



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ulla-Maija Rautalin

TERVEYDENHOITAJIEN  
KOHTAAMAT MONIKULTTUURISEN  
HOITOTYÖN HAASTEET  
VASTAANOTTOKESKUSTEN  
TERVEYDENHUOLLOSSA

Sosiaali- ja terveysala  
2017

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Ulla-Maija Rautalin
Opinnäytetyön nimi	Terveydenhoitajien kohtaamat monikulttuurisen hoitotyön haasteet vastaanottokeskusten terveydenhuollossa
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	56 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää monikulttuurisen hoitotyön haasteita, joita vastaanottokeskusten terveydenhoitajat kohtaavat turvapaikanhakijoiden kanssa työskennellessään, sekä kartoittaa mahdollisia eroja haasteiden esiintyvyydessä ja laadussa eri sukupuolten välillä. Lisäksi tarkoituksena oli saada tietoa monikulttuurisen hoitotyön haasteiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä sekä toimintatavoista, joilla vastaanottokeskusten terveydenhoitajat pyrkivät sopeutumaan ja selviytymään kyseisistä haasteista. Tavoitteena oli lisätä vastaanottokeskuksissa työskentelevien terveydenhoitajien sekä heidän työnantajien tietoutta turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelyn monikulttuurisen hoitotyön haasteista. Opinnäytetyön tutkimustuloksia on myös mahdollista hyödyntää järjestämällä lisäkoulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä terveyden- että sairaanhoitajille.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys käsittelee maahanmuuttajien ryhmiä, turvapaikanhakijoiden terveystalvueluita sekä monikulttuurista hoitotyötä, jota terveydenhoitajat toteuttavat vastaanottokeskuksissa. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena haastatteleamalla Tampereen ja Vaasan vastaanottokeskusten hoitotyöntekijöitä. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina ja ne sisälsivät kaksi taustakysymystä sekä kolme varsinaista haastatteluteemaa. Haastatteluiden tulokset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä apuna käyttäen.

Terveydenhoitajat kohtasivat vastaanottokeskuksissa monikulttuurisessa hoitotyössä kielellisiä haasteita sekä eroja käsityksissä sairauksien syistä ja hoidosta. Lisäksi haasteita heidän työskentelyynsä loivat säädökset ja turvapaikanhakijoiden ennako-odotukset hoidon saamisesta sekä erot huolehtimiskulttuureissa, itsehoitoisuudessa ja aikakäsityksessä. Haasteiden esiintyvyydessä ja laadussa ei näyttäytynyt juurikaan eroja eri sukupuolten välillä. Haasteisiin sopeutumisessa ja niiden ennakoimisessa suurimmassa roolissa olivat työntekijältä vaadittavat tekijät sekä tiedon antamiseen liittyvät tekijät. Muina keinoina esille nousivat tiedon hankinta, moniammatillinen yhteistyö sekä erilaiset maahanmuuttajatyötä tukevat koulutukset.

---

Avainsanat	turvapaikanhakija, terveydenhoitaja, vastaanottokeskuksen terveydenhuolto, monikulttuurisen hoitotyön haasteet
------------	--

## ABSTRACT

Author	Ulla-Maija Rautalin
Title	Challenges that Public Health Nurses Encounter in the Health Care of Reception Centres
Year	2017
Language	Finnish
Pages	56 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

---

The purpose of this bachelor's thesis was to find out challenges that public health nurses of reception centres encounter when they work with asylum seekers. Also the differences in the prevalence and the quality of challenges between genders were looked at. In addition, the purpose was to get information about factors that have an effect on the onset of challenges and work methods that public health nurses use to adapt to and manage with these challenges. The aim of this study was to increase knowledge of public health nurses and their employers about challenges of multicultural nursing in reception centres. The research results of this bachelor's thesis can also be used when organizing further education on multicultural nursing to public health nurses and nurses.

The theoretical framework of this study deals with groups of immigrants, health services of asylum seekers and multicultural nursing which public health nurses of reception centres carry out. The research was made using a qualitative method by interviewing nursing staff in the reception centres of Tampere and Vaasa. The interviews were executed using theme interviews including two questions related to background information and three main themes. The results of interviews were analyzed with inductive content analysis.

Public health nurses encountered linguistic challenges and different views about diseases and the treatments. In addition, decrees and asylum seekers' preconceptions about treatment created challenges as well as differences in a caring culture, in self-care and the concept of time. The results show that there were not differences between different genders almost at all in the prevalence and the quality of the challenges. When looking at the ability to adapt to the challenges and anticipating these challenges, the focus was on the employee's characteristics and information flow. Other ways were to acquire knowledge, multi-professional cooperation and different trainings.

---

Keywords	Asylum seeker, public health nurse, health care of reception centre, challenges of multicultural nursing
----------	--

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	MAAHANMUUTTAJIEN RYHMÄT .....	9
	2.1.1 Pakolaiset .....	9
	2.1.2 Turvapaikanhakijat.....	10
3	VASTAANOTTOKESKUKSEN TARJOAMAT PALVELUT.....	11
	3.1 Terveyspalvelut.....	11
	3.1.1 Turvapaikanhakijana aikuinen .....	12
	3.1.2 Turvapaikanhakijana lapsi .....	12
	3.2 Terveystieteiden työ vastaanottokeskuksissa .....	12
	3.3 Turvapaikanhakijoiden terveystarkastukset.....	13
	3.3.1 Alkuhaastattelu ja -tarkastus .....	13
	3.3.2 Seulontatutkimukset.....	14
	3.3.3 Rokotukset .....	14
	3.4 Lääkärintarkastus .....	15
	3.5 Tulkkipalveluiden käyttö .....	15
4	MONIKULTTUURISUUS .....	16
	4.1 Monikulttuurinen hoitotyö.....	16
	4.1.1 Monikulttuurisen hoitotyön haasteet.....	17
	4.1.2 Kulttuurinen kompetenssi .....	18
	4.1.3 Transnationaalinen osaaminen.....	19
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	22
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
	6.1 Tutkimusmenetelmä.....	23
	6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu .....	24
	6.3 Aineiston analysointi .....	24
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	26

7.1	Taustakysymykset.....	26
7.2	Monikulttuurien hoitotyön haasteet vastaanottokeskuksissa.....	26
7.2.1	Säädökset ja ennakko-odotukset hoidon saamisesta.....	27
7.2.2	Kielelliset haasteet .....	27
7.2.3	Käsitykset sairauksien syistä ja hoidosta .....	29
7.2.4	Huolehtimiskulttuuri ja itsehoitoisuus .....	31
7.2.5	Aikakäsitys.....	32
7.2.6	Erot naisten ja miesten välillä .....	32
7.3	Monikulttuurisen hoitotyön haasteista selviytyminen .....	33
7.3.1	Työntekijältä vaadittavat tekijät.....	33
7.3.2	Tiedon anto ja hankinta.....	33
7.3.3	Moniammatillinen yhteistyö .....	35
7.3.4	Lisäkoulutus .....	35
8	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	37
9	POHDINTA.....	39
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	39
9.1.1	Monikulttuurisen hoitotyön haasteet.....	39
9.1.2	Kulttuurinen kompetenssi ja transnationaalinen osaaminen .....	42
9.2	Tutkimuksen eettisyys .....	44
9.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	46
9.4	Opinnäytetyön prosessin arviointia.....	49
9.5	Jatkotutkimusideat .....	51
	LÄHTEET.....	52

## LIITTEET

## KUVIOLUETTELO

**Kuvio 1.** Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä - Terveydenhoitajien ja sairaanhoitajan kohtaamat monikulttuurisen hoitotyön haasteet vastaanottokeskusten terveydenhuollossa. 25

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Saatekirje

**LIITE 2.** Haastattelun teemat

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui turvapaikanhakijoiden terveydenhuolto, sillä aihe on todella ajankohtainen sekä mielenkiintoinen. Sisäministeriön (2016) tilastojen mukaan vuonna 2015 Suomeen saapui 32 476 turvapaikanhakijaa, kun aiemmin 2000-luvulla Suomeen tulevien turvapaikanhakijoiden lukumäärä on vaihdellut noin 1500 ja 6000 välillä. Vuoden 2015 Suomen turvapaikkahakemusten lisääntyneen määrän ensisijaisien syiden nähdään olevan lähtöisin turvapaikanhakijoiden lähtö- ja kauttakulkumaista sekä seurasta maailmalla vallitsevasta pakolaiskriisistä.

Aiheen valintaan vaikutti myös tutkijan oma mielenkiinto aihetta kohtaan. Tutkijan kiinnostus aiheeseen syntyi ulkomailla suoritetun harjoittelujakson myötä, jolloin joitakin ongelmatilanteita ilmeni, sillä esimerkiksi yhteistä kieltä potilaan kanssa ei löytynyt. Lisäksi aihe on saanut viime vuoden aikana myös mediassa paljon huomiota, mikä on saanut miettimään niin yleisestä kuin ammatillisestakin näkökulmasta turvapaikanhakijoiden asemaa sekä heidän terveydenhuoltoaan ja sitä, kuinka koko turvapaikanhakuprosessi lähtee käyntiin.

Tutkimuksessa lähestytään aihetta terveydenhoitajien sekä sairaanhoitajan näkökulmasta, sillä halutaan tuoda turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelyn ongelmakohdat esille, mitä kautta esimerkiksi terveydenhoitajien sekä sairaanhoitajien koulutukseen voidaan mahdollisesti lisätä monikulttuurillista koulutusta ongelmakoh- tien vähentämiseksi.



## 2 MAAHANMUUTTAJIEN RYHMÄT

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön kannalta keskeisiä maahanmuuttajien ryhmiä. Maahanmuuttaja-käsitteelle ei ole olemassa yksiselitteistä määrittelytapaa, mutta yleensä eri ryhmien määrittelemisen keinona käytetään kieltä, kansalaisuutta tai syntymävaltiota, jolloin jokainen määritelmistä antaa eri ihmisjoukon. Määritelmään rajautumiseen vaikuttavat myös maahanmuuton syyt, kuten työ, opiskelu, perhesuhteet tai pakolaisuus. (THL 2015.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vuoden 2016 määritelmän mukaan maahanmuuttajalla tarkoitetaan yleensä sellaista ulkomaan kansalaista, joka on muuttanut Suomeen ja aikoo asua maassa pidempään. Lisäksi maahanmuuttaja käsitteellä voidaan viitata Suomessa syntyneeseen henkilöön, jonka vanhemmista vähintään toinen tai molemmat ovat syntyperältään muualta kuin Suomesta. Tällaista henkilöä kutsutaan niin sanotusti toisen sukupolven maahanmuuttajaksi. (Työterveyslaitos 2013.)

### 2.1.1 Pakolaiset

Pakolaisten oikeusasemaa koskevan yleissopimuksen (L77/1968) mukaan pakolaiseksi määritellään henkilö, jolla on perusteltu aihe joutua kotimaassaan vainotuksi. Vainon aiheita voivat olla rotu, uskonto, kansallisuus, poliittinen mielipide tai tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuuluminen. Yhdistyneiden kansakuntien pakolaissopimuksessa kuitenkin täsmennetään, etteivät sota, luonnonkatastrofi tai köyhyys ole pakolaisuuden syitä. (UNHCR 1951.)

Pakolaiseksi luokiteltu henkilö on joko saanut turvapaikan Suomesta, saapunut maahan perhesiteen perusteella tai otettu maahan pakolaiskiintiössä. Kiintiöpakolaisella tarkoitetaan henkilöä, joka on lähtenyt kotimaastaan pysyvästi toiseen maahan, johon ei voi kuitenkaan pysyvästi asettua, ja siksi hänet voidaan ottaa sijoitettavaksi kolmanteen maahan niin sanotussa pakolaiskiintiössä. (Maahanmuuttovirasto 2017 a; Valtonen, Oroza & Siikamäki 2016, 919–920.) Maahanmuuttoviraston (2017 a) internet-sivuilla todetaan, että Suomessa eduskunta tekee vuosittain päätöksen kiintiöpakolaisten lukumäärästä, jonka Suomi sitoutuu ottamaan.

### **2.1.2 Turvapaikanhakijat**

Sisäministeriön (2017) määritelmän mukaan turvapaikanhakija on ulkomaalainen, joka anoo toisesta maasta suojelua sekä oleskeluoikeutta, sillä on kotimaassaan joutunut vainon kohteeksi (THL 2016 a). Turvapaikkaa tulee hakea heti maahan tullessa tai mahdollisimman pian maahantulon jälkeen. Tämän jälkeen turvapaikanhakijan pakolaisuus voidaan todeta vasta kun hakemukseen on annettu myöntävä päätös. (Valtonen ym. 2016, 920.)

Maahanmuuttoviraston (2017 b) mukaan turvapaikanhakija voi saada myös oleskeluluvan niin sanotun toissijaisen suojelun perusteella, jos hän ei täytä pakolaissopimuksen mukaisia kriteerejä mutta on vaarassa kärsiä vakavista haitoista kotimaassaan (TEM 2017). Luvan myöntämisen perustana on, että turvapaikanhakijaa uhkaa kotimaassaan tai pysyvässä asuinmaassaan kuolemanrangaistus, teloitus, kidutus tai jokin muu epäinhimillinen tai ihmisarvoa loukkaava rangaistus tai kohtelu. Toissijainen suojelun perusteella turvapaikanhakija on kuitenkin oikeutettu vain oleskelulupaan, eikä hänellä ole pakolaisasemaa.

### **3 VASTAANOTTOKESKUKSEN TARJOAMAT PALVELUT**

STM:n (2016) mukaan ihmiset, jotka hakevat turvapaikkaa Suomesta, ovat oikeutettuja saamaan välttämättömän toimeentulon sekä huolenpidon takaavia vastaanottopalveluja turvapaikkahakemuksen käsittelyn ajaksi. Näihin palveluihin kuuluvat majoitus, vastaanotto- tai käyttöraha, tulkki- ja käännöspalvelut, työ- ja opinto-toiminta sekä välttämättömät sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut.

#### **3.1 Terveyspalvelut**

Helven, Tuomiston, Tiittalan & Puumalaisen (2016, 10) raportin mukaan turvapaikanhakijoille järjestettäviin terveyspalveluihin sisältyvät terveystietoa anto, alkuhaastattelu, tarvittavat seulontatutkimukset ja rokotukset sekä ennaltaehkäisevät palvelut ja sairaanhoito. Turvapaikanhakijoille terveyspalveluja järjestävät Maahanmuuttoviraston ohjauksessa toimivat vastaanottokeskukset. Niitä ylläpitävät valtio, kunnat sekä Suomen Punainen Risti (Hoitopaikanvalinta.fi). Terveyspalveluiden kuin myös muiden vastaanottopalveluiden järjestämisestä valikoituu vastaamaan se vastaanottokeskus, jonka asiakkaaksi turvapaikanhakija rekisteröidään (L17.6.2011/746).

Tavallisesti vastaanottokeskuksissa työskentelee terveydenhoitaja ja lisäksi terveyspalveluita ostetaan myös yksityiseltä palveluntuottajalta, kunnalta tai kuntayhtymältä (Hoitopaikanvalinta.fi 2016; STM 2016). Maahanmuuttovirasto teki vuonna 2012 sopimuksen, jossa sovittiin vastaanottokeskusten terveyspalveluiden tuottamisesta. Valtakunnallisesti tehdyn kilpailutuksen voitti Suomen terveystalo Oy, mutta yleisestä linjauksesta poiketen Helsingissä, Espoossa sekä Siuntiossa palveluntarjoajiksi valittiin Lääkärikeskus Aava Oy. Sopimus piti sisällään terveystarkastuksien järjestämisen sekä akuutin ja välttämättömän terveyden hoidon. Vaikka kyseessä olisikin yksityisen palveluntuottajan ostopalvelu, tulee turvapaikanhakijan varata terveyspalvelut kuitenkin aina oman vastaanottokeskuksen terveydenhoitajan kautta. (Maahanmuuttovirasto 2012.)

### **3.1.1 Turvapaikanhakijana aikuinen**

Suomesta turvapaikkaa hakeva aikuinen on oikeutettu saamaan kiireellistä hoitoa sekä terveydenhoitoa, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö on arvioinut välttämättömäksi. Välttämättömän hoidon piiriin voidaan sisällyttää muun muassa raskauden seuranta ja mielenterveysongelmien sekä kroonisten sairauksien, kuten diabeteksen ja verenpainetaudin hoito. (Salmi, Tiittala, Lundqvist, Mönttinen, Sainio, Aali & Holmberg 2016, 917; Valtonen ym. 2016, 920.)

Jos turvapaikanhakijalle myönnetään jatkuva tai pysyvä oleskeluoikeus, on hän oikeutettu saamaan kuntapaikan ja sitä kautta asukkaan oikeudet ja palvelut. Näihin palveluihin sisältyvät myös kunnalliset terveysterveystoimet. (THL 2016 a; Valtonen ym. 2016, 920.)

### **3.1.2 Turvapaikanhakijana lapsi**

Alaikäisen turvapaikanhakijan oikeudet poikkeavat aikuisesta siten, että hän saa samoin perustein terveydenhuollon palvelut kuin lapsi, jonka kotikunta on Suomessa (Salmi ym. 2016, 917). Näin ollen alaikäiset turvapaikanhakijat ovat muun muassa oikeutettuja neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarjoamiin terveystoimiin (Helve ym. 2016, 8).

## **3.2 Terveydenhoitajan työ vastaanottokeskuksissa**

Vastaanottokeskuksissa työskentelevä terveydenhoitaja on henkilö, joka on suorittanut 240 opintopisteen terveydenhoitajatutkinnon ammattikorkeakoulussa. Terveydenhoitajan toteuttaman terveydenhoitotyön perustana on väestön tarpeiden sekä yhteiskunnallisten haasteiden tunnistaminen. Ammatissaan hän pyrkii osallistamaan ja aktivoimaan väestöä huolehtimaan ja edistämään heidän omaa terveyttään. Terveydenhoitajan työ pitää sisällään terveyden ylläpitoa sekä sairauksien ehkäisyä niin yksilötasolla kuin myös perheiden, yhteisöjen että väestön ja ympäristön terveyttä edistävänä työnä. Sen tavoitteena on vahvistaa asiakkaiden voimavaroja sekä itsehoitoa. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 14–15, 21.)

Vastaanottokeskuksissa terveydenhoitajan työnkuvaan kuuluu muun muassa alkuinfon pitäminen vastaanottokeskukseen tulleeille tai siirtyneille turvapaikanhakijoille. Siinä turvapaikanhakijalle kerrotaan vastaanottokeskuksen terveystarkastuksista, joihin hän on turvapaikanhakuprosessin aikana oikeutettu. (Vaasan vastaanottokeskus 2016; Vaasan vastaanottokeskuksen terveydenhoitaja 2017.)

Alkuinfon antamisen lisäksi vastaanottokeskusten terveydenhoitajat pitävät sekä asiakas- että päivystysvastaanottoa arkipäivisin. Päivystysvastaanotto pitää sisällään terveydentilan kartoitusta, hoito-ohjeiden antamista sekä jatkohoidosta sopimista. Asiakasvastaanotolla taas suoritetaan seurantoja, mittauksia sekä pieniä toimenpiteitä. Lisäksi asiakasvastaanottoon sisältyy rokotusten antamista, keskustelua lääkeseurauksien läpikäymistä sekä muuta sairaanhoidollista työtä. (Vaasan vastaanottokeskus 2016.)

### **3.3 Turvapaikanhakijoiden terveystarkastukset**

Suomessa ei aseteta terveydellisiä vaatimuksia maahantulijalle, eikä häntä käännytetä pois maasta terveydellisiin syihin vedoten (Valtonen ym. 2016, 919). Hoitopaikanvalinta.fi-verkkopalvelun (2016) mukaan turvapaikanhakijan tullessa vastaanottokeskukseen sosiaalityöntekijä ja terveydenhoitaja selvittävät hänen erityistarpeitaan haastattelun sekä terveystarkastuksen avulla, joka tehdään yksityisellä palveluntuottajalla Maahanmuuttoviraston sopimuksen (2012) mukaisesti. Vastaanottokeskukseen majoittuva turvapaikanhakija saa mahdollisuuden osallistua ilmaiseen terveystarkastukseen sekä seuluntoihin ja rokotuksiin, joihin osallistuminen on vapaaehtoista. Poikkeustapauksena kuitenkin tuberkuloositesti, johon turvapaikanhakija velvoitetaan osallistumaan tartuntatautilain nojalla, jos kyseessä on perusteltu epäily (THL 2009, 13).

#### **3.3.1 Alkuhaastattelu ja -tarkastus**

STM:n (2009, 14) julkaisun mukaan aluksi terveyden- tai sairaanhoitaja tekee turvapaikanhakijalle alkuhaastattelun sekä -tarkastuksen kahden viikon kuluessa hänen maahantulostaan. Niissä tiedustellaan muun muassa turvapaikanhakijan aiemmat sairaudet sekä hoidot, mahdolliset lääkitykset, aiemmin saadut rokotukset sekä

kartoitetaan mahdolliset nykyiset oireet. Lisäksi alkuhaastattelun yhteydessä kysytään turvapaikanhakijalta kirjallinen lupa seulontatutkimuksien suorittamiseen.

### **3.3.2 Seulontatutkimukset**

Seulontatarkastusten tavoitteena on tunnistaa muun muassa hiv, kuppa, hepatiitti B-kantajuus sekä keuhkotuberkuloosi varhain niillä henkilöillä, jotka tulevat tuberkuloosin korkean ilmaantuvuuden maista. Tämän vuoksi Thorax-röntgenkuva otetaan heti alkuhaastattelun yhteydessä näiltä henkilöiltä, kun taas oireettomilta turvapaikanhakijoilta perusseulonnan laboratoriokokeet otetaan viimeistään kuukauden kuluttua maahan tulosta. Kun tuberkuloosi tunnistetaan varhain, mahdollistuu hoidon aloittaminen ajoissa. Näin saadaan estettyä mahdollisten komplikaatioiden synty sekä taudin kehittyminen tarttuvaksi, mikä taas ehkäisee tuberkuloosin leviämisen valtaväestössä. (STM 2009, 15; STM 2014, 10.)

### **3.3.3 Rokotukset**

Alkutarkastuksen yhteydessä arvioidaan myös rokotuksien tarve. Valtio kustantaa lapsiturvapaikanhakijoille yleiseen rokotusohjelmaan kuuluvat rokotteet. Rokotussarjat pyritään aloittamaan mahdollisimman pian maahantulon jälkeen, kuitenkin viimeistään ennen kuin lapsi menee päiväkotiin tai kouluun.

Lapsiturvapaikanhakijasta poiketen aikuinen turvapaikanhakija ei ole kuitenkaan oikeutettu yleisen rokotusohjelman maksuttomiin rokotuksiin, sillä rokotusten katsotaan kuuluvan välttämättömien palvelujen ulkopuolelle. Jos aikuiselle turvapaikanhakijalle myönnetään pysyvä oleskelulupa Suomesta, on hän tämän jälkeen kuitenkin oikeutettu saamaan tarvittavat rokotussarjat (STM 2009, 17–18.)

THL:n (2016 b) suositusten mukaan kuitenkin yksilön ja väestön suojelun näkökulmasta katsoen myös aikuisille turvapaikanhakijoille tulisi tarjota välttämättömän rokotukset. Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestö, WHO sekä Unicef (2015) ovatkin rokotussuosituksessaan listanneet, että pakolaisten, turvapaikanhakijoiden sekä siirtolaisten olisi suositeltavaa saada erityisesti rokotukset tuhkarokkoa ja poliota vastaan. THL:n (2016 a) suositukset sisällyttävät aikuisten turvapaikanhaki-

joiden välttämättömiin rokotuksiin vielä edellä mainittujen lisäksi rokotuksen kurkkumätää vastaan. Lisäksi suositukset määrittävät polio-rokotteen antokriteereiksi, että turvapaikanhakija on tullut korkean polioriskin maasta tai hän asuu samassa taloudessa tällaisen henkilön kanssa. Turvapaikanhakijoille olisi suositeltavaa antaa myös mahdollisuus influenssarokotteen ottamiselle, jos he asuvat vastaanottokeskuksessa.

### **3.4 Lääkärintarkastus**

STM:n (2009, 15) julkaisun mukaan hoitajan tekemän alkuhaastattelun ja -tarkastuksen jälkeen kiireellisesti apua tarvitseville annetaan hoitoa välittömästi ja selvästi sairaat ohjataan lääkärintarkastukseen viikon sisällä. Kun kyseessä on alle 7-vuotias lapsi, raskaana oleva äiti, kehitysvammainen tai jos Thorax-röntgenkuvassa tai laboratoriotesteissä on ilmennyt poikkeavuuksia, ohjautuvat turvapaikanhakijat myös lääkärin tutkittaviksi.

### **3.5 Tulkkipalveluiden käyttö**

Haaralan ym. (2015, 396–397) mukaan vastaanottokeskuksissa tehtävässä hoitotyössä yhteisen kielen sekä kulttuuriin liittyvien käsitteiden puute saattaa aiheuttaa väärinkäsityksiä. Tämän vuoksi on tärkeää, että hyödynnetään tulkkipalveluita, kun oma tai asiakkaan kielitaito ei ole riittävän hyvä luomaan turvallista ja toimivaa hoitosuhdetta. Lain nojalla tulkiksi ei käy henkilö, jonka suhde asianosaiseen tai asiaan voisi vaarantaa asianomaisen luotettavuuden tai turvallisuuden (L 17.6.2011/746). Näin ollen tulkin tulee olla ammattilaistulkki eli tulkiksi ei käy esimerkiksi asiakkaan oma, puoliso, sukulainen, lapsi tai tuttava.

Jotta väärinymmärryksiltä vältytään tulkkia käyttäessä, tulee tulkin välityksellä keskusteluun opetella, jotta taito harjaantuu. Lisäksi on hyvä varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt oikein, mitä hänelle on sanottu ja että myös vastavuoroisesti hoitotyöntekijä on tulkinnut asiakkaan viestinnän oikein. (Haarala ym. 2015, 397.)

## 4 MONIKULTTUURISUUS

Ennen kuin voidaan määritellä käsite monikulttuurisuus, tulee ymmärtää, mitä sana kulttuuri pitää sisällään. Kulttuuri on tulkintaa ja käsitteenä monitasoinen (Haarala ym. 2015, 394). Sen määritelmät ovat vaihdelleet aikasidonnaisesti sekä tieteenalasta toiseen. Gigerin ja Davihizarin (2004) määritelmän mukaan kulttuuri voidaan nähdä pysyväluonteisena käyttäytymisen muotona, joka muodostuu ihmiselle ympäröivän sosiaalisen pääoman, uskonnon, älyllisten sekä taiteellisten tuosten kautta. Tyypillisenä piirteenä kulttuurille on yhteisten arvojen, normien, uskomusten sekä toimintatapojen jakaminen samaan kulttuuriin kuuluvien ihmisten kanssa. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 16.)

Toisen määritelmän mukaan kulttuuri on ikään kuin viitekehys elämiselle. Ihmiselle on kehittynyt elämäntapoja, uskomuksia, arvoja ja erilaisia tuotoksia eri ajanjaksoihin sidonnaisesti. Viitekehyyksen malli siirtyy sukupolvelta sekä yhteisön jäseneltä toiselle muun muassa kielen, kasvatuksen sekä erilaisten symbolien avulla. (Abdelhamid ym. 2010, 16; Haarala ym. 2015, 394.)

Niin kuin kulttuuri-käsitteellä myös sanalla monikulttuurisuus on olemassa useita eri määritelmiä, Lepolan (2000) määritelmän mukaan kyseisellä käsitteellä voidaan tarkoittaa erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien elämistä samassa ympäristössä sekä ajassa. Tarkemmin ajateltuna monikulttuurisuus termin voidaan käsittää siis tarkoittavan monen kulttuurin liittämistä yhteen saman yhteiskunnan sisällä, jossa korostuu kulttuurien välinen suvaitsevaisuus sekä palvelujen moninaisuus. (Abdelhamid ym. 2010, 18.)

### 4.1 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurisella hoitotyöllä viitataan hoitotyöhön, jota tehdään erilaisten kulttuurien parissa. Sen voidaan nähdä myös tarkoittavan hoitoyhteisöä, jonka työntekijöillä tai asiakkailla on erilaista kulttuuriperää tai he kuuluvat erilaisiin etnisiin ryhmiin. Monikulttuurisen hoitotyön tavoitteena on, että hoitotyössä ja -yhteisössä huomioidaan ihmisten kulttuurinen alkuperä. Tällöin kanssakäyminen on erilai-



suutta kunnioittavaa sekä yhteistyösuhteesta huokuu tasa-arvoisuus ja yhdenvertaisuus. Päämääränä on pyrkiä edistämään asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia hänen kulttuuritaustansa huomioiden. (Abdelhamid ym. 2010, 18–19.)

#### **4.1.1 Monikulttuurisen hoitotyön haasteet**

Burchill & Pevalin (2014, 2) kirjoittavat tutkimuksessaan, että kulttuurisen moninaisuuden ymmärtämisen on väitetty olevan välttämätön tehokkaan ja turvallisen hoidon edellytys. On arvioitu, että asiakkaiden kulttuuriset uskomukset, arvot sekä asenteet ovat olennainen osa kattavien terveyspalveluiden tarjoamista asiakkaalle. Uskomukset terveydestä ja sairaudesta näyttäytyvät laajakirjoisesti eri kulttuuriryhmien välillä, mikä haastaakin terveydenhuollon ammattilaiset tunnistamaan eri kulttuurien terveyteen ja sairauteen liittyvien uskomusten kulmakivet.

Kulttuuri on siis vahvasti sidoksissa ihmisen terveystietämiseen, ja vaikuttaa kokemukseen omasta terveydestä sekä sairaudesta. Lisäksi kulttuurilla on vaikutusta toimintatapoihin, joilla ihminen pyrkii edistämään terveyttään. (Abdelhamid ym. 2010, 75; Haarala ym. 2015, 395.)

Monien kulttuuristen arvojen sekä moraalisten kysymysten taustalla on uskonto. Ihmisen kulttuuriset arvot ohjaavat usein hänen käytöstään tiedostamatta. Jos nämä kyseiset arvot kyseenalaistetaan, kyseenalaistetaan samalla myös koko ihmisen oleminen. Hoitajalle haasteena onkin näihin usein näkymättömiin ja tiedostamattomiin tekijöihin suhtautuminen ja tarttuminen. (Abdelhamid 2009,75.)

Kun hoitotyöntekijä kohtaa itselle vierasta kulttuuria olevan asiakkaan, hän näkee Schubertin (2007) jäävuorimallin mukaan lähinnä vain jäävuoren huipun. Nämä näkyvät ja hoidossa helposti havaittavat jäävuoren huippuun kuuluvat piirteet ovat asiakkaan kieli, sukupuoli, ikä, ihonväri, pukeutuminen ja tavat. Jäävuoren pohjarakenteisiin eli näkymättömiin ja hoidossa huonosti havaittaviin piirteisiin kuuluvat asiakkaan maailmankatsomus, kulttuurinen identiteetti sekä arvot, odotukset ja uskomukset. Lisäksi perheen ja suvun merkitys sekä kulttuuriset traditiot muodostavat myös osaltaan jäävuoren pohjaa. (Abdelhamid 2009, 75–76.)

#### 4.1.2 Kulttuurinen kompetenssi

Kulttuurinen kompetenssi -käsitteelle on olemassa paljon erilaisia määritelmiä. Yhden määritelmän mukaan kulttuurinen kompetenssi voidaan käsittää yhtenevinä käyttäytymismalleina, asenteina sekä menettelytapoina, jotka muodostavat yhdessä tehokkaan työskentelytavan monikulttuurisissa tilanteissa. Muissa määritelmissä taas huomio kiinnittyy enemmän kulttuurisen herkkyyden, ennakkoluulottomuuden, vaikuttavuuden sekä nöyryyden tärkeyteen. Määritelmien laajasta kirjosta huolimatta, jokaisella on pohjalla sama ajatus siitä, että hoitajan tulee sopeuttaa omaa kulttuuriaan ymmärtääkseen potilaan kulttuurin. Ymmärtämällä sosiologisia ja kulttuurisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan uskomuksiin ja käytökseen, voidaan kehittää hoitotyötä ja sen lopputulosta. (Harris 2010, 28.)

Kulttuuriseen kompetenssiin liitetään yleensä tiedollisia, taidollisia, vuorovaikutuksellisia ja emotionaalisia osa-alueita. On tärkeää, että henkilö tunnistaa oman kulttuurisen taustansa ja asenteensa sekä asiakkaan kulttuuriset arvot, uskomukset, tavat ja ongelmanratkaisutaidot. Näitä edellä mainittuja taitoja kutsutaan kulttuuriseksi tietoisuudeksi (cultural awareness). Kulttuurisella tiedolla (cultural knowledge) taas tarkoitetaan eri kulttuuritaustaisen asiakkaan näkemysten sekä erojen ja yhtäläisyyksien ymmärrystä, tietoa yhteiskunnallisista epäkohdista, jotka kohdistuvat kulttuurivähemmistöihin sekä tietoa biologisista, fysiologisista ja psykologisista vaihteluista, jotka esiintyvät eri etnisissä ryhmissä. Hoitotyö vaatii myös taitoa kehrätä, suunnitella ja toteuttaa asiakkaan kulttuurisia tarpeita huomioivaa hoitoa (cultural skill). Lisäksi tärkeää on eri kulttuuritaustaisten asiakkaiden vuorovaikutuksellinen kohtaaminen ja hakeutuminen tällaisiin tilanteisiin (cultural encounter) sekä aito kiinnostus ja motivaatio heidän hoitotyöhön (cultural desire). Näiden lisäksi kulttuuriseksi herkkyydeksi (cultural sensitivity) kutsuttu osa-alue, eli erilaisuuden hyväksymisen taito, johon voidaan liittää empatiakyvykyys sekä hyvät viestintä ja vuorovaikutustaidot, on avain asemassa eri kulttuurista peräisin olevan asiakkaan kanssa työskennellessä. (Abdelhamid ym. 2010, 32–33.)

Quickfall (2010) on kehittänyt kulttuurisen kompetenssin viiden askeleen mallin, joka suuntautuu käytännön hoitotyöhön. Ensimmäinen askel on hoitolaitoksen suhtautuminen. Se sisältää organisaation kyvyt ja valmiudet suhtautua etnisten vähemmistöjen erityisiin terveydenhoidon tarpeisiin. Jotta sitoutumista heikommassa asemassa olevien ryhmien tarpeisiin voidaan osoittaa, tulee organisaation tarkastella menettelytapojaan sekä käytäntöjään, joilla voitaisiin palvella heikommassa asemassa olevien yhteisöjen jäseniä. Palveluiden tulisi olla syrjimättömiä sekä helposti saatavilla olevia kaikille etnisille ryhmille. (Burchill & Pevalin 2014, 2.)

Toinen vaihe on kulttuurinen tietoisuus. Se sisältää arvostusta yksilön kulttuurisia taustatekijöitä, kuten uskontoa, ruokavaliota, perhettä ja sosiaalisia yhteisöjä kohtaan. Lisäksi uskomuksia terveydestä, sairaudesta, hoidosta ja niiden vaikutuksista hoitokäytäntöihin tulisi myös arvostaa. (Burchill & Pevalin 2014, 2.)

Kolmatta askelta kutsutaan Burchillin ja Pevalinin (2014, 2–3) julkaisun mukaan kulttuuriseksi herkkyydeksi. Tehokas kommunikaatio on välttämätöntä kulttuuriselle kompetenssille, kun arvioidaan turvapaikanhakijan terveydenhoidollisia tarpeita. Se edellyttää ennaltaehkäisevän terveydenhoitotyön materiaalien kääntämistä sekä kielellistä tukea luottamussuhteen rakentumiseen työntekijän ja turvapaikanhakijan välille.

Neljäs vaihe on nimeltään kulttuurinen tieto. Se sisältää ymmärryksen siitä, kuinka rakenteelliset tekijät, kuten köyhyys ja sosiaalinen syrjäytyminen vaikuttavat terveyteen. Jotta terveyseroihin voidaan puuttua, tulee virastojen kehittyä. (Burchill & Pevalin 2014, 3.)

### **4.1.3 Transnationaalinen osaaminen**

Käsitteellä transnationaalinen osaaminen tarkoitetaan kulttuurin ylittäviä valmiuksia (Sainola-Rodriguez 2007, 217–218). Karabudak, Arslan ja Basbakkal (2013) tapaustutkimuksen mukaan se keskittyy vertailemaan ihmisten hoidollisten uskomusten, arvojen sekä kulttuuristen tapojen erilaisuutta sekä yhtäläisyyksiä, jotta ihmisille pystyttäisiin tarjoamaan kulttuurillisesti yhtenevää sekä mielekästä terveydenhuoltoa. Transnationaalisen osaamisen tavoitteena on pyrkiä vastavuoroiseen

vuorovaikutukseen, jossa asiakkaan osallisuus ja kertomus korostuvat (Sainola-Rodriguez 2007, 217–218). Se vaatii hoitotyöntekijältä kykyä huomioida ja arvostaa kulttuurillisia eroja ja niiden ilmenemismuotoja terveydenhuollossa.

Koehn (2006, 140) mukaan transnationaalinen osamaaninen voidaan jaotella viiteen osa-alueeseen: analyttinen, emotionaalinen, luova, viestinnällinen sekä toiminnallinen. Analyttinen osaaminen pitää sisällään kykyä hankkia tietoa ja ymmärtää sen merkitys. Keskeistä on kulttuurispesifisten piirteiden tunteminen sekä niiden ymmärtäminen. Käytännössä terveydenhuoltohenkilöstön tulisi siis tiedostaa asiakkaan terveyteen liittyvät yhteiskunnan tai kulttuurin sekä yksilön luomat uskomukset, arvot sekä käytännöt. Tärkeää on myös olla tietoinen esimerkiksi turvapaikanhakijan tilanteen haavoittuvuuteen liittyvistä tekijöistä. Niitä ovat muun muassa sota-, vaino- tai traumakokemukset. (Abdelhamid ym. 2010, 45; Sainola-Rodriguez 2007, 218.)

Sainola-Rodriguez (2007, 218) jäsentelee väitöskirjassaan, että emotionaalinen osaaminen sisältää empatiakyvyn sekä taitoja tehdä havaintoja. Osa-alueessa korostuu kiinnostus ja kunnioitus asiakkaan arvoja, perinteitä, uskomuksia ja kokemuksia kohtaan.

Luovalla transnationaalisen osaamisen alueella taas tarkoitetaan kykyä luovaan ajatteluun sekä toiminnan soveltamiseen. Käytännötyössä se siis näkyy erilaisten hoitomenetelmien ja käytäntöjen yhdistämisellä sekä vaihtoehtoisia näkökulmia käyttämällä. (Sainola-Rodriguez 2009, 37.)

Viestinnällinen taito tarkoittaa kykyä käyttää vierasta kieltä tai kommunikointia tulkin välityksellä, jos verbaalisesti yhteistä kieltä ei löydy. Tulkkia käyttäessä luottamuksellisen suhteen sekä arvostuksen luomisessa korostuu tällöin nonverbaaliset taidot, jotka mahdollistavat löytämään yhteisen ymmärryksen myös ilman kielellistä viestintää. (Abdelhamid ym. 2010, 45.)

Viides transnationaalisen osaamisen alue eli toiminnallinen osaaminen pitää sisällään taitoa toimia tavoitteellisesti monikulttuurisessa ympäristössä sekä kykyä käyttää tilannekohtaisesti erilaisia toimintatapoja. Osaamisalueen tavoitteena on myös,

että turvapaikanhakija saa uskoa siitä, että on kyvykäs selviytymään kohtaamistaan ongelmatilanteista, haasteista sekä mahdollisesta sairaudesta. (Abdelhamid ym. 2010, 45.)

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia monikulttuurisen hoitotyön haasteita vastaanottokeskusten terveydenhoitajat kohtaavat työskennellessään turvapaikanhakijoiden kanssa, ja mitkä tekijät vaikuttavat niiden syntyyn. Tarkoituksena oli myös saada tietoa, millaisia eroja haasteiden esiintyvyydessä ja laadussa oli eri sukupuolten välillä. Lisäksi haluttiin selvittää toimintatapoja, joita terveydenhoitajat käyttivät kohdatessaan monikulttuurisen hoitotyön haasteita.

Tavoitteena on lisätä vastaanottokeskuksissa työskentelevien terveydenhoitajien sekä heidän työnantajien tietoutta turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelyn monikulttuurisen hoitotyön haasteista. Opinnäytetyön tutkimustuloksia on myös mahdollista hyödyntää järjestämällä lisäkoulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä terveyden- että sairaanhoitajille. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli tutkijan oma halu ja kiinnostus saada tietoa monikulttuurisen hoitotyön haasteita, jolloin hän pystyy tulevassa ammatissaan terveydenhoitajana ennakoimaan sekä sopeutumaan kyseisiin haasteisiin ja parantamaan siten ammatillista osaamistaan.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia monikulttuurisen hoitotyön haasteita vastaanottokeskusten terveydenhoitajat kohtaavat turvapaikanhakijoiden kanssa työskennellessään?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat monikulttuuristen haasteiden syntyyn?
3. Millaisia eroja monikulttuurisen hoitotyön haasteiden esiintyvyydellä ja laadulla on eri sukupuolten välillä?
4. Millaisia toimintatapoja terveydenhoitajat käyttävät selviytyäkseen monikulttuurisen hoitotyön haasteista?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimusta lähdettiin toteuttamaan keväällä 2016, kun tutkijalla heräsi mielenkiinto tutkimusaihetta kohtaan. Tutkijan ideoiman aiheen pohjalta otettiin yhteyttä Vaasan vastaanottokeskuksen johtajaan ja kyseltiin tutkimustarpeita. Vastaanottokeskuksen johtaja oli myönteinen aiheen suhteen, jos tutkimukselle löytyisi tilaaja. Tutkija otti yhteyttä Vaasan sosiaalityö ja perhepalveluiden tulosaluejohtajaan, joka lupasi alustavasti toimia tutkimuksen tilaajana.

Tämän jälkeen opinnäytetyölle haettiin aihelupa ja aloitettiin tutkimussuunnitelman kirjoittaminen. Tutkimusluvut anottiin marras–joulukuussa 2016 Vaasan sosiaalityö ja perhepalveluiden tulosaluejohtajalta sekä Tampereen sosiaalipalvelupäälliköltä. Myönteiset tutkimusluvut saatiin joulukuussa 2016, jonka jälkeen tutkija otti yhteyttä molempien vastaanottokeskusten terveydenhoitajiin sekä sairaanhoitajaan ja käynnisti tutkimusprosessin.

### 6.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisesti eli laadullisesti teemahaastattelua tutkimusmenetelmänä käyttäen, sillä haluttiin saada terveydenhoitajilta mahdollisimman yksityiskohtaista sekä kokemusperäistä tietoa. Teemahaastattelua käytetään ilmiöiden tutkimiseen, joista ei ole tutkittua tietoa (Kananen 2012, 100). Tutkimusmenetelmä soveltui erityisen hyvin tähän tutkimukseen, sillä aihetta ei ole aiemmin juuri tutkittu.

Teemahaastattelussa keskustelun aihepiirit eli teemat on laadittu valmiiksi, mutta kysymysten muotoa ja niiden järjestystä ei ole tarkkaan ennalta suunniteltu. Haastattelutavassa korostuvat tällöin ihmisten omat asioille antamat tulkinnat sekä merkitykset. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 197; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.) Teemahaastattelu on mahdollista toteuttaa yksilö-, ryhmä- tai Focus-group-haastatteluna. Tässä tutkimuksessa käytettiin suurimmaksi osaksi yksilöhaastatteluja, sillä ne tuottavat tarkempaa ja luotettavampaa tietoa kuin ryhmähaastattelut. (Kananen 2012, 99–100.) Yksi haastatteluista toteutettiin kuitenkin parihaastatteluna käytännön järjestelyjen vuoksi.

Teemahaastattelu (Liite 2.) koostui kahdesta taustakysymyksestä, joissa tiedusteltiin yleisimpiä maita, joista turvapaikanhakijat ovat kotoisin sekä turvapaikanhakijoiden ikä- ja sukupuolijakaumaa. Taustatietojen lisäksi haastattelu piti sisällään kolme varsinaista haastattelun teemaa. Kahden ensimmäisen teeman avulla pyrittiin saamaan tietoa monikulttuurisen hoitotyön haasteista, joita terveydenhoitajat ja sairaanhoitaja kohtasivat työskennellessään vastaanottokeskuksissa sekä oliko sukupuolella vaikutusta haasteiden esiintyvyyteen ja laatuun. Kolmannen teeman avulla kartoitettiin terveydenhoitajien ja sairaanhoitajan toimintatapoja, joilla he sopeutuvat ja ennakoivat kyseisiä haasteita.

## **6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu**

Tutkimusjoukko koostui Tampereen sekä Vaasan vastaanottokeskusten terveydenhoitajista ja sairaanhoitajasta. Haastateltavina oli yhteensä neljä terveydenhoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan työnkuva oli sama kuin terveydenhoitajien.

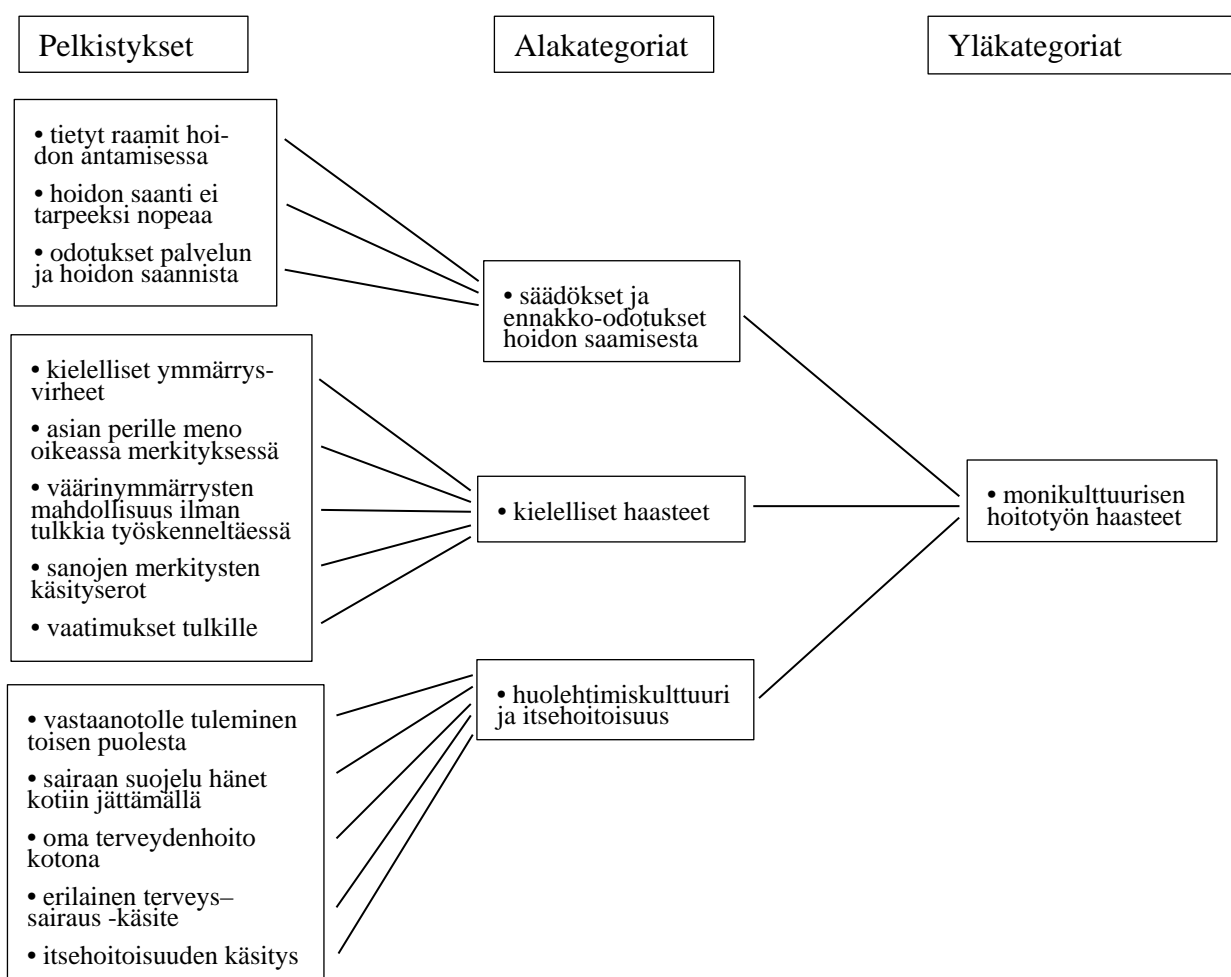
Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluilla joulukuun 2016 sekä tammikuun 2017 aikana eri ajankohtina Vaasan ja Tampereen vastaanottokeskuksissa. Haastateltaville lähetettiin etukäteen sähköisesti saatekirje (Liite 1.) sekä haastattelun teemat (Liite 2.), joihin he saivat tutustua ennen aineiston keruuta. Kolme haastattelusta toteutettiin yksilöhaastatteluina sekä yksi parihaastatteluna. Haastattelut nauhoitettiin puhelimen nauhurille.

## **6.3 Aineiston analysointi**

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla, joka keskittyy Kankkusen ym. (2009, 51) mukaan kielen kommunikaation sisällön tarkasteluun. Sisällön analyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällönanalyysimenetelmät voidaan jakaa sekä induktiiviseen että deduktiiviseen menetelmään. Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää, joka onkin ollut deduktiivista menetelmää käytetympi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,134.)



Induktiivisen sisällönanalyysin tarkoituksena on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiiviissä muodossa. Lopputuloksena analyysi tuottaa esimerkiksi erilaisia kategorioita ja käsitteitä. (Kyngäs & Vanhanen, 1999.) Tässä sisällönanalyysi toteutettiin ensiksi litteroimalla haastattelut Word-dokumenteille. Litteroitua materiaalia tuli yhteensä 14 sivua. Litteroidusta materiaalista kirjoitettiin alkuperäisilmaisut käsin erillisille papereille, jonka jälkeen ne pelkistettiin. Tämän jälkeen pelkistykset yhdistettiin alakategorioiksi ja vielä lopuksi edelleen yhdistäviksi yläkategorioiksi (Kuvio 1.), jotka helpottivat tutkimusaineiston pohjalta tehtävää tiedonkeruuta.



**Kuvio 1.** Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä - Terveydenhoitajien ja sairaanhoitajan kohtaamat monikulttuurisen hoitotyön haasteet vastaanottokeskusten terveydenhuollossa.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui Vaasan ja Tampereen vastaanottokeskuksista yhteensä neljä terveydenhoitajaa sekä yksi sairaanhoitaja. Tampereen vastaanottokeskuksessa työskentelevät sekä terveydenhoitaja että sairaanhoitaja, joiden työnkuva on sama. Tällä perusteella myös sairaanhoitaja soveltui rikastuttamaan tutkimusaineistoa.

### 7.1 Taustakysymykset

Tutkimuksen taustakysymyksien avulla selvitettiin ennen varsinaista teemahaastattelun tekoa yleisimmät maat, joista turvapaikanhakijat ovat kotoisin, sekä turvapaikanhakijoiden ikä- ja sukupuolijakauma. Vaasan ja Tampereen kaupunkien vastaanottokeskuksiin tulevat turvapaikanhakijat ovat tällä hetkellä yleisimmin kotoisin Irakista, Afganistanista sekä Somaliasta. Tampereen vastaanottokeskuksen työntekijät mainitsivat myös Iranin ja Syyrian olevan yleisiä tulomaita edellä mainittujen tulomaiden jälkeen. Lisäksi molempiin vastaanottokeskuksiin tulee yksittäisiä turvapaikanhakijoita Venäjältä, Ukrainasta, Etiopiasta, Nigeriasta, Kongosta ja Pakistanista.

Yleiseksi ikähaarukaksi turvapaikanhakijoilla Vaasan ja Tampereen vastaanottokeskuksissa arvioitiin 0–63 vuotta. Vaasassa yksin Suomeen tulevia noin 20–30-vuotiaita nuoriamiehiä arvioitiin olevan asiakaskunnasta eniten ja perheiden tuloosenttia taas pidettiin pienenä. Tampereella korostui perheiden ja lasten lukumäärä, vaikkakin miesturvapaikanhakijoiden todettiin olevan kuitenkin enemmistö.

### 7.2 Monikulttuurien hoitotyön haasteet vastaanottokeskuksissa

Haastatteluiden pohjalta saatiin kattavasti tietoa erilaisista haasteista, joita terveydenhoitajat ja sairaanhoitaja kohtaavat työskennellessään vastaanottokeskuksissa. Haasteiden kerrottiin näkyvän päivittäisessä työskentelyssä ainakin jossain määrin. Työntekijät kuitenkin totesivat, etteivät koe esille nostamiaan haasteita sinänsä erityisen hankalina tai haasteellisina, sillä ovat tottuneet työskentelyssään niiden kohtaamiseen.

*”Kun tekee sitä työtä joka päivä, niin ei sinänsä koe, että olis joku haaste edessä taikka olis mitään hankalaa.”*

### **7.2.1 Säädökset ja ennakko-odotukset hoidon saamisesta**

Monikulttuurisen hoitotyön haasteet, jotka työntekijät nostivat esiin, nähtiin olevan pääosin lähtöisin kulttuurieroista sekä turvapaikanhakijan aiemmista käsityksistä ja kokemuksista. Lisäksi eri organisaatioiden ohjeilla ja säännöillä terveyspalveluiden antamisesta kerrottiin olevan myös merkitystä haasteiden syntyyn, sillä joillakin turvapaikanhakijoilla on ennakko-odotuksia saamiensa terveyspalveluiden laajuuden ja aikataulujen suhteen. Osa turvapaikanhakijoista olettaa, että he saavat terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotolla kaiken palvelun ja hoidon, minkä haluavat. Turvapaikanhakuprosessin aikana hoitohenkilökunnan antamat palvelut rajautuvat kuitenkin aikuisille turvapaikanhakijoille annettavaan äkilliseen ja välttämättömään sairaudenhoitoon ja lapsille taas kuntalaiseen verrattaviin palveluihin.

*”Ehkä se suurin haaste on kuitenkin ne kulttuurierot ja ne käsitykset ja kokemukset... miten on tavattu siellä omassa kotimaassa ne asiat hoitaa...”*

*”Meillähän on työnantajana Maahanmuuttovirasto, joka antaa isot raamit meille, säännöt ja ohjeistukset. Mutta sitten taas me olemme...kaupungin työntekijöinä ja sitten me noudatetaan taas sen puitteissa niitä sääntöjä ja ohjeistuksia. Ja sitten kaikki sosiaali- ja terveysalan antamat säännöt.”*

*”Hyvin nopeesti he saa meillä melkein samalle viikolle meidän lääkärin plus sitte jo ulkopuolisellekin mahdollisuuden, että meidän näkökannalta se on hyvin...he ajattelee, ettei se oo tarpeeksi nopea.”*

### **7.2.2 Kielelliset haasteet**

Ennakko-odotusten jälkeen hoitohenkilökuntaa haastavat turvapaikanhakijan hoitotilanteessa kielelliset haasteet. Haasteena ovat turvapaikanhakijoiden toiveiden noudattaminen tulkkia tilatessa, luottamussuhteen luominen asiakkaisiin tulkin läsnä ollessa sekä asioiden perille meneminen oikeassa merkityksessä eri kielten välityksellä työskenneltäessä.

*”Riippuu asian laadusta, vakavuudesta ja mitä se asia käsittelee, niin heillä on omat vaatimuksensa tulkin tilaamiseen. Aina ei voida toteuttaa sitä, mutta yritetään.”*

*”Toisilla asiakkailta on niin, ettei he ehkä halua niistä omista asioista puhua, jos siinä on joku ylimääräinen mukana niin sanotusti. Et se on hyvin yksilöllistä.”*

Tulkkia käytetään hoitotilanteessa apuna paikan päällä tai vaihtoehtoisesti tulkkauksella voidaan hoitaa puhelimitse. Yleisesti ottaen kaikki haastateltavat kokivat tulkin käytön sekä luottamussuhteen luomisen asiakkaaseen sujuvaksi, eikä mitään isompia väärinymmärryksiä yleensä ilmennyt.

*”Kun tulkkiin tottuu niin sen asian saa hoidettua...et katsoo sitä asiakasta koko ajan, että se tulkki on vaan sen tiedon välittäjä, että se asiakas on edelleen se ykkönen.”*

Joidenkin turvapaikanhakijoiden kanssa selvittää myös ilman tulkkia, jos heillä on vahva englannin kielen taito. Mutta ennemminkin ilman tulkkia työskenneltäessä väärinymmärrysten mahdollisuutta pidettiin suurempana kuin tulkin ollessa mukana hoitotilanteessa.

*”Joillakin on vahva englanti, mutta sitten pitää aina huomioida, että onko se asiakas ymmärtänyt.”*

Tulkin käyttöön liittyvien seikkojen lisäksi työntekijän ja turvapaikanhakijan välisessä hoitosuhteessa asioiden ymmärtämiseen oikeassa merkityksessä todettiin vaikuttavan osaltaan myös turvapaikanhakijan koulutuksen taso sekä tiedon määrä.

*”...osan asiakkaista koulutustaso on hyvin alhainenkin ollut kotimaassaan, paljon luku- ja kirjoitustaidottomia..”*

*”Ja sen yleissivistyksen myötä, jos se on alhaisempi, niin se just aiheuttaa, että joudutaan toistamaan paljon asioita, selittämään ja avaamaan ehkä vielä enemmän, vaikka siinä olis tulkkikin mukana...”*

Yksi haastateltavista kertoi myös huomanneensa, että joidenkin sanojen merkityksen ymmärtämisessä saattaa olla eroja, mikä mahdollistaa väärinymmärryksen syntymisen. Sanojen merkityseroon nähtiin vaikuttavan turvapaikanhakijoiden aiemmat kokemukset kotimaasta.

*”...kun mä puhun täällä esimerkiksi rokotuksista, niin se tarkoittaaakin heille että joku pistos et he on saaneet antibioottia pistoksina...siellä kotimaassa.”*

Lisäksi vielä yhtenä kielellisenä haasteena kaksi haastateltavista kertoi huomanneensa ilmaisuerot oireiden sekä kivun kuvailussa. Turvapaikanhakijan hoitotilanteessa asiakas usein kuvailee oireitaan tai kiputilaansa eriävin tavoin verrattuna ilmaisumuotoihin, joita suomalainen tyypillisesti käyttäisi kuvaillessaan samanlaisia oireita.

*”Joka päivä pitää yrittää miettiä, mitä se asiakas yrittää sanoa, mikä se ongelma ehkä oikeesti on. Vatsakipuakin voi kuvata niin erilaila.”*

*”Heillä ehkä joku, mikä on meille aika pieni asia, pieni kipu, niin heillä se näyttäytyy paljon isompana ongelmana.”*

### **7.2.3 Käsitukset sairauksien syistä ja hoidosta**

Kaikkien haastattelujen pohjalta selvisi, että turvapaikanhakijoilla on usein erilaiset käsitykset sairauksien syistä sekä hoitomuodoista. Näiden käsitysten koettiin pohjautuvan suurelta osin turvapaikanhakijoiden uskomuksiin, aikaisempiin käsityksiin ja kokemuksiin kotimaassa käytetyistä toimintatavoista. Lisäksi erilaisella terveys-sairaus -käsitteellä nähtiin olevan vaikutusta turvapaikanhakijoiden näkökulmiin sairauksien syystä sekä hoidosta.

*”Koska se kipu on jossakin siellä vatsalla, niin sitten se on heidän mielestä heti ne munuaiset, mitkä on kipeet.”*

Näkemykset erilaisten hoitomuotojen käytöstä vaihtelevat ääripäästä toiseen maasta, kulttuurista sekä yksilöstä riippuen. Joissakin kulttuureissa ei aina ymmär-

retä esimerkiksi lääkehoidon merkitystä, eikä siihen luoteta, vaan uskotaan rohtoihin. Vastaavasti taas toisissa kulttuureissa on ollut ennemminkin tapana antaa jo pienimpiinkin vaivoihin lääkehoitoa.

*”Monesti he ei niinkun luota lääkkeisiin tai sitten he syö vaan hetken aikaa, eikä jaksu syödä jotain kuuria loppuun, jos se ei heti auta.”*

*”Somaliassa...esimerkiks, jos korva on kipeenä, niin siihen annetaan aina öljyä, ja kun meillä Suomessa sitten annetaan antibiootit, jos siellä korvassa on tulehdus.”*

*”...kun sitten taas jos mennään Irakiin, niin siellä flunssaankin käytetään antibiootit...”*

Yksi haastateltavista kertoi myös huomanneensa, että jotkut turvapaikanhakijoista pitävät oleellisena konkreettisen hoidon saamista. Osa ehdottaa esimerkiksi itse jo ensimmäisenä hoitomuotona leikkaushoitoa muun muassa vatsavaivoihin. Lisäksi toisena huomiona hän toi esille, että yleensä turvapaikanhakijat suosisivat pistoshoitoja mieluummin kuin tablettihoitoja, sillä tablettihoitoja ei välttämättä ole totuttu käyttämään kotimaassa.

*”...Että mennään ihon läpi ja tehdään jotain, että semmosta konkreettista hoitoa...”*

Yhtenä seikkana hoitomuotoihin liittyen yksi haastateltavista toi vielä esille sen, että joidenkin turvapaikanhakijoiden on ollut vaikea ymmärtää Suomessa olevien hoitotahojen moninaisuutta. Lisäksi eri hoitotahojen sijaitseminen fyysisesti eri paikoissa ja rakennuksissa on saattanut aiheuttaa ihmetystä.

*”...kun he on ehkä tottunu siihen, että kun he kotimaassa menee yhteen paikkaan ja pystyy hoitamaan kaikki asiat näin...niin sitten on ehkä heidän vaikeaa sitä käsittää, että täällä pitää käydä kymmenessä eri paikassa, vaikka hoitaja on tässä näin.”*

#### 7.2.4 Huolehtimiskulttuuri ja itsehoitoisuus

Vastaanottokeskusten hoitotyön arjessa näkyi turvapaikanhakijoiden erilainen huolehtimiskulttuuri sekä erot itsehoitoisuudessa verrattuna suomalaiseen kulttuuriin. Lisäksi perheen sisäiset roolit saattoivat tulla joissakin hoitotilanteissa selkeästi esille.

Kaikki haastateltavat kertoivat kohdanneensa tilanteita, joissa toinen perheenjäsen puhuu toisen puolesta. Tällaisissa tilanteissa työntekijä haastetaan arvioimaan, jääkö jotakin tietoa saamatta, kun asianomainen ei kerro itse asiaansa hoitotilanteessa. Kolme haastateltavista myös totesi, että joskus on tullut vastaan tapauksia, joissa jopa asianomainen on jäänyt kokonaan kotiin ja hänen läheisensä on tullut vastaanotolle toimittamaan asiaa. Näissä tilanteissa sairaana olevaa läheistä ikään kuin suojeltiin jättämällä hänet kotiin lepäämään.

*”...joskus käy niin, että mies ehkä hoitaa sen naisen asioita ja puhuu sen naisen puolesta. Että sitten pitää vähän miettiä, mikä se niitten asia on...”*

*”Joskus jos vaimokin on sairas, niin vaimo jää kotiin nukkumaan ja mies tulee kertomaan, että vaimo on sairas, antakaa sille lääkettä.”*

Itsehoitoisuuteen vaikuttavat perheessä vallitsevan huolehtimiskulttuurin ja roolien lisäksi kulttuurin terveys-sairaus -käsite. Haastatteluista kävi ilmi, että esimerkiksi tavallisen flunssan hoidossa on ollut eroja turvapaikanhakijan kulttuurista riippuen, mikä saattaa aiheuttaa ihmetystä, sillä Suomessa kyseisen taudin suhteen saattaakin vallita aivan erilainen itsehoitoisuuden kulttuuri.

*”Monet ihmettelee sitä ja vähän niinkun kyseenalaistaa ja ehkä suuttuu, esimerkiksi että miksi ei hän saa antibioottia nyt heti kun hänellä on flunssa.”*

### 7.2.5 Aikakäsitys

Haastateltavista neljä toi esille, että vastaanottokeskuksessa oman haasteensa luovat turvapaikanhakijoiden eriävät aikakäsitykset. Varsinkin alussa, kun turvapaikanhakijat saapuivat vastaanottokeskuksissa terveydenhoitajan sekä sairaanhoitajan vastaanotolle, he tulivat usein myöhässä. Haastateltavat kokivat kuitenkin, että turvapaikanhakijat olivat pikkuhiljaa oppineet aikatauluissa pysymisen, eikä erilaiset aikakäsitykset aiheuttaneet enää niin paljon haastetta kuin ennen.

*”...kyllä sitä aikasemmin takuttiin niitten aikataulujen kanssa, tietenkin osan kanssa vieläkin. Mutta mä epäilen, että nää meidän asiakkaat on ollu jo niin kauan täällä, että he on tottunu siihen, että silloin kun se aika on kello kymmenen, niin silloin on kymmeneltä oltava.”*

### 7.2.6 Erot naisten ja miesten välillä

Terveydenhoitajat sekä sairaanhoitaja kertoivat haastatteluissa, etteivät olleet juurikaan huomanneet haasteiden esiintyvyydessä ja laadussa eroja eri sukupuolten välillä. He painottivat haasteiden ilmenemisen eroissa olevan vaikutusta enemmänkin turvapaikanhakijoiden tulomaalla ja erilaisilla kulttuureilla kuin sukupuolella.

Kolme haastateltavista nosti kuitenkin esille, että naiset halusivat usein mieluummin naistulkin tai -lääkärin. Lisäksi yksi haastateltavista kertoi laittaneensa merkille, että naisille yksityisyyden säilyttäminen saattaa olla myös tärkeämpää, eivätkä he välttämättä riisuudu samalla tapaa kuin miehet.

*”Naisilla ehkä tietenkin korostuu se taas kulttuurista riippuen, ettei välttämättä haluta sitä miestulkkia ja mieslääkäreitä ja ei riisuta ehkä vaatetta samalla tavalla, että se niinkun tietenkin miesten ja naisten välillä.”*

Miehillä haasteena taas kahden haastateltavan mukaan korostuivat iho-ongelmista vastaanotolle tuleminen. Tietyissä kulttuureissa ulkonäkö on haastateltavien mukaan keskeisessä roolissa, joten jo kasvoihin ilmestyneistä pienistä finneistä saattaa olla huolissaan.



*”...miehillä kyllä varsinkin se ulkonäköjuttu on tosi iso asia, että ehkä he on vielä herkempiä tulemaan tänne vastaanotolle jonkun kasvoissa olevan pienen finnin takia kuin naiset.”*

### **7.3 Monikulttuurisen hoitotyön haasteista selviytyminen**

Haastatteluiden pohjalta saadut tiedot osoittivat, että monikulttuurisen hoitotyön haasteisiin sopeutumisessa ja ennakoimisessa suurimmassa roolissa olivat työntekijältä vaadittavat tekijät sekä tiedon antamiseen liittyvät tekijät. Muina keinoina olivat tiedon hankinta, moniammatillinen yhteistyö sekä lisäkoulutukset.

#### **7.3.1 Työntekijältä vaadittavat tekijät**

Jotta monikulttuurisen hoitotyön haasteisiin pystytään sopeutumaan mahdollisimman hyvin, toivat kaikki haastateltavat esille, että työntekijältä tulee löytyä kiinnostusta ja avoimuutta vieraita kulttuureita kohtaan. Lisäksi kaksi viidestä haastateltavasta korosti rennon ja joustavan työotteen tärkeyttä, sillä tilanteet elävät usein eivätkä mene välttämättä suunnitelmien mukaan.

*”Pitää olla kyllä avarakatseinen ja tottua siihen erilaisuuteen, muutoksiin ja temperamenttieroihin.”*

*”...tää ei oo mitenkään suunnitelmallista tai sulla voi olla suunnitelma, mutta siihen sun täytyy jo valmistautua, että se aivan varmasti tulee muuttamaan tietyllä tavalla.”*

#### **7.3.2 Tiedon anto ja hankinta**

Kaksi haastateltavista painotti, että asiakkaan kohtaamisessa on tärkeää rauhallisuus sekä asioiden käsittely riittävän rauhallisella tahdilla asiakasta kuunnellen. Lisäksi on tärkeää, että asiat esitetään selkeästi ja napakasti asiakkaaseen keskittyen, vaikka tulkki olisi mukana käynnillä. Tällä pyritään siihen, että tieto menee oikeassa muodossa perille ja että luottamussuhde vahvistuu. Asioiden perille menoa tehostaa kertaus, jota kaikki haastateltavat pitivät tärkeänä. Lopuksi on myös haastateltavien mukaan tärkeä erikseen varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt asian.

*”Kertaus ja asioiden käsittely niinkun heidän kanssa sillain, ettei kovasti tyrkytä vaan vähän että kuuntelee että miltä tuntuu.”*

Haastateltavat toivat ilmi, että tiedon antamisessa myös perustelemisella ja esimerkkien antamisella on suuri merkitys. Lisäksi tietoa tulisi antaa mieluummin liikaa kuin liian vähän, eikä mitään saa pitää itsestäänselvyytenä, sillä asiakkailla on hyvin moninaiset taustat. Käynnillä onkin tärkeää, hankkia tietoa kyselemällä ja kuuntelemalla asiakkaan käsitykset ja aiemmat kokemukset huomioon ottaen.

*”Ei saa pitää mitään asioita itsestäänselvyytenä, et ennemminkin kertoo liikaa ja varmistaa, että se asiakas on ymmärtänyt.”*

*”...kysyä asiakkaalta, kuinka sä oot ennen tätä asiaa hoitanu. Kuinka sä oot hoitanu sen sun flunssaa siellä kotimaassa.”*

Haastattelujen pohjalta selvisi, että olennaisena osana tiedon antamisessa on myös suomalaisten toimintatapojen opettaminen turvapaikanhakijoille. Aluksi kun asiakas tulee vastaanottokeskukseen, hänelle kerrotaan alustavasti muun muassa terveyspalveluista, joihin turvapaikanhakija on oikeutettu. Lisäksi eri käynneillä opetetaan Suomen toimintatapoja, kuten hoitokäytänteitä sekä aikakulttuuria, mikä on osa turvapaikanhakijoiden kotouttamiprosessia. Kolme haastateltavista korosti myös, että informaation annossa tärkeää on kertoa asiakkaan oikeuksista Suomessa.

*”meillä on ensin semmonen terveydenhoitajan alkuinfo. Kerrotaan niistä turvapaikanhakijan terveyspalveluista ja annetaan tietoa, miten asiat sit toimii ja mitä tutkimuksia on tulossa.”*

*”...Hyvin aina perustelee ja kertoo asiakkaalle, ja kertoo myös sen, mitenkä Suomessa toimitaan ja miten on niinkun yleensä. Niin se jo kumoaa monta ennakkokäsitystä.”*

*”...mä yritän myös vaimolle sanoa, että sulla on oikeus kyllä tulla tänne yksin ja puhua, että tämä asia on vain meidän välinen.”*

Tietoa annettaessa yksi hoitotyöntekijöistä kertoi hyödyntävänsä kuvia internetistä kielellisen informaation tukena. Lisäksi hän mainitsi käyttävänsä internetiä ja kirjoja tietoa hankkiessaan lisäkeinona. Muina keinoina haasteisiin sopeutumisessa tiedon hankinnan osalta nähtiin olevan aiemmilla käynnillä saatujen tietojen hyödyntäminen.

*”...esimerkkejä, perusteluja ja tosiaan kuvia ja semmosta - luoda konkreettisemmaks niitä asioita.”*

*”...vähän mieltii etukäteen...mihin me viime kerralla päädyttiin tämän asiakkaan kanssa. Siitä on sitte hyvä jatkaa ja mieltii vähän, mitkä oli ne ongelmakohdat ja mistä pitää nyt muistuttaa.”*

### **7.3.3 Moniammatillinen yhteistyö**

Kun haastateltavilta kysyttiin keinoja monikulttuuristen hoitotyön haasteiden ennakointiin ja sopeutumiseen, heistä kaksi toi esille, että moniammatillisella yhteistyöllä on oma roolinsa haasteista selviytymiseen. Haastateltavat kertoivat, että luottamussuhteen luomisessa koko työyhteisön panoksella on merkitystä. Lisäksi moniammatillisesta yhteistyöstä saattaa olla apua muissakin haastetta tuovissa tilanteissa, sillä kaikki vastaanottokeskuksen työntekijät palvelevat omilla tahoillaan kuitenkin samoja asiakkaita.

*”Voi aina käyttää kollegoja ja koko tätä työporukkaa apuna, että tehdään tiimityötä. Totta kai tulee ne tietyt asiat, jotka on salassapitovelvollisuuden valtuuden alaisia, mutta semmonen yhteistyö.”*

### **7.3.4 Lisäkoulutus**

Terveydenhoitajien ja sairaanhoitajan työtä tukevat osaltaan erilaiset koulutukset, joissa he saavat tietoa ajankohtaisista aiheista maahanmuuttajatyöhön sekä yleisestikin hoitotyöhön liittyen. Haastateltavat kertoivat, että tällaisia koulutuksia ovat muun muassa Terveydenhoitajapäivät sekä vastaanottokeskusten terveydenhoitajien työkokous.

*”...Maahanmuuttoviraston puolesta Terveystoimintapäivät, jotka järjestetään kaks kertaa vuodessa. Siellä käsitellään just sellasia ajankohtasia aiheita, mitä just ilmenee turvapaikanhakijoiden kohdalla...siltä saa neuvoja aina näihin ajan ilmiöihin.”*

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa selvisi, että Tampereen ja Vaasan vastaanottokeskusten turvapaikanhakijat ovat yleisimmin kotoisin Irakista, Afganistanista ja Somaliasta. Tampereen vastaanottokeskukseen tulee myös jonkin verran turvapaikanhakijoita Iranista ja Syyriasta yleisimpien tulomaiden jälkeen. Lisäksi molempiin vastaanottokeskukseen tulee myös yksittäisiä turvapaikanhakijoita eri maista. Turvapaikanhakijoista Tampereen ja Vaasan vastaanottokeskusten asiakaskunnasta enemmistö on noin 20–30-vuotiata yksin Suomeen tulevia miehiä.

Vastaanottokeskusten terveydenhoitajien ja sairaanhoitajan tekemään monikulttuuriseen hoitotyön haasteita loivat säädökset ja turvapaikanhakijoiden ennako-odotukset hoidon saamisesta, kielelliset tekijät, käsitykset sairauksien syistä ja hoidosta, erot huolehtimiskulttuurissa ja itsehoitoisuudessa sekä aikakäsityksessä. Haasteiden esiintyvyydessä ja laadussa ei ollut juurikaan eroja eri sukupuolten välillä. Naisten todettiin kuitenkin usein haluavan mieluummin samaa sukupuolta oleva tulkki ja lääkäri sekä yksityisyyden säilyttäminen tutkimuksia tehdessä esimerkiksi vaatteiden riisumisessa oli yleisemmin naisille miehiä tärkeämpää. Miesten kohdalla taas vastaavasti korostui vastaanotolle hakeutuminen naisia herkemmin iho-ongelmista.

Tutkimuksessa selvisi, että monikulttuurisen hoitotyön haasteet näkyivät vastaanottokeskusten arjessa päivittäin ainakin jossain määrin. Työntekijät eivät kuitenkaan kokeneet tilanteita erityisen haasteellisina, sillä olivat tottuneet niiden kohtamiseen päivittäisessä työskentelyssään. Haasteiden todettiin olevan pääosin lähtöisin kulttuurieroista sekä turvapaikanhakijan aiemmista käsityksistä ja kokemuksista, ja niiden esiintyvyyden ja laadun ilmenemiseröissa nähtiin olevan vaikutusta enemminkin turvapaikanhakijoiden yksilöllisillä tekijöillä, tulomailla ja eri kulttuureilla kuin sukupuolella.

Hoitotyön haasteisiin sopeutumisessa ja niiden ennakoimisessa suurimmassa roolissa olivat työntekijältä vaadittavat tekijät sekä tiedon antamiseen liittyvät tekijät. Työntekijältä tuli löytyä kiinnostusta ja avoimuutta vieraita kulttuureita kohtaan

sekä löytyä joustavuutta. Tiedon antamisessa korostui asioiden esittäminen rauhallisella tahdilla napakasti ja selkeästi, perusteleminen sekä esimerkkien antaminen. Lisäksi mitään asioita ei saanut pitää itsestään selvyytenä, sillä turvapaikanhakijoilla on hyvin erilaiset taustat ja yleissivistyksen taso. Tietoa antaessa oli myös tärkeää kertoa turvapaikanhakijoille Suomen toimintatavoista sekä yksilön oikeuksista, ja siten kotouttaa heitä suomalaiseen yhteiskuntaan.

Tutkimustulokset osoittivat, että muina haasteista selviytymisen keinoina olivat tiedon hankinta, moniammatillisen yhteistyö sekä erilaiset maahanmuuttajatyötä tukevat koulutukset, joissa käsiteltiin ajankohtaisia aiheita turvapaikanhakijoihin liittyen. Tietoa saatiin aiempien käyntien pohjalta sekä suoraan turvapaikanhakijoilta itseltään kyselemällä ja kuuntelemalla että netistä ja kirjoista.

## 9 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tämän kvalitatiivisen opinnäytetyön tutkimustuloksia, tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta. Lisäksi arvioidaan kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessia ja tuodaan esille tämän opinnäytetyön pohjalta esiin nousseita jatkotutkimusideoita.

### 9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen taustakysymyksistä kävi ilmi, että Tampereen ja Vaasan vastaanotto-keskusten turvapaikanhakijoiden yleisimmät tulomaat ovat Irak, Afganistan ja Somalia. Nämä tulokset ovat samassa linjassa Maahanmuuttoviraston (2017) tilastojen kanssa. Lisäksi 2015–2017 välillä Suomeen tulleista turvapaikanhakijoista valtaosa osa on 18–34-vuotiaita miehiä (Maahanmuuttovirasto 2017 c), mikä tukee myös haastatteluiden pohjalta saatua kuvausta tutkimukseen osallistuneiden vastaanottokeskusten tämän hetkisestä asiakaskunnasta.

#### 9.1.1 Monikulttuurisen hoitotyön haasteet

Tutkimuksessa terveydenhoitajilta sekä sairaanhoitajalta saatujen tietojen perusteella monikulttuurisen hoitotyön haasteiden synnyn taustalla nähtiin olevan suurimmaksi osaksi kulttuurierot sekä turvapaikanhakijoiden käsitykset ja kokemukset kotimaidensa toimintatavoista, mikä tukeekin Schubertin (2007) jäävuoriteoriaa, jossa hoitotekijän on vaikea havaita itselle vieraasta kulttuurista tulevan asiakkaan jäävuoren pohjaa edustavia rakenteita, kuten odotuksia, uskomuksia sekä kulttuurisia traditioita (Abdelhamid 2009, 75–76). Lisäksi haasteiden syntyyn nähtiin vaikuttavan turvapaikanhakijoiden rajalliset oikeudet terveystalveihin, sillä usein heidän ennako-odotukset saamiensa terveystalvelujen laajuudesta eivät vastanneet todellisuutta. Suomesta turvapaikkaa hakeva aikuinen on oikeutettu saamaan kiireellistä hoitoa sekä terveydenhoitoa, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö on arvioinut välttämättömäksi (Valtonen ym. 2016, 920), kun taas turvapaikanhakijat olettavat usein saavansa kaiken palvelun ja hoidon. Ainoastaan alaikäisillä turvapaikanhakijoilla on kuntalaiseen verrattavat oikeudet (Salmi ym. 2016, 917).

Monikulttuurisen hoitotyön haasteet näkyivät vastaanottokeskusten arjessa päivittäin ainakin jossain määrin. Vastaanottokeskusten hoitotyöntekijät eivät kokeneet tilanteita kuitenkaan erityisen haasteellisina, sillä olivat tottuneet niiden kohtaamiseen päivittäisessä työskentelyssään. Esimerkiksi kielellisiä haasteita kohdatessaan työntekijät kokivat tulkinkäytön ja luottamussuhteen luomisen asiakkaaseen yleisesti ottaen sujuvaksi, sillä olivat tottuneet tulkkiin. Haarala ym. (2015, 397) mukaa tulkin välityksellä keskusteluun tuleekin opetella, jotta taito harjaantuu ja väärinymmärryksiltä vältytään. Näin ollen voidaan päätellä, että vastaanottokeskusten hoitotyöntekijät ovat harjaantuneet työssään myös muiden monikulttuuristen hoitotyön haasteiden kanssa työskentelyyn, eivätkä koe niitä sen vuoksi erityisen haasteellisina.

Terveystenhoitajien ja sairaanhoitajan kohtaamina kielellisinä haasteina tutkimuksessa esiin nousivat, turvapaikanhakijoiden toiveet tulkkia tilatessa, luottamussuhteen luominen asiakkaisiin tulkin läsnä ollessa sekä asioiden perille meneminen oikeassa merkityksessä eri kielten välityksellä työskenneltäessä. Asian laadusta riippuen tulkin tilaamista kohtaan asetettiin yleensä vaatimuksia ja osa asiakkaista ei halunnut välttämättä puhua omista asioistaan, jos paikalla oli niin sanotusti joku ylimääräinen kuuntelemassa.

Lain (L17.6.2011/746) nojalla tulkiksi ei kuitenkaan käy henkilö, jonka suhde asianomaiseen tai asiaan voisi vaarantaa asianomaisen luotettavuuden tai turvallisuuden, lisäksi tulkeilla on salassapitovelvollisuus. Voi siis olla, etteivät turvapaikanhakijat ole olleet riittävän tietoisia salassapitovelvollisuudesta tai mahdollisesti luottamus terveydenhuollon ammattihenkilöön ei ole ollut tarpeeksi vahva. On myös mahdollista, että kulttuuriset tekijät saattavat rajata asioita, mistä naisen on esimerkiksi soveliasta puhua vieraan miehen kuullen. Tätä päätelmää tukien tutkimuksessa selvisi, että naiset halusivat yleensä useammin samaa sukupuolta olevan tulkin tai lääkärin. Lisäksi yksityisyyden säilyttäminen saattoi yleensä olla myös naisille miehiä tärkeämpää, eivätkä he riisuneet vaatetta tutkimuksia tehdessä samalla tapaa kuin miehet.



Tulkin käyttöön liittyvien tekijöiden lisäksi omat haasteensa asioiden perille menemisessä oikeassa merkityksessä loi työskenteleminen ilman tulkkia, kun asiakkaalla oli tarpeeksi vahva englannin kielen taito. Asioiden ymmärtämiseen vaikuttivat myös turvapaikanhakijan koulutuksen ja sitä kautta myös yleissivistyksen taso. Yksi haastateltavista kertoi myös huomanneensa sanojen merkitysten ymmärtämisessä olevan eroja. Haarala ym. (2015, 396–397) näkemys tukee osaltaan tuloksia, sillä siinä todetaan vastaanottokeskuksissa tehtävässä hoitotyössä yhteisen kielen sekä kulttuuriin liittyvien käsitteiden puutteen saattavan aiheuttaa väärinkäsityksiä. Ilman tulkkia työskenneltäessä on myös todennäköistä, että vaikka asiakkaalla olisikin hyvä englannin kielen taito, ei hän välttämättä hallitse terveystietoa kovin hyvin, mikä antaa tilaa väärinymmärrysten synnylle.

Kaksi hoitotyöntekijää kertoivat huomanneensa vielä yhtenä kielellisenä haasteena, että oireiden ja kivun kuvailu erosi yleensä Suomessa totutuista ilmaisumuodoista. Tähän voi vaikuttaa osaltaan eri kielten rakenteelliset erot, kulttuurisidonnaiset tavat ilmaista asioita sekä ihmisten temperamenttiero.

Abdelhamid ym. (2009, 75) mukaan kulttuuri on yhteydessä ihmisen käsityksiin terveydestä ja sairaudesta ja siten myös sidoksissa hyväksyttävänä pidettyihin hoitokäytäntöihin. Erilaiset uskomukset terveyteen ja sairauteen liittyen näyttäytyvät laajakirjoisesti, mikä luo haastetta terveydenhuollon ammattilaisille (Burchill & Pevalin 2014, 2). Myös tässä tutkimuksessa havaittiin, terveys–sairaus -käsityksen yhteys olettauksiin sairauksien syistä ja hoitomuodoista, joiden nähtiin pohjautuvan pääosin turvapaikanhakijoiden uskomuksiin, aikaisempiin kokemuksiin ja käsityksiin kotimaassa käytössä olleista toimintatavoista. Hoitomuotokäytännöt vaihtelivat ääripäästä toiseen turvapaikanhakijan kotimaasta, kulttuurista sekä yksilöstä riippuen. Osa turvapaikanhakijoista ei esimerkiksi luottanut ollenkaan lääkehoitoon, vaan turvautui rohtojen parantavaan vaikutukseen, kun taas osa halusi jo tavalliseen flunssaankin antibioottihoidon, vaikka flunssan olisikin aiheuttanut virus.

Lisäksi terveys–sairaus -käsityksen nähtiin vaikuttavan perheessä vallitsevan huolehtimiskulttuurin sekä perheen sisäisten roolien lisäksi itsehoitoisuuteen. Tutkimuksesta kävi ilmi, että sairas perheenjäsen saatettiin jättää kotiin ja tulla hänen

vastaanotolle toimittamaan asiaa. Yleisenä tilanteena vastaanotolla myös näyttäytyi puolison puhuminen esimerkiksi vaimonsa puolesta tai vastaavasti äidin puhuvan täysi-ikäisen lapsensa puolesta, jolloin joitakin olennaista tietoja saattoi jäädä saamatta. Tästä voidaan päätellä, että vastaanottokeskusten terveydenhoitajien työssä on tärkeää tuoda esille asiakkaan oikeudet suomalaisissa terveydenhuollonpalveluissa esille, jotta väärinymmärryksiltä voitaisiin välttyä ja taata potilaalle turvallinen hoito.

Viimeisenä monikulttuurisen hoitotyön haasteena tutkimustuloksista kävi ilmi eroavat aikakäsitykset. Turvapaikanhakijoiden alkaessa käyttää vastaanottokeskusten terveystalvueluita jotkut heistä tulivat usein myöhässä. Haastateltavat kokivat kuitenkin turvapaikanhakijoiden tottuneen aikatauluissa pysymiseen pikkuhiljaa. Aikakäsityksen voitaisiinkin näiden tutkimustulosten valossa päätellä olevan pääosin kulttuurisidonnainen, sillä turvapaikanhakijoiden kotoutumisprosessin edetessä aikatauluista kiinni pitäminen parantui.

### **9.1.2 Kulttuurinen kompetenssi ja transnationaalinen osaaminen**

Tämä tutkimus osoitti, että hoitotyön haasteisiin sopeutumisessa ja niiden ennakoimisessa suurimmassa roolissa olivat työntekijältä vaadittavat tekijät sekä tiedon antamiseen liittyvät tekijät. Työntekijältä tuli löytyä avarakatseisuutta ja kiinnostusta vieraita kulttuureita kohtaan sekä joustavuutta työotteessa. Työntekijältä vaadittavat tekijät ovat yhteneviä Sainola-Rodriguez (2007, 2018) tutkimuksen kanssa, jossa luokitellaan transnationaalisen osaamisen emotionaaliseksi osa-alueeksi kiinnostus ja kunnioitus asiakkaan arvoja, perinteitä, uskomuksia ja kokemuksia kohtaan. Burchill & Pevalin (2014, 2) tuovat myös tutkimuksessaan esille, että kulttuurisen moninaisuuden ymmärtämisen on väitetty olevan välttämätön tehokkaan ja turvallisen hoidon edellytys ja onkin arvioitu, että asiakkaiden kulttuuriset uskomukset, arvot sekä asenteet ovat olennainen osa kattavien terveystalvueluiden tarjoamista asiakkaalle.

Tiedon antamisessa korostui asioiden esittäminen rauhallisella tahdilla napakasti ja selkeästi, perusteleminen sekä esimerkkien antaminen. Tärkeänä nähtiin asioiden kertaus ja varmistaminen, että asiat olivat menneet perille oikeassa merkityksessä.

Lisäksi yksi haastateltavista kertoi hyödyntävänsä kuvien näyttämistä internetistä kielellisen informaation tukena. Abdelhamid ym. (2010, 45) luottamuksellisen ja arvostavan suhteen luomisessa korostuvatkin nonverbaaliset taidot, kun verbaalisesti yhteistä kieltä ei löydy. Burchillin ja Pevalin (2014, 2–3) toteavat, että tehokas kommunikaatio vaatii myös ennaltaehkäisevän terveydenhoitotyön materiaalien kääntämistä.

Tutkimustulokset toivat esille, että tietoa antaessa mitään asioita ei saanut pitää itsestään selvyytenä, sillä turvapaikanhakijoilla on hyvin erilaiset taustat ja kulttuurit. Tätä näkemystä tukee osaltaan Abdelhamid ym. (2010, 33) toteamus siitä, että hoitotyöntekijän tulisi ymmärtää eri kulttuuritaustaisten asiakkaiden näkemysten eroja ja yhtäläisyyksiä. Lisäksi hoitotyöntekijällä tulisi olla taitoa kerätä, suunnitella ja toteuttaa asiakkaan kulttuurisia tarpeita huomioivaa hoitoa (Abdelhamid ym. 2010, 33).

Haastateltavat kertoivat, että tiedon annossa on myös tärkeä kotouttaa turvapaikanhakijoita suomalaiseen yhteiskuntaan kertomalla Suomen toimintatavoista sekä kolme heistä korosti, että asiakkaan oikeudet Suomessa olisi myös tärkeä tuoda esille. Erityisesti tätä tukevaa tutkimustietoa ei löytynyt, sillä tutkimukset kulttuurisesta kompetenssista sekä transnationaalisesta osaamisesta kohdistuvat yleisesti ottaen monikulttuuriseen hoitotyöhön, eikä vain vastaanottokeskuksissa toteutettavaan terveyden- ja sairaanhoitoon.

Monikulttuurisen hoitotyön haasteiden muina selviytymiskeinoina nähtiin olevan tiedon hankinta, moniammatillinen yhteistyö sekä erilaiset maahanmuuttajatyötä tukevat koulutukset. Hoitotilanteessa tietoa hankkiessa hoitotyöntekijän oli tärkeä kysellä ja kuunnella asiakasta hänen aiemmat käsitykset ja kokemukset huomioon ottaen. Transnationaalisen osaamisen tavoitteena onkin pyrkiä vastavuoroiseen vuorovaikutukseen, jossa asiakkaan osallisuus ja kertomus korostuvat (Sainola-Rodriguez 2007, 217–218). Karabudak ym. (2013) mukaan se keskittyy vertailemaan ihmisten hoidollisia uskomuksia, arvoja sekä kulttuuristen tapojen erilaisuutta sekä yhteneväisyyksiä. Tämän vaatii sen, että hoitotyöntekijä ottaa selvää

asiakkaan aiemmista kokemuksista ja käsityksistä näitä suoraan häneltä kysyen, mikä kävi tästä tutkimuksesta ilmi.

Haasteisiin sopeutumiskeinona kaksi haastateltavista toi esille monikulttuurisen yhteistyön, jossa koko vastaanottokeskusten työyhteisön rooli korostuu, sillä kaikki työntekijät palvelevat samaa asiakasryhmää. Quickfallin (2010) kulttuurisen kompetenssin viiden askeleen mallin ensimmäinen askel sisältääkin organisaation kykyjä ja valmiuksia suhtautua etnisten vähemmistöjen tarpeisiin sekä organisaation menettelytapojen ja käytäntöjen tarkastelua (Burchill & Pevalin 2014, 2). Tämän perusteella organisaatiossa vallitsevat yhteiset kyvyt ja valmiudet mahdollistavat osaltaan toimivan monikulttuurisen yhteistyön, kun kaikki toimivat samojen tavoitteiden alaisesti. Quickfallin malli katsoo kuitenkin organisaation työskentelyä vain terveydenhuollon palvelujen toteuttamisen näkökulmasta, mutta toisaalta ihmisen terveys on sidoksissa moniin eri tekijöihin sekä nykypäivän terveydenhoitotyössä korostuu moniammatillisen yhteistyön rooli. Tämän perusteella Quickfallin mallin voitaisiin katsoa sopivan edellä mainittujen tutkimustulosten tueksi.

Kaikki haastateltavat toivat esille, että terveydenhoitajien ja sairaanhoitajan vastaanottokeskuksissa toteuttamaa hoitotyötä tukevat osaltaan maahanmuuttajatyöhön sekä yleisestikin hoitotyöhön liittyvät koulutukset. Koulutuksiin osallistuminen osana ammatillisen kyvykkyyden kehittymistä voidaan nähdä yleisesti ottaen keinona parantaa kulttuurista kompetenssiä ja transnationaalista osaamista, kun uutta tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä karttuu.

## **9.2 Tutkimuksen eettisyys**

Kaikenlaisen tieteellisen toiminnan lähtökohtana on, että tutkimus on eettinen. Tutkimuksen eettisyys perustuu muun muassa tutkittavien itsemääräämisoikeuteen, vapaaehtoisuuteen sekä anonymiteetin säilyttämiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 177, 179.)

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 177) mukaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan sitä, että osallistuminen tutkimukseen perustuu aidosti vapaaehtoisuu-

teen. Lisäksi tutkittavilla tulee olla mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa, jos he niin haluavat. Molempien vastaanottokeskusten hoitohenkilökuntaan otettiin aluksi yhteyttä puhelimitse ja kysyttiin alustavasti heidän kiinnostusta tutkimusta kohtaan. Tampereen sekä Vaasan vastaanottokeskusten terveydenhoitajat sekä sairaanhoitaja olivat kiinnostuneita osallistumaan opinnäytetyön haastatteluihin, joten yhdelle molempien vastaanottokeskuksen edustajista lähetettiin saatekirje (Liite 1.) sekä haastattelun teemat (Liite 2.) sähköpostitse. Saatekirjeessä (Liite 1.) tuotiin esille tutkimuksen vapaaehtoisuus, mikä pitää sisällään myös sen, että tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Saatekirjeessä (Liite 1.) ilmoitettiin myös tutkijan yhteystiedot, jotta tutkittavien oli mahdollisuus ottaa tutkittavaan yhteyttä ja esimerkiksi keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tutkimusta tahansa.

Tutkimusta tehtäessä anonymiteetin huomioiminen on keskeisessä roolissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,179). Tässä opinnäytetyössä se ylläpidettiin säilyttämällä tutkimustietoja salasanojen takana puhelimella sekä tietokoneella. Lisäksi tutkimustuloksia ylöskirjatessa joitakin tutkittavien murrekielisiä ilmaisuja muutettiin yleiskielisiksi, jotteivät tutkittavat voisi olla alkuperäisilmausien vuoksi tunnistettavissa. Tutkimustietoja ei myöskään missään tutkimusprosessin vaiheessa luovutettu kenellekään ulkopuoliselle, vaan huolehdittiin loppuun asti tutkittavien anonymiteetin säilymisestä hävittämällä haastattelut ja niiden litteroitu materiaali asianmukaisesti tutkimuksen loppuun.

Myös Pietarinen (2002) on esittänyt tutkijoille kahdeksan vaatimusta tutkimusetiikan toteuttamisen avuksi. Niitä ovat muun muassa tunnollisuuden vaatimus, ihmisarvon kunnioittaminen sekä rehellisyyden vaatimus. Tunnollisuuden vaatimuksessa korostetaan tutkijan paneutumista tunnollisesti tutkimusalaansa, jotta hänen hankimansa ja välittämänsä tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Ihmisarvon kunnioitus toteutuu, kun tutkimusta tehdessä huomioidaan, ettei ihmisryhmän moraalisia arvoja tai ihmisarvoa loukata yleisesti tai yksilötasolla. Jotta myös rehellisyyden vaatimus täyttyy, ei tutkija saa harjoittaa vilppiä missään tutkimusprosessinsa vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Hirsijärvi ym. (2004,

27–28) avaavat teoksessaan vielä tarkemmin periaatteita, jotka korostavat tutkimuksen rehellisyyttä. Niiden periaatteiden mukaan tutkimustyössä epärehellisyys välttämässä keskeistä on esimerkiksi, ettei toisten tekstiä plagioida, toisten tutkijoiden osuuksia vähätellä tai tuloksia ei sepitetä, kaunistella eikä yleistetä kritiikitömästi.

Kaikkien näiden seikkojen lisäksi tutkimuksen toteutumisen eettisesti varmisti se, että organisaatioilta, jossa haastattelut suoritettiin, oli saatu tutkimuksen tekemiseen luvat.

### 9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kanasen (2012, 172) teoksen mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuusarvion tekemistä voidaan pitää huomattavasti vaikeampana kuin kvantitatiivisen tutkimuksen. Syynä tähän voidaan nähdä luotettavuusmittarien kehittyminen alun perin luonnontieteiden pohjalta, joista ne ovat siirtyneet yhteiskuntatieteisiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi onkin esitetty useita eri arviointikriteerejä, kun taas kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleensä validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Cuba ja Lincoln (1981 & 1985) esittämiä luotettavuuden arvioinnin kriteerejä laadulliselle tutkimukselle ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus sekä vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 159.)

Tämän opinnäytetyön uskottavuutta lisäsi, että tutkija on tehnyt kuvion (Kuvio 1.) induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä kategorioiden alkuperäisilmausten pelkistyksistä ala- sekä yläkategorioita havainnollistaakseen analyysin etenemistä. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 160) tuovatkin teoksessaan esille, että kvalitatiivisen tutkimuksen uskottavuutta luo analyysiprosessin kuvaaminen mahdollisimman tarkasti, sillä aineiston ja tulosten korrelaation kuvaus on luotettavuuskysymyksenä tärkeä. Tämän vuoksi on hyvä käyttää kuvailuna analyysin etenemisestä alkuperäistekstistä alkaen erilaisia taulukointeja sekä liitteitä.

Tutkimuksen uskottavuutta on saattanut heikentää alkuperäisilmausten jättäminen pois sisällönanalyysin etenemisen kuvauksesta (Kuvio 1.). Tutkija ei kokenut tätä

tarpeelliseksi, sillä tutkimustuloksissa esille tuodut alkuperäisilmaisut täydentävät sisällönanalyysin esimerkissä (Kuvio 1.) kuvattuja pelkistyksiä hänen mielestään riittävän kattavasti.

Tutkija on pyrkinyt tutkimustuloksia avatessaan havainnollistamaan suurinta osaa esille nostamaansa tutkimustulosta suoralla lainauksella sekä kuvaamaan haastattelujen pohjalta saadut tutkimustulokset mahdollisimman selkeästi. Nämä seikat vahvistavat tutkimuksen luotettavuutta ja antavat lukijalle mahdollisuuden pohtia, millä perustein tutkija on edennyt tulkintoihinsa aineistonsa pohjalta (Hirsijärvi ym. 2004, 2018; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Siirrettävyydellä tarkoitetaan Kanasen (2012, 175) mukaan tutkimustulosten pitävyyttä samankaltaisissa tapauksissa, mikä edellyttää tutkimusasetelman ja -kohteen huolellista kuvaamista. Tutkimuskontekstin kuvaus pitää sisällään osallistujien vallinnan ja taustojen selvittämistä sekä yksityiskohtaista kuvausta aineistojen keruusta ja analyysistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tällöin lähtöoletuksista on mahdollista päätellä tilanteen vastaavuus, jos toinen tutkija haluaa soveltaa tuloksia (Kananen 2012, 175).

Tämän tutkimuksen tuloksien siirrettävyyttä vahvistaa erityisesti se, että tutkimukseen valikoitiin mukaan kahden eri kaupungin vastaanottokeskusten terveydenhuollon ammattilaisia. Molempien vastaanottokeskusten kaikki hoitotyöntekijät osallistuivat haastatteluihin ja haastatteluiden pohjalta saadut tiedot olivat samansuuntaisia. Lisäksi aineistonkeruu ja -analyysiprosessi on yksityiskohtaisesti kuvattu Tutkimuksen toteutus -osiossa. Nämä seikat luovat perustan sille, että tutkimustulokset olisivat siirrettävissä myös Suomen muissa kaupungeissa toimiviin vastaanottokeskuksiin. Siirrettävyyttä omalta osaltaan kuitenkin saattaa heikentää se, ettei monikulttuurisen hoitotyön haasteista löytynyt ajankohtaista ja yksityiskohtaista teoriatietoa tutkimustuloksien tueksi.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 159) mukaan laadullista tutkimusta tehdään yleensä yksin, mikä voi omalta osaltaan heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Yksin työskennellessään työn tekijälle voi tulla niin sanottu holistinen har-

haluulo, jossa tutkija tulee yhä vakuuttuneemmaksi johtopäätöksiensä oikeellisuu-  
desta ja todellisuudesta, vaikka todellisuus saattaa olla päinvastainen. Tämän tutki-  
muksen tekijänä on toiminut vain yksi henkilö, mikä saattaa vaikuttaa työn luotet-  
tavuuteen. Toisaalta opinnäytetyötä on tehty yhteistyössä opinnäytetyötä ohjaavan  
henkilön kanssa, joka on kommentoinut työtä tutkimusprosessin eri vaiheissa. Yh-  
teistyöstä huolimatta tutkimuksen tekemisen ja sitä koskevien päätöksen teon pää-  
vastuu on kuitenkin ollut tutkijalla itsellään, mikä altistaa tietyiltä osin holistiselle  
harhaluulolle altistumiselle.

Opinnäytetyön sisältö muokkautui joiltakin osin sen tutkimusprosessin aikana al-  
kuperäiseen suunnitelmaan nähden. Tutkimuskysymyksiä oli alun perin neljä,  
mutta jo ensimmäisen haastattelun pohjalta saatua aineistoa tarkastellessaan opin-  
näytetyön tekijä huomasi yhden tutkimuskysymyksistä olevan epäoleellinen ja -so-  
piva kvalitatiiviseen tutkimukseen. Pois jätetyn tutkimuskysymyksen oli tarkoitus  
selvittää, mitkä terveydenhoitajien kohtaamista monikulttuurisen hoitotyön haas-  
teista olivat yleisimpiä. Lisäksi opinnäytetyön otsikkoon sekä suunniteltuun sisäl-  
töön tuli muutoksia ensimmäisen haastattelun jälkeen. Tekijä oli tutkimussuunni-  
telmaa tehdessään etsimänsä ennako-olettamusten ja teoratiedon pohjalta ajatel-  
lut, että vastaanottokeskusten terveydenhoitajat tekisivät turvapaikanhakijoiden ter-  
veystarkastukset. Haastattelujen pohjalta kuitenkin selvisi, että varsinaiset terveystar-  
kastukset tekevätkin yksityisen palveluntarjoajan työntekijät. Tutkijan alkuperäi-  
sestä suunnitelmasta poiketen aiheen lähestymiseen tuli muutoksia vain terveyden-  
hoitajien työnkuvan osalta. Näin ollen tutkimustehtävät ja tutkimuksen teemat so-  
veltuivat myös yhtä hyvin uuteen muokkautuneeseen näkökulmaan lähestyä ai-  
hetta, sillä terveydenhoitajien ja turvapaikanhakijoiden välinen monikulttuurinen  
hoitotyö pysyi kuitenkin tutkimuksen keskiössä.

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen lähteinä hyödynnettiin pääosin alle 10  
vuotta vanhoja lähteitä, poikkeuksena neljä tätä vanhempaa lähdettä. Tietoa teoret-  
tiseen viitekehykseen saatiin alan kirjallisuudesta, Cinahl-, Medic- ja PubMed-tie-  
tokannoista, laeista sekä luotettavista internet-lähteistä. Medic-tietokannasta tie-  
teellisiä tutkimuksia etsittäessä hakusanoina toimivat muun muassa turvapaikanha-



kija, pakolainen, turvapaikanhakija, vastaanottokeskus sekä kulttuurinen kompetenssi. Kansainvälisiä tietokantoja eli Cinahl:a sekä PubMed:ä käyttäessä englanninkieliset hakusanat olivat vastaavanlaisia kuin Medic-tietokannassa suoritettujen suomenkielisten haun. Englanninkielisinä asiasanoina toimivat muun muassa asylum seeker, refugee, reception center, multicultural nursing, transcultural nursing. Englanninkieliset haun suoritettiin suomenkielisten asiasanahakujen lisäksi myös Medic-tietokannassa. Tiedonhakuun tehtiin yhdistämällä asiasanoja toisiinsa AND ja OR sanoja käyttämällä, esimerkiksi multicultural nursing AND challenges. Lisäksi tietokantojen ohjeistuksien mukaan hakusanojen taivutusmuodot saatiin myös tiedonhakuun mukaan, jolloin hakutuloksia oli mahdollisuus saada laaja-alaisemmin. Tiedonhaussa apuna hyödynnettiin informaattikkoa.

#### **9.4 Opinnäytetyön prosessin arviointia**

Tutkija asetti alun perin tavoitteekseen saada opinnäytetyönsä valmiiksi vuoden 2016 loppuun mennessä. Tutkimuksen tekeminen aloitettiin keväällä 2016 opinnäytetyön aiheen suunnittelulla. Kun aihe oli selkiytynyt, työlle aloitettiin etsimään tilaajaa. Oikean henkilön kiinni saaminen puhelimitse aiheutti aluksi ongelmaa ja viivästytti tutkimussuunnitelman aloittamista, sillä haluttiin saada ensin varmuus, että työlle löytyisi tilaaja ja aihe hyväksyttäisiin sellaisenaan. Koska tutkimussuunnitelman tekeminen viivästytti, työn valmistumistavoitetta siirrettiin kahdella kuukaudella eteenpäin, jotta tavoite olisi ollut realistisempi saavuttaa.

Kesäaikana työn tekijä työskenteli vuorotyössä, milloin tutkimusprojekti oli pääosin tauolla. Tämän jälkeen alkoi tarkempi paneutuminen aiheeseen, ja tutkimussuunnitelman työstäminen aloitettiin kunnolla syksyllä 2016, jolloin suunnitelma myös valmistui. Intensiivisin tutkimuksen työstämisyksikkö on ollut joulukuun 2016 sekä kevään 2017 aikana, jolloin suoritettiin muun muassa haastattelut sekä haastatteluaineistojen pohjalta kirjoitettiin auki tutkimustulokset.

Opinnäytetyötä tehdessä työn tekijä yllättyi erityisesti teoreettisen viitekehyksen tekemiseen tarvittavasta työpanoksesta ja siihen kuluneesta ajasta. Välillä tekstiä ei tuntunut syntyvän juuri yhtään paperille, vaikka tiedonhakuja oli suoritettu paljon eri tietokannoissa. Jälkeenpäin ajateltuna tutkija kuitenkin oivalsi myös tällaisten

vaiheiden tärkeyden tutkimusprosessissa, sillä huomasi niiden kehittävän ajattelua eteenpäin ja antavan uusia oivalluksia ja avartavan käsityksiä aiheeseen liittyen.

Erityisen haasteellisena vaiheena tutkija koki opinnäytetyössään tutkimustulosten tarkastelun teoriaan yhdistäen, sillä monikulttuurisen hoitotyön haasteista ei juuri löytynyt aiempien tutkimusten pohjalta saatua yksityiskohtaisempaa teoriatietoa. Aluksi myös haastattelujen pohjalta saadun aineiston luokittelu tuntui monimutkaiselta, mutta punainen lanka alkoikin löytymään yllättävän nopeasti, kun aineistoon tutustuttiin ja sitä analysoitiin enemmän.

Yhteistyö opinnäytetyön ohjaajan kanssa on ollut toimivaa ja vienyt tutkijan ajatusta eteenpäin. Ohjaajalta saatiin tukea sekä uusia näkökulmia tutkimuksen tekemiseen eri prosessin vaiheissa nopeallakin aikataululla sekä paikanpäällä käytyinä tapaamisina että etäohjauksena.

Ammatillisesta näkökulmasta katsottuna opinnäytetyöntekijä sai paljon uutta teoriatietoa turvapaikanhakijoiden terveystalvasta ja koki saaneensa uutta näkökulmaa monikulttuuriseen hoitotyöhön sekä syventäneensä kyseistä oppimisaluetta. Tutkija pääsi havaitsemaan tutkimuksen pohjalta saatuja tietojaan myös käytännön työssä suorittaessaan viikon pituisen harjoittelujakson Vaasan vastaanottokeskuksessa. Opinnäytetyön tekijä oli onneksi ennättänyt kirjoittaa ja analysoida tutkimuksen tulokset ennen harjoittelujakson suorittamista auki, mikä säilytti objektiivisen näkökulman tutkimustuloksia analysoidessa.

Opinnäytetyöntutkimusprosessi selkeytti tietokantojen käyttöä, kehitti lähdekriittistä lukutaitoa ja poimimaan tutkimuksista opinnäytetyön aiheen kannalta oleelliset asiat. Lisäksi tutkija sai uutta tietoa työssään käyttämistä kvalitatiiviseen tutkimukseen sisällyvistä vaiheista koko tutkimusprosessin varrella.

Vaikka työ ei pysynyt tutkimussuunnitelman mukaisessa aikataulussa, oli opinnäytetyön tekijä kuitenkin tyytyväinen myös työnsä uuteen aikatauluun ja siihen, että antoi itsellensä aikaa jäsenellä ajatuksia rauhassa eteenpäin. Kokonaisuudessaan tutkimusprosessi tuki työntekijän ammatillisen varmuuden kehittymistä sekä antoi aineksia maahanmuuttajataustaisten henkilöiden kohtaamiseen hoitotyössä.

## 9.5 Jatkotutkimusideat

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, millaisia haasteita vastaanottokeskusten terveydenhoitajat kohtaavat toteuttamassaan monikulttuurisessa hoitotyössään. Vastaanottokeskuksien terveystalvveluita käyttävät turvapaikanhakijat elävät tyypillisesti vastaanottokeskuksissa kaksi vuotta odottaessaan turvapaikanhakupäätökseensä vastausta (Koehn 2006, 25). Näin ollen vastaanottokeskusten terveystalvveluita käyttävät turvapaikanhakijat ovat eläneet yksilöstä riippuen keskimäärin Suomessa ainoastaan viikkoja tai korkeintaan reilu kaksi vuotta maahantulostaan, mikä tarkoittaa sitä, että suomalaiset toimintatavat ja kotouttamisprosessi ovat vielä alkuvaiheessa. Tämän vuoksi olisi mielenkiintoista tutkia monikulttuurisen hoitotyön haasteita pakolaisaseman saaneiden turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelevien henkilöiden näkökulmasta, ja saada tietoa, esiintyykö tässä vaiheessa vielä samantyyppisiä haasteita, mitä tässä tutkimuksessa tuli esille.

Lisäksi toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla samansuuntaisen tutkimuksen tekeminen vain yhdelle rajatulle asiakasryhmälle, kuten odottaville turvapaikanhakija äideille neuvoloissa tai kouluterveydenhuollossa turvapaikanhakija lapsille tai nuorille.

## LÄHTEET

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.

Burchill, J. & Pevalin, J. D. 2014. Demonstrating cultural competence within health-visiting practice: working with refugee and asylum-seeking families. *Diversity and Equality in Health and Care*. 11. 151–159. Viitattu 7.3.2017 <http://repository.essex.ac.uk/10571/7/demonstrating-cultural-competence-within-healthvisiting-practice-working-with-refugee-and-asylumseeking-families.pdf>

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. *Terveydenhoitajan osaaminen. 2., uudistettu painos*. Porvoo. Bookwell Oy.

Harris, G.L.A. 2010. Cultural competence: its promise for reducing healthcare disparities. *Journal of Health and Human Services Administration*. 33,1. 2–52. Viitattu 27.5.2016. <http://search.proquest.com.ezproxy.puv.fi/docview/199995257?accountid=27304>

Helve, O., Tuomisto, K., Tiittala, P. & Puumalainen, T. 2016. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon toteutuminen 2015–2016. THL. Raportti. Viitattu 2.3.2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131610/URN\\_ISBN\\_978-952-302-775-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131610/URN_ISBN_978-952-302-775-6.pdf?sequence=1)

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10. painos. Jyväskylä. Tammi.

Hoitopaikanvalinta.fi 2016. Pakolaiset ja turvapaikanhakijat. Viitattu 29.06.2016 <https://www.hoitopaikanvalinta.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/oikeutesi-hoitoon-suomessa/pakolaiset-ja-turvapaikanhakijat/>

Kananen, J. 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä*. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.-2. painos. Helsinki. WSOYpro Oy.

Karabudak, S. S., Arslan, F. T. & Basbakkal, Z. 2013. Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model: A Case Study in Turkey. Viitattu 3.3.2017 <http://www.hsj.gr/medicine/giger-and-davidhizars-transcultural-assessment-model-a-case-study-in-turkey.pdf>

Koehn, P. H. 2006. Health-care Outcomes in Ethnoculturally Discordant Medical Encounters: The Role of Physician Transnational Competence in Consultations with Asylum Seekers. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 8, 2, 137–147. Viitattu 26.9.2016. <http://search.proquest.com.ezproxy.puv.fi/docview/199501991?accountid=27304>

Koehn, P. H. 2006. Transnational Migration, State Policy and Local Clinician Treatment of Asylum Seekers and Resettled Migrants. *Global Social Policy* 6. 21–56. Viitattu 6.3.2017.

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

L17.6.2011/746. Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 2.3.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110746>

L77/1968. Pakolaisten oikeusasemaa koskeva YLEISSOPIMUS. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 25.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/>

Maahanmuuttovirasto 2012. Vastaanottokeskusten terveystalot ostetaan Terveystalolta ja Aavalta. Viitattu 2.3.2017. [http://www.migri.fi/medialle/tiedotteet/lehdistotiedotteet/lehdistotiedotteet/1/0/vastaanottokeskusten\\_terveystalot\\_ostetaan\\_terveystalolta\\_ja\\_aavalta\\_37867?language=fi](http://www.migri.fi/medialle/tiedotteet/lehdistotiedotteet/lehdistotiedotteet/1/0/vastaanottokeskusten_terveystalot_ostetaan_terveystalolta_ja_aavalta_37867?language=fi)

Maahanmuuttovirasto 2017 a. Kiintiöpakolaiset. Viitattu 1.3.2017. [http://www.migri.fi/turvapaikka\\_suomesta/kiintiopakolaiset](http://www.migri.fi/turvapaikka_suomesta/kiintiopakolaiset)

Maahanmuuttovirasto 2017 b. Kansainvälistä suojelua koskevat päätökset. Viitattu 1.3.2017. [http://www.migri.fi/turvapaikka\\_suomesta/turvapaikan\\_hakeminen/paatos/turvapaikka\\_ja\\_kansainv%C3%A4linen\\_suojelu](http://www.migri.fi/turvapaikka_suomesta/turvapaikan_hakeminen/paatos/turvapaikka_ja_kansainv%C3%A4linen_suojelu)

Maahanmuuttovirasto 2017 c. Tilastot. Viitattu 4.3.2017. <http://tilastot.migri.fi/#applications/23330/49?start=540>

Sainola-Rodriguez, K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 44, 4, 216–227. Viitattu 24.9.2016. <http://ojs.tsv.fi/index.php/sa/article/view/579/492>

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Viitattu 26.9.2016. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1302-8/urn\\_isbn\\_978-951-27-302-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1302-8/urn_isbn_978-951-27-302-8.pdf)

Salmi, H., Tiittala, P., Lundqvist, T., Mönttinen, A., Sainio, S., Aali, H. & Holmberg, V. 2016. Kuinka hoidan paperitonta potilasta? *Suomen lääkärilehti*. 71, 12–13, 915–922b. Viitattu 26.5.2016. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.puv.fi/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL122016-915.pdf>

Sisäministeriö 2016. Turvapaikanhakijoita saapui viime vuonna ennätysmäärä. Viitattu 23.5.2016. <http://www.intermin.fi/fi/maahanmuutto/turvapaikanhakijat>

Sisäministeriö 2017. Pakolainen pakenee vainoa kotimaassaan. Viitattu 1.3.2017. <http://intermin.fi/maahanmuutto/turvapaikanhakijat-ja-pakolaiset>

STM 2009. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 21, 9–30. Viitattu 1.9.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73989/URN%3aNBN%3afi-fe201504225907.pdf?sequence=1>

STM 2014. Keuhkotuberkuloosin varhainen toteaminen - Ohje maahanmuuttajien terveystarkastuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 8, 4–19. Viitattu 1.9.2016. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116270/STM\\_2014\\_8\\_keuhkotuberkuloosi\\_web\\_korjattu.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116270/STM_2014_8_keuhkotuberkuloosi_web_korjattu.pdf?sequence=3)

STM 2016. Turvapaikanhakijoiden sosiaaliturva ja palvelut Suomessa. Viitattu 24.5.2016. <http://stm.fi/turvapaikanhakijoiden-palvelut>

TEM 2017. Kansainvälinen suojelu. Viitattu 1.3.2017 [http://www.kotouttaminen.fi/kotouttaminen/pakolaisten\\_vastaanotto/suojelun\\_taustat/kansainvalinen\\_suojelu](http://www.kotouttaminen.fi/kotouttaminen/pakolaisten_vastaanotto/suojelun_taustat/kansainvalinen_suojelu)

Terveydenhoitaja. 2017. Vaasan vastaanottokeskus. Haastattelu 9.2.2017.

THL 2015. Maahanmuuttajat. Viitattu 8.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/vaestoryhmat/maahanmuuttajat>

THL 2016 a. Pakolaiset ja turvapaikanhakijat. Viitattu 25.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/vaestoryhmat/pakolaiset-ja-turvapaikanhakijat>

THL 2016 b. Turvapaikkaa hakevien rokotukset. Viitattu 3.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/turvapaikkaa-hakevien-rokotukset>

Työterveyslaitos 2013. Ketkä ovat Maahanmuuttajia?. [http://www.ttl.fi/fi/muutuva\\_tyoelama/maahanmuuttajat\\_ja\\_tyo/ketka\\_ovat\\_maahanmuuttajia/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/muutuva_tyoelama/maahanmuuttajat_ja_tyo/ketka_ovat_maahanmuuttajia/sivut/default.aspx)

UNHCR 1951 & 1967. Convention and protocol relating to the status of refugees. Viitattu 1.3.2017. <http://www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf>

Vaasan vastaanottokeskus. Terveydenhoitajan työnkuvaus 10/2016.

Valtonen, K., Oroza, V. & Siikamäki H. 2016. Maahanmuuttajan terveystarkastus. Ajankohtaista lääkärin kirjasta. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.5.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/xmedia/duo/duo13149.pdf>

WHO 2015. WHO-UNHCR-UNICEF joint technical guidance: general principles of vaccination of refugees, asylum-seekers and migrants in the WHO European Region. Viitattu 3.3.2017. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical>

guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region

LIITE 1

**SAATEKIRJE**

**Vaasa 10.10.2016**

**Arvoisa haastatteluun osallistuva terveydenhoitaja**

Olen neljännen eli viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta: Terveydenhoitajien kohtaamat monikulttuurisen hoitotyön haasteet vastaanottokeskusten terveydenhuollossa.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä vastaanottokeskuksissa työskentelevien terveydenhoitajien sekä heidän työnantajien tietoutta turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelyn monikulttuurisen hoitotyön haasteista. Opinnäytetyön tutkimustietoja on myös mahdollista hyödyntää järjestämällä lisäkoulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä terveyden- että sairaanhoitajille.

Tutkimusaineiston keruu toteutetaan yksilöhaastatteluina Vaasan sekä Tampereen vastaanottokeskuksissa työskenteleville terveydenhoitajille eri ajankohtina marraskuussa 2016. Kutsun teidät ystävällisesti osallistumaan haastatteluun. Siihen tulisi varata aikaa noin 45 minuuttia. Haastattelu on täysin vapaaehtoinen ja luottamuksellinen.

Haastattelut toteutetaan teemahaastatteluna. Käsiteltäviä teemoja on yhteensä kolme ja pääset tutustumaan niihin ennakkoon. Haastattelut tullaan käsittelemään, säilyttämään sekä hävittämään asianmukaisesti sekä luottamuksellisesti. Valmis opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Theseus-tietokannassa osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi). Tutkimuksen tekemiselle on saatu lupa kohdeorganisaatioilta.

Ystävällisin terveisin,

terveydenhoitajaopiskelija

Ulla-Maija Rautalin

Opinnäytetyön ohjaaja

Paula Hakala

Yliopettaja, VAMK



## LIITE 2

### TEEMAHAASTATTELU

#### **Taustakysymykset:**

Mitkä ovat yleisimmät maat, joista turvapaikanhakijat ovat kotoisin?

Mikä on turvapaikanhakijoiden ikä- ja sukupuolijakauma?

#### **Haastattelun teemat**

1. Monikulttuurisen hoitotyön haasteet
  - laatu
  - yleisyys
  - synty
2. Haasteiden erot eri sukupuolien kohtaamisessa
  - laatu
  - esiintyvyys
3. Terveystoimintatavat haasteista selviytymiseen
  - sopeutuminen
  - ennakointi