

**KOTONA OLEVIENTEN JA TYÖSSÄ KÄYVIEN
MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NAISTEN PSYKOSOSIAALINEN
HYVINVOINTI JA MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ**

Väestötutkimus venäläis-, kurdi- ja somalitaustaisten ryhmissä

Emmi Kokkonen (268918)
Amanda Pöyhönen (264657)
Psykologian Pro gradu -tutkielma
Itä-Suomen yliopisto
Kasvatustieteiden ja psykologian osasto
Psykologian oppiaine
Syyskuu 2019

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Tiedekunta Filosofinen tiedekunta	Osasto Kasvatustieteiden ja psykologian osasto		
Tekijät Emmi Kokkonen ja Amanda Pöyhönen			
Työn nimi Kotona olevien ja työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten psykososiaalinen hyvinvointi ja mielen-terveyspalveluiden käyttö. Väestötutkimus venäläis-, kurdi- ja somalitaustaisten ryhmissä.			
Pääaine	Työn laji	Päivämäärä	Sivumäärä
Psykologia	Pro gradu -tutkielma	x	3.9.2019
	Sivuainetutkielma		
	Kandidaatin tutkielma		
	Aineopintojen tutkielma		
Tiivistelmä			
<p>Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, eroavatko kotona olevat ja työssä käyvät maahanmuuttajataustaiset naiset toisistaan psykososiaalisen hyvinvoinnin ja mielen-terveyspalveluiden käytön suhteen. Vastaavaa vertailututkimusta ei ole Suomessa aiemmin tehty. Psykososiaalista hyvinvointia tarkasteltiin masennus- ja ahdistusoireiden esiintyvyyden sekä elämänlaadun ja yksinäisyyden kokemusten kautta. Mielen-terveyspalveluiden käyttöä selvitettiin kysymällä, onko tutkittava käyttänyt terveyspalveluita mielen-terveydellisten ongelmien takia kuluneen 12 kuukauden aikana. Lisäksi kotona olevia ja työssä käyviä vertailtiin sen suhteen, ovatko merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokevat mielen-terveyspalveluiden piirissä.</p> <p>Tutkimuksessa käytetty aineisto on osa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemää Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointitutkimusta (Maamu), jossa ositetulla satunnaisotannalla poimitut venäläis-, kurdi- ja somalitaustaiset aikuiset (n=1000 per ryhmä) kutsuttiin osallistumaan tutkimuksen haastatteluun ja terveystarkastukseen. Tässä tutkimuksessa käytetyssä aineistossa venäläistaustaisista naisista työssä käyviä oli 294 (67.7%) ja kotona olevia 140 (32.3%), kurditaustaisista naisista työssä käyviä oli 150 (53.8%) ja kotona olevia 129 (46.2%), ja somalitaustaisista naisista työssä käyviä oli 108 (42.5%) ja kotona olevia 142 (57.5%). Jokaista etnistä ryhmää tarkasteltiin erikseen. Aineiston analyysissä käytettiin logistista regressioanalyysiä. Kokonaistestit perustuivat F-testiin.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittivat, että venäläistaustaisista naisista kotona olevissa oli enemmän elämänlaadunsa huonoksi kokevia kuin työssä käyvissä. Kurditaustaisten naisten ryhmässä kotona olevat näyttäytyivät huonovointisempina kuin työssä käyvät kaikilla tarkastelluilla psykososiaalisen hyvinvoinnin osa-alueilla. Myös mielen-terveyspalveluiden käyttö oli kotona olevilla kurditaustaisilla naisilla huomattavasti työssä käyviä yleisempää. Tulos näyttäytyi samanlaisena, kun vertailtiin merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokeneita kurditaustaisia naisia: kotona olevista suurempi osa kuin työssä käyvistä oli käyttänyt mielen-terveyspalveluita. Somali- taustaisista naisista työssä käyvissä oli puolestaan enemmän yksinäisyyttä kokevia kuin kotona olevissa.</p> <p>Ryhmien erilaiset elinympäristöt sekä niiden tarjoamat mahdollisuudet, työlle annetut merkitykset, sosioekonomisen aseman lasku sekä erilaiset uuteen kulttuuriin ja elämäntilanteeseen liittyvät sopeutumisen haasteet voivat selittää kotona olevien ja työssä käyvien naisten välisiä eroja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa. Työssä käyvien heikompi mielen-terveyspalveluiden käyttö saattaa olla seurausta työterveyspalveluihin hakeutumisen tai järjestämisen haasteista, työpaikan menettämisen pelosta tai mielen-terveysongelmiin liittyvästä stigmasta. Kotona olevat saattavat ohjautua mielen-terveyspalveluiden piiriin esimerkiksi neuvolapalveluiden kautta.</p> <p>Mielen-terveysalan ammattilaisten on tärkeää ymmärtää kotona olemiseen ja työssä käymiseen liittyviä eroja, jotta maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden psykososiaalista hyvinvointia voitaisiin tukea riittävästi. Tutkimus- tuloksemme lisäävät psykologista näkökulmaa kotoutumiseen, työelämään, maahanmuuttajataustaisten perheiden hyvinvointiin sekä palvelujärjestelmän kehittämiseen. Jatkotutkimusta venäläis-, kurdi- ja somalitaustaisten naisten psykososiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ja tekijöiden välisistä yhteyksistä tarvitaan.</p>			
Avainsanat psykososiaalinen hyvinvointi, mielen-terveyspalvelut, maahanmuuttajataustaiset naiset, vertailututkimus, sopeutuminen			

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty Faculty of Philosophy	School School of Educational Sciences and Psychology		
Authors Emmi Kokkonen and Amanda Pöyhönen			
Title Psychosocial well-being and utilization of mental health services among migrant women in Finland. A population study of women at home and women at work in Russian, Kurdish and Somali origin women.			
Main subject	Level	Date	Number of pages
Psychology	Master's thesis	x	3.9.2019
	Minor's thesis		
	Bachelor's thesis		
	Intermediate dissertation		
Abstract			
<p>This study aimed to find out whether migrant women at home and at work differ from each other in psychosocial well-being and utilization of mental health services. A comparable study has not been done in Finland earlier. Psychosocial well-being was measured by the prevalence of depression and anxiety symptoms and experiences of one's quality of life and loneliness. The utilization of mental health services was researched by asking whether the participants have used health services due to mental health problems during the last 12 months. In addition, it was compared whether the women, at home and at work, who reported major depression and anxiety symptoms differed from each other in the utilization of mental health services.</p> <p>The data of this study is part of the Migrant Health and Well-being study (Maamu) conducted by The National Institute for Health and Welfare. The Russian, Kurdish and Somali origin adults (n=1000 per group), who were selected by stratified random sampling, were invited to participate in an interview and health check. In this study 294 (67.7%) Russian origin women were at work and 140 (32.3%) at home. In the Kurdish origin group, 150 (53.8%) were at work and 129 (46.2%) at home. Among Somali origin women, 108 (42.5%) were at work and 142 (57.5%) at home. Each ethnic group was studied separately. Logistic regression and F-test were used in the statistical analysis.</p> <p>According to the results, among Russian origin women there were more of those who experienced a low quality of life in the group at home than at work. Among the Kurdish origin group, the psychosocial well-being of women at home was poorer on all measures compared to women at work. Also, the utilization of mental health services was more common among Kurdish origin women at home than those at work. The difference was similar when Kurdish origin women, who experienced major depression and anxiety symptoms, were compared in the utilization of mental health services. The results of Somali origin women showed that women at work experienced more loneliness than those at home.</p> <p>The different living environments and the opportunities they provide, the meanings given to work, the decline in socio-economic status and challenges in adapting to the new culture and life situation may explain the differences in the psychosocial well-being between women at home and at work. Challenges in the utilization or arrangement of occupational health services, fear of losing one's work position or tabu connected to mental health problems may explain why Kurdish origin women at work do not find their way to the mental health services as effectively as women at home. Also, women at home may reach mental health services via the child health centre.</p> <p>To promote the psychosocial well-being of migrant women, it is important that mental health professionals recognize the differences related to staying at home versus taking part in working life. Our results provide more psychological perspective to migrant related integration, working life, family welfare and improving the service system. Further research on factors affecting the psychosocial well-being of Russian, Kurdish and Somali origin women is needed. In addition, interrelations of the affecting factors should be studied.</p>			
Keywords psychosocial well-being, mental health services, migrant women, comparative study, adaptation			

SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO.....	1
2. MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NAISTEN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI KOTONA JA TYÖELÄMÄSSÄ	4
2.1. Maahanmuuttoon liittyvien tekijöiden yhteys psykososiaaliseen hyvinvointiin.....	4
2.2 Maahanmuuttajataustaiset naiset kotona ja työssä	6
3. PSYKOSOSIAALISEN HYVINVOINNIN KÄSITTEET TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA .	10
3.1 Masennus- ja ahdistusoireet	10
3.2 Elämänlaatu	11
3.3 Yksinäisyys	12
4. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -HYPOTEESEIT	13
5. AINEISTO	14
5.1 Aineiston keruu	14
5.2 Aineiston kuvaus	15
6. TUTKIMUKSEN MENETELMÄT	16
6.1 Tutkimuksessa käytetyt muuttujat.....	16
6.2 Tilastolliset menetelmät	17
7. TULOKSET	19
7.1 Sosiodemografiset tekijät	19
7.2 Psykososiaalinen hyvinvointi.....	21
7.3 Mielenterveyspalveluiden käyttö	23
8. POHDINTA	25
9. TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	31
10. LOPUKSI.....	34
LÄHTEET	35
LIITE: HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist)	42

JOHDANTO

Tämän tutkimuksen kohderyhmä on Suomessa asuvat maahanmuuttajataustaiset naiset. Viime vuosikymmenien aikana kansainvälisestä siirtolaisuudesta on tullut globaali ilmiö: vuonna 2017 maailmassa oli 258 miljoonaa kansainvälistä siirtolaista, mikä on 85 miljoonaa enemmän kuin vuonna 2000 (UN, 2017). Myös pakosta johtuva maahanmuutto jatkaa kasvuaan. Ulkomaan kansalaisten ja ulkomailla syntyneiden osuus väestössä on lisääntynyt myös Suomessa (SVT, 2019c). Vuonna 2018 Suomessa asui 387 215 maahanmuuttajataustaista, eli ulkomailla syntyntä, henkilöä. Naisia heistä oli hieman alle puolet (48.4 %). Vuonna 2017 Suomessa asuvista 18–64-vuotiaista ulkomaalaistaustaisista naisista työssä käyviä oli 42.2 prosenttia (SVT, 2018).

Maahanmuuttoon liittyy joko vapaaehtoinen tai pakon edessä tapahtuva muutto kotimaasta uuteen ympäristöön (esim. Bhugra, 2004; Martikainen & Tiilikainen, 2007). Kyse on valtioiden rajat ylittävistä, usein myös kulttuuriympäristöä muuttavasta, siirtolaisuudesta (vrt. Bhugra, 2004). Maahanmuutto on yksilön fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä tapahtuva elämänmuutos, jolla on psykologisia vaikutuksia (vrt. Nurmi ym., 2015, 284). Maahanmuuton seurauksena yksilön psykososiaalinen hyvinvointi joutuu koetukselle: sosiaaliset verkostot kaventuvat (Malin, 2011), ja yksilön täytyy sopeutua sekä sisäisessä että ulkoisessa maailmassa tapahtuviin muutoksiin (vrt. Kristal-Andersson, 2001). Erilaiset maahanmuuttoa edeltäneet ja sen jälkeiset kielteiset elämäkokemukset lisäävät psyykkistä kuormittuneisuutta ja saattavat vaikeuttaa yksilön sopeutumisprosessia (ks. Castaneda ym., 2018, 49–51; Sainola-Rodriguez & Koehn, 2006).

Tässä tutkimuksessa *etnisen ryhmän* käsitteellä kuvataan yksilön identifioitumista osaksi tiettyä ryhmää, jonka sisällä jäsenet kokevat jakavansa saman syntyperän ja ilmentävät tälle ryhmälle ominaisia kulttuurisia tapoja (Liebkind, 1994a; 2006). Venäläis-, kurdi- ja somalitaustaisten naisten ryhmien muodostamisessa on käytetty perusteina tietoa tutkittavien syntymävaltiosta ja äidinkielestä (Härkänen, 2012). Tutkittavan syntymävaltion voidaan ajatella edustavan tutkittavan alkuperää ja kielen puolestaan tämän alkuperän kulttuurista ilmentämistapaa (ks. Lange & Westin, 1985). Vaikka etniseen ryhmään kuulumisen voidaan ajatella olevan riippumaton yksilön tahdosta, hänellä on kuitenkin vapaus valita, mikä merkitys etnisyydellä on hänen identiteetilleen (Liebkind, 2006). Tässä tutkimuksessa käsitteellä *maahanmuuttajataustainen* tarkoitetaan ulkomailta Suomeen muuttanutta henkilöä, joka on asunut Suomessa vähintään vuoden ajan (Härkänen, 2012). *Pakolainen* on turvapaikkaperustein oleskeluluvan saanut henkilö,

jonka maahanmuuton syyt ovat voineet liittyä esimerkiksi sotaan, vainoon tai turvattomuuteen lähtömaassa (Castaneda ym., 2018, 29).

Suomeen ulkomailta muuttaneen väestön hyvinvointiin ja palveluiden käyttöön kohdistuva tutkimus on herättänyt eri tieteenaloilla kiinnostusta erityisesti 2010-lukua lähestyttäessä ja sen jälkeen. Tutkimuksen lisääntymistä selittävät siirtolaisuuden yleistymiseen liittyvät yhteiskunnalliset tarpeet ymmärtää maahanmuuttoa sekä kulttuuriseen moninaisuuteen liittyviä ilmiöitä. Aiempi tutkimustieto osoittaa mielenterveysoireiden olevan yleisempiä maahanmuuttajataustaisilla naisilla kuin miehillä (Castaneda ym., 2012b; Jasinskaja-Lahti, Liebkind, Jaakkola & Reuter, 2006; Taloyan, Johansson, Sundquist, Koctürk & Johansson, 2008). Ulkomaalais-taustaiset naiset myös kokevat mielenterveyspalvelujen tarpeen miehiä suuremmaksi (Koponen ym., 2015).

Aiempien tutkimusten mukaan työssä käyntiin voi liittyä monia maahanmuuttajan psykososiaalista hyvinvointia tukevia tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi työn kautta saatu kokemus omasta aktiivisesta toimijuudesta (vrt. Snellman, Seikkula, Wahlström & Kurri, 2014) sekä työyhteisön tarjoamat sosiaaliset verkostot, joiden kautta maahanmuuttajataustainen voi päästä lähemmäksi suomalaista kulttuuria (Yijälä & Luoma, 2018). Työelämän ulkopuolella olevilla maahanmuuttajataustaisilla naisilla on erityinen riski mielenterveysoireilulle (Jasinskaja-Lahti, Liebkind & Vesala, 2002, 112). Toisaalta mielenterveysoireilu ja siitä johtuva toimintakyvyn heikkeneminen voivat vaikeuttaa maahanmuuttajataustaisten naisten osallistumista työelämään. Psykososiaalinen hyvinvointi puolestaan tukee toiminta- ja työkykyä.

Tämän tutkimuksen aineisto on osa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemää *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointitutkimusta* (Maamu; Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä & Koskinen, 2012). Tutkimuksemme syventää jo olemassa olevaa tietoa maahanmuuttajataustaisten naisten (venäläiset, kurdit ja somalit) hyvinvoinnista. Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää, eroavatko kotona olevat ja työssä käyvät maahanmuuttajataustaiset naiset toisistaan sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin että mielenterveyspalveluiden käytön suhteen. Psykososiaalinen hyvinvointi sisältää tutkimuksessamme yksilön arvion masennus- ja ahdistusoireistaan sekä kokemuksen elämänlaadustaan ja yksinäisyydestään. Mielenterveyspalveluiden käyttöä selvitettiin kysymällä, onko tutkittava käyttänyt terveyspalveluita mielenterveydellisten ongelmien takia viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Lisäksi kotona olevia ja työssä käyviä vertailtiin sen suhteen, ovatko merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokevat mielenterveyspalveluiden

piirissä. Vastaavaa vertailututkimusta kotona olevien ja työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten välillä ei ole Suomessa aiemmin tehty.

2. MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NAISTEN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI KOTONA JA TYÖELÄMÄSSÄ

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee mielenterveyden psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin kokonaisuudeksi (WHO, 2013). Hyvinvointi koostuu siis monista osatekijöistä, jotka toimivat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Roscoe, 2009). Psykososiaalinen hyvinvointi sisältää sekä psyykkisen että sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuudet. Erilaiset psykososiaaliset hyvinvointitekijät tukevat yksilön mielenterveyttä, kun taas huonovointisuus altistaa psyykkiselle stressille ja mielenterveysoireilulle. Tässä luvussa kuvaamme maahanmuuttoon liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön psykososiaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi tarkastelemme, mitkä hyvinvointia suojaavat ja heikentävät tekijät liittyvät erityisesti työssä käyntiin ja kotona olemiseen.

2.1. Maahanmuuttoon liittyvien tekijöiden yhteys psykososiaaliseen hyvinvointiin

Maahanmuuttoa voidaan tarkastella ihmisen elämänkulkuun lukeutuvana epänormatiivisena tapahtumana (vrt. Miller & Chandler, 2002), johon liittyy joko vapaaehtoinen tai pakon edessä toteutettu muutto kotimaasta uuteen ympäristöön (esim. Bhugra, 2004). Uusi elämäntilanne edellyttää yksilöltä sopeutumista, kun aiemmin opitut mallit ja tavat eivät enää toimi uudessa ympäristössä (Berry, 1997; Haavikko & Bremer, 2009). *Sopeutumisella* tarkoitamme tässä tutkimuksessa maahanmuuttoon liittyvää psykososiaalista sopeutumista: yksilö pyrkii prosessoimaan sisäisen ja ulkoisen maailman muutoksia vuorovaikutuksessa uuden ympäristön kanssa (vrt. Berry, 1997). Tämä vaikuttaa myös yksilön identiteettiin ja muokkaa sitä (Haavikko & Bremer, 2009; Schubert, 2007, 52–53). Yksilö prosessoi tietoisesti ja tiedostamatta maahanmuuttoa edeltävää elämäänsä sekä tekee vertailua lähtömaan ja tulomaan välillä. Hän käy sisäistä dialogia liittyen itseen, elämään, elämäntapaansa ja arvoihinsa, arvioiden näin elämänsä eri osa-alueita uudelleen. (Kristal-Andersson, 2001.) Maahanmuutto ja uuteen kulttuuriin sopeutuminen kuormittavat yksilöä psyykkisesti (Berry, 1997). Jos yksilö ei kykene sopeutumaan muuttuneen ympäristön vaatimuksiin, syntyy stressiä, mikä vaikeuttaa yksilön sopeutumista ja heikentää psykososiaalista hyvinvointia.

Uuteen maahan sopeutumiseen vaikuttavat sekä yksilön kokemat menneisyyden tapahtumat että nykyisyyden ja lähitulevaisuuden asettamat haasteet (ks. Liebkind, 1994a). Maahanmuuttoa edeltäneistä tekijöistä erityisesti lähtömaan olosuhteet, kuten sota tai konfliktialueella eläminen, voivat vaikuttaa yksilön psykososiaaliseen hyvinvointiin ja sopeutumiseen (ks. Castaneda ym., 2018). Pakolaisuus on esimerkki pakon edessä toteutuneesta maahanmuutosta, johon

liittyy usein kotimaassa tai matkalla koettuja traumaattisia kokemuksia (Bogic, Njoku & Priebe, 2015; Castaneda ym., 2018; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Pakolaiset ovat joutuneet jättämään kotinsa, jolloin myös kokemus oman elämän hallittavuudesta joutuu koetukselle (ks. Castaneda ym., 2018, 49–51). Vapaaehtoisesti muuttaneilla ajatellaan puolestaan olevan enemmän sellaista inhimillistä pääomaa, joka vastaa paremmin myös kohdemaan tarpeita esimerkiksi työmarkkinoiden osalta (Martikainen & Tiilikainen, 2007).

Tulomaassa koettu syrjintä on esimerkki maahanmuuton jälkeisistä kielteisistä elämäkokemuksista. Kantaväestön asenteet maahanmuuttajia kohtaan voivat olla varautuneita (ks. Jaakkola, 2009), mikä kasvattaa etnisiin ryhmiin kohdistuvan syrjinnän todennäköisyyttä (Jasinskaja-Lahti ym., 2002). Syrjintäkokemusten on todettu olevan yhteydessä heikompaan psyykkiseen hyvinvointiin (Jasinskaja-Lahti ym., 2006; Liebkind ym., 2004). Syrjintää voidaan kokea monissa arjen tilanteissa kuten koulu- ja työympäristössä (Liebkind ym., 2004), kadulla tai erilaisissa palvelutilanteissa (Liebkind ym., 2004; Mannila, Castaneda & Jasinskaja-Lahti, 2012; Pehkonen, 2006). Gordon Allportin (1954) kontaktihypoteesin mukaan ryhmien välinen vuorovaikutus voi oikeissa olosuhteissa vähentää ryhmien välisiä ennakkoluuloja. Tällöin syrjintäkokemuksille altistavat erityisesti omaan etniseen ryhmään sulkeutuminen ja vähäiset suhteet suomalaisiin (Jasinskaja-Lahti ym., 2006; Liebkind ym., 2004). Päinvastoin suhteet kantaväestöön suojaavat maahanmuuttajataustaisen psyykkistä hyvinvointia syrjinnän vaikutuksilta (Jasinskaja-Lahti ym., 2006). Kuitenkin suhteilla Suomessa asuviin oman etnisen ryhmän edustajiin on myös tärkeä rooli maahanmuuton jälkeisessä sopeutumisessa: omaa etnistä kulttuuriaan edustavista ryhmistä yksilö saa tärkeää sosiaalista tukea (Pehkonen, 2006), ja vahva etninen identiteetti ja sitä edustava etninen verkosto suojaavat yksilön psyykkistä hyvinvointia (vrt. Lehti & Halla, 2017). Suhteet Suomessa asuviin saman etnisen ryhmän edustajiin tukevat hyvinvointia erityisesti silloin, jos yksilö ei koe syrjintää (Jasinskaja-Lahti ym., 2006).

Psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta optimaalisimmassa tilanteessa yksilö kykenee saavuttamaan integraation uuden ja alkuperäisen kulttuurinsa välillä (vrt. Liebkind, 1994c; ks. myös Berry, 1997 sekä Kristal-Andersson, 2001). Se, kuinka helposti kotimaan ja uuden kulttuurin arvot ovat yhdistettävissä, vaikuttaa maahanmuuttajien sopeutumiseen (Liebkind, 1994b). Kulttuurinen välimatka kuvaa sitä, kuinka samanlaisia tai erilaisia lähtömaan ja tulomaan piirteet ovat (Berry, 1997). Uuden kulttuurin kohtaaminen vaatiikin yksilöltä avointa kiinnostusta arvioida mennyttä ja uutta sekä rakentaa näiden välistä integraatiota (Kristal-Andersson, 2001).

Sopeutuminen voi olla sitä haastavampaa, mitä suurempi kulttuurinen välimatka oman alkuperäiskulttuurin ja uuden kulttuurin välillä on (Berry, 1997). Teoreettisesti kulttuurienvälisyyttä voidaan lähestyä esimerkiksi tarkastelemalla, kuuluvatko kulttuurit yksilö- vai yhteisökeskeiseen, eli individualistiseen vai kollektivistiseen, kulttuuriin (esim. Bhugra, 2004). Maahanmuuttajataustaisten naisten elämässä kulttuurien väliset erot voivat ilmetä esimerkiksi sukupuolirooleihin ja perheeseen liittyvien merkitysten kautta.

Uusi sosiokulttuurinen ympäristö voi vaikuttaa siihen, millaisia merkityksiä maahanmuuttajataustaiset naiset antavat sukupuolirooleille (Säävälä, 2007). Suomalaisessa yhteiskunnassa naisten työssäkäyntiä ja itsensä elättämistä pidetään normina, jopa velvollisuutena (Oksanen, 2006). Vastaavasti kotiin jäämiselle saatetaan odottaa selityksiä. Maahanmuuttajataustaisissa perheissä voi kuitenkin vallita yhä perinteiseen sukupuolijärjestelmään perustuva roolien jako, jossa lähtökohtainen kasvatusta- ja hoitovastuu on äideillä (ks. Siim, 2007 sekä Tiilikainen, 2003). Myös käsitykset perheen rakenteesta voivat vaihdella: monissa kulttuureissa perhe nähdään länsimaista perhekäsitystä huomattavasti laajempaan ja dynaamisempaan kokonaisuutena, ja esimerkiksi lapsista huolehtimisen vastuu jaetaan kollektiivisissa kulttuureissa laajemmin yhteisön kesken (Järvinen, 2006). Laajemman yhteisön asemesta suomalainen individualistinen perhekulttuuri puolestaan perustuu ajatukseen tiiviimmästä perheyksiköstä (esim. Säävälä, 2013). Siinä missä maahanmuuttajataustainen nainen on kotimaassaan saanut kodista ja perheestä huolehtimiseen tukea omasta yhteisöstään, hän voi Suomessa kokea jäävänsä ilman tukea. Suomessa maahanmuuttajataustainen nainen joutuu arvioimaan sekä naisen roolia että omaa käsitystään sukupuolesta kahden kulttuurin ristipaineessa (Säävälä, 2007). Pitkä kulttuurinen välimatka ja maahanmuuttajataustaisten naisten omaksumat länsimaalaiset arvot, kuten sukupuolten välinen tasavertaisuus, voivat aiheuttaa perheensisäisiä konflikteja (Halla, 2007; ks. myös Tiilikainen, 2003) sekä vaikuttaa naisten sopeutumiseen.

2.2 Maahanmuuttajataustaiset naiset kotona ja työssä

Kotona olevien ja työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten elinympäristöt voivat Suomessa erota toisistaan. Erilaiset ympäristöt tukevat ja haastavat maahanmuuttajataustaisen naisen sopeutumista ja hyvinvointia eri tavoin. Seuraavaksi tarkastelemme psykososiaalista hyvinvointia tukevia sekä heikentäviä tekijöitä, jotka liittyvät työssä käyntiin ja kotona olemiseen.

Yijälän ja Luoman (2018, 112) mukaan maahanmuuttajataustaiset henkilöt kokevat työn merkittäväksi hyvinvointia edistäväksi tekijäksi. Heidän tutkimustuloksensa osoittivat, että taloudellisen toimeentulon lisäksi maahanmuuttajataustainen voi saada työn kautta monia muita hyvinvointia tukevia hyötyjä. Työ esimerkiksi rytmittää yksilön päivää ja aktivoi toimintaan. Tällöin työ voi tarjota yksilölle mahdollisuuden kokea toimijuutta, mikä luo tunnetta omasta pysyvyydestä, elämänhallinnasta ja elämän merkityksellisyydestä (vrt. Snellman ym., 2014). Työn kautta maahanmuuttaja voi myös kokea olevansa osa yhteiskuntaa ja yhteisölleen hyödyksi. Työyhteisö puolestaan antaa maahanmuuttajalle mahdollisuuden tavata ihmisiä ja laajentaa sosiaalisia verkostojaan, jotka voivat parhaimmassa tapauksessa ylittää myös työyhteisön ulkopuolelle. Työyhteisössä toisilta saatu positiivinen palaute ja oman toiminnan kautta kerrytetty oman arvon tunne myös vahvistavat yksilön positiivista kuvaa itsestään. (Yijälä & Luoma, 2018.) Lisäksi suhteet kantaväestöön kasvattavat maahanmuuttajataustaisten kulttuurista pääomaa: työssä käynti lisää mahdollisuutta oppia uutta kieltä ja tutustua suomalaiseen kulttuuriin (Väänänen, Toivanen & Koskinen, 2015; Yijälä & Luoma, 2018).

Huolimatta siitä, että työ näyttäytyy tutkimuskirjallisuuden, ja erityisesti maahanmuuttajataustaisten itsensä antamien merkitysten kautta (ks. Säävälä, 2007), hyvinvointia tukevana ja edistävänä tekijänä, myös muu kodin ulkopuolinen aktiivinen toiminta voi yhtä lailla lisätä yksilön hyvinvointia. Kotona olevat naiset voivat saavuttaa yleisesti työhön liitettyjä hyötyjä muilla elämän osa-alueilla. Esimerkiksi vapaaehtoistoimintaan osallistuminen mahdollistaa kotona oleville työn kaltaisen ympäristön, jonka kautta he voivat saada elämäänsä rytmittävää ja aktivoivaa sisältöä sekä toimijuuden kokemuksia (vrt. Yijälä & Luoma, 2018). Tällainen kodin ulkopuolinen toiminta mahdollistaa kokemuksen olla yhteiskunnallisesti hyödyksi ja laajentaa sosiaalisia verkostoja. Lisäksi se tarjoaa kotona oleville naisille keinon saada positiivista palautetta omasta toiminnasta, oppia kieltä ja tutustua suomalaiseen kulttuuriin. Kotiäidit voivat saada vastaavia kokemuksia osallistumalla esimerkiksi lapsiperheille suunnattuihin aktiviteetteihin, kuten perhekahvilatoimintaan. Sosiaalinen aktiivisuus ja tunne yhteiskunnan osallisuudesta edesauttavat uuteen maahan sopeutumista (Pehkonen, 2006). Yksilön hyvinvoinnin kannalta tärkeintä on, että hänellä on arjessaan mielekästä tekemistä, olipa kyse sitten työstä tai muusta elämää rytmittävästä toiminnasta. Parhaimmillaan tämä tukee yksilön voimavaroja, vahvistaa elämänhallinnan tunnetta ja ehkäisee mielenterveysongelmia. (vrt. Castaneda ym., 2018, 78–79.) Laajempaan yhteiskuntaan osallistuminen vähentää myös sopeutumiseen liittyvää stressiä (vrt. Berry, 1990) ja tukee tätä kautta psykososiaalista hyvinvointia.

Edellisessä luvussa kuvattiin syrjintää maahanmuuton jälkeisenä riskitekijänä. Syrjintäkokemukset ovat yleisiä julkisilla elämänalueilla (Mannila ym., 2012). Julkisina elämänalueina voidaan pitää erilaisia kodin ulkopuolisia ympäristöjä kuten työpaikkaa tai palveluita, kun taas koti edustaa yksityisempää elämänaluetta. Työssä käyvät viettävät usein suuren osan ajastaan työpaikoilla vähemmistöasemassa, minkä vuoksi he voivat olla alttiimpia syrjintäkokemuksille kuin kotona olevat. Samaan aikaan kotona olevat maahanmuuttajataustaiset naiset, jotka pitävät tiiviisti yhteyttä omaan yhteisöönsä, voivat kokea vähemmän syrjintää ja saada omalta Suomessa asuvalta etniseltä yhteisöltään tukea, joka edistää psykososiaalista hyvinvointia (vrt. Lehti & Halla, 2017 sekä Pehkonen, 2006). Toisaalta, jos syrjintää koetaan molemmissa ryhmässä, työssä käyvillä maahanmuuttajataustaisilla naisilla voidaan olettaa olevan paremmat mahdollisuudet saavuttaa syrjinnältä suojaavia suhteita kantaväestöön kuin kotona olevilla (vrt. Jasinskaja-Lahti ym., 2006). Työssä käynnin ja taloudellisen toimeentulon onkin havaittu suojaavan maahanmuuttajia syrjäytymisriskiltä (Liebkind ym., 2004).

Siinä missä aiempi tutkimustieto osoittaa työssä käyntiin liittyvän monia maahanmuuttajataustaisen henkilön hyvinvointia suojaavia tekijöitä, työelämän ulkopuolella olevilla maahanmuuttajataustaisilla naisilla on erityinen riski mielenterveysoireilulle (Jasinskaja-Lahti ym., 2002, 112; ks. myös Jasinskaja-Lahti ym., 2006; Rask ym., 2016; Taloyan ym., 2008). Maahanmuuttajataustaisten, ja erityisesti naisten, työttömyys on Suomessa yleistä. Tilastotiedot vuodelta 2017 osoittavat, että 18–64-vuotiaista ulkomaalaistaustaisista naisista 16.3 prosenttia oli työttöminä, kun vastaava luku suomalaisnaisten kohdalla oli 7.6 prosenttia (SVT, 2018). Työn saannin vaikeudet voivat johtaa sosioekonomisen aseman laskuun, minkä on todettu heikentävän maahanmuuttajataustaisten subjektiivista hyvinvointia (vrt. Berry, 1990; Malin & Anis, 2013).

Työ kasvattaa erityisesti yksilön kulttuurista ja sosiaalista pääomaa, joiden saaminen voi työelämän ulkopuolella olla haastavampaa (Yijälä & Luoma, 2018). Työpaikka voikin näyttäytyä uuden kulttuurin ja ihmisten kohtaamispaikkana, jossa maahanmuuttajataustainen nainen joutuu väistämättä kohtaamaan uuden ympäristön ja saa mahdollisuuden tehdä kulttuurien välistä vertailua (vrt. Kristal-Andersson, 2001). Kotona olevilla maahanmuuttajataustaisilla naisilla ei välttämättä ole yhtä selkeää ympäristöä, jossa he voisivat kodin ulkopuolella kohdata suomalaisen kulttuurin ja tutustua suomalaisiin. Lisäksi, jos he eivät aktiivisesti laajenna omaa elinpiiriään kodin ulkopuolelle, he eivät välttämättä myöskään koe tarvetta sopeutua kahden kult-

tuurin väliseen tilaan, mikä voi myös aiheuttaa huonovointisuutta. (vrt. Berry, 1997 sekä Kristal-Andersson, 2001.) On kuitenkin tärkeää huomioida, että sekä kotona olevien että työssä käyvien ryhmissä esiintyy yksilöllistä variaatiota. Esimerkiksi se, kuinka suomalainen kulttuuri näyttäytyy työpaikalla tai onko työyhteisössä suomalaisia, vaikuttaa siihen, mahdollistaako työpaikka tosiasiallisesti parempia edellytyksiä tutustua tulomaan kulttuuriin tai ihmisiin. Suomalaisessa kulttuurissa työssä käyvän aikuisen normi on voimakas (Oksanen, 2007; Yijälä & Luoma, 2018, 152), jolloin työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten voidaan ajatella vastaavan suomalaisen kulttuurin normatiivisia odotuksia paremmin kuin kotona olevien. Kotona olevat saattavat joutua perustelemaan yhteiskunnallista rooliaan työssä käyviä enemmän. Toisaalta työpaikoilla tapahtuvaan kulttuurien yhteensovittamiseen voi liittyä haasteita ja vastoinkäymisiä, mikä voi myös kuormittaa työssä käyvien hyvinvointia. Eri ympäristöjen psykososiaalisia hyötyjä pohdittaessa on tärkeää tiedostaa myös maahanmuuttajataustaisten naisten elinympäristöissä esiintyvä variaatio.

3. PSYKOSOSIAALISEN HYVINVOINNIN KÄSITTEET TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA

Edellä esitettyjen lukujen tarkoituksena on ollut esitellä maahanmuuttoon liittyviä hyvinvoinnin riskitekijöitä sekä kuvata tarkemmin niitä työssä käyvien ja kotona olevien naisten ympäristössä esiintyviä eroavaisuuksia, joilla voi olla vaikutusta yksilön psykososiaaliseen hyvinvointiin. Hyvinvointia voidaan tarkastella objektiivisilla ja subjektiivisilla mittareilla: objektiivinen arviointi hyvinvoinnista ja terveydentilasta ei kuitenkaan aina vastaa ihmisen omaa kokemusta hyvästä elämästä (Malin & Anis, 2013). Kun tavoitteeksi asetetaan yksilön mielenterveyden tukeminen, tarkastelun tulisi keskittyä mielenterveysoireiden lisäksi yksilön kokemukseen subjektiivisesta hyvinvoinnistaan (vrt. Zimmerman ym., 2006). Psykososiaalista hyvinvointia tarkastellaan tässä tutkimuksessa masennus- ja ahdistusoireiden esiintyvyyden sekä yksilön elämänlaadun ja yksinäisyyden kokemusten kautta.

3.1 Masennus- ja ahdistusoireet

Masennus- ja ahdistusoireiden esiintyvyys on yleistä maahanmuuttajaväestössä (Fazel ym., 2005; Leiler, Bjärtå, Ekdahl & Wasteson, 2018; Rask ym., 2016; Sainola-Rodriguez & Koehn, 2006). Masennuksen käsite on laaja, ja sillä voidaan kuvata sekä ohimenevää masentunutta mielialaa että pidempikestoisempaa masennustilaa, jossa depressiivistä tunnevirettä koetaan useista päivistä jopa vuosiin (Isometsä, 2017a). Masennus voi kuvata myös erilaisten sairauksien tai psyykkisten häiriöiden oiretta (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari, 2017). Masennuksen ydinoireisiin lukeutuvat masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja väsymysoireet (Isometsä, 2017a). Ahdistuneisuuden tunteessa yksilö puolestaan kokee jännittyneisyyden, levottomuuden, kauhun tai paniikin tunteita (Isometsä, 2017b, 295). Psyykkisenä häiriönä masennus tai ahdistus näyttäytyy tilapäistä masennustilaa tai ahdistuneisuutta voimakkaampana ja pitkäkestoisempana, minkä lisäksi niihin liittyy erilaisia psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn rajoituksia (Isometsä, 2017a; 2017b). Tässä tutkimuksessa masennus- ja ahdistusoireita tarkastellaan häiriöiden sijaan useiden samankaltaisten oireiden aiheuttamana psyykkisenä oireiluna.

Jopa yli kaksi kolmasosaa merkittävistä masennushäiriöistä liittyy koettuun yksittäiseen tai useampaan elämänmuutokseen (Kampman ym., 2017). Kuten edellä on osoitettu, maahanmuuttoon liittyy monia muuttoa edeltäneitä ja muuttoa seuranneita riskitekijöitä, jotka voivat heikentää yksilön psykososiaalista hyvinvointia. Aiemmat tutkimustulokset osoittavat masennus- ja ahdistusoireilun olevan yleisiä erityisesti pakolaisilla (Bogic ym., 2015; Fazel ym., 2005;

Porter & Haslam, 2005). Leilerin ja kollegoiden (2018) tutkimuksessa yli puolet turvapaikanhakijoista ja oleskeluluvan saaneista kokee kliinisesti merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita. Aiempi tutkimustieto myös osoittaa, että työttömällä maahanmuuttajilla on enemmän masennus- ja ahdistusoireita kuin työssä käyvillä (Jasinskaja-Lahti ym., 2002). Naissukupuoli lisää mielenterveysoireilun riskiä (esim. Jasinskaja-Lahti, 2006; Miller & Chandler, 2002). Masennus- ja ahdistusoireilla on erityinen yhteys elämänlaatuun (Akinyemi, Owoaje, Ige & Popoola, 2012; Leiler ym., 2018; Saarni & Pirkola, 2010) ja yksinäisyyteen. Yksinäiset ihmiset voivat ilmentää masentuneisuudelle ja ahdistuneisuudelle tyypillistä käyttäytymistä, mutta yksinäisyys voi myös aiheuttaa masennusta ja ahdistusta (Perlman & Peplau, 1981, 36).

3.2 Elämänlaatu

Maahanmuuttajataustaisten koetusta elämänlaadusta on olemassa ristiriitaisia tuloksia. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet maahanmuuttajataustaisten kokevan elämänlaatunsa huonommaksi kuin verrokkit (Akinyemi ym., 2012; Aziz, Hutchinson & Maltby, 2014; Castaneda & Kauppinen, 2015). Toisissa tutkimuksissa merkittäviä eroja ei puolestaan ole havaittu (Löfvander, Rosenblad, Wiklund, Bennström & Leppert, 2014; Rask, Luoma, Solovieva & Koskinen, 2012). Pitkä turvapaikanhakuprosessi, haitalliset tapahtumat uudessa maassa sekä sosioekonomiset ongelmat ennustavat huonoksi koettua elämänlaatua (Laban, Komproe, Gernaat & de Jong, 2008). Esimerkki maahanmuuton jälkeisestä negatiivisesta tapahtumasta on syrjintä, jolla on havaittu olevan elämänlaatua heikentävä vaikutus (vrt. Castaneda ym., 2015). Maahanmuuton seurauksena sosiaaliset verkostot usein kutistuvat tai katkeavat, mikä vaikuttaa negatiivisesti koettuun elämänlaatuun (Aziz ym., 2014; Leiler ym., 2018).

Tutkimuksessamme sisällytämme elämänlaadun käsitteen laajaan subjektiivisesti koettuun psykososiaalisen hyvinvoinnin käsitteistöön (ks. Diener, 2000). Elämänlaatu on intuitiivisesti ymmärrettävä mutta yksiselitteisesti vaikeasti määriteltävä käsite, joka kytkeytyy filosofiseen kysymykseen siitä, mitä ylipäätään tarkoitamme hyvällä elämällä (Saarni & Pirkola, 2010). Yksilö itse määrittelee hyvän elämän kriteerit sekä arvioi elämänsä suhteessa niihin (Diener, 2000). Maailman terveysjärjestön (WHO, 1997) elämänlaadun määritelmässä huomioidaan sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen ulottuvuus: yksilö tarkastelee paikkaa elämässään kulttuurinsa ja arvojärjestelmänsä kontekstissa sekä suhteessa omiin tavoitteisiin, odotuksiin sekä huolenaiheisiin. Vaikka elämänlaatua lähestytään monin eri määritelmän ja mittarein, useimmiten se hahmotetaan onnellisuuden, hyvän toimintakyvyn ja ulkoisten olosuhteiden kokonaisuutena

(Saarni & Pirkola, 2010). Yhtä oikeaa tapaa mitata elämänlaatua ei ole: kyse on yksilön subjektiivisesta, eli kognitiivisesta ja affektiivisesta, arviosta omasta elämästään (Diener, 2000). Ulkoiset olosuhteet suodattuvat yksilöllisen kokemuksen ja arviointiprosessin läpi vaikuttaen välillisesti koettuun elämänlaatuun (Diener & Suh, 1997). Subjektiivinen hyvinvointi koetaan hyväksi silloin, kun yksilö on tyytyväinen elämäänsä, kokee usein mieluisia ja harvoin epämieluisia tunteita sekä on tyytyväinen keskeisiin elämänsä osa-alueisiin (Diener, 2000).

3.3 Yksinäisyys

Hyvät ja tyydyttävät ihmissuhteet sekä niistä saatu vastavuoroinen tuki edistävät maahanmuuton jälkeistä hyvinvointia ja jopa ehkäisevät sairastumista (Malin, 2011). Kun yksilön sosiaaliset verkostot ovat määrällisesti tai laadullisesti puutteelliset, hän kokee epämiellyttävää tunnetta, yksinäisyyttä (Perlman & Peplau, 1981, 31). Psykologisesta näkökulmasta yksinäisyys on yksilön kokema epämiellyttävä ja ahdistava tunne, jota voidaan kokea myös muiden ihmisten ympäröimänä (Peplau & Perlman, 1982). Ihmissuhteiden määrä ei yksin tue hyvinvointia ja terveyttä, vaan keskeistä suhteiden koettu laatu (Perlman & Peplau, 1981).

Muutokset saavutetuissa tai toivotuissa/odotetuissa sosiaalisissa suhteissa voivat johtaa yksinäisyyden kokemukseen (Perlman & Peplau, 1981; Peplau & Perlman, 1982). Maahanmuuttoon liittyy aina menetyksen kokemuksia. Muutoksia sosiaalisissa suhteissa aiheuttavat muun muassa fyysinen välimatka perheeseen ja ystäviin, status- ja roolim muutokset sekä erilaisuus kantaväestöstä esimerkiksi uskonnon, kansallisuuden ja etnisyyden osalta (vrt. Perlman & Peplau, 1981). Lisäksi syrjinnällä on havaittu olevan yhteys yksinäisyyden kokemukseen (vrt. Castaneda ym., 2015). Myös itsessään yksinäisyyden kokemus lisää koti-ikävää (Schubert, 2007), mikä voi vaikuttaa yksilön sopeutumiseen. Kun ikävä kotimaahan korostuu ja yksilön ajatukset pyörivät entisessä kotimaassa, hän ei välttämättä kykene suuntautumaan uuteen kotimaahansa ja lähestymään avoimesti uutta kulttuuria (vrt. Kristal-Andersson, 2001). Aiempi tutkimustieto osoittaa maahanmuuttajataustaisten yksinäisyyden kokemusten olevan joissain etnisissä ryhmissä yleisiä (Koskinen, Sainio & Rask, 2012; Pohjanpää, 2003).

4. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -HYPOTEESEIT

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää, eroavatko kotona olevat ja työssäkäyvät maahanmuuttajataustaiset naiset toisistaan psykososiaalisen hyvinvointinsa sekä mielenterveyspalveluiden käytön suhteen.

Tutkimuskysymyksemme ovat

- i. Eroavatko kotona olevat ja työssä käyvät maahanmuuttajataustaiset naiset (venäläiset, kurdit ja somalit) toisistaan koetun psykososiaalisen hyvinvoinnin suhteen?
- ii. Eroavatko kotona olevat ja työssä käyvät maahanmuuttajataustaiset naiset (venäläiset, kurdit ja somalit) toisistaan mielenterveyspalveluiden käytön suhteen?

Hypoteesimme oli, että kotona olevat maahanmuuttajataustaiset naiset kokevat psykososiaalisen hyvinvointinsa heikommaksi kuin työssä käyvät. Aiempaan tutkimustietoon perustuen olettimme, että työssä käyvillä on paremmat mahdollisuudet integroitua suomalaiseen yhteiskuntaan, luoda kontakteja muiden etnisten ryhmien edustajiin, kehittää kielitaitoaan sekä olla osallisena kodin ulkopuoliseen toimintaan. Hypoteesimme toiseen tutkimuskysymykseen oli, että edellä mainituista syistä mielenterveyspalvelut tavoittavat työelämässä olevat maahanmuuttajataustaiset naiset kotona olevia tehokkaammin. Kotona olevat eivät välttämättä ole yhtä hyvin tietoisia suomalaisen yhteiskunnan tarjoamista mielenterveyspalveluista ja niiden saatavuudesta, eivätkä palveluntarjoajat tavoita kotona olevia yhtä tehokkaasti kuin työssä käyviä.

5. AINEISTO

5.1 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena. Tutkimukseen kutsutut venäläis-, kurdi- ja somalitaustaiset henkilöt (1000 henkilöä per tutkittu ryhmä) poimittiin Väestörekisteristä tutkimuspaikkakunnittain ositettuna otantana ja ryhmittäin yksinkertaisena satunnaisotantana (Härkänen, 2012). Tutkimuspaikkakunnat olivat Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Vaasa. Tulosten tarkkuuden varmistamiseksi pienemmiltä paikkakunnilta poimittiin suhteessa suurempi määrä osallistujia. Otokseen valikoituneille henkilöille lähetettiin postitse sekä suomenkielinen että omalla äidinkielellä (venäjä, kurdinkielen sorani ja somali) kirjoitettu kutsukirje, jossa kuvattiin tutkimuksen sisältöä ja merkitystä (Castaneda, Rask, Koponen & Koskinen, 2012c). Tutkittavaa pyydettiin soittamaan tutkimusalueen koordinaattorille saadakseen tarkempaa tietoa tutkimuksesta sekä varatakseen ajan tutkimushaastatteluun sekä terveystarkastukseen.

Tutkittava pyrittiin tavoittamaan puhelimitse, mikäli hän ei ottanut kutsukirjeen saatuaan yhteyttä koordinaattoriin (Castaneda ym., 2012c). Jos tämäkään ei onnistunut, pyrittiin tutkittava tavoittamaan kotiovikäynnillä. Sekä puhelimitse että kotiovikäynnillä tutkittavalle kerrottiin tarkempaa tietoa tutkimuksesta ja pyrittiin varaamaan aika haastatteluun ja terveystarkastukseen. Jos tutkittava ei ollut kotona kotiovikäynnin aikaan, pyrittiin ensisijaisesti selvittämään tutkittavan puhelinnumero tai vastaavasti jätettiin hänelle soittopyyntö. Kotiovikäyntejä toteutettiin tarvittaessa viisi kertaa eri päivinä ja vaihtelevina kellonaikoina, ja mikäli tutkittavaa ei saatu näiden viiden kerran jälkeen tavoitettua, hänet luokiteltiin ei-tavoitetuksi. Tutkittava luokiteltiin kieltäytyneeksi, mikäli häneen oltiin saatu henkilökohtainen yhteys, mutta hän ei halunnut osallistua tutkimukseen tai hän jättäytyi tutkimuksesta pois siten, ettei häneen saatu ensimmäisen henkilökohtaisen yhteydenpidon jälkeen enää yhteyttä, tai hän peruutti tai jätti saapumatta sovittuun tutkimustapaamiseen.

Tutkimukseen kuului sekä haastattelu että terveystarkastus. Mikäli tutkittava kieltäytyi haastattelusta, hänelle tarjottiin mahdollisuutta osallistua lyhythaastatteluun, joka voitiin toteuttaa kasvotusten esimerkiksi kotiovikäynnin yhteydessä, puhelimitse, postitse tai sähköpostitse. Tutkittavien motivoimiseksi osallistujille järjestettiin mahdollisuus voittaa arvonnassa palkintoja, jotka sisälsivät esimerkiksi lahjakortteja liikunta- ja kulttuuripalveluihin. (Castaneda ym., 2012c.) Masennus- ja ahdistusoireita mittaava Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) oli osa

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) terveystarkastusta. Yksinäisyyttä ja mielenterveyspalveluiden käyttöä kartoitettiin sekä pitkässä että lyhyessä haastattelussa ja elämänlaatua vain pitkässä haastattelussa. Koska tutkittavat eivät ole osallistuneet kaikkiin tutkimuksen osiin, havaintojen lukumäärät voivat muuttujittain vaihdella.

5.2 Aineiston kuvaus

Tutkimuksessamme tarkastelemme venäläis-, kurdi- ja somalitaustaisia naisia. Venäläistaustaisuus on määritelty tutkimuksessa sen mukaan, että syntymävaltioksi on merkitty Neuvostoliitto tai Venäjä sekä äidinkieleksi suomi tai venäjä, kurditaustaisilla syntymävaltiona Irak tai Iran sekä äidinkielenä kurdi, somalitaustaisilla puolestaan syntymävaltiona Somalia (Härkänen, 2012). Tutkimusta tehdessämme venäläiset ovat toiseksi suurin ulkomaalaistaustainen (SVT, 2019a) ja suurin vieraskielinen (SVT, 2019b) ryhmä Suomessa. Somalitaustaiset kuuluvat neljän ja kurdinkieliset kuuden suurimman vieraskielisen ryhmän joukkoon (SVT, 2019b). Viime vuosina irakilaiset ovat muodostaneet suurimman turvapaikanhakijaryhmän Suomessa, mutta myös somalit ja iranilaiset ovat suurimpien hakijaryhmien joukossa (EMN, 2018). Enemmistö tutkimukseen osallistuneista kurdi- ja somalitaustaisista naisista on saapunut Suomeen turvapaikanhakijana tai pakolaisena (Castaneda, Koponen & Rask, 2012). Suuri osa venäläistaustaisista naisista on paluumuuttajia.

Tutkimukseen osallistui 434 venäläistaustaista, 279 kurditaustaisista ja 254 somalitaustaista naista, jotka olivat iältään 18–64-vuotiaita ja asuneet Suomessa vähintään yhden vuoden. Etnisten ryhmien sisällä tutkimuksen osallistujat luokiteltiin pääasiallisen toiminnan perusteella kotona oleviin ja työssä käyviin. Tämä on eritelty taulukossa 1. Suurin osa venäläistaustaisista naisista on työelämässä, kun taas kurdi- ja somalitaustaiset naiset jakautuvat tasaisemmin kotona olevien ja työssä käyvien ryhmiin.

TAULUKKO 1. Kotona olevien ja työssä käyvien osuudet etnisissä ryhmissä

	Venäläistaustaiset naiset	Kurditaustaiset naiset	Somalitaustaiset naiset
Yhteensä	434	279	254
Kotona olevat	140 (32.3 %)	129 (46.2%)	108 (57.5%)
Työssä käyvät	294 (67.7%)	150 (53.8%)	142 (42.5%)

6. TUTKIMUKSEN MENETELMÄT

6.1 Tutkimuksessa käytetyt muuttujat

Tutkimuksen selittävänä muuttujana oli pääasiallinen toiminta eli kotona olevat ja työssä käyvät. Kotona olevia ja työssä käyviä vertailtiin suhteessa toisiinsa selitettävien muuttujien mukaan. Selitettäviä muuttujia tutkimuksessa olivat masennus- ja ahdistusoireet, koettu elämänlaatu ja yksinäisyys sekä mielenterveyspalveluiden käyttö. Vertailimme myös kotona olevien ja työssä käyvien venäläis-, kurdi- ja somalitaustaisten naisten sosiodemografisia tekijöitä.

Pääasiallinen toiminta on luokiteltu kussakin etnisessä ryhmässä kahteen luokkaan: kotona oleviin ja työssä käyviin. Kotona olevien ryhmään kuuluvat henkilöt, jotka ilmoittivat pääasialliseksi toiminnakseen eläkkeellä olon, työttömyyden/lomautuksen tai omien lasten, perheenjäsenten tai oman kotitalouden hoitamisen päivisin. Työssä käyvien ryhmään luokiteltiin henkilöt, jotka ilmoittivat olevansa joko kokopäivätyössä, osa-aikatyössä tai opiskelijoita. Tässä tutkimuksessa opiskelu siis rinnastettiin työn kaltaiseen kodin ulkopuoliseen toimintaan. Rajauksen yhteydessä otoksen ulkopuolelle jäivät miehet sekä henkilöt, jotka vastasivat pääasialliseksi toiminnakseen ”muu”. Analyyseissä selvitimme, onko kotona olemisella tai työssä käynnillä yhteyttä tutkittavien kokemuksiin masennus- ja ahdistusoireisiin, elämänlaatuun, yksinäisyyteen ja mielenterveyspalveluiden käyttöön.

Psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujista muodostettiin dikotomisissa muuttujissa. Tässä tutkimuksessa masennus- ja ahdistusoireita mitattiin Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) -oirekyselyllä, joka sisältää 15 masennusoiretta ja kymmenen ahdistusoiretta (ks. liite). HSCL-25 on arvioitu validiksi oiremittariksi useissa eri kulttuureissa (Hollifield ym., 2002; Syed, Zachrisson, Dalgard, Dalen & Ahlberg, 2008). Tutkittavalle esitetään luettelo ongelmista ja vaivoista, joita ihmisillä esiintyy ajoittain (silloin tällöin). Vastaaja arvioi, onko jokin oireista vaikuttanut häntä viimeksi kuluneen seitsemän päivän aikana. Vastausvaihtoehdot annetaan neliportaisella Likert-asteikolla: 1) ei lainkaan, 2) jonkin verran, 3) melko paljon ja 4) erittäin paljon. HSCL-25-kyselylomakkeen vastaukset pisteytettiin siten, että kaikkien 25:n kysymyksen pistemäärä laskettiin yhteen asteikon 1–4 mukaisesti. Summapistemäärä luokiteltiin kahdeksi siten, että merkittävien masennus- ja ahdistusoireiden katkaisupistemääräksi asetettiin yli 1.75 (ks. Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist & Nordström, 1993). Elämänlaatua tarkasteltiin kysymyksellä ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?”. Vastausvaihtoehdoiksi esitettiin 1) erittäin hyvä, 2) hyvä, 3) ei hyvä eikä huono, 4) huono, 5) erittäin huono. Koettu elämänlaatu luokiteltiin huonoksi silloin, kun tutkittava arvioi elämänlaatunsa ei hyväksi eikä huonoksi,

huonoksi tai erittäin huonoksi. Yksinäisyyden kokemusta kartoitettiin kysymyksellä ”Tunneteko itsenne yksinäiseksi?”. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en koskaan, 2) hyvin harvoin, 3) joskus, 4) melko usein ja 5) jatkuvasti. Tutkittavan luokiteltiin kokevan yksinäisyyttä, kun hän raportoi tuntevansa itsensä vähintään joskus yksinäiseksi.

Mielenterveyspalveluiden käytön osalta tutkittavat vastasivat ”kyllä” tai ”ei” kysymykseen ”Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt mielenterveydellisten ongelmien takia terveyspalveluja Suomessa?”. Kysymystä edelsi kuvaus, jossa tutkittaville kerrottiin, mitä mielenterveydellisillä ongelmilla tarkoitetaan (Castaneda ym., 2012a, 158). Jos tutkittava vastasi kysymykseen ”kyllä”, hänet luokiteltiin olevan mielenterveyspalveluiden piirissä. Lisäksi vertailimme kotona olevia ja työssä käyviä siinä, ovatko merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokevat mielenterveyspalveluiden piirissä. Tällä halusimme selvittää, eroavatko kotona olevat ja työssä käyvät naiset toisistaan tyydyttymättömän mielenterveyspalvelun tarpeen osalta.

Tässä tutkimuksessa tutkittavien sosiodemografiset tekijät luokiteltiin seuraavasti. Koulutuksen osalta tutkittavat jaettiin korkeintaan peruskoulun käyneisiin sekä peruskoulun jälkeisiä opintoja suorittaneisiin. Siviilisäädystä muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja siten, että naimissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa sekä avoliitossa olevat kategorisoitiin parisuhteessa oleviksi ja eronneet, asumuserossa olevat, lesket ja naimattomat ei-parisuhteessa oleviksi. Maassaoloaika muodostettiin kolmeluokkaiseksi muuttujaksi. Ryhmät muodostuivat alle viisi tai viisi vuotta, 6–14 vuotta sekä 15 tai yli 15 vuotta Suomessa asuneista henkilöistä. Maassaoloaika oli määritelty haastatteluvuoden ja Suomeen saapumisvuoden erotuksena. Maahanmuuttoikää tarkasteltiin kaksiluokkaisena muuttujana: alaikäisenä maahan muuttaneiden ja täysi-ikäisenä muuttaneiden ryhminä. Alaikäisiin katsottiin kuuluvan alle 18-vuotiaat ja täysi-ikäisiin 18 vuotta täyttäneet. Lopuksi tarkastelimme, oliko tutkittavan taloudessa alaikäisiä, eli alle 18-vuotiaita, henkilöitä. Kotitaloudessa asuvia alaikäisiä henkilöitä kartoitettiin ainoastaan pitkässä haastattelussa.

6.2 Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen otannassa ja kadossa käytettiin painokertoimia, jotka on laskettu IPW-menetelmällä. Painokertoimissa huomioitiin ikäluokka, sukupuoli, etninen ryhmä, tutkimuspaikkakunta ja siviilisääty. (Härkänen, 2012, 18.) Terveystarkastuksen painokerrointa käytettiin analyyseissä silloin, kun masennus- ja ahdistusoireiden arviointiin käytetyn HSCL-25-lomakkeen

vastaukset olivat mukana. Pitkän haastattelun painokerrointa hyödynnettiin puolestaan silloin, kun selvitettiin, oliko tutkittavan taloudessa alaikäisiä. Muissa analyyseissä käytettiin lyhyt-haastattelun painokerrointa. Ryhmien välisen vertailukelpoisuuden parantamiseksi taustamuuttujista ikä vakioitiin kaikissa analyyseissä.

Tilastollisissa analyyseissä käytettiin SAS 9.3 (SAS Institute Inc) ja Sudaan 11.0.3 -ohjelmistoja (Research Triangle Institute). Analyysit toteutettiin logistisella regressioanalyysillä. Varsinaisten tilastollisten analyysien lisäksi analyysit suoritettiin otoksella, johon opiskelijoita ei sisällytetty. Ikävakioidut ryhmien väliset erot (kotona tai työssä) testattiin mallilla, jossa selittäjinä olivat ikä ja etninen ryhmä. Mallivakioidut yleisyydet laskettiin käyttämällä mallivakioituja osuuksia (predictive margins). Logistisen regressioanalyysin tulokset on esitetty tässä tutkimuksessa ristitulosuhteina (odds ratio, OR) sekä niiden 95 prosentin luottamusväleinä. Kokonaistestit perustuivat F-testiin, ja tilastollisesti merkitseväksi tulokseksi määriteltiin p-arvo alle 0.05.

7. TULOKSET

7.1 Sosiodemografiset tekijät

Venäläis-, kurdi ja somalitaustaisten naisten sosiodemografiset tekijät on esitetty taulukossa 2. Venäläistaustaisten naisten ikä, maassaoloaika, maahanmuuttoikä sekä se, onko taloudessa alaikäisiä lapsia, erosivat kotona olevien ja työssä käyvien välillä tilastollisesti merkitsevästi. Eroa ei havaittu kun tarkasteltiin koulutusta ja siviilisäätyä. Työssä käyvät venäläistaustaiset naiset olivat iältään nuorempia kuin kotona olevat. Kotona olevista yli puolet oli asunut Suomessa 6–14 vuotta ja kolmasosa 15 vuotta tai kauemmin. Työssä käyvissä osuus oli suurempi 15 vuotta tai kauemmin sekä viisi vuotta tai alle Suomessa asuneiden ryhmissä. Kotona olevien ryhmässä täysi-ikäisenä maahan tulleiden osuus oli suurempi kuin työssä käyvien ryhmässä. Kotona olevilla venäläistaustaisilla naisilla oli työssä käyviä todennäköisemmin taloudessaan alaikäisiä lapsia. Kun opiskelijoiden vastauksia ei huomioitu, tilastollisesti merkitsevää eroa ei havaittu iässä, maassaoloajassa ja maahanmuuttoikässä.

Kurditaustaisten naisten ikä, siviilisääty, maahanmuuttoikä sekä se, onko taloudessa alaikäisiä lapsia, erosivat kotona olevien ja työssä käyvien välillä tilastollisesti merkitsevästi. Eroa ei havaittu kun tarkasteltiin koulutusta ja maassaoloaikaa. Työssä käyvät kurditaustaiset naiset olivat iältään nuorempia kuin kotona olevat. Kotona olevista selkeästi useampi oli parisuhteessa kuin työssä käyvistä. Kotona olevista useampi kuin työssä käyvistä oli saapunut Suomeen täysi-ikäisenä. Kotona olevilla oli työssä käyviä useammin taloudessa alaikäisiä. Kun opiskelijoiden vastauksia ei huomioitu, tilastollisesti merkitsevää eroa ei havaittu iässä, siviilisäädyssä ja maahanmuuttoikässä. Maassaoloajassa havaittiin puolestaan tilastollisesti merkitsevä ero.

Somalitaustaisten naisten ikä, koulutus, siviilisääty, maahanmuuttoikä ja se, onko taloudessa alaikäisiä lapsia, erosivat kotona olevien ja työssä käyvien välillä tilastollisesti merkitsevästi. Eroa ei havaittu kun tarkasteltiin maassaoloaikaa. Työssä käyvät somalitaustaiset naiset olivat iältään kotona olevia nuorempia. Useampi kotona olevista kuin työssä käyvistä oli käynyt korkeintaan peruskoulutason opintoja. Kotona olevista suurempi osa oli parisuhteessa. Kotona olevista selkeä enemmistö oli saapunut Suomeen aikuisina, työssä käyvien ryhmässä lapsena ja aikuisena maahan saapuneiden osuus oli lähes tasan. Kotona olevien taloudessa oli todennäköisemmin lapsia, kun taas työssä käyvien ryhmässä enemmistöllä ei ole lapsia taloudessaan. Kun opiskelijoiden vastauksia ei huomioitu, tilastollisesti merkitsevää eroa ei havaittu iässä tai maahanmuuttoikässä.

TAULUKKO 2. Kotona olevien ja työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten sociodemografiset tekijät logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna ¹

	Venäjätaustaiset naiset				Kurditaustaiset naiset				Somaliaustaiset naiset			
	Kotona	Työssä	OR 95 % CI	p-arvo	Kotona	Työssä	OR 95 % CI	p-arvo	Kotona	Työssä	OR 95 % CI	p-arvo
Ikä (n)	140	294			129	150			146	108		
18–29-vuotta	16.2 %	27.8 %	0.49 (0.27 - 0.88)		25.0 %	38.4 %	0.53 (0.29 - 0.95)		29.0 %	56.4 %	0.29 (0.14 - 0.59)	
30–44-vuotta	36.2 %	32.3 %	0.95 (0.58 - 1.54)	.047	49.6 %	41.0 %	0.98 (0.57 - 1.68)	.033	46.5 %	30.1 %	0.85 (0.41 - 1.79)	< .001
45–64-vuotta	47.5 %	39.9 %	1.00		25.4 %	20.5 %	1.00		24.5 %	13.5 %	1.00	
Koulutus (n)	136	288			126	148			143	104		
korkeintaan peruskoulu	19.3 %	18.8 %	1.04 (0.60 - 1.80)	.902	58.9 %	56.3 %	1.11 (0.72 - 1.73)	.628	89.2 %	74.5 %	2.83 (1.35 - 5.92)	.006
peruskoulun jälkeiset opinnot	80.7 %	81.2 %	1.00		41.1 %	43.7 %	1.00		10.8 %	25.5 %	1.00	
Sivlisiäyty (n)	140	294			129	150			144	107		
ei-parisuhteessa	45.2 %	38.3 %	1.33 (0.85 - 2.06)	.210	19.0 %	37.1 %	0.40 (0.24 - 0.66)	< .001	24.2 %	46.3 %	0.37 (0.21 - 0.66)	.001
parisuhteessa	54.8 %	61.7 %	1.00		81.0 %	62.9 %	1.00		75.8 %	53.7 %	1.00	
Maassaoloaika (n)	140	294			128	150			145	108		
≤ 5 vuotta	15.0 %	20.5 %	0.93 (0.49 - 1.74)		21.0 %	12.0 %	2.15 (1.10 - 4.19)		18.0 %	24.1 %	0.65 (0.33 - 1.29)	
6–14 vuotta	51.0 %	37.1 %	1.72 (1.06 - 2.79)	.037	53.0 %	56.7 %	1.13 (0.69 - 1.85)	.067	41.0 %	39.8 %	0.90 (0.49 - 1.67)	.481
≥ 15 vuotta	33.9 %	42.4 %	1.00		26.0 %	31.3 %	1.00		41.0 %	36.1 %	1.00	
Maahanmuuttoikä (n)	140	294			129	150			146	108		
alaikäiset	11.4 %	22.8 %	1.00		12.1 %	34.2 %	1.00		26.1 %	50.7 %	1.00	
täysi-ikäiset	88.6 %	77.2 %	2.28 (1.22 - 4.29)	.010	87.9 %	65.8 %	3.77 (2.11 - 6.71)	< .001	73.9 %	49.3 %	2.91 (1.65 - 5.16)	< .001
Alaikäisiä taloudessa (n)	114	224			102	123			102	81		
kyllä	45.7 %	30.8 %	1.00		57.5 %	42.2 %	1.00		65.0 %	38.8 %	1.00	
ei	54.3 %	69.2 %	0.53 (0.32 - 0.87)	.013	42.5 %	57.8 %	0.54 (0.33 - 0.88)	.014	35.0 %	61.2 %	0.34 (0.18 - 0.65)	.001

¹ Prosenttituodot ja regressiomallin tulokset ikävakioituja

OR = Odds Ratio, ristitulo-suhte

95 % CI = Confidence Interval, luottamusväli

Ihävöity teksti = tilastollisesti merkitsevä

7.2 Psykososiaalinen hyvinvointi

Tulokset kotona olevien ja työssä käyvien venäläistaustaisten naisten psykososiaalisesta hyvinvoinnista on esitetty taulukossa 3. Kotona olevien ja työssä käyvien venäläistaustaisten naisten masennus- ja ahdistusoireilu ei eronnut toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Kotona olevista 29 prosenttia ja työssä käyvistä 21 prosenttia oli kokenut viimeksi kuluneen seitsemän päivän aikana merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita. Tilastollisesti merkitsevä ero havaittiin elämänlaadun osalta: kotona olevista peräti neljännes koki elämänlaatunsa huonoksi siinä missä työssä käyvistä vain 11 prosenttia. Kotona olevien ja työssä käyvien naisten välillä ei havaittu eroa yksinäisyyden kokemusten osalta. Kummassakin ryhmässä yksinäisyyttä koki reilu kolmasosa naisista.

TAULUKKO 3. Kotona olevien ja työssä käyvien venäläistaustaisten naisten psykososiaalista hyvinvointia ennustavat tekijät logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna ¹

Muuttujat	Kotona	Työssä	OR 95 % CI	p-arvo
Masennus- ja ahdistusoirekyselyyn (HSCL-25) vastanneet	n = 98	n = 195		
Kokee merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita (HSCL-25 summapistemäärä yli 1.75)	29.2 %	21.1 %	1.57 (0.87 - 2.83)	.133
Elämänlaatu (Millaiseksi koette elämänlaatunne?)	n = 124	n = 223		
Kokee elämänlaatunsa huonoksi (arvioitu elämänlaatu enintään ei hyvä eikä huono)	24.9 %	11.2 %	2.67 (1.41 - 5.06)	.003
Yksinäisyys (Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?)	n = 140	n = 293		
Tuntee yksinäisyyttä (vähintään joskus)	35.0 %	34.7 %	1.02 (0.64 - 1.61)	.994

¹ Prosenttiosuudet ja regressiomallin tulokset ikävakioituja

n = muuttujakohtaiset kokonaisfrekvenssit

OR = Odds Ratio, ristitulosuhde

95 % CI = Confidence Interval, luottamusväli

lihavoitu teksti = tilastollisesti merkitsevä

Kotona olevat kurditaustaiset naiset olivat ryhmänä huonovointisempi kuin työssä käyvät kaikilla psykososiaalisen hyvinvoinnin osa-alueilla: tulokset on esitetty taulukossa 4. Kotona olevista yli puolet (56 %) ja työssä käyvistä 41 prosenttia oli kokenut viimeksi kuluneen seitsemän päivän aikana merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita. Kolmasosa kotona olevista ja 14 prosenttia työssä käyvistä kurditaustaisista naisista arvioi elämänlaatunsa huonoksi. Kotona olevista 67 prosenttia ja työssä käyvistä 52 prosenttia koki yksinäisyyttä.

TAULUKKO 4. Kotona olevien ja työssä käyvien kurditaustaisten naisten psykososiaalista hyvinvointia ennustavat tekijät logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna ¹

Muuttujat	Kotona	Työssä	OR 95 % CI	p-arvo
Masennus- ja ahdistusoirekyselyyn (HSCL-25) vastanneet Kokee merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita (HSCL-25 summapistemäärä yli 1.75)	n = 105 55.9 %	n = 125 41.4 %	1.82 (1.11 - 2.97)	.017
Elämänlaatu (Millaiseksi koette elämänlaatunne?) Kokee elämänlaatunsa huonoksi (arvioitu elämänlaatu enintään ei hyvä eikä huono)	n = 102 33.1 %	n = 123 14.1 %	3.21 (1.75 - 5.89)	<.001
Yksinäisyys (Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?) Tuntee yksinäisyyttä (vähintään joskus)	n = 129 66.9 %	n = 150 51.8 %	1.95 (1.24 - 3.06)	.004

¹ Prosenttiosuudet ja regressiomallin tulokset ikävakioituja

n = muuttujakohtaiset kokonaisfrekvenssit

OR = Odds Ratio, ristitulosuhde

95 % CI = Confidence Interval, luottamusväli

lihavoitu teksti = tilastollisesti merkitsevä

Somalitaustaisten naisten tulokset esitetään taulukossa 5. Kotona olevista seitsemän prosenttia ja työssä käyvistä 15 prosenttia oli kokenut viimeksi kuluneen seitsemän päivän aikana merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita, ja ryhmien välinen ero lähestyi tilastollista merkitsevyyttä. Työssä käyvät somalitaustaiset naiset kokivat enemmän yksinäisyyttä kuin kotona olevat: kymmenen prosenttia kotona olevista ja 20 prosenttia työssä käyvistä koki yksinäisyyttä. Kun opiskelijoiden vastauksia ei huomioitu analyyseissä, tilastollisesti merkitsevää eroa yksinäisyyden kokemuksessa ei havaittu. Elämänlaatua koskevia analyysejä ei voitu toteuttaa somalitaustaisten naisten ryhmässä, sillä niin harva sekä kotona olevista että työssä käyvistä koki elämänlaatunsa huonoksi.

TAULUKKO 5. Kotona olevien ja työssä käyvien somalitaustaisten naisten psykososiaalista hyvinvointia ennustavat tekijät logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna ¹

Muuttujat	Kotona	Työssä	OR 95 % CI	p-arvo
Masennus- ja ahdistusoirekyselyyn (HSCL-25) vastanneet Kokee merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita (HSCL-25 summapistemäärä yli 1.75)	n = 114 7.2 %	n = 88 15.1 %	0.43 (0.17 - 1.08)	.072
Yksinäisyys (Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?) Tuntee yksinäisyyttä (vähintään joskus)	n = 143 10.0 %	n = 104 19.7 %	0.45 (0.22 - 0.90)	.025

¹ Prosenttiosuudet ja regressiomallin tulokset ikävakioituja

n = muuttujakohtaiset kokonaisfrekvenssit

OR = Odds Ratio, ristitulosuhde

95 % CI = Confidence Interval, luottamusväli

lihavoitu teksti = tilastollisesti merkitsevä

7.3 Mielenterveyspalveluiden käyttö

Venäläistaustaisten naisten mielenterveyspalveluiden käyttöä koskevat tulokset esitetään taulukossa 6. Kotona olevien ja työssä käyvien naisten ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Molemmista tarkasteltavissa ryhmissä alle kymmenen prosenttia venäläistaustaisista naisista oli käyttänyt viimeksi kuluneen vuoden aikana mielenterveydellisten ongelmien takia terveyspalveluita Suomessa. Tutkittaessa merkittävistä masennus- ja ahdistusoireista kärsivien mielenterveyspalveluiden käyttöä, venäläistaustaiset naiset poissuljettiin analyyseistä. Heidän osaltaan tilastollinen ryhmien välinen vertailu ei ollut ilmiön harvinaisuuden vuoksi mahdollista, sillä kotona olevia, merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokevia sekä mielenterveyspalveluita käyttäneitä oli tilastollisen analyysin kannalta liian vähän.

TAULUKKO 6. Kotona olevien ja työssä käyvien venäläistaustaisten naisten mielenterveyspalveluiden käyttö logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna ¹

Muuttajat	Kotona	Työssä	OR 95 % CI	p-arvo
Terveyspalveluiden käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia viim. 12 kk aikana (kyllä ja ei vastanneet yhteensä)	n = 139	n = 294		
Käyttänyt palveluita viim. 12 kk aikana	9.0 %	6.2 %	1.50 (0.70 - 3.23)	.299

¹ Prosenttiosuudet ja regressiomallin tulokset ikävakioituja

n = muuttujakohtaiset kokonaisfrekvenssit

OR = Odds Ratio, riskitulosuhde

95 % CI = Confidence Interval, luottamusväli

Kurditaustaisten naisten tulokset mielenterveyspalveluiden käytöstä esitetään taulukossa 7. Suurempi osa kotona olevista kuin työssä käyvistä oli käyttänyt terveyspalveluita mielenterveydellisten ongelmien takia viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kotona olevista palveluita oli käyttänyt 24 prosenttia, mikä on kaksi kertaa enemmän kuin työssä käyvien ryhmässä. Ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero myös silloin, kun kurditaustaiset naiset raportoivat kokeneensa merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita. Kotona olevista, merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokevista kurditaustaisista naisista 42 prosenttia oli käyttänyt mielenterveyspalveluita. Työssä käyvien vastaava osuus on noin puolet vähemmän.

TAULUKKO 7. Kotona olevien ja työssä käyvien kurditaustaisten naisten mielenterveyspalveluiden käyttö logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna ¹

Muuttajat	Kotona	Töissä	OR 95 % CI	p-arvo
Terveyspalveluiden käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia viim. 12 kk aikana (kyllä ja ei vastanneet yhteensä)	n = 129	n = 150		
Käyttänyt palveluita viim. 12 kk aikana	24.1 %	12.4 %	2.24 (1.28 - 3.91)	.005
Merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokevat (HSCL-25 summapistemäärä yli 1.75)	n = 61	n = 52		
..., joista terveyspalveluita viim. 12 kk aikana käyttäneitä	42.3 %	20.4 %	2.89 (1.34 - 6.23)	.007

¹ Prosenttiosuudet ja regressiomallin tulokset ikävakioituja

n = muuttujakohtaiset kokonaisfrekvenssit

OR = Odds Ratio, riskitulosuhde

95 % CI = Confidence Interval, luottamusväli

lihavoitu teksti = tilastollisesti merkitsevä

Sekä kotona olevat että työssä käyvät somalitaustaiset naiset käyttivät niin harvoin terveyspalveluita mielenterveydellisten ongelmien takia, ettei ryhmien välinen vertailu ollut mahdollista.

8. POHDINTA

Venäläistaustaisista kotona olevista useampi kokee elämänlaatunsa huonoksi

Tutkimustuloksemme osoittivat, että venäläistaustaisista naisista kotona olevissa oli enemmän elämänlaatunsa huonoksi kokevia kuin työssä käyvissä. Kun saatuja tuloksia verrataan aiempaan tutkimustietoon venäläistaustaisten naisten elämänlaadusta, työssä käyvien tulokset ovat samansuuntaisia, mutta kotona olevien koettu elämänlaatu näyttäyty huomattavasti huonompana (Castaneda & Kauppinen, 2015; Rask ym., 2012). Venäläistaustaisten naisten korkea palkkatyön arvostus sekä syrjintäkokemukset voivat vaikuttaa siihen, että kotona olevista useampi kuin työssä käyvistä kokee elämänlaatunsa huonoksi.

Tyytymättömyys asemaan työelämän ulkopuolella saattaa vaikuttaa heikentävästi kotona olevien venäläistaustaisten naisten elämänlaatuun. Individualistinen käsitys yksilöllisten päämäärien tavoittelusta heijastuu venäläistaustaisten naisten työlle antamiin merkityksiin. Säävälän (2007) haastattelemat venäläisnaiset näkevät naisen paikan olevan kodin sijaan työelämässä. Palkkatyötä pidetään tärkeänä integroitumisen väylänä, kun taas kotona olemisen katsotaan eristävän yhteiskunnasta ja heikentävän psyykkistä hyvinvointia. Vaikka venäläistaustaiset naiset olisivat kotimaassaan kouluttautuneet pitkälle ja työskennelleet korkeissa asemissa, Suomesta koulutusta vastaavaa työtä voi kuitenkin olla vaikea löytää. Tämä on voinut johtaa sosioekonomisen aseman laskuun, mikä voi puolestaan heikentää koettua hyvinvointia (Malin & Anis, 2013). Sosioekonomisilla haasteilla on lisäksi todettu olevan yhteys huonoon elämänlaatuun (Laban ym., 2008).

Kotona olevat venäläistaustaiset naiset saattavat kokea enemmän syrjintää kuin työssä käyvät, mikä voi vaikuttaa heikentävästi heidän koettuun elämänlaatuunsa. Aiemmat tutkimustulokset samasta aineistosta osoittavat yhteyden elämänlaadun ja syrjintäkokemusten välillä (Castaneda ym., 2015). Aiempi tutkimustieto osoittaa, että työssä käyvät ulkomaalaistaustaiset kokevat työpaikallaan tasa-arvoista kohtelua (Väänänen ym., 2015). Sen sijaan kotona oleviin venäläistaustaisiin naisiin saattaa kohdistua paheksuntaa siksi, että he eivät ole suomalaisen yhteiskunnan normien mukaisesti työelämässä. Voi myös olla, että työssä käyvillä venäläistaustaisilla naisilla on paremmat mahdollisuudet luoda suhteita kantaväestöön, mikä voi suojata heitä syrjinnän vaikutuksilta (vrt. Jasinskaja-Lahti ym., 2006).

Venäläistaustaiset naiset saattavat olla tilanteessa, jossa he olisivat motivoituneita tekemään

työtä mutta työllistyminen Suomessa on vaikeaa. Tällöin yksilölliset preferenssit ja yhteiskunnassa vallitsevat asenteet ovat ristiriidassa keskenään, mikä voi aiheuttaa kotona oleville psyykkistä stressiä (vrt. Berry, 1997). Jos kotona oleva venäläistaustainen nainen on ollut ennen maahanmuuttoa työelämässä, sosioekonomisen aseman lasku voi ilmentyä menneisyyden ja nykyisyyden välisenä ristiriitana. Tällöin hän joutuu arvioimaan uudelleen työlle antamia arvoja ja merkityksenantoja sekä näiden suhdetta yksilölliseen identiteettiinsä (vrt. Kristal-Andersson, 2001).

Kotona olevat kurditaustaiset naiset työssä käyviä huonovointisempia

Tuloksemme osoittivat, että kotona olevat kurditaustaiset naiset olivat työssä käyviä huonovointisempia kaikilla tarkastelluilla psykososiaalisen hyvinvoinnin osa-alueilla. Kotona olemisen ja psykososiaalisen huonovointisuuden välinen yhteys voi olla kaksisuuntainen. Kotona olevat kurditaustaiset naiset voivat haluta osallistua työelämään, mutta mielenterveysoireilu heikentää heidän toimintakykyään, mikä selittää kotiin jäämistä työhön hakeutumisen tai pääsyn sijaan. Toisaalta mielekkään kodin ulkopuolisen toiminnan puuttuminen voi myös heikentää mielenterveyttä. Kotona olevien ja työssä käyvien kurditaustaisten naisten välisiä eroja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa voivat selittää työssä käyvien paremmat mahdollisuudet rakentaa sosiaalisia verkostoja sekä integroitua uuteen maahan.

Aiempi tutkimustieto samasta aineistosta osoittaa, että lähes puolet kurditaustaisista naisista kokee merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita, ja noin neljäsosa arvioi elämänlaatunsa huonoksi (Castaneda ym., 2012b; Rask ym., 2012). Kun aiempaa tietoa verrataan tutkimuksemme tuloksiin, kotona olevat näyttäytyivät huonovointisempina ja työssä käyvät parempivointisempina kuin kurditaustaiset naiset yleensä. Aiempi kurdeja koskeva tutkimustieto osoittaa myös, että työttömillä on erityinen riski mielenterveysoireiluun (Mofidi, Ghazinour, Araste, Jacobson & Richter, 2008; Rask ym., 2016; Taloyan ym., 2008). Lisäksi kotona olevat naiset, työttömät ja yrittäjät kokevat elämänlaatunsa erityisen huonoksi (Mofidi ym., 2008).

Kotona olevat kurditaustaiset naiset saattavat kokea sosiaalisten verkostojen uudelleen rakentamisen haastavammaksi kuin työssä käyvät. Työssä käyvät pääsevät osaksi työelämän sosiaalisia suhteita, kun taas kotona olevilla naisilla ei välttämättä ole tarjolla työyhteisön kaltaista ympäristöä, joka mahdollistaisi uusien verkostojen rakentamisen. Työyhteisö voi parhaimmillaan jopa korvata maahanmuuton seurauksena menetettyjä suhteita ja omaa puuttuvaa etnistä

yhteisöä. Kotona olevien yleisemmät yksinäisyyden kokemukset voivat kuvata heidän puutteellista sopeutumistaan lähiyhteisöön (vrt. Koskinen ym., 2012). Kodin ulkopuoliset sosiaaliset suhteet luovat yhteisöllisyyden tunnetta perheyhteisön lisäksi. Sosiaalinen aktiivisuus, sosiaaliset suhteet ja tunne yhteiskuntaan osallisuudesta helpottavat uuteen maahan sopeutumista. (Pehkonen, 2006.) Suhteet kantaväestöön ovat merkityksellisiä myös maahanmuuttajataustaisten hyvinvoinnin kannalta (Jasinskaja-lahti ym., 2006). Maahanmuuton seurauksena sosiaaliset verkostot kaventuvat, mikä altistaa yksinäisyyden kokemukselle (vrt. Perlman & Peplau, 1981). Kurdikulttuuri perustuu kollektivismiin ja voimakkaaseen sosiaaliseen koheesioon (Taloyan ym., 2008), minkä vuoksi sosiaalisten verkostojen jälleenrakentaminen saattaakin olla erityisen tärkeä kurditaustaisten naisten hyvinvointia tukeva tekijä. Suomessa kurditaustaisten välistä yhteydenpitoa ja etniseltä ryhmältä saatavaa tukea ei välttämättä ole tarjolla (vrt. Koskinen ym., 2012), minkä vuoksi suhteet muihin etnisiin ryhmiin korostuvat entisestään.

Sen lisäksi, että ryhmien välisiä eroja voidaan selittää työn tarjoamilla sosiaalisilla yhteyksillä, työympäristö voi tarjota kurditaustaisille naisille paikan kohdata suomalainen kulttuuri ja tehdä integraatiota vanhan ja uuden välillä (vrt. Kristal-Andersson, 2001). Työ tarjoaa kurditaustaisille naisille reitin, jonka kautta oman alkuperäiskulttuurin ja uuden maan kulttuurin yhteensovittaminen on mahdollista. Kotona olevien uuteen kulttuuriin sopeutuminen saattaa olla työssä käyviä haastavampaa, jos heiltä puuttuu vastaava ympäristö, jossa rakentaa kulttuurien välistä integraatiota. Mielenterveysoireilu voi heikentää entisestään yksilön kykyä suuntautua kohti uutta kulttuuria ja rakentaa sosiaalisia verkostoja. Tästä voi seurata ulkopuolisuuden kokemuksia, mikä taas lisää yksinäisyyden tunnetta. Yksinäisyyden kokemukset voivat entisestään heikentää elämänlaatua sekä altistaa masennus- ja ahdistusoireilulle. Näin syntyy negatiivinen kehä, joka heikentää kotona olevan kykyä sopeutua uuteen maahan.

Työssä käyvät somalitaustaiset naiset kokevat enemmän yksinäisyyttä

Päinvastoin kuin kurdiryhmässä, somalitaustaiset naiset kokivat työssä käyvien ryhmässä enemmän yksinäisyyttä kuin kotona olevat. Aiempi tutkimustieto samasta aineistosta osoittaa, että seitsemän prosenttia somalitaustaisista naisista kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti (Koskinen ym., 2012). Osuus on pienempi kuin tässä tutkimuksessa, mihin erilainen luokitteluasteikko vaikuttaa. Tuloksiamme siitä, että työssä käyvät kokevat kotona olevia enemmän yksinäisyyttä, voidaan selittää julkisilla elämänalueilla koetulla syrjinnällä sekä haasteilla sopeutua kulttuurien väliseen tilaan.

Työssä koettu syrjintä voi vaikuttaa siihen, että työssä käyvät somalitaustaiset naiset kokevat enemmän yksinäisyyttä kuin kotona olevat: aiempi tutkimustieto osoittaa, että suuri osa somalitaustaisista on kokenut syrjintää työpaikalla (Jasinskaja-Lahti ym., 2002). Lisäksi kotona olevat voivat saavuttaa omaa alkuperäiskulttuuriaan edustavat etniset verkostot paremmin kuin työssä käyvät, jotka viettävät enemmän aikaa julkisilla elämänalueilla vähemmistöryhmän asemassa. Somalit ovat yksi suurimmista vieraskielisistä ryhmistä Suomessa (SVT, 2019b), joten somalikulttuurille ominaisen yhteisöllisyyden voidaan olettaa näyttäytyvän Suomessa vahvana. Laajalla yhteisöllä voi olla syrjinnältä suojaava vaikutus (Mannila ym., 2012), ja etniset verkostot voivat suojata maahanmuuttajataustaisten psyykkistä hyvinvointia (Jasinskaja-Lahti ym., 2006; Lehti & Halla, 2017). Säännölliset ja merkityksellisiksi koetut yhteydet omaan etniseen ryhmään saattavat vähentää yksinäisyyden tunnetta, kun syrjintäkokemusten todennäköisyys puolestaan kasvaa oman etnisen ryhmän ulkopuolella (Castaneda ym., 2015).

Ryhmien välisiä eroja voivat selittää myös sopeutumisvaikeudet kahden kulttuuriin väliseen tilaan. Somalitaustaisten naisten rooli liitetään usein äitiyteen ja kodin kontekstiin (Tiilikainen, 2003). Julkisemmilla elämänalueilla aktiivisesti toimivat somalitaustaiset naiset saattavat kokea kotona olevia todennäköisemmin vierauden tunnetta. Työpaikat ja oppilaitokset voivat toimia ympäristöinä, joissa maahanmuuttajataustaisen kotiympäristön käytänteet ja suomalaisen kulttuurin ominaispiirteet kohtaavat (vrt. Väänänen ym., 2015). Opiskelu- ja työpaikka voikin näyttäytyä somalitaustaisten naisten elämässä kollektivistisen ja individualistisen kulttuurin törmäyspisteinä. Kahden kulttuurin ristipaineessa eläminen voi synnyttää irrallisuuden tunnetta, ja siten aiheuttaa yksinäisyyden kokemuksia. Kotona olevat eivät välttämättä joudu samalla tavalla kohtaamaan uutta kulttuuria, sillä elämänpiiri voi rajoittua työssä käyviä enemmän omaan etniseen ja kulttuuriseen ympäristöön.

Maahanmuuttajataustaisten hyvinvoinnista keskusteltaessa työllistyminen tuodaan usein esille erityisenä sopeutumista ja hyvinvointia tukevana tekijänä, minkä seurauksena kotona olevien ajatellaan usein olevan työssä käyviä haavoittuvammassa asemassa. Tutkimustuloksemme somalitaustaisista naisista haastavat tätä näkökulmaa esittäen, että yksilön hyvinvointia heikentävä yksinäisyyden kokemus voi olla tietyissä maahanmuuttajataustaisten ryhmissä yleisempää työhön ja työnkaltaiseen toimintaan osallistuvilla kuin kotona olevilla. Somalitaustaisten ryhmässä enemmistö työssä käyvistä oli opiskelijoita. Kun opiskelijoita ei sisällytetty otokseen, kotona olevien ja työssä käyvien välillä ei havaittu eroa. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää, kokevatko erityisesti somalitaustaiset opiskelijat yksinäisyyttä.

Kotona olevat kurditaustaiset naiset paremmin mielenterveyspalveluiden piirissä

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu) osoittaa, että kurditaustaiset naiset käyttävät mielenterveyspalveluita koko väestöä enemmän (Castaneda ym., 2012a). Tulos poikkeaa muista etnisistä ryhmistä, joissa palveluita käytetään keskimäärin koko väestöä vähemmän (ks. Castaneda ym., 2012a; Koponen ym., 2015). Tässä tutkimuksessa halusimme selvittää, esiintyykö kotona olevien ja työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten mielenterveyspalveluiden käytössä eroavaisuuksia. Lisäksi tutkimme, esiintyykö ryhmien välillä eroa silloin, kun maahanmuuttajataustaiset naiset kokevat merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita. Hypotesimme siitä, että työssä käyvät löytävät tiensä palveluiden piiriin kotona olevia paremmin, ei näyttänyt tulostemme perusteella pitävän paikkaansa. Kotona olevista kurditaustaisista naisista terveyspalveluita mielenterveydellisten ongelmien takia oli viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttänyt 24 prosenttia vastaajista, kun taas työssä käyvien ryhmässä vastaava luku oli puolet pienempi. Lisäksi kotona olevista masennus- ja ahdistusoireita kärsivistä kurditaustaisista naisista 42 prosenttia oli käyttänyt mielenterveyspalveluita. Vastaava osuus työssä käyvistä oireita kokevista oli jälleen puolet vähemmän.

Työssä käyvien, mielenterveysoireita kokevien kurditaustaisten naisten vähäisempää palveluiden käyttöä voivat selittää monet tekijät. Ensinnäkin kotona olevat kurditaustaiset naiset kokevat työssä käyviä useammin merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita, mikä osoittaa kyseisen ryhmän tarvitsevan työssä käyviä enemmän mielenterveyspalveluita. Toiseksi, erot voivat liittyä työterveyspalveluihin ja niiden puutteisiin. Työterveyspalvelut voivat olla maahanmuuttajataustaisille tuntemattomia eikä palveluiden piiriin osata hakeutua (vrt. Koponen ym., 2015). Toisaalta työpaikoilla voi myös ilmetä lainsäädäntöön liittyviä puutteita työterveyshuollon järjestämisessä (ks. STT, 2019). Ongelma voi olla yleinen erityisesti yrittäjillä. Maahanmuuttajataustaisten työterveyspalveluiden käytöstä tarvitaankin lisää tutkimustietoa. Kolmanneksi, työssä käyvillä kurditaustaisilla naisilla kynnys hakea apua mielenterveysongelmiin voi olla korkeampi kuin kotona olevilla. Joissain kulttuureissa psyykkiset häiriöt koetaan häpeällisiksi, ja leimautumisen pelko voi liittyä sekä oman että perheen aseman vaarantumiseen (ks. Carroll, 2004; Haavikko, 2009; Halla, 2007; Tiilikainen, 2003). Tällöin työssä käyvä saattaa pelätä ”kasvojensa menettämistä” työyhteisössä tai jopa työsuhteen päättymistä, jos hän hakee apua mielenterveysongelmiinsa. Lopuksi, ryhmien välisiä eroja saattaa selittää se, että kurditaustaisista naisista kotona olevilla on työssä käyviä useammin taloudessaan vähintään yksi alaikäinen: mikäli lapset ovat pieniä, kotona lasten kanssa olevat kurditaustaiset naiset voivat ohjautua tarvittavan avun piiriin neuvolapalveluiden kautta.

Mielenterveysoireilu kuormittaa maahanmuuttajataustaisten naisten jaksamista paitsi kotona myös työssä. Työssä käyvien äitien jaksaminen on koetuksella, jos heidän tulee työnsä lisäksi huolehtia myös lapsista ja kodinhoidosta. Tulostemme perusteella työssä käyvät, merkittäviä masennus- ja ahdistusoireita kokevat, kurditaustaiset naiset olivat kotona olevia heikommin mielenterveyspalveluiden piirissä. Hoitamattomat mielenterveydelliset ongelmat kuormittavat sekä yksilöä että tämän perhettä ja lähipiiriä. Vanhemman sairastaessa erityisesti lapset ovat haavoittuvassa asemassa (Halla, 2007). Hoitamattomat psyykkiset traumat voivat myös ylisukupolvistua (Halla, 2007; ks. myös Castaneda ym., 2018). On tärkeää, että mielenterveysoireista kärsivän perhekin saa tarvittaessa tukea, ja vanhemman sairastumisen negatiivisia vaikutuksia lapsen kehitykseen pyritään ehkäisemään (ks. Castaneda ym., 2018, 107; Lehti & Halla, 2017).

Saadut tulokset herättävät kysymyksiä palvelujärjestelmän toimivuudesta. Eikö terveydenhuolto tavoita mielenterveysoireista kärsiviä, työssä käyviä kurditaustaisia naisia, tai eivätkö he kykene tai uskalla hakeutua avun piiriin? Tässä tutkimuksessa ei ole selvitetty sitä, missä mielenterveysoireita kokeva maahanmuuttajataustainen henkilö asioi. Mielenterveysoireita kokevat ovat saattaneet tukeutua perheen, ystävien tai uskonnon tarjoamaan apuun (ks. Carroll, 2004 sekä Tiilikainen, 2003), mutta tätä ei ole huomioitu tutkimuksessamme. Palveluiden kehittämisen näkökulmasta työssä käyvien kurditaustaisten naisten mielenterveyspalveluiden käyttöä ja niihin liittyviä asenteita on tärkeää tutkia tulevaisuudessa lisää. Kun yhteisöltä saatu tuki ei enää riitä, on ammattilaisten avun saaminen tärkeää sekä yksilön että perheiden hyvinvoinnin näkökulmasta. Ongelmat voivat kumuloitua, jos niihin ei puututa ajoissa. Tämä aiheuttaa myös yhteiskunnalle ylimääräisiä kustannuksia.

9. TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

Tutkimuksemme aineisto on osa kattavaa, laajassa kansallisessa yhteistyössä toteutettua väestötutkimusta, mikä kasvattaa myös tutkimuksemme luotettavuutta. Haastattelut on pilotoitu ja terveydenalan ammattilaiset ovat osallistuneet haastattelulomakkeiden tekoon (Castaneda ym., 2012c). Koska aineistomme on osa suurempaa tutkimushanketta, sen keruuta koskeviin eettisiin periaatteisiin sekä mahdollisiin haasteisiin on kiinnitetty huomiota, ja tutkimuksen toteutusta on arvioitu jälkikäteen kattavasti (ks. Castaneda ym., 2012c sekä Weiste-Paakkanen ym., 2012). Aineistonkeruussa kiinnitettiin erityistä huomiota osallistumisaktiivisuuteen, joka oli verrannollinen samoihin aikoihin kerätyn koko Suomen väestöä koskevan tutkimusaineiston kanssa (Castaneda ym., 2012c). Tässä tutkimuksessa luokittelimme opiskelijat työssä käyvien ryhmiin, rinnastaen näin opiskelun työnkaltaiseen kodin ulkopuoliseen toimintaan. Tämä kasvatti aineiston kokoa sekä siten myös tulostemme luotettavuutta.

Varmistuaksemme siitä, että opiskelijoiden huomioimisella ei olisi itsenäistä erityisvaikutusta varsinaisiin tutkimustuloksiin, suoritimme kaikki tilastolliset analyysit sekä opiskelijoilla että ilman. Opiskelijoiden sisällyttämisellä työssä käyvien otokseen oli vaikutusta ryhmienvälisiin eroihin silloin, kun tarkasteltiin sosiodemografisia tekijöitä ja somalitaustaisten naisten kokemaa yksinäisyyttä. Kotona olevien ja työssä käyvien ryhmissä ikäjakaumat erosivat toisistaan, minkä vuoksi iän vaikutukset on kontrolloitu analyyseissä ikävakioidinnilla. Tämä lisää tulostemme pätevyyttä ja luotettavuutta tarkasteltaessa psykososiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia, joihin ikä saattaa vaikuttaa. Käytimme tutkimuksessamme menetelmällisenä ratkaisuna luokittelua, joka havainnollistaa ryhmien välisiä tuloksia. On kuitenkin huomioitava, että luokittelun seurauksena aineistosta katoaa yksityiskohtaista tietoa. Luokitteluperusteisiin onkin hyvä kiinnittää huomiota tulosten tulkinnassa. Huolimatta siitä, että opiskelijoiden lisääminen aineistoon kasvatti otoskokoa, vastausten määrä aiheutti haasteita erityisesti somalitaustaisten, ja osaksi myös venäläistaustaisten naisten, analyyseissä: kotona olevien ja työssä käyvien vertailu oli joiltain osin mahdotonta ilmiöiden harvinaisuuden vuoksi. Tulokset jäivät tältä osin puutteellisiksi.

Tutkimuksemme vahvuus on se, että tarkastelemme hyvinvointia psykososiaalisesta näkökulmasta: psykiatrista oirekuvaa täydennetään yksilön subjektiivisilla arvioilla elämänlaadun ja yksinäisyyden kokemuksista. Psykososiaalisen ulottuvuuden huomioiminen laajentaa käsitystä hyvinvoinnista ja tuo maahanmuuttotutkimukseen lisää psykologista näkökulmaa. Masennus- ja ahdistusoireet, elämänlaatu ja yksinäisyys eivät ole stabiileja kokemuksen tiloja, vaan niiden

intensiteetti, kesto ja pysyvyys voivat vaihdella. Yksilön kokemus ja tulkinta voivat vaihdella ajan kuluessa ja ympäristön muuttuessa. Samaan aikaan maahanmuutto ilmiönä muuttaa muotoaan: yhteiskunnalliset asenteet, kulttuuri ja palvelujärjestelmä muuttuvat ja kehittyvät. Tässä tutkimuksessa tarkastellut ilmiöt ovat siis luonteeltaan dynaamisia, eikä tutkimuksemme poikaleikkausasetelma mahdollista tulosten stabiliteetin tarkastelua. Ilmiöiden dynaamisuuden on kuitenkin hyvä kiinnittää huomiota tuloksia tarkasteltaessa: hyvinvointiin liittyvät käsitteet, subjektiiviset arvioinnit, kulttuuriset merkitykset sekä palvelujärjestelmä ovat jatkuvassa muutoksessa.

Myöskään tutkimustilanteet eivät ole muuttumattomia tai muistuta toinen toisiaan, vaan haastattelutilanteeseen ja vastausten raportointiin vaikuttavat monet tekijät. Nämä tekijät voivat liittyä yksilöön, ympäristöön sekä tutkimustilanteessa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Eräs maahanmuuttotutkimuksen erityispiirre on se, että tutkittava saattaa rinnastaa haastattelijan viranomaiseen ja suhtautua häneen epäluuloisesti pelätessään tiedon leviämistä tutkimuskäytön ulkopuolelle (Malin & Raisamo, 2011). Aineistomme keruuvaiheessa tähän on kiinnitetty erityistä huomiota: haastattelijat kertoivat tutkittaville omasta ammatillisesta asemastaan, selittivät edustavansa puolueetonta viranomaistahoa ja toivat esille, että väestötutkimuksia tehdään koko väestöstä säännöllisesti (Weiste-Paakkanen ym., 2012). Myös se, että tutkittavilla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen omalla äidinkielellään voi olla luottamusta ja ymmärrystä lisäävä tekijä (Castaneda ym., 2012c). Toisaalta oman yhteisön jäsenille voi olla vaikea kertoa mielenterveysongelmista, jos niihin liittyy häpeää tai vahva stigma (ks. Haavikko, 2009 sekä Tiilikainen, 2003).

Ymmärrettävyyden kysymys liittyy myös haastattelulomakkeiden luotettavuuteen. Tutkittaessa abstrakteja dynaamisia ilmiöitä ja tutkittavan subjektiivista kokemusta, emme voi olla varmoja siitä, kuinka vastanneet ovat ymmärtäneet esimerkiksi elämänlaadun kaltaiset käsitteet. Se, että tarkastelemme tutkimuksessamme elämänlaadun ja yksinäisyyden kaltaisia ilmiöitä yhdellä kysymyksellä, voi heikentää tutkimuksemme rakennevaliditeettia. Samaan aikaan on olemassa myös näyttöä sille, että yhdelläkin kysymyksellä voidaan saada reliaabeleita ja valideja tuloksia subjektiivisen hyvinvoinnin ilmiöistä (ks. esim. Zimmerman ym., 2006). Kyselomaketutkimuksen eettisenä vahvuutena voidaan pitää sitä, että se mittaa yksilön omaa arviota ja tulosten tarkastelussa analysoidaan ainoastaan tutkittavan itsensä antamaa tietoa (Nurmi ym., 2015, 312). Koska mielenterveysoireilu voi ilmetä eri tavoin eri kulttuureissa, on aiheellista myös pohtia, voidaanko masennus- ja ahdistusoireita tarkastella luotettavasti ja validisti samalla mittarilla yli

kulttuurirajojen (Kuittinen ym., 2017). Masennus- ja ahdistusoireita kartoittava HSCL-25-kysely on todennettu validiksi oiremittariksi eri kulttuureissa (Hollifield ym., 2002; Syed ym., 2008), mutta toisaalta kyselylomakkeen soveltuvuudesta löytyy myös eriävää näyttöä (Kuittinen ym., 2017). Tämä voi selittää mielenterveysongelmien esiintyvyyden vaihtelua etnisten ryhmien välillä.

Maahanmuuttajataustaisiin naisiin kohdistuvalla vertailututkimuksella olemme saaneet lisätietoa venäläis-, somali- ja kurditaustaisten ryhmien sisäisestä variaatiosta. Laajemmissa väestötutkimuksissa ei usein voida kiinnittää yhtä kattavasti huomiota luotettavan tiedon saamiseen pienemmistä erillisryhmistä (vrt. Malin & Raisamo, 2011). Vaikka tutkimustuloksiamme ei voida yleistää koskemaan kaikkia maahanmuuttajataustaisia naisia, ne antavat tärkeää ja luotettavaa tietoa tutkimukseen osallistuneiden etnisten ryhmien hyvinvoinnista Suomessa. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää myös kansainvälisissä vertailuissa tutkittaessa venäläis-, somali- ja kurditaustaisten naisten hyvinvointia. Tuloksemme osoittavat kotona olevien ja työssä käyvien välillä esiintyvän eroja etnisten ryhmien sisällä, mutta ne eivät selitä sitä, miksi tulokset näyttävät eroavan etnisten ryhmien välillä. Tiedon syventämiseksi, tulevaisuudessa olisi mielekästä tehdä etnisten ryhmien välistä vertailututkimusta kotona olevien ja työssä käyvien psykososiaalisesta hyvinvoinnista ja mielenterveyspalveluiden käytöstä sekä tarkastella mahdollisia etnisten ryhmien välisiin eroihin vaikuttavia tekijöitä.

10. LOPUKSI

Tuloksemme antavat uutta tietoa kotona olevien ja työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten psykososiaalisesta hyvinvoinnista sekä mielenterveyspalveluiden käytöstä. Vastaavaa vertailututkimusta ei ole aiemmin Suomessa tehty. Odotustemme mukaisesti kotona olevat kurditaustaiset naiset näyttäytyivät työssä käyviä huonovointisempina. Myös kotona olevat venäläistaustaiset naiset kokivat useammin elämänlaatunsa huonoksi kuin työssä käyvät. Työssä käyvät somalitaustaiset naiset kokivat päinvastoin enemmän yksinäisyyttä kuin kotona olevat, mikä kumosi ennakko-odotuksemme. Yllättäen kotona olevat kurditaustaiset naiset olivat paremmin mielenterveyspalveluiden piirissä kuin työssä käyvät. Ryhmien välisiä eroja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa voivat selittää erilaisten elinympäristöjen tarjoamat mahdollisuudet, työlle annetut merkitykset, sosioekonomisen aseman lasku ja erilaiset sopeutumisen haasteet. Työssä käyvien heikompaa mielenterveyspalveluiden käyttöä saattavat selittää työterveyspalveluihin liittyvät haasteet, työn menettämisen pelko tai mielenterveysongelmiin liittyvä stigma.

Tuloksemme lisäävät psykologista näkökulmaa kotoutumiseen, työelämään, perheiden hyvinvointiin sekä palvelujärjestelmän kehittämiseen. Psykososiaalinen huonovointisuus kuormittaa sekä yksilö- että ryhmätasolla. Yksilön huonovointisuus heijastuu myös laajemmille yhteisön tasoille aina perheestä työelämään ja täten laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin. Maahanmuuttajataustaisten naisten pääasiallinen toiminta, eli onko hän työelämässä vai kotona, vaikuttaa siihen, millaisessa elinympäristössä ja elämäntilanteessa hän elää. Mielenterveysalan ammattilaisten on tärkeää ymmärtää kotona olemiseen ja työssä käymiseen liittyviä eroja, jotka voivat olla yhteydessä yksilön sopeutumiseen ja psykososiaaliseen hyvinvointiin. Maahanmuuttajataustaisia asiakkaita saapuu enenevissä määrin myös psykologien vastaanotoille.

Jatkotutkimusta kotona olevien ja työssä käyvien maahanmuuttajataustaisten naisten psykososiaalisesta hyvinvoinnista sekä mielenterveyspalveluiden käytöstä tarvitaan. Tutkimuksesamme havaitsimme eroja kotona olevien ja työssä käyvien sosiodemografisissa tekijöissä, mutta näiden yhteyttä psykososiaaliseen hyvinvointiin tai mielenterveyspalveluiden käyttöön ei tutkittu. Näitä yhteyksiä olisi mielenkiintoista tutkia tulevaisuudessa lisää. Lisäksi olisi mielekästä tutkia, eroavatko kotona olevien ja työssä käyvien syrjintäkokemukset toisistaan, ja onko syrjintäkokemuksilla yhteyttä masennus- ja ahdistusoireisiin sekä koettuun elämänlaatuun ja yksinäisyyteen. Mielenterveyspalveluiden osalta olisi kiinnostavaa tarkastella, mitä kautta kotona olevat ja työssä käyvät maahanmuuttajataustaiset naiset päätyvät terveyspalveluiden piiriin, ja mistä he saavat palveluita.

LÄHTEET

- Akinyemi, O., Owoaje E., Ige O. & Popoola, O. (2012). Comparative study of mental health and quality of life in long term refugees and host populations in Oru-ljebu, Southwest Nigeria. *BMC Research Notes*, 5(394). doi: 10.1186/1756-0500-5-394
- Allport. G. (1954/1979). *The nature of prejudice* (25. painos). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Aziz, I., Hutchinson, C. & Maltby, J. (2014). Quality of life of Syrian refugees living in camps in the Kurdistan Region of Iraq. *Peerj*, 2(1). doi:10.7717/peerj.670
- Berry, J. W. (1990). Psychology of Acculturation. Teoksessa J. J. Berman (toim.) *Cross-Cultural Perspectives, Nebraska Symposium on Motivation 1989* (37. painos) (s. 201–234). Lincoln: University of Nebraska.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5–34.
- Bhugra, D. (2004). Migration, distress and cultural identity. *British medical bulletin*, 69, 129–141.
- Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), Article 29. doi:10.1186/s12914-015-0064-9
- Castaneda, A. E., Koponen, P. & Rask, S. (2012). Maahanmuuttotausta. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 42–47). Helsinki: THL, Raportti 61/2012.
- Castaneda, A. E., Lehtisalo, R., Schubert, C., Halla, T., Pakaslahti, A., Mölsä, M. & Suvisaari, J. (2012a). Mielenterveyspalvelut. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 155–164). Helsinki: THL, Raportti 61/2012.
- Castaneda, A. E., Lehtisalo, R., Schuber, C., Pakaslahti, A., Halla, T., Mölsä, M. & Suvisaari, J. (2012b). Psykkiseet oireet. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 145–150). Helsinki: THL, Raportti 61/2012.
- Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P. & Koskinen, S. (2012c). Tutkimuksen toteutus ja tiedonkeruun toteutuksen arviointi. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 22–30). Helsinki: THL, Raportti 61/2012.
- Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (2012). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Helsinki: THL, Raportti 61/2012.
- Castaneda, A. & Kauppinen, T. M. (2015). Elämänlaatu. Teoksessa T. Nieminen, H. Sutela & U. Hannula (toim.) *Ulkomaisista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointi Suomessa 2014* (s. 185–190). Helsinki: Tilastokeskus.

- Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Suvisaari, J., Koskinen, S., Härkänen, T., ... Jasinskaja-Lahti, I. (2015). The association between discrimination and psychological and social well-being: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies*, 27(2), 270–292. doi:10.1177/0971333615594054
- Castaneda, A.E., Mäki-Opas, J., Jokela, S., Kivi, N., Lähteenmäki, M., Miettinen, T., Nieminen, S., Santalahti, P. & PALOMA-asiantuntijaryhmä. (2018). Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. PALOMA-käsikirja. Ohjaus, 5/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja.
- Carroll, J. K. (2004). Murug, Waali, and Gini: Expressions of Distress in Refugees From Somalia. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 6(3), 119–125.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, Social and Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, 40(1), 189–216.
- European Migration Network (EMN). (2018). Maahanmuuton tunnusluvut 2017. Haettu osoitteesta: http://www.emn.fi/files/1814/Maahanmuuton_tunnusluvut_2017_FI_SCREEN2.pdf. Luettu 2.4.2019.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Haavikko, A. (2009). Asiakassuhteen ja yhteistyösopimuksen luominen. Teoksessa A. Haavikko & L. Bremer (toim.) *Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia: Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen* (30–50). Helsinki: SMS-tuotanto.
- Haavikko, A. & Bremer, L. (2009). Maahanmuutto psyykkisenä prosessina. Teoksessa A. Haavikko & L. Bremer (toim.) *Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia: Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen* (14–27). Helsinki: SMS-tuotanto.
- Halla, T. (2007). Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 123(4), 469–475.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., Stevenson, J. & Westermeyer, J. (2002). Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A Critical Review. *JAMA*, 288(5), 611–621. doi:10.1001/jama.288.5.611
- Härkänen, T. (2012). Otos ja katoanalyysi. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 17–21). THL, Raportti 61/2012.
- Isometsä, E. (2017a). Depressiiviset häiriöt. Teoksessa V. Aalberg, M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* (12. painos) (s. 253–293). Helsinki: kustannus Oy Duodecim.

Isometsä, E. (2017b). Mitä ahdistuneisuus on? Teoksessa V. Aalberg, M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* (12. painos) (s. 295–296). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jaakkola, M. (2009). *Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta: asennemuutokset 1987–2007*. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus. Haettu osoitteesta: http://www.hel2.fi/Tietokeskus/julkaisut/pdf/09_02_19_Tutkimus_Jaakkola.pdf. Luettu 17.6.2019.

Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K. & Vesala, T. (2002). *Rasismi ja syrjintä Suomessa: Maahanmuuttajien kokemuksia*. Helsinki: Gaudeamus.

Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., Jaakkola, M. & Reuter, A. (2006). Perceived Discrimination, Social Support Networks, and Psychological Well-being Among Three Immigrant Groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(3), 293–311.

Järvinen, R. (2006). Maahanmuuttajaperhe – ihmisiä suomalaisten silmin. Teoksessa J. Helminen (toim.) *Elämä koettelee, tuki kannattelee: Sosiaali- ja terveysalan työmonimuotoisissa perhesuhteissa* (s. 139–153). Jyväskylä: PS-kustannus.

Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (2017). Masennuksen monet kasvot. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holli, M.O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus* (s. 9–18). Helsinki: Duodecim.

Koponen, P., Manderbacka, K., Jokela, S., Castaneda, A., Suvisaari, J. & Suominen, L. (2015). Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö. Teoksessa T. Nieminen, H. Sutela & U. Hannula (toim.) *Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointi Suomessa 2014*, (s. 171–184). Helsinki: Tilastokeskus.

Koskinen, S., Sainio, P. & Rask, S. (2012). Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 199–207). THL, Raportti 61/2012.

Kristal-Andersson, B. (2001). *Understanding refugees, immigrants and their children: A psychological model*. Lund: Studentlitteratur.

Kuittinen, S., García Velázquez, R., Castaneda, A. E., Punamäki, R-L., Rask, S. & Suvisaari, J. (2017). Construct validity of the HSCL-25 and SCL-90-Somatization scales among Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *International Journal of Culture Mental Health*, 10(1), 1–18. doi: 10.1080/17542863.2016.1244213

Laban, C., Komproe, I., Gernaat, H. & de Jong J. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 507-515. doi:10.1007/s00127-008-0333-1

Lange, A. & Westin, C. (1985). *The generative mode of explanation in social psychological theories of race and ethnic relations*. Stockholm: University of Stockholm.

Lehti, V. & Halla, T. (2017). Monikulttuurisuus, maahanmuutto ja masennus. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holli, M.O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus* (243–252). Helsinki: Duodecim.

Leiler, A., Bjärtå, A., Ekdahl, J. & Wasteson, E. (2018). Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees living in refugee housing facilities in Sweden. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. doi:10.1007/s00127-018-1651-6

Liebkind, K. (1994a). Maahanmuuttajat ja kulttuurien kohtaaminen. Teoksessa K. Liebkind (toim.) *Maahanmuuttajat: Kulttuurien kohtaaminen Suomessa* (s. 21–49). Helsinki: Gaudeamus.

Liebkind, K. (1994b). Monikulttuurisuuden ehdot. Teoksessa K. Liebkind (toim.) *Maahanmuuttajat: Kulttuurien kohtaaminen Suomessa* (s. 224–240). Helsinki: Gaudeamus.

Liebkind, K. (1994c). Vietnamilaisena pakolaisena Suomessa. Teoksessa K. Liebkind (toim.) *Maahanmuuttajat: Kulttuurien kohtaaminen Suomessa* (s. 162–191). Helsinki: Gaudeamus.

Liebkind, K. (2006). Ethnic identity and acculturation. Teoksessa D. L. Sam & J. W. Berry (toim.) *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (s. 78–96). Cambridge: Cambridge University Press.

Liebkind, K., Mannila, S., Jasinskaja-Lahti, I., Jaakkola, M., Kyntäjä, E. & Reuter, A. (2004). *Venäläinen, virolainen, suomalainen: Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen*. Helsinki: Gaudeamus.

Löfvander, M., Rosenblad, A., Wiklund, T., Bennström, H. & Leppert, J. (2014). A case-control study of self-reported health, quality-of-life and general functioning among recent immigrants and age- and sex-matched Swedish-born controls. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(8), 734–742. doi:10.1177/1403494814550175

Martikainen, T. & Tiilikainen, M. (2007). Maahanmuuttajanaiset. Käsitteet, tutkimus ja haasteet. Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.) *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ* (s. 15–37). Helsinki: Väestöliitto.

Malin, M. (2011). Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka*, 76(2), 201–213.

Malin, M. & Anis, M. (2013). Maahanmuuttajat hyvinvointivaltiossa. Teoksessa T. Martikainen, P. Saukkonen & M. Säävälä (toim.) *Muuttajat: Kansainvälinen muuttoliike ja suomalainen yhteiskunta* (s. 141–159). Helsinki: Gaudeamus.

Malin, M. & Raisamo, S. (2011). Maahanmuuttajien elinolojen ja terveyden selvittämiseksi on tehtävä erillisiä tutkimuksia. *Hyvinvointikatsaus: tilastollinen aikakauslehti*, 4, 66–70.

Mannila, S., Castaneda, A. E. & Jasinskaja-Lahti, I. (2012). Syrjintäkokemukset. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 229–239). THL, Raportti 61/2012.

Miller, A. M. & Chandler, P. (2002) Acculturation, Resilience, and Depression in Midlife Women from the Former Soviet Union. *Nursing Research*, 51(1), 26–32.

Mofidi, N., Ghazinour, M., Araste, M., Jacobsson, L. & Richter, J. (2008). General mental health, quality of life and suicide-related attitudes among Kurdish people in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 457–468.

Nettelbladt, P., Hansson, I., Stefansson C.G., Borgquist, L. & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check list-25 (HSCI-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 28, 130–133.

Nurmi, J.E., Ahonen, t., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. (2015). *Ihmissen psykologinen kehitys* (5. painos). Jyväskylä: PS-kustannus.

Oksanen, A. (2007). *Siirtolaisena Singaporessa: Ulkomaantyökomennuksille mukaan muuttaneet suomalaisnaiset kertovat kokemuksistaan*. Helsinki; Jyväskylä: Minerva.

Pehkonen, A. (2006). *Maahanmuuttajan kotikunta*. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.

Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). Perspectives on Loneliness. Teoksessa L. A. Peplau & D. Perlman (toim.) *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (s. 1–20). New York: Wiley.

Perlman, D. & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. Teoksessa S. Duck & R. Gilmore (toim.) *Personal Relationships: Personal Relations in Disorder* (s. 31–56). London, UK: Academic Press.

Pohjanpää, K. (2003). Sosiaaliset suhteet. Teoksessa K. Pohjanpää, S. Paananen & M. Nieminen (toim.) *Maahanmuuttajien elinolot: Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002* (s. 128–136). Helsinki: Tilastokeskus.

Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. doi:10.1001/jama.294.5.602

Rask, S., Luoma, M-L., Solovieva, N. & Koskinen, S. (2012). Elämänlaatu. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 213–218). THL, Raportti 61/2012.

Rask, S., Suvisaari, J., Koskinen, S., Koponen, P., Mölsä, M., Lehtisalo, R., Schubert, C. & Pakaslahti, A. & Castaneda, A. E. (2016). The ethnic gap in mental health: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(3), 281–290. doi:10.1177/1403494815619256

Roscoe, L. J. (2009). Wellness: A review of theory and measurement for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 87(2), 216-226.

Saarni, S. & Pirkola, S. (2010). Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 126(19), 2265–2273.

Sainola-Rodriguez, K. & Koehn, P. H. (2006). Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 43(1), 47–59.

Schubert, C. (2007). *Monikulttuurisuus mielenterveystyössä*. Helsinki: Edita.

Schubert, C. (2013). Kotoutumisen psykologiaa. Teoksessa A. Alitolppa-Niitamo, S. Fågel & M. Säävälä (toim.) *Olemme muuttaneet – ja kotoudumme Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä* (s. 63–77). Helsinki: Väestöliitto, Monikulttuurinen osaamiskeskus.

Siim, P. (2007). Äidit ja heidän lapsensa: Perhesuhteista neuvottelua ylijärjestyksissä. Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.) *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ* (s. 218–244). Helsinki: Väestöliitto.

Snellman, O., Seikkula, J., Wahlström, J. & Kurri, K. (2014). Aikuisten turvapaikanhakijoiden ja pako- laisten mielenterveyden ja psyykkisten ongelmien erityispiirteet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 51, 203-222.

Suomen Tietotoimisto (STT). (26.5.2019). Itä-Suomen ravintoloista havaittiin lukuisia puutteita tehovalvonnassa – poliisi löysi myös laittomasti maassa olevia. *Helsingin Sanomat*. Haettu osoitteesta: <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006119330.html>. Luettu 30.5.2019.

Suomen virallinen tilasto (SVT). (2018): Työssäkäynti (verkkajulkaisu). ISSN=1798-5528. Työttömien Taustat 2018. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu osoitteesta: <http://www.stat.fi/til/ty-okay/index.html>. Viitattu 25.6.2019.

Suomen virallinen tilasto (SVT). (2019a). Ulkomaan kansalaiset. Haettu osoitteesta: <https://www.tilastokeskus.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaan-kansalaiset.html>. Viitattu 17.5.2019.

Suomen virallinen tilasto (SVT). (2019b). Vieraskieliset. Haettu osoitteesta: <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/vieraskieliset.html>. Viitattu 28.5.2019.

Suomen virallinen tilasto (SVT). (2019c). Väestörakenne. Haettu osoitteesta: <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>. Viitattu 25.7.2019.

Sutela, H. (2015). Ulkomaalaistaustaiset työelämässä. Teoksessa T. Nieminen, H. Sutela & U. Hannula (toim.) *Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointi Suomessa 2014* (s. 83–109). Helsinki: Tilastokeskus.

Syed, H. R., Zachrisson, H. D., Dalgard, O. S., Dalen, I. & Ahlberg, N. (2008). *Concordance between Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) and Pakistan Anxiety and Depression Questionnaire (PADQ), in a rural self-motivated population in Pakistan*. *BMC Psychiatry*, 8(59), 1–12. doi:10.1186/1471-244X-8-59

Säävälä, M. S. (2007). *Uussuomalainen nainen etsii paikkaansa: Venäläisten ja kosovonalbaanien elämänpolut työssä ja kotona: tutkimusraportti Femage-projekti 2007*. Helsinki: Väestöliitto.

Säävälä, M. (2013). Maahanmuutto perheilmionä. Teoksessa T. Martikainen, P. Saukkonen & M. Säävälä (toim.) *Muuttajat: kansainvälinen muuttoliike ja suomalainen yhteiskunta* (s. 101–122). Tallinna: Gaudeamus.

Taloyan, M., Johansson, S-E., Sundquist, J., Koctürk, T. & Johansson, L. (2008). Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 190–196.

Tiilikainen, M. (2003). *Arjen islam: Somalinaisten elämää Suomessa*. Tampere: Vastapaino.

United Nations (UN). (2017). *International Migration Report 2017: Highlights*. New York: United Nations.

Väänänen, A., Toivanen, M. & Koskinen, A. (2015). Osana työyhteisöä. Teoksessa T. Nieminen, H. Sutela & U. Hannula (toim.) *Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointi Suomessa 2014* (s. 111–120). Helsinki: Tilastokeskus.

Weiste-Paakkanen, A., Rask, S., Koponen, P., Castaneda A., Mölsä, M., Koskinen, S. & Linnanmäki, E. (2012) Aineistonkeruun toteuttaminen. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa* (s. 292–299). THL, Raportti 61/2012.

World Health Organization (WHO). (1997). WHOQOL measuring quality of life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Haettu osoitteesta: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Luettu 17.6.2019.

World Health Organization (WHO). (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.

Yijälä, A. & Luoma, T. (2018). *"En halua istua veronmaksajan harteilla, haluan olla veronmaksaja itse": Haastattelututkimus maahanmuuttajien työmarkkinapoluista ja työnteon merkityksestä heidän hyvinvoinnilleen*. Helsinki: Helsingin kaupunki.

Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I. Young, D., Posternak, M. A., Friedman, M., Boerescu, D. & Attiullah, N. (2006). Developing brief scales for use in clinical practice: The reliability and validity of single-item self-report measures of depression symptom severity, psychosocial impairment due to depression, and quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1536–1541.

LIITE: HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist)

MAAMU Terveystarkastus: HSCL (Hopkins Symptom Checklist)				
Seuraavaksi on esitetty luettelo ongelmista ja vaivoista, joita ihmisillä esiintyy ajoittain (silloin tällöin). Missä määrin teitä on vaivannut viimeksi kuluneiden 7 päivän aikana:				
	ei lainkaan	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1 päänsärky	1	2	3	4
2 hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus	1	2	3	4
3 heikotuksen, huimauksen tai voimattomuuden tunne	1	2	3	4
4 seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen	1	2	3	4
5 tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen	1	2	3	4
6 ajatukset elämäsi lopettamisesta	1	2	3	4
7 vapina	1	2	3	4
8 huono ruokahalu	1	2	3	4
9 itkuherkkyys	1	2	3	4
10 tunne, että olet umpikujassa tai loukussa	1	2	3	4
11 pelästyminen äkillisesti ilman mitään syytä	1	2	3	4
12 itsesyytökset	1	2	3	4
13 yksinäisyys	1	2	3	4
14 alakuloisuus	1	2	3	4
15 liika asioiden murehtiminen	1	2	3	4
16 kiinnostuksen puute lähes kaikkeen	1	2	3	4
17 pelokkuus	1	2	3	4
18 sydämen tykytykset tai -jyskytykset	1	2	3	4
19 vaikeus nukahtaa tai unen katkonaisuus	1	2	3	4
20 toivottomuus tulevaisuuden suhteen	1	2	3	4
21 jännittyneisyys tai kiihtyneisyys	1	2	3	4
22 tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua	1	2	3	4
23 pelon tai pakokauhun puuskat	1	2	3	4
24 levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin	1	2	3	4
25 arvottomuuden tunteet	1	2	3	4