

Opinnäytetyö AMK

Terveydenhoitajakoulutus

2017

Katja Aittomäki, Fannimaija Kuoppala, Sini Rintaniemi & Anniina Virtanen

MAAHANMUUTTAJIEN MIELENTERVEYSONGELMIEN ENNALTAEHKÄISY

– maahanmuuttajanaisryhmän terveysneuvonta

Katja Aittomäki, Fannimaija Kuoppala, Sini Rintaniemi & Anniina Virtanen

MAAHANMUUTTAJIEN MIELENTERVEYSONGELMIEN ENNALTAEHKÄISY

- maahanmuuttajanaisryhmän terveysneuvonta

Opinnäytetyön tavoitteena on terveysneuvonnan kautta lisätä maahanmuuttajanaisten tietoisuutta maahanmuuttajien keskuudessa esiintyvistä yleisimmistä mielenterveysongelmista. Tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajien keskeisten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä. Maahanmuuttajien määrä Suomessa on kasvanut 2000-luvulta lähtien huomattavasti. Suomeen saapuu noin 30 000 uutta maahanmuuttajaa vuosittain. Vuonna 2015 Suomessa oli maahanmuuttajia 339 925 eli 6,2 % väestöstä.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja se on toteutettu kerran järjestettävänä terveysneuvontana maahanmuuttajista koostuvalle naisryhmälle. Terveysneuvonta sisälsi mielenterveyttä edistäviä harjoitteita, kuten tunteiden tunnistamista sekä rentoutumista. Toiminnallisen osuuden toteuttamisen tukena on toiminut raportti, joka sisältää mielenterveyden käsitteen, yleisimpiä mielenterveysongelmia ja niiden ennaltaehkäisyn muotoja sekä ryhmänohjausta. Maahanmuuttajien keskuudessa esiintyy varsinkin traumaperäisiä oireita ja masennusta. Pitkäaikainen stressi, unihäiriöt, masentunut mieliala sekä paniikkioireet ovat yleisiä mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Monikulttuurisella ohjauksella tarkoitetaan ohjaajan ja ohjattavan keskinäistä ammatillista kohtaamista, jossa he ovat lähtöisin eri kulttuureista, eroavat etnisellä ryhmällä toisistaan tai omaavat eri äidinkielen keskenään. Opinnäytetyö on osa MARJAT-hanketta, jonka tavoitteena on maahanmuuttajien terveystietouden lisääminen sekä kotoutumisen edistäminen terveyden ja hyvinvoinnin keinoin.

Terveysneuvonta toteutettiin Hövelin palvelukeskuksessa Me-talolla. Kohderyhmäksi muodostui yhdeksän maahanmuuttajanaista, joilla osalla on Suomen kansalaisuus ja osalla oleskelulupa.

ASIASANAT:

mielenterveys, maahanmuuttaja, ryhmänohjaus, mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, toiminnallinen opinnäytetyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Public Health Nursing

2017 | 34

Katja Aittomäki, Fannimaija Kuoppala, Sini Rintaniemi & Anniina Virtanen

PREVENTION OF MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG IMMIGRANTS

- health guidance for immigrant women

The object of this thesis is to increase knowledge of the most usual mental health problems among immigrants by health guidance. The purpose of this thesis is to focus on the prevention of mental health problems in immigrants. Since 21st century the amount of immigrants has increased remarkably. Annually 30 000 new immigrants arrive to Finland. In 2015 there were 339 925 immigrants in Finland which is 6,2% of the whole population.

This is a functional thesis and it has been put into effect by health guidance arranged to group of immigrant women. Health guidance included promotive exercises for mental health, for example relaxation and emotion recognition. The report of reference was used to support the functional part of this thesis. The report includes the concept of mental health, mental health issues, group guidance and promotive methods. Especially traumatic symptoms and depression appear among immigrants. Long-term stress, sleep disorders, depressed mood and panic symptoms are common problems related to mental health. Multicultural guidance means group counselors and group members mutual professional encountering, where they come from different cultures, differ ethnically from each other or have different mother languages. This thesis is part of the MARJAT project, which aims to increase the health awareness of immigrants and promote integration through health and well-being.

Health guidance was put into effect in Me-talo in service center Höveli. Target group formed into nine immigrant women which some have Finland's nationality and some have permit of residence.

KEYWORDS:

mental health, immigrant, group guidance, prevention of the mental health issues, functional thesis

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS JA TAVOITE	6
3 MIELENTERVEYSONGELMIEN ENNALTAEHKÄISY	7
3.1 Mielen terveyttä suojaavat tekijät ja psyykkiset itsesääätelykeinot	8
3.2 Maahanmuutto psyykkisenä prosessina	9
3.3 Mielen terveyspalveluiden pariin hakeutuminen	10
4 YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT MAAHANMUUTTAJILLA	12
4.1 Masennus	12
4.2 Ahdistuneisuushäiriöt	14
4.3 Stressireaktio ja posttraumaattinen stressihäiriö	15
4.4 Somatisaatio ja unihäiriöt	16
5 STRESSIN LIEVITTÄMINEN RENTOUTUMALLA JA TUNNETIETOISUUDELLA	17
5.1 Rentoutuminen	17
5.2 Tunnetietoisuus	18
6 RYHMÄSSÄ TOIMIMINEN	19
6.1 Hyvä ryhmänohjaus	19
6.2 Maahanmuuttajanaisten terveysneuvonta selkokieltä käyttäen	20
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	22
7.2 Ideointi ja suunnittelu	22
7.3 Toteutus ja arviointi	23
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
LÄHTEET	31

1 JOHDANTO

Maahanmuuttaja on käsite henkilöille, jotka ovat muuttaneet maasta toiseen (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017 b, lyhenne THL). Maahanmuuttajien määrä Suomessa on kasvanut 2000-luvulta lähtien huomattavasti. Suomeen saapuu noin 30 000 uutta maahanmuuttajaa vuosittain. Vuonna 2015 Suomessa oli ulkomaalaistaustaisia maahanmuuttajia 339 925 eli 6,2 % väestöstä. (Väestöliitto 2017.)

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen kykenee sopeutumaan elämän haasteisiin, ymmärtää omat voimavaransa ja kykenee tuottavaan työskentelyyn sekä yksilöettä yhteisötasolla. Mielenterveys on voimavara, joka ylläpitää psyykkisiä toimintoja ja ohjaa elämää. (Lönqvist ym. 2014, 19-33.) Maahanmuuttajilla on keskimääräistä suurempi riski sairastua mielenterveyshäiriöihin (Halla 2007, 469). Mielenterveys on yksi haastavimmista terveysongelmista maahanmuuttajien keskuudessa (Mölsä ym. 2010, 9-18).

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajien keskeisten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä. Työn tavoitteena on terveysneuvonnan kautta lisätä maahanmuuttajanaisten tietoisuutta mielenterveysongelmista sekä niiden ennaltaehkäisystä. Terveysneuvonnan kohderyhmä koostuu Suomen kansalaisuuden ja oleskeluluvan saaneista maahanmuuttajanaisista.

Opinnäytetyö on osa MARJAT-hanketta, joka kuuluu sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan piiriin. Hankkeessa kotoutumista edistetään terveyden ja hyvinvoinnin keinoin. Tavoitteina on maahanmuuttajien terveystiedon kartuttaminen sekä palveluohjauksen kehittäminen. Työpajat, teemapäivät sekä osallistumista tukevat toiminnot parantavat maahanmuuttajien jo olemassa olevia terveyden edistämisen valmiuksia. MARJAT-hankkeessa luodaan palvelutarjotin ja yhteistyö- ja toimintamalli, jolla halutaan edistää maahanmuuttajien palveluiden käyttöä. Turun kaupunki, Sateenkaarikoto ry – Opetuskoti Mustikka, Salon kaupunki, SPR Varsinais-Suomen piiri, Turun Ammattikorkeakoulu sekä maahanmuuttajajärjestöt ottavat toimintamallin käyttöönsä. (Turun Ammattikorkeakoulu 2017.)

2 TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata maahanmuuttajien keskeisten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä.

Opinnäytetyön tavoite on terveysneuvonnan kautta lisätä maahanmuuttajanaisten tietoisuutta mielenterveysongelmista ja niiden ehkäisystä. Lisäksi naisten kynnyksen hakeutua mielenterveyspalveluiden pariin toivotaan madaltuvan.

1. Mitkä ovat maahanmuuttajien yleisimmät mielenterveysongelmat ja miten niitä voidaan ennaltaehkäistä?
2. Miten lisätään maahanmuuttajanaisten tietoisuutta mielenterveysongelmista ja niiden ennaltaehkäisystä ryhmänohjauksen avulla?

3 MIELENTERVEYSONGELMIEN ENNALTAEHKÄISY

Mielenterveys kehittyy ja muuntautuu läpi koko ihmisen elämän. Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen kykenee sopeutumaan elämän haasteisiin, kuten stressiin, ymmärtää omat voimavaransa ja kykenee tuottavaan työskentelyyn sekä yksilö- että yhteisötasolla. Mielenterveys on voimavara, joka ylläpitää psyykkisiä toimintoja ja ohjaa elämää. Mielenterveyttä voidaan tarkastella psykologisista, sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä käsin. Mielenterveyteen vaikuttavat perimä sekä ympäristötekijät. Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkeinä voidaan pitää ihmisen kykyä ihmissuhteisiin, välittämiseen sekä kykyyn luoda tunneilmaisuja ja olla vuorovaikutuksessa. Kyky tehdä työtä ja huolehtia itsestään ovat merkittävä osa mielenterveyttä. Todellisuudentajulla tarkoitetaan ulkoisen todellisuuden ja oman ajatusmaailman erottamista toisistaan vaikeissakin elämäntilanteissa. Hyvin kehittynyt identiteetti ja haitallisilta tekijöiltä suojautumisen taito ovat monesti hyvän mielenterveyden edellytyksiä. Mielenterveys on tärkeä osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä terveyttä. Se on osa ihmisen subjektiivista hyvinvointia, johon vaikuttavat muuttuvat ympäristö- ja sosioekonomiset tekijät. (Lönnqvist ym. 2014, 19-33.)

Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn voidaan vaikuttaa yhteiskunnallisella tasolla hyvinvointipolitiikan sekä terveyspolitiikan avulla (Savolainen 2007, 32). Esimerkiksi turvaamalla toimeentulo ja toiminnalla, joka vähentää syrjintää (THL 2014 b). Yhteisötasolla tuodaan kaikkien ulottuville mahdollisuus koulutukseen, työpaikkaan ja kehitetään asuinalueita. Yksilötasolla taas pyritään tiedon lisäämiseen, voimavarojen ja elämäntaitojen kehittämiseen sekä riskitekijöiden vähentämiseen. (Savolainen 2007, 32.)

Mielenterveysongelmat vaikuttavat sairastuneen itsensä lisäksi myös hänen läheisiinsä sekä heidän elämäänsä. Mielenterveysongelmien elämänlaatu heikentäviä vaikutuksia voidaan verrata vakaviin somaattisiin sairauksiin. (Laajasalo & Pirkola 2012.) Suomessa eniten työkyvyttömyyttä aiheuttaa mielenterveysongelmat. Ongelmien hoito on merkittävä yhteiskuntaa kuormittava tekijä. (Savolainen 2007, 24.)

Mielenterveyden edistäminen sekä ennaltaehkäisy ovat osana hyvinvoinnin edistämistä. Edistävien keinojen tavoitteena on pitää yllä mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja ennaltaehkäisevillä taas vähennetään mielenterveysongelmien ilmaantuvuutta sekä niiden oireita. (Laajasalo & Pirkola 2012.) Mielenterveysongelmien ehkäisemisen tavoitteena on

sairauksien esiintyvyyden pienentäminen sekä niiden oireiden vähentäminen. Mielen-
terveyden edistämisessä päämääränä on hyvä mielenterveys, jolla vahvistetaan oman elä-
män hallintaa ja tyytyväisyyttä itseensä sekä ihmissuhteisiin. (THL 2017 a.)

3.1 Mielen-terveyttä suojaavat tekijät ja psyykkiset itsesäätelykeinot

Suojaavat tekijät vahvistavat mielen-terveyttä vastoinkäymisiä kohdatessa (Savolainen
2007, 14). Suojaavat tekijät tukevat myönteistä kehitystä vaikeuksista sekä stressiteki-
jistä huolimatta (Haasjoki ym. 2010, 18).

Keskeisiä mielen-terveyttä suojaavia tekijöitä ovat sinnikkyys sekä selviytymiskyky. Ne
auttavat ymmärtämään, miksi ihmiset reagoivat eri tavalla vastoinkäymisiin. Perhe voi
tukea yksilöä jakamalla sinnikkyyttä sekä selviytymistä; perheellä yhdessä on tietoa, tai-
toa sekä voimaa. Sosiaalisen verkoston tuki vaikuttaa jokaiseen yksilöön suojaavasti. Se
vaikuttaa suoraan emotionaalisen tuen, neuvojen ja aineellisten apujen kautta sekä epä-
suorasti vahvistamalla kykyä käsitellä vaikeita asioita. (Kerkkänen ym. 2015, 22-23.)

Mielen-terveyttä suojaavat tekijät voidaan karkeasti jakaa sisäisiin sekä ulkoi-
siin tekijöihin. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat hyvä fyysinen terveys, kyky luoda myönteisiä ihmis-
suhteita sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Hyväksytyksi tulemisen tunne, ristiriitojen rat-
kaisutaito sekä oppimiskyky ovat myös keskeisiä sisäisiä suojaavia tekijöitä. Ulkoisia te-
kijöitä ovat turvallinen asuinympäristö, sosiaalinen tuki, mahdollisuus koulutukseen sekä
työllisyys. (Lönqvist ym. 2014, 37.)

Psyykkiset puolustusmekanismit, defenssit, ovat psyykkisiä toimintatyyplejä, jotka sääte-
levät tiedostamattomasti ajatuksia erilaisissa ristiriitatilanteissa. Ne tuovat esiin ihmisen
persoonan ja hänen tapansa toimia stressitilanteissa. Defenssit kehittyvät, kun ihmisen
psyky muotoutuu erilaisten tilanteiden myötä. Kehittymättömätkin puolustusmekanismit
voivat suojella ihmisen hyvinvointia. Hallintakeinot, coping-keinot, ovat vastaavasti tie-
toisia sopeutumiskeinoja, joiden avulla sopeutumista edistetään. Näiden mekanismien
kautta ihminen käsittelee vastoinkäymisiään ja ihmissuhteitaan, sekä siten kykenee hal-
litsemaan omaa elämäänsä. Sopeutumiskeinoja on monia, osa auttaa hahmottamaan
tilannetta, osa keskittyy itse ongelmanratkaisuun ja osa säätelee tunteita. Jokainen käyt-
tää monien psyykkisten puolustusmekanismien yhdistelmiä eri tilanteissa. (Lönqvist
ym. 2014, 80-81.)

Defenssit jakautuvat eri luokkiin, joista osa lukeutuu hyviin suojautumiskeinoihin eli mielenterveydelle suotuisiin keinoihin, jotka johtavat hyviin lopputuloksiin. Toisessa ääripäässä ovat taas päinvastaiset keinot, jolloin jokin asia saattaa purkautua väärällä tavalla. (Lönqvist ym. 2014, 81.)

3.2 Maahanmuutto psyykkisenä prosessina

Kotouttaminen on jokaisen maahanmuuttajan yksilöllinen psyykinen prosessi. Kotouttamisen aikana käydään läpi omia sisäisiä muutoksia, joita muutto kotimaasta on aiheuttanut. Sopeutumista uuteen maahan voidaan kuvata kolmiportaisena prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa, saapumisessa, ulkoiset olosuhteet ovat muuttuneet ja ne herättävät pelkoa ja vierauden tunnetta. Tämä voi lamaannuttaa maahanmuuttajan toimintakyvyn ja autonomian tunteen. Tämä psyykinen prosessi voi edetä seuraavaan vaiheeseen eli kohtaamiseen vain, jos maahanmuuttaja uskaltuu tutkimaan uuden maan kulttuuria konkreettisesti esimerkiksi opettelemalla uuden kielen. Tässä vaiheessa voi esiintyä psyykkistä pahoinvointia, joka aiheutuu ristiriidoista oman ja uuden maan kulttuurin välillä. Maahanmuuttaja saattaa kokea ulkoista painetta henkilökohtaisista valinnoistaan. Sopeutumisprosessin kolmas vaihe, taakse katsominen, mahdollistuu kun uuden ja vanhan kulttuurin piirteet on pystytty yhdistämään itselle sopivaan tasapainoiseen malliin. (Haavikko & Bremer 2009, 15-20.)

Tämän prosessin onnistuminen edellyttää dialogia maan alkuperäisväestön tai maahan jo kotiutuneiden maahanmuuttajien kanssa. Prosessiin vaikuttavat maahanmuuttajan oman persoonallisuuden kehittyminen, taustatekijät kuten ikä, sukupuoli, uskonnollinen tausta, sosioekonominen asema ja kotimaan kulttuuri. Sopeutumisprosessi voi kriisiytyä ja kriisin saattaa laukaista jokin äkillinen tapahtuma tai kulttuurisokin tuoma järkytys. Tähän saattaa vaikuttaa oman maan ja läheisten menettäminen, autonomian menetys, vieras kieli, itsensä ilmaisemisen kyvyttömyys, oma-aloitteisuuden väheneminen sekä sosiaalinen häpeä, jolloin ihminen ei koe tulevansa hyväksytyksi uudessa kotimaassaan. (Haavikko & Bremer 2009, 15-20.) Yleensä trauman aiheuttama oireilu laukeaa takautuvasti, vasta maahanmuuttajan muutettua Suomeen, kun turvattomuuden tunne häviää ja mieli voi käsitellä tapahtunutta. (Mielenterveystalo.)

3.3 Mielenterveyspalveluiden pariin hakeutuminen

Varhainen tuki ja hoitoon hakeutuminen voivat ennaltaehkäistä mielenterveysongelmien pahenemista (Turun kaupunki 2017). Suomen nykyinen terveyspalvelujärjestelmä ei tavoita riittävästi palveluja tarvitsevia maahanmuuttajia. Tämän vuoksi maahanmuuttajien mielenterveyspalveluja tulee kehittää. (Castaneda ym. 2012, 163.) Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielenterveysongelmien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Kunnat ovat vastuussa mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Mielenterveyspalveluita ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joita tarjotaan mielenterveysongelmista tai mielenterveydenhäiriöistä kärsiville henkilöille. Mielenterveystyö on kehittämistä; elinolosuhteiden tulee ennaltaehkäistä mielenterveysongelmien kehittymistä ja niiden tulee tukea mielenterveystyötä sekä mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen kuuluvat kunnan järjestettäväksi. Tämä edistää asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden pariin hakeutumista helpottaa kohdattavan työntekijän asiantuntijuus kulttuurisista eroista, kielitaidosta sekä luottamuksellisen ilmapiiirin luomisesta. Tärkeää asiakassuhteen jatkuvuuden ja onnistumisen kannalta on tarkistaa, onko maahanmuuttaja ymmärtänyt keskustelun sisällön. (Haavikko ym. 2009, 30-50.)

Maahanmuuttajat käyttävät mielenterveyspalveluita vähemmän kuin koko väestö (THL 2014 a). Maahanmuuttajanaisilla on useita riskitekijöitä, jotka vaikuttavat mielenterveyspalveluiden pariin hakeutumiseen. Näitä ovat muun muassa kielelliset ja kulttuurista johtuvat ongelmat, joiden kohtaamista voidaan jännittää. Myös suurempi vastuu lasten kasvatuksesta, pienemmät tulot ja syrjäytyminen vaikeuttavat palveluiden pariin hakeutumista. (Straiton ym. 2016, 118-121.) Mielenterveyspalvelujen pariin hakeutumiseen liittyy maahanmuuttajien keskuudessa ennakkoluuloja, kun ongelmien käsittely, esimerkiksi terapiassa, on omassa kulttuurissa vierasta. Myös se, että Suomessa kulttuuri on enemmän yksilökeskeisiä kuin esimerkiksi Lähi-Idän maissa, joissa ollaan hyvin perhekeskeisiä, merkitsee paljon. (Soisalo, R. 2009.)

Kunnan tulee järjestää mielenterveyspalvelut sen asukkaille niin, että se tukee oma-aloitteista hoitoon hakeutumista (Mielenterveyslaki 1116/1990). Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus sairaan- ja terveydenhoitoon ilman syrjintää. Palveluiden pariin hakevan ihmisarvoa ei tule loukata, jokaisen yksityisyyttä kunnioitetaan ja jokaisen äidinkieli tulee huomioida. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Terveysasemat ovat ensisijainen palvelu, josta tulee hakea apua mielenterveysongelmiin. Terveysasemille hakeutuminen saattaa ennaltaehkäistä vakavampien ongelmien syntymistä. Mielenterveyspalveluita on saatavilla myös kouluterveydenhuollosta sekä neuvoloista. (Turun Kaupunki 2017.) Mielenterveyspalveluita tulisi kehittää niin, että ne olisivat saatavilla sekä saavutettavissa (THL 2014 a).

Laaja-alainen sekä moniammatillinen yhteistyö yhteiskunnan eri tasoilla ovat edellytyksiä maahanmuuttajien mielenterveyden edistämiseen. Riittävä tieto maahanmuuttajien mielenterveyden suojaavista sekä sitä uhkaavista tekijöistä on tärkeää. (THL 2014 c.)

Suomessa toimii useita monikulttuurisia kolmannen sektorin järjestöjä, jotka ovat maahanmuuttajanaisten tukena. Turun Naiskeskuksella on erityisesti maahanmuuttajanaistille kohdistettua toimintaa, kuten kursseja naisten oikeuksista. Toiminnan ydin on monikulttuurisuudessa ja ihmisoikeuksissa. (Visio.) Turun Halisissa toimii Opetuskoti Mustikka, jonka palveluista löytyy muun muassa kulttuuritietoista palveluohjausta, suomen kielen alkeiskursseja sekä ohjausta luku- ja kirjoitustaidon opiskeluun. Mustikassa on tarjolla myös terveysneuvontaa, jota järjestää Turun AMK MARJAT-hankkeen puitteissa. (Sateenkaarikoto 2017.) Ryhmissä voidaan käsitellä ahdistuneisuutta ja pelkoja vertaistuen voimin (Suomen mielenterveysseura b).

Monikulttuurisissa yhdistyksissä samasta kulttuurista olevat auttavat toisiaan kotoutumaan uuteen maahan. Tämä helpottaa maahanmuuttajien verkostoitumista suomalaisen yhteiskuntaan. (Turun Kaupunki 2017.)

4 YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT MAAHANMUUTTAJILLA

Mielenterveys on yksi haastavimmista terveysongelmista maahanmuuttajien keskuudessa. Maahanmuuttoon liittyy erilaisten terveys ja sairauskäsitysten kohtaaminen uudessa ympäristössä ja kulttuurissa. Mielenterveyteen liittyy paljon kulttuurisia näkemyksiä, kuten käsitys ruumiin ja mielen vuorovaikutuksesta keskenään. Käsitykseen mielen-terveydestä vaikuttavat hyvin paljon yhteiskunnan asenteet ja kulttuuriset arvot. Maahanmuuttajien psyykinen hyvinvointi liittyy vahvasti kotoutumiseen, vaikka yhteys ei ole täysin yksiselitteinen. Haasteina eri kulttuurista tulevien muuttajien mielen-terveyden tul- kinnassa ovat kulttuurien väliset eroavat käsitykset siitä, mikä on sairautta ja mikä ei. Suomen somalialaisia käsittelevässä tutkimuksessa on todettu, että tilat joita suomen terveysjärjestelmä käsittelee mielen-terveyden häiriöinä, voidaan eri kulttuurin piirissä liit- tää esimerkiksi henkimaailman kokemuksiksi tai noituudeksi. (Mölsä ym. 2010, 9-18.)

Muutto maasta toiseen ei aina tarkoita suurentunutta riskiä sairastua mielen-terveyden ongelmiin, sillä muuttoprosessiin liittyy sekä riskitekijöitä että suojaavia tekijöitä. Maa- hanmuuttajilla on keskimääräistä suurempi riski sairastua mielen-terveyshäiriöihin. Maa- hanmuuttajien keskuudessa esiintyy varsinkin traumaperäisiä oireita ja masennusta. Pit- kääikainen stressi, unihäiriöt, masentunut mieliala sekä paniikkioireet ovat yleisiä mie- len-terveyteen liittyviä ongelmia. (Halla 2007, 469-475.) Maahanmuuttoon liittyvät sosiaa- liset stressitekijät sekä ongelmat kotoutumisprosessissa vaikuttavat sairastuvuuteen. (Haavikko & Bremer 2009, 15.)

4.1 Masennus

Masentunut tunnetila on normaali tunne-elämän reaktio, joka liittyy pettymyksiin ja elä- män aikana koettuihin menetyksiin. Depressiolla tarkoitetaan taas masentunutta mie- lialaa, joka on pysyvämpi tunnetila, johon liittyy muitakin oireita. Oireita voivat olla kiin- nostuksen ja mielihyvän menettäminen, väsymys, itseluottamuksen puute ja itsensä syyllistäminen, unihäiriöt, ruokahalumuutokset, keskittymiskyvyttömyys sekä itsetuhoi- set ajatukset tai teot. Masennuksen suurimpia riskitekijöitä ovat persoonallisuuden altis- tavat piirteet, peritty haavoittuvuus, lapsuusiässä koetut traumaattiset kokemukset sekä

kuormittavat elämänmuutokset. (Lönqvist ym. 2014, 246-247.) Maahanmuuttajaryhmien naisilla on esiintynyt vakavia masennusoireita selvästi yleisemmin kuin saman ryhmän miehillä tai valtaväestön naisilla. Naiset ovat sukupuolensa perusteella myös geneettisesti herkempiä masennusoireille. (Castaneda ym. 2012.)

Psykoottinen masennus on tila, johon liittyy vaikea-asteisten masennusoireiden lisäksi psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja ja harhaluuloja. Psykoottisessa masennuksessa ilmenee masennuksen alalajeista eniten neuropsykologisia ja –biologisia toiminnanhäiriöitä. Synnytyksen jälkeinen masennus on neljän viikon kuluessa synnytyksestä alkava masennustila, jonka syntyyn vaikuttaa esimerkiksi synnytykseen liittyvät estrogeeniainevaihdunnan muutokset. Vuodenaikaan liittyvä masennus esiintyy yleensä pimeinä vuodenaikoina. Tällöin puhutaan myös kaamosmasennuksesta. Krooninen masennustila on masennustila, joka on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden vuoden ajan. (Lönqvist ym. 2014, 250-251.)

Sopeutumishäiriöt ovat yleensä lyhyitä ahdistus- tai masennustiloja, jotka saavat alkunsa jostain järkyttävästä elämäntapahtumasta tai -muutoksesta. Monet stressitekijät ovat syynä erilaisiin mielenterveyshäiriöihin, kuten masennustiloihin. Sopeutumishäiriöt ovat niin sanotusti lieviä, sillä kyseessä ei ole pitkäkestoinen tai vaikea häiriö. (Lönqvist ym. 2014, 360-362.)

Suomessa tehdyissä väestötutkimuksissa masennuksen esiintymiseen on myötävaikuttanut naissukupuoli, nuori aikuisikä tai keski-ikä, työttömyys, päihteiden käyttö sekä matala sosioekonominen asema, koulutus ja tulotaso (Lönqvist ym. 2014, 252-260).

Masennus alkaa yleensä esivaiheella, jonka aikana potilaalla on lieviä oireita, kuten masentunut mieliala, mielihyvän menetys, ahdistus ja unihäiriöt. Esivaiheen jälkeen oireet saavuttavat huippunsa ja oireinen masennustila kestää keskimäärin 5-6 kuukautta. Joskus masennus voi jälkioireineen kestää useitakin vuosia. Yleisesti voidaan todeta masennustilan vaikeusasteen korreloivan suoraan toipumisajan kanssa; mitä vaikea-asteisempi masennus, sitä pidempi toipumisaika. Uusiutumisen riski on sitä suurempi mitä vaikeampi depressio on ja mitä enemmän sen ohessa esiintyy muita mielenterveyden häiriöitä. (Lönqvist ym. 2014, 268-270.)

4.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöksi luetaan tila, jossa pitkäkestoiseen ja hankalaan ahdistuneisuuteen liittyy muita oireita, kuten autonomisen hermoston aktiivisuutta tai välttämiskäyttäytymistä ahdistuneisuuden pelon takia. Ahdistuneisuus on pelon tunnetta, sisäistä levottomuuden, jännityksen ja kauhun tunnetta. Pelko ja lievä ahdistuneisuus ovat normaaleja kokemuksia, joten ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua vasta, kun se on voimakasta ja pitkäkestoista ja rajoittaa sosiaalista toimintakykyä. (Lönqvist ym. 2014, 287-288.)

Paniikkihäiriössä potilas kokee äkillisen ja voimakkaan ahdistuskohtauksen, jonka aikana hän tuntee usein pelottavaa tunnetta oman mielen ja kehon hallinnan kadottamisesta. Kohtauksia esiintyy toistuvasti ja odottamattomasti ilman laukaisevaa tekijää, erityisesti taudin alkuvaiheessa. Potilaalla ilmenee usein somaattisia oireita, jotka ovat yleensä kiihtyneen autonomisen hermoston aiheuttamia, esimerkiksi takykardiaa tai hyperventilaatiota. Kohtaus laantuu yleensä itsestään, mutta potilas alkaa helposti pelkäämään uutta kohtausta ja saattaa tämän takia alkaa vältellä paikkaa tai tilannetta, jossa aiempi kohtaus on esiintynyt. Tästä voi seurata voimakas pelko ja odotus uuden kohtauksen synnystä, joka voi johtaa potilaan elämää rajoittavaan välttämiskäyttäytymiseen. Paniikkihäiriöön voi liittyä myös julkisten paikkojen pelkoa. Lähes kaikki paniikkihäiriötä sairastavat kärsivät jossain vaiheessa myös masennusoireista ja yli 50 prosentilla heistä ilmenee vakava masennustila ajan myötä. (Lönqvist ym. 2014, 289-291.)

Yleistyneen ahdistushäiriön oirekuvaan liitetään liiallinen huolestuneisuus arkielämän asioita kohtaan, lisääntynyt asioiden murehtiminen sekä itse ahdistuneisuuden tunne. Ahdistuneisuus ei aiheudu elimellisistä syistä, se on pitkäaikaista ja kokonaisvaltaista. Oireyhtymä heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä aiheuttaen useasti potilaalle myös somaattista oireilua. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on yleisempi naisilla ja sitä esiintyy eniten nuorten aikuisten keskuudessa. Yleinen ahdistuneisuushäiriö on periytyvyydeltään noin 30 prosentilla luokkaa, joten geenitekijöillä on taudin puhkeamisessa erityisen merkittävä osuus. (Lönqvist ym. 2014, 310-313.)

4.3 Stressireaktio ja posttraumaattinen stressihäiriö

Äkillinen stressireaktio ja äkillinen stressihäiriö ovat lyhytkestoisia, mutta vakavia häiriöitä, jotka ovat reaktioita traumaattiseen tapahtumaan. Ne ovat vakavampia oirekuvaltaan kuin esimerkiksi aiemmin mainittu sopeutumishäiriö. Äkillisen stressireaktion synnyttää yhtäkkinen, psyykkisesti traumaattinen tapahtuma, johon yleensä liittyy menetys tai uhkaa. Välittömät oireet voivat olla huumaantuneisuus, turtuminen ja sekavuus. Äkillinen stressihäiriö ei ole psykoottinen tila, vaan voimakkaan järkytyksen aiheuttama lyhytkestoinen oireilu. Ennen traumaattista tapahtumaa esiintyneet psyykkiset ongelmat, aiemmat järkytykset sekä väsymys altistavat enemmän häiriölle. (Lönqvist ym. 2011, 364-365.)

Tavallisin psyykkisen trauman jälkeinen oireyhtymä on posttraumaattinen stressihäiriö. Oireyhtymälle tyypillistä on voimakas järkytys ja sen aiheuttamien oireiden pitkittyminen, minkä syynä on jokin uhkaava tapahtuma tai tilanne. Esimerkiksi kuolema, vakava loukkaantuminen tai uhka. Häiriötä esiintyy enemmän ihmisillä, jotka ovat kokeneet luonnonmullistuksia, sotaa tai vainoja. Asuinympäristön köyhyys ja turvattomuus, vanhempien mielenterveysongelmat sekä päihteet altistavat traumaattisille tilanteille. Naisilla häiriön esiintyvyys on kaksi kertaa miehiä suurempi. (Lönqvist ym. 2011, 273-351.)

Posttraumaattisessa stressihäiriössä on kolme oireiden ryhmää; uudelleen toistumisen oireet, välttämisoireet ja reagointiherkkyyden turtuminen sekä kohonneen vireystilan oireet. Näistä uudelleen toistumisen oireet ovat kaikkein yleisimpiä muun muassa painajaiset sekä ahdistunut olo kohdatessa traumasta muistuttavia asioita. Välttämiskäyttäytymiseen liittyvät oireet vaikuttavat toimintakykyyn, sillä pyrkimyksenä on välttää mieltä järkyttäviä paikkoja ja tilanteita. Kohonneen vireystilan oireisiin kuuluu unihäiriöt, autonomisen hermoston oireilut sekä sydämen tykytykset. Häiriö voi alkaa heti traumaattisen tapahtuman jälkeen äkillisenä stressireaktionä, kuukausien tai vuosien kuluttua. (Lönqvist ym. 2011, 273-275.)

4.4 Somatisaatio ja unihäiriöt

Somatoformiset mielenterveyden häiriöt aiheuttavat ruumiillisia oireita, jotka eivät selity ruumiillisina sairauksina, vaan oireet aiheuttaa psyykkinen häiriö. Potilailta ei löydy somaattisten oireiden aiheuttajia, mutta siitä huolimatta potilaat haluavat lisää tutkimuksia. (Lönngqvist ym. 2014, 378-379.)

Suomalaisilla naisilla somatisaatio on yleisempää kuin miehillä (Karvonen ym. 2016, 221). Somatisaation taustalla voi olla traumaattisia kokemuksia lapsuudessa, mutta muita taustatekijöitä ei vielä tunneta (Huttunen 2016). Somatisaatiohäiriön alkamisajankohta on yleensä 20-30 -vuotiaana. Häiriöstä ei yleensä parannuta, mutta ajan kuluessa se voi muuttua selvästi toiseksi häiriöksi. (Lönngqvist ym. 2014, 383.)

Psyykkisten tekijöiden aiheuttamat fyysiset oireilut sekä fyysisten oireiden pelko ovat somaattisia häiriöitä. Somatisaatiohäiriön kanssa saattaa esiintyä masennusta, paniikkihäiriö. Somaattiset oireet ilmaantuvat lievittämään henkistä ahdistusta. Somatisaatiohäiriötä ei usein pystytä tunnistamaan. Somatisaatiohäiriössä oireet eivät myöskään selity muulla mielenterveyshäiriöllä. Oireet sekä vaikeusaste voivat muuttua häiriön eri vaiheissa. (Lönngqvist ym. 2014, 380-383.)

Maahanmuutto on terveydelle olennainen stressitekijä, joka vaikuttaa unen laatuun (Voss ym. 2008, 4). Yleisin unihäiriö on unettomuus, jonka yleisimpiä syitä ovat epä säännöllinen nukkumisrytmi, liiallinen alkoholin tai kofeiinin käyttö sekä vähäinen liikunta. Unettomuus esiintyy yleensä yhtenä stressitekijänä ja sen syynä on tavallisesti ahdistuneisuushäiriö tai masennustila. Unettomuuden keskeisinä oireina ovat vaikeus nukahtaa ja herääminen kesken unen. Unettomuudesta kärsivät eivät piristy unesta, vaan potevat väsymystä. Tavallisesti unettomuudesta kärsivät naiset, vanhukset sekä alemmista sosioekonomisista väestöosista olevat. (Lönngqvist ym. 2014, 416-423.)

Mielenterveyden häiriöistä johtuva unettomuus tavallisesti aiheuttaa painajaisunia. Esimerkiksi traumaperäinen stressihäiriö voi aiheuttaa yöaikaan tulevia kauhukohtauksia. Liiallista väsymystä aiheuttaa liikaunisuus, josta kärsivä nukkuu vuorokaudessa tavallista enemmän. (Lönngqvist ym. 2014, 424-428.)

5 STRESSIN LIEVITTÄMINEN RENTOUTUMALLA JA TUNNETIETOISUUDELLA

Elämän tuomien tapahtumien myötä psyykinen kuormitus kasvaa (Lönqvist ym. 2014, 350-351). Seurauksena on stressi, jossa ihmiseen kohdistuu niin paljon vaatimuksia, että saatavilla olevat suojaiteijät eivät riitä. Myönteiset sekä kielteiset muutokset vaikuttavat yksilön stressitasoon. (Mattila 2010.) Psyykinen stressi on epävakautta omien voimavarojen ja ulkoisten haasteiden välillä. Stressin hallinta on mahdollista ulkoisia tapahtumia muuttamalla tai lisäämällä omia käytettävissä olevia suojaiteijöitä. Kaikki stressi ei välttämättä ole haitallista. Stressiteijöitä voi jossain määrin myös ennakoida. (Lönqvist ym. 2014, 350-351.)

Haitallinen stressi heikentää yksilön toimintaa ja saa aikaan psyykkisiä fyysisiä sekä sosiaalisia stressioireita. Stressiä syntyy erityisesti elämän muutoksissa sekä tilanteissa, joissa yksilö pyrkii sopeutumaan uusiin olosuhteisiin. Stressinhallinnalla stressi pysyy tasolla, jossa haittavaikutukset eivät häiritse. (Haasjoki 2010, 52-54.)

5.1 Rentoutuminen

Rentoutuminen edistää fyysistä sekä psyykkistä hyvinvointia. Rentoutuminen vähentää stressihormonien eritystä, jolloin mielihyvähormonien tuotto lisääntyy. Hankalat tunteet saattavat lievittyä rentoutumisen keinoin. (Suomen Mielenterveysseura a.) Rentoutumisen avulla lihasten jännittyneisyys laukeaa (Katajainen ym. 2006).

Nykyään ihmiset elävät jatkuvassa kiireessä ja informaatiotulvassa. Tämä on johtanut siihen, ettei ihmisen elimistö kykene havaitsemaan eroa stressin tuoman hädän ja oikean hädän välillä. Elimistö reagoi herkemmin voimakkaasti ja rentoutumisen taito on yhä tärkeämpää. (Katajainen ym. 2006.)

Rentoutuessa serotoniinin ja dopamiinin määrät nousevat ja oksitosiinin erityks alkaa. Oksitosiini muun muassa lieventää toimintaa stressiakselilla, lisää kivunsietokykyä, lieventää ahdistusta ja ottaa käyttöön aivojen opioideja. Rentoutuksen tuomien etujen muutokset tapahtuvat erilaisia aktiivisia ja tietoisia rentoutumismenetelmiä harjoittamalla kuten autogeeninen rentoutus. (Kajaste 2015.)

5.2 Tunnetietoisuus

Ihmisen kokemia perustunteita ovat ilo, viha, pelko, inho, suru ja hämmästyminen. Perustunteet ovat yleismaailmallisia, mutta niiden ilmaisussa on kulttuurikohtaisia eroja. Erityyppisten tunteiden kokeminen, tunteiden voimakkuus ja mieliala ovat jokaisella ihmisellä yksilöllisiä. Mielenterveyden taustatekijöitä ovat omien sekä toisten tunteiden tunnistaminen ja tunteiden taustalla olevat tekijät, tunteiden ennakointi ja säätely. (Nummenmaa 2016, 725-731.) Tunteiden jakaminen toisten ihmisten kanssa auttaa sietämään pelkoa ja ahdistusta (Martin 2016, 32).

Tunteiden tiedostamiseen liittyy erilaisia esteitä. Yksi este on se, että tunteet jätetään kohtaamatta. Toisessa ajatuksia sekoitetaan tunteisiin. Kolmas este on tunteiden aineellisuus ja siitä johtuva tunteiden vaikea määrittely. Lisäksi esteenä voi olla sanavaraston riittämättömyys tunteiden ilmaisemiseksi. (Stahl & Goldstein 2011, 103-104.) Jos ihminen osaa nimetä tunteitaan, hän osaa myös säädellä niitä. Vaikean tilanteen kohdatessa tulee ihmisen tiedostaa mitä itsessä tapahtuu, jotta omat reaktiot stressiin saa hallintaan. Tunteet auttavat omien tarpeiden ja arvojen tunnistamisessa ja ovat tarpeellisia sosiaalisissa tilanteissa. Asiat, joista ihminen on ennen nauttinut, muuttuvat masentuneena ikäviksi asioiksi ja niitä on hankala suorittaa. Tunnetta voi muuttaa omalla toiminnallaan tekemällä listan omista voimavaroistaan. Vahvistamalla myötätuntoisia ajatuksia voi lieventää murehtimista ja masennusoireita. (Myllyviita 2016, 74-241.)

6 RYHMÄSSÄ TOIMIMINEN

Ryhmän synty vaatii jäsenten välistä vuorovaikutusta, suhteen luomista toisiin sekä yhteistä tavoitteellista toimintaa. Ryhmälle on ominaista yhteinen tavoite, ryhmäsuhteet ja ryhmädynamiikka. (Himberg & Jauhiainen 1998, 98-99.) Ryhmän toimintaa johtaa ryhmän ohjaaja. Ryhmän ohjaaja voi ohjata keskustelua tai toteuttaa toiminnallista ohjausta muun muassa harjoituksia teettämällä tai ohjauksen toteutus voi olla näiden yhdistelmä. (Niemistö 2007, 67.)

Samassa tilanteessa ja keskenään vuorovaikutuksessa olevien ihmisten tekemät tulkinnot tilanteesta poikkeavat keskenään, eli jokainen näkee tilanteen eri tavalla. Tästä syntyy ryhmädynamiikka, joka on sosiaalisen ja psyykkisen tapahtumisen jatkuvaa vuorovaikutusta. (Himberg & Jauhiainen 1998, 113.) Ryhmänohjaus vaatii hyvää tilannetajua ja epävarmuuden sietokykyä. Ryhmän ohjaajan tulee ymmärtää, miten yksilöt ja koko ryhmä toimivat sekä seurata heidän välistä vuorovaikutustaan. (Laine ym. 2009, 228.)

Ryhmän toiminnalla on vaikutus ryhmän koon valintaan. Pienessä ryhmässä jokainen ryhmän jäsen pääsee vaikuttamaan henkilökohtaisesti toimintaan ja pystyy tuomaan aktiivisesti mielipiteitään esille. Tutustuminen toisiin ryhmän jäseniin on helpompaa pienessä ryhmässä. (Laine ym. 2009, 228.)

Monikulttuurisessa ryhmänohjauksessa tulee kehittää syvää ymmärrystä, tietoisuutta kriittisistä teemoista ryhmänohjaukseen liittyen. Tarvitaan ymmärrystä siitä, miten länsimainen kulttuuri eroaa toisenlaisista kulttuureista ja millainen vaikutus tällä on eettisestä näkökulmasta, arvoista ja normeista. Ryhmänohjaajan tulee päivittää omaa tietopohjaansa ja huomioida kulttuurierojen lisäksi sosiaalisia, ekonomisia, poliittisia ja historiallisia näkökulmia saavuttaakseen kansainvälisen perspektiivin. (Bemak, 2015, 6-21.)

6.1 Hyvä ryhmänohjaus

Hyvän ryhmänohjauksen edellytyksenä on ohjaajan aito kiinnostus ryhmään ja sen jäseniin. Ohjauksen hyvä suunnittelu ja valmistelu antavat ohjaajalle varmuutta käsiteltävään asiaan. Ryhmänohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että ryhmän ohjaaja pysyy luomaan turvallisen ja miellyttävän ilmapiirin, joka vaikuttaa muun muassa oppimiseen. Turvallisen ja miellyttävän ilmapiirin luominen on helpompaa pienryhmässä, sillä

silloin omien näkemysten ilmaiseminen on helpompaa ja aikaa on enemmän. Varasuunnitelman kehittäminen on tärkeää, jos aikaa onkin enemmän tai ryhmän jäsenet eivät lähde mukaan suunniteltuihin toimintoihin. (Laine ym. 2009, 228.)

Ohjaustilanteessa ohjaajan olisi hyvä tuoda esille oma persoonallisuutensa ja inhimillisyytensä, jotka tekevät ohjaajasta helposti lähestyttävän. Itseilmaisun tulee olla selkeää ja jäsenten kohtelun tasapuolista. Yhteisöllisyyden luominen ryhmäohjauksen aikana on tärkeää. Ryhmän ohjaajan oma kanta ei ole keskeisin, vaan ryhmän jäsenten aktiivinen työskentely. Ohjaajan rooli vaatii kuuntelutaitoja, jokaisen ryhmän jäsenen toiveet tulee kysyä ja huomioida. Ohjaustavan valintaan vaikuttaa muun muassa toiminnan tavoitteet, jäsenten ikä, määrä ja aikaisemmat kokemukset sekä tilat ja välineet. (Laine ym. 2009, 228-230.) Ohjaaja antaa jäsenille palautetta heidän toiminnastaan ja pyytää jäseniltä palautetta omasta toiminnastaan. Ryhmän jäsenten palautteen antamista saattaa helpottaa hyväksyvä ilmapiiri, ohjaajan antama rakentava palaute ja kannustaminen sekä kysymyksien tekeminen. (Himberg & Jauhiainen 1998, 184.)

6.2 Maahanmuuttajanaisten terveysneuvonta selkokieltä käyttäen

Monikulttuurisella ohjauksella tarkoitetaan ohjaajan ja ohjattavan keskinäistä ammatillista kohtaamista, jossa he ovat lähtöisin eri kulttuureista, eroavat etnisellä ryhmällä toisistaan tai omaavat eri äidinkielen keskenään. Aikakäsitys ja aikataulujen noudattaminen voi vaihdella suuresti eri kulttuurien välillä. Tilaisuuksista myöhästymistä voidaan länsimaissa pitää töykeänä, mutta toisissa kulttuureissa aikakäsite voi olla huomattavasti joustavampi, ja myöhässä saapumista ei pidetä yhtä paheksuttavana. (Bemak ym. 2015, 6-21.) Kohtaamisen tulee tapahtua niin, että yhteistyö sujuu. Ohjauksen tapahtuessa monikulttuurisesti, tulee huomioida kulttuurien väliset erot. Toiminta auttaa monia ihmisiä oppimaan paremmin. Kulttuurilla saattaa olla rajoittava tai ehtoja asettava vaikutus toimintaan, kulttuurit voivat olla yksilö- tai yhteisökeskeisiä. Länsimaissa asuvat yksilöt saattavat pitää luontevampana henkilökohtaisten ongelmien jakamista ammattilaisille, kun taas yhteisöllisille kulttuureille on ominaisempaa jakaa ongelmia vain lähipiirissä oleville ihmisille. Monikulttuurisessa ohjauksessa huomioidaan ohjattavan sosiaaliset verkostot ja niiden antamat voimavarat. (Alitolppa-Niitamo ym. 2013, 33-45.)

Suhteen luominen ohjattavaan lähtee jo ensikohtaamisesta. Ohjattava on tärkeää vastaanottaa hymyillen tai tervehtien. Kaikissa kulttuureissa naisten kättely ei ole suotavaa.

Ohjaajalla tai ohjattavalla saattaa olla ennestään pelkoja tai epäluuloja mitkä hankaloittavat kohtaamista. Ohjaajalla saattaa olla huoli omien tietojen ja taitojen riittävydestä, maahanmuuttajan kulttuurin tuntemisesta, vieraan kielen hallitsemisesta tai tulkin käyttämisestä. Mielenterveystyön tekeminen onnistuneesti kahden eri kulttuurin välillä aiheuttaa pohdintaa. Maahanmuuttajalla sekä ohjaajalla on molemmilla oikeus tasapuoliseen, kunnioittavaan kohtamiseen. Useissa kulttuureissa mielenterveysongelmat koetaan leimaavina ja häpeällisinä. Vaitiolovelvollisuuden selventäminen maahanmuuttajalle on keskeistä luottamuksen saavuttamisessa. (Bremer & Haavikko 2009, 30-39.)

Terveysneuvontaa tulee saada kaikista terveydenhuollon palveluista. Terveysneuvonnan avulla edistetään mielenterveyttä, tuetaan työ- ja toimintakykyä sekä ehkäistään sairauksia. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Terveysneuvonnassa terveydenhuollon ammattihenkilö toteuttaa terveyteen perustuvaa vuorovaikutusta ja viestintää yksilöllisesti, ryhmässä tai väestötasolla (Sosiaali- ja terveysministeriö).

Selkokieli on sisällöltään, sanastoltaan ja rakenteeltaan helposti ymmärrettävää ja luettavaa. Selkokielessä aihe tuodaan esille konkreettisesti ja sen avulla maahanmuuttaja oppii suomen kieltä ja kulttuuria. Selkeä ulkoasu on myös olennaista. (Selkokeskus 2015.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on raportti, jossa vastataan kysymyksiin mitä, miksi ja miten työtä on tehty, sekä millaisiin tuloksiin on päädytty. Työhön kuuluu raportin ohella esimerkiksi tuote tai järjestetty tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät raportointi tutkimusviestinnän avuin sekä käytännön toteutus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei yleensä esitellä tutkimusongelmaa, mutta se tarvitsee teoreettista viitekehystä, jonka tulisi olla vuorovaikutuksessa toiminnallisen toteutuksen kanssa. Työssä tehtyjä valintoja tulisi voida perustella alan teorioihin viitaten. (Vilkkä ym. 2003, 9-65.)

7.2 Ideointi ja suunnittelu

Alun perin suunnitelma oli pitää pop-up terveysterveystoimintaa maahanmuuttajille Skanssin infotorilla. Tilat ja palveluntarjoaja vaihtuivat kuitenkin Pansion Me -taloon. Palveluntarjoajan toiveita ja odotuksia terveysterveystoiminnan sisällöstä lähdettiin selvittämään sähköpostin välityksellä. Terveysterveystoimintaan liittyvissä asioissa oltiin yhteydessä Turun Kaupungin sosiaaliohjaajaan. Mielenterveys aiheena oli yksi sosiaalityöntekijöiden toiveista. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, joten opinnäytetyö päätettiin tehdä kyseisestä aiheesta.

Opinnäytetyö aloitettiin tutustumalla aiheesta käsittelevään kirjallisuuteen ja ajankohtaiseen lähdetietoon. Mielenterveys maahanmuuttajien keskuudessa on hyvin laaja aihe, joten työ rajautui ennaltaehkäisyyn. Kohderyhmä muodostui naisista, joten tämäkin auttoi työn rajauksessa. Työssä valittiin käsiteltäväksi yleisimmät mielenterveysongelmat maahanmuuttajien keskuudessa.

Seuraavaksi suunniteltiin terveysterveystoimintapäivän sisältöä. Kohderyhmän koko oli korkeintaan viisitoista henkilöä. Myöhemmin kuitenkin selvisi, että ryhmässä on ollut vähän kävijöitä. Tämän vuoksi päivän ohjelma suunniteltiin pidettäväksi vain muutamalle ihmiselle. Kuitenkin varauduttiin siihen, että paikalle voi saapua enemmänkin ihmisiä. Aikomuksena oli alun perin jakaa ryhmä pienempiin osiin, jotta vuorovaikutus olisi helpompaa.

Päämääränä oli antaa tietoa ryhmän jäsenille mielenterveydestä, yleisimmistä mielen-terveysongelmista, sekä niiden ennaltaehkäisystä. Ryhmälle suunniteltiin erilaisia osal-listavia tehtäviä, kuten hengitysharjoituksia sekä rentoutumis- ja mielenhallintamenetel-miä. Muina toiminnallisina harjoituksina ajateltiin käyttää tunteiden tunnistamisharjoituk-sia kuvakorteilla, sekä mielenterveyttä suojaavien tekijöiden pohdintaa mielenterveys-bingon avulla. Lisäksi päätettiin koota posterit yhteenvetona käydyistä asioista. Taiteel-lista toimintaa voidaan käyttää ilmaisukeinona vuorovaikutuksessa (Opetusministeriö 2003). Ryhmässä oli tarkoitus keskustella vapaasti ja antaa naisille mahdollisuus puhua avoimesti ja esittää kysymyksiä. PowerPoint –esitys tehtiin neuvonnan taustalle oppimi-sen tukemiseksi. Selkokieltä käyttäessä selkeä ulkoasu on olennaista (Selkokeskus 2015). Esityksen tarkoituksena oli havainnollistaa selkeästi mielenterveysongelmien en-naltaehkäisyä, mielenterveyshäiriöitä sekä mielenterveyspalveluita. Erilaisia oppimista-poja on monia, kuten näkemiseen perustuva visuaalinen ja kuulohavaintoon perustuva auditiivinen (Erilaisten oppijoiden liitto ry). Päivän päätteeksi tarkoituksena oli jakaa esit-teitä aiheeseen liittyen sekä kerätä ja antaa suulista palautetta.

Päivän kulku sekä aikataulu oli suunniteltu etukäteen. Neuvonnalle oli varattu aikaa kolme tuntia, kello 9-12. Ajatuksena oli pitää lyhyt tauko noin puolessa välissä neuvon-taa. Tarkoitus oli pitää neuvonta selkeästi ja ymmärrettävästi suomen kielellä. Tulille ei ollut tarvetta.

7.3 Toteutus ja arviointi

Toiminnallinen osuus toteutettiin terveysneuvontana Hövelin palvelukeskuksessa Pan-sion Me -talossa. Paikan päälle saavuttiin hieman ennen tilaisuuden alkua valmistele-maan tilaa. PowerPoint -esitys oli koko neuvonnan ajan taustalla. Naisryhmä saapui hieman myöhässä ja vähitellen (vrt. Bemak ym. 2015, 6-21). Neuvonta alkoi kello 9:15. Kohderyhmäksi muodostui yhdeksän maahanmuuttajanaista, joilla osalla on Suomen kansalaisuus ja osalla oleskelulupa. Paikalle saapui myös muutamia pieniä lapsia, joille oli tarjolla lastenhoito tilaisuuden ajaksi. Kaikki eivät tätä mahdollisuutta kuitenkaan hyö-dyntäneet.

Tilaisuus aloitettiin esittelemällä neuvontapäivän pitäjät, opinnäytetyö sekä MARJAT-hanke. Osallistujalista kiersi ryhmäläisillä. Esittelyn jälkeen kokoonnuttiin pöydän ääreen ja aloitettiin tutustumiskierros, jossa jokainen kertoi vuorollaan oman nimensä ja jonkin mukavan asian aamusta. Ryhmästä jokainen osallistui.

Ensimmäisessä harjoituksessa esille otettiin mielenterveys käsitteenä ja ryhmän jäseniä pyydettiin piirtämään paperille käden ääriviivat sekä kertomaan viisi asiaa, jotka tulevat mieleen sanasta mielenterveys. Piirtämisen jälkeen jokaisella oli mahdollisuus kertoa, mitä he olivat paperille laittaneet. Mielenterveyden oletettiin olevan aiheena henkilökohmainen ja arka, mutta ryhmä kuitenkin osallistui odotuksia paremmin. Ryhmä keskusteli avoimesti ja aktiivisesti. Ilmapiiri oli mukava ja tämä näkyi hyvänä yhteistyönä.

Seuraavaksi kerrottiin mitä mielenterveys on, mitä yleisiä mielenterveyshäiriöitä maahanmuuttajien keskuudessa on ja miksi mieli sairastuu. Tämä avasi keskustelua naisten keskuudessa. Ryhmässä muun muassa kerrottiin omista kokemuksista mielenterveysongelmiin liittyen sekä kysyttiin neuvoja mieltä askarruttavista asioista.

Toisena harjoituksena oli tunteiden tunnistaminen kuvakorttien avulla. Kyseisessä harjoituksessa käytettiin Pesäpuu ry:n The Bears –kuvakortteja. Naisia pyydettiin valitsemaan kolme korttia, jotka kuvasivat eri tunnetta. Esitettiin kolme kysymystä, jotka olivat: mitä tunnetta koet tällä hetkellä, mitä tunnetta koet vastoinkäymisten yhteydessä sekä mitä tunnetta haluaisit tuntea enemmän. Naiset osallistuivat innostuneesti, mutta kaikki eivät täysin ymmärtäneet tehtävänantoa. Kysymykset täytyi toistaa useaan kertaan selkokielellä. Selkeyttämisestä huolimatta, osa naisista valitsi kortit ainoastaan tämän hetken tunnetilan perusteella. Esille nousi se, että vastoinkäymisiä kohdatessa naiset kokevat saavansa rohkeutta sekä apua esimerkiksi jumalalta. Uskonnosta voi olla apua vastoinkäymisiä kohdatessa (Schubert 2007, 137-138). Naiset valitsivat tämän hetken tunteeksi myönteisiä tunnetiloja esittävät kortit. Kuvakortti –harjoituksen jälkeen pidimme kymmenen minuutin pituisen tauon.

Turussa tarjolla olevia ennaltaehkäiseviä mielenterveyspalveluita esiteltiin. Esimerkkeinä mainittiin Turun Tyttöjen talo, terveyskeskuspalvelut, Opetuskoti Mustikka, valtakunnallinen mielenterveysneuvonta ja kirjaston palvelut. Edellä mainituista palveluista jaettiin esite. Osa naisista otti esitteen mukaansa ja esitti kysymyksiä palveluiden saavuuteen liittyen.

Kolmantena harjoituksena toteutettiin mielenterveysbingo, jonka avulla käytiin läpi mielenterveyttä suojaavia tekijöitä. Bingon tarkoituksena oli lisätä tietoa mielenterveydestä sekä vähentää siihen liittyviä ennakkoluuloja (Turun Kriisikeskus 2012-2016). Noin puolet naisista eivät osallistuneet bingoon ja vaikuttivat hieman levottomilta ja kyllästyneiltä. Puolet osallistujista keskittyivät hyvin ja kertoivat omista mielenkiinnon kohteistaan.

Esille nousi esimerkiksi tanssi, ulkoilu ja musiikin kuuntelu. Tämän jälkeen käytiin keskustellen läpi suojaavat tekijät.

Lisäksi keskusteltiin rentoutumisesta ja naisilta kysyttiin mitä keinoja heillä on rentoutumiseen sekä stressinhallintaan. Keinoista nostettiin esille muun muassa jo aiemmin mainittu tanssi, lasten tuoma ilo sekä rukoilusta saatu rauha. Tähän liittyen toteutettiin autogeeninen rentoutus (Helsingin Kaupunki 2005). Autogeeninen rentoutusharjoitus pyrkii saavuttamaan syvän rentoutuksen ja alentamaan stressiä. Harjoituksessa ensin jännitettiin ja sitten rentoutettiin käsien-, hartioiden-, ja niskanseudun lihaksia. Tutkimukset osoittavat, että kyseinen harjoitus on hyödyllinen erilaisissa sairauksissa kuten ahdistuneisuushäiriöissä, masennuksessa, pitkäaikaisessa masentuneisuudessa ja toiminnallisissa unihäiriöissä. (Darviri & Varvogli 2011, 76.) Harjoitus toteutettiin vain osittain ajan puutteen sekä ryhmän levottomuuden vuoksi. Harjoituksen alettua jokainen kuitenkin osallistui mielellään. Tässä vaiheessa osa naisista luuli neuvontapäivän loppuneen ja muutama myös lähti pois.

Lopuksi toteutettiin posterit, jonka ideana oli koota yhdessä päivän aikana käsitellyjä asioita. Naisia pyydettiin leikkaamaan lehdistä mielenterveyteen liittyviä kuvia ja tekstejä sekä liimaamaan niitä kartongille. Muutama nainen osallistui tähän vaiheeseen, mutta erityisesti paikalla olleet lapset innostuivat tehtävästä. Tämän vuoksi posterin alkuperäinen idea toteutui vain osittain.

Ajallisesti sekä sisällöllisesti päivä sujui lähes suunnitelmien mukaan. Hyvä valmistautuminen sekä joustavuus edistivät päivän toteutusta. Lähes kaikki naiset ymmärsivät hyvin suomen kieltä ja tarvittaessa auttoivat toisiaan. Ilmapiiri oli avoin, kaikki keskustelivat rohkeasti aiheesta. Naisten keskustelu oli luontevaa, mikä saattaa selittyä kulttuurin ominaisuuksilla (Bemak ym. 2015, 6–21). Ryhmä seurasi hyvin PowerPoint –esitystä, joten esityksen lisääminen neuvonnan tueksi osoittautui hyväksi ideaksi. Ilmapiiri oli kuitenkin välillä hieman levoton, osa ryhmän jäsenistä selaili puhelinta, keskusteli keskenään harjoitusten aikana, eivätkä pystyneet keskittymään harjoituksiin. Tilassa olleet lapset aiheuttivat ylimääräistä melua, joka häiritsi neuvontaa. Naiset rohkaistuivat etenkin posterin teon aikana esittämään paljon kysymyksiä liittyen lähinnä fyysisiin ongelmiin. Esimerkiksi kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminnan yhteys mielialahäiriöihin on tunnettu pitkään (Lönngqvist ym. 2014, 252-260). Ryhmässä toivottiin enemmän tietoa mielenterveyshäiriöistä sekä niiden hoidosta. Palaute oli positiivista sekä ryhmän jäseniltä, että sosiaaliohjaajilta. Positiivista palautetta saatiin sekä ryhmältä että sosiaaliohjaajalta. Ryhmälle jäi

päivästä hyvä mieli. Osalle naisista läpi käydyt asiat olivat jo ennestään tuttuja, mutta he kertoivat myös oppineensa uusia asioita. Päivä onnistui kokonaisuudessaan hyvin.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön eettisyydestä on pidetty huolta sen jokaisessa vaiheessa (Kankkunen, ym. 2015, 218). Tässä opinnäytetyössä on käytetty yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin teoreettisen viitekehyksen laatimisessa kuin terveystieteen toteuttamisessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, lyhenne TENK). Opinnäytetyön aihe on perusteltu ajankohtaisen teorian avulla. Terveystietoa toteutettiin käyttäen näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa. (Pietilä ym. 2001, 67-71.) Opinnäytetyötä toteutettaessa oltiin aidosti kiinnostuneita uuden tiedon hankkimisesta ja perehdyttiin tunnollisesti aiheeseen, jotta annettu tieto on luotettavaa (Kankkunen ym. 2015, 211). Jokainen työn vaihe on raportoitu rehellisesti. Terveystieteen edistämisen tavoitteessa huomioidaan jokaisen henkilön yksilöllinen tarve. (Pietilä ym. 2001, 67-71).

Ryhmänohjauksessa kunnioitettiin maahanmuuttajanaisten ihmisarvoa sekä perusoikeuksia (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2013, lyhenne ETENE). Terveystieteen neuvonnassa keskeistä oli vuorovaikutus ja naisryhmän saama hyödyllinen tieto (ETENE 2013). Terveystieteen neuvontapäivässä ymmärrettiin naisryhmän persoonalliset erot ja arvostettiin heidän erilaisuuttaan (Kankkunen ym. 2015, 217).

Tietyt tavat, joita länsimaisessa kulttuurissa pidetään eettisesti oikeanlaisina ja kohteliaina, voivat toisissa kulttuureissa esiintyä eri tavalla (Bemak ym. 2015, 6–21). Opinnäytetyö toteutettiin niin, että tavoiteltiin hyvän tekemistä ja vältettiin vahingon aiheuttamista. Tämä vaatii asianmukaista tietoperustaa sekä terveysalan ammattitaitoa. (Pietilä ym. 2001, 68-69). Maahanmuuttajan ja ryhmänohjaajan väliset kulttuurilliset erot, kuten eri kielisyys, saattavat vaikeuttaa yhteisymmärrystä, mikä vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen (Schubert 2007, 143). Asiakkaalla on oikeus hyvään kohteluun liittyen kulttuurin sekä äidinkielen huomioimiseen ja ihmisarvon sekä vakaumuksen kunnioittamiseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tekijänoikeuksia kunnioitetaan merkitsemällä lähteet ja tekijät oikeaoppisesti (Tekijänoikeuslaki 404/1961).

Tutkimuksen jokainen vaihe on raportoitu avoimesti, rehellisesti ja tarkkuutta noudattaen. Maahanmuuttajanaisten yksityisyyttä suojellaan noudattamalla salassapitovelvollisuutta, eikä raportissa mainita henkilötietoja tai muuta yksityiskohtaista tietoa. Raportin luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuksellisesti vaikeasti mitattavissa oleva terveystieteen keskustelu, jota ryhmänohjaus sisälsi. (Pietilä ym. 2001, 72-74).

Mielenterveys on eettisestä näkökulmasta haastava aihe, joten tämän vuoksi aihetta käsiteltäessä pyrittiin luomaan myönteinen ja erilaisuutta suvaitseva ilmapiiri. Toiminnallisilla tehtävillä haluttiin vahvistaa maahanmuuttajanaisten omaa osallisuutta. Keskeisiä mielenterveyshoitotyöhön liittyviä eettisiä periaatteita ovat muun muassa ihmisarvon kunnioittamisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate sekä asiakaslähtöisyys. (Kuhanen ym. 2014, 55-71.)

Neuvonnan aikana tasavertaisuutta loi luennoinnin välttäminen ja ryhmän jäsenien kanssa pöydän ääressä istuminen. Harjoituksiin osallistuttiin yhdessä ryhmäläisten kanssa, jotta asiantuntijan roolin lisäksi korostettaisiin yhdenvertaisuutta. Avoimella vuorovaikutuksella haluttiin luoda yhteenkuuluvuuden tunnetta ja vahvistaa yhteistyön tunnetta. Ketään ei pakotettu puhumaan, vaan jokainen sai toteuttaa keskustelun aikana itsemääräämisoikeuttaan. Jokaisella oli myös mahdollisuus vetäytyä harjoitteista niin halutessaan. Koko tapahtuman ajan pyrittiin myös olemaan aktiivisesti kuuntelevana osapuolena ja antamaan tilaa naisten omille ajatuksille. (vrt. Kuhanen ym. 2014, 55-71.)

Eettisiä näkökulmia pohdittaessa on hyvä ottaa huomioon myös taloudellinen näkökulma. Maahanmuuttajanaيسille järjestetty terveysneuvonta oli kaikille osallistujille ilmainen ja vapaaehtoinen. Vapaus päättää omasta osallisuudestaan luo turvallisuuden tunnetta. (Kuhanen ym. 2014, 55-71.)

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata maahanmuuttajien keskeisten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä. Tavoitteena oli terveysneuvonnan kautta lisätä maahanmuuttajanaisten tietoisuutta mielenterveysongelmista ja niiden ehkäisystä. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka toteutettiin kokoamalla teoreettinen viitekehys mielenterveysongelmista, niiden ennaltaehkäisystä ja niiden esiintyvyydestä maahanmuuttajilla. Toteutukseen kuului toiminnallisia harjoitteita sisältävän terveysneuvontapäivän järjestäminen maahanmuuttajanaيسille. Opinnäytetyössä tuotiin esille mielenterveysongelmia, niiden ennaltaehkäisyä, mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, mielenterveyspalveluita, ryhmänohjausta sekä toiminnallisten harjoitteiden teoriaa.

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli, mitkä ovat maahanmuuttajien yleisimmät mielenterveysongelmat ja miten niitä voidaan ennaltaehkäistä? Maahanmuuttajien keskuudessa esiintyy varsinkin traumaperäisiä oireita ja masennusta. Pitkäaikainen stressi, unihäiriöt, masentunut mieliala sekä paniikkioireet ovat yleisiä mielenterveyteen liittyviä ongelmia. (Halla 2007, 469-475.) Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn voidaan vaikuttaa yhteiskunnallisella tasolla hyvinvointipolitiikan sekä terveyspolitiikan avulla (Savolainen 2007, 32). Yhteisötasolla tuodaan kaikkien ulottuville mahdollisuus koulutukseen, työpaikkaan ja kehitetään asuinalueita. Yksilötasolla taas pyritään tiedon lisäämiseen, voimavarojen ja elämäntaitojen kehittämiseen sekä riskitekijöiden vähentämiseen. (Savolainen 2007, 32.) Toinen tutkimuskysymys oli, miten lisätä maahanmuuttajanaisten tietoisuutta mielenterveysongelmista ja niiden ennaltaehkäisystä ryhmänohjauksen avulla? Tämä toteutui terveysneuvontapäivänä, jossa pyrittiin hyvään ryhmänohjaukseen (Laine ym. 2009, 228).

Mielenterveyteen liittyvää teoriaa löytyi laajasti eri lähteistä ja tutkimuksista. Tietoa ja tutkimuksia maahanmuuttajanaisten ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä ja siihen liittyvästä etiikasta löytyi kuitenkin huonosti. Maahanmuuttajilla esiintyvistä mielenterveysongelmista voisi tehdä tarkempaa kartoitusta esimerkiksi laadullisten tutkimusmenetelmien avulla. Tiedonhaku ja aiheen rajaaminen oli haastavaa aiheen laajuuden vuoksi. Aiheen rajaamisessa auttoi oma mielenkiinto mielenterveyteen, asiakkaan esittämä toive ja MARJAT-hanke, joka rajasi aiheen maahanmuuttajiin.

Maahanmuuttajien keskeisten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyn kuvaaminen onnistui odotetusti. Tutkimuksia maahanmuuttajien mielenterveysongelmien ennaltaehkäisystä, etenkin naisilla, tarvitaan lisää (Laatikainen ym. 2016, 977-883). Terveysneuvonnan tavoitteen onnistumista on vaikea arvioida tutkimuksellisesti, koska neuvonta oli kertaluontoinen ja palaute päivästä suppea. Palautteen perusteella päivä oli onnistunut ja naiset olivat tyytyväisiä. Tavoite toteutui hyvän teoreettisen viitekehyksen sekä toiminnallisten harjoitteiden onnistumisen avulla.

Terveysneuvontapäivä onnistui suunnitelman mukaan. Terveysneuvonta lisäsi ammatillista osaamista sekä rohkeutta eri kulttuurien kohtaamiseen (vrt. Bemak 2015, 6-21). Opinnäytetyön tekeminen eteni ajallisesti suunnitelmien mukaan. Opinnäytetyö opetti paljon uutta maahanmuuttajien ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä. Terveysneuvonta opetti maahanmuuttajanaisten kohtaamista ja työ kokonaisuudessaan tutustutti eri kulttuurin tapoihin kirjallisuuden myötä. Kasvavan maahanmuuton vuoksi tämä kokemus on hyödyksi tulevaisuudessa (Laatikainen ym. 2016, 877-883). Ryhmänohjaus oli niin lyhyt, että tulevan terveydenhoitajan ammatin kannalta lisäkokemus monikulttuurisuudesta on tarpeen (Castaneda ym. 2017, 993-1001).

Työn luotettavuutta tukivat mahdollisimman ajankohtaiset ja näyttöön perustuvat lähdemateriaalit sekä oma motivaatio työhön. Opinnäytetyö on tekijöiden ensimmäinen kirjallinen tuotos, joten tämä saattaa vaikuttaa työn laatuun sekä luotettavuuteen. Tietokantojen käyttö ja toiminnallinen opinnäytetyö olivat vieraita.

Kehittämisideana voisi esittää terveysneuvonnan jakamista useammalle päivälle, jolloin ryhmää kohtaan olisi voinut kehittyä syvempi luottamussuhde. Useampi kokoontumiskerta olisi mahdollistanut aiheen laajemman käsittelyn. Seuraavissa tapaamisissa olisi kyetty hyödyntämään ryhmältä saatua palautetta ja toiveita neuvonnan sisällöstä. Opinnäytetyötä voisi kehittää niin, että naisryhmää voisi tutustuttaa eri mielenterveyspalveluja tarjoaviin paikkoihin. Paikan päällä yhdessä tutustuesssa naisten kynnys hakeutua ennaltaehkäisevien palveluiden pariin voisi madaltua. Terveysneuvontapäivässä ryhmän toiveena oli saada listaus mielenterveysongelmista. Jatkotutkimuksena työlle olisi esite maahanmuuttajille mielenterveysongelmista ja niiden hoidosta.

LÄHTEET

- Alitolppa-Niitamo, A.; Fågel, S. & Säävälä, M. 2013. Olemme muuttaneet – ja kotoudumme. Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Helsinki: Väestöliitto.
- Bemak, F. & Chi-Ying Chung, R. 2015. Critical issues in international group counseling. George Mason University. The journal for specialists in group work. Vol. 40, No 1, 6–21.
- Castaneda, A.; Kuusio, H.; Skogberg, N.; Tuomisto, K.; Kytö, S.; Salmivuori, E.; Jokela, S.; Mäki-Opas, J.; Laatikainen, T. & Koponen, P. 2017. Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyy erityiskysymyksiä. Duodecim. Vol. 133, No 10, pp. 993-1001.
- Darviri, C. & Varvogli, L. 2011. Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. Health science journal. Vol. 5, No 2, 74-89.
- Erialaisten oppijoiden liitto ry. Viitattu 14.11.2017 http://www.erilaistenoppijoiden-liitto.fi/?page_id=158.
- Haavikko, A. & Bremer, L. 2009. Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia. Opas mielenterveys-työhön yli kulttuurirajojen. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Haasjoki, E. & Ollikainen, T. 2010. Mikä sun mieltä painaa? Helsinki: SMS-tuotanto.
- Halla, T. 2007. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. Vol. 123, No 4, 469-475. Duodecim.
- Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus. 2005. Autogeeninen rentoutus. Viitattu 27.10.2017 <https://www.hel.fi/static/sote/itsehoito/ohjeita/hoito-ohjeet/Ten-13.pdf>.
- Himberg, L. & Jauhiainen, R. 1998. Suhteita - minä, me ja muut. Porvoo: WSOY.
- Huttunen, M. 2016. Somatisaatiohäiriö. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.10.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00490.
- Jauhiainen, R. & Eskola, M. Ryhmäilmiö. 1994. Juva: WSOY.
- Kajaste, S. 2015. Kognitiiviset (CBT, kognitiivis-behavioraaliset) menetelmät pitkäkestoisen unetomisuuden hoidossa. Käypä hoito –suositus. Viitattu 19.10.2017 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01074&suositusid=hoi50067>.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Lisäpainokset 3.-4. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karvonen, J.; Läksy, K. & Räsänen, S. 2016. Somatisaatiohäiriö – yli-diagnosoitu mutta aliarvioitu sairaus. Duodecim. Viitattu 11.10.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti//duo12961>.
- Katajainen, A.; Lipponen, K. & Litovaara, A. 2006. Rentoutuminen auttaa elimistöä rauhoittumaan. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.10.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00028.
- Kuhanen, C.; Oittinen P.; Kanerva A.; Seuri T. & Schubert, C. 2014. Mielenterveys hoitotyössä. 3.-4. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä – ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. THL. Viitattu 11.10.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1.

Laatikainen, T.; Wikström, K.; Skogberg, N.; Rask, S.; Castaneda, A.; Koskinen, S. & Koponen, P. 2016. Maahanmuuttajien kansanterveysongelmat. Suomen lääkäri-lehti. Vol. 71, No 12-13, 877-883.

Laine, A.; Ruishalme, O.; Salervo, P.; Siven, T. & Välimäki, P. 2009. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 8., uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20>.

Lönnqvist, J.; Henriksson M.; Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Martin, M. 2016. Hengitys virtaa. Kohti kehon ja mielen tasapainoa. Helsinki: Kirjapaja.

Mattila, A. 2010. Stressi. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.10.2017 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>.

Mielenterveystalo. Miltä maahanmuutto tuntuu? Viitattu 10.10.2017 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/maahanmuuttajat/Pages/milta_maahanmuutto_tuntuu.aspx.

Myllyviita, K. 2016. Tunne tunteesi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mölsä, M.; Hjelde, K. & Tiilikainen, M. 2010. Changing conceptions of Mental Distress Among Somalis in Finland. Transcultural Psychiatry. Vol. 47, No 2, 276-300.

Niemistö, R. 2000. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Tammer-Paino.

Nummenmaa, L. 2016. Tunteiden neurobiologia. Suomen lääkäri-lehti. Vol. 71, No 10, 725-731.

Opetusministeriö. 2003. Psykoterapiakoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2003:6. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 14.11.2017 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80732/tr06.pdf?sequence=1>.

Pietilä, A.; Hakulinen, T.; Hirvonen, E.; Koponen, P.; Salminen, E. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Sateenkaarikoto 2017. Opetuskoti Mustikka. Viitattu 9.10.2017 <http://www.sateenkaarikoto.fi/> > Opetuskoti Mustikka.

Savolainen, M. 2007. Mielenterveys ja mielenterveyden edistäminen. Vaasa: Stakes. Viitattu 7.10.2017 http://www.epshp.fi/files/5512/Mielenterveys_ja_mielenterveyden_edistaminen_Mielenterveyden_ensiapu_2007.pdf.

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

Soisalo, R. 2009. Monikulttuurisuus ja mielenterveys: Ristiriitoja kulttuurien kohdatessa. Suomen työterveyslääkäriyhdistys ry. Vol. 27, No 3, 51-53.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle. ETENE-julkaisu
38. Viitattu 14.11.2017 <http://etene.fi/documents/1429646/1555962/ETENE+esite+fin.pdf/365d8223-108f-4181-9d75-a9cf2973e5e2>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset. Viitattu 12.11.2017
<http://stm.fi/terveysneuvonta-terveystarkastukset>.

Straiton, ML.; Powell, K.; Reneflot, A. & Diaz, E. 2016. Managing mental health problems among immigrant women attending primary health care services. Health Care for Women International. Vol. 37, No 1, 118-139.

Suomen Mielenterveysseura a. Rentoutuminen palauttaa voimia. Viitattu 19.10.2017
<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/rentoutuminen-palauttaa-voimia>.

Suomen Mielenterveysseura b. Ryhmät maahanmuuttajille. Viitattu 3.10.2017 <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/ryhmiss%C3%A4/ryhm%C3%A4t-maahanmuuttajille>.

Teerijoki, E. 2017. Maahanmuuttajayhdistys tuo näkyvyyttä ja mahdollisuuden toimia. Turun Kaupunki. https://www.turku.fi/uutinen/2017-01-24_maahanmuuttajayhdistys-tuo-nakyyvytta-ja-mahdollisuuden-toimia.

Tekijänoikeuslaki 404/1961. Annettu Helsingissä 8.7.1961. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tekij%C3%A4noikeuslaki#L1P1>.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P13>.

THL 2017 a. Keinoja mielenterveyden edistämiseen. Viitattu 11.10.2017
<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen>.

THL 2017 b. Käsitteet. Viitattu 14.11.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/tyokalut/kasitteet>.

THL 2014 a. Maahanmuuttajien mielenterveys. Viitattu 7.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-mielenterveys>

THL 2014 b. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 7.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>.

THL 2014 c. Maahanmuuttajien mielenterveys. Viitattu 7.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/maahanmuuttajien-mielenterveys>.

Turun ammattikorkeakoulu 2017. MARJAT - Maahanmuuttajien kotoutumisen edistäminen terveyden ja hyvinvoinnin keinoin. Viitattu 9.10.2017 <https://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/marjat-maahanmuuttajien-kotoutumisen-edistaminen-t/>.

Turun Kaupunki 2017. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 3.10.2017 <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveyspalvelut>.

Turun kriisikeskus. 2012-2016. Serene-hanke. Mielenterveysbingo. https://www.dropbox.com/sh/7zv8yc4fmt45zo/AAAsm1_-c_CNTZDZ2saknXgPa/Mielenterveysbingo?dl=0&preview=MIELENTERVEYSBINGO_ohjaajan+opas.pdf.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Visio 2017. Turun Naiskeskus Ry. Viitattu 6.10.2017 <https://www.visili.fi/fi/opintokeskus/maahanmuuttajakoulutus/turun-naiskeskus-ry>.

Voss, U. & Tuin, I. 2008. Integration of immigrants into a new culture is related to poor sleep quality. Health and quality of life outcomes. Vol. 6, No 61, 1-6.