

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Milla Mononen
Minna Virranta

KULTTUURISET EROT MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Toukokuu 2021

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Kulttuuri ja mielenterveys käsitteinä	6
2.1	Kulttuuri	6
2.2	Monikulttuurisuus	8
2.3	Mielenterveys	8
3	Mielenterveyshoitotyö Suomessa	10
3.1	Mielenterveystyö ja mielenterveyshoitotyö	10
3.2	Lait ja eettiset periaatteet	12
3.3	Mielenterveysongelmat ja niiden hoito	12
4	Suomessa esiintyvien kulttuurivähemmistöjen mielenterveys	14
4.1	Suomen romanit	14
4.2	Saamelaiset	16
5	Maahanmuuttajien ja pakolaisten mielenterveys Suomessa	18
5.1	Kurdit	20
5.2	Somalit	21
6	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	23
7	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	24
7.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	24
7.2	Aineistonkeruuprosessi	25
7.3	Aineiston analyysi	26
7.4	Aineiston rajaus, haku ja valinta	28
8	Tulokset	31
8.1	Kulttuurinen kompetenssi ja sen vaikutus hoidon laatuun	31
8.2	Hoitoon liittyvät haasteet	33
8.3	Kulttuuritaustan vaikutus mielenterveyteen	36
8.4	Trauman vaikutus mielenterveyteen	38
9	Pohdinta	40
9.1	Tulosten tarkastelu	40
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	44
9.3	Ammatillinen kasvu	48
9.4	Opinnäytetyön prosessi, hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat	49
	Lähteet	51

Liitteet

Liite 1	Tiedonhakutaulukko
Liite 2	Tutkimusaineisto
Liite 3	Tulosten luokittelu
Liite 4	Laadullisen tutkimuksen laadun arviointitaulukko



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2021
Sairaanhoidajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät

Milla Mononen, Minna Virranta

Nimeke

Kulttuuriset erot mielenterveyshoitotyössä – Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Toimeksiantaja

Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Monet kulttuurivähemmistöjen edustajat ovat eriarvoisessa asemassa asioidessaan terveydenhuollossa. Lisääntynyt monikulttuurisuus vaatii hoitotyön ammattilaisilta kulttuurista kompetenssia, mikä tarvitsee kehittyäkseen sitä tukevaa koulutusta. Hoitotyön ammattilaisten kulttuurisen kompetenssin vahvistaminen on perusedellytyksenä tasa-arvoisen ja hyvän hoidon toteutumiselle.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa monipuolista ja luotettavaa tietoa kulttuurisista eroista mielenterveyshoitotyössä. Tavoitteena oli saatujen tulosten hyödynnettävyys hoitoalan opiskelijoiden koulutuksessa. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa. Valitut tutkimuskysymykset olivat: Miten kulttuurinen kompetenssi vaikuttaa mielenterveyshoitotyöhön? Mitä tulee huomioida työskennellessä mielenterveyshoitotyössä aikuisen kulttuuriseen vähemmistöön kuuluvan potilaan/asiakkaan kanssa? Opinnäytetyön aineisto koostui kolmestatoista tutkimusartikkelista, jotka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Toimeksiantajana toimi Karelia-ammattikorkeakoulu.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että tarve kulttuurista kompetenssia tukevalle koulutukselle on merkittävä. Eri kulttuuritaustaisten hoitoon voi liittyä monenlaisia haasteita, jotka voisivat olla vältettävissä ammattilaisten kulttuurisen kompetenssin kehittämällä. Kulttuurivähemmistöjen edustajat kokevat kantaväestöä useammin syrjintää ja kulttuuristaan liittyviä haasteita, jotka voivat vaikuttaa heikentävästi yksilön mielenterveyteen. Kulttuurisen kompetenssin tukemiseen tulisi kiinnittää huomiota jo hoitotyön opiskelijoiden koulutuksessa.

Kieli
suomi

Sivuja 59
Liitteet 4
Liitesivumäärä 9

Asiasanat

kulttuuriset erot, monikulttuurisuus, mielenterveyshoitotyö, mielenterveys



THESIS
May 2021
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Authors

Milla Mononen, Minna Virranta

Title

Cultural Differences in Mental Health Nursing – A Narrative Literature Review

Commissioned by

Karelia University of Applied Sciences

Abstract

Many representatives of cultural minorities are in an unequal position when it comes to visiting healthcare services. Increased multiculturalism requires health care professionals to have cultural competence, which requires training to promote it. Strengthening the cultural competence of healthcare professionals is a basic precondition for the implementation of equal and good care.

The purpose of the thesis, commissioned by Karelia University of Applied Sciences, was to yield diverse and reliable information about cultural differences in mental health care nursing. The aim was to use the results obtained in nursing education. The thesis was carried out in the form of a narrative literature review. The research questions were: How does cultural competence affect mental health care nursing? What should be considered when working in mental health nursing among adult patients/clients of cultural minority? The material of the thesis consisted of thirteen research articles, which were analysed using a data-driven content analysis method.

Based on the results, it can be concluded that the need for training that promotes cultural competence is significant. The care of people from different cultural backgrounds can be associated with a variety of challenges that could be avoided by developing the cultural competence among healthcare professionals. Representatives of cultural minorities are more likely than the native population to experience discrimination and cultural background challenges that can have a detrimental effect on an individual's mental health. Promoting cultural competence should be considered already in the education of nursing students.

Language
Finnish

Pages 59
Appendices 4
Pages of Appendices 9

Keywords

cultural differences, multiculturalism, mental health nursing, mental health

1 Johdanto

Jokainen Suomessa pysyvästi asuva henkilö on oikeutettu hyvään hoitoon. Hyvä hoito tarkoittaa käytännössä sitä, että jokainen terveydenhuollon palveluita tarvitseva saa tilanteensa edellyttämää ja asiantuntevaa apua. Potilaan yksilölliset tarpeet, kuten äidinkieli ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Jo vuosisatojen ajan Suomi on ollut monikulttuurinen maa. Suomen perinteisten kulttuurivähemmistöjen lisäksi lisääntynyt maahanmuutto on tuonut Suomeen ihmisiä eri kulttuuritaustoista (Nieminen, Sutela & Hannula 2014, 3; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020a.) Kasvava kulttuurin monimuotoisuus heijastuu myös terveydenhuollon asiakaskuntaan, mikä tarkoittaa lisääntynyttä tarvetta henkilökunnan kulttuurisen osaamisen kehittämiseksi (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 7). Kulttuurierot voivat ilmetä erilaisina näkemyksinä ja käyttäytymistapoina, mikä voi kulttuurintuntemuksen ollessa puutteellista johtaa väärinymmärryksiin (Schubert 2017, 131).

Opinnäytetyön aihe valittiin valmiista toimeksiannosta, yhteisestä mielenkiinnosta mielenterveyshoitotyötä ja kulttuureja kohtaan. Lisääntyneen monikulttuurisuuden, mutta vähäisen tutkimustiedon myötä aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa luotettavaa ja monipuolista tietoa kulttuurisista eroista aikuisten mielenterveyshoitotyössä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa. Tavoitteena on tulosten hyödynnettävyys hoitotyön opiskelijoiden koulutuksessa. Valitut tutkimuskysymykset ovat: Miten kulttuurinen kompetenssi vaikuttaa mielenterveyshoitotyöhön? Mitä tulee huomioida työskennellessä mielenterveyshoitotyössä aikuisen kulttuuriseen vähemmistöön kuuluvan potilaan/asiakkaan kanssa? Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Karelia-ammattikorkeakoulu.

2 Kulttuuri ja mielenterveys käsitteinä

2.1 Kulttuuri

Kulttuuri on yhdistelmä uskomuksia ja tapoja. Esimerkiksi uskonto, ruoka, opitut tavat tai musiikki ovat osa kulttuuria ja näin ollen yhdistävät tiettyä ihmisryhmää (Brathwaite, Hinds, Seray-Wurie, Craig, McGraw & Lambert 2020, 9–10). Kulttuurin voidaan ajatella siirtyvän sukupolvelta toiselle ja muuttavan hieman muotoaan ajan myötä (Schubert 2017, 105). Yksilöllisessä kulttuurissa on tärkeää saada olla oma itsensä ja myös toteuttaa itseään sellaisena kuin on. Saavutukset elämässä tehdään itseä varten ja myös ihmissuhteet valitaan itse. Tällöin henkilön minäkuva on muista henkilöistä riippumaton. Yhteisöllisessä kulttuurissa identiteetti määrittyy ryhmän mukaan, johon on synnytty. Yksilön tärkein prioriteetti on ryhmän yhteisen hyvän edistäminen. (Wellman 2017, 32–33.)

Kulttuurisia eroja itsemurhan motiiveissa tarkastelleessa tutkimuksessa voitiin tunnistaa kuusi kulttuuriperäistä teemaa sille, miksi ihmiset harkitsevat itsemurhaa. Teemat voitiin jakaa intrapersonallisiin ja interpersoonallisiin tekijöihin. Intrapersonallisilla tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi henkilön käsityksiä itsestään sekä koettuja tunteita itseään kohtaan. Interpersoonalliset tekijät liittyvät ympäristöön. Niitä voivat olla ihmissuhdetekijät, mielenterveyden ja fyysisen terveyden tila sekä ulkoiset ympäristötekijät kuten työttömyys, koettu pahoinpitely tai taloudelliset vaikeudet. Tulokset osoittavat, että yhteisökeskeisemmissä kulttuureissa itsemurhan motiivit liittyivät epätodennäköisemmin intrapersonallisiin tekijöihin kuin yksilökeskeisemmissä kulttuureissa. (Chu, Khoury, Ma, Bahn, Bongar & Goldblum 2017, 1352–1354.)

Kulttuuritausta vaikuttaa sairauden oireiden kokemiseen eli siihen, millaisia ja kuinka paljon oireita esimerkiksi erilaiset mielenterveyshäiriöt aiheuttavat ihmisessä. Myös terveyden käsite vaihtelee eri kulttuureissa. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 21–29.) Mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan oireyhtymiä, joihin liittyy kliinisesti merkittävää oireilua, joka aiheuttaa kärsimystä tai haittaa (Terveyden ja

hyvinvoinnin laitos 2021b). Kaikissa kulttuureissa terveys ja terveydenhoito perustuu ja on syvästi juurtunut kulttuuriseen ympäristöön. Terveyttä ja terveydenhoitoa ilmaistaan omilla symboleilla ja metaforilla sekä arvoilla ja moraaleilla erottaen näin ollen ihmisryhmän toisesta. (Schubert 2018, 28.)

Toisinaan kulttuuri ja kulttuuri-identiteetti voivat aiheuttaa hämmennystä. Toisen sukupolven meksikolaisamerikkalaisten käsityksiä häpeästä tarkastellut tutkimus osoitti osallistujien kokeneen ajoittaista sopeutumattomuuden tunnetta molempia kulttuureja kohtaan. Osallistujat identifioituivat kummankin kulttuurin edustajaksi, mutta kulttuurien poikkeavat normit ja käytösmallit saivat henkilöt mukauttamaan käytöstään tilannekohtaisesti, minkä tunnistettiin aiheuttavan ahdistuneisuutta ja stressiä. (Hofmann, Eberle Medina & Steeves 2020.)

Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan osaamista, joka käsittää eri kulttuuri-taustaisten kunnioittamisen sekä pyrkimyksen rakentaa ja vaalia syrjimätöntä ilmapiiriä yhteiskunnassa. Se tarkoittaa eri taustoista tulevien ihmisten erilaisten tarpeiden huomioon ottamista esimerkiksi järjestämällä palveluita, jotka ovat saatavilla ja saavutettavissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021a.) Kulttuurista kompetenssia voidaan pitää voimavarana hoitotyössä. Kyseessä on sekä ammatillisen, että henkilökohtaisen elämän varrella kertyneiden tietojen ja taitojen yhdistelmä, joka jatkaa kasvuaan. Tavoitteena on toteuttaa hoitotyötä huomioiden asiakkaan kulttuuriset uskomukset, käyttäytymismallit ja tarpeet. (Koskinen 2009a, 50.)

Kulttuurisensitiivisyys on kulttuurisen kompetenssin sisäkäsite. Sillä tarkoitetaan ammattilaisen kulttuuria kunnioittavia vuorovaikutustaitoja. Käytännössä se näytetään arvostavana sanattomana ja sanallisena kohtaamisena sekä viestintänä. Tärkeää on, että kummallakin osapuolella on oikeus kulttuuriseen ilmaisuun, tullessa samalla hyväksytyksi ja kuulluksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021a.)

2.2 Monikulttuurisuus

Monikulttuurisuus tarkoittaa yhteisöä, jossa eri kulttuuritaustaiset ihmiset asuvat ja elävät rinnakkain (Schubert 2017, 106). Se on käsitteenä varsin tuore, vaikkakin ilmiönä vanha. Käsite liittyy yhteen useita kulttuureja yhteiskuntaan, jossa vallitsee positiivinen kulttuurien kirjo, suvaitsevaisuus sekä palvelujen monipuolisuus. Tällainen yhteiskunta on kulttuurisesti ja etnisesti heterogeeninen eli seka-koosteinen, tavoitteenaan tasa-arvo ja yhdenmukaisuus. (Koskinen 2009b, 19.) Yksinkertaisimmillaan monikulttuurisuuden voidaan ajatella tarkoittavan väestön kulttuurista ja etnistä monimuotoisuutta eli muun muassa eri kieliä, uskontoja, tapoja ja arvoja. Yhteiskunnassa kulttuurista monimuotoisuutta pidetään neutraalina tai positiivisena asiana. (Väestöliitto 2013, 7.)

Toisinaan monikulttuurisuutta terminä käytetään myös kuvaamaan poliittista ajattelutapaa, jota voidaan kutsua myös multikulturalismiksi (Väestöliitto 2013, 7). Monikulttuurisuuden poliittisessa näkökulmassa kulttuurivähemmistöjä halutaan vaalia. Se, että yhteiskunnassa on erilaisia kulttuureja eikä ihmisiä eritellä erilaisuuden vuoksi, nähdään rikkautena. (Väestöliitto 2013, 7; Kirmayer 2019, 1121–1123.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän tutkimuksen mukaan Suomessa työskentelevistä ulkomaalaistaustaisista hoitajista noin kolmasosan mielestä ulkomaalaistaustasta oli ollut sekä haittaa että hyötyä töitä hakiessa. Pelkästään haittaa ulkomaalaistaustasta oli ollut 18 prosentin mielestä, kun taas pelkästään hyötyä 15 prosentin mielestä. Suurimpina työllistymisen esteinä ulkomaalaistaustaiset hoitajat näkivät erityisesti puutteellisen kielitaidon, vähäiset suhteet kansuomalaisiin ja omat työelämään siirtymiseen liittyvät pelot ja epävarmuudet (Lehtoaro, Hietapakka, Kaihlanen, Heponiemi & Aalto 2018, 2–3.)

2.3 Mielenterveys

”Mielenterveys on hyvinvoinnintila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja

ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan” (World Health Organization 2018). Se on välttämätön osa ihmisen hyvinvointia ja toimintakykyä, vaikuttaen oleellisesti myös fyysiseen terveyteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019; Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 14). Mielensterveyttä määrittävät erilaiset yksilölliset kokemukset ja tekijät, kulttuuriset arvot, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus sekä yhteiskunnalliset rakenteet. Lapsuudesta saakka koetut vuorovaikutustilanteet ympäristön kanssa kartuttavat elämäkokemusta, millä on vaikutus yksilön mielensterveyden muouautumiseen. (Kuhanen 2017, 21.) Suotuisat olosuhteet vahvistavat psyykkisiä voimavaroja ja epäsuotuisat uhkaavat niitä (Vorma ym. 2020, 14).

Hyvä mielensterveys ei ole ainoastaan mielensterveyshäiriöiden puuttumista, vaan voimavara elämässä (Appleqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016, 1764). Hyvä mielensterveys koostuu muun muassa hyvästä itsetunnosta, elämähallinnan tunteesta, optimistisesta ajattelutavasta, kyvystä muodostaa aitoja ihmissuhteita sekä kyvystä kohdata vastoinkäymisiä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Mielensterveys käsitteenä yhdistetään usein mielensterveyshäiriöihin eikä terveydentilaan, jota voi edistää. Hyvinvoinnin kokemista voidaan pitää positiivisen mielensterveyden perustana. (Kuhanen 2017, 19.)

Suomessa vuonna 2017 tehdyssä tutkimuksessa lähes 70 prosenttia vastaajista luokiteltiin kohtalaisen positiivisen mielensterveyden omaaviksi. 16 prosenttia luokiteltiin matalan positiivisen mielensterveyden luokkaan ja 14 prosenttia korkean positiivisen mielensterveyden luokkaan. 60-vuotiailla ja sitä iäkkäämmillä on nähty olevan parempi positiivinen mielensterveys kuin nuoremmilla. (Suvisaari, Viertiö, Solin & Partonen 2018, 129.)

3 Mielenterveyshoitotyö Suomessa

3.1 Mielenterveystyö ja mielenterveyshoitotyö

”Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä” (Mielenterveyslaki 1990/1116). Mielenterveystyö käsittää mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyshäiriöiden hoidon sekä kuntoutuksen. Sen ensisijaisena tavoitteena on edistää hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä edesauttaa persoonallisuuden kasvua. Mielenterveystyötä tehdään yhteiskunnan jokaisella sektorilla. Mielenterveyshoitotyö on osa mielenterveystyötä. Se on hoitajan toteuttamaa, itsenäistä ja potilaslähtöistä hoitotyötä. Toiminta perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen, mikä ilmenee työssä ajattelun sekä toiminnan tasolla. Tarkoituksena on tukea ja kunnioittaa yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja sekä edistää mielenterveyttä. (Kuhanen 2017, 27–33.)

Laissa säädetään, että mielenterveyspalvelut täytyy järjestää ensisijaisesti avopalveluina. Tällöin tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäisyyttä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Suurin osa mielenterveyshäiriöistä hoidetaan avohoidossa eli kotoa käsin hoidossa käyden. Mielenterveyshäiriöiden hoidossa kotiin vietävät ja liikkuvat palvelut ovat toimivia. Silloin, kun avohoidon palvelut eivät riitä, turvaututaan osastohoitoon. Osastohoitoon potilas on pidemmän yhtäjaksoisen ajan sairaalassa hoidossa. (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori & Tourunen 2018, 24–26.)

Suomessa psykiatrian hoitosuosituksia tehdään näytönasteen perusteella ja hoito perustuu tieteellisistä tutkimuksista saatuun uusimpaan näyttöön yhdistettynä kliiniseen asiantuntijuuteen ja ammattitaitoon sekä potilaan arvoihin. Oleellista on suhteuttaa olemassa oleva tieto potilaan yksilöllisiin ongelmiin. Tiedon nopean muuttumisen myötä hoitavan henkilökunnan tulisi olla tietoisia psykiatristen hoitomenetelmien tiedon tasosta sekä näytön asteesta. (Lönqvist & Lehtonen 2019.)

Mielenterveyshoitotyössä on oleellista ymmärtää ja hallita erilaisia lähestymistapoja ja työmenetelmiä, jotta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen mahdollistuu. Hoito alkaa usein haastattelulla, hoidon tarpeen arvioinnilla sekä yhteisen hoitosuunnitelman laatimisella. Hoitosuunnitelmassa tulee olla eriteltyinä hoidon tarve ja tavoite, hoitotyön toiminnot ja keinot sekä hoidon arviointi. (Kanerva & Kuhanen 2017a, 175–180.)

Motivoiva keskustelu eli motivoiva haastattelu on potilaslähtöinen vuorovaikutuksen ja ohjauksen tekniikka (Kanerva & Kuhanen 2017a, 182). Sen tarkoituksena on valmistaa potilasta muutokseen ja samalla ohjata häntä muutosmyönteisyyteen. Keskeisenä motivoivassa haastattelussa on potilaan hyväksyminen ja kuunteleminen, mikä auttaa sisäisen motivaation herättelyssä. Muutoksen ajatellaan lähtevän ihmisestä itsestään ja hoitajan tehtävänä on tunnistaa nämä tekijät potilaan havainnoista, kokemuksista ja ilmauksista johdatellen keskustelua avoimien kysymysten, tukea antavan palautteen sekä yhteenvetojen avulla. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013, 2063.)

Psykoedukaatio on opetukseen perustuva psykoterapeuttinen eli psykologisia menettelytapoja hyödyntävä hoitomenetelmä, jonka tarkoituksena on tarjota potilaalle ja tämän omaisille tietoa sairaudesta ja sen hoidosta selviytymistä tukien. Potilaan ymmärryksen lisääminen sairauden tilasta edesauttaa hoitomyöntyvyyttä ja antaa emotionaalista helpotusta. Etenkin sairauden alkuvaiheessa psykoedukaatio valmistaa sairauteen liittyviin vaikeisiin tunteisiin, tarjoaa hallintakeinoja sekä auttaa vahvistamaan uskoa tulevaisuuteen. Vaikka kyseessä on laajasti käytetty menetelmä, ei sen käyttöön ole yhtenäistä rakennetta tai ohjetta. Psykoedukaation käyttö ei edellytä erillistä koulutusta, vaan sitä voivat hyödyntää työssään kaikki mielenterveyshoitotyöhön osallistuvat henkilöt. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133–2134.)

3.2 Lait ja eettiset periaatteet

Suomessa mielenterveystyötä ohjaavat mielenterveyslaki ja terveydenhuoltolaki, joiden pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö suunnittelee, ohjaa ja valvoo valtakunnallista mielenterveystyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Sosiaali- ja terveysministeriön alla aluehallintovirasto suunnittelee, ohjaa ja valvoo oman toimialueensa mielenterveystyötä. Kunnan tehtävänä taas on huolehtia mielenterveyspalveluiden järjestämisestä sekä alueensa elinolosuhteiden kehittämistä mielenterveyshäiriöitä ehkäiseväksi, mielenterveystyötä edistäväksi ja mielenterveyspalveluiden järjestämistä tukevaksi. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Eettiset periaatteet tukevat ja oikeuttavat mielenterveyshoitotyötä sekä hoitohenkilökunnan eettisesti laadukasta toimintaa, vaikka ne eivät ole yhtä sitovia kuin lait ja sopimukset. Valtioneuvosto perusti vuonna 1998 valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE). ETENE kokosi potilaslain sekä siihen perustuen annetun asetuksen terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998) pohjalta keskeisiä eettisiä ohjeita mielenterveyshoitotyöhön liittyen. ETENE:n viisi eettistä suositusta olivat seuraavanlaiset: ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittamisen periaate, asiakkaan ja potilaan edun korostaminen, arvostava ja inhimillinen vuorovaikutus, ammatillisesta osaamisesta huolehtiminen sekä vastuullisten päätösten tekeminen. (Hämäläinen 2017, 50–51.)

3.3 Mielenterveysongelmat ja niiden hoito

Keskeisimpinä mielenterveyden häiriöinä voidaan pitää ahdistuneisuushäiriöitä, psykoottisia häiriöitä ja mielialahäiriöitä. Kyseessä on hyvin epäyhtenäinen, oireiltaan monin tavoin ilmenevä sairausryhmä, jossa ero terveyden ja sairauden välillä on varsin häilyvä. (Kanerva & Kuhanen 2017b, 224–225.) Traumaperäinen stressireaktio on yksi yleisimmistä pakolaistaustaisten mielenterveyden häiriöistä (Castaneda, Mäki-Opas, Jokela, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen, Santalahti & PALOMA-asiantuntijaryhmä 2018, 51). Oireilu saa alkunsa potilaan kokemasta poikkeuksellisen uhkaavasta tai katastrofaalisesta tapahtumasta. Reaktioon liittyy merkittävästi jatkuvat muistikuvat tapahtuneesta, hetkelliset takaumat,

painajaiset tai ahdistuneisuus tapahtunutta muistuttavissa tilanteissa. (Trauma-peräinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2020.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat mielenterveyshäiriöstä yleisimpiä ja niitä esiintyy usein samanaikaisesti muiden psykiatristen, somaattisten eli ruumiillisesti oireilevien mielenterveysongelmien ja päihdehäiriöiden kanssa (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019). Ahdistuneisuus kuvautuu usein pelon kaltaisena voimakkaana tunnetilana ilman todellista uhkaa tai vaaratekijöitä. Ahdistuneisuutta voi kokea erilaisissa elämäntilanteissa ja -vaiheissa, mutta oireilun muuttuessa pitkäkestoiseksi, erityisen voimakkaaksi tai psyykkisiä ja fyysisiä voimavaroja kuluttavaksi sekä toimintakykyä rajoittavaksi on kyseessä mielenterveyden häiriö. (Kanerva & Kuhanen 2017b, 247.)

Psykoottisista häiriöistä puhuttaessa tarkoitetaan psykooseja, skitsofreniaa, psykoottista masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja skitsoaffektiivista häiriötä. Psykoottisissa häiriöissä kyky ymmärtää konkreettisten asioiden yksityiskohtia on heikko tai puuttuu kokonaan. (Lindberg, Louheranta, Mustonen, Salo & Stenius 2015, 167–174.) Skitsofrenia on pitkäaikainen häiriö, jolle ominaista ovat erilaiset aistiharhat, harhaluulot ja puheen hajanaisuus (Tuominen & Salokangas 2020). Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä potilas kärsii yleensä vaihtelevasti depressio- eli masennuskausista ja maanisista eli yliviritteisistä kausista (Iso-metsä 2020). Skitsoaffektiivinen häiriö tarkoittaa sitä, että saman sairausjakson aikana on havaittavissa sekä skitsofrenialle tyypillistä psykoottista oireilua, että depressio- tai maniajakso (Huttunen 2018a). Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia, jonka elämänaikainen esiintyvyys Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan Suomessa oli 1,0 prosenttia (Suvisaari, Perälä, Viertiö, Saarni, Tuulio-Henriksson, Partti, Saarni, Suokas & Lönnqvist 2012, 677–683).

Mielialahäiriöt voidaan jakaa masennushäiriöihin ja kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020b). Mielialahäiriö oireilee mielialan tai mielenvireen pidempään kestäväenä muutoksena. Muutos mielialassa kestää yhtäjaksoisesti vähintään 2–3 viikkoa, toisinaan kuukausia tai vuosia. Mielialahäiriön luokittelu perustuu oireiden vaikeusasteeseen, kestoon ja laatuun. (Huttunen 2018b.)

Suomessa mielenterveyspalveluihin kuuluu neuvonta, ohjaus, tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyshäiriöiden tutkiminen, hoitaminen ja kuntoutus. Suurin osa asiakkaista kuuluu avohoidon piiriin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020c.) Hoitomenetelmät voidaan karkeasti jakaa psykososiaalisiin ja biologisiin menetelmiin (Lönqvist 2019; Partonen, Lönqvist & Syvälahti 2019).

Psykososiaalisten hoitomenetelmien tarkoituksena on tukea potilasta elämän hallinnassa ja arjesta selviytymisessä erityisesti pitkäaikaisten ja vakavien mielenterveysongelmien kanssa. Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi erilaiset psykoterapiat kuten perheterapia. (Lönqvist 2019.) Psykoterapian muotoja on lukuisia, mutta niitä kaikkia yhdistää pyrkimys poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä, tarjota henkilölle valmiuksia ratkaista itse ongelmiaan sekä auttaa löytämään uusia lähestymistapoja (Rytsälä 2020). Biologisiin hoitomuotoihin kuuluvat esimerkiksi lääkehoito sekä aivojen sähkö- ja valohoito (Partonen, Lönqvist & Syvälahti 2019). Aivojen sähköshokkihoito eli ECT on hoitomenetelmä, jossa potilaalle annetaan kallon alueelle johdettuna kouristuskohtauksen aiheuttava sähköimpulssi (Lääketieteensanasto 2016). Valohoidosta hyötyy erityisesti kaamosmasennuksesta tai -oireilusta kärsivät. Hoitoa toteutetaan 30–60 minuuttia päivässä esimerkiksi kirkasvalolampun lähietäisyydessä, silmät auki istuen. (Huttunen 2018c.) Biologisia hoitomuotoja käytetään usein psykososiaalisten hoitomuotojen rinnalla potilaan oireiden lievittämiseksi sekä olon kohentamiseksi. (Partonen, Lönqvist & Syvälahti 2019.)

4 Suomessa esiintyvien kulttuurivähemmistöjen mielenterveys

4.1 Suomen romanit

Romanit ovat tulleet osaksi suomalaista yhteiskuntaa 1500-luvulla ja ovat pitkän historiansa myötä Suomen suurin kulttuurinen sekä kielellinen vähemmistö-

ryhmä. Suomessa elää arviolta 10 000–12 000 romania, Ruotsissa vain muutamia tuhansia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020a.) Suomen romanit ovat Suomen kansalaisia ja omaavat täydet kansalaisoikeudet- ja velvollisuudet. Vahvasta suomalaisesta identiteetistä huolimatta romaneilla on oma vankka kulttuurinsa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3.)

Romaneiksi synnyttään, mutta identiteettiin kasvetaan ajan myötä. Omaleimainen kulttuuri ulottuu arkipäiväisiin askareisiin, joita voidaan tehdä ”romanitavoin”. Romanikulttuurin heikentämätön mukautuminen muihin kulttuureihin onkin sujunut saumattomasti osittain siksi, että omaksuminen ja lainaaminen on tehty ”romanitavoin”. (Heikinheimo 2015, 61–62.) Kuten useita vähemmistöryhmiä, myös romaneja yhdistää solidaarisuus ja vahva tunne yhteenkuuluvuudesta. Romanikulttuurissa korostuvat erityisesti vanhat tavat ja perinteet. (Åkerlund & Blomerus 2012, 63.)

Suomen romanit eivät ole puhuneet äidinkielenään romanikieltä vuosikymmeniin vaan usein äidinkielenä puhutaan suomea tai ruotsia. Romanien suomen kieli kuitenkin poikkeaa sanastoltaan, fraseologialtaan sekä lauseopiltaan selvästi valtavirran käyttämästä suomen kielestä. Esimerkiksi seksuaalisuuteen tai erinäisiin ruumiintointoihin viittaavat sanat ovat tabuja eikä niitä lausuta ääneen. Väärinkäsityksiä terveydenhuollossa asioidessa voivat aiheuttaa romanien puhuman suomen kielen sanat, joiden merkitys poikkeaa kantaväestön puhumasta suomen kielestä. (Viljanen, Hagert & Blomerus 2007).

Perheen tuki ja turva ovat merkittävä osa romanikulttuuria. Ihminen nähdään ensisijaisesti osana perhettään, sukuaan ja yhteisöään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 10). Perheen tärkeys korostuu erityisesti kunnioituksena vanhempia kohtaan (Heikinheimo 2015, 62). Sairaita tai vammaisia ei mielellään sijoiteta laitoksiin, vaan suku huolehtii heistä itse. Kulttuurissa itseään pidetään terveenä, mikäli sairaus tai vamma ei haittaa elämää merkittävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 10.) Sairaalat ovat romanien puhtauskäsityksien mukaan äärimmäisen likaisia paikkoja, minkä vuoksi niissä asioiminen voi tuntua ahdistavalta. Pelkoa voi lisätä tunne siitä, että on paikalla ainoana etnisen ryhmänsä edustajana. (Viljanen, Hagert & Blomerus 2007.)

Henkisestä hyvinvoinnista puhuminen koetaan romanikulttuurissa arkaluontoisena (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020d). Vuonna 2018 tehty Roosa-tutkimus osoittaa romaniväestön kärsivän merkittävästä masennus- ja ahdistuneisuusoireista muuta väestöä useammin. Tutkimukseen osallistuneista miehistä 27 prosenttia ja naisista 38 prosenttia kärsi merkittävästä masennusoireista. Vastavaat luvut ahdistuneisuusoireista olivat 19 prosenttia ja 31 prosenttia. Luvut osoittavat, että tutkimukseen osallistuneilla miehillä oireilua koko väestöön verrattuna oli nelinkertainen- ja naisilla viisinkertainen määrä. (Castaneda, Erhola & Lämsä 2018, 90–94.)

Syyt henkiselle pahoinvoinnille nähdään vaihtelevan ikäryhmien välillä. Vanhemmat ikäluokat ovat kokeneet pelkoa ja vainoa, keski-ikäisillä ja vanhemmilla miehillä on mielekkään tekemisen puutetta ja naisilla arjen vastuisiin liittyviä huolia. Myös koettu syrjintä ja huoli läheisten voinnista tunnistettiin hyvinvointia alentaviksi tekijöiksi. Tutkimustulokset osoittavat erityisesti nuorten romaninaisten tilanteen olevan kuormittava, sillä he kokivat elämässään muita ryhmiä enemmän syrjintää ja turvattomuutta. Luottamusongelmat terveydenhuoltoon vaikuttavat haluttomuuteen hakeutua hoitoon, mikä itsessään voi pitkittää ja pahentaa oireilua. (Castaneda, Erhola & Lämsä 2018, 90–96.)

4.2 Saamelaiset

Suomessa on noin 10 000 saamelaista, joista noin kolmannes asuu saamelaisten kotiseutualueella eli Enontekiöllä, Inarissa, Utsjoen kunnissa tai Sodankylän kunnan pohjoisosassa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020e). Saamen kielilaisissa (1086/2003) on säädetty, että saamelaisten kotiseutualueella viranomaisasioita hoitaessa heillä on oikeus saamenkieliseen palveluun. Saamen kielellä tarkoitetaan kaikkia Suomessa puhuttavia saamen kieliä eli inarinsaamea, koltansaamea ja pohjoissaamea. (Heikkilä, Laiti-Hedemäki & Pohjola 2013, 28.)

Perinteisiä elinkeinoja saamelaisille ovat poronhoito, kalastus, pyynti ja käsityöt. Perinteisten elinkeinojen harjoittajat ovat eriarvoisessa asemassa sosiaaliturvalainsäädännön näkökulmasta. Työllistyminen on usein kausiluonteista, mikäli

töitä saa laisinkaan. Pienet tulot vaikuttavat eläke-, työttömyys- ja sairausajan turvaan merkittävästi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020e.) Kannisen ja Rantalán teoksessa saamelaisista (2019, 953–955) saamelaiset kertovat näkemyksiään siitä, mistä saamelaisuus rakentuu. Saamelaisuudessa kieli nähtiin tärkeänä elementtinä kuin myös saamen käsityö, perinteinen ruokavalio ja musiikki. Saamelaisuutta merkitsevät tiivis luontosuhde, saamelaiset perinteet ja elinkeinot. Monen mielestä kaikkein olennaisinta oli suomalaisesta poikkeava vahva sukutietoisuus. Geenit eivät toimi etnisen saamelaisuuden perusteena vaan saamelaiset ajattelevat, että saamelaiseksi kasvetaan.

Saamelaisessa kulttuurissa hyvinvointi yhdistetään usein pärjäämiseen tai hyvin pärjäämiseen. Saamelaisten hyvinvointi perustuu omatoimisuuteen, sukulaisten ja yhteisön apuun sekä yhteiskunnan tukeen ja näiden kolmen vuorovaikutukseen. Voimavarojen käytölle asettavat rajoja muun muassa käytettävissä oleva tieto, arvot ja normit. Saamelaisessa ajattelutavassa osaaminen eli tietotaito mahdollistaa olemassa olevien resurssien käytön ja näin ollen ”pärjäämisen”, mutta myös onni vaikuttaa siihen. Onnen määrä taas liittyy muun muassa ihmisen käyttäytymiseen muita eläviä olentoja kohtaan. (Heikkilä ym. 2013, 49–50.)

Tutkimuksen mukaan poronhoidossa työskentelevillä saamelaisilla, etenkin miehillä, on suurempi masennuksen ja ahdistuneisuuden riski kuin kantaväestöllä. Esimerkiksi työhön liittyvä stressi voi toimia riskitekijänä sairastumiselle. Saamelaisista miehistä merkittävästi suurempi osa sairasti lievästä vaikeaan ahdistuneisuushäiriötä kuin kantaväestöstä. Saamelaisilla kuten kantaväestölläkin masennuksen esiintyvyys voitiin yhdistää alkoholin kulutukseen. (Kaiser, Sjölander, Edin-Liljegren, Jacobsson & Salander-Renberg 2012, 383–390.)

Saamelaisyhteisössä on kasvava tarve erityisesti matalankynnyksen keskustelu- ja kriisiavulle, syynä vihamielinen ilmapiiri saamelaisia kohtaan (Ruotsala & Lehtola 2017, 36). Mielenterveyspalveluita saamen kielellä on saatavilla ainoastaan Utsjoella psykiatrisen sairaanhoitajan toimesta (Ruotsala & Lehtola 2017, 32). Saamenkielistä psykoterapeuttia ei Suomesta löytynyt vuonna 2010 laisinkaan. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin selvittänyt, ettei saamelainen tai etenkin

saamenkielinen psykiatrinen potilas ole tasa-arvoisessa asemassa suomenkielisen potilaan kanssa. (Magga 2010, 673.)

Saamelaisten kulttuurinen ja historiallinen konteksti vaikuttavat heidän tapansa suhtautua sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vähemmistöt kokevat palveluiden olevan suunniteltu suurimmalta osin kantaväestölle ja eivät sen vuoksi välttämättä tyydytä saamelaisen tarpeita. (Heikkilä ym. 2013, 31.) Porotaloudessa työskentelevät saamelaiset luottavat vähemmän terveydenhuoltoon, erityisesti perusterveydenhuoltoon ja psykiatriaan, kuin valtaväestö. Terveydenhuollon työntekijöiden ja sosiaalityöntekijöiden tietämyksen lisääminen saamelaisesta kulttuurista ja porotaloudesta ovat edellytyksiä parannettaessa saamelaisten luottamusta terveydenhuoltoon ja näin ollen saavutettaessa tasa-arvoinen terveyspalveluiden saatavuus. (Daerga, Sjölander, Jacobsson & Edin-Liljegren 2012, 519–522.)

5 Maahanmuuttajien ja pakolaisten mielenterveys Suomessa

Vuonna 2019 Suomen väestöstä noin 8 prosenttia eli 423 494 asukasta oli ulkomaalaistaustaisia. 1990-luvulla maahanmuuton pääsijainen kohde oli Helsinki, mutta kasvanut maahanmuutto ja pakolaisten sijoittaminen kuntiin on hieman tasapainottanut kuntien välistä tilannetta, vaikka Helsinki yhä johtaa tilastoja. (Tilastokeskus 2020a.)

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan ulkomaalaista henkilöä, joka asuu pysyvästi Suomessa (Räty 2002, 13). Maahanmuuttaja voi hakea Suomen kansalaisuutta, mutta hakemuksen hyväksyminen vaatii selvitettyä henkilöllisyyttä, riittävää kieli-taitoa ja asumisaikaa, nuhteettomuutta, toimeentuloa ja maksuvelvoitteiden suorittamista (Maahanmuuttovirasto 2020). Pakolainen taas on henkilö, jolle on myönnetty turvapaikka jostain valtiosta. Turvapaikanhakijalla taas tarkoitetaan ulkomaalaista henkilöä, joka hakee suojelua ja oleskeluoikeutta vieraasta valtiosta. 2000-luvulla turvapaikanhakijoiden määrä on vaihdellut Suomessa noin 1500–6000 hakijan välillä. (Sisäministeriö 2020.)

Maahanmuutolle voi olla monia syitä. Taloudellinen ahdinko, sota tai uhkaava sisäpoliittinen tilanne voi ajaa ihmisen päätökseen lähteä muualle, mutta yleisiä syitä ovat myös parisuhde muualla asuvan kanssa tai uusi opiskelu- tai työpaikka. (Schubert 2017, 107.) Maahanmuutto ei automaattisesti johda psyykkisiin ongelmiin, mutta turvapaikanhakijoiden ja pakolaistaustaisten henkilöiden mielenterveys on kuitenkin erityisen haavoittuvaa. Turvapaikanhakijoilla ja pakolaisilla myös esiintyy huomattavasti yleisemmin mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia kuin muilla maahan muuttaneilla tai kantaväestöllä. (Kerkkänen & Säävälä 2015, 16–18.) Pakolaisten yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat traumaperäinen stressihäiriö, ahdistuneisuushäiriöt ja masennus (Castaneda, Mäki-Opas, Jokela, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen, Santalahti & PALOMA-asiantuntijaryhmä 2018, 51).

Maahan muuttaneen ihmisen mielenterveyteen vaikuttavat muun muassa kotimaan tapahtumat ja olosuhteet, maasta muuttamisen aikana tapahtuneet asiat sekä olosuhteet ja kokemukset uudessa maassa (Kerkkänen & Säävälä 2015, 19–20). Tällaisia tekijöitä voivat esimerkiksi olla eroon joutuminen perheestä, mahdolliset kotimaassa koetut traumat, kulttuuriset ja kielelliset erot sekä vihamielinen tai rasistinen asenne uudessa kotimaassa (Kieseppä, Tornainen-Holm, Jokela, Suvisaari, Gissler, Markkula & Lehti 2019, 487). Eri maahanmuuttajaryhmillä on erilaisia elämäkokemuksia sekä kulttuuritaustoja, joten heidän mielenterveyteensä vaikuttavat riskitekijät ja suojaavat tekijät ovat erilaisia (Kerkkänen & Säävälä 2015, 19–20).

Muutto uuteen yhteiskuntaan vaikuttaa identiteettiin sekä käsitykseen itsestä yksilönä ja ryhmän jäsenenä. Maahanmuutto on psyykkisesti koetteleva kokemus eikä maahanmuuttaja silloin välttämättä ymmärrä omia tunteuksiaan ja siksi avun pyytäminen sekä vastaanottaminen voi tuntua vaikealta. (Haavikko & Bremer 2009, 15–16.) Toisinaan hoitoon hakeutumatta jättämiseen voi vaikuttaa koettu syrjintä ja väkivalta, mikä heijastuu epäluottamuksena viranomaisia kohtaan. Osassa pakolaisten lähtömaissa terveydenhuollon ammattilaiset voivat tehdä yhteistyötä kiduttajien kanssa ja jopa toimia kiduttajina. (Castaneda, Mäki-Opas, Jokela, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen, Santalahti & PALOMA-asiantuntijaryhmä 2018, 66–67.)

Suomessa maahanmuuttajat ja pakolaiset ovat oikeutettuja käyttämään samoja julkisia terveydenhuollon palveluita kuin kantaväestökin, mutta monikulttuuriset psykiatriset palvelut ovat melko harvinaisia. Ulkomailta kotoisin olevat usein arvioidaan samoilla psykiatrisilla ja psykologisilla menetelmillä kuin muutkin. (Kankaanpää 2018, 24–25.) Haastattelun lisätyökaluna voidaan käyttää kulttuurista haastattelua, mikä auttaa kartoittamaan asiakkaan ongelmien erilaisia kulttuurisia tekijöitä. Se ei korvaa psykiatrista arviota vaan täydentää sitä. (Castaneda, Mäki-Opas, Jokela, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen, Santalahti & PALOMA-asiantuntijaryhmä 2018, 134.)

5.1 Kurdit

Suomessa asuu noin 15 368 kurdia äidinkielenään puhuvaa henkilöä (Tilastokeskus 2020b). Kurdit ovat kotoisin Kurdistanin alueelta, jonka tarkkaa sijaintia ei pystytä määrittämään, mutta suurimmaksi osaksi se sijoittuu Turkin, Iranin, Irakin ja Syyrian alueelle. Valtaosa kurdeista on muslimeja, mutta osa muun muassa 12-shiialaisia, yezidiä, kristittyjä, juutalaisia tai alevia. (Kiuru 2009, 25–29.) Muslimien pyhin kirja eli Koraani pitää sisällään käyttäytymis- ja elämänohjeita, jotka ohjaavat muslimin elämää ja tapaa ymmärtää maailmaa (Maiche 2013, 33).

Muslimien näkemys terveydenhuollosta ei poikkea valtavasti länsimaalaisten käsityksistä. Perinteiset rajoitukset liittyvät lähinnä kiellettyihin aineisiin tai hoitavan henkilökunnan sukupuoleen, mutta nekin ovat toissijaisia hengenvaaran uhattessa. Tiukan islamin tulkinnan mukaan muslimia hoitavien henkilöiden tulisi olla samaa sukupuolta etenkin intiimimpiä ruumiinosia hoitaessa. (Muhammed 2011, 188–189.) Sairauden voidaan kokea johtuvan ruoasta ja juomista, ilmasta tai rasisituksesta, mutta myös hengistä, noituudesta tai pahasta silmästä. Parhaina lääkkeinä pidetään Koraania ja rukousta. (Maiche 2013, 82.)

Arabikulttuurissa mielenterveysongelmiin apua ja tukea haetaan ensisijaisesti perheeltä ja ystäviltä, mutta toisinaan myös sheikeiltä, imaameilta tai ennustajilta. Mikäli terapiaan hakeudutaan, se tapahtuu usein myöhään, kun perheeltä saatu apu on todettu riittämättömäksi. Terapia voidaan kuitenkin kokea turhana, sillä

tapahtunut usein nähdään kohtalona, johon on tyydyttävä. (Soisalo 2009, 51–53.) Isäntämaassa mielenterveyspalveluiden hyödyntämättömyyden syynä voi olla tiedon puute tarjolla olevista palveluista tai huoli ymmärretyksi tulemisesta. Hoitoon hakeutumisen suurimpina kompastuskivinä kuitenkin nähdään mielenterveysongelmiin liittyvä stigma sekä pelko lääkeriippuvuudesta. (Nygren, Brohede, Koshnaw, Osman, Johansson & Andersson 2019, 986–987.)

Vuonna 2020 tehty tutkimus osoittaa kurditaustaisilla esiintyvän sekä kantaväestöä, että somalialais- ja venäläistaustaisia verrokkiryhmiään useammin psykiatrisia diagnooseja sekä psykiatrisia hoitosuhteita (Castaneda, Çilenti, Rask, Lilja, Skogberg, Kuusio, Salama, Lahti, Elovainio, Suvisaari, Koskinen & Koponen 2020). Tätä tietoa tukee myös Shadia Raskin toteuttama tutkimus (2018, 46), jonka mukaan Suomessa asuvista kurditaustaisista miehistä 26 prosenttia kärsi masentuneisuuden oireista ja noin 20–21 prosenttia somatisaatiosta ja ahdistuneisuudesta. Vastaavat luvut kurditaustaisten naisten kohdalla olivat jopa 49 prosenttia ja 40–43 prosenttia.

Kerkkäsen ja Säävälän tutkimuksessa (2015, 20) selvisi, että yli kolme neljäsosaa kurditaustaisista maahanmuuttajista Suomessa raportoivat kokeneensa vakavia traumoja. Enemmistö traumoja kokeneista selviää ilman suurempia mielenterveysongelmia, mutta esimerkiksi kidutetuksi joutuneista noin kolmannekselle kehittyy lopulta traumaperäinen stressihäiriö tai masennustila. Näin ollen traumakokemuksen huomioiminen terveyspalveluissa on erittäin tärkeää.

5.2 Somalit

Vuoden 2013 loppupuolella Suomessa somalia äidinkielenään puhuvia oli 15 789 ja Suomessa asuvia Somalian kansalaisia 7465 (Yusuf, Nilsson & Saxén 2015, 82). Vuonna 2019 ulkomailla syntyneitä somaleja oli 12 964 ja Suomessa syntyneitä 8704. Tilastojen mukaan Somaliaa voidaan pitää Suomen neljänneksi suurimpana ulkomaalaistaustaisten taustamaaryhmänä. (Tilastokeskus 2020b.) Kuten kurdit, myös valtaosa somaleista kuuluu islamin uskoon. Suomen somaleista 99 prosenttia on ilmoittanut uskonnokseen islamin. (Yusuf ym. 2015, 131.)

Somalit ovat etnisesti ja kulttuurisesti moninainen joukko. Uskonnolla on kokonaisvaltainen vaikutus monien somalilaisten elämässä eli päivän rytmi rakentuu rukoushetkien ympärille. Perhe tuo somalikulttuurissa tukea ja perheen kunniaa sekä lojaaliutta arvostetaan syvästi. Avioliitot ovat usein ennalta järjesteltyjä ja niillä uskotaan saavutettavan poliittista sekä ekonomista arvoa. Monet somalit pitävät tärkeinä islamin mukaisia oppeja perheestä. Niitä ovat muun muassa, että avioliitto on uskonnollinen velvollisuus ja sosiaalinen pakko, seksi avioliiton ulkopuolella on kiellettyä, miehellä on velvollisuus elättää vaimonsa, vaimolla on velvollisuus totella aviomiestään ja perheellä on velvollisuus olla toistensa sukulaisille ystävällisiä ja huolehtia heidän hyvinvoinnistaan. (UNHCR 2016, 12–18.)

Monet somalit ovat kokeneet kotimaassaan traumaattisia kokemuksia kuten sodan tai kidutusta. Suomalaiset somalit usein kokevat rasismia, syrjintää ja huonoa työllistymistä. Somalialaiset kokevat suomalaisen terveydenhuollon yleisesti ottaen hyvänä, mutta mielenterveyspalvelut nähdään sopimattomina. Heistä tuntuu, etteivät terveydenhuollon ammattilaiset ymmärrä heidän tilannettaan ja tarpeitaan osin kulttuuristen erojen takia. Osa Suomen somaleista matkustaa mieluummin takaisin kotimaahansa hakemaan apua mielenterveysongelmiinsa kuin pyytäisivät sitä Suomessa. (Kankaanpää 2018, 20–26.)

Erot somalialaisessa ja länsimaisessa tavassa käsittää mielenterveys on osaksi syynä somalien matala-asteiseen hoitoon hakeutumiseen. Tutkimustiedot osoittavat, että monet suomalaisen terveydenhuollon käsittämät mielenterveyden häiriöt ja sairaudet saatetaan somalikulttuurissa nähdä hengellisinä tai sosiaalisina ongelmina. Erilaiset mielenterveyden häiriöille tyypilliset oireet, kuten unettomuus, äänten kuuleminen tai laihtuminen tunnistetaan, mutta ne yhdistetään esimerkiksi noituuteen ja jinni- tai zar-henkiin. Hoitomuotona saatetaan käyttää esimerkiksi Koraanin lukemista, yrttilääkkeitä tai henkipossessorituaaleja, joissa hengellinen olento valtaa ihmisen kehon. Henkipossessorituaaleihin liittyvät erilaiset suitsukkeet ja laulut. (Kerkkänen & Säävälä 2015, 18.) Somalikulttuurissa mielenterveys on jaettu kategorioihin: ”järkevyys/mielenterveys”, ”mielenvikai-

suus” ja ”hulluus”, jolla kuvaillaan väkivaltaisia tai kontrolloimatonta käytöstä (Linney, Ye, Redwood, Mohamed, Farah, Biddle & Crawley 2020, 2). ”Hulluus” ei yleensä ole parannettavissa (Mölsä & Tiilikainen 2007, 453).

Linneyn ym. (2020, 10) tutkimuksessa somalalaiset kuvailivat mielisairauden ja ahdistuksen alkavan päänsäryllä. Aikuisissa somaleissa mielisairauden fyysisinä oireina on kuvailtu muun muassa huimausta, näön huonoutta ja pään kuumotusta. Naissomalit liittävät mielisairauden perheongelmiin, kun taas miehet taloudellisiin ongelmiin.

Somalit ovat usein tottumattomia psykiatriin palveluihin, sillä Somaliassa mielenterveyspalveluita on vain vähän ja psyykkisten ongelmien hoito on keskittynyt perinteisiin hoitotapoihin (Kankaanpää 2018, 23–24). Myös suomalaiset tutkimukset tukevat käsitystä siitä, että etenkin iäkkäämmät somalit turvautuvat herkemmin uskonnollisiin ammattiryhmiin tai somaattisen puolen terveydenhuoltoon mielenterveysongelmien hoidossa (Kieseppä ym. 2019). Uskonnolliset ja kulttuuriset näkemyserot voivat luoda haasteita somalipotilaiden kanssa työskennellessä mielenterveyshuollossa. Kotimaassaan mielisairaajat somalit ovat voineet olla esimerkiksi kahlittuna tai eristettynä resurssien puutteen vuoksi. (Kankaanpää 2018, 23–24.)

6 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tulosten hyödynnettävyys hoitotyön opiskelijoiden koulutuksessa. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kulttuurinen kompetenssi vaikuttaa mielenterveyshoitotyöhön?
2. Mitä tulee huomioida työskennellessä mielenterveyshoitotyössä aikuisen kulttuuriseen vähemmistöön kuuluvan potilaan/asiakkaan kanssa?

7 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

7.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty aineistolähtöinen kirjallisuuskatsauksen muoto, joka pyrkii kuvaamaan ilmiötä ymmärrettävästi. Sen tarkoituksena on muodostaa valitun aineiston perusteella kuvaileva ja laadullinen vastaus tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–293.) Tavoitteena voi olla tarkastella aiemmin tutkittuja aiheita uudesta näkökulmasta, jolloin uutta tietoa voidaan hyödyntää muun muassa uusissa tutkimuksissa (Rumrill, Fitzgerald & Merchant 2010, 399). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen on kritisoitu olevan tieteellisesti epätarkka, mutta kuvatessa humanistiseen tutkimusperinteeseen kuuluvia historiallisia, käsitteellisiä ja kielellisiä ilmiöitä, joissa näytönaste ei ole keskeisessä osassa, se voi olla ainoa sopiva tapa (Kangasniemi ym. 2013, 291–293).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kaksi tekotapaa ovat integroiva ja narratiivinen katsaus. Integroiva kirjallisuuskatsaus on enemmän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kaltainen, joka on tiivistelmä valitun aiheen aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan kuvailla aihetta tai käsiteltävän aiheen historiaa ja kehitystä laajemmin. (Salminen 2011, 6–7.) Narratiiviset katsaukset esittelevät tai edistävät teorioita ja malleja, tutkivat kiistanalaisia sekä tärkeitä aiheita, esittelevät ratkaisukeskeisiä strategioita ja kertovat lukijoille tärkeistä toimintamallien muutoksista (Rumrill ym. 2010, 400). Narratiivinen katsaus sopii usein esimerkiksi opetuksen alalle, koska sen avulla pystytään tuottamaan opiskelijoille ajankohtaista tietoa, johon ei välttämättä aina muun tieteellisen kirjallisuuden avulla pystytä (Salminen 2011, 6–7). Tämä opinnäytetyö on narratiivinen kirjallisuuskatsaus.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen, joita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun kirjoittaminen sekä tuotetun tuloksen tarkastelu. Tutkimuskysymys ohjaa koko kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessia. Monesti tutkimuskysymys

muotoutuu alustavan kirjallisuuskatsaussuunnitelman pohjalta ja on usein kysymysmuodossa. Tutkimuskysymyksen on tärkeää olla tarpeeksi rajattu ja yksiselitteinen, että aihetta voidaan tutkia mahdollisimman syvällisesti. Joissain tapauksissa se voi kuitenkin olla myös laajempi, jolloin ilmiötä voidaan tarkastella useammastakin näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013, 291–293.)

7.2 Aineistonkeruuprosessi

Aineiston avulla on tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen, joten kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valintaa ohjaavat tutkimuskysymys ja sen mukaan muodostetut aineiston valintakriteerit. Tutkimuskysymyksen avulla muodostetaan avainsanat, joita käytetään haettaessa aineistoa ja tutkimuksia elektronisista tieteellisistä tietokannoista. (Rhoades 2011, 66.) Sopivien ja relevanttien tutkimusten löytäminen on tärkeää, koska se voi vaikuttaa tuloksiin. Hyvä olisi myös muodostaa kokonaisvaltainen lista kaikista löydettyistä tutkimuksista, jotka saattavat vastata tutkimuskysymykseen. Tutkimusten haku on ehdottoman tärkeää suorittaa puolueettomasti ja kattavasti, sillä kirjallisuuskatsauksen validiteetti pääasiassa perustuu siihen, kuinka kattavaa hakua on käytetty sopivia tutkimuksia etsiessä. (Manchikanti, Datta, Smith & Hirsch 2009, 826–827.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa kuitenkin aineiston kokoamisen tärkein osuus on sisällöllisellä valinnalla eikä niinkään ennalta päätettyjen ehtojen mukaan hakemisella. Aineistoa kerätessä valittuja tutkimuksia reflektoidaan jatkuvasti suhteessa tutkimuskysymykseen, jolloin prosessin edetessä sekä tutkimuskysymys että valittu aineisto tarkentuvat. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistoa valitessa tulee näyttäytyä katsauksen aineistolähtöinen ja ymmärtämiseen tähtäävä luonne. Tällaisessa tapauksessa aineiston valinta ja analyysi tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnan tukena voidaan käyttää taulukointia, jonka tavoitteena on jäsentää valittua aineistoa sekä arvioida sen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.) Kun kaikki mahdollisesti sopivat tutkimukset on valittu ja niiden tiivistelmät luettu, seuraavana tehtävänä on tutkia, vastaavatko ne tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymykseen vastaamattomuus

on poissulkukriteeri. Vielä lopuksi, kun sopimattomat tutkimukset ovat rajattu pois, seulotaan jäljelle jääneet tutkimukset vielä uudelleen mieltien niiden sopivuutta. (Rhoades 2011, 67.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksen laajuus määrittelee aineiston riittävyden määrän (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinnan voi tehdä kahdella tavalla: implisiittisenä tai eksplisiittisenä valintana. Aineiston implisiittisessä valinnassa aineiston valinnan luotettavuus ja sopivuus perustellaan suoraan raportin tekstissä tarpeeksi hyvin argumentoiden eikä esimerkiksi raportoida erikseen aineiston hakuun käytettyjä tietokantoja, sisäänotto- ja arviointikriteerejä. Aineiston eksplisiittisessä valinnassa aineiston valintaprosessin vaiheet raportoidaan tarkasti. Siinä aineiston haku tehdään sähköisesti eri tietokannoista käyttäen hakusanoja sekä hyödyntäen aineiston kieli- ja aikarajoituksia, mutta niistä voidaan kesken prosessin poiketa, mikäli se on olennaista tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään eksplisiittistä aineiston valintaa.

7.3 Aineiston analyysi

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysi ei referoi, siteeraa tai raportoi alkupeleistä aineistoa vaan tavoitteena on vertailla aineistoa ja analysoida olemassa olevan tiedon vahvuuksia ja heikkouksia sekä tehdä laajempia päätelmiä kerätyn aineiston perusteella. Analyysissä valitusta aineistosta etsitään tutkitun ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja, joita ryhmitellään sisällön perusteella kokonaisuuksiksi. Tutkimuskysymyksen perusteella ilmiötä voidaan analysoida teemoittain, kategorioittain tai suhteessa kategorioihin, käsitteisiin tai teoreettiseen lähtökohtaan. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Tässä opinnäytetyössä analysointitavaksi valikoitui aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Se voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: 1) aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, 2) aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja 3) teoreettisten käsit-

teiden luomiseen eli abstrahointiin. Pelkistämässä analysoitava informaatio kirjoitetaan auki ja epäoleellinen tieto karsitaan pois tiivistämällä tai pilkkomalla data osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 91–92.) Tässä opinnäytetyössä pelkistäminen tapahtui perehtymällä valittuihin aineistoihin, samalla yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia etsien. Havaitut yhtäläisyydet sekä eroavaisuudet kirjoitettiin ylös erilliseen tiedostoon, mikä mahdollisti asianmukaisen ryhmittelyn.

Ryhmittelyn tarkoituksena on käydä läpi aineistosta tiivistetyt alkuperäisilmaukset ja etsiä niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Saman ilmiön käsitteet ryhmitellään sekä yhdistetään luokiksi ja niistä muodostuvat alaluokat. Alaluokkien käsitteiden tulisi kuvata sisältöä, kuten tutkittavan ilmiön ominaisuutta, piirrettä tai käsitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92.) Luokittelu aloitettiin irrottamalla alkupe-
räisilmaisut kontekstistaan erilliseen tiedostoon. Kun kaikki alkuperäisilmaisut oli saatu kirjoitettua ylös, alettiin niitä yhdistelemään alaluokiksi yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien mukaan. Tämän jälkeen luokittelua jatkettiin yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi ja yläluokkia pääluokiksi (liite 3). Luokittelun jälkeen valitut aineistot saatiin tiivistettyä koskemaan yleisimpiä käsitteitä ja tämän opinnäytetyön kannalta oleellisinta tietoa.

Aineiston käsitteellistäminen tarkoittaa vaihetta, jossa tutkimuksen kannalta oleellinen tieto erotetaan ja saadun tiedon pohjalta muodostetaan käsitteitä. Tarkoituksena on valitun aineiston alkuperäisilmaisujen pohjalta muodostaa teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Luokitusten yhdistelyä jatketaan niin pitkälle, kuin se aineiston sisällön puolesta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 93.) Käsitteellistäminen aloitettiin erottamalla tutkimuksista aiheeseen liittyvät alkupe-
räisilmaisut ja yhdistelemällä niitä kokonaisuuksiksi, joista muodostui käsitteitä. Käsitteitä tarkastellessa muodostui johtopäätöksiä, jotka näkyvät pääluokissa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi yhdistelee käsitteitä ja näin ollen tarjoaa tutkimuskysymyksiin vastauksia. Se perustuu tulkintaan ja päättelyyn, edeten empiirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 94.)

7.4 Aineiston rajaus, haku ja valinta

Tässä opinnäytetyössä tietopohjan lähempään tarkasteluun valikoituivat suomalaisista kulttuurivähemmistöistä romanit ja saamelaiset terveydenhuollossa koetun tiedontarpeen vuoksi. Maahanmuuttajista ja pakolaisista valittiin somalit ja kurdit tilastokeskuksen ulkomaan kansalaiset -tilaston mukaisesti, sillä niiltä alueilta Suomeen muuttaneita oli paljon. Muitakin ulkomaan kansalaisia oli Suomessa enemmän, mutta heidän kulttuurinsa käsitys mielenterveydestä oli joko erittäin lähellä suomalaisten käsitystä, tai kyseisestä kulttuurista ei löytynyt tarpeeksi tutkimustietoa aiheeseen liittyen. Tarkasteltavia kulttuureja oli tarpeen rajata myöskin ajan ja resurssien rajallisuuden vuoksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaavia tutkimuksia oli rajallisesti. Näin ollen tutkimusryhmäksi valikoituivat aikuiset eli noin 19–44-vuotiaat, sillä kyseisestä ikäryhmästä löytyi kattavimmin tutkimustietoa. Aihetta ei myöskään rajattu akuutti- eli osastolla tapahtuvaan tai avomielenterveyshoitotyöhön rajallisen tutkimustiedon sekä tulosten merkitysten vuoksi. Hoitomuotojen välillä ei todettu merkittäviä eroja kulttuurisen kompetenssin vaikutuksista mielenterveyshoitotyön laatuun tai kulttuuriseen vähemmistöön kuuluvan potilaan/asiakkaan huomioimiseen.

Tiedonhaun prosessissa hyödynnettiin Medic-, Cinahl- ja PubMed-tietokantoja sekä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan avointa julkaisuarkisto Julkaria. Tiedonhakua on tiivistetysti kuvattu liitteessä 1. Kaikissa tietokannoissa tutkimushaussa etsittiin sisäänottokriteereiden (taulukko 1) mukaisesti vuoden 2011 jälkeen julkaistuja suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia. Tutkimusryhmäksi valikoituivat aikuiset (19–44-vuotiaat). Tutkimusten täytyi vastata tai vastata osittain tutkimuskysymyksiin. Artikkelit, jotka eivät olleet tutkimuksia eivätkä vastanneet tutkimuskysymyksiin tai ne olivat julkaistu ennen vuotta 2011, poissuljettiin. Haut suoritettiin maaliskuussa 2021.

Taulukko 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus	Ei ole tutkimus
Julkaisuvuosi 2011 tai uudempi	Julkaistu ennen vuotta 2011
Tutkimusryhmä aikuiset (19–44-vuotiaat)	Tutkimusryhmä muu kuin aikuiset
Englannin- tai suomenkielinen	Muu kuin englannin- tai suomenkielinen
Vastaa tai vastaa osittain tutkimuskysymykseen/-kysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymykseen/-kysymyksiin
Ilmaisen luettavissa	Maksullinen

Hakusanoina Medic-tietokannassa käytettiin termejä ”maahanmuut*” AND ”mielenterveyshäiriöt”. Näillä hakusanoilla saatiin kymmenen tulosta, joista otsikon perusteella valittiin neljä tutkimusta lähempään tarkasteluun. Tarkemman perehtymisen jälkeen lopulliseen tutkimusaineistoon valikoitui kaksi tutkimusta niiden täyttäessä tämän opinnäytetyön sisäänottokriteerit. Julkaisuarkisto Julkari -tietokannan haussa käytettiin hakusanaa ”romani” ja asiasanaa ”hyvinvointi”. Tutkimusaineistoon haluttiin sisällyttää tietoa myös suomalaisista vähemmistöryhmistä, joten tässä haussa päädyttiin käyttämään hieman erilaisia hakusanoja. Tässä haussa hakutuloksia oli neljä. Hakutuloksista otsikon perusteella lähempään tarkasteluun valikoitui kaksi tutkimusta, joista yksi valittiin lopulliseen tutkimusaineistoon sen vastatessa parhaiten tutkimuskysymyksiin.

Cinahl-tietokannassa tehtiin kaksi erillistä hakua laajemman hakutuloksen mahdollistamiseksi. Ensimmäisessä haussa hakusanoja olivat ”mental health nursing” OR ”psychiatric nursing” AND ”immigrant*”. Rajauksina käytettiin vuosiväliä 2011–2021, vain kokonaan saatavilla olevia tekstejä ja kielenä englantia. Hakutulokseksi saatiin neljä tutkimusta, joista lähemmän tarkastelun jälkeen valittiin

yksi. Toisessa haussa hakusanoina käytettiin "cultural differences" AND "cultural competency" OR "cultural diversity" AND "perception on mental health" AND "mental health nursing". Rajauksina käytettiin vuosiväliä 2011–2021, vain kokonaan saatavilla olevia tekstejä, "academic journals", "apply equivalent subjects", tutkimusryhmänä aikuisia eli 19–44-vuotiaita ja kielenä englantia. Hakutulokseksi saatiin 37 tutkimusta, joista otsikon perusteella tutustuttiin tarkemmin yhdeksään. Kyseisistä tutkimuksista luettiin tiivistelmät ja tarkemman tutustumisen jälkeen lopulliseen tutkimusaineistoon valikoitui kolme tutkimusta, jotka parhaiten täyttivät tämän opinnäytetyön sisäänottokriteerit.

PubMed-tietokannassa hakuja tehtiin kolme. Ensimmäisellä hakukerralla käytettiin hakusanoja "cultural competency" AND "mental health" AND "mental health practitioners". Rajauksina oli ilmaiseksi saatavilla olevat tekstit, kielenä englannin ja suomen kieli, vuodet 2011–2021 ja aikuisiin (19–44-vuotiaisiin) kohdistuvat tutkimukset. Hakutulokseksi saatiin 10 tutkimusta, joista osa pystyttiin karsimaan jo otsikon perusteella pois. Loppuihin tutkimuksiin perehdyttiin syvemmin lukemalla tiivistelmät ja näin päädyttiin valitsemaan listalle kaksi tutkimusta, jotka vastasivat parhaiten tutkimuskysymyksiin.

Toisella hakukerralla käytettiin hakusanoja "mental health" AND "cultural differences" AND "immigrant" OR "asylum-seek*". Hakusanat rajattiin koskemaan otsikkoa tai tiivistelmää, vuosiväliksi 2011–2021 ja vain ilmaisena saatavilla olevat tekstit. Hakutulosten määrän ollessa suuri, hakuja rajattiin edelleen valitsemalla "clinical trial/meta-analysis/randomized controlled trial/systematic review". Hakutuloksia saatiin 50, otsikon perusteella tutustuimme kahteentoista ja lopulta neljä tutkimusta valittiin. Viimeisellä hakukerralla hakusanoina toimivat "mental health" AND "sami". Vain ilmaisena saatavilla olevat tekstit valittiin, vuosiluvuiksi asetettiin 2011–2021, kielet rajattiin suomen ja englannin kieliin ja kohderyhmäksi aikuiset eli 19–44-vuotiaat. Hakutuloksia saatiin 25, joista kolme otettiin tarkasteltavaksi ja niistä valittiin lopulta yksi tutkimus, joka oli tehty Norjassa.

Opinnäytetyöhön valittiin kaiken kaikkiaan 13 tutkimusta, joita on tiivistetyksi esitelty liitteessä 2. Kaikki opinnäytetyöhön valitut tutkimukset täyttivät tämän kuvai-

levan kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerit, jotka on tarkemmin esitelty taulukossa 1. Kattavuuden ja hyödynnettävyyden vuoksi tutkimuksia valittiin Suomen lisäksi useissa eri maissa toteutettuina. Näin saatiin useita näkökulmia, kuinka kulttuurinen kompetenssi vaikuttaa mielenterveyshoitotyöhön ja mitä tulee huomioida työskennellessä mielenterveyshoitotyössä aikuisen kulttuuriseen vähemmistöön kuuluvan potilaan/asiakkaan kanssa.

8 Tulokset

8.1 Kulttuurinen kompetenssi ja sen vaikutus hoidon laatuun

Kulttuurista kompetenssia ja sitä edistävää koulutusta pidetään hoitotyössä laajalti tärkeänä (Mollah, Antodianses, Lafeer & Brijnath 2018, 3–4; Yakar & Alpar 2018, 1753; Dune, Caputi & Walker 2018, 12; Almutairi, Adlan & Nasim 2017, 7–8; Priebe, Sandhu, Dias, Gaddini, Greacen, Ioannidis, Kluge, Krasnik, Lamkaddem, Lorant, Puigpinósi Riera, Sarvary, Soares, Stankunas, Straßmayr, Wahlbeck, Welbel & Bogic 2011, 8). Hoitohenkilökunnalle mahdollistetun koulutuksen määrä vaihtelee paikoittain ja se näkyy ammattilaisten itsevarmuudessa sekä asenteissa hoitaessa eri kulttuuritaustaisia ihmisiä (Yakar & Alpar 2018, 1751).

Turkissa toteutetussa tutkimuksessa 84,5 prosenttia vastanneista hoitajista kertoi, etteivät he olleet saaneet koulutusta monikulttuuriseen hoitotyöhön (Yakar & Alpar 2018, 1751). Kanadassa toteutetussa tutkimuksessa vastaava luku oli 61,2 prosenttia (Almutairi ym. 2017, 4). Suomessa haastatelluista hoitajista yksikään ei ollut saanut koulutusta monikulttuurisuuteen liittyen, vaikka jokainen heistä oli hoitanut maahanmuuttajataustaista henkilöä (Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen 2018, 1804).

Mollahin ym. (2018, 4) tutkimukseen vastanneiden hoitajien mukaan kulttuurinen kompetenssi näkyy hoitotyössä joustavuutena, reflektiivisyytenä sekä sitoutumisena ammatilliseen kehittymiseen. Joustavuudella viitattiin avoimeen tai avarakatseiseen kohtaamiseen potilaan kulttuuritaustan huomioiden, reflektiivisyydellä

tarkoitettiin tietoisuutta omasta kulttuurista ja sen vaikutuksista hoitosuhteeseen ja ammatillisen kehityksen kerrottiin liittyvän haluun lisätä tietoisuutta eri etnisten ryhmien puhutuista kielistä tai murteista, yleisistä perinteistä ja käytännöistä, uskonnollisista vakaumuksista sekä erityisesti pakolais- ja turvapaikanhakijaryhmistä. Myös Kallakorven ym. (2018, 1806–1807) tutkimuksessa vaikuttavan hoidon edellytykseksi tunnistettiin samankaltaisia teemoja joustavuuden, perheen osallistavan hoitotyön, kulttuurisensitiivisyyden sekä luottamuksellisen hoitosuhteen ympärillä. Vaikka perheen hoitoon osallistamisen tärkeä merkitys tunnistettiin, sitä hyödynnettiin vain harvoin. Osa hoitajista koki sukulaisten osallistamisen edesauttavan kuntoutumista, osa koki siitä aiheutuvan lisää työtaakkaa.

Kiinnostus oman kulttuurisen kompetenssin kehittämiseen on vaihtelevaa (Mollah ym. 2018, 3–4; Kallakorpi ym. 2018, 1807). Perusteluina kiinnostuksen puutteelle kerrottiin muun muassa eri kulttuureja olevan liikaa, jolloin kaikkiin perehtyminen olisi mahdotonta. Muutama vastaajista koki, että kulttuuriperehtymiseen liittyy riski yleistämisestä ja stereotypisoinnista. Tutkimukseen vastanneista ammattilaisista valtaosa oli sitä mieltä, että asenteissa ja kulttuurisen monimuotoisuuden arvostamisessa olisi kehitettävää koko organisaation tasolla. Ammattiryhmästä riippumatta jokaisen henkilökuntaan kuuluvan tulisi saada koulutusta kulttuurisen kompetenssinsa kehittämiseksi. (Mollah ym. 2018, 3–4, 6–7.) Myös Dunen ym. (2018, 8–11) tutkimuksessa tunnistettiin palvelujärjestelmän rakenteiden vaikuttavan osallaan negatiivisesti kulttuurisen kompetenssin toteuttamiseen ja kehittämiseen. Mahdollisten muutosten nähtiin olevan työntekijöistä riippumattomia.

Eurooppalaisessa hyviä käytäntöjä maahanmuuttajien terveydenhoidossa tarkastelleessa tutkimuksessa 74 prosenttia vastaajista raportoi, että ensimmäisen kohtaamisen jälkeen maahanmuuttajien kohtelu ja hoitopolku eli sairauden hoidon vaiheet eivät eronneet ei-maahanmuuttaja-potilaasta. Pakolaisten ja asiakirjattomien maahanmuuttajien kohdalla vain muutama vastaajista raportoi, ettei eroa hoitopolussa esiintyisi. (Priebe ym. 2011, 4.) Hoitokodissa, jossa hoidettiin enimmäkseen muista kulttuureista tulevia potilaita, hoitajista 84 prosenttia ilmoitti suostuvansa hoitamaan eri kulttuuritaustaisia (Yakar & Alpar 2018, 1750). Dunen

ym. tutkimuksen (2018, 11–12) mukaan enemmän eri kulttuuritaustaisia hoitaneet ovat kulttuurisesti kompetentimpia ja omaavat epätodennäköisemmin etnisyyteen tai ihonväriin liittyviä asenteita.

Hoitosuhteen muodostumiseen vaikuttaa myös hoitajan ja potilaan kulttuurinen kompetenssi. Englantilaisessa tutkimuksessa on todettu, että vähäinen kulttuurinen kompetenssi ja etninen tietämättömyys, joko hoitajan tai potilaan taholta, riskeeraavat hoitosuhteen muodostumisen. (Dune ym. 2018, 3.) Myös Australiassa tehdyssä tutkimuksessa on huomattu, että hyvä hoitosuhde on oleellinen osa kulttuurisesti kompetenttia hoitotyötä (Mollah ym. 2018, 5–6).

Priebe ym. tutkimukseen (2011, 9) vastanneista ammattilaisista valtaosa toivoi selkeämpiä ohjeistuksia siitä, millaisiin palveluihin eri maahanmuuttajaryhmät ovat oikeutettuja. Ammattilaiset kokevat länsimaalaisen terveydenhuoltomallin joustamattomana ja jäykkänä, mikä vaikeuttaa työskentelyä mallin ulkopuolelta tulevien potilaiden kanssa (Mollah ym. 2018, 6). Toisaalta myös henkilökunnan epäilykset hoidon tarpeellisuudesta esimerkiksi turvapaikanhakuprosessiin liittyen, voivat horjuttaa hoitoa (Kallakorpi ym. 2018, 1805).

Mielenterveystyön ammattilaiset kokivat terapeuttisen hoitosuhteen mahdolliseksi rajoitteiksi ammattilaisen tietyt arvot, uskomukset ja stereotypiat. Tällaisia rajoitteita olivat kyvyttömyys sovitella kulttuurisia eroja, mikroaggressiot eli tahattomat ja huomaamattomat loukkaavat kommentit tai teot, arvoristiriidat sekä etnisyyteen tai ihonväriin liittyvät tekijät. Ennen kulttuurista kompetenssia tukevaa koulutusta ammattilaiset olivat kuitenkin tiedottomia näiden tekijöiden vaikutuksesta terapeuttisen hoitosuhteen luomiseen ja vahvuuteen. (Dune ym. 2018, 11–12.)

8.2 Hoitoon liittyvät haasteet

Eri kulttuuritaustaisten hoitoon liittyy toisinaan haasteita. Usein ne liittyvät kieli-muuriin, traumakokemuksiin, terveydenhuoltopalveluiden tuntemuksen puutteeseen tai epäluottamukseen palveluita kohtaan. (Dastjerdi 2012, 3; Kallakorpi ym. 2018, 1808; Priebe ym. 2011, 4–7; Kirmayer, Narasiah, Munoz, Rahid, Ryder,

Guzder, Hassan, Rousseau & Pottie 2011, 962.) Myös sovittuihin ajanvarauksiin tulematta jättäminen, myöhästyminen tai eri aikaan ilmaantuminen on nähty haasteellisena (Priebe ym. 2011, 5; Almutairi ym. 2017, 4). Suomalainen psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien hoidosta tarkastellut tutkimus osoitti, että hoitajilla oli toisinaan vaikeuksia erottaa potilaan kotimaan tapahtumiin liittyvien kertomusten todenmukaisuutta psykoosin oireista (Kallakorpi ym. 2018, 1805–1806).

Priebe ym. (2011, 4) tutkimuksessa on raportoitu, että hoitotyössä useimmiten esiintyvät haasteet maahanmuuttajien kanssa työskennellessä liittyvät kieli- ja kommunikaatio-ongelmiin. Huolenaiheena nähtiin maahanmuuttajien kyvyttömyys kommunikoida sujuvasti terveydenhuollossa. Tässä nähtiin väärinymmärryksen riski, joka voisi johtaa väärään diagnoosiin. Myös ylimääräisiä tutkimuksia oli jouduttu tekemään, jotta kielimuurista johtuvaa informaatioaukkoa saatiin kompensoitua. Kielimuurin ja sen myötä mahdollisen väärän diagnoosin riskin takia ammattilaisten tulisi muistaa somaattisen oireilun olevan traumatapahtuman jälkeen hyvin tyypillistä (Satinsky, Fuhr, Woodward, Sondorp & Roberts 2019, 861). Norjassa tehdyssä tutkimuksessa huolenaiheeksi nousi puolestaan terveydenhuollon henkilökunnan rajallinen saamen kielen osaaminen (Mehus, Andersdatter Bongo, Isaksen Engnes & Moffitt 2019, 4–6). Myös Mollahin ym. (2018, 6) tutkimuksessa on todettu, että selkeä kommunikaatio on olennainen osa kulttuurisesti kompetenttia eli hyvää mielenterveyshoitotyötä. Kielimuuri on laajalti nähty yhtenä suurimpana haasteena terveyspalveluiden saavutettavuudessa (Dastjerdi 2012, 3; Satinsky ym. 2019, 854).

Kielimuuriongelmaa voi vaikeuttaa entisestään joko rajallinen tulkkipalveluiden saatavuus, käytettävyys tai tulkin pätevyys (Mollah ym. 2018, 6; Kallakorpi ym. 2018, 1807; Kirmayer ym. 2011, 963). Puutteellinen kommunikaatio on tunnistettu merkittäväksi tekijäksi kulttuuristen konfliktien synnyssä (Kallakorpi ym. 2018, 1806; Mehus ym. 2018, 1751). Tutkimukset osoittivat tulkkauksen apuna käytettävän usein sukulaista tai tuttavaa (Priebe ym. 2011, 4–5; Mollah ym. 2018, 6; Kirmayer ym. 2011, 963; Mehus ym. 2019, 5; Satinsky ym. 2019, 869). Käytäntö koetaan ongelmalliseksi erityisesti hoitoon hakeutumisen syyn ollessa arkaluontoinen. Toisaalta ongelmaksi on koitunut myös se, että vastuu käännöksen

oikeellisuudesta on tulkkajalla, joka voi halutessaan tiivistää tai sensuroida kuulemaansa. (Priebe ym. 2011, 5; Mehus ym. 2019, 5.) Ammattitulkin käyttö on suositeltavaa, sillä se parantaa merkittävästi viestintää sekä auttaa oireiden ilmaisussa (Kirmayer ym. 2011, 963).

Kallakorven ym. (2018, 1804) tutkimus osoitti maahanmuuttajataustaisten potilaiden kärsivän usein masentuneisuudesta, kipuoireista ja psykoottisuudesta. Verrattuna kantaväestöön kipuoireilu oli maahanmuuttajataustaisilla selvästi yleisempää ja siihen henkilökunta kaipasi lisää koulutusta. Roosa-tutkimukseen osallistuneista romanimiehistä -ja naisista joka kolmas oli kokenut vähintään kahden viikon ajan masennusoireita viimeisen vuoden aikana, mikä oli huomattavasti enemmän koko väestöön verrattuna (Castaneda, Erhola & Lämsä 2018, 91–95). Masentuneisuudesta tai ahdistuneisuudesta kärsivien potilaiden on huomattu välittävän somaattisia vaivoja tai käyttävän puheessaan kulttuurikohtaisia ilmaisuja, mikä voi johtaa väärään diagnoosiin ja hoitoon (Kirmayer ym. 2011, 963; Dastjerdi 2012, 5).

Priebe ym. (2018, 5) sekä Satinskyn ym. (2019, 861) tutkimuksissa raportoitiin hoitoon liittyväksi haasteeksi maahanmuuttajien erilaiset käsitykset sairauksista ja hoidoista sekä ihmiskehosta, mikä toisinaan johti siihen, ettei potilas noudattanut suositeltua hoitoa tai suostui vasta vastustelun jälkeen. Kulttuuriset normit, tavat ja uskonto aiheuttavat huolta etenkin liittyessään fyysisiin tutkimuksiin tai toimenpiteisiin ja potilaan uskonnollisten rajojen kunnioittamiseen sekä kulttuuriin tabuihin (Priebe ym. 2011, 5). Kirmayerin ym. (2011, 962) tutkimuksessa huomattiin eri kulttuuritaustaisten sairauskäsitysten vaikuttavan potilaan halukkuuteen liittää oireensa mielenterveyden häiriöön. Psykiatristen diagnoosien stigman ajatellaan vaikuttavan yksilön lisäksi koko perheeseen.

Epäluottamus terveydenhuollon palveluita ja -ammattilaisia kohtaan voi johtua esimerkiksi entisessä kotimaassa tapahtuneista asioista, kuten poliittisista tai uskonnollisista konflikteista. Osa potilaista on ollut tarkkoja siitä, kenelle henkilökunnasta tietoja antavat. Kuitenkin negatiivinen asenne tai vihamielinen käytös henkilökuntaa kohtaan liittyy useimmiten kulttuurieroihin, väärinymmärryksiin tai tunteeseen siitä, ettei tule vakavasti otetuksi. (Priebe ym. 2011, 6–7.) Raskin,

Martelin, Niemisen ja Solovievan (2012, 224–225) mukaan somalialaistaustaisista neljä viidesosaa luotti julkisen terveydenhuollon palveluihin täysin tai melko paljon, mutta vastaavat osuudet venäläis- ja kurditaustaisten kohdalla olivat kaksi kolmasosaa ja kolme neljäsosaa. Kaikista pienin luotto oli venäläistaustaisilla naisilla 60 prosentin osuudella. Dastjerdin (2012, 4) tutkimukseen vastanneet ammattilaiset uskoivat osan maahanmuuttajataustaisista potilaista olevan skeptisiä saamaansa hoitoa kohtaan. Vastaanotolla olo saatettiin kokea epämukavaksi. Saatujen palveluiden määrä saatetaan toisinaan kokea myös riittämättömäksi tai hoitoon jätetään hakeutumatta leimautumisen pelosta, kuten romaniväestöä tutkinut Roosa-tutkimus osoitti (Kuusio, Lämsä, Weiste-Paakkanen & Koponen 2018, 136).

Luottamusta hoitosuhteessa voivat horjuttaa eriävät ymmärrykset yksityisyydestä, epärealistiset odotukset, hoitoon sitoutumattomuus ja sen myötä oikopolkujen etsiminen tai pelko kasvojen menettämisestä omassa yhteisössä. Potilaat saattavat salailla perheväkivaltaa, sillä kotona tapahtuneet asiat koetaan perheen välisiksi. Epärealistiset odotukset ja siitä aiheutunut mielipaha näkyvät esimerkiksi avunpyyntönä ammattilaisen osaamisalueen ulkopuolelta. Taloudelliset vaikeudet tai haluttomuus sitoutua hoitoon saattavat ajaa potilaan etsimään helpommin saatavilla olevia ratkaisuja. (Dastjerdi 2012, 4.) Eriävät ymmärrykset korostuivat myös Prieben ym. (2011, 6) tutkimuksessa epäluottamusta herättävänä tekijänä. Yleensä ne liittyivät potilaan oletuksiin siitä, että lääkäri pystyisi ratkaisemaan moninaisia ongelmia lyhyiden vastaanottojen aikana.

8.3 Kulttuuritaustan vaikutus mielenterveyteen

Kulttuuriset tekijät voivat vaikuttaa kaikkiin sairauden ja sopeutumisen osavaiheisiin kuten oireiden tulkintaan ja niihin reagointiin, sairauden selityksiin, selviytymiseen, avun hakemisen malleihin, hoidon vasteeseen ja noudattamiseen, emotionaaliseen ilmaisuun ja viestintään sekä potilaan vuorovaikutussuhteeseen perheensä sekä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tietyille kulttuuriryhmille ei ole poikkeuksellista hyödyntää useita avunlähteitä sairauden hoitoon. Yleisiä

keinoja lääketieteen lisäksi ovat perinteisemmät parantamiskeinot, kuten lisäravinteet tai parantajat. Lääkkeitä määrätessä nähtiin tärkeänä tiedustella käyttääkö potilas esimerkiksi lisäravinteita, joilla saattaisi olla yhteisvaikutuksia määrätyn lääkkeen kanssa. (Kirmayer ym. 2011, 963.) Kulttuurisia konflikteja voivat aiheuttaa myös ammattilaisten ja potilaan sukulaisten näkemuserot diagnosoidun sairauden suhteen (Kallakorpi ym. 2018, 1805–1806).

Osa naissukupuolisista ammattilaisista kertoo kohdanneensa miespotilaita, jotka ovat kokeneet heille puhumisen epämiellyttävänä. Toisinaan potilaan naisvihamieliset näkemykset vaikuttivat siihen, ettei potilas kyennyt ottamaan ammattilaisen neuvoja vastaan. Toisaalta saman kulttuuritaustan potilaan kanssa jakaneet ammattilaiset kokivat olevansa potilaalle tietyllä tapaa tutumpia ja lähestyttävämpiä sukupuolesta riippumatta. Sama kulttuuritausta loi tunteen siitä, että oli oikeutumpi potilaan ohjaukseen ja haastatteluun, mikä auttoi luomaan vahvemman hoitosuhteen. (Mollah ym. 2018, 5.)

Elämään vähemmistöryhmään kuuluvana voi liittyä erilaisia haasteita kuten syrjintää, yksinäisyyttä, eriarvoista asemaa terveydenhuollon palveluissa, työttömyyttä ja sen myötä taloudellisia vaikeuksia sekä tyytymättömyyttä elämänlaatuun (Lämsä, Kuusio, Koskinen, Martelin & Weiste-Paakkanen 2018, 140–142; Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä & Koskinen 2012, 9–11). Schubertin (2018, 58) tutkimus osoitti, että somaliaistaustaisilla maahanmuuttajilla ei ollut juuriakaan suomalaisia ystäviä. Raskin ym. (2012, 224) tutkimuksen mukaan somaliaistaustaisilla oli venäläis- ja kurditaustaisia useammin vähintään yksi syntyperäinen suomalainen ystävänä.

Romanimiehistä 45 prosenttia ja naisista 42 prosenttia kertoo kokeneensa viimeisen vuoden aikana epäoikeudenmukaista kohtelua vierailta ihmisiltä yleisellä paikalla. 18–29-vuotiaiden kohdalla vastaavat luvut olivat 59 prosenttia ja 66 prosenttia. Epäoikeudenmukaista kohtelua oli tapahtunut myös asioidessa terveys- ja sosiaalipalveluissa. (Castaneda, Erhola, Kuusio, Weiste-Paakkanen & Lämsä 2018, 58.) Venäläis- ja kurditaustaisista Suomessa asuvista henkilöistä nimittelyä olivat kokeneet kaikki tutkimukseen vastanneet (Mannila, Castaneda & Jasins-

kaja-Lahti 2012, 231). Norjassa tehdyssä tutkimuksessa myös saamelaiset kertoivat kokeneensa laiminlyöntiä ja syrjintää. Useampi myös raportoi kokeneensa huonoa ja epäkohteliasta kohtelua terveydenhuollossa saamelaisuuden takia. (Mehus ym. 2019, 4–6.)

Maahanmuuttajat, turvapaikanhakijat, pakolaiset ja muut kulttuurivähemmistöt käyttävät yleensä mielenterveyspalveluita kantaväestöä harvemmin (Kirmayer ym. 2011, 962; Castaneda, Lehtisalo, Schubert, Halla, Pakaslahti, Mölsä & Suvisaari 2012, 158; Satinsky ym. 2019, 854). Poikkeuksena tästä ovat Suomen kurdi- ja venäläistäustaiset, joiden mielenterveyspalveluiden käyttö ei eronnut suomalaisesta kantaväestöstä (Castaneda, Lehtisalo, Schubert, Halla, Pakaslahti, Mölsä & Suvisaari 2012, 158). Satinskyn ym. (2019, 854) tutkimuksen mukaan 41 prosenttia turvapaikanhakijoista kärsi mielenterveyden häiriöstä, mutta vain 26 prosenttia oli saanut siihen apua.

8.4 Trauman vaikutus mielenterveyteen

Tutkimukset osoittavat, että ennen maahanmuuttoa koettu traumatapahtuma on riskitekijä psyykkiselle oireilulle. Tällaisia traumatekijöitä ovat muun muassa väkivallan näkeminen tai kokeminen, sodan keskellä eläminen sekä kidutuskokemukset. Vakavin ja samalla tyypillisin traumaattisiin kokemuksiin liittyvä mielenterveydenhäiriö on traumaattinen stressihäiriö. (Castaneda, Schubert, Lehtisalo, Pakaslahti, Halla, Mölsä & Suvisaari 2012, 151–153; Schubert 2018, 51–52.) Kirmayer ym. tutkimuksessa (2011, 961) todetaan pakolaisilla olevan huomattavasti suurempi riski sairastua tiettyihin mielenterveyden häiriöihin, johtuen heidän altistumisestaan muun muassa sodalle tai kidutukselle. Myös epävarmuus omasta asemasta uudessa maassa nähdään altistavana tekijänä.

Schubertin (2018, 51) tutkimukseen osallistuneista kaikki olivat kokeneet yli viisi traumaattista tapahtumaa. Naisista 48 prosenttia oli raiskattu ja 69 prosenttia oli kokenut muun seksuaalisen trauman. Miehistä 33 prosenttia oli ollut vankeudessa vähintään vuoden ja 49 prosenttia oli ollut taistelutilanteissa. Tutkimustu-

lostien mukaan yleisimmät mielenterveydenhäiriöt liittyivät traumaattiseen stressihäiriöön, masennusoireiluun sekä somaattiseen oireiluun, mutta esiintyvyydessä oli kulttuurisia eroja. Kaakkois-Euroopasta tulleet turvapaikanhakijat kärsivät ahdistuneisuuden oireista merkittävästi pakolaisryhmiä enemmän. Pakolaisasemalla ei kuitenkaan huomattu olevan merkittävää vaikutusta kulttuurin ja mielenterveyden yhteyteen.

Castanedan, Schubertin, Lehtisalonen, Pakaslahden, Hallan, Mölsän ja Suvisaaren tutkimuksessa (2012, 152–153) raportoitiin kurditaustaisista 78 prosentin ja somalialaistaustaisista 57 prosentin kokeneen entisessä kotimaassaan jonkin merkittävän traumaattisen kokemuksen. Kurditaustaiset miehet raportoivat kokeneensa traumaattisen tapahtuman useammin kuin naiset, kun taas somalialaistaustaiset naiset raportoivat useampia traumaattisia kokemuksia useammin kuin miehet. Markkulan ja Impisen (2012, 88) tutkimus paljasti, että joka kymmenes kurditaustaisista oli saanut väkivallan aiheuttamia pysyviä vammoja. Myös Schubertin (2018, 57–59) kolmanteen osatutkimukseen osallistuneista kulttuuriryhmistä kurditaustaiset maahanmuuttajat olivat kokeneet eniten traumakokemuksia. Kurditaustaiset kärsivät eniten masentuneisuudesta, ahdistuneisuudesta ja somaattisista oireista ja somalialaistaustaiset lähinnä somaattisista oireista. Venäläistaustaiset kärsivät samoista asioista, mutta merkittävästi muita ryhmiä harvemmin. Jokaisen maahanmuuttajaryhmän kohdalla voitiin huomata mielenterveyspalveluihin hakeutumisen liittyvän vahvasti koettuihin traumoihin.

Castanedan, Raskin, Koposen, Mölsän & Koskisen tutkimuksessa (2012, 61–62) raportoitiin, että ikäryhmittäin traumatapahtumien esiintyvyys erosi huomattavasti venäläis- ja erityisesti kurditaustaisilla. Kurditaustaisista 30–44-vuotiaista 83 prosenttia raportoi kokeneensa entisessä kotimaassaan jonkin traumatapahtuman, kun taas esimerkiksi 18–29-vuotiaista 57 prosenttia raportoi koetusta traumatapahtumasta. Somalialaistaustaisilla taas traumatapahtumien esiintyvyys ei ollut vahvasti linkitettävissä ikään.

Priebe ym. (2011, 5) tutkimukseen vastanneista maahanmuuttajista kaksi kolmasosaa oli kokenut maahanmuuttoon liittyen traumaattisen kokemuksen. Hiljattain maahan muuttaneiden potilaiden nähtiin olevan muun muassa sosiaalisesti

syrytyneempiä, köyhemmistä taustoista tulleita sekä kamppailevan integroitumisen ja mahdollisten sotatraumojen kanssa. Traumatapahtuma yhdessä pienen sosiaalisen verkoston ja heikon kulttuuriin sopeutumisen kanssa on voitu yhdistää epäluottamukseen terveydenhuollon palveluita kohtaan (Schubert 2018, 61).

Mielenterveysongelmat ja niiden ilmaantuvuus vaihtelevat maahanmuuttajaryhmien välillä, mutta pääosin poikkeavat maan kantaväestöstä. Maahanmuuttajaryhmien sijaan tietynlaisten ongelmien ilmaantuvuus sekä palveluiden käyttöaste ovat yhdistettävissä erilaisiin vastoinkäymisiin maahanmuuton eri vaiheissa. Maahanmuuton voidaan ajatella jakautuvan kolmeen kokonaisuuteen: aikaan ennen maahanmuuttoa, maahanmuuttoon ja maahanmuuton jälkeiseen uudelleensijoittumiseen. Jokaiseen vaiheeseen liittyvät omat yksilölliset tekijänsä ja riskinsä. (Kirmayer ym. 2011, 960–961.)

Ammattilaiset usein tuntevat raskaita tunteita työskennellessään mielenterveys-hoitotyössä kidutusta ja traumaa kokeneiden pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kanssa. Tutkimuksessa haastatelluista ammattilaisista osa kertoo kokeneensa suurta tuskaa kuullessaan potilaiden toisinaan rankkojakin kertomuksia. Tutkimuksessa selviää, että ammattilaiset tuntevat olonsa hyväksi päästessään auttamaan sellaisia, jotka sitä oikeasti tarvitsevat. (Mollah ym. 2018, 8.)

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön monimuotoisuuden vuoksi valittuihin tutkimuskysymyksiin spesifisti vastaavia tutkimusartikkeleita oli haastavaa löytää, mutta valitut artikkelit tarjosivat kattavasti tietoa aiheen ympärillä. Tulokset tässä opinnäytetyössä on luokiteltu seuraavasti: kulttuurinen kompetenssi ja sen vaikutus hoidon laatuun, hoitoon liittyvät haasteet, kulttuuritaustan vaikutus mielenterveyteen sekä trauman vaikutus mielenterveyteen.

Kulttuurinen kompetenssi on eri kulttuuritaustaisten ihmisten kunnioittamista ja syrjimättömän ilmapiirin vaalimista (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021a). Kulttuurista kompetenssia voidaan myös pitää voimavarana hoitotyössä (Koskinen 2009a, 50). Tämän opinnäytetyön tuloksista on selvästi huomattavissa terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurisen kompetenssin olevan hoidon kannalta merkityksellistä. Koulutus nähdään tärkeänä ja tarpeellisena, mutta tulokset osoittavat sitä olevan saatavilla huomattavan vähän. Vähäinen kulttuurista kompetenssia kehittävä koulutus näkyy ammattilaisten asenteissa. Kiinnostus kulttuurisen kompetenssin kehittämiseen vaihtelee yksilöiden välillä lähinnä valtavan kulttuurikirjon vuoksi. Kulttuurisen kompetenssin koettiin näkyvän hoitotyössä etenkin joustavuutena, luottamuksellisuutena sekä reflektiivisyytenä. Enemmän eri kulttuuritaustaisia hoitaneet ovat kulttuurisesti kompetentimpia. Kulttuurisen kompetenssin on myös huomattu vaikuttavan hoitosuhteen muodostamiseen.

Hoidon laatua heikentäviksi tekijöiksi nimettiin tietämättömyys liittyen potilaan oikeuksiin, joustamattomaksi koettu terveydenhuoltomalli, ammattilaisten epäilykset hoidon tarpeellisuudesta sekä kyvyttömyys sovitella kulttuurisia eroja. Suomessa monikulttuuriset psykiatriset palvelut ovat melko harvinaisia (Kankaanpää 2018, 24–25). Haasteeksi hoitoon liittyen koettiin kielimuuri, traumakokemukset, terveydenhuollon palvelujen tuntemuksen puute ja epäluottamus palveluita kohtaan. Merkittävimmäksi ongelmaksi koettiin kielimuuriin liittyvät vaikeudet.

Kielimuurilla nähtiin olevan riski väärään diagnoosiin sekä puutteelliseen kommunikointiin. Esimerkiksi romanien puhumat suomen kielen sanat voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä terveydenhuollossa asioidessa, sillä niiden merkitys saattaa poiketa kantaväestön puhumasta suomen kielestä (Viljanen ym. 2007). Saamen kielellä saatavia mielenterveyspalveluita on Suomessa ainoastaan Utsjoella psykiatrisen sairaanhoitajan tarjoamana (Ruotsala & Lehtola 2017, 32). Tämän opinnäytetyön tuloksissa kielimuuriongelmaa vaikeutti entisestään rajalliset tulkkipalvelut. Erityisen ongelmallisena nähtiin perheenjäsenen toimiminen tulkkina asioidessa terveydenhuollon palveluissa.

Sairauden oireiden kokeminen eli millaisia ja kuinka paljon oireita muun muassa mielenterveyshäiriö aiheuttaa sekä terveyden käsite ovat yhteydessä kulttuuri-taustaan (Pakaslahti & Huttunen 2010, 21–29). Eri kulttuuritaustaisten potilaiden erilaiset käsitykset sairauksista, hoidosta ja ihmiskehosta koettiin haastavaksi myöskin tämän opinnäytetyön tuloksissa. Kulttuurikohtaiset ilmaisut sekä potilaan haluttomuus liittää oireensa mahdolliseen mielenterveyden häiriöön vaikeuttivat diagnosointia. Epäluottamuksen terveydenhuollon palveluita kohtaan nähtiin johtuvan entisessä kotimaassa tapahtuneista asioista. Tarkastelluista kulttuuri-ryhmistä somalialaistaustaiset luottivat terveydenhuollon palveluihin eniten. Aikaisemmat tutkimukset kuitenkin osoittavat etenkin iäkkäämpien somalialaistaustaisten turvautuvan herkemmin uskonnollisiin ammattiryhmiin tai somaattisen puolen terveydenhuoltoon mielenterveysongelmien hoidossa (Kieseppä ym. 2019). Hoitosuhteessa luottamusta horjuttaviksi tekijöiksi koettiin eriävät ymmärrykset yksityisyydestä, epärealistiset odotukset, hoitoon sitoutumattomuus ja leimautumisen pelko. Eri maahanmuuttajaryhmillä mielenterveyteen vaikuttavat riskitekijät ja suojaavat tekijät ovat erilaisia johtuen eriävistä elämäkokemuksista ja kulttuuritaustoista (Kerkkänen & Säävälä 2015, 19–20). Saadut tutkimustulokset tukevat aikaisempaa tietoa siitä, että tietyt mielenterveysongelmat tai niiden ilmaantuvuus eivät ole liitettävissä tiettyihin maahanmuuttajaryhmiin vaan enemmänkin erilaisiin maahanmuuttoprosessin aikana tapahtuneisiin vastoinkäymisiin.

Terveys sekä terveydenhoito ovat kaikissa kulttuureissa juurtuneet syvästi kulttuuriseen ympäristöön. Terveyden ja terveydenhoidon ilmaisuille on muun muassa omat symbolinsa ja metaforansa. (Schubert 2018, 28.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa hoitoon vaikuttavia kulttuuritaustasta johtuvia tekijöitä olivat näkemyserot diagnosoidun sairauden suhteen ja siihen sopeutumisen osavaiheisiin. Muita tekijöitä olivat kulttuurisidonnaiset tavat ja käytännöt. Konfliktitilanteita aiheuttivat potilaan ja ammattilaisen eriävät sukupuoli- tai kulttuuritaustat. Saman kulttuuritaustan nähtiin auttavan vahvemman hoitosuhteen luomisessa. Perinteisemmän islamin tulkinnan mukaan muslimia hoitavien henkilöiden kuuluisi olla samaa sukupuolta (Muhammed 2011, 188–189).

Saamelaisia kohtaan ilmenevä vihamielinen ilmapiiri on johtanut kasvavaan tarpeeseen erityisesti matalankynnyksen keskustelu- ja kriisiavulle (Ruotsala & Lehtola 2017, 36). Tämänkin opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että syrjintä, yksinäisyys, eriarvoinen asema sekä tyytymättömyys elämänlaatuun olivat yhdistettävissä elämään vähemmistöryhmään kuuluvana. Suuri osa eri kulttuurivähemmistöryhmien edustajista oli kokenut epäoikeudenmukaista kohtelua, nimittelyä ja syrjintää. Epäoikeudenmukaista kohtelua oli koettu myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asioidessa. Vihamielinen ja rasistinen asenne maahan muuttaneen uudessa kotimaassa voivat olla riskitekijöitä mielenterveydelle (Kieseppä ym. 2019). Myöskin suomalaisten somalien on raportoitu usein kokevan rasismia ja syrjintää sekä huonoa työllistymistä (Kankaanpää 2018, 20–26).

Tämän opinnäytetyön tuloksissa mielenterveysongelmat sekä niiden ilmaantuvuus olivat eri vähemmistökulttuuriryhmissä yleisiä, mutta poikkesivat maan kantaväestöstä. Yleistäen kulttuurivähemmistöt näyttäisivät käyttävän mielenterveyspalveluita kantaväestöä harvemmin. Vähemmistöt kokevat palveluiden olevan suunniteltu suurimmalta osin kantaväestölle, eivätkä näin ollen välttämättä tyydytä muun muassa saamelaisten tarpeita (Heikkilä ym. 2013, 31). Suomessa asuvat somalit kokevat suomalaiset mielenterveyspalvelut osittain sopimattomiksi, sillä he kokevat, ettei heidän tilannettaan ja tarpeitaan ymmärretä muun muassa kulttuuristen erojen takia (Kankaanpää 2018, 20–26). Maahanmuutto on psyykkisesti koetteleva kokemus, josta johtuen omien tuntemuksien ymmärtäminen ja avun pyytäminen sekä vastaanottaminen voi tuntua vaikealta. (Haavikko & Bremer 2009, 15–16.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa mielenterveyspalveluihin hakeutuminen voitiin myös liittää vahvasti traumatapahtuman kokemiseen.

Mielenterveyttä määrittäviä tekijöitä ovat muun muassa erilaiset yksilölliset kokemukset ja tekijät, kulttuuriset arvot sekä yhteiskunnalliset rakenteet (Kuhanen 2017, 21). Psyykkisiä voimavaroja vahvistaa suotuisat olosuhteet, kun taas epäsuotuisat olosuhteet uhkaavat niitä (Vorma ym. 2020, 14). Traumaperäinen stressireaktio on yksi yleisimmistä pakolaistaustaisten mielenterveyden häiriöistä (Castaneda, Mäki-Opas, Jokela, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen, Santalahti & PALOMA-asiantuntijaryhmä 2018, 51). Opinnäytetyön tuloksissa tulee

esille, että ennen maahanmuuttoa koettu traumatapahtuma on riskitekijä psyykkiselle oireilulle. Traumaattinen stressihäiriö on yleisin sekä vakavin tällaisiin kokemuksiin liittyvä psyykkinen häiriö. Useammin traumatapahtumia olivat kokeneet kurditaustaiset maahanmuuttajat. Useat ammattilaiset kokivat kidutusta ja traumaa kokeneiden maahanmuuttajien kanssa työskentelyn raskaana.

Opinnäytetyön tietoperustassa on kuvailtu uskontoa huomioonotettavana asiana mielenterveyshuollossa. Esimerkiksi somalipotilaiden kanssa uskonnollisten näkemuserojen on koettu aiheuttavan mahdollisesti haasteita työskennellessä mielenterveyshuollossa (Kankaanpää 2018, 23–24). Opinnäytetyön tuloksissa, ehkä jopa hieman yllättäen, uskonto ei ole noussut esille erityisesti huomioonotettavissa asioissa hoidettaessa eri kulttuuritaustaisia potilaita. Uskonto on kuitenkin osa kulttuuria ja kulttuuritaustan huomioiminen hoitotyössä on mainittu useammassakin vaiheessa tärkeänä.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2017) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Ymmärrettävästi esitetyt tutkimustulokset, tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset sekä sisällönanalyysin selkeä raportointi ovat tutkimuksen uskottavuuden edellytyksiä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeintä ovat kuvaus aineiston ja tulosten välisestä suhteesta sekä tarkka kuvaus sisällönanalyysistä. Tulokset ja tutkimusanalyysin tekeminen tulee kirjata tarkasti niin, että lukija ymmärtää prosessin kulun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 196–198.) Tämän opinnäytetyön uskottavuutta ja luotettavuutta lisäävät selkeä ja helposti ymmärrettävä raportointi läpi koko opinnäytetyöprosessin.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä eri tutkimusympäristöön eli tulosten hyödynnettävyyttä eri tutkimuksessa. Tulosten siirrettävyyden takaa tarkka ja huolellinen tutkimusympäristön kuvaus, tutkimukseen osallistujien valinnan ja taustan selvitys sekä edelleen aineiston keruun ja analyysin yksityiskoh-

tainen kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197.) Tämän opinnäytetyön tulokset ovat tarvittaessa siirrettävissä eri tutkimusympäristöön. Riippuvuutta kuvaa se, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista ohjaavia periaatteita noudattaen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 121). Tutkimusprosessi tulisi kirjata siten, että toinen tutkija pystyy seuraamaan sen kulkua pääpiirteittäin. Tämä lisää tutkimuksen vahvistettavuutta. Tarkoituksena on kuvata, miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja päätelmiinsä. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.)

Vain hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset uskottavia. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan. Se myös suunnitellaan, toteutetaan, siitä raportoidaan ja siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan asiaankuuluvalla tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tässä opinnäytetyössä ja sen tekoprosessissa on noudatettu siihen koskevaa hyvää tieteellistä käytäntöä, mihin tämän opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys perustuvat.

Tutkimustuloksia julkaistaessa kuuluu noudattaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää. Työssä käytetyt tutkimukset tulee ottaa asianmukaisesti ja kunnioittavasti huomioon sekä niihin tulee viitata työssä asiaankuuluvasti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimusraportin laatimisen haasteita voivat olla plagiointi eli toisen henkilön kirjoittaman tekstin käyttö ilman lähdeviitettä tai omien tulosten toistaminen, tulosten sepittäminen eli tekaistujen tulosten kirjoittaminen sekä toisten tutkijoiden vähättely eli esimerkiksi saatujen tulosten oiminen ja julkaisu omissa nimissä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 224–225). Tämän opinnäytetyön eettisyyttä vahvistaa se, että ennen arviointia se tarkistetaan plagiointia ehkäisevän Turnitin-ohjelman avulla ja arvioitavaksi palautettua vielä Urkund-ohjelmalla. Lähdeviitteisiin on kiinnitetty erityistä huolellisuutta perehtymällä tarkasti asianmukaiseen ohjeeseen. Käännettäessä englanninkielisiä tutkimustuloksia suomen kielelle, tulkinnan oikeellisuuteen on kysytty myös opinnäytetyöparin mielipidettä. Kääntämisen apuna käytettiin luotettavaksi todettuja sanakirjoja.

Tutkimuskirjallisuudessa puhutaan holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä, jonka mukaan tutkimusprosessin edetessä yksin työskentelevä tutkija vakuuttuu tulostensa oikeellisuudesta, vaikka näin ei välttämättä todellisuudessa ole (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197). Tällä opinnäytetyöllä on kaksi tekijää, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä, sillä tällöin aiheesta on saatu kaksi mielipidettä. Useampi tekijä katsoo aihetta eri näkökulmista sekä tuo laajempaa ajattelua ja keskustelua ristiriitatilanteissa. Tiedonhaku tehtiin yhdessä molempien tekijöiden toimesta, mutta tutkimuksiin tarkempi perehtyminen, laadun arviointi ja analysointi toteutettiin itsenäisesti, minkä jälkeen tehtyjä havaintoja vertailtiin keskenään. Kummankin tekijän itsenäiset, yhtenevät havainnot ja näkökulmat lisäävät tämän opinnäytetyön luotettavuutta.

Tässä opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat löytyneet luotettavina pidetyistä tietokannoista. Eniten hyödyllistä tutkimustietoa löytyi PubMedistä, jota pidetään terveysalan laajimpana kansainvälisenä tietokantana. Cinahl on kansainvälinen hoitotyön päätietokanta ja Medic suomalaisen terveysalan päätietokanta. (Elomaa & Mikkola 2010, 24.) Yksi tutkimuksista löytyi Julkaisuarkisto Julkarista. Julkarin luotettavuutta lisää se, että kyseessä on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalainen julkaisuarkisto. Tietokantoihin tutustuttiin opinnäytetyöprosessiin kuuluvan tiedonhaun klinikan myötä. Tiedonhaku on kuvailtuna liitteessä 1, mikä tekee siitä tarvittaessa toistettavan ja näin ollen luotettavan (Niela-Vilén & Hamari 2016, 27).

Valitut sisäänotto- ja poissulkukriteerit voivat heikentää tulosten luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä ei ollut rahoitusta, joten maksulliset tutkimukset jouduttiin rajaamaan tiedonhaun ulkopuolelle, minkä vuoksi kaikkea saatavilla olevaa tietoa ei ole sisällytetty tähän opinnäytetyöhön. Tämän opinnäytetyön tekijöiden kieli-taito rajoittuu suomen ja englannin kieleen, joten muunkieliset tutkimukset olivat poissulkukriteeri. Vain tietynkielisten tutkimusten käyttäminen voi johtaa virhepäätelmiin (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Tämän opinnäytetyön tekijät kuitenkin tiedostavat kielivalintojen aiheuttamat rajoitukset. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit pysyivät koko tiedonhaun ajan samana, mikä lisää luotettavuutta. Tietopoh-

jaa rakentaessa hyödynnettiin muutamaa suunniteltua vanhempaa lähdettä saatavilla olevan tiedon ollessa rajallista. Kyseisten lähteiden käyttöä harkittiin perusteellisesti pohtien, onko lähteen tarjoama tieto relevanttia vielä tänä päivänä.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää käytettyjen tutkimusten monipuolisuus kansainvälisesti tarkastellen. Käytetyt tutkimukset sisälsivät tietoa aiheesta useista maista ja kulttuuriryhmistä. Huomioon on kuitenkin otettava, että sopivien tutkimusten löytyminen oli varsin haasteellista. Spesifisti monikulttuurisuutta mielen terveystyössä käsitteleviä tutkimuksia löytyi vain muutama, valtaosan keskityessä esimerkiksi eri pakolaisryhmiin. Osassa käytetyistä tutkimuksissa tuloksien luotettavuutta heikensi pieni vastaajamäärä. Tätä ei kuitenkaan nähdä tuloksien luotettavuutta merkittävästi alentavana tekijänä, sillä useat tutkimukset tukivat tuloksillaan toisiaan. Jokainen tutkimus on arvioitu laadullisen tutkimuksen arviointitaulukkoa (liite 4) hyödyntäen. Jokainen tutkimus sai arvioinnissa yli 13 pistettä, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Monikulttuurisuus mielen terveystyössä on selkeästi huonosti huomioitu aihe, mikä vaikeutti tutkimustiedon löytämistä. Valtaosa löydetyistä tutkimuksista käsitteli aihetta hyvin spesifeistä ja tämän opinnäytetyön kannalta epärelevantteistä näkökulmista. Tutkimustiedon niukkuus näkyy tässä opinnäytetyössä valittujen tutkimusten määrässä. Osa valituista tutkimuksista oli osatutkimuksia, joista vain tietyt, tämän opinnäytetyön kannalta relevantit tutkimukset hyödynnettiin.

Eettistä pohdintaa käytiin tiettyjen kulttuurivähemmistöjen julkiseen kuvaan liittyen. Osa valituista kulttuurivähemmistöistä on saanut osakseen negatiivista mediahuomiota, mikä on johtanut leimaamiseen ja syrjivään ilmapiiriin. Tietopohjassa sekä tutkimustuloksissa esitellyt faktat eri kulttuuriryhmistä perustuvat yleiseen tietämykseen ja tutkimustietoon, mutta eivät ole yleistettävissä jokaiseen kulttuuriryhmän edustajaan. Kulttuurit myös mukautuvat vuosien saatossa, mikä tulisi ottaa huomioon tarkastellessa tietopohjaa ja siinä käytettyjä lähteitä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on herättää keskustelua ja tuoda esiin hoitotyön kehittämistarpeita. Pyrkimyksenä ei ole asettaa valittuja kulttuuriryhmiä negatiivi-

seen valoon. Tutkimustulosten toivotaan puhuvan hoitoalan kulttuurintuntemuksen- ja kompetenssin kehittämisen puolesta, jotta jokainen apua kaipaava henkilö saisi ansaitsemaansa arvostavaa ja asiantuntevaa hoitoa.

9.3 Ammatillinen kasvu

Ammatillisella kasvulla tarkoitetaan itsetuntemusta ja sen kehittämistä. Hoitotyössä sen voidaan ajatella liittyvän omien rajojen sekä mahdollisuuksien tunnistamiseen. Ammatillinen kasvu lisää itseluottamusta ja kehittää ammattitaitoa, mutta sen edellytyksenä on sitoutuminen ja halukkuus kehittyä. Kehitystä tukevat palaute, arviointi sekä uuden tiedon hankinta ja keskeisimpänä tavoitteena on osaamisen sekä suorituksen parantaminen. Hoitotyön opintojen päämääränä on hoitajaksi kasvaminen, mikä tarkoittaa itsensä ymmärtämistä ja näkemistä uudella tavalla. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2020, 15.)

Opinnäytetyöprosessi on antanut tämän työn tekijöille monenlaisia valmiuksia. Tekijät ovat kehittyneet tiedonhakijoina sekä laadun ja luotettavuuden arvioijina. Pitkä ja monivaiheinen prosessi on vaatinut hyvää ajanhallintakykyä ja suunnitelmallisuutta. Opinnäytetyön tekijät ovat oppineet itseohjautuvuutta ja pitkäjänteisyyttä, mikä on heijastunut myös ongelmanratkaisukyvyin kehittymisenä. Kielitaitokin on päästy hiomaan käydessä läpi vähintäänkin saman verran kansainvälistä tutkimusmateriaalia kuin suomenkielistäkin.

Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä koettiin vaativaksi ja aikaa vieväksi. Selkeää ohjeistusta kirjallisuuskatsauksen tekemiseen ei Karelia-ammattikorkeakoululla ole, joten opinnäytetyön tekijät joutuivat usein soveltamaan sekä etsimään ratkaisuja yllättävistäkin paikoista. Prosessia helpotti tiivis yhteistyö sekä molemminpuolinen kunnioitus ja avoimuus. Avoimuus prosessin aikana onkin kehittänyt opinnäytetyön tekijöiden kykyä sekä antaa, että saada palautetta, mutta myös tarjota monipuolisia kehitysratkaisuja.

Merkittävin ammatillinen kasvu on kuitenkin tapahtunut itse aiheeseen syventyessä. Suomi on monikulttuurinen maa, jossa kulttuurisen kompetenssin kehittämisen merkitys on huonosti tunnistettu. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset osoittavat hoitajan kulttuurisella kompetenssilla olevan valtava merkitys niin hoidon vaikuttavuudessa, kuin hoitosuhteen luomisessakin. Tämän opinnäytetyön tekijät ovat molemmat mielenterveyshoitotyöstä kiinnostuneita ja kokevat opinnäytetyöprosessin antaneen avaimia kulttuurintuntemuksen ja kulttuurisen kompetenssin kehittämiseksi.

9.4 Opinnäytetyön prosessi, hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat

Opinnäytetyön keskeisimpänä tavoitteena on opiskelijan tieto- ja taitovalmiuksien osoittaminen sekä kehittäminen alan asiantuntijatehtävässä. Työ keskittyy alan keskeisiin aihealueisiin sekä ammattikäytäntöihin, osoittaen kattavaa perehtyneisyyttä aiheeseen ja valmiutta hallita kyseistä tutkimusmenetelmää. Aihevalinnan tulisi kuvastaa opiskelijan ammatillisia mielenkiinnonkohteita sekä liittyä kyseiseen koulutukseen. Prosessi koostuu suunnitelma-, toteutus-, ja raportointivaiheesta. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2018, 5–9.)

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2020 etsien toimeksiantajaa. Opinnäytetyön tekijöille selkeää oli, että aiheen tulisi kuvastaa yhteistä mielenkiintoa mielenterveyshoitotyötä kohtaan, mutta teemaa aiheen ympärillä ei haluttu määrittää ennen toimeksiantajan löytymistä. Toimeksiantajan etsiminen osoittautui kuitenkin odotettua haastavammaksi, joten tekijät päättivät tarttua vapaana olleeseen toimeksiantoon aiheesta ”kulttuuriset erot mielenterveyshoitotyössä”, mikä osoittautui erittäin mielenkiintoiseksi aiheeksi.

Opinnäytetyön ohjauksissa käytiin säännöllisesti hakemassa uusia näkökulmia ja selkeyttä prosessin etenemiseksi. Ohjaus koettiin opinnäytetyöprosessia hyvin tukevaksi. Työssä edettiin rauhallisesti ja harkiten, sillä tavoitteena oli saada työ valmiiksi kevään aikana. Tietopohjaa sekä suunnitelmaa kirjoitettiin koko syksyn ajan. Suunnitelma hyväksyttiin alkuvuodesta 2021, jolloin kirjoittamisesta pidettiin pieni tauko työharjoittelun sekä muiden koulutehtävien määrän takia.

Tiedonhaun ensimmäinen vaihe suoritettiin maaliskuussa 2021. Tuolloin valittiin viisi tutkimusta. Pian opinnäytetyön tekijät huomasivat kaipaavansa enemmän tuloksia aiheesta, joten toinen tiedonhaku suoritettiin vielä maaliskuun aikana, jolloin kahdeksan uutta tutkimusta valittiin. Aineistojen analysoinnin ja tutkimustulosten luokittelu suoritettiin maalis-huhtikuun aikana. Lopullinen raportti kirjoitettiin huhtikuussa.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ensisijaisesti hoitoalan opiskelijoiden koulutuksessa, mutta myös tukemaan ja kehittämään jokaisen monikulttuurisesti työskentelevän ammattilaisen kulttuurista kompetenssia. Tuotos tarjoaa monipuolisesti kulttuurintuntemusta tukevaa tietoa. Työssä on käytetty kattavasti kansainvälistä tutkimustietoa, joten opinnäytetyön koetaan olevan sovellettavissa myös kansainvälisesti. Yksi keskeisimmistä tutkimustuloksista oli kulttuurisen kompetenssin merkitys ja toisaalta siihen liittyvä koulutuksen puute. Tätä opinnäytetyötä voitaisiin jatkokehittää esimerkiksi laadullisella tutkimuksella, joka tarkastelee kulttuurivähemmistöjen kokemuksia mielenterveyshoidon laadusta tai toiminnallisella tuotoksella koskien kulttuurisen kompetenssin tukemista tai lisäämistä eri kohderyhmissä.

Lähteet

- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50119#R3>. 17.11.2020.
- Almutairi, A., Adlan, A. & Nasim, M. 2017. Perceptions of the critical cultural competence of registered nurses in Canada. *BCM Nursing* 16 (47). <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-017-0242-2.pdf>. 10.4.2021.
- Appleqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen lääkirilehti* (71). 1759-1764a.
- Brathwaite, B., Hinds, M., Seray-Wurie, M., Craig, G., McGraw, C. & Lambert, N. 2020. *Diversity & Cultural Awareness in Nursing Practice*. London: A SAGE Publishing Company.
- Castaneda, A., Çilenti, K., Rask, S., Lilja, E., Skogberg, N., Kuusio, H., Salama, E., Lahti, J., Elovainio, M., Suvisaari, J., Koskinen, S. & Koponen, P. 2020. Migrants Are Underrepresented in Mental Health and Rehabilitation Services – Survey and Register-Based Findings of Russian, Somali, and Kurdish Origin Adults in Finland. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6223/htm>. 23.11.2020.
- Castaneda, A., Erhola, K., Kuusio, H., Weiste-Paakkanen, A. & Lämsä, R. 2012. Syrjintä ja turvallisuus. Teoksessa Weiste-Paakkanen, A., Lämsä, R. & Kuusio, H. (toim.) *Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi – Romanian hyvinvointitutkimus Roosan perustulokset 2017–2018*. Helsinki: PunaMusta Oy. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137276/RAP2018_15_Suomen%20romaniv%3%a4est%3%b6_web%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 12.4.2021
- Castaneda, A., Erhola, K. & Lämsä, R. 2018. Henkinen hyvinvointi. Teoksessa Weiste-Paakkanen, A., Lämsä, R. & Kuusio, H. (toim.) *Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi – Romanian hyvinvointitutkimus Roosan perustulokset 2017–2018*. Helsinki: PunaMusta Oy. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137276/RAP2018_15_Suomen%20romaniv%3%a4est%3%b6_web%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 30.11.2020.
- Castaneda, A., Lehtisalo, R., Schubert, C., Halla, T., Pakaslahti, A., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1. 21.4.2021.
- Castaneda, A., Mäki-Opas, J., Jokela, S., Kivi, N., Lähteenmäki, M., Miettinen, T., Nieminen, S., Santalahti, P. & PALOMA-asiantuntijaryhmä. 2018.

- Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa – PALOMA-käsikirja. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1. 22.4.2021.
- Castaneda, A., Schubert, C., Lehtisalo, R., Pakaslahti, A., Halla, T., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Traumakokemukset. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1. 21.4.2021.
- Chu, J., Khoury, O., Ma, J., Bahn, F., Bongar, B & Goldblum, P. 2017. An Empirical Model and Ethnic Differences in Cultural Meanings Via Motives for Suicide. <http://web.a.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d09cc06c-d87d-4f15-8b31-c6308ebc7e56%40sessionmgr4006>. 5.4.2021.
- Daerga, L., Sjölander, P., Jacobsson, L. & Edin-Liljegren, A. 2012. The confidence in health care and social services in northern Sweden – a comparison between reindeer-herding Sami and the non-Sami majority population. *Scandinavian Journal of Public Health* 40, 516–522.
- Dastjerdi, M. 2012. The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health* 11 (9), 1–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305531/>. 10.4.2021.
- Dune, T., Caputi, P. & Walker, B. 2018. A systematic review of mental health care workers' constructions about culturally and linguistically diverse people. *PLoS ONE* 13 (7). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0200662>. 10.4.2021.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä – Tiedonhaku näyttöön perustavassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulu. https://www.hamk.fi/wp-content/uploads/2018/07/nayton_jaljilla_tiedonhaku_nayttoon_perustavassa_hoitotyossa.pdf. 21.4.2021.
- Haavikko, A. & Bremer, L. 2009. Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia: Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Heikinheimo, M. 2015. Romanit. Tampere: Mediapinta.
- Heikkilä, L., Laiti-Hedemäki, E. & Pohjola, A. 2013. Saamelaisten hyvä elämä ja hyvinvointipalvelut. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61822/Saamelais-ten_hyv%c3%a4_elam%c3%a4_verkkoversiopdfA.pdf?sequence=6&isAllowed=y. 17.11.2020.
- Hofmann, S., Eberle Medina, K. & Steeves, T. Perceptions of Shame in Second-Generation Mexican Americans – Implications for Mental Health Engagement and Treatment. <http://web.a.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=479cfb30-aaf1-46c8-9d39-5be30e9f2b10%40sdc-v-sessmgr02>. 5.4.2021.

- Huttunen, M. 2018a. Skitsoaffektiivinen häiriö. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/dlk00487/search/skitsoaffektiivinen>. 15.4.2021.
- Huttunen, M. 2018b. Mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393. 23.11.2020.
- Huttunen, M. 2018c. Kaamosmasennus. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00377/kaamosmasennus?q=valohoito>. 17.5.2021.
- Hämäläinen, K. 2017. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa Pohja, B. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Isometsä, E. 2020. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkäriin käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00846/search/kaksisuuntainen>. 15.4.2021.
- Kaiser, N., Sjölander, P., Edin-Liljegren, A., Jacobsson, L. & Salander-Renberg, E. 2012. Depression and anxiety in the reindeer-herding Sami population of Sweden. *International Journal of Circumpolar Health* 69 (4), 383–393.
- Kallakorpi, S., Haatainen, K. & Kankkunen, P. 2018. Nurses' experiences caring for immigrant patients in psychiatric units. *International Journal for Equity in Health* 11 (3), 1802–1811. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/53_kallakorpi_original_11_3.pdf. 10.4.2021.
- Kanerva, A. & Kuhanen, C. 2017a. Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa Pohja, B. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kanerva, A. & Kuhanen, C. 2017b. Keskeisimmät mielenterveydenhäiriöt ja niiden hoitotyö. Teoksessa Pohja, B. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankaanpää, S. 2018. Mental Health Among Somali Origin Migrants in Finland - Considerations for depressive symptom manifestation, causal attributions of mental health problems, and psychiatric assessment. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Faculty of Social Sciences Finland. Academic dissertation. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102674/978-952-03-0627-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 17.11.2020.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kanninen, J. & Ranta, K. 2019. Vastatuuleen. Helsinki: Kustantamo s&s. Storytel. 7.5.2021.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S. M., Pietilä, A. M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus – eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018. Opinnäytetyön ohje. Karelia-ammattikorkeakoulu. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje.pdf. 20.4.2021.
- Kerkkänen, H. & Säävälä, M. 2015. Maahanmuuttajan psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät tekijät ja palvelut – Systemaattinen tutkimuskatsaus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. <https://julkai->

- [sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75031/TEM-jul_40_2015_web_09062015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75031/TEM-jul_40_2015_web_09062015.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
 23.11.2020.
- Kiesepää, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim katsaus* 129, 2133–2139. <https://www-terveysportti-fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf>.
 2.12.2020.
- Kiesepää, V., Torniainen-Holm, M., Jokela, M., Suvisaari, J., Gissler, M., Markkula, N. & Lehti, V. 2019. Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns – a register study. *Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study* (springer.com). 20.11.2020.
- Kiuru, R. 2009. Diasporinen tietoisuus, arjen kokemukset ja kansanperinne – Tulkintoja Suomessa asuvien kurdien perinnesuhteesta. Helsingin yliopisto. Kulttuurien tutkimuksen laitos. Pro gradu -tutkielma. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19530/diaspori.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. 17.11.2020.
- Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. 2011. Common mental health problems in immigrants and refugees – general approach in primary care. *CMAJ* 183 (12), 959-967. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/pdf/183e959.pdf>. 10.4.2021.
- Kirmayer, L. 2019. The Politics of Diversity: Pluralism, Multiculturalism and Mental Health. *Transcultural psychiatry* 56 (6), 1119-1138. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1363461519888608>
- Koskinen, L. 2009a. Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin osaamisen malli. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Koskinen, L. 2009b. Kulttuuri, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö ja maahanmuuttaja käsitteinä. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kuhanen, C. 2017. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Pohja, B. (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuusio, H., Lämsä, R., Weiste-Paakkanen, A. & Koponen, P. 2018. Terveyspalvelut. Teoksessa Weiste-Paakkanen, A., Lämsä, R. & Kuusio, H. *Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi – Romanian hyvinvointitutkimus Roosan perustulokset 2017–2018*.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 119 (7), 609–615. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>.
 19.5.2021.
- Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. *Päihdepsykiatria* 129, 2063–2068. <https://www-terveysportti-fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo11266.pdf>. 2.12.2020.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.
- Lehtoaro, S., Hietapakka, L., Kaihlanen, A., Heponiemi, T. & Aalto, A-M. 2018. Ammatillinen koulutus ja kielikoulutus edistävät ulkomaalaistaustaisten hoitajien ja lääkäreiden työllistymistä Suomessa – Monikulttuuri-

- nen hoitajan ja lääkärin työ -tutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136384/URN_ISBN_978-952-343-120-1.pdf?sequence=1. 12.4.2021.
- Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O. & Stenous, J. 2015. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Linney, C., Ye, S., Redwood, S., Mohamed, A., Farah, A., Biddle, L. & Crawley, E. 2020. "Crazy person is crazy person. It doesn't differentiate": an exploration into Somali views of mental health and access to healthcare in an established UK Somali community. *International Journal for Equity in Health* 19(19).
- Lämsä, R., Kuusio, H., Koskinen, S., Martelin, T. & Weiste-Paakkanen, A. 2018. Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa Weiste-Paakkanen, A., Lämsä, R. & Kuusio, H. Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi: Romanien hyvinvointitutkimus Roosan perustulokset 2017–2018.
- Lääketieteen sanasto. 2016. Sähköshokkihoito. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03390/sahkosokkihoito?q=ECT>. 17.5.2021.
- Lönnqvist, J. 2019. Psykososiaaliset hoidot ja psykoterapiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*.
- Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2019. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2019. Näyttöön perustuva psykiatrinen hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*.
- Maahanmuuttovirasto. 2020. Suomen kansalaisuus. <https://migri.fi/suomen-kansalaisuus>. 3.11.2020.
- Maiche, A-G. 2013. Muslimi potilaana ja asiakkaana Suomessa. Helsinki: Into Kustannus Oy.
- Magga, R. 2010. Saamelaiden sosiaali- ja terveispalveluiden kehittämisen haasteet Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (6), 670–678. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100341/magga.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 30.11.2020.
- Manchikanti, L., Datta, S., Smith, H.S. & Hirsch, J.A. 2009. Evidence-Based Medicine, Systematic Reviews, and Guidelines in Interventional Pain Management: Part 6. Systematic Reviews and Meta-Analyses of Observational Studies. *Pain Physician* 12, 819–850.
- Mannila, S., Castaneda, A. & Jasinskaja-Lahti, I. 2012. Syrjintäkokemukset. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1. 21.4.2021.
- Mehus, G., Anderstatter Bongo, B., Isaksen Engnes, J. & Moffitt, P. 2019. Exploring why and how encounters with the Norwegian health-care system can be considered culturally unsafe by North Sami-speaking patients and relatives: A qualitative study based on 11 interviews. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6522960/pdf/ZICH_78_1612703.pdf. 12.4.2021.

- Mielenterveyslaki 1990/1116.
- Muhammed, H. 2011. Yhtä erilaiset: Islam ja suomalainen kulttuuri. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Teos.
- Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Läketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 123, 451–457.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Juvanes Print.
- Mollah, T., Antoniadis, J., Lafeer, F. & Brijnath, B. 2018. How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. *BMC Health Services Research* 18 (480). <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3296-2.pdf>. 10.4.2021.
- Nieminen, T., Sutela, H. & Hannula, U. 2014. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Tilastokeskus. https://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf. 21.4.2021.
- Nygren, T., Brohede, D., Koshnaw, K., Osman, S., Johansson, R. & Andersson, G. 2019. Internet-based treatment of depressive symptoms in a Kurdish population: A randomized controlled trial. <http://web.a.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1b2ffe79-88f0-4eaa-a65d-7da9fc966779%40sessionmgr4007>. 11.12.2020.
- Pakaslahti, A. & Huttunen, M. 2010. Kulttuuri ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Puigpinósi Riera, R., Sarvary, A., Soares, J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. 2011. *BMC Public Health* 11 (187). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3071322/pdf/1471-2458-11-187.pdf>. 10.4.2021.
- Rask, S., Martelin, T., Nieminen, T. & Solovieva, N. 2012. Osallistuminen ja luottamus. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1. 10.4.2021.
- Rask, S. 2018. Diversity and health in the population: Findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. Helsingin yliopisto. *Läketieteellinen tiedekunta. Academic dissertation*. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/233970/DIVERSIT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 17.11.2020.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2020. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rhoades, E.A. 2011. Literature reviews. *The Volta Review* 111 (1), 61–71.
- Rumrill, P.D., Fitzgerald, S.M. & Merchant, W.R. 2010. Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work* 35 (3), 399–404.

- Ruotsala, P. & Lehtola, R. 2017. Saamenkielisten palveluiden nykytilakartoitus – Saamelaiden lasten-, nuorten-, ja perheiden palvelut. https://stm.fi/documents/1271139/4067344/SAAMELAPEselvitys110117_final.pdf/f1418169-7e37-4d7a-803d-30d192ffed5f. 30.11.2020.
- Rytsälä, H. 2020. Aikuisten psykoterapiat. Lääkärin käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00862/search/psykoterapia>. 15.4.2021.
- Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Saamen kielilaki 1086/2003.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? – Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 27.11.2020.
- Satinsky, E., Fuhr, D., Woodward, A., Sondorp, E. & Roberts, B. 2019. Mental health care utilisation and access among refugees and asylumseekers in Europe: A systematic review. *Health Policy* 123 (9), 851–863. <https://bit.ly/3trqRY8>. 11.4.2021.
- Schubert, C. 2017. Monikulttuurinen mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Pohja, B. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Schubert, C. 2018. Culture and Trauma – Cultural factors in mental health, psychotherapy and help-seeking. University of Tampere. Faculty of Social Sciences. Academic dissertation. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102674/978-952-03-0627-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 30.11.2020.
- Sisäministeriö. 2020. Pakolainen pakenee vainoa kotimaassaan. <https://intermin.fi/maahanmuutto/turvapaikanhakijat-ja-pakolaiset>. 3.11.2020.
- Soisalo, R. 2009. Monikulttuurisuus- ja mielenterveysristiriitoja kulttuurien kohdatessa. *Työterveyslääkäri* 27 (3), 51–53.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Suomen romanit. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:2. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74503/suomen_romanit.pdf?sequence=1. 3.11.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Mielenterveyspalvelut. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>. 1.10.2020.
- Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S I., Tuulio-Henriksson, A., Partti, K., Saarni, S E., Suokas, J. & Lönnqvist, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Lääkärilehti* 67 (9), 677–683. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/psykoosien-esiintyvyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/>. 23.11.2020.
- Suvisaari, J., Viertiö, S., Solin, P. & Partonen, T. 2018. Mielenterveys. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Säöksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017 -tutkimus.
- Terveystenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Mielenterveyden edistäminen. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>. 2.10.2020.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Romanit. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/kieli-ja-kulttuuri-vahemmistot/romanit>. 3.11.2020.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Mielialahäiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>. 23.11.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020c. Mielenterveyspalvelut. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>. 10.12.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020d. Romanian terveys ja hyvinvointi. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/kieli-ja-kulttuurivahemmistot/romanit/romanien-terveys-ja-hyvinvointi>. 30.11.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020e. Saamelaiset. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/kieli-ja-kulttuurivahemmistot/saamelaiset>. 17.11.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021a. Kulttuurisensitiivinen työote. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyontueksi/hyvia-kaytantoja/kulttuurisensitiivinen-tyoote>. 8.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021b. Mielenterveyshäiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>. 17.5.2021.
- Tilastokeskus. 2020a. Maahanmuuttajat väestössä. <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa.html>. 3.11.2020.
- Tilastokeskus. 2020b. Väestö. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html. 21.4.2021.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, L. & Salokangas, R. 2020. Skitsofrenia. Lääkäriin käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00840/search/skitsofrenia>. 15.4.2021.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa – Tutkimuseettinen neuvottelukunnan ohje. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 13.12.2020.
- Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50080#s3>. 15.4.2021.
- UNHCR. 2016. Culture, context and mental health of Somali refugees -A primer for staff working in mental health and psychosocial support programmes. <https://www.unhcr.org/5bbb73b14.pdf>. 13.12.2020.
- Viljanen, A. M., Hagert, T. & Blomerus, S. 2007. Romanit suomalaisessa terveydenhuollossa – tasa-arvon ansat. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 123 (4), 458–66. <https://www.duodecimlehti.fi/duo96300>. 30.11.2020.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y. 10.12.2020.
- Väestöliitto. 2013. Olemme muuttaneet -ja kotoudumme – Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. https://www.vaestoliitto.fi/uploads/2020/11/e38fea1b-olemme-muuttaneet-ja-kotoudumme_ilmankantta.pdf. 30.11.2020.

- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Wellman, E. 2017. Eri kulttuurien tuntemus hoitotyössä. Jyväskylä: Kirjaksi.Net.
- World Health Organization. 2018. Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. 26.10.2020
- Yakar, H. & Alpar, S. 2018. Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences* 11 (3). http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47_karabugaaker_original_11_3.pdf. 10.4.2021.
- Yusuf, M., Nilsson, E. & Saxén, N. 2015. Suomen somalit. Helsinki: Into Kustannus Oy.
- Åkerlund, T. & Blomerus, S. 2012. Romani ja terveystalvelut – Opas terveydenhuollon ammattilaisille. Tampere: Juvenes print.

Tietokanta	Hakusanat ja rajaukset	Löytyneet	Valitut
Medic	Maahanmuut*AND mielenterveys-häiriöt 2011–2021	10	2
Julkaisuarkisto Julkari	Romani Asiasana: hyvinvointi	4	1
Cinahl	Mental health nursing or psychiatric nursing AND immigrant* Linked full text 2011-2021	4	1
	Cultural differences AND cultural competence OR cultural diversity AND perception on mental health AND mental health nursing Linked full text Academic journals Apply equivalent subjects 2011-2021 Adult: 19-44-vuotiaat English	37	2
PubMed	Cultural competency AND mental health AND mental health practitioners Title/abstract Free full text 2011-2021 English Adult:19-44	10	2
	Mental health AND cultural differences AND immigrant* OR asylum-seek* Title/abstract 2011-2021 Free full text clinical trial/meta-analysis/randomized controlled trial/systematic review	50	4
	Mental health AND sami Free full text 2011-2021 English, finnish Adult: 19-44	25	1

Tekijä(t), lähde:	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Aineiston keruu ja analysointimenetelmät	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi
Almutairi, A., Adlan, A. & Nasim, M. 2017. Perceptions of the critical cultural competence of registered nurses in Canada. BCM Nursing 16 (47).	Tutkia kanadalaisissa sairaaloissa työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä kriittisestä kulttuuriosaamisesta.	Satunnainen otos: 170 sairaanhoitajaa.	Aineisto kerättiin käyttämällä ”Almutairi’s Critical Cultural Competence Scale” eli CCC-testiä, joka mittaa vastaajan kriittistä kulttuurista kompetenssia. Aineisto analysoitiin Kruskal-Wallis-testillä	Hoitajien käsitykset kriittisestä kulttuuriosaamisesta olivat positiivisia. Käsityksiin vaikuttivat vastaajien ikä ja syntymämaa.	16 p.
Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Tampere: Juventes Print.	Tarjota keskeisiä havaintoja maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista Suomessa mahdollisimman varhain niitä tarvitsevien henkilöiden ja organisaatioiden käyttöön.	Maamu -tutkimukseen osallistuneita 2 276 (kurdi-, somalilais- ja venäläistaustaisia) ja Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneita 1 459 (käytettiin verrattessa kantaväestöön).	Aineisto kerättiin haastattelun, terveystarkastuksen ja lyhyt-haastattelun avulla. Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä ja analyyseissa käytettiin useita regressiomalleja.	Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut vaativat kiireellistä kehittämistä.	17 p.
Dastjerdi, M. 2012. The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. International Journal for Equity in Health 11 (9).	Tunnistaa haasteet, joita Iranilaiset maahanmuuttajat kohtaavat terveydenhuoltopalvelujen saannissa.	33 terveydenhuoltoalan ammattilaista ja viisi sosiaalityöntekijää (iranilaisia maahanmuuttajia Canadassa).	Narratiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin yksilö- ja kohderyhmähaastatteluilla.	Kolme keskeisintä haastetta olivat kielimuuri, Kanadan terveydenhuoltopalvelujen tuntemuksen puute ja luottamuksen puute terveydenhuoltopalveluja kohtaan.	14 p.
Dune, T., Caputi, P. & Walker, B. 2018. A systematic review of mental health care workers’ constructions about culturally and linguistically diverse people. PLoS ONE 13(7).	Ymmärtää kuinka mielenterveystyöntekijät suhtautuvat kulttuuriseen vähemmistöön kuuluvaan potilaaseen. Viitaa, minkä tasoiseen kulttuurikompetenssiin ja terapeutin suhteen syntyyn. Näiden merkitys kulttuurisen vähemmistön potilaalle ja mielenterveystyöntekijälle.	38 tutkimusta (n=38)	Tietokantahaku: PsycINFO, ProQuest Central, PubMed, ScienceDirect, Scopus, CINAHL Plus and Infomit. Aineisto analysoitiin teemanalyysin avulla.	Mielenterveysalan opiskelijoille opetettu monikulttuurisuus on edellytyksenä kulttuurikompetenssille mielenterveystyönteelle.	17 p.

Tutkimustaulukko

Liite 2 2(4)

<p>Kallakorpi, S., Haatainen, K. & Kankkunen, P. 2018. Nurses' experiences caring for immigrant patients in psychiatric units. <i>International Journal for Equity in Health</i> 11 (3).</p>	<p>Kuvailla hoitajien kokemuksia maahanmuuttajien hoitamisesta psykiatrisissa yksiköissä.</p>	<p>Aikuispsykiatrian osastolla yhdeksän maahanmuuttajapotilasta (n=9) ja viisi hoitajaa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin 40–60 minuuttia kestäväillä haastatteluilla käyttäen Spradleyn 1979 kuuvaavia, rakentavia ja kontrastikysymyksiä. Tutkija kävi myös tarkkailemassa osastolla ja hoitajat tekivät muistiinpanoja yhdeksän eri potilaan hoitamisesta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Hoitamisen työtaakkaa lisäävät kulttuuriset törmykset sekä turvapainehakuprosessiin liittyvät epäilykset.</p>	<p>18 p.</p>
<p>Yakar, H. & Alpar, S. 2018. Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. <i>International Journal of Caring Sciences</i> 11 (3).</p>	<p>Eri kulttuurista tulevia potilaita hoitavien sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin selvittäminen.</p>	<p>204 hoitajaa, jotka työskentelivät yksityisessä sairaalassa.</p>	<p>Kuvaileva ja metodologinen tutkimus. Aineiston keruussa käytettiin sairaanhoitajan tunnistelomaketta, kulttuurienvälistä tietuisuusasteikkoa, herkkyysasteikkoa ja vaikuttavuusasteikkoa. Aineisto analysoitiin regressioanalyysissä ja manova eli varianssianalyysillä.</p>	<p>Hoitajien kulttuuritietoisuus ja -sensitiivisyys oli hyvää.</p>	<p>16 p.</p>
<p>Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. 2011. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. <i>CMAJ</i> 183 (12).</p>	<p>Tunnistaa mielenterveyden arvioinnin sekä maahanmuuttajien yleisimpien mielenterveysongelmien ja niiden ennaltaehkäisyn ja hoidon riskitekijät ja strategiat.</p>	<p>113 artikkelia (n=113).</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. Aineisto kerättiin tietokantahauilla MEDLINE, HealthStar (Ovid), EMBASE, PsycINFO, CINAHL ja the Cochrane Database of Systematic.</p>	<p>Maahanmuutto voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, joihin jokaiseen liittyy omat riskinsä ja tekijänsä.</p>	<p>17 p.</p>
<p>Mehus, G., Anderstatter Bongo, B., Isaksen Engnes, J. & Moffitt, P. 2019. Exploring why and how encounters with the Norwegian health-care system can be considered culturally unsafe by North Sami-speaking</p>	<p>Tunnistaa tuntevatko saamelaiset potilaat ja sukulaiset olonsa kulttuurisesti turvalliseksi asioidessaan Norjan terveydenhuollossa. Jos eivät tunne, mitkä ovat suurimmat huolenaiheet.</p>	<p>11 pohjoissaamelasta (n=11).</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin osittain ennakkoon suunnitelluilla haastatteluilla. Litteroitu aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.</p>	<p>Suurimpina huolenaiheina nousivat esille rajallinen saamen kielen osaaminen, perheenjäsenen toimiminen tulkina, laiminlyönti, syrjintä ja sosiaalinen eristäytyminen.</p>	<p>16 p.</p>

<p>patients and relatives: A qualitative study based on 11 interviews. International Journal of circumpolar health 78 (1).</p>					
<p>Mollah, T., Antoniadis, J., Lafeer, F. & Brijnath, B. 2018. How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. BMC Health Services Research 18 (480).</p>	<p>Mitä työntekijät ajattelevat olevan kulttuurikompetenssia mielenterveyshoitotyötä? -Mikä edesauttaa tai estää sen toteutumista?</p>	<p>20 mielenterveystyöntekijää, jotka työskentelevät maahanmuuttajien kanssa (n=20).</p>	<p>Aineisto kerättiin haastatteluilla ja analysoitiin teema-analyysin avulla.</p>	<p>Kulttuurikompetenssista oli yleisiä käsityksiä, mutta sen toimivuus vaihteli ammatin, terveydentilan, paikkakunnan ja työkokemuksen mukaan.</p>	<p>17 p.</p>
<p>Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Puigpinosi Riera, R., Sarvary, A., Soares, J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. 2011. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health 11 (187).</p>	<p>Arvioida terveydenhuollon ammattilaisten kokemia vaikeuksia sekä hyviä käytänteitä vaikeuksien ratkaisemiseksi maahanmuuttajien hoidossa.</p>	<p>240 terveydenhuollon ammattilaista 16 eri maasta (n=240).</p>	<p>Aineisto kerättiin jäsennellyillä haastatteluilla, joissa oli avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin teema-analyysillä.</p>	<p>Voitiin tunnistaa kahdeksan ongelmaa ja seitsemän hyvää käytäntöä ongelmien ratkaisemiseksi.</p>	<p>17 p.</p>

Tutkimustaulukko

Liite 2 4(4)

<p>Schubert, C. 2018. Culture and Trauma – Cultural factors in mental health, psychotherapy, and help-seeking. Tampere: Juvenes Print.</p>	<p>Tutkia kulttuurin vaikutusta posttraumaattisten oireiden ilmenemismuotojen suhteen, unien sisältöjen käyttöä traumatisoitujen eri kulttuuripiireistä tulevien potilaiden psykoterapiassa sekä kulttuuristen tekijöiden vaikutusta mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen.</p>	<p>Ensimmäisessä tutkimuksessa 3000 satunnaisesti valittua Suomessa asuvaa kurdi-, somali- ja venäläistaustaista henkilöä (n=3000). Toiseen tutkimukseen osallistui ensimmäisen tutkimuksen 3000:sta 545 venäläistä, 351 somalia ja 508 kurdia.</p>	<p>Ensimmäinen tutkimus on määrällinen tutkimus, joka analysoitiin ”SPSS- statistical program” avulla. Toinen tutkimus on laadullinen tutkimus ja aineisto kerättiin haastatteluilla ja terveystarkastuksilla.</p>	<p>Kulttuurilla on merkittävä rooli psyykkisten oireiden ilmenemismuodoissa ja avunhakemiseen vaikuttavat omat kulttuuriset dynamiikat.</p>	<p>18 p.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä pääluokan ”trauman vaikutus mielenterveyteen” osalta.			
Alkuperäisilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Entisessä kotimaassa koettujen traumaattisten tapahtumien esiintyvyys erosi tutkittujen maahanmuuttajataustaisten ryhmien kesken voimakkaasti.</p> <p>Kurditaustaisista maahanmuuttajista lähes neljä viidestä, somalialaistaustaisista lähes kolme viidestä ja venäläistaustaisista hieman yli yksi viidestä oli kokenut jonkun traumatapahtuman entisessä kotimaassaan</p> <p>Somalialaistaustaisten osalta yleisimpiä traumatapahtumia olivat eläminen sodan keskellä ja toisen ihmisen väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkeminen.</p> <p>Kurditaustaisten kohdalla kaikkia traumatapahtumia voidaan kutsua suhteellisen yleisiksi, jopa kidutuksen kohteeksi joutumista, jota raportoi heistä jopa lähes neljännes.</p> <p>Exposure to torture is the strongest predictor of symptoms of post-traumatic stress disorder among refugees.</p>	<p>Väkivalta, sota ja kidutus</p>		
<p>Sekä venäläis- että erityisesti kurditaustaisilla traumatapahtumien esiintyminen erosi voimakkaasti ikäryhmittäin.</p> <p>Kurditaustaisten osalta 45–64-vuotiaiden ikäryhmästä jopa 98 prosenttia raportoi jonkin entisessä kotimaassaan koetun traumatapahtuman, kun 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä heitä oli 83 prosenttia ja 18–29-vuotiaissa 57 prosenttia. Kurditaustaisilla samanlainen ikäryhmien välinen ero liittyi myös kaikkiin erillisiin traumatapahtumiin.</p> <p>Venäläistaustaisten vanhimmassa, 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä, 30 prosenttia raportoi traumatapahtumia, 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä 25 prosenttia ja nuorimmassa, 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä 15 prosenttia.</p> <p>Somalialaistaustaisilla traumatapahtumien esiintyminen ei ollut sinänsä vahvasti yhteydessä ikään, mutta erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä naisten kokemat traumatapahtumat olivat huomattavasti yleisempiä kuin miehillä (30–64-vuotiailla naisilla 76–80 prosenttia ja miehillä 37–38 prosenttia), kun taas nuorimmassa ikäryhmässä sukupuolten välillä ei ollut eroa.</p>	<p>Ikä</p>	<p>Traumatapahtuma</p>	<p>Trauman vaikutus mielenterveyteen</p>

Tutkimusten luokittelu (esimerkki)

Liite 3 2(3)

<p>Nuorimmassa ikäryhmässä miehet raportoivat traumatapahtumia naisia enemmän, mutta vanhemmissa ikäryhmissä eroja sukupuolten välillä ei esiintynyt.</p> <p>...kun taas somalialaistaustaiset naiset raportoivat kokeneensa useimpia traumatapahtumia useammin kuin miehet.</p> <p>Erillisistä traumatapahtumista kurditaustaiset miehet olivat kokeneet naisia useammin väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkemistä, vakavaa fyysistä vahingontekoa, vangitsemista tai kidnappausta sekä kidutusta.</p> <p>Somalialaistaustaisilla traumatapahtumien esiintyminen ei ollut sinänsä vahvasti yhteydessä ikään, mutta erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä naisten kokemat traumatapahtumat olivat huomattavasti yleisempiä kuin miehillä (30–64-vuotiailla naisilla 76–80 prosenttia ja miehillä 37–38 prosenttia), kun taas nuorimmassa ikäryhmässä sukupuolten välillä ei ollut eroa.</p> <p>Refugee women seen in specialized clinics have high rates of exposure to violence and post-traumatic stress disorder that often have not been addressed clinically.</p> <p>This result indicates that in all cultural groups, male and female torture survivors were similarly vulnerable.</p>	<p>Sukupuoli</p>		
<p>In contrast, systematic reviews and meta-analyses confirm that refugees are at substantially higher risk than the general population for a variety of specific psychiatric disorders — related to their exposure to war, violence, torture, forced migration and exile and to the uncertainty of their status in the countries where they seek asylum — with up to 10 times the rate of post-traumatic stress disorder as well as elevated rates of depression, chronic pain and other somatic complaints.</p> <p>Exposure to torture is the strongest predictor of symptoms of post-traumatic stress disorder among refugees.</p> <p>Events that evoke elements of past trauma and loss can contribute to the re-emergence of anxiety, depression or post-traumatic stress disorder.</p>	<p>Traumaperäinen stressihäiriö</p>		

Tutkimusten luokittelu (esimerkki)

Liite 3 3(3)

<p>They discovered that immigrant patients had experienced more loss and trauma than Finnish-born patients.</p> <p>Experts emphasize, however, that exploring the history or sequelae of rape or other forms of sexual violence requires great clinical sensitivity and should always be guided by patients' needs and comfort levels.</p> <p>However, a personalized referral (e.g., giving a specific name or calling the person in front of the patient) is much more likely to result in success, particularly in the case of a depressed, anxious and traumatized patient for whom re-establishment of a social network is difficult because of fear and distrust.</p> <p>Among counsellors, working with Mollah et al. BMC Health Services Research (2018) 18:480 Page 7 of 12 refugee and asylum seeker populations, there was also often a significant emotional toll that emanated from listening to and working with patients who had experienced torture and trauma.</p> <p>Recent migrant patients were viewed as being more socially marginalised, from poorer backgrounds, unemployed, struggling to learn a new language, or to integrate, and possibly traumatised from experiences of war and conflict.</p>	Ammattilaisten kokemukset		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	--	--

Laadullisen tutkimuksen laadun arviointitaulukko, korkein pistemäärä 19		
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus		
	Kyllä	Ei
Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?		
Onko tutkimuksen aihe perusteltu sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti?		
Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?		
Aineisto ja menetelmä		
Ovatko aineistonkeruumenetelmät ja -konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?		
Soveltuuko aineistonkeruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?		
Onko aineiston keruu kuvattu?		
Onko aineisto kerätty henkilöiltä, joilla on tietoa tutkittavasta asiasta?		
Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu?		
Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?		
Soveltuuko valittu analyysi menetelmä tutkittavaan ilmiöön?		
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys		
Onko tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetyt kriteerit nimetty?		
Onko tutkija pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä?		
Voiko lukija tunnistaa ja ymmärtää tulokset?		
Onko tutkimuksessa käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta?		
Onko tutkija pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kuluista?		
Tulokset ja johtopäätökset		
Onko tuloksilla merkitystä hoitotyön kehittämisessä?		
Onko tulokset esitetty selkeästi, loogisesti ja onko niiden antia verrattu aikaisempiin tutkimuksiin?		
Onko tutkimuksen johtopäätökset perusteltavissa tuloksilla ja hyödynnettävissä?		
Muut huomiot/kokonaisarvo		
Muodostaako tutkimus eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden?		

Mukailtu Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteeri –taulukkoa. Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, E., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto 101–108)