

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Pekkala Tiina**  
**Sieppi Jessica**  
**2012**

**PAKOLAISTAUSTAISET MAAHANMUUT-  
TAJAT ROVANIEMEN KAUPUNGIN PE-  
RUSTERVEYDENHUOLLOSSA**



**Rovaniemen**  
**ammattikorkeakoulu**  
University of Applied Sciences

Hoitotyön koulutusohjelma

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

**PAKOLAISTAUSTAISET MAAHANMUUTTAJAT RO-  
VANIEMEN KAUPUNGIN PERUSTERVEYDENHUOL-  
LOSSA**

Pekkala Tiina  
Sieppi Jessica

2012

Toimeksiantaja Rovaniemen kaupunki

Ohjaajat Niskala Aila ja Seppänen Raija

---

<b>Tekijät</b>	Tiina Pekkala ja Jessica Sieppi	Vuosi 2012
<b>Toimeksiantaja</b>	Rovaniemen kaupunki	
<b>Työn nimi</b>	Pakolaistaustaiset maahanmuuttajat Rovaniemen kaupungin perusterveydenhuollossa	
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	48+5	

---

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Tavoitteenamme oli tuottaa saatujen tutkimustulosten avulla lisää tietoa pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa tehtävään hoito- ja terveydenhoitotyöhön.

Tutkimuksemme toteutettiin laadullisella tutkimusotteella. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme avointa haastattelua. Haastattelimme neljää pakolaistaustaista maahanmuuttajaa, joilla oli kokemuksia äitiysneuvolan ja avovastaanoton palveluista. Aineiston analysoimme aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan pakolaistaustaiset maahanmuuttajat olivat pääosin tyytyväisiä hoidon laatuun ja palveluun äitiysneuvoloissa ja avovastaanotoilla. Suurimmaksi haasteeksi koettiin vuorovaikutus ilman yhteistä äidinkieltä. Esille nousi myös muutamia kehitysideoita: tulkin toivottiin olevan paikalla aina, ja kirjallisia ohjeita haluttiin omalla äidinkielellä. Toiveena myös oli, että vastaanottoajat voitaisiin varata maahanmuuttotoimiston kautta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää maahanmuuttajien kanssa tehtävän hoitotyön kehittämiseksi.

Avainsanat maahanmuuttaja, pakolainen, terveys, terveydenhuollon palvelut, kulttuuri, hoitotyö

---

<b>Authors</b>	Tiina Pekkala and Jessica Sieppi	Year	2012
<b>Commissioned by</b>	City of Rovaniemi		
<b>Subject of thesis</b>	Immigrants with Refugee Background in Basic Health Care of the City of Rovaniemi		
<b>Number of pages and appendices</b>	48+5		

---

The purpose of our research was to describe the experiences of refugee background immigrants with the services provided by registered nurses and public health care nurses in the maternity clinics and walk-in health care centres of the City of Rovaniemi. Our intention was to utilise the research findings to produce more information about treatment and health care work given to immigrants with a refugee background.

Our research was implemented by using qualitative research methods. We used open interviewing as our data collection method. We interviewed four immigrants with a refugee background who had experiences of the services provided by the maternity clinic and the walk-in health care centres. We conducted the analysis of the data according to inductive content analysis.

According to research findings, the immigrants with refugee background were mainly satisfied with the quality of treatment and services in the maternity clinics and walk-in health care centres. The biggest challenge was interaction without a common native language. A few ideas for development arose: the immigrants would like to have an interpreter always available and written instructions in their own native language. There were also suggestions that appointments could be made via the immigration office. Research findings can be utilised in the development of nursing and health care work with immigrants.

Key words                      immigrant, refugee, health, health care services,  
culture, nursing

## SISÄLTÖ

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>PAKOLAISTAUSTAISET MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA</b> .....	<b>5</b>
	3.1 MAAHANMUUTTAJA .....	5
	3.2 PAKOLAINEN .....	5
	3.3 PAKOLAISUUS SUOMESSA .....	6
	3.4 MONIKULTTUURISTUVA ROVANIEMI .....	7
<b>4</b>	<b>PAKOLAISTAUSTAISET MAAHANMUUTTAJAT TERVEYDENHUOLLOSSA</b> .....	<b>9</b>
	4.1 TERVEYS .....	9
	4.2 TERVEYDENHUOLLON PALVELUT .....	10
	4.3 PAKOLAISTEN TERVEYSKÄSITYKSET, TERVEYDENTILA JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ .....	11
	4.4 PAKOLAISTAUSTAISEN MAAHANMUUTTAJA-ASIAKKAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ .....	13
<b>5</b>	<b>KULTTUURIT HOITOTYÖSSÄ</b> .....	<b>15</b>
	5.1 KULTTUURI .....	15
	5.2 HOITOTYÖN KULTTUURINEN KOMPETENSSI .....	16
	5.3 KULTTUURISEN HERKKYYDEN KEHITTÄMISEN ASKELMAT .....	17
<b>6</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>20</b>
	6.1 TUTKIMUSMENETELMÄ .....	20
	6.2 AINEISTON KERUU JA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT .....	21
	6.3 TUTKIMUSAINESTON ANALYYSI .....	22
	6.4 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	23
<b>7</b>	<b>PAKOLAISTAUSTAISTEN MAAHANMUUTTAJIEN KOKEMUKSIA ÄITIYSNEUVOLOISTA JA TERVEYSKESKUKSEN AVOVASTAANOTOILTA</b> .....	<b>26</b>
	7.1 HOITOTYÖN PALVELUIDEN TARKASTELU .....	26
	7.2 VUOROVAIKUTUS .....	29
	7.3 KULTTUURIEN NÄYTTÄYTYMINEN .....	32
<b>8</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>35</b>
	8.1 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	35
	8.2 OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA OMA OPPIMINEN .....	40
	8.3 JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	42
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>43</b>
	<b>LIITTEET</b> .....	<b>48</b>

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2010 Suomessa on tilastoitu asuvan 167 954 ja Rovaniemellä 1306 ulkomaan kansalaista. Määrä on kymmenessä vuodessa noussut Suomessa lähes 80 000:lla. Rovaniemelläkin määrä on lisääntynyt yli puolella 2000-luvun alusta. Maahanmuuttajien kasvavasta määrästä huolimatta Suomessa ei ole juuri tehty tutkimuksia maahanmuuttajien terveystilanteista, vaikka maahanmuuttajia muuten onkin tutkittu (Pohjanpää–Paananen–Nieminen 2003, 7). Maahanmuuttajien lisääntyminen tuo haasteita myös terveydenhuoltoon, sillä monikulttuuristuminen vaatii hoitajien kulttuurisen osaamisen ja kompetenssin lisäämistä. Maahanmuuttajia hoidettaessa tulee hoitajan tuntee erilaisia kulttuureja ja myös kielimuuri tekee hoitotilanteista haastavia. Sen lisäksi työn maahanmuuttajien parissa haastavammaksi tekee se, että asiakkaat tulevat usein hyvin vaikeista olosuhteista ja heillä voi olla monenlaisia traumoja. (Abdelhamid–Juntunen–Koskinen 2009, 7, 34; Suopajarvi 2011.)

Olemme kiinnostuneita kansainvälisestä ja monikulttuurisesta hoitotyöstä. Koimme, että maahanmuuttajat olisivat meille haastava ja mielenkiintoinen, mutta ennen kaikkea hyödyllinen opinnäytetyön aihe. Molemmilla meistä on kokemuksia erilaisista kulttuureista, ja myös terveydenhuollossa olemme opiskeluaikana kohdanneet maahanmuuttajia. Haluamme työllämme syventää tietouttamme maahanmuuttajista ja heidän kanssaan tehtävästä hoito- ja terveydenhoitotyöstä sekä kehittää ammattitaitoamme tulevana hoitajina. Maahanmuuttajien lisääntyessä tulemme varmasti tulevaisuudessa kohtaamaan heitä paljon, oimmepa töissä missä tahansa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Toimeksiannon opinnäytetyöhömmme olemme saaneet Rovaniemen kaupungin terveystalokeskuksesta hoitotyön esimies Lempi Kukkotalta. Toimek-

siantosopimus on liitteenä tutkimuksessamme. (Liite 1) Toimeksiantaja odottaa meidän tutkimuksessamme selvittävän, miten pakolaistaustaiset asiakkaat Rovaniemen äitiysneuvoloissa ja avovastaanotoilla kokevat palvelun. Hän toivoo meidän tutkivan, kokevatko he saaneensa avun tarpeisiinsa. Työmme tavoitteena on tuottaa saatujen tutkimustulosten avulla lisää tietoa pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa tehtävään hoito- ja terveydenhoitotyöhön.

Keväällä 2010 valmistui Rovaniemen ammattikorkeakoulusta Elisa Haurun ja Terttu Moilasan opinnäytetyö, jossa tutkittiin Rovaniemen terveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajien kohtaamisesta hoitotyössä. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat suhtautuvat maahanmuuttajiin pääosin myönteisesti. Suurimmaksi haasteeksi monikulttuurisessa hoitotyössä hoitajat kokivat kielimuurin, ja tulkkipalveluiden toimivuudesta oltiin monta mieltä. Maahanmuuttajien sopeutumisessa suomalaiseen terveydenhoitoon oli hoitajien mukaan toisinaan ongelmia, mutta kuitenkin heidän mielestään useimmat maahanmuuttajat ovat tyytyväisiä hoitoon. (Hauru–Moilanen 2010, 33–34.) Tässä opinnäytetyössä haluamme tutkia aihetta toisesta näkökulmasta, asiakkaan näkökulmasta. Haastattelimme neljää pakolaistaustaista maahanmuuttajaa ja selvitimme, miten he ovat kokeneet sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palvelun. Opinnäytetyöraportissamme puhumme jatkossa hoitajista, joilla tarkoitamme sekä terveydenhoitajia että sairaanhoitajia. Hoitotyö -käsitteellä tarkoitamme sairaanhoito- ja terveydenhoitotyötä.

## 2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Tavoitteenamme on tuottaa saatujen tutkimustulosten avulla lisää tietoa pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa tehtävään hoito- ja terveydenhoitotyöhön. Maahanmuuttajat ovat yksi terveydenhuollon kasvava asiakasryhmä.

Tutkimustehtävä:

Millaisia kokemuksia pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla on sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla?



### 3 PAKOLAISTAUSTAISET MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

#### 3.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttaja-termi on yläkäsite, joka sisältää kaikki maasta toiseen muuttaneet ihmiset, muuton syistä, perusteista tai lähtömaasta riippumatta. Maahanmuuttajien pääryhmiä ovat työn, avioliiton tai pakolaisuuden vuoksi maahan tulleet sekä paluumuuttajat. Maahanmuuttajien Suomeen tuloa sekä Suomessa oloa kuten viisumin, työ- ja oleskeluluvan saantia sekä sen ehtoja säätelee ulkomaalaislaki (301/2004). Tilastokeskuksen (2009) mukaan maahanmuuttajaksi määritellään ihminen, joka on saanut Suomesta vähintään vuoden oleskeluluvan, henkilön tiedot löytyvät väestörekisteristä ja hänellä on Suomessa kotikunta. Pelkkä vierailu tai toiseen maahan meneminen, esimerkiksi väliaikainen opiskelu vieraassa maassa, ei tee ihmisestä maahanmuuttajaa. (Ahonen 2004, 27; Immigration assist; Rätty 2002, 11.)

Maahanmuuttaja-käsite on saanut aikaan paljon kritiikkiä. Käsitettä on kritisoitu esimerkiksi siksi, että se jaottelee maahan tulleet ihmiset toiseksi ryhmäksi suhteessa suomalaisiin. Termi antaa homogeenisen kuvan ryhmästä, joka on hyvin moninainen eikä myöskään kerro, milloin maahanmuuttajana olemisen lakkaa. (Abdelhamid ym. 2009, 19; Ahonen 2004, 27.)

#### 3.2 Pakolainen

Yhdistyneiden kansakuntien Geneven pakolaissopimuksen (1951) mukaan pakolaiseksi kutsutaan henkilöä, jolla on perusteltu syy pelätä joutuvansa vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskuntaluokkaan kuulumisen tai poliittisen mielipiteen johdosta. Henkilö ei voi saada vainoihin suojelua omassa maassaan tai hän oleskelee kotimaansa ulkopuolella. Hän voi myös pelkonsa tähden olla haluton tai kykenemätön turvautumaan kotimaansa suojeluun. Henkilökohtaisten vainojen lisäksi pakolainen voi lähteä kotimaastaan esimerkiksi sotatilanteen, nälänhädän tai ympäristöongelmien vuoksi. (Rätty 2002, 16; UNHCR.)

Suomeen pakolainen tulee niin sanotusti kiintiöiden kautta kiintiöpakolaisena, turvapaikanhakijana tai perheen yhdistämishojelman kautta. Kiintiöpakolainen on henkilö, jolla on maahantulolupa ja Yhdistyneiden Kansakuntien pakolaisjärjestö UNHCR:n myöntämä pakolaisasema (Maahanmuuttovirasto a). Perheen yhdistämishojelman kautta oleskeluluvan Suomessa saa myös pakolaisen aviopuoliso ja alaikäiset lapset. Turvapaikanhakijat taas tulevat Suomeen ei-turvalliseksi luokitellusta maasta anomaan turvapaikkaa. Varsinaisesti turvapaikanhakijasta tulee pakolainen vasta, kun turvapaikanhakuanomus on käsitelty, ja hän on saanut oleskeluluvan Suomesta. Anomuksen käsittely voi kestää viikoista jopa 5-vuoteen. (Räty 2002, 11, 18–20.)

### 3.3 Pakolaisuus Suomessa

Pakolaisten vastaanottamisen historian katsotaan Suomessa alkaneen Venäjän vallankumouksen aikoihin, jolloin Suomeen saapui tähän mennessä suurin pakolaisryhmä. Sen jälkeen suomalaiset ovat huolehtineet muun muassa siirtolaisista talvisodan ja jatkosodan jälkeen. Chilestä ja Vietnamista saapui 1970- ja 80-luvuilla Suomeen ensimmäiset kaukaisemmista maista tulleet pakolaisryhmät, jolloin suurin osa pakolaisista oli kiintiöpakolaisia. Vasta 1990-luvulla turvapaikanhakijoiden määrä on kasvanut muutamasta kymmenestä yli 3000 turvapaikanhakijaan. Suomeen on siis kautta aikojen tullut pakolaisia ja turvapaikanhakijoita erilaisten kriisien ja sotien myötä. (Räty 2002, 32–35.)

Suomessa pakolaisten vastaanottaminen on kuitenkin suhteellisen uutta ja vähäistä kansainvälisesti verrattuna. Koko maailmassa pakolaisia oli vuonna 2010 lähes 44 miljoonaa. Samana vuonna Suomessa asui 167 954 ulkomaa-laista, joista pakolaisia oli 37 587. Pakolaisten osuus kaikista Suomeen tulevista maahanmuuttajista on siis pieni. (Tilastokeskus 2011; Pakolaisapu 2011a; Pakolaisapu 2011b.)

Pakolaiskiintiön vuosittaisen suuruuden päättää Suomessa Eduskunta. Vuodesta 2001 kiintiön määrä on ollut 750. YK:n pakolaisjärjestö UNHCR esittää Suomelle henkilöitä, joiden katsotaan täyttävän pakolaisen kriteerit. Niiden pohjalta valtioneuvosto päättää pakolaiskiintiön kohdentamisen. Kiintiöpakoi-

laiset valitaan haastatteluiden pohjalta, mutta 10–15 prosenttia paikoista menee henkilöille, joilla on kiireellinen uudelleen sijoittamisen tarve. Kiintiöpakolaiset saavat Suomessa pakolaisaseman ja väliaikaisen oleskeluluvan, jolle he voivat hakea myöhemmin jatkoa. Suomeen kiintiöpakolainen pääsee muuttamaan, kun hänelle on myönnetty kuntapaikka. (Maahanmuuttovirasto b; Maahanmuuttovirasto c.)

Turvapaikanhakijoita varten Suomessa on useita vastaanottokeskuksia, joita ylläpitää Suomen Punainen Risti yhdessä valtion ja kuntien kanssa. Vastaanottokeskusten tehtävänä on huolehtia turvapaikanhakijoiden toimeentulosta koko hakuprosessin ajan. Vastaanottokeskuksien yhteydessä toimii myös erilaisia ryhmäkoteja ja tukiasumisyksiköitä, joissa asuu alaikäisiä turvapaikanhakijoita. (Maahanmuuttovirasto d.)

### 3.4 Monikulttuuristuva Rovaniemi

Maahanmuuttajien määrä niin Rovaniemellä kuin koko Suomessa kasvaa koko ajan. Rovaniemellä maahanmuuttajien määrä on kuitenkin suhteellisen pieni verrattuna muualle Suomeen. Vuonna 2010 Rovaniemen väestöstä 2 % oli ulkomaalaisia, mikä on määrältään noin 1300 henkilöä. Koko Suomessa vastaava luku oli 3,1%. Rovaniemen kaupungin ja Lapin ELY-keskuksen toistaiseksi voimassa olevan sopimuksen mukaan Rovaniemen pakolaiskiintiö on 80 pakolaista vuodessa. Vuonna 2010 Rovaniemi otti kuitenkin 102 pakolaista. Lisäksi Rovaniemellä sijaitsee turvapaikanhakijoiden vastaanotto-keskus, jossa on tällä hetkellä 150 paikkaa. (Rovaniemi 2011c, 8; Suopajärvi 2011; Punainen Risti 2010.)

Pakolaisuuden lisäksi muita syitä maahanmuuttajien tuloon Rovaniemelle on esimerkiksi perhesuhteet, työ, opiskelu ja paluumuutto. Vuonna 2010 Rovaniemellä asui pysyväluonteisesti ihmisiä 85 maasta tai kansallisuudesta. Eniten asukkaita oli Venäjältä, Ruotsista, Irakista, Myanmarista ja Somaliasta. Rovaniemi on kansainvälinen kaupunki, jossa on paljon kansainvälistä toimintaa. Pakolaisuuden ohella Rovaniemen kansainvälisyys perustuu paljolti matkailuun ja tutkimus- ja koulutuslaitosten toimintaan. Kaupungin kehitykselle kansainvälisyys onkin edellytys. (Rovaniemi 2011c, 13; Suopajärvi 2011.)

Rovaniemen kaupungin kansainvälistymisen strategian tavoitteena on asukkaiden kasvaminen monikulttuurisuuteen, mikä lisää suvaitsevaisuutta maahanmuuttajia kohtaan. Tavoitteena on myös, että maahanmuuttajat nähdään tulevaisuudessa voimavarana. Lisääntyvän työvoimapulan uskotaan koskevan tulevaisuudessa myös Rovaniemeä, minkä vuoksi kaupunki tarvitsee lisääntyvää maahanmuuttoa. Rovaniemellä on useita eri tahoja, jotka tarjoavat palveluja maahanmuuttajille. Palveluita maahanmuuttajille tarjoavat esimerkiksi Maahanmuuttotoimisto sekä Rovalan Sentlementti ry:n ylläpitämät monikulttuurinen kohtaamispaikka Moninet ja kotoutumiskoulutus. Niiden tehtävänä on tukea, auttaa ja palvella Rovaniemellä ja muualla Lapissa asuvia maahanmuuttajia. Myös kaupungin kansainvälinen toiminta keskittyy maahanmuuttajien kotouttamisohjelmaan ja pakolaisten vastaanottamiseen. (Rovaniemi 2011c, 8, 13; Moninet 2011.)

## 4 PAKOLAISTAUSTAISET MAAHANMUUTTAJAT TERVEYDENHUOLLOSSA

### 4.1 Terveys

Terveys on hyvin keskeinen käsite hoitotyössä. Jo 50-luvulla on alettu ymmärtää, että terveyttä ei ole ainoastaan sairauden puuttuminen. Hoitotieteessä käsite on otettu tutkimuskohteeksi 1980-luvulla. Terveys on määritelty terveyden ja sairauden, tai terveyden tai sairauden jatkumoksi, kaksijakoiseksi terveydeksi tai sairaudeksi, voimavaraksi ja sisäiseksi eheyden ja hallinnan kokemukseksi. TerveYTEEN kuuluvat fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Myös ihmisen kyky suoriutua sosiaalisista rooleista on terveyttä. Hoitotyössä terveys on arvo, jota tavoitellaan. (Eriksson–Isola–Kyngäs–Leino–Kilpi–Lindström–Paavilainen–Pietilä–Salanterä–Vehviläinen–Julkunen–Åstedt–Kurki 2007, 77–78.)

Jotkut tiedemiehet (Henderson ja Travelbee) ovat jakaneet terveyden objektiiviseen ja subjektiiviseen. Objektiivinen terveys on ammattilaisen arvioima diagnoosi eli tauti, vamma tai vajavuus. Subjektiivinen terveys on ihmisen itsensä kokema arvio hyvinvoinnistaan. TerveYden ja hyvinvoinnin kokemukset perustuvat ihmisen arvoihin ja arkielämän kokemuksiin, jotka ilmenevät tietämyksenä, tuntemuksina ja tekoina. TerveYttä pidetään ideaalitulana: täydellisenä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena terveytenä. Tässä terveys on määritelty ulkoapäin eli objektiivisesti, mutta hoitotyössä korostetaan nykyisin enemmän ihmisen omaa kokemusta terveydestään. TerveYttä ja hyvää oloa luovat käsitteellisemmin arvot, kuin tietäminen, tuntemukset ja teot. Terveys arvojen ilmentämänä on jokaisen ihmisen erilainen ajatus hyvästä elämästä. TerveYTEEN ja hyvinvointiin liittyviä arvoja ovat uskonnollisuus ja henkiset arvot, vapaus, rauha ja turvallisuus, kauneus ja eheys, huumori, suhteet ympäristöön, työ ja itsensä tunteminen ja ihmisenä kehittyminen. TerveYTEEN kuuluu myös tasapainoisuuteen pyrkiminen, joka terveyden määritelmässä tarkoittaa kokonaisuutta tai eheyden tilaa. Hyvinvoiva ihminen pystyy toimimaan itsenäisesti ja pitämään terveyttään yllä. (Eriksson ym. 2007, 78–80.) Nykyisin 2000-luvulla korostetaan, että terveys liittyy elämänlaatuun, hallin-

nan tunteeseen, hoitoon sitoutumiseen, yhteisöllisyyteen ja kulttuuriin (Eriksson ym. 2007, 81).

#### 4.2 Terveysthuollon palvelut

Terveysthuollon palveluilla tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita, jotka ovat koko väestön saatavilla. Perusterveydenhuollon palveluihin kuuluvat muun muassa äitiys- ja lastenneuvolat sekä terveyskeskuksen avovastaanotot. Erikoissairaanhoidon varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin, jotka suorittavat esimerkiksi leikkauksia ja synnytyksiä. Näiden kaikkien palvelujen tavoitteena on parantaa ja ylläpitää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Rovaniemellä äitiysneuvoloita on seitsemän. Neuvoloiden tehtävänä on turvata raskaana olevan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja koko perheen paras mahdollinen terveys sekä perheen hyvinvoinnin edistäminen ja tukeminen. Neuvoloissa työskentelee terveydenhoitajia ja lääkäreitä. Terveystkeskuksen avovastaanottoja Rovaniemellä on kaksi, jotka on jaettu alueittain eri tiimeiksi. Jokaisella rovaniemeläisellä on alueen mukaan määräytyvä tiimi ja oma lääkäri. Avovastaanottoilla toimii useita eri vastaanottoja kuten lääkärin- ja hoitajan vastaanotto. (Rovaniemi a; Rovaniemi b.)

Suomen perustuslaki (731/1999) velvoittaa riittävien terveyspalvelujen järjestämistä kansalaisille. Palvelut pyritään järjestämään yleislakien nojalla, jotka terveydenhuollon puolella ovat Kansanterveyslaki (66/1972) ja Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989). Terveysthuollon etiikka taas korostaa kansalaisten samanarvoisuutta palveluja jaettaessa, ja jokaisella kansalaisella onkin oikeus tarpeen mukaiseen terveydenhuollon palveluun. Terveystpalvelujen käyttäjien asemaa säätelee Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). (Kekomäki 2004, 27; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Suomessa lainsäädäntö velvoittaa kuntia järjestämään terveyspalvelut. Palvelut rahoitetaan pääosin verovaroin. Kunnat voivat järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itsenäisesti olemalla jäsenenä kuntayhtymässä, tai

ostamalla palvelut muilta kunnilta tai kolmannen sektorin palveluntuottajalta. Järjestelmävelvollisuudesta kunta ei kuitenkaan voi vapautua, vaan kunta on vastuussa palvelujen järjestämisestä myös silloin, kun palvelut ovat ulkoistettu. (Liukko–Luukkonen 2004, 35; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

#### 4.3 Pakolaisten terveystieteet, terveydentila ja terveyspalveluiden käyttö

Kulttuuriset arvot ovat perustana sille, miten terveys ja sairaus käsitetään. Yarbroughin ja Klotzin (2007) mukaan terveystieteet vaikuttavat siihen, mistä yksilö hakee hoitoa ja milloin. Terveystieteet vaikuttavat perheen asemaan hoitotilanteessa ja siihen, mitä hoitotoimenpiteitä ja hoitoteknologiaa ihminen pitää hyväksyttävänä. Kulttuuristen arvojen perustana on usein uskonto. Uskonto voi kieltää tapoja, jotka yhteiskunnassa hyväksyttäisiin, tai olla joissakin asioissa yhteiskuntaa sallivampi. (Abdelhamid ym. 2009, 75.)

Transkulttuurisen hoitotyön perustajan Madeleine Leiningerin mukaan hoitajan tulisi ymmärtää ihmisten kulttuurillisia uskomuksia, arvoja ja elämäntapoja voidakseen tarjota hyvää ja hyödyllistä hoitoa (Leininger 2002a, 3). Hoitotyössä kulttuurisia arvoja kannattaa tarkastella siinä ympäristössä, jossa ne ovat syntyneet. Tällöin hoitajan on helpompi ymmärtää niitä sekä oudolta tuntuvaa käyttäytymistä, ja hän pääsee pureutumaan syvemmälle vieraan kulttuurin arvoihin. Hoitotyössä on esimerkiksi helppo huomioda asiakkaan tavat, kieli, sukupuoli, ikä, ihonväri ja pukeutuminen, mutta maailmankatsoisuus, arvomaailma, uskomukset, perheen ja suvun merkitykset sekä kulttuuriset perinteet voivat jäädä vieraiksi. Terveystieteidenhuollossa on tärkeää, että ymmärretään asiakkaan näkökulmaa, vaikka ei sitä hyväksyttäisikään. Tämä tarkoittaa sitä, että asioita tarkastellaan molempien kulttuurien näkökulmista, yrittäen löytää yhteisesti hyväksyttävä kompromissi. Kuitenkin esimerkiksi ihmisoikeuksien vastaisia hoitomenetelmiä ehdotettaessa, tulee toimia eettisesti oikein sovitellen maahanmuuttaja mukaan länsimaiseen hoitoon. (Abdelhamid ym. 2010, 35, 75; Wellman 2009, 23.)

Suomessa maahanmuuttajien terveyteen ja hoitamiseen liittyvää tutkimusta ei ole tehty paljon, mutta tehtyjen selvitysten perusteella maahanmuuttajien terveys on hyvä. Kaikista maahanmuuttajista huonoin terveydentila on kui-

tenkin juuri pakolaistaustaisilla (Pohjanpää–Paananen 2003). Ilkka Pirinen (2008) on väitöskirjassaan tutkinut Tampereen kaupungin vastaanottokeskukseen vuosina 2003–2004 tulleiden turvapaikanhakijoiden terveydentilaa. Tutkimuksessa nousi esille, että turvapaikanhakijoilla on useita eri syitä hakeutua terveydenhuoltoon. Yleisimpiä syitä kuitenkin ovat olleet päänsärky, määrittelemättömät kivut ja vatsaoireet. Useilla pakolaisilla on myös erilaisia kidutus- ja väkivaltakokemuksia, mitkä aiheuttavat suuria psyykkisiä traumoja ja erilaisia mielenterveyshäiriöitä. (Pirinen 2008, 8.)

Suomeen tuleville pakolaisille ei aseteta terveysvaatimuksia eikä oleskeluluvan myöntämisen esteenä voi olla terveydelliset syyt. Suosituksena kuitenkin on, että jokaiselle pakolaiselle tehdään Suomeen tultua maahantulotarkastus, jossa seulotaan hoidettavissa olevat tartuntataudit sekä varmistetaan rokotussuoja. Tällä tavoin pyritään hoitamaan pakolaisen omaa terveyttä sekä katkaisemaan erilaiset tartuntaketjut. (Asikainen–Siikamäki 2009.)

Suomessa asuvat pakolaistaustaiset maahanmuuttajat tarvitsevat suomalaisia terveydenhuollon palveluja kuten valtaväestö. Terveyspalvelut Suomessa on tasapuolisesti kaikkien käytössä, mutta kuitenkin monet yhteiskunnalliset tekijät saattavat uhata maahanmuuttajien hoitoon hakeutumista ja hoidon saamista. Myös perheen varattomuus tai köyhyys, työttömyys, luku- ja kieli- taidottomuus tai terveyskäsitysten kulttuuriset erot voivat vähentää hoitoon hakeutumista. Stakesin (2006) tutkimuksen mukaan maahanmuuttajat käyttävätkin julkisen sektorin terveystalvueluita selvästi vähemmän kuin valtaväestö. Poikkeuksena ovat kuitenkin nuoret, pakolaismaista tulleet naiset, jotka hankkivat jopa kaksi kertaa enemmän lapsia kuin suomalaisnaiset. Pakolais- taustaiset miehet taas käyttävät Stakesin tutkimuksen mukaan terveystalvueluita vain pakon edessä. Kun huomioon otetaan pakolaismaiden miehet ja naiset, eroa suomalaisten ja pakolaistaustaisten maahanmuuttajien terveystalvueluiden käytöllä ei juuri ole. (Sainola-Rodriguez 2009, 61, 63; Tarvas 2006, 34.)



#### 4.4 Pakolaistaustaisen maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaaminen hoitotyössä

Kohtaaminen hoitajan ja potilaan välillä on aina kulttuurinen ja eettinen tapahtuma, jonka yksi herkkyysosa-alue on empatia. Empatia eli kyky jakaa toisen ihmisen tunteita vaatii ymmärrystä siitä, mitä inhimillinen elämä on. Monikulttuurisessa hoitosuhteessa on olennaista, että potilas saa olla hoidettavana ilman syyllisyyden ja häpeän tunteita. Lisäksi potilaan kulttuuristen tarpeiden arvioiminen vaatii hoitajilta hienotunteisuutta sekä hyvää vuorovaikutus-, kuuntelu- ja havainnointikykyä. Purnellin mukaan kulttuuristen tarpeiden arviointiin kuuluu seuraavat osa-alueet: hengellisyys, terveystottumukset, suhtautuminen ammattiauttajiin, yleiskuva/sukujuuret, kommunikointi, perhe, kotoutuminen, biokulttuuriset tekijät, riskikäyttäytyminen, ravitsemus, raskaus ja kuolema. Kaikki nämä 12 osa-aluetta tulee huomioida potilaan kohtaamisessa. (Abdelhamid ym. 2010, 140, 145.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostetaan, että potilas on kohdattava ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavasti. Monikulttuurisen hoitotyön perusta onkin erilaisuuden ja moniarvoisuuden hyväksyminen ja ymmärtäminen. Hoitajalla tulee olla kykyä myötätuntoon erilaisuutta kohtaan sekä vilpittömän halu tutustua asiakkaan erilaisiin tapoihin ja ajatuksiin. Kaikkia on hoidettava yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, riippumatta heidän kulttuurista, uskonnosta, rodusta, ihonväristä tai äidinkielestä (Sairaanhoitajaliitto 1996). Kulttuuriset uskomukset, käyttäytymiset ja tarpeet on tärkeää huomioida kaikessa hoitotyössä. (Abdelhamid ym. 2010, 47, 78.)

Hoitajan ja asiakkaan välinen hoitosuhde pohjautuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen (Sairaanhoitajaliitto 2006). Ammatillisin hoitotilanteen onnistuminen riippuukin siitä, onko hoitajalla kykyä olla vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Tämä edellyttää hoitajalta vahvaa teoreettista tietoa vuorovaikutuksesta. Kingin (1971) ihmistenvälisen vuorovaikutusprosessin mukaan hoitaja ja asiakas havainnoivat toisiaan ja tekevät sen pohjalta arviointia. Tehtyjen arviointien perusteella tapahtuu toimintaa eli vaikuttamista, joka voi olla joko sanallista tai sanatonta. Näin potilaan ja asiakkaan välille syntyy vuorovaikutusta. Parhailtaan toiminta etenee transaktioksi,

jossa molemmat osapuolet työskentelevät asetetun päämäärän saavuttamiseksi. (Georg 1986, 17, 217; Marriner-Tomey 1994, 303.)

Yhteisen kielen puute tuo usein lisähaasteita monikulttuurisissa hoitosuhteissa. Polyakova ja Pacquiaon (2006) mukaan kielimuuri voi olla jopa este potilaan hoitoon hakemisessa tai voi viivästyttää sitä. Normaalin arkielämään riittävä kielitaito ei aina myöskään riitä ilmaisemaan sairauteen liittyviä asioita. Lisäksi sairauden aiheuttama stressi huonontaa kielitaitoa, minkä vuoksi vieraskielisestä voi tuntua vaikealta asioida hoitohenkilökunnan kanssa. Henkilökunnan tehtävänä onkin arvioida tulkin tarve. Pääsääntönä hoitotyössä on, että ammattitulkkaa tulisi käyttää aina kun yhteinen kieli hoitajan ja potilaan väliltä puuttuu. Maahanmuuttajien vastaanottokäynteihin tulisi myös varata runsaasti aikaa. (Abdelhamid ym. 2009, 150; Asikainen–Siikamäki 2009.)

Tutkimusten mukaan terveydenhuollossa kohdellaan asiakkaita eri tavoin. Hoitoon vaikuttaa asiakkaan sukupuoli, sosiaaliluokka sekä etninen tausta. Jos pakolaistaustainen ihminen ei saa hyvää hoitoa tai se on heikompileatuisempaa kuin valtaväestön hoito, johtuu se usein hoitajan tietoisesta tai tiedostamattomasta syrjivästä asenteesta. Tämä ei ole eettisesti oikein, ja se uhkaa asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia. Huono hoitokokemus voi johtaa myös siihen, että asiakas ei halua enää käyttää terveydenhuollon palveluita. (Gissler–Malin–Matveinen–Sarvimäki–Kangasharju 2006, 14–15.)

## 5 KULTTUURIT HOITOTYÖSSÄ

### 5.1 Kulttuuri

Kulttuuri ohjaa ihmisten tekemisiä, ajattelua, olemista ja päätöksentekoa. Kulttuurin avulla ihminen voi saada tunteen omasta arvostaan, ja se antaa pohjan itsetunnolle. Kulttuuri ohjaa tiedostamattamme toimintaamme, ja maailmaa tarkastelemme kulttuurin kautta. Ominaista on, että samaan kulttuuriin kuuluvilla ihmisillä on samat arvot, uskomukset, normit ja käyttäytymistavat. (Abdelhamid ym. 2009, 17; Rätty 2002, 42–43.)

Ensisijaisina tieteenaloina kulttuurien tutkimukseen ja tietoon kulttuureista liitetään antropologia ja sosiologia. Kulttuuriantropologian mukaan tietyn ihmisryhmän historia ja sosiaaliset suhteet muokkaavat ryhmän elämäntapaa ja kehittävät kulttuurin. Tästä näkökulmasta kulttuurilla tarkoitetaan ajan oloon kehittyneitä ihmisten elintapoja, jotka esimerkiksi kasvatuksen ja kielen välityksellä välittyvät sukupolvelta toiselle. Ihminen ei siis synny kulttuurin jäseneksi, vaan hänet kasvatetaan siihen. Ihminen omaksuu esimerkiksi maailmankatsomuksen, käsityksen oikeasta ja väärästä sekä ihmisen olemassaolon merkityksestä yhteisöltään. Sosiologinen kulttuuritutkimus määrittelee kulttuurin kokoelmaksi merkityksiä, joita ihmisryhmät antavat kokemuksilleen muovatessaan heitä ympäröivää maailmaa. Elämän kokemiseksi mielekkäänä tarvitaan merkityksiä, ja merkitysten kadotessa voi mielekkyys elämästä hävitä. Näin voi käydä maahanmuuttajien kohdalla heidän taistelllessaan uuden ja vanhan kulttuurin merkitysten kanssa. (Abdelhamid ym. 2009, 17; Rätty 2002, 42–43.)

Kulttuurinen moninaisuus ei ole ainoastaan ihmisten etniseen taustaan liittyvää, sillä kulttuuri-identiteettimme muotoutuu myös monista ala-kulttuureista. Oman ammatillisen alakulttuurin muodostaa myös hoitotyö, joka koostuu säännöistä, sopimuksista, arvoista, periaatteista ja toiminnoista. Nämä ovat osaksi samanlaisia joka puolella maailmaa. Kuitenkin joka maassa ja organisaatiossa voidaan havaita hoitotyön kulttuurisia erityispiirteitä, joita maahan-

muuttaja ihmettelee, mutta joihin ajan myötä useimmiten mukautuu. (Abdelhamid ym. 2009, 17–18.)

## 5.2 Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi

Transkulttuurisen hoitotyön perustajana ja johtohahmona pidetään amerikkalaista Professori Madeleine Leiningeria. Leininger on edistänyt tietoutta monikulttuurisesta hoitotyöstä ja sen tärkeydestä, sekä luonut monikulttuurisen hoitotyön teorian. Teoria keskittyy oireiden, sairauksien olemuksen ja hoidon sijaan tekijöihin, jotka vaikuttavat monikulttuuriseen toimintaan. Teorian mukaan hoitajien tietoisuus eri kulttuureista on tärkeää, jotta he voivat ymmärtää ihmisten erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Monikulttuurisen hoitotyön tulevaisuus on Leiningerin mukaan riippuvainen sen aktiivisesta parantamisesta sekä tutkimuspohjaisen tiedon käytöstä ja harjoittamisesta nopeasti monikulttuuristuvassa maailmassa. Tämä voidaan toteuttaa kulttuurisen myötätunnon, ymmärryksen ja kompetenssin avulla. (Glittenberg 2002, 157; Leininger 2002b, 577; McGee 1992, 5–6.)

Kulttuurinen kompetenssi eli kulttuurinen pätevyys tarkoittaa ihmisen kulttuurista taitoa ja osaamista. Kehittymistä pidetään elinikäisenä projektina, sillä kulttuurinen kompetenssi ei ole ihmiselle luontainen piirre. Ihmisellä on taipumus arvioida maailmaa oman kulttuurinsa kautta, siksi erilaisuus voidaan kokea pelottavaksi. Kulttuurisesti pätevällä ihmisellä erilaisuuden pelko ja uhka muuttuvat mahdollisuudeksi. (Abdelhamid ym. 2010, 32–33.)

Ikonen (2007) on tehnyt suomalaisen käsiteanalyysin hoitotyöntekijän kulttuurisesta kompetenssista. Käsite on määritelty seuraavasti: ”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 ulottuvuudet ovat kulttuurinen herkkyyys, kulttuuritieto ja kulttuuriset taidot.” (Ikonen 2007, 147–148.)

Monikulttuurinen työ edellyttää hoitajalta valmiutta olla kulttuurisesti tietoinen, taitava, herkkä ja kompetentti. Kulttuurisen kiinnostuksen motivaationa on hoitotyöntekijän vapaaehtoinen halu kehittää omaa kulttuurista osaamistaan. Omien kulttuuristen asenteiden tarkastelu auttaa motivoitumaan työhön ja kehittymään monikulttuurisen työn ammattilaisena. Rohkeaa, vastaanottavaa ja tarkkaavaista hoitajaa voidaan kutsua kulttuurisesti kompetentiksi. (Abdelhamid ym. 2010, 47.)

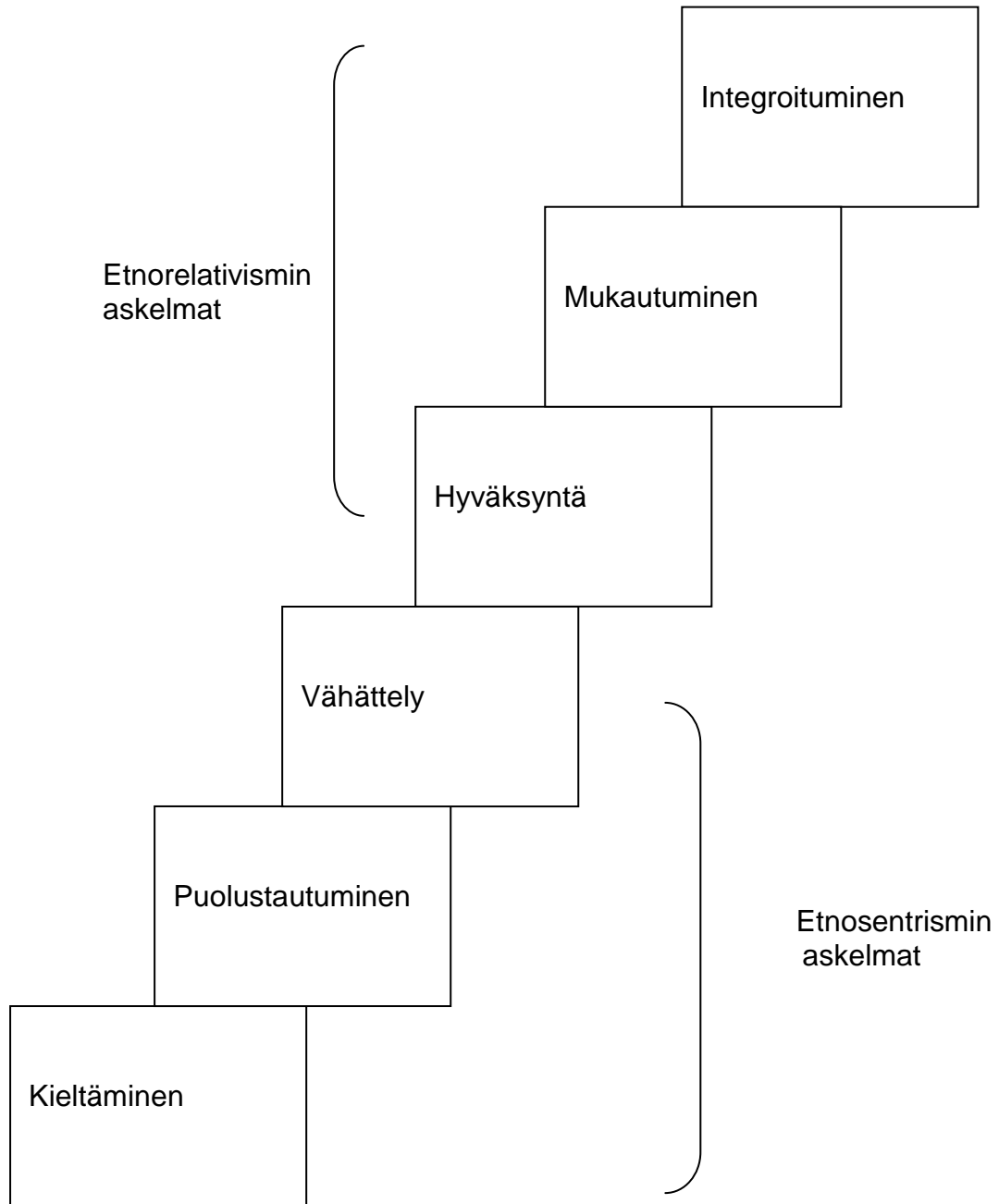
### 5.3 Kulttuurisen herkkyyden kehittymisen askelmat

Madeleine Leininger on painottanut hoitajan kulttuurisen kompetenssin kehittämisen tärkeyttä, jotta voidaan antaa hyvää hoitoa (Glittenberg 2002, 157). Bennettin (1993) kehittämät askelmat kulttuurisen herkkyyden kehittymiselle ovat hyvä malli hoitajalle, kuinka kehittää monikulttuurista osaamistaan. Bennettin mukaan kulttuurinen herkkyys etenee askel askelmalta etnosentrismistä eli yksiarvoisuudesta etnorelativismiin eli moniarvoisuuteen. (Abdelhamid ym. 2010, 47.)

Kulttuurisen herkkyyden kehittymisen portaisiin kuuluu kuusi askelmaa (Kuvio 1), joista kolme ensimmäistä, kieltäminen, puolustautuminen ja vähättely kuuluvat etnosentrismiin. Etnosentrismissä oma maailmankuva on todellisuuden ydin, ja ulkopuolelta tulevaa arvioidaan oman kulttuurin tapojen mukaan. Etnorelativismiin kuuluvat viimeiset askelmat, joita ovat hyväksyntä, mukautuminen ja integroituminen. Etnorelativismissa kulttuureita ei luokitella hyviksi tai huonoiksi, vaan ne koetaan keskenään erilaisiksi. Toisesta kulttuurista tulevaa ihmistä arvioidaan tällöin henkilön oman kulttuurin näkökulmasta. (Abdelhamid ym. 2010, 47, 265.)

Kun hoitaja on vielä etnosentrismen askelmilla, häntä ohjaavat erilaiset puolustusmekanismit suhtautumisessaan toisiin kulttuureihin. Tällöin hoitaja koee oman kulttuurinsa ainoaksi oikeaksi ja sen toimintatavat ainoiksi hyväksyttäviksi. Hän saattaa olla rasistinen ja haluaa ohjata asiakkaitaan toimimaan ”maassa maan tavalla.” Kieltämisen askelmalla erilaisuutta ei ymmär-

retä ja siihen suhtaudutaan stereotyyppisesti. Puolustautumisen askelmalla taas erilaisuus mielletään uhkaavaksi ja sitä vastaan taistellaan. Hoitaja kokee oman kulttuurinsa muita paremmaksi. Vähättelyn askelmalla erilaisuus tehdään mitättömäksi ja kulttuurista samanlaisuutta korostetaan. Etnorelativismiin askelmilla hoitaja alkaa nähdä oman kulttuurinsa yhtenä monien muiden kulttuurien joukossa. Hyväksynnän vaiheessa erilaisuus hyväksytään ja tunnustetaan. Mukautumisen portaalla erilaisiin näkökulmiin suhtaudutaan ymmärryksellä ja saatetaan omaksua uusia elämäntaitoja. Viimeisellä eli integroitumisen askelmalla ymmärretään, että oma itse todellistuu useissa kulttuurisissa ja henkilökohtaisissa viitekehyksissä. (Abdelhamid ym. 2010, 47–49.)



Kuvio 1. Kulttuurisen herkkyyden kehittymisen malli Bennetin (1993) mukaan (Abdelhamid ym. 2010, 48.)

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksemme toteutettiin laadullisin eli kvalitatiivisin tutkimusmenetelmin, sillä se pyrkii tarkastelemaan tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti. Trockim ja Donnelly (2008) ovat esittäneet, että kvalitatiivinen tutkimus soveltuu parhaiten tilanteeseen, jossa ilmiöstä halutaan saada syvällinen näkemys tai ilmiöstä ei ole tietoa, teorioita ja tutkimusta. Laadullista menetelmää käytetään siis yhä varmemmin, mitä vähemmän ilmiöstä tiedetään. Maahanmuuttajien mielipiteitä Rovaniemen terveystalouksista ei ole tutkittu, siksi toteutimme opinäytetyömme laadullisin tutkimusmenetelmin. (Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2009, 164.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena voi olla löytää arvaamattomia seikkoja, ei niinkään todistaa hypoteesia oikeaksi. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista päättelyä, jossa ensin kerätään tieto ja sen jälkeen tehdään havaintoja tai kehitetään teorioita. Aineistoa tulkitaan ajatuksella, että jokainen tapaus on ainutlaatuinen. Myös sen vuoksi uskoimme saavamme tutkimuskysymykseemme monipuolisemman vastauksen laadullisin menetelmin. (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Kananen 2010, 20, 41.)

Käsite laadullinen tutkimus sisältää joukon hyvin monenlaisia merkityksiä. Joitakin kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä voidaan kuitenkin löytää. Ihmistä esimerkiksi suositaan tiedon keruun välineenä, ja tiedon hankinnassa luotetaan keskusteluihin ja tutkijan omiin havaintoihin. Laadullinen tutkimus noudattaa yleistä tutkimuksen prosessikaaviota, joka alkaa tutkimusongelmasta ja sen määrittämisestä. Näiden pohjalta luodaan tutkimuskysymykset, joihin hankitaan vastaus aineistolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Kananen 2010, 36.)



## 6.2 Aineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineistomme keräsimme haastattelemalla. Haastattelutapana käytimme avointa haastattelua, jonka avulla voidaan saada syvää tietoa tutkittavasta asiasta. Valitsimme aineiston keruumenetelmäksi avoimen haastattelun, koska se soveltui mielestämme parhaiten tutkimuksemme aiheeseen, ja sen tutkimustehtävän ratkaisuun. Koska avoimessa haastattelussa ei ole valmista haastattelurunkoa, taattiin se, ettemme rajanneet mitään oleellista etukäteen tutkimuksen ulkopuolelle. Avoin haastattelutyyppejä sopii parhaiten tutkimusaiheisiin, joita ei ole tutkittu paljon. Maahanmuuttajien terveystalvulujen laatua on tutkittu niukalti, myös siksi valitsimme aineistomme keruumenetelmäksi avoimen haastattelun. (Hirsjärvi ym. 2009, 209; Kylmä–Juvakka 2007, 80.)

Avoin eli strukturoimaton haastattelu on haastattelutyypeistä vapaamuotoisin ja lähimpänä keskustelua. Siinä haastattelija pyrkii selvittämään haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä keskustelun kuluessa. Keskustelun ohjailu on haastattelijan vastuulla, sillä jopa aihe voi haastattelun aikana muuttua. Myös haastateltavan rooli on aktiivinen, sillä pohjimmiltaan tilanteen annetaan kuitenkin kehittyä haastateltavan kertomuksen varassa. Avoin haastattelutilanne vie yleensä paljon aikaa, mutta sillä saadaan usein muita haastattelutyyppejä rikkaampi aineisto. (Hirsjärvi ym. 2009, 209; Kylmä–Juvakka 2007, 79–80.)

Haastateltavat meille ohjasi Rovaniemen kaupungin terveydenhoitajat. Esitietoja haastateltavista meillä ei ollut käytössä. Saimme haastateltavien yhteystiedot sen jälkeen, kun terveydenhoitajat olivat saatekirjeemme (Liite 2) avulla kysyneet asiakkaidensa halukkuutta osallistua tutkimukseemme ja pyytäneet luvan yhteystietojen antamiseen. Otimme haastateltaviin yhteyttä puhelimitse ja toteutimme haastattelut yksilöhaastatteluina 27.9.2011- 21.10.2011 välisenä aikana. Haastattelupaikka sovittiin tutkimukseen osallistujien toiveita kuunnellen. Useimmiten haastattelut toteutettiin haastateltavien kotona, mutta kerran myös koulun tiloissa. Haastattelut nauhoitettiin ja niiden kesto oli 21–37 minuuttia. Kirjoittaessamme auki haastatteluja, pyrimme tarkasti säilyttämään alkuperäisen esitystavan.

Avoimessa teemahaastattelussa haastateltavien määrä on yleensä melko pieni (Hirsjärvi–Hurme 2009; 34). Tavoitteenamme oli haastatella neljää maahanmuuttajaa. Tutkimukseemme osallistui neljä pakolaistaustaista maahanmuuttajaa, jotka kaikki tulivat eristä kulttuurista. Haastateltavat olivat lähöisin Aasian ja Afrikan maista ja olivat olleet Suomessa keskimäärin 5,5 vuotta. Haastateltavistamme puolet (2) olivat naisia, ja puolet (2) miehiä. Tutkimukseen osallistujien ikä vaihteli välillä 18–36.

Tutkimus tehtiin Suomen kielellä, joka ei ole maahanmuuttajien äidinkieli. Haastateltavien Suomen kielen taidon tulee olla riittävä haastattelun onnistumiseksi. Liian huono kielitaito voi aiheuttaa väärinymmärrystä ja vääristää vastauksia, eikä näin ollen tutkimus ole täysin luotettava. Jokaisella tutkimukseemme osallistujalla Suomen kielen taito oli hyvä, osalla jopa erinomainen. Itse puhuimme haastattelutilanteissa selkeästi ja rauhallisesti, jotta haastateltavilla oli helpompi ymmärtää, eikä väärinkäsityksiä syntyisi. (Hirsjärvi–Hurme 2009; 34, 48.)

### 6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Aineiston analyysin toteutimme aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Sen avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista tietoa. Lisäksi se mahdollistaa asioiden ja tapahtumien merkityksen, seurauksien ja yhteyksien tarkastelun. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Etsimme puhtaaksikirjoitetusta aineistosta kaikki oleelliset asiat, jotka liittyivät tutkimustehtäväämme. Tutkimustehtävänämme oli kuvata pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Karsimme ylimääräisen pois, jonka jälkeen pelkistimme aineiston lyhyiksi ilmauksiksi, joilla kuvataan analysoitavaa tietoa. Olimme tarkkoja siinä, että kaikki oleellinen tieto säilyi. Luotettavuuden lisäämiseksi luimme aineiston useaan kertaan läpi. (Tuomi–Sarajärvi 2009, 108–109.)

Toinen vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi. Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyistä aineistosta etsitään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, jotka ryhmitellään ja nimetään. Kävimme läpi pelkistetyt lauseet ja etsimme niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelimme samaksi luokaksi ja nimesimme ne sisältöä kuvaavalla nimellä. Näistä ryhmistä meille muodostui alaluokkia, joita muodostui yhteensä 11. (Tuomi–Sarajärvi 2009, 110.)

Viimeisessä vaiheessa eli aineiston abstrahoinnissa yhdistetään samaa sisältäviä alaluokkia ja muodostetaan niistä ylä- ja yhdistäviä luokkia, joista muodostuu aineiston teoreettinen käsitteistö. (Liite 3) Alaluokkia yhdistämällä vastauksista nousi kolme yläkategoriaa, jotka ovat hoitotyön palveluiden tarkastelu, vuorovaikutus ja kulttuurien näyttäytyminen. Näistä kategorioista muodostui yksi yhdistävä kategoria: pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemukset Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Tuloksien kirjaamisessa käytämme haastatelluista pakolaistaustaisista maahanmuuttajista seuraavia nimityksiä: haastateltava, tutkimukseen osallistuja. (Tuomi–Sarajärvi 2009, 111.)

#### 6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuus, tarkkuus ja eettiset ratkaisut tulevat esille tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Työlle uskottavuutta lisää erityisesti dokumentaatio, siksi kaikki ratkaisut ja valinnat tulee hyvin perustella. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuskysymykset tulee huomioida jo työn suunnitteluvaiheessa, sillä aineiston keruun ja analyysin jälkeen luotettavuutta ei voi enää parantaa. Menetelmiin on perehdyttävä etukäteen, jotta osataan valita omalle tutkimukselle parhaat mahdolliset menetelmät. (Hirsjärvi–Hurme 2009, 19–20; Kananen 2010, 69.)

Eettisesti tutkija on velvollinen antamaan informaatiota, joka on mahdollisimman varmaa ja todennettua (Hirsjärvi–Hurme 2009, 20). Luotettavuutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa lisää tarkka selostus siitä, miten tutkimus on toteutettu. Esimerkiksi haastattelutilanne tulee kuvata tarkasti ja tulkinnot perustella. Hyvän perusteluna toimivat esimerkiksi suorat lainaukset haastattelusta.

Aineiston sanotaan olevan riittävä silloin, kun vastaukset alkavat toistaa itseään eli on saavutettu kylläntymispiste. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232; Kananen 2010,70.)

Olemme halunneet toteuttaa tutkimuksemme eettisesti ja luotettavasti ja olemaan rehellisiä sen joka vaiheessa. Tutkimuksessa, joka kohdistuu ihmisiin, tärkeimpänä eettisinä periaatteina pidetään suostumusta, luottamuksellisuutta ja yksityisyyttä. Tutkimuksessa olevilla ihmisillä ja kulttuureilla on oikeus olla mukana tutkimuksessa omasta vapaasta tahdostaan. Haastateltavilla ihmisillä tulee olla riittävästi tietoa tutkimuksesta, jotta he voivat päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. Ennen haastatteluja varmistimme, että haastateltavat tiedostivat tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden, ja olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta. Korostimme luottamuksellisuutta ja sitä, että tutkimukseen osallistujat pysyvät anonyymeinä. Jotta haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu, emme ole työssämme kertoneet heistä tarkkoja esitietoja, emmekä esimerkiksi paljastaneet tutkimukseen osallistujien lähtö-  
maita. (Abdelhamid ym. 2009, 99; Hirsjärvi–Hurme 2009, 19–20.)

Viittaukset, lainaukset ja lähteet olemme kirjanneet työhömmme huolellisesti, emmekä ole plagioineet toisten tekstiä. Tutkimukseen osallistujat olivat erikäisiä, eri elämäntilanteessa olevia ja eri kulttuureista tulevia pakolaistautaisia maahanmuuttajia, joten tutkimustulos on monipuolinen. Tämä myös lisää tutkimuksen luotettavuutta. Haastatteluista saadut materiaalit analysoimme mahdollisimman kattavasti, emmekä yleistäneet, kaunistaneet ja muokanneet tuloksia. Materiaalin analysoimme nimettömästi, ja nauhoitukset ja tulokset hävitimme analyysin jälkeen. (Hirsjärvi–Hurme 2009, 19–20.)

Tutkimukseen tuo luotettavuutta parityönä tehty tutkimus, sillä kävimme haastatteluaineistoa lävitse ensin erikseen ja sitten vertaamalla molempien huomioita. Kävimme molemmat tulokset läpi useaan kertaan, jotta saimme niistä kaiken mahdollisen irti. Tutkimuksen eettisyyttä lisää se, että teimme toimeksiantosopimuksen (Liite 1) ja haimme tutkimuslupaa (Liite 4) asianmukaisesti. Tutkimusluvan (Liite 5) meille myönsi Rovaniemen kaupungin avo-  
terveydenhuollon ylilääkäri Miia Palo.

Eettisesti olisi oikein, että tämän tutkimuksen tulokset julkaistaisiin myös jokaisen tutkimukseen osallistujan äidinkielellä, mutta opinnäytetyössämme siihen ei ole mahdollisuutta. Toisaalta jokaisen haastateltavan suomen kielen taito oli jo hyvä, ja haastattelukielenä käytimme suomen kieltä. Opinnäytetyömme tavoitteena oli saada lisää tietoa pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa tehtävään hoito- ja terveydenhoitotyöhön, joten tulokset hyödyttävät myös tutkimukseen osallistujia. Monikulttuurisessa hoitotyön tutkimuksessa eettiset kysymykset perustuvatkin eriarvoisuuden minimointiin terveyden ja hyvinvointierojen kasvaessa länsimaiden ja kehittyvien maiden välillä. Jos lähtökohtana olisivat länsimaisten ihmisten tarpeet ja kiinnostuksen kohteet, olisi tutkimuksen perusta eriarvoisuutta lisäävä. Monikulttuurisen hoitotyön tutkimuksen hyötyä tulee siis aina pohtia kohderyhmän kannalta. (Abdelhamid ym. 2009, 99, 101.)

## 7 PAKOLAISTAUSTAISTEN MAAHANMUUTTAJIEN KOKEMUKSIA ÄITIYSNEUVOLOISTA JA TERVEYSKESKUKSEN AVOVASTAANOTOILTA

### 7.1 Hoitotyön palveluiden tarkastelu

Tutkimukseen osallistujat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoidon laatuun, joka sisältää hoitotyön prosessin mukaisesti hoidon tarpeen määrittämisen, suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Tietoa äitiysneuvola- ja avovastaanottopalveluista tutkimukseen osallistujat olivat saaneet mielestään riittävästi. Tietoa oli saatu sekä maahanmuuttotoimistosta että ystäviltä. Yhteyttä äitiysneuvoloihin ja avovastaanotoille haastateltavat olivat ottaneet joko puhelimitse tai käymällä paikan päällä. Yhteydenotto ja hoitoon pääsy oli useimman mielestä ollut helppoa ja vastaanottoaika oli saatu nopeasti. Joku koki hoitoon pääsyn olleen vaikeaa siksi, ettei ollut osannut selittää vaivaansa suomen kielellä puhelimitse. Toiveena oli, että vastaanottoajat voitaisiin varata maahanmuuttotoimiston kautta.

*”Mieheltäni, hän tiesi minne pitää mennä ja mitä pitää tehdä. Ja hän kysy kaverilta jos oli jotaki. Olen soittanut neuvolaan ja sitten ne kysyvät milloin oli viimeinen kuukautiset. Heti neuvolasta saimme ajan seuraavaksi.”*

*”Sillon kun minä olin alaikäinen ja maahanmuuttotoimisto neuvoi meille mihin pitää mennä.”*

*”Se on vaikea päästä sinne jos ei osaa kieltä, se on vähä vaikeaa.”*

*”Se ois parempi jos joku varattais aika maahanmuuttajalle. Pitää ite hoitaa niin se on vähän vaikeaa.”*

Kaikki haastateltavat pitivät suomalaisia hoitajia ystävällisinä ja mukavina. Haastateltavien mielestä suomalaisten hoitajien ammattitaito on hyvä. Hoita-

jien ammattitaidon koettiin myös olevan parempi kuin joidenkin haastateltavien kotimaassa. Haastateltavat kokivat saaneensa useimmiten tasavertaista ja samanlaista kohtelua kuin valtaväestö. Pakolaistaustan ei koettu vaikuttaneen hoidon laatuun tai hoitajien suhtautumiseen. Ainoaksi eroksi koettiin se, ettei kaikkea tietoa aina välttämättä ole annettu, koska on ajateltu, ettei maahanmuuttotaustainen ymmärrä.

*”Kyllä ne minusta suhtautuvat ihan normaalisti, niinku suomalaisiin, mutta ehkä he puhuvat vähän hitaammin.”*

*”Ne neuvolantätitki on aivan ihania kaikki.”*

*”Ne on semmosia mukavia ja avoimia, osaa vastata jos kysyy jotakin. Ja jos ne ei osaa, kyllä ne saa selvää.”*

*”Suomalaisilla (hoitajilla) on hyvää tietoa. Enemmän tietoa ja hyvä tietoa.”*

*”Hyviä, sanovat ja neuvovat hyvin. Jokku enemmän. Kaikki ei sano kaikkia ku ajattelevat, että minä en ymmärrä.”*

Haastateltavien mielestä suomalaisiin hoitajiin voi luottaa ja useimmille voi puhua avoimesti. Erään haastateltavan mukaan omalla kielitaidolla on kuitenkin ollut vaikutusta siihen, mitä kaikkea hoitajille on voinut kertoa. Kynnys soittaa hoitajille ja kysyä mieltä askarruttavia asioita, on haastateltavien mukaan ollut matala.

*”Kyllä minä puhun vähän niinku avoimesti. Kun minä haluan tietää jotaki asioita, minä kysyn. Kyllä minulla hävettää että saanko kysyä vai en, mutta haluaa tietää ja saada vastauksen ja netistä en löydä, sitten on pakko kysyä että vaikka hävettääkin.”*

*”Riippuu millanen on ittellä, että osaako selittää kaiken.”*

*”Minä aina kysyä mitä lääketä voin ottaa ja suoraan soittaa sinne ja kysyä.”*

Puolella haastateltavista oli Suomessa myös perhettä. Haastateltavien mielestä äitiysneuvolassa perhettä oli hoidettu kokonaisvaltaisesti, ja myös isät oli otettu huomioon.

*”Tosi hyvin. Ne kysy miltä sinusta tuntu tulla isä ja oletko valmis ja jotaki kysyvät niitä asioita että vähän niinkö miehen hyvinvointiki on tärkeää tässä raskauden aikana. Kyllä ne kyselivät kaikenlais-ta.”*

*”Joo kokonaisvaltaisesti, äitiä, vauvaa ja perhettä.”*

*”Joo kun hän ensimmäisen kerran oli häntä tervehti. Hän ei kau-heena ymmärrä suomea. Ja sanottiin,että isälleki jotku asiat kuu-luvat.”*

Haastateltavat kokivat saaneensa useimmiten apua sekä avovastaanotoilla että äitiysneuvoloissa. Tutkimukseen osallistujat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja palveluun. Hoitajat olivat esimerkiksi soittaneet takaisin, jos heitä oli yritetty tavoittaa, ja he olivat auttaneet hankalien papereiden täyttämässä. Hoito on haastateltavien mukaansa Suomessa perusteellista ja monipuolista. Useissa haastatteluissa korostui, että suomalaisten hoitajien ammattitaito on hyvä, ja heillä on paljon tietoa. Äitiysneuvolan asiakkaat eivät osanneet eritellä yhtään yksittäistä huonoa kokemusta. Avovastaanotoilla haastateltavat olivat kokeneet, että heidän vaivojaan ei aina ollut otettu tosis-saan.

*”Jos olisi jotakin, kyllä ne osasi neuvoa mihin pitää mennä tai mitä pitää tehdä. Olen saanut apua kyllä.”*



*”Siellä on hyvä palvelu. Jos minulla joku minä soitan ja jos vastaan-  
jaan he soittavat takaisin.”*

*”Mitä minä olen saanut sieltä kaikki tiedot ja kaikki hoidot ja kaikki  
neuvot ja kaikki ne on hyviä.”*

*”Mulla ei oo koskaan käyny että kysyn jotaki ja ne ei osaa vastata.”*

*”En osaa sanoa, että he ei hoitaa hyvin ulkomaalaisia. Ne on asi-  
antuntijoita ja osaa tehdä työnsä hyvin ja osaa hoitaa.”*

*”Hmm..no en mie osaa sanoa huonoa, mie olen niin tyytyväinen.”*

## 7.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus nousi keskeiseksi asiaksi haastatteluissa. Suurin osa haastateltavista oli tyytyväisiä hoitajien suulliseen ohjaukseen. Kaikissa haastatteluissa korostui, että ohjauksen onnistumiseen vaikutti hyvin paljon hoitajan puhe. Haastateltavien mukaan hoitajat useimmiten osasivat ottaa huomioon sen, että suomen kieli ei ole pakolaistaustaisten maahanmuuttajien oma äidinkieli. Haastateltavat olivat tyytyväisiä, että hoitajat puhuivat heille selkeästi ja rauhallisesti, jotta he varmasti ymmärsivät.

*”Se neuvolatäti oli sellainen että hän puhui rauhallisesti ja hyvin  
selvästi että mä ymmärtäisin mistä on kyse.”*

*”Kyllä he niinku ymmärtävät ulkomaalaisia ja puhuvat niin että he  
ymmärtävät.”*

*”Jos puhe ollu vähä nopeampi niin en kaikkia ymmärrä.”*

Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että ohjauksen onnistumisen ongelmat johtuivat vain heidän oman kielitaitonsa puutteesta, eikä asialle voinut tehdä mitään. Osa taas koki, että on helppoa pyytää hoitajaa toistamaan tai selittämään tarvittaessa tarkemmin.

*”Minusta se on minun ongelma jos emme osaa tarpeeksi suomea.”*

*”Joskus en tajua sitä, ei voi tehdä mitään. Se on mun ongelma, kun en ite tajua sitä.”*

*”Jos en tajua, minä sanoa mita sinä tarkoitat, selitä vähän enemmän.”*

Hoitotilanteessa kaikkea ohjausta ei ollut voinut haastateltavien mukaan ymmärtää eikä muistaa. Ohjausta oli ollut vaikea sisäistää nopeasti, sillä ohjaus ei ollut ollut omalla kielellä. Siksi haastateltavat pitivät kirjallisia ohjeita erityisen tärkeinä, jotta myöhemmin ja tarvittaessa pystyivät kertaamaan ohjeita. Ohjeita kaikki olivat saaneet vain suomen kielellä. Tämän he kokivat puutteena, sillä suomen kieltä on vaikeaa lukea, ja ohjeet sisältävät paljon vaikeita sanoja. Tutkimukseen osallistujat toivatkin kehitysideana sen, että kirjallisia ohjeita olisi mahdollista saada myös omalla äidinkielellä.

*”Joo ohjeita saanut, ei omalla kielellä eikä englannin kielellä.”*

*”Jos luki jotaki, esimerkiksi raskausmyrskytys niin sitä minä en tienny mikä se on ja mistä se johtuu. Ja sitten minä kysyin mieheltä ja netistä piti lukea yhdessä mitä varten se tulee ja vähän alko jännittää.”*

*”Omalla kielellä ohjeita, se tärkeää, ymmärtää paremmin.”*

Lähes kaikilla haastateltavilla oli kokemusta tulkin käytöstä vastaanottotilanteessa. Osa haastateltavista ei ollut aina saanut tulkkia, vaikka oli pyytänyt.

Joiltakin hoitaja taas oli kysynyt tulkin tarpeesta etukäteen. Eräs haastateltava olisi mielestään tarvinnut vastaanottotilanteeseen tulkin, mutta ei ollut sitä saanut, koska hoitajan mielestä sille ei ollut ollut enää tarvetta. Joku oli käyttänyt vuorovaikutuksessa myös englannin kieltä. Yksi haastateltavista koki, että hänen suomen kielen taitonsa on riittävä, eikä siksi edes halunnut tulkia. Useimmat haastateltavista kuitenkin ottaisivat tulkin jokaiseen vastaanottotilanteeseen, jos se olisi mahdollista.

*”Joo, joskus ne kysyy tarviiko tulkin ja ne soittaa tulkin.”*

*”No jos niinku vaikea asia, kyllä mä haluan tulkin.”*

*”Kun tulin Suomeen, ei ollut tulkkia. Minä osaan englantia.”*

*”Olisi helpompi, mutta en minä tarvi, minä pärjään ilmankin. Minä en ole pyytänyt.” (tulkkia)*

Vuorovaikutuksen tulkin välityksellä useimmat haastateltavista kokivat vaikeaksi. Tulkin läsnäolo saattoi tehdä vastaanottotilanteesta kiusallisen, varsinkin jos aihe oli arka. Tulkki ei aina ymmärtänyt hoitajaa, eikä osannut kääntää vaikeita sanoja. Joskus tulkki ei ollut ollut edes oman äidinkielen tulkki, jolloin tulkkia oli ollut hyvin vaikea ymmärtää.

*”Tulkkikaan ei ymmärrä kaikkia hoitajan sanoja.”*

*”Se vuorovaikutus riippuu mikä asia on, mikä ongelma, pää tai jalka kipeä. Se riippuu onko puhelimesta vai onko tulkki mukana. Sillon minä ujo ja jos vaikea asia.”*

Etenkin puhelintulkkauksen kerrottiin olevan haastavaa. Haasteelliseksi puhelintulkkauksessa koettiin asioiden kertominen puhelimen välityksellä sekä ymmärtämisen vaikeus.

*”Joskus hankala jos tulkki ei ole paikalla. Niinku no esimerkiksi minä puhun nopeasti oma kieli ja tulkilla on vaikea ymmärtää joskus.”*

*”...mutta joskus enempi soittaa tulkki ja tulkki on puhelimesta. Se on aika hankalaa joskus selittää sille siitä.”*

### 7.3 Kulttuurien näyttäytyminen

Erilaiset kulttuurit näyttäytyivät haastatteluissa. Haastateltavat löysivät suomalaisesta terveydenhuollosta paljon eroa verrattuna oman maansa vastavaan. Suurimmaksi eroksi koettiin se, että äitiysneuvola ja avovastaanotto-palvelut ovat Suomessa ilmaisia. Haastateltavien kotimaissa neuvoloita ei ollut joko lainkaan tai ne olivat hyvin kalliita. Raskaudenaikaisten neuvola-käyntien määräkin vaihteli. Vastaanottopalvelut ovat myös haastateltavien kotimaissa kalliita, eivätkä siksi tasavertaisesti kaikkien käytössä kuten Suomessa. Palveluiden puitteet, kuten rakennukset ovat Suomessa haastateltavien mielestä hienompia ja siistimpiä. Erilaisia hoitovälineitä, mittareita ja laitteita on paljon. Kaikkien mielestä äitiysneuvola- ja avovastaanottopalvelut ovat Suomessa paremmat. Eräs haastateltavista toivoi kotimaahansa samantyyppistä terveydenhuoltojärjestelmää kuin Suomessa, mutta koki sen olevan turha toive. Tiheät neuvolakäynnit ja tarkka raskauden seuranta koettiin hyväksi. Hoitajat ovat Suomessa erilaisia siksi, että heillä on enemmän tietoa ja ammattitaitoa, ja hoito on parempaa. Hoitajille voi haastateltavien mukaan olla avoin. Eräs haastateltava kertoi, ettei hänen kotimaassaan esimerkiksi kivun näyttäminen ole hyväksyttävää. Joku haastateltavista koki suureksi eroksi myös sen, että suomalaiset ovat terveempiä.

*”Noo, se että se on ilmainen oli vähän että ää selvä, se on ilmainen, se on ihme!”*

*”---(kotimaassa) on neuvola, mutta ne on vähän niinku yksityisiä ja sitten jotkut käyvät ehkä kerran siellä neuvolassa tai pari kertaa, jotkut ei ollenkaan, menevät suoraan synnytykseen ja jotkut käyvät säännöllisesti. Se riippuu siitä henkilöstä, asuuko kaupungissa vai maalla ja sitten sen koulutuksesta sen henkilön ja sitten onko hänellä rahaa tiettenki.”*

*”Se eroaa vähä kaikki. Siellä on ei niin paljon sellasia hienoja taloja...Täällä on hyvä ku täällä tarpeeksi se tavara.”*

*”Joo erilaista. Minusta meidän maassa huonompi kuin Suomen.”*

*”Siellä pelkätä niitä hoitajia. Ei saa näyttää, että kipeä on. Ne suuttuu.”*

Kukaan haastateltavista ei ollut kokenut rasismia tai syrjintää hoitotilanteissa. Jotkut haastateltavista olivat kuitenkin kokeneet rasismia muualla. Tutkimukseen osallistujat olivat sitä mieltä, että suomalaiset hoitajat ovat kaikille ystävällisiä silloin kun ovat töissä, ja he kohtelevat asiakkaitaan hyvin. Äitiysneuvoissa ja avovastaanotoilla kunnioitetaan haastateltavien mukaan eri kulttuureita.

*”Joo tiedän (rasismia), mutta ei kuulu niinku terveydenhoitoon mutta kaupungilla.”*

*”Sillon kun suomalainen töissä, se ei ole sellainen rasisti, mutta joskus kaupungissa näkee sellasta rasisti juttua...”*

Se, miten haastateltavat kokivat hoitajan sukupuolen, vaihteli. Naiset kokivat epämiellyttäväksi sen, että heitä hoiti mieshoitaja tai -lääkäri. Tämä ei johtunut pelkästään kulttuurista, vaan myös henkilön omasta luonteesta. Kotimaassakaan ei aina ollut ollut mahdollista saada naisille naishoitajaa tai -lääkäriä, joten he hyväksyivät myös mieshoitajan, jos muuta vaihtoehtoa ei

ollut. Haastateltaville miehille ei hoitajan sukupuolella ollut väliä, mutta hekin korostivat että heidän kulttuurissaan naisilla voi olla toisin.

*”En halua mies neuvola-aikana jos raskauden aikana.”*

*”Joo vähä ei ole mukava olo jos mies.”*

*”Onneksi siellä ne hoitaja ja lääkärit oli aina naisia. Jos olisi miehiä...tai...mä aina kysyn että onko nainen vai mies. Mä itse ujostelen jos on mies. Ei Suomalaisetkaan kaikki tykkää et on mieshoitaja. Eli se ei johdu siitä kulttuurista vaan se on luonteesta.”*

*”Se on lääkäri ja on pakko mennä, mutta naisille on vähä hankala.”*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän työn tarkoituksena oli kuvata pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää maahanmuuttajien kanssa tehtävän hoitotyön kehittämisessä äitiysneuvoloissa ja avovastaanotoilla, mutta myös muualla terveydenhuollossa.

Hoidon laatuun haastattelemamme pakolaistaustaiset maahanmuuttajat olivat pääosin tyytyväisiä. Hassinen-Ali-Azzanin (2002) väitöskirjassa pakolaiset eivät olleet aina saaneet apua vaivoihinsa. Osa heistä toivoi, että suomalaiset hoitajat olisivat iloisempia ja kohtelisivat heitä tasavertaisesti suomalaisten kanssa. Tähän tutkimukseen osallistujien mukaan suomalaiset hoitajat ovat ystävällisiä ja mukavia. Haastateltavamme kokivat myös saaneensa apua sekä samanlaista palvelua kuin suomalaiset, eivätkä olleet kokeneet syrjintää tai rasismia vastaanotoilla. Monikulttuurisen hoitotyön suunnittelua ja toteutusta Rovaniemen kaupungin avovastaanotoilla ja äitiysneuvoloissa voidaan siis pitää onnistuneena. Haurun ja Moilasan (2010) opinnäytetyössä osa Rovaniemeläisistä hoitajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajat pääsevät hoitoon muita nopeammin. Tämä voi olla mahdollista, sillä vaikka valtaväestö Suomessa pitää hoitoon pääsyä suurena ongelmana, tutkimuksemme osallistajat kokivat sen helpoksi ja vastaanottoajan saamisen nopeaksi. (Hassinen-Ali-Azzanin 2002, 157; Hauru–Moilanen 2010, 22–23.)

Polyakovan ja Pacquiaionin (2006) mukaan yhteisen äidinkielen puute tuo lisähaasteita monikulttuurisissa hoitosuhteissa, mikä tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Vuorovaikutuksen ei koettu olevan mahdotonta, mutta haastavaa. Myös Haurun ja Moilasan (2010) tutkimuksessa hoitajat kokivat suurimmaksi haasteeksi yhteisen kielen puutteen. Kaikki haastateltavamme puhuivat hyvin suomea, millä oli luultavasti vaikutusta tutkimuksemme tuloksiin. Uskomme, että vuorovaikutusta olisi pidetty ongelmallisempänä, jos olisimme

haastatelleet pakolaisia, jotka puhuvat suomea vain vähän tai eivät lainkaan. Yksi haastateltavistamme koki, että ei tarvitse tulkkia enää lainkaan. Jos monikulttuurisissa hoitotilanteessa ei ole tulkkia, voi väärinymmärryksiä kuitenkin tulla helposti. Suomen kieli ei ole pakolaistaustaisten maahanmuuttajien äidinkieli, joten puhe voi olla pitkään yksinkertaista, vaikka kielitaito olisi jo hyvä. Tällöin omia ajatuksiaan ja tunteitaan ei osaa ilmaista vieraalla kielellä täydellisesti, eikä asiakas välttämättä osaa tai uskalla kyseenalaistaa kuulemaansa. Myös hoitajan tuen antaminen ja kuunteleminen voi Haurun ja Moilasen tutkimuksen mukaan jäädä vähemmälle, jos hoidettavan äidinkieli on hoitajalle vieras. (Hauru–Moilanen 2010, 24.)

Eräs tutkimukseemme osallistujista oli käyttänyt hoitotilanteessa myös englannin kieltä. Tällaisessa tilanteessa, jossa käytetty kieli ei ole hoitajan eikä asiakkaan äidinkieli, väärinymmärrysten riski on suuri. Vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta tämä vaihtoehto onkin mielestämme huonoin. Kuitenkin Haurun ja Moilasen opinnäytetyössä hoitajat olivat sitä mieltä, että asiakkaan englannin kielen taito helpotti hoitamista. (Hauru–Moilanen 2010, 24.)

Polyakovan ja Pacquiaonin (2006) mukaan yhteisen kielen puute voi olla este myös hoitoon hakemisessa. Tämä nousi esille myös Hassinen-Ali-Azzanin (2002) väitöskirjassa, jossa puutteellisen kommunikoinnin koettiin vaikeuttavan palvelujen käyttöön, hoitoon hakeutumiseen ja oikean hoidon saamiseen (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 156). Tutkimuksessamme nousikin esille realistinen kehitysidea, että ajanvaraus tapahtuisi maahanmuuttotoimiston kautta. Tällöin maahanmuuttajien kynnys hakeutua hoitoon madaltuisi ja mahdollistaisi myös vähemmän kielitaitoisten hoitoon pääsyn. (Abdelhamid ym. 2009, 150; Rätty 2002, 154.)

Vuorovaikutuksen onnistumisen kokemiseen vaikutti se, kuinka kauan haastateltava oli ollut Suomessa. Pidempään Suomessa asuneille ei tulkilla ollut niin suurta merkitystä kuin vain vähän aikaa maassa olleille. Huomasimme myös nais- ja mieshaastateltavien kokemuksissa eroja. Naisille tulkin käyttö teki hoitotilanteesta kiusallisemman ja vuorovaikutuksesta vaikeamman, kun taas molempien miesten mielestä tulkin läsnäolo ei vaikuttanut tilanteeseen. Ripatin ja Wendelinin (2011) opinnäytetyössä pakolaisnaiset toivoivat samaa



sukupuolta olevaa tulkkia (Ripatti–Wendelin 2011, 30). Tämä ei tullut meidän tutkimuksessamme esille, mutta ehkä naispuolisen tulkin valinta pakolaisnaisten hoitotilanteisiin voisi olla ratkaisu siihen, että hoitotilanteesta saataisiin luonnollisempi ja vähemmän kiusallinen.

Haastateltaviemme mukaan tulkki ei aina osannut kääntää vaikeita sanoja. Myös hoitajilla oli Haurun ja Moilasen mukaan samanlaisia kokemuksia. Hoitajien mukaan tulkki saattoi kääntää väärin tai vain osan puheesta, ja hänen terveydenhuollon sanaston osaaminen saattoi olla heikkoa. Molemmissa tutkimuksissa pidettiin parempana paikan päälle tullutta tulkkia puhelintulkin sijaan. (Hauru–Moilanen 2010, 25.)

Kielilain (423/2003) mukaan hoitotilanteissa pitää olla aina tulkki mukana, mutta tulostemme mukaan se ei aina toteudu. Tutkimukseen osallistujat eivät aina olleet saaneet halutessaan tulkkia, vaikka pakolaisilla on oikeus saada valtion korvaama tulkki. Eräällä haastateltavistamme oli tulkkina toiminut myös oma mies. Ammattitulkin käyttö on kuitenkin suositeltavaa, eikä perheenjäseniä saisi käyttää tulkkina kuin hätätilanteissa. Haastatteluissa nousi myös esille, että tulkki ei aina ollut ollut edes oman äidinkielen tulkki. Joidenkin kielien taitajista onkin Suomessa suuri kysyntä, jolloin tulkkaus joudutaan järjestämään muulla kuin maahanmuuttajan äidinkielellä (Hakala 2006, 17). Tällaisessa tilanteessa väärinymmärryksiä tapahtuu herkästi tulkin, asiakkaan ja hoitajan välillä. Tutkimuksessa noussut kehitysidea tulkin läsnäolosta aina hoitotilanteissa, on realistinen ja useimmiten mahdollista järjestää. Tulkin järjestämiseen ja valintaan panostamalla voitaisiin mielestämme lisätä hoidon laatua ja sujuvuutta sekä vähentää ylimääräisiä hoitokäyntejä. (Asikainen–Siikamäki 2009.)

Kulttuurit näyttäytyivät haastatteluissamme erilaisina kokemuksina kulttuurien välisistä eroista. Kaikissa haastatteluissa sivuttiin sukupuolinormeja, kuten valmiutta hyväksyä vastakkaista sukupuolta oleva henkilö hoidon antajana. Hassinen-Ali-Azzanin väitöskirjan tulokset olivat samankaltaiset kuin tutkimuksemme tulokset. Miehillä ei hoitajan sukupuolella ollut väliä, mutta he uskoivat naisille asian olevan vaikeampi. Naisvastaajista taas oli selvästi mukavampaa, että hoitaja oli nainen. Yhden haastateltavamme mukaan tämä

johtui ihmisestä itsestään eikä niin ikään kulttuurisista tottumuksista. Kuitenkin kulttuurissa vallitsevilla arvoilla on varmasti vaikutusta ihmisen luonteeseen. Toisaalta se, että naiset hyväksyivät mieslääkärin tai -hoitajan jos muuta mahdollisuutta ei ollut, kertoo siitä, että haastateltavamme pakolaistaustaiset maahanmuuttajat ovat sopeutuneet suomalaiseen hoitokulttuuriin, jossa hoitajan sukupuolta ei pidetä ongelmana. Haurun ja Moilasan tutkimuksessa hoitajat olivat epätietoisia siitä, voiko hoitaja hoitaa vastakkaista sukupuolta. Tutkimuksemme tulosten perusteella pakolaistaustaisia maahanmuuttajia voi hoitaa toista sukupuolta oleva hoitaja, jos muuta mahdollisuutta ei ole. Asia on kuitenkin henkilökohtainen, joten se tulee ottaa huomioon jokaisen yksilön kohdalla erikseen. (Hauru–Moilanen 2010, 28.)

Kivun näyttäminen koettiin myös kulttuurisena erona. Yksi haastateltava kertoi, että Suomalaisille hoitajille uskaltaa näyttää kivun, toisin kuin oman maansa hoitajille. Terveystieteissä onkin tiedostettava, että esimerkiksi kivun kokemiseen vaikuttaa yksilön kulttuuristausta. Kivun ilmaisu ja näyttäminen eivät ole kaikissa kulttuureissa hyväksyttävää esimerkiksi jos yhteisössä arvostetaan lujaluonteisuutta. Siksi hoitotyössä on huomioitava, että potilas voi tuntea kipua, vakavaakin, vaikka ulkopuolinen ei sitä havaitse. (Abdelhamid ym. 2009, 169, 171–172.)

Eräs tutkimukseen osallistujista totesi suomalaisten olevan terveempiä kuin kotimaansa kansalaiset. Suomessa on usein paremmat elinolot kuin pakolaistaustaisten kotimaissa, mikä voi vaikuttaa terveyteen. Lisäksi haastatteluihimme mielestä verrattomalla suomalaisella ennaltaehkäisevällä terveydenhuollolla voi olla vaikutuksensa suomalaisten hyvään terveyteen.

Haastateltavamme käyttivät kotimaansa äitiyshuollosta puhuessaan käsitettä neuvola, mutta Suomen kaltaista neuvolajärjestelmää tuskin kuitenkaan on haastateltavien kotimaissa. Luultavasti he tarkoittivat neuvolalla äitiyshuoltoa yleensä. Yksi tutkimukseen osallistujista toivoi kotimaahansa samanlaista neuvolajärjestelmää kuin Suomessa. Haastatteluun osallistuneet äitiysneuvolan asiakkaat eivät kuitenkaan olleet omassa kotimaassaan olleet raskaana, eivätkä itse käyttäneet kotimaansa äitiyshuoltoa. Se, että haastateltavilla ei ollut vertailukohdetta, saattoi vaikuttaa tutkimuksemme tuloksiin. Yhtään yk-

sittäistä huonoa äitiysneuvolakokemusta haastateltavat eivät kuitenkaan osanneet kertoa. Myös Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tutkimukseen osallistuneet pakolaisnaiset olivat tyytyväisiä raskaudenaikaiseen terveyden seurantaan Suomessa (Hassinen-Ali-Azzanin 2002, 187). Maailmalla suomalaisella neuvolajärjestelmällä on hyvä maine vähäisen imeväis- ja äitiyskuolleisuuden vuoksi (Kouvalainen 1995).

Eräs haastateltava kertoi omasta kulttuuristaan, jossa joku läheinen ihminen tulee synnytyksen jälkeen useiksi viikoiksi kotiin opettamaan vauvan hoitoa, ja auttamaan synnytyksessä toipumisessa. Suomessa ollessaan hän ei voinut kuvitellakaan tarvitsevansa tällaista. Tästä voitaisiin ajatella, että terveydenhoitajien ohjaus ja neuvonta äitiysneuvoloissa on ollut onnistunutta ja riittävää. Kuitenkin Haurun ja Moilasen opinnäytetyön mukaan hoitajat Rovaniemen kaupungissa kokivat saaneensa liian vähän koulutusta monikulttuuriseen hoitotyöhön (Hauru–Moilanen, 2010, 31). Pakolaistaustaiset maahanmuuttajat ovat tutkimuksemme mukaan kuitenkin tyytyväisiä hoitajien palveluun, mikä voisi kertoa siitä, että he eivät odota suomalaisilta hoitajilta erityiskohtelua tai -osaamista.

Saimme runsaasti vastauksia tutkimustehtäväämme, jossa kysyimme pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Tuloksia ei voida kuitenkaan yleistää, sillä haastateltavien määrä tutkimuksessamme oli suppea. Pääsimme mielestämme tavoitteeseemme tuottaa lisää tietoa pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa tehtävään hoito- ja terveydenhoitotyöhön, vaikka kehittämisideoita tuli vain muutama. Tutkimuksessa nousseet kehitysideat ovat teoriassa realistisia, mutta terveydenhuoltojärjestelmämme resurssit tuskin riittävät tarjoamaan kaikkia kirjallisia ohjeita niillä useiden kansallisuuksien kielillä, joita Rovaniemellä on edustettuina. Voisi kuitenkin olla mahdollista saada esimerkiksi äitiysneuvolan tärkeimmät oppaat joillakin pakolaismaiden kielillä.

## 8.2 Opinnäytetyöprosessi ja oma oppiminen

Opinnäytetyön aihetta pohtiessamme kävimme läpi monenlaisia vaihtoehtoja. Halusimme molempia kiinnostavan aiheen, jotta opinnäytetyöprosessi olisi mielekäs. Idea haastatella pakolaistaustaisia maahanmuuttajia perusterveydenhuollon palveluista syntyi omasta päästämme. Innostuimme aiheesta lisää kuullessamme vasta tehdystä opinnäytetyöstä, jossa samaa aihetta oli kuvattu hoitajien näkökulmasta (Hauru–Moilanen 2010). Meistä tuntui mielenkiintoiselta alkaa tutkia asiakkaiden näkökulmaa aiheesta. Koimme myös, että tämä aihe tukee ammatillista kasvuamme sairaanhoitajaksi ja terveydenhoitajaksi.

Opinnäytetyöprosessi oli haastava, vaikka missään vaiheessa emme kokeneet sitä ylitsepääsemättömäksi. Suunnitelmaa tehdessämme luimme tutkimuksen teoriaa, sekä aikaisempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Alussa tutkimuksen tekeminen tuntui uudelta, vieraalta ja vaikealta, mutta avautui meille koko ajan enemmän prosessin edetessä. Maahanmuuttajia ja hoitotyötä koskevia lähteitä löysimme paljon, mutta teoreettisen viitekehyksen työstäminen oli kuitenkin haasteellista. Maahanmuuttajat ovat hyvin moninainen ryhmä, ja heitä koskevan tiedon rajaaminen oli vaikeaa, sillä keskityimme ainoastaan pakolaistaustaisiin maahanmuuttajiin.

Haastateltavien saaminen tuntui aluksi hankalalta. Pääsimme kuitenkin tavoitteeseemme haastatella neljää pakolaistaustaista maahanmuuttajaa. Jännitimme, saammeko haastateltavia, joiden kielitaito on riittävä haastattelun suorittamiseen Suomen kielellä, ja saammeko kattavia vastauksia haastateltaville vieraalla kielellä. Yllätyimme kuitenkin positiivisesti, sillä haastattelut onnistuivat mielestämme hyvin, ja niitä oli hyvin mielenkiintoista tehdä. Myös haastattelutilanteista saimme eväitä monikulttuuriseen hoitotyöhön, sillä useimmat haastattelut tehtiin haastateltavien kotona. Haurun ja Moilasen opinnäytetyössä haastattelemat hoitajat kokivat maahanmuuttajat asiakkaina miellyttäviksi ja kiitollisiksi. Meille jäi tutkimukseen osallistujista samanlainen kuva. Haastateltavat olivat ystävällisiä, miellyttäviä ja halusivat innokkaasti auttaa meitä tutkimuksemme toteuttamisessa. Saimme kuin saimmekin riittä-

västi materiaalia tutkimusraportin kirjoittamiseen. (Hauru–Moilanen 2010, 26.)

Tulosten tarkastelun ja johtopäätösten tekemisen koimme prosessimme hankalimmaksi vaiheeksi. Yhtäläisyyksiä ja selviä eroavaisuuksia löytyi paljon, mutta kuitenkin pohdinta oli hyvin työlästä ja aikaa vievää. Ajatuksia meillä oli paljon, mutta niiden ylöskirjoittaminen tuntui vaikealta. Lopulta saimme tarkastelun ja johtopäätökset kuitenkin kirjoitettua, ja olimme siihen jopa tyytyväisiä.

Koimme työn tekemisen parityönä mielekkääksi ja kasvattavaksi kokemukseksi. Yhdessä tekeminen on opettanut meille yhteistyötä, mikä on tärkeää sairaanhoitajan- ja terveydenhoitajan työssä. Pienten lasten vanhempina yhteisen ajan löytäminen on kuitenkin toisinaan ollut haastavaa. Prosessin aikana olemme oppineet tekemään kompromisseja sekä joustamaan, jotta yhteistä aikaa on löytynyt opinnäytetyön tekemiseen. Toisinaan urakassamme on ollut mukana vauva tai kaksi, ja kirjoittamisen ohella ovat hoituneet vaiipanvaihdot ja imettämiset. Molempien äitiysloman vuoksi aikataulumme onkin hieman viivästynyt, ja toisinaan prosessi on tuntunut loputtomalta. Toisen kannustus ja tuki on motivoinut ja auttanut jaksamaan eteenpäin. Tutkimuksen työstäminen parityönä on myös mahdollistanut asioista keskustelun. Kahdestaan työstäminen on saanut meidät pohtimaan enemmän, ja asioita on käsitelty monesta näkökulmista. Ehkä opinnäytetyömme voi siksi sanoa olevan myös rikkaampi.

Kokonaisuudessaan olemme tyytyväisiä tutkimukseemme, joka oli molempien ensimmäinen. Tutkimuksemme myötä olemme saaneet paljon eväitä tulevaisuuteen, sillä prosessi on kasvattanut meitä sekä ammatillisesti että ihmisinä. Uskomme, että voimme tulevassa työssämme hyödyntää oppimaamme. Olemme esimerkiksi oppineet raportoimista, sekä toimimaan itsenäisesti ja vastuullisesti, mikä on tärkeää sekä terveydenhoitajan että sairaanhoitajan työssä. Opimme tutkimusprosessimme aikana myös kriittisiksi tiedonhakijoiksi, ja sen käsittelijöiksi. Koemme rikkautena sen, että olemme saaneet kohdata eri kulttuurista tulevia ihmisiä. Tutkimusta tehdessämme oma kulttuurinen kompetenssimme on kehittynyt, ja olemme päässeet kulttuurisen herkk-

kyden askelmilla ylöspäin. Uskomme, että saimme opinnäytetyöstämme enemmän valmiuksia kohdata maahanmuuttaja-asiakkaita, olimmepa tulevaisuudessa töissä missä tahansa.

### 8.3 Jatkotutkimusaiheet

Maahanmuuttajien terveys on aihe, jota on tutkittu vielä vähän. Siksi kaikki aiheeseen liittyvä tutkimus voisi mielestämme olla tervetullutta. Esimerkiksi maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia sekä terveyspalvelujen ja hoidon tarvetta voitaisiin tutkia lisää. Tutkimuksia olisi hyvä tehdä sekä terveydenhuoltohenkilöstön että maahanmuuttaja-asiakkaiden näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa tutkittua aihetta pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksista äitiysneuvoiloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla voitaisiin laajentaa koskemaan muutakin perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa. Tähän tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni, myös siksi samaa aihetta olisi hyvä tutkia edelleen. Tutkimusta voitaisiin tehdä myös muiden maahanmuuttajaryhmien palvelu- ja hoitokokemuksista.

## LÄHTEET

- Abdelhamid, P. – Juntunen, A. – Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Ahonen, S. 2004. Monikulttuurisuus ja suomalainen terveydenhuolto tänään. – Teoksessa Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. (toim. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta) ETENE julkaisuja 11.
- Asikainen, M. – Siikamäki, H. 2009. Maahanmuuttajat ja perusterveydenhuolto. Lääkärin käsikirja. Osoitteessa <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>. Luettu 7.11.2011.
- Eriksson, K. – Isola, A. – Kyngäs, H. – Leino-Kilpi, H. – Lindström, U. – Paavilainen, E. – Pietilä, A.-M. – Salanterä, S. – Vehviläinen-Julkunen, K. – Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.
- Georg, J.B. 1986. Imogene M. King. – Teoksessa Hoitotyön teoriat (toim. The nursing theories conference group), 209–224. WSOY.
- Gissler, M. – Malin, M. – Matveinen, P. – Sarvimäki, M. – Kangasharju, A. 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus, työministeriö.
- Glittenberg, J. 2002. The biocultural basis of transcultural nursing. – Teoksessa Transcultural nursing, concepts, theories, research & practice (toim. M. Leininger ja M.R. MacFarland), 157–167.
- Hakala, T. 2006. Tulkkauspalvelut maksullisiksi. Monitori 1/2006, 17.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos. Osoitteessa [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-781-934-x/urn\\_isbn\\_951-781-934-x.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-934-x/urn_isbn_951-781-934-x.pdf). Luettu 15.11.2011.
- Hauru, E. – Moilanen, T. 2010. Rovaniemeläisten hoitotyöntekijöiden kokemuksia maahanmuuttajien kohtaamisesta hoitotyössä. Opinnäytetyö. Rovaniemen ammattikorkeakoulu: Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. – Jauhiainen, M. – Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.

- Ikonen, E.-R. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsitanalyttinen tutkimus hybridisellä mallilla. *Hoitotiede* 3/2007, 140–151.
- Immigration assist. Working around the world. What is an immigrant? Osoitteessa <http://www.immigrationassist.co.uk/immigration/what-is-an-immigrant>. Luettu 10.10.2011
- Janhonen, S. – Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111.
- Kekomäki, M. 2004. Onko terveystarpeilla tärkeysjärjestystä? – Teoksessa *Terveyspalveluiden suunnittelu* (toim. T. Mäntyranta – O. Elonheimo – J. Mattila – J. Viitala), 27–34. Helsinki: Duodecim.
- Kielijelppi 2010. Vuorovaikutus – puhumista ja kuuntelemista. Osoitteessa <http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>. Luettu 15.4.2011.
- Kielilaki 423/2003. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423>.
- Kouvalainen, K. 1995. Neuvolatoimintojen haasteet ja uhat. Osoitteessa [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo50007&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo50007&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero). Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 15.11.2011.
- Kylmä, J. – Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1993. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Leininger, M. 2002a. Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus and historical aspects. – Teoksessa *Transcultural nursing, concepts, theories, research & practice* (toim. M. Leininger ja M.R. McFarland), 3–43.
- Leininger, M. 2002b. The future of transcultural nursing: A global perspective. Teoksessa *Transcultural nursing, concepts, theories, re-*



search & practice (toim. M. Leininger ja M.R. McFarland), 577–595.

Liukko, M. – Luukkonen, A.-M. 2004. Kunnan vastuu terveystalveluiden järjestäjänä. – Teoksessa Terveystalveluiden suunnittelu (toim. T. Mäntyranta – O. Elonheimo – J. Mattila – J. Viitala), 35–38. Helsinki: Duodecim.

Maahanmuuttovirasto a. Sanasto. Osoitteessa <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=2761#5>. Luettu 19.1.2011.

Maahanmuuttovirasto b. Pakolaiskiintiö. Osoitteessa <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476,2538> . Luettu 10.11.2011

Maahanmuuttovirasto c. Kiintiöpakolaisten valinta. Osoitteessa <http://www.migri.fi/download.asp?id=Kaaviokuva%5Fkiinti%C3%B6pakolaiset;1447;{778C0CB2-F41C-48B4-89B7-BD2D720E9E1E}>. Luettu 10.11.2011

Maahanmuuttovirasto d. Turvapaikan hakijoiden vastaanotto. Osoitteessa <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476,2791>. Luettu 10.11.2011.

Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

McGee, P. 1992. Teaching transcultural care. A guide for teachers of nursing and health care. London: Chapman & Hall.

Pakolaisapu a. Pakolaistilanne vuonna 2010. Osoitteessa [http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/pakolaisuus\\_suomessa/](http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/pakolaisuus_suomessa/). Luettu 9.11.2011.

Pakolaisapu b. Maailman pakolaistilanne. Osoitteessa [http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/maailman\\_pakolaistilanne](http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/maailman_pakolaistilanne). Luettu 9.11.2011.

Pirinen, I. 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Osoitteessa <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7209-1.pdf>. Luettu 9.11.2011.

Pohjanpää, K. – Paananen, S. – Nieminen, M. 2003. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten, vietnamilaisten elämää Suomessa. Helsinki: Edita.

Punainen Risti 2010. SPR Rovaniemen vastaanottokeskus. Osoitteessa [http://www.redcross.fi/aktiivit/piirit/sivut/lappi/vok/fi\\_FI/vastaanottokeskus/](http://www.redcross.fi/aktiivit/piirit/sivut/lappi/vok/fi_FI/vastaanottokeskus/). Luettu 22.11.2011

- Ripatti, M. – Wendelin, E. 2011. Pakolaisnaisten kokemuksia suomalaisista terveyspalveluista. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma.
- Rovaniemi a. Neuvolapalvelut. Osoitteessa <http://www.rovaniemi.fi/suomeksi/Palveluhakemisto/Terveys/Neuvolapalvelut.iw3>. Luettu 14.6.2011.
- Rovaniemi b. Terveysasemat/Vastaanotot. Osoitteessa [http://www.rovaniemi.fi/suomeksi/Palveluhakemisto/Terveys/Terveysasemat\\_vastaanotot.iw3](http://www.rovaniemi.fi/suomeksi/Palveluhakemisto/Terveys/Terveysasemat_vastaanotot.iw3). Luettu 14.6.2011.
- Rovaniemi 2011c. Rovaniemen kansainvälistymisstrategia. Osoitteessa <http://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=4e3be663-0eea-4520-b138-6a3d6c25b0f9>. Luettu 6.11.2011
- Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi.
- Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Osoitteessa [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/). Luettu 9.11.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Terveyspalvelut. Osoitteessa [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut). Luettu 4.1.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaali- ja terveyspalveluita koskeva lainsäädäntö. Osoitteessa [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/lainsaadanto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/lainsaadanto). Luettu 4.6.2011.
- Suopajarvi, A.-M. 2011. Lapin Maahanmuuttotilastoja 2010–2011. Lapin ELY-keskuksen Power Point.
- Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto: Terveystalouden ja -talouden laitos.
- Tarvas, T. 2006. Maahanmuuttajat käyttävät vähän terveydenhuollon palveluita. Monitori 1/2006, 34.
- Tilastokeskus 2011. Osoitteessa [http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html). Luettu 9.11.2011.
- Tuomi, J. – Sarajarvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi
- Tuomi, J. – Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

UNHCR. Osoitteessa [http://www.unhcr.no/fi/Basics/refugee\\_fi.html](http://www.unhcr.no/fi/Basics/refugee_fi.html). Luettu 19.1.2011.

Wellman, E. 2009. Kulttuurinen pätevyys on erikoisosaamista. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 4/2009, 20–23.

**LIITTEET**

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Aineiston analyysi

Liite 4. Tutkimuslupahakemus

Liite 5. Tutkimuslupa

## Liite 1



Rovaniemen  
ammattikorkeakoulu  
University of Applied Sciences

## TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Lomake A3

<b>Toimeksi-antaja</b>	Nimi (esim. yritys) Rovaniemen kaupunki / terveystalvelukeskus	
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Lempi Kukkola p. 040-5347637, Lempi Kukkola@rovaniemi.fi	
<b>Tekijä</b>	Työn aihe Maahanmuuttajat Rovaniemen terveydenhuollon asiakkaina	
	Nimi Jessica Sieppi, Tiina Pekkala	Opiskelijanumero 0700359, 0800946
	Katuosoite	Postinumero   Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Koulutusala ja -ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	Ryhmätunnus 702T07, 702H08
<b>Ohjaaja</b>	Nimi Aila Niskala	Oppiarvo ja tehtävänimike lehtori
	Toimipaikka ja osoite RAMK, sosiaali- ja terveysala, Porokatu 35 96400 Rovaniemi	
	Puhelin 020 798 5632	Sähköpostiosoite aila.niskala@ramk.fi
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>		
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
<b>Dokumen- tointi</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraportit ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappaale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
	Työ on vapaasti lainattavissa ammattikorkeakoulun kirjastossa.	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Omistus- ja käyttö- oikeudet</b>	Työn tulokset ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta. Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.	
	<b>Lisäksi sovitaan</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa.	
Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		

	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Rovaniemi 28.1.2011	Lempi Kukkola
Tekijä	Rovaniemi 7.4.2011	Jessica Sieppi Tiina Pekkala
Ohjaaja	RO Rovaniemi 7.4.2011	Aila Niskala

Rovaniemen ammattikorkeakoulu  
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI  
puh.020 798 4000 (vaihde), faksi 020 798 5499  
opintotoimisto@ramk.fi  
www.ramk.fi

## Liite 2



## Saatekirje

Hei!

Olemme sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelija Rovaniemen ammattikorkeakoulusta. Teemme parhaillaan opinnäytetyötä aiheesta pakolaistaustaiset maahanmuuttajat Rovaniemen kaupungin perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen toimeksiantaja on Rovaniemen kaupungin terveystalokeskus.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Tavoitteenamme on tuottaa saatujen tutkimustulosten avulla lisää tietoa pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa tehtävään hoito- ja terveydenhoitotyöhön. Aineiston tutkimukseen keräämme haastattelemalla pakolaistaustaisia maahanmuuttajia.

Haastattelutilanne on luottamuksellinen ja tutkimusaineiston hävitämme analysoinnin jälkeen asianmukaisesti. Tulokset julkaisemme niin, että henkilöllisyytesi ei paljastu. (Henkilötietolaki 523/1999) Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua lukuvuoden 2011–2012 aikana.

Ystävällisin terveisin,

Tiina Pekkala, tiina.niska@edu.ramk.fi

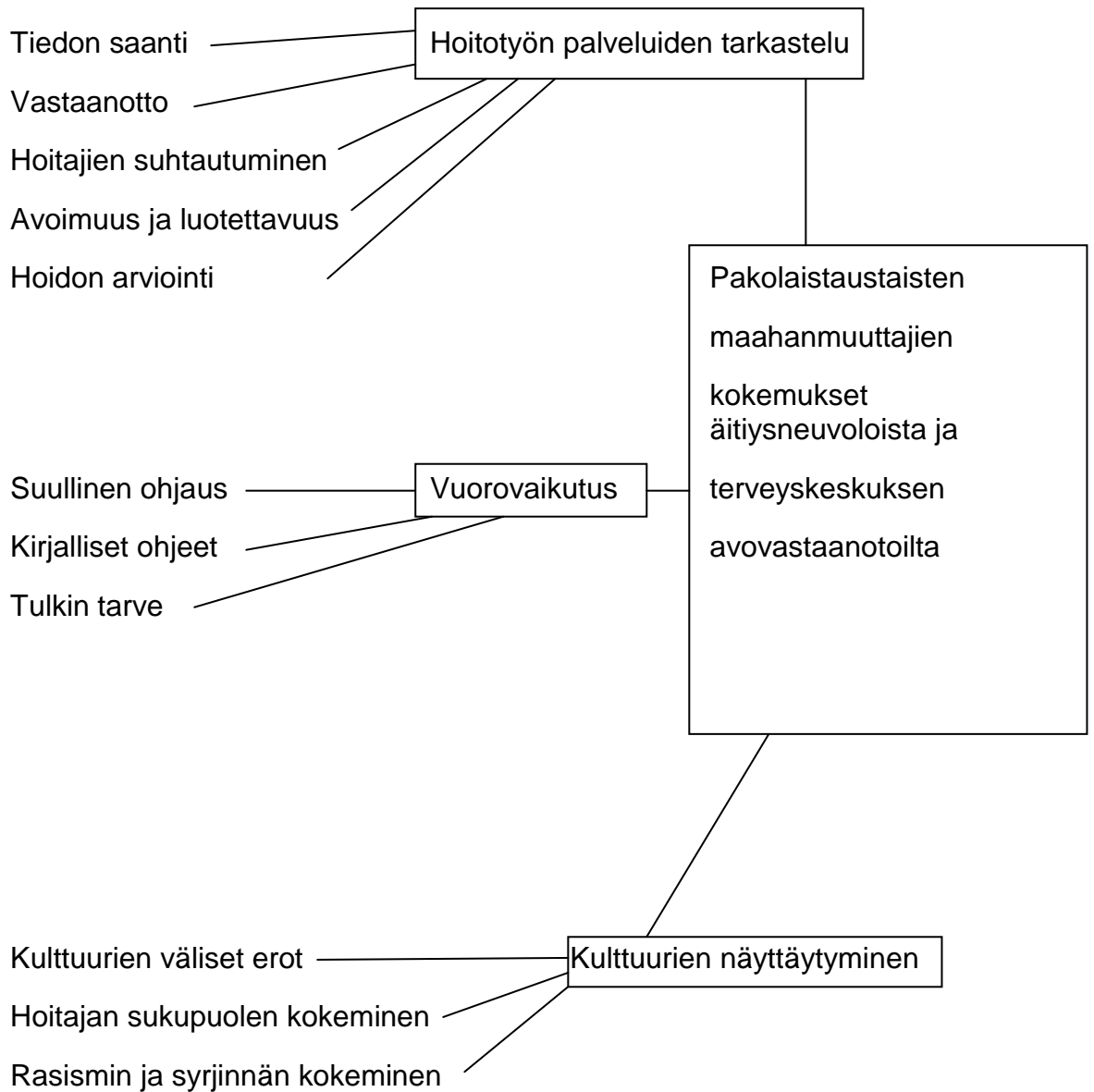
Jessica Sieppi, jessica.sieppi@edu.ramk.fi

## Liite 3

ALAKATEGORIA

YLÄKATEGORIA

YHDISTÄVÄ KATEGORIA



## Liite 4



Rovaniemen  
ammattikorkeakoulu  
University of Applied Sciences

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Lomake A2

<b>Toimeksiantaja</b> <b>TUTKIMUSLUPAA</b> <del>TAPIO RAASAKKA</del> MIIA PALO  <b>PAIKKA / AIKA</b> <b>PÄÄTÖS:</b>	Nimi Lempi Kukkola, Rovaniemen kaupunki/ terveyspalvelukeskus		
	Yhteysthenkilö, puhelin ja sähköposti 040-5347637, lempi.kukkola@rovaniemi.fi		
<b>Tekijä</b>	Nimi Jessica Sieppi	Opiskelijanumero 0700359	
	Katuosoite Vainiontie 13 A	Postinumero 96300	Postitoimipaikka Rovaniemi
	Puhelin 0407647400	Sähköpostiosoite jessica.sieppi@edu.ramk.fi	
	Koulutusala ja -ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, tervydenhoitaja	Ryhmätunnus 702T07	
<b>Tekijä</b>	Nimi Tiina Pekkala	Opiskelijanumero 0800946	
	Katuosoite Korkalonkatu 2 B 2	Postinumero 96100	Postitoimipaikka Rovaniemi
	Puhelin 044-0406880	Sähköpostiosoite tiina.niska@edu.ramk.fi	
	Koulutusala ja -ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	Opiskelijanumero 702H08	
<b>Ohjaaja</b>	Nimi Aila Niskala	Oppiarvo ja tehtävänimike lehtori	
	Toimipaikka ja osoite RAMK, sosiaali- ja terveysala, Porokatu 35 96400 Rovaniemi		
	Puhelin 020 798 5632	Sähköpostiosoite aila.niskala@ramk.fi	
<b>Päiväys ja allekirjoitukset</b>	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>	
<b>Tekijä</b>	Rovaniemi 28.6.2011	Tiina Pekkala	
<b>Tekijä</b>	Rovaniemi 28.6.2011	Jessica Sieppi	
<b>Tutkimussuunnitelma hyväksytty</b>	Rovaniemi 16.6.2011	Aila Niskala (nimenselvennös) yliopettaja	

Liitteenä tutkimus-/ työsuunnitelma

Rovaniemen ammattikorkeakoulu  
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI  
puh.020 798 4000 (vaihe), faksi 020 798 5499  
opintotoimisto@ramk.fi  
www.ramk.fi



## Liite 5



**Rovaniemi**  
 Terveyspalvelukeskus  
 Palvelupäällikkö  
 Miia Palo

Viranhaltijapäätös

30.6.2011/19 §

Dno KAUPKIRJ: 227 /2011

**Tutkimuslupa/Tiina Pekkala ja Jessica Sieppi**

**Asia** Rovaniemen ammattikorkeakoulun opiskelijat Tiina Pekkala ja Jessica Sieppi anovat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen Pakolaistaustaiset maahanmuuttajat Rovaniemen kaupungin perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kokemuksia sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien palveluista Rovaniemen kaupungin äitiysneuvoloissa ja terveyskeskuksen avovastaanotoilla. Aineisto kerätään yksilohaastatteluina.

**Päätös** Myönnän tutkimusluvan Tiina Pekkalalle ja Jessica Siepille.

Tutkimuksessa on noudatettava henkilötietolain ja julkisuuslain säännöksiä.

Tutkimuksesta tulee toimittaa yksi kappale Rovaniemen kaupungin terveystalvelukeskuksen käyttöön ja se lähetetään osoitteeseen Rovaniemen kaupunki, Terveyspalvelukeskus, PL 8216, 96101 Rovaniemi.

**Allekirjoitus**

Miia Palo  
 Palvelupäällikkö

**Toimeenpano**

Pekkala Tiina, Sieppi Jessica, Kukkola Lempi, Laurila Tarja, Kinnunen Risto, Saarinen Arja, Kuusela Kaisa, Ahlsved Matias

**Muutoksenhakuosoitus**

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän (7) päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen tiedon päätöksestä, kun päätös on asetettu yleisesti nähtäväksi.

**Valitusviranomainen**

Rovaniemen kaupunki  
 Sosiaali- ja terveystalvelujen johtokunta  
 Postiosoite: PL 8216, 96101 Rovaniemi  
 Käyntiosoite: Rovakatu 2