

KUOPION YLIOPISTON JULKAISUJA E. YHTEISKUNTATIEETEET 172  
KUOPIO UNIVERSITY PUBLICATIONS E. SOCIAL SCIENCES 172

KIRSTI SAINOLA-RODRIGUEZ

# Transnationaalinen osaaminen

## Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus

### Transnational Competence

### Emerging Qualification Requirement for Health Care Personnel in Finland

Väitöskirja

Esitetään Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan luvalla julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden tohtorin arvoa varten Kuopion yliopistossa, Canthian luentosalissa L3, perjantaina 26. kesäkuuta 2009 klo 12

Terveyshallinnon ja -talouden laitos  
Kuopion yliopisto



KUOPION YLIOPISTO

KUOPIO 2009

**Jakelu:** Kuopion yliopiston kirjasto  
PL 1627  
FI-70211 KUOPIO  
Puh. 040 355 3430  
Fax 017 163 410  
<http://www.uku.fi/kirjasto/julkaisutoiminta/julkmyyn.shtml>

**Sarjan toimittajat:** Jari Kylmä, FT  
Hoitotieteen laitos  
  
Markku Oksanen, VTT  
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos

**Tekijän osoite:** Terveystieteiden ja -talouden laitos  
Kuopion yliopisto  
PL 1627  
FI-70211 KUOPIO

**Ohjaajat:** Professori Juha Kinnunen, THT  
Terveystieteiden ja -talouden laitos  
Kuopion yliopisto  
  
Professori Peter Koehn, MPA, Ph.D.  
Department of Political Science  
University of Montana, USA  
  
Psykiatri Veronica Pimenoff, MD, Ph.D.

**Esitarkastajat:** Dosentti Leena Paasivaara, TtT  
Terveystieteiden laitos  
Oulun yliopisto  
  
Dosentti Antti Pakaslahti, LKT  
Terveystieteiden laitos  
Tampereen yliopisto

**Vastaväittäjä:** Dosentti Lea Henriksson  
Yhteiskuntatutkimuksen instituutti  
Tampereen yliopisto

ISBN 978-951-27-1231-1  
ISBN 978-951-27-1302-8 (PDF)  
ISSN 1235-0494

Kopijyvä  
Kuopio 2009  
Finland

Sainola-Rodriguez, Kirsti. Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopio yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172. 2009. 227 s.  
ISBN 978-951-27-1231-1  
ISBN 978-951-27-1302-8 (PDF)  
ISSN 1235-0494

## TIIVISTELMÄ

Terveydenhuoltohenkilöstö kohtaa maahanmuuttajia lisääntyvästi palveluiden käyttäjinä terveydenhuollon eri erikoisaloilla. Tutkimusta suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kohtaamisista on tehty vähän. Tehty tutkimus osoittaa koulutuksen ja tiedon tarvetta kulttuurisista asioista.

Tässä tutkimuksessa kuvataan maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisissa tarvittavaa osaamista transnationaalisen osaamisen näkökulmasta. Aineisto koostuu kahdesta haastattelututkimuksesta, joissa informantteina toimivat maahanmuuttajat ja heitä hoitanut terveydenhuoltohenkilöstö perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon haastattelut tehtiin kesällä 2002 ja psykiatrian haastattelut vuosina 2005-2006. Tutkimusmenetelmänä oli strukturoitu etnografinen haastattelu. Lisäksi tehtiin aineiston analyysi psykiatrisessa hoidossa olleiden turvapaikanhakijoiden potilasasiakirjoista vuosilta 1995-1999. Potilasasiakirja-analyyssissa käytettiin Giger ja Davidhizarin kulttuurista tarpeenmäärittelymallia.

Potilasasiakirjojen (N=21) mukaan kulttuurisia tekijöitä huomioitiin käytännön hoitotilanteissa vähän ja huomioiminen jäi yksittäisten työntekijöiden yksilöllisten ominaisuuksien varaan. Potilaiden anamnestiset tiedot oli kartoitettu hyvin ja suomalaisia hoitokäytäntöjä oli selitetty. Potilaan omia odotuksia, terveys- ja sairauskäsityksiä tai hoitokäytäntöjä ei ollut selvitetty eikä potilaan äidinkieli selvinnyt systemaattisesti asiakirjoista.

Haastatellut turvapaikanhakijat (n=41) ilmaisivat enemmän mielenterveysongelmia kuin muut maahanmuuttajat (n=71). Perusterveydenhuollon lääkärit (n=35) eivät aina tunnistaaneet potilaidensa masennusta tai havainneet masennuksen taustalla Suomessa koettujen asioiden merkitystä. Terveydenhuoltohenkilöstö yliarvioi potilaidensa hoitotytyväisyyttä ja tulevaisuuden hoitoluottamusta ja aliarvioi maahanmuuttajien sitoutumista lääkehoitoon. Henkilöstö ei tiennyt maahanmuuttajien käyttämistä oman kulttuurin hoitotavoista suomalaisten hoitotapojen rinnalla. Henkilöstön saama lisäkoulutus kulttuurisista asioista ei aina taannut yhtenevää näkemystä varsinkaan lääkäreiden kohdalla. Transnationaalinen osaaminen lisäsi yhtenevää näkemystä tiettyjen hoitoon liittyvien dimensioiden kohdalla. Transnationaalinen näkökulma todennäköisesti täsmentää terveydenhuoltohenkilöstön näkemystä maahanmuuttaja-asiakkaansa kokonaistilanteesta nykyistä paremmin.

Yleinen suomalainen asiasanasto: maahanmuuttajat; terveys; transnationaalinen; osaaminen; terveydenhuoltohenkilöstö



Sainola-Rodriguez, Kirsti. Transnational Competence – Emerging Qualification Requirement for Health Care Personnel in Finland. Kuopio University Publications E. Social Sciences 172. 2009. 227 p.  
ISBN 978-951-27-1231-1  
ISBN 978-951-27-1302-8 (PDF)  
ISSN 1235-0494

## **ABSTRACT**

The multicultural encounters have increased remarkably in all health care fields in Finland. There is little research done concerning the encounters between migrants and Finnish health care personnel. The research done shows the lack of further training concerning cultural issues.

This research is about the skills needed in multicultural encounters between health care personnel and their migrant patients. The skills are evaluated through the framework of transnational competence. The data was gathered through two separate interviews, the migrant interview and their health care staff interview, in primary health care and in psychiatric special health care. The interviews in primary health care were done 2002 and in special health care 2005-2006. The method is structured ethnographic interview. Furthermore a content analysis from asylum seekers' patient files in psychiatry from years 1995-1999 was accomplished through Giger and Davidhizar's transcultural need assessment model.

The results from the content analysis (N=21) show little documentation in cultural issues. Cultural consideration depended much on the individual skills of each staff member. The asylum seekers' background information was well gathered and the patients were provided thorough information about the principles of Finnish psychiatric care. The asylum seekers' expectations concerning their care, health or illness concepts or practices were not considered, the mother tongue was neither systematically documented.

The results from the interviews show that asylum seekers (n=41) expressed more psychiatric problems than other migrants (n=71). The physicians (n=35) in primary health care did not systematically discover their migrant patients' depression or the experiences in Finland as a cause behind the depression. The health care personnel overestimated the patient satisfaction and the migrants' confidence on professional help in the future and underestimated migrants' adherence to medication. The staff was unaware of the cultural practices used by their patients while in care. The congruence did not correlate systematically to further training in cultural issues, especially in case of physicians. Transnational competence offers certain professional advantages over no such training particularly among nurses. The use of transnational framework probably would specify the staffs' view of their migrant patients' overall situation better than actually occurs.

National Library of Medicine Classification: WA 300, WY 107  
Medical Subject Headings: Emigrants and Immigrants; Health; Cultural Competency; Health Personnel



### *Kiitokset*

Työni sai alkunsa ihmettelystä. Hyötyivätkö turvapaikanhakijat ja maahanmuuttajat antamastamme psykiatrisesta hoidosta? Käytimme paljon aikaa psykiatristen maahanmuuttajapotilaiden kanssa keskustellen, kartoittaen taustoja, pohtien syitä ja seurauksia ja selvittäen suomalaista tapamme hoitaa heitä. Potilaat vaikuttivat tyytyväisiltä, mutta hyötyivätkö he oikeasti hoidosta? Eräs tulkkimme, vuosikymmeniä Tansaniassa asunut ja töitä tehnyt suomalaisnainen sanoi erään tulkkauksen päätteeksi, ettei ”musta mies ikinä paljasta sisimpäänsä valkoiselle”.

Tutkimukseni on ollut pitkä prosessi, johon on liittynyt vastauksien etsintää kysymyksiin, joihin en kuitenkaan ole löytänyt mitään ennennäkemättömän uusia vastauksia. Olen löytänyt sen, jonka me kaikki hoitamisen ammattilaiset tiedämme jo entuudestaan: potilaita tulee kuunnella, kysellä heidän näkemyksiään, tarpeitaan ja toiveitaan, kunnioittaa kuulemaansa ja ottaa potilaan näkemykset mahdollisuuksien mukaan huomioon. Tämä koskee työtämme erityisesti silloin, kun kohtaamme eri kulttuureista ja hyvin erilaisista olosuhteista tulevia potilaita ja heidän moninaisia tarpeitaan. Vaikka tiedämme tämän tutkimattakin, olen silti hyvin iloinen siitä, että tämä tutkimustyö tuli tehtyä.

Tutkimusmatkaa kanssani on tehnyt useita ihmisiä, joista osaa haluan kiittää tässä yhteydessä. Ensimmäiseksi haluan kiittää ohjaajaani, professori Juha Kinnusta Kuopion yliopistosta. Ilman Juhannuksen ennakkoluulotonta asennetta tutkimusaiheeni kohtaan koko tutkimusta tuskin olisi koskaan syntynyt. Lisäksi olen saanut Juhalta kannustusta ja neuvoja, jotka ovat olleet matkalla tuiki tarpeen. Toinen ohjaajani, professori Peter Koehn Montanan yliopistosta, USA:sta johdatti minut uuteen tieteelliseen näkökulmaan maahanmuuttajien kohtaamisessa, ”transnationaaliseen maailmaan” ja sen myötä kenttätöiden tekemiseen maahanmuuttajien parissa. Hän ei päästänyt minua helpolla ja siksi olen hänelle erityisen kiitollinen. Olin aina ajatellut olevani kohtuullisen ahkera ja työteliäs ihminen, mutta Peterin kanssa työskennellessäni huomasin olleeni ainakin osittain väärässä. Kolmas ohjaajani FT, LKT Veronica Pimenoff on pyyteettömästi ja armottomasti ohjannut minua kirjoittamaan asiaa ja karsimaan joutavuudet, mutta en tainnut kuitenkaan olla kovin hyvä oppilas. Esitarkastajani dosentti Antti Pakaslahti ja dosentti Leena

Paasivaara saivat vielä taitavasti aikaan kannustavaa puristusta, jota työni loppuun saattaminen ehdottomasti vaati.

Kiitän Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymää kolmesta palkallisesta EVO- kuukaudesta ja Kuopion yliopistoa yhdestä palkallisesta kuukaudesta työni viimeistelyä varten. Kiitän Kontiolahden vastaanottokeskusta taloudellisesta tuesta tutkimukseni tulkkikuluihin. Edelleen kiitän PKSSK:n psykiatrian klinikan ylilääkäri Pekka Ropposta mahdollisuudesta käyttää kirjastomme kaukolainapalveluja niin, että laskut menivät Pekan klinikan budjetista eivätkä minun kukkarostani. Nämä taloudelliset avut helpottivat kovasti käytännön työtäni tutkijana.

Ilman kirjastojen uskomatonta palvelua tutkimukseni olisi jäänyt ihmettelyksi. PKSSK:n kirjastonhoitaja Pirkko Pussinen joukkoineen oli aina niin avulias ja nopea, myös Paiholan lääketieteellisen kirjastonhoitaja, klinikkasihteeri Eeva Mustonen auttoi usein ja löysi monta lähettä arkistoistaan. Maahanmuuttokirjasto Helsingissä on korvaamaton aarrearkku ja on mielestäni juuri sopivan joustava laina-ajoissaan. Kiitokset kirjastonhoitaja Nina Korhoselle.

Tutkimuksen käytännön järjestelyjen hoitamisesta haluan muistaa erityisesti silloista Kontiolahden vastaanottokeskuksen terveydenhoitajaa Arja Rantasta, hänen levollinen apunsa oli tarpeen molempien haastattelututkimusten järjestelyissä. Tuomo Tormulaisen tilastotuumailuista myös kiitos. Lisäksi haluan kiittää kaikkia kyselylomakkeen esitestaajia ja tutkimukseen osallistuneita haastateltavia, koska ilman heitä ei olisi syntynyt empiriaa. Lämmin kiitokseni kaikille maahanmuuttajille ja terveydenhuoltohenkilöstölle Kontiolahdella, Joensuussa, Helsingissä, Imatralla, Kotkassa ja Turussa.

Kollega Impi Laitinen on ollut mukana koko prosessin ajan. Impi on jaksanut reflektoida ja kannustaa, lukea ja korjata tekstejäni loputtomiin. Kiitos Impi. Perheen, suvun ja hyvien ystävien tehtäväksi on jäänyt pitää tutkija realiteeteissa ja täysipäisenä näiden vuosien ajan eikä se ole vähän. Jos isä-Erkki eläisi, olisi hän ollut kaikkein onnellisin saavutuksestani.



**Alkuperäisten julkaisujen luettelo:**

Sainola-Rodriguez K. 2005. Turvapaikanhakijat psykiatrisessa sairaalahoidossa - hoitamisen kulttuurinen kompetenssi potilasasiakirjojen perusteella. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 42. 18-31.

Koehn P & Sainola-Rodriguez K. 2005. Clinician/ Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses. *Journal of Transcultural Nursing* 16: 4. 298-311..

Sainola-Rodriguez K & Koehn P. 2006. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1. 47-59..

Sainola-Rodriguez K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa - transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 4. 216-227.



## SISÄLTÖ

<b>1 Tutkimuksen lähtökohdat .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Terveydenhuollon asiakaskunta monikulttuuristuu – onko terveydenhuoltohenkilöstön osaaminen kunnossa? .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Tutkimuksen tarkoitus, ongelmat ja metodiset valinnat.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Tutkimuksen tieteellinen asemointi ja tutkijan oma positio .....</b>	<b>19</b>
<b>2 Maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittava osaaminen - keskeiset käsitteet ja osaamisvaatimukset .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Kulttuuri hoitamisen kontekstissa.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Transnationaalisuus käsitteenä .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Suomalainen transnationaalisuus ja terveydenhuolto.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4 Terveydenhuoltohenkilöstön transnationaalinen osaaminen .....</b>	<b>34</b>
<b>2.5 Transkulttuurisuus käsitteenä .....</b>	<b>41</b>
<b>2.6 Transkulttuurinen hoitotyö.....</b>	<b>42</b>
2.6.1 Hoitotyön kulttuurinen osaaminen - kulttuurinen kompetenssi.....	45
2.6.2 Transkulttuurisen hoitotyön kritiikkiä.....	49
<b>2.7 Osaamisen viitekehykset - hoitotyön kulttuurisen kompetenssin ja transnationaalisen osaamisen vertailua .....</b>	<b>51</b>
<b>3 Faktaa maahanmuutosta ja tutkittua tietoa maahanmuuttajien terveydestä.....</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Maahanmuuttajat Suomessa.....</b>	<b>53</b>
3.1.1 Maahanmuuton syyt.....	59
3.1.2 Maahanmuuttajien määrä ja kansalaisuudet Suomessa .....	59
<b>3.2 Maahanmuuttajien terveys ja terveyteen liittyvä tutkimus .....</b>	<b>61</b>
<b>4 Tutkimuksen empiirinen aineisto .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1. Tutkimusluvut ja osallistumisen vapaaehtoisuus.....</b>	<b>71</b>
<b>4.2 Aineiston keruumenetelmät .....</b>	<b>71</b>
4.2.1 Potilasasiakirjojen aineiston analyysi.....	73
4.2.2 Strukturoidut haastattelut .....	74
<b>5 Tulokset.....</b>	<b>79</b>

<b>5.1 Giger ja Davidhizarin tarpeenmäärittelymalli - miten turvapaikanhakijoiden kulttuurisia tarpeita huomioitiin psykiatrisella osastolla?.....</b>	<b>79</b>
<b>5.2 Transnationaalinen osaaminen – löytykö hoidosta yhteistä näkemystä? .....</b>	<b>82</b>
5.2.1 Turvapaikanhakijoiden ja terveydenhuoltohenkilöstön näkemyksen yhtenevyys tietyistä hoitoon liittyvistä ulottuvuuksista .....	82
5.2.2 Maahanmuuttajien mielenterveystarpeet ja niiden tunnistaminen.....	86
5.2.3 Maahanmuuttajien ja psykiatrisen hoitohenkilökunnan kohtaaminen.....	89
5.2.4 Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön kohtaamisten erityiskysymyksiä .....	95
5.2.5 Haastattelupäiväkirjan merkintöjä.....	105
<b>6 Tutkimustulosten tarkastelua .....</b>	<b>108</b>
<b>7 Tulosten luotettavuuden arviointi .....</b>	<b>119</b>
<b>7.1 Tutkimusmenetelmien arviointi.....</b>	<b>119</b>
7.1.1 Tutkimusasetelma .....	120
7.1.2 Tutkimuksen etnografinen luonne .....	121
7.1.3 Kyselylomake.....	122
<b>7.2 Tulkkaus .....</b>	<b>123</b>
<b>7.3 Hoitohenkilökunta .....</b>	<b>124</b>
<b>7.4 Maahanmuuttajat .....</b>	<b>125</b>
<b>7.5 Tutkija.....</b>	<b>127</b>
<b>8 Pohdinta .....</b>	<b>128</b>
<b>9 Jatkotutkimusaiheet.....</b>	<b>134</b>
<b>Lähteet.....</b>	<b>135</b>
<b>Liitteet .....</b>	<b>165</b>
Liite 1. Kulttuurisen kompetenssin mallit .....	165
Liite 2. Kulttuurisen kompetenssin tasot ja ulottuvuudet .....	168
Liite 3. Maahanmuuttajien terveyteen ja hoitamiseen liittyvät tutkimukset Suomessa vuosina 1993-2008: yhteenveto ja lyhyet kuvaukset tutkimuksista. ....	169
Liite 4. Kirjallinen tutkimussuostumus .....	180
Liite 5. Avoimien kysymysten suorat lainaukset.....	182

## 1. Tutkimuksen lähtökohdat

### 1.1 Terveysthuollon asiakaskunta monikulttuuristuu – onko terveydenhuoltohenkilöstön osaaminen kunnossa?

Tänä päivänä ihmiset liikkuvat ja muuttavat maasta toiseen enemmän kuin koskaan. Ammattitaitoiset ja -taitottomat työläiset, opiskelijat, pakolaiset ja turvapaikanhakijat etsivät turvaa, työtä ja tilaisuuksia oman maansa rajojen ulkopuolelta. Kansallinen, kulttuurinen ja etninen monimuotoisuus on lisääntynyt Suomessa nopeasti viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana niin, että Suomeen tulee maahanmuuttajia kaukaisista maista, hyvin erilaisista olosuhteista ja yhteiskunnista. Maastamuuton luonteen muuttuminen sekä kansallisen että kulttuurisen monimuotoisuuden selkeä lisääntyminen eri maissa on merkinä globalisaatiosta. Erilaiset kulttuurit kohtaavat toisensa yhä useammin ja yhä tiiviimmin ja kulttuurien perinteiset tavat saavat kohtaamisissa uusia muotoja (Hall 2003: 88, Massey 2003: 51).

Maahanmuuttajien sosiaaliseen todellisuuteen tänä päivänä kuuluu, että uuteen maahan asetuttuaan heillä on entistä paremmat mahdollisuudet säilyttää siteensä entiseen kotimaahansa ja eri puolilla maailmaa asuviin sukulaisiinsa median, sähköisen viestinnän ja nopeiden kulkuyhteyksien avulla. Valtiolliset rajat eivät ole yhteydenpidon esteenä eikä paikallinen ympäristö välttämättä kahlitse ihmisten vaihtoehtoja. Näitä valtioiden rajat ylittäviä suhteita on analysoitu muissa yhteyksissä *transnationaalisuuden* käsitteellä, (Eastmond 1998: 163, Schiller ym. 1992, Olwig 2003: 2-3, Hautaniemi 2004: 51-52, Sihvola 2004: 225-226, Huttunen ym. 2005: 33) ja käsitteellä on viitattu muun muassa valtioiden rajat ylittäviin arkisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin käytäntöihin. Monet maahanmuuttajataustaiset terveydenhuollon asiakkaat elävät tässä *transnationaalisessa* todellisuudessa (Tiilikainen 2007: 62). Lisäksi maahanmuuttajien sosiaaliseen todellisuuteen kuuluu, että oman etnisen ryhmän jäsenyyteen Suomessa ja globaalisti liittyä terveyttä edistäviä elementtejä. Uskonnollisuus, yhteisöllisyys, kotimaan kulttuurista saadut selviytymiskeinot ja -kyvyt tukevat usein yksilön ja yhteisön hyvinvointia.

Esimerkiksi islaminusko ylläpitää terveellisiä elämäntapoja kieltämällä päihteiden käytön ja tupakoinnin (Gissler ym. 2006: 88).

Pakolaisuuden ja siirtolaisuuden arvioidaan tulevaisuudessa tuovan isoja haasteita Suomen sosiaali- ja terveysalalle (Kaivo-oja ja Suvinen 2001: 12). Maahanmuuttajat, varsinkin turvapaikanhakijat ja pakolaiset, ovat terveytensä suhteen uudessa kotimaassaan monesti ”ilman ääntä”, epätasa-arvoisessa asemassa ja haavoittuvia (Koehn 2004: 4, Baldwin 2003: 7, Smedley ym. 2003: 12, myös Järvinen 2004: 161). Lisäksi pakolaisilla on monesti taustastaan johtuen riskitekijöitä eriasteisiin mielenterveyden häiriöihin (Jablensky ym. 1994, Struwe 1994: 312, Silove ym. 1997: 351-357, Tomac ja Hodes 2004, Pirinen 2008: 132, 141) ja tarvetta mielenterveyspalveluiden käyttöön uudessa kotimaassaan. Trauman pitkittyneet vaikutukset yksilön mielenterveyteen vaativat niin psykiatrista hoitoa kuin sosiaalista kiinnittymistä tukevia toimenpiteitä (Lie 2001: 423). Välittömien hoitoon liittyvien tarpeiden ja ongelmien jälkeen voi ilmaantua psykososiaalisista tekijöistä ja sopeutumisesta johtuvia lisäongelmia (Struwe 1994: 312). Muiden kuin pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kohdalla mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on maahanmuuttajilla erikoissairaanhoidon tietojen perusteella pienempää kuin valtaväestöllä (Gissler ym. 2006: 42, 45). Toisaalta on tärkeää, ettei maahanmuuttajan omaa selviytymistä ja sinnikkyyttä aliarvioida, koska maahanmuuton syyt ja seuraukset ovat yksilöllisiä eikä kaikille maahanmuuttajille suinkaan kehity ongelmia (Bhugra 2004: 243-258). Hyväksi koettu hoidon laatu ja luottamus hoitohenkilökuntaan auttaa oikea-aikaisessa hoitoon hakeutumisessa ja voinnin kohentumisessa. Lisäksi se motivoi potilasta noudattamaan hoito-ohjeita ja sitoutumaan hoitoonsa (Smedley ym. 2003, Polyakova ja Pacquiao 2006, myös Gissler ym. 2006: 80). Sen vuoksi on tärkeää tutkia myös maahanmuuttaja-asiakkaiden mielipiteitä hoidostaan, saamastaan kohtelusta ja asenteistaan hoitohenkilökuntaa kohtaan (Smedley ym. 2003: 12, 237, Michaelsen ym. 2004, Gissler ym. 2006: 80).

Suomessa on vähän tutkimusta maahanmuuttajien tai heidän yhteisöjensä näkemyksestä siitä, miten suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen henkilöstö toimii (Clarke 2003: 25). Maahanmuuttajien terveyteen ja varsinkin mielenterveyteen liittyvät asiat eivät ole

olleet laajemman tieteellisen kiinnostuksen kohteina hoitotyössä tai muilla terveystieteiden aloilla Suomessa (Malin 2002: 83 ja 2003: 321, Gissler ym. 2006: 9, HS 10.6.2008). Raudan (2005:7) tekemän selvityksen mukaan maahanmuuttajien mielenterveyden hoito Suomessa on ”jäykkää ja maahanmuuttajia hoidetaan samoin periaattein kuin valtaväestöä”. Kyseisen selvityksen mukaan alalle tarvittaisiin lisää maahanmuuttajatyöhön koulutusta saanutta psykiatrista henkilökuntaa, koulutettuja tulkkeja ja ennen kaikkea tutkimustietoa maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvästä ilmiöstä. Sue ja Sue (1999: 11) ovat jopa sitä mieltä, etteivät maahanmuuttajille tarjotut mielenterveyspalvelut sovellu eri kulttuureista tulevien elämäntilanteisiin ja kokemuksiin, koska palveluissa ei ole riittävästi sensitiivisyyttä ja ymmärrystä, joten palvelut voivat olla jopa vähemmistöjä sortavia ja stereotyyppisiä ylläpitäviä (myös Burr ja Chapman 1998: 431).

Mitä on kulttuurinen osaaminen tai mitä ovat kulttuuriset taidot, joita lisääntyvästi monikulttuuristuvan ja liikkuvan terveydenhuollon asiakaskunnan kanssa tarvitaan? Professori Pirkko Meriläinen (1996: 14; 20) visioi jo yli kymmenen vuotta sitten, että kulttuurisen hoitotyön osaajia tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan ja että jatkossa kulttuurisella hoitotyöllä on merkittävä osuus suomalaisessa hoitotyössä. Kulttuuristen tekijöiden huomioimisen arveltiin lisääntyvän työyhteisöissä monikulttuuristen potilaiden, mutta myös muista kulttuureista tulevien työntekijöiden myötä (Hilden 2002: 10). Suomalaisten lääkäreiden työ on monikulttuuristunut, mutta monikulttuurisen työn opetuksen katsotaan puuttuvan lääketieteen opinnoista ja työn käytännön organisointi on vaihtelevaa ja hajanaista. Lääketieteellinen antropologia ja transkulttuurinen psykiatria tieteenaloina tutkivat hoidon kulttuurisia dimensioita, joskin niiden traditio Suomessa on vielä vähäistä, joskin orastavaa (Pakaslahti 2007: 431)<sup>1</sup>. Kaikissa Suomessa tehdyissä maahanmuuttajiin ja hoitamiseen liittyvissä tutkimuksissa on tullut esiin tarvetta koulutukseen maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvissä asioissa (Purokoski 1993, Kohonen 1996, Hirstiö-Snellman ja Mäkelä 1998, Ikonen 1999, Taavela 1999, Virkki

<sup>1</sup> Transkulttuurisen psykiatrian tutkimus- ja opetuskeskuksia on muissa Pohjoismaissa, mutta ei Suomessa. Keskeisin niistä on Tukholman Transkulturellt Centrum, joka kouluttaa terveydenhuoltohenkilökuntaa, antaa työnohjausta ja välittää tietoa kulttuurien merkityksestä terveydenhuollossa, ”kulturell sjukvård” ja ”kulturell psykiatri” (Wahlberg ja Bäärnhielm 2007: 477-85). Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella on transkulttuurisen psykiatrian dosenturi, jota hoitaa lääketieteen ja kirurgian tohtori Antti Pakaslahti.

1999, Silvennoinen 2000, Hassinen-Ali-Azzani 2002, Rauta 2005, Huttunen 2006, Pitkänen 2006, Tuokko 2007, Pirinen 2008).

Terveydenhuoltohenkilöstön eri ammattiryhmien ammattitaitovaatimuksissa on kansainvälisesti ja meillä Suomessakin käytetty *kulttuurisen kompetenssin* käsitettä kuvaamaan sitä kykyä ja niitä taitoja, joita terveydenhuoltohenkilöstö tarvitsee kyetäkseen kohtaamaan kulttuurisesti erilaisten potilaidensa hoidon tarpeita. Tutkimustulosten mukaan hoitotyön kulttuurisen kompetenssin on todettu parantaneen muun muassa henkilöstön kykyä havaita eri kulttuurista tulevien tapaa ilmentää kipua (Villarreal 1995: 271), huomioida kulttuuriset uskomukset ja käytännöt hoidon tarpeen määrittelyssä (Bechtel ym. 2000: 300) ja tunnistaa tietyille väestöryhmille ominaiset taudit ja poikkeavuudet hoitojen vaikutuksissa (Lavizzo-Mourey ja MacKenzie 1996). Sen sijaan sen ei ole todettu vähentäneen terveyteen liittyvää epätasa-arvoisuutta tai muutoin parantaneen hoitotuloksia (Polaschek 1998: 452, Duffy 2001: 487, Koehn ja Swick 2006: 275). Kulttuurisen kompetenssin mukainen ”kulttuuristen taitojen opettelu” saattaa jopa johtaa ajattelemaan, että monikulttuuriset kohtaamiset olisivat jotenkin erilaisia kuin kohtaamiset yleensä ja että kohtaamisiin voisi opetella joitakin ”niksejä”, että niistä suoriutuisi paremmin (Huttunen ym. 2005: 23). Ilman analyttisempää näkemystä kulttuurista sen huomiointi voi jäädä ilmiöksi, joka on käytännön hoitamisessa vain satunnaisesti esillä.

Kulttuurisen tiedon ja taidon lisäksi tämän päivän monikulttuurisissa terveydenhuollon kohtaamisissa on tärkeä tunnistaa *sosiaalinen todellisuus*, jossa maahanmuuttajat terveysongelmineen elävät. Hoitaminen ei tapahdu tyhjiössä, vaan työhön vaikuttaa ympäröivän yhteiskunnan konteksti, sen rakenteet, lait, ohjelmat ja sopimukset (mm. Polaschek 1998: 454). Sosiaalisen todellisuuden merkityksen ymmärtäminen ja selvittäminen edellyttää dialogia terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien välillä. Molempien osapuolten on aktiivisesti osallistuttava arvioimaan hoidon tarvetta, suunnittelemaan tilanteeseen sopivia hoitomenetelmiä ja vaihtoehtoja niin, että hoidosta saadaan yhtenevä näkemys. Edelleen molempien osapuolten on kehityttävä kulttuurisessa osaamisessaan ja sensitiivisyydessään toisen arvoista, uskomuksista ja hoitokäytännöistä (Huff ja Kline 1999: 11, myös Koehn ja Rosenau 2002: 120).



Maasta- ja maahanmuuton luonne ja käsitys kulttuurista ovat muuttumassa ja muutoksella on vaikutuksensa yhteiskunnan eri tasoilla, joilla käydään keskustelua maahanmuuttajista tai kun maahanmuuttajia kohdataan eri viranomaisyhteyksissä kuten esimerkiksi terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä. Kulttuurisen kirjon keskellä terveydenhuoltohenkilöstön mahdollisuus hallita tiedollisesti ja taidollisesti kaikkien eri kulttuureista tulevien potilaidensa hoidon kulttuurista kontekstia on vaikeaa, lähes mahdotonta, yleisimpienkään maassa asuvien vähemmistöjen kohdalla (Andrews 1995: 8). Maahanmuuttajien tasa-arvoinen asema terveytensä suhteen, tasavertainen kohtaaminen, erilaisten toimintatapojen modifiointi, tiettyjen näyttöön perustuvien kulttuurispesifien seikkojen huomioiminen (etnofarmakologia, tiettyjen tautien esiintyvyys/ yleisyys, kidutettujen traumakokemukset), asiakkaan oma asiantuntijuus ja maahanmuuttaja-asiakkaan edustajana toimiminen (patient advocacy) ovat tärkeitä kohtaamisissa, joissa yhä useamman hoitoon hakeutuvan kulttuurinen, etninen ja/ tai kansallinen tausta on erilainen kuin hoitavan henkilöstön (Lavizzo-Mourey ja MacKenzie 1996: 919-921, Baldwin 2003: 4-7, Smedley ym.2003: 205-206, Procter 2006: 47-49).

Terveydenhuoltohenkilöstön haasteet monikulttuuristuvan asiakaskunnan kanssa ovat siis moninaiset. Uudenlaista osaamista ja uudenlaista näkökulmaa osaamisvaatimukseen tullaan todennäköisesti tarvitsemaan. Kappaleen otsikon kysymykseen, onko terveydenhuoltohenkilöstön osaaminen kunnossa, liittyy lähtökohtaisesti ajatus, ettei se olisi kunnossa tai ainakin niin, että osaamista ja monikulttuurisia kohtaamisia terveydenhuollossa kannattaisi edelleen tarkastella tutkimuksen ja uusien näkemysten valossa.

## 1.2 Tutkimuksen tarkoitus, ongelmat ja metodiset valinnat

Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisia lähestytään kulttuurisen kompetenssin ja *transnationaalisen osaamisen* (transnational competence) näkökulmista. Transnationaalisen osaamisen näkökulma huomioi maahanmuuttajan transnationaalisen todellisuuden ja korostaa maahanmuuttajan omaa näkemystä kulttuuristaan ja sen merkitystä hoitamisessa. Käsite tuodaan uutena

näkökulmana maahanmuuttajien hoitamisen ammatillisiin vaatimuksiin suomalaiselle terveydenhuoltohenkilöstölle. Kulttuurista kompetenssia tarkasteltiin tässä työssä Giger ja Davidhizarin (1995, 2003) kulttuurisen tarpeenmäärittelymallin kautta ja aineisto koottiin turvapaikanhakijoiden potilasasiakirjoista. Asiakirja-aineiston analyysi johdatteli aihepiiriin ja oli luonteeltaan esiyymmärrystä lisäävä.

Terveydenhuoltohenkilöstö on moniammatillinen joukko eri tieteenalojen ammattilaisia. Tässä terveydenhuoltohenkilöstöllä tarkoitetaan alan ammattilaisia, jotka ovat pidemmässä tai lyhyemmässä hoitosuhteessa maahanmuuttajiin terveydenhuollon kentällä. Tässä työssä terveydenhuoltohenkilöstönä nähdään pääsääntöisesti hoitotyön ammattilaiset: sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, mielenterveyshoitajat jne. Lisäksi terveydenhuoltohenkilöstöllä tarkoitetaan maahanmuuttajia hoitaneita lääkäreitä. Mieltymys nähdä terveydenhuoltohenkilöstö hoitotyön ammattilaisina johtuu omasta ammatillisesta orientaatiostani. Lähtökohtaisesti transnationaalinen osaaminen ei ole ankkuroitunut tiettyyn tieteenalaa tai tiettyyn ammatilliseen näkemykseen.

Transnationaalisen osaamisen tutkimusaineisto kerättiin perusterveydenhuollosta, vastaanottokeskuksista ja psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös testata transnationaalisen osaamisen soveltuvuutta maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisissa tarvittavan osaamisen arviointiin. Tutkimusongelmat, teoreettinen viitekehys, tutkimus- ja aineistomenetelmät ja tiedot alkuperäisartikkeleista on kuvattu taulukossa 1.

Tutkimusstrategiana on triangulaatio<sup>2</sup>, jossa ilmiön kuvaamiseksi on käytetty sekä laadullista että määrällistä tutkimustapaa niin, että määrällinen on ensisijainen lähestymistapa.

---

<sup>2</sup> Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten tutkimusmenetelmien yhteiskäyttöä, usein puhutaan metodologisesta triangulaatiosta, jolla tarkoitetaan nimenomaisesti kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten menetelmien yhdistämistä. Triangulaation perusteena usein on, ettei tutkittavasta asiasta ole olemassa strukturoitua mittavälinettä. Laadullista aineistoa voidaan käyttää lisänä rikastuttamaan määrällistä aineistoa (Leino-Kilpi 1997:225-226).

Taulukko 1. Tutkimusongelmat, teoreettinen viitekehys, tutkimus- ja aineistomenetelmä, otoskoot ja alkuperäisartikkelin nimi, kirjoittaja(t) ja julkaisija.

Tutkimusongelma	Teoreettinen viitekehys Tutkimusmenetelmä Aineistomenetelmä	Alkuperäisartikkelin nimi, kirjoittaja(t) ja julkaisija
1. Miten turvapaikanhakijoita hoidettiin psykiatrisina potilaina? 2. Missä määrin hoidossa näkyi kulttuurisen kompetenssin elementtejä?	<i>Giger ja Davidhizarin kulttuurinen tarpeenmäärittelymalli</i> Aineiston sisällön analyysi potilasasiakirjoista Turvapaikanhakijoiden potilaspaperit (N=21)	1. <i>Sainola-Rodriguez K. 2005. Turvapaikanhakijat psykiatrisessa sairaalahoidossa - hoitamisen kulttuurinen kompetenssi potilasasiakirjojen perusteella Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1. 18-31.</i>
3. Missä määrin hoitohenkilökunnalla ja maahanmuuttajilla oli yhteinen näkemys psykiatrisen hoidon tarpeesta?	<i>Transnationaalinen osaaminen</i> Strukturoitu haastattelu Turvapaikanhakijat (n=41) ja heitä hoitaneet lääkärit (n=35) ja hoitohenkilökunta (n=41)	2. <i>Koehn P &amp; Sainola-Rodriguez K. 2005. Clinician/ Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses Journal of Transcultural Nursing 16:4. 298-311.</i>
4. Missä määrin terveydenhuoltohenkilöstö osaa tunnistaa maahanmuuttajien mielenterveysongelmia ja taustalla olevia syitä?	<i>Transnationaalinen osaaminen</i> Strukturoitu haastattelu Turvapaikanhakijat vastaanottokeskuksissa (n=41) ja pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat (n=71)	3. <i>Sainola-Rodriguez K &amp; Koehn P. 2006. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1. 47-59.</i>
5. Millainen on hoitohenkilökunnan transnationaalisen osaamisen taso maahanmuuttajien kohtaamisissa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa?	<i>Transnationaalinen osaaminen</i> Strukturoitu haastattelu Psykiatrisessa hoidossa olleet maahanmuuttajat (n=20) ja heidän omahoitajansa/ -terapeuttitensa (n=20)	4. <i>Sainola-Rodriguez K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa - transnationaalinen taitoko? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 4. 216-227.</i>

Lähtökohta on sekä induktiivinen että deduktiivinen, koska aiempaa tietoa ilmiöstä oli vähän käytettävissä ja toisaalta jo olemassa olevaa tietoa haluttiin tarkastella uudella tavalla (Lauri ja Elomaa 1999: 77-78).

Transnationaaliseen osaamiseen liittyvä tutkimusmenetelmä oli maahanmuuttajien ja heitä hoitaneen henkilökunnan haastattelu. Kyseessä oli strukturoitu haastattelu, jossa oli *etnografisen haastattelun* piirteitä (Spradley 1979). Tieto muodostui molempien

osapuolten haastattelujen strukturoidusta ja avointen kysymysten aineistosta. Honkasalon (2008: 6-7) mukaan etnografian perinteinen kenttä(työ) on muuttanut muotoaan ja merkitystään, koska nykyaikaiset kentät eivät ole välttämättä paikkoja pysyvyyden mielessä. Kentät ja ihmiset voivat olla liikkuvia tämän päivän transnationaalisessa todellisuudessa kuten esimerkiksi tämän tutkimuksen maahanmuuttajat, pakolaiset ja turvapaikanhakijat. Etnografiassa erotetaan emic- ja etic-tieto ja niillä tarkoitetaan tutkittavan ja tutkijan eri näkökulmia ilmiöön (Boyle 1994: 166). Tämän tutkimuksen haastatteluista saatu tieto oli sekä asiantuntijalähtöistä (etic) että haastateltavan näkökulmasta lähtevää tietoa (emic). Etic-tietoa edustaa transnationaalisen osaamisen kyselylomake ja emic-tietoa haastateltavien tuottama haastatteluaineisto. Haastateltavat toimivat tutkimuksen tiedonantajina (informants). Maahanmuuttajien kohdalla tiedon saaminen tapahtui yleensä tulkin välityksellä. Tulkin käyttöön liittyvät asiat tutkimuksessa on kuvattu yksityiskohtaisemmin kappaleessa 7.2.

Strukturoitua haastattelua käytettiin, koska kyselylomake perustui testattavaan transnationaalisen osaamisen näkökulmaan eikä muu aineistonkeruumenetelmä ollut mahdollinen. Strukturoidun kyselylomakkeen käytöllä on rajoitteensa, joskin tiettyjä etuja sensitiivisellä tutkimusalueella. Strukturoitu kysely perustuu vahvasti empiiriseen aineistoon, antaa jatkossa paremman mahdollisuuden tulosten vertailtavuuteen ja jättää vähemmän tilaa tutkijan subjektiiviselle arvioinnille ja käsityksille. Tässä tutkimuksessa strukturoidusta aineistosta laskettiin transnationaalisen osaamisen eri osa-alueiden keskiarvot, jotka kuvasivat terveydenhuoltohenkilöstön osaamisen tasoa. Tällä tutkimuksella ei pyritty eikä päästy yleistettävyyteen, koska otokset olivat pieniä ja kattoivat ilmiökenttää vain haastateltujen osalta. Muutama tilastollisesti merkittävä tulos saatiin, mutta pääsääntöisesti aineisto tuotti *kuvailtavaa* tietoa kohtaamisissa tarvittavasta osaamisesta ja sen tasosta käytettyjen viitekehysten avulla. Etnografian pohjimmaista tavoitetta, ”äänen antamista niille, joilta se on yhteiskunnallisesti riistetty” (Honkasalo 2008: 6) sovellettiin tässä tutkimuksessa edellä kuvatulla tavalla.

### 1.3 Tutkimuksen tieteellinen asemointi ja tutkijan oma positio

Tieteellistä työtä ohjaa Guban<sup>3</sup> (1990: 18) mukaan kolme peruskysymystä: ontologinen, epistemologinen ja metodologinen. Ontologialla Guba tarkoittaa sitä, miten tutkittava todellisuus nähdään tai mikä on sen perusluonne. Epistemologisella kysymyksellä viitataan tiedon ja tutkijan väliseen suhteeseen ja metodologisella kysymyksellä tapaan, jolla tutkija etsii tietoa. Tässä kappaleessa pyrin selvittämään tutkimuksen ontologista ja epistemologista luonnetta ja seuraavassa kappaleessa metodologisia perusteluita.

*Ontologisena* lähtökohtana on oletamus, että maahanmuuttajat ovat terveydenhuoltopalvelujen käyttäjinä marginaalissa ja heidän mahdollisuutensa saada yhtä hyvää hoitoa, erityisesti mielenterveyspalvelujen osalta, ovat monista syistä johtuen huonommat kuin valtaväestöllä. Lisäksi suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet kohdata maahanmuuttaja-asiakkaitaan ovat tutkitusti vielä vähäiset. Monikulttuuristuva asiakaskunta näyttäytyy haasteena terveydenhoitohenkilöstölle eikä henkilöstöllä ole systemaattista koulutusta eikä ajantasaisia, käytössä olevia osaamisvaatimuksia maahanmuuttajien kohtaamisissa tarvittaviin valmiuksiin.

Suomessa maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittavaa tietoa ja taitoa on lähestytty *transkulttuurisen hoitotyön ja hoitotyön kulttuurisen kompetenssin* sekä lääketieteessä *transkulttuurisen psykiatrian* käsitteiden kautta. Tässä työssä käytettiin lähtökohtaisesti *transkulttuurisen hoitotyön ja hoitotyön kulttuurisen kompetenssin* käsitteitä, mutta työn edetessä näkökulma laajeni käsittämään *transnationaalisen ulottuvuuden* ammatillisen osaamisen vaatimuksena terveydenhuollossa. Aihealueeseen liittyvät lisäksi vahvasti terveystieteiden, ja myös monen muun tieteiden, käsitteet *ihminen, terveys ja ympäristö* (Lauri ja Elomaa 1999: 54). Työhön oleellisesti liittyvän *kulttuurin* käsitteen katsotaan kuuluvan ympäristön käsitteeseen. *Monikulttuurisuudella* tässä työssä tarkoitetaan potilaan kulttuurin, kansallisuuden ja etnisen taustan, mutta myös erilaisen sosiaalisen todellisuuden

---

<sup>3</sup> Egon Guba (1924-2008) oli amerikkalainen vaikuttavuustutkija ja tilastotieteilijä. Guban lähestymistapa on konstruktivistinen ja häntä pidetään konstruktivistisen arviointinäkemysluojana. Guba näki todellisuuden muodostuvan sosiaalisten rakenteiden ja vuorovaikutuksen todellisuudesta, joka ei välttämättä selittyneet pelkällä kausaalisuudella. ”Totta on se, jonka tietty joukko todeksi tunnustaa”.

tuomaa erilaisuutta. Miten maahanmuuttajat kohdataan terveystieteiden käyttäjinä, miten maahanmuuttajien terveyteen liittyvät arvot ja käsitykset otetaan huomioon, miten kulttuuri määritellään, miten transnationaalisuus tiedostetaan ja millaisiksi ammatillisen osaamisen vaatimukset halutaan rakentaa? Nämä kysymyksenasettelut ja lähtökohdat viitoittavat työn käsitteellisiä ja metodologisia valintoja.

Aihealueen asemointi tieteenkentällä on vaikea, koska tutkimuksessa käytetyt käsitteet eivät liity vain terveystieteelliseen paradigmaan, joten pelkästään yksi tieteenala ei voi antaa vastausta tutkimusongelmiin. Tutkimus liittyy Suomessa vähän tutkittuun monikulttuurisuuden ilmiöön terveydenhuollossa ja erityisesti uudenlaiseen, mahdollisesti erilaisia hoidon tarpeita ilmentävään asiakaskuntaan suomalaisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksessa tuodaan transnationaalisuuden käsite diskurssiin ja pyritään operationalisoimaan käsitettä terveydenhuoltoalan uudeksi osaamisvaatimukseksi. Tutkimuksen voidaan katsoa liittyvän terveystieteiden käytön osalta terveyshallintotieteeseen ja maahanmuuttajien ja kulttuurin osalta eri yhteiskuntatieteiden aloihin kuten muut terveystieteet, sosiologia, sosiaalityö, kansanterveystiede, antropologia ja kulttuurin tutkimus. Tutkimuksessa tarkoitettujen terveydenhuoltohenkilöstön ammatillisen osaamisen osalta työ liittyy terveystieteisiin (transkulttuurinen hoitotyö) ja psykiatriaan lähitieteeseen. Osaaminen työmotivaatio- ja tulevaisuuden osaamishaasteiden kysymyksinä<sup>4</sup> kuuluvat terveyshallintotieteeseen.

Tutkimusta on ollut vaikea tehdä sitomatta aihetta olemassa olevaan monikulttuurisuuden todellisuuteen ja sen ongelmiin Suomessa. Tämä siksi, että Suomen virallisella maahanmuuttopolitiikalla, asenneilmapiirillä ja yhteiskunnassa vallitsevilla arvoilla on vaikutuksensa hoitokäytäntöihin ja palvelujen tarjontaan sekä laatuun terveydenhuollossa. Näillä edellä mainituilla ontologisilla perusteilla näkemys tiedon muodostumisesta on moninainen ja näkemys ”totuudesta” yhden teorian kautta tarkasteltuna epäilyksenalainen.

---

<sup>4</sup> Kuopion yliopiston käynnistämässä Henkilöstövoimavarojen johtamisen innovaatioterveystieteiden (HumanRe) -hankkeessa pureudutaan terveydenhoitohenkilöstön tulevaisuuden osaamisvaatimuksiin, joissa korostuu mm. asiakkaan asema ja vastuu terveydestään ja itsehoitoisuudestaan sekä ammattihenkilöstön taito tunnistaa ne asiakasryhmät, jotka eivät pysty hyödyntämään uudenlaisia mahdollisuuksiaan (Lammintakanen ja Kinnunen 2006: 12-13, myös Peltonen 2008) kuten esimerkiksi vastamuuttaneet maahanmuuttajat, turvapaikanhakijat ja pakolaiset.

Totuuksia on todennäköisesti monia: tässä rakentuu yksi konstruktio ilmiölle (Guba 1990: 25-26).

Oma positioni tutkimuksessa liittyy kokemuksiini monikulttuurisuudesta arki- ja työelämässäni, työssäni sairaanhoitajana psykiatrisessa erikoissairanhoidossa ja työssäni turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksen ryhmä- ja perheryhmäkodissa. Oma motiivi, suhde ilmiöön, tutkittaviin ja tutkimusmenetelmiin oli useasti kriittisen mietinnän alla, mutta ilman omakohtaista kosketusta aiheeseen tätä tutkimusta tuskin olisi syntynyt. Esiymmärrys aiheeseen syntyi näistä työelämän kokemuksista ja ensimmäisestä kartoittavasta tutkimuksesta potilasasiakirjojen parissa. Tutkimuksen ensimmäinen osio, aineiston analyysi maahanmuuttajien potilasasiakirjoista, paljasti vähän Giger ja Davidhizarin mallin mukaista tai muutakaan kulttuurista huomiointia, joten tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen ja keskeisten käsitteiden tarkempi pohdinta alkoi vasta sen jälkeen.

Tutkimuksen edetessä maahanmuuttajien ja terveydenhoitohenkilöstön osaamista tarkastellaan *transnationaalisen osaamisen* näkökulmasta. Tutkimuksen viitekehyksen vaihtumiseen vaikutti se, että minulla oli mahdollisuus tutustua transnationaalisen osaamisen näkökulmaan osallistuessani tutkimushankkeeseen, jossa näkökulmaa testattiin Suomessa.<sup>5</sup>

Osa tämän väitöskirjan tutkimustuloksista syntyi kyseisen tutkimushankkeen aikana. Varsinainen viitekehyksen valinta tapahtui perehdyttyäni transnationaalisen osaamisen näkökulmaan huolellisesti ja havaittuani *ensinnäkin*, että se mielestäni vastaa kontekstuaalisesti paremmin suomalaisen monikulttuurisuuden todellisuuteen terveydenhuollossa, koska potilaiden kulttuurinen kirjo kasvaa koko ajan, eikä

---

5

Professori Peter Koehn Montanan yliopistosta, USA:sta teki transnationaalisen osaamisen tutkimusta osana laajempaa kansainvälistä maahanmuuttajiin liittyvää tutkimusprojektia ”Health in a Borderless World” kesällä 2002 Joensuun yliopiston/ ETNICA:n (etnisten suhteiden tutkimuskeskus) vierailevana tutkijana. Tutkimusta rahoitti Fulbright Scholarship. Tutkimuksessa haastateltiin maahanmuuttajia ja turvapaikanhakijoita perusterveydenhuollossa Joensuussa ja Helsingissä ja vastaanottokeskuksissa Joensuussa, Kotkassa, Helsingissä, Turussa ja Imatralla. Lisäksi haastateltiin maahanmuuttajia hoitaneita lääkäreitä, terveydenhoitajia ja sairaanhoitajia.

terveydenhuoltohenkilöstöllä ole mahdollista olla *kulttuurisesti* kompetentti nykyisen asiakaskuntansa kanssa. Näkökulma asiakkaasta oman kulttuurinsa asiantuntijana on minusta perusteltu ja viehättävä. *Toiseksi* psykiatrinen hoitaminen on kulttuurisesti latautunutta, joten on järkevää tiedostaa, hyväksyä ja hyödyntää maahanmuuttajien transnationaaliset yhteydet kotimaahansa ja/tai muualle maailmaan terveyteen ja hoitamiseen liittyen. *Kolmanneksi* terveydenhuollossa on tärkeää tietää nykyisen maasta- ja maahanmuuton luonne ja tiedostaa maahanmuuttajan transnationaalinen identiteetti, koska niillä on vaikutuksensa maahanmuuttajan näkemyksiin uudesta kotimaastaan, sinne sopeutumisestaan ja myös käsityksiin omasta kulttuuristaan ja sen merkityksestä oman elämän eri osa-alueilla kuten terveys ja sairaus.



## **2. Maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittava osaaminen - keskeiset käsitteet ja osaamisvaatimukset**

Seuraavaksi määritellään työn kannalta keskeiset transnationaalisuuden ja transkulttuurisuuden käsitteet. Lisäksi kuvataan maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittavaa osaamista transnationaalisen osaamisen, transkulttuurisen hoitotyön ja hoitotyön kulttuurisen kompetenssin käsitteiden kautta. Kulttuurinen kompetenssi on universaali, useilla aloilla käytetty käsite (Smith 1998: 7) kuten lääketieteessä (Lavizzo-Mourey ja MacKenzie 1996: 919-921), psykiatriassa, psykoterapiassa (Hung-Tat Lo ja Fung 2003) ja kliinisessä psykologiassa (Bernal ja Castro 1994: 797-805). Tässä kappaleessa kuvataan tarkemmin hoitotyön kulttuurista kompetenssia ja siihen liittyviä tutkimustuloksia. Edelleen maahanmuuttajiin liittyvässä tutkimuksessa on keskeistä *kulttuurin* käsite, koska se ohjaa merkittävästi yksilön terveyskäyttäytymistä. Kulttuurisista eroista johtuen voidaan asettaa jopa vääriä diagnooseja, jos terveydenhuoltohenkilöstö tulkitsee väärin potilaan viestintää tai antaa stereotyyppien ohjasta päätöksentekoaan (Burr ja Chapman 1998: 433, Huff ja Kline 1999: 3,6, myös Bäärnhielm ym. 2007: 15-16). Kulttuurilla on satoja määritelmiä (MacLachlan 1997: 8), joten tässä yhteydessä keskitytään kulttuurin määrittämiseen niiltä osin kun sillä on merkitystä sairauden hoitamiseen ja terveyden ylläpitämiseen terveydenhuollon toimintaympäristössä. Tässä työssä kulttuuria on määritelty transkulttuurisen hoitotyön teoreetikkojen, kulttuuriantropologi Clifford Geertzin ja kulttuurintutkija Stuart Hallin määritelmien ja näkemysten kautta. Työssä kuvatut kulttuurin määritelmät ovat taulukossa 2.

### **2.1 Kulttuuri hoitamisen kontekstissa**

Länsimaisen kulttuurin käsite ei ole yksiselitteinen. ”Lännellä” tarkoitetaan useita kulttuureja, joilla on kuitenkin jotain yhteistä (MacLachlan 1997). Länsimaisella kulttuurilla, länsimaisella ajattelulla ja länsimaisen lääketieteen mukaisella hoidolla tarkoitetaan ”länsimaiden” eli Euroopan ja USA:n alueella sekä niiden vahvassa vaikutuspiirissä syntynyttä kulttuuria (Kanada, Australia, Uusi-Seelanti, Israel, joissakin määrittelyissä Japani), ajattelua ja näiden alueiden tieteiden pohjalta syntynyttä tieto- ja arvopohjaa. Kulttuureja on yleensä pidetty vakaina ja pysyvinä merkitysten ja käytäntöjen

joukkoina, joilla on oma ajallinen ja paikallinen jatkuvuutensa. Tietyn maailmankatsomuksen katsotaan liittyvän tietynlaisiin arvoihin ja arvostuksiin, ja niitä on käytetty kulttuuristen erottelujen perustana ja tapana suhtautua tiettyihin filosofisiin kysymyksiin kuten elämä ja kuolema (Alitolppa-Niitamo 1993: 11). Globalisaation on arveltu horjuttavan tätä kulttuurin vakiintunutta käsitettä ja myöskin käsityksiä kulttuurisesta identiteetistä (Hall 2003: 85-88). Järvisen (2004: 160) mukaan tänä päivänä kulttuuriin liittyvät merkitykset ja merkityssuhteet muotoutuvat koko ajan uudelleen ihmisten välisessä dynaamisessa vuorovaikutuksessa, myös ammattiauttajan ja asiakkaan keskinäisessä suhteessa.

Potilaan kulttuuri on ollut länsimaisen hoitamisen mielenkiinnon kohteena jo 1940-luvulta lähtien. Alkuvuosikymmenten tutkimusta on sävyttänyt eri kulttuureista tulevien potilasryhmien yleiskuvaukset ja eri kulttuureista tulevien oletettiin ja toivottiin tietyn ajan kuluessa assimiloituvan valtakulttuuriin (Dougherty ja Tripp-Reimer 1985: 221).

Kleinmann (1978: 86-87) on todennut, että sairaudet ilmenevät aina *kulttuurisessa* ja sosiaalisessa kontekstissa ja että ihmisryhmät käyttävät omasta kokemusmaailmastaan juurtuneita merkityksiä selittääkseen tapahtuneita asioita kuten sairastumista, paranemista tai kuolemista. Sairaus on henkilökohtainen, yksilöllinen ja *kulttuurinen* reaktio. Oireet ovat sosiaalisesti rakentuneita ja oireiden kulttuuriset mallit muodostavat kulttuurista peräisin olevia häiriöitä ja erityisesti näin, kun on kyseessä mielenterveyteen liittyvä sairaus tai häiriö. Kulttuuri antaa viitekehyksen ymmärtää sairauden merkitystä ja tarvittavaa hoitoa (Burr ja Chapman 1998). Pakolaisilla ja muilla vastoin tahtoaan muuttamaan joutuneilla voi olla erityisen korostunut tarve pitää kiinni kulttuurisista tavoistaan, koska ne tuovat lohtua, turvallisuutta ja itseluottamusta vieraassa maassa (Lefley 1989: 244).

*Etnosentrisyys* on myös osa kulttuuria. Etnosentrisyydellä tarkoitetaan sitä, että omaa näkemystä, arvomaailmaa ja tapaa toimia pidetään oikeimpana ja parhaimpana, koska se tunnetaan ja siihen on kasvettu, muita kulttuureja ei ehkä tunnetakaan. Etnosentrismi on inhimillistä ja usein tiedostamatonta. Oma kulttuuri on standardi, jonka kautta muita

kulttuureja arvioidaan ja usein muiden tapaa toimia pidetään outona ja vieraana (Berry 1992). Etnosentrismi on ajatusrakennelma, joka tuottaa sekä yltiöisänmaallisuutta että piilevää rasismia. Hoitotyön toiminnassa on kiinnitetty huomiota etnosentrisyyteen ja sen tiedostamiseen omassa toiminnassa kulttuurisesti erilaisten potilaiden kanssa (Giger ja Davidhizar 1995, Dowd ym. 1998: 120, St. Clair ja McKenry 1999: 229, Purnell ja Paulanka 2003: 4). Maahanmuuttajien kohtaamisen ja maahanmuuttajien kanssa työskentelyn edellytyksenä nähdään, että terveydenhuoltohenkilöstön tulee tunnistaa oma kulttuurinen taustansa; oma etnosentrisyytensä, omat ennakko-oletuksensa ja -asenteensa ja tiedostaa niiden vaikutus monikulttuurisissa kohtaamisissa terveydenhuollossa (Tripp-Reimer ja Lively 1993: 177, Andrews 1995: 59, Polaschek 1998: 453, Halla 2007: 474).

#### *Transkulttuurisen hoitotyön käsitys kulttuurista*

Transkulttuurisen hoitotyön teoreetikot näkevät kulttuurin käsitteen ja merkityksen lähtökohtaisesti samanlaisena (Leininger 1985, 1995a:60-64, Andrews ja Boyle 1995:8-19, Campinha-Bacote 1994a: 4, Giger ja Davidhizar 1995: 3-4: 61, Purnell ja Paulanka 2003: 3). Kulttuuri nähdään syntymästä saakka opittuna, sukupolvelta toiselle siirtyvänä, sosiaalistumisen ja kielen kautta tapahtuvana käyttäytymismallien hankkimisena ja omaksumisena, ei geneettisesti periytyvänä. Kulttuuriin kuuluvat kaikki tietyn ihmisryhmän tuottamat inhimillisen elämän tuotokset kuten sosiaalisesti välittyneet käyttäytymismallit, taide, uskomukset, arvot, tavat ja elämäkatsomukset. Asiat voivat olla eksplisiittisiä tai implisiittisiä ja ne ovat pääsääntöisesti ryhmän enemmistön jakamia ja hyväksymiä. Sekä kulttuuristen vaikutteiden että yksilön henkilökohtaisten luonteenpiirteiden katsotaan vaikuttavan ihmisen käyttäytymiseen. Ihminen toimii osittain automaattisesti, monet toiminnat ovat usein niin syvään juurtuneita ja tiedostamattomia, ettei ihminen ole tietoinen kulttuurin vaikutuksesta toiminnassaan. Edelleen kulttuuri on tietyn yhteisön jäsenille erityistä ja tunnusomaista, muista erottavaa eikä se kehity kohti ideaalia. Se on dynaamista sopeutumista tiettyihin olosuhteisiin ja luonnon luomiin mahdollisuuksiin (Herberg 1995: 8-10).

Taulukko 2. Tutkimuksessa käytetyt kulttuurin määritelmät.

Teoreetikko/ tieteenala	Vuosi	Sisältö
<b>Leininger</b> , sairaanhoitaja, antropologi, transkulttuurisen hoitotyön luoja	1985 1995	Tietyn ryhmän opitut, jaetut ja välittyneet/perityt arvot, uskomukset, normit ja elämäntavat, jotka vakiintuneella tavalla ohjaavat ryhmän ajattelua, päätöksentekoa ja toimintaa ja totunnaisia tapoja. Hoito on kulttuurisidonnaista.
<b>Giger</b> , sairaanhoitaja, kasvatustiede & <b>Davidhizar</b> , sairaanhoitaja, hoitotiede	1995	Käyttäytyminen kehittyy ajan kuluessa sosiaalisten, uskonnollisten rakenteiden ja taiteellisten ja älyllisten aikaansaannosten kautta, on ”hankittu mekanismi”, joka välittyy yleensä sosiaalistumisen kautta sukupolvelta toiselle, ei geneettisesti periytyvänä. Ryhmän yhteisesti jaetut arvot, uskomukset ja käytännöt, jotka ohjaavat toimintaa ja päätöksentekoa. Kulttuurinen identiteetti erottaa ihmiset toisista kulttuureista.
<b>Andrews</b> , sairaanhoitaja, filosofia & <b>Boyle</b> , sairaanhoitaja, filosofia	1995	Opitut ja jaetut arvot, uskomukset ja käytännöt. Tapahtuu sosiaalistumisen kautta. Kulttuuri on dynaamista ja vaatii sopeutumista. Kulttuuri on tietyissä yhteisössä syntyntä, erityistä (specific), selvästi muusta erottuvaa. Kulttuurit ovat tasavertaisia, ei ”ideaalikulttuuria”.
<b>Purnell</b> , sairaanhoitaja, hoitotiede & <b>Paulanka</b> , sairaanhoitaja, kasvatustiede	2003	Kaikki sosiaalisesti välittyneet ryhmän käyttäytymismallit, uskomukset, arvot, tottumukset, tavat, taide ja muut ihmistyön tuotokset. Ryhmän ajattelutapa, joka ohjaa maailmankatsomusta ja päätöksentekoa. Voi olla implisiittistä tai eksplisiittistä. Kulttuuri on opittua ja mm. perheen sisällä välittyntä, pääsääntöisesti ryhmän yhteisesti jakamaa. Kulttuuri vaikuttaa ihmisen terveyteen ja sairauteen.
<b>Geertz</b> , sosiaaliantropologi	1973 2000	Yhdessä kootut kertomukset ja merkitykset. Merkitysten ja symbolien ymmärtäminen ja tulkinta. Käyttäytymisen ymmärtäminen elämäntilanteesta johtuvana sosiaalisena toimintana, ei niinkään sisäisenä mekanismina, jota ihmiset kantavat mukanaan.
<b>Hall, S</b> kulttuurintutkija	1997 1999 2004	Kulttuuri ei ole ankkuroitunut ihmisen biologiaan eikä perimmäisiin vaistoihin ja vietteihin. Kulttuuri on tapa, jolla ihminen tuottaa ja välittää merkityksiä maailmasta ja itsestään. Kulttuuri ei mekaanisesti määrää ihmisen toimintaa eivätkä kulttuurin muodot ole pysyviä tai muuttumattomia. Kulttuurin heterogeeninen luonne. Ihmisen omat luokittelukriteerit ryhmään kuulumisestaan.

Transkulttuurisen hoitotyön teoreetikot näkevät yksiselitteisesti, että kulttuuri vaikuttaa yksilön käsityksiin terveydestään ja sairaudestaan ja tapaan reagoida sairauden ennaltaehkäisyyn tai hoitomenetelmiin. Terveydenhuollon kohtaamisissa katsotaan olevan läsnä ainakin kolme kulttuuria: hoitotyön profession kulttuuri (biolääketieteen, hoitotieteen ja hoitajan uskomukset, arvot ja hoitokäytännöt), potilaan kulttuuri (potilaan odotukset hoidosta, omat käsitykset, arvot ja uskomukset) ja kohtaamisen kontekstin kulttuuri

(organisaatio, yhteisö, koti). Kulttuurin käsitteen tulee olla integroituna kaikkiin hoitamisen aspekteihin ja hoitotyöntekijän tulee olla perillä eri kulttuurin vaikutuksesta maahanmuuttajataustaisen potilaansa tilanteessa. Kulttuurin merkityksen ymmärtämisen lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön kulttuuriseen kompetenssiin katsotaan kuuluvaksi eri kulttuureihin kuuluvien käytäntöjen ja tapojen tunteminen (Leininger 1985, 1995a, Giger ja Davidhizar 1995, Purnell ja Paulanka 2003). Erityisesti tämä nähdään tärkeänä psykiatrisessa hoitotyössä (Tripp-Reimer ja Lively 1993: 170). Kulttuurin merkityksen todellinen ymmärtäminen ja etnosentrismin läsnäolon tiedostaminen jokaisessa terveydenhuollon kohtaamisessa nähdään haasteena hoitohenkilökunnalle (DeSantis 1994: 708). Transkulttuurisen hoitotyön kulttuurin määritelmien mukaisesti on loogista, että hoitotyöntekijöiden kulttuurisen kompetenssin edellytyksenä on eri kulttuurien yleisten ja erityisten piirteiden tunnistaminen.

#### *Clifford Geertzin ja Stuart Hallin kulttuurin käsite*

Terveystieteiden professioiden kulttuuri perustuu *länsimaiseen* kulttuuriin ja sen näkemyksiin sairaudesta, terveydestä, tavoiteltavista elämäntavoista ja hoitamisesta. Kulttuuria voidaan lähestyä myös toisenlaisesta näkökulmasta. Ulkoapäin määriteltyjen kulttuuristen piirteiden lisäksi nähdään tarpeellisena korostaa myös kulttuurin käsitteen omakohtaista määrittämistä ja omakohtaisten merkitysten antamista (Geertz 1993, Hall 1997). Sosiaaliantropologi Geertz (1993, 2000) edustaa postmodernia tapaa lähestyä kulttuurin käsitettä. Kulttuuri nähdään tuolloin merkitysvälitteisenä, jolloin kutakin kulttuuria pyritään ymmärtämään sen omista merkityksistä ja lähtökohdista käsin. Lähtökohdana on hermeneuttinen, eläytyvä ymmärtäminen, joka saavutetaan yhteisten kertomusten kautta. Tämä ei tarkoita, että pitäisi tuntea näiden ihmisten tunteita tai ajatella näiden ihmisten ajatuksia tai tulla yhdeksi heistä. Yksinkertaisesti se tarkoittaa sitä, että opitaan näkemään heidän elämäänsä. On kyse myös siitä, että terveydenhuollon kohtaamisissa opitaan kysymään oikeita asioita. Eri kulttuurista tuleva potilas ei välttämättä osaa vastata abstrakteihin kysymyksiin kulttuurisesta identiteetistään tai etnisestä alkuperästään. Sen sijaan potilas osaa kuvata omaa elämäntilannettaan ja sitä, kuinka sairaus on elämää vaikeuttanut ja kuinka potilas on kokenut sairautensa (Bäärnhielm ym. 2007:19).

Kulttuurin tutkija ja kulttuurin edustaja luovat yhdessä kertomuksia siitä, mitä he näkevät ja kuulevat *näkemystensä rajoittamalla tavalla*. Havainto ja tulkinta, asia ja siitä kertominen tai kirjoittaminen eivät ole erillisiä asioita, vaan niissä on läsnä vähintään kolme näkökulmaa: tutkijan, kulttuurin edustajan ja tutkimusta lukevan näkökulma. Näkökulman kohde, ”kulttuuri”, on sama. Edelleen Geertz (1993: 5, 20) näkee kulttuurin merkitysten verkkona, jonka ihminen itse on kutonut eikä merkitysten analysoiminen onnistu kokeellisilla menetelmillä, koska ei ole kysymys laintulkinnasta, vaan ihmisten antamien merkitysten löytämisestä ja niiden tulkitsemisesta. Hoitaminen ei ole etnografista kenttätöitä sanan varsinaisessa merkityksessä, mutta monikulttuurisissa terveydenhuollon kohtaamisissa geertziläinen lähtökohta yhteisten toimintatapojen löytämisestä eri osapuolten antamien merkitysten kautta tuntuu hyvältä. Kohtaamisissa on tärkeää, mitä merkityksiä asiakas antaa sairaudelle, oireille ja terveyden ylläpitämiselle ja kuinka hyvin terveydenhuoltohenkilöstö on perillä näistä merkityksistä (Bäärnhielm ym. 2007:29).

Kulttuurintutkija Hall (1997: 178-179, 2003:85-86) määrittelee kulttuurin käsitettä muuttuvassa, transnationaaliossa maailmassa. Hall ei näe kulttuuria pysyvänä, suljettuna tai sisäisesti koostuneena, vaikka ihmiset mielellään näkisivät kulttuurit yhtenäisinä. Muuttoliike asemoi ihmiset ja heidän kulttuurinsa uudella tavalla suhteessa muihin ihmisiin ja suhteessa asuinpaikkaan. Kulttuuri on yhteisten merkitysten järjestelmä, jota samaan yhteisöön, ryhmään tai kansakuntaan kuuluvat ihmiset käyttävät ymmärtääkseen maailmaa. Kulttuuri sisältää merkityksiä tuottavat sosiaaliset käytännöt sekä ne käytännöt, joita yhteiset merkitykset ohjaavat ja organisoivat. Yhteinen merkityskartta antaa tunteen kuulumisesta johonkin kulttuuriin ja se luo yhdistävän siteen ja tunteen yhteisestä identiteetistä. Yhteinen merkityskartta joutuu monesti koetukselle, kun kulttuurit kohtaavat terveydenhuollossa. Diasporassa elävät somalit yhdistävät terveytensä hoitamisessa traditionaalisia, omaan kulttuuriinsa kuuluvia menetelmiä ja länsimaisia, erityisesti fyysisten sairauksien hoitamiseen liittyviä teknisiä ja hoidollisia parannusmenetelmiä. Länsimainen terveydenhuoltohenkilöstö ei monesti ole perillä muualta tulevien asiakkaidensa merkityksellisistä, kulttuureita ylittävistä, transnationaaliossa käytännöistä terveytensä hoitamisessa (Koehn ja Sainola-Rodriguez 2005, Koehn ja Tiilikainen 2007).

Tässä työssä kulttuurin käsite on yhdistelmä transkulttuurisen hoitotyön, Geertzin ja Hallin antamista kulttuurin määritelmistä. Näkemys kulttuurista on vahvasti osa tämän työn teoreettista viitekehystä, koska se ohjaa kohti tietynlaista näkemystä maahanmuuttajien kohtaamisessa tarvittavasta osaamisesta. *Transkulttuurisen hoitotyön* kulttuurin määrittelyä edustaa kulttuuriin kuuluvien erityispiirteiden, arvojen, uskomusten ja käytäntöjen merkityksen ymmärtäminen hoitamisen kontekstissa ja mahdollisesti myös kulttuurien tuntemisen tiedollinen hallinta. *Geertziläistä* näkökulmaa edustaa yksilön itsensä antamien merkitysten tärkeys ja merkitysten ymmärtäminen dialogisessa vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa, ”kunkin näkemyksen rajoittamalla tavalla”. *Hallilaista* näkökulmaa edustaa kulttuurin muuttuva luonne ja yksilön oma määrittely kulttuuriseen ryhmään kuulumisestaan. Hallilainen näkemys kulttuurista on lähellä transnationaalisen osaamisen näkökulmaa maahanmuuttaja-asiakkaan osallisuudesta kulttuurinsa määrittämiseen ja hoitoonsa. Tässä työssä kulttuuri nähdään muuttavana, ympäristöistään vaikutteita saavana ja potilaan itsensä määrittämänä ja arvottamana, ei stereotyyppisesti tilanteissa vaikuttavana tekijänä. Kulttuurin merkitys terveyteen, sairauteen ja erityisesti mielenterveyteen tunnistetaan ja otetaan huomioon yhteisesti muodostetun hoitonaikemuksen mukaisesti aina, kun se on hoidollisesti mahdollista.

## 2.2 Transnationaalisuus käsitteenä

Transnationaalisuuden tutkimusta ei nähdä akateemisena tieteenalana, mutta useat tieteet käyttävät käsitettä (sosiologia, antropologia, historia, kulttuurin tutkimus, sosiaaliset tieteet). Sosiologiassa Albrow (1998) liittää transnationaalisuuden käsitteen kansainvälisten suhteiden, kansainvälisten organisaatioiden ja kolmannen sektorin toimijoiden (NGO) väliseen kontekstiin. Albrow erottaa ”trans-” ja ”inter-” liitteet samalla tavalla kuin erotetaan eri maiden kansalaisten väliset suhteet eri maiden hallitusten ja niiden edustajien välisistä suhteista. Transnationaalisissa suhteissa maantieteellisiä rajoja ylitetään (trans tai cross) sen sijaan, että niitä varjeltaisiin tai niistä neuvoteltaisiin eri hallitusten kesken. Transnationaalisuus käsitteenä on ehkä juurtumassa suomalaisen tieteeseen (Martikainen ym. 2006: 24), mutta terveydenhuollossa käsite on vielä

lähestulkoon *tabula rasa*. Synonyyminä voisi olla *crossnational*, mutta ei trans- tai crosscultural, koska kulttuureja ylittävistä ei ole välttämättä kysymys. Transnationaalisuus on käännetty jossain yhteyksissä suomenkielelle *ylkansallisena* tai *ylirajaisena* (Hautaniemi 2004: 169, Zechner 2007: 56, Tiilikainen 2008: 74), mutta usein käytetään, kuten tässäkin työssä, englanninkielistä termiä transnationaalinen.

Transnationaalisuuden taustalla on *globalistuminen*. Transnationaalisuus liittyy ihmisten globaaliin liikkuvuuteen ja sen vastakohtana voidaan pitää valtioiden rajoissa pitäytyvää (inter)nationaalisuutta, kansainvälisyyttä, joka erottaa selkeästi oman maan ja vieraan maan kansalaiset (myös Kearney 1995: 521), ja jossa kansainvälisyys tarkoittaa nimenomaan eri kansojen ja ihmisryhmien välistä vuorovaikutusta. Globalisaatiosta ja ihmisten lisääntyvästä liikkuvuudesta johtuen perinteiset valtioiden rajat rajoittavat entistä vähemmän ajatusten ja muiden vaikutteiden leviämistä (Martikainen ym. 2006: 10, myös Kaivo-oja ja Suvinen 2001: 12, HS 25.3.08). Globaali kauppa, lisääntyvä informaatioteknologia, internet ja populaarikulttuuri levittäytyvät kaikkialle ja hankaloittavat täsmällisten, kansallisten identiteettien määrittämistä. Paikan käsitteen arvellaan muuttuvan, koska modernisaatio ja kehitys kutistavat maantieteellisiä etäisyyksiä ja hämärtävät ennen melko selviäkin kulttuurien välisiä eroja (Eriksen 2004: 50). Globalisaatiolla on myös varjopuolensa, sillä Kingin (1995: 26-27) mukaan nykyisen maastamuuton säännöt ovat selvät: hyvin koulutetut ja varakkaat ovat tervetulleita, mutta ei välttämättä köyhä, lukutaidoton monenkirjava joukko.

*Sosiaalisissa suhteissa* transnationaalisuus tarkoittaa maiden ja valtioiden välisiä suhteita, jotka ovat syntyneet yksilöiden, sukuryhmien, etnisten ryhmien, liikeyritysten tai poliittisten liikkeiden välille yli/läpi kansallisvaltiörajojen (Wahlbeck 1999a: 25 ja 1999b: 271, Hautaniemi 2004:170). Terveystieteissä ihmisten liikkuvuus näkyy lisääntyvästi maahanmuuttaja-asiakkaina, hajonneina perhe- ja sukuyhteisöinä (Falicov 2007: 160), erilaisina sairauksina (Struwe 1994: 311), hoidon tarpeina ja käytäntöinä sekä erilaisina terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimuksina (Koehn 2004). Edelleen terveyteen ja sairauteen liittyvien tietojen tulisi olla nopeasti käytettävissä maahanmuuttajien liikkuesssa maasta toiseen (Koehn ja Rosenau 2002, Koehn 2004).



Transnationaalisuudessa on kyse myös *diasporasta* ja sen merkityksen tiedostamisesta. Siihen liittyy maahanmuuttajien identifioituminen kahteen tai useampaan kulttuuriin tai yhteiskuntaan (Vertovec ja Cohen 1999: xxi). Edelleen Schiller ym. (1992: 5, 26-27, myös Eastmond 1998: 162) näkee transnationaalisuuden prosessina, jossa maahanmuuttajat joutuvat rakentamaan sosiaalista kenttäänsä entisen ja nykyisen kotimaansa välillä. Maasta muuttavien kiintymys on tavallaan jakautunut: on tunne, että on samanaikaisesti kotona ja poissa kotoa (myös Eriksonin 2004: 50). Useille maahanmuuttajille alkuperäisen kotimaan identiteetti muotoutuu uudelleen kansallisten rajojen ulkopuolella (Vertovec ja Cohen 1999: xxi). Myös identiteetin rakentamisen laatu muuttuu, koska enää ei luoda koko elämän kestäviä kulttuuriin, uskontoon ja ideologiaan rakennettuja identiteettejä, vaan identiteetti on lyhyen aikavälin strategia, jonka yksilö valitsee tilanteensa mukaan, se on eräänlainen *väliaikainen identiteetti* (Ahmadi 2005: 99, 103). Tämä antaa maahanmuuttajalle mahdollisuuden uuteen identiteettiin, uuteen elämään ja monesti uuteen vapauteenkin, mutta myös vaikeuksia identiteetin etsinnässä ja syyllisyyttä, kun vanha identiteetti murtuu.

Nykyajan maahanmuuttajista käytetään myös termiä *transmigrant* (Koehn ja Rosenau 2002: 116). Nämä kehittävät ja ylläpitävät hyvin moninaisia suhteitaan (perhe- ja sukulaisuussuhteet, taloudelliset, sosiaaliset, poliittiset ja uskonnolliset suhteet) yli rajojen ja liittyvät samanaikaisesti kahteen tai useampaan yhteiskuntaan. Näillä kulttuurisilla rajapinnoilla tapahtuu aina neuvottelua, osallistumista ja kokemusten vaihtoa, mikä voidaan nähdä rikastuttavana kokemuksena, mutta myös väistämättä erilaisten ajattelu- ja toimintatapojen ristivetona, hankauksena ja vakavuudeltaan eriasteisina ongelmina (Levitt 2001: 5, Hall 2003, Hannerz ym. 2003: 229, Huttunen ym. 2005: 34). Levittin mukaan yhteys omiin verkostoihin ja entiseen kotimaahan mahdollistaa *transnationaalisten käytäntöjen* ylläpitämisen ja näiden käytäntöjen rinnalla maahanmuuttaja sopeutuu myös uuden kotimaansa tapoihin ja käytäntöihin.

### 2.3 Suomalainen transnationaalisuus ja terveydenhuolto

Suomessa muuttoliike on vilkastunut 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Suomeen muutetaan ja Suomesta muutetaan pois jatkuvasti. Vuonna 2006 Suomeen muutti 22 032 ulkomaan kansalaista ja maasta muutti pois 11 988 ([www.intermin.fi](http://www.intermin.fi)). Osa tulee Suomeen jäädäkseen ja osa määräaikaista. Suomessa ehkä ajatellaan, että Suomeen tulevat maahanmuuttajat, varsinkin turvapaikanhakijat ja pakolaiset, tulevat Suomeen pysyvästi, koska heillä ei ole ”kotimaata”. Tämä aiheuttaa paljon keskustelua integroitumisen, sopeutumisen ja jopa assimiloitumisen tarpeesta suomalaiseen kulttuuriin ja yhteiskuntaan. Suomalaisenkin maahanmuuttotutkimuksen piirissä on viime vuosina keskusteltu transnationaalisista verkostoista ja diasporasta (Wahlbeck 1999a, Martikainen ym. 2006: 23-24). Näiden käsitteiden kautta katsotaan päästävän lähemmäksi esimerkiksi pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden *sosiaalista todellisuutta*, jota pelkäävät maahanmuuttajien integroitumista tai kotoutumista korostava monikulttuurisuuskeskustelu ei tavoita (Tiilikainen 2007: 14-15).

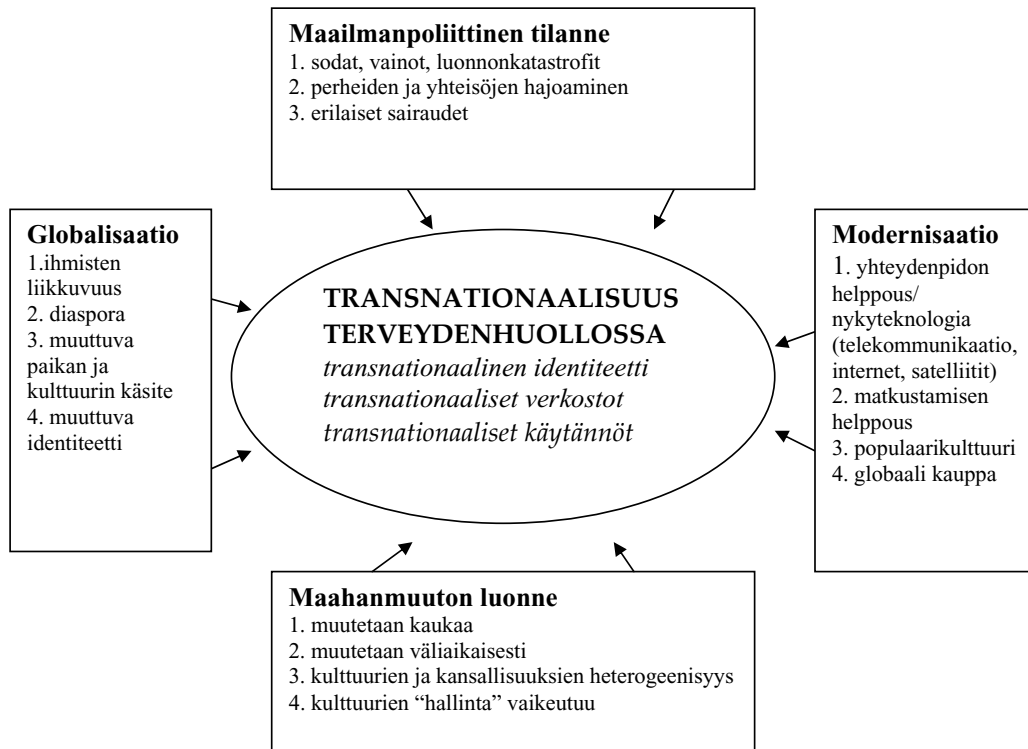
Suomessa pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden sosiaalisten verkostojen merkittävyyttä paikallisesti ja transnationaalisesti ei nähdä tärkeänä kuten esimerkiksi vastaanottokeskusten ja pakolaisten sijoittaminen ympäri Suomea, kauas toisistaan osoittaa. Myöskään pakolaisten kokemusmaailman diasporista luonnetta ei täysin ymmärretä (Wahlbeck 1999b: 81). Diasporassa elävät ihmiset elävät ajatuksessa, että he jonain päivän palaavat omaan kotimaahansa ja senkin vuoksi he vaalivat kotimaansa tapoja ja muistoja, pitävät kiinteästi yhteyttä entisen kotimaahansa ja oma identiteetti muovautuu pitkälti näiden dimensioiden kautta (Safran 1991, Cliffordin 1994, 218 mukaan). Transnationaaliset suhteet voivat olla voimaannuttavia (empowering), mutta myös ristiriitaa aiheuttavia: yhteisöstä saa tukea, mutta sieltä voi kohdistua myös painostusta ja vaatimuksia tietynlaiseen käyttäytymiseen (Malkki 1995).

Sairauteen ja parantamiseen liittyvät merkitykset ovat kulttuurisesti rakentuvia. Esimerkiksi somalilaiset Suomessa jäsentävät sairauttaan huolimatta biolääketieteen valta-asemasta Suomessa myös perinteisen kulttuuristen ja uskonnollisten käsitysten kautta.

Tiilikainen (2008: 83-84) puhuu *ylirajaisen* eli *transnationaalisen hoidon* käsitteestä, jolla hän tarkoittaa, että terveydenhuollon kohtaamisissa maahanmuuttajapotilailta kysytään mahdollisista yhteyksistä kotimaahan ja ei-lääketieteellisten hoitojen käytöstä. Hoitohenkilökunta ei ole monestikaan näistä yhteyksistä tietoinen eikä hoitosuhde niin luottamuksellinen, että kulttuurisista parantamiskäsityksistä ja -tavoista olisi päästy keskustelemaan. Kulttuuristen hoitomenetelmien merkityksestä tai hoitoon sitoutumisesta esimerkiksi lääkehoidon kohdalla ei ollut myöskään yhtenevää näkemystä Suomessa asuvien maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä (Koehn ja Sainola-Rodriguez 2005: 302-306). Maahanmuuttajan kokemus sairaudestaan, omat käsitykset sairauden syistä tai sopivista hoitomuodoista jäävät usein selvittämättä (Hanki 1995, Hassinen-Ali-Azzani 2002: 231-239, Sainola-Rodriguez 2005: 24-26, Tiilikainen 2007: 20).

Somalinaiset ja somaliperheet Suomessa ylittävät parannusta etsiessään paitsi hoitojen välisiä, myös maantieteellisiä rajoja. Uskonnollisiin ja muihin kansanlääkinnän hoitomenetelmiin turvauduttaessa hyödynnetään transnationaalisia verkostoja. Parantajiin saatetaan olla yhteydessä soittamalla ja faksaamalla tai matkustamalla ulkomaille saamaan tiettyä hoitoa. On myös mahdollista, että parantaja saapuu Suomeen, jolloin apua voi saada laajempi piiri (Tiilikainen 2007: 231, 235). Tutkimusten mukaan suomalaisessa terveydenhuollossa ei vielä nähdä merkityksellisinä maahanmuuttajien transnationaalisia suhteita tai verkostoja terveyden edistämässä tai sairauksien hoitamisessa.

Kuviossa 1 on kuvattu transnationaalisuuden vaikutuksia suomalaiseen terveydenhuoltoon. Kuten edellä on todettu, maailmanpoliittinen tilanne, globalisaatio, maahanmuuton luonne ja modernisaatio vaikuttavat maahanmuuttajien elämään lähtökohtaisesti ja niillä on myös vaikutuksensa elämän monilla ulottuvuuksilla uudessa kotimaassa.



Kuvio 1. Transnationaalisuuden vaikutus suomalaiseseen terveydenhuoltoon.

## 2.4 Terveydenhuoltohenkilöstön transnationaalinen osaaminen

Amerikkalaiset valtiotieteilijät *Peter Koehn* ja *James Rosenau* ovat kehittäneet transnationaalisen osaamisen (transnational competence) näkökulman monikansallisiin ja transnationaalisiin kohtaamisiin eri tilanteissa (Koehn ja Rosenau 2002, Koehn 2004). Käytän työssä termiä transnationaalinen *näkökulma*, koska transnationaalisuudesta viitekehyksenä terveydenhuollossa on vielä vähän näyttöä. Näkökulman kehittämistä terveydenhuoltohenkilöstön osaamisen arviointiin on jatkanut professori Peter Koehn (Koehn 2004, Koehn ja Shwick 2006) Montanan yliopistosta. Näkökulma perustuu useilta eri tieteenaloilta saatuihin tutkimuksiin ja lähteisiin kuten kansainvälisen liike-elämän

tutkimus, kehitysyhteistyö, kulttuurien välinen psykologia ja viestintä. Terveysthuollon osalta transnationaalinen osaaminen perustuu lisäksi hoitotyön kulttuurisen kompetenssin tutkimukseen ja potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön väliseen vuorovaikutukseen liittyviin tutkimuksiin. Transnationaalisen osaamisen näkökulma on erityisesti suunniteltu terveydenhuollon kohtaamisiin, joissa maantieteellinen Etelä ja Pohjoinen kohtaavat ja kulttuuriset erot ovat suuria kuten esimerkiksi Suomessa, jossa terveydenhuoltohenkilöstö on homogeenista ja maahanmuuttaja-asiakaskunta kaukaa tullutta ja heterogeenista.

Transnationaalisen osaamisen näkökulma ei ole kulttuurispesifinen tietyistä kulttuureista ja maista tuleville potilaille, vaan se on yleispätevä kehys kaikkiin terveydenhuollon kohtaamisiin. Osaamisessa korostetaan potilaan osallisuuden, ihmisen oman kertomuksen, dialogisen vuorovaikutuksen, keskinäisen tiedonsiirron ja yhteisymmärryksen merkitystä yhtenevään hoitonaikemukseen ja hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi (Koehn ja Rosenau 2002, Koehn ja Swick 2006). Kohtaamisten onnistumiseen katsotaan vaikuttavan molempien osapuolten, sekä maahanmuuttaja-asiakkaan että terveydenhuoltohenkilöstön, osaaminen tai osaamattomuus (Koehn 2004: 5-6). Maahanmuuttaja itse on tärkein omaan terveyteensä ja sairauteensa liittyvien asioiden esiintuoja ja suomalainen omahoitaja tai -lääkäri on tärkein maahanmuuttajan terveystilanteeseen vaikuttava alan suomalainen asiantuntija, joten kohtaamisella voi olla merkittävä vaikutus maahanmuuttajan tulevaan hyvinvointiin.

Kulttuurin, etnisen taustan, uskonnon ja sosiaalisen aseman vaikutus sairauteen/ terveyteen huomioidaan maahanmuuttajan kokemuksen ja kertomuksen kautta (myös Kavanagh 1995, Shapiro ja Lenahan 1996, Smedley ym. 2003). Terveysthuoltohenkilöstöltä ei välttämättä edellytetä eri kulttuurien tuntemusta, vaan aitoa ja kokonaisvaltaista kiinnostusta maahanmuuttaja-asiakkaansa tilanteeseen, johon saattaa liittyä tiettyjen kulttuuristen piirteiden huomioimista yksilön itsensä määrittämänä. Kansallisten ryhmien sisällä on paljon eroavaisuuksia eivätkä maantieteellisesti samasta paikasta tulleet välttämättä jaa samoja kokemuksia, samaa sosioekonomista asemaa, poliittista taustaa tai maastamuuttoon liittyviä syitä. Toisaalta myös maahanmuuttajalta edellytetään kiinnostusta terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntemusta, näkemyksiä ja uuden kotimaansa

hoitokäytäntöjä kohtaan. Molemmilta osapuolilta edellytetään innovatiivisuutta löytää uusia hoitoa, terveyttä ja selviytymistä paremmin palvelevia toimintatapoja ja selviytymiskeinoja (Koehn ja Rosenau 2002, myös Gustafson 2005: 13).

Transnationaalinen osaaminen terveydenhuollossa on taitoa hoitaa eri maista tulevia potilaita, todennäköisesti myös eri kulttuureista tulevia, mutta taitoalue on eri syistä muuttoliikkeessä olevien, transnationaalisesti toimivien maahanmuuttajien kohtaamisessa ja hoitamisessa. ”The response to transnational cases must be equally transnational” (Farmer 1999: 244).

#### *Transnationaalisen osaamisen osa-alueet*

Transnationaaliseen osaamiseen kuuluu viisi osa-aluetta: analyyttinen, emotionaalinen, luova, viestinnällinen ja toiminnallinen (Koehn ja Rosenau 2002, Koehn 2004 ja 2006a). Osa-alueet on kuvattu taulukossa 3 ja lisäksi jokainen osa-alue esitellään seikkaperäisemmin tekstissä, koska transnationaalisen osaamisen sisältö on tämän tutkimuksen keskeistä teoreettista sisältöä. Tutkimuksessa käytetty haastattelulomake pohjautuu osa-alueiden sisältöihin. Osa-alueiden sisällöllisissä kuvauksissa on huomioitu maahanmuuttajien mielenterveysongelmia koskevat osaamisvaatimukset.

*Analyyttinen osaaminen* on kognitiivista tiedonhankintaa. Kulttuurispesifien piirteiden tuntemisen lisäksi kohtaamisessa nähdään tärkeänä kulttuurin yleisten piirteiden ymmärtäminen (Koehn ja Rosenau 2002, Purnell 2002: 193, Smedley ym. 2003: 203-206). Terveydenhuoltohenkilöstön tulee ymmärtää maahanmuuttajien pitkittynyttä muutoksen oloa (Koehn ja Swick 2006: 3, myös MacLachlan 1997: 99-100, Meleis ym. 2000: 12-28) ja sen vaikutusta terveyteen. Terveydenhuoltohenkilöstön on tarpeen olla perillä maahanmuuttajan sen hetkisestä elämäntilanteesta, mutta myös terveyteen ja selviytymiseen vaikuttaneista tekijöistä ennen ja jälkeen maahanmuuton (Koehn ja Rosenau 2002: 109-111, Koehn 2004: 7-8). Lisäksi on syytä olla perillä maahanmuuttajan tilanteen haavoittuvuuteen liittyvistä tekijöistä kuten sota-, vaino- ja traumakokemukset ja uudessa maassa koetut terveyteen vaikuttavat tekijät kuten työttömyys, syrjintä, maassaolon ja statuksen epävarmuus ja perheen hajoamisesta aiheutuvat syyt.

Taulukko 3. Terveydenhuoltohenkilöstön transnationaalisen osaamisen osa-alueet (Koehn ja Rosenau 2002: 110, käänös Kirsti Sainola-Rodriguez).

<b>Analyttinen osaaminen</b> - <i>kyky hankkia tietoa ja ymmärtää tiedon merkitys terveydenhuollon kohtaamisissa</i>	<b>Emotionaalinen osaaminen</b> - <i>kyky tehdä havaintoja ja olla aidosti kiinnostunut</i>	<b>Luova osaaminen</b> - <i>kyky innovatiivisuuteen ja soveltamiseen</i>	<b>Viestinnällinen osaaminen</b> - <i>kyky kommunikointiin ja vuorovaikutukseen</i>	<b>Toiminnallinen osaaminen</b> - <i>taito toimia tavoitteellisesti transnationaalisessa ympäristössä</i>
- keskeiset terveyteen liittyvät yhteiskunnan/ kulttuurin ja yksilön uskomukset, arvot ja käytännöt - maahanmuuton syyt ja seuraukset terveyden kannalta - muutostilan (transition) ymmärtäminen - nykyisen elämäntilanteen ja hoidontarpeen välinen yhteys - asiakkaan omien resurssien/ sinnikkyyden arviointi - aikaisemmat kokemukset maahanmuuttajien kanssa toimimisesta ja niistä oppiminen	- kiinnostus ja kunnioitus terveyteen liittyviä arvoja, perinteitä, uskomuksia ja kokemuksia kohtaan - oman kulttuurin merkityksen ymmärtäminen - usko selviytyä haasteista ja kyvystä auttaa toimeen erilaisten ihmisten kanssa ja toimia erilaisissa arvomaailmoissa - transnationaalisuuden ymmärtäminen	- erilaisten hoito- menetelmien ja - käytäntöjen yhdistely ja soveltaminen - yhteistoiminnallisuus uusien toimintamallien luomiseksi - vaihtoehtoisten näkökulmien visiointi - mahdollisuuksien ja synergiaetujen näkeminen - transnationaalisten verkostojen hyödyntäminen	- kielitaito - tulkinkäyttötaito - nonverbaalisten ja kulttuuristen viestien havaitseminen ja ymmärtäminen - taito luoda osallistuva ja luottamuksellinen keskusteluympäristö - huolien, epäilyjen ja ideoiden esiintuomiseen - kyky välttää/ selvittää väärinkäsityksiä	- positiivisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen, kyky luottamukseen - kyky käyttää joustavasti ja tilannekohtaisesti erilaisia toimintatapoja, mm. perheen ja yhteisön merkityksen huomiointi - kyky ongelmien ja konfliktien ratkomiseen - kyky tavoitteelliseen toimintaan haasteiden ja paineiden alla - tasa-arvoisuuden toteutumisen edistäminen: potilaan edustajana toimiminen

Maahanmuuttajan sinnikkyyteen ja selviytymiseen liittyvät vahvuudet on tärkeää selvittää (myös DeSantis 1997: 26-27). Oikeitten kysymysten esittäminen ja potilaan ja perheenjäsenten oikea kuuleminen tiedonkeruuvaiheessa vähentävät virheitä, jotka syntyvät tiedonpuutteesta tai yleistämisestä (myös Andrews 1995, Bäärnhielm ym. 2007). Tiedonkeruu on eräänlainen ”minietnografia” maahanmuuttajan kokemasta terveydentilasta, sairaudesta, oireista ja niihin liittyvistä taustoista ja tekijöistä. Sen tarkoituksena on saada totuudenmukainen kuva tilanteesta, välttää epärealistisia odotuksia

hoidon suhteen ja stereotyyppistä arviointia maahanmuuttajasta ”traumatisoituneena uhrina” (myös Eastmond 1998: 177-178).

Kulttuuristen taustatekijöiden ja kulttuuristen erojen tunteminen mielenterveystyössä on erityisen tärkeää, koska kulttuurista tulevat mallit ohjaavat näkemystä mielenterveyshäiriöiden syistä ja siitä, miten mielisairaus määritellään, miten viiteryhmä suhtautuu yhteisönsä mielisairaaseen jäsenenä ja mikä nähdään oikeana tapana hakeutua hoitoon ja mikä oikeana tapana hoitaa (Thomas 1991: 78, Gelazis ja Coombe-Moore 1993: 112, Tripp-Reimer ja Lively 1993: 170-171). Mielenterveyshäiriöiden taustalla olevat selitysmallit (sosiaaliset, yliluonnolliset, biologiset) vaikuttavat hoitopreferensseihin ja näkemykseen mielenterveyden hoitamisessa auttavista tekijöistä (McCabe ja Proebe 2004). Kulttuuriset erot voivat vaikeuttaa terapeutista työskentelyä, koska työskentelyssä ovat koko ajan vahvasti läsnä molempien osapuolten arvot ja uskomukset ja niiden erilaisuus voi aiheuttaa väärinkäsityksiä tai arvostiriitoja ja horjuttaa hoitoluottamusta.

*Emotionaalinen osaaminen* liittyy vahvasti oikeaan havainnoimiseen ja empatiakykyyn. Terveystenhoitohenkilöstöltä vaaditaan sensitiivisyyttä (Burchum 2002: 7, Foronda 2008: 208-210, Hughes ja Hood 2007: 61) ja motivaatiota tutustua maahanmuuttajapotilaan tilanteeseen liittyvään erilaisuuteen (kieli, perheen ja yhteisön rooli, perinteet, ruokailukäytännöt ja tavat) ja aitoa kiinnostusta maahanmuuttajan edustamiin arvoihin, uskomuksiin ja kokemuksiin (myös Campinha-Bacote 1994b: 2 ja 1999: 205, Purnell 2002: 193). Maahanmuuttajan kokemusten taustalla voi olla syrjintää, vainoa, työttömyyttä, sosiaalisen tuen puutetta tai perhe-elämän vaikeuksia. Terveystenhoitohenkilöstön asenteilla on vaikutusta maahanmuuttajien hoitoon sitoutumiseen ja sitä kautta hoidon lopputulokseen (Barron ym. 2004: 335-336). Hoitoon on helpompi sitoutua, kun maahanmuuttaja voi luottaa ammattihenkilöstön kykyyn auttaa. Se edellyttää henkilöstöltä luottamusta omiin taitoihin ja kykyyn auttaa potilasta (myös Smedley ym. 2003: 12, Koehn ja Rosenau 2002: 111-113, Koehn 2004: 8-9). Terveystenhoitohenkilöstöllä tulee olla kyky ymmärtää transnationaalisuuden ilmiö ja toimia ”erilaisten identiteettien ja arvojen maailmassa”. Jokainen maahanmuuttajapotilas tulee kohdata yksilönä eikä johtopäätöksiä tulisi tehdä kulttuuriin liittyvien stereotyyppien



pohjalta (Tervalon ja Murray-Garcia 1998: 119, myös Secker ja Harding 2002: 166, Bäärnhielm ym. 2007: 28-29).

Emotionaalinen kompetenssi on ehdoton edellytys psykiatrisessa hoitotyössä (Barker 1999: 153-159, Campinha-Bacote 1999: 205 ja 2002: 182-183). Hoitotyöntekijän sanojen ja tekojen tulee olla yhteneviä sisäisen tunnemaailman kanssa. Luottamuksellisen suhteen saavuttaminen on tärkeää, koska vähemmistöihin kuuluvilla voi olla ongelmia luonteavassa suhtautumisessa viranomaisiin tai ”vallanpitäjiin”, joita muun muassa mielenterveysalan ammattilaiset saattavat heille edustaa, varsinkin jos toimintaan liittyy esimerkiksi etuisuuksien saamista ja todistusten kirjoittamista (Liebkind 1990: 3212, Sue ja Sue 1999: 43, Salmi 2002: 3503, Halla 2007: 473, Oroza 2007: 443). Emotionaalinen osaaminen edellyttää terveydenhuoltohenkilöstöltä oman kulttuurisen taustan ja sen vaikutuksen tiedostamista terveydenhuollon kohtaamisissa (myös Andrews 1995: 59; Leininger 1995a: 6).

*Luovassa osaamisessa* on kyse luovuuden ja mielikuvituksen voiman ymmärtämisestä ja käyttämisestä terveydenhuollon kohtaamisissa. Sekä maahanmuuttajien että terveydenhuoltohenkilöstön tulisi nähdä kulttuuriensa tuomia synergiaetuja ja yhteisesti jaettuja, uusia mahdollisuuksia tilanteessa, jossa ratkotaan maahanmuuttajan terveyteen liittyviä ongelmia (Koehn ja Rosenau 2002: 113, Koehn 2004: 10, Koehn ja Swick 2006: 4). Luovat ratkaisut sisältävät esimerkiksi länsimaisen lääketieteen ja maahanmuuttajan omaan kulttuuriin kuuluvien hoitokäytäntöjen yhdistelemistä hoidossa ja terveyden ylläpitämisessä. Parhaimmillaan eri hoitokäytännöt voivat tukea toisiaan hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi (myös Gustafson 2005: 139, Tiilikainen 2008: 83-84). On myös syytä havainnoida, mikä mahdollinen yhteys maahanmuuttajan maastamuuton syillä, fyysisillä ja emotionaalisilla kokemuksilla ennen maastamuuttoa ja maastamuuton aikana on maahanmuuttajan senhetkiseen terveyteen ja sairauden kokemiseen.

*Viestinnällinen osaaminen* on terveydenhuoltohenkilöstön ydinosaamisalue ja sitä on myös tutkittu eniten. Viestinnällistä osaamista on kyky käyttää vierasta kieltä. Yhteinen puhuttu kieli on paras lähtökohta hoidolle. Lisääntyvästi monikielisissä terveydenhuollon

kohtaamisissa ei ole aina mahdollista käyttää yhteistä kieltä, jolloin viestinnällinen taito muodostuu kyvystä luoda luottamusta ja saada arvostusta ilman yhteisesti puhuttua kieltä. Se on kykyä havainnoida nonverbaalisia viestejä (myös Orque ym. 1983: 26, Giger ja Davidhizar 1995), ymmärtää epätäydellisesti puhuttua kieltä ja kykyä käyttää tulkkia (Andrews 1995: 67, Giger ja Davidhizar 1995, Koehn ja Rosenau 2002: 113-114, Koehn 2004: 10-12).

Viestin oikea ymmärtäminen on erityisen tärkeää psykiatriassa asiakkaan kognitiivisten prosessien ja tunnemaailman ymmärtämiseksi. Tämän katsotaan onnistuvan vain asiakkaan omalla äidinkielellä ja/tai ammattitaitoista tulkkia käyttämällä, (Struwe 1994: 314, myös Campinha-Bacote 2002: 182) ja siltikään joillakin psykiatrian käsitteillä ei ole vastaavaa käsitettä toisessa kielessä (Sue ja Sue 1999: 56). Käytännössä psykiatristen maahanmuuttajapotilaiden kanssa joudutaan luopumaan monista tehokkaan terapiatyöskentelyn vaatimuksista, koska Suomessa ei juuri ole mielenterveystyöhön erikoistuneita tulkkeja (Rauta 2005). Tehokkaaseen terapeuttiseen työskentelyyn kuuluu, että hoitoon osallistuvat (asiakas ja hoitaja/terapeutti) lähettävät ja vastaanottavat sekä verbaaliset että nonverbaaliset viestit täsmällisesti ja oikein (Sue ja Sue 1999: 58). Sue ja Sue (1999: 42) ovat sitä mieltä, että muista kulttuureista tulleet lukevat nonverbaalisia viestejä tarkemmin kuin länsimaalaiset.

Viestinnällinen osaaminen on taitoa olla dialogisessa vuorovaikutuksessa, kuunnella aktiivisesti ja saada aikaan ilmapiiri, jossa maahanmuuttaja kokee turvalliseksi puhua asioistaan, esittää epäilyksiään, erimielisyyttään ja tehdä ehdotuksia hoidon toteuttamiseksi. Viestinnällistä osaamista on myös kyky käsitellä väärinkäsityksiä ja konfliktitilanteita rakentavasti (Koehn ja Swick 2006: 4).

*Toiminnallinen osaaminen* on taitoa toimia transnationaalisessa ympäristössä. Siinä yhdistyvät henkilökohtaiset ominaisuudet, tekninen taito ja tieto: oikeat toimintamallit ja -tavat, motivaatio, luovuus, vuorovaikutuksellisuus ja taito hoitaa kulttuurisesti oikein (Koehn ja Rosenau 2002: 114-115, Koehn 2004: 12-13). Terveystenhoitohenkilöstön toiminnallista osaamista on saada aikaan terapeuttinen ja positiivinen ilmapiiri niin, että

maahanmuuttaja saa uskoa kykyynsä selviytyä ongelmistaan, haasteistaan ja sairaudestaan. Transnationaalisuuden haasteisiin kuuluu ongelmatilanteiden ja jännitteiden rakentava selvittely. Terveystenhoitohenkilöstön on nähtävä yhteiskunnallinen vastuunsa maahanmuuttajien kohdalla ja edistettävä tasa-arvoista terveyden jakautumista yhteiskunnassa, koska maahanmuuttajat ovat usein tilanteessa, jossa heillä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa omaan tilanteensa korjaantumiseen (Koehn ja Swick 2006: 5, myös Warren 2000: 137).

## 2.5 Transkulttuurisuus käsitteenä

Transkulttuurisuus -termillä on useita synonyymejä, joskin suomenkieleen sana on vakiintunut käyttöön *transkulttuurisuutena* ja termiä käytetään terveydenhuollossa yhdistettynä muun muassa hoitotyöhön ja psykiatriaan (transkulttuurinen hoitotyö, transkulttuurinen psykiatria). Järvinen (2004: 157) käyttää käsitettä *transkulttuurinen työ* kuvaamaan laajasti eri ammattilaisten tekemää työtä muista kulttuureista tulevien asiakkaiden ja potilaiden kanssa.

Englanninkielessä termejä *transcultural*, *crosscultural*, *intercultural*<sup>6</sup> ja *multicultural* käytetään ja määritellään vaihtelevasti. *Transcultural* -termin on katsottu olevan synonyymi termin *cross-cultural* kanssa (Tripp-Reimer ja Dougherty 1985: 79), joskaan Leininger ei näe käsitteitä synonyymeina. Leiningerin mukaan *cross-cultural* on kulttuurien välistä hoitotyötä, jossa sovelletaan antropologian käsitteitä hoitotyöhön, mutta ei laajemmin kehitetä transkulttuurisen hoitotieteen tietopohjaa. *Transcultural* on nähty synonyyminä myös termien *intercultural* (Purnell ja Paulanka 2003: 4) ja *multicultural* (Andreas ja Boyle 2003: 3) kanssa. Yhteistä termeille on Purnell ja Paulankan (2003: 4) mukaan se, että niillä tarkoitetaan eräänlaista ”ylittämistä” ja ”vuorovaikutuksen rakentamista” eri kulttuurien välille. Psykiatriassa on puhuttu transkulttuurisesta psykiatriasta, *transcultural psychiatry*, mutta myös *cross-cultural psychiatry*, merkityksessä

---

<sup>6</sup> Wikberg ja Eriksson (2003:101-102) ehdottavat käyttöönotettavaksi *interkulttuurinen* hoitaminen (*intercultural nursing*)- käsitettä transkulttuurisen sijaan, koska interkulttuurisuudessa korostuu paremmin molempipuolisuus sekä hoidettavan että hoitajan aktiivisuus. Tutkijat liittävät sanaan *transkulttuurinen* ”kuljettamista”, mikä nähdään holhoavana.

kulttuurien välinen psykiatria jo 1960 -luvulta lähtien, mutta sen sisältö on Viljasen (1994: 40) mukaan muuttanut sisällöllistä merkitystään vuosikymmenien mukana. Fernando (1989) on aiemmin ehdottanut käytettäväksi termiä ”uusi kulttuurien välinen psykiatria” (the new cross-cultural psychiatry). Transkulttuurisuuden avainsana on *kulttuuri* ja sen erojen ja yhtäläisyyksien tunnistaminen hoitamisen kontekstissa.

## 2.6 Transkulttuurinen hoitotyö

Hoitotyössä potilaan kulttuurin huomioimisella on pitkä historia niissä maissa, joissa maahanmuutto on ollut vilkasta. Myös sairaanhoitajien kokemuksilla toisen maailmansodan aikana on ollut kulttuurin huomioimisen kehitykseen vaikutusta (Dougherty ja Tripp-Reimer 1985: 222). Ensimmäisen transkulttuurisen hoitotyön teorian julkaisi amerikkalainen sairaanhoitaja, antropologian tohtori ja professori Madeleine Leininger vuonna 1967. Sen jälkeen useat teoreetikot ovat jatkaneet hänen työtään teorian parissa (mm. Orque ym. 1983, Andrews ja Boyle 1995, Giger ja Davidhizar 1995, Purnell ja Paulanka 2003). Transkulttuurisen hoitotyön kehittymistä on vauhdittanut globaali muuttoliike ja sen myötä vaatimus eri kulttuureista tulevien potilaiden hyvinkin erilaisiin hoidon tarpeisiin vastaamisesta ja oikeudesta hoitoon. Myös sairaanhoitajien työskentely lisääntyvästi eri maissa edellyttää Leiningerin (1995a: 17) mukaan transkulttuurisen hoitotyön taitoja. Suomessa transkulttuurisen hoitotyön uranuurtaja on ollut professori Pirkko Meriläinen Kuopion yliopistosta. Suomessa kiinnostus tieteenalaa kohtaan on nousussa, joskin kehitystä on vaikeuttanut koordinoitun tutkimustyön ja suomenkielisen kirjallisuuden puute.

Transkulttuurisen hoitotyön teorian katsotaan käyttävän käsitteitä antropologiasta, sosiologiasta, biologiasta ja hoitotieteestä. Hoitotyöllä, transkulttuurisella hoitotyöllä ja antropologialla on yhteisiä liittymäkohtia (Holden ja Littlewood 1991: 1, Dougherty ja Tripp-Reimer 1985: 219, DeSantis 1994: 707). Leininger (1970) on kääntänyt transkulttuurisen hoitotyön keskeiset käsitteet kuten esimerkiksi kulttuuri, ”hoitotyön kielelle” antropologiasta. Antropologia keskittyy tieteenä kulttuurin näkyviin (vaatetus, ruokatavat ja tapakulttuuri) ja näkymättömiin piirteisiin (arvot, moraalit ja normit).

Antropologian antia hoitotyölle on ollut tutkimustieto potilaan kulttuurisista uskomusjärjestelmistä ja hoitamisesta monikulttuurisessa kontekstissa (Dougherty ja Tripp-Reimer 1985: 227).

Hoitotieteen käsitteitä ovat *caring*, hoitotyön prosessi ja kahdenkeskeinen viestintä. Transkulttuurisen hoitotyön ydinkäsitteet ovat kulttuuriset arvot ja uskomukset, terveys- ja sairausjärjestelmät, hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus ja kulttuurin huomioiva hoitotyö. Muutoin transkulttuurinen hoitotyö on sitoutunut hoitotieteen keskeisiin käsitteisiin *ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyö* (Herberg 1995: 5-7). *Transcultural* -termiä käytetään usein viitattaessa Leiningerin malliin (Sunrise Model). Leininger (1995a) käyttää käsitettä, koska se viittaa hoitotyöhön *kaikkien maailman kulttuurien kesken* riippumatta siitä, onko kyseessä kansallisen valtion muovaama alue (vrt. kansainvälinen/international). Leininger käyttää hoitamisesta käsitettä ”*care*” ja hoitotyön työskentelyn lähtökohta on kokonaisvaltainen, holistinen hoito.

Transkulttuurisen hoitotyön malleja on useita (mm. Orque ym. 1983, Leininger 1991;1995a, Andrews ja Boyle 2003, Campinha-Bacote 2002, Purnell & Paulanka 2003). Suomessa oli käytetty 2000-luvulle tultaessa teoreettisena viitekehyksenä transkulttuurisen hoitotyön teorioita yhteensä kuudessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hassinen-Ali-Azzani (2002) käytti Orque ym. mallia<sup>7</sup> ja Ikonen (1999), Virkki (1999), Silvennoinen (2000), Huttunen (2006) sekä Tuokko (2007) käyttivät Campinha-Bacoten mallia. Wikberg ja Eriksson (2003) tarkastelivat kolmea transkulttuurisen hoitotyön teoriaa (Campinha-Bacote, Leininger ja Ray) ja vertasivat teorioita Katie Erikssonin karitatiivisen hoitotyön sisältöön ja *caring* -käsitteeseen. Transkulttuuristen hoitotyön teorioiden näkemys *caring* -käsitteestä integroitui Erikssonin näkemykseen.

---

<sup>7</sup> Seija Hämäläinen-Kebede (2003) on myös käyttänyt Orquen mallia terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielmassaan Maahanmuuttajien terveyden edistäminen. Esimerkkinä kurdipakolaiset.

### *Giger ja Davidhizarin kulttuurinen tarpeenmäärittelymalli*

Esittelen lyhyesti hoitotyön teoreetikkojen Gigerin ja Davidhizarin kehittämän *kulttuurisen tarpeenmäärittelymallin*, koska sitä käytettiin tämän tutkimuksen potilasasiakirja-analyysin teoreettisena viitekehyksenä. Mallin valintaan vaikutti se, että kyseessä oli nimenomaisesti tarpeenmäärittelymalli ja se, että mallin katsotaan soveltuvan myös muille terveydenhuollon ammattilaisille, koulutukseen ja hoitotyön johtamisen apuvälineeksi. Mallissa yksilö nähdään kulttuurisesti ainoalaatuksena yksilönä, johon vaikuttavat yksilön kulttuurinen ja rodullinen identiteetti, syntymäpaikka ja uudessa maassa vietetty aika. Mallin yhtenä lähtökohtana pidetään terveydenhuoltohenkilöstön oman etnosentrisyyden tunnistamista. Hoidon tarpeen määrittelyssä tulee arvioida ja ottaa huomioon kuusi eri dimensiota: viestintä, tila, sosiaalinen ympäristö, aika, ympäristön hallinta ja biologiset eroavuudet (Giger ja Davidhizar 1995: 8-9). Näiden dimensioiden kautta katsotaan saatavan relevanttia tietoa kulttuurisesti pätevän hoidon tarpeiden arvioimiseksi.

*Viestinnän* osa-alueessa huomioidaan muun muassa kieli, nonverbaalinen viestintä, äänen laatu, hiljaisuus, kosketus, huumori ja tulkinkäyttöön liittyvät asiat. *Tilalla* tarkoitetaan asioita, jotka liittyvät oman tilan tarpeeseen, kinetiikkaan, läheisyyteen, tilassa oleviin esineisiin, pukeutumiseen ja liikkumiseen. *Sosiaalisen ympäristön* osa-alueessa huomioidaan yksilön käyttäytyminen, rodun/heimon tai klaanin merkitys, perheen ja suvun merkitys, uskonto sekä työhön ja vapaa-aikaan liittyvät merkitykset. *Ajan* osa-alueen tärkein selvitettävä seikka on yksilön aikaorientaatio: kellon ja sosiaalisen ajan käsite sekä biologisen rytmin ja elämän rytmin merkitys. *Ympäristön hallinnassa* kiinnitetään huomiota yksilön terveyskäyttäytymiseen, näkemykseen omista vaikutusmahdollisuuksistaan terveyteen sekä käsityksiin terveydestä ja sairaudesta.

*Biologisissa eroavuuksissa* huomioidaan eri ihmisryhmien fyysiset eroavuudet, ravitsemukseen liittyvät tottumukset, metabooliset eroavuudet, alttiudet tiettyihin sairauksiin, psykiatriseen sairastamiseen liittyvät tabut sekä suhde perheväkivaltaan. Bechtelin ym (2000) mukaan mallin käyttö on auttanut täsmentämään tiedonkeruuta, vähentänyt tiedonkeruuseen käytettävää aikaa ja parantanut hoidon suunnittelua.

### 2.6.1 Hoitotyön kulttuurinen osaaminen - kulttuurinen kompetenssi

Kulttuurisen pätevyyden saavuttaminen hoitotyössä on ollut useiden transkulttuurisen hoitotieteen teoreetikkojen tutkimuksen kohteena vuosikymmenien ajan erityisesti USA:ssa ja käytännön malleja hoitotyön kulttuurisesta kompetenssista on julkaistu useita, joskaan ei juuri suomeksi. Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi on mainittu käsitteenä ensimmäisen kerran kirjoituksessa *Towards a Culturally Competent Care* (Cross ym. 1989). Kulttuurisen kompetenssin käsitteeseen hoitotyössä on alusta alkaen liittynyt yksilön kyky ”antaa ja tuottaa kulttuurisesti pätevää hoitoa” (Burchum 2002: 1) ja ottaa huomioon kulttuurin vaikutukset terveyteen ja sairauteen (Smith 1998: 8). USA:ssa termin käyttöön valtakunnallisella tasolla on liittynyt tarpeita ja toiveita terveyteen liittyvän epätasa-arvon poistamiseksi (Denboba 1998: 47-53, myös Sue ja Sue 1999: 5) ja hoitomyöntyvyyden lisäämiseksi (Kim-Godwin ym. 2001: 918: 923). Hoitotyön koulutuksen ei katsottu tarjoavan riittävästi tietoja ja taitoja eri kulttuureista tulevien asiakkaiden ja potilaiden hoitamiseksi (Bernal 1993: 231, Leininger 1995b: 461-485). Kulttuurin huomioimiseen hoitotyössä on kiinnitetty maailmanlaajuisesti lisääntyvästi huomiota, mutta silti tutkimustulokset osoittavat eri kulttuureihin kuuluvan väestön terveyteen liittyvää epätasa-arvoisuutta, terveydenhuoltopalvelujen epätasaista jakautumista ja hoitohenkilökunnalta kulttuurisen tiedon ja sensitiivisyyden puutetta (Duffy 2001: 487, Bhui ym. 2007: 15).

Kulttuurisen kompetenssin viitekehyksen lähikäsitteitä, tai jopa samaa tarkoittavia käsitteitä ovat etninen hoitotyö (*ethnic nursing care*), kulttuurinen hoito, kulttuurinen yhdenmukaisuus (*cultural congruence*) tai kulttuurisesti yhdenmukainen hoitotyö. Edelleen on käytetty käsitettä kulttuurinen pätevyys (*cultural proficiency*, Wells 2000: 189-199, Burchum 2002: 10). Kulttuurisen hoitotyön tärkeä attribuutti on *congruency* eli hoitoon osallistuvien yhtenevä näkemys hoidon tarpeesta (Leininger 1991: 49, Koehn 2004, Schim ym. 2007: 104-105). Kulttuurinen herkkyyks (*cultural sensitivity*) ja kulttuurien välisenä välittäjänä toimiminen (*cultural brokerage*) on myös mainittu lähikäsitteiksi kulttuuriselle kompetenssille (Smith 1998: 7), samoin kulttuurisesti erilainen hoito (*culturally diverse*

*care*) (Smith 1998: 7, Denboba 1998: 47). Shen (2004) näkee *kulttuurisen tarpeen määrittelyn* ja kulttuurisen kompetenssin hyvin lähekkäisinä käsitteinä, koska kulttuurinen kompetenssi ”on kykyä sekä arvioida että ymmärtää kulttuuria, hoitoa ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja kykyä käyttää tätä tietoa luovalla tavalla kulttuuriltaan erilaisten ja samanlaisten ihmisten kanssa”. Kulttuurinen tarpeen määrittely on yksi kulttuurisen kompetenssin tunnusmerkki.

Suomalainen analyysi kulttuurisen kompetenssin käsitteestä on tehty (Ikonen 2007) ja käsitteen sisältö on pitkälti kansainvälisten mallien mukainen. 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 herkkyyks, kulttuuritieto ja kulttuuriset taidot”.

#### *Hoitotyön kulttuurisen kompetenssin mallit*

Hoitotyön kulttuurisen kompetenssin malleja on useita kymmeniä ja ne ovat pääsääntöisesti amerikkalaisia. Mallien käsitteissä ja käyttötarkoituksissa on pieniä eroja, mutta kulttuurisen kompetenssin käsitteen katsotaan olevan vielä kehittymässä, joten määrittely ei ole täysin täsmällinen (Cowan ja Norman 2006: 84). Tässä esitellään keskeisimmät malleissa käytetyt käsitteet. Luettelo muista malleista on liitteenä (liite 1) työn lopussa ja Burchumin (2002) kulttuurisen kompetenssin malli sisältöineen on myös liitteenä (liite 2). Kulttuurinen kompetenssi nähdään yleisesti päättymättömänä, laajentuvana ja nonlinearisena prosessina (Capers 1994: 63<sup>8</sup>), jonka vaiheet tulee käydä henkilökohtaisesti läpi kliinisessä työssä kehittyäkseen kulttuurisesti päteväksi.<sup>9</sup> Prosessiin liitetään pääsääntöisesti, mutta vaihtelevasti, seuraavat kognitiiviset, affektiiviset ja

<sup>8</sup> Capersin mukaan kompetenssi viittaa enemmän lopputulokseen kuin prosessiin. Kompetenssi tarkoittaa Capersin mukaan pysyvää *tilaa*, on ”kompetentti, pätevä, on tarvittavat tiedot ja taidot”.

<sup>9</sup> Toisaalta on esitetty, että hyvä kulttuurinen kompetenssi sisältää samat elementit kuin hyvä hoitotyön kompetenssi: välittävää hoitamista, kunnioitusta, myötäelämistä ja vilpittömyyttä (Dreher ja MacNaughton 2002: 182-184, myös Wikberg ja Eriksson 2003: 102).



taidolliset osa-alueet (Orque ym. 1983, Campinha-Bacote 2002: 181-184, Purnell ja Paulanka 2003, Smith 1998: 4-10, Burchum 2002: 5-15; Papadopoulos ja Lees 2002: 258-264, Suh 2004: 97-98, Ikonen 2007: 146, Schim ym. 2007: 105-108):

**Kulttuurinen tietoisuus** (cultural awareness): asiakkaan kulttuurin arvot, uskomukset, tavat, käytännöt ja ongelmaratkaisumenetelmät, oman kulttuurisen taustan ymmärtäminen.

**Kulttuurinen tieto** (cultural knowledge): eri kulttuurista tulevan asiakkaan näkemyksen ymmärtäminen, erojen ja yhtäläisyyksien näkeminen, tieto etnisten ryhmien fyysisistä, biologisista ja fysiologisista eroista, ymmärrys terveyteen liittyvästä epätasa-arvoisuudesta.

**Kulttuurinen herkkyyks** (cultural sensitivity, myös cultural awareness): lähtökohtaisesti kulttuuria arvostava hoitotyön suunnittelu ja toiminta, luottamus, kunnioitus, empatia, yhteistyön edellytysten luominen.

**Kulttuurinen taito** (cultural skill): kulttuurisesti merkityksellisen tiedon kerääminen, asiakkaan näkemykset olemassa olevista ongelmista, kulttuurisen tarpeen määrittelyn mallit (mm. Giger ja Davidhizar, Purnell), viestintään ja vuorovaikutukseen liittyvä taito, kulttuurien välissä toimiminen (cultural bridging), potilaan edustajana toimiminen (patient advocacy), etnosentrisyyden ja rasismien tunnistaminen.

**Kulttuurinen kompetenssi** (cultural competence): tarpeenmäärittelytaito, kliiniset taidot, ennakkoluulojen ja syrjinnän huomiointi.

**Kulttuurinen kohtaaminen** (cultural encounter): eri kulttuurista tulevan yksilöllinen kohtaaminen, ryhmien sisäisten vaihteluiden huomiointi.

**Kulttuurinen tahto** (cultural desire): aito kiinnostus ja motivaatio auttaa, toiminnan ja sisäisen tunteen yhtenevyys (Campinha-Bacote 1999: 205, 2002).

Campinha-Bacote (2002: 182-183) on lisännyt kehittämäänsä kulttuurisen kompetenssin malliin *kulttuurisen tahdon*, jota ilman kulttuurisesti pätevää hoitoa ei hänen mielestään voida toteuttaa. Kulttuurinen tahto on kulttuurisen kompetenssin avainkäsite, koska hoitotyöntekijän henkilökohtainen tahto käynnistää kulttuurisen kompetenssin prosessin niin, että se jatkuu elinikäisenä oppimisprosessina. Siihen liittyy tahto oppia muilta, avoimuus sekä joustavuus hyväksyä erilaisuutta ja löytää samanlaisuutta. Kulttuurinen tahto liittyy hoitamisen (caring) käsitteeseen (myös Murillo-Rohde 1995: 45, Kim-Godwin

2001: 920-921). Kulttuurisesti kompetentiksi kehittyminen on aikaa vievä prosessi ja oman prosessin käynnistymiseksi nähdään tärkeänä tutustua omakohtaisesti vieraaseen kulttuuriin muun muassa työskentelemällä erilaisissa ympäristöissä (St. Clair 1999: 234). Lisäksi Polaschek (1998: 452-455) tuo esiin *kulttuurisen turvallisuuden* käsitteen (cultural safety) hoitotyöhön. Käsitteellä ei tarkoiteta kulttuurista herkkyyttä, vaan lähinnä eettistä standardia hoitotyöhön vastakohtana ”turvattomille”, epäeettisille hoitotyön toiminnoille.

Validoituja hoitotyön kulttuurisen kompetenssin mittareita on kehitetty lähinnä englanninkielisessä maailmassa. Ne perustuvat hoitohenkilökunnan tai opiskelijoiden itsearviointiin (Burchum 2002: 11) ja mittareiden katsotaan soveltuvan terveydenhuoltoalan eri ammattilaisille (Purnell 2002: 196, Dowd ym.1998: 122). Burchumin mielestä paras tapa mitata kulttuurista kompetenssia olisi sisällyttää palveluiden käyttäjät arviointiprosessiin (myös Capell ym. 2008: 124).

Käytettyjä mittareita ovat kehittäneet mm. Bonaparte 1979 (Ego Defensiveness Measure and the Cultural Attitude Scale), Bloch 1984 (Bloch’s Assessment Guide for ethnic/cultural variations), Bernal ja Froman 1987 (The Cultural Self-Efficacy Scale), jota edelleen kehitti Rooda 1993 (Ethnic Attitude Scale, Cultural Fitness Survey), Baldonado ym. 1998 (Transnational and International Nursing Inventory) ja Campinha-Bacote 1999 (Inventory to Assess the Process of Cultural Competence Among Health Care Professionals, IAPCC). Campinha-Bacoten mittaria on testattu suhteessa etnosentrisyyteen ja todettu kulttuurisen kompetenssin ja etnosentrisyyden välillä tiettyä negatiivista yhteyttä (Capell ym. 2008: 124).

#### *Transkulttuurisen hoitotyön ja kulttuuriseen kompetenssin tutkimus Suomessa*

Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on käytetty Baldonadon mittaria (Virkki 1999), Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin mittaria (Ikonen 1999, Silvennoinen 2000, Huttunen 2006, Tuokko 2007) ja teoreettisista malleista on käytetty Orquen mallia (Hassinen-Ali-Azzani 2002) ja Leiningerin teoriaa (Ikonen 1999, Silvennoinen 2000). Tutkimuksissa oli eniten kartoitettu terveydenhoitajien näkemyksiä (Purokoski 1993,

Ikonen 1999, Silvennoinen 2000, Hassinen-Ali-Azzani 2002). Lähes kaikissa Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on tullut esiin terveydenhuoltohenkilöstön kulttuurisen kompetenssin vajetta ja tarvetta lisäkoulutukseen. Työtä tehtiin intuitiolla ja kertyneellä kokemuksella. Kulttuurisen tietoisuuden tasoa oli jonkin verran, mutta kulttuurin huomioiminen ja kulttuurinen kohtaaminen koettiin usein vaikeaksi ja ristiriitajakin esiintyi (Purokoski 1993, Kohonen 1996, Ikonen 1999, Taavela 1999, Virkki 1999, Silvennoinen 2000, Sainola-Rodriguez 2005, Huttunen 2006, Tuokko 2007). Taito huomioida kulttuurisia seikkoja jäi usein yksittäisten työntekijöiden yksittäisten ominaisuuksien ja huomiointien varaan (Sainola-Rodriguez 2005, Huttunen 2006).

Kulttuuristen taitojen oppiminen on ollut Koskisen (2005: 3) mukaan heikosti huomioitu alue suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa. Monikulttuurisen hoitotyön opettamista koskeneissa suomalaisissa tutkimuksissa (Kohonen 1996, Koponen 2003) on tullut esiin muun muassa tarve opettajien lisäkoulutukseen kulttuurisista asioista ja tarve kehittää monikulttuurisen opetuksen asiasisältöä. Kopsen mukaan opettajat ovat kokeneet kulttuurisen hoitotyön opettamisen sekä myönteisesti että kielteisesti haasteellisena. Aihetta opetettiin kulttuurisen hoitotyön kursseilla ja osana hoitotyön ja etiikan muuta opetusta. Kansainvälisestä opiskelijavaihdosta oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia (Koskinen 2005: 12, Koistinen 2006: 123-126). Osa opettajista koki hankalana kohdata ja käsitellä opiskelijoiden asenteellisuutta (Koponen 2003: 37-38).

### **2.6.2 Transkulttuurisen hoitotyön kritiikkiä**

Transkulttuurista hoitotyötä on myös kritisoitu. Institutionaalinen (sairaala)ympäristö, sen rakenteet ja toimintatavat vaikuttavat annettavaan hoitotyöhön ja näitä elementtejä olisi tarkemmin tutkittava tasa-arvoisuuden ja vallankäytön näkökulmasta. Hoitotyössä tulisi tunnistaa hoitotyön sosiaalinen konteksti, sen rakenteet, voimasuhteet, epätasa-arvoisuus ja rakenteisiin liittyvä institutionaalinen rasismi (Polaschek 1998: 452). Polaschek suhtautuu kriittisesti Leiningerin transkulttuuriseen hoitotyöhön, koska siinä ei hänen mielestään tunnisteta sitä tosiasiaa, että terveydenhuollon kohtaamiset eivät koskaan ole objektiivisia. Terveydenhuoltohenkilöstön oma kulttuurinen tausta ja ajattelu vaikuttavat aina siihen, kuinka potilaaseen suhtaudutaan. Kulttuurinen turvallisuus sisältää etnisiä ryhmiä

koskevien negatiivisten asenteiden ja stereotyyppien tunnistamisen, jota ei voida Polaschekin mukaan sivuuttaa maininnalla sairaanhoitajien kulttuurisesta tietämättömydestä, kun kyseessä on syvempi asenteellinen ilmiö. Kuinka pitkälle (valtakulttuuriin kuuluva) sairaanhoitaja voi opetella eri kulttuureihin kuuluvia erityispiirteitä ja kuinka pitkälle se auttaa sairaanhoitajaa oikeasti ymmärtämään eri kulttuurista tulevan potilaan kulttuurista kontekstia? Onko ajatus jo lähtökohtaisesti etnosentrinen? Dougherty ja Tripp-Reimer (1985: 225) näkevät, että antropologian relativistisesti määritellyt käsitteet ihmisten arvoista, terveystieteistä ja ajatuksista on hyväksytty hoitotyön piirissä kriittikittömästi ilman, että olisi pohdittu eri kulttuurista tulevan todellista elämän kontekstia, johon usein kuuluu köyhyyttä, vanhuutta, naisena ja ei-eurooppalaisena olemista. Transkulttuurinen hoitotyö nähdään jopa etnosentrisenä, koska se ei ota riittävästi huomioon erilaisuutta, jota on etnisten ryhmien sisällä ja terveydenhuollon ammattikunnan sisällä (Serrant-Green 2001: 670, myös Capell ym. 2008).

Monet asiantuntijat pitävät kulttuuristen erityispiirteiden, ”laundrylists” (Lipson 1999: 6), ”recipe-like approach” (Andrews 1995: 50), ”categorical approach” (Smedley ym. 2003: 203-204) ja hoitotyöntekijöiden kulttuurisen tietoisuuden nostattamista (Holden ja Littlewood 1991: 2, Procter 2005a: 290, Dreher ja MacNaughton 2002: 182) arveluttavana ja stereotyyppioita luovana ja edistävänä. Kulttuuristen valmiuksien lisääminen opettamalla erilaisten kulttuurien usein monoliittisesti kuvattuja ominaisuuksia ei välttämättä paranna hoitotyöntekijän kykyä antaa parempaa hoitoa maahanmuuttajataustaiselle potilaalleen (myös Holden ja Littlewood 1991: 2, Duffy 2001: 487).

Transkulttuurista hoitotyötä ja kulttuurisen kompetenssin käsitettä on myös arvosteltu liiallisesta kulttuurikeskeisyydestä ja siitä, että se ottaa liian vähän huomioon muuta sosiaalista ja poliittista kontekstia, mikä liittyy maahanmuuttajan tilanteeseen (Dougherty ja Tripp-Reimer 1985: 225, Burr ja Chapman 1998, Carrillo ym. 1999). Kulttuurin käsite nähdään kapeana, jopa pelkästään rodulliseen/etniseen erilaisuuteen (Eliason 1993: 14, myös Dreher ja MacNaughton 2002: 182) painottuvana ja ryhmään kuuluvia yhdenmukaistavana. On yhtä tärkeää tunnistaa kulttuuriset eroavuudet kuin

samanlaisuudet: suurin osa ihmisistä elää ja kuolee tuntematta osaakaan omaan kulttuuriinsa kuuluvista ”kulttuurisista erityispiirteistä” (Dreher ja MacNaughton 2002: 182).

Kasvavan muuttoliikkeen myötä globaali erilaisuus ja sekoittuvat etnisyydet lisääntyvät yhteiskunnissa ja se tuo mukanaan köyhyyttä, väkivaltaa, terrorismia ja epätasa-arvoisuutta terveyspalvelujen käytössä (Glittenberg 2004: 10). Tässä todellisuudessa transkulttuurisen hoitotyön viitekehys on riittämätön toteuttamaan vaadittavia sisällöllisiä muutoksia, erityisesti esiin tulisi tuoda *voiman ja tiedon* välinen suhde. Sairaanhoidajien tulisi kriittisesti arvioida potilas-hoitajasuhteensa sosioekonomista ja poliittista dynamiikkaa ja kehittää toimintatapoja muun muassa rasismien kohtaamiseen (Mulholland 1995: 442; 446, Polaschek 1998: 452; 456). Kulttuurin käsitettä kriittisesti arvioimalla on mahdollista (DeSantis 1994: 709-710) sisäistää kulttuurin käsite monipuolisemmin ja ymmärtää eri kulttuurista tulevien potilaiden *todellisia* kulttuurisia eroja, ryhmänsisäisiä eroja ja yksilöllisiä eroja.

## 2.7 Osaamisen viitekehykset - hoitotyön kulttuurisen kompetenssin ja transnationaalisen osaamisen vertailua

Suomessa terveydenhuoltohenkilöstön ammatillisen osaamisen vaatimuksissa on jo jonkin verran visioitu tulevaisuuden monikulttuurisuutta, kansainvälistymistä ja siihen liittyviä osaamisvaatimuksia. Kulttuurien tuntemus, verkostoitumistaidot ja kielitaito nähdään tulevaisuuden taitovaatimuksina (Metsämuuronen 2000: 107-108, Kaivo-oja ja Suvinen 2001: 20-21). Hoitotyön kulttuurista kompetenssia on tutkittu paljon muualla maailmassa ja Suomessakin tutkimus on aluillaan. Kulttuurisen kompetenssin malleissa on määritelty kulttuurisen hoitamisen vaatimuksiksi erilaisia kognitiivisia, affektiivisia ja taidollisia ulottuvuuksia. Mielenterveystyössä nähdään erityisen tärkeänä potilaan kulttuurin huomioiminen ja työntekijän oman kulttuurisen taustan ja ennakoasenteiden tiedostaminen terapiatyöskentelyn onnistumiseksi. Kriittisten kannanottojen mukaan hoitotyön kulttuurinen kompetenssi ei ota riittävästi huomioon todellisia kulttuurien välisiä eroavuuksia, sosiaalista epätasa-arvoisuutta ja hoito-organisaatiossa vallitsevia negatiivisia

asenteita. Myöskään asiantuntijavallan merkitystä maahanmuuttotyössä ei tiedosteta. Terveystenhoitohenkilöstön asenteellisuuttakin on tutkimuksissa tullut ilmi. Kulttuurisen kompetenssin mittaamiseen liittyy metodologisia ongelmia ja mittareita on käännetty suomenkielelle melko vähän.

Sekä hoitotyön kulttuurisen kompetenssin että transnationaalisen osaamisen taitovaatimuksissa on paljon yhteistä ja osaamisvaatimukset ovat osittain päällekkäisiä. Molemmissa näkökulmissa korostetaan kulttuurin merkityksen tiedostamista hoitotilanteissa sekä yhteisen hoitonäkemyksen ja aidon dialogin saavuttamista. Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi on suunnattu hoitotyöntekijöiden käyttöön ja se perustuu vahvasti transkulttuurisen hoitotyön traditioon, jolla on selkeästi määritelty paradigma: päämäärä, käsitteet ja tutkimusmenetelmät. Transnationaalinen osaaminen on praktinen näkökulma, jonka osaamisalueiden sisällöt on konstruoitu useiden eri tieteenalojen tutkimustuloksista (myös transkulttuurinen hoitotyö) ja näkökulman soveltavuus on vielä testausvaiheessa. Käytännön työn osaamisvaatimuksena transnationaalisen osaamisen edellytysten katsotaan soveltuvan kaikille terveydenhuollossa työskenteleville. Käytännössä kulttuurisen kompetenssin ja transnationaalisen osaamisen ero näkyy muun muassa siinä, että kulttuurisen kompetenssin viitekehyksessä hoitotyöntekijän rooli nähdään aktiivisena ja hoitotyöntekijältä edellytetään maahanmuuttaja-asiakkaidensa kulttuurien monipuolista tuntemusta. Transnationaalisessa osaamisessa maahanmuuttaja nähdään aktiivisena hoitoonsa osallistujana ja osajana ja niin, että maahanmuuttajan omaa näkemystä kulttuuristaan ja sen merkitystä hoitotilanteessa pidetään ensisijaisena. Kaikilta hoitoon osallistuvilta osapuolilta edellytetään transnationaalisten taitojen hallintaa. Transnationaaliset mahdollisuudet terveyden edistämiseksi ja hoitamiseksi nähdään todellisina vaihtoehtoina.

### **3. Faktaa maahanmuutosta ja tutkittua tietoa maahanmuuttajien terveydestä**

Suomeen tulleiden maahanmuuttajien määrä ja kirjo on lisääntynyt huomattavasti viime vuosien aikana. Seuraavaksi kuvataan ja maahanmuuton tilannetta tällä hetkellä Suomessa, maahanmuuton syitä, määriä ja kansallisuuksia ja maahanmuuttoon liittyviä keskeisiä käsitteitä. Lopuksi kappaleessa valotetaan maahanmuuttajien terveyteen liittyviä tutkimuksia Suomesta ja ulkomailta.

#### **3.1 Maahanmuuttajat Suomessa**

##### *Historiallinen tausta*

Suomeen ei ole ennen 1990-lukua suuremmissa määrin tullut maahanmuuttajia ensimmäisen maailmansodan jälkimaininkien jälkeen. Suomi on ollut perinteisesti maa, josta on enemmän lähdetty ulkomaille - Amerikkaan, Kanadaan ja Ruotsiin - kuin että tänne olisi muutettu (Pitkänen 2006: 1). Toisaalta voidaan esittää sekin väite, ettei Suomi ole koskaan ollut yksikulttuurinen tai että Suomi on ollut monikulttuurinen maa jo ennen itsenäistymistään. Suomeen integroituneita etnisiä ryhmiä ovat kauan edustaneet suomenruotsalaiset, saamelaiset, romanit, juutalaiset ja tataarit. Mitkään kulttuurit eivät ole täysin ”puhtaita”, vaan ne ovat syntyneet vuorovaikutuksessa ja vuorovaikutuksesta muiden kulttuurien kanssa. Kaikki kulttuurit ovat tässä mielessä ”monikulttuureja” (Liebkind 2000: 171, Lehtonen ja Löytty 2003: 7, Huttunen ym. 2005: 16).

*Monikulttuurisuus* käsitteenä on selvästi juurtunut suomalaiseen keskusteluun ja yksinkertaisimmillaan se tarkoittaa sitä, että yhteiskunnassa elää rinnakkain monia kulttuuriltaan toisistaan poikkeavia ryhmiä (Huttunen ym. 2005). Vaikka maahanmuuttajien määrä on kasvanut Suomessa nopeasti, Suomessa asuu muihin Euroopan maihin verrattuna suhteellisesti ja absoluuttisesti vähiten ulkomaalaisia (Työministeriö 2005, Jaakkola 2009), joten monikulttuurisuuteen totuttautumisessa suomalaiset ovat vielä alkutaipaleella ja kokemukset monikulttuurisesta yhteiselosta ovat vähäisiä.

Viimeaikaiseen, vilkastuneeseen maahanmuuttoon on vaikuttanut Suomen ulkoisten rajojen avautuminen sekä itään Neuvostoliiton hajoamisen ja rajojen avautumisen myötä että länteen Euroopan Unioniin liittymisen myötä. Suomi on ottanut turvapaikanhakijoita ja pakolaisia vuodesta 1973, mutta vasta 1990-luvulla turvapaikanhakijoiden määrässä alkoi tapahtua huomattavaa nousua. Tämäkään ei ole sinällään uutta, sillä vuonna 1922 Suomessa oli 33 500 (1 % silloisesta asukasmäärästä) venäläistä, itäkarjalaista ja inkeriläistä pakolaista (Liebkind 2000: 171). Muutos tähän päivään on muun muassa siinä, että nykyisin turvapaikanhakijat ja pakolaiset tulevat kaukaa, kulttuurisesti hyvin erilaisista ympäristöistä kuin ensimmäisen maailmansodan jälkeen. Inkeriläisten paluumuuttajien vastaanottoa Suomi on jatkanut vuodesta 1990 lähtien ja heitä on palannut tähän mennessä n. 35 000 ([www.mol.fi](http://www.mol.fi)).

#### *Työperäinen maahanmuutto*

Vuosina 1990-2000 Suomeen muutettiin pääasiassa muista syistä kuin työn vuoksi, työn vuoksi muuttaneita oli vain 5-10 %. Työperäinen maahanmuutto on vauhdittunut aivan viime vuosina ja Suomen uusimman maahanmuuttopoliittisen ohjelman painotus on työperäisen maahanmuuton edistämiseksi (Hallituksen maahanmuutto...19.10.2006). Suomessa, kuten muuallakin Euroopassa, työikäisen väestön osuus on vähentynyt ja vähenee tulevana vuosina, joten tarve työikäisten rekrytoimiseksi tietyille aloille on nähty välttämättömänä. Kilpailu työvoimasta on kovaa, joten Suomikin panostaa kilpailukykyisyyteensä kamppailussaan työvoimasta. Vuonna 2008 HS:ssa uutisoitiin näyttävästi muun muassa filippiiniläisten sairaanhoitajien rekrytointihankkeesta, jolla aiottiin palkata kymmeniätuhansia hoitoalan ammattilaisia töihin Suomeen. Rakennusalan ammattilaisia Virossa ja Puolasta on rekrytoitu jo vuosia Etelä-Suomen rakennustyömaille. Suomalaiset suhtautuvat maahanmuuttajiin työkavereina myönteisemmin kuin esimerkiksi naapureina (Jaakkola 2005). Viimeisimmän asennemittauksen mukaan suhtautuminen ulkomaalaisiin työntekijöihin on muuttunut edelleen myönteisemmäksi ja suomalaiset toivovat, että ulkomaalaisia työnhakijoita otettaisiin vieläkin aktiivisemmin suomalaisille työmarkkinoille (Jaakkola 2009: 11-15).



### *Maahanmuuttaja, turvapaikanhakija, pakolainen ja paluumuuttaja*

Maahanmuuttajat ovat hyvin heterogeeninen joukko eri maista, eri syistä ja eri olosuhteista Suomeen muuttaneita (Pitkänen 2006, Joronen ja Salonen 2006). Maahanmuuttajan *status* ilmaisee, millä perusteella henkilö saa olla Suomessa (paluumuutto, turvapaikanhaku, oleskelulupa, pakolaisuus). Status vaikuttaa muun muassa maahanmuuttajalle kuuluviin terveyspalveluihin Suomessa ja tämän vuoksi esimerkiksi lääkärin on hyvä olla perillä maahanmuuttajataustaisen potilaansa statuksesta (Salmi 2002: 3501). Arkikielessä maahanmuuttaja on yleiskäsite, joka koskee kaikkia eri perustein Suomeen muuttavia henkilöitä. Suomessa omaksutun käytännön mukaisesti maahanmuuttaja on Suomeen muuttanut ulkomaan kansalainen, joka aikoo asua tai on asunut maassa vuoden ja jolla on siihen tarvittavat luvat. Tällöin maahanmuuttajalla on Suomessa kotikunta ja samat sosiaaliset oikeudet kuin kantaväestöön kuuluvalla (Ulkomaalaislaki 30.4.2004/301, [www.migri.fi](http://www.migri.fi)). *Kansallisuudella* tarkoitetaan etnistä taustaa, henkilöä, joka kuuluu tiettyyn kansanryhmään (esim. inkerinsuomalainen, kurdi, romani), mutta joka ei välttämättä ole tai ole koskaan ollutkaan asuinmaansa kansalainen. *Kansalaisuus* on jäsenyys tietyssä valtiossa sisältäen sekä oikeuksia että velvollisuuksia. Kansalaisuus myönnetään hakemuksen perusteella, kun tietyt kansalaisuuslaissa säädetyt edellytykset täyttyvät ([www.migri.fi](http://www.migri.fi)).

*Turvapaikanhakija* on henkilö, joka anoo kansainvälistä suojelua ja oleskeluoikeutta vieraassa maassa. Turvapaikkaa haetaan heti rajalla tai pian maahan saapumisen jälkeen. Käytännössä hyvin harvat turvapaikanhakijat saavat turvapaikkaa, sen sijaan he saavat määräaikaisen tai pysyvän oleskeluluvan. Hakemuksen käsittely voi kestää pitkän ajan ja hakijat odottavat päätöstään pääsääntöisesti turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksissa ympäri Suomea. Turvapaikanhakijalla on oikeus vain välttämättömiin sosiaali- ja terveyspalveluihin Suomessa ([www.migri.fi](http://www.migri.fi)). *Pakolaisaseman* saa, mikäli valtio myöntää turvapaikan tai YK:n pakolaisasian päävaltuutettu sen toteaa (Ulkomaalaislaki 30.4.2004/301). Käytännössä oleskeluluvan saaneista turvapaikanhakijoista puhutaan usein

*pakolaisina. Kiintiöpakolainen* on henkilö, jolle UNHCR<sup>10</sup> on myöntänyt pakolaisaseman ja jolle on myönnetty maahantulolupa Suomen budjetissa vahvistetun pakolaiskiintiön puitteissa, esimerkiksi perheenyhdistämishojelman kautta tulevat. *Paluumuuttaja* on ulkосуomalainen, joka palaa Suomeen. Suomessa käsitettä sovelletaan entisiin ja nykyisiin Suomen kansalaisiin sekä entisen Neuvostoliiton alueelta peräisin oleviin henkilöihin kuten inkerinsuomalaisiin, joilla on suomalainen syntyperä. Viimeksi mainitut ovat kansallisuudeltaan, mutta eivät kansalaisuudeltaan suomalaisia (ww.migri.fi).

#### *Maahanmuuttopoliittinen ohjelma ja kotoutuminen*

Suomen virallinen ulkomaalaispolitiikka on pohjautunut maahanmuuttopoliittiseen ohjelmaan vuodelta 1997 ja 1999 voimaan tulleeseen lakiin maahanmuuttajien kotoutumisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (Laki maahanmuuttajien... 9.4.1999/493). Maahanmuuttopoliittisen ohjelman tavoitteena on ollut luoda edellytyksiä monikulttuuriselle ja moniarvoiselle yhteiskunnalle, jossa suvaitsevaisuus ja maahanmuuttajien oman kulttuurin arvostaminen ovat olleet ensisijaisia. Suvaitsevaisuuden ajatus perustuu Suomessa, kuten muissakin länsimaissa, erilaisuuden kohtaamisen premissiin, jossa erilaisuutta *suvaitaan* yhteiskunnassa ja oletuksena on ”toisten” lähtökohtainen erilaisuus. Etnisten ryhmien muodollinen tasa-arvo lähtee oletuksesta, että vähemmistö ennemmin tai myöhemmin sulautuu valtaväestöön. Suvaitsevaisuus lähtökohtana saattaa piilottaa valtasuhteisiin ja epätasa-arvoon liittyviä kysymyksiä ja oletettuja kulttuurieroja (Lehtonen ja Löytty 2003: 7-8). Jaakkolan (2005: 112-113) mukaan tasa-arvon ja kulttuurisen moniarvoisuuden saavuttaminen edellyttää kuitenkin erilaisia käytäntöjä samanlaisen kohtelun sijaan.

Uusin hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma on vuodelta 2006 (Hallituksen maahanmuutto...19.10.2006) ja sen tarkoituksena on edistää edellisen ohjelman tavoitteiden lisäksi aktiivisesti työperusteista maahanmuuttoa ja korostaa Suomen vetovoimatekijöitä, joina mainitaan muun muassa julkisten palvelujen toimivuus. Lisäksi

---

<sup>10</sup> UNHCR on vuonna 1951 YK:n yleiskokouksen perustama YK:n pakolaisasiain päävaltuutetun toimisto. UNHCR:n tärkeimmät tehtävät ovat kansainvälinen suojele ja kestävien ratkaisujen etsiminen pakolaisongelmiin.

ohjelmassa korostetaan maahanmuuttajien kotouttamisjärjestelmän tehostamista sekä etnisten suhteiden parantamista. Turvapaikanhakijoiden osalta ”kehitetään neuvontaa, kuntoutusta ja mielenterveyspalveluita traumatisoituneiden turvapaikanhakijoiden ja erityisesti tuen tarpeessa olevien lasten ja nuorten tarpeisiin” ([www.mol.fi/](http://www.mol.fi/) maahanmuuttopoliittinen ohjelma).

Kotouttamislain tavoitteena on, että maahanmuuttajat voivat osallistua suomalaiseen yhteiskuntaan ja sen toimintaan kuten muutkin maassa asuvat. Kotouttamislaki on taannut maahanmuuttajille oikeuden yksilölliseen kotoutumissuunnitelmaan, jonka työvoimaviranomaiset tai muut viranomaiset laativat yhdessä maahanmuuttajan kanssa (Pitkänen 2006: 25-26). Kotouttamisohjelma velvoittaa maahanmuuttajan ottamaan *aktiivisen vastuun* elämästään ja hyvinvoinnistaan ja kiinnittymisestäään yhteiskuntaan sen tasavertaisena jäsenenä kouluttautumalla ja etsimällä työtä (Suurpää 2002: 209). Suurpään mukaan aktiivisuus ei siis ole vain oikeus, vaan se määrittyy myös velvoitteeksi ja yhteiskuntaan kiinnittymisen ehdoksi. Yhteiskunnan aktiivitoimenpiteistä huolimatta maahanmuuttajien työttömyysaste on korkea, joskin tilanne on viimeisten vuosien aikana korjaantunut. Suomen maahanmuuttajien koulutustaso on matalampi ja työttömyysaste korkeampi kuin OECD-maissa keskimäärin. Kansalaisuuden mukaan suurimmat maahanmuuttajataustaiset työnhakijaryhmät olivat Venäjän ja Viron kansalaiset, joiden osuus työttömistä maahanmuuttajista oli noin 43 % ([www.mol.fi](http://www.mol.fi/)). Työttömien joukossa on paljon muun muassa pakolaisina maahan saapuneita, joiden osalta työllistyminen kestää pidempään ja muun muassa suomen tai ruotsin kielen opiskelu ja työelämävalmiuksien hankkiminen vie aikaa. Työttömyys ja taloudellinen huono-osaisuus edesauttavat jäämistä yhteiskunnan marginaaliin ja monien muiden sosiaalisten ongelmien kasautumista.

#### *Suomalaisten ulkomaalaisasenteet*

Suomalaisten asenteita maahanmuuttajia kohtaan on seurattu ja ne ovat muuttuneet myönteisemmiksi 1990-luvun lamavuosien jälkeen (Jaakkola 2005 ja 2009). Työperäiseen maahanmuuttoon suhtaudutaan suopeasti ja ”osaajia” kaivataan työmarkkinoille. Etnisen hierarkian mukaisesti suomalaiset suhtautuvat eri kansallisuusryhmiin eri tavalla. Positiivisimmin suhtaudutaan ruotsalaisiin ja inkerinsuomalaisiin, myös yleensä

länsieurooppalaisiin ja kielteisimmän venäläisiin ja somalialaisiin, myös Lähi-idästä tulleisiin, joskin asenteet ovat muuttuneet myönteisimmiksi vuosien kuluessa (Pitkänen ja Kouki 1999, Jaakkola 2005: iv, Jaakkola 2009). Edelleen Jaakkolan (2005: 13, 118, 121; 2009) mukaan suomalaisilla, joilla on korkea koulutus ja kontakteja ulkomaalaisiin on selkeästi myönteisemmät asenteet eri syistä Suomeen tuleviin maahanmuuttajiin kuin vähemmän koulutetuilla. Euroopan rasismien ja muukalaispelon seurantakeskuksen (EUMC) raportin mukaan lähes 60 % suomalaisista vastusti maahanmuuttoa, 25 % vastusti monikulttuurisuutta ja noin 45 % vastaajista tuki monimuotoisuutta yhteiskunnassa. Suomalaiset suhtautuvat turvapaikanhakijoihin myönteisemmin verrattuna muihin Euroopan maihin (Jaakkola 2005, EUMC 2005).

Myös viranomaisten suhtautumisessa maahanmuuttajiin on eroja. Poliisien, rajavartioiden, opettajien, sosiaalityöntekijöiden ja työvoimaviranomaisten mielipiteitä maahanmuuttajia ja heidän kotoutumistaan kohtaan on tutkittu (Pitkänen ja Kouki 1999), ja edellisten lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön suhtautumista (Pitkänen 2006). Viranomaiset näkivät maahanmuuttajat kulttuuria rikastuttavina, mutta myös yleistä järjestystä ja yhteiskuntarauhaa uhkaavina tekijöinä. Maahanmuuttajia pidettiin vaikeina asiakkaina ja ongelmia syntyi vuorovaikutuksen ja yhteistyön onnistumisessa. Voittopuolisesti myönteisiä kokemuksia oli opettajilla, sosiaalityöntekijöillä, työvoimaviranomaisilla ja terveydenhuoltohenkilöstöllä ja enemmän kielteisiä kokemuksia oli poliiseilla ja rajavartioidella. Terveydenhuoltohenkilöstön asenteita ei ole varsinaisesti tutkittu, mutta joissakin tutkimuksissa asiaa on sivuttu. Ikonen (1999) ei havainnut terveydenhoitajia koskeneessa aineistossaan suoraa kielteistä asennoitumista, mutta ”piilossa olevista sisällöistä se oli löydettävissä”. ”Epäsuoraa” syrjintää esiintyy (Oroza 2007: 443), edelleen somalalaiset olivat kokeneet neuvolahenkilökunnan taholta kyllästymistä ja asiakkaat toivoivat tasa-arvoisempaa kohtelua (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Taavelan (1999) tutkimuksessa terveydenhuoltohenkilöstöllä oli maahanmuuttaja-asiakkaitaan kohtaan asenteellisuutta, jopa rasistisuutta, jonka ei arveltu kuitenkaan näkyvän käytännön työssä. Hoitotyön opettajat toivat esiin turhautumistaan monikulttuurisen hoitotyön opettamisessa liittyen opiskelijoiden negatiivisiin asenteisiin ulkomaalaisia kohtaan (Koponen 2003: 67).

### **3.1.1 Maahanmuuton syyt**

Maahanmuuton syillä on paljon vaikutusta siihen, miten maahanmuuttajan elämä onnistuu uudessa kotimaassa. Suurin osa Suomessa asuvista maahanmuuttajista on tullut Suomeen muista syistä kuin työvoimantarpeesta. Maahanmuuttajista suurin osa, noin 76 %, kuuluu työikäiseen väestöön ([www.mol.fi](http://www.mol.fi)). Ulkomailta Suomeen muuttaneet voidaan jakaa muuton syyn perusteella perheperusteisiin muuttajiin (inkerinsuomalaiset), humanitaarisiin muuttajiin (pakolaiset ja turvapaikanhakijat), paluumuuttajiin (ulkosuomalaiset) ja työperusteisiin muuttajiin. Tavanomaisin syy on perheside Suomeen, tähän ryhmään katsotaan kuuluviksi muun muassa inkerinsuomalaiset. Pakolaisuus tai suojelun tarve on noin kuudenneksellä muuttajista (Pitkänen 2006: 21).

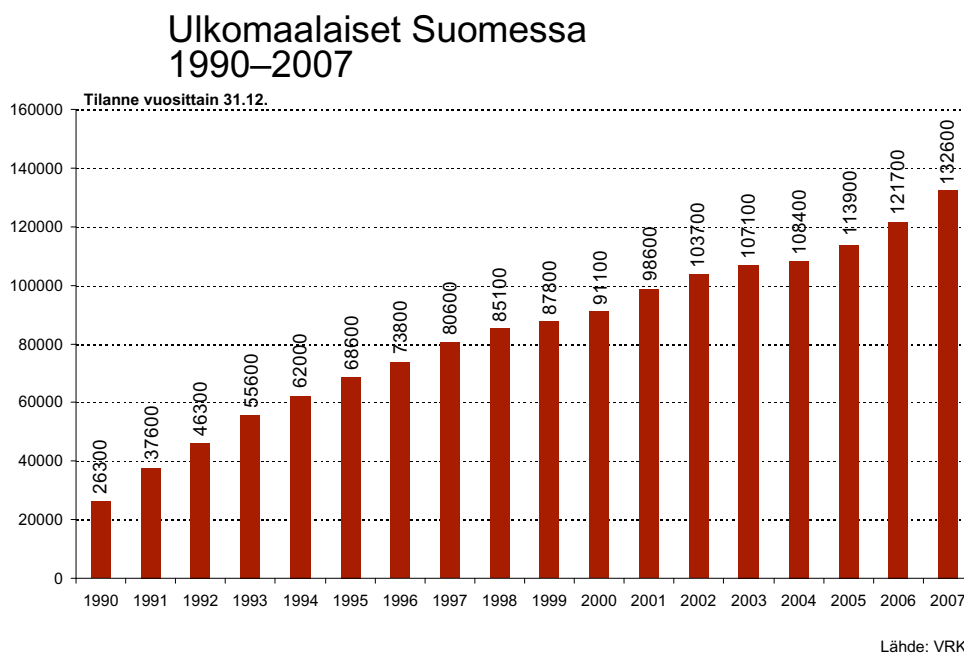
Humanitaarisiin muuttajiin kuuluvat turvapaikanhakijat ja niin sanotut kiintiöpakolaiset ja heidän osaltaan Suomi on sitoutunut moniin kansainvälisiin sopimuksiin (mm. Pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus/Geneven sopimus 1951 ja lisäpöytäkirja 1967, YK:n kidutuksenvastainen yleissopimus 1989, Euroopan ihmisoikeussopimus 1990), jotka velvoittavat vastaanottamaan turvapaikanhakijoita ja järjestämään heille tiettyjä hyvinvointiyhteiskunnan peruspalveluja kuten toimeentulo, majoitus, tulkkipalvelut ja muut välttämätön perustarpeiden turvaaminen kuten terveydenhuolto. Suomi vastaanottaa kiintiöpakolaisia vaihtelevan kiintiön mukaan useita satoja joka vuosi. Ulkomaalaislakiin perustuvan perheenyhdistämismenettelyn mukaisesti Suomi vastaanottaa myös oleskeluluvan tai pakolaisstatuksen saaneiden perheenjäseniä.

### **3.1.2 Maahanmuuttajien määrä ja kansalaisuudet Suomessa**

Maahanmuuttajien määrä, muuton peruste ja kansalaisuus vaikuttavat ihmisten ja viranomaisten asenteisiin maahanmuuttajia kohtaan. Lama-aikoina maahanmuuttajiin suhtaudutaan kielteisemmin kuin hyvinä aikoina (Jaakkola 2005). Maahanmuuttajien määrä on parin viimeisen vuosikymmenen aikana koko ajan lisääntynyt (taulukko 4) ja vuonna 2007 muuttajia tuli ennätysmäärä, 26 050 henkilöä, mikä on suurin määrä Suomen itsenäisyyden aikana ([www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi)). Vielä 1970-luvun puolivälissä

maahanmuuttajien määrä Suomessa oli noin 10 000, joten määrä on yli kymmenkertaistunut vuoteen 2007 mennessä.

Taulukko 4. Ulkomaalaisten määrä Suomessa vuosina 1990-2007 (www.migri.fi).



Suomeen on tullut maahanmuuttajia sekä lähialueilta että kaukaisista maista. Vuoden 2007 lopulla Suomessa asui 132 600 ulkomaan kansalaista, mikä on noin 2,5 % Suomen koko väkiluvusta (Monitori 2007). Suurimmat maahanmuuttajaryhmät tulevat naapurimaista Venäjältä (26 205), Virossa (19 965) ja Ruotsista (8 398). Euroopan ulkopuolelta tulleista suurimman ryhmän muodostavat somalit, yhteensä 4 831 (taulukko 5). Noin viidennes Suomessa asuvista maahanmuuttajista on turvapaikanhakijoita. Turvapaikanhakijat muodostavat kansallisuuksiltaan heterogeenisen maahanmuuttajaryhmän Suomessa. Viime vuosien suurimmat turvapaikanhakijaryhmät ovat tulleet Bulgariasta, Serbiasta, Venäjältä, Valkovenäjältä, Irakista ja Afganistanista.

Eri kansallisuuksia oli vuoden 2007 lopussa yhteensä 176 ([www.migri.fi](http://www.migri.fi)). Eri puolella Suomea olevissa vastaanottokeskuksissa odottaa turvapaikkapäätöstään muutamia tuhansia turvapaikanhakijoita koko ajan.

Taulukko 5. Suomessa vakinaisesti asuvien ulkomaalaisten alkuperämaa ja määrä vuoden 2007 alussa (Monitori 2007).

Alkuperämaa	Määrä	Alkuperämaa	Määrä
Venäjä	26 205	Saksa	3 290
Viro	19 965	Turkki	3 178
Ruotsi	8 398	Iso-Britannia	3 154
Somalia	4 831	Irak	3 021
Kiina	3 886	Iran	2 606
Thaimaa	3 465	Intia	2 337

### 3.2 Maahanmuuttajien terveys ja terveyteen liittyvä tutkimus

Lyhyemmän ja pidemmän aikaa Suomessa asuvat maahanmuuttajat, turvapaikanhakijat ja pakolaiset tarvitsevat fyysisen ja psyykkisen terveytensä ylläpitämiseen suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön palveluja. Suomessa maahanmuuttajilla ei ole juurikaan mahdollisuutta saada hoitoa etnisesti samantaustaiselta sairaanhoitajalta tai lääkäriltä, koska Suomen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstö on kansallisuudeltaan edelleen melko homogeenista (Pitkänen 2006: 96), joskin maahanmuuttajataustaisia lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa on koko ajan enemmän. Suomessa maahanmuuttajien terveydenhuolto ja mielenterveydenhuolto hoidetaan pääasiassa valtaväestölle suunnatuilla palveluilla eikä maahanmuuttajille ole eriytettyjä palveluja (Gissler ym. 2006). Mielenterveyspalvelujen osalta on esitetty näkemystä, että maahanmuuttajille suunnatut palvelut tulisi olla eriytettyjä muille tarkoitetuista palveluista (Perkinen 1996, Rauta 2005), mutta tämänsuuntaisia ratkaisuja ei ole laajamittaisesti toteutettu lukuun ottamatta Suomen Mielenterveysseuran ylläpitämää ulkomaalaisten kriisikeskusta Helsingissä, psykiatrian poliklinikkaa maahanmuuttajille Tampereella ja

Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämää Kidutettujen Kuntoutuskeskusta.

Vastaanottokeskuksissa on omia tai ostopalveluina tuotettuja terveydenhuollon palveluja kuten terveydenhoitajan, psykiatrisen sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotto toimintaa turvapaikkapäätöstään odottavia turvapaikanhakijoita varten.

Maahanmuuttajien terveyteen ja hoitamiseen liittyvää tutkimusta on Suomessa vielä vähän, mutta koko ajan lisääntyvästi (Malin 2003: 321). Ulkomailla, erityisesti maissa, joilla on pitkä historia maahanmuutosta kuten USA, Kanada, Australia, Englanti ja Tanska, maahanmuuttajiin liittyvää tutkimusta on runsaasti. Tässä työssä on käytetty keskeisiä kotimaisten tutkimusten tuloksia vuosilta 1993-2008 ja ulkomaisia tutkimuksia, jotka rajoittuvat mielenterveysongelmien hoitoon, hoitoon hakeutumiseen/ diagnosointiin, turvapaikanhakijoihin ja pakolaisiin sekä terveydenhuoltohenkilöstön asenteisiin.

Kotimaisten tutkimusten yhteenveto ja kuvaukset ovat liitteessä 3. Kotimaiset tutkimukset olivat pääsääntöisesti ilmiökenttää selventäviä tutkimuksia eri tieteenaloilta, koordinoitua tieteellistä tutkimustoimintaa aiheen ympäriltä ei löytynyt. Alaan liittyvää tutkimusta on tehty lääketieteen, kansanterveystieteen, sosiologian, sosiaalityön, terveyshallintotieteen, hoitotieteen, psykologian ja uskontotieteen aloilla. Lisäksi on ministeriöiden teettämiä selvityksiä ja raportteja. Mielenterveyteen ja maahanmuuttajiin liittyviä tutkimuksia oli yksi (Kallakorpi 2004) ja selvityksiä kaksi (Perkinen 1996, Rauta 2005).

#### *Terveysspalvelujen käyttö*

Maahanmuuttajien terveysspalvelujen käytön ei ole todettu poikkeavan juurikaan suomalaisten terveysspalvelujen käytöstä (Ruokonen 1996, Lukkaroinen 2005) tai sen on todettu olleen jopa vähäisempää erikoissairaanhoidon osalta kuin suomalaisperäisen väestön (Gissler ym. 2006). Maahanmuuttajilla oli enemmän tiettyjä somaattisia vaivoja kuten vatsa- ja lantioseudun kipuja, naisten sappikivitauteja ja dialyysihaittoja kuin suomalaisella väestöllä. Tiettyjen kansalaisryhmien (venäläiset, virolaiset, somalialaiset ja vietnamilaiset) elinolututkimuksen mukaan maahanmuuttajat kokivat itsensä terveiksi ja toimintakykyisiksi (Pohjanpää ym. 2003: 45), joskin maahanmuuttajat raportoivat enemmän sairauden oireita ja kävivät lääkärin vastaanotoilla ja sairaalassa hiukan useammin kuin suomalaiset. Selvitysten perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että



maahanmuuttajien terveys on hyvä tulomaan valtaväestöön nähden. Hyvän terveyden voidaan katsoa johtuvan siitä, että maahanmuuttajien elinolot uudessa maassa ovat usein paremmat kuin lähtömaassa. Ilmiötä kutsutaan ”terveen siirtolaisen vaikutukseksi” (healthy immigrant effect), mikä johtuu pitkälti siitä, että tulijat ovat nuoria ja työkykyisiä ihmisiä (Smith 2001). Tietyt seikat saattavat parantaa maahanmuuttajan terveyttä uudessa maassa kuten paremmat työskentelyolosuhteet, puhtaampi ilma ja parempi elintaso (Meadows ym. 2001:1451).

Vähäinen terveystalvelujen käyttö ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita, ettei käyttöön olisi tarvetta. Suomeen tulevista maahanmuuttajista noin kolmasosa tulee turvapaikanhakijoina ja pakolaisina, joiden terveydentila voi olla jo lähtökohtaisesti huonompi kuin muiden maahanmuuttajien (Gissler ym. 2006, Pirinen 2008). Terveystalveluiden suurkuluttajia maahanmuuttajien keskuudessa olivat Pohjanpään ym. (2003) ja Gisslerin ym. (2006) selvitysten mukaan pakolaismaista tulleet ja ne, joilla oli jokin pitkäaikainen sairaus.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan *länsimaiden ulkopuolelta* tulevat maahanmuuttajat ovat erityisen haavoittuvassa asemassa terveytensä suhteen, sillä heidän terveystalvelujen käyttönsä on usein tarpeeseen nähden liian alhaista ja saatu hoito laadultaan heikompaa kuin valtaväestön saama hoito. He joutuvat odottamaan kauemmin hoitoon pääsyä ja saattavat jäädä jopa kokonaan vaille hoitoa useammin kuin valtaväestö (Fiscella ym. 2000, Cooper 2002: 704). Nazroo (2003: 278, 282) näkee terveyteen liittyvän etnisen eriarvoisuuden liittyvän vahvasti *sosioekonomisiin* tekijöihin, koska hyvin toimeentulevilla maahanmuuttajilla ei ole ongelmia terveystalvelujensa tasa-arvoisuuden suhteen. Maahanmuuttajien ja etnisten vähemmistöjen edustajien huonomman terveydentilan katsotaankin pitkälti johtuvan huonommasta sosiaalisesta asemasta, traumaattisista maastamuuttoon liittyvistä kokemuksista ja sosiaalisen tuen puutteesta ([www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net), myös Sue ja Sue 1999: 11).

### *Terveyserot*

Kankaan ja Karvosen (2000: 207) mukaan terveyserojen pohtiminen on jäänyt Suomessa pääasiassa tutkijoiden tehtäväksi, eikä terveyden eriarvoisuutta ole nähty laajempaan yhteiskunnallisena kysymyksenä. Köyhyyden, vähäisen koulutuksen, alempiin sosiaaliluokkiin kuulumisen ja heikon työmarkkinatilanteen on jo kauan osoitettu olevan terveysriski (Manderbacka ja Elovainio 2007) ja vähäosaisuuden kautta etniset ja muut kulttuuriset erot voivat tulevaisuudessa muodostua yhdeksi eriarvoisuuden perustaksi. Vaikka Suomessa on taattu yhtäläiset terveystiedot kaikille, saattaa maahanmuuttajien terveyttä uhata ja hoitoon hakeutumista sekä hoidon saamista hankaloittaa monet yhteiskunnalliset tekijät (Gissler 2006: 3, 8). Lisäksi maahanmuuttajien terveydenhuollon kohtaamisiin liittyy monenlaisia ristiriitaisia tarpeita ja odotuksia (Oroza 2007: 443), jotka johtuvat maahanmuuttajien osalta suomalaisen palvelujärjestelmän tuntemattomuudesta (myös Rauta 2005), puutteellisesta terveystiedosta ja voimakkaasta uskosta länsimaiseen lääketieteeseen tai luottamukseen lääkärin vaikutusvallasta asioihin, joihin lääkäriellä ei ole toimivaltaa.

### *Maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaaminen*

Maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisia on tutkittu jonkin verran Suomessa sekä maahanmuuttajien että terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta. Työ maahanmuuttajien kanssa on koettu haasteelliseksi ja uuvuttavana (Purokoski 1993, Hirstiö-Snellman ja Mäkelä 1998). Osa työntekijöistä koki vaikeana vastata maahanmuuttajien hoidon tarpeisiin eikä hoidon tarpeita aina tunnustettu (Hanki 1995, Clarke 2003 ja 2006, Rauta 2005). Usein tuotiin esiin kieliongelmaa ja tulkin käytöstä aiheutuvia ongelmia: asiantuntevia tulkkeja ei ollut tai tulkkeja ei osattu käyttää (Kohonen 1996, Perkinen 1996, Taavela 1999, Degni 2004, Rauta 2005, Tuokko 2007).

Hoitotyöntekijöiden kulttuuristen tarpeiden huomioimisessa tuli esiin puutteita niin kotimaisissa kuin ulkomaisissa tutkimuksissa. Sairaanhoidajista suurin osa näki potilailtaan olevan kulttuurisia tarpeita (Chevannes 2002: 294, Narayanasamy 2003: 188-189), joskin

käytännön työssä sairaanhoitajat rajoittuivat huomioimaan lähinnä uskuntoon, ruokavalioon ja erityisesti kieleen ja kommunikointiin liittyviä tarpeita (myös Sainola-Rodriguez 2005). Kielivaikeuksien katsottiin vaikeuttaneen varhaista hoidontarpeen arviointia, hoitoa ja hoitomenetelmien käyttöä ja lisäksi hoitohenkilökunta ei aina tiennyt potilaansa äidinkieltä hankkiakseen oikeankielisen tulkin (Chevannes 2002: 294, Narayanasamy 2003: 192, myös Sainola-Rodriguez 2005: 24 ). Edelleen Cortis (2000: 115) toi esiin, etteivät maahanmuuttajien odotukset ja kokemukset hoidosta kohdanneet, koska hoitohenkilökunnalla ei ollut hoitotilanteissa riittävästi kulttuurista sensitiivisyyttä. Cortisin mukaan sairaanhoitajien tulisi laajentaa näkemystään kulttuuristen tarpeiden huomioimisesta ja maahanmuuttajatyössä tulisi käyttää integroituja työmenetelmiä, joissa yhdistellään traditionaalisia ja länsimaisia hoitomenetelmiä ja kehittää uudenlaisia yhteistyömuotoja esimerkiksi kansanparantajien kanssa (Chevannes 2002: 297, Narayanasamy 2003: 193, myös Koehn 2004, Koehn ja Sainola-Rodriguez 2005, Tiilikainen 2008).

Ulkomailla tehdyissä asennetutkimuksissa maahanmuuttajat ja heidän omaisensa oli koettu rasittavina ja muita vaativampina asiakkaina (Michaelson ym. 2004). Erityisesti näin olivat kokeneet perushoitajat, joilla oli vähemmän koulutusta. Rooda (1993: 212) katsoo terveydenhuoltohenkilöstön asenteellisuuden ja ennakkoluulojen liittyvän selkeästi riittämättömään koulutukseen kulttuurisista asioista. Roodan tutkimuksessa näkyi etninen hierarkia: asenteet olivat positiivisempia valkoisia ja mustia amerikkalaisia potilaita kohtaan ja kielteisempiä aasialaisia ja latinalaisamerikkalaisia kohtaan. Hoitamiseen liitettiin rasismia (Secker ja Harding 2002: 162-166, Cortis 2004), joskin siihen suhtauduttiin ristiriitaisesti, osa henkilökunnasta tunnisti sen ja osa kielsi sen olemassaolon.

Myönteisinä puolina kotimaisissa tutkimuksissa tuli esiin maahanmuuttajien tyytyväisyys terveystalveluja kohtaan (Taavela 1999, Sainola-Rodriguez 2005) ja Suomessa koettiin saatavan parempaa hoitoa kuin omassa kotimaassa (Idehen-Imarhiagbe 2006, Sainola-Rodriguez 2007). Vydellingumin (2000:102-105) mukaan maahanmuuttajapotilaiden hoitotyytyväisyys on hieman ristiriitaista, koska monen maahanmuuttajan on vaikea

kritisoida saatua hoitoa ja sitä, ettei kaikkiin hoito-odotuksiin kyetty vastaamaan, koska ”oli kuitenkin saatu hyvää hoitoa ilmaiseksi” toisin kuin mahdollisesti omassa kotimaassa. Myönteistä asennoitumista ja ymmärtämystä maahanmuuttajia kohtaan tuli esiin ja työ maahanmuuttajien kanssa koettiin usein myös palkitsevana ja omaa kulttuurista tuntemusta ja kielitaitoa lisäävänä (Ikonen 1999). Työtä auttavina tekijöinä nousi esiin maahanmuuttajiin kohdistuvan työn ennaltaehkäisevä merkitys, maahanmuuttajan omien voimavarojen ja osallisuuden vahvistaminen (Metsänen 1996, Hassinen-Ali-Azzani 2002, Clarke 2003; 2006), omien hoitomenetelmien arvostaminen (Koehn 2006b), yhteisöllisyys (Kallakorpi 2004) ja transnationaalisten verkostojen hyödyntäminen (Tiilikainen 2007).

#### *Maahanmuuttajat ja mielenterveys*

Maahanmuuton vaikutuksesta mielenterveyteen on monenlaisia tutkimustuloksia, mutta Procter (2005a: 289) näkee, ettei maahanmuutto sinällään ole mielenterveysriski, joskin maahanmuutto altistaa monille tekijöille, joilla on mielenterveysongelmia lisäävä vaikutus (myös Bhugra 2003: 71). Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden osalta ei myöskään voi yleistää ja lähtökohtaisesti olettaa, että kaikilla pakolaisilla olisi terveysongelmia tai mielenterveyshäiriöitä. Jokaisella on oma tapansa kokea asioita ja selviytyä niistä (HS 27.8.2006). Kuitenkin niin, että olisi melko erikoista, jos pakolaisilla kaikesta kokemastaan johtuen ei olisi ongelmia, mutta pakolaisstatus sinällään ei ole merkki ”tunnistettavasta psykologisesta tilasta” (Malkki 1995: 510). Kaikilla pakolaisten kokemuksiin liittyvillä muutoksilla ja menetyksillä ei ole välttämättä negatiivista tai ei-toivottua konnotaatiota pakolaisten omana kokemuksenakaan (Eastmond 1998: 178).

Suomessa Gisslerin ym. (2006) tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajat kärsivät enemmän yksinäisyydestä, masennuksesta ja unettomuudesta kuin muu suomalainen väestö. Pakolaismaista tulleet käyttivät enemmän mielenterveyspalveluja (Lukkaroinen 2005) ja Pirisen (2008) mukaan jopa yli puolella tutkituista turvapaikanhakijoista oli mielenterveysongelmia. Edelleen turvapaikanhakijat ilmaisivat enemmän mielenterveyteen liittyviä tarpeita kuin pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat (Sainola-Rodriguez ja Koehn 2006). Raudan (2005) selvityksen mukaan maahanmuuttajilla oli vaikeuksia saada

apua ja tarpeenmukaista hoitoa mielenterveysongelmiinsa johtuen pelosta, häpeästä ja tiedon puutteesta, mutta myös hoitotahojen puutteesta. Maahanmuuttajien mielenterveyden hoidon katsottiin vaativan monenlaista osaamista ja organisointia. Vaikka maahanmuuttajat hoitoon hakeutuivatkin, useimmat lääkärit eivät havainneet maahanmuuttajapotilaidensa masennusta ja masennuksen taustalla vaikuttavia Suomessa koettuja asioita (Sainola-Rodriguez ja Koehn 2006). Näkemys psykiatriseen hoitoon hakeutumisen syistä oli yhtenevä maahanmuuttajien ja psykiatrisen hoitohenkilöstön kohdalla, mutta mielenterveysongelman vakavuudesta maahanmuuttajilla ja psykiatrisella hoitohenkilökunnalla oli usein eriävä näkemys (Sainola-Rodriguez 2007).

Kansainvälisissä tutkimustuloksissa ilmeni, että maahanmuuttajien kohdalla tapahtui sekä yli- että alidiagnosointia liittyen mielenterveysongelmiin. Mielenterveysongelmista kärsivän, länsimaissa asuvan mustan väestön oli todettu joutuneen useammin sairaalahoitoon kuin valkoisen valtaväestön (Audini ja Lelliott 2002, Morgan ym. 2005, Bhui ym. 2003), heidät useimmiten diagnosoitiin skitsofreenisiksi (Morgan ym. 2005, myös Tolmac ja Hodes 2004) ja heillä oli todettu lisääntynyt riski sairastua skitsofreniaan (Cantor-Graae ym. 2003). Hoitoon hakeutumisessa oli myös eroja. Hoitoon tultiin sairauden myöhemmässä vaiheessa (Audini ja Lelliott 2002), hoitoon saattamiseen liittyi usein poliisi-interventio ja hoitoajat olivat pidempiä kuin valtaväestöllä (Snowden ja Cheung 1990, Coid ym. 2000, Audini ja Lelliott 2002, myös Tolmac ja Hodes 2004, Morgan ym. 2005).

Turvapaikanhakijoilla oli enemmän traumakokemuksia (Steel ym. 2005, Struwe 1994: 311, Omeri ym. 2006: 35, Robertson ym. 2006: 582, myös Sainola-Rodriguez ja Koehn 2006: 51-52), suurempi itsemurhariski (Procter 2005a: 289), enemmän ahdistuneisuutta ja masennusta (Meadows ym. 2001, Ager ym. 2002: 71, Bhugra 2003: 70, Pirinen 2008), toivottomuutta ja surua (Omeri ym. 2006: 35) ja paranoidisuutta (Bhugra 2003: 70). Afrikan maista tulleet pakolaiset olivat yliedustettuina psykiatriseen sairaalan saapuneiden, psykoosia sairastavien joukossa (Tolmac ja Hodes 2004) ja heillä oli myös enemmän muita sairauksia. Tolmac ja Hodesin (2004) mukaan psykoosien suurempi esiintyvyys pakolaisten kohdalla saattoi johtua monista stressitekijöistä kuten sota- ja

väkivaltakokemuksista ja posttraumaattisen stressireaktion oireista. Afganistanista tulleet turvapaikanhakijat hakeutuivat ensisijaisesti oman perheen, suvun tai ystävien piiriin hakeakseen apua mielenterveysongelmiinsa (Omeri ym. 2006: 35). On myös tutkittu, että pakolaisryhmien alkuvaiheen mielenterveysongelmat helpottivat, kun vakaaseen, uuteen maahan asettautumisesta oli kulunut aikaa. Steel ym. (2005: 307) näki, ettei pakolaisuus pitkällä aikavälillä välttämättä lisännyt tai pitkittänyt pakolaisen mielenterveysongelmia eikä kuormittanut mielenterveyspalveluja.

Morganin (2005) mukaan yksi selittävä tekijä psykiatriseen sairaalaan joutumiseen oli maahanmuuttajataustaisten potilaiden oma-aloitteisen hoitoon hakeutumisen puute ja vähäinen perheen tai muun verkoston osallisuus hoitoon ohjaamisessa verrattuna valkoiseen väestöön. Rodusta, etnisestä taustasta ja kulttuurista johtuvaa epätasa-arvoisuutta, jopa rasismia (Pierre 2000: 253, Secker ja Harding 2002: 166, Cortis 2004: 5-56, Omeri ym. 2006: 33, 35), oli olemassa liittyen psykiatriseen hoitoon pääsyyn, hoitomenetelmiin ja hoidon tarpeen arviointiin (Bhui ja Sashidharan 2003). Snowden ja Cheung (1990) näkivät, että potilaan ja diagnosoijan kulttuurierot selittivät joidenkin psykiatristen diagnoosien yli- ja alikäyttöä, mutta lääkäreiden stereotyyppisen ajattelun ja ennakkoluulojen katsottiin vaikuttaneen maahanmuuttajien vastentahtoiseen hoitoon määräämiseen.

Lisäksi maahanmuuttajilla oli erilaisia selitysmalleja psyykkisille sairauksilleen (yliluonnollinen, sosiaalinen ja biologinen) ja niillä oli vaikutusta siihen, miten eri hoitomuotoihin suhtauduttiin ja miten eri mielenterveysongelmat hyväksyttiin. Biologisen selitysmallin omaksuneet olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin muiden selitysmallien omaksujat (McCabe ja Priebe 2004: 25, 28-29). Leimautuminen työnantajan, ystävien ja perheen keskuudessa oli suuri huolenaihe erityisesti aasialaisilla ja Tyynen Valtameren saarilta tulleilla (Conrad ja Pacquiao 2005: 37-39). Yhteistyö ja yhteisymmärrys potilaan ja tämän perheen kanssa olivat avaimia onnistuneelle hoitosuhteelle, hoitoon sitoutumiselle ja hoitoon liittyvälle ohjaukselle ja neuvotteluille (Conrad ja Pacquiao 2005: 37-39, Cioffi 2006: 322-323).

Maahanmuuttajien psykiatrisessa hoitamisessa tietyillä toimintamalleilla on tutkitusti saatu hyötyjä. Maahanmuuttajien mielenterveysongelmista selviytymistä tukevana työskentelymalleina nähdään moniammatillinen yhteistyö, hoitohenkilökunnan roolin näkeminen maahanmuuttajapöytätyöskentelymalleina edustajana (Procter 2006: 17, Hassinen-Ali-Azzani 2002: 237), koko maahanmuuttajayhteisöä, mutta myös yksilöä koskeva kouluttaminen mielenterveyteen liittyvissä asioissa (Pierre 2000:253, Conrad ja Pacquiao 2005: 39), pakolaisten ja heidän perheidensä kouluttaminen traumaan liittyen (Weine ym. 2001: 270), maahanmuuttajataustaisten palveluiden käyttäjien yhteisön osallistumisen mahdollistaminen Omeri ym. 2006: 37), sosiaalisen tilanteen korjaaminen (Lie 2001: 423) ja omaan hoitoon osallistumisen mahdollistaminen ja siihen kannustaminen, hoitotyön kulttuurisensitiivisyyden lisääminen (Pierre 2000: 256, myös Hassinen-Ali-Azzani 2002) ja joissakin tapauksissa keskusteluterapian ensisijaisuus (Pierre 2000: 252, Secker ja Harding 2002: 163, Conrad ja Pacquiao 2005: 39, Givens ym. 2007: 189). Struwe (1994: 317-318) näkee erilaiset selviytymiseen ja stressinhallintaan (myös Lefley 1989: 246) liittyvät terapiasuunnaukset samoin kuin kognitiivis-behavioraalisen terapian prosessina tuloksellisina lähestymistapoina pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kohdalla. Maahanmuutosta ja siihen liittyvistä kuormitustekijöistä selviytymiskeinoina nähtiin maahanmuuttajien sinnikkyys (DeSantis 1997: 26, Bhugra 2004: 255-256, Procter 2006: 42), sopeutumiskyky, sosiaalinen tuki, perheen koheesio ja sosiaalinen verkosto (Bhugra 2004: 255, Meadows 2001: 1456, Omeri ym. 2006: 33-3). Uskonnon myönteinen vaikutus selviytymiseen tuli myös esiin (Meadows ym. 2001: 1451, Bhugra 2004: 255, Givens ym. 2007: 188), keskustelu ystävien kanssa ja puhuminen rukoukselle/prayer (Meadows 2001: 1454). Eräänlaisena maahanmuuttajien selviytymiskeinona sairaalamaailmassa oli hoitoon ja hoitokäytäntöihin sopeutuminen (Vydelingum 2000: 102-105). Monet aasialaiset toivat esiin, etteivät he halunneet saada aikaan hämminkiä osastolla ja että he tekisivät ”mitä tahansa sopeutuakseen englantilaiseen osastoon”.

Kotimaisissa että ulkomaisissa tutkimustuloksissa tuli esiin maahanmuuttajien hoitamiseen liittyvää erityisosaamisen ja -huomioimisen tarvetta. Sekä maahanmuuttajat että terveydenhuoltohenkilöstö toivat esiin tarvetta kulttuuristen seikkojen huomioimiseen

hoidossa ja tarvetta kouluttautumiseen. Asenteellisuus oli todellisuutta terveydenhuollossakin. Erityisen haavoittuvina ryhminä nähtiin pakolaiset ja turvapaikanhakijat sekä mielenterveysongelmista kärsivät maahanmuuttajat. Tutkimusten perusteella kulttuurisiin kohtaamisiin liittyi osaamisvaatimuksia ja -haasteita, joihin ei ole kaikilta osin kyetty vastaamaan ulkomailla eikä myöskään Suomessa, jossa tutkimusta ja kokemusta maahanmuuttajatyöstä on vielä vähän.



#### **4. Tutkimuksen empiirinen aineisto**

Väitöskirja empiirinen osa muodostuu kolmesta erillisestä tutkimuksesta: potilasasiakirjoista tehdystä aineiston analyysistä ja kahdesta erillisestä terveydenhuoltohenkilöstöön ja maahanmuuttajiin kohdistuneesta haastattelusta. Seuraavaksi kuvataan kunkin tutkimuksen kulku, menetelmät ja aineistonkeruu.

##### **4.1. Tutkimusluvut ja osallistumisen vapaaehtoisuus**

Potilasasiakirjojen sisällön analyysin saatiin tutkimuslupa psykiatrisen sairaalan johtavalta lääkäriltä 5.6.2000. Professori Peter Koehnin johtamaan tutkimukseen saatiin luvat kyseisistä organisaatioista. Kaikkien turvapaikanhakijoiden osalta lupa saatiin työministeriöstä. Vastaanottokeskuksissa tutkimustoimintaan myönsi luvan pääsääntöisesti suullisesti vastaanottokeskuksen johtaja. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa toteutettuun haastattelututkimukseen saatiin kuntayhtymän eettisen toimikunnan lupa (21.3.2005) ja klinikan johtavan lääkärin kirjallinen suostumus. Turvapaikanhakijoiden osalta lupa myönnettiin työministeriöstä (8.8.2005). Kaikilta turvapaikanhakijoilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tulkki käänsi suostumuksen maahanmuuttajan äidinkielelle. Kirjallinen suostumus on liitteessä 4. Terveydenhuoltohenkilöstöltä kysyttiin suullinen lupa. Yksi terveyskeskuslääkäri kieltäytyi haastattelusta, koska ei katsonut tuntevansa maahanmuuttajapotilasta riittävän hyvin.

##### **4.2 Aineiston keruumenetelmät**

Tutkimus koostuu turvapaikanhakijoiden potilasasiakirjoista tehdystä sisällön analyysistä ja maahanmuuttajien ja heitä hoitaneen henkilöstön strukturoiduista haastatteluista. Haastattelut muodostuivat kahdesta erillisestä haastattelukierroksesta. Ensimmäisen haastattelun tulokset ovat aineistoa tutkimusyhteistyöstä professori Peter Koehnin kanssa kesällä 2002. Tuolloin haastateltiin turvapaikanhakijoita ja pysyvästi Suomessa asuneita maahanmuuttajia sekä heitä hoitanutta terveydenhuoltohenkilökuntaa

vastaanottokeskuksissa ja perusterveydenhuollossa. Maahanmuuttajan lisäksi haastateltiin sekä häntä hoitanutta lääkäriä että häntä hoitanutta sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa tai muuta hoidossa mukana ollutta alan ammattilaista. Toinen haastattelukierros tehtiin vuosina 2005-2006 psykiatrisessa hoidossa olleille maahanmuuttajataustaisille potilaille ja heitä hoitaneille omahoitajille/terapeuteille. Tuolloin haastateltiin maahanmuuttajan lisäksi vain yhtä hänen hoidostaan vastannutta alan ammattilaista.

Haastattelututkimuksista saatujen tulosten perusteella maahanmuuttajille ja heitä hoitaneelle henkilökunnalle saatiin transnationaalisen osaamisen taso laskemalla jokaiselle haastateltavalle keskiarvo kustakin osaamisalueesta. Keskiarvot luokiteltiin hyväksi (highly competent), keskinkertaiseksi (somewhat competent) tai huonoksi (relatively little competent) osaamiseksi. Ensimmäisessä haastattelututkimuksessa katkaisukohtat laskettiin niin, että 20 % jokaisesta ryhmästä kuului hyvään transnationaalisen osaamisen tasoon ja vähintään 15 % alimpaan osaamisen tasoon (vaihteluväli 1.19-2.27). Toisessa haastattelututkimuksessa katkaisukohtat laskettiin jakamalla vaihteluvälien summa kolmeen osaan vastausvaihtoehtojen määrän mukaisesti (vaihteluväli 1.26-2.09). Frekvenssit saatiin käyttämällä SPSS-tilastointiohjelmaa. Tutkimus- ja otantamenetelmät sekä otoskoot ovat taulukossa 6.

Tutkimuksessa selvitettiin turvapaikanhakijoiden ja suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamia ja heidän näkemystensä yhtenevyyttä tai ei-yhtenevyyttä tiettyjen hoitoon liittyvien ulottuvuuksien kohdalla. Tuloksissa näkemys oli *yhtenevä*, jos sekä maahanmuuttaja että lääkärit ja/tai hoitajat arvioivat asian samalla lailla (kysymysten vaihtoehdot olivat samoja kaikille osapuolille), näkemyksen *aliarviointi* tarkoitti sitä, että lääkärit ja/tai hoitajat arvioivat esimerkiksi maahanmuuttajien hoitotyytyväisyyden huonommaksi kuin maahanmuuttajat itse tai *yliarvioivat*, jolloin lääkärit ja/tai hoitajat arvioivat hoitotyytyväisyyden paremmaksi kuin maahanmuuttajat itse. Yhtenevyys oli *matala*, jos yhteneviä vastauksia oli 19–33 %, *kohtuullinen*, jos yhteneviä vastauksia oli 34–50 % ja *korkea*, jos yhteneviä vastauksia oli 51–76 %.

#### 4.2.1 Potilasasiakirjojen aineiston analyysi

Aineiston analyysi tehtiin teorialähtöisen analyysin mukaan (Tuomi ja Sarajärvi 2002: 99). Taustalla olevana mallina oli Giger ja Davidhizarin kulttuurinen tarpeenmäärittelymalli ja sen osa-alueet: viestintä, tila, sosiaalinen ympäristö, aika, ympäristön vaikutus terveystyöskäytymiseen ja biologiset tekijät. Tarkasteltavia potilasasiakirjoja olivat lääkärin kirjaamat status, decursus ja epikriisi sekä hoitohenkilökunnan kirjaamat taustatietolomake, hoitotyösuunnitelma ja hoidon seurantalomake.

Tutkimusaineistona oli kaikki yhdestä vastaanottokeskuksesta sijaintikuntansa psykiatriseen sairaalaan hakeutuneiden tai joutuneiden aikuispotilaiden potilasasiakirjat vuosilta 1995-1999. Tarkastelussa oli yhteensä 21 potilasta ja 31 hoitajaksoa. Vastaanottokeskuksessa oli kyseisinä vuosina ollut yhteensä 727 aikuisasukasta, joten psykiatriseen sairaalaan joutuneiden osuus heistä oli 2,9 %. Hoitajakoilta oli kertynyt määrällisesti runsaasti analysoitavaa aineistoa. Potilasasiakirjat luettiin systemaattisesti useaan kertaan etsien semanttisesti Giger ja Davidhizarin malliin liittyvien osa-alueiden sisältöjä. Kaikki kulttuuriseen huomioimiseen liittyvät potilasasiakirjamaininnat kirjattiin ylös. Lisäksi kirjattiin taustatiedoista ikä, sukupuoli, hoitoon hakeutumisen syy, lähetteen laatu, hoitokerta, saattaja, osasto, hoidon pituus ja tarkkailuun asettaminen hoidon aikana. Edelleen etsittiin mainintoja potilaan kokemasta hoidon laadusta. Lääkäreiden ja hoitajien tekemät kirjaukset eroteltiin. Muistiinpanot luokiteltiin Giger ja Davidhizarin tarpeenmäärittelymallin osa-alueiden mukaisesti. Luokittelun jälkeen arvioitiin ja laskettiin kunkin osa-alueen kulttuuristen huomioiden määrät. Tutkijakollega kävi läpi muistiinpanot ja niistä tehdyt havainnot päätyen samoihin tulkintoihin ja luokitteluihin. Asiakirjojen hakemisen arkistosta suoritti psykiatrisen sairaalan klinikkasihteeri turvapaikanhakijoiden sosiaaliturvatunnuksen perusteella ja toimitti paperit tutkijalle.

## 4.2.2 Strukturoidut haastattelut

### *Kyselylomake*

Haastatteluissa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, josta ilmeni maahanmuuttajan, hänen lääkärinsä ja muun terveydenhuoltohenkilöstön (useimmiten sairaanhoitajan) taustatietoja ja hoitotytytyväisyyteen liittyviä asioita. Pääasiallinen kyselylomakkeen sisältö muodostui transnationaalisen osaamisen osa-alueiden sisällöistä. Kyselylomakkeessa maahanmuuttaja ja terveydenhuoltohenkilöstö arvioi sekä omia että toistensa transnationaalisia taitoja, keskinäisen vuorovaikutuksen onnistumista ja hoitoon kiinnittymistä. Jokaisesta sisältöalueesta oli 4-6 kysymystä. Kysymysten vastausvaihtoehdot olivat 1. kyllä, 2. jossain määrin, 3. ei tai 1. hyvin tyytyväinen ... hyvin tyytymätön. Jossakin kysymyksissä vastausvaihtoehtojen järjestyksen arvosuoritus oli käänteinen ja se otettiin huomioon tuloksia analysoitaessa. Alkuperäisen kyselylomakkeen on konstruoinut professori Peter Koehn kehittämänsä transnationaalisen osaamisen näkökulman pohjalta. Tämän tutkimuksen tekijä on vastannut osittain taustatieto-osioista, kokonaan mielenterveyttä koskevista kysymyksistä ja psykiatrisille potilaille suunnatun kyselylomakkeen modifioimisesta. Kyselylomake oli laaja, siinä oli yhteensä 95-100 kysymystä. Kaikkia tutkimuksesta saatuja tuloksia ei ole esitelty tässä työssä, vaan tarpeen mukaan tuloksiin viitataan lähteissä (ks. Koehn 2005a ja 2005b, 2006a, 2006b, Koehn ja Tiilikainen 2007). Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa suoritettussa haastattelussa oli muutamia avoimia kysymyksiä, jotka on analysoitu tekstissä erikseen. Kyselylomake oli lähes samanlainen maahanmuuttajalle ja terveydenhuoltohenkilöstölle lukuun ottamatta taustatieto-osiota<sup>11</sup>. Alkuperäinen kyselylomake oli englanninkielinen ja se käännettiin suomeksi. Kyselylomake esiteltiin sekä maahanmuuttajilla että terveydenhuoltohenkilöstön edustajilla ennen molempia haastattelututkimuksia. Testauksen jälkeen tehtiin joitakin kysymyksiä selventäviä muutoksia.

---

<sup>11</sup> Esimerkiksi maahanmuuttajalta kysyttiin terveydenhuoltohenkilöstön analyttiseen osaamiseen liittyen ”Ymmärtääkö hoitaja/lääkäri mielestänne olosuhteita, joiden vuoksi joudutte lähtemään maastanne?”. Vastaavasti terveydenhuoltohenkilöstöltä kysyttiin ”Ymmärtääkö maahanmuuttaja mielestänne suomalaisen yhteiskunnan olosuhteita...?”

*Ensimmäisen haastattelun aineisto: Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuneiden maahanmuuttajien haastattelut vuonna 2002*

Haastatteluajankohdan ilmoittamisesta vastasi useimmiten häntä hoitanut terveydenhuollon ammattilainen ja haastattelut tapahtuivat yleensä vastaanottokeskuksissa tai perusterveydenhuollon vastaanottotiloissa, erillisessä ja rauhallisessa tilassa. Haastattelut sovittiin etukäteen ja ne käytiin henkilökohtaisesti, paikalla oli haastattelija, haastateltava ja tarvittaessa tulkki. Muutaman terveydenhuoltohenkilöstön edustajan kohdalla haastattelu tehtiin puhelimitse. Haastattelut kestivät yleensä 45-90 minuuttia ja niistä suurimman osan suoritti hankkeesta vastannut professori Peter Koehn. Tämän tutkimuksen tekijä oli mukana muutamassa haastattelutilanteessa yhdessä tutkija Koehnin kanssa ja suoritti kokonaishaastattelumäärästä noin kymmenen haastattelua. Turvapaikanhakijoiden haastatteluista tehtiin englanniksi 13 haastattelua (32 %) ilman tulkkia. Tulkkien kanssa haastateltiin venäjäksi (22 %), kurdin murteilla (20 %), albaniaksi (15 %), somaliaksi (5 %), turkiksi (5 %) ja saksaksi (2 %). Pysyvästi Suomessa asuvien haastatteluista suoritettiin englanniksi 22 haastattelua (42 %). Tulkin kanssa haastateltiin venäjäksi (25 %), suomeksi (14 %), somaliaksi (14 %) ja soraniksi, vietnamiksi ja ranskaksi yksi haastattelu. Terveydenhuoltohenkilöstön haastattelut tehtiin joko englanniksi (haastateltavalla oli käytössään myös suomenkielinen versio haastattelulomakkeesta) tai suomeksi. Somalinkielistä tulkkia lukuun ottamatta käytössä ei ollut terveydenhuoltoalaan erikoistuneita tulkkeja. Haastattelija selitti haastattelussa käytetyt mielenterveyteen ja sairauksiin liittyvät käsitteet tulkille ennen haastattelua.<sup>12</sup> Tutkimukseen osallistujat ymmärsivät haastattelussa käytetyt termit ja selvennyksiä pyydettiin vähän. Mikäli epäselvyyttä ilmeni, haastattelija selvensi asian haastattelun aikana. ”En tiedä” vastauksia oli vähän, joten maahanmuuttajilla ei todennäköisesti ole ollut vaikeuksia vastata esitettyihin kysymyksiin (Seid ja Varni 2005: 49-50).

---

<sup>12</sup> Näin ei voitu toimia muutamassa tapauksessa, joissa jouduttiin turvautumaan Helsingin tulkikeskuksen kautta tehtyihin puhelintulkkauksiin.

### *Ensimmäisen haastattelun otantamenetelmät*

Haastatellut *turvapaikanhakijat* valittiin satunnaisotannalla kansallisuuksittain kootulta, vastaanottokeskuksien terveydenhoitajien vastaanotoille hakeutuneiden listalta. Vastaanottokeskuksien henkilökunta, useimmiten terveydenhoitaja, laati kyseisen numeroidun ”sokkolistan”. Pysyvästi Suomessa asuvista maahanmuuttajista ei ollut saatavilla listoja, joten satunnaisotantaa ei voitu toteuttaa. Pysyvästi Suomessa asuvien ja vaikeasti saavutettavien, pienten etnisten ryhmien haastateltavien saamiseksi Joensuussa ja Helsingissä jouduttiin käyttämään vaihtelevia otantamenetelmiä. Haastateltavia saatiin perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon henkilöstön, vapaaehtoisjärjestöjen ja maahanmuuttajayhdistysten kautta<sup>13</sup>.

Yhteistyötahot Joensuussa olivat Rantakylän terveysasema (satunnaistettu lista venäjää ja vietnamia puhuvista maahanmuuttajista), Rantakylän sosiaalitoimisto (satunnaistettu lista vanhemmista inkeriläisistä paluumuuttajista) ja somaliyhteisön johtajan lista aikuisista haastateltavista. Vietnamilaisista tutkimukseen suostuneista vain yksi viidestä saapui haastattelupaikalle. Yhteistyötahot Helsingissä olivat Ulkomaalaisten Kriisikeskus (satunnaistettu lista asiakkaina olevista), Herttoniemen terveysasema (aikuiset maahanmuuttaja-asiakkaat 15.6-15.7.02 välisenä aikana), Nigerianlaisten Yhdistys (lääkärissä tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyneet, saatavilla olleet aikuisasiakkaat), Inkeriläiskeskus (lääkärissä tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyneet, saatavilla olleet aikuisasiakkaat), Somaliyhdistyksen kolme johtajaa (saatavilla olleet aikuiset) ja Vietnamilaisyhdistyksen johtaja (saatavilla olleet aikuiset).

Haastatteluja tehtiin *turvapaikanhakijoille* ja heitä hoitaneelle terveydenhuoltohenkilöstölle yhteensä 118 viidessä vastaanottokeskuksessa. Turvapaikanhakijoiden haastatteluja oli yhteensä 41 (Turku 10, Kontiolahti 9, Joutseno 8, Kotka ja Helsinki 7). *Pysyvästi Suomessa asuville maahanmuuttajille* ja heitä hoitaneelle

<sup>13</sup> Esimerkiksi Helsingin Herttoniemen terveysaseman lääkärit tiedustelivat 15.6 -15.7.02 välisenä aikana vastaanotolle saapuneita maahanmuuttajia osallistumaan tutkimukseen. Joensuun Rantakylän terveysaseman terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstö laati venäjää kotikielensä puhuvista ja inkeriläisistä paluumuuttajista listan, josta valittiin tutkimukseen pyydettyjä satunnaisotannalla.

terveydenhuoltohenkilöstölle tehtiin yhteensä 117 haastattelua Helsingissä ja Joensuussa. Lopullinen otos koostui 52:sta pysyvästi Suomessa asuvan maahanmuuttajan haastattelusta, joista 26 oli Helsingistä (21 terveyskeskuksista) ja 26 oli Joensuusta (21 terveyskeskuksista). Yhteensä tutkimuksessa haastateltiin 93 maahanmuuttajataustaista asiakasta, 71 lääkärinä ja 71 muuta terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvaa, pääsääntöisesti sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia<sup>14</sup>.

*Toisen haastattelun aineisto: Psykiatrisessa hoidossa olleiden maahanmuuttajien haastattelut vuosina 2005-2006*

Haastattelut tehtiin 14.6.2005-22.5.2006 välisenä aikana psykiatrisessa sairaalahoidossa tai avohoidossa olleille potilaille. Tämän tutkimuksen tekijä suoritti kaikki haastattelut henkilökohtaisesti ja etukäteen sovitusti. Haastattelut käytiin sairaalan osastoilla, avoterveydenhoidon vastaanotoilla tai muussa sovitussa paikassa. Haastattelut kestivät 40 minuutista 1.5 tuntiin. Maahanmuuttajia haastateltiin suomeksi (n=5), englanniksi (n=3) ja lopuille hankittiin oman kielen tulkki. Tulkkaus tapahtui joko puhelimitse tai tulkki oli henkilökohtaisesti paikalla. Kyselylomake lähetettiin tulkeille etukäteen ja ennen haastattelun alkua tulkeilla oli mahdollisuus esittää haastattelulomakkeeseen liittyviä kysymyksiä. Muutamille maahanmuuttajille jouduttiin selventämään joitakin hoitohenkilökunnan arviointiin liittyviä kysymyksiä.

*Toisen haastattelun otantamenetelmät*

Psykiatrisessa hoidossa olleilta maahanmuuttajilta omahoitaja/hoidosta vastaava terapeutti tai vastaanottokeskuksen terveydenhoitaja kysyi tutkimukseen osallistumista kaikilta psykiatriseen hoitoon hakeutuneilta tai hoitoon joutuneilta maahanmuuttajilta sinne saakka kunnes kaikki haastattelut oli tehty. Yhtä potilasta lukuun ottamatta kaikki pyydyt maahanmuuttajat osallistuivat tutkimukseen. Hoitohenkilöstöstä ei kieltäytynyt kukaan. Haastattelut suoritettiin sairaalassa hoitajakson loppuvaiheessa (n=6) ja psykiatrisessa

---

<sup>14</sup> Viiden pysyvästi Suomessa asuvan maahanmuuttajan kohdalla haastateltiin sosiaalityöntekijää, joista kaksi oli saanut psykoterapiakoulutuksen, yhden kohdalla haastateltiin fysioterapeuttia ja yhden kohdalla hammasteknikkoa

avohoidossa (n=14), kun hoitokäyntejä oli enemmän kuin viisi. Kuudella maahanmuuttajalla oli sama omahoitaja, joten hoitohenkilökunnasta haastateltavia yksittäisiä henkilöitä oli 14, joskin tarkastelussa oli yhteensä 20 hoitosuhdetta.

*Laadullinen aineisto: Psykiatristen potilaiden haastattelujen avoimet kysymykset ja tutkijan päiväkirja*

Psykiatrisessa hoidossa olleiden maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan haastatteluista kertyi laadullista aineistoa avoimien kysymysten osalta, ja niiden sisältö analysoitiin erikseen. Lisäksi tutkija piti psykiatristen potilaiden haastattelujen ajalta päiväkirjaa.

Taulukko 6. Tutkimus- ja otantamenetelmät ja otoskoot.

Tutkimusmenetelmä	Otantamenetelmä	Otoskoko
Sisällön analyysi	Turvapaikanhakijoiden psykiatrisen sairaalan potilasasiakirjat vv. 1995-1999	N=21
Strukturoitu haastattelu (1. haastattelututkimus)	Turvapaikanhakijat: satunnaisotanta Pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat: vaihtelevat otantamenetelmät	Turvapaikanhakijat (n=41) ja heitä hoitaneet lääkärit (n=35) ja hoitohenkilökunta (n=41)
Strukturoitu haastattelu (1. haastattelututkimus)	Turvapaikanhakijat: satunnaisotanta Pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat: vaihtelevat otantamenetelmät	Turvapaikanhakijat vastaanottokeskuksissa (n=41) ja pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat (n=71)
Strukturoitu haastattelu (2. haastattelututkimus)	Kaikki psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olleet maahanmuuttajat 14.5. 2005-22.5 2006	Psykiatrisessa hoidossa olleet maahanmuuttajat (n=20) ja heidän omahoitajansa/ terapeuttinsa (n=20)
Laadullinen aineisto (2. haastattelututkimus)	2. haastattelututkimuksen avoimet kysymykset Tutkijan haastattelupäiväkirja	



## 5. Tulokset

Tuloksissa kuvataan potilasasiakirja-analyysistä ja molemmista haastattelututkimuksista saadut *keskeiset* tulokset sekä avoimien kysymysten ja haastattelupäiväkirjan aineisto. Tarkemmat kuvaukset tutkimuksista on julkaistu tieteellisissä artikkeleissa, jotka ovat kirjan liitteenä. Tuloksissa esitellään ensin potilasasiakirja-analyysistä saadut tulokset ja sen jälkeen haastattelututkimusten tulokset. Lopuksi kuvataan psykiatrisen hoitohenkilöstön ja maahanmuuttajien haastattelututkimuksen avointen kysymysten vastauksia ja haastattelupäiväkirjan aineisto. Avoimien kysymysten vastauksia ja haastattelupäiväkirjaa ei ole esitelty artikkeleissa.

### 5.1 Giger ja Davidhizarin tarpeenmäärittelymalli - miten turvapaikanhakijoiden kulttuurisia tarpeita huomioitiin psykiatrisella osastolla?

Potilasasiakirjojen mukaan turvapaikanhakijat saivat psykiatrisina potilaina suomalaisen psykiatrisen sairaalan tavanomaisia hoitomuotoja. Lääkäri ja hoitohenkilökunta kävivät keskusteluita potilaan kanssa, potilaalle annettiin lääkehoitoa, tarpeen mukaan järjestettiin verkostopalavereja ja huolehdittiin jatkohoidon järjestämisestä. Giger ja Davidhizarin tarpeenmäärittelymallin mukaista kulttuurista huomioimista potilasasiakirjojen perusteella oli vähän havaittavissa. Mallin mukaisista osa-alueista viestinnän ja sosiaalisen ympäristön alueet oli huomioitu parhaiten, joskin viestintään liittyvä huomiointi oli yksipuolisesti tulkin käyttöön ja kielitaitoon liittyvää ja siltikään potilasasiakirjoista ei aina löytynyt merkintää potilaan äidinkielestä. Sosiaaliseen ympäristöön liittyviä taustatietoja oli kartoitettu ahkerasti ja potilaiden kansalaisuus, perhesuhteet, kielitaito, tulkin tarve, maahanmuuttajan status ja uskonto olivat hyvin kaikkien hoitavien henkilöiden tiedossa. Erityisesti lääkärit olivat selittäneet potilailleen paljon suomalaisia hoitokäytäntöjä, lääkitystä ja muuta hoitoa, mutta potilaiden omia näkemyksiä terveydestään, psyykkisestä sairaudestaan tai sen hoitamisesta ei ollut juuri kysytty. Muut mallin mukaiset osa-alueet oli huomioitu satunnaisesti. Osa-alueiden mukainen huomiointi näkyy taulukossa 7.

Hoitojaksoista oli hyvin erilaisia kuvauksia ja kulttuurinen huomiointi riippui yksittäisestä hoitajasta ja lääkäristä. Kirjaamiserot työntekijöiden välillä olivat suuria, osa kirjasi vähän ja osa runsaasti. Kulttuuristen piirteiden huomiointi hoidossa tuli esiin yksittäisissä hoitosuhteissa, joihin oli paneuduttu ja joissa kirjaamiset oli tehty tarkasti, jolloin teksteistä kävi hyvin ilmi keskustelujen sisällöt ja potilaiden asioille antamat merkitykset. Näissä tapauksissa keskusteluja oli käyty useasti hoidon aikana ja potilaalle oli selitetty paljon hoitoa, sen merkitystä ja käytännön asioita. Toisaalta aineistossa oli useita viikkoja kestäneitä hoitojaksoja eikä potilaalla asiakirjojen mukaan ollut nimettyä omahoitajaa tai kirjattua hoitotyön suunnitelmaa, jolloin hoitojaksosta kertynyt kirjallinen materiaali oli vähäistä ja rajoittui irrallisiin huomioihin. Näin ollen kirjausten perusteella kulttuurista huomiointia kuten ei muutakaan huomiointia, voitu laadullisesti arvioida.

Turvapaikanhakijoista suurin osa oli ilmaissut olleensa tyytyväinen saamaansa hoitoon, joskin kolmasosa koki, ettei hoidosta ollut heille hyötyä. Näistä monet kokivat tilanteensa niin toivottomana, etteivät he katsoe kenenkään voivan auttaa heitä. Aineiston perusteella potilasasiakirjoihin kirjaamisen taso oli kirjavaa ja paneutuminen turvapaikanhakijoiden tilanteeseen oli vaihtelevaa riippuen henkilökunnan yksilöllisistä ominaisuuksista. Maahanmuuttajapotilaat näyttivät valikoituvan tietyille hoitajille.

Turvapaikanhakijoiden psykiatriseen hoitoon tuleminen syyt olivat masennus (7): taustalla PTSD (1) ja orgaaninen häiriö (1), paranoia (6), sopeutumishäiriö (2), epävakaata persoonallisuus (2), psykoosi (2), impulssikontrollin häiriö (1) ja aivovaurion jälkitila (1).

Taulukko 7. Giger ja Davidhizarin kulttuurisen tarpeenmäärittelymallin mukaiset osa-alueet ja niiden huomiointi aineistossa olleiden potilaiden kohdalla.

Osa-alue	Huomiointi
<b>Viestintä:</b> kieli, nonverbaalinen viestintä, äänen laatu, hiljaisuus, kosketus, huumori, tulkinkäyttö, suku- ja etunimen käyttö, suullinen ja kirjallinen ohjeistus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tulkintarve selvitetty kaikilla</li> <li>- kielitaito selvitetty (85 %)</li> <li>- kieli- ja ymmärtämisongelmia kuvattu (33 %)</li> <li>- kirjallisia ohjeita annettu yhdelle</li> </ul>
<b>Tila:</b> oman tilan ja reviirin tarve, kinetiikka, läheisyys/ etäisyys, tilankäyttö, läheisyys tilassa oleviin ihmisiin, esineet, henkilökunnan työtila, pukeutuminen, liikkuminen, asennot	<ul style="list-style-type: none"> <li>- yksi kosketukseen liittyvä huomio</li> </ul>
<b>Sosiaalinen ympäristö:</b> käyttäytyminen, rotu/heimo/klaani, perheen rakenne ja tehtävä, asema, suku, uskonto, työ- ja vapaa-aika	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kansalaisuus, perhe- ja työsuhteet, status selvitetty kaikilta</li> <li>- uskonto selvitetty (57 %)</li> <li>- perheen rooliin liittyviä huomioita kolme</li> <li>- ystävistä yksi huomio</li> </ul>
<b>Aika:</b> kello, sosiaalinen aika; vapaa-aika ja työaika, aikaorientaatio; tulevaisuus, menneisyys, nykyhetki biologiset rytmit, elämän rytmi: kaupunki- vai maaseututaustaisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ei huomioita</li> </ul>
<b>Ympäristön vaikutus terveyskäyttäytymiseen:</b> kulttuurinen terveyskäyttäytyminen ja sen vaikutus terveyteen; hyödyllinen, neutraali, haitallinen, omat vaikutusmahdollisuudet (sisäinen ja ulkoinen kontrolliodotus), terveys- ja sairauskäsitykset, arvot, kansanparannuskeinot	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kulttuurisokkiin liittyviä havaintoja kolme</li> <li>- terveys- ja sairauskäsityksiin liittyviä havaintoja kaksi</li> <li>- kansanparannuskeinoihin liittyviä havaintoja kaksi</li> </ul>
<b>Biologiset tekijät:</b> fyysiset eroavuudet, tietyille väestölle tyypilliset sairaudet, metabooliset eroavuudet, ravitsemukseen liittyvät preferenssit, psyykkiseen sairastamiseen liittyvät tabut, suhde perheväkivaltaan ja raiskauksiin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ravitsemukseen liittyviä huomioita kolmen potilaan kohdalla</li> </ul>

## 5.2 Transnationaalinen osaaminen – löytyikö hoidosta yhteistä näkemystä?

### 5.2.1 Turvapaikanhakijoiden ja terveydenhuoltohenkilöstön näkemyksen yhtenevyys tietyistä hoitoon liittyvistä ulottuvuuksista

Tutkimuksessa selvitettiin terveydenhuoltohenkilöstön ja turvapaikanhakijoiden näkemysten yhtenevyyttä tiettyjen hoitoon liittyvien dimensioiden osalta. Lisäksi selvitettiin, liittyikö yhtenevä näkemys saatuun kulttuuriseen lisäkoulutukseen. Lääkäreistä yli puolet (54 %) ja hoitohenkilökunnasta suurin osa (78 %) ilmaisi saaneensa *jonkin verran* lisäkoulutusta kulttuuriseen huomioimiseen. *Paljon* lisäkoulutusta ilmaisi saaneensa vain yksi kummastakin ammattiryhmästä. Tutkimuksessa selvitettiin yhtenevää näkemystä seuraavista turvapaikanhakijoiden terveyteen liittyvistä ulottuvuuksista:

- terveydentilaa ennen ja jälkeen maahanmuuton
- hoitotytytyväisyyttä (taulukko 9)
- terveyteen liittyviä uskomuksia/arvoja: kulttuuriin liittyviä uskomuksia/arvoja (taulukko 10), länsimaisen lääketieteen uskomuksia/arvoja ja kulttuuristen ja lääketieteellisten hoitomenetelmien yhdistelmiä
- hoitoon sitoutumista lääkityksen (taulukko 11), ruoka- ja nestehoito-ohjeiden ja vastaanottoaikojen osalta
- itsehoitokykyä ja
- luottamusta terveydenhoitohenkilöstön apuun tulevaisuudessa (taulukko 12).

Osa tuloksista on kuvattu taulukoissa ja osa on kuvattu pelkästään kirjallisesti tekstissä.

Lääkärit eivätkä hoitajat osanneet arvioida yhtenevästi turvapaikanhakijan terveydentilaa ennen Suomeen muutttoa, Suomeen tuloajankohtana eikä vastaanottohetkellä. Tämän arvioimiseen lisäkoulutuksella ei ollut merkitystä, pikemminkin arviointi oli molempien ammattiryhmien kohdalla vähemmän yhtenevä arvioitaessa maahanmuuttajan terveydentilaa ennen Suomeen tuloa. Terveydentila arvioitiin yleensä vähemmän vakavaksi kuin turvapaikanhakija itse ilmaisi ja terveydentilan vakavuudesta ennen Suomeen tuloa oli eniten epäyhtenevää näkemystä.

Sekä hoitajat että lääkärit arvioivat turvapaikanhakijapotilaidensa olevan selkeästi tyytyväisempiä hoitoonsa kuin he tosiasiaassa olivat, osittain myös aliarvioitiin tyytyväisyyttä, yhtenevä näkemys tyytyväisyydestä oli noin 20 %:lla vastaajista. Yhtenevä näkemys korreloi hoitohenkilökunnan kohdalla saatuun lisäkoulutukseen.

Turvapaikanhakijoilta kysyttiin tyytyväisyyttä saatuun hoitoon ja heistä

- 46 % oli (hyvin) tyytyväisiä
- 27 % oli tyytymättömiä ja
- 27 % ei ollut tyytyväisiä eikä tyytymättömiä.

Terveydenhoitohenkilöstön näkemyksen yhtenevyys on kuvattu taulukossa 8.

Taulukko 8. Terveydenhuoltohenkilöstön ja turvapaikanhakijan näkemyksen yhtenevyys: **hoitotyytyväisyys.**

Ammattinimike	Yhtenevä (%)	Aliarvioi (%)	Yliarvioi (%)
Hoitajat	22	29	49
Lääkärit	23	26	51

Hoitajat yliarvioivat turvapaikanhakijoiden hoitoon liittyvien kulttuuristen käytäntöjen arvostuksen, koska turvapaikanhakijoista 46 % arvosti kulttuuriinsa kuuluvia käytäntöjä ja loput eivät arvostaneet tai arvostivat vain osittain. Yhtenevä näkemys korreloi hoitohenkilökunnan kohdalla saatuun lisäkoulutukseen. Turvapaikanhakijoilta kysyttiin, arvostivatko he kulttuuriinsa kuuluvia käytäntöjä liittyen sairauden syihin ja hoitomenetelmiin.

Turvapaikanhakijoista

- 46 % vastasi arvostavansa
- 34 % vastasi osittain arvostavansa ja
- 20 % ei sanonut arvostavansa.

Terveydenhuoltohenkilöstön näkemyksen yhtenevyys on kuvattu taulukossa 9.

Taulukko 9. Terveystenhoitohenkilöstön ja turvapaikanhakijoiden näkemyksen yhtenevyys: **kulttuuristen arvojen ja käytäntöjen arvostaminen.**

Ammattinimike	Yhtenevä (%)	Aliarvioi (%)	Yliarvioi (%)	Ei tietoa (%)
Hoitajat	39	17	44	-
Lääkärit	30	15	25	30

Kulttuuristen käytäntöjen kohdalla kenelläkään hoitajista, jolla ei ollut lisäkoulutusta, ei ollut yhtenevää näkemystä asiasta turvapaikanhakija-asiakkaansa kanssa. Toisaalta lääkärit ilman lisäkoulutusta onnistuivat yhtenevän näkemyksen saavuttamisessa hyvin.

Länsimaiseen lääketieteeseen kuuluvien käytäntöjen arvostamisesta oli melko yhtenevä näkemys eli suurin osa turvapaikanhakijoista (83 %) arvosti länsimaisia käytäntöjä ja näin arvioi myös terveydenhuoltohenkilöstö. Turvapaikanhakijoista 42 % ilmaisi yhdistelevänsä hoidossaan oman kulttuurinsa ja länsimaisen lääketieteen hoitomenetelmiä ja edelleen 42 % ilmaisi, ettei niin tehnyt. Terveystenhoitohenkilöstöllä oli yhdistelemisestä erilaisia näkemyksiä: yhtenevä näkemys oli kolmasosalla, hoitajista kolmasosa joko yli- tai aliarvioi. Hoitajien kohdalla lisäkoulutus korreloi yhtenevään näkemykseen.

Vastaanottoaikojen noudattamisen suhteen näkemykset olivat melko yhteneviä, lähes kaikki olivat sitä mieltä, että vastaanottoaikoja noudatettiin. Vain seitsemän turvapaikanhakijaa ilmoitti saaneensa ruoka- tai nestehoitoon liittyviä ohjeita terveydenhuoltohenkilöstöltä. Yli puolet turvapaikanhakijoista (66 %) ilmaisi osaavansa huolehtia omasta terveydestään tehokkaasti ja vain 10 % oli sitä mieltä, ettei huolehtinut. Noin puolet hoitajista (54 %) arvioi yhtenevästi turvapaikanhakijan itsehoitokykyisyyden, lääkäreistä 42 % aliarvioi turvapaikanhakijoiden itsehoitokykyä. Suurin osa yhtenevään näkemykseen päätyneistä hoitajista ilmoitti saaneensa jonkin verran lisäkoulutusta.

Suurin näkemysten eroavuus oli lääkärin määräämän lääkityksen noudattamisesta. Sekä hoitajat että lääkärit aliarvioivat turvapaikanhakijan lääkityksen säännöllisen käytön. Yhtenevä näkemys korreloi hoitohenkilökunnan kohdalla saatuaan lisäkoulutukseen. Turvapaikanhakijoilta kysyttiin, käyttivätkö he säännöllisesti lääkärinsä määräämää lääkitystä.

#### Turvapaikanhakijoista

- 66 % vastasi käyttävänsä aina
- 14 % melkein aina
- 20 % vastasi käyttävänsä joskus, harvoin tai ei koskaan.

Lääkäreiden ja hoitajien näkemykset eivät olleet yhteneviä turvapaikanhakijoiden näkemysten kanssa. Terveystenhoitohenkilöstön ja turvapaikanhakijoiden näkemysten yhtenevyys lääkehoidon noudattamisen suhteen on kuvattu taulukossa 10.

Taulukko 10. Terveystenhoitohenkilöstön ja turvapaikanhakijan näkemyksen yhtenevyys: **lääkehoitoon sitoutuminen.**

Ammattinimike	Yhtenevä (%)	Aliarvioi (%)	Yliarvioi (%)
Hoitajat	23	54	23
Lääkärit	19	48	33

Terveystenhoitohenkilöstö uskoo hoidostaan olevan apua myös tulevaisuudessa varmemmin kuin mitä turvapaikanhakijat itse uskovat. Yhtenevä näkemys korreloi sekä lääkäreiden että hoitohenkilöstön kohdalla lisäkoulutukseen. Turvapaikanhakijoilta kysyttiin, uskoivatko he hoitajan/lääkärin antamasta hoidosta olevan heille apua jatkossa.

#### Turvapaikanhakijoista

- 46 % uskoi hoidosta olevan apua
- 30 % ei uskonut olevan apua ja
- 24 % oli epävarma tai epäilevä.

Terveystenhoitohenkilöstön yhtenevyys maahanmuuttajien vastauksiin on kuvattu taulukossa 11.

Taulukko 11. Terveystenhoitohenkilöstön ja turvapaikanhakijan (tph) näkemyksen yhtenevyys: **luottamus hoitoon jatkossa.**

Ammattinimike	Yhtenevä (%)	Epävarmempi kuin tph (%)	Varmempi kuin tph (%)
Hoitajat	24	22	54
Lääkärit	20	29	51

Tulosten mukaan monissa keskeisissä terveyteen liittyvissä kysymyksissä turvapaikanhakijoilla ja suomalaisella terveydenhuoltohenkilöstöllä oli epäyhtenevä näkemys. Turvapaikanhakijoiden terveydentila arvioitiin vähemmän vakavaksi, terveyteen liittyvistä kulttuurisista uskomuksista ja arvoista oli epäyhtenevää näkemystä, mutta länsimaisen lääketieteen avusta oli erittäin yhtenevä näkemys samoin kuin vastaanottoaikojen noudattamisesta. Turvapaikanhakijoiden lääkehoitoon sitoutumiseen ei täysin luotettu ja lääkärit epäilivät turvapaikanhakijoiden itsehoitokykyisyyttä. Terveydenhuoltohenkilöstö uskoi antamastaan hoidostaan olevan enemmän apua kuin turvapaikanhakijat itse uskoivat ja turvapaikanhakijoiden oletettiin olevan tyytyväisempiä hoitoonsa kuin he itse ilmaisevat. Hoitajien saama lisäkoulutus korreloi useammin yhtenevään hoitonäkemykseen kuin lääkäreiden kohdalla. Lääkärit olivat saaneet vähemmän kulttuuriin liittyvää lisäkoulutusta, joskaan lääkäreille suunnatulla lisäkoulutuksella ei ollut myönteistä vaikutusta yhtenevän hoitonäkemys syntymiseen. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja) näkemykset olivat yhtenevämpiä turvapaikanhakijoiden näkemysten kanssa verrattuna lääkäreiden näkemyksiin.

### **5.2.2 Maahanmuuttajien mielenterveystarpeet ja niiden tunnistaminen**

Turvapaikanhakijat ilmaisivat enemmän mielenterveyteensä liittyviä tarpeita kuin pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien kokemus mielenterveysongelman esiintymisestä tai esiintymättömyydestä oli pääsääntöisesti samaa luokkaa paitsi PTSD:n kohdalla. PTSD:ta ilmaisivat lähinnä turvapaikanhakijat (29 %) ja heistä eniten Jugoslavian ja Albanian alueilta tulleet (43 %). Terveyskeskusten ja vastaanottokeskusten hoitavat lääkärit olivat tietämättömiä maahanmuuttaja-asiakkaansa mielenterveysongelmista lähes puolessa tapauksista, erityisesti masennusta ja PTSD:ta ei havaittu. Suomessa lyhyemmän aikaa olleet ja alle 30-vuotiaat kärsivät enemmän mielenterveysongelmista. Taulukossa 12 on kuvattu mielenterveysongelmien esiintyminen statuksen, sukupuolen, iän ja Suomessa oloajan mukaan.



Turvapaikanhakijat ilmaisivat mielenterveysongelmiensa taustalla sekä ennen Suomeen tuloa vaikuttaneita asioita että Suomessa tapahtuneita asioita. Ennen Suomeen tuloa tapahtuneet asiat vaikuttivat useimmilla enemmän (85 %). Pysyvästi Suomessa asuvilla ongelmat johtuivat pääsääntöisesti Suomessa tapahtuneista asioista. Lääkärit eivät tunnistanee masennuksen taustalla Suomessa koettujen asioiden merkitystä, 68 % jäi huomioimatta, mutta ennen Suomeen tuloa koettujen asioiden merkitys mielenterveysongelmiin osattiin arvioida yli puolessa tapauksista (52 %) oikein. Taulukossa 13 on kuvattu ennen Suomeen tuloa ja Suomessa vaikuttaneiden tekijöiden yhteys maahanmuuttajan statukseen, sukupuoleen ja Suomessa oloaikaan.

Taulukko 12. Mielenterveysongelmien esiintyminen maahanmuuttajan statuksen, sukupuolen, iän ja Suomessa oloajan mukaan.

Maahanmuuttajan status, sukupuoli, ikä ja Suomessa oloaika	KYLLÄ		EI		YHTEENSÄ	
	f	%	f	%	f	%
Turvapaikanhakija	27	<b>71.1</b>	11	28.9	38	100
Pysyvästi Suomessa asuva	14	29.2	34	70.8	48	100
Mies	20	46.8	23	53.5	43	100
Nainen	21	48.8	22	51.2	43	100
18-30 vuotta	17	<b>56.7</b>	13	43.3	30	100
yli 30	24	42.9	32	57.1	56	100
< 5 v. Suomessa	32	<b>64.0</b>	18	36.0	50	100
> 5 v. tai enemmän	9	25.0	27	75.0	36	100
Yhteensä	41	47.7	45	52.3	86	100

Suurin osa maahanmuuttajista oli tyytyväisiä (38 %) tai erittäin tyytyväisiä (24 %) saamiinsa mielenterveyspalveluihin. Tyytymättömiä oli 24 % ja 14 % ei osannut sanoa.

Mielenterveysongelmia ilmaisseilta kysyttiin, mikä vaikuttaisi eniten parantavasti heidän mielenterveyteensä. Turvapaikanhakijoilla ja pysyvästi Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla näkemykset poikkesivat toisistaan. Turvapaikanhakijoista lähes puolet

arvioi turvallisuuteen liittyvien tekijöiden (turvapaikkapäätöksen saaminen, elämän vakaus ja turvallisuus) vaikuttavan parantavasti mielenterveyteen.

Taulukko 13. Ennen Suomeen tuloa ja Suomessa vaikuttaneiden tekijöiden yhteys mielenterveysongelmaan maahanmuuttajan statuksen, sukupuolen ja Suomessa oloajan mukaan.

Maahanmuuttajan status, sukupuoli, ikä ja Suomessa oloaika	Ennen Suomeen tuloa vaikuttaneet tekijät		Suomessa vaikuttaneet tekijät	
	f	%	f	%
Turvapaikanhakija	23	<b>85.2</b>	14	51.9
Pysyvästi Suomessa asuva	7	50.0	13	<b>92.9</b>
Mies	17	<b>85.0</b>	12	60.0
Nainen	13	61.9	15	71.4
18-30 vuotta	11	64.7	12	70.6
> 30 vuotta	19	79.2	15	62.5
< 5 v. Suomessa	27	84.3	18	56.3
> 5 v. tai enemmän	3	33.3	9	100.0
Yhteensä (N=41)	30	73.2	27	65.9

Suomessa pysyvästi asuvat maahanmuuttajat näkivät sosioekonomisten tekijöiden vaikuttavan eniten (61 %) mielenterveytensä kohentumiseen. Vastaavasti vain neljä turvapaikanhakijaa näki sosioekonomisten tekijöiden merkityksen vaikuttavan mielenterveyteensä ja vain kaksi pysyvästi Suomessa asuvaa maahanmuuttajaa näki turvallisuuteen liittyvien tekijöiden vaikuttava mielenterveyteensä.

Yhteenvedon voidaan sanoa, että turvapaikanhakijat ilmaisivat enemmän mielenterveyteensä liittyviä tarpeita kuin pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat. Maahanmuuttajien mielenterveysongelmien taustalla oli sekä kotimaassa että Suomessa koettuja tekijöitä, mutta turvapaikanhakijoilla oli enemmän kotimaassa koettuja asioita. Maahanmuuttajien masennus ja sen taustalla vaikuttavat tekijät tai turvapaikanhakijoiden PTSD eivät aina olleet hoitavien lääkäreiden tiedossa. Mielenterveyttä edistävät tekijät olivat erilaisia riippuen maahanmuuttajan statuksesta.

### 5.2.3 Maahanmuuttajien ja psykiatrisen hoitohenkilökunnan kohtaaminen

#### *Hoitohenkilöstön ja maahanmuuttajien taustatiedot*

Tulosten kuvauksessa käytetään käsitettä omahoitaja, vaikka kyseessä olisi ollut lääkäri tai psykologi, koska pääsääntöisesti haastateltavat olivat sairaanhoitajia. Lääkäreitä haastateltavista oli yksi, psykologeja yksi ja mielenterveyshoitajia yksi. Kaikki haastatellut olivat kansallisuudeltaan ja etniseltä taustaltaan suomalaisia. Sairaanhoitajat olivat yhtä lukuun ottamatta erikoistuneet psykiatrisen hoitotyöhön. Lääkärillä, psykologilla ja neljällä sairaanhoitajalla oli psykoterapiakoulutus.

Haastatelluista ammattilaisista neljä oli työskennellyt ulkomailla. Paljon koulutusta kulttuuriin liittyvien seikkojen huomioimiseen hoidossa oli saanut kaksi vastaajaa, seitsemän vastaajaa jonkin verran ja kuusi vastaajaa ei lainkaan. Yhtä lukuun ottamatta kaikki vastanneet olivat hakeneet omatoimisesti tietoa maahanmuuttaja-asiakkaansa kulttuuriin liittyvistä asioista. Kaksitoista haastateltua puhui (lähes ainoana) vieraana kielenään englantia, yksi ei puhunut vieraita kieliä. Suurin osa vastanneista katsoi tuttavatai ystäväpiiriinsä kuuluvan muista kulttuureista tulleita ihmisiä.

Taustatiedoissa kysyttiin myös terveydenhuoltohenkilöstön näkemystä kahteen väittämään asteikolla vahvasti samaa mieltä ... vahvasti eri mieltä. Ensimmäinen väittämistä oli ”Hyvä terveys riippuu ensisijaisesti yksilön omasta toiminnasta”. Vastaajista 11 oli eri mieltä ja loput yhdeksän vastaajaa oli samaa mieltä. Toinen väittämistä oli ”Maahanmuuttajan (potilaan nimi) terveys ei ole yhtä tärkeä kuin syntyperäisen suomalaisen terveys”. Kaikki vastaajat olivat vahvasti eri mieltä väittämän kanssa.

Maahanmuuttajista 11 oli turvapaikanhakijoita ja yhdeksän pysyvästi Suomessa asuvaa maahanmuuttajaa, väliaikaisella oleskeluluvalla olevaa tai opiskelijaa. Maahanmuuttajista yhtä lukuun ottamatta kaikilla oli suoritettu peruskoulu, kahdella oli opistotasoinen tutkinto. Suurin osa maahanmuuttajista oli asunut Suomessa 1-3 vuotta, neljä oli asunut alle vuoden ja seitsemän yli kolme vuotta. Maahanmuuttajista seitsemän arvioi puhuvansa suomea hyvin, kahdeksan jonkin verran ja viisi ei lainkaan. Englantia ilmoitti puhuvansa

yhdeksän vastaajaa. Puolet vastanneista katsoi tuttava- tai ystäväpiirinsä kuuluvan muista kulttuureista tulleita ihmisiä.

#### *Mielenterveysongelmien tausta*

Maahanmuuttajilta ja heidän omahoitajiltaan kysyttiin taustoja, joiden vuoksi maahanmuuttajat olivat hakeutuneet hoidon piiriin. Haastateltavat saivat valita kuudesta vaihtoehdosta yhden tai useamman vaihtoehdon tai lisätä muun syyn avoimeen vaihtoehtoon, mikäli katsoivat jonkun muun syyn vaikuttaneen mielenterveysongelmien taustalla. Myös kohtaan ”kokemukset Suomessa” haastateltavat saivat esittää näkemyksiään, mitkä tekijät Suomessa olivat vaikuttaneet mielenterveysongelmien ilmaantumiseen. Mielenterveysongelmien syyt on kuvattu taulukossa 14.

Taulukko 14. Mielenterveysongelmien tausta.

Mielenterveysongelman tausta	Maahanmuuttajan näkemys (n=20)	Omahoitajan näkemys (n=20)
1. Kokemukset kotimaassa	17	19
2. Kokemukset matkalla	5	7
3. Kokemukset Suomessa	15	11
4. Fyysiset ongelmat	8	3
5. Psykkinen sairaus	7	9
6. Kulttuurisesti erilaiset hoitotavat	3	11
7. Muut syyt (erilaisia syitä)	14	16

Pääasiallisimmat syyt mielenterveysongelmiin olivat kokemukset kotimaassa, mutta myös kokemukset Suomessa ja tästä oli melko yhtenevä näkemys. Eniten eroavuutta oli näkemyksessä kulttuurisesti erilaisista hoitotavoista. Omahoitajat näkivät kulttuurisesti erilaiset hoitotavat Suomessa yhtenä syynä mielenterveysongelmiin yli puolessa tapauksista, mutta maahanmuuttajat eivät nähneet sitä juurikaan syynä mielenterveysongelmiinsa. Maahanmuuttajat näkivät fyysiset ongelmat enemmän ongelmiansa taustalla kuin omahoitajat.

Maahanmuuttajat toivat esiin paljon erilaisia ja yksittäisiä Suomeen ja erilaiseen kulttuuriin liittyviä tekijöitä mielenterveysongelmiensa taustalla. Neljä vastaajaa koki yksinäisyyttä, ei ollut ystäviä eikä sukulaisia, joille puhua asioista eikä verkostoa, jonka

kanssa jakaa kokemuksia. Koulussa olevat (2 vastaajaa) kokivat, ettei ollut kavereita ja kiusaamista esiintyi. Neljä haastateltavaa toi esiin ihmisten väheksyvää suhtautumista ulkomaalaisiin, syrjimiskokemuksia ja loukkauksia, jopa rasismia. Kolme vastaajaa toi esiin elämän erilaisuutta Suomessa, ihmisten näkemykset asioista niin erilaisia, kieliongelmaa. Yksi maahanmuuttaja toi esiin oman perheen hylkäämäksi jäämisen. Muina yksittäisinä syinä turvapaikanhakijat toivat esiin toimettomuuden (”24 tuntia samassa huoneessa on liikaa”), paikkakunnan pienuuden ja pelon maasta karkotuksesta. Yksi oli kokenut tehneensä liikaa työtä ja opiskelua samanaikaisesti. Yksi haastateltava koki, ettei hän ollut tiennyt mistä hakea apua riittävän ajoissa. Kaksi haastateltavaa toi esiin, että Suomessa koetut asiat ovat osasy, muttei pääasiallinen syy heidän mielenterveysongelmiinsa. Yksi vastaaja totesi, että mennyt elämä on tuonut kaikki ongelmat.

Maahanmuuttajien omahoitajilla oli runsaasti näkemyksiä muista syistä ja kokemuksista Suomessa maahanmuuttajien mielenterveysongelmien taustalla ja ne olivat pitkälti yhteneviä maahanmuuttajien näkemysten kanssa. Eniten omahoitajat arvelivat mielenterveysongelmien taustalla olleen turvapaikkaprosessiin liittyvää epävarmuutta ja epätietoisuutta, pitkä päätöksen odottamisaika, kielteiset päätökset ja pelko karkotetuksi joutumisesta ja jopa oman hengen menettämisestä. Lähes yhtä paljon tuotiin esiin kulttuurierojen merkitystä: vieras kulttuuri, asema maahanmuuttajana, neuvottomuus uudessa kulttuurissa ja kieliongelmat sekä maahanmuuttajien kokemusta yksinäisyydestä ja ystävien ja vertaistuen puutteesta. Uudessa kulttuurissa koettuun neuvottomuuteen yhdistettiin parissa tapauksessa se, etteivät maahanmuuttajat olleet osanneet hakeutua mielenterveyspalvelujen piiriin eivätkä olleet ymmärtäneet heille tarjottua apua. Muutamat näkivät taustalla maahanmuuttajien, lähinnä turvapaikanhakijoiden keskuudessa koetun, oman yhteisön tai oman perheen syrjinnän ja ulkopuolelle jättämisen. Yksittäisinä taustatekijöinä mainittiin turvapaikanhakijan mahdollinen sekundaarihyödyn tavoittelu, liian nuorena koetut traumaattiset kokemukset, seksuaalinen hyväksikäyttö ja se, että hoitoon oli helpompi hakeutua Suomessa, jossa ei jouduta yhtä helposti oman yhteisön leimaamaksi.

### *Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön transnationaalinen taito*

Haastateltavat kokivat helpompana arvioida omaa kuin toisen osapuolen osaamisen tasoa. Kaiken kaikkiaan *itsearvioitu* osaamisen kokonaiskeskiarvo oli huonompi kuin *keskinäisesti* arvioitu osaamisen keskiarvo. Keskinäisessä arvioinnissa maahanmuuttajat arvioivat hoitohenkilöstön osaamista kaikilla osa-alueilla (paitsi analyttisellä osa-alueella) paremmaksi kuin vastaavasti hoitohenkilöstö. Edelleen keskinäiset arviot olivat yhtenevämpiä maahanmuuttajien osaamisalueiden kohdalla verrattuna hoitohenkilöstöön.

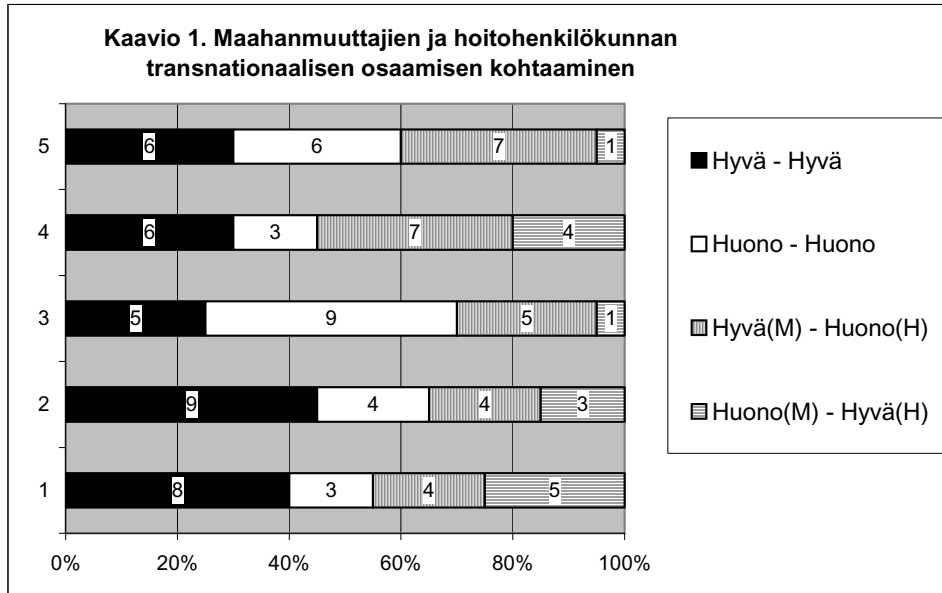
Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön *omat* arviot osaamisestaan olivat merkittävästi erilaisia kaikilla muilla osaamisen alueilla paitsi emotionaalisen osaamisen alueella. Suurin osaamisen ero oli toiminnallisen ja analyttisen osaamisen kohdalla, joissa erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Toiminnallisen osaamisen kohdalla myös *keskinäinen* arviointi poikkesi merkitsevästi toisistaan. Keskinäiset arvioinnit poikkesivat eniten hoitohenkilökunnan analyttisen ja viestinnällisen osaamisen alueilla. Hoitohenkilökunta piti viestintään liittyvää osaamista parhaimpana osa-alueenaan (ka 1.26), mutta maahanmuuttajat arvioivat osaamisen huomattavasti huonommaksi (ka 1.67). Vastaavasti maahanmuuttajat arvioivat hoitohenkilökunnan analyttista osaamista hyväksi (ka 1.51) ja hoitohenkilökunta itse arvioi osa-alueen huonoimmaksi (ka 1.92). Hoitohenkilöstö ja maahanmuuttajat pitivät emotionaalista osaamista hyvänä (ka:t 1.46 ja 1.45), joskaan maahanmuuttajat eivät nähneet hoitohenkilöstön osaamista niin hyvänä kuin ammattilaiset itse (ka 1.70). Taulukossa 15 on kuvattu transnationaalisen osaamisen osa-alueet ja hoitohenkilökunnan ja maahanmuuttajien saamat keskiarvot, t-testit ja keskiarvojen erotukset eri osa-alueilla.

Taulukko 15. Hoitohenkilökunnan ja maahanmuuttajien transnationaalisen osaamisen keskiarvot, t-testit ja keskiarvojen erotukset.

Transnationaalisen osaamisen osa-alue	H=hoitohk M=maahanmuutt.	N	Itse-arviointi	t-testi	Keskinäinen arviointi	t-testi	Keskiarvojen erotus
<b>Analyttinen osaaminen</b>	H	20	1,92	**	1,51		0,41
	M	20	1,54		1,60		0,06
<b>Emotionaalinen osaaminen</b>	H	20	1,46		1,70		0,24
	M	20	1,45		1,57		0,12
<b>Luova osaaminen</b>	H	20	1,72	(*)	1,88	(*)	0,16
	M	20	1,91		1,71		0,20
<b>Viestinnällinen osaaminen</b>	H	20	1,26	**	1,67		0,41
	M	20	1,57		1,54		0,03
<b>Toiminnallinen osaaminen</b>	H	20	1,49	***	1,81	**	0,32
	M	20	2,10		1,51		0,59
Kok. keskiarvo			1,64		1,50		

\*\*\* = erittäin merkitsevä, \*\* = merkitsevä, (\*) ehkä merkitsevä

Kaaviossa 1 on kuvattu tiivistettynä maahanmuuttajien ja psykiatrisen hoitohenkilöstön näkemysten yhtenevyys transnationaalisen osaamisen eri osa-alueilla. Kompetenssien kohtaaminen on saatu ristiintaulukoimalla hoitohenkilökunnan ja maahanmuuttajien kompetenssit ja luokittelemalla kompetenssit ”hyviksi” tai ”huonoiksi” kokonaiskeskiarvon perusteella. Lokeroiden sisällä olevat luvut ovat havaintojen määriä. Parhaiten näkemykset kohtasivat emotionaalisen osaamisen alueella, jolla molemmat osapuolet arvioivat itse ja keskinäisesti osaamisensa hyväksi. Itsearvioituna molemmat osapuolet olivat keskiarvoltaan hyviä, keskinäisessä arvioissa maahanmuuttajat arvioivat henkilökunnan osaamisen keskinkertaiseksi. Yhtä hyvä yhtenevyys oli näkemyksellä, ettei kumpikaan osapuoli arvioinut luovaa osaamista itse eikä keskinäisesti kovinkaan hyväksi. Toiminnallisen ja viestinnällisen osaamisen kohdalla maahanmuuttajat eivät nähneet hoitohenkilökunnan toimintaa niin hyvänä kuin nämä itse arvioivat.



1 = analyttinen 2 = emotionaalinen 3 = luova 4 = viestinnällinen 5 = toiminnallinen  
M = maahanmuuttaja H = hoitaja

Aineistosta laskettiin kokonaiskeskiarvojen perusteella maahanmuuttaja-omahoitaja-parit, joiden osaamistaso oli korkea tai vastaavasti matala. Aineistosta erottui kuusi paria, joiden osaamistaso hoitosuhteessa transnationaalisen viitekehyksen kriteerein oli korkea ja viisi paria, joiden osaaminen oli kyseisessä hoitosuhteessa matala. Muiden parien osaaminen on arvioitu keskinkertaiseksi.

Tarkasteltaessa *korkean transnationaalisen tason* parien tuloksia, taustalla oli havaittavissa *joitakin* yhdistäviä tekijöitä. Taustatiedoissa yhdistävänä tekijänä omahoitajien kohdalla oli se, että omahoitaja puhui hyvin tai jonkun verran jotain vierasta kieltä. Koulutusta kulttuurisiin asioihin omahoitajat olivat saaneet vähän tai ei ollenkaan, yksi kuvasi saaneensa paljon aiheeseen liittyvää koulutusta. Kuudesta omahoitajasta viidellä oli muista kulttuureista olevia ystäviä. Vastaavasti maahanmuuttajien yhdistävänä tekijänä oli jonkinasteinen suomenkielen taito ja ilmaistu *tyytyväisyys* omahoitajalta saadun hoidon tuloksiin ja *luottavaisuus* sen suhteen, että hoitajan toteuttamasta hoidosta oli apua tulevaisuudessa. Maahanmuuttajat olivat sitoutuneita hoitoonsa. He vastasivat käyttävänsä lääkitystään (jos käytössä) aina säännöllisesti ja huolehtivansa lääkärin ja omahoitajan



seurantakäynneistä aina ajallaan avohoidossa (mikäli avohoidossa). Maahanmuuttajilla ja omahoitajilla oli yhtäläinen näkemys maahanmuuttajan psyykkisen ongelman vakavuudesta. Maahanmuuttaja ja omahoitaja olivat samaa sukupuolta.

Tarkasteltaessa *matalan transnationaalisen tason* pareja, yhteisiä, selittäviä tekijöitä ei juuri löytynyt. Kaikki omahoitajat vastasivat kuitenkin saaneensa paljon tai jonkin verran koulutusta kulttuurisiin asioihin, mutta sillä ei ollut vaikutusta transnationaalisen osaamisen tasoon. Viidestä maahanmuuttajasta kolme oli turvapaikanhakijaa eikä kukaan viidestä ollut töissä. Kaikki vastasivat noudattavansa lääkitystä (mikäli käytössä) ja seurantakäyntejä avohoidossa (mikäli avohoidossa).

#### **5.2.4 Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön kohtaamisten erityiskysymyksiä**

##### *Luottamus eri hoitotapoihin tulevaisuudessa*

Maahanmuuttajilta ja hoitohenkilökunnalta kysyttiin näkemystä siitä, kuinka luottavaisia maahanmuuttajat olivat lääkärin, sairaanhoitajan tai oman kulttuurinsa antaman avun merkitykseen tulevaisuudessa terveytensä hoitamisessa. Avun merkitys tulevaisuudessa on kuvattu taulukossa 16.

Maahanmuuttajat luottivat niin lääkärin kuin sairaanhoitajien avun kantavan myös tulevaisuudessa, mutta eivät niinkään omien kulttuuristen hoitotapojensa. Omahoitajat luottivat myös lääkärin antaman avun merkitykseen, mutta lähes puolet uskoi myös kulttuurisilla hoitotavoilla olevan merkitystä jatkossa. Suurin osa omahoitajista oli kuitenkin epäluottavainen maahanmuuttajien kulttuuristen hoitotapojen merkityksestä tulevaisuudessa.

Taulukko 16. Luottamus eri hoitotapoihin tulevaisuudessa.

Hoitotapa	Maahanmuuttaja n=20	Omahoitaja n=20
<b>Lääkärin antama hoito</b>		
Hyvin luottavainen	<b>10</b>	<b>4</b>
Luottavainen	<b>5</b>	<b>13</b>
En luottavainen enkä epävarma	4	1
Epävarma	1	1
Hyvin epävarma	--	1
<b>Sairaanhoitajan* antama hoito</b>		
Hyvin luottavainen	<b>8</b>	--
Luottavainen	<b>7</b>	--
En luottavainen enkä epävarma	1	--
Epävarma	1	--
Hyvin epävarma	1	--
<b>Kulttuurinen hoito</b>		
Hyvin luottavainen	1	--
Luottavainen	3	<b>8</b>
En luottavainen enkä epävarma	4	1
Epävarma	<b>2</b>	<b>8</b>
Hyvin epävarma	<b>10</b>	3

\* kahdessa tapauksessa maahanmuuttajan hoitoon ei liittynyt sairaanhoitajaa

Pearsonin korrelaatiokertoimen perusteella ne maahanmuuttajat, jotka luottivat lääkäriinsä olivat tilastollisesti merkitsevästi (\*\*) tyytyväisempiä lääkäriltä saadun hoidon tuloksiin eivätkä luottaneet kulttuurisen hoidon antamaan apuun. Edelleen nämä maahanmuuttajat noudattivat paremmin lääkärin määräämää lääkitystä tilastollisesti ehkä merkitsevästi (\*). Vastaavasti ne maahanmuuttajat, jotka luottivat kulttuuriin hoitoihin, eivät luottaneet niin vahvasti lääkärin antaman hoidon tuloksiin eivätkä noudattaneet lääkärin määräämää lääkitystä. Molempien tulos oli tilastollisesti merkitsevä (\*\*).

### *Psyykkisen hoidon tarpeiden arvioiminen*

Omahoitajilta kysyttiin, olivatko he kyenneet arvioimaan potilaansa psyykkisiä tarpeita hoidossa ja toteuttamaan sen pohjalta laadittua hoitosuunnitelmaa. Hoitohenkilöstöstä yli kolmannes, seitsemän haastateltavaa (N=20), ei katsonut kykenevänsä vastaamaan täysin hoidon tarpeisiin, jossain määrin kykeni vastaamaan viisi ja kaksi haastateltavaa ei ollenkaan. Tapauksista neljä oli turvapaikanhakijoita ja kaksi muuta maahanmuuttajaa. Vaikeus vastata hoidon tarpeisiin liittyi hoitosuhteeseen, psykiatriseen työskentelyyn, yhteistyön sujumiseen ja luottamukseen hoidossa. Yhteistyön sujumattomuuteen oli useita syitä, joista tässä muutama lainaus, loput lainaukset ovat liitteessä 5.

*”Kulttuuriset erot suuret, hoitoon ”asettautuminen” oli vaikeaa. Potilaan tarpeet niin erilaisia, että niihin vastaaminen suomalaisen hoitotyön näkökulmasta vaikeaa...”*

*”Potilas tuotti liian vähän informaatiota. Syvällisyys puuttui. Menneisyyden asioita ei käsitelty. ”*

Maahanmuuttajista 15 katsoi kykenevänsä arvioimaan omia psyykkisen hoidon tarpeitaan, kaksi arvioi kykenevänsä jossain määrin ja kaksi ei ollenkaan: näistä neljästä kolme oli turvapaikanhakijaa ja yksi muu maahanmuuttaja. Kaikilla niillä, jotka eivät kyenneet arvioimaan hoidon tarvettaan, oli hoitohenkilökunnan arvioimana vakava tai hyvin vakava psyykinen ongelma taustalla. Kahdessa tapauksessa kumpikaan osapuoli ei kyennyt arvioimaan maahanmuuttajan psyykkisen hoidon tarpeita.

### *Maahanmuuttajien kulttuuriset tavat hoitaa psyykkisiä sairauksia*

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin, arvostivatko he maahanmuuttajan kulttuuriin kuuluvia uskomuksia ja käytäntöjä, jotka liittyivät psyykkisten sairauksien syihin ja hoitoon. Puolet henkilökunnasta ei niitä arvostanut, viisi arvosti jossain määrin ja viisi vastaajaa arvosti. Kielteisesti tai jossain määrin kielteisesti suhtautuvilta kysyttiin, miksi he eivät arvostaneet. Hoitohenkilökunta arvioi kulttuuriin kuuluvina uskomuksina ja näkemyksinä olettamaansa psykiatrisen hoidon laatua ja psykiatrisen potilaan asemaa kyseisessä maassa. Kuvaukset olivat negatiivisia ja kuvastivat osittain omahoitajan omaa tietoa asiasta ja osittain potilaan kautta kuvautunutta tietoa maan psykiatrisesta hoidosta. Psykiatrisen

hoidon laatu nähtiin huonona, resurssit vähäisinä ja psykiatrisen potilaan asema erityisen huonona, naisen asema nähtiin myös huonona. Alla on muutama suora lainaus omahoitajien vastauksista, loput lainaukset ovat liitteessä 5. Vastauksista on poistettu maan nimi, mikäli se siteerauksissa esiintyi.

*” Ei ole tarjolla mitään, ei voi arvostaa, suvun hyljeksiminen kauhistuttaa. ”*

*” Ei ole olemassa palveluja, uskonto sanelee, miten nainen saa hakea apua, naisen arvostus perheessä ei hyvä, kulttuuri niin erilainen täällä kuin siellä. ”*

*” Psykkisiin sairauksiin liittyy pelkoa ja eristämisen tarvetta. ”Hullun” käsite on siellä erilainen (huonompi). Ei ole hyvä asia, että leimataan ja ei arvosteta. ”*

Maahanmuuttajan kulttuurisia tapoja arvostaneista kaksi hoitajaa kommentoi ihmisen tarvitsevan oman maansa kulttuurisia tapoja, muistoja ja perhettä, vasta sen rinnalle voi rakentaa uutta. Oman maan tapa käsitellä asioita nähtiin tärkeinä.

#### *Maahanmuuttajien näkemyksiä oman maansa hoitomahdollisuuksista*

Maahanmuuttajilta kysyttiin arvelivatko he psykiatriseen hoitoon liittyvillä käytännöillä olevan eroa eri maiden välillä ja kuinka he olisivat toimineet sairastuttuaan psyykkisesti omassa maassaan. Suurin osa, 17 vastaajaa, oli sitä mieltä, että eri maiden käytännöillä oli eroja ja osa vastasi lisäyksellä, että ”paljon”. Maahanmuuttajien kuvaukset hoitomahdollisuuksista omassa kotimaassaan olivat melko toivottomia. Suurin osa vastanneista arvioi, ettei olisi saanut minkäänlaista hoitoa kotimaassaan. Palveluja ei joko ollut tai ne eivät olleet kaikkien saatavilla. Muutama vastaaja arveli, että olisi kuollut, jos olisi jäänyt kotimaansa hoidon armoille. Hoitoon hakeutuminen nähtiin myös kyseenalaisena leimautumisen vuoksi. Toisaalta tuotiin esiin, että kotimaassa olisi ystäviä, suku, oma uskonto ja kieli, joten tilanteessa ei olisi psykiatrista hoitoa ehkä tarvittukaan. Muutammat vastaajat arvioivat, että olisivat menneet lääkärin luo kuten täälläkin. Alla on muutamia suoria lainauksia maahanmuuttajien vastauksista, loput lainaukset ovat liitteessä 5. Jos maan nimi on mainittu, se on poistettu vastauksista.

*”En hakeutuisi hoitoon, on tabu. Puhuisin ehkä hyvälle ystävälle. Sinusta ajatellaan ”outoja”, jos tiedetään, että olet ollut hoidossa.”*

*” En tiedä, minne olisin mennyt, ei ole olemassa keskusteluapua. Psykkiset ongelmat hävettäviä, lääkehoitoon suhtaudutaan kielteisesti. Jotenkin olisin ”pyristellyt.”*

*” En tiedä, minne menisin, käännyin poliisin puoleen ja lähetettiin kotiin. En saisi apua kotimaassani, olisin kuollut.”*

*” En ole ollut hoidossa, ei ole psykiatrisia sairaaloita, olisin tappanut itseni.”*

#### *Maahanmuuttajien omat tavat käsitellä mielenterveysongelmia*

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin, havainnoivatko he maahanmuuttajien omia tapoja käsitellä mielenterveyttä tai hoitaa itseään ja millaisia havainnot olivat. Puolet hoitohenkilökunnasta vastasi havainneensa ja kuusi niistä liittyi havaintoon, ettei maahanmuuttaja halunnut tai kokenut luontevana puhua itseensä liittyvistä, vaikeista asioista tai ylipäätään elämästään. Maahanmuuttajat olivat tuoneet esiin, ettei ollut hyvä muistella asioita, ”mennyt mikä mennyt”, oli parempi unohtaa ja olla hiljaa. Koettiin, ettei vaikeista asioista saanut puhua tai niitä ajatella. Hoitohenkilökunta arveli, etteivät kaikki maahanmuuttajat olleet tottuneet puhumaan tunteistaan, oltiin kykenemättömiä käsittelemään tunteita ja niiden aiheuttamaa surua, kärsimystä ja itkua hoitotilanteissa. Yksi omahoitaja arvioi, ettei maahanmuuttajalla ollut kykyä terapiatyöskentelyn vaatimaan syvällisyyteen. Maahanmuuttajat kokivat häpeää omasta sairastumisestaan, koska sitä ei hyväksyttäisi kotimaassa. Muina havaintoina tuotiin esiin selvännäkijän ja maanmiesten kanssa käytyjen keskustelujen merkitys, myös uskonnon merkitys tuotiin esiin. Edelleen yksittäisenä huomiona hoitohenkilöstö toi esiin kulttuurisesti erilaisen tavan ”esittää” psyykkisiä oireita, ehkä dramatisoidakin. Auktoriteettiuskaisuutta esiintyi myös, koska omahoitajan uskottiin tietävän, mikä oli parasta potilaalle.

#### *Luottamuksen kokemus hoitosuhteessa*

Maahanmuuttajilta kysyttiin luottamisen helppoutta omahoitajaan ja omahoitajilta vastaavasti luottamusta maahanmuuttajapotilaaseen. Omahoitajista 15 ilmoitti luottavansa maahanmuuttajapotilaaseensa ja viisi ilmoitti, ettei luottanut ollenkaan tai luotti vain jossain määrin. Maahanmuuttajista 16 ilmoitti luottavansa omahoitajaansa ja neljä ilmoitti,

ettei jossain määrin luottanut omahoitajaansa. Yhteensä seitsemässä hoitosuhteessa eli yli kolmanneksessa oli epäluottamusta joko maahanmuuttajan tai omahoitajan taholta. Kahdessa tapauksessa epäluottamus oli molemminpuolista. Seitsemästä hoitosuhteesta, jossa keskinäistä luottamusta ei koettu, kuudessa maahanmuuttajapotilas oli turvapaikanhakija ja yhdessä tapauksessa muu maahanmuuttaja. Kyseisissä tapauksissa omahoitajien ja turvapaikanhakijoiden näkemysten mukaan oli kyseessä vakava tai jokseenkin vakava mielenterveysongelma. Taulukossa 17 on kuvattu luottamukseen vaikuttavia tekijöitä hoitosuhteessa. Sulkumerkeissä on mainittu esimerkki yhdestä kyseiseen luokkaan kuuluneesta vastauksesta.

Lisäksi omahoitajilta ja maahanmuuttajilta kysyttiin arviota omasta toiminnastaan luottamuksen edistämiseksi tai estämiseksi. Kaikki omahoitajat vastasivat toimineensa niin, että heihin oli ollut helppo luottaa. Maahanmuuttajista 12 arvioi toimineensa luottamusta herättävällä tavalla, neljä arvioi toimineensa jossain määrin ja kolme kokonaan epäluottamusta herättävällä tavalla, yksi ei osannut arvioida. Kaksi maahanmuuttajaa, jotka arvioivat toimineensa epäluotettavasti arvioivat syiksi, etteivät he olleet puhuneet avoimesti kaikkea, kolme vastaajaa ei osannut arvioida tarkemmin, yksi arveli unohtevansa asioita ja yksi arvioi käyttäytyneensä kontrolloimattomasti ja luottamusta ei näin ollen päässyt syntymään.

Maahanmuuttajat olivat mieltäneet luottamusta herättäviksi asioiksi hoitosuhteessa samoja asioita kuin heidän omahoitajiansakin: avoimuus, hoitoon sitoutuminen ja hoitoon osallistuminen. Omahoitajat kiinnittivät toiminnassaan huomiota siihen, että olivat avoimia, välittäviä ja kiinnostuneita, mutta samalla johdonmukaisia ja selkeitä.

Taulukko 17. Omahoitajien ja maahanmuuttajien keskinäiseen luottamukseen vaikuttavat tekijät hoitosuhteessa (N=20).

Miksi on helppo luottaa/ omahoitajan näkemys (n=15)	Miksi on helppo luottaa/ maahanmuuttajan näkemys (n=16)	Miksi ei ole helppo luottaa/omahoitajan näkemys (n=5)	Miksi ei ole helppo luottaa/ maahanmuuttajan näkemys (n=4)
1. Avoimuus	1. Helppo puhua asioista, kuuntelee ja ymmärtää	1. Ei pidä kiinni sovituista asioista (vastaanottoajat, osaston säännöt, hoitoon sitoutuminen)	1. Ei ole helppo luottaa, varsinkaan alussa
2. Rehellisyys, aitous, vilpittömyys ("en epäillyt koskaan hoidon tarvettaan")	2. Luotettava ihminen ja ammattilainen, ei kerro asioita muille, vaitiolovelvollisuus	2. Ei kerro kaikkea, valehtelee ja satuilee	2. Viranomaisiin vaikea luottaa, joskin omahoitajaan vähän helpompi luottaa
3. Pitää sovituista asioista kiinni	3. Aito kiinnostus ja halu auttaa	3. Kieltää ongelmat, ei osallistu hoitoonsa; odottaa "valmista"	3. Omahoitaja loukkasi ja syytti
4. Puhuu asioistaan, tunteistaan, kokemuksistaan, vaikeista asioistaan, arvoistaan	4. Hyvä asenne ja persoonallisuus, rauhallisuus, arvostavuus, läheisyys, mukavuus		4. Vain Jumalaan voi luottaa täydellisesti
5. Huomioiminen, välittäminen, kohteliaisuus	5. Hoitaa asioita puolestani		
6. Hoitoon paneutuminen, vaikka potilas ei puhuisi totta/vaikka potilas puhuisi pinnallisesti/vaikka ei haluaisi puhua "kaikkea"			

Luottamusta estäviä tekijöitä kysyttiin myös, mutta niitä oli mainittu vain pari: potilaan oikeuksien unohtaminen ja potilaan kulttuurin tuntemattomuus, mikä omahoitajan mielestä saattoi aiheuttaa maahanmuuttajan puolelta hoidon laiminlyöntiä. Luottamusta edistäviä asioita on kuvattu taulukoissa 18 ja 19.

Taulukko 18. Maahanmuuttajien kuvaamat luottamusta edistävät asiat omassa toiminnassa.

Luottamusta edistävät asiat/ maahanmuuttajat
1. Puhun avoimesti asioistani ("kerron totuuden asioista")
2. Toimin sovitusti (vastaanottoajat, osaston säännöt, lääkityksen ottaminen)
3. Omahoitajan toiminta ("hoitaja on käyttäytynyt hyvin minun kanssani, joten on helppo käyttäytyä hyvin hänen kanssaan")
4. Osallistun hoitooni ja olen läsnä keskusteluissa
5. Olen kokenut hyväksytyksi tulemista, vaikka olen puhunut vaikeista asioista

Taulukko 19. Omahoitajien kuvaamat luottamusta edistävät tekijät omassa toiminnassa.

Luottamusta edistävät asiat/omahoitajat
1. Välitän, kuuntelen, annan aikaani, olen aidosti kiinnostunut
2. Olen avoin, rehellinen ja rauhallinen
3. Olen selkeä ja johdonmukainen, perustelen ja selitän tekemiseni, sanon hyvät ja huonot asiat ja konfrontoin tarvittaessa
4. Keskustelen, ymmärrän ja uskon potilaani tarinan
5. Olen kiinnostunut kulttuureista, tunnen potilaani kulttuuria ja minulla on kokemusta heidän hoitamisestaan
6. Hoidan potilastani tasavertaisesti, en korosta maahanmuuttajuutta liikaa; on "samalla viivalla" muiden potilaiden kanssa
7. Hyväksyn potilaani ja osoitan sen hänelle
8. Yritän löytää yhteisen ymmärryksen ja tarkistan ymmärrykseni
9. Suhtaudun arvostavasti ja kunnioittavasti
10. Hoidan potilaani asioita, järjestän liikuntaa ja ohjelmaa

#### Väärinkäsitykset

Molemmilta osapuolilta kysyttiin väärinkäsityksistä ja loukkaantumisista sekä itsearvioituina että toisen osapuolen kokemina. Maahanmuuttajat eivät nähneet omassa toiminnassaan tai hoitohenkilökunnan toiminnassa juurikaan väärinkäsityksen aiheita. Yksi maahanmuuttaja arvioi oman toimintansa osastolla mahdollisesti aiheuttaneen väärinkäsitystä ja samoin yksi maahanmuuttaja arvioi häntä hoitaneen omahoitajan tulkinteen väärin hänen toimintaansa vastaanotolla. Hoitohenkilökunta näki toiminnassaan jonkin verran mahdollisuuksia väärinkäsityksiin. Seitsemän haasteltavaa arvioi toimintansa tai hoitojärjestelmän aiheuttaneen väärinkäsityksiä. Edelleen omahoitajat arvioivat, että erilaiset rajoittamistilanteet ja säännöt aiheuttivat väärinkäsityksiä ja loukkaantumisista. Maahanmuuttajilla oli odotuksia, että hoitohenkilökunta auttaisi heitä myös muissa asioissa kuten turvapaikkaprosessissa (lausunnot) tai ongelmissa vastaanottokeskuksella,



lääkärintilausuntoon sisältyi odotuksia, jotka eivät täyttyneet eikä asioiden etenemisnopeus ollut tyydyttävä. Hoitotoimenpiteistä oli myös erimielisyyksiä. Kielestä aiheutuneita väärinkäsityksiä kuvattiin ja arveltiin, etteivät kaikki väärinkäsitykset tulleet edes tietoon. Yksi omahoitaja koki tullessa loukatuksi, kun maahanmuuttajapotilas toistuvasti laiminlöi sopimuksia ja hoitoa.

#### *Tulkaaminen ja nonverbaaliset viestit*

Haastattelussa kysyttiin, millaisia toiveita maahanmuuttaja oli esittänyt tulkaamiseen liittyen ja millaisia nonverbaalisia viestejä osapuolet olivat toistensa toiminnassa havainneet. Maahanmuuttajat olivat esittäneet toiveita tulkeista ja lähes puolet haastatelluista omahoitajista oli neuvotellut tulkaamiseen liittyvistä asioista potilaansa kanssa. Kaksi maahanmuuttajaa oli esittänyt toivetta eri tulkista, jota oli käytetty, muutoin maahanmuuttajat olivat saaneet toiveensa mukaisen tulkin, yleisin toive oli sama tulkki joka tulkkauskeralla. Kaksi maahanmuuttajaa oli tuonut esiin toiveen murteen huomioimisesta tulkkia pyydettyä ja tämä toive oli toteutunut. Molemmat osapuolet toivat esiin vaikeutta, kun ei ollut yhteistä kieltä, maahanmuuttajat kokivat vaikeana, kun suomea ei ymmärretty ja ”joutui” käyttämään tulkkia. Maahanmuuttajista muutama toi esiin, etteivät ymmärtäneet kaikkea mitä heille puhuttiin, varsinkaan kun puhuttiin nopeasti. Nonverbaalisesta viestinnästä hoitohenkilökunta toi esiin seuraavia yksittäisiä asioita kuten

- *käytän käsiäni enemmän*
- *puhun yksinkertaisempaa kieltä*
- *puhun kovemmalla äänellä*
- *puhun nopeasti, minua on ehkä vaikea ymmärtää*

Maahanmuuttajista oli tehty seuraavia havaintoja nonverbaaliseen viestintään liittyen

- *katsoo maahan*
- *ei saa katsekontaktia*
- *maahanmuuttajan käyttäytyminen epätoivoisena sellaista, etten ymmärrä*
- *äänepainot ja liikehdintä vaikeasti tulkittavaa*

### *Perheiden tapaaminen ja verkostotyö*

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin, olivatko he neuvotelleet maahanmuuttajan perheenjäsenten tai yhteisön muun jäsenen kanssa potilaan tilanteesta ja jos eivät olleet neuvotelleet, kysyttiin syytä siihen. Suurin osa vastaajista ei ollut neuvotellut perheenjäsenten kanssa. Syynä oli se, ettei perheenjäseniä ollut paikalla. Kaksi maahanmuuttajaa oli ilmaissut, etteivät he halunneet neuvotteluja perheenjäsentensä kanssa ja kaksi omaista oli ilmaissut, etteivät he näe tarvetta tapaamiseen. Yhdessä tapauksessa omahoitaja arvioi, ettei hoito vielä ollut edennyt siihen pisteeseen, että perhettä olisi tavattu. Kuudessa tapauksessa perheenjäseniä (aviopuoliso, äiti, vanhemmat, lapset) oli tavattu, yhdessä tapauksessa oli tavattu maahanmuuttajan ystävää. Verkostotapaamisia ja yhteydenottoja muihin maahanmuuttajan hoitotahoihin, viranomaisiin ja vastaanottokeskuksen henkilökuntaan (sosiaalityöntekijä, lääkäri, terveydenhoitaja, ohjaajat) oli tehty lähes jokaisella hoitokerralla.

### *Muita huomioita hoidosta*

Maahanmuuttajat tyytyväinen potilasjoukko

Haastattelun lopussa sai vapaasti esittää kommentteja hoidosta. Lähes kaikki maahanmuuttajat kommentoivat tyytyväisyyttään hoitoon ja oman tilanteensa korjaantumiseen. Hoitoa kiiteltiin. Parissa tapauksessa kritisoi lääkäriä, koska lääkäri ei ollut ymmärtänyt riittävästi. Hoitajan vaihdos oli yhdessä tapauksessa vaikeuttanut hoitoa ja yhdessä tapauksessa lääkärin vaihdos oli parantanut tilannetta. Muutamat olivat kommentoineet keskustelun ja lääkityksen auttaneen.

Hoitohenkilöstö - haasteellista työtä

Omahoitajat toivat eniten esiin tiedon puutettaan muun muassa eri kulttuureista, uskonnoista, turvapaikkaprosessista ja vastaanottokeskuksen toiminnasta. Koulutusta toivottiin ja traumakoulutuksen uskottiin auttavan varsinkin turvapaikanhakijoiden hoitamisessa. Maahanmuuttajataustaisia asiakkaita nähtiin tulevan hoitoon koko ajan enemmän ja kohtaamisiin kaivattiin kulttuurista osaamista. Kieliongelma koettiin suurimmaksi. Peruskoulutuksen koettiin antavan vähän eväitä kulttuuristen seikkojen huomioimiseen hoidossa. Eräs haastatelluista toi esiin, että paras keino selviytyä on

keskustella työstään toisten samaa työtä tekevien kanssa, myös oman kokemuksen karttumisen ja kantapään kautta oppimisen myötä tuli varmuutta kohtaamiseen. Oman työn rajaaminen nähtiin myös tärkeänä, koska kaikkiin turvapaikanhakijoiden ongelmiin ei voitu vastata. Maahanmuuttajapotilaista turvapaikanhakijat koettiin haasteellisina ja voimaa vievinä. Oli vaikeaa myöntää, ettei voitu auttaa enempää, koska tilanteet olivat niin toivottomia ja lohduttomia.

Joissakin tapauksissa hoitajat toivat esiin, että maahanmuuttajien hoitaminen kasaantui tietyille hoitajille eivätkä kaikki hoitajat ottaneet mielellään maahanmuuttajia omiksi hoitosuhdepotilaikseen: maahanmuuttajat eivät olleet ”suosikkipotilaita”.

Kielitaitoisuuden katsottiin jonkun verran määrittävän maahanmuuttajapotilaiden omahoitajaksi valikoitumista. Myös tuotiin esiin, että varsinkin turvapaikanhakijoiden kohdalla työyhteisössä saattoi esiintyä hoidon tarpeen kyseenalaistamista ja väheksyntää, jolloin omahoitajat joutuivat ”puolustamaan” potilaidensa oikeutta hoitoon.

Haastatelluista yksi toi selkeästi esiin haluavansa mielellään työskennellä maahanmuuttajataustaisten potilaiden kanssa.

### **5.2.5 Haastattelupäiväkirjan merkintöjä**

Tutkija kirjoitti päiväkirjaa haastatellessaan psykiatrisessa hoidossa olleita maahanmuuttajia ja heidän omahoitajiaan tai terapeuttejaan vuosina 2005-2006.

Päiväkirjaa kertyi yhteensä 30 käsinkirjoitettua sivua. Päiväkirjassa on kuvattu tunnelmia haastattelujen jälkeen, haasteltavien esiin tuomia huomioita sekä haastattelujen järjestämiseen ja sujumiseen liittyviä kokemuksia.

Päiväkirjamerkintöjen mukaan yleisimpänä tunnelmana haastatteluista jäi, että haastattelut olivat onnistuneet. Tutkijan kannalta oli erittäin mieltä lämmittävää, että työyksiköissä hoidettiin tunnollisesti toive ilmoittaa maahanmuuttajataustaisista asiakkaista ja heidän halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Lisäksi onnistumisen kokemukseen vaikutti se, että niin maahanmuuttajat kuin hoitohenkilökunta olivat motivoituneita osallistumaan haastatteluun ja hoitohenkilöstö oli varannut aikaa haastatteluun kiireiseltä työltään.

Kysymyksiin paneuduttiin ja vastauksia mietittiin perusteellisesti. Hoitohenkilöstön ”paneutuva ote” oli usein mainittu jälkitunnelma haastattelusta.

Hoitohenkilökunnalla oli tarvetta puhua maahanmuuttajien hoitamiseen liittyvistä haasteista laajemmin kuin strukturoitu kysely antoi mahdollisuutta. Avoimille kysymyksille ja vapaalle kerronnalle olisi ollut enemmän tarvetta. Tutkija kirjasi ylös hoitajien esiin tuomia asioita ja niitä on esitetty tässä ja tutkimuksen avoimen aineiston osuudessa.

Maahanmuuttajan statuksella (turvapaikanhakija, pakolainen, muu maahanmuuttaja) on vaikutusta. Turvapaikanhakijat olivat mielenterveydeltään järkkyneempiä ja puhumisen tarvetta oli enemmän. Turvapaikanhakijoiden epätoivoinen elämäntilanne näkyi haastattelutilanteissa muun muassa toiveena, että tutkija voisi jotenkin auttaa haastateltavaa turvapaikkaprosessissa. Turvapaikanhakijoiden haastattelut kestivät pidempään, koska lähes aina tarvittiin tulkki ja kysymyksiä jouduttiin selventämään enemmän. Mielenterveydellisistä ongelmista kärsivien turvapaikanhakijoiden kohdalla haastatteluun oli varattava aikaa, sensitiivisyyttä ja joustavuutta. Kahden haastateltavan kohdalla haastattelua jatkettiin toisella kertaa. Turvapaikanhakijoiden kohdalla haastattelut kestivät kauemmin, koska puhumisen tarvetta oli paljon kuten merkintä ”*haastateltava puhui vuolaasti ongelmistaan eikä haastattelu edennyt...*” osoittaa.

Haastattelut olisi helpompi tehdä ilman tulkkia, kuten päiväkirjassa todetaan: ”*suora yhteys olisi niin paljon helpompi ja nopeampi*”. Haastattelun päätyttyä tutkijalla oli tunne tulkista ja tulkkauksen onnistumisesta, ”hyvä tulkki” - toteamus kuvastaa asian yksinkertaistettuna. Suorassa kontaktissa, suomeksi tai englanniksi, tehdyt haastattelut olivat tutkijalle teknisesti ja henkisesti helpompia, kun oli enemmän varmuutta siitä, että asiat ymmärrettiin samalla tavalla.

Päiväkirjamerkintöjen mukaan ensimmäisissä haastatteluissa tutkijalla oli epävarmuutta haastattelujen onnistumisesta, lähinnä kyselylomakkeen toimivuudesta. Arvelu ”*miten tästä selviän?*” kuvaa tunnelmia. Ensimmäisten haastattelujen ja työn ohjaustilanteiden

jälkeen joitakin kysymyksiä päädyttiinkin yksinkertaistamaan tai jättämään kokonaan pois. Viimeisimpien haastattelujen kohdalta löytyy jo maininta ”*tunnelma alkaa olla vapautuneempi, kun haastattelut alkavat olla kasassa*”.

Haastattelujen etukäteisjärjestelyt kuuluivat työyksiköille ja ne oli hoidettu hyvin, erityisesti vastaanottokeskuksen terveydenhoitajan järjestelyt haastattelutilan, tulkin ja jopa virkistystuokioiden osalta olivat moitteettomia. Haastattelujen peruutuksia tai haastatteluista myöhästymisiä oli vähän. Päiväkirjamerkinnöissä oli tuotu esiin, että hyvät järjestelyt ja onnistunut haastattelu paransivat myös tutkijan työmotivaatiota.

Tutkijan yksinäistä arkea kuvaavat päiväkirjamerkinnät kuten ”*olisi niin mukava, jos joku olisi perillä näistä asioista ja voisi reflektoida*” ja ”*kukaan ei voi tietää tunnelmiani välillä*”. Mielenterveyteen liittyvässä haastattelussa tulee esiin vaikeita asioita, joita ei voi jakaa kenenkään kanssa ja ne jäävät vain tutkijan ja haastateltavan välisiksi kokemuksi. Turvapaikanhakijoiden lohdutonta tilannetta kuvaa erään haastateltavan toteamus, ettei häntä voi kukaan auttaa ja ymmärtää, kun ei ole kokenut samaa. Tutkijalla ei ollut etukäteistietoa haastateltavistaan eikä mahdollisuutta vaikuttaa ajankohtaisesti haastateltavien asioihin, oli vain haastatteluhetki. Tutkijan kannalta haastattelujen sisällöllisen raskauden käsittelyä helpotti huomattavasti pitkä työkokemus psykiatriassa ja työ maahanmuuttajien parissa.

## **6. Tutkimustulosten tarkastelua**

Tarkasteltuna sekä Giger ja Davidhizarin transkulttuurisen tarpeenmäärittelymallin että transnationaalisen osaamisen kautta suomalaisella terveydenhuoltohenkilöstöllä on vielä opittavaa maahanmuuttajien kohtaamisessa ja yhteiseen hoitotähtämukseen pääsemisessä. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön näkemykset toistensa osaamisesta olivat usein epäyhtenevät. Transnationaalinen osaaminen oli yhteydessä yhteiseen hoitotähtämukseen joidenkin hoitoon liittyvien dimensioiden osalta. Tutkimustulosten tarkastelussa kuvataan ensin hoidon peruslähtökohtina asenteita ja luottamusta ja sen jälkeen yhtenevää hoitotähtämystä, hoitoon sitoutumista, hoitokäytäntöjä ja mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyviä asioita. Lopuksi tarkastellaan transnationaalisen osaamisen osa-alueita ja ammatillista osaamista. Yhteenveto tutkimustuloksista on taulukossa 21.

### *Asenteet*

Suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön asenteellisuudesta (Taavela 1999, Hassinen-Ali-Azzani 2002, Pitkänen 2006) ja etnosentrisyydestä (Silvennoinen 2000: 64) on tutkimustuloksia. Tässä tutkimuksessa ”avointa” asenteellisuutta kysyttiin väittämällä maahanmuuttajapotilaiden terveyden yhtäläisestä tärkeydestä suomalaisiin potilaisiin nähden, ja psykiatrinen hoitohenkilöstö oli väittämän suhteen vahvasti eri mieltä. Aiemmassa haastattelututkimuksessa hoitohenkilökunnan asenteissa samaan väittämään todettiin eroja suhtautumisessa pysyvästi Suomessa asuviin ja turvapaikanhakijoihin: turvapaikanhakijoiden kohdalla vahvasti eri mieltä vastauksia oli vain 59 % (Koehn 2006a: 36). Potilasasiakirja-analyyssissa, haastattelutulosten avoimissa kysymyksissä ja päiväkirjamerkinnoissa tuli esiin, että maahanmuuttajapotilaiden omahoitajat valikoituivat. Koska kaikki hoitajat eivät halunneet mielellään hoitaa maahanmuuttajataustaisia potilaita, omahoitajuus keskittyi niille, joilla oli muun muassa kielitaitoa, vaikkei yhteisesti puhuttua kieltä potilaan kanssa olisi ollutkaan. Psykiatrisen hoitohenkilökunnan hyvän transnationaalisen tason saavuttaneet puhuivat jotakin vierasta kieltä jonkun verran tai hyvin. Maahanmuuttajien omahoitajista muutama sanoi hoitavansa mielellään eri

kulttuureista tulevia potilaita, ja muissakin tutkimuksissa on tullut esiin työn myönteinen haasteellisuus (Ikonen 1999, Tuokko 2007).

Etnosentrisyyttä *voisi* edustaa hoitohenkilökunnan kielteinen näkemys maahanmuuttajien oman kulttuurin tavoista hoitaa psyykkisiä sairauksia. Suomessa hoidon nähtiin olevan parempaa. Toisaalta maahanmuuttajat itse olivat samaa mieltä, ettei omassa kotimaassa ollut juuri hoitoa tarjolla eikä siihen luotettu. Monien maahanmuuttajien ja erityisesti turvapaikanhakijoiden taustat olivat vaikeita ja kotimaasta lähtöön liittyi ihmisen psyykeä traumatisoivia syitä (myös Alitolppa-Niitamo 1993, Brody 1994, Marsella ym. 1994, Punamäki ja Bremer 1995, Johansson 1997). Näillä kokemuksilla oli todennäköisesti vaikutusta, kun maahanmuuttaja arvioi oman maansa hoitokäytäntöjä ja -kulttuuria. Omahoitaja joutui kohtaamaan potilaansa kautta samoja vaikeita asioita, jotka todennäköisesti vaikuttivat omahoitajan käsityksiin maahanmuuttajan kotimaan oloista (myös Salmi 2002: 3502).

Potilasasiakirja-analyyseissa tuli esiin, kuten myös aiemmissa kotimaisissa tutkimuksissa (Silvennoinen 2000, Huttunen 2006), että maahanmuuttajapotilaan kulttuurinen huomiointi hoidossa riippui hyvin paljon yksittäisten hoitotyöntekijöiden yksilöllisistä ominaisuuksista. Työyhteisön työntekijöillä ei näyttäisi olevan ”tasaista” osaamisen profiilia maahanmuuttajien hoitamisessa, mutta lieneekö muidenkaan potilaiden kohdalla?

### *Luottamus*

Psykiatrisista omahoitajista reilu kolmannes koki, ettei kyennyt vastaamaan maahanmuuttajapotilaidensa hoidon tarpeisiin. Vaikeuksina nähtiin kyvyttömyys auttaa maahanmuuttajaa tämän ongelmissa ja hoitosuhteessa vallitseva epäluottamus. Psykiatrisessa hoitosuhteessa luottamus on tärkeä hoidon elementti (Ahlfors ym. 1992: 54) ja auttamissuhteessa luottamus tuo uskoa potilaan selviytymiseen (Latvala ym. 1995: 36). Tutkimuksessa tuli esiin, että kolmanneksessa hoitosuhteista esiintyi epäluottamusta. Luottamuksen syntymiseen vaikuttavista tekijöistä ja luottamusta estävistä tekijöistä oli molemmilla osapuolilla lähes yhtenevä näkemys, joten mahdollisuudet asian korjaamiseen

ovat olemassa. Turvapaikanhakijat havaitsivat herkästi heihin kohdistuvan ”epäluulon ja ylenkatseen” (Halla 2007: 473). Myös potilaan välittämällä epäluottamuksella on kielteinen vaikutus hoitohenkilöstön suhtautumiseen ja annettuun hoitoon (Smedley ym. 2003: 12), joten työskentely maahanmuuttajien kanssa vaatii omien asenteiden tiukkaa tarkastelua. Toisaalta omahoitajat kuten myös turvapaikanhakijat toivat esiin, että oli tilanteita, joissa mikään hoito tai hoitotaho ei olisi voinut auttaa. Tutkimukseen osallistuneiden maahanmuuttajien elämäntilanteet olivat hyvin erilaisia ja he olivat hoidossaan eri vaiheissa, joten silläkin saattoi olla vaikutusta luottamuksen kokemiseen. Hoitosuhteissa, joissa hoitohenkilökunnan transnationaalisen osaamisen taso oli korkea, maahanmuuttajilla oli luottamusta ja uskoa omahoitajan antaman hoidon tuloksiin tulevaisuudessa.

#### *Yhtenevä näkemys*

Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltohenkilöstö toi esiin saaneensa vähän koulutusta kulttuuriin liittyvien seikkojen huomioimisesta hoidossa kuten myös monissa aiemmissa tutkimuksissa Suomessa on todettu (Purokoski 1993, Kohonen 1996, Hirstiö-Snellman ja Mäkelä 1998, Ikonen 1999, Taavela 1999, Virkki 1999, Silvennoinen 2000, Hassinen-Ali-Azzani 2002, Pitkänen 2006, Huttunen 2006, Tuokko 2007, Pirinen 2008). Kun koulutusta ei ole ollut, työkokemuksesta on koettu olleen apua työssä maahanmuuttajien kanssa (Ikonen 1999, Silvennoinen 2000). Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan lisäkoulutuksella ei aina ollut merkitystä, varsinkaan lääkäreiden kohdalla, yhtenevän hoitonäkemyksen saavuttamisessa tiettyjen hoitoon liittyvien dimensioiden kohdalla. Tulosten mukaan maahanmuuttajilla ja terveydenhuoltohenkilöstöllä ei useinkaan ollut yhtenevää näkemystä maahanmuuttajan senhetkisestä tai muuttoa edeltäneestä terveydentilasta, hoidon syistä, sairauden taustalla vaikuttaneista tekijöistä, hoitotytyväisyydestä, hoitoon sitoutumisesta, luottamuksesta hoitoon, itsehoitokyvystään, sinnikkydestään tai tulevaisuuden näkemyksistään hoidon suhteen. Hangen (1995: 88) mukaan lääkäreiden ja maahanmuuttajien näkemykset eivät useinkaan kohtaa vastaanotoilla, koska lääkärit eivät niitä kysy eivätkä potilaat tuo näkemyksiään aktiivisesti esille. Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajien näkemyksiä joko yli- tai aliarvioitiin, joten



”maahanmuuttajan ääni” jäi usein kuulumatta (myös Barron ym. 2004, Koehn 2005b, Smedley ym. 2003: 12, Järvinen 2004: 161) ja maahanmuuttajan todelliset näkemykset huomioimatta. Suomessa asuvat maahanmuuttajat ovat tuoneet esiin hoitotyytyväisyyttään, mutta myös tyytymättömyyttään (Taavela 1999, Virkki 1999, Hassinen-Ali-Azzani 2002). Tässä tutkimuksessa sekä hoitajat että lääkärit selkeästi yliarvioivat maahanmuuttajapotilaidensa hoitotyytyväisyyttä. Lääkärin hyvällä transnationaalisella osaamisella on todettu olevan selkeästi vaikutusta maahanmuuttajien hoitotyytyväisyyteen ja hoitoluottamukseen (Koehn 2006a). Myös maahanmuuttajien hyvän transnationaalisen tason ja koulutustaustan on todettu vaikuttavan positiivisesti hoitotyytyväisyyteen (Koehn 2005a: 68). Molempien osapuolten yhtenevä näkemys psyykkisen ongelman vakavuudesta oli yhteydessä psykiatrisen hoitohenkilökunnan hyvään transnationaaliseen osaamiseen.

#### *Hoitoon sitoutuminen ja hoitokäytännöt*

Hyvän hoitoon sitoutumisen nähdään liittyvän muun muassa potilaan aktiiviseen rooliin (Barron ym. 2004: 331-332). Tässä tutkimuksessa hoitoon sitoutumista arvioitiin lääke-, ruoka- ja nestehoidon ohjeiden ja sovittujen vastaanottoaikojen noudattamisen perusteella. Molemmissa haastattelututkimuksessa terveydenhuoltohenkilöstö selkeästi aliarvioi maahanmuuttajien lääke- ja ruokaohjeiden noudattamista, mutta vastaanottoaikojen kohdalla näkemys oli yhtenevä. Degnin (2004) tutkimuksessa suomalainen hoitohenkilöstö toi esiin tyytymättömyyttään siitä, etteivät somalalaiset noudattaneet sovittuja vastaanottoaikoja.

Tässä tutkimuksessa kulttuurisella lisäkoulutuksella oli positiivinen vaikutus tiettyjen hoitoon liittyvien asioiden kohdalla. Sairaanhoidtajien lisäkoulutuksella oli vaikutusta yhtenevän hoitonäkemyksen muodostumisessa liittyen maahanmuuttajan hoitotyytyväisyyteen, oman kulttuurin hoitokäytäntöjen arvostamiseen, länsimaisen lääketieteen ja oman kulttuurin hoitomuotojen yhdistelemiseen, maahanmuuttajien itsehoitokykyyn, lääkeshoidon noudattamiseen ja luottamukseen eri hoitomuodoista tulevaisuudessa. Molemmissa haastattelututkimuksissa maahanmuuttajat arvostivat vahvasti saamaansa länsimaisen lääketieteen apua (myös Koehn ja Tiilikainen 2007: 6),

joskin ensimmäisessä haastattelututkimuksessa lähes puolet ja toisessa haastattelussa 42 % ilmaisi käyttävänsä myös ei-lääketieteellisiä hoitokeinoja ja näiden molempien yhdistelmiä. Suurin osa terveydenhuoltohenkilöstöstä ei ollut tietoinen maahanmuuttajien käyttämistä erilaisista hoitokäytännöistä ja niiden yhdistelemisestä (myös Barron ym. 2004: 336, Kallakorpi 2004, Koehn ja Tiilikainen 2007: 7). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan maahanmuuttajat näkivät länsimaisen lääketieteen ja oman kulttuurinsa mukaisen hoidon poissulkevinä, koska ne, jotka luottivat lääkäriin ja lääkkeisiin eivät vastaavasti luottaneet niin vahvasti oman kulttuurinsa hoitoihin.

Hoitohenkilöstön korkean transnationaalisen tason todettiin olevan yhteydessä yhteisen näkemyksen löytymiseen turvapaikanhakijoiden terveydentilasta ja hoitoon hakeutumisen syistä molemmissa haastattelututkimuksissa (Koehn 2005b, Sainola-Rodriguez 2005).

#### *Mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoitaminen*

Tässä tutkimuksessa lääkärit eivät systemaattisesti tunnistaaneet maahanmuuttajien masennusta tai PTSD:ta (posttraumaattinen stressireaktio) perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Lääkärit osasivat arvioida ennen Suomeen tuloa vaikuttaneiden asioiden merkityksen mielenterveysongelmien taustalla, mutta eivät Suomessa koettujen asioiden merkitystä. Saattaa olla, että turvapaikanhakijoiden kohdalla kotimaan traumaattiset tapahtumat ovat terveydenhuoltohenkilöstön tiedossa, mutta Suomessa koettu ulkopuolisuus, syrjintä ja jopa rasismi ei ole niin tiedostettua. Turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmien tunnistaminen ja taustalla vaikuttavien lähtömaassa tapahtuneiden seikkojen huomioiminen on systemaattisempaa terveydenhuoltohenkilöstöllä, joilla on korkea transnationaalisen osaamisen taso (Koehn 2005a: 63). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon omahoitajilla sen sijaan oli melko yhtenevä näkemys maahanmuuttajan mielenterveysongelmista ja mielenterveyden taustalla vaikuttaneista tekijöistä, joskin näkemys psyykkisen tilan vakavuudesta vaihteli. Niillä psykiatrisilla omahoitajilla ja maahanmuuttajilla, joilla oli korkea transnationaalisen osaamisen taso, oli yhtenevä näkemys psyykkisen tilan vakavuudesta.

Tässä tutkimuksessa nousi esiin muutamia seikkoja maahanmuuttajien tavassa käsitellä mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Puolet psykiatrisesta hoitohenkilökunnasta katsoi huomioivansa maahanmuuttajien omaan kulttuuriin kuuluvia tapoja käsitellä mielenterveydensä hoitoa. Huomiointi liittyi pääsääntöisesti havaintoon, etteivät maahanmuuttajat olleet valmiita puhumaan omista menneisyyteen liittyvistä, vaikeista asioistaan, eivät osanneet käsitellä tunteisiinsa liittyviä asioita tai toivat oireensa esiin totutusta poikkeavalla tavalla (myös Hirstiö-Snellman ja Mäkelä 1998, Burnett ja Peel 2001: 545, Meadows ym. 2001: 1451, Michaelson ym. 2004). Maahanmuuttajat kokivat, että on parempi vaieta ja olla muistelematta vaikeita asioita. Psykiatriset omahoitajat tulkitsivat tämän jossain tapauksissa niin, että maahanmuuttajat olivat kykenemättömiä puhumaan tunteistaan eikä terapeuttille työskentelylle näin ollen ollut edellytyksiä.

Kulttuuriset erot voivat vaikeuttaa tai rajoittaa terapeutista työskentelyä ja horjuttaa luottamusta (Tripp-Reimer ja Lively 1993: 170), joten hoitosuhteessa eteneminen vaatii omahoitajalta tilanneherkkyyttä, sensitiivisyyttä ja vaihtoehtoisia tapoja hoitaa, *integroituja* hoitomenetelmiä, joissa yhdistetään traditionaalisia ja länsimaisia hoitomenetelmiä (Chevannes 2002, Narayanasamy 2003). Tässä tutkimuksessa osa maahanmuuttajista kuvasi oman maansa psykiatrisen hoidon käytäntöjä rajoittuneina ja puutteellisina: ei ollut psykiatrisen hoitamisen käytäntöä, ei keskusteluapua, suku ja ystävät toimivat apuna tai sitten ei ollut mitään. Terapeutin keskustelun perinne ei ole tuttu kaikissa kulttuureissa (Charpentier 2005: 338) ja hoidolta saatetaan odottaa konkreettisia neuvoja siitä, kuinka ongelmatilanteista selvittää (myös Kallakorpi 2004, Rauta 2005: 30). Tämän tutkimuksen potilasasiakirja-analyysin mukaan kulttuurinen huomiointi rajoittui ruokavalion, uskonnon ja kielitaidon huomioimiseen (myös Chevannes 2002: 294, Narayanasamy 2003: 188-189).

Tässä tutkimuksessa psykiatristen omahoitajien toteamukset, että omahoitaja joutui joskus perustelemaan maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoitoa, saattoi osoittaa, ettei vielä tiedetä, miten maahanmuuttajapotilaisiin ja heidän hoidon tarpeisiinsa pitäisi suhtautua. Tässä voisi olla mahdollisuus sairaanhoitajan roolille toimia potilaansa edustajana (patient advocacy) ja potilaan oikeuksien ja tasa-arvoisen hoidon edistäjänä (Clarke 2003, Procter

2006: 47, myös Hassinen-Ali-Azzani 2002: 237). Edustajana toimiminen on haastavaa, koska siinä joutuu kyseenalaistamaan käytäntöjä ja punnitsemaan hoitotyön arvo- ja asenneperustaa ja kohtaamaan muun henkilöstön vastustusta (Turtiainen 1995: 50).

### *Transnationaalisen osaamisen alueet*

Hoitohenkilökunnan ja maahanmuuttajien transnationaalisen osaamisen tasossa itsearvioituna oli tilastollisesti merkitseviä eroja muiden osa-alueiden (analyttinen, viestinnällinen ja luova) paitsi emotionaalisen osa-alueen kohdalla. Myös *keskinäisessä* arvioissa toiminnallisen osaamisen osa-alueella oli tilastollisesti merkittävä ero. Maahanmuuttajien kohdalla toiminnalliseen osaamiseen liittyvä oma aktiivisuus ja osallisuus hoidossa ovat keskeisiä asioita ja näissä asioissa maahanmuuttajat kokivat olevansa heikosti varustettuja. He eivät nähneet itseään aktiivisina hoitoon osallistujina, kyselijöinä tai kyseenalaistajina eivätkä osanneet ehdottaa vaihtoehtoisia hoito- tai selviytymiskeinoja. Hoitohenkilöstö koki tarjoavansa mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa hoitoon, mutta maahanmuuttajat itse eivät tulosten mukaan niin kokeneet tai eivät osanneet hyödyntää länsimaista tapaa osallistua hoitoonsa.

Edelleen sekä maahanmuuttajat että hoitohenkilökunta arvioi luovan osaamisen osa-alueen huonoksi eikä kohtaamisissa ollut innovatiivisuutta. Tulos oli yhtenevä aiemman haastattelututkimuksen kanssa (Koehn 2006a: 34). Kun maahanmuuttajilta toivotaan, jopa edellytetään, aktiivista osallistumista ja osallisuutta omaan elämäänsä Suomessa (Suurpää 2002), on tärkeä huomioida kunkin maahanmuuttajan ajankohtainen tilanne ja todelliset mahdollisuudet vaikuttaa elämäänsä. Kaikilla ei ehkä ole kapasiteettia olla aktiivisia ja aloitteellisia (myös Metsänen 1994, Hanki 1995, Kallakorpi 2004). Ja miten hyvin mahdollistetaan edellytyksiä olla aktiivinen, aloitteellinen ja luova oman elämänsä ja terveytensä hallinnassa tämän päivän Suomessa? Ammattitaitoiselta psykiatriselta (Lindström 1988: 35 ja 78, Sarvimäki ja Stenbock-Hult 1992) ja transkulttuuriselta (Leininger 1995b: 6) sairaanhoitajalta edellytetään luovuutta. Kannustetaanko hoitohenkilökuntaa koulutuksessa tai työssä *oikeasti* luoviin ratkaisuihin tai erilaisten hoitokäytäntöjen pohdintaan?

Terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien itsearvioitu osaaminen maahanmuuttajan terveystilanteessa vaikuttavista tekijöistä oli myös merkittävästi erilainen. Maahanmuuttajien näkemys länsimaisista hoitokäytännöistä ja tilanteeseensa vaikuttavista tekijöistä uudessa kotimaassa oli parempi kuin hoitohenkilökunnan käsitys maahanmuuttajien kotimaan käytännöistä ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Tulos on looginen, koska maahanmuuttajat ovat joutuneet tutustumaan uuden kotimaansa hoitokäytäntöihin hakiessaan apua. Tutkimukseen osallistunut terveydenhuoltohenkilöstö on kohdannut maahanmuuttajia asiakkaina/ potilaina vielä kovin satunnaisesti eivätkä eri kulttuurit tai niiden hoitokäytännöt ole vielä tuttuja.

Psykiatriset omahoitajat luottivat viestinnälliseen osaamiseensa kohtaamisissa maahanmuuttajien kanssa ja arvioivat sen parhaimmin toteutuneeksi osa-alueekseen ja se oli osittain yhtenevä aiemman tutkimuksen kanssa (Koehn 2006a: 17). Tutkimusten mukaan kohtaamisiin maahanmuuttajien kanssa liittyy usein viestintä- ja ymmärtämisongelmia ja yhteisellä kielellä on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (Smedley ym. 2003, Barron ym. 2004: 333). Viestin oikea ymmärtäminen on erityisen tärkeää psykiatriassa ja tämä onnistuu vain asiakkaan äidinkielellä ja/tai ammattitaitoista tulkkia käyttämällä (Struwe 1994: 314, myös Campinha-Bacote 2002: 182 ). Mielenterveystyössä toimiville tulkeille on ehdotettu ammattipätevyysvaatimuksia (Rauta 2005: 89).

Tässä tutkimuksessa psykiatrisen hoitohenkilöstö oli käyttänyt tulkkia ja neuvotellut tulkin käytöstä ja tulkin kielitaidosta potilaansa kanssa. Tulkin valikoitumiseen on syytä edelleen kiinnittää huomiota, sillä tämän tutkimuksen tulosten mukaan osa maahanmuuttajista toi esiin haluaan vaikuttaa tulkin valintaan ja toisaalta oli tapauksia, ettei maahanmuuttaja olisi halunnut tulkkia, vaikka se oli terveydenhuoltohenkilöstön mukaan tarpeellista. Lisäksi on muistettava, että viestinnällinen osaaminen sisältää muutakin kuin tulkin järjestämistä. Maahanmuuttajat arvioivat psykiatrisen hoitohenkilökunnan viestinnällisen osa-alueen huomattavasti huonommaksi kuin henkilökunta itse. Tutkimukseen osallistuneista maahanmuuttajista vain seitsemän ilmaisi puhuvansa suomea hyvin (pysyvästi Suomessa asuvia maahanmuuttajia), joten suurimmalla osalla tutkimukseen

osallistuneista omahoitaja-maahanmuuttajapareista ei ollut yhteistä kieltä. Psykiatrisessa hoidossa olleilla maahanmuuttajilla, jotka osasivat suomea hyvin tai jonkin verran, oli tässä tutkimuksessa korkea transnationaalinen taso. Kallakorven (2004) mukaan suomen kielen taidolla oli vaikutusta albaanipakolaisten selviytymiseen. Albaanipakolaisten heikko koulutustausta ja suomenkielen taitamattomuus olivat yhteydessä huonoon psyykkiseen vointiin.

Muista kulttuureista tulleiden katsotaan lukevan nonverbaalisia viestejä paremmin kuin länsimaalaisten, ja viestien tulkinnan katsotaan olevan erityisen merkittävää psykiatrisessa hoidossa (Sue ja Sue 1999: 42). Tässä tutkimuksessa psykiatriseen hoitoon tulleet maahanmuuttajat eivät juuri tuoneet esiin huomioita hoitajien tai omistakaan nonverbaalisista viesteistä. Potilasasiakirjojen kirjaamisissa ei ollut yhtään mainintaa nonverbaalisista viesteistä, mutta haastattelututkimuksessa hoitohenkilökunta arvioi omassa viestinnässään olevan jonkun verran eroja (käsien käyttö puhuttaessa, yksinkertaistettu kieli) toimittaessa maahanmuuttajien kanssa.

Tässä tutkimuksessa psykiatrisessa hoidossa olleiden maahanmuuttajien kohdalla perheitä tavattiin vähän. Syiksi mainittiin, ettei perheitä tai omaisia ollut tai etteivät potilaat halunneet tavata perheenjäseniään tai perheenjäsenet eivät halunneet tulla tapaamisiin. Joissakin tapauksessa myöskään hoitohenkilökunta ei nähnyt tarpeelliseksi tavata perheenjäseniä. Laajempaa maahanmuuttajan yhteisöä ei käytetty hoidossa apuna ja psykiatriassa siihen liittyikin tiettyjä varauksia. Tutkimuksissa on tullut esiin monien maahanmuuttajaryhmien kokemaa häpeää psyykkisestä sairastumisesta ja psyykkisen sairauden leimaavuudesta. Leimautuminen psyykkisen sairauden vuoksi perheen ja yhteisön silmissä on suuri huolenaihe ja se tuli esiin tässä tutkimuksessa kuten myös aiemmissa tutkimuksissa (McCabe ja Proebe 2004, Conrad ja Pacquiao 2005, Steel ym. 2005), joten oman etnisen ryhmän edustajaa saatetaan aristella psyykkisen sairastumisen kohdalla. Moniammatillista yhteistyötä ilmaistiin tehtävän paljon ja sen onkin katsottu olevan erityisen tärkeää maahanmuuttajatyössä (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 237, Procter 2006: 17).

### *Ammatillinen osaaminen*

Ammatillisen osaamisen kehittymisen näkökulmasta tutkimustulokset olivat orastavia. Tulosten mukaan terveydenhuoltohenkilöstö toi esiin paljon kulttuuriin liittyviä koulutustarpeita eikä peruskoulutuksen katsottu antavan riittävästi valmiuksia työhön maahanmuuttajien kanssa (myös Virkki 1999). Toisaalta saatu koulutus ei näiden tulosten mukaan aina taannut yhtenevää hoitotäkemystä. Hoitohenkilökunta oli saanut enemmän lisäkoulutusta kuin lääkärit ja tämä näkyi siinä, että hoitajilla oli maahanmuuttajan kanssa useammin yhtenevä näkemys hoitoon liittyvistä asioista kuin lääkäreillä.

Tulosten mukaan maahanmuuttajat nähtiin uutena potilasryhmänä terveydenhuollossa ja heidän kulttuurisia käsityksiään ja arvojaan haluttiin kunnioittaa (*emotionaalinen osaaminen*). Maahanmuuttajien hoitamiseen koettiin olevan taitoa (*viestinnällinen ja toiminnallinen osaaminen*). Uusia ja innovatiivisia näkökulmia ei kuitenkaan osattu tai uskallettu nähdä ja ottaa käyttöön (*luova osaaminen*), ja omat tiedot maahanmuuttajien olosuhteista, kulttuurisista arvoista ja käytännöistä ja mielenterveyden taustalla vaikuttavista tekijöistä nähtiin vielä puutteellisina (*analyttinen osaaminen*). Mikäli asenteellisuutta esiintyi, se oli implisiittistä ja piilossa henkilökohtaisessa haastattelutilanteessa. Keskeisimmät tutkimuksesta esiin tulleet tulokset on esitetty taulukossa 20.

Taulukko 20. Tiivistelmä keskeisistä tuloksista.

Viitekehys	Tulokset
<b>Giger ja Davidhizar</b> - viestintä, tila, sosiaalinen ympäristö, aika, biologiset tekijät	- osa-alueiden mukaista kulttuurista huomiointia vähän, riippui yksittäisestä hoitajasta/ lääkäristä - viestintä ja sosiaalinen ympäristö huomioitu: tulkintarve, kielitaito, status, uskonto, perhe - kieli- ja ymmärtämisongelmia kuvattiin - anamneesia kerättiin paljon, suomalaisia hoitokäytäntöjä selitettiin - kirjaamisen laatu epätasaista
<b>Transnationaalinen osaaminen:</b> Analyyttinen osaaminen	- lääkärit eivät tunnista maahanmuuttajien mielenterveysongelmia eivätkä nähneet mielenterveysongelmien taustalla Suomessa koettujen asioiden merkitystä - yhteistä näkemystä hoidon tarpeesta ei aina löytynyt, joskin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa näkemys hoidon tarpeesta oli yhtenevämpi - maahanmuuttajien oman maan tapaa hoitaa psykiatrisia sairauksia ei arvostettu hoitohenkilökunnan eikä maahanmuuttajien taholta - kulttuurista lisäkoulutusta kaivattiin
<b>Transnationaalinen osaaminen:</b> Emotionaalinen osaaminen	- hoitotytyväisyydestä tai hoitoon sitoutumisesta ei löytynyt yhteistä näkemystä - psykiatriassa luottamukseen vaikuttavista tekijöistä oli yhtenevä näkemys - psykiatrisissa hoitosuhteissa esiintyi epäluottamusta - henkilöstön hyvä transnationaalinen taso oli yhteydessä hoitotytyväisyyteen ja luottamukseen - molempien osapuolten näkemykset emotionaalisista taidoistaan hyviä
<b>Transnationaalinen osaaminen:</b> Luova osaaminen	- henkilöstö ei ollut tietoinen maahanmuuttajien käyttämistä ”yhdistelmähoidoista” länsimaisen lääketieteen ja perinteisten hoitomuotojen välillä, vaihtoehtoisia hoitomuotoja ei mietitty - terapiatyöskentely oli osalle maahanmuuttajista vierasta - maahanmuuttajien itsehoitokyvystä ei ollut yhtenevää näkemystä
<b>Transnationaalinen osaaminen:</b> Viestinnällinen osaaminen	- henkilöstö arvioi viestinnällisen osaamisensa hyväksi, maahanmuuttajien näkemys henkilöstön taidoista ei niin hyvä - henkilöstö toi esiin väärinkäsityksiä liittyen hoitoon ja viestintään - tulkkeja käytettiin, tulkin valikoitumiseen ei riittävästi huomiota - kieli- ja ymmärtämisongelmaa tuotiin esiin
<b>Transnationaalinen osaaminen:</b> Toiminnallinen osaaminen	- näkemykset osaamisesta erosivat tilastollisesti merkittävästi - henkilöstö koki toiminnallisen osaamisensa hyväksi, vaikka psykiatrisen hoidon tarpeisiin ei aina kyetty vastaamaan - henkilöstö aliarvioi maahanmuuttajien sitoutumisen lääkehoitoon - kulttuurinen lisäkoulutus ei aina korreloinut yhtenevään hoitonäkemykseen, varsinkaan lääkäreiden kohdalla - hoitajilla, joilla hyvä transnationaalinen taso, oli yhtenevä näkemys psykiatrisen ongelman vakavuudesta - hoitajilla, joilla hyvä transnationaalinen taso, oli jonkin verran kielitaitoa ja vastaavasti maahanmuuttajilla suomenkielen taitoa - psykiatristen omahoitajien kohdalla tapahtui valikoitumista



## **7. Tulosten luotettavuuden arviointi**

Seuraavaksi kuvataan tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä asioita. Luotettavuuden arvioinnissa keskitytään haastattelututkimusten tarkasteluun, koska asiakirja-analyysin aineiston keruusta tai analysoinnista ei noussut esiin erityisiä luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä. Tutkimusmenetelmien arvioinnissa tarkastellaan tutkimusasetelmaa, tutkimuksen etnografista luonnetta ja kyselylomaketta. Sen jälkeen tarkastellaan tulkkaukseen liittyviä kysymyksiä ja lopuksi tutkimuksiin osallistuneiden ja tutkijan positioon liittyviä asioita.

### **7.1 Tutkimusmenetelmien arviointi**

Kulttuuristen ilmiöiden tutkimisessa suositellaan käytettäväksi yhdistellen sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä (Kao ym. 2004: 269-277, Taavela 1999). Maahanmuuttajien terveyteen, sairauteen ja hoitamiseen vaikuttaviin tekijöihin (Tiilikainen 2008: 85) ja erityisesti maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen kokemusten tutkimiseen (Pierre 2000: 254) käytetään yhdistellen molempia tutkimusmenetelmiä, joskin Leininger (1990: 42) suhtautuu kriittisesti tutkimusmenetelmien yhdistelemiseen. Tieteen filosofian ja paradigmojen kannalta kriittisyys on perusteltua, mutta metodisessa mielessä se on joissakin tapauksissa soveltuva tiedon ja aineiston tuottamistapa (Leino-Kilpi 1997: 223-224, Burnard ja Hannigan 2000: 1-2), joskin vielä vähän käytetty.

Tutkimuksen aineiston analysoinnissa käytettiin frekvenssejä ja keskiarvoja. Tulosten merkittävyyksiä kuvattiin t-testillä ja Pearsonin korrelaatiokertoimella. Koska aineistot olivat pieniä ja otantamenetelmät pääosin ei-satunnaistettuja tilastollisten analyysien tekeminen ja tulkitseminen oli rajoittunutta. Otantamenetelmissä pyrittiin osittain satunnaistamiseen ja vastaanottokeskusten turvapaikanhakijoista tehtiin listoja, joista valittiin osallistujat, mutta perusterveydenhuollon osalta tällainen ei ollut mahdollista ja jouduttiin käyttämään hyvinkin erilaisia otantamenetelmiä. Näin ollen tutkimuksen tulokset kuvaavat tutkittujen osalta todellisuutta, mutta yleistyksiä tuloksista ei voida

tehdä. Toisaalta tulokset on saatu pääasiallisesti strukturoidulla kyselyllä, jolloin tulosten tulkinnalle ei jäänyt niin paljon tilaa.

### **7.1.1 Tutkimusasetelma**

Tutkimusasetelman tarkoitus on antaa vastauksia mahdollisimman totuudenmukaisesti ja monipuolisesti tutkittavasta ilmiöstä. Tässä tapauksessa vastausta etsittiin sekä hoidon tarjoajan että hoitoa tarvitsevan näkökulmasta. Maahanmuuttajan näkemysten huomioimista hoitotilanteiden arvioinnissa pidetään tärkeänä (Smedley ym. 2003: 12 ja 237, Gissler ym. 2006: 80), joten tämän tutkimuksen tutkimusasetelmassa maahanmuuttaja on tasavertaisena aineiston tuottajana terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Ensimmäisessä haastattelututkimuksessa samaa hoitotilannetta arvioi maahanmuuttaja, häntä hoitanut lääkäri ja häntä hoitanut hoitotyöntekijä, yleensä terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Toisessa haastattelututkimuksessa oli aineiston tuottajana maahanmuuttaja ja hänen hoidostaan vastannut omahoitaja. Tutkimusasetelman kokoaminen oli haasteellista terveyskeskusten ja vastaanottokeskusten hehtisessä, kesäisessä arjessa, varsinkin ensimmäisessä tutkimuksessa, jossa terveydenhuoltohenkilöstöä edusti sekä lääkäri että omahoitaja.

Perusterveydenhuollossa haastatelluilta lääkäreiltä ja hoitajilta edellytettiin vähintään kolmea tapaamiskertaa maahanmuuttaja-asiakkaansa kanssa. Tämä katsottiin tarpeelliseksi, jotta osapuolet kykenisivät arvioimaan hoitotilannetta. Joissakin tapauksissa lääkäreiden oli vaikea vastata hoitoon tai maahanmuuttajan näkemyksiin liittyviin kysymyksiin, koska hoitokontaktit olivat saattaneet olla lyhyitä ja niistä saattoi olla jo aikaa. ”En tiedä” - vastauksia tai vastaamattomia kysymyksiä tuli kuitenkin vähän. Vastaanottokeskusten kohdalla tätä ongelmaa ei juuri ollut, koska hoidosta vastaava henkilökunta (lääkäri ja terveydenhoitaja) hoiti yleensä kiinteästi vastaanottokeskuksen asiakkaita ja potilaat olivat tuttuja. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tapaamiskertoja avohoidossa tuli olla vähintään viisi ja hoitajakson pituuden osastolla tuli olla vähintään kuukausi. Hoitosuhteet psykiatriassa ovat pidempiä ja kiinteämpiä, joten hoidon arvioiminen oli helpompaa kuin esimerkiksi perusterveydenhuollon vastaanotoilla.

Tässä tutkittujen maahanmuuttajien joukko oli heterogeeninen. Lähtökohtaisesti turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien ja opiskelijoiden tilanne on kovin erilainen. Ensimmäisessä tutkimuksessa nämä kaksi ryhmää erotettiin, koska otoskoko oli kohtuullisen iso, mutta psykiatrisessa hoidossa olleiden otoksessa turvapaikanhakijoita ja muita maahanmuuttajia on tarkasteltu yhdessä. Etnisen taustan ja sosiokulttuuristen tekijöiden on sanottu olevan vahvoja identiteetin määrittäjiä, vahvempia kuin esimerkiksi pakolaisuuden identiteetti (Muecke 1992: 710). Maahanmuuttajien mielenterveyttä tutkittaessa maahanmuuttajan status kannattaa huomioida tutkimusasetelmassa. Turvapaikanhakijoiden ja pakolaistaustaisten maahanmuuttajien mielenterveys on selkeästi järkkyneempi kuin pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien.

### **7.1.2 Tutkimuksen etnografinen luonne**

Tutkimuksessa on käytetty strukturoitua haastattelua, jossa on etnografisen haastattelun piirteitä (Boyle 1994: 178 ja Spradley 1979: 60, 120-121). Tutkijoilla ei ollut ennakkokäsityksiä haastateltavien näkemyksistä, vaan maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön henkilökohtaiset kokemukset hoitotapahtumasta olivat keskiössä. Strukturoituja kysymyksiä voidaan käyttää etnografiassa, jos kyseessä on spesifi tiedonkeruualue (Spradley 1979: 60, 120-121). Reflektiivisyydelle ja havainnoimiselle etnografian tarkoittamassa merkityksessä ei jäänyt juuri mahdollisuutta eikä tilaa, luontevalla haastattelulla kylläkin. Suurin osa kysymyksistä oli standardoituja, koska taustalla oli näkökulma, jonka soveltuvuudesta osaamisen kuvaamiseen haluttiin tietoa. Kyselylomakkeen ”kieli” oli tutkimuksen ja tutkijan kieltä (vrt. Spradley 1979: 31) ja kaikilta kysyttiin samat kysymykset. Tutkimustapaa voidaan arvioida mekaaniseksi tavaksi (Hammersley ja Atkinson 1995), joka pahimmassa tapauksessa ”pakottaa tutkittavat samaan retoriseen muottiin” (Nisula 1996: 147). Näistä rajoituksista huolimatta haastattelu nähtiin ainoana mahdollisuutena saada mahdollisimman luotettavasti ja objektiivisesti tietoa statukseltaan erilaisilta maahanmuuttajilta, joiden saavutettavuus on muutoin hankalaa (myös Muecke 1992: 713). Myös kielitaidon ja ymmärtämisvaikeuksien huomiointi on henkilökohtaisessa haastattelussa helpompaa.

### 7.1.3 Kyselylomake

Kyselylomakkeiden ja mittareiden kääntäminen alkuperäiskieleltä toiselle kielelle on ongelmallista käsitteiden vastaavuuden osalta (Hendrickson 2003: 593-608, Kao ym. 2004: 269-277). Usein suositellaan lomakkeen takaisinkäännöstä alkuperäiskielelle luotettavuuden parantamiseksi (Papadopoulos ja Lees 2002: 262). Tässä tutkimuksessa kyselylomake käännettiin englanninkielestä suomenkielelle eikä takaisinkäännöstä tehty. Kyselylomakkeen luotettavuutta toisaalta lisäsi se, että kyselylomakkeen ja sen taustalla olevan näkökulman kehittäjä, professori Peter Koehn oli tekemässä ensimmäistä haastattelututkimusta. Tutkimusyhteistyö antoi mahdollisuuden osallistua kyselylomakkeen tarkentamiseen ja kyselylomakkeen sisältöön ja käsitteisiin perehtymiseen professori Koehnin opastuksella. Takaisinkäännös suomesta englantiin saattaisi silti olla jatkossa perusteltua luotettavuuden parantamiseksi. Myös kysymysten muotoja voisi lyhentää ja yksinkertaistaa suomalaisen tutkimuskäyttöön.

Peter Koehn operationalisoi transnationaalisen osaamisen näkökulman kyselylomakkeeksi. Tämän tutkimuksen tekijä on muunnellut kyselylomaketta joiltain osin soveltumaan paremmin psykiatriseen kontekstiin, joskin transnationaalisen osaamisen sisältöalueet pysyvät lähestulkoon ennallaan. Kyselylomake esitettiin ennen molempia haastattelututkimuksia. Esitestaukseen osallistui maahanmuuttajia ja terveydenhuoltoalan eri ammattilaisia. Esitestauksen jälkeen tehtiin joitakin kysymyksiä selventäviä muutoksia. Muutoin kyselylomakkeen sisältöä ei ole validoitu. Kyselylomaketta käytettiin näissä haastattelututkimuksissa ensimmäistä kertaa, joten sen kyky kuvata kiinnostuksensa kohdetta eli mittarin reliabiliteetti (Vehviläinen-Julkunen ja Paunonen 1997: 209-210) ilmenee vain tämän tutkimuksen tuloksista. Tässä tutkimuksessa suoritettujen kahden erillisen haastattelun tulokset olivat pääosiltaan yhteneviä. Reliabiliteettia toisaalta paransi se, että haastattelijoina oli vain kaksi henkilöä, joiden käsitys mittarin sisällöstä oli yhtenevä. Haastatteluolosuhteisiin, tilan rauhallisuuteen, keskeytymättömyyteen ja ilmapiiriin kiinnitettiin huomiota joka haastattelussa. Kyselylomake oli melko pitkä, koska lomakkeeseen kuului laajasti taustatietokysymyksiä ja transnationaalisen osaamisen osa-alueet, joissa arvioitiin sekä oma että terveydenhuoltohenkilöstön osaaminen. Varsinkin tulkin kanssa käydyt haastattelut kestivät pitkään, joten taukoja pidettiin tarpeen mukaan.

Näiden kokemusten ja tulosten perusteella kyselylomake soveltuu terveydenhuoltohenkilöstön transnationaalisen osaamisen mittaamiseen.

Transnationaalinen osaaminen oli yhteydessä tiettyihin hoidon kannalta relevantteihin dimensioihin ja tutkimuksen kahdessa eri haastattelussa saatiin yhteneviä tuloksia. Mittarin validiteettia on kuitenkin vielä tarkennettava esimerkiksi käsitteiden ja samansisältöisten kysymysten osalta. Transnationaalisen osaamisen osa-alueet ovat osittain päällekkäisiä ja sisällöt keinotekoisia suomen kielellä esitettyinä ja konkretisoitumattomia.

## 7.2 Tulkkaus

Vastausten luotettavuus on ongelma varsinkin, jos haastateltavan ja haastattelijan kielelliset valmiudet ja kulttuuritaustat poikkeavat toisistaan kuten tässä tutkimuksessa. Tulkin rooli on merkittävä kun yhteistä haastattelukieltä ei ole (Wallin ja Ahlström 2006: 733). Tässä tutkimuksessa tulkki käänsi jokaisessa haastattelutilanteessa kysymykset simultaanisti haastateltavan äidinkielelle tai tutkijat haastattelivat englannin- tai suomenkielellä. On esitetty, että haastattelut on tehtävä äidinkielellä, mikäli haastateltava niin haluaa (Papadopoulos ja Lees 2002: 262). Tässä tutkimuksessa ei näitä vaatimuksia esiintynyt, vaan englannin- ja suomenkielentaitoiset haastateltiin sovitusti näillä kielillä. Tutkimuksen alussa selvitettiin vaitiolovelvollisuuteen liittyvät asiat ja tulkki allekirjoitti vaitiolosopimuksen. Puhelintulkkausissa vaitiolosopimus käytiin suullisesti läpi.

Tulkkaus tapahtui samassa tilassa, saman pöydän äärellä. Mikäli tarvittavaa tulkkia ei löytynyt paikkakunnalta, käytettiin puhelintulkausta (tulkikeskuksen tulkit). Tulkit saivat haastattelulomakkeen pääsääntöisesti etukäteen tutustumista varten ja haastattelutilanteessa oman kappaleensa. Tulkeille varattiin haastattelun alussa ja myös haastattelun aikana mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, kyselylomakkeen epäselvistä käsitteistä tai kysymyksistä. Kyselylomakkeen käsitteiden kulttuurinen vastaavuus (conceptual equivalence) on tärkeä, ettei haastattelutilanteessa syntyisi väärinkäsityksiä (Kao ym. 2004: 275). Joidenkin kysymysten kohdalla tulkit esittivät vaihtoehtoisia tapoja esittää kysymys, mutta muutoin selvennyksiä pyydettiin melko vähän

tai niin, että tietyissä haastatteluissa selvennyksiä oli enemmän ja joissakin haastatteluissa ei ollenkaan.

Tulkkeina käytettiin lähinnä vastaanottokeskusten hyväksi kokemia sekä mies- että naisasioimistulkkeja. Tulkeilla oli asioimistulkkipäätös. Tulkkeja ei muutoin valikoitu. Yksi naishaastateltava toi haastattelun jälkeen esiin huonolla englanninkielellään, ettei hän voinut kertoa kaikkia mielenterveysongelmiaan, koska tulkki oli mies. Hän kertoi lisättävät asiat tutkijalle englannin kielellä haastattelun jälkeen.

Jokainen haastattelutilanne oli yksilöllinen, jotkut haastattelut olivat sujuvampia ajankäytön, tulkkauksen ja kysymysten ymmärtämisen suhteen kuin toiset. Tilanteeseen saattoivat vaikuttaa haastateltavan henkilökohtaiset valmiudet vastata esitettyihin kysymyksiin, elämäntilanne (turvapaikkaprosessi) ja sairauden vaihe. Osa haastatelluista psykiatrisista potilaista haastateltiin osastoilla, kun hoito oli loppuvaiheessa. Tulkeissa oli myös eroja eikä koskaan voinut olla täysin varma siitä, kuinka semanttisesti kysymykset käännettiin. Osa tulkeista käänsi kysymykset ilman tarkentavia kysymyksiä, osalla oli tarkentavia kysymyksiä.

### 7.3 Hoitohenkilökunta

Hoitohenkilökunnan haastattelujen haasteellisuus liittyi kysymyksiin, jotka koskivat arvostamista, ymmärtämistä ja hyväksymistä: vastataanko kysymyksiin totuudenmukaisesti vai niin kuin toivotaan vastattavan. Campinha-Bacoten (1994a) mukaan ennakkoluulojen avoin ilmaiseminen ja sen tiedostaminen, että avoin ilmaisu on sopimatonta, on kulttuurisen tietoisuuden kehittymisen alkuvaiheen lähtökohta. Omat rasistiset asenteet on tiedostettava (Salmi 2002: 3503, Halla 2007: 474, myös Oroza 2007: 446) ja käsiteltävä, etteivät ne vaikuta kielteisesti hoitosuhteessa. Michaelsen ym. (2004) arvioivat aiheen sensitiivisyyden syyksi hoitohenkilökunnan huonoon vastausprosenttiin maahanmuuttajapotilaiden hoitoon liittyvässä tutkimuksessaan. Kyseisessä tutkimuksessa hoitohenkilökunta oli kokenut itsensä epävarmaksi asenteisiin ja kokemuksiin liittyvissä kysymyksissä ja tunnistettavuudesta esiintyi pelkoa. Vastauksissa arveltiin näkyneen enemmän heijastusta siitä, mitä nähdään yleisesti hyväksyttynä kuin vastaajien omia

näkemyksiä ja sen arveltiin vaikuttaneen tutkimuksen myönteisten asenteiden määrään, koska ”useimmissa yhteiskunnissa tuomitaan suuriäänisesti negatiiviset asenteet erityisesti etnisiä ryhmiä kohtaan” (myös Liebkind ja Eränen 2001: 468).

Tämän tutkimuksen avoimissa kysymyksissä tuli esiin työn haasteellisuuteen ja arvottamiseenkin liittyviä seikkoja kuten maahanmuuttajien valikoituminen tietyille hoitajille, vaikka henkilökunta ei tuonut sitä esiin strukturoitujen kysymysten vastauksissa (vrt. myöhemmin tutkijan vaikutus). Toisaalta Taavelan (1999) haastattelututkimuksessa tuli esiin hoitohenkilökunnan ”suoraa” asenteellisuutta, mutta työntekijät arvioivat, ettei se näkynyt heidän työskentelyssään. Onko kuitenkin mahdollista työskennellä asenteellisesti niin, ettei se näkyisi käytännön työssä? Liebkind ja Eränen (2001: 471) toteavat, että ”sosiaalisilla” asenteilla on vaikutusta ammatillisiin asenteisiin. Monissa asennetutkimuksissa saadaan esiin alemman yhteiskuntaluokan rasistisuus ja ylempien yhteiskuntaluokkien antirasistisuus (Jaakkola 1999, Jaakkola 2005, 2009).

Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltohenkilöstö oli paneutunut hyvin haastatteluun ja vastausvaihtoehtoja mietittiin tarkasti maahanmuuttajan yksilöllistä tilannetta puntaroiden. Terveystieteiden henkilökunnalla oli joissakin tapauksissa vaikeuksia arvioida potilaidensa kulttuuriin liittyviä arvoja ja käytäntöjä, koska todennäköisesti niitä ei oltu tietoisesti käsitelty hoidon aikana tai osana hoitoa. Henkilökunnalla oli tarvetta puhua laajemmin maahanmuuttajien hoitamiseen liittyvistä haasteista ja tälle keskustelulle annettiin tilaa.

#### 7.4 Maahanmuuttajat

Tutkimukseen osallistuminen oli maahanmuuttajille vapaaehtoista ja kaikilta kysyttiin etukäteen ja haastattelutilanteessa halukkuus osallistua. Maahanmuuttajat saivat kirjallisen tiedotteen, joka toimi myös suostumuksena joko suomeksi tai englanniksi ja tulkki käänsi sen maahanmuuttajan omalle äidinkielelle ennen haastattelua. Haastateltavan oikeutta tietää tutkimuksen sisällöstä pidetään tärkeänä (Lipson 1994: 343) ja myös anonyymiteetin säilyminen on tärkeää (Vehviläinen-Julkunen ja Paunonen 1997: 29). Haastateltavalle selvitettiin tutkijan ja tulkin vaitiolovelvollisuus ja maahanmuuttajan anonyymiteetin

säilyminen. Selvityksen jälkeen haastateltavat allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen ja saivat siitä kopion itselleen.

Muecke (1992: 714) näkee kirjallisten tutkimuslupien pyytämisen kyseenalaisena varsinkin turvapaikanhakijoiden kohdalla. Allekirjoittamisen katsotaan enemmän lisäävän epäluuloa kuin vähentävän sitä. Tässä tutkimuksessa kuitenkin pitäydyttiin tässä tutkimuseettisessä tavassa eikä kukaan vastustanut allekirjoittamista. Tutkimuksen alustavan luvan kysyi aina joku terveydenhuoltoalan ammattilainen kuten omahoitaja tai vastaanottokeskuksen terveydenhoitaja. Tutkimuksista kieltäytymisiä raportoitiin vähän. Tutkimuksiin otantamenetelmät ensimmäisen haastattelututkimuksen osalta on selvitetty aiemmin. Valikoitumista saattoi tapahtua pysyvästi Suomessa asuneiden maahanmuuttajien kohdalla, koska heidän saavutettavuutensa oli hankalaa ja jouduttiin käyttämään erilaisia otantamenetelmiä. Muecken (1992: 713) mukaan turvapaikanhakijoihin kohdistuvissa tutkimuksissa valikoituminen saattaa vääristää todellisuutta, kun vaikeimmin oireilevat jäävät osallistumatta tutkimukseen. Toisaalta tässä tutkimuksessa osallistuminen tutkimukseen saatettiin nähdä väylänä saada apua omaan tilanteeseen. Muutamat turvapaikanhakijat esittivät tutkijalle toiveen saada apua turvapaikkaprosessiinsa.

Maahanmuuttajilla oli mahdollisuus lopettaa tai keskeyttää haastattelu tai kysyä selvennyksiä. Selvennyksiä kysyttiin jonkun verran. Parin haastateltavan kohdalla haastattelua jatkettiin toisella kertaa. Osalla haastatelluista oli paljon kerrottavaa tilanteestaan eikä haastattelu edennyt joutuisasti. Varsinkin kyselylomakkeen alkuosan kysymykset mielenterveysongelmien laadusta ja syistä saivat monet turvapaikanhakijat kuvaamaan hyvin laajasti elämäntilannettaan. Haastateltaville annettiin tilaa puhua ja tutkimusta jatkettiin haastateltavien tahdissa. Osa haastateltavista koki vaikeana arvioida omahoitajansa toimintaa tai näkemyksiä, niitä ei joko haluttu tai osattu arvioida. Potilasasiakirja-analyysin ja psykiatrisessa hoidossa olleiden haastattelututkimuksen aineistot olivat niin pieniä, ettei tuloksissa mainittu kansallisuuksia tunnistettavuuden vuoksi.



Maahanmuuttajien ja erityisesti turvapaikanhakijoiden kanssa käydyissä keskusteluissa nousi esiin koettua kärsimystä, elämäntuskaa ja toivottomuutta. Tutkimusasetelma ja kyselylomake eivät kyenneet vangitsemaan niitä merkityksiä, joten niiden kuvaamiseen on tarpeen toisenlainen tutkimus ja toisenlainen lähestymistapa.

## 7.5 Tutkija

Oma ajallinen sitoutumiseni tutkimukseen on ollut pitkä. Tutkimus on ollut sivutyötä usean vuoden ajan. Toisaalta se on ollut tarpeen oman ajattelun kehittymisen kannalta, mutta toisaalta tutkimuksiin liittyviin yksityiskohtiin ja niiden muistamiseen alkoi tulla liikaakin etäisyyttä, vaikka tutkimuksiin liittyvä aineisto, asiakirjat ja muistiinpanot olivat tallessa. Tutkijana kehittymiseni on ollut pitkä prosessi ja siinä tutustuminen professori Peter Koehniin ja työskentely hänen kanssaan ovat olleet merkittävänä apuna eikä tutkimukseni eivätkä näkemykseni olisi laajentuneet ilman hänen ohjaustaan ja ilman intensiivistä tutkimusyhteistyötämme.

Oma positioni oli tutkijan positio maahanmuuttajien kohdalla, myös ensimmäisen haastattelututkimuksen osalta, mutta psykiatrisen hoitohenkilökunnan kohdalla olin ollut useammankin haastateltavani työtoveri, esimies tai tuttu kollega. Psykiatrian kenttä on minun kotikenttäni ja siellä tehtävä työ muun muassa maahanmuuttajien kanssa on ollut minun työtäni. Sillä on saattanut olla vaikutuksensa haastateltavien vastauksiin, vaikka uskon haastateltavien vastanneen omasta näkökulmastaan totuudenmukaisesti. Haastateltavat olivat kokeneita alan ammattilaisia. Tutkimusjärjestelyjä sekä potilasasiakirja-analyysin että haastattelututkimusten osalta helpotti organisaatioiden, verkostojen ja henkilökuntien tunteminen.

## 8. Pohdinta

### *Teoreettinen kontribuutio*

Tässä tutkimuksessa tuotiin ensimmäistä kertaa tarkasteluun transnationaalinen näkökulma terveydenhuoltoon Suomessa ja transnationaalisen osaamisen mittari terveydenhuoltohenkilöstön osaamisen arviointiin. Transnationaalisuus on käsitteenä ja näkökulmana suomalaisessa terveydenhuollossa ja terveystieteissä vielä uusi, tutumpaa on ollut puhua monikulttuurisuudesta, transkulttuurisuudesta ja kulttuurisesta kompetenssista ammatillisen osaamisen vaatimuksena. Transnationaalisuus käsitteenä laajentaa näkemystä ihmisten liikkuvuudesta, maahanmuuton luonteesta, globaaleista sosiaalisista verkostoista ja niiden todellisista vaikutuksista ja mahdollisuuksista maahanmuuttajien terveydenhoidossa ja hoitamisessa. Kulttuuri selittää omalta osaltaan ihmisten toimintaa terveytensä hoitamisessa, mutta se ei ole ainoa selittävä tekijä. On aika siirtyä kulttuurikeskeisestä ajattelusta refleктоivaan analyysiin monikulttuurista työtavoista ja erilaisuudesta, jota syntyy koko ajan keskuudessamme niissä työyhteisöissä, joissa eri kulttuureista tulevia asiakkaita tai työntekijöitä on. Monikulttuurisuuden tulisi olla osa jokapäiväistä työtä ja olemista eikä pelkästään ilmiö, joka on vain satunnaisesti työssä esillä.

Transnationaalisuus terveydenhoidossa on määrittämättä, mutta muotoutumassa. Toivottavasti siitä muotoutuu omanlainen, spesifi ulottuvuutensa, jota voidaan hyödyntää moniammatillisesti terveydenhuollon kontekstissa. Terveydenhuoltohenkilöstön yhteinen työn kohde on potilas ja työ potilaan hyväksi ja se on monesti moniammatillista yhteistyötä. Transnationaalisuus voisi olla terveydenhuollon yhteinen käsite, henkilöstön yhteinen osaamisvaatimus. Se voisi olla esimerkiksi aktiivisempaa maahanmuuttajan näkökulman huomioimista, osallistumiseen velvoittamista, hoitomenetelmien yhdistelyä, transnationaalisten verkostojen hyödyntämistä ja sitä kautta yhteiseen hoitonäkemykseen pääsemistä. Yhteinen näkemys on tärkeä, koska sillä näyttäisi olevan yhteys hoitotyytyväisyyteen ja hoitotuloksiin tiettyjen dimensioiden osalta.

Maahanmuuttajien yllirajainen toiminta terveyteen, sairauteen ja hoitamiseen liittyvissä asioissa on todellisuutta jo vähäisesti tutkittunakin Suomessa (Tiilikainen 2003, Koehn ja Tiilikainen 2007, Tiilikainen 2008). Transnationaalinen näkökulma ei poissulje kulttuurisen kompetenssin osaamisvaatimuksia, vaan näkökulmalla voi täydentää aikaisempaa tieteellistä tutkimusta, tietoa ja kokemusta maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittavista osaamisvaatimuksista. Transnationaalinen osaaminen edellyttää sekä maahanmuuttajalta että terveydenhuoltohenkilöstöltä osaamista, aktiivisuutta ja perehtymistä hoitotilanteessa vaikuttaviin tekijöihin. Hoitaminen ei tapahdu tyhjiössä sairaalan osastolla tai vastaanottohuoneessa, vaan hoitotilanteessa vaikuttavat implisiittisesti ja eksplisiittisesti yhteiskunnassa ja hoito-organisaatioissa vallitsevat käytännöt, arvot, valtarakenteet, lait, ohjeet ja asenteet. Maahanmuuttajan tilanteessa vaikuttavat kulttuurin ohella monet sosiaaliset ja poliittiset tekijät kulttuurin ohella. Terveydenhuoltohenkilöstön kielteiset asenteet ovat lähes käsittelemätön asia Suomessa, vaikka tutkimuksissa asia on tullut esiin joko terveydenhuoltohenkilöstön (Ikonen 1999, Taavela 1999), alan opiskelijoiden (Koponen 2003) tai maahanmuuttajien kuvaamana (Taavela 1999, Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Erityisen innovatiivisena näen transnationaalisen osaamisen *luovan ulottuvuuden*, mahdollisuuksien ulottuvuuden, jossa korostetaan erilaisten hoitomuotojen ja -menetelmien yhdistelyn mahdollisuutta, yhteistoiminnallisuutta uusien toimintamallien luomiseksi ja vaihtoehtoisten näkökulmien visioimiseksi terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien hoitamisessa. Yhteistoiminnallisuus edellyttää sekä terveydenhuoltohenkilöstöltä että maahanmuuttajilta aktiivisuutta ja luovuuttakin. Terveydenhuoltohenkilöstön kohdalla se on koulutuksen priorisointikysymys kulttuurisen hoitamisen opetuksessa ja myös asennekysymys: nähdäänkö maahanmuuttaja tasavertaisena osallistujana ja vaikuttajana omassa terveydessään ja omassa hoitamisessaan? Nähdäänkö maahanmuuttajan oman kulttuurin hoitotavat ja transnationaaliset yhteydet terveyden hoitamisessa mahdollisuutena vai uhkana? Tässä tutkimuksessa luovan osaamisen taidot eivät olleet hyviä maahanmuuttajilla eikä terveydenhuoltohenkilöstöllä. Toisaalta tämän tutkimuksen mukaan maahanmuuttajat luottavat suomalaiseseen terveydenhuoltoon ja sen antamaan hoitoon.

Transnationaalinen *toiminnallinen osaaminen* edellyttää aktiivista osallistumista. Maahanmuuttajien kohdalla on kyse siitä, miten maahanmuuttaja nähdään ja miten hänen oletetaan toimivan? Nähdäänkö maahanmuuttaja *aktiivisena toimijana ja osallisena elämässään?* Kotouttamisohjelma velvoittaa omalta osaltaan maahanmuuttajan ottamaan ”aktiivisen vastuun elämästään ja hyvinvoinnistaan ja kiinnittymisestä yhteiskuntaan sen tasavertaisena jäsenenä kouluttautumalla ja etsimällä työtä” (Suurpää 2002: 209). Toisaalta on esitetty, että maahanmuuttajatyö Suomessa on virkamieslähtöistä (Huttunen ym. 2005), työssä on ollut vallalla ”säälimisen, hoivaamisen ja suojelun” kulttuuri, mikä on johtanut monelta osin puolesta tekemiseen ja maahanmuuttajien resurssien aliarvioimiseen (Metsänen 1996). Tähän liittyy läheisesti maahanmuuttajan *sinnikkyyden ja resurssien* (DeSantis 1997: 26, Procter 2006: 42) näkeminen jo hoidon tarvetta arvioitaessa ja hoitoa suunniteltaessa. Aktiivinen ja osallistuva maahanmuuttaja näkee mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja, mutta myös terveydenhuoltohenkilöstöltä edellytetään enemmän aktiivisuutta, rohkeutta ja moniammatillista yhteistyötä (Halla 2007: 472-473). Toisaalta on hyvä muistaa, että maahanmuuttajien joukko on hyvin heterogeeninen, koulutuksella ja sosiaalisella asemalla on vaikutusta oman elämän hallintakykyyn (Metsänen 1996, Kallakorpi 2004). Varakkaamman, ammattitaitoisen ja työssäkäyvän maahanmuuttajaväestön transnationaalisuus erottuu humanitäärisistä syistä Suomeen tulleiden pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden transnationaalisuudesta (myös Hautaniemi 2004: 170-171).

Transkulttuurisen hoitotyön teoriat korostavat hoitohenkilöstön kulttuurituntemuksen tärkeyttä maahanmuuttajien hoitamisen onnistumisessa. Myös tässä tutkimuksessa kuten kaikissa aiemmissa tutkimuksissa terveydenhuoltohenkilöstö toi esiin kulttuurien tuntemukseen liittyvää koulutuksen tarvetta. Miten realistista on hallita tiedollisesti kaikkien maahanmuuttajien kulttuureja, joita Suomessakin on jo lähes pari sataa tällä hetkellä? Kulttuurin merkityksen tiedostaminen ja ymmärtäminen hoitamisessa ja erityisesti mielenterveyden hoitamisessa on tärkeää, mutta ei välttämättä kaikkien kulttuuristen yksityispiirteiden hallinta. Olisiko hyödyllisempää hallita yleiset kohtaamiseen, dialogisuuteen, vuorovaikutuksellisuuteen, aitoon kiinnostukseen ja

luottamukseen liittyvät lainalaisuudet ja periaatteet hoitosuhteessa ja potilastapaamisissa ja antaa asiakkaan itsensä määrittää kulttuurinsa merkitys terveyteensä, sairauteensa ja hoitamiseensa? Geertzin (1993) sanoin meidän olisi ”tutustuttava näiden ihmisten itselleen ja elämälleen antamiin merkityksiin”. Aikaisemmissa tutkimuksissa ja myös tässä tutkimuksessa on tullut esiin maahanmuuttajatyön haasteellisuus, uuvuttavuus, ahdistavuus sekä työmotivaation, aidon kiinnostuksen ja ammattitaidon merkityksen korostuneisuus. On syytä vakavasti pohtia uusia näkökulmia ja työtapoja maahanmuuttajatyöhön, ettei sitä koettaisi niin uuvuttavana ja ammatillisesti vaativana.

Luottamuksen kokeminen on tärkeää hoitosuhteessa psykiatrisessa hoitamisessa ja erityisen tärkeää turvapaikanhakijoiden kohdalla (Halla 2007: 471, Oroza 2007: 445). Turvapaikanhakijoiden epäluuloisuus saattaa ilmetä epäluottamuksena hoitosuhteessa kuten tässä tutkimuksessa tuli esiin tai jopa paranoidisuutena (Bhugra 2003: 70) tai pelkona psyykkisen sairastumisen vaikutuksesta turvapaikkaprosessiin (Procter 2005, Omeri 2006). Tutkimuksissa on tullut esiin, kuinka tärkeänä turvapaikanhakijat kokevat luottamuksen saavuttamisen ja sen, että heiltä itseltään kysytään ja heitä konsultoidaan heidän omissa hoidon tarpeissaan, kuinka he haluaisivat itseään kohdeltavan ja mikä heidän mielestään olisi hyvä lopputulos heidän mielenterveyteensä liittyvissä asioissa (Procter 2005: 43, myös Omeri ym. 2006:3, Secker ja Harding 2002: 162-166).

Peruskoulutuksessa saatava monikulttuurisuus koulutus ei välttämättä lisää kulttuurisia valmiuksia (Virkki 1999) eikä lisäkoulutus tämän tutkimuksen mukaan systemaattisesti korreloi yhtenevään hoitotulokseen tai transnationaaliseen osaamiseen. Koulutusta ja erityisosaamista kaivataan, mutta kannattaa miettiä, minkä tyyppinen koulutus parhaiten palvelee työssä maahanmuuttajien kanssa.

#### *Metodologinen kontribuutio*

Tämän tutkimuksen metodologinen kontribuutio on tutkimusasetelmassa, jossa sekä maahanmuuttaja että terveydenhuoltohenkilöstö osallistuu saman hoitotilanteen arvioimiseen. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin uutta osaamisen mittaria. Tähänastisissa

tutkimuksissa Suomessa tai muuallakaan ei ole juuri tutkittu sekä terveydenhuoltohenkilöstön että maahanmuuttajapotilaan näkemyksiä samasta hoitotilanteesta. Molempien osapuolten näkemystä ja yhtenevän hoitonäkemyksen saavuttamista pidetään kuitenkin tärkeänä hoidossa (Leininger 1991: 49, Koehn 2004). Asetelma vaatii ainakin maahanmuuttajan osalta henkilökohtaisen haastattelun, tulkin, järjestelyjä ja ajallista sekä rahallista resursointia. Tutkimuksessa käytetystä kyselylomakkeesta saatiin alustavia kokemuksia transnationaalisen osaamisen arviointiin.

#### *Pragmaattinen kontribuutio*

Terveydenhuollon kohtaamisissa lähtökohtana on pitkälti terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntijuus ja suomalaiset hoitokäytännöt, jotka ohjaavat kaikille, myös maahanmuuttajille, annettavaa hoitoa. Terveysteen, sairauteen ja hoitamiseen liittyvät käsitykset, uskomukset ja käytännöt ovat kuitenkin vahvasti kulttuurisesti sidottuja, joten on tarpeen ja viisasta tarkastella hoitoa myös hoitoa vastaanottavan näkökulmasta hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi. Tämä tutkimus on tehty avuksi maahanmuuttajien kanssa käytännön työtä tekeville kollegoille psykiatriassa ja laajemminkin terveydenhuollossa ja sitä kautta avuksi Suomessa asuville maahanmuuttajille, että he saisivat tarpeisiinsa nähden riittävää ja laadukasta hoitoa myös mielenterveysongelmiinsa. Olen henkilökohtaisesti tehnyt hoitotyötä monikulttuurisessa ympäristössä ulkomailla useita vuosia, tehnyt psykiatrista hoitotyötä maahanmuuttajapotilaiden kanssa useita vuosia ja myös työskennellyt turvapaikanhakijanuorten kanssa vastaanottokeskuksen ryhmäkodissa useita vuosia. Tiedän ne haasteet, joita kollegani kohtaavat psykiatrisen hoitotyön arjessa maahanmuuttajapotilaidensa kanssa joka päivä. Mikään malli tai viitekehys ei sellaisenaan auta käytännön hoitoa ja hoitotyötä. Mallit ja viitekehykset vaativat käytännön operationalisointia keskustelemalla ja reflektoimalla kollegoiden kesken työyhteisöissä, lukemalla ja perehtymällä alan tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, kouluttautumalla ja ennen kaikkea *haasteista innostumalla*. Toivon, että tutkimukseni herättää miettimään omaa osaamista kohtaamisissa maahanmuuttajapotilaiden kanssa ja sitä, miksi maahanmuuttajien kohtaaminen omana potilaana osastolla, vastaanotolla tai terapiapotilaana psykiatrisessa

avohoidossa on vaikeampaa ja työläämpää kuin suomalaisen potilaan ja voisiko tilannetta jotenkin muuttaa?

Transnationaalinen näkökulma on käytännönläheinen ja armollinen, koska siinä edellytetään tuttuja hoitamisen perusarvoja ja -periaatteita: paneutumista, kiinnostusta, tasa-arvoisuutta, dialogisuutta, potilaan kuuntelua, osallistumista ja osallistumiseen velvoittamista ja tätä kautta yhteisen hoitotilanteen löytymistä. Armollisuutta myös siinä mielessä, että joskus maahanmuuttajien terveyteen ja mielenterveyteen liittyvät toiveet ja tarpeet ovat terveydenhuoltohenkilöstön saavuttamattomissa ja on kyettävä tunnistamaan oman auttamiskyvyn rajallisuus. Onnistumisen kokemukset maahanmuuttajapotilaiden kanssa toivottavasti innoittavat hoitohenkilökuntaa edelleen perehtymään maahanmuuttajien tilanteisiin kuuntelemalla heidän ”ääntään” ja varmistamaan maahanmuuttajapotilaille tasa-arvoisen hoitotilanteen ja hoitosuhteen. Olisi myös tärkeää, että terveydenhuoltohenkilöstö ottaisi osaa keskusteluun yhteiskunnallisesti ja vaikuttaisi maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia edistäviin toimenpiteisiin (patient advocacy).

## **9. Jatkotutkimusaiheet**

Kaikki maahanmuuttajien terveyteen liittyvä tutkimus on tervetullutta, erityisesti mielenterveystyöhön, koska tutkittua tietoa on vielä vähän. Olisi tärkeä tunnistaa esteet ja edistävät tekijät hyvän hoidon ja kohtaamisen edellytyksille suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien välillä. Tutkimusasetelmissa olisi tärkeää huomioida sekä terveydenhuoltohenkilöstön että maahanmuuttajan näkökulma ja etsiä synteesiä yhteiseen hoitotähtämykseen ja hyviin käytäntöihin pääsemiseksi. Transnationaalisuuden hyödyntäminen kohtaamistilanteissa vaatii lisätutkimusta ja tässä työssä käytetty transnationaalisen osaamisen mittari vaatii edelleen työstämistä.



## **Lähteet**

Adjekughele JE. 2003. A reflection on Finnish maternity and health clinics from the perspective of mothers from the African continent. Teoksessa: Clarke K. Welfare Research into Marginal Communities in Finland: Insider Perspectives on Health and Social Care. Research Reports Series A, No. 8. Department of Social Policy and Social Work. University of Tampere. 31-73.

Ager A, Malcolm M, Sadollah S & O'May F. 2002. Community Contact and Mental Health amongst Socially Isolated Refugees in Edinburgh. Journal of Refugee Studies 15(1): 72-80.

Ahlfors L, Saarikoski M & Sova I. 1992. Psykiatrinen auttamistyö. Tammer-Paino. Tampere.

Ahmadi N. 2005. Globalization, postmodernity and migration - rethinking cultural identity. Teoksessa: Launikari M & Puukari S. Multicultural guidance and counseling. Institute for education research CIMO. Kirjapaino Oma Oy. Jyväskylä. 99-116.

Albrow M. 1998. Frames and transformations on transnational studies.  
[www.transcomm.ox.ac.uk](http://www.transcomm.ox.ac.uk)

Alitolppa-Niitamo A. 1993. Kun kulttuurit kohtaavat. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset. Keuruu.

Amsterdam Declaration Towards Migrant Friendly Hospitals in an Ethno-culturally Diverse Europe. MFH Project Group, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine at the University of Vienna. [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

Andrews M. 1995. Transcultural Nursing Care. Teoksessa: Andrews M & Boyle J. Transcultural Concepts in Nursing Care. Second Edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 49-96.

Andrews M & Boyle J. 1995. Transcultural concepts in nursing care. Second Edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. USA.

Andrews M & Boyle J. 2003. Transcultural Nursing Assessment Guide. Teoksessa: Andrews M & Boyle J. Transcultural Concepts in Nursing Care. Lippincott Williams & Wilkins. 533-539.

Audini B & Lelliott P. 2002. Age, gender and ethnicity of those detained under Part 2 of the Mental Health Act 1983. British Journal of Psychiatry 180: 222-226.

Baldonado AA, Ludwig-Beymer P, Barnes K, Stasiak D, Nemivant EB & Anonas-Termate A. 1998. Transcultural Nursing Practice Described by Registered Nurses and Baccalaureate Nursing Students. Journal of Transcultural Nursing 9: 2: 15-25.

Baldwin DM. 2003. Disparities in Health and Health Care: Focusing Efforts to Eliminate Unequal Burdens. Online Journal of Issues in Nursing 8(1): 1-9.  
[www.nursingworld.org](http://www.nursingworld.org)

Barker PJ. 1999. Emotional Competence in Professional Communication. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 6: 153-159.

Barron F, Hunter A, Mayo R & Willoughby D. 2004. Acculturation and Adherence: Issues for Health Care Providers Working With Clients of Mexican Origin. Journal of Transcultural Nursing 15(4): 331-337.

Bechtel GA, Davidhizar R & Spurlock WR. 2000. Workers and their families: Cultural patterns and delivery of care in the United States. International Journal of Nursing Practice 6: 300-306.

Bernal H. 1993. A Model for Delivering Culture-Relevant Care in the Community. Public Health Nursing 19(4): 228-232.

Bernal ME & Castro FG. 1994. Are clinical psychologist prepared for service and research with ethnic minorities? Report of decade of progress. *American Psychologist* 49: 797-805.

Bernal H & Froman R. 1987. The Confidence of Community Health Nurses in Caring for Ethnically Diverse Populations. *IMAGE: Journal Nursing Scholarship* 19(4): 201-203.

Berry JW, Poortinga YH, Segall MH & Dasen PJ. 1992. *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge University Press. Cambridge. England.

Bhugra D. 2003. Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108(418): 67-72.

Bhugra D. 2004. Migration and Mental Health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109: 243-258.

Bhui K & Sashidharan SP. 2003. Should there be separate psychiatric services for ethnic minority groups? *British Journal of Psychiatry* 182: 10-12.

Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F & Feer G. 2003. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. *British Journal of Psychiatry* 182: 105-116.

Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K & Bhugra D. 2007. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *Health Services Research* 7: 15.

Bloch B. 1984. Bloch's Assessment Guide for ethnic/cultural variations. In: Orque M, Bloch B & Monroy L. *Ethnic Nursing Care. A multicultural approach*. The C.V. Mosby Company. St. Louis. 49-79.

Bonaparte BH. 1979. Ego Defensiveness, Open-Closed Mindedness, and Nurses' Attitude toward Culturally Different Patients. *Nursing Research* 28(3): 166-172.

Boyle JS. 1994. *Styles in Ethnography*. Teoksessa: Morse JM. *Critical Issues on Qualitative Research Method*. Sage Publications. Thousands Oaks. USA. 159-209.

Brody E. 1994. *The Mental Health and Well-Being of Refugees: Issues and Directions*. Teoksessa: Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S & Orley J (toim.). *Amidst Peril and Pain – the Mental Health and Well-being of the World's Refugees*. 57-68.

Burchum JL. 2002. *Cultural Competence: An Evolutionary Perspective*. *Nursing Forum* 37(4): 5-15.

Burnard P & Hannigan B. 2000. *Qualitative and quantitative approaches in mental health nursing: moving the debate forward*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7: 1-6.

Burnett A & Peel M. 2001. *Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees*. *British Medical Journal* 322: 544-547.

Burr JA & Chapman T. 1998. *Some reflections on cultural and social considerations in mental nursing*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5: 431-437.

Bäärnhielm S, Rosso Scarpinati M & Patti L. *Kultur, context och psykiatrisk diagnostic. Manual för intervju enligt kultuformulering I DSM-4*. Transkulturellt Centrum. Stockholms läns Landsting. Elanders Berlings Malmö 2007.

Campinha-Bacote J. 1994a. *The Process of Cultural Competence in Health Care: A Culturally Competent Model of Care*. Transcultural C.A.R.E Associates. Wyoming. Perfect Printing press. USA.

Campinha-Bacote J. 1994b. *Cultural Competence in Psychiatric Mental Health Nursing. A Conceptual Model*. *Nursing Clinics of North America* 29(1): 1-7.

Campinha-Bacote J. 1999. *A Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care*. *Journal of Nursing Education* 38(5): 203-207.

- Campinha-Bacote J. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing* 3(3): 181-184.
- Cantor-Graae E, Pedersen C, McNeil T & Mortensen P. 2003. Migration as a risk for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *British Journal of Psychiatry* 182: 117-122.
- Capell J, Dean E & Veenstra G. 2008. The Relationship between Cultural Competence and Ethnocentrism of Health Care Professionals. *Journal of Transcultural Nursing* 19(2): 121-125.
- Capers CF. 1994. Mental Health Issues and African-Americans. *Nursing Clinics of North America* 29(1): 57-64.
- Carrillo JE, Green AR & Betancourt JR. 1999. Cross-cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. *Annals of Internal Medicine* 130: 829-834.
- Carrington G & Procter N. 1995. Identifying and responding to the needs of refugees: A global nursing concern. *Holistic Nursing Practice* 9: 9-17.
- Charpentier S. 2005. Torture and war survivors - some considerations on counselling and therapy. Teoksessa: Launikari M & Puukari S. *Multicultural Guidance and Counselling*. Institute for Educational Research. University of Jyväskylä. 329-342.
- Chevannes M. 2002. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *Journal of Advanced Nursing* 39(3): 290-298.
- Cioffi J. 2006. Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. *International Journal of Nursing Practice* 12: 319-325.

Clarke K. 2003. Welfare Research into Marginal Communities in Finland: Insider Perspectives on Health and Social Care. Research Reports Series A, No 8. Department of Social Policy and Social Work. University of Tampere.

Clarke K. 2006. HIV/AIDS as a transnational health care issue: migrants in the European Union. *Siirtolaisuus-Migration* 1: 11-16.

Clifford J. 1994. *Diasporas*. Teoksessa: Vertovec S & Cohen R (toim.). 1999. *Migration, Diasporas and Transnationalism*. The International Library of Studies on Migration. An Elgar Reference Collection. Cheltenham, UK. MPG Books Ltd. Bodmin, Cornwall. 215-251.

Coid J, Kahtan N, Gault S & Jarman B. 2000. Ethnic differences to secure forensic psychiatry services. *British Journal of Psychiatry* 177: 241-247.

Conrad M & Pacquiao DF. 2005. Manifestation, Attribution, and Coping with Depression Among Asian Indians from the Perspectives of Health Care Practitioners. *Journal of Transcultural Nursing* 16(1): 32-40.

Cooper H. 2002. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine* 54: 693-706.

Cortis JD. 2000. Perceptions and Experience with Nursing Care: A Study of Pakistani (Urdu) Communities in the United Kingdom. *Journal of Transcultural Nursing* 11(2): 111-118.

Cortis JD. 2004. Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing* 48(1): 51-58.

Cowan D & Norman I. 2006. Cultural Competence in Nursing: New Meanings. *Journal of Transcultural Nursing* 17(1): 82-88.

Cross T, Bazron B, Dennis K & Isaacs M. 1989. *Toward a culturally competent system of care, volume I: A monograph on effective services for minority children who are*

severely emotionally disturbed. Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center. Washington DC.

Degni F. 2004. The Social and Cultural Determinants of the Use of Contraception among Married Somali Women Living in Finland. *Stakes. Research Report* 148.

Denboba D. 1998. Cultural competence – what it is, what it's not. *Ala Nurse*. 32(4): 11-2.

DeSantis L. 1994. Making anthropology clinically relevant to nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 20: 707-715.

DeSantis L. 1997. Building healthy communities with immigrants and refugees. *Journal of Transcultural Nursing* 9: 20-31.

Dougherty MC & Tripp-Reimer T. 1985. The Interface of Nursing and Anthropology. *Annual Review of Anthropology* 14: 219-241.

Dowd SB, Giger JN & Davidhizar R. 1998. Use of Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model by Health Professions. *International Nursing Review* 45(4): 119-122, 128.

Dreher M & MacNaughton N. 2002. Cultural Competence in Nursing: Foundation or Fallacy? *Nursing Outlook* 50: 181-186.

Duffy ME. 2001. A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 36(4): 487-495.

Eastmond M. 1998. Nationalist Discourses and the Construction of Difference: Bosnian Muslim Refugees in Sweden. *Journal of Refugee Studies* 11(2): 161-181.

Eliason MJ. 1993. Cultural Diversity in Nursing Care: The Lesbian, Gay, or Bisexual Client. *Journal of Transcultural Nursing* 5(1): 14-20.

Eriksen TH. 2004. *Toista maata? Johdatus antropologiaan. Gaudeamus. Helsinki.*

EUMC. 2005. Majorities' Attitudes Towards Minorities: Key Findings from the Eurobarometer and the European Social Survey. Summary. European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. Wien.

Euroopan ihmisoikeussopimus. SopS 18-19/1990, 3. artikla.

Falicov CJ. 2007. Working with Transnational Immigrants: Expanding Meanings of Family, Community, and Culture. *Family Process* 46(2): 157-171.

Farmer P. 1999. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. University of California Press. Berkeley.

Fernando S. 1989. *Race and Culture*. Tavistock. Routledge. London.

Fiscella K, Franks P, Gold M & Clancy C. 2000. Inequality in Quality. Addressing Socioeconomic, Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Journal of American Medical Association* 283(17): 19.

Foronda CL. 2008. A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing* 19: 207-212.

Geertz C. 1993. *The Interpretation of Cultures*. Basic Books, Inc. Publishers. New York.

Geertz C. 2000. *Available Light. Anthropological Reflection on Philosophical Topics*. Princeton University Press. Princeton and Oxford.

Gelazis RS & Coombe-Moore J. 1993. Developing a Therapeutic Relationship. Teoksessa: Rawlins RP, Williams SR & Beck CK (toim.). *Mental Health Nursing - A Holistic Life-Cycle Approach*. Mosby Year Book, Inc. St. Louis. USA. 109-132.

Geneven Pakolaissopimus 1951. Suomen osalta voimaan 1968 (SopS 77/1968).



Giger JN & Davidhizar RE. 1995. Transcultural Nursing. Assessment and Intervention. Second edition. St. Louis, Mosby. USA.

Giger JN & Davidhizar RE. 2003. Transcultural Nursing. Assessment & Intervention. St Louis, Mosby, USA.

Gissler M, Malin M, Matveinen P, Sarvimäki M & Kangasharju A. 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus 296. Työministeriö. Helsinki.

Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW, Ford DE & Cooper LA. 2007. Ethnicity and preference for depression treatment. *General Hospital Psychiatry* 29: 182-191.

Glittenberg J. 2004. A Transdisciplinary, Transcultural Model for Health Care. *Journal of Transcultural Nursing* 15(1): 6-10.

Guba EG. 1990. The Alternative Paradigm Dialog. Teoksessa: Guba E. The Paradigm Dialog. Sage Publications. California. 17-27.

Gustafson DL. 2005. Transcultural Nursing Theory From a Critical Cultural Perspective. *Advances in Nursing Science* 28(1): 2-16.

Haghseresht A. 2003. Iranian Asylum Seeker Families in the Finnish Health Care System. Teoksessa: Clarke K. Welfare Research into Marginal Communities in Finland: Insider Perspectives on Health and Social Care. Research Reports Series A, No. 8. Department of Social Policy and Social Work. University of Tampere. 74-117.

Halla T. 2007. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. *Duodecim* 123: 469-475.

Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 19.10.2006. [www.mol.fi](http://www.mol.fi)

Hall S. 1997. Representations: cultural representations and signifying practices. Sage. London.

Hall S. 2003. Kulttuuri, paikka, identiteetti. Teoksessa: Lehtonen M & Löytty O. Erilaisuus. Vastapaino. Tampere. 85-128.

Hammersley M & Atkinson P. 1995. Ethnography. Principles in practice. Routledge. London.

Hanki K. 1995. Erilaisesta kulttuurista tuleva potilas lääkärin silmin – haastattelututkimus turkulaisten lääkäreiden kokemuksista terveystantropologian ja käytännöllisen etiikan näkökulmasta. Kulttuurien tutkimuksen laitos. Uskontotieteen pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto.

Hannerz U, Massey D & Morley D. 2003. Erilaisuus. Vastapaino. Tampere. 83-128.

Hassinen-Ali-Azzani T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystietämisestä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95. Kuopion yliopisto.

Hautaniemi P. 2004. Pojat! Somalipoikien kiistanalainen nuoruus Suomessa. Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 41. Hakapaino. Helsinki.

Hendrickson SG. 2003. Beyond translation: Cultural fit. Western Journal of Nursing Research 25(5): 593-608.

Helsingin Sanomat 27.8.2006. Gregory Rodriguez. Eloön jääneet selviävät sodan kauhuista eri tavoin.

Helsingin Sanomat 25.3.2008. Hannele Tulonen ja Paavo Tukkimäki. Valtion rajat hakusessa.

Helsingin Sanomat 10.6.2008. Pääkirjoitus. Maahanmuuttajan mieli järkkyy.

- Herberg P. 1995. Theoretical Foundations of Transcultural Nursing. Teoksessa: Andrews M & Boyle J. Transcultural Concepts in Nursing Care. J.B.Lippincott Company. Philadelphia. USA. 3-47.
- Hilden R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Hygieia. Tammi.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2002. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Hirstiö-Snellman P & Mäkelä M. 1998. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina. Selvityksiä 1998: 12. Helsinki. [www.vn.fi/stm/suomi/pao /julkaisut](http://www.vn.fi/stm/suomi/pao/julkaisut)
- Holden P & Littlewood J. 1991. Anthropology and Nursing. Routledge. London.
- Honkasalo M-L. 2008. Etnografia terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45: 4-17.
- Huff RM & Kline MV. 1999. Promoting Health in Multicultural Populations. A Handbook for Practitioners. Sage Publications. USA.
- Hughes AO, Fenton S, Hine CE. 1995. Strategies for sampling blacks and ethnic minority populations. Journal of Public Medicine 17: 187-192.
- Hung-Tat Lo & Fung Kenneth P. 2003. Culturally Competent Psychotherapy. Canadian Journal of Psychiatry 48:3. 161-170.
- Huttunen L, Löytty O & Rastas A. 2005. Suomalainen monikulttuurisuus. Paikallisia ja ylirajaisia suhteita. Teoksessa: Rastas A, Huttunen L & Löytty O. Suomalainen Vieraskirja. Vastapaino. Tampere. 16-40.
- Huttunen R. 2006. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi gynekologisessa näytteenotossa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Hämäläinen-Kebede S. 2003. Maahanmuuttajien terveyden edistäminen. Esimerkkinä kurdipakolaiset. Terveyskasvatuksen Pro gradu- tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Idehen-Imarhiagbe E. 2006. Expectations and Experiences of Nursing Care: A Study of Nigerian Communities in Helsinki Region, Finland. Master thesis. Faculty of Social Sciences. Department of Nursing Science. University of Kuopio.

Ikonen ER. 1999. Terveystieteiden kulttuurinen kompetenssi pakolaisnaisen hoitotyössä. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Ikonen ER. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsiteanalyttinen tutkimus hybridisellä mallilla. Hoitotiede 19(3): 140-151.

Jaakkola M. 1999. Maahanmuutto ja etniset suhteet. Suomalaisten suhtautuminen maahanmuuttajiin 1987-1999. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 213. Edita. Helsinki.

Jaakkola M. 2005. Suomalaisten suhtautuminen maahanmuuttajiin vuosina 1987-2003. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 286. Helsinki.

Jaakkola, M. 2009. Maahanmuuttajat suomalaisen näkökulmasta. Asennemuutokset 1987-2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 1/2009.

Jablensky A, Marsella AJ, Ekblad S, Jansson B, Levi L, Bornemann T. 1994. Refugee Mental Health and Well-being; Conclusions and Recommendations. Teoksessa: Marsella A, Bornemann T, Ekblad S, Orley J. Amidst Peril and Pain – the Mental Health and Well-being of the World's refugees. American Psychological Association. Washington. 327-339.

Johansson LM. 1997. Mental Health and Suicide. An Epidemiological, Psychiatric and Cross-Cultural Study. Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine. Psychiatry Section. Huddinge Hospital, Karolinske Institute. Repro Print. Stockholm.

- Joronen M & Salonen A. 2006. Rasismi ja etninen syrjintä – ajatuksia ja tekoja. Teoksessa: Salonen AM & Villa S. Rasismi ja etninen syrjintä Suomessa 2005. Ihmisoikeusliitto. Cosmoprint. Helsinki. 15-73.
- Jones ME, Cason CL & Bond ML. 2004. Cultural Attitudes, Knowledge and Skills of a Health Workforce. *Journal of Transcultural Nursing* 15(4): 283-290.
- Järvinen R. 2004. Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Kaivo-oja J & Suvinen N. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden näkymät vuoteen 2030. *Hoitotyön vuosikirja 2002*. Hygieia. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Kallakorpi S. 2004. Elämän täytyy jatkua eteenpäin. Kosovon albaanipakolaisten käsitykset mielenterveydestä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. 2004.
- Kangas I & Karvonen S. 2000. Terveys sosiologian haasteet. Teoksessa: Kangas I, Karvonen S & Lillrank A. (toim.). *Terveys sosiologian suuntauksia*. Gaudeamus. Helsinki. 206-210.
- Kao Hsueh-Fen S, Hsu Min-Tao & Clark L. 2004. Conceptualizing and Critiquing Culture in Health Research. *Journal of Transcultural Nursing* 15(49): 269-277.
- Kavanagh KH. 1995. Transcultural perspectives in mental health. Teoksessa: Andrews MM & Boyle JS. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Lippincott. Philadelphia. 253-285.
- Kearney M. 1995. The Local and the Global: The Anthropology of Globalization and Transnationalism. Teoksessa: Vertovec S & Cohen R. 1999. *Migration, Diasporas and Transnationalism*. The International Library of Studies on Migration. An Elgar Reference Collection. Cheltenham, UK. MPG Books Ltd. Bodmin. Cornwall. 520-538.

- Kim-Godwin YS, Clarke PN & Barton L. 2001. A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing* 35(6): 918-925.
- King R. 1995. *Teoksessa: Massey D & Jess P (toim.). A Place in the World*. Alden Press Limited. United Kingdom. 6-32.
- Kleinman A. 1978. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine* 12: 85-93.
- Koehn PH. 2004. *Global Politics and Multinational Health-care Encounters: Assessing the Role of Transnational Competence*. *EcoHealth* 1: 69-85.
- Koehn PH: 2005a. *Improving Transnational Health-care Encounters and Outcomes: The Challenge of Enhanced Transnational Competence for Migrants and Health Professionals*. Conference Proceedings. Final conference of the European project *Migrant-Friendly Hospitals: Amsterdam, Netherlands, December 9-11, 2004*.
- Koehn P. 2005b. *Medical Encounters in Finnish Reception Centres: Asylum-Seekers and Clinician Perspectives*. *Journal of Refugee studies* 18(1): 47-75.
- Koehn P & Sainola-Rodriguez K. 2005. *Clinician/ Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses*. *Journal of Transcultural Nursing* 16(4): 298-311.
- Koehn P. 2006a. *Health-care Outcomes in Ethnoculturally Discordant Medical Encounters: The Role of Physician Transnational Competence in Consultations with Asylum Seekers*. *Journal of Immigration and Minority Health* 8(2): 137-146.
- Koehn P. 2006b. *Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters*. *Globalization and Health* 2(2).

Koehn P & Rosenau J. 2002. Transnational Competence in an Emergent Epoch. *International Studies Perspectives* 3: 105-127.

Koehn P & Swick H. 2006. Medical Education for a Changing World: Moving Beyond Cultural Competence into Transnational Competence. *Academic Medicine* 81(6): 548-556.

Koehn P & Tiilikainen M. 2007. Migration and Transnational Health Care: Connecting Finland and Somaliland. *Siirtolaisuus-Migration* 1: 2-9.

Kohonen L. 1996. Vieraasta kulttuurista tulleet potilaat hoitotyön ja hoitotyön koulutuksen haasteena. *Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.*

Koistinen P. 2006. Kulttuurien kohtaaminen hoitotyössä ja hoitotyön opiskelussa. Pro gradu –tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden opettajankoulutus. Kuopion yliopisto.

Koponen K. 2003. Monikulttuurisen hoitotyön opettaminen suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa. Terveysalan opettajien kokemuksia ja kehittämis ehdotuksia. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden opettajankoulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Koskinen L. 2005. Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen hoitotyön vaihto-opiskeluohjelmassa. *Hoitotiede* 17(1): 1-13.

Kuivalainen M & Salonen A. 2006. Kansallisia rasismia ja etnisen syrjinnän vastaisia toimia. Teoksessa: Salonen AM & Villa S (toim.). *Rasismi ja etninen syrjintä Suomessa 2005*. Ihmisoikeusliitto. Cosmoprint. Helsinki. 89-97.

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 9.4.1999/493.

Lammintakanen J & Kinnunen J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalveissa. Teoksessa: Hopia H & Koponen L (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidtajaliitto. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. 9-25.

Latvala E, Visuri T & Janhonen S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.

Lauri S & Elomaa L. 1999. Hoitotieteen perusteet. WSOY. Juva.

Lavizzo-Mourey R & MacKenzie ER. 1996. Cultural Competence: Essential Measurements of Quality for Managed Care Organizations. *Annals of Internal Medicine* 124(10): 919-921.

Lefley H. 1989. Counseling Refugees: The North American Experience. Teoksessa: Pedersen PB, Draguns JG, Lonner WJ & Trimble JE. *Counseling Across Cultures*. University of Hawaii Press. Honolulu. 243-266.

Lehtonen M & Löytty O. 2003. Miksi erilaisuus? Teoksessa: Lehtonen M & Löytty O (toim.). *Erilaisuus*. Vastapaino. Tampere.

Leininger M. 1970. *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. John Wiley & Sons, Inc. New York.

Leininger M. 1985. *Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis*. Teoksessa: Leininger M (toim). *Qualitative Research Methods in Nursing*. Grune & Stratton, Inc. Lontoo. 33-71.

Leininger M. 1990. Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing* 1(2): 40-51.

Leininger M. 1991. *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press. New York. USA.



Leininger M. 1995a. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. McGraw-Hill Inc. Blacklick, USA.

Leininger M. 1995b. *Incorporating Transcultural Nursing in Nursing Education Programs*. Teoksessa: Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. McGraw-Hill Inc. Blacklick, USA. 613-618.

Leininger M. 1999. What is transcultural nursing and culturally competent care? *Journal of Transcultural Nursing* 10: 9.

Leino-Kilpi H. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus - yhdessä vai erikseen? Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva. 222-231.

Levitt P. 2001. *The Transnational Villagers*. University of California Press. Berkeley, California.

Lie B. 2001. A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106: 415-425.

Liebkind K. 1990. Pakolaisen mielenterveys ja identiteetti. *Suomen Lääkärilehti* 35/90: 3211-3216.

Liebkind K. 2000. Monikulttuurisuus on tulevaisuutta. Teoksessa: Liebkind K (toim.). *Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Tammer-Paino Oy. Tampere. 171-182.

Liebkind K & Eränen L. 2001. Attitudes of Future Human Service Professionals: The Effects of Victim and Helper Qualities. *Journal of Social Psychology* 14(4): 457-475.

Lindström UÅ. 1988. *Psykiatrisen hoito-opin perusteet*. SHKS. Karisto Oy:n kirjapaino.

Lipson JG. 1994. Ethical Issues in Ethnography. Teoksessa: Morse JM (toim.). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publications. Thousand Oaks, California, USA. 333-356.

Lipson JG. 1999. Cross-Cultural Nursing: The Cultural Perspective. *Commentaries: Defining Transcultural Nursing*. *Journal of Transcultural Nursing* 10: 6.

Lukkaroinen R. 2005. "Muutos on pysyvä olotila". *Työpoliittinen tutkimus* 292. Työministeriö. Helsinki.

MacLachlan M. 1997. *Culture and Health*. John Wiley & Sons. Chichester.

Malin M. 2002. Maailma on liikkeessä – maahanmuuttajien terveystieteet. *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 2: 83-87.

Malin M. 2003. Maahanmuuttajien terveys Suomessa. Teoksessa: Luoto R, Viisainen K & Kulmala I. *Sukupuoli ja terveys*. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy. Tampere. 319-333.

Malkki LH. 1995. Refugees and Exile: From "Refugee Studies" to the National Order of Things. *Annual Review of Anthropology* 24: 495-523.

Manderbacka K & Elovainio M. 2007. Miten sosiaaliset rakenteet oikein määrittävät terveyttä? *Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti* 3: 141-143.

Marsella A, Bornemann T & Orley J. 1994. Introduction. Teoksessa: Marsella A, Bornemann T, Ekblad S, Orley J. *Amidst Peril and Pain – the Mental Health and Well-being of the World's refugees*. American Psychological Association. Washington. 1-13.

Martikainen T, Sintonen T & Pitkänen P. 2006. Ylirajainen liikkuvuus ja etniset vähemmistöt Teoksessa: Martikainen T (toim.). *Ylirajainen kulttuuri*. Tietolipas 212. SKS. Hakapaino Oy. Helsinki. 9-41.

Massey D. 2003. Paikan käsitteellistäminen. Teoksessa: Lehtonen M & Löytty O (toim.). Erilaisuus. Vastapaino. Tampere. 51-83.

McCabe RM & Proebe S. 2004. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry* 185: 25-30.

McKenzie K, Harrison G, Murray R, Jones P, Craig T & Jeff J. 2005. Pathways to Care and Ethnicity. 2: Source of referral and help-seeking. *British Journal of Psychiatry* 186: 290-296.

Meadows LM, Thurston WE & Melton C. 2001. Immigrant women's health. *Social Science & Medicine* 52: 1451-1458.

Meriläinen P. 1996. Kulttuurisen hoitotyön tarve, luonne ja asiantuntijuus suomalaisessa hoitotyössä. Teoksessa: Miettinen S, Töyry E & Vehviläinen-Julkunen K. Huolenpito ja hoitotyö. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 33. Kuopio. 13-23.

Metsämuuronen J. 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Oy Edita Ab. Helsinki.

Metsänen R. 1996. Pakolaisuuden vastuullisuuden selvitysmallit. Lisensiaattityö. Psykologian laitos. Tampereen yliopisto.

Michaelsen J, Krasnik A, Nielsen A, Norredam M & Torres AM. 2004. Health professionals' knowledge, attitude, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian Journal of Public Health* 32: 287-295.

Monitori. Tilastoliite 2/2007. Työministeriö/Maahanmuuttoasiat. Edita. Helsinki.

Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Bagalkote H, Morgan K, Fearon P, Dazzan P, Boydell J, McKenzie K, Harrison G, Murray R, Jones P, Craig T & Leff J. 2005. Pathways to care and ethnicity. 2: Source of referral and help-seeking. *British Journal of Psychiatry* 186: 290-296.

- Muecke MA. 1992. Nursing Research with Refugees. *Western Journal of Nursing Research* 14(6): 703-720.
- Mulholland J. 1995. Nursing, humanism and transcultural theory: the 'bracketing-out' of reality. *Journal of Advanced Nursing* 22(3): 442-449.
- Murillo-Rohde I. 1995. Cultural Diversity in curriculum development. Teoksessa: Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. Greyden Press. Columbus. Ohio.
- Narayanasamy A. 2003. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing* 12(3): 185-194.
- Nazroo J. 2003. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination and Racism. *American Journal of Public Health* 93(2): 277-284.
- Nisula T. 1996. Etnografia ja terveyden tutkiminen - huomioita metodista. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33: 143-151.
- Olvig KF. 2003. Migrants' visions and practices of home. *Suomen Antropologi* 28(2): 2-14.
- Omeri A, Lennings C & Raymond L. 2006. Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia. *Journal of Transcultural Nursing* 17: 30-39.
- Oroza V. 2007. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 4: 441-447.
- Orque M. 1983. Orque's Ethnic/Cultural System: a framework for ethnic nursing care. Teoksessa: Orque M, Bloch B & Ahumada Monroy LS. *Ethnic Nursing Care. A Multicultural Approach*. The C.V. Mosby Company. 5-75.
- Pakaslahti A. 2007. Lääkäri ja hänelle vieraat kulttuurit. *Duodecim* 4: 431-433.

Pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus. Geneve 28.7.1951. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Pakolaisten oikeusasemaa koskeva lisäpöytäkirja. YK 31.1.1967.

Papadopoulos I & Lees S. 2002. Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing* 37(3): 258-264.

Peltonen H. 2008. Tulevaisuuden lääkäri on konsultti. *Dialogi*. 17.1.2008.  
<http://dialogi.stakes.fi/FI/arkisto/2008/1/sivu/54.htm>

Peltari P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden  
kvalifikaatiovaatimukset. STAKES, tutkimuksia 80. Gummerus Kirjapaino Oy.  
Jyväskylä.

Perkinen M. 1996. Ulkomaalaiset mielenterveystoimistojen asiakkaina. Helsingin  
kaupungin tietokeskus. Monila. Helsinki.

Pierre SA. 2000. Psychiatry and citizenship: the Liverpool black mental health service  
users' perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7: 249-257.

Pirinen I. 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin  
ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. *Acta Universitatis Tamperensis*  
1289. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere.

Pitkänen P. 2006. Etninen ja kulttuurinen monimuotoisuus viranomaistyössä. Edita.  
Helsinki.

Pitkänen P & Kouki S. 1999. Vieraiden kulttuurien kohtaaminen viranomaistyössä.  
Edita. Helsinki.

Pohjanpää K, Paananen S & Nieminen M. 2003. Maahanmuuttajien elinolot.  
Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002.  
Elinolot 2003: 1. Edita Prisma Oy. Helsinki.

Polaschek NR. 1998. Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing* 27(4): 452-457.

Polyakova S & Pacquiao D. 2006. Psychological and Mental Illness Among Elder Immigrants From the Former Soviet Union. *Journal of Transcultural Nursing* 17(1): 40-49.

Procter NG. 2005a. "They first killed his heart (then) he took his own life". Part 1: A review of the context and literature on mental health issues for refugees and asylum seekers. *International Journal of Nursing Practice* 11: 286-291.

Procter NG. 2005b. "They first killed his heart (then) he took his own life". Part 2: Practice Implications. *International Journal of Nursing Practice* 12: 42-48.

Procter NG. 2006. Mental Health Workforce Collaboration and Partnership: Towards a response to World Health Assembly Resolution. WHA 57.19. *Migration Letters* 3(1): 43-52. [www.migrationletters.com](http://www.migrationletters.com)

Punamäki RL & Bremer L. 1995. Mielenterveys vieraassa maassa. teoksessa: Viialainen R (toim.). *Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville*. Stakes. Oppaita 28. Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi. 72-75.

Purnell L. 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3): 193-196.

Purnell LD & Paulanka B. 2003. *Transcultural Health Care. A Culturally Competent Approach*. Second edition. F.A. Davis Company. Philadelphia.

Purokoski M. 1993. Maahan saapuvien pakolaisten vastaanotto suomalaisessa terveydenhuollossa terveydenhoitajan kokemana. *Terveydenhuollon koulutusohjelma*. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Rauta A. 2005. Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 3.

Rooda LA. 1993. Knowledge and Attitudes of Nurses toward Culturally Different Patients: Implications for Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 32(5): 209-213.

Robertsson CL, Halcon L, Savik K, Johnson D, Sprong M, Butcher J, Westermayer J & Jaranson J. 2006. Somali and Oromo refugee women: trauma and associated factors. *Journal of Advanced Nursing* 56(6): 577-587.

Ruokonen H. 1996. Maahanmuuttajien terveyskeskuslääkäripalveluiden käyttö. Tutkimus maahanmuuttajien ja alkuperältään suomalaisen vertailuryhmän lääkäriissäkäynneistä Meri-Rastilan terveysasemalla Helsingissä. Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos. *Kansanterveystieteen julkaisu* M 119:1996.

Sainola-Rodriguez K. 2005. Turvapaikanhakijat psykiatrisessa sairaalahoidossa – hoitamisen kulttuurisen kompetenssin toteutuminen potilasasiakirjojen perusteella. *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 1: 18-31.

Sainola-Rodriguez K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa: transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 4: 216-227.

Sainola-Rodriguez K & Koehn P. 2006. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 1: 47-59.

Salmi AM. 2002. Kokemuksia turvapaikanhakijoiden terveydenhuollosta. *Duodecim* 36: 3501-3503.

Sarvimäki A & Stenbock-Hult B. 1992. Hoitoa ja huolenpitoa. SHKS. Vaasa Oy. Vaasa.

- Schiller NG, Basch L, Blanc-Szanton C. 1992. Transnationalism: A New Analytic Framework for Understanding Migration. Teoksessa: Vertovec S & Cohen R (toim.). 1999. Migration, Diasporas and Transnationalism. The International Library of Studies on Migration. An Elgar Reference Collection. Cheltenham, UK. MPG Books Ltd. Bodmin, Cornwall. 26-49.
- Schim S, Doorenbos A, Benkert R & Miller J. 2007. Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together. *Journal of Transcultural Nursing* 18(2): 103-110.
- Secker J & Harding C. 2002. African and African Caribbean users' perceptions of inpatient services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 161-167.
- Seid M & Varni JW. 2005. Measuring Primary Care for Children of Latino Farmworkers: Reliability and Validity of the Parent's Perceptions of Primary Care Measure (P3C). *Maternal and Child Health Journal* 9(1): 49-57.
- Serrant-Green L. 2001. Transcultural nursing education: a view from within. *Nurse Education Today* 21: 670-678.
- Shanahan M & Brayshaw DL. 1995. Are nurses aware of the differing health care needs of Vietnamese patients. *Journal of Advanced Nursing* 22: 456-464.
- Shapiro J & Lenahan P. 1996. Family medicine in a culturally diverse world: A solution-oriented approach to common cross-cultural problems in medical encounters. *Family Medicine* 28(4): 249-255.
- Shen Z. 2004. Cultural Competence Models in Nursing: A Selected Annotated Bibliography. *Journal of Transcultural Nursing* 15(4): 317-322.
- Sihvola J. 2004. Maailmankansalaisen etiikka. Otava. Keuruu.



Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasgar V & Stell Z. 1997. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry* 170: 351-357.

Silvennoinen P. 2000. Kulttuurinmukainen tarpeenmääritys äitiysneuvolassa. Opinnäytetutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Smedley BD, Stith AY & Nelson AR. 2003. *Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Institute of Medicine. The National Academic Press. Washington, DC. USA. 12, 204-206.

Smith LS. 1998. Concept Analysis: Cultural Competence. *Journal of Cultural Diversity* 5(1): 4-10.

Smith LS. 2001. Health of America's Newcomers. *Journal of Community Health Nursing* 18(1): 58-69.

Snowden LR & Cheung FK. 1990. Use of Inpatient Mental Health Services by Members of Ethnic Minority Groups. *American Psychologist* 45(3): 347-355.

Spradley JP. 1979. *The Ethnographic Interview*. Holt, Rinehart and Winston, Inc. USA.

St. Clair A & McKenry L. 1999. Preparing culturally competent practitioners. *Journal of Nursing Education* 38(5): 228-234.

Steel Z, Silove D, Chey T, Bauman A, Phan T & Phan T. 2005. Mental disorders, disability, and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111(4): 300-309.

Struwe G. 1994. Training health and medical professionals to care for refugees: issues and methods. Teoksessa: Marsella A, Bornemann T, Ekblad S & Orley J (toim.).

Amidst Peril and Pain - the Mental Health and Well-being of the World's Refugees. American Psychological Association. Washington DC. USA. 311-324.

Strömpl J. 2003. Russian and Estonian sex workers and the Prostitution Counselling Centre in Helsinki. Teoksessa: Clarke K. Welfare Research into Marginal Communities in Finland: Insider Perspectives on Health and Social Care. Research Reports Series A, No. 8. Department of Social Policy and Social Work. University of Tampere. 118-153.

Sue DW & Sue D. 1999. Counseling the Culturally Different. Theory and Practice. Third edition. John Wiley & Sons. New York.

Sue S, Fujino DC, Hu Li-tze, Takeuchi DT & Zane NWS. 1991. Community Mental Health Service for Ethnic Minority Groups: A Test of the Cultural Responsiveness Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(4): 533-540.

Sue DW, Arredondo P & McDavis R. 1992. Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession. *Journal of Counseling & Development* 70: 477-486.

Suh E. 2004. The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing* 15(2): 93-102.

Suurpää L. 2002. Erilaisuuden hierarkiat. Suomalaisia käsityksiä maahanmuuttajista, suvaitsevaisuudesta ja rasismista. Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki.

Taavela R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Kuopio.

Tervalon M & Murray-Garcia J. 1998. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 9(2): 117-125.

- Thomas MD. 1991. Cultural Concepts and Psychiatric Mental Health Nursing. Teoksessa: McFarland GK & Thomas MD (toim.). Psychiatric Mental Health Nursing. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 77-84.
- Tiilikainen M. 2007. Arjen islam. Somalinaisen elämää Suomessa. Vastapaino. Juvenes Print. Tampere.
- Tiilikainen M. 2008. Somalialaiset maahanmuuttajat ja ylirajainen hoito. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 45(1): 74-87.
- Tolmac J & Hodes M. 2004. Ethnic variation among adolescent psychiatric in-patients with psychotic disorders. British Journal of Psychiatry 184: 428-431.
- Tripp-Reimer T, Brink PJ & Saunders J. 1984. Cultural Assessment: Content and Process. Nursing Outlook 32(2): 78-82.
- Tripp-Reimer T & Dougherty M. 1985. Cross-cultural nursing research. Annual Review of Nursing Research 3: 77-104.
- Tripp-Reimer T & Lively SH. 1993. Cultural Consideration in Mental Health Nursing - Psychiatric Nursing. Teoksessa: Rawlins RP, Williams SR & Beck CK (toim.). Mental Health Nursing - A Holistic Life-Cycle Approach. Mosby Year Book, Inc. St. Louis. USA. 166-177.
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä.
- Tuominen R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. WSOY. Porvoo.
- Tuokko T. 2007. Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi. Terveystieteiden opettajakoulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Turtiainen T. 1995. Käsiteanalyysi potilaan edustajana toimimisesta Rodgersin menetelmällä. Hoitotieteen laitos. Terveydenhuollon opettajan koulutusohjelma. Kuopion yliopisto.

Työministeriö 2005. Työryhmän ehdotus hallituksen maahanmuuttopoliittiseksi ohjelmaksi 15.6.2005. [www.mol.fi](http://www.mol.fi)

Ulkomaalaislaki 30.4.2004/301.

Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY 1997. 206-214.

Vertovec S & Cohen R. 1999. Introduction. Teoksessa: Vertovec S & Cohen R (toim.). Migration, Diasporas and Transnationalism. The International Library of Studies on Migration. An Elgar Reference Collection. Cheltenham, UK. MPG Books Ltd. Bodmin, Cornwall. XIII-XXVIII.

Viialainen R (toim.) 1995. Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 28.

Viljanen AM. 1994. Psykiatria ja kulttuuri. Tutkimus oikeuspsykiatrisesta argumentaatiosta. Stakes tutkimuksia 37. Suomen antropologinen seura. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Villarreal A. 1995. Cultural Perspectives of Pain. Teoksessa Leininger M: Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices. Second Edition. McGraw-Hill, Inc. Columbus. OH.USA 263-277.

Virkki P. 1999. Hoitotyöntekijöiden ammatilliset valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Terveystieteiden opettajan koulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Vydelingum V. 2000. South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 32(1): 100-107.

Wahlbeck Ö. 1999a. *Kurdish Diasporas. A Comparative Study of Kurdish Refugee Communities.* Åbo Akademi and Institute of Migration. Macmillan Press Ltd. Great Britain.

Wahlbeck Ö. 1999b. Flyktningsforskning och begreppet diaspora: Att studera en transnationell social verklighet. *Sociologia* 4: 269-279.

Wahlberg H & Bäärnhielm S. 2007. Transkulturell psykiatri Pohjoismaissa. *Duodecim* 4: 477-478.

Wallin AM & Ahlström G. 2006. Cross-cultural studies using interpreters: systematic literature review. *Journal compilation.* Blackwell Publishing Ltd. 723-735.

Warren BJ. 2000. Cultural Competence: A Best Practice Process for Psychiatric–Mental Health Nursing. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 6: 135-138.

Weine SM, Kue G, Dzudza E, Razzano L & Pavkovic I. 2001. PTSD Among Bosnian Refugees: A Survey of Providers' Knowledge, Attitudes and Service Patterns. *Community Mental Health Journal* 37: 3: 261-271.

Wells MI. 2000. Beyond Cultural Competence: A Model for Individual and Institutional Cultural Development. *Journal of Community Health Nursing* 17(4): 189-199.

Wikberg A & Eriksson K. 2003. *Vårdande ur ett transkulturellt perspektiv. Institutionen för vårdvetenskap.* Åbo Akademi. Multiprint Oy. Vasa 2006.

[www.intermin.fi](http://www.intermin.fi)

[www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

[www.migri.fi](http://www.migri.fi)

[www.mol.fi](http://www.mol.fi)

[www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi)

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21. <http://www.finlex.fi>

YK:n kidutuksenvastainen yleissopimus 1989. SopS 59-60/1983, 3. artikla.

Zechner M. 2007. Ylirajaista hoivaa Suomessa. Gerontologia 2: 56-66.

## ***Liitteet***

### **Liite 1. Kulttuurisen kompetenssin mallit**

(Shen 2004:317-321)

**Burchum JLR (2002):** Process of becoming that is built on the ongoing *increase in knowledge and skill development* related to the attribute of cultural competence.

**Campinha-Bacote J. (2003):** Five constructs: cultural awareness, cultural knowledge, cultural skill, cultural encounter, cultural desire (spiritual dimension). *A journey towards cultural competence.*

**Cross T, Bazron B, Dennis K & Isaacs M. (1989):** *Developmental process*, continuum model with six stages on a continuum: cultural deconstructiveness, cultural incapacity, cultural blindness, cultural precompetence, cultural competence, cultural proficiency.

**Kim-Godwin YS, Clarke PN & Barton (2001):** A model for community based settings. Three constructs: cultural competence, the health care system and *health care outcomes*. Four dimensions: caring, cultural sensitivity, cultural knowledge, and cultural skills. *Cultural Competence Scale.*

**Leininger MM (1991, 2002):** The Sunrise Model/six major domains: culture care worldview, cultural and social construction dimensions, diverse health care systems, nursing care decisions and actions, culture care modalities, and *culture care congruence*. Several *tools*, 10 principles for culturological assessment, the transcultural communication modes, the 10 guidelines steps for culturally competent congruent care, the alternative short assessment guide, the caring rituals, the standards for culturally competent and congruent care, an inquiry guide for use with the Sunrise Model to assess culture care and health and an acculturation health care assessment guide for cultural patterns.

**Orque Mym. (1983):** Framework consist of eight components applicable to nurses and clients: diet, family life processes, *healing beliefs and practices*, language and communication processes, social groups' interactive patterns, value orientations, religion, and *art and history*.

**Pacquiao DF (2003):** *Ethical decision making process: human rights, ethical principles, and cultural congruent actions*. Ethical care is culturally competent. Can be used within the nursing process.

**Papadopoulos I & Lees S (2002):** Culturally developed researchers are necessary. Two layers: culture-generic competence and cultural specific competence with four concepts: cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity, and cultural competence.

**Purnell LD & Paulanka BJ (2003):** 12 domains: communication, family roles and organization, workforce issues, biocultural ecology, high risk health behaviours, nutrition, pregnancy and child bearing, death rituals, spirituality, health care practices and health care practitioners. Can be used in any setting.

**Suh EE (2004):** Rodgers evolutionary model; cultural ability, openness to cultural diversity and cultural flexibility.

**Wells MI (2000):** Six developmental stages: *cognitive/cultural incompetence*, cultural knowledge, cultural awareness, *affective (attitudes, behaviours)*/ cultural sensitivity, cultural competence, and cultural proficiency. Progression from one phase to another requires commitment.

#### ***Kulttuurisen hoitotyön tarpeen määrittelymallit***

**Giger JN & Davidhizar RE (2004):** Six cultural phenomena affecting nursing care: communication, space, social organization, environmental control, and biological variations.

**Spector RE (2004):** Cultural diversity; *health beliefs and concepts of health and illness*. Giger & al are provided for cultural assessment. Patient behaviour and expectations. Health traditions model.

#### ***Kulttuurisen hoitotyön tarpeen määrittelyn käsikirjat***

**Andrews MM (2003):** *Communication* and culture are integrally linked. Communication is a skill foundational to all nursing interventions.

**Andrews MM (2003):** *Health history and physical examination; biocultural variations*.

**Bloch B (1983):** Orque's ethnic-cultural system. Data-collection in the cultural, sociological, psychological, and biological-physiological categories. Used in the nursing process.



**Boyle JS & Andrews MM (2003):** Cultural assessment is the foundation for providing culturally competent and *congruent* nursing care; *biocultural variations*, cultural aspects of the incidence of disease, *communication*, cultural affiliations, cultural sanctions and restrictions, developmental consideration, educational background, *health-related beliefs and practices*, kinship and social networks, nutrition, religious affiliation and value orientation.

**Spector RE (2000):** Health care beliefs and practices, ethnocultural heritage.

#### ***Transnationaalinen osaaminen***

**Koehn PH (2004):** Five dimensions of *transnational competence* for migrant health care; analytic, emotional, creative/imaginative, communicative and functional competence. Culturally and *ethnically diverse patients*, use in multinational cases and global transmissions (Koehn 2004: 69-85)

## Liite 2. Kulttuurisen kompetenssin tasot ja ulottuvuudet

(Burchum 2002;8, lupa taulukon käyttöön 7.1.05 sähköpostitse).

<i><b>Kulttuurisen kompetenssin taso</b></i>	<i><b>Ulottuvuudet</b></i>	<i><b>Lähteet/ viitteet</b></i>
<i><b>Kulttuurinen tietoisuus</b></i>	Omaan kulttuuriin tutustuminen Tietoisuus omista etnosentrisistä näkemyksistä ja ennakoasenteista Kulttuurienkeskeisten ja -välisten samanlaisuuksien ja erilaisuuksien tunnistaminen	Bernal 1993; Campinha-Bacote 1998; Persis 1996; Taylor 1998; Willis 1999, Zoucha 2000 Bernal 1993; Campinha-Bacote 1998; Taylor 1998 Lister 1999
<i><b>Kulttuurinen tieto</b></i>	Tiedon hankkiminen muista kulttuureista Erilaisten kulttuuristen viestintä- ja käyttäytymistapojen tunnistaminen Tutustuminen erilaisiin käsitteellisiin ja teoreettisiin viitekehyksiin	Adams 1995; Campinha-Bacote 1998; Fadiman 1998; Willis 1999 Meleis 1999  Campinha-Bacote 1998
<i><b>Kulttuurinen ymmärtäminen</b></i>	Ymmärrys ettei ”läntisellä lääketieteellä” ole vastauksia kaikkeen Ymmärrys ettei kulttuuri muokkaa ihmisen uskomuksia, arvoja ja käyttäytymistä Ymmärrys, että on olemassa rodullisia, etnisiä ja kulttuurisia eroja, stereotyyppien välttäminen Ymmärrys huolista, jotka aiheutuvat yksilölle kun arvot, uskomukset ja käytännöt eroavat valtakulttuurista Ymmärrys siitä, miten ulkopuolisena oleminen vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen	Setness 1998  Campinha-Bacote 1998; Lister 1999  Andrews 1994; Leininger 2001; Meleis 1999; Peragallo 1999; Persis 1996; Taylor 1998 Lister 1999  Meleis 1999
<i><b>Kulttuurinen herkkyyys</b></i>	Jokaisen asiakkaan uskomusten ja arvojen arvostaminen ja kunnioittaminen Erilaisuuden arvostaminen Toisista kulttuureista olevien arvostaminen ja aito hoitaminen Ymmärrys siitä, kuinka kulttuurinen tausta voi vaikuttaa ammatilliseen toimintaan	Orlandi 1992; Lister 1999; Setness 1998; Zoucha & Husted 2000  Persis 1996; Downes 1999; Meleis 1999; Villarruel 1999 Persis 1996; Leininger 1998; USDHHS 2000a Lister 1999
<i><b>Kulttuurinen vuorovaikutus</b></i>	Muista kulttuurista tulevien kanssa vuorovaikutuksessa oleminen	Campinha-Bacote 1998; Degazon 2000

**Liite 3. Maahanmuuttajien terveyteen ja hoitamiseen liittyvät tutkimukset Suomessa vuosina 1993-2008: yhteenveto ja lyhyet kuvaukset tutkimuksista.**

Tutkija, aihe	Vuosi, tieteentala, tutkinto	Aineisto, menetelmät teoreettinen viitekehys	Keskeiset tulokset
<i>Purokoski M</i> Maahan saapuvien pakolaisten vastaanotto suomalaisessa terveydenhuollossa	1993 hoitotiede pro gradu	10 terveydenhoitajan haastattelut	Työ pakolaisten kanssa haasteellista, uuvuttavaakin, toivottiin lisäresursseja, tukea, työnohjausta ja koulutusta.
<i>Hanki K</i> Erilaisesta kulttuurista tuleva potilas lääkärin silmin	1995 kulttuurien tutkimuksen laitos uskontotiede	Kysely (N=53) ja teemahaastattelu (n=17)	Lääkärit huomioivat vähän potilaansa kulttuurisia seikkoja, myöskään maahanmuuttajat eivät tuo niitä aktiivisesti esille. Yhteistä näkemystä ei monesti ole. Lääkärit korostavat oikeudenmukaisuuden periaatetta hoidossa, kaikkia pitää hoitaa samalla tavalla. Kulttuurin huomioimista ei nähty ongelmattomana.
<i>Ruokonen H</i> Maahanmuuttajien terveyskeskuslääkäripalveluiden käyttö	1996 kansanterveystiede terveydenhuollon pro gradu	Kvantitatiivinen vertaileva tutkimus 68 maahanmuuttajaa ja 63 suomalaista	Maahanmuuttajien lääkäripalvelujen käyttö määrällisesti samanlaista kuin suomalaisilla. Päivystävän terveydenhoitajan vastaanotolla käyntejä enemmän.
<i>Perkinen M</i> Ulkomalaiset mielenterveystoimistojen asiakkaina	1996 selvitys Hgin sos. virasto ja tietokeskus	Helsingin seudulla mielenterveystyössä toimineiden haastattelut	Kieli- ja kulttuurierot, tulkkeja käytettiin vähän/ ei osattu käyttää. Psykoterapiaan erikoistuneita tulkkeja kaivattiin.
<i>Kohonen L.</i> Vieraasta kulttuurista tulleet potilaat hoitotyön ja hoitotyön koulutuksen haasteena	1996 hoitotiede pro gradu	11 hoitotyöntekijän teemahaastattelu	Kulttuuriset tekijät haluttiin ottaa hoitamisessa huomioon, mutta kulttuurista tietoa liian vähän. Ohjaus riittämätöntä.
<i>Metsänen R.</i> Pakolaisuuden vastuullisuuden selitysmallit	1996 lisansiaattityö psykologian laitos	28 pakolaisen teemahaastattelu	Haastatteluissa kartoitettiin pakolaisuuden syitä ja pakomatkaa sekä pakolaisten vastuullisuutta oman elämänsä järjestämisessä. Tutkija jakoi haastattelut passiivisesti tyytyväisiin, ikuisiin taistelijoihin, aktiivisesti tyytyväisiin ja intellektuelleihin. Sisäinen vastuullisuuden selitysmalli edisti omaa vastuullisuutta.
<i>Hirstiö-Snellman P ja Mäkelä M.</i> Maahanmuuttajat sosiaali- ja	1998 STM:n selvitys sosiaalityö	31 sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijöiden haastattelut	Henkilökunta koki vaikeaksi vastata maahanmuuttajien hyvinvoinnin tarpeisiin. Tukea työhön ja lisäkoulutusta kaivattiin.

terveyspalvelujen asiakkaina		Helsingissä ja Espoossa	
<i>Ikonen ER.</i> Terveystieteiden ja kulttuurin opettajan koulutus	1999 hoitotiede opettajakoulutus pro gradu	9 äitiysneuvolan terveydenhoitajan avoimet haastattelut <i>Campinha-Bacote Leininger</i>	Kulttuurista tietoa kartutettiin kokemuksen, luovuuden ja intuition pohjalta, kulttuurisia taitoja vähän. Koulutusta kaivattiin.
<i>Taavela R</i> Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa	1999 terveyshallintotiede pro gradu	33 maahanmuuttajan teemahaastattelut ja kyselyt 172:lle perusterveydenhuollon henkilökunnalle postikysely	Maahanmuuttajat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohteluun. Toisaalta henkilökunnan ja asiakkaiden kielteiset asenteet, kulttuuritaustojen tuntemattomuus vaikeuttivat hoitoa.
<i>Virkki P</i> Hoitotyöntekijöiden ammatilliset valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön	1999 hoitotiede/ opettajakoulutus pro gradu	285:n hoitotyöntekijän postikysely <i>Baldanon ym. ja Campinha-Bacoten mittari</i>	Henkilökunnan kulttuurinen tietoisuus vahvinta, vuorovaikutustaidot heikoimmat. Peruskoulutuksesta saatu tieto lisäksi tiedollisia ja tietoisuuteen liittyviä valmiuksia, kohtaamisvalmiuteen kaivattiin lisäkoulutusta.
<i>Silvennoinen P</i> Kulttuurinmukainen tarpeen määrittäminen äitiysneuvolassa	2000 hoitotiede terveystieteiden opettajan koulutus pro gradu	11 terveydenhoitajan haastattelua <i>Campinha Bacote Leininger</i>	Terveystieteiden kulttuurinen tietoisuus vahvinta ja se oli kehittynyt työkokemuksen kautta. Valmiudet eritasoisia. Koulutusta toivottiin lisää. Etnosentrisyyttä esiintyi.
<i>Hassinen-Ali-Azzani T.</i> Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja - etnografia somalialaisten terveyskäytännöistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä	2002 hoitotiede väitöskirja	Etnografia somalialaisten ja hoitohenkilökunnan haastattelut <i>Orque ym.</i>	Terveystieteiden edistäminen, omien voimavarojen vahvistaminen, osallistumismahdollisuuksien edistäminen ja tasa-arvo, hoitokäytäntöihin enemmän ihmis- ja yhteisöllisyyttä ja joustavuutta.
<i>Clarke K (Haghseresh, Adjekughele, Strömpl)</i> Maahanmuuttajayhteisöjen hyvinvointitutkimus Suomessa: sisäpiirin näkökulmia suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltoon	2003 sosiaalityö Tampereen yliopiston projekti	Iranilaiset turvapaikanhakija- perheet (n=3) afrikkalaiset äidit (n=8) venäläiset ja virolaiset prostituoidut (n=10) kolmen tutkijan haastattelut	Tarve kulttuurinmukaiseen koulutukseen, osaavien tulkkien saatavuuteen, palvelujen riittävyyteen ja monikulttuurisuuteen perehtyneen ammatillisen toiminnan kaikinpuoliseen tukemiseen, maahanmuuttajapöytäedustajana toimiminen.
<i>Pohjanpää ym.</i> Maahanmuuttajien elinolot - venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002	2003 tutkimusraportti tilastokeskus	1361:n maahanmuuttajan postikysely haastattelut	Ryhmät melko terveitä ja toimintakykyisiä, sairauden oireita enemmän kuin suomalaisilla keskimäärin. Masentuneisuutta ja unenpuutetta 1,5-2 x enemmän kuin muulla väestöllä. Syrjäntakokemuksia.

<i>Tiilikainen M</i> Arjen Islam	2003 uskontotiede väitöskirja	Etnografia 22 somalinalaisen haastattelu osallistuva havainnointi	Somalinaiset etsivät sairauksiinsa apua monilta eri tahoilta virallisen terveysjärjestelmän ulkopuolelta kuten kansanparannusmenetelmät Transnationaaliset verkostot tärkeitä.
<i>Wikberg A ja Eriksson K.</i> Vårdande ur ett transkulturellt perspektiv	2003 hoitotiede pro gradu	Transkulttuuristen teorioiden ja karitatiivisen teorian kuvaileva tutkimus Yksi teema-haastattelu	Karitatiivisen hoitotieteen teorian ja transkulttuuristen hoitotyön teorioiden sisällöllistä vertailua. Interkulttuurisen hoitamisen lähestymistapa transkulttuurisen sijaan, interkulttuurisuus kuvastaa molemminpuolisuutta ja molempien osapuolten aktiivisuutta.
<i>Degni F</i> Suomessa asuvien somalinalaisten ehkäisyn käyttöön vaikuttavat sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät	2004 kansanterveystiede väitöskirja	117 strukturoitua haastattelua + syvähaastattelut henkilökunnan haastattelut (n=15)	Pyrkimystä hyvään hoitosuhteeseen oli, vaikeutena kahden kulttuuriperinnön kohtaaminen sensitiivisellä alueella. Sosiaalisen kanssakäymisen ja yhteisen kielen puute aiheutti ongelmia.
<i>Clarke K</i> Access and Belonging in the Age of Viral Epidemic: Constructing Migrants Living with HIV/AIDS in the Finnish Welfare State	2004 sosiaalityö väitöskirja	Potilasasiakirjojen sisällön analyysi	Maahanmuuttajat jäävät marginaaliin; hoidon tarpeita ei tunnusteta. Maahanmuuttajien osallisuutta vähän. Henkilökunnalla on koulutuksen tarvetta maahanmuuttajien tarpeiden ymmärtämisessä terveyden- ja sosiaalihuollon kokonaisuudessa.
<i>Kallakorpi S</i> Elämän täytyy jatkua eteenpäin. Kosovon albaanipakolaisten käsitykset mielenterveydestään ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä.	2004. hoitotiede pro gradu- tutkielma	Etnografia 9 albaanipakolaisen haastattelu	Albaanipakolaisten akkulturaatioaste oli alhainen. Hyvin voivilla oli ammatillista koulutusta ja parempi suomenkielen taito. Traumaattiset kokemukset, puutteelliset elinolot ja sotakokemukset heikensivät mielenterveyttä Suomessa.
<i>Rauta A.</i> Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta	2005 STM:n selvitys	Kirjallisuus-katsaus Maahanmuutto-työtä tekevien avainhenkilöiden haastattelut ja keskustelut	Yhtenäisen tilastotiedon puute. Mielenterveyspalvelujen tarvetta on, vaikeuksia saada apua, paikallisia eroja. Erikoissairaanhoidon hoitaa rajoitetusti, maahanmuuttajille keskittynyt palvelutarjonta tarpeen. Henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa tai erityisosaamista. Tutkimusta tarvitaan.
<i>Lukkaroinen R.</i> ”Muutos on pysyvä olotila”. Tph:n vastaanottona järjestettävät palvelut ja niiden järjestämisestä aiheutuvat kustannukset	2005 tutkimusraportti työministeriö	395:lle turvapaikanhakijalle survey-kysely Henkilökunnalle strukturoitu kysely (N=154)	Lakisäätöiset palvelut toteutuvat kaikissa vastaanottokeskuksessa, järjestämistavat ja kustannukset eroavat toisistaan. Turvapaikanhakijoilla paljon psykososiaalisia ja mielenterveysongelmia. Ennaltaehkäisevään työhön kiinnitettävä huomiota, mielenterveyspalvelujen saatavuus osittain heikko. Muutoin

			terveyspalveluja hyvin saatavilla ja laatu hyvä.
<i>Gissler ym.</i> Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut	2006 tutkimusraportti työministeriö	15 % tilasto-otos maahanmuuttajista, 2 %:n vertailuryhmä suomalaisista	Maahanmuuttajilla vähemmän terveyspalveluiden käyttöä., sairastavuus vähäisempää paitsi vatsalantiokipu, sappikivitauti ja dialyysit. Palveluiden käyttöä enemmän pakolaismaista tulleilla, erityisesti mielenterveyspalveluja.
<i>Huttunen R</i> Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi gynekologisessa näytteenotossa	2006 hoitotiede pro gradu	Etnografia 10 hoitotyöntekijän haastattelu <i>Campinha-Bacote</i>	Kulttuurisen kompetenssin mittarin mukaan hoitotyöntekijöiden osaaminen oli kulttuuritietoisuuden tasoa. Yksilölliset erot työntekijöiden välillä olivat suuria.
<i>Idehen-Imarhiagbe E</i> Expectations and Experiences of Nursing Care: A study of Nigerian Communities in Helsinki Region, Finland	2006 hoitotiede pro gradu	Etnografia 10 nigerialaisen haastattelu	Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on hyvä ja suhteet potilaisiin hyvät. Puutteita oli tiedottamisessa, henkilökunnan ystävällisyydessä ja tasapuolisessa palvelujen tarjonnassa. Kulttuurisen osaamisen tulisi kuulua olennaisena osana koulutukseen
<i>Ikonen ER.</i> Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi	2007 hoitotiede väitöskirja	Kirjallisuuskatsaus Käsiteanalyysi kulttuurisesta kompetenssista <i>Schwartz-Barcott ja Kim -hybridimalli</i>	Kulttuurinen kompetenssi on kulttuurista herkkyyttä, kulttuuritietoa ja kulttuurisia taitoja.
<i>Tuokko T</i> Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi	2007 hoitotiede opettajakoulutus pro gradu	19 hoitotieteen laitoksen opiskelijan teemahaastattelu <i>Campinha-Bacote</i>	Osa vastaajista suhtautui myönteisesti eri kulttuureista tuleviin asiakkaisiin ja ottaa kulttuuriset seikat huomioon hoitamisessa, osa ei. Kulttuurinmukaisesta hoidosta koettiin paljon hyötyjä. Monikulttuurisuuskouluttajia kaivattiin. Kieliongelmaa ja stereotyyppistä asennoitumista esiintyi.
<i>Pirinen I.</i> Turvapaikanhakijoiden terveydentila	2008 lääketiede väitöskirja Tampereen yliopisto	170 turvapaikanhakijan strukturoidut haastattelut	Turvapaikanhakijoilla paljon somaattisia vaivoja kuten neurologisia ongelmia, päänsärkyä, hammassairauksia, vatsa-, tuki- ja liikuntaelinten vaivoja. Mielenterveysongelmia oli puolella: masennusta, ahdistusta ja uniongelmia, kidutuskokemuksia myös yli puolella

### **Maahanmuuttajien hoitoon hakeutuminen ja terveystalvelujen käyttö**

*Perkinen* (1996) kartoitti ulkomaalaisten mielenterveystalveluja Helsingin seudulla haastattelemalla eri mielenterveystoimistoissa työskennellyttä hoitohenkilökuntaa ja joitakin avainhenkilöitä. Työhön liittyvinä ongelmina mainittiin kieli- ja kulttuurierot. Tulkkeja käytettiin vähän, koska henkilökunta oli tottumatonta käyttämään tulkkeja tai siksi, ettei tulkkien ammattitaitoon oltu tyytyväisiä. Psykoterapiaan erikoistuneita tulkkeja kaivattiin. Työntekijöistä osa kannatti ulkomaalaisille eriytyneitä mielenterveystalveluista ja osa ei. Hoitohenkilökunta toivoi yhteistyötä ulkomaalaisten mielenterveystalvelujen kehittämiseksi ja henkilöstön kouluttamiseksi.

*Ruokonen* (1996) tutki maahanmuuttajien ja suomalaisten terveystalvelukeskuslääkäripalveluiden käyttöä. Ryhmät juuri poikenneet toisistaan, joskin maahanmuuttajat hakeutuivat useammin päivystävän terveydenhoitajan vastaanotolle ja maahanmuuttajat ohjattiin suomalaisia useammin laboratoriotutkimuksiin ja jatkohoitoon sairaalaan.

*Taavela* (1999) tutki maahanmuuttajien talvelujen laatua perusterveydenhuollossa. Maahanmuuttaja-asiakkaat olivat yleensä tyytyväisiä terveystalvelujen laatuun ja saamaansa kohteluun. Osa maahanmuuttajista toi esiin kritiikkiä suomalaisten tapaan suhtautua heihin ja kohdella heitä. Talvelujen hyvän laadun esteinä nähtiin maahanmuuttajien ja työntekijöiden kielteiset asenteet ja ennakkoluulot, kieliongelmat, työntekijöiden tietämättömyys maahanmuuttaja-asiakkaidensa kulttuuritaustoista, terveydenhuollon organisaatioiden työn organisoinnista johtuvat tekijät kuten vastaanottoaikojen joustamattomuus, kiire ja henkilökunnan vähyys.

*Pohjanpään ym.* (2003) tekemän maahanmuuttajien elinolotutkimuksen<sup>15</sup> mukaan maahanmuuttajien terveyden katsottiin olevan hieman huonomman kuin suomalaisilla keskimäärin. Terveystalvelujen suurkuluttajia maahanmuuttajien keskuudessa olivat pakolaiset ja ne, joilla oli jokin pitkäaikainen sairaus. Venäläisiä lukuun ottamatta maahanmuuttajaryhmät arvioivat oman terveytensä samalle tasolle tai hiukan paremmaksi kuin suomalaiset keskimäärin (myös Gissler ym. 2006). Toisaalta maahanmuuttajat raportoivat enemmän sairauden oireita kuin suomalaiset keskimäärin ja maahanmuuttajat kävivät lääkärin vastaanotolla ja sairaalassa hiukan useammin kuin suomalaiset. Kolmannes venäläisistä, virolaisista ja vietnamilaisista kärsi masennuksesta ja unettomuudesta, suhteelliset osuudet olivat 1,5-2 kertaa niin suuret kuin muulla väestöllä. Vastaajista 10 % koki itsensä yksinäiseksi ja vain joka toisella somalialaisella vastaajalla oli suomalainen ystävä kun taas muilla ryhmillä suomalaisia ystäviä oli enemmän (70-85 %:lla). Puolet somalialaisista ja joka neljäs muiden ryhmien maahanmuuttajista oli kokenut rasistista syrjintää työtä tai asuntoa hakiessaan.

*Clarke* (2003 ja 2006: 15-16) tutki HIV/AIDS -sairaita maahanmuuttajia Suomessa. Maahanmuuttajat jäivät marginaaliin hoitojärjestelmässä eivätkä suomalaiset ammattitaitajat olleet perillä heidän hoidon tarpeistaan. Maahanmuuttajayhteisöistä ei välttämättä saatu tukea, koska leimaantumisen pelko oli vahva. Tutkimuksen mukaan

<sup>15</sup> Elinolotutkimus suoritettiin venäläisten, somalialaisten ja vietnamilaisien keskuudessa Suomessa 2002. Tutkimuksen osallistui 1361 maahanmuuttajaa pääkaupunkiseudulta, Turusta ja Tampereelta. (Pohjanpää ym. 2003).

henkilökunnan kulttuurisen osaamisen koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon laajaan kenttään ja maahanmuuttajien hoidon tarpeisiin siellä. Myöskään maahanmuuttajien omaa aktiivisuutta ei osata hyödyntää eikä edistää.

*Raudan (2005)* selvityksen mukaan maahanmuuttajat olivat pieni mielenterveyspalvelujen käyttäjäkunta Suomessa ja alueelliset erot käytössä olivat suuria. Maahanmuuttajilla oli vaikeuksia saada apua ja tarpeenmukaista hoitoa mielenterveysongelmiinsa. Vaikeuksia aiheuttavina tekijöinä mainittiin leimaantumisen pelko, häpeä, kulttuuriset tekijät, tavat, tiedon puute ja väärät uskomukset. Maahanmuuttajien mielenterveyden hoito nähtiin monitahoisena kenttänä, joka vaatii monenlaista osaamista ja organisointia. Julkinen erikoissairaanhoido pystyi hoitamaan maahanmuuttajia vain rajoitetusti ja vastuu hoitamisesta jäi pitkälti perusterveydenhuoltoon (myös Oroza 2007). Suomalaisilla auttajilla oli tiedon ja kokemuksen puutetta. Maahanmuuttajien parissa työskentelyn katsottiin vaativan erikoisosaamista, perehtyneisyyttä ja kiinnostusta.

*Gisslerin ym. (2006)* tekemässä selvityksessä maahanmuuttajilla oli terveyspalvelujen käyttöä vähemmän kuin suomalaisilla varsinkin erikoissairaanhoidon osalta. Selvityksen tekijät arvelivat tämän johtuvan maahanmuuttajaväestön paremmasta terveydestä ja sairastavuuden vähäisyydestä. Maahanmuuttajilla oli enemmän vatsa- ja lantiokipua, naisten sappikivitautia ja dialyysihoitoja kuin suomalaisväestöllä. Sairauksien esiintyvyydessä ja terveyspalveluiden käytössä oli eroja pakolaismaista tulleiden ja muiden maahanmuuttajaryhmien välillä. Pakolaismaista tulleilla oli enemmän hoitojaksoja ja -päiviä.

Vastaanottokeskuksessa asuvien turvapaikanhakijoiden sairastavuuden ei katsottu lisääntyneen *Lukkaraisen (2005)* selvityksessä verrattuna kotimaassa tapahtuneeseen sairastavuuteen. Ainoastaan albaniankielisillä turvapaikanhakijoilla sairastavuus lisääntyi lähes 15 %. Pakolaismaista tulleilla oli enemmän mielenterveyspalvelujen käyttöä. Käyttöä oli lähes yhtä paljon kuin suomalaisilla miehillä. Pakolaismaista tulleilla, yli 45 -vuotiailla miehillä ja naisilla esiintyi enemmän diabetesta ja vatsa- ja lantiotilan kipuja kuin muissa maahanmuuttajaryhmissä. Synnytyksiä oli eniten pakolaismaista tulleilla ja muista kuin OECD-maista tulleilla. Suurin osa turvapaikanhakijoista koki, että heitä kohdeltiin hyvin vastaanottokeskuksen terveydenhoitopalveluissa, vain joka kymmenes oli eri mieltä. Vastaavasti vastaanottokeskuksen terveydenhoitajista 57 % arvioi turvapaikanhakijoiden saaneen tasapuolista ja ystävällistä kohtelua ja erityisesti luottamuksen saavuttamisessa oli terveydenhoitajien mielestä onnistuttu.

*Idehen-Imarhiagbe (2006)* tutki kymmenen nigerialaisen odotuksia ja kokemuksia suomalaisesta terveydenhuollosta. Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää pidettiin erinomaisena ja suhteita potilaan ja henkilöstön välillä hyvinä. Haastatellut näkivät saavansa hoitotyöntekijöiltä parempaa hoitoa Suomessa kuin omassa kotimaassaan. Puutteita nähtiin riittävässä tiedottamisessa terveydenhoidosta, hoitohenkilökunnan ystävällisyydessä ja tasapuolisessa terveyspalvelujen tarjonnassa. Kulttuurista osaamista ja sen sisällyttämistä hoitotyön opetusohjelmiin kaivattiin.



*Pirinen* (2008) tutki turvapaikanhakijoiden terveydentilaa Tampereen kaupungin vastaanottokeskuksen terveydenhoitoyksikössä. Turvapaikanhakijat kärsivät monenlaisista somaattisista sairauksista kuten neurologisista ongelmista, hammassairauksista, vatsavaivoista ja tuki- ja liikuntaelinten kivuista (myös Gissler ym. 2006). Mielenterveyshäiriöitä oli jopa yli puolella aikuisista turvapaikanhakijoista, joka neljäs kärsi masennuksesta ja ahdistuneisuus ja uihäiriöt olivat myös yleisiä. Yli puolella oli kidutuskokemuksia ja näillä kokemuksilla oli yhteys moniin muihin sairauksiin, erityisesti mielenterveysongelmiin. Osa ohjautui erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin ja eniten sairaalajaksoja oli psykiatriassa. Hoitojaksot psykiatriassa jäivät monesti liian lyhyiksi mm. kommunikaatio-ongelmien vuoksi. Pirinen näki tärkeänä, että maahanmuuttajien kanssa työskentelevillä on hyvä työmotivaatio ja aito kiinnostus työhön.

### **Maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaaminen**

*Purokoski* (1993) tutki pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kanssa tehtävää vastaanottotyötä terveydenhoitajien kokemana. Terveydenhoitajat kokivat työnsä maahanmuuttajien kanssa haasteellisena, vaativana ja uuvuttavanakin. Vastaanottotyössä aikaa kului paljon eikä resursseja ollut enempää kuin suomalaisten asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Terveydenhoitajat toivoivat koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa, kollegiaalista ja esimiehen taholta tulevaa tukea, keskustelua samaa työtä tekevien kanssa ja työnohjausta.

*Hanki* (1995) kartoitti terveyskeskuslääkäreiden kokemuksia maahanmuuttajien kohtaamisesta vastaanotoilla. Potilaan uskontoa, sairauden selvitysmalleja ja terveyskäyttäytymisen moninaisuutta lääkärit eivät systemaattisesti huomioineet työssään. Eri osapuolten näkemykset eivät useinkaan kohdanneet vastaanotoilla. Lääkärit painottivat erityisesti persoonan ja elämän kunnioittamisen periaatetta ja oikeudenmukaisuuden periaatetta. Tärkeänä eettisenä kysymyksenä nähtiin se, kuinka paljon potilaiden erilaista kulttuuritaustaa pitäisi ottaa huomioon vastaanottotilanteessa. Osa piti tärkeänä, että kaikkia potilaita kulttuurista riippumatta hoidettiin samalla tavalla ja osa oli valmis ottamaan huomioon kulttuurin tuomia erityispiirteitä hoidossa.

*Hirstiö-Snellman ja Mäkelä* (1998) kuvasivat sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijöiden työtä maahanmuuttaja-asiakkaidensa kanssa Helsingin seudulla. Suurimpina ongelmina nousivat esiin kulttuurisen tiedon puute, todellisen tiimityön vähäisyys, tuttujen työmenetelmien soveltumattomuus ja uusien työtapojen outous. Maahanmuuttajat eivät mielellään kertoneet perheensä asioista ulkopuolisille, sen sijaan työntekijät kokivat, että taloudellisten ja muiden etuuksien saaminen tuotiin vaikeuksitta esille. Yksilökeskeiset työtavat koettiin vaikeiksi toteuttaa eikä sosiaalisten verkostojen mukaan ottaminenkaan tuottanut toivottua lopputulosta. Sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevät tarvitsivat tukea ja lisäkoulutusta maahanmuuttajien auttamiseksi ja kehittyäkseen työskentelyssään maahanmuuttajien kanssa.

Vuonna 2002 toteutettiin Tampereen yliopistossa projekti *Maahanmuuttajayhteisöjen hyvinvointitutkimus Suomessa: Sisäpiirin näkökulmia suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. Projektin tarkoituksena oli laajentaa näkemystä monikulttuurisen yhteisön tarpeista yleisen terveystiedon ja perusterveydenhuollon palveluiden alueilla

Suomessa ja erityisesti saada selville tekijöitä, jotka estävät ja edistävät yhteisön jäsenten pääsyä tiedon ja palveluiden piiriin. Erityisen tärkeänä nähtiin saada maahanmuuttajien ääni kuuluviin omalla äidinkielellä, joten kolme maahanmuuttajataustaista tutkijaa haastatti omaan taustaansa kuuluvia maahanmuuttajia tutkimuksissaan. Tutkimukset koskettivat afrikkalaisten äitien kokemuksia (n=8) suomalaisesta äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmästä (*Adjekughele 2003*), turvapaikkaa hakevien iranilaisten perheiden (n=3) kokemuksia suomalaisesta terveydenhuollosta (*Haghseresh 2003*) ja virolaisten ja venäläisten seksityöläisten (n=10) kokemuksia (*Strömpl 2003*). Kaikissa tutkimuksissa tuli esiin tarve kouluttaa sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilökuntaa kulttuuriin liittyvissä asioissa, tarve osaavista tulkeista ja huoli terveyspalvelujen riittävydestä. Tärkeänä nähtiin myös edistää monikulttuurisuuteen perehtynyttä ammatillista toimintaa niin, että toiminnassa kyettäisiin ottamaan kokonaisvaltaisesti huomioon asiakaskunnan erilaisuus ja monimuotoisuus. Lisäksi tuotiin esiin tarvetta maahanmuuttajien ja maahanmuuttajayhteisöjen edunajajiin (patient advocacy) terveyteen liittyvissä asioissa (Clarke 2003:11-28,150-153).

*Degni (2004)* tutki Suomessa asuvien, naimisissa olevien somalinaisten ehkäisymenetelmien käyttöön vaikuttavia sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä. Somalinaisten ja suomalaisen perusterveydenhuollon työntekijöiden tapaamisessa oli havaittavissa symmetrisiä ja epäsymmetrisiä piirteitä. Sosiaalinen kanssakäyminen ja yhteisen kielen puute aiheuttivat ongelmia, jotka saattoivat johtaa eettisten ja kulttuuristen arvojen ristiriitoihin ehkäisyyn liittyvissä asioissa. Kohtaamiset aiheuttivat loukkaantumisia puolin ja toisin. Suomalaista terveydenhuoltohenkilöstä vaivasi eniten se, etteivät somaliasiakkaat pitäneet kiinni sovituista aikatauluista. Somalinaiset kokivat vaikeaksi, ettei heidän toivettaan naislääkäristä huomioitu riittävästi. Lääkärit kokivat, että heidän tapaamisensa somalinaisten kanssa jäivät pinnallisiksi eikä aikaa selittävälle keskustelulle jäänyt kireiden aikataulujen vuoksi. Lääkärit kaipasivat työhönsä asiakkailtaan asiallista gynekologista anamneesia. Hoitotyöntekijät, jotka käyttivät enemmän aikaa tutustuakseen somalinaisten näkemyksiin, kulttuuriin ja elämään tekemällä kotikäyntejä kokivat saavuttaneensa luottamusta ja sen jälkeen sensitiivisistä ehkäisyasioista puhuminen tuli luontevaksi ja tulokselliseksi.

### **Maahanmuuttajien selviytyminen**

*Metsäsen (1996)* tutkimuksessa ”Pakolaisuuden vastuullisuuden selvitysmallit” kartoitettiin, miten pakolaiset selittävät omaa vastuullisuuttaan uudessa elämäntilanteessaan. Lyhyemmän aikaa Suomessa asuneet selittivät vastuullisuuttaan enemmän ulkoisilla tekijöillä ja tulevaisuuden hahmottaminen oli vaikeaa. Tutkimuksen mukaan pakolaiset suuntaavat huomionsa usein asioihin, joihin he eivät voi vaikuttaa kuten syrjintä ja rasismi. Eteenpäin pääsy elämässä ei onnistu, jos näkee vain syrjintää ja rasismia, jolloin päällimmäisenä on tunne voimattomuudesta ja keinottomuudesta. Pakolaiset toivat esiin paljon menetystä, surua ja murhetta, joita tulisi käydä läpi ammattiauttajien kanssa. Pakolaistyötä tekevien olisi oltava perillä selitysmalleista, etteivät työntekijöiden työskentelytavat aiheuttaisi riippuvuutta ja jättäisi huomiotta pakolaisen kyvykkyyttä ja selviytyvyyttä. Koulutustausta vaikutti merkittävästi siihen, miten pakolainen sopeutui uuteen maahan. Mitä enemmän koulutusta, sitä enemmän pakolainen luotti itseensä oman elämänsä järjestäjänä.

*Kallakorpi* (2004) tutki Suomessa asuvien Kosovon albaanipakolaisten käsityksiä mielenterveydestään ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä haastattelemalla yhdeksää albaanipakolaista. Pakolaisten käsitykset omasta mielenterveydestään vaihtelivat, osa koki voivansa hyvin ja osa huonosti, jopa itsetuhoisesti. Hyvin voivilla oli kotimaassaan hankittua ammatillista koulutusta ja Suomessa he olivat opiskelleet aktiivisesti suomen kieltä. Mielenterveyttä edistävinä tekijöinä nähtiin yhteisöllisyys, perhe, lapset, voimistavat ajatukset, ammattiauttajat, toivo sekä ajan tuomat myönteiset tilannemuutokset. Yhteisöllisyyteen katsottiin kuuluviksi esimerkiksi vertaiskokemukset ja kansanparannukseen liittyvät asiat. Huonosti voivilla oli vastaavasti vähäinen koulutustausta ja heikko suomen kielen taito. Itsetuhoisilla oli väkivallan kokemuksia kotimaastaan. Mielenterveyttä heikentävinä tekijöinä nähtiin ennen maastamuuttoa koetut traumaattiset tapahtumat, puutteelliset elinolot ja sotakokemukset. Ammattiauttajien katsottiin auttavan keskustelemalla, lääkityksellä ja konkreettisilla toimenpiteillä oli merkitystä myös.

#### **Transkulttuurisen hoitotyön ja kulttuurisen kompetenssin tutkimus**

*Ikonen* (1999) tutki terveydenhoitajien kulttuurista kompetenssia Campinha-Bacoten mallia ja Leiningerin teoreettista ajattelua käyttäen. Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien kulttuurinen kompetenssi muodostui kulttuurisesta tietoisuudesta, kulttuurisesta tiedosta sekä kulttuurisesta taidosta. Mallin kulttuurisen kohtaamisen osalualue ei noussut tässä tutkimuksessa samantasoiseksi kompetenssialueeksi. Kulttuurinen tietoisuus kehittyi pakolaisnaiseen liittyvien asenteiden ja oman toiminnan tutkimisen, oman kulttuuritaustan merkityksen tiedostamisen sekä pakolaisnaisen kulttuuristen tekijöiden huomioimisen kautta. Kulttuurisen tiedon tai vaikeiden asioiden esille saamiseksi terveydenhoitajien taito ei ollut vielä riittävää. Työtä tehtiin intuition, kokemuksen ja luovuuden avulla, kun tietoa ei ollut. Myönteinen asennoituminen työhön oli hallitseva, vaikka työ koettiin haasteelliseksi. Tutkimuksessa tuli esiin koulutuksen tarvetta kulttuurisesta hoitamisesta.

*Kohosen* (1996) tutkimuksessa maahanmuuttajia hoitaneet hoitotyöntekijät kaipasivat lisäkoulutusta, kieliongelmiä tuotiin esiin ja potilaan ohjauksen uskottiin jääneen riittämättömäksi.

*Virkki* (1999) tutki hoitotyöntekijöiden ammatillisia valmiuksia kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön ja käytti tutkiessaan Baldanon ym. (1998) ja Campinha-Bacoten (1997) kehittämiä kulttuurisen hoitotyön mittareita. Vahvimmat ammatilliset valmiudet suomalaisilla hoitotyöntekijöillä olivat kulttuuriseen tietoisuuteen ja heikoimmat vuorovaikutukseen liittyvissä valmiuksissa. Peruskoulutuksessa saatu kulttuurinmukainen hoitotyön koulutus ei lisännyt vastaajien tiedollisia valmiuksia kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta kulttuurinmukaiseen hoitamiseen.

*Silvennoinen* (2000) haastatteli äitiysneuvolan terveydenhoitajia käyttäen Campinha-Bacoten mallia ja luokitusrunkona Leiningerin mallia. Terveydenhoitajien valmiudet olivat hyvin eritasoisia. Terveydenhoitajien pitkällä työkokemuksella ja oleskelulla ulkomailla oli vaikutusta kulttuurisen tietoisuuden kokemukseen työssä. Terveydenhoitajat huomioivat

hyvin asiakkaansa kulttuuriseen taustaan liittyvät asiat, mutta kulttuuriset arvot, uskomukset ja elämäntapa jäivät vieraammiksi.

*Hassinen-Ali-Azzani (2002)* tutki somalialaisten terveyttä ja hoitamista Orquen ym. kulttuurisen mallin avulla. Haastatellut hoitotyöntekijät korostivat somalialaisten selviytymistaitoja suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Maahanmuuttovaiheessa somalialaiset käyttävät paljon terveyspalveluja vähäisiinkin vaivoihin. Hammassairaudet, naisten gynekologiset vaivat, masentuneisuus sekä lasten psyykkiset ja fyysiset oireilut olivat yleisiä. Somalialaiset toivoivat suomalaiselta hoitohenkilökunnalta iloisempaa työtettä, tasa-arvoista kohtelua muiden asiakkaiden kanssa sekä riittävää asioihin paneutumista. Somalialaisten terveyden edistäminen tulisi nähdä laajasti yhteisön terveytenä, jonka keskeisiä elementtejä olivat koulutus, toimeentulo, ryhmän omien voimavarojen vahvistaminen, osallistumismahdollisuuksien edistäminen ja tasa-arvo. Ammatillisten toimintatapojen tulisi tukea somalialaisia uudistamaan, kulttuurisia arvojaan säilyttäen, tiettyjä hoitamisen käytäntöjä terveellisemmiksi ja uutta elämistodellisuutta vastaaviksi. Hoitotyössä maahanmuuttaja-asiakkaan kanssa tarvittiin ihmislähtöistä työtettä, joustavia ja yhteisölähtöisiä toimintatapoja ja niiden kehittämistä.

*Tiilikainen (2007)* tutki laajassa etnografisessa tutkimuksessaan somalinaisten elämää Suomessa. Yhtenä osa-alueena tarkasteltiin somalinaisten kokemuksia sairaudesta, terveydestä ja hoitamisesta. Hoitoa vaivoihin etsittiin useilta suunnilta. Virallisen suomalaisen terveysjärjestelmän lisäksi neuvoa kysyttiin ystävilta, Profeetan lääketieteestä, uskonnon asiantuntijoilta sekä parantajilta Somaliasta saakka. Parannusta etsiessään perheet ylittivät hoitojen välisiä, mutta myös maantieteellisiä rajoja.

*Huttunen (2006)* tarkasteli gynekologisen näytteenoton sairaanhoitajien kulttuurista kompetenssia Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin mittaria käyttäen. Tiedon- ja pätevyysdentasoksi saatiin kulttuurisen tietoisuuden taso. Kulttuurinen kompetenssi näytteenotossa jäi yksittäisten hoitotyöntekijöiden yksilöllisten ominaisuuksien varaan. Tilanteen korjaaminen vaatii tutkijan mukaan työyhteisöltä ja hoitotyön johdolta sitoutumista ja tukea sekä mahdollisuuksia lisäkoulutukseen.

*Tuokko (2007)* tutki hoitotieteen opiskelijoiden kulttuurista kompetenssia Campinha-Bacoten mallin avulla. Osa vastanneista kuvasi ottavansa kulttuuriset seikat hoidossa huomioon, osa ei. Kulttuurinmukaisen hoidon hyötyinä nähtiin hoidon vaikuttavuuden parantuminen, hyvän yhteistyön ja luottamuksellisen hoitosuhteen mahdollistuminen, asiakkaan näkemysten esiin tuonnin helpottuminen sekä hoitotyöntekijän ongelmanratkaisukyvyyn kehittyminen ja avartuminen. Itsetuntemuksen katsottiin myös parantuneen ja ymmärryksen lisääntyneen vähemmistöjä kohtaan. Hoitotyöntekijöiden kulttuurista tietoisuutta tulisi tutkijan mielestä herätellä, koska hyötyjä oli paljon. Kieliongelmia tuotiin esiin ja maahanmuuttajiin liittyviä kaavamaisia käsityksiä ja ennakkoluuloja. Tutkija ehdotti monikulttuurisuusohitajien kouluttamista työyhteisöihin.

*Ikonen (2007)* teki käsiteanalyysin hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta kompetenssista hybridisellä mallilla ja kirjallisuuskatsauksen avulla. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi määriteltiin hoitotyöntekijöiden herkkyydeksi nähdä asiakkaan kulttuurinen

ulottuvuus sekä taidoksi olla dialogisessa hoitosuhteessa vierasta kulttuuria edustavan asiakkaan kanssa hyödyntäen siinä kulttuuritietoa. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi mahdollisti eettisesti hyväksyttävän hoitosuhteen ja voimaisti asiakasta.

*Wikberg ja Eriksson (2003)* tarkastelivat kolmea transkulttuurisen hoitotyön teoriaa (Campinha-Bacote, Leininger ja Ray) ja vertasivat teorioita Erikssonin karitatiivisen hoitotyön sisältöön ja Carina-käsitteeseen. Transkulttuuristen hoitotyön teorioiden näkemys caring-käsitteestä integroitui Erikssonin näkemykseen. Tutkijat esittivät transkulttuurisen hoitotyön teorian korvaamista interkulttuurisen hoidon käsitteellä, koska transkulttuurisen hoidon teoria sisältyi yleisiin hoitotieteen teorioihin. Kaiken hoidon perustana oli *caring* ja se oli sama kaikille ihmisille kulttuurista riippumatta. Kaikki potilaat olivat ainutlaatuisia kuten myös heidän samaansa hoito, joten kakkien potilaiden hoito oli tavallaan interkulttuurista. Kulttuurista kompetenssia tarvittiin eri kulttuurista tulevien potilaiden hoitoon.

## Liite 4. Kirjallinen tutkimussuostumus

### KIRJALLINEN TIEDOTE/ SUOSTUMUS

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen, joka liittyy maahanmuuttajien mielenterveysongelmien hoitamiseen Suomessa. Tutkimuksen suorittaja on Kirsti Sainola-Rodriguez, THM, jatko-opiskelija ja tutkija Kuopion yliopistossa ja hän työskentelee myös sairaanhoitajana ja apulaisostonhoitajana psykiatrisessa hoitotyössä Paiholan sairaalassa. Mikäli suostutte tähän tutkimukseen, Teiltä tullaan kysymään käsityksiänne ja kokemuksiänne saamastanne psykiatrisesta hoidosta tässä sairaalassa/ tällä vastaanotolla. Myös Teitä hoitanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä tullaan haastattelemaan Teidän hoitoanne koskien. Valmistuessaan tutkimuksen tulokset toivottavasti auttavat ymmärtämään, mitkä tekijät vaikuttavat maahanmuuttajien mielenterveyteen ja miten maahanmuuttajien saamaa psykiatrista hoitoa voitaisiin parantaa täällä Suomessa. Kysymykset esitetään Teille kahdenkeskisessä haastattelutilanteessa, johon varataan oma aikansa ja tilanteeseen pyydetään tulkki, mikäli se on tarpeen.

Henkilöllisyytenne pidetään salassa eikä nimiä mainita, kyselykaavakkeessa käytetään koodinumeroa. Kyselylomakkeet säilytetään lukitussa paikassa, johon vain tutkijalla on pääsy ja tiedot tuhoataan heti kun niitä ei enää tarvita. Haastattelussa saadut tiedot käsitellään tilastollisesti ja niitä käytetään vain yhteenvedon omaisesti, joten yksittäisiä vastauksiänne ei voi tunnistaa. Myös tulkki allekirjoittaa vaitiolovelvollisuussitoumuksen.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja voitte kieltäytyä ottamasta siihen osaa. Voitte myös keskeyttää milloin tahansa tai kieltäytyä vastaamasta joihinkin kysymyksiin.

Onko Teillä kysyttävää? Mikäli haluatte osallistua tutkimukseen, allekirjoittakaa lomake. Saatte kopion tästä suostumuslomakkeesta itsellenne.

Allekirjoitus ja sos.turvatunnus

Päivämäärä

Vastaajan nro: \_\_\_\_\_

Todistan että kyseinen henkilö suostui osallistumaan tutkimukseen.

Tulkki

Tutkija

Tutkijan ja tutkimuksen ohjaajan yhteystiedot:  
Kirsti Sainola-Rodriguez  
tutkija  
Juha Kinnunen  
prof., tutkimuksesta vastaava ohjaaja  
Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto

## VERBAL INFORMATION/ CONSENT

You are invited to take part in a research study which concerns migrants' mental health care in Finland. The research is conducted by Kirsti Sainola-Rodriguez, MA, post-graduate student and a researcher from the University of Kuopio. She also works as a psychiatric nurse and ass.ward manager in Paihola Psychiatric Clinic. If you agree to take part in this research study you will be asked your feelings and opinions about your mental health care here in Finland. Your health care personnel will also be interviewed concerning your care. Although you may not benefit directly from taking part in this study, the research results should help our general understanding of factors that contribute to improving migrant mental health in Finland. The interview is personal between you and the researcher and there will be a reserved time for that, the interpreter will be present if needed.

Your identity will be kept strictly confidential and only a code number will appear on your answer sheet. Your answer sheet will be kept in a locked place accessible only to the researcher and will be destroyed as soon as it is no longer needed. The information from your interview will be merged with the answers from many other interviews and only presented in a summary manner so that your answers cannot be individually identified. The interpreter has also signed a pledge of secrecy concerning your interview.

Your decision to take part in this research study is entirely voluntary and you may refuse to take part, stop at any time or decline to answer any question.

Do you have any question? If you want to participate, please sign. You are provided with a copy of this consent.

\_\_\_\_\_  
Signature and social security number  
Respondent number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

I attest that the subject agreed to participate.

\_\_\_\_\_  
Interpreter

\_\_\_\_\_  
Researcher

For further information  
Kirsti Sainola-Rodriguez, researcher  
Juha Kinnunen, Prof., principal instructor of the research  
Department of Health Policy and Management  
University of Kuopio

## **Liite 5. Avoimien kysymysten suorat lainaukset**

### **1. Hoitohenkilöstön vaikeus vastata maahanmuuttajien psyykkisen hoidon tarpeisiin**

*”Diagnoosi oli epäselvä ja siitä oli ristiriitaisia käsityksiä. Potilas olisi tarvinnut toisenlaista hoitoa. En ole tyytyväinen miten hoito on mennyt.”*

*” Hoitosuhde ei alkanut, luottamusta ei syntynyt. Potilas salasi tärkeitä asioita. Keskustelujen sisällöt eivät kuvanneet hänen todellista todellisuuttaan... Ehkä kyseessä oli sekundaarihyödyn tavoittelu.”*

*”Auttajalla on oma näkökulma. Autettava tekee omat johtopäätöksensä ja on autonominen. Ihminen kulkee tietään ja auttaja tukee.”*

*”Yhteistyö ei aina itsestään selvää. Jos potilas ei suostu yhteistyöhön, ei onnistu.”*

*”Hoito keskeytyi potilaan väkivaltaisuuteen.”*

*”Vaikea hoitaa, ongelmana turvapaikkaprosessi. Vaikea auttaa psykiatrisen hoitotyön keinoin.”*

*”Potilas ei ymmärtänyt psyykkistä sairauttaan eikä käsitteitä. Käsitteitä selitettiin.”*

### **2. Syyt siihen, ettei hoitohenkilökunta arvostanut maahanmuuttajan kulttuurin kuuluvia uskomuksia ja käytäntöjä kohtaan liittyen psyykkisten sairauksien syihin ja hoitoon.**

*”Potilailla laitoksissa huonot olosuhteet, ovat alasti, eristyksissä laitoksissa ja suljetuilla osastoilla pitkät ajat. Samaa lääkettä syötetään kaikille. Tiedän tämän tuttavain kertomuksesta.”*

*”Suljetaan ulkopuolelle.”*

*”Naisen asema, raiskatun naisen asema.”*

*”Naisen asema on huono, naisen arvostuksen puute.”*

*”En tiedä, mutten usko, että maassa on resurssia hoitaa tällaisia tapauksia kuten haluaisin. Psykiatrisen hoito ei prioriteetteja maan politiikassa.”*

*”Psykiatriaa ei arvosteta yhteiskunnassa, psykiatriaa on käytetty muihin tarkoituksiin. Ihmisiä leimataan psyykkisesti sairaiksi muussa tarkoituksessa ja tästä kärsivät ”oikeasti” sairaat ja hoidon tarpeessa olevat. Psyykkisesti sairailta ei samaa arvoa kuin muilla, koska palveluja ei ole.”*



*” Psykkisesti sairailta ei samaa arvoa, koska ei ole palveluja. ”*

*”Hoito tuskin korkeatasoista ja laaja-alaista. Lääkehoito heikompa, koulutus suppeampaa, yksilöllisiä eroja hoidossa tuskin huomioidaan.”*

### **3. Maahanmuuttajien näkemykset psykiatrisesta hoidosta omassa maassaan.**

*”Ei olisi hoitoa. Jos olisi rahaa, voisi saada lääkettä, keskustelu ei helpota, ei mikään auta. En tiedä, onko muuta hoitoa.”*

*” Näin ei olisi käynyt omassa maassa, on ystävät ja oma kieli, ystävät ennen kaikkea olisivat auttaneet. Olisin ehkä mennyt lääkäriin.”*

*” Menisin lääkärille, mielenterveyspuolen lääkärille.”*

*” Kotimaassani määrätään vain lääkkeitä, menisin kuitenkin lääkärille, psykiatrilte.”*

*”En tiedä, minne hakeutuisin.”*

*” Tilanne on erittäin huono omassa kotimaassani, apua ei ole riittävästi.”*

*”En mihinkään voi mennä, itsemurha ainoa vaihtoehto, poliisi ei voi auttaa, sairaalassa turvatonta, voi joutua raiskatuksi.”*

*”Olisin mennyt lääkärille tai parantajalle, oma usko tärkeä.”*

*” On vaikeaa, ei paikkaa minne mennä. Ennen kuin pääsee lääkärille tai parantajalle, voi olla kuollut. Menisin minne vain, jos saisin apua.”*

*” Vaikea saada hoitoa kotimaassa. Vaikea päästä hoitoon, jos ei rahaa. Ei olisi hoitoa, jos olisin kotimaassani, vain kiireelliset pääsevät.”*

*” Olisi erilaista kuin täällä, olisi sukulaisia.”*

*” En mennyt minnekään, yritin itsemurhaa.”*

*” Menisin lääkäriin, ei ole tällaista hoitoa.”*

## Kuopio University Publications E. Social Sciences

- E 152. Martikainen, Janne.** Application of decision-analytic modelling in health economic evaluations.  
2008. 119 s. Acad. Diss.
- E 153. Kaarakainen, Minna.** Hajauttaminen valtion ja kuntien välisissä suhteissa 1945-2015: valtiollisesta järjestelmästä kohti kuntaverkostojen perusterveydenhuoltoa.  
2008. 196 s. Acad. Diss.
- E 154. Jäntti, Satu.** Kansalainen terveystalvuuja valitsemassa: kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa.  
2008. 199 s. Acad. Diss.
- E 155. Ylinen, Satu.** Gerontologinen sosiaalityö: tiedonmuodostus ja asiantuntijuus.  
2008. 115 s. Acad. Diss.
- E 156. Tuomi, Sirpa.** Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä.  
2008. 152 s. Acad. Diss.
- E 157. Naukkarinen, Eeva-Liisa.** Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa: kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle.  
2008. 148 s. Acad. Diss.
- E 158. Kivinen, Tuula.** Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa: Knowledge management in health care organizations.  
2008. 234 s. Acad. Diss.
- E 159. Rauhala, Auvo.** The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing: case of the RAFAELA system.  
2008. 126 s. Acad. Diss.
- E 160. Honkanen, Hilkka.** Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa: näkökulmana mielenterveyden edistäminen.  
2008. 285 s. Acad. Diss.
- E 161. Heikkinen, Jarmo.** Sosiaalityön ammattikuva sosiaalihuollossa: tutkimus sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä ja kokemuksista sosiaalitoimiston ammatillisesta sosiaalityöstä.  
2008. 156 s. Acad. Diss.
- E 162. Tervo-Heikkinen, Tarja.** Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairanhoidossa.  
2008. 176 s. Acad. Diss.
- E 163. Paakkonen, Heikki.** The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses: experts' perceptions using delphi- technique.  
2008. 210 s. Acad. Diss.
- E 164. Toivanen, Kaija.** Käsite- ja argumentaatioanalyysi Katie Erikssonin kärsimystä koskevasta ajattelusta.  
2008. 269 s. Acad. Diss.
- E 165. Suominen, Tarja et al.** Tartuntatautia sairastavan henkilön terveyden edistäminen: mitä edellytyksiä hoitajien tiedot ja asenteet HIV/AIDSsta antavat?  
2008. 49 s.
- E 166. Kärnä, Sirpa.** Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä: ikääntyvien henkilöiden elämäntalon seuranta vuosina 1991 ja 2004 Varkauden kaupungissa.  
2008. 262 s. Acad. Diss.