

MIELENTERVEYTEEN LIITTYVIÄ KÄSITYKSIÄ LÄHI-IDÄN KULTTUUREISSA

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Nelli Koskimäki
Pro gradu -tutkielma
Turun yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos
Sosiaalityö
Toukokuu 2021

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Sosiaalitieteiden laitos

KOSKIMÄKI, NELLI: Mielenterveyteen liittyviä käsityksiä Lähi-idän kulttuureissa –
Integroiva kirjallisuuskatsaus

Pro gradu tutkielma, 68s., 1 liite.

Sosiaalityö

Toukokuu 2021

Tutkielmassa käsitellään integroivan kirjallisuuskatsauksen ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla mielenterveyteen liittyviä käsityksiä Lähi-idän kulttuureissa. Aiempi tutkimus on osoittanut, että erityisesti pakolaistaustaisilla on takanaan usein vakavia traumakokemuksia, joiden tiedetään altistavan mielenterveyshäiriöille. Pakolaistaustaisia on viimeisten vuosien aikana tullut eniten Lähi-idän alueelta, jonka perusteella juuri kyseinen kulttuurialue valikoitui tarpeelliseksi tutkielmaa varten. Lisäksi maahanmuuttoprosessi ja kotoutuminen voivat pahentaa mielenterveyshäiriöitä, jotka taas vaikeuttavat uuteen maahan sopeutumista. Suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on huomattu, että maahanmuuttajien ja pakolaistaustaisten palvelujen käyttö on kantaväestöä vähäisempää, vaikka mielenterveyshäiriöitä esiintyy pakolaistaustaisilla keskimäärin kantaväestöä enemmän. Aiempi tutkimus valotti syiden johtuvan muun muassa kulttuurisista syistä ja mielenterveyden erilaisesta ymmärtämisestä, joiden tutkimusta tarvitaan lisää.

Tutkielma toteutettiin integroivalla kirjallisuuskatsauksella, jonka tavoitteena oli karotoittaa aiempaa tutkimustietoa liittyen Lähi-idän kulttuuriin mielenterveyskäsityksiin. Analyysissä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Seulonnan perusteella tutkielman aineistoksi valikoitui 20 sekä kansainvälistä että kotimaista tieteellistä julkaisua.

Tulosten perusteella mielenterveyteen liitetään lukuisia eri käsityksiä. Merkittävin rajoite on mielenterveyteen liittyvä stigma. Uskonnollisuus kytkeytyy sekä sairauksien aiheuttajiin että hoitomenetelmiin. Uskomukset henkimaailmasta, noituudesta ja kirouksista lietsovat stigmaa entisestään. Sukupuolirooleilla ja perheellä on keskeinen asema liittyen käsityksiin ja stigmaan. Mielenterveysoireiden somaattisuus ja holistisuus korostui tuloksissa.

Johtopäätöksissä korostuu aiemman tutkimustiedon tavoin tiedon lisäämisen tärkeys negatiivisten ennakkoluulojen ja stigmat lieventämiseksi. Sosiaalinen tuki ja perhekeskeisyys näyttäytyvät erityisen tärkeiltä tukimuodoilta Lähi-idän kulttuurien kontekstissa. Kulttuuriset käsitykset muovaantuvat ajassa ja paikassa, eivätkä ole välttämättä yhtenäiset Lähi-idässä asuvien ja länsimaihin muuttaneiden, taikka toisen sukupolven ulkomaalaistaustaisten kanssa. Palvelunäkökulmaa ajatellen erilaisen käsitteellistämisen ja holistisen ihmiskäsityksen huomioiminen on tärkeää. Etäpalvelut ja mahdollisuus anonymiteettiin voivat madaltaa kynnystä hakea apua mielenterveysongelmiin.

Avainsanat: mielenterveys, kulttuuri, Lähi-itä, sosiaalityö, kotoutuminen

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	1
2	MIELENTERVEYS	6
2.1.	MIELENTERVEYS KULTTUURIN KONTEKSTISSA	9
2.2.	PSYKKINEN TRAUMA	11
2.2.1.	Traumatietoinen sosiaalityö	16
3.	KOTOUTUMINEN.....	18
3.1.	TRAUMATAUSTA JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT KOTOUTUMISVAIHEESSA	23
4.	TUTKIMUSASETELMA.....	30
4.1.	MENETMÄNÄ INTEGROIVA KIRJALLISUUSKATSAUS	32
4.2.	AINEISTON HAKU JA RAJAUS.....	35
4.3.	AINEISTOLÄHTÖINEN SISÄLLÖNANALYYSI.....	39
5.	MIELENTERVEYS KULTTUURISINA KÄSITYKSIINÄ	42
5.1.	STIGMA, PELKO JA HÄPEÄ	42
5.2.	USKONTO SEKÄ SUOJANA ETTÄ SAIRAUKSIEN TAUSTALLA	44
5.3.	NOIDAT, PAHAT HENGET JA KIROUKSET SAIRAUKSIEN AIHEUTTAJINA	46
5.4.	PERINNERITUAALIT	49
5.5.	SUKUPUOLI, PERHE JA SOSIAALISET ROOLIT	50
5.6.	HOLISTINEN IHMISKÄSITYS	53
5.7.	KÄSITTEELLISTÄMINEN	55
6.	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	58
	LÄHTEET.....	69
	LIITE 1 TAULUKKO KIRJALLISUUSKATSAUKSEN AINEISTOSTA	83

1 JOHDANTO

Psyykkinen hyvinvointi on yksi keskeisimmistä yksilön kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä. Tutkimusten mukaan pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla on muita maahanmuuttajaryhmiä sekä kantaväestöä enemmän mielenterveysoireita (Mölsä ym. 2010; Castaneda ym. 2012). Pakolaisuuteen liittyy usein traumakokemuksia sodasta, väkivallasta tai muista henkeä uhkaavista tapahtumista. Pakolaisten traumataustaa on nostettu esiin useissa tutkimuksissa viime vuosikymmenien aikana. Altistuminen traumatisoiville kokemuksille ennen maahanmuuttoa ja sen aikana on yhdistetty tutkimuksissa moniin eri mielenterveyden häiriöihin ja psyykkiseen stressiin. Trauma voi erityisesti hoitamattomana johtaa vakavien mielenterveyshäiriöiden kehittymiseen. Traumatausta liittyy usein esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön, (*post-traumatic stress syndrome*), masennuksen ja ahdistuksen ilmenemiseen. (Johnson ym. 2008; Sangalang & Vang 2016; Hormozi ym. 2018.)

Psyykkisen trauman lisäksi pakolaisten mielenterveyttä voi kuormittaa pitkäkestoinen ja raskas oleskelulupa- ja maahanmuuttoprosessi, jotka limittyvät ja kietoutuvat kotoutumiseen. Kotoutumisella tarkoitetaan uudessa yhteiskunnassa ja työelämässä tarvittavien tietojen ja taitojen omaksumista sekä yhteiskuntaan osallistumisen mahdollisuutta (Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010). Kotoutumisvaiheeseen liittyy kaiken aloittaminen alusta - uuden yhteiskunnan, kulttuurin ja kielen oppiminen, sosiaalisten suhteiden uudelleenluonti, mahdollisesti työ- ja opiskelupolun uudelleen rakentaminen. Tällaiset kotoutumiseen liittyvät tapahtumat voivat tuntua erityisen haasteellisilta jo valmiiksi kuormittuneelle psyykelle. Mielenterveysoireet heikentävät ihmisen toimintakykyä ja vaikeuttavat kotoutumista. (Castaneda ym. 2012). Lisäksi kotoutumisen tiedetään vaikeutuvan entisestään, jos sosiaalinen tuki on vähäistä tai olematonta (Kankaanpää ym. 2017). Hidas kotoutuminen, yhteiskunnasta syrjään jääminen ja osattomuus taas voivat entisestään vahvistaa mielenterveys- ja traumaperäisiä oireita, ja nämä tekijät yhdessä voivat muodostaa hankalan, toisiaan ruokkivan noidankehän. Lisäksi psyykkinen oireilu vaikuttaa heikentävästi niin henkilön subjektiiviseen hyvinvointiin kuin perhe- ja lähi-suhteisiin. (Halla 2007, 469.) Kotoutumisen epäonnistuminen ja traumaoireilun hoitamattomuus voivat heijastua myös jälkipolville ylisukupolvisen traumasiirtymän tai radikalisoitumisen riskinä (Siltala 2016; Castaneda ym. 2018; Hormozi ym. 2018).

Aikaisempi tutkimustieto on osoittanut, että pakolaiset ovat erityisen haasteellinen ryhmä mielenterveyspalveluissa liittyen esimerkiksi palvelujen käyttöön (Mölsä ym. 2010; Castaneda ym. 2012; Slewa-Younan ym. 2014; Kallakorpi 2019). Pakolaisten mielenterveyden hoitoa näyttävät estävän monenlaiset eri syyt. Vähäinen tietämys palvelujärjestelmästä sekä kielen osaamattomuus vaikuttavat usein siihen, ettei pakolaistaustainen välttämättä osaa hakeutua oikeanlaisen hoidon piiriin. Lisäksi taustalla voi vaikuttaa kulttuuriset tekijät, kuten kulttuurierot, ennakkoluulot ja asenteet. (Halla 2007.) Traumattisten tapahtumien kokemus on myös kulttuurisidonnaista, ja oireilu voi näyttäytyä eri tavoin eri kulttuurista tulevilla (Halla 2010; Castaneda ym. 2012). Traumatausta voi aiheuttaa myös merkittävästi elämää haittaavia pelkotiloja ja välttämiskäyttäytymistä viranomaisia tai fyysistä koskemista kohtaan (Peltonen & Punamäki 2010; Castaneda ym. 2018).

Sosiaalityön asiakastyössä olen kiinnittänyt huomiota erityisesti pitkään kestäneessä turvapaikkaprosessissa olleiden psyykkiseen kuormittuneisuuteen ja traumataustaan. Pakolaistaustaisilla asiakkailla saattaa olla erilaisia käsityksiä mielenterveydestä suhteessa tapoihin, joilla mielenterveyttä on totuttu jäsentämään länsimaissa. Hoitamaton tai jopa tiedostamaton trauma voi saada aikaan oireita, joita asiakas ei pysty kunnolla itse ymmärtämään taikka säätelemään. Traumatisoitumisesta ja mielenterveysoireilusta ääneen puhuminen on toisinaan haastavaa pakolaistaustaisten asiakkaiden kanssa kulttuurisista käsityksistä johtuen. Siitä syystä pakolaistaustaisten traumatisoituminen voi jäädä tunnistamatta ja siten vaille hoitoa, jos mielenterveyttä lähestytään lähinnä vain perinteisillä länsimaisilla lähestymistavoilla, kuten psyykkisten oireiden tietynlaisella kuvailulla.

Asiakastyössä niin sanottu hulluksi leimautuminen näyttää yhtenä merkittävänä pelonaiheena. Vaikka oma psyykinen oireilu jollain tasolla tiedostettaisiinkin, hoitoon jätetään herkästi hakeutumatta häpeän tai stigmatisoitumisen pelossa (Castaneda ym. 2018). Snellmanin ym. (2014) mukaan tutkimustieto liittyen pakolaisten psyykkisiin ongelmiin ja niihin tarjottavaan ammatilliseen apuun on vaihtelevaa ja ristiriitaista, ja tutkimuksissa on keskitytty pääosin lähtömaan traumakokemuksiin ja niiden oireisiin. Muista mielenterveyteen vaikuttavista asioista, kuten esimerkiksi kulttuurisista tekijöistä tarvitaan enemmän tutkimusta. Aihetta on tärkeää tutkia enemmän esimerkiksi mie-

lenterveyspalvelujen kehittämisen kannalta. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2005) mukaan työskentely maahanmuuttajien parissa vaatii omanlaista erityisosaamista, perehtyneisyyttä ja kiinnostusta. Kotouttamistyöhön kuuluu esimerkiksi monikulttuurisuuden osaaminen, pakolaisten terveysriskien tiedostaminen sekä heihin liittyvien psyykkisten sairauksien ja traumaattisten prosessien erityisyys. Tästä syystä mielenterveyden kulttuuristen käsitysten tutkiminen on tärkeää myös sosiaalityön kannalta, jotta esimerkiksi maahanmuuton parissa työskentelevät sosiaalityöntekijät olisivat mahdollisimman hyvin tietoisia tämän väestönosan erityispiirteistä – myös sellaisista piirteistä, jotka eivät ole ilmiselvästi nähtävissä. Lisäksi aihe on tärkeä sosiaalityön kannalta, koska sosiaalityöntekijät ammattiryhmänä usein muiden ihmiskeskeisten ammattien kanssa työssään kohtaavat pakolaisia asiakkaina. Sosiaalityön erityisenä tehtävänä voidaan nähdä yhteiskunnan valtavirrasta syrjään jäävien rinnalla kulkeminen ja kumppanuus, jolla tavoitellaan heidän liittymistään takaisin osaksi yhteiskuntaa sekä haavoittuvaisessa asemassa olevien ihmisten auttaminen ja puolustaminen (Juhila 2006). Tietoisuuden lisääminen erityisesti kotouttamistyössä on tärkeää trauman hoitamisen ja ennaltaehkäisemisen kannalta. Tästä syystä lähestyn aihetta nimenomaan sosiaalityön näkökulmasta.

Julkisessa keskustelussa puidaan paljon kotoutumista ja sen onnistumista, tai ylipäätään sitä, miten eri kulttuuritaustoista, kehittyvistä maista tai sota- ja konfliktialueilta tulevat ihmiset voivat sopeutua Suomeen tai muualle länsimaihin. Lisäksi kotoutumisessa on muistettava sen kaksisuuntaisuus eli myös se, miten pakolaiset vastaanotetaan uudessa maassa (Perhoniemi & Jasinskaja-Lahti 2007). Aihe on ajankohtainen erityisesti sen runsasta keskustelua herättävästä seikasta sekä siitä syystä, että vuoden 2015 aikana turvapaikanhakijoita tuli Suomeen huomattavasti aiempaa enemmän (Lyytinen 2019). Heistä useat ovat tällä hetkellä pakolaisaseman saaneita ja kotoutumisvaiheessa tai turvapaikkaprosessi on edelleen kesken. Havaintojeni mukaan aihetta käsittelevässä julkisessa keskustelussa huolen aiheena näyttäytyy erityisesti mahdollinen turvattomuuden lisääntyminen, mutta traumataustan mahdolliset vaikutukset eivät kuitenkaan ole merkittävässä roolissa.

Pakolaisten tutkiminen ryhmänä on haastavaa sen heterogeenisyyden takia. Pakolaisuuden syyt ja taustat vaihtelevat. Lähtömaasta paetaan yleisimmin sodan, vainon, terrorismin tai henkilökohtaisen uhan vuoksi ja lähtömaita on ympäri maailmaa erilaisine

taustatekijöineen. Castanedan ym. (2015) mukaan 75 prosenttia pakolaistaustaisista on kokenut entisessä kotimaassaan järkyttävän tapahtuman, jolla tarkoitetaan luonnonkatastrofeja, sotaa, väkivallan tai väkivaltaisen kuoleman näkemistä, seksuaalista väkivaltaa, vangituksi tai kidutetuksi joutumista. Pakolaisuus voi liittyä myös heimokulttuurin muodostamiin uhkiin, kuten pakkoavioliittoon tai kunniaväkivaltaan (Ihmisoikeusliitto 2016). Pakolaiset jakautuvat pakolaisaseman perusteella kahteen eri ryhmään; kiintiöpakolaisiin ja turvapaikan saaneisiin. Merkittävin ero pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden välillä on, että pakolaisille suojelu ja oleskeluoikeus on myönnetty, kun taas turvapaikanhakijoilla tämä prosessi on edelleen kesken. (Gerritsen ym. 2006.) Tässä tutkielmassa puhun lähinnä pakolaistaustaisista, joten käsitteen alle mahtuvat sekä kiintiöpakolaiset että turvapaikan saaneet pakolaiset. Pakolaistaustainen-käsite kuitenkin sisältää mahdolliset traumaattiset tapahtumat, joiden takia pako entisestä elämästä on ollut välttämätöntä. Maahanmuuttaja-käsite taas on hyvin laaja, ja pitää sisällään hyvin monenlaisia syitä maahanmuutolle, joilla ei yleensä ole samankaltaisia syitä kuin pakolaisuudessa.

Pakolaisuus-käsitteen monimuotoisuuteen liittyen tarkoitukseni ei ole niinkään tutkia pakolaisia ryhmänä, vaan saada käsitystä Lähi-idän alueiden kulttuurisidonnaisista mielenterveyskäsityksistä. Tarkastelen Lähi-idän alueen kulttuurisia käsityksiä ensisijaisesti sieltä Eurooppaan tulleiden pakolaisten suuren määrän vuoksi, koska se tekee aiheesta ajankohtaisen ja tärkeän myös Suomen ja sosiaalityön kontekstissa. Aihealueen rajausta ajatellen Lähi-itää yhdistää myös esimerkiksi maantieteestä, historiasta, sekä uskonnosta että kielistä muodostuva kulttuurinen läheisyys.

Tutkielmani tavoitteena on muodostaa yleiskatsaus, millaisia kulttuurisidonnaisia mielenterveyskäsityksiä liittyy Lähi-idän alueeseen. Vaikka tutkin tietynlaisia kulttuurisia erityispiirteitä, niin en kuitenkaan tarkoita mielenterveyskäsitysten taikka traumataustan koskevan kaikkia kyseisen väestönosan jäseniä. Jokaisen ihmisen elämä rakentuu lukuisista eri tekijöistä yksilöllisenä polkuna, vaikka kulttuurilla usein onkin merkittävä rooli yksilön kokemusmaailman muodostumisessa. Esimerkiksi perhetausta, asuinalue ja koulutustaso vaikuttavat siihen, mitä ihminen tietää ja miten hän kokee asioita. Toivon, että tämän tutkielman tuloksista voisi mahdollisesti olla hyötyä pakolaistaustaisia asiakkaita kohtaaville sosiaalityöntekijöille, jotta erilaisten kulttuuristen käsitteiden ymmär-

täminen voisi helpottaa tunnistamaan psyykkistä apua tarvitsevan asiakkaan, jolla mahdollisesti psyykkiset oireet ilmenevät Suomessa totutuista mielenterveyskäsityksistä poikkeavilla tavoilla.

Menetelmänä käytän integroivaa kirjallisuuskatsausta. Perustelen integroivan kirjallisuuskatsauksen käyttöä sillä, että se antaa laajan ja kattavan kuvan aiheesta tehdyistä tutkimuksista, millaisia asioita aiheesta on saatu selville sekä Suomessa että kansainvälisesti olematta kuitenkaan systemaattisen katsauksen tavoin liian tiukka menetelmällisissä seuloissa ja kriteereissä. Aiemman tutkimuksen mahdollisimman laaja ja systemaattinen läpikäyminen antaa kokonaiskuvan lisäksi tietoa mahdollisista epäjohtonmuksuksista tai pimentoon jääneistä aihealueista, joista voisi ammentaa tarvetta lisätutkimukselle. (Kallio 2006; Salminen 2011; Aveyard 2014.)

Tutkimuskysymykseni on:

- Millaisia mielenterveyskäsityksiä liittyy Lähi-idän alueen kulttuureihin aiemman tutkimustiedon perusteella?

Tutkielmani teorettinen viitekehys kokoaa yhteen keskeisten käsitteiden määrittelyn sekä aiemman tutkimustiedon läpikäynnin. Teoriaosuudessa käsittelen myös tarkemmin, millaisia kuormitustekijöitä liittyy sekä traumaattisiin tapahtumiin, maahanmuuttotilanteeseen että kotoutumisvaiheeseen. Tutkielmani keskeisiä käsitteitä ovat mielenterveys, trauma, kotoutuminen, Lähi-itä sekä kulttuurisidonnaiset mielenterveyskäsitykset. Analyysiosuudessa vastaan sisällönanalyysin avulla varsinaiseen tutkimuskysymykseeni, ja käsittelen tuloksia laajemman pohdinnan ja yhteenvedon avulla johtopäätöksissä.

2 MIELENTERVEYS

WHO (World Health Organization 2021a) määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa omat kyvyt kyetään näkemään sekä elämään kuuluvista haasteista selviytymään. Mielenterveydeltään hyvinvoiva ihminen kykenee työskentelemään sekä ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Mental Health Foundation (2008) määrittelee mielenterveyteen liittyvän erityisesti, mitä ihminen ajattelee itsestään ja miten hän kokee vointinsa elämässään. Tällä on merkittävä vaikutus siihen, miten ihminen selviytyy elämän muuttuvissa tilanteissa. Mielenterveydellä on tärkeä rooli liittyen ihmisen toimintakykyyn. Yleisimpiä toimintakykyä estäviä mielenterveyden häiriöitä ovat masennus ja itsetuhoisuus. Mielenterveyteen liittyvät itsemurhat ovat toiseksi suurin kuolinsyy 15–29-vuotiailla. Edistyksestä ja tiedon lisääntymisestä huolimatta useissa maissa mielenterveydellisiin sairauksiin liittyy usein ihmisoikeusrikkomuksia, syrjintää ja stigmaa. (Bener & Ghuloum 2010; WHO 2021a.) Mielenterveys ja siihen liittyvät häiriöt eivät myöskään ole tärkeysjärjestyksessä korkealla huolimatta niiden vaikutuksesta ihmisen toimintakykyyn. Psykkisten häiriöiden aliarvioinnin katsotaan liittyvän osin siihen, ettei niitä olla perinteisesti yhdistetty muihin terveysvaivoihin ja on ajateltu ensisijaisena tavoitteena maailmanlaajuisesti fyysisen terveyden edistäminen ja köyhyyden kitkeminen (Prince ym. 2007).

Mielenterveys oireilee eri tavoin, ja eri diagnooseja on lukuisia. Mielenterveyshäiriöiden yleisyydestä huolimatta ne ovat usein alidiagnosoituja. Alle puolet diagnoosin kriteerit täyttävistä hakevat apua tunne-elämän, ahdistuksen tai päihteiden käytön vaivoihin. Usein mielenterveysoireisiin liittyy yhdistelmä epätavanomaisiksi luokiteltuja ajatuksia, näkemyksiä, tunteita, käyttäytymistä tai vuorovaikutussuhteita toisiin ihmisiin. Mielensairauksiin on kuitenkin olemassa tehokkaita hoitokeinoja, ja yksi tärkeimmistä apua antavista keinoista on sosiaalinen tuki. (APA 2013; WHO 2021a.) Merkittävimpiä toimintakykyä alentavia mielenterveyden häiriötä maailmanlaajuisesti ovat masennus, päihdeongelmat, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja dementia (Prince ym. 2007).

Mielenterveys ei esiinny yksinään erillisesti, vaan on osa ihmisen terveyden kokonaiskuvaa. Sartorius (2002) on määritellyt terveyden, johon myös mielenterveys kuuluu, kolmen ulottuvuuden tilaksi. Ensinnäkin terveyteen kuuluu sairauksien poissaolo,

toiseksi kehon ja elimien toimintakyky, sekä kolmanneksi yksilön kokema tasapaino itsensä ja muun yhteisön välillä fyysisesti ja sosiaalisesti. Mielenterveys ja fyysinen terveys tukevat toisiaan ja ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa. Mielenterveyteen kuitenkin liitetään erityisesti kolmannen ulottuvuuden piirteitä. Mielenterveyden tilaan kuuluu esimerkiksi sosiaalisten suhteiden luominen ja sosiaalisessa yhteiskunnassa toimiminen kulttuurin ja ympäristön asettamien käsitysten ja odotusten mukaisesti. Hyvinvoivalla ihmisellä on hyvä olla sekä yksin että muiden kanssa. Hyvinvoiva mieli luo yksilölle tunnetta siitä, että on arvokas ihminen, ja kykenee sekä ohjaamaan että ymmärtämään tunnetilojaan ja toimintaansa. (Bhugra ym. 2013.)

Mielenterveydenhäiriöille altistavat esimerkiksi yksilön sisäisen kokemusmaailman piirteet, kuten matala itsetunto, resilienssi tai sosiaalinen asema. Tunteet ja kokemukset avuttomuudesta tai vaikeasta elämäntilanteesta, sopeutumattomuudesta, eristäytymisestä sekä seksuaalisuuden tai sen suuntauksista liittyvistä ongelmista altistavat mielenterveyshäiriöiden kehittymiselle. Ulkoiset tekijät, kuten köyhyyden, syrjinnän, hyväksikäytön ja autonomian puute nähdään myös mielenterveyttä haavoittavina tekijöinä. (Bhugra ym. 2013.) Mielenterveyden ongelmat ovat sidoksissa päihteiden ongelmakäyttöön sekä muihin riippuvuuksiin. Erityisesti varhaiset päihdekokeilut lapsilla ja nuorilla altistavat mielenterveys- ja päihdeongelmille. Myös vanhempien päihteidenkäyttö vaikuttaa lasten hyvinvointiin (Karlsson & Mikkonen 2019).

Sukupuolten väliset eroavaisuudet näkyvät yleisimmissä mielenterveyshäiriöissä; masennus, ahdistus ja niihin liittyvät erinäiset somaattiset vaivat ovat naisilla miehiä yleisempiä. Masennus on naisilla sekä yleisempää että pitkäkestoisempaa kuin miehillä. Kolmen tai useamman oireen yhteisvaikutuksesta seuraa useammin toimintakyvyttömyyttä, jota myös esiintyy naisilla miehiä yleisemmin. Naiset hakeutuvat lääkäriin miehiä todennäköisemmin ja naisten mielenterveyshäiriöitä diagnosoidaan miehiä herkemmin samanlaisista testituloksista huolimatta. Miesten osuus taas korostuu päihteiden käytössä sekä esimerkiksi antisosiaalisen persoonallisuushäiriön kaltaisissa vakavissa diagnooseissa naisia yleisemmin. Vakavammissa mielenterveysdiagnooseissa, kuten skitsofreniassa tai kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ei ole samankaltaista sukupuolitunutta eroa, kuin yleisemmin esiintyvissä masennuksessa, ahdistuksessa ja paniikkihäiriössä. (WHO 2021b; WHO 2021c.)

Suomessa mielenterveyden tukeminen ja hoito kuuluu somaattisten sairauksien ohella perusterveydenhuollolle. Lievien ja keskivaikeiden mielenterveysongelmien hoito on perusterveydenhuollon tehtävänä, joiden lisäksi mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen kuuluvat tärkeänä osana myös perustason terveydenhuoltoon. Suomessa haasteita tuottavat erityisesti alueelliset erot resurssoinnissa. (Castaneda ym. 2018.) Lisäksi haasteet mielenterveyspalveluissa liittyvät toiminnan organisointiin, ohjaamiseen ja palveluiden kohdentamiseen (Pirkola 2019). Psykologian ja psykiatristen sairaanhoitajien tarjonta on vaihtelevaa kuin myös riittämättömästi resurssoitua monilta osin. Ensisijaisesti mielenterveyden hoito pyritään järjestämään avopalveluna, jossa tuetaan itsenäistä suoriutumista ja hoitoon hakeutumista. Asiakkaiden kokonaistilanteen ja tarpeen yksilöllinen arviointi on tärkeää, sillä ne voivat vaihdella toisistaan paljon. (Castaneda ym. 2018, 257–258.) 1970-luvulta lähtien psykiatrisen sairaalahoidon käyttöä alettiin olennaisesti vähentää ja keskittämään toiminta avohoitoon, jonka 1990-luvun lama osin keskeytti (Pirkola 2019). Mielenterveyteen liitetty stigma on vähentynyt merkittävästi viimeisten 30 vuoden aikana (Karlsson & Mikkonen 2019). 2000-luvulla on alettu pyrkiä enemmän kohti tavoitteellista kehittämistyötä samaan aikaan, kun hoitomuotojen ja toimintamallien hyödyllisyydestä on saatu enemmän tietoa. Mielenterveyttä on alettu ymmärtää paremmin osana muutakin elämää, kuin vain terveydenhuoltoa. (Pirkola 2019.)

Suomessa huolenaiheita nostaa väestön, erityisesti nuorten pahoinvointi sekä kasvanut tarve psykiatriseen hoitoon (Pirkola 2019). Lisäksi Suomessa runsas alkoholinkäyttö nähdään kansanterveydellisenä riskinä – noin puoli miljoonaa suomalaista on alkoholin riskikäyttäjiä. Esimerkiksi masennus yhtenä merkittävänä työkyvyttömyyden aiheuttajana on vahvasti yhteydessä alkoholin riskikäyttöön. (Karlsson & Mikkonen 2019.) Muita huolenaiheita ovat esimerkiksi työelämän jaksamiseen, ilmastonmuutokseen, tulevaisuudennäkymiin ja ikääntyvien ihmisten yksinäisyyteen liittyvät keskustelut. Siten esimerkiksi voimavarakeskeisessä ajattelussa ja toipumisorientaationäkökulmassa nähdään mielenterveyteen liittyvät näkökulmat lääketieteellistä laajemmin. (Pirkola 2019.)

Mielenterveyden moniulotteisuus tulee ilmi Karlssonin ja Mikkosen (2019) kirjoituksesta, jossa heidän mukaansa mielenterveysstrategiassa tulisi tarkastella laajasti hyvin-

vointiin vaikuttavia eri tekijöitä ja niin sanottua kokonaisvaltaista hyvinvointia. Edistävissä ja ehkäisevässä mielenterveystyössä pyritään ihmisten voimavarojen ja toimintakyvyn vahvistamiseen ottamalla huomioon kokonaisvaltaisesti hyvinvointiin vaikuttavat seikat. Tähän kuuluu esimerkiksi ihmisen elinolot, asenteet, käytännöt, päätökset ja lait, jotka tukisivat mielen hyvinvointia, toimintakykyä ja elämäntaitoja. Siten esimerkiksi sosiaalisen pääoman lisääminen – eriarvoistumisen vähentäminen ja yksilö- ja yhteisötason hyvinvoinnin lisääminen nähdään mielenterveyshäiriöitä ehkäisevinä toimina. Esimerkiksi Norjassa kansallisessa mielenterveysstrategiassa mielenterveys on liitetty osaksi kansanterveyttä ja siinä nähdään olennaisen tärkeänä hyvinvoinnin vahvistaminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Norjan strategia painottuu erityisesti elämäntapoihin. Ravitseminen, uni, liikunta, sosiaaliset suhteet ja päihteidenkäyttö nähdään merkittävänä asioina kokonaisvaltaisen terveyden lisäksi myös mielenterveydelle.

2.1. MIELENTERVEYS KULTTUURIN KONTEKSTISSA

Mielenterveys ja terveys merkitsevät eri asioita eri puolilla maailmaa (Castaneda ym. 2012; Snellman ym. 2014). Eri kulttuuritaustaisten ihmisten terveyden ja sairauden määrittely voi olla vaikeaa. Vaikka esimerkiksi trauma ja pelko kokemuksina ovat ihmisen biologisesti ominaisia piirteitä, kulttuurit asettavat usein normeja esimerkiksi sille, miten yksilön odotetaan reagoivan uhkiin ja menetyksiin. (George 2010, 382.)

Kulttuuri on kommunikaation ja yhteisesti käytettyjen symbolien kautta muodostuva kollektiivinen tietoisuus. Kulttuuria määriteltäessä on muistettava, etteivät kulttuurit ole staattisessa tilassa, vaan jatkuvasti muovaantuva ilmiö. (Oroza 2010.) Kulttuuri muodostaa tulkinnat, tunteet ja sosiaalisen järjestyksen, joiden kautta kokemukset jäsentyvät sekoittuen niin biologisiin, psykologisiin kuin sosiaalisiin tekijöihin, joista yhdessä rakentuu ihmisen todellisuus (Kirmayer 2006; Snellman ym. 2014). Kulttuuri on siten läsnä kaikessa inhimillisessä toiminnassa, eikä edellytä tiettyä kansallisuutta tai etnistä ryhmää. Toiminta tapahtuu arkipäiväisessä kommunikaatiossa koskien normaalielämän asioita ilman, että välttämättä edes tiedostetaan tai sanoitetaan ilmiön olevan osa kulttuuria. (Kleinman ym. 2006.) Jokaisen yksilön ottaessa vaikutteita ympäristön kulttuureista rakentuu ihmisen tapa tarkastella ja ymmärtää maailman järjestymistä. Ihmisten

toimijuus, yksilöllinen vaihtelevuus sekä mahdollisuudet omiin valintoihin vaikuttavat kulttuurin muovautumiseen. (Snellman ym. 2014.)

Mahdollisuuksien ohella kulttuuri tuottaa myös rajoituksia ihmisten käsityksiin ja toimintaan. Kulttuuria ei koeta ihmisten välillä täysin samankaltaisena ilmiönä, vaan se piirtyy jokaisen yksilöllisen kokemuskaaren ja ympäristön vaikutusten kautta. Toisinaan saatetaan ajatella kulttuurin ilmenevän ihmisryhmissä tiettyinä leimallisina ja selvinä ominaispiirteinä, vaikka kulttuurisesti kahta täysin samanlaista ihmistä ei ole olemassa. (Han 2013; Snellman ym. 2014.)

Myös sairaudet koetaan aina kulttuurisessa, sosiaalisessa ja historiallisessa yhteydessä. Kulttuurit vaikuttavat oireiden esiintymistapaan sekä siihen, miten ihmiset tulkitsevat tai asennoituvat oireisiin, hoitoihin tai niiden hyväksyttävyyteen. (Kleinman 2006; Halla 2007; Kirmayer 2010; Snellman ym. 2014; Kallakorpi 2019.) Myös esimerkiksi kulttuuriset sukupuoliroolit vaikuttavat siihen, millaista oireilua tai käytöstä pidetään hyväksyttävänä (Castaneda ym. 2012). Monissa kulttuureissa mielenterveyspalvelut mielletään vakavimpien psyykkisten sairauksien hoidoksi ja mielenterveysongelmista kärsivien voidaan ajatella olevan 'toivottomia tapauksia'. Mielenterveyden hoito voi myös olla lähinnä yksilön vapauden rajoittamista. (Maahanmuuttovirasto 2019.) Tämänkaltaiset kulttuuriset uskomukset yleensä vaikeuttavat ongelmien tunnistamista ja avun hakemista (Castaneda ym. 2018, 67). Toisaalta vaikka länsimaiset diagnoosiluokittelut perustuvat länsimaiseen ihmiskäsitykseen ja kuvaavat länsimaisia psykiatrisia ongelmia, ne eivät kuitenkaan kuvaa yksittäisen ihmisen psyykkistä toimintakykyä täysin kattavasti (Halla 2010, 349). Mielenterveyspalvelujen käytön on todettu olevan vähäisempää, jos psyykkisten sairauksien uskotaan johtuvan uskonnosta tai yliluonnollisuudesta. Lisäksi leimautumisen pelko ja kielitaidon puute ovat esteenä usein mielenterveyspalvelujen käytölle (Kallakorpi 2019, 283) kuin myös palveluresurssien puute. (Castaneda ym. 2018.)

Kulttuuri voi myös suojata tietyllä tavoin mielenterveyttä riippuen siitä, miten aihe vastaanotetaan. Esimerkiksi dissosiaatio saatetaan nähdä länsimaisesta ajattelusta poikkeavalla tavalla. Tietynlainen transsitila tai henkimaailman kautta toimiminen voi olla hyväksytympää, kun se mielletään esimerkiksi uskonnolliseksi parantamismenoksi. Dissosiativisia oireita saatetaan helposti diagnosoida väärin esimerkiksi länsimaisessa yk-

silökeskeisessä ympäristössä, jossa normina on vähemmän dramaattinen ja pyrkimys täsmälliseen sanalliseen kuvaukseen. Samantapaisesti psykoottiset kokemukset saattavat tietyissä kulttuurijärjestelmissä johtaa parempaan lopputulokseen, kun kokemuksille annetaan positiivista merkitystä, jonka seurauksena henkilö säilyttää itsekunnioituksensa ja sosiaalisen kuuluvuuden tunteen. (Kirmayer 2010, 24–25, 27.) Tämä saattaa selittää osin sitä, minkä takia toisenlaisesta kulttuurista tulevat maahanmuuttajat saavat Suomessa kantaväestöä herkemmin psykoosidiagnoosin (Halla 2010).

Johnson ym. (2008) kuvailee, miten kulttuuri luo myös ikään kuin kollektiivisen suojan. Erityisesti Lähi-idän konfliktialueiden kulttuurien kollektiivisuuden vahvaa merkitystä ei Johnsonin ym. mukaan aina oteta huomioon tarpeeksi selkeästi yksilökeskeisyyteen perustuvassa länsimaisessa ajattelussa. Bhugran ym. (2013) mukaan kulttuuri määrittää vahvasti, miten tärkeä rooli yksilöllisyydellä ja yhteisöllisyydellä on. Suomalaisia ja somalialaisia verranneessa tutkimuksessa korostuvat eroavaisuudet siten, että suomalaiset käsitteellistävät mielenterveyden koskemaan eritoten yksilöä itseään, johon kuuluu olennaisesti itsesyytökset ja oman epäonnistumisen korostuminen. Somalialaiset taas liittävät aiheen yhteisöllisiin käsityksiin; mielenterveysoireiden katsotaan johtuvan eritoten sosiaalisista ja rakenteellisista syistä, kuten myös ylluonnollisista ilmiöistä. (Mölsä ym. 2017, 504.) Lääkityksen tarjoaminen voidaan nähdä epäloogisena keinona sellaisiin psyykkisiin oireisiin, joiden katsotaan johtuvan yhteiskunnan rakenteista ja niiden aiheuttamista vaikeutuneista elämäntilanteista (Chaise 2020).

2.2. PSYKKINEN TRAUMA

Tässä kappaleessa käsittelen psyykkistä traumaa ja sen vaikutusta mielenterveyteen. Avaan psyykkisen trauman käsitettä tarkemmin siitä syystä, että se on usein pakolaistaustaisten kokemusten ja myöhemmin kehittyvien mielenterveyshäiriöiden taustalla. Tästä syystä on tärkeää käydä läpi tutkimustietoa traumasta, mistä se johtuu ja mitä se voi aiheuttaa. Traumataustan vaikutuksia pakolaistaustaisten kotoutumisvaiheessa käyn läpi tarkemmin kappaleessa 3.1.

Traumaattisille kokemuksille altistuminen voi johtaa mielenterveyshäiriöiden kehittymiseen (Magruder ym. 2015). Psykkinen trauma määritellään tavanomaisesta poikkeavana, odottamattomana kokemuksena, jossa esiintyy fyysinen tai psykkinen uhka itselle tai muille. Traumatisoiva tapahtuma altistaa kuolemalle tai sen vaaralle, vakavalle loukkaantumiselle tai seksuaaliselle väkivallalle luoden tunteen syvästä avuttomuudesta ja pelosta. Traumalle on tyypillistä horjuttaa ihmisen perusturvallisuuden käsitystä jättäen pysyvän jäljen mieleen vaaran tunteesta. Trauman voi aiheuttaa esimerkiksi rikoksen uhriksi joutuminen, onnettomuus, luonnonkatastrofi, sota, yhteiskunnallinen tai perheensisäinen väkivalta. Syrjintä ja sorto ovat historiallisia traumoja vähemmistöille ja marginaaliryhmille. Traumaattiselle tilanteelle voi altistua kokemalla sen itse, näkemällä sen tapahtuvan muille tai jos saa tietää läheisen ihmisen altistuneen tällaiselle tapahtumalle. (Peltonen & Punamäki 2010; American Psychiatric Association 2013.)

Traumaattiset kokemukset voidaan jakaa kahteen eri luokkaan: lyhytkestoisiin, irrallisiin ja äkillisiin (tyyppi I) sekä pidempikestoisiin, jatkuvaluonteisiin (tyyppi II) traumakokemuksiin. Tyypin I traumakokemus voi olla esimerkiksi itselle tapahtuva onnettomuus. Tyypin II traumakokemus taas on pitkään jatkunutta ja vakavaa, kuten emotionaalinen kaltoinkohtelu tai väkivalta. Lyhytkestoinen (tyyppi I) ja jatkuvaluonteinen (tyyppi II) traumakokemus eroavat toisistaan siten, että jatkuvaluonteinen trauma altistaa selvästi useammin vakaville ja sitkeille mielenterveysongelmille sekä toksisen stressin oireilulle. (Terr 1991; Levenson 2017.) Traumaoireilu aiheuttaa tyypillisesti väärisytteitä ajatusmalleja, ympäristön ärsykkeiden liikaherkkyyttä, voimakkaita pelkotiloja, mielialaoireilua sekä traumatilanteesta muistuttavien asioiden välttelyä. (Peltonen & Punamäki 2010; Levenson 2017.) Ihminen voi kokea myös moninkertaista traumaa, josta usein seuraa monimutkaisia traumareaktioita (Levenson 2017).

Luonnonkatastrofit ja liikenneonnettomuudet ovat traumatisoivia, mutta ihmisen psyyke kykenee yleensä toipumaan paremmin tapahtumista, joihin ei ole voitu vaikuttaa. Ihmisten toisille aiheuttamaa hengenvaaraa ja ihmisarvon loukkaamista on mielenterveyden kannalta vaikeampi kestää. Oikeusjärjestelmä on luotu ylläpitämään vastavuoroisuuden ja vastuullisuuden tunnetta ihmisten välisessä sosiaalisuudessa sekä tunnetta, että elää oikeudenmukaisessa yhteiskuntajärjestelmässä. Tämän tuhoutuminen musertaa oikeudenmukaisuuden käsityksen ja koherenssin tunteen, jotka voivat johtaa epäluulon ja

vihan tunteisiin. Ihmisen perusluottamuksen rikkova muoto on, kun joku tahallisesti tekee toiselle paha vahingoittamistarkoituksessa. Tämän seurauksena ihmiselle muodostuu ajatustaso kaoottisesta ja ennakoimattomasta maailmasta, jossa mitä tahansa voi tapahtua ja keneenkään ei voi luottaa. (Janoff-Bulman 1992; Johnson ym. 2008; Peltonen & Punamäki 2010; Kirmayer 2010; APA 2013.) Ihminen vaipuu avuttomuuteen ja hänen identiteettinsä hämärtyy, jos sisäiset ja vuorovaikutukselliset järjestelmät murtuvat. Seurauksena voi olla pysyvät kokemukset vieraantumisesta ja emotionaalisesta eristyisyydestä. (Kirmayer 2010, 26–27.)

Tutkimusten perusteella pitkään kestäneessä sotatilassa ihminen on voinut altistua useammalle eri traumakokemukselle (Castaneda ym. 2018). Suuri osa sodassa eläneistä on altistunut taistelutilanteille, pommituksille, kokeneet merkittäviä materiaalisia menetyksiä, joutuneet jättämään kotinsa, jääneet vaille kunnollista suojaa, ravintoa ja terveydenhuoltoa. Lisäksi enemmistö on kohdannut ihmismenetyksiä tai joutuneet läheisistään eroon, nähneet välitöntä terveyden uhkaa tai hengenvaaraa muilla tai itsellään. (Peltonen & Punamäki 2010.) Sodan aiheuttama trauma voi siten olla tyypin II pitkäkestoista ja laaja-alaista traumatisoitumista, jossa perusturvallisuuden ja -luottamuksen tunne rikkoutuu.

Lapsuuden ajan sotatraumakokemusten on jonkin verran tutkittu olevan yhteydessä aggressiiviseen käyttäytymiseen sekä lapsuudessa että myöhemmin aikuisiässä heikentyneen tunnesäätelyn ja impulssikontrollin vuoksi (Peltonen & Punamäki 2010; Dimitry 2011). Piilevät traumat oireilevat eri tavoin sukupuolen mukaan erityisesti nuoruusiässä. Teini-ikäiset pojat ajautuvat useammin mukaan erilaisiin nuorisojengeihin tai rikollisyyteen taustallaan tarvetta kokea yhteyttä ja mukaan kuulumista. Tytöt ovat alttiimpia esimerkiksi teiniäitiydelle, joka voi liittyä tarpeeseen tuntee itsensä rakastetuksi. (Levenson 2017, 110–111.)

Kaikki eivät kuitenkaan traumatisoidu järkyttävistä tapahtumista, joten yleistämisen välttämiseksi käytetään myös nimitystä *potentially traumatic event*, PTE (Slewa-Younan ym. 2014). Traumaattinen tapahtuma kuitenkin usein altistaa mielenterveyden häiriöille, joista vakavimpia on traumaperäinen stressihäiriö, *PTSD* (Rothschild 2000; Peltonen & Punamäki 2010; APA 2013; Kankaanpää 2017). Traumaperäiseen stressihäiriöön liittyy traumakokemuksen jälkeiset läpitunkevat psyykkiset oireet, kuten trau-

man läpikäyminen elävästi uudelleen mielessä (ns. *flashback*) ja väkisin mieleen palaavat muistikuvat ja painajaiset. Lisäksi traumaperäiseen stressihäiriöön liittyy tapahtumasta muistuttaviin tekijöihin liittyvä välttämiskäyttäytyminen, joita voivat olla ihmisten, paikkojen ja tilanteiden lisäksi sisäiset asiat, kuten ajatukset, tunteet ja muistot. (APA 2013.) *PTSD*:hen liittyy yleensä kognitiivisia muutoksia esimerkiksi tarkkaavaisuudessa ja huomiokyvyssä, jotka alkavat tai voimistuvat traumaattisen tapahtuman jälkeen. Mielialamuutokset voivat näkyä esimerkiksi jatkuvana kielteisenä minäkuvana, lisääntyneenä ärtyneisyytenä, ahdistuneisuutena sekä uni- ja keskittymisongelmina. (Peltonen & Punamäki 2010; Castaneda ym. 2012.) Traumaattiset kokemukset palautuvat mieleen yhä uudelleen. Esimerkiksi kovat äänet voivat palauttaa mieleen pommitukset, poliisin näkeminen voi aiheuttaa paniikinomaisen reaktion, jos kotimaassa on tullut poliisin pahoinpitelemäksi tai raiskaamaksi, veren haju tai muut kehon reaktiot voivat palauttaa traumakokemuksen mieleen. Traumatisoituneet ihmiset näkevät usein painajaisia ja heräävät unista kauhun vallassa. Traumataustainen ei välttämättä uskalla kävellä kaupungilla tai liikkua julkisilla kulkuneuvoilla. Jatkuva varuillaan olo ja jännittyneisyys vievät voimavaroja, ja traumatausta voi näkyä ärtyneisyytenä ja herkkänä malitin menettämisenä viranomaisessa asioidessa. (Halla 2010, 348.) *PTSD*:n on havaittu olevan yhteydessä kohonneeseen itsemurhariskiin, erityisesti naisilla (Fox ym. 2010).

Yhden mielenterveysongelman lisäksi esiintyy usein myös muita mahdollisia häiriöitä. *PTSD* usein edeltää masennukseen tai ahdistukseen sairastumista. Häiriöiden samanaikaisen esiintyvyyden on todettu heikentävän toimintakykyä enemmän kuin *PTSD*:n yksinään. (Ginzburg ym. 2010.) Lisäksi *PTSD*:stä kärsivillä esiintyy usein esimerkiksi päihderiippuvuutta (McCauley ym. 2012). Trauman kokenut voi sairastua myös esimerkiksi masennukseen ja ahdistukseen ilman traumaperäistä stressihäiriötä (Crepet ym. 2017). Traumakokemukset voivat oireilla myös erinäisin kivuin ja somaattisin oirein (Mölsä ym. 2014).

Ihmisten vastoinkäymisiin liittyvissä selviytymiskyvyissä ja muutoksiin mukautumisissa on vaihtelua ja eroavaisuuksia. Joidenkin ihmisten katsotaan tutkimusten perusteella kykenevän luontaisesti selviytymään ja nousemaan jaloilleen uudelleen vakavienkin vastoinkäymisten jälkeen, toiset taas voivat lannistua pienemmistäkin vastoinkäymisistä. Resilienssin käsitteellä tarkoitetaan yleensä mielen joustavuutta, selviytymiskykyi-

syyttä tai sinnikkyyttä. (Walsh 2003.) Resilienssi tarkoittaa ihmisen mielen kimmoisuutta, ja resilienssiä omaava ihminen kestää erilaisia elämän kolhuja menettämättä toimintakykyään (Saari 2017, 82). Toimijuuden näkökulma on myös tärkeä resilienssin mittaamisessa; minkälaiset tekijät eri elämäntilanteissa vievät yksilöä rakentavia valintoja kohti. (Joutsenniemi & Lipponen 2015).

Traumaattiset tapahtumat eivät johda yksinomaan hyvinvoinnin kielteisiin seurauksiin. Traumakasvulla (*post traumatic growth*) tarkoitetaan traumatapahtuman jälkeisiä myönteisiä muutoksia liittyen siitä selviämiseen, esimerkiksi elämän suurempaan arvostamiseen ja kokemuksesta karaistumiseen (Joutsenniemi & Lipponen 2015). Traumakasvussa voi havaita esimerkiksi syvällisempää ymmärrystä omasta haavoittuvuudestaan sekä siitä, ettei elämää voi ennustaa, mutta kokemuksista selviytyminen voi lisätä luottamusta omiin kykyihin. Merkitykselliset ihmissuhteet voivat muuttua aiempaa läheisemmiksi traumakokemuksen jälkeen. Asiat voivat mennä uuteen tärkeysjärjestykseen. Traumakasvuun liittyvän kehittymisen ajatellaan olevan perustavanlaatuisempaa muutosta, kuin pelkästään palaamista traumaa edeltävään tilaan. (Tedeschi & Calhoun 1999.)

Trauman läpikäyneitä yhdistää ajatus jaetusta traumakokemuksesta erityisesti Lähi-idän alueen sotatraumakokemuksissa. Trauma koetaan yhteisenä kokemuksena ja seurauksena siitä, millaiseen etniseen ryhmään tai kulttuuriin kuuluu. Siten esimerkiksi kidutuksesta johtuvaa traumaa ei välttämättä koeta henkilökohtaiseksi tapahtumaksi, vaan asiaksi, joka yhdistää kaikkia samaan kulttuuriin tai yhteisöön kuuluvia. (Shoeb ym. 2007; Johnson ym. 2008; Benezer & Zetter 2014.) Trauman kokeminen on myös Peltosen ja Punamäen (2010) tutkimuksessa useita perheitä voimakkaasti ravisteleva kokemus, joka parhaimmassa tapauksessa voi vahvistaa perheen sisäisiä välejä, ja voimistaa perheen merkitystä traumatapahtuman muodostuessa yhteiseksi kokemukseksi, jonka ainoastaan sen läpikäyneet pystyvät ymmärtämään. Kollektiivisuus voi auttaa trauman kokeneita selviämään tapahtuneesta sekä vahvistamaan yhteisöön ja kulttuuriin kuulumisen tunnetta entisestään (ks. myös Benezer & Zetter 2014). Myös rasismien ja syrjinnän vakavimmat muodot, kuten esimerkiksi uhkaukset ja häiriköinnit, koetaan yleensä kollektiivisena koettelemuksena, jonka kohteeksi joutuminen ei vaikuta mielenterveyteen yhtä heikentävästi, kuin arkielämää vaikeuttavat syrjivät käytännöt, kuten epärei-

luus ja epäoikeudenmukaisuus, joiden on todettu herättävän voimakkaampia epäluottamuksen ja negatiivisuuden tunteita. (Mölsä ym. 2017, 834.)

2.2.1. Traumatietoinen sosiaalityö

Traumatietoisella sosiaalityöllä tarkoitetaan työskentelytapaa, jossa asiakkaiden nykyhetken ongelmat ja oireilut ymmärretään liittyvän aiemmin tapahtuneisiin vastoinkäymisiin sekä niistä opittuihin haitallisiin selviytymiskeinoihin. Traumatietoisessa sosiaalityössä tiedostetaan myös, miten sitkeästi traumatausta voi vaikuttaa asiakkaan maailmankuvaan, tämän psykososiaaliseen toimintakykyyn, käytökseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Traumatietoinen sosiaalityö perustuu viiden periaatteen ylläpitämiseen, joita ovat: turvallisuus, luottamus, yhteistyö, valinta ja voimaannuttaminen. Pyrkimyksenä on tehdä asiakastyötä tavalla, jossa traumataustan omaavien emotionaalinen haavoittuvaisuus tunnistetaan, ja työskentelyssä vältetään vahingoittavan käytöksen toistamista luomalla turvallisuutta ja luottamusta korostava auttamissuhde. (Levenson 2017, 107–109.)

Traumatietoinen työskentely eroaa traumakeskeisestä terapiasta esimerkiksi siten, että sen keskeisenä tavoitteena ei ole käsitellä itse traumaa, vaan tarkastella, miten nykyhetken vaikeudet ja aiemmat traumaattiset kokemukset liittyvät toisiinsa. Työskentelyssä korostetaan asiakkaan vahvuuksia sen sijaan, että keskityttäisiin sairauksien määrittelyyn, ja oireiden sijaan keskitytään rakentamaan hyödyllisempiä selviytymiskeinoja. Traumatisoitunut asiakas voi nykyhetken stressaavassa elämäntilanteessa oireilla voimakkaasti ja oireilu saattaa tulla esiin haastavana käytöksenä, jos asiakas on sillä tavoin oppinut käsittelemään sietämättömiä tunnetilojaan. Asiakkaalle pyritään luomaan ympäristö, jossa hän voi saada kokemusta luottamuksellisesta ja turvallisesta vuorovaikutussuhteesta. (Levenson 2017, 105–107.)

Sosiaalipalvelut voivat julkista valtaa käyttävänä viranomaisena herättää asiakkaissa epäluuloa ja -luottamusta. Sen sijaan, että tulkitsisi asiakkaan reaktion vihamielisyytenä, motivaation puutteena tai sosiaalipalvelujen vastustuksena, sosiaalityöntekijöiden tulisi traumatietoisesta lähestymistavan mukaan ymmärtää tällainen luonnollisena reaktiona,

kun ihminen tuntee olonsa haavoittuvaiseksi. Tällaisten asiakkaiden kanssa piilevä traumatausta voi herkästi jäädä huomaamatta, ja käytös tulla yhdistetyksi toisenlaiseen piirteeseen, kuten epätasapainoisuuteen, motivaation puutteeseen tai luonnehäiriöön. Tuomitsemisen sijaan tulisi ymmärtää käytöksen taustasyyt sekä tuoda näkyvämmiin esiin asiakkaan vahvuuksia. Levenson antaa esimerkkinä asiakkaan, joka myöhästelee tapaamisilta jatkuvasti. Asian kohtaaminen kriittisesti ja moittivasti voi aiheuttaa asiakkaassa häpeää ja pelkoa, eikä siten varsinaisesti auta trauman käsittelyssä. Traumatiivoinen sosiaalityö tarkastelisi asiaa siten, että asiakas on saattanut kasvaa ympäristössä, josta on puuttunut tietynlaiset rutiinit, aikatauluttaminen ja järjestys. Aikataulujen noudattamisen opettaminen voi tämänkaltaisessa tilanteessa olla toimivampi lähestymiskeino ilman häpeän tuottamista asiakkaalle. (Levenson 2017, 107, 110–111.)

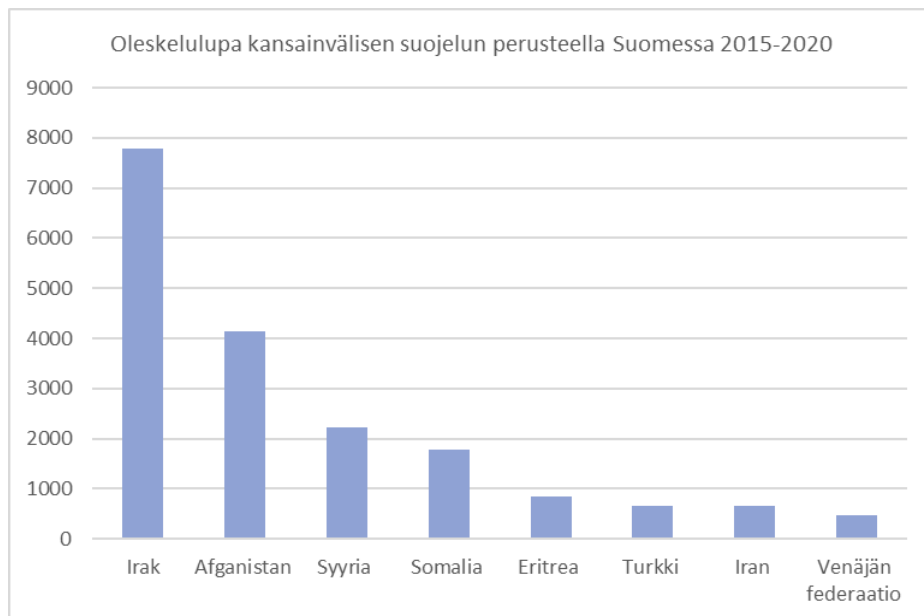
3. KOTOOUTUMINEN

Maahanmuuttajien asettumista ja sopeutumista uuteen maahan kutsutaan yleisesti integraatioksi (eng. *integration*). Suomessa käsitteenä on käytetty yleisemmin kotoutumista. Ilmiö ymmärretään kaksisuuntaisena prosessina, jossa kotoutumisella tarkoitetaan maahanmuuttajan yksilöllistä sopeutumisprosessia yhteiskuntaan, kun taas kotouttamisella tarkoitetaan viranomaisten ja muiden tahojen toimia, joilla maahanmuuttajien osallisuutta vahvistetaan. Kotouttamistoimien tarkoituksena on antaa maahanmuuttajalle tarvittavat tiedot ja taidot yhteiskunnassa ja työelämässä toimimiseen samalla, kun mahdollisuutta oman kielen ja kulttuurin ylläpitämiseen tuetaan. Suomessa kotouttamisen onnistumista mitataan yleensä työllistymisen, suomen tai ruotsin kielen oppimisen, sosiaaliturvasta riippumattomuuden ja kantaväestöön ulottuvien sosiaalisten verkostojen indikaattoreilla. Kotoutuminen on kuitenkin myös työllistymistä laajempi, subjektiiviseen kokemukseen liittyvä ilmiö, joihin liittyy seuraavia asioita: henkinen hyvinvointi, kokemus itsensä hyväksytyksi tulemisesta, kielen ja kulttuurin oppiminen, sosiaalisten suhteiden ja verkostojen muodostuminen, luottamus ja osallistuminen poliittiseen järjestelmään. Keskustelua herättävät epämääräiset ilmaukset; milloin on 'riittävän' kotoutunut ja 'suomalainen'. (Perhoniemi & Jasinskaja-Lahti 2007; Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010; Saukkonen 2013; Haverinen 2018.)

Niin sanottua kaksisuuntaista sopeutumisprosessia, jossa maahanmuuttajan ajattelu ja käyttäytyminen tasapainoilee uusien ja perinteisten tapojen välillä kutsutaan akkulturaatioksi. Akkulturaatioon vaikuttavat samanaikaisesti, halutaanko omat kulttuuripiirteet (identiteetti, kieli ja tavat) ylipäätään säilyttää tai halutaanko sosiaalisia suhteita valtakulttuurin kanssa solmia (Perhoniemi & Jasinskaja-Lahti 2007.) Lisäksi on huomioitava, että maahanmuuttajan sopeutuminen ei ole pelkästään itsestään riippuva ilmiö, vaan vastavuoroinen prosessi, jossa enemmistöt ja vähemmistöt vaikuttavat toisiinsa. Vastanottavan maan siirtolais-, vähemmistö- ja pakolaispolitiikka, vastaanottokäytäntö sekä asenteet vaikuttavat merkittävästi siihen, miten maahanmuuttajat kokevat sopeutuvansa uuteen yhteiskuntaan. (Perhoniemi & Jasinskaja-Lahti 2007, 22.)

Kansainväliseen pakolaistilanteeseen verrattuna pakolaisten vastaanotto on Suomessa vielä suhteellisen uusi ilmiö. Suomeen on saapunut pakolaisia muutaman vuosikymmenen ajan ollen ensin vuosikymmenien ajan maa, josta muutettiin pois. Pakolaisuus

Suomeen alkoi voimistua 1990-luvun alussa somalipakolaisten saapua. 1970-luvulta 2010-luvun alkuun Suomeen oli tullut 42 524 pakolaista. (Pakolaisapu.fi, katsottu 15.01.2021.) Vuonna 2015 kansainvälistä suojelua hakeneiden määrä sekä Suomessa että muulla maailmassa kasvoi räjähdysmäisesti maailmalla puhjenneen pakolaiskriisin myötä. Aiemmin pakolaisia ja turvapaikanhakijoita oli saapunut Suomeen vuosittain 1500–6000 henkilön välillä, vuonna 2015 yli 32 000 ihmistä saapui Suomeen hakemaan turvapaikkaa. Kokonaismaahanmuuttoon verrattuna pakolaisten määrä on kuitenkin suhteellisen vähäinen, noin 6,2 % maahanmuuttajien kokonaismäärästä vuosien 2015–2020 välillä oli pakolaisaseman saaneita. (tilastot.migri.fi, katsottu 10.12.2020.)



Kuvio 1. Lähde: tilastot.migri.fi (katsottu 10.12.2020.)

Yllä olevassa taulukossa on vuosien 2015 ja 2020 aikana tulleiden pakolaisten määrät kansallisuuksien mukaan. Taulukossa on kahdeksan maata, joista kaikki lukuun ottamatta Venäjää ja Eritreaa kuuluvat niin sanottuun MENAP¹- tai *Greater Middle East*-

¹ Middle East, North Africa, Afghanistan & Pakistan

alueeseen. Näin ollen niin sanottu 'laaja Lähi-idän alue' muodostaa tietynlaisen yhtenäisen alueen, kun tarkastellaan Suomeen ja muualle Eurooppaan asettuneiden pakolaisten lähtömaita sekä maantieteellisesti ja kulttuurisesti.

Lyhyesti MENAP-alueesta ja Lähi-idästä

Lähi-idän käsite on vaihteleva. Suomalaisessa viestinnässä Lähi-idällä on yleensä tarkoitettu maita, jotka ovat osallisina Israelin ja arabimaiden välisessä vastakkainasettelussa. Tällöin puhutaan poliittisajankohtaisesta määrityksestä ja maihin luetaan kuuluviksi Egypti, Israel, Jordania, Libanon, Syyria, Irak ja Saudi-Arabia. Maantieteellisenä kokonaisuutena siihen kuuluvat myös Turkki, Kypros, Iran ja Arabian niemimaan valtiot (Kronlund 1987). *MENAP* tai *Greater Middle East* käsitteitä alettiin käyttää Yhdysvaltain presidentti George W. Bushin aikakaudella 2000-luvun alussa, jolla viitattiin niin sanottuun muslimimailmaan, joka käsitti yllä mainittujen maiden lisäksi Pohjois-Afrikan, Somalian, Afganistanin ja Pakistanin, toisinaan myös Keski-Aasian (Asia Times 2004).

Lähi-itä on usein esillä mediassa. Viimeisten vuosikymmenten aikana uutisointi on keskittynyt alueen sotiin ja konflikteihin. Erityisesti 2000-luvun aikana Lähi-idän poliittisesta tilanteesta on tullut erittäin haastava. Erityisesti länsimaiden sekaantuminen alueen eri konflikteihin lienee tehnyt niistä entistä epävakaisempia ja monimutkaisempia. (Junka 2017; Juusola 2017.) Huuhtasen & Juusolan (2002a) mukaan vuosikymmeniä kestäneessä israelilaisten ja palestiinalaisten konfliktissa on kyse poliittista kiistoista, vaikka vaatimuksia perustellaan usein uskonnollisilla syillä. Lähi-idän tapauksessa uskonto ja politiikka ovat kuitenkin yleensä voimakkaasti sidoksissa toisiinsa (Huuhtanen 2002a). Useisiin Lähi-idän maihin liittyy aseellisia selkkauksia, pitkittyneitä sotia ja terrorismia. Afganistanin, Jemenin, Syyria, Irakin, Libanonin ja Libyan sodat ovat tuhoisuudellaan ajaneet maat kriittiseen tilaan, joka on johtanut miljoonien ihmisten pakolaisuuteen eri Lähi-idän maissa. Esimerkiksi Turkissa pelkäävät syyrialaisia pakolaisia on 3,6 miljoonaa, Libanonissa 865 000 ja Jordaniassa 660 000 (Yle 2017; UNHCR 2021). Määrä on todennäköisesti suurempi, sillä nämä luvut sisältävät lähinnä pakolaisiksi rekisteröityneet. Tällaiset pakolaismäärät ovat kestävämpiä jo valmiiksi vaikeissa tilanteissa

oleville maille, kuten kuivuudesta ja puhtaan veden pulasta kärsiville Jordanelle ja Libanonille (Hussein ym. 2020).

Huolimatta alueen sotaisista ja väkivaltaisista vuosikymmenistä monessa Lähi-idän tai MENAP-alueen valtiossa psyykkisten sairauksien hoito on heikkotasoisista tai vähäistä. Psykiatrisia terveyspalveluja on heikosti saatavilla esimerkiksi Irakissa ja Afganistanissa (Eggerman & Panter-Brick 2010; Donnelly ym. 2018; Maahanmuuttovirasto 2019). Terveystuoltopalvelut ovat olleet heikkoja Somaliassa jo ennen sisällissotaa ja länsimaiset mielenterveysdiagnoosit kuten masennus, psykoosi tai skitsofrenia eivät ole yleisesti tiedossa (Tiilikainen ja Mölsä 2010). Pitkään kestäneet konfliktit, rahan puute sekä yhteiskunnan sekasortoinen tila vaikuttavat palvelujen keskeneräiseen kehitykseen. Ne vaikuttavat myös siten, että terveyspalvelujen tarve nähdään ensisijaisesti fyysisten sairauksien hoitamisessa, ja järjestötyön tarve taas perustarpeiden tyydyttämisessä. Irakissa terveydenhuollon ja lääketieteen ammattilaiset eivät useinkaan halua erikoistua mielenterveyden häiriöihin tabuluontoisuuden vuoksi, joka edelleen heikentää palvelujen saatavuutta. (Maahanmuuttovirasto 2019, 8.)

Lähi-idän alueella tutkitun tiedon vähäisyys vaikuttaa osittain mielenterveyden käsityksiin (Mechammil ym. 2019; Al Laham ym. 2020). Tiedon puute kohdistuu niin sairauksien oireisiin, syihin kuin myös millaisten tahojen puoleen kääntyä tai mistä hoitoa voi saada. Vaikutusta on myös käytännöllisillä syillä, kuten asuinpaikalla, taloudellisella niukkuudella tai koulutuksen puutteella. Valtaosassa Lähi-idän maita väestö elää merkittävässä köyhyydessä, joten suurella osalla ei todennäköisesti ole varaa maksaa erityispalveluista. Lukutaidottomuuden ja alhaisen koulutuksen vuoksi ihmisillä voi olla heikosti mahdollisuuksia saada tietoa tämänkaltaisten palvelujen saatavuudesta. (Kayrouz ym. 2018, 881.)

Kunzin (1981) pakolaisuuden teoria

Kunzin (1981) kehittämässä pakolaisuuden teoriassa pakolaisuus on jaettu ensiksi sen mukaan, onko lähtö ollut suunniteltua ja siten hyvin valmisteltua varautumista (*anticipatory refugee*) vai onko lähtö ollut äkillistä ja pakon sanelemaa (*acute refugee*). Hy-

vin valmistautuneet, resurssinsa mukaan ottaneet kokevat muuttoprosessin aikana todennäköisesti vähemmän traumakokemuksia ja tarvitsevat uudelleen asettumisessa vähemmän tukea, kuin äkillisesti paenneet. (Kunz 1981; George 2010.)

Lisäksi pakolaisen asettuessa vieraaseen maahan on merkityksellistä, muistuttaako uusi maa kulttuurisesti, kielellisesti tai väestöllisesti synnyinmaata. Niin kutsutulla *new refugees* -termillä tarkoitetaan pakolaisia, jotka asettuvat täysin erilaiseen ja kulttuurisesti synnyinmaata muistuttamattomaan maahan. *Traditional refugees*-ryhmä taas asettuu maahan, joka on monilta osin samankaltainen, kuin synnyinmaa. Usein alueelle on asettunut myös omia läheisiä tai tuttuja tai vähintään samaa kieltä puhuvia, jolloin uuden maan kulttuurin, kielen ja tapojen omaksuminen on helpompaa. Monet Eurooppaan asettuvat pakolaiset tulevat heikommin kehittyneistä maista, jotka eroavat kulttuurisesti, kielellisesti ja etnisesti hyvin paljon uusista maista. Uuteen maahan tulleilla ei välttämättä ole lähipiiriä tai tietoa, joista olisi apua uuteen maahan sopeutumisessa. (Kunz 1981; George 2010, 380; Mölsä ym. 2014, 501–502.)

Pakolaisuus jakautuu kolmeen eri kategoriaan myös pakosyyntä perusteella: *majority-identified*, *even-related* ja *self-alienated refugees*. Ensimmäinen ryhmä, *majority-identified refugees*, etsii turvapaikkaa maan yhteiskunnallisen epävakauden tai sosio-poliittisen tilanteen vuoksi. Toinen ryhmä, *even-related refugees*, pakenee yleensä vainoa tai sortoa, joka koskettaa ryhmää tai yhteisöä, jota edustaa. Viimeinen ryhmä, *self-alienated*, pakenee kotimaastaan erinäisistä henkilökohtaisista syistä johtuvien vaarojen vuoksi. Turvapaikka myönnetään usein helpoiten ensimmäisen ryhmän edustajille, koska maan yhteiskunnallinen turvattomuus on helppo todentaa. Vaikeammassa ryhmässä ovat kahden muun ryhmän edustajat, joiden voi olla puutteellisten dokumenttien tai muiden syiden vuoksi vaikea todistaa tilannettaan, vaikka olisivat altistuneet hyvinkin vakaville vaaroille ja traumakokemuksille. (Kunz 1981; George 2010, 380.)

Maahanmuutto on usein stressaava kokemus, muttei itsessään johda automaattisesti psyykkisiin ongelmiin. Uuteen maahan sopeutuminen ei myöskään psykologisena prosessina ole kaikille samanlainen. (George 2010, 380; Snellman ym. 2014, 204.) Uuteen kulttuuriin asettuminen näyttäytyy tutkimusten perusteella mutkikkaammalta silloin, kun tapahtuma on olosuhteiden pakottamaa ja jos siihen liittyy traumakokemuksia ja niistä johtuvia mielenterveyshäiriöitä. Siten esimerkiksi pakolaisuuteen liittyy keski-

määräistä enemmän psyykkisten ongelmien riskiä. (Halla 2007.) Tutkimuksissa on havaittu myös pakolaisten psyykkisiltä häiriöiltä suojaavia tekijöitä, joita ovat uskonnollisuus, (Mölsä ym. 2010; Mölsä ym. 2017), sitoutuminen poliittiseen asianajoon ja sosioekonomiset tekijät uudessa maassa. Mielenterveyttä heikentävät ainakin sosiaalisten verkostojen ja perheyhteyden menettäminen. (Shoeb ym. 2007, 450.)

3.1. TRAUMATAUSTA JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT KOTOUTUMISVAIHEESSA

Pakolaiset ovat muihin maahanmuuttajiin verrattuna suuremmassa riskissä kokea väkivaltaisuutta ja traumakokemuksia jo ennen maahanmuuttoa (Pottie 2011; Castaneda ym. 2016; Kankaanpää ym. 2017). Tutkimusten mukaan 75 prosenttia pakolaisista on kokenut jonkinlaisen järkyttävän tapahtuman elämässään ennen maahanmuuttoa (Castaneda ym. 2018). Monet parantuvat traumaista itsestään päästyään turvalliseen ympäristöön.

Pakolaisten yleisimpiä traumakokemuksia ovat pakotettu erottaminen perheenjäsenistä, perheenjäsenen tai ystävän epäluonnollinen kuolema, pako toiseen maahan, taistelut ja pommitukset, ja pitkäaikainen piileskely. Sukupuolten välisen vertailun mukaan naisilla on korkeampi riski huonontuneeseen terveydentilaan, *PTSD*:hen, masennukseen ja ahdistukseen sekä niistä johtuvien oireiden kroonistumiseen. Mitä enemmän traumaattisia tapahtumia on taustalla, sitä enemmän yleensä on myös yleistä terveydentilaa huonontavia vaikutuksia. (Gerritsen ym. 2006.) Sukupuolen lisäksi terveystieteiden tutkimusten perusteella etninen ryhmä, yhteiskunnallinen asema ja oleskeluluvan tyyppi (Kankaanpää ym. 2017). Pakolaisryhmästä turvapaikkaprosessin käyneillä on tutkimusten mukaan eniten traumaattisia kokemuksia ja maahanmuuton jälkeistä stressiä. Erityisesti Lähi-idän alueelta tulleilla ja naissukupuolella esiintyy muita maahanmuuttajaryhmiä ja kantaväestöä enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta. (Castaneda ym. 2017; Mölsä ym. 2017.) Naispuoliset pakolaiset jäävät lasten hoitamisen vuoksi usein pitkäksi ajaksi kotiin, joka heikentää yhteiskuntaan integroitumista ja lisää ulkopuolisuuden tunnetta, kun taas miehet tuntevat osallisuutta naisia useammin etenemällä työelämään ja oppimalla kielen (Mölsä ym. 2017; Castaneda ym. 2018). Naisten tiedetään kärsivän useammin masennuksesta ja ahdistuksesta, mutta miesten mielenterveysoireilu yleensä näkyy naisia vahingollisemmassa muodossa, kuten aggres-

siivisessä käytöksessä tai päihteen käytössä (Mölsä ym. 2017). Iäkkäät pakolaiset koutuvat usein nuorta väestöä huonommin, ja he usein jäävät näkymättömäksi iäkkäitä koskevissa aiheissa (Martin 2009, 118).

Pakolaisprosessissa näyttäytyy kolme mielensterveyttä erityisen paljon kuormittavaa vaihetta. Ensimmäisenä ovat lähtömaan kokemukset, jotka jakautuvat yhteiskunnallisiin tekijöihin ja traumaattisiin kokemuksiin. Yhteiskunnallisia kokemuksia ovat esimerkiksi sodan vaikeuttama kouluttautuminen ja köyhyys, jotka aiheuttavat ahdistusta esimerkiksi perheen elättämisen ja tulevaisuuden kysymyksistä. Traumaattiset kokemukset liittyvät pakolaisuuden juurisyihin – muun muassa sotatapahtumiin, vainotuksi tai kidutetuksi tulemiseen ja kuolemanuhkaan. Pakomatka on yleensä määrittelemättömän pituinen, itsessään vaarallinen, stressaava ja traumatisoiva. Pakomatkiaan liittyvät usein epäinhimilliset olosuhteet, salakuljetukseen liittyvät vaatimukset ja epävarmuus, jotka yhdessä altistavat haavoittuvuudelle, esimerkiksi seksuaaliselle hyväksikäytölle. Pakoon liittyy myös menettämisä; perheenjäsenet voivat joutua erilleen eri maihin ja omasta kotiseudusta joutuu lähtemään. (Castaneda ym. 2018.) Usein Eurooppaan saapuvista pakolaisista ensimmäisenä saapuneet ovat miehiä. Monien miesten yksin tulon syynä on matkan vaarallisuus ja epävarmuus. Näin on etenkin, jos matka on ollut pakollinen ja äkillinen. Perheenisän tai 'pärjäävimman' katsotaan menevän edeltä ja muiden perästä. Erosuolo perheestä on helpompi kestää, jos sen tietää olevan väliaikaista. (Leinonen & Pellander 2019.) Epävarmuus perheenyhdistämisestä ja tulevaisuudesta aiheuttaa pahimmillaan psyykkisen voimien heikentymistä, ahdistusta, masennusta ja unettomuutta (Hietola 2019). Uuteen maahan saapuessa peräti kolmasosalla on havaittu esiintyvän traumaperäistä stressihäiriötä ja sodanaikaiset traumat ovat pääsääntöisesti kaikilla niistä kärsivillä hoitamattomia. Tästä huolimatta maahanmuuttaneiden pakolaisten terveystarkastuksissa keskitytään enemmän fyysiseen terveyteen, ja hoitohenkilökunta ei välttämättä havaitse masennusta tai traumaperäistä stressireaktiota. (Kallakorpi 2019, 284–286.)

Turvapaikanhaku ja oleskeluluvan odottaminen on psyykkisesti erittäin kuormittavaa. Turvapaikkaprosessin pitkäkestoisuus on stressaavaa ja pelko hylkäävästä päätöksestä, takaisin kääntymisestä, sekä huoli kotimaassa olevista perheenjäsenistä ylläpitävät psyykkistä stressiä. Turvapaikkaprosessi kestää usein pitkään - puhutaan kuukausien

sijaan vuodesta tai vuosista. (Halla 2007; Oroza 2007; Snellman ym.2014; Kallakorpi 2019.) Chaisen (2020) mukaan oleskelun luvallisuus ja pysyvyys vaikuttaa olennaisesti hyvinvointiin, sen epävarmuus taas aiheuttaa merkittävää stressiä ja ahdistusta. Pitkittänyt odotus voi käynnistää psyykkistä oireilua myös niillä, joilla ei sitä ollut maahan tullessa. Kielteinen päätös voi yksilölle olla kuolemantuomioon verrattava kokemus, valituskierre taas pitkä, raskas ja ahdistava. (Pirinen 2010, 165.) Ero on merkittävä siihen, että kiintiöpakolainen voi heti maahan tultuaan aloittaa asettumisen ja uuden elämän, sekä saa siihen yleensä sosiaalista tukea ja apua yhteiskunnalta (Gerritsen ym. 2006).

Myös Suomessa vallitsevat olosuhteet ovat yhteydessä pakolaisina tulleiden mielenterveyteen (Mölsä ym. 2017). Turvapaikkaprosessin läpikäyneillä vuosia kestänyt stressi ja pakotetut elinolosuhteet tavallisen arjen ja yhteiskunnan ulkopuolella lisäävät syrjäytymisen ja siten mielenterveysongelmien riskiä. Työttömyys ja toimeettomuus vahvistavat osattomuuden kokemuksesta sekä vanhat traumat ja kokemukset voivat vaivata mieltä etenkin, jos ei saa työtä tai tekemistä päivilleen. Aikaa traumojen työstämiselle ei välttämättä ole ollut aiemmin. Koetun rasismien tai syrjinnän kokemusten vuoksi paikalliseen kulttuuriin kiinnittyminen ja ystävien saaminen voi olla vaikeaa, joka voi korostaa yksinäisyyden tunnetta jo valmiiksi vieraassa yhteiskunnassa asuessa. (Halla 2007, 470; Mölsä ym. 2014, 502; Castaneda ym. 2017, 997; Kankaanpää ym. 2017, 539.) Syrjinnän kaltaiset tapahtumat uudessa maassa voivat tuoda pintaan aikaisemmat kotimaassa tapahtuneet traumakokemukset (Kallakorpi 2019, 286). Syrjintäkokemuksia on todettu Suomessa eniten niillä maahanmuuttajaryhmillä, joiden kulttuurinen etäisyys syntyperäisiin suomalaisiin on suuri. Syrjintää koetaan monella eri elämänalueella, jotka lisäävät entisestään stressiä ja luottamuksen puutetta. (Perhoniemi ja Jasinskaja 2007; Castaneda ym. 2018.)

Saranevan (2010, 215) mukaan saapumisvaihe ja miten ihminen uudessa paikassa otetaan vastaan ovat ratkaisevia sopeutumisen kehittymiselle. Uudessa maassa vanha identiteetti ei enää päde. Kielen osaamattomuus ja avuttomuus yhteiskunnassa sekä suru menetyksistä ovat raskaita. Jos saapumisvaihe on vaikea, riski kasvaa siihen, että pakolainen vetäytyy omaan, entiseen elämään perustuvaan maailmaansa, jota ei enää ole ja eristäytyy uudesta yhteisöstä. Voi olla suuri tarve takertua ensimmäiseen ystävällisyyttä osoittavaan ihmiseen. Kotoutumisen on todettu tehostuvan omien etnisten kulttuurien ja

verkostojen avulla. toisaalta myös vuorovaikutussuhteet valtaväestön kanssa ovat tärkeitä. Nykyään internet, sosiaalinen media ja älypuhelimet mahdollistavat ylirajaista vuorovaikutusta omaan kotimaahan ja läheisiin paremmin, joka helpottaa yksinäisyyttä. (Pöyhönen ym. 2019.)

Erityisesti ihmiskaupan ja seksuaalisen hyväksikäytön uhreiksi joutuneilla pakolaisilla esiintyy mielenterveysongelmia, jotka jatkuvat pitkään kokemusten jälkeen. Yleisiä ilmenemismuotoja ovat masennus, posttraumaattiset stressioireet ja pelkotilat. Lisäksi yleisesti esiintyy itsemurha-ajatuksia, muistihäiriöitä ja kroonistuvia kiputiloja. Erinäiset pelot vaikeuttavat asiasta puhumista ja avun hakemista. Uhri voi vaieta kokemuksistaan, jos ei luota työntekijään. Avun hakeminen tai rikosilmoituksen tekeminen voi aiheuttaa pelkoa esimerkiksi mahdollisista kostotoimista tai mahdollisuuksista jatkaa Suomessa asumista tai työskentelyä. (Castaneda ym. 2018, 363–365.) Kidutusta kokeneiden pakolaisten kohdalla näyttäytyvät korostetummin voimakkaat pelon ja epäluottamuksen tunteet viranomaisia kohtaan. Pakolaisten lähtömaissa virkamiehet voivat olla epäluotettavia ja osallisia sortotoiminnassa. Terveystieteiden työntekijät ovat saattaneet olla yhteistyössä kiduttajien kanssa tai jopa toimia kiduttajina. Ihmiset voivat myös suhtautua varauksellisesti länsimaisiin terveystieteisiin, jos ne poikkeavat paljon oman maan vastaavista. (Castaneda ym. 2018; 66–67.)

Arkielämän perusasioiden sujuminen voi aiheuttaa suurta huolta kieli- ja kulttuuritaidottomuuden vuoksi sekä nostaa aiempia traumakokemuksia pintaan. Esimerkiksi kirje Kansaneläkelaitoksesta voi aiheuttaa merkittävää ahdistusta, jos sen sisältöä ei ymmärretä, mutta sen merkitys tiedetään tärkeäksi toimeentulon kannalta. (Halla 2010, 354.) Myöhemmin kotoutumisvaiheessa ilmenevien psyykkisten oireiden ei välttämättä ymmärretä johtuvan menneisyyden traumakokemuksista (Castaneda ym. 2018).

Pakolaisten psyykkisten häiriöiden esiintyvyydessä on kuitenkin huomattavaa vaihtelua (Snellman ym. 2014, 203–206). Useat ovat kokeneet järkyttäviä tapahtumia, mutta kaikki eivät kuitenkaan ole traumatisoituneita (Castaneda ym. 2018). Suomalaisissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että pakolaisilla mielenterveysoireita esiintyy yhtä paljon tai enemmän kuin kantaväestöllä, mutta mielenterveyspalvelujen käyttö on huomattavasti vähäisempää (Castaneda ym. 2012, 161). *PTSD*:llä ja siihen liittyvällä ahdistuneisuudella on todettu voimakas negatiivinen yhteys koettuun elämänlaatuun kotou-

tumisvaiheessa olevilla pakolaisilla (Matanov ym. 2013; Kankaanpää ym. 2017). Maahanmuuton jälkeisen stressin (*post-migration stress*) määrä ja sosiaalisen tuen vähyys lisäävät *PTSD*:n, masennuksen ja ahdistuneisuuden oireita (Gerritsen ym. 2006). Vakavien sotatraumojen, turvattoman lapsuuden sekä kotoutumisvaiheen syrjintäkokemusten epävarmassa oleskelulupatilanteessa on todettu lisäävän *PTSD*:n oireita (Mölsä ym. 2017). Traumataustaisen pakolaisen kotoutumista ajatellen tulisikin minimoida stressitekijät maahanmuuton hetkellä ja sen jälkeen (Castaneda ym. 2018; Kankaanpää ym. 2017). Huomionarvoista on Sainola-Rodriguezin & Koehnin (2006) tutkimusten havainnot siitä, etteivät lääkärit yleisesti nähneet yhteyttä masennuksen, maastapaon stressikokemuksen sekä Suomessa koettujen vaikeuksien, kuten syrjinnän välillä. Niiden aliarviointia on havaittu aiemmassakin tutkimuksessa (mm. Tiilikainen 2003).

Snellman ym. (2014) tuo esiin, että pelkästään häiriöiden esiintyvyyden ja oireiden tarkastelu jättää pakolaisten psyykkiseen toimintaan vaikuttavien tekijöiden ymmärtämiseen laajoja katvealueita. Olisi esimerkiksi tarvetta tutkia pakolaisten mielenterveyttä häiriöitä laajempänä, joustavana ja muuttuvana käsitteenä, johon olisi tärkeää liittää esimerkiksi elämäntilanteen ja kulttuurin, psykososiaalisen kehityksen ja ihmisen omien selviytymiskeinojen vaikutukset. Käsitteet siitä, että pakolaisten mielenterveyden ongelmat määrittäisivät pelkästään lähtömaan traumaattisista tapahtumista, on osittain vanhentunut, vaikka tutkimukset pääosin keskittyvät niihin. On alettu ymmärtää syvällisemmin pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kokemusmaailman ja siten mielenterveyden muovaantuvan sekä ennen maahantuloa, pakomatalla että maahantulon jälkeen. Ympäristön sosiaalisilla, kulttuurisilla sekä taloudellisilla tekijöillä on vaikutusta jokaisessa vaiheessa. Myös Suomessa pakolaiset kokevat, että tapahtumat sekä ennen Suomeen tuloa että Suomessa ovat vaikuttaneet mielenterveyteen ja mahdollisten psyykkisten häiriöiden ilmaantumiseen. (Sanoila-Rodriguez & Koehn 2006; Snellman ym. 2014.)

Psyykkisen trauman aiheuttamat mielialaoireet sekä kognitiiviset häiriöt, kuten keskittymisen, oppimisen ja muistin häiriöt (Peltonen & Punamäki 2010) voivat johtaa siihen, että kotoutumisvaiheessa traumaperäisestä oireilusta kärsivän on vaikea oppia ja omaksumaa uusia asioita, kuten uuden yhteiskunnan toimintatapoja, kieltä ja kulttuuria. Tämä voi aikaansaada epäonnistumisen ja häpeän tunnetta, vahvistaen entisestään eristäyty-

mistä ja välttämiskäyttäytymistä, joka taas voi sysätä entistä pahempaan syrjäytymiseen ja yhteiskunnan ulkopuolelle jäämiseen. Syrjäytymisen pahenemisella on mielialaoireilua voimistava vaikutus, joten näistä tekijöistä on vaarana muodostua vähitellen psyykkisen häiriön aikaansaama noidankehä. (Castaneda ym. 2012.)

Snellman ym. (2014, 206) kuvailee myös, että pakolaiset eivät välttämättä ajattele mielenterveyttä tai siihen liittyviä ongelmia itselleen tärkeimpänä asiana. Muut käytännöllisemmät asiat saatetaan kokea huomattavasti tärkeämpinä koetun elämänlaadun kannalta. Tarpeet liittyvät erityisesti perustarpeiden tyydyttymiseen. Oirekuvat voivat viitata vaikeaan masennukseen ja ahdistuneisuuteen, mutta samaan aikaan oma toimintakyky ja elämänlaatu saatetaan kokea hyväksi. Lisäksi ihmisillä on omanlaisia tapoja selvittää ongelmia, eikä länsimaisen tutkitun tiedon välttämättä koeta tarjoavan mitään ratkaisuja tämänhetkisiin ongelmiin, ainakaan ihmisen omasta näkökulmasta (ks. myös Oroza 2010, 290). Esimerkiksi uskonnollisuus ja siitä saama lohtu näyttäytyy traumakokemusten oireilta suojaavana tekijänä (Mölsä ym. 2017). Vastaavasti pakolaisten joukosta löytyy ihmisiä, jotka kaipaisivat ammatillista apua psyykkisiin oireisiin, mutta joille ei erityistarpeita, kuten esimerkiksi tulkkausta tai kulttuurisidonnaisia piirteitä, huomioivia palveluja ole saatavilla (Snellman ym. 2014).

Lasten huomioonottaminen on tärkeää perheissä, joissa vanhemmilla on psyykkisiä ongelmia, jotta traumaoireilun siirtymiseltä sukupolvelta toiselle välttyttäisiin (Castaneda ym. 2018). Lapset oppivat kielen ja valtakulttuurin yleensä nopeasti, mutta saattavat tämän vuoksi joutua ottamaan perheessä enemmän vastuuta asioiden hoidosta, kuin ikäänsä nähden pitäisi. Teini-ikäisten kotoutuminen on usein myös ongelmallista siten, että he eivät ehdi kunnolla mukaan suomalaiseen koulujärjestelmään, ja siten heidän kielitaitonsa tai työelämävalmiutensa voivat jäädä vähäisiksi. Tällaiset tekijät yhdessä traumataustan ja siihen liittyvän psyykkisen oireilun kanssa voi pahimmillaan johtaa syrjäytymiseen, rikollisuuteen tai päihteiden ongelmakäyttöön. Vanhemmuuden tukeminen on tärkeää traumataustaisissa pakolaisperheissä, mutta sen olisi tärkeä tapahtua yhteisymmärryksessä vanhempien kanssa, ettei toiminta lisää enemmän stressiä, pelkoa tai epäluottamusta viranomaisia kohtaan. (Halla 2010, 358.)

Sekä perhekeskeisyyden että sukupuoliroolien eroavaisuuksien tiedostaminen on tärkeää. Perhekeskeisissä kulttuureissa itseä ei yleensä mielletä yksilöksi, vaan osaksi sukua

tai laajempaa yhteisöä. (Tiilikainen 2017.) Miesten asema on usein hallitseva ja kodin ulkopuolisista asioista päättävä. Miesten on oletettu hoitavan perheen elanto. Kotona oloon ja lapsista huolehtimiseen tottuneet naiset voivat Suomessa haluta enemmän päätösvaltaa ja vapautta. Suomessa usein kielitaidottomuudesta tai syrjinnästä johtuva työn saannin vaikeus voivat aiheuttaa miehille häpeää. Uudenlaisen roolin löytäminen voi aiheuttaa myös entistä suurempaa tarvetta kontrolloida perhettään etenkin, jos perheen sopeutuminen suomalaiseen kulttuuriin tuntuu uhkaavalta. (Halla 2010, 357–358.) Sukupuoliroolit voivat vaikuttaa myös siihen, että miespuolinen asiakas voi kokea vaikeaksi olla autettava ja riippuvainen sosiaalityöntekijästä, jos on tottunut synnyinmaassaan toisenlaiseen rooliin. Siten esimerkiksi asiointi naisvaltaisessa sosiaalityöntekijätoimistossa, etenkin jos tilanteeseen liittyy rahan pyytämistä, voi tuntua häpeälliseltä. Naisten kohdalla taas esimerkiksi seksuaalisen väkivallan kokemukset liittyen esimerkiksi sotaan tai viranomaisten harjoittamaan väkivaltaan voivat jäädä kokonaan muulta perheeltä salassa pidettäviksi sen takia, että perhettä, sen kunniaa ja yhdessä pysymistä halutaan varjella. (Saraneva 2010; Shoeb ym. 2007; Kallakorpi 2019.)

Tutkimusten perusteella on siis ilmeistä, että erityisesti pakolaisina tulleiden maahanmuuttajien mielenterveysriskit ovat suurentuneet, joita kotoutumisvaiheessa olevat epäonniset kokemukset voivat voimistaa. Kulttuurisiin, kielellisiin ja sosiaalisiin eroihin liittyen mielenterveysoireiden tunnistaminen ei ole ammattilaisellekaan helppoa, jos tietoa kulttuuriin liittyvistä käsityksistä on vähän tai niiden puheeksi ottaminen on vaikeaa liittyen aiheen tabuluontoisuuteen. Edellä ilmi tulleista tekijäistä johtuen aion seuraavaksi selvittää, millaisia kulttuurisia käsityksiä Lähi-itään liittyy, jotta tieto aiheen tiimoilta lisääntyisi. Nähdäkseni työntekijöiden tietämys aiheesta voi merkittävästi auttaa tunnistamaan eri tavoin ilmeneviä tarpeita mielenterveyden hoitoon ja siten ennaltaehkäisemään vakavampia sairauden muotoja.

4. TUTKIMUSASETELMA

Tämän tutkielman tavoitteena on tutkia Lähi-idän alueen kulttuurisia käsityksiä mielen-terveydestä. Olen kiinnostunut saamaan selville tämän tutkimuskysymyksen avulla, miten eri tavoin oireilu tai käsitteellistäminen voivat näyttäytyä Lähi-idästä kotoisin olevien pakolaistaustaisten asiakastyössä. Tästä syystä käsittelin teoriassa tarkemmin pakolaistaustaa, kotoutumista ja niihin linkittyviä mielenterveydenhäiriöitä. Pelkästään Lähi-idän kulttuuripiirteet ovat suomalaisessa sosiaalityön kontekstissa kaukaisia käsitteitä. Tiedon tarve aiheesta kohdistuu erityisesti pakolaistaustaisiin sosiaalityön asiakkaisiin, joita on tilastollisesti tullut Suomeen viime vuosien aikana eniten Lähi-idän alueelta ja joihin aiempi tutkimustieto kertoi usein liittyvän psyykkistä kuormitusta tai mielenterveyshäiriöiden riskiä eritoten traumataustan vuoksi. Tällöin tutkimusaiheestani syntyy myös suomalaiseen yhteiskuntaan ja sosiaalityöhön ajankohtaisesti liittyvä aihe. Keskityn kuitenkin tutkimuksessani tarkastelemaan nimenomaan kulttuurisia käsityksiä, enkä pakolaisia ihmisryhmänä, sillä pakolainen käsitteenä sisältää niin monenlaisia eri taustoja, että niiden rajaaminen tutkimuksenteon kannalta yhteen yhdenmukaiseen ryhmään on vaikeaa toteuttaa.

Snellman ym. (2014) mukaan aiempi tutkimus on keskittynyt melko kapea-alaisesti pakolaisten traumatapahtumiin ja oireiluihin, mutta muiden, kuten esimerkiksi kulttuuristen tekijöiden vaikutukset mielenterveyteen ovat jääneet vähäisemmälle huomiolle. Tästä syystä mielestäni on tärkeää tutkia mielenterveyden kulttuurisia käsityksiä. Kulttuuri on tietyllä tapaa ihmisen identiteettiin sisäänrakennettua ja monilta osin myös tiedostamatonta ja omaksuttua käsitystä ympäröivästä maailmasta, joka seuraa mukana elämän eri vaiheissa (ks. kappale 3).

Tutkimus aiheesta on tärkeää monesta eri syystä. Ensinnäkin kotouttamisen ja kotoutumisen onnistuminen on yhteiskunnallisesti paljon puhuttava kysymys. Tuhansien ihmisten muuttaessa sota- ja konfliktialueilta rankkojen kokemusten jälkeen uuteen maahan on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota myös heidän henkiseen hyvinvointiinsa ja jaksamiseensa. Se on tärkeää niin ihmisten subjektiivisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta kuin myös sen kannalta, ettei piilevät traumataustat johda ikäviin seurauksiin myöhemmässä vaiheessa, kuten eri tavoin ilmeneviin pahoinvoinnin oireisiin tai traumataakan siirtymiseen jälkipolville. Lisäksi se on tärkeää sosiaalityön kannalta, joka

tieteenalana ja professiona pyrkii auttamaan yhteiskunnan haavoittuvaisimpia ja syrjään jäämisen vaarassa olevia ihmisiä, ja ovat ammattiryhmänä usein merkittävässä määrin tekemisissä traumataustaisten pakolaisten kanssa. Kuten monista teorialtutkimuksista tuli ilmi; kulttuuriset käsitteet ja niiden ilmenemiset eivät ole yksiselitteisiä ja voivat vaikeuttaa asiakastyössä ilmenevien asioiden ymmärtämistä merkittävästi. Ilman tutkimustietoa mielenterveyden monimutkaisista ilmenemismuodoista tai kulttuurisista tavoista työntekijän voi olla toisinaan hyvin vaikea tunnistaa pakolaistaustaisten piilevästi oireilevia traumakokemuksia tai mielenterveyshäiriöitä.

Menetelmänä käytän integroivaa kirjallisuuskatsausta. Yleisesti kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on aihealueen keskeisten tutkimusten ja niiden tulosten kartoittaminen. Lisäksi tavoitteena on löytää mahdollisia tutkimattomia aihealueita tai epäjohdonmukaisuuksia sekä tuoda esiin aiemman tutkimustuotannon vahvuuksia ja heikkouksia kriittisellä ja systemaattisella otteella. (Aveyard 2014.) Näin kirjallisuuskatsauksen sopivan parhaiten menetelmäksi, sillä ensin aiheen aiemman tutkimustiedon läpikäyminen on tärkeää mietittäessä tarvittavia jatkotutkimuksen aiheita. Lisäksi tämänhetkiset olosuhteet, kuten Covid-19-pandemia, pakolaistaustaisten mahdollisesti kielellisistä tai muista syistä johtuva vaikea tavoitettavuus sekä aiheen tabuluontoisuus myös vaikuttivat päätökseeni tehdä aiheesta mahdollisimman perusteellinen kirjallisuuskatsaus. Kappaleessa 5.1. kerron lisää integroivasta kirjallisuuskatsauksesta tutkimusmenetelmänä.

Tutkimuskysymykseni on:

- Millaisia mielenterveyskäsityksiä liittyy Lähi-idän alueen kulttuureihin aiemman tutkimustiedon perusteella?

4.1. MENETELMÄNÄ INTEGROIVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkielman menetelmänä käytän integroivaa kirjallisuuskatsausta. Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia metodiksi, jolla tehdään 'tutkimusta tutkimuksesta'. Toisin sanoen, tavoitteena on koota aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia, joista voi muodostaa uusia tutkimustuloksia. Tutkimustyypille olennaista on tiivistää suuresta tietomassasta olennaisin esiin. Englanniksi menetelmästä käytetään yleensä käsitteitä *literature review* tai *meta-analysis* (Kallio 2006). Kirjallisuuskatsaus mahdollistaa tutkimusongelmaan syventymisen, keskeisten käsitteiden määrittelyn, aiemman tutkimuksen ja nykytilan yhteyksien, ristiriitojen ja epäjohdonmukaisuuksien tunnistamisen sekä keskeisten kysymysten ja vastaamattomaksi jääneiden ongelmien löytämisen. (Kallio 2006.) Kirjallisuuskatsaus ei ole kirja-arvostelu tai lähdeluettelo, taikka lyhyt vilkaisu aihealueen kirjallisuuteen, johon suomenkielinen nimi herkästi viittaa, vaan katsaus perustuu systemaattiseen, täsmälliseen ja toistettavaan menetelmään, jossa luodaan johdopäätöksiä aiemmasta, alkuperäisestä ja korkealaatuisesta tutkimustyöstä. (Fink 2005; Salminen 2011.)

Julkaisumäärien alituisen kasvamisen takia erityisalojen kehityksen seuraaminen vaikeutuu koko ajan entisestään. Tieteellisten tutkimusten laajasta kirjosta välittyvä kokonaiskuva voi hämärtyä, jonka sijaan piirtyy kuva lähinnä pirstoutuneesta julkaisujen massasta, josta on vaikea löytää julkaisujen keskinäistä yhteyttä. Voi kulua pidemmän aikaa, ennen kuin tutkija alkaa hahmottaa alan diskurssin päälinjoja ja keskeisiä toimijoita. Tästä syystä kirjallisuuskatsauksen kaltainen tutkimustapa on tärkeää, jotta aihealueen keskeisimpiä tutkimuksia ajoittain kartoitetaan ja erillään olevat tiedon palaset yhdistetään. (Kallio 2006, 19.)

Kirjallisuuskatsaus pyrkii selvittämään esimerkiksi alan keskeiset teoriat, käsitteet, ideat sekä kiistanaiheet. Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa voidaan kartoittaa alan keskeiset kysymykset tai ongelmat, joihin ei olla vastattu. Kirjallisuuskatsauksessa tulee määritellä ja selventää tutkimusongelmaa, vetää yhteen aiempia tutkimustuloksia, identifioida yhteyksiä, ristiriitoja, aukkoja ja epäjohdonmukaisuuksia sekä ehdottaa seuraavaa askelta tutkimusongelman ratkaisussa. (Kallio 2006, 22.)

Kallion (2006, 23) mukaan kirjallisuuskatsaus jaetaan pelkistetyksi viiteen vaiheeseen; (1) tutkimusongelman määrittelemineen, (2) aineiston kokoaminen, (3) aineiston analyysi, (4) aineiston synteesi ja (5) argumentaation rakentaminen. Ja jotta tutkimus katsotaan onnistuneeksi, tutkijan olisi kyettävä toteuttamaan kaikki yllä mainitut vaiheet.

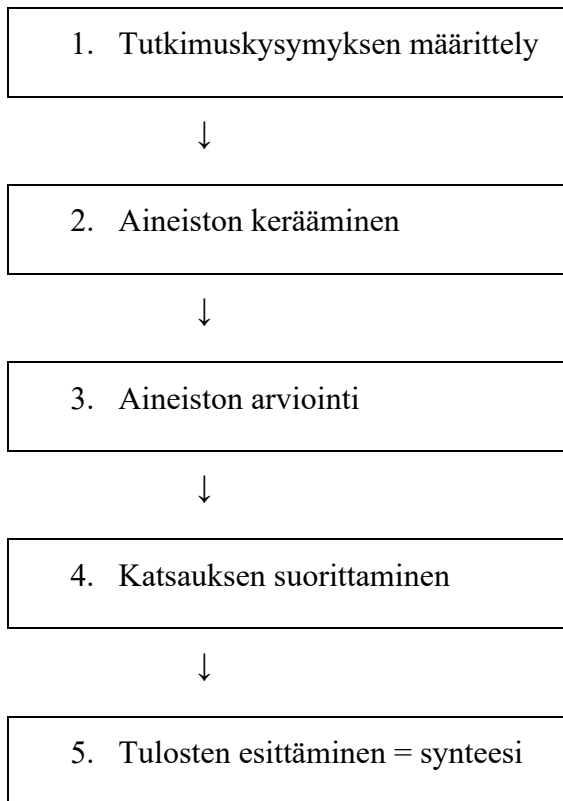
Kirjallisuuskatsauksen eri tyyppejä ovat esimerkiksi systemaattinen, integroiva ja narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaustyyppin valintaan vaikuttavat niin tutkittava ilmiö, tutkimuskysymykset kuin aineistokin. Kun menetelmässä kiinnitetään erityistä huomiota lähteiden yhteyteen ja tietynlaiseen tekniikkaan, jolla ne etsitään, puhutaan systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaatii tavanomaista tiukempia sääntöjä, ja ominaista sille on aineiston valikoiva ja tarkka seulonta. (Salminen 2011.) Systemaattisen katsauksen tavoitteena on kartoittaa mielenkiintoiset ja tärkeät tutkimukset tieteellisten tulosten kannalta (Kallio 2006, 19). Systemaattista katsausta voi siten pitää tiivistelmänä tietyn aihepiirin tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Katsaustyyppi sopii hyvin hypoteesien testaamiseen, tutkimustulosten esittämiseen tiiviissä muodossa sekä niiden johdonmukaisuuden arvioimiseen. Se voi tuoda myös esiin puutteita, eli siten myös uusia tutkimustarpeita. Tutkimusten tarkka, toisiinsa ankara seulominen johtaa tutkimusten huolelliseen läpikäyntiin samalla, kun noudatetaan katsaukselle asetettuja kriteerejä luoden myös uskottavuutta tutkimukselle. (Salminen 2011, 9.)

Yksi käytetyimmistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä on kuvaileva, toisinaan myös traditionaaliseksi nimetty, kirjallisuuskatsaus. Toisin kuin systemaattisessa menetelmässä, kuvaileva kirjallisuuskatsaus pyrkii kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä laaja-alaisesti ilman yhtä tiukkoja sääntöjä. Tarvittaessa ilmiön ominaisuuksia voi luokitella ja tutkimuskysymys on usein väljempi kuin muissa kirjallisuuskatsauksen tyypeissä. Yhtenä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alalajina voidaan pitää *integroivaa* katsausta, joka tarjoaa laajan ja monipuolisen kuvan tutkittavan ilmiön kirjallisuudesta. Integroivassa katsauksessa tavoitteena on saada kattavasti tietoa tutkimusongelmasta tekemällä yhteenveto aiemmasta tutkimuksesta. (Coughlan ym. 2013, 17.) Verrattuna systemaattiseen katsaukseen integroiva ei ole yhtä valikoiva ja tarkka tutkimusaineistoa seulossa, vaikka se pyrkii systemaattisen katsauksen tavoin kriittiseen tarkasteluun ja on monilta osin systemaattista katsaustyyppiä muistuttava (Salminen 2011, 8). Integroivassa katsaukses-

sa aineistoa kerätään useista eri lähteistä ja sen käyttö on monipuolista; empiirisen tutkimuksen lisäksi myös teoreettinen aineisto on tärkeää (Coughlan ym. 2013, 17).

Ajattelin ensi alkuun toteuttavani tutkielman analyysin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Edetessäni pidemmälle aineiston hakemiseen ja rajaamiseen, tulin siihen tulokseen, ettei aihetta olla tutkittu niin merkittävästi, että systemaattista kirjallisuuskatsausta tarkkoine rajaussääntöinen ja seuloineen olisiärkevin tapa toteuttaa. Sen tarkkarajaisuus ikään kuin estäisi tutkimuskysymyksen kannalta tärkeän tiedon selvittämisen, koska aihe ei tiedonhakuni perusteella ole kovin mittavasti tutkittua. Tästä syystä palasin takaisin selvittämään muita kirjallisuuskatsauksen vaihtoehtoja, ja muodostamani tiedon perusteella integroiva kirjallisuuskatsaus sopii menetelmäksi parhaiten aiheen ja tutkimuskysymyksen kannalta. Systemaattinen katsaus olisi vaatinut aineistoilta usein metodologista ja käytännöllistä yhdenmukaisuutta, jonka vuoksi tulosten kannalta olennaisia tutkimuksia olisi pitänyt jättää pois katsauksesta. Näin ollen löydösten raportointi olisi jäänyt suppeaksi, kun hakukriteerien jälkeen ei olisi jäänyt jäljelle kuin muutama tutkimus. Integroiva katsaustyyppi toimii näkemykseni mukaan tässä tapauksessa paremmin, koska se mahdollistaa ilmiön tutkimisen mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti ja aineiston keruu ei ole niin tarkkarajaista ja sääntöihin perustuvaa (Salminen 2011, 8). Integroivassa katsauksessa sallitaan vaihtelevammin ja erilaisiin metodeihin pohjautuvia tutkimuksia enemmän kuin systemaattisessa katsauksessa (Whittemore 2008: 149).

Integroivalla katsauksella on kuitenkin yhtymäkohtia systemaattisen katsauksen kanssa. Esimerkiksi vaiheittain kuvattuna integroiva ei merkittävästi eroa systemaattisesta katsauksesta, sillä siihen kuuluu yhtä lailla tutkimuksen vaiheet ja niiden kuvaus. Lisäksi siihen kuuluu kriittinen tarkastelu ja tulosten syntetisointi. (Salminen 2011, 6, 8.) Alla olevassa taulukossa on Cooperin (1998, 15) tiivistykset integroivan katsauksen viidestä eri vaiheesta. Menetelmä on samankaltainen systemaattisen menetelmän kanssa, mutta aineiston käytännöllisillä ja metodologisilla seuloilla on systemaattiseen katsaustyyppiin verrattuna vähemmän merkityksellinen asema.



Kuvio 2. Integroivan kirjallisuuskatsauksen viisi eri vaihetta tiivistetyssä muodossa (Cooper 1998, 15).

4.2. AINEISTON HAKU JA RAJAUS

Tutkielmassani käsiteltävän aineiston rajaus lähtee liikkeelle alueellisella rajauksella. Käsitellen analyysissä sellaisia tutkimuksia ja tieteellisiä julkaisuja, jotka käsittelevät Lähi-idän kulttuurisia käsityksiä mielenterveydestä. Aineisto voi olla julkaistu kansainvälisesti, eikä julkaisupaikalla ole niin suurta merkitystä, kuin tutkittavan aiheen kulttuurisella näkökulmalla. Lisäksi analysoitaviksi tutkimuksiksi valikoituvat ajoitukseltaan mahdollisimman uudet ja siten ajankohtaiset tutkimukset. Aineiston ulkopuolelle rajautuvat tutkimukset, jotka eivät käsittele Lähi-itään liittyviä kulttuurisia mielenterveyskäsityksiä.

Tutkimuksen kannalta olennainen aineisto on haettu yliopiston tietokantojen avulla. Aihetta ei olla tutkittu niin laajasti, että aineisto olisi ollut helposti löydettävissä, joten kävin läpi useamman eri tietokannan löytääkseni riittävästi tutkimuksia aiheeseen liittyen. Käyttämäni tietokannat olivat SoxINDEX, Academic Search Premier, Social Science Database, Social Work Online ja Google Scholar. Tiedustelin tietokantojen käyttöä yliopiston kirjaston informaatikolta, joka totesi niiden olevan hyvät tämän tutkielman aihealueeseen.

Hakusanojen käyttö oli sikäli haasteellista, että useidenkin erilaisten hakusanojen käyttö ei välttämättä auttanut löytämään aihetta suoranaisesti käsitteleviä tutkimuksia. Hakusanat, joilla lähdin liikkeelle, olivat *middle east AND mental health AND culture*. Laajensin ja muokkasin hakusanoja tähän tyyliin ja kokeilin muuttuvatko tulokset merkittävästi, mutta aiheen pääkäsitteet pysyivät suhteellisen samoina:

middle east or mena or arab world or afghanistan or iran AND mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness or stigma AND culture or cultural or ethnicity or identity or values or religious or belief.

Vastaavilla suomenkielisillä hakusanoilla ei löytynyt tutkimuksia. Suomenkielisiä tutkimuksia etsin Arto- ja Melinda-tietokannoista hakusanoilla *mielenterveys OR mielen-tervey* AND kulttuuri OR kulttuur* AND lähi-itä OR arab**. Suomenkielisten aihetta käsittelevien tutkimusten ollessa vähäisiä käytin myös muutamaa aiheeseen liittyvää suomenkielistä kirjaa.

Yllä olevat hakusanat esiintyivät myös useissa aineistoon valittujen tutkimusten avainsanoissa. Kirjaston informaatikko toi esiin, miten *mental health* -käsite voi olla yhtä lailla myös *well-being*, *anxiety* tai *depression*, ja relevantit käsitteet on löydettävä itse. Tästä syystä hain *mental health* -käsitteen lisäksi myös *mental illness*, *mental disorder* tai *psychiatric illness* -käsitteillä. Lähi-idän käsitteen lisäksi käytin maiden nimiä, joiden avulla löysin lisää muutamia tutkimuksia. Huomasin, että oli tärkeää sisällyttää *Culture* -sana ja siihen liittyvät käsitteet haussa, sillä pelkästään esimerkiksi *mental health* ja *Iraq* -hakusanojen käyttö löysi tutkimuksia lähinnä Irakissa taistelleiden amerikkalaisotilaiden mielenterveydestä, joka taas on hyvin kaukana omasta aiheestani. *Arabs* tai *Arab world* -sanojen käyttö toi hyvin lisää arabimaailmaan liittyviä tutkimuk-

sia, mutta niiden käytössä oli huomioitava, että ne jättävät ulkopuolelle muut *MENAP* -alueen maat, jotka eivät ole arabimaita, kuten Iranin, Afganistanin ja Somalian.

Päätin olla käyttämättä *islam* -käsitettä ensinnäkin siitä syystä, että sen käyttö olisi rajannut ulkopuolelle ei-islamilaisten kohderyhmät ja toiseksi siihen liittyvät tutkimukset liittyivät usein eräänlaisiin uskonnollisiin instituutioihin, joiden tieteellisestä kelpaavuudesta en ollut vakuuttunut länsimaisen tieteen näkökulmasta katsottuna. Tätä uskonnollisuuden painottamista oli erityisesti Iraniin liittyvissä tutkimuksissa. Kokeilin myös informaation ehdottamaa maantieteellistä rajausta, mutta tämän käyttö ei ollut mielestäni toimivaa, koska suurin osa aihealueeni tutkimuksista ovat kansainvälisiä ja tutkittavien maiden omat tutkimukset ovat vähäisiä johtuen maiden yhteiskunnallisesta turvattomuudesta. Ylipäätään rajaamani alueen maiden välillä oli eroavaisuuksia tutkimustuotannossa; yhteiskunnallisesti vakaammassa tilanteessa olevasta ja tieteentekoon panostavasta Iranista löytyi muita maita enemmän tutkimuksia, joista moni oli, kuten aiemmin mainitsin, uskonnollisuuden painottuvia, kun taas sisällissotien ja terrorismin runtelemista maista tutkimuksia löytyi hyvin vähänlaisesti, jos ollenkaan. Länsimaisia tutkimuksia löytyi kuitenkin riittävästi, joskin on hyvä muistaa, että niissä näkökulma on erilainen. Osa rajatuista artikkeleista painottuu Lähi-idästä tulleiden pakolaisten, turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien kulttuurisiin mielenterveyskäsityksiin, osa taas käsittelee ylipäätään Lähi-idän kulttuurisia mielenterveyskäsityksiä liittymättä pakolaiskysymykseen mitenkään. On tärkeää huomioida näkökulmien eroavaisuudet, vaikka kaikki valitut näkökulmat antavatkin tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia vastauksia. Hyväksymiskriteerini kuitenkin salli kansainvälisen ja monipuolisen aineiston käytön.

Näillä hakusanoilla ja -tavoilla löysin yhteensä 3150 tulosta. Näistä suurin osa poissuljettiin jo pelkän otsikon perusteella, jonka perusteella aihe ei liittynyt tutkimusongelmaani. Seuraavassa vaiheessa kävin läpi otsikon perusteella hyväksytyt tutkimukset, joita oli yhteensä 42. Luin läpi näiden tutkimusten tiivistelmät. Jos tiivistelmä ei vastannut tutkimusongelman odotuksia, myös tällaiset tutkimukset hylättiin. Lopulta kävin läpi aiempien seulojen perusteella läpikäytyjä tutkimuksia, luin niiden tuloksia ja johdopäätöksiä, joiden perusteella analyysiin kelpaavien tutkimusten ja artikkelien lopulliseksi määräksi muodostui 20 kappaletta. Jokaisen aineistoon valitun osan luin huolelli-

sesti läpi ja pyrin havaitsemaan kokonaistulosten lisäksi esimerkiksi yhdistäviä tai poikkeavia asioita. Tästä kokonaismäärästä muutama tutkimus löytyi jo teoriaa kirjoittaessa, ja sisällytin nekin analyysiin, sillä koin ne tutkimuskysymyksen kannalta tärkeiksi tiedonlähteiksi. Tätä tiedonhakupapaa voi kutsua myös ns. käsinhauksi, jolla täydennetään muuta tiedonhakua. Käsinhaun tavoitteena on löytää alkuperäisiä aineistoja selaamalla tieteellisten julkaisujen sisällys- ja lähdeluetteloita. (Coughlan ym. 2013, 55.) Yhdeksi lähteeksi hyväksyin myös Maahanmuuttoviraston raportin Irakin mielenterveystilanteesta vuodelta 2019, sillä raportti perustuu maakohtaiseen tutkimukseen paikan päällä sekä alueen paikallisten asiantuntijoiden haastatteluihin, joka täten antaa tärkeää ensikäden tietoa alueen konkreettisesta mielenterveydenhoidon tilasta ja siihen liittyvistä käsityksistä.

Hakusanoihin perustuva hakeminen oli yllättävän vaikeaa, sillä liian monien hakusanojen käyttö tuotti valtavasti tuloksia, joista suurin osa tutkimuksia ei kuitenkaan osoittautunut relevanteiksi aiheeni kannalta. Liian suppeiden tai rajattujen hakusanojen käyttö taas ei tuottanut juurikaan tuloksia. Kuten aiemmin on todettu, kirjallisuuskatsauksessa tarkka seulonta hyväksyttävälle tutkimusaineistolle on erityisen tärkeää tutkimuksen uskottavuuden ja luotettavuuden kannalta (Aveyard 2014). Näillä hakumenetelmillä sain hiukan tuntumaa siihen, että pakolaisia ja traumaa on tutkittu paljon eri näkökulmista, mutta kulttuurisia käsityksiä taas vähän erityisesti Lähi-idän kontekstista. Suurimmassa osassa tutkimuksia painottui tietyt asiat, kuten esimerkiksi stigma. Noituteen, henkimaailmaan tai perinnerituaaleihin liittyvät tutkimukset olivat vähäisempiä.

Hyväksymiskriteerit

- Alueellisesti artikkeli keskittyy Lähi-itään, arabimaihin tai *MENAP*-alueeseen, tai näiltä alueilta poismuuttaneisiin siirtolaisiin
- Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen
- Aineiston julkaisukieli on suomi tai englanti
- Suomenkieliseen aineistoon käy myös kirja, kirjan artikkeli tai maatutkimusraportti, kunhan ne noudattavat myös tieteellistä tutkimusotetta ja lähdeviitustekniikkaa
- Aineisto on saatavilla Full-Text-muodossa ja sen lähdeluettelo on saatavilla

- Aineisto täyttää tieteellisen tutkimusartikkelin muodolliset vaatimukset
- Julkaisujen aikaväli on 2006–2021

Yllä olevassa kuviossa on tutkimusaineiston hyväksymiskriteerit. Poissulkukriteerit ovat hyväksymiskriteereihin nähden käänteisiä. Aineiston julkaisuaikaväliksi määrittelin viimeisen viidentoista vuoden ajanjakson, sillä vaikka mahdollisimman uuden ja ajankohtaisen tiedon käyttöä suositellaan tutkimuksen luotettavuuden vuoksi (Hirsjärvi ym. 2009, 113), ajattelin tämän aikavälin sopivan sekä tuomaan vielä riittävän tuoretta että mahdollisimman kattavaa tietoa tutkimuskysymykseeni. Lisäksi perinteisten kulttuuristen käsitysten voisi ajatella muovaantuvan hitaasti. Integroivan katsaustyyppin tavoitteena on laajan ja monipuolisen kuvan muodostaminen, ja liian tiukka ajallinen raja-
jaus olisi nähdäkseni sulkenut ulkopuolelle tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia tutkimuksia. Seuraavassa kappaleessa kerron tarkemmin, millä tavoin käsittelen aineistoa analyysiä varten.

4.3. AINEISTOLÄHTÖINEN SISÄLLÖNANALYYSI

Edellisessä kappaleessa kerroin kirjallisuuskatsauksen suorittamisesta, aineistoni hankinnasta ja valinnasta. Tässä kappaleessa kerron tarkemmin, miten aion analysoida aineistoa aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Kirjallisuuskatsauksen apuna aineiston analyysissä voidaan käyttää sisällönanalyysia. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on koota ja tiivistää kirjallisuuskatsauksessa käytettävien tutkimusten tieto selkeäksi rungoksi yleensä luokittelun avulla. Siinä missä teorialähtöisen (deduktiivisen) sisällönanalyysin viitekehyksenä toimii jokin teoria tai malli, niin aineistolähtöisessä (induktiivisessä) sisällönanalyysissä analyysin viitekehys on aineisto. Niin sanottua teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä käytetään harvemmin. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan luoda selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Kirjallisuuskatsauksen tulos alkaa yleensä hahmottua aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla tehdyllä luokittelulla. Ana-

lyysimenetelmä perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jonka aluksi aineisto on hajotettu osiin, käsitteellistetty ja viimeiseksi koottu uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Alla olevassa taulukossa on kuvio aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmivaiheinen prosessi.

- 1) Aineiston redusointi eli pelkistäminen
- 2) Aineiston klusterointi eli ryhmittely
- 3) Abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen

(Aineistolähtöisen aineiston analyysin kolmivaiheinen prosessi teoksessa Tuomi & Sarajärvi 2018, mukailleen Miles & Hubermanin (1994) kolmivaiheista prosessia.)

Ensimmäisellä vaiheella, redusoinnilla, tarkoitetaan aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin, ja epäolennaisen poiskarsimista. Samalla aineistosta etsitään tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Tämän vaiheen jälkeen seuraa toinen vaihe, aineiston klusterointi eli ryhmittely. Aineistosta etsitään samankaltaisia ja eroavia käsitteitä. Samaa ilmiötä kuvaavat aiheet yhdistetään alaluokkiin. Tämä tiivistää aineistoa, sillä yksittäiset asiat sisällytetään laajempiin käsitteisiin. Kolmannessa vaiheessa, abstrahoinnissa, valikoidun tiedon perusteella muodostetaan tutkimuksen olennaista tietoa ja teoreettisia käsitteitä. Koko prosessi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa empiirisestä aineistosta tavoitellaan käsitteellisempää näkemystä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysi on kuitenkin lähinnä aineiston järjestämisen apuväline ja eroaa tavanomaisen laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysistä siten, että siinä riittää usein pelkkä alaluokkien tai toisinaan yläluokkien luokittelu ilman abstrahointia. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Se ei siten mene niin pitkälle analyysissä kuin tavanomainen sisällönanalyysi. Tulokset jaotellaan pelkistettyihin ilmauksiin, jonka tarkoituksena on tiivistää olennaisimmat merkitykset niin, että niiden informaatioarvo säilyy. On siten hyvä arvioida pitkän analyysiä, miten pitkälle ryhmittelyä kannattaa jatkaa, että olennainen sisältö säilyy. (Kylmä & Juvakka 2007, 110–119.)

Päädyin käyttämään aineistolähtöistä sisällönanalyysia kirjallisuuskatsauksessa analyysin apuvälineenä, sillä tutkielmani tutkimuskysymys perustui laadulliseen tutkimusongelmaan ja katsoin tulosten luokittelun antavan selkeimmällä tavalla tietoa tutkittavasta aiheesta.

Analyysiin valikoitui edellisessä kappaleessa kuvatun seulonnan perusteella 20 aineistoa. Valikoitu aineisto löytyy tutkielman lopusta taulukkomuotoon liitetystä liitteestä 1. Aloitin analyysin tekemisen perehtymällä syvällisesti jokaiseen aineistoon. Luin jokaisen artikkelin huolellisesti alusta loppuun ja merkkasin tutkimuskysymyksen kannalta tärkeitä kohtia. Käytyäni läpi jokaisen aineiston alustava kuva eri käsitteistä tai aiheista alkoi hiljalleen hahmottua. Syvensin analyysiä käymällä jokaisen yksityiskohtaisemmin läpi ja kirjoittamalla tuloksiin tutkimuskysymykseen vastaavia, relevantteja kohtia. Aihekokonaisuuksien perusteella alkoi muodostua luokkia, sillä suurin osa tutkimuksista käsitteli jokseenkin samoja aiheita pienin painotuseroin. Kirjoitin tutkimustuloksia auki luokittelun muodostuessa lopulliseksi, mutta tämänkin jälkeen käytin paljon aikaa luokkien olennaisuuden ja tärkeyden pohtimiseen. Luokittelun haaste oli siinä, että ne olisivat riittävän informatiivisia ja tiiviitä ilman, että mitään olennaista jäisi pois. Tulokset ovat myös jonkin verran kietoutuneita toisiinsa, niin liian tarkkarajainen luokittelu toisiinsa kytköksissä olevista ilmiöistä tekisi tulosten lukemisesta monimutkaisempaa.

5. MIELENTERVEYS KULTTUURISINA KÄSITYKSINÄ

Tässä luvussa käsittelen tutkimuskysymyksen kannalta aineiston käsittelyssä keskeisiä esiin tulleita aiheita. Tavoitteenani on sisällönanalyysin avulla vastata tutkimuskysymykseen, eli millaisia mielenterveyskäsityksiä liittyy Lähi-idän alueen kulttuureihin aiemman tutkimustiedon perusteella?

Käsitykset mielenterveydestä vaihtelevat kulttuureittain ja eri aikoina. Mielenterveyden käsitettä ei tunneta kaikkialla, vaikka siihen liittyvät piirteet ovat universaaleja ilmiöitä. Psykkisiin ongelmiin liittyvää häpeää tai niiden ilmaantuvuutta somaattisesti esiintyy myös länsimaisissa kulttuureissa. Eri kulttuureissa annetaan kuitenkin erilaisia selitystapoja psyykkiselle oireilulle. (Castaneda ym. 2018.) Kulttuurit antavat mallit, joihin sairastunut perustaa oireilunsa. Oire, joka länsimaisessa ajattelussa mielletäisiin psyykkiseksi häiriöksi voi toisessa kulttuurisessa ajattelutavassa mieltyä sosiaalisesti tai spirituaalisen maailman häiriöksi. (Mölsä ym. 2010.) Huolimatta siitä, että haluan välttää kolonialistista ajattelua muistuttavaa ja toiseuttavaa *länsimaat/muu maailma*-ajattelutapaa, käytän analyysissä jonkin verran *Länsimaat/Lähi-itä*-jaottelua pysyäkseni johdonmukaisesti analysoitavan kirjallisuuden ja tiedekeskustelun käyttämissä käsitteissä. On myös tärkeää muistaa, että jokaisen tapa ymmärtää ilmiöt ovat lopulta yksilöllisiä, ja tulokset eivät ole yleistettävissä jokaiseen Lähi-idästä kotoisin olevaan ihmiseen.

5.1. STIGMA, PELKO JA HÄPEÄ

Mielenterveyteen liittyvät stigmat ovat erityisen voimakkaita Lähi-idän kulttuureissa ja aiheuttavat herkästi leimautumisen pelkoa (Schubert 2007; Bener & Ghuloum 2010; Abdullah & Brown 2011). Stigma taas saattaa johtaa psyykkisten ongelmien piilotteiluun, haluttomuuteen hakea apua tai avuntarpeen kieltämiseen (Martin 2009, 122–123; Gearing ym. 2015, 111; Alyousef & Alhamidi 2019, 102). Stigma ja sen aiheuttama häpeä rajoittaa eniten sairastuneen hoitoon hakeutumista (Gearing ym. 2015; Mecham mil 2019). Psykkiset sairaudet ovat yleensä myös tabuja, ja niistä on vaikea puhua avoimesti asiaan liittyvän häpeän ja piilottelun vuoksi (Maahanmuuttovirasto 2019).

Stigmassa yhdistyvät tietämättömyys, vääristyneet uskomukset ja ennakkoluulot, joita yleensä seuraa syrjintä (Gearing ym. 2015, 111; Mechammil ym. 2019, 730). Erityisesti tiedon puutteesta johtuva vähäinen ymmärrys aiheuttaa ennakkoluuloja ja vääristyneitä käsityksiä (Mechammil ym. 2019, 730). Stigmatisoituminen vaikuttaa ennen kaikkea sairastuneeseen itseensä, mutta häpeä voi vaikuttaa myös tämän läheisiin, minkä vuoksi sairautta piilotellaan. Häpeä voi vaikuttaa myös niin, että sairastunut leimaa itse itsensä, eikä hae apua taikka kerro sairaudestaan kenellekään. Stigma voi siten olla joko ympäristön aiheuttamaa, että henkilön itse itselleen aiheuttamaa häpeän tunnetta. (Mechammil ym. 2019.) Arabian kielen termi *wasmah* tarkoittaa stigmaa vastaavaa käsitettä, eli asiaan tai paikkaan liitettävää merkkiä, joka on helppo tunnistaa, ja johon ihmisten kohdalla liitetään sosiaalisen häpeän tunnetta (Dardas & Simmons 2015).

Tietynlaisten luonteen ominaisuuksien ajatellaan muiden vaikeuksien tai vastoinkäymisten ohella altistavan mielenterveyshäiriöille. Epätoivotuiksi katsottujen ominaisuuksien sosiaalinen vaikutus voi olla tuhoavaa. Mielenterveyshäiriöstä kärsivä saatetaan mieltää tietyllä tapaa heikommaksi, joka on sosiaalisesti epätoivottu ominaisuus. (Sadik ym. 2010, 3–4; Donnelly ym. 2018, 1107.) Tällainen sosiaalisesti epätoivottu ominaisuus heikentää yksilön itsearvostusta ja tunnetta siitä, että on yhteisössä arvokas jäsen (Donnelly ym. 2018, 1107). Mielenterveyden muiksi syiksi mielletään esimerkiksi aivoihin liittyvät sairaudet, geneettiset tekijät, päihteiden käyttö, negatiiviset elämäntapahtumat ja Jumalan rangaistus. Syyllistävät asenteet ja häpeä todennäköisesti pahentavat asiaan liittyvää stigmaa. Sukulaisen sairastumiseen ja keskustelun käymiseen psyykkisesti sairaa kanssa liittyy pelon ja häpeän tunteita. Usein ajatellaan kuitenkin, ettei psyykkistä sairautta pitäisi salata perheen sisällä. (Sadik ym. 2010; Alyousef & Alhamidi 2019.) Pelko hulluksi leimautumisesta, stigma sekä häpeä voivatkin olla merkittävänä syinä siihen, miksi mielenterveyspalveluihin suhtaudutaan torjuvasti myös Suomessa (Tiilikainen & Mölsä 2010, 312).

Stigma -termin käyttö Lähi-itää koskevissa kulttuurissa mielenterveyskäsityksissä on ongelmallinen siten, että se ymmärretään eri tavoin. Stigma mielletään usein johtuvan tiedon puutteesta tai vähäisyydestä. Toisaalta sen katsotaan johtuvan negatiivisista asenteista aihetta kohtaan. Kolmanneksi ajatellaan myös, että stigmaa ei tulisi käyttää, ellei ilmiöön liity selvää syrjintää tai sitä muistuttavaa käytöstä. Lisäksi stigma voi muotou-

tua eri tavoin sen mukaan, tarkastellaanko sitä stigman kohteen vai ympärillä olevan yhteisön toimesta. (Dardas & Simmons 2015, 672–673.)

Stigma liitetään eritoten poikkeavaan käytökseen ja sen kautta tulevaan häpeän tunteeseen. Mielenterveyden sairauksien ei katsota aiheuttavan stigmaa niin kauan, kuin ihmisen käytös ei muutu pelottavaksi, ennakoimattomaksi tai arveluttavaksi. Jinnien tai kirousten aiheuttamat oireilut eivät myöskään aiheuta stigmaa samalla lailla, kuin lääketieteellisen psykiatrisen sairauden myöntäminen, sillä niiden katsotaan perustuvan yli-inhimillisyyteen. (Dardas & Simmons 2015, 674.) Media ja sen tarjoamat yksipuoliset, tai dramaattiset kuvaukset mielenterveydestä eritoten Lähi-idässä ruokkivat stigmaa ja negatiivisia mielikuvia entisestään ja siten medialla on myös tärkeä rooli ihmisten mielikuvien muovaamisessa (Alyousef & Alhamidi 2019, 101–102).

Merhej (2019, 291) kuvaa, että jos stigma ja syrjintä astuvat kuvaan jo ensimmäisellä kerralla haettaessa hoitoa, todennäköisyydet seuraavalle käyntikerralle joko vähenevät tai loppuvat kokonaan. Kun taas stigmalta ja syrjinnältä välttyminen ensimmäisellä kerralla voi lisätä todennäköisyyttä jatkohoidon toteutumiselle ja siten lisätä parantumismahdollisuuksia. Merhej on sitä mieltä, että aiheen vahva stigma johtuu osin myös vähäisistä palvelumahdollisuuksista – niiden kehittäminen ja liittäminen osaksi perusterveydenhuoltoa ja yhteisöjen lähelle voisivat merkittävästi madaltaa aiheeseen liittyvää stigmaa. Mielenterveyden oireillessa somaattisesti myös hoitomuodot voivat olla somaattisiin oireisiin perustuvia ja perusterveydenhuollossa tapahtuvia. Siten, vaikka lääkärin tiedostaisivatkin mahdollisen taustasyyn, hoitomuoto voitaisiin pukea fyysisen sairaudenhoidon valeasuun (Shoeb ym. 2007, 456).

5.2. USKONTO SEKÄ SUOJANA ETTÄ SAIRAUKSIEN TAUSTALLA

Uskonnon harjoittaminen on merkittävä osa Lähi-idän maiden päivittäistä elämäntapaa (Alyousef & Alhamidi 2019). Islamin uskonto antaa perustan myös sille, kuinka terveyteen ja sairauteen suhtaudutaan (Tiilikainen & Mölsä 2010, 307; Mölsä ym. 2010). Islamilaiseen uskonnonharjoittamiseen kuuluu olennaisena osana terveyttä edistävät elintavat, kuten tarkat puhtaussäännöt, syömisen kohtuullistaminen, ajoittainen paastoami-

nen, sekä päihteiden ja muiden haitallisten aineiden välttäminen (Alyousef & Alhamidi 2019, 97). Miehillä jää useammin päihteiden ongelmakäyttönä oireileva mielenterveys hoitamatta jo siitä syystä, että alkoholin tai muiden päihteiden käyttö on ehdottoman kiellettyä muslimiyhteiskunnassa. Päihteidenkäyttöä esiintyy kielloista huolimatta, mutta siitä irtipääsyy on vaikea saada tukea. (Alyousef & Alhamidi 2019, 97; Maahanmuuttovirasto 2019.)

Myös mielenterveysongelmissa käännytään Lähi-idän kulttuureissa usein ensisijaisesti uskonnon puoleen. Ennen lääketieteellistä konsultaatiota yritetään yleensä uskonnollisia hoitokeinoja. Tyypillisiä keinoja ovat Koraanin resitaatio ja rukoilu (Tiilikainen & Mölsä 2010; Dardas & Simmons 2015; Merhej 2019; Mechammil ym. 2019; Al Laham ym. 2020.) Koraanin luennan ja rukousten ajatellaan auttavan henkimaailman, noituuden tai muiden kirousten karkottamisessa (Al Laham ym. 2020). Koraanin luentaa käytetään sekä suojelemaan mielenterveyshäiriöiltä että hoitamaan jo olemassa olevia oireita. Henkien karkottamiseen käytetään Koraanin luennan lisäksi henkipossessorituaaleja, joissa ihmisen vallannutta henkeä yritetään lepyttää suitsukkeilla, lauluilla tai tanssilla. Vakavissa tapauksissa pyydetään apua moskeijasta, josta uskonoppinut voi tulla kotiin tai sairaalaan resitoimaan sairastuneelle. (Tiilikainen & Mölsä 2010, 312–313.) Al Lahamin ym. (2020) mukaan näitä keinoja voidaan pitää myös haitallisina ja sairastuneen oireita pahentavina erityisesti, jos uskonnolliset auktoriteetit korostavat sairastuneen kirottua tai epäluonnollista tilaa ja käyttävät siihen äärimmäisiä keinoja.

Uskonto voi olla myös voimakas kulttuurinen keino selvittää traumakokemusten aiheuttamista psyykkisistä oireista (Johnson ym. 2008, 414; Shoeb ym. 2007, 450). Islamin uskontoon liittyy erityisenä ominaisuutena usko kohtaloon ja siten asiat tapahtuvat miten niiden on määrä tapahtua, eikä asioihin voi yksilötasolla juuri vaikuttaa (Eggerman & Panter-Brick 2010, 76). Kaiken on joko tarkoitettu tapahtuvan tai tapahtuu '*Jumalan tahdosta*' (Shoeb ym. 2007; Johnson ym. 2008). Uskonnollisuus nähdään keinona hyväksyä tapahtuneet asiat ja ymmärtää ne ikään kuin tarkoituksina esimerkiksi tulla vahvemmaksi tai rohkeammaksi. Tämänkaltainen ajattelu muistuttaa kappaleessa 2 mainittua traumakasvua. (Johnson ym. 2008; Merhej 2019, 289.)

Sairaus voidaan nähdä Jumalan langettamana rangaistuksena (Sadik ym. 2010; Mölsä ym. 2010; Donnelly ym. 2018; Alyousef & Alhamidi 2019), uskon heikentymisenä tai

koettelemuksena (Gearing ym. 2015), joka täytyy kestää kärsivällisesti uskoa menettämättä (Abdullah & Brown 2011; Dardas & Simmons 2015). Voimakas uskonnon merkitys voi myös voimistaa stigmaa erityisesti, jos sairastumisen katsotaan johtuvan uskon heikentymisestä (Mechammil 2019, 725). Ja koska kaiken itselle tapahtuvan katsotaan olevan Jumalan tahtoa, niin ensisijainen parannuskeino yleensä on kääntyminen uskonnon puoleen. (Mölsä ja Tiilikainen 2007; 2010; Mölsä ym. 2010; Maahanmuuttovirasto 2019.) Sillä jos Jumala on luonut sairaudet, ajatellaan Jumalan luoneen myös hoitokeinot ja parantumisen katsotaan riippuvan pitkälti Jumalan tahdosta (Merhej 2019). Uskonto voi kuitenkin olla merkittävä lähde saada voimaa ja toivon tunnetta vaikeissa vastoinkäymisissä (Shoeb ym. 2007, 451; Eggerman & Panter-Brick 2010, 76). Uskonnon puoleen kääntyneillä ja siihen voimakkaasti tukeutuneilla on raportoitu vähemmän psyykkisiä oireita ja uskonnollisuus näyttäytyy mieltä suojaavana tekijänä traumakoemuksista toipumisessa (Mölsä ym. 2017, 835). Uskonnon positiiviset vaikutukset trauman aiheuttamien psyykkisten oireiden suojana tuli esiin jo teoriakappaleessa (ks. kappale 3).

Uskonto voi olla myös ainoa keino, mihin turvautua tai mistä saada toivon tunnetta. ”Ei ole mitään muuta, mikä elämäämme voisi parantaa, kuin *iman* (usko)”. (Eggerman & Panter-Brick 2010, 77.) Uskonnollisuus voi edistää tapahtuneen hyväksymistä ja Jumalan määräämänä tapahtumana, ja siten esimerkiksi kuolemaan tai menetykseen suhtautetaan hyväksyvämmiin, jonka saatetaan ajatella suojaavan traumalta ja syyllisyyden tunnolta (Shoeb ym. 2007, 451). Vaikka uskonnollisuus on voimakasta ja erityisesti Islamin uskonto on useassa Lähi-idän maassa valtauskontona, Lähi-idän väestössä on muidenkin uskontojen edustajia tai väestöryhmiä, jotka eivät ole uskonnollisia.

5.3. NOIDAT, PAHAT HENGET JA KIROUKSET SAIRAUKSIEN AIHEUTTAJINA

Mielenterveyshäiriöihin liitetään uskonnon ohella usein myös taikauskoisia uskomuksia (Schubert 2007; Shoeb 2007; Mölsä ym. 2010). Tutkimustiedon perusteella mielenterveysoireet johtuvat uskontoon liittyvien tekijöiden lisäksi neljästä muusta pääkäsitteestä: kateudesta (*hasad*), pahasta silmästä (*‘ayn*), noituudesta (*sahr*) ja pahoista hengistä (*jinn*) (Dardas & Simmons 2015; Thomas ym. 2015; Alyousef & Alhamidi 2019; Al Laham ym. 2020). Mielenterveysoireiden uskotaan johtuvan uskonnon lisäksi pahojen henkien possessiosta (Donnelly ym. 2018), kirouksesta tai noituudesta (Mölsä ym.

2010). Uskomukset toimivista hoitokeinoista ja sairauksien syistä ovat samankaltaisia riippumatta etnisestä tai uskonnollisesta ryhmästä. Tämänkaltaisten taikauskoon perustuvien hoitomuotojen ja uskomusten sanotaan kuitenkin liittyvän enemmiltä osin maaseudulla asuviin, matalasti kouluttautuneisiin ihmisiin, kun taas kaupunkilaisten ja kouluttautuneiden näkemykset ovat lähempänä länsimaisia käsityksiä. (Shoeb ym. 2007, 456.)

Islamilaisessa ajattelussa henkimaailma on yhteydessä sairauksiin. Mielenterveysperäisiä oireita tunnistetaan, mutta niiden saatetaan ajatella olevan jinnien, pahan silmän tai noitien aiheuttamaa (Mölsä ym. 2010, 282; Abdullah ja Brown 2011, 944). Jinnit perustuvat Koraanissa mainittuihin pahoihin, näkymättömiin henkiin, jotka valtaavat ihmisen. Käsitys jinneistä on yleisesti islamilaisen maailman väestön tiedossa, vaikka niiden vaikutuksesta ihmisten elämään on eriäviä käsityksiä. Jinnien ajatellaan elävän ihmisten rinnalla näkymättöminä, mutta toisinaan tunkeutuvan ihmisten mieliin synnyttäen erikoisia, tavallisesta poikkeavia käytösmuotoja. Jinnin vaikutus ihmiseen on kahdenlaista; ihminen voi tulla jinnistä joko pelkästään kosketetuksi taikka kokonaan verhotuksi. Jälkimmäinen viittaa possession kaltaiseen valtaamiseen, kun taas ensimmäinen nähdään seurauksiltaan lievempänä. (Thomas ym. 2015.)

Jinnien kaltaisten henkien ajatellaan siirtyvän ihmiseen esimerkiksi likaisista paikoista tai ihminen voi astua sellaisen päälle. Jinnin ajatellaan voivan tarttua sellaisen ihmisen kengistä, jolla on jinni. (Tiilikainen & Mölsä 2010, 307–312, 318; Mölsä ym. 2010, 282.) Jinnien ajatellaan myös voivan periytyä esimerkiksi äidiltä, kuukautisten aikaan tai synnytyksen jälkeen (Thomas ym. 2015, 139). Siten jinnien valtaamaa ihmistä saateen ajatella huonosti siisteyskäsitteitä noudattavaksi (Abdullah ja Brown 2011, 944). Islamiin perustuvat tarkat siisteys- ja puhtauskäsitteet ovat tärkeässä roolissa estämään haavoittuvaisuutta jinneiltä (Thomas ym. 2015). Stigma, pelot sekä syrjivä käytös voivat osaltaan liittyä pelkoon jinnien tai kirousten tarttuvuudesta ja täten uskomukset vaikuttavat merkittävästi myös hoitoon hakeutumiseen (Al Laham 2020).

Jinnit voivat aiheuttaa erinäisiä terveysoireita, joita on laajalti fyysisistä psyykkisiin. Jinnien aiheuttamiksi voidaan ajatella olevan esimerkiksi pelot, ahdistuneisuus, unettomuus, pahoinvointi, päänsärky, puristava tunne rinnassa, lihas- ja luusärkyt, mutta myös-

kin sokeus, ja halvaus. Äänten kuuleminen, väkivaltainen käytös, huutaminen ja itsemurhayritykset voivat myös olla jinnien aiheuttamaa. (Mölsä ym. 2010, 283.)

Jinnin ajatellaan voivan myös rakastua ihmiseen ja mennä hänen kanssaan naimisiin. Vahvojen tunteiden näyttäminen, kuten raivo, mustasukkaisuus tai huolet katsotaan altistavan jinneille. Voimakkaiden emootioiden näyttämistä vältetään, koska sen ajatellaan tekevän ihmisestä haavoittuvaisen jinnien ja muiden henkien hyökkäykselle. (Tiilikainen & Mölsä 2010; Thomas ym. 2015.) Neurologisten sairauksien, kuten epilepsian, kuten myös joidenkin fyysisten, kuten laktoosi-intoleranssin tai allergian, voidaan ajatella johtuvan pahasta silmästä (Tiilikainen & Mölsä 2010, 314). Syntejä harjoittavan, uskonnollisuuteen välinpitämättömästi suhtautuvan ihmisen ajatellaan myös olevan altistuneempi jinneille (Thomas ym. 2015). Joidenkin ihmisten ajatellaan luonnostaan olevan alttiimpia jinneille, eritoten, jos aiemmin on altistunut niille. Jinneistä, pahasta silmästä tai noituuden oireista taikka pettymyksen tai huolen emootioista katsotaan vielä voivan parantua, mutta jinnien valtauksen aikaan saama hulluus nähdään parantumattomana olotilana. (Tiilikainen & Mölsä 2010, 307–312, 318.)

Pahan silmän käsite (arabiaksi *'ayn*, persiaksi *cheshm*) on jinnien lailla tiedossa laajalti Lähi-idän kulttuureissa. Paha silmä liittyy ihmisten välisten suhteiden ongelmallisuuteen, esimerkiksi kateuteen. Paha silmä on tietynlainen kirous, joka lankeaa ihmisen päälle, jota katsotaan pahalla silmällä. (Schubert 2007; Mölsä ym. 2010; Thomas ym. 2015, 140.) Paha silmä on voimakas katse, joka liittyy kateuteen tai toisen onnen kommentointiin, jolla on yleensä negatiivisia seurauksia kohteen fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin tai työelämään. Pahan silmän kirouksen voi kiertää esimerkiksi sanomalla kehun yhteydessä uskonnollisia ilmauksia, kuten *Mashallah*, joka toimii ikään kuin muistutuksena siitä, että kaikki tapahtuu Jumalan tahdosta. (Dardas & Simmons 2015, 670.) Irakilaisten mielenterveyden käsityksiä mittaavassa tutkimuksessa osallistujista kaksi kolmasosaa uskoi mielenterveyshäiriöiden johtuvan pahan asian, kirousta muistuttavan asian, tapahtumisesta itselle (Sadik ym. 2010, 3). Pahaan silmään liittyy myös uskomus, että joillain ihmisillä on sellainen luonnostaan, ja tällaisten ihmisten uskotaan tuovan epäonnea muille joko tahallisesti tai tahattomasti. Toisin kuin muut käsitykset mielenterveyshäiriöistä, uskomusta pahasta silmästä esiintyy iraki-

laisilla yleisesti kaikilla väestöryhmillä koulutuksesta tai asuinalueesta riippumatta (Shoeb ym. 2007, 456).

Noidat nähdään henkilöinä, joilla on eräänlaista kontrollia ja kommunikaatiokykyä jinneihin. Noidat käyttävät tätä kykyä erilaisin rituaalikeinoin aiheuttaakseen harmia toisille ihmisille. Aiheutetut ongelmat voivat olla joko parantumattomia sairauksia, tunne-elämään tai sosiaalisiin suhteisiin liittyviä vaikeuksia. (Thomas ym. 2015, 139.) Syöpäsairaudet (Thomas ym. 2015) tai krooniset vatsakivut voidaan nähdä noituuden aiheuttamiksi. (Tiilikainen & Mölsä 2010, 318). Noitia pyydetään apuun mielenterveyshäiriöiden hoidossa usein esimerkiksi Irakissa (Maahanmuuttovirasto 2019). Noidat voivat naamioitua tavanomaisiksi kansanparantajiksi. Noitien aiheuttamiin kirouksiin ajatellaan liittyvän toistuvuus; parantamistoimien jälkeen noita uusii kirouksen herkästi. Noituus ja siihen liittyvät toimet nähdään hyvin negatiivisessa valossa ensinnäkin sen pakannallisuuden perustavana tapana (Mölsä ym. 2010), sekä sen vuoksi, että siihen liitetään ihmisten taloudellista hyväksikäyttöä ja huijaamista. (Thomas ym. 2015.)

5.4. PERINNERITUAALIT

Tieteelliseen tutkimukseen perustuvien hoitojen ja psykiatristen palvelujen ollessa joko vähäisiä tai vähäisessä suosiossa, kulttuuriperinteisiin liittyvät hoitomuodot ovat usein suosittuja Lähi-idässä (Thomas ym. 2015). Parantajien käyttö on suosittua erityisesti naisten keskuudessa (Donnelly ym. 2018, 1103). Parantajat yhdistetään yleensä joko uskonnollisiin tai beduiinitaustaisiin väestöryhmiin. Lisäksi parantajiin liittyvä perinne-käsite mielletään tutkimuksissa usein epätieteellisyyteen, irrationaalisuuteen ja takapajuisuuteen, kun taas länsimainen tai moderni -käsitteet nähdään ikään kuin aiemmin mainittujen positiivisina vastakohtina. Parantajien rooliin kuuluvat yleensä parantamisa- ja manausrituaalit, mutta myös muunlaiset sosiaaliset roolit, kuten opettajana ja neuvonantajana toimiminen. Parantajien suosio perustuu eritoten niiden vankkaan asemaan yhteisöä kouluttavina ja neuvovina jäseninä. Heitä kuitenkin lähestytään usein aiheissa, jotka liittyvät länsimaisesta näkökulmasta psyykkisiin häiriöihin. (Thomas ym. 2015, 135–136.) Kansanparantajien hoidettaviksi matkustetaan viimeistään siinä vaiheessa, kun länsimainen hoito on todettu tehottomaksi (Tiilikainen & Mölsä 2010). Toisaalta

lääkäriin meneminen on usein viimesijainen keino, kun mikään muu ei enää auta (Mölsä ym. 2010, 282). Parantaja voi etsiä ja purkaa noidan tekemän, oireita aiheuttavan 'pake-tin'. Esimerkiksi kotimaahan hoitoa varten matkustaneet eivät välttämättä kerro suomalaisille työntekijöille saamistaan hoidoista, ellei työntekijä osaa niistä erikseen kysyä useimmiten siitä syystä, etteivät ajattele työntekijöiden olevan niistä kiinnostunut tai ymmärtävän niiden merkitystä. (Tiilikainen & Mölsä 2010, 314.)

Perinnerituaalien yleisimpiä keinoja ovat Koraanin luenta ja yrttien käyttö lääkkeinä (Mölsä ym. 2010). Kansanparantajat ajavat pahoja henkiä pois myös amulettien avulla (Merhej 2019). Perinnerituaalien käyttöön yhdistyy usein halu käyttää luonnonmukaisia parannuskeinoja ja kielteisyys länsimaista psyykelääkehoitoa kohtaan (Mölsä & Tiilikainen 2007; Martin 2009; Thomas ym. 2015). Yrttien ja luontaisten hoitomenetelmien katsotaan parantavan kehon verenkiertoa ja siten sen toimintaa parhaiten, ja ylipäättään kehon toimimisen katsotaan olevan yhteydessä mielenterveyden ohella ihmisen kokonaisvaltaiseen terveyteen. Jos yrtit onnistuvat palauttamaan kehon tasapainon, sillä nähdään olevan myös mieltä tasapainottava vaikutus. Mielen tasapainoon vaikuttaa heikentävästi myös liiallinen ajattelu, joka saa kehon stressitilaan. Kierteen pahentuessa voi seurata hulluus, parantumattomaksi katsottu olotila. (Mölsä ym. 2010, 284, 286; Tiilikainen & Mölsä 2010.) Suhtautumisen lääkehoitoon ollessa ennakkoluuloinen lääkitys saatetaan herkästi lopettaa, joka voi johtaa vaikeisiin haittavaikutuksiin. Unilääkkeitä hyväksytään todennäköisemmin kuin mielialalääkkeitä. (Tiilikainen & Mölsä 2010, 313.) Perinnerituaalien ja parantajien yhdistäminen nykypsykiatrisen hoidon kanssa voisi paremmin saavuttaa myös niitä ihmisiä hoidon pariin, jotka suhtautuvat torjuvasti tai epäluuloisesti psykiatriisiin palveluihin, tai jotka mieluummin kääntyvät kulttuurisesti perinteisten tapojen ja hoitomuotojen pariin (Thomas ym. 2015).

5.5. SUKUPUOLI, PERHE JA SOSIAALISET ROOLIT

Lähi-idän kulttuureissa tärkeitä arvoja ovat perhe, perheen kunnia, patriarkalisuus, auktoriteettien kunnioittaminen sekä vieraanvaraisuus (Abdullah & Brown 2011). Riippumatta siitä, mihin uskontoon kuuluu, perheen merkitys ja siitä saama tuki on erityisessä asemassa. Ihmiset kasvavat tukeutumaan perheeseen asiassa kuin asiassa. Perhe on tu-

kena kaikissa elämän kriiseissä, ja Lähi-idän kulttuureissa on keskeistä käsitykset siitä, ettei vaikeuksia koeta niinkään yksin vaan yhdessä. Perheen ja muun sosiaalisen verkoston antama tuki koetaan hyvin tärkeäksi useassa tutkimuksessa. (Shoeb ym. 2007; Mölsä ym. 2010; Gearing ym. 2015; Alyousef & Alhamidi 2019.) Niin myös mielenterveys-sairaudesta muodostuu koko perhettä koskettava asia. Perhekeskeisyys näkyy esimerkiksi siinä, että perheenjäsenet ovat usein mukana etsimässä hoitomuotoja. (Mölsä ym. 2010; Merhej 2019.) Toisaalta perheenjäsenillekään ei aina kerrota sairastuneesta (Alyousef & Alhamidi 2019) tai tuesta huolimatta keskustelu perheen sisälläkin pysyy vähäisenä aiheen tabuluontoisuuteen liittyen (Mechammil ym. 2019). Gearing ym. (2015) tutkimustulosten mukaan yksilön hoitoon hakeutuminen on todennäköisempää, jos perhe on mukana auttamassa.

Perheen voimakkaaseen rooliin liittyy esimerkiksi tietynlainen käsitys siitä, että yksin ei ole hyvä olla. Perheen ja muun sosiaalisen yhteisön läheisyys ja vahva tuki nähdään edellytyksenä hyvälle, onnelliselle elämälle ja hyvinvoinnille. Tiiviit perhesuhteet luovat suojan tunnetta yksilölle sekä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Liiallisen yksinolon, eristäytymisen tai perheen tuen puuttumisen ajatellaan sairastuttavan tai vaikuttavan heikentävästi ihmisen mieleen. (Donnelly ym. 2018, 1109–1110.) Sosiaalisesta yhteisöstä ulkopuolelle jäämistä rinnastetaan toisinaan jopa kuolemantuomioon (Gearing ym. 2015, 114). Pitkään kestävä eristäytyneisyyden ja yksinolon ajatellaan voivan altistaa myös jinneille (Thomas ym. 2015, 139). Teoriakappaleessa tuli ilmi, että pakolais-taustaiset maahanmuuttajat Suomessa kokevat mielialan laskevan erityisesti johtuen yksinäisyydestä ja perheen tai muun sosiaalisen piirin puutteesta sekä sosiaalisen tuen vähyydestä (Mölsä ym. 2010).

Lähi-idän kulttuureissa yksilöllisyydellä on vähäisempi merkitys kuin perheellä, heimolla tai uskonnolla (Alyousef & Alhamidi 2019, 97). Kuitenkin keskeistä yksilön kohdalla on häneltä odotettu lojaalius ja velvollisuudet sukua kohtaan (Shoeb ym. 2007, 455). Perheroolit ja muista huolehtiminen nähdään tärkeimpänä prioriteettina (Donnelly ym. 2018; Mechammil ym. 2019). Perheen tai suvun maine ohjaa ihmisiä käyttäytymään tietyllä tavoin. Yksilön käytöksen ja tapojen ajatellaan heijastuvan suoraan hänen perheensä arvoista (Merhej 2019, 288). Yksilön käyttäytymisellä on siten todennäköisiä seurauksia myös siihen, mitä ajatellaan perheestä tai suvusta, johon yksilö kuuluu (Ab-

dullah & Brown 2011, 944). Monet sairastuneet murehtivat miltei ensimmäiseksi sitä, miten sairaus voi vaikuttaa muuhun perheeseen (Donnelly ym. 2018, 1106). Tästä syystä yksilön mielenterveys saatetaan kokea tarpeelliseksi salata, koska ajatellaan, että sen leimaavuuden seuraukset koskettavat koko perhettä. Seuraukset voivat olla kauaskantoisia - avioliitonäkymät tai liike-elämän suhteet voivat kärsiä (Shoeb ym. 2007; Merhej 2019; Mechammil ym. 2019). Erityisen leimaavaa on tavanomaisesta poikkeava, rajattomalta tai piittaamattomalta vaikuttava käytös, esimerkiksi auktoriteettien uhmaaminen. Yhtenä syynä mielenterveysoireilun leimaan onkin siihen mielletty käytöksen arvaamattomuus ja mahdollinen epäkunnioittavuus, joka saattaisi tuoda leimata yksilön sijaan koko perheen. (Abdullah & Brown 2011, 944; Merhej 2019, 289.) Näistä syistä todellisten mielenterveyteen liittyvien tilastolukujen tietoon saaminen on hankalaa ja todennäköisesti aliarvioitua (Alyousef & Alhamidi 2019).

Patriarkaalisuus asettaa tietynlaisia sukupuolia koskettavia normeja. Yhteiskunnan näkökulmasta miehen odotetaan olevan perheen pää, jolla on toisaalta suurin päätösvalta, mutta myös vastuu perheen huolehtimisesta. Toisinaan suurin syy stressaantuneelle mielelle näyttää olevan arjen, turvallisuuden tai rahatilanteen vaikeus, joka aiheuttaa perheestä vastaaville suurta huolta perheen tulevaisuuden ja pärjäämisen suhteen. (Donnelly ym. 2018, 1108.) Mielen sairauksien stigma vaikuttaa miehiin erityisesti siitä näkökulmasta, ettei heidän katsota enää kykenevän vastaamaan odotuksiin perheestä huolehtijana ja tämä on sosiaalisesti erittäin leimaavaa.

Leimautumisesta huolimatta miehet hakeutuvat naisia todennäköisemmin psyykkisen avun piiriin (Bener & Ghuloum 2010, 482; Kayrouz ym. 2018, 876). Miehillä on myös havaittu naisia myönteisempää asennetta ja enemmän tietoutta mielenterveyteen liittyvissä asioissa; naisilla taas korostuu tiedonpuute, pelko ja ennakkoluulot sairastuneita kohtaan. Naiset myös uskovat miehiä useammin mielenterveyden johtuvan henkimaailmasta. (Bener & Ghuloum 2010.) Naiset ovat keskimäärin miehiä vastahakoisempia hakeutumaan psyykkiseen apuun (Kayrouz ym. 2018), mutta turvautuvat miehiä useammin uskonnollisiin tai perinteisiin parantajiin (Bener & Ghuloum 2010; Donnelly ym. 2018). Toisaalta vastahakoisuus voi juontua myös naisiin kohdistuvaan suurempaan stigmaan, joka naisten kohdalla vaikuttaa suuremmin avioliitonäkymiin (Gearing ym. 2015, 115). Ilmiö on jokseenkin päinvastainen WHO:n tutkimustiedon mukaan, joissa

maailmanlaajuisesti tarkasteltuna naiset hakeutuvat useammin mielenterveyshoitojen pariin muualla maailmassa ja ovat miehiä keskimäärin tietoisempia mielenterveysoireilusta (WHO 2021b). Siten mielenterveyteen liittyvä häpeä näyttää vaikuttavan sukupuolten välillä siten eri tavoin, että julkinen stigma koskettaa helpommin miehiä, mutta henkilökohtaisen tason häpeä vaikuttaa enemmän naisiin (Gearing ym. 2015, 111).

Mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen on kuitenkin heikkoa sekä naisilla että miehillä (Bener & Ghuloum 2010). Kayrouz ym. (2018) mukaan naisten myöntäväisyys palveluille on huomattavasti korkeampi, jos mahdollisuutena on kasvokkaisen hoitokontaktin sijaan internetin kautta tarjottu etäpalvelu, jota saisi tehdä kotoa käsin anonymiteetin suojin. Hoidollisissa kysymyksissä käännytään enemmän perheen ja ystävien, kuin tuntemattoman ammattilaisen, jota ei katsota sopivaksi johtuen aiheen sensitiivisyydestä (Merhej 2019).

Paljon arvostettu vieraanvaraisuus kulttuurisena piirteenä ja samanaikainen mielenterveyshäiriöiden stigma ovat ristiriidassa keskenään. Perinteisesti vieraanvarainen ja antelias käytös koetaan erittäin tärkeänä kulttuurisena arvona Lähi-idässä, jolla mitataan ihmisen mainetta ja kunniaa. (Abdullah & Brown 2011; Alyousef & Alhamidi 2019.) Abdullah & Brown (2011, 944) tuovatkin esiin ajatuksen, että miksei sinänsä hienoa kulttuurista piirrettä voisi kohdentaa tietoisemmin myös mielen sairaudesta kärsiviin. Bener & Ghuloum (2010) puolestaan tuo esiin, että tärkeintä olisi ensin oikoa kaikista negatiivisimpia stereotyyppisiä käsityksiä mielenterveydestä ja lisätä tietoutta.

5.6. HOLISTINEN IHMISKÄSITYS

Martin (2009, 118) tuo tutkimuksessaan esiin länsimaiselle tyypillisen kapea-alaisen, biolääketieteellisen näkökulman, joka keskittyy lähinnä sairauksien havaitsemiseen ja niiden lääkeperusteiseen hoitamiseen huomioimatta tarkemmin terveyteen taustavaikuttavia sosio-kulttuurisia tekijöitä. Holistisessa ihmiskäsityksessä biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja henkiset tekijät ovat kietoutuneita toisiinsa ja muodostavat kokonaisuuden. Siten holistisessa ihmiskäsityksessä kiinnitetään huomiota kaikkiin edellä mainittuihin aspekteihin, ja ajatellaan suoraviivaisen diagnosoinnin ja lääkitsemisen jättävän syrjään

muut taustalla vaikuttavat tekijät, joiden hoidon katsotaan olevan ensisijaista. Perinnetarantajien käsitykset perustuvat myös holistiseen käsitykseen ja siihen, että ihmisen psyykkisyys ja fyysisyys ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa (Thomas ym. 2015, 138). Kuten myös kappaleessa 3 käsiteltiin, miten eri tavoin suomalaiset ja somalialaiset ymmärsivät mielenterveyshäiriöiden taustasyöt – suomalaisten käsityksissä painottuivat yksilökeskeisyys ja itsesyytökset, somalialaisten näkemyksissä sosiaaliset tekijät (Mölsä ym. 2017).

Farsin kielessä sanat *hal* tai *salamati* tarkoittavat ihmisen kokonaisvaltaista kehon, mielen ja hengen vointia. *Ruhi* tarkoittaa iranilaisille kaikkea, joka liittyy henkiseen terveyteen - mieleen, tunteisiin, henkeen tai sieluun. Tutkimuksen kohderyhmällä ilmeni käsitys, etteivät länsimaiset lääkärit ymmärrä *ruhi*-käsitettä, eivätkä siten pysty hoitamaan siihen liittyviä asioita. Länsimaisten lääkäreiden ajatteluaan olevan hyviä esimerkiksi leikkauksia vaativissa lääketieteellisissä toimenpiteissä, mutta *ruhin* käsitettä ei ymmärretä. *Ruhi* käsitetään olevan enemmän sielullista, sydämen, rinnan ja vatsan alueelle sijoitettava henkisyttä, ja siten länsimaisen lääketieteen keskittyessä lähinnä aivojen alueelle ja mieleen mielletään oudoksi lähestymistavaksi. Länsimainen lähestymistapa saatetaan kokea vääräksi ja turhauttavaksi, ja ettei lääkäreillä ole aikaa tai kiinnostusta syventyä tilanteeseen sillä mitalla, kuin *ruhin* käsite tarvitsisi. (Martin 2009, 120–122.)

Länsimainen mielenterveystyö nähdään myös liian lääkityspainotteisena, ikään kuin yrityksenä muuttaa mieli kokonaan uudenlaiseksi ja lääkitys nähdään turhana tai vääränlaisena hoitomuotona, kun kyseessä on *ruhiin* liittyvä epätasapaino. Lääkehoito nähdään tehokkaana fyysisiin sairauksiin, mutta *ruhiin* kohdalla todellisten tarpeiden tukahduttamisena ja turruttamisena enemmän kuin toimivana hoitona. Psykoterapia tai diagnoosit ovat vieraita käsitteitä, eikä niiden varsinaista merkitystä aina ymmärretä. Hoito voidaan perustaa somaattisten oireiden lieventämiseen, ja siten psykiatriseen hoitoon päädytään vasta sitten, kun sairaus oireineen on jo edennyt vakavampaan muotoon. (Martin 2009; Mechammil ym. 2019.)

Oudoksi ja turhauttavaksi voidaan mieltää myös lääkäriltä toiselle lähettäminen ja kaapeiden diagnoosien teko, kun *ruhi* tai *salamati* mielletään kokonaisuudeksi, ja ajatellaan, että lääkäri tai henkilö, joka tietää kokonaiskuvan, voi ainoastaan tietää ratkaisun avaimet sairastuneen tilanteeseen. Tärkeää on huomioida myös, että ihmisellä on suuri

tarve saada kommunikoida ja kertoa tarinastaan kokonaisvaltaisesti, käsitellä *ruhia*, taholle, johon voi luottaa, mutta tämän yhdistäminen työntekijän toimesta mielenterveysaiheeseen saattaa johtaa asiakkaan puolelta välittömään kieltämiseen, sillä *ruh*in hoitaminen mielletään eri asiaksi kuin mielenterveyshäiriöksi. (Martin 2009.)

5.7. KÄSITTEELLISTÄMINEN

Kulttuurisesti ja kielellisesti hämärän peitossa olevan ilmiön sanoittaminen voi olla hankalaa ja suuren kynnyksen takana. Kaikissa kielissä esimerkiksi masennuksen käsitettä ei käytetä suoranaisesti, vaan puhutaan esimerkiksi huolesta, mielen tai ymmärryksen sairaudesta, pettymyksestä, särkyneestä mielestä, sielusta tai sydäimestä. Oireilu voi olla somaattista, kun psyykkisten oireiden ymmärrys on vähäistä. Asiakas ei välttämättä kykene itse tunnistamaan masennusta. Tyypillisiä oireita voivat olla selittämättömät kiputilat, keskittymis- ja muistivaikeudet ja unihäiriöt. Siten pakolaisasiakas voi esimerkiksi kertoa kärsivänsä päänsärystä, vatsakivusta tai nukkumisvaikeuksista masennuksen tai ahdistuksen sijaan. (Halla 2010, 345–346.)

Somaattiset oireet kuitenkin usein liittyvät emotionaalisen ahdistuksen muotoihin etenkin, jos niille ei löydy selvää lääketieteellistä selitystä. Leimautumisen pelko aiheuttaa herkästi ahdistuksen sivuuttamista tai kätkemistä. Somaattisten oireiden esiintuonti voi täten olla helpompaa tai hyväksyttävämpää kulttuurisesti. Kyse voi olla myös kehon ja mielen yhteydestä. (Kirmayer 2010, 24.) Omaan kulttuuristaustaan liittyvien käsitteiden käyttö voikin muodostua suurimmaksi avuksi. Masennuksen sijaan voi olla helpompi puhua raskaasta tai väsyneestä sielusta, kidutetun sielun taas voidaan kokea olevan häväisty. Ei myöskään ole välttämättä sopivaa aloittaa keskustelu heti ongelmasta, vaan tarvitaan aikaa lämmittelyyn ja luottamuksen syntymiseen. (Halla 2010, 350–353.)

Masennukseen viittaavia somaattisia ilmauksia ovat myös 'synkkä elämä', 'putoava sydän', 'sydänkipu', 'puristava tunne rinnassa' (Merhej 2019, 289). Sydämeen viittaavat kivut ja säryt ovat Lähi-idän kulttuureissa yleisiä psyykkisiin oireisiin viittavia ilmauksia. Sydämen katsotaan olevan tunne-elämän keskus ja henkilön todellisen olemuksen symboli. *Qalb maqbud* (puristettu sydän) viittaa arabian kielessä suruun ja ah-

distukseen, joka liittyy arkielämän vaikeuksiin, turvattomuuteen ja tulevaisuuden epävarmuuteen. *Dayeg* on samankaltaisista asioista johtuvaa keskittymis- ja aloitekyvyn puutetta. *Nafsak Deeyega* (puristava tunne rinnassa) tai *Makhnouk* (tukehtumisen tunne) tarkoittaa yleensä vaikeuksia hengittää vapaasti johtuen arkielämän paineista ja stressistä. Se voi myös viitata paniikkiin. *Nafseetak ta'bana* tarkoittaa sielun väsymystä, jolla viitataan yleensä ihmisen olemukseen ja erinäisiin masennuksesta tai ahdistuksesta kieleisiin oireisiin. *Asabi* (hermot) on tila, jossa henkilö on ärsyyntynyt ja herkästi suuttuva ja haluaa yleensä olla rauhassa muilta. (Shoeb ym. 2007, 457.) Samankaltainen käsitys on myös Afgaaneilla, jossa *Takleef asabi* (hermojen häiriö), viittaa ärtyneisyyteen ja vihaan. Afgaanien ilmauksia ovat myös *Fishar payin/fishar bala*, jotka kuvaavat uupumusta tai levottomuutta, toisaalta myös verenpainetta. *Jighar Khun* (maksan veri) käytetään usein kuvaamaan läheisen menetyksestä johtuvaa surua ja dysforiaa. *Tashwish* taas on jokapäiväistä huolestuneisuutta. Sydän voi tuntua 'äänekkäältä' tai 'elämän takia kylmettyneeltä'. (Eggerman & Panter-Brick 2010, 75.)

Yllä mainituissa ilmauksissa mielestäni korostuu myös tulkkaamisen laadun tärkeys. On tärkeää, millä tavoin tulkki välittää viestin kieleltä toiselle eri kulttuuritaustaiselle työntekijälle. Puristava tunne rinnassa tai sydämessä voidaan tulkita sydänvaivoiksi ja aloittaa ensiksi niiden tutkiminen. Jos fyysisiä vaivoja sydämessä ei löydy, vaivaa ei välttämättä tutkita enää sen enempää. Tulkin tehtävä on kuitenkin yleensä vain sanatarkka tulkkaaminen, ja siitä syystä myös kulttuuriantuntijat ovat olennaisen tärkeitä kahden kulttuurin välisissä kohtaamisissa.

Elämänmuutokset ovat tuoneet myös uudenlaisia käsitteitä mielenterveyden ymmärtämiseen. Somalimaahanmuuttajien keskuudessa on kehittynyt vasta viimeisen parinkymmenen vuoden sisällä käsite *buufis*, jolla tarkoitetaan ahdistuneisuutta ja stressiä, joka seuraa pitkäkestoisen maahanmuuton ja uudelleen asettumisen myötä. Käsite on hyvin monitasoinen, ja sillä voidaan tarkoittaa monia eri menetyksiä, joita ei voi saavuttaa enää, kuten sosiaalisen tuen puute, perheen menettäminen tai ongelmat lähisuhteissa, yksinäisyys tai työttömyys. Maahanmuutto ja länsimaiseen yhteiskuntaan asettuminen vähitellen lisää tietoisuutta ja käsitteistöä liittyen mielenterveyteen, vaikka kulttuuriset käsitteet ja tavat voivat etenkin vanhemmilla sukupolvilla säilyä ainakin osittain mukana (Mölsä ym. 2010.) Pidempiaikaisesti länsimaissa asuneiden tietämys ja asenteet vai-

kuttavat kuitenkin muuttuvan. Länsimaissa syntyneet etniseltä taustalta Lähi-idästä olevat suhtautuvat keskimäärin myönteisemmin psykiatrisiin palveluihin, kuin Lähi-idässä edelleen asuvat (Mölsä ym. 2010; Kayrouz ym. 2018).

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkielman tavoitteena oli selvittää integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla Lähi-idän kulttuurisia käsityksiä mielenterveydestä. Tutkimuskysymys oli:

- Millaisia mielenterveyskäsityksiä liittyy Lähi-idän alueen kulttuureihin aiemman tutkimustiedon perusteella?

Tutkimuksen tarvetta perustelin sillä, että maahanmuuttoviraston tietojen mukaan Lähi-idän alueelta on runsain joukoin tulleet pakolaisia ja turvapaikanhakijoita Suomeen viime vuosien aikana. Aiemman tutkimustiedon perusteella ilmeni, että pakolaisuuteen ja turvapaikanhakuun liittyy merkittävä riski traumaperäisille kokemuksille ja siten myös mielenterveyshäiriöille. Aiempi tutkimus osoitti myös, että muuhun väestöön verrattuna traumaa tai muuta mielenterveysoireilua esiintyy pakolaistaustaisilla keskimäärin enemmän, mutta mielenterveyspalvelujen käyttö on kuitenkin huomattavasti vähäisempää. (mm. Slewa-Younan ym. 2014; Castaneda ym. 2018). Sekä tähän tietoon että omiin havaintoihini maahanmuuttotyössä nojaten syntyi tarve selvittää tarkemmin, miten mielenterveys Lähi-idän kulttuureissa ymmärretään, mistä oireiden ajatellaan johtuvan ja millaisia hoitokeinoja niihin perinteisesti mielletään. On tärkeää ymmärtää syvällisemmin taustalla vaikuttavat kulttuuriset eroavaisuudet, jotta suomalaiset pakolaisten kanssa työskentelevät voisivat paremmin tunnistaa ja tiedostaa erityisesti Lähi-idän taustaa omaavien asiakkaiden mahdolliset psyykkiset oireilut.

Tutkimustulosten perusteella mielenterveyteen liitetty stigma on yksi merkittävimmistä hoitoon pyrkimisen rajoitteista Lähi-idän kulttuureissa. Stigma yhdistetään usein vähäiseen tietoon, mutta pysyy sitkeästi tiedon lisääntyessäkin. Tiedon puute ilmentyi myös siinä, että hoitoon liittyvistä asioista ei ollut tietoa ja siten mahdollisuuksia hakeutua hoitoon ei juuri ollut. Yhtenä avainratkaisuna nähtiin tiedon lisääminen, jossa ensiaskel olisi negatiivisimpien ennakkoluulojen korjaaminen. Mahdollisuus etäpalvelujen käyttöön voisi tehdä erityisesti naisilla, joilla pelot ja ennakkoluulot korostuivat enemmän, psyykkiseen hoitomuotoon tutustumisesta helpommin lähestyttävää.

Uskonnollisuuden ja perinteisten hoitomuotojen ensisijaisuus korostui tutkimuksissa. Uskonnon merkitys on valtava ja se nähdään sekä sairauden syynä että hoitokeinona.

Sairauksien ajatellaan johtuvan joko Jumalan asettamasta rangaistuksesta, kohtelemuksesta tai vääjäämättömänä seurauksena pitkään kestäneestä uskonnollisten periaatteiden vastaisesta elämäntyylistä. Toisaalta taas vastoinkäymisissä ja sairauksissa käännetään myös uskonnon puoleen. Yleensä ensisijaisina toimintamuotoina nähdään rukoilu, Korraanin luenta sekä vakavammissa tapauksissa uskonnollisten parantajien puoleen kääntyminen.

Mielen sairaudet voivat johtua myös pahoista hengistä ja kirouksista; näistä merkittävimpinä pahan silmän, pahojen henkien eli jinnien ja noituuden aikaansaamat kiroukset. Jinnien kaltaiset henget ja kiroukset stigmatisoivat sairastunutta edelleen, sillä niiden alkuperän ajatellaan johtuvan esimerkiksi puutteellisesta islamin sääntöjen mukaisesta hygienian tai elintapojen noudattamisesta.

Sairaudet kuvattiin oireiltaan usein somaattisiksi, rinnan tai sisäelimiä alueella tuntuva puristukseksi. Oireiden somaattisuus on huomattavaa ja oireilu ilmaistaan eri tavoin, kuten esimerkiksi rinnan alueelle keskittyvinä kipuinä. Myös sairauksiin liittyvä holistinen käsitys terveydestä oli Lähi-idän mielenterveyskäsityksiin liittyvä tyypillinen piirre. Hoitokontaktin ajatellaan olevan parhaimmassa tapauksessa sellainen, joka tuntee asiakkaan kokonaisvaltaisesti, sekä kaikki hänen elämänsä liittyvät asiat. Tällaisessa tapauksessa sosiaalityöntekijä voi olla erityisen tärkeässä roolissa.

Länsimaiset psykoterapiaan tai lääketieteelliseen hoitoon perustuviin hoitomuotoihin suhtauduttiin viimesijaisina ja suhtautuminen niihin oli myös osittain ennakkoluuloista, varautunutta tai negatiivista. Osittain ennakkoluuloisuus ja negatiiviset asiat nähtiin liittyvän siihen, että ilmiö ymmärretään eri tavoin – länsimaisen lääketieteen ei uskottu käsittelevän ihmistä kokonaisuutena ja sen ajateltiin liittyvän liian keskeisesti lääkkeelliseen hoitoon. Uskonnon tai perinnerituaalien puoleen kääntyminen nähtiin vähemmän stigmaa aiheuttavana, kuin länsimaiseen hoitomuotoon turvautuminen, joka taas nähtiin erittäin leimaavana. Länsimaisen hoitomuodon vähäinen suosio johtuu myös osin muista kuin kulttuurisista tekijöistä – alueellisesti palvelut voivat olla vähäisiä tai olemattomia. Yksilön taloudelliset resurssit eivät välttämättä ole riittäviä palvelujen käyttöön. Tuloksissa esitettiin myös palvelujen saatavuuden lisäämisen ohella eräänlainen psykoterapeuttisen otteen ja perinnehoidon yhdistäminen sellaisia ajatellen, jotka suhtautuvat erittäin epäluuloisesti länsimaisia hoitumuotoja kohtaan.

Lähi-idän kulttuuriin keskeisesti liittyvä perhekeskeisyys ja sukupuoliroolit saivat merkittävän aseman tutkimustuloksissa liittyen mielenterveyskysymyksiin. Perheen merkitys näkyi sekä suojaavana että kuormitusta aiheuttavana tekijänä. Yksilöllisyydellä on perheyksikköä vähäisempi merkitys, ja perhe kulkee mukana tukemassa jokaista jäsentä. Toisaalta mielenterveysongelmat voivat yksilön sijaan leimata koko perheen, jolla voi olla kauaskantoisia seurauksia esimerkiksi suvun maineelle avioliitto- tai työnäkymissä. Perheen leimautuminen on suuri huolenaihe sekä perheille että yksilöille, joka usein oli stigmaan liittyvien pelkojen ja häpeän tunteiden perimmäinen syy ja myös syynä mielenterveys sairauksien peittelyyn tai salaamiseen.

Perheeseen liittyvät leimautumiskysymykset vaikuttavat myös sukupuolisesti. Patriarkaaliseen kulttuuriin pohjautuva käsitys miehen velvollisuuksista perheen elättäjänä johtaa herkästi miehen stigmatisointiin ja näkemiseen heikkona tai 'kelvottomana' huolehtimaan perheestään. Kenties perustuen Maslow'n tarvehierarkiaan, ensisijaisena nähtiin taloudellinen ja muu turva, eikä siten aikaa mielenterveyden pohtimiselle juuri löytynyt. Taloudellinen turva ja työllisyys olivat kuitenkin sidoksissa identiteettiin ja niiden menetys näyttäytyi erittäin suurelta menetykseltä niin itsearvostuksen kuin sosiaalisen leimaavuuden näkökulmasta. Naisten sairauteen liittyvää stigmaa käsiteltiin vähemmän leimaavuuden näkökulmasta, mutta silläkin voi olla vaikutuksia esimerkiksi naisen avioliittomahdollisuuksiin. Naisten ja miesten väliset eroavaisuudet näkyivät muissakin aiheissa: miehet suhtautuivat mielenterveyskäsityksiin suopeammin ja olivat halukkaampia hakeutumaan psykiatristen palvelun piiriin. Naisten kohdalla korostui enemmän ennakkoluulot, pelot sekä halu peitellä sairautta. Tämä näkyi myös vastahakoisuutena ja ennakkoluulona psykiatrisia palveluja kohtaan. Naiset turvautuivat mieluummin parantajiin, perinnerituaaleihin tai uskonnollisuuteen. Sukupuolten välillä ilmenneet eroavaisuudet voivat juontaa juurensa Lähi-idän patriarkaaliseen yhteiskuntaan ja sitä painottaviin sukupuolisiin normeihin, mutta havainto on kuitenkin kiinnostava siinä mielessä, että se on päinvastainen teoriakappaleessa esitettyihin WHO:n länsimaihin perustuviin tietoihin, joissa naiset ovat yleensä miehiä sekä tietoisempia oireista että taipuvaisempia hakeutumaan hoitoon.

Saatujen tulosten perusteella näen, että sosiaalityön roolin tärkeys ja merkittävyys korostuu pakolaisten psyykkisen elämänlaadun kannalta entisestään. Tyypillisesti mielen-

terveysaiheiden katsotaan liittyvän ensisijaisesti terveydenhuoltoon, eritoten psykiatriaan, mutta mielestäni myös sosiaalityöllä on myös erittäin merkittävä rooli. Kuten tuloksista tuli ilmi, Lähi-idän kulttuureissa ihmisen kokonaisvaltaisella elämäntilanteella ja perhesuhteilla on huomattavan suuri merkitys. Lisäksi taloudellinen toimeentulo ja itsenäinen toimintakyky merkitsevät paljon. Juuri näissä asioissa sosiaalityöllä on ydinrooli yhteiskunnallisessa auttamistyössä. Sosiaalityö on yleensä se taho, joka tarkastelee kokonaisvaltaisemmin ihmisen elämäntilannetta, siinä missä terveydenhuolto voi kiire- ja resurssipaineissa toisinaan keskittyä ehkä liian suoraviivaisesti pelkkään diagnosointiin ja lääkehoitoon. Näin on valitettavan usein erityisesti psyykkisten sairauksien hoidossa, jota heikentää Suomessa laajalti resurssipula (Castaneda ym. 2018; Pirkola 2019). Tutkielmani perusteella traumatietoisien sosiaalityön tärkeys korostui entisestään ja sitä tulisi painottaa pakolaisina tulleiden asiakkaiden kanssa tehtävässä sosiaalityössä entistä enemmän. Traumatietoisuuden lisääminen ja työntekijöiden lisäkoulutus on tärkeää, vaikka alalla pitkään olleet ovatkin luultavasti melko perehtyneitä pakolaisten traumakokemuksiin ja niiden vaikutuksesta kotoutumiseen. Ylipäättään tietoisuuden lisäämisestä sekä työntekijöillä että asiakkailta on yksi avainasioista, koska tutkimuksissa ilmeni useassa kohtaa tiedon puutteen linkittyvän osin sekä stigmaan että hoidon hakemisen välttämiseen.

Tuloksia silmällä pitäen on hyvä muistaa myös, että valtaosa tutkimuksista käsitteli Lähi-itää kulttuurialueena ja sen alueella edelleen asuvia ihmisiä. Vaikka Lähi-idästä on muuttanut kymmeniä tuhansia ihmisiä Suomeen ja muualle länsimaihin, ja ovat edelleen tietoisia omista kulttuurisista käsityksistään ja tavoistaan, niin kulttuuriset käsitykset kuitenkin vähitellen muokkaantuvat myös uudessa elinympäristössä. Tutkimustuloksista voi saada hieman lisää ymmärrystä, millaisiin kulttuurisiin käsityksiin on kasvettu, mutta Suomessa koulutuksen, tietoisuuden lisäämisen sekä suomalaisen yhteiskuntaan kasvamisen myötä käsitykset voivat muuttua. Tänne muuttaneiden pakolaisten ja heidän lapsillaan voi olla kuilu tiedon määrässä siten, että vanhemmat sukupolvet elävät todennäköisemmin perinteisen kulttuurin käsitysten mukaisesti, kun taas nuorempi sukupolvi, Suomessa kasvaneet ja koulutautuneet ihmiset omaksuvat eri tavalla tietoa myös psyykkisistä sairauksista. On myös tärkeää muistaa jokaisen ihmisen yksilöllinen tapa käsittää asiat sekä kulttuurien ja vaihtuvien ympäristön aikaansaamat muutokset ihmi-

sen ajattelussa ja maailmankuvassa. Yllä mainittuihin seikkoihin liittyen tutkielman tuloksia ei pidä yleistää jokaiseen Lähi-idän kulttuuritaustaa omaavaan ihmiseen.

Tulokset antoivat kuitenkin ymmärtää, että kulttuuriset käsitykset ovat sen verran erilaisia ja länsimaisesta tiedosta poikkeavia, että aiheen ymmärrystä lisäävä tutkimus on tarpeen. Donnellyn ym. (2018, 1110) mukaan erityisen tärkeää olisi syventää mielenterveytyötä tekevien ammattilaisten ymmärrystä siitä, miten voimakkaasti mielenterveyden stigma voi vaikuttaa Lähi-idän kulttuuritaustaisten ihmisen sosiaaliseen elämään ja perhesuhteisiin. Työntekijöiden kulttuurinen ymmärrys, eli kyky havaita kulttuuriset eroavaisuudet oireiden ja käytöksen taustalla, sekä niiden selittäminen asiakkaille voisi merkittävästi vaikuttaa leimautumisen pelon lieventymiseen ja siten halukkuuteen ottaa vastaan hoitoa. Työntekijän rooli stigman lievittämisessä voi siis olla merkittävä.

Havaintojeni mukaan lisätutkimuksen tarve korostuu erityisesti Suomessa asuvilla Lähi-idästä lähtöisin olevilla maahanmuuttajilla, sillä Suomessa tutkimusta on tehty vähän. Sukupuolten väliset eroavaisuudet tulivat esille jo tutkimustuloksissa, ja niiden esiintyvyyttä Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla olisi tärkeää tutkia. Tärkeää olisi tutkia tarkemmin myös Lähi-idän kulttuurialueen ihmisten näkemyksiä ja asenteita liittyen mielenterveyspalveluihin (Merhej 2019, 292).

Määrällistä tutkimusta voisi tehdä Suomessa enemmän siitä, vaikuttavatko eri demografiset tekijät, kuten uskonnollinen suuntaus, sukupuoli tai koulutus asenteisiin ja käsityksiin mielenterveyttä koskien. Myös nuorten maahanmuuttajien näkemykset olisivat tärkeitä, suomalaisessa tutkimuksessa on tutkittu enemmän vanhempia sukupolvia tai heitä, jotka ovat olleet täällä pidempään (Mölsä ym. 2010, 293).

Tutkielmassa läpikäytyt tutkimukset olivat pääasiassa joko määrällisiä tai kirjallisuuskatsauksia tutkimuksia aiheesta. Laadullinen tutkimus aiheesta on vähäisempää. Etnografinen havainnointiin tai fenomenologinen kokemuksellisuuteen perustuva laadullinen tutkimus voisi tarjota syvällisempää tietoa kulttuurisista käsityksistä.

Tutkimusten heikkous näyttäytyi eritoten siinä, että vaikka alue oli rajattu koskemaan Lähi-itää ja sen kulttuurialueita, niin tällainen rajaus on edelleen melko laaja-alainen ja epätarkka. Tutkimustulokset voivat täten antaa jonkinlaista yleiskuvaa alueen mahdoli-

sista kulttuurikäsitteistä, mutta niiden ei voida katsoa olevan yleistettävissä jokaiseen yksilöön. On tärkeää ymmärtää käsitteet Lähi-idän alue, kulttuuri ja mielenterveys laajoina abstrakteina käsitteinä, joista ei välttämättä olla saavutettu yksimielisyyttä vielä tänäkään päivänä ja jotka muovautuvat edelleen. Lisäksi kulttuurikäsitteet eivät ole luonnon lakien kaltaisia 'ikuisia' vaan ajassa ja ympäristössä muovaantuvia, sekä jokaisen ihmisen yksilölliseen kokemukseensa liittyviä. On hyvä huomioida myös, että 'mielenterveys' on myös lähinnä laava yläkäsite, joka käsittää suuren ja vaihtelevan kirjjon erinäisiä diagnooseja tai oirekuvia ja voi tarkoittaa kullekin ihmiselle hieman eri asiaa. Tiedostan myös sen, että tutkielmassani käyttämä jaottelu länsimaisiin ja Lähi-itään on tietyllä tapaa ongelmallinen sen toiseuttavan vaikutuksen vuoksi, enkä pyri tutkimuksellani jaottamaan ihmisiä erilaisiin kategorioihin. Käytän ilmaisua kuitenkin pysyäkseen johdonmukaisesti mukana lähdekirjallisuuden käyttämissä ilmaisuihin ja selkeyden vuoksi. Myöskin menetelmänä kirjallisuuskatsaus oli lähinnä aiemman tutkimuksen tarkempaa läpikäyntiä, eikä näin ollen antanut ääntä varsinaiselle kohderyhmälle. Siten olisi tärkeää tutkia aihetta, jossa ihmiset pääsisivät itse omin äänin kertomaan käsityksiään.

Pohdinta

Sekä teoreettisessa viitekehyksessä että tuloksissa korostui erityisesti työn ja taloudellisen toimeentulon tärkeys yhdessä sosiaalisen tuen kanssa ensisijaisina asioina pakolaisuuden ja maahanmuuton aiheuttamaa stressiä helpottavina tekijöinä (Eggerman & Panter-Brick 2010). Pelko resurssien riittämättömyydestä vie merkittävästi voimavaroja. Perusarjen vaikeus ja kamppailu eivät todennäköisesti anna tarpeeksi mahdollisuuksia henkisen hyvinvoinnin kehittämiseksi. Kuten teoriassa tuli esiin, perustarpeiden tyydytyminen on tärkeää ja ne myös koetaan omaa tilannetta eniten auttaviksi (Snellman ym. 2014, 208). Työn puutteessa ja taloudellisesti vaikeassa tilanteessa perustavanlaatuiset fyysiset tarpeet eivät välttämättä täyty. Myöskään turvallisuuden tunne ei täyty, jos huoli konfliktialueelle jääneestä perheestä on todellinen tai vuosia kestävä epävarma oleskeluvuoden tilanne ylläpitää psyykkistä stressiä ja pelkoa tulevaisuudesta. Nämä tekijät voivat selittää osittain sitä, minkä takia tutkimuskysymystäni käsittelevissä tutkimuksissa korostui tämänkaltaisten tekijöiden tärkeys.

Pakolaisasiakkaiden kanssa työskennellessä on tärkeää muistaa myös tutkimuksista ilmi tullut taloudellisen toimeentulon ja työn puutteen suuri huolta aiheuttava vaikutus näiden ollessa tärkeimpiä tekijöitä yksilön hyvinvoinnin kannalta. Jos asiakas tulee tapaamiselle ja vaikuttaa korostuneen stressaantuneelta esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen päätöksistä tai tuen riittävydestä, olisi hyvä muistaa myös taustasyyt, minkä takia ne saattavat aiheuttaa niin voimakasta stressiä, kuten traumatietoinen sosiaalityö painottaa. Olen esimerkiksi kohdannut työssä tilanteita, joissa pakolaistaustaiset asiakkaat reagoivat omaan silmään poikkeuksellisen voimakkaasti epäselviin raha-asioihin ja itselleni voi olla vaikea hahmottaa, minkä takia esimerkiksi muutaman euron muutos voi tuntua niin järäyttävältä. Tämän tutkielman myötä olen sisäistänyt paremmin, että jatkuvuus ja säännönmukaisuus työssä tai taloudellisessa pärjäämisessä tuovat merkittävää turvaa traumataustaisille asiakkaille etenkin, kun muu turva- ja tukiverkko voi olla vähäistä tai jopa olematonta.

Näiden tietojen perusteella stressitekijöiden minimoiminen alusta lähtien helpottaisi kotoutumista ja traumakokemuksista selviytymistä merkittävästi. Tähän liittyy olennaisesti mahdollisimman lyhytkestoiset oleskelulupa- ja- tai maahanmuuttoprosessit sekä mahdollisimman nopea ja joustava tie työllistymiseen ja siten taloudelliseen vakauteen. Työllistymisen tärkeydessä on kuitenkin muistettava myös, että monet voivat olla traumataustaltaan sen verran vakavasti oireilevia, etteivät kykene työntekoon. Mutta kuten Snellman ym. toi esiin, (2014) yksilöllistä vaihtelevuutta on paljon ja myös yksilöllinen resilienssin määrä vaikuttaa ihmisten väliseen vaihteluun reaktioissa vastoinkäymisiin ja niistä toipumiseen. Monilla on rankoista kokemuksista huolimatta suuri tarve saada tekemistä päivilleen sekä turvaa tulevaisuuden ja perheen elättämisen suhteen. Pahoinvointia ja traumaperäisiä mielenterveyshäiriöitä esiintyy merkittävästi, mutta pakolais- taustaisilla esiintyy myös harvinaislaatuista selviytymiskykyä ja kimmoisuutta toipua koettelemuksista hyvinkin lievin psyykkisin seurauksin. (Snellman ym. 2014.)

Tällä hetkellä suomalainen kotouttamistyö tavoitteineen pyrkii mahdollisimman perusteelliseen kotoutumiseen, mutta systeemissä on nähdäkseni myös paljon parantamisen varaa. Turvapaikanhakuprosessissa joutuu ensin odottamaan tietoa oleskeluluvasta pahimmillaan vuosia ja elämään rajoitetuissa olosuhteissa vastaanottokeskuksessa erillään muusta yhteiskunnasta. Oleskeluluvan saamisen jälkeen odotus jatkuu suomen kielen

kurssille pääsemiseksi. Tämä odotusvaihe sekä kurssin käyminen vievät edelleen vähintään vuoden elämästä. Tämän jälkeen työllistyäkseen pakolaisen täytyy usein aloittaa uuden tutkinnon opiskelu siitä huolimatta, että olisi käynyt kotimaassaan tutkintoja korkeakoulua myöten. Näiden useiden vuosien aikana ollaan pääosin minimoitointitulon varassa ja kaiken tämän jälkeen työllistyminen on edelleen vaikeaa, joka johtuu usein kokemuksen puutteesta, riittämättömäksi katsotusta kielitaidosta tai osaamisesta taikka työelämässä tapahtuvasta syrjinnästä. Prosessi näyttyy mielestäni kankealta, joustamattomalta sekä liian pitkäkestoiselta kotoutumista ajatellen, jos suurimmalla osalla tänne muuttavista olisi toiveena päästä työelämään, saada siitä vakautta ja turvaa elämäänsä sekä saada täältä ystäviä ja tuttuja, joiden avulla oppia kieltä ja kulttuuria. Näiden tarpeiden täytyessä mielenterveyskysymysten hoitamisen voisikin vasta ajatella tulevan ajankohtaisemmiksi. Mahdollisimman vähäiset stressitekijät tai lannistavat kokemukset uudessa maassa lisääisivät tunnetta itsenäisestä pärjäämisestä ja toimijuudesta.

Sosiaalinen tuki toimii keskeisenä suojatekijänä ja puskurina mielenterveyshäiriöitä vastaan sen luodessa ihmisten välille hyväksynnän tunteen ja kannattelevan tunnesiteen (Snellman ym. 2014). Perhekeskeisyys ilmeni valtavana kulttuurisena tekijänä miltei kaikissa tutkimuksissa. Perhe nähdään ensisijaisena yksilön ohittavana instanssina, jolla on myös yksilöä suojaava vaikutus. Kotoutumista heikentää erityisen paljon yksinäisyys, erossa olo perheestä tai huoli heidän turvallisuudestaan. Mahdollisuus nähdä ja ylläpitää läheisiä perhesuhteita ovat erittäin tärkeitä yksilön hyvinvoinnin ja kotoutumisen kannalta. Myös mielenterveydellisissä kysymyksissä perheen merkitys on ensisijainen. Suomen viimeaikaiset toimet, joissa on vaikeutettu ja kiristetty perheenyhdistämistä tai mahdollisuutta edes saada perheenjäseniä vierailulle vaikuttanee tutkielmani tulosten perusteella erittäin heikentävältä toiminnalta yksilön hyvinvoinnin suhteen. Tällä lienee suoria negatiivisia vaikutuksia myös kotoutumiseen. Sosiaalisen tuen puute saattaa pahentaa traumaperäisiä mielenterveysoireita, ja vaikuttaa vahvemmin masennuksen kehittymiseen uudessa maassa (Snellman ym. 2014). Perheen ja oman kulttuurin tuoma suoja voi suojella myös syrjintäkokemuksia vastaan. Näiden tietojen perusteella perheen yhteen saattamista tai mahdollisuuksia tapaamisiin pitäisi kaikin tavoin helpottaa vaikeuttamisen sijaan, jos pyritään kohentamaan yksilön hyvinvointia ja sopeutumista uuteen elämään uudessa yhteiskunnassa.

Erityisesti tutkielman loppupuolella huomioni on kiinnittynyt entistä enemmän pakolaisnaisiin asiakasryhmänä. Tutkimuksissa korostui naisten rooli monessa eri kohdassa huolestuttavammin kuin miehillä – ensinnäkin naisilla traumakokemusten vakavat jälki-seuraukset ovat miehiä yleisempiä. Lisäksi mielenterveysongelmat ovat naisilla maailmanlaajuisesti yleisempiä, kun puhutaan yleisimmistä mielenterveydenhäiriöistä, eli lähinnä masennuksesta, ahdistuksesta ja paniikkihäiriöstä. Lähi-idän taustaisilla kuitenkin korostui naisten osuus sekä vastahakoisuudessa mielenterveyspalveluihin että negatiivisissa asenteissa mielenterveys sairauksia kohtaan. Negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot ylläpitävät ja voimistavat stigmaa. Naiset turvautuvat miehiä mieluummin perin-nerituaaleihin tai -parantajiin. Lähi-idän kulttuurien mukaisesti naiset jäävät miehiä useammin kotiin hoitamaan lapsia. Myös Suomessa kotoutumisessa on huomattu maahanmuuttajanaisten vähäinen osuus työ- ja yhteiskunnallisessa elämässä. Kielen osaamattomuus lisää ulkopuolisuuden tunnetta ja kyvyttömyyttä toimia itsenäisesti yhteiskunnassa. Naisten psyykkisten sairauksien hoitamattomuus ja traumatausta yhdistettynä yksinäisyyteen ja työttömyyteen voivat heijastua pahimmassa tapauksessa myös muun perheen ja lasten hyvinvointiin. Traumatausta voi siirtyä hoitamattomana jälkipolville. Näistä syistä pohdintani tuloksena pakolaisina tulleiden naisten hyvinvointiin ja jaksamiseen olisi erityisen tärkeää kiinnittää huomiota Suomessa ja sosiaalityössä.

Kulttuuristen eroavaisuuksien tullessa ilmi tuloksista sosiaalityötä tekevien olisi hyvä kiinnittää huomiota erityisesti erilaisiin sanavalintoihin tai ilmauksiin käsitellessä mielenterveyttä. Terveysongelmat, kuten erityisesti rinnan alueelle liittyvät puristavat tunteet voivat kertoa käsittelemättömistä mielenterveyden ongelmista. Universaalimmat käsitteet, esimerkiksi stressi tai puristava tunne rinnassa, voivat olla lähestyttävämpiä keinoja puhua psyykkisistä oireista, kuin esimerkiksi masennus, ahdistus tai keskusteluapu. Tällaiset käsitteet eivät välttämättä ole asiakkaalle oikealla tavalla kuvaavia. Stigma tai leimautumisen pelko voi aiheuttaa sen, ettei asiakas halua puhua työntekijälle aiheesta etenkin, jos paikalla on muita ihmisiä tai jos työskentelysuhde ei ole vielä saavuttanut riittävää luottamuksen tunnetta. Täten esimerkiksi etäpalvelujen kehittäminen traumataustaisten maahanmuuttajien kohdalla voisi tehdä psyykkisestä hoitotuesta helposti lähestyttävämpää, kun siihen olisi mahdollisuus tutustua anonymiteetin suojissa. Tulkin käyttö voi tehdä tilanteesta asiakkaalle kiusallisen, mutta myös sillä on merkitystä, miten tulkki tulkkaa kulttuurisesti eriävät käsitteet.

Aiheen tabuluontoisuuden muistaen ajattelisin olevan hyvä lähestyä aihetta pikkuhiljaa ja hienotunteisesti, ja vasta sitten, kun asiakkaalla on selvästi luottavaisempi kokemus työntekijästä. Kuten Merhej (2019, 291) toi esiin, hoitokontaktin alun epäonnistuminen voi johtaa koko asian tyrehtymiseen. Vakavaan traumataustaan liittyy kuitenkin monia mutkikkaita elementtejä, kuten välttämiskäyttäytymistä ja vaikeuksia luottaa erityisesti viranomaisen asemassa oleviin. Perhekeskeisyyden muistaen ihminen voi haluta keskusteluapunsa mieluiten lähipiiristään ja psykiatriseen hoitoon saatetaan suhtautua torjuvasti etenkin, jos siihen liittyy lääkehoidon tarjoamista. Lisääntynyt tai voimistunut uskonnon puoleen kääntyminen voi tutkimusten perusteella myös osittain liittyä henkisen hyvinvoinnin muutoksiin, joihin myös sosiaalityössä voi kiinnittää huomiota. Uskontoon ja hengellisyysyteen liittyvät käsittelytavat ovat nähty toimiviksi pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kohdalla (Snellman ym. 2014).

Traumataustan hoitamisen tärkeyttä olisi tärkeää korostaa. Voi olla, että monet traumataustaiset asiakkaat eivät välttämättä itse tiedä traumasta riittävästi. Ilmiön ja sen syyseuraussuhteiden syvällisempi ymmärrys voivat merkittävästi auttaa trauman kokenutta ymmärtämään oireilunsa ja sillä tavoin kohentaa elämänlaatua. Traumaoireiluun liittyen olisi tärkeää opettaa asiakkaat tunnistamaan oireidensa yhteys traumatapahtumiin. Oireisiin voi oppia suhtautua rauhallisemmin, jos tietää niiden liittyvän menneisiin kokemuksiin, eikä tilanne ole enää henkeä uhkaava. Oireiden lisääntymistä aiheuttavat takapakit eivät myöskään ole merkki hoidon epäonnistumisesta, vaan kuuluvat asiaan. Näiden tiedostaminen ja ymmärtäminen on tärkeää asiakkaan elämänlaadun kannalta. Välttämiskäyttäytyminen on yleensä merkittävin invalidisoiva tekijä. (Halla 2010, 356.)

Ennen kaikkea kotoutumisen onnistumiseen liittyy nähdäkseni toimijuuden mahdollistaminen, joka on yhdistelmä kaikkia edellä mainittuja – stressin minimoimisella varmistettaisiin arjen sujuvuus, perhekeskeisyyden huomioimisella ymmärrettäisiin sosiaalisen tuen ja oman kulttuurin tuoma suoja ja viimeiseksi oman kulttuuritaustan kannalta ymmärrettävät lähestymistavat auttaisivat sekä ymmärtämään että tunnistamaan oireet. Yhdessä nämä toimet vahvistaisivat yksilön kokemusta omasta toimijuudesta, joka osaltaan vahvistaisi pidemmällä aikavälillä entisestään hänen omanarvontuntoaan sekä tunnetta siitä, että pärjää ja selviää uuden elämän perustamisessa uudessa yhteiskunnassa.

On myös hyvä muistaa, että voimavarojen ollessa rajoittuneita pakolaisasiakas ei välttämättä kykene tai halua käsitellä menneitä tapahtumia, vaan keskittää voimavaransa nykyiseen hetkeen ja tulevaan. Lähtömaan traumaattisten tapahtumien käsittely voi tuoda pintaan pahoinvointia. Liian aktiivinen auttaminen voi estää kulttuuristen ja luonnollisilta tuntuvien keinojen käyttämistä. Arjen selviytymisen keinot, kuten esimerkiksi päivittäinen liikunta ja jalkapallon pelaaminen kavereiden kanssa voi vaikuttaa hyvinkin myönteisesti hyvinvointiin ja mielialaan. (Snellman ym. 2014.) Mielenterveyden hoitoon liitettyjä negatiivisia mielikuvia tai ennakkoluuloja olisi tärkeää oikoa myös painottamalla voimakkaammin sitä, ettei avun hakemista tarvitse millään tavoin hävetä, vaan se on pikemminkin tärkeä ensimmäinen askel parempaan hyvinvointiin. Myös mahdollisuus pitää yhteyttä perheeseen ja toivo siitä, että näkee heitä vielä jonain päivänä, on myös tärkeä jaksamista ylläpitävä tekijä. Tärkeää on saada kokemus siitä, että oma elämä on hallinnassa, pystyy toimimaan ja toteuttamaan itseään uudessa yhteiskunnassa, eikä koe elämänsä valuvan hukkaan. Näiden asioiden toteutuminen on nähdäkseni kotoutumisen onnistumisen ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemisen ensisijaisen tärkeitä tavoitteita.

LÄHTEET

- Abdullah, Tahirah & Brown, Tamara L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review* 31: 934–948.
- Al Laham, Dana & Ali, Engy & Mousally, Krystel & Nahas, Nayla & Alameddine, Abbas & Venables, Emilie. (2020). Perceptions and Health-Seeking Behaviour for Mental Illness Among Syrian Refugees and Lebanese Community Members in Wadi Khaled, North Lebanon: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal* 56:875–884.
- Alyousef, Seham Mansour & Alhamidi, Sami Abdulrahman. (2019). Factors contributing to mental health stigma among Saudi medical practitioners. *The Journal of mental health training, education and practice*. Vol 14, 2: 96–105.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5). Washington, DC: APA.
- Aveyard, Helen. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care : A Practical Guide*. Third edition. Maidenhead: McGraq-Hill Education.
- Bener, Abdulbari & Ghuloum, Suhaila. (2010). Gender differences in the knowledge, attitude and practice towards mental health illness in a rapidly developing Arab society. *International journal of Social Psychiatry* 57, 5:480–486.
- Benezer, Gadi & Zetter, Roger. (2014). Searching for Directions: Conceptual and Methodological Challenges in Researching Refugee Journeys. *Journal of Refugee Studies* 28, 3:19–39.

- Bhugra, Dinesh & Till, Alex & Sartorius, Norman. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry* 59, 1: 3–4.
- Calhoun, Lawrence & Tedeschi, Richard. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Castaneda, Anu E & Kuusio, Hannamaria & Skogberg, Natalia & Tuomisto, Karoliina & Kytö, Sinikka & Salmivuori, Emmi & Jokela, Satu & Mäki-Opas, Johanna & Laatikainen, Tiina & Koponen, Päivikki. (2017). Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyy erityiskysymyksiä. *Duodecim* 10: 993–1001.
- Castaneda, Anu & Larja, Liisa & Nieminen, Tarja & Jokela, Satu & Suvisaari, Jaana & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo. (2015). *Ulkomaalaistaustaisten psyykkinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaalaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi –tutkimus 2014 (UTH) Työpäperi 18/2015*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda, Anu & Mäki-Opas, Johanna & Jokela, Satu & Kivi, Nina & Lähteenmäki, Minna & Miettinen, Tanja & Nieminen, Satu & Santalahti, Päivi & PALOMA-asiantuntijaryhmä. (2018). *Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. PALOMA-käsikirja. Ohjaus 5/2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda, Anu & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Mölsä, Mulki & Koskinen, Seppo (toim.). (2012). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Chaise, Elaine. (2020). Transitions, capabilities and wellbeing: how Afghan unaccompanied young people experience becoming ‘adult’ in the UK and beyond. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 46, 2: 439–456.

- Cooper, Harris. (1998). *Synthesizing Research: a Guide for Literature Reviews*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Coughlan, Michael & Cronin, Patricia & Ryan, Frances. (2013). *Doing a literature review in nursing, health and social care*. London: SAGE publications Ltd.
- Crepet, Anna, Rita, Francesco, Reid, Anthony, Van den Boogaard, Wilma, Deiana, Pina, Quaranta, Gaia, Barbieri, Aurelia, Bongiorno, Francesco, & Di Carlo, Stefano. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and Health*, 11, 1.
- Dardas, Latefa & Simmons, Leigh Ann. (2015). The stigma of mental illness in Arab families: a concept analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22: 668–679.
- Dimitry, Lydia. (2011). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: care, health and development* 38, 2: 153–161. Blackwell Publishing Ltd.
- Donnelly, Tam Truong & Al-Suwaidi, Jassim Mohd & Al-Qahtani, Awad & Asaad, Nidal & Singh, Rajvir. (2018). Arab Men and Women’s Conceptualization of Mental Health and Depression: A Qualitative Study from the Middle East. *Journal of immigrant and Minority Health* 21:1102–1114.
- Eggerman, Mark & Panter-Brick, Catherine. (2010). Suffering, hope and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science & Medicine* 71, 71-83.

- Fink, Arlene. (2005). *Conducting Research Literature Reviews: From the Internet to the Paper*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Fox, Verity & Dalman, Christina & Dal, Henrik & Hollander, Anna-Clara & Kirkbride, James B. & Pitman, Alexandra. (2010). Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1. million people in Sweden. *Journal of Affective Disorders* 279: 609–616.
- Gearing, Robin & MacKenzie, Michael & Ibrahim, Rawan & Brewer, Kathryn & Batayneh, Jude & Schwalbe, Craig. (2015). Stigma and Mental Health Treatment of Adolescents with Depression in Jordan. *Community Mental Health Journal* 51: 111–117.
- George, Miriam. (2010). A Theoretical Understanding of Refugee Trauma. *Clinical Social Work* 38:379–387.
- Gerritsen, Annette & Bramsen, Inge & Devillé, Walter & van Willigen, Loes & Hovens, Johannes & van der Ploeg, Henk. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 41: 18–26.
- Ginzburg, Karni & Ein-Dor, Tsachi & Solomon, Zahava. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders* 123: 249–257.
- Halla, Tapio. (2007). Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. *Duodecim* 123: 469–475.
- Halla, Tapio. (2010). Suomalainen psykiatri ja potilas. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim 338–362.

- Han, Shihui & Northoff, Georg & Vogeley, Kai & Wexler, Bruce E. & Kitayama, Shinobu & Varnum, Michael E.W. (2013). A cultural neuroscience approach to the biosocial nature of the human brain. *Annual Review of Psychology* 64:335–359.
- Hansen, Saana & Sams, Anni & Jäppinen, Maija & Latvala, Johanna. (2016). *Kunniakäsitykset ja väkivalta. Selvitys kunniaan liittyvästä väkivallasta ja siihen puuttumisesta Suomessa*. Ihmisoikeusliitto. Helsinki: Picascript.
- Haverinen, Ville-Samuli. (2018). Pakotetusta toimeettomuudesta – turvapaikanhakijoiden kotoutuminen vastaanotto toiminnan osana. *Janus* 26, 4:309–325.
- Hiitola, Johanna. (2019). Locating Forced Migrants’ Resources: Residency Status and the Process of Family Reunification in Finland. *Social Inclusion* 7, 4: 190–199.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.
- Hormozi, Tania & Miller, Marianne & Banford, Alyssa. (2018). First-Generation Iranian Refugees’ Acculturation in the United States: A Focus on Resilience. *Contemporary Family Therapy* 40: 276–283.
- Hussein, Hussam & Natta, Alberto & Yehya, Abed Al Kareem & Hamadna, Baha. (2020). Syrian Refugees, Water Scarcity, and Dynamic Policies: How do the New Refugee Discourses Impact Water Governance Debates in Lebanon and Jordan? *Water* 12, 325: 1–15.

Huuhtanen, Heidi. (2002a.) Johdanto. Teoksessa Huuhtanen, Heidi. & Juusola, Hannu. (toim.) Uskonto ja politiikka Lähi-idässä. Helsinki: Gaudeamus. 17–23.

Huuhtanen, Heidi. & Juusola, Hannu. (2002a.) Taistelua tempelivuoresta: Israelin ja Palestiinan poliittisen konfliktin uskonnolliset ulottuvuudet. *Ulkopolitiikka* 39, 1: 33–42.

Johnson, Howard & Thompson, Andrew & Downs, Maria. (2008). Non-Western interpreters' experiences of trauma: the protective role of culture following exposure to oppression. *Ethnicity & Health* 14, 4: 407–418.

Joutsenniemi, Kaisla & Lipponen Krisse. Resilienssi ja posttraumaattinen kasvu. (2015). *Suomen lääkärilehti* 39/2015. VSK 70.

Juhila, Kirsi (2006). Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. *Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Tampere: Vastapaino.

Junka, Ilona. (2017). AKYS-tiedote 2/2017. Luettu 27.4.2021.

Juusola, Hannu. (2017). AKYS-tiedote 2/2017. Luettu 27.4.2021.

Kallakorpi, Susanna (2019). Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden psyykinen sairastuminen ja psykiatriset hoitokokemukset Suomessa. Teoksessa *Turvapaikanhaku ja pakolaisuus Suomessa*. (Toim. Lyytinen Eveliina 2019) Turku: Siirtolaisuusinstituutti.

Kallio, Tomi J. (2006). Laadullinen review -tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. *Hallinnon tutkimus* 2, 2006.

- Kankaanpää, Reeta & Eskelinen, Niko & Veszteg, Csilla & Anand, Janet & Mäki-Opas, Tomi & Vaarama, Marja & Neuvonen Samuli. (2017). Varhaisessa kotoutumisen vaiheessa olevien pakolaistaustaisten aikuisten elämänlaatua selittävät tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2019): 5–6 (538–549).
- Karlsson, Nina & Mikkonen, Juha. (2019). Mielenterveys osana laaja-alaista hyvinvointia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56: 272–274.
- Kayrouz, Rony & Dear, Blake F. & Karin, Eyal & Fogliati, Vincent J. & Gandy, Milena & Keyrouz, Lilliane & Nehme, Edmond & Terides, Matthew D. & Titov, Nikolai. (2018). Acceptability of Mental Health Services for Anxiety and Depression in an Arab Sample. *Community Mental Health Journal* 54:875–883.
- Kirmayer, Laurence J. (2006) Beyond the 'new cross-cultural psychiatry: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcult Psychiatry* 43: 126–144.
- Kirmayer, Laurence J. (2010). Kulttuurinen lääketiede ja psykiatria. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede* 16–31. Helsinki: Duodecim.
- Kleinman, Arthur & Eisenberg Leon & Good Byron. (2006) Culture, Illness and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus – The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 4, 1: 140–149.
- Kunz, Egon F. (1981). Exile and resettlement: Refugee theory. *International Migration Review*, 15:42–51.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010. (Finlex) Katsottu 31.1.2021.

Leinonen, Johanna & Pellander, Saara (2019). Temporality and everyday (in)security in the lives of separated refugee families. Teoksessa *Family Life in Transition: Borders, Transnational Mobility, and Welfare Society in Nordic Countries* (2020) 118–128. Abingdon: Routledge.

Levenson, Jill. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social Work* 62, 2: 105–113.

Lyytinen, Eveliina. (2019). Johdanto. Teoksessa *Turvapaikanhaku ja pakolaissuus Suomessa*. Siirtolaisuusinstituutti: Turku.

Maahanmuuttovirasto. Irak: tiedonhankintamatka Bagdadiin helmikuussa 2019. Mielenterveysongelmat ja niiden hoito Irakissa. 17.6.2019. Maatietopalvelu. Tiedonhankintamatkaraportti.

Magruder, Kathryn M., Kılıç, Cengiz, & Koryürek, Mehmet. M. (2015). Relationship of posttraumatic growth to symptoms of posttraumatic stress disorder and depression: A pilot study of Iraqi students. *International Journal of Psychology* 50, 402–406.

Martin, Shadi Sahami (2009). Illness of the Mind or Illness of the Spirit? Mental Health-Related Conceptualization and Practices of Older Iranian Immigrants. *Health & Social Work* 34, 2: 117–126.

Matanov, Aleksandra & Giacco, Domenico & Bogic, Marija & Ajdukovic, Dean & Franciskovic, Tanja & Galeazzi, Gian Maria & Kucukalic, Abdulah & Lecic-Tosevski, Dusica & Morina, Nexhmedin & Popovski, Mijajlo & Schützwohl, Matthias & Priebe, Stefan. (2013). Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health* 13 (1): 624.

McCauley, Jenna L. & Killeen, Therese & Gros, Daniel F. & Brady, Kathleen T. & Back, Sudie E. & Johnson, Ralph E. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* 19, 3: 283–304.

Mechammil, Molly & Boghosian, Sara & Cruz, Rick. (2019). Mental health attitudes among Middle Eastern/North African individuals in the United States. *Mental health, Religion & Culture* 22, 7: 724–737.

Merhej, Rita. (2019) Stigma on mental illness in the Arab world: beyond the socio-cultural barriers. *International Journal of Human Rights in Healthcare* 12, 4: 285–298.

MHF (Mental Health Foundation). (2008). *What works for you?* London: MHF.

Mölsä, Mulki & Hjelde, Karin & Tiilikainen, Marja. (2010). Changing Conceptions of Mental Distress Among Somalis in Finland. *Transcultural Psychiatry* 47: 276–300.

Mölsä, Mulki & Kuittinen, Saija & Tiilikainen, Marja & Honkasalo, Marja-Liisa & Punamäki, Raija-Leena. (2017). Mental health among older refugees: the role of trauma, discrimination and religiousness. *Aging & Mental Health* 21, 8:829–837.

Mölsä, Mulki & Punamäki, Raija-Leena & Saarni, Samuli & Tiilikainen, Marja & Kuittinen, Saija & Honkasalo, Marja-Liisa. (2014). Mental and somatic health and pre- and

post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry* 0, 0: 1–27.

Oroza, Valentina. (2010). Yleislääkäri kohtaa maahanmuuttajan. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede* 272–296. Helsinki: Duodecim.

Peltonen, Kirsi & Punamäki Raija-Leena. (2010). Preventive Interventions Among Children Exposed to Trauma of Armed Conflict: A Literature Review. *Aggressive Behavior* 36: 95–116.

Perhoniemi, Riku & Jasinskaja-Lahti, Inga. (2007). Maahanmuuttajien kotoutuminen 7 vuoden seurannan valossa. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*. 2, 2:21–33.

Pirinen, Ilkka. (2010). Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede* 164–192. Helsinki: Duodecim.

Pirkola, Sami. (2019). Mielenterveys valokeilassa – vihdoinkin! *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 56, 3: 165–167.

Prince, Martin & Patel, Vikram & Saxena, Shekhar & Maj, Mario & Maselko, Joanna & Phillips, Michael R. & Rahman, Atif. (2007). No health without mental health. *Global Mental Health* 1. *The Lancet* 370: 859–877.

Pottie, Kevin & Greenaway, Christina & Feightner, John & Welch, Vivian & Swinkels, Helena & Rashid, Meb & Narasiah, Lavanya & Kirmayer, Laurence & Ueffng, Erin & MacDonald, Noni E & Hassan, Ghayda & McNally, Mary & Khan, Kamran & Buhrmann, Ralf & Dunn, Sheila & Dominic, Arunmozhi & McCarthy, Anne E & Gagnon, Anita J & Rousseau, Cécile & Tugwell, Peter. (2011). Evidence-based

clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal* 183, 12: E824–925.

Pöyhönen, Sari & Kokkonen, Lotta & Tarnanen, Marja. (2019). Turvapaikanhakijoiden kertomuksia sosiaalisista verkostoista ja kuulumisen tunteista. Teoksessa: Turvapaikanhaku ja pakolaisuus Suomessa. Siirtolaisuusinstituutti: Turku.

Rauta, Asko. (2005). Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rothschild, Babette. (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W. W. Norton.

Saari, Juho. (2017). *Sosiaaliturvariippuvuus – sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa?* Tampere University Press. Tampere.

Sadik, Sabah & Bradley, Marie & Al-Hasoon, Saad & Jenkins, Rachel. (2010). Public perception of mental health in Iraq. *International Journal of Mental Health Systems* 4, 26: 1–11.

Sainola-Rodriguez, Kirsti & Koehn, Peter. (2006). Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43: 47–59.

Salminen, Ari. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopisto. Vaasa 2011.

- Sangalang, Cindy & Vang, Cindy. (2016). Intergenerational Trauma in Refugee Families: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health* 19, 3 :745–754.
- Saraneva, Kristiina. (2010). Pakolaisuus ja psyykkinen traumatisoituminen. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede* 192–248. Helsinki: Duodecim.
- Sartorius, Norman. (2002). *Fighting for mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saukkonen, Pasi. (2013). *Erilaisuuksien Suomi*. Helsinki: Gaudeamus.
- Shoeb, Marwa & Weinstein, Harvey & Mollica, Richard. (2007). The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Iraqi Refugees. *International Journal of Social Psychiatry* 53, 5: 447–463.
- Siltala, Pirkko. (2016). *Taakkasiirtymä. Trauman siirto yli sukupolvien*. Helsinki: Therapiea-säätiö.
- Slewa-Younan, Shameran & Radulovic, Monika & Lujic, Sanja & Hasan, Tasmin & Raphael, Beverley. (2014). Trauma in Resettled Iraqi Refugees: Differences between Those Seeking Psychological Treatment and Those Not seeking Psychological Treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 23:917–929.
- Snellman, Olli & Seikkula, Jaakko & Wahlström, Jarl & Kurri, Katja. (2014). Aikuisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten mielenterveyden ja psyykkisten ongelmien erityispiirteet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51: 203–222.

- Terr, Lenore. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry* 148: 10–20.
- Thomas, Justin & Al-Qarni, Nowf & Furber, Steven W. (2015). Conceptualising mental health in the United Arab Emirates: the perspective of traditional healers. *Mental Health, Religion & Culture* 18, 2: 134–145.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tiilikainen, Marja. (2003). *Arjen islam. Somalinaisten elämää Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Tiilikainen, Marja & Mölsä, Mulki. (2010). Potilaana somalialainen maahanmuuttaja. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede* 305–320. Helsinki: Duodecim.
- Tiilikainen, Marja. (2017). 'Whenever mom hands over the phone, then we talk': Transnational ties to the country of descent among Canadian Somali youth. *Migration Letters* 14, 1:63–74.
- Walsh, Froma. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process* 42, 1: 1–18.
- Whittemore, Robin. (2008). Rigour in Integrative Reviewis. Teoksessa *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*, 149–156. Toim. Christine Webb & Brenda Ross. Oxford: Blackwell Publishing.

Verkkolinkit

<https://tilastot.migri.fi/index.html#decisions/23330?start=540&end=611>

Maahanmuuttoviraston tilastot, kansainvälinen suojelu. Luettu 10.12.2020.

<https://pakolaisapu.fi/pakolaisuus-suomessa/> Pakolaisapu – Pakolaisuus Suomessa
Luettu 15.01.2021.

<https://reliefweb.int/report/turkey/registered-syrian-refugees-host-countries-december-2020-egypt-iraq-jordan-lebanon-and> - UNHRC Registered Syrian Refugees in Host Countries: December 2020 (Egypt, Iraq, Jordan, Lebanon and Turkey) Luettu 28.4.2021.

<https://yle.fi/uutiset/3-9538517> YK: Lähi-idässä on jo viisi miljoonaa syyrialaispakolaista. Luettu 28.4.2021.

https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 (WHO 2021a). Mental Health Overview. Luettu 31.3.2021.

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/gender-and-women-s-mental-health> (WHO 2021b). Gender and women’s mental health. Luettu 31.3.2021.

https://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf (WHO 2021c). Gender Disparities in Mental Health. Department of Mental Health and Substance Dependence. Luettu 31.3.2021.

https://web.archive.org/web/20040407112015/http://www.atimes.com/atimes/Middle_East/FC04Ak06.html (Asia Times 2004) Concocting a ‘Greater Middle East’ brew. Luettu 27.4.2021.

LIITE 1 TAULUKKO KIRJALLISUUSKATSAUKSEN AINEISTOSTA

1. Martin, Shadi Sahami (2009). Illness of the Mind or Illness of the Spirit? Mental Health-Related Conceptualization and Practices of Older Iranian Immigrants. <i>Health & Social Work</i> , 34, 2:2009.
2. Tiilikainen, Marja & Mölsä, Mulki (2010). Potilaana somalialainen maahanmuuttaja. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) <i>Kulttuurit ja lääketiede</i> . Helsinki: Duodecim, 305–320.
3. Sadik, Sabah & Bradley, Marie & Al-Hasoon, Saad & Jenkins, Rachel (2010). Public perception of mental health in Iraq. <i>International Journal of Mental Health Systems</i> 4:26.
4. Abdullah, Tahirah & Brown, Tamara L. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values and norms: An integrative review (2011). <i>Clinical Psychology Review</i> 31, 2011: 934–948.
5. Eggerman, Mark & Panter-Brick, Catherine 2010. Suffering, hope and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. <i>Social Science & Medicine</i> 71, 2010: 71–83.
6. Merhej, Rita (2019) Stigma on mental illness in the Arab world: beyond the socio-cultural barriers. <i>International Journal of Human Rights in Healthcare</i> 12, 4: 285–298.
7. Maahanmuuttovirasto. Irak: tiedonhankintamatka Bagdadiin helmikuussa 2019. Mielenterveysongelmat ja niiden hoito Irakissa. 17.6.2019. Maatietopalvelu. Tiedonhankintamatkaraportti.
8. Shoeb, Marwa & Weinstein, Harvey & Mollica, Richard (2007). The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Iraqi Refugees. <i>International Journal of Social Psychiatry</i> . 53, 5: 447–463.
9. Kayrouz, Rony & Dear, Blake F. & Karin, Eyal & Fogliati, Vincent J. & Gandy, Milena & Keyrouz, Lilliane & Nehme, Edmond & Terides, Matthew D. & Titov, Nickolai (2018). Acceptability of Mental Health

Services for Anxiety and Depression in an Arab Sample. <i>Community Mental Health Journal</i> 54:875–883.
10. Donnelly, Tam Truong & Al-Suwaidi, Jassim Mohd & Al-Qahtani, Awad & Asaad, Nidal & Singh, Rajvir (2018). Arab Men and Women's Conceptualization of Mental Health and Depression: A Qualitative Study from the Middle East. <i>Journal of immigrant and Minority Health</i> 21:1102–1114.
11. Schubert, Carla (2007). <i>Monikulttuurisuus mielenterveystyössä</i> . Edita: Helsinki.
12. Mölsä, Mulki & Hjelde, Karin & Tiilikainen, Marja (2010). Changing Conceptions of Mental Distress Among Somalis in Finland. <i>Transcultural Psychiatry</i> 47: 276–300.
13. Thomas, Justin & Al-Qarni, Nowf & Furber, Steven W (2015). Conceptualising mental health in the United Arab Emirates: the perspective of traditional healers. <i>Mental Health, Religion & Culture</i> 18, 2: 134–145.
14. Alyousef, Seham Mansour & Alhamidi, Sami Abdulrahman (2019). Factors contributing to mental health stigma among Saudi medical practitioners. <i>The Journal of mental health training, education and practice</i> . 14, 2: 96–105.
15. Bener, Abdulbari & Ghuloum, Suhaila (2010). Gender differences in the knowledge, attitude and practice towards mental health illness in a rapidly developing Arab society. <i>International journal of Social Psychiatry</i> 57, 5: 480–486.
16. Gearing, Robin & MacKenzie, Michael & Ibrahim, Rawan & Brewer, Kathryn & Batayneh, Jude & Schwalbe, Craig (2015). Stigma and Mental Health Treatment of Adolescents with Depression in Jordan. <i>Community Mental Health Journal</i> 51:111–117.
17. Mechammil, Molly & Boghosian, Sara & Cruz, Rick (2019). Mental health attitudes among Middle Eastern/North African individuals in the United States. <i>Mental health, Religion & Culture</i> 22, 7: 724–737.

18. Al Laham, Dana & Ali, Engy & Mousally, Krystal & Nahas, Nayla & Alameddine, Abbas & Venables, Emilie (2020). Perceptions and Health-Seeking Behaviour for Mental Illness Among Syrian Refugees and Lebanese Community Members in Wadi Khaled, North Lebanon: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal* 56:875–884.

19. Dardas, Latefa & Simmons, Leigh Ann (2015). The stigma of mental illness in Arab families: a concept analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22: 668–679.

20. Halla, Tapio (2010). Suomalainen psykiatri ja potilas. Teoksessa Antti Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede* 338–362. Duodecim: Helsinki.