

Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen

Artikkelissa kuvataan Suomessa asuvien maahanmuuttajien kokemia mielenterveyteen liittyviä tarpeita ja niiden tunnistamista. Tutkimus suoritettiin kesällä 2002 ja siinä haastateltiin turvapaikanhakijoita ja pysyvästi Suomessa asuvia maahanmuuttajia yhteensä 86. Lisäksi haastateltiin heitä hoitaneita lääkäreitä yhteensä 71 ja muuta terveydenhuoltohenkilöstöä yhteensä 71. Turvapaikanhakijat ilmaisivat enemmän mielenterveyteen liittyviä tarpeita kuin pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat. Pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat, naiset ja somalit ilmaisivat Suomessa koettujen asioiden vaikuttaneen haitallisesti mielenterveyteensä. Useimmat lääkärit eivät havainneet potilaidensa masennusta eivätkä tunnistaaneet masennuksen taustalla Suomessa koettujen asioiden merkitystä. Terveydenhuoltohenkilöstön kyky havaita maahanmuuttajien ilmaisemia mielenterveystarpeita lisää turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mahdollisuuksia saada tehokasta hoitoa mielenterveyteensä.

KIRSTI SAINOLA-RODRIGUEZ , PETER H. KOEHN

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Ihmiset liikkuvat maasta toiseen enemmän kuin koskaan. Koulutetut ja kouluttamattomat ihmiset, opiskelijat, pakolaiset ja turvapaikanhakijat etsivät turvaa ja tilaisuuksia oman maan rajojen ulkopuolelta (ks. Gibney 2004). Parin viimeisen vuosikymmenen aikana Suomeen on tullut maahanmuuttajia sekä lähialueilta että kaukaisista maista. Vuoteen 1995 mennessä Suomessa oli maahanmuuttajia yli 150 eri maasta ja ”sitäkin enemmän etnisyyden, uskonnon, kielen ja kulttuurin erilaisuutta” (Matinheikki-Kokko 1997). Vuoden 2003 lopulla Suomessa asui 107 003 ulkomaan kansalaista, mikä oli n. 2 % Suomen koko väkiluvusta (www.mol.fi/migration/tilastot.html).

Suomeen saapuvat turvapaikanhakijat ja lyhyemmän ja pidemmän aikaa Suomessa asuvat maahanmuuttajat tarvitsevat fyysisen ja psyykkisen terveytensä ylläpitämiseen suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön palveluja. Suomen ter-

veydenhuoltohenkilöstö on kansallisuudeltaan melko homogeeninen, joten maahanmuuttajilla on harvoin mahdollisuutta saada hoitoa etnisesti samantaustaiselta lääkäriltä tai sairaanhoitajalta. Suomessa tehdyissä tutkimuksissa hoitohenkilökunta on tuonut esiin vaikeuksia maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden/potilaiden kohtaamisessa ja hoitotuloksiin pääsemisessä (Purokoski 1993, Kohonen 1996, Perkinen 1996, Hirstiö-Snellman ja Mäkelä 1998, Ikonen 1999, Taavela 1999, Virkki 1999).

Tässä artikkelissa kuvataan turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien kokemia mielenterveyteen liittyviä tarpeita ja niiden tunnistamista suomalaisessa terveydenhuollossa. Asiakkaiden näkökulma ja hoidon tarpeenmäärittely ovat tärkeitä tekijöitä arvioitaessa mm. psykiatrisen hoidon tuloksia (Boyle 1999:85, Watters 2001:1713). Mielenterveyteen liittyvien tarpeiden arvioiminen voi osoitautua haasteelliseksi terveydenhuoltohenkilös-

tölle, kun asiakas tulee eri kulttuurista. Tarpeiden arvioiminen voi olla vaikeaa varsinkin turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten kohdalla, koska heidän tilanteeseensa liittyy ennen maahan saapumista ja sen jälkeen traumaan ja syrjimiseen liittyviä kokemuksia (Gorst-Unsworth 1992:164–168, Liebkind 1996:176, Silove ym. 1997:356, Derges ja Henderson 2003:90,95,97). Ovatko suomalaiset lääkärit tietoisia näistä kokemuksista ja niiden vaikutuksista maahanmuuttajan mielen-terveyteen?

Tätä kysymystä tutkittiin osana laajempaa kansainvälistä, Fulbright New Century apurahan turvin toteutettua tutkimusprojektia ”Challenges of Health in a Borderless World” Suomessa kesäl- lä 2002. Tässä artikkelissa esitetyt tulokset ovat osa Suomessa toteutettua hanketta, jossa tutkit- tiin *transnationaalista kompetenssia* ja maahan- muuttajien terveydenhuoltoa. Tutkimuksen koh- dejoukkona olivat turvapaikanhakijat ja pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat. Tutkimuk- sen aineistonkeruun aikaan Suomessa oli 15 vas- taanottokeskusta, jotka pystyivät majoittamaan yhteensä noin 3000 turvapaikanhakijaa. Suomes- sa vastaanottokeskukset ovat joko kunnan (9), valtion (3) tai Suomen Punaisen Ristin (3) ylläpi- tämiä. Turvapaikanhakijat saavat pääsääntöises- ti perusterveydenhoidon ja mielenterveydenhoi- don vastaanottokeskuksissa ja/tai sijaintikuntan- sa terveyskeskuksissa tai erikoissairaanhoidossa. Maastrichtin sopimuksen mukaisesti Suomeen saapuvat kiintiöpakolaiset, paluumuuttajat (inke- rinsuomalaiset), päätöksen saaneet turvapaikan- hakijat ja Suomen kansalaisen kanssa avioituneet saavat oikeuden samoihin terveyden- ja sosiaali- huollon palveluihin kuin Suomen kansalaiset (Matinheikki-Kokko 1997, Malin 2000:3). Tässä tutkimuksessa pysyvästi Suomessa asuvilla maa- hanmuuttajilla tarkoitetaan em. ryhmiä. Pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat käyttävät yleensä kotikuntansa perusterveydenhuollon pal- veluja (Tuomarla 2001). Työssään perustervey- denhuollon henkilöstö ja vastaanottokeskusten lääkärit ja sairaanhoitajat/ terveydenhoitajat ovat ensisijaisia tunnistamaan turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyviä tarpeita.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksessa selvitetään, onko turvapaikanha- kijoiden ja Suomessa pysyvästi asuvien maahan- muuttajien välillä eroja mielenterveyteen liittyen. Erityisen mielenkiinnon kohteena ovat tutkimuk-

seen osallistuneiden turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien kokemien mielenterveysongel- mien esiintyminen, koettujen ongelmien taustate- kijät ja olivatko lääkärit tietoisia näistä mielen- terveyteen liittyvistä asioista. Lisäksi kartoitetaan maahanmuuttajien tyytyväisyyttä saamiinsa mie- lenterveyspalveluihin. Taustamuuttajina käytet- tiin maahanmuuttajien statusta, alkuperämaata, sukupuolta ja Suomessa oleskeluaikaa.

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tässä kappaleessa kuvataan otantamenetelmiä, otosta ja tutkimukseen osallistuneiden kansallisia taustoja. Lisäksi kuvataan aineistonkeruuta ja luotettavuuteen sekä eettisyyteen liittyviä seik- koja.

OTANTAMENETELMÄT

Haastatellut *turvapaikanhakijat* valittiin satun- naisotannalla kansallisuuksittain kootulta, vas- taanottokeskuksien terveydenhoitajien vastaan- otoille hakeutuneiden listalta. Vastaanottokes- kuksien henkilökunta, useimmiten terveydenhoi- taja laati kyseisen numeroidun ”sokkolistan”.

Pysyvästi Suomessa asuvista maahanmuutta- jista ei ollut saatavilla listoja, joten satunnais- otantaa ei voitu toteuttaa (ks. Hughes ym. 1995: 189–190). Pysyvästi Suomessa asuvien ja vaikeas- ti saavutettavien, pienten etnisten ryhmien haas- tateltavien saamiseksi Joensuusta ja Helsingistä jouduttiin käyttämään vaihtelevia otantamenet- miä. Haastateltavia saatiin perusterveydenhuol- lon ja sosiaalihuollon henkilöstön, vapaaehtois- järjestöjen ja maahanmuuttajayhdistysten kautta. Esimerkiksi Helsingin Herttoniemen terveysase- man lääkärit tiedustelivat 15.6–15.7.02 välisenä aikana vastaanotolle saapuneita maahanmuutta- jia osallistumaan tutkimukseen. Joensuun Ranta- kylän terveysaseman terveydenhuollon ja sosiaa- litoimen henkilöstö laati venäjää kotikielensään puhuvista ja inkeriläisistä paluumuuttajista listan, josta valittiin tutkimukseen pyydettäviä satun- naisotannalla.

Yhteistyötahot Joensuussa olivat Rantakylän terveysasema (satunnaistettu lista venäjää ja viet- namia puhuvista maahanmuuttajista), Rantaky- län sosiaalitoimisto (satunnaistettu lista vanhem- mista inkeriläisistä paluumuuttajista) ja soma- liyhteisön johtajan lista aikuisista haastateltavista. Vietnamilaisista tutkimukseen suostuneista vain yksi viidestä saapui haastattelupaikalle. Yhteis- työtahot Helsingissä olivat Ulkomaalaisten Krii- sikeskus (satunnaistettu lista asiakkaina olevista),

Herttoniemen terveystasema (aikuiset maahanmuuttaja-asiakkaat 15.6–15.7.02 välisenä aikana), Nigerian Yhdistys (lääkärissä tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyneet, saatavilla olleet aikuisasiakkaat), Inkeriläiskeskus (lääkärissä tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyneet, saatavilla olleet aikuisasiakkaat), Somalilyhdistyksen kolme johtajaa (saatavilla olleet aikuiset), Vietnamlaisyhdistyksen johtaja (saatavilla olleet aikuiset).

OTOSKOKO

Tutkimus perustuu kesällä 2002 tehtyihin maahanmuuttajien ja heitä hoitaneen terveydenhuoltohenkilöstön haastatteluihin (taulukko 1). Haastatteluja tehtiin *turvapaikanhakijoille* ja heitä hoitaneelle terveydenhuoltohenkilöstölle yhteensä 118 viidessä vastaanottokeskuksessa. Turvapaikanhakijoiden haastatteluja oli yhteensä 41 (Turku 10, Kontiolahti 9, Joutseno 8, Kotka ja Helsinki 7).

Pysyvästi Suomessa asuville maahanmuuttajille ja heitä hoitaneelle terveydenhuoltohenkilöstölle tehtiin yhteensä 117 haastattelua Helsingissä ja Joensuussa. Lopullinen otos koostui 52:sta pysyvästi Suomessa asuvan maahanmuuttajan haastattelusta, joista 26 oli Helsingistä (21 terveystasemasta) ja 26 Joensuusta (21 terveystasemasta).

Yhteensä tutkimuksessa haastateltiin 93 maahanmuuttajataustaista asiakasta, 71 lääkäriä ja 71 muuta terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvaa, pääsääntöisesti sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Viiden pysyvästi Suomessa asuvan kohdalla haastateltiin sosiaalityöntekijää, joista kaksi oli saanut psykoterapiakoulutuksen, yhden kohdalla haastateltiin fysioterapeuttia ja yhden kohdalla hammasteknikkoa.

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEIDEN TAUSTA

Haastatellut *turvapaikanhakijat* tulivat 13:sta eri maasta. Lähes neljännes eli 10 (24 prosenttia) ilmoitti kotimaakseen Kosovon, viisi (12 %) tuli Turkista, neljä (10 %) Iranista ja Ukrainasta, kolme (7 %) Somaliasta, Venäjältä ja Tshetsheniasta, kaksi (5 %) Irakista, Albaniasta ja Uzbekistanista, loput Armeniasta, Angolasta ja Bosniasta. *Suomessa pysyvästi asuvat maahanmuuttajat* olivat 14:sta eri maasta. Suurin ryhmä tuli Venäjältä 22 (42 %); ryhmään kuului yhdeksän kotikielensä suomea puhuvaa, yksi tataari ja 12 kotikielensä venäjää puhuvaa. Loput haastatellut tulivat Somaliasta 11 (21 %), Nigeriasta kuusi

Taulukko 1

Tutkimuksessa haastateltujen maahanmuuttajien paikkakunnat, terveydenhuoltohenkilöstön ammattiryhmät ja haastateltujen määrät.

Tutkimuksessa haastatellut	Haastateltujen määrä
Turvapaikanhakijat vastaanotto-	
keskuksittain	
– Turku	10
– Kontiolahti	9
– Joutseno	8
– Kotka	7
– Helsinki	7
YHTEENSÄ	41
Pysyvästi Suomessa asuvat	
maahanmuuttajat	
– Joensuu	26
– Helsinki	26
YHTEENSÄ	52
Terveydenhuoltohenkilöstö	
– lääkärit	71
YHTEENSÄ	71
Muu terveydenhuoltohenkilöstö:	
– sairaanhoitajat/terveydenhoitajat	64
– sosiaalityöntekijät (kahdella psykoterapiakoulutus)	5
– fysioterapeutti	1
– hammasteknikko	1
YHTEENSÄ	71

Lopulliseen aineistoon päätyi 86 maahanmuuttajaa, koska kaikille haastatelluille ei löytynyt sekä hoitavaa lääkäriä että hoitoon osallistunutta muuta terveydenhuollon ammattilaista.

(12 %), Vietnamista kolme (6 %), yksi haastateltava tuli Irakista, Ukrainasta, Virosta, Sudanista, Guineasta, Sierra Leonesta, Kroatiaasta, Makedoniasta, Italiasta ja Pohjois-Irlannista.

Yli puolella (60 %) otoksen pysyvästi Suomessa asuvista maahanmuuttajista oli joko paluumuuttajan status, väliaikainen oleskelulupa tai aviopuolison kautta saatu oleskelulupa, 20 prosenttia oli turvapaikan saaneita pakolaisia tai oleskeluluvan saaneita turvapaikanhakijoita ja loput olivat Suomen kansalaisia vuonna 2002, jotka olivat mahdollisesti turvapaikanhakijoina tai pakolaisina alun perin saapuneita tai muulla perusteella Suomeen tulleita. Todennäköisesti pysyvästi Suomessa asuvien ja turvapaikanhakijoiden kohdalla otoksessa oli jonkun verran päällekkäisyyttä, joka on saattanut vaikuttaa tuloksiin ennen maahan saapumista koettujen traumojen ja maahantulon jälkeiseen epävarmuuden kokemuksen kohdalla. Suurin osa pysyvästi Suomessa asuvien ryhmästä ei kuitenkaan ollut alun perin pakolaisia tai turvapaikanhakijoita.

Otoksessa oli sekä lyhyemmän että pidemmän aikaa Suomessa olleita. Turvapaikanhakijoista 51 prosenttia (N = 41) oli ollut Suomessa vuoden tai vähemmän kun taas Suomessa pysyvästi asuvista maahanmuuttajista suurin osa, 54 prosenttia (N = 52), oli asunut Suomessa yli kahdeksan vuotta tai enemmän. Kaikki vastaanottokeskuksen lääkärit, sairaanhoitajat/ terveydenhoitajat olivat suomalaisia. Kokonaisotoksessa oli viisi maahanmuuttaja-asiakasta, joita Helsingin perusterveydenhuollossa oli hoitanut maahanmuuttajataustainen lääkäri, mutta lääkäri ei ollut samaa kansallisuutta kuin asiakas, joten samaa kansallisuutta oleva maahanmuuttaja ja terveydenhuollon ammattilainen eivät kohdanneet tässä tutkimuksessa.

HAASTATELUMENETELMÄ

Haastatteluissa käytettiin strukturoitua, esitettävää kyselylomaketta, josta ilmeni maahanmuuttajan, hänen lääkärinsä ja muun terveydenhuoltohenkilöstön (useimmiten sairaanhoitajan) taustatietoja ja terveyteen liittyviä asioita. Henkilökohtaiset haastattelut kestivät 45–90 minuuttia ja joista suurimman osan suoritti osaprojektista vastaava englanninkielinen tutkija. Turvapaikanhakijoiden haastatteluista tehtiin englanniksi 13 haastattelua (32 %) ilman tulkkia. Tulkkien kanssa haastateltiin venäjäksi (22 %), kurdin murteilla (20 %), albaniaksi (15 %), somaliaksi (5 %), turkiksi (5 %) ja saksaksi (2 %). Pysyvästi Suomessa asuvien haastatteluista suoritettiin englanniksi 22 haastattelua (42 %). Tulkin kanssa haastateltiin venäjäksi (25 %), suomeksi (14 %), somaliaksi (14 %) ja soraniksi, vietnamiksi ja ranskaksi yksi haastattelu. Terveydenhuoltohenkilöstön haastattelut tehtiin joko englanniksi (haastateltavalla oli käytössään myös suomenkielinen versio haastattelulomakkeesta) tai suomeksi. Somalinkielistä tulkkia lukuun ottamatta käytössä ei ollut terveydenhuoltoalan erikoistuneita tulkkeja. Haastattelija selitti haastattelussa käytetyt mielenterveyteen ja sairauksiin liittyvät käsitteet tulkille ennen haastattelua. Näin ei voitu toimia muutamassa tapauksessa, joissa jouduttiin turvautumaan Helsingin tulkikeskuksen kautta tehtyihin puhelintulkkauksiin. Tutkimukseen osallistujat ymmärsivät haastattelussa käytetyt termit ja selvennyksiä pyydettiin vähän. Mikäli epäselvyyttä ilmeni, haastattelija selvensi asian haastattelun aikana. ”En tiedä” vastauksia oli vähän, joten maahanmuuttajilla ei todennäköisesti ole ollut vaikeuksia vastata esitettyihin kysy-

myksiin (ks. Seid ja Varni 2005:49–50).

Seuraavaksi kuvataan esimerkkejä käytetyistä kysymyksistä. Lääkäreiltä mm. kysyttiin ”onko maahanmuuttajapotilas X:llä ollut mielenterveysongelmia Suomessa, joista olette olleet tietoisia? Jos lääkäri vastasi ”kyllä”, haastattelija pyysi lääkärää kuvaamaan minkälaisia ongelmia ja erittelemään ”ongelmaan johtaneita syitä” ja sen jälkeen ”syy” koodattiin joko ennen Suomeen tuloa tapahtuneeksi tai Suomessa tapahtuneeksi. Maahanmuuttajien haastattelussa kysyttiin ”onko teillä ollut mielenterveysongelmia Suomessa?”. Jos haastateltu vastasi ”kyllä”, maahanmuuttajalta kysyttiin taulukossa 3 olevat vaihtoehdot mielenterveysongelmien laadusta. Maahanmuuttajilta kysyttiin myös syitä, joiden tämä arveli johtaneen mielenterveysongelmiin; kotimaassa tai Suomessa koettujen asioiden. Edelleen tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin ”olitteko hakenneet apua mielenterveysongelmiinne Suomessa” ja jos haastateltava oli, kysyttiin ”mistä olitte hakenneet” ja ”kuinka tyytyväinen olitte saamiinne mielenterveyspalveluihin”. Lisäksi maahanmuuttajilta, joilla oli ollut mielenterveysongelmia, pyydettiin tunnistamaan 13:sta eri vaihtoehdosta ”mikä eniten parantaisi mielenterveyttänne tulevaisuudessa?”

TUTKIMUKSEN ETIIKKAAN JA LUOTETTAVUUTEEN LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ

Vastaanottokeskuksen terveydenhoitaja selitti tutkimukseen pyydetyille turvapaikanhakijoille tutkimuksen tarkoituksen ja varmisti osallistujan vapaaehtoisen halukkuuden osallistua tutkimukseen. Samoin toimivat perusterveydenhuollon työntekijät ja eri yhdistysten kontaktihenkilöt. Joka haastattelun aluksi haastattelija kysyi haastateltavalta suullisen suostumuksen haastatteluun. Haastattelija kertoi, ettei haastateltavan henkilöllisyys paljastu ja että tiedot, jotka olisivat liitettävissä tiettyihin vastauksiin, hävitettäisiin. Lisäksi kerrottiin, että haastattelija ja tulkki olivat vaito-olovelvollisia, haastateltavien vastauksia ei julki-tuotaisi tunnistettavasti ja että kaikki tutkimukseen liittyvä tieto esitettäisiin tilastollisesti ja anonymisti.

Vastaanottokeskuksen henkilökunnan ilmoituksen mukaan kaksi turvapaikanhakijaa (yksi kurdi ja yksi albaani) kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Joensuun yhteyshenkilöt ilmoittivat kolmen maahanmuuttajan kieltäytyneen tutkimuksesta (kaksi sosiaalityöntekijän listalta ja yksi venäläisten maahanmuuttajien listalta). Yh-

dyshenkilöt Helsingissä eivät raportoineet tutkimuksesta kieltäytymisiä, mutta otokseen valikoituminen saattoi vinoutua somalialaisten, vietnamilaisten ja nigerialaisten kohdalla, kun tutkimukseen osallistumista tiedusteli etnisen ryhmän johtaja tai koulutettu tulkki (ks. Muecke 1992b:713). Kaikki turvapaikanhakijoita hoitaneet lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat osallistuivat tutkimukseen.

Tuloksissa kuvataan ensiksi haastateltujen turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien ilmaisemat mielenterveysongelmat ja -tarpeet ja sen jälkeen lääkärin tietoisuus näistä tarpeista ja niihin liittyvistä tekijöistä. Lopuksi kuvataan hoitoa saaneiden tyytyväisyyttä saamiinsa mielenterveyspalveluihin Suomessa ja maahanmuuttajien mielipidettä siihen, mikä eniten parantaisi heidän mielenterveyttään Suomessa. Tuloksissa yleiskäsitteellä ”maahanmuuttaja” tarkoitetaan sekä turvapaikanhakijoita että pysyvästi Suomessa asuvia maahanmuuttajia.

TULOKSET

MAAHANMUUTTAJIEN KUVAAMIEN MIELENTERVEYSONGELMIEN ESIINTYMINEN

Haastatelluista maahanmuuttajista (N = 86) lähes puolet, 41 (48 %) ilmaisi kärsineensä yhdestä tai useammasta mielenterveysongelmasta Suomessa. Maahanmuuttajaryhmät poikkesivat toisistaan: 71 prosenttia turvapaikanhakijoista toi ilmi mielenterveysongelmia vastaanotoilla kun taas sama määrä pysyvästi Suomessa asuvista maahanmuuttajista ei kokenut kärsineensä mielenterveysongelmista. Eniten mielenterveysongelmia ilmaisivat Lähi-idästä (kurdialueet Iranissa, Turkissa ja Ira-

kissa), entisen Jugoslavian/Albanian ja entisen Neuvostoliiton alueilta tulleet maahanmuuttajat ja vähiten Afrikasta ja Aasiasta tulleet.

Suomessa oloaika ja vastaajien ikä liittyi mielenterveysongelmien esiintymiseen. Haastatelluista maahanmuuttajista, jotka olivat olleet Suomessa vähemmän kuin viisi vuotta ilmaisi mielenterveysongelmia 64 prosenttia, kun taas yli viisi vuotta Suomessa olleet ilmaisivat mielenterveysongelmia vähemmän, 25 prosenttia. Iältään 18–30-vuotiaista 57 prosenttia ilmaisi kärsivänsä yhdestä tai useammasta mielenterveysongelmasta, kun sama määrä yli 30-vuotiaista ilmaisi, ettei heillä ollut mielenterveysongelmia. Sukupuolten välillä ei ollut merkittäviä eroja; 49 prosenttia naisista ja 47 prosenttia miehistä ilmaisi mielenterveysongelmia Suomessa (Taulukko 2). Mielenterveysongelmien tunnistamisessa on tärkeää huomioida myös potilaiden itsensä kuvaamat ongelmat (myös Popay ja Williams 1996:760). Taulukossa 3 on eriteltyä kaikkien vastanneiden maahanmuuttajien (N = 86) ilmaisemat mielenterveysongelmat maahanmuuttajatyypeittäin.

Tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajat kuvasivat eniten masennusta, ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta (myös Pernice ja Brook 1994:178, Weiss ym. 2001). Harhoja ei tuonut esille kukaan ja vain yksi turvapaikanhakija ilmaisi sairastavansa skitsofreniaa. Maahanmuuttajatyypeittäin oli eroja mielenterveysongelmien kokemisessa. Turvapaikanhakijoilla oli enemmän kaikkia mielenterveysongelmia verrattuna pysyvästi Suomessa asuviin maahanmuuttajiin. Taulukosta 3 kuitenkin ilmenee, että turvapaikanhakijoilla ja pysyvästi Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla kokemus mielenterveysongelman esiintymisestä tai esiintymättömyydestä oli pääsääntöisesti sa-

Taulukko 2.

Haastateltujen ilmaisemien mielenterveysongelmien esiintyminen Suomessa maahanmuuttajatyypin, sukupuolen, iän ja Suomessa oloajan mukaan.

Maahanmuuttajatyypin	Kyllä		Ei		Yhteensä	
	f	%	f	%	f	%
Turvapaikanhakija	27	71	11	29	38	100
Pysyvästi Suomessa asuva maahanmuuttaja	14	29	34	71	48	
Mies	20	46	23	53	43	100
Nainen	21	49	22	51	43	100
18–30-vuotias	17	57	13	43	30	100
Yli 30-vuotias	24	43	32	57	56	100
Suomessa oloaika < 5v.	32	64	18	36	50	100
Suomessa oloaika 5v. tai >	9	25	27	75	36	100
YHTEENSÄ	41	48	45	52	86	100

Taulukko 3

Maahanmuuttajien kuvaamat mielenterveysongelmat Suomessa: erittely maahanmuuttajatyypeittäin.

Mielenterveysongelma	Turvapaikanhakijat (N = 38)		Pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat (N = 48)	
	f	%	f	%
Depressio+*	21	55	13	27
Tuskaisuus	21	55	8	17
Ahdistuneisuus+	18	47	10	21
Unettomuus	17	45	8	17
Yksinäisyys++	12	32	6	12
Post-traumaattinen stressioireyhtymä (PTSD)	11	29	3	6
Pelkotilat **	9	24	5	10
Maanis-depressiivisyys +**	4	10	5	10
Fyysisestä pahoinpitelystä johtuva ahdistus	6	16	2	4
Kontrolloimaton käytös	5	13	2	4
Itsemurha-ajatukset / -yritykset	2	5	1	2
Hallusinaatiot	3	8	0	0
Skitsofrenia+	1	3	0	0
Harha-ajatukset	0	0	0	0

+ ks. Lecca ym. (1998:118-120)

* ks. Karadaghi (1994:120)

++ ks. Pohjanpää ym. (2003:128-129)

** ks. Weiss ym. (2001)

Taulukko 4

Kokemus tapahtumien yhteydestä mielenterveysongelmaan maahanmuuttajatyypin, sukupuolen ja Suomessa oloajan mukaan.

Maahanmuuttajaryhmä	Ennen Suomeen tuloa koetut tapahtumat		Suomessa koetut tapahtumat	
	n	%	n	%
Turvapaikanhakijat (n = 27)	23	85	14	52
Pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat (n = 14)	7	50	13	93
Miehet (n = 20)	17	85	12	60
Naiset (n = 21)	13	62	15	71
18–30-vuotiaat (n = 17)	11	65	12	71
Yli 30-vuotiaat	19	79	15	62
Alle 5 v. Suomessa (n = 32)	27	84	18	56
Yli 5 v. tai > Suomessa (n = 9)	3	33	9	100
YHTEENSÄ (N = 41)	30	73	27	66

maa luokkaa. Suurin ero oli PTSD:n (posttraumaattinen stressireaktio) ilmaisemisessa: turvapaikanhakijat ilmaisivat PTSD:ta suhteellisen usein (29 %) ja pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat vähän (6.3 %).

Entisen Jugoslavian/Albanian alueilta tulleet ilmaisivat eniten PTSD:n oireita, 43 prosenttia. Somaliasta tulleet ilmaisivat PTSD:n oireita 21 prosenttia, Lähi-idästä 17 prosenttia, entisen Neuvostoliiton alueilta 9 prosenttia ja muualta ei kukaan. Naiset kuvasivat enemmän masennusta, tuskaisuutta ja kontrolloimatonta käytöstä (ks.

myös Tiilikainen 2000:190–191) ja miehet enemmän yksinäisyyttä ja itsetuhoisia ajatuksia.

Mielenterveysongelmista kärsineistä maahanmuuttajista 30 (73 %) ilmaisi ennen Suomeen tuloa tapahtuneilla asioilla olleen vaikutusta ja 27 (66 %) ilmaisi Suomessa koetun vaikuttaneen mielenterveysongelmiensa ilmaantumiseen. Taulukosta 4 ilmenee, että Suomessa pysyvästi asuvat maahanmuuttajat arvioivat Suomessa koettujen asioiden (93 %) vaikuttaneen enemmän mielenterveyteensä kuin ennen Suomeen tuloa tapahtuneiden asioiden (50 %).

Vaikka turvapaikanhakijat elävät fyysisesti melko ”suojattua” elämää ympäri Suomea sijaitsevissa vastaanottokeskuksissa, 52 prosenttia arvioi kokemusten Suomessa vaikuttaneen mielenterveysongelmiensa ilmaantumiseen. Suomessa oloajalla oli merkitystä mielenterveysongelmien taustoihin. Vain yhdeksän yli viisi vuotta tai enemmän Suomessa asunut ilmaisi mielenterveyteensä liittyviä huolia. Kaikki yhdeksän kuvasivat Suomessa tapahtuneilla asioilla olleen merkitystä mielenterveysongelmiensa ilmaantumiseen ja lisäksi kolme heistä ilmaisi myös ennen Suomeen tuloa tapahtuneilla asioilla olleen vaikutusta. Maassaoloajan vaikutus on todennäköisesti riippumaton iästä, koska vanhemmat (yli 30 v.) haastatellut kokivat ennen Suomea tuloa olleiden asioiden vaikuttaneen enemmän mielenterveysongelmiensa taustoihin kuin ne haastatellut, jotka olivat asuneet Suomessa yli viisi vuotta.

Miehet ilmaisivat ennen Suomeen tuloa tapahtuneiden kokemusten vaikuttaneen enemmän (85 % miehet ja 62 % naiset) ja naiset ilmaisivat Suomessa koettujen asioiden vaikuttaneen enemmän (71 % naiset ja 60 % miehet). Eri alueilta tulleet maahanmuuttajat ilmaisivat lähtömaan kokemusten vaikuttaneen suurin piirtein saman verran kuin Suomessa koettujen tapahtumien kahta poikkeusta lukuun ottamatta. Entisen Jugoslavian/Albanian alueilta tulleista kaikki ilmoittivat ennen Suomeen tuloa koetuilla asioilla olleen vaikutusta mielenterveysongelmiinsa ja vain puolet ilmaisi Suomessa koettujen asioiden vaikuttaneen. Vastaavasti Somaliasta tulleista 80 prosenttia ilmoitti Suomessa koettujen asioiden (ks. myös Tiilikainen 2000:190–191) ja vain 40 prosenttia Somaliassa koettujen asioiden vaikuttaneen ilmenneisiin mielenterveysongelmiin.

LÄÄKÄRIEN TIETOISUUS MAAHANMUUTTAJAN MIELENTERVEYS- ONGELMISTA JA NIIHIN VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Lääkärit olivat huomanneet yhden tai useamman mielenterveysongelman vähän yli puolessa (54 %) niitä tapauksia, joissa maahanmuuttaja oli ilmaissut kärsivänsä jostain mielenterveysongelmasta. Lääkärit eivät osanneet määritellä tarkemmin mielenterveysongelman laatua. Lääkärit eivät tunnistanee seitsemää (58 %) 13 tapauksesta, joissa maahanmuuttaja kertoi kärsivänsä PTSD:n oireista (ks. myös Drozdek ym. 2003:209) tai 19:ää (63 %) 30 tapauksesta, joissa maahanmuuttaja ilmaisi kärsivänsä masennuksesta.

Lääkärit tunnistivat ennen Suomeen tuloa koettujen asioiden vaikutuksen maahanmuuttaja-

asiakkaidensa mielenterveyteen 52 prosentissa tapauksista. Suomessa koettujen asioiden merkityksen mielenterveyteen lääkärit arvioivat huommin: 68 prosenttia maahanmuuttajien ilmaisemista Suomessa koettujen asioiden vaikutuksista mielenterveyteen oli jäänyt huomaamatta.

MAAHANMUUTTAJIEN TYYTYVÄISYYS SAATUIHIN MIELENTERVEYSPALVELUIHIN

Mielenterveysongelmista kärsineistä maahanmuuttajista 21 oli hakenut hoitoa nimenomaisesti mielenterveysongelmaansa. Yksitoista (52 %) heistä oli hakeutunut vastaanottokeskuksen lääkärin luo. Jokaiselta mielenterveyspalveluja käyttäneeltä kysyttiin tyytyväisyyttä/tyytymättömyyttä mielenterveyspalveluun. Suurin osa oli erittäin tyytyväisiä (38 %) tai tyytyväisiä (24 %) palveluihin. Tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä mielenterveyspalveluihin oli 24 prosenttia ja ei-tyytyväisiä eikä tyytymättömiä oli 14 prosenttia ja yli puolet niistä, joita oli hoidettu vastaanottokeskuksissa tai terveyskeskuksissa ei ollut tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

MAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSET MIELENTERVEYTTÄ PARANTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Mielenterveysongelmia ilmaisseet haastatellut tunnistivat 12 erilaista tekijää, jotka heidän mielestään ”eniten” parantaisi heidän mielenterveyttään tulevaisuudessa. Tekijät luokiteltiin sisällöllisesti kolmeen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään luokiteltiin *terveydenhuoltopalveluihin liittyvät tekijät*: ”mielenterveystyön ammattilaisilta saatu apu”, ”perusterveydenhuoltohenkilöstöltä saati apu”, ”fyysinen terveyteni korjaantuu”, toiseen ryhmään luokiteltiin *turvallisuuteen liittyvät tekijät*: ”turvapaikan saaminen”, ”elämän vakaus ja turvallisuus”, ”voin turvallisesti palata kotimaahani” ja ”pääsen yhteen rakkaimpieni kanssa” ja kolmanteen ryhmään *sosioekonomiset tekijät*: ”kokemukseni Suomessa korjaantuvat”, ”saan työpaikan, jolla voin elättää itseni/perheeni”, ”löydän ammattiani vastaavaa työtä”, ”voin päättää opintoni onnistuneesti” ja ”osallistun monenlaiseen toimintaan”.

Turvapaikanhakijoilla ja pysyvästi Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla oli erilaisia odotuksia suhteessa turvallisuuteen ja sosioekonomisiin tekijöihin. Turvapaikanhakijoista 18 (44 %) arvioi turvallisuuteen liittyvien tekijöiden eniten parantavan heidän mielenterveyttään tulevaisuudessa. Vain kaksi (15 %) pysyvästi Suomessa asuvista arvioi turvallisuuden merkittäväksi tekijäksi tule-

vaisuudessa mielenterveyden kannalta. Suurin osa pysyvästi Suomessa asuvista maahanmuuttajista (61 %) arvioi sosioekonomisten tekijöiden vaikuttavan mielenterveyteensä parantavasti ja vain neljä (15 %) turvapaikanhakijoista näki sosioekonomisten tekijöiden vaikuttavan. Viisi turvapaikanhakijaa (19 %) ja kolme (23 %) pysyvästi Suomessa asuvaa maahanmuuttajaa uskoi ammattilaisten avun tai parantuneen fyysisen terveyden vaikuttavan mielenterveyteensä parantavasti tulevaisuudessa. Vain kolme turvapaikanhakijaa ja yksi pysyvästi Suomessa asuva maahanmuuttaja luokitteli mielenterveytyön ammattilaisilta saadun avun tärkeimmäksi, kukaan ei valinnut perinteiseltä parantajalta saatua apua.

POHDINTA

Noin puolet tutkimukseen osallistuneista maahanmuuttajista ilmaisi mielenterveysongelmia. Maahanmuuttajien kokemia mielenterveysongelmia oli monesti vaikea huomata vastaanotto- ja hoitotilanteissa eikä niihin vaikuttaneita tekijöitä ollut helppo arvioida oikein. Lisäksi esiintyi myös tyytymättömyyttä Suomessa saatuihin mielenterveyspalveluihin (ks. myös Taavela 1999, Sainola-Rodriguez 2005:28). Jo aiemmin Suomessa tehdyissä tutkimuksissa sosiaali- terveydenhuoltoalan ammattilaiset ovat kokeneet vuorovaikutustaitonsa puutteellisiksi maahanmuuttajien kanssa toimittaessa ja psyykkisen/ terapeuttisen tuen antamisen erityisen haasteellisena (Hirstiö-Snellman ja Mäkelä 1998, Virkki 1999).

Turvapaikanhakijat ilmaisivat enemmän mielenterveysongelmia kuin pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat, joilla oli laillinen oikeus asua Suomessa joko oleskeluluvan tai kansalaisuuden kautta ja jotka yleensä olivat olleet Suomessa huomattavasti kauemmin. Masennus oli yleisimmin kuvattu psyykinen ongelma molemmissa ryhmissä. Tutkimukseen osallistuneet hoitavat lääkärit olivat monesti tietämättömiä maahanmuuttaja-asiakkaansa masennuksesta.

Gozdziak ja Tuskan (2000:204–206) esittävät, että monet pakolaiset kuvaavat ahdistustaan ja menetyksiään mielummin poliittisin ja sosiaalisin termein kuin psyykkisinä sairauksina (ks. Watters 1998, Boyle 1999:87, Silove ym. 2002:464, Silove 2004:90–96). Vaikkakin ”väkivallan vaikutus uhriensa mielenterveyteen voi jatkua kauan väkivallan loppumisen jälkeen... ja näyttää kumuloituvan monenlaisena väkivaltana ja useina eri ajanjaksoina” (Mercy ym. 2003:22,

Silove 2004:93) pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien vähäinen kokemus PTSD:sta saattaa johtua Suomen suhteellisen turvallisista ja vakaista oloista. Turvapaikanhakijoiden kokemat PTSD:n pitkittyneet oireet saattavat olla seurausta siitä, että turvapaikanhakijoiden elämäntilanne on monesti taloudellisesti ja sosiaalisesti epätydyttävä (Steel ja Silove 2001:596–599, Steel ym. 2002:1056–1062) ja asema yhteiskunnallisesti eristetty (Silove 2004:94–95). Siloven (2004:93, 94) mukaan ”sosiaalisten rakenteiden korjaaminen on avain luonnolliseen toipumiseen akuuteista stressireaktioista”.

Tässä tutkimuksessa luotettiin maahanmuuttajan omaan tulkintaan ja arvioon mielenterveydestään. PTSD:n esiintyvyyttä on tutkittu Gazan alueen palestiinalaisten keskuudessa CSM-3 PTSD -oirelistalla. Tutkimus suoritettiin kymmenessä perusterveydenhuollon yksikössä ja esiintyvyys oli samansuuntaista, 29 prosenttia haastatelluista ilmaisi PTSD:n oireita (Afana 2002:286–287, 292). PTSD:n diagnosointi (ks. Parker 1996:266–268,271, Cook ja England 2004:111) ja diagnostisten kriteereiden (Orley 1994:198) asettaminen on vaikeaa. Kriteereihin vaikuttavat monet kulttuuriset erot ja monet pakolaiset täyttävät joitakin kriteereitä, mutta eivät kaikkia (Jablensky ym. 1994:333, Struwe 1994:319–320, Friedman ja Jaranson 1994:208–216). Tässä tutkimuksessa oletetaan, että potilaat pystyivät itse tunnistamaan trauman henkilökohtaiset vaikutukset (myös Gozdziaak ja Tuskan 2000:206). Koska PTSD:n kriteerit ovat tulkinnanvaraisia, on hyödyllistä verrata lääkärin ja maahanmuuttajan havaintoja.

Pakolaisten mielenterveyttä koskevat tutkimukset ovat korostaneet menneiden tapahtumien merkitystä, erityisesti lähtömaassa ja pakomatkan aikana tapahtuneita asioita ja huomioineet vähemmän maahantulon jälkeisten asioiden vaikutusta mielenterveyteen (Watters 2001:1711). Pakolaiset saattavat selviytyä kotimaansa kidutuksesta, vainosta ja painostuksesta kohdatakseen uudessa kotimaassaan pakolaisuuden traumaa, menetyksiä, epävarmuutta ja syrjintää (Gorst-Unsworth 1992:165). Tässä tutkimuksessa mielenterveysongelmia ilmaisseet kokivat sekä ennen Suomeen tuloa että Suomessa koettujen asioiden vaikuttaneen mielenterveyteensä (myös Mannila 2003:7). Melkein kaikki (93 %) pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat, joilla oli mielenterveysongelmia, ilmaisivat Suomessa koettujen asioiden vaikuttaneen mielenterveyteensä. Erityi-

sesti naiset ja somalialaiset mainitsivat Suomessa koettujen vaikuttaneen mielenterveyteensä (myös Forsten-Lindman 2001:348–349, Jasinkaja-Lahti ym. 2002, Pohjanpää ym. 2003). Vaikka tässä tutkimuksessa ei eritelty Suomessa koettuja, mielenterveyteen vaikuttaneita asioita, muissa tutkimuksissa on kuvattu maahanmuuttoon vaikuttavina lisästressitekijöinä taloudelliset huolet ja merkittävien sosiaalisten roolien menetys (Muecke 1992a:520, Matinheikki-Kokko 1997, Valtonen 1998:45, Korkiasaari ja Söderling 1998, Miller 1999:284–285:294–302, Ager ym. 2002:78), huolestuttavat uutiset entisestä kotimaasta (Carrington ja Procter 1995:16, Silove ym. 2002:461), syrjimiskokemukset (Liebkind 1996:175–176, Pitkänen ja Kouki 2002:103–118, Mannila 2003:3–4), karkotuksen pelko maahan, jossa on edeltävästi koettu kidutusta tai vainoa (Sinnerbrink ym. 1997:467, Watters 2001:1711, Silove ym. 2002:459, Silove 2004:94) ja turvapaikkaprosessiin liittyvä odotus ja epävarmuus (Carrington ja Procter 1995:16, Silove ym. 1997:351:353, Sainola-Rodriguez 2005:24). Aiemmissä tutkimuksissa on lisäksi todettu somalialaisten kokevan Suomessa syrjintää ja työhön pääsy on vaikeaa (Korkiasaari ja Söderling 1998, Alitolppa-Niitamo 2000, EMCRCX 2001:22, Virtanen 2001:120:122, Pohjanpää ym. 2003). Kurditaustaisten turvapaikanhakijoiden vastaanottokokemusten vaikutuksista ”vakavien mielenterveysongelmien” ilmenemiseen on kuvattu aiemminkin, katso myös Wahlbeck (1996:11–12), Wahlbeck (1999:91:93,28–129) ja EMCRCX (2001:22).

Tässä tutkimuksessa suurin osa lääkäreistä ei nähnyt Suomessa koetuilla asioilla olleen yhteyttä maahanmuuttajien koettuun masennukseen. Tämä tukee Gorst- Unsworthin (1992:167) näkemystä, että maastapaon stressitekijät kuten jatkuvat menetykset ja syrjintä ovat suuresti aliarvioituja hoidettaessa kidutuksen uhreja (myös Derges ja Henderson 2003:88, Tiilikainen 2003:64). Suomessa koettujen tekijöiden vaikutusta maahanmuuttajien mielenterveysongelmiin samoin kuin maahanmuuttajien tyytymättömyyttä saamaansa hoitoon tulisi tutkia edelleen. Maahanmuuttajia hoitavien lääkäreiden tulisi olla tietoisia mielenterveysongelmien taustoihin vaikuttavista tekijöistä, jotka saattavat ajallisesti vaihdella kaukaisista ennen Suomeen tuloa tapahtuneista asioista nykyhetkessä oleviin sosioekonomisiin ongelmiin, joiden katsotaan tämän tutkimuksen mukaan lisääntyvän maassaoloajan pidetessä.

Laajasti ottaen tämän tutkimuksen tulokset tukevat Siloven (2004:95) käsitystä siitä, että turvapaikanhakijoiden hoitomyöntyvyys terapia-työskentelyssä on parasta silloin, kun ”terapeutti omaksuu selkeän turvapaikanhakijan oikeuksia tukevan asenteen...”. Tämän tutkimuksen haastattelujen mukaan vastaanottokeskuksissa asuvien turvapaikanhakijoiden mielenterveyttä voidaan todennäköisimmin parhaiten ylläpitää ja parantaa järjestelyillä, jotka edistävät turvapaikanhakijan henkilökohtaista ja perheen turvallisuutta (myös Koehn, painossa). Pysyvästi Suomessa asuvien kohdalla sosioekonomisten tekijöiden kuten työllisyyden ja osallistumisen mahdollisuuksien parantaminen ovat tärkeitä. Näiden tulosten perusteella voidaan esittää lääkäreiden, hoitotyöntekijöiden ja erityisesti mielenterveys-työtä tekevien koulutuksessa kiinnitettävän huomiota taitoihin toimia maahanmuuttaja-asiakkaansa puolestapuhujana. Lisäksi moniammatillinen työskentely on erityisen tärkeää maahanmuuttajien kohdalla (myös Hirstiö-Snellman ja Mäkelä 1998, Hassinen-Ali-Azzani 2002) ja toimiminen kulttuurien välisenä neuvottelijana terveydenhuoltojärjestelmän ja maahanmuuttaja-asiakkaan välillä (Thomas 1991:83, Verrept 2004:57–58).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistaminen on haaste lääkäreille, hoitohenkilökunnalle ja mielenterveystyön ammattilaisille. Etnisesti erilaisten asiakkaiden mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen ja mielenterveyteen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen ovat edellytyksiä transkulttuurisesti tehokkaille hoito- ja jatkotoimenpiteille (Tripp-Reimer ja Lively 1993:166–179, Carrington ja Procter 1995:16). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vastaanottokeskusten hoitavien lääkäreiden tulee kiinnittää enemmän huomiota eri maista tulevien turvapaikanhakijoiden yksilölliseen tapaan kuvata mielenterveyteen liittyviä tarpeita ja kokemuksia. Lisäksi varsinkin Suomessa pysyvästi asuvien maahanmuuttajien kohdalla perusterveydenhuollon lääkäreiden tulee tiedustella maahanmuuttajilta ja kyetä havaitsemaan jo matkan aikana tapahtuneiden asioiden ja Suomessa koettujen asioiden vaikutus maahanmuuttajien mielenterveyteen (ks. myös Palinkas ym. 2003:20). Lääkäreiden ja sairaanhoitajien kykyä kohdata eri kulttuurista tulevia asiakkaita ja kykyä sitoutua maahanmuuttajien haasteelliseen hoitamiseen (myös Gebru ja

Willman 2003:57–59, Ekblad ym. 2004:121 – 129, Koehn 2004:69–85, Koehn 2005a, Koehn 2005b:47–75, Sainola-Rodriguez 2005:28, Koehn, painossa, Koehn ja Sainola-Rodriguez 2005:1–14) tulee kehittää kouluttautumalla, koska se kaikella todennäköisyydellä lisää maahanmuuttajien mahdollisuuksia saada tehokasta hoitoa mielenterveysongelmiinsa.

Sainola-Rodriguez K, Koehn P. The Mental-health Needs of Political Asylum Seekers and Resident Foreign Nationals in Finland: Patient Perspectives and Practitioner Recognition

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2006:43: 47–59

The article analyzes the mental-health needs of 86 migrants in Finland based on data drawn from interviews conducted during summer 2002 with a sample of political-asylum seekers at five reception centres, resident foreign nationals (RFNs) living in Helsinki and Joensuu, and their ethnoculturally discordant primary health-care providers. Asylum seekers proved much more likely to report experiencing a mental-health challenge in Finland. Attending physicians typically were unaware of the depression experienced by their migrant patients. RFNs, women, and Somalis were the most likely to mention host-society ex-

Kiitokset

Joensuun yliopistossa toimivan ETNICA:n (etnisten suhteiden tutkimus- ja kehittämissyksikkö) tarjoama tilaisuus prof. Peter Koehnin tutkijavierailuun mahdollisti tutkimuksen toteutumisen Suomessa kesällä 2002.

periences as contributors to their mental-health needs. Most physicians did not recognize the role that in-Finland experiences played in migrant depression. The findings suggest that in ethnically discordant medical encounters, enhancing the transnational competence of health care personnel is likely to promote awareness regarding the specific ways that individual migrants define their mental-health needs and articulate their experiences and, thereby, increase prospects that asylum seekers and RFNs will receive effective mental-health care.

KIRJALLISUUS

- Afana AH. The Prevalence and Associated Socio-demographic Variables of Post-traumatic Stress Disorder among Patients Attending Primary Health Care Centres in the Gaza Strip. *Journal of Refugee Studies* 2002;15: 283–295.
- Ager A, Malcolm M, Sadollah S, O'May F. 2002. Community contact and mental health amongst socially isolated refugees in Edinburgh. *Journal of Refugee Studies* 2002;15:71–80.
- Alitolppa-Niitamo A. From the Equator to the Arctic Circle: A portrait of Somali integration and diasporic consciousness in Finland. Teoksessa Gozdzik EM, Shandy D toim. Rethinking refuge and displacement. American Anthropological Association. Arlington 2000.
- Boyle M. Diagnosis. Teoksessa Newness C, Holmes G, Dunn C, toim. This is Madness: A Critical Look at Psychiatry and the Future of Mental Health Services. PCCS Books, Ross-on-Wye 1999:85.
- Carrington G, Procter N. Identifying and responding to the needs of refugees: A global nursing concern. *Holistic Nursing Practice* 1995;9: 9–17.
- Cook A, England R. Pain in the Heart: Primary Care Consultations with Frequently Attending Refugees. *Primary Care Mental Health* 2004: 2: June:107–111.
- Derges J, Henderson F. Working with Refugees and Survivors of Trauma in a Day Hospital Setting. *Journal of Refugee Studies* 2003;16:82–98.
- Drozdek B, Noor AK, Lutt M, Foy DW. Chronic PTSD and medical services utilization by asylum seekers. *Journal of Refugee Studies* 2003;16:202–211.
- Ekblad S, Manicavasgar V, Silove D, Baarnhielm S, Reczycki M, Mollica R, Coello M. The Use of International Videoconferencing as a Strategy for Teaching Medical Students about Transcultural Psychiatry. *Transcultural Psychiatry* 2004;4:1 March: 121–129.
- European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EMCRX). Diversity and Equality for Europe: Annual Report 2000. EUMC, Vienna 2001:22.
- Forsten-Lindman, N. Psychosocial Adjustment among Somali Refugees in Finland. Teoksessa Lilius, MS, toim. Variations on the theme of Somaliness. Turku, Åbo Akademi 2001:348–349.
- Friedman M, Jaranson J. The Applicability of the Post-traumatic Stress Disorder Concept to Refugees. Teoksessa Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, toim. Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees. American Psychological Association. Washington DC 1994.

- Gebru K, Willman A. A research-based dialectic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 2003;14:1: 57–59.
- Gibney, MJ. *The Ethics and Politics of Asylum: Liberal Democracy and the Response to Refugees*. Cambridge: Cambridge University Press 2004.
- Gorst-Unswort C. Adaptation after torture: Some thoughts on the long-term effects of surviving a repressive regime. *Medicine and War* 1992;8:164–168.
- Gozdziak EM, Tuskan JJ. Operation provide refuge: The challenge of integrating behavioral science and indigenous approaches to human suffering. Teoksessa Gozdzia EM, Shandy DJ, toim. *Rethinking refuge and displacement*. American Anthropological Association. Arlington 2000.
- Hassinen-Ali-Azzani T. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäytöksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 95. Kuopion yliopisto. 2002.
- Hirstiö-Snellman P, Mäkelä M. *Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1998.
- Hughes AO, Fenton S, Hine CE. Strategies for sampling black and ethnic minority populations. *Journal of Public Health Medicine* 1995;17:187–192.
- Ikonen ER. *Terveydenhoitajien kulttuurinen kompetenssi pakolaisnaisen hoitotyössä*. Opinnäytetutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto 1999.
- Jablensky A, Marsella AJ, Ekblad S, Jansson B, Levi L, Bornemann T. *Refugee Mental Health and Well-being: Conclusions and Recommendations*. Teoksessa Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, toim. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*. American Psychological Association. Washington DC 1994.
- Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K, Karmela T. *Rasismi ja syrjintä Suomessa*. Maahanmuuttajien kokemuksia. Gaudeamus 2002.
- Karadaghi P. *The Kurds: Refugees in their Own Land*. Teoksessa Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, toim. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*. American Psychological Association. Washington D.C 1994.
- Koehn P. *Global politics and Multinational Health-care Encounters: Assessing the Role of Transnational Competence*. *EcoHealth* 2004; 1:69–85.
- Koehn P. *Improving Transnational Health-care Encounters and Outcomes: The challenge of Enhanced Transnational Competence for Migrants and Health Professionals*. In *Proceedings of the Hospitals in a Culturally Diverse Europe*, International Conference, Amsterdam 9–11.12.2004. 2005a.
- Koehn P. *Medical Encounters in Finnish Reception Centres; Asylum Seeker and Clinician Perspectives*. *Journal of Refugee Studies* 2005b;18:1:47–75.
- Koehn P. *Transnational Migration, State Policy and Local Clinician Treatment of Asylum Seekers and Resettled Migrants: Comparative Perspectives on Reception-centre and Community Health-care Practice in Finland*. *Global Social Policy* 5, painossa.
- Koehn PH, Sainola-Rodriguez K. *Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters with Political Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses*. *Journal of Transcultural Nursing* 2005;16:4:1–14, 28.
- Kohonen L. *Vieraasta kulttuurista tulleet potilaat hoitotyön ja hoitotyön koulutuksen haasteena*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto 1996.
- Korkiasaari J, Söderling I. *Finland: From a country of emigration into a country of immigration*. Teoksessa Söderling I, toim. *A changing pattern of migration in Finland and its surroundings*. Population Research Institute, Helsinki 1998.
- Lecca PJ, Quervalu I, Nunes J, Gonzales HF. *Cultural Competency in Health, Social and Human Services: Directions for the Twenty-first Century*. Garland Publishing, New York 1998.
- Liebkind K. *Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland*. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1996;27:161–180.
- Malin M. *Access to health care for migrant women in Europe – Finland*. Unpublished paper. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki 2000: 3.
- Mannila S. *Ill-health and other risks of social marginality in the life situation of Russian-speaking and Estonian immigrants to Finland*. Paper presented at the 27th ICOH International Conference on SC Unemployment and Health. Iguassu Falls, Brazil, 24 February 2003: 3–4, 7.
- Matinheikki-Kokko K. *Challenges of working in a cross-cultural environment: Principles and practice of refugee settlement in Finland*. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 131, University of Jyväskylä 1997.
- Mercy JA, Butchart A, Dahlberg LL, Zwi AB, Krug EG. *Violence and Mental Health: Perspectives from the World Health Organisation's World Report on Violence and Health*. *International Journal of Mental Health* 2003;32:1 (Spring):20–35.
- Miller KE. *Rethinking a Familiar Model: Psychotherapy and the Mental Health of Refugees*. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 1999;29:283–306.
- Muecke MA. *New paradigms for refugee health problems*. *Social Science and Medicine* 1992a;35:515–523.
- Muecke MA. *Nursing research with refugees*. *Western Journal of Nursing Research* 1992b;14:703–720.
- Orley J. *Psychological Disorders among Refugees: Some Clinical and Epidemiological Considerations*. Teoksessa Marsella AJ,

- Bornemann T, Ekblad S, Orley J, toim. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*. American Psychological Association, Washington DC 1994.
- Palinkas LA., Pickwell SM, Brandstein K, Clark TJ, Hill LL, Moser RJ, Osman A. The Journey to Wellness: Stages of Refugee Health Promotion and Disease Prevention. *Journal of Immigrant Health* 2003;5:1:19–23.
- Parker M. Social Devastation & Mental Health in Northeast Africa. Teoksessa Allen T, toim. *In Search of Cool Ground: War, Flight & Homecoming in Northeast Africa*. Africa World Press, Trenton 1996.
- Perkinen M. Ulkomaalaiset mielenterveystoimistojen asiakkaina. Helsingin kaupungin tietokeskus, Monila, Helsinki 1996.
- Pernice R, Brook J. Relationship of Migrant Status (Refugee or Immigrant) to mental health. *International Journal of Social Psychiatry* 1994;40:3:177–188.
- Pitkänen P, Kouki S. Meeting foreign cultures: A survey of the attitudes of Finnish authorities towards immigrants and immigration. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2002;28:103–118.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. *Elinolot* 2003;1. Edita Prima Oy, Helsinki 2003.
- Popay J, Williams G. Public Health Research and Lay Knowledge. *Social Science and Medicine* 1996;42:5:759–812.
- Purokoski M. Maahan saapuvien pakolaisten vastaanotto suomalaisessa terveydenhuollossa terveydenhoitajien arvioimana. *Terveydenhuollon koulutusohjelma, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto* 1993.
- Robbins JM, Kirmayer LC, Cathebras P, Yaffe MJ, Dworkind M. Physician Characteristics and The Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *Medical Care* 32:8:795–812.
- Sainola-Rodriguez, K. Turvapaikanhakijat psykiatrisessa sairaalahoidossa – hoitamisen kulttuurisen kompetenssin toteutuminen potilasasiakirjojen perusteella. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2005;1:24, 28.
- Seid M, Varni JW. **Measuring Primary Care for Children of Latino Farmworkers: Reliability and Validity of the Parent's Perceptions of Primary Care Measure (P3C)**. *Maternal and Child Health Journal* 2005;9:1:49–57.
- Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, Depression and PTSD in Asylum-seekers: Associations with Pre-migration Trauma and Post-migration Stressors. *British Journal of Psychiatry* 1997;170 (April):351–357.
- Silove D., Coello M, Tang K, Arióche J, Soares M, Lingam R, Chaussivert M, Manicavasagar V, Steel Z. Towards a Reseach-advocacy Model for Asylum Seekers: A Pilot Study Amongst East Timorese Living in Australia. *Transcultural Psychiatry* 2002;39:4:452–468.
- Silove D. The Challenges Facing Mental Health Programs for Post-conflict and Refugee Communities. *Prehospital and Disaster Medicine* 2004;19:1:90–96.
- Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z, Manicavasagar V. Compounding of Premigration Trauma and Postmigration Stress in Asylum Seekers. *Journal of Psychology* 1997;131:463–470.
- Steel Z, Silove D. The Mental Health Implications of Detaining Asylum Seekers. *Medical Journal of Australia* 2001;175:December:596–599.
- Steel Z, Silove DM, Phan T, Bauman A. Long-term Effect of Psychological Trauma and Mental Health of Vietnamese Refugees Resettled in Australia: A Population-based Study. *Lancet* 2002;360:9339:1056–1062.
- Struwe G. Training Health and Medical Professionals to Care for Refugees: Issues and Methods. Teoksessa Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, toim. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*. American Psychological Association, Washington DC 1994:311–324.
- Taavela R. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 72, Kuopion yliopisto 1999.
- Thomas MD. Cultural Concepts and Psychiatric Mental Health Nursing. Teoksessa McFarland G, Thomas MD, toim. *Psychiatric Mental Health Nursing. Application of the Nursing Process*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1991: 83.
- Tiilikainen M. Aspects of suffering and religious healing among Somali refugees. Teoksessa Hovi T, Puuronen A, toim. *Traditions of belief in everyday life*. Åbo: Åbo Akademi 2000.
- Tiilikainen M. Somali women and daily Islam in the diaspora. *Social Compass* 2003;50:1:59–69.
- Tripp-Reimer T, Lively S. Cultural Considerations in Mental Health – Psychiatric Nursing. Teoksessa Rawlins RP, Williams SR, Beck CK *Mental Health – Psychiatric Nursing. A Holistic Life-Cycle Approach*. Mosby Year Book. Third Edition. St. Louis, Missouri. 1993:166–179.
- Tuomarla I. The Somalis in Finland and Britain: A comment to Asha-Kin F.Duale. Teoksessa Lilius MS, toim. *Variations on the theme of Somaliness*. Turun yliopisto 2001.
- Valtonen K. Resettlement of Middle Eastern refugees in Finland: The elusiveness of integration. *Journal of Refugee Studies* 1998;11:39–60.
- Verrept H. Intercultural Mediation at Belgium Hospitals. *Hospitals in a Culturally Diverse Europe Conference handbook*. Vienna, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine 2004:57–58.
- Virkki P. Hoitotyöntekijöiden ammatilliset valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. *Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto* 1999.
- Virtanen T. Combating racist violence and harassment: The case of the Somalis in Finland.

- Teoksessa Lilius MS, toim. Variations on the theme of Somaliness. *Turun yliopisto* 2001:120,122.
- Wahlbeck O. Diasporic relations and social exclusion: The case of Kurdish refugees in Finland. *Siirtolaisuus – Migration* 1996:23:4:11–12.
- Wahlbeck O. Kurdish diasporas: A comparative study of Kurdish refugee communities. St. Martins, New York 1999: 91, 93, 128–129.
- Watters C. The mental health needs of refugees and asylum seekers: Key issues in research and service development. Teoksessa Nicholson F, Twomey P, toim. Current issues of UK asylum law and policy. Aldershot, Ashgate 1998.
- Watters C. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science and Medicine* 2001:52:1709–1718.
- Weiss MG, Cohen A, Eisenberg L. Mental Health. Teoksessa Merson MH, Black RE, Mills AJ, toim. *International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies*. Aspen Publishers, Gaithersburg 2001.
- www.mol.fi/migration/tilastot.html

SAINOLA-RODRIGUEZ KIRSTI
esh, THM (terveydenhuollon hallinto)
apulaisosastonhoitaja
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ky

KOEHN PETER H.
Ph.D, Professor
University of Montana
USA