

MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYDENEDISTÄMINEN
ESIMERKKINÄ KURDIPAKOLAISET

Seija Hämäläinen-Kebede
Terveyskasvatuksen
pro gradu tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2003

TIIVISTELMÄ

Maahanmuuttajien terveyden edistäminen. Esimerkkinä kurdipakolaiset.

Seija Hämäläinen-Kebede

Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma.

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta,
terveystieteiden laitos 2003.

59 sivua, liitteitä 4 kpl

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Suomessa asuvien kurdipakolaisten terveyskäsitteitä sekä heidän käsitystään omasta terveydestään. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla niitä tekijöitä jotka heidän mielestään vaikuttavat terveyteen Suomessa, mutta myös heidän esiin tuomia terveyden edistämistarpeita. Tutkimuksen aineisto koostui kymmenen (n=10) kurdipakolaisen (naiset n=3 ja miehet n=7) haastattelusta, joista puolet suoritettiin tulkin avulla. Aineisto kerättiin helmikuussa 2001 ja se analysoitiin sisällön analyysillä syksyllä 2002.

Terveyskäsitteenä voidaan nähdä mm. terveyden kolmijakoinen ulottuvuus: fyysinen, henkinen ja sosiaalinen. Terveyteen vaikuttavista tekijöistä päällimmäisiksi nousivat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen osa-alue, jotka ovat interaktiivisessa vuorovaikutuksessa kulttuuriperustan kanssa. Keskeisiksi tekijöiksi nousivat kulttuuri, sen muutoksen aiheuttama kriisi, sekä pakolaisuuteen liittyvät asiat. Terveyden edistämistarpeet puolestaan voidaan kiteyttää kahteen eri yhdistävään kategoriaan: 1) tarve integroitua suomalaiseen yhteiskuntaan, sekä 2) monikulttuurisen yhteiskunnan tarve. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan havaita, että maahanmuuttajat haluavat sopeutua uuteen maahan yhteiskunnassa toimivina, sekä valtaväestön kanssa tasa-arvoisina kansalaisina. Maahanmuuttajan menestyksekkäs integroituminen uuteen yhteiskuntaan edellyttää kuitenkin monikulttuurista ilmapiiriä. Tämä tarkoittaa maahanmuuttajien hyväksymistä esimerkiksi antamalla heille mahdollisuus työllistyä. Vaikka haastateltujen ryhmä muodostui kurdipakolaisista, ovat tulokset niiden yleisluonteisuuden vuoksi sovellettavissa myös muihin maahanmuuttajiin.

Avainsanat: Terveys, terveyden edistäminen, tarve, maahanmuuttaja, pakolainen, kulttuuri.

ABSTRACT

Health promotion activities among immigrants in Finland. Kurdish refugees as an example.

Seija Hämäläinen-Kebede.

Master's thesis in Health Education.

The University of Jyväskylä, The faculty of sport and health sciences, Department of Health sciences, 2003

Pages 59, appendix 4.

The aim of this study was to find out how kurdish refugees think about health, their attitudes towards own health, the factors which are influencing their health in Finland and the health promotion needs expressed by kurdish refugees. The material of the study consisted of ten (n=10) interviews of kurdish refugees (females n=3 and males n=7). Half of the interviews was made with an interpreter. The material was collected in February 2001 and it was analyzed by the content analysis in autumn 2002.

According to the results, as a view about health we can see three aspects of health: physical, mental and social. The physical, mental and social systems, which interact with ethnic/cultural system are the most important factors, which affect the health of immigrants. Among the most important factors were culture, culture shock and the factors related to the refugee status. The needs of health promotion can be divided to two categories: 1) the need to integrate into finnish society and 2) the need of a multicultural society. According to this study we can see, that the immigrants need to integrate to a new society as active citizens and equal to local population. The integration strategy can be pursued in society that is explicitly multicultural. Acceptance of immigrants includes among other things the right to have job opportunities. The results can be applied also to other immigrants, even the interviewed people were kurdish refugees, because of the general character of the results.

Key words: health, health promotion, need, immigrant, refugee, culture.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 KURDIT SUOMESSA.....	3
2.1 Kurdi ien taustasta ja nykytilanteesta.....	3
2.2 Kurdipakolaisten tulo Suomeen	4
2.3 Suomen pakolaispolitiikka ja pakolaisten vastaanotto.....	5
3 MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYDENEDISTÄMINEN KULTTUURISESSA VIITEKEHYKSESSÄ.....	8
3.1 Terveys ja terveyden edistäminen	8
3.2 Orquen kulttuurinen malli	11
3.3 Kulttuuri	13
3.3.1 Kulttuurikriisi.....	13
3.3.2 Akkulturaatio ja kotoutuminen	15
3.4 Kurdi ien kulttuuriperusta suhteessa Islamin uskoon.....	19
4 TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
5.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu.....	23
5.2 Analyysimenetelmät.....	25
5.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia.....	26
6 TUTKIMUSTULOKSET	29
6.1 Terveyskäsit ys ja oma terveys.....	29
6.2 Terve yteen vaikuttavat tekijät	32
6.2.1 Kulttuuri ja sosiaalinen osa-alue.....	34
6.2.2 Kulttuurin muutos ja psyykkinen osa-alue	37
6.3 Terve yden edistämistarpeet.....	43
6.3.1 Terve yden edistämistarpeet ja miten niihin voi itse vastata	43
6.3.2 Yhteiskunnalliset keinot terveyden edistämisessä.....	46
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	50
7.1 Tulosten tarkastelua.....	50
7.2 Jatkotutkimuksia ja kehittä misehdotuksia.....	52
LÄHTEET	54
LIITTEET	
Liite 1. Maahanmuuttajien vastaanottoon ja terveydenhuoltoon vaikuttavia lakeja	
Liite 2. Teemakysymykset	
Liite 3. Esimerkkejä analyysin etenemisestä	
Liite 4. Aineistosta muodostuneet kategoriat	

1 JOHDANTO

Maahanmuuttajat ja varsinkin pakolaiset muodostavat erilaisen taustansa, kulttuurinsa ja kokemustensa vuoksi haasteen terveyden edistämisen ammattilaisille Suomen terveydenhuollossa. Koska terveyden edistämisen pyrkimyksenä on lisätä ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseenkin (WHO 1986), on hyvä tietää jotain heidän taustoistaan, sekä kartoittaa heidän kokemansa tarpeet. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella Suomessa asuvien kurdipakolaisten terveyden edistämiseen liittyviä tekijöitä sekä terveydenedistämistarpeita heidän itsensä kannalta katsottuna.

Kurdistanin alueen epävakainen tilanne ja kurdien oikeuksien loukkaamiset ovat vuosien aikana aiheuttaneet kurdipakolaisten määrän jatkuvaa kasvua. Suomi on vastaanottanut pakolaisia kiintiöpakolaisina, turvapaikanhakijoina ja perheidenyhdistämishojelman kautta. Yleisesti ottaen kaikkien Suomessa asuvien ulkomaalaisten määrä on kasvanut nopeasti 1990-luvulta lähtien. Kun 1980-luvun loppupuolella Suomessa asui 13 000 ulkomaalaista, joista n. 2000 oli pakolaisia, vuonna 2001 ulkomaalaisia oli jo hieman yli 98 000, joista 20692 pakolaisia (Tilastokeskus 2001).

Pakolaisiin liittyviä tutkimuksia on Suomessa tehty melko vähän ja yleensä maahanmuuttajatutkimukset ovat pitkälti kohdistuneet paluumuuttajiin. Pakolaisten terveyteen liittyvien tutkimusten aiheita 1990-luvulla ovat olleet mm. terveys ja mielenterveys (Liebkind 1990, Kyrönseppä ym. 1993), terveyspalvelujen käyttö ja laatu (Ruokonen 1996, Taavela 1999) terveys- ja sosiaalialan työntekijöiden kokemukset pakolaistyössä (Purokoski 1994) sekä kotoutuminen (Mero 1998, Valtonen 1999, Wahlbeck 1999). Lähes kaikissa tutkimuksissa korostuu suomalaisen valtaväestön sekä palveluja antavien organisaatioiden työntekijöiden näkökannat. (Taavela 1999.) Vain muutamassa edellä mainitussa tutkimuksessa (Mero 1998, Valtonen 1999, Wahlbeck 1999) sivuttiin myös terveyden edistämistarpeita maahanmuuttajien itsensä kannalta. Terveyskäsityksiä tarkastelevista tutkimuksista ei löydy juurikaan. Hassinen-Ali -Azzanin (2002) Somalialaisten terveyskäsityksiä käsittelevä tutkimus on yksi näistä harvoista.

WHO:n vuonna 1977 käynnistämä Terveyttä kaikille -ohjelma sekä vuonna 1986 julkaistu Ottawan asiakirja ovat pitkälti ohjaamassa Suomalaista terveystoimintaa, jonka tavoitteena on edistää jokaisen kansalaisen ja koko väestön terveyttä sekä hyvinvointia. (Parviainen & Peltonen 1997, 19). Vaikka kaikki maahanmuuttajat eivät olekaan Suomen kansalaisia, tämä tavoite koskee myös heitä kuntien asukkaina. Terveystoiminnan edellytyksenä on, että elämän perusedellytykset, kuten rauhan säilyminen, riittävä koulutustaso, yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus ja vaikuttamismahdollisuus ovat kunnossa. (Ottawan asiakirja 1986.) Monet Suomessa asuvat ulkomaalaiset ovat kuitenkin olleet tilanteessa, jossa osa tai kaikki edellä mainitut tekijät puuttuvat, ja se on johtanut tämän hetkiseen pakolaisuuteen.

Syksyllä 1999 keskustelin muutamien, maahanmuuttajia ja pakolaisia työssään kohtaavan terveydenhoitajan kanssa mahdollisista esiin tulleista maahanmuuttajien terveydenedistämistarpeista. Keskustelussa nousi esiin terveydenhoitajien työn kiireisyys, joka on johtanut mm. siihen, että he eivät ehdi syvällisesti paneutua ulkomaalaisten asiakkaiden taustoihin ja tarpeisiin. Keskustelussa ilmeni myös tarve saada enemmän tietoa eri pakolaisryhmistä, mm. heidän suhtautumisestaan terveyteen, elintavoista ja kulttuurista. Tästä sain virikkeen lähteä tutkimaan maahanmuuttajien terveyden edistämistä ja siihen liittyviä tarpeita. Valitsin kurdit työni kohteeksi, koska he muodostavat suhteellisen suuren etnisen pakolaisryhmän sillä paikkakunnalla, jossa haastatteluni suoritin.

2 KURDIT SUOMESSA

2.1 Kurdien taustasta ja nykytilanteesta

Kurdien ja heidän nykytilanteensa ymmärtämiseksi, on hyvä tietää jotain maantieteellisiä ja historiallisia seikkoja. Ulkopuolisen ei ole helppo ymmärtää erittäin monimutkaista tilannetta Kurdistanin alueella, koska ongelmien juuret yltävät pitkälle usean eri maan historiaan. Kurdit, vaikka ovatkin yksi etninen ryhmä, ovat kauan asuneet eri valtioiden, ja siten erilaisten poliittisten vaikutteiden alla. Osittain tästä johtuen kurdeilla ei ole kehittynyt täysin yhtenäistä kansallisentiteettiä. Kurdien määrästä ei ole tarkkoja tietoja, mutta heitä arvioidaan olevan yhteensä. n. 20-30 miljoonaa. (Nerweyi 1992, Kurdistan 1999, Wahlbeck 1999.)

Kurdistan on alue, joka sisältyy osittain Turkin, Syyrian, Irakin ja Iranin, sekä hieman Armenian, Azerbaitzanin ja Georgian puolelle. Keskiajalta lähtien Kurdistan nimeä on käytetty maantieteellisessä mielessä tarkoittamaan vuoristoa. Kansantieteellinen Kurdistanin rajaus voidaan tehdä alueen väestön kurdienemmistön perusteella. Hallinnollisesti Kurdistanin valtiota ei kuitenkaan koskaan ole ollut olemassa. (Kurdistan 1999.)

Kurdien oikeudet ja velvollisuudet ovat viimeisen vuosisadan aikana vaihdelleet. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että valtiovalta on useimmiten yrittänyt sulauttaa heidät valtaväestöön, tai eristänyt heidät eriarvoisiksi valtaväestöön nähden. Suurin osa kurdeista on joutunut siirtymään maaseudulle, etupäässä kurdien asuttamille alueille. Tällä hetkellä kurdeilla ei ole edellä mainituissa maissa kaikkia kansalaisille kuuluvia oikeuksia, kuten oikeuksia omaan kieleen tai opiskeluun omalla kielellä. Irakissa tosin kurdeilla on kielen suhteen suuremmat vapaudet kuin muissa maissa. (Nerweyi 1991.)

Kurdit eivät ole yksimielinen kansa, vaan useat tekijät aiheuttavat ristiriitoja. Näistä suurimpia ovat alkuperämaan poliittinen tilanne ja historia sekä eri heimojen väliset erimielisyydet. Yleisesti ottaen tavoitteena on yhtenäinen Kurdistanin valtio, vaikka monet ovatkin löytäneet identiteettinsä sen maan kansalaisina, joissa he asuvat. Kurdien keskuudessa on kuitenkin

olemassa erimielisyyksiä siitä, miten yhteisiä intressejä tulisi puolustaa. (Nerweyi 1991, Wahlbeck 1999.)

Iranin puolella kurdit julistautuivat itsenäiseksi Mahabadin tasavallaksi vuonna 1946. Itsenäisyyttä kesti kuitenkin vain vähän aikaa, sillä Iranin armeija kukisti sen vuonna 1947. Iranin vallankumouksen jälkeen kurdit neuvottelivat uuden hallituksen kanssa itsehallinnosta, mutta Ayatollah Khomeini julistikin pyhän sodan kurdeja vastaan vuonna 1979. (Nerweyi 1991, Bruinessen 1992, Wahlbeck 1999.)

Läpi koko 1900 -luvun Lähi-idässä ja Persianlahden alueella on ollut selkkauksia, joiden yhteydessä kurdeilla on ollut itsenäisyyspyrkimyksiä. Suurvallat sekä Iran, Irak ja Turkki ovat vastanneet eri aikoina tilanteisiin kukistaen pyrkimykset tavalla tai toisella. Seurauksena on ollut tähän päivään asti jatkuvaa kurdien sitkeää sissisotaa ja heihin kohdistuvaa vainoa. (Kurdistan 1999.)

2.2 Kurdipakolaisten tulo Suomeen

Poliittiset vainot varsinkin Irakissa ja sodat (mm. Irakin hallituksen sota kurdeja vastaan, systemaattinen kurdikylien tuhoaminen ja Persianlahden sota ja sen jälkeinen kurdien kansannousu) ovat suurimmaksi osaksi aiheuttaneet kurdipakolaisten vyöryn sekä näiden maiden sisällä, että ulkopuolelle. Lisäksi Kurdistanin alueen alikehittyneisyys on aiheuttanut sen, että jotkut ovat lähteneet maastaan paremman taloudellisen tulevaisuuden toivossa. (Nerweyi 1991, Wahlbeck 1999.)

Monet Irakin kurdit asutettiin pakolaiseksi jouduttuaan Iranin ja Turkin puolelle leireille tai Irakin rajan lähellä oleviin kaupunkeihin. Osa kurdipakolaisista on sijoitettu muissa Lähi-idän maissa sijaitseviin pakolaisleireihin. Suomessa asuvista kurdeista lähes kaikki ovat tulleet maahan pakolaisina tai turvapaikanhakijoina. Monet ovat tulleet noilta leireiltä kiintiöpakolaisina. Osa Turkin, Irakin tai Iranin kurdeista on pyrkinyt Venäjän tai Baltian maiden kautta Eurooppaan ja päätyneet siten Suomeen turvapaikan hakijoina. (Wahlbeck 1999.)

Suomessa asuvien kurdien tarkkaa lukumäärää ei tiedetä, koska saatavilla olevat tilastot osoittavat vain kansallisuuden ja äidinkielen, mutta ei etnistä ryhmää. Tilastokeskuksen (2001) tietojen mukaan vuoden 2000 lopulla Suomessa asui keskimäärin 3115 kurdin kielistä henkilöä.

2.3 Suomen pakolaispolitiikka ja pakolaisten vastaanotto

Pakolaisella tarkoitetaan YK:n vuoden 1951 pakolaissopimuksen mukaan oman maansa ulkopuolella olevaa henkilöä, jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa vainotuksi rotunsa, uskontonsa, kansalaisuutensa, tiettyyn sosiaaliryhmään kuulumisen tai poliittisen mielipiteensä vuoksi. Pakolaisella ei ole mahdollisuutta saada suojelua omassa maassaan ja hän on kykenemätön, tai pelkonsa vuoksi haluton palaamaan sinne. (Alitolppa-Niitamo 1994).

YK:n pakolaissopimus on kapea-alainen. Syynä tähän on Vartiainen-Oran (1996) mukaan se, että sopimus solmittiin kylmän sodan tilanteessa, eikä se enää yhtä hyvin sovellu nykytilanteeseen. Pakolaismääritelmän ulkopuolelle jäävät näin ollen ne ihmiset, jotka tuntevat olleensa pakotettuja jättämään kotimaansa jonkun muun, kuin pakolaissopimuksessa olevan syyn vuoksi. Tällaisia syitä voivat olla mm. kotimaassa vallitseva sota, sisällissota, luonnonkatastrofi tai ruuan puute. (Alitolppa-Niitamo 1994.)

Genevessä solmittua pakolaissopimusta täydennettiin vuonna 1967 lisäpöytäkirjalla. Sopimukseen on sitoutunut yli 120 maata ja Suomi sitoutui siihen vuonna 1968 (Vartiainen-Ora 1996). Suomeen saapuvalla pakolaiselle on tarjottava turvapaikka, mikäli perustellut syyt vainottuna ololle tai sen pelolle pakolaisen kotimaassa ovat olemassa. Pakolainen on saattanut kohdata vainoa, kidutuksia sekä välitöntä hengenvaaraa. Hän tuntee itsensä pakotetuksi lähtemään, sillä jääminen tuntuu liian vaaralliselta vaihtoehdolta. Pakolainen ei välttämättä voi valita maata, jonne hän muuttaa. (Alitolppa-Niitamo 1994.)

Kiintiöpakolainen on henkilö, jolle YK:n pakolaisjärjestö UNHCR on myöntänyt kansainvälisen pakolaisstatuksen jo ennen vastaanottajamaahan muuttoa. Sen vuoksi turvan tarvetta ei enää vastaanottajamaassa tarvitse tutkia. Suomessa eduskunta vahvistaa vuosittain pakolaiskiintiön talousarviostaan päättäessään. Kiintiön suuruus on vuodesta 1989 lähtien

ollut 500 (Vartiainen-Ora 1996), mutta vuodesta 1998 sitä on asteittain nostettu niin, että vuonna 2001 se oli 750 (Tilastokeskus 2001). Tässä työssä esillä olevat kurdipakolaiset pääosin täyttävät sekä pakolaisen että kiintiöpakolaisen määritelmän kriteerit.

Turvapaikanhakija on pakolaisstatusta vailla oleva henkilö, joka pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta muusta kuin koti- tai oleskelumaastaan jättämällä turvapaikkahakemuksen. Hakijan pakolaisuus todetaan vasta hakemukseen annetussa päätöksessä, joka Suomessa tapahtuu ulkomaalaisviraston toimesta. (Vartiainen-Ora 1996.)

Ennen 1990-lukua Suomessa oli melko vähän ulkomaalaisia. Esimerkiksi 1980-luvun loppupuolella vakituisesti Suomessa asuviksi oli rekisteröity vain 13 000 ulkomaiden kansalaista, joista pakolaisia oli noin 2000. Vuoden 2001 lopulla Suomessa asui jo hieman yli 98 000 ulkomaalaista, joista pakolaisia oli 20 692. Suurin osa pakolaisista ja paluumuuttajista on siis tullut maahan 1990-luvulla ja vuosituhannen vaihteessa. (Tilastokeskus 2001.) Kokkarisen ja Koukin (1995), sekä Wahlbeckin (1999) mukaan turvapaikanhakijoiden määrät ovat kuitenkin vähentyneet vuoden 1994 jälkeen kaikissa Pohjoismaissa, johtuen mm. Euroopan Unionin tiukentuneista pakolais- ja turvapaikanhakijalinjauksista.

Kiintiöpakolaiset otetaan suoraan kuntiin asumaan. Vastaanottavan kunnan velvollisuutena on järjestää pakolaisille asunnot, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, tulkkauspalveluita sekä kulttuuri- ja neuvontapalveluita. (Vartiainen-Ora 1996, Työministeriö 1997.) Pakolaislapset ohjataan päivähoidon tai kouluun. Kahden ensimmäisen vuoden aikana lapsella on oikeus saada tukiopestusta mm. suomen kielessä. Oppivelvollisuusikäinen pakolaislapsi on oikeutettu saamaan samanlaisen peruskouluopetusta vastaavan koulutuksen kuin Suomen kansalainenkin. (Jaakkola ym. 1993.) Pakolaisaikuisille järjestetään työvoimakoulutuksena vuoden kestävä maahanmuuttajakoulutus, joka sisältää kieliopintoja sekä uuden asuinmaan yhteiskuntatietoutta (Työministeriö 1997).

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (1999/493) sisältää velvoitteen kotouttamissuunnitelman teosta jokaiselle maahanmuuttajalle, joka on työtön työnhakija tai toimeentulotukea hakeva. Kotouttamisohjelma laaditaan yhteistyössä kansaneläkelaitoksen, työvoimaviranomaisten, sekä muiden viranomaisten kanssa. Ohjelmaan sisältyy suunnitelman tavoitteet, toimenpiteet, voimavarat sekä yhteistyö maahanmuuttajien kotouttamisessa. Kotoutumissopimuksessa on mahdollista sopia kielen opiskelun lisäksi mm.

työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen, maahanmuuttajan omaehtoisen koulutuksen, ammatinvalinnan ohjauksen ja kuntoutuksen, työharjoittelun, valmistavan opetuksen, sekä mahdollisten muiden kotoutumista tukevien toimenpiteiden järjestämisestä.

Terveydenhuollon palveluiden tarjoamista niin väestölle kuin maahanmuuttajillekin ohjaavat Suomessa lait ja asetukset. Kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, mielenterveyslaki ja tartuntatautilaki määrittävät kaikkien maahanmuuttajien, myös pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden asemaa maan terveyspalvelujärjestelmässä. Lisäksi mm. kotikuntalaki ja ulkomaalaislaki täydentävät edellisiä. (Liite 1.) Terveyspolitiikkaa ohjataan myös hallituksen terveyspoliittisissa ohjelmissa ja niihin liittyvissä asiakirjoissa.

Kieli- ja kulttuurierojen vuoksi pakolaiset eivät yleensä aluksi kykene käyttämään normaaleja sosiaali- terveys- ym. palveluja, vaan tarvitsevat ylimääräistä ohjausta ja apua. Tulkkipalveluita tarjotaan varsinkin alkuvaiheessa ja niitä olisi tärkeää hyödyntää, jotta asiat saataisiin selvitettyä mahdollisimman hyvin (Koivisto-Junni 1998). Monissa kunnissa tarjotaan alun sopeutumisvaiheessa mahdollisuutta asioida pakolais- ja ulkomaalaisasioihin perehtyneiden henkilöiden kanssa, yleensä pakolais- tai ulkomaalaistoimiston kautta. Monissa kunnissa on myös erikseen nimetty terveydenhoitaja erityisesti pakolaisia varten. (Vartiainen-Ora 1996.)

3 MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYDENEDISTÄMINEN KULTTUURISESSA VIITEKEHYKSESSÄ

3.1 Terveys ja terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen lähtökohtana on käsitys terveydestä ja sen vuoksi terveyden edistämisen onnistuminen edellyttää kohderyhmän terveystiedon tunnistamista. *Terveyttä* on määritelty monin eri tavoin. Yleisesti käytetyssä, vaikkakin paljon kritisoidussa (Ewles ja Simmet 1992, Perttilä 1999) WHO:n (1946) määritelmässä terveys kuvataan täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, eikä ainoastaan sairauden ja heikkouden puuttumisena. Määritelmä pitää sisällään ajatuksen positiivisesta ja negatiivisesta terveydestä.

Terveyksikäsitteä voidaan tarkastella myös yksilöllisenä ja yhteisöllisenä käsitteenä. Yksilöä korostavan, luonnontieteelliseen näkemukseen perustuvan käsityksen mukaan terveys on sairauden puuttumista. Tämän käsityksen mukaan ihminen on terve, jos hänellä ei ole tautia, tai todennettavissa olevaa poikkeavuutta, toimintakyvyn vajausta tai muuta häiriötilaa. (Larson 1991, Perttilä 1999). Yhteisöllisen, holistisen terveystiedon mukaan puolestaan terveys muodostuu kuudesta yksilön sisäisestä osatekijästä; fyysisestä, psyykkisestä, emotionaalisesta, sosiaalisesta, henkisestä ja seksuaalisesta tekijästä sekä niihin vaikuttavista yhteiskunnallisista, kulttuurisista ja fyysisen ympäristön olosuhteista. (Greenberg 1992, Ewles ja Simmet 1992, Naidoo ja Wills 1998).

Naidoo ja Willsin (1998) mukaan ei ole olemassa mitään yhtenäistä käsitteistä terveydestä. Terveystiedot eroavat riippuen siitä, missä kontekstissa, ja mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan. Terveys- ja sairauskäsitteet kuvastavat ympäröivän yhteisön käsitteitä ja niiden nähdään pohjautuvan kulttuuriin systeemeihin. Näin ollen ihmisten terveystiedon vaikuttavat mm. sosiaaliluokka, sukupuoli, etninen alkuperä ja ammatti. Etninen ja kulttuurinen tarkastelu antavat kuvan esimerkiksi siitä, miten ihmiset näkevät itsensä muihin nähden ja minkä tekijöiden he uskovat vaikuttavan terveyteen. (Kleinman 1986, Ewles ja Simmet 1992, Helman 1994, Kelleher 1996, Naidoo ja Wills 1998.)

Monissa tutkimuksissa on selvitetty erilaisen etnisen taustan omaaviin maahanmuuttajaryhmiin kuuluvien ihmisten terveystieteitä. Lundberg (1999) tutki ruotsalaisten miesten kanssa naimisissa olevien, Ruotsissa asuvien thaimaalaisten naisten, Papadopoulos (2000) Lontoossa asuvien Kyproksen kreikkalaisten, Emami ym. (2001) Ruotsissa asuvien iäkkäiden Iranilaisten, sekä Hassinen-Ali-Azzani (2002) Suomessa asuvien somalien terveystieteitä. Tutkimustuloksille yhteistä oli, että terveys yhdistettiin hyvinvointiin, kuten fyysiseen kuntoon, aktiivisuuteen tai elämän tasapainoon. Toisaalta lähes kaikista tutkimuksista kävi ilmi taipumus nähdä terveys myös sairauksien vastakohtana, sekä toiminnallisena ja välineellisenä arvona suoriutua toiminnoista ja työstä. Vaikka kaikki vastaajat eivät myöntäneet olevansa uskonnollisia, thai-naisia koskevaa tutkimusta lukuun ottamatta kaikkien tutkimusten tuloksissa ilmeni uskonnon vaikutus terveystieteen tietoutena Jumalan olemassaolosta, sekä hänen vaikutuksestaan ihmiselämään. (Lundberg 1999, Papadopoulos, 2000, Emami ym. 2001, Hassinen-Ali-Azzani 2002)

Terveyden edistämisen käsite pohjautuu terveystieteen. Kuten terveystietä, myös terveyden edistämistä on määritelty monin tavoin. Terveyden edistämiskäsitteen ymmärtäminen ja sisältö ovat muotoutuneet pääasiassa Maailman terveysjärjestön (World Health Organization, WHO) piirissä, edellyttäen vuosikymmenien mittaista kehittämistyötä. Yksi kehittämistyön kannalta merkittävistä tapahtumista oli marraskuussa 1986 pidetty Ottawan konferenssi, jossa vahvistettiin terveyden edistämisen strategiset suuntaviivat. Ohjelmassa on eritelty viisi terveyden edistämistoiminnan ulottuvuutta: terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan aikaansaaminen, tukea antavan ympäristön luominen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalvelujen uudistaminen. (Ottawa Charter 1986.)

WHO:n terveyden edistämisen julistuksen mukaan terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Terveyden edistämisen käsite pitää sisällään sekä kasvatukselliset että yhteiskunnalliset toimenpiteet korostaen ihmisten oma-aloitteisen toiminnan tukemista (self-empowerment). Ottawan asiakirjan (Ottawa Charter 1986) pohjalta terveyden edistämisen toiminnan yhtenä tavoitteena on yhteisöjen toiminnan tehostaminen kehittämällä oman avun käyttöä ja sosiaalista tukea sekä joustavia järjestelmiä, jotta osallistuminen terveystieteiden käsittelyyn voimistuisi. Väestön ja sen eri ryhmien terveyden edistäminen vaatii siten koko yhteiskunnan ja sen eri

toimijoiden määrätietoista ja laajaa yhteistyötä. (Ottawa Charter 1986, McDonald & Bunton 1992, Ewles & Simnett 1992, Parviainen & Pelkonen 1997, Naidoo & Wills 1998.)

Yksilöllinen lähestymistapa korostaa terveyden edistämistä sairauksien ehkäisyä. Midhan ja Sullivan (1998) kritisoivat yksilöllistä lähestymistapaa siinä, että se on yksipuolinen, eikä ota huomioon ihmisten sosiaalista, kulttuurista ja taloudellista terveyteen vaikuttavaa ympäristöä. Maahanmuuttajien terveyden edistämiseksi tulisi ottaa huomioon, että monet heistä tulevat yhteisöpainotteisesta kulttuurista ja sen vuoksi tarkastelenkin tässä työssä maahanmuuttajien terveyden edistämistä yhteisölliseltä kannalta. Yksilöt ovat erilaisten yhteisöjen tai ryhmien, kuten etnisten ryhmien, perheen, koulun tai työyhteisön jäseniä. Yhteisöt voivat tukea ja edistää terveyttä, mutta ne voivat myös edesauttaa terveysongelmien syntymistä. Länsimainen kulttuuri on yksilöpainotteinen ja olemme tottuneet painottamaan yksilön omaa päätöstä ja käyttäytymistä. Täysin erilaisesta taustasta tulevien terveyden edistäminen vaatii molemmiin puolin tiedon lisäämistä, joustavuutta, ymmärrystä ja aikaa.

Terveyden edistämisen edellytyksenä on kohderyhmän tarpeiden tiedostaminen. *Terveyden edistämisen tarve* on käsite, joka voidaan jakaa neljään luokkaan. Näitä ovat normatiivinen tarve, koettu tarve, ilmaistu tarve sekä suhteellinen tarve. On tärkeää määrittellä normatiivisten, tutkimuksiin pohjautuvien ja ammattihenkilöiden määrittelemien tarpeiden lisäksi myös asiakkaiden itsensä määrittelemät koetut tarpeet. (Ewles & Simnet 1992.)

Ewlesin ja Simnetin (1992) mukaan koettu tarve ei muutu ilmaistuksi tarpeeksi, jos asiakkaalta puuttuu mahdollisuus, motivaatio, itsevarmuus tai esimerkiksi kielitaito tarpeen esittämiseen. Usein syy siihen, miksi ihmiset eivät osaa ilmaista tarpeitaan on se, ettei heillä ole tarpeeksi tietoa käytössä olevista mahdollisuuksista. Työntekijä voi saada aikaan ilmaistun tarpeen lisäämällä asiakkaan terveystietämystä. (Ewles & Simnett 1992.) Varsinkin maahanmuuttaja-asiakkaiden kohdalla terveystietämyksen lisääminen on tärkeää, sillä monella on puutteellinen peruskoulutus, eivätkä kaikki osaa itsenäisesti hankkia tietoa.

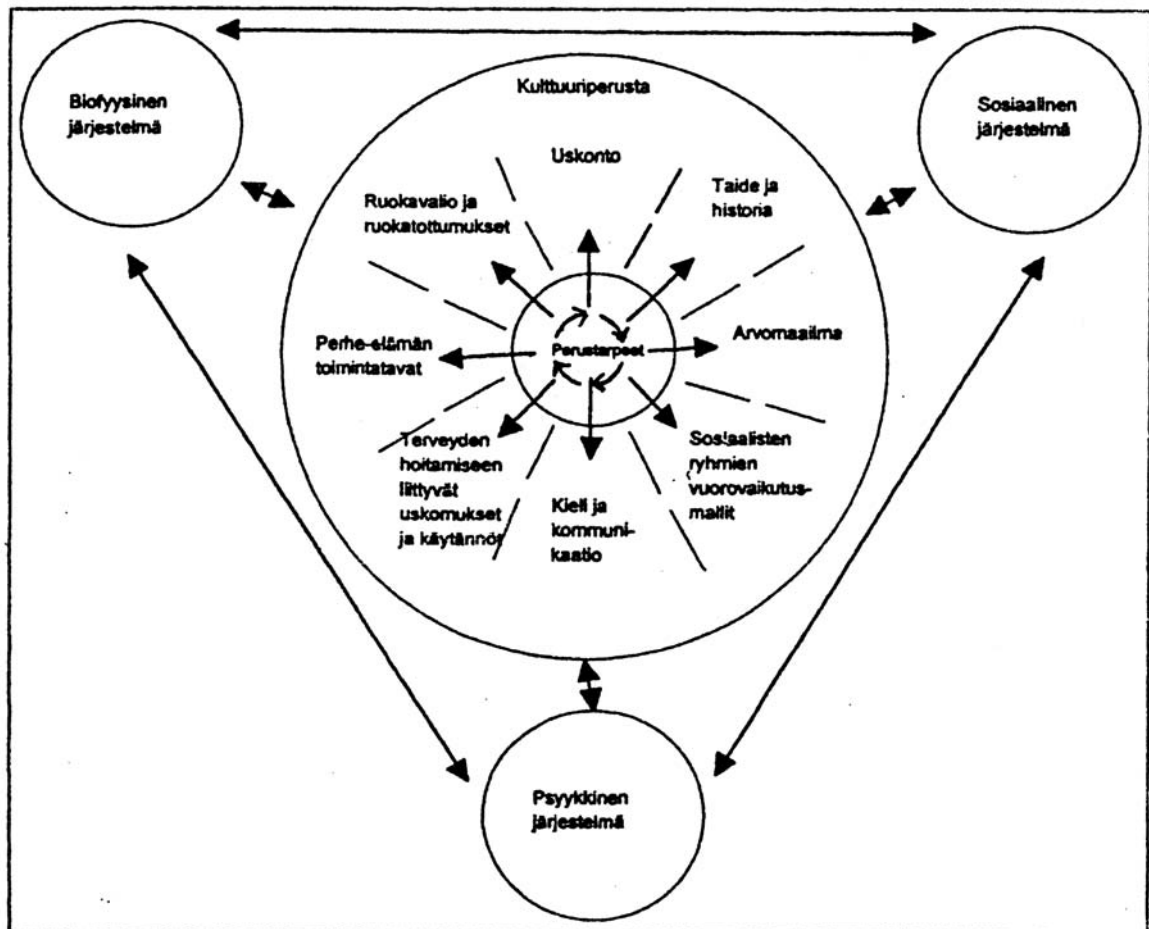
3.2 Orquen kulttuurinen malli

Eri kulttuureissa terveyden edistämistä säätelevät monet tekijät. Näitä ovat mm. subjektiivisesti ja objektiivisesti opitut ja uusille sukupolville siirretyt arvot, uskomukset ja tottumukset, jotka joko ehkäisevät tai tukevat, edistävät ja vahvistavat yksilön tai ryhmän hyvinvointia ja terveyttä sekä vaikuttavat terveys- ja sairauskäsitykseen. (Leininger 1994.) Tutkijat ja teoreetikot ovat pyrkineet kehittämään terveyden edistämisen näkökulmia, käyttäen kokonaisvaltaista ja asiakkaan kulttuuritaustan huomioivaa lähestymistapaa. (Leininger 1994, Andrews ja Boyle 1999.)

Terveystieteiden kiinnostus kohdistuu ihmisiin, heidän terveyteensä ja ympäristöönsä. Leiningerin (1994) mukaan kulttuuri-käsite yhdistää edellä mainitut kolme käsitettä, sillä kulttuuri määrittää pitkälti asiakkaiden terveyden edistämiseen liittyviä tarpeita ja odotuksia. Terveyden edistämisen suunnittelussa ja terveyskasvatuksen interventioissa paikallisen kulttuurin näkökulmat ja kulttuurin tuntemus ovat erittäin tärkeitä tekijöitä. (Leininger 1994, Andrews ja Boyle 1999, Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Leiningerin (1991) kulttuurisen hoidon teoria, auringonnousumalli on ollut vähemmän käytetyn Orquen (1983) mallin kehittämisen lähtökohtana. Hassinen-Ali-Azzani (2002) on käyttänyt Orquen mallia somalien terveyskäsityksiä ja perhe-elämän hoitokäytäntöjä tarkastelevassa tutkimuksessaan. Sovellan tässä työssäni Hassinen-Ali-Azzanin mukaelmaa Orquen mallista.

Orque et al. (1983) malli (kuvio 1) koostuu neljästä toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevasta osa-alueesta. Tekijät kutsuvat niitä järjestelmiksi, mutta työssäni käytän osa-alue - nimitystä. Nämä ovat psykofyysinen osa-alue, psyykinen osa-alue, sosiaalinen osa-alue sekä kulttuuriperusta. Mallin keskeisin osa-alue on kulttuuriperusta, joka käsittää kahdeksan eri osiota. Osiot ovat 1) sosiaalisten ryhmien vuorovaikutusmallit, 2) perhe-elämän toimintatavat, 3) kieli ja kommunikaatio, 4) uskonto, 5) arvomaailma, 6) terveyden hoitamiseen liittyvät uskomukset ja käytännöt, 7) ruokavalio ja ruokatottumukset sekä 8) taide ja historia. Orque et al (1983) ovat määritelleet tiettyjä avainkäsitteitä, sekä niihin liittyviä kysymyksiä, joiden avulla voidaan jokaista kulttuurin osiota tarkastella yksityiskohtaisemmin.



Kuvio 1. Mukailtu Orquen malli (Hassinen Ali-Azzani 2002. Vrt. Orque et al. 1983, 37.)

Biofysinen järjestelmä käsittää mm. fyysiset ja rodullis-anatomiset piirteet, sekä etniselle ryhmälle ominaiset sairaudet ja niiden vastustuskyvyn. Psykkinen järjestelmä taas koostuu yksilön tai ryhmän henkisistä käyttäytymisprosesseista ja -piirteistä, kuten minäkäsityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Sosiaalinen järjestelmä puolestaan sisältää yksilön sosiaalisen verkoston, taloudellisen tilanteen, sekä koulutustaustan. Sosiaalinen verkosto käsittää erilaiset sosiaaliset viiteryhmät, kuten perheen ja sukulaiset, järjestöt, sekä muut yksilölle tärkeät tukiryhmät. Sosiaaliseen järjestelmään kuuluu mallin mukaan myös esim. etnisten vähemmistöryhmien kohtelu terveydenhuollossa. (Bloch 1983, Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Ihmisen perustarpeet, kuten terveys ja sen edistäminen, joita tässä työssä käsitellen, ovat Orquen mallin mukaan yleismaailmallisia ja yhteydessä kaikkiin edellä mainittuihin kulttuurin osioihin. Tätä kuvataan mallissa perustarpeista lähtevillä, jokaiseen kulttuurin osioon osoittavilla nuolilla. Perustarpeiden alueella kehässä kiertävät nuolet taas kuvaavat sitä, että ihmisen perustarpeet ovat piirteiltään syklisiä ja ihminen pyrkii jatkuvasti

mukautumaan ympäristöönsä. Kulttuurin osiot ovat vivahteiltaan erilaisia eri ryhmien ja yksilöiden kulttuurien välillä, vaikuttaen toisiinsa ja koko kulttuuriperustaan. Myös muutokset koko kulttuuriperustassa vaikuttavat sen osioihin. Katkoviivat eri osioiden välillä kuvaavat viimeksi mainittuja asioita. (Orque 1983, Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Käsittelen tämän luvun loppupuolella mallin kulttuuriperustan osioita kurdien kulttuurin näkökulmasta, mutta määrittelen ensin kulttuurin, kulttuurikriisin ja akkulturaation käsitteitä. Kurdien etnohistoriaa olen käsitellyt osittain jo edellisessä luvussa.

3.3 Kulttuuri

Kulttuuria on määritelty monin eri tavoin. Tässä työssä kulttuurilla tarkoitetaan kaikkea ympäröivästä yhteisöstä kasvaessa ja kehittyessä omaksuttua, kuten elämäntapaa, tapaa ajatella ja tuntea tai näyttää tunteita, uskomuksia, arvoja ja normeja. Kulttuurilla on suuri merkitys kehittyessämme yhteisön jäseniksi ja se koko ajan huomaamattamme ohjaa käyttäytymistämme, ajatteluamme, tunteitamme ja identiteetin muodostumista. (Spector 1991, Alitolppa-Niitamo 1994, Soivio 1995.)

3.3.1 Kulttuurikriisi

Silloin, kun kulttuurin sisältö muuttuu aivan yllättäen toisenlaiseksi eikä mikään vanha ja totuttu päde, ihminen joutuu hämmennyksiin. Tätä tilaa kutsutaan kulttuurikriisiksi tai kulttuurisokiksi. Johan Cullberg sanoo ihmisen olevan psyykkisessä kriisissä silloin, kun hän kohtaa sellaisen elämäntilanteen, jossa hänen aikaisemmat kokemuksensa ja opitut reaktiomallinsa eivät ole riittäviä, niin että hän ymmärtäisi ja psyykkisesti hallitsisi sen hetkisen tilanteensa. (Cullberg 1978, Forsander ym. 1994.)

Monet eri tekijät vaikuttavat siihen, miten kulttuurin vaihtumisesta johtuva stressi koetaan. Näitä ovat mm. muuttajan persoonallisuus ja muuttoon johtaneet syyt. Sopeutumisen kannalta on aina tärkeää, millaisen vastaanoton muuttaja kokee saavansa ja miten hyväksytyksi hän kokee itsensä uudessa maassa. (Alitolppa-Niitamo 1993.) Muuttaja joutuu käymään läpi menetyksistä johtuvaa surua. Näitä menetyksiä ovat mm. ero sukulaisista, mahdollisen

aseman ja ammatillisen arvostuksen menettäminen sekä tutun ympäristön, ilmaston ja kulttuurin menettäminen. Ei ole enää suvun ja ystävien tukea lähellä ja kieli, tavat, arvot ja elämänrytmi ovat erilaisia. Kaiken keskellä hänen pitäisi silti jaksaa sopeutua uuteen tilanteeseen ja luoda itselleen uusi sosiaalinen verkosto. (Puusaari 1998.)

Adlerin (1975), Forsanderin ym:n (1994) sekä Puusaaren (1998) mukaan voimme erottaa kulttuurikriisissä neljä eri vaihetta (taulukko 1): kuherruskuukausivaihe, torjuntavaihe, tasapainonhakuvaihe, sekä useamman kulttuurin hallintavaihe. Vaikka nämä vaiheet erotellaankin teoriassa, käytännössä ne eivät välttämättä ole selkeästi erotettavissa, sillä ne vaihtelevat riippuen henkilöstä, ajankohdasta ja paikasta. Kulttuurikriisiä voi joutua läpikäymään aina uuteen paikkaan siirtyessä (Forsander ym. 1994).

Taulukko 1. Kulttuurikriisin eteneminen vaiheittain.

Kulttuurikriisin vaihe	Tapa jolla henkilö reagoi kriisin eri vaiheissa
Kuherruskuukausivaihe	- Kaikki tuntuu mielenkiintoiselta ja jännittävältä - Viestintävaikeuksista johtuva turhautuminen - Kieltäminen
Torjuntavaihe	- Hallitsemattomat tunneryöpyt - Suru, epätoivo - Tyhjyyden ja epätoivon tunne, viha
Tasapainon haku	- Suuntautuminen tulevaisuuteen - Näkee myös positiivisia asioita - Aktiivisuus lisääntyy
Useamman kulttuurin hallinta	- Henkisen kypsyyden ja tasapainon tunne (koherenssin tunne) - Juurtuminen uuteen kulttuuriin

Maastamuuttoon liittyvä kuherruskuukausivaihe koetaan usein kahden ensimmäisen vuoden sisällä. Monet asiat tuntuvat jännittävältä ja mielenkiintoiselta, mutta pikkuhiljaa kielitaito, jokapäiväiseen elämään liittyvät käytännön toimet sekä mahdollisesti jotkut muut asiat alkavat aiheuttaa turhautumista, koska kaikkialla törmätään viestintävaikeuksiin. Tässä tilanteessa käynnistyvät usein puolustusmekanismit, joita on mm. kieltäminen. (Adler 1975, Forsander 1994, Puusaari 1998.)

Torjuntavaihe käynnistyy, kun ihminen ymmärtää muuttuneen elämäntilanteensa realistisesti. Tämä voi aiheuttaa voimakkaita kontrolloimattomia tunneryöppyjä, joita hän pyrkii

hallitsemaan. Tyypillisiä tuntemuksia ovat suru, epätoivo, tyhjyyden ja voimattomuuden tunne, sekä viha. Yksi tavallisimpia ongelmia on yksinäisyys ja etenkin pakolaisilla syyllisyys sukulaisten jäämisestä kotimaahan. Hän tuskastuu, kun ei voi tehdä mitään hädän keskelle jääneiden sukulaisten hyväksi, joita ei välttämättä edes voinut hyvästellä. Uuden ympäristön erilaisten arvojen keskellä henkilö voi tuntea tarkoituksettomuutta ja normittomuutta. Joillakin saattaa esiintyä psykosomaattisia reaktioita, kuten vatsakipua, sydämen rytmihäiriöitä tai päänsärkyä. Masentunut saattaa nukkua tavallista enemmän tai hän voi menettää ruokahalunsa. (Adler 1975, Alitolppa-Niitamo 1993, Forsander 1994, Puusaari 1998.)

Tasapainonhakuvaiheessa henkilö alkaa suuntautua tulevaisuuteen. Maan ja kulttuurin vaihtumiseen liittyvät kielteiset tuntemukset alkavat väistyä ja uudessa elämäntilanteessa aletaan nähdä myönteisiäkin puolia. Tämä vaihe on kuitenkin elinikäinen, sillä maahanmuuttaja on aina siirtolainen. Hän on kuitenkin aktiivisempi ja valmis ottamaan vastaan uusia kokemuksia. Maahanmuuttaja tutkii kulttuurieroja, pohtii arvoja, näkemyksiä ja tapoja. Ajan kuluessa hän oppii ymmärtämään mikä on hyvää ja huonoa vanhassa kulttuurissa, mikä uudessa. (Adler 1975, Forsander 1994, Puusaari 1998.)

Useamman kulttuurin hallintavaiheessa on saavutettu henkisen kypsyyden ja tasapainon tunne (koherenssi). Itsetunto, jota vieras ympäristö on saattanut pahastikin kolhia, on parantunut ja pettymykseen johtaneiden toiveiden tilalle on löytynyt realistisempia ajatuksia. Maailman katsomus on laajentunut ja maahanmuuttaja on alkanut juurtua uuteen kulttuuriin. (Adler 1975, Forsander 1994, Puusaari 1998.)

3.3.2 Akkulturaatio ja kotoutuminen

Kulttuurikriisi ei ole pelkästään negatiivinen asia. Vaikka maahanmuuttaja joutuukin käymään läpi vaikeita kokemuksia ja tunnetiloja, tämä vaihe voi olla tie kasvuun ja uuden oppimiseen. Maahanmuuttaja voi näin ollen itsekkin jonkin verran vaikuttaa siihen, miten hän uuteen kulttuuriin sopeutuu. Kulttuuriin sopeutumiseen ja oppimiseen liittyvää muutosta on kutsuttu akkulturaatioksi i. kulttuuriin sopeutumiseksi. (Liebkind 1996, Berry 1997.)

Psykologinen akkulturaatio viittaa etnisen identiteetin, arvojen, asenteiden ja käyttäytymisen muutoksiin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että maahanmuuttaja luopuisi omasta kulttuuristaan täysin ja omaksuisi vain uuden kulttuurin. Akkulturaatio nähdään jokaisen kohdalla yksilöllisenä prosessina, jossa henkilö säilyttää osan perimästään kulttuurista ja sulauttaa siihen parhaaksi kokemiaan puolia uudesta kulttuurista. (Liebkind 1996, Berry 1997, Phinney ym. 2001.)

John Berry (1997) on kehittänyt kulttuuriin sopeutumisen strategiamallin, joka samalla kuvaa sitä etnistä identiteettiä, jonka maahanmuuttaja omaksuu. Hänen mukaansa yksilön on tässä prosessissa otettava kantaa seuraaviin kysymyksiin: 1) Onko maahanmuuttajan mielestä tärkeää säilyttää omaa kulttuuriperintönsä? 2) Onko maahanmuuttajan mielestä tärkeää muodostaa yhteyksiä valtaväestöön ja sen kulttuuriin? (Berry 1997, Phinney ym. 2001.) Jakamalla vastaukset kyllä tai ei luokkiin, saadaan Berryn (1997) mukaan neljä kulttuuriin sopeutumisen tyyppiä. (Kuvio 2.)

Haluavatko maahanmuuttajat säilyttää kulttuurinsa?

		Kyllä	Ei
Haluavatko maahanmuuttajat ylläpitää suhteet valtakulttuuriin?	Kyllä	Integraatio Sopeutuminen Kotoutuminen	Assimilaatio Sulautuminen
	Ei	Separaatio Eristäytyminen	Marginalisaatio Kulttuuritto- muus

Kuvio 2. Maahanmuuttajien tavat sopeutua uuteen kulttuuriin. (Berry 1997.)

Kirjallisuudessa on tuotu esiin empiiristä näyttöä sille, että integraatio tarjoaa parhaimman psykologisen tuloksen. (Liebkind 1996, Berry 1997.) Integraatiossa yksilö voi ja haluaa säilyttää osittain oman kulttuurinsa, hyväksyen samalla valtaväestön kulttuurin piirteitä ja pyrkien osallistumaan yhteiskunnan toimintoihin ja sosiaalisiin verkostoihin.

Assimilaatiossa maahanmuuttaja hylkää kulttuurinsa ja omaksuu uuden, kun taas separaatiossa hän arvostaa omaa kulttuuriaan niin, että haluaa säilyttää sen täysin. Hän myös välttää yhteyttä valtaväestön kulttuuriin. Marginalisaatio on psykologisesti kaikkein huonoin vaihtoehto, sillä siinä maahanmuuttaja torjuu sekä entisen kotimaan, että uuden maan

valtakulttuurin. Hän elää kahden kulttuurin välissä, eikä tule hyväksytyksi kummassakaan. (Liebkind 1996, Berry 1997, Phinney ym. 2001.)

Berryn (1997) mukaan integraatio voi menestyksekkäästi tapahtua vain suotuisat olosuhteet omaavassa monikulttuurisessa ympäristössä. Suotuisilla olosuhteilla Berry tarkoittaa mm. monenlaisten kulttuurien laaja-alaista arvostamista, sekä sitä, että yhteiskunnassa esiintyy mahdollisimman vähän ennakkoluuloja, etnosentrismiä, rasismia, sekä syrjintää. (Berry 1997.)

Akkulturaatio, jonka tavoitteena on integraatio, sopeutuminen, eli kotoutuminen suomalaiseen yhteiskuntaan, on prosessi, jolle Suomen pakolaispolitiikka pyrkii luomaan mahdollisimman hyvät puitteet. Maahanmuuttajien kotouttamista ja turvapaikan vastaanottoa käsittelevä laki (1999/493) määrittelee kuntien tehtävät kotoutumisen edistämiseksi (vrt. luku 2.3). Maahanmuuttajien ja erityisesti kurdipakolaisten kotoutumisesta tehdyissä tutkimuksissa (Mero 1998, Valtonen 1999, Wahlbeck 1999) nousee esiin muutamia kaikille yhteisiä kotoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Nämä ovat kielitaito, työllistyminen ja kulttuurin muutos. Pakolaisilla myös lähtöä edeltäneet tekijät, kuten läheisten, ystävien ja omaisuuden menetykset, pelko henkensä menettämisestä, sota, vaino ja mahdollisesti kidutukset ovat vaikuttamassa kotoutumiseen sekä myös psyykkiseen terveyteen.

Wahlbeckin (1999) mukaan 1980- luvulla mm. Englantiin muuttaneet kurdipakolaiset olivat ammatti- ja kielitaitoisempia kuin viimeaikoina niin Englantiin kuin Suomeenkin tulleet pakolaiset. Suurin osa Suomeen tulleista kiintiöpakolaisista on viettänyt vuosia pakolaisleireillä, joiden koulutusmahdollisuudet ovat olleet minimaalisia. Lähtömaiden maaseudulla eläneiden naisten tilanne koulutuksen suhteen on ollut myös huono ja monet ovatkin lukutaidottomia. Joillakin kiintiöpakolaisilla on ollut mahdollisuus opiskella hieman suomenkielen alkeita jo leirillä, mutta varsinainen kielenopiskelu alkaa yleensä 1-8 kuukautta Suomeen saavuttua. (Mero 1998.)

Valtosen (1999) mukaan kaikkein suurimmaksi kompastuskiveksi pakolaisten kotoutumisessa on muodostunut työttömyys. Suurin syy on taloudellista lamaa seurannut yleinen työttömyys, mutta tutkimus on myös osoittanut, että korkeasti koulutetutkin pakolaiset ja maahanmuuttajat ovat kokeneet syrjintää työmarkkinoilla mm. siksi että ulkomailla saadusta koulutustasosta ei ole täällä tarpeeksi tietoa. Huono kielitaito on myös tekijä, joka on monen työllistymisen

esteenä. Työttömyys taas edesauttaa turhautumista, syrjäytymistä ja mielenterveydellisiä ongelmia niin valtaväestöön kuuluvalla, kuin erityisesti myös maahanmuuttajilla ja siksi asiaan tulisi pyrkiä löytämään mielekkäitä ratkaisuja. (Valtonen 1999, Wahlbeck 1999.)

Maahanmuuttajien ja uuden maan kulttuurien erot hidastavat monien kohdalla kotoutumista. Kulttuurikriisin läpikäyminen ja uuteen kulttuuriin sopeutuminen vie oman aikansa. Jotta kotoutuminen onnistuisi, on tärkeää, että pakolaisen / maahanmuuttajan kriisi huomioidaan ja hänelle tarjotaan tarvittavaa apua (Purokoski 1994).

Ongelmallisiksi muodostuvat usein erilaiset käsitykset esimerkiksi perheestä, naisten ja lasten asemasta ja tasa-arvoisuudesta. Koti-keskeiseen naisen rooliin tottuneella naisella esimerkiksi opiskelemaan lähteminen voi tuottaa suuria ponnistuksia (Maahanmuuttajanaiset Suomessa 1997). Terveystieteiden huollossa taas pakolaisten käyttäytyminen omaan kulttuuriinsa kuuluvien arvojen ja normien perusteella voi aiheuttaa hoitosuhteen hankaloitumista (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998). Varttuvien lasten kokemat vanhempien kulttuurin ja valtakulttuurin arvojen ja normien väliset ristiriidat aiheuttavat myös usein ongelmia perheissä. (Valtonen 1999.)

Tutkimusten perusteella suomalaisten asenteet ulkomaalaisia kohtaan ovat laman ja maahanmuuttajien lisääntymisen myötä koventuneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Monien kurdipakolaisten mielestä Suomessa ei kuitenkaan avoin rasismi tai muukalaisviha tule näkyviin niin, että he kokisivat sen ongelmana. Piilorasismia sen sijaan esiintyy jonkin verran viranomaisten ja työnantajien taholta, mm. syrjintänä. (Valtonen 1999, Wahlbeck 1999.) Savolaisen (1995) ja Taavelan (1999) mukaan suomalaisten asennekasvatus on eräs tärkeä tekijä kansainvälistyvässä yhteiskunnassa. On myös tärkeää antaa suomalaisille tietoa eri kulttuureista, samalla kun maahanmuuttajia pyritään perehdyttämään suomalaiseen kulttuuriin ja yhteiskuntaan.

Sosiaalisten suhteiden luominen eri kulttuuriin kuuluvien kanssa ei aina ole yksinkertainen asia. Monet maahanmuuttajat ovat maininneet mm. sen, että suomalaisten luontainen pidättyvyys hankaloittaa ystäväystymistä esimerkiksi naapureiden kanssa. (Mero 1998.) Suomen Punaisen Ristin järjestämä ystäväperhepalvelu on kuitenkin ollut suureksi avuksi kaikkien pakolaisten ja monien turvapaikanhakijoiden kohdalla. He ovat näin saaneet pian maahan saapumisensa jälkeen kontaktin muutamaan suomalaiseen, jotka ovat auttaneet heitä myös monissa käytännön asioissa. (Wahlbeck 1999.)

Meron (1998) tutkimus osoitti, että kielitaidon karttuminen auttoi sosiaalisten suhteiden luomisessa suomalaisten kanssa. Ystävyyssuhteet suomalaisten kanssa eivät kuitenkaan merkitse samaa kuin oman yhteisön sisäiset ihmissuhteet kotimaassa. Monet tuntevat itsensä muukalaisiksi uudessa maassa vielä vuosienkin jälkeen, sillä sosiaaliset verkostot jäävät usein hyvin heikoiksi, johtuen helposti eristäytymiseen ja syrjäytymiseen. (Mero 1998, Valtonen 1999, Wahlbeck 1999.)

Valtosen (1999) ja Wahlbeckin (1999) mukaan kurdipakolaiset ovat kokeneet Suomen tarjoamat sosiaalietuudet ja palvelut hyvinä ja tasapuolisina. Monet kuitenkin kokevat hyvän palvelun johtavan usein siihen, että heitä kohdellaan kuin vammaisia tai avuttomia. Vaikka lähes kaikilla on toiveena päästä jossain vaiheessa takaisin kotimaahansa, he yleensä silti haluaisivat päästä tasavertaisiksi jäseniksi suomalaiseen yhteiskuntaan ja työtä tekemällä osaltaan rakentamaan sitä. (Wahlbeck 1999.)

Kaikkein vaikein tilanne kotoutumisen suhteen on turvapaikanhakijoilla, jotka joutuvat yleensä odottamaan päätöstä useita vuosia. Epävarmuus ja pelko siitä, ettei voikaan jäädä Suomeen saattaa vähentää kielenopiskeluintoa ja kaikkia niitä ratkaisuja, jotka sisältyvät kotoutumiseen. (Wahlbeck 1999.) Turvapaikanhakijoilla ei myöskään ennen myönteisen päätöksen saantia ole oikeutta niihin sosiaali- ja terveyspalveluihin, jotka kuuluvat kuntalaisille (Kotikuntalaki 1994/201). Näin ollen he ovat pitkään huonommassa asemassa kuin muut.

3.4 Kurdién kulttuuriperusta suhteessa Islamin uskoon

Kurdeista noin 80%, eli suurin osa Pohjois-Irakissa, Turkissa ja Syyriassa asuvista on sunnimuslimeja. Shiialaisessa Iranissa suurin osa kurdeista on shiamuslimeja. Kurdién joukossa vaikuttaa myös joitakin shiialaisuudesta poikkeavia lahkoja, kuten jesidit, kakait, alevit ja dervishit. Lisäksi kurdién joukossa on joitakin kristittyjä ryhmiä, kuten assyyrialaiset, kaldealaiset ja jakobiitit. (Nerweyi 1991, Bruinessen 1992, Kurdistan 1999, Wahlbeck 1999.) Spectorin (1991) mukaan uskonto on yksi vaikuttava tekijä kulttuurin sisältämien arvojen ja normien rakentumisessa. Käsittelen tässä kurdién kulttuuriin liittyviä asioita Islamin uskon pohjalta, koska suurin osa kurdeista on taustaltaan islaminuskoisia, vaikka perinteet ovatkin

pitkälti heikentyneet. Uskonnon vaikutus on erilainen eri kurdien kohdalla, riippuen mm. siitä, mikä heidän lähtömaansa ja oma suhteensa uskontoon on. Uskonto näkyy silti vieläkin mm. monien kurdien terveys- ja sairauskäsityksissä sekä yksilön käsityksessä itsestään, ympäristöstään ja perheestään. (Nerweyi 1991, Alitolppa-Niitamo 1994, Soivio 1995, Kurdistan 1999.)

Kaikilla islamin uskoisilla l. muslimeilla eri suunnista tai lahkoista riippumatta on viisi yhteistä uskon peruspilaria. Nämä ovat: 1) usko yhteen Jumalaan, Allahiin ja Mohammediin, hänen profeettaansa, 2) rukoukset kohti pyhää Mekkaa viidesti päivässä, 3) Ramadan - kuunkierron paasto kerran vuodessa, 4) almujen antaminen vähäosaisille, sekä 5) pyhiinvaellus Mekkaan ainakin kerran elämässä, jos mahdollista. (Serkkola & Allahwerdi 1998).

Muslimit ajattelevat, että terveys ja sairaus ovat Allahin, Jumalan, kädessä ja hyvä terveys nähdään Jumalan lahjana. Ihmisen tulee olla siitä kiitollinen ja ylläpitää sitä. Sairauden syy voi olla luonnollinen tai yliluonnollinen - esimerkiksi bakteerin aiheuttama tai Jumalan rangaistus. Terveiden ja sairauden keskeiset tietolähteet ovat Koraani ja Hadith, pyhät kirjoitukset (islamin perimätieto). (Serkkola ja Allahwerdi 1998, Lawrence ja Rozmus 2001, Hassinen- Ali-Azzani 2002).

Koraanin vaikutus muslimien elämässä on merkittävä. Koraani antaa ohjeet siveelliselle ja terveelliselle elämälle. Hyveellisten tekojen, kuten sairaan luona vierailamisen, moskeijassa rukoilemisen tai almujen antamisen uskotaan olevan siunauksellista ja terveyttä vahvistavaa. Koraanin mukaan terveyttä edistävät myös ruumiin harjoittaminen, kävely sekä nukkuminen. (Serkkola & Allahwerdi 1998, Hassinen- Ali-Azzani 2002.)

Islamin mukaan ihmisen hyvinvointi perustuu Koraanissa kiellettyjen asioiden välttämiseen ja määräysten noudattamiseen. Koraani ohjaa myös useimpien muslimien puhtaus- ja ravintotottumuksia. Käsien pesu ja puhdistautuminen tulee suorittaa aina ennen rukouksia ja ruokailua. Sallittuja elintarvikkeita ovat kaikki kasvikunnan ja meren tuotteet. Eläinkunnan tuotteista kiellettyjä ovat mm. sian ja petolintujen liha sekä kaikkien eläinten veri. Alkoholit ja narkootiset aineet, sekä vapaat sukupuolisuhteet ja homoseksuaaliset suhteet ovat Koraanin mukaan kiellettyjä. (Serkkola & Allahwerdi, 1998 Hassinen- Ali-Azzani 2002.)

Islam korostaa yksilön hyvinvoinnin lisäksi yhteisön hyvinvointia ja muslimeille perhe on yhteiskunnan yksi peruspilareista. Perheen etu on usein yksilön edun edellä ja yksilön identiteetti muovautuu perheen kautta. Perheen kunnian ylläpitäminen on erittäin tärkeää ja sen vuoksi varsinkin naisilta vaaditaan siveyttä ja kunniallista käytöstä. Perhe ei ole vain pelkkä ydinperhe, vaan siihen kuuluu laaja joukko sukulaisia. (Wahlbeck 1999.)

Miehen arvostus ja päätöksenteko-oikeus kasvavat kodin ulkopuolella. Hän vastaa tärkeimmistä taloudellisista ja sosiaalisista päätöksistä. Tämä näkyy mm. siinä että jotkut miehet saattavat vaimonsa lääkäriin. Useimmiten kurdiyhteisöissä naisten asema on parempi kuin yleensä islamilaisissa yhteisöissä. Naisen arvostus liittyy kotiin ja sen hoitoon, mutta kurdiyhteisöissä naisia kunnioitetaan ja heitä kuunnellaan myös kodin ulkopuolella, eikä heidän yleensä tarvitse pukeutua huntuun. Kurdien keskuudessa naiset ja miehet keskustelevat useimmiten avoimesti keskenään ja monet voivat itse valita puolisonsa. (Nerweyi 1991, Allahwerdi & Serkkola 1998, Kurdistan 1999, Wahlbeck 1999.)

Kurdiin kieli on erilaisista, toisistaan suurestikin poikkeavista murteista koostuva kieli, joista kaksi päämurretta on kurmanji ja sorani. Kurmanjia puhutaan Kaukasian maissa, Syyriassa, Turkissa sekä Irakin ja Iranin pohjoisosissa. Muunmuassa Kurdiin kansalliseepos "Mem u Zin" on kirjoitettu 1600-luvulla kurmanjin kielellä. Sorania taas puhutaan etupäässä Iranin ja Irakin eteläosissa. (Nerweyi 1991, Kurdistan 1999, Wahlbeck 1999.)

Wahlbeckin (1999) mukaan Kurdistanin poliittisen tilanteen vuoksi kurdit ovat jakaantuneet poliittisesti eri ryhmiin omissa kotimaissaan. Poliittikka on siten erittäin vahva vaikuttaja sosiaalisissa suhteissa myös turvapaikkamaissa, joissa kurdipakolaiset ovat muodostaneet kotimaansa poliittisia ryhmiä vastaavia yhdistyksiä. Varsinkin Englannissa ryhmät toimivat voimakkaasti poliittisen päämäärän lisäksi myös uusien pakolaisten kotoutumisen tukena. Suomessa on myös useita kurdiyhdistyksiä, mutta ne eivät ole niin aktiivisia, kuin Englannissa. Yhdistysten pyrkimyksenä on tiedottaa kurdistanin tilanteesta, sekä ylläpitää ja tuoda myös suomalaisten tietoon kurdikulttuuria. Poliittisen latautuneisuutensa vuoksi yhdistykset kuitenkin jakavat maassa olevat kurdit eri ryhmiin. Negatiivisena seurauksena on, että ne jotka eivät halua kuulua mihinkään yhdistykseen, syrjäytyvät helposti omasta etnisestä ryhmästään. (Wahlbeck 1999.)

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Suomessa asuvien kurdipakolaisten terveyskäsitteitä, sekä terveydenedistämisen tarpeita. Tutkimus vastaa seuraaviin kysymyksiin:

Millaisia erityispiirteitä liittyy Suomessa asuvien kurdipakolaisten terveydenedistämiseen?

Millainen on heidän käsityksensä yleensä terveydestä?

Miten he kuvaavat omaa terveyttään?

Millainen on heidän käsityksensä terveyteen vaikuttavista tekijöistä?

Millaisia terveydenedistämistarpeita heillä on?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla kymmenen kurdipakolaista ja tallentamalla haastattelut ääninauhoille. Koska tutkimukseni kohdistui ulkomaalaisiin, jouduin kääntymään paikkakunnan ulkomaalaistoimiston puoleen saadakseni apua haastateltavien valintaan, sekä tulkkaukseen. Tulkkikeskus myönsi minulle tulkin apua viiden haastateltavan tulkkaukseen, sekä haastateltavien valitsemiseen, koska minulla ei ollut lupaa tutustua henkilötiedostoihin. Viisi henkilöä haastattelin ilman tulkkia, ja viisi tulkin kanssa.

Tulkki valitsi paikkakunnalla asuvista kurdeista satunnaisesti haastateltavat, soitti heille ja sopi haastatteluajankohdat. Olin kirjoittanut tutkimusta esittelevän ja sen tarkoituksesta kertovan tekstin, jonka tulkki käänsi kurdikielelle ja luki puhelimesta tutkimukseen mukaan pyydetyille. Myöhemmin samat asiat käytiin läpi haastattelun yhteydessä samalla kun haastateltava allekirjoitti haastatteluluvan. Jokainen haastateltava sai kopion paperista.

Kaksi pilottihaastattelua suoritin ilman tulkkia tammikuussa 2001 ja varsinaiset haastattelut helmikuussa 2001. Aluksi haastateltaviksi oli lupautunut viisi naista ja viisi miestä, mutta kaksi naista perui haastattelun. Heidän tilalleen saatiin kaksi miestä, joista toinen oli pilottihaastattelu. Ilman tulkkia haastattelin neljää miestä ja yhtä naista. Tulkin kanssa haastattelin kolme miestä ja kaksi naista. Nauhoitin kaikki haastattelut haastateltavien luvalla, joka kysyttiin jokaiselta erikseen. Suojatakseni tutkittavia henkilöitä, olen säilyttänyt heidät, sekä tutkimuspaikkakunnan anonyyminä.

Kahdeksan haastattelua suoritin haastateltavien kotona. Yhtä henkilöä haastattelin paikkakunnan kirjaston, ja yhtä ulkomaalaistoimiston koulutustilassa. Miehistä nuorin oli 26 -vuotias ja vanhin 81 -vuotias, kun taas naisista nuorin oli 18 -vuotias ja vanhin 38 -vuotias. Miehistä vanhimmalla ei ollut minkäänlaista koulutusta Suomeen tullessaan. Naisista nuorin oli jo kotimaassaan käynyt peruskoulua ja opiskeli täällä Suomessa lukiossa, mutta toiset kaksi naista ei ollut saanut kotimaassaan minkäänlaista koulutusta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Haastatteluun osallistuneiden taustatiedot. (N = 10)

Taustatiedot	Naiset n=3	Miehet n=7
Ikä		
< 20	1	0
20 - 30	1	2
30 - 40	1	4
> 40	0	1
Suomessa oloaika		
2 - 4 vuotta	2	4
4 - 6 vuotta	0	1
6 - 8 vuotta	1	1
Perhetausta		
Naimaton	1	2
Naimisissa	2	5
Koulutus kotimaassa		
Ei koulutusta	2	1
Peruskoulu (kokonaan tai osa)	1	4
Lukio	0	1
Koulutus Suomessa (vain korkein koulutus merkitty)		
Suomen kielen lukukurssi	1	1
Suomen kielen peruskurssi	1	0
Suomen kielen jatkokurssi	0	1
Peruskoulu	0	1
Lukio	1	0
Ammattikoulu	0	2
Yliopisto	0	2

Yksi haastatelluista on kotoisin Irakista, mutta kaikki muut ovat Iranista ja ovat tulleet Suomeen kiintiöpakolaisina. Miehistä viisi on naimisissa ja kaksi naimattomia. Naisista kaksi on naimisissa ja yksi naimaton. Kaikkien naimisissa olevien oma perhe (puoliso ja lapset) on Suomessa.

Tiedonkeruumenetelmänä käytin teemahaastattelua, joka on Hirsjärven ym. (2001) mukaan avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto. Haastattelijalla on tiedossa aihepiirit, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Haastattelija pystyy ohjaamaan keskustelua esimerkiksi tarkentavilla kysymyksillä.

Haastattelu koostui tutkimuskysymyksiin pohjautuvista pääteemoista sekä alateemoista, joita otin avuksi silloin, kun haastateltava oli vähäsanaisempi, tuoden niukasti esiin ajatuksiaan. (Liite 2.) Pääteemoja olivat: mitä on terveys, millainen on oma terveys, terveyteen vaikuttavat tekijät Suomessa, sekä miten terveyttä voidaan edistää Suomessa. Osan haastatteluista

litteroin heti sanatarkasti helmi- ja maaliskuun aikana 2001, mutta loput vuoden kuluttua, helmikuussa 2002, jolloin myös aloitin tutkimuksen analyysiosuuden.

5.2 Analyysimenetelmät

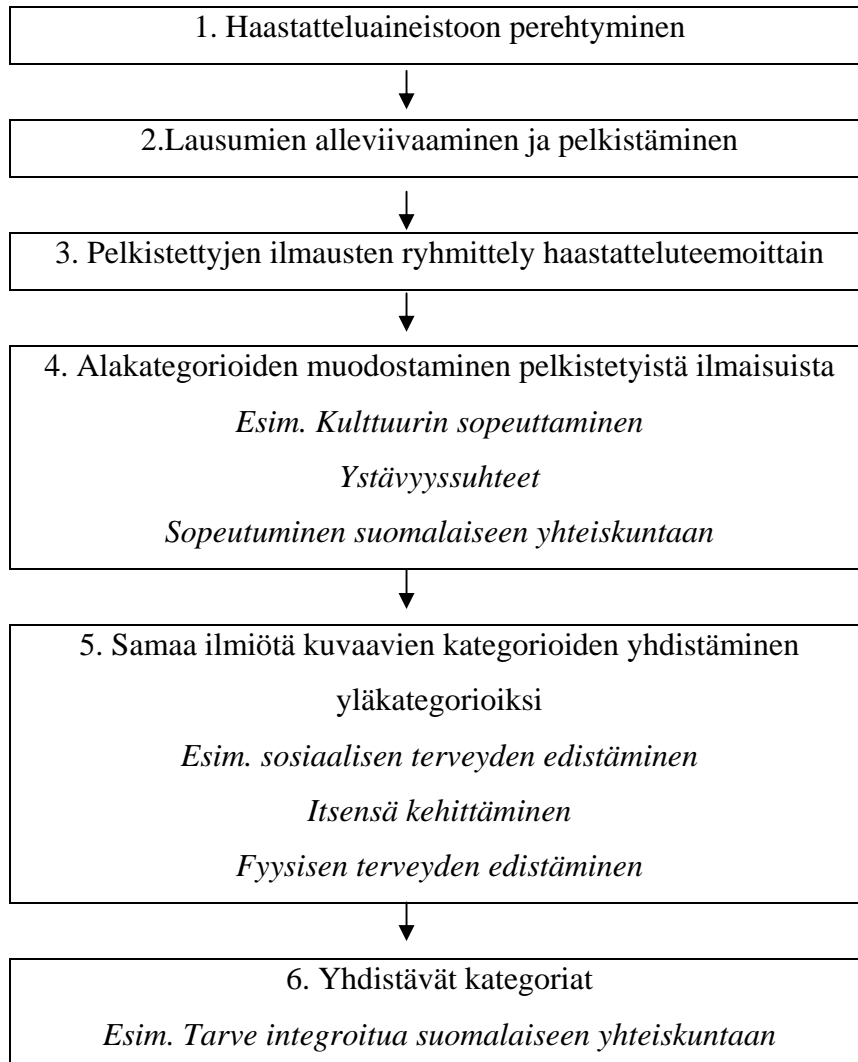
Analyysimenetelmäksi valitsin sisällön analyysin. Sisällön analyysillä voidaan tutkittava ilmiö tiivistää ja yleistää tuomalla esiin aineistossa ilmeneviä merkityksiä, tarkoituksia ja aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä, sekä tuottamalla ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitekarttoja tai malleja. (Cavanagh 1997, Kyngäs ja Vanhanen 1999, Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Kuuntelin ja luin aineistoa useaan kertaan saadakseni kokonaiskuvan vastauksista. Päätin analysoida vain selvästi ilmaistut viestit ja määritin analyysiyksiköksi lausuman. Lausuma on useita sanoja sisältävä ilmaus, joka kuvaa tutkimuskysymyksissä määriteltyä asiaa. Alleviivasin aineistosta tutkimuskysymysten mukaiset lausumat ja kirjoitin ne pelkistettynä sivun marginaaliin. Seuraavaksi keräsin pelkistetyt lausumat listoiksi, jotka pyrin ryhmittelemään haastatteluteemoittain. (Kyngäs ja Vanhanen 1999.)

Ryhmiteltyäni aineiston, pääteemat pysyivät samoina. (Terveys, oma terveys, terveyteen vaikuttavat tekijät, terveyden edistäminen). Kaikkien alateemojen mukaisia ryhmiä ei muodostunut, vaan tilalle muodostui muutama alateemojen ulkopuolinen ryhmä. Ryhmä kerrallaan jaoin pelkistetyt lausumat yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien mukaan, muodostaen niistä alakategorioita, joille pyrin antamaan sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaavan nimen. (Liite 3.) Seuraavaksi liitin saman sisältöisiä kategorioita muodostaakseni yläkategorioita, ja niitä edelleen yhteen liittäen yhdistäviä kategorioita (liite 4). Tässä vaiheessa käytin tulkintaa ja abstrahoin, eli käsitteellistin aineistoa. (Vrt. Krippendorff 1980, Kyngäs ja Vanhanen 1999, Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Kuten Kyngäs ja Vanhanen (1999) toteavat, samassa tutkimuksessa saattaa tulla esiin sekä induktiivinen, että deduktiivinen lähestymistapa. Vaikka tässä tutkimuksessa eteninkin induktiivisesti, kategorioiden nimeämisessä käytin deduktiivista päättelyä, toisin sanoen

nimesin kategorioita pitkälti alkuoletuksen mukaan. Seuraavassa kuviossa kuvaan analyysiprosessin pelkistettynä. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Aineiston analyysin eteneminen

5.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tutkimuksen suunnittelu, ja etenkin aineiston keräys ovat asioita, jotka vaativat tarkkuutta. Krippendorff (1984) painottaa huolellisen suunnitelman merkitystä haastatteluihin ja sen kautta aineiston ja tulosten luotettavuuteen. Vasta-alkaja tutkija saattaa silti tehdä sekä suunnitteluvaiheessa että aineiston keruuvaiheessa virheitä, jotka vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen.

Aineiston keräys tapahtui siten, että tulkki valitsi haastateltavat, koska minulla ei ollut lupaa käsitellä nimi- ja osoitelistoja. Koska minulle myönnettiin tulkkiapua vain viiden henkilön haastatteluun, viisi haastateltavista piti olla sellaisia, jotka osaavat suomen kieltä niin hyvin, etteivät tarvitse tulkkiä. Näin ollen tulkki joutui miettimään, ketkä soveltuvat haastateltaviksi ilman tulkkiä. Tarpeeksi hyvin suomen kieltä osaavia kurdeja ei ole kovinkaan monta aineiston keruualueella.

Tulkki soitti itse haastateltaville ja luki heille laatimani ja tulkin kurdin kielelle kääntämän kirjallisen selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä, miksi heitä pyydetään haastatteluun. Yleisesti ottaen haastateltavat suostuivat hyvin haastateltaviksi. Tämä saattaa kuitenkin johtua siitä, että henkilö, joka heitä pyysi haastatteluun oli tulkki, jonka kaikki kurdit tunsivat.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta ongelmallista oli se, että haastateltavien äidinkieli ei ollut suomi. Ne, joita haastattelin ilman tulkkiä, osasivat kyllä suomen kieltä kiitettävästi, mutta silti joitakin ymmärtämisvaikeuksia tuli esiin. Jouduin sen vuoksi muuttamaan joidenkin kohdalla kysymystapaa. Toiseksi heidän rajallinen kielenkäyttönsä ei ehkä antanut heille mahdollisuutta ilmaista itseään niin hyvin kuin he olisivat omalla äidinkielellään tehneet. Tämän osoitti mm. jotkin suomenkielen kirjakieliset sanavalinnat, mikä saattoi vaikuttaa analyysituloksiin. Tulkin kanssa työskennellessäni tuli samoja ongelmia, koska hänen suomenkielen sanavarastonsa oli joiltakin osin puutteellinen, enkä näin ollen voinut olla varma, käänsikö hän aina tarkan asiasisällön.

Haastatteluvaiheessa kaksi naista joutui henkilökohtaisista syistä perumaan haastattelun. Erään perheen kohdalla kävi niin, että kun tulkki kysyi rouvaa haastatteluun, hän kieltäytyi, mutta puhelimesta ollut mies ehdotti että häntä voitaisiin haastatella. Peruuntuneiden haastattelujen tilalle jouduin ottamaan kaksi mieshenkilöä, joista toinen oli pilottihaastattelu. Vaihdoista johtuen haastateltavista suurin osa on miehiä. Naisten ja miesten lukumäärän suhteessa voidaan myös nähdä yleisemmin kurdikulttuurin miesvaltaisuus, mikä tulee näkyviin miesten ulospäinsuuntautuneempana ja aktiivisempänä käyttäytymisenä. Toinen kulttuuriin liittyvä tekijä oli, että naimisissa olevien naisten miehet halusivat olla haastattelutilanteessa mukana, mikä saattoi aiheuttaa vastausten "sensurointia". Myös tulkin läsnäolo saattoi aiheuttaa "sensurointia".

Haastattelutilanteet olivat monen kohdalla hyvin intensiivisiä. Jälkeenpäin huomasin, että monet haastateltavista innostuivat jostain alateemasta niin, että siihen tuli keskittytyä enemmän kuin muihin ja jokin alateema saattoi jopa jäädä kokonaan sivuun. Pääteemat käytiin kaikkien kanssa läpi, mutta etenkin iäkkäämpien kohdalla vastaukset olivat hyvin suppeita. Haastattelujen luotettavuutta lisää kuitenkin se, että tallensin haastattelut ääninauhoille, joita olen voinut kuunnella useita kertoja työn edetessä. (vrt. Syrjälä ym. 1994.)

Laadullisen tutkimuksen sisällön analyysissä tutkija joutuu käyttämään tulkintaa jo paljon varhaisemmassa vaiheessa kuin määrällisessä tutkimuksessa. Juuri tulkintojen tekeminen toi monessa kohdin epävarmuutta, koska suoritin analyysin yksin, enkä voinut vertailla toisen henkilön kanssa haastattelusta luotuja kategorioita. Näyttää myös siltä, että haastattelun teemat jonkin verran johdattelivat haastateltuja ja näin ollen mitään uutta yllättävää kategoriaa ei muodostunut. Tulkintani luotettavuuden pohjaksi olen pyrkinyt sisällyttämään tekstiin lainauksia alkuperäisestä aineistosta, sekä esittänyt analyysiin liittyvät liitteet. (Vrt. Syrjälä ym. 1994.)

Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt lisäämään vastaavuutta (credibility) mahdollisimman seikkaperäisellä aineiston keruun, tutkimukseen osallistujien sekä tutkimusaineiston analyysin kuvauksella. Siirrettävyydellä (transferability) tarkoitetaan sitä, missä määrin tulokset ovat sovellettavissa muuhun kuin tutkimuskohteena olleeseen yhteyteen. Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty vain yhden paikkakunnan alueelta, ollen näiltä osin kontekstisidonnainen. Silti tutkimustulokset voivat olla suuntaa antavia. (Vrt. Lincoln ja Cuba 1985, Syrjälä ym. 1994.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Terveyskäsitys ja oma terveys

Suurimmalla osalla haastatelluista oli vaikeuksia määrittellä terveyttä, joten heidän kohdallaan käytin apukysymystä: millainen on terve ihminen? Vastaukset luokittelin viiteen eri kategoriaan: elämän perusta, sairauksien puuttuminen, fyysinen terveys, henkinen terveys ja sosiaalinen terveys. (Taulukko 3.)

Terveyden määrittelemisen vaikeus saattoi osittain johtua kieliongelmistä. Myös muiden teemojen kohdalla voidaan huomata, että niin tulkin kautta, kuin suomeksikin vastanneiden vastauksissa sanavaraston rajallisuus ja monesti kirjakielen mukaiset sanavalinnat tuottivat tuloksen, mikä ei välttämättä olisi vastaava, jos haastateltujen äidinkieli ja kulttuuritausta olisivat samat kuin haastattelijan. Kuitenkin esimerkiksi Åstedt-Kurjen (1988) suomalaisten aikuisten terveyskäsitteitä käsittelevässä tutkimuksessa kävi ilmi, että myös tutkimukseen osallistuneiden suomalaisten mielestä terveyden määrittelemisen oli vaikeaa, koska se on luonnollinen ja itsestään selvä asia, jonka sisältöä ei ole tullut ajatelleeksi.

Taulukko 3. Kurdipakolaisten käsitys terveydestä.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
Ei sairauksia Sairauden poistamista	Sairauden puuttuminen	Käsitys terveydestä
Ihmiselämälle tärkeää Ilman terveyttä ei pärjää Tärkeää ihmis. toimimiselle	Elämän perusta	
Fyysinen toimivuus Fyysinen kunto	Fyysinen terveys	
Henkinen toimivuus Psyykkisten ongelmien puuttuminen	Henkinen terveys	
Sosiaalinen toimivuus	Sosiaalinen terveys	

Haastatelluista kolme kuvasi terveyttä sairauden puuttumisena. Pyrkimys sairaudettomaan tilaan tuli myös esiin ajatuksena, että "jos ei ole terve, menee lääkäriin," (mies 7) tai "terve ihminen käyttää nykypäivän terveystalveta" (Mies 5). Erittäin voimakkaana tuli vastauksissa esiin ajatus, että terveys on elämän perusta.

"Tärkein ihmiselle on se terveys. Eli tärkeämpi kuin se rikkaus tai raha. Se voi sanoa, se on terve, on se rikkaus. Elikä ruumiillinen, että henkellinen terveys on tärkeä." (Nainen 1)

Tämä ajatus pohjautunee osittain Islamilaiseen käsitykseen terveydestä. Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tutkimuksessa haastatellut somalit kuvasivat myös terveyttä mm. elämän perustana. He perustelivat tätä siten, että ilman terveyttä ihmisellä ei ole mitään, ei edes elämää. Vastajat viittasivat vertauskuvallisesti koraanin jakeeseen, jonka mukaan vesi on elämän alku; ilman sitä eivät kasvit elä. Samoin ihminenkin ei ilman terveyttä pysty tekemään mitään, hänen elämänsä on kuin nollapisteessä. Terveys on kallis ja arvokas asia. Vaikka joku antaisi miljoonia markkoja, terveyttä ei suostuta vaihtamaan rahaan. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Åstedt-Kurjen (1988) tutkimuksessa osa haastatelluista näki terveyden yhtenä tärkeimmistä asioista elämässä siksi, että terveyttä on totuttu pitämään yleisesti arvostettuna asiana, osan mielestä taas sen vuoksi, että terveys mahdollistaa ihmiselle muita tärkeinä pidettyjä asioita (terveyden välineellinen arvo). Samassa tutkimuksessa terveys koettiin myös normaalitilana ja vikojen puuttumisena, mutta myös sairauden hallintana, hyvänä vointina, tasapainoisuutena, vapautena, toimintana ja itsensä toteuttamisena. Myös Lundbergin tutkimuksessa (1999) Ruotsissa asuvat thaimaalaiset naiset ilmaisivat osittain samoja asioita. He kuvasivat terveyttä hyvinvointina, sairauden puuttumisena, pystyvyytenä suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista ja sopeutumisena uuteen elämäntilanteeseen.

Vastauksissa muutamat haastatellut kuvasivat terveyttä myös kolmeen terveyden eri ulottuvuuteen viittavilla ilmaisuilla: fyysinen terveys, henkinen terveys ja sosiaalinen terveys (taulukko 3). Fyysisen terveyden kuvauksessa korostui fyysinen toimintakyky, liikuntakyky ja hyvä kunto. Muutamat kuvasivat fyysisestä terveydestä sanoilla ruumiillinen terveys.

"Mun mielestäni se henkilö, joka on työtön, jos harjoitella kuntosalissa usein, se pysyy terveenä. Taikka mikä tahansa liikunta, jalkapallo tai lentopallo tai mikä tahansa. Se on ruumiillinen terveys." (Mies 3)

Henkinen terveys oli puolestaan vastaajien mielestä mm. sitä, ettei ole psyykkisiä ongelmia ja on henkisesti toimiva. Erään haastatellun mielestä henkinen terveys on tärkein terveyden

ulottuvuus. Sosiaalisen terveyden kuvaukseen sisältyi ajatus kykenevyydestä sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden kanssa, mutta myös ajatus sosiaalisen terveyden läheisestä yhteydestä henkiseen terveyteen.

"Ensiksi jos ollaan terveinä, pystyy silloin olemaan muiden ihmisten kanssa, eikä tule henkisiä ja psyykkisiä ongelmia." (Mies 3)

Kysyttäessä arviota omasta terveydestä, haastatelluista seitsemän oli sitä mieltä, että heidän oma terveytensä oli joko hyvä tai melko hyvä. Yhden vastaajan terveys ei ollut omasta mielestä oikein hyvä ja yhden mielestä se on joskus hyvä. Koska vastaajilla oli hieman vaikeuksia kuvailla käsitystään omasta terveydestään, toin keskusteluun kaksi alateemaa: mitä hyvää, ja vastaavasti mitä huonoa terveydessäsi mielestäsi on? Haastateltavat vastasivat pääsääntöisesti vain siihen, mikä heidän mielestään on huonoa omassa terveydessä. Nämä asiat jakautuivat kahteen yläkategoriaan: fyysiset vaivat ja henkinen stressi. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kurdipakolaisten esiin tuomat omat terveysongelmat.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävät kategoriat
Päänsärky Selkäkipu Jalkakipu	Päänsärky TULE-kivut	Fyysiset vaivat
Ihottuma Anemia Yliherkkyys (ylähengitystieoireilu) Astma	Iho-ongelmat Anemia Hengityselinongelmat	
Maito ei sovi Huono näkö Kidutuksesta johtuvat sukuelinten vaivat	Ruoka-allergia Heikkonäköisyys Kidutuksesta johtuvat vaivat	
Univaikeudet Huolet painaa mieltä	Nukkumista häiritsevät tekijät	Henkinen stressi
Ei voi olla kauaa metelissä Ei voi olla kauaa isossa joukossa	Arkielämää häiritsevät tekijät	

Yksi vastaajista oli pitkään sairastanut astmaa ja yksi kertoi, että maito ei hänelle sovi. Kolmella ilmeni fyysisiä kiputiloja (pää- selkä- ja jalkakipua), kahdella oli kiusallinen, kutiseva ihottuma, yhdellä näkö huono ja yliherkkyyttä jollekin tuntemattomalle tekijälle, joka aiheutti aivastelua ja tukkoisuutta. Sitä, kuinka paljon säryt ja iho-ongelmat ovat vastaajien kohdalla stressin aiheuttamia psykosomaattisia oireita, en pysty tässä sanomaan,

mutta kuten Diarra ym. (1998) toteavat artikkelissaan, maahanmuuttajilla, ja varsinkin pakolaisilla, henkinen stressi saattaa ilmetä psykosomaattisena oireiluna, kuten erilaisina kipuina tai muina oireina, joihin ei välttämättä löydy näkyvää syytä.

Henkilö, jolla oli myös selkä- ja jalkakipua kertoi, että hänellä oli ollut pitkään univaikeuksia, joka kuitenkin helpotti, kun perhe pääsi Suomeen. Yksi henkilö, joka oli joutunut kotimaassaan kidutuksen uhriksi, kärsii edelleenkin ihottuman lisäksi siitä, että ei voi olla metelissä tai isossa joukossa kauaa. Lisäksi hänellä on sukuelimiin kohdistuvasta kidutuksesta johtuvia vaivoja. Kolmen mielestä huonoa omassa terveydessä on se, että on jatkuva huoli joko lapsista, lapsen sairaudesta, omaisista tai kurdien poliittisesta tilanteesta.

"...vaikka mä itse oon terveenä, mutta kun katson lastani, koko aika hän kärsii, mä itsekin, minusta tuntuu, mä itsekin olen sairaana." (Nainen 2)

6.2 Terveysten vaikuttavat tekijät

Terveysten vaikuttavista tekijöistä keskusteltaessa, esiin nousi useita kategorioita, jotka ovat verrattavissa Orquen malliin sisältyviin osa-alueisiin. Näistä voidaan erottaa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen osa-alue. Yhdeksi suureksi osa-alueeksi muodostui kulttuuri (vrt. Orquen mallin kulttuuriperusta). Lisäksi voidaan erottaa Orquen mallin (1983) kulttuuriperustan osioihin verrattavia asioita, kuten uskonto, kieli ja kommunikaatio, perhe-elämä, sekä sosiaalisten ryhmien vuorovaikutus.

Selvästi suurimmiksi ryhmiksi muodostuivat psyykinen ja sosiaalinen osa-alue ja niiden interaktio kulttuuriperustan osioihin verrattavien tekijöiden kanssa. Nämä tekijät menivät osittain limittäin ja päällekkäin. Myös Orquen (1983) mukaan kaikki järjestelmät vaikuttavat toinen toisiinsa, mikä on ymmärrettävissä siten, että kun jossain malliin liittyvässä osiossa (esimerkiksi kulttuuripohjassa) tapahtuu muutoksia, se vaikuttaa muihin osa-alueisiin joko negatiivisesti tai positiivisesti. Vastauksista noussut ja haastatteluteemoihin perustunut 'kulttuurin vaikutus terveyteen' teemaryhmä sisälsi asioita, jotka osittain menivät päällekkäin sosiaaliseen osa-alueeseen vaikuttavien tekijöiden kanssa, joten käsittelen niitä yhdessä. Kahdessa seuraavassa alaluvussa käsittelen sosiaaliseen ja psyykkiseen osa-alueeseen vaikuttavia tekijöitä.

Sisällytin psyykkiseen osa-alueeseen vaikuttaviin tekijöihin vastauksista esiin tulleen 'mieltä painavien ja ongelmia aiheuttavien asioiden' teemaryhmän. Tämä ryhmä koostuu pitkälti kulttuurin muutokseen liittyvistä asioista. Kulttuurisokki ja kulttuurierot sekä epätietoisuus tulevaisuudesta mainittiin yksittäisinä terveyteen negatiivisesti vaikuttavina tekijöinä, mutta muistakin tämän ryhmän vastauksista suurin osa viittasi kulttuurisokin torjuntavaiheeseen. Lisäksi muutamista vastauksista erottui tasapainonhaku- ja useamman kulttuurin hallintavaiheeseen liittyviä asioita.

Kulttuurisokin lisäksi neljä muuta yläkategoriaa, jotka erottuivat edellä mainitusta teemaryhmästä, olivat perheiden kulttuuriristiiriidat, maahanmuuttajan oma tausta, suomalaisten muukalaisvastaisuus, sekä aktiivinen toiminta (vrt. liite 4). Ainoastaan aktiivinen toiminta koettiin psyykkiseen osa-alueeseen positiivisesti vaikuttavana tekijänä. Vaikka edellä mainittujen psyykkiseen terveyteen vaikuttavien tekijöiden yhteisenä yhdistävänä kategoriana on psyykinen osa-alue, esitän kulttuurisokin terveyden psyykkiseen osa-alueeseen vaikuttavana tekijänä erillisessä taulukossa ja muiden tekijöiden vaikutuksen psyykkiseen osa-alueeseen omana taulukkonaan alueen sisällön laajuuden vuoksi. (Vrt. taulukot 8 ja 9.)

Fyysiseen terveyteen liittyvät tekijät eivät olleet niin pinnalla, että niistä olisi yhtä paljon spontaanisti puhuttu kuin henkiseen ja sosiaaliseen terveyteen liittyvistä tekijöistä. Kuitenkin, varsinkin erikseen kysyttäessä, niistä nousi esiin liikunta, joka haastateltujen mielestä on erittäin tärkeä hyvään terveyteen vaikuttava tekijä. Muutamat haastateltavat painottivat toimetttömyyden ja vain kotona sisällä olon negatiivista vaikutusta terveyteen ja juuri sen vastapainona liikunnan tärkeyttä. (Taulukko 5.)

Fyysiseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä mainittiin lisäksi ravitsemus, sekä jonkin verran ympäristö, sisältäen esim. kylmän ja pimeän ilmaston. Yksi haastatelluista toi esiin ihmetyksensä siitä, miten vapaasti esimerkiksi nuoret käyttävät Suomessa päihteitä ja tupakoivat. Muutamat haastatelluista mainitsivat elämäntapoihin liittyen sen, että tupakointi ja päihteiden käyttö eivät ole terveydelle hyväksi. Fyysiseen terveyteen liittyviä tekijöitä käsittelemme tarkemmin terveyden edistämisen yhteydessä, koska haastateltavat painottivat niitä enemmän terveyden edistämisen kannalta.

Taulukko 5. Tekijät, jotka kurdien mielestä vaikuttavat Suomessa fyysiseen terveyteen.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
Kävely Voimistelu Kuntosalilla käynti Tanssi	Liikunta	Fyysinen osa-alue
Yksin asuvalla epäs. ruoka-ajat Ei tuoreita vihanneksia Paljon pakastettuja ruoka-aineita Mautonta ruokaa	Ravitsemus	
Siisti ympäristö Turvallinen ympäristö Hyvät palvelut Kylmä ja ankea ilmasto Vähän aurinkoa Ei kotim. verrattav. maisemia	Ympäristö	
Liikunnan harrastaminen Tupak. ja päihteiden välttäminen	Elämäntavat	

6.2.1 Kulttuuri ja sosiaalinen osa-alue

Kulttuurin vaikutus terveyteen -teema toi esiin kurdikulttuurin ja suomalaisen kulttuurin vertailua (taulukko 6). Nerweyin (1991) ja Bruinessenin (1992) mukaan kurdien kulttuuri pohjautuu pitkälti islamin uskontoon, mikä jonkin verran näkyy tässä kulttuurivertailussa. Haastateltavat toivat esiin joitakin suomalaisessa elinympäristössä esiin tulevia uskonnon aiheuttamia rajoitteita. Eräs haastatelluista kertoi, että tiukasti islamin uskontoa noudattavien mielestä mm. intiimeistä asioista ei pitäisi puhua esimerkiksi koulun terveystieteiden tunneilla. Hän vastusti tuota ajatusta, sillä hänen mielestään kaikkien maahanmuuttajalapsien olisi saatava samat tiedot kuin suomalaisetkin ikätoverinsa, mikä osaltaan osoittaa siirtymistä suomalaisen kulttuurin jäseneksi.

Toinen haastatelluista mainitsi, että uskovaisen pitäisi noudattaa uskonnon määräämiä sääntöjä, mikä ei kuitenkaan Suomessa aina ole helppoa. Esimerkkinä hän kertoi, että sääntöjä noudattavat muslimit eivät syö sian lihaa ja muuta lihaa ei voi ostaa kaupasta, koska teurastus pitäisi suorittaa siten, että veri vuodatetaan pois. Tästä johtuen muslimien on hankittava lihatuotteensa sellaisilta teurastajilta, jotka toimivat islamin uskonnon edellyttämällä tavalla.

Kukaan haastatelluista ei kuitenkaan sanonut olevansa uskovainen, vaan he kertoivat muihin, Suomessa asuviin islaminuskoiisiin kurdeihin liittyviä esimerkkejä. Tulkitsin tämän siten, että vaikka he itse eivät enää noudatakaan islamin sääntöjä, uskonto on silti heidän kulttuuriperustansa vaikutteena jollakin tasolla.

Taulukko 6. Haastattelusta esiin tullutta kurdikulttuurin ja suomalaisen kulttuurin vertailua.

Kurdikulttuuri	Suomalainen kulttuuri
Ystävällisyys Avuliaisuus Sosiaalisuus	Sulkeutuneisuus Kylmyys Totisuus Liika itsenäisyys
Perhekeskeisyys Ystäväsidosuus	Perhesiteet ei kiinteitä Ystäväsitet ei kiinteitä
Kurdikulttuuri ei vapaa Suomessa sääntöjen noudattaminen hankalaa Uskonto rajoittaa tiedon saantia Uskonto rajoittaa syömistä Naisten ja tyttöjen elämä rajoitettua	Kulttuurin vapaus Tasa-arvo

Kurdikulttuurissa silmiinpistävää on ystävällisyys, avuliaisuus, sosiaalisuus, perhekeskeisyys ja ystäväsidosuus, kun taas haastateltavien mielestä suomalaisuudessa vallitsevaa on sulkeutuneisuus, kylmyys, totisuus, sekä liika itsenäisyys. Suomalaisilla perhe- ja ystäväsitet eivät ole heidän havaintojensa mukaan kiinteitä, mutta täällä vallitsee tasa-arvo ja vapaus. Vapautena käsitettiin sekä poliittinen vapaus, että kulttuurinen vapaus niin, että kaikki on sallittua.

"Se meidän kulttuuri ei ole vapaa, sama kuin Suomen kulttuuri, varsinkin kun muslimin idea on siellä. Meidän kulttuuri ei ole vapaa näin, samoin kuin Suomen kulttuuri. Suomen kulttuuri on se on enemmän vapaa kuin kurdien kulttuuri. Ja kurdin kulttuurissa ihmiset ovat iloinen ja ihmiset aina on valmis auttamaan ulkomaalaisille tai vieraille ihmisille, mutta Suomessa ei ole näin." (Mies 4)

Kuten edellä on tullut esiin, kurdit edustavat yhteisökulttuuria ja heille sosiaalisuus on erittäin tärkeää. Se kävi ilmi myös vastauksissa ja kulttuurivertailussa. Oman kulttuurin sosiaalisuuteen liittyvät hyvät puolet koettiin voimavarana ja vastaavasti taas suomalaisen kulttuurin epäsosiaalisuus kuluttavana. Näistä muodostuu monen kohdalla kahtiajako, ristiriita, joka ilmenee täällä jokapäiväisessä kanssakäymisessä. Tämä kahtia jako näkyy sosiaaliseen terveyteen vaikuttavien tekijöiden yläkategorioissa, joita olivat: 1) Sosiaaliset suhteet tärkeitä, 2) sosiaalinen verkosto turvana, sekä 3) sosiaalisten suhteiden luominen ja

ylläpito Suomessa vaikeaa. (Taulukko 7.) Sosiaalisten suhteiden tärkeys tuli ilmi sellaisina tekijöinä, kuten perhesuhteiden ylläpitäminen, vanhojen ystävyysuhteiden ylläpitäminen, uusien ystävyysuhteiden solmiminen sekä ystävien tärkeä merkitys elämässä.

"Ja tämä ystävyyskin kyllä vaikuttaa terveyteen. Mitä enemmän ystäviä, sen parempi terveydelle." (Nainen 3)

Taulukko 7. Kurdiin esiin tuomat sosiaaliseen osa-alueeseen vaikuttavat tekijät.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
Perhesuhteet	Sosiaalisten suhteiden tärkeys	Sosiaalinen osa-alue
Ystävyysuhteet		
Perhe turvana	Sosiaalinen turvaverkosto	
Sosiaalinen aktiivisuus turvana		
Pitkät välimatkat	Sosiaalisiin suhteisiin liittyvät ongelmat	
Ei yhteistä kohtaamispaikkaa		
Yhteydenpito kotimaahan vaikeaa Vaikea luoda suhteita suomalaisiin		

Yläkategoria, jonka nimesin sosiaalisesti turvaverkostoksi, koostui seuraavista alakategorioista; perhe antaa turvaa ja sosiaaliset suhteet luo turvaa. Suurin osa haastatelluista toi esiin sen, kuinka vaikea on elää kaukana sukulaisista tai perheen jäsenistä. Varsinkin yksin elävät miehet kokivat yksinäisyyden vielä pahempana kuin perheelliset, kun vielä ystävätkin oli joutunut jättämään kotimaahan.

"Kyllä joskus mä toivoisin, jos mä olisin siellä leirillä, mutta olla heidän (sukulaisten) kanssa, vaikka miten vaikea olosuhde siellä on. Koska me olemme tottuneet sellaiseen elämään. Koko ajan me olemme yhdessä. Ja se oli se meidän ongelma, kun me erosimme. Kun ollaan yhdessä, me tiedämme mitä tapahtuu toisille." (Mies 3)

Vanhojen ystävyysuhteiden ylläpito muiden kurdiin ja sukulaisten kanssa koettiin täällä Suomessa vaikeaksi, jos on pitkät välimatkat. Ystäviä ja sukulaisia asuu eri puolilla Suomea, mutta myös muissa Euroopan maissa, joten heitä ei usein näe. Uuden vuoden juhlaa kyllä vietetään isolla joukolla ja silloin voi tavata kauempanakin asuvia ystäviä ja sukulaisia. Muutamain mainitsivat myös kohtaamispaikan puuttumisen ongelmana, koska ei ole paikkaa, missä tavata muita. Aikaisemmin paikkakunnalla oli kohtaamispaikka, johon kaikki halukkaat maahanmuuttajat ja suomalaiset saivat mennä viettämään aikaa ja tapaamaan toisiaan.

Yhteydenpito kotimaahan on myös vaikeaa, koska siellä ei poliittisista syistä voi käydä ja puhelimessa ei kaikkea voi puhua.

Ystävyyden luominen suomalaisten kanssa koettiin vaikeana, koska joidenkin vastaajien mielestä suomalaisiin on vaikea tutustua ja on vaikea saada luotettavaa ystävää. Tämä aiheuttaa tunteen, että sosiaalinen puoli on kaventunut, kuten eräs haastateltava mainitsi.

"...ystävyyks on vähän erilaista täällä kuin siellä. Siellä voi ystävään luottaa. Voi mennä itkemään suoraan ystävän luo ja sanoa, mulla on paha olo, mä tarviin apua, mutta ei täällä paljon. Hyvä ystävä ei voi mennä sanoon näin. Siinä se on ero." (Mies 2)

Meron (1998) Al-Tashin pakolaisleiriltä Suomeen muuttaneiden kurdipakolaisten kotoutumista käsittelevässä tutkimuksessa ilmeni vastaavanlaisia kokemuksia. Esimerkiksi kaikki haastatellut olivat olleet ihmeissään ja pettyneitä, kun naapurit eivät tulleet tervehtimään uusia tulokkaita, kuten kotimaassa tehdään. Jotkut kertoivat myös kokemuksia siitä, kuinka suomalaiset tehokkaasti torjuivat tuttavuuden teon yritykset.

6.2.2 Kulttuurin muutos ja psyykkinen osa-alue

Muutto toiseen maahan on enemmän tai vähemmän kulttuurimuutoksen kohtaamista. Ihminen kohtaa asioita, jotka ovat täysin erilaisia, mihin kotimaassa on tottunut. Varsinkin yhteiskulttuurista länsimaiseen yksilökulttuuriin muuttaminen saa aikaan mielen myllerrystä, ihmettelyä, kulttuurien vertailua ja oman kulttuurin hyvien puolien arvostamisen korostumista. (Forsander 1994, Puusaari 1998.)

Ihmiset reagoivat eri tavoin kulttuurimuutoksiin: yleensä seurauksena on stressi, joka henkilöstä riippuen esiintyy eri asteisena sokkina tai kriisinä (Forsander ym. 1994). Vastauksista voidaan erottaa kulttuurisokin eri vaiheita (taulukko 8). Koska kaikki haastateltavat olivat olleet maassa jo vähintään kaksi vuotta, kuherruskuukausivaihetta ei näytä kenenkään kohdalla enää esiintyvän. Ongelmia aiheuttavien ja mieltä painavien asioiden ryhmässä kaikkein voimakkaimmin esiin tuli torjunta- eli stressivaihe. Siihen viittaavia alakategorioita ovat mm. systeemien erilaisuus, sopeutumisvaikeudet, juurettomuuden tunne, yksinäisyys, menetykset, ero läheisistä, ikävä, huoli sukulaisista, psyykkiset oireet, kuten henkinen rauhattomuus, väsymys ja masentuneisuus. Lisäksi

mainittiin kielivaikeudet, kommunikaatiovaikeudet, työttömyys, toimeettomuus, maisemien erilaisuus, ankea ilmasto sekä pettymys suomalaisiin.

"Kun esimerkiksi sä voit kuvitella, että et oo tottunut sitten asumaan ihan yksin. Kun muutat tänne, sun on pakko asua ihan yksin. Ja sitten niitä kaikkia se tulee, niin kuin sanotaan, maailma sortuu päähän ja niin kuin sanoin, sellainen sokki tulee." (Mies 1)

Taulukko 8. Kurdien haastatteluista esiin nousseet kulttuurisokin eri vaiheet psyykkiseen terveyteen vaikuttavana tekijänä.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
Muukalaisuus Epätietoisuus Systemien erilaisuus Sopeutumisvaikeudet Juurettomuus Yksinäisyys Menetykset Ero läheisistä Ikävä Huoli sukulaisista Psyykkiset oireet Toimeettomuus Työttömyys Kielivaikeudet Kommunikaatiovaikeudet Pettymys suomalaisiin Erilainen maisema Ankea ilmasto	Kulttuurisokin torjuntavaihe	Psyykkinen osa-alue
Elämä kahden kulttuurin välissä Kulttuureiden sopeuttaminen Positiivinen asenne eri kulttuureihin Pyrkimys yhteisk. toimintaan sisälle	Kulttuurisokin tasapainon haku- vaihe Kulttuurisokin useamman kulttuurin hallintavaihe	

Puusaaren artikkelissa (1998) tulee myös esiin edellä mainittuja asioita. Hänen mukaansa yksinäisyys on yksi tavallisimmista ongelmista maahanmuuttajilla. Muutto on aina menetys, mutta varsinkin pakolaisilla sukulaisten jääminen kotimaahan aiheuttaa syyllisyyden tunnetta ja mielessä on jatkuvasti huoli heidän hyvinvoinnistaan. Työttömyys ja toimeettomuus ovat maahanmuuttajalle vaikeita asioita, koska ammatti-identiteetin menetys ja sosiaaliluokassa putoaminen horjuttavat itsetuntoa.

"Kun jos mä mietin oma vanhemmat, monta kertaa ne sanovat, että 'meillä ei oo mitään arvoa tässä yhteiskunnassa. Me elämme niin kuin pahvilaatikossa. Me emme osaa jossakin pitää puheita, emme osaa tehdä mitään, eikä voi mennä kouluun, eikä kieliä osaa hyvin'. Silloin kyllä varmasti mieliala muuttuu ja terveys muuttuu..." (Mies 2)

Pelko ja epävarmuus voi saada aikaan sen, että tulkitaan suomalaisten käytöstä vihamielisenä, vaikka se ei sitä aina olisikaan (Forsander 1994, Liebkind 1996, Puusaari 1998). Tähän viittaavat mm. maininnat siitä, että ulkomaalaisia sorretaan ja aliarvioidaan, eikä suomalaiset hyväksy ulkomaalaisia, vaan erottelevat suomalaisiin ja ulkomaalaisiin.

Tasapainon haku- sekä useamman kulttuurin hallintavaiheeseen viittaa muutaman kauemmin maassa olleen vastaukset, joissa he tuovat esiin kahden kulttuurin välissä elämisen niin, että "kodin sisällä eletään kurdilaisten tavoin ja kodin ulkopuolella on suomalaisuus". Maahanmuuttaja joutuu miettimään arvomaailmaansa ja elämäänsä uudelleen, josta seurauksena on akkulturaatioprosessi, muuttuminen ja uusien asioiden oppiminen (Forsander 1994). Myös haastateltujen vastauksissa tuli esiin yritys sopeutua uuteen maahan ja kulttuuriin, sekä kulttuureiden sopeuttaminen. Tähän viittaavat seuraavat ajatukset: "valitsen molemmista kulttuureista hyvät puolet" (nainen 3), "mietitään mikä on hyvää ja tärkeää", "erilaisuus on rikkautta, ei pidä vihata kulttuurin vuoksi" (mies 2), "jokainen voi muuttaa kulttuuria" (mies 3). Pyrkimys päästä uuteen yhteiskuntaan sisälle tuli esiin mm. seuraavasti: "Suomi on nyt kotimaa" (mies 2), "pyrkimyksenäni on saada kansalaisuus ja toimia suomalaisessa yhteiskunnassa" (mies 6).

Etupäässä nuorimpien haastateltujen vastauksista nousi psyykkiseen osa-alueeseen vaikuttavien tekijöiden ryhmän yhdeksi yläkategoriaksi perheiden kulttuuriristiriidat. (Taulukko 9.) Perheissä nousee usein ongelmaksi se, että lapset oppivat nopeasti kielen, saavat suomalaisia ystäviä ja näin joutuvat vertailemaan omaa, ja suomalaista kulttuuria kaveripiirin kautta. Vanhempien syvälle juurtuneet kulttuuriin sidotut arvot, ajattelu- ja toimintatavat nähdään ristiriidassa ympäristön kanssa, mikä aiheuttaa konflikteja. (Liebkind 1996, Puusaari 1998, Valtonen 1999.) Vastauksista muodostuneet alakategoriat 'nuorten identiteettikriisi' ja 'kasvatusongelmat' kuvaavat hyvin tilannetta.

Muutaman haastatellun mielestä minäkuvan löytyminen on nuorilla vaikeaa, koska he ovat "vankina kahden kulttuurin välissä" ainakin silloin, jos vanhemmat pyrkivät tiukasti noudattamaan omaa kulttuuriaan. Siinä on vaikea elää ja siksi he haluaisivat olla vapaita, kuten suomalaiset kaverinsakin. Jos vanhemmilla on erilainen käsitys vapaudesta ja tasa-arvosta, kotona tulee ristiriitaa ja kasvatusongelmia. Tilannetta pahentaa ruumiillinen rangaistus, jota voidaan yhden haastatellun mielestä tulkita ruumiilliseksi väkivallaksi.

"Mulle on kerrottu, että kaveri jostakin on laittanut omaan huoneeseen jonkun naisten kuvan, joku se laulajat, tai mikä se oli ollut, tai näitä nuorten elokuvakuvia. Ihan tavallista on, mutta kun on vanhemmat muslimeja, ei hyväksynyt, ja repinyt sitä seinältä. Tästä oli tullut tappelu, ja poika oli etsimässä asuntoa. 16-vuotiaana kotoa pois." (Mies 2)

Taulukko 9. Muut kurdien esiin tuomat psyykkiseen terveyteen vaikuttavat tekijät.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
Nuorten identiteettikriisi Kasvatusongelmat Naisten rajoitettu rooli Miesten rooli	Perheiden kulttuuriristiriidat	Psyykinen osa-alue
Pakolaisuus Vankilamuistot Sukulaisten kärsimykset ja kohtalo Kurdien tilanne kotimaissaan Lukutaidottomuus Kurdien poliittinen jakautuminen S:ssä Huoli lapsista	Maahanmuuttajan oma tausta	
Rasismi Ennakkoluulot Häirintä Eriarvoinen palvelu Terv. huollossa epäystävällinen palvelu	Suomalaisten muukalaisvastaisuus	
Uusien asioiden opiskelu Työn teko Säännöllinen kurssilla käynti Kanssakäyminen muiden kanssa	Aktiivinen toiminta	

Vastauksista nousi esiin se, että kurdikulttuurissa naisten rooli on useimmiten ollut uskonnosta johtuen rajoitettua. Muutaman haastatellun mukaan tämä on näkyvissä myös joissakin Suomessa asuvissa perheissä varsinkin siten, että tyttöjen elämää rajoitetaan. He eivät voi tutustua poikiin, eikä esimerkiksi tanssia poikien kanssa. Naisten elämä varsinkin muslimiuskovaisissa perheissä rajoittuu kotiin, sillä heidän tehtävänsä on hoitaa lapset kotona. Monella suomeen tulleella kurdiniaisella ei ole ollut haastateltujen mukaan mahdollisuutta käydä koulua, eikä heillä näin ollen ole ammattiakaan. Täällä Suomessa he ovat käyneet ainakin suomenkielen lukukurssia, sekä perus- ja / tai jatkokurssia. Haastateltujen mukaan monilla on kuitenkin vaikeuksia käydä sen kummemmin koulua täällä, puhumattakaan ammatin hankkimisesta (Vrt. Maahanmuuttajanaiset Suomessa 1997.)

Haastatteluista nousi esiin myös se, että miehillä on enemmän ulospäin suuntautuva rooli naisten pysicsyessä kotona. Täällä Suomessa kuitenkin ilmasto hankaloittaa miesten perinteistä ulkona kulkemista.

"Esimerkiksi meidän maalaiset miehet. Ei ne pysty hirveesti sisällä oleen, ne halua mennä ulos kävelemään ja tälle. Niin, tämä kylmyyskin vaikuttaa (terveyteen)." (Nainen 3)

Yhdeksi suureksi ryhmäksi muiden psyykkiseen osa-alueeseen vaikuttavien tekijöiden joukosta muodostui maahanmuuttajan oma tausta. Taulukosta 9 käy ilmi alakategoriat, joita ovat pakolaisuus, vankilamuistot ja sen jälkeiset ongelmat, sukulaisten kärsimykset, sekä kurdien tilanne kotimaissaan.

Erään vastaajan mukaan poliittisilla vangeilla olot vankilassa ovat hyvin vaikeat mm. täydellisen muusta maailmasta eristämisen, huonon hygienian, kidutusten ja aivopesun vuoksi. Lisäksi vankilan jälkeen heitä seurataan tarkasti, ei anneta matkustusmahdollisuutta, eikä ole helppoa myöskään saada työtä. Myös vangin perhe kärsii.

"Mä olin sodassa ja mä olin kapinassa siellä. Olin keskustellut ihmisten kanssa ja olin nähnyt paljon huonot asiat, että miten oli he tappavat kurdilaiset ja häiritsevät heidän elämää. Ja koko ajan tämä häiritsee minua, ja koska mä tiedän nämä ihmiset kun asuvat siellä, he eivät oppivat, ei saa oppivat normaalisti. Ja heillä ei oo normaali elämä, se on huono elämä." (Mies 4)

Alakategorioita oli lisäksi lukutaidottomuus (johtuen mm. poliittisesti epävakkaan tilanteen aiheuttamasta koulunkäyntimahdollisuuksien puutteesta), sekä täällä Suomessa poliittinen jakautuminen eri ryhmiin. Viimeksi mainittu vaikuttaa muutaman haastatellun mielestä erittäin paljon täällä asuvien kurdien ihmissuhteisiin ja vaikeuttaa mm. yhteisten harrastusten järjestämistä.

"Mutta kyllä se on siinä, kun täällä ihmiset, tai ulkomaalaiset tai pakolaiset ryhmittynyt. Elikä semmonen ihmisyys, tavallaan ystävyys on unohtunut ja tämä erilaiset poliittiset tai intressit ovat todellakin valitettavalla tavalla vaikuttanut tämän sosiaalisen, siis elämän tai ystävä tai semmonen." (Mies 6)

Vastaavanlaisia ongelmia ilmeni myös Wahlbeckin (1999) kurdipakolaisia käsittävässä tutkimuksessa. Toisaalta samassa tutkimuksessa todettiin, että kurdien poliittiset ryhmät ovat myös osoittautuneet monelle suureksi avuksi kotoutumisessa.

Lähes jokaisen isän ja äidin mieltä painoi huoli lapsista; heidän tulevaisuudestaan, kasvattamisesta, kouluttamisesta, mahdollisista kouluvaikeuksista sekä sairaan tai vammaisen lapsen tilanteesta. Nämä ovat asioita, jotka vaikuttavat vanhemmissa huolta kotimaassakin,

mutta näyttää siltä, että ne korostuvat maahanmuuttajien kohdalla vieraassa maassa, tutun ja turvallisen sukulaisyhteisön ja ympäristön puuttuessa.

Suomalaisten muukalaisvastaisuus tuli seuraavanlaisina alakategorioina esiin: rasismi, ennakkoluulot, häirintä, eriarvoinen palvelu, sekä terveydenhuoltohenkilöstön epäystävällinen palvelu. Nämä asiat voi osittain sisällyttää kulttuurisokin torjuntavaiheeseen niissä tapauksissa, jolloin turhautuminen, epävarmuus ja kielen taitamattomuus ovat saattaneet johtaa väärinymmärryksiin tai kyseessä on maahanmuuttajan omat ennakkoluulot. On kuitenkin totta, että maassamme esiintyy rasismia ja muukalaisvastaisuutta, joka näkyy mm. edellä mainittuna negatiivisena käytöksenä (Jaakkola 1999).

"Esimerkiksi se suomalaisten viranomaisten käyttäytyminen ja vastaanotto. En mä halua yleistää todellakaan, että sillä tavalla sanoisin, että kaikki suomalaiset. Ei, en mä halua sellaista sanoa, mutta mä oon törmännyt siihen monesti työn yhteydessä, tai oon ollu työssä myös sitten suomalaisen ympäristössä. Sekin vaikuttaa terveyteen sillä tavalla, että se, kun ei hyväksytä ihmisiä. Sitten se koko ajan painostaa, että henkisesti kiusaa ihmistä." (Mies 1)

"...että olisi hyvä, että kaikki kohdellaan samalla tavalla. Maahanmuuttajalle on tärkeää tää ystävyys..... Jos on jotain paineita meillä, ei voi olla ystävällinen, mutta maahanmuuttaja voi kokea, että hänen kohdallaan vaan tekee sen, kun hän on maahanmuuttaja." (Mies 2)

Jaakkolan (1999) tutkimus osoittaa, että suomalaiset suhtautuvat meitä köyhemmistä maista lähtöisin oleviin, ulkonäöltään ja kulttuuriltaan suomalaisista erottuviin ihmisiin torjuvammin kuin meitä enemmän muistuttavien maiden kansalaisiin. Saman tutkimuksen mukaan vuonna 1998 suomalaisista 12% oli mielestään erittäin rasistisia, 26% melko rasistisia, 41% vähän rasistisia ja 18% ei yhtään rasistisia. Rasistisimpia olivat vähiten koulutetut, mutta myös vähäiset kontaktit Suomessa asuviin ulkomaalaisiin olivat yhteydessä rasististen asenteiden hyväksymiseen. (Jaakkola 1999.)

Positiivisesti henkiseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä esiin nousi opiskelu sekä säännöllinen toiminta, johon liittyi muiden kanssa kanssakäymisissä oleminen. Haastatelluista nuoremmat olivat opiskelleet, tai parhaillaan opiskelivat lukiossa, sekä ammattioppilaitoksessa tai yliopistossa. Vanhempana maahan muuttaneet kävivät työvoimatoimiston järjestämällä kursseilla. Yksi haastatelluista oli opiskellut ammatin ja hän on säännöllisessä työssä. Suurimmalla osalla oli toive päästä työhön, mutta sen puuttuessa koettiin tärkeänä säännöllinen opiskelu. Muutamat mainitsivat, että vaikka kursseilla ei juuri mitään oppisikaan, ainakin on säännöllistä toimintaa ja näkee muita ihmisiä.

"Mä oon sitä mieltä, että on hyvä olla niitä kursseja. Vaikka ihminen ei opi mitään, mutta ainakaan ei tule hulluksi. Se täällä (eräässä) projektissa on järjestetty kursseja, ja niitä aikuiset luku- ja kirjoitustaidottomat ihmiset käyvät siellä, ja vaikka on käynyt pitkään, ei opi mitään. Mutta ainakaan ei ollut yksin." (Mies 1.)

6.3 Terveyden edistämistarpeet

Terveydenedistämiseen liittyvät asiat jaoin haastatteluvaiheessa teemoihin siten, että kysyin miten terveyttä voitaisiin edistää tai ylläpitää täällä Suomessa a) omalta taholta, b) koko kurdiyhteisön taholta c) terveydenhuollon taholta ja d) yhteiskunnan taholta. Kun tarkastelin pelkistettyjä vastauksia ja jaoin niitä yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien mukaan, a ja b sulautuivat yhdeksi ryhmäksi: omakohtainen terveyden edistäminen. Myös c ja d sisälsivät sen verran päällekkäisyyksiä, että päätin yhdistää ne myös yhdeksi yhteiskunnalliset keinot terveyden edistämiseen -nimiseksi ryhmäksi, joskin sen sisällä terveydenhuoltoon kohdistuvat terveydenedistämistarpeet muodostavat yhden suuren osion. Tarkastelen näitä ryhmiä terveydenedistämistarpeina, toisin sanoen olen tulkinnut vastaukset tarpeina, jotka nousevat sen pohjalta, mitä haastateltujen mielestä tulisi tehdä, jotta terveyttä voitaisiin edistää ja ylläpitää.

6.3.1 Terveyden edistämistarpeet ja miten niihin voi itse vastata

Omakehtainen terveyden edistäminen koostui kolmesta yläkategoriasta: sosiaalisen terveyden edistäminen, itsensä kehittäminen (nämä kaksi menivät osittain päällekkäin) sekä fyysisen terveyden edistäminen. Nämä kolme yläkategoriaa näyttäisivät muodostavan yhden terveyden edistämistarvekokonaisuuden, jota voidaan kuvata sanalla integroitumisen tarve, eli tarve sopeutua uuteen yhteiskuntaan ja kulttuuriin (taulukko 10). Tulkintani perustuu Phinneyn ym. (2001) sekä Liebkindin (2001) määritelmään menestyksekkäästä akkulturaatiosta, jonka tuloksena on integraatio ja joka kuvataan psyykkisenä ja fyysisenä terveytenä, psykologisena tyytyväisyytenä, hyvänä itsetuntona, kilpailukykyisyytenä työelämässä sekä hyvänä koulumenestyksenä.

Sosiaalisen terveyden edistämisen yhteen alakategoriaan, eli kulttuurin sopeuttamiseen, sisältyy ajatus siitä, että omaa kulttuuria voi rikastuttaa oppimalla muista kulttuureista. Jotkut näkivät myös tärkeänä oman kulttuuriperinnön ja kielen siirtämistä omille lapsille, kuitenkin siten, että lapsi oppii samalla ymmärtämään myös suomalaista kulttuuria, vertailemaan näitä kahta, ja sopeutumaan näin uuteen kotimaahan.

”...voi opettaa lapsille, että tämä on Suomen kulttuuri ja tämä on Kurdin kulttuuri. Ja me pitäisi opettaa heille, että heidän kulttuuri, suomalainen kulttuuri ja kurdikulttuuri tästä ja tästä on eri ja se ei tarkoita, että se on paha.” (mies 4)

Taulukko 10. Kurdipakolaisten näkemys omakohtaisesta terveyden edistämisestä.

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Kulttuurin sopeuttaminen Ystävyysuhteet Sopeutuminen suomalaiseen yhteiskuntaan	Sosiaalisen terveyden edistäminen	Integroitumisen tarve
Opiskelu Työllistyminen Harrastaminen	Itsensä kehittäminen	
Liikunta Henkilökohtainen terveyden hoito Hygienia Terveellinen ravitsemus Nautintoaineiden välttäminen	Fyysisen terveyden edistäminen	

Monet painottivat suomalaisten kanssa yhdessä työskentelemisen ja yhdessä harrastamisen tärkeyttä, koska näin ulkomaalainen parhaiten kotoutuu Suomeen. Myös entisten ystävyysuhteiden ylläpitäminen ja uusien solmiminen koettiin tärkeänä terveyden edistämisen kannalta. Kuten aikaisemmin on tullut esille, myös tässä kohdin jotkut mainitsivat sen, että pitäisi pyrkiä elämässä eteenpäin ja mukaan yhteiskuntaan, sekä työllistymisen ja harrastusten kautta, mutta myös poliittisesti. Erikseen mainittiin myös kielen opiskelu, ammatillinen opiskelu, sekä työllistymispyrkimyksen tärkeys. Harrastuksien todettiin vaikuttavan terveyttä edistävästi, varsinkin siinä tapauksessa, ettei ollut mahdollisuutta työllistymiseen.

Lähes kaikkien vastauksista fyysisen terveyden edistämisessä tärkeimmäksi nousi liikunta. Omaan terveydentila-arviota kysyttäessä neljä kertoi harrastavansa säännöllisesti liikuntaa:

nuorin naisista tanssia, vanhin haastateltava kertoi tekevänsä fysioterapeutin opettamia jumppaliikkeitä, ja kaksi miestä sanoi kävelevänsä säännöllisesti. Miehistä toinen kertoi myös käyvänsä joskus kuntosalilla. Kaksi miestä ja yksi nainen ilmoittivat lopettaneensa säännöllisen liikuntasalilla käynnin jokin aika sitten. Miesten syynä oli kalliit maksut, mutta nainen ei ollut vain tullut enää haastatteluvuonna mennyksi läheisellä koululla järjestettävään jumppaan.

”Mä oon usein yrittänyt mennä näihin kuntosaliin, liikuntaan. Kaksi vuotta kyllä mä olen harrastanut näistä se liikunta, siellä liikuntasalissa, mutta sen jälkeen kun lapset ovat sairastuneet ja usein joutui sairaalaan ja paljon lääkkeitä ja sitten mä en pystynyt maksamaan niitä kuluja. Sen takia mä lopetin ja se oli tärkein ensin se hoitaa lapsia, kun mä menin näihin harrastuksiin. Elikä tarkoitan sitä, mulle se on tärkein, lasten terveys kuin oma. Sen takia mä lopetin. Vaikka mulla oli se kolme vyö tai neljä vyö karate. Vaikka miten paljon mä olin kiinnostunut, sen takia minä lopetin.” (Mies 3)

Myrénin (1999) maahanmuuttajien liikuntaharrastuksia käsittelevässä tutkimuksessa osa haastateltavista oli myös sitä mieltä, että liikuntaryhmiin osallistuminen on liian kallista nykyiselle taloudelliselle tilanteelle. Kuitenkin maahanmuuttajat kokevat yleensä liikunnan tärkeänä, ei vain terveyden ja hyvinvoinnin, mutta myös sosiaalisten suhteiden luomisen kannalta (Lundberg 1999, Myrén 1999, Emami ym. 2001, Hassinen-Ali-Azzani 2002). Lisäksi Myrénin (1999) tutkimuksessa maahanmuuttajat ilmaisivat, että myös työpaikan saanti ja kielitaidon karttuminen auttaa sosiaalisten suhteiden luomisessa.

Henkilökohtainen terveydenhoito ja hygienia sisälsivät mm. lämpimän pukeutumisen talvella, henkilökohtaisesta terveydestä huolehtimisen, lääkärin vastaanotolle menon silloin, kun sairastuu, hampaiden hoidon, kodin siisteyden, sekä yleisen puhtauden mm. ruokaa laittaessa.

"Esimerkiksi se jokainen pitää itse huolta näistä ruokailu, terveellistä ruokavalio. Ja sitten se terveys, tai hygienia. Kotonakin se tärkeä pitää olla siistiä." (Mies 5)

Terveellinen ravinto oli yksi tärkeäksi koettu tekijä terveyden edistämisen kannalta. Jotkut mainitsivat vähärasvaisen ja vähäsuolaisen ruuan tärkeyden, sekä sen, että tulisi syödä säännöllisesti ja useammin, mutta pieniä annoksia kerrallaan. Ravitsemuksesta keskusteltaessa, haastatellut toivat esiin joitakin eroja suomalaiseen ravitsemuskulttuuriin verrattuna. Heidän mukaansa kurdit käyttävät suomalaisia enemmän riisiä, vihanneksia, tuoresalaatteja sekä ruuanlaitossa ruokaöljyä. Kanan ja lampaan liha ovat lihatuotteista eniten käytössä. Sianlihaa syödään hyvin vähän ja muslimit eivät syö sitä ollenkaan.

Terveellinen ravinto koettiin tärkeäksi terveyden edistämässä myös ruotsissa asuvien thain naisten (Lundberg 1999), sekä iäkkäiden iranilaisten maahanmuuttajien mielestä (Emami ym. 2001.) Runsas vihannesten, hedelmien, kanan ja kalan käyttö onkin osa terveellisen ruokavalion perustaa, ja näin ollen Aasian maista, kuten Lähi-idänkin alueilta tulevilla on jo valmiiksi terveet ruokatottumukset.

Kurdit syövät haastateltujen mukaan paljon ulkona yhdessä ystävien ja perheväen kanssa. Koska perheenäidit ovat etupäässä kotona, ruoka laitetaan alusta lähtien itse. Kurdien kotimaissa vihannekset ja liha ostetaan tuoreena ja käytetään heti, kun taas Suomessa on tarjolla paljon pakastettua. Suomessa haastatellut näkivät negatiivisena sen, että aurinkoa ei ole näkyvässä kuin osan vuodesta, joten tuoreita kasviksia ei saada kuin lyhyen aikaa. Lisäksi suomalaisilla ruoka-ajat ovat muutaman haastatellun mielestä usein epäsäännöllisiä, lämpimät ateriat korvataan usein leivällä ja ruoka on mautonta.

"Mutta jotkut näistä vihanneksia kuin siellä (kotimaassa) on, esimerkiksi tomaatteja, kesäkurpitsaa tai munakoisoja, tai niistä kasviksia, on tuoreita, mutta täällä ei ole sellaisia. Ne on vanhoja. Elikä siellä on enemmän vitamiineja. Tai aurinkoa siellä on ollut, mutta ei täällä." (Mies 3)

6.3.2 Yhteiskunnalliset keinot terveyden edistämässä

Kysymys siitä, mitä yhteiskunnan taholta voitaisiin tehdä terveyden edistämiseksi, herätti paljon keskustelua. Vastauksista muodostui kuusi yläkategoriaa: mahdollisuus ymmärrettävään terveyskasvatukseen saantiin terveydenhuollon puolelta, mahdollisuus ymmärrettävään kulttuuri- ja yhteiskuntatiedon saantiin, suomalaisten valistaminen, mahdollisuus osallistua itse mm. aktiviteettien suunnitteluun ja toteutukseen, mahdollisuus kehittävään toimintaan, sekä mahdollisuus tasa-arvoiseen elämään. Kaikista näistä puolestaan muodostui ryhmä, jonka nimesin sanoilla 'monikulttuurisen yhteiskunnan tarve'. (Taulukko 11.)

Berryn (1997) mukaan monikulttuurinen yhteiskunta on integroitumisen edellytys. Monikulttuuriselta yhteiskunnalta edellytetään laajaa erilaisten kulttuuriarvojen hyväksyntää, minimaalista etnosentrismin, rasismin ja syrjinnän esiintyvyyttä, sekä kaikille etnisille ryhmille annettavaa mahdollisuutta liittyä valtaväestöön (Berry 1997).

Yhtenä alateemana haastatteluissa oli: 'miten terveydenhuollon taholta voitaisiin terveyttä edistää ja ylläpitää'. Vastauksista nousi kolme terveyskasvatuksen muotoa: terveysneuvonta, terveystietopetusta ja terveystietovalistus (Nupponen ym. 1991). Terveystietoneuvonta koostui mm. ajatuksesta saada henkistä valistusta ja tietoa lääkärissä ja terveydenhoitajalla käynnin yhteydessä sekä saada tarkat hoito-ohjeet tarvittaessa.

"Tämä tiedon saanti on kyllä tosi tärkeää. (Monet) kurdilaiset ei tiedä paljon mitään sairauksista sillei. Ja ne ei osaa pysyä niinku kaukana niistä sairauksista, jos ne ei ite tiedä niitten nimet ja mistä ne tulee ja tämmöset." (Nainen 3)

Taulukko 11. Kurdipakolaisten näkemys yhteiskunnallisista keinoista terveyden edistämiseksi.

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Terveystietoneuvonta äidinkielellä Terveystietopetusta äidinkielellä Terveystietovalistus äidinkielellä	Ymmärrettävä terveyskasvatus	Monikulttuurisen yhteiskunnan tarve
Kulttuuritietous Yhteiskuntatietous Tulkkaus Käytännöllisemmät kurssisisällöt	Ymmärrettävä yhteiskuntatietouden saanti	
Kulttuuritietoutta suomalaisille Suomalaisten ja ulkomaalaisten interaktio	Suomalaisten valistaminen	
Maahanmuuttajia projekteihin Mahdollisuus työhön	Itse osallistuminen	
Kokoontumispaikkoja Liikuntamahdollisuuksia Harrastusmahdollisuuksia	Kehittävä toiminta	
Nuorten tukeminen Peruspalvelut kaikille Ystävällinen ja tasa- arvoinen palvelu	Tasa-arvoinen elämä	

Terveystietopetusringin muodosti vastauksista nousseet toiveet, että koululaisille annettaisiin samanlaista terveyskasvatusta koulussa kuin suomalaisillekin, sisältäen mm. tietoa päihteistä. Muille voitaisiin järjestää samantyyppinen kurssi perusterveydenhoidosta, kuin yhteiskuntatiedon kurssikin. Kurssi voisi sisältää perustietoa lasten hoidosta ja kasvatuksesta, lasten ja aikuisten sairauksista, niiden ehkäisystä ja hoidosta. Terveystietovalistusryhmään taas tuli esim. toiveita äidinkielistä ruokaohjeleistä sekä itsehoito-oppaasta, joka sisältäisi mm. tietoa sairauksista ja niiden ehkäisystä. (Taulukko 11.)

”Valistettaisiin tätä ihmistä tai tiedottamista, ravitsemispuolta esimerkiksi, tota, mikä on hyvä ruokavalio tai jotain semmosta jotain pieniä tota, pieniä siis opasmuotoja vaikkapa kirjoitettaisiin. Niin kuin esimerkiksi suomeksi kirjoitettu mulla on semmoinen siis opas. Elikä tota siellä siis itsehoito-opas. Tai siis ulkomaalaisille niiden kielillä kirjoitettaisiin semmoinen opas. Ihan tota perusterveyden siis liittyvistä asioista, kuin sielläkin mainitaan. Mutta valitettavaa on sillä, elikä kaikki ihmiset eivät pysty siis lukemaan suomenkielen teksti.” (Mies 6)

Haastateltujen mielestä maahanmuuttajille suunnatun terveystietouden tulisi olla helposti ymmärrettävää. Jos henkilö ei ole vielä riittävästi oppinut suomenkieltä, hänellä tulisi olla oikeus saada sekä suullinen että kirjallinen tieto ja opetus joko suoraan äidinkiellellä tai tulkin kautta.

Papadopouloksen (2000) tutkimuksessa myös Lontoossa asuvilla Kyproksen kreikkalaisilla oli samansuuntaisia ajatuksia terveyden edistämiseen liittyvän tiedon saannin suhteen. Tutkimukseen osallistuvien mielestä valistusta tulisi lisätä niin kreikan, kun englannin kielelläkin, jotta Kyproksen kreikkalaiset kiinnittäisivät enemmän huomiota terveytensä edistämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen. Kreikankielisiä terveyttä ja terveyspalveluja käsitteleviä lehtisiä on ollut saatavilla, mutta heidän mielestään Lontoossa ilmestyvässä kreikankielisessä sanomalehdessä, sekä radiossa tulisi myös tuottaa terveyttä käsitteleviä ohjelmia.

Tämän tutkimuksen vastauksista ilmeni, että useimmat kokevat tärkeänä Suomen kulttuuri- ja yhteiskuntatietouden saannin alkuvaiheessa. Tärkeintä kuitenkin heidän mielestään on se, millä tavalla tietoutta annetaan. Opetus pitäisi tapahtua tulkin avulla, ja maahanmuuttajien tasolla. Toisaalta nähtiin tärkeänä myös kulttuuritietouden levittäminen suomalaisillekin niin, että ennakkoluuloja voitaisiin vähentää, sekä yleensäkin yhteistyön lisääminen työn ja harrastuksen puitteissa suomalaisten ja maahanmuuttajien välillä, varsinkin nuorten keskuudessa.

"Ja myös ihan alussa voi järjestää sellaisia kursseja, joissa kerrotaan, elikä Suomen kulttuurista, historiasta, ihmissuhteista, ja se varmaan vähentää niitä sokkia. ... Ja koska mä oon ollu koulussakin töissä ja oon nähnyt sitä, kun on järjestetty. Mutta kun joku tulee puhumaan sinne, hän puhuu suomalaisille. Elikä sen lapsen kielitaito ei riitä varmaan. Ja hän vain istuu ja ei ymmärrä mitään, mistä on kyse. Elikä on pakko varmaan tulkki olla ihan paikalla ja tulkata. Ja ainakin voi järjestää ihan erikseen niitä ulkomaalaisille." (Mies 1.)

Yhtenä suurena tarpeena monet kokivat sen, että saisivat itse osallistua. Useimmiten siitä puhuttiin mahdollisuutena työllistyä, mutta muutamat mainitsivat myös tärkeänä osana

kotoutumisprosessia mahdollisuuden osallistua maahanmuuttajaprojektien suunnitteluun, ohjaukseen ja toteutukseen. Tätä perusteltiin sillä, että maahanmuuttajat itse tietävät parhaiten, mitä maanmiehet, tai muutkin maahanmuuttajat toivovat, ja mihin he ovat tottuneet.

Eräänlaista osallistumista ja aktivointia haastateltujen mielestä ovat myös edulliset tai ilmaiset liikunta, ja harrastusmahdollisuudet, sekä retki- ja leiritoiminta, ei vain uusille tulijoille, mutta myös kauemmin maassa olleillekin. Tässä kuitenkin painotettiin varsinkin vanhempien kohdalla sitä, että heille tulisi tarjota sellaisia liikunta- tai harrastusmuotoja, jotka ovat heille entuudestaan tuttuja, kuten uimista, kävelyä ja erilaisia käsityömahdollisuuksia.

Haastateltujen mielestä terveydenhuolto on tähän asti tarjonnut sekä suomalaisille, että ulkomaalaisille samanlaiset palvelut ja peruspalvelujen tarjonnan toivottiin jatkuvan niin, ettei niitä leikattaisi jatkuvasti. Jotkut kokivat kuitenkin negatiivisena sekä terveydenhuollossa, että muussakin asiakaspalvelussa sen, että maahanmuuttajat eivät aina saa tasa-arvoista ja ystävällistä palvelua. Monen toive oli saada kokea olevansa tasa-arvoinen ja arvostettu omana itsenään.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään Suomessa asuvien kurdipakolaisten käsityksiä terveydestä yleensä, sekä heidän omasta terveydestään. Lisäksi heille annettiin mahdollisuus kuvailla niitä tekijöitä, jotka heidän mielestään vaikuttavat Suomessa asuvien kurdipakolaisten, ja muiden maahanmuuttajien terveyteen, sekä tarpeita, joihin vastaamalla terveyttä voitaisiin edistää ja ylläpitää.

Terveyden määritelmänä vastauksista nousi esiin terveyden kolme ulottuvuutta: fyysinen terveys, henkinen terveys, sekä sosiaalinen terveys. Lisäksi terveys nähtiin mm. sairauksien puuttumisena ja elämän perustana. Terveys nähdään usein välineellisenä arvona taustakulttuurista riippumatta. Tämä on aikaisemmin tullut esiin niin suomalaisten (Åstedt-Kurki 1988), kuin myös Ruotsissa asuvien thaimaalaisten naisten kohdalla (Lundbergin 1999). Molemmat haastatellut ryhmät kuvasivat terveyttä mm. hyvinvointina ja sairauden puuttumisena, jolloin terveys mahdollistaa ihmiselle muita tärkeitä pidettyjä asioita. Kyseinen käsitys kärjistyy etenkin Islamin uskossa ajatuksena, että ilman terveyttä ei ole mitään, ei edes elämää. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Tällainen Islamin uskoon perustuva käsitys terveydestä näyttäisi viittaavan siihen, että kaikkiin terveyden ulottuvuuksiin kohdistuva sairaus tai poikkeavuus koetaan paljon suurempana ja kokonaisvaltaisempana kuin länsimaisessa kulttuurissa, mikä on tärkeä huomioida etenkin Islamin uskoon pohjautuvan kulttuuritaustan omaavien maahanmuuttajien kohdalla.

Omaa terveyttä lähestyttiin vastakohtan kautta siten, että haastatellut toivat pääsääntöisesti esiin terveytensä huonoja puolia. Vastauksista muodostui kaksi ryhmää: fyysiset vaivat ja henkinen stressi. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin, myös tämä tutkimus osoitti, että suurella osalla pakolaisista on henkisiä paineita, jotka ilmenevät mm. uni- ja keskittymisvaikeuksina, ahdistuksena ja masennuksena (Hondius & van Willigen 1989, Clinton-Davis & Fassil 1992). Vastausten perusteella voidaan olettaa, että useimmiten nämä oireet ovat seurausta siitä, että on pakosta joutunut eroon läheisistään ja ystävistään ja joutuu elämään muukalaisena vieraassa maassa. Oireet voivat johtua myös erilaisten väkivallan

muotojen uhriksi joutumisesta. Monet pakolaiset kokevat myös syyllisyyttä siitä, että itse ovat paenneet ja jättäneet sukulaisensa vaikeaan tilanteeseen, eivätkä heitä auttamaan (vrt. Diarra ym. 1998, Wahlbeck 1999).

Maahanmuuttajien parissa työskentely asettaa haasteita monesti juuri asiakkaiden vaikeiden ja kipeiden kokemusten vuoksi. Terveystieteiden henkilöiltä vaaditaan ymmärrystä ja tietämystä epämääräisesti oireilevia tai työntekijän mielestä mitättömän syyn vuoksi vastaanotolle tulevia maahanmuuttajia kohdatessaan. Jos terveydenhuollossa toimivat jaksavat empaattisesti ja ammatillisesti paneutua henkilön ongelmiin, oireiden takaa voi paljastua esimerkiksi kidutusta tai muita vakavia ongelmia. Vastaanotolla ja yleensäkin terveydenhuollossa on vaarana ohittaa todellinen ongelma, mikä saattaa lisätä henkilön kokemaa ahdistusta ja häpeää entisestään.

Terveystieteiden vaikuttavista tekijöistä nousi esiin Orquen malliin (1983) sisältyviin osa-alueisiin verrattavia kategorioita. Näitä ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen osa-alue, jotka ovat interaktiivisessa vaikutuksessa kulttuuriseen osa-alueeseen, sekä sen osioihin. Kulttuuriperustan osa-alueisiin verrattavista tekijöistä esiin nousi mm. uskonto, kieli ja kommunikaatio, perhe-elämä, sekä sosiaalisten ryhmien vuorovaikutus.

Kuten oman terveydentilan kuvauksessa, myös terveyteen vaikuttavista tekijöistä keskusteltaessa haastatellut toivat voimakkaasti esiin psyykkisen terveyden ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tähän sisältyvät kulttuurin muutos ja siitä johtuva kulttuurisokki, sekä kulttuurin muutoksen vaikutukset perhe-elämään. Haastateltujen oma tausta, etenkin pakolaisuuteen johtaneet syyt, sekä sen seuraukset olivat myös monen kohdalla psyykkiseen terveyteen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi psyykkisen terveyden kannalta ongelmallisena koettiin suomalaisten muukalaisvastaisuus, joka usein ilmenee syrjintänä esimerkiksi julkisen palvelun tilanteissa.

Kulttuurin muutoksen useimmiten negatiivinen vaikutus perhe-elämään osoittaa sen, että sekä maahanmuuttajanuoret, että heidän vanhempansa tarvitsisivat erityistä tukea uuteen kulttuuriin sopeutumisessa. Tässä tilanteessa mm. koulu, kouluterveydenhuolto ja neuvolat ovat avainasemassa. Vanhempia olisi hyvä rohkaista tutustumaan kouluelämään sekä osallistumaan mm. vanhempain iltoihin, vaikka ei osaisikaan hyvin suomen kieltä. Olisi myös

hyvä, jos lapsiperheillä olisi mahdollisuus saada suomalainen tukiperhe, jossa olisi samanikäisiä lapsia.

Tämän tutkimuksen mukaan maahanmuuttajien terveyteen, ja sen kautta terveyden edistämiseen vaikuttaa suuresti kulttuuri, sen muutos ja muutoksen seuraukset. Terveyden edistämiseksi on tärkeää huomioida yksilö kokonaisuutena, jolloin Orquen mallin (1983) pohjalta on huomioitava fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, sekä kulttuuritausta. Varsinkin pakolaisten kohdalla taustan huomioiminen on ensiarvoisen tärkeää. Mielestäni on myös tärkeää erottaa se, että kaikki kriisit, kuten työttömyyden kokeminen, eivät maahanmuuttajien kohdalla liity kulttuurien kohtaamiseen, vaan ovat normaali reaktio vallitsevaan tilanteeseen, kuten kenellä tahansa suomalaisellakin.

Tässä tutkimuksessa haastatellut ilmaisivat terveydenedistämistarpeinaan päästä integroitumaan valtakulttuuriin, mutta suomalaiselta yhteiskunnalta odotetaan myös sitä, että se muuttuisi monikulttuurisemmaksi. Näin ollen onkin tärkeää, että kulttuuritietoutta jatkuvasti jaetaan esimerkiksi kouluissa, oppilaitoksissa sekä työpaikoilla. Eri ammattiryhmissä työskentelevien tulisi oppia kohtaamaan maahanmuuttajat samanarvoisina asiakkaina kuin valtaväestöön kuuluvatkin. Terveyden edistämisen parissa työskentelevien on myös tärkeää miettiä, miten maahanmuuttajaa voi tukea niin, että integroituminen voisi tapahtua.

Haastateltavat toivat esiin saman, mitä Meron (1988), Myrénin (1999) sekä Valtosen (1999) tutkimuksissa todettiin, että kielitaito, työllistyminen ja muu osallistuminen yhteiskunnan toimintaan ovat ensiarvoisen tärkeitä integroitumisen kannalta. Yhteiskunnalliset toimet näiden asioiden mahdollistamiseksi, sekä yleisesti asenteiden muuttaminen positiivisemmaksi maahanmuuttajia kohtaan voi saada aikaan yhteiskunnankin kannalta tuottavia ja positiivisia tuloksia.

7.2 Jatkotutkimuksia ja kehittämissuhteita

Kuten tässä tutkimuksessa kävi ilmi, integroituminen ympäröivään yhteiskuntaan on terveyden edistämisen kannalta tärkeää jokaisen maahanmuuttajan kohdalla. Kuitenkin mm.

työllistymisen kannalta, joka on yksi integroitumisen edellytys, olisi tärkeää, että yhteiskunnan ja työnantajien asenteet muuttuisivat myönteisemmäksi maahanmuuttajia kohtaan. Mielestäni yksi jatkotutkimuksen aihe olisikin esim. maahanmuuttajia työllistäneiden työpaikkojen kokemusten kartoittaminen, sillä varsinkin jos kokemukset ovat olleet positiivisia, se voisi kannustaa muitakin työnantajia maahanmuuttajien työllistämiseen.

Koska maahanmuuttajanuoriin ja heidän kotoutumiseensa liittyvää tutkimustietoa on vähän, olisi hyvä selvittää maahanmuuttajanuorten sopeutumista terveyden edistämisen kannalta. Myös maahanmuuttaja- ja varsinkin pakolaistaustan omaavien perheiden jaksamisen ja voimavarojen laajempi tutkiminen olisi tarpeen mm. siten, että se antaisi tietoa, miten nuoria ja heidän vanhempiaan voitaisiin paremmin tukea uuteen kulttuuriin siirtymävaiheessa.

Muista maahanmuuttajaryhmistä esimerkiksi naisten kokemusten ja mielipiteiden tutkiminen voisi antaa maahanmuuttajaperheiden terveyden edistämiseen uutta näkemystä hieman eri näkökulmalta. Lisäksi olisi mielenkiintoista saada tietoa myös maahanmuuttajavanhusten tilanteestaan täällä, kuten sosiaalisista kontakteista, kielen oppimisesta ja terveyden tilasta, sekä siitä, mihin heidän kohdallaan olisi hyvä panostaa terveyden edistämistyössä.

Tutkimuksesta nousi esiin maahanmuuttajatyön kehittämishaasteena mm. maahanmuuttajien koulutus. Useimmat maahanmuuttajat kokevat erittäin merkitykselläänä alkuvaiheen suomenkielen ja yhteiskuntatiedon opetuksen ja sen vuoksi opetuksen tulisi olla ymmärrettävää. Silloin kun suomenkielen taito on vähäistä, tulkkausta olisi tarpeen mukaan järjestettävä. Suomen kielikurssien sisältöjä olisi syytä edelleen kehittää siten, että ne entistä paremmin voisivat vastata maahanmuuttajien tarpeisiin niin kulttuuriin kuin kieleenkin perehtymisessä. Kuten muutamat haastatelluista mainitsivat, olisi hyvä antaa maahanmuuttajille itselleen entistä enemmän mahdollisuuksia suunnitella ja toteuttaa eri kursseja tai muita maahanmuuttajiin kohdistuvia aktiviteetteja. Monelta maahanmuuttajalta löytyy erittäin hyvää kokemusta, sekä selkeää näkemystä maahanmuuttajien tarpeista ja resursseista.

LÄHTEET

- Adler, P. S. 1975. The transitional experience: an alternative view of culture shock. *Journal of humanistic psychology*. 15 (4), 171-175.
- Andrews, M. M. & Boyle, J. S. 1999. *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia. J. B. Lippincott company.
- Alitolppa-Niitamo, A. 1994. *Kun kulttuurit kohtaavat*. Suomen mielenterveysseura ja Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Helsinki. Otava.
- Anson, O., Pilpel, D. & Rolnik, V. 1996. Physical and psychological well-being among immigrant referrals to colonoscopy. *Social Science Medicine* 43, 1309-1316.
- Berry, J. W. 1997. Immigration, acculturation and adaptation. *An international review*. 46, (1), 5-68.
- Bloch, B. 1983. *Bloch's assesment guide for ethnic/cultural variations*. Teoksessa Orque, M.S., Bloch, B. & Monroy, L.S. *Ethnic nursing care - A multicultural approach*. St.Louis. Mosby Company.
- Bruinessen, M. 1992. Kurdish society, ethnicity, nationalism and refugee problem. Teoksessa P. G. Kreyenbroek, S. Sperl (toim.) *The Kurds: a contemporary overview*. London. Biddles Ltd, 33-67.
- Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher*. 4, (3), 5-16.
- Clinton-Davis, L. & Fassil, Y. 1992. Health and social problems of refugees. *Social Science Medicine* 35, 507-513.
- Cullberg, J. 1978. *Psyykinen trauma: Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta*. Suomentajat Yrjö Nuorvala, Tarja Summa ja Ingalill Österberg. 8. Painos. A-klinikkasäätiö. Kouvola. Lehtikanta.
- Diarra, H., Tuominen, R. & Föhr, J. 1998. *Ulkomaalaisten mielenterveysongelmat*. Teoksessa R. Tuominen (toim.) *Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa*. Juva. WSOY, 124-142.
- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. 1998. *Health promotion. Models and values*. Oxford university press. UK.
- Emami, A., Benner, P. & Ekman, S. 2001. A sociocultural health model for late-in-life immigrants. *Journal of transcultural nursing*. 12, (1), january, 15-24.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062
- Ewles, L. & Simnett, I. 1992. *Promoting Health – A practical Guide*. England. Scutari Press.

Forsander, A., Ekholm, E. & Saleh, R. 1994. Monietninen työ, haaste ammattitaidolle. Täydennyskoulutusjulkaisuja 9. Helsinki. Hakapaino.

Greenberg, J.S. 1992. Health Education. Learner-Centered Instructional strategies. W.M.C. Brown Publishers, Dubuque.

Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto.

Helman, C. (1994) Culture, health and illness. 3rd edition. London. Wright..

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Aineiston hankinta, analyysi ja johtopäätökset. Teoksessa S. Hirsjärvi, P. Remes & P. Sajavaara. Tutki ja kirjoita. 5. Painos. Tampere: Tammer-Paino Oy, 176-222.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirstiö-Snellman, P. & Mäkelä, M. 1998. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 12. Helsinki.

Hondius, A. & van Willigen, L. 1989. Baseline health care for refugees in the Netherlands. Social Science Medicine 28, 729-733.

Jaakkola, E., Palomäki, H., Tiirikainen, A. & Reijomaa, T. 1993. Uudenmaan pakolais-ABC: käsikirja pakolaisten vastaanotosta. Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1993:11. Helsinki.

Jaakkola, M. 1999. Maahanmuutto ja etniset asenteet. Suomalaisten suhtautuminen maahanmuuttajiin 1987-1999. Työpoliittinen tutkimus 213. Työministeriö. Helsinki.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kelleher, D. 1996. A defence of the use of the terms 'ethnicity' and 'culture'. Teoksessa: Kelleher, D. & Hillier, S. (toim.) Researching cultural differences in health. London. Roudlidge.

Kleinman, A. 1986. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Teoksessa: Curren, C. & Stacey, M. (toim.) Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective. New York. Berg.

Krippendorff, K. 1980. Content analysis. An introduction to its methodology. London. Sage publications.

Koivisto-Junni, A. 1998. Tulkki - linkki kulttuurien välillä. Teoksessa R. Tuominen (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY, 49-57.

Kokkarinen, H. & Kouki, M. 1995. Maahanmuuttajat. Teoksessa R. Viialainen (toim.) Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opasterveydenhuollossa työskenteleville. STAKES. Oppaita 28. Juva: WSOY, 12-16.

Kotikuntalaki 11.3.1994/201

Kurdistan.1999. Ulkomaalaisviraston julkaisuja 1. Helsinki. Edita.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11, (1), 3 - 12.

Kyrönseppä, H., Forsman, A., Lehtonen, K. & Salovaara, K. 1993. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveydelliset ongelmat. *Suomen Lääkärilehti* 7, 572-576.

Laki asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta 30.12.1993/1573

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 19.2.1999/493

Larson, J. M. 1991. *The measurement of health. Concepts and indicators*. Greenwood press. New York.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki. WSOY.

Lawrence, P. & Rozmus, C. 2001. Culturally sensitive care of the muslim patient. *Journal of transcultural nursing* 12, (3), 228-233.

Leininger, M. 1991. *Culture care diversity & universality: A theory of nursing*. National league for nursing press. New York.

Leininger, M. 1994. *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. USA. Greyden Press.

Leskinen, L. 1997. Terveyttä edistävä toiminta; mitä se on? *Promo* 3, 8-11.

Liebkind, K. 1990. Pakolaisten mielenterveys ja identiteetti. *Suomen Lääkärilehti* 45, 3211-3216.

Liebkind, K. 1996. Acculturation and stress. Vietnamese refugees in Finland. *Journal of cross-cultural psychology*. 27, (2), 161-180.

Lundberg, P. C. 1999. Meanings and practices of health among married thai immigrant women in Sweden. *Journal of transcultural nursing*. 10, (1), January, 31 - 36.

Maahanmuuttajanaiset Suomessa. 1997. Työhallinnon julkaisu. Pakolais- ja siirtolaisasiain neuvottelukunta. Työministeriö. Helsinki.

Macdonald, G. & Bunton, R. 1992. Health promotion. Discipline or disciplines? Teoksessa R. Bunton & G. Macdonald (toim.) Health promotion. Disciplines and diversity. Great Britain. Routledge, 6-19.

McQueen, D. 1989. Thoughts on the ideological origins of health promotion. Health Promotion 4, 339-342.

Mero, P. 1998. Al-Tashin pakolaiset. Valintojen ja kotoutumisen tarkastelua asiakkaan kannalta. Helsinki. Työministeriö.

Midha, A. & Sullivan, M. 1998. The need to redefine the practice of health promotion in the United Kingdom. Health Policy. 44, 19-30.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Naidoo, J. & Wills, J. 1998. Health promotion. Foundation for practice. 5th ed. Great Britain. Routledge.

Nerweyi, F. 1991. Kurdit. Sosiaali- ja terveyshallitus. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Nohyneck, H., Jahkola, M., Ruutu, P. & Eskola, J. 1993. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Suomen Lääkärilehti. 25, 2349-2352.

Orque, M.S., Bloch, B. & Monroy, L.S. 1983. Ethnic nursing care - A multicultural approach. St.Louis. Mosby Company.

Orque, M.S. 1983. Orque's ethnic/cultural system: A framework for ethnic nursing care. Teoksessa Orque, M.S., Bloch, B. & Monroy, L.S. (toim.) Ethnic nursing care - A multicultural approach. St.Louis. Mosby Company, 32-44.

Ottawa Charter for health promotion. 1986. Ottawa: WHO, Health and Welfare Canada. Canadian Public Health Association.

Papadopoulos, I. 2000. An exploration of health beliefs, lifestyle behaviours and health needs of the London-based Greek cypriot community. Journal of transcultural nursing. 11, (3), June, 182-190.

Parviainen, T. & Pelkonen, M. 1997. Terveyttä kaikille -ohjelma ja Suomen terveyspolitiikka. Teoksessa Parviainen, T. & Pelkonen, M. (toim.) Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen. STAKES. Raportteja 217. Saarijärvi: Gummerus.

Perttilä, K. 1999. Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes tutkimuksia 103.

Phinney, J. S., Horenczyk, G., Liebkind, K. & Vedder, P. 2001. Ethnic identity, immigration, and well-being: An interactional perspective. Journal of social issues. 57 (3), 493-510.

Purokoski, M. 1994. Maahan saapuvien pakolaisten vastaanotto suomalaisessa terveydenhuollossa terveydenhoitajien kokemana. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja 3. Turku.

Puusaari, H. 1997. Kulttuurin muutos koettelee maahanmuuttajaa: Psykososiaalinen kohtaaminen. Teoksessa P. Pitkänen (toim.) Näkökulmia monikulttuuriseen Suomeen. Helsinki. Edita, 21-32.

Rahkama, L. 1998. Ulkomaalaisasiakkaat neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Teoksessa R. Tuominen (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Porvoo-Helsinki-Juva. WSOY, 112-123.

Ruokonen, H. 1996. Maahanmuuttajien terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö: tutkimus maahanmuuttajien ja alkuperältään suomalaisten vertailuryhmän lääkäriissäkäynneistä Meri-Rastilan terveysasemalla Helsingissä. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen julkaisuja. Helsinki.

Savolainen, L. 1995. Kokemuksia ulkomaalaisten terveysneuvonnasta. Teoksessa R. Viialainen (toim.) Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville. STAKES. Oppaita 28. Juva. WSOY, 62-65.

Serkkola, A. & Allahwerdi, H. 1998. Islamin jälkiä terveydenhoidossa. Teoksessa R. Tuominen (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY, 76-85.

Soivio, J. 1995. Kulttuuri, terveys ja terveydenhuolto. Teoksessa R. Viialainen (toim.) Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville. STAKES. Oppaita 28. Juva: WSOY, 17-21.

Spector, R. 1991. Cultural diversity in health and illness. USA. Appleton & Lange.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma. Kirjayhtymä Oy.

Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Kuopio. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583

Tilastokeskus. 1999. Väestö 1999:9. Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino.

Tilastokeskus 2001. Väestö 2001. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino.

Työministeriö. 1997. Selvitys pakolaisten ja maahanmuuttajien vastaanotosta eräissä kunnissa. Maahanmuutto-osaston monisteita. Helsinki.

Ulkomaalaislaki 22.2.1991/378

Valtonen, K. 1999. Pakolaisten kotoutuminen Suomeen 1990-luvulla. Työhallinnon julkaisu n:o 228. Helsinki: Työministeriö.

Vartiainen-Ora, P. 1996. Paossa. Perusasiaa pakolaisista meillä ja muualla. Sosiaali- ja terveysministeriö, pakolaistoimisto. Helsinki.

Vertio, H. 1992. Terveiden edistäminen. SHKS. Hämeenlinna. Karisto.

Wahlbeck, Ö. 1999. Kurdish diasporas: a comparative study of Kurdish refugee communities. Chippenham, Wiltshire. Antony Rowe Ltd.

WHO. 1946. Constitution. Geneva. WHO.

WHO. 1978. Primary health care. Report of the international conference on primary health care, Alma Ata. USSR. 6-12 September 1978. Geneva. World Health Organization.

MAAHANMUUTTAJIEN VASTAANOTTOON JA TERVEYDENHUOLTOON VAIKUTTAVIA LAKEJA

Kotikuntalaki (1994/201) määrittelee oikeuden terveystalveluihin. Turvapaikanhakijalla, niin kauan kuin häneltä puuttuu oleskelulupa, ei ole oikeutta kotikuntaan ja näin ollen hänellä ei ole samoja oikeuksia terveystalveluihin kuin suomalaisilla. Ulkomaalaislain (1991/378) ja kotikuntalain perusteella turvapaikanhakijalla on kuitenkin oikeus äitiys- ja neuvola-, sekä ensiavun luonteisiin talveluihin. Oleskeluluvan omaava henkilö, jolla on tarkoitus jäädä Suomeen vakinaisesti, myönteisen turvapaikkapäätöksen tai oleskeluluvan saanut turvapaikanhakija sekä pakolainen saa samat oikeudet terveydenhuollon talveluihin kuin muutkin kuntalaiset tultuaan rekisteröidyksi asuinkuntaansa.

Kansanterveyslaki (1972/66) velvoittaa kunnat järjestämään asukkailleen terveystalvelut sekä järjestämään ensiapupalvelut kunnan alueella oleskeleville ihmisille. Terveystalvelut sisältävät mm. terveystalvelun, sairaanhoidon, kuntoutuksen, mielenterveystalvelut, hammashuollon, kouluterveydenhuollon, opiskelijaterveydenhuollon, seulonnan ja joukkotarkastukset. Lisäksi kunnan on tuotettava työterveystalveluja työntekijöille ja yrittäjille.

Erikoissairaanhoitolaki (1989/1062) velvoittaa kunnat järjestämään asukkailleen lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon talveluja. Erikoissairaanhoitoa tarvitsevat ohjataan niihin sairaaloihin, joissa kunta on jäsenenä. Kiireellistä hoitoa on aina annettava sitä tarvitsevalle, kansalaisuudesta, sopimuksista tai kotikunnasta riippumatta.

Mielenterveyslaki (1990/1116) velvoittaa kunnat järjestämään lain määrittämät mielenterveystalvelut osana kansanterveystyötä siten, kuin kansanterveystalveissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten, kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä että mielenterveyden kysymyksissä maahanmuuttajat voivat kääntyä terveystalveksen puoleen, josta heidät tarvittaessa ohjataan mielenterveystoimistoihin ja psykiatrisiin hoitoyksiköihin.

Tartuntatautilaki (1986/583) sisältää kaikkia suomessa asuvia ihmisiä koskevia säädöksiä tartuntatautien ehkäisystä ja hoidosta. Sen mukaan tiettyjen tautien yleisvaarallisen luonteen vuoksi henkilö voidaan velvoittaa seulontatutkimuksiin, kuten thorax- röntgen- ja cardiolipin-tutkimuksiin.

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (1999/493) määrää, että kunta, jonka kunnanvaltuusto on tehnyt lain määrittämän sopimuksen kotouttamisohjelmasta ja pakolaisten kustannusten korvaamisesta, voi vastaanottaa työvoima- ja elinkeinokeskuksen osoittamat kiintiöpakolaiset kuntaan. Sopimuksen tehnyt kunta saa työvoima- ja elinkeinokeskuksen maksamat laskennalliset korvaukset pakolaisten vastaanotosta. Lisäksi kunnalle korvataan kotoutumistuesta, toimeentulotuesta sekä paluumuutto-avustuksesta aiheutuvat kustannukset kolmen vuoden ajalta.

HAASTATTELUN TEEMAKYSYMYKSET

Pääteemat:

Mitä on terveys?

Millainen on mielestäsi oma terveytesi?

Mitkä tekijät mielestäsi vaikuttavat terveyteen
täällä Suomessa?

Miten terveyttä voidaan parantaa ja ylläpitää
täällä Suomessa?

Alateemat:

- millainen on terve ihminen?

- mitä hyvää omassa terveydessäsi on?

- mitä huonoa omassa terveydessäsi on?

- Miten kulttuuri vaikuttaa terveyteen?

- Miten liikkuminen vaikuttaa terveyteen?

- Miten ravitsemus vaikuttaa terveyteen?

- Miten elämäntavat vaikuttavat terveyteen?

- Miten asuinympäristö vaikuttaa terveyteen?

- omalta taholta?

- terveydenhuollon / ammattilaisten taholta?

- yhteiskunnan / kaupungin / ympäristön taholta?

ESIMERKKEJÄ ANALYYSIN ETENEMISESTÄ

Esimerkki terveystieteeseen liittyvästä kategorioinnista

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
1. Terveys on sellainen, joka, voin sanoa, elämän tärkein asia jokaiselle ihmiselle, 2. koska ilman sitä ei varmaankaan kukaan voi pärjätä 3. Eli (terveys on) tärkeämpi kuin rikkaus.	Tärkeintä ihmiselle Ilman terveyttä ei pärjää Rikkautta tärkeämpi	Ihmiselämälle tärkeintä	Elämän perusta

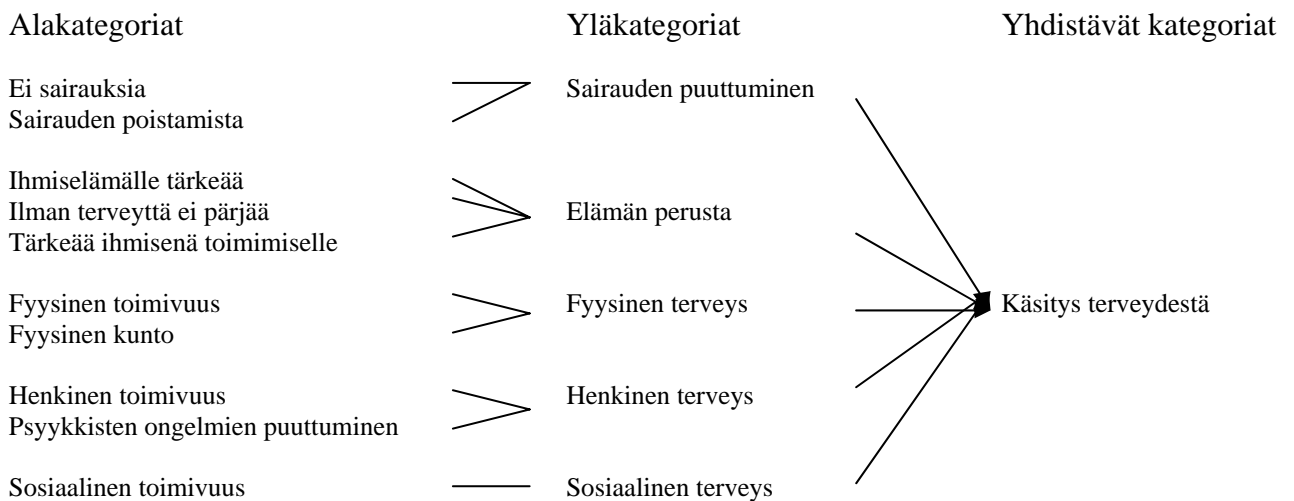
Esimerkki sosiaaliseen osa-alueeseen vaikuttavista tekijöistä

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
1a. Sillä perheellä on tietynlainen ystävyys 1b. Perheessä on turvallisuus 2a. ..koska jos muiden ihmisten on paljon tekemisestä, silloin miettii sisällä enemmän, eikä tule paineita 2b. Kai riippuu ihmisestä; jotkut haluaa mennä töihin ja olla mukana yhteiskunnassa vaikuttamassa	1a. Perheellisellä sopeutuminen helpompaa 1b. Perhe antaa turvallisuutta 2a. Muiden kanssa olo tuo muuta ajateltavaa 2b. Joillakin halua vaikuttaa yhteiskunnassa	Perhe turvana Sosiaalinen aktiivisuus turvana	Sosiaalinen turvaverkosto

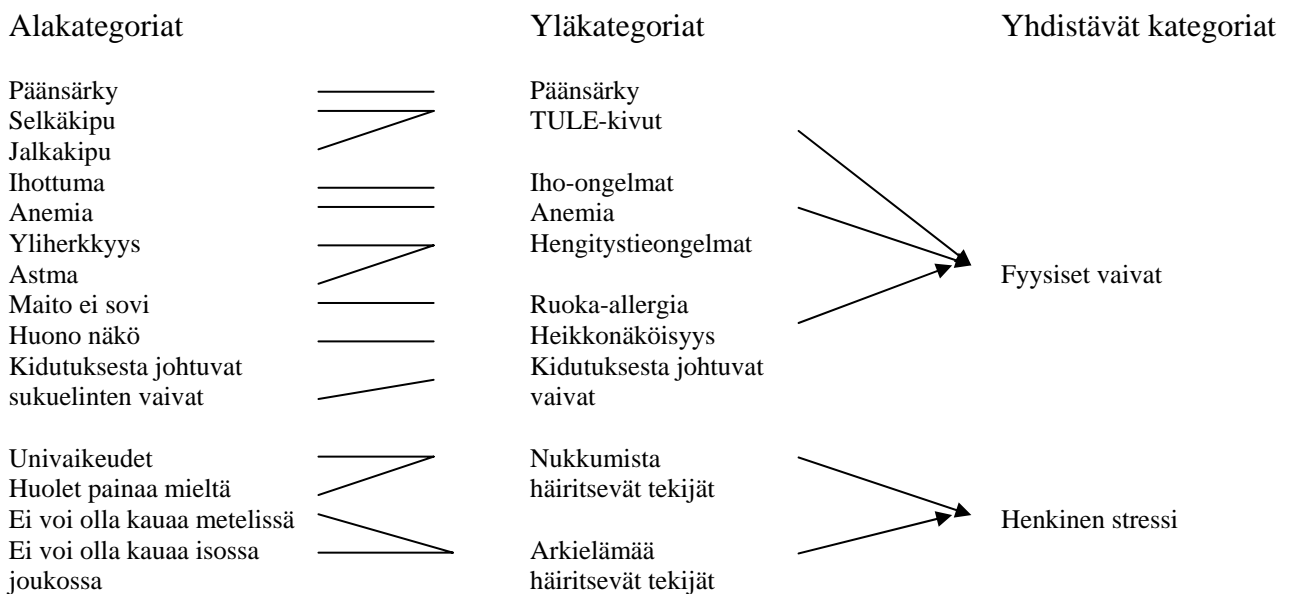
AINEISTOSTA MUODOSTUNEET KATEGORIAT RYHMITTÄIN

1. Terveys

a) Käsitys terveydestä

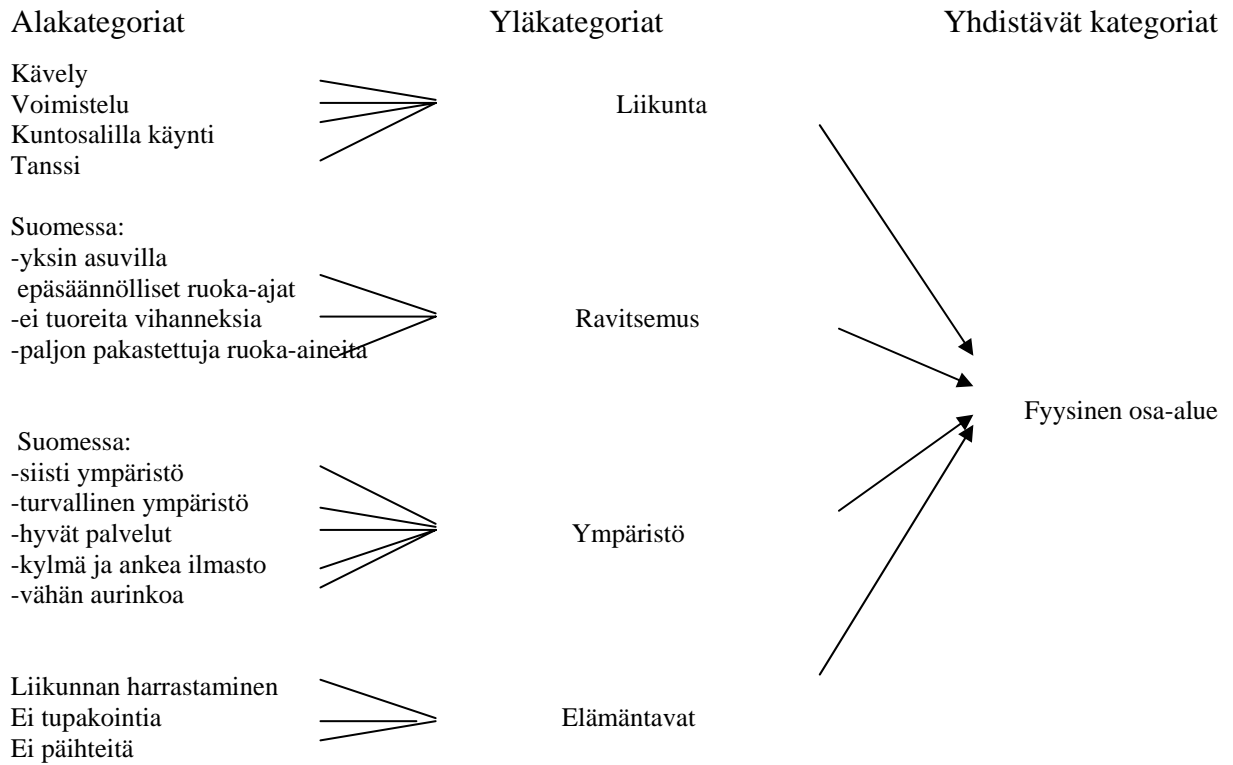


b) Käsitys omasta terveydestä

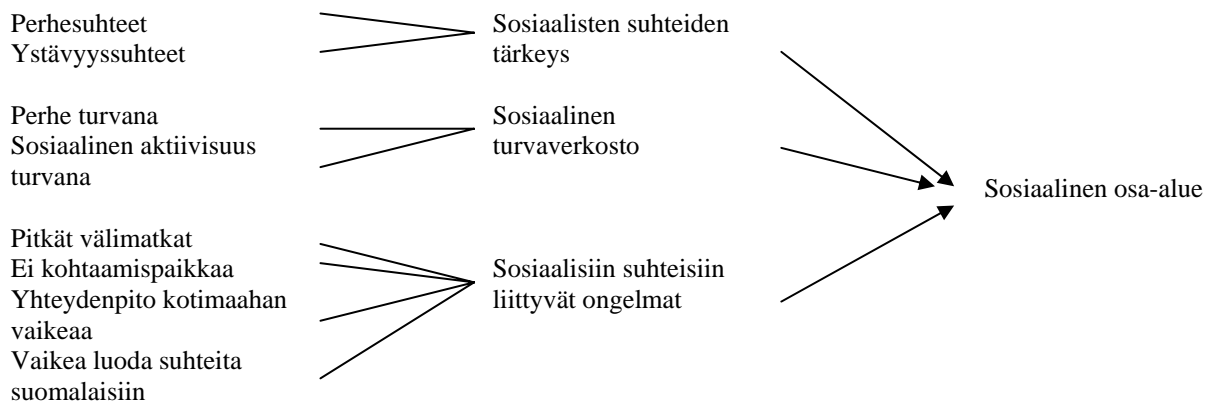


2. Terveysteen vaikuttavat tekijät

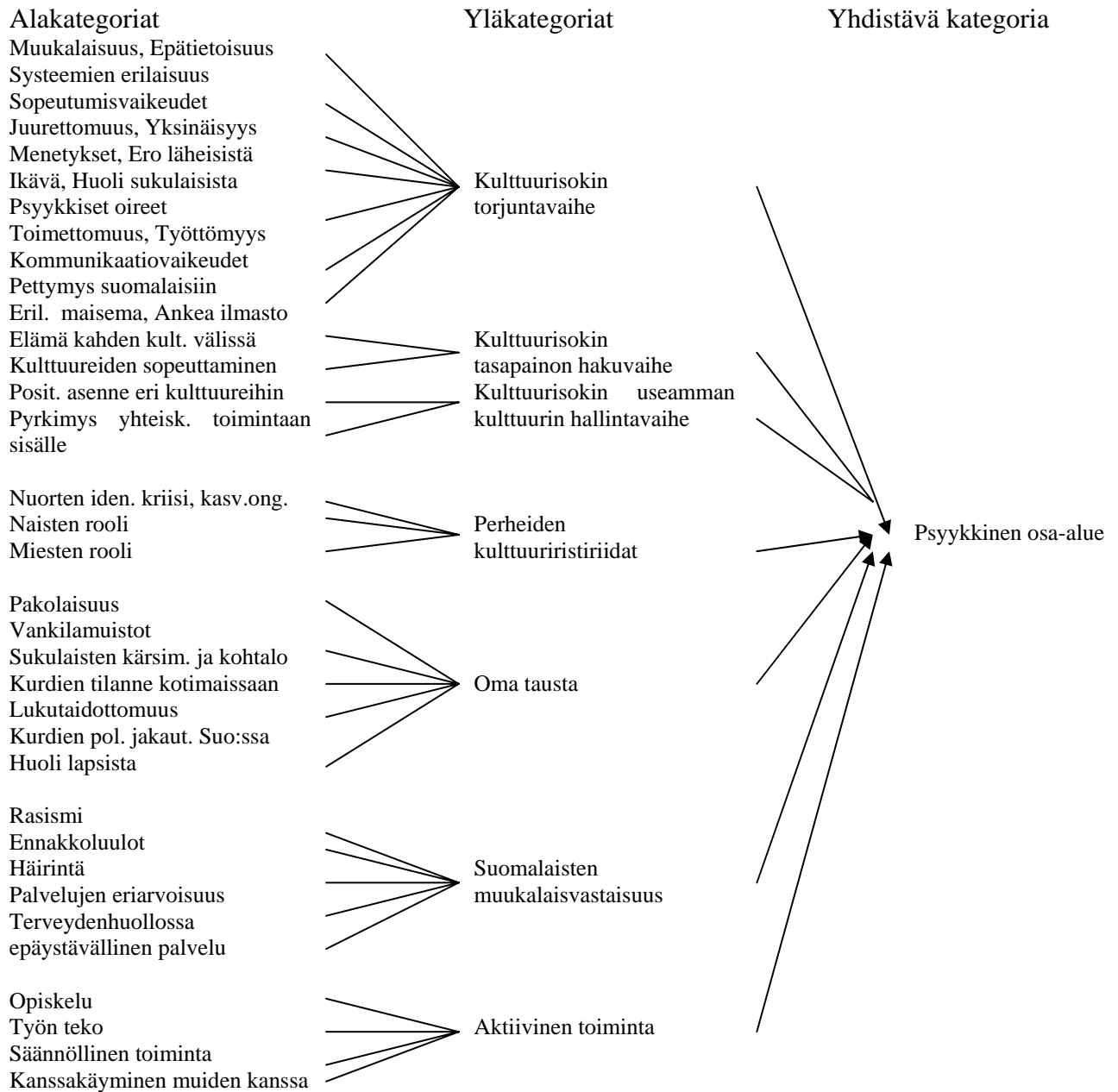
a) Terveysteen fyysiseen osa-alueeseen vaikuttavat tekijät



b) Terveysteen sosiaaliseen osa-alueeseen vaikuttavat tekijät

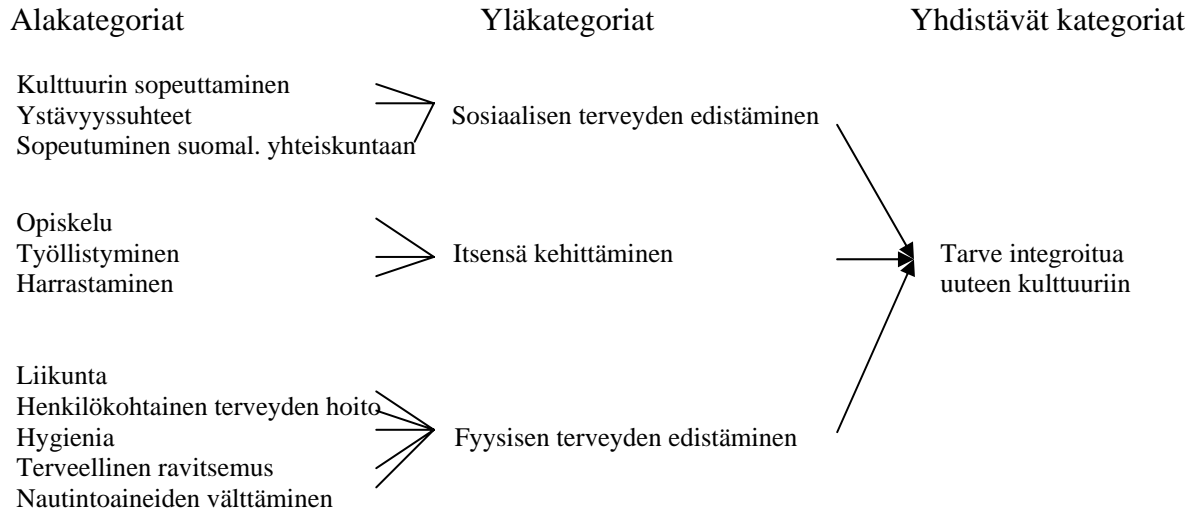


c) Terveyden psyykkiseen osa-alueeseen vaikuttavat tekijät



3. Terveyden edistäminen ja siihen liittyvät tarpeet

a) Omaehtoinen terveyden edistäminen



b) Yhteiskunnalliset keinot terveyden edistämiseen

