaliassa. Haastatteluhetkellä 3 haastateltavaa opiskeli suomenkieltä ja 7 oli suorittanut korkeakoulututkinnon Suomessa.

#### 4.2 Aineiston hankintamenetelmä

Valitsimme opinnäytetyön aineiston hankintamenetelmäksi teemahaastattelun, koska haluamme tietää miten somalimiehet kuvaavat terveyttä ja heidän kokemuksiaan terveystalveluiden käytöstä ja saadusta terveystalveluista. Teemahaastattelu sopii opinnäytetyöhömme, siksi että keskeistä työssä ovat juuri somalimiesten kokemukset asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset. (vrt. Anttila 2005, 195.) Teemahaastattelussa (Liite 2) edetään tiettyjen keskeisten teoreettisesta viitekehuksesta nousseiden teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2004, 77). Esimerkiksi kysyessämme somalimiehitä kuvausta terveydestä käytimme apukysymyk-

senä kysymystä hyvästä olosta, mikä suuntasi vastauksia terveyden moniulotteisempaan määrittämiseen. Teema-alueet ja aihepiirit pysyivät samana haastattelusta toiseen, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto vaihtelivat. Tämä on teemahaastattelulle tyypillistä. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2004, 45–46.)

Haastattelut oli mahdollista toteuttaa rauhallisessa, haastateltaville tutussa ympäristössä moskeijassa ja helsinkiläisen yhdistyksen tiloissa. Vuorovaikutus koostuu haastattelussa ihmisten sanoista ja niiden kielellisestä tulkinnasta ja merkityksestä. Kielen keskeinen merkitys on tunnusomaista haastattelulle. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 48–49.) Sekä haastattelua laadittaessa että haastattelutilanteessa kiinnitimme erityistä huomiota selkokielisyyteen, koska haastateltavat eivät puhu suomea äidinkielenään. Käytimme tarvittaessa englantia selventävänä kielenä. Somalin kirjoitettu kieli on luotu vuonna 1972 ja suullinen viestintä on edelleen kirjallista viestintää arvostetumpaa (Lilius 1996, 109). Haastattelutilanne saattaa muistuttaa liikaa viranomaishaastatteluja pakolaiskeskuksissa (Tiilikainen 1999, 56). Tästä syystä varauduimme siihen, että haastateltavat eivät halua keskusteluja nauhoitettavan. Haastateltaessa yhdeksän somalimiestä suostui nauhurin käyttöön ja kolme halusi, että muistiinpanot tehdään kirjallisesti. Aineisto kerättiin syksyllä 2009 teemahaastattelun avulla.

#### 4.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, jonka tuloksena syntynyt tieto on kuvailevaa. Analyysin tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten alle 45-vuotiaat somalimiehet kuvaavat käsityksiään terveydestä ja heidän kokemuksiään terveyspalveluiden käytöstä ja saadusta terveyteen liittyvästä neuvonnasta Helsingissä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysimenettelytavan avulla voidaan analysoida haastatteluista saatua aineistoa objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysimenetelmällä pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 93, 105; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–4.)

Aloitimme opinnäytetyön sisällön analyysin nauhoitetun haastatteluaineiston puhtaaksi kirjoittamisella sana sanalta (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217). Tutkimuskysymykset ja niihin sisältyvät teemat ohjasivat auki kirjoitetun aineiston lukemista. Luimme molemmat opinnäytetyön tekijät aineiston läpi useita kertoja, minkä tarkoituksena oli luoda pohja analyysille. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Aukikirjoitetusta aineistosta etsittiin tutkimuskysymyksiä kuvaavia ilmauksia, joiden perusteella aineistoa jaettiin tutkimuskysymysten ja niihin sisältyvien teemojen mukaan eli haastatteluista poimitut alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin tutkimuskysymyksittäin eri ryhmiin. Ilmaukset luokiteltiin ryhmässä sisällön perusteella omiin kategorioihinsa. Kategoriat nimettiin aineiston sisältöä kuvaaviin käsitteisiin, kuten terveyttä edistävät toiminnot. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–6; Tuomi & Sarajärvi 2004, 102–103; 110–115.) Sisältöä kuvaavista käsitteistä muodostettiin yläkategoriat, kuten esimerkiksi terveyskäyttäytyminen. Näin menetellen saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin; esimerkiksi somalimiehet kuvasivat terveyttä kuvaamalla runsaasti terveyskäyttäytymistä. Taulukoissa 1 ja 2 esitellään aineiston abstrahointia, jossa luokitellaan somalimiesten kuvauksia terveydestä (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–6; Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–113).

Taulukko 1. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja abstrahoinnista kohdassa terveyskäyttäytyminen:

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Itsehoitokeinot Lääkärin konsultaatio Koraanin elämäntapa-ohjeet Siisteys Uskonnollisten ohjeiden ja velvollisuuksien noudattaminen Rukous Liikunta Hygieniasta huolehtiminen	Terveyttä edistävät toiminnot	Terveyskäyttäytyminen
Uskonnollisten velvollisuuksien laiminlyönti Päihteet Tupakka Rasvainen ruoka	Terveyttä vahingoittavat toiminnot	

Taulukko 2. Esimerkki aineiston abstrahoinnissa muodostetusta yhdistävästä kategorias-  
ta:

Kuvaus terveydestä						
Terveyskäyttäytyminen	Sosiaalinen terveys	Hengellinen terveys	Terveyden arvo	Ympäristön vaikutus terveyteen	Psyykkinen terveys	Fyysinen terveys

## 5 TULOKSET

### 5.1 Somalimpiesten kuvaus terveydestä

Somalimpiesten kuvaus terveydestä voidaan jakaa seitsemään osaan: terveyskäyttäytymiseen, sosiaaliseen terveyteen, hengelliseen terveyteen, terveyden arvoon, ympäristön vaikutukseen terveyteen, psyykkiseen terveyteen sekä fyysiseen terveyteen. Esittelemme haastateltujen somalimpiesten terveyden kuvauksien kategoriat siinä järjestyksessä kuinka laajasti ne aineistossa esiintyivät. Kaikki haastatellut kokivat oman terveytensä vähintäänkin melko hyväksi.

#### 5.1.1 Somalimpiesten terveystyöt

Somalimiehet kuvasivat terveyttä terveydelle haitallisten ja terveyttä edistävien toimintojen avulla. Terveydelle haitallisina asioina nähtiin uskonnollisten velvollisuuksien laiminlyönnin lisäksi päihteet, tupakka, rasvainen ruoka, vähäinen liikunta ja epäsiisteys. Vastaavasti somalimiehet kuvasivat edistävää terveyttään välttämällä päihteitä ja tupakkaa. Terveellisen, etupäässä vähärasvaisen ruokavalion noudattaminen koettiin terveydelle edulliseksi. Riittävästä liikunnasta ja hygieniasta huolehtiminen koettiin tärkeäksi terveydelle. Kaikki somalimiehet kertoivat pelaavansa ainakin satunnaisesti jalkapalloa.

Omaa terveyttä koettiin myös voivan edistää infektioiden välttämällä, esimerkiksi pidentäytymällä läheisestä kontaktista, kuten kätelevästä flunssaisen ihmisen kanssa. Käsi pesulla WC-käynnin ja ruokailun yhteydessä koettiin olevan terveyttä edistävä ja sairauksia ehkäisevä vaikutus. Asunnon siisteydestä huolehtiminen koettiin osana oman terveyden hoitamista. Myös omalla toiminnalla stressin vähentämiseksi koettiin olevan positiivinen vaikutus terveyteen. Somalimiehet kokivat, että terveydelle on tärkeää huolehtia oman elämänsä säännöllisyydestä ja riittävästä unesta.

Somalimiehet kertoivat hakeutuvansa usein heti lääkärin vastaanotolle, jos he huomaavat terveydessään jotain poikkeavaa. He kokivat, että lääkärissä käynti on keino vaikuttaa omaan terveyteen ja luottivat lääkärin arvioon terveydestään enemmän kuin omaansa. Somalimiehet kuvasivat myös hakeutumista lääkärintarkastukseen tavaksi edistää omaa terveyttään: lääkäri tutkii, että kaikki on hyvin eikä tarvitse kantaa huolta terveydestä, mikä heikentäisi terveyttä.

Somalimiehet mainitsivat käyttävänsä sairastuttuaan rukousta itsehoitokeinona. Koraaenin elämäntapaohjeet, kuten kieltäytyminen alkoholista, edistävät terveyttä. Uskonnollisten ohjeiden ja velvollisuuksien noudattaminen edistää terveyttä. Olemalla lähellä jumalaa, pystyy samalla hoitamaan terveyttään. Rukousta pidettiin tärkeänä terveydelle sekä sairauksien ehkäisyyn että niistä paranemisen kannalta.

*Terveys on sitä, että elää uskonsa ja sen tuomien velvoitteiden mukaisesti.*

Vaikka somalimiehet kuvasivat terveyden olevan täysin Allahin käsissä, he käyttivät toisinaan rukouksen lisäksi myös muita itsehoitokeinoja: esimerkiksi apteekin ilman reseptiä saatavia lääkkeitä, kuuman veden juontia, höyryhengitystä ja valkosipulia ennen lääkärille hakeutumista.

### 5.1.2 Sosiaalinen terveys

Somalimiehet kuvasivat sosiaalisen terveyden tunnetta edistäviä ja sitä uhkaavia tekijöitä. Somalimiehet määrittelivät terveyttä sosiaalisten suhteiden kautta: perhe, ystävät, uskonnollinen yhteisö ja yhteisöllisyys koettiin terveydelle tärkeiksi, sitä edistäviksi tekijöiksi. Somalimiesten kertomuksissa toistuivat muslimien vahvat sidokset toisiinsa, yhteisöllinen kulttuuri ja perhe heidän koetun hyvinvointinsa tärkeinä tekijöinä. Läheisten hyvinvointi koettiin myös tärkeäksi omalle terveydelle. Somalimiehet kokivat, että suvaitsevaisuus ja monikulttuurisuus ovat lisääntyneet Suomessa. He kokivat Suomen turvalliseksi paikaksi asua. Pidempään Suomessa asuneet kokivat Suomen toiseksi kotimaakseen. He kokivat myös valtaväestön kulttuurin rikastuttavan omaa kulttuuriaan ja päinvastoin.

*Eri kulttuurin ja eri värinkin edustajana mä nään omastakin puolesta tällaisen positiivisenkin vaikutuksen tälle yhteiskunnalle, että tuo tällaista erilaista näkökulmaa, erilaisuutta. Mun mielestä se on rikkautta.*

Työllä ja opiskelulla oli tärkeä rooli somalimpien hyvinvoinnille. Opinnäytetyön somalimiehet olivat erityisen tyytyväisiä mahdollisuuteen opiskella ja käydä töissä: lähes kaikki somalimiehet kuvasivat terveyden olevan juuri mahdollisuutta opiskella ja käydä työssä. Työ ja opiskeluympäristössä solmittiin myös sosiaalisia suhteita. Työttömyys vastaavasti heikensi koettua terveyttä.

Läheisten jääminen Somaliaan tai lähtö muihin maihin kuin Suomeen koettiin omaa terveyttä heikentäväksi tekijäksi. Somalimiehet kantoivat myös huolta vaimoistaan terveyspalveluiden asiakkaina. He kertoivat huolensa siitä, ettei vaimo tule ymmärretyksi terveyspalvelujen asiakastilanteissa johtuen kieli- ja kotoutumisongelmista. Vain kahdella haastatelluista oli suomea äidinkielenään puhuvia ystäviä, joita he näkivät työn tai opiskelun ulkopuolella. Somalimpien läheisemmät kontaktit valtaväestöön olivat pääosin työn ja opiskelun kautta. Somalimiehet olivat tutustuneet myös moskeijassa suomea äidinkielenään puhuviin muslimeihin. Osa haastatelluista nimesi suomalaisiksi kontakteikseen naapurinsa. Somalit kokivat valtaväestöön tutustumisen haasteelliseksi. Tutustumisen esteiksi nimettiin joidenkin valtaväestöön kuuluvien päihteiden käytön luoma epävarmuus ja sisäänpäinkääntyneisyys. He kokivat, että tutustuminen tapahtuu hitaasti; toisin kuin somalikulttuurissa. Heidän mielestään yhteiskunta on yksilöllisyyttä korostava ja he ihmettelivät, miten valtaväestöön kuuluvat ihmiset kestävät yksinäisyyttä. He kuvasivat yksinäisyyttä tappavaksi.

*Meidän kulttuurissa, jos joku on yksinäinen, hänet nähdään apua tarvitseva ihmisenä.*

*Tällainen itsenäisyys ja yksinäisyys, se on todella outoa.*

Somalimiehet kokivat kuitenkin, ettei vieraan kulttuurin ympäristö tarjoa heille samantaisia verkostoja kuin lähtömaassa, jolloin oman muslimiyhteisön merkitys korostuu. Osa somalimiehistä koki Suomessa syrjintää, mikä vaikuttaa terveyteen heikentävästi. Somalimiehet kokivat, että mahdollisuus olla Suomessa omana itsenään, oman kulttuurin ja uskonnon edustajana niin, että ympärillä olevat ihmiset kunnioittavat heitä, on tärkeää terveydelle.



### 5.1.3 Hengellinen terveys

Hengellisyys nousi somalimpien kuvauksissa erittäin merkitykselliseksi terveyden kannalta. Uskonnolle annettiin suuri – jollei suurin – rooli terveyttä edistävänä ja sitä ylläpitävänä tekijänä: terveyden vahvistamisessa jumalalla on suurin rooli. Terveys tulee Allahilta ja vastaavasti jos on sairas, täytyy uskoa, että Allah haluaa auttaa. Jumalan läsnäolo vaikuttaa terveyteen.. Ihminen ei voi vaikuttaa yhtä paljon, jos ollenkaan, terveyteensä kuin jumala: Allah suojelee terveyttä. Usko ja luottamus jumalaan tuo myös onnellisuutta ja suojaa psyyken sairauksilta.

### 5.1.4 Terveiden arvo

Kaikki haastatellut antoivat elämässään terveydelle suuren arvon ja kuvasivat hyvinvoinnin rakentuvan terveydelle. Terveyttä pidettiin elämän perusedellytyksenä. Terveys oli somalimpien kertomuksissa edellytys kaikelle toiminnalle. He kertoivat terveyden olevan kaikkein tärkeintä elämässään.

*Ilman terveyttä ei ole elämää.  
Terveys on elämän ydin.  
Terveuteen liittyy kaikki.*

Haastatellut somalimiehet kuvasivat, miten tärkeää on tuntee itsensä terveeksi: jos tuntee itsensä sairaaksi, se vaikuttaa koko elämään heikentävästi. Terveiden arvo jäsenyi somalimpien kuvauksissa paljon myös toimintakyvyn kuvauksen kautta. Somalimpien terveydelle antama arvo näkyi myös kiinnostuksena terveyttä kohtaan.

### 5.1.5 Ympäristön vaikutus terveyteen

Somalimpien kertomuksissa esiintyi ympäristön sekä heikentävä että vahvistava vaikutus terveyteen. Ympäristöstä puhuessaan somalimiehet puhuivat ympäröivän yhteiskunnan rakenteista ja ilmastosta. Somalimpien kuvaukset ympäristön vaikutuksesta terveyteen voidaan jakaa kahteen alakategoriaan: terveelliseen ympäristöön ja ympäristön luomiin uhkiin terveydelle. Somalimpien kuvauksissa terveellinen ympäristö tar-

koitti puhtautta, rauhaa, ympäröivän rakenteellisen yhteiskunnan hyväksyntää ja tarttuvien tautien ehkäisyä. Somalimiehille terveellinen ympäristö antaa yksilölle myös oikeuden sairastaa ja oikeuden tuntea kokonaisvaltaisesti. Suomalaisen ympäristön terveydelle luomasta uhasta he mainitsivat Suomen kylmän ilmaston, ympäröivien ihmisten hiljaisuuden ja niin sanotun auringon rytmin puuttumisen. He kokivat sekä psyykkisesti että fyysisesti kuormittavaksi talven pimeän ajan ja vastaavasti kesän valoisien öiden aiheuttamat unirytmien häiriöt.

*Kotimaassani Somaliassa on kaunis ilma. Päivä kestää 12 tuntia ja yö 12 tuntia. Päivällä paistaa aurinko. Ei ole kylmä eikä kuuma, on lämmin, normaali... Suomalaiset on hiljaa. Kadunkulmissa, kadulla, bussissa tai hississä ei puhuta mitään. Somalialaiset ovat erilaisia, somalit puhuvat paljon.*

Somalimiehet kertoivat vieraskielisen ympäristön aiheuttavan joitain uhkia terveydelle, jos ei omaa riittävää suomen kielen lukutaitoa. Saattaa olla vaikeuksia noudattaa kirjallisia terveyteen liittyviä ohjeita tai välttää itseä allergisoivia aineita erilaisissa tuotteissa, kun ei tiedä, mitä tuotteet tarkalleen sisältävät.

*Minulla on allergioita ja kun olen Somaliassa, tiedän mitä kaikki aineet sisältävät. Suomessa voi olla vaikeaa lukea mitä esimerkiksi saippua sisältää.*

#### 5.1.6 Psykkinen terveys

Terveyden kuvauksissa somalimiehet kuvasivat psyykkisen terveyden uhkia ja psyykkisen terveyden tunnetta edistäviä tekijöitä. Psykkinen terveyden tunnetta edistivät henkisen hyvinvoinnin tunne ja hyvä mielenterveys: elämä ilman murheita, koti-ikävä, huolta kotimaasta, stressiä, masennusta ja muita psyykeen sairauksia. Terveys oli sisäistä rauhaa, ystävällisyyttä, iloisuutta ja kiinnostusta ympäröivään elämään. Terveys oli myös elämän sisällön löytymistä. Positiivisella asenteella koettiin olevan psyyken terveyttä edistävä vaikutus.

Uhia psyykkiselle terveydelle olivat unettomuus, masennus ja muut psyyken sairaudet. Psyyken vaivoja oli somalimpiesten mukaan vaikeampi itse havaita. Psyyken sairaus

saattoi esimerkiksi ilmetä heikentyneenä kiinnostuksena ulkomaailmaan. Somalimiehet kuvasivat Somalian sotatilan vaikuttavan psyykkiseen hyvinvointiinsa heikentävästi. Ajatukset saattoivat olla Somaliassa ja sodassa ja psyykkistä hyvinvointia parantaisi sodan loppuminen Somaliassa.

#### 5.1.7 Fyysinen terveys

Haastatellut somalimiehet kokivat fyysisen terveytensä vähintäänkin melko hyväksi. Terveiden kuvauksen fyysiset elementit sisälsivät pääosin fyysisen terveyden tunnetta edistäviä ja sitä uhkaavia tekijöitä. Fyysisen terveyden tunnetta lisäsi fyysinen riippumattomuus ja hyvä toimintakyky: voimakas olo, mahdollisuus elää normaalia elämää ilman fyysisiä rajoitteita, eli kyky toteuttaa itseään, hoitaa arkipäivän fyysisiä toimintoja, liikkua, syödä ja nukkua ilman fyysisiä rajoitteita. Fyysistä terveyttä uhkasivat sairaudet, kipu, huonovointisuus, lääkärin tarve ja heikko olo. Fyysiset oireet aiheuttivat myös psyykkistä stressiä ja unettomuutta. Unettomuutta somalimiehet kuvasivat vakavana uhkana myös fyysiselle terveydelleen.

#### 5.2 Somalimiesten kokemuksia terveystalvelujen käytöstä Helsingissä

Kuvatessaan kokemuksiaan terveystalvelujen käytöstä somalimiehet kertoivat enimmäkseen lääkäriellä käymisestä. Somalimiesten kertomuksista käy ilmi, että lääkärielle hakeudutaan melko matalalla kynnyksellä ja lääkärin ammattitaitoon luotetaan. Terveystalvettä pidetään hyvin tärkeänä, joten jos somalimiehet kokevat terveyden heikentyneen tai sairauden oireita, on heidän mielestään tarpeellista hakeutua lääkäriin vastaanotolle, jotta toimintakyky säilyy hyvänä. Terveystalvelujen muita toimijoita olivat lääkäreiden lisäksi terveyden- ja sairaanhoitajat, hammaslääkäri, Aids-tukikeskus ja 10023-terveysneuvonta-puhelinpalvelu. Somalimiesten kokemukset terveystalvelujen käytöstä sisälsivät kuvausta heidän odotuksistaan terveystalveluja kohtaan, heidän kokemuksiinsa hoitoon pääsystä, heidän kuvaustaan palvelujen käytöstä ja kokemastaan tyytyväisyydestä palveluihin.

### 5.2.1 Odotukset terveystalveluja kohtaan

Haastellut somalimiehet odottivat terveystalveluilta lyhyempiä jonotusaikoja, nykyistä enemmän henkilökuntaa, monikulttuurista osaamista, laadukkaita ja luotettavia palveluita sekä toimivia tulkkipalveluja. Yksi haastatelluista toivoi, ettei raskaana olevien naisten, vanhusten ja lasten tarvitsisi odottaa pitkään lääkärin vastaanotolle pääsyä. Osa somalimiehistä toivoi välitöntä pääsyä lääkärin vastaanotolle ilman ajanvarausta.

Somalimiehet odottivat nykyistä enemmän kulttuurista osaamista sekä valtaväestön että somalien taholta. Yksi somalimiehistä toivoi, että mieslääkäri hoitaisi miespotilasta ja nainen naispotilasta. Somalimiehet kertoivat, ettei heidän kulttuurissaan muslimimiehillä ole tapana kätellä naisia, minkä he toivoivat huomioitavan etenkin naislääkärin vastaanotolla. He kuvasivat tätä sanoen, että sekä hoitohenkilökunnalla että maahanmuuttajilla olisi parantamisen varaa vuorovaikutussuhteessa, koska ennakkoluuloinen käyttäytyminen saattaa tulla joko maahanmuuttajien tai hoitohenkilökunnan puolelta. Yksi haastateltu somalimies kertoi tämän ilmenevän etenkin tilanteissa, joissa maahanmuuttajalla ja hoitohenkilökunnalla ei ole yhteistä kieltä, jolloin tulkin läsnäolo olisi todella tarpeellista.

Yksi haastateltu somalimies kuvasi myös kielimuurin ongelmalliseksi, koska varsinkin ajanvaraustilanteessa on vaikea kuvata tilannetta, jonka takia tarvitsisi lääkärinaikaa. Somalimiehet kokivat, että olisi hyvä jos esimerkiksi alueilla, joissa asuu paljon maahanmuuttajia, olisi myös terveystalvelualla enemmän maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä, jotka voisivat toimia kulttuurin ja tarvittaessa kielenkin tulkkina. Kulttuuriset erot ilman kielimuuriakin voivat aiheuttaa viestien väärintulkintaa terveydenhuollon henkilöstön ja maahanmuuttaja-asiakkaan välillä.

*Terveydenhoitajilla ja väestön neuvajilla täytyy olla tietyllä tavalla herkkyyttä vähän ehkä enemmän niinkuin laajalla perspektiivillä. Kun ihmiset soittaa eikä ole välttämättä yhteistä kieltä, ei tuu tarpeeksi niinkuin selitetyä ja silloin jos ihmiset ei saa lääkärin aikaa siihen huoleensa niin ne vähän turhautuu. Ja yhtäläillä välillä kuulee sairaanhoitaja, jolle soitetaan aamulla, en puhu pelkästään somaleista vaan muutenkin maahanmuuttajista, mut et pienistä jutuista hakeudutaan sairaalaan ja lääkäriin ja akuuttiaikaa yritetään. Että puolin ja toisin täytyy olla valmiudet, että he pystyvät tukemaan asiakkaita näissä tilanteissa, joilla ei ole välttämättä*

*suomen kieli hallussa eivätkä pysty kuvaamaan minkä takia sairastuivat tai mikä on sairauden ilmenemismuoto ja piirteet.*

Somalimiehet odottivat henkilökunnalta ystävällisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä, joita pidettiin asiantuntijuuden lisäksi ammatillisuuden tunnusmerkkeinä. Somalimiehet odottivat enemmän terveyteen liittyvää neuvontaa vastaanoton yhteydessä, etenkin lääkäreiltä. He toivoivat ihmisläheistä vuorovaikutusta, jolloin heidät huomioitaisiin kokonaisvaltaisesti. He toivoivat hoitohenkilökunnalta suorapuheista ja selkeää viestintää asioidessaan terveyspalveluiden piirissä.

### 5.2.2 Kuvaukset hoitoon pääsystä

Puolet haastatelluista koki terveyteen liittyvissä ongelmissa hoitoon pääsyn vaikeaksi. Somalimiehet kuvasivat hoitoon pääsyn kestävästi ajallisesti liian kauan, jolloin terveydentila voi huonontua. Työterveyspalvelut koettiin sujuvampana hoitoon pääsyn kannalta kuin perusterveydenhuollon palvelut. Yksi haastatelluista somalimiehistä koki hoitoon pääsyn ”taktiikkalajiksi”. Hänen kokemansa mukaan varattaessa aikaa terveyskeskukseen kannattaa yrittää saada akuuttiaika, koska tavallista vastaanottoaikaa joutuu odottamaan liian kauan. Yksi somalimies kuvasi hoitoon pääsyn täysin sattumanvaraiseksi tai riippuvaiseksi ajanvarauksen henkilöstä.

Somalimiehet kokivat hankaluuksia puhelimesta ajanvarausta tehdessään. Heidän mielestään heitä ei aina ymmärretty, ja heitä pyydettiin jäämään kotiin seuraamaan tilannetta, vaikka he itse kokivat vaivansa vaativan aikaa lääkärin vastaanotolle. Somalimiehet kokivat, että hoitoon pääsyä vaikeutti se, että ihmisiä ei hoideta yksilöinä vaan oireiden mukaisesti.

*He sanovat, ettei tämä ole mitään vakavaa. Mutta minä sanoin, että ehkä minä olen erilainen.*

Hoitoon pääsyn esteenä olivat usein myös huonot tiedot palvelujärjestelmästä. Opinnäytetyön somalimiehet eivät tieneet, minne palvelupisteeseen hakeutua ja milloin. Jotkut haastatelluista somalimiehistä epäilivät hoitoon pääsyn esteenä olevan hoitohenkilökun-

nan ennakkoluulot, toisten kokemuksissa samaa ilmiötä kuvattiin väärinkäsityksinä sekä hoitohenkilökunnan että asiakkaan puolelta.

*Voi tulla väärinkäsityksiä, että se johtuu rasismista, kun ei saa lääkäriä itselleen. Kun ei vaan ymmärretä toisiaan, kun ei ole aikaa tai pyydetään tulemaan takaisin. Ei ole kiva, kun hoitaja tulee töihin ja hänet leimataan rassistiksi, kun haluaa auttaa. Opettelemista on molemmilla puolilla.*

### 5.2.3 Kuvaukset terveyspalvelujen käytöstä

Somalimiehet kuvasivat kääntyvänsä matalalla kynnyksellä lääkärin puoleen terveyteen liittyvissä ongelmissa. Syinä viimeisimmälle lääkärin vastaanottokäynnille somalimiehet nimesivät niskasäryn, migreenin, rokotuksen, virtsavaivan, allergian, flunssan, pienen tapaturman, univaikeudet ja huonovointisuuden. Pitkään Suomessa asuneet – he, jotka kokivat saaneensa riittävästi terveyteen liittyvää neuvontaa arvioivat tilannetta ensin itse ennen kuin hakeutuivat lääkäriin.

Puolet haastatelluista kertoi käyttävänsä eniten terveysaseman palveluja. Osa haastatelluista kertoi käyttävänsä useimmiten työterveyspalveluja. Yksi haastatelluista ei ollut käyttänyt terveyspalveluita ollenkaan maahantulotarkastuksen jälkeen. Yksi haastatelluista oli hakeutunut vain kerran maahantulon jälkeen kolmannen sektorin tarjoaman terveyspalvelun piiriin. Yksi somalimiehistä oli käyttänyt enimmäkseen yksityisen sektorin tarjoamaa palvelua, jonne hänet oli ohjattu vastaanottokeskuksesta.

Somalimiehet, jotka erottivat päivystys- ja oman terveysaseman palvelut toisistaan, käyttivät päivystyspalveluja oman terveysaseman ollessa kiinni muulloinkin kuin akuuteissa tilanteissa. Yksi somalimiehistä sanoi hakeutuvansa päivystykseen vain akuutissa tilanteessa. Somalimiehet nimesivät päivystykseen hakeutumisen syiksi muun muassa tarpeen tavata lääkäriä oman terveysaseman ollessa suljettu tai akuutin tilanteen vuoksi. Päivystykseen hakeuduttiin myös silloin, kun lääkäriä ei saatu omalta terveysasemalta tai ei ehditty päiväaikaisiin palveluihin. Osa haastatelluista somalimiehistä soitti sairastuttuaan joko terveysneuvontaan, työterveyshuoltoon tai terveysasemalle ennen lääkärille hakeutumista.

#### 5.2.4 Tyytyväisyys terveystalveluihin

Suurin osa somalimiehestä kuvasi olevansa vähintäänkin melko tyytyväinen Helsingin terveystalveluihin, vaikkei sitä heiltä erikseen kysytty. Tyytyväisyys Helsingin terveystalveluihin oli suhteessa somalimiesten kokemukseen palvelujen toimivuudesta. Myönteisiä kokemuksia terveystalveluista oli niillä, jotka olivat asioineet työterveydenhuollon tarjoamissa palveluissa. He arvioivat työterveyshuollon palvelut paremmiksi kuin julkiset palvelut. Työssäkävvät, jotka käyttivät työterveyshuollon palveluja, kokivat työterveyshuollon palvelut sujuviksi.

*Jos ei olisi työn puolesta terveystalveluja, niin kyllä se olisi huonoa. Tiedän omasta kokemuksestakin ja perheenjäsenten osaltakin, että perus julkisen puolen palvelut ovat huonoja.*

Kysyttäessä somalimiesten kokemuksia Helsingin terveystalveluista suurin osa miehistä mainitsi ensimmäisenä liian pitkän jonotusajan lääkärin vastaanotolle, mikä aiheutti tyytymättömyyttä. Heidän mielestään pienet vaivat saattoivat muuttua vakaviksi lääkärille pääsyn viivästyessä kohtuuttomasti.

*Kaikki pitäisi olla kiireellistä, jotta hoidettaisiin. Jos hoidettaisiin ennen kuin vaivasta tulee kiireellinen, se olisi parempi... Kiireellinen hoito kestää kauemmin ja on kalliimpaa.*

Yhden somalimiehen kokemuksen mukaan palvelut ovat huonontuneet viime vuosina henkilökunnan suuren vaihtuvuuden ja henkilöstöpulan takia. Somalimiesten kokemuksen mukaan terveystalvelut eivät kehity väestön tarpeiden mukaan. Lääkäreitä ja muuta henkilökuntaa on liian vähän asiakkaiden tarpeeseen nähden. Suomalaisen yhteiskunnan muuttumiseen yhä monikulttuurisemmaksi, somalimiehet kokivat, ettei henkilökunnalla ole aina riittävää monikulttuurista pätevyyttä vastaamaan heidän tai muiden maahanmuuttajien tarpeisiin. Kuitenkin somalimiehet kertoivat luottamuksestaan lääkäriin asiantuntijana ja kokivat saaneensa apua ongelmaansa päästyään lääkärin vastaanotolle.





*antaisi tabletteja, vaan antaisi enemmän informaatiota yleisesti ja siitä missä mennään.*

### 5.3.2 Somalimiesten saama terveysneuvonta

Somalimiehet olivat saaneet terveyteen liittyvää neuvontaa pääosin moskeijasta, lehdistä ja internetistä. Lehdistä terveyteen liittyvän tiedon lähteinä mainittiin muun muassa Helsingin Sanomat ja Yliopiston apteekin lehti. Apteekista somalimiehet olivat saaneet myös neuvontaa reseptivapaiden lääkkeiden käytöstä. Somalimiehet kokivat saaneensa jonkin verran terveyteen liittyvää neuvontaa terveydenhuollon henkilöstöltä, pääasiassa lääkäreiltä, joiden antamat neuvot sisälsivät pääosin itsehoito-ohjeita terveyden edistämiseksi, sairauden tai oireiden hoito-ohjeita sekä neuvoja oman voinnin seuraamiseksi. Tämän lisäksi somalimiehet olivat saaneet terveydenhuollon henkilöstöltä neuvontaa liittyen matkailuun ja rokotuksiin. Somalimiehet kertoivat saaneensa moskeijasta hyvin tietoa myös maailman terveystuutisista, kuten eri influenssaepidemioista maailmalla. He kertoivat saaneensa moskeijasta tietoa tarttuvien tautien leviämisen ehkäisystä. Somalimiehet, jotka käyttivät 10023-terveysneuvonta-palvelua, olivat saaneet puhelinpalveluun soittamalla tietoa yleisesti terveydestä, sairauksien oireista, itsehoitokeinoista ja terveyspalveluista.

Osa somalimiehistä ei ollut tietoisia sairaalan, päiväaikaisten ja päivystyspalvelujen eroista. Työssäkävillä somalimiehillä oli hyvät tiedot terveyspalveluista. Työterveys- huollon palvelujen lisäksi heillä oli hyvin tietoa julkisen sektorin palveluista. Somalimiehet, joiden tiedot terveyspalveluista oli puutteelliset, olivat saaneet tiedon palveluista sosiaalityöntekijöiltä ja vastaanottokeskuksesta. He olivat myös olleet Suomessa vähemmän aikaa kuin ne, joilla oli enemmän tietoa terveyspalveluista.

Somalimiehet olivat myös saaneet tietoa terveyspalveluista työ- ja opiskelupaikoilta, työterveyshuollosta, tutuilta, naapureilta, terveyspalveluiden neuvontanumerosta ja moskeijasta. Moskeijasta he olivat saaneet tietoa etenkin kolmannen sektorin terveyspalveluista. Kaksi somalimiestä kertoi, ettei ollut saanut ollenkaan neuvontaa terveyspalveluista. Kuitenkin he olivat osanneet hakeutua palvelujen piiriin. Toinen heistä ku-

vasi tietoa terveystalvelujen käytöstä kansalaistaidoksi, jonka hän on saanut elämäntalveluksensa myötä.

### 5.3.3 Tyytyväisyys terveystalveluun

Somalimiesten kokemuksen mukaan he eivät olleet saaneet riittävästi tietoa terveystalvelujärjestelmästä eli konkreettisesti terveystalvelujen käytöstä. Terveystalveluun ja terveystalveluja koskeva talveluun ei vastannut haastateltujen somalimiesten odotuksia. Somalimiesten kokemuksen mukaan talvelujärjestelmän rakennemuutokset hankaloittavat terveystalvelujen käyttöä. Somalimiehet kokivat esimerkiksi, että he olivat aluksi saaneet informaatiota terveystalveluista, mikä ei ollut enää myöhemmin voimassa. Somalimiehet, jotka käyttivät informaationlähteenä 10023-terveystalvelun-talvelua, olivat hyvin tyytyväisiä talveluun.

Somalimiehet kokivat kuitenkin vastaanottoajat liian lyhyiksi ja toivoivat pelkän reseptien kirjoittamisen sijasta enemmän informaatiota terveystalveluun. He kokivat, ettei lääkitilä riitä aikaa vastata muihin kuin akuuttiin vaivaan liittyviin kysymyksiin.

*Mä olen todella tyytyväinen, jos lääkitilä sanoo mulle, että mulla ei ole mitään ongelmaa, vaikka mulla on oireita joka puolella. Jos lääkitilä päättää, ettei toimenpiteitä tai lääkitilä tarvita, mä olen terve, kun lähden sieltä.*

Somalimiehet pitivät terveystalveluun liittyvää talveluun tärkeänä ja he luottivat lääkitiläiden ammattitaitoon, mutta kokivat lääkitiläiden keskittyvän liikaa vain oireiden lievittämiseen kirjoittamalla lääkitiläreseptejä sen sijaan, että he olisivat antaneet somalimiehille kokonaisvaltaista terveystalveluun liittyvää talveluun, jota he kaipasivat. Somalimiehet arvioivat talveluun vähäisyyden johtuvan osin ajan ja henkilöstöresurssien puutteesta. Somalimiehet, jotka olivat saaneet lääkitiläiltä terveystalveluun liittyvää talveluun, olivat hyvin tyytyväisiä siihen. Somalimiehet, jotka olivat saaneet lääkitiläiltä selkeää talveluun oman voiminnan arvioinnista ja seuraamisesta, kokivat hakeutuvansa lääkitiläin vastaanotolle harvemmin kuin ennen ja seuraavansa tilannetta ensin itse. He toteuttivat myös itsehoitoa lääkitiläin ohjeiden mukaisesti.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tulokset perustuvat somalimpiesten maailmankuvaan ja arvoihin. Tulokset kuvaavat somalimpiesten terveyteen, terveystalouteen ja terveysneuvontaan liittyviä ajatuksia ja uskomuksia. Tulokset tuovat osaltaan lisätietoa erityisesti islamuskoisten ja yhteisöllisistä kulttuureista tulevien maahanmuuttajien hoitotyöhön. Terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöillä tulisi olla edellytykset keskustella muista kulttuureista tulevien maahanmuuttajien kanssa terveyteen, sairauteen ja palvelujen käyttöön liittyvistä asioista. Kulttuurista näkökulmaa tarvitaan terveyteen liittyvien ilmiöiden tarkastelussa.

#### 6.1.1 Somalimpiesten kuvaus terveydestä

Haastatellut somalimiehet kuvasivat terveyttä kokonaisvaltaiseksi hyvinvoinniksi. Opinnäytetyössä tullaan siihen tulokseen, että somalimpiesten kuvaus terveydestä sisälsi runsaasti kuvausta terveyskäyttäytymisestä ja mukaili osittain Maailman terveysjärjestö WHO:n (1986) määrittelemää holistista terveyskäsitteitä: terveys oli heille myös fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen olemispuolen tasapainoa, johon vaikuttivat ympäristöön liittyvät taustatekijät.

Opinnäytetyössä haastatellut somalimiehet kuvasivat terveyttä suurimmaksi osaksi kuvaamalla terveyskäyttäytymisen ja sosiaalisen terveyden merkitystä terveydelle. Somalimiehet kuvasivat fyysistä terveyttä niukasti, mistä voidaan päätellä, että somalimiehet hahmoittavat terveyttä enemmän muiden terveyden osatekijöiden, kuten juuri terveyskäyttäytymisen ja sosiaalisen terveyden avulla.

Vaikka ihmisen tieto terveydelle vahingollisista toiminnoista ei vaikuta hänen terveyskäyttäytymiseensä automaattisesti (Oikarinen 2008, 13), somalimiehet antoivat terveydelleen suuren arvon, mikä varmasti vaikuttaa heidän terveyskäyttäytymiseensä ainakin osittain. Siitä, että terveyskäyttäytymisen kuvaus oli runsasta, voidaan päätellä,

että somalimiehet kokivat heidän voivan vaikuttaa omilla toiminnoillaan terveyteensä sitä edistäen tai heikentäen. Somalimpien terveyskäyttäytymisen kuvaus sisälsi terveellisten elintapojen kuvausta, johon liittyi olennaisena osana uskonnollisten velvollisuuksien noudattaminen, mitä voidaan pitää kulttuurisena erityispiirteenä. Uskonnollisten ohjeiden noudattamisella voidaan katsoa olevan näille somalimiehille selkeä terveyttä edistävä vaikutus, sillä kukaan haastatelluista somalimiehistä ei käyttänyt alkoholia, muita päihteitä tai tupakoinut. Päihteiden käytön he kuvasivat olevan Koraanin vastaista toimintaa, kun taas esimerkiksi Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) väitöstutkimuksessa haastatelluista 40-vuotiaista suomalaismiehistä 40 prosenttia käytti runsaasti alkoholia.

Opinnäytetyön somalimiehille sosiaalisilla tekijöillä oli suuri vaikutus koettuun terveyteen. Yhteisöllisyys ja uskonnollinen yhteisö olivat somalimpien kuvauksissa keskeisiä terveyttä edistäviä tekijöitä. Somalikulttuurin on aiemminkin todettu olevan perhekeskeisempi ja yhteisöllisempi kuin yksilöllisyyttä korostava suomalainen elämäntapa (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 88; Lassenius 1997, 3) eikä esimerkiksi yli kymmenen vuoden asuminen Suomessa ollut tehnyt muutosta haastaltujen somalimpien näkemyksiin ja arvoihin tältä osin. Kuten aiemmissa tutkimuksissa (Hautaniemi 2004 ym.), haastatellut somalimiehet pitivät perhettä ydinperhettä laajempänä käsitteenä. Tästä syystä somalimiehet kokivat esimerkiksi joidenkin läheistensä jäämisen Somaliaan uhaksi omalle hyvinvoinnilleen ja terveydelleen. Yksinäisyyden somalimiehet näkivät uhaksi terveydelle. He ihmettelivät, miten valtaväestön ihmiset kestävät yksinäisyyttä, ja pitivät yksinäisyyttä tappavana. He kokivat haasteelliseksi sosiaalisten suhteiden solmimisen valtaväestöön. Haasteen suhteiden solmimiselle asettivat osittain heidän kokemansa syrjintä ja valtaväestön yksilöllisyyttä korostava ajattelu sekä valtaväestön päihteiden käytön luoma epävarmuus. Somalimiehet toivoivat saavansa olla osana suomalaista yhteiskuntaa omana itsenään säilyttäen oman kulttuurinsa erityispiirteet.

Kaikki opinnäytetyöhön haastatellut somalimiehet pitivät mahdollisuutta työntekoon ja opiskeluun tärkeänä terveydelle, mikä johtuu varmasti ainakin osittain siitä, että somaliperheessä miehen rooli on olla perheen pää. Miehellä on vastuu perheen toimeentulosta ja tärkeistä päätöksistä. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 35–37; Tiilikainen 2003, 33–34). Vuonna 2005 työttömyysaste oli somalialaisilla 59 %. (Setu 2009, 18), mikä on huomattavasti

tavasti korkeampi kuin valtaväestöllä. Koska haastatellut somalimiehet kokivat työnteon tärkeäksi terveydelleen, voidaan katsoa työttömyyden luovan uhan paitsi somalimiesten onnistuneelle kotoutumiselle myös terveydelle. Työ- ja opiskeluyhteisön positiivinen merkitys terveydelle ja kotoutumiselle Suomeen tuli ilmi somalimiesten kertomuksista. Ne olivat tärkeitä paikkoja, joissa luotiin kontakteja myös valtaväestöön.

Somalikulttuurissa uskonnolla ja hengellisyydellä on siis selkeä terveyttä suojaava ulottuvuus. Opinnäytetyön somalimiehet mainitsivat uskonnon myös tärkeänä mielen- ja fyysisen terveyden ylläpitäjänä. Tärkeimmäksi terveyden ylläpitäjäksi ja itsehoitokeinoksi nousivat rukous ja koraanin ohjeiden noudattaminen. Kuten aiemmissa tutkimuksissa (mm. Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003; Lassenius 1997), opinnäytetyön somalimiehet kuvasivat, että viime kädessä ainoastaan Allah voi vaikuttaa terveyteen, vaikka uskonnollisuus oli osa terveyskäyttäytymistäkin esimerkiksi juuri uskonnollisten ohjeiden noudattamisen muodossa.

Selkeitä terveyden riskitekijöitä somalimiehille olivat pohjoisen ympäristötekijät: pimeys, auringon rytmin puuttuminen, kylmyys ja hiljaisuus. Tästä huolimatta kaikki haastatellut somalimiehet kokivat Suomen hyväksi maaksi asua, koska Suomessa ei ole sotaa, täällä on rauha ja puhdas ympäristö. Useat somalimiehet kuvasivat ympäristötekijöiden aiheuttavan unettomuutta, joka taas on uhka heidän terveydelleen. Vieraskielinen ympäristö voi myös aiheuttaa useita riskejä terveydelle. Somalimiehet kuvasivat esimerkiksi vaikeuksiaan lukea vieraalla kielellä kirjoitettua terveyteen liittyvää informaatiota. Esimerkiksi arjessa tuoteselosteen ymmärtäminen on tärkeää terveydelle, jotta tietää, onko tuotteessa itseä allergisoivia aineosia.

Psyykkisen terveyden kuvauksissa somalimiehet kuvasivat runsaasti mahdollisen masennuksen aiheuttamaa uhkaa psyykkiselle hyvinvoinnille. He kokivat, että psyykeen terveyttä tai sairautta oli vaikeampi itse havaita. He eivät tuoneet esille uskomuksiaan esimerkiksi sairauksien ylikuonnollisista ulottuvuuksista (Tiilikainen 2003, 40). Fyysinen terveys oli somalimiehille pääosin kokemuksellista fyysistä toimintakykyä ja fyysistä riippumattomuutta eikä mitattavissa olevaa objektiivista terveyttä, kuten viitearvojen sisällä olevaa verenpainetta. Kaikki opinnäytetyön somalimiehet kokivat terveydentilansa vähintäänkin hyväksi.

Edellä käsitellystä saadaan tietoa, miten alle 45-vuotiaat somalimiehet kuvaavat terveystä, mikä on tärkeää, koska terveydenhuoltohenkilöstön odotetaan vastaavan asiakkaiden erilaisiin kulttuuriin tarpeisiin. Siirtolaiset ja vieraista kulttuureista tulevat ihmiset odottavat yleensä, että hoitohenkilökunta kunnioittaa heidän uskomuksiaan, elämäntapojaan ja kulttuuriarvojaan (Alexander, Beagle, Butler, Dougherty, Robargs, Solotkin & Velotta 1994, 422; Leininger 2002, 6). Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on kaventaa eri ryhmien välisiä terveyseroja siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c). Kulttuurien välinen ymmärrys lisää ymmärrystä kulttuurien yhteneväisyydestä eikä etsi vain eroavaisuuksia. Syvällisempi kulttuurien tunteminen mahdollistaa kulttuurilähtöisen terveyden edistämisen, jolloin asiakkaan kulttuurista voidaan löytää keinoja hänen terveyden edistämiseksi. (Leininger 1997, 222–223.) Tällainen kulttuurinen tietämys auttaa tehokkaan asiakaslähtöisen terveysneuvonnan suunnittelussa.

#### 6.1.2 Somalimiesten kokemuksia terveystalvelujen käytöstä Helsingissä

Somalimiehet luottivat lääkärin ammattitaitoon ja he kuvasivat terveystalvelujen käytön kokemuksissa pääosin lääkärin vastaanotolla käyntiä. Kuten paljon päivystystalveluja käyttävät potilaat (Byrne, Murphy, Plunkett, McGee, Murray & Bury 2003, 309, 316.), somalimiehet hakeutuivat lääkäriin melko matalalla kynnyksellä. Kun taas vastaavasti on todettu (Näslindh-Ylispangar 2008), että 40-vuotiaat suomalaismiehet eivät hakeudu herkästi lääkärin vastaanotolle, sillä he kokevat usein terveydentilansa paremmaksi kuin mitä se todellisuudessa on.

Opinnäytetyön somalimiehet kokivat hoitoon pääsyn vaikeaksi. He odottivat terveystalveluilta lyhyempiä jonotusaikoja ja nykyistä enemmän henkilökuntaa. He kokivat haasteelliseksi pysyä mukana palvelujärjestelmän jatkuvassa muutoksessa. He toivoivat enemmän monikulttuurista osaamista, jolloin heidän ja terveydenhuollon henkilökunnan välinen vuorovaikutus paranisi ja heillä olisi yhtäläiset mahdollisuudet talvelujen käyttäjinä kuin valtaväestöllä. Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä on kaikille yhtäläinen,

mutta yhteiskunnan rakenteissa saattaa piillä syrjintää, joka voi heikentää etnisten vähemmistöjen terveyttä (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 15).

Alle 45-vuotiaat somalimiehet eivät vastaa profiililtaan Helsingin koko väestöä, ja on todettu, että runsas terveystieteiden päivystysten käyttö on selvästi yleisempää Helsingin sosio-ekonomisesti heikommilla alueilla eivätkä asiakkaat vastaa sosio-ekonomiselta profiililtaan Helsingin koko väestöä (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 19). Opin- näytetyöhön haastatelluilla somalimiehillä oli joitain yhteisiä piirteitä päivystyshank- keen yhteydessä tutkittujen ja muiden tutkimusten (Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson-Holm & Adami 2008; Byrne, Murphy, Plunkett, McGee, Murray & Bury 2003) ei-kiireellisiksi luokiteltujen potilaiden kanssa. Somalimiehet, jotka erottivat päi- vystys- ja oman terveysaseman palvelut toisistaan, käyttivät päivystyspalveluja oman terveysaseman ollessa kiinni muulloinkin kuin akuuteissa tilanteissa. Päivystykseen ha- keuduttiin myös silloin, kun lääkäriaikaa ei saatu omalta terveysasemalta tai ei ehditty päiväaikaisiin palveluihin.

Päivystyshankkeeseen liittyneiden selvitysten aikana saatiin tietoa, että kiireetöntä hoi- toa tarvitsevista asiakkaista neljä kymmenestä ilmoitti yrittäneensä saada aikaa ongel- maansa varten ensin terveysasemalta. Määrä oli kymmenen prosenttiyksikköä korkeam- pi kuin muilla potilailla. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 19.) Kaikki haastatel- lut somalimiehet olivat syntyneet Somaliassa, jossa julkiset terveydenhuoltopalvelut olivat heikkoja jo ennen sisällissotaa (Tiilikainen 2008, 80), mikä voi osaltaan hanka- loittaa suomalaisen julkisen terveydenhuoltopalvelujärjestelmän ymmärtämistä. Opin- näytetyön somalimiehet arvelivat hoitoon pääsyn esteiksi esimerkiksi mahdollisen syr- jinnän tai heidän tilanteensa väärinarvioinnin, joka saattoi heidän mukaansa johtua mo- lemminpuolisista kulttuurisista ja kielellisistä väärinymmärryksistä. Somalimiehet saat- tavat hakeutua päivystyspalveluihin, jos he kokevat, ettei heidän tilannettaan ymmärretä heidän soittaessaan aikaa terveysasemalle. Jos he eivät ymmärrä, miksi heille ei tarjota välitöntä pääsyä lääkärin vastaanotolle, he saattavat varmistaa hoitoon pääsyn hakeutu- malla päivystyspalveluihin. Osa somalimiehistä toivoi välitöntä pääsyä lääkärin vas- taanotolle ilman ajanvarausta.

Potilaat, jotka käyttävät runsaasti päivystyspalveluja, ovat olleet yleensä enemmän ahdistuneita ja levottomia kokemistaan oireista ja heidän oireensa ovat kestäneet lyhyehkön ajan (Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson-Holm & Adami 2008, 186). Myös opinnäytetyön somalimiehet kokivat, että pienet vaivat saattoivat muuttua vakaviksi lääkärille pääsyn viivästyessä kohtuuttomasti. Onkin todettu, että on hankalaa yrittää rajoittaa päivystykseen hakeutumista, kun taustalla on asiakkaan subjektiivinen kokemus lääkärin hoidon tarpeellisuudesta (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 900). Tästä syystä onkin tärkeää, että vaikka potilas ei tarvitsisikaan lääkärin hoitoa päivystyksessä, ongelmiin puututaan ja hänet ohjataan järjestetyn hoidon piiriin, jota ei ole mahdollista päivystyksessä antaa. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 71.)

Somalimiehet toivoivat, että kaupunginosissa, joissa asuu paljon maahanmuuttajia, olisi maahanmuuttajataustaista hoitohenkilökuntaa, jolloin myös tulkkipalvelujen käytössä säästettäisiin. Poliittisissa puheissa maahanmuuttajista kaivataan apua työvoimapulaan hoiva-aloilla, vaikka Suomessa jo asuvien maahanmuuttajien työttömyysaste on korkea. (Anttonen, Sointu, Valokivi & Zechner 2009, 247.) Nyt on aika panostaa enemmän jo Suomessa asuvien, esimerkiksi juuri somalitaustaisten, maahanmuuttajien koulutukseen ja työllistämiseen hoiva-aloille. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (KASTE) käynnistääkin toimenpiteitä, joiden tavoitteena on uudistaa toimintatapoja niin, että ne entistä vahvemmin edistäisivät hyvinvointia ja terveyttä. Esimerkkeinä toimenpiteistä ovat terveydenhuollon työntekijöiden osaamisen vahvistaminen ja maahanmuuttajien rekrytointi alalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 20, 36.)

### 6.1.3 Somalimiesten kokemuksia saamastaan terveysneuvonnasta Helsingissä

Somalimiehet pääosin kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi terveyteen liittyvää neuvontaa. Terveyspalveluihin liittyvää neuvontaa he kokivat saaneensa vielä vähemmän. Somalimiesten kokemus hoitohenkilökunnalta saamastaan vähäisestä neuvonnasta on samansuuntainen kuin Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) väitöstutkimuksessa saatu tulos, jossa helsinkiläisistä 40-vuotiaista miehistä vain pieni osa koki saaneensa terveysneuvontaa hoitohenkilökunnalta. Päivystyshankkeen yhteydessä on kirjattu Helsingin terveyspalveluihin liittyviä tavoitteita, kuten antaa kiireetöntä hoitoa tarvitseville



potilaille terveysohjantaa, jonka avulla he voivat hakeutua heitä paremmin hyödyttävään päivääkaiseen toimintaan. Samalla arvioidaan jatkohoidon tarve ja annetaan jatkohoitotai omahoito-ohjeet. Tavoitteena on myös tiedottaa potilaita edelleen siitä, että päivystyksestä tulee hakea apua vain kiireellistä hoitoa vaativiin sairauksiin. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 72–73.) Koska somalimiehet kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi tai ollenkaan terveysneuvontaa tai tietoa terveyspalvelujen käytöstä, tavoite ei ole heidän osaltaan vielä toteutunut.

Palvelujärjestelmä saattaa näyttäytyä monimutkaisena valtaväestöön kuuluvalla sosiaali- ja terveysalan toimijallekin. Ja esimerkiksi edelleen sen korostaminen koko väestölle, että päivystyspalvelut on tarkoitettu vain kiireellistä hoitoa tarvitseville, on perusteltua, kuten päivystyshankkeen loppuraportissa todettiin. Päivystyshankkeen tavoitteena oli saattaa järjestetyn hoidon piiriin erityisesti syrjäytymisvaarassa olevia potilasryhmiä, kuten maahanmuuttajat, joilla voi muutoin olla hankaluuksia saavuttaa oikea palvelu. (Päivystyshankkeen loppuraportti 2008, 71.) Koska osa somalimiehistä ei tiennyt, minne hakeutua terveyteen liittyvissä erilaisissa ongelmissa, tämä tavoite nousi tärkeäksi tavoitteeksi myös tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta. Vieras kieli, kulttuuri ja ympäristö asettavat maahanmuuttajille esteitä toimia tasavertaisina terveyspalvelujen käyttäjinä ja osallistujina verrattuna valtaväestöön, mikä voi kasvattaa osaltaan terveyseroja. Terveyspolitiikan tavoitteena Suomessa on koko väestön mahdollisimman hyvä terveys ja mahdollisimman pienet terveyserot eri väestöryhmien välillä (Martelin, Koskinen & Lahelma 2005, 266; Manderbacka, Teperi & Keskimäki 2006), mikä edellyttää terveyteen liittyvää neuvontaa ja toimivaa ohjausta terveyspalvelujen käytöstä – sellaista ohjausta, joka tavoittaa etniset vähemmistötkin.

Vaikka Marja Tiilikaisen (2003) väitöstutkimuksen mukaan somalinaiset kokivat, että heillä on keskeinen tehtävä perheensä terveystoimijoina, kukaan haastatelluista somalimiehistä ei maininnut vaimoaan tai muuta perheenjäsentä terveysneuvojana. Terveyteen ja terveyspalvelujen käyttöön liittyvää neuvontaa somalimiehet olivat saaneet kokemuksensa mukaan pääosin moskeijasta, lehdistä ja Internetistä. Siitä, että lehdet ja Internet mainittiin tärkeinä neuvonnan lähteinä, voidaan päätellä somalimiesten tottuneen ainakin joiltain osin suomalaisen tietoyhteiskunnan informaationvälityskäytäntöihin. Moskeijassa tietoa levitetään suullisesti.

Somalimiehet pitivät kaikkea terveyteen liittyvää neuvontaa tärkeänä ja toivoivat saavansa sitä jatkossa nykyistä enemmän esimerkiksi lääkärin vastaanotolla. Somalimiehet, jotka kokivat saaneensa hyvin terveysneuvontaa esimerkiksi itsehoito-ohjeita ja neuvoja siitä, milloin tulee hakeutua lääkärin vastaanotolle, käyttivät saamaansa terveysneuvontaa hyödyksi ennen lääkärille hakeutumista. On todettu, että potilaiden ohjauksella esimerkiksi puhelimitse voidaan vähentää päivystyskäyntien määrää (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 900–901). Somalimiehet käyttivät esimerkiksi itsehoitokeinoja ja seurasivat omaa vointiaan ennen lääkärille hakeutumista.

Enemmistö Somaliasta paenneista on ollut paikalliseen koulutustasoon nähden keskimääräisesti paremmin koulutettuja. (Tiilikainen 2003, 53.) Tämän opinnäytetyön somalimiehistä seitsemällä oli korkeakoulututkinto, mikä voi myös vaikuttaa heidän tietoihinsa terveyspalvelujärjestelmästä. Pitkään Suomessa asuneet somalimiehet tiesivät Helsingin terveyspalvelujärjestelmästä. Opinnäytetyön tulosten mukaan vastaanottokeskuksen ja sosiaalityöntekijöiden antama informaatio ei ollut palvellut asiakasta: somalimiehillä, jotka olivat saaneet terveyteen ja palvelujen käyttöön liittyvää neuvontaa näiltä tahoilta, oli heikot tiedot Helsingin terveyspalvelujärjestelmästä. Tämä voi johtua aiemmin mainitusta ongelmasta, jossa ohjattavia asiakkaita ja ohjaavia tahoja on niin paljon, että informaatiotulva hukuttaa sekä asiakkaat että heitä ohjaavat toimijat.

## 6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta. Tutkimuksen tekoon liittyy myös useita eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23.) Tämän laadullisen opinnäytetyön tiedonhankintakeino haastattelu muistuttaa arkielämän vuorovaikutusta, joka mahdollistaa luottamuksen synnyn, jolloin tutkimuseettiset kysymykset korostuvat (Tuomi & Sarajärvi 2004, 122). Olemme pyrkineet noudattamaan opinnäytetyössä hyvää tieteellistä käytäntöä.

Erityisesti sensitiivisten ryhmien, kuten vähemmistöjen, kohdalla on hyvin tärkeää, että tutkimuksesta tutkittaville mahdollisesti aiheutuvat haitat pyritään tiedostamaan ja mi-

nimoimaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 22, 32). Arvioinnissa punnitsimme haastateltaville tutkimukseen osallistumisesta mahdollisesti koituvia haittoja ja vahinkoja suhteessa tutkimukselle tavoiteltavaan tietoarvoon. Vaikka jokin opinnäytetyöhön liittyvä seikka voi näyttäytyä meille tekijöille neutraalina, sama tekijä voi saada tutkimuskohteena olevan ryhmän tuntemaan itsensä harhaanjohdetuksi. Olemme käyttäneet paljon aikaa mahdollisten haittojen arvioimiseen ja pyrkineet toimimaan opinnäytetyössä siten, ettei siitä aiheudu vahinkoa tutkittavalle ryhmälle. Olemme arvioineet sellaisten lähteiden, joiden sisältö saattaa olla leimaavaa tutkittavalle ryhmälle, tarpeellisuutta omalle työllemme. Tutkimusraportin lähteet pyrimme valitsemaan eettisten periaatteiden mukaisesti, jolloin käytimme vain luotettaviksi varmennettuja lähteitä. (vrt. Christians 2000, 139–140.)

Koska tutkimuksessa haastateltavat henkilöt poikkeavat etniseltä taustaltaan valtaväestöstä, oli erityisen tärkeää huomioida tutkimuksen eettisyys. Koska tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta kulttuurista tietoa ja parantaa terveyspalveluita erityisesti potilasohjauksen keinoin tutkittavan ryhmän osalta, voidaan tutkimusta pitää lähtökohdiltaan eettisenä. Olemme pyrkineet tarkastelemaan tutkimuskohteena olevaa ryhmää objektiivisesti, leimaamista välttämällä. Pyrimme suullisesti selvittämään mahdollisimman tarkasti ja asianmukaisesti tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät. Haastateltavilla tulee olla täydellinen ja avoin tieto tutkimuksen luonteesta, tarkoituksesta ja merkityksestä (Christians 2000, 138–139). Pyrimme siihen, että osallistujat tietävät, mistä tutkimuksessa on kyse. Korostimme suullisesti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tutkittavalla oli oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastateltavien itsemääräämisoikeuteen kuuluu myös se, että heillä itsellään oli oikeus määrittellä ja asettaa yksityisyyden rajoja. Opinnäytetyön yhteydessä saadut tiedot ovat luottamuksellisia, eikä niitä käytetä muuhun kuin haastateltaville luvattuun tarkoitukseen.

Yksittäisten osallistujien henkilöllisyys ei paljastu opinnäytetyössä. Saadun materiaalin olemme säilyttäneet henkilötietolain (523/1999) edellyttämällä tavalla. Olemme poistaneet aineistosta yksilöivät tunnisteet. Haastateltavat numeroitiin heti alkuvaiheessa ja kerätty aineisto ei ole ollut muiden kuin meidän käytössä. (vrt. Christians 2000, 138–140; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 19, 25–31.) Suomi on pieni maa, ja täällä

olevat somalit tuntevat toisensa hyvin (Mölsä & Tiilikainen 2008). Haastateltavien käsittely erillisinä yksilöinä pyritään minimoimaan opinnäytetyön raportissa, jotta haastateltavien anonymiteetti säilyy.

### 6.3 Luotettavuuden kritiikki

Yksi eettisyyden arvioinnin pääkriteeri on tutkimuksen luotettavuuden arviointi (Christians 2000, 140). Kaikissa tutkimuksissa tulee arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Olemme pyrkinet refleктоimaan toimintaamme opinnäytetyön eri vaiheissa opinnäytetyön luotettavuuden vahvistamiseksi.

Laadullisen tutkimuksen totuusarvo määrittyy tutkimuksen uskottavuuden kautta. Laadullinen tutkimus on kontekstisidonnaista eikä sillä pyritäkään samanlaiseen yleistettävyyteen kuin määrällisessä tutkimuksessa. Paljon käytettyjä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereitä ovat uskottavuus (*credibility*), siirrettävyys (*transferability*), seuraamuksellisuus (*dependability*) ja todeksi vahvistettavuus (*confirmability*). (Lincoln & Cuba 1985, 295–297, 300–301; Kylmä, Hakulinen & Pelkonen 2004, 253).

Laadullisen tutkimuksen *uskottavuudella* tarkoitetaan tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta. Uskottavuus tulee osoittaa tutkimuksessa. (Kylmä, Hakulinen & Pelkonen 2004, 253.) *Seuraamuksellisuudella* tarkoitetaan sitä, että laadulliseen tutkimukseen liittyy aina ilmiön vaihtelevuus. Ihminen tiedon antajana ja vastaanottajana aiheuttaa inhimillistä vaihtelua, jolloin tutkimuksen tarkka toistettavuus on mahdotonta. Tältä osin *luotettavuutta* voidaan vahvistaa korostamalla *uskottavuutta*. Opinnäytetyön *uskottavuutta* vahvistaa sitoutuminen opinnäytetyöhön, mikä ilmenee kulttuurin, jota kohderyhmä edustaa, tarkasteluna. (Lincoln & Cuba 1985, 301.)

Yritimme muotoilla haastattelukysymykset mahdollisimman avoimiksi, jotta ilmaiset olisivat aidompia. Avoimemmat kysymykset vähentävät meidän tekijöiden vaikuttamme aineistoon. Haastateltavat eivät puhu suomea äidinkielenään. Vaikka haastattelu-

tilanteessa kiinnitettiin erityistä huomiota selkokielisyyteen sekä käytettiin tarvittaessa englantia selventävänä apukielenä, haastateltavien somalimiesten ja meidän opinnäytetyön tekijöiden eri äidinkieli saattaa kasvattaa virhetulkintojen mahdollisuutta.

Kerroimme haastateltaville tutkimuksen tarkoituksen ja koulutustaustamme. Tutkittavaan ilmiöön liittyvien ihmisten kulttuurin tunteminen ja opinnäytetyön tekijöiden oman taustan terveydenhoitajaopiskelijoina selvittäminen haastateltaville tiedonantajille näytti kasvattavan osaltaan vastaajien luottamusta. Se, että me opinnäytetyön tekijät olemme erilaisia etniseltä taustaltamme ja sukupuoleltamme kuin haastateltavat, saattoi estää joidenkin asioiden esille tulemisen, vaikka haastattelutilanteet tuntuivat meistä avoimilta. Yhteinen syntyperä ja sukupuoli voivat lisätä luottamuksen syntymistä. Toisaalta samaan kulttuuriin kuuluminen olisi saattanut kasvattaa esiyymmärrystä niin, että se olisi ohjannut tulosten tulkintaa.

Emme asettaneet haastattelujen kestolle rajaa, millä pyrimme välttämään haastattelujen sisältöjen jäämistä pinnallisiksi. Yksi laadullisen tutkimuksen uskottavuutta nostava tekijä on tutkimukseen ja haastatteluihin käytetty aika. Kävimme kunkin haastattelukerran jälkeen haastattelujen sisältöä läpi suullisesti ja kirjoitimme muistiin sekä vertailimme keskenään myös omaa kuvaustamme haastattelujen kulusta. Se, että olimme molemmat opinnäytetyön tekijät läsnä kaikissa haastatteluissa, toinen haastattelijana ja toinen nauhoitusta tukevien lisämuistiinpanojen kirjoittajana, vahvistaa mielestämme uskottavuutta. Molempien opinnäytetyön tekijöiden läsnäolo vähensi myös haastattelujen virhetulkintojen mahdollisuutta.

Haastattelun luotettavuutta voi vähentää se, että haastattelussa on taipumus antaa sellaisia vastauksia, jotka ovat sosiaalisesti suotavia. Haastateltavat saattavat myös välttää sellaisten ilmiöiden kertomista, jotka mahdollisesti antaisivat heidän kulttuuristaan kielteisen kuvan (Tiilikainen 1999, 56). Haastateltava saattaa antaa tietyistä aiheista tietoa, vaikka tutkija ei niitä kysyisikään. Haastatteluaineisto on tilanne- ja kontekstisidonnaisista. Tutkija saattaa puhua haastattelutilanteessa eri tavalla, kuin jossakin toisessa tilanteessa. Nämä kaikki seikat olisi huomioitava tuloksia tulkittaessa, jolloin tulosten yleistämisessä ei pitäisi liioitella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 201–202.) Teema-haastattelu tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä voi olla ongelmallinen, koska tutkijan

esiymmärryksen pohjalta syntyneet teemat ja hänen haastattelussa käyttämänsä kieli saattavat ohjata haastateltavien ajattelua ja ilmaisuja (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, 152). Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu haastattelun laadusta (Hirsjärvi & Hurme 2004, 185). Somalimiehet valikoituivat haastatelluiksi spontaanisti eikä heille lähetetty etukäteen haastattelun teemoja. Pyrimme ehkäisemään oppikirjamaisia vastauksia. Pyrimme, että somalimiesten antama tieto on heidän omiin kokemuksiin ja ajatuksiin perustuvaa omakohtaista tietoa niin, ettei se olisi toisenkäden tietoa tai muilta kuultua.

Haastattelujen nauhoittamisella ja systemaattisella aineiston analyysillä pyrimme *todeksi vahvistettavuuteen* niin, että tulokset perustuvat aineistoon eivätkä opinnäytetyön tekijöiden käsityksiin ilmiöstä. Toisaalta teimme systemaattista aineiston analyysiä yhdessä, vaikka meillä olisi ollut mahdollisuus vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta tekemällä molemmat tahollamme koko aineiston analyysin ja vertaamalla sitten analyysien vastaavuutta keskenään. Autenttiset lainaukset opinnäytetyön tuloksissa pyrkivät osaltaan vahvistamaan työn luotettavuutta. Pyrimme sitoutumisella ja reflektoinnilla lisäämään ymmärrystämme siitä, mitkä asiat ja löydökset ovat opinnäytetyömme kannalta merkittäviä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227; Lincoln & Cuba 1985, 299, 300–302, 307, 317; Tuomi & Sarajärvi 2004, 139.) Vaikka haastattelukysymysten asettelussa, vastausten käsittelyssä ja tutkimuksen raportoinnissa noudatetaan äärimmäistä tarkkuutta, kirjoitettu ja puhuttu kieli sisältävät aina monitulkinnan mahdollisuuden (Fontana & Frey 2000, 645).

Olemme sisällyttäneet opinnäytetyöhön kuvausta tutkittavasta ilmiöstä ja tutkimukseen osallistujista ja heidän elämäntilanteestaan, joista lukija voi arvioida tulosten *siirrettävyyttä* toisiin tilanteisiin (vrt. Kylmä, Hakulinen & Pelkonen 2004, 253; Lincoln & Cuba 1985, 316). Luotettavuuden arvioinnissa vahvistettavuus edellyttää opinnäytetyön kirjoittamista siten, että lukija voi seurata opinnäytetyön prosessin kulkua (Kylmä, Hakulinen & Pelkonen 2004, 253). Olemme opinnäytetyössä kuvanneet opinnäytetyön aiheen valintaa, esiymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä sekä tutkimuksen vaikutusta opinnäytetyön tekijöihin ja opinnäytetyössä tarkasteltaviin henkilöihin. Olemme pyrkineet kuvaamaan tiivistetysti, mutta selkeästi opinnäytetyön tulosten rakentumista. (vrt. Kylmä, Hakulinen & Pelkonen 2004, 253.)

Testasimme, että analyysin perusteella tuotetusta lopputuloksesta voidaan kulkea takaisin aineistoon päin, jolloin lopputuloksen yhteys aineistoon pystytään osoittamaan. Olemme siis pyrkineet ottamaan opinnäytetyössä vastuun siitä, että opinnäytetyön tulokset vastaavat aineistoa palaamalla analyysin eri vaiheissa alkuperäisaineistoon tarkastaen sen vastaavuutta tehtyyn analyysiin ja lopuksi kirjoitettuun raporttiin. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Luotettavuuden ja eettisyydenkin lisäämiseksi olisimme voineet antaa haastateltavien lukea valmiin opinnäytetyön ennen sen julkaisemista. Tällaista ei kuitenkaan sovittu etukäteen ja haastateltavia olisi voinut olla vaikea tavoittaa aikataulun puitteissa.

#### 6.4 Opinnäytetyön johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tähän opinnäytetyöhön osallistuneiden somalimpiesten kuvaus terveydestä painottui terveyskäyttäytymisen ja terveyden sosiaalisen ulottuvuuden kuvaamiseen. Somalimpiesten kuvaukseen terveydestä vaikuttivat vahvasti sekä kulttuurilliset että uskonnolliset erityispiirteet. Terveys nähtiin lahjana Jumalalta ja terveydelle annettiin suuri arvo. Koraa- nin ohjeiden noudattamisella oli terveyttä edistävä ulottuvuus. Kulttuurilla oli voimakas merkitys somalimpiesten elämäkatsomuksessa. Jotta voisimme paremmin ymmärtää maahanmuuttaja-asiakkaita ja heidän tarpeitaan, meidän täytyy ymmärtää sitä kulttuuria, josta he tulevat ja jossa he elävät. Opinnäytetyön somalimiehet elivät kahden kulttuurin välissä.

Kaikki haastatellut somalimiehet korostivat yhteisön merkitystä hyvinvoinnilleen. Somalikulttuuri- ja islamilainen yhteisö tuntuivat suojaavan somalimiehiä suomalaisia vaivaavasta yksinäisyyden ja syrjäytymisen uhasta. Tästä voisimme valtaväestön edustajatkin ottaa oppia. Koko väestön yhteisöllisyyden vahvistaminen on tärkeää ja yhteisöllisyys antaa voimavaroja terveydelle. Haastatellut somalimiehet viettivät pääosin aikaa somali- ja islamyhteisönsä sisällä. Kulttuurien välinen vuoropuhelu ja kontakti arkielämässä – ei pelkästään terveydenhuollon vaan koko yhteiskunnan sisällä olisi ensiarvoisen tärkeää molemminpuolisen vuorovaikutuksen ja suvaitsevaisuuden kannalta. Yhä monikulttuurisemmassa yhteiskunnassa somalitaustaisten maahanmuuttajien ja valtaväestön tulee kehittää yhteistyötä niin arjen kuin ammatillisen toiminnan tasolla. Ter-

veydenhuollon ohjeistusta voitaisiin välittää tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta tehokkaasti esimerkiksi moskeijan kautta. Olisi tärkeää saada terveydenhoitajan työ näkyväksi somaliyhteisön sisällä, sillä somalimiehet kuvasivat pääosin vain lääkäriä terveysneuvontaa antavana tahona. Tällä voisi olla vaikutusta myös somalimiesten päivystyksellisten lääkäripalvelujen käyttöön vähentävästi.

Opinnäytetyön somalimiehet kokivat olevansa vähintäänkin melko tyytyväisiä Helsingin terveystaloihin: myönteisiä kokemuksia palveluista oli etenkin niillä somalimiehillä, jotka olivat asioineet työterveyshuollon palveluissa. Vaikka tämän opinnäytetyön aineistosta ei voida tehdä yleistyksiä, työssäkäyvät somalimiehet olivat ainakin osin koutuneet Suomeen keskimäärin paremmin kuin työttömät, jos mittarina käytetään heidän tietojaan suomalaisesta terveystalojärjestelmästä ja kontakteista valtaväestöön.

Tämän opinnäytetyön somalimiehillä oli joitain yhteisiä piirteitä päivystyshankkeen yhteydessä tutkittujen ei-kiireellisiksi luokiteltujen potilaiden kanssa, mistä voimme päätellä, että somalimiehet hyötyisivät osin samoista ohjaus- ja tukimenetelmistä kuin muut ei-kiireellisiksi luokitellut potilaat.

Haastatellut somalimiehet kokivat myös, ettei heillä ole riittävästi tietoa terveystalojärjestelmästä. Se, että somalimiehet kokivat, etteivät he olleet saaneet terveystaloihin liittyvää ohjausta tai neuvontaa, ei tarkoita sitä, ettei heille olisi missään vaiheessa sitä annettu. Jos neuvontaa on annettu, ei se ole kuitenkaan palvellut asiakasta, koska asiakkaalla on kokemus neuvonnan puutteesta tai riittämättömyydestä. Tällöin neuvontaa tulee tehostaa ja toteuttaa asiakaslähtöisemmin, jotta se tavoittaa asiakkaan ja palvelee tarkoitustaan. Tästä hyötyvät sekä asiakas että palvelua tarjoava taho.

Somalimiehet kokivat terveydellisissä ongelmissa hoitoon pääsyn vaikeaksi eli tutkimusta maahanmuuttajien palvelutarpeista, palveluohjauksen ja terveysneuvonnan tarpeesta, tarvitaan. Kulttuurinen tietämys auttaa terveystalojen ohjauksen suunnittelussa ja kehittämisessä. Toimiva vuorovaikutus on keskeistä asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä, jotta terveydenhuolto olisi tehokasta. Ammattilaisen tieto asiakkaan kulttuurisesta taustasta, joka vaikuttaa asenteisiin, uskomuksiin ja terveyteen liittyvään käyttäytymiseen, on tärkeää toimivan vuorovaikutussuhteen luomiselle. Jos



maahanmuuttajataustainen asiakas kokee, että hänen tilanteensa on ymmärretty ja, että hän on saanut tarvitsemansa avun tai hoitoon ohjauksen, hänen ei tarvitse hakeutua useisiin palvelupisteisiin kuten päivystykseen, jos hänellä ei ole päivystyksellistä tarvetta. Myös somalinkielisen terveysaiheisen materiaalin tuottamiselle on selkeä lisatarve ja peruste.

Koska vastaanottokeskuksen ja sosiaalityöntekijöiden antama terveystalviuihin liittyvä informaatio ei ollut palvellut opinnäytetyön somalimiehiä, voidaan ajatella, että terveystalviujen yhtenäisen toiminnan ohjeistusta kannattaa ulottaa myös vastaanottokeskukseen, ja muihin maahanmuuttajien kanssa työskenteleville tahoille.

Opinnäytetyön tulosten perusteella terveystalviujen kehittämiskohteena maahanmuuttajillekin olisi hoitoon pääsyn helpottaminen ja nopeuttaminen. Monikulttuurinen osaaaminen sekä palvelun tarjoajan että asiakkaan puolelta poistaisi monia hoitoon liittyviä esteitä. Potilaiden kulttuurisesti pätevällä ohjauksella voitaisiin mahdollisesti vähentää ”tarpeettomia” lääkärikäyntejä. Haastatellut somalimiehet, jotka olivat saaneet itsehoitoon ja hoidon tarpeen itsearviointiin liittyvää neuvontaa, kertoivat käyttävänsä näitä menetelmiä ennen lääkäriille hakeutumista. Hoitohenkilökunnan monikulttuurisen osaamisen keinoin voidaan myös ehkäistä tilanteita, joissa hoitoon pääsy voi viivästyä maahanmuuttaja-asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kulttuuri- ja kielimuurin johdosta. Eli tässä opinnäytetyössä saatua tietoa voidaan käyttää apuna suunniteltaessa tehokasta, asiakaslähtöistä terveyteen ja terveystalviuihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa somali-asiakkaille.

## 6.5 Oman oppimisprosessin pohdinta

Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2007, jolloin olimme yhteydessä työelämä-tahoon, päivystyshankkeen toimijoihin. Sovimme, että keskustelemme opinnäytetyön tutkimusaiheen valinnasta päivystyshankkeeseen liittyvää esikartoitusta tehneen yhteiskuntatieteilijän tutkija Jaakko Harkon kanssa. Hänen päivystyshankkeeseen liittyvän selvityksen tavoitteena oli kuvata ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevaa potilasryhmää ja käyttää saatua tietoa potilaista heidän palvelutarpeen määrittämiseksi ja palveluiden kehit-

tämiseksi (Harkko 2008). Päivystyshankkeen esikartoitusten mukaan nuorehkot noin alle 45-vuotiaat somalimiehet olivat mahdollisesti yksi paljon päivystyspalveluja käyttäytyvistä ryhmistä, ja olimme hyvin kiinnostuneita tekemään opinnäytetyön liittyen juuri tähän ryhmään, sillä koimme saavamme tämän ryhmän käsittelystä monikulttuurista osaamista tulevaa terveydenhoitajan työtämme ajatellen. Terveydenhoitajan tulee osata toimia muuttuvassa yhteiskunnassa erilaisissa kulttuuriympäristöissä esimerkiksi etnisten vähemmistöjen ja maahanmuuttajien parissa käyttäen väestölähtöisiä työmuotoja. Hänen tulee arvostaa ihmisiä, joilla on erilainen kulttuuritausta ja ymmärtää kulttuurisen monimuotoisuuden vaikutus vuorovaikutussuhteeseen. (Opetusministeriö 2006.) eli kulttuuristen taitojen kehittyminen on kirjattu yhdeksi hoitotyöntekijän ammattitaitovaatimukseksi.

Päivystyshankkeen konkretia useine toimijoinen hahmottui meille aluksi heikosti ja yritimme aktiivisesti etsiä hankkeesta tietoa, jota oli vielä silloin niukasti saatavilla. Aloitimme teoreettisen tiedon keruun opinnäytetyön aiheesta somalimiehiin, terveyteen ja terveystalouteen liittyen. Olimme molemmat kansainvälisessä opiskelijavaihdossa syksyllä 2008. Suorittamamme monikulttuurinen, kansainvälinen hoitotyön harjoittelu ja opiskelu Nepalissa kasvatti omakohtaista ymmärrystämme kuulumisesta vähemmistökulttuuriin, vaikka opinnäytetyö ei edennyt konkreettisesti tänä aikana.

Sovimme jo aluksi keskusteluissa työelämätahton kanssa, että keskitymme tarkastelemaan somalimiesten terveystalouden käyttöön ja tarpeeseen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä, kuten miten he käsittävät terveyden. Tutkimuskysymysten selkiytyessä tutkimusmetodiksi valikoitui laadullinen tutkimus, jossa aineistonkeruuna käytettäisiin teemahaastattelua. Meidän ei haluttu käyttävän opinnäytetyön tiedonantajina somalimiehiä, jotka käyttivät paljon päivystys- tai ylipäättään terveystalousta, vaan meidän tuli valita tämän palvelujen käytön suhteen satunnaisia tiedonantajia. Satunnaisten tiedonantajien hankkiminen oli sekä vapaus että haaste. Etsimme tiedonantajia useita kanavia pitkin sähköpostitse ja puhelimitse ja koimme, etteivät asiat edenneet sujuvasti tai helposti. Vaikka työstämme oltiin kiinnostuneita, emme saaneet esimerkiksi luvattua sähköpostiyhteydenottoa. Kesällä 2009 jalkauduimme paikkoihin, joissa tiesimme kohtaavamme somalitaustaisia ihmisiä, ja yhteistyö lähti käyntiin. Jos nyt aloittaisimme työn uudel-

leen, jalkautuisimme jo alkuvaiheessa, ja luottaisimme suulliseen viestintään ja kasvokkaisissa kohtaamisissa sovittuihin asioihin.

Ennen haastatteluja olimme koonneet kattavan teoreettisen viitekehyksen, jonka pohjalta muotoilimme haastatteluteemat ja apukysymykset tarkoituksenmukaisesti. Opinnäytetyön edetessä päivystyshankekin selkiytyi meille vuonna 2008 julkaistujen raporttien pohjalta. Tiedonantajien haastattelut sujuivat hyvin ja meidät otettiin lämpimästi vastaan, vaikka pelkäsimme kuulumisemme toiseen kulttuuriin ja sukupuoleen vaikeuttavan haastattelujen onnistumista.

Aineiston litterointi ja sisällönanalyysi osoittautui työlääksi, mutta palkitsevaksi. Nyt ajattelemme, että kummankin meistä olisi pitänyt tehdä erillinen sisällönanalyysi koko aineistosta sen sijaan, että teimme sisällönanalyysin yhteistyönä. Näin olisimme voineet verrata analyysien tulosta keskenään, mihin ei varmaan useinkaan ole mahdollisuutta tutkimustyötä tehtäessä. Kysymys, miten somalimiehet kuvaavat terveyttä, osoittautui erityisen vaikeaksi analysoitavaksi, sillä terveyden eri osatekijät ja ulottuvuudet ovat keskenään niin läheisessä vuorovaikutuksessa. Sisällönanalyysissä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä muodossa, jossa olemme onnistuneet mieles-tämme hyvin. Luetutimme opinnäytetyön tulokset usealla taholla esittäen samalla kysymyksen, saivatko he käsityksen esimerkiksi siitä, miten somalimiehet kuvaavat terveyttä eli saadaanko työssä selkeä vastaus tutkimuskysymyksiin.

Näin laajan ja lähellä perustutkimusta olevan työn tekeminen on kasvattanut meitä tutkijoina. Jos opinnäytetyöprosessi jaetaan neljään osaan, huomasimme, että suurimmat virheet olimme tehneet ajallisesti prosessin ensimmäisen neljänneksen aikana ja huomasimme nämä virheet prosessin viimeisen neljänneksen aikana. Tästä opimme konkreettisesti, kuinka tärkeää on johdonmukaisen ja selkeän tutkimussuunnitelman tekeminen. Vaikka kiinnitimme jo aluksi huomiota opinnäytetyön runkoon, huomasimme, että alkuperäisen tutkimussuunnitelmamme heikkoudet aiheuttivat lisätyötä. Emme aluksi nähneet opinnäytetyön heikkoja kohtia, mistä voimme siitäkin päätellä kehittyneemme tutkijoina. Itsen ja toisen reflektointi, ohjaus sekä palautteen saaminen terveystieteiden tutkimusalueelta tahoilta opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa on ollut ensiarvoisen tärkeää.

Opiskelu vieraassa kulttuurissa ja Suomen vähemmistökulttuuriin liittyvä opinnäytetyö ovat kehittäneet kulttuurista kompetenssiamme. Hoitotyöntekijän kulttuurisen kompetenssin kehittymisen tekijöitä ovat aito kiinnostus erilaisuutta kohtaan, kulttuuritiedon kartuttaminen, reflektio toisen ihmisen kanssa ja kulttuuriset kohtaamiset hoitotodellisuudessa (Koskinen 2005, 3). Reflektio opinnäytetyön eri vaiheissa lisäsi myös itsetuntemustamme. Kulttuurinen hoitotyö vaatii myös itsetuntemusta, joka lisää ymmärrystä toisesta (Rohrbach-Viadas 1997, 229). Opinnäytetyö on lisännyt ymmärtämystämme itsestämme ja monikulttuurisuudesta ja tehokkaan asiakaslähtöisen ohjauksen keskeisestä merkityksestä ohjaavalle taholle, ohjattavalle ja koko palvelujärjestelmälle, mistä on varmasti hyötyä tulevassa työssämme terveysalalla. Opinnäytetyöstä nousi tarve kehittämishankkeelle, jonka toteutamme jalkautumalla somaliyhteisön pariin. Olemme suunnitelleet hankkeen, jonka tavoitteina ovat terveyteen ja terveyspalveluihin liittyvän tiedon tarjoaminen somaliasiakkaille sekä terveydenhoitajan työn näkyvyyden lisääminen tälle ryhmälle.

## LÄHTEET

- Alexander, Sr. Judith E.; Beagle, Carolyn J.; Butler, Pam; Dougherty, Deborah A.; Robards, Karen D. Andrews; Solotkin, Kathleen C. & Velotta, Catherine 1994. Madeleine Leininger: Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Ann Marrinen-Tomey Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 410–431.
- Alitolppa-Niitamo, Anne 2005. Maahanmuuttajataustaiset perheet ja hyvinvoinnin edellytykset. Teoksessa Anne Alitolppa-Niitamo, Ismo Söderling & Stina Fågel (toim.) Olemme muuttaneet. Helsinki: Väestöliitto, 37–52.
- Alitolppa-Niitamo, Anne; Moallin, Mohamed & Novitsky, Anita 2005. Välittävä perhetyö – kokemuksia ja ajatuksia Väestöliiton kotipuu-projektista. Teoksessa Anne Alitolppa-Niitamo, Ismo Söderling & Stina Fågel (toim.) Olemme muuttaneet. Helsinki: Väestöliitto, 84–95.
- Anttila, Pirkko 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi.
- Anttonen, Anneli & Zechner, Minna 2009. Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 16–53.
- Anttonen, Anneli; Sointu, Liisa; Valokivi, Heli & Zechner, Minna 2009. Lopuksi. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 238–254.
- Backman, Ann-Sofie; Blomqvist, Paul; Lagerlund, Magdalena; Carlsson-Holm, Eva & Adami, Johanna 2008. Characteristics of non-urgent patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 26 (3), 181–187.
- Byrne, Molly; Murphy, Andrew William; Plunkett, Patrick K; McGee, Hannah M.; Murray, Alistair & Bury, Gerard 2003. Frequent Attendees to an Emergency Department: A Study of Primary Health Care Use, Medical Profile, and Psychosocial Characteristics. *Annals of Emergency Medicine* 41 (1), 309–318.
- Christians, Clifford G. 2000. Ethics and Politics in Qualitative Research. Teoksessa Norman K. Denzin ja Yvonna S. Lincoln. Sage: Thousands Oaks (Calif.), 133–155.

- Dayib, Fadumo 2008. The experiences and perception of Somali clients and Finnish nurses in primary health care services. Kuopio: Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkimus.
- Eriksson, Katie 1989. Terveyden idea. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- ETENE 2007. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Fontana, Andrea & Frey, James H. 2000. The interview: From Structured Questions to Negotiated Text. Teoksessa Norman K. Denzin ja Yvonna S. Lincoln. Sage: Thousands Oaks (Calif.), 645–672.
- Gadamer, Hans-Georg 2004. Hermeneutiikka : ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Tampere : Vastapaino.
- Gissler, Mika; Malin, Maili & Matveinen, Petri 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Helsinki: Stakes.
- Häggman-Laitila, Arja 1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhuolto: Kuvaileva teoria yksilöllisistä kokemuksista. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Harkko, Jaakko 2008. Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely. Tutkimusraportti 30.5.2008. [www.hus.fi](http://www.hus.fi).
- Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Hautaniemi, Petri 2004. Pojat! Somalipoikien kiistanalainen nuoruus Suomessa. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto. Väitöskirja.
- Heikkilä, Matti & Roos, Milla 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Helsingin kaupungin tietokeskus 2008. Tilastoja 18. Työvoima ja työssäkäynti Helsingissä 2005. Viitattu 15.8.2009. [www.stat.fi](http://www.stat.fi)
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Jaakkola, Magdalena 2009. Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Joronen, Tuula 2005. Maahanmuuttajien palvelut pääkaupungin seudulla. Teoksessa Tuula Joronen (toim.) Maahanmuuttajien elinolot pääkaupunginseudulla. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus, 47–87.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005. Käsitemaalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 5, 250–258.
- Kääriäinen, Maria; Ukkola, Liisa; Kyngäs, Helvi & Torppa, Kaarina 2006. Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 1, 4–13
- Kantonen, Jarmo; Kauppila, Timo & Kockberg, Irma 2007. Päivystysten organisaatiomuutokset vähensivät lääkärihäikäntejä. Kokeilu Vantaan terveyskeskuspäivystyksessä. *Suomen lääkärilehti* 9 (62), 897–901.
- Kantonen, Jarmo; Niittynen, Kaisa; Mattila, Juho; Kuusela-Louhivuori, Päivi; Manninen-Kauppinen, Eila & Pohjola-Sintonen, Sinikka 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. *Suomen lääkärilehti* 61 (47), 4923–4927.
- Kokkonen, Paula 1997. Terveystenhoitossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. Teoksessa Tuula Salmela (toim.) Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta? Jyväskylä: Atena, 66–76.
- Koponen, Leena & Sillanpää, Kirsi 2005. Potilaan hoitoprosessi päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Leena Koponen & Kirsi Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi, 70–74.
- Koskinen, Liisa 2005. Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen hoitotyön vaihto-opiskeluohjelmassa. *Hoitotiede* 1, 2–13.
- Kylmä, Jari, Hakulinen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 6, 250–258.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3–12.

- Lahelma, Eero; Rahkonen, Ossi; Koskinen, Seppo; Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Hannele Palosuo, ym. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 25–41.
- Lahtinen, Mari; Backman, Kaisa & Karhu, Hannele 2004. Naisnäkökulma hoitotyön etiikan teoriaan, Carol Gilligan ja välittämisen etiikka. *Hoitotiede* 3, 132–143.
- Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikan hakijoiden vastaanotosta 493/1999.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lassenius, Yvonne 1997. Somaliers upplevelser av hälsa och utbildning: en minietnografisk undersökning om begreppet hälsa ur somaliers synvinkel samt somaliska vårdstuderandes upplevelser i Finland. Helsinki: Helsingfors universitet. Pro gradu-tutkimus.
- Leininger, Madeleine 1995. *Transcultural Nursing: Development, Focus, Importance, and Historical Development*. Teoksessa Madeleine Leininger *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. New York: McGraw-Hill, 1–53.
- Leininger, Madeleine 1997. *Transcultural Nursing as a Global Care Humanizer, Diversifier, and Unifier*. *Hoitotiede* 5, 219–225.
- Leininger, Madeleine 2002. *Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects*. Teoksessa Madeleine Leininger & Marilyn R. McFarland *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practise*. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 3–45.
- Leino-Kilpi, Helena 2003. *Hoitotyön etiikan perusta*. Teoksessa Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY, 19–29.
- Lilius, Suzanne 1996. *Puhuminen on iloa ja taitoa*. Teoksessa Erik Geber (toim.) *Suomen kielen kontrastiivinen opas*. Helsinki: Opetushallitus, 103–133.
- Lincoln, Yvonna S. & Guba, Egon G. 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: California: Sage.



- Luna, Linda 1995. Arab Muslims and Culture Care. Teoksessa Madeleine Leininger  
Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices. New  
York: McGraw-Hill, 317–348.
- Manderbacka, Kristiina; Teperi, Juha & Keskimäki, Ilmo 2006. Sosiaaliset rakenteet  
vaikuttavat terveystalouden käyttöön. Viitattu 10.1.2010.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2006/nro\\_10\\_2006/sosiaaliset\\_rakenteet\\_vaikuttavat\\_terveystalouden\\_kayttoon/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_10_2006/sosiaaliset_rakenteet_vaikuttavat_terveystalouden_kayttoon/)
- Martelin, Tuija; Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero 2005. Väestöryhmien väliset  
terveyserot. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen &  
Juha Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim:  
Kansanterveyslaitos, 266–276.
- Mattila, Kari 2005. Perusterveydenhuolto. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen,  
Seppo Koskinen & Juha Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki:  
Duodecim: Kansanterveyslaitos, 351–355.
- Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki :  
International Methelp.
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja  
& Kumpusalo, Esko 2003a. Kuopion yhteispäivystystutkimus:  
Yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyysluokittain.  
Suomen lääkäri-lehti 58 (3), 305–308.
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja  
& Kumpusalo, Esko 2003b. Kuopion yhteispäivystystutkimus: Onko  
yhteispäivystyksessä turhia käyntejä? Suomen lääkäri-lehti 58 (5), 539–  
541.
- Mölsä, Mulki & Tiilikainen, Marja 2008. Somalialaisten maahanmuuttajien  
ikäntymisen ja sairastumisen kokemuksia Suomessa.  
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1, 59–73.
- Myllymäki, Kati 2006. Terveystalouden 2015 – terveystaloustyön tulevaisuus. Sosiaali-  
ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56. Helsinki: Sosiaali- ja  
terveysministeriö.
- Näslindh-Ylispaangar, Anita 2008. Men's health behaviour, health beliefs and need for  
health counselling : a study amongst 40-year-old males from one Helsinki  
City region. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

- Niemi, Riikka 2006. Pitääkö hyvinvointivaltio lupauksensa? Universalismi ja ihmisten yksilölliset elämänkohtalot. Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimustoimisto, 61–75.
- Nyman, Juha 2006. Metropoliluotain: Sosiaali- ja terveystalvet pääkaupunkiseudulla vuonna 2015. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Oikarinen, Arja 2008. Kainuulaisten miesten terveystyötyminen: kulttuurinen näkökulma. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Opetushallitus 2008. Opettajat Suomessa 2008. Viitattu 10.1.2010.  
[http://www.oph.fi/julkaisut/2009/opettajat\\_suomessa\\_2008](http://www.oph.fi/julkaisut/2009/opettajat_suomessa_2008)
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24
- Päivystyshanke 2007. Päivystyshanke: Projektisuunnitelma. Viitattu 5.10.2009.  
[www.hus.fi](http://www.hus.fi)
- Päivystyshankkeen arviointi 2008. Päivystyshankkeen arviointi: Väliarvointi 23.4.2008.  
[www.hus.fi](http://www.hus.fi)
- Päivystyshankkeen loppuraportti 2008. Päivystyshanke: Päivystysten uudet tuulet. Toimittaneet Tuula Heinänen, Katariina Jantunen, Leea Kallio & Jari Simonen. Helsinki: Edita.
- Palosuo, Hannele; Sihto, Marita; Keskimäki, Ilmo; Koskinen, Seppo; Lahelma, Eero; Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva 2004. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka: Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pellikka, Heli; Isola, Arja & Lukkarinen, Hannele 2003. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. *Hoitotiede* 4, 166–179.
- Perttula, Juha 2005. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Juha Perttula & Timo Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus: Merkitys–tulkinta–ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia, 115–162.
- Pietilä, Anna-Maija; Länsimies-Antikainen, Helena; Halkoaho, Arja & Vähäkangas, Kirsi 2008. Terveysten edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. *Hoitotiede* 6, 304–313.

- Pietiläinen, Erja & Seppälä, Heikki 2003. Palveluohjaus: Asiakastyössä ja organisaatiossa. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Räty, Minttu 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tammi: Helsinki
- Rohrbach-Viadas, Cecilia 1997. Philosophical reflections on diversity and universality. *Hoitotiede* 5, 226–230.
- Sainola-Rodriguez, Kirsti 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007: 44, 216–227.
- Sainola-Rodriguez, Kirsti 2009. Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopio: Kuopio yliopisto. Väitöskirja.
- Salmela, Paula 1997. Muuttuva potilas-lääkärisuhde. Teoksessa Tuula Salmela (toim.) *Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta?* Jyväskylä: Atena, 52–65.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein: Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Setu 2009. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan julkaisuja 9:2009
- Sisäasiainministeriö 2010. Maahanmuuttosanasto ja tilastotietoja. Viitattu 3.1.2010.  
<http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/OBA8FB29A87335EAC225767E00495CCD>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi: hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Hoitoon pääsyn turvaaminen ja kuntien budjetit, KT 14/2005. Viitattu 20.5.2009.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1250945?textsize=2>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Julkaisuja 2008:6. Viitattu 21.5.2009. [http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/\\_julkaisu/1063225](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063225)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 5.5.2009.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut)

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Terveyden edistäminen. Viitattu 6.5.2009.  
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c. Terveyserojen kaventaminen on kansallinen tavoite. Viitattu 6.5.2009.  
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/terveyserot..>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009d. Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelma. Viitattu 21.5.2009.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/toimivaterveyskeskus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009e. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 22.12.2009.  
[http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009f. Terveysneuvonta ja sairauksien ehkäisy. Viitattu 22.01.10.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/terveysneuvonta](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/terveysneuvonta)
- Taavela, Raija 1999. Maahanmuuttajien palveluiden laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008. Maahanmuuttajien terveystutkimus alkaa. Viitattu 4.1.2010.  
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/esittely/ajankohtaista?bid=2987>
- Tiilikainen, Marja 1999. Äidin huolet, arjen kivut. Kärsimys, oireet ja strategiat Suomessa asuvien somalinaisten arjessa. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lisensiaatintyö.
- Tiilikainen, Marja 2003. Arjen islam: Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino. Väitöskirja.
- Tiilikainen, Marja 2008. Somalialaiset maahanmuuttajat ja yllirajainen hoito. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1/2008, 74–87.
- Tilastokeskus 2008. Suomen väestö 2008. Viitattu 27.4.2009.  
[http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak\\_2008\\_2009-03-27\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak_2008_2009-03-27_tie_001_fi.html).
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanististen, yhteiskuntatieteellisten ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Valtioneuvosto 2006. Valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta.
- Valtioneuvosto 2007. Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoksen kanslian julkaisuja 18/2007.
- Vartia, Maarit; Bergbom, Barbara; Giorgiani, Terhi; Rintala-Rasmus, Anita; Riala, Riitta & Salminen, Simo 2007. Monikulttuurisuus työn arjessa. Helsinki: Työterveyslaitos
- Vaula, Eija & Kantonen, Jarmo 2008. Ensiavusta päivystyspoliklinikaksi  
Päivystysseivitys 2007 tuloksia. Suomen lääkärilehti 63 (20), 1856–1858.
- Vertio, Harri 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi.
- Vertio, Harri 2009. Terveysneuvonnan periaatteet. Viitattu 20.01.10.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=101&p\\_artikkeli=seh00146&p\\_teos=seh&p\\_selaus=2210](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=101&p_artikkeli=seh00146&p_teos=seh&p_selaus=2210)
- WHO, World Health Organization (1986) The Ottawa Charter for Health promotion. WHO, Geneva.
- Åstedt-Kurki, Päivi 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Åstedt-Kurki, Päivi & Nieminen, Heli 1998. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 152–163.

## LIITTEET

## LIITE 1: Systemaattisen tiedonhaun tulokset

Taulukko 3. Hakusanat ja löydetyt viitteet ovat Linda-viitetietokannasta ja Arto-artikkeliviitetietokannasta

Hakusanat	Linda	Arto
Somalit ja terveys	8	2
Maahanmuuttajat ja terveys	20	9
Kulttuuri ja terveys	87	25
Somalit ja terveyskäyttäytyminen	1	0
Maahanmuuttajat ja terveyskäyttäytyminen	0	0
Kulttuuri ja terveyskäyttäytyminen	6	2
Somalit ja terveysneuvonta	0	0
Maahanmuuttajat ja terveysneuvonta	0	0
Kulttuuri ja terveysneuvonta	0	0
Terveyspalvelut ja terveyskäyttäytyminen	62	9
Terveys ja terveyskäyttäytyminen	416	92
Terveys ja terveysneuvonta	17	7
Terveys ja terveyden edistäminen	264	43
Somalit ja miehet	5	1

## LIITE 2. Haastatteluteemat

### 1. Taustatiedot:

Ikä?

Työ/työpaikka?

Koulutus?

Naimisissa?

Onko lapsia, monta?

Onko perheesi Suomessa?

Kuinka kauan olet asunut Suomessa, Helsingissä?

Harrastukset?

Käytätkö alkoholia? Poltatko tupakkaa? Käytätkö huumeita?

### 2. Kuvaus terveydestä

Terveys tarkoittaa eri asioita eri ihmisille.

Mitä terveys tarkoittaa sinun kohdallasi?

Hyvä vointi? Huono vointi? Oma vointi?

Mitä sairastuminen tarkoittaa sinun kohdallasi?

Miten hoidat itseäsi/ terveyttäsi?

Miten kuvailisit henkistä hyvinvointiasi?

Tunnetko olosi enimmäkseen onnelliseksi vai masentuneeksi? Miten se ilmenee?

#### 2.1. Sosiaalisesta hyvinvoinnista

Miltä tuntuu elää somalina Suomessa?

Kerro ystävästäsi? suomalaisia ystäviä? muut ihmissuhteet?

### 3. Tiedot terveystalvistä

Kerro Helsingin terveystalvistä.

Minne mielestäsi pitää hakeutua, kun sairastuu/terveyteen liittyvissä ongelmatilanteissa/kun tarvitsee hoitoa? Mistä olet tähän mennessä saanut tietää, minne pitää mennä?

Milloin sinun tulee hakeutua omalle terveystalvälle?

Milloin sinun tulee hakeutua päivystykseen?

Mitä odostat terveystalviltä?

Mitä mieltä olet Helsingin terveystalvistä?

Mitä terveyteen liittyvää neuvontaa olet saanut? Keneltä? Mistä?

#### 4. Terveyspalveluiden käyttö

Mitä terveyspalvelua käytät eniten?

Mitä teet kun tunnet itsesi sairaaksi?

Milloin viimeksi hakeuduit terveyskeskukseen tai sairaalaan, minne ja miksi?

Milloin hakeudut omalle terveysasemalle?

Milloin hakeudut päivystykseen?

Millä tavalla koit hoitoon pääsyn: helpoksi/vaikeaksi?