

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Terveystyö

Maria Ripatti

Erika Wendelin

PAKOLAISNAISTEN KOKEMUKSIA SUOMALAISISTA

TERVEYSPALVELUISTA

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

RIPATTI, MARIA

WENDELIN, ERIKA

Pakolaisnaisten kokemuksia suomalaisista
terveyspalveluista

Opinnäytetyö

37 sivua + 4 liitesivua

Työn ohjaajat

THM Asta Niemi

THM Liisa Korpivaara

Toimeksiantaja

Kouvolan kaupungin maahanmuuttopalvelut / Satu Kurri

Huhtikuu 2011

Avainsanat

hoitokulttuuri, kulttuurishokki, maahanmuuttaja,
monikulttuurinen hoitotyö, pakolainen, terveydenhuolto,
terveyskäsitys

Tässä opinnäytteessä selvitettiin kouvolaisten pakolaisnaisten kokemuksia suomalaisista terveyspalveluista. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kouvolan kaupungin maahanmuuttopalveluiden kanssa.

Laadullista tutkimusmallia käyttämällä pyrittiin saamaan esille haastateltavien naisten subjektiivisia kokemuksia. Aineiston keruumenetelmä oli puolistrukturoitu ryhmähaastattelu. Aineiston kerättiin marraskuussa 2010. Haastatteluun osallistui kymmenen pakolaisnaista samasta kieli- ja kulttuuriryhmästä. Haastattelussa käytettiin ammattitulkia. Tulokset analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

Tuloksista ilmenee, että naiset ovat pääasiallisesti todella tyytyväisiä Suomessa saamaansa hoitoon. Erityisesti ennaltaehkäisevä terveydenhuolto ja äitiys- ja lastenneuvolapalvelut koettiin verrattomaksi. Vaikeaksi koettiin tiedonpuutteesta johtuva avuttomuus omien terveysasioiden hoidossa ja yksilökeskeiseen hoitokulttuuriin totuttelu. Suureksi ongelmaksi koettiin myös puutteet tulkin käytössä ja valinnassa. Tutkimuksen otos ei ole kattava ja tulokset koskevat vain tiettyä kulttuuriryhmää, mutta haastattelussa nousi esille asioita, joita voi hyödyntää muidenkin maahanmuuttajaasiakkaiden kohdalla. Lisäksi tutkimustulokset tukevat maahanmuuttajan kotoutumisen tärkeyttä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health care

RIPATTI, MARIA

WENDELIN, ERIKA

Refugee Women's Experiences of Finnish Health Care
Services

Bachelor's Thesis

37 pages + 4 pages of appendices

Supervisors

Asta Niemi, MNSc

Liisa Korpivaara, MNSc

Commissioned by

Kouvola Social Bureau for Immigrants / Satu Kurri

April 2011

Keywords

Cultural shock, health care, idea of health, immigrant,
multicultural nursing, nursing culture, refugee

The objective of this study was to bring out experiences of using Finnish health care services. The subject of the study was a group of refugee women from Kouvola. The study was carried out in co-operation with Kouvola social bureau for immigrants.

By using a qualitative method it was possible to bring out subjective experiences of the women interviewed. The study was carried out in November 2010 as a semi-structured group interview for ten women with the same cultural and linguistic background. A professional interpreter with a similar background to the women was used in the interview. The data was analyzed by using qualitative content analysis.

The results showed that women were mainly very pleased with the health care they had had in Finland. Especially preventative health care and the services of maternity and child health clinics were beyond comparison in their opinion. Due to the lack of information women found it hard to take care of their own health issues independently and they had difficulties getting used to the individual-centered nursing culture. Major problems were also experienced in the choice and use of an interpreter. The study sample is not extensive and the results relate only to one specific cultural group. However some results can be utilized in other immigrants as well. In addition the results support the importance of adapting to the new culture.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	MAAHANMUUTTO JA PAKOLAISUUS	7
	2.1 Pakolaisuus Suomessa	9
	2.2 Afrikan pakolaistilanne	9
3	PAKOLAISET SUOMEN TERVEYDENHUOLLOSSA	10
	3.1 Monikulttuurinen hoitotyö	13
	3.1.1 Haasteet monikulttuurisessa hoitotyössä	14
	3.1.2 Tulkin käyttö terveydenhuollossa	17
4	TUTKIMUSTEHTÄVÄ	17
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
	5.1 Laadullisen tutkimuksen soveltaminen	18
	5.2 Tutkimuksen kulku	19
	5.2.1 Haastateltavien valinta	20
	5.2.2 Aineiston keruu	21
	5.3 Tutkimuksen luotettavuus	22
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
	6.1 Kulttuurierot terveydenhuollossa	24
	6.2 Terveyspalveluiden laatu	25
	6.3 Terveyspalveluiden saatavuus	25
	6.4 Kommunikointi ja tulkin käyttö hoitotilanteissa	27
	6.5 Terveystarkastus	28
	6.6 Turvapaikanhakijan kokemukset	29

6.7 Lasten ja odottavien äitien hoito	29
6.8 Kehittämisehdotukset	30
7 TUTKIMUKSEN TARKASTELU JA PÄÄTELMÄT	31
LÄHTEET	37
LIITTEET	
Liite 1. Saatekirje, suomi	
Liite 2. Saatekirje, suahili	
Liite 3. Saatekirje, kinyaruanda	
Liite 4. Haastattelun teemat	

1 JOHDANTO

Maahanmuuttajien määrä Kouvolassa lähti huimaan kasvuun vuoden 2006 jälkeen. Vuonna 2007 tulijoiden määrä nousi alle kymmenestä 43 henkilöön vuodessa (Kouvolan maahanmuutto-ohjelma 2010 – 2016 2010). Maahanmuuttajien määrä on edelleen jatkuvassa kasvussa ja viime vuoden lopulla Kouvolassa asui 1737 maahanmuuttajaa. Joukko sisältää 82 eri kansalaisuutta. (Kurri 2011.)

Olemme tutustuneet maahanmuuttotoimintaan Suomen punaisen ristin kautta. Samalla löytyi aihe ja yhteistyötaho opinnäytetyöllemme. Yhteistyökumppanimme Satu Kurri, Kouvolan kaupungin maahanmuuttokoordinaattori, antoi meille vapauden päättää tutkimuksen sisällöstä pitkälti itse. Aihetta ja kohderyhmää hahmotellessamme saimme tietää Kouvolaan saapuvasta 24 pakolaisen ryhmästä. Selkeä ryhmä tuntui hyvältä tutkimuskohteelta, kun joukkoon liitettiin vielä samaa taustaa olevia pakolaisia, jotka olivat tulleet Kouvolaan jo vuosia aiemmin. Tutustuimme ryhmään tarkemmin keväällä 2010 vapaaehtoistyön kautta. Tästä kokemuksesta oli paljon apua opinnäytetyön tekemisessä. Tiesimme, että ryhmäläisillä oli ollut riittävästi kokemusta terveyspalveluista ennen haastattelua. Suurin hyöty tuttavuudesta oli kuitenkin itse haastattelutilanteessa, jossa keskinäinen luottamus antoi mahdollisuuden avoimelle keskustelulle.

Aihe on hyvin ajankohtainen, ja siitä on toistaiseksi tehty vähän tutkimuksia niin Kouvolassa kuin koko Suomessakin. Vuonna 2010 ilmestyneessä teoksessa Kulttuurit ja lääketiede todetaan, että nimenomaan itse asiakkaan näkökulmaa terveydenhuollon palveluista on tutkittu Suomessa vähän (Huttunen & Pakaslahti 2010, 150). Myös Kuopion yliopistossa tehdyssä väitöskirjassa todetaan, että terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kohtaamisia on tutkittu vähän (Sainola-Rodriguez 2009, 3). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos aloitti vuonna 2010 Maamu – projektin, jossa tutkitaan ensimmäisen kerran laajalti Suomessa asuvien maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia. Projektin aineistoa kerätään somalialais-, venäläis- ja kurditaustaisilta maahanmuuttajilta vielä vuoteen 2012 saakka. Koska maahanmuuttajat ja pakolaiset ovat uusi kasvava asiakasryhmä, koimme tärkeäksi tutustua heidän kokemuksiinsa tarkemmin. Tutkimusten mukaan vaikeuksia monikulttuurisessa hoitotyössä aiheuttaa erityisesti tiedon puute (Sainola-Rodriguez 2009, 13). Toivomme, että opinnäytteemme antaa näkökulmaa monikulttuurisen hoitotyön suunnittelemiselle ja toteuttamiselle.

2 MAAHANMUUTTO JA PAKOLAISUUS

Maahanmuuttaja käsitteellä, tarkoitetaan kaikkia maasta toiseen muuttavia henkilöitä. (Maahanmuuttaja). Maahanmuuttajiksi kutsutaan paluumuuttajia, siirtolaisia ja pakolaisia (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi maahanmuuttajan erityistuesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 145/2002). Vuoden 1995 jälkeen ulkomaalaisten määrä Suomessa kaksinkertaistui. Vuonna 1995 Suomessa asui noin 68 000 ulkomaalaista, kun vuoden 2008 lopussa ulkomaalaisia oli 143 000. Suurimmat ulkomaalaisryhmät Suomessa ovat venäläisiä, virolaisia, ruotsalaisia, somalialaisia, kiinalaisia ja thaimaalaisia. (Monikulttuurisuus ja maahanmuutto.)

Pitkällä aikavälillä suuri määrä maahanmuuttajia hyödyttää suomalaista yhteiskuntaa ja vieraiden kulttuureiden parempi ymmärtäminen on välttämätöntä kansainvälistymisen vuoksi. Ulkomaalaisten määrä kasvaa nopeasti ja se asettaa haasteita esimerkiksi siihen miten pystytään tukemaan maahanmuuttajien kotoutumista. Maahanmuuttopoliittisia ratkaisuja tehtäessä olisi otettava huomioon työn takia maahan muuttavat ja humanitäärisistä syistä maahan muuttavat, koska lähtökohdat ovat hyvin erilaiset. (Monikulttuurisuus ja maahanmuutto.)

Kotouttamisen tarkoitus on, että maahanmuuttaja saavuttaa muun väestön kanssa tasa-vertaisen aseman yhteiskunnassa, niin oikeuksien, kuin velvollisuuksienkin osalta. Kotouttamisen tavoitteena on edistää maahanmuuttajan omaa aktiivisuutta, mutta tärkeimmät edellytykset ovat kielitaito ja työllistyminen. Kotouttamistoimenpiteiden tulee lähteä maahanmuuttajan omista tarpeista ja tarkoitus on perehdyttää tarvittaessa myös arkielämän taitoihin. (Kotouttaminen.)

Geneven pakolaissopimus vuodelta 1951 on tärkein pakolaisoikeutta koskeva sopimus. Se määrittelee pakolaisen seuraavasti: "Pakolainen on henkilö, jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa vainon, rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskuntaluokkaan kuulumisen tai poliittisen mielipiteen takia vainotuksi tai on joutunut lähtemään kotimaastaan siellä vallitsevien olosuhteiden takia eikä hän saa kotimaassaan sitä suojaa, joka kansalaiselle kuuluisi." (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa.)

Pakolaisasemaan oikeutettu on esimerkiksi ulkomaalainen, joka on saanut turvapaikan Suomesta ja pakolaisuuden perusteella oleskeluluvan saanut ulkomaalainen, joka on

otettu kiintiöpakolaisena Suomeen. Pakolaisaseman saa myös perhesiteen perusteella oleskeluluvan saanut henkilö, joka katsotaan pakolaiseksi. (Pakolaiset.)

Pakolaisilla on yhtäläiset oikeudet kuin muilla maahanmuuttajilla, jotka ovat saaneet oleskeluluvan Suomesta. Pakolaisella on liikkumisvapaus, ajatuksen vapaus ja oikeus sellaiseen kohteluun, että ei tule nöyryytetyksi eikä kidutetuksi. Pakolaisilla on oikeudet terveys- ja sosiaalipalveluihin, opiskeluun ja heillä on oikeus tehdä töitä. (Perustietoa pakolaisuudesta.)

Kiintiöpakolainen on henkilö, joka tulee YK:n pakolaisasiain komissariaatin UNHCR:n ylläpitämiltä pakolaisleireiltä. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa). UNHCR perustettiin vuonna 1950. UNHCR:n tärkeimpiä tehtäviä on kansainvälinen suojeleminen ja kestävien ratkaisujen etsiminen pakolaisongelmiin, jotta pakolaiset pystyisivät aloittamaan elämänsä normaalissa ympäristössä. (Tietoa UNHCR:stä).

Suomen pakolaiskiintiössä on tiettyjä ehtoja oleskeluluvan myöntämiseksi. Niitä ovat esimerkiksi se, että ulkomaalainen on kansainvälisen suojelun tarpeessa kotimaahansa nähden tai tarvitsee uudelleensijoituksen ensimmäisestä turvapaikkamaasta. Oleskeluluvan saaminen edellyttää, että vastaanoton ja kotoutumisen edellytykset Suomeen on arvioitu. Oleskeluluvan myöntämiseksi ei saa olla esteitä, kuten yleinen järjestys, turvallisuus tai Suomen kansainväliset suhteet. Maahanmuuttovirasto myöntää oleskeluluvat pakolaiskiintiössä otettaville pakolaisille. Suomen vuosittainen pakolaiskiintiö on 750 henkilöä. Kiintiöpakolaiset valitaan pakolaisleireillä tehtyjen haastattelujen perusteella, joihin osallistuu myös suojelupoliisin edustaja. Häätätapauksina tulevien maahanmuuttajien osuus on noin 10 - 15 prosenttia vuosittaisesta pakolaiskiintiöstä. (Pakolaiskiintiö.) Kiintiöön valituksi tullut saa Suomessa pakolaisaseman ja määräaikaisen oleskeluluvan. Suomeen muutto tapahtuu vasta sitten, kun selviää, mikä kunta myöntää kuntapaikan kiintiöpakolaiselle. (Pakolaisuus Suomessa.)

Turvapaikanhakija on henkilö, joka on hakenut turvapaikkaa viranomaisilta, kuten poliisilta tai rajavartiolaitokselta. Turvapaikanhakijan status säilyy niin pitkään kuin henkilö saa kielteisen tai myönteisen päätöksen oleskeluluvasta Suomeen. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa.)

2.1 Pakolaisuus Suomessa

Pakolaisia tulee Suomeen pakolaiskiintiön kautta sekä turvapaikanhakijoina. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden vastaanottaminen on vielä Suomessa suhteellisen uusi ilmiö muihin maihin verrattaessa. Suomi on ottanut vuosittain 2001 vuodesta lähtien 750 kiintiöpakolaista. Eduskunta päättää vuosittain kiintiön suuruuden ja valtioneuvosto päättää kiintiön kohdentamisesta. (Pakolaiskiintiö). Maahanmuuttoviraston tilastoista selviää, että vuonna 2009 Suomeen tuli 727 kiintiöpakolaista, joista hätätapauksina 100 henkilöä. (Kiintiövalinta). Tilastokeskuksen tekemästä tutkimuksesta selviää, että vuosien 1973 – 2009 aikana Suomeen pakolaisina muuttaneita henkilöitä on yhteensä 34 380 henkilöä. (Turvapaikanhakijat ja pakolaiset).

2.2 Afrikan pakolaistilanne

Pakolaisjärjestö UNHCR:n mukaan konfliktien ja vainon takia pakenemaan joutuneita ihmisiä oli vuoden 2009 lopussa 43,3 miljoonaa koko maailmassa. Tuosta määrästä 15,2 miljoonaa oli pakolaisia. Valtaosa, noin 80 prosenttia, kaikista pakolaisista elää kehitysmaissa. YK:n pakolaisjärjestön mukaan yli puolet pakolaisista elää kaupungeissa ja kolmasosa pakolaisleireillä. Eniten kotimaansa ulkopuolella olevia pakolaisia on Pakistanissa, Iranissa ja Syyriassa. (Maailman pakolaistilanne.)

Afrikassa elää neljännes kaikista maailman pakolaisista, ja muun muassa Kongon demokraattisessa tasavallassa on hyvin paljon pakolaisia maan varallisuuden nähdessä. Vuoden 2009 aikana jätettiin 922 000 turvapaikkahakemusta, joista suurin osa tuli Etelä-Afrikalle. Pakolaisista ja turvapaikanhakijoista yli puolet on naisia ja 41 prosenttia pakolaisista ja turvapaikanhakijoista on alle 18-vuotiaita. (Maailman pakolaistilanne.)

Afrikan pakolaistilanne on hyvin vaihteleva. Esimerkiksi Mosambikin, Namibian ja Etelä-Afrikan 1980- ja 1990-lukujen pitkäaikaiset konfliktit ovat rauhoittuneet ja pakolaisten määrä on näin ollen vähentynyt. Uusia kansainvälisen ja maansisäisen pakolaisuuden alueita on syntynyt esimerkiksi Kongoon (DRC), Burundiin, Etiopiaan, Ruandaan, Somaliaan ja Tansaniaan. Edellä mainituille alueille yhteistä ovat sodat ja ihmisten siirtyminen alueelta toiselle. Väkivalta on selvää seurausta pakolaisuudesta ja paluumuutosta. (Pakolaisuus Afrikassa.)

3 PAKOLAISET SUOMEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Vain jatkuvan oleskeluluvan saaneet pakolaiset ovat täysin oikeutettuja Suomen sosiaali- ja terveyspalveluihin. Turvapaikanhakijoille kuuluu vain välttämättömät sosiaali- ja terveyspalvelut, kuten kiireellistä hoitoa tai ensiapua vaativa tila tai sairaus (Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 9.4.1999 / 493). Myöskään yleisen rokotusohjelman rokotteet eivät kuulu aikuisille turvapaikanhakijoille (Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy).

Terveyspalveluiden järjestämisen vastuu on kunnalla. Kunnan tulee tarjota kuntalaiselle vähintään tarvittavat lakisääteiset terveyspalvelut. Kunta voi myös ostaa palveluita muilta kunnilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Joissain kunnissa on käytössä kuntalaiselle annettava palveluseteli, jolloin kuntalainen voi itse päättää mistä hankkii tarvitsemansa palvelun. (Terveyspalvelut, 2009). Jokaisella on oikeus saada palveluja omalla äidinkielellään (Kielilaki 1.1.2003 /473).

Perusterveydenhuolto toteutetaan kunnan terveyskeskuksessa. Terveyskeskuksen alaisuuteen kuuluu seulontatutkimukset ja rokotuspalvelut, terveysneuvonta ja terveyden edistäminen, koulu- ja opiskelijaterveydenhoito, äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, kouluterveydenhoito, lääkärivastaanotot ja sairaanhoito, vuodeosastotasoinen laitoshoido, mielenterveyspalvelut, sairaankuljetus ja ensihoito sekä suun terveydenhoito. (Terveyspalvelut, 2009.)

Kuntien vastuulla on myös tarjota kuntalaiselle erikoissairaanhoidoa (erikoissairaanhoitolaki). Kunta kuuluu johonkin kahdestakymmenestä sairaanhoitopiiristä, jotka vastaavat alueensa kuntien erikoissairaanhoitosta. Erityistason hoitoa tarjoaa viisi yliopistosairaala. Kouvola kuuluu Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin, jonka erityistason hoidosta vastaava yliopistosairaala on Helsingin yliopistollinen keskussairaala. (Terveyspalvelut, 2009.)

Suomeen tuleville pakolaisille ja turvapaikanhakijoille ei aseteta terveysvaatimuksia, eikä oleskeluluvan saantia estä terveydelliset perusteet (Asikainen & Siikamäki 2009). Näin ollen suomalaisessa terveydenhuollossa on hoidettavana vaikeimpia ja erityislaatuksiakin tapauksia. Ympäri maailmaa tulevilla pakolaisilla on joitain yleistettäviä terveydellisiä ongelmia, mutta pääosin pakolaisen terveys on monen tekijän summa. Kantaväestöstä poikkeavia terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. syy pakolaisu-

teen, ikä muutettaessa, tulomaassa asuttu aika, oman vanhan ja uuden kulttuurin erilaisuus, sopeutuminen uuteen kulttuuriin mm. kotoutuminen ja kielitaito, terveystieteet ja syrjintä, rasismi ja väkivalta lähtö- ja tulomaassa. Lähtömaan elinympäristö, yhteiskunta ja kulttuuri ovat vaikuttaneet pakolaisen terveyden kehitykseen ja hoitoon ennen uuteen maahan tuloa. Tällaisia vaikuttimia ovat mm. sotatila ja epävakaa poliittiset olosuhteet, uskonto, yhteiskunnan infrastruktuuri, asuinympäristö, terveydenhuolto, ravitsemus, sukupuoli, asema yhteiskunnassa ja perheessä ja ikä. (Huttunen ym. 2010.)

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveyttä on tutkittu Suomessa vähän. Ilkka Pirinen on osallistunut kokoelman Kulttuurit ja lääketiede (Huttunen ym. 2010) kirjoittamiseen. Hänen artikkelinsa perustuu hänen vuonna 2008 ilmestyneeseen väitöskirjaansa Turvapaikanhakijoiden terveydentila (Pirinen 2008). Molemmissa kirjoituksissaan hän viittaa lähinnä ulkomailla tehtyihin tutkimuksiin. Hänen oma tutkimuksensa seurasi puolen vuoden ajan Tampereen kaupungin vastaanottokeskuksen 170 turvapaikanhakijaa. Hänen tutkimuksessaan suurimmaksi huolenaiheeksi nousi turvapaikanhakijan mielenterveys.

Yleisesti maahanmuuttajat kokevat terveytensä huonommaksi kuin muu väestö, turvapaikanhakijat vielä pakolaisia huonommaksi. Tartuntataudit ovat yleisiä huonoista hygieniaoiloista tulleilla pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla. Pirisen tutkimusryhmässä nousi esille samoja oireita kuin muissakin vastaavissa tutkimuksissa. Päänsärky, määrittelemättömät kivut ja vatsaoireet ovat yleisiä maahanmuuttajien terveysongelmia. Australialaistutkimuksen mukaan pakolaisväestö kärsii samalla tavoin kohonneesta verenpaineesta, diabeteksestä ja sydänsairauksista suhteessa muuhun väestöön. Pakolaisen ja turvapaikanhakijan kohdalla tulisi huomioida myös korkean elintason sairauksia, sillä pakolaisuus ei rajoitu ainoastaan köyhimpään sosiaaliluokkaan. (Pirinen 2008).

Ympäri maailmaa tulevien pakolaisten hoidossa on paljon erityiskysymyksiä, joihin suomalainen terveydenhuolto ei ole valmistautunut. Suurimmat näistä ovat pakolaisen fyysiset ja psyykkiset traumat ja kidutuskokemukset sekä naisten gynekologiset ongelmat, kuten joihinkin kulttuureihin kuuluva ympärileikkaus. Hoitohenkilökunnalla on usein puutteellista tietoa tämänlaatuisten ongelmien kohtaamisesta ja hoitamisesta. Sainola-Rodriguezin väitöskirjassa tutkitaan hoitohenkilöstön kulttuurista kompetens-

sia ja tuloksissa nousee esille henkilöstön koulutuksen ja tiedon puute. (Sainola-Rodriguez 2009, 13.)

Suvi Sariolan artikkelissa vastaanottokeskuksessa työskentelevä lääkäri arvioi, että puolet maahanmuuttajien oireista johtuu psyykkisistä ongelmista (Sariola 2001, 2874). On arvioitu myös, että kolmasosalla pakolaisista on kidutuskokemuksia (Vainikainen 2002, 4114 – 4116). Traumaattisten kokemusten lisäksi pakolaisuus itsessään altistaa mielenterveysongelmille (Halla 2007, 469). Pakolaisten mielenterveysongelmat kuuluvat kantaväestön ongelmien tapaan kunnan mielenterveyspalveluiden alaisuuteen. Ongelmat ovat kuitenkin laadultaan vieraita ja niiden ymmärtäminen vaatii tietoa lähtömaan tilanteesta ja kulttuurista. Suomessa on yksi pakolaisten mielenterveysongelmiin keskittynyt erikoissairaanhoidotasoinen kuntoutuskeskus, joka toimii Helsingin diakonissalaitoksen alaisuudessa. Myös Suomen Mielenterveysseura tarjoaa palveluita pakolaisille SOS – kriisikeskuksessa. (Helsingin Diakonissalaitos; Suomen Mielenterveysseura.)

Suuremmissa kaupungeissa on mahdollista käyttää naisten hoidossa maahanmuuttajien ongelmiin perehtynyttä gynekologia. Esimerkiksi Helsingin vastaanottokeskuksesta vaikeat tapaukset voi lähettää vastaanottokeskuksesta Naistenklinikalle tutkimuksia ja hoitoa varten. (Sariola, 2001.)

Suomeen saapuvan pakolaisen ensimmäinen suunniteltu terveydenhuollon palvelu on maahantulohaastattelu, jonka suorittaa yleensä terveydenhoitaja. Tätä seuraa lääkärin tarkastus ja tarvittavat seulontatutkimukset. Kaikki edellä mainitut tutkimukset ovat vapaaehtoisia, ja ne tehdään lähinnä pakolaisen omien terveysongelmien hoitamiseksi, mutta myös mahdollisten tartuntatautiin, kuten tuberkuloosin torjumiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan alkuhaastattelu on tehtävä kahden viikon sisällä maahantulosta mahdollisten akuuttien terveysongelmien ja yleisvaarallisten tartuntatautiin havaitsemiseksi. Raskaana olevien, vammaisten, sairaiden ja alle seitsemänvuotiaiden pakolaisten tulisi päästä lääkärin tarkastukseen kuukauden kuluessa. (Leino 1999.)

Kouvolassa toimii maahanmuuttajien neuvontapiste kaupungin ydinkeskustassa. Kouvolan kaupungin maahanmuutto-ohjelman suunnitelman mukaan neuvontapisteen eli Kouvolan kaupungin maahanmuuttopalveluiden henkilöstöön kuuluu maahanmuutto-koordinaattori, sosiaalityöntekijä ja kolme ohjaajaa. Maahanmuuttopalveluiden tarkoi-

tus on olla avuksi Kouvolaan saapuville maahanmuuttajille, tukea kotoutumista ja suomen kielen opiskelua. Palvelut vakinaistettiin 1.4.2010. (Kouvolan maahanmuutto-ohjelma 2010 – 2016 2010.)

Kouvolan kaupungin maahanmuutto-ohjelman mukaan kaupungin tavoite on järjestää pakolaisille ensimmäisenä kartoitushaastattelu, jonka tekee sosiaalityöntekijä ja terveydenhoitaja. Pakolaisten hoitoon nimetään pakolaisuuteen ja maahanmuuttoon erikoistuva lääkäri. Psykkisten ongelmien ja traumaattisten kokemusten hoidossa käytetään kunnan mielenterveyspalveluita. Pakolaisten psyykkiset ja traumaattiset kokemukset ovat kuitenkin luonteeltaan suomalaiselle terveydenhoidolle vieraita ja vaativat hoitohenkilökunnalta erityistä perehtymistä, joten Kouvolan kaupunki aloittaa uusia hankkeita hoitohenkilökunnan kouluttamiseksi ja pakolaisten mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi, muun muassa Euroopan pakolaisrahaston rahoittaman Haapa – hankkeen. (Kouvolan maahanmuutto-ohjelma 2010 – 2016.)

Kouvolan alueella maahanmuuttajanaisten gynekologinen hoito on ongelmallista, sillä erikoissairaanhoidossa ei työskentele naispuolista gynekologia, joka on monen maahanmuuttajan ja heidän omaistensa ehdoton vaade. Saman sairaanhoitopiirin alueella, Kotkan keskussairaalassa on myös naisgynekologeja, ja Kotkassa on tehty myös avausleikkauksia ympärileikatuille tytöille.

3.1 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurisella hoitotyöllä tarkoitetaan eri kulttuurien parissa tehtävää hoitotyötä tai työskentelyä työyhteisössä, jonka työntekijät ja asiakkaat ovat lähtöisin eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisen hoitotyön tavoitteena on, että asiakkaan kulttuurinen tausta huomioidaan, jotta terveyttä ja hyvinvointia voitaisiin edistää parhaalla mahdollisella tavalla. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 18 – 19.)

Monikulttuurinen hoitotyö perustuu erilaisuuden ja moniarvoisuuden hyväksymiselle ja ymmärtämiselle. Erilaisen kulttuuritaustan omaavat potilaat ovat haavoittuvaisempia. Haavoittuvuutta lisää yhteisen kielen ja ymmärryksen puute, kulttuurinen erilaisuuden kokemus, vierauden tunne ja traumaattiset elämäkokemukset. (Abdelhamid ym. 2009, 78-79.)

Pakolaisena maahan muuttava tulee erilaisista lähtökohdista verrattuna esimerkiksi henkilöön, joka muuttaa vapaaehtoisesti esimerkiksi avioliiton, työn tai opiskelun takia. Pakolaisuuteen liittyy myös yleensä vakavia yksilön ja perheen kokemia traumoja, kuten kidutuksia, joiden läpikäymiseen tarvittaisiin terveydenhuollon ammattilaisten pitkäaikaista apua. (Abdelhamid ym. 2009,112.) Abdelhamidin ym. kirjassa todetaan, että pakolaisilla esiintyy muita maahanmuuttajaryhmiä enemmän masennusta, ahdistusta ja fyysisiä vaivoja (Abdelhamid ym. 2009, 112).

Madeleine M. Leininger on kehittänyt hoitotyöhön kulttuurilähtöisen hoidon teorian. Leininger on määritellyt transkulttuurisen hoitotyön siten, että se keskittyy maailman eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin hoitotyön osalta. Kulttuurilähtöisen hoitotyön teorian mukaan ihmisen elämä on muuttuva kokonaisuus, jossa täytyy ottaa huomioon yhteiskuntarakente, maailmankuva, kulttuuriarvot, ympäristöolosuhteet, kielelliset ilmaisut sekä kansanomaiset ja ammatilliset hoitojärjestelmät. Leiningerin teorian mukaan eri kulttuuritaustaiset ihmiset pystyvät itse kertomaan ja ratkaisemaan, millaista hoitoa he tarvitsevat hoitohenkilökunnalta. Leiningerin teoria on suunnattu hoitajille, jotta he ymmärtäisivät asiakkaan kulttuuritautaa ja sitä kautta osaisivat jäsentää omia näkemyksiään ja hoitokäytäntöjä eri kulttuuritaustaisten hoitotyössä. (Marriner-Tomey 1994, 413 – 415.)

Leininger on laatinut teoriastaan auringonnousumallin, joka kuvaa kulttuurisen hoidon monimuotoisuutta ja ainutlaatuisuutta. Auringonnousumalli kuvaa ihmisiä kulttuuritaustastaan ja yhteiskuntarakenteesta erottumattomina. (Marriner-Tomey 1994, 420-421.)

3.1.1 Haasteet monikulttuurisessa hoitotyössä

Toisesta kulttuurista toiseen muuttaminen on aina tietynlainen prosessi. Lähtötilanteella on kuitenkin suuri merkitys siihen, miten uuteen kulttuuriin sopeutuu. On eri tilanne tulla vieraaseen kulttuuriin vapaaehtoisesti kuin esimerkiksi pakolaisena. Pakolaisten kohdalla kulttuurishokista puhutaan pakolaiskriisinä. Jos lähtömaan kulttuuri on samankaltainen kuin Suomen, sopeutuminen on helpompaa. Kun henkilö muuttaa uuteen maahan, mukana muuttavien läheisten ja lähiympäristön tuen merkitys korostuu. Lisäksi olennaisesti tähän vaikuttaa myös, miten uusi ympäristö suhtautuu maahanmuuttajaan. Mitä avoimempi ympäristö, sitä paremmin maahanmuuttaja kotiutuu. Kielitaidon ja koulutuksen on todettu helpottavan sopeutumisessa. Myös iällä on väliä.

Nuoremmat sopeutuvat uusiin asioihin aina helpommin kuin vanhemmat. Lisäksi sopeutumiseen vaikuttaa myös maahanmuuttajan persoonallisuus, koska avoimena on helpompi sopeutua ja tutustua uusiin ihmisiin. (Räty, M. 2002, 120.)

Räty on jaotellut kirjassaan Maahanmuuttaja asiakkaana kulttuurishokin neljään eri vaiheeseen. Ensimmäisessä niin sanotussa kuherruskuukausi vaiheessa ihminen on innostunut, optimistinen ja uskoo oppivansa kielen nopeasti. Pakolaiset tuntevat tässä vaiheessa olonsa hyvin turvalliseksi ympäristön takia. Toista vaihetta kutsutaan torjuntavaiheeksi. Sille tyypillistä on, että ihminen suhtautuu vihamielisesti uuteen kulttuuriin. Uudessa maassa elämisessä on ilmennyt jo jotain hankaluuksia ja kaikki saadut kokemukset eivät ole enää myönteisiä. Kolmas vaihe on tasapainohakuvaihe, jolle on tyypillistä, että maahanmuuttaja hyväksyy elämäntilanteen antamat mahdollisuudet ja rajoitukset. Neljäs ja viimeinen vaihe kulttuurishokissa on useamman kulttuurin hallintavaihe. Tässä vaiheessa ihminen osaa tasapainoilla kahden kulttuurin välillä. (Räty 2002, 121.)

Osa pakolaisista kärsii muutoksen aiheuttamista psyykkisistä ongelmista, mutta eivät kaikki. Masennus ja psykosomaattiset oireet ovat hyvin tyypillisiä pakolaisille. Tällaisissa tapauksissa pakolaisten olisi hyvä päästä puhumaan ahdistuksestaan terveydenhuollon ammattilaisille. Puutteellinen kielitaito tuottaa kuitenkin vaikeuksia, minkä takia ajatuksia ei pysty ilmaisemaan tarpeeksi selvästi. (Räty 2002, 122 – 123.)

Monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyy olennaisena osana ennakkoluulot, joita yleensä tulee uusien ja erilaisien kokemusten yhteydessä. Abdelhamid ym. (2009, 95) toteavat, että mediassa etniset vähemmistöryhmät tuodaan esille kielteisessä sävyssä ja sillä on vaikutusta eri väestöryhmiin kohdistuviin asenteisiin. Terveystieteissä maahanmuuttajaan suhtaudutaan yleensä kielteisesti tai kulttuurieroilla selitetään liikaa asioita, jotka eivät kuitenkaan ole niin yksiselitteisiä. (Keituri 2005, 22).

Maahanmuuttajien kulttuurierot ovat tuoneet esiin seksuaalisuuteen ja sukupuolirooleihin liittyviä kysymyksiä. Kun hoitotyössä kohdataan eri kulttuurista tuleva asiakas, joudutaan yleensä ratkaisemaan, missä määrin potilaan sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset otetaan huomioon. Kuitenkin potilaan toive saada samaa sukupuolta oleva hoitaja tai lääkäri voidaan useimmiten toteuttaa. (Abdelhamid ym. 2009, 116.)

Monikulttuurisuuteen pyrkiessä maahanmuuttajat pyritään kotouttamaan Suomeen siten, että he säilyttävät oman kielen ja kulttuurin samalla, kun he omaksuvat Suomen

kielen ja kulttuurin. Taina Keituri tuo hoitoalan tutkimuskatsauksessaan esille tutkimuksia, joista selviää, että kulttuuristen tapojen erilaisuudet aiheuttavat ristiriitaa ja epävarmuutta hoitajalle, sekä asiakkaalle. (2005, 34 – 35.)

Kulttuurieroissa on huomioitava myös asiakkaan kulttuurin yhteisöllisyys tai yksilöllisyys. Suomen yksilökeskeisessä kulttuurissa terveydenhuollon asiakkaana on yksilö. Yksilöllä on päätäntävalta omasta hoidostaan ja hoito koskettaa vain häntä. Yhteisöllisessä kulttuurissa yksilön sairastuminen koskettaa koko perhettä tai yhteisöä. Yksilön terveyttä, kuten muutakin elämää, koskevat päätökset tehdään yhteisön kesken. Afrikkalaisessa kulttuurissa suku ja ystävät osallistuvat aktiivisesti potilaan hoitoon ja erityisesti mielenterveyden hoidossa yhteisöllisyys korostuu. (Schubert 2007, 124 – 125.)

Keituri (2005, 36) tuo esille, että tiettyjen kulttuurien hyviin tapoihin kuuluu, että tietämättömyyttä ei paljasteta. Tällöin hoitaja ei voi tietää, onko maahanmuuttaja ymmärtänyt, mitä hoitaja tarkoitti kysymyksellään. Hoitotyössä asiakkaan ja hoitajan erilainen viestintätyyli voi vaikeuttaa asian ymmärtämistä ja aiheuttaa väärinkäsityksiä. Kehonkielellä on myös merkitystä. (Abdelhamid ym. 2009, 116 – 117.) Asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kulttuurin kontekstilla on vaikutusta yhteisymmärryksen muodostumisessa. Suomalainen kulttuuri on kontekstiltaan matala, mikä tarkoittaa sitä, että yksilöllä on vaikutusta tapahtumien kulkuun ja tapahtumaympäristö on merkityksetön. Korkean kontekstin kulttuurissa ennalta määritellyt asiat määräävät tapahtumien kulun ja lopputuloksen, eikä yksilön puheilla ja teoilla ole vaikutusta. Tällainen kulttuuri pyrkii epävarmuustekijöiden poistamiseen, mitä edesauttaa tarkat rituaalimaiset ja kaavamaiset toimintamallit ja yksilöiden välinen hierarkia. Hoitotyössä korkean kontekstin kulttuuria edustava asiakas voi vastaanotolla myöntyä kaikkeen, mitä lääkäri hänelle sanoo. Hän ei paljasta eriävää mielipidettään, koska yksilön mielipide ei vaikuta hierarkiassa korkeammassa asemassa olevan lääkärin määräyksiin. (Schubert 2007, 38 – 40.)

Maahanmuuttajan kielitaidon puute vaikuttaa psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin, sekä elämänlaatuun. Maahanmuuttaja saattaa kokea kielitaidon puutteen takia itsensä yhteiskunnan ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi. Tämä edesauttaa maahanmuuttajan syrjäytymistä. (Keituri 2009, 45.)

Aikataulujen pitävyys on hyvin kulttuurisidonnaista. Suomen aikakäsitys on lineaarinen, mikä tarkoittaa sitä, että asioissa edetään yleensä etukäteissuunnitelmien mukai-

sesti ja suoritetaan yksi asia kerrallaan. Yleensä tällaisen kulttuurin ihmiset ovat hyvin täsmällisiä ja pysyvät aikatauluissa. Toisissa kulttuureissa aikaa pidetään rajattomana ja moniaikaisena. Tällaiselle kulttuurille tyypillistä on, että samanaikaisesti hoidetaan useita asioita ja aikatauluja voidaan venyttää tarpeen vaatiessa. Suomalaisessa terveydenhuollossa, joka on tiukkaan aikataulutettu, tällainen aikakäsitysten erilaisuus aiheuttaa yleensä ongelmia. (Abdelhamid ym. 2009, 117 – 118.)

3.1.2 Tulkin käyttö terveydenhuollossa

Tulkin käytön tarve terveydenhuollossa tulee lisääntymään, koska maahanmuuttajien määrä kasvaa jatkuvasti. (Abdelhamid ym. 2009, 149). Tulkkausta palvelujärjestelmässä kutsutaan asioimistulkkaukseksi. Sillä tarkoitetaan viranomaisen tai yksityisen tahon ja asiakkaan välisen dialogin, esimerkiksi haastattelun tai neuvottelun tulkkausta ja sitä käytetään virastoissa ja sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa. (Abdelhamid ym. 2009, 149 – 150.)

Terveydenhuollon työntekijä arvioi, tarvitaanko hoitotilanteessa tulkkia. Aina kun hoitajalla ja potilaalla ei ole yhteistä kieltä, pitäisi hoitotyössä käyttää ammattitulkkia. (Abdelhamid ym. 2009, 150.) Hoitohenkilökunnan on vaikea tarkistaa tulkin tai potilaan kielellinen osaaminen ja ymmärrys länsimaisesta lääketieteellisestä ajattelusta. Tulkin sukupuolella on merkitystä terveydenhuollossa. Joissakin kulttuureissa naisten terveyteen liittyvistä asioista keskustellaan vain naisten kesken, joten tieto miespuolisesta tulkista voi estää hoitoon tuleminen tai hoidon kannalta olennaisen asian kertomisen. (Abdelhamid ym. 2009, 151.)

Valtaosa asioimistulkeista on ensimmäisiä Suomeen tulleita pakolaistaustaisia kulttuurinsa edustajia, jotka ovat opiskelleet asioimistulkkausta erimittaisilla kursseilla. (Abdelhamid ym. 2009, 151). Mikäli tulkki ei tunne riittävän hyvin tulkattavan kulttuuritaustaa, tulkkauksessa voidaan käyttää apuna myös kulttuuritulkkia, joka tukee kulttuurieroista johtuvien ongelmien selvittelyssä. (Abdelhamid ym. 2009, 152.)

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on selvittää pakolaisnaisten kokemuksia suomalaisista terveystalviteista. Suunnittelimme tutkimustehtävää yhdessä maahanmuutto-

koordinaattori Satu Kurrin kanssa ja toivomme opinnäytetyömme palvelevan erityisesti Kouvolan maahanmuuttopalveluiden henkilökuntaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Kouvolan alueella asuvien pakolaisnaisten kokemuksia saamistaan terveystalvuluista Suomessa, sekä siitä, miten maahanmuuttajat ovat saaneet tietoa suomalaisesta terveydenhoidosta, ja siitä, mitä mieltä he ovat saamastaan hoidosta.

Monikulttuuriseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan lähtökohtien, sekä kulttuuristen erojen huomioiminen. Näitä seikkoja tutkimuksessa halutaan tuoda esille. Hoitoalan koulutuksessa maahanmuuttaja-asioita ei painoteta tarpeeksi, minkä takia hoitohenkilökunnan tieto eri kulttuurien hoitokäytännöistä on suppea. Tutkimustulosten toivotaan palvelevan maahanmuuttajien kanssa työskenteleviä sosiaali- ja terveystalan ammattilaisia ja edistävän kulttuurien välistä yhteisymmärrystä hoitotyössä. Lisäksi toivomme työn antavan tietoa maahanmuuttajien saaman hoidon laadusta, jotta palveluja pystyttäisiin kehittämään.

Alun perin ajattelimme tutkia maahanmuuttajan terveystalvuluja myös tulkin näkökulmasta. Suunnittelimme asioimistulkille tarkentavia kysymyksiä haastattelussa esille nousseista aiheista. Päätimme olla sisällyttämättä tulkin osuutta työhön, koska yhden tulkin vastauksista ei olisi saanut kattavaa tietoa asioimistulkkauksen aikana esille tulleista kokemuksista. Emme kokeneet yhden tulkin kokemuksia työn tutkimustehtävän kannalta olennaisiksi.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö perustui kvalitatiiviselle tutkimukselle, joka toteutettiin naisryhmän teemahaastatteluna. Opinnäytetyön aiheesta oli niukasti aiempia tutkimuksia ja tutkimuksessa haluttiin tuoda esille pakolaisten subjektiivisia kokemuksia suomalaisesta terveydenhoidosta, siksi kvalitatiivinen menetelmä tuntui luontevimmalta tiedonsaantimenetelmältä.

5.1 Laadullisen tutkimuksen soveltaminen

Laadullisessa tutkimuksessa ei haeta yleistettävää tietoa. Sen keskeisiä päämääriä ovat uuden, kokemuksellisen tiedon saanti, jonkin tietyn ilmiön ymmärtäminen tai sen se-

littäminen. (Eskola & Suoranta 2008, 61.) Keskeisiä tiedonsaantimenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat lomake-, teema- ja syvähaastattelu, dialogi, havainnointi ja valmiin tuotetun materiaalin analysointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74 – 84.)

Tutkimusmenetelmää mietittäessä päädyttiin haastattelemaan tutkimusjoukkoa ryhmänä. Ryhmähaastattelussa haastateltavat saavat tukea toisistaan ja se sopii menetelmänä hyvin aroille haastateltaville. Lisäksi etuna on, että toisen haastateltavan vastaukset saattavat muistuttaa muita omista kokemuksistaan. Ryhmähaastattelu tuo esille hyvin kulttuurisia näkökulmia ja mielipiteitä, mikä on erittäin olennaista kun tutkitaan eri kulttuurista tulleiden kokemuksia. Haastateltavien ja haastattelijoiden eri kieli- ja kulttuuritausta ja haastattelun nauhoitus voivat aiheuttaa tilanteeseen ylimääräistä jännitystä ja tuoda esille vaikeita kokemuksia aiemmista kuulustelutilanteista ja johtaa haastattelun keskeyttämiseen. (Eskola & Suoranta 2008, 94 – 96.)

Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna, koska haastateltavien ryhmäläisten suomenkielentaito ei ollut riittävä lomakekyselyn toteuttamiseksi. Teemahaastattelu on puoli-strukturoidu haastattelumalli, jossa käsiteltävä asia on jaoteltu teemoihin, joita halutaan käsitellä haastattelussa. Teemahaastattelussa haastattelun kulku ei ole ennalta määrätty, vaan teemoja voidaan käsitellä luontevassa järjestyksessä. Haastattelijan tehtävä on pitää keskustelu aiheessa ja huolehtia, että ennalta suunnitellut teemat tulevat käsitellyiksi. Teemahaastattelun vapaamuotoisuus mahdollistaa ennalta tuntemattomien ilmiöiden esilletulon ja tarkentavien kysymysten tekemisen, mitkä ovat tärkeitä seikkoja tutkittaessa aiheita, josta on vähän tietoa entuudestaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Haastattelua varten tehtiin teemarunko ennen haastattelua (liite 4). Teemoissa pyrittiin tuomaan esille haastateltavien kokemuksia monelta eri kannalta.

Haastateltavat pakolaiset olivat samaa kieli- ja kulttuuritaustaa, jolloin haastattelussa voitiin käyttää yhtä tulkkia. Myös tulkiksi haluttiin nainen, jotta keskustelu voisi olla mahdollisimman avointa ja laaja-alaista. Hän pystyi oman taustansa ansiosta toimimaan myös kulttuuritulkkina.

5.2 Tutkimuksen kulku

Tammikuussa 2010 tapasimme ensimmäisen kerran Kouvolan kaupungin maahanmuuttokoordinaattorin, Satu Kurrin. Hän tarjoutui yhteistyökumppaniksemme opin-

näytetyöhankkeeseen. Pidimme aiheen valinnasta palaverin helmikuussa 2010 Kouvolan maahanmuuttotoimistolla.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme osallistuneet useaan maahanmuuttaja-aiheiseen koulutukseen ja muihin toimintoihin. Nämä tapahtumat ovat antaneet suuntaa aiheen kehittymiselle ja lisänneet tietämystämme pakolaisten kanssa työskentelemisestä. Keväällä SPR ja Kouvolan kaupunki järjestivät vapaaehtoistyöntekijöille Kouvolaan tulevasta pakolaisryhmästä tiedotustilaisuuden, johon toinen meistä osallistui. Samantapaiseen tiedotustilaisuuteen osallistuimme Kouvolan Korttelikotiyhdistyksen asukastuvalla Kuusankosken Kuovintiellä. Olimme mukana SPR:n puolesta kyseisen pakolaisryhmän kotoutusapuna kesällä 2010.

Syksyllä 2010 Kouvolan ja Kotkan kaupunki aloittivat Euroopan Pakolaisrahaston rahoittaman Haapa – hankkeen, johon Satu Kurri pyysi meitä osallistumaan. Hankkeeseen sisältyi neljä koulutuspäivää, joissa käsiteltiin pakolaisten mielenterveyteen liittyviä asioita. Lisäksi toinen meistä osallistui joulukuussa 2010 Hämeenlinnan kaupungin Haapa – hankkeen pakolaisnaisten asemaa käsittelevälle luennolle.

5.2.1 Haastateltavien valinta

Maahanmuuttokoordinaattori Satu Kurri kertoi meille helmikuussa 2010 Kouvolaan tulevasta pakolaisryhmästä ja ehdotti ryhmää tutkimusryhmäksi. 24 hengen kiintiöpakolaisryhmä saapui Kouvolaan toukokuun lopussa. Tutustuimme ryhmän kanssa kesän aikana SPR:n vapaaehtoistyön kautta.

Syksyllä 2010 valitsimme tutkimuksen kohderyhmäksi naiset. Naiset valittiin haastatteluun siksi, koska he käyttävät lähtökohtaisesti enemmän terveydenhuollon palveluja kuin miehet. Naiset käyttävät neuvolapalveluita ja vievät useimmiten myös lapset terveydenhuoltopalveluihin. Toinen merkittävä tekijä ainoastaan naisten valitsemisessa haastatteluun oli kulttuurierot. Heidän kulttuurissaan naiset eivät puhu arkaluontoisista asioista miesten läsnä ollessa.

Haastattelemamme naisten iät olivat 17 – 48 vuoden välillä. Osa haastatelluista oli asunut Suomessa yli 10 vuotta ja osa vasta puolen vuoden ajan. Melkein kaikilla ryhmäläisillä oli perhettä ja lapsia. Haastatellut tulivat Keski-Afrikan alueelta: Burundis-

ta, Ruandasta ja Kongon demokraattisesta tasavallasta. Maissa on sodittu paljon ja niissä kärsitään edelleen sotien seurauksista.

Tilastojen mukaan tammikuussa 2010 Burundissa oli 24 967 maansisäistä pakolaista ja Burundista lähteneitä pakolaisia 94 239. (Statistical Snapshot). Burundilla on takanaan sotaisia taisteluja 12 vuotta. Sodissa kuoli 300 000 ihmistä ja miljoona joutui pakenemaan kodeistaan. Rauhansopimus allekirjoitettiin vuonna 2006, jolloin astui voimaan tulitauko. Burundin tilannetta horjuttavat edelleen etniset jakolinjat ja tuhoutunut infrastruktuuri ja maan köyhyys, joka aiheuttaa aliravitsemusta. (Maailman pakolaistilanne.)

Kongossa oli vuoden 2010 tammikuussa maansisäisiä pakolaisia 185 809 ja Kongosta lähteneitä pakolaisia 455 852 henkilöä (Statistical Snapshot). Kongon sota loppui vuonna 2003, mutta Kongossa vallitsee edelleen yksi maailman pahimmista humanitaarisista kriiseistä. Noin 5,4 miljoonaa ihmistä on kuollut Kongossa vuoden 1998 jälkeen sodasta johtuvan nälän ja sairauksien takia. Lisäksi yli 40 000 naista ja tyttöä on raiskattu. (Maailman pakolaistilanne.)

5.2.2 Aineiston keruu

Kun haastateltava ryhmä oli valittu, otimme yhteyttä miestulkkiin, johon olimme tutustuneet aiemmin vapaaehtoistyön kautta. Hän käänsi laatimamme kutsukirjeen veloituksetta kinyaruandaksi ja suahiliksi (liitteet 1-3). Käyttämämme tulkki työskentelee mm. ruandan kielten, suahilin- ja ranskankielentulkkinä Kotkan tulkikeskuksessa. Hän myös varasi meille naistulkin tulkikeskuksesta haastattelua varten. Kyseinen naistulkki tunsu ryhmäläiset etukäteen. Sovimme maahanmuuttotoimiston tilojen käytöstä haastattelua varten yhteistyökumppanimme, Satu Kurrin kanssa. Tiloja saimme käyttää veloituksetta ja Kouvolan maahanmuuttopalvelut kustansivat tulkkauksesta aiheutuvat kulut. Soitimme haastattelutilanteeseen tulevalle tulkille etukäteen ja sovimme käytännön järjestelyistä. Lähetimme hänelle haastattelun teemarungon. Sovimme, ettei tutkimuksessa julkaista tulkkien nimiä.

Veimme ennalta tuntemillemme haastateltaville kutsukirjeet henkilökohtaisesti ja kerroimme haastattelusta. Ne haastateltavista, joita emme tunteneet, saivat kutsukirjeen ja lisäksi tulkkimme soitti ja kertoi heille haastattelusta puhelimitse. Laajan haastattelu-

ryhmän saamiseksi ehdotimme tulkille, että hän voisi kutsua mukaan myös muista naisia samasta kieliryhmästä.

Pidimme haastattelun marraskuussa 2010 Kouvolan maahanmuuttotoimistolla, rauhallisessa kokoustilassa. Kaikki kutsutut saapuivat paikalle ja lisäksi tulkin mukana tuli yksi Kotkan vastaanottokeskuksessa asuva nainen. Haastattelutilanteessa paikalla oli kaksi haastattelijaa, tulkki ja kymmenen haastateltavaa naista. Itse haastatteluun varasimme 1,5 tuntia ja puoli tuntia arvioimme kuluvaksi haastattelun aloitukseen, lopetukseen ja kahvitarjoiluun.

Haastattelun alussa esittelimme itsemme ja kerroimme tulkin välityksellä haastattelun tarkoituksesta ja käytännön järjestelyistä. Haastattelu nauhoitettiin kahdella eri nauhurilla, ja nauhoitusten kesto oli noin kaksi tuntia. Kirjoitimme nauhoituksen puhtaaksi joulukuussa 2010. Kirjoitimme puhtaaksi vain tulkin ja haastattelijoiden puheen. Tulosten kirjoittamisen ja analysoinnin jälkeen hävitimme tallenteet.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Haastateltavan ryhmän pakolaistausta tuo haastatteluun monia tutkimuksen luotettavuutta horjuttavia tekijöitä. Kvalitatiivista tutkimusta käsittelevä kirjallisuus korostaa haastattelijan ja haastateltavan välistä vuorovaikutusta ja yhteistä kielellistä ymmärrystä (Hirsijärvi & Hurme 2000, 48). Koska ryhmäläisten suomenkielentaito oli vielä alkuasteella, ei yhteistä kielellistä ymmärrystä ollut. Tämä asetti tulkille erityisvaatimuksia. Tulkiksi oli valittu pakolaistaustainen nainen, joka pystyi samanlaisen kulttuuritaustansa takia toimimaan myös kulttuuritulkkina, jolloin vältettiin suuria kulttuurillisia väärinymmärryksiä. Tulkki tunsu myös suomalaisen kulttuurin ja oli toiminut asioimistulkkina, mikä edesauttoi haastattelun sujuvuutta. Koska tulkin äidinkieli ei ollut suomi, haastattelijoiden oli myös kiinnitettävä erityistä huomiota kielenkäyttöön. Tulkkauksen kannalta oli tärkeää puhua kirjakielellä ja välttää käyttämästä abstrakteja ilmaisuja ja kielikuvia, sillä ne ovat väärin tulkittavissa myös samankielisten välisessä kommunikoinnissa (Hirsijärvi & Hurme 2000, 53). Tulkettava asia oli myös osattava tiivistää ytimekkäästi, jolloin tulkki muistaa kääntää kaikki puheessa ilmenneet asiat. Tulkille on myös annettava riittävästi aikaa tulkkaukseen.

Haastattelutilanteen luotettavan ja avoimen ilmapiirin luomiseksi oli tärkeää alustaa haastattelu hyvin. Ryhmälle oli selvitettävä haastattelun tarkoitus ja se, mihin tuloksia

aiottiin käyttää. Oli tärkeää selittää, ettei haastattelussa yksilöidä ketään ja että haastateltavien henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa esille. Oli mahdollista, että nauhurin käyttö estäisi avoimen ilmapiirin syntyä, sillä ryhmäläisillä olisi saattanut olla huonoja kokemuksia nauhoitetuista kuulusteluista. Ryhmäläisillä oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta.

Avoimuutta ja luottamusta haastattelussa lisää tulkin ja haastattelijoiden tuttavuus ryhmälle. Tulkki oli hoitanut usein kyseisten naisten asioita ja ollut tulkkina myös terveyspalveluja käytettäessä. Tuttavuuden toivottiin lisäävään osallistumisinnostusta ja vastausten avoimuutta sekä lievittävän haastattelutilanteen jännitystä. Saatu tieto voi olla harhaanjohtavaa, jos haastateltavat kokevat, ettei haastattelutilanne ole luotettava. Tällöin opinnäytetyön tulosten luotettavuus on kyseenalaista.

Toisaalta aiempi tuttavuus voi aiheuttaa sen, että haastateltavat kaunistelevat vastauksiaan, jotta eivät loukkaisi haastattelijoita. Tätä pyrittiin välttämään pohjustamalla haastattelu hyvin ja rohkaisemalla tuomaan esille myös pettymyksiä. Lisäksi epäilystä voi olla siitä, kehtasivatko haastateltavat kertoa terveysasioistaan tutuille haastattelijoille. Toisaalta haastattelijat olivat olleet vapaaehtoistyössään mukana myös ennalta tunteensa pakolaisten terveydenhoitoon liittyvissä asioissa, jolloin terveydestä puhuminen heidän kanssaan oli jo tuttua ja saattoi näin ollen jopa lisätä avoimuutta haastattelutilanteessa.

Tulosten analysoinnissa luotettavuutta lisäsi se, että molemmat tutkijat teemoittelivat aineiston ensin itsenäisesti, jonka jälkeen tulokset yhdistettiin. Näin varmistettiin kaikkien olennaisten asioiden esille tuominen ja kattava teemoittelu.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Haastatelluilla oli kokemuksia useista terveyspalveluista. Osalla oli kokemuksia HYKS:n sairaanhoidosta. Kokemuksia oli myös erikoissairaanhoidosta Kotkan keskussairaalassa ja Kuusankosken aluesairaalassa ensiavusta ja vuodeosastolta. Perusterveydenhuollon palveluista kokemuksia oli äitiys- ja lastenneuvoloista, laboratorio- palveluista, terveystarkastuksista, päivystyksestä, kouluterveydenhuollosta sekä hammashoidosta.

Tutkimustulokset antoivat riittävästi tietoa tutkimustehtävän toteuttamiseksi. Saimme monipuolisesti tietoa terveystalouden käytöstä, laadusta ja saatavuudesta.

6.1 Kulttuurierot terveydenhuollossa

Haastattelussa tuli esille kokemuksia, joissa kulttuurierot näkyivät selvästi. Ryhmäläiset kokivat epäselvänä ja vaikeana sen, etteivät saaneet hoitaa sairasta omaistaan tai olla tämän luona sairaalassa. Heidän kulttuurissaan ei ole totuttu yksinäisyyteen ja omaiset ovat aina sairaan läheisen luona ja hoitavat omaisen perushoidon. Pahimmassa tapauksessa yksinäisyys ja keskustelukumppanin puute voi heidän mielestään johtaa painajaisiin, pahojen asioiden miettimiseen siten, että potilas voi jopa kuolla yksinäisyyteen, vaikka sairauden hoito olisi hyvää. Myös omaiset kärsivät sairastuneen poissaolosta ja erossa olo on vaikeaa, kun tietää toisen olevan sairas. Heidän mielestään olisi hyvä, jos omaisen voisi olla sairaalassa potilaan kanssa, sillä silloin omaisen voisi toimia yhteyshenkilönä hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. He kertoivat kokemuksesta, jossa huonokuntoinen potilas oli ollut sairaalahoidossa ilman, että oli pystynyt kommunikoimaan kenenkään kanssa. Hän ei ollut pystynyt mitenkään ilmaisemaan tarpeitaan, kivuntunnetta tai tarvetta vaihtaa asentoa. He mainitsivat, että afrikkalaisessa kulttuurissa nainen hoitaa naista, mutta Suomessa he ovat tottuneet siihen, että lääkäri tai hoitaja voi yhtä hyvin olla mies. Tätä mieltä haastateltavat olivat yksinäisyydestä:

” Ja sitten potilas voi olla sairaalassa, vaikka hyvä hoidettu, mutta tuntuu ihan yksinäinen. Ei pysty puhumaan, ei. Se voi kuolla kyllä. Alkaa saada painajaisia ja miettiä paljon.. ”.

Ennaltaehkäisevän terveydenhoidon haastateltavat kokivat yllättävänä asiana ja arvosivat sitä suuresti. He ovat tottuneet siihen, että lääkäri tutkii vain, jos sairauden oireita on. Suomessa tehty terveystarkastus koettiin mahtavana ja kiitosta sai myös välitön hoidon aloitus:

”...sinä sanot: ”Kyllä, olen ollut terve”, mutta lääkäri tai hoitaja ei ole tyytyväinen. Kuitenkin hän tekee tarkastus ja kaikki kokeet...”

6.2 Terveyspalveluiden laatu

Haastatellut kertoivat olleensa positiivisesti yllättyneitä siitä, miten hyvin Suomessa tutkitaan asiakkaan terveydentila. Erityisesti laboratoriokokeet koettiin tärkeiksi. He pitivät myös tärkeänä sitä, että esimerkiksi ensiapuun mentäessä hoidon tarve arvioidaan kiireellisyyden mukaan. Haastatellut pitivät hoitoa hyvänä ja luotettavana. Yksi haastatelluista kertoi lapsensa saamasta hammashuollosta, josta ei tiennyt etukäteen. Hän sanoi, ettei edes kaipaisi tietoa etukäteen, koska hän luottaa hoitoon:

” Joo hänellä on lapsi päiväkodissa ja hänen tarkistettu hampaat. Äidillä ei ollut tietoa. Sitten koulu ilmoitti hänelle, että tämä on tehty. ”

Haastatellut totesivat, että vaikka hoito onkin hyvää, tiedotus hoidosta on huonoa. He eivät aina tiedä, mihin sairaalaan tai terveyskeskukseen heidän pitäisi mennä ja he toivoivat myös, että saisivat olla itsenäisempiä hoitoon hakeutuessaan. Haastatellut totesivat myös, että terveydenhoitohenkilöstö suhtautuu maahanmuuttajiin hyvin ja he saavat tarvitsemansa palvelut.

Haastateltavat kokivat huonona sen, että he eivät saa hoitaa omaisiaan sairaalassa. He kertoivat, että yhteisen kielen puuttuminen tuottaa ongelmia lääkärin ja potilaan välisessä suhteessa ja pahimmassa tapauksessa lääkäri voi hoitaa jotain sellaista sairautta, mitä potilaalla ei ole. Haastatellut kertoivat, että omaisen läsnäolo sairaalassa olisi tärkeää, jotta omainen voisi auttaa kommunikoinnissa.

6.3 Terveyspalveluiden saatavuus

Haastattelussa nousi usein esille, että ryhmäläisillä ei ollut riittävästi tietoa suomalaisesta palvelujärjestelmästä voidakseen hyödyntää tarjolla olevia palveluja. Tiedonpuute koettiin ongelmaksi monella osa-alueella. Sen sijaan kulttuuritaustan ei koettu vaikuttavan hoidonsaantiin ollenkaan. Sitä pohtiessa ryhmäläiset toivat esille, että sääntöjä ja aikatauluja noudattamalla he saavat hoitoa samalla tapaa kuin suomalaiset.

Ryhmäläiset eivät tienneet mistä paikasta saa mitään hoitoa ja mitä näistä hoidoista voi itse saada. Useat eri hoitavat tahot ja hoitolaitokset useilla paikkakunnilla aiheuttivat hämmennystä. He kertoivat olleensa väärässä paikassa useasti, koska eivät tienneet hoitopaikkojen eroavaisuuksia. Lisäksi omaisen ollessa sairaalahoidossa he olisivat

kaivanneet enemmän tietoa hoitokäytännöistä ja järjestelyistä. He olisivat halunneet olla sairaan omaisen luona sairaalassa, mutta tietoa käytännön järjestelyistä ei ollut, eivätkä he uskaltaneet kysyä enää yhden huonon kokemuksen jälkeen. Lisäksi ongelmaksi koettiin kaukana sijaitsevan sairaalan ja kodin välillä kulkeminen, kun yöpymismahdollisuutta ei ollut.

He kokivat, että palveluita on vaikea oppia käyttämään itsenäisesti, kun heillä on jatkuvasti saattaja mukana. Kun asia nousi esille haastattelussa, tätä tarkennettiin kysymällä yhteisesti, onko moni muukin samaa mieltä. Ryhmäläiset vastasivat myöntävästi ja yksi lisäsi kuitenkin, ettei vielä osaa käyttää palveluita yksin. He sanoivat, että oppivat hoitopaikoista pikkuhiljaa sen mukaan, mihin heitä viedään. He pääsivät lääkäriin yleensä sosiaalityöntekijän kautta:

”Minä en tiedä miksi minua saatetaan täällä [...] koska sitten myöhemmin, jos ei ole ketään saattajaa, et voi selviytyä.”

”...ei tarvitse tulla hakemaan ilman selityksiä, eikä tiedetä minne viedään. Ei kiva.”

”Kyllä se niinku tieto puuttuu, info puuttuu. Ne tarvitsevat tietää mihin, milloin pitää mennä, miksi pitää mennä sinne. Koska aina, jos heillä on tapaaminen, lääkärinaika tai joku kutsu, joku tulee hakemaan ja vie.”

Ryhmäläisillä ei ollut kokemusta mielenterveyspalveluista, mutta tulkin mukaan palveluita on saatavilla tarvittaessa. Erikoissairaanhoidon pääsyssä vaikeaksi koettiin pitkä odotusaika. Hoitoa pidettiin hyvänä, mutta kuukausien jonotus koettiin monesti ongelmallisena:

”Sairaus kasvaa, se kasvaa koko ajan ja sitten niinku, elämä pahenee. Joo, sinä voi kuolla odottamassa [...] Joskus kun sinä saa aika, sinä ei mitään enää.”

Turvapaikanhakijan mielestä hoidon saanti oli erittäin vaikeaa. Vastaanottokeskuksessa on yksi terveydenhoitaja, joka arvioi hoidontarpeen. Jos terveydenhoitaja ei ole paikalla, sosiaalityöntekijä on vastuussa arvioinnista. He eivät voi varata aikaa lääkäriin itse, ja hoitaja päättää myös, mille taholle turvapaikanhakija ohjataan hoitoon. Ongelmana järjestelmässä oli haastateltavan mukaan se, että vastaanottokeskuksessa

on paljon asiakkaita ja hoitajan aikoja ei riitä kaikille tai hoitaja on poissa, jolloin odotusaika pitenee. Myös turvapaikanhakijan mielestä pitkä odotusaika oli ongelma.

6.4 Kommunikointi ja tulkin käyttö hoitotilanteissa

Tulkin läsnäolo hoitotilanteessa jakoi mielipiteitä. Jotkut ryhmästä kokivat sen hyvänä asiana, sillä tulkki tuntui läheiseltä, koska puhui samaa kieltä. Jotkut kokivat myös, etteivät vielä pärjäisi vastaanotolla ilman tulkin apua. Tulkin läsnäolon haitallisuutta perusteltiin sillä, että afrikkalaisessa kulttuurissa ei ole tapana säilyttää salaisuuksia, jolloin tuntui vaikealta käsitellä arkoja asioita tulkin kuullen. Yksi haastateltavista sanoi jopa, että hänellä on niin suuri salaisuus, ettei voi kertoa sitä edes naistulkin läsnä ollessa, vaan haluaa opiskella lisää suomea voidakseen kertoa asian itse lääkärille. Tulkin käytössä suurimmaksi ongelmaksi nousi kuitenkin tulkin sukupuoli. Hoitavan lääkärin tai hoitajan sukupuolella ei ole merkitystä, mutta miestulkin läsnä ollessa he kertoivat jättäneensä asioita kertomatta. Haastattelutilanteessa tulkki esitti huolensa siitä, että naisilla, jotka ovat käyttäneet terveystalviteita vain miestulkin kanssa, on suuria salaisuuksia, joista lääkäri ei tiedä. Ryhmäläisille oli monesti käynyt niin, että lääkäri kysyy miestulkin läsnä ollessa jotain odottamatonta, johon ei pysty vastaamaan miestulkin kautta, vaikka tietää lääkärin tarvitsevan tiedon. Kaikki toivoivat osaavansa kieltä niin hyvin, että tulkkipalveluja ei tarvitsisi. Jotkut osaavat jo itsenäisesti käydä esimerkiksi ensiavussa ja laboratoriossa, mutta tutkimustilanteissa tarvitsevat tulkkausta.

Haastateltujen mukaan hoitohenkilökunta ei käytä tulkkia aina, kun sille olisi tarvetta. Haastateltavat ihmettelivät, miksi tulkille ei soiteta ja pyydetä apua asioiden selittämisessä. Joskus potilasta yritetään hoitaa ilman, että hänen kanssaan on keskusteltu ja varmistettu, että tiedetään, mitä potilas tarvitsee. He sanoivat, että lääkärit odottavat, että potilas puhuu itse ongelmistaan, vaikka potilas ei puhuisi yhtään suomea, ja asia jää tällöin hoitamatta.

Sairaalahoidossa tulkkia ei ole ollut mahdollista saada paikalle joka päivä. Tämän takia haastateltavat esittivät toiveen, että omainen saisi olla jatkuvasti paikalla, etenkin jos potilas ei pysty ollenkaan kommunikoimaan lääkärin tai hoitajan kanssa. Heillä oli huono kokemus omaisen sairaalahoitajaksolta, jossa omainen ei pystynyt kertomaan tarpeistaan, esimerkiksi asennon aiheuttamasta kivusta, hoitajille.

Hyviä kokemuksia hoitohenkilökunnan ja potilaiden kommunikoinnista syntyi silloin, kun heille oli selitetty, mitä tapahtuu. He kertoivat hyvästä kokemuksestaan ensiavussa, jossa heille oli kerrottu, että he joutuvat odottamaan, koska kiireiset tapaukset hoidetaan ensimmäisenä. He olivat tyytyväisiä tietäessään, mitä tapahtuu, ja odottivat mielellään, koska pitivät järjestelyä hyvänä. Heidän kokemuksensa mukaan kouluterveydenhuolto hankkii lapselle tarvittaessa tulkin.

Heidän mielestään heille ei ole kerrottu riittävästi terveystarkastuksista ja niiden käytöstä. He haluaisivat, että heille selitetään miten järjestelmä toimii, jotta voisivat hoitaa asioita itsenäisemmin:

” Joo he sanovat, että he itse eivät pysty tekemään mitään. Ei pysty peruuttamaan. Ei pysty varaamaan, ei mitään. Ei pysty sanoa olen myöhässä, voinko siirtää aikaa. Ei. Pitää päästä jonku kautta...”

”Jos itse haluaa jotain, minne pitää mennä, milloin pitää mennä sairaalaan, milloin pitää. Ei tiedä. Olis kiva saada tietoa. Niinku info puuttuu.”

6.5 Terveystarkastus

Haastatellut kertoivat, että heti Suomeen tullessa heille tehtiin terveystarkastus ja että he pitivät tätä käytäntöä erittäin hyvänä asiana. Heidän kotimaassaan hoito perustui enemmänkin omiin tuntemuksiin, eikä siellä aloiteta tutkimuksia, jos potilaalla ei ole sairautentunnetta. Suomessa käytäntö oli heidän mielestään erilainen, koska täällä tehdään tutkimuksia, jonka jälkeen tiedetään, onko asiakas oikeasti terve vai ei. Haastatellut pitivät erittäin hyvänä asiana sitä, että sairauden hoito aloitetaan heti ja potilaan tilaa seurataan:

”Täällä heti tutkitaan, tee ihan terveystarkastus, sitten kaikki kokeet tekee. Sitten silloin sinä tiedä, oonko terve tai en. Sitten jos sinulla on jotain, heti alkaa hoito. Tämä on tosi tosi hyvä asia. Ja sitten hänen mielestä, tässä seurataan potilaan ihan niin kuin pitäis ollakkin.”

6.6 Turvapaikanhakijan kokemukset

Vastaanottokeskuksessa oli oma sairaan- tai terveydenhoitaja, jonka vastaanotolle voi mennä, ja hoitaja varaa ajan lääkäriin, jos katsoo sen tarpeelliseksi. Turvapaikanhakija ei voi kuitenkaan mennä itse suoraan lääkäriin. Haastattelusta selviää myös, että hoitohenkilökunnan vähyys ja asiakkaiden paljous koettiin huonona, koska hoitoon pääsyä voi joutua odottamaan pitkän ajan, ennen kuin pääsee edes hoitajan arvioitavaksi. Haastateltu totesi, että joskus hoitoon pääsyä joutuu odottamaan liian pitkään. Myös psykologin palveluja halutessaan turvapaikanhakijan piti mennä puhumaan sosiaalityöntekijälle. Psykologille pääsyä voi joutua odottamaan monta kuukautta, ja kun ajan vihdoin saa, voi olla niin, että se oli tarpeeton. Hän sanoi, että esimerkiksi hammashoito ei kuulu turvapaikanhakijan palveluihin.

Turvapaikanhakija koki olevansa epäoikeudenmukaisessa asemassa saamansa hoidon suhteen, koska kiintiöpakolaiset saavat kaikki palvelut oleskelulupansa takia. Turvapaikanhakija toivoi saavansa kaiken tarvittavan hoidon:

”Turvapaikkahakija puolesta olisi hyvä, jos potilaalle saa kaikki tarvittava hoito. Ei tarvitse katsoa, onko turvapaikkahakija, onko se pakolaise. Kaikki tarvittava hoito pitää saada.”

6.7 Lasten ja odottavien äitien hoito

Maahanmuuttajat olivat kokeneet lasten saaman hoidon erittäin hyväksi ja he luottivat täysin lasten saamaan hoitoon. Synnytysten hoitaminen ja neuvolasta saatu hoito oli koettu hyväksi. Haastatellut sanoivat, että Suomessa lapsille saatua hoitoa ei voinut verrata muihin maihin. He kokivat tärkeäksi myös sen, että lapset hoidetaan tärkeysjärjestyksessä ensimmäisinä:

”Täällä on hyvä, koska hoitavat lapset ensin, se on tosi hyvä asia.”

”Ei voi sanoa, että eivät hoida myös vanhempia. Mutta lapset kuitenkin voi hyvin, koko perhe voi hyvin. Ja muutkin hoitavat, mutta lapset ensin ja huomattavasti hoidetaan.”

Eräs haastatelluista kertoi lapsestaan, jolla oli synnytyksenvamma, joka aiheutti mm. sen, että paino ei noussut. Lapsi leikattiin Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa ja hänelle kehiteltiin oma korvausravinto, jonka saamisen ansioista lapsi alkoi kasvaa. Haastateltu äiti kertoi, että hän uskoo lapsen parantuvan nyt ihan hyvin.

Toinen haastateltu kertoi synnyttäneensä neuvolassa ja siitäkin oli jäänyt hyvin positiiviset kokemukset. Haastatellut kertoivat, että Suomessa raskaana oleva nainen ja lapset hoidetaan todella hyvin:

”Hän oli menossa viemässä siellä yksi lapsi neuvolaa ja sitten siellä syntyi vahinko. Heti hänet lähetetty Kotkaan, kaikki tehty valmis hyvin ja lapsi voi hyvin, hänellä ei ole mitään.”

”Tässä Suomessa raskaana nainen ja lapset hoitavat tosi tosi hyvin. Ei voi verrata muihin, se on ihan okei niinku pitäis olla.”

6.8 Kehittämisehdotukset

Pyysimme haastattelussa ryhmäläisiltä myös parannusehdotuksia saamiensa kokemusten perusteella. Tärkeimmäksi nousi toivomus omaisten läsnäolon mahdollistamisesta etenkin silloin, jos kyseessä on juuri maahan saapunut henkilö, joka ei osaa kieltä. He toivoivat, että kaukana, toisella paikkakunnalla, hoidettavan potilaan luona voisi tarvittaessa yöpyä. Ryhmäläiset toivoivat myös ymmärrystä hoitohenkilökunnalta, koska eivät vielä osaa ja tiedä kaikkea.

Naiset toivoivat voivansa hoitaa omia terveysasioita itsenäisemmin. He toivoivat, että heille kerrottaisiin hoitopaikoista, jolloin he voisivat itsenäisesti hakeutua hoitoon tai mennä vastaanotolle ilman saattajaa. He kokivat pärjäävänsä joskus ilman tulkkia-kin, mutta erityisesti saattajan jatkuva läsnäolo koettiin omatoimisuutta ja oppimista häiritseväksi. He toivoivat myös, että saisivat samaa sukupuolta olevan tulkin hoitotilanteissa:

”Joo, he sanovat, että tässä on ehdotus. Naisia, nainen tulkki.”

Turvapaikanhakijan mielestä olisi tärkeää, että myös vastaanottokeskuksessa saisi kaiken tarvittavan hoidon kaikissa hakuprosessin vaiheissa. Tämän hän koki tärkeä-

nä koska sairas turvapaikanhakija voi katkeroitua, kun ei saa tarvitsemaansa hoitoa. Aiemmin haastattelussa turvapaikanhakijoista mainittiin myös, että koska kaikkea hoitoa ei voi saada, he joutuvat kärsimään vaivasta siihen asti, kunnes saavat turvapaikan.

7 TUTKIMUKSEN TARKASTELU JA PÄÄTELMÄT

Pyrimme haastattelussa nostamaan esille kokemuksia monista eri terveystalvasta haastatteluteemojen avulla. Saimme kattavasti kokemuksia perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Ainoastaan mielenterveyspalvelujen osalta tulokset jäivät vajavaisiksi.

Riskinä tiedonsaannissa oli, että osalla ryhmästä ei olisi riittävästi kokemuksia terveydenhuollosta, koska he olivat asuneet Suomessa vain puoli vuotta. Toisaalta heidän kokemuksensa ovat tuoreessa muistissa ja heidän kokemuksensa kertovat hyvin kahden erilaisen kulttuurin kohtaamisesta. Teoriassa esille tuomamme kulttuurishokin vaiheista nämä ryhmäläiset kävivät läpi ensimmäistä ja toista vaihetta. Tälle siirtymävaiheelle tyypillistä on, että kuherruskuukauden aikana luotu positiivinen mielikuva uudesta kulttuurista saa negatiivisia piirteitä vastoinikäymisten alkaessa. Heidän osaltaan vastauksissa oli nähtävissä molempia piirteitä. (Räty 2002, 121.) Tiedossa olevan riskin välttämiseksi ja monipuolisten tulosten saamiseksi kutsuimme haastatteluun myös naisia, jotka ovat asuneet Suomessa pidempään, ja pyysimme tulkkia kutsumaan mukaan muitakin haastateltavia, koska meillä ei ollut tietoa muista samaan kieliryhmään kuuluvista naisista.

Jotkin kulttuurierot koettiin vaikeana, mutta haastattelussa tuli esille myös ryhmäläisten halua sopeutua suomalaiseen kulttuuriin ja oppia suomen kieli. He kaipasivat lisää tietoa terveystalvasta. Hyvänä esimerkkinä hoitokulttuuriimme sopeutumisesta oli se, että heidän kulttuurissaan he olivat tottuneet siihen, että nainen hoitaa naisen terveyttä. Suomessa mieslääkäriä tai -hoitajaa ei koettu ongelmaksi, koska he tiedostivat sen kuuluvan suomalaiseen hoitokulttuuriin.

Suomalainen yksilökeskeinen hoitokulttuuri koettiin suurena ongelmana omaisen sairastuessa. He kokivat epäreiluna sen, etteivät saaneet hoitaa omaistaan sairaalassa ja olla tämän luona. Asian ongelmallisuutta lisäsi se, että sairaalan tarjoama perushoito oli puutteellista ja lisäsi potilaan ongelmia entisestään. Mikäli omainen olisi saanut

osallistua hoitoon, potilaan kommunikointi hoitohenkilökunnan kanssa olisi helpottunut. Joka hoitokerralla ei ollut mukana tulkkia tai omaista, joka olisi voinut kertoa omaisen tuntemuksista henkilökunnalle. Lisäksi potilaan kommunikointi tulkin välityksellä oli omaisten mielestä vaikeaa potilaan puhevian takia. Tämä johti siihen, ettei potilas pystynyt viestimään tarpeistaan ja hänet saatettiin jättää kipua tuottavaan asentoon, eikä hänellä ollut keinoja ilmaista kivuntunnetta ja lisäksi hän tunsii olonsa yksinäiseksi.

Koska yhteisöllisessä kulttuurissa yksilön sairastuminen koskettaa koko yhteisöä ja potilasta hoidetaan yhteisön kesken, aiheutti potilaan yksinolo sairaalassa huolta ja kärsimystä sairaan omaisen lisäksi myös koko perheyhteisölle (Schubert 2007, 124 – 125). Koska heidän kulttuurinsa on yhteisökeskeinen, yksinolo koettiin todella vahingollisena. Haastattelijoina koimme yllättävänä haastateltavien suhtautumisen yksinäisyyteen. Hyvästä hoidosta huolimatta, he uskovat potilaan voivan jopa kuolla yksinäisyyteen. Näemme kuoleman länsimaisessa kulttuurissa fyysisestä syystä aiheutuvana tilana, minkä takia meistä kuulostaa käsittämättömältä se, että yksinäisyyteen voisi kuolla. Myös painajaiset ja pahat ajatukset aiheutuvat heidän mukaansa yksinolosta.

Tulokset kertovat siitä, että yksilökeskeiseen kulttuuriin sopeutuminen on hyvin vaikeaa ja aiheuttaa hoidettavalle ja hänen läheisilleen suuria ongelmia. Suomalaista hoitokulttuuria voisi kehittää asiakaslähtöisempään suuntaan, jotta asiakkaan yksilölliset, hoitoa tukevat, tarpeet huomioitaisiin. Maahanmuuttaja-asiakkaiden lisäksi myös suomalainen asiakaskunta hyötyisi yhteisökeskeisemmästä hoitomallista, jossa asiakkaan omaiset voisivat osallistua hoitoon. Omaisten aktiivisuus vahvistaisi asiakkaan sosiaalista tukiverkostoa ja toisi helpotusta terveydenhuoltoalan kasvavaan resurssipuulaan. Toisaalta omaisten ohjaus ja sairaalassa oleskelusta aiheutuvat järjestelyt vievät resursseja. Suomessa järjestely on käytössä lasten kohdalla, mutta aikuis- ja vanhuspotilaiden omaisille ei tarjota tällaista mahdollisuutta hoitolaitoksen, eikä omaisen työnantajan puolelta.

Omaisten läsnäolo vähentäisi myös tulkin käytön tarvetta. Tulkkipalvelut ovat kalliita ja vaikeasti saatavilla Suomessa harvinaisempien kielten osalta, siksi ympärivuorokautinen tulkin käyttö on käytännössä mahdotonta. Lain mukaan hoitotilanteessa pitäisi käyttää ammattitulkkia, mutta ympärivuorokautisessa sairaalahoidossa omaisen apu käytännön hoitotilanteessa on korvaamaton (Kielilaki 01.01.2003 / 473).

Kieliongelmat rasittavat hoitohenkilökuntaa ja asiakkaan ongelman selvittäminen jää pinnalliseksi. Ryhmäläisten mukaan hoitohenkilökunta ei aina vaivaudu käyttämään tulkkia ja saattaa tehdä jopa vääriä johtopäätöksiä hoidon suhteen. Tämä voi johtua siitä, että maahanmuuttajan asioiden hoitaminen on vaativampaa ja vie enemmän resursseja. Tutkimuksissa on tullut esille, että hoitohenkilökunnalta puuttuu tieto monikulttuurisesta hoitotyöstä, mikä voi myös olla syynä siihen, että tulkin käytölle ei koeta tarvetta. Hoitohenkilökunta saattaa tuntea tulleensa ymmärretyksi, sillä asiakas ei välttämättä osaa tai uskalla kyseenalaistaa kuulemaansa. (Sainola-Rodriguez 2009, 13.)

Tulkin valinnassa potilaan kulttuuri on huomioitava yhteistyön onnistumiseksi. Tähän vaikuttaa muun muassa tulkin sukupuoli. Meillä haastattelutilanteessa tulkkina toiminut nainen on tehnyt asioimistulkkausta jo vuosia. Hän esitti huolen siitä, että miestulkkien kanssa asioineilla naisilla on jäänyt hoidon kannalta olennaisia asioita mainitsematta. Ryhmäläiset sanoivat, että eivät ole voineet kertoa lääkärin tarvitsemia tietoja miestulkin välityksellä. Laki ei vaadi, että tulkki olisi samaa sukupuolta tulkattavan kanssa, minkä takia tulkin sukupuolta ei voi valita (Kielilaki 1.1.2003 / 473). Eettisesti ja hoidon onnistumisen kannalta tulkin sukupuolella on kuitenkin suuri merkitys. Vaikka laki ei velvoita hankkimaan samaa sukupuolta olevaa tulkkia, voisi tällainen järjestely kuitenkin nopeuttaa hoitoa, parantaa hoidon laatua ja vähentää vastaanottoikäntejä, vaikka tulkin etsiminen olisi työläämpää. Ryhmäläiset eivät tuoneet ilmi tulkin kulttuuritaustan merkitystä, mutta joillain muilla kansanryhmillä tällä saattaisi olla merkitystä tulkkauksen onnistumisen kannalta.

Kaikki haastattelemamme naiset halusivat oppia suomen kielen nopeasti, jotta pystyisivät käyttämään terveydenhuollon palveluita itsenäisesti. Tämä tarkoittaa haastateltujen naisten kohdalla sitä, että tulkikustannuksista päästään kokonaan eroon, suomen kielen taitojen ollessa riittäviä. Tuloksia voi yleistää ainakin afrikkalaisista kulttuurista tuleviin asiakkaisiin, koska tulkin käyttö on heidän mukaansa vaikeaa siksi, että kulttuurissa ei ole tapana säilyttää salaisuuksia. Toisaalta joidenkin haastateltujen mielestä vieraassa kulttuurissa asioiminen tuntui alussa helpommalta, kun paikalla oli samaa kulttuuria edustava tulkki. Uuden kulttuurin tuntemuksen lisääntyessä ja kielitaidon lisääntyessä tulkkia ei tarvita enää edes henkiseksi tueksi. Haastattelun tulosten perusteella pitäisimme tärkeänä tulkin valintaan panostamista hoidon sujuvu-

den ja laadun takaamiseksi kotoutumisen alkuvaiheessa, sekä riittävää suomen kielen opetusta itsenäistymisen tueksi.

Kaikki haastatellut halusivat pystyä hoitamaan terveysasioitaan itsenäisesti. Jatkuva saattajan mukana olo koettiin kielteiseksi ja omatoimisuutta rajoittavaksi tekijäksi. Lisäksi tiedon puute koettiin erittäin suurena ongelmana. He halusivat lisää tietoa suomalaisesta hoitokulttuurista, hoidon saantimahdollisuuksista ja hoitopaikoista. Heitä huolestuttaa itsenäinen selviäminen asioiden hoidossa saattajan puuttuessa, koska he eivät ole saaneet riittävästi tietoa asioiden itsenäisestä hoidosta. Haastattelussa tuli ilmi, että saattajan puute on johtanut jopa väärään hoitopaikkaan menemiseen. Tiedon puutteesta johtuen ongelmien selvittämiseen kuluu näin ollen turhaan resursseja.

Mahdollisimman nopea itsenäinen asioiden hoito tulee edullisemmaksi yhteiskunnalle sekä edistää kotoutumista ja uskoa omiin selviytymismahdollisuuksiin uudessa kulttuurissa. Toisaalta saattaja näkee realistisemmin maahanmuuttajan sen hetkiset selviytymismahdollisuudet, minkä takia maahanmuuttajan tukena ollaan jatkuvasti. Koska maahanmuuttaja ei vielä tunne kulttuuria kunnolla, saattaa hän uskoa liikaa omiin selviytymismahdollisuuksiinsa ja kokea jatkuvan saattamisen häpeällisenä. Maahanmuuttajien kanssa toimivien henkilöiden tulisi sopia asiakkaan kanssa siitä, missä määrin apua ja tukea annetaan, jotta maahanmuuttajaa ei kohdeltaisi liian avuttomana ihmisenä, eikä myöskään jätettäisi häntä hoitamaan asioitaan. Naiset halusivat tietoa myös terveyteen liittyvistä asioista. Koemme tärkeäksi pakolaisille annettavan terveysvalistuksen ja mahdollisten koulutusten järjestämisen, sillä heillä ei välttämättä ole käsitystä terveyteen vaikuttavista asioista ja sairauksien ennaltaehkäisystä ja itsehoitosta.

Kulttuuri- ja kielieroista johtuvista syistä hoidon saatavuus koettiin hankalaksi. Toisaalta haastatellut kokivat myös samanlaisia ongelmia kuin suomalaisväestö, kuten pitkän odotusajan ja palvelurakenteen monimutkaisuuden. Hoidon saamisessa voi kestää useita kuukausia, jolloin sairaus voi pahentua. He toivat myös esille, että hoidon tarvetta ei enää välttämättä ole kuukausien odotuksen jälkeen. Myös meidän mielestämme suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän hoidon laatu on hyvää, mutta se ei ole oikea-aikaista eikä sen takia myöskään riittävän tehokasta. Tämä tulee esille erityisesti erikoissairaanhoidopalveluiden saannissa. Myös suomalaisväestö kokee välillä palvelurakenteen monimutkaiseksi, koska palveluja saa useasta eri paikasta, eikä tiedotus

näistä ole riittävää. Tämä ei ole siis yllätys, että asia näyttäytyy monimutkaisena myös maahanmuuttajalle.

Haastateltujen mielestä hoito Suomessa on hyvää, vaikka hoitoon pääseminen kestää joskus kauan. Koska suomalainen hoitokulttuuri painottuu ennaltaehkäisyyn, näyttäytyy hoito maahanmuuttajille ehkä siksi parempana ja perusteellisempänä (Terveyspalvelut 2009). Alhaisen elintason maissa ei ole resursseja ennaltaehkäisevään hoitoon, minkä takia suomalainen hoitokäytäntö oli yllättävää haastateltujen mielestä. Ennaltaehkäisevä hoitokäytäntö on heille niin vieras, että he ajattelivat sen olevan tyypillistä juuri suomalaiselle hoitokulttuurille. Hyvänä asiana tuli ilmi, että haastatellut kokevat olevansa samanlaisessa asemassa hoidon suhteen kuin suomalaiset. Heillä ei kuitenkaan ole vertailukohtaa, joten he eivät välttämättä huomaa kaikkia syrjimyksen muotoja. Teoriassa toimme ilmi, että maahanmuuttaja-asiakkaiden saama hoito on huonompaa kuin suomalaisten (Sainola-Rodriquez 2009, 13). Vaikka kokemus tasa-arvoisesta hoidosta on subjektiivinen, hoidon on täytynyt kuitenkin olla suurimmaksi osaksi hyvää ja tasa-arvoista, sillä mistään heidän kertomastaan ei tullut ilmi syrjintää.

Mielenterveyspalveluiden saatavuudesta ei herännyt keskustelua haastateltujen kesken, mutta tulkin mukaan mielenterveyspalveluja on kuitenkin saatavilla, jos niitä tarvitsee. Mielenterveysasiat ovat heidän kulttuurissaan niin henkilökohtaisia ja jopa hävettäviä, että emme olettaneet saavamme paljon tietoa asiasta. Mielenterveysongelmia ei edes välttämättä tunnusteta heidän kulttuurissaan, eikä näin ollen myöskään mielletä sairaudeksi.

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut koettiin niin hyviksi, että niitä on mahdotonta verrata muihin. Haastateltujen mukaan hoidon pitääkin mennä niin, että lapset hoidetaan ensin. Tämä kertoo siitä, että heidän kulttuurissaan lapset ovat tärkeitä, mutta resursseja lasten hoitoon ei ole. Suomalaisessa lasten hoidossa keskitytään sairauden hoidon lisäksi, kasvun ja kehityksen seurantaan, sekä tukemiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Pohdimme, että kehitysmaista tulleet maahanmuuttajat huomaavat lasten saaman hoidon tärkeyden ja vaikutuksen paremmin, koska heidän kotimaassaan lapsikuolleisuus on hoidon puutteen takia suurempi.

Luottamus myös lasten saamaan hoidon laatuun on hyvä. Tämä johtuu varmasti heidän saamistaan positiivisista kokemuksista suomalaisen hoidon suhteen. Luottamus

hoitohenkilökuntaan on niin suuri, että lapselle voi tehdä erilaisia terveyteen liittyviä tarkastuksia koulussa ja päivähoidossa ilman ennakoilmoitusta vanhemmille.

Emme saaneet turvapaikanhakijan kokemuksia kattavasti, koska haastattelutilanteessa oli ainoastaan yksi turvapaikanhakija vastaanottokeskuksesta. Hän kertoi myös yleisiä mielipiteitä turvapaikanhakijoiden palveluista. Vastaanottokeskuksessa saatava terveydenhoito on riittämätöntä turvapaikanhakijoiden terveydentilaan nähden. Palveluiden laajuuden määrittäminen on hyvin ristiriitaista, koska Suomen valtiolla ei ole velvollisuutta järjestää terveyspalveluja muiden maiden kansalaisille (Pirinen 2008). Haastateltava turvapaikanhakija mainitsi myös pitkään turvapaikanhakuprosessiin liittyvät ongelmat. Koska turvapaikanhakuprosessi kestää pitkään, eikä kaikkia tarvittavia terveydenhuoltopalveluita saa, voi turvapaikanhakija katkeroitua ja alun pitäen pienet terveysongelmat voivat muuttua suuremmiksi. Turvapaikanhakijan saatua myönteisen turvapaikkapäätöksen yhteiskunnalla on hoidettavanaan mahdollisesti katkeroitunut ja entistä sairaampi hoidettava. Lisäksi pitkä odotusaika lisää mielenterveysongelmien riskiä. Teoriassa esille tuomiemme tutkimusten mukaan, mielenterveysongelmat ovat turvapaikanhakijoiden yleisimpiä ongelmia (Pirinen 2008). Mikäli turvapaikanhakuprosessia nopeutettaisiin, turvapaikanhakijasta aiheutuvat kustannukset vähentyisivät ja turvapaikanhakijan toimintakyky pysyisi yllä paremmin.

Tulosten tarkastelun ja pohdinnan jälkeen, ehdotamme seuraavia jatkotutkimusaiheita. Tuloksissa nousi esille paljon kulttuurieroista johtuvia asioita, jotka vaikuttavat maahanmuuttajan terveydenhoitoon ja hoidon kokemiseen. Jotkin asiat olivat meille täysin odottamattomia ja siksi ehdotamme tutkittavaksi eri kulttuurien sairaus- ja terveyskäsitteitä. Aiheesta ei ole myöskään paljon teoretietoa. Myös muista tutkimuksissa esille tulleista asioista voisi tehdä lisätutkimuksia. Tutkimuksessamme on haastateltu vain yhtä kulttuuriryhmää ja tulokset eivät ole siksi yleistettävissä. Myös otoksen koko on pieni kattavia johtopäätöksiä ajatellen. Siksi ehdotamme esille nousseita asioita määrällistä tutkimusta suuremmalla otoksella. Ehdotamme myös tutkimusta asioimistulkkiensa kokemuksista terveydenhuollon palveluja tulkattaessa. Koimme aiheen eriävän liiaksi omasta tutkimustehtävästämme, minkä takia rajasimme tulkkiensa lomakehaastattelun pois työstämme. Tulkeilta saa monipuolista tietoa asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kohtaamisesta. Useampaa eritaustaista tulkkiä haastateltaessa tulokset ovat kattavampia ja näin saadaan tietoa useasta eri kulttuurista.

LÄHTEET

- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Asikainen, M. & Siikamäki, H. 2009. Maahanmuuttajat ja perusterveydenhuolto. Lääkärin käsikirja. Terveysportti –internetsivusto. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti> [Viitattu: 8.11.2010].
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Osuus-kunta Vastapaino.
- Halla, T. 2007. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. Duodecim 123: 469 - 475.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi maahanmuuttajan erityistuesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 145/2002. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlexin internetsivut. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2002/20020145> [viitattu 4.11.2010].
- Kidutettujen kuntoutuskeskus. Helsingin Diakonissalaitos. Saatavissa: <http://www.hdl.fi/fi/maahanmuuttajat/kidutettujen-kuntoutuskeskus> [viitattu 1.4.2011]
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Huttunen, M. & Pakaslahti, A. Kulttuurit ja lääketiede. 2010. Teoksessa: Blomerus, S., Bäärnhielm, S., Hagert, T., Halla, T., Huttunen, M. (toim.), Hyypä, M., Karlsson, H., Kirmayer, L., Kruus, J., Lehti, V., Malin, M., Mezzich, J., Mölsä, M., Oroza, V., Pakaslahti, A. (toim.), Pirinen, I., Raaska, K., Ruuskanen, H., Saraneva, K., Schubert, C., Suvisaari, J., Tiilikainen, M., Vainio, A., Viljanen, A. & Väisänen, E. 1. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Keituri, T. 2005. Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa. Tehyn julkaisusarja F; 4/2005. Erikoistyö. Turun yliopisto.

Kielilaki 6.6.2003/423.

Kiintiövalinta. Maahanmuuttoviraston internetsivusto. Saatavissa:

<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?article=3269> . [viitattu 4.11.2010]

Kotouttaminen. Kunnat.net -internetsivut. Saatavissa:

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;121;43719;89755 [viitattu 10.8.2010].

Kouvolan maahanmuutto-ohjelma 2010 – 2016. 2010.

Kurri Satu, Kouvolan kaupungin maahanmuuttokoordinaattori. Haastattelu 2010.

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 9.4.1999/493.

Leino, T. 1999. Terveystuolloon ohjeistukset turvapaikanhakijoiden osalle. Kansanterveys-lehti 9/1999. Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1999/9_1999/terveydenhuollon_ohjeistukset_turvapaikanhakijoiden_osalle. [Viitattu: 4.11.2010]

Maahanmuuttaja. Maahanmuuttoviraston internetsivut. Saatavissa:

<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=2761#6>. [viitattu 4.11.2010].

Maahanmuuttajien terveys. Suomen Lääkärilehti. FiMnet –internetsivusto. Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000030517> [Viitattu 1.11.2010]

Maailman pakolaistilanne. Suomen pakolaisavun internetsivut. Saatavissa:

http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/maailman_pakolaistilanne [viitattu 4.11.2010]

Maamu –hanke. THL:n internetsivut. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=22101 [viitattu 31.3.2011]

Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala. Vammalan kirjapaino oy.

Monikulttuurisuus ja maahanmuutto. Kuntatiedon keskuksen internetsivut. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;121;43719 [viitattu 10.11.2010].

Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE -julkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf [viitattu 4.11.2010].

Pakolaiskiintiö. Maahanmuuttoviraston internetsivut. Saatavissa: <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476,2538> [viitattu 4.11.2010].

Pakolaisuus Afrikassa. Suomen Pakolaisavun internetsivut. Saatavissa: http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/maailman_pakolaistilanne/afrikka [viitattu 8.11.2010].

Pakolaisuus Suomessa. Suomen Pakolaisavun internetsivut. Saatavissa: http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/pakolaisuus_suomessa/suomi_kohdemaana [viitattu 4.11.2010].

Pakolaiset. Maahanmuuttoviraston internetsivut. Saatavissa: <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476,2540> [viitattu 4.11.2010].

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:21. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11112.pdf [Viitattu: 4.11.2010].

Perustietoa pakolaisuudesta. UNHCR:n internetsivut. Saatavissa: http://www.unhcr.no/fi/Basics/refugee_fi.html#4 [viitattu 4.11.2010].

Pirinen, I. 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11033> [viitattu 1.11.2010].

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen – Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Sariola, S. 2001. Psykkiset syyt selittävät monien pakolaisten oireita. Suomen Lääkärilehti 27 - 29/2001, s. 2874 – 2876.

Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Edita.

Statistical Snapshot. UNHCR:n internetsivut. Saatavissa: <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/page?page=49e45c366> [viitattu 5.11.2010].

Suomen Mielenterveysseura. SOS – kriisikeskuksen internetsivut. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/mielenterveysseura> [viitattu 1.4.2011].

Terveyspalvelut 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut [viitattu 14.1.2011].

Tietoa UNHCR:stä. UNHCR:n internetsivut. Saatavissa: http://www.unhcr.no/fi/Admin/admin_index_fi.html [viitattu 4.11.2010].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Turvapaikanhakijat ja pakolaiset. Tilastokeskuksen internetsivut. 2010. Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#turvapaikanhakijat [viitattu 4.11.2010].

Vainikainen, T. 2002. Monikulttuurista terveystieteitä, kulttuurien kohtaamisessa auttaa kysyminen ja ymmärtäminen. Suomen lääkäri-lehti 41, s. 4114 – 4116.

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala

Erika Wendelin, Maria Ripatti

Hei!

Olemme Kymenlaakson ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä aiheesta *Pakolaisnaisten kokemuksia suomalaisista terveyspalveluista*. Opinnäytetyö on pienimuotoinen tutkimus, jonka teemme yhteistyössä maahanmuutto-koordinaattori Satu Kurrin kanssa.

Kutsumme Sinut yhteiseen keskustelutilaisuuteen Maahanmuuttotoimistolle (Kauppalankatu 6 -8A 4.kerros, Kouvola) 23.11.2010, klo 16:00.

Keskustelutilaisuus on ainoastaan naisille, myös tulkki ja haastattelijat ovat naisia. Keskustelutilaisuus on luottamuksellinen ja mitään henkilöllisyystietoja ei käytetä tutkimuksessa. Toivomme, että kokemuksenne auttavat kehittämään pakolaisten saamaa terveydenhuoltoa Suomessa ja edistämään kulttuurien välistä yhteisymmärrystä.

Olet lämpimästi tervetullut keskustelemaan kanssamme. Tarjolla on myös pientä syötävää. Meihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä, puh.

Ystävällisin terveisin,

Erika Wendelin

Maria Ripatti

Tangazo

Mtaalamu wa elimu ya juu ya Kymenlaakson

Jamii na huduma za afya

Erika Wendelin, Maria Ripatti

Jambo!

Sisi ni wanafunzi wa mtaalamu wa elimu ya juu ya kymenlaakson ambayo tuna jifunza kiganga. Tuna tumika ndani ya uzoefu wanawake wakimbizi wanayo mbele za huduma za afya za wa finni. Sabjekti na utafiti ambayo tunatumika pamoja na Satu Kurri ambaye anaangalia mambu ya wageni apa mjini Kouvola. Tunawaalika kwa mazungumzo ambayo tumetayarisha pale ofisi ya wageni.

(Kauppalankatu 6-8A Floor 4, Kouvola) Tarehe 23.11.2010 saa kumi za jioni(16:00)

Mazungumzo imeangalia wanawake tu. Wageuzaji ya luga na wanaye wauliza pia ni wanawake.

Majadiliano ni siri na hakuna utambulisho wala kutaja jina ja mtu wala mambo alioeleza.

Tunamatumaini ya kwamba uzoefu wenu itasaidia kuendeleza matunzo ya wakimbizi mjini Finlandia kua eshima ya utamaduni ya wakimbizi na masikilizano na akili.

Karibuni sana wote mume karibishwa katika mazungumzo pamoja nasi.

Katika mazungumzo tumewatarishia pia chakula kidogo.

Munaweza kutupigia kama mukiwa na lazima, kwenye namba zetu:

Dhati

Erika Wendelin

Maria Ripatti

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
Ishami ry, ubuzima n,imibereho myiza y,abaturage
Erika Wendelin , Maria Ripatti

Mukomere,

Turi abanyeshuli bo mw,ishuli ry,imyuga ryisumbuye, mw,ishami ry,ibyereke kwita ku buvuzi n,imibereho myiza y,abaturage. Turi gutegura gukora igitabo umuntu akora arangije ishuli, icyo gitabo tukagikora ku byerekeye ibyo impunzi zigenda zihura nabyo mu buvuzi n,ibindi byose bijyanye n,imibereho myiza bahabwa na Finland.

Uwo mulimo tuwukora mu buryo bwo gushakashaka, tukaba tubifashwamo na Satu Kuri ushinzwe Ibiro bikuru bishinzwe imibereho myiza y,abanyamahanga. Tukaba tugutumiye mu kiganiro tuzagirana mu biro by,abasosiali (Kauppalankatu 6 - 8A muri etage ya 4, Kouvola. kw,italiki **23.11.2010 saa kumi (16h:00)**).

Ikiganiro kigenewe abagore gusa, ndetse n,abasemuzi n,abazababaza ibibazo bose bagomba kuba ari abagore. Ikiganiro cyacu kizakorerwa mu kizere, ibintu byose bireba umuntu ku giti cye ntabwo tuzabikoresha mu bushakashatsi bwacu.

Ikifuzo cyacu ni ukugira ngo ubushakashatsi bwacu bugire icyo bwungura ku buzima n,imibereho myiza y,impunzi muri Finland no kugira ngo tubashe kumvikana ku byerekeye imitandukanire y,imico yacu.

Tukwifurije kuza neza muri icyo kiganiro, hateganijwe no kwiyakira (kurya no kunywa) .

Udukeneye wadushakira kuri izi telephone :

Turabasuhije n,umutima mwiza:

Erika Wendelin

Maria Ripatti

HAASTATTELUN TEEMAT

1. Miltä teistä tuntui tulla Suomeen ja millaista täällä on ollut asua?
2. Millaisia eroavaisuuksia olet huomannut oman ja suomalaisen kulttuurin välillä? Onko uusi ja vanha kulttuuri helppo yhdistää?

PERUSTIEDOT

3. Ikä
4. Lähtömaa
5. Kuinka pitkään olet asunut Suomessa? Oletko asunut vastaanottokeskuksessa Suomessa?
6. Onko sinulla Suomessa lapsia ja muuta perhettä?

TERVEYSPALVELUT (hoitajan vastaanotto, lääkärin vastaanotto, laboratorio, ensiapupoliklinikka, kirurgia, sisätaudit, synnytykset, lasten- ja äitiysneuvola, kouluterveydenhuolto, hammashoito)

7. Millaista hoitoa sinä tai perheenjäsenesi olet saanut Suomessa? Kerro saamistasi kokemuksista.
8. Mistä olet saanut tietoa terveydenhoitopalveluista? Oletko saanut tarpeeksi tietoa hoitomahdollisuuksista?
9. Mitä mieltä olet saamastasi hoidosta?
10. Onko suomalaisessa terveydenhoidossa ollut mielestäsi jotain yllättävää?

VUOROVAIKUTUS

11. Millaisia suomalaiset hoitajat ja lääkärit ovat mielestäsi?
12. Onko maahanmuuttajatausta vaikuttanut mielestäsi saamaasi hoitoon?
13. Miten tulkin läsnäolo vaikuttaa hoitotilanteeseen?

KEHITTÄMISEHDOTUKSET

14. Koetko saaneesi riittävästi apua terveysongelmiisi?
15. Mitä suomalaisessa terveydenhuollossa voisi tehdä eri tavalla, jotta se vastaisi paremmin pakolaisten tarpeita?
16. Saako pakolainen Suomessa riittävästi apua vaikeisiin kokemuksiinsa?
17. Tuleeko vielä mieleen jotain lisättävää aiheeseen liittyen?