

MONIKULTTUURISEN POTILAAN
KOHTAAMINEN
MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ

Kirjallisuuskatsaus

Maija Pennanen
Kati Räsänen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) PENNANEN, Maija RÄSÄNEN, Kati	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.10.2013
	Sivumäärä 63	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi MONIKULTTUURISEN POTILAAN KOHTAAMINEN MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KUHANEN, Carita SINIVUO, Riikka		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri, Kangasvuoren sairaala		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön aiheena oli monikulttuurisen potilaan kohtaaminen ja näkökulma oli rajattu aikuisten akuuttiin mielenterveyshoitotyöhön. Tavoitteena oli selvittää tämän hetkistä tutkimustietoa eri kulttuureista tulevien potilaiden kohtaamisesta. Tarkoituksena oli tutkimustulosten myötä lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta aiheesta. Aihe opinnäytetyölle tuli Kangasvuoren sairaalan aloitteesta. Työ tehtiin laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti käyttäen kirjallisuuskatsausmenetelmää. Aineistoa haettiin sekä sähköisistä tietokannoista että manuaalisesti. Tutkimusaineisto (N = 5)analysoitiin teemoittelemalla.</p> <p>Aineiston teemoittelulla muodostui ensimmäiseen tutkimuskysymykseen neljä pääteemaa: Kulttuurin ja uskonnon vaikuttavuus, Kulttuurisidonnaiset tekijät, Maahan muuttaneen menneen ja nykyisen elämäntilanteen vaikutus sekä Yksilöllisyys elämäntilanteissa ja yhteisöllisyydessä. Teemat käsittelivät muun muassa maahan muuttoon liittyvien tekijöiden vaikutuksia, kielellisiä haasteita sekä kulttuurikohtaisia näkemyksiä. Toiseen tutkimuskysymykseen puolestaan muodostuivat pääteemat Kulttuuristen tekijöiden huomioiminen hoitotyössä, Monipuolisuus käytännön toiminnassa, Potilaskohtainen huomioiminen sekä Hoitohenkilökunnan asenteiden ja toiminnan tiedostaminen sekä työstäminen. Nämä teemat käsittelivät muun muassa hoitomenetelmien sopeuttamista, yhteistyön merkitystä eri tahojen välillä sekä toinen toisiltaan oppimista monikulttuuristen potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä.</p> <p>Tuloksista selvisi yhtenevästi, että kulttuuriset tekijät ovat merkityksellisiä ja niiden huomioiminen tärkeää. Kuitenkin kulttuuristen tekijöiden lisäksi huomioon tulee ottaa laaja-alaisesti hoitosuhteeseen liittyvät tekijät. Näitä ovat potilaan kokonaisvaltainen tausta ja yksilöllinen tilanne sekä hoitotyöntekijän omat asenteet ja arvot. Monipuolisten työmenetelmien hyödyntäminen ja kehittäminen sekä luova työskentely korostuivat keinoina ottaa huomioon monikulttuurinen potilas. Jatkotutkimusaiheiksi nousivat transnationaalisen osaamisen tutkiminen ja se, miten sitä voidaan syventää. Tämän lisäksi olisi tarpeellista tutkia millä keinoin mielenterveyshoitotyötä voitaisiin sopeuttaa monikulttuuristen potilaiden tarpeita vastaavammaksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Monikulttuurisuus, Monikulttuurinen potilas, Mielenterveyshoitotyö		
Muut tiedot		



Author(s) PENNANEN, Maija RÄSÄNEN, Kati	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 07.10.2013
	Pages 63	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title ENCOUNTERING MULTICULTURAL PATIENT IN PSYCHIATRIC NURSING		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) KUHANEN, Carita SINIVUO, Riikka		
Assigned by Central Finland Health Care District, Kangasvuori hospital		
<p>Abstract</p> <p>The topic of this Bachelor's thesis was how to encounter a multicultural patient. The perspective was limited to concern acute adult psychiatric nursing. Based on current research findings, the aim of the thesis was to examine encountering with patients from different cultural backgrounds. The purpose was to increase nursing personnel knowledge of the topic. The topic was proposed by the Kangasvuori Hospital. The thesis followed the principles of qualitative research and it used a literature review as its method. Data were searched in both electronic databases and manually. The analysis of the data (n=5) was conducted by using the typecasting method.</p> <p>Typecasting produced four main themes for the first research question: the influence of culture and religion, culture-bound factors, the influence of the past and current situation of the immigrant and individuality in life situations and communality. These themes covered, among other things, the influence of factors related to moving to another country, linguistic challenges and culture-specific views. The analysis also gave four main themes for the second research question, namely: taking cultural factors into account in nursing, diversity in nursing practice, individual consideration of patients and being aware of and working on nursing personnel's attitudes and behaviors. The themes covered such issues as adjusting work methods, the significance of cooperation between the different parties involved and mutual learning between the multicultural patients and nursing personnel.</p> <p>The results showed that cultural factors are significant and important to take into account. In addition to them, also the factors related to the nurse-patient relationship should be taken widely into consideration. These factors are a patient's comprehensive background and individual situation as well as the nursing personnel's own attitudes and values. Using and developing versatile methods and a creative approach to work were emphasized when taking a multicultural patient into consideration. Further research should investigate transnational competence and how to develop it. Besides this it would be necessary to investigate how mental health nursing could be adapted in order to better respond to the needs of multicultural patients.</p>		
Keywords Multiculturalism, Multicultural patient, Psychiatric Nursing		
Miscellaneous		

Sisällys

1	JOHDANTO	6
2	TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	7
3	MONIKULTTUURISEN POTILAAN KOHTAAMINEN MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ	7
3.1	Monikulttuuristumisen näkyminen Suomessa ja mielenterveyshoitotyössä.....	7
3.2	Mielenterveyshoitotyö ja kulttuuristen tekijöiden siihen tuomat haasteet 11	
3.3	Kulttuurin vaikutus yksilöön ja ihmisten kohtaamiseen	16
3.4	Transkulttuurisen hoitotyön ilmeneminen	19
3.5	Eettiset ohjeet ja lainsäädäntö lähtökohtana monikulttuurisen potilaan kohtaamiseen	25
4	TUTKIMUSMENETELMÄT	28
4.1	Laadullinen tutkimus.....	28
4.2	Kirjallisuuskatsaus.....	31
5	TUTKIMUSAINEISTO	33
5.1	Aineiston keruu.....	33
5.2	Aineiston analyysi.....	36
6	TUTKIMUSTULOKSET	39
6.1	Syitä potilaan erilaisen kulttuuritaustan huomioimiseen.....	39
6.1.1	Kulttuurin ja uskonnon vaikuttavuus.....	41
6.1.2	Kulttuurisidonnaiset tekijät.....	42
6.1.3	Maahan muuttaneen menneen ja nykyisen elämäntilanteen vaikutus 43	
6.1.4	Yksilöllisyys elämäntilanteissa ja yhteisöllisyydessä.....	44
6.2	Monikulttuurisen potilaan huomioiminen.....	45
6.2.1	Kulttuuristen tekijöiden huomioiminen hoitotyössä	45
6.2.2	Monipuolisuus käytännön toiminnassa	46
6.2.3	Potilaskohtainen huomioiminen	47
6.2.4	Hoitohenkilökunnan asenteiden ja toiminnan tiedostaminen sekä työstäminen	48
7	POHDINTA.....	49
7.1	Tulostentarkastelu.....	49
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	52

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	54
LÄHTEET.....	56
LIITTEET.....	3
Liite 1. Kangasvuorensairaalan os.37 osastonhoitaja Jani Korpelan haastattelu 12.11.2012.....	3
Liite 2. Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit.....	5

KUVIOT

KUVIO 1 Ulkomaan kansalaisten määrä Suomessa 2001-2012	8
KUVIO 2 Ulkomaan kansalaisten määrä alueittain Suomessa.....	9
KUVIO 3 Aineiston sisäänottokriteerit	33
KUVIO 4 Aineiston poissulkukriteerit.....	33
KUVIO 5 Aineiston analyysi teemoittelemalla, ”Miksi”-lista	38
KUVIO 6 Aineiston analyysi teemoittelemalla, ”Miten”-lista	38

TAULUKOT

Taulukko 1 Aineiston haku- ja valintaprosessi.....	35
Taulukko 2 Analysoitava aineisto.....	39

1 JOHDANTO

Väestöä koskevat tilastot osoittavat ulkomaalaistaustaisten määrän kasvun Suomessa vuosien saatossa (Sisäasiainministeriö 2012, 4). Globalisaation myötä ihmisten liikkuvuus ja muutto maiden välillä on lisääntynyt (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 13; Sainola-Rodriguez 2009, 11). Nämä kaksi tekijää osoittavat sen, että eri kulttuureista tulevien ihmisten kohtaaminen enenevässä määrin lisääntyy sekä arjessa että terveydenhuollossa. Tämän lisäksi aiheen valintaan vaikutti Kangasvuoren sairaalan viesti Jyväskylän ammattikorkeakoululle hoitohenkilökunnan tarpeesta ja toiveesta saada lisää tietoa eri kulttuureista tulevien potilaiden kohtaamiseen. Aihe rajattiin käsittelemään aikuisten akuuttia mielenterveyshoitotyötä, koska Kangasvuoren sairaalassa hoidetaan aikuisia, akuutin vaiheen mielenterveyspotilaita.

Teoreettisessa taustassa avataan keskeiset käsitteet sekä muun muassa selvitetään kulttuurin vaikutusta yksilöön ja ihmisten kohtaamiseen. Tämä luo pohjaa sille, miksi potilaan erilainen kulttuuritausta tulisi huomioida mielenterveyshoitotyössä. Tavoitteena on selvittää tämän hetkistä tutkimustietoa eri kulttuureista tulevien potilaiden kohtaamisesta. Tarkoituksena on tutkimustulosten myötä lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta aiheesta. Useamman tutkimuksen (Halla 2007, 469–475; Castaneda, Lehtisalo, Schubert, Pakaslahti, Halla, Mölsä & Suvisaari 2012, 145) mukaan maahanmuuttoon ja pakolaisuuteen liittyy kohonnut riski erilaisille mielenterveyshäiriöille. Monikulttuuristen potilaiden mielenterveyshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttaa heidän kokonaisvaltainen tilanteensa. Haastavaa heidän kohtaamisestaan tekevät erilaiset hoidontarpeet sekä kulttuurikohtaiset erityispiirteet. Yhteisen kielen puute sekä toisen kulttuuristen tapojen ja näkemysten tuntemattomuus ovat merkittäviä tekijöitä haasteiden ja väärin ymmärrysten synnyssä. Huomionarvoinen näkökulma kuitenkin on nähdä kulttuurinen moninaisuus rikkautena ja mahdollisuutena. Kirjallisuudesta nousi esille, että tarpeellinen edellytys monikulttuuristen potilaiden kohtaamiselle on halu ja valmius astua toisen maailmaan, oppia toinen toisiltaan ja vaihtaa tietoa vastavuoroisesti.

2 TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tavoitteena on selvittää tämän hetkistä tutkimustietoa eri kulttuureista tulevien potilaiden kohtaamisesta. Tarkoituksena on tutkimustulosten myötä lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta aiheesta. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miksi tulisi huomioida potilaan erilainen kulttuuritausta aikuisten akuutin vaiheen mielenterveyshoitotyössä?
2. Miten voidaan huomioida potilas, jolla on erilainen kulttuuritausta, aikuisten akuutin vaiheen mielenterveyshoitotyössä?

3 MONIKULTTUURISEN POTILAAN KOHTAAMINEN MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ

3.1 Monikulttuuristumisen näkyminen Suomessa ja mielenterveyshoitotyössä

Yhteistyötaholta tulleen viestin lisäksi Suomen väestöä käsittelevät tilastot osoittavat, että Suomessa vakituisesti asuvien ulkomaalaisten määrä on ollut tasaisessa kasvussa jo reilun kymmenen vuoden ajan (ks. Kuvio 1.). Tämä antaa viitettä siihen, että eri kulttuureista tulevien ihmisten kohtaaminen on lisääntynyt niin arjessa kuin terveydenhuollossa. Kuviossa 1 esitetyn tilaston kansalaismäärään ei ole sisällytetty suomen kansalaisuuden saaneita eikä turvapaikanhakijoita. Turvapaikanhakija on henkilö, joka hakee suojelua ja oleskeluoikeutta toisesta valtiosta. Jos hänelle myönnetään turvapaikka, saa hän pakolaisaseman. Vuonna 2012 Suomesta turvapaikkaa haki 3129 henkilöä, luku on edellisvuotta suurempi. Myönteisen oleskelulupapäätöksen sai 1601 henkilöä eri perustein. Turvapaikka myönnettiin 553 henkilölle. Sisäasiainministeriön maahanmuuton vuosikatsauksen

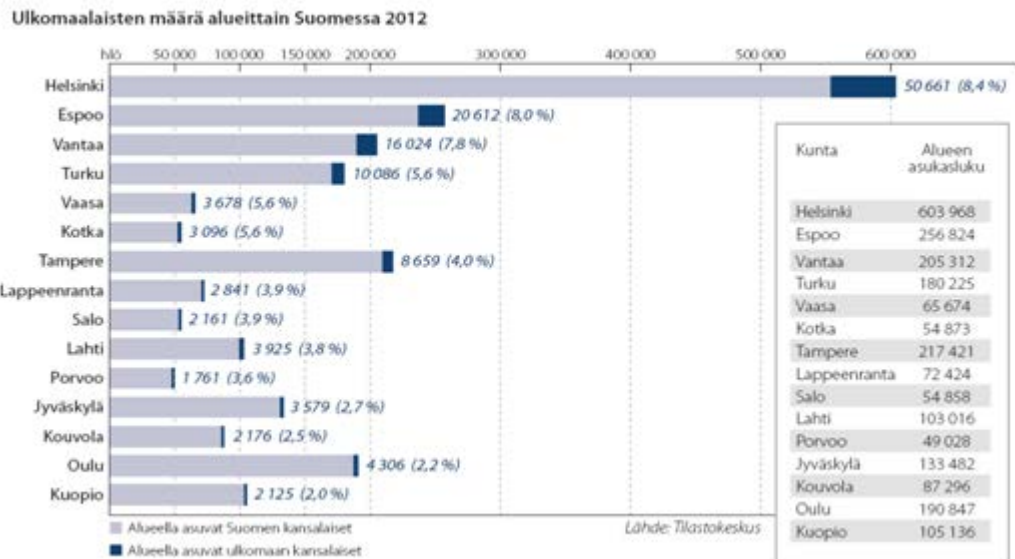
(2012) mukaan Suomen kansalaisuuden saaneita vuonna 2012 oli 9518. Vuonna 2011 kansalaisuuden sai 4794 henkilöä, mikä osoittaa, että kansalaisuushakemuksia on tehty reilusti edellisvuotta enemmän. Sisäasiainministeriön mukaan hakemusten suurta kasvua selittää vuoden 2011 syksyllä voimaan astunut kansalaisuuslain muutos. (Sisäasiainministeriö 2012, 4,9–10)



KUVIO 1 Ulkomaan kansalaisten määrä Suomessa 2001-2012

(Sisäasiainministeriö 2012, 4).

Suurimmat kansalaisuusryhmät, joita Suomessa asuu ovat virolaiset, venäläiset, ruotsalaiset ja somalialaiset. Lisäksi Suomessa asuu paljon väestöä, joilla on kaksoiskansalaisuus, eli suomen kansalaisuuden lisäksi jonkin muun maan kansalaisuus. Suurimpia kaksoiskansalaisuusryhmiä ovat venäjän, ruotsin ja yhdysvaltain kansalaiset. Tilastoissa nämä henkilöt ovat suomen kansalaisia. Sisäasiainministeriön mukaan Suomessa vuonna 2012 koko väestöstä 4,9 % oli vieraskielisiä. Tässä tilastossa vieraskielisillä tarkoitetaan Suomen väestöön kuuluvia ihmisiä, joiden äidinkieli on jokin muu kuin suomi, ruotsi tai saame. Suurin vieraskielinen ryhmä tuona vuonna oli venäjän kieltä puhuvat. Vieraskielisten määrässä on tapahtunut kasvua edellisvuoteen verraten, jolloin luku oli 4,53 %.(Sisäasiainministeriö 2012, 4-5.)



KUVIO 2 Ulkomaan kansalaisten määrä alueittain Suomessa

(Sisäasiainministeriö 2012, 7)

Kuten yllä oleva kaavio kuvastaa, on ulkomaalaisten määrä kuntakohtaisesti vaihteleva (ks. Kuvio 2.). Suurin prosentuaalinen ulkomaan kansalaisten osuus alueen asukasluvusta on Etelä-Suomen alueella. Vuonna 2012 Jyväskylässä ulkomaan kansalaisten määrä oli 2,7 % alueen asukasluvusta, eli 3579 henkilöä.

(Sisäasiainministeriö 2012, 7.)

Suomessa asuu yhä enenevässä määrin ulkomaalaistaustaisia ihmisiä, mutta heidän mielenterveyttään on tutkittu vain vähän. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on raportoinut tutkimuksesta (Castaneda, Lehtisalo, Schubert, Pakaslahti, Halla, Mölsä & Suvisaari 2012), jossa selvitettiin Suomessa oleskelevien maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia. Tutkimukseen osallistui Suomessa oleskelevia venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisia ihmisiä. Tämän tutkimuksen mukaan ulkomaalaistaustaisen ihmisryhmän koetut masennusoireet olivat yleisempiä kuin Suomen koko väestöllä. Masennusoireiden lisäksi unettomuutta esiintyi useilla ulkomaalaistaustaisilla ryhmillä suomalaisväestöä enemmän. (Castaneda ym. 2012, 145.)

Edellä mainitun tutkimuksen mukaan esimerkiksi venäläis- ja kurditaustaisilla henkilöillä oli enemmän vakavan masennuksen oireistoa kuin koko väestöllä. Lisäksi yksittäisistä psyykkisistä oireista, esimerkiksi alakuloisuutta esiintyi somalialaistaustaisilla koko väestöä enemmän. Myös sukupuolten välisiä eroja ilmeni tuloksissa. Kurdilaistaustaisten psyykinen oireilu on ollut keskimääräistä yleisempää myös kansainvälisesti tutkittuna. Yhtenä syynä voidaan nähdä esimerkiksi kotimaissa koetut traumakokemukset. Tutkimuksen mukaan on erityisen tärkeää osata tunnistaa erityishaasteita, joita monikulttuuriset potilaat synnyttävät. Tutkimusryhmä ilmaisee myös hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden koulutustarpeen, jotta heillä olisi taitoa tunnistaa ja hoitaa monikulttuuristen potilaiden mielenterveysongelmia. (Castaneda ym. 2012, 146, 149–150.)

Mielenterveyspalveluiden tarvetta esiintyi ulkomaalaistaustaisilla ihmisillä, mutta palvelujen käyttöä esiintyi vähäisesti. Tarvetta palveluille koettiin, mutta esimerkiksi venäläistaustaisilla ilmeni tyydyttämätöntä tarvetta mielenterveyspalveluille. Tutkimustuloksissa oli vaihtelua esimerkiksi eri ikäryhmien ja sukupuolten välillä. Tutkimuksesta kävi ilmi tarve mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi. Palvelujen tarpeen tyydyttämisessä on vielä parannettavaa, koska palvelut eivät tavoita kaikkia niitä tarvitsevia henkilöitä. (Castaneda ym. 2012, 157–158,160.)

Hallan (2007, 469–475) mukaan maahanmuuttoon ja pakolaisuuteen on havaittu liittyvän kohonnut riski erilaisille mielenterveyshäiriöille. On todettu, että maahanmuuttajilla on 2,8-kertainen riski sairastua skitsofreniaan ja toisen polven maahanmuuttajilla riski on 4,7-kertainen. Tämän on arveltu liittyvän muun muassa maahanmuuttoon liittyviin sosiaalisiin stressitekijöihin. Depressiota ja traumaperäistä oireilua on myös todettu olevan useilla prosenteilla. Psyykinen stressi, jota maahanmuuttajat ja pakolaiset joutuvat ennen maahantuloa kokemaan, lisää riskiä mielenterveyshäiriöille. Myös perheen rooleissa tapahtuvat muutokset sekä kulttuurierot maiden välillä lisäävät stressiä. Turvapaikanhakijoilla tilanne on stressitekijöistä johtuen vaikeampi, sillä tilanne maahantulon ja maassa oleskelun suhteen on epäselvä. (Halla 2007, 469–475.)

3.2 Mielenterveyshoitotyö ja kulttuuristen tekijöiden siihen tuomat haasteet

Kirjallisuudessa käsitteiden käyttö on kirjavaa, mutta usein käsitteitä “mielenterveystyö” ja “mielenterveyshoitotyö” on käytetty vastaavina sanoina “psykiatriselle hoitotyölle”, vaikkakin niissä on sisällöllisiä eroja (Tölli 2009, 14). Mielenterveyslaki (L 14.12.1990/1116) määrittelee mielenterveystyön olevan ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn sekä persoonan kasvun edistämistä. Siihen kuuluu pyrkimys ennaltaehkäistä, parantaa ja lievittää mielenterveyshäiriöitä ja mielisairauksia sekä tarjota hoitoa ja kuntoutusta niitä sairastaville ihmisille. Samaisen lain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu myös varsinaisten mielenterveyspalvelujen, eli terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen lisäksi ennaltaehkäistä mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistää mielenterveystyötä ja tukea mielenterveyspalvelujen järjestämistä väestön elinolosuhteiden kehittämisen ja tiedon lisäämisen kautta. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 25, 26, 30; Lehtinen & Taipale 2005; L 14.12.1990/1116).

Puhuttaessa mielenterveyspotilaiden hoidon järjestämisestä, avohoidon ja potilaiden aktivoinnin osuutta korostetaan. Sairaalahoitoon turvaudutaan, mikäli avohoito ei ole riittävää tukemaan potilaan selviytymistä, hänen sairautensa pahenee tai hän on vaaraksi joko itselleen tai muille ilman sairaalahoitoa. Mielenterveyspotilaiden hoitoon osallistuvat usein monet terveydenhuollon eri ammattiryhmät, esimerkiksi psykiatrit, psykologit, sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä tietysti potilas itse ja hänen läheisensä. (Lehtinen & Taipale 2005; L 14.12.1990/1116; Lönnqvist & Lehtonen 2011, 13; Moring n.d.) Mielenterveystyö ei siis ole vain ongelmien tai sairauksien hoitamista, vaan ennemminkin mielenterveyden edistämistä, pyrittäessä voimistamaan mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja vähentämään riskitekijöitä niin yhteiskunnallisella kuin yksilötasolla. Se on laaja-alaista yhteistyötä monien eri tahojen kanssa, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lisäksi esimerkiksi

potilasjärjestöjen, koulujen ja työpaikkojen kanssa, kohdistuen niin yksilöihin, perheisiin kuin yhteisöihin. (Kuhanen ym. 2010, 25, 26, 27; Lehtinen & Taipale 2005.)

Työssä käytetään käsitettä mielenterveyshoitotyö, koska verrattuna “mielenterveystyö” käsitteeseen se kuvaa paremmin sitä hoitotyötä, johon aihe on rajattu. Mielenterveyshoitotyön on määritelty olevan sitä työtä, jota hoitaja toteuttaa osana laajaa mielenterveystyötä ja moniammatillisen hoitoryhmän työskentelyä. Mielenterveyshoitotyön tavoitteena on havaita ja auttaa psyykkisissä kriisissä ja hädässä olevaa ihmistä. Pyrkimyksenä on palauttaa tai kohentaa potilaan psyykkistä vointia ja myös tässä ennaltaehkäisevä näkökulma on tärkeä. Hoitajan rooliin kuuluu potilaiden tarpeiden arvioiminen ja havainnointi sekä työn suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Kuhanen ym.2010, 16, 30, 31; Linnainmaa 2006, 21, 22.)

Mielenterveyshoitotyön ja sitä toteuttavan hoitajan ajattelun ja toiminnan tulee perustua ihmisarvoon, yhdenvertaisuuteen, huolenpitoon sekä ihmisen koskemattomuuteen. Keskeisimmässä asemassa on edellä mainitun mielenterveyden edistämisen lisäksi voimavarojen ja selviytymisen tukeminen ja kunnioittaminen. Huomio ei saa olla ainoastaan ongelmassa tai häiriöissä, vaan on muistettava jokaisen ihmisen, mielenterveysongelmistakin kärsivän positiivinen mielenterveys sitä tukien ja vahvistaen. Potilaan lisäksi myös hänen perheensä ja läheistensä huomioiminen sekä heidän voimavarojen tukeminen on muistettava. Hoitajan näkökulmasta keskeisimpiä auttamismenetelmiä ovat vuorovaikutukselliset menetelmät, jonka vuoksi hyvä hoito- ja yhteistyösuhde potilaan kanssa onkin avainasemassa. (Kuhanen ym.2010, 16, 30, 31; Linnainmaa 2006, 21, 22; Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2013.)

Mielenterveyshoitotyön ymmärtäminen työntekijän näkökulmasta on ymmärrystä mielenterveydestä; millaisia seikkoja siihen liittyy ja millaisista tekijöistä se koostuu, mikä on normaalia, mikä suojaa tai haavoittaa sitä. Mielenterveys voidaan nähdä meidän jokaisen psyykkisenä voimavarana, hyvinvointia ja toimintakykyä tukevana asiana, joka kaiken aikaa auttaa ohjaamaan elämäämme. Usein puhutaankin positiivisesta mielenterveydestä osoittaen, että se käsittää paljon muutakin kuin vain

häiriöt ja sairaudet sekä niiden hoitamisen. Positiivinen mielenterveys nähdään siis hyvän elämän, hyvinvoinnin perustana, jonka avulla sopeudumme ja selviydymme arkielämästä haasteineen ja stressitekijöineen. (Kuhanen ym.2010, 16, 17; Lönnqvist & Lehtonen 2011, 22.)

Työn aihe on rajattu akuutin vaiheen mielenterveyshoitotyöhön. Sana "akuutti" tarkoittaa äkillistä, nopeasti kehittyvää ja lyhytkestoista (Duodecim 2013; SuomiSanakirja.fi 2012). Akuuttihoito on äkillisesti sairastuneen potilaan hoitoa, jossa potilaan hoidon tarve arvioidaan ja hoidetaan tilanteesta riippuen vähintään alle vuorokauden kuluessa. Tavoitteena on löytää syy sairastumiseen ja hoitaa siten, että sairaus saadaan poistumaan tai eteneminen pysähtymään ja näin toimintakyky palautumaan. Akuuttihoiton päättämiseen päädytään silloin, kun häiriötila on saatu poistumaan tai hoito ei enää paranna potilaan tilaa. (Tampereen kaupunki 2011.)

Terveydenhuoltolain (L 30.12.2010/1326.) 6.luvun 50 §:ssä puolestaan käytetään termiä "kiireellinen hoito" vastaavasta tilanteesta, jossa potilaalle on tullut äkillinen sairastuminen, pitkäaikaisen sairauden paheneminen tai toimintakyvyn heikkeneminen. Tällä äkillisellä voimien huononemisella tarkoitetaan tilaa, jonka vuoksi hän tarvitsee välitöntä arviota ja hoitoa, ja joiden siirtäminen vain pahentaisi tilannetta. Kiireellisen hoidon turvaamiseksi sama laki velvoittaa kuntia sekä sairaanhoitopiirejä tarjoamaan kansalaisille ympärivuorokautisen päivystyksellisen hoidon. Kiireellinen hoito tulee antaa potilaan asuinpaikasta riippumatta ja se käsittää sairaanhoidon lisäksi muun muassa myös mielenterveys- ja päihdehoidon. (L 30.12.2010/1326.)

Akuutilla mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan yllä mainitun lisäksi sen luonteista hoitoa, jota esimerkiksi Kangasvuoren sairaalassa täysi-ikäisille potilaille annetaan. Kangasvuoren sairaalassa on neljä osastoa, joista osasto 37 toimii koko Keski-Suomen psykiatrisena vastaanotto-osastona, missä tehdään päivystykselliset hoidontarpeen arvioinnit. Tämän lisäksi tällä osastolla toteutetaan myös vaativia, useiden viikkojenkin pituisia hoitajaksoja sekä lyhyitä tutkimus- ja hoitajaksoja.

Hoidontarpeen arvioinnin jälkeen hoito voi jatkua myös muilla sairaalan osastoilla. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013a; Keski-Suomen Sairaanhoitopiiri 2013b.)

Mielenterveyshoitotyön lisäksi psykiatria kuuluu yhtenä osa-alueena laajaan mielenterveystyöhön. Psykiatria- käsitettä käytettiin yhtenä hakusanana aineiston sähköisessä haussa, jotta saataisiin mahdollisimman kattava aineisto. Psykiatria on mielenterveyden häiriöitä tutkiva ja hoitava lääketieteen erikoisala sekä myös oppi mielenterveyden häiriöistä, niiden syistä, oireista, ilmenemisestä, kehityksestä, hoidosta ja ehkäisystä. Psykiatrinen hoito on potilaan psyykkisen häiriön määrittelyä ja diagnosointia, avun tarpeen arviointia sekä hoitamista yhteistyössä laadittujen hoitotavoitteiden ja -suunnitelman mukaan. (Lönnqvist & Lehtinen 2011, 12, 13.) Lääketieteen keskittyessä diagnosointiin ja hoitamiseen, hoitotyö puolestaan keskittyy vuorovaikutukseen, siinä löydettäviin ratkaisuihin ja keinoihin potilaan tilanteen ja arjenhallinnan kohentamiseksi. (Linnainmaa 2006, 21.)

Edellisessä luvussa todettiin, että maahanmuuttajilla ja pakolaisilla on suurentunut riski mielenterveyshäiriöille muun muassa sosiaalisten stressitekijöiden vuoksi (Halla 2007, 469–475). Kuitenkin heidän terveydestään ja hyvinvoinnistaan on saatavilla niukasti tietoa ja kulttuurierot, ennakkoluulot, maastamuutto, pakolaisuus sekä tiedon puute hankaloittavat heidän hakeutumistaan psykiatriseen hoitoon. Käsitteet sairaudesta, sen syistä tai normaalin ja epänormaalin määrittelystä voivat olla eri kulttuurien kesken hyvinkin erilaiset, mikä osaltaan vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja väärinkäsitysten syntymiseen. Esimerkiksi afrikkalaisissa ja aasialaisissa kulttuureissa tiettyjen sairauden ilmenemismuotojen uskotaan viittaavan henkiolentojen kirouksiin tai huonoon karmaan. Tällöin länsimainen, kulttuurinmukainen hoito poikkeaa näiden ihmisten käsityksestä, sillä he ovat hoitaneet oireita rituaalein ja yhteisöllisin keinoin. (Halla 2007, 469–475; Kuhanen ym.2010, 120, 126; MacLachlan 1997, 104; Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 69–74.)

Kulttuurien kohtaamisen mielenterveyshoitotyössä tekee haastavaksi eriävien käsitysten lisäksi usein puuttuva yhteinen kieli sekä maahanmuuttajien tarpeet, jotka eroavat valtaväestön tarpeista. On joitakin sairauksia, esimerkiksi mielenterveysongelmia, joita saatetaan peitellä enemmän toisissa kulttuureissa tai niitä voidaan kokea tai tuoda esille eri tavalla, jolloin hoidon tarvetta on vaikeampi tunnistaa. Myös näkemykset mielenterveyshäiriöistä vaihtelevat eri maiden kesken ja on tiloja, joille ei löydy vastinetta toisesta kulttuurista. Tämän vuoksi on tarpeen, että hoitohenkilökunta on tietoinen hoidettavan potilaan taustasta, kulttuurista ja tavoista. On kuitenkin ymmärrettävää, etteivät työntekijät voi tietää kaikkea, jolloin kysyminen, selvittäminen ja kuunteleminen auttavat ymmärtämään paremmin ja edesauttavat hyvää hoitoa. (ETENE 2004, 10, 11,12; Kuhanen ym. 2010, 132, 134,138; MacLachlan 1997, 102,103.)

Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat muun muassa kielitaito, sosioekonominen asema (koulutus, työllisyys/työttömyys), yhteiskuntaan sopeutuminen, maahan muuttoon johtaneet syyt, mahdolliset traumaattiset kokemukset kotimaassa, kulttuurishokki, perhesuhteet sekä myös kantaväestön asenteet, tavat ja mahdollinen syrjintä. Lähtö- ja kotimaan kulttuurierot voivat heikentää yhteiskuntaan sopeutumista. Väkivalta, sodat ja vaino sekä köyhyys ovat voineet heikentää ihmisen mielenterveyttä jo ennen uuteen maahan tuloa. Maahanmuuton jälkeen mielenterveyttä voi puolestaan heikentää esimerkiksi valtaväestöön verraten huonommat elinolot sekä hoitoon pääsemisen ongelmat. Julkisen sektorin palvelujen käyttö maahanmuuttajilla on vähäisempää kuin kantaväestöllä, vaikka edellä todetun mukaisesti heillä voi olla useita mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä. Hoidon järjestyminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, sillä hoitamattomat mielenterveysongelmat heijastuvat sopeutumiseen, kielen oppimiseen sekä työllistymiseen ja vaikutukset voivat heijastua myös seuraavaan sukupolveen. (MacLachlan 1997, 126; Rotko ym. 2011, 69–74.)

Kulttuurien kohdatessa mielenterveyshoitotyössä on muistettava myös se mahdollisuus, että mikä toiselle on ominaista, yleisesti hyväksyttyä toimintaa omassa kulttuurissa, voi sama näyttäytyä toista kulttuuria edustavalle jopa merkkinä mielenterveyshäiriöstä (Kuhanen ym.2010, 124; MacLachlan 1997, 119,120,121). Esimerkiksi arabeille ominainen epäluuloinen käyttäytyminen voi Euroopassa ja Yhdysvalloissa käytetyn sairaus luokittelu DSM:n mukaan olla merkki paranoiasta (MacLachlan 1997, 120). Lisäksi jotkut mielenterveyshäiriöt ovat sidoksissa kulttuuriin ja näin ollen ne voivat olla täysin vieraita toisessa maanosassa (Kuhanen ym. 2010, 127).

3.3 Kulttuurin vaikutus yksilöön ja ihmisten kohtaamiseen

Yleisesti kulttuurilla tarkoitetaan jonkin ihmisryhmän elämäntapaa ja viitekehystä (Abdelhamid ym. 2010, 16). Kulttuuri nähdään myös kokonaisuutena, joka muodostuu yksilön omasta ympäristöstä, uskomuksista, laeista tai tottumuksista, jotka yksilö on omaksunut (Kanervo & Saarinen 2004, 8). On olemassa lukuisia eri kulttuureja ja alakulttuureja, jotka voidaan määritellä monella tavalla. Alakulttuurilla tarkoitetaan tietyn ihmisryhmän tapoja ja piirteitä, jotka muovautuvat esimerkiksi yhteisen ammatin tai kiinnostuksenkohteen kautta. Jokainen ihminen kuuluu johonkin kulttuuriin. Ihmisillä on omia arvoja ja asenteita sekä tapoja toimia elämässä. Nämä kaikki voivat olla osa yksilön omaa kulttuuria tai osa sitä kulttuuria, jonka jäsen yksilö on. Kulttuuri nähdään asiana, joka voi määrittää esimerkiksi jäsentensä toimintatavat ja uskomukset sekä asioiden ajattelun ja niihin suhtautumisen. (Abdelhamid ym. 2010, 16-17; Alexander, Beagle, Butler, Dougherty, Andrews Robards, Solotkin & Velotta 1994, 416.)

Kulttuuri on käsitteenä laaja ja kulttuurilla on monia vaikutuksia yksilöön. Se ohjaa ihmisen omaa elämää ja toimintaa sekä vaikuttaa eri yksilöiden väliseen kanssakäymiseen ja kommunikointiin. Tällöin puhutaan yksilön kulttuuritaustasta, joskaan mikään kulttuuri ei ole aivan yhtenäinen. Jokaisen kulttuurin sisällä on

eroavaisuuksia ja eri tavoin muodostuneita alakulttuureja. Erot voivat olla huomattavia esimerkiksi eri sukupuolta tai sukupolvea olevien yksilöiden välillä, vaikka he olisivatkin samaa kansaa. Ihminen voi myös kuulua useampaan kulttuuriin, joilla kaikilla on vaikutuksia yksilön käytänteisiin ja maailmankuvaan. (Kanervo & Saarinen 2004, 8.) Koska kulttuuri on iso kokonaisuus yksilön elämässä, sitä voidaan verrata yksilön persoonallisuuteen. Ihmiselle tai ihmisryhmälle kulttuuri merkitsee suuresti, aivan kuten persoonallisuus merkitsee yksilölle. Jokainen ihminen ja ihmisryhmä on ainutlaatuinen ja muista erottuva kulttuurinsa myötä, aivan kuten yksilöt ovat toisistaan erottuvia omien persoonallisuksiensa ansiosta. Myös kulttuurilla itsessään on vaikutus yksilön persoonallisuuteen ja se voi muovata yksilön persoonallisuuden piirteitä. (Alitolppa-Niitamo 1993, 18, 22.)

Kulttuuria on verrattu jäävuoreen, joka kelluu meressä. Se kuvaa hyvin sitä, kuinka ympäristö havaitsee yksilön kulttuurista vain pienen siivun, sen joka on näkyvässä, aivan kuin jäävuoren huippu meren pinnalla. Näitä voivat olla pukeutuminen, kieli tai tavat. Valtaosa yksilön kulttuuriin kuuluvista asioista on kuitenkin pinnan alla. Näitä asioita ovat esimerkiksi yksilön arvot, käsitykset ja uskomukset. Pinnalta ei voi nähdä miten yksilö käsittää esimerkiksi oikean ja väärän tai sopivan ja sopimattoman. (Kanervo & Saarinen 2004, 8; Schubert 2007, 142) Yksilöllisyys tulee muistaa kohdatessa eri kulttuuria edustava ihminen. Ei tulisi tehdä johtopäätöksiä esimerkiksi yksilöstä, joka pukeutuu tiettyä kulttuuritaustaista ryhmää edustavalla tavalla. Kukin yksilö voi pitää eri tavalla tärkeänä kulttuuritaustaansa liittyviä tapoja ja maailmankatsomusta. (Abdelhamid ym. 2010, 108.)

Ihmisen kulttuuritekijät vaikuttavat myös hänen sairastuessaan. Eri kulttuurit käsittävät eri tavoin sairauden, terveyden ja hoitamisen. Myös terveyden ja sairastumisen syyt ja niiden selitykset voivat olla kulttuuriin sidonnaisia. (Abdelhamid ym. 2010, 122.) Sen lisäksi, että eri kulttuuritaustan omaavat henkilöt voivat ajatella ja suhtautua asioihin sekä tilanteisiin eri tavalla, he voivat myös odottaa toiselta yksilöltä erilaista suhtautumista asioihin. Tämän vuoksi voi tapahtua väärinkäsityksiä

ja ymmärryksiä, kun eri kulttuurin omaavat yksilöt kohtaavat. (Kuhanen ym. 2010,121.)

Hoitotyössä kulttuurisella osaamisella eli kompetenssilla tarkoitetaan tietoisuutta toisista kulttuureista (Tuokko 2007, 10). Tätä kulttuurista osaamista jäsentämään ja ohjaamaan on kehitetty useita malleja, joihin lukeutuu muun muassa Campinha-Bacoten-malli. Cambinha-Bacote on monialainen asiantuntija, joka on luonut kulttuurisen kompetenssin mallin, jotta eri kulttuuritaustaiset yksilöt voitaisiin ottaa paremmin huomioon. Malli käsittää viisi osa-aluetta: kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen kohtaaminen, kulttuurinen halu, kulttuurinen tieto ja kulttuurinen taito. (Abdelhamid ym.2010, 28-29; Tuokko 2007,10-11). Tuokon (2007, 10) mukaan Campinha-Bacoten kulttuuriseen kompetenssiin keskittyvän mallin avulla hoitaja voi prosessinomaisesti tulla tietoiseksi toisista kulttuureista ja siten kehittää omaa kulttuurista osaamistaan. Prosessin myötä hoitajan olisi tarkoitus käsitellä omia asenteitaan ja sen myötä kehittyä eri kulttuurista tulevan asiakkaan tai potilaan hyvässä kohtaamisessa. (Tuokko 2007,10–11). Voidaksemme hoitaa hyvin, on kulttuuri otettava huomioon (Kankkunen, Nikkonen & Paasivaara 2011,83).

Hoitajan, joka toimii monikulttuuristen potilaiden kanssa, on pohdittava ja ymmärrettävä oma henkilökohtainen kulttuurinsa. Hoitajakin voi yksilönä toimia omassa elämässään ja hoitotyössä tietyillä tavoin ajattelematta tai ymmärtämättä toimintansa pohjautuvan omaan kulttuuriinsa. Kun ymmärtää oman kulttuurinsa voi ymmärtää myös toisten erilaisia tapoja ja arvoja sekä niiden muodostumista. (Kankkunen ym. 2011,82–83.) Hoitajan tarvitsee ottaa huomioon potilaan maailmankatsomus voidakseen ymmärtää mitä on olla potilaan asemassa ja edustaa toista kulttuuria sekä luoda hoitosuhdetta sitä kunnioittaen. Yrittämällä ymmärtää potilaan katsomusta ja arvoja, voi hoitaja ymmärtää syitä monikulttuurisen potilaan näkökannoille ja päätöksille hoitoonsa liittyen. Hoitajan kunnioittaessa potilasta ja hänen edustamaansa kulttuuria, kykenee hän paremmin luomaan potilaalle turvallisuutta. Pyrkiessään laadukkaaseen hoitoon, on hoitajan tärkeää tavoitella

monikulttuurisen potilaan kulttuurin huomioon ottamista sekä potilaan kulttuurin turvaavaa hoitoa. (Holma, Katajamäki & Lepikonmäki 2011, 55–56.)

Nykyisessä yhteiskunnassa ei voi toimia tehokkaana hoitajana, jollei ymmärrä kulttuurin arvoa ja merkitystä (Newman Giger 2013, 3). Suomi monikulttuuristuu ja siten myös väestön tarpeet, jolloin tämä näkyy myös terveystarpeiden monipuolistumisena. Hoitotyön kulttuurinen kirjo näkyy sekä asiakaskunnassa että työntekijöissä. Nykyisessä Suomessa eri terveystarpeiden tulee tavoitella kulttuurista osaamista, jotta voidaan varmistaa eri kulttuureja edustavien potilaiden hyvä hoito sekä eri kulttuureja edustavien työntekijöiden joustava sulautuminen yksikön työtiimiin (Abdelhamid ym. 2010,21–22).

3.4 Transkulttuurisen hoitotyön ilmeneminen

Monikulttuurisuus-käsitteellä on monta ulottuvuutta. Perinteisimmin sitä on käytetty kuvaamaan tilannetta, jossa eri kulttuureista tulevat ihmiset tai eri kulttuuripiirteitä omaavat, ja näin ollen toisistaan selkeästi erottuvat ryhmät elävät rinnakkain.

(Abdelhamid ym. 2010, 18; Martikainen, Sintonen & Pitkänen 2006, 13–14.)

Monikulttuurisuus-käsitettä voidaan käyttää myös yleisemmin, maailmanlaajuisesti kuvaamaan eri kulttuurien olemassaoloa (Martikainen ym. 2006, 14). Käsitteen syvällisempi merkitys viittaa yhteiskuntaan, jossa useampi kulttuuri elää yhdessä suvaitsevassa ja myönteisessä ilmapiirissä, mikä on huomioitu monipuolisesti myös yhteiskunnan tarjoamissa palveluissa. Laajimmallaan monikulttuurisuus-käsitteellä viitataan ja tavoitellaan kulttuurista moninaisuutta sekä eri etnisten ryhmien yhdenvertaisuutta ja keskinäistä kunnioitusta. (Abdelhamid ym. 2010, 18.) Tältä pohjalta tarkasteltuna monikulttuurisuus on nähty yhteiskunnallisena ihanteena, johon tulisi poliittisin keinoin pyrkiä. Käsitettä onkin käytetty myös kuvaamaan esimerkiksi valtion tarkoituksellista poliittista toimintaa, jonka tavoitteena on etnisen ja kulttuurisen erilaisuuden säilyttäminen. (Martikainen ym.2006, 14.)

Tässä työssä eri kulttuureista tulevista potilaista käytetään yhteisesti käsitettä ”monikulttuurinen potilas”, sillä se on nähty käsitteenä kattavaksi. Käsitteellä viitataan ketään leimaamatta kaikkiin Suomeen muuttaneisiin, Suomessa syntyneisiin ja Suomessa tilapäisesti oleskeleviin ulkomaalaistaustaisiin, eri kulttuureista tuleviin ihmisiin. Tällöin käsite pitää sisällään niin maahanmuuttajat, pakolaiset kuin turvapaikanhakijatkin. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) käsitteellä ”potilas” tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluita tai on näiden palvelujen kohteena.

Monikulttuurinen hoitotyö -käsitteellä tarkoitetaan hoitotyötä tai työyhteisöä, jossa on mukana eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevia henkilöitä. Olennaista monikulttuurisessa hoitotyössä on kunnioitus, erilaisuuden hyväksyminen ja huomioiminen, tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Monikulttuurinen hoitotyö - käsite on kuitenkin harvemmin käytetty, maailmanlaajuisemmin tunnetaan ja käytetään käsitettä ”transkulttuurinen hoitotyö”. (Abdelhamid ym. 2010, 18–19.)

Transkulttuurisella tarkoitetaan eri kulttuurit ylittävää ja eri kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Transkulttuurisella hoitotyöllä puolestaan kuvataan hoitotyötä, jossa eri kulttuurit otetaan huomioon eroineen ja samankaltaisuuksineen, myös kulttuurin vaikutus sairauteen ja terveyteen sekä pyritään tunnistamaan yksilön kulttuurisia tarpeita. (Juntunen n.d, 22–23; Sainola-Rodriguez 2009, 42, 45.)

Globalisaation myötä ihmisten liikkuvuus on lisääntynyt ja nykypäivänä ihmiset matkustavat paljon, myös muuttavat maasta toiseen erinäisistä syistä; töiden, opiskelujen tai turvapaikan toivossa. Ihmiset hyvin erilaisistakin kulttuureista ja olosuhteista kohtaavat yhä useammin. Sisäasiainministeriön laatiman tilastokatsauksen (2012, 4) mukaan Suomessakin ulkomaalaisten määrä on vuosien saatossa kasvanut. Nykyteknologian ja nopeiden kulkuyhteyksien ansiosta yhteydenpito yli maiden rajojen on vaivattomampaa ja helppoa, jolloin toiseen maahan muuttanut henkilö tai perhe pystyy säilyttämään yhteyden kotimaahansa ja kulttuuriseen yhteisöönsä. Nämä seikat ovat muun muassa vaikuttaneet siihen, että

myös hoitotyössä henkilökunta kohtaa yhä useammin ihmisiä monista eri kulttuureista ja tarve niin transkulttuuriselle hoitotyölle kuin -osaamiselle on tarpeen. (Abdelhamid ym.2010, 13; Leininger 2002, 3, 12-13, 12-13; Sainola-Rodriguez 2009, 11.)

Transnationaalinen osaaminen on yksi näkökulma monikulttuuristen potilaiden kohtaamistilanteisiin. Sainola-Rodriguezin väitöskirjan (2009, 35) mukaan transnationaalisella osaamisella tarkoitetaan sitä osaamista, jota hoitohenkilökunta tarvitsee kohdatessaan eri kulttuureista tulevia potilaita. Transnationaalinen osaaminen tähtää vuorovaikutukselliseen hoitosuhteeseen, jossa potilas on aktiivinen toimija ja tiedonvaihto on molemmin puolista. Näillä keinoilla tavoitellaan yhteisen näkemyksen löytämistä. Transnationaaliseen osaamiseen kuuluu viisi osa-alueita. Yhtenä osa-alueena on analyyttinen osaaminen, joka on tiedon hankintaa, sen merkityksen ymmärtämistä sekä hyödyntämistä. Toisena osa-alueena on emotionaalinen osaaminen, jolla tarkoitetaan positiivista ja välittävää asennetta. Kolmas osa-alue, luova osaaminen, kuvaa monipuolista, kehittävää sekä innovatiivista otetta hoitotyössä. Neljäntenä on viestinnällinen osaaminen, joka käsittää vuorovaikutussuhteeseen ja viestintään liittyviä tekijöitä. Viimeinen eli viides osa-alue on toiminnallinen osaaminen, joka yhdistää tiedon ja taidon, vuorovaikutuksen ja suhtautumisen sekä soveltaa ne käytäntöön tähdäten hyvään kulttuuriseen hoitoon. (Sainola-Rodriguez 2009, 36–40.)

Eri kulttuureista tulevilla ihmisillä on erilaiset huolenaiheet, uskomukset, arvot ja elämäntavat, siten myös erilaiset tarpeet, mikä haastaa hoitohenkilökuntaa ajattelemaan ja toimimaan avara katseisemmin, maailmanlaajuisemmin. Isoimpana haasteena onkin oppia ja löytää niitä tapoja, joilla voidaan tarjota erilaisista kulttuureista tuleville hoitoa myötätunnolla ja ymmärryksellä. (Leininger 2002, 3, 4.) Yhdysvaltalaisen transkulttuurisen hoitotyön uranuurtajan, professori Madeleine Leiningerin mukaan transkulttuurisen hoitotyön ydintä on kokonaisvaltainen, holistisen näkemyksen omaava hoito, mikä onkin yleisesti ottaen kaikkea hoitotyötä

ohjaava periaate. (Leininger 2002, 7; Sainola-Rodriguez 2009, 4; Alexander ym. 1994, 415.)

Leininger (2002, 6) toteaa, ettei transkulttuurisessa hoitotyössä kulttuurin ja hoivan yhteyttä toisiinsa voi jättää huomiotta, sillä keskinäisen yhteyden lisäksi ne yhdessä vaikuttavat niin asiakkaan terveyteen kuin muuhun elämään liittyviin uskomuksiin ja käytäntöihin. Argumenteissaan Leininger viittaa ihmisoikeuksiin sekä eettiseen vastuuseen perustellessaan ihmisten arvojen ja uskomusten huomioimista, kunnioittamista sekä ymmärtämistä. Kehittämänsä teorian mukaan transkulttuurinen hoitotyö tavoittelee tietoisuutta eri kulttuureista sekä oppimista niiden ymmärtämiseksi, jonka pohjalta voitaisiin kehittää eri kulttuureille ominaisia hoitokäytäntöjä. Näiden lisäksi tavoitteena on kulttuurin saaminen kiinteäksi osaksi hoitokäytäntöjen ja – tiedon perustaa siten, että kulttuuri toimisi perustana hoidon suunnittelulle ja toteuttamiselle sekä käsitteiden muodostamiselle. (Juntunen n.d., 23; Alexander ym.1994, 414)

Transkulttuurista hoitotyötä ja -osaamista ohjaamaan ja jäsentämään on kehitelty useita muitakin malleja ja teorioita, esimerkkinä edeltävässä luvussa mainittu Campinha-Bacoten malli. Mallien kehittämisen tavoitteena on ollut selkiyttää transkulttuurisen hoitotyön luonnetta ja laajuutta sekä auttaa hoitotyöntekijöitä tarjoamaan hyvää, sensitiivistä, turvallista sekä tarkoituksenmukaista hoitoa eri kulttuureista tuleville potilaille, ottamalla huomioon heidän kulttuurisidonnaiset, erilaiset hoidon tarpeensa. (Abdelhamid ym.2010, 28–29; Sainola-Rodriguez 2009, 43; Leininger 2002, 5). Transkulttuuristen tekijöiden ja -osaamisen huomioimisella hoitotyössä on havaittu olevan vaikutusta potilaiden tyytyväisyyteen ja toipumiseen niitä lisäävästi. Ammatillisen osaamisen ja asiakkaan kulttuuristen arvojen sekä odotusten yhteen sovittamisen epäonnistuessa voi seurauksena olla asiakkaan tyytymättömyys ja sen myötä sitoutumattomuus yhteistyöhön. (Leininger 2002, 5,6; Alexander ym.1994, 414).

Voidakseen siis tarjota eri kulttuureista tuleville potilaille tarkoituksenmukaista ja heidän etunsa mukaista hoitoa, hoitohenkilökunnan tulee huomioida heidän erilaiset tarpeensa ja taustansa. Tähän kyetäkseen hoitohenkilökunnan tarvitsee saada tietoa ja oppia eri kulttuureista, niiden piirteistä, hoidon tarpeista sekä sopivista tavoista antaa tarkoituksenmukaista hoitoa. Leiningerin mukaan hoitajien tulisi tarkkaankin perehtyä eri kulttuureihin ja opiskella asiakkaiden kulttuurisen hoidon arvoja, uskomuksia ja elämäntapoja. Tämän perehtymisen myötä hoitohenkilökunnan tulisi sitten tunnistaa, miten omaa ammatillista osaamistaan soveltaen he voivat parhaiten auttaa asiakkaita ja perheitä. (Leininger 2002, 3, 6.)

Yhtenä edellytyksenä tälle kulttuureista oppimiselle on hoitohenkilökunnan asenne ja valmius oppia monikulttuurisilta potilailta itseltään, astua heidän maailmaansa, kuunnella sekä kunnioittaa heitä. Myös omien asenteiden ja käsitysten, sekä niiden vaikutusten kriittinen arvioiminen ja läpikäyminen ovat askel kohti monikulttuurista, laadukasta hoitotyötä. Oppiminen tuo ymmärrystä ja ymmärrys ennakkoluulojen poistumista, mikä puolestaan lisää hyväksyntää. Sama oppimisen asenne ja valmius myös toisen osapuolen, tässä tilanteessa potilaiden, osalta on tarpeen, jotta syntyy molemminpuolinen ymmärrys sekä hyväksyntä ja niiden myötä laadukas hoitosuhde (Abdelhamid ym.2010, 22; Leininger 2002, 3.)

Transkulttuuriseen hoitotyöhön, lähinnä Leiningerin näkemyksiin, on kohdistunut myös kritiikkiä. Kritiikkiä on kohdistunut siihen, ettei Leininger ole teoriassaan ottanut huomioon hoitotyön tilanteiden ja kohtaamisten subjektiivisuutta, sillä hoitohenkilöstön oma kulttuuri, ajattelu sekä asenne vaikuttavat siihen miten he kohtaavat ja suhtautuvat potilaaseen. Leiningerin teorian ei myöskään ole nähty huomioivan riittävästi hoitotyössä vaikuttavia sosiaalista kontekstia ja valtasuhteita, esimerkiksi hoitajan asiantuntijuuteen perustavaa valtaa suhteessa potilaaseen. Siinä missä Leininger peräänkuuluttaa hoitajien aktiivista roolia eri kulttuurien erityispiirteiden syvässä perehtymisessä, toisaalla on pohdittu kuinka syväälle tässä opiskelussa ja perehtymisessä voidaan mennä, onhan tunnettuja kulttuureja yli 3000. (Sainola-Rodriguez 2009, 49, 50; Juntunen n.d., 24.)

Lisäksi teoriaa kritisoineet ovat pohtineet kuinka paljon tämä syvälinen perehtyminen ja opiskelu lopulta auttavat hoitohenkilöstöä todella ymmärtämään sitä kulttuurista taustaa, josta potilas tulee, onhan jokaisen tilanne hyvin yksilöllinen. Tähän liittyen ei transkulttuurisen hoitotyön ole myöskään nähty tarpeeksi huomioivan yksilöllisyyttä, sitä erilaisuutta mitä eri ryhmien sisällä on, puhutaanpa sitten kulttuuriryhmien tai terveydenhuollon ammattikunnan sisäisistä erilaisuuksista. Erityispiirteiden listaaminen voi vain vahvistaa stereotyyppioita ja vähentää potilaan yksilöllistä, jokaisen taustan erikseen huomioivaa hoitotyötä. (Sainola-Rodriguez 2009, 49, 50; Juntunen n.d., 24.)

Jokaisen kulttuurin sisällä on eroavaisuuksia ja lukuisia alakulttuureja ja yksilöt voivat pitää eri tavalla tärkeänä oman kulttuuritaustansa tapoja ja elämäkatsomusta. Eiväthän kaikki suomalaisetkaan ole samanlaisia tai samoin tavoin ajattelevia. Lisäksi kunkin yksilön, monikulttuurisen potilaan tilanteeseen vaikuttaa kulttuurin rinnalla myös sosiaalinen ja poliittinen tausta, jotka on tarpeen ottaa huomioon ja ne voivat olla yksilöiden kesken hyvinkin erilaiset. (Abdelhamid ym. 2010, 108,122; Kanervo & Saarinen 2004, 8.) Nykyään pidetäänkin tärkeämpänä hoitajan ja potilaan välistä dialogia, jossa potilas itse kertoo kulttuuristaan ja hänelle tärkeistä asioista. Näin tämä dialogi auttaa hoitajaa ymmärtämään potilaan omia näkemyksiä, tulkintoja ja tarpeita tämän omasta näkökulmasta käsin. (Juntunen n.d., 25; Kuhanen ym.2010, 142.)

Sainola-Rodriguezin (2007, 1, 49) tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilökunnalla on tarve tietoon ja koulutukseen kulttuurisista tekijöistä, niiden huomioimisesta sekä kulttuurisesta osaamisesta hoitotyössä. Niin Sainola-Rodriguezin kuin muunkin Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan potilaiden kulttuuritaustaa ja siihen liittyviä tekijöitä huomioidaan vähän ja satunnaisesti, lisäksi huomioiminen on ollut riippuvaista yksittäisistä työntekijöistä. Sainola-Rodriguezin (2009, 1, 79) tutkimuksessa esimerkiksi ilmeni, ettei potilailta itseltään juurikaan oltu

kysytty tai selvitetty heidän näkemyksiään muun muassa sairautensa hoitamisesta, sen sijaan heille oli kyllä selvitetty suomalaisia hoitokäytäntöjä.

3.5 Eettiset ohjeet ja lainsäädäntö lähtökohtana monikulttuurisen potilaan kohtaamiseen

Kaikkea hoitotyötä ohjaavat laki ja eettiset ohjeet. Kohdattaessa ja hoidettaessa monikulttuurisia potilaita pätee samat eettiset periaatteet, kuin kaikissa muissakin hoitotyön tilanteissa. (Abdelhamid ym. 2010, 78, 79.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa hoitajaa veloitetaan kohtaamaan potilas arvokkaana ihmisenä ja lähimmäisenä, häntä kuunnellen ja tilanteeseensa eläytyen (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012). Kangasvuoren sairaalan osasto 37:n osastonhoitaja Korpelan (2012) mukaan tämä toisen asemaan asettuminen onkin olennainen osa monikulttuurisen potilaan kohtaamista. Korpelan mukaan on hyvä miettiä, miltä itsestä tuntuisi joutua psykiatriselle osastolle vieraassa maassa, jonka kieltä ja tapoja ei tunne tai ymmärrä. Korpela esitti toisenkin herättelevän ajatuksen: ottaisitko itse eri kieltä puhuvan henkilökunnan tarjoaman lääkkeen, josta sinulla ei ole käsitystä mitä se on tai miksi se tulisi ottaa.

Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan hoitajan tulee ottaa toiminnassaan huomioon yksilön arvot, tavat ja vakaumus. Oikeudenmukaisuus on olennainen osa sairaanhoidajan työtä; jokaista potilasta on hoidettava yhtä hyvin heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan katsomatta kulttuuriin, uskontoon, ikään, sukupuoleen, rotuun, äidinkieleen, terveysongelmaan, yhteiskunnalliseen asemaan tai poliittiseen näkemykseen. Hoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen perustana ovat avoin vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus. Hoitajan tulee muistaa myös potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja mahdollisuuksien järjestäminen potilaalle hänen omaan hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012.) Tämän mahdollistamiseksi on eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa tulkkipalvelun käyttäminen ja järjestäminen usein tarpeellista

(ETENE 2004, 11). Jotta eettisissä ohjeissa korostuva kunnioitus mahdollistuu, on eri kulttuurien kohdatessa oleellista erilaisuuden tunnistaminen ja tunnustaminen sekä sen hyväksyminen ja ymmärtäminen (Abdelhamid ym.2010, 78).

Suomen valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan, ETENE:n, tekemän julkaisun mukaan (2004) terveydenhuollon ammattilaisen keskeisimmät ominaisuudet hänen kohdatessaan toisesta kulttuurista tulevia potilaita ovat sensitiivisyys, ymmärryskyky, toista kunnioittavat vuorovaikutustaidot sekä ammatillinen tieto. Myös ennakkoluulottomuus ja yhteistyövalmius ovat oleellisia ominaisuuksia. Päätökset ensisijaisesti tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa hänen elämäntapansa ja arvonsa huomioiden. Monissa muissa kulttuureissa yhteisöllisyys, eli perheen ja sukulaisten merkitys ja vaikutus esimerkiksi päätösten teossa, on vahvempi kuin Suomessa, jolloin potilaan läheisetkin on otettava enemmän huomioon. Kulttuurien erilaisuus ei ole vain haaste vaan rikkaus, hoitohenkilökunta voi oppia ja kehittyä monikulttuurisessa hoitotyössä kohtaamiensa, eri kulttuureista tulevien potilaiden kautta. (ETENE 2004, 10, 13.)

Sarvimäen ja Stenbock-Hultin (2009) mukaan hoitotyön etiikka on vahvasti kytköksissä ihmisten haavoittuvuuteen sekä heidän tarpeeseen inhimillisestä huolenpidosta. Haavoittuvuuden nähdään olevan osa ihmisenä olemisen perusehtoa, jolloin se ei kosketa ainoastaan potilasta, vaan myös hoitajaa. Tämä ihmisen haavoittuvuus nähdään herkkyytenä ja suojaamattomuutena; jokainen meistä on altis tulemaan toisten ihmisten haavoittamaksi tai loukkaamaksi joko fyysisesti tai psyykkisesti. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 14–17.) Ollessamme tekemisissä eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa, on tarpeen ottaa huomioon heidän haavoittuvuuttaan lisäävät tekijät, joita voivat olla esimerkiksi vierauden tunne, yhteisen kielen ja näin ollen ymmärryksen puute tai traumaattiset kokemukset, esimerkiksi kidutus (Abdelhamid ym.2010, 79; ETENE 2004, 12).

Huolenpito nähdään vastauksena tähän ihmisen haavoittuvuuteen. Huolenpidon toteutuksen perustana on aito tarve muista huolehtimiseen ilman itsekkäitä

motiiveja. Huolenpito ilmenee konkreettisesti hoitotyössä, jolloin hoitosuhteen voidaan nähdä olevan myös huolenpitosuhde. Sarvimäki ja Stenbock-Hult listaavat hyvän hoito- eli huolenpitosuhteen sisältävän muun muassa toisen ihmisen kunnioittamisen, käytettävissä olon ja läsnäolon, toisen ihmisen arvon myöntämisen sekä pyrkimyksen ymmärtää toista hänen näkökulmastaan käsin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 23, 25.).

Lainsäädännöllisesti potilaan hoidon ja kohtelun kannalta oleellimmat periaatteet löytyvät Laista potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785). Laki osoittaa kullekin oikeuden sekä laadullisesti että kohtelultaan hyvään hoitoon siten, että jokaisen ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Tämän lain 2. luvun 3§ mukaan kaikilla Suomessa pysyvästi asuvilla on terveydenhuollon käytettävissä olevien resurssien puitteissa oikeus saada terveydentilansa vaatimaa terveyden- ja sairaanhoitoa ilman syrjintää. Suomessa tilapäisesti oleskelevien oikeuksiin puolestaan vaikuttavat valtioiden väliset sopimukset sekä erilliset säädökset. (L 17.8.1992/785).

Kansainvälisissä sopimuksissa sekä EY lainsäädännössä käytetään termiä "välitön sairaanhoito" tilanteesta, jossa Suomessa oleskelevalla, toisen EU/ETA maan tai sopimusmaan sosiaaliturvapiiriin kuuluvalla henkilöllä, on oikeus saada sairaanhoitoa rajoitetussa määrin Suomessa ollessaan. Kiireellisen hoidon -termiä käytetään puolestaan Kansanterveyslaissa sekä erikoissairanhoidonlaissa, mutta käytännön hoitotyössä nämä kaksi käsitettä kuitenkin sulautuvat yhteen ja niillä yleensä tarkoitetaan samaa asiaa. STM:n oppaan (2002) mukaan välitön sairaanhoito tarkoittaa tilannetta, jossa sairaanhoidon tarve on ilmaantunut ennalta arvaamattomasti oleskelumaassa. Välitön tai kiireellinen hoito on hoitoa, jonka jättäminen myöhemmäksi vaarantaisi potilaan hengen tai terveyden. Suomessa oleskelevalle annetaan siis välttämätön hoito siten, että henkilö pystyy palaamaan kotimaahansa. Kotimaa on virallisesti vastuussa potilaan sairaanhoidosta ja näin ollen kotimaa huolehtii myös mahdollisista jatkohoidoista sekä tarkastuksista. (STM 2002.) Kiireellisestä hoidosta säädetään Terveydenhuoltolaissa (L 30.12.2010/1326), jonka

mukaan kiireellinen sairaanhoito, mukaan luettuna muun muassa mielenterveyshoito, on asuinpaikasta riippumatta potilaalle annettava. Kiireellinen hoito käsittää tilanteen välittömän arvion ja hoidon, kun kyseessä on esimerkiksi äkillinen sairastuminen tai pitkäaikaissairauden paheneminen.

Yhteistyötahon, Kangasvuoren sairaalan osasto 37:n osastonhoitaja Jani Korpelan (2012) mukaan heidän osastolleen voi tulla hoitoon tai sen tarpeen arviointiin kaikki psykiatrasta hoitoa tarvitsevat ulkomaalaiset, olivat he sitten Suomessa asuvia tai maassa tilapäisesti oleskelevia. Mikäli osastolle tuleva potilas on ulkomaan kansalainen, osasto tekee yhteistyötä potilaan kotimaan terveysviranomaisten kanssa. Jos ulkomaalaisella potilaalla on Eurooppalainen sairaanhoitokortti, saa hän hoidon samaan hintaan kuin suomalainen. (Korpela 2012.)

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tutkimustapa, jossa tavoitteena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja monipuolisesti. Monipuolisen aineiston saamiseksi sen kerääminen ja hakeminen on oltava huolella harkittua ja tarkkaa. Luonteeltaan kvalitatiivinen tutkimus on ihmiskeskeistä ja -läheistä, se pyrkii kuvaamaan todellista elämää ja tuomaan esille tutkittavien näkökulmaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157,160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.) Näistä lähtökohdista käsin kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään kuvaamaan ja ymmärtämään ihmisten, niin yhteisöjen kuin yksilöiden käsityksiä, ajatuksia ja kokemuksia, heidän motivaatioitaan sekä näkemyksiään ja tulkintojaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.) Tässä työssä tuodaan esille monikulttuuristen potilaiden kokemuksia ja näkökulmaa selvitetessä kulttuurin vaikutusta sekä miksi ja miten se tulisi huomioida hoitotyössä. Lisäksi analysoitavassa aineistossa on

tutkimuksia, joihin on osallistuneina monikulttuurisia potilaita, joten heidän oma äänensä pääsee myös kuuluviin.

Kvalitatiivisella tutkimuksella on lukuisia, toisistaan eroavia tyyppisiä, menetelmiä tai suuntauksia, jonka vuoksi sen määrittäminen on vaikeaa ja osin epäselvääkin. Näistä kaikista tutkimuksen tyypeistä on kuitenkin löydettävissä yhtäläisyyksiä, jonka perusteella voidaan tehdä jonkinlaista listaa kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaisimmista piirteistä. (Hirsjärvi ym.2007, 131–132, 158–160.) Hirsjärven ym. (2007, 156) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa painopiste on tutkittavan ilmiön laadussa ja merkitysten tarkastelussa. Ominaista laadulliselle tutkimukselle on tavoite lisätä ymmärrystä valitusta ilmiöstä tutkittavien omista käsitteistä ja lähtökohdista käsin. Tällöin tavoitteena on, ettei tutkimus ole teoriasta käsin ohjautuvaa tai hypoteesien testaamista vaan aineistolähtöistä. (Hirsjärvi ym.2007, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää uusia, ehkä yllättäviäkin oivalluksia. (Hirsjärvi ym.2007, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.) Kuitenkin tuloksista saatua ymmärrystä voidaan yhden näkemyksen mukaan täydentää peilaamalla sitä teorian tietoon (Tuomivaara 2005, 33–34). Työssä on perehdytty teoriaan transkulttuurisesta hoitotyöstä lähinnä käsitteiden ymmärtämiseksi ja avaamiseksi. Vastaukset tutkimuskysymyksiin nousivat analysoitujen tutkimusten tuloksista eli työ on aineistolähtöinen. Aineistoa läpikäytäessä ja analysoitaessa sekä tulkittaessa nousee esille se, mikä on tärkeää ja oleellista. Kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaiseen tapaan työlle ei myöskään asetettu hypoteesia, jota olisi lähdetty testaamaan.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista niin aineiston haun kuin tutkimuksen muotoutumisen elävyys ja joustavuus koko prosessin ajan; tutkimuksen tavoitteet voivat täsmentyä tai suunnitelmat muuttua tutkimuksen edetessä ja aineistoa etsitään monipuolisesti eri paikoista. (Hirsjärvi ym.2007, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67; Tuomivaara 2005, 33.) Kvalitatiivisen tutkimuksen

elävyys ja joustavuus näkyi siten, että tutkimuskysymykset ja tavoitteet täsmentyivät prosessin aikana. Myös suunnitelmat muuttuivat prosessin myötä; alun perin tarkoituksena oli pitää aiheesta koulutustilaisuus yhteistyötahon henkilökunnalle. Työn edetessä nähtiin kuitenkin sopivammaksi koulutustilaisuuden sijaan käydä esittelemässä työn tulokset ja johtopäätökset Kangasvuoren sairaalalla. Valitut tutkimukset löydettiin käyttäen monipuolisesti sekä sähköistä että manuaalista hakua.

Kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä pyritään luonnollisuuteen ja yksilöllisyyteen sekä keskittymään vain tiettyihin, tarkasti kuvattuihin ja aitoihin tilanteisiin.

Kvalitatiivinen tutkimustapa on hyvä valinta tilanteissa, joissa tutkimuksella esimerkiksi halutaan lisätä ymmärrystä jostain aiheesta, tutkia aihetta, josta ei vielä ole paljoa tietoa tai kaivattaessa johonkin aiheeseen uutta näkökulmaa sekä epäiltäessä jo olemassa olevia tutkimustuloksia. (Hirsjärvi ym.2007, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.) Työn ensisijainen tarve nousi siitä, että yhteistyötahon henkilökunta kaipasi lisää tietoa monikulttuuristen potilaiden kohtaamisesta. Tarkoitus on siis lisätä ymmärrystä aiheesta, josta ei vielä ole paljoa tietoa suomalaisessa mielenterveyshoitotyössä.

Käytännössä kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruu menetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset haastattelut tai osallistuva havainnointi. Hoitotyön näkökulmasta kvalitatiivisella tutkimustyöllä voidaan muun muassa edistää asiakaslähtöistä työskentelyä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitellessa tutkittavien näkemysten ja ilmiöille antamien merkitysten esiin tuomista, se auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään asioita asiakkaiden näkökulmasta käsin. Täten saatu näkökulma auttaa ammattilaista kehittämään omaa toimintaansa tai vallalla olevia, yleisiä toimintatapoja asiakaslähtöisemmiksi. (Hirsjärvi ym.2007, 158, 160; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67–68, 74.) Työllä tavoitellaan parempaa asiakaslähtöisyyttä, sillä pyrkimys on parantaa eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa tehtävää hoitotyötä lisäämällä hoitohenkilökunnan tietoutta ja ymmärrystä

kulttuurin moninaisuudesta sekä vaikutuksesta kohtaamisissa. Näin pyritään tuomaan esille potilaiden näkökulmaa.

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Jokaisella tutkimuksella on oltava teoreettinen tausta. Tämän kokoamiseen käytetään usein kirjallisuuskatsaus-menetelmää. Kirjallisuuskatsaus tyyppiä on useampia erilaisia, mutta pääsääntöisesti niiden kaikkien tarkoituksena on koota yhteen asioita ja tuloksia, joita on jo aiemmin tutkittu valitusta aiheesta. (Hirsjärvi, ym. 2007, 121; Johansson 2007, 3.) Myös kirjallisuuskatsaus itsessään voi olla tutkimus, jolloin siitä usein käytetään käsitettä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tässä työssä tätä menetelmää on mukailtu ja tehty huolellinen kirjallisuuskatsaus. Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus on tehokas ja tarkka menetelmä syventää ja koota tietoa aiheesta, jota on jo valmiiksi tutkittu. Tällöin se on tutkitun tiedon tutkimista eli toisen asteen tutkimusta. (Johansson 2007, 4; Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.)

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmänä monivaiheinen. Menetelmän mukaisesti tämän työn prosessi alkoi tutkimussuunnitelman laatimisella ja tutkimuskysymysten asettamisella. Lisäksi osana suunnitelmaa laadittiin aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotta saatiin mahdollisimman hyvin asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastaava aineisto. Näitä seurasi tutkimusten hakeminen ja valinta sekä laadun arviointi. Laadun arvioinnissa käytettiin valmista mittaria (ks. Liite 2). Lopuksi valikoituneet viisi tutkimusta (ks. Liite 3) analysoitiin teemoittelemalla ja esitettiin analysoinnin pohjalta saadut tulokset sekä johtopäätökset.

Kirjallisuuskatsaus menetelmällä oli tarkoitus saada mahdollisimman kattava kuva rajatusta aiheesta. Huolellisen kirjallisuuskatsauksen toistettavuus, perustuminen tutkimussuunnitelmaan, jokaisen vaiheen tarkka raportointi sekä pyrkiminen vähentämään systemaattista harhaa, tekevät siitä tieteellisen tutkimuksen periaatteiden mukaisen. Aineiston keruu on vaiheittain raportoitu luvussa 5.1, sekä

kuvattu visuaalisesti (ks. Taulukko 1.). Myös perustelut hylätyille aineistoille on raportoituna edellä mainitussa luvussa. (Johansson 2007, 4-7; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39, 41–42.)

Alkuperäistutkimusten löytämiseksi laadittiin hakustrategia, jossa hyödynnettiin YSA-verkkosanastoa rinnakkaistermien löytämiseksi. Alkuperäistutkimusten haun kattavuuden turvaamiseksi hakuja tehtiin niin sähköisistä tietokannoista kuin manuaalisesti. (Johansson 2007, 6; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–41.)

Kirjallisuuskatsauksen analysoitava aineisto valikoitui tarkan valinta- ja arviointiprosessin tuloksena. Ennen aineiston analysointia oli analysointimenetelmäksi valittu teemoittelu. (Johansson 2007, 4; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42–43.)

Kirjallisuuskatsauksella on tutkimusmenetelmänä omat hyvät ja huonot puolensa. Havaittavissa oli sen aikaa vievyys ja työläys, mutta menetelmänä se oli toimiva valitun aiheen tutkimiselle ja tarkastelulle. Monikulttuuristen potilaiden kohtaamista mielenterveyshoitotyössä, etenkin Suomessa, on tutkittu vähän, joten menetelmä nähtiin sopivaksi kokoamaan jo sitä vähäistä sekä kansainvälistä, olemassa olevaa tietoa. Kirjallisuuskatsauksen hyviä puolia olivat olemassa olevan tiedon jäsentämisen ja arvioimisen jälkeen mahdollisuus havaita puutteet tutkimustiedossa. Lisäksi sen avulla voitiin nähdä niin tarve tälle kuin tulevillekin tutkimuksille. (Johansson 2007, 7; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42–43.)

5 TUTKIMUSAINEISTO

5.1 Aineiston keruu

Aineistoa kerättiin sekä sähköisten tietokantojen kautta että manuaalisesti. Ennen hakua valittiin hakutermit, johon apuna käytettiin YSA-verkkosanastoa rinnakkaistermien selvittämiseksi. Käytettyjä sähköisiä tietokantoja olivat Arto, Medic, Melinda ja Cinahl. Suomenkielisissä tietokannoissa käytettiin hakusanoina katkaisumerkein seuraavia sanoja: Monikulttuur?, Kulttuuri?, Kulttuurivaik?, Mielenterveys? ja Psykiatria?. Suomenkielisissä tietokannoissa käytettiin hakusanojen katkaisua, jotta saatiin tuloksia mahdollisimman kattavasti ja laajennettua hakua. Cinahl-tietokannassa käytettiin englanninkielisiä hakusanoja Multicultural ja Mental health. Haku rajattiin kaikkiin julkaisutyyppeihin, kieleksi suomen, paitsi Cinahlissa kieleksi englannin, sekä vuosiluvun aikavälille 2004–2013, jotta saatiin ajantasaisimmat tutkimukset. Lisäksi Cinahlissa haku rajattiin saatavilla oleviin kokonaisiin teksteihin (Full text). Käytetyt hakusanat valittiin siten, että saadut tulokset vastaisivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Sähköiset haut suoritettiin pääasiassa maaliskuussa 2013.

Sisäänottokriteereitä olivat:

- * Tutkimus vastaa laadittuihin tutkimuskysymyksiin
- * Aineisto on saatavilla kokonaisena ilman kustannuksia
- * Tutkimukset ovat tuoreita, ne ovat tehty aikavälillä 2004–2013
- * Valittu tutkimus täyttää laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit (ks. Liite 2)

KUVIO 3 Aineiston sisäänottokriteerit

Poissulkukriteerit olivat:

- * Tutkimus ei vastaa laadittuihin tutkimuskysymyksiin
- * Aineisto ei ole saatavilla kokonaisena ilman kustannuksia
- * Tutkimukset ovat yli kymmenen vuotta vanhoja
- * Tutkimus ei täytä laadun arvioinnissa käytettyjä kriteerejä (ks. Liite 2)

KUVIO 4 Aineiston poissulkukriteerit

Arto- tietokannasta asetetuilla suomenkielisillä hakusanoilla Monikulttuur? OR Kulttuuri? OR Kulttuurivaik? AND Mielenterveys? OR Psykiatria? katkaisumerkein tuli 27 osumaa. Otsikoiden perusteella valikoitui 3. Kuitenkin kaksi näistä ei ollut enää saatavilla ilmaiseksi ja lopulta poissulkukriteerien perusteella ei valikoitunut yhtään artikkelia. Haku tehtiin maaliskuussa 2013.

Medic- tietokannasta asetetuilla suomenkielisillä hakusanoilla Monikulttuur*, Kulttuuri*, Kulttuurivaik*, Mielenterveys* ja Psykiatria* katkaisumerkein tuli 8 osumaa. Otsikoiden perusteella valikoitui 2, mutta poissulkukriteerien perusteella ei valikoitunut yhtään. Haku tehtiin maaliskuussa 2013.

Melinda- tietokannasta asetetuilla suomenkielisillä ja katkaisumerkein käytetyillä hakusanoilla tuli 56 osumaa. Ensimmäisessä hakukentässä käytimme sanoja Monikulttuur? OR Kulttuuri? OR Kulttuurivaik? ja toisessa hakukentässä Mielenterveys? OR Psykiatria?. Otsikoiden perusteella valikoitui 4. Näistä saatavuuden perusteella valikoitui 3, mutta sisäänottokriteerien perusteella lopulta valikoitui vain 1. Haku tehtiin maaliskuussa 2013.

Cinahl-tietokannassa käytettiin kahta englanninkielistä hakusanaa Multicultural AND Mental health, joilla tuli 16 osumaa. Otsikoiden perusteella valikoitui 3. Lopulta sisäänottokriteerien perusteella valikoitui 2. Haku tehtiin toukokuussa 2013.

Manuaalisella haulla mukaan valikoitui 2 tutkimusta, joista yksi on useammasta osatutkimuksesta koostuva väitöskirja ja toinen Pro gradu-tutkielma.

Aineiston haun jälkeen arvioitiin valikoituneiden tutkimusten laatua käyttäen valmista laadunarvioinnin mittaria (ks. Liite 2). Laadun arvioinnin perusteella valikoituivat lopulliset analysoitavat viisi tutkimusta. Aineistoon otettiin yksi tutkimukseen perustuva kirja soveltuvien osin, vaikka sen laadullisuutta ei täysin käytetyn mittarin avulla pystynyt arvioimaan. Perusteena kirjan valinnalle oli sen

hyvä vastaavuus tutkimuskysymyksiin ja käyttö vain siltä osin, missä tieto pohjautui tutkimuksiin.

Taulukko 1 Aineiston haku- ja valintaprosessi

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Koko hakutulos	Otsikon perusteella valitut	Saatavuuden perusteella valitut	Tiivistelmän / koko tekstin perusteella valitut	Laadun arvioinnin perusteella valitut
ARTO	Monikulttuur? OR Kulttuuri? OR Kulttuurivaik? AND Mielenterveys? OR Psykiatria?	27	3	1	1	0
MEDIC	Monikulttuur* OR Kulttuuri* OR Kulttuurivaik* AND Mielenterveys* OR Psykiatria*	8	2	2	2	0
MELINDA	Monikulttuur? OR Kulttuuri? OR Kulttuurivaik? ja Mielenterveys? OR Psykiatria?	56	4	3	3	1
CINAHL	Multicultural AND Mentalhealth	16	3	3	2	2
MANUAALINEN HAKU	-	5	5	5	4	2
YHTEENSÄ	-	112	17	14	13	5

5.2 Aineiston analyysi

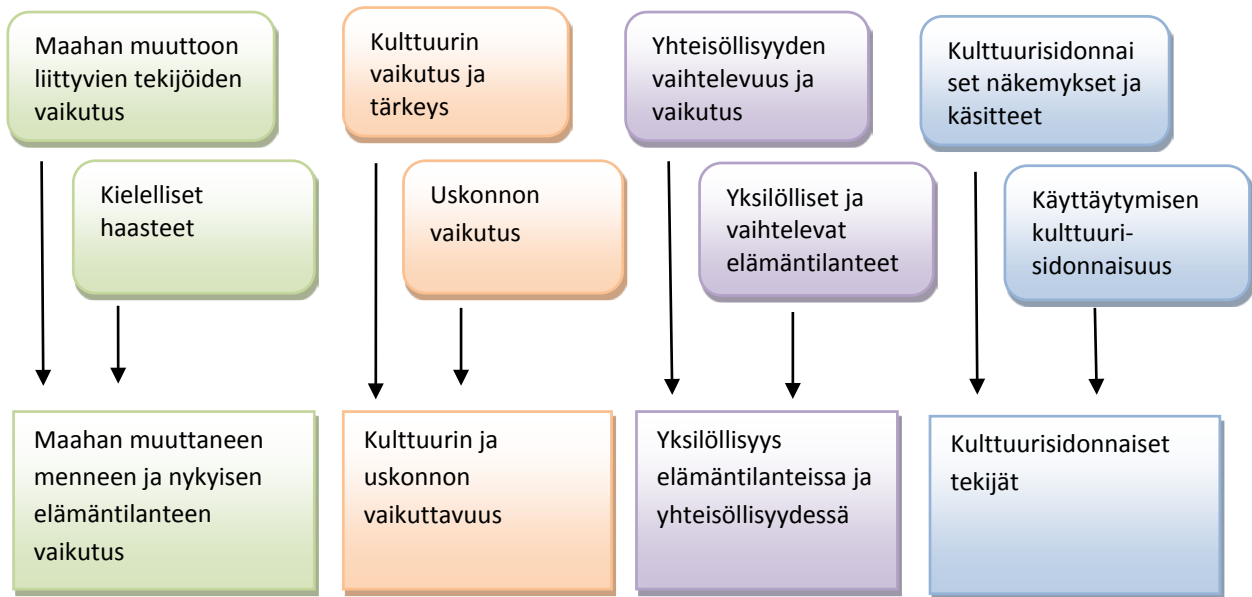
Teemoittelu on yksi aineistojen analysointimenetelmistä. Teemoittelu muistuttaa luokittelua, mutta tässä menetelmässä halutaan korostaa eri teemojen sisältöä eikä lukumäärää. Tätä menetelmää voidaan käyttää, kun halutaan ryhmitellä laadullista aineistoa aiheiden mukaisesti. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d). Ennen analyysiä tulee olla selvillä mitä aineistosta ollaan hakemassa eli mitkä ovat tutkimuskysymykset. Tutkijaa voi kiinnostaa monikin asia, mutta tärkeää on tehdä vahva rajausta siihen, mitä aineistosta ollaan hakemassa. Aineisto käydään läpi ja kiinnostukseen sisältyvät asiat merkitään, muu jätetään pois. Tämän jälkeen aineisto teemoitellaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93).

Teemoja, eli keskeisiä aiheita ja aihepiirejä muodostetaan käytettävästä aineistosta etsimällä yhdistäviä ja/tai erottavia asioita. Teemoina pidetään asioita, jotka toistuvat aineistossa. (Jyväskylän Yliopisto n.d.) Aineistoa järjestellään teemojen mukaisesti, siten että kunkin teeman alle kootaan ne aineistojen kohdat, joissa teema tai teemaa kuvaava näkemys esiintyy. Näin saadaan järjesteltyä aineiston sisältö eri teemojen alle sekä löydetään näkemyksiä, jotka kuvaavat teemoja. Jotkut asiat ja kohdat voivat sijoittua usean teeman alle. Keskeisistä asioista muodostettujen ja ryhmitettyjen pääteemojen sekä alateemojen avulla on tarkoitus rakentaa kokonaisuus aineistosta. Lopuksi teemoittelun tuloksia tarkastellaan ja niistä kirjoitetaan yhteenveto. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a; Tuomi & Sarajärvi 2009,92–93)

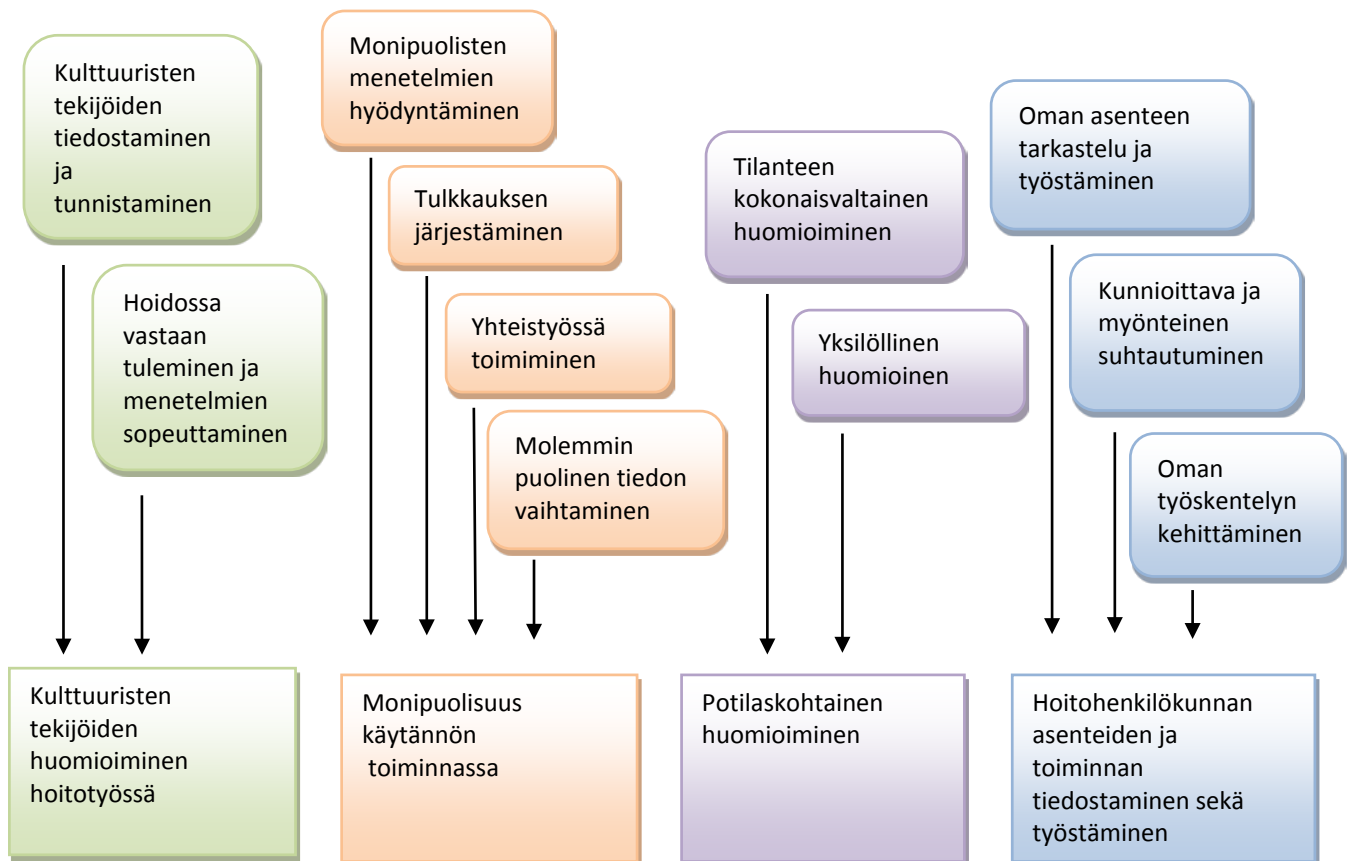
Aineiston analysointi menetelmäksi valittiin teemoittelu, koska se on yksi perusmenetelmä, jolla voi tarkastella laadullisen tutkimuksen aineistoa (Jyväskylän Yliopisto n.d). Teemoittelu nähtiin sopivaksi menetelmäksi, koska sen avulla halutaan korostaa aineiston sisältöä ja painottaa mitä asiasta on sanottu, jolloin analyysissä korostuu aineistolähtöisyys, kuten laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena.

Teemoittelun avulla aineistosta voidaan löytää keskeiset asiat, jotka vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009,92–93.)

Tässä työssä analysoitavien tutkimusten valinnan jälkeen ne luettiin läpi merkiten kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tämän esilukemisen ja merkintöjen jälkeen käytiin tutkimukset yksitellen läpi kirjoittaen ylös listoihin ne lauseet tai sanat, jotka vastasivat jompaankumpaan tutkimuskysymykseen. Näin saatiin muodostettua kaksi eri tutkimuskysymysten mukaista listaa ”Miksi” ja ”Miten”. Muodostetut listat käytiin läpi siten, että kunkin aineistoista nostetun yksittäisen lauseen tai sanan merkitystä pohdittiin ja kirjoitettiin tulkinnat ylös lause-listoiksi. Esimerkiksi alkuperäisestä aineistosta nostetusta lauseesta ”Kulttuuristen tekijöiden tunnistaminen ja tiedostaminen...auttaa sairaanhoitajaa tunnistamaan heidän kulttuuriinsa liittyviä erityispiirteitä ja havainnoimaan erilaisuuksia omaan kulttuuriinsa nähden”, muodostui pohdinnan jälkeen tulkinta: ” Kulttuurin vaikutuksen tunnistaminen ja tiedostaminen ohjaustilanteessa, tämä auttaa potilaan erityispiirteiden tunnistamisessa ja erojen havaitsemisessa suhteessa omaan kulttuuriin”. Nämä tulkinnasta nousseet lauseet eriteltiin siten, että samaa käsittelevät lauseet muodostivat yhden ryhmän. Näiden ryhmien perusteella nousivat alateemat sekä ”Miksi”- että ”Miten”- listoille. ”Miksi”-listan lauseryhmät muodostivat kahdeksan alateemaa, joista seuraavassa vaiheessa nousi neljä pääteemaa. ”Miten”-listan lauseryhmät muodostivat puolestaan yksitoista alateemaa ja pääteemoja nousi neljä. Lauseryhmistä muodostuneet ala- ja pääteemat on kuvattu alla oleviin kuvioihin (ks. Kuvio 5 ja Kuvio 6).



KUVIO 5 Aineiston analyysi teemoittelemalla, ”Miksi”-lista



KUVIO 6 Aineiston analyysi teemoittelemalla, ”Miten”-lista

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Syitä potilaan erilaisen kulttuuritaustan huomioimiseen

Analysoitava aineisto koostui viidestä (N = 5) tutkimuksesta. Teemoittelu-
menetelmää käyttäen tulokset saatiin ryhmiteltyä yhteensä kahdeksaan
pääteemaan, kummallekin tutkimuskysymykselle muodostui neljä pääteemaa.
Seuraavaksi käsitellään otsikoina olevien pääteemojen tuomia vastauksia
asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kunkin pääteeman yhteydessä avataan aineistosta
nostettuja lauseita sekä niiden muodostamia alateemoja.

Taulukko 2 Analysoitava aineisto

Tekijät, Tutkimuksen nimi, vuosi ja julkaisija sekä käytetty hakumenetelmä	Aihe, kohde tms.	Keskeiset tulokset
Simich, L., Maiter, S., Moorlag, E. & Ochocka, J. 2009. Article: Taking Culture Seriously: Ethnolinguistic Community Perspectives on Mental Health. Psychiatric Rehabilitation Journal 2009, Volume 32, No.3, 208-214. Sähköinen tietokanta Cinahl	Tarkoituksena oli selvittää Kanadassa asuvien viiden eri etnisen ryhmän näkemyksiä mielenterveydestä ja mielenterveyspalveluista ryhmäkeskustelujen avulla.	Tuloksissa korostuu maahanmuuton sosiaalisen kontekstin ja sopeutumisen tärkeys määriteltäessä mielenterveyttä ja mielenterveyshäiriöitä. Avainsanat: culture, community, mental health, immigrants, participatory action research
Wathen, M. 2007. Pro gradu- tutkielma: Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Tampereen Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteenlaitos.	Tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien potilasohjauksesta. Aineisto kerättiin haastatteleamalla sairaanhoitajia, joilla oli kokemuksia maahanmuuttajien ohjauksesta.	Tuloksista muodostui maahanmuuttajien potilasohjauksen erityispiirteet, jotka jakaantuivat neljään kategoriaan: asiakkuus, hoitajan valmiudet, kulttuuriset tekijät sekä potilasohjauksen haasteet.

Manuaalinen haku.		Tuloksista voidaan yhtenäistää, että hoitajan on olennaista tunnistaa potilaan ja hänen yhteisönsä monimuotoisuus ja erilaisuus. Avaisanat: maahanmuuttaja, potilasohjaus, monikulttuurinen hoitotyö, sisällönanalyysi
Leighton, K. 2005. Article: Transcultural Nursing: The relationship between individualist ideology and individualized mental health care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2005, 12, 85-94. Sähköinen tietokanta Cinahl.	Tarkoituksena oli selventää ja vahvistaa näkemystä, että yksilöllistetty mielenterveyshoito on kulttuurisesti syrjivää ja mielenterveyshoidon tulisi olla kulttuurisensitiivisempää (kuin mitä se nykyisellään Englannissa on). Lisäksi tarkoituksena oli selvittää historiallisten ja sosio-politiittisten tekijöiden vaikutusta.	Näkemyseroja voi olla niin valtaväestön sisäisesti kuin eri kulttuurien ryhmien välillä, mikä ilmentää vahvistavasti transkulttuurisuuden olemassa oloa ja huomioimisen tarvetta. Tuloksena löytyi ehdotuksia yksilökeskeisen hoidon muuttamiseen kollektiivisemmaksi. Avainsanat: conflict theory, individualized care, infracultural nursing, transcultural nursing
Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. 1. painos. Edita Publishing Oy, 70–229. (soveltuvien osin): - Näkökulmia mielenterveyshäiriöihin ja niiden hoitoon - Viestintä ja monikulttuurinen mielenterveystyö - Maahanmuuttajan erityiset ongelmat - Monikulttuurisen mielenterveystyön kehitysmahdollisuudet Sähköinen tietokanta Melinda.	Tarkoituksena on osoittaa monikulttuurisen mielenterveystyön vaatimuksia, erityisongelmia ja kehitysmahdollisuuksia. Teoksessa on muun muassa koottu tutkimustietoa Pohjois-Amerikasta ja Kanadasta, missä monikulttuurista mielenterveystyötä on kehitetty pidempään.	Kulttuurien välillä on merkittäviä näkemys ja käsite eroja niin terveyteen kuin yleiseen kanssakäymiseen liittyen, mikä on tarpeen ottaa huomioon. Myös uskonnon ja yhteisön merkitys nousi esille. Näiden lisäksi maahanmuutolla nähtiin olevan oleellinen vaikutus sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen.

<p>Sainola-Rodriguez, K. 2009. Väitöskirja: Transnationaalinen osaaminen – Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus Kuopion Yliopisto, Terveystieteiden ja –taloudenlaitos. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172. Manuaalinen haku.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisissa tarvittavaa osaamista ja sen tasoa transnationaalisen osaamisen näkökulmasta. Aineisto oli koottu kolmesta haastattelututkimuksesta sekä yhdestä potilasasiakirjojen analyysistä.</p>	<p>Kulttuurisen tiedon ja transnationaalisen taidon kehittämiseksi/lisäämiseksi on tarvetta. Tarpeellista on tunnistaa esteitä ja edistävät tekijät hoitohenkilöstön ja maahanmuuttajien välillä, edellytyksenä hyvälle hoidolle ja kohtaamiselle. Avainsanat: maahanmuuttajat, terveys, transnationaalinen, osaaminen, terveydenhuoltohenkilöstö</p>
---	--	---

Ennen analysointia koottu teoreettinen tausta tuki saatuja tutkimustuloksia. Kulttuuri vaikuttaa oleellisesti yksilöön sekä hänen tapansa toimia, ajatella ja ilmaista itseään, myös silloin, kun hän sairastuu (Abdelhamid ym. 2010, 16–17, 122; Alexander ym. 1994, 416). Erilaisen kulttuuritaustan vuoksi ihmiset näkevät ja ymmärtävät asioita eri tavoin, mikä voi aiheuttaa väärinymmärryksiä (Kuhanen ym. 2010, 121). Muun muassa näiden tekijöiden vuoksi kulttuurin huomioiminen on tärkeää myös mielenterveyshoitotyössä. Tutkimuksista tuli esille huomion arvoinen näkemys siitä, että myös eri kulttuurien sisällä olevat alakulttuurit ja niiden tuomat eriävät näkemykset voivat aiheuttaa ristiriitoja. Huomiota ei siis tule tämän perusteella kiinnittää ainoastaan väestöjen välisiin kulttuurisiin eroihin vaan myös yksilöllisiin, väestöjen sisäisiin eroihin. Silloin, kun kaksi eri osapuolta kohtaa voi näkemuseroja ilmetä ja tämän mahdollisuus lisääntyy etenkin, kun osapuolilla on erilaiset kulttuuritaustat.

6.1.1 Kulttuurin ja uskonnon vaikuttavuus

Tutkimustuloksissa tuli esille näkemys, että erilaisen kulttuuritaustan ja hoitonaikemysten huomioimattomuus voi aiheuttaa potilaassa erimielisyyttä, vieraantumista, vastustusta ja ahdistusta. Tätä vasten kulttuuritaustan huomioiminen on äärimmäisen tärkeää hoidon onnistumisen sekä potilaan

hyvinvoinnin ja hoitoon sitoutumisen kannalta. Kulttuuriset arvot liitetään usein hyvään mielenterveyteen. Aineistoa (ks. Taulukko 2) analysoitaessa nousivat esille erilliset alateemat *kulttuurin vaikutuksesta* ja *uskonnon vaikutuksesta* yksilöön. Tutkimusten mukaan kulttuurilla on laaja-alaiset vaikutukset tunteisiin, niiden kokemiseen sekä voimakkuuteen. Lisäksi se määrittelee yksilön käyttäytymisen kohtaamistilanteissa, esimerkiksi jotkut tarvitsevat enemmän fyysistä etäisyyttä ja etäisyyden tahatonkin rikkominen voi aiheuttaa loukkaantumista ja negatiivisia reaktioita. Kulttuurissa opitut ja sisäistetyt tavat vaikuttavat tyyliin, kykyyn ja haluun käsitellä asioita. Kulttuurilla voi olla myös vaikutuksia siihen mitä hoidolta odotetaan, esimerkiksi länsimaille perinteisen terapeuttisen keskustelun sijaan monikulttuurinen potilas voi odottaa konkreettisia neuvoja ongelman selvittämiseksi. Esille nousi myös näkemys siitä, että kulttuuri vaikuttaa potilaan tapaan tuoda esille psyykkisiä oireita.

Vaikka uskonto kuuluu osaksi kulttuuria, tutkimukset nostivat erikseen esille uskonnon vaikutuksen monikulttuuriseen potilaaseen. Uskonnolla on käytännön vaikutuksia arjessa toimimiseen sekä hoitotyön toteuttamiseen, esimerkiksi joihinkin uskontoihin kuuluu ajat, jolloin vietetään paastoa, eikä lääkkeiden ottaminen tuolloin välttämättä ole mahdollista. Uskonnolla ja hengellisillä kokemuksilla voi olla joko positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia mielenterveyteen ja molemmat näkökulmat olisi hyvä ottaa huomioon mielenterveyshoitotyössä. Monikulttuurisen potilaan uskomuksilla ja näkemyksillä sekä niiden huomioimisella on merkitystä toipumiseen.

6.1.2 Kulttuurisidonnaiset tekijät

Tämän pääteemaan alateemoja ovat *käyttäytymisen kulttuurisidonnaisuus* ja *kulttuurisidonnaiset näkemykset ja käsitteet*. Aineistoa (ks. Taulukko 2) analysoitaessa ilmeni, että käyttäytyminen tai näkemykset voivat olla kulttuurisidonnaisia siinä määrin, että eri ryhmille ominaiset mallit voivat toisille ryhmille olla hyvinkin poikkeuksellisia, jopa mielenterveysongelmiin viittaavia. Esimerkiksi joissakin kulttuureissa enteellisten unien tai ilmestysten näkeminen nähdään normaalina, jopa ihmeenä, kun taas toiset luokittelevat ne oireeksi

mielisairaudesta. Kulttuurikohtaista on sekin, miten mielenterveysongelmiin suhtaudutaan. Joissakin kulttuureissa suhtautuminen on kieltävää, salailevaa ja leimaavaa, mikä vaikeuttaa ongelmien tunnistamista.

Eri kulttuuriryhmien välillä on eriäviä näkemyksiä sairaus- ja terveyskäsitteistä sekä oirekuvista. Myös eri asioita kuvaavien käsitteiden kesken on eroja tai niille ei löydy vastinetta toisesta kielestä, esimerkiksi Kiinassa ei tunneta käsitettä "masennus". Käsite eroja voi ilmetä myös siten, että yhdessä kielessä jokin psyykkistä tilaa kuvaava sana tarkoittaa toisessa kielessä myös kehonosaa, mikä voi vaikeuttaa sekä ymmärtämistä että ilmaisemista. Monikulttuuristen potilaiden kohtaamisessa on muistettava, että eri yksilöt kulttuuritaustasta riippumatta voivat tarkoittaa samalla käsitteellä eri asioita. Näiden lisäksi monikulttuurisen potilaan näkemyserot kotimaan ja nykyisen asuin maan hoidoista, voivat vaikuttaa siihen miten hän kokee saamansa hoidon tehokkuuden. Esimerkiksi eräs tutkimukseen osallistunut henkilö koki kotimaassaan annettavan hoidon kokonaisvaltaisempaan.

6.1.3 Maahan muuttaneen menneen ja nykyisen elämäntilanteen vaikutus

Yksi merkittävä syy potilaan erilaisen kulttuuritaustan huomioimiseen on potilaan menneen ja nykyisen elämäntilanteen huomattava vaikutus tämän hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Otsikon pääteema muodostui kahdesta alateemasta: *kielelliset haasteet ja maahanmuuttoon liittyvien tekijöiden vaikutus*. Monikulttuurisen potilaan kohtaamisessa ja ohjaamisessa tutkimuksissa ilmeni kielitaidon vaikutus ja haasteet. Aineistosta (ks. Taulukko 2) nousi esille hoitohenkilökunnan ja potilaan kielitaidon tai sen puutteen merkitys. Hoitohenkilökunnan kielitaidottomuus voi lisätä potilaan pelkoa ja epäluottamusta heitä kohtaan, mikä puolestaan vaikuttaa hoidon tehokkuuteen sekä hoitosuhteeseen. Analysoitaessa nousi esille yksilön näkökulma siitä, miten potilaan oma kielitaidottomuus puolestaan voi jopa pahentaa hänen tilannettaan, koska hän ei kykene kielellisesti ilmaisemaan tai jakamaan mielenterveysongelman kokemista ja tunteita. Myös yleisesti ottaen erikielisyys hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä vaikeuttaa ymmärtämistä.

Tutkimukset (ks. Taulukko 2) toivat vahvasti ilmi, että erilaisen kulttuuritaustan lisäksi potilaan tilanteeseen vaikuttaa tapahtumat ennen maahanmuuttoa, maahanmuuttoprosessi sekä sopeutuminen uuteen maahan ja tilanteeseen. Uuteen maahan muuttamisella on hyvin laaja-alaiset ja kokonaisvaltaiset vaikutukset niin fyysiseen kuin psyykkiseen hyvinvointiin. Seurauksena voi olla kulttuurishokki oman ja uuden asuin maan kulttuurien kohdatessa. Uuteen kulttuuriin sopeutuminen voi aiheuttaa pelkoa oman identiteetin menettämisestä, lisätä stressitekijöitä sekä vaikuttaa mielenterveysongelmien syntyyn ja ilmenemiseen. Potilaan yksilöllisellä taustalla on merkittävä vaikutus hänen hyvinvointiinsa, esimerkiksi turvapaikanhakijat ilmaisivat muihin, maahan pysyvästi muuttaneisiin verrattuna enemmän mielenterveyteen liittyviä tarpeita. Taustalla voi esimerkiksi olla perheen menettäminen tai jääminen kotimaahan, mikä voi osaltaan vaikuttaa mielenterveysongelmien syntymiseen.

6.1.4 Yksilöllisyys elämäntilanteissa ja yhteisöllisyydessä

Neljännän pääteeman muodostivat alateemat *Yhteisöllisyyden vaihtelevuus ja vaikutus sekä yksilölliset ja vaihtelevat elämäntilanteet*. Eri kulttuuritaustojen huomioimisen lisäksi analyysissä nousi esille tarve ottaa huomioon jokaisen yksilöllinen ja kokonaisvaltainen elämäntilanne, joka voi olla hyvin vaihteleva yksilöiden kesken. Tutkimukset nostivat esille sosiaalisten tekijöiden vaikutuksen, esimerkiksi erään näkemyksen mukaan kotimaassa tuttujen ihmisten ja asioiden läsnä ollessa ei välttämättä olisi ollut tarvetta psyykkiselle hoidolle. Potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomioimattomuus voi pahentaa mielenterveysongelmaa.

Aineisto (ks. Taulukko 2) toi esille yhteisöllisyyteen liittyviä tekijöitä. Joissakin kulttuureissa perheellä ja yhteisöllä voi olla muihin verrattuna korostunut merkitys yksilön psyykkiseen hyvinvointiin. Esimerkiksi vahvasti yhteisöllisessä kulttuuriryhmässä jo yksin jääminen voi lisätä oireita, kun taas joissakin kulttuureissa

korostetaan yksilön oman luonteenlujuuden merkitystä vaikeuksien ylipääsemisessä. Esille tuli myös näkökulma, jonka mukaan yksilön ongelma nähtiin koko yhteisön ongelmana kulttuurista riippuen. Huomiota tulisi kiinnittää kulttuureittain vaihteleviin sukupuolirooleihin ja yhteisöjen hierarkkisuuteen, joka voi vaikuttaa esimerkiksi hoitopäätösten tekemiseen tai siihen, kuka hoitaa perheen asioita.

6.2 Monikulttuurisen potilaan huomioiminen

6.2.1 Kulttuuristen tekijöiden huomioiminen hoitotyössä

Pääteema Kulttuuristen tekijöiden huomioiminen hoitotyössä, muodostui kahdesta alateemasta: *Hoidossa vastaan tuleminen ja menetelmien sopeuttaminen sekä kulttuuristen tekijöiden tiedostaminen ja tunnistaminen*. Tutkimuksissa tultiin johtopäätökseen, että etnisille kieliryhmille tulisi aktiivisesti etsiä kulttuurisesti sopivia palvelumuotoja sekä sopeuttaa mielenterveyspalvelut tarpeitaan vastaaviksi, eli tarvittaessa tulla monikulttuurisia potilaita vastaan. Eri kulttuureista tulevat henkilöt ovat esittäneet ajatuksen siitä, että yhtäläillä mielenterveyspalvelujen tulisi sopeutua heidän tarpeisiinsa, siinä missä heiltä edellytetään sopeutumista yhteiskuntaan.

Hoitajan on tarpeen tiedostaa ja tunnistaa, miten kulttuuri vaikuttaa yksilön toimintaan ohjaustilanteissa. Tämä auttaa tunnistamaan potilaan erot suhteessa omaan kulttuuriin ja huomioimaan ne hoitosuhteessa. Lisäksi on tarpeen myös tiedostaa ja huomioida oman väestön sisäiset kulttuuriset erot eikä vain keskittyä eroihin verrattuna vähemmistöryhmiin. Kun kulttuuriset tekijät tiedostetaan, on tarpeen huomioida ja miettiä kunkin potilaan kulttuuriin sopiva lähestymistapa asioiden käsittelyssä. Esimerkiksi joissakin kulttuureissa tunteista ei puhuta, jolloin vaihtoehtoisten hoitomenetelmien pohtiminen on tarpeen hoidon turvaamiseksi. Huomionarvoinen asia on myös oppia tunnistamaan niitä piirteitä, jotka saattavat viestiä muun muassa siitä, ettei potilas olekaan ymmärtänyt saamiaan ohjeita.

6.2.2 Monipuolisuus käytännön toiminnassa

Analysoitavista tutkimuksista (ks. Taulukko 2) nousi vahvasti esille seuraavat neljä alateemaa: *Yhteistyössä toimiminen, monipuolisten menetelmien hyödyntäminen, molemminpuolinen tiedon vaihtaminen sekä tulkkauksen järjestäminen*. Tämän pääteeman alle on koottu käytännöllisiä keinoja siitä, miten huomioida monikulttuurinen potilas mielenterveysshoitotyössä. Tutkimusten mukaan yhteistyö moniammatillisen työryhmän sekä kulttuuristen yhteisöjen kanssa nähtiin hoitoa edistävinä tekijöinä. Esille nousi monikulttuuristen potilaiden toive kokemusten ja näkemysten molemminpuolisesta vaihdosta hoitohenkilökunnan ja kulttuuristen yhteisöjen kesken sekä näkemysten tasapuolisesta huomioimisesta. Lisäksi tuotiin esille sekä tarve etnisten ryhmien tiedon lisäämiselle mielenterveysasioista, että hoitohenkilökunnan tiedon lisäämiselle kulttuurisista asioista.

Hyvin konkreettinen tapa huomioida monikulttuurinen potilas on yrittää löytää yhteinen kieli ja usein on tarpeen järjestää tulkkipalvelu. Tulkkipalvelun järjestämisessä tuotiin esille potilaan mahdollisuus vaikuttaa tulkin valintaan sekä huomioida potilaan mahdollinen murre. Läheisten käyttämiseen tulkkina suhtauduttiin sekä myönteisesti että kriittisesti. Kun muuta tulkkia ei ollut saatavilla, läheisten tulkkaminen koettiin hyödyllisenä. Kuitenkin esille tuotiin läheisten käyttämiseen liittyviä epävarmoja tekijöitä. Tällaisiksi nähtiin epävarmuus siitä miten läheinen todella ymmärtää tulkattavan asian, miten hän osaa tulkata sen vai valikoiko hän siitä sen, mitä tulkkaa.

Tutkimuksista (ks. Taulukko 2) ilmeni yksityiskohtaisia, toimintaan liittyviä tapoja monikulttuurisen potilaan huomioimiseen. Näitä olivat ohjeiden toistaminen sekä niiden antaminen suullisesti, käyttäen apuna kirjallista tai kuvallista materiaalia sekä demonstrointia. On tärkeää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjauksen. Yhteisen kielen puuttuessa non-verbaalisen viestinnän tärkeys ja hyödyntäminen korostuu. Ohjaustilanteisiin on hyvä varata aikaa sekä käyttää niissä

edellä mainittuja monipuolisia menetelmiä. Monipuolisten menetelmien käyttämiseen liitettiin luova ja tilanneherkkä työskentely, niin että oppikirjojen normeihin jumiutumista vältettäisiin. Tällä viitattiin sekä omien että yleisten työmenetelmien ja lähestymistapojen kehittämiseen sekä vaihtoehtoisin tapoihin hoitaa, esimerkiksi yhdistelemällä traditionaalisia ja länsimaisia hoitomenetelmiä.

Esille tuli tarve kiinnittää huomiota monikulttuurisen potilaan kuuntelemiseen sekä sen varmistamiseen ovatko molemmat osapuolet ymmärtäneet asian samalla tavalla. Lisäksi korostettiin potilaalta suoraan kysymisen tärkeyttä tämän näkemysten selvittämisessä. Hoitosuhdetta tukevaksi tekijäksi nähtiin luottamuksen ja vaitiolovelvollisuuden esillä pitäminen sekä osoittaminen. Monikulttuuriset potilaat toivat itse esille hyvänä tekijänä sen, että hoitaja huolehtii heidän asioistaan. Hoitohenkilökunta voi vahvistaa monikulttuuristen potilaiden itseluottamusta antamalla heille lisätietoa sekä puhumalla mielenterveysasioiden puolesta.

6.2.3 Potilaskohtainen huomioiminen

Kohdattaessa monikulttuurinen potilas, tutkimukset (ks. Taulukko 2) osoittivat kokonaisvaltaisen tilanteen huomioimisen tärkeyden. Kulttuuristen tekijöiden lisäksi potilaan sosiaalinen konteksti on yhtäläillä tarpeen huomioida, sillä sen todettiin vaikuttavan mielenterveyden hoitoon ja toipumiseen sekä päinvastoin. Esille tuotiin erikseen myös kulttuurisen yhteisön vaikutuksen huomioiminen joko mielenterveyttä vahvistavana tai heikentävänä tekijänä. Kokonaisvaltaisen huomioimisen lisäksi tutkimuksista nousi yksilöllisen huomioimisen tarpeellisuus. Näiden pohjalta alateemoiksi nostettiin *Yksilöllinen huomioiminen ja tilanteen kokonaisvaltainen huomiointi*.

Yksilölliseen huomioimiseen liitettiin kunkin potilaan omien uskomusten näkeminen positiivisena vaikuttajana, vaikka niiden vaikuttavuudesta ei olisikaan kliinistä näyttöä, esimerkiksi jos potilas uskoo tietyn ruoan kohentavan vointiaan.

Yksilökohtaisessa hoidossa selvitetään miten potilas suhtautuu omaan kulttuuriinsa

ja sille ominaisiin tapoihin, sillä kävi ilmi, että oman kulttuurin arvostamisessa on yksilöiden kesken eroja. Yksilöllinen kohtaaminen kiinnittää huomiota myös potilaan sen hetkiseen kapasiteettiin vaikuttaa elämäänsä ja valintoihin. Tutkimuksissa ilmeni mielenkiintoisena mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä Suomessa koetut negatiiviset kokemukset, esimerkiksi rasismi ja ulkopuolisuus, jotka tulee yhtäläillä ottaa huomioon.

6.2.4 Hoitohenkilökunnan asenteiden ja toiminnan tiedostaminen sekä työstäminen

Tämä neljäs pääteema ohjaa kiinnittämään huomiota käytännön toiminnan ja siinä potilaan huomioimisen lisäksi hoitotyötä tekevän omiin asenteisiin ja suhtautumiseen, koska ne vaikuttavat oleellisesti työskentelyyn. Alateemoja ovat: *Kunnioittava ja myönteinen suhtautuminen, oman asenteen tarkastelu ja työstäminen sekä oman työskentelyn kehittäminen.*

Tutkimuksissa (ks. Taulukko 2) painotettiin samoja asioita, mitä Sairaanhoidajan eettiset ohjeet peräänkuuluttavat. Näitä ovat kunkin potilaan tasavertainen kohtelu, hänen näkemysten selvittäminen ja kunnioittaminen sellaisinaan sekä erilaisuuden hyväksyminen. Hoitohenkilökunnan aidosti kiinnostunut, avoin, välittävä ja rehellinen käyttäytyminen ja toiminta nähtiin luovan edellytyksiä hyvälle hoitosuhteelle. Toiminnan tulee olla myös johdonmukaista ja selkeää sekä oman työskentelyn eri osa-alueiden kehittäminen nähdään tarpeellisena. Kehitettävänä osa-alueina esille nousivat kielitaito sekä yleisesti ottaen transnationaalinen osaaminen. Transnationaalisen osaamisen yhden näkemyksen mukaiset viisi osa- aluetta esiteltiin luvussa 3.4. Lisäksi tutkimukset toivat esille, ettei pelkkä lisäkoulutus kulttuurisista asioista taannut yhtenevän hoitonäkemyksen saavuttamista tai transnationaalisen osaamisen hyvää tasoa.

Hoitajan motivaatiolla, asenteilla, arvoilla sekä maailmankatsomuksella on vaikutusta esimerkiksi potilaan kohtaamiseen ja hoitoon motivoitumiseen. Tämän vuoksi nähtiin

tarve kiinnittää niihin huomiota ja käsitellä niitä kriittisesti. Positiivinen asenne, rauhallisuus, arvostaminen ja lämminhenkinen suhtautuminen nähdään tavoiteltavina ominaisuuksina. Mielensterveyshoitotyöntekijöiden on tarpeen opetella olemaan avoimia uusien tilanteiden kohtaamisessa. Avoimuuden lisäksi tilanneherkkyys ja sensitiivisyys ovat hoitosuhteessa huomioitavia ominaisuuksia. Hoitajan tulee toimia monikulttuurisen potilaan oikeuksien ja tasa-arvon edustajana haasteista huolimatta. Tilanteen niin vaatiessa hoitajan tulisi olla valmis totuttujen käytäntöjen kyseenalaistamiseen sekä hoitotyön arvo- ja asenneperustan punnitsemiseen.

7 POHDINTA

7.1 Tulostentarkastelu

Yhteenvedona tutkimustuloksista, molempiin tutkimuskysymyksiin muodostui neljä pääteemaa. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Miksi tulisi huomioida potilaan erilainen kulttuuritausta aikuisten akuutin vaiheen mielensterveyshoitotyössä?” muodostuivat pääteemat *Kulttuurin ja uskonnon vaikuttavuus, Kulttuurisidonnaiset tekijät, Maahan muuttaneen menneen ja nykyisen elämäntilanteen vaikutus sekä Yksilöllisyys elämäntilanteissa ja yhteisöllisyydessä*. Toiseen tutkimuskysymykseen ”Miten voidaan huomioida potilas, jolla on erilainen kulttuuritausta, aikuisten akuutin vaiheen mielensterveyshoitotyössä?” puolestaan muodostuivat seuraavat neljä pääteemaa: *Kulttuuristen tekijöiden huomioiminen hoitotyössä, Monipuolisuus käytännön toiminnassa, Potilaskohtainen huomioiminen ja Hoitohenkilökunnan asenteen ja toiminnan tiedostaminen sekä työstäminen*.

Analysoitavat tutkimukset (ks. Taulukko 2) olivat sekä keskenään että teoreettisen taustan kanssa yhtenevät niistä syistä ja keinoista miksi ja miten ottaa huomioon monikulttuuriset potilaat ja heidän kulttuuritaustansa. Saadut tulokset kuitenkin syvensivät teoreettista taustaa. Muihin tutkimuksiin verrattuna Sainola-Rodriguez

(2009) toi esille näkökulman, ettei pelkkä lisäkoulutus kulttuurisista asioista taannut hyvää transnationaalista osaamista. Tämä osoittaa hyvin sen, että transnationaalinen osaaminen eli taito kohdata monikulttuurisia potilaita on paljon kokonaisvaltaisempaa kuin pelkkää tietämystä eri kulttuureista. Kuitenkin kulttuuriset tekijät ovat merkityksellisiä ja ne tulisi ottaa huomioon tavoiteltaessa hyvää ja tehokasta hoitoa.

Kaikki tutkimukset (Simich ym. 2009; Wathen 2007; Leighton 2005; Schubert 2007; Sainola-Rodriguez 2009) toivat yhtenevästi esille, että kulttuuristen tekijöiden lisäksi huomioon tulisi ottaa laaja-alaisesti hoitoon ja hoitosuhteeseen vaikuttavat tekijät. Näitä ovat esimerkiksi potilaan kokonaisvaltainen tausta ja yksilöllinen tilanne sekä hoitotyöntekijän omat asenteet ja suhtautuminen. Monipuolisten työmenetelmien hyödyntäminen ja kehittäminen sekä luova työskentely korostuivat keinoina ottaa huomioon monikulttuurinen potilas. Haasteiden ja erilaisuuksien rinnalla olisi hyvä nähdä samankaltaisuudet sekä toinen toiselta oppiminen mahdollisuutena, joka voi rikastuttaa omaa maailmankatsomusta. Tutkimuksessa, jossa osallistujina oli eri kulttuureja edustavia henkilöitä, korostui toive yhteistyöstä, vastavuoroisuudesta sekä molemmin puolisesta tiedon vaihdosta ja sopeutumisesta (Simich ym.2009).

Leighton (2005) toi ainoana esille merkittävän näkökulman kulttuurisen taustan ja hoitönäkemyksen huomioimattomuudesta, joka voi aiheuttaa negatiivisia, hoidon kannalta haitallisia reaktioita, esimerkiksi vieraantumista ja vastustusta. Huomion arvoinen asia kolmesta tutkimuksesta (Sainola-Rodriguez 2009; Schubert 2007; Wathen 2007) nousseena oli uskonnon vaikutus monikulttuuriseen potilaaseen. Vaikka uskonto nähdään osaksi kulttuuria (Kanervo & Saarinen 2004, 8), on se hyvä huomioida erillisenä tekijänä ja vaikuttajana. Schubertin (2007) ja Wathenin (2007) mukaan kulttuurisidonnainen käytös voi ryhmään kuulumattomille näyttäytyä outona, jopa mielenterveysongelmiin viittaavana. Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta käsin onkin tärkeää tiedostaa ja ymmärtää kulttuurisidonnaisuus, sekä mikä on kenellekin normaalia ja kulttuurille ominaista.

Kulttuuristen tekijöiden rinnalla korostui monikulttuurisen potilaan menneen ja nykyisen elämäntilanteen huomattava vaikutus hyvinvointiin ja mielenterveyteen (Sainola-Rodriguez 2009; SchHubert 2007; Simich ym.2009). Tällaisia vaikuttavia tekijöitä ovat kotimaassa koetut asiat esimerkiksi kidutus, maahanmuuttoprosessin stressaavuus sekä Suomessa koetut asiat, kuten rasismi. Uuteen maahan muuttamisella ja sen mukanaan tuomilla asioilla voi olla jopa laukaiseva vaikutus mielenterveysongelmien syntyyn ja ilmenemiseen. Tämä vahvistaa hoitotyön vallalla olevaa näkemystä, että potilas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti. Leighton (2005) toteaa, että monikulttuurisen potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomiotta jättäminen voi pahentaa mielenterveysongelmaa.

Wathen (2007) toi ainoana esille sukupuoliroolien ja hierarkkisuuden huomioimisen sekä kunnioittamisen. Vaikka hoitaja ei voisikaan ymmärtää tai käsittää esimerkiksi miksi joissakin kulttuureissa mies tekee päätökset myös naisen terveyteen liittyvissä asioissa, tulisi heidän tapaansa kunnioittaa. Tilannetta voi miettiä myös toisin päin; miltä itsestä tuntuisi, jos perheelle ominaista, perinteistä tapaa ei kunnioitettaisi vaan se kyseenalaistettaisiin tai suoraan tuomittaisiin vääräksi. On mahdollista, että hierarkkisuus ei aina tarkoita toisen alistamista vaan se voi olla vastuun jakamista ja huolehtimista. Kuitenkin tärkeäksi nähdään olla herkkänä, kulttuuriin ja henkilöön katsomatta, tunnistamaan niitä tilanteita, joissa yksilön ihmisoikeuksia rikotaan tai perheessä on puuttumista vaativia asioita.

Tutkimustulokset toivat esille, että asenteilla ja yleisellä suhtautumisella on merkittävä rooli, mutta lisäksi on käytännön keinoja, joilla voi edistää yhteistyötä monikulttuuristen potilaiden kanssa. Voidaan siis todeta, että kohtaaminen ja toimiminen monikulttuuristen potilaiden kanssa on kokonaisvaltaista ja sisältää monia eri osaamisen alueita. Tämä havainto tukee Sainola-Rodriguezin (2009, 35–40) väitöskirjassa esiintuotuja transnationaalisen osaamisen osa-alueita. (ks. luku 3.4)

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Työn luotettavuuteen pyrittiin perehtymällä ensin valittuihin tutkimusmenetelmiin ja niiden käyttöön sekä lukemalla muita samalla menetelmällä tehtyjä tutkimuksia.

Kirjallisuuskatsaus on kuitenkin monivaiheinen sekä haastava menetelmä ja virheet ovat mahdollisia prosessin jokaisessa vaiheessa (Johansson 2007, 7). Tutkimuksen toistettavuuteen ja läpinäkyvyyteen, näin ollen luotettavuuteen, pyrittiin kirjaamalla tutkimuksen jokainen vaihe mahdollisimman tarkasti.

Kirjallisuuskatsauksen epäluotettavuutta yleisesti ottaen lisää eri tietokantojen epäyhtenäisyys käytettävien hakusanojen ja niillä saatavien tulosten kesken, minkä vuoksi esimerkiksi keskeisten alkuperäistutkimusten löytäminen vaikeutuu (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42–43). Prosessin myötä huomattiin, että laajempien hakusanojen ja tietokantojen käyttö olisi voinut tuoda lisää relevantteja tutkimuksia ja näin lisätä tulosten luotettavuutta. Tekijöiden kokemattomuus ja ensikertalaisuus tutkimusmenetelmien käytössä voi myös vaikuttaa luotettavuuteen vähentävästi. Luotettavuutta pyrittiin lisäämään tarkkojen sisäotto – ja poissulkukriteerien asettamisella sekä käyttämällä aineiston laadun arvioinnissa valmista mittaria (ks. Liite2). Osaltaan nämä ovat kuitenkin voineet rajata ulos hyviäkin tutkimuksia ja siten vaikuttaa analysoinnilla saatavien tulosten suuntaan. (Kääriäinen & Lahtinen 2009, 42–43.)

Luotettavuuteen nähdään vaikuttavan heikentävästi myös tehdyn kirjallisuuskatsauksen suhteellisen pieni otanta. Kuitenkin aineistossa on mukana aihetta eri näkökulmista lähestyviä tutkimuksia sekä kahden eri tutkijan osallistuminen koko tutkimusprosessiin ja yhtenevät näkemykset analysoinnissa. Aineistossa ja tutkimuksen toteuttamisessa näin ollen on nähtävissä triangulaatiolle tyypillinen moninäkökulmaisuus, mikä lisää luotettavuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b). Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää aineistoon valittu teos (Schubert 2007), joka ei itsessään ole tutkimus, mutta jonka käytön perusteena oli teoksen käyttö vain soveltuvien osien ja niiltä kohdin, jotka perustuivat tutkimuksiin. Tehdyn kirjallisuuskatsauksen laatua arvioitiin liitteenä olevan (ks. Liite 2) valmiin

laadun arviointimittarin avulla. Koska kyseessä on kirjallisuuskatsaus, ei käytetty mittari kaikilta osin ollut soveltuva.

Teemoittelu koettiin analysointimenetelmänä miellyttäväksi. Tämän lisäksi se nähtiin erittäin sopivana aiheeseen ja tutkimuskysymyksiin nähden. Molemmat tekijät toteuttivat teemoittelun ensin itsekseen ja lopulta yhdessä, päätyen samoihin teemoihin. Tämä vahvisti näkemystä tuloksista ja osoitti valitun menetelmän toimivuuden. Koko työn varsinaisten tavoitteiden lisäksi tekijät halusivat kehittyä tiedonhaussa sekä tutkimusmenetelmien käytössä ja kehittymistä koettiin tapahtuneen.

Työn eettisyyteen on pyritty vilpittömällä raportoinnilla, aineiston kriittisellä arvioinnilla ja valinnalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 25–28), sekä koko prosessin työstämisellä hyvässä yhteistyön hengessä. Teoreettista taustaa varten tehty osastonhoitajan haastattelu perustui vapaaehtoisuuteen ja haastateltava tarkisti puhtaaksi kirjoitetun haastattelun sekä sai halutessaan oikaista sitä. Muutoin työn aikana ei tehty haastatteluja, joten kenenkään anonymiteetti ei ollut uhattuna. Työn aihe nähdään eettisyyden näkökulmasta merkitykselliseksi (Hirsjärvi ym.2004, 26). Aihe ja tulokset tukevat sairaanhoitajan eettisiä ohjeita sekä lainsäädäntöä. Työ vahvistaa asiakaslähtöistä näkökulmaa, erilaisuuden tunnustamista ja hyväksymistä sekä osoittaa moninaisuuden tuomaa rikkautta.

Opinnäytetyö prosessi yllätti haastavuudellaan ja työläydellään. Kuitenkin tämä nähtiin kaiken vaivan arvoisena jo teoreettista taustaa työstettäessä. Molemmat tekijät kohtasivat prosessin aikana monikulttuurisia potilaita hoitotyössä ja kokivat jo saamastaan tiedosta olleen hyötyä kohtaamistilanteissa. Monikulttuuriset potilaat antoivat positiivista palautetta tekijöiden toiminnasta, mikä antoi viestiä siitä, että saatua tietoa osattiin soveltaa käytännössä. Mainittakoon, että kyseessä ei ollut mielenterveyshoitotyön tilanteet. Palaute kuitenkin vahvisti sen, että olipa hoitotyön ympäristö mikä tahansa, saatu tieto on sovellettavissa kaikkiin kohtaamistilanteisiin ja monikulttuurisen potilaan kohtaamisen periaatteet ovat samat.

Aivan prosessin alussa tekijät ajattelivat tehdä työhön liittyen jonkinlaista listaa Jyväskylän alueen isoimmista kulttuuriryhmistä ja heille ominaisimmista piirteistä tai tavoista. Kuitenkin työn edetessä havaittiin, että tällaisten listojen tekeminen voi viedä väärään suuntaan. Tiedon lisääntymisen myötä oivallettiin, että listojen tekeminen on liian yleistävää, helposti yksilöllisyyden unohduttaen. Toisella työn tekijöistä on muutaman kuukauden mittainen kokemus ulkomailla asumisesta. Tuona aikana tuli kohtaamisia niin hoitotyön kuin lääkärinvastaanoton osalta sekä opiskelijan että potilaan roolissa. Näihin kokemuksiin peilaten tutkimustulokset, miten kohdata monikulttuurisia potilaita, tuntuvat toimivilta ja hyviltä. Omakohtaiset kokemukset, teoria ja tulokset osoittavat sen, että jo pienilläkin teoilla, omalla suhtautumisella ja parhaansa yrittämisellä on suuri merkitys. Kaikkea ei voi tai tarvitse tietää, vaan myönteinen asenne ja rohkeus kysyä suoraan nähdään hyvän hoidon kulmakivinä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kulttuurin huomioiminen on tärkeää, yhdessä monikulttuurisen potilaan kokonaisvaltaisen ja yksilöllisen tilanteen rinnalla. Osaamista tulee kehittää niin tiedollisen, viestinnällisen, emotionaalisen kuin toiminnallisen ja luovan osaamisen alueilla. Vastoin yleistä näkemystä, tulee yksilöllisyys ja potilaskohtaisuus huomioida, eikä luoda listoja eri kulttuureille tyypillisistä ominaisuuksista, vaan välttää tämän aiheuttamaa yksilöiden asettamista saamaan muottiin. Monikulttuuristen potilaiden näkemysten suoraan kysyminen ja avoin vuorovaikutus kaikkien osapuolten välillä ovat avainasemassa. Pelkkä tieto ei takaa hyvää kohtaamista ja hoitosuhdetta, vaan asenteilla ja suhtautumisella on hyvin oleellinen merkitys.

Jatkotutkimusaiheiksi nostetaan transnationaalisen osaamisen tutkiminen ja sen, miten sitä voitaisiin syventää. Tämän lisäksi olisi tarpeellista tutkia millä keinoin mielenterveyshoitotyötä voitaisiin sopeuttaa monikulttuuristen potilaiden tarpeita vastaavammaksi yhteistyössä heidän kanssaan.

LÄHTEET

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. 1.p. Helsinki: WSOYpro.

Alexander, J., Beagle, C., Butler, P., Dougherty, D., Andrews Robards, K., Solotkin, K. & Velotta, C. 1994. Madeleine Leininger; Kulttuuri lähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Alitolppa-Niitamo, A. 1993. Kun kulttuurit kohtaavat. Keuruu: kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.

Castaneda, A., Lehtisalo, R., Schubert, C., Pakaslahti, A., Halla, T., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Mielenterveys. Teoksessa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL Raportti. (toim.) Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. Tampere. Verkkojulkaisu. Viitattu 12.8.2013 <http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>

Duodecim 2013. Terveyskirjasto, akuutti. Viitattu 5.8.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00094&p_haku=a kuutti

ETENE 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Viitattu 9.4.2013. <http://www.etene.fi/julkaisut/2004>

Halla, T. 2007. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. Lääketieteellinen Aikakauslehti Duodecim 123(4), 469-475. Viitattu 28.4.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=monikulttuurisuus

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. 13.p., uud.p. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. 10.p., uud.p. Helsinki: Tammi.

Holma, T., Katajamäki, E. & Lepikonmäki, A. 2011. Transkulttuurisen hoitotyön osaaminen sairaanhoidajan kompetenssina. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 29.6.2013. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37083/Holma_Tero.pdf?sequence=1

Juntunen, A. N.d. Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teorian kritiikkiä. Artikkel. Kajaanin ammattikorkeakoulu, tutkimus- ja kehitysyksikkö. Viitattu 26.4.2013.

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55163/Leiningerin.pdf?sequence=1>

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja, tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Jyväskylän Yliopisto. N.d. Aineiston analyysimenetelmät, Teemoittelu. Viitattu 27.3.2013.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. N.d. Opinnäytetyöpakki, Teemoittelu. Viitattu 19.4.2013. <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLaadullTeemoittelu.aspx>

Kanervo, S. & Saarinen, T. 2004. Kulttuurit keskuudessamme. Turku: Turun kulttuurikeskus.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. p., uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Kankkunen, P., Nikkonen, M. & Paasivaara, L. 2011. Keskeiset kulttuurisen hoitotieteen käsitteet ja mallit. Teoksessa Kulttuurinen hoitotiede ja tutkimus. Kuopio: Kopijyvä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013 a. Kangasvuoren sairaala. Viitattu 1.8.2013. <http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=36399&culture=fi-FI&contentlan=1>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013 b. Osasto 37 KVS, Kangasvuoren sairaala, KSSH. Viitattu 1.8.2013. <http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=35146>

Korpela, J. 2012. Osastonhoitaja. Kangasvuoren sairaala osasto 37. Haastattelu 12.11.2012.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede Vol. 18, no 1/-06.

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito, Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.8.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054&p_haku=mielenterveysty%C3%B6

Leininger, M. 2002. Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. Teoksessa Transcultural Nursing, concepts, theories, research & practice. Leininger, M. & McFarland, M R. 3.p. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Linnainmaa, P.2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveyshoitotyön syventävissä opinnoissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Viitattu 6.8.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01135.pdf>

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiatria. 9.p., uud.p. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. Helsinki: Duodecim.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1998/785. Viitattu 15.11.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 21.5.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

L 30.12.2010/1326. Terveystuolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 26.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

MacLachlan, M. 1997. Culture and Health. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Martikainen, T., Sintonen, T. & Pitkänen, P. 2006. Ylirajainen liikkuvuus ja etniset vähemmistöt. Teoksessa Ylirajainen kulttuuri - Etnisyys Suomessa 2000-luvulla. Toim. T. Martikainen. Helsinki: Hakapaino Oy

Moring, J. N.d. Therapia Fennica - Psykiatriseen sairaalaan lähettäminen. Kandidaattikustannus Oy. Viitattu 22.5.2013 http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriseen_sairaalaan_%C3%A4het%C3%A4minen

Newman Giger, J. 2013. Transcultural nursing - Assessment & Intervention. 6.p. USA: Elsevier Mosby.

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007-2010. Raportti. Terveystuon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino Oy. Viitattu 31.5.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9073dc45-9012-4b48-8110-d0f5160a23ef>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV – Teemoittelu. Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 27.3.2013
www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV – Triangulaatio. Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 28.9.2013.
www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen, uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita Publishing.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 15.11.2012.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2013. Mielenterveyshoitotyö. Viitattu 21.2.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/mielenterveyshoitotyö/

Sisäasiainministeriö 2012. Maahanmuuton vuosikatsaus 2012. Viitattu 8.8.2013.

http://www.intermin.fi/download/43667_Maahanmuuton_tilastokatsaus2012_web.pdf

STM 2002. Ulkomailla asuvien sairaanhoito Suomessa. Oppaita 1998:4 fin. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Viitattu 26.4.2013.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/shopas.htm>

SuomiSanakirja.fi 2013. Akuutti. Viitattu 20.3.2013.

<http://sivistyssanakirja.com/akuutti>

Tampereen kaupunki 2011. Tietopankki: Akuuttihoito. Viitattu 15.5.2013

<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/jarjestotoiminta/elonpolkuja/terveydenkasitteitajanaselityksia.html#Akuuttihoito>

Tuokko, T. 2007. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, terveystieteiden opettajankoulutus.

Tuomi, J. & sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tuomivaara, T. 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 16.5.2013.
<http://www.mm.helsinki.fi/~ttuomiva/Y125luku6.pdf>

Tölli, S.2009. Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.8.2013.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B_40_ISBN_9789524930697.pdf?sequence=1.

LIITTEET

Liite 1. Kangasvuorensairaalan os.37 osastonhoitaja Jani Korpelan haastattelu 12.11.2012

Haastattelimme osastonhoitaja Korpelaa opinnäytetyötämme varten, selvittääksemme minkä luontoista heidän tekemänsä työ on ja miten monikulttuurisuus siinä ilmenee.

1. Millaista hoitotyö os.37:lla on?

- Toimii koko Keski-Suomen alueella erikoissairaanhoidon psykiatrisen hoidon vastaanotto-osastona, missä tehdään potilaan tilanteen kartoitus ja hoidon tarpeen arviointi. Osasto toimii myös ympärivuorokautisena poliklinikkana. Osastolle saavutaan vain lähetteellä. Osasto 37 on alueen ainoa eristysosasto eli osasto, jossa potilas saa eristystä vaativaa hoitoa.
- Vuonna 2011 osastolla hoidettiin/arvioitiin yhteensä 960 potilasta, joista 30% oli poli-/seuranta käyntejä (eivät vaatineet sairaalahoitoa).
- Hoitajakson pituus osastolla keskimäärin 6 vrk.
- Osastolla työskentelee 3 lääkäriä, psykologi, sosiaalityöntekijä sekä 27 hoitajaa (näistä 4 mielenterveystoimistoa, loput 23 sairaanhoitajaa)
- Yhteistyötahot: kaikki, jotka hoitavat psykiatrisia potilaita (esim. mielenterveystoimistot, Sovatek, depressiohoitajat, terveyskeskukset..)
- Lähettävä taho soittaa jokaisesta potilaasta os.37:lle, missä kokeneempi hoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin puhelimitse yhdessä lähettävän lääkärin kanssa.

2. Miten monikulttuurisuus ilmenee osastolla?

- Monikulttuurisuus näkyy osastolla kuten Keski-Suomessa yleensäkin. Osastolla on ollut potilaita monista eri kansallisuuksista, mm. Intiasta, Kreikasta, Nepalista, Sveitsistä ja Saksasta sekä Afrikasta. Suurimmat ryhmät ovat Nepal, Viro, Venäjä ja Thaimaa. Monikulttuurisia potilaita osastolla on lähes koko ajan. Pääasiassa hoitohenkilökunta pärjää monikulttuuristen potilaiden kanssa englannin kielellä. Kaikkien monikulttuuristen potilaiden kanssa käytetään tulkkia ainakin hoitopäätöksiä tehtäessä ja aina tarvittaessa. Potilaalla on oikeus tulkkiin sekä kieltäytyä tulkista.

- Potilaaksi osastolle voi tulla hoitoon/arvioon kaikki psykiatrasta hoitoa tarvitsevat ulkomaalaiset, jotka joko asuvat tai ovat käymässä Suomessa. Jos potilas on ulkomaan kansalainen osastolta tehdään yhteistyötä potilaan oman maan terveysviranomaisten kanssa. Ulkomaalainen potilas saa Eurooppalaisella sairaanhoitokortilla hoidon samalla hinnalla kuin Suomalainen.
- Osastolla on usein harjoitteluissa myös ulkomaalaisia opiskelijoita, jotka ovat rikastuttaneet työyhteisöä.
- Osasto 37:lla yleensäkin potilaat saavat valita käyttävätkö omia vai osaston vaatteita; vapaus/mahdollisuus pukeutua oman kulttuurin mukaisiin vaatteisiin.

Monikulttuurisuuden tuomia haasteita:

- Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen potilaaseen
- Asettuminen potilaan asemaan (esim. miltä itsestä tuntuisi joutua vieraassa maassa mielisairaalaan, ihmisten hoidettavaksi joiden puhetta ei ymmärrä eikä tapoja tunne?)
- Kulttuurien väliset erot sairauden käsittämisessä, esim. joissain maissa suomalaisten silmissä psykiatrasta tarvitseva ihminen toimiikin muiden parantajana, kylän "poppamiehenä".
- Jotkut potilaat kieltäytyvät tulkista ja haluavat omaisten toimivan tulkkeina, jolloin asian välittyminen potilaalle alkuperäisessä tarkoituksessa vaarantuu
- Myös ammatti tulkkien käytössä on haasteita, sillä he eivät omaa hoitoalan koulutusta eivätkä näin ollen välttämättä tunne käsitteitä: osaavatko selittää esim. lääkkeen oton potilaalle asianmukaisesti.
- Yhteisymmärryksen puute luo epävarmuutta ja -luottamusta, jolloin on riski hoidosta kieltäytymiselle.
- Joskus potilasta ei voi hoitaa kuin tunnin päivässä, silloin kun tulkki on käytettävissä. Muina aikoina kommunikointi potilaan kanssa tapahtuu esim. elein ja piirtämällä.

Osastonhoitajan toiveet opinnäytetyölle:

- Neuvoja eri kulttuurien kanssa elämiseen ja hoidon antamiseen -> kulttuurista riippumatta jokaisella on oikeus hyvään hoitoon
- Kuinka voi tarjota ulkomaalaiselle hyvän hoidon? (potilaan rooliin asettuminen).
- Eettisyys

Liite 2. Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit

Tutkimus:			
	Kyllä	Ei	Ei tietoa/ ei sovellu
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?			
Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti ja onko se riittävän innovatiivinen?			
Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?			
Aineisto ja menetelmät			
Ovatko aineistonkeruumenetelmät ja – konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?			
Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?			
Onko aineiston keruu kuvattu?			
Onko aineisto kerätty henkilöiltä, joilla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä?			
Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu (Saturaatio)?			
Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?			
Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkija on nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta			
Tutkimuksessa on käytetty aineiston ja menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta			
Tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä (mm. tietoinen suostumus)			
Tutkimukseen osallistuneet ovat arvioineet tutkimustuloksia ja vahvistaneet tulosten vastaavuuden kokemuksiinsa; tai lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset			
Tutkija on pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kulusta			
Tulokset ja johtopäätökset			
Tuloksilla on uutuus arvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämisessä			
Tulokset on esitetty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin			
Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä			
Muut huomiot/kokonaisarvio			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden			

(Kontio & Johansson 2007, 106.)