

**Maahanmuuttajien kohtaaminen
mielenterveyshoitotyössä**
- ja heidän avuntarpeen tunnistaminen

Sanna-Mari Hokkanen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
JAMK University of Applied Sciences

Tekijä(t) Hokkanen, Sanna-Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö AMK	Päivämäärä Joulukuu 2017
	Sivumäärä 40	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Maahanmuuttajien kohtaaminen mielenterveyshoitotyössä -ja heidän avuntarpeen tunnistaminen		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Kuhanen, Carita Piispanen, Hannu		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän Ammattikorkeakoulu		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata maahanmuuttaja-asiakkaiden kohtaamista ja avuntarpeen tunnistamista mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan edustajille. Opinnäytetyö on tehty laadullisen tutkimuksen periaatteita käyttäen kuvailevana kirjallisuuskatsausmenetelmänä. Aineistoa on haettu manuaalisesti ja sähköisistä tietokannoista. Tutkimusaineisto analysoitiin teemoittain.</p> <p>Ensimmäiseen tutkimuskysymyksen pohjalta muodostui neljä pääteemaa: sosiaaliset tekijät, maahanmuuton syyt, lähtö ja kohdemaan kulttuurietäisyys sekä kokemukset lähtömaassa, matkalla ja kohdemaassa. Teemat käsittelivät mm. maahanmuuttoon liittyviä tekijöitä, kielellisiä ongelmia sekä kulttuurisia eroja. Toisen tutkimuskysymyksen pohjalta muodostui neljä pääteemaa: monikulttuuristen tekijöiden huomiointi, potilaan yksilöllinen huomiointi, hoitohenkilökunnan asenteiden tiedostaminen sekä työstäminen mielenterveyshoitotyössä.</p> <p>Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunta eivät aina olleet osanneet ottaa huomioon maahanmuuttajien avun tarpeita tai toiveita. Ongelmia esiintyi potilaan kohtaamisessa erityisesti silloin, kun potilaalla oli puutteellinen kielitaito tai kun hoitohenkilökunnalla ja potilaalla ei ollut yhteistä kieltä. Lisäksi tulkkipalveluja oli saattanut joskus olla heikosti saatavilla. Näin ollen potilaan tilaa oli toisinaan vaikea tunnistaa. Haastavaa oli esimerkiksi tilanteessa, jossa hoitohenkilökunnan oli pitänyt arvioida sitä, oliko potilaalla mielenterveyden häiriö vai johtuiko tilanne esimerkiksi kulttuurisidonnaisuudesta, uskonnollisesta ilmentymästä. Maahanmuuttajien ja valtaväestön välillä oli kulttuurinen ero, joka tarkoittaa eroja arvoissa, normeissa, uskonnollisuudessa sekä modernisoitumisessa. Mitä suurempi ero on kulttuurien välillä, sitä haastavampaa oli yhteinen kaksisuuntainen akkulturaatio.</p> <p>Maahanmuuttajien parissa työskennellessä on tärkeää, että hoitohenkilöstön koulutuksen tarvetta tuettaisiin tarvittaessa. Maahanmuuttajien avuntarpeen tunnistaminen ja heidän kokonaisvaltainen kohtaamisensa mielenterveyshoitotyössä luo tarpeita lisäkoulutukselle; se voisi olla esimerkiksi kulttuurien parempaa tietämystä tai vuorovaikutustaitojen kehittämistä kohdattaessa maahanmuuttajia.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Maahanmuuttaja, Maahanmuuttaja potilas, Mielenterveyshoitotyö		
Muut tiedot		

Author(s) Hokkanen, Sanna-Mari	Type of publication Bachelor's Thesis	Date December 2017 Language of publication: Finnish
	Number of pages 40	Permission for web publication: x
Title of publication Encounter immigrants and in mental health care -and their need for assistance itle		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Kuhanen, Carita Piispanen, Hannu		
Assigned by Jyväskylä University of Applied Sciences		
Abstract <p>The aim of thesis was to describe the encounters with immigrant clients and to identify their need for help in mental health care. The aim of the thesis was to produce the information studied for the care staff representatives. The thesis has been made using the principles of qualitative research as a descriptive literature review method. The material has been retrieved from electronic databases and manually. The research material was analyzed by theme.</p> <p>Four main themes emerged based on the first research question: Social factors, the reasons for entry, the cultural distance, in the countries of departure and arrival, and experiences in the country of origin, on the way and in the country of arrival. The themes covered, among other things, the impact of migration factors, linguistic challenges and cultural views. Four themes emerged based on the second research question: the consideration of cultural factors in mental health care, patient-specific consideration, awareness and working on the attitudes of the staff.</p> <p>The results of the research showed that the nursing staff has not always been able to take into account the needs or wishes for help of the immigrants. Problems emerged when encountering a patient when there was no common language, due to poor access to interpretive services. The patient's condition was difficult to identify, for example, whether it is a mental illness or a condition for some religious existence. There is a "cultural distance" between immigrants and the majority population, which means differences in values, norms, religions and modernization. The bigger the difference between cultures, the more challenging the common two-way acculturation.</p> <p>When working with immigrants, it is important that the need for training of the nursing staff be supported on a work-by-work basic. Identifying the need for assistance to immigrants and their full scale encounter in mental health care creates the needs for further training to increase cultural knowledge and interaction skills.</p>		
Keywords/tags (subjects) Immigrant, Immigrant patient, Mental health care		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Tietoperusta	6
	2.1 Maahanmuuttajat	7
	2.2 Maahanmuuttajien mielenterveysongelmat	8
	2.3 Mielenterveyshoitotyö ja maahanmuuttajan kohtaaminen.....	11
3	Tarkoitus ja tavoite	13
4	Menetelmä	14
	4.1 Kirjallisuuskatsaus	14
	4.2 Tiedon keruu	14
	4.3 Aineiston analyysi.....	16
5	Tulokset	19
6	Miten kohdata maahanmuuttajapotilas	21
	6.1 Tulkki yhteistyökumppanina	23
	6.2 Erilaisten maailmankatsomusten kohtaaminen.....	25
	6.3 Maailmankatsomuksen neljä eri ulottuvuutta.....	26
7	Pohdinta	28
	7.1 Tulosten tarkastelu.....	28
	7.2 Eettisyys ja luotettavuus	29
8	Johtopäätökset ja jatkokehittämiskohteet	30
	Lähteet	32
	Liitteet	37
	Liite 1. Analysoitava aineisto.....	37
	Liite 2. Tiedonhaun prosessi.....	41

Kuviot

Kuvio 1. Kohtaamisen ongelmat.....	17
Kuvio 2. Ratkaisut ongelmien tunnistamiseen.....	18

1 Johdanto

Opinäytetyön tarkoituksena oli kuvata maahanmuuttaja asiakkaiden kohtaamista ja avuntarpeen tunnistamista mielenterveyshoitotyössä. Opinäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan edustajille.

Sosiaali- ja terveysministeriön suositus oli selvittää mielenterveyspalvelujen tarpeet ja saatavuus maahanmuuttajille, jotta ministeriö voisi ryhtyä kehittämään terveydenhuollon palveluja maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoitamisessa. Vakava huolenaihe on palvelujärjestelmän kyvyttömyys vastata maahanmuuttajien tarpeisiin ja henkiseen hyvinvointiin. Maahanmuuttajien lisääntynyt määrä asettaa julkisille palveluille uusia vaatimuksia joiden tulisi olla joustavia ja tarjota monipuolista osaamista maahanmuuttajien erilaisiin tarpeisiin. Palvelut eivät ole aina vastanneet tarvetta. Toimeksiantoon sisältyi mm. mielenterveyspalvelujen taustatietojen hankkiminen, saatavuuden selvittäminen haastattelujen, aikaisemmin tehtyjen raporttien ja selvitysten avulla, sekä suositusten antaminen jatkotoimenpiteiksi. Toimeksiantoa rajattiin niihin maahanmuuttajaryhmiin, joiden mielenterveyspalvelujen saatavuudessa, tunnistamisessa ja hoidossa tuli esiin huomattavia ongelmia. Erityisenä ryhmänä nousivat esiin pakolaiset ja turvapaikanhakijat kaikissa ikäryhmissä. (Rauta 2005.)

Maahanmuuttajat ovat voimakkaimmin kasvava väestönosa ja pysyvä ilmiö Suomessa joka on vähitellen muuttunut monokulttuurisesta monikulttuuriseksi yhteiskunnaksi. Maahanmuuttajien henkisestä pahoinvoinnista kuvaavat tilastot mm. korkea työttömyysaste, korkeat avioeroluvut ja suuri osuus turvakotien asiakas määrissä, jotka voivat aiheuttaa mielenterveydenhäiriöitä kuin myös syrjäytyminen ja puhe yhteyden puuttuminen valtaväestöön. Mielenterveyshäiriöt koskettavat lähes kaikkia maahanmuuttajia ja eri etnisiä ryhmiä. Maahanmuuttajat ovat myös aliedustettuina tarkasteltaessa mielenterveyspalvelujen käyttöä koska heidän mielenterveyshäiriöitä tunnistetaan huonosti. Maahanmuuttajilla on eri syiden perusteella vaikeuksia saada apua mielenterveyshäiriöihin. Maahanmuuttajia

hoidettaessa mielenterveyshäiriöiden laajempi ymmärtäminen on keskeistä. (Rauta 2005.)

Ensimmäisen polven maahanmuuttajat eivät useinkaan integroidu täysin toimintakykyisiksi suomen kansalaisiksi. Sopeutumiseen voi mennä kymmenen vuottakin aikaa. Maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöiden ratkaisuun tarvitaan paljon osaamista ja eri ammattiryhmien edustajia jotta maahanmuuttajille saadaan oikeanlaista apua. Vaikka aihetta on tutkittu jonkin verran lähes kolmenkymmenen vuoden aikana, on mielenterveyshoitotyössä maahanmuuttajien kohtaamisessa puutteita. Koulutettuja tulkkeja ei ole tarpeeksi ja psykoterapiatyöskentelyyn kykenevien tulkkien sekä kulttuuritulkkien määrää tulisi kartoittaa. (Rauta 2005.)

Pöchhackerin (2002) mukaan terveydenhuollon palveluorganisaatioiden kiinnostus tarjota ammatillisia tulkkipalveluja on pieni riippumatta tulkkien suuresta tarpeesta. Ammattitulkkien sijaan suositaankin ns. ad hoc-tulkkeja, tulkkeja tilapäiseen tarpeeseen. Ad hoc-tulkit ovat useimmiten kaksikielisiä henkilöitä, jotka ovat saaneet joko minimikoulutuksen tulkkinä toimimiseen tai joiltakin puuttuu tulkin koulutus täysin. Myös Pérez-González & Sebnem (2012) tukevat Pöchhackerin (2002) väitettä toteamalla, että nykyisin käytetään yhä enemmän maallikoita tulkkeina (Välimaa 2013). Tulkkien koulutusta tulisi lisätä ja heidän erityistä huomiota tulisi kiinnittää heidän pätevyysvaatimuksien parantamiseen, lisä- ja jatkokoulutuksiin, työnohjaukseen ja työssä jaksamiseen. (Rauta 2005.)

1 Tietoperusta

Maahanmuuttovirasto myönsi Suomen kansalaisuuden 7/2016 – 6/2017 välisenä aikana 83 943 henkilölle joista naisia oli 39 308 ja miehiä 44 619. Eri kansallisuuksia oli tilaston mukaan yhteensä 179. Kymmenen kärkimaan joukossa oli Venäjän federaatio jolle myönnettiin eniten suomen kansalaisuuksia saman vuoden aikana 13 051 kappaletta, toisena Irak joista myönteisen päätöksen sai 5232 henkilöä, Kiinalaisista 4476, Intialaisista 4117, Vietnamilaisista 3932, Virolaisista 3288, Afganistanilaisista 3216, Ukrainalaisista 3022, Somalialaisista 2869 ja Thaimaalaisista sai myönteisen päätöksen 2289 henkilöä. (Maahanmuuttovirasto 2017.)

1.1 Maahanmuuttajat

Maahanmuuttaja on vakiintunut käsite, joka toimii kattoterminä kaikille Suomessa pysyvästi asuville ulkomaalaisille. Maahanmuuttaja on voinut tulla Suomeen siirtolaisena, turvapaikanhakijana, pakolaisena tai kiintiöpakolaisena.

Maahanmuuttajista viidesosa on pakolaisia. Siirtolaiseksi kutsutaan henkilöä joka on tullut maahan vapaaehtoiseksi esimerkiksi töihin tai avioliittoon. Turvapaikanhakijalla tarkoitetaan henkilöä, joka tulee turvattomasta maasta. Turvapaikkaa haetaan vasta Suomeen tulon jälkeen. Turvapaikanhakijasta tulee pakolainen, kun hän on saanut oleskeluluvan Suomeen. Pakolaisella tarkoitetaan henkilöä, joka joutuu pelkäämään joutuvansa kotimaassaan vainotuksi rodun, uskonnon, kansalaisuuden, sosiaalisen aseman tai poliittisen mielipiteen vuoksi. Useasti ihmiset joutuvat lähtemään myös sotatilanteen, nälänhädän tai ympäristöongelmien takia kotiseudultaan.

Kiintiöpakolaiset ovat saaneet pakolaisstatuksensa jo ennen Suomeen tuloa. Toisin kuin turvapaikanhakijat, kiintiöpakolaiset eivät asu vastaanottokeskuksissa, vaan heidät sijoitetaan suoraan sellaiseen kuntaan, joka on päättänyt ottaa vastaan kiintiöpakolaisia. (Räty 2002, 20.)

Maahanmuuttajuuteen liittyy elinoloja selittäviä tekijöitä kuten yleiseen terveyteen liittyvät sosiaaliset tekijät. Kantaväestöstä poikkeavia tekijöitä ovat maahantulon syy, maassa asuttu aika, ikä muutettaessa, lähtö- ja kohdemaiden kulttuurinen etäisyys, akkulturaatioasenne(=kulttuuriin sopeutuminen tai sulautuminen), kulttuuriset käsitykset terveydestä ja sairaudesta, kielitaito, kokemukset rasismista, syrjinnästä ja väkivallasta. Maahanmuuttajista osalla on muita suuremmat terveystriskit sen takia, mitä he ovat joutuneet kokemaan lähtömaassa, matkalla tai kohdemaassa. Näihin riskiryhmiin kuuluvat ne pakolaiset , jotka ovat luvatta maassa ja ”keikkatyöläiset” sekä naiset ja lapset. Joillakin on hoitamattomia tartuntatauteja (esim. tuberkuloosi), hepatiittia tai sukupuolitauteja. Osalla on taas terveyttä laaja-alaisesti uhkaavia sodan, vainoamisen tai kidutuksen aiheuttamia traumaattisia kokemuksia. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 137 – 138.)

Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Isossa-Britanniassa tehdyssä kansainvälisessä tutkimuksessa länsimaiden ulkopuolelta tulleiden maahanmuuttajien ja etnisten vähemmistöjen elinolot, hyvinvointi ja terveys ovat yleensä keskimäärin heikommat

kuin kantaväestöllä (Blom & Singhammer, 2008). Toisaalta maahanmuuttajien terveys voi olla parempikin kuin kantaväestöön kuuluvilla ainakin maahanmuuton alussa, koska monesti terveimmät kykenevät lähtemään ja elämään läpi raskaan maahanmuuttoprosessin. Lähtömaan ja kohdemaan välinen kulttuurinen ero tarkoittaa eroja arvoissa, normeissa, uskonnollisuudessa sekä modernisoitumisessa. Mitä suurempi ero on kulttuurien välissä, sitä haastavampaa on yhteinen kaksisuuntainen akkulturaatio. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 137 – 138.)

1.2 Maahanmuuttajien mielenterveysongelmat

Maahanmuuttajilla on mielenterveyden ongelmat yleisempiä kuin kantaväestöllä. Riskiryhmiin lukeutuvat mm. pakolaistaustaiset maahanmuuttajat ja turvapaikanhakijat. Maahanmuuttoon näyttää yleensä liittyvän suurentunut riski saada erilaisia psyykkisiä sairauksia. Esimerkiksi vaara sairastua skitsofreniaan on todettu maahanmuuttajilla 2,8 kertaiseksi, ja toisen polven maahanmuuttajilla se on 4,7 kertainen. (Cantor-Graae ja Selten, 2005.) Tämän taustalla on arveltu olevan erityisesti maahanmuuttoon liittyviä sosiaalisia stressitekijöitä. Vielä suurempi psyykkisten häiriöitten riski on pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla. (Silove 2004.) Siirtolaisuuden ja vakavien mielenterveyshäiriöiden välistä yhteyttä on selitetty mm. syrjäytymiskokemuksilla, sosiaalisen ympäristön muutoksilla, ja sosioekonomisen aseman heikkoudella. Lapsuudenaikaiset kiusaamis-, väkivalta- ja hyväksikäyttökokemukset lisäävät vakavien mielenterveyshäiriöiden riskiä. Tällaisia kokemuksia on saattanut olla jo lähtömaassa. Syrjäytymiskokemuksia voi olla sekä lähtömaassa että kohdemaassa. Ahdistuneisuuden ja masennuksen tiedetäänkin liittyvän maahanmuuttajien syrjäytymiskokemuksiin. Syrjäytymis-, rasismi ja traumaattiset kokemukset ovat maahanmuuttajilla yleisempää kuin kantaväestöllä. Traumaattisten kokemusten tiedetään lisäävän erilaisia psyykkisiä oireita. Pakolaisilla on posttraumaattinen stressihäiriö yleinen ilmiö. Kidutuksen uhrin ovat erityinen riskiryhmä. Itsemurhakuolleisuus on yleensä alhaisempaa etnisissä vähemmistöissä verraten länsimaiseen kantaväestöön. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 157-158.) Esimerkiksi Ruotsissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu maahanmuuton jälkeisten stressitekijöiden vaikuttavan jopa enemmän kuin ennen maahanmuuttoa koetun

syrynnän ja väkivallan. Usein nämä molemmat vaikuttavat myös interaktiivisesti. (Bäärnhielm ym. 2005.)

Mielenterveyspalveluja käyttävät maahanmuuttajat tarvitsevat tavallista enemmän tukea laaja-alaisten mielenterveysongelmien takia. Maahanmuuttajille suunnattujen mielenterveyspalvelujen laadussa on suuria alueellisia eroja mm. useimmilla paikkakunnilla hoidon ja palvelujen saatavuus on puutteellista. Maahanmuuttajien sairastumisriskiä lisää myös toimeentulovaikeudet ja työttömyys. Todennäköisiä riskitekijöitä ovat sosiaalisten tukiverkoston puuttuminen ja vaikeudet hyödyntää toisen kulttuurin tarjoamia hoito- ja kuntoutuspalveluita. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 157-158, 344.)

Kyvyttömyys ymmärtää puhuttua kieltä ja kulttuuria lähiympäristössä voi johtaa paranoidiseen reagointiin ja asennoitumiseen. Diagnoosin teko voi viivästyä psykooseissa, koska oireita voidaan pitää kulttuurin kuuluvina erityispiirteinä. Esimerkkinä afrikkalaisten käsitykset henkien vaikutuksesta tapahtumiin voivat olla normaaleja kulttuuriin kuuluvia selitystapoja, samoin kuulohallusinaatioita. Toisaalta maahanmuuttajien on todettu saavan valtaväestöä helpommin psykoosidiagnooseja, koska potilaan tilanne on saatettu käsittää väärin tai siihen ei ole perehdytty riittävästi. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 344-345.)

Englannissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että afrikkalaistaustaisille potilaille on tehty useammin skitsofreniadiagnooseja ja tahdonvastaiset toimet ovat olleet heidän hoidossaan yleisempiä kuin muilla (Fernando 2003). Tutkimusten perusteella lääkärit tunnistavat puutteellisesti maahanmuuttajien psyykkisiä oireita ja niihin liittyviä stressitekijöitä (Sainola-Rodriguez ja Koehn 2006). Psykoosidiagnoosin tekemättä jättäminen joissain tilanteissa voi myös vapauttaa hoidollisesta vastuusta. Kielitaidottomuus ja kommunikaatiovaikeudet hankaloittavat psykoosiin sairastuneen maahanmuuttajan hoitoa. Psykoosiin liittyy muutoinkin vuorovaikutuksen ja kommunikaation häiriöitä, kuten pelkoja, ahdistuneisuutta, vetäytymistä sosiaalisista kontakteista, harhaluuloja ja hallusinaatioita. Kielitaidon puute vaikeuttaa yhteyttä ympäristön ihmisiin ja voi edelleen lisätä vääristyneitä käsityksiä todellisuudesta. Oudosti käyttäytyvä maahanmuuttaja voidaan kokea pelottavampana kuin valtaväestöön kuuluva ihminen. Psykoosi itsessään aiheuttaa

usein kognitiivisia häiriöitä kuten keskittymis- ja oppimisvaikeuksia, jotka haittaavat kielen oppimista. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 344-345.)

Maahanmuuttajien tavallisin ilmenevä psykiatrinen häiriö on depressio. Depressiiviset oireet ovat yleisiä myös niillä maahanmuuttajilla, jotka muuttavat työn, avioliiton tai opiskelun vuoksi toiseen maahan. Masennustiloihin johtaa yleensä suuri elämäntilanteen muutos, ihmissuhteiden katkeaminen, sosiaalisten tukiverkkojen väheneminen ja suuret haasteet. Masennus alkaa usein vasta useiden kuukausien kuluttua maahan tulosta, jolloin suru menetyksistä vasta realisoituu. Maahanmuuttajat kokevat olevansa usein alempiarvoisia muuhun väestöön verrattuna kielitaidottomuutensa ja erilaisen kulttuuritaustansa vuoksi. Maahanmuuttajapotilaiden depressio-oireet voivat olla vaikea tunnistaa, koska potilaat itse eivät useinkaan tunnista masennustaan. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 346-347.)

Maamu- ja UTH-tutkimusten mukaan joissakin ulkomaalaistaustaisissa ryhmissä mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä verrattuna koko väestöön. Lähi-itä-taustaisilla ihmisillä masennus- ja ahdistuneisuus oireita esiintyy koko väestöä enemmän kun taas venäläistaustaisilla naisilla joka neljännellä on vastaavia oireita. Toisilla maahanmuuttajataustaisilla ryhmillä esimerkiksi afrikkalais-taustaisilla mielenterveysoireet ovat koko väestön tasoa harvinaisempia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

PTSD = (post-traumatic stress disorder) eli traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä, jos henkilö on joutunut alttiiksi hyvin traumaattiselle kokemukselle. Kokemus voi olla omaa tai muiden henkeä uhkaava tilanne. Traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä esimerkiksi liikenneonnettomuuden, työtapaturman tai väkivallan kohteeksi joutumisen seurauksena. Tyypillisiä tällaisia kokemuksia on, että maahanmuuttajat ovat joutuneet väkivallan kohteeksi pidätysten ja vangitsemisten yhteydessä. Raiskaukset ovat yleisiä tällaisissa tilanteissa myös. Useat maahanmuuttajat ovat nähneet perheenjäseniin ja muihin ihmisiin kohdistuvaa väkivaltaa sekä sotatilanteita. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 347.)

Erityisesti depression ja traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) esiintyvyys on hyvin suuri verrattuna kantaväestöön. Monissa tutkimuksissa depressiota ja traumaperäistä stressihäiriötä on todettu useilla kymmenillä prosentteilla

pakolaistaustaisista maahanmuuttajista. (Silove 2004.) Suomessa maahanmuuttajien psyykkisten häiriöiden esiintyvyyttä on tutkittu varsin vähän, mutta tehdyt tutkimukset vahvistavat tilanteen olevan samanlainen myös meillä (Sainola-Rodriguez & Koehn 2006). Koko maahanmuuttajaväestöä koskevia tutkimuksia psyykkisten häiriöitten esiintyvyydestä ei Suomessa ole tehty. (Bäärnhielm ym. 2005.)

1.3 Mielenterveyshoitotyö ja maahanmuuttajan kohtaaminen

Kahden kulttuurin kohtaamisessa erilaisten tapojen, tottumusten ja ennakkoluulojen vaikutuksesta törmätään helposti väärinymmärrysten, ristiriitatilanteiden, turhautumisen ja mielihahan tunteisiin. Maahanmuuttajien terveyden edistäminen tulisi nähdä koko yhteisön terveytenä, jossa vallitsevat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus. Hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto ovat eettisiä periaatteita, jotka edistävät maahanmuuttajien mielenterveyspalveluja. (Keituri 2005.)

Hoitohenkilökunnan tulee huomioida maahanmuuttajapotilaiden erilaiset taustat ja tarpeet voidakseen tarjota heille tarkoituksenmukaista sekä heidän etunsa mukaista hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulisi opiskella potilaiden kulttuurisen hoidon arvoja, uskomuksia ja elämäntapoja. Tämän perehtymisen myötä hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa, miten omaa ammatillista osaamistaan soveltaen he voivat parhaiten auttaa potilaita ja perheitä. Kulttuurien oppimisen yhtenä edellytyksenä on hoitohenkilökunnan asenne ja valmius oppia monikulttuurilta potilailta itseltään, astua heidän maailmaansa, kuunnella sekä kunnioittaa heitä. Omat asenteet ja käsitykset, sekä niiden vaikutusten kriittinen arvioiminen ja läpikäyminen ovat askel kohti monikulttuurista, laadukasta hoitotyötä. (Leininger 2002, 3, 6.)

Monissa kulttuureissa esimerkiksi masennus ei ole kulttuurisena käsitteenä yleinen. Tyypillisiä oireita saattavat olla pitkäaikaiset selittämättömät kiputilat, uupumus, keskittymis- ja muistivaikeudet sekä unihäiriöt. Depressiosta kärsivät maahanmuuttajat hakeutuvat usein hoitoon erilaisten somaattisten vaivojen vuoksi. Esimerkiksi vatsakivut, selkä-vaivat, päänsärky, rintakivut tai virtsavaivat voivat olla

oireina. Lyhyellä vastaanotto-käynnillä ei usein ehditä kartoittaa maahanmuuttaja potilaan kokonaistilannetta, kun usein on lisäksi somaattisia sairauksia. Potilaat eivät kerro helposti vaikeuksistaan koska pelkäävät leimautumista psykiatrisesti sairaaksi tai hulluksi. Tulkin puuttuminen estää monesti ongelmien esille ottamisen. Depressio lisää maahanmuuttajan huonommuuden kokemista. Depressio haittaa myös kielen oppimista, masennuksesta kärsivä ei jaksaa keskittyä ja asioiden mieleen painaminen vaikeutuu. Muiden seurassa oleminen myös tuntuu usein ahdistavalta. Potilaat ovat lyhytjänteisiä ja ärtyisiä. Kielivaikeudet lisäävät puolestaan ongelmia käytännön asioiden hoidossa. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 346-347.)

Psykiatrisissa sairaaloissa ei usein käytetä tulkkia kuin erityistilanteissa kuten hoitoneuvotteluissa. Maahanmuuttaja voi joutua viettämään pitkiäkin aikoja ilman keskustelukontaktia, jos ei osaa suomea tai englantia tai jos osastolla ei ole samankielistä toista potilasta. Hoitotoimenpiteitä on vaikea hoitaa tällaisessa tilanteessa. Tahdon vastainen hoito tai -lääkitys sekä eristys voivat olla hyvin pelottavia ja traumaattisia kokemuksia. Maahanmuuttajilla saattaa usein olla jo muutoin paljon epärealistisia pelkoja psykiatrista hoitoa ja varsinkin psykiatrista sairaalahoitoa kohtaan. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 344-345.)

Traumaperäisessä stressihäiriössä potilas ei pysty työstämään traumaattista kokemusta osaksi menneitä muistoja ja traumakokemus jää mieleen ja kehon muistiin. Tapahtumat koetaan yhä uudelleen, vaikka todellista vaaratilannetta ei enään ole. Esimerkiksi kovat äänet voivat palauttaa mieleen pommituksiin liittyvän kauhun, tai poliisin näkeminen aiheuttaa paniikin jos kotimaassaan on joutunut poliisien pahoinpitelemäksi tai raiskatuksi. Kehon reaktiot, esimerkiksi hikoilu tai veren haju, voivat aiheuttaa myös traumakokemuksen palautumisen. Usein ihmiset näkevät toistuvia traumoista johtuvia painajaisunia ja heräävät unista kauhun vallassa. Trauman toistuminen johtaa välttämiskäyttäytymiseen, joka usein rajoittaa elämänpiiriä merkittävästi. Esimerkiksi potilas ei uskalla käyttää bussia tai kävellä kaupungilla. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivät potilaat joutuvat olemaan jatkuvasti jännittyneinä ja varuillaan, joka vie paljon voimavaroja. Potilaat ovat helposti ärtyviä ja voivat esimerkiksi asioidessaan viranomaisien kanssa menettää malttinsa. Jatkuva ylivireys ja varuillaanolo haittaavat myös nukkumista ja tekevät unesta pinnallista ja katkonaista. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 348.)

Traumakokemukset aiheuttavat myös erilaisia dissosiaatio-oireita. Potilaat voivat kertoa vaikeistakin traumaista ilman minkäänlaista tunnereaktiota. Toisaalta yhtäkkiä he voivat kokea voimakkaita ahdistuneisuus- ja hengenahdistuskohtauksia. Kohtaukset voidaan kokea hyvin pelottavina ja monet pelkäävät taustalla olevan jonkin vakavan sairauden. Ahdistuneisuuskohtaukset johtavat toisinaan myös pyörtymisiin. Tavallisia oireita ovat myös kuristava tunne kurkussa ja erilaiset lihaskivut. Toisinaan joku pitkäaikainen kiputila saattaa olla dissosiaatioperäinen oire. Potilaiden voi olla vaikeaa muistaa traumaattista tapahtumaa tai siihen liittyviä yksityiskohtia. Muistivaikeudet ovat traumapotilailla hyvin yleisiä. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 348 - 349.)

2 Tarkoitus ja tavoite

Opinäytetyön tarkoituksena oli kuvata maahanmuuttaja asiakkaiden kohtaamista ja ja avuntarpeen tunnistamista mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan edustajille.

Maahanmuuttaja väestön lisääntyvä kasvu Suomessa asettaa hoitohenkilökunnan uusien haasteiden eteen. Yhä useammin kohdataan käytännön työssä eri kulttuurista tulevia ihmisiä ja kohtaamistilanteet ovat uusia monille hoitohenkilökunnan edustajille. Kun ihmiset tulevat erilaisista kulttuureista ja yhteiskunnista, heillä on erilaisia tottumuksia, arvoja, toimintatapoja ja maailmankäsityksiä jotka voivat mielenterveyshoitotyössä aiheuttaa kulttuurien kohtaamisen vaikeuksia.

Tavoitteena onkin hakea vastauksia kysymyksiin:

1. Miten kohdata eri kulttuurin omaavia maahanmuuttajia mielenterveyshoitotyössä?
2. Miten tunnistaa heidän avuntarpeensa?

3 Menetelmä

3.1 Kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön menetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus jonka avulla kootaan yhteen tutkimustietoa aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 96). Kirjallisuuskatsauksista yleisimpiä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus joka mahdollistaa aineistojen laajan käytön eikä aineiston valintaa rajoita metodiset säännöt (Salminen 2011, 11). Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta. Tutkimusmateriaalina on käytössä monentyyppistä aineistoa ja se mahdollistaa näin kokonaisvaltaisen asian käsittelemisen. (Whittemore & Knafel 2005, 547.) Valitusta kirjallisuudesta on löydyttävä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on neljä vaihetta jossa ensin määritellään tutkimuskysymykset, sitten etsitään aineistoa, joka vastaa kysymykseen, kolmanneksi kuvaillaan ilmiötä ja lopuksi tarkastellaan tuloksia, joihin on päädytty. (Kangasniemi ym. 2013, 291 – 292.) Artikkelien valinta on perusteltava eli miten artikkelit löydettiin ja miksi ne valittiin (Mäkelä ym. 1996). Tutkimukselle on hyvä asettaa päämäärä ja pyrkiä siihen kriittisesti tietoa käsitellen sekä suhteuttaa eri lähdemateriaaleja toisiinsa ja tutkimuksen tavoitteisiin. (Hirsjärvi 2007, 254.)

4.2 Tiedon keruu

Tietoa on kerätty tietokantojen kautta ja manuaalisesti. Tietoa hain sähköisistä tietokannoista mm. Melinda, Arto, Helka, Cinahl, PubMed ja Medic. Melinda tietokannassa käytin hakusanoja kulttuurivaik.? AND mielenterveys, joka tuotti julkaisuja 10 kpl ja Monikulttuur.? AND mielenterveyshoitotyö tuotti julkaisuja 6 kpl myös MELINDA tietokannassa, Monikulttuurisuus mielenterveyshoitotyössä hakusanoilla tuotti tuloksia ARTO tietokannassa 15 julkaisua ja HELKA kirjastossa 3. CINAHL-, PubMed- ja Medic-tietokannoissa käytin hakusanana Monicultural AND Mental health jossa Cinahl tuotti tuloksia 139 kpl, PubMed 384 KPL ja Medic 2 kpl. Suomenkielisissä tietokannoissa käytin hakusanojen katkaisua jotta tietoa tulisi mahdollisimman paljon. CINAHL-, Pubmed- ja Medic- tietokannoissa käytin

englanninkielisiä hakusanoja. Julkaisut olivat 2005-2017 vuosina julkaistu. Google Scholar tuotti hakusanoilla Monikulttuurisen hoitamisen eettinen arvoperusta 6 870 joista kahta julkaisua käytettiin, Maahanmuuttajien kohtaamisesta mielenterveyshoitotyössä 276, Maahanmuuttajien kohtaamisen haasteet 36 500. Opinnäytetöitä Thesuksesta löytyi aiheeseen liittyen 4 ja pro gradu- tutkimuksia 1. Haulla Maahanmuuttajat : kulttuurien kohtaaminen suomessa tuotti tuloksia googlega Scholar aikavälillä 2007-2017 168 julkaisua. Manuaalisesti tietoa on haettu aiheeseen liittyvistä opinnäytetöistä ja Pro Gradu- tutkielmista, joiden lähdeluettelosta on poimittu sopivia lähteitä valintakriteereitä käyttäen sekä manuaalista hakua käyttäen kirjastosta. Tiedonhaussa on käytetty lisäksi Maahanmuuttoviraston, THL:n-, STM:n-, Terveystieteen ja FINLEX:n sivustoja. Tietoa löytyi parhaiten Google Scholarin avulla eri hakusanoja yhdistellen työn keskeisiä käsitteitä. Eri artikkeleiden otsikoista, tiivistelmistä ja sisällysluetteloista selvisi että löytyykö tutkimuskysymyksiin vastausta. Aineistojen haut on suoritettu pääsääntöisesti kesällä 2017.

Opinnäytetyössä sisäänotto kriteereinä aineiston valinnassa on käytetty enintään kymmenen vuotta vanhoja artikkeleja. Muutama lähde on vanhempi kuin kymmenen vuotta. Toisena kriteerinä oli, että lähteitä löytyi monipuolisesti ja ne vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Kolmantena kriteerinä oli, että aineisto oli luettavissa kokonaisuudessaan ilman kustannuksia.

Opinnäytetyön sulkukriteerit aineiston valinnassa olivat jos tutkimuskysymyksiin ei löytynyt vastauksia suoraan tai jos aineisto oli maksullinen tai aineistossa oli liian vanhaa tietoa.

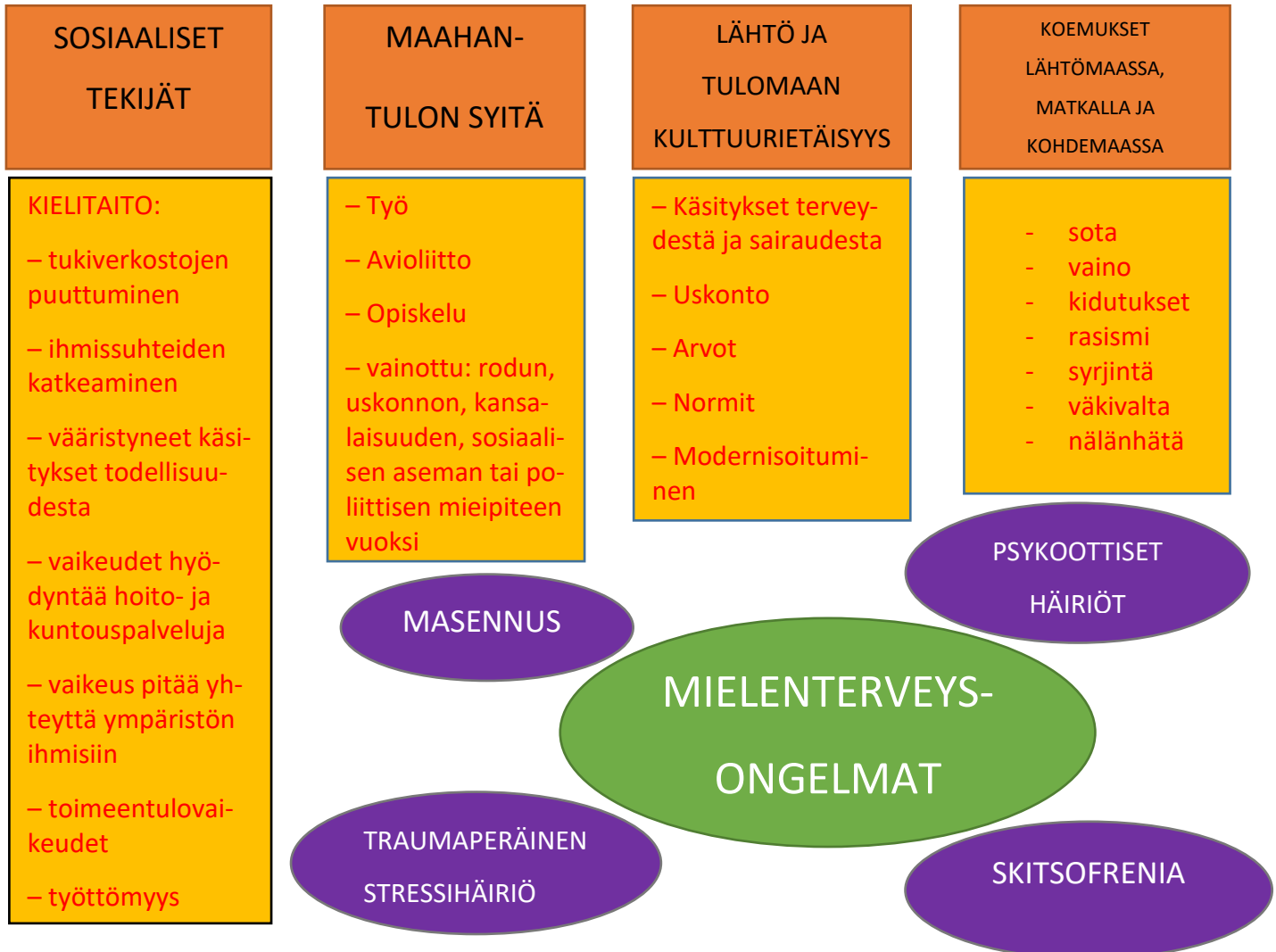
Tiedon keruussa analysoitavaksi aineistoksi valikoitui Cinah-tietokannasta hakusanoilla Mental health 1 tutkimustulos ja Melindasta hakusanoilla monikulttuurisuus mielenterveyshoitotyössä 1 artikkeli, manuaalisella haulla hakusanoilla psyykkisesti sairas maahanmuuttaja 1 tutkimus ja 2 artikkelia sekä maahanmuuttajien kohtaaminen mielenterveyshoitotyössä manuaalisella haulla tuotti tuloksia 1 tutkimuksen ja 4 kirjaa. Aineistoista löytyi molempiin tutkimuskysymyksiin vastaukset ja ne täyttivät laatukriteerit. Opinnäytetyön analysoitavaksi valittu aineisto on liitteessä 1. ja tiedonhaun prosessi liitteessä 2.

4.3 Aineiston analyysi

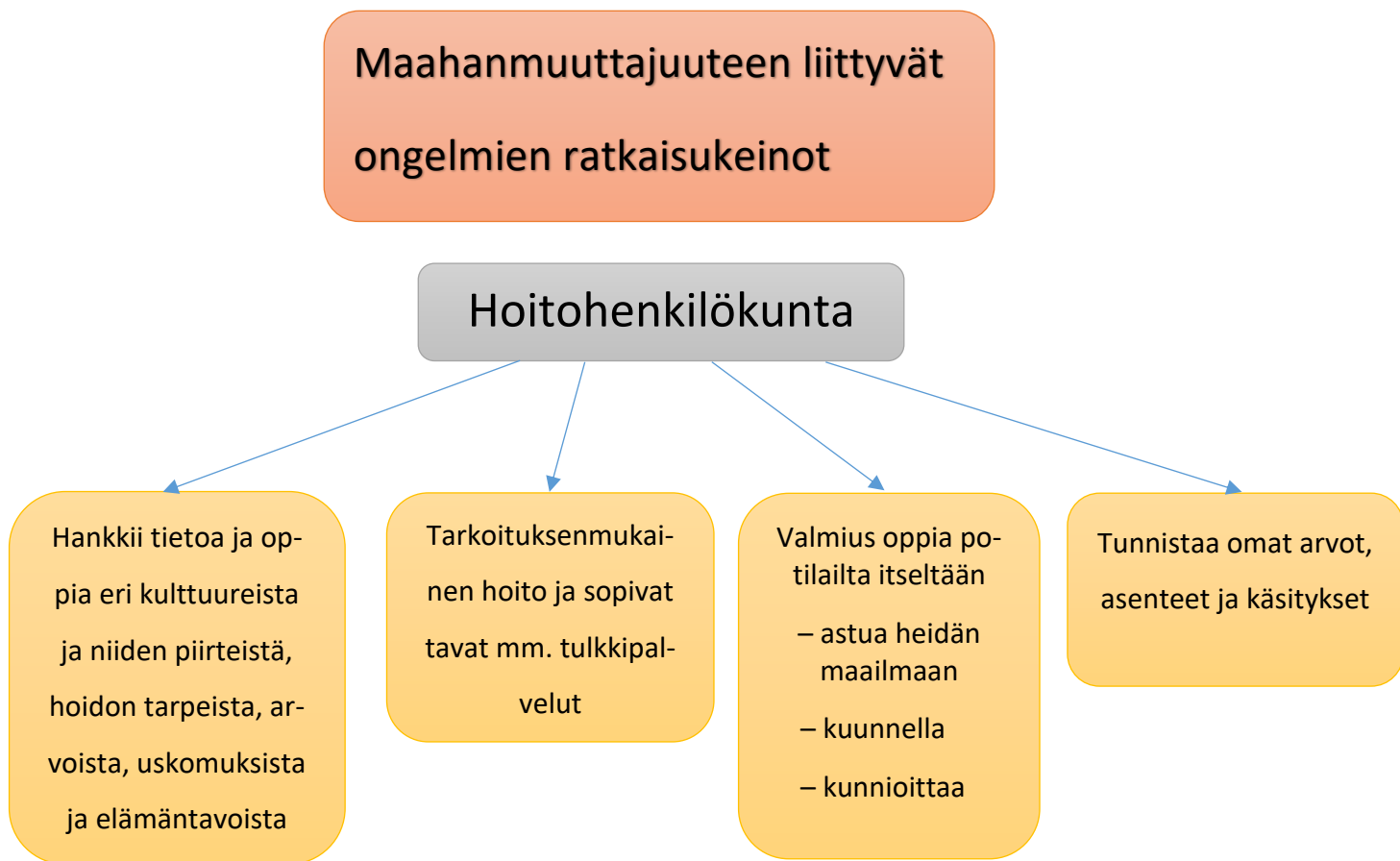
Aineiston analysointimenetelmäksi on valittu teemoittelu, joka on perusmenetelmä jolla voi tarkastella laadullisen tutkimuksen aineistoa (Jyväskylän Yliopisto n.d). Teemoittelu on menetelmä, jonka avulla korostetaan aineiston sisältöä ja painotetaan mitä asiasta on kerrottu. Kuten laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena niin analyysissä korostuu aineistolähtöisyys. Asetettuihin tutkimuskysymyksiin voidaan löytää keskeiset asiat aineistosta teemoittelun avulla. Teemoittelussa painottuu, mitä kustakin teemasta on sanottu, eikä lukumäärällä ole tällöin merkitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 92-93, 95.) Teemoittelussa aineistosta nostetaan esiin tutkimusongelman kannalta olennaisia teemoja. Näin on mahdollista vertailla eri teemojen esiintyvyyttä aineistossa. Aineistosta poimitaan keskeiset aiheet, jolloin sitä voidaan käsitellä kokoelmana erilaisia kysymyksen asetteluja. (Eskola & Suoranta 2000, 174.)

Tässä opinnäytetyössä analysoitavien tutkimusten valinnan jälkeen etsin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Luin ja poimin tutkimuksista sanoja jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Näiden tietojen perusteella tein kaksi ajatuskarttaa, johon ensimmäiseen poimin ylös kaikki oleelliset ongelmat jotka liittyvät maahanmuuttajien kohtaamiseen mielenterveyshoitotyössä ja toiseen ajatuskarttaan poimin tiedot, miten maahanmuuttajien kohtaamiseen ongelmat tunnistettaisiin. Ajatuskartat auttavat ymmärtämään ja hahmottamaan kokonaisvaltaisesti ongelmia ja niiden ratkaisukeinoja jotka maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyy mielenterveyshoitotyössä. Analysoidut tutkimustulokset on esitetty kaaviossa 1. kohtaamisen ongelmat ja kaaviossa 2. ratkaisut ongelmien tunnistamiseen.

MAAHANMUUTTAJUUTEEN LIITTYVÄT ONGELMAT MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ



Kuvio 1. Kohtaamisen ongelmat.



Kuvio. 2. Ratkaisut ongelmien tunnistamiseen.

5 Tulokset

Hoitohenkilökunta kokee psyykkisen tuen antamisen erityisen vaikeaksi maahanmuuttajille ja perinteiset hoitomenetelmät toimimattomiksi (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998). Sainola-Rodriquez (2007) mukaan molemminpuoliset kielteiset asenteet, ennakkoluulot, kieliongelmat ja kulttuuritaustojen tuntemuksen puutteet ovat esteenä hoidon onnistumiselle.

Tutkimusten mukaan maahanmuuttajien mielenterveydenhäiriöiden hoitoa tulisi kehittää (Cook & Jimenez 2013). Terveystieteiden ammattilaisilla ei ole Suomessa riittävästi koulutusta monikulttuurisuudesta (Rauta 2005, 7. Sainola-Rodriquezin (2007) mukaan hoitohenkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvissä ongelmissa. Lääkäreiden tietokin on puutteellista maahanmuuttajiin ja pakolaisiin liittyvissä mielenterveysongelmissa. (Rauta 2005, 38.)

Parhaiten maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöiden hoito onnistuu joko lähellä kotia tai maahanmuuttajien palvelujen tarjoamiseen keskittyneessä yksikössä. Näissä yksiköissä on kokemusta myös tulkin käytöstä psykoterapiatyössä. Maahanmuuttajilla on itsellään lukuisia eri tekijöitä, jotka voivat estää tarpeenmukaisen hoidon mm. leimaantumisen pelko, häpeä, kulttuuriset tekijät, tavat, tiedon puute ja väärät uskomukset. Vaikeimmassa tilanteessa ovat ne maahanmuuttajat jotka joutuvat käyttämään tulkia tai ovat kulttuurisesti sekä ulkonäöllisesti valtaväestöstä huomattavan poikkeavia. Tämä tulee esiin niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Maahanmuuttajien ongelmat saattavat olla jopa koko elämänkaaren ajan kestävä traumaattinen prosessi, joka voi aktivoitua akuutiksi henkiseksi sairaustilaksi missä tahansa elämän muutostilassa. Äkillinen sairastuminen, onnettomuus tai kuolemantapaus, lasten kotoa muutto tai eläkkeelle jääminen voivat esimerkiksi olla tällaisia tilanteita. Traumoilla on usein seurauksia toiseen, jopa kolmanteen sukupolveen asti. Julkinen erikoissairaanhoito ei kyke hoitamaan kuin rajoitetusti maahanmuuttajia. Ongelmana ovat tiedon puute ja sen kulku. Työryhmillekään ei ole syntynyt riittävästi kokemusta tai rutiinia maahanmuuttajien kohtaamisesta. (Rauta 2005.)

Laadullisten tutkimusten mukaan maahanmuuttajien kielteiset kokemukset liittyvät palvelujärjestelmän monimutkaisuuteen ja koordinoimattomuuteen sekä viranomais-ten kiireeseen ja ennakkoluuloihin. Asiakkaalle jää usein epäselviksi palvelun saami-sen tai epäämisen perusteet tai sen sisältö. Haasteena on tällöin korjata molemmin-puoliset väärinkäsitykset, ennakkoluulot ja puutteelliset tiedot. (Clarke ym. 2003, Jä-ppinen ym. 2007 & Hammar-Suutari 2009.) Tyydyttämättömiä palvelutarpeita on todettu lukutaidottomilla maahanmuuttajilla ja niillä, joilla on oppimisvaikeuksia. (Peltola & Metso 2008.)

Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarjoamisesta joutuu keskeisimmän vastuun ottamaan perusterveydenhuolto. Joissain kunnissa tilanne on parempi, joissa on keskitetympi maahanmuuttajien terveydenhuolto ja ulkomaalaisyksiköitä. Samoin niissä kunnissa, joissa toimii moniammatillinen työryhmä ja joissa maa-hanmuuttajien mielenterveysongelmia tunnistetaan paremmin jo perusterveydenhu-ollossa. Parhaimmassa tapauksessa hoitoketjut ovat toimivia, jolloin dialogi erikois-sairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä toimii siten, että esimerkiksi sairaalaan toimittamisen ja kotiuttamisen yhteydessä sekä jatkohoitoja suun-niteltaessa. Valitettavasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä esi-intyy vakavia tietokatkoja koska hoidon porrastus ei toimi tai sitä ei ole alueellisesti riittävästi mietitty. Hoidon ja palvelujen saatavuus vaihtelee paljon, jopa saman kun-nan alueella. (Rauta 2005.)

Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa tehdyn kansainvälisten tutkimuksen mukaan maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt kokevat kantaväestöä useammin saavansa heikkolaatuista hoitoa etnisyytensä vuoksi (Lakhani 2008.) Maahanmuuttajat ovat olleet suomessa pääosin tyytyväisiä saamiinsa terveys- ja sosiaalipalveluihin (Pohjan-pää 2003c.) Mielenterveyspalveluja käyttävät maahanmuuttajat tarvitsevat tavallista enemmän tukea laaja-alaisten mielenterveysongelmien takia. Maahanmuuttajille suunnattujen mielenterveyspalvelujen laadussa on suuria alueellisia eroja mm. useimmilla paikkakunnilla hoidon ja palvelujen saatavuus on puutteellista. (Pa-ksalahti & Huttunen 2010, 157-158.)

6 Miten kohdata maahanmuuttajapotilas

Jokainen ulkomaalainen potilas on myös yksilö, jota tulee hoitaa yksilönä.

Ulkomaalaiselle potilaalle on syytä varata aluksi enemmän aikaa kuin suomalaiselle potilaalle. Myöhempien käyntien kautta kun hoitaja tulee tutuksi potilaan kanssa, voi varaamaa aikaa alkaa lyhentämään asteittain. Suomalaisille tuttu tapa kätellä heti tapaamisen alussa voi monista ulkomaalaisista tuntua varsin oudolta. Potilaiden kosketteleminen on useissa kulttuureissa hoitotyössä rajoitettu minimiin. (Tuominen 1998, 29.)

Ei kannata mennä heti suoraan asiaan, vaan vaihtaa ensin tervehdykset ja yleiset kuulumiset. Suomalaisten hoitajien suora tapa asioida koetaan helposti töykeänä käytöksenä. "Varsinaiseen käynnin syyhyn on hyvä siirtyä asteittain". On hyvä pitää mielessä, että potilasta hoidetaan yksilönä, jolle tämän oma sairaus on keskeinen asia. Näyttöpäätteen katselua ja tietojen jatkuvaa tallentamista koneelle kannattaa välttää. Potilaan kertomusta kannattaa kuunnella mahdollisuuksien mukaan kaikessa rauhassa. Muiden reseptien- tai lomakkeiden kirjoittaminen kannattaa jättää käynnin loppuun kun potilas on puhunut asiansa. (Tuominen 1998, 29.)

Kun potilaan edusmiehenä toimii aviopuoliso tai holhooja, esimerkiksi isä, veli, äiti tai muu uskottu henkilö. Voi olla tarpeen antaa kirjalliset ohjeet ja lääkemääräykset tälle. Aviomies saattaa kieltää muutoin lääkkeen hankkimisen vain sen takia koska reseptiä ei annettu hänen mielestään oikealle henkilölle. Suomalaisessa hoitokulttuurissa täysi-ikäinen potilas on keskeinen hoidon onnistumisesta vastaava henkilö. Naisen asema on monissa muissa kulttuureissa kuitenkin niin alistettu, että vastaa suunnilleen holhouksen alaisuuteen asetetun asemaa. Naisella ei katsota olevan kykyä ja oikeutta itse vastata omalta osaltaan hoitonsa onnistumisesta. (Tuominen 1998, 26.)

Yleisluontoisesti on hyvä selvittää ensin mistä potilas on tullut Suomeen, joka on merkittävä taustatieto potilaan hoidon kannalta. Miten potilas on tullut suomeen, onko tullut suoraan entisestä kotimaastaan, jonkin muun maan kautta, vai pakolaisleiriltä jne. Suomeen saapumisen syyt on hyvä selvittää varovaisin sanakääntein.

Oleellisia taustatietoja ovat myös, milloin potilas on saapunut ja minkälaisista oloista. Tämänkaltaiset kokemukset saattavat vaikuttaa ratkaisevasti sekä psyykkisiin että somaattisiin oireisiin. Taustatiedoilla voi olla vaikutusta potilaan kanssa kommunikointiin ja hoitoon. Luottamuksen syntymistä auttaa kun muistaa hoitavansa yksilöä. Useat potilasta koskevat taustatiedot saattavat poiketa selkeästi suomalaisten potilaiden taustoista, on aiheellista kirjata kaikki potilastiedot erityisen huolellisesti. Taustatietojen oikeellisuus on syytä varmentaa potilaalta muutamilla varmistuskysymyksillä. Potilaan tiedot voivat myös vaihdella eri hoitokerroilla runsaastikin. Useissa vieraissa kulttureissa käsitys perheestä poikkeaa aika lailla siitä, mitä me Suomessa käsitämme perheellä. (Tuominen 1998, 30 – 31.)

Monilla maahanmuuttajilla saattaa olla jo oma diagnoosinsa valmiina tullessaan vastaanotolle. Diagnoosi voi olla taudinaiheuttajineen länsimaiselle lääketieteelle vieraita, ja esitetty syy-yhteys saattaa sotia anatomian ja fysiologian tietoja vastaan. Potilaan diagnoosia ei kannata tyrmätä suoralta kädeltä, vaan keskustella hänen kanssaan siitä yhdessä lääkärin kanssa tai ohjata potilas lääkärin vastaanotolle myöhemmin, jossa keskustellaan tarkemmin potilaan kanssa diagnoosiehdotuksesta ja hänen omasta esittämästään. Keskustelun myötä voi hyvinkin löytyä kompromissi, joka tyydyttää sekä potilasta että hoitohenkilökuntaa, ja hoitomyöntyvyys paranee. (Tuominen 1998, 31.)

Vaikkei kielellisiä ongelmia olisikaan, hoito-ohjeet on hyvä selittää aina tarkasti. Mitä eksoottisemmasta kulttuurista potilas tulee, sitä tarkemmin ohjeet on syytä antaa. On syytä vielä toistaa hoito-ohjeet, ennenkuin potilas kotiutuu. Potilasta voi pyytää itse kertomaan, miten hänen tulee toimia ja milloin saapua vastaanotolle seuraavan kerran. Pään nyökytteleminen ei välttämättä merkitse viestin ymmärtämistä, vaan potilas saattaa vain ilmaista kuulleensa ohjeet ja saaneen selvää puheesta. (Tuominen 1998, 31 – 32.)

Maahanmuuttajapotilaat olettavat hoitohenkilökunnan olevan paljon tietävämpiä ja taitavampia, kuin itse tietävät olevansa. Joskus heitä saatetaan pitää jopa linkkinä Jumalan ja potilaan välillä. Puheissa ja otteissa tulee näkyä, että on alan hallitseva ammattilainen. Epävarmuus ja pohdiskelu potilaan läsnäollessa heikentää potilaan luot-

tamusta hoitohenkilökunnan kykyihin ja menetelmiin. Ylenpalttista empaattisuutta-kin on syytä välttää, koska monet potilaat odottavat hoitohenkilökunnalta auktoriteettia ja toimivan sen mukaisesti. Kovin ei kannata ryhtyä suremaan potilaan suruja ja ottamaan osaa hänen kovaankaan kohtaloonsa. Useista kolmannen maailman maista tulleilla on kokemusta lääkäreiden ja hoitajien varsin tyylystä kohtelusta niin henkisesti kuin fyysisestikin. Tällaista kohtelua pitää varoa mutta toimia kuitenkin määrätietoisesti. (Tuominen 1998, 32.)

6.1 Tulkki yhteistyökumppanina

Terveydenhuollossa hyvien palvelujen tarjoaminen perustuu kielelliseen yhteisymmärrykseen. Väärinkäsityksiä tulee, jos potilaalla ja hoitohenkilökunnalla ei ole käytettävissä yhteistä kieltä, on molempien oikeusturva taattava tulkkipalvelulla. Tulkin kanssa työskentely koetaan kuitenkin usein hankalana terveydenhuollon eri alueilla vaikka tulkkipalvelujen käyttö onkin lisääntynyt. Ilman yhteistä kieltä lääkäri ei voi kuitenkaan tehdä tarkkaa anamneesia, koska tieto potilaan oireista on puutteellinen ilman tulkkia. Hoitohenkilökunnankin on tällöin mahdotonta ottaa myös vastuuta potilaasta. (Pakaslahti & Tuominen 2010, 297.)

Jokaisen Suomessa pysyvästi asuvan tulee saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa. Hoidossa tulee ottaa huomioon sekä potilaan äidinkieli, kulttuuri että henkilökohtaiset tarpeet mahdollisuuksien mukaan. Hoidossa tulee kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Tulkin tarve on hyvä selvittää mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Hyvä on pitää mielessä, että sukulainen on hyvä tuki, mutta huono tulkki (Tuominen 1998, 30.) Esimerkiksi jos maahanmuuttajanaisen tulkkina ja puhemiehenä on aviomies, hänen roolinsa korostuu ja saattaa jopa haitata hoidon onnistumista. Aviomies saattaa tulkata naispotilaan sanomisia tai suomalaisen hoitohenkilökunnan antamia ohjeita oman mielen mukaisesti. Kulttuuritausta edellyttää monesti mieheltä vastuunottajan roolia ja hän on muokannut annetut ohjeet sellaisiksi, että hänen päättäjän roolinsa säilyy voimakkaampana kuin olisi lääketieteellisesti katsottuna tarkoituksenmukaista. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 297 - 299.)

Potilaan muitakaan omaisia ei pidä käyttää tulkin tehtävissä, varsinkaan lapsia. Tulkin vastuun säilyttäminen lapselle voidaan rinnastaa lapsen hyväksikäyttöön, koska sillä voi olla negatiivisia vaikutuksia perhedynamiikkaan. Vanhempien väliset intiimit asiat ja perheen toimeentuloon liittyvät huolet eivät ole sopivia lapsen kuultaviksi. Terveysteen liittyvät asiat vaativat tulkiltakin vankkaa osaamista ja sellaista tietoa, jota lapsilla ei vielä ole. Solidaarisuudesta vanhempiaan kohtaan lapsi voi tulkatessaan kertoa asian olevan selvä vaikka niin ei olisi, jolloin asia tulee väärinymmärretyksi. Tuttavatulkkausissa ei toteudu terveydenhuollon ammatillisuus eikä salassapitovollisuus. Jos joudutaan turvautumaan omaistulkkeihin, tällöin on potilaalle varattava uusi aika ammattitulkin kanssa, jotta voidaan varmistaa asioiden hoituminen. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 297 - 299.)

Voiman (2007) tekemän tutkimuksen mukaan viestintään liittyviä ongelmia pyritään ratkaisemaan käyttämällä tulkkipalveluita tai tilapäisinä tulkkeina esim. puolisoa tai lapsia. Hoitohenkilökunta huomasi, että vain ammattitulkkipalvelun käytön avulla voitiin helpottaa hoitosuunnitelman tekemistä. Saatavuuteen liittyvät vaikeudet, hinta sekä potilaan hoitamiseen tarvittava tulkkauksen edellyttämä kaksinkertainen aika, epäluottamus potilaan saapumista tai tulkin ammattitaitoa kohtaan olivat esteinä tulkkipalvelun käytölle. Vieraskielisestä kirjallisesta materiaalista toivottiin apua viestintäongelmiin. Yksi maahanmuuttajapotilas kiteytti viestintäongelman osuvasti: pahimmillaan kommunikaatio-ongelma voi muuttua krooniseksi sairaudeksi.

Laadullisessa tutkimuksessa henkilökunnan keskuudessa monikulttuurista työtä pidettiin haastavana ja vaativana, mutta mielekkäänä. Kulttuurien ja uskontojen erilaisen piirteiden kohtaamisen ja ymmärtämisen vaikeudet heijastuivat vastauksissa. Aikapula ja tulkkipalvelujen huono saatavuus koettiin työhön vaikuttavina ongelmina. Erilaisten oppaiden, potilasohjausmateriaalien ja monikulttuurisuuteen liittyvän koulutuksen tarve nousi vastauksista selvästi esiin. Monikulttuuriset asiakkaat kertoivat haastatteluissa, että he eivät ole palveluiden aikana kokeneet syrjintää ulkomaalais-taustansa vuoksi. He toivat esiin yhteisen kielen ja henkilökunnan kulttuurin- sekä uskonnon-tuntemuksen tärkeyden. Sekä monikulttuuriset asiakkaat että hoitohenkilökunta näkivät tarpeellisenä kehittää yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa. Kehi-

tettäessä monikulttuuristen asiakkaiden palveluita, huomio tulee kiinnittää asiakkaiden hoitopolkuun. Lisäksi henkilökunnan koulutusta monikulttuuristen asiakkaiden kohtaamiseen tulee lisätä. (Mäntyharju & Siili, 2010.)

6.2 Erilaisten maailmankatsomusten kohtaaminen

Maailmankatsomus sisältää ihmisen maailmankuvan, arvot ja elämäkatsomuksen. Elämäkatsomukseen sisältyy ihmisen näkemys omasta tehtävästään maailmassa, jota on käsitelty tavallisesti eri uskonnoissa. Maahanmuuttajien parissa työskennellessä olisi tärkeä ymmärtää erilaisten maailmankatsomusten kirjoa ja osata sen pohjalta keskustella rakentavasti eri maailmankatsomusta kunnioittaen. Se ei tarkoita sitä, että aihetta tulisi välttää kokonaan. Uuteen kulttuuriin siirryttäessä myös maailmankatsomukselliset erot nousevat usein esille ja saattavat synnyttää jännitteitä ja ongelmatilanteita maahanmuuttajien ja valtaväestön edustajien välille. Siksi on hyvä jos sosiaali- ja terveysalan ihmiset kykenevät luontevan dialogin kautta tarkastelemaan ohjattavan maailmankatsomusta suhteessa ympäröivään kulttuuriin ja auttaa ymmärtää, mistä mahdolliset maailmankatsomusten eroista juontuvat jännitteet voivat johtua. Maahanmuuttaja saa näin välineitä tarkastella oman maailmankatsomuksensa suhdetta uuden kulttuurin sisällä oleviin tyypillisiin maailmankatsomuksiin ja voi siten yrittää etsiä uudenlaista tapaa elää ja olla vuorovaikutuksessa valtaväestön edustajien kanssa joutumatta luopumaan omasta maailmankatsomuksestaan. Kulttuurisista eroista puhuminen ei saa suunnata liikaa huomiota itse kulttuurin käsitteeseen. (Korhonen & Puukari 2013, 122.)

Suomalaiselle ja laajastikin läntiselle maallistuneelle kulttuurille maahanmuuttajien taustaan liittyvien asioiden ja erilaisten maailmankatsomusten, kuten uskontojen, luonteva huomioon ottaminen on iso haaste. Vaikka kaikki maahanmuuttajat eivät pidä itseään aktiiviuskovaisina, monissa yhteisöllisten kulttuurien maissa usko ja siitä puhuminen on luonteva osa arkipäivää ja uskonto on vahvasti integroitunut kulttuuriin. Uskonnon merkityksestä on varmintä keskustella kunkin ihmisen kanssa henkilökohtaisesti. Niillä ihmisillä, joille uskonnon merkitys on suuri, on aina oma suhteensa siihen. Merkitystä on myös sillä, mistä uskonnosta, sen alaryhmästä tai maasta on

kyse. Suomessa uskontoa on melko yleisesti totuttu pitämään yksityisasiana ja välttämään sitä keskusteluaiheena. Sen vuoksi olisi suomalaisten hyödyllistä opetella käsittelemään luontevasti myös uskoon ja uskontoihin liittyviä kysymyksiä sekä oppia kunnioittamaan eri uskontoja ja maailmankatsomuksia. (Korhonen & Puukari 2013, 123.)

Hoitohenkilöstön suhtautumista uskonnollisuuteen voidaan jaotella neljään osaan. Ensimmäistä suhtautumistapaa on suhtautua uskuntoon torjuvasti, jolloin uskonnosta ei keskustella eikä käytetä uskuntoon liittyviä menetelmiä potilaan ongelmien ratkaisemiseksi. Toisessa suhtautumistavassa voidaan ajatella, että tietty uskonnollinen maailmankuva on se ainoa ja oikea tapa, jolloin voi olla vaikeata toimia eri tavalla uskovien potilaiden kanssa. Kolmannessa suhtautumistavassa kunnioitetaan potilaan uskonnollisia näkemyksiä ja pystytään samaistumaan niihin huolimatta omasta vakaumuksesta, jolloin voidaan keskustella potilaan kanssa uskonnosta ja mahdollisesti löytää siitä apua potilaan tilanteeseen. Neljättä suhtautumistapa edustaa se, että on olemassa jokin korkeampi voima, joka ei ilmene vain yhdessä ainoassa uskonnossa, vaan koostuu eri uskonnoista ja uskonnollisista suuntauksista. Terveyttä edittävä usko auttaa ratkaisuisissa sekä tuo turvallisuuden tunteen vaikeisiin elämäntilanteisiin. Terve hengellisyys antaa sisältöä elämään ja luottamusta siihen, että elämä on arvokasta ja mielekästä tällaisenaankin. Sairas hengellisyys kuormittaa ihmisen tasapainoa ja eheyttä. (Kuutamo-Marinov 1996, Hanhirova & Aalto 2009, Viljamaa 2009.)

6.3 Maailmankatsomuksen neljä eri ulottuvuutta

Van Deurzen-Smith (1988) on jäsentänyt ihmisen maailmankatsomuksen neljään perusulottuvuuteen, jotka ovat luonnollinen maailma, sosiaalinen maailma, henkilökohtainen maailma ja ideaalimaailma. Luonnollinen maailma käsittää fyysisen ja biologisen ulottuvuuden. Tällä alueella ihminen toimii tarpeiden ohjaamana. Sosiaalinen maailma viittaa ihmisen arjen ihmissuhteisiin, vuorovaikutukseen ja sosiaalisesti soveltuihin asioihin. Tällä alueella ihminen noudattaa kulttuurin odotuksia ja opittuja malleja. Henkilökohtainen maailma on ihmisen persoonallisen kokemuksen alue, jossa hän tuntee olonsa turvalliseksi ja voi aidoimmillaan olla oma itsensä. Tämän alueen keskeisiä sisältöjä ovat suhde itseen ja omaan henkilökohtaiseen elämänpii-

riin. Ideamaailma käsittää ihmisen orientoitumisen itseään suurempaan ja tuntemattomaan todellisuuteen. Tällä alueella ihminen muodostaa käsityksen elämän tarkoituksesta. Ideamaailma on uskomusten, filosofioiden ja uskon alue. Vastaavasti ihmiskäsitys peilaa ymmärrystämme siitä, mitä ihmisenä oleminen on ja mikä siinä on olennaista. Riippumatta siitä, kuinka tiedostamme omaa ihmiskäsitystämme, se heijastuu eri tavoin siihen, miten toimimme heidän kanssaan. Sen vuoksi on tärkeää, että maahanmuuttajien parissa työskennellessä tiedostamme oman minäkäsityksemme ja hyväksymme lähtökohtaisesti sen, että muilla voi olla aivan erilainen ihmiskäsitys. (Parkkinen & Puukari 2007.)

Hoitohenkilökunnan olisi hyvä aluksi tutkia omaa maailmankatsomustaan ja oppia tiedostamaan, kuinka se on hänen elämänhistoriansa aikana muotoutunut ja miten se vaikuttaa hänen tapaansa tarkastella ympäröivää todellisuutta. Tärkeää olisi, että hoitohenkilökunta voi tämän tiedostamisprosessin yhteydessä alkaa paremmin tunnistaa ja ymmärtää, kuinka he itse reagoivat ja suhtautuvat maailmankatsomusten eroihin. Juuri omasta maailmankatsomuksesta voimakkaasti poikkeavien maailmankatsomusten kohtaaminen on yleensä kaikkein haasteellisinta niin niiden ymmärtämisen kuin niihin asennoitumisenkin kannalta. Näin pystytään paremmin välttämään sitä, että hoitajan oma maailmankatsomuksensa vaikuttaisi hoitotilanteessa, joka esittäisi potilaan omia näkökulmia ja maailmankatsomusta pääsemästä esille. Lisäksi tutkimalla omaa maailmankatsomustaan hoitaja voi tämän kokemuksensa pohjalta saada käsitystä myös siitä, miten hän voisi auttaa potilasta hahmottamaan maailmankatsomustaan. Hoitajan on hyvä jäsentää maailmankatsomusten perusuunteita erilaisten ihmiskäsitysten ja hyvän elämän käsityksen osalta, jotka ovat läsnä jokaisen ihmisen arjessa, ihmissuhteissa ja valinnoissa. Mitä kokonaisvaltaisempi on hoitajan ja potilaan yhteinen ymmärrys potilaan maailmankatsomuksen luonteesta, sitä mielekkäämpää on tarkastella hänen yksittäisiä maailmankatsomukseen liittyviä kysymyksiä. Esimerkiksi kulttuurin edustamista arvoista, aikakäsitykseen liittyvät kysymykset sekä kysymykset normeista tai tabuina pidetyistä asioista. Usein voi avuksi pyytää keskusteluun mukaan luotettava, potilaan maailmankatsomusta ja kulttuuri-taustaa tunteva ja potilaan arvostama henkilö, joka on päässyt sisälle suomalaiseen kulttuuriin. Joissain tilanteissa maailmankatsomuksiin liittyvien kysymysten tarkastelu ei riitä tai edes kulttuuritulkki auta. (Korhonen, V. & Puukari, S. 2013.) Toisaalta

kulttuuritulkkien käytöstä on esimerkiksi Kanadassa todettu olevan merkittävää hyötyä hoidon ongelmatilanteissa (Kilmayer ym. 2003.)

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: Miten kohdata eri kulttuurin omaavia maahanmuuttajia mielenterveyshoitotyössä? Miten tunnistaa heidän avuntarpeensa? Molempiin tutkimuskysymyksiin muodostui neljä teemaa. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostui sosiaaliset tekijät, maahantulon syyt, lähtö ja kohdemaan kulttuurien erot, kokemukset lähtömaassa, matkalla ja kohdemaassa. Toiseen tutkimuskysymykseen haettiin ongelmien ratkaisukeinoja mm. hoitohenkilöstön koulutustarpeet eri kulttuureista, tarkoituksenmukaisesta hoidosta esimerkiksi tulkkipalvelujen käyttö, valmius asettua potilaan asemaan ja tunnistaa omat arvot sekä asenteet.

Suomeen tulleet maahanmuuttajat tuovat mukanaan uusia toimintatapoja ja muutostarpeita mielenterveyshoitotyöhön. Tutkimustuloksissa ilmeni toistuvasti, että maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyviä ongelmia ovat kieliongelmat eli kommunikatiovaikeudet, ymmärtämisen vaikeudet ja käytännön ongelmat. Haasteet kasvavat hoitotyössä, kun eri kulttuurista tulevat erilaiset terveys- ja sairauskäsitykset, kokemukset ja ennakkoluulot kohtaavat. Negatiivisena asiana koettiin yhteisen kielen puuttuminen ja tulkin huono saatavuus. Tietämättömyys potilaan kulttuurista ja uskonnon erityispiirteistä asettaa myös haasteita hoitohenkilökunnalle. Mitä kokonaisvaltaisempi on hoitajan ja potilaan yhteinen ymmärrys potilaan maailmankatsomuksen luonteesta, sitä mielekkäämpää on tarkastella hänen yksittäisiä maailmankatsomukseen liittyviä kysymyksiä. Esimerkiksi kulttuurin edustamista arvoista, aikakäsitukseen liittyvät kysymykset sekä kysymykset normeista tai tabuina pidetyistä asioista. Suurimmat ongelmat olivat yhteisen kielen puuttuminen ja tulkkipalveluiden käyttö, sujuvuus ja saatavuus koettiin monikulttuurisen kohtaamisen ongelmaksi.

Jokaisella ihmisellä on ihmisarvo, Ihmisen kunnioittamiseen kuuluu mm. itsemääräämisoikeuden edistäminen, inhimillinen kohtelu, rehellisyys, luottamuksellisuuden ja

yksityisyyden suoja. Hyvä hoito vaatii hyvää ammattitaitoa, johon kuuluu mm. eettisiä taitoja sekä hyvä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmius. Näitä taitoja pitää ylläpitää ja kehittää. Jokaisella työyhteisön jäsenellä on vastuu omasta ja toisten hyvinvoinnista. Toisten ammattitaitoa ja osaamista ei saa mitätöidä. Monikulttuurisuuden pohdinnassa tulee keskustella siitä, mitä terveydenhuollossa pidetään tarkoituksenmukaisena, mitä voidaan ymmärtää ja sulattaa toimintakulttuuriin ja mitä jätettävä ulkopuolelle. Ajan kuluessa eri kulttuurien kohtaamisessa tapahtuu muutoksia ihmisten uskomuksissa, arvoissa, asenteissa ja käyttäytymisessä. Tässä kehityksessä yksi tärkeimmistä tekijöistä on, miten suhtaudumme kulttuuriin vähemmistöihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005.)

Maahanmuuttajista ja monikulttuurisuudesta puhuttaessa tulee vääjämättä mieleen eettisyys. Mielenterveyshoitotyössä esiintyy paljon eettisiä ongelmia. Kansainvälisillä eettisillä ohjeilla ja suosituksilla varmistetaan, että mielenterveyden ongelmista kärsivien maahanmuuttajien hyvinvointi turvataan eikä heidän oikeuksiaan loukata. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 264, 270.) Opinnäytetyön aihe käsittelee, miten hoitohenkilöstön tulisi kohdata vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä maahanmuuttajia. Erityistä huomiota on kiinnitetty siihen, ettei väheksyviä oletuksia tehtäisi eikä ketään potilas- tai ihmisryhmää loukattaisi. Aina hoitohenkilöstö ei välttämättä tiedosta kielteisiä asenteitaan, jota heillä on maahanmuuttaja potilaita kohtaan. Todellisuus saattaa tulla esille vasta käytännössä esimerkiksi vastaanottolanteessa. Hoidon laatu voi kärsiä, jos hoitohenkilöstö asennoituu maahanmuuttajiin negatiivisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 267, 365.)

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä ei ole käytetty haastattelumenetelmää, joten kenenkään henkilön anonymiteetti ei ole ollut uhattuna. Työ on eettisyyden näkökulmasta merkityksellinen ja ajankohtainen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25 - 28.) Opinnäytetyö pohjautuu tieteelliseen tietoon joka eroaa muista tiedon lajeista siten, että sen tuotettu tieteellisin menetelmin ja on siten luotettavaa ja perusteltua. Tieto on oltava saatavissa julkisesti mm. tietokannoista tai tieteellistä julkaisuista. Tiedolle on pystyttävä myös osoitta-

maan tieteellisesti pätevät perustelut joista kertoo käytetyt lähteet sekä niiden luotettavuus. Työssä on myös kriittisesti pohdittu valittujen lähteiden luotettavuutta ja lähteet on merkattu tekstiin selkeästi, jotta alkuperäislähde on jäljitettävissä. (Eriksson ym. 2007, 22, 28-29.)

Opinnäytetyön luotettavuus perustuu siihen, että tiedonhakuun on käytetty luotettavia lähteitä mm. ajankohtaisia tieteellisiä artikkeleita ja uusia opinnäytetöitä, pro Gradu-tutkimuksia, oppikirjoja ja muita alan teoksia. Tiedonhakuun on käytetty paljon aikaa, koska opinnäytetyöhön on haluttu valita analysoitavaksi mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin valittuja julkaisuja. Aineistoa on alettu keräämään ja analysoida kesällä 2017. Aineiston rajaaminen oli haasteellista koska tietoa oli paljon niin kotimaisissa kuin kansainvälisissä tutkimuksissa. Kansainvälisistä tutkimuksista löytyi kuitenkin tarvittavaa tietoa jonkin verran. Kotimaisia aineistoja käytin jonkin verran kuitenkin enemmän. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastauksia maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvissä ongelmissa ja niiden avuntarpeiden tunnistamiseen mielenterveyshoitotyössä.

8 Johtopäätökset ja jatkokehittämiskohteet

Maahanmuuttajien parissa työskenneltäessä on tärkeää, että hoitohenkilöstön koulutuksen tarvetta tuettaisiin tarvittaessa. Maahanmuuttajien mielenterveyden hoito on vieläkin tämän päivän Suomessa valitettavasti jäykkää ja maahanmuuttajia hoidetaan samoin periaattein kuin valtaväestöä. Perusterveydenhuoltoon tarvittaisiin lisää mm. psykiatrisen koulutuksen omaavaa henkilökuntaa ja koulutettuja tulkeja. Tulkeista on myös pulaa erikoissairaanhoidon puolella erityisesti mielenterveyshoitotyössä. Koska maahanmuuttajien kohtaamisessa tarvitaan mm. kulttuuritietämystä, kielellistä ymmärrystä sekä vuorovaikutustaitoja, jotta voidaan auttaa potilasta kokonaisvaltaisesti. Erityisesti on otettava huomioon jokainen potilas yksilönä eri tarpeineen, välttämättä kohtaan maahanmuuttajapotilaita samalla tavalla vaikka olisivat saman kulttuurin omaavia, lähtökohdat voivat kuitenkin olla ihan erilaiset eri yksilöillä. Avoin vuorovaikutus, oikea asenne ja suhtautuminen maahanmuuttajien parissa työskenneltäessä on ensiarvoisen tärkeää, jotta potilaan oireet tunnistettaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja potilas saisi heti

oikeanlaista hoitoa. Monesti on vaikea saada tietoa potilaasta ilman tulkkia, joten hoitohenkilökunnan tulisi herkästi turvautua tulkkipalveluihin potilaan aseman ja oikeusturvan takaamiseksi.

Lähteet

- Blom, S. 2008. Innvandreres helse 2005/2006. Oslo & Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bäärnhielm S., Ekblad S., Ekberg J., Ginsburg B-E. Historical reflections on mental health care in Sweden: the welfare state and cultural diversity. *Transcult psychiatry* 2005; 3: 394.
- Cantor-Graae E., Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J psychiatry* 2005; 162: 12.
- Clarke, K. 2003. Welfare Research into Marginal Communities in Finland. Insider Perspectives on Health and Social Care. University of Tampere.
- Deurzen-Smith, E. van. 1988. Existential counselling in practice. Lontoo: Sage.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit Oy.
- Eskola, J. & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.
- Hammar-Suutari, S. 2009. Asiakkaana erilaisuus. Kulttuurien välisen viranomaistoinnin etnografia. Karjalan tutkimuslaitoksen julkaisuja 147. Joensuun yliopisto.
- Hanhiova, M. & Aalto, K. 2009. Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa Aalto, K. & Gothóni, R. (toim.) Ihmisen lähellä: Hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Kirjapaja.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 13.p. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hirstiö-Snellman, P. & Mäkelä, M. 1998. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina. STM selvityksiä 12.
- Jimenez, D. E., Cook, B., Bartels, S. J., Alegria, M. 2013. Disparities in Mental Health Service Use of Racial and Ethnic Minority Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 61 (1). 18.

Jyväskylän Yliopisto. N.d. Aineiston analyysimenetelmät, Teemoitettu. Viitattu 6.11.2017.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/analyysimenetelmat/teemoittelu>

Jäppinen, M., Hurtig, J. & Törrönen, M. 2007. Arjen polkuja ja kohtaamisia. Venäläis-taustaiset maahanmuuttajat ja palvelujärjestelmä Kaakkois-Suomessa. Helsingin yliopisto.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvailuva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keituri, T. 2005. Tehy ry Taina Keituri Tehyn julkaisusarja F: 4/2005: Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa, Katsaus hoitoalan tutkimuksiin. Multiprint Oy.

Kirmayer, I., Groleau, D., ym. Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J psychiatry* 2003; 48:145–53.

Korhonen, V. & Puukari, S. 2013. Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Juva: Bookwell Oy.

Kuutamo-Marinov, L. 1996. Hengellisyys hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana: ihmisen sisällä oleva salaisuus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Lakhani, M. 2008. No Patient Left Behind. How Can We Ensure World Class Primary Care for Black and Minority Ethnic People? Viitattu 10.10.2017.

[www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicy-AndGuidance/DH_o84971](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_o84971)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 23.10.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito, Suomalaisien terveys. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.7.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054&p_haku=mielentervey%C3%B6.
- Leininger, M. 2002. Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. Teoksessa Transcultural Nursing, concepts, theories, research & practice. Leininger, M. & McFarland, M R. 3.p. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Linnainmaa, P. 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveyshoitotyön syventävissä opinnoissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Viitattu 2.7.2017. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01135.pdf>
- Martikainen, T., Saukkonen, P. & Säävälä, M. 2013. Muuttajat, kansainvälinen muuttoliike ja suomalainen yhteiskunta. Gaudeamus Helsinki University Press.
- Mäkelä, M., Varonen, H., Teperi, J. 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.10.2017. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo60413&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=
- Mäntyhärju, E. & Siili, T. 2010. Monikulttuurisen asiakkaan kohtaaminen sairaalassa - hoitohenkilöstö- ja asiakasnäkökulma Tampereen ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysalan ylempi korkeakoulututkinto: Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Huhtikuu 2010.
- Peltola, U. & Metso, L. (2008). Maahanmuuttajien kuntoutumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä. Kuntoutussäätiö.
- Pakaslahti, A. & Huttunen, M. 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Parkkinen, J. & Puukari, S. 2007. Erilaiset maailmankatsomukset monikulttuurisessa ohjauksessa – Käsitteellinen malli ja sen soveltaminen ohjaukseen. Teoksessa M.

Taajamo & S. Puukari (toim.) Monikulttuurisuus ja moniammatillisuus ohjaus- ja neuvontatyössä. Tutkimuslauseita 36. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos, 23-36.

Pérez-González, L. & Sebem, S-S. 2012. Non-professionals Translating and Interpreting. Participatory and Engaged Perspectives. *The Translator* 18:2, 149 - 165.

Pohjanpää, K. 2003c. Terveyspalvelujen käyttö. Teoksessa Kirsti Pohjanpää, Seppo Paananen & Mauri Nieminen (toim.): Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus, 120-127.

Pöchhacker, Franz 2004. *Introducing Interpreting Studies*. London: Routledge.

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

Räty, M. 2002. *Maahanmuuttaja asiakkaana*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sainola-Rodriguez, K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44 (4). 217.

Sainola-Rodriguez K, Koehn P. 2006. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääk. aikak.* 1:47–59.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja. Viitattu 23.10.2017. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978952-476-349-3.pdf

Silove D. 2004. *The global challenge of asylum*. Kirjassa: Wilson J, Drozdek B, toim. *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees war and torture victims*. New York: Brunner-Routledge.

Singhammer, J. 2008. *Etniske minoriteter sundhed*. Center for Folksunhed (Danmark). www.fhi.se Statens Folkhälsoinstitut (2002). *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Viitattu 5.8.2017.

www.fhi.se/PageFile/3184/invinlaga.pdf

Sosiaali- ja Terveysministeriö 2005. Viitattu 25.10.2017. <http://stm.fi/maahanmuuttajien-hyvinvointi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Viitattu 12.8.2017.

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

The Information centre for social and health care 2006. Health Survey for England 2004. The Health of Minority Ethnic Groups. Viitattu 12.8.2017. www.ic.nhs.uk

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tuominen, R. 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY.

Viljamaa, S. 2009. Psykkisesti sairaan hengellinen tuki. Teoksessa Aalto, K. & Gothóni, R. (toim.) Ihmisen lähellä: Hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Kirjapaja, 97–115.

Voima, K. 2008. Sithän sä oot se poppamies. Terveysalan työntekijöiden kokemuksia monikulttuurisesta hoitotyöstä. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos, Kansanterveystiede.

Välimaa, J-P. 2013. Tolking i en tvåspråkig serviceorganisation inom vårdbranschen – praxis och utmaningar ur personalens synvinkel. Vaasan Yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Pro Gradu – tutkielma.

Whittemore, R. & Knaf, K. 2005. The integrative review: updated, methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5). Whittemore, R. 2005.

Liitteet

Liite 1. Analysoitava aineisto.

Tekijät, tutkimuksen nimi, hakumenetelmä	Tutkimustieto	Tulokset
Bäärnhielm, S., Ekblad S, Ekberg J, Ginsburg B-E. 2005 Historical reflections on mental health care in Sweden: the welfare and cultural diversity. Transcult psychiatry/Artikkeli Google Scholar	Maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöt	Maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöt lähtö ja kohdemaassa
Cantor-Graae E, Selten J-P. 2005 Schizophrenia and migration: a metaanalysis and review. am J psychiatry. Artikkel- Google Scholar	Maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöt	Maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen
Clarke ym. 2003; Jäppinen ym. 2007; Hammar-Suutari 2009. Muuttajat (toim. Martikainen T. ym.) Manuaalinen haku	Miten kohdata maahanmuuttajia sosiaali- ja terveysalalla	Maahanmuuttajien kielteiset kokemukset liittyvät palvelujärjestelmän monimutkaisuuteen ja koordinoimattomuuteen sekä hoitohenkilökunnan kiireeseen ja ennakkoluuloihin, ongelmien syntyä voitaisiin estää, jos palvelujärjestelmän kehittämiskohteet tunnistettaisiin
Hanhirova, M. & Aalto, K. 2009. Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa Aalto, K. & Gothóni, R. (toim.) Ihmisen lähellä: Hengellisyys	Miten kohdata eri maailmankatsomuksen omaavia maahanmuuttajia	Hoitohenkilökunnan koulutuksen tarve ja omien asenteiden läpikäyminen ja muuttaminen

hoitotyössä. Manuaalinen haku.		
Jimenez, Daniel E., Cook, Ben, Bartels, Stephen J., Alegria, Margarita 2013. Diparities in Mental Health Service Use of Racial and Ethnic Minority Elderly Adults. Journal of the American Geriatrics Society. Tutkimustulos. Sähköinen tietokanta Cinahl.	Mitä eroja oli mielenterveyspotilaiden kohtaamisessa (miesten ja naisten) sekä rodun että etnisten vähemmistöjen välillä, maailmanlaajuinen ongelma	Vaaleaihoisilla hoitokäynnit olivat lyhyempiä kuin esim. Afrikkalaistaustaisilla ja latinoilla, joilla oli myös enemmän avohoitokäyntejä ja heille määrättiin enemmän reseptilääkkeitä. Vanhemmat Afrikkalaistaustaiset ja latinot saivat heikosti hoitoa.
Korhonen, V. & Puukari, S. 2013. Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Manuaalinen haku.	Miten hoitohenkilöstö voisi kohdata eri maailmankatsomuksen omaavia maahanmuuttajia	Hoitohenkilökunnan tulisi selvittää oma maailmankatsomus ja siten selvittää omaa suhtautumista maahanmuuttajiin. Kulttuuritulkin käyttöä suositeltava hoitotilanteissa
Lakhani, M. 2008 www.dh.gov.uk/en/ Publication sandstatistics/Public ations PolicyAndGuidance/ DH_o84971 . Tutkimus. Muuttajat (toim. Martikainen T. ym.) Manuaalinen haku.	Selvitys maahanmuuttajapotilaiden hoidon laadusta.	Kansainvälisten tutkimusten mukaan maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt kokevat kantaväestöä useammin saavansa heikkolaatuista hoitoa etnisyytensä vuoksi.
Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2012. Etiikka hoitotyössä. Manuaalinen haku.	Miten kansainvälisillä eettisillä ohjeilla ja suosituksilla varmistettaisiin maahanmuuttajien hyvinvointi ja oikeuden säilyminen	Hoitohenkilökunta ei aina tiedosta kielteisiä asententeita maahanmuuttajia kohtaan ja hoidon laatu voi kärsiä jos omia asenteitaan ei käy läpi
Pakaslahti, A. & Huttunen, M. 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Manuaalinen haku.	Maahanmuuttajuuteen liittyviä elinoloja selittäviä tekijöitä	Sosiaaliset tekijät, kulttuurietäisyys, kielitaito, maahantulon syyt, kokemukset, mielenterveyshäiriöt

<p>Sainola-Rodriguez, K. Koehn, P. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? Sosiaalilääk.aikak. Sähköinen tietokanta Melinda.</p>	<p>Miten maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaamisen ongelmien ratkaisuun löydettäisiin keinoja</p>	<p>Suomessa tehdyissä tutkimuksissa hoitohenkilökunta on tuonut esille maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvää tiedonpuutetta ja koulutustarpeita. Puhumalla auttaminen ja psyykkisen tuen antaminen koettiin hankalaksi.</p>
--	--	---

Liite 2. Tiedonhaun prosessi



