

Maija Kuusisto

RANSKALAISTEN NAISTEN SYNNYTYSKOKEMUKSET
SUOMESSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

RANSKALAISTEN NAISTEN SYNNYTYSKOKEMUKSET SUOMESSA

Kuusisto, Maija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2011
Ohjaaja: Taavela, Raija
Sivumäärä: 44
Liitteitä: 1

Asiasanat: synnytys, ranskalaiset, kokemukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ranskalaisten naisten synnytyskokemuksia Suomessa. Tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia ja koota mahdollisia kehittämis ehdotuksia. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä ranskalaisen kulttuurin mukaista hoitotyötä synnytysosastolla. Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Suomessa synnyttäneet ranskalaiset äidit.

Aineistonkeruu tehtiin teemahaastattelulla haastatteleamalla kolmea Suomessa synnyttänyttä ranskalaista äitiä. Aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että ranskalaiset naiset pitivät synnytyskokemustaan yleisesti hyvänä ja he toivoivat voivansa synnyttää Suomessa uudestaan.

Synnyttäneet äidit kuvasivat kommunikoinnin synnytyksen aikana sujuneen pääosin hyvin, vaikka tuloksissa tuli ilmi myös tapauksia, joissa äidit kokivat hoitotyöntekijän jättäneen kertomatta hoitoon liittyviä asioita. Hoitotyöntekijät tunsivat hyvin ranskalaista kulttuuria sekä sen käytäntöjä ja he käyttivät tietoa hoitaessaan ranskalaisia äitejä ja vauvoja.

Äidit näkivät monia eroja ranskalaisten ja suomalaisten synnytyskäytäntöjen välillä. He kuvasivat invasiivisten toimenpiteiden ja monitoroinnin olevan yleisempiä Ranskassa. He kokivat myös suomalaisten hoitokäytäntöjen huomioivan potilaita yksilöllisemmin ja isän aseman olevan Suomessa aktiivisempi. Lisäksi he mainitsivat suomalaisilla hoitajilla olevan enemmän aikaa synnyttäjille ja totesivat sen johtuvan paremmista resursseista.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla hoitotyöntekijän kokemukset ja valmiudet kohdata ranskalainen synnyttäjä.

LABOURING EXPERIENCES OF FRENCH WOMEN IN FINLAND

Kuusisto, Maija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

December 2011

Supervisor: Taavela, Raija

Number of pages: 44

Appendices: 1

Keywords: labouring, French, experiences

The purpose of this thesis was to describe the labouring experiences of French women in Finland. The aim was to develop nurses' cultural competencies in nursing and to get development proposals. The results of this thesis can be used for developing French culturally competent nursing in maternities. The thesis focused on French women who have laboured in Finland.

Data was collected via themed interviews on three French women who have laboured in Finland. Data was analyzed by using content analysis.

The thesis findings revealed that French women consider their labouring experience was generally good and they wished they could labour in Finland again.

Mothers described that the communication during the labour was mainly good, even though the findings revealed cases in which mothers felt a nurse didn't give enough information related to their care. Nurses were familiar with French culture and policies and they used that information when they took care of French mothers and babies.

Mothers described many differences between Finnish and French labouring policies. They described that invasive care and monitoring are more common in France. They also felt Finnish care policies are considering patients more as individuals. They consider that the role of the father is more active in Finland. French mothers mentioned that Finnish nurses have more time for their patients and they thought it is due to better resources.

In addition, the future studies could examine the experiences of nurses and their abilities to cope with French mothers.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KÄSITTEET	7
2.1	Synnytyskokemus	7
2.2	Kulttuurinen kompetenssi	9
2.2.1	Transkulttuurinen hoitotyö	9
2.2.2	Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen	10
3	MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA	12
3.1	Suomen monikulttuuristuminen	12
3.2	Ulkomaalaisten työskentely Suomessa	13
3.2.1	Työperäinen maahanmuutto	13
3.2.2	Työperäinen maahanmuutto Länsi-Suomen alueella	14
4	MAAHANMUUTTAJAN OIKEUDET	15
4.1	Maahanmuuttajan oikeudet	15
4.2	Maahanmuuttajan oikeudet terveystalveihin	16
4.3	Sairaanhoidajan valmiudet maahanmuuttajan kanssa	17
4.4	Maahanmuuttajien kokemukset terveystalveiden asiakkaana	18
5	SYNNYTYS	18
5.1	Synnytys Suomessa	18
5.2	Synnyttäjänä maahanmuuttaja	20
5.3	Synnytys Ranskassa	21
6	OPINNÄYTETYÖN TUTKITTAVAT KYSYMYKSET, TAVOITE JA TARKOITUS	22
6.1	Tavoite ja tarkoitus	22
6.2	Tutkimuskysymykset	22
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
7.1	Tutkimusmenetelmä	23
7.2	Tutkimusaineiston kerääminen	24
7.3	Tutkimusaineiston analysointi	25

8	TULOKSET.....	26
8.1	Taustatiedot.....	26
8.2	Synnytyskokemus	26
8.2.1	Perheen asema	26
8.2.2	Varhainen vuorovaikutus vauvan kanssa.....	27
8.2.3	Turvallinen hoitopaikka.....	27
8.2.4	Hoitotyöntekijöiden tuki	27
8.2.5	Synnytyksen hoito	28
8.2.6	Kivunlievitys	28
8.2.7	Vauvan synnytyksen jälkeinen terveydentila.....	29
8.3	Kokemus sairaanhoitajan kulttuurisesta kompetenssista	29
8.3.1	Hoitotyöntekijän ja äidin välinen kommunikointi.....	29
8.3.2	Ranskalaisen äidin kulttuurin ja tapojen huomioiminen	30
8.3.3	Toiveena synnyttää Suomessa uudestaan	31
8.4	Suomalaisen synnytystapahtuman erot ranskalaiseen synnytystapahtumaan	31
8.4.1	Hoitokäytännöt	32
8.4.2	Hoitotyöntekijöiden työote	32
8.4.3	Henkilökunnan resurssit	33
8.4.4	Isän asema	33
9	POHDINTA.....	34
9.1	Opinnäytetyön eettisyys	34
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus	35
9.3	Tulosten tarkastelu	36
9.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	39
	LÄHTEET	41

LIITE

1 JOHDANTO

Synnytys on jokaiselle naiselle aivan erityinen ja syvä kokemus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 1). Synnytyskokemukseksi kutsutaan sitä kokonaisvaltaista elämystä, jonka lapsen syntyminen herättää äidissä (Piensoho 2001, 25). Jokaisella naisella on synnytyksen suhteen omat tarpeensa, toivomuksensa ja odotuksensa. Synnytyksen hoidon lähtökohtana on synnyttäjän tukeminen ja hoitaminen niin että synnytys voi tapahtua turvallisesti ja arvokkaasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 1.)

Ulkomaalaisten tilapäinen tai määräaikainen työskentely Suomessa on lisääntynyt nopeasti (Lith 2007). Suomeen muuttaneista EU-maiden kansalaisista, amerikkalaisista ja intialaisista suuri osa tulee ennalta sovittuun työpaikkaan (Myrskylä 2010). Arvioiden mukaan Suomessa on komennustöissä kymmeniätuhansia ulkomaalaisia vuosittain. Tarkkoja arvioita komennustyöntekijöiden määrästä ei ole, koska työlliset jäävät työllisyystilastojen katvealueeseen. (Lith 2007.)

Areva NP:n ja Siemens AG:n muodostama ranskalais-saksalainen konsortio alkoi vuonna 2005 rakentaa Olkiluoto 3 –ydinvoimalaa (Teollisuuden Voima Oyj:n www-sivut 2011). Ydinvoimalan tilaajan, Teollisuuden Voiman mukaan ranskalaisia työntekijöitä on ollut eniten vuonna 2010, nyt lokakuussa 2011 heitä on arvon mukaan 300. Rauman ranskalaisessa Areva-koulussa on 50 - 60 oppilasta, joten luku kuvastanee sitä, että useat Olkiluodossa työskentelevät ranskalaiset työntekijät ovat tulleet Suomeen perheineensä. (Sarparanta henkilökohtainen tiedonanto 17.10.2011.)

Opetusministeriön julkaiseman raportin mukaan monikulttuurinen hoitotyö on yksi kymmenestä sairaanhoitajan osaamisalueesta. Sen mukaan sairaanhoitajan pitää

tuntea kulttuurin merkitys tehdessään hoitotyötä ja työskennellessään kansainvälisissä tehtävissä ja monikulttuurisessa työyhteisössä. (Opetusministeriö 2006, 67.)

Eri maiden hoitotyön käytäntöjen erot ovat kiinnittäneet huomioni osallistuessani monikulttuurisiin hoitotyön ohjelmiin ja kursseihin sekä ulkomailla että Suomessa. Olen myös työskennellyt monikulttuurisessa työympäristössä ja kohdannut monia Suomeen tulleita ekspatriaatteja. Haluni laajentaa tietämystäni synnytyksestä ja monikulttuurisesta hoitotyöstä saivat minut tarkentamaan opinnäytetyöni aiheen koskemaan ranskalaisten äitien synnytyskokemuksia.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla ranskalaisen naisen synnytyskokemusta Suomessa. Tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia sekä koota mahdollisia kehittämissuhteita.

2 KÄSITTEET

2.1 Synnytyskokemus

Synnytys on jokaiselle naiselle erityinen ja syvä kokemus. Jokaisella tulevalla äidillä on omat tarpeensa, toivomuksensa ja odotuksensa. Synnyttäjän hoidon lähtökohtana on äidin tukeminen ja hoitaminen niin että synnytys voi tapahtua turvallisesti ja arvokkaasti. Jokaisen synnyttävän äidin ihmisarvoa, yksityisyyttä ja yksilöllisyyttä tulee kunnioittaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 1.)

Synnytyskokemukseksi kutsutaan sitä kokonaisvaltaista elämystä, jonka lapsen syntyminen herättää äidissä (Piensoho 2001, 25). Syntymässä vauvasta tulee todellisempi äidille kuin aikaisemmin (Eskola & Hytönen 1997, 424). Ehjä synnytyskokemus vahvistaa äidin minäkuvaa ja tekee elämästä mielekkäämmän (Piensoho 2001, 209). Synnytyskokemus vaikuttaa siihen, millainen äiti naisesta kehittyy sekä äidiksi tulon ja lapsen syntymän sisäistämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 2; Vallimies-Patomäki 1998, 51).

Piensohon (2001, 198) mukaan synnytyksen merkitys naiselle vaihtelee. Hänen tutkimuksessaan synnytyksen merkitys äidille on kategorioitu kahdeksaan eri merkitykseen: terveen lapsen maailmaan saattamiseen ja omien tarpeiden unohtamiseen, naisen elämään kuuluvaan luonnolliseen asiaan, vuorovaikutustapahtumaan jossa on yhteistyötä tai yhteistyön epäonnistumista synnytykseen osallistuvien välillä, epäonnistumiseen, elämänhallintaan, feministiseen kokemukseen, nautintoon ja seksuaalisuuteen tai kriisivaiheeseen.

Synnytykokemukseen vaikuttavat naisen tausta ja persoonallisuus, puolisoiden vuorovaikutussuhde, sosiaalinen tuki, kipu, pelot, synnytyksen hoito ja varhainen vuorovaikutus vauvan kanssa (Vallimies-Patomäki 1998, 51). Myös äidin ammatti, synnytystapa ja äidin synnytyksen jälkeinen terveys ovat yhteydessä synnytyksen kokemiseen (Ahonen 2001, 135).

Synnytyksen aikana on tärkeää ottaa huomioon synnyttäjän fyysiset tarpeet ja mieliala, antaa synnyttäjälle synnytystä ja hoitoa koskevaa tietoa, keskustella ja tukea mielipiteiden ilmaisemisessa ja ottaa mielipiteet huomioon, sekä antaa mahdollisuus oma-aloitteiseen toimimiseen. Mahdollisuus kivunlievitykseen on myös tärkeää synnytykokemuksen kannalta. (Vallimies-Patomäki 1998, 163.)

Synnytyksen kokeminen helppona, uudelleensynnyttäjäisyys, lapsivesikalvojen puhkeaminen jo ennen sairaalaan tuloa, sosiaalinen tuki ja naisen osallistumismahdollisuudet ennustavat myönteistä synnytykokemusta (Vallimies-Patomäki 1998, 120 & 167).

Epäonnistunut synnytykokemus saattaa vaikuttaa äidin ja lapsen suhteeseen tai naisen ja hänen kumppaninsa suhteeseen (Piensoho 2001, 207). Kielteinen synnytykokemus hajottaa naisen itsetuntoa ja se voi olla esteenä seuraavien raskauksien suunnittelulle (Eskola & Hytönen 1997, 424). Vallimies-Patomäen (1998, 161) tutkimuksen mukaan onkin erittäin tärkeä keskustella synnyttäjän kanssa ennen synnytystä ja selvittää synnyttäjän pelot ja ennako-odotukset, sillä ne vaikuttavat kielteiseen synnytykokemukseen. Myös aikaisempi raskaudenkeskeytys

tai epäsäännöllinen synnytys vaikuttavat kielteisesti synnytyksen kokemiseen (Vallimies-Patomäki, 1998, 166).

Synnytyksen jälkeen tulisi sekä äidille että isälle tarjota mahdollisuutta keskustella kokemastaan. Etenkin naiset palaavat synnytyskokemukseensa yhä uudestaan synnytyksensä jälkeen. (Eskola & Hytönen 1997, 424.) Naiset keskustelevat synnytyskokemuksestaan useimmiten miehensä, kättilön ja muiden synnyttäjien kanssa (Vallimies-Patomäki 1998, 157).

2.2 Kulttuurinen kompetenssi

Ikosen (2007, 148) mukaan kulttuurinen kompetenssi on prosessina kehittyvä ja kokemuksen myötä kertyvä ammattiosaamisen osa-alue. "Kulttuurinen kompetenssi on hoitotyöntekijän herkkyyttä nähdä asiakkaan kulttuurinen ulottuvuus sekä taitoa olla dialogisessa hoitosuhteessa vierasta kulttuuria edustavan asiakkaan kanssa hyödyntäen siinä kulttuuritietoa. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi mahdollistaa eettisesti hyväksyttävän hoitosuhteen ja voimaistaa asiakasta." Kulttuurisen kompetenssin kolme ulottuvuutta ovat kulttuurinen herkkyyys, kulttuurinen tieto ja kulttuuriset taidot. (Ikonen 2007, 147 - 148). Papadopoulos (2006, 10) määrittelee kulttuurisen kompetenssin olevan kykyä ottaa huomioon potilaan kulttuurinen vakaumus, käyttäytyminen ja tarpeet.

2.2.1 Transkulttuurinen hoitotyö

Jokainen yksilö on kulttuurillisesti ainutlaatuinen. Yksilö on kokonaisuus menneistä kokemuksista, kulttuurisista uskomuksista ja kulttuurin normeista. (Newman Giger & Davidhizar 2004, 9). Madeleine Leininger esitteli transkulttuurisen hoitotyön käsitteen ensimmäisen kerran 1950-luvulla ja tämän jälkeen alkoi hänen transkulttuurisen hoitotyön tutkimus- ja kehittämistyönsä (Leininger & McFarland 1995, 35). Hänen mukaansa transkulttuurisen hoitotyön tavoitteena on tarjota ihmisille kulttuurispesifistä ja universaalista hoitoa, sekä auttaa epäsuotuisissa oloissa olevia ihmisiä kulttuurisesti mielekkäällä tavalla (Leininger & McFarland 1995, 46). Leiningerin kehittämä auringonnousumalli (Leininger's Sunrisemodel) kuvaa

kulttuurisen hoitotyön monimuotoisuutta ja universaalisuutta (Leininger & McFarland 1995, 80). Auringonnousumalli auttaa hoitajaa ymmärtämään sosiaalisen taustan, etnohistorian, perimän, uskonnon, hengellisyyden, etiikan, kielen, ympäristön, politiikan, perheen ja taiteen olevan yhteydessä potilaan hoitoon. (Leininger & McFarland 1995, 81).

2.2.2 Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen

Campinha-Bacoten teorian mukaan kaikki ihmiset kuuluvat samaan ihmisrotuun ja kaikilla ihmisillä on samanlaiset perustarpeet. Potilaan kulttuurin huomioiminen mahdollistaa hyvän kontaktin ja yhteistyön potilaan kanssa, sekä luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen. (Tuokko 2007, 39.) Campinha-Bacoten luoma kulttuurisen kompetenssin tulivuorimalli esittää kulttuurisen kompetenssin prosessin kumpuavan kulttuurisesta halusta. Kulttuurinen halu mahdollistaa neljän kulttuurista kompetenssia vahvistavan osan, kulttuurisen tietouden, kulttuurisen tiedon, kulttuurisen taidon ja kulttuurisen kohtaamisen omaksumisen.

Hoitajan oma sitoutuminen ja motivaatio mahdollistavat kulttuurisen kompetenssin kehittymisen. Kulttuurinen halu on aitoa intohimoa ja sitoutumista olla avoin ja joustava, kunnioittaa erilaisuutta, halua oppia potilailta ja olla nöyrä. (Campinha-Bacote 2003, 15 – 16.) Hoitotyöntekijän kiinnostus monikulttuurisuutta kohtaan on lähtökohta halulle kohdata muusta kulttuurista tullut potilas ja ottaa huomioon hänen kulttuurinsa hoitotyössä (Tuokko 2007, 37).

Kulttuurinen tietoisuus edellyttää itsetutkiskelua ja oman kulttuurin tuntemista. Kulttuurisen tietouden prosessi edellyttää omien ennakoasenteiden, ennakkoluulojen ja olettamusten tunnistamista. (Campinha-Bacote 2003, 18.) Tästä käsitteestä käytetään suomalaisessa kirjallisuudessa myös sanaa “kulttuurinen herkkyys”, joka Ikosen (2007, 147 - 149) mukaan kuvaa hoitajan omaa ajattelua, oppimista, motivaatiota ja hoitosuhteen eettistä olemusta, jolloin kulttuurisen herkkyyden kehitys tapahtuu rinnakkain ammatillisen minän ja persoonallisuuden kehittymisen kanssa.

Hoitotyöntekijät keräävät kulttuurista tietoisuutta lähinnä opiskelun, mutta myös tutkimusten ja ajankohtaisohjelmien avulla (Silvennoinen 2000, 54). Hoitaja saattaa tiedostamattaan loukata asiakasta ollessaan tietämätön hänen kulttuuristaan. Asiakkaan loukkaaminen ei ole hyvä alku luottamukselliseen hoitosuhteeseen eikä myönteiseen hoitotulokseen. (Tuokko 2007, 34.) Myönteinen asenne ja avoimuus erilaisesta kulttuurista tulevia ihmisiä kohtaan vahvistavat hoitotyöntekijän kulttuurista tietoutta (Tuokko 2007, 33).

Kulttuuriseen tietoon kuuluu koulutuksessa ja työtilanteissa kehittyvä kognitiivinen ulottuvuus (Ikonen 2007, 147). Tieto erilaisista kulttuureista peräisin olevien terveysuskomuksista, kulttuurisista arvoista ja sairauksista on kulttuurisen tiedon perusta (Campinha-Bacote 2003, 27 - 28). Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen tieto on rakentunut suurelta osin eri kulttuurien yhteiskunnallisesta tiedosta, sekä naisten, lasten ja nuorten asemasta kulttuurissa. Hoitotyöntekijöillä on myös jonkin verran tietoa uskontoon ja sairauksien hoitoon liittyvissä asioissa. (Tuokko 2007, 34.) Kulttuurisessa tiedossa korostuu kokemuksellinen tieto, jota hoitotyöntekijä kerryttää kohtaamalla eri kulttuureista tulevia potilaita (Tuokko 2007, 34). Kehittääkseen kulttuurista kompetenssiaan sairaanhoitajan pitää hyödyntää käsitteellistä ja teoreettista tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä (Newman Giger & Davidhizar 2004, 8).

Kulttuurinen taito on kykyä kerätä potilaalta kulttuurista tietoa. Kulttuuriseen taitoon kuuluu myös kommunikointi potilaan kielellä, sanaton viestintä, potilaan kuuntelu ja kulttuurin huomiointi hoitoa suunniteltaessa. (Campinha-Bacote 2003, 35.) Yhteinen kieli on tärkeää hoidon tarpeen määrittämisessä, sillä riittämättömän kommunikoinnin vuoksi on vaikea selvittää maahanmuuttajan tiedon ja tuen tarvetta (Silvennoinen 2000, 55). Yhteisen kielen puuttuessa vaarana voikin olla hoitosuhteen pinnallistuminen, jolloin sairaanhoitaja asettuu "toimivaksi hoitajaksi" ja potilas "hoitojen kohteeksi" (Abdelhamid 2004, 79). Kulttuurisesti kompetentti sairaanhoitaja osaa tehdä kulttuuriin liittyviä kysymyksiä osana yleistä hoidon tarpeen arviointia, hän on dialogisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja hänellä on tilanneälyä sekä voimaistamisen taitoa (Ikonen 2007, 149). Myös yhteistyötaitojen merkitys korostuu kulttuurisessa taidossa. Kyky tehdä yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa kanssa, niin kuin myös muiden asiakkaan hoitoon

osallistuvien kanssa on tärkeää tuloksellisen hoidon takaamiseksi. (Tuokko 2007, 35.)

Kulttuurinen kohtaaminen on eri kulttuureista tulevan potilaan vuorovaikutuksellista hoitamista (Campinha-Bacote 2003, 48). Hoitajan valmiudet kulttuuriseen kohtaamiseen kasvavat hoitamalla eri kulttuureista tulevia potilaita (Campinha-Bacote 2003, 48). Hoitajan ymmärrys kulttuurin merkityksestä auttaa potilaan tietoisessa kohtaamisessa. Sairaanhoidaja on sensitiivisempi kun hän osaa huomioida potilaan rodun, etnisen taustan, kulttuurin ja kulttuurisen perimän vaikutukset. (Newman Giger & Davidhizar 2004, 4.)

Kulttuurista kompetenssia voidaan kutsua myös kulttuurisena pätevytenä. Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa ihmisen kulttuurista osaamista, sekä taitoa toimia monikulttuurisissa ympäristöissä. Kulttuurinen kompetenssi ilmenee ensisijaisesti ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa erilaisuuden tunnistamisessa ja hyväksymisenä. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 32.) Kulttuurisesta kompetenssista puhuttaessa englanninkielinen kirjallisuus käyttää myös termejä kulttuurikompetenssi, kulttuurien välinen kompetenssi ja kulttuurinen sensitiivisyys. Termit ovat kulttuurisen kompetenssin tavoin luotu kuvaamaan ihmisen kulttuurista osaamista ja monikulttuurisia vuorovaikutustaitoja. (Abdelhamid ym. 2009, 32.)

3 MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

3.1 Suomen monikulttuuristuminen

Suomeen muuttavien määrä on kasvanut lyhyen ajan sisällä lähes 30 000 ihmiseen vuodessa. Kolmannes tänne muuttajista on suomalaisia paluumuuttajia. Paluumuuttajien jälkeen eniten Suomeen muuttaa virolaisia ja venäläisiä. Arvioiden mukaan Suomeen muuttaneista ulkomaalaisista viidesosa palaa myöhemmin kotimaahansa tai muuttaa johonkin kolmanteen maahan. (Väestörakenne 2010 2010, 2.)

Vuoden 2010 lopussa Suomessa asui 248 135 ulkomailla syntyntä henkilöä. Enemmistö ulkomailla syntyneistä on syntynyt Euroopassa ja seuraavaksi eniten on Aasiassa ja Afrikassa syntyneitä. Näistä ulkomailla syntyneistä 17 prosenttia puhuu äidinkielenään suomea. (Väestörakenne 2010 2010, 2.)

3.2 Ulkomaalaisten työskentely Suomessa

Ulkomaalaisten tilapäinen tai määräaikainen työskentely Suomessa on lisääntynyt nopeasti (Lith 2007). Suomeen muuttaneista EU-maiden kansalaisista, amerikkalaisista ja intialaisista suuri osa tulee ennalta sovittuun työpaikkaan (Myrskylä 2010).

Arvioiden mukaan Suomessa on komennustöissä kymmeniätuhansia ulkomaalaisia vuosittain. Tarkkoja arvioita komennustyöntekijöiden määrästä ei ole, koska työlliset jäävät työllisyystilastojen katvealueeseen. (Lith 2007.)

Rajojen yli tapahtuva työnteko tai ainakin sen nopea kasvu nykyisiin mittoihinsa 2000-luvulla on Suomessa uusi ilmiö. Kehitys on osittain tulosta palvelujen vapaasta liikkuvuudesta laajentuneessa EU:ssa. (Lith 2007.)

3.2.1 Työperäinen maahanmuutto

Kansainväliset työskentelytilanteet ovat yleistyneet kansainvälisissä yrityksissä (Hellsten 2009, 5). Hellsten (2009, 17 - 18) määrittelee, että “ulkomaantyössä työnantaja lähettää työntekijän ulkomaille tekemään työtä määritellyksi ajaksi työnantajan lukuun korvausta vastaan”.

Suomessa ekspatriaateiksi kutsutaan suomalaisesta yrityksestä ulkomaille siirtyviä työntekijöitä. Suomeen komennukselle tulevat ulkomaalaiset työntekijät ovat taas inpatriaatteja. Ulkomaille suuntautuvan työkomennuksen kesto vaihtelee lyhyen työkomennuksen kestäessä 3 - 12 kuukautta ja pitkän komennuksen 1 - 5 vuotta. Työkomennuksen luonne voi olla projektityyppistä, jolloin työsuhte lähettävään

yritykseen säilyy tai office based –tyyppistä, jolloin kyse on yleensä kahdesta rinnakkaisesta työsuhteesta. (Viitala 2009, 299.)

Työkomennuksen luonteen vuoksi lähtevältä henkilöltä joudutaan edellyttämään erityistä sopeutuvuutta, stressinsietokykyä ja tasapainoista elämäntilannetta (Viitala 2009, 300). Myös puolison ja perheen vaikutus työkomennukseen on erittäin tärkeä, sillä ulkomaankomennuksen epäonnistumisen syynä voivat usein olla perheen sopeutumisvaikeudet. (Viitala 2009, 301).

Lähtävä yritys hoitaa ulkomaille lähtevälle perheelle jo etukäteen perehdyttämisen, rokotukset, kotimaan valmistelut, työluvut, todistusten käännökset, viranomaistodistusten hankinnan, sopimusneuvottelut ja sopimuksen laadinnan, vakuutukset, sosiaaliturva- ja eläkeanomukset, verotus selvitykset ja matkajärjestelyt. Yleensä lähtävä yritys myös etsii perheelle asunnon ja hoitaa lasten koulujärjestelyt. (Viitala 2009, 303 - 304.)

Suomessa tilapäisesti työskentelevät ulkomaalaiset voidaan jakaa suoraan suomalaiseen yritykseen ja yhteisöön palkattuihin työntekijöihin, sekä maahan lähetettyihin työntekijöihin. Lähetetyt työntekijät ovat henkilöitä, jotka siirretään Suomeen töihin rajoitetuksi ajaksi, jonka jälkeen he palaavat työskentelemään aikaisempaan maahansa. (Lith 2007.)

Pääosa ulkomaisesta tilapäistyövoimasta on ollut Suomeen lähetettyjä työntekijöitä. Vain pieni osa tilapäistyöntekijöistä on palkattu suoraan suomalaisiin yrityksiin. Lähtäminen voi perustua suomalaisen yrityksen, julkisyhteisön tai yksityisen henkilön ja ulkomaisen työntekijöitä lähettävän yrityksen väliseen urakka- ja alihankintasopimukseen taikka työvoiman vuokraussopimukseen. (Lith 2007.)

3.2.2 Työperäinen maahanmuutto Länsi-Suomen alueella

Satakunnassa oli vieraskielisiä vuodenvaihteessa 2008 - 2009 noin 2800 henkilöä ja Varsinais-Suomessa noin 17 900. Vieraskielisten määrä on kasvanut vuosikymmenen

puolivälin jälkeen Satakunnassa hieman yli 10 % ja Varsinais-Suomessa hieman alle 10 % vuosittain. (Sisäasianministeriön www-sivut 2011.)

Areva NP:n ja Siemens AG:n muodostama ranskalais-saksalainen konsortio alkoi vuonna 2005 rakentaa Olkiluoto 3 –ydinvoimalaa (Teollisuuden Voima Oyj:n www-sivut 2011). Ydinvoimalan tilaajan, Teollisuuden Voiman mukaan ranskalaisia työntekijöitä on ollut enimmillään vuonna 2010, ja nyt lokakuussa 2011 heitä on arvion mukaan 300. Rauman ranskalaisessa Areva-koulussa on 50 - 60 oppilasta, joten luku kuvastanee että useat Olkiluodossa työskentelevät ranskalaiset ovat tulleet Suomeen perheineensä. (Sarparanta henkilökohtainen tiedonanto 17.10.2011.)

4 MAAHANMUUTTAJAN OIKEUDET

4.1 Maahanmuuttajan oikeudet

Ihmisen oikeus omaan kulttuuriin tunnustetaan YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa. Sen mukaan rotu, väri, sukupuoli, kieli, uskonto, poliittinen mielipide, kansallinen tai yhteiskunnallinen alkuperä, omaisuus tai syntyperä ei saa asettaa ihmisiä epätasavertaiseen asemaan. (Universal Declaration of Human Rights, 2 §.) Kaikkien ihmisten tulee olla tasavertaisia lain edessä ja oikeutettuja lain suojaan ja kaikilla ihmisillä tulee olla oikeus tasavertaiseen suojaan julistusta loukkaavaa syrjintää vastaan. (Universal Declaration of Human Rights, 7 §).

Suomen Perustuslain (Perustuslaki 11.6.1999/731, 2. luku 6 §) mukaan ketään ei saa laittaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun syyn perusteella.

Ulkomaalaislain (301/2004, 1. luku 1 §) tarkoituksena on edistää hallittua maahanmuuttoa ja kansainvälisen suojelun antamista ihmisoikeuksia ja perusoikeuksia kunnioittaen, sekä ottaen huomioon Suomea velvoittavat kansainväliset sopimukset. Maassa laillisesti oleskelevalla ulkomaalaisella on oikeus liikkua maassa ja valita asuinpaikkansa (Ulkomaalaislaki 301/2004, 4. luku 41 §).

Yhdenvertaisuuslain (20.1.2004/21, 4 §) mukaan viranomaisten tulee kaikessa toiminnassaan edistää yhdenvertaisuutta. Ketään ei saa syrjiä iän, etnisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun syyn perusteella (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21, 6§).

4.2 Maahanmuuttajan oikeudet terveystalviuihin

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) toisen luvun kolmannessa pykälässä säädetään, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää saada hänen terveydentilansa edellyttämä terveyden- ja sairaanhoito.

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 15. pykälässä säädetään, että kunnan on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle oppivelvollisuusikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut.

Maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta säättävän lain (493/1999, 1. luku 1 §) tavoitteena on edistää maahanmuuttajien kotoutumista sekä tasa-arvoa ja valinnan vapautta. Ulkomaalaiset työntekijät jäävät kuitenkin usein kotouttamislain kotoutumista edistävien toimien ulkopuolelle. Työelämään ja yhteiskuntaan opastaminen jää yleensä työnantajan perehdytykseen ja työntekijän omatoimiseen tiedonhankintaan. (Sorainen 2007, 19.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitys on annettava siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Mikäli terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 2. luku 5 §.)

Lähtömaasta, muuton tavasta tai parisuhteesta riippumatta muuttaminen vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin huolehtia seksuaali- ja lisääntymisterveydestään (Apter, Eskola, Kettu & Säävälä 2009, 8). Ulkomailla syntyneiden vieraskielisten ihmisten

joukko on hyvin moninainen. Suurimpien ryhmien, kuten Venäjällä, Virossa tai Ruotsissa syntyneiden lisäksi Suomessa asuu monia pieniä ryhmiä. Maahanmuuttajien palveluita ei voidakaan suunnitella ottamalla huomioon suurimmat ryhmät, vaan lähtökohtaisesti tulee huomioida ulkomaalaisten moninaisuus kielen, kulttuuritaustan, sosiaalisen aseman ja koulutuksen osalta. (Apter ym. 2009, 4.)

Vähemmistövaltuutettu seuraa ja edistää ulkomaalaisten asemaa ja oikeuksia Suomessa sekä antaa tietoja ulkomaalaisten asemaa koskevasta lainsäädännöstä. Valtuutettu voi myös tehdä ulkomaalaisten asemaa koskevia aloitteita. (Vähemmistövaltuutetun www-sivut 2011.)

4.3 Sairaanhoitajan valmiudet maahanmuuttajan kanssa

Sairaanhoitajalla tulee olla valmiudet antaa tarkoituksenmukaista hoitoa potilaalle riippumatta potilaan taustasta (Newman Giger & Davidhizar 2004, 4). Newman Giger ja Davidhizar ovat luoneet potilaskeskeisen monikulttuurisen arvioinnin mallin joka auttaa potilaan kohtaamisessa. Mallissa on mukana kuusi kulttuurillista ilmiötä jotka käsittävät sanallisen ja sanattoman kommunikoinnin, henkilökohtaisen tilan merkityksen, sosiaalisen yhteisön, aikakäsityksen, ympäristön hallinnan ja biologiset eroavuudet. (Newman Giger & Davidhizar 2004, 7.)

Opetusministeriön julkaiseman raportin mukaan monikulttuurinen hoitotyö on yksi kymmenestä sairaanhoitajan osaamisalueista. Sen mukaan sairaanhoitajan pitää tuntea kulttuurin merkitys tehdessään hoitotyötä ja työskennellessään kansainvälisissä tehtävissä ja monikulttuurisessa työyhteisössä. (Opetusministeriö 2006, 67.) Myös Väestöliiton THL:lle tekemä Maahanmuuttajien lisääntymisterveyden edistäminen -ohjelma ehdottaa että monikulttuuriset opinnot sisällytettäisiin pakolliseksi oppiaineeksi sosiaali- ja terveysalan ammatillisiin koulutuksiin (Apter ym. 2009, 43).

4.4 Maahanmuuttajien kokemukset terveystalveluiden asiakkaana

Maahanmuuttajien kokemukset Suomen terveydenhuollosta ovat pääosin myönteisiä (Taavela 1999, 128). He pitävät terveydenhuoltoa korkeatasoisena ja he ovat kokeneet sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät myönteisesti (Taavela 1999, 126-129). Myös suomalainen äitiyshuolto on koettu luotettavaksi (Tanttu 1997, 59).

Enemmistö maahanmuuttajista on kokenut tulleen kohdelluksi hyvin Suomessa (Taavela 1999, 123). He ovat kuitenkin kokeneet suomalaiset etäisiksi. Yksinäisyyden ja yksin olemisen pelon vuoksi maahanmuuttajat ovat kokeneet eristäytymistä joka on aiheuttanut masentuneisuutta, sekä fyysistä ja henkistä jaksamattomuutta. (Tanttu 1997, 60.)

Maahanmuuttajien turvallisuuden tunnetta vähentävät kommunikaatio-ongelmat yhteisen kielen puuttuessa (Tanttu 1997, 57). Myös vaikeudet terveyskeskusten ajanvarauksissa on koettu kielteisinä (Taavela 1999, 128).

Maahanmuuttajanaiset ovat kokeneet olonsa äitiyshuollon asiakkaina pääosin turvalliseksi. Turvallisuuden tunnetta on lisännyt tieto siitä, mitä tehdään milloinkin ja miksi niin toimitaan. Myös hoitotyö ja hoitohenkilökunnan saatavuus on koettu turvalliseksi. (Tanttu 1997, 57.)

5 SYNNYTYS

5.1 Synnytys Suomessa

Synnytys on hyvin tärkeä ja merkityksellinen tapahtuma naiselle (Kivivirta, Vehviläinen-Julkunen, Lauri & Callister 1994, 46). Suomalainen nainen haluaa olla oma-aloitteinen ja osallistua omaan synnytykseensä (Kivivirta ym. 1994, 47; Vallimies-Patomäki 1998, 158).

Lähes kaikki suomalaiset syntyvät sairaaloissa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006, 77). Vuonna 2009 Suomessa syntyi 60 794 lasta (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009 2010, 2).

WHO:n määritelmän mukaan normaali synnytys käynnistyy spontaanisti raskausviikoilla 37 - 42 (World Health Organisation 1996, 4). Normaali synnytys pysyy matalariskisenä koko avautumis- ja ponnistusvaiheen ajan ja vauva syntyy raivotarjonnassa. Synnytyksen jälkeen sekä äiti että vauva voivat hyvin. Suomessa normaalisti etenevän, säännöllisen synnytyksen hoitaa kätilö. Tarvittaessa kätilö voi konsultoida naistentautien ja synnytysten erikoislääkärinä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006, 75.)

Suomen perinataalikuolleisuus on maailman alhaisimpia. Vain viisi lasta tuhannesta syntyneestä lapsesta syntyi kuolleena tai kuoli ensimmäisen elinviikon aikana vuonna 2009. (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009 2010, 4.)

Suomalaisten ensisynnyttäjien keski-ikä on kohonnut hieman vuodesta 2002 ja vuonna 2009 ensisynnyttäjän ikä oli keskimäärin 28,1 vuotta. Alatiesynnytys on edelleen yleisin synnytysmuoto, ja keisarileikkausten määrä on pysynyt ennallaan ollen 15,9 % vuonna 2009. Imukuppsynnytyksien määrä on noussut viimeisen kymmenen vuoden aikana 8,4 %:iin. (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009 2010, 3 - 4.)

Suomessa kivunlievitys on yleistä ja vähintään yhtä kivunlievitystä sai 90 % kaikista synnyttäneistä. Lähes puolet (45 %) alakautta synnyttäneistä sai epiduraalipuudutuksen. (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009 2010, 4.) Vallimies-Patomäen (1998, 75) tutkimuksen mukaan suurin osa naisista haluaa kokeilla vaihtoehtoisia kivunlievitystapoja. Vain 4 % naisista ilmoitti tutkimuksen mukaan ennen synnytystä haluavansa ensisijaisesti kipulääkettä. Vaihtoehtoisia kivunlievitystapoja ovat muun muassa liikkuminen, suihku, rentoutuminen, hierominen ja musiikin kuuntelu. (Vallimies-Patomäki 1998, 75.) Synnyttäjän hoidossa turvallisuuden tunne ja hyvä hoitosuhde ovat myös erittäin tärkeitä. Hoitaja voi vahvistaa synnyttäjän itsetuntoa ja vähentää pelkoa joka voi nopeuttaa synnyttämistä. (Eskola & Hytönen 1997, 318.)

Toimenpiteistä episotomioiden, eli välilihan leikkausten määrät ovat vähentyneet 16 %:lla vuodesta 1999, ollen 25 % vuonna 2009 (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009 2010, 1). Sairaalapäivien määrä synnytyksen jälkeen on laskenut viimeisen kymmenen vuoden aikana vajaalla päivällä ollen nyt keskimäärin kolme päivää (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009 2010, 1).

5.2 Synnyttäjänä maahanmuuttaja

Vieraaseen maahan muuttaneille on erityisen tärkeää saada ymmärrettävää ja asianmukaista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa (Apter ym. 2009, 17). Raskausajasta, synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä ajasta pitäisi tuottaa materiaalia vieraskielisille vanhemmille (Apter ym. 2009, 37).

Turvallinen raskausaika ja nopea, kivuton synnytys ovat eri kulttuurien tavoitteita (Abdelhamid 2004, 234). Itse synnytyksessä kulttuuri vaikuttaa asenteisiin, synnytyskipujen hallitsemiseen, suositeltuihin synnytysasentoihin ja synnytyspaikkaan. Myös isän sekä muun sosiaalisen yhteisön rooli sekä asennoituminen synnytyksessä mukana olevaan henkilökuntaan vaihtelevat eri kulttuureissa. (Abdelhamid ym. 2009, 235.)

Teollistuneissa länsimaissa raskaus on enenevässä määrin medikalisoitu. Odottava äiti tulee terveydenhoidon palveluiden asiakkaaksi jo raskauden alkuvaiheessa ja asiakassuhde päättyy synnytyksen jälkeiseen lapsivuodeaikaan. (Abdelhamid ym. 2009, 232.)

Synnytyksen hoidossa pitää ottaa huomioon kulttuurinen moninaisuus, kuten kielelliset ja uskonnolliset tekijät ja niihin liittyviä erityispiirteitä tulee kunnioittaa. Kulttuuriset tekijät eivät kuitenkaan saa estää tutkimustietoon perustuvan hoidon toteuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 1 & 3.) Kaikille synnyttäjille on tarjottava yhdenvertainen mahdollisuus riittävän korkeatasoiseen ja asiantuntevaan synnytykseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 2).

Synnyttäviä naisia ja heidän perheitään hoitavien koulutuksessa tulee aikaista enemmän panostaa vuorovaikutus ja yhteistyökykyyn (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 4). Kulttuuri vaikuttaa tunteiden ilmaisuun ja sanallisen ja sanattoman ilmaisun soveliaisuuteen (Newman Giger & Davidhizar 2004, 22). Vuorovaikutuksen ongelmat ovat usein sairaanhoitajan ja potilaan esteenä heidän tullessa eri kulttuureista (Newman Giger & Davidhizar 2004, 22).

Neuvoloilla on taipumus siirtää maahanmuuttaja-asiakkaita erikoissairaanhoidon piiriin kommunikointivaikeuksien vuoksi. Parantamalla neuvolahenkilökunnan valmiuksia kohdata maahanmuuttaja-asiakas ja järjestämällä tulkkipalveluita sekä aikaresursseja, voitaisiin tätä erikoissairaanhoidon turhaa kuormittumista vähentää. (Apter ym. 2009, 17.) Synnyttäjän kohdalla tulkin käyttö on usein ongelmallista, sillä synnytyksen ajankohtaa ei voi ennustaa tarkasti. (Tanttu 1997, 58).

Silvennoisen tutkimuksen (2000, 60) mukaan lapsen syntyessä maahanmuuttaja-äidit odottavat hoitoa joka on hoivaavaa, tukevaa ja kulttuurisesti tarkoituksenmukaista. Kulttuurilla on tärkeä merkitys synnytyskokemuksessa (Tanttu 1997, 65). Lapsen syntymä on kaikissa kulttuureissa paljon muutakin kuin biologinen tapahtuma. Raskaus on siirtymävaihe, jonka aikana naisen sosiaalinen status muuttuu naisesta äidiksi. Raskaus integroituu naisen eri elämänalueisiin. (Abdelhamid ym. 2009, 232.)

5.3 Synnytys Ranskassa

Vuonna 2010 Ranskassa syntyi 808 059 lasta (SAE 2010 Q16 2010). Synnytyksistä 64 % tapahtui julkisissa sairaaloissa ja 36 % yksityisissä sairaaloissa (Enquête nationale périnatale 2010 2011, 78). Vuonna 2010 synnytyksistä 79,7 % hoiti kättilö ja 17,8 %:ssa synnytyksessä mukana oli naistentautien- ja synnytysten erikoislääkäri (Enquête nationale périnatale 2010 2011, 79). Synnyttänyt äiti vietti ranskalaisessa sairaalassa keskimäärin 4,4 päivää synnytyksen jälkeen (Enquête nationale périnatale 2010 2011, 87).

Ranskassa synnyttäjien keski-ikä on noussut viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Synnyttäjien keski-ikä vuonna 2009 oli 29,9 vuotta. Vuonna 2009

synnyttäneistä äideistä 22 % oli 35-vuotiaita tai vanhempia. (Des mariages et des naissances 2009.)

Vuonna 2010 keisarileikkauksia tehtiin 20,4 %:lle synnyttäjistä. Luku on vajaa prosentoin suurempi verrattuna kuuden vuoden takaiseen tutkimukseen, jolloin keisarileikkauksia tehtiin 19,2 %. (SAE 2010 Q16 2010.) Epiosotomioita tehtiin 26,9 %:lle alateitse synnyttäneelle (Enquête nationale périnatale 2010 2011, 80). Ranskassa lääkkeellinen kivunhoito on yleistä, vuonna 2010 spinaali- tai epiduraalipuudutteen sai 69,9 % synnyttävistä naisista (SAE 2010 Q16 2010).

6 OPINNÄYTETYÖN TUTKITTAVAT KYSYMYKSET, TAVOITE JA TARKOITUS

6.1 Tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla ranskalaisen naisen synnytyskokemusta Suomessa. Tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia ja koota mahdollisia kehittämisehdotuksia. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä ranskalaisen kulttuurin mukaista hoitotyötä synnytysosastolla.

6.2 Tutkimuskysymykset

Miten työperäisen maahanmuuton vuoksi muuttanut ranskalainen äiti kokee synnytyksen Suomessa?

Miten ranskalainen synnytystapahtuma eroaa suomalaisesta synnytystapahtumasta ranskalaisen äidin kuvailemana?

Miten ranskalainen äiti kokee hoitajan kulttuurisen kompetenssin synnytystapahtuman aikana?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen tutkimus liittyy asenteisiin, uskomuksiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Sen määrittelyssä korostuvat ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen, sekä ihmisten käsitysten kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 49.) Kvalitatiivisen tutkimuksen merkitys on lisätä tutkimusilmiön ymmärtämystä. Monia hoitamisen ilmiöitä ei voida pelkästään mitata määrällisesti tai tutkia havainnoimalla, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan usein ihmisten omia kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 57.) Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistot ovat yleensä otokseltaan pienempiä verrattuna kvantitatiiviseen tutkimukseen ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 83).

Kvalitatiivista tutkimusta varten kootaan aineistoja monin tavoin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 93). Aineistonkeruumenetelmänä haastattelua voi luokitella haastatteluun osallistuvien lukumäärän ja strukturoinnin mukaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 95).

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on joustava ja se sopii moniin erilaisiin lähtökohtiin ja tarkoitukseen (Hirsijärvi & Hurme 2008, 14). Haastattelun tarkoituksena on informaation kerääminen ja se on ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa (Hirsijärvi & Hurme 2008, 42). Yksilöhaastattelu sopii aineistonkeruun erityisesti silloin kun tutkimusaihe on sensitiivinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 95).

Puolistrukturoidussa haastattelussa eli teemahaastattelussa korostuvat ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 97). Teemahaastattelu lähtee siitä oletuksesta että sillä voidaan tutkia kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 48).

Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan teemahaastattelu etenee määrättyjen teemojen mukaan (Hirsijärvi & Hurme 2008, 47). Siitä puuttuu strukturoidun haastattelun kysymysten tarkka muotoilu ja järjestys, mutta siinä ei ole myöskään samaa vapautta kuin syvähaastattelussa (Hirsijärvi & Hurme 2008, 48). Teema-alueet ovat pelkistettyjä luetteloita, alueita joihin varsinaiset kysymykset kohdistuvat ja haastattelutilanteessa ne toimivat ohjaamassa keskustelua (Hirsijärvi & Hurme 2008, 66). Teemahaastattelun kysymysten muotoilu voi muuttua tilanteen mukaan tai niiden järjestys voi vaihdella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 97). Haastattelija voi syventää ja tarkentaa keskustelua teema-alueiden pohjalta (Hirsijärvi & Hurme 2008, 67). Haastattelussa pitäydytään kuitenkin etsimään vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 97).

7.2 Tutkimusaineiston kerääminen

Opinnäytetyön tiedonantajat tavoitettiin lähettämällä sähköpostia Raumalla asuvien ranskalaisten naisten yhteyshenkilölle. Sähköpostista kävi ilmi opinnäytetyön tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tietosuojakysymykset. Yhteyshenkilö välitti sähköpostin eteenpäin Suomessa synnyttäneille äideille, jolloin osallistujat ilmoittivat halukkuutensa suoraan opinnäytetyön tekijälle. Halukkaita äitejä ilmoittautui yhteensä kuusi. Suomesta jo pois muuttaneiden äitien karsimisen jälkeen haastatteluun valikoitui kolme Suomessa asuvaa ranskalaista äitiä.

Haastatellut äidit olivat asuneet Suomessa 3 - 3,5 vuotta. Kaksi äitiä synnytti ensimmäisen lapsensa Suomessa ja yhden äidin molemmat lapset syntyivät Suomessa. Kaikki äidit asuivat haastatteluhetkellä Suomessa. Tutkimukseen osallistuneet äidit saivat itse päättää haastattelupaikan. Kahdessa tapauksessa haastattelupaikaksi valikoitui haastateltavan oma koti, yhden äidin kanssa haastattelu tapahtui kahvilassa. Haastattelukielenä oli englanti. Ennen haastatteluja haastattelija kertasi osallistujan kanssa sähköpostissa esitetyt asiat: opinnäytetyön tarkoituksen, osallistujan vapaaehtoisuuden haastatteluun ja tietosuoja-asiat. Haastatteluja ohjasi teemahaastattelun runko (Liite 1). Kaikissa haastattelutilanteissa olivat mukana äitien

lapset, jotka leikkivät tai nukkuivat haastattelujen ajan. Haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla.

7.3 Tutkimusaineiston analysointi

Aineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä johon useimmat erinimiset laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja sen avulla on mahdollista tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21).

Alasuutarin (2007, 39) mukaan laadullinen analyysi koostu kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Havaintojen pelkistämisessä erotetaan kaksi osaa. Ensimmäisessä osassa aineistoa tarkastellaan vain tietyistä teoreettis-metodologisesta näkökulmasta ja kiinnitetään huomiota vain teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksenasettelun kannalta olennaisiin asioihin. Näin analyysin kohteena oleva teksti pelkistyy hallittavaksi määräksi erilaisia "raakahavaintoja". Toisessa vaiheessa jatketaan havaintomäärän karsimista havaintojen yhdistämisellä. Erillisiä raakahavaintoja yhdistetään etsimällä havainnoille yhteinen piirre tai muotoilemalla koko aineistoon pätevä sääntö. Näin raakahavainnot saadaan yhdistettyä yhdeksi havainnoksi tai havaintojen joukoksi. (Alasuutari 2007, 40.)

Luin litteroidut haastattelut useaan kertaan ja palautin mieleeni opinnäytetyöni tutkimuskysymykset. Poimin haastatteluista teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksenasettelun kannalta olennaiset havainnot ja koodasin ne.

Yksittäisten havaintojen koodaamisen jälkeen aloin yhdistellä havaintoja saadakseni erilaisia havaintojoukkoja. Nimesin havaintojoukot niiden merkityksen ja sisällön mukaan. Havaintojoukot noudattelivat teemahaastattelun runkoa ja nimesin ne teemahaastattelun rungon mukaisesti. Havaintojoukot olivat synnytykokemus,

kokemus hoitotyöntekijän kulttuurisesta kompetenssista ja erot suomalaiseen synnytykseen.

Laadullisen analyysin toinen vaihe on arvoituksen ratkaiseminen jota voidaan nimittää myös tulosten tulkinnaksi. Arvoituksen ratkaiseminen tarkoittaa että tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden perusteella tutkittavasta ilmiöstä tehdään merkitystulkinta (Alasuutari 2007, 44.)

8 TULOKSET

8.1 Taustatiedot

Haastatteluun osallistui kolme ranskalaista naista. Heistä kaksi oli asunut Suomessa kolme vuotta ja yksi 3,5 vuotta. Kaikki äidit puhuivat äidinkielenään ranskaa. Kaksi äitiä synnytti ensimmäisen lapsensa Suomessa ja yhden äidin molemmat lapset syntyivät Suomessa. Kaikki äidit asuivat haastatteluhetkellä Suomessa.

8.2 Synnytyskokemus

Äidit kokivat synnytyksen aikana pääosin myönteisiä tunteita. He olivat luottavaisia ja kokivat olevansa kiitollisia henkilökunnalle synnytyksen aikana saamastaan hoidosta.

“...I was very confident...”

“And the labour went really fast, easily I can say.”

8.2.1 Perheen asema

Haastatteluissa nousi esille synnyttäjän tyytyväisyys perheen läsnäolon sallimiseen synnytyksen aikana.

“It’s very nice because my husband can stay with me during the injection...”

Synnyttäjät kokivat perheen läsnäolon myönteisenä ja kertoivat tunteneensa olonsa mukavaksi. Äidit kokivat isän mukanaolon helpottaneen heidän oloaan. He kokivat että isän kanssa puhuminen oli tärkeää ja että isän läsnäolo rauhoitti toimenpiteiden aikana. He kokivat että isän aktiivinen osallistuminen synnytykseen auttoi isän roolin sisäistämisessä.

8.2.2 Varhainen vuorovaikutus vauvan kanssa

Synnytyksen jälkeinen hetki isän ja vastasyntyneen kanssa oli erityisen tärkeää äidille. Äidit arvostivat lyhyttä rauhallista hetkeä uuden perheenjäsenen kanssa. Eräs äideistä halusi synnytykseen mukaan lapsen isän lisäksi myös oman äitinsä ja hän oli tyytyväinen hoitohenkilökunnan tehdessä sen mahdolliseksi.

8.2.3 Turvallinen hoitopaikka

Äidit arvostivat turvallista hoitopaikkaa. Sairaalassa ollessaan he olivat luottavaisia ja tunsivat olevansa turvallisessa paikassa. He kokivat sairaalan olevan heille hyvä paikka toipua synnytyksestä, koska heidän ei tarvinnut huolehtia kotona tehtävistä arkitoista, kuten pyykinpesusta ja ruuanlaitosta. Heidän mielestään sairaalassa oli riittävästi henkilökuntaa. Synnyttäjät kokivat luottavansa hoitotyöntekijöihin ja he tunsivat olonsa turvalliseksi synnytyksen aikana.

“...it was more safe feeling because I knew I was in a good place. Everything was under control.”

8.2.4 Hoitotyöntekijöiden tuki

Ranskalaiset äidit kokivat hoitotyöntekijöiden olleen läsnä ja he kokivat tullessa huomioituiksi ja kuulluiksi. Heidän mielestä oli helppo esittää kysymyksiä. Äidit

kokivat myös saaneensa hoitohenkilökunnalta vastauksia jotka antoivat heille lisätietoa synnytyksestä ja siihen liittyvistä asioista.

“...the nurses were really nice and very here to listen if I needed something to help me.”

Äidit kokivat saaneensa hoitajilta ymmärrystä ja läsnäoloa. Hoitohenkilökunta huomioi äitiä ja piti huolen että äidit saivat tarvitsemansa avun. Äidit kokivat että henkilökunta oli aina saatavilla. He kokivat voivansa vaikuttaa synnytyksen kulkuun omilla valinnoillaan. Äitien mielestä heidän yksilöllisiä tarpeita huomioitiin. Yksi äideistä arvosti vapauttaan valita hänelle paras synnytysasento.

8.2.5 Synnytyksen hoito

Synnytyksen hoito oli tärkeä osa synnytyskokemusta. Synnytyksen aikana tärkeää oli rauhallisuus. Äidit arvostivat hoitohenkilökunnan rauhallisuutta. He olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan tapaan toimia synnytyksessä vauvaa ajatellen himmentämällä valot ja puhumalla hiljaa.

Kaksi lasta synnyttänyt äiti koki ensimmäisessä synnytyksessä hoitohenkilökunnan olleen rauhattomampi kuin jälkimmäisessä synnytyksessä. Jälkimmäisessä synnytyksessä hän arvosti hoitotyöntekijän rauhallista työtettä ja vauvan huomioimista.

8.2.6 Kivunlievitys

Haastatteluissa nousi esille onnistuneen kivunlievityksen tärkeys. Äidit kokivat saaneensa hyvin kivunlievitystä. Hoitohenkilökunta seurasi synnyttäjän kipuja usein ja tarvittaessa he vaihtoivat kivunlievitysmuotoa. Äidit olivat hyvin kiitollisia nopeasta ja tehokkaasta kivunlievityksestä.

8.2.7 Vauvan synnytyksen jälkeinen terveydentila

Vauvan synnytyksen jälkeinen terveydentila heijastui synnytyskokemuksiin. Äidit kokivat huolta vastasyntyneen hyvinvoinnista. Kielteisiä tunteita äidit kokivat kun kyseessä oli huoli vauvasta tai kun vauva jouduttiin siirtämään pois äidin luota. He kokivat vauvan muualla olon vaikeana ja olivat huolissaan vauvasta.

“...so it's very difficult that I'm in the maternity and he (baby) is not with me.”

8.3 Kokemus sairaanhoitajan kulttuurisesta kompetenssista

Ranskalaiset äidit olivat pääosin tyytyväisiä suomalaisten hoitajien kulttuuriseen kompetenssiin. Äidit kertoivat pitäneensä Suomessa synnyttämisestä. He olivat tyytyväisiä hoitoon ja henkilökuntaan, sekä totesivat hoitosuhteiden toimineen hyvin.

Äidit totesivat hoitohenkilökunnan nähneen paljon vaivaa ja olleen tärkeänä tukena synnytyksen aikana. Äidit kertoivat pitävänsä suomalaisesta kulttuurista.

8.3.1 Hoitotyöntekijän ja äidin välinen kommunikointi

Synnytysten aikana hoitajat ja äidit puhuivat englantia. Useimmat haastatelluista kokivat että heidän kommunikointinsa hoitohenkilökunnan kanssa onnistui. He kertoivat että vaikeissakin tilanteissa he kykenivät ilmaisemaan tunteitaan huolimatta siitä että heidän sanavarastossaan oli puutteita. He totesivat suomalaisten olevan yleisesti lahjakkaita puhumaan englantia. Yksi äideistä oli kokenut epävarmuutta koska oli ollut tilanteita joissa hoitohenkilökunta ei ollut puhunut englantia. Hän kertoi myös olleensa huolissaan oman heikon englannin kielen taitonsa vuoksi.

“...so it's very difficult because the people don't speak english, just doctors speak english, so I don't know exactly what they do.”

Äidit tunsivat että epäselvissä tilanteissa hoitajat etsivät ratkaisukeinoja kommunikoinnin onnistumiseen. Tarvittaessa hoitohenkilökunta toisti asiaa niin kauan että ranskalainen äiti varmasti ymmärsi viestin.

Kommunikoinnin onnistumiseksi käytettiin myös erilaisia apukeinoja. Äidit kuvailivat apukeinoiksi materiaalin jossa oli valmiita käännöksiä tärkeistä lauseista, elekielen ja tarvittaessa toisen hoitajan tekemän tulkkauksen.

“...one gave a little piece of paper with a phrases in Finnish, and then I think... In English. And when she didn't know or when we were talking together, she look at her paper to see if there is a good word.”

Äideillä oli kokemuksia myös vuorovaikutussuhteen epäonnistumisesta. He kokivat että hoitaja oli jättänyt kertomatta asioita hoitoon liittyen.

“I think I understood everything. Just once... Maybe one thing I didn't understand it's a... It's not that I didn't understand, but the nurse, the nurse didn't tell me everything... She didn't tell me that the injection caused the feeling like you are drunk... I would have preferred to prevent this because it could have been quite dangerous.”

8.3.2 Ranskalaisen äidin kulttuurin ja tapojen huomioiminen

Äidit tunsivat että hoitohenkilökunta oli saanut tietoa ja kokemusta ranskalaisista käytännöistä. He totesivat että sairaalan henkilökunta oli tottunut hoitamaan ranskalaisia äitejä ja vauvoja. Hoitohenkilökunta myös ymmärsi ranskalaisten äitien toiveita ja kuunteli niitä. Joissain tilanteissa hoitohenkilökunta oli myös joutanut omista käytännöistään ymmärtäessään käytäntöjen olevan erilaisia Ranskassa. Eräs äideistä oli saanut vauvansa samalle osastolle hänen kanssaan normaalia aikaisemmin, sillä hoitohenkilökunta oli ymmärtänyt äidin huolen vauvasta. Kaksi lasta Suomessa synnyttänyt äiti koki että hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot olivat karttuneet synnytysten välillä.

“...they said “ok, it’s a bit small for the Finnish one but for the French one is good!”

Yhden äidin oli vaikea hyväksyä hänen vauvansa siirtämistä toiselle osastolle alhaisen verensokerin vuoksi. Hän kertoi miettineensä että jos hän olisi synnyttänyt Ranskassa, hänen vastasyntynyttä vauvaansa ei olisi siirretty hoitoon toiselle osastolle koska Ranskassa verensokeri olisi ollut riittävä.

Ranskalaiset äidit kokivat hoitajien olevan motivoituneita hoitamaan vieraista kulttuureista tulevia synnyttäjiä. Äidit myös arvelivat hoitohenkilökunnan pitävän siitä että sairaalassa oli usein ranskalaisia synnyttäjiä. He kokivat useimmiten olevansa tasa-arvoisessa asemassa suomalaisten synnyttäjien kanssa ja heidän mielestään hoitajat ottivat hyvin huomioon sen että äidit synnyttivät vieraassa maassa. He kokivat hoitajien olevan heille enemmän läsnä kuin normaalisti ja arvelivat sen johtuvan siitä että heidän muu perheensä asui kaukana. Toisaalta äidit kokivat hoidon olleen samanlaista heidän kansalaisuudestaan riippumatta ja henkilökemioiden olevan hoitopaikkaa tärkeämpiä.

8.3.3 Toiveena synnyttää Suomessa uudestaan

Kaikki äidit toivoivat voivansa synnyttää uudestaan Suomessa. He totesivat mieluummin synnyttävän Suomessa kuin omassa kotimaassaan. Yksi äiti kertoi myös olevansa stressaantunut jos hänen pitäisi synnyttää Ranskassa.

“Because I had a very good experience, I’m a little bit - not scared but - stressed to have another child in another country, even it would be mine.”

Kaikki äidit totesivat olevansa onnekkaita saadessaan synnyttää suomalaisessa sairaalassa.

8.4 Suomalaisen synnytystapahtuman erot ranskalaiseen synnytystapahtumaan

Haastateltavat kokivat ranskalaisen synnytystapahtuman poikkeavan suomalaisesta synnytystapahtumasta. Äidit kertoivat eroja löytyvän niin hoitokäytännöissä,

hoitotyöntekijöiden työtössä ja henkilökunnan resursseissa, kuin isän asemassa synnytyksen aikana.

8.4.1 Hoitokäytännöt

Ranskalaiset äidit kertoivat medikalisoinnin olevan erona suomalaisen ja ranskalaisen synnytyksen välillä. He kokivat monitoroinnin ja invasiivisten toimenpiteiden olevan yleisempiä Ranskassa. Suomessa monitorointia tehdään tarpeeseen, Ranskassa se on jatkuvaa. Äidit olivat tyytyväisiä ettei monitorointi rajoittanut heidän liikkumistaan. Eräs äideistä koki että Ranskassa sairaaloiden rahan tarve lisää keisarileikkausten ja episotomioiden määrää.

“(In France) we have for example more monitoring to listen baby’s heart during all the time, so we can’t walk or anything like that and here they just check sometimes but not all the time.”

Toisaalta he kokivat myös että hoitokäytännöissä vauvan syntymän jälkeen on eroja. Äidit totesivat vauvan voinnin seurannan olevan valvotumpaa ja että pieniin poikkeamiin puututaan Suomessa herkemmin.

8.4.2 Hoitotyöntekijöiden työote

Äidit näkivät eroja myös hoitohenkilökunnan työotteessa. He kokivat Suomessa hoitajien olevan rauhallisempia. Äitien mielestä Suomessa synnyttäjää kohdataan ihmisenä huomioiden jokaisen synnyttäjän oma persoona ja tarpeet. Suomessa synnyttäjää tuetaan voimakkaammin omiin valintoihin, kun taas Ranskassa ohjataan enemmän tietyn mallin mukaisesti. He totesivat suomalaisten hoitajien työn olevan yksilöllisempää.

“In France it’s one after one and we have a number but not a name. In Finland, they speak with us and they really... We are persons in Finland, in France we are numbers.”

“...Sometimes in France they give you so much tips or advices or you have to do that or that, then you are not you, you don’t make your own choice because they say that to you to make.”

He myös kokivat että suomalaisessa sairaalassa synnyttäjän kansallisuus ja kulttuuri otetaan paremmin huomioon. He arvelivat että suomalaisen synnyttäjän kulttuuria ja tapoja ei huomioitaisi Ranskassa.

8.4.3 Henkilökunnan resurssit

Äidit kokivat että Suomessa hoitohenkilökunnan resursseja on enemmän kuin Ranskassa. Suomalaisilla hoitajilla oli tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita ja huomioida heitä tarpeeksi. Heidän mielestään ranskalaisissa sairaaloissa on vähemmän hoitajia ja siksi hoitajat ovat siellä stressaantuneempia. Äitien mielestä suomalaisilla hoitajilla on enemmän aikaa synnyttäjille.

8.4.4 Isän asema

Haastateltavat kokivat isän aseman synnytyksessä olevan vahvempi Suomessa. Äidit kuvailivat että isällä oli synnytyksessä oma tärkeä ja aktiivinen roolinsa, kun taas Ranskassa isän rooli olisi ollut katsoa vierestä.

Suomessa isä on osallistuvampi synnytyksessä. Ranskassa isä ohjataan useammin pois huoneesta hoitajan toimesta. Äidit kokivat että suomalainen hoitohenkilökunta ottaa isän roolin tärkeyden huomioon paremmin kuin Ranskassa. Hoitohenkilökunta otti isän huomioon puhumalla ja kuuntelemalla häntä, sekä antamalla mahdollisuuden osallistua synnytystapahtumaan enemmän.

“I think the father is more present in Finland. In France the wife works with the nurse or midwife but the father is just here, he just looks. And in Finland they speak with the father, the father has really a place.”

Äidit kokivat isän osallistumisen synnytykseen tukevan isän roolin omaksumista ja voimistavan sitä. He kokivat että Suomessa isä ymmärtää vanhemmuutensa jo synnytyksen aikana kun taas Ranskassa isän vanhemmuus alkaa vasta synnytyksen jälkeen.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset ratkaisut liittyvät kaikkiin tutkimuksiin (Hirsijärvi & Hurme 2008, 19). Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat yhdessä. Tutkimuksen uskottavuus perustuu siihen että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.) Haastattelututkimuksessa eettiset ongelmat ovat monitahoisia (Hirsijärvi & Hurme 2008, 19). Suomen akatemian tutkimuseettisiä periaatteita noudatettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan (Suomen akatemia 2003, 5 - 6).

Opinnäytetyöni aihe kumpusi kiinnostuksestani ulkomaalaisten kokemuksiin terveyden- ja sairaanhoidosta Suomessa. Eri maiden hoitotyön käytäntöjen erot ovat kiinnittäneet huomioni osallistuessani monikulttuurisiin hoitotyön ohjelmiin ja kursseihin sekä ulkomailla että Suomessa. Olen myös työskennellyt monikulttuurisessa työympäristössä ja kohdannut monia Suomeen tulleita ekspatriaatteja. Haluni laajentaa tietämystäni synnytyksestä ja monikulttuurisesta hoitotyöstä saivat minut tarkentamaan opinnäytetyöni aiheen koskemaan ranskalaisten äitien synnytyskokemuksia.

Opinnäytetyön aiheen valinta on perusteltavissa uuden tiedon etsimisen ohella myös tutkittavan ryhmän yleisen hyvän edistämisellä (Hirsijärvi & Hurme 2008, 19). Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia ja koota mahdollisia kehittämisehdotuksia. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös että sen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä ranskalaisen kulttuurin mukaista hoitotyötä synnytysosastolla.

Opinnäytetyön teossa kunnioitettiin tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskevia normeja Tuomen ja Sarajärven (2009, 131) esittämän normiston mukaan. Haastatteluun osallistuneille selvitettiin opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimusmenetelmä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tiedonantajille kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ja oikeudesta kieltää itseään koskevan aineiston käyttö.

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt tavoitettiin lähettämällä sähköpostia Raumalla asuvien ranskalaisten naisten yhteyshenkilölle. Yhteyshenkilö välitti sähköpostin eteenpäin Suomessa synnyttäneille äideille, jolloin osallistujilla oli mahdollisuus ilmoittaa halukkuutensa osallistua tutkimukseen suoraan opinnäytetyön tekijälle. Haastateltujen halua osallistua opinnäytetyöhön kuvasi myös heidän oma-aloitteinen yhteydenottonsa opinnäytetyön tekijään. Osallistujien oikeudet ja hyvinvointi pyrittiin turvaamaan etukäteen pohtimalla sensitiivisen tutkimusaiheen käsittelyä. Haastatteluissa saatuja tietoja ei luovutettu ulkopuolisille, eikä käytetty muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Kaikille haastateltaville taattiin anonymiteetin säilyminen. Haastateltavien kokemukset kuvailtiin niin, ettei haastateltavia ole mahdollista tunnistaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Opinnäytetyön tekijä on noudattanut rehellisyyttä, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta kaikissa opinnäytetyöprosessin vaiheissa ja opinnäytetyön tulokset on raportoitu pyrkien totuudenmukaisuuteen ja kunnioittaen avoimuutta (Suomen akatemia 2003, 5 - 7).

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Haastattelututkimuksessa tutkimuksen laatua tulee tarkkailla kaikissa prosessin eri vaiheissa (Hirsijärvi & Hurme 2008, 185). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee huomioida koko tutkimusprosessi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.)

Opinnäytetyön tekeminen alkoi aiheen valinnalla loppuvuodesta 2010. Aiheeseen liittyvään aineistoon perehtyminen alkoi maaliskuussa 2011 jolloin tarkentuivat opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Tutkimusmetodiksi valikoitui haastattelu, sillä monia hoitamisen ilmiöitä ei voida pelkästään mitata määrällisesti, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan usein ihmisten omia kuvauksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 57).

Haastattelut sijoittuivat saman vuoden heinä-elokuuhun. Aineiston analyysi valmistui lokakuussa 2011. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla kolmea ranskalaista Suomessa synnyttäneitä naisia. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt tavoitettiin lähettämällä sähköpostia Raumalla asuvien ranskalaisten naisten yhteyshenkilölle. Yhteyshenkilö välitti sähköpostin eteenpäin Suomessa synnyttäneille äideille, jolloin osallistujilla oli mahdollisuus ilmoittaa halukkuutensa osallistua tutkimukseen suoraan opinnäytetyön tekijälle. Halukkaita äitejä ilmoittautui yhteensä kuusi. Suomesta jo pois muuttaneiden äitien karsimisen jälkeen haastatteluun valikoitui kolme Suomessa asuvaa ranskalaista äitiä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastattelunauhut purettiin litteroimalla.

Aineiston analyysimuodoksi valikoitui sisällönanalyysi, koska sen avulla on mahdollista tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21).

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistot ovat yleensä otokseltaan pienempiä verrattuna kvantitatiiviseen tutkimukseen eikä kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitella tilastollista yleistettävyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2008, 83). Pienestä otoksesta johtuen opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin Suomessa synnyttäneihin ranskalaisiin äiteihin.

9.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ranskalaisen naisen synnytyskokemusta Suomessa. Tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia ja

koota mahdollisia kehittämisehdotuksia. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä ranskalaisen kulttuurin mukaista hoitotyötä synnytysosastolla.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

Miten työperäisen maahanmuuton vuoksi muuttanut ranskalainen äiti kokee synnytyksen Suomessa?

Miten ranskalainen synnytystapahtuma eroaa suomalaisesta synnytystapahtumasta ranskalaisen äidin kuvailemana?

Miten ranskalainen äiti kokee hoitajan kulttuurisen kompetenssin synnytystapahtuman aikana?

Opinnäytetyötä varten haastateltujen ranskalaisten äitien synnytyskokemukset olivat pääosin myönteisiä. Synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät osoittautuivat monilta osin yhteneväisiksi suomalaisia äitejä käsittävien tutkimusten kanssa (Vallimies-Patomäki 1998, 51 & 163). Tässä opinnäytetyössä äidit mainitsivat synnytyskokemukseen vaikuttaviksi tekijöiksi perheen tuen, varhaisen vuorovaikutuksen vauvan kanssa, turvallisen hoitopaikan, hoitotyöntekijöiden tuen, synnytyksen hoidon, kivunlievityksen ja vauvan synnytyksen jälkeisen terveydentilan.

Äidit kokivat isän läsnäolon myönteisenä ja isän mukana olon helpottaneen synnytystä. Sairaala oli heille turvallinen paikka synnyttää ja heistä sairaala oli hyvä paikka toipumiseen.

Synnyttäjät kokivat luottavansa hoitotyöntekijöihin. Hoitotyöntekijät tarjosivat äideille ymmärtämystä ja läsnäoloa. Äidit arvostivat heidän yksilöllisten tarpeidensa huomioimista. Äitien mielestä hoitajien rauhallisuus oli tärkeää synnytyksen aikana. Äidit olivat tyytyväisiä saamaansa kivunlievitykseen.

Huoli vauvan terveydentilasta vaikutti äitien synnytyskokemuksiin negatiivisesti. Kielteisiä tunteita aiheutti vauvan siirtäminen toiselle osastolle hoitoon.

Opinnäytetyön tulokset ranskalaisten äitien kokemuksista suomalaisesta sairaanhoidosta ja hoitohenkilökunnasta olivat samansuuntaisia aikaisempien maahanmuuttajien kokemuksiin keskittyvien tutkimusten kanssa (Taavela 1999, 123; Tanttu 1997, 57). Äidit olivat pääosin tyytyväisiä suomalaisten hoitajien kulttuuriseen kompetenssiin ja he kokivat tullessa hyvin kohdelluiksi.

Synnytyksissä hoitaja ja äiti puhuivat englantia. Useimmat haastatelluista äideistä kokivat kommunikoinnin onnistuneen. Kommunikoinnin apukeinoina äidit mainitsivat materiaalin jossa oli valmiita käännöksiä tärkeistä lauseista, elekielen ja tarvittaessa toisen hoitajan tekemän tulkkauksen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on käynyt ilmi yhteisen kielen puuttumisen aiheuttavan ongelmia kommunikointiin (Tanttu 1997, 57). Tässä opinnäytetyössä äidit kuvasivat myös vuorovaikutustilanteita, jolloin hoitaja jätti kertomatta hoitoon liittyviä asioita.

Äidit olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan tietoon ja kokemukseen hoitaa ranskalaisia äitejä ja vauvoja. Äidit tunsivat että hoitohenkilökunta oli joutanut omista käytännöistään huomioiden ranskalaiset hoitokäytännöt. Yhden äideistä oli ollut vaikea hyväksyä hänen vauvansa siirtämistä toiselle osastolle sillä hän koki että ranskalaisessa sairaalassa siirtämistä ei olisi nähty tarpeelliseksi.

Äidit kokivat henkilökunnan olleen motivoituneen hoitamaan vieraasta kulttuurista tulevia synnyttäjiä. He kokivat hoitajien olleen normaalia enemmän läsnä. Toisaalta äidit kokivat saaneensa tasa-arvoista hoitoa kansalaisuudestaan riippumatta. Kaikki äidit toivoivat voivansa synnyttää uudestaan Suomessa.

Haastatellut äidit näkivät eroja ranskalaisen ja suomalaisen synnytystapahtuman välillä. He kokivat Suomessa olevan vähemmän monitorointia ja invasiivisia toimenpiteitä kuin Ranskassa. Toisaalta äidit kokivat että Suomessa synnytyksen jälkeen vauvan vointia seurataan tarkemmin ja että pieniin poikkeamiin tartutaan herkemmin. Heidän mielestään Suomessa synnyttäjän persoona ja yksilölliset tarpeet huomioidaan paremmin kuin Ranskassa. Äidit arvelivat että Suomessa synnyttäjän kansallisuus ja kulttuuri otetaan paremmin huomioon kuin Ranskassa. Heidän mielestään Suomessa henkilökunnan resurssit ovat parempia kuin Ranskassa ja tästä syystä suomalaisilla hoitajilla on enemmän aikaa synnyttäjille. Haastateltavat kokivat

että Suomessa isän asema on synnytyksessä aktiivisempi ja että hoitohenkilökunta huomioi isää enemmän. He kokivat että Suomessa isä omaksuu roolinsa jo synnytyksessä kun taas Ranskassa isän rooli kehittyy vasta synnytyksen jälkeen.

9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Teemahaastattelulla pystyttiin tuottamaan tietoa yksilön kokemuksista, ajatuksista, uskomuksista ja tunteista (Hirsijärvi & Hurme 2008, 48). Haastattelujen kautta saatiin ranskalaisten Suomessa synnyttäneiden äitien yksilöllisiä kokemuksia synnytyksestä ja suomalaisista hoitotyöntekijöistä sekä suomalaisen ja ranskalaisen synnytyskäytäntöjen eroista.

1. Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni että ranskalaiset naiset pitivät synnytyskokemustaan yleisesti hyvänä ja he toivoivat voivansa synnyttää Suomessa uudestaan. Synnytyskokemukseen vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat perheen tuki, varhainen vuorovaikutus vauvan kanssa, turvallinen hoitopaikka, hoitotyöntekijöiden tuki, synnytyksen hoito, äidin kivunlievitys ja vauvan synnytyksen jälkeinen terveydentila.

2. Synnyttäneet äidit kuvasivat kommunikoinnin synnytyksen aikana sujuneen pääosin hyvin, vaikka tuloksissa tuli myös ilmi tapauksia, joissa äidit kokivat hoitotyöntekijän jättäneen kertomatta hoitoon liittyviä asioita. Hoitotyöntekijät tunsivat hyvin ranskalaista kulttuuria sekä sen käytäntöjä, ja he käyttivät tietoa hoitaessaan ranskalaisia äitejä ja vauvoja.

3. Äidit näkivät monia eroja ranskalaisten ja suomalaisten synnytyskäytäntöjen välillä. He kuvasivat invasiivisten toimenpiteiden ja monitoroinnin olevan yleisempiä Ranskassa. He kokivat myös suomalaisen hoitokäytäntöjen huomioivan potilaita yksilöllisemmin ja isän aseman olevan Suomessa aktiivisempi. Lisäksi he mainitsivat suomalaisilla hoitajilla olevan enemmän aikaa synnyttäjille ja totesivat sen johtuvan paremmista resursseista.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla hoitotyöntekijän kokemukset ja valmiudet kohdata ranskalainen synnyttäjä.

LÄHTEET

Abdelhamid, P. 2004. Hoitamisen itsestäänselvyydet ja näkymättömät haasteet – hoitajien kertomuksia etnisesti erilaisien potilaiden hoitosuhteista. Kuopion yliopisto.

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ahonen, P. 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turku: Turun yliopisto.

Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. 2006. Helsinki: Opetusministeriö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 24.3.2011.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Apter, D., Eskola M-S, Kettu N. & Säävälä M. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väestöliitto.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=340923&name=DLFE-9408.pdf

Campinha-Bacote, J. 2003. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services – A Culturally competent model of care.

Care in normal birth, A practical guide. 1996. Geneva: World Health Organisation, Maternal and newborn health / Safe motherhood unit. Viitattu 29.3.2011.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Des mariages et des naissances encore plus tardifs. 2009. Institut national de la statistique et des études économiques. Viitattu 25.9.2011.
www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1276#inter3

Enquête nationale périnatale 2010. 2011. Ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé. Viitattu. 25.9.2011.

Eskola, K. & Hytönen E. 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Hellsten, K. 2009. Ulkomaantyö. Helsinki: Gummerus Kirjapaino.

Hirsijärvi, S. & Hurme H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Ikonen, E-R. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi, käsiteanalyttinen tutkimus hybridisellä mallilla. Hoitotiede 3, 140-151.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kivivirta, L., Vehviläinen-Julkunen, K., Lauri, S. & Callister, L-C. 1994. Eri kulttuureissa elävien naisten kokemuksia synnytyksestä ja äitiydestä. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja 9:1994.

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta. 1999. 493/1999. Viitattu 11.4.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990493>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/785. Viitattu 11.4.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21-43.

Leininger, M. & McFarland M. 1995. Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practise, Third edition. USA: McGraw-Hill Companies, Inc.

Lith, P. 2007. Työnteko yli rajojen lisääntyä. Viitattu 4.5.2011.
http://www.stat.fi/artikkelit/2007/art_2007-11-07_005.html?s=1

Myrskylä, P. 2010. Maahanmuutossa suuria vuosivaihteluita. Viitattu 4.5.2011.
http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2010/art_2010-07-09_001.html

Newman Giger, J. & Davidhizar, R. 2004. Transcultural Nursing, Assesment & Intervention. Missouri: Mosby, Inc.

Papadopoulos, I. 2006. Transcultural Health and Social Care - Development of culturally competent practitioners. Elsevier.

Perustuslaki. 1999. 11.6.1999/731. Viitattu 11.4.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Piensoho, T. 2001. Äitiyden alkumetrin. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsinki: Yliopistopaino.

SAE 2010 Q16 – Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale. 2010. Statistique annuelle des établissements de santé. Viitattu 25.9.2011.
www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2010/dwd_dwsaff1.aspx

Sarparanta, K. 2011. Vanhempi asiantuntija, Teollisuuden Voima Oyj. Olkiluoto. Sähköpostikeskustelu 17.10.2011.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Viitattu 29.3.2011.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1169630707750/passthru.pdf>

- Silvennoinen, P. 2000. Kulttuurinmukainen tarpeenmääritys äitiysneuvolassa. Kuopion yliopisto.
- Sisäasianministeriön www-sivut. 2011. Maahanmuutto Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa vuosina 2010-2011. Viitattu: 5.5.2011. <http://www.intermin.fi/>
- Sorainen, O. 2007. Ulkomaalainen työntekijä – Rekrytointi, maahantulo ja työnteko. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Suomen akatemia. Viitattu 29.9.2011. <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>
- Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Viitattu: 29.3.2011. www.suomenkatiloliitto.fi/static/Hyva_synnytys_250310.pdf
- Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 4.5.2011. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf
- Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelun laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Tanttu, K. 1997. Vierasmaalainen perhe äitiyshuollon asiakkaana. Monikulttuurinen näkökulma perheen toimivuudesta ja lapsen syntymään liittyvistä käsityksistä ja kokemuksista. Tampereen yliopisto.
- Teollisuuden Voima Oyj:n www-sivut. 2011. Viitattu 17.10.2011. <http://www.tvo.fi/www/page/etusivu/>
- Terveydenhuoltolaki. 2010. 30.12.2010 / 1326. Viitattu 8.8.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tuokko, T. 2007. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Kuopion yliopisto.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.
- Ulkomaalaislaki. 2004. 301/2004. Viitattu 11.4.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040301>
- Universal Declaration of Human Rights. viitattu 11.4.2004. <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

Vallimies-Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana, Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Viitala, R. 2009. Henkilöstöjohtaminen – Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Väestörakenne 2010. 2010. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 4.5.2011.
http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tie_001_fi.html.

Vähemmistövaltuutetun www-sivut. 2011. Viitattu 12.4.2011.
<http://www.intermin.fi/intermin/vvt/home.nsf/pages/index1>

Yhdenvertaisuuslaki. 2004. 20.1.2004 /21. Viitattu 11.4.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021>

Teemahaastattelun runko

Taustakysymykset

Asumisaika Suomessa:

Kuinka mones lapsi:

Synnytyskokemus

Synnytyskokemuksen kuvailu

Synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät äidin kuvailemana

Kokemus hoitajan kulttuurisesta kompetenssista

Äidin kokemukset sairaanhoitajan kulttuurisesta kompetenssista

Ikosen (2007, 148) mukaan kulttuurinen kompetenssi on prosessina kehittyvä ja kokemuksen myötä kertyvä ammattiosaamisen osa-alue. ”Kulttuurinen kompetenssi on hoitotyöntekijän herkkyyttä nähdä asiakkaan kulttuurinen ulottuvuus sekä taitoa olla dialogisessa hoitosuhteessa vierasta kulttuuria edustavan asiakkaan kanssa hyödyntäen siinä kulttuuritietoa. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi mahdollistaa eettisesti hyväksyttävän hoitosuhteen ja voimaistaa asiakasta.”

Erot suomalaiseen synnytykseen

Miten ranskalainen synnytystapahtuma poikkeaa suomalaisesta synnytystapahtumasta äidin kuvailemana?