

Terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä

Laura Cielava ja Olga Hiltula
Opinnäytetyö, syksy 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Cielava, Laura & Hiltula, Olga. Terveystenhuollon ammattilaisten kokemuksia maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, syyskuu 2017, 48 sivua, 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon henkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä. Opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimuksen menetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää maahanmuuttajien päihdehuoltoa ja ohjausta.

Tulosten mukaan maahanmuuttajan alkoholinkäyttöön vaikuttivat uskonto ja lähtömaan alkoholikulttuuri. Alkoholiongelmiin liittyi mielenterveysongelmia, häpeää, yksinäisyyttä ja syrjäytymistä. Niiden taustalla voivat olla kieleen liittyvät ongelmat ja pakolaisilla traumaattiset kokemukset lähtömaassa tai pakomatalla.

Maahanmuuttajien päihde- ja mielenterveystyön haasteita olivat kulttuurierot, puutteellinen kielitaito ja vuorovaikutusongelmat. Ennaltaehkäisevää päihdetyötä maahanmuuttajien parissa vaikeutti terveydenhuollon resurssipula. Psykiatrian osaamista oli terveydenhuollossa liian vähän.

Maahanmuuttajien alkoholiongelmiä voisi ennaltaehkäistä mielekkäällä tekemisellä, elämänsisällöllä, selkeällä päivärytmillä, työpaikalla, sosiaalisella verkostolla ja suomalaisen yhteiskuntaan hyväksymisellä.

Jatkossa olisi kiinnostava tietää, kuinka maahanmuuttajat itse kokevat suomalaisen päihdehoidon.

Asiasanat: maahanmuuttaja, alkoholi, päihdehuolto, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Cielava, Laura & Hiltula, Olga. The health care personnel's experiences of the alcohol consumption habits of immigrants I. 48 p., 1 appendix. Diaconia University of Applied Sciences, autumn 2017. Language: Finnish.
Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Registered Nurse.

The purpose of this thesis was to describe the health care personnel's experiences of the alcohol consumption habits of immigrants. Qualitative research methods were used. The data were collected through individual thematic interviews and analysed through content analysis. The aim was to develop substance abuse services and guidance in the healthcare for immigrants.

According to the results, the immigrants' alcohol consumption habits were influenced by their religion and the alcohol culture of the country of origin. Mental health problems, shame, loneliness and exclusion were involved in alcohol problems. In the background, there may be language problems and, in the case of refugees, traumatic experiences.

The challenges for immigrants' mental health care and substance abuse treatment are difficulties to understand cultural differences, poor language skills and interaction problems. Shortage of health care resources made preventive substance abuse treatment difficult. Psychiatric expertise in healthcare was too low.

Alcohol problems of immigrants could be prevented by meaningful work, life content, day rhythm, workplace, social network and acceptance into society.

In the future, it would be interesting to know how immigrants themselves experience Finnish substance abuse treatment.

Key words: immigrant, alcohol, substance abuse services, qualitative research

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 MAAHANMUUTTAJAT JA ALKOHOLI	6
2.1 Maahanmuuttajien päihdehoito ja ohjaus	6
2.1.1 Turvapaikanhakijoiden terveydenhoito	10
2.2 Maahanmuuttajien alkoholinkäyttö	12
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	16
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 Opinnäytetyön menetelmän valinta	17
4.2 Aineiston keruu ja analyysi	17
5 TULOKSET.....	21
5.1 Maahanmuuttajien alkoholinkäytön syitä	22
5.2 Maahanmuuttajien päihdehuollon haasteet	25
6 POHDINTA	35
6.1. Tulosten merkitys	35
6.2 Opinnäytetyön eettisyys	38
6.3 Opinnäytetyön luotettavuus	40
LÄHTEET	44
LIITE 1: Teemarunko	48

JOHDANTO

Maahanmuutto on kasvanut Suomessa voimakkaasti. Avioliiton tai työn kautta tulevien maahanmuuttajien lisäksi Suomeen tulee pakolaistaustaisia maahanmuuttajia. Kiintiöpakolaiset tulevat maahan suunnitellusti. Osa pakolaistaustaisista henkilöistä tulee perheen yhdistämisen kautta. Yksi osa pakolaistaustaisista maahanmuuttajista ovat turvapaikanhakijat, jotka tulevat yllättäen.

Maahanmuuton lisääntyessä on odotettavissa, että terveyden- ja päihdehuollon henkilöstö kohtaa entistä useammin maahanmuuttajia, joilla on ongelmia alkoholin kanssa. Maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä ei ole kovin paljon tietoa. Yleinen oletus on, että maahanmuuttajien alkoholinkäyttö eroaa jollain tavalla suomalaisen kantaväestön alkoholinkäytöstä. Moni maahanmuuttaja onkin tottunut kotimaassaan erilaiseen alkoholikulttuuriin kuin Suomessa. Joillekin heistä on vaikeaa sopeutua suomalaiseen alkoholikulttuuriin ja käytäntöihin. Alkoholista aiheutuu ongelmia ja sairauksia osalle maahanmuuttajista samalla tavalla kuin suomalaisillekin.

Ennaltaehkäisy ja terveysneuvonta ovat ehkäisevää päihdetyötä ja alkoholin kohtuukäyttämiseen ohjaamista. Ennaltaehkäisyä ohjaavat primaari- ja sekundaaripreventiivinen näkökulma terveyden edistämiseen. Päihdehuolto kuuluu maahanmuuttajien terveydenhuoltoon samalla tavalla kuin kantaväestön terveydenhuoltoon. Heidän ohjauskeskusteluissaan kartoitetaan muiden asioiden joukossa myös päihteiden käyttöä.

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus kuvata maahanmuuttajien terveydenhuollon henkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajien alkoholin käytöstä.

Opinnäytetyön tavoite on kehittää maahanmuuttajien päihdehoitoa ja ohjausta.

2 MAAHANMUUTTAJAT JA ALKOHOLI

2.1 Maahanmuuttajien päihdehoito ja ohjaus

Alkoholiongelmia hoidetaan ja ehkäisevää päihdetyötä tehdään Suomessa suomalaisen alkoholikulttuurin ja kantaväestön näkökulmasta. Maahanmuuttajille ei ole suunniteltu erikseen omaa päihdehoitomallia. Siksi suomalaisen päihdehoidon ja ennaltaehkäisevän työn pitää kehittyä vastaamaan kasvavan maahanmuuttajajoukon tarpeita. (Saano 2017, 10-13.) On tärkeää ottaa eri kulttuurierot huomioon, kun päihdehoitoa suunnitetaan maahanmuuttajille. Silloin hoito on tehokkaampaa ja sen vaikutus on parempi.

Ohjauksessa pitää kunnioittaa asiakkaan eettisiä periaatteita, ihmisarvoa, kokemuksia ja tunteita. Sairaanhoidajan pitää pystyä sielunhoitoon, joka ylittää kulttuurirajat. Hän tarvitsee työssään empaattisuutta, asiakkaan hengellistä tukemista ja lähimmäisen rakkautta. (Korhonen & Puukari 2013, 12–17.)

Monikulttuurisessa hoitotyössä on otettava huomioon asiakkaan kulttuuriset uskomukset, elämäntavat, identiteetti ja tarpeet. Erilaisuuden ja vieraan kulttuurin kunnioitus, tasa-arvoisuus ja yhdenvertaisuus auttavat löytämään monikulttuurisessa hoitotyössä tarvittavan herkkyyden. (Kaunonen, Koivula & Mulder 2014, 25.)

Hoitajan monikulttuurinen osaaminen ilmenee ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa erilaisuuden hyväksymisenä ja huomioimisena. Eri kulttuurista tulevan asiakkaan kohtaamisessa pitää kunnioittaa ja ymmärtää vierasta kulttuuria ja hyväksyä erilaisuus. (Koskinen 2009, 32–33.) Pitää myös ymmärtää ihmisen haavoittuvuutta. Koska asiakas on hoitosuhteen haavoittuvampi osapuoli, hoitotyötä on tehtävä eettisellä herkkyydellä. Se perustuu hoitajan empaattisuuteen. Asiakas on kohdattava ilman syyllistämistä, vaikka hoitotyössä ilmenisi eettinen ristiriita. Luottamuksellinen hoitosuhde

syntyy, kun hoitaja kykenee toimimaan erilaisten ihmisten parissa ja arvostaa heitä. (Abdelhamid 2009, 145–146.)

Hoitajan on kunnioitettava asiakkaan omaa tahtoa ja arvomaailmaa. Hoitotyön etiikan mukaista on antaa asiakkaan päättää omasta hoidostaan, jos siihen liittyy uskonnollisia vakaumuksia. Hoitajan on silloin huolehdittava, että asiakas tietää, mitä hoidon aloittaminen tai aloittamatta jättäminen tarkoittaa. (Korhonen ym. 2013, 114–118.)

Luottamuksen luomisen kannalta on tärkeää löytää yhteinen kieli maahanmuuttaja-asiakkaan kanssa. Se on myös edellytys oikeanlaisen hoidon aloittamiselle. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2012, 151–163.) Asiakkaan vieras äidinkieli saattaa lisätä hänen turvattomuuden tunnettaan ja vaikeuttaa hänen osallistumistaan ohjaukseen (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 33). Yhteisen kielen puuttuminen onkin yksi suurimmista ohjauksen haasteista. Esimerkiksi somalialaiset ovat usein luku- ja kirjoitustaidottomia. Varsinkin maaseudulta kotoisin olevat henkilöt ovat huonosti koulutettuja ja kielitaidottomia. Koska somalialaiset ovat tottuneet suulliseen viestintään, on esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolla käyminen ilman tulkkia haasteellista. (Mölsä & Tiilikainen 2007, 453.)

Sopiva ohjausmenetelmä valitaan sen mukaan, kuinka asiakas omaksuu asioita. Arvioiden mukaan asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät, mutta vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Jos ohjaukseen liittyviä asioita käydään läpi niin, että käytetään sekä kuulo- että näköaistia, asiakkaat muistavat 90 prosenttia ohjauksessa läpikäytyjä asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Vaikka kulttuurierot on hyvä huomioida, maahanmuuttajien parissa voidaan käyttää usein samoja hoitomuotoja kuin kantaväestöllä. Esimerkiksi lääkehoidossa käytetään nykyisin kolmea eri lääkettä, joista antabus on yleisimmin käytetty. Akamprosaatti poistaa alkoholin himoa. Naltreksoni vähentää nautittua alkoholimäärää. (Duodecim 2017.)

On olemassa myös erilaisia raittiusohjelmia, kuten AA-liikkeen ohjelma. Siinä alkoholistit saavat tukea anonymisti. Henkilö saa tulla avoimiin kokouksiin yksin, puolison tai ystävän kanssa. AA-ryhmän jäsenet auttavat toisinaan jakaessaan keskenään omia kokemuksiaan alkoholismien aiheuttamista kärsimyksistä. (Alcoholics anonymous 2017.) AA-toiminta sopii maahanmuuttajalle siksi hyvin, että mukaan voi ottaa tueksi toisen henkilön. Tosin hoitoon liittyvät keskustelut vaativat suomen kielen osaamista.

Toinen raittiusjärjestelmä on Minnesota-hoito. Minnesota-hoidon tilat Suomessa sijaitsevat Etelä Pohjanmaalla maaseudulla. Minnesota-hoidossa potilaat osallistuvat terapian aikana 12 istuntoon. Toiminta on lähellä kognitiivista käyttäytymisterapiaa, jossa yritetään muuttaa käyttäytymismalleja ja parantaa kykyä hallita stressiä. Esimerkiksi vähintään 28 vuorokauden perushoito maksaa 6500 euroa. (Minnesota-hoito oy 2017.) Tämän hoitomuodon käyttöä maahanmuuttajien keskuudessa rajoittaa sen kalleus. Vaikka tarjolla on rahoitusyhtiön lainaa, sen saaminen on maahanmuuttajalle usein mahdotonta.

Tärkeintä on kuitenkin ennaltaehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja antamalla informaatiota alkoholin haitoista. Mini-interventio eli alkoholikäytön lyhytneuvonta sopii maahanmuuttajille. Siinä terveydenhoitohenkilökunta ottaa puheeksi asiakkaan alkoholikäytön, tunnistaa riskikulutuksen ja antaa neuvontaa alkoholikäytön vähentämiseksi tilanteessa, jossa haittoja ei vielä esiinny merkittävästi. Tilanteissa toimitaan asiakkaan ehdoilla, eikä asiakasta syyllistetä tai moralisoida. Tavoitteena on luottamuksellinen asiakassuhde, joka motivoi asiakasta muutokseen. Asiakas itse on vastuussa alkoholin käytöstään ja mahdollisesta vähentämisestä. Mini-intervention kohderyhmiä ovat varhaisvaiheen suurkuluttajat sekä haitallisesti käyttävät. Mini-intervention teho on osoitettu monissa tutkimuksissa. Joka kymmenes hoidettu potilas hyötyy mini-interventiosta, ja vaikutus kestää 1-2 vuotta. Mini-interventio on todettu tutkimusten mukaan vähentävän kuolleisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016 a.)

Myös keinot alkoholin käytön vähentämiseksi omatoimisesti ovat samanlaiset kaikille ryhmille. Alkoholijuomia voi vaihtaa miedompiin, annoskokoja pienentää, juomisen tahtia hidastaa ja aloittaa juominen tavallista myöhemmin. Juomisen välillä voi tehdä jotain muuta ja juoda alkoholiannosten välillä alkoholittomia juomia. Alkoholiannosten määrälle voi myös asettaa tarkan ylärajan, jolloin pystyy helposti tarkkailemaan nautitun alkoholin määrää. Ennen juomista tai sen aikana on hyvä ruokailla. Mielekäs tekeminen ja harrastukset vähentävät alkoholin käyttöä. (A-klinikkasäätiö. Vähentämisen ja lopettamisen vinkkejä 2017.) Nämä keinot ovat toimivia niin kantaväestön kuin maahanmuuttajien parissa.

Maahanmuuttajien ennaltaehkäisevään päihdetyöhön sopii salutogeeninen malli. Voimavaraistavan mallin tavoitteena ei ole terveyden saavuttaminen, vaan että yksilö ymmärtää, mistä terveys hänen elämässään koostuu ja millaiset valinnat auttavat häntä kohti terveyttä. Salutogeeninen ajattelutapa, sopii hyvin maahanmuuttajien terveyden edistämiseen, koska siinä haetaan ihmisen omia voimavaroja ja vahvistetaan yksilöiden ja yhteisöjen omia kykyjä kohdata stressitekijöitä. Taustalla on holistinen terveystieteellinen näkemys, jossa ihmisen ajatellaan olevan toimiva olento, joka on mukana monipuolisissa sosiaalisissa suhteissa. (Lindström & Erikson 2010, 32 – 52.) Menetelmä on siis hyvin asiakaslähtöinen, mikä sopii maahanmuuttajille, joista osalla saattaa olla voimakkaita traumaattisia kokemuksia.

Asiakkaiden erilaisuus on suuri haaste ohjauksessa. Ohjauksessa on välttämätöntä selvittää asiakkaan tilanne ja hänen sitoutumisensa omaa terveyttään tukevaan toimintaan. Vain sillä tavalla hänen tarpeisiinsa voidaan vastata. Jos asiakkaan taustaa ei huomioida, asiakkaita ohjataan aina samalla tavalla kunnioittamatta hänen yksilöllisyyttään. Hoitajan on tunnistettava omat ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät: tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 28.)

Ohjauksessa on muistettava, että asiakkaalla saattaa olla terveysuskomuksia ja aikaisempia kokemuksia sairaudesta ja sen hoidosta. Ne vaikuttavat siihen,

kuinka hän suhtautuu ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 33.) Lähtömaan hoitokäytännöt ja -tavat vaikuttavat maahanmuuttajien asenteisiin suomalaista päihde- ja mielenterveyshoitoa kohtaan. Esimerkiksi somaleiden kohdalla on huomattu, että psyykkisten sairauksien hoitomyönteisyyden puuttuminen heikentää hoitoon ohjattavuutta ja sitoutumista. Psyykkisten oireiden ilmaantuessa somalialainen turvautuu mieluummin uskontoon. (Mölsä & Tiilikainen 2007, 454.)

Sosiaalisista taustatekijöistä ohjauksen kannalta merkittävimpiä ovat kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät. Asiakkaalla voi olla kulttuuriin liittyviä tabuja, uskomuksia ja traditioita, jotka on otettava huomioon hänen ohjauksessaan. (Kyngäs ym. 2007, 35 - 36.)

2.1.1 Turvapaikanhakijoiden terveydenhoito

Turvapaikanhakijat asuvat vastaanottokeskuksessa, kunnes he saavat oleskeluluvan. Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta ja ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta määrittää turvapaikanhakijan oikeudet terveydenhoitopalveluihin Suomessa. Lain tukena ovat terveydenhuoltolaki ja erikoissairaanhoitolaki. Lakien mukaan turvapaikanhakijoille on järjestettävä kiireellinen sairaanhoito, kroonisten pitkäaikaissairauksien hoito ja välttämättömiksi arvioidut terveystalvelut. Alaikäiselle tilapäistä suojelua saavalle tai kansainvälistä suojelua hakevalle ja ihmiskaupan uhrille on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut samalla tavalla kuin hänellä olisi kotikunta Suomessa. (Erikoissairaanhoitolaki 1989; Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; Terveydenhuoltolaki 2010.)

Jokaiselle turvapaikanhakijalle tehdään terveystarkastus. Siinä kartoitetaan hänen terveydentilansa, rokotukset ja aiemmat sairaudet. Jatkotutkimukset

tehdään kansallisuuksien mukaan riippuen siitä, kuinka suuri riski henkilöllä on kantaa tarttuvia infektioitauteja. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016c.)

Ensimmäisen vaiheen ohjaus turvapaikanhakijoille annetaan vastaanottokeskuksissa. Silloin heille kerrotaan vastaanottokeskuksen toiminnasta, säännöistä, turvapaikanhakijan oikeuksista ja velvollisuuksista sekä tarjolla olevista palveluista. (Jokinen, Miettinen & Mikkonen 2013, 181.)

Turvapaikanhakijoiden ohjauksessa otetaan huomioon muun muassa henkilön etninen tausta, sosiaaliset taidot ja traumatisoituminen. Lisäksi huomioidaan vastaanottokeskuksessa vietetty aika. Vaikka henkilön fyysinen kunto yleensä paranee elinolojen vakiinnuttua, psyykinen kunto saattaa jopa huonontua epävarmuuden ja oikeanlaisen psyykkisen hoidon puuttumisen takia. (Jokinen ym. 2013, 182–183)

Traumaattisten kokemusten takia psyykkisen tuen tarve on suuri riippuvuuksien hoidossa. Joissakin vastaanottokeskuksissa tarjotaan sairaanhoitajan vastaanoton lisäksi myös traumaterapeutin tai kriisityöntekijän palveluita akuuteissa tapauksissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016 b.) Joutsenon, Oulun ja Vaasan vastaanottokeskuksissa ja Metsälän säilöönottoyksikössä on meneillään vuoden 2017 loppuun asti kestävä HAPKE 3 -hanke. Siinä pyritään kehittämään vastaanottojärjestelmää ottamaan huomioon haavoittuvassa asemassa olevat turvapaikanhakijat. Hankkeessa on tavoitteena vastata aiempaa paremmin erityistarpeisiin, joita väkivaltaa kokeneilla, yksin saapuneilla turvapaikanhakijanisilla ja heidän lapsillaan on. Hankkeessa kehitetään ennaltaehkäiseviä toimintamalleja hyvinvoinnin kehittämiseksi, koulutetaan vastaanottokeskuksien henkilökuntaa tunnistamaan riskitekijöitä sekä rakennetaan korjaavia työkaluja traumatisoituneiden naisten tukemiseen ja auttamiseen. (Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahasto 2017.)

Pakolaistaustaiset maahanmuuttajat ovat sosiaali- ja terveydenhuollolle haasteellisia asiakkaita. Heidän traumaperäisten psyykkisten oireidensa tunnistaminen voi olla vaikeaa. Tärkeää on, että ohjaukseen ja hoitoon käytetään

tarpeeksi aikaa ja hoitohenkilökunta saa asiakkaaseen luottamuksellisen suhteen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012, 151–163.)

2.2 Maahanmuuttajien alkoholinkäyttö

Keskeinen piirre riippuvuuksissa on, että riippuvuuden kohteen käyttöä tai toimintaa on vaikea vähentää tai lopettaa. Päihderiippuvuus syntyy aineisiin, jotka vaikuttavat keskushermostoon. Niitä ovat tupakka, alkoholi, lääkkeet ja huumeet. Toiminnalliset riippuvuudet ovat usein elämää haittaavia. Niitä ovat peli-, seksi-, liikunta-, netti- ja ostoriippuvuus. Riippuvuus kehittyy pitkän ajan kuluessa. Se heikentää henkilön sosiaalista, taloudellista ja terveydellistä tilannetta. (A-klinikkasäätiö. Aine- ja toiminnalliset riippuvuudet 2017.)

Alkoholiin liittyvien ongelmien ajatellaan koskevan vain alkoholisteja. Suurin osa haitoista aiheutuu kuitenkin tavallisille kuluttajille ja heidän ympäristölleen, kuten läheisille, työnantajille ja koko yhteiskunnalle. Alkoholin aiheuttamien haittojen kustannuksiksi Suomessa on arvioitu 5-6 miljardia euroa vuodessa. (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry 2017.)

Maahanmuuttajien suhde alkoholiin on erilainen kuin suomalaisen kantaväestön. Suomalaismiehistä 90 % ja naisista 86 % oli vuonna 2010 käyttänyt alkoholia. Alkoholin käyttö on kaikilla tutkituilla maahanmuuttajataustaisilla ryhmillä, erityisesti somalialais- ja kurditaustaisilla vähäisempää kuin suomalaisilla. (Prättälä, R., Mustonen, H., Koponen, P. & Laatikainen, T. 2012, 165-168.)

Maahanmuuttajaryhmien välillä on suuria eroja alkoholin käytössä. Joissakin maissa humalaisena esiintyminen on häpeällistä. Merkittävä osa maahanmuuttajista ei uskonnollisista syistä käytä alkoholia lainkaan. Muslimeilla alkoholinkäyttö on kokonaan kielletty. Somalialaistaustaiset eivät käytä alkoholia juuri lainkaan. Tätä käsitystä tukevat laboratoriotulokset: Somalialaistaustaisista yhdellä prosentilla on alkoholin runsaasta käytöstä kohonneet maksa-arvot. (Prättälä ym. 2012, 165-168.)

Joidenkin maahanmuuttajien lähtökulttuureissa runsas alkoholin käyttö on yleisempää kuin suomalaisilla. Venäläistaustaisten maahanmuuttajien alkoholinkäyttö Suomessa on yhtä yleistä kuin koko väestöllä. Alkoholin suuri kertakulutus on venäläistaustaisilla harvinaisempaa kuin suomalaisilla. (Prättälä ym. 2012, 165-168.)

Venäläistaustaisten itsensä ilmoittama alkoholinkulutus on kuitenkin pienempi kuin laboratoriotutkimusten tulosten osoittama määrä. Venäläistaustaisten vähäinen alkoholinkäyttö johtui tutkimuksen mukaan siitä, että he eivät kertoneet asiasta avoimesti. He eivät myönnä ongelman olemassaoloa tai vähättelevät sitä. Alkoholinkäyttöä ei venäläistaustaisilla voi mitata luotettavasti vastaajaan oman arvion perusteella. (Prättälä ym. 2012, 165-168.)

WHO:n vuoden 2010 tilastojen mukaan alkoholin kokonaiskulutus oli vuosina 2003-2005 Venäjällä yli 15 litraa puhdasta alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohden. Päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan vuonna 2005 Suomessa vastaava kulutus oli alle 13 litraa. Kyselytietoihin perustuvat kulutusarvot vastaavat yleensä vain 30-70 % myydyistä alkoholimäärästä. Tietojen perusteella voi olettaa, että venäläistaustaisten alkoholinkäyttö on samalla tasolla kuin Suomen väestön. Valikoitunut maahanmuutto saattaa vaikuttaa venäläistaustaisten maahanmuuttajien tutkimustuloksiin, alkoholin suurkuluttajat eivät muuta pois kotimaastaan. (Prättälä ym. 2012, 165-168.)

Aikaisemmat maahanmuuttajien alkoholinkäyttöä selvittävät tutkimukset perustuivat heidän haastatteluihinsa. Vuonna 2012 selvitettiin maahanmuuttajien veren maksa-arvoja. Maahanmuuttajista venäläistaustaisten ryhmässä oli muita ryhmiä vähemmän raittiita ja enemmän henkilöitä, jotka joivat kerrallaan vähintään kuusi annosta alkoholia. Suureksi kertakulutukseksi on määritetty vähintään kuuden alkoholiannoksen nauttiminen yhdellä kertaa kerran kuussa tai useammin. Runsasta alkoholinkäyttöä kuvaava kohonnut CDT-arvo oli Karjalan tasavallan miehillä yleinen ja naisillakin yleisempi kuin Suomessa. Myös kurdeilla todettiin kohonneita maksa-arvoja yhtä usein kuin tutkimuspaikkakuntien vastaavan ikäisessä väestössä. (Prättälä ym. 2012, 165-168.)

Kuten kantaväestöllä, maahanmuuttajillakin runsas alkoholinkäyttö johtuu terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista. Jotkut maahanmuuttajanuoret saattavat käyttää alkoholia, koska he haluavat, että suomalaisnuoret hyväksyvät heidät joukkoonsa (Koivu 2017, 28-30). Useimmiten runsas alkoholinkäyttö on yhteydessä sopeutumis- ja mielenterveysongelmiin. Pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla on enemmän mielenterveysoireita kuin kantaväestöllä. Niitä ovat unettomuus, alakuloisuus, ahdistuneisuus, masennus, fyysinen pahoinvointi ja erilaiset kivut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Mielenterveysongelmien taustalla ovat järkyttävät tapahtumat lähtömaassa ja pakomatalla. 75 % pakolaisista on kokenut entisessä kotimaassaan väkivaltaa tai sotaa. Osa on nähnyt toisen henkilön väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Traumaattiset kokemukset voivat ilmetä psyykkisinä tai somaattisina oireina. Väkivalta tai kidutus on voinut jättää psyykkisen tai fyysisen vamman. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 151–163.)

Psyykinen kuormittuneisuus ja yksinäisyyden kokemukset ovat erityisen yleisiä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla. Heistä lähes neljä viidestä oli kokenut jonkin traumaattisen tapahtuman entisessä kotimaassaan. (Castaneda, Larja, Nieminen, Jokela, Suvisaari, Rask, Koponen & Koskinen 2015, 36.) Vaikka mielenterveysoireet ovat maahanmuuttajilla yleisiä, he käyttävät mielenterveyspalveluita harvemmin kuin koko väestö (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

Myös kokemukset uudessa kotimaassa ovat yhteydessä maahanmuuttajien mielenterveyteen. Syrjintä johtaa heikompaan elämänlaatuun, yksinäisyyteen ja vähäisempään luottamukseen viranomaisia kohtaan. Myös ero perheenjäsenistä aiheuttaa mielenterveysoireita ja yksinäisyyttä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Maahanmuuttajien työttömyysaste on korkeampi kuin kantaväestöllä (Nieminen 2015). Siitä aiheutuu taloudellisia ongelmia. Sosiaalisen verkoston puuttuminen

saattaa johtaa syrjäytymiseen, eristäytymiseen ja mielenterveysongelmiin. Maahanmuuttajalla on riski ajautua päihdeongelmiin. Ne hidastavat integroitumista ja työllistymistä. Näin syntynyt kierre on vaikea katkaista. Sosiaaliset ja taloudelliset ongelmat yhdistettynä suomalaiseen alkoholikulttuuriin syventävät entisestään maahanmuuttajan alkoholiongelmia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

Maailman terveysjärjestön kehittämä kymmenen kysymyksen AUDIT on todettu toimivaksi testiksi, kun halutaan tunnistaa alkoholin suurkulutus henkilöllä. Testistä saa monipuolisen kuvan juomisen mahdollisista riskeistä ja haitoista. Alkoholiriippuvuutta testaavassa SADD-testissä alkoholiriippuvuus ilmaistaan asteikolla lievästä vaikeaan eli vähäisistä juomisongelmista aina vakavaan alkoholiriippuvuuteen. Testi myös painottaa alkoholiriippuvuuden subjektiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä piirteitä. Juomatapatestissä puolestaan on henkilökohtaisesti räätälöity palaute, jossa käydään läpi muun muassa alkoholin imeytymistä, palamista ja vuosikulutustilastoja. (A-klinikkasäätiö. Testit ja laskurit 2017.) Maahanmuuttajien kohdalla omaan arviointiin perustuvat testit saattavat totuudenmukaista optimistisemmän kuvan henkilön alkoholinkäytöstä, kuten aiemmin on todettu. (Prättälä ym. 2012, 165-168.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata maahanmuuttajien terveydenhuollon henkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä.

Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisena terveydenhuollon henkilökunta näkee maahanmuuttajien alkoholinkäytön?
2. Millaisia haasteita terveydenhuollon henkilökunta kohtaa maahanmuuttajien päihdetyössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää maahanmuuttajien päihdehuoltoa ja ohjausta.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Opinnäytetyön menetelmän valinta

Tässä opinnäytetyössä keskitytään terveydenhuollon henkilöstön kokemuksiin maahanmuuttajien päihteiden käytöstä. Siksi laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi parhaiten työn toteuttamiseen. Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan ihmistä ja hänen elämänpiiriinsä liittyviä asioita. Laadullisen tutkimuksen aikana käsitellään kertomuksia, tarinoita ja merkityksiä, joista ei voi laatia tilastollisia, yleistettäviä tuloksia samalla tavalla kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen aikana tutkimuksen tekijän on hyväksyttävä, että todellisuus voi näyttäytyä eri henkilöille erilaisena. (Juvakka & Kylmä 2012, 16, 28.)

Laadullisen tutkimuksessa tehdään aineistolähtöistä induktiivista päättelyä. Siinä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista ja yhdistellään niitä laajemmaksi kokonaisuudeksi. Tutkimus perustuu osallistujien omaan todellisuuteen, eikä tutkimuksen tekijä saa tehdä omia ennakkopäätelmiään. Tutkimuksen tekijän on ymmärrettävä osallistujien näkökulma. Osallistujia laadullisessa tutkimuksessa on yleensä vähän, koska tutkittavasta ilmiöstä halutaan saada kattava kuva. (Juvakka & Kylmä 2012, 22–23, 27.)

4.2 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimuksessa oli tarkoitus hakea terveydenhuollon henkilöstön käsitystä maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä ja mahdollisista alkoholiongelmista sekä maahanmuuttajien alkoholiongelmiensa ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Siksi aineiston keräämistavaksi valittiin teemahaastattelu (Liite 1). Ennen teemojen valintaa syvennettiin tietoa aiheesta tutustumalla kirjallisuuteen ja aihetta sivuaviin opinnäytetöihin.

Teemahaastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun halutaan valita haastattelun aihepiirejä tai muutamia avainkysymyksiä, joiden ympärille kokemuksellinen haastattelu rakennetaan (Juvakka & Kylmä 2012, 78–79). Teemahaastattelussa kartoitetaan tyypillisesti tutkimustehtävän tärkeimmät aiheet tai teema-alueet, joita tutkimushaastattelussa on käsiteltävä. Tavoite on, että vastaaja antaa oman kuvauksensa kaikista teema-alueista. (Vilkkä 2015, 101–102.)

Tutkimukseen valittiin haastateltavaksi sellaisia henkilöitä, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Juvakka & Kylmä 2012, 26). Aihetta lähestyttiin sellaisten henkilöiden kautta, jotka kohtaavat työssään alkoholiongelmaisia maahanmuuttajia terveydenhoidollisesta näkökulmasta. Opinnäytetyöhön valittiin haastateltaviksi kolme pitkään päihde- ja mielenterveystyötä tehnyttä terveydenhuollon ammattihenkilöä Oulun seudulta. Heidän asiakkanaan on ollut suomalaisen kantaväestön lisäksi myös maahanmuuttajia, joten he pystyivät vertailemaan tutkimusteemoihin liittyviä kokemuksiaan maahanmuuttajien ja suomalaisen kantaväestön välillä. Kaikki korostivat, että maahanmuuttajia on verrattain harvoin päihdehuollon asiakkaina.

Haastattelut tehtiin keväällä 2017. Yksi haastattelu toteutettiin kirjallisesti sähköpostin välityksellä ja kaksi rauhallisessa paikassa suullisesti. Suullisista haastatteluista tehtiin äänitallenne ja ne litteroitiin. Haastatteluissa käytiin läpi haastateltavien kokemuksia maahanmuuttajien päihteiden käytöstä sekä sen yleisyydestä ja eroista eri maahanmuuttajaryhmien välillä. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan suomalaisen päihdetyömallin sopivuutta maahanmuuttajille.

Haastattelujen jälkeen niiden sisältö analysoitiin. Sisällönanalyysi on tapa järjestellä ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tunnistetaan tutkittavasta ilmiöstä nousevia sisällöllisiä väittämiä. Kaikkea aineistossa olevaa tietoa ei analysoida, vaan etsitään vastausta opinnäytetyön tarkoitukseen ja tutkimuskysymykseen. Tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan tiivistetysti analyysin avulla. Aineistolähtöisessä analyysissä annetaan aineiston kertoa tutkittavasta ilmiöstä oma tarinansa. Aineiston keräämisen ja analyysin

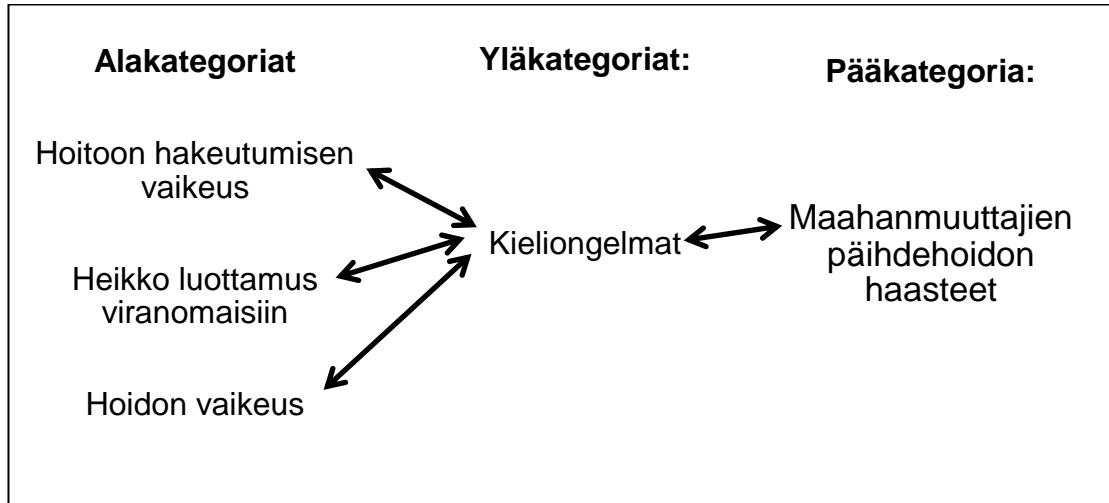
aikana tutkimuskysymys voi myös tarkentua. Tässä työssä tutkittava ilmiö pyrittiin tuomaan esille tiivistetyssä muodossa, minkä johdosta ilmiö voitiin käsitteellistää. Aineiston tiivistetty ja pelkistetty muoto saatiin kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut pyrittiin tuomaan esille mahdollisimman tarkasti samoilla termeillä, kuin ne ovat aineistossa. Teemahaastattelun aineisto analysoitiin ja tutkimuksen kohteina olevista ilmiöistä koottiin tulokset. Analyysin aikana aineisto purettiin osiin, ilmaisut ryhmiteltiin ja niistä etsittiin erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samankaltaiset osat yhdistettiin tulkintaa tehdessä ja koottiin uudeksi kokonaisuudeksi. Saman sisältöiset kategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi. Näin jatkettiin, kunnes yhdistävä kategoria löytyi. Sisällönanalyysin lopputuloksena olivat tutkittavaa ilmiötä kuvaavat kategoriat. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7.; Juvakka & Kylmä 2012, 29, 112–113.)

Opinnäytetyön tulokseksi saatiin analyysissä muodostettu malli. Tuloksissa kuvataan, mitä kategoriat tarkoittavat. Pelkistettyjen muotojen ja kategorioiden lisäksi tuloksissa näkyy suoria lainauksia. Niiden tarkoituksena on lisätä luotettavuutta ja osoittaa, millä perusteella kategoriat on luotu. Suorat lainaukset näkyvät vain esimerkkeinä, eikä tutkittavia saa tunnistaa suorien lainausten perusteella. Tulosten luotettavuus osoitettiin siten, että yhteys tulosten ja aineiston välillä näkyy. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Litteroitua haastatteluaineistoa pelkistettiin tutkimuskysymyksiä apuna käyttäen. Alkuperäisilmaisuja haastatteluissa oli esimerkiksi: ”On vuorovaikutusongelmia. Jos kielitaito on huono, on arka ja vetäytyvä.”, ”Jos on kieli- ja vuorovaikutusongelmia, luottamus viranomaisiin saattaa olla heikkoa.”, ”Kieliasiat ja kielitaidottomuus voivat olla sellaisia, joiden takia on vaikea hakeutua hoitoon.”, ”Tulkitaan temperamenttia käytöshäiriöksi, asetetaan diagnooseja, kokeillaan lääkkeitä, jotka eivät ole välttämättä siihen ja temperamenttiin soveltuvia ole.” ja ”Mielenterveys ja päihdearvio ovat eläytymistä ihmisten taustaan ja sen kautta ymmärtämistä, mitä häntä vaivaa. Jos ei ole tuntemusta, miten ihmiset muualla ovat ja mitä siihen kulttuuriin liittyy, niin sitten on vaikea eläytyä siihen.”.

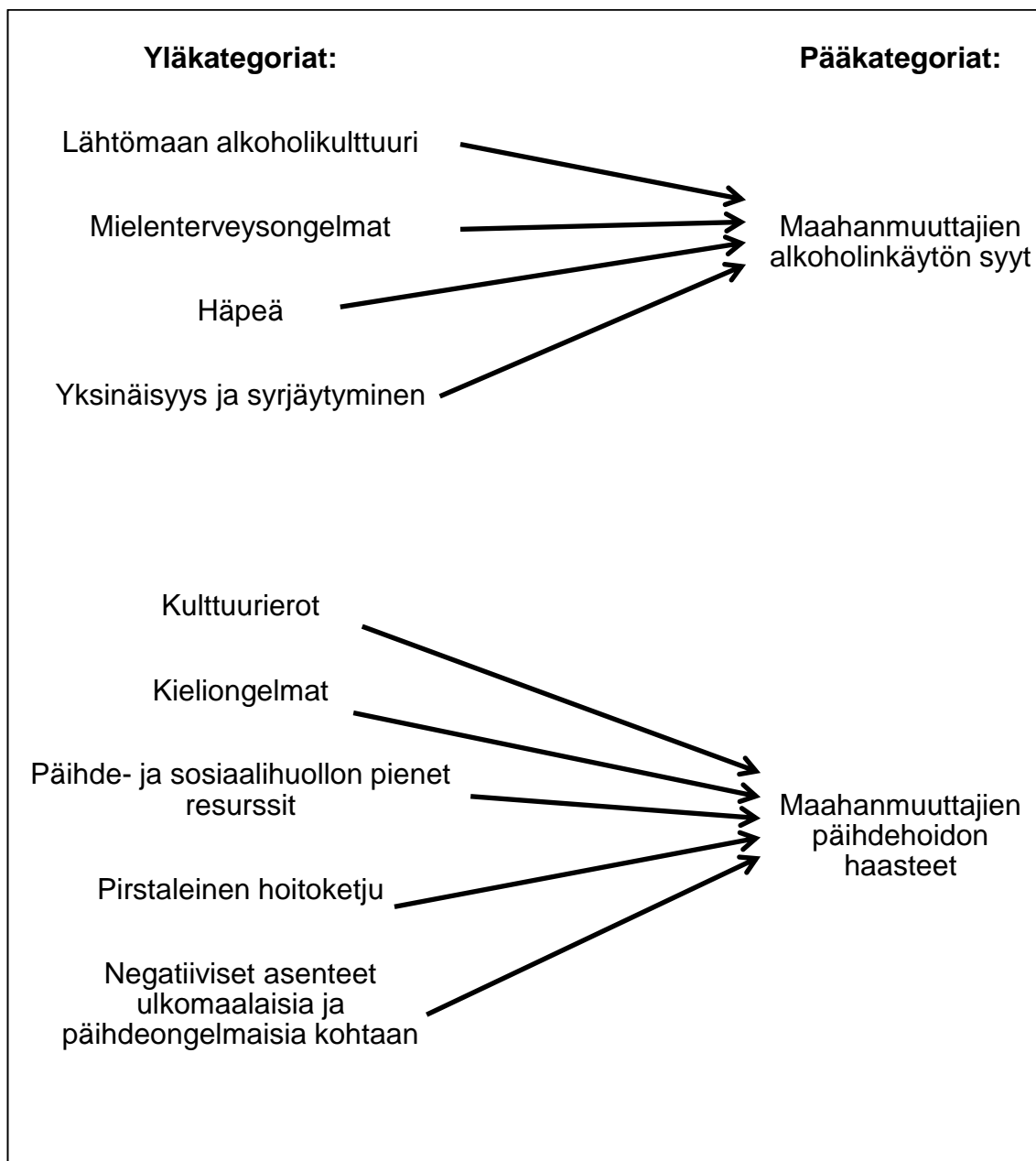
Alkuperäisilmaisuista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja: ”Huono kielitaito vaikeuttaa hoitoa”, ”Huono kielitaito heikentää luottamusta viranomaisiin.”, ”Kielitaidottomuus vaikeuttaa hoitoon hakeutumista.”, ”Erilaisen kulttuuritaustan aiheuttamien käyttäytymiserojen takia tehdään vääriä diagnooseja ja lääkittäään väärin.” ja ”On vaikea eläytyä asiakkaan tilanteeseen, jos ei ymmärrä hänen taustaansa ja kulttuuriaan.”

Aineisto ryhmiteltiin käyttäen pelkistettyjä ilmaisuja ja niistä muodostettiin alakategorioita. Kaikista alakategorioista muodostettiin yhdessä muiden sopivien alakategorioiden kanssa yläkategorioita ja niistä pääkategoriat ”Maahanmuuttajien päihdehuollon haasteet” ja ”Maahanmuuttajien alkoholinkäytön syyt”.



Kuvio 1: Esimerkki pääkategorioiden muodostamisesta

5 TULOKSET



Kuvio 2: Pääkategorioiden muodostaminen yläkategorioista

5.1 Maahanmuuttajien alkoholinkäytön syitä

Maahanmuuttajien alkoholinkäyttöön ja siitä johtuviin ongelmiin on monia syitä, kuten suomalaisella kantaväestölläkin. Usein alkoholiongelmaan ei ole osoitettavissa vain yhtä selkeää syytä, vaan syyt ovat monenlaisia ja päällekkäisiä.

Maahanmuuttajien alkoholinkäyttö Suomessa riippuu heidän **kotimaansa alkoholikulttuurista**. Kotimaan päihdekulttuurin vaikutus ulottuu vielä toisen polven maahanmuuttajien suhtautumiseen päihde- ja mielenterveysongelmiin. Jos maahanmuuttajan kotimaassa käytetään vähän tai ei ollenkaan alkoholia, sen käyttö Suomessakin on hyvin harvinaista. Jos kotimaassa alkoholin runsas käyttö on hyväksyttyä, on todennäköistä, että alkoholia käytetään myös Suomessa.

Eron huomaa verrattaessa muslimimaista tulleita maahanmuuttajia venäläisiin ja virolaisiin maahanmuuttajiin. Muslimimaista lähtöisin olevat maahanmuuttajanaiset eivät käytä alkoholia tiukkojen uskonnollisten sääntöjen takia. Muslimimiehilläkin alkoholin käyttö Suomessa on harvinaista. Venäjällä ja Virossa alkoholia käytetään enemmän. Venäläis- ja virolaistaustaiset maahanmuuttajat käyttävät Suomessa verraten runsaasti alkoholia. Joillakin heistä on ollut jo kotimaassa päihdeongelma. Omaan ja ympäristön runsaaseen alkoholinkäyttöön tottuminen johtaa, että alkoholiongelmaa ei edes tunnisteta.

He dokaavat kotona, mutta eivät hae apua, koska eivät koe sitä ongelmaksi. He ovat ehkä tulleet jostain Karjalan kylästä, jossa koko kylä ryyppää aamusta iltaan... ...Meidän silmissä se on ongelma, mutta heidän silmissään se ei ole.

Lähtömaan päihdekulttuuriin liittyy myös suhtautuminen huumeisiin. Huumeet ovat Aasiassa tavallisempia kuin alkoholi. Suomessa huumeiksi luokiteltuja aineita ei välttämättä pidetä maahanmuuttajan kotimaassa lainkaan huumeina. Aasialaisilla on Suomessa enemmän ongelmia huumeiden kuin alkoholin kanssa. Heillä on enemmän tietoa huumeista ja niiden haitoista. Venäläisillä ja

virolaisilla päihdeongelmat keskittyvät alkoholiin eikä huumeisiin. Heillä on paremmin tietoa alkoholista ja sen haitoista.

Eroja maahanmuuttajien päihteidenkäytössä on sukupolvien välillä. Vanhemmilla maahanmuuttajilla alkoholi on suurempi ongelma kuin huumeet. Nuorilla tilanne on päinvastoin. Toisen polven maahanmuuttajien aiemmat päihdekokemukset saattavat laajentua Suomessa jopa huumeisiin.

Mielenterveysongelmat ovat maahanmuuttajilla yleisiä. Mielenterveys horjuu usein pakolaisilla, joilla on traumaattisia kokemuksia omassa kotimaassaan. Sota, köyhyys, nälkä ja väkivalta aiheuttavat traumaperäisiä persoonallisuushäiriöitä. Maahanmuuttajalla saattaa olla jopa krooninen psykoosi, joka on oireillut hoitamattomana jo kotimaassa. Fyysisten vammojen tai traumojen vuoksi maahanmuuttajalle voi kehittyä riippuvuus särky- tai rauhoittaviin lääkkeisiin. Maahanmuuttajilla esiintyy myös masennusta ja sopeutumishäiriöitä.

Traumahäiriöitä on nimenomaan pakolaisilla, jotka tulevat niistä maista, joissa heitä on kidutettu, jossa he ovat joutuneet olemaan sotatilanteessa, heidän sukulaisiaan on tapettu, kidutettu, heillä itsellään on vammoja tai ovat joutuneet elämään hyvin vaikeassa tilanteessa.

Mielenterveys- ja runsas alkoholin käyttö esiintyvät usein yhdessä. Osalla mielenterveysongelmaisista on päihdeongelma. Päihdeongelmaisilla on myös mielenterveysongelmia. Ongelmat kietoutuvat helposti toisiinsa. Erityisesti nuorilla mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat päällekkäisiä. Vanhemmilla henkilöillä päihde- ja mielenterveyden ongelmat esiintyvät selkeämmin erillisinä.

Häpeä aiheuttaa alkoholiongelmia sekä maahanmuuttajille kantaväestölle. Häpeän tunne liittyy mielenterveyshäiriöihin, masennukseen ja ahdistukseen. Häpeän tunne saa ihmiset hakemaan helpotusta päihteistä. Päihteiden käyttö ja vieroitusoireet lisäävät ahdistusta ja häpeää. Henkilö käyttää lisää päihteitä. Näin ihminen joutuu kierteeseen, josta on vaikea päästä pois.

Krapulat, vieroitusoireet ovat niitä, joissa häpeä, masennus nousevat esiin. Noita krapulan ja vieroitusoireiden vahvistamia asioita on vaikea sietää ja sen takia usein nämä ihmiset alkavat käyttää jatkuvasti päihteitä. Satunnainen ja kokeilukäyttö muuttuu usein jatkuvaksi käytöksi sen takia, että krapulaa ja vieroitusoireita on vaikea kestää.

Häpeän takia alkoholiongelmaa on vaikea myöntää. Tämä vaikeuttaa hoitoon hakeutumista niin maahanmuuttajilla kuin kantaväestölläkin.

Pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla häpeän kokeminen on erityinen ongelma, sillä heidän sosiaalinen ja taloudellinen tilanteensa on huono. He ovat lähteneet pakoon paremman elämän toivossa ja saattavat hävetä taustaansa, traumojaan ja tilannettaan.

Ihmistä, jotka pakenevat jotakin tai tulevat paremman elämän toivossa, heillä on enemmän häpeää olemisestaan tai ulkomaalaisuudestaan tai traumoista, joka häpeää vielä jollakin tavalla lisää. Siihen voi liittyä hoitoon hakeutumisen hankaluutta.

Alkoholiongelmien yksi syy on **yksinäisyys ja syrjäytyminen**. Niistä aiheutuvaa ahdistusta yritetään lievittää alkoholilla. Jos ihmisellä on olemassa hyvä sosiaalinen verkosto, hänen ongelmansa eivät pahene. Jos sosiaalista verkostoa ei ole, saattaa päihdeongelma syventää syrjäytymiskierrettä.

Toisen polven maahanmuuttajanuorien erityispiirre varsinkin pääkaupunkiseudulla on, että heillä on taipumus jengiytyä. Se on seurausta syrjäytymisestä ja yksinäisyyden tunteesta. Alakulttuureista ja jengeistä haetaan helpotusta yksinäisyyteen. Ryhmissä alkoholin ja jopa huumeiden käyttö on yleistä. Nuori saattaa aloittaa päihteiden käytön, vaikka kotona päihteitä ei käytettäisi lainkaan. Jengeillä saattaa olla myös rikollista toimintaa.

Tapahtuu alakulttuureihin hakeutumista ja se on juuri nuorilla maahanmuuttajilla, jotka jengiytyvät, koska heillä on yksinäistä ja epätoivoista... ..He jengiytyvät ehkä rikollisjoukkoon, ehkä päihteitä tai huumeita käyttävään tai välittävään joukkoon, mistä he löytävät yhteenkuuluvuutta.

Joissakin tapauksissa parisuhteen loppuminen ja siitä johtuva yksinäisyyden tunne lisää alkoholin käyttöä. Tämä asia koskettaa erityisesti venäläistaustaisia naisia.

Kun niillä parisuhde vielä pelittää, niin sitä ei näe. Sitten kun tulee ongelmia ja ero, se pääsee pahenemaan.

Kulttuuriset tai uskonnolliset erot maahanmuuttajan kotimaan ja Suomen välillä vaikeuttavat sopeutumista ja johtavat helposti syrjäytymiseen. Kulttuuriympäristön muutos on maahanmuuttajalle vaikeaa.

Erilainen perhekulttuuri, ehkä kovempi kuri, autoritäärinen perhehierarkia, päihteitä käyttävä saatetaan eristää perheestä.

Perhekulttuuri saattaa johtaa syrjäytymiseen. Jyrkästi alkoholiin suhtautuvan kulttuurin perheissä päihteitä käyttävä jäsen saatetaan sulkea perheen ja yhteisön ulkopuolelle. Se pahentaa syrjäytymistä ja alkoholiongelmaa.

5.2 Maahanmuuttajien päihdehuollon haasteet

Suomalaisessa mielenterveys- ja päihdehuollossa on maahanmuuttajien kohdalla paljon haasteita ja puutteita. Osa haasteista on koko hoitojärjestelmää, siis myös suomalaisia päihdeongelmaisia koskettavia ongelmia. Osa haasteista on selkeästi sellaisia, että niitä kohdataan vain maahanmuuttaja-asiakkaan kanssa.

Monenlaisten **kulttuurierojen** tunteminen, ymmärtäminen ja huomioiminen hoidossa on erittäin tärkeää. Kulttuurieroista ja oman kotimaan viranomaisista saaduista huonoista kokemuksista johtuva luottamuksen puute saattaa estää hoitoon hakeutumisen kokonaan. Viranomaisille ei kerrota luottamuksellisia asioita. Maahanmuuttajat ovat suomalaisia taitavampia sosiaalisesti. He ovat tottuneet toimimaan suurissa ihmisjoukoissa ja aistivat tunteita herkästi. He huomaavat herkästi, kuinka heitä hoidetaan. Jotta hoitohenkilökunta osaisi

reagoida maahanmuuttaja-asiakkaan tarpeisiin, on tärkeää tuntea hänen kulttuuritaustansa.

Osa maahanmuuttajista luottaa suomalaiseen hoitojärjestelmään enemmän kuin järjestelmään, jossa he ovat joutuneet kiusatuiksi tai kidutetuiksi. Tämä koskee muslimimaista tulleita, koska lähtömaassa suhtautuminen alkoholiin on jyrkkä. Siksi alkoholiongelmien kanssa painivan muslimin on helpompi hakeutua hoitoon Suomessa.

Muslimin ja alkoholistin on helpompi hakeutua suomalaiseen hoitojärjestelmään, jossa islam ei ole enää sellainen, joka tuottaa syyllisyyttä ja häpeää.

Asiakaan kulttuuritaustan tunteminen, ymmärtäminen ja huomioiminen eivät koske vain maahanmuuttajia. Myös suomalaisilla asiakkailla on erilaisia kulttuuritaustoja, jotka on otettava hoidossa huomioon. Kun asiakkaalle tehdään mielenterveys- ja päihdearviota, on otettava huomioon hänen kulttuuritaustansa ja suunniteltava hoito sen mukaan. Ihanteellisessa tapauksessa hoito on yksilöllistä ja kokonaisvaltaista.

Mielenterveys ja päihdearvio ovat eläytymistä ihmisten taustaan ja ymmärtämistä, mitä häntä vaivaa. Jos ei ole tuntemusta, mitä siihen kulttuuriin liittyy, niin sitten on vaikea eläytyä siihen.

Suomalaisillakin on kulttuurieroja... ..Hoito olisi ihanteellisesti aina yksilöllistä ja perhetyön tai verkostotyön mallilla toteutettua.

Jos hoitohenkilökunta ei ymmärrä asiakkaan kulttuuriin liittyviä käytöstapoja ja temperamenttia tai tulkitsee niitä väärin, saattaa lopputuloksena olla väärä diagnoosi ja virheellinen hoito.

Tulkitaan temperamenttia käytöshäiriöksi, asetetaan diagnooseja, kokeillaan lääkkeitä, jotka eivät ole välttämättä siihen ja temperamentiin soveltuvia ole.

Jotkut päihdehoidot, kuten Minnesota-hoito, 12-askeleen hoito ja AA-ohjelmat liittyvät tiiviisti uskonnollisuuteen. Jotkut uskontosuunnat, kuten helluntailaiset tekevät aktiivista päihdetyötä. Päihdehoitoon sitoutuminen vaatii sitoutumista kyseiseen uskontoon. Maahanmuuttajien uskonnollinen tausta on yleensä erilainen kuin näissä hoito-ohjelmissa, joten ne eivät sinällään sovi maahanmuuttajille. Uskonnollispohjaisia päihdehoitoja ehkä olisi mahdollisuus soveltaa maahanmuuttajien omista uskonnollisista lähtökohdista toimiviksi.

Jos heille perustaisi oman ryhmän, joka samalla tavoin, mutta eri viitekehuksesta lähtisi liikkeelle, se voisi olla parempi vaihtoehto.

Kulttuuritausta vaikuttaa siihen, millaisia ennako-odotuksia ja vaatimuksia maahanmuuttajilla on suomalaista päihde- ja mielenterveyshoitoa kohtaan. Venäläiset vanhemmat toivovat viranomaisilta suoraviivaisempia toimenpiteitä ja tiukkoja rajoja, jos lapsi käyttää päihteitä. He eivät ymmärrä, millaisia keinoja Suomen laki sallii käytettävän päihdeongelmaisen nuoren kohdalla.

Venäjänkieliset asiakkaat toivovat, että lasta pitää ottaa kunnolla niskasta kiinni ja sijoittaa ja pakottaa hoitoon.

Toisaalta, johtuen kotimaan alkoholikulttuurista, venäläisvanhemmat katsovat lastensa päihteiden käyttöä sormiensa läpi.

Venäläinen perhe ajattelee, että jos tuo murrosikäinen ei käy koulua, muutaman kaljan ottaa, niin eihän se ole mikään ongelma, kun isä ottaa enemmän.

Viranomaisten lain mukainen puuttuminen lasten alkoholinkäyttöön saattaa johtaa ristiriitaan, jos asia etenee lastensuojeluviranomaisten hoidettavaksi. Venäläistaustaisten on vaikea ymmärtää esimerkiksi huostaanottopäätöksiä.

Eri kulttuurien perhekäsitykset saattavat joutua törmäyskurssille suomalaisen perhekäsityksen kanssa myös hoitotyössä. Suomessa nuoret itsenäistyvät nopeammin kuin muissa kulttuureissa. Joissakin kulttuureissa lasten ja vanhempien symbioottinen suhde jatkuu aikuisiälle asti. Jos perheensä kanssa

tiivissä suhteessa olevaa nuorta kannustetaan suomalaiseen tapaan ja vastoin hänen omaa kulttuuriaan itsenäistymään varhain, saattaa nuori kohdata vaikeita ristiriitoja ja ajautua päihteiden käyttäjäksi. Nuorten päihdetyössä on huomioitava hänen kulttuurinsa ja perheensä käytännöt ja tuettava häntä siinä kontekstissa.

Jos lasta tai nuorta tuetaan suomalaisin keinoin, sinä olet 16, voit mennä pois kotoa, sinun ei tarvitse enää äitiä kuunnella, se synnyttää ristiriitoja, kun koko ikäsi on opetettu, että äiti on äiti ja isä on isä ja heitä pitää totella. Se aiheuttaa ristiriitoja ja jopa traumoja, jotka taas kulmineituvat mielenterveys-, sopeutumis- ja käytösongelmiin tai päihteiden käyttöön.

Suomalainen päihdehoitojärjestelmä koetaan syyllistävänä. Hoitojärjestelmässä pitäisi käyttää enemmän motivoivaa haastattelutekniikkaa, joilla syyllisyyttä pyritään vähentämään. Monen maahanmuuttajankin kokemaa häpeän tunnetta voitaisiin purkaa ja henkilö saisi hyväksytyksi tulemisen kokemuksia.

Maahanmuuttajien asenteisiin suomalaista päihde- ja mielenterveyshoitoa kohtaan vaikuttavat oman kotimaan hoitokäytännöt ja historia. Venäläiset saattavat historiallisista syistä jopa pelätä psykiatrista hoitoa, eivätkä hakeudu mielellään mielenterveys- tai päihdehoitoon. Psykiatria on Venäjällä käytetty poliittisiin tarkoituksiin hiljentämään poliittiset vastustajat.

Tsaarinajan Venäjän ja neuvostovenäjän perinteeseen liittyvää on se, että psykiatria on käytetty vallan käytön aseena. On ollut ”poliittinen skitsofrenia” -käsite. Yhteiskunnan vastaisuuden eli väärällä tavalla ajattelun takia ihmisiä on suljettu mielisairaalaan. Mielisairaiden kohtelu on ollut huonoa, ankaraa ja heitä on kohdeltu niin huonosti, että heidän elinaikansa on ollut lyhyt. Ihmisillä on ollut syytä pelätä psykiatreja.

Venäläistaustaisten käsitykset psykiatrisista hoidoista saattavat olla vanhanaikaisia. Suomessa yleisesti käytettyä, Freudin teorioihin perustuvaa psykoanalyysia käytetään Venäjällä harvoin. Venäläinen psykiatria perustuu paljolti venäläisen Pavlovin behavioristiseen psykiatriaan.

Vaikka suomalaisen terveydenhuollon työntekijöitä koulutetaan kohtaamaan asiakkaita eri kulttuureista, pitäisi järjestelmän muuttua. Suomalaisen päihdehuollon pitäisi ottaa kokonaisuutena paremmin huomioon eri kulttuureista tulevat asiakkaat. Nykyinen hoitomalli on rakennettu suomalaisen ongelman hoitamiseksi ja korjaamiseksi.

Päihde- ja mielenterveyshuollon maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa on **huonosta kielitaidosta** johtuvia vuorovaikutusongelmia, jotka vaikeuttavat hoitoa. Jos asiakas ei hallitse suomen kieltä, hän ei ymmärrä hoitoon liittyviä asioita ja sitoutuminen hoitoon on heikompaa.

Kielitaidon puute saattaa olla esteenä maahanmuuttajan hoitoon hakeutumiselle, varsinkin jos hänen terveystilanteensa ei ole kovin vakava. Huono kielitaito heikentää asiakkaan luottamusta viranomaisiin. Niissä tilanteissa tulkki voi auttaa. Tulkin käyttäminen on erittäin tärkeää.

Yhteinen kieli, tulkin käyttö, se on ehdoton asia. Kun asiakas osaa vähän suomen kieltä, enemmän pitää käyttää tulkkia. Vaikka asiakas ymmärtää perusasiat, tämä on kahvi, tämä on teetä, ota kynä ja kirjoita nimi, se ei välttämättä riitä, että hän pystyisi asennoitumaan ja ymmärtämään hoidollisen prosessin.

Lain mukaan potilaalla on oikeus käyttää tulkkia. Hoitoviranomaiset ja maahanmuuttajat eivät välttämättä tunne ja noudata lakia, jonka mukaan potilasta täytyy palvella kielellä, jolla hoidon aikana esiin tulevat asiat tulevat ymmärretyksi. Kunnat säästävät tulkkien käytössä.

Tulkin käyttäminen on hidasta ja työlästä. Se vaatii joustamista hoitokäytännöissä ja tavallista useampien vastaanottoaikojen varaamista. Tulkkien kokemus ja ammattitaito vaihtelevat. Heidän käänöksistään on joskus vaikea ymmärtää. Tulkin on oltava mahdollisimman puolueeton, eikä hän saa olla perhepiiristä.

Tulkin käyttö ei aina auta. Psykoterapiaa ei voi antaa kielitaidottomalle henkilölle edes tulkin avulla.

Psykoterapia tulkin välityksellä on mahdoton. Luottamusta on vaikea saada aikaan, jos siinä on ulkopuolinen ihminen tulkkaamassa. Meillä on vähän psykoterapeutteja, jotka pystyvät antamaan psykoterapiaa muilla kielillä kuin suomeksi. Meillä on harvoin ihmisiä, jotka hallitsevat muita kieliä.

Suomeen on tosin tullut maahanmuuttajien joukossa myös lääkäreitä Venäjältä ja Virosta, mutta he eivät hallitse psykoterapiaa. He eivät ole halukkaita tai kykeneviä opiskelemaan sitä. Psykoterapian opiskeleminen on haastavaa vieraskieliselle, koska siihen liittyvien asioiden oppiminen vaatii hienovaraista kielen ymmärtämistä.

Olisi hyvä saada suomen kieltä osaavia maahanmuuttajia mukaan erilaisiin alkoholistien vertaistukiryhmiin, kuten AA-kerhoon. He voisivat toimia tukena toisille saman kielisille alkoholiongelmallisille.

Suomalainen terveydenhuolto on laadukasta, mutta sen **resurssit** ovat pienet. Erityinen huoli on päihde-, sosiaali- ja mielenterveyshuollon pienistä resursseista yleisesti ja maahanmuuttajien kohdalla. Suomessa on hieman yli sata lääkäriä, jotka ovat erikoistuneet päihdeongelmaisiin potilaisiin. Myös psykoterapeutteja on vähän. Kokonaisvaltainen sosiaalinen auttaminen ja perheiden tukeminen ovat heikentyneet nykyisellä hallituskaudella.

Sosiaalinen toiminta, syrjäytymisen ehkäiseminen, sosiaalinen auttaminen, perheiden tukeminen, se on ehkä vähentynyt viime aikoina, tämän nykyisen hallituksen aikana. Ei ehkä haluta ikään kuin heittää rahaa hukkaan perheiden tukemiseen.

Resurssien tietoisesta pienentämisestä esimerkki on lastensuojelu. Lastensuojelussa on pyritty auttamaan laajasti ja kokonaisvaltaisesti lapsen koko perhettä. Nykyisin lastensuojelusta on karsittu laajempi auttaminen pois. Tehdään vain pakolliset asiat. Kyseessä on yhteiskunnan arvovalinta, jonka mukaan lastensuojelusta säästetään, koska sitä ei pidetä enää tärkeänä.

Halutaan säästää lastensuojelusta. Lastensuojelu ei ole sellaista, jossa laajemmin autettaisiin ihmisiä, sieltä on karsittu pois suurin

osa laajemmasta auttamisesta ja tehdään vain ne asiat, jotka on pakko. Sitä ei ole pidetty tärkeänä.

Resurssipulan takia lastensuojelun maine on heikentynyt. Lastensuojelua ei pidetä auttavana, vaan rankaisevana. Kokonaisvaltaisen auttamisen sijaan päihdeongelmaisen henkilön lapset otetaan herkemmin huostaan.

Päihdehuollon maahanmuuttaja-asiakkaille ei ole suunnattu erityisiä palveluja, vaan yleiset suomalaisten palvelut. Maahanmuuttajille saatetaan kertoa, että tiettyjä palveluja ei ole saatavilla, vaikka palvelut tarjotaan kantaväestölle. Hoitohenkilöstölle on annettu ohjeita rajata tietty väestöryhmä pois palvelujen piiristä.

Potilaalle antavat kuvaa, että palveluja ei saa, vaikka niitä kyllä on valtaväestölle. On sitten ohje, että rajataan tietty väestöryhmä pois tästä kokonaisuudesta.

Näyttää siltä, että paperittomien ulkomaalaisten päihdehoidossa pyritään säästöihin. Heidän hoitonsa pyritään rajaamaan minimaalisiksi akuuttihoidoiksi.

Paperittomien hoito on haasteellista, Valtio maksaa akuutin hoidon ulkomaalaiselle... Päivystysluonteinen akuuttihoito taataan tällöin, eli lyhyt vieroitus minimiajan voinnin tasaamiseksi.

Ennaltaehkäisevässä päihdetyössä on puutteita. Siihen pitäisi panostaa nykyistä enemmän. Ennaltaehkäisevä päihdetyö on halvempaa ja tuloksellisempaa kuin korjaava päihdetyö.

Maahanmuuttajien päihdeongelmia ehkäistään järjestämällä heille mielekästä tekemistä ja sisältöä elämään. Selkeä päivärytmi pienentää alkoholiongelmien riskiä. Työpaikan saanti ja sosiaalisen verkoston luominen ehkäisevät ongelmia. He kokisivat tulevansa hyväksytyiksi. Tällä on mielenterveydelle positiivinen vaikutus. Mielenterveydestä huolehtiminen ja mielenterveysongelmien riittävän aikainen hoitaminen ennaltaehkäisevät päihdeongelmia.

Päihteetön arkirytmä, mielekästä tekemistä ja viikko-ohjelma. Aktiivisen tekemisen puute johtaa alkoholin käytön aloittamiseen.

Hoitoketjujen pirstaleisuus on ongelma. Pysyvästä ja säännöllisestä hoitosuhteesta saadaan katkonaista hoitoa parempi hoitotulos. Asiakkaille ei kuitenkaan pystytä tarjoamaan suunniteltua ja hallittua pitkäjänteistä kuntoutusprosessia. Hoito on enimmäkseen päivystysluonteista akuuttihoitoa. Pirstaleisessa järjestelmässä potilasta siirretään yhdeltä hoitotaholta ja terapeutilta toiselle.

Ihmiset vaihtuvat jatkuvasti. Jos asiakas on tutustunut päivystävän lääkärin kanssa, pääsee sitä kautta toiselle lääkärille ja sama tarina jatkuu. Hoitava lääkäri vaihtuu viikon kuluttua. Keino ei passaa ja se johtaa siihen, että hoito katkeaa. Sitten jossain vaiheessa pääsee uudestaan.

Ongelma koskee kaikkia päihdehuollon asiakkaita. Maahanmuuttajien hoidossa ongelma korostuu, koska siinä on luottamukseen liittyviä haasteita.

Suhtautuminen päihdeongelmaisiin maahanmuuttajiin, kuten maahanmuuttajiin yleensäkin, on Suomessa haastateltavien kokemusten mukaan kaksijakoista. Joidenkin suomalaisten **asenteet ulkomaalaisia ja päihdeongelmaisia kohtaan** ovat voimakkaasti negatiiviset ja joidenkin korostuneen positiiviset.

Suhtautuminen voi jakautua ääripäihin enemmän kuin suomalaisten kohdalla. Voi olla hyvin vihamielistä suhtautumista tai sitten korostuneen ystävällistä ja auttamishaluista.

Toisessa ääripäässä ovat äänekkäät rasistit ja toisessa ääripäässä ovat henkilöt, jotka suhtautuvat maahanmuuttajiin myönteisesti. He hyväksyvät ja ymmärtävät alkoholiongelmaisia maahanmuuttajia paremmin kuin suomalaisia alkoholiongelmaisia.

Meillä on sellainen osa väkeä, jotka on kiinnostuneet ulkomaalaisista eksotiikan takia tai että ulkomaalaisuus ja siihen liittyvät asiat herättävät mielenkiintoa ja auttamishalua.

Ulkomaalaisiin tai heidän ongelmiin suhtaudutaan hyväksyvämmiin kuin siihen, että tavallinen suomalainen on jotenkin...juoppo.

Suomessa suhtaudutaan kielteisesti sekä päihdeongelmaisiin että maahanmuuttajiin. Jopa päihdehuollon työntekijöillä on negatiiviset asenteet päihdeongelmaisia kohtaan.

Päihdehuollon työntekijätkään eivät kovin avosylin ota vastaan päihteiden käyttäjiä.

Viranomaisilla, esimerkiksi poliiseilla saattaa olla kielteisiä ennakoasenteita ulkomaalaisia kohtaan. Poliisi tulkitsee ulkomaalaisia rikollisiksi herkemmin kuin suomalaisia.

On dilemma poliisin kanssa, että poliisi haluaa nähdä nimenomaan ulkomaalaisissa huumekauppiaita. Toki niitä onkin ja mitä poliisi on sitten pidättänyt ja mitä tilastoja heillä on, niin kyllä siinä on yliedustettuna varsinkin eestiläiset, venäläiset, mutta myöskin muista maista tulleita, niin poliisien on helppo erottaa ne. Kun he näkevät ulkomaalaisia, he helpommin pidättävät heitä, koska se ulkomaalaisuus on selvästi erottuva signaali.

Tutkimuksia saatetaan tulkita väärin tai tarkoitushakuisesti rasistisesta näkökulmasta. Yleistetään pientä osaa maahanmuuttajia koskenut asia koskemaan laajaa maahanmuuttajajoukkoa.

Tehtiin korrelaatioita, joista saatiin näkyviin muun muassa sellaisia asioita, mitä nämä rasistit ovat käyttäneet, että tietyistä afrikkalaisista maista tulleilla on 17-kertainen todennäköisyys raiskata täällä Suomessa kuin suomalaisilla... Eli tällaisilla pienillä sektoreilla tutkimusta saatetaan valehdella tai niitä saatetaan käyttää väärällä tavalla hyväksi.

Tietoa maahanmuuttajien päihdeongelmista ja hoitoon hakeutumisen vaikeudesta voidaan käyttää tukemaan rasistisia ajatuksia.

Jos löydös on sellainen, että maahanmuuttajilla on alkoholiongelmia enemmän kuin muilla ja heidän hoitoon hakeutuminen on hankalampaa kuin muilla, niin se tieto voi olla

sellainen, josta joku haluaa nähdä sen, että tänne tulee juoppoja ulkomailta, joka saattaa lisätä rasistisia ajatuksia.

6 POHDINTA

6.1. Tulosten merkitys

Opinnäytetyössä kuvattiin, millaisia kokemuksia maahanmuuttajien terveydenhuollon henkilökunnalla on maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä.

Opinnäytetyön haasteena oli löytää sopivat tutkimushenkilöt haasteltaviksi. Haastateltavia saatiin kuitenkin riittävä määrä ja he olivat sopivia henkilöitä antamaan opinnäytetyön aineistoon tarkoituksenmukaista tietoa. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus haastatteluiden avulla. Tutkimuskysymyksen pohjalta oli valittu teemat teemahaastatteluun. Kaikki haastateltavat olivat motivoituneita haastatteluun ja kertoivat avoimesti kokemuksiaan maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä ja päihdehoidosta. Samanlaisia teemoja nousi esille kaikkien haastateltavien vastauksissa.

Opinnäytetyöstä saadaan maahanmuuttajien terveydenhoidon henkilöstön kokemusten kautta tietoa maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä, heidän alkoholiongelmiansa syistä ja hoidon haasteista. Opinnäytetyön avulla voidaan hahmottaa entistä kokonaisvaltaisemmin maahanmuuttajien alkoholinkäytön taustatekijöitä sekä maahanmuuttajien päihdehoitoon liittyviä haasteita ja ongelmia. Tämän opinnäytetyön tulosten avulla voidaan kehittää maahanmuuttajien päihdehuoltoa ja ohjausta. Tuloksia voidaan hyödyntää maahanmuuttajien vastaanottoiminnassa ja terveydenhuollossa, sekä päihdehuollossa ja -ohjauksessa.

Tulosten mukaan maahanmuuttajan lähtömaan alkoholikulttuuri ja uskonto vaikuttavat hänen alkoholinkäyttönsä myös Suomessa. Hoitohenkilökunnan onkin tärkeätä tuntea asiakkaan tausta ja aatemaailma. Maahanmuuttajien runsaan alkoholin käytön syyt ovat samankaltaisia kuin kantaväestölläkin: mielenterveysongelmat, häpeä, yksinäisyys ja syrjäytyminen. Syiden taustat sen

sijaan eroavat kantaväestön taustoista. Erityisesti pakolaisten kohdalla mielenterveysongelmien ja häpeän tunteen taustalla ovat usein traumaattiset kokemukset lähtömaassa tai pakomatalla. Kieliongelmat johtavat yksinäisyyteen ja syrjäytymiseen.

Jo päihdehuollon asiakkaaksi tuleminen voi olla maahanmuuttajalle korkean kynnyksen takana. Maahanmuuttajia onkin verrattain harvoin päihdehuollon asiakkaina, vaikka tietyillä maahanmuuttajaryhmillä on ongelmia alkoholin liiallisen käytön kanssa. Syitä ilmiöön voivat olla kulttuurierot, luottamuksen puute viranomaisiin, syrjäytyminen, pelko kieliongelmistä ja häpeän tunne. Maahanmuuttajien määrän kasvaessa suomalaiselle päihdehuollolle onkin haaste pystyä ottamaan nykyistä paremmin huomioon erilaisista kulttuureista ja kokemustaustoista tulevat asiakkaat, jotta heidän kynnyksensä hakeutua hoitoon olisi matalampi. Myös maahanmuuttajien ohjauksessa on huomioitava tarkemmin mahdolliset päihdeongelmat ja niiden riskitekijät.

Jos päihdehoitoon kuitenkin päätyy, hoidossa on monia haasteita. Jotkut haasteista ovat samoja suomalaisten päihdehuollon asiakkaiden kanssa ja jotkut taas erityisesti maahanmuuttajia koskevia haasteita. Koska maahanmuuttajien määrä Suomessa lisääntyy, nämä haasteet asettavat suomalaiselle päihdehuollolle muutospaineita.

Terveystieteiden henkilökunnalla on joskus vaikeaa ymmärtää eri maista tulevien henkilöiden kulttuurieroja. On tärkeää, että hoitohenkilökunta tuntee asiakkaan kulttuuritaustan, jotta hänen tarpeisiinsa pystyttäisiin reagoimaan oikealla tavalla ja valitsemaan oikeanlainen lähestymistapa ja hoito.

Huono kielitaito aiheuttaa hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välille vuorovaikutusongelmia. Kielitaidon puute saattaa jopa estää kokonaan hoitoon hakeutumisen. Asiansa osaavan ja puolueettoman tulkin käyttäminen maahanmuuttajan mielenterveys- ja päihdehoidossa ja ohjaamisessa on erittäin tärkeää. Sopivia tulkkeja ei kuitenkaan aina löydy. Kunnat myös säästävät

tulkkipalveluista. Tulkkauksesta säästäminen on kuitenkin lyhytnäköistä, koska se voi johtaa vakavampiin ja yhteiskunnalle kalliimpiin terveysongelmiin.

Maahanmuuttajien ennaltaehkäisevään päihde- ja mielenterveystyöhön panostaminen sekä mielenterveysongelmien riittävän aikainen hoitaminen vähentäisivät päihdeongelmia. Terveystieteiden resurssipula erityisesti päihde-, sosiaali- ja mielenterveystieteiden osalta sekä pakolaistaustaisten maahanmuuttajien terveydenhuollossa haittaa ennaltaehkäisevää työtä. Työn suunnitteluun ja kehittämiseen tarvittaisiin paljon enemmän voimavaroja. Esimerkiksi psyykkisen alan osaamista tarvitaan terveydenhuollossa nykyistä enemmän. Resurssien lisääminen maksaisi itsensä takaisin vähempinä päihdeongelmina niin kantaväestön kuin maahanmuuttajien keskuudessa.

Maahanmuuttajien alkoholi- ja päihdeongelmia voitaisiin ennaltaehkäistä jo lainsäädäntötasolla. Turvapaikkapäätösten käsittelyn olisi oltava nykyistä nopeampaa ja johdonmukaisempaa, jotta epävarmuus tulevaisuudesta poistuisi ja positiivisen päätöksen jälkeen kotoutuminen lähtisi nopeasti käyntiin. Kotoutumisessa suomen kielen opiskelu on avainasemassa. Siihen on panostettava tarpeeksi.

Sosiaaliset ongelmat pitäisi ratkaista mahdollisimman nopeasti. Maahanmuuttajien yksinäisyyden ja syrjäytymisen torjunnassa on tärkeää, että heillä on mielekästä tekemistä, sisältöä elämässä ja selkeä päivärytmi. Työpaikka, sosiaalinen verkosto ja hyväksytyksi tuleminen tunne ehkäisevät ongelmia tehokkaasti. Esimerkiksi erilaisten järjestöjen ystävöiminta voi olla tässä hyvänä apuna. Myös henkilöiden omat etniset ryhmät auttavat yksinäisyyteen, vaikka kotoutumiseen niillä ei ole merkittävää hyötyä.

Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää, kuinka päihdehoidossa olleet tai olevat maahanmuuttajat kokevat itse suomalaisen päihdehoidon. Olisi myös mielenkiintoista kuulla, millaisia parannusehdotuksia maahanmuuttajilla olisi heille annettavaan ohjaukseen. Mielenkiintoinen pitkittäistutkimuksen aihe olisi

selvittää, miten asenteet, arvot ja alkoholinkäyttö periytyvät toisen tai jopa kolmannen polven maahanmuuttajille.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvää tutkimusetiikkaa on noudatettava opinnäytetyön ideointivaiheesta tutkimustulosten julkaisuun asti. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on edellytys opinnäytetyön eettisyydelle, luotettavuudelle ja uskottavuudelle. Opinnäytetyön tekijän on itse huolehdittava työssään eettisten toimintatapojen noudattamisesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014; Vilkkä 2015, 41.)

Opinnäytetyön tekijän täytyy noudattaa työssään tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemiä lähtökohtia ja lainsäädäntöä. Opinnäytetyön tekijän on oltava rehellinen ja huolellinen ja hänen on dokumentoida tarkasti saamansa tulokset. Näin varmistetaan opinnäytetyön eettisyys ja laadullisuus. Tiedonhankinta- ja analysointimenetelmät on esiteltävä työssä avoimesti. Vastaukset on käsiteltävä ja arvioitava objektiivisesti mitään oleellista pois jättämättä, vaikka se vaikuttaisi negatiivisesti löydettyyn tulokseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.)

Tämä opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus. Eettisyys huomioitiin jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa. Eettisyyden lähtökohta oli, että teemahaastatteluun osallistuneet olivat terveydenhoitoalan henkilöitä, joilla on kokemus päihde- ja mielenterveystyöstä kantaväestön lisäksi myös maahanmuuttajien parissa. (Vilkkä 2005, 114-115.) Haastattelut toteutettiin niin että haastateltavat saivat sanoa vapaasti mielipiteensä tutkimuksen teemoihin liittyvistä kysymyksistä. (Juvakka & Kylmä 2012, 149.) Jos haastatteluissa olisi tullut esille vaitiolovelvollisuutta tai ihmisarvoa loukkaavia asioita, ne olisi jätetty opinnäytetyön ulkopuolelle. Näin ei kuitenkaan tarvinnut tehdä. (Kuula 2011, 90-93.)

Tämän opinnäytetyön tekijät pysyivät koko prosessin ajan tutkijan roolissa ja keräsivät haastateltavien kokemuksia tutkimusteemoihin liittyvistä asioista tieteellisen tiedon tuottamiseksi. Opinnäytetyöhön osallistujille tehtiin selväksi ennen haastatteluja heidän asemansa tutkittavina. Haastattelun teemat sekä opinnäytetyön kulku selvitettiin opinnäytetyöhön osallistujille ennen haastattelua. Osallistujille kerrottiin, että haastattelut tallennetaan äänitiedostoiksi ja haastattelut litteroidaan tiedostojen perusteella. Haastateltaville selvitettiin, mihin tarkoitukseen aineistoa käytetään. Haastateltavat saivat opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot myöhemmän yhteydenottotarpeen varalta. (Juvakka & Kylmä 2012, 149; Kuula 2011, 101-106.)

Opinnäytetyöstä pitää käydä ilmi se, että tutkimukseen osallistuvien ihmisten yksityisyys ja anonyymiteetti on varmistettu ja että haastateltavilla on ollut mahdollisuus keskeyttää haastattelu halutessaan. Opinnäytetyöhön osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja osallistujilla oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu, milloin tahansa. Haastateltaville kerrottiin, että jos haastattelu keskeytyy, keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään tutkimusaineiston osana. (Mäkinen 2006, 146–148; Kuula 2011, 106-108.)

Henkilötietolaissa on ohjeet henkilörekisterien ja tutkimusaineiston henkilötietoja koskevasta vaitiolovelvollisuudesta, säilyttämisestä ja mahdollisesta arkistoinnista. (Mäkinen 2006, 146–148.) Haastateltaville kerrottiin, että heidän nimiään ei julkaista opinnäytetyössä ja opinnäytetyön tekijät ovat salassapitovelvollisia. Haastatteluissa kerättyä tietoa käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain vaatimusten mukaisesti. Yksittäisiä tietoja ei ole mahdollista tunnistaa opinnäytetyön tuloksista. Tulokset julkaistiin opinnäytetyössä muotoiltuina niin, että vastaajien henkilöllisyyttä ei pysty tunnistamaan. Haastateltavilta kerätty tutkimustieto hävitettiin asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistuttua. (Kuula 2011, 90-93, 115-116.)

Tällä opinnäytetyöllä ei ollut rahoittajaa tai toimeksiantajaa, eikä siihen sisältynyt tuotetta (Kuula 2011, 35). Opinnäytetyön toteuttaminen, tiedonkeruu ja tuloksien analysointimenetelmät on kuvattu työssä avoimesti. Lähteet kirjattiin tarkasti ja

viittauksia on käytetty asianmukaisesti silloin, kun on käytetty hyväksi aikaisempia tutkimustuloksia ja lähdekirjallisuutta. Opinnäytetyö on tehty hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen. (Vilka 2015, 40–50.)

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa, kuinka tarkasti tutkimusongelma, tutkimuskysymykset, opinnäytetyön tavoitteet, tekijä ja toimeksiantaja on esitetty. Luotettavuuden varmistamiseksi työn ajankohta, tutkimusympäristö, menetelmien ja analysointitapojen valinta tulee kertoa tekstissä avoimesti. Tässä opinnäytetyössä on esitelty sen tekijä ja tavoitteet sekä tutkimusongelma ja -kysymykset. Työllä ei ollut tilaajaa eikä toimeksiantajaa. Analysointitavat, tutkimusympäristö ja -menetelmät on kerrottu avoimesti. (Vilka 2015, 199–205.)

Opinnäytetyön luotettavuus on varmistettava jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Luotettavuuteen vaikuttavat opinnäytetyön tekijä itse, valitut tutkimuskeinot, analyysimenetelmät ja dokumentoinnit. Laadullinen tutkimus on kuitenkin aina aikansa tuote ja sen tekijä on vuorovaikutussuhteessa tutkittaviin asioihin. Laadullisen tutkimuksen tekijä tarkastelee itse tutkimuskohdetta ja tulkitsee havaintoja omasta kontekstistaan. Siksi vastauksia saatetaan myös tulkita väärin. Tässä opinnäytetyössä tiedostettiin tutkimuksen tekijöiden mahdolliset omat ennakko-odotukset arvioitavista teemoista ja pyrittiin minimoimaan niiden vaikutus tutkimukseen hankkimalla ennen teemahaastattelun laatimista mahdollisimman laajasti teoretietoa aiheesta. Riskinä on myös tutkimuskysymysten muotoutuminen tutkittavan kohderyhmän mukaan. Tässä opinnäytetyössä tämä estettiin laatimalla tutkimussuunnitelma ennen kuin valittiin haastateltavat. (Kananen 2015, 337–340.)

Reflektiivisyys edellyttää sitä, että opinnäytetyön tekijät tiedostavat omat lähtökohtansa. Heidän on arvioitava, kuinka he itse vaikuttivat aineistoon ja tutkimusprosessiin. Haastatteluaineistoista etsittiin kriittisesti vastauksia tutkimuskysymykseen. Tutkimustulokset tulee esittää sellaisena kuin ne on saatu

jättämättä niistä mitään pois. Jos tutkimustuloksia ei ole esitetty kokonaisuudessaan, niin opinnäytetyön tekstistä tulee käydä ilmi niiden poisjättämisen syy. Tämän opinnäytetyön vastaukset käsiteltiin ja objektiivisesti jättämättä mitään tuloksista pois. Opinnäytetyön tekijöiden rehellisyys ja objektiivisuus olivat tärkeitä luotettavuuden kannalta. Tulokset ja analysointi eivät muuttuneet opinnäytetyön tekijöiden mielenkiinnon mukaan. (Juvakka & Kylmä 2012, 129; Vilkkä 2015, 199–205.)

Tämän opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen kaikki vaiheet on kuvailtu tarkasti, jotta sen luotettavuus lisääntyisi. Tutkittavasta ilmiöstä pyrittiin tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Opinnäytetyön tulokset vastasivat haastateltavien käsityksiä tutkimuskohteesta. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät ymmärtämään haastateltavien näkökulman niin hyvin kuin mahdollista. Uskottavuutta vahvistettiin varmistamalla, että haastatteluihin osallistuneet henkilöt olivat olleet riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. (Juvakka & Kylmä 2012, 128.)

Opinnäytetyön vahvistettavuutta varmistettiin kirjaamalla koko prosessi niin tarkasti, että ulkopuolinen tutkija voi seurata sen kulkua pääpiirteissään. Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuuteen liittyy kuitenkin ongelma, koska siinä toinen tutkija saattaa päätyä saman aineiston perusteella erilaisiin tulkintoihin. Laadullisessa tutkimuksessa pitää kuitenkin hyväksyä se, että todellisuuksia on useita. Erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta eivät aina tarkoita luotettavuusongelmaa, vaan voivat jopa tuoda lisää ymmärrystä tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä. Tavoitteena on, että aineisto auttaa asian ymmärtämisessä, eikä sillä tavoitella yleistettävyyttä. Tässäkään opinnäytetyössä ei ole pyritty yleistettävyyteen, vaan helpottamaan maahanmuuttajien alkoholinkäytön ja sen syiden sekä päihdehoidon haasteiden ymmärtämistä. Haastateltavien vastausten keskinäinen samansuuntaisuus puolestaan pienensi tutkijasta riippuvien tulkintaerojen riskiä. (Juvakka & Kylmä 2012, 129.)

Opinnäytetyön tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä on annettu riittävästi tietoa, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Juvakka & Kylmä 2012, 129.)

Opinnäytetyön riskinä oli se, että viitekehyksestä rajataan pois jotakin sellaista, joka on olennaista maahanmuuttajien alkoholinkäyttöön ja sen hoitoon liittyen. Riskiä pienennettiin hakemalla ennen teemarungon laatimista tietoa monipuolisesti eri tietolähteistä. (Vilka 2005, 158.)

Opinnäytetyön aikana pohdittiin, eroaisivatko haastateltavien kokemukset tutkimusteemaan liittyvistä asioista merkittävästi. Kaikkien haastateltavien vastauksista oli kuitenkin helppo löytää yhtäläisyyksiä, jotka antoivat tutkimuskysymyksiin samansuuntaisia vastauksia. Tämä tukee opinnäytetyön luotettavuutta. Luotettavuutta vahvistaa myös tutkimustulosten ja teoriataustan samansuuntaisuus. (Vilka 2005, 158-159.)

Haastatteluiden ongelmana olisi voinut olla se, etteivät haastateltavat olisi olleet motivoituneita tilanteeseen. Haastattelujen tekeminen haastateltavien ehdottamilla tavoilla ja paikoissa paransi heidän motivaatiotaan osallistua tutkimukseen. Motivaatiota lisäsi myös haastattelurungon esittely ennen haastattelua. Haastateltavien vahva sitoutuminen työhönsä paransi myös heidän motivaatiotaan osallistua tutkimukseen. Haastattelussa varmistettiin, että haastateltava kertoo omista kokemuksistaan maahanmuuttajien alkoholinkäytöstä sekä päihde- ja mielenterveyshoidosta, eikä sellaista mitä hän kuvittelee opinnäytetyön tekijöiden haluavan kuulla. (Vilka 2015, 104–105.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsivät haastattelun sujuvuus, rauhallinen haastattelupaikka ja äänityslaitteen toimivuus. Yhden haastattelun riskinä oli väärinymmärrys ja tulkintaongelmat, sillä haastateltava ei ollut syntyperäinen suomalainen ja hänen suomen kielen hallintansa ja lausumisensa oli lievästi puutteellista. Riski saatiin poistetuksi lähes kokonaan tarkistamalla epäselvät ilmaisut haastattelusta tehdyltä äänitallenteelta. (Kylmä & Juvakka 2007, 90-91; Vilka 2005, 112.)

Tutkimuksen suorittaminen uudelleen on mahdollista. Tutkimuksen uusiminen antaisi luultavasti suurelta osin tämän opinnäytetyön tuloksia vastaavan tuloksen.

LÄHTEET

Abdelhamid, Pirkko 2009. Monikulttuurisen hoitosuhteen rakentamisen taito. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, Pirkko; Juntunen, Anitta & Koskinen Liisa. Helsinki: WSOYpro Oy.

A-klinikkasäätiö. Testit ja laskurit. Saatavilla 10.3.2017

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi>

A-klinikkasäätiö. Aine- ja toiminnalliset riippuvuudet. Saatavilla 24.8.2017

<https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/toiminnalliset-riippuvuudet/aine-ja-toiminnalliset-riippuvuudet>

A-klinikkasäätiö. Vähentämisen ja lopettamisen vinkkejä. Saatavilla 10.3.2017

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/oma-apu/alkoholi/vahentamisen-ja-lopettamisen-vinkkeja>

Alcoholics anonymous. Nimettömät alkoholistit. Saatavilla 9.3.2017. www.aa.fi

Castaneda, Anu; Larja, Liisa; Nieminen, Tarja; Jokela, Satu; Suvisaari, Jaana; Rask, Shadia; Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo. 2015.

Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointitutkimus 2014. Viitattu 23.8.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127023/URN_ISBN_978-952-302-535-6.pdf?sequence=2

Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavilla 10.3.2017 www.terveyskirjasto.fi

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. Kohti alkoholilain uudistusta – tutkittua tietoa ja punnittuja näkemyksiä. Saatavilla 13.3.2017

http://www.ehyt.fi/sites/default/files/EHYT_esite_LR.pdf

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 22.8.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoidolaki>

Jokinen, Reetta; Miettinen, Janissa & Mikkonen, Marko 2013. Monikulttuurinen ohjaus turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksessa – työskentelyä välitilassa. Teoksessa Monikulttuurinen ohjaus- ja

- neuvontatyö. Korhonen, Vesa & Puukari, Sauli (Toim.) Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Juvakka, Taru & Kylmä, Jari 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kaunonen, Marja; Koivula, Meeri & Mulder, Riikka 2015. Hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen – pilottitutkimus. Tutkiva Hoitotyö vol.13 (1), 2015.
- Koivu, P. 2017. Maahanmuuttajanuori haluaa kuulua joukkoon. *Ehyt Teema. Monikulttuurisuus*, 10, 28-30
- Korhonen, Vesa & Puukari, Sauli 2013. Monikulttuurisen ohjauksen lähtökohdat. Teoksessa Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Korhonen, Vesa & Puukari, Sauli (Toim.) Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Koskinen, Liisa 2009. Transkulttuurisen hoitotyön mallien kehittyminen. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, Pirkko; Juntunen, Anitta & Koskinen, Liisa. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Kylmä, Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima oy.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/1999. 3–12
- Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta 17.6.2011/746. Viitattu 22.8.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110746>
- Lindström, B. & Erikson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa

- terveyteen –teoria terveyden resursseista. Teoksessa: Pietilä Anna-Maija (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. WSOY pro OY, 32–52. Helsinki
- Minnesota-hoito oy. Saatavilla 4.3.2017 www.minnesota-hoito.fi
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Mölsä, Mulki & Tiilikainen, Marja 2007. Artikkelissa Potilaana Somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Duodecim* 2007;123:451–7. Viitattu 27.8.2017.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>
- Nieminen, Tarja 2015. Ulkomaalaistaustaisten ei-työllisten työnhaku on aktiivisempaa kuin suomalaistaustaisilla – kielitaito suurin este työllistymiselle Tilastokeskus. Viitattu 28.8.2017.
https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/art_2015-12-17_002.html
- Oulun kaupunki. Terveyspalvelut. (i.a.). Saatavilla 14.3.2017.
<https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/paihteet-ja-muut-riippuvuudet>
- Prättälä, R., Mustonen, H., Koponen, P. & Laatikainen, T. 2012. Elintavat. Tupakointi sekä alkoholin ja kannabiksen käyttö. Teoksessa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M., Koskinen, S. (toim.) (2012) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saano, M. 2017. Änni tuo uusia näkökulmia päihdekasvatukseen. *Ehyt Teema. Monikulttuurisuus*, 10, 10-13
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kuntainfo 1/2016. Turvapaikanhakijoiden oikeus terveyspalveluihin. Viitattu 23.8.2017.
http://stm.fi/documents/1271139/2044491/Kuntainfo_turvapaikanhankijoiden+oikeus+terveyspalveluihin.pdf/3a428e1c-4b22-4985-9e08-c9cd7ba9f13f
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 26.8.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Raportti. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista

Suomessa. Toimittanut Castaneda, Anu E; Koponen, Päivikki; Koskinen, Seppo; Mölsä, Mulki & Rask, Shadia. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016 a. Alkoholinkäytön mini-interventio aikuissosiaalityössä.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131366/URN_ISBN_978-952-302-746-6.pdf?sequence=1

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016 b. Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus. Maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvät hankkeet. Saatavilla 22.8.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/hankkeet-tutkimukset/hankepankki/maahanmuuttajien-mielenterveyteen-liittyvat-hankkeet>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016 c. Infektiotaudit. Turvapaikanhakijoiden infektioiden ehkäisy ja rokotukset. Viitattu 25.8.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-jamikrobit/erityisryhmittain/turvapaikanhakijoiden-infektioiden-ehkaisy-ja-rokotukset>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Maahanmuuttajien mielenterveys. Viitattu 26.8.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-mielenterveys>.

Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahasto. Saatavilla 2017.

http://eusa-rahastot.fi/documents/3488306/4171114/amif_hankelista_230217.pdf/0c91019b-9726-4d67-a8e8-6da662bf537e

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014. Hyvä tieteellinen käytäntö.

Viitattu 29.8.2017. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja Kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja Kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITE 1: Teemarunko

Terveysthuollon henkilöstön kokemuksia maahanmuuttajien
alkoholinkäytöstä

1. Kuinka usein teillä on maahanmuuttaja-asiakkaita?
2. Mikä on maahanmuuttaja-asiakkaiden keski-ikä?
3. Kuinka yleisiä mielenterveysongelmat ovat maahanmuuttajilla?
4. Millaisia syitä mielenterveysongelmiin on maahanmuuttajilla?
5. Kuinka usein mielenterveysongelmiin liittyy päihdeongelma?
6. Mitä muita syitä maahanmuuttajilla on päihdeongelmiin?
7. Missä vaiheessa päihdeongelmat alkavat? Kuinka kauan he ovat olleet Suomessa, kun päihdeongelmat alkavat?
8. Minkälaisia päihteitä he käyttävät?
9. Kuinka iso maahanmuuttajien päihdeongelma on, jos verrataan suomalaisiin?
10. Kuinka tietoisia maahanmuuttajat ovat päihteiden käytön riskeistä?
11. Millainen on prosessi, jonka kautta maahanmuuttajat pääsevät päihdehoitoon?
12. Onko mielestäsi suomalainen päihdehoito sopiva myös maahanmuuttajille? Pitäisikö sitä muuttaa jollakin tavalla, miten? Millaisia asioita pitäisi ottaa huomioon?
13. Minkälaisia haasteita on heidän hoidossaan?
14. Vaikuttaako heidän kulttuurinsa jollakin tavalla hoitoon?
15. Onko heidän kanssaan vuorovaikutusongelmia?
16. Kuinka hyvin maahanmuuttajat sitoutuvat hoitoon? Jos siinä on ongelmia, niin minkälaisia ja mistä ne johtuvat?
17. Kuinka hyvin maahanmuuttajat luottavat lääkäriin ja hoitoon?
18. Suostuvatko he korvaushoitoon?
19. Kuka rahoittaa/maksaa hoidon?
20. Kuinka hyvin maahanmuuttajat paranevat alkoholismista ja mielenterveysongelmista? Kuinka moni asiakkaista palaa normaaliin elämään?
21. Millä tavalla maahanmuuttajien päihdeongelmia voisi ennaltaehkäistä? Mikä heidän elämässään pitäisi olla toisella tavalla, että päihdeongelmia ei tulisi?
22. Kuinka hyvin ennaltaehkäisevä päihdetyö toimii maahanmuuttajien kohdalla?
23. Tuleeko sinulle vielä mieleen jotain, jota haluaisit sanoa?