

**UUSUOMALAISIA KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA –
MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NUORTEN PSYYKKINEN HYVINVOINTI
KOULUTERVEYDENHUOLLON SILMIN**

Anni Lommi
Terveyskasvatuksen
Pro Gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2009

TIIVISTELMÄ

UUSUOMALAISIA KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA – MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NUORTEN PSYKKINEN HYVINVOINTI KOULUTERVEYDENHUOLLON SILMIN

Anni Lommi

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos, Terveiden edistäminen ja terveystieteiden kasvatustieteiden tutkimuskeskus

Pro gradu –tutkielma, 62 sivua, 4 liitettä

Kevät 2009

Ohjaajat: LitT Jorma Tynjälä, TtM Sami Kokko, LT Elina Hermanson, TtM Sanna Salmela

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vantaalaisten peruskoulun kahdeksatta luokkaa käyvien maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveyttä. Erityisesti tutkimuksessa haluttiin selvittää, missä määrin maahanmuuttajataustaisten nuorten ja kantaväestön samanikäisten nuorten välillä on eroja 1) lääkärin tekemässä kliinisessä mieliala-arviossa ja 2) nuorten itse täyttämien RBDI-13-kyselyjen (masennusta seulovan Beck Depression Inventoryn suomalainen versio) pistemäärissä? Lisäksi tavoitteena oli selvittää, eroavatko mielialaongelmista kärsivien nuorten perherakenteet tai maahanmuuttajasukupolvi niistä nuorista, joilla mielialaongelmaa ei diagnosoitu, sekä oliko kliinisten mieliala-arvioiden ja RBDI-13-kyselyn pistemäärien välillä yhteyttä?

Tutkimukseen liittyvä lääkärintarkastus toteutettiin lukuvuoden 2007-2008 aikana kahdeksannen luokan terveystarkastuksen yhteydessä. Tutkittavaksi pyydettiin oppilaita, joiden äidinkieleksi oli merkitty muu kuin suomi tai ruotsi. Verrokkit valittiin satunnaisesti samojen koulujen oppilaita niin, että kantaväestöön kuuluvia tyttöjä ja poikia tuli aineistoon yhtä paljon kuin maahanmuuttajataustaisia. Lopullinen aineisto koostui 50 tutkittavasta ja 50 verrokista. Aineisto analysoitiin SPSS 14.0 – ohjelmalla. Analysointimenetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia, riskisuhdetta sekä mediaani-, khiin neliö- ja Spearmanin korrelaatio-testejä.

Maahanmuuttajuudesta ei ollut yhteydessä lääkärin tekemään kliiniseen mieliala-arvioon eikä RBDI-13-kyselyn pistemääriin. Maahanmuuttajataustaisista 20 prosentin ja verrokkinuorista 18 prosentin epäiltiin kärsivän eriasteisista psyyken ongelmista. Maahanmuuttajataustaisten nuorten saamat RBDI-13-pistemäärät korreloivat kliinisen mieliala-arvion kanssa heikommin kuin kantaväestön nuorilla. Koko aineistossa yksinhuoltaja- tai uusperheen nuorella oli ydinperheen nuoreen verrattuna yli kahdeksankertainen riski kärsiä psyyken ongelmista. Kaikista maahanmuuttajataustaisista nuorista 52 prosenttia ja ensimmäisen polven maahanmuuttajanuorista 71 prosenttia asui yksinhuoltaja- tai uusperheessä. Verrokeista yksinhuoltaja- tai uusperheessä asui 26 prosenttia. Psykkinen oireilu oli tyypillisintä ensimmäisen maahanmuuttajapolven yksinhuoltaja- ja uusperheiden nuorten keskuudessa. Maahanmuuttajataustaisten ydinperheiden nuorilla ei diagnosoitu psyykkistä oireilua.

Aineiston perusteella näyttää siltä, että etenkin ensimmäisen maahanmuuttajasukupolven yksinhuoltaja- ja uusperheiden nuoret ovat erityisen alttiita mielenterveyden ongelmille ja toisaalta, että hyvinvoiva, ehjä perhe suojaa nuoren mielenterveyttä. Tulokset haastavat maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveysongelmien seulonnan ja hoitojärjestelmän. Avun pitää olla yksilöllistä, perhekeskeistä ja tarvittaessa ammattikuntien raja-aitoja ylittävää. Terveiden edistämisen tulee olla erityisen kokonaisvaltaista.

Asiasanat: maahanmuuttajat, nuoret, kouluterveystieteiden huolto, mielenterveys

ABSTRACT

IMMIGRANT FINNS IN THE SCHOOL HEALTH SERVICES – YOUTH'S MENTAL HEALTH IN THE EYE OF THE SCHOOL HEALTH SERVICES

Anni Lommi

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Master's Thesis, 62 pages, 4 attachments

Spring 2009

Supervisors: PhD Jorma Tynjälä, MSc Sami Kokko, MD Elina Hermanson, MSc Sanna Salmela

The aim of this study was to determine mental health of 8th grade immigrant youth living in Vantaa. The main purpose was to clarify to what extent there were differences between immigrant and native youth in 1) clinical diagnosis of mental health examined by a paediatrician and 2) self-rated RBDI-13-survey (Beck Depression Inventory) scores? Secondly the goal was to clarify if differences were associated with family structures or immigrant generations between adolescents suffering mental health problems and adolescents not diagnosed as having mental health problems and whether the clinical diagnosis and the RBDI-13-survey scores had relation?

The examinations of the study were made by a paediatrician during the school term 2007-2008 in the context of 8th grade health examinations. Students with other than Finnish or Swedish listed as their native language were asked to be examined as research subjects. The peer group was randomly selected from the same schools and the data included as many native girls and boys as immigrants. The final study sample consisted of 50 immigrants and 50 natives. Data was analyzed with SPSS 14.0, using frequency and per cent distributions, crosstabs, risks ratio, and median-, Chi-square- and Spearman-correlation -tests.

Immigrant-background wasn't related neither to clinical diagnosis of mental health, nor to RBDI-13-survey scores. It was estimated that every fifth of immigrant youth and eighteen per cent of peers were suffering from mental health problems of various degree. Immigrant youth's RBDI-13-survey scores correlated lower with the clinical diagnosis than the scores and diagnosis of peer group. In the whole data adolescents from a single parent- or a blended family had more than eight times greater risk of suffering psychological problems compared to a teenager of nuclear family. Slightly more than half of all immigrant youth and almost three-quarters of first-generation immigrants of this study were living in a single parent- or a blended family compared to every fourth of native-group. Psychological symptoms were most typical among first-generation immigrant youth from single parent- or blended families. Immigrant adolescents from nuclear families were not diagnosed having mental problems.

According to the data it seems that the first-generation immigrant youth, particularly from single parent- or blended families were exposed to mental health problems and that a well-being, unbroken family protected adolescent's mental health. These results challenge the screening and health care system concerning immigrant youth mental health. The service needs to be individualized, family-specific and multi-professional when necessary. The health promotion needs to be extremely comprehensive.

Key Words: Immigrants, Adolescent, School Health Services, Mental Health

Kiitokset,

Martiza Nunez, Alfonso Padilla,
Elina Hermanson, Tia Ristimäki,
Vantaan kaupunki, Maahanmuuttajien yhteispalvelutoimiston väki,
Perhe ja Rakkaani

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ, ABSTRACT

1. JOHDANTO	1
2. JÄSENNUSTÄ MONISELITTEISEEN KÄSITTEISTÖÖN	3
3. MAAHANMUUTTAJIEN HYVINVOINNIN HAASTEET	4
4. MAAHANMUUTTAJAN NUORUUS SUOMESSA	5
4.1 Kehitysympäristön vaikutus	6
4.1.1 Perhe ja koti	8
4.1.2 Koulu	10
4.1.3 Kaveripiiri	12
5. MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NUORTEN MIELENTERVEYS	15
5.1 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveys Suomen naapurimaissa	16
5.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveys Suomessa	18
5.3 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveys tässä tutkimuksessa	20
6. MAAHANMUUTTAJA TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA	22
6.1 Maahanmuuttajanuori kouluterveydenhuollon asiakkaana	24
6.2 Maahanmuuttajan terveystarpeiden tunnistaminen	24
6.3 Maahanmuuttajanuorten terveydenlukutaito, terveystaju ja käsitys terveydestä	25
6.4 Terveyden edistämisen kulttuuri-sidonnaisuus	27
7. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
8. AINEISTON KUVAUS JA HANKINTA	29
8.1 Tutkimusaineisto	29
8.2 Käytetyt mittarit	30
8.3 Analyysimenetelmät	31
9. TULOKSET	32
9.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	32
9.2 Psykkisten ongelmien esiintyvyys	33
9.4 Kliinisen mieliala-arvion ja perherakenteen välinen yhteys	34
9.4.1 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielialan ja perherakenteen välinen yhteys	34
9.4.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielialan ja maahanmuuttajasukupolven välinen yhteys	36
9.4.3 Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorten perherakenteen ja mielialan välinen yhteys	36
9.5 Verrokkinuorten mielialan ja perherakenteen välinen yhteys	37
9.6 RBDI-13-kyselyjen pistemäärien yhteys kliiniseen mieliala-arvioon	38
10. POHDINTA	40
10.1 Tutkimuksen perustelu	40
10.2 Tutkittavan ilmiön ja metodologian vaikutus tutkimuksen validiteettiin ja reliabiliteettiin	41
10.3 Aineiston keruutavan vaikutus tutkimuksen validiteettiin ja reliabiliteettiin	42
10.4 Tulosten tarkastelua	43
10.5 Maahanmuuttajuuden monimuotoisuuden haaste	45
10.6 Jatkotutkimus- ja käytännönehdotuksia	47
LÄHTEET	50
LIITTEET	63
Liite 1: Mielialakysely RBDI-13	
Liite 2: Tutkimuslomake	
Liite 3: Tarkastuksesta erityishyötyjä saaneet oppilaat	
Liite 4: Psykkisten ongelmien kuvaus	

1. JOHDANTO

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskunta on muuttumassa kulttuurisesti ja uskonnollisesti yhä monimuotoisemmaksi. Tämä lisää maahanmuuttajiin kohdistuvia tietotarpeita (Riihelä 2005), etenkin kun maahanmuuttajien elinoloja ja terveyttä selventävä tutkimus on käynnistynyt Suomessa vasta tällä vuosikymmenellä (Malin ym. 2002). Maahanmuuttajien terveys- ja mielenterveyspalvelut on Suomessa järjestetty sattumanvaraisesti ja tietoa heidän erityistarpeistaan on vielä kovin vähän (Vartti 2001, Rauta 2005, Riihelä 2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelijat ja käytännön työntekijät joutuvatkin pohtimaan, kuinka olemassa olevaa palvelujärjestelmää tulisi kehittää, jotta se kykenisi vastaamaan paremmin maahanmuuttajien tarpeisiin, edistämään integraatioprosesseja ja korjaamaan havaittuja ongelmia (Joronen 2005, Tiilikainen 2006). Maahanmuuttajaväestön ikärakenteesta johtuen maahanmuuttajille tarkoitettujen palveluiden kysyntä on keskittynyt toistaiseksi lasten, nuorten ja työikäisten palveluihin (Joronen 2005). Etenkin maahanmuuttajanuorten terveystutkimus on Suomessa kuitenkin toistaiseksi uutta ja vähäistä (Niemelä 2006). Koska kaiken terveyden edistämiseen tähtäävän toiminnan tulisi perustua näyttöön, maahanmuuttajanuorten terveystarpeista tarvitaan kiireesti tutkimustietoa (Hermanson 2007).

Maahanmuuton ja siihen liittyvien prosessien oletetaan vaikuttavan ihmisten mielenterveyteen merkittävästi, mutta ilmiön ymmärtämisessä ollaan vasta alkuvaiheessa (Guarnaccia & Lopez 1998, Barrett ym. 2000). Maahanmuuton vaikutuksista nuorten mielenterveyteen on esitetty osin ristiriitaisia tutkimustuloksia (Stevens & Vollebergh 2008). Tähän vaikuttanee se, että maahanmuuttajat eivät ole homogeeninen ryhmä. Useissa tutkimuksissa on havaittu pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kärsivän kantaväestöä heikommasta terveydestä. Erityisesti pakolaisuuteen ja turvapaikkaprosessiin liittyy keskimääräistä suurempi mielenterveyshäiriöiden riski (Sourander 1998, Olika vilkor – olika hälsa 2000, Malin ym. 2002, Sainola-Rodriguez & Koehn 2006, Pirinen 2008). Psykkisten häiriöiden riskin on eräissä tutkimuksissa todettu olevan suuri etenkin lapsilla, nuorilla ja toisen polven maahanmuuttajilla (Alitolppa-Niitamo 2002, Uusijärvi 2003, Cantor-Graae & Selten 2005, Saraiva Leão ym. 2005). Muuttoliikettä koskevassa tutkimuksessa esitetyn ns. healthy migrant -hypoteesin mukaan poismuuttavien terveydentila on kuitenkin jopa parempi kuin paikalleen jäävän väestön. Hypoteesin mukaan maahanmuuttajat, jotka eivät ole pakolaisia tai turvapaikanhakijoita, ovat maahan tullessaan jopa kantaväestöä terveempiä. Ilmiötä saattaa selittää myös valikoituminen (Stevens & Vollebergh 2008). Vaikuttaa kuitenkin siltä, että heidänkin terveydentilansa heikkenee nopeammin kuin muu väestön terveys (Mannilla 2008).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vantaalaisten peruskoulun kahdeksatta luokkaa käyvien maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveyttä. Erityisesti tutkimuksessa haluttiin selvittää, missä määrin maahanmuuttajataustaisten nuorten ja kantaväestön samanikäisten nuorten välillä on eroja 1) lääkärin tekemässä kliinisessä mieliala-arviossa ja 2) nuorten itse täyttämien RBDI-13-kyselyjen pistemäärissä? Lisäksi tavoitteena oli selvittää, erosivatko mielialaongelmista kärsivien nuorten perherakenteet tai maahanmuuttajasukupolvi niistä nuorista, joilla mielialaongelmaa ei diagnosoitu sekä sitä, oliko kliinisten mieliala-arvioiden ja RBDI-13-kyselyn pistemäärien välillä yhteyttä?

2. JÄSENNYSTÄ MONISELITTEISEEN KÄSITTEISTÖÖN

Maahanmuuttajuuteen liittyvää tutkimusta hämmentävät jäsentymättömät käsitteet ja niiden epäyhtenäinen käyttö (Stevens & Vollebergh 2008). Tässä tutkimuksessa käytetään maahanmuuttajuuteen liittyviä käsitteitä kuten Martikainen ym. (2006) ovat määritelleet. *Maahanmuuttaja* on uudissana, joka on otettu käyttöön korvaamaan käsitteen siirtolainen, joka nykymerkityksessään viittaa ensi sijassa työperäiseen maahanmuuttoon. Maahanmuuttaja pitää sisällään kaikki eri syistä maahan muuttaneet. Suomi ottaa vuosittain noin 750 ns. *kiintiöpakolaista*, joilla on YK:n pakolaisjärjestö UNHCR:n myöntämä pakolaisasema (Maahanmuuttovirasto 2008). Kiintiöpakolaisten lisäksi Suomeen tulee pakolaisia turvapaikanhakuprosessin ja perheiden yhdistämisen kautta. *Turvapaikanhakija* on maahan itsenäisesti tullut henkilö, joka hakee eri syistä turvapaikkaa maassa. *Kantaväestöllä* tarkoitetaan niitä Suomen kansalaisia, joilla ei ole maahanmuuttajataustaa. *Integraation* suomenkieliseksi vastineeksi on vakiintunut *kotoutuminen*. Tällä tarkoitetaan sitä prosessia, jonka kuluessa maahanmuuttaja tulee osaksi ympäröivää yhteiskuntaa. *Akkulturaatiolla* taas tarkoitetaan molemminpuolista sopeutumisprosessia ja muutoksia, joita tapahtuu sekä yksilö- että ryhmätasolla kahden kulttuurin kohdatessa (Johansson & Sundquist 2002).

Maahanmuuttajakaan ei ole yksiselitteinen käsite ja ulkomaalaisuudesta voidaan tehdä eriasteisia määrittäksiä. Vuonna 2005 Suomen lapsista kaksi prosenttia oli *ulkomaiden kansalaisia*, mutta *maahanmuuttajataustaisten* osuus liikkuu määrittävasta riippuen 3-9 prosentin välillä (Kartovaara ym. 2007). Tämän tutkimuksen aineistossa *maahanmuuttajataustaisiksi* määritellään nuoret, joiden äidinkieleksi oli sivistystoimen asiakirjoissa kirjattu jokin muu kieli kuin suomi tai ruotsi.

Maahanmuuttajia on Suomessa vähän verrattuna useimpiin muihin Euroopan maihin, mutta määrä on kasvanut nopeasti. Ulkomaiden kansalaisten määrä Suomessa oli vuonna 1990 noin 26 000, ja vuoden 2005 lopussa se oli jo lähes 114 000 eli 2,2 % koko väestöstä. Maahanmuuttajista noin puolet asuu Uudellamaalla. Suurimmat vieraskielisten ryhmät ovat venäjää, viroa, englantia, somalia ja arabiaa äidinkielenään puhuvat. Suurimmat kansalaisuusryhmät ovat venäläiset, virolaiset, ruotsalaiset, somalialaiset, serbia-montenegrolaiset ja irakilaiset. Suomessa olevien maahanmuuttajien ikärakenne vaihtelee kansalaisuusryhmittäin. Pääosin maahanmuuttajat ovat työikäisiä. Yli 65-vuotiaita on heistä vain kuusi prosenttia. Lasten suhteellinen osuus on suurin pakolaistaustaisissa perheissä. (Tilastokeskus 2006)

3. MAAHANMUUTTAJIEN HYVINVOINNIN HAASTEET

Monille Euroopan maille on yhteistä se, että maahanmuuttajien elinolot ovat usein heikommät kuin kantaväestön. Heikommista elinoloista seuraa terveyden ja hyvinvoinnin vaarantuminen sekä mahdollisesti sosiaalisten ongelmien kasaantuminen. Toisaalta maahanmuuttajia koskevat monet samat ongelmat kuin kantaväestöä, mutta he saattavat olla ongelmien kohdatessa useammin yksinäisiä. Haasteita lisää sosiaalisten verkostojen hajoaminen maailmalle ja se, ettei virallinen terveydenhoitojärjestelmä aina tunnista oireiden taustalla olevia ongelmia. (Malin ym. 2000, Varti 2001)

Maahanmuuttoon liittyviä hyvinvointia heikentäviä stressitekijöitä ovat taloudelliset huolet ja merkittävien sosiaalisten roolien menetys (Matinheikki-Kokko 1997, Miller 1999, Ager ym. 2002), huolestuttavat uutiset entisestä kotimaasta (Silove ym. 2002), syrjimiskokemukset (Liebkind 1996, Pitkänen & Kouki 2002), karkotuksen pelko maahan, jossa on koettu kidutusta tai vainoa (Sinnerbrink ym. 1997, Watters 2001, Silove ym. 2002, Silove 2004) ja Suomessa koettu syrjintä ja vaikea työllistyminen (EMCRX 2001, Pohjanpää ym. 2003). Maahanmuuttajaperheiden kokeman stressin ja pahoinvoinnin takana on usein työttömyys tai työpaikan menettämisen pelko (Malin ym. 2002, Sainola-Rodriguez & Koehn 2006). Maahanmuuttajien työttömyysaste onkin Suomessa korkea, ja erityisesti pakolaisina maahan tulleiden työllistyminen on ollut hidasta. Työministeriön arvion mukaan vuonna 2005 irakilaisista 67 %, somalialaisista 62 % ja iranilaisista 60 % oli työttömänä (Tilastokeskus 2006). Raudan (2005) mukaan maahanmuuttajien henkistä pahoinvointia kuvaavat korkeiden työttömyyslukujen ohella tilastot korkeista avioeroluvuista ja heidän suuresta osuudestaan turvakotien asiakkaina. Näillä kaikilla tekijöillä voi olla yhteyksiä mielenterveysongelmien syntyyn.

Martelinin ym. (2005) mukaan terveyden vaihtelusta etnisen taustan mukaan Suomessa on toistaiseksi hyvin niukalti tietoa, mutta väestömme monikulttuuristuminen lisää myös terveyden eriarvoistumista. Muun muassa poikkeuksellisen suuri työttömyys luo etnisten vähemmistöjen terveydelle merkittävän uhan. Terveyden eriarvoinen jakautuminen sosioekonomisten ryhmien kesken (Palosuo ym. 2007) heijastuu maahanmuuttajien hyvinvointiin.

4. MAAHANMUUTTAJAN NUORUUS SUOMESSA

Aalberg ja Siimes (1999) ovat määritelleet nuoruusiän kymmenkunta vuotta kestäväksi ikävaiheeksi, jonka aikana lapsesta tulee fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti aikuinen. Nuoruusikä 12-vuotiaasta 22-vuotiaaseen voidaan jakaa karkeasti varhaisnuoruuteen, varsinaiseen nuoruuteen ja jälkinuoruuteen. Voimakkaaseen fyysiseen ja psyykkiseen kasvuun liittyy samanaikainen taipumus taantumaan. Hormonitoiminnan mullistukset muuttavat sekä kehoa että ajatusmaailmaa. Lapsi joutuu hankkimaan uuden identiteetin, johon kuuluu käsitys itsestä seksuaalisena olentona ja miehenä tai naisena. Vanhempiin tukeutuminen on houkuttelevaa, mutta vähitellen yhä kielletympää ja nuori alkaa havainnoida vanhempiaan myös kriittisesti. Niemelän (2006) mukaan nuoruusikään liitetään hyvin erilaisia kehitystehtäviä ja sisältöjä eri kulttuureissa. Muualta kuin länsimaista kotoisin olevien, kollektiivisten ja islamilaisten kulttuurien nuoria ei voi siksi tarkastella yksinomaan länsimaisen nuoruuden käsitteen kautta.

Maahanmuuttajuus on siirtymä yhteiskunnasta toiseen, ja sen haasteena on täysivaltaisen jäsenyyden saavuttaminen uudessa yhteiskunnassa. Siirtymävaiheet ovat yksilölle usein hämmentäviä muutoksia tutusta ja hallitusta johonkin tuntemattomaan. Myös murrosikä on tyypillinen kehitysvaihesiirtymä. Siirtymävaiheiden haasteellisuus saattaa muuttua hyvinvoinnin uhkatekijäksi, stressiksi ja kehityksen jarruksi silloin, kun yksilö käy läpi monia muutoksia samanaikaisesti. Maahanmuuttajanuoret ovat siirtymässä lapsuudesta aikuisuuteen ja samanaikaisesti sovittamassa omaa toimintaansa moninkertaisiin kulttuurisiin kehyksiin ja erilaisiin aikuisuuksiin, joiden odotukset saattavat olla myös ristiriidassa keskenään (Harinen & Suurpää 2003). Nuorten on tehtävä valintoja, jotka heijastuvat heidän tapaansa suhtautua omiin historiallisiin, yhteiskunnallisiin ja taloudellisiin olosuhteisiinsa. Valintoihin vaikuttaa myös etäisyys heidän oman kulttuurinsa ja uuden kotimaan kulttuurin välillä (Berry 1997, Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000). (Alitolppa-Niitamo 2003)

Harisen (2005) mukaan maahanmuuttajuus- ja monikulttuurisuusksymysten on katsottu olevan erityisesti nuorten sukupolvikokemus: valtaosa maailman siirtolaisista ja maahanmuuttajista on alle 30-vuotiaita. Nuorison monikulttuurisuus ei väistämättä tarkoita sitä, että he olisivat aikuisväestöä avoimempia ja moniarvoisempia asenteiltaan tai toimintatavoiltaan. Monikulttuurisuus kuitenkin konkretisoituu nuorten arjessa useammin kuin aikuisten arjessa.

4.1 Kehitysympäristön vaikutus

Nuoren kehitykseen ja hyvinvointiin vaikuttavat kaikki ne tahot – kehitysympäristöt – joiden kanssa hän on tekemisissä ja vuorovaikutuksessa. Tämä vaikutus voi olla joko suora tai epäsuora. (Solantaus 2002). Harisen ja Suurpään (2003) mukaan monikulttuuristuminen asettaa nuorten arkeen uusia ehtoja, jotka koskevat koulumaailmaa, nuorisokulttuurien ja sosiaalisten verkostojen muotoutumista, perhesuhteita, nuorten tunne-elämää ja moraalisia käsityksiä. Monikulttuuristuva arki ei ole vain eksoottista kansainvälisyyttä ja matkustelua, vaan se luo myös uusia ristiriitoja, epävarmuuksia ja jännitteitä. Kososen (2000) mukaan maahanmuuttajanuorten kotoutumisongelmat ovat nousseet entistä voimakkaammin esille etenkin pääkaupunkiseudulla, jossa suurin osa Suomen maahanmuuttajista asuu. Sekä viranomaiset että poliittiset päättäjät ovat alkaneet tiedostaa monien maahanmuuttajanuorten syrjäytymisvaaran, kun oikeita keinoja kotoutumisen tukemiseksi ei ole löytynyt.

Sundquist (2002) on kuvannut stressi-haavoittuvuus-selitysmallin avulla tekijöitä, jotka vaikuttavat maahanmuuttajan hyvinvointiin. Näistä tekijöistä voidaan maahanmuuttajanuoria käsittelevään kirjallisuuteen nojaten soveltaa vastaava selitysmalli maahanmuuttajanuorten hyvinvointiin ja mahdolliseen psyykkiseen sairastumiseen vaikuttavista tekijöistä (Kuvio 1). Maahanmuuttajanuoren hyvinvointiin vaikuttavat yksilölliset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä niiden väliset sosiaaliset mekanismit niin lähtö-, kuin kohdemaassakin. Tietyt yksilölliset tekijät, kuten ikä, sukupuoli ja perimä, eivät muutu maahanmuuton seurauksena, mutta esimerkiksi elintapoihin maahanmuutolla voi olla suurikin vaikutus. Fyysisen aktiivisuuden määrä, ravitsemus, päihteiden käyttötapa ja seksuaalisuus voivat muuttua radikaalistikin maahanmuuton seuraksena. Sosiaalisella ryhmätasolla maahanmuutto tarkoittaa mm. muutoksia perhesuhteissa, luopumista, ikävää, entisen sosiaalisen verkoston hajoamista ja uuden luomista, kulttuuristen tapojen ja traditioiden muutosta, uuden yhteiskunnallisen ja sosioekonomisen aseman hakemista, kouluttautumista ja uuden kielen opiskelua. Yhteiskunnallisella tasolla hyvinvointiin vaikuttavat lähtömaassa mahdollisesti koetut sota, vaino, työttömyys ja köyhyys ja toisaalta kohdemaassa koettu diskriminointi, rasismi, työttömyys, köyhyys, syrjäytyminen, alueellinen segregaatio ja suomalaisen yhteiskunnan vieraus. Kaikilla edellä mainituilla tekijöillä, sekä niiden välisillä sosiaalisilla mekanismeilla, on vaikutus maahanmuuttajanuoren hyvinvointiin. Pahimmillaan ne voivat olla psyykkisesti liian stressaavia ja haavoittavia ja aiheuttaa näin psyykkistä sairastumista.

HYVINVOINTIIN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ LÄHTÖMAASSA

Yksilö

Perimä
Ikä
Sukupuoli
Elintavat

Ryhmä

Perhe
Yhteiskuntaluokka
Etnisyys - kulttuuri
Sosiaalinen verkosto
Vanhempien koulutus ja ammatti

Yhteiskunta

Yhteiskuntamuoto
Sota
Vaino
Työttömyys
Köyhyys



HYVINVOINTIIN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ UUDESSA KOTIMAASSA (SUOMESSA)

Yksilö

Perimä
Ikä
Sukupuoli
Elintavat

Ryhmä

Perhe
Yhteiskuntaluokka
Etnisyys - traditiot
Heikentynyt sosiaalinen verkosto
Vanhempien koulutuksen arvostus
Vanhempien ammatti
Koulu
Kielitaito

Yhteiskunta

Suomalaisen yhteiskunnan erilaisuus
Dirkriminointi ja rasismi
Työttömyys
Köyhyys
Sosiaalinen syrjäytyminen
Asuinalueiden segregaatio



TEKIJÖIDEN VÄLISET SOSIAALISET MEKANISMIT

Psykososiaaliset

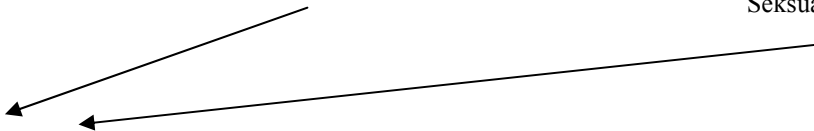
Perhe
Kaveripiiri

Koulu

Suuret vaatimukset
(yhteiskunnan/perheen/omat vaatimukset)
Koulumenestys

Elintavat

Fyysinen aktiivisuus
Päihteiden käyttö
Ravitsemus ja ylipaino/alipaino
Seksuaalisuus



PSYKKISEN SAIRASTUMISEN RISKI

Kuvio 1 Maahanmuuttajanuoren hyvinvointiin ja mahdolliseen psyykkiseen sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä (mukaellen Sundquist 2002).

Stevens ja Vollebergh (2008) esittävät tutkimuskatsauksensa pohjalta perheen stressin, sosioekonomisen aseman, kulttuurisen yhteensopimattomuuden kodin ja koulun välillä, kieliongelmiin sekä sosiaalisten verkostojen puutteen mahdollisina tekijöinä, joilla voidaan selittää eroja ongelmien esiintyvyydessä maahanmuuttajanuorten ja kantaväestön nuorten välillä. Maahanmuuttajanuoren hyvinvointiin vaikuttavina keskeisimpinä kehitysympäristöinä voidaan siis pitää perhettä ja kotia, koulua sekä kaveripiiriä, joita tarkastellaan seuraavassa tarkemmin.

4.1.1 Perhe ja koti

Kuten muillekin lapsille, myös maahanmuuttajataustaisille lapsille perhe on heidän tärkein kehitysympäristönsä (Alitolppa-Niitamo 2005). Perhe on keskeinen viitekehys nuoren kehityksen eri vaiheissa, elämänmuutoksissa ja sopeutumisessa uuteen sosiaaliseen ja kulttuuriseen ympäristöön (Sourander 2007). Perhe voi toimia maahanmuuttajan tärkeimpänä kotoutumisen resurssina, muutoksen puskurina, emotionaalisena tukena ja identiteetin peilinä silloin, kun se pysyy riittävän eheänä ja toimivana maahanmuuttoon liittyvistä stressaavista muutoksista huolimatta (Alitolppa-Niitamo 2005).

Maahanmuuttajanuoret kykenevät muokkaamaan kulttuurisesti määräytyneitä käsityksiään ja tapojaan uuden yhteiskunnan odotusten mukaisiksi usein nopeammin kuin aikuisväestö. Muutoksen nopeus ja joskus myös suunta voivat aiheuttaa perheessä sisäisiä ristiriitoja. Perheiden sisäiset valtasuhteet ja sukupuoliroolit saattavat olla kovien muutospaineiden alla (Martikainen ym. 2006). Sukupolvien eritahtinen akkulturaatio voi aiheuttaa perheissä vanhempien ja nuorten roolien kääntymisen siten, että käytännössä nuoret ohjaavat vanhempiaan uudessa yhteiskunnassa. Tämä voi nakertaa vanhempien auktoriteettia lasten silmissä. Lasten kasvatukseen liittyvät kysymykset heijastuvat usein kodin ulkopuolelle, muun muassa koulunkäyntiin ja terveydenhuoltoon, erilaisina toiveina, odotuksina ja vaatimuksina, joiden yhteensovittaminen suomalaisen palvelujärjestelmän kanssa ei suju aina kivuttomasti (Martikainen ym. 2006). Tässä tilanteessa nuoret saattavat oireilla rauhattomuudella ja huonolla koulumenestyksellä (Diarra ym. 1998), kun taas vanhemmat saattavat reagoida ryhtymällä korostamaan sellaisia traditionaalisia normeja, joiden noudattaminen esimerkiksi koulun toimintakulttuurissa voi olla vaikeaa. Kärjistyneimmillään eritahtisen

akkulturaation aiheuttamat paineet voivat johtaa siihen, että nuori jää vaille vanhempiensa, huoltajansa tai yhteisönsä tukea. (Alitolppa-Niitamo 2003)

Diarran ym. (1998) mukaan maahanmuuttajanuorten vaikeudet vanhempiensa kanssa alkavatkin useimmin murrosiässä, jolloin nuori pyrkii kokeilemaan rajojaan suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaisesti. Alkoholikokeilut, tupakointi ja seurustelusuhteet voivat aiheuttaa ahdistusta vanhemmille. Maahanmuuttajavanhemmat voivat olla tottuneet fyysiseen kurinpitoon, jota ei hyväksytä suomalaisessa yhteiskunnassa. Nuori voi puolestaan käyttää suomalaisen yhteiskunnan sääntöjä ja normeja aseenaan vanhempien vastaan.

Maahanmuuttajataustaisten nuorten ja heidän perheidensä asumistilanne eroaa kantaväestön nuorten perheiden asumistilanteesta. Maahanmuuton syyt vaikuttavat valintojen mahdollisuuksiin asuntomarkkinoilla. Maahanmuuttajien asumistasossa on siten huomattavaa vaihtelua. Kaikkiaan maahanmuuttajataustaiset nuoret asuvat vuokra-asunnoissa ja henkilöä kohti asuinpinta-alaltaan pienemmissä asunnoissa useammin kuin kantaväestön nuoret, poikkeuksena tästä englannin- ja saksankieliset nuoret. (Kartovaara ym. 2007)

Maahanmuuttajataustaisten perheiden tulotaso voidaan tarkastella tulonjakotilaston kokonaisuineiston avulla. Lähes 40 prosenttia maahanmuuttajataustaisista lapsista kuuluu pienituloisimpaan tulokymmenykseen ja 60 prosenttia on kuulunut kahteen pienituloisimpaan tulokymmenykseen kaikkina vuosina 1995-2005. Tulotason mataluutta selittänee äskettäin maahantulleiden osuus ja suuret perhekoot. (Kartovaara ym. 2007)

Osittain tulotason mataluutta selittänee myös runsas yksinhuoltajaperheiden määrä. Maahanmuuttajataustaisten lasten perheistä 23 prosenttia on yksinhuoltajaäidin perheitä. Kantaväestön perheissä vastaava osuus on 15 prosenttia. Yleisintä yksinhuoltajuus on vietnaminkielisten lasten perheissä (40 %). Seuraavana ovat somalin- (35 %) ja persiankieliset (31 %) lapset. Maahanmuuttajataustaiset lapset ovat Suomessa usein ilman isää. Mikäli isä ei ole koskaan asunut Suomessa, väestötietojärjestelmässä ei ole tietoja isästä. Isän tiedot puuttuvat 18 prosentilta maahanmuuttajataustaisista lapsista. Somalinkieliset lapset asuvat kaikista suurimmissa perheissä. Heistä 73 prosenttia asuu perheissä, joissa asuu vähintään neljä alle 18-vuotiasta lasta. Kantaväestön vastaava osuus on 12 prosenttia. Pienimmissä perheissä asuvat venäjän-, thain- ja kiinankieliset lapset. (Kartovaara ym. 2007)

Berntssonin (2000) mukaan terveyden puutteista kärsivät yleisimmin lapset, jotka kasvavat perheissä, joissa tulot ovat keskimääräistä pienemmät, koulutustaso on alhainen tai perheessä on vain yksi huoltaja. Taloudelliset tekijät ja materiaallinen elämänlaadun paraneminen eivät kuitenkaan yksin takaa lapsen terveyttä ja hyvinvointia, vaan perhesuhteet ja lapsen vertaisryhmät ovat tärkeitä hyvinvoinnin välittäviä tekijöitä. Berntsson toteaaakin perheen olevan lasten terveyden ja hyvinvoinnin tärkein perusedellytys. Lasten terveyden edistämiseksi tulisi hänen mukaansa keskittyä psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen: toimivien ihmissuhteiden rakentamiseen perheessä, muiden aikuisten ja vertaisryhmien jäsenten kanssa sekä ongelmanratkaisukyvyyn, itsetunnon ja koherenssin tunteen tukemiseen.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan hyvät perhesuhteet ovat ratkaisevia nuorten maahanmuuttajien kotoutumisongelmien ehkäisemisessä (Chiu ym. 1992, Feldman ym.1992, Phinney & Chavira 1995). Tärkeintä on, että nuori kokee perheen ilmapiirin ja suhteet vanhempiinsa hyväksi ja turvallisiksi riippumatta siitä, kuinka paljon tukea hän varsinaisesti vanhemmiltaan saa. Näyttää perustellulta olettaa, että vanhemmilta saatavan tuen ohella perinteisten, erityisesti perheeseen liittyvien kulttuuristen arvojen ylläpitäminen auttaa nuoria selviytymään kahden kulttuurin välillä. (Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000)

4.1.2 Koulu

Koulu on nuorten maailmassa keskeinen julkinen tila, jossa sosiaalinen järjestys saa myös hyvin fyysisiä muotoja. Koulussa määritellään jatkuvasti, kuka voi istua kenenkin vieressä, kuka voi käyttää koulun pihaa, kenelle muiden oppilaiden ja opettajien huomio ja suosio kuuluvat sekä minkälaisin symbolein itse kunkin paikka sosiaalisessa hierarkiassa osoitetaan (Harinen & Suurpää 2003). Kulttuurien välistä vuorovaikutusta ei välttämättä pääse syntymään, mikäli koulussa tai erityisesti samalla luokalla valtaosa on saman kulttuurin edustajia. Myös syrjintä on osa koulun arkea. Rasismiväritteeseen syrjintään syyllistyvät niin oppilaat kuin opettajatkin. (Niemelä 2006)

Etnisiin vähemmistöihin määritellyt nuoret elävät ”jäsenyysneuvottelujen” keskellä. He tavoittelevat omaa yhteiskunnallista ja yhteisöllistä paikkaansa sekä samalla haastavat totuttua sosiaalista ja kulttuurista järjestystä. Nuorten jäsenyyskamppailut saavat konkreettisimmat muotonsa arkisissa tiloissa ja tilanteissa, kouluissa, nuorisotaloilla, ostoskeskuksissa ja urheilukentillä, jotka eivät ole neutraaleja vaan etnisesti, sukupuolittuneesti ja sukupolvittain

kontrolloituja tiloja. Etnisyys säätelee täysipainoisen osallisuuden toteutumista yhteisessä sosiaalisessa tilassa. (Harinen & Ronkainen 2003, Harinen & Suurpää 2003)

Savopirtin (2006) mukaan koulun on todettu olevan keskeisellä sijalla maahanmuuttajien kotoutumisessa. Toinen ratkaiseva tekijä on kielitaito. Kielikoulutus onkin suuri haaste. Se on usein liian lyhyttä ja katkonaista. Liebkindin ja Jasinskaja-Lahden (2000) mukaan puutteellinen kielitaito on kotoutumista ja hyvinvointia haittaava tekijä. Jos maahanmuuttaja ei osaa uuden ympäristönsä kieltä, hänen toimintakykynsä on huomattavasti heikompi, mikä puolestaan lisää hänen stressiään. Kielitaidottomuudesta kärsivät ovat muita tyytymättömämpiä elämäänsä (Ying 1996). Hyvä kielitaito taas on yhteydessä parempaan hallinnan tunteeseen, parempaan itsetuntoon sekä vähäisempään stressiin (Noels ym. 1996).

Osa maahanmuuttajavanhemmista oppii kielen vasta lastensa jälkeen, mikä hankaloittaa läksyjen teossa auttamista, vanhempainiltoihin osallistumista ja yhteydenpitoa kouluun (Malin ym. 2002). Myös sukupolvien väliset ristiriidat perheissä voivat heijastua koulutyöskentelyyn muun muassa rauhattomuutena ja keskittymisvaikeuksina (Alitolppa-Niitamo 2003). Lisäksi jos lapsi on tullut hyvin levottomista oloista, voi sopeutuminen suomalaiseen kouluun olla aluksi vaikeaa (Rahkama 1998).

Künnapuun (2003) mukaan koulussa esiintyvät käytöshäiriöt voivat olla merkki siitä, että nuori voi huonosti, hänellä on ongelmia, joihin hän ei osaa hakea apua eikä löydä niihin itse parannuskeinoja. Avun hakeminen edellyttää aina jonkin verran sosiaalista kompetenssia ja maahanmuuttajilla sitä vaikeuttavat lisäksi kieliongelmat ja joskus myös kulttuurierot. Nuoren ongelmallisella käyttäytymisellä voi olla yhteys myöhempään syrjäytymiseen. Kososen (2000) mukaan opintonsa keskeyttäneiden ja koulutuksen ulkopuolella olevien maahanmuuttajanuorten lukumäärä on lisääntynyt. Koulupudokkaista vain harvat siirtyvät muuhun koulutukseen ja monista tuleekin työvoimatoimiston asiakkaita. Peruskoulun keskeyttäminen johtaa melko varmasti syrjäytymiseen, jonka kokonaiskulut yhteiskunnalle saattavat olla hyvinkin suuria (Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 2007).

Opetushallituksen tuoreen raportin (Kuusela ym. 2008) mukaan maahanmuuttajaoppilaiden osaaminen on keskimäärin heikompaa kuin suomenkielisen vertailuryhmän, kun kriteerinä pidetään Opetushallituksen arviointikokeissa osoitettua osaamista. Oppilaiden asenteet koulua ja opiskelua kohtaan ovat kuitenkin kantaväestöä myönteisempiä. Muista kuin EU-maista tulleet ensimmäisen

polven maahanmuuttajanuoret ovat riskialtteinnaassa asemassa koulumenestyksen, toisen asteen koulutukseen pääsyn, sen läpäisyn ja työllistymisen osalta. Raportin mukaan eri viranomaisten sekä kodin ja koulun välinen yhteistyö kangertelee. Koulun oppilashuoltoa, psykologin, kuraattorin, terveydenhoitajan, opettajien ja muiden viranomaisten tukea maahanmuuttajanuorille ja heidän perheilleen tulisikin tältä osin kehittää.

4.1.3 Kaveripiiri

Aalbergin ja Siimeksen (1999) mukaan eräs tärkeistä nuoruuden kehitystehtävistä on omien ikätovereiden, oman sukupolven löytäminen. Nuori hakee kiihkeästi ikäistensä hyväksyntää. Hän peilaa itseään lähiympäristöönsä, imee vaikutteita ja kokeilee erilaisia rooleja. Ikävaihe on riskialtis vähäisen elämäkokemuksen vuoksi (Berg-Kelly 1998). Kun nuori ottaa etäisyyttä perheestään ja etsii ikätovereistaan sidosryhmiä, hänellä on jonkinlainen taustakäsitys itsestään, lähimmäisistään, vuorovaikutuksesta, tunteista, seksuaalisuudesta ja yhteisön normeista (Kosunen ym. 2003).

Kieli saattaa vaikuttaa maahanmuuttajanuorten ystävyysuhteiden määrään ja laatuun. Kaksikielisyydestä huolimatta äidinkieli voi olla ns. tunnekieli, jolloin syvempien tunteiden ilmaisu on mahdollista vain käyttämällä omaa äidinkieltä. Vanhemmuuden merkitystä korostavissa kulttuureissa vanhemmilla on paljon vaikutusvaltaa lasten ystävyysuhteisiin. Vanhemmat saattavat rajoittaa lastensa vierailua suomalaisissa perheissä pelätessään näiden joutuvan siellä kosketuksiin esimerkiksi islamin kanssa ristiriidassa olevien tekijöiden kanssa. Tytöillä voi lisäksi olla paljon vastuuta kotitöistä. Uskonto voi asettaa rajoitteita muun muassa pukeutumiseen, ruokailuun, päihteiden käyttöön, sukupuolten väliseen kanssakäymiseen ja vapaa-ajanviettoon. Uskonnon harjoittamiseen liittyvät tavat ja rituaalit lisäävät turvallisuuden tunnetta vieraassa ympäristössä ja muistuttavat kotimaasta, mutta voivat samanaikaisesti tehdä elämästä haastavaa modernissa suomalaisessa yhteiskunnassa. (Niemelä 2003, 2006)

Kaikki Suomessa elävät maahanmuuttajanuoret eivät kuitenkaan pitäydy alkuperäkulttuurinsa traditioissa. Tästä huolimatta suomalaisten nuorten elämä tai ainakin sen tietyt piirteet voivat näyttäytyä maahanmuuttajanuorille myös turvattomina ja negatiivisina asioina, joista halutaan erottautua. Elämäntapa- ja kulttuurierot sekä siirtymäriittien eroavaisuudet voivat tehdä kulttuurien välisistä vuorovaikutustilanteista haasteellisia ja konflikteille alttiita. (Niemelä 2003, 2006)

Vähemmistöihin määriteltyjen nuorten erilaisuus on tehokas ulosjättämisen väline tai oikeuttaja. Mitä erilaisempi yhteisöön pyrkivä jäsen on kulttuuriselta taustaltaan, ihonvärittään tai tavoiltaan, sitä vähemmän hänellä on valtaa ja mahdollisuuksia suhteessa ryhmään ja sen toimintatapoihin (Harinen & Suurpää 2003). Syrjintäkokemuksilla voi olla monella tapaa negatiivinen vaikutus nuorten maahanmuuttajien hyvinvointiin ja terveyteen (Rogler ym. 1991, Gil ym. 1994, Vega ym. 1995, Phinney & Chavira 1995, Ying 1996, Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000). Diarran ym. (1998) mukaan maahan muuttaneet nuoret kokevat helposti yksinäisyyttä. Huono koulumenestys tai rauhattomuus voivat olla merkki nuoren vaikeuksista vertaisryhmässään. Sulkeutuminen itseensä, pitäytyminen kotona ja haluttomuus lähteä kouluun on yleistä masentuneiden ja pelokkaiden nuorten joukossa.

Harisen (2005) mukaan Nuorisobarometri 2005-aineistosta voi syntyä sellainen käsitys, että suomalaisten nuorten suhtautuminen yhteiskunnan monikulttuuristumiseen on ainakin yleisellä tasolla pikemminkin myönteistä kuin kielteistä. Tarkempi erittely kuitenkin osoittaa, että ratkaisevan suuria käännteitä asennoitumisessa ei ole tapahtunut. Aineisto sisältää myös jyrkkiä monikulttuuristumista vastustavia mielipiteitä. Lisäksi näyttää siltä, että kansainvälistyminen on nuorille jotain, jonka he haluavat määritellä itse ja itselleen sopivaksi. Harisen (2005) mukaan vertailu samaan aikaan koottuun maahanmuuttajataustaisten nuorten kyselyaineistoon osoittaa, että suomalaisilla nuorilla on positiivisempi käsitys suvaitsevaisuuden lisääntymisestä kuin maassa asuvilla maahanmuuttajataustaisilla nuorilla.

Honkasalon (2003) mukaan maahanmuuttajanuorten omissa käsityksissä maahanmuuttajuus väritytty kielteiseksi kategoriaksi, johon pyritään ottamaan mahdollisimman paljon etäisyyttä. Nuorten näkemykset siitä, kuka voi olla suomalainen ja kuka ei, ovat vahvasti syntyperään sidottuja. Rasismi koetaan väistämättömänä pahana, johon on jossain määrin totuttava. Ilmiön tekee satuttavaksi se, että syrjintä ja eriarvoisuus ovat jatkuvasti ja konkreettisesti läsnä maahanmuuttajanuorten elämässä (myös esim. Harinen & Suurpää 2003). Kokemuksista ei mielellään puhuta ja niiden psyykinen satuttavuus voidaan jälkikäteen tulkita omaksi yliherkkyydeksi. Samalla rasismi aiheuttaa kohteessaan häpeää. Syntyperään liittyvän häpeän nuori heijastaa helposti vanhempiinsa ja voi syyttää heitä ongelmistaan (Dierra ym. 1998).

Tarjolla olevat erilaiset identiteetit ja niiden leimaamat suhtautumistavat vaikuttavat maahanmuuttajiin kohdistuviin asenteisiin (Harinen 2005). Harinen ja Ronkainen (2003) tuovat

esiin erilaisten monikulttuurisuutta kahlitsevien hierarkioiden olemassaolon. Kansalaisuuksien, valtioiden ja kulttuurien hierarkiassa länsi on maailma, jonka kansalaisuudet ovat halutuimpia ja arvostetuimpia – ainakin kun katsomme maailmaa suomalaisesta yhteiskunnasta käsin. Tietyt kansalaisuus- ja kulttuuriyhdistelmät sekä maahanmuuttosyyt saavat Suomessa jatkuvasti lempeämmän vastaanoton kuin jotkut toiset (Jaakkola 2005). Martikaisen ym. (2006) mukaan maahanmuuttajanuorten identiteeteissä voikin korostua niiden tilannesidonnaisuus. Ne aktualisoituvat eli tulevat ajankohtaisiksi eri tavoin eri tilanteissa. Maahanmuuttajanuori voi olla ”bosnialainen” kulttuuritapahtumassa, mutta ”tavallinen suomalainen nuori” liikkuaan ystäviensä kanssa.

5. MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NUORTEN MIELENTERVEYS

Terveys voi ilmetä nuoren elämässä esimerkiksi harrastusten ja ystävien löytymisenä tai sosiaalisten jännitteiden purkamisena ryhmässä. Terveys heijastuu nuoren itsenäistymisprosessissa, muiden arvostamisena sekä välittämisenä ja hyvänä olona. Terveys voi näkyä myös negaation kautta: nuoren ylipainoisuutena, syömishäiriöinä, päihteiden käyttönä, ylisuorittamisena, väsymyksenä, uupumuksena, masennuksena tai jopa itsetuhoisuutena. (Puuronen A. 2006)

Vaikka maahanmuuton vaikutuksella nuorten mielenterveyteen on kasvava yhteiskunnallinen merkitys ja vaikka aihe on alkanut kiinnostaa laajalti myös tutkijoita, aihealueen tutkimus on aiheesta laajan kansainvälisen katsausartikkelin tehneiden Stevensin ja Volleberghin (2008) mukaan yhä heikosti jäsentynyttä ja vailla konsensusta. He peräänkuuluttavatkin aiheesta kiireesti lisää tutkimuksia, joissa käytetään yksiselitteisiä määritelmiä, käsitteitä ja standardisoituja tutkimusmenetelmiä. Heidän mukaansa kansainväliset tutkimukset esittävät kolme pääasiallista selitystä sille, miksi maahanmuuttajanuoret kärsivät kohonneesta mielenterveyshäiriöiden riskistä. Ensimmäisen selityksen mukaan maahanmuuttoprosessi aiheuttaa lapsille sekä suoraa että vanhempien stressin kautta välittyvää stressiä. Stressi johtuu maahanmuuton aiheuttamista menetyksistä, sopeutumisvaateista, arvoristiriidoista, kielivaikeuksista, perheensisäisestä eritahtisesta akkulturaatiosta sekä maahanmuuttoon usein liittyvistä köyhyydestä ja työttömyydestä. Toisen selityksen mukaan mielenterveyttä heikentävää stressiä aiheuttavat syrjintä, rasismi ja vähemmistöasema. Kolmanneksi selitykseksi on esitetty, että tietty kulttuuritausta voisi lisätä maahanmuuttajanuorten mielenterveysongelmien riskiä. Toisaalta he tuovat esiin myös nk. healthy migrant-hypoteesin, jonka mukaan maahanmuuttajanuoret kärsisivät mielenterveysongelmista jopa vähemmän kuin kantaväestö. Hypoteesia on selitetty sillä, että maahanmuuttoon päätyvät vain terveimmät ja pärjäävimmat sekä sillä, että maahanmuuttajaperheissä vallitsisi mielenterveysongelmilta suojaava yhteisöllinen ja tukeva perhekulttuuri.

Stevens ja Vollebergh (2008) kävivät katsausartikkeliaan varten läpi lähes 5000 maahanmuuttajanuorten mielenterveydestä kirjoitettua tutkimusartikkelia. Tiukat sisäänottokriteerit läpäisi vain kaksikymmentä tutkimusta, jotka käsittelivät muiden kuin pakolais- tai

turvapaikanhakijastatuksella maahan muuttaneiden nuorten mielenterveyttä. Johtopäätöksissään he toteavat, etteivät tutkimukset yksiselitteisesti todista maahanmuuttajanuorilla olevan kohonnutta mielenterveyshäiriöiden riskiä. He korostavat myös, että perustavanlaatuisen johtopäätösten tekeminen on kuitenkin vaikeaa tai jopa mahdotonta, sillä maahanmuuton vaikutus nuorten mielenterveyteen vaihtelee I) käytettyjen informanttien, II) maahanmuuttajaryhmän sekä III) kohdemaan välillä. Käytettyjen informanttien (I) mukaista vaihtelua ongelmien esiintyvyydessä he selittävät sillä, että 1) nuoren käytös saattaa vaihdella eri ympäristöissä, 2) kulttuuriset erot saattavat vaikuttaa siihen, mitä pidetään normaalina ja mitä raportoimisen arvoisena ongelmana sekä 3) vähemmistöasema saattaa aiheuttaa ongelmien havaitsemisharhoja. Erot maahanmuuttajaryhmien (II) välillä saattavat heidän mukaansa selittyä sosioekonomisen aseman, perheen stressin ja alkuperäisen kulttuurin eroilla. Myös yksilölliset tekijät kuten ikä ja sukupuoli vaikuttavat ongelmien esiintyvyyteen.

5.1 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveys Suomen naapurimaissa

Maahanmuuton vaikutusta nuorten mielenterveyteen tulee siis tarkastella mahdollisimman paikallisesti, sillä mielenterveysongelmien esiintyvyys vaihtelee kohdemaiden (III kts. edellä) välillä. Vaihtelu selittyy kohdemaiden maahanmuuttopolitiikan eroilla, eri maiden erilaisilla asenteilla maahanmuuttajia kohtaan sekä eroilla kantaväestön nuorten (verrokkien) mielen hyvinvoinnissa (Stevens & Vollebergh 2008). Entorf ja Minoiu (2005) ovat vertailleet eri maiden maahanmuuttopolitiikan vaikutuksia maahanmuuttajanuorten keskuudessa esiintyviin käytöshäiriöihin. Heidän mukaansa kohdemaiden maahanmuuttajien valintakriteerit vaikuttavat maahanmuuttajien sosioekonomiseen menestykseen vielä vuosikymmenienkin kuluttua. Osa maista, kuten Australia ja Kanada, hakevat korkean osaamisen asiantuntijatyövoimaa, osa houkuttelee köyhää halpatyövoimaa. Korkean osaamisen työtehtäviin valitut maahanmuuttajat menestyvät jopa paremmin kuin kantaväestö, mutta halpatyövoiman sosioekonominen asema on heikko vielä vuosikymmentenkin kuluttua. Nämä sosioekonomisen integraation erot saattavat Stevensin ja Volleberghin (2008) mukaan selittää sen, miksi Australialaisissa ja Kanadalaisissa tutkimuksissa maahanmuuttajanuorten käytöshäiriöt eivät olleet yleisempiä kuin kantaväestöllä ja ensimmäisen maahanmuuttajasukupolven käytöshäiriöt olivat jopa harvinaisempia kuin toisen sukupolven tai kantaväestön nuorten häiriöt.

Suomen maahanmuuttopolitiikka ja suomalaisten asenteet maahanmuuttoa kohtaan eroavat kuitenkin Australiasta ja Kanadasta, joten vertailukohtia on haettava samankaltaisemmista skandinaavisista naapurimaista. Stevens ja Vollebergh löysivät katsausartikkeliinsa (2008) kolme sisäänottokriteerit täyttävää skandinaavista tutkimusta. Yksi tutkimuksista oli tehty Norjassa ja kaksi Norjassa sekä Ruotsissa. Kaikki kolme tutkimusta käsitelivät nuorten itseraportoimia ongelmia.

Ensimmäinen tutkimuksista (Oppedal ym. 2005) tarkasteli etnisen alkuperän ja akkulturaation vaikutuksia psykiatristen ongelmien esiintyvyyteen maahanmuuttajanuorten keskuudessa. Psykiatristen ongelmien esiintyvyyttä vertailtiin sukupuolten, maahanmuuttajasukupolvien, etnisten ryhmien ja akkulturaatioon liittyvien riskien ja suojaavien tekijöiden välillä. Heidän mukaansa etenkin ensimmäisen maahanmuuttajasukupolven tytöt ja toisen sukupolven pojat olivat alttiita psykiatrisille ongelmille. Maahanmuuttajasukupolven vaikutuksista nuorten mielenterveyteen on muissa tutkimuksissa esitetty osin ristiriitaisia tuloksia. Hjern ym. (2004) totesivat sosioekonomisten tekijöiden selittävän ainakin osittain toisen polven maahanmuuttajien psykoottisia häiriöitä. Saraiva Leão ym. (2005) puolestaan totesivat, etteivät sosioekonomiset tekijät yksinomaan selittäneet toisen polven maahanmuuttajien mielenterveyden häiriöistä johtuvia sairaalaosastojaksoja, mutta löysivät toisen polven maahanmuuttajilla kohonneen mielenterveyden häiriöiden riskin kantaväestöön verrattuna. Sukupuolesta johtuvia eroja Oppedal ja Røysamb (2004) olivat havainneet jo aiemmassa tutkimuksessaan, jossa maahanmuuttajapojat raportoivat enemmän depressio- ja ahdistuneisuusoireita kuin kantaväestön norjalaispojat. Tyttöjen kohdalla vastaavaa eroa ei havaittu. Edellä mainitussa tutkimuksessaan Oppedal ym. (2005) löysivät eri etnisten ryhmien väliltä huomattavia eroja psykiatristen ongelmien esiintyvyyden ja akkulturaation osalta. Etninen ryhmä korreloi merkittävästi tunne-elämän ongelmien ja käyttäytymishäiriöiden sekä syrjinnän ja kaveripiirin ongelmien kanssa. ANOVA-analyysi paljasti kuitenkin etnisen ryhmän ja akkulturaation ainutlaatuisia vaikutuksia kaikkiin oire-kategorioihin heikentäen näin käsitystä akkulturaation välittävästä vaikutuksesta. Johtopäätöksissään he toteavatkin, että psykiatristen oireiden ja sosio-kulttuuristen tekijöiden välillä vallitsee monimutkainen suhde, jota tulisi tulevaisuudessa tutkia siten, että erityisen suuressa riskissä olevat ryhmät kyettäisiin tunnistamaan.

Toinen katsausartikkelissa mainittu tutkimus (Virta ym. 2004) keskittyi tarkastelemaan tietyn etnisen ryhmän psyykkisen sopeutumisen eroja naapurimaissa. Tutkimuksessa vertailtiin turkkilaisten maahanmuuttajanuorten psyykkistä sopeutumista (itsetuntoa, tyytyväisyyttä elämään ja mielenterveysongelmia) Norjassa ja Ruotsissa. Norjassa asuvien maahanmuuttajanuorten todettiin olevan psyykkisesti heikoimmin sopeutuneita kuin Ruotsissa asuvien. Tämän pääteltiin johtuvan

Norjassa asuvien heikommasta turkkilaisesta identiteetistä sekä heihin yleisemmin kohdistuvasta syrjinnästä. Eron tulkittiin olevan seurausta maiden erilaisista maahanmuuttopolitiikoista sekä maiden erilaisesta suhtautumisesta maahanmuuttajia kohtaan. Ethnografisten tutkimusten mukaan pluralismi ja myönteiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ovat yleisempiä Ruotsissa kuin Norjassa (Vedder 2001) ja saattavat vaikuttaa maaahanmuuttajien käytöshäiriöiden esiintyvyyseroihin näissä maissa.

Edelliseen tutkimusryhmään kuulunut Sam (2000) oli tutkinut jo aiemmin kolmen teoreettisen näkökulman - perhearvojen, akkulturaatiostrategioiden ja sosiaalisen ryhmäidentiteetin - vaikutuksia maahanmuuttajataustaisten nuorten psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkittavina olivat Norjassa asuvat vietnamilais-, pakistanilais-, turkkilais- ja chileläistaustaiset nuoret. Mainitut kolme näkökulmaa yhdessä selittivät 12-22 prosenttia nuorten itsetunnon, elämään tyytyväisyyden ja mielenterveyden vaihtelusta. Yksittäisen näkökulman ennustevoima riippui kuitenkin selitettävästä ilmiöstä. Ryhmäidentiteetti näytti selittävän vahvimmin nuoren psyykkistä hyvinvointia.

Kolmannessa katsausartikkelissa mainituista skandinaavisista tutkimuksista Sam ja Virta (2003) tutkivat sukupolvien välisiä arvoristiriitoja maahanmuuttajien ja kantaväestön perheissä Norjassa ja Ruotsissa ja totesivat niiden olevan yhtä suuria sekä maahanmuuttajien että kantaväestön perheissä. Lisäksi he löysivät arvoristiriitojen ja mielenterveysongelmien esiintyvyyden yleistymisen välille yhteyden vain ruotsalaisen kantaväestön keskuudessa. Tämä tutkimus kyseenalaistaa Stevensin ja Volleberghin (2008) edellä esitetyn arvoristiriidoista ja perheensisäisestä eritahtisesta akkulturaatiosta johtuvan mielenterveyden häiriöitä aiheuttavan stressin.

5.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveys Suomessa

Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveyttä on tutkittu Suomessa toistaiseksi niukasti. Suomessa on edelleen niin vähän ulkomaalaisia, ettei heistä saada luotettavia otoksiin perustuvia tilastotietoja. Kartovaara ym. (2007) ovat koonneet artikkeliinsa sen tiedon, minkä valtakunnan viralliset tilastot antavat myöten ulkomaalaistaustaisista lapsista tietoa tuottaa. Tilastotietoa maahanmuuttajataustaisten lasten tai nuorten terveydestä ei artikkelissa esitellä.

Riihelän (2005) mukaan kunnallisten palvelujen kehittämisen ja kunnan harjoittaman maahanmuuttajapolitiikan kannalta olisi tärkeää, että elinoloja ja terveyden edistämistä koskevat

selvitykset olisivat mahdollisimman paikallisia: voivathan eri maahanmuuttajaryhmien ongelmat poiketa toisistaan eri kunnissa ja vaatia erilaisia ratkaisuja. Vantaalla asuvia maahanmuuttajataustaisia nuoria paikallisesti läheisin selvitys tehtiin Helsingin kaupungin sosiaaliviraston maahanmuuttoyksikössä (Uusijärvi 2003).

Maahanmuuttajalasten mielenterveystilanteesta ja palvelujärjestelmän kehittämishaasteista Helsingissä tehdyn selvityksen (Uusijärvi 2003) mukaan hieman yli puolet vastanneista asiantuntijoista arveli, että maahanmuuttajataustaisilla lapsilla ja nuorilla on enemmän ongelmia kuin kantaväestöön kuuluvilla lapsilla ja nuorilla. Lasten ja nuorten mielenterveydenongelmien taustalla uskottiin olevan mm. kieliongelmia, kulttuurisia ristiriitoja, maahanmuuttoon liittyviä sopeutumisiongelmia, perheen eritahtista akkulturaatiota sekä perheen traumaattisia kokemuksia ennen maahantuloa. Tuloksissa korostui perheen ja vanhempien merkitys lapsen ja nuoren hyvinvoinnille. Vastauksissa nousi esiin vanhempien vaikean elämäntilanteen heijastuminen lasten hyvinvointiin: vanhempien omista ongelmista johtuva kyvyttömyys tukea lapsia, heidän arkuutensa hakeutua palveluihin tai tietämättömyys suomalaisesta palvelujärjestelmästä. Myös kiusaamisen, ennakkoluulojen, leimaamisen ja syrjinnän arvioitiin aiheuttavan lapsille turvattomuuden, erilaisuuden ja yksinäisyyden tunteita. Nuorilla mielenterveydenongelmien riskin arvioitiin kasvavan perheen sisäisten kulttuuriristiriitojen ja eritahtisen akkulturaation johdosta. Raportissa todetaan, että jos maahantulo ajoittuu murrosikään, on syrjäytymisen riski erityisen suuri. Selvityksen mukaan maahanmuuttajalapsilla on paljon mielenterveydellistä oireilua ja heidän hoitoon ohjautumisensa tiellä on paljon esteitä. Yksi suurimmista lasten ja nuorten mielenterveystyön esteistä on raportin mukaan vanhempien epäluuloisuus mielenterveyspalveluja kohtaan.

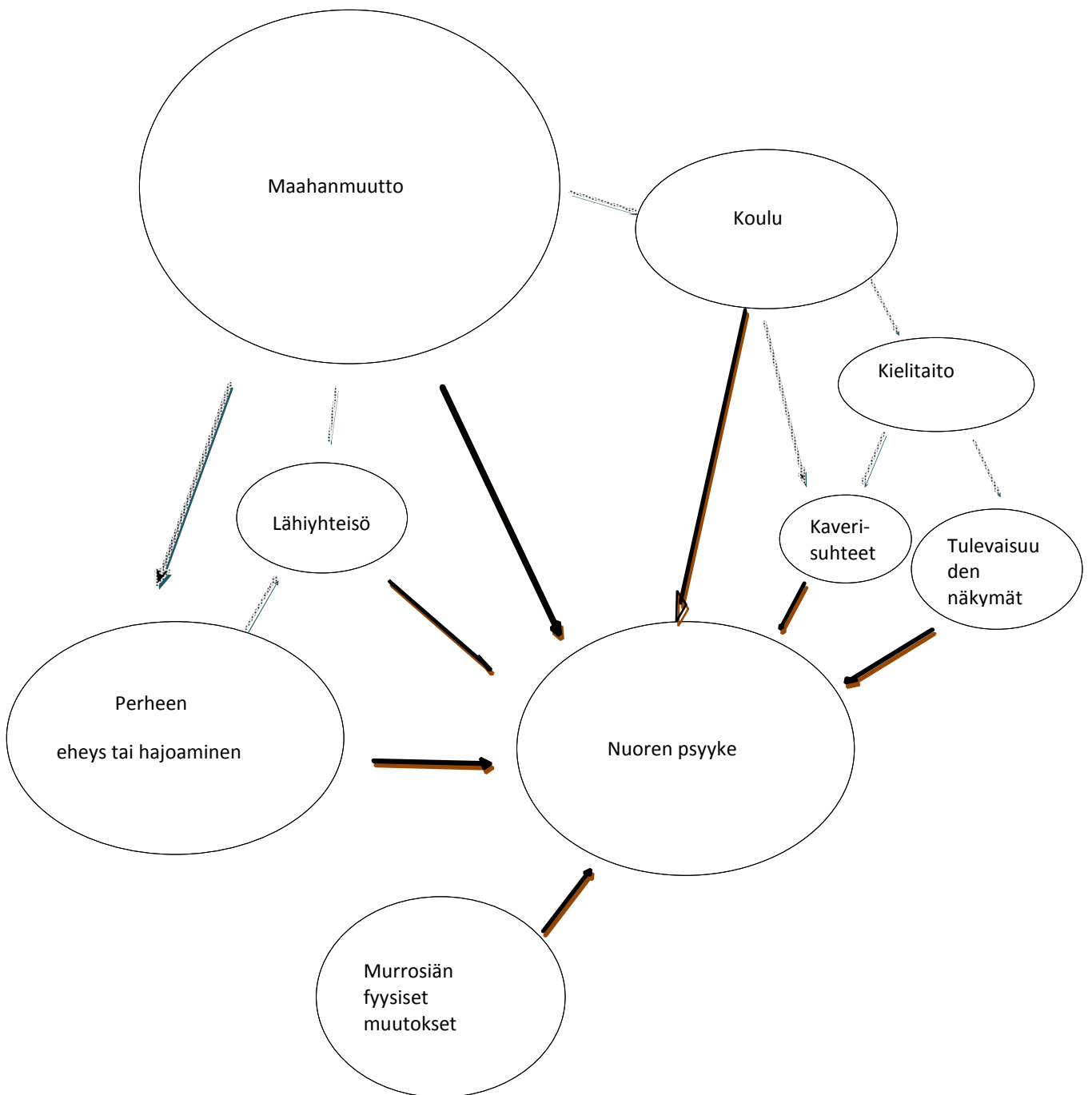
Kososen (2008) pitkittäistutkimus lapsena tai nuorena saapuneiden vietnamilaisten akkulturaatiosta, psyykkisestä hyvinvoinnista ja sosiokulttuurisesta sopeutumisesta puolestaan osoitti, että parempi suomen kielen taito aikuisena, masentuneisuuden puute lapsena tai nuorena, vähemmän koettua syrjintää lapsena tai nuorena sekä vähemmän identifioitumista suomalaiseksi aikuisena erottelivat nuorina aikuisina psyykkisesti hyvinvoivat heistä, jotka olivat masentuneita. Erityisesti lapsena tai nuorena koetun syrjinnän merkitys psyykkiselle hyvinvoinnille ja sosiokulttuuriselle sopeutumiselle aikuisena osoittavat hänen mukaansa tarpeen varhaisille psyykkisille interventioille. Perheen sisäisen eritahtisen akkulturaation vaikutus näkyi tutkimuksessa siten, että ne lapset ja nuoret, jotka omaksuivat nopeasti suomalaiset arvot, olivat nuorina muita yleisemmin masentuneita. Vahva samastuminen suomalaisiin oli yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen myös nuorten

aikuistuttua. Myös Virta ym. (2004) tulkitsivat, että heikko etninen identiteetti voi olla yhteydessä mielenterveysongelmien esiintyvyyteen.

Sainola-Rodriguezin ja Koehnin (2006) haastattelemista Suomessa asuvista aikuisista maahanmuuttajista lähes puolet ilmaisi kärsineensä yhdestä tai useammasta mielenterveysongelmasta Suomessa. Mielenterveysongelmat olivat yleisempiä nuorempien ja vähän aikaa Suomessa asuneiden maahanmuuttajien keskuudessa. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat eniten masennusta, ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta. Mielenterveysongelmien ilmaantumiseen olivat vaikuttaneet sekä ennen Suomeen tuloa tapahtuneet että Suomessa koetut asiat. Malinin ym. (2002) mukaan turvapaikanhakijat ovat alttiimpia mielenterveysongelmille kuin muut maahanmuuttajat. Maastalähtöön, Suomeen tuloon ja turvapaikkaprosessiin liittyy mielenterveysongelmia aktivoivia tekijöitä, jotka voivat pahimmillaan johtaa psyykkiseen sairastumiseen ja sairaalahoidon tarpeeseen ennaltaehkäisevistä toiminnaista huolimatta.

5.3 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveys tässä tutkimuksessa

Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveyttä lähestytään tässä työssä soveltaen edellä mainittua (mm. Sam & Virta 2003, Hjern ym. 2004, Oppedal & Røysamb 2004, Virta ym. 2004, Cantor-Graae & Selten 2005, Oppedal ym. 2005, Saraiva Leão ym. 2005, Sourander 2007, Stevens & Vollebergh 2008) kirjallisuutta. Oheinen kuvio 2 on tutkijan kyseisen kirjallisuuden ja käytännön kokemusten pohjalta tekemä oma yhteenveto maahanmuuttajataustaisen nuoren psyyken stressikuormasta. Maahanmuuttajataustaisen nuoren psyykettä kuormittavat pitkälti samat tekijät kuin kantaväestönkin nuorta. Maahanmuutto ja sen seuraukset aiheuttavat kuitenkin näihin tekijöihin lisäjännitteitä. Maahanmuuttoprosessi on jo sinällään nuoren psyykettä kuormittava tekijä. Lisäksi sillä on edellä kuvatuksi merkittäviä vaikutuksia nuoren keskeisiin kehitysympäristöihin, perheeseen, kouluun ja kaveripiiriin. Nämä vaikutukset puolestaan heijastuvat mm. nuoren kielitaitoon, kotoutumiseen, tulevaisuuden näkyisiin sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Murrosiän fyysiset muutoksetkin saattavat vieraassa kulttuurissa tuntua psyykkisesti kuormittavammilta, kun niistä selviämisen tueksi ei ole tarjolla tuttua sosiaalista verkostoa ja siirtymäriittejä. Länsimaisen yhteiskunnan siirtymäriitit, median luoma kuva seksuaalisuudesta sekä niihin liittyvät odotukset saattavat tuntua maahanmuuttajanuoresta myös hyvin ahdistavilta. Maahanmuuttajanuoren psyyke voikin olla hyvin erilaisten ja eri tahoilta tulevien kuormittavien tekijöiden rasittama.



Kuvio 2 Maahanmuuttajataustaisen nuoren psyyken stressikuorma. Tummat paksut nuolet kuvaavat nuoren psyykeen kohdistuvaa kuormaa. Harmaat katkoviivanolet siihen välillisesti vaikuttavia tekijöitä.

6. MAAHANMUUTTAJA TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA

Aikuisikäisten maahanmuuttajien terveydenhuollon palvelujen käyttöä Suomessa selvitettiin seikkaperäisesti ensimmäisen kerran vuonna 2006 julkaistussa ”Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut” –tutkimusraportissa (Gissler ym. 2006). Lasten ja nuorten osalta vastaavaa selvitystä ei Suomessa ole vielä tehty. Kansainvälisten tutkimusten mukaan länsimaiden ulkopuolelta tulleiden maahanmuuttajien on todettu olevan erityisen haavoittuvaisessa asemassa terveystensä suhteen, sillä heidän terveystalvveluiden käyttönsä on usein tarpeeseen nähden liian alhaista sekä laadultaan heikompaa kuin kantaväestön saama hoito (Gissler ym. 2006). Heillä on kantaväestöä suurempi riski jäädä erilaisten terveystjärjestelmien, etenkin ehkäisyohjelmien ja hoidon ulkopuolelle (Vartti 2001, Rauta 2005).

Maahanmuuttajat kohtaavat monenlaisia esteitä ja vaikeuksia tutustuessaan uuden asuinmaansa palveluverkostoihin. He tulevat usein varsin erilaisten yhteiskunnallisten järjestelmien piiristä. Suomalainen viranomaisverkosto, sen toiminta ja hyvinvointiyhteiskunnan logiikka ovat monille hyvin vieraita. Erityisen vieraita monelle maahanmuuttajalle ovat suomalaiset lapsiperheille suunnatut palvelut. Esimerkiksi lastensuojelun toimenpiteillä voi olla lähtömaassa aivan toisenlainen merkitys tai niitä ei ehkä ole edes järjestetty. Myös koulu- ja päivähoitojärjestelmä ja niissä toteutettava pedagogiikka voi olla vierasta. (Alitolppa-Niitamo ym. 2005)

Palvelun ja tuen saannin esteet voidaan Alitolppa-Niitamon ym. (2005) mukaan kiteyttää kolmeen pääkohtaan:

1) Maahanmuuttaja ei tiedä olemassa olevista palveluista, eikä tunne palvelujärjestelmää. Lisäksi suomalainen palvelujärjestelmä rakentuu pitkälti kirjallisen informaation varaan ja tiedon saamisen esteenä voi tällöin olla myös kieli- tai lukutaidottomuus.

2) Maahanmuuttajat eivät halua ottaa vastaan tarvitsemiaan palveluja. Varsinkin psykiatriset ja perhe-elämään liittyvät ongelmat saatetaan kokea hyvin häpeällisiksi. Monet maahanmuuttajat saattavat kokea myös aiempiin kokemuksiinsa pohjautuvaa pelkoa tai epäluottamusta viranomaisia kohtaan. Tätä epäluuloa saattaa lisätä kyseisen palvelun puuttuminen tai alhainen taso lähtömaassa.

Raudan (2005) mukaan maahanmuuttajien hoitoon hakeutumista estävät tekijät liittyvät leimaantumisen pelkoon, häpeään, kulttuurisiin tekijöihin, tapoihin, tiedon puutteeseen ja väriin uskomuksiin.

3) Palvelujärjestelmä ei anna maahanmuuttajataustaiselle asiakkaalle tarpeenmukaista tukea tai palvelua. Aina palvelujärjestelmässä ei riittävästi tunnisteta asiakkaan tarpeita tai tarpeet tulkitaan väärin, jolloin asiakas ei saa palvelua, vaikka tietää siitä ja on motivoitunut sitä hakemaan. Palvelujärjestelmä voi selittää ongelmia kulttuuriselityksellä ja toisaalta kulttuuriselitystä voidaan käyttää myös palvelun antamisen esteenä. ”Emme voi ottaa vastaan, kun emme tunne asiakkaan kulttuuria.”

Haikaraisen (2006) ja Koiviston (2006) mukaan maahanmuuttajien voi olla vaikea saada kunnan terveydenhuollon hoitopalveluja kuntien työntekijöiden heidän hoitamiseensa kohdistuvien kielteisten asenteiden johdosta. Työntekijät kokevat muun muassa kulttuuritietouden ja kielitaidon puutteen sekä tulkin käytön vaikeuttavan maahanmuuttajien hoitamista. Tämä saattaa johtaa maahanmuuttajien hoitamisen välttelyyn, myös lapsiasiakkaiden kohdalla.

Suomen potilaslain mukaan terveydenhuollon asiakkaan tulisi saada mahdollisuuksien mukaan palveluita omalla äidinkielellään. Suomessa on kuitenkin vain vähän maahanmuuttajille räätälöityjä palveluja. Pyrkimyksenä on ollut maahanmuuttajien ohjaaminen olemassa olevien ”normaalipalveluiden” käyttäjiksi. On kuitenkin ilmeistä, että maahanmuuttajat eivät aina tunne palveluja riittävästi osatakseen hakeutua terveydenhuollon piiriin tai saadakseen terveysterveystoimintaa. Perustuslain mukaan kaikilla kunnassa asuvilla tulee olla samat oikeudet palveluihin, mutta tämä toteutuu puutteellisesti maahanmuuttajien osalta. (Vartti 2001, Paananen 2005)

Alitolppa-Niitamon (2005) mukaan julkisen sektorin palveluiden näkökulmasta väestön monikulttuurisuuteen voidaan suhtautua kahdella tavalla. Universalistinen näkökulma ohittaa erilaiseen kulttuuriin ja etnisyyteen liittyvät tarpeet ja uskoo tasa-arvon toteutuvan, kun kaikille tarjotaan samat palvelut. Essentialistinen suhtautuminen puolestaan korostaa ryhmien välisiä kulttuurieroja ja etnisten ryhmien selvärajaista, kulttuurisesti määriteltyä erottumista muista etnisistä ryhmistä. Kultturalismi, kulttuurilla perusteltu yksinkertainen luokittelu, voikin pahimmillaan muodostua muualta muuttaneiden ihmisten tasa-arvoisen, ennakkoluulottoman ja avoimen kohtaamisen suurimmaksi esteeksi (Alitolppa-Niitamo & Söderling 2005).

6.1 Maahanmuuttajanuori kouluterveydenhuollon asiakkaana

Kouluterveydenhuollon määräaikaistarkastukset ovat keskeinen osa ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa ja terveyden edistämistyötä kouluissa. Toisaalta niukka resurssointi ja suoranaisten ohjeistuksen vastainen toiminta (Kivimäki ym. 2007, Wiss ym. 2007, Karhunen 2008) osoittaa, että kunnissa määräaikaistarkastusten tarpeellisuus on saatettu asettaa kyseenalaiseksi. Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) monikulttuurisuus huomioidaan lyhyesti. Uuden maahanmuuttajaoppilaan ja hänen vanhempiansa tapaamista suositellaan tehtäväksi laaja-alaisena terveystarkastuksena. Alkutarkastuksen jälkeen suosituksena on, että siirrytään normaaliin tarkastuskäytäntöön, joskin "toivottavaa on, että alkuun oppilasta tavataan hieman useammin". Oppaassa suositellaan, että kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksessa otettaisiin huomioon koulun koko ja erityisoppilaat, mutta maahanmuuttajataustaisia oppilaita ei erikseen mainita. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton (2004) laatimissa kouluterveydenhuollon laatusuosituksissa monikulttuurisuus kuitataan yhdellä virkkeellä, jossa kehoitetaan huomioimaan vähemmistöryhmät.

Rahkaman (1998) mukaan kouluterveydenhuollossa maahanmuuttajanuorten kohdalla tavallisimpia ongelmia on taustatietojen puute. Nuoren ikä tai nimi voi olla toinen kuin mikä maahantulon yhteydessä on ilmoitettu tai mikä passissa on. Perustietojen keruu voi olla hankalaa, jos maahantulotarkastusta ei ole tehty tai jos perhe on vaihtanut asuinpaikkaa Suomessa usein. Maahanmuuttajanuoret ovat saattaneet kokea suuria menetyksiä ja heidän perusturvallisuutensa on voinut järkkyyä pahasti. Masentuneen tai hyvin levottomasti käyttäytyvän nuoren asioiden selvittely vaatii hienotunteisuutta ja aikaa. Yli 15-vuotiailla maahanmuuttajilla on koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltokäyntejä suhteessa vähemmän kuin kantaväestöllä (Gissler ym. 2006).

6.2 Maahanmuuttajan terveystarpeiden tunnistaminen

Suomessa tehdyissä tutkimuksissa hoitohenkilökunta on tuonut esiin vaikeuksia maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohtaamisessa ja hoidossa (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998, Taavela 1999). Sainola-Rodriguezin & Koehnin (2006) mukaan aikuisten maahanmuuttajien kokemia mielenterveysongelmia on monesti vaikea huomata vastaanotto- ja hoitotilanteissa, eikä niihin vaikuttaneita tekijöitä ole helppo arvioida oikein. Lääkärit olivat huomanneet mielenterveysongelmia vähän yli puolessa niistä tapauksista, joissa maahanmuuttaja oli ilmaissut

kärsivänsä mielenterveysongelmasta. Lääkärit eivät kuitenkaan osanneet tarkemmin määritellä mielenterveysongelmien laatua.

Suomen terveydenhuoltohenkilöstö on kansallisuudeltaan ainakin vielä melko homogeeninen, joten maahanmuuttajilla on harvoin mahdollisuutta saada hoitoa etnisesti samantaustaiselta lääkäriltä tai sairaanhoitajalta (Sainola-Rodriguez & Koehn 2006). Terveydenhuollon henkilöstökin tosin monikulttuuristuu kiihtyvällä tahdilla. Maahanmuuttojohtaja Forsanderin mukaan Helsingin terveysasemien lääkäreistä 15 prosenttia on jo maahanmuuttajataustaisia (Nykänen 2008). Valtaosa terveydenhuollon kohtaamisista on kuitenkin yhä myös kulttuurien kohtaamista. Malinin ym. (2002) mukaan toisesta kulttuurista tulleen asiakkaan kohtaamisessa korostuu kulttuurin huomioimisen merkitys. Terveydenhuollon työntekijöiden tulisi varata asiakaskäynnille riittävästi aikaa, jolloin voidaan tulkita välityksellä tai olemassa olevalla kielitaidolla selittää ja tehdä ymmärrettäväksi suomalaisten käytäntöjen perusteita sekä vastaavasti antaa asiakkaalle mahdollisuus rauhassa tehdä itseään ja omia terveystarpeitaan ymmärrettäväksi työntekijälle. Tiilikaisen (2006) mukaan terveyteen, sairauteen ja parantamiseen liittyviä käsityksiä ei tulisi kuitenkaan ”kulttuuristaa” liikaa. Kulttuuri on abstrakti käsite, eikä sillä ole selitysvoimaa sinällään. Alitolppa-Niitamon ja Söderlingin (2005) mukaan maahanmuuttajatyössä kulttuuria käytetään usein selittämään sosiaalisia ongelmia, jolloin monitekiäisestä ilmiöstä syntyy yksinkertaistettu käsitys ja sellaiset tekijät kuin ihmisten ja perheiden erilaisuus, sekä valta ja ihmisten mahdollisuus vaikuttaa ja hallita omaa elämäänsä, jäävät huomiotta. Valtaväestö saattaa selittää maahanmuuttajaperheissä havaitsemiaan ilmiöitä kulttuurilla, kun todellisuudessa kysymys onkin sosiaalisista ongelmista, jotka selittyvät muutoksesta johtuvalla elämänhallinnan puutteella (Alitolppa-Niitamo 2005).

6.3 Maahanmuuttajanuorten terveydenlukutaito, terveystaju ja käsitys terveydestä

Terveydenlukutaito on verraten uusi terveyden edistämisen käsite. Yleisesti sillä tarkoitetaan yksilön kykyä lukea, ymmärtää ja käyttää terveyttä käsittelevää tietoa päätöstensä pohjana ja hoito-ohjeiden noudattamisessa. Terveydenlukutaidon määritelmä vaihtelee kuitenkin esimerkiksi sen mukaan, missä kontekstissa käsitettä käytetään, millaisia terveystaitoja kontekstissa olevilla ihmisillä on, sekä minkä ammattitaustan omaavat ihmiset käsitettä käyttävät. Nutbeam (2000) on kuvannut terveydenlukutaitoa terveystaustan tärkeimpänä tavoitteena ja lopputuloksena. Hänen mukaansa terveydenlukutaito voidaan jakaa toiminnalliseen, interaktiiviseen ja kriittiseen lukutaitoon ja sen parantaminen merkitsee enemmän kuin vain informaation välittämistä,

terveystiedon lukutaidon kehittämistä ja onnistuneita tapaamisia terveydenhuollossa. Ihmisiä voidaan omavoimavaraistaa terveytensä suhteen parantamalla heidän mahdollisuuksiaan hankkia tietoa terveydestä ja käyttää tietoa tehokkaasti. Nutbeam korostaakin henkilökohtaisen kommunikaation ja yhteisöllisen kasvatuksen merkitystä terveyden rakenteellisten esteiden voittamisessa.

Terveystaju on terveystiedon ja terveydenlukutaidon rinnalle ja niitä täydentämään luotu, toistaiseksi vähän käytetty, terveyden edistämisen uudiskäsite. terveystaju pitää sisällään tiedon ja lukutaidon, mutta ne muodostavat vain yhden elementin siitä. Asiantuntemus oman terveyden suhteen ei rakennu vain tiedollisista elementeistä, vaan se rakentuu yhteydessä maailmaan ja toisiin ihmisiin. terveystaju on valintoja, ymmärrystä ja tulkintaa. ”Nuorten terveystajun voi nähdä rakentuvan ristiaallokossa, jossa yksilöllisen tietotaidon ja erityyppisten lähiyhteisöjäsenyyksien ohella törmäilevät erilaiset ala- ja vastakulttuurit, näiden emokulttuurit sekä hallitseva arvo- ja normijärjestelmä.” (Hoikkala ym. 2005). Maahanmuuttajanuori rakentaa terveystajuaan keskimääräistä useampien toisiinsa törmäilevien kulttuurien sekä arvo- ja normijärjestelmien myrskyssä.

Maahanmuuttajanuoren terveystajun rakentumiseen sekä hänen kokemukseen omasta terveydestään, hänen terveystottumuksiinsa ja toisaalta terveydenhoitojärjestelmän kykyyn tunnistaa hänen terveystarpeensa, vaikuttavat osaltaan terveys- ja sairauskäsitykset sekä niiden eroavuudet. Näiden käsitysten voidaan katsoa rakentuvan erilaisten rakenteiden pohjalle näkökulmasta riippuen. Jyrkämän (2006) mukaan terveys- ja sairauskäsitykset rakentuvat kulttuurisesti, historiallisesti ja sosiaalisesti. Symbolisen interaktionismin näkökulmasta ne rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kielen ja sen luomien merkitysten avulla. Sosiaalinen konstruktionismi puolestaan kuvaa terveyden ja sairauden ilmiöiden ja instituutioiden rakentumista yhteiskunnallisissa käytännöissä ja suhteissa, joita kieli, tieto ja valta muokkaavat (Honkasalo 2000). Maallikon käsitys sairaudesta ja terveydestä jäsentyy paljolti paikallisen kulttuurin ja sosiaalisen tiedon pohjalta maallikkoverkostoissa (Lillrank & Seppälä 2000). Käsitys siitä, mikä on psyykkisesti tervettä tai sairasta vaihtelee kulttuurista toiseen (Johanson & Sundqvist 2002). Erilaiset käsitykset ja tavat puhua terveydestä vaikuttavat siihen, kuinka terveysongelmat havaitaan ja kuinka terveyspalveluja käytetään (Blomstedt 2007). Erityisesti nuori saattaa joutua suomalaisen terveyspalvelukulttuurin arvomaailman ja vanhempensa edustaman arvomaailman törmätessä turvattomaan ristiriitatilanteeseen, jossa suomalaisten ammattilaisten ja vanhempien käsitykset saattavat olla keskenään vastakkaisia (Sourander 2007).

6.4 Terveyden edistämisen kulttuuri-sidonnaisuus

Modernisoituneessa länsimaisessa yhteiskunnassa terveydelle on muotoutunut oma institutionaalinen rakenteensa. Suomessa tämä virallinen instituutio on terveystieteiden ja terveydenhuolto, joiden toimintaa ohjaavat ammattiryhmien arvot ja tutkimustuloksista saadut tiedot. Terveystieteiden ammattiryhmillä on oikeus määrittää, mikä on terveellistä ja mikä epäterveellistä. Kangas ja Karvonen (2000) toteavat terveyden vaalimisen muodostuneen yhteiskunnassamme itseisarvoksi, millä saatetaan pyrkiä täyttämään esimerkiksi uskonnon merkityksen vähenemisen jättämää arvotyhjiötä. Keskityttäessä vain länsimaisen hyvinvointivaltion terveystieteisiin voi kuitenkin käydä niin, että kuva globaalista kokonaisuudesta unohtuu tai ainakin hämärtyy. Globaalilla tasolla terveyden perusedellytysten, puhtaan veden, ravinnon, rauhan ja kohtuullisen asumisen jakautuminen on yksi epätasa-arvoisimmista asioista maailmassa. Ihmisten elämään ei välttämättä ole kaikkialla syntynyt myöskään arvotyhjiötä, jota terveys mahtuisi täyttämään. (Puuronen A. 2006)

Gisslerin (ym. 2006) mukaan uskonnolla on suuri merkitys monien etnisten vähemmistöjen ja maahanmuuttajien terveystieteille, parantamiselle ja itse parantumiselle. Etnisten ryhmien uskonnollisuus, yhteisöllisyys ja perhekeskeisyys tukevat yksilön ja yhteisön hyvinvointia ja esimerkiksi islaminusko ylläpitää terveellisiä elintapoja kieltämällä päihteiden käytön ja tupakoinnin. Kotimaan kulttuurista saadut selviytymiskeinot ja -kyvyt saattavat auttaa myös Suomeen sopeutumisessa. Maahanmuuttajien hyvinvointia – ja samalla laaja-alaista terveyttä – ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä ovat työllistyminen, kokemus tasa-arvoisuudesta muiden kanssa, oman sosiaalisen aseman löytäminen sekä mahdollisuus omaan sosiaaliseen liikkuvuuteen ja erityisesti lasten menestykseen.

Maahanmuuttajien terveyden edistäminen voitaisiin aloittaa kartoittamalla ja purkamalla etnisestä taustasta aiheutuvaa terveyden eriarvoisuutta ja sen syitä (Martelinin ym. 2005). Muun muassa terveyden eriarvoinen jakautuminen sosioekonomisten ryhmien kesken (Palosuo ym. 2007), poikkeuksellisen suuri työttömyys (Tilastokeskus 2006), heikko kielitaito ja koulumenestys (Kuusela ym. 2008) sekä ongelmat terveystieteiden käytössä (Alitolppa-Niitamo ym. 2005, Gissler ym. 2006) luovat etnisten vähemmistöjen terveydelle merkittävän uhan. Maahanmuuttajien terveyden edistämiseksi näihin terveyden rakenteellisiin esteisiin tulisi puuttua sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla.

7. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vantaalaisten peruskoulun kahdeksatta luokkaa käyvien maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveyttä. Erityisesti tutkimuksessa haluttiin selvittää, missä määrin maahanmuuttajataustaisten nuorten ja kantaväestön samanikäisten nuorten välillä on eroja

1. lääkärin tekemässä kliinisessä mieliala-arviossa?
2. nuorten itse täyttämien RBDI-13-kyselyjen pistemäärissä?

alakysymyksinä:

3. *erosivatko mielialaongelmista kärsivien nuorten perherakenteet tai maahanmuuttajasukupolvi niistä nuorista, joilla mielialaongelmaa ei diagnosoitu?*
4. *oliko lääkärin kliinisen mieliala-arvion ja RBDI-13-kyselyn pistemäärien välillä yhteyttä?*

8. AINEISTON KUVAUS JA HANKINTA

Vantaalla maahanmuuttajataustaisen väestön osuus oli vuoden 2008 alussa 7,8 prosenttia (Vantaan kaupunki, tilasto- ja tutkimuskeskus). Muusta kulttuurista peräisin olevien oppilaiden osuus on keskimäärin 9,7 prosenttia. On kuitenkin myös kouluja, joissa maahanmuuttajataustaisia on lähes kolmannes kaikista oppilaista (Vantaan kaupunki, peruskoulujen oppilasrekisteri). Ennusteiden mukaan vuonna 2025 joka viidennen pääkaupunkiseudun koululaisen arvioidaan olevan maahanmuuttajataustainen (Kuusela ym. 2008). Käsitteellä *maahanmuuttajataustainen* nuori haluan tuoda esiin tutkittavien nuorten heterogeenistä taustaa. Kaikilla nuorilla ei ollut henkilökohtaista kokemusta varsinaisesta maahan muutosta.

8.1 Tutkimusaineisto

Tutkimus toteutettiin lukuvuoden 2007-2008 aikana kahdeksannen luokan terveystarkastuksen yhteydessä neljässä vantaalaiskoulussa, joissa on paljon maahanmuuttajataustaisia oppilaita. Tutkittavaksi pyydettiin kaikkia niitä kyseisten koulujen kahdeksansien luokkien oppilaita, joiden äidinkieleksi on merkitty muu kuin suomi tai ruotsi. Verrokkit valittiin satunnaisesti samojen koulujen kahdeksansien luokkien oppilaita niin, että kantaväestöön kuuluvia tyttöjä ja poikia tuli yhtä paljon kuin maahanmuuttajataustaisia nuoria. Tutkimus- ja verrokkinuoret kaltaistettiin myös erityisopetuksen suhteen: jos maahanmuuttajaoppilas oli erityisluokalla, hänen verrokikseen valittiin samaa sukupuolta oleva kantaväestön oppilas samalta luokalta. Luvat tutkimuksen tekemiseen saatiin sekä Vantaan sosiaali- ja terveystoimen että sivistystoimen johtajilta.

Tutkimuksesta informoitiin vanhempia kirjallisesti etukäteen. Tiedote oli suomenkielinen, mutta sen helppolukuisuus oli tarkastettu Kehitysvammaliiton ylläpitämässä Selkokeskuksessa. Tiedotteessa annettiin mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta, ja ennen kuin tarkastustiedot

kirjattiin tutkimukseen, nuori vahvasti suostumuksensa omalla allekirjoituksellaan. Yhden mukaan pyydetyn maahanmuuttajataustaisen nuoren vanhemmat kielsivät osallistumisen ja kaksi nuorta muutti pois paikkakunnalta ennen tutkimuksen toteutumista, jolloin lopulliseen aineistoon saatiin 50 tutkittavaa ja saman verran verrokkeja.

Terveystarkastus tehtiin vantaalaisten rutiinikäytäntöjen mukaisesti sillä erotuksella, että lääkärin tarkastukseen varattiin aikaa tunti oppilasta kohti. Normaalitylanteessa aikaa olisi ollut käytettävissä 20-30 minuuttia. Ennen tarkastukseen tuloa nuori vastasi kirjalliseen 8. luokkalaisille tarkoitettuun terveystarkastukseen, joka kyseisenä lukuvuotena oli yhtenäisesti käytössä koko kaupungissa. Lisäksi hän täytti päihdekyselyn (Nuorten päihdemittari) ja masennusta seulovan 13-osaisen Beck Depression Inventoryn suomalaisen version, RBDI-13-kyselyn (liite 1) (Kaltiala-Heino ym. 1998, Kaltiala-Heino ym. 1999). Terveystarkastaja tutki nuoren pituuden, painon, ryhdin, näön, värinäön ja kuulon. Hän kävi myös alustavasti läpi kyselyissä esiin tulleita asioita ja kartoitti mahdollisia mielialapulmia. Näiden tutkimusten jälkeen nuori ja mahdollisesti hänen vanhempansa tulivat lääkärin tapaamiseen. Normaalitylanteen mukaisesti terveystarkastaja päätti, kutsuiko hän oppilaan vanhemmat paikalle lääkärin tarkastusta varten. Etukäteen lähetetyssä tiedotteessa oli myös ollut maininta, että vanhemmat voivat halutessaan osallistua tilaisuuteen. Tarkastuksessa käytiin kirjalliset tulokset läpi, keskusteltiin nuoren kanssa, tehtiin somaattinen tutkimus ja päätettiin jatkosuunnitelmista. Lisäksi lääkäri teki mm. oman kliinisen arvionsa nuoren mielenterveystilanteesta ja siitä, miten tämä suhtautui tapaamiseen, oliko hän esimerkiksi erityisen varautunut.

Tutkijalääkäri kirjasi tarkastuksen tiedot tutkimuslomakkeelle (liite 2). Tarkastuksen jälkeen tutkija kirjasi sähköisestä sairauskertomuksesta ylös lukumäärän, kuinka monta kertaa nuori oli käynyt terveyskeskuslääkärillä ja terveyskeskuspäivystyksessä. Tutkimusasiakirjoihin tehtiin yhteenveto kouluterveydenhuollon eri asiakirjoista sekä nuoren terveystietojen käyttöhistoriasta. Kaikki nuoret tutki sama lastentautien erikoislääkäri, joka myös säilytti tutkimuslomakkeet.

8.2 Käytetyt mittarit

Lääkärin tekemä kliininen mieliala-arvio luokiteltiin kolmiluokkaisesti vaikean mielenterveysongelman ja lievän mielialaongelman luokkiin sekä luokkaan, jossa ei ollut sellaista psyykkistä oireilua, että se olisi tullut tarkastuksessa esiin. Mielenterveysongelma luokiteltiin

vaikeaksi, mikäli tarkastuksen aikana heräsi epäily vaikeasta mieliala-, käytös-, persoonallisuustai syömishäiriöstä tai päihderiippuvuudesta. Vaikeaa mielenterveysongelmaa luonnehti aina se, että toimintakyky oli selvästi alentunut. Lievistä mielenterveysongelmista kartoitettiin ainoastaan mielialaa: Lieväksi mielialaongelmaksi luokiteltiin epäily tautiluokituskoodiin F32.0 (lievä masennustila) sopivasta oireilusta. Oireilun kestoon pystyttiin ottamaan kantaa vasta seurannassa.

Masennusta seulovana kyselynä (RBDI-13) käytettiin Raitasalon 13-osaista, suomalaista versiota Beck Depression Inventorystä (liite 1) (Raitasalo 1995, Kaltiala-Heino ym. 1998, Kaltiala-Heino ym. 1999). Kyselyn summapistemäärä luokitellaan siten, että ei-depressiivisiksi tulkitaan pisteet 0-4, lievästi masentuneiksi 5-7 pistettä saaneet, 8-15 pistettä merkitsee keskivaikeaa masentuneisuutta ja 16 pistettä tai enemmän vakavaa masentuneisuutta.

8.3 Analyysimenetelmät

Analyyseissä käytettiin SPSS 14.0 –tilasto-ohjelmaa. Maahanmuuttajataustaisten nuorten ja verrokkien välisiä eroja verrattiin mediaanitestillä. Ristiintaulukoinnin avulla pyrittiin havaitsemaan yhteyttä kahden eri muuttujan välillä. Khiin neliö (χ^2) testin avulla tarkasteltiin ryhmien välistä todellista riippuvuutta. Sairastumisalttius laskettiin riskisuhteena (RR), jossa sairastumisvaste ilmaisi joko vaikeaa mielenterveysongelmaa tai lievää mielialaongelmaa (Törmäkangas 2006). Masennusseulan (RBDI-13) ja kliinisen mieliala-arvion yhdenmukaisuutta tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. Testeissä käytettiin pienten, nonparametristen aineistojen analyysiin soveltuvaa Exact testiä. (Metsämuuronen 2004, 134, 153, 157, 235, 244)

9. TULOKSET

9.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Niistä 50 oppilaasta, jotka otettiin mukaan tähän tutkimukseen sen perusteella, että sivistystoimen asiakirjoissa oppilaan äidinkieleksi oli kirjattu jokin muu kuin suomi tai ruotsi, 22 oli syntynyt Suomessa. He olivat kaikki siis toisen polven maahanmuuttajia. Muita syntymämaita oli yhteensä 13. Maahanmuuttajanuorten ryhmässä puhuttiin kaikkiaan 17 äidinkieltä. Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajissa Virossa Suomeen muuttaneita oli kahdeksan; heistä seitsemän piti äidinkielenään eestiä. Venäjällä syntyneitä oli viisi, mutta venäjää äidinkielenään puhuvia oli kolmetoista. Muita yleisimpiä syntymämaita olivat Irak (Kurdistan), Kosovo, Somalia ja Thaimaa. Somalia äidinkielenään puhuvia oli tässä aineistossa kahdeksan. Heistä viisi oli syntynyt Suomessa. Albaniaa ja vietnamia äidinkielenään puhuvia oli molempia neljä. Muita yleisimpiä äidinkieliä olivat kurdi, thai ja turkki. Otantataavasta johtuen verrokkijoukkoon valikoitui alle kouluikäisenä ulkomailta Suomeen adoptoitu nuori. Lisäksi verrokkijoukossa oli kaksi nuorta, joiden äidit olivat kotoisin ulkomailta, mistä huolimatta nuorten äidinkieli virallisissa asiakirjoissa oli suomi.

Maahanmuuttajataustaisten mediaani-ikä tarkastuksessa oli 14,77 vuotta, verrokkinuorten 14,73 vuotta. Sekä maahanmuuttajataustaisten nuorten että verrokkien ryhmässä oli 26 tyttöä ja 24 poikaa. (Taulukko 1). Maahanmuuttajataustaisten nuorten perheiden rikkonaisuus oli tässä aineistossa yleistä. Maahanmuuttajanuorista vain alle puolet, 24 (48 %), asui yhdessä sekä äidin että isän kanssa. Äidin kanssa asui 25 nuorta, isän kanssa asui yksi nuori. Äidin kanssa asuvista nuorista kolme kertoi, että perheen isä oli kuollut. Neljä nuorta kertoi isänsä asuvan toisessa maassa. 10 nuorta asui äitinsä ja tämän uuden puolison kanssa. Maahanmuuttajataustaisten nuorten perherakenne oli yhteydessä maahanmuuttajasukupolven ($p = 0,004$). Ensimmäisen polven maahanmuuttajanuorista 20 nuorta 28:sta (71 %) asui yksinhuoltaja- tai uusperheessä. Toisen polven maahanmuuttajista muussa kuin ydinperheessä asui 6 nuorta 16:sta (27 %). Verrokkinuorista yhden äiti oli kuollut, isät olivat elossa. Kolmetoista verrokkinuorta (26 %) asui muussa kuin ydinperheessä. (Taulukko 1). Heistä yhdeksän asui äitinsä kanssa. Maahanmuuttajataustaisten ja verrokkinuorten perherakenteet erosivat toisistaan ($p = 0,013$).

Taulukko 1 Maahanmuuttajataustaisten nuorten ryhmän ja verrokki-ryhmän taustamuuttajat

	Maahanmuuttajataustaiset (n=50)	Verrokkit (n=50)
Mediaani-ikä tarkastuksessa	14,8	14,7
Tyttöjä	26	26
Poikia	24	24
Ydinperhe	24	37
Yksinhuoltaja / uusperhe	26	13

9.2 Psykkisten ongelmien esiintyvyys

Lääkärin tekemän kliinisen arvion mukaan neljällä maahanmuuttajataustaisella nuorella ja yhdellä verrokilla oli vaikea mielenterveysongelma. Lieviä mielialaongelmia oli kuudella maahanmuuttajataustaisella nuorella ja kahdeksalla verrokilla (Taulukko 2). Maahanmuuttajataustaisista kaiken kaikkiaan 20 prosentin ja verrokkinuorista 18 prosentin epäiltiin kärsivän eriasteisista mieliala- tai muista psyyken ongelmista. Kliininen arvio mielialasta ei riippunut maahanmuuttaja-verrokkitaustasta ($p = 0,387$).

Taulukko 2 Lääkärin tekemä kliininen mieliala-arvio maahanmuuttajataustaisista ja verrokkinuorista

		Kliininen mieliala-arvio			
		Vaikea mielenterv.- ongelma	Lievä mieliala- ongelma	Ei mieliala- ongelmia	Yhteensä
maahan muuttaja	n	4	6	40	50
	%	8,0%	12,0%	80,0%	100,0%
verrokki	n	1	8	41	50
	%	2,0%	16,0%	82,0%	100,0%

$p = 0,387$

Lääkärin kirjauksissa oli 14 luonnehdintaa, että nuori oli vaikuttanut varautuneelta. Vain kaksi kirjauksista koski kantasuomalaisia (ryhmien välinen ero oli merkitsevä, $p < 0,01$). Tämä kuvanee maahanmuuttajataustaisten nuorten viranomaisiin kohdistuvaa ennakkoluuloista asennetta.

9.4 Kliinisen mieliala-arvion ja perherakenteen välinen yhteys

Kaikki viisi vaikeasta mielenterveysongelmasta kärsivää nuorta olivat yksinhuoltajaäidin lapsia. Lieviä mielialaongelmia oli neljällätoista nuorella. Heistä hajonneissa perheissä asuvia oli yksitoista. Äidin ja isän kanssa asuvista nuorista lieviä mielenterveysongelmia todettiin vain kolmella. (Taulukko 3). Lääkärin tekemä kliininen mieliala-arvio oli yhteydessä nuoren perherakenteeseen ($p < 0,001$): yksinhuoltaja- tai uusperheen nuorella oli ydinperheen nuoreen verrattuna huomattavasti suurempi, tilastollisesti merkitsevä riski ($RR = 8,34$, 95 %:n luottamusväli 2,60-26,77) sairastua vaikeaan mielenterveysongelmaan tai lievään mielialaongelmaan.

Taulukko 3 Lääkärin tekemä kliininen mieliala-arvio perherakenteen mukaan

		Kliininen mieliala-arvio			Yhteensä	
		Vaikea mielenterveys-ongelma	Lievä mieliala-ongelma	Ei mieliala-ongelmia		
Perherakenne	yh/uusperhe	n %	5 12,8%	11 28,2%	23 59,0%	39 100,0%
	ydinperhe	n %	0 0%	3 4,9%	58 95,1%	61 100,0%

$p < 0,001$

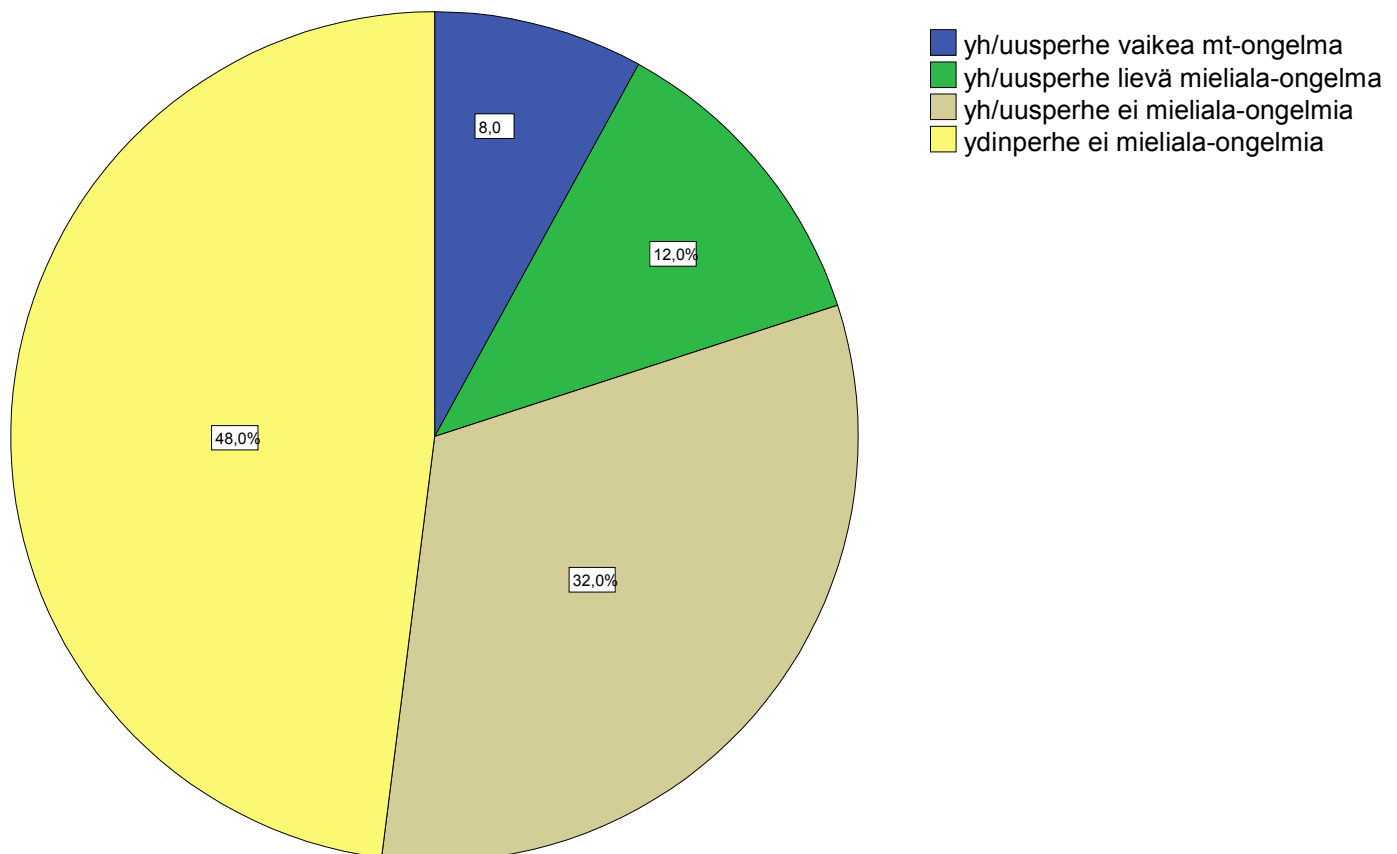
9.4.1 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielialan ja perherakenteen välinen yhteys

Lääkärin tekemä kliininen mieliala-arvio oli yhteydessä maahanmuuttajataustaisten nuorten perherakenteeseen ($p = 0,001$). Vajaa puolet (48 %) maahanmuuttajataustaisista nuorista tuli ydinperheistä. Heillä ei ollut lainkaan sellaista psyykkistä oireilua, että se olisi tullut tarkastuksessa esiin. Hieman yli puolet (52 %) maahanmuuttajataustaisista nuorista tuli yksinhuoltaja- tai uusperheistä. Näistä nuorista 38,5 % kärsi vaikeasta mielenterveysongelmasta tai lievästä mielialaongelmasta. (Taulukko 4 ja Kuvio 3).

Taulukko 4 Maahanmuuttajataustaisten perherakenne ja mielenterveys

Perherakenne	yh/uusperhe	n	Kliininen mieliala-arvio			Yhteensä
			Vaikea mielenterveysongelma	Lievä mielialaongelma	Ei mielialaongelmia	
		% perherakenteesta	15,4%	23,1%	61,5%	100,0%
	ydinperhe	n	0	0	24	24
		% perherakenteesta	,0%	,0%	100,0%	100,0%

p = 0,001

**Kuvio 3 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveys eri perherakenteissa**

9.4.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten mielialan ja maahanmuuttajasukupolven välinen yhteys

Lääkärin tekemä kliininen mieliala-arvio oli yhteydessä myös maahanmuuttajasukupolveen ($p = 0,024$). Toisen polven maahanmuuttajista vain yhdellä todettiin mielenterveysongelma (4,5 %), ensimmäisen polven maahanmuuttajista lievä mieliala-ongelma tai vaikea mielenterveysongelma todettiin yhdeksällä nuorella (32,1 %). (Taulukko 5). Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorella oli toisen polven nuoreen verrattuna yli seitsenkertainen riski ($RR = 7,10$ 95 %:n luottamusväli 0,97-51,89) sairastua vaikeaan mielenterveysongelmaan tai lievään mielialaongelmaan. Riskisuhteen luottamusvälitarkastelu osoittaa riskin olevan kuitenkin vain suuntaa antava, koska luottamusväliin sisältyy ykkönen.

Taulukko 5 Maahanmuuttajasukupolven ja lääkärin tekemän mieliala-arvion välinen yhteys

		Kliininen mieliala-arvio			Yhteensä
		Vaikea mielenterveys-ongelma	Lievä mieliala-ongelma	Ei mieliala-ongelmia	
Sukupolvi	toinen polvi	n	1	0	21
		% sukupolvesta	4,5%	,0%	95,5%
	ensimmäinen polvi	n	3	6	19
		% sukupolvesta	10,7%	21,4%	67,9%

$p = 0,024$

9.4.3 Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorten perherakenteen ja mielialan välinen yhteys

Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorista vaikeasta mielenterveysongelmasta tai lievästä mielialaongelmasta kärsivät vain yksinhuoltaja- ja uusperheiden nuoret. Ensimmäisen sukupolven ydinperheiden nuorilla ei ollut sellaista psyykkistä oireilua, että se olisi tullut tarkastuksessa esiin. (Taulukko 6).

Taulukko 6 Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorten perherakenteen ja lääkärin tekemän mieliala-arvion välinen yhteys

			Kliininen mieliala-arvio			
			Vaikea mielenterv.- ongelma	Lievä mieliala- ongelma	Ei mieliala- ongelmia	Yhteensä
Perherakenne	yh/uus- perhe	n	3	6	11	20
		% perherakenteesta	15,0%	30,0%	55,0%	100,0%
	ydin- perhe	n	0	0	8	8
		% perherakenteesta	,0%	,0%	100,0%	100,0%

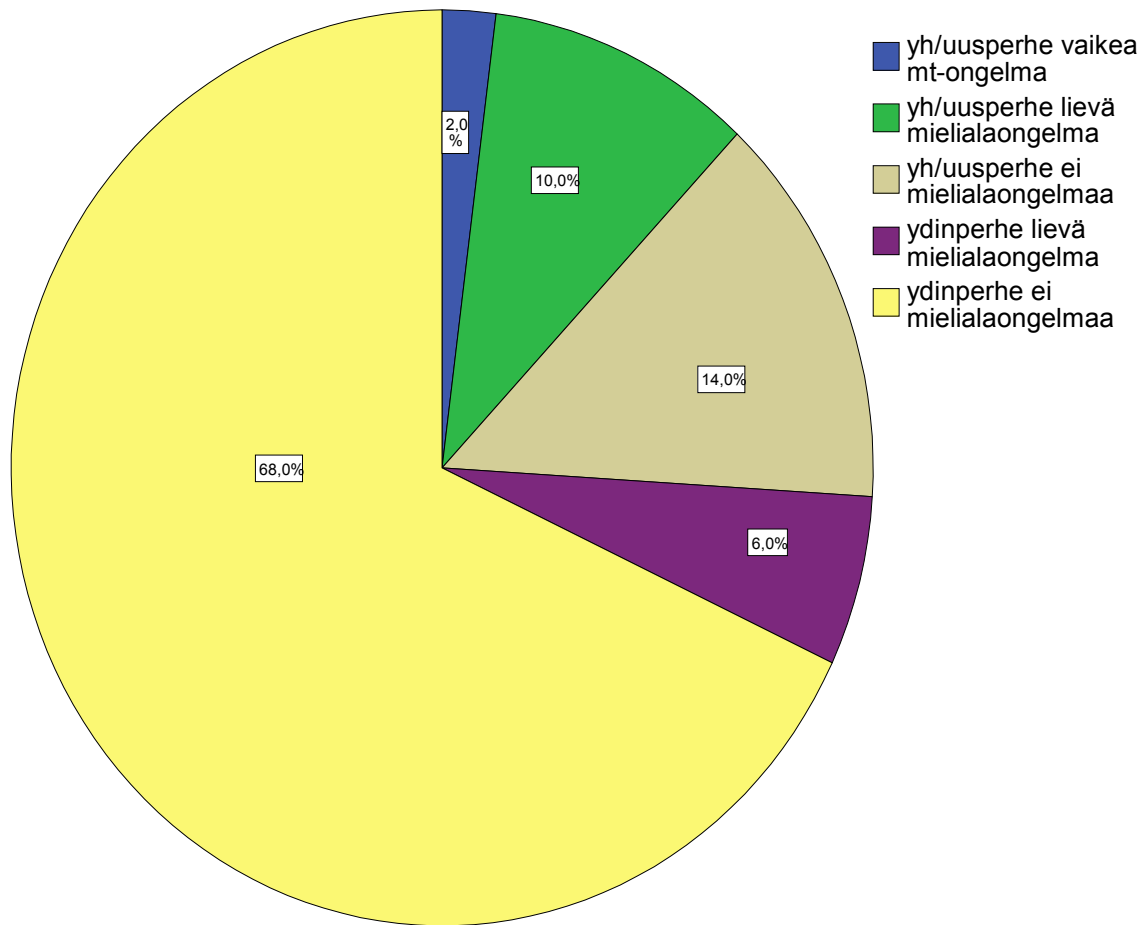
9.5 Verrokkinuorten mielialan ja perherakenteen välinen yhteys

Myös verrokkinuorilla lääkärin tekemä kliininen mieliala-arvio oli yhteydessä perherakenteeseen ($p = 0,006$), mutta ei yhtä selvästi kuin maahanmuuttajataustaisilla nuorilla ($p = 0,001$). Verrokeissakin ydinperheiden nuoret olivat pääosin psyykkisesti terveitä ja mielenterveyden ongelmat olivat tyypillisempiä yksinhuoltaja- ja uusperheiden nuorilla. Verrokkinuorista suurin osa (74 %) tuli ydinperheistä. Ydinperheiden nuorista 8,1 % kärsi lievästä mielialaongelmasta, mutta valtaosalla (91,9 %) ei havaittu psyykkistä oireilua. Verrokkinuorista yksinhuoltaja- tai uusperheistä tuli huomattavasti harvempi (26 %) kuin maahanmuuttajataustaisista nuorista (52 %). Yksinhuoltaja- ja uusperheiden verrokkinuorista 46,2 % kärsi vaikeasta mielenterveysongelmasta tai lievästä mielialaongelmasta. (Taulukko 7 ja Kuvio 4).

Taulukko 7 Verrokkien perherakenteen ja lääkärin tekemän kliinisen mieliala-arvion välinen yhteys

			Kliininen mieliala-arvio			
			Vaikea mielenterv.- ongelma	Lievä mieliala- ongelma	Ei mieliala- ongelmia	Yhteensä
Perherakenne	yh/uus- perhe	n	1	5	7	13
		% perherakenteesta	7,7%	38,5%	53,8%	100,0%
	ydin- perhe	n	0	3	34	37
		% perherakenteesta	,0%	8,1%	91,9%	100,0%

$p = 0,006$



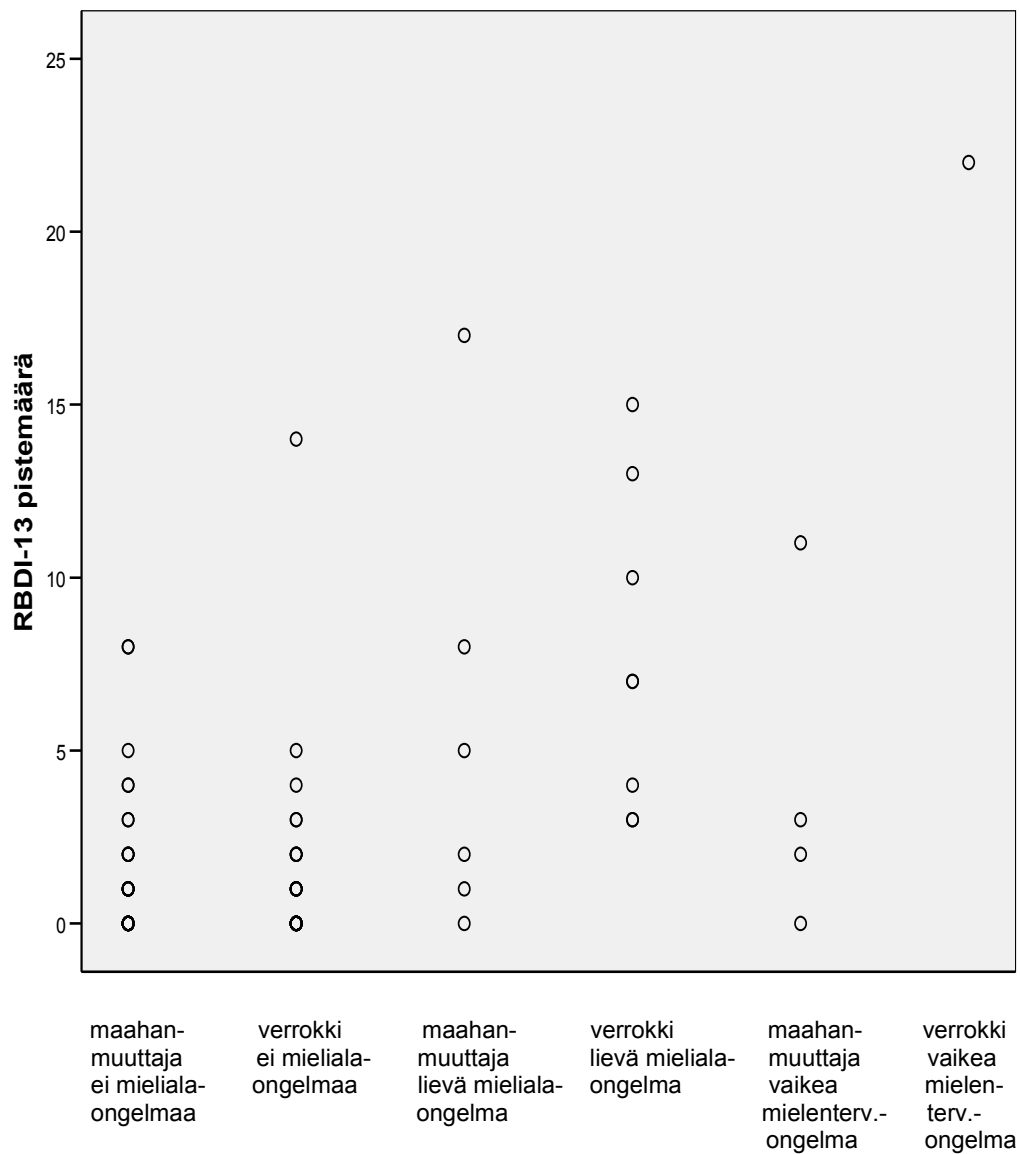
Kuvio 4 Verrokkinuorten mielenterveys eri perherakenteissa

9.6 RBDI-13-kyselyjen pistemäärien yhteys kliiniseen mieliala-arvioon

Nuorten itse täyttämien RBDI-13-kyselyjen pistemäärät eivät erotelleet maahanmuuttajataustaisia nuoria verrokeista ($p = 0,569$). Molemmissa ryhmissä mediaani-pistemäärä oli yksi piste. Maahanmuuttajataustaisissa ei-depressiivisiä (0-4 pistettä) nuoria oli 43 ja verrokeissa 42 nuorta. Maahanmuuttajataustaisten nuorten saamat RBDI-13-pistemäärät olivat vain heikoisti yhteydessä lääkärin tekemiin kliinisiin mieliala-arvioihin ($p = 0,046$). RBDI-13-pisteiden ja lääkärin tekemän kliinisen mieliala-arvion välinen yhdenmukaisuus oli heikko ja Spearmanin korrelaatiokerroin sai arvon 0,355 ($p = 0,011$). Verrokkinuorten saamat RBDI-13-pistemäärät olivat selkeämmin yhteydessä lääkärin tekemiin kliinisiin mieliala-arvioihin ($p < 0,001$) kuin maahanmuuttajataustaisilla nuorilla. Verrokkinuorten kohdalla RBDI-13-pisteiden ja kliinisen

mieliala-arvion välinen yhdenmukaisuus oli vahvempi ja Spearmanin korrelaatiokerroin sai korkeamman arvon 0,66 ($p < 0,001$), kuin maahanmuuttajataustaisilla nuorilla.

RBDI-13 kyselyn summapistemäärä luokitellaan siten, että ei-depressiivisiksi tulkitaan pisteet 0-4, lievästi masentuneiksi 5-7 pistettä saaneet, 8-15 pistettä merkitsee keskivaikeaa masentuneisuutta ja 16 pistettä tai enemmän vakavaa masentuneisuutta. Ohessa (Kuvio 5) tarkastellaan nuorten saamien summapistemäärien ja lääkärin tekemän kliinisen mieliala-arvion yhteyttä. Kuvioista näkyy, että verrokkien saamat RBDI-pisteet vastaavat lääkärin tekemää mieliala-arviota paremmin kuin maahanmuuttajataustaisten nuorten saamat pisteet.



Kuvio 5 R-BDI-13 summapistemäärien yhteys kliiniseen mieliala-arviioon maahanmuuttajataustaisilla ja verrokkinuorilla.

10. POHDINTA

Tämä tutkimus osoitti, että maahanmuuttajataustaisten nuorten psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden tutkiminen on monella tapaa uutta ja haastavaa, mutta samalla jatkuvasti kiihtyvän muuttoliikkeen takia yhä tärkeämpää. Tässä luvussa perustellaan maahanmuuttajien tutkimista omana ryhmänä ja pohditaan tutkittavan ilmiön ja metodologian sekä aineiston keruutavan vaikutusta tutkimuksen validiteettiin ja rehabiliteettiin. Luku sisältää myös maahanmuuttajuutta leimaavan heterogeenisyyden ja monimuotoisuuden pohdintaa. Tutkimuksen tuloksia sekä jatkotutkimus- ja käytännön toimenpide-ehdotuksia tarkastellaan suhteessa aiempiin tutkimuksiin sekä valtakunnallisiin tilastoihin ja suosituksiin.

10.1 Tutkimuksen perustelu

Maahanmuuttajien tarkasteleminen omana ryhmänä on perusteltua, koska on odotettavissa, että kieli- ja kulttuurierot vaikuttavat terveyteen ja toisaalta vaikeuttavat terveyspalvelujen käyttöä. Maahanmuuttajanuorten koetaan usein kuormittavan palvelujärjestelmää erityisen paljon. Tutkimuksen ohessa keräytyneen aineiston mukaan maahanmuuttajataustaisten ja verrokkinuorten käyntimäärissä terveyskeskuslääkärillä ja terveyskeskuspäivystyksessä ei kuitenkaan ollut merkittäviä eroja. Tämä ei luonnollisesti kerro mitään yksittäisen käynnin kuormittavuudesta. Tarkastusten perusteella maahanmuuttajanuoret eivät muuten eroa merkittävästi muista nuorista, mutta heidän luottamuksensa voittaminen vie aikaa (Hermanson & Lommi 2009). Luottamuksen syntymistä vaikeuttavat maahanmuuttajien keskuudessa tyypillinen, pelon sävyttämä ennakkoluuloinen suhtautuminen viranomaisiin kohtaan (esim. Rauta 2005) sekä lähtömaan ja Suomen väliset kielelliset, kulttuuriset ja palvelujärjestelmien erot.

Vaikka maahanmuuttajat haluavat muuttaa hyvinvointivaltioon, se nimenomaisesti suomalaisten hyvinvointivaltiona pakottaa maahanmuuttajat vaihtamaan kielensä, muokkaamaan kulttuuriaan, uskontoaan, ruumistaan ja identiteettiään siten, että he sopivat palvelujärjestelmäämme mahdollisimman hyvin. Tämän hyvinvointivaltion ja monikulttuurisuuden tai vähemmistöjen välisiä kohtaamisia ja niihin liittyviä rakenteellisia, kielellisiä, kulttuurisia ja asenteellisia haasteita tulisi tutkia kriittisesti (Puuronen V. 2006, Tiilikainen 2006) ja ottaen huomioon, että tutkimusten suunnittelussa, toteutuksessa sekä tulosten tulkinnassa tarvitaan erityistä taitoa, herkkyyttä ja monikulttuurista asiantuntemusta (Malin ym. 2002).

10.2 Tutkittavan ilmiön ja metodologian vaikutus tutkimuksen validiteettiin ja reliabiliteettiin

Maahanmuuttajien terveysongelmat ovat monialainen ja -mutkainen haaste, jota väestötason terveyseroja kuvaavat rekisterit ja tilastot eivät yksin kykene kuvaamaan (Vartti 2001). Gissler ym. (2006) ovat tehneet ensimmäisen seikkaperäisen Suomessa asuvien aikuisikäisten maahanmuuttajien terveyspalvelujen käyttöä koskevan selvityksen. Rekisteritutkimuksella ei kuitenkaan voitu selvittää sitä, missä määrin maahanmuuttajien terveystarpeet jäävät tyydyttämättä tai millaista hoitoa he saavat.

Myös kirjallisten kyselyiden tekeminen voi olla maahanmuuttajataustaisten henkilöiden kohdalla vaikeaa. Niissä tulisi huomioida se, että akkulturaatio vaikuttaa terveystietoisuuteen ja –merkityksiin sekä tapaan puhua terveydestä. Tämä puolestaan vaikuttaa siihen, miten ongelmat havaitaan ja kuinka palveluja käytetään (Mannila 2008, Blomstedt 2007). Tässäkään tutkimuksessa apua tarvitsevia ei seulontalomakkeiden avulla juuri löytenyt, lääkärin tekemä kliininen arvio oli nuoren tilanteen kartoittamisessa paljon toimivampi väline. Lomakkeet saattavat kuitenkin helpottaa keskustelua nuoren kanssa. Kirjallisen masennusasteen (RBDI-13) ja lääkärin kliinisen mieliala-arvion välinen korrelaatio oli maahanmuuttajataustaisilla nuorilla heikompi kuin kantaväestön nuorilla. Tämä saattaa selittyä kulttuurisilla eroilla tavassa puhua terveydestä, terveystietoisuudessa ja –merkityksissä (Blomstedt 2007). Toisaalta tämä voi kertoa myös maahanmuuttajataustaisten nuorten vaikeudesta ymmärtää kyselyn moniselitteisiäkin vastausvaihtoehtoja. Kirjallisten kyselyiden toimivuutta ja niiden mahdollisen toimimattomuuden syitä olisi voitu tutkia tarkastelemalla kyselyiden sisäistä konsistenssia Cronbachin alfan avulla. Tutkijan kokemattomuudesta johtuen SPSS-tilastoon oli kuitenkin syötetty kultakin oppilaalta vain kyselyn summapistemäärät, joiden avulla Cronbachin alfaa ei voitu laskea, eikä alkuperäisiä

vastauslomakkeita enää tässä vaiheessa ollut saatavilla. Oletus kirjallisten seulojen ja kyselyiden toimimattomuudesta jäi siis osin tieteellisesti todentamatta.

Stevens ja Vollebergh (2008) ovat tuoneet esiin sen, että erot mielenterveysongelmien esiintyvyydessä voivat selittyä jossain määrin myös metodologisilla seikoilla. Emme vielä tiedä, missä määrin valideja länsimaiset tutkimusinstrumentit ovat länsimaiden ulkopuolelta tulleiden kohdalla. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan ainakin kyseenalaistaa RBDI-13-lomakkeen soveltuvuus tutkimusinstrumentiksi maahanmuuttajataustaisten nuorten kohdalla. Kolme vaikeasta mielenterveysongelmasta kärsiväksi diagnosoitua maahanmuuttajataustaista nuorta sai RBDI-13-kyselyssä ei-depressiivisiksi tulkittavat pisteet nolla, kaksi ja kolme. Verrokeissa ainoa vaikeasta mielenterveysongelmasta kärsinyt nuori sen sijaan sai aineiston korkeimmat RBDI-13-pisteet.

Toisaalta kliinisen arvion tekeminen potilaan kohtaamisenkin pohjalta on koettu haastavaksi. Niin lääkärit kuin hoitohenkilökuntakin ovat tuoneet esiin vaikeuksia maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohtaamisessa, hoidossa ja mielenterveysongelmien diagnosoimisessa (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998, Taavela 1999, Sainola-Rodriguez & Koehn 2006). Jokatapauksessa seulontalomakkeiden toimimattomuus asettaa haasteita ongelmien tunnistamiselle. Apua tarvitsevien löytämiseen tarvitaan kasvokkain tapahtuvaa kohtaamista. Tämä kaikki oli oppina myös itselleni alkuperäisen kyselylomakkeisiin pohjautuneen tutkimussuunnitelmani suhteen.

10.3 Aineiston keruutavan vaikutus tutkimuksen validiteettiin ja reliabiliteettiin

Tässä tutkimuksessa keskityttiin analysoimaan maahanmuuttajataustaisten nuorten mielenterveyttä ja siihen mahdollisesti vaikuttavia taustatekijöitä, kuten nuorten perherakennetta ja maahanmuuttajasukupolvea. Tutkimuksen aineisto kerättiin kuitenkin normaalin kahdeksannen luokan terveystarkastuksen yhteydessä, jolloin tarkastuksen aikana oli käsiteltävä laajalti myös muita kuin mielenterveyden asioita (tarkastuksien muita hyötyjä taulukoitu liitteeseen 3). Nuorten mielenterveydestä ei täten saatu niin syvällistä käsitystä, kuin pelkästään mielenterveyteen keskittyvästä haastattelusta olisi voitu saada. Voidaan myös olettaa, että se, ettei nuori tuntenut lääkäriä etukäteen rajoitti psyykkisten ongelmien esiintuloa. Etenkin maahanmuuttajat saattavat suhtautua viranomaisiin ennakkoluuloisen varautuneesti (esim. Alitolppa-Niitamo ym. 2005, Rauta 2005). Myös tässä tutkimuksessa maahanmuuttajataustaisten nuorten varautunut asenne tuli selvästi esiin. Varautuneisuus olisi voinut olla lievempää ja tapaamisista olisi todennäköisesti ollut

enemmän hyötyä, jos nuori olisi tavannut saman lääkärin jo aiemmin. Vaikuttaa siltä, että etukäteistutustuminen olisi erityisen tärkeää, kun oppilas on maahanmuuttajataustainen.

Moneen mielenterveysdiagnoosiin liittyy lisäksi aikakriteeri, minkä johdosta poikkileikkaustutkimus saattoi tuottaa vääriä positiivisia ja negatiivisia tuloksia. Kertatarkastuksessa myös esimerkiksi mielenterveysongelman vakavuuden hahmottaminen on haastavaa. Vääriin negatiivisiin tuloksiin saattoi johtaa myös se, että tarkastusten tavoitteena ei ollut mielenterveyden ongelmien kvantitointi, vaan apua tarvitsevien löytäminen, jolloin havaitsematta saattoi jäädä sellaisia mielenterveysongelmista kärsiviä, jotka olivat jo avun piirissä. Tarkastuskäyntejä ja niiden kehittämistä on laajemmin pohdittu artikkelissa Maahanmuuttajataustaiset nuoret haaste kouluterveydenhuollolle (Hermanson & Lommi 2009).

Kaikki tarkastukset teki sama lastentautien erikoislääkäri, jolla oli vuoden kokemus maahanmuuttajataustaisten nuorten kanssa työskentelystä ennen tutkimuksen alkua. Ideaalitulanteessa tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia olisi voitu vahvistaa siten, että lääkärikollega olisi tehnyt tutkituille nuorille kontrollitarkastukset tai siten, että kollega olisi tutkinut puolet kaksinkertaisesta aineistosta. Suurempi aineisto olisi mahdollistanut myös luotettavammät ja merkittävämmät johtopäätökset.

10.4 Tulosten tarkastelua

Useista muista väestön hyvinvoinnin myönteisistä osoittimista poiketen lasten ja nuorten vakavien psykososiaalisten ongelmien määrä on Suomessa lisääntynyt (Teperi 2003). Kaiken kaikkiaan 19 prosentin (maahanmuuttajataustaisista 20 prosentin ja verrokinuorista 18 prosentin) tämän tutkimuksen nuorista epäiltiin kärsivän mieliala- tai muista psyykenongelmista, mikä vastaa hyvin aiempia tutkimustuloksia (esim. Haarasilta ym. 2000).

Kansainvälisestä kirjallisuudesta esiin nousevia keskeisiä maahanmuuttajanuoren hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat perhe ja koti (Alitolppa-Niitamo 2005, Sourander 2007), koulu (Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000), ikäisten joukon hyväksyntä tai syrjintä (Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000, Harinen & Suurpää 2003) sekä palvelujärjestelmän kyky tunnistaa nuoren terveystarpeet ja vastata niihin (Vartti 2001, Alitolppa-Niitamo ym. 2005, Rauta 2005). Perheen kokonaisvaltaisella hyvinvoinnilla (Alitolppa-Niitamo 2005), sosioekonomisella asemalla (Entorf & Minoiu 2005) ja

yhteiskuntaan kotoutumisella on suuri vaikutus nuoren terveyteen. Voidaan olettaa, että tutkimuksessa käytetty perherakenne-muuttuja heijastaa perheen sosioekonomista asemaa ja perheen kokemaa stressiä (Stevens & Vollebergh 2008), jotka vaikuttavat eroihin maahanmuuttajataustaisten ja verrokkinuorten ongelmien esiintyvyydessä. Tämän tutkimuksen perusteella maahanmuuttoon näyttäisi liittyvän perheitä hajottavia tekijöitä. Perheet hajoavat jo ennen maahanmuuttoa, mutta yhdessä muuttanutkin perhe voi hajota maahanmuutosta aiheutuneiden perheen sisäisten ristiriitojen ja eritahtisen akkulturaation seurauksena. Perheiden sisäiset valtasuhteet ja sukupuoliroolit saattavat olla kovien muutospaineiden alla (Martikainen ym. 2006). Maahanmuuttoon liittyvän kulttuurishokin ja sopeutumisvaateiden ohella nuoren psyykettä voivat kuormittaa myös nämä maahanmuutosta aiheutuvat välilliset tekijät. Samanaikainen altistuminen useille eri stressitekijöille vähentää nuoren kykyä selvityä onnistuneesti kehitystehtävistään (Sourander 2007).

Erityisen haavoittuvassa asemassa ovat yksinhuoltajaperheiden lapset. Näiden, usein monilapsisten perheiden sosioekonominen asema saattaa olla hyvin heikko ja verkostot maailmalle hajonneina. Äidin heikko kielitaito tai täysi kielitaidottomuus asettaa lisähaasteita suomalaisen palvelujärjestelmän ymmärtämiselle ja käyttämiselle. Lapsiperheet ovat haavoittuvia järjestelmässä, jossa ennaltaehkäiseviä palveluja karsitaan ja jossa monet toimijat tekevät huonosti ennakoitavissa olevia ja yhteen sovittamattomia päätöksiä palvelujen järjestämisestä ja korvaamisesta (Teperi 2003). Palveluiden pirstominen vaikeuttanee entisestään maahanmuuttajataustaisen asiakkaan mahdollisuuksia ymmärtää järjestelmää, löytää tarvitsemaansa apua ja lisäksi se vaarantaa hoitoketjujen toiminnan. Maahanmuuttajataustaisten nuorten terveyden edistäminen näyttääkin edellyttävän erityisen kokonaisvaltaista, moniammatillista ja perhekeskeistä työtettä.

Valtakunnallinen Terveys 2015-kansanterveysohjelma korostaa laaja-alaista hallintosektorit ylittävää lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämistä. Ohjelmassa kouluja pidetään keskeisinä arkipäivän terveyden edistämisen yhteisinä (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001). Nämä ajatukset saivat vahvistusta tässä tutkimuksessa. Yksilökuvaukset (liite 4) osoittavat, että paras keino auttaa nuorta voi tulla terveydenhuollon ulkopuolelta. Kaikkia ei suinkaan tarvinnut ohjata psykiatrille. Osalle katsottiin stressinhallintaryhmän, psykologin, kuraattorin tai kouluterveydenhoitajan tuki ja seuranta riittäviksi sillä hetkellä, kun tutkimus tehtiin. Vaikeimmista mielenterveysongelmista kärsineet nuoret tarvitsivat ja saivat moniammatillista apua, eikä mikään ammattiryhmä yksinään olisi kyennyt heitä auttamaan. Kuvatuissa tapauksissa opetus järjestettiin yksilöllisesti, ja näin koulunkäynti saatiin jatkumaan. Yksilöopetus on toki kallista, muttei

todennäköisesti sen kalliimpaa kuin jos nuori olisi esimerkiksi päätyntä psykiatriseen osastohoitoon. Tuolloinkin koulunkäyntiä varten olisi täytyntä tehdä erityisjärjestelyjä. Peruskoulun keskeyttämistä ei voida pitää vaihtoehtona. Keskeyttäminen johtaa melko varmasti syrjäytymiseen, jonka kokonaiskulut yhteiskunnalle saattavat olla hyvinkin suuria (Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 2007). Kansainvälisten tutkimustulosten mukaan terveys ja oppiminen liittyvät kiinteästi toisiinsa. Heikon terveyden on havaittu olevan oppimista haittaava tai pahimmillaan estävä tekijä (St Leger 2004).

10.5 Maahanmuuttajuuden monimuotoisuuden haaste

Kansainvälisistä tutkimuksista tiedetään, että perheen maassa asumisaika, lähtömaa sekä muuton syy, ovat nuorten mielenterveysongelmien esiintyvyyteen vaikuttavia tekijöitä (Stevens & Vollebergh 2008). Tässä pienessä aineistossa ei kuitenkaan voitu tarkastella erikseen eri maista ja eri syistä Suomeen muuttaneita perheitä, eikä perheiden Suomessa asumisen ajan yhteyttä nuorten mielenterveyteen. Toisaalta maahanmuuttajuutta, kulttuurien välisiä kohtaamisia ja terveyttä tulisikin tarkastella muutenkin kuin kulttuuristen erojen ymmärtämisen ja korostamisen kautta. Tarkastelussa tulisi muistaa, että maahanmuuttajat ovat jopa kiusallisen heterogeeninen ryhmä (Mannila 2008), mikä entisestään korostaa yksilöllisen kohtaamisen ja kuulemisen tarvetta ja haastetta. Maahanmuuttajuuden monimuotoisuus nousi esiin myös tämän tutkimuksen yhteydessä. Mukaan mahtui niin ”healthy migrant” –hypoteesin mukaisia maailmankansalaisia kuin voimakasta erityistukea tarvitsevia moniongelmaisia nuoria.

Maahanmuuttajuuden monimuotoisuus haastaa inhimillisen tapamme hallita elämäämme ja ympäristöämme erilaisten luokittelujen ja ennakkokäsitysten avulla. Löytty (2008) kuvaa monikulttuurisuutta piirakkakuviona. Siinä yhteiskunta on järjestäytynyt erikokoisiksi siivuksiksi; isoin edustaa enemmistöä ja pienemmät viipaleet vähemmistöjä. Näin esitettyinä rajat ovat kuin veitsellä leikatut, eikä eri kulttuureilla näyttäisi olevan mitään yhteistä tai päällekkäistä. Piirakkakuvion läpi katsottuna maailma näyttää helposti hallittavalta. Kulttuurien erillisyyks ei kuitenkaan vastaa arkista todellisuuttamme. Selväräjaisen ”kulttuuripiirakan” rajanrikkooja on yhä enemmän. Enemmistön viipalekaan ei enää ole yhtä selväräjäinen kuin aiemmin. Rajanrikkoojat asettavat haasteita niin tutkijoille kuin arkisiin kohtaamisiin. He haastoivat myös tämän tutkimuksen luokittelua. Otantatavasta johtuen verrokkiviipaleeseen sijoittui nuoria, joilla oli maahanmuuttajatausta. Ja toisaalta maahanmuuttajien viipaleessa oli koko ikänsä Suomessa

asuneita, tänne täysin kotoutuneita nuoria. Voidaankin aiheellisesti pohtia, milloin nämä nuoret tulisi määritellä ensisijaisesti suomalaisiksi ja milloin maahanmuuttajataustaisiksi. Piirakan palat ovat vain tilastokielelle käännettyjä todellisuuden kuvia, järjestettyä dataa ja selkeitä käsitteitä. Maahanmuuttajuuden tutkijat eivät nähdäkseni voi kuitenkaan aina tavoitella näitä tutkimuksen puhtaita ideaaleja. Tarvitaan kaaoksen hallintaa.

Julkisessa keskustelussa korostetaan monikulttuurisen tiedonhallinnan merkitystä. Etenkin viranomaisilta edellytetään kulttuurista kompetenssia, jolla viitataan eri kulttuurien tuntemukseen. Kaikkien eri kulttuurien hallinta ei kuitenkaan ole mahdollista, etenään silloin, kun maailma hahmotetaan kulttuurien välisenä, alati muuttuvana kokonaisuutena. Kulttuurien välinen maailma on Löytyn (2008) mukaan kuin kaleidoskooppi, jossa osat asettuvat pienenkin pyörytyksen jälkeen uudenlaisiin suhteisiin keskenään. Tällöin kulttuurinen kompetenssi edellyttää tiedonhallinnan sijaan pikemminkin kykyä ymmärtää jatkuvaa muutosta ja taitoa kohdata yksilöllinen ihminen piiraan palan edustajan sijaan.

Kohtaaminen monimuotoisen todellisuuden kanssa niin julkis-hallinnollisessa kuin arjen kanssakäymisessä tulee edelleen yleistymään. Tämä merkitsee haastetta hyvinvointiyhteiskunnan palveluiden kehittämiseksi, yhdenvertaisuuden huomioon ottamiselle ja aidosti monikulttuurisen tai pikemminkin kulttuurien välisen yhteiskunnan rakentamiselle. Moninaisuus tulisi kyetä kohtaamaan ketään eristämättä, tasavertaisesti, mutta kuitenkin yksilöiden erityistarpeet huomioiden. Maahanmuuttajien tullessa täysivaltaiseksi osaksi kulttuurien välistä suomalaista yhteiskuntaa ja sen palvelujärjestelmää myös palvelujärjestelmämme voi kehittyä kulttuurien välisissä kohtaamisissa ja erilaisten tarpeiden tunnistamisessa. Tasa-arvoisen, kulttuurista erilaisuutta korostamattoman vuorovaikutuksen kautta voidaan ehkäistä terveyttä heikentävää syrjintää ja jopa edistää terveyttä vahvistamalla eri kulttuurien terveyttä edistäviä piirteitä koko väestössä.

10.6 Jatkotutkimus- ja käytännönehdotuksia

Tulevaisuudessa maahanmuuttajuuden tutkimuksen haasteena on tasapainoilu teoreettisen jäsenyneyden, pelkistämisen ja yksiselitteisten käsitteiden sekä todellisuuden moninaisuuden ja kaaoksen välillä. Maahanmuuttajuuden tutkimus on monialainen ja mutkikas aihealue, jossa vaikutussuhteet eivät aina ole selviä, suoria ja yhdensuuntaisia. Konsensuksen löytymistä vaikeuttaa epäyhtenäinen käsitteiden käyttö ja se, että käsitteiden sisällön yksiselitteinen määrittäminen on moninaisuuden lisääntyessä yhä haastavampaa. Maahanmuuttajuus herättää voimakkaita tunteita puolesta ja vastaan, mikä lisää sekä tutkimuksen että käytännön työn haastavuutta, mutta kasvattaa merkitystä.

Alitolppa-Niitamo (2005) on todennut, että perhe voi toimia maahanmuuttajan tärkeimpänä kotoutumisen resurssina, muutoksen puskurina, emotionaalisena tukena ja identiteetin peilinä silloin, kun se pysyy riittävän eheänä ja toimivana maahanmuuttoon liittyvistä stressaavista muutoksista huolimatta. Tämän aineiston perusteella kuitenkin näyttää, että maahanmuuttajataustaisten perheiden hajoaminen on valitettavan yleistä etenkin ensimmäisen maahanmuuttajasukupolven keskuudessa. Lisäksi näyttää siltä, että ensimmäisen sukupolven hajoaneiden perheiden nuoret ovat erityisen alttiita mielenterveyden ongelmille. Havainto on uusi ja antaa aiheutta jatkotutkimuksiin, sillä aiemmin on oltu huolissaan etenkin toisen polven maahanmuuttajien mielenterveydestä (Cantor-Graae & Selten 2005, Saraiva Leão ym. 2005). Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorten psyykinen huonovointisuus voi johtua myös maahanmuuttopolitiikastamme ja sen seurauksena mahdollisesta perheiden heikosta sosioekonomisesta asemasta. Entorf ja Minoiu (2005) ovat todenneet, että kohdemaiden maahanmuuttopolitiikka ja maahanmuuttajien valintakriteerit vaikuttavat maahanmuuttajien sosioekonomiseen asemaan. Stevens ja Vollebergh (2008) ovat puolestaan esittäneet, että nämä sosioekonomisen integroitumisen erot heijastuvat maahanmuuttajanuorten hyvinvointiin ja selittävät sen, miksi joissain maissa (ensimmäisen sukupolven) maahanmuuttajanuoret voivat jopa paremmin kuin (toisen sukupolven nuoret ja) kantaväestö. Aiempien tutkimusten ja tässä tutkimuksessa havaitun välinen ero voi selittyä myös sillä, että tässä tutkimuksessa ensimmäisen polven maahanmuuttajat olivat nuoria, jotka eivät olleet tulleet maahan omasta vaan vanhempiensa tahdosta. Ilmeisesti melko moni nuori oli joutunut vaihtamaan maata, kun äiti oli

avioitunut Suomeen. Perherakenne heijastuikin nuoren mielenterveyteen vielä selkeämmin kuin maahanmuuttajasukupolvi. Aineisto tukee käsitystä, jonka mukaan hyvinvoiva, ehjä perhe suojaa nuoren mielenterveyttä.

Aineisto oli pieni, joten aihe vaatii laajempaa jatkotutkimusta ennen kuin tilanteesta voidaan tehdä yleisempiä johtopäätöksiä. Keskeistä olisi selvittää tekijöitä, jotka toisaalta hajottavat perheitä ja aiheuttavat nuorille mielenterveyden ongelmia ja toisaalta tekijöitä, jotka suojaavat näiltä sekä sitä, missä määrin näille löytyy yhteisiä selittäjiä. Aiheen tutkiminen olisi erityisen tärkeää, sillä voidaan olettaa, että maahanmuuttajataustaiset, mielenterveysongelmista kärsivät nuoret ovat kaksinkertaisessa syrjäytymisen riskissä. Tämän syrjäytymisen ennaltaehkäisy vaatii näiden nuorten sekä heidän erityistarpeidensa tunnistamista ja niihin vastaamista.

Tarkastuskäyntien yhteydessä törmäsimme Alitolppa-Niitamon ym. (2005) esittämiin palvelun ja tuen saannin esteisiin. Maahanmuuttajat eivät välttämättä tunne palvelujärjestelmää ja palvelujärjestelmä ei aina anna maahanmuuttajataustaiselle asiakkaalle tarpeenmukaista tukea tai palvelua. Toisaalta maahanmuuttajatkään eivät aina halua ottaa vastaan tarvitsemiaan palveluja. Maahanmuuttajataustaisen nuorten auttaminen heidän psykososiaalisissa ongelmissaan voi siis olla hankalaa ja viedä aikaa. Kaikki perheet eivät suostu psykiatriseen apuun, joten auttamisjärjestelmän tulee toimia myös koulun sisällä. Maahanmuuttajaperheiden mahdollinen varautuneisuus (Alitolppa-Niitamo ym. 2005, Rauta 2005) ja sen purkamisen ovat tärkeitä huomioitavia asioita palvelujärjestelmissä tapahtuvissa kohtaamisissa ja tulevaisuuden tutkimuksissa, mikäli niillä halutaan tavoitella tuloksellista terveyden edistämistä. Palvelujärjestelmältä vaaditaan aikaa, ymmärrystä ja aitoa halua kuulla nuorta ja perhettä. Työntekijöiden hyvä tahtokaan ei kuitenkaan riitä, mikäli moninaisuuden kohtamiseen ei ole resurssoitu riittävästi aikaa ja eri alojen yhteistyötä. Resursseista päätettäessä tulisi muistaa, että näiden nuorten mielenterveydessä on kyse paitsi ihmiskohtaloista, myös Suomen tulevaisuudesta.

Tarkastuskäynneistä kirjoittamassamme artikkelissa (Hermanson & Lommi 2009) esitämme Alitolppa-Niitamon ym. (2005) kuvaamiin palvelun ja tuen saannin esteisiin sekä varautuneisuuden purkamiseen toimenpide-ehdotuksia, joissa korostuvat Nutbeam (2000) esittelemät keinot terveyden rakenteellisten esteiden voittamisessa. Maahanmuuttajataustaisen nuorten ja perheiden kohdalla henkilökohtaisella kommunikaatiolla ja yhteisöllisellä kasvatuksella on erityinen merkitys. Kouluterveydenhuollon henkilökunnan tulisi olla mahdollisimman pysyvää ja henkilökohtaisiin tapaamisiin on varattava riittävästi aikaa. Yhteisöllistä kasvatusta tulisi soveltaa niin oppilaiden

kuin vanhempienkin kohdalla jo ennen henkilökohtaisia tapaamisia. Samalla murretaan varautuneisuuden muuria. Myös kouluterveydenhuollon henkilökunnalle tulisi järjestää yleistä ja yhteistä kulttuurisensitiivisyyttä lisäävää koulutusta.

Terveyden rakenteellisista esteistä, eriarvoisuudesta ja vaihtelusta etnisen taustan mukaan Suomessa on toistaiseksi hyvin niukalti tietoa. Olisikin hyvin tärkeää selvittää maahan muuttaneiden ja heidän perheidensä terveydentilaa ja sen kehitystä (Martelin ym. 2005). Tulevaisuuden kannalta keskeistä olisi pitkittäistutkimuksen avulla selvittää, mihin suuntaan maahanmuuttajien mielenterveys, terveyden muut osa-alueet sekä terveystalvelujen käyttö kehittyvät Suomessa asuttujen vuosien aikana. Edistääkö Suomessa asuminen heidän terveyttään, vai aiheuttaako se jopa terveyden heikkenemistä, ja mistä mahdollinen terveyden heikkeneminen tai parantuminen johtuvat? Mielenkiintoista ja tärkeää olisi myös vertailla eri syistä, eri ikäisinä ja eri lähtömaista maahan muuttaneiden terveyttä ja terveyden eri osa-alueiden kehittymisen eroja.

LÄHTEET

Aalberg V, Siimes M. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo 1999.

Ager A, Malcom M, Sadollah S, O'May F. Community Contact and Mental Health amongst Socially Isolated Refugees in Edinburgh. *Journal of Refugee Studies* 2002; 15(1): 71-80.

Alitolppa-Niitamo A. Liminaalista jäsenyyteen. Somalinkielisten nuorten siirtymien haasteita. Teoksessa Harinen P. (toim) *Kamppailuja jäsenyyksistä. Etnisyys, kulttuuri ja kansalaisuus nuorten arjessa*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseura 2003: 17-32.

Alitolppa-Niitamo A. Maahanmuuttajataustaiset perheet ja hyvinvoinnin edellytykset. Teoksessa Alitolppa-Niitamo A, Söderling I, Fågel S. (toim.) *Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin*. Väestöliitto. Vammalan Kirjapaino Oy 2005: 37-52.

Alitolppa-Niitamo A. The Generation In-between: Somali youth and schooling in metropolitan Helsinki. *Intercultural Education* 2002; 13: 275-290.

Alitolppa-Niitamo A, Söderling I. Johdanto. Teoksessa Alitolppa-Niitamo A, Söderling I, Fågel S. (toim.) *Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin*. Väestöliitto. Vammalan Kirjapaino Oy 2005: 7-12.

Alitolppa-Niitamo A, Moallin M, Novitsky A. Välittävä perhetyö – kokemuksia ja ajatuksia Väestöliiton Kotipuu-projektista. Teoksessa Alitolppa-Niitamo A, Söderling I, Fågel S. (toim.) *Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin*. Väestöliitto. Vammalan Kirjapaino Oy 2005: 84-95.

Barrett PM, Turner CM, Sonderegger R. Childhood anxiety in ethnic families: Current status and future directions. *Behaviour Change* 2000 17: 113–123.

Berg Kelly K. *Ungdomsmedicin*. Stockholm: Liber 1998.

Berntsson L. Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan 2000.

Berry JW. Immigration, Acculturation and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review* 1997; 46(1): 5-68.

Blomstedt Y. Self-reported health among immigrants from the former Soviet Union. Quantitative and qualitative studies in Sweden. Tukholma: Karolinska Institutet 2007.

Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.

Chiu ML, Feldman SS, Rosenthal DA. The Influence of Immigration on Parental Behaviour and Adolescent Distress in Chinese Families Residing in Two Western Nations. *Journal of Research on Adolescence* 1992; 2(3): 205-239.

Diarra H, Tuominen R, Föhr J. Ulkomaalaisten mielenterveysongelmat. Teoksessa Tuominen R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Porvoo, Helsinki, Juva: WSOY 1998: 124-142.

Entorf H, Minoiu N. What a difference immigration policy makes: A comparison of PISA scores in Europe and traditional countries of immigration. *German Economics Review* 2005; 6: 355–376.

European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EMCRX). Diversity and Equality for Europe: Annual Report 2000. Vienna: EUMC 2001; 22.

Feldman SS, Mont-Reynaud R, Rosenthal DA. When East Moves West: The Acculturation of Values of Chinese Adolescents in the U.S. and Australia. *Journal of Research on Adolescence* 1992; 2(2): 147-173.

Gissler M, Malin M, Matveinen P. Terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Julkaisussa: Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus 296. Työministeriö 2006.

Guarnaccia PJ, Lopez S. The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1998; 7: 537–553.

Haarasilta L, Aalto-Setälä T, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten depression epidemiologia: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveystalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 2000; 55: 2635-2640.

Haikarainen R. Helsingissä asuu kolmannes Suomen maahanmuuttajista. Kielten sekoitus löytyi myös sata vuotta sitten. *Helsingin Sanomat*. 7.12.2008.

Haikarainen R. Maahanmuuttajilla vaikeuksia saada hoitoa mielen ongelmiin. *Helsingin Sanomat*. 30.11.2006.

Harinen P. Nuoret monikansallistuvassa ja –kulttuuristuvassa yhteiskunnassa. Teoksessa Wilska T-A. (toim.) *Eriolaiset ja samanlaiset. Nuorisobarometri 2005*. Helsinki: Nuorisoasiain neuvottelukunta 2005: 98-110.

Harinen P, Ronkainen J. Matkalaukku ja pari kolme passia. Kaksoiskansalaisuus yhteiskunnallisen jäsenyyden muotona. Teoksessa Harinen P. (toim) *Kamppailuja jäsenyyksistä. Etnisyys, kulttuuri ja kansalaisuus nuorten arjessa*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseura 2003: 302-343.

Harinen P, Suurpää L. Nuoret kulttuurisessa välimaastossa. Teoksessa Harinen P. (toim) *Kamppailuja jäsenyyksistä. Etnisyys, kulttuuri ja kansalaisuus nuorten arjessa*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseura 2003: 5-14.

Hermanson E. Erityishaasteena erityisryhmien nuoret. *Duodecim* 2007; 123(2): 205-206.

Hermanson E, Lommi A. Maahanmuuttajataustaiset nuoret haaste kouluterveydenhuollolle. *Suomen Lääkärilehti* 2009; 64(11): 1009-1015.

Hjern A, Wicks S, Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants. A national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine* 2004; 34: 1-9.

Hirsjärvi S. Tutkimustyyppit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tammi 2007: 180-208.

Hirstiö-Snellman P, Mäkelä M. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 1998:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1998.

Hoikkala T, Hakkarainen P, Koski P, Lähteenmaa J, Määttä M, Oinas E, Puuronen A, Rantala K, Salasuo M, Tammi T, Virokannas E. Nuorisokulttuurit terveydenluketaitona. Teoksessa Javanainen M. (toim.) Timantit – terveyden edistämisen tutkimusohjelmasta. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys: Suomen Akatemia 2005: 127-141.

Honkasalo M-L. Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A. (toim.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus 2000: 53-73.

Honkasalo V. Voiko jäsenyyttä valita? Nuorten maahanmuuttajien tulkintoja suomalaisuudesta ja rasismista. Teoksessa Harinen P. (toim) Kamppailuja jäsenyyksistä. Etnisyys, kulttuuri ja kansalaisuus nuorten arjessa. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseura 2003: 158-190.

Jaakkola M. Suomalaisten suhtautuminen maahanmuuttajiin vuosina 1987 – 2003. Työpoliittinen tutkimus –sarjan 286. nide. Helsinki: Työministeriö 2005.

Johansson L M, Sundquist J. Psykisk hälsa. Teoksessa Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Statens folkhälsoinstitut 2002; 29: 67-90.

Joronen T. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot pääkaupunkiseudulla. Helsinki: Yliopistopaino 2005.

Jyrkämä J. Monet sosiologiat –luento. Jyväskylän yliopisto. 3.10.2006.

Kangas I, Karvonen S. Terveys sosiologia ja postmoderni. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A. (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus 2000: 176-189.

Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Mielialakysely (R-BDI) Nuorten mielialan mittaamisessa. Suomen Lääkärilehti 1998; 34: 3891–3898.

Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Laippala P. Finnish modification of the 13-item Beck Depression Inventory (R-BDI) in screening an adolescent population for depressiveness and positive mood. Nord J Psychiatry 1999; 53: 453–457.

Karhunen P. Apulaisoikeuskansleri nuhtelee Vantaata kouluterveydenhuollosta. Helsingin Sanomat. 28.6.2008.

Kartovaara L, Niskanen t, Rautanen R, Reijo M, Sauli H. Vieraskielisten lasten elinolot. Teoksessa Suomalainen lapsi 2007. Helsinki: Tilastokeskus, Stakes 2007: 411-431.

Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä M. Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. Suomen Lääkärilehti 2007; 62: 61-67.

Koivisto H. Maahanmuuttajia ei oteta hoitoon. Medi uutiset [online], 3.11.2006 [viitattu 4.11.2006]. http://www.medi uutiset.fi/doc.te?f_id=1058617&s=u&wtm=mu-03112006.

Kosonen L. Growing Up Vietnamese in Finland: Looking Back 12 Years Later. The Well-Being and Sociocultural Adaptation of Vietnamese as Children or Adolescents and as Young Adults. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino 2008.

Kosonen L. Maahanmuuttajanuorten tukeminen käytännössä. Teoksessa Liebkind K. (toim.) Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa. Tampere: Tammer-Paino Oy 2000: 149-157.

Kosunen E, Cacciatore R, Hervonen A. Seksuaalisuus elämänkaareissa. Duodecim 2003;119(3): 209-216.

Kuusela J, Etelälahti A, Hagman Å, Hievanen R, Karppinen K, Nissilä L, Rönnerberg U, Siniharju M. Maahanmuuttajaoppilaat ja koulutus - tutkimus oppimistuloksista, koulutusvalinnoista ja työllistämistä. Opetushallitus. Helsinki: Edita Prima Oy 2008.

Künnapuu K. Sosiaalinen kompetenssi, maahanmuuttajat ja rikollisuus. Teoksessa Harinen P. (toim) Kamppailuja jäsenyyksistä. Etnisyys, kulttuuri ja kansalaisuus nuorten arjessa. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseura 2003: 238-271.

Lastensuojelun keskusliitto. Lapsen hyvä elämä 2015. Toimintalinjaus. Lapsen Maailma -lehden 4/2005 eripainos. Iisalmi: IS -print, 2005. [www-dokumentti] [viitattu 25.9.2006].

http://www.lskl.fi/tiedostot/folder_3/kgS2xmQ5.pdf

Liebkind K. Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland. Journal of Cross-Cultural Psychology 1996; 27 (2): 161-180.

Liebkind K, Jasinskaja-Lahti I. Nuorten maahanmuuttajien hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Teoksessa Liebkind K. (toim.) Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa. Tampere: Tammer-Paino Oy 2000: 112-123.

Lillrank A, Seppälä U-M. Sairauden ja terveyden kokemus maallikkonäkökulmasta. Teoksessa Kangas I, Karvonen S, Lillrank A. (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus 2000: 104-118.

Löytty O. Maltillinen hutu ja muita kirjoituksia kulttuurien kohtaamisesta. Jyväskylä: Gummerus 2008.

Maahanmuuttovirasto. Pakolaiskiintiö. Kiintiövalintatilastot. [viitattu 13.10.2008].
<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476,2538>.

Malin M, Sarlio-Lähteenkorva S, Joronen T. Maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia käsitteleviä tutkimuksia käynnistymässä myös Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2002; 39: 153-156.

Makkonen K, Hermanson E. Millaisen lääkärin nuori tarvitsee? Duodecim 2007;123(2): 203-204.

Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. Väestöryhmien väliset terveyserot. Suomalaisten terveys 2005. Terveyskirjasto. [viitattu 7.4.2009].
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00043

Martikainen T, Sintonen T, Pitkänen P. Ylirajainen liikkuvuus ja etniset vähemmistöt. Teoksessa Martikainen T. (toim.) Ylirajainen kulttuuri. Etnisyys Suomessa 2000-luvulla. Helsinki : Suomalaisen Kirjallisuuden Seura 2006: 9-41.

Miller KE. Rethinking a Familiar Model: Psychotherapy and the Mental Health of Refugees. Journal of Contemporary Psychotherapy 1999; 29(4): 283-306.

Mannilla S. Maahanmuuttajien terveys. Suomen Lääkärilehti 2008; 63(32): 2509-2513.

Matinheikki-Kokko K. Challenges of working in a cross-cultural environment: Principles and practice of refugee settlement in Finland. Jyväskylä: University of Jyväskylä 1997.

Metsämuuronen J. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 2004.

Niemelä H. Erottautumista ja ystävyyttä. Somalialaistyttöjen käsityksiä ja kokemuksia suomalaisista tytöistä. Teoksessa Harinen P. (toim) Kamppailuja jäsenyyksistä. Etnisyys, kulttuuri ja kansalaisuus nuorten arjessa. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseura 2003: 91-121.

Niemelä H. Somalialaisen ja suomalaisen nuoruuden risteyksessä. Teoksessa Martikainen T. (toim.) Ylirajainen kulttuuri. Etnisyys Suomessa 2000-luvulla. Helsinki : Suomalaisen Kirjallisuuden Seura 2006: 168-190.

Noels KA, Pon G, Clement R. Language, Identity and Adjustment. The Role of Linguistic Self-Confidence in the Acculturation Process. Journal of Language and Social Psychology 1996; 15(3): 246-264.

Nuorten päihdemittari (ADSUME). Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveydenhuollon opas 2006; 12: liite 17.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 2007; 146: 16-17.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259-267.

Nykänen A-S. Ei mikään portinvartija. *Helsingin Sanomat*. 7.12.2008.

Olika vilkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. SoS-rapport 2000: 3. Tukholma: Socialstyrelsen 2000.

Oppedal B, Røysamb E. Mental health, lifestress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *The Scandinavian Journal of Psychology* 2004; 45: 131–144.

Oppedal B, Røysamb E, Heyerdahl S. Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46: 646–660.

Paananen S. Maahanmuuttajien kohtaamisia suomalaisen järjestelmän kanssa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2005; 70(6): 699-700.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino 2007.

Phinney JS, Chavira V. Parental Ethnic Socialization and Adolescent Coping With Problems Related to Ethnicity. *Journal of Research on Adolescence* 1995; 5: 31-53.

Pitkänen P, Kouki S. Meeting foreign cultures: A survey of the attitudes on Finnish authorities towards immigrants and immigration. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2002; 28: 103-118.

Pirinen I. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, 9.2.2008.

Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus 2003.

Puuronen A. Mitä on terveys – tietoa, taitoa vai tajua? Teoksessa Puuronen A. (toim.) Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy 2006: 5-20.

Puuronen V. Monikulttuurisuus voidaan ymmärtää eri tavoin. Helsingin Sanomat. 18.11.2008.

Puuronen V. Näkökulmia etnisten suhteiden tutkimukseen Suomessa. Teoksessa Martikainen T. (toim.) Ylirajainen kulttuuri. Etnisyys Suomessa 2000-luvulla. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura 2006: 42-54.

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

Raitasalo R. Beckin depressioasteikon rakenne ja luotettavuus. Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:13 1995: 93-108.

Rauta A. Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 3.

Reiman T. Selvitys tutkimustyön tarpeesta. Vantaan kaupunki. Tikkurilan sosiaali- ja terveyskeskus. Maahanmuuttajien yhteispalvelutoimisto. 28.9.2006.

Riihelä J. Maahanmuuttajien elinoloerot pääkaupunkiseudun kunnissa. Teoksessa Joronen T. (toim.) Maahanmuuttajien elinolot pääkaupunkiseudulla. Helsinki: Yliopistopaino 2005: 117-144.

Rogler LH, Cortes DE, Malgady RG. Acculturation and Mental Health Status among Hispanics. Convergence and New Directions for Research. American Psychologist 1991; 46(6): 585-597.

Sainola-Rodriguez K, Koehn PH. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2006; 43: 47-59.

Sam DL. Psychological adaptation of adolescents with immigrant backgrounds. *Journal of Social Psychology* 2000; 140: 5-25.

Sam DL, Virta E. Intergenerational value discrepancies in immigrant and host-national families and their impact on psychological adaptation. *Journal of Adolescence* 2003; 26: 213-231.

Saraiva Leão T, Sundquist J, Johansson LM, Johansson S-E, Sundquist K. Incidence of Mental Disorders in Second-Generation Immigrants in Sweden: A Four-Year Cohort Study. *Ethnicity and Health* 2005; 10(3): 243-256.

Savopirtti K. "Kielikoulutus on suurin haaste!" [www-dokumentti]. Julkaistu 27.10.2006. Päivitetty 27.10.2006. [viitattu 30.10.2006].

http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;133;134;49325

Silove D, Coello M, Tang K, Arióche J, Soares M, Lingam R, Chaussivert M, Manicavasgar V, Steel Z. Towards a Reseacher-advocacy Model for Asylum Seekers: A Pilot Study Amongst East Timorese Living in Australia. *Transcultural Psychiatry* 2002; 39(4): 452-468.

Silove D. The Challenges Facing Mental Health Programs for Post-conflict and Refugee Communities. *Prehospital and Disaster Medicine* 2004; 19(1): 90-96.

Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z, Manicavasagar V. Compounding of Premigration Trauma and Postmigration Stress in Asylum Seekers. *Journal of Psychology* 1997; 131: 463-470.

Solantaus T. Kehitysympäristön merkitys lapsen kehitykselle ja mielenterveydelle. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita 2002: 193-210.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 8.

Sourander A. Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee children. *Child Abuse Neglect* 1998; 22: 719-727.

Sourander A. Turvapaikkaa hakevien pakolaislasten ja -nuorten mielenterveys. *Duodecim* 2007; 123(4): 479-485.

St Leger L. What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? *Health Promotion International* 2004; 19(4): 405-408.

Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille.

Stevens GWJM, Vollebergh WAM. Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3): 276-294.

Sundquist J. Invandringen till Sverige 1945-2001. Teoksessa *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Statens folkhälsoinstitut 2002; 29: 11-28.

Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson SE. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *Journal Of Nervous and Mental Disease* 2000; 188(6): 357-365.

Syrjänen M, Tuominen M, Rainio P. Työkirja tasa-arvosta ja yhdenvertaisuudesta. Tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistäminen Vantaan kaupungin toimintatapana. Vantaan kaupungin julkaisu C-10: 2006. Vantaa: Vantaan kaupunki, 2006.

Taavela R. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopio: Kuopion yliopisto, 1999.

Teperi J. Suomen terveydenhuolto tarvitsee tiedeyhteisön tukea. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2003; 40: 235-236.

Tiilikainen M. Monitieteistä etnisten suhteiden tutkimusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2006; 43: 74-75.

Tiilikainen M. Etniset vähemmistöt Suomessa. *Duodecim* 2007; 123(4): 437-439.

Tilastokeskus. *Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2005*. Helsinki: Tilastokeskus, 2006.

Törmäkangas T. Tutkimusaineiston analyysi: tilastollis-empiirinen tutkimus. *Luentomoniste*. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos 2006.

Uusijärvi A. Miten Helsingissä hoidetaan maahanmuuttajataustaisten lasten mielenterveyttä? *Selvitys maahanmuuttajataustaisten lasten mielenterveystilanteesta ja palvelujärjestelmän kehittämishaasteista*. Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto. Terveysvirasto, 31.10.2003.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001.

Vantaan kaupunki, peruskoulujen oppilasrekisteri.

Vantaan kaupunki, tilasto- ja tutkimuskeskus.

Vantaan väestö 2005/2006. Vantaan kaupunki. *Tilasto ja tutkimus*. B9:2006. Vantaa: Vantaan kaupungin tilasto ja tutkimus, 2006.

Varti A-M. Maahanmuuttajien terveysneuvonnan järjestäminen. *Kansanterveys* 2001; 5-6: 4-5.

Vedder P. *International comparative study of ethnocultural youth. The cultural context*. University of Leiden, Center for the Study of Education and Instructions 2001.

Vega WA, Zimmerman RS, Warheit GJ, Khoury EL, Gil AG. Cultural Conflicts and Problem Behaviors of Latino Adolescents in Home and School Environments. *Journal of Community Psychology* 1995; 23(2): 167-179.

Virta E, Sam LD, Westin C. Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: A comparative study of their psychological adaptation. *Scandinavian Journal of Psychology* 2004; 45: 15–25.

Watters C. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine* 2001; 52(11): 1709-1718.

Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Rimpelä M. Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja. *Suomen Lääkärilehti* 2007; 62: 53-59.

Ying Y-W. Immigration Satisfaction of Chinese Americans: An Empirical Examination. *Journal of Community Psychology* 1996; 24(1): 3-16.

MIELIALAKYSELY RBDI-13

Liite 1/1

1. Minkälainen on mielialasi?

- 1 mielialani on melko valoisa ja hyvä
- 2 en ole alakuloinen tai surullinen
- 3 tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi
- 4 olen alakuloinen jatkuvasti, enkä pääse siitä
- 5 olen niin masentunut ja alavireinen, etten enää kestä

2. Miten suhtaudut tulevaisuuteen?

- 1 suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti
- 2 en suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti
- 3 tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
- 4 minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- 5 tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksaa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

3. Miten katsot elämäsi sujuneen?

- 1 olen elämässäni onnistunut huomattavan usein
- 2 en tunne epäonnistuneeni elämässä
- 3 minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
- 4 elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- 5 tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä

4. Miten tyytyväiseksi tai tyytymättömäksi tunnet itsesi?

- 1 olen varsin tyytyväinen elämääni
- 2 en ole erityisen tyytyväinen
- 3 en nauti asioista samalla tavoin kuin ennen
- 4 minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään
- 5 olen täysin tyytymätön kaikkeen

5. Minkälaisena pidät itseäsi?

- 1 tunnen itseni melko hyväksi
- 2 en tunne itseäni huonoksi ja arvottomaksi
- 3 tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- 4 nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- 5 olen kerta kaikkiaan huono ja arvoton

6. Onko sinulla pettymyksen tunteita?

- 1 olen tyytyväinen itseäni ja suorituksiini
- 2 en ole pettynyt itseni suhteen
- 3 olen pettynyt itseni suhteen
- 4 minua inhottaa itseni
- 5 vihaan itseäni

7. Onko sinulla itsesi vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia?

Liite 2/1

- 1 minulla ei ole koskaan ollut itsemurha-ajatuksia
- 2 en ajattele, enkä halua vahingoittaa itseäni
- 3 minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut
- 4 minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta
- 5 tekisin itsemurhan, jos siihen olisi mahdollisuus

8. Miten suhtaudut vieraiden ihmisten tapaamiseen?

- 1 pidän ihmisten tapaamisesta ja juttelemisesta
- 2 en ole menettänyt kiinnostusta muihin ihmisiin
- 3 toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
- 4 olen melkein menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
- 5 olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan

9. Miten koet päätösten tekemisen?

- 1 erilaisten päätösten tekeminen on minulle helppoa
- 2 pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
- 3 varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätöksen tekoa
- 4 minulla on suuria vaikeuksia päätösten teossa
- 5 en pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja ja päätöksiä

10. Minkälaisena pidät olemustasi ja ulkonäköäsi?

- 1 olen melko tyytyväinen ulkonäkööni ja olemukseeni
- 2 ulkonäkössäni ei ole minua haittaavia piirteitä
- 3 olen huolissani siitä, että näytän epämiellyttävältä
- 4 minusta tuntuu, että näytän rumalta
- 5 olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä

11. Minkälaista nukkumisesi on?

- 1 minulla ei ole nukkumisessa minkäänlaisia vaikeuksia
- 2 nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
- 3 herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
- 4 minua haittaa unettomuus
- 5 kärsin unettomuudesta, nukahtamisvaikeuksista tai liian aikaisesta kesken unien heräämisestä

12. Tunnetko väsymystä ja uupumusta?

- 1 väsyminen on minulle lähes täysin vierasta
- 2 en väsy helpommin kuin tavallisestikaan
- 3 väsyn helpommin kuin ennen
- 4 vähäinkin työ väsyttää ja uuvuttaa minua
- 5 olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

13. Minkälainen ruokahalusi on?

- 1 ruokahalussani ei ole mitään hankaluuksia
- 2 ruokahaluni on ennallaan
- 3 ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- 4 ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
- 5 minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

14. Oletko ahdistunut ja jännittynyt?

Liite 3/1

1 pidän itseäni melko hyvähermoisena enkä ahdistu kovinkaan helposti

2 en tunne itseäni ahdistuneeksi tai "huonohermoiseksi"

3 ahdistun ja jännityn melko helposti

4 tulen erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi

5 tunnen itseni jatkuvasti ahdistuneeksi ja tuskaiseksi kuin hermoni olisivat "loppuun kuluneet"

TUTKIMUSLOMAKE

Liite 1/2

Tunnus

- 1 Sotu _____--_____
- 2 Pvm _____
- 3 *Laske: Ikä tarkastuksessa*
- 4 Sukupuoli tyttö (1) poika (2)
- 5 Äidinkieli _____
- 6 Syntymämaa _____
- 7 Ollut Suomessa alle 1v(1) / 1-3vuotta (2) / 4-6 vuotta(3) / 7-10 vuotta(4) /
yli 10 vuotta(5) / syntynyt Suomessa (6) / ei osaa sanoa (7)
- 8 *Muuttanut Vantaalle, pvm _____ (tieto haetaan myöh VATJ:sta)*
- 9 *Laske: Asunut Vantaalla, aika täysinä vuosina*
- 10 Ennen tarkastusta:
käyntejä tk - päivystyksessä: _____
- 11 *Laske: Kohta 10 /Vantaalla asutut vuodet*
- 12 Ennen tarkastusta: käyntejä tk-lääkärillä, ei päiv,
tulotarkastusta ei lasketa: _____
- 13 *Laske: Kohta 12 /Vantaalla asutut vuodet*
- 14 Muutokset perheessä *koko elämän aikana*: Vanhempien avioero/avoero (1) ,
vuonna _____ (nuoren käsitys)
- 15 Uusi liitto äidillä
- 16 Uusi liitto isällä
- 17 Asuu äidin kanssa (1) / isän kanssa(2)
/ puoliksi isän, puoliksi äidin luona (3) / muu järjestely (4)
- 18 Kotitilanne ja toisen vanhemman tapaamiset:

- 19 Vanhemmat osallistuvat lääkärintarkastukseen: kyllä(1) / ei(2) / postia(3)
- 20 Tunnetko itsesi terveeksi kyllä (1) , ei (2)
- 21 Kokee että on usein päänsärkyä
- 22 Kokee että on usein jännittyneisyyttä
- 23 Kokee että on usein vatskipuja
- 24 Kokee että on usein astamoireita
- 25 Kokee että on usein allergisen nuhan oireita
- 26 Kokee että on usein flunssaa
- 27 Kokee että on usein selän alaosan kipuja
- 28 Kokee että on usein niska-hartiaseudun kipuja
- 29 Kokee että on usein nivelkipuja
- 30 Kokee että on usein syömisen kanssa ongelmia
- 31 Kokee että on usein väsymystä/heikotusta
- 32 Kokee että on usein yöheräämisiä/vaikeuksia nukahtaa
- 33 Kokee että on usein masennusta
- 34 Kokee että on usein ärtyisyyttä/kiukunpurkauksia
- 35 Kokee että on usein suu- tai hammasvaivoja
- 36 Kr aik todettu sairaus 1, dg _____
- 37 Kr aik todettu sairaus 1, lisätieto _____

- 38 Kr aik todettu sairaus 2, dg
-
- 39 Kr aik todettu sairaus 2, lisätieto
-
- 40 Kr aik todettu sairaus 3, dg
-
- 41 Kr aik todettu sairaus 3, lisätieto
-
- 42 Jatkuva lääkitys: kyllä (1) / ei (2)
- 43 Erikoissairaanhoidon seurannassa kyllä (1) / ei (2) / ei osaa sanoa (3)
- 44 Viimeisen vuoden aikana tutkittu tai hoidettu:
-
- 45 Kotiintuloaika kyllä(1) , _____ ei(2)
- 46 Kotiintuloaika, klo _____
- 47 Nukkumaanmeno aika, klo _____
- 48 Montako tuntia nukut (luku) _____
- 49 Suhteet vanhempiin: erittäin hyvät(1) / hyvät(2) / tyydyttävät(3) / huonot(4)
- 50 Millaisissa asioissa vanhempasi ovat mukavia ja ymmärtäviä?
-
- 51 Mistä asioista sinun ja vanhempiesi välille syntyy riitoja?
-
- 52 Tyytyväisyys itseen: hyvin tyytyväinen(1) / melko tyytyväinen (2) / melko tyytymätön (3) / hyvin tyytymätön (4)
- 53 Kaverisuhteet: erittäin hyvät(1) / hyvät(2) / tyydyttävät(3) / huonot(4)
- 54 Tutustuminen kavereihin: helposti (1) / tuottaa jonkin verran vaikeuksia(2) / vaikea tutustua (3)
- 55 Kaverit: Lähinnä vain maahanmuuttajia(1) / vain suomalaisia kavereita(2) / Kumpia kin (3) / Ei ketään(4)
- 57 Muutoksia viime aikoina: muutto(1)
- 58 Muutoksia viime aikoina: oma sairaus(1)
- 59 Muutoksia viime aikoina: läheisen sairaus (1)
- 60 Muutoksia viime aikoina: läheisen kuolema(1)
- 61 Muutoksia viime aikoina: vanhempien ero (1)
- 62 Muutoksia viime aikoina: vanhempien uusi avio/avoliitto(1)
- 62 Muutoksia viime aikoina: veljen/sisaren syntymä(1)
- 63 Muutoksia viime aikoina: muu muutos(1)
- 64 Muutoksia viime aikoina, lisätieto _____
- 65 Ei mainittavia muutoksia (1)
- 66 "Kenen puoleen käännyt, kun sinulle tulee jokin huoli" _____
- 67 Läheinen uskottu aikuinen: helppo nimetä(1) / ei tosiaan(2) /ei osaa sanoa (3)
- 68 Kokemuksia kiusanteosta, väkivallasta t seksuaalisesta häirinnästä: ei koskaan (1) / joskus(2) / usein(3)
- 69 Itse kiusannut : ei (1) / joskus(2) / usein (3)
- 70 Kiusaaminen/väkivalta
- lisätieto _____
- 71 Halua vahingoittaa itseään: ei (1) , kyllä (2)
- 72 Mitkä aineet kiinnostavat koulussa
- eniten _____

- 73 Mitkä aineet kiinnostavat koulussa vähiten _____
- 74 Mitkä aineet koulussa ovat sinulle vaikeita _____
- 75 Jännittää tunnilla vastaamista (1)
- 76 Jännittää kokeita (1)
- 77 Jännittää luokassa esiintymistä (1)
- 78 Jännittää tietyn aineen tunteja (1)
- 79 Jännittää tiettyä opettajaa (1)
- 80 Jännittää toisia oppilaita (1)
- 81 Jännittää kotiasioiden paljastumista (1)
- 82 Jännittää jotain muuta (1)
- 83 Jännittäminen lisätieto: _____
- 84 Koulussa on keskittymisvaikeuksia (1)
- 85 Koulussa on kiinnostuksen puutetta (1)
- 86 Koulussa on luvattomia poissaloja (kertoo itse) (1)
- 87 Koulutyöhön osallistuminen ja oppiminen on helppoa (1) / melko helppoa(2) / vaikeaa (3) / ei vastausta (4)
- 88 Tuki- tai erityisopetusta: ei (1) , kyllä (2)
- 89 Tutkimuksia oppimisvaikeuksien vuoksi: ei (1) , kyllä(2)
- 90 Saa terapiaa tällä hetkellä: ei (1) , kyllä (2)
- 91 Terapia lisätieto _____
- 92 Syö päivittäin aamupalan (1)
- 93 Syö päivittäin kouluruoan (1)
- 94 Syö päivittäin päivällisen (1)
- 95 Syö päivittäin iltapalan (1)
- 96 Syö päivittäin välipaloja (1)
- 97 Käyttää maitotuotteita päivittäin: kyllä (1) / ei(2)
- 98 Erityisruokavalio: kyllä (1) , ei (2)
- 99 Erityisruokavalio, lisätieto(ruokavalio, esteitä kouluruokailuun, sianliha, ramadan?) _____
- 100 Syö omasta mielestään riittävästi ja terveellisesti: kyllä (1) / ei (2)
- 101 Tyytyväinen omaan painoonsa: kyllä (1) / ei (2) /ei osaa sanoa (3)
- 102 Syy miksei ole tyytyväinen omaan painoonsa: _____
- 103 Kuukautiset alkaneet: ei (1) / kyllä (2) / ei kerro (3) / poika (6)
- 104 Kuukautisten alkamisikä, täysiä vuosia _____
- 105 Kuukautisvaivoja: kyllä, tarvitsee lisää apua (1) / kyllä, hakenut apua aiemmin(2) / kyllä, mutta pärjää kotikonstein (3) / ei vaivoja(4) / ei kerro(5) /poika (6)
- 106 Siemensyöksyt alkaneet: ei (1) / kyllä (2) / ei kerro(3) / tyttö (6)
- 107 Ehkäisyasiat ajankohtaisia: ei (1) / kyllä (2) / ei vastaa (3)
- 108 Huolia sukupuolielimistä: ei (1) / kyllä (2) / ei vastaa (3)
- 109 Huolia sukupuolielimistä, lisätieto _____
- 110 Vapaa-ajan harrastus: nimeää vähintään yhden (1) / ei nimeä mitään (2)
- 111 Vapaa-ajan harrastus, lisätieto: _____
- 112 Liikuntaharrastus: nimeää vähintään yhden (1) / ei nimeä mitään (2)
- 113 Säännöllinen liikuntaharrastus (koululiikunnan lisäksi) _____ kertaa viikossa
- 114 Liikuntaharrastus, lisätieto: _____
- 115 Kuinka paljon olet tietokoneella päivittäin (tunteja) _____

Liite 4/2

- 116 Saako koululääkäri tai -terveydenhoitaja harkintansa mukaan kertoa opinto-ohjaajalle sellaisista terveysongelmista, jotka mahdollisesti vaikuttavat ammatinvalintaan: kyllä(1), ei (2)
- 117 1Tupakointi (päihdemittari, asteikko 0-2): _____
- 118 2Päihteet (päihdemittari, asteikko 0-6) : _____
- 119 3Päihteiden käytön tiheys (päihdemittari, asteikko 0-5) : _____
- 120 4Alkoholiannokset (päihdemittari, asteikko 0-4) : _____
- 121 5Myöhäst päihteiden takia (päihdemittari, asteikko 0-3) : _____
- 122 6Päihdeongelmat (päihdemittari, kuinka monta kohtaa) : _____
- 123 7Päihdeongemien tiheys (päihdemittari, asteikko 0-3): _____
- 124 8Muistinmenetyt päihteistä (päihdemittari, asteikko 0-2) : _____
- 125 9Sammuminen (päihdemittari, asteikko 0-2) : _____
- 126 10Miksi päihteitä (päihdemittari, kuinka monta kohtaa): _____
- 127 10 Miksi käytät päihteitä, sanallinen vastaus/lisätieto _____
- 128 11Millainen oma päihteiden käyttö, sanall vastaus _____
-
- 129 12 Onko joku huolissaan (päihdemittari, asteikko a-c) : _____
- 130 13Tietävätkö vanhemmat (päihdemittari, asteikko a-b) : _____
- 131 14Lähipiirissä huumeidenkäyttöä (päihdemittari, asteikko a-d) : _____
- 132 15Huumeiden saatavuus (päihdemittari, asteikko a-c) : _____
- 133 16Keskust vanhempien kanssa, sanall vastaus _____
-
- 134 17Mielipide nuorten päihteiden käytöstä, sanall vastaus _____
-
- 135 R-BDI-13 pistemäärä : _____
- 136 Kysymys josta masentunein pistearvo (4 tai 5) _____
- 137 Toinen kysymys josta ruksittu 4 tai 5 _____
-
- 138 Mielialaongelma, lääkärin arvio: kyllä, vaikea (1), kyllä mutta lievä(2) , ei mielialaongelmia (3)
- 139 Suhteellinen pituus _____ SD
- 140 Pituuspaino _____%
- 141 Näköongelma, johon terveydenhoitaja arvioi että pitää puuttua: kyllä (1), ei(2)
- 142 Näköongelma, lisätieto _____
- 143 Kuulo-ongelma, johon terveydenhoitaja arvioi että pitää puuttua: kyllä (1), ei(2)
- 144 Kuulo-ongelma, lisätieto _____
- 145 Iho-ongelma, johon terveydenhoitaja arvioi että pitää puuttua: kyllä (1), ei(2)
- 146 Iho-ongelma, lisätieto _____
- 147 Ryhtiöngelma, johon terveydenhoitaja arvioi että pitää puuttua: kyllä (1), ei(2)
- 148 Ryhtiöngelma, lisätieto _____
- 149 Muu havaittu terveysongelma: kyllä (1), ei(2)
- 150 Muu havaittu terveysongelma, sanall _____
-
- 151 Tuo itse esiin jonkun kysymyksen: kyllä (1), ei(2)

Liite 5/2

152 Tuo itse esiin lääkärintarkastuksessa, aihealue:

153 Muu huomio _____

154 Terveydenhoitajan käsitys koulupoissaoloista: paljon sairauksista johtuvia (1) /
paljon, syyt epäilyttäviä (2) , jonkin verran sairauksista johtuvia (3) / jonkin verran, syyt
epäilyttäviä(4) / Ei(5) /Ei käsitystä(6)

155 Terveydenhoitajan luona käyminen Käy usein myös pikkuvaivoista(1) / Vaikea
saada tulemaan vastaanotolle(2) / Tuntuu osaavan hakeutua kun tulee tarvetta (3) /
Terveydenhoitajalla ei oikein selkeää mielikuvaa (4)

TARKASTUKSESTA ERITYISHYÖTYJÄ SAANEET OPPILAAT

	Maahanmuuttotoustaist nuoret (n=50)	Verrokkinuoret (n=50)
Lähetet psykiatriseen erikoissairaanhitoon	2 (+1, joka sai lähetteen tutkimuksen päättymisen jälkeen)	2
Lähetet silmälääkärille	1	1
Lähetet ihotautilääkärille	-	2 (akne, siedätushoito)
Lähetet gynekologille	1 (ympärileikkauksen purkuun)	-
Lähetet ortopedille	-	1
Lähetet fysioterapiaan	3	2
Lähetet ravitsemusterapeutille	-	2
Rtg/uä/lablähetet	3	3
Aknelääkeresepti	6	11
Kalkki--d- vitamiiniresepti	9	1
Kuukautiskipulääkeresepti	3	5
Muu resepti	3 (rauta, silmien kuivuusongelma, lihaskivut)	4 (rauta, savipuoli, jälkiehkäisy, allergiat)
Keskustelu (objektiivisesta) ylipainosta	2	3
Keskustelu kehonkuvasta ja laihduttamisesta, normaali/alipaino	-	2
Muu perusteellinen keskustelu tai löydös, josta riitti informointi	Perhetilanne 2, silmälasien käyttö 2, allergia, seksi, penispapulat, huoli ulkosynnyttimien vammautumisesta lapsena, sappirakon kiertymä ja ympäristömyrkyt, doping bodauksessa.	Perfektionismi 3, migreeni 2, seksi 2, allergia, silmälasien käyttö, lipooma, vatsavaivat, pahanhajuinen hengitys, kynsivallit.

PSYYKKISTEN ONGELMIEN KUVAUS

Liite 1/4

Kliinisen arvion mukaan neljällä maahanmuuttajataustaisella ja yhdellä kantasuomalaisella oli vaikea mieliala- tai muu mielenterveysongelma. Kyseiset nuoret saivat R-BDI-lomakkeessa 22, 11, 3, 2 ja 0 pistettä. Lieviä mielenterveysongelmia (mielialaongelmia) oli kuudella maahanmuuttajataustaisella ja kahdeksalla verrokilla. Tyypillistä nuorten mielialaongelmille olivat itsetunto-ongelmat ja somatisointi. Mielenterveysongelmasta kärsivistä 19 nuoresta 16 tuli yksinhuoltaja- tai uusperheistä. Useimmat niistä, joilla oli lieviä mielialaongelmia, ohjattiin kuraattorin, psykologin tai kouluterveydenhoitajan seurantaan tai heillä oli jo kontakti johonkin ammattilaiseen. Seuraavassa pyritään lääkärin tapauskuvausten avulla hahmottamaan maahanmuuttajataustaisten nuorten ongelmia ja niiden ratkaisua. Huomion arvoista on myös se, että maahanmuuttajataustaisten nuorten joukkoon mahtui näiden tapauksien lisäksi poikkeuksellisen lahjakkaita ja pärjääviä, montaa kieltä puhuvia maailmankansalaisia.

Tapaus 1

Suomessa syntynyt maahanmuuttajataustainen poika ei tullut ensimmäiseen lääkärintarkastukseen. Ilmeni, että hänellä oli hyvin paljon poissaoloja, ja opettajat kertoivat, että hän todennäköisesti tarvitsee tulkkia, koska ei puhu suomea. Uuteen tapaamisyritykseen kutsuttiin pojan lisäksi vanhemmat, tulkki ja erityisopettaja. Ilmeni, että pojalla oli ollut sosiaalisia vaikeuksia jo päiväkotiaikassaan, eikä hänellä ole suomenkielisiä ystäviä. Hän kuitenkin osasi suomea, joskin vastaili niukkasanaisesti. Vanhemmat olivat yrittäneet ratkaista tilannetta toistuvilla koulunvaihdolla. Tapaamisessa sovittiin, että lääkäri selvittää mahdollisuuksia oppimisvaikeuksien kartoittamiseen pojan äidinkielellä, ja tutkimuksia odotellessa pojan opetus järjestettäisiin yksityisopetuksena koulun tiloissa. Nuorelle kirjoitettu sairausloma mahdollisti tämän. Kuukauden kuluttua erityisopettaja raportoi pojan opiskelleen erittäin tunnollisesti ja edistyneen opinnoissaan hyvin. Diagnoosiksi tuli mutismi, valikoiva vaikeneminen suomenkielellä, sillä opettajan kanssa kahden kesken pojalla ei ollut kielivaikeuksia. Oppimisvaikeuksien kartoittamista ei enää pidetty ajankohtaisena. Nuorelle järjestettiin myös tukihenkilö ja hän alkoi tapaila maahanmuuttajapsykologia, mutta intensiivisempään psyykkiseen apuun hän ei suostunut. Nuori suorittaa peruskoulun loppuun yksilöllisenä opetuksena.

Tapaus 2

Liite 2/4

Maahanmuuttajataustainen poika oli tullut Suomeen vajaa kaksi vuotta ennen lääkärintarkastusta. Hän oli saanut suomenkielen opetusta vuoden ajan valmistavalla luokalla ja oli nyt 8. luokalla, mutta hän ei ollut käynyt koulua juuri lainkaan. Nuori valitti unirytmiongelmia, mutta kielsi muut vaikeudet. Masennusta tai viitteitä päihteiden käytöstä ei havaittu. Lopulta poika saatiin ohjattua lastensuojelun tuella nuorisopsykiatrille, jossa koulupoissaolojen syyksi paljastui liian huono suomen kielen taito. Nuori koki, että ikätoverit syrjivät häntä kielen takia. Koulunkäynti alkoi sujua, kun nuorelle saatiin järjestettyä lisää suomen kielen opetusta ja hän sai suorittaa 8. luokan yksilöllisessä opetuksessa.

Tapaus 3

Maahanmuuttajataustainen tyttö, josta ammattilaisilla oli ollut huolta 5-vuotiaasta lähtien. Monimuotoista oireilua, somatisointia, depressiivisyyttä, satuilua, uhmakkuutta, epäily realiteettitestauksen häiriöstä. Suostui psykiatriseen hoitolähetteeseen, kun äidin ehto läheteestä myös vatsan ultraäänitutkimukseen toteutui.

Tapaus 4

Maahanmuuttajataustainen poika, josta ammattilaisilla oli ollut huolta ensimmäisestä luokasta lähtien. Oman toiminnan ohjauksen vaikeudet oli todettu jo kouluvalmiusarviossa. Aggressiivisuutta, käytöshäiriöitä. Kolme tapaamista, joissa mukana oli myös äiti, mutta keskusteluista huolimatta perhe ei suostunut läheteeseen eikä muihin tukitoimiin ennen kuin vuoden kuluttua, kun tilanne kriisiytyi.