

*Maahanmuuttajapotilaiden
kulttuurilähtöinen psykiatrinen hoitotyö
Suomessa*

*Kohdennettu etnografinen tutkimus potilaista ja heidän
hoitajistaan*

SUSANNA KALLAKORPI

*Maahanmuuttajapotilaiden
kulttuurilähtöinen psykiatrinen hoitotyö
Suomessa*

*Kohdennettu etnografinen tutkimus potilaista ja heidän
hoitajistaan*

Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
Kuopio
2017

Jakelu:
Itä-Suomen yliopiston kirjasto
PL 1627
70211 Kuopio, Finland
<http://www.uef.fi/kirjasto>

- Tekijän osoite: Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
FINLAND
- Ohjaajat: Dosentti, yliopistonlehtori Päivi Kankkunen, TtT
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
FINLAND
- Professori Hannele Turunen, TtT
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
FINLAND
- Esitarkastajat: Dosentti Raija Kontio, TtT
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Turun yliopisto
TURKU
FINLAND
- Dosentti Kaisa Haatainen, FT
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
FINLAND

Kallakorpi, Susanna

Transcultural psychiatric nursing of immigrant patients in Finland. A focused ethnographic study of patients and the nurses caring for them.

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. 2017. 60 p.

ABSTRACT

The purpose of this licentiate thesis was to describe transcultural psychiatric nursing of immigrant patients in Finland from the perspectives of patients and nurses. The study investigated the experiences among immigrant patients of factors impairing their mental health as well as the how immigrant patients and the nurses caring for them described the reasons for their illnesses and how the illnesses manifested themselves. Additionally, the study investigated how immigrant patients experienced psychiatric nursing in Finland, how nurses experienced caring for immigrant patients and what kind of impact cultural factors had on nursing.

Qualitative research methods were used in the study, and the main emphasis was on focused ethnography research methods. The informants were the immigrant patients (N=14) cared for on adult psychiatry wards of the hospitals of one hospital district and the nursing staff participating in their care (N=5). When the patients in the study had arrived in Finland, the majority of them had been refugees or asylum seekers. A total of 26 in-depth interviews were conducted. Data were collected by means of interviews, observation, field notes and documentation of care by nursing staff. Inductive content analysis was used in analysing the material.

The events immigrant patients had experienced both in their home countries and in Finland had an adverse effect on their mental health. Previous traumatic experiences were the most central factor. The descriptions of their illnesses were depression, anxiety, somatic symptoms and psychosis. Immigrant patients' experiences of factors promoting recovery were divided into nursing, medical science, care environment and the patients' own methods. Nursing was divided into the core of caring, the qualities of the nurse-patient relationship and psychiatric nursing methods. Suspicions about the asylum process and cultural conflicts added to the workload in nursing. It was not common to use transcultural nursing methods or an interpreter.

Asylum seekers and refugees access to psychiatric care should be facilitated. The asylum process complicates the patients' recovery and their care. Further training and the introduction of a cultural assessment method are required for the successful implementation of transcultural nursing. Involvement of immigrant patients in their own care, family-oriented nursing and use of interpreter services should be increased in the care of immigrant patients.

Medical Subject Headings: refugee, asylum seeker, mental health, psychiatric nursing, psychiatry, interpreter, multiculturalism, cultural competence

Kallakorpi, Susanna

Maahanmuuttajapotilaiden kulttuurilähtöinen psykiatrinen hoitotyö Suomessa. Kohdennettu etnografinen tutkimus potilaista ja heidän hoitajistaan.

Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. 2017. 60 s.

TIIVISTELMÄ

Tämän lisensiaatintutkielman tarkoituksena oli kuvata maahanmuuttajapotilaiden kulttuurilähtöistä psykiatrinen hoitotyöä Suomessa potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksessa selvitettiin maahanmuuttajapotilaiden kokemuksia mielenterveyttä heikentävistä tekijöistä sekä maahanmuuttajapotilaiden ja heidän hoitajiensa näkemyksiä sairastumisen syistä ja sairauden ilmenemisestä. Lisäksi selvitettiin, miten maahanmuuttajapotilaat kokevat Suomessa psykiatrisen hoidon, miten hoitajat kokevat maahanmuuttajapotilaiden hoitamisen ja miten kulttuuritekijät näkyvät hoitotyössä.

Tutkimuksessa käytettiin laadullisia tutkimusmenetelmiä, pääpaino oli kohdennetulla etnografisella menetelmällä. Tiedonantajat olivat erään sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian osastohoidossa olleita maahanmuuttajapotilaita (N=14) ja heidän hoitoonsa osallistuneita hoitajia (N=5). Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli tullut Suomeen pakolaisena tai turvapaikanhakijana. Syvähaastatteluja toteutettiin yhteensä 26. Lisäksi tietoa kerättiin havainnoiden, kenttämuistiinpanoilla ja hoitotyön dokumentointia tarkastellen. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikensivät niin kotimaassa kuin Suomessa koetut tapahtumat. Keskeisin tekijä oli aikaisemmat traumaattiset tapahtumat. Maahanmuuttajapotilaiden sairastaminen ilmeni masennuksena, ahdistuneisuutena, somaattisena oireiluna ja psykoottisuutena. Toipumista edisti hoitotyö, lääketiede, hoitoympäristö ja potilaan omat keinot. Hoitotyö muodostui välittävästä hoitamisesta, hoitosuhteen ominaisuuksista ja psykiatrisen hoitotyön menetelmistä. Hoitotyötä vaikeuttivat turvapaikkahakuprosessiin liittyvä epäluuloisuus sekä kulttuurilliset ristiriidat. Kulttuurilähtöisen hoidon menetelmät ja tulkin käyttö oli vähäistä.

Turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten hoitoon pääsyä mielenterveyspalveluihin tulee helpottaa. Turvapaikkahakuprosessi vaikeuttaa potilaiden toipumista ja heidän hoitoaan. Kulttuurilähtöisen hoidon toteutuminen vaatii lisäkoulutusta ja kulttuurisen arviointimenetelmän käyttöönottoa. Maahanmuuttajapotilaiden kohdalla tulee lisätä heidän omaa osallisuutta hoitoonsa, perhekeskeistä hoitotyötä sekä tulkkipalveluiden käyttöä.

Yleinen suomalainen asiasanasto: pakolainen, turvapaikanhakija, mielenterveys, psykiatrinen hoitotyö, psykiatria, tulkki, monikulttuurisuus, kulttuurinen kompetenssi

Sisältö

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2 MAAHANMUUTTAJAT, MIELENTERVEYS JA PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	3
2.1 Kirjallisuuskatsaus kulttuurilähtöisestä psykiatrisesta hoitamisesta.....	3
2.2 Maahanmuuttajien mielenterveyden ja psykiatrisen hoitamisen erityispiirteet	4
2.3 Kulttuurilähtöisen hoidon teorit.....	7
2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.....	10
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	11
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	12
4.1 Tutkimusmenetelmät	12
4.2 Tiedonantajat	13
4.3 Aineiston keruu ja analysointi	13
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	17
5.1 Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikentävät tekijät ennen hoitoon tuloa.....	17
5.1.1 Mielenterveyttä heikentävät tekijät kotimaassa	17
5.1.2 Mielenterveyttä heikentävät tekijät Suomessa	18
5.2 Maahanmuuttajapotilaiden ja heidän hoitajiensa näkemykset sairastumisen syistä ja ilmenemisestä.....	19
5.3 Maahanmuuttajapotilaiden kokemukset psykiatrisesta hoidosta Suomessa	22
5.3.1 Hoidon kuvailu.....	22
5.3.2 Toipumista edistävät tekijät.....	23
5.3.3 Huonot hoitokokemukset	25
5.4 Hoitajien kokemukset maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta	27
5.4.1 Hoidon eteneminen vaiheittain	27
5.4.2 Hoitotyön kuormittavat tekijät.....	31
5.5 Kulttuurin huomioiminen maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisessa hoitotyössä.....	32
5.5.1 Hoitajien näkemykset kulttuurilähtöisestä hoidosta	32
5.5.2 Tulkkaus hoidon aikana.....	33
5.6 Yhteenveto tuloksista	35
6 POHDINTA	38
6.1 Tulosten tarkastelu	38
6.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	44
6.3 Päätelmät, suositukset ja jatkotutkimusaiheet.....	46
7 LÄHTEET	48

TAULUKOT

Taulukko 1. Madeleine Leiningerin auringonnousumallin pääelementit.

Taulukko 2. Purnellin kulttuurisen kompetenssimallin tekijöitä.

Taulukko 3. Potilaiden taustatiedot (N=14).

Taulukko 4. Maahanmuuttajapotilaiden (N=14) ja heidän hoitajiensa (N=5) näkemykset sairastumisen syistä.

KUVIOT

Kuvio 1. Maahanmuuttajien mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä Suomessa.

Kuvio 2. Hoitotyö potilaiden toipumista edistävänä tekijänä.

Kuvio 3. Maahanmuuttajapotilaiden kokemukset toipumista edistävistä tekijöistä.

Kuvio 4. Potilaiden huonot hoitokokemukset.

Kuvio 5. Hoitajien kuvaukset maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisen hoidon etenemisestä vaiheittain.

Kuvio 6. Hoitajien kuvaus potilaiden hoidon alkuvaiheen tutkimuksista.

Kuvio 7. Hoitajien näkemys potilashoidon yhteistyösuhteen vaiheesta.

Kuvio 8. Hoitotyön kuormittavat tekijät hoitajien näkökulmasta.

Kuvio 9. Hoitajien näkemykset kulttuurilähtöisestä hoidosta.

Kuvio 10. Hoitajien kokemukset tulkkauksesta.

Kuvio 11. Psykiatrasta osastohoitoa edeltävät tekijät.

Kuvio 12. Maahanmuuttajapotilaiden psykiatrinen osastohoito hoitajien ja potilaiden näkökulmasta.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje potilaille.

Liite 2. Saatekirje hoitajille.

Liite 3. Haastatteluteemat.

Liite 4. Taulukko 1. Mielenterveyttä heikentävät tekijät kotimaassa

Liite 5. Taulukko 3. Psykiatrasta hoitoa koskevat kansainväliset ja kansalliset hoitotieteen ja lähitieteiden tutkimukset monikulttuurisesta näkökulmasta vuosilta 1992–2006.

Liite 6. Taulukko 4. Systemaattinen tiedonhaku psykiatrisesta kulttuurilähtöisestä hoitotyöstä.

Lyhenteet

CINAHL Cumulative Index to Nursing And Allied Health Literature

MEDIC Kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta

PUB-MED U.S. National Library of Medicine

1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tämän liseniaatintutkielman tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajapotilaiden kulttuurilähtöistä psykiatrista hoitotyötä Suomessa potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kulttuurilähtöistä psykiatrista hoitotyötä. Tutkimusaiheeni on noussut hoitotyön käytännöstä. Olen työskennellyt useita vuosia maahanmuuttajien psykiatrisena sairaanhoitajana. Olen havainnut, että hoitoa vaikeuttavat usein kulttuurien erilaiset ymmärrykset mielenterveydestä ja psykiatrisesta hoidosta sekä hoitotyöntekijöiden riittämättömyyden tunteet maahanmuuttajapotilaita hoidettaessa.

Maahanmuuttajien ja pakolaisten lukumäärä kasvaa Suomessa jatkuvasti. Vuonna 2014 ulkomaan kansalaisia oli 221 900. Suurimmat kansalaisuusryhmät olivat virolaiset (48 352), venäläiset (30 995), ruotsalaiset (8401), kiinalaiset (7731), somalialaiset (7653), thaimaalaiset (7097), irakilaiset (6876), intialaiset (4798), turkkilaiset (4585), englantilaiset (4320), saksalaiset (4104), puolalaiset (3735) ja afganistanilaiset (3562). (Tilastokeskus 2014.) Ulkomaalaiset ovat keskittyneet pääosin pääkaupunkiseudulle. Uudenmaan maakunnassa ulkomaankansalaisia oli yhteensä 123 300 vuonna 2015. (Tilastokeskus 2016.) Vuonna 2015 turvapaikanhakijoiden määrä lähes kymmenkertaistui. Suomeen saapui 32 476 turvapaikanhakijaa, kun edellisellä vuonna heitä saapui vain 3651. (Maahanmuuttovirasto 2015.) Pääsyy määrän kasvuun oli Lähi-Idän kriiseissä (Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestö 2015). Yleisimmät turvapaikanhakijoiden kansalaisuudet vuonna 2015 olivat Irak (20 485), Afganistan (5214), Somalia (1981), Syyria (877) ja Albania (762) (Maahanmuuttovirasto 2015). Maanpuolustustutkimuksen mukaan noin puolet suomalaisista suhtautui melko tai erittäin kielteisesti turvapaikanhakijoiden kasvavaan määrään Suomessa vuonna 2015 (Turvallisuuspolitiikka ja maanpuolustustutkimus 2016). Näistä asenteista on hyvä olla tietoinen myös terveydenhuoltoalalla.

Mielenterveysongelmien esiintyvyys on maahanmuuttajilla valtaväestöä korkeampi (Barnes 2001, Porter & Haslam 2005, Bridges ym. 2012, Castaneda ym. 2012, Koponen ym. 2015) ja mielenterveyspalveluiden käyttö valtaväestöä vähäisempää (Wittig ym. 2008). Suomessa toteutetussa Maamu -tutkimuksessa todettiin, että maahanmuuttajilla esiintyi huomattavasti enemmän vakavia masennus- ja ahdistusoireita kuin valtaväestöllä (Castaneda ym. 2012). Etenkin Lähi-Idästä ja Pohjois-Afrikasta kotoisin olevien henkilöiden tilanteen todettiin olevan huolestuttava. Heillä oli enemmän lääkärin toteamia mielenterveysongelmia suhteutettuna Suomen koko väestöön tai muihin maahanmuuttajaryhmiin. (Koponen ym. 2015.) Maahanmuuttajista erityisesti pakolaiset ja turvapaikanhakijat ovat muuta väestöä alttiimpia mielenterveydenhäiriöihin sairastumiselle (Ekblad ym. 1996, Flaskerud & Kim 1999, Helman 2000, Keyes 2000, Sainola-Rodriguez & Koehn 2006, Gong ym. 2011, Hollander 2013, Hollander ym. 2013, Feyera ym. 2015). Kaikkein yleisimmäksi selittäväksi tekijäksi pakolaisten mielenterveysongelmiin on todettu aikaisemmat traumaattiset kokemukset (Ekblad ym. 1996). Traumaattinen kokemus ennen maahanmuuttoa selittää todennäköisyyden lisääntyneeseen mielenterveyspalveluiden käyttöön vuoden sisällä maahanmuutosta (Fortuna ym. 2008). Traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) esiintyvyys voi olla pakolaisilla jopa kymmenkertainen kantaväestöön verrattuna. Laajassa kansainvälisessä tutkimuskatsauksessa todettiin, että yhdeksällä prosentilla pakolaisista oli diagnosoitu traumaperäinen stressihäiriö ja viidellä prosentilla oli diagnosoitu vakava masennus. (Fazel ym. 2005.) Pakolaisten riski sairastua myös skitsofreniaan tai muunlaiseen psykoosiin on kolme kertaa niin suuri kuin kantaväestöllä ja puolitoistakertainen muihin maahanmuuttajiin nähden (Hollander ym. 2016). Masennuksen esiintyvyys on pakolaisilla niin ikään suuri, yli kolmasosalla on todettu masennusoireita (Feyera ym. 2015).

Turvapaikanhakijoista 77%:lla on todettu kliinisesti merkittävästi ahdistuneisuutta, 86%:lla masennusta ja 50%:lla traumaperäistä stressihäiriön oireita (Keller ym. 2003).

Monikulttuuristuvan terveydenhuollon synnyttämien haasteiden tunnistaminen ja korjaaminen on äärimmäisen tärkeää, koska psyykinen hyvinvointi vaikuttaa keskeisesti kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn (Castaneda ym. 2012). Tutkittaessa 16 Euroopan maan terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia maahanmuuttajapotilaiden hoidosta koettiin suurimmiksi vaikeuksiksi kielimuuri ja potilaiden sosiaalinen deprivatio, kuten marginalisoituminen, köyhyys, työttömyys, vaikeudet kielen oppimisessa ja integroitumisessa yhteiskuntaan. Lisäksi traumaattiset kokemukset, tietämättömyys terveydenhuoltojärjestelmästä, negatiiviset asenteet henkilökunnan ja muiden potilaiden keskuudessa, kulttuurierot, puutteelliset aikaisemmat sairauskertomukset sekä erilaiset näkemykset sairaudesta ja hoidosta aiheuttivat vaikeuksia maahanmuuttajapotilaiden hoidossa. Näiden ongelmien vähentämiseksi esitettiin keinoina organisaation joustavuutta yksilöllisen hoidon sekä riittävän ajan ja resurssien osalta, hyviä tulkkipalveluita, työskentelyä perheiden ja sosiaalitoimen kanssa, henkilöstön kulttuuritietoisuuden lisäämistä, hyviä vuorovaikutussuhteita, hoidon jatkuvuutta sekä tiedon antamista terveydenhuoltojärjestelmästä eri keinoin. (Priebe ym. 2011, Sandhu ym. 2013, Strasmayer ym. 2013.) Keskeistä psykiatrisen hoidon onnistumiselle on kulttuuritekijöiden huomioiminen kuten tulkin käyttö, kulttuurilähtöinen hoito ja erilaisten hoitomuotojen yhdistäminen. Toimivia hoidollisia interventioita ovat arjen kuormitusta aiheuttavia tekijöitä huomioivat hoitomuodot. Tärkeää on myös hoitohenkilökunnan kyky luoda luottamuksellinen vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. (Kerckänen & Säävelä 2015.)

Terveyttä tulee tarkastella ja määritellä tietyssä kulttuurillisessa kontekstissa, koska terveys on olennainen osa kulttuuria (Leininger 1995, Flakerud & Kim 1999, Lundberg 1999). Hoitohenkilökunnan kulttuurilähtöisen hoidon osaaminen on todettu puutteelliseksi useissa tutkimuksissa (Sainola-Rodriquez 2005, Wilson 2010, Ahmed ym. 2011, Hultsjö ym. 2011, Kaiser ym. 2013, Alvarez ym. 2014, Mulder ym. 2015). Hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää eri kulttuureista tulevien henkilöiden erilaiset näkemykset normaaliudesta ja pystyä arvioimaan mielenterveyttä kokonaisvaltaisesti kulttuuritekijät huomioiden. Ilman kulttuurista tietämystä länsimaalaisista lähtökohdista hoidettaessa, monet psykiatriset potilaat saatetaan ymmärtää ja diagnosoida väärin tai he voivat jäädä ilman riittävää hoitoa. Kulttuurisen tietämyksen uskotaan vähentävän ristiriitoja ja stressaavia tilanteita sekä mahdollistavan tehokkaan ja hyvän hoidon. (Leininger 1995, Burr & Chapman 1998, Flakerud & Kim 1999, Rashidi & Rajaram 2001, Sandhu ym. 2013.) Kulttuurilähtöisen hoitotyön avulla on mahdollista vähentää terveyden eriarvoisuutta (Papadopoulos & Omeri 2008). Maailman terveysjärjestö kehottaa vastaamaan psykiatrisessa hoidossa olevien haavoittuvien ja marginalisoitujen ryhmien, kuten turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien, tarpeisiin kulttuuritekijät huomioiden (Maailman terveysjärjestö 2013).

Suomessa hoitotieteessä on aikaisemmin tutkittu maahanmuuttajien psykiatrista hoitotyötä hyvin vähän (Sainola-Rodriquez 2009). Kansainvälisissä ja kansallisissa hoitotieteen tutkimuksissa on tutkittu jonkin verran maahanmuuttajien terveyskäsityksiä (Rosenbaum 1991, Daly 1995, Emami ym. 2001, Wang & Miao 2001, Hassinen-Ali-Azzani 2002), pakolaisten ja maahanmuuttajien kokemuksia ja käsityksiä mielenterveydestä (Hattar-Pollara & Meleis 1995, Davis 2000, Procter 2000, Heilemann ym. 2002, Kallakorpi 2004) sekä maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden hoitopaasyä (Hines-Martin ym. 2003, Bridges ym. 2012). Kulttuurista hoitoa on tutkittu jonkin verran (mm. Omeri 1997, Juntunen ym. 2000, Pasco ym. 2004) ja joitakin kansainvälisiä tutkimuksia on kulttuurilähtöisestä mielenterveyden tukemisesta ja hoidosta (Kendal 1996, Schreiber 1998, Taylor 2000, Gary & Yarandi 2004, Kozuki & Kennedy 2004, Hultsjö ym. 2007, 2011). Muilla tieteenaloilla on tutkittu maahanmuuttajien mielenterveyttä, mutta vähän heidän hoitokokemuksiaan psykiatrisissa sairaaloissa tai psykiatriassa työskentelevän henkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajien hoitamisesta.

2 Maahanmuuttajat, mielenterveys ja psykiatrinen hoitotyö

2.1 Kirjallisuuskatsaus kulttuurilähtöisestä psykiatrisesta hoitamisesta

Tein systemaattiset tiedonhauet kahdessa vaiheessa, ensin vuonna 2006 ja tutkimuksen edetessä vuonna 2016. Syksyllä 2006 tekemässäni tiedonhaussa tutkimusaineiston muodostivat vuosina 1992–2006 julkaistut monikulttuuriseen ja psykiatriseen hoitoon liittyvät kansainväliset ja kansalliset tutkimukset (liite 5). Hain aineiston Cinahl, Medline, British Nursing Index, Medic ja Linda tietokannoista. Monikulttuuriseen mielenterveyteen tai psykiatrisiin sairauksiin kohdentuvia tutkimuksia oli 24, joista 11 käsitteli psykiatrista hoitoa. Suurin osa mielenterveyteen/-sairauteen liittyvistä tutkimuksista selvitti psykiatristen sairauksien (erityisesti masennuksen) esiintyvyyttä ja mittaamista. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevat maahanmuuttajapotilaat olivat tiedonantajina viidessä tutkimuksessa. Psykiatriseen hoitoon liittyvien tutkimusten aiheet käsittelivät hoitamista ja hoitomenetelmiä, henkilökunnan näkemyksiä potilaista ja työstään, diagnooseja, hoitoaikaa, potilaiden hoidon tarpeita, henkisyttä, käsityksiä mielisairaudesta, hoidon esteitä, terapiaa ja kulttuurilähtöistä hoitamista. Työntekijöiden kulttuurista kompetenssia selvitettiin yhdeksässä tutkimuksessa, joista yksi liittyi mielenterveystyöntekijöiden kulttuuriseen kompetenssiin (Sainola-Rodriguez 2005). Terveystieteiden koulutuksen ja opetuksen kulttuurisen kompetenssin tutkimukset rajasin pois. Ainoastaan yksi kansallinen tutkimus (Sainola-Rodriguez 2005) oli maahanmuuttajien psykiatrisesta hoitamisesta. Kyseisessä tutkimuksessa selvitettiin turvapaikanhakijoiden saamaa hoitoa sekä kulttuurisen kompetenssin näkymistä siinä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kirjaamista sairaskertomuksista (n=21) tarkasteltuna. Erityisesti monikulttuurista psykiatriseen hoitotyöhön keskittyvää tutkimusta ei Suomessa ole. Kansainvälisistä tutkimuksista monikulttuurista psykiatrista hoitotyötä kuvasi kaksi tutkimusta (Arthur ym. 1999, Madala-Mntla & Poppenpoel 1999).

Seuraavan tiedonhaun toteutin väliltä 1.1.1992–1.2.2016 tietokannosta Cinahl, PubMed ja PsycInfo. Valintakriteereinä olivat aikuisväestö ja englanninkieliset vertaisarvioidut (peer reviewed) tutkimusartikkelit. Hakusanoina käytin: mental health & transcultural nursing (n=276), psychiatric and transcultural nursing (n=222), mental health and refugee and nursing (n=209), yhteensä hakutuloksia oli 707 (liite 6). Otsikon perusteella valitsin 179 tutkimusartikkelia, jotka liittyivät maahanmuuttajien mielenterveyteen tai psykiatriseen hoitoon. Poissulkukriteereinä olivat duplikaatit (n=17), fyysisiin sairauksiin, didaktiikkaan tai diagnosiointiin keskittyvät tutkimusartikkelit. Tiivistelmien perusteella poistin 87 artikkelia. Näiden poissulkukriteereinä olivat tiivistelmien puuttuminen, diagnostiikkaan tai arviointimittarien kehittämiseen liittyvät tutkimukset, kirja-arvostelut ja kommenttiartikkelit sekä tutkimukset, jotka eivät liittyneet mielenterveyteen, monikulttuurisuuteen tai aikuisväestöön. Jäljelle jäivät artikkelit (n=92) luokittelin niiden aiheiden mukaan: mielenterveyteen vaikuttavat tekijät (n=18), kulttuurinen kompetenssi (n=6), psykiatristen sairauksien esiintyvyys ja psykiatrisen hoidon tarpeet (n=18), mielenterveyspalveluihin hakeutuminen tai siihen liittyvät esteet (n=6), kulttuurilähtöinen hoito (n=36), mielenterveys- ja hoitokäsitykset (n=8). Tutkimustehtävien ohjaamina valitsin kulttuurilähtöiseen hoitoon keskittyvät tutkimusartikkelit (n=36). Näistä valitsin koko artikkelin lukemisen perusteella lopulta 16. Poissulkukriteereinä olivat artikkelit, jotka eivät olleet monikulttuurisia tai olivat poliittisia ja filosofisia mielipidekirjoituksia (n=20). Valitut tutkimusartikkelit tarkastelivat tutkimusaihetta monesta erilaisesta näkökulmasta: itsetuhoisuus (Procter 2005), hengellisyys ja vaihtoehtoiset hoitomenetelmät (Kahn & Kelly

2001, Kanitsaki 2003, Chiu ym. 2005), masennuksen ilmeneminen (Conrad & Pacquiao 2005), traumaperäisen stressihäiriön hoito (Neuner ym. 2010), yksittäiseen kansallisuusryhmään keskittyvä transkulttuurinen mielenterveystutkimus (Delbar ym. 2010), kulttuurilähtöinen psykiatrinen hoitotyö (Burr & Chapman 1998, Wilson 2010) ja hoito (Stewart ym. 2012, James & Carpenter 2014), kidutettujen hoito (Racine-Welch & Welch 2000, Patel ym. 2014) sekä turvapaikkahakuprosessissa olevien mielenterveyden tukeminen (Procter 2006, Meffert ym. 2010, Procter 2011).

Tiedonhakua täydensin myös kansallisesta Medic ja kansainvälisestä Cochrane tietokannasta 19.10.2016. Medic tietokannasta hakusanoina käytin maahan* ja psykiatr*, kansallisia tuloksia löytyi yhteensä 24, joista kaksi oli tutkimusaiheeseen liittyviä tutkimusartikkelia, kaksi kirjallisuuskatsausartikkelia ja kaksi valtakunnallista selvitysraporttia. Cochrane tietokannan hakusanoina käytin immigrants mental health. Tuloksena oli yksittäisiä kokeellisia tutkimusartikkeleita (n=16). Näistä viisi liittyi kulttuurilähtöiseen hoitamiseen ja hoitointerventioiden vaikuttavuuden tutkimiseen (Blumberg ym. 2001, Constantino ym. 2009, Choi ym. 2011, Hernandez & Organista 2013, Wong ym. 2013), poissulkuriteereinä olivat lapsiin ja nuoriin keskittyvät tutkimusartikkelit sekä tutkimukset, joissa ei huomioitu maahanmuuttajia tai mielenterveyttä.

2.2 Maahanmuuttajien mielenterveyden ja psykiatrisen hoitamisen erityispiirteet

Maahanmuuttaja on yleisnimitys kaikille tiettyyn maahan muuttaneille ryhmille. Maahanmuuttajia ovat pakolaiset, kiintiöpakolaiset, turvapaikanhakijat, siirtolaiset ja paluumuuttajat. (Vartiainen-Ora 1996.) Tässä tutkimuksessa en rajannut ketään maahanmuuttajaryhmää tutkimuksen ulkopuolelle, mutta valikoin tiedonantajiksi ainoastaan ensimmäisen polven maahanmuuttajia. Tutkimuksessa painottui pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden osuus.

Kulttuuri määrittelee, miten mielenterveys ja mielisairaus käsitetään (Kavanagh 1995, Kennedy 1999). Kulttuurilla tarkoitetaan opittuja tai siirrettyjä arvoja, uskomuksia ja käytäntöjä, jotka ohjaavat ihmisten ajattelua, päätöksiä ja toimintoja tietyn kaavan mukaisesti (Leininger 1991). Spradleyn (1979) mukaan kulttuuri on omaksuttua tietoa, joka vaikuttaa ihmisten kokemusten tulkintaan ja sosiaaliseen käyttäytymiseen. Holistisessa hoitotyössä otetaan huomioon ihmisen elämä kokonaisuudessaan ja huomioidaan siinä tapahtuvat muutokset. Tähän kuuluvat maailmankuva, kulttuuriarvot, ympäristöolosuhteet, kielelliset ilmaisut sekä kansanomaiset ja ammatilliset hoitojärjestelmät. (Leininger 1994.)

Kaukaisemmista kulttuureista tulevien maahanmuuttajien terveys- ja sairauskäsitykset eroavat länsimaalaisesta biologisesta terveystieteestä ja aiheuttavat siten erilaisia odotuksia hoidon ja vuorovaikutuksen suhteen. Tästä seuraa molemminpuolista turhautumista ja huonoksi koettua hoitoa. Hyvässä kulttuurilähtöisessä hoidossa hoitotyöntekijä rohkaisee potilaita kertomaan omista terveystieteistään, odotuksistaan ja huolistaan. (Pavlish 2010.) Monissa ei-länsimaalaisissa kulttuureissa ei eroteta terveyttä ja sairautta yhtä selkeästi kuin länsimaissa, vaan ne nähdään moniulotteisena jatkumona (Kavanagh 1995, Kennedy 1999, Helman 2000). Mielenterveyskäsitteellä saattaa olla vain vähän merkitystä, jolloin ero terveyden ja sairauden välillä näkyy kykyä selviytyä normaaleista rooleista yhteiskunnassa (Kavanagh 1995). Vietnamilaisessa kulttuurissa ei esimerkiksi vielä jokin aika sitten tunnettu koko mielenterveyskäsitettä (Liebkind 1990). Asiakkaat saattavat ilmaista huolta tai sairautta distress-käsitteellä (Helman 2000, Andrews & Boyle 1995). Kosovon albaanit kuvailivat psyykkistä pahoinvointia sanoilla hermostuneisuus (nervoz), masennus ja stressi (Kallakorpi 2004). Joissakin kulttuureissa uskotaan, että sairastuminen voi johtua jumalasta, esi-isistä, pahoista hengistä, noituudesta. Sairastunut ihminen nähdään tällöin uhrina, joka ei ole vastuullinen voinnistaan tai toipumisestaan. (Andrews & Boyle 1995.) Ihmiset, jotka uskovat voivansa vaikuttaa asioiden kulkuun elämässään, uskovat myös voivansa vaikuttaa omaan terveyteensä.

Heidän on todettu noudattavan paremmin terveydenhuollon ohjeistuksia kuin niiden, jotka uskovat tapahtumien kulun elämässä olevan ennalta määrättyä tai muun ulkopuolisen aiheuttamaa. (Maier-Lorentz 2008.)

Kulttuurisidonnaisilla oireyhtymillä tarkoitetaan tietyn kulttuurin jäsenillä esiintyviä oireita, joita voidaan hoitaa ja ennaltaehkäistä kulttuuriseen tietoon perustuvilla menetelmillä (Helman 2000). Kulttuurisidonnainen oireyhtymä on esimerkiksi tansanialaisen Ilembulan kylän benojen baridi, jonka ensioireita ovat paleleminen, levottomuus ja väsymys. Lopulta sairaus saattaa johtaa mielenhäiriöön. Baridin vaikein muoto on laana, joka on seurausta vanhempien lapselleen aiheuttamasta kirouksesta. Baridin hoito perustuu syiden tunnistamiseen ja perheen yhtenäisyyttä korostaviin rituaaleihin. (Juntunen 2005.) Muita kulttuurisidonnaisia oireyhtymiä ovat muun muassa susto latinalaisessa Amerikassa, Kiinassa neurasthenia (vastaa masennusta), amok Malesiassa, anoreksia nervosa länsimaissa (Andrews & Boyle 1995), Koreassa vihasyndrooma hwa-byung (Choi & Kwang-Ja 2007), Etiopiassa ja Somaliassa Zar-henki (Delbar ym. 2010), Kambutseassa huolestumiseen liittyvä khoucherang (D'Avanzo & Barab 1998). Psykosomaattisista vaivoista kärsivät valittavat yleensä pääkipua, vatsavaivoja ja muita fyysisiä särkyjä yhdistettynä suremiseen ja kärsimiseen. (Andrews & Boyle 1995.)

Kosovon albaanipakolaisista osa koki mielisairauden aiheutuvan vaikeiden elämäkokemusten (kuten sota) lisäksi epäterveellisistä elämäntavoista ja ongelmien kasaantumisesta. Myös pahan hengen on aikaisemmin ajateltu aiheuttavan mielisairautta. Kosovon albaanien kulttuuriin on kuulunut olennaisesti kansanparannus ja kansanparantaja, joka on eräänlainen imaami, uskonnollinen parantaja. Häneltä haettiin apua niihin vaivoihin, joihin ei saatu apua lääkäriltä. Apua haettiin muun muassa, jos "tunsi tulevansa hulluksi" tai pitkäaikaiseen surumielisyyteen. Kansanparantaja kirjoitti haimalin (uskonnollinen teksti) ja pyysi laittamaan sen viikoksi tyynyn alle. Hän puhalsi terapeuttisesti, pyysi juomaan määrätyn määrän vettä sekä rukoilemaan muslimien tespidova-rukouksen. Parantaja osasi myös ennustaa. (Kallakorpi 2004.) Kansanparantajalta haetaan apua ylipäättään terveysongelmiin. Tyypillisiä hoitoja ovat yrtilääkkeet, hieronta, teet, rukoukset ja uskonnolliset riitit. (Andrews & Boyle 1995, Kahn & Kelly 2001, Delbar ym. 2010.)

Mielenterveysongelmat ilmaantuvat usein akkulturaation aikana. Akkulturaation vaikutukset vaihtelevat yksilöllisesti. Akkulturaatiolla tarkoitetaan väestön muutosprosessia, joka aiheutuu toisen kulttuurin kanssa kosketuksiin joutumisesta. (Berry 1989.) Leininger (1995) on määritellyt akkulturaation prosessiksi, jossa toisen kulttuurin edustaja oppii, miten omaksua toisen kulttuurin käyttäytymistapoja, arvoja ja elämäntapoja. Maahanmuuttoprosessiin kuuluu kohonnut alttius stressille sekä vähäiset sosiaaliset verkostot (Kamperman ym. 2007, Almeida ym. 2011). Akkulturaatiostressiin liittyy heikentynyt mielenterveys (esimerkiksi sekavuus, ahdistuneisuus, masennus), marginaalisuuden ja vieraantumisen tunteet sekä lisääntyneet psykosomaattiset oireet (Berry 1989, Heilemann 2002). Joillekin akkulturaatio tuo uusia mahdollisuuksia ja vahvistaa mielenterveyttä, kun taas toisilta se tuhoaa mahdollisuudet jatkaa eteenpäin. Vähiten stressiä kokevat henkilöt, jotka ovat saavuttaneet tasapainon oman ja uuden kulttuurin välillä. (Berry 1989.)

Suomen maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimukseen Maamu kutsuttiin yhteensä tuhat venäläistaustaista, tuhat somalialaistaustaista ja tuhat kurditaustaista 18–64-vuotiasta henkilöä. Kurditaustaisista maahanmuuttajista 36 %:lla esiintyi vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita (vertailuaineistossa koko väestössä 10 %). Vakavia masennus- ja ahdistusoireita esiintyi kurditaustaisista naisilla enemmän kuin miehillä (50 % ja 25 %). Joka neljännellä venäläistaustaisella naisella esiintyi vakavia masennus- ja ahdistusoireita (saman ikäisessä väestössä 8 %). (Castaneda ym. 2012.) Perheestä erossa asuvilla pakolaisilla on todettu olevan enemmän psyykkisiä oireita kuin perheensä kanssa asuvilla. Erossa olon on todettu hankaloittavan myös heidän kotoutumistaan työllistymisen ja kielitaidon oppimisen osalta. (Rask ym. 2016.) Kanadan viranomaisten asiantuntijoiden

tekemässä lähes tuhat pakolais- ja maahanmuuttaja-aiheista tutkimusta sisältävässä selvityksessä todettiin myös, että kaikki pakolaisuuteen liittyvät menetykset (taloudelliset menetykset, aseman menetys ja ihmissuhteiden menetys) ja toisaalta uuden ympäristön aiheuttama kulttuurisokki ovat selviä uhkia mielenterveydelle (Liebkind 1990). Myös syrjinnän on todettu vaikuttavan maahanmuuttajien koettuun elämänlaatuun haitallisesti (Castaneda ym. 2015). Sainola-Rodriguesin (2006) tutkimuksessa havaittiin, että turvapaikanhakijat ilmaisivat enemmän mielenterveyteen liittyviä tarpeita kuin pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat. Molemmissa ryhmissä oli yleistä masennus, unettomuus, tuskaisuus ja yksinäisyys. Turvapaikanhakijoilla esiintyi traumaperäistä stressireaktiota 29 %:lla, Baltian maista tulevilla 43 %:lla. Hoitavat lääkärit olivat tietämättömiä mielenterveysongelmien esiintymisestä lähes puolessa tapauksista, erityisesti masennusta ja traumaperäistä stressireaktiota ei havaittu. (Sainola-Rodriquez & Koehn 2006.)

Mielenterveyspalveluiden käytön on todettu olevan vähäistä, jos mielisairauksien syiden uskotaan olevan uskonnosta tai yliluonnollisista tekijöistä johtuvia (Alvidrez 1999, Conrad & Pacquiao 2005) ja jos apua haetaan uskonnollisilta johtajilta (Bridges ym. 2012). Myös leimautumisen pelko (Schreiber 1998, Taavela 1999, Keating & Robertson 2004, Conrad & Pacquiao 2005) ja riittämätön kielitaito ovat olleet joillakin mielenterveyspalveluiden käytön esteenä (O' Mahony & Donnelly 2007, Bridges ym. 2012). Maahanmuuttaja-asiakkaiden pelko mielenterveyspalveluita kohtaan vaikuttaa haitallisesti avun hakemiseen ja vastaanottamiseen. Seurauksina on rajoittunut luottamus ja sitoutuminen mielenterveyspalveluihin ja viivästynyt hoitoon hakeutuminen. (Keating & Robertson 2004.) Sairaanhoidajat ovat erityisen hyvässä asemassa vaikuttaakseen maahanmuuttajien hoitoon pääsyyn. Hoitajat tarvitsevat kuitenkin lisää tietoa maahanmuuton ja kulttuurin vaikutuksista mielenterveyteen. (Garcia & Saewyc 2007.)

Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa (Hultsjö ym. 2011) selvisi, että hoitohenkilöstö ei toteuttanut kulttuurilähtöistä hoitoa. Hoitohenkilökunta (n=14) halusi hoitaa maahanmuuttajataustaisia potilaita samalla tavalla riippumatta heidän synnyinmaastaan. He eivät nähneet tarpeelliseksi erityisen kulttuurisen tiedon hallintaa eivätkä kokeneet tarpeelliseksi toteuttaa potilaiden toiveita heitä hoitavan henkilökunnan sukupuolen osalta. Potilaan uskonnon tai etnisen taustan huomioimista ei pidetty myöskään tärkeänä. (Hultsjö ym. 2011.) Mulder ym. (2015) selvittivät tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan (n=86) monikulttuurista osaamista Suomessa. Tuloksena oli, että hoitohenkilökunnan kulttuurinen tietoisuus oli hyvä, mutta kolmannes tunsii ennakkoluuloja ulkomaalaistaustaisia potilaita kohtaan. Reilu kymmenesosa tunnisti rasismia ja vältteli ulkomaalaistaustaisia potilaita. (Mulder ym. 2015.) Sainola-Rodriquez (2005) totesi potilasasiakirjoihin pohjautuvassa tutkimuksessaan, että psykiatrisella suljetulla osastolla olevien turvapaikanhakijoiden hoidossa kulttuurista huomioimista oli vain vähän. Lääkärit kuvasivat mieluummin vain suomalaista hoitoa kuin analysoivat potilaan omia käsityksiään sairastumisestaan tai hoidosta. Hoidon laatu oli epätasaista ja turvapaikanhakijoiden hoito kasaantui vain tietyille hoitajille. Kolmasosa potilaista koki tyytymättömyyttä hoitoonsa. He kokivat, ettei kukaan voi auttaa heitä. (Sainola-Rodriquez 2005.) Tietoisuus, sensitiivisyys ja tieto yhdessä kulttuurisen arvion, viestinnän ja muiden psykiatristen sairaanhoidajien taitojen kanssa mahdollistaisivat kunnioittavan, kulttuurillisesti hyväksyttävän ja tehokkaan hoitotyön erilaisille ihmisille yksilöllisissä tilanteissa (Kavanagh 2003).

Sairaanhoidajilla on mahdollisuus arvioida, neuvoa ja tukea pakolaisasiakkaita heidän sopeutuessaan perheineen muuttuneeseen elämäntilanteeseensa. Pakolaiset selviytyvät sotakokemuksistaan ja muutoksista kukin yksilöllisin tavoin. Sairaanhoidajan empaattinen asennoituminen, turvallisuuden tunteen luominen ja vastaanottavaisuus pakolaisasiakkaan menneisyyden kokemuksille luovat hyvän pohjan vuorovaikutukselle. (Keyes & Kane 2004.) Patel ym. (2014) selvittivät yhdeksän kontrolloituja kokeellista tutkimusta sisältävässä kirjallisuuskatsauksessaan interventiodien vaikutusta kidutuksen uhrien kohdalla. Narratiivisella altistusterapialla ja kognitiivisella käyttäytymisterapialla saatiin jonkin

verran aikaan oireiden lievennystä traumaperäisen stressihäiriön ja ahdistuneisuuden osalta pitkällä aikajaksolla tarkasteltuna. (Patel ym. 2014.) Myös Neunerin ym. (2010) tutkimuksessa todettiin narratiivisen altistusterapian vähentävän turvapaikanhakijoiden traumaperäisen stressihäiriön oireita kuuden kuukauden seurantajakson jälkeen (Neuner ym. 2010). Pakolaisten kokeman sodan lisäksi tulisi huomioida läheisten menetysten ja muuton aiheuttamat psyykkiset vaikutukset (Maailman terveysjärjestö 2001). Hoitohenkilöstön tulee omata menetelmiä kulttuurilähtöiseen hoitoon, jotta mahdollistuu tehokas ja yksilöllinen yhteistyösuhde potilaan ja hänen perheensä kanssa (Beeber ym. 2010, Hultsjö ym. 2011).

Vaikeudet tulkin saatavuudessa vaikuttavat hoidon laatuun ja jatkuvuuteen. Tutkittaessa hoitajien (n=20) kokemuksia tulkin käytöstä Suomessa, havaittiin kahdenlaisia näkemyksiä. Osa koki, että tulkki on kulttuurinen silta, joka yhdistää kaksi kulttuuria ja kieltä yhteen. Tulkkien odotettiin selittävän kulttuurillisista eroja tulkkauksen aikana. Toinen näkemys oli, että tulkit ovat käännskoneita, jolloin tulkin odotettiin kääntävän sanoma sanasta sanaan ilman selityksiä. Hoitajat kokivat tulkin hyväksi ominaisuuksiksi empatiakyvyn, hienotunteisuuden, herkkyyden, ystävällisyyden sekä kyvyn asettautua toisen asemaan. Tulkin negatiivisia piirteitä olivat äkkipikaisuus, hermostuneisuus, monotonisuus, ilmeettömyys ja jäykkyys. Hoitajat olivat tietoisia tulkin käyttämisen kustannuksista ja yrittivät työskennellä kustannustehokkaasti. Heitä huolestutti maahanmuuttajien eriarvoinen asema tulkkikustannusten suhteen. Suomessa on useita lakeja, jotka määrittelevät tulkin käyttöä. Potilaat, jotka eivät osaa puhua suomen kieltä ovat oikeutettuja saamaan tulkkipalveluita. (Eklöf 2015.) Mikäli potilas on turvapaikanhakija tai kolmen vuoden sisällä maahan saapunut kotouttamislain piiriin kuuluva pakolainen, tulkkikustannuksista huolehtii valtio, muiden osalta kustannuksista vastaa kunta (Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 1999). Hyvä tulkki tukee vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä (Eklöf 2015).

2.3 Kulttuurilähtöisen hoidon teoriat

Hoitotyöhön on kehitetty useita kulttuurilähtöisen hoidon teorioita ja malleja vastaamaan monikulttuuristuvan ympäristön haasteisiin. Näitä teorioita ja malleja ovat kehittäneet muun muassa Leininger (1985, 1995), Campinha-Bacote (1999, 2003), Papadopoulos, Tilki & Taylor (2004), Purnel (2002, 2012) ja Giger & Davidhizar (2002).

Madeleine Leininger on luonut kulttuurisen hoidon teorian (1991, 1997, 2001). Teorian kehittämisen lähtökohtana oli tarve muuttaa omaan ja yhden kulttuurin näkökulmaan perustuva hoitaminen monikulttuuriseen tietämykseen, jolloin hoito olisi tehokasta riippumatta mistä päin maailmaa potilas olisi kotoisin. Teorian perusolettamus on, että transkulttuurisessa tietämyksessä ja käytänteissä on olemassa niin erilaisuuksia kuin samankaltaisuuksia. Kulttuurisen hoidon teoriaan Leininger kehitti auringonnousumallin kuvaamaan teoriansa pääelementtejä. Auringonnousumalli (taulukko 1) symboloi hoitamisen nousua. Kuviossa ympyrän yläpuolisko kuvaa yhteiskuntarakenteen osatekijöitä sekä maailmankatsomuksellisia tekijöitä (teknologiset-, uskonnolliset ja filosofiset-, sukulaisuus- ja sosiaaliset-, poliittiset ja oikeudelliset-, taloudelliset- ja koulutukselliset tekijät sekä kulttuuriset arvot ja elämäntavat), jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen kielen ja ympäristön välityksellä. Nämä vaikuttavat kansanomaisiin, ammatillisiin ja hoitotyön järjestelmiin, jotka ovat ympyrän alemmassa puoliskossa. Yhdessä nämä puolet edustavat kaikkea sitä, mitä sairaanhoitajan täytyy ottaa huomioon ymmärtääkseen inhimillistä hoitoa (caring) ja terveyttä. Hoitotyön alajärjestelmä voi toimia siltana kansanomaisten ja ammatillisten järjestelmien välillä kolmenlaisten hoitotyön toimintojen avulla, joita ovat hoidon säilyttäminen, mukauttaminen ja uudelleen muotoilu. Hoitoon voidaan sisällyttää aikaisemmin hyväksi havaittuja potilaan omia kulttuurinmukaisia menetelmiä, mukauttaa joitakin olosuhteisiin sopivaksi ja uudelleen

muotoilla terveydelle haitallisia aikaisemmin käytettyjä menetelmiä. Hoitomenetelmät voivat olla siis yhdistelmä länsimaalaisia ja ei-länsimaalaisia menetelmiä. Leiningerin mukaan sairaanhoitajan tulee pyrkiä selvittämään hoidon merkityksiä niin, että kunkin kulttuurin hoitokäytännöt, arvot, uskomukset ja elämäntavat antavat luotettavan lähtökohdan kulttuurinmukaisen hoidon suunnittelulle ja tehokkaalle toteuttamiselle. (Leininger 1991, 1994, 1995, 1997, 2002.)

Leininger on myös kehittänyt auringonnousumalliin pohjautuvia kysymyksiä kulttuurilähtöisen hoidon ja terveyden arviointia varten (Leininger 1995). Leiningerin teoriaa on sittemmin käytetty teoreettisena viitekehyksenä useissa tutkimuksissa ja sovellettu käytännön hoitotyöhön (mm. Rosenbaum 1989, McFarland & Eipperle 2008, Wehbe-Alamah 2008). Leiningerin teoriaan kohdistuva kritiikki liittyy muun muassa siihen, että kulttuurien moninaisuus ei esiinny vain kulttuurien välillä vaan myös kulttuurin sisällä (Rosenbaum 1991) ja teorian mukainen hoito voi lisätä paternalisuutta ja etnosentrisyyttä. Lisäksi arvot, asenteet ja uskomukset muuttuvat ajassa. (Wilkins 1993.) Kerslake (1988) on sitä mieltä, että uskonto, ammatti, sosioekonominen asema ja sukupuoli vaikuttavat käsityksiin ja kokemuksiin. (Wilkins 1993.) Suurin osa kulttuuritutkimuksesta keskittyy kulttuurin kognitiivisiin puoliin ja suosittelee opiskelemaan kunkin kulttuuriryhmän ominaispiirteitä. Tämä geneerinen lähestymistapa voi aiheuttaa stereotypiointia ja vähentää potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista. (Williamson & Harrison 2010.)

Taulukko 1. Madeleine Leiningerin Auringonnousumallin pääelementit.

Maailmankuva						
Kulttuurillisten ja sosiaalisten rakenteiden ulottuvuudet						
Teknologiset tekijät	Uskonnolliset ja filosofiset tekijät	Sukulaisuus ja sosiaaliset tekijät	Kulttuuriset arvot, uskomukset ja elämäntavat	Poliittiset ja lailliset tekijät	Taloudelliset tekijät	Koulutukselliset tekijät
Ympäristö, kieli ja etnohistoria						
Vaikutukset hoidon ilmenemiseen, hoitomuotoihin ja käytäntöihin						
Kansanomainen hoito		Hoitotyön käytännöt		Ammatilliset hoitokäytännöt		
Transkulttuurisen hoidon päätökset ja toimet						
Kulttuurisen hoidon säilyttäminen		Kulttuurisen hoidon mukauttaminen		Kulttuurisen hoidon uudelleen muotoilu		

Campinha-Bacoten (1999) teoriassa määritellään kulttuurisen kompetenssin prosessi, jossa hoitaja pyrkii tehokkaasti työskentelemään potilaan kulttuurisessa kontekstissa. Teoria on kehitetty erityisesti psykiatriseen hoitotyöhön ja keskeistä on, että hoitajat näkevät tulevaisuuden prosessissa päteviksi sen sijaan, että he kokisivat olevansa kulttuurisesti päteviä. Tähän prosessiin sisältyy kulttuuritietoisuus, kulttuuritieto, kulttuuritaito, kulttuurinen kohtaaminen ja halu. Kulttuuritietoisuudella tarkoitetaan oman kulttuurin ja ammatillisuuden syvällistä tarkastelua, omien ennakkoluulojen tiedostamista erilaisuutta kohtaan. Kulttuuritieto on tiedonhaun prosessi eri kulttuureista. Tietoa tulee soveltaa terveyteen liittyviin uskomuksiin ja kulttuurillisiin arvoihin, sairauden esiintymiseen ja hoidon tehokkuuteen. Asiakkaan maailmankuvan ymmärtäminen selittää, kuinka hän tulkitsee sairauttaan, ja miten se vaikuttaa hänen olemiseensa. Kulttuuritaito on kyky kerätä olennainen kulttuurinen tieto asiakkaan ongelmasta sekä toteuttaa kulttuurinen fyysinen terveystarkastus. Kulttuurisella kohtaamisella tarkoitetaan terveydenhuollon työntekijän rohkaistumista suoraan vuorovaikutukseen toisesta kulttuurista tulevan kanssa. Kohtaamiseen kuuluu tulkin tarpeen arvioiminen. Kulttuurinen halu liittyy työntekijän motivaatioon tulla kulttuurisesti päteväksi. Kulttuurinen halu sisältää inhimillisen hoitamisen (caring). Ihmiset eivät välitä, kuinka paljon tiedät, ennen kuin he

tietävät, kuinka paljon välität. Tavoitteena ei ole puhua poliittisesti korrektisti (sanoja suusta), vaan puhua potilaalle niin, että siitä välittyy todellinen välittäminen (sanoja sydäimestä). Kulttuurinen kompetenssi on keskeinen tekijä voidaksemme tarjota tehokasta palvelua eri etnistä taustaa oleville potilaille. (Campinha-Bacote 1999, 2002a, 2002b, 2008.)

Campinha-Bacote (2003) on myös kehittänyt IAPCC –mittarin (the inventory for assessing the process of cultural competence among healthcare professionals), jolla voidaan arvioida henkilön kulttuurisen kompetenssin tasoa. Isaacsonin tutkimuksessa (2014) mitattiin hoitajaopiskelijoiden kompetenssia kyseisellä mittarilla. Tutkimukseen osallistuneet opiskelijat pitivät itseään kulttuurisesti kompetentteina, mutta mittaustulokset ja muu tutkimusaineisto osoitti heidän ajattelussaan paljon negatiivista stereotyyppiä. Jo hoitoalan koulutuksessa tulisi lisätä valmiuksia kulttuurinmukaiseen hoitamiseen. (Isaacson 2014.) Campinha-Bacoten mittaria on kritisoitu siitä, että se ei mittaa riittävästi kulttuurisen halun osa-aluetta ja tältä osin vaaditaan vielä lisää kehittämistä (Buscemi 2011).

Papadopoulos, Tilki ja Taylorin (2004) kulttuurisen kompetenssin kehittämisen teoria sisältää kulttuuritietoisuuden, kulttuuritiedon, kulttuurisensitiivisyyden ja kulttuurisen kompetenssin. (Papadopoulos ym. 2004). Heidän mallinsa on tarkoitettu kartaksi, jonka avulla monikulttuurisen hoitotyön opetusta voi jäsentää. Kulttuuritietoisuuden vaiheessa oppija tarkastelee omia arvojaan ja kulttuurisia uskomuksiaan. Kulttuuritiedon vaiheessa oppija hankkii tietoa erilaisten etnisten ryhmien tavoista ja terveystottumuksista sekä kulttuuriryhmiin liittyvästä eriarvoisuudesta yhteiskunnassa. Kulttuurisensitiivisyyden vaiheessa opitaan kulttuurinmukaisia ja erilaisuutta kunnioittavia vuorovaikutustaitoja. Tällöin harjoitellaan luottamuksellisen, kunnioittavan ja empaattisen kulttuurilähtöisen hoitosuhteen rakentamista. Kulttuurisen kompetenssin vaiheen tai tason saavuttaminen edellyttää edellisten vaiheiden synteisiä ja niihin liittyvää osaamisen soveltamista. (Koskinen 2009a.) Papadopoulos ym. ovat lisäksi kehittäneet kulttuurisen kompetenssin arviointi – mittarin the cultural competence assessment tool (CCAtool), joka soveltuu aikuispsykiatrisiin. Tästä on edelleen kehitetty lasten ja nuorten psykiatrisiin soveltuva CAMHS CCAtool – mittari. (Papadopoulos ym. 2008.) Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan kykyä tarjota tehokasta terveydenhuoltoa, jossa huomioidaan ihmisten kulttuuriset uskomukset, käyttäytymiset ja tarpeet. Kulttuurinen kompetenssi on tiedon ja taidon yhdistelmä, jota omaksumme yksityisessä ja ammatillisessa elämässämme ja joka täydentyy jatkuvasti. (Papadopoulos ym. 2004.)

Purnellin (2000, 2002, 2012) malli (taulukko 2) mahdollistaa kulttuurin oppimisen ja ymmärtämisen. Mallin uloin kehä muodostuu globaalista yhteiskunnasta, seuraava kehä yhteisöstä, kolmas kehä perheestä ja sisin kehä persoonasta. Sisin jakautuu 12 lohkoon muodostaen kulttuuriset ydinasiat ja käsitteet. Ydin on pimentoon jäävä ilmiö. Mallissa huomioidaan myös kulttuurinen tietoisuus. Mallin lohkoja voidaan käyttää potilaiden tarvearvioinnissa. Henkilökunta voi käyttää niitä myös arvioidessaan omia kulttuurisidonnaisia uskomuksia, asenteita, arvoja, käytäntöjä ja käyttäytymistä. Purnellin mallia kulttuurisesta kompetenssista pidetään monimutkaisena teoriana, koska mallin lisäksi se sisältää organisatorisen viitekehyksen kaikille terveydenhuollon työntekijöille eri ammattiteissa ja työympäristöissä. (Purnell 2002, 2012.)

Taulukko 2. Purnellin kulttuurisen kompetenssimallin tekijöitä.

Ympäröivä yhteiskunta
Yhteisö
Perhe
Henkilö
Hengellisyys, terveydenhuollon käytännöt, terveydenhuollon toimijat, perinne, kommunikaatio, perheroolit ja organisaatio, työvoimatekijät, biokulttuurinen ekologia, riskikäyttäytyminen, ravitsemus, raskaus, kuolemaan liittyvät rituaalit.

Giger ja Davidhizar (2002) ovat keskittyneet kehittämään kulttuurin mukaisia potilaan hoidon tarpeita arvioivia menetelmiä. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää yksilölliset kulttuurinmukaiset preferenssit, jotta hoito ja interventiot tulisivat suunniteltua kunnioittavasti ja arvostavasti. Arviointiin kuuluvat seuraavat osa-alueet: kulttuuri, etnisyys, uskonto, kommunikaatio, henkilökohtainen tila, sosiaalinen jäsentyminen, suhde ympäristöön, aikakäsitys ja biologiset erot. (Quickfall 2004.) Kommunikaatio sisältää kaiken vuorovaikutuksen ja käyttäytymisen. Tila liittyy henkilökohtaiseen välimatkaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Sosiaalinen jäsentyminen viittaa kulttuuriyhteisöjen sosiaaliin suhteisiin (muun muassa perheenjäsenet ja muut läheiset). Suhde ympäristöön tarkoittaa henkilön kykyä vaikuttaa, suunnitella ja ohjata elämään ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. Aikakäsitys voidaan jakaa menneisyys-, nykyisyys- ja tulevaisuusorientoituneisiin kulttuureihin. Biologiset erot tarkoittavat niitä vaihteluita, joita kulttuuristen ryhmien välillä esiintyy, kuten geneettiset sairaudet, psykologiset ominaispiirteet ja sairastumisriskit. (Koskinen 2009b.)

2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Mielenterveysongelmien esiintyvyys on maahanmuuttajilla valtaväestöä suurempi. Maahanmuuttajista erityisesti pakolaiset ja turvapaikanhakijat ovat muuta väestöä alttiimpia mielenterveydenhäiriöihin sairastumiselle. Mielenterveyspalveluiden vähäinen käyttö johtuu leimautumisen pelosta, riittämättömästä kielitaidosta, vaatimattomuudesta, tiedon puutteesta terveyden riskitekijöistä ja terveydenhuollon palveluista sekä uskomuksista sairastumiseen liittyvistä yliluonnollisista tekijöistä. Tällöin haetaan apua kansanparantajilta tai uskonnollisilta johtajilta.

Haasteita maahanmuuttajapotilaiden hoitamiselle aiheuttavat kielimuuri, potilaiden sosiaalinen deprivatio, traumaattiset kokemukset, potilaiden tietämättömyys terveydenhuoltojärjestelmästä, henkilökunnan negatiiviset asenteet, kulttuurierot, puutteelliset aikaisemmat sairauskertomukset sekä kulttuurien erilaiset näkemykset sairaudesta ja hoidosta. Terveydenhuollon henkilöstön kulttuurilähtöisen hoidon osaamisen on todettu olevan riittämätöntä.

Hoitotyöhön on luotu useita kulttuurilähtöisen hoidon teorioita ja malleja vastaamaan monikulttuuristuvan ympäristön haasteisiin. Osan tarkoituksena on lisätä hoitohenkilöstön osaamista kulttuurilähtöiseen hoitamiseen keskittyen potilaiden näkemysten arvioimiseen ja siten kulttuurisen ymmärryksen lisääntymiseen (Giger & Davidhizar 2002, Leininger 1991, Purnell 2002) ja osa keskittyy hoitohenkilöstön tai opiskelijoiden kulttuurisen kompetenssin arvioimiseen ja kehittymiseen (Campinha-Bacote 1999, Papadopoulos, Tilki & Taylor 2004). Hoitajien tai opiskelijoiden kulttuurisen kompetenssin arvointimittareiden tulokset perustuvat heidän itsearviointeihinsa, jolloin niistä jää puuttumaan potilaiden kokemukset toteutuneesta kulttuurilähtöisestä hoidosta sekä potilashoidon tulokset (Loftin ym. 2013). Kulttuurisen tietämyksen uskotaan vähentävän ristiriitoja ja stressaavia tilanteita sekä mahdollistavan tehokkaan ja hyvän hoidon.

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajapotilaiden kulttuurilähtöistä psykiatrista hoitotyötä Suomessa potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kulttuurilähtöistä psykiatrista hoitotyötä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten maahanmuuttajapotilaat kuvailevat heidän mielenterveyttään heikentäviä tekijöitä ennen hoitoon tuloa?
2. Miten maahanmuuttajapotilaat ja heidän hoitajansa kuvailevat sairastumisen syitä ja sairauden ilmenemistä?
3. Miten maahanmuuttajapotilaat kokevat suomalaisen psykiatrisen hoidon?
4. Miten hoitajat kokevat maahanmuuttajapotilaiden hoitamisen?
5. Miten kulttuuritekijät näkyvät maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisessa hoitotyössä?

4 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

4.1 Tutkimusmenetelmät

Etnografia on tapa kerätä, analysoida ja kuvata tapoja, millä ihmiset kategorisoivat maailmansa merkityksiä. Etnografit pyrkivät oppimaan, mitä tietoa ihmiset käyttävät tulkitessaan kokemuksiaan ja mikä muovaa heidän käyttäytymistään kulttuurisesti muodostuneessa ympäristössä. (Aamodt 1991.) Etnografialla voidaan lisätä ymmärrystä hoidosta, terveydestä ja ihmisten tavoista (Leininger 1985, 1990, Aamodt 1991). Etnografiassa aineisto kerätään luonnollisessa ympäristössä. Etnografit ovat kiinnostuneita selvittämään kulttuurin vaikutuksia ihmisten käyttäytymiseen. Ihmisiin vaikuttaa heidän ympäröivä yhteisönsä. Heillä on jaettu merkityksiä, käsityksiä, yhteinen kieli, arvot ja normit. Kulttuuriin keskittymällä etnografinen tutkija saa kokonaisvaltaisen ymmärryksen toisten käyttäytymisestä. (Parahoo 2006.)

Etnografian juuret ovat antropologiasta (Parahoo 2006). Kulttuurinen antropologia etsii ja kuvaa yleistä ymmärrystä ihmisten tavoista tai kulttuurisesta käyttäytymisestä (Keesing 1958). Antropologit menivät asumaan tutkimiinsa yhteisöihin ja sisäistivät heidän kulttuurinsa, omaksuivat heidän tapansa elää ja toimia. Nykyisin etnografinen tutkimus toteutuu muun muassa sairaaloissa, klinikoissa ja hoitokodeissa. Klassisessa etnografiassa tutkija omaksuu tutkittavan ryhmän kulttuuria elämällä tai työskentelemällä heidän kanssaan ja viettämällä paljon aikaa heidän kanssaan, jotta hän voi nähdä maailman heidän näkökulmastaan käsin. Aineisto kerätään monesta eri lähteestä, yleisin menetelmä on osallistuva havainnointi. Tutkija selvittää miten ja miksi ihmiset käyttäytyvät tietynlaisella tavalla. Tutkijat käyttävät joustavia ja vuorovaikutuksellisia menetelmiä ymmärtääkseen ryhmän sosiaalista todellisuutta. (Parahoo 2006.)

Tässä tutkimuksessa käytin laadullisia tutkimusmenetelmiä. Pääpaino oli terveystieteissä usein käytetyllä kohdennetulla etnografisella menetelmällä, koska tutkimuksen aihe oli selvillä ennen tiedonkeruun aloittamista ja tutkimuksen toteuttamiseen on käytössä rajallinen aika. Kohdennettu etnografinen tutkimus soveltuu hyvin rajatun tutkimusaiheen ja kulttuurin tai alakulttuurin tutkimiseen rajatussa ympäristössä kuten esimerkiksi sairaanhoitajan työ osastolla (Cruz & Higginbottom 2013). Keskeisiä ominaisuuksia ovat tutkimuksen kohdentuminen tiettyyn terveydenhuollon ilmiöön, verrattain pieneen tutkittavaan ryhmään, tiiviiseen kenttätööhön ja monipuoliseen aineistonkeruuseen (Niemi & Paasivaara 2008). Roper & Shapiran (2000) mukaan kohdennettu etnografia mahdollistaa tutkijan ymmärryksen monimutkaisista tekijöistä osallistujan näkökulmasta (emic) tuoden samalla tutkimukseen oman ulkopuolisen näkökulman (etic). Sen avulla voidaan lisätä ymmärtämystä hoitotyöstä ammattina (Higginbottom 2013). Kohdennetulla etnografialla on hoitotieteessä kolme tarkoitusta: selvittää, miten eri kulttuureista olevien terveystietämykset ja käytännöt näkyvät heidän elämässään, ymmärtää alakulttuurien jäsenten kokemusten merkityksiä ja tutkia hoitotyön käytäntöä kulttuurisena ilmiönä (Cruz & Higginbottom 2013). Valitsin etnografisen menetelmän tähän tutkimukseen, koska 1) tarkasteltavasta ilmiöstä on aikaisempaa tietoa vähän ja halusin syventää sitä, 2) halusin tarkastella ilmiötä tiedonantajien näkökulmasta käsin ja 3) se mahdollistaa terveyden, sairauden ja hoidon tutkimisen kulttuurisessa kontekstissaan.

4.2 Tiedonantajat

Tiedonantajat muodostuivat erään sairaanhoitopiirin sairaaloiden aikuispsykiatristen avo- ja suljetuilla osastoilla hoidossa olleista maahanmuuttajapotilaista (n=14) ja heidän hoitoonsa osallistuneesta hoitohenkilökunnasta (n=5). Haastatteluissa valikoitui avaintiedonantajiksi henkilöt, jotka kertoivat tutkimusaiheesta monipuolisesti. He osallistuivat haastatteluun useasti. Maahanmuuttajapotilaita on vielä verrattain vähän hoidettavana kyseisessä sairaanhoitopiirissä, joten kaikki aikuispsykiatrian osastot otettiin mukaan tutkimukseen. Potilaiden kansallisuutta ei tilastoida systemaattisesti tutkimukseen osallistuneissa sairaaloissa, joten en päässyt vertaamaan maahanmuuttajapotilaiden määrää suhteessa kantasuomalaisiin potilaisiin.

4.3 Aineiston keruu ja analysointi

Etnografiassa käytetään useita tiedonkeruutapoja luotettavan ja monipuolisen kokonaiskuvan saavuttamiseksi (Spradley 1980). Tässä tutkimuksessa keräsin tietoa haastattelua, havainnointia, kenttämuistiinpanoja ja hoitotyöntekijöiden hoitotyön dokumentointia hyväksi käyttäen. Haastattelut mahdollistavat aidon kokemuksen ja tunneyhteyden haastateltavien kanssa. Kieli, tarina ja merkitykset prosessoituvat yhtäaikaisesti. (Campbell & Lassiter 2015.) Haastatteluissa hyödynsin Spradleyn (1979) kuvailevia ja vertailevia kysymyksiä sekä rakennekysymyksiä. Etnografiset haastattelut alkavat usein epävarmassa tunnelmassa. Tiedonantaja ei vielä tiedä mitä odottaa, eikä hän siten ymmärrä tutkimuksen tarkoitusta tai tutkijan motiiveja. Tiedonantaja miettii, vastaako hän tutkijan odotuksiin. Tärkeintä on saada tiedonantaja puhumaan. Kuvailevat kysymykset ovat hyödyllisiä keskustelun alussa. Aloitus on tunnustelevaa molemmiin puolin. Prosessin ensimmäisessä vaiheessa on hyvä toistaa seuraavaa: "olen kiinnostunut selvittämään kuinka puhut ja kuinka näet asiat, haluan ymmärtää asiat sinun näkökulmastasi." Tiedonantajien sanontojen ja käsitteiden toistaminen vahvistaa heidän sanomansa ja havainnollistaa tutkijan kuulleen heidän sanomansa. Tutkija ei käytä sanaa "miksi" sen tuomitsevan sävyn vuoksi. Rakennekysymyksiä voidaan esittää yhtäaikaisesti kuvailevien ja vertailevien kysymysten kanssa toisiaan täydentäen. Kontekstuaalisen tiedon lisääminen kysymykseen laajentaa rakennekysymystä. Vertailukysymyksillä voidaan vahvistaa erilaisuudet tai samankaltaisuudet esimerkiksi käsitteiden osalta. (Spradley 1980.) Haastatteluissani painottuivat kuvailevat ja rakennekysymykset.

Esimerkit käyttämistäni kysymyksistä:

"Kertoisitko minulle, millaista on olla täällä potilaana?" (kuvaileva kysymys).

"Kerroit, että sinua on auttanut toipumisessa läheiset ja rukoileminen, voitko miettiä vielä jotain muuta, mikä on auttanut sinua toipumaan?" (rakennekysymys)

"Näetkö mitään eroavaisuuksia hoidon ja huolenpidon välillä?" (vertaileva kysymys)

Lähestyin tutkimukseen kuuluvia osastoja saatekirjeellä keväällä 2008, jossa kerroin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistuvista henkilöistä ja tutkimusmenetelmästä. Liitin mukaan tutkimusluvan sekä suostumuslomakkeen etukäteen tutustuttavaksi. Pyysin osaston henkilökuntaa ilmoittamaan puhelimitse maahanmuuttajapotilaista, jotka ovat hoitonsa loppuvaiheessa ja jotka ovat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen. Aineiston keruu kesti puolitoista vuotta. Aloitin haastattelut toukokuussa 2008 ja viimeiset olivat joulukuussa 2009. Haastatteluja edelsi yhteydenotto potilaan omahoitajaan sekä tiedustelu potilaan ja omahoitajan halukkuudesta osallistua tutkimukseen. Hoitohenkilökunta kertoi potilaille tutkimuksesta saatekirjeen avulla (liite 1). Tämän lisäksi tiedotin tutkimuksesta kunkin sairaalan ylihoitajia ja osastonhoitajia heidän kokouksessaan ja sähköpostitse.

Tavattu potilas X osastolla nukkumassa. Hän oli saanut edellisenä päivänä englannin kielisen tiedotteen tutkimuksesta. Kerroin samoja asioita hänelle englanniksi. Kysyi, osaanko espanjaa. Puhui sitten mieluummin englantia kuin suomea, englannin kielitaito tuntui olevan sujuva. Ei ollut vielä varma, haluaako osallistua tutkimukseen. Sanoi olevansa väsynyt. Kerroin tulevani uudestaan perjantaina, jolloin hän voisi päättää haastattelusta sen hetkisen vointinsa mukaan. Hoitaja kansliassa kertoi, että potilas X on yleensä väsynyt perjantaina, kun hän on työskennellyt koko viikon. (ote kenttäpäiväkirjasta)

Haastattelin maahanmuuttajapotilaita tulkin välityksellä (n=6), mikäli he eivät osanneet riittävästi suomea tai englantia. Käytin koulutettua ammattitulkkia. Kerroin tulkeille ennen haastattelua, minkälaisesta tutkimuksesta on kyse. Nauhoitin haastattelut kahta haastattelua lukuun ottamatta. Kyseiset kaksi potilasta kieltäytyivät nauhurin käytöstä, joten kirjoitin muistiinpanot käsin haastattelun aikana. Haastattelut tapahtuivat joko osastolla rauhallisessa ympäristössä, sairaalassa sijaitsevassa toimistohuoneessa (potilaan voinnin niin sallissa) tai jatkohoitopaikassa.

Kenttämuistiinpanot koostuvat kentällä oloaikana kirjoitetuista päivittäisistä muistiinpanoista. Jotkut etnografit sisällyttävät kenttämuistiinpanoihinsa myös muita kentältä kerättyjä aineistoja kuten kyselyn tuloksia, valokuvia, ääni- tai videotallenteita. Toiset taas voivat liittää muistiinpanoihinsa blogeja, artikkeleita tai päiväkirjoja. (Campbell & Lassiter 2015.) Kenttäpäiväkirjassa reflektoin haastatteluiden toteutumista, haastatteluissa heränneitä ajatuksia, kulttuurin huomioimista, tulkkauksen sujuvuutta sekä havaintojani osastoilla ollessani.

Havainnointi tapahtui osastoilla käyntien yhteydessä, kun menin tiedustelemaan potilailta tutkimuslupia tai odotellessani haastatteluiden alkamista. Havainnoinnin avulla ja hoitohenkilökunnan kirjauksia tarkastelemalla sain tutkimustehtävien mukaista aineistoa täydentävää tietoa. Havainnoidessa aistin osastojen tunnelmaa, kiirettä, ääniä, hoitajien ja potilaiden vuorovaikutusta ja oleskelua osastolla, ympäristön sisustusta ja turvatoimia, hoitajien tapaa puhua potilaille, äänensävyjä. Havainnoinnilla oli merkitystä myös itse tutkimusprosessin toteutuksen ja sujuvuuden osalta. Kohdennetussa etnografiassa kenttätyön vaihe on perinteisen etnografisen lähestymistavan näkökulmasta lyhyt (Niemi & Paasivaara 2008). Lisäksi tarkastelin maahanmuuttajapotilaiden hoitoon osallistuneiden hoitotyöntekijöiden kirjauksia joko paperisista tai sähköisistä potilaskertomuksista hoitoyksikön käyttämien kirjaamistapojen mukaan (n=9). Potilaskertomukset sekä osastoilla tapahtumien havainnoinnit auttoivat ymmärtämään kokonaisuutta, hoitoyhteisöä ja hoitoon vaikuttavia tekijöitä ja lisäsivät siten haastatteluaineiston luotettavuutta.

Otteita kenttäpäiväkirjasta:

Odotellessani aulassa siellä istui myös suomalainen potilas, joka kertoi olleensa osastolla jo yli vuoden. Otti kontaktia ja tiedusteli, kuka olen ja kuinka usein olen osastolla. Katseli tv:tä, keitteli kahvia. Osastolla oli rauhallinen tunnelma. Yhdellä potilaalla oli vanhemmat vierailulla. Toinen kuunteli korvalappustereoitteita. Hoitajia oli kansliassa. Kanslian ovi oli auki.(kenttäpäiväkirja)

Kiireisen työtilanteeni vuoksi pääsin vasta nyt tapaamaan potilaita osastolle. Potilas oli huoneessaan nukkumassa klo 10.30. Omahoitaja kertoi potilaalle hyvin ja ystävällisesti pääkohdat tapaamisen tarkoituksesta ja jätti meidät sitten kahden. Esittäydyin ja kerroin itsestäni; mihin tutkimus liittyy ja että olen aikaisemman työkokemukseni myötä kiinnostunut tutkimaan ja kehittämään kyseistä aihetta. Kerroin tutkimuksen haastatteluiden ajallisesta kestosta, vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä tutkimuksen tarkoituksesta. Annoin luettavaksi potilaille suunnatun saatekirjeen ja suostumuslomakkeen ja tiedustelin halukkuutta tutkimukseen osallistumiseen. Potilas

halusi osallistua haastatteluun ja sovimme ajankohdaksi seuraavan viikon. (kenttäpäiväkirja)

Aion käydä samat tämän päiväiset tutkimukseen liittyvät asiat uudelleen vielä heidän kanssaan läpi, koska 1. tapaamisella tuskin voi kaikkea vielä sisäistää. Potilas halusi keskustella suomeksi ja ymmärsimme hyvin toisiamme siten. Mietin tapaamisessa ja sen jälkeen kyseisellä suljetulla osastolla hoidossa olevien psyykkistä vointia ja siihen liittyen voinnin aiheuttamaa rajallisuutta keskusteluiden sisältöjen osalta. Mietin turvallisuustekijöitä sekä rajoja sukupuolisuuteen liittyen, koska olimme eri sukupuolta. Lisäksi pohdin, miten osaan itse huomioida toisen kulttuurin nonverbaalisen viestinnän muun muassa katsekontaktin merkityksen. Teenkö joskus liian nopeita johtopäätöksiä; opittava lisää kuuntelemisen taitoa ja vältettävä omien päätelmien tekoja ja tulkintoja. Toisaalta nyt ei ollut vielä haastattelutilanne vaan tutustuminen, aloitus, luottamuksen luominen. Kohtelias olin ainakin, mutta mitä muuta minun tulisi huomioida kulttuurien tutkimisen osalta?(kenttäpäiväkirja)

Haastatteluja toteutin yhteensä 26 vuosina 2008–2009. Haastateltavia oli 19, joista 14 oli potilaita. Aiheesta monipuolisesti kertovia haastattelin kahdesta kolmeen kertaan saadakseni tutkimustehtävieni mukaista syventävää tietoa. Hoitohenkilökuntaa oli tiedonantajina viidessä haastattelussa. Haastatteluun osallistuneiden hoitotyöntekijöiden ikä vaihteli noin 30 ja 50 vuoden välillä. Työkokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä heillä oli noin kahdesta vuodesta kahteenkymmeneen, keskimäärin kymmenen vuotta. Kolmella heistä oli sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto ja kahdella kouluasteinen hoitoalan tutkinto. Maahanmuuttajuudesta tai kulttuureista heillä ei ollut koulutusta, mutta heillä kaikilla oli vaihtelevassa määrin kokemusta maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta.

Maahanmuuttajapotilaista haastatteluun osallistui 14. Potilaat olivat kotoisin Afrikasta, Lähi-Idästä, Kaakkois-Aasiasta, Euroopasta ja Etelä-Amerikasta. Kuuden haastateltavan kanssa käytimme tulkkia ja muut osasivat riittävästi suomea tai englantia. Maahanmuuttajapotilaiden Suomessa oloaika haastattelun aikoihin vaihteli yhdeksästä kuukaudesta 20 vuoteen, keskiarvo oli seitsemän vuotta (keskihajonta 6). Suurin osa haastateltavista (11/14) oli pakolaisia tai turvapaikanhakijoita. Muut olivat tulleet Suomeen töiden tai avioliiton kautta sekä turistina. Kaikilla yhtä lukuun ottamatta oli Suomessa perheenjäseniä. Haastattelun aikoihin hoitojakso vaihteli neljästä vuodesta kahteen viikkoon, yleisin hoidon kesto oli pari kuukautta. Poikkeuksellisen pitkä hoitojakso selittyi oikeuspsykiatrisella hoidolla. Aikaisemmin psykiatrista hoitoa oli haastateltavista saanut puolet. Viiden tulosityhyn liittyivät pääosin huumeet, kahdeksalla oli ollut psykoottistasoista oirehdintaa, neljällä masentuneisuutta ja itsemurhayrityksiä. Lisäksi esiintyi muun muassa pelkoja, kiputiloja, unettomuutta ja ahdistuneisuutta (ks. taulukko 3).

Taulukko 3. Potilaiden taustatiedot (N=14).

Statukset	n
- Pakolainen tai turvapaikanhakija	11
- Työn, avioliiton tai turismin myötä Suomeen saapunut	3
Hoitoon tulosityt	
- Psykoottiset oireet	8
- Huumeet	5
- Masentuneisuus	4
Lähtömaat	
- Lähi-Itä eli Länsi-Aasia	5
- Etelä-Aasia	1
- Itä-Aasia	1
- Kaakkois-Aasia	1
- Eurooppa	4
- Afrikka	1
- Etelä-Amerikka	1

Haastattelut kestivät 10 minuutista tuntiin keskiarvon ollessa 40 minuuttia. Haastatelluista potilaista keräsin sähköisiä hoitokertomuksia seitsemältä ja paperisia kirjoituskoneella kirjoitettuja hoitokertomuksia kahdelta potilaalta (yhteensä n=9).

Analysoin aineiston induktiivisella sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida aineistoja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysissä rakennetaan malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Sisällön analyysillä voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanha-Nuutinen 2001). Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2001) mukaan tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Kirjoitin ensin haastatteluaineiston sanasta sanaan tekstiksi. Tämän jälkeen luin aineiston useamman kerran läpi. Pelkistin tekstin, etsin sieltä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Analyysiyksikkönä oli sanayhdistelmä tai lause. Analysoin vain sen, mikä oli selvästi ilmaistu aineistossa. Samaa tarkoittavat lausumat yhdistin kategorioiksi tutkimustehtävien ohjaamina ja näistä muodostin edelleen pääkategorioita (ks. liite 4). Sisällön analyysissä tutkimusaineistosta muodostetaan kategorioita ja teemoja (Vaismoradi ym. 2013). Aineiston abstrahointivaiheessa yhdistetään saman sisältöisiä luokkia, jolloin saadaan pääluokkia (Latvala & Vanha-Nuutinen 2001). Raportoinnissa käytin suoria lainauksia lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja havainnollistamaan aineistoa. Lainauksen perässä sulkeissa olevat numerot viittaavat haastateltavaan henkilöön.

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikentävät tekijät ennen hoitoon tuloa

5.1.1 Mielenterveyttä heikentävät tekijät kotimaassa

Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikentävät tekijät kotimaassa jakaantuivat traumaattisiin kokemuksiin ja yhteiskunnallisiin ongelmiin. Traumaattiset kokemukset sisälsivät kidutuksia, sotamuistoja, kuolemaa sekä turvatonta lapsuutta. Kidutukset koskettivat sekä potilaita itseään että heidän läheisiään. Kidutuskokemuksia olivat jaloista roikottaminen, lyöminen, kynsien irrottaminen, nälkiinnyttäminen, eläminen likaisissa ja epäinhimillisissä vankilaolosuhteissa sekä teloitukset päähän ampumalla.

Sen poika etsi häntä 15 vuotta. Se oli ainoa, joka uskoi et sen isä on elossa. Se oli melkoinen ilouutinen sitten. Joo. Hallitus (maa poistettu) kidutti uhreja. Kun hän oli 15-vuotias, niin häntä roikotettiin jaloista ja hakattiin, kynsiä irrotettiin. Kidutettiin, kun kysyttiin, missä sun isä on. Sen takia hän uskoi vahvasti, että isä on elossa. Ja hän etsi häntä, 15 vuotta. (5)

Kiduttivat minua. Olen jakanut oman maan kielisiä (maa poistettu) lehtisiä siellä ja sen takia minut monesti pidätettiin siellä ja kidutettiin. Tällä hetkellä pikkuveljeni on siellä pidätettynä, enkä ole voinut puhua hänen kanssaan. En tiedä, mitä hänelle on käynyt. (12)

Sotamuistoihin kuului tappamisen näkeminen, pitkät ja raskaat pakomatkat sekä haave kotimaahan paluusta. Hoidossa olevat nuoret aikuiset muistivat edelleen lapsena koetun sodan ja ihmisten tappamiset, läheistensä kuolemat. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kotimaasta lähdön syitä olivat sota, poliittinen aktiivisuus, sodan jälkeinen köyhyys, vainotuksi joutuminen uskonnollisen vakaumuksen vuoksi ja kuolemanpelko. Pakomatka kotimaasta oli vaarallinen, pitkä ja raskas. Joillakin siihen liittyi päivien kävelyä lapsien kanssa, useita kauttakulkumaita, taivasalla nukkumista ilman ruokaa ja juomaa. Lähtijöiden kodit tuhottiin ja omaisuus varastettiin.

Tämä elämä ei maistu. En halunnut mennä naimisiin sellaisen miehen kanssa, jonka isäni oli valinnut, mutta menin naimisiin sellaisen kanssa, jonka itse olen halunnut ja äitini auttoi minua karkaamaan sen miehen kanssa ja äitini sai surmansa isäni käsillä. Olen lähtenyt pois kotoa seitsemän vuotta sitten. Sen jälkeen, kun isä tappoi äidin niin minun miehen vanhemmat oli pyytännyt minun isältäni, että antaisi meille, minulle anteeksi. Hän sanoi, ettei anna anteeksi, oli halunnut tappaa sekä minut että mieheni. (19)

Mun vanhemmat halus suojella meitä. Halus meille hyvän tulevaisuuden. Silloin kun me lähetettiin sieltä, me lähetettiin sisällissodan aikana karkuun. Se oli ihan kauheeta. Mä oon nähnyt niinku sitä sotaa siellä. Mä olin seitsemänvuotias, kun ne taisteli hallitsijaa (nimi poistettu) vastaan oman alueen ottamisesta ja silloin oli pako vuorille, kävellen paettiin monta päivää. (5)

Kuoleman kokemukset olivat sotamurhia, perheenjäsenen kunniamurha, auto-onnettomuus sekä kuolemanuhka. Lapsuuden teki turvattomaksi koetut pelkotilat sekä

vastuunkanto sairaista vanhemmistaan. Kaikkien turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten sodanaikaiset traumat olivat hoitamattomia Suomeen tullessa.

Yhteiskunnallisia ongelmia olivat kouluttamattomuus ja köyhyys. Sodan takia koulunkäynti oli mahdotonta ja aikuisilla esiintyi luku- ja kirjoitustaidottomuutta. Joidenkin lasten oli jäätävä kotiin, koska koulunkäyntiin ei ollut varaa ja joillakin koulunkäynti keskeytyi sotaa paetessaan. Köyhyyden vuoksi oli vaikeaa elättää perhe ja elämä koettiin stressaavaksi.

5.1.2 Mielenterveyttä heikentävät tekijät Suomessa

Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä Suomessa olivat palautuksen pelko, ihmissuhdevaikeudet, taloudelliset vaikeudet, päihteet ja rikollisuus, rasismi, traumaattiset kokemukset Suomessa ja hoidotta jääminen (kuvio 1). Elämää Suomessa vaikeutti pelko palautuksesta kotimaahan oleskeluluvan määräaikaaisuudesta johtuen. Palauttaminen kotimaahan tai kauttakulkumaahan merkitsi kidutetuksi tai tapetuksi joutumista. Ihmissuhdevaikeudet olivat ristiriitoja sukulaisten ja työtovereiden kanssa. Taloudellisiin vaikeuksiin kuului hankala byrokratia, konkurssi, riittämätön toimeentulo ja toimeentulotukipäätösten viivästyminen. Hankala byrokratia merkitsi vierailuja sosiaalitoimistossa, pankissa, työvoimatoimistossa ja verotoimistossa eri kaupunginosissa, tiliotteiden ja laskujen toimittamista, hakemusten kirjoittamista, puhelimitse sosiaalityöntekijän tavoitusyrityksiä. Toimeentulotuen maksamisen myöhästyminen aiheutti myöhästyneet laskujen maksamiset, mistä aiheutui ylimääräisiä kuluja.

Mut jos sä oot toimittanut kaikki tarvittavat dokumentit ajoissa ja siitä huolimatta sä et saa päätöstä ajoissa etkä toimeentulotukea ajoissa, niin silloinhan se mitä sulle koituu siitä haittaa ja kustannuksia, niin sehän pitäisi sitten olla heidän vastuullaan ja heidän kustantaa nää perinnät myöhästymisensä takia. Ne tekee sen normaalin päätöksen, luuletsä et ne maksaa sen korot ja muut. Oikeudentajun mukaisesti, heidän pitäisi niistä vastata. Ei oo mitään oikeudenmukaisuutta ulkomaalaisen kanssa. (8)

Päihteiden käyttö koski huumeiden käyttöä, joka oli aloitettu jo nuoruusiässä. Päihteiden käyttö oli useimmiten kannabiksen tai marihuanan (hasiksen) käyttöä. Joillakin huumeiden käyttöön liittyi tehdyt rikokset joko psykoosin seurauksena tai rahapulan vuoksi.

They didn't send me to prison. I tried to cut myself with a knife here (näyttää rinnassaan vasemmalla useita puukoniskun arpia). I did this after crime, same time I almost died. So that's why they don't send me to prison. That's why they don't say. And I don't know, what can I do. (2)

That's why I used drugs; it was a way for me to escape from the reality. (2)

Rasistiset kokemukset olivat kokemuksia vartijan epäasiallisesta kohtelusta ja poliisin kotitarkastuksesta sekä ongelmia verottajan kanssa.

Niin me mentiin mun veljen kanssa apteekkiin, puhui kännykkään ja meillä on kova ääni kun sä puhut, ihan sama kuin riitelis, suomalaiset puhuu hiljaa, mutta ulkomaalaiset ei. No sitten hän (vartija) tuli mun veljen kimppuun ja otti häntä näin ja heitti hänet ulos. Mä sanoin, että sulla ei ole oikeus, hän ei ole tehnyt mitään, minkä takia sä heität hänet ulos. No, me mentiin ja kaikki oli nauhotettu, kun siellä oli kamera, et mä en oo valehdellut mistään sanaakaan. Mä menin mun veljen perään ulos ja sit hän laittoi mun käteen käsiraudat, mun selän päällä ja se laitto niin kiree, kaikki nää ihot lähti, tuli mustelmat ja sit se oli vienyt sellaseen kellariin alas, pikku koppi,

joka oli puol metrii ja ehkä metri ja sammutti valot ja haukku mut huoraks ja vaikka mitä ja sit se soitti poliisiin ja poliisi otti mut ja laitto mut putkaan. (8)

Traumaattiset kokemukset sisälsivät Suomessa koetun raiskauksen, abortin ja vanhemman kuoleman. Uudet traumaattiset kokemukset palauttivat mieleen myös aikaisemmat kotimaassa tapahtuneet käsittelemättömät traumaattiset menetykset.

Hoidotta jäämisen aiheutti Suomessa potilaiden tietämättömyys psykiatrisista hoitomahdollisuuksista ja tulkin saantimahdollisuuksista, huono psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottokokemus sekä potilaalta hoidon kieltäminen päivystyksessä, minkä seurauksena oli itsemurhayrityksiä.



Kuvio 1. Maahanmuuttajien mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä Suomessa.

5.2 Maahanmuuttajapotilaiden ja heidän hoitajiensa näkemykset sairastumisen syistä ja sairauden ilmenemisestä

Maahanmuuttajapotilaat kuvailivat sairastumisen syiksi pakolaisuuteen liittyvän stressin, väkivallan ja kuolemat, psykofyysiset syyt sekä sosiaaliset ongelmat. Pakolaisuuteen liittyvä stressi oli pelkoa kotimaahan palauttamisesta. Stressi -sanalla tarkoitettiin voimakasta psyykkistä pahoinvointia ja ahdistusta. Väkivaltaan ja kuolemaan liittyivät traumaattiset muistot menetyksistä ja raiskauksista. Psykofyysiset syyt sisälsivät somaattisen oirehinnan, ailahtelevaisuuden, itsensä laiminlyönnin, unettomuuden ja puhumattomuuden.

What to you think was the cause of you falling ill? I don't know, it's maybe by some,, I don't know, something came into my mind, I don't know myself, because once I have eaten bread I had stomach acke and I thought it was poisoned (9)

Mä olen koko elämäni ajan ollut sellainen epävakaa, ailahtelevainen, ylös alas, tuntuu että maa katoaa jalkojen alta, oon itse asiassa tehnyt aikaisemminkin monta itsemurhayritystä ja ne tulee hyvin äkkiä niin kuin tämäkin tuli että olin laittamassa tyhjiä pulloja kauppareissua varten ja sit tiesin, että mulla on niitä pillereitä siellä jossain, mutta tiesin myös sen että tyttären piti tulla sinne parin tunnin kuluttua, tiesin että en jää sinne viikoksi, sitten tytär löytää minut sieltä. (18)

Sosiaalisiin ongelmiin kuuluivat ihmissuhdeongelmat ja päihteet. Pahoinvointia aiheuttivat perheenjäsenen "kunnia"surma kotimaassa sekä riitaiset sukulaissuhteet ja potilaan uhkailut. Osa potilaista koki, että heidän sairastumisensa johtui monesta edellä mainituista tekijästä.

Länsi-Suomessa (muutettu) olimme kuukauden verran, jossa mieheni, minut ja lapseni oli jätetty erääseen huoneistoon poliisin huostassa ja lapsille laitettiin yöksi kengät, että olimme valmiita, he voivat viedä meidät milloin tahansa, mietin asiaa niin paljon ja surin niin paljon, ajattelin jopa kaksi kertaa tappaa itseni veitsillä, veitsi oli koko ajan mulla lähellä, sitten olin ilman miestä luku- ja kirjoitustaidottomana ja sitten nousin tekemään lapsille ruokaa ja silloin tuli sellainen sydämen ahdistus, että putosin maahan ja kuulin sen verran, että lapset huusivat ja jotkut somalimiehet oli kuulleet heidän huutoja ja tulivat paikalle. Länsi-Suomessa minut vietiin tämän kaltaiseen sairaalaan ja olin siellä viikon ajan, enkä tiennyt mitä lapsille oli tapahtunut ja kuka hoiti heitä. Lapset olivat niin peloissaan, että alkoivat kastella housuja ja mieheni on pelännyt vettä niin paljon että kuukausi meni ennen kuin uskalsivat mennä suihkuun ja peseytyä. He (perheenjäsenet) ovat aivan seonneet. Pelkään, että miehelleni vielä tapahtuu huonommin kuin minulle. Jos minulla ei olisi niitä lapsia, niin olisin kauan sitten tappanut itseni. (19)

Hoitohenkilökunta kuvasi, että sairastumisen syyt olivat monikerroksisia. He havaitsivat, että maahanmuuttajapotilailla on paljon enemmän menetyksiä ja traumaattisia kokemuksia taustallaan kuin suomalaisilla potilailla. Sairastumisen syiden koettiin johtuvan pakolaisuudesta, traumaattisista kokemuksista, läheisten kuolemista ja sairastumisista, sosiaalisista ongelmista (avioero, huumeet, taloudelliset vaikeudet) sekä biologisesta periytyvyydestä (taulukko 4).

Niin olisi vaikea nähdä suomalaiselle potilaalle näin paljon tällaista menetystä. Menetystä kaiken kaikkiaan, et ois näin valtavasti menetyksiä ollut. Sitä on kyllä aika vaikea kuvitella. Mut juuri tämä, et oli ollut niin valtavasti menetyksiä ja muutoksia elämässä, muutto tänne ja kaikki on niin isoja juttuja että sitä on vaikea ollenkaan käsittää. Tavallinen suomalainen ihminen ei voisi tuollaista kokea. (7)

No hänhän oli tällanen pakolainen, muuttanut jo kyllä kauan aikaa sitten, mutta hänen perhetaustassaan oli hyvin laajasti, en tiedä oivalsiko hän itse sitä, mutta tavallaan jo sieltä hyvin kaukaa sellasia enoja, setiä, isoisää myöten on joutunut tapetuksi tai kidutetuksi siellä xxxx:n vainoissa. Hän itse sanoo, että hän ei itse tuntenut paljonkaan niitä ihmisiä, mut itse mietin sitä, et miten se vaikutti hänen vanhempiinsa, et olivat hänen vanhempiensa lähisukulaisia ja sit vanhemmat joutuivat tekemään tän päätöksen, et koko perhe pakenee, koska he olivat siellä sikäläistä sivistyneistöä ja luultavasti heitäkin kohtaan sitten olis tullut ennen pitkää jotakin ja tota joutui tää perhe pakenemaan. (7)

Etenkin tuon yhden kohdalla joka on täysin sairaudentunnoton. Jäänyt hieman epäselväksi, että onko siellä suvussa (skitsofreniaa) altistavaa tekijää. (4)

Taulukko 4. Maahanmuuttajapotilaiden (N=14) ja heidän hoitajiensa (N=5) näkemykset sairastumisen syistä.

Maahanmuuttajapotilaat	Hoitajat
Pakolaisuuteen liittyvä stressi	Pakolaisuus
Väkivalta ja kuolemat	Traumaattiset kokemukset, kuolemat, läheisten sairastumiset
Sosiaaliset ongelmat (ihmissuhdeongelmat ja päihteet)	Sosiaaliset ongelmat (avioero, huumeet, taloudelliset vaikeudet)
Psykofyysiset syyt (somaattinen oirehdinta, ailahtelevaisuus, itsensä laiminlyönti, unettomuus, puhumattomuus)	Biologinen periytyvyys

Maahanmuuttajapotilaiden sairauden kuvailu jakautui neljään ryhmään: masennus, ahdistus, somaattinen oireilu sekä psykoottisuus. Masennukseen kuuluivat itsetuhoisuus, toivottomuus, lamaantuminen ja unettomuus. Ahdistusta aiheutti pelko kotimaahan palauttamisesta. Somaattinen oirehdinta oli painavuuden tunnetta jaloissa, huimausta, sydämen ahdistusta ja vapinaa, jalkojen pettämistä alta, korvien tinnitystä, korvien ja pään alueen painavuuden tunnetta, pää-, rinta-, kurkku-, vatsa- ja selkäkipua, hengitysvaikeuksia. Psykoottisuus ilmeni ääninä (muun muassa itsensä tappamiskehotuksina), myrkytyspelkoina, tunteena siitä, että iholla kävelisi jotain, numeroiden omituisina merkityksinä, suuruusharhoina ja asunnon johtojen katkomiskuvitelmina.

Myöskin jalkani oli painava. Päässäni on sellainen olo, että jatkuvasti huimaa. (19)

Kun tulin tänne, oli voimaton olo, väsymystä ja korvissa tinnitystä. (16)

Hoitohenkilökunta kuvaili potilaiden sairauden esiintymistä masennuksena, somaattisena oireiluna ja psykoosina. Masennukseen sisältyivät unettomuus, ruokahaluttomuus ja itsemurhayritykset. Suomalaisiin potilaisiin verrattuna hoitajien mielestä maahanmuuttajapotilailla korostui somaattinen oirehdinta ja tähän he kaipasivat lisäkoulutusta.

Sitten mietin sitä ihan sitä oirehtimista. Suomalaisiin potilaisiin verrattuna siinä oli enemmän näitä fyysisiä. Just nää kiputilat ja tämmöset oli sillä tavalla hallitsevia, että suomalainen potilas yleensä enempi oirehtii psyykkisellä puolella. (7 hoitaja)

Kyllä se aika usein on, että kun siinä selvitetään et mitä on tapahtunut, niin usein selviää että on sairauspäissään on se sairaus sitten skitsofrenia tai mania tai mitä hyvänsä, niin on sitten lähtenyt Suomeen jostain selittämättömästä syystä. Siis aika usein on semmonen. (15 hoitaja)

5. 3 Maahanmuuttajapotilaiden kokemukset psykiatrisesta hoidosta Suomessa

5.3.1 Hoidon kuvailu

Maahanmuuttajapotilaiden hoidon kuvailu jakaantui fysiologisiin menetelmiin, muihin hoitomuotoihin, hoitamattomuuden kokemuksiin ja kulttuuritekijöihin. Potilaiden oli helppointa kuvailla fysiologisia menetelmiä. Näitä olivat ensisijaisesti lääkitys, jonka lisäksi mainittiin verinäytteidenotto, fysioterapia, sähköhoito, kuntosali, ravinto ja lepo. Muihin hoitomuotoihin kuuluivat huolenpito, ryhmät ja tiimityö. Huolenpidolla tarkoitettiin hoitohenkilökunnan toteuttamaa huolehtimista, välittämistä, lohduttamista, perushoivaa ja voinnin tiedustelua. Lisäksi maahanmuuttajapotilaat mainitsivat muuhun hoitoon sisältyvän moniammatillisen tiimin, musiikkiterapian, toimintaterapia- ja keskusteluryhmän.

Mä en edes muista, kuinka monta päivää mä olin tuolla huoneessa, et mä en tullut ulos. Mulle tuotiin lääkkeit, ruoat, kaikki. Kohdeltiin lempeesti ja empaattisesti. (5)

Hoitamattomuuden kokemuksiin kuuluivat tarpeiden kohtaamattomuus, osastolla oleskelu ja säännöt. Osa potilaista ei osannut kuvata saamaansa hoitoa, joku sanoi hoitavan itse itseään ja osa koki jääneensä ilman tarvitsemaansa apua. Jotkut potilaista eivät olleet puhuneet vaikeista sotakokemuksistaan, joita he edelleen muistelivat. Joillekin tahdonvastaisessa hoidossa oleville nuorille aikuisille hoidon keinot ja tavoitteet jäivät epäselviksi.

Miten hoito on edennyt? Ihan hyvin, pääsee lomallekin, ei oo ollut mitään vaikeuksia. (6)

Kyl on mukava soitella musiikkia ja kuunnella. (6)

Miten sua on hoidettu? Mitä siihen on sisältynyt? Hoito on hyvää. Mitä hoitajat on tehnyt? Emmä tajuu, tiedä. (3)

Monet kerrat olen yrittänyt, luulin että ikkuna on auki ja heittäytyisin sinne alas (itkua), mutta se oli kiinni. Mua mietityttää se koko ajan, että jos meidät palautetaan Etelä-Eurooppaan (muutettu) ja tapetaan mun mieheni, niin mitä sitten lapsilleni tapahtuu. Kukaan ei ole auttanut. (19)

Kulttuuritekijöihin liittyi koettujen sairaalaympäristöjen vertailu eri maissa, molemminpuolisen kulttuurisen tiedon jakaminen, leimautumisen pelko ja hoidon samankaltaisuus muiden potilaiden kanssa.

Hoitotyöntekijöiden työkuvaksi maahanmuuttajapotilaat näkivät perushoidon ja lääkehoidon, voinnin arvioinnin ja huolenpidon, keskustelun sekä tutkimuksiin saatot. Terapeuttisia keskusteluita ei yleensä mainittu hoitomenetelminä ilman niistä suoraa tiedustelua.

Once I took wrong medication and I had this reaction and they try to come down the dose of medication and comfort me, they were nice, yeah. (9)

Toi Hannakin (nimi muutettu) se sano mulle, et saanks mä halata ja hän sano mulle, et mä oon huolestunut niin paljon, et sen huomaa, kun joku hoitaja yrittää oikeesti auttaa. (8)

Omahoitajuutta ei tuotu esille ilman suoraa kysymystä aiheesta. Kaikki eivät tieneet omahoitajiaan tai muistaneet heidän nimiään.

5.3.2 Toipumista edistävät tekijät

Maahanmuuttajapotilaiden kokemukset toipumista edistävistä tekijöistä jakaantuivat hoitotyöhön, lääketieteeseen, hoitoympäristöön ja omiin keinoihin (kuvio 3). Hoitotyö jakaantui välittävään hoitamiseen, hoitosuhteen ominaisuuksiin ja psykiatrisen hoitotyön menetelmiin. Välittävään hoitamiseen sisältyi aito hoitamisen halu, hoitosuhteen ominaisuuksia olivat keskinäinen luottamus, ymmärrys, rehellisyys ja hyväksyntä. Psykiatrisen hoitotyön menetelminä ajan antamisen, puhuminen kuuntelevalle, tunteiden läpikäyminen ja tiedonanto (kuvio 2).

If you talk about your thoughts you will also open your mind. Keep silence, sometimes if I don't want to say anymore, I just keep silent. It's better to speak out. (9)

Sairaalajakson aikana niin mulla oli mennyt monta vuotta niin, etten ollut itkenyt ollenkaan. Et sitten sairaalajakson aikana mä itkin ihan hirveesti ja itseni tyhjäksi, et se ei ollut ehkä se masennus niinkään vaan kaikki viha mikä oli kerääntynyt. Helpottiko se oloa? Kyllä (18)

Välittävä hoitaminen tarkoitti potilaalle välittyvää tunnetta, että hoitaja todella halusi auttaa häntä ja halusi nähdä hänen toipuvan. Tunne välittyi muun muassa siten, että hoitaja kertoi olevansa huolissaan potilaasta, halasi häntä, rauhoitti häntä keskustelemalla tai näki vaivaa etsiäkseen potilaalle tukiverkostoja sairaalan ulkopuolella. Potilaalle oli tärkeää, että hän koki hoitajan pitävän hänestä yksilönä ja haluavan auttaa häntä eikä nähnyt häntä ulkomaalaisena. Eräs potilas koki hyvin tärkeäksi hoitajan kanssa ulkoilemisen ja sen, että hoitaja todella yritti ymmärtää häntä, eikä jättänyt häntä yksin. Luottamusta rakensi myös se, että hoitaja kertoi potilaalle jotain itsestään.

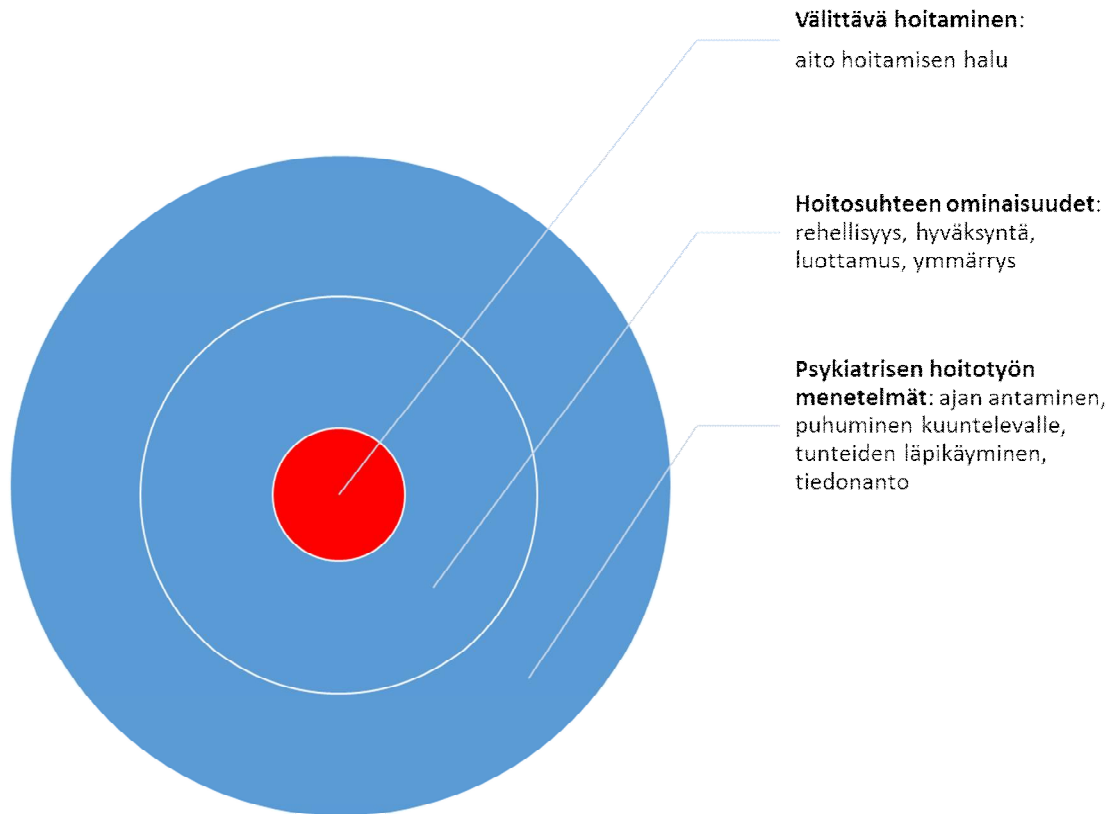
Mä oon saanut itkee. Olla itkemättä. Ollut empaattisia ihmiset täällä töissä. Työlleen omistautuneita; haluavat parantaa, haluavat nähdä potilaan hymyilevän. Siis ne hoitajat haluaa parantaa potilaan ihan oikeesti ja haluaa ymmärtää potilasta ja parantaa et se niinku heti välittyi semmonen tunne, heti alussa. Niin sen kautta pystyy luottamaan ja puhumaan niinku kipeimmistäkin asioista, mistä ei oo ennen pystynyt puhumaan kenellekään. (5)

Kaisa (nimi muutettu) was more flexibel with me, she understand my crime. She liked me. Sometimes I feel that because I made the crime they think me first of all foreigner and second criminal, sometimes I think.. With Kaisa (nimi muutettu). She said that you did the crime because you were sick. Kaisa wanted to speak with me, wanted to help me, they don't hate me, she made me feel good and I felt that somebody liked me. And I felt safe in that hospital cause it was valtion sairaala. It was good, they were honest with me, personnel made me feel that they liked me. (2)

Well I can say there is one nurse and she really tried to understand me, she went outside with me, she talk to me outside, she took time with me and we went outside, we went to the beach and this is a good sign for me that somebody come and bring me outside and talk to me and don't leave me alone, this is nice and I think this makes person good or not. And she talked to me about army, she talked to me about herself too. So this is how I can know her little bit and can trust her cause I know something about her. (14)

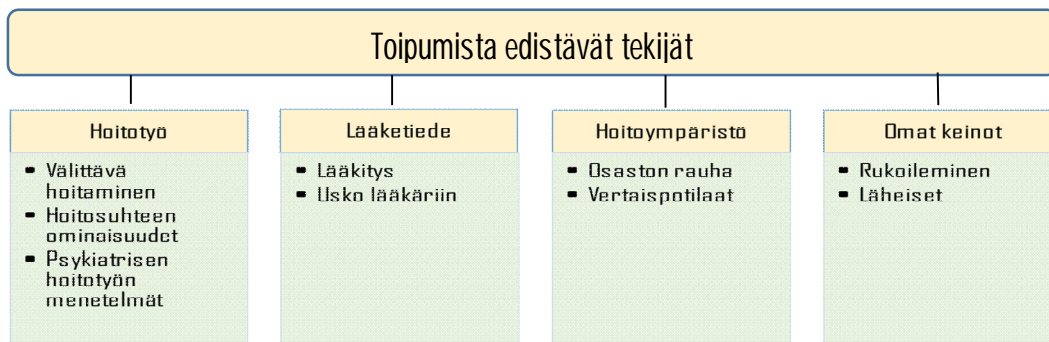
Tiedonanto oli konkreettista neuvontaa. Neuvot sisälsivät tietoa Suomen oikeudenkäynnistä, ohjeina käsitellä vaikeita asioita yksi kerrallaan, paperiasioiden selvittelyä sekä tietoa mielenterveyspalveluihin pääsystä.

Psykiatrinen hoitaja on ollut hengen pelastaja. Olen saanut häneltä paljon neuvoja ja apua, mitä en ollut kokenut ennen. Hän antoi minulle valon elämään. (16)



Kuvio 2. Hoitotyö potilaiden toipumista edistävänä tekijänä.

Lääketiede sisälsi lääkityksen ja uskon lääkäriin. Useat potilaat kokivat saaneensa helpotusta vointiinsa lääkityksestä, muun muassa univaikeuksiinsa ja äänten kuulemiseen. Lääkärin läsnäolo nähtiin tärkeäksi. Hoitoympäristö sisälsi rauhan ja vertaispotilaat. Hoitoympäristön rauha tarkoitti yhdenhengen huonetta sekä levon mahdollisuutta. Omat keinot olivat rukoileminen ja läheisten hoitoon osallisuus (kuvio 3).



Kuvio 3. Maahanmuuttajapotilaiden kokemukset toipumista edistävästä tekijöistä.

Potilaiden omia selviytymiskeinoja hoidon jälkeen arjessa olivat sosiaaliset suhteet (perhe, muiden auttaminen, verkostot), aktiviteetit (ulkoilu, matkustaminen, harrastukset), elämäkatsomus (uskonto, kosketus luontoon/hippiaate, suvun sankaritarinat, taistelutahto, sinnikkyys). Tulevaisuuden toiveet liittyivät turvapaikkaan Suomessa, kotimaahan paluuseen sodan loputtua, Suomesta saatuun työpaikkaan ja koulutukseen, vapauteen, asuntoon, terveyteen. Sairastumiskokemus opetti arvostamaan mielenterveyttä. Kokemus opetti myös puhumisen tärkeyden sekä huolehtimaan itsestä muiden lisäksi.

Mä tiesin jo kauan sitten, että kun mä pidän nää asiat sisällä, niin ne kiertyy ja kiertyy ja kiertyy ja sitten mä räjähdän. Mä osasin odottaa, mut en tiennyt miten vaikeeta se oikeesti on. Mä tein jotain sellasta mitä mä en ikinä järkevänä ihmisenä tekis. En mä ikinä vois jättää mun lasta. Enkä tehdä äidille jotain sellaista. (5)

Sanotaan, että ihminen koostuu menneisyydestään. Kun kertaa, niin tietää kuka on, eikä yritä olla jotain muuta. (5)

5.3.3 Huonot hoitokokemukset

Huonot hoitokokemukset sisälsivät etäisyyden, kulttuurierot, säännöt ja sopimattoman lääkityksen (kuvio 4). Etäisyyteen kuuluivat hoidossaan sivuutettu, hoitokielteisyys, yksinäisyys, turvattomuus ja yksityisyyden puute. Sivullisuuteen omassa hoidossaan liittyivät epätietoisuus hoitosuunnitelmasta, torjutuksi tuleminen ja lääkityksen muuttaminen ilman potilaan tietoisuutta asiasta.

Doctor what's going to happen after my treatment, I want to know, I don't know, after here. Doctor, what's going to happen when I get out? Do I have to continue eating Leponex and blood control and these things, I don't know. Dr, what's going to happen with my asylum seeker asylum? Very uncertain, kaikki. (2)

I don't want to be here no more and they don't take me seriously, I ask for layer and they are telling me go to the social worker and social worker says that go to this person, when I want to call, the nurse won't allow me and I talk on her (potilasiamies) and she never call me back. So I have right for a layer, they have to bring me to the layer before I go to home country. And the number was on the notice board for the patient advocate, yes so why she never called me back? (14)

Joku toinen se vaan istuu oikeesti näin ja heti kun se näkee, se vaan nappaa kiinni ja se vaan istuu näin ja kysyy ja kysyy ja kysyy ja sit se sanoo, et me ei voida auttaa, me ei voida auttaa, me ei voida auttaa.(8)

He (doctor) changed my medication and not even talk to me and this is not nice. The first time he took out off Temesta he didn't tell me. I catch him and he told me that tomorrow they will leave out the Temesta and now they give me some stabilation which don't change mood so fast and he never told me this and I never met doctor about this. I don't know the name of this medication and this is not nice. He has never talked to me after this because he is always running away from me. (14)

Hoitokielteisyys oli yhteydessä tahdonvastaiseen hoitoon ja sairaudentunnottomuuteen. Yksinäisyys koski potilaan sukulaisten poissaoloa. Turvattomuus oli epätietoisuutta tulevaisuudesta koskien kotimaahan siirtoa sekä epäluuloisuutta harhoihin liittyen. Yksityisyyden puute tarkoitti huoneen jakamista toisen potilaan kanssa sekä toisen potilaan seksuaalisen häirinnän kohteeksi joutumista.

Kulttuurierot jakaantuivat väärinymmärryksiin ja eriarvoisuuteen. Väärinymmärrykset koskivat lääkitystä ja ravintoa. Joidenkin kulttuurissa on tapana vastata voinnin tiedusteluihin aina positiivisesti, koska muunlainen koettaisiin loukkaavaksi käytökseksi. Tämä aiheutti vaaratilanteita muun muassa lääkkeiden sivuvaikutuksia tiedusteltaessa. Ravinto liittyi potilaan toiveeseen, ettei hänelle tarjottaisiin sianlihaa. Tämän vuoksi hänelle tarjottiin koko hoitajakson ajan ainoastaan kasvisruokaa. Eriarvoisuus oli erilaista kohtelua suomalaisten potilaiden kanssa liittyen luottamukseen lääkkeenoton kanssa sekä oikeuteen saada rahaa tupakoita varten.

Yes, first day about medicine, I had some symptoms but I said that everything is fine, but now if I have something wrong after taking medicine I will tell them about symptom. First time I said that everything is fine that I am good, but it's wrong, in my culture You always say that everything is fine, no problem. (9)

Ei se tehnyt kaikkien muitten potilaiden kanssa sama paitsi mun kanssa. Ja eilen oli kanssa sama juttu, se katto mua näin, että mä otan ne lääkkeet. Koskaan se ei kenenkään muitten kanssa. Kaikki me oltiin siellä keittiössä paitsi minä. No jos sä oot täällä ja täällä on kymmenen muuta ja mä vain kattoon sua näin et ota se tabletti ja sanoj, että näytä kieli, että se on mennyt alas. (8)

Säännöt koettiin joustamattomiksi ja yksilölliset tilanteet huomioimattomiksi. Säännöt koskivat muun muassa ulkoilun vähyyttä, toivetta levätä huoneessa ja tv:n katsomista.

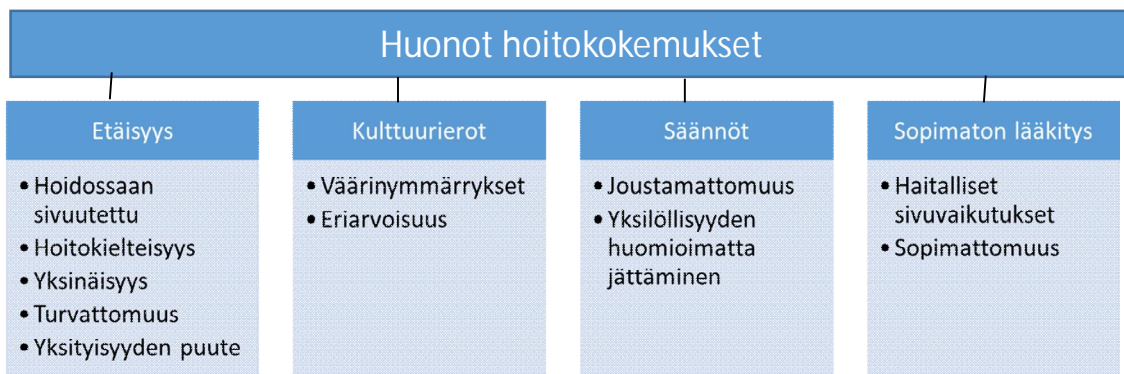
I would like to be in my bed, rest, but hoitaja said that I have to go. I would like to relax cause I have to work every day, but they say no, you have to go. I do what they say, so that they will be happy. (2)

Mut tääl ei pääse ulkoilemaan, mä oon ollut nyt 2 kk sisällä, ei ole mahdollista päästä ulkoilemaan täällä. (3)

Lääkitys liittyi haitallisiin sivuvaikutuksiin ja sopimattomiin lääkkeisiin.

Ok, this Zyprexa is doing this to me, making me loosing time and forget things, I never was like this before, this is why Zyprexa is making me stupid. (14)

Mulla oli aikasemmin sellanen lääkitys kuin Cipralex ja se aiheutti mulle tosi paljon kipuja ja kouristuksia, nivelkipuja ja jalkakipuja, kädet oli kipeät ja kaikkee. Nyt on kaks viikkoa, kun se on vaihettu. Nyt olen alkanut voimaan paremmin sen jälkeen. (5)



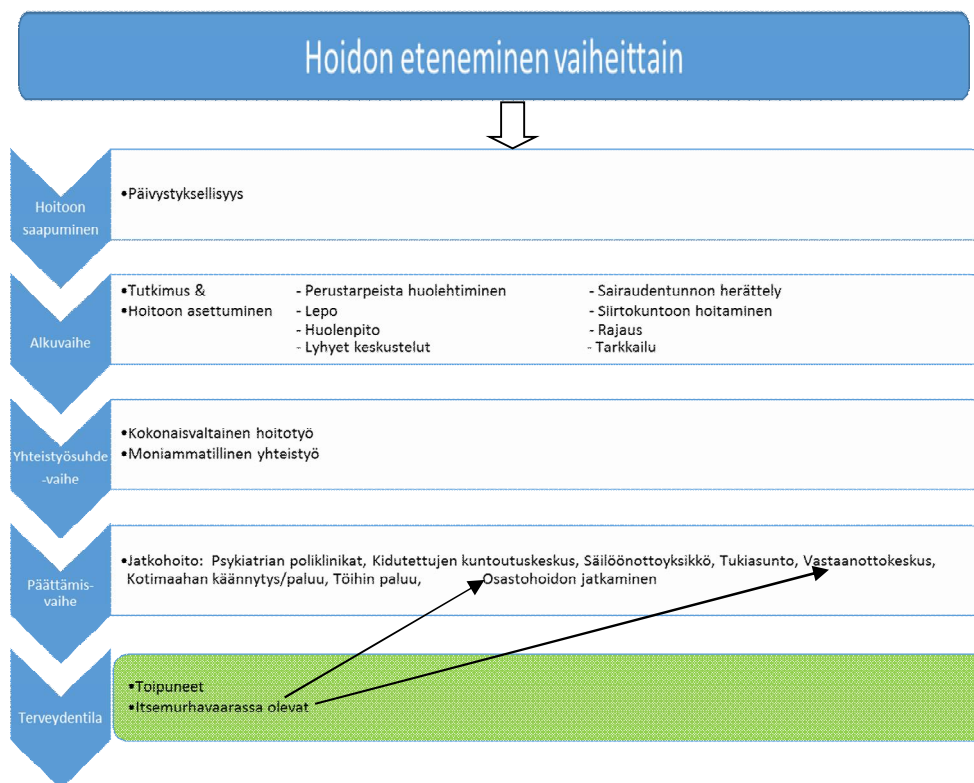
Kuvio 4. Potilaiden huonot hoitokokemukset.

5.4 Hoitajien kokemukset maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta

5.4.1 Hoidon eteneminen vaiheittain

Hoitajien kuvaukset maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta muodostivat neljä hoidon vaihetta. Näitä olivat hoitoon saapuminen, alkuvaihe, yhteistyösuhde vaihe ja hoidon päättämisvaihe (kuvio 5). Hoitoon saapuminen oli lähes kaikilla päivystyksellistä. Kaksi itsemurhaa yrittänyttä potilasta saapui psykiatriselle osastolle päivystyksen ja somaattisen osaston kautta. Osalla oli saattajina läheisten lisäksi poliisi.

Poliisi oli kutsuttu hänen ystävänsä luo, kun hän oli siellä käyttäytynyt oudosti. Maalaillut seinille, aggressiivinen ollut ja puhunut hyvin omituisia ja muutenkin hyvin uhkaavasti ja pelottavasti käyttäytynyt siellä ystävän luona. Olivat sitten päätyneet soittamaan poliisit ja poliisit olivat vieneet kaupungin päivystävälle puolelle ja sitä kautta sit meille. Et aika usein se menee näiden ulkomaalaisten potilaiden kanssa, et poliisi on se ensikontakti heillä, mitä kautta he sit joutuu tai pääsee meille.
(15)



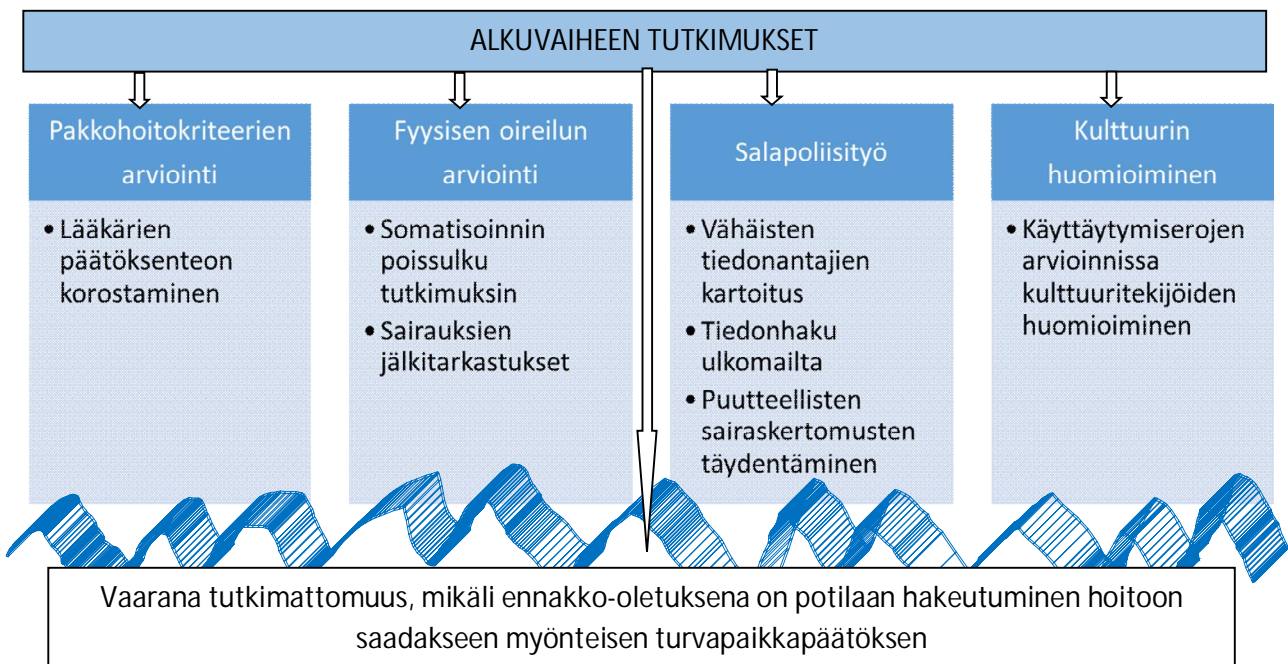
Kuvio 5. Hoitajien kuvaukset maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisen hoidon etenemisestä vaiheittain.

Alkuvaihe sisälsi tutkimukset sekä hoitoon asettautumisen. Tutkimukset sisälsivät pakkohoitokriteerien arvioinnin, fyysisen oireilun arvioinnin, salapoliisityön, tutkimattomuuden vaaran ja kulttuurin huomioimisen (kuvio 5). Pakkohoitokriteerien arviointia pidettiin lääkärin työtehtäviin kuuluvana. Fyysisen oireilun tutkimisen tarkoituksena oli arvioida somatisoinnin esiintyvyys sekä huolehtia aikaisempien sairauksien unohtuneista jälkitarkastuksista. Tutkimukset muistuttivat salapoliisityötä, koska potilaalla ei ollut aikaisempia sairaskertomuksia, tiedonantajat (läheiset) puuttuivat ja tiedonhakua tehtiin ulkomailtakin. Vaarana oli potilaan tutkimattomuus, mikäli epäiltiin potilaan todellista hoidontarvetta ja hoitoon hakeutumista ainoastaan turvapaikan

saamiseksi. Tutkimuksissa nähtiin tärkeänä kulttuuritekijöiden huomioiminen potilaan käytöksessä.

Siinä tapahtui sitä, että lääkärit täällä silloin sen ensimmäisen hoitajakson jälkeen arvioivat sitä nimenomaan, että onko kriteereitä tähän pakkohoitoon täällä ja arvio oli, että ei et se ei ollut psykoottistasoista tämä oireilu. Sitten hänelle tuli vapauttava hoitopäätös ja lääkärit arvioi, että tämä tutkimushoitajakso riittää ja ne vastaanottokeskuksen (nimi poistettu) kuviot on riittäviä ja sitten hän siirtyi sinne. Siellä hän sitten oireili uudestaan ja sieltä hän siirtyi sitten tänne meille ja lääkärit arvioivat tilannetta uudestaan ja arvioivat sen samalla tavalla kuin muutama päivä aiemmin jo. (13 hoitaja)

Mutta sillee vähän hankalempaa ehkä sillee, kun tulee jostain ihan vieraasta kulttuurista ihminen, niin meidän mielestä joku käytös saattaa olla outoo ja omituista ja vauhdikasta ja tämmöstä, niin pitää aina hirveen tarkasti miettiä, mikä on ihan siitä kulttuurista ja siitä temperamentista johtuvaa käyttäytymistä ja mikä on sairautta, että monet hyvinkin temperamenttiset ihmiset saattaa meidän mielestä vaikuttaa vähän maanisilta tälle suomalaisin silmin niinku, se on sillee aika.. Totta kai tarkasti tutkitaan aina kaikkien kohalla, heillä pitää vielä miettiä se siinä lisäks. (15)



Kuvio 6. Hoitajien kuvaus potilaiden hoidon alkuvaiheen tutkimuksista.

Hoitoon asettumiseen kuului paljon perustarpeista huolehtimista, lepoa ja hidasta etenemistä. Hoitohenkilökunta vei joillekin potilaille ruokaa ja juomista sänkyyn ja huolehti siitä, että potilas pystyi jotain syömään. Hoitajat antoivat unilääkettä, jotta potilas pystyisi nukkumaan öisin. Hoidollisia keskusteluita käytiin perushoidon ohessa alkuun lyhytkestoisesti ja spontaanisti. Hoidon aloitukseen sisältyi myös rajausta (eristämistä ja sääntöjen kertausta), tarkkailua, hoitoon sitoutumattomuutta, sairaudentunnon herättelyä ja siirtokuntoon hoitamista. Siirtokuntoon hoitamisella tarkoitettiin välttämätöntä hoitoa, jonka jälkeen käännytyspäätöksen saanut tai turistina maahan saapunut potilas voitiin palauttaa kohdemaahan.

Alkuvaihetta seurasi yhteistyösuhteen vaihe, joka sisälsi kokonaisvaltaisen hoitotyön sekä moniammatillisen yhteistyön (kuvio 6). Kokonaisvaltainen hoitotyö koostui

hoitosuhteesta, omahoitajakeskusteluista, perustarpeista huolehtimisesta, psyykkisestä huolenpidosta, lääkehoidosta ja aktivoimisesta. Hoitosuhteita kuvailtiin hoitajasta riippuen sekä läheisemmäksi että etäisemmäksi kuin suomalaisten potilaiden kanssa. Hoidon edistytessä terapeutit keskustelut muuttuivat alkua pidemmiksi ja suunnitelluimmiksi. Omahoitajakeskusteluissa keskityttiin itsemurhan ehkäisyyn sopimuksia tehden, toivoa luomalla ja potilaan näköaloja laajentamalla. Lisäksi käytiin läpi aikaisempia traumaattisia kokemuksia, psyyken yhteyttä somaattiseen oireiluun sekä ihmissuhteita. Perustarpeista huolehtiminen oli riittävän syömisen ja juomisen huolehtimista sekä unen tukemista. Lääkehoito tarkoitti lääkkeiden jakoa ja lääkkeiden vaikutusten seuranta. Aktivoiminen oli potilaiden motivoimista ihmisten seuraan ja päiväohjelman toteuttamiseen. Hoitokokouksissa luotiin yhdessä hoitosuunnitelmia. Alkuvaiheen asettumisen jälkeen yhteistyö hoitavan henkilöstön kanssa parani ja potilaiden sairaudentunto lisääntyi.

Moniammatillinen yhteistyö koostui hoitokokouksista, moniammatillisesta työnjaosta sekä yhteistyöstä viranomaisten kanssa. Moniammatillinen työnjako sisälsi toimintaterapeutin ja fysioterapeutin tapaamiset, sosiaalityöntekijän kotimaahan palauttamisen matkajärjestelyt turistien kohdalla sekä lääkärin yhteydenpidon vastaanottavan maan hoitotahoon ja englanninkielisen epikriisin kirjoittamisen. Yhteistyö viranomaisten kanssa koski maahanmuuttoviranomaisia, potilaan lakimiestä, tulkkereita ja vastaanottokeskuksen henkilökuntaa.

Sit on semmonen jotenkii, varmaan liittyy tähän kulttuuriin, et tota noin niin jollakin tapaa se on erilaista hoitosuhde tällasen ulkomaalaisen kanssa kuin suomalaisen kanssa, kun ottaa tavallaan hirveen läheisen kontaktin ihan kuin olisin ystävä, jolle hän puhuu. (10)

Se oli hyvin sellainen antoisa, et kyllähän se hänen kohdallaan oli vaikea alkuun tulla pyytämään mitään lääkkeitä tai muuta apua. Ja odottikohan enempi sitä, että hänen luokse tullaan. Semmonen kuva mulle jäi, että sit häntä yritettiin myös rohkaista, että hän myös tulis sieltä pois ja pyytäs apua. Varmaan se oli just parasta, kun hän avautu ja luottamuksella kertoi niitä asioita, joita hän ei ollut kertonut kenellekään. Ne oli semmosia hienoja hetkiä. Hän koki sen myöskin helpottavan itseänsä, sen keskustelun. Se teki kipeääkin. (7)

Sitä mä yritin aina kysyä, et ootko sä edelleen sitä mieltä, että tekisit itsemurhan ja mä sanoin, et mitäs jos se tuomio on vaikka vaan puol vuotta ja et se on jossain avopuolen, et sä et oookkaan missään suljetussa, niin voisitko sä ajatella ettet niin jyrkästi ajatteliskaan et tekisit itsemurhan ja sit hän niinku mmm ja hän kuuntelee, mut ei sano mitään. (10)

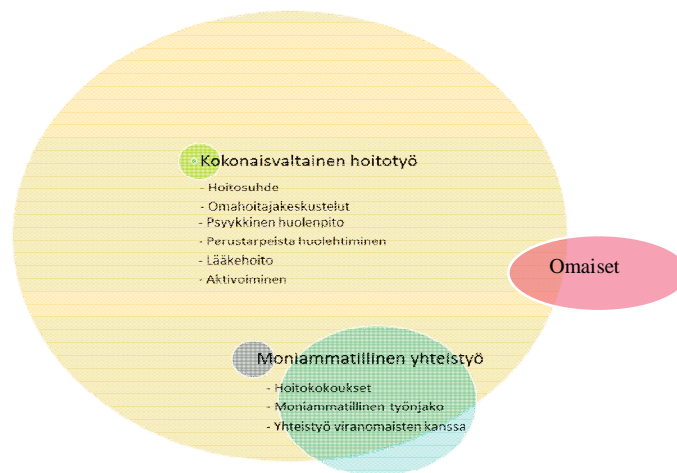
Siinä koetettiin ymmärtää sitä hänen kokemustaan. Miten paljon erilaista hän oli kokenut ja hän itse pyrki vähättelemään jotenkin ja syyllistämään itseensä, niin tuotiin sitä toista puolta esille, että hän on arvokas naisena ja arvokas ihmisenä ja paljon mahdollisuuksia edessä vielä, kun saadaan vaan ne voimat sieltä käyttöön. Sit varmaan se kuulluks tuleminen, toivottavasti koki, että tuli kuulluksi. Ei vähätelty. Varmasti sekin, että me järjestettiin hänelle jatkohoitoa. (7)

Omaisten kanssa tehtiin pääosin hyvin vähän yhteistyötä. Perhetapaamisia ei ulkomaalaistaustaisilla potilailla ollut enempää kuin suomalaisillakaan. Haastateltavista potilaista yhden omaisen osallistui tiiviisti hoitoon. Hoitaja huomioi, että joissakin kulttuureissa ollaan meitä perhekeskeisempiä. Omaiset vierailivat usein, jos potilaalla niitä Suomessa oli. Omaiset saivat vierailia potilaiden luona, jos halusivat ja jos siitä ei katsottu olevan haittaa potilaan hoidolle. Omaisten ja hoitohenkilökunnan välinen kommunikointi

oli hyvin vähäistä, mikäli heillä ei ollut yhteistä kieltä. Eräs hoitaja havainnoi myös omaisten järkytyksen potilaan jouduttua psykiatriseen hoitoon.

Koska tässä on niin iso tää vyyhti ja tosi iso perhe ja koska tässä vaan paneudutaan tähän kriisihoitoon niin me ei olla lähetty siihen perhetapaamiseen. (10)

Kun tää kyseinen potilas oli meillä hoidossa akuuttijaksolla ja eristyksessä tosi pitkään, kun oli tosi aggressiivinen ja tosi huonossa kunnossa. Oli lepositeissä tosi pitkään ja sitten kun eristyksessä ei vierailta, et ne on tosi poikkeuksellisia ne luvat. Joka päivä monta kertaa päivässä oli näitä omaisia meidän oven takana, vaikka sanottiin et nyt ei valitettavasti pääse vielä, kun tilanne on tämä ja kannattaa soittaa ennen kuin tulee, ettei tule turhaan. Pysty sanoo, et tää tulee tällasena jatkumaan ainakin muutamia päiviä, et ei kannata edes huomenna tulla uudestaan. Sen huomasi silti, et ei mennyt millään tasolla perille, oli ihan jatkuvaa se, et he tänne kuitenkin ilmesty. (4)



Kuvio 7. Hoitajien näkemys potilashoidon yhteistyösuhteen vaiheesta.

Hoidon päättämisvaiheeseen kuului jatkohoidon järjestäminen. Jatkohoitoina olivat hoitokäynnit psykiatrian poliklinikalla, kotipoliklinikka, Kidutettujen kuntoutuskeskus, tuettuun asuntoon muuttaminen ja töihin paluu. Kotipoliklinikkaa käytettiin välivaiheena, jos psykiatriselle poliklinikalle ei päässyt heti uloskirjoituksen jälkeen. Tällöin tarkoituksena oli turvata ja varmistaa potilaan hyvä vointi odotusaikana. Osastohoitojen aikana kotikäyntien järjestäminen oli harvinaista. Joillakin potilailla ei ollut tietoa jatkohoidoista. Osa joutui palaamaan takaisin säilöönottoyksikköön tai kotimaahansa kielteisen turvapaikkapäätöksen vuoksi. Osa palasi vastaanottokeskukseen.

Hoidon päättämisvaiheen terveydentilaksi muodostui toipuneet ja itsemurhavaarassa olevat. Toipuneet potilaat kokivat, että hoidon ansiosta paranoidisuus, stressi ja pakkoajatukset olivat vähentyneet, elämänhalu oli palautunut, olo oli virkeämpi, voimistunut ja sosialisempi. Lisäksi eräs potilas mainitsi, että korvien tinnitys oli myös loppunut. Pään sisäisten äänien mainittiin hävinneen ja päihteiden käytön loppuneen.

Itsemurhavaarassa olevat näkivät tilanteensa edelleen toivottomina ja toivoivat kuolevansa. Sairastumiseen johtaneet ongelmat olivat edelleen olemassa, näitä ei hoidossa pystytty ratkaisemaan. Kahta odotti käännytyspäätös. Joidenkin hoitoa päätettiin vielä pidentää, joku uloskirjoitettiin pian haastattelun jälkeen. Haastatteluihin osallistuivat ainoastaan hoidon loppuvaiheessa olevat potilaat.

No se oli oikeestaan aika kiva, siinä oli mies mukana siinä viimeisessä palaverissa ja hän koki, että hän on tullut kuulluksi ja tota toi esille kiitollisuutta aika paljon siinä viimeisessä hoitokokouksessa. Hän kiitteli oikeen moneen kertaan ja sanoi, et hän tuo teille vielä jouluksi joulukukan. Sanoi, et tästä on ollut paljon apua ja on ollut mukavat hoitajat ja hyvä lääkäri ja varsinkin hoitaja hän kehui. (7)

5.4.2 Hoitotyön kuormittavat tekijät

Hoitajien näkemykset hoitotyön kuormittavista tekijöistä jakaantuivat turvapaikkahakuprosessiin ja kulttuurillisiin ristiriitoihin (kuvio 8). Turvapaikkahakuprosessiin liittyi epäluuloisuus ja turhautuminen sekä selviytymiskeinot. Epäluuloisuutta aiheutti epäily potilaiden tarkoituseristä: todellinen hoidontarve vai keino saada turvapaikka Suomesta. Epäluuloisuutta aiheuttivat myös tulkkien välityksellä kommunikointi sekä potilaan paranoidinen skitsofrenia, jolloin oli vaikea selvittää kotimaan uhkien todenperäisyyttä. Turhautuminen liittyi potilaisiin, jotka hakeutuivat psykiatriseen hoitoon kielteisen turvapaikkapäätöksen saatuaan. Selviytymiskeinoina olivat potilaan asemaan asettautuminen, työn rajaaminen (ei kannanottoja Suomeen jäämisen suhteen) sekä huumori potilaista.

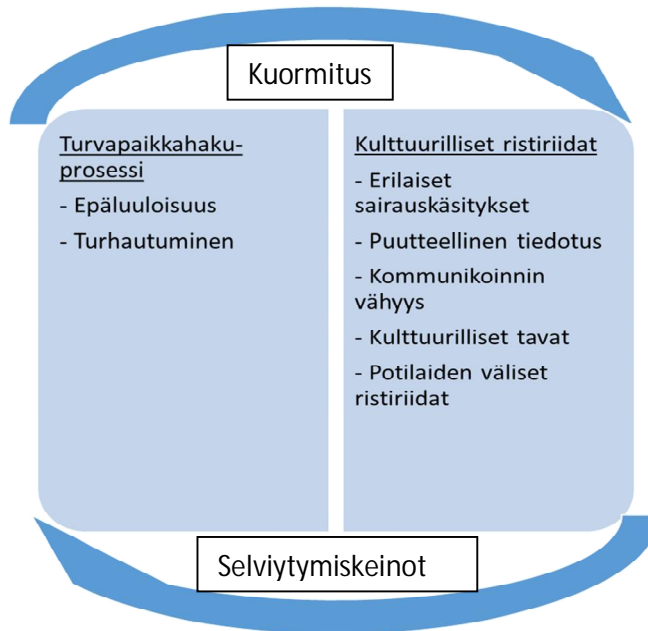
Kulttuurillisia ristiriitoja aiheuttivat erilaiset sairauskäsitykset omaisten kanssa, tiedon puute osaston sääntöjen osalta, verbaalisen kommunikoinnin vähyys, kulttuuriset tavat ja potilaiden väliset ristiriidat. Omaisten eivät nähneet potilaan hoidon tarvetta, mikä aiheutti ristiriitoja. Tietämättömyys osaston säännöistä (muun muassa vierailuajat) aiheutti väärinkäsityksiä. Verbaalisen kommunikoinnin vähyys johtui tulkkipalveluiden vähäisestä käytöstä. Tämä vaikeutti psykiatrisen hoitotyön toteutumista. Kulttuuriset tavat olivat potilaiden antamia kiitoslahjoja, joista kieltäytyminen aiheutti loukkaantumisia. Potilaiden väliset ristiriidat vaativat joskus hoitajien selvitysapua. Ne olivat kuitenkin hyvin harvinaisia. Kulttuuriset ristiriidat olivat sitä suurempia, mitä kauempaa potilas oli tullut Suomeen.

Ne hoitoontulon syyt on heidän joukossa aika samanlaisia. Usein se saattaa olla niin kun mä tossa äsken sanoin kyynisesti, niin se karkotuspäätös on tullut, niin usein siinä vaiheessa siellä vastaanottokeskuksessa ihmiset romahtaa, rupee syömälakkoo, niinku hyvinkin outoa käytöstä ja sitä myöten sitten tutkimuksiin ja hirveen usein sitten kun on meille päätynyt tonne ja muutama päivä, niin todetaan, että ei tässä oikeesti oo, että se tällanen hetkellinen romahdus. Ihan siihen päätökseen liittyen pettymys, kun on hakenut turvapaikkaa ja pelkoa ja näin pois päin tulee se päätös, että pitää lähteä kotimaahan mutta se on aika nopeasti ohitse se sellainen shokki. Silloin ne hoidot ei tietenkään kestä niin pitkään. (15)

No se riippuu vähän, että missä vaiheessa se turvapaikanhakuprosessi on olemassa. Useinhan turvapaikanhakijat tulee meille siinä vaiheessa jostain syystä, kun on tullut jo päätös, että karkotuspäätös, että ei saa turvapaikkaa ja pitää lähteä sinne kotimaahan, niin jostain syystä mielisairaus iskee aina siinä vaiheessa. (15)

Mut on asioita, joille en hoitajana voi mitään ja sitten näin on. Ja itse asiassa asia on niin, että kyllä mä uskon että nää, että ne vaatii omat työnsä selvittää näitä taustoja ja se että mä olisin kovin paljon jotain mieltä siitä, että pitääkö, onko tämän ihmisen tilanne juuri sellainen, et sen kuuluu jäädä Suomeen niin mä silloin kyllä astun omalta reviiiriltäni ulos ja ammattitehtävästäni ja siitä, et millaset tiedot mulla on niin kyllä mä siinäkin mielessä oon ihan niinku, en näe siinä rajaamisessa niin isoa ongelmaa se täytyy vähän niinku muistuttaa itselleen. (13)

Se on varmaan sellasta itseltä kieltämistä, et sä et halua uskoa, et sun pojalla on niin hirveä sairaus kuin skitsofrenia. Kieltämistä tai sit on ollut niin tuhtuneessa tilassa, ett sitä hoidossa olevaa omaista yrittää puolustaa ja eikä halua uskoa et tää ihminen on kipeä ja tarvitsee hoitoa. Ne on niin tuhtuneessa tilassa, et sit kun siinä jotain yrittää perustella ja selittää, niin se menee jonnekin ohi. Toisaalta oli se pahempaa alussa, mut kyl sitä on jatkunut koko ajan. (4)



Kuvio 8. Hoitotyön kuormittavat tekijät hoitajien näkökulmasta.

5.5 Kulttuurin huomioiminen maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisessa hoitotyössä

5.5.1 Hoitajien näkemykset kulttuurilähtöisestä hoidosta

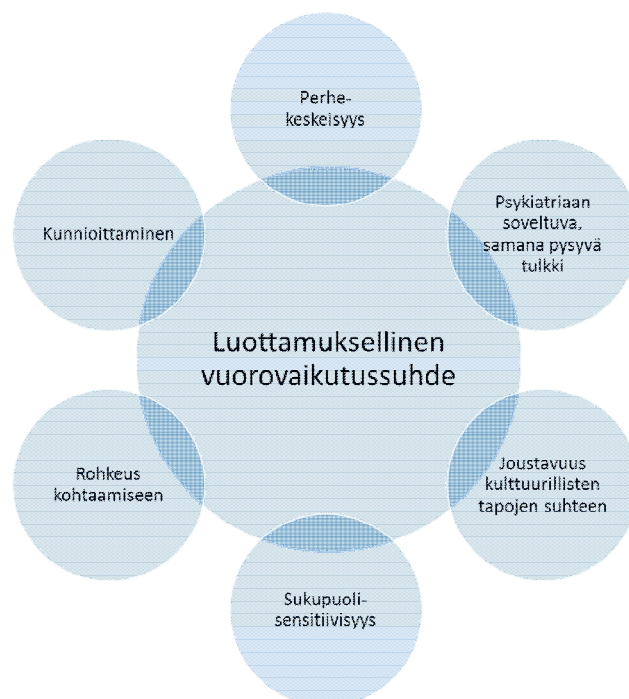
Hoitajien näkemykset kulttuurilähtöisestä hoidosta sisälsivät joustavuuden kulttuuristen tapojen suhteen, perhekeskeisyyden, sukupuolisensitiivisyyden, rohkeuden kohtaamiseen, potilaan kunnioittamisen ja psykiatriaan soveltuvan, hoitosuhteen aikana samana pysyvän tulkin. Kaiken keskiössä oli luottamuksellinen vuorovaikutussuhde (kuvio 9).

Osa hoitajista koki rikkautena maahanmuuttajapotilaiden hoitamisen, koska suhde muodostui paljon läheisemmäksi kuin suomalaispotilaiden kanssa. Maahanmuuttajapotilaiden hoidon tulisi olla joustavaa. Joustavuuden tulisi näkyä esimerkiksi potilaan toiveissa omahoitajan sukupuolen suhteen, kulttuuristen tapojen osalta, rukouspaikan ja rukoushetken mahdollistamisena. Hoitajat ymmärsivät korostuneen perhekeskeisyyden ja näkivät läheisten hoitoon osallistumisen myönteisen merkityksen potilaan toipumisen kannalta. Joidenkin potilaiden perheenjäsenet vierailivat usein osastoilla. Hoitajat havaitsivat, miten erilaiset sukupuoliroolit saattoivat vaikuttaa hoidon onnistumiseen, esimerkiksi potilaan odotukset miespuolisista lääkäreistä.

Vierasta kulttuuria ei pidä arastella siinä pelossa, että potilas saattaisi loukkaantua joistakin kysymyksistä. Ensisijassa pitää asennoitua vuorovaikutukseen ihminen ihmisenä. Hoitajat totesivat, että erilainen kulttuuri ei saa muodostua muuriksi hoitajan ja potilaan välille, vaan kulttuurin huomioimisen lisäksi tulee suhtautua potilaaseen avoimesti, yksilöllisesti ja yhdenvertaisesti. Eräs hoitaja näki tärkeimmäksi ohjenuoraksi ihmisarvon kunnioittamisen ja hyvän kohtelun niin maahanmuuttajien kuin muidenkin potilaiden kanssa. Tuliksi pitäisi saada henkilö, jonka kanssa keskustelut onnistuvat hyvin ja tulkin pysyvyys olisi terapeuttien keskusteluiden kannalta äärimmäisen tärkeää. Hoitaja kertoi,

että tulisi huomioida pieniäkin kontaktin ottoja ja nähdä ne edistysaskelina kohti luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta. Eräs hoitaja mainitsi hyödylliseksi monikulttuurisen hoitomallin, joka oli kehitetty ulkomaalaistaustaisten potilaiden hoitamisen avuksi.

No silleen tää monikulttuurinen työ alkoi kiinnostamaan itseäkin enempi vielä ja tuli semmonen tunne että haluaisi enempi oppia ymmärtämään sitä tapaa olla ihminen muualla tai semmoisia, jotka on muualta kotoisin ja sitten tulee tänne Suomeen missä saattaa olla monella tavalla erilaiset olosuhteet jo ulkonaisestikin puhumattakaan sitten tällaisesta ihmisten välisestä kanssakäymisestä. Kielimuuri ja kaikki nämä esteet mitä sitten on. Koulutusta mielellään ottais vastaan. (7)



Kuvio 9. Hoitajien näkemykset kulttuurilähtöisestä hoidosta.

5.5.2 Tulkkauksen aikana

Hoitajien kokemukset tulkin käytöstä hoidon aikana jakaantuivat hyviin kokemuksiin, pärjäämiseen ilman tulkkia ja vaikeuksiin tulkin kanssa asioimisessa (kuviot 10). Hyvät kokemukset tulkin käytöstä sisälsivät hyväksi koettujen tulkkien tilaamisen jatkossa samoille potilaille sekä harjaantumisen tulkin kanssa työskentelyyn. Hyviksi taidoksi koettiin tulkin taito tauottaa puhettaan, tulkata juuri niin kuin potilas puhuu (ilman tulkintaa tai lyhennyksiä), yhdessä työskentelyn helppoutta, tulkin näkymättömyyttä ja ulkopuolisuutta. Pärjääminen ilman tulkkia sisälsi nonverbaalisen kommunikoinnin, vieraalla kielellä puhumisen, hoidotta jäämisen, hoitovirhemahdollisuudet ja säästöt. Vaikeudet tulkin kanssa asioimisessa liittyivät hoitajan kokemattomuuteen, tulkkauksen epäluotettavuuteen ja tulkkien tasoeroihin.



Kuvio 10. Hoitajien kokemukset tulkkauksesta.

Maahanmuuttajapotilaiden hoidossa käytettiin tulkkipalveluita, mutta pääosin lääkärin tapaamisiin sekä useamman työntekijän ja potilaan välisiin hoitokokouksiin. Hoitohenkilökunta käytti tulkkia harvoin tai ei koskaan omahoitajakeskusteluissaan. Joidenkin potilaiden kanssa keskusteltiin englannin kielellä.

Lähinnä tulee mieleen, et mitä toi meidän talouspuoli sanoo siitä, että mä esimerkiksi rupeisin tilaa tulkkia, kun keskustelen tän etelä-amerikkalaisen kanssa. (4)

Osalla hoitajista oli jo paljon kokemusta tulkkien kanssa työskentelystä ja he olivat havainneet eroavaisuuksia tulkkien työtapojen osalta. Toisten kanssa tulkkauksilanteet sujuivat paremmin kuin toisten ja hyväksi havaittuja tulkkeja pyrittiin tilaamaan jatkossakin kunkin potilaan tapaamisiin. Toisinaan potilaat ilmaisivat itse toiveensa tulkin suhteen ja tämä pyrittiin huomioimaan. Vaikeista asioista keskustelemista helpotti, kun keskustelussa mukana olevat henkilöt pysyivät samoina. Hoitajat tiedostivat, että tulkki on vaitiolovelvollinen ja hänellä on tilanteessa ulkopuolinen rooli. Tulkkauksen käytöstä tuli luonnollista, kun siitä ensin kertyi kokemusta.

Joidenkin tulkkien tulkkauksista herätti epäilyksiä tulkkauksen sisällön oikeellisuudesta. Hoitaja pystyi joistakin kielistä päättämään jonkin verran sisältöä ja vertaamaan sitä tulkkaukseen. Toisinaan tulkki puhui potilaalle pitkään, esitti tarkentavia kysymyksiä ja kommunikoi nyökkäyksin, vaikka tulkattava asia olisi ollut lyhyt. Joskus hoitajan oli keskeytettävä potilaan ja tulkin vuoropuhelu saadakseen tietää, mistä keskustelussa oli kyse. Psykoottisten potilaiden ollessa kyseessä oli puheesta vaikea saada selvää. Toisinaan tulkki tulkki juuri, kuten potilas sanoi, vaikkei sanoma ollut ymmärrettävä. Tämä koettiin hyvin tärkeäksi tutkimuksen ja hoidon kannalta. Epäilyksiä aiheutti se, tulkitseeko tulkki potilaan puheita tulkkaukseensa vai välittykö viesti juuri sellaisena kuin potilas sen ilmaisi. Hoitajaa mietitytti tulkkauksessa myös se, että tulkki ei itse ollut hoitoalan koulutuksen saanut.

Potilaiden kokemukset tulkkipalveluista jakaantuivat välttämättömään tulkin käyttöön, vähäisen tulkinkäytön negatiivisiin vaikutuksiin ja pärjäämiseen ilman tulkkia. Välttämätön tulkin käyttö tarkoitti moniammatilliseen hoitokokoukseen ja lakimiehen tapaamiseen varattua tulkkia. Vähäisen tulkin käytön negatiiviset vaikutukset olivat riittämätön apu turvapaikkahakuprosessissa, avun pyytämisen vaikeus, sopimaton psyykelääkitys avoterveydenhuollossa, vaikeus päästä erikoissairaanhoidon, itsemurhayritys ja läsnäolo terapeutisissa ryhmissä keskustelua ymmärtämättä. Pärjääminen ilman tulkkia tarkoitti perusasioiden ymmärtämistä auttavalla kielitaidolla,

tulkista kieltäytymistä pienten etnisten ryhmien vuoksi. Eräs potilas koki helpommaksi kommunikoida ja ilmaista tunteitaan omalla äidinkielellään tulkin avulla.

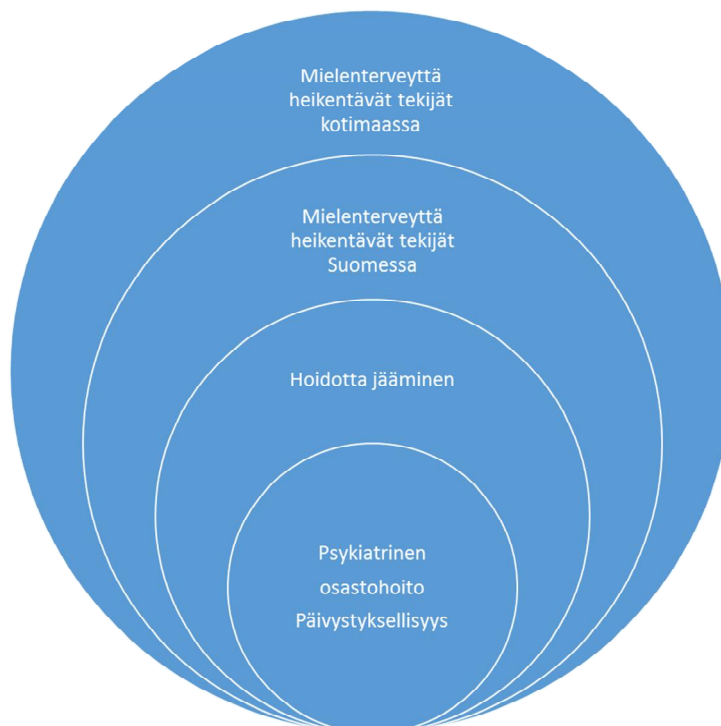
En tiennyt (tulkkimahdollisuudesta), että sen takia se tilanne pääsi karkaamaan käsistä, että just oli näitä rauhottavia lääkkeitä (työterveydenhuollosta), mutta tilanne koko ajan paheni eikä parantunut. (18)

Jos osaisin suomenkieltä niin olisin pyytänyt kaikkia auttamaan minua (itkua). (19)

If I talk with my mother language it's maybe easier to communicate, maybe easy to express my thoughts in a natural way. (9)

5.6 Yhteenveto tuloksista

Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikensivät niin kotimaassa kuin Suomessa koetut tapahtumat ennen hoitoon tuloa. Kotimaassa heidän mielenterveyttään heikensivät traumaattiset kokemukset sekä yhteiskunnalliset ongelmat (kouluttamattomuus ja köyhyys). Traumaattiset kokemukset koskettivat heitä suoraan tai välillisesti läheisten kohtaaman väkivallan kautta. Traumaattiset kokemukset olivat pääosin raakaa sodan aikana koettua väkivaltaa. Kaikkien turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten sodanaikaiset traumat olivat hoitamattomia Suomeen tullessa. Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä Suomessa olivat pelko kotimaahan palauttamisesta, ihmissuhdevaikeudet, taloudelliset vaikeudet, päihteet ja rikollisuus, rasismi, traumaattiset kokemukset Suomessa sekä hoidotta jääminen. Hoidotta jäämiseen vaikutti erityisesti potilaiden tietämättömyys psykiatrisesta avusta ja tulkin saantimahdollisuuksista sekä potilailta hoitoon pääsyn kieltäminen päivystyksessä. Seurauksena oli itsemurhayrityksiä. Usean potilaan hoitoon tulo oli päivystyksellistä (kuvio 11).



Kuvio 11. Psykiatrista osastohoitoa edeltävät tekijät.

Maahanmuuttajapotilaiden sairauden kuvailu jakautui neljään ryhmään: masennus, ahdistus, somaattinen oireilu sekä psykoottisuus. Verrattaessa potilaiden ja hoitajien kuvauksia, niin potilaiden kuvauksissa korostui ahdistuneisuus. Hoitajat havaitsivat maahanmuuttajapotilailla olevan enemmän somaattista oirehdintaa kuin suomalaisilla potilailla.

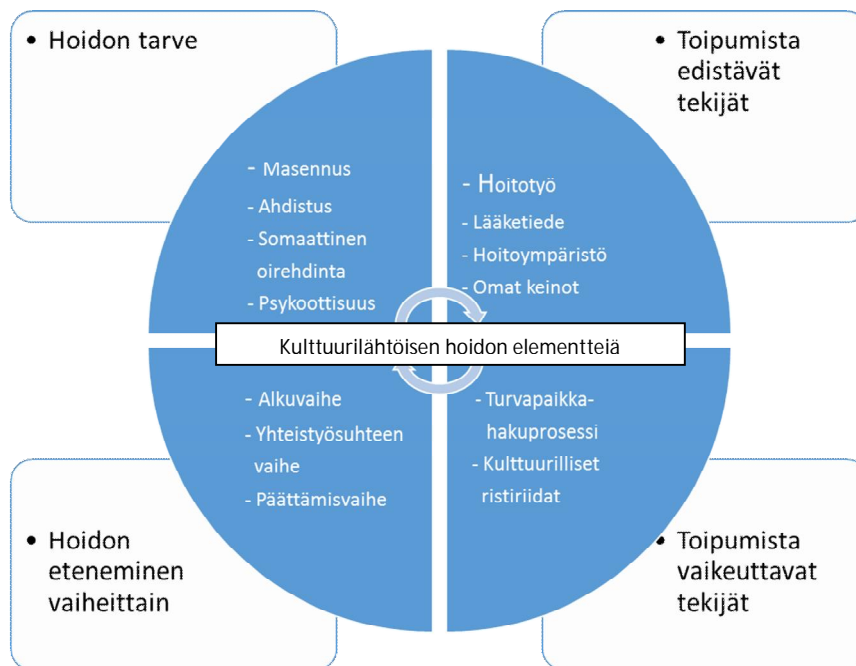
Hoidon laatua tiedusteltaessa potilaiden oli helpointa kuvailla fysiologisia tutkimuksia ja hoitomenetelmiä. Hoitamattomuuden kokemukset liittyivät tarpeiden kohtaamattomuuteen, osastolla oleskeluun ja sääntöihin. Maahanmuuttajapotilaiden kokemukset toipumista auttavista tekijöistä jakaantuivat hoitotyöhön, lääketieteeseen, hoitoympäristöön ja omiin keinoihin. Hoitotyö sisälsi välittävän hoitamisen, hoitosuhteen ominaisuudet ja psykiatrisen hoitotyön menetelmät. Välittävään hoitamiseen sisältyi aito hoitamisen halu ja välittäminen, hoitosuhteen ominaisuuksia olivat keskinäinen luottamus, ymmärrys, rehellisyys ja hyväksyntä. Psykiatrisen hoitotyön menetelmiä olivat ajan antaminen, puhuminen kuuntelevalle, tunteiden läpikäyminen ja tiedonanto.

Huonoihin hoitokokemuksiin kuului etäisyys, kulttuurierot, säännöt ja sopimaton lääkitys. Etäisyyttä olivat hoidossaan sivuuttaminen, hoitokielteisyys, yksinäisyys, turvattomuus ja yksityisyyden puute. Sivullisuuteen omassa hoidossaan liittyi epätietoisuus hoitosuunnitelmasta, torjutuksi tuleminen ja lääkityksen muuttaminen ilman potilaan tietoisuutta asiasta. Hoitokielteisyys sisälsi tahdonvastaisen hoidon ja sairautentunnottomuuden. Yksinäisyys koski potilaan omaisten poissaoloa. Turvattomuus oli epätietoisuutta tulevaisuudesta koskien kotimaahan siirtoa sekä epäluuloisuutta harhoihin liittyen. Yksityisyyden puute tarkoitti huoneen jakamista toisen potilaan kanssa sekä toisen potilaan seksuaalisen häirinnän kohteeksi joutumista. Toipumista näytti vaikeuttavan erityisesti turvapaikkahakuprosessiin liittyvä kotimaahan palauttamisen pelko (ks. kuvio 12).

Hoitajien kokemukset maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta muodostivat neljä hoidon vaihetta. Näitä olivat hoitoon saapuminen, alkuvaihe, yhteistyösuhteen vaihe ja hoidon päättämisvaihe. Hoitoon saapuminen oli lähes kaikilla potilailla päivystyksellistä. Alkuvaiheeseen kuuluivat tutkimukset ja hoitoon asettautuminen. Tutkimukset sisälsivät pakkohoitokriteerien arvioinnin, fyysisen oireilun arvioinnin, salapoliisityön, tutkimattomuuden vaaran ja kulttuurin huomioimisen. Alkuvaihetta seurasi yhteistyösuhteen vaihe, johon kuului kokonaisvaltainen hoitotyö sekä moniammatillinen yhteistyö. Kokonaisvaltainen hoitotyö koostui hoitosuhteesta, omahoitajakeskusteluista, perustarpeista huolehtimisesta, psyykkisestä huolenpidosta, lääkehoidosta ja aktivoimisesta. Hoidon päättämisvaiheeseen sisältyi jatkohoidon järjestäminen. Hoidon päättämisvaiheessa potilaiden terveydentilaksi muodostui toipuneet ja itsemurhavaarassa olevat.

Hoitotyön kuormittavat tekijät jakaantuivat turvapaikkahakuprosessiin ja kulttuurillisiin ristiriitoihin. Turvapaikanhakuprosessia sävytti epäluuloisuus ja turhautuminen. Kulttuurillisia ristiriitoja aiheuttivat erilaiset sairauskäsitykset omaisten kanssa, tiedon puute sääntöjen osalta, verbaalisen kommunikoinnin vähyys, kulttuuriset tavat sekä potilaiden väliset ristiriidat. Epäluuloisuus oli epäilystä potilaiden tarkoitusperistä: todellinen hoidontarve vai keino saada turvapaikka Suomesta.

Hoitajien näkemykset kulttuurilähtöisestä hoidosta olivat joustavuus kulttuurillisten tapojen suhteen, perhekeskeisyys, sukupuolisensitiivisyys, rohkeus kohtaamiseen, potilaiden kunnioittaminen, psykiatria soveltuva ja samana pysyvä tulkki sekä luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. Hoitajien kokemukset tulkin käytöstä hoidon aikana jakaantuivat hyviin kokemuksiin, pärjäämiseen ilman tulkkia ja vaikeuksiin tulkin kanssa asioimiseen. Pärjääminen ilman tulkkia sisälsi nonverbaalisen kommunikoinnin, vieraalla kielellä puhumisen, hoidotta jäämisen, hoitovirhemahdollisuudet ja säästöt. Tulkkien kanssa työskentely helpottui kokemusten myötä.



Kuvio 12. Maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisen osastohoito hoitajien ja potilaiden näkökulmasta.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä heikensivät niin kotimaassa kuin Suomessa koetut tapahtumat ennen hoitoon tuloa. Kaikkien turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten sodanaikaiset traumat olivat hoitamattomia Suomeen tultaessa. Suomen turvapaikanhakijoiden (n=86) kohdalla on aikaisemmassa tutkimuksessa todettu, että 29 %:lla esiintyi traumaperäistä stressireaktiota ja entisen Jugoslavian/Albanian maista tulevilla sitä esiintyi jopa 43 %:lla (Sainola-Rodriquez 2006). Traumaattisten kokemusten arvioinnissa tulisi olla tietoinen, että raiskaukset yleensä salataan syyllisyyden ja häpeän vuoksi (Meffert ym. 2010). Vaikka mielenterveysongelmien osuuden tiedetään olevan suuri turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten keskuudessa, silti heidän terveystarkastuksissaan keskitytään pääosin ainoastaan fyysisen terveyden arviointiin (Barnes 2001).

Maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyttä Suomessa heikensi kotimaahan palauttamisen pelko, ihmissuhdevaikeudet, taloudelliset vaikeudet, päihteet ja rikollisuus, rasismi, Suomessa koetut traumaattiset kokemukset sekä hoidotta jääminen. Turvapaikanhakuprosessiin tulee kytkeä kiinteästi mielenterveyden tukeminen, mikä suojaa hakijaa prosessin pitkittyessä tai kielteisen päätöksen saadessa. Tukemiseen kuuluu valmistautuminen hakuprosessin seuraaviin vaiheisiin, varautuminen mahdollisiin tuleviin vastoinkäymisiin sekä auttaminen ymmärtämään henkilökohtaisia reagoiteja prosessin aikana (turhautumisen, hylkäämisen, pelon ja pettymyksen tunteet). (Procter 2011.) Hoidotta jäämiseen vaikutti erityisesti potilaiden tietämättömyys psykiatrisesta avusta ja tulkin saantimahdollisuuksista sekä potilaalta jatkohoidon kieltäminen päivystyksessä. Seurauksena oli itsemurhayrityksiä. Myös Sandhun ym. (2013) tutkimuksessa todettiin hoidon saantia vaikeuttavan potilaiden tietämättömyys terveydenhuoltojärjestelmästä (Sandhu ym. 2013). Sainola-Rodriquezin tutkimuksessa havaittiin, että perusterveydenhuollon lääkärit olivat tietämättömiä mielenterveysongelmien esiintymisestä lähes puolessa tapauksista, erityisesti masennusta ja traumaperäistä stressireaktiota ei havaittu. (Sainola-Rodriquez 2006.)

Maahanmuuttajapotilaat näkivät sairastumisen syiksi pakolaisuuteen liittyvän stressin, väkivallan ja kuolemat, psykofyysiset syyt sekä sosiaaliset ongelmat. Psykofyysiset syyt sisälsivät somaattiset syyt, ailahtelevaisuuden, itsensä laiminlyönnin, unettomuuden ja puhumattomuuden. Sosiaaliin ongelmiin kuuluivat ihmissuhdeongelmat ja päihteet. Osa potilaista koki, että heidän sairastumisensa johtui monesta edellä mainituista tekijästä. Hoitohenkilökunta kuvasi, että sairastumisen syyt olivat monikerroksisia. He havaitsivat, että maahanmuuttajapotilailla oli paljon enemmän menetyksiä ja traumaattisia kokemuksia taustallaan kuin suomalaisilla potilailla. Sairastumisen syiden koettiin johtuvan pakolaisuudesta, traumaattisista kokemuksista, läheisten kuolemista ja sairastumisista, sosiaalisista ongelmista (avioero, huumeet, taloudelliset vaikeudet) sekä biologisesta periytyvyydestä. Verrattaessa maahanmuuttajapotilaiden ja hoitotyöntekijöiden näkemyksiä sairastumisten syistä, erona oli biologinen periytyvyys, mitä maahanmuuttajapotilaat eivät tuoneet esille. Perinnölliset mielenterveysongelmat koetaan monesti tragediana, koska tämä koskettaa kaikkia perheenjäseniä ja voi vaikuttaa haitallisesti heidän koko elämäntarkoitukseensa: avioitumiseen ja lasten saantimahdollisuuksiin (Kanitsaki 2003). Kummankaan osapuolen haastatteluissa ei tullut ilmi parisuhteisiin liittyvä väkivalta ja sen mielenterveyttä heikentävät vaikutukset. Aikaisempia tutkimustuloksia perheväkivallan ilmenemisestä on kuitenkin olemassa (Al-Modallah ym. 2015). Hoitotyön kirjauksissa tai haastatteluissa ei tullut esille, että maahanmuuttajapotilailta olisi kysytty heidän näkemyksiään sairastumisen syistä tai

käytetty kulttuurisia arviointimittareita hoidon tarpeen arvioinnissa tai hoidon suunnittelussa. Potilaiden on todettu olevan tyytyväisiä hoitoonsa ja hoitoon sitoutuminen hyvää, mikäli heillä on ollut yhteinen näkemys työntekijän kanssa sairauden syistä, ennusteesta ja hoidosta (James & Carpenter 2014).

Maahanmuuttajapotilaiden kuvaukset sairaudestaan jakautuivat masennukseen, ahdistuneisuuteen, somaattiseen oireiluun ja psykoottisuuteen. Hoitohenkilökunta kuvaili potilaiden sairauden esiintymistä masennuksena, somaattisena oireiluna ja psykoosina. Potilaiden ja hoitajien kuvaukset erosivat potilaiden mainitseman ahdistuneisuuden osalta. Hoitajat kokivat, että suomalaisiin potilaisiin verrattuna maahanmuuttajapotilailla korostui somaattinen oirehdinta. Osa hoitajista kaipasi lisätietoa somaattisen oirehinnan arvioinnista ja hoitamisesta. Suurin kulttuurinen eroavaisuus masennuksen ilmenemisessä on todettu aikaisemmassa tutkimuksessa olevan somatisointi. Somatisoinnissa fyysiset oireet ilmentävät psykologista stressiä. Muissa kuin länsimaissa, erityisesti Aasiassa, negatiiviset tunneilmaisut ovat sosiaalisesti paheksuttavia, jolloin henkinen pahoinvointi ilmenee somaattisin oirein. (Conrad & Pacquiao 2005.) Fenta ym. (2006) totesivat Kanadan etiopilaisia tutkiessaan, että perusterveydenhuollon lääkärit ovat keskeisessä asemassa tunnistessaan ja hoitaessaan etiopialaisten asiakkaiden somaattisia oireita, koska nämä oireet voivat kertoa psykiatrisen hoidon tarpeesta (Fenta ym. 2006). Krooniset kiputilat ovat erityisen yleisiä traumatisoituneilla pakolaisilla. Norjassa toteutetussa tutkimuksessa todettiin psykiatrian avohoidon pakolaisista (n=61) 66% kärsivän kroonisesta kiputilasta ja traumaperäisen stressihäiriödiagnoosin omaavista kroonisesta kiputilasta kärsiviä oli 88% (Teodorescu ym. 2015.) Hoitajat eivät maininneet sairauksien kuvauksissa traumaperäistä stressihäiriötä, vaikka tämän tiedetään olevan yleistä erityisesti turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten keskuudessa. Keysin (2000) 12 tutkimusta sisältäneessä katsauksessa todettiin pakolaisten sairastavan eniten traumaperäistä stressireaktiota, masennusta, ahdistuneisuutta, psykoosia ja dissosiatiiivisyyttä. (Keyes 2000.)

Potilaat eivät nimenneet haastatteluissa kulttuurisidonnaisia oireyhtymiä nimeltä. Hsiao ynnä muiden (2006) tutkimuksessa havaittiin, että Australiassa asuvat kiinalaiset potilaat yhdistivät perinteisen tietonsa länsimaalaiseen tietoon, mistä muodostui heidän omat näkemyksensä mielenterveyden häiriöistä. Kun he oppivat länsimaalaisista psykologian ja psykiatrian käsitteistä lisää, heidän ymmärryksensä joistakin häiriöistä muuttui. Mitä ei ollut aikaisemmin pidetty mielenterveyden häiriönä, oli uuden tiedon myötä käsitetty mielisairaudeksi tai psykologisiksi ongelmiksi. (Hsiao ym. 2006.) Tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat asuneet Suomessa jo keskimäärin seitsemän vuotta, mikä on todennäköisesti vaikuttanut heidän käsityksiinsä mielenterveydestä.

Maahanmuuttajapotilaiden hoidon kuvailu jakaantui fysiologisiin menetelmiin, muihin hoitomuotoihin, hoitamattomuuden kokemuksiin ja kulttuuritekijöihin. Potilaiden oli helpointa kuvailla fysiologisia tutkimuksia ja hoitomenetelmiä. Hoitamattomuuden kokemuksiin kuului tarpeiden kohtaamattomuus, osastolla oleskelu ja säännöt. Osa potilaista ei osannut kuvata samaansa hoitoa, joku sanoi hoitavan itse itseään ja osa koki jääneensä ilman tarvitsemaansa apua. Jotkut potilaista eivät olleet puhuneet ollenkaan vaikeista sotakokemuksistaan, jotka edelleen elivät heidän muistoissaan. Joillekin tahdonvastaisessa hoidossa oleville nuorille aikuisille hoidon keinot ja tavoitteet jäivät epäselviksi. Hoitosuunnitelma oli jäänyt potilaille vieraksi. Tahdonvastaisessa hoidossa olevat potilaat eivät olleet yhtä sitoutuneet hoitoonsa tai nähneet sen mielekkyyttä verrattuna vapaaehtoisessa hoidossa oleviin potilaisiin. Conrad & Pacquiao:in (2005) aasialaisia potilaita koskeva tutkimus paljasti sosiaalisen ja kulttuurisen kontekstin vaikutuksen avun hakemisessa ja kommunikaatitavoissa. Uskonnolliset uskomukset ja sosiaalinen stigma olivat yhteydessä mielisairauteen, mihin liittyi sairauden pitkäkestoinen kieltäminen, vaikeus jakaa tunne-elämän ongelmia ammattihenkilöstön kanssa sekä pitkittynyt ammatillisen avun saaminen. (Conrad & Pacquiao 2005.) Keating & Robertsonin (2004) tulokset osoittivat, että potilaiden pelko vaikutti negatiivisesti vuorovaikutukseen mielenterveyspalveluissa. Pelon syitä olivat erilaiset näkemykset mielenterveyspalveluista,

asenne mielisairauteen ja diagnooseihin sekä kokemukset sairaalahoidosta. Pelon seurauksia olivat rajoittunut luottamus ja sitoutuminen hoitoon sekä viivästynyt hoitoon hakeutuminen. (Keating & Robertson 2004.) Luottamuksen saavuttaminen niin potilaan kuin hänen perheenjäsentensä sekä tulkin kanssa on todettu vievän kauan. Syinä tähän on aikaisemmat traumaattiset kokemukset, etniset konfliktit ja epätietoisuus mielenterveyspalveluista. (Sandhu ym. 2013.) Knipscheerin ym. (2001) tutkimuksessa havaittiin, että uudessa maassa vietetty aika oli yhteydessä siihen, miten maahanmuuttaja-asiakkaat käyttäytyivät ja asennoituivat mielenterveyspalveluihin. Äskettäin maahan saapuneet tarvitsivat eniten tietoa mielenterveyspalveluista. (Knipscheer & Kleeper 2001.)

Maahanmuuttajapotilaiden kokemukset toipumista auttavista tekijöistä jakaantuivat hoitotyöhön, lääketieteeseen, hoitoympäristöön ja omiin keinoihin. Hoitotyö jakaantui välittävään hoitamiseen, hoitosuhteen ominaisuuksiin ja psykiatrisen hoitotyön menetelmiin. Välittävään hoitamiseen sisältyi aito hoitamisen halu. Hoitosuhteen ominaisuuksia oli keskinäinen luottamus, ymmärrys, rehellisyys ja hyväksyntä. Psykiatrisen hoitotyön menetelminä oli ajan antamisen, puhuminen kuuntelevalle, tunteiden läpikäyminen ja tiedonanto. Leiningerin transkulttuurisen hoidon teorian yksi perusoletus on, että inhimillinen hoitaminen (caring) on yleismaailmallinen ilmiö, mutta hoitamisen ilmentymät, prosessit, rakenteet ja mallit vaihtelevat eri kulttuureissa. Ei voi olla parantamista (curing) ilman inhimillistä hoitamista (caring) (Leininger 1994.) Myös Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin teorian kulttuuriseen halun osa-alueeseen sisältyy inhimillinen hoitaminen (caring), toisista välittäminen. (Campinha-Bacote 1999, 2002a, 2002b, 2008.) Caring- hetkestä (caring moment) tulee transpersoonallinen, kun kaksi henkilöä (hoitaja ja potilas) ovat yhdessä yksilöllisten elämänsisällönsä ja käsitystensä kanssa. Caring -hetki muuttuu keskeiseksi tilaksi ja ajaksi, joka on suurempi kuin itse tapahtuma. Prosessista tulee osa henkilöiden historiaa ja osa syvällistä ja monimutkaista elämää. Caring -hetki voi olla eksistentiaalinen käännekohta hoitajalle, mutta se edellyttää pysähtymistä, näkemisen haluamista, tietoista hetkessä olemista, aitoa läsnäoloa avoimena toiselle, avoimena välittämiseksi ja yhteydelle. Caring edistää toipumista ja terveyttä. (Watson 2013.) Näitä välittäviä hoitamisen hetkiä tämä tutkimus tavoitti keskeisinä toipumista edistävinä tekijöinä.

Luottamuksen lisäksi tässä tutkimuksessa hyvinä hoitosuhteen ominaisuuksina oli ymmärrys, rehellisyys ja hyväksyntä. Procter (2006) on myös todennut, että luottamuksen rakentaminen on yksi keskeinen tekijä hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Epäluuloisuuden tunteita voidaan vähentää niin potilaiden kuin hoitajien osalta muun muassa avoimuudella, epäluuloisuuden synnyn selvittämisellä, tarkoituksien selittämällä sekä potilaan kulttuuristen käytäntöjen ja uskomusten arvostamisella. (Procter 2006.) Hoitajien toteuttama ja toipumista edistävä tiedonanto oli konkreettista neuvontaa. Neuvot sisälsivät tietoa Suomen oikeudenkäynnistä, ohjeita käsitellä vaikeita asioita yksi kerrallaan, paperiasioiden selvittelyä sekä tietoa mielenterveyspalveluihin pääsystä. Knipscheerin & Kleeperin (2001) tutkimuksessa selvisi, että maahanmuuttaja-asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä saamiinsa mielenterveyspalveluihin, mutta kaipaivat lisää konkreettista neuvontaa käytännön asioista (Knipscheer & Kleeper 2001).

Toipumista auttavia tekijöitä oli myös lääketiede, jolla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa potilaiden kokemuksia lääkityksestä ja lääkärin läsnäolosta. Voyerin ym. (2005) tutkimustulokset osoittivat huomattavia eroavaisuuksia asenteissa reseptilääkkeitä, luonnonmukaisia lääkityksiä ja lääkäreitä kohtaan. Vietnamilaiset suhtautuivat pääasiassa negatiivisesti reseptilääkkeisiin. Haitilaiset suhtautuivat niihin taas erittäin myönteisesti ja portugalilaisten asenne oli ristiriitainen. Luonnonmukaiseen lääkitykseen suhtautuivat myönteisimmin vietnamilaiset. Haitilaiset ja portugalilaiset arvostivat lääkäreitä paljon, kun taas vietnamilaisilla oli ennakkovarauksia lääkäreiden pätevyyttä kohtaan. (Voyer ym. 2005.)

Toipumista edistävä hoitoympäristö sisälsi rauhan (yhdenhengen huone ja lepo) ja vertaispotilaat, omat keinot sisälsivät rukoilemisen ja läheisten osallisuuden. Tässä tutkimuksessa ei tullut esiin, että potilaat olisivat käyttäneet hoidossaan

kansanparannusmenetelmiä. Sen sijaan potilaat toivat esille hengelliset tarpeensa. Tutkittaessa Amerikassa hoidossa olevia afrikkalaisia potilaita, suurin osa vastaajista (71 %) kertoi omaavansa hengellisiä tarpeita sairaalassa ollessaan. He kuvailivat hengellisiä tarpeitaan yhteydellä Jumalaan, yhteydellä toisiin ja itseen. Hoitotyön interventioilta toivottiin osallistumista hengellisiin aktiviteetteihin, hoitoa, huolenpitoa, rauhoittelua/lohdutusta, hengellisen hoidonantajan roolin tunnistamista ja hoidon toteuttamista monipuolisesti. (Conner & Sanzero, 2004.) Serbialaisten sodan jälkeistä selviytymistä auttoivat niin ikään tunne johonkin yhteisöön kuulumisesta, yhteys historialliseen, uskonnolliseen, kulttuuriseen ja kansalliseen identiteettiin. (Procter 2000.) Hoitajat mainitsivat yksittäistapauksina uskonnon ja rukouspaikkojen mahdollistamisen, mutta hengellisyyttä osana hoitoa he eivät tuoneet tässä tutkimuksessa esille. Hengellisyydellä tarkoitetaan yleisesti oman elämän merkityksen etsimistä (Kanitsaki 2003). Läheisten osallisuus hoitoon ei korostunut yksittäistapauksia lukuun ottamatta. Kuitenkin muun muassa iranilaisten käsitykset hoidosta sisältää keskeisesti perhe- ja läheissuhteet sekä yhteisen vuorovaikutuksen yhteisötasolla (Omeri 1997).

Huonot hoitokokemukset sisälsivät etäisyyden, kulttuurierot, säännöt ja sopimattoman lääkityksen. Etäisyyteen kuului hoidossaan sivuutettu, hoitokielteisyys, yksinäisyys, turvattomuus ja yksityisyyden puute. Sivullisuuteen omassa hoidossaan liittyi epätietoisuus hoitosuunnitelmasta, torjutuksi tuleminen ja lääkityksen muuttaminen ilman potilaan tietoisuutta asiasta. Tiedonantajat eivät suoraan myöntäneet rasisimin olemassaoloa hoitoympäristössä. Hoitotyössä kuitenkin rasismi voi näkyä peitettynä. Se näyttäytyy epäsuorasti torjuvana, vihamielisenä ja etäisenä suhtautumisena tai epäkohteliaana puhutteluna. "Erilaiset" potilaat voidaan tulkita vaikeiksi asiakkaita ja nähdä maahanmuuttajien osuuden lisääntymisen asiakkaita ongelmana. (Abdelhamid & Koskinen 2009.)

Huonoja hoitokokemuksia olivat myös kulttuurierot, jotka jakaantuivat väärinymmärryksiin ja eriarvoisuuteen. Väärinymmärrykset koskivat lääkitystä ja ravintoa. Joidenkin kulttuurissa on tapana vastata voinnin tiedusteluihin aina positiivisesti, koska muunlainen koettaisiin loukkaavaksi käytökseksi. Tämä aiheutti vaaratilanteita muun muassa lääkkeiden sivuvaikutuksia tiedusteltaessa. Ravinto liittyi potilaan toiveeseen, ettei hänelle tarjottaisiin sianlihaa. Tämän vuoksi hänelle tarjottiin koko hoidon ajan ainoastaan kasvisruokaa. Eriarvoisuus koski erilaista kohtelua suhteessa suomalaisiin potilaisiin liittyen luottamukseen lääkkeenoton kanssa sekä oikeuteen saada rahaa tupakoita varten. Säännöt koettiin joustamattomiksi ja yksilölliset tilanteet huomioimattomiksi. Säännöt koskivat muun muassa ulkoilun vähyyttä, huoneessa lepäilyä ja tv:n katsomista.

Hoitajien kokemukset maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta muodostivat neljä hoidon vaihetta. Näitä olivat hoitoon saapuminen, alkuvaihe, yhteistyösuhteen vaihe ja hoidon päättämisen vaihe. Hoitoon saapuminen oli lähes kaikilla päivystyksellistä. Alkuvaihe sisälsi tutkimukset sekä hoitoon asettumisen. Alkuvaihetta seurasi yhteistyösuhteen vaihe, joka sisälsi kokonaisvaltaisen hoitotyön sekä moniammatillisen yhteistyön. Omaisten kanssa tehtiin pääosin hyvin vähän yhteistyötä. Perhetapaamisia ei ollut ulkomaalaistaustaisilla potilailla enempää kuin suomalaisillakaan. Monet maahanmuuttajat kokevat perheen tärkeimpänä avun lähteenä, jolloin hoitotyön vaikuttavuuteen vaikuttaa sairaanhoitajan ymmärrys perheen merkityksestä asiakkaalle (Zielke-Nadkarni 2003). Hyvässä hoidossa tulee myös huomioida hyvä kommunikaatio potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Erikielisten huomioiminen mahdollistaa kunnioittavan hoidon erityisesti haavoittuvien potilaiden kohdalla ja tukee hyviä hoitotuloksia. (Carnevale ym. 2009.) Conrad & Pacquiaon (2005) tutkimuksessa nähtiin samoin kuin tässä tutkimuksessa perheenjäsenistä olevan sekä hyötyä että haittaa hoidolle. Perheenjäsenten hoitoon osallisuuteen vaikutti heidän näkemyksensä sairaudesta ja kuinka yhtenäinen se oli ammattilaisten näkemyksen kanssa sekä sairauteen liittyvä sosiaalinen stigma. (Conrad & Pacquiao 2005.)

Hoidon päättämismahdollisuuteen kuului jatkohoidon järjestäminen. Hoidon päättämismahdollisuuden terveydentilaksi muodostui toipuneet ja itsemurhavaarassa olevat. Itsemurhavaarassa olevat näkivät tilanteensa edelleen toivottomina ja toivoivat kuolevansa. Sairastumiseen johtaneet ongelmat olivat yhä olemassa, näitä ei hoidossa pystytty ratkaisemaan. Kahta odotti käännytyspäätös. Joidenkin hoitoa päätettiin vielä pidentää, joku uloskirjoitettiin pian haastattelun jälkeen. Haastatteluihin osallistuivat ainoastaan hoidon loppuvaiheessa olevat potilaat. Huolestuttavaa oli, että hoidon loppuvaiheessa olevista potilaista osa oli niin huonossa kunnossa, että kertoi harkitsevansa itsemurhaa. Voidaan päätellä, että maahanmuuttajapotilaiden kohdalla esiintyy hoitovirheiden mahdollisuus. Vain välttämättömän psykiatrisen hoidon antaminen voi johtaa tilanteisiin, jolloin potilas palautetaan lähettävälle taholle huonokuntoisena, vaikkei heillä ole tarjota riittäviä jatkohoitomahdollisuuksia vähäisistä terveydenhuollon resursseistaan johtuen.

Hoitotyön kuormittavat tekijät jakaantuivat turvapaikkahakuprosessiin ja kulttuurillisiin ristiriitoihin. Turvapaikkahakuprosessiin liittyi epäluuloisuus ja turhautuminen sekä selviytymiskeinot. Kulttuurillisia ristiriitoja olivat erilaiset sairauskäsitykset omaisten kanssa, tiedon puute sääntöjen osalta, verbaalisen kommunikoinnin vähyys, kulttuuriset tavat ja potilaiden väliset ristiriidat. Epäluuloisuus oli epäilystä potilaiden tarkoitusperistä; todellinen hoidontarve vai keino saada turvapaikka Suomesta. Epäluuloisuutta aiheuttivat myös tulkkien välityksellä kommunikointi sekä potilaan paranoidinen skitsofrenia, jolloin oli vaikea selvittää kotimaan uhkien todenperäisyyttä. Sandhun ym. (2013) tutkimuskoosteessa on todettu, että traumaattiset kokemukset vaikeuttivat diagnosointia, koska oli vaikea arvioida, onko kyse posttraumaattisesta stressireaktiosta, psykoottisuudesta, maahanmuutosta ja monista menetyksistä aiheutuneesta surusta ja onko kokemus vainotuksi tulemisesta todellista. Diagnosointia vaikeuttivat myös kielelliset ongelmat ja erilaiset käsitykset mielenterveydestä. (Sandhu ym. 2013.) Ammattilaisten on todettu olevan haasteellisessa asemassa, kun he yrittävät erottaa kulttuurilliset uskomukset ja käytännöt psykoottisesta oirehdinnasta (Bassett & Baker 2015). Turhautuminen liittyi potilaisiin, jotka hakeutuivat psykiatriseen hoitoon kielteisen turvapaikkapäätöksen saatuaan.

Tässä tutkimuksessa osa henkilökunnasta käytti selviytymiskeinoina potilaan asemaan asettautumista, työn rajaamista (ei kannanottoja Suomeen jäämisen suhteen) sekä potilaisiin kohdistuvaa huumoria. Näistä kaksi viimeisintä tulee kyseenalaistaa käytettävänä menetelminä. Psykiatrian hoitotyöntekijät voivat auttaa merkittävästi kriittisessä turvapaikanhakuprosessissa antamalla terveydentilaa koskevia lausuntoja, jotka mahdollisesti tukevat turvapaikanhakijan kertomuksia. Heillä on myös mahdollisuus arvioida, miten kulttuuri ja mielenterveysongelmat saattavat vaikeuttaa hakijoiden luotettavaa lausunnon antamista turvapaikkapuhuttelussa. Psykiatrian hoitotyöntekijät voivat myös arvioida, mikä on mahdollisen kotimaahan palauttamisen vaikutus mielenterveydelle ja kertoa, millainen on hakijan hoidon tarve jatkossa. (Meffert ym. 2010.) Maahanmuuttajapotilaisiin kohdistuvaan huumoriin tulee suhtautua kriittisesti. Noin puolet suomalaisista suhtautui melko tai erittäin kielteisesti turvapaikanhakijoiden kasvavaan määrään Suomessa vuonna 2015 (Turvallisuuspolitiikka ja maanpuolustustutkimus 2016). Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitajilla on todettu esiintyvän rasistista ajattelua (Cortis 2004). Tarvitaan tietoisuuden lisäämistä rasismien, negatiivisten asenteiden ja ennakkoluulojen olemassa olosta henkilöstön keskuudessa (Sandhu 2013). Arkipäivän rasismia voi olla se, että yksilöiden tilanteita yleistetään koskemaan kaikkia maahanmuuttajia tai tiettyjä kansallisuusryhmiä. Jos erilaisuus ilmenee ihmisen ainoana ominaisuutena, voidaan häntä kohtaan osoittaa epätasa-arvoista ja epäoikeudenmukaista kohtelua. Potilasta kohtaa esiintyy tällöin ennakkoluuloja ja lähestymistapa on marginalisoiva. (Abdelhamid & Koskinen 2009.) Kulttuurinen välinpitämättömyys, ennakkoluulot, rasismi ja negatiiviset käytännöt on korvattava koulutuksellisesti ja tutkimuksellisesti pätevällä transkulttuurisella hoitotyön tiedolla ja hoidolla (Hascup 2005).

Haastattelemani hoitajat eivät tuoneet esille sekundaariseen traumatisoitumiseen liittyvää uhkaa, vaikkakin totesivat pakolaisilla olevan paljon traumaattisia kokemuksia. Griffithsin ym. (2003) tutkimuksessa pakolaisia hoitavat hoitajat ilmaisivat työssään stressaaviksi tekijöiksi pakolaisten traumaattiset kokemukset (altistivat sekundaariselle traumatisoitumiselle), kulttuureihin liittyvät eettiset eroavaisuudet (esimerkiksi naisten ja lasten oikeudet), ulkoapäin tulevat rassistiset ennakkoluulot, valtavan työmäärän ja puuttuvan tuen ammatillisen eristäytyneisyyden vuoksi. Hoitajien käyttämiä selviytymiskeinoina olivat positiivisiin puoliin keskittyminen, muilta saatu tuki sekä työnohjaus. Työn palkitsevia puolia olivat työn itsenäisyys, merkityksellisyys sekä työskentely hyvässä työyhteisössä. (Griffiths ym. 2003.)

Hoitajien näkemykset kulttuurilähtöisestä hoidosta sisälsivät joustavuuden kulttuurillisten tapojen suhteen, perhekeskeisyyden, sukupuolisensitiivisyyden, rohkeuden kohtaamiseen, potilaiden kunnioittamisen, psykiatriaan soveltuvan ja samana pysyvän tulkin sekä luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen. Kulttuurilähtöisen hoidon elementtejä ilmeni haastatteluissa suhteellisen vähän. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella tiedetään, että hoitohenkilökunnalla on puutteita kulttuuritietoudessa ja kulttuurisensitiivisissä työtavoissa (Keyes 2000, Jones ym. 2004, Leishman 2004, Wilson 2010), vaikeuksia diagnosoimisessa (Keyes 2000, Kozuki & Kennedy 2004, Sandhu ym. 2013) eivätkä he aina huomioi potilaiden kokonaisvaltaisia tarpeita (ruumis, mieli ja hengellisyys) (Madelä-Mntla & Poggenpoelin 1999, Cortis 2004). Madelä-Mntla & Poggenpoelin (1999) tutkimuksessa selvisi, että potilaat nähtiin ainoastaan yksilöinä eikä yhteisön ja perheen kontekstissa. Hoidossa ei näkynyt yhteyttä ammatillisen, potilaan ja kansanomaisen terveydenhoidon välillä. Psykiatrisen potilaan omaa näkemystä mielisairaudestaan ei huomioitu, psykiatrin näkemys oli ainoa. Psykiatrisen potilaan näkemystä hoidosta ei otettu huomioon, kun hänelle tehtiin hoitosuunnitelmaa. Toisin sanoen psykiatrisen hoito ei ollut yhdenmukainen potilaan kulttuuristen uskomusten, arvojen ja käytäntöjen kanssa. (Madelä-Mntla & Poggenpoel 1999.)

Sairaanhoitajien koulutus on osoittautunut kulttuurilähtöisen hoidon osalta puutteelliseksi (Leishman 2004). Koulutuksella voidaan lisätä henkilöstön kulttuurista kompetenssia sekä potilaiden tyytyväisyyttä samaansa hoitoon (Jones ym. 2004, Cooper-Brathwaite 2005, Govere & Govere 2016). Sairaanhoitajat tarvitsevat myös lisää käytännön kokemusta toisesta kulttuurista olevien potilaiden hoitamisesta (Leishman 2004). Terveydenhuollon työntekijöistä ne, jotka olivat kaikkein varmimpia toisesta kulttuureista olevien kanssa työskentelemisessä omasivat muita korkeamman koulutuksen ja parhaimman tiedon kulttuurisista käsitteistä. (Jones ym. 2004). Wilson (2010) on todennut tutkimuksessaan, että myös potilaiden on vaikea havaita ja kuvata kulttuurisia tarpeitaan ja ymmärtää niiden vaikutuksia psykiatrisessa hoidossa (Wilson 2010).

Kulttuurilähtöisen hoidon sijaan hoitajat halusivat osittain hoitaa potilaita samoin kuin muita potilaita. Vydelingumin (2006) tutkimuksessa englantilaiset hoitajat halusivat kohdella kaikkia potilaita samankaltaisesti kulttuurista riippumatta, mikä oli vääränlaista tasa-arvoa. Tällöin hoitohenkilöstön kulttuurinen kompetenssi oli heikko. Muiden kulttuuria ja uskontoa tulkittiin omasta kulttuurista käsin, eikä hyväksytty kulttuurisia eroavaisuuksia. (Vydelingum 2006.) Diccico-Bloomin & Cohenin (2003) tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajat käyttivät strategioita, joilla välttyivät potilaiden erilaisten kulttuuritaustojen käsittelemiseltä. Heidän työnsä pyrki vähentämään potilaiden kulttuurillisia käytäntöjä ja uskomuksia. (Diccico-Bloom & Cohen 2003.)

Hoitajien kokemukset tulkin käytöstä hoidon aikana jakaantuivat hyviin kokemuksiin, pärjäämiseen ilman tulkkia ja vaikeuksiin tulkin kanssa asioimisessa. Maahanmuuttajapotilaiden kielitaidottomuus asetti heidät eriarvoiseen asemaan suomalaisten potilaiden kanssa. Tämä näkyi omahoitajakeskusteluiden ja ryhmiin osallistumisten tai niistä saadun hyödyn vähäisyytenä, koska niihin ei yleensä tilattu tulkkia. Psykiatrisessa hoitotyössä keskeisintä on sanallinen kommunikointi potilaan kanssa ja tämän osuus jää ulkomaalaistaustaisilla suomenkieltä taitamattomilla potilailla

vähäiseksi. Mulderin ym. (2015) tutkimuksessa selvisi, että suomalaisen hoitohenkilökunnan tulkinkäyttötaidot olivat kohtalaiset. Tulkinkäyttötaito oli parhain niillä, jotka kohtasivat maahanmuuttajapotilaita työssään usein ja joilla oli pitkä työkokemus. (Mulder ym. 2015.) Kielitaidottomuus ei pitäisi olla kunnollisen ja tehokkaan hoidon saamisen este. Sairaanhoidtajien tulee hyväksyä vastuunsa tarjota yhtäläisiä palveluita myös vieraskielisille potilaille. (Gerrish 2001.)

Tulkin kanssa työskennellessä tulee kuitenkin huomioida, miten tulkin läsnäolo voi vaikuttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen. Tulkki saattaa olla samasta pienestä yhteisöstä kuin potilas tai hänen perheenjäsenensä, ystävänsä tai muutoin poliittisista syistä epäluottamusta herättävä. (Sandhu 2013, Eklöf ym. 2015). Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa todettiin sodassa haavoittuneiden kurdipakolaisten omaavan epäluottamusta palveluita kohtaan, mikä johtui eroavaisuuksista kulttuurisessa taustassa sekä pelosta, epäilystä ja luottamuksen puutteesta tulkkeja kohtaan (Farahi ym. 2010). Epäluottamuksen tulkkia kohtaan on todettu olevan suurin syy, jos potilas kieltäytyy tulkkipalveluista. Hoitajat voivat lisätä luottamuksellisuutta ja yksityisyyttä käyttämällä aina samaa tulkkia saman potilaan kanssa. (Eklöf ym. 2015.) Laajoissa systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa todettiin, että pärjääminen ilman tulkkia aiheuttaa kuitenkin useita väärinymmärryksen mahdollisuuksia psykiatrisessa hoidossa. Tulkin käyttö mahdollistaa hyvän potilastyytyväisyyden ja laadukkaan psykiatrisen hoidon. (Karliner ym. 2007, Bauer & Alegria 2010.)

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kohdennetussa etnografisessa tutkimuksessa eettiset näkökohdat liittyvät tutkimukseen yleisiin sääntöihin sekä osallistuvan havainnoinnin ja haastatteluiden toteuttamiseen (Niemi & Paasivaara 2008). Eettistä tarkastelua kävin jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa. Mahdollisia tiedonantajia valitessani huomioin, että heidän senhetkinen henkinen vointinsa oli riittävän hyvä tutkimukseen osallistumiseen. Tästä syystä halusin haastatella ainoastaan potilaita, jotka olivat hoitonsa loppuvaiheessa. Haavoittuvia ryhmiä herkistä aihealueista haastateltaessa on kuitenkin hyvä varautua etukäteen tunnepurkauksiin ja niihin reagoimiseen (Lipson 1994). ”Tutkimuksen puhtaus” ei estänyt minua tarvittavilta hoitotyön interventioilta tai puolesta puhumiselta, mikäli se oli tutkimukseen osallistuvien terveyden kannalta olennaista. Haastattelutapani oli empaattinen ja tiedonantajan tuntemuksien mukaan etenevä. Tein samalla jatkuvaa arviointia heidän jaksamisestaan ja annoin osallistumisesta myönteistä palautetta.

Pyysin suostumukset kirjallisesti haastatteluun osallistuvilta. Kävimme yhdessä läpi kirjallisen suostumuslomakkeen tiedot tutkimuksen tarkoituksesta, heidän oikeuksistaan ja ajallisista sitoumuksistaan. Toinen suostumuslomake jäi heille itselleen. Muokkasin suostumukset sen mukaan, oliko kyseessä potilas vai hoitohenkilökuntaan kuuluva. Pyysin suostumuslomakkeeseen lisäksi tulkin allekirjoituksen osoituksena suostumuslomakkeen tulkkauksesta. Sain sairaanhoitopiirin tutkimuseettiseltä toimikunnalta puoltavan lausunnon (14/13/03/03/2008) ja kirjallisen tutkimusluvan sairaanhoitopiirin tulosityksikön johtajalta. Eettistä hyväksyntää ja tutkimuslupaa olen täydentänyt toukokuussa 2009 koskemaan tutkimukseen osallistuvien maahanmuuttajapotilaiden hoitohenkilökunnan dokumentointeja. Osallistujien henkilöllisyys suojattiin jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksessa ei mainita tarkkoja yksityiskohtia, joista tiedonantajat olisivat tunnistettavissa. Tutkimuksessa avustavia työntekijöitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Säilytin tutkimusaineiston muiden tavoittamattomissa henkilökohtaisessa lukittavassa laatikostossa. Tutkimuksen valmistuttua hävitin aineiston sairaalan silppurissa.

Tutkimukseni luotettavuutta arvioin Leiningerin ja Lincoln & Guban kriteerein. Näitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, ilmiön toistuminen, merkitys tietyssä kontekstissa, kylläntyneisyys ja siirrettävyys. (Lincoln & Guba 1985, Leininger 1990.) Roper & Shapiran (2000) sekä Grayn (2003) mukaan kohdennetun etnografisen tutkimuksen luotettavuuden

kriteerit eivät merkittävästi poikkea perinteisen etnografisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereistä, joita ovat uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, toistuvuus ja siirrettävyys (Niemi 2008).

Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten yhtäpitävyyttä tutkijan ja tiedonantajien välillä (Leininger 1990). Monen vuoden työskentely psykiatrisena sairaanhoitajana useista maista tulleiden maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa helpotti tiedonantajien kokemusmaailman ymmärtämistä, tulkkien kanssa työskentelyä sekä teki haastattelutilanteista luontevia ja välittäviä. Työkokemus psykiatrisena sairaanhoitajana ja osastonhoitajana psykiatrian osastoilla auttoi myös ymmärtämään hoitohenkilökunnan haastatteluita ja hoitoympäristöä sekä lisäsi yhteenkuuluvuuden ja luottamuksen tunnetta. Aikaisemman pro gradu - tutkielmani Kosovon albaanipakolaisista (Kallakorpi 2004) toteutin etnografisin menetelmin, mikä harjaannutti hyvin lisensiaattitutkielman tekoon. Tutkittavan kulttuurin tuntemus mahdollistaa suhteessa lyhyen kenttätyön sekä auttaa erottamaan tutkittavaa ilmiötä koskevan tiedon muun tiedon runsaudesta (Niemi 2008). Tutkimustulosten uskottavuutta olisin voinut parantaa laajentamalla havainnointia koskemaan esimerkiksi hoitosuunnitelmakokouksia, haastatteleamalla myös potilaiden läheisiä sekä analysoimalla sisällön analyysillä hoitohenkilökunnan hoitotyön dokumentoinnit. Tämä olisi tuonut entistä monipuolisemman näkökulman tutkittavaan ilmiöön. Ajalliset resurssit tulivat niiden osalta esteeksi.

Vahvistettavuus vahvistaa tutkijan tulkinnot oikeiksi (Leininger 1990) siten, että tutkimustulokset pohjautuvat aineistoon ja empiriaan, eivätkä vain tutkijan omiin käsityksiin (Nikkonen, Janhonen & Juntunen 2001). Tuloksia analysoitaessa muistin kunkin haastattelemani henkilön ja heidän haastattelunsa. Spradley'n (1979) vertailevien ja rakennekysymysten käyttö mahdollisti haastattelutilanteessa epäselvyyksien tarkennukset ja yksityiskohtaisten esimerkkien pyytämiset, jotta ymmärsin tiedonantajan sanoman oikein. Haastatteluaineiston analysointitavan tarkka kuvaus ja liitteenä oleva taulukkoesimerkki lisää vahvistettavuutta sekä mahdollistaa ulkopuolisen arvioinnin. Luotettavuutta lisäävät myös ohjauskeskusteluissa tapahtuneet ohjaajien laadun arvioinnit tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkija pysyi samana aineistonkeruun ja analysoinnin aikana, en siis käyttänyt ulkopuolisella rahoituksella palkattua tutkimuksessa avustavia henkilöitä, mikä olisi heikentänyt tutkimuksen vahvistettavuutta.

Ilmiön toistuminen viittaa tapahtumien, kokemusten ja ilmiöiden toistumiseen ajan kuluessa (Leininger 1990). Haastattelukysymyksissä toin esille ajallista ulottuvuutta: elämää kotimaassa ennen hoitoon tuloa, maahanmuutto, hoitokokemukset hoidon eri vaiheissa sekä tulevaisuuden näkymät. Haastattelut ajoittuivat kahdelle vuodelle, jolloin oli mahdollista tarkastella ilmiöiden toistumista ajallisesti. Ajallista toistumista on havaittavissa myös laajaan kirjallisuuskatsaukseen perustuvassa muissa tutkimustuloksissa, joita reflektoin pohdinta -kappaleessa. Työkokemukseni ja aikaisempi aiheeseen liittyvä pro gradu-tutkielmani (Kallakorpi 2004) osoittavat myös turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten maahanmuuttoon liittyvien kokemusten ja niiden vaikutusten mielenterveyteen toistuvan ajan kuluessa samankaltaisina.

Tulosten merkitysten muodostuminen tietyssä kontekstissa tarkoittaa tapahtumien, toimintojen, vuorovaikutuksen, symbolien tulkintaa ja ymmärtämistä tietyssä kontekstissa (Leininger 1990). Rohkaisin tiedonantajia keskustelemaan kokemuksistaan heidän omasta elämästään tai työstään käsin ja suhteessa heidän kulttuuriinsa. Tutkimuskentän tunteminen lisäsi merkitysten ymmärtämistä. Etua oli aikaisemmalla sairaanhoitajan työkokemuksella psykiatrian osastoilla sekä turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksissa ja pakolaisten kotouttamisesta tukevassa maahanmuuttoyksikössä.

Kylläntyneisyys saavutetaan, kun ei enää saada tutkittavaan ilmiöön liittyvää uutta tietoa (Leininger 1990). Paransin kylläntyneisyyttä haastatteleamalla joitakin tiedonantajia useammin kuin kerran, kysymällä samasta aiheesta useita kysymyksiä sekä varaamalla haastatteluihin riittävästi aikaa. Keräsin haastattelun lisäksi tietoa hoitotyön dokumentoinnista ja havainnoimalla. Kylläntyneisyyttä olisi voinut parantaa, jos

tiedonantajat olisivat olleet samasta kulttuurista kotoisin tai jos heillä olisi ollut samankaltainen hoitoon tulosy. Tämä ei ollut kuitenkaan mahdollista maahanmuuttajapotilaiden vähäisestä määrästä johtuen. Tässä tutkimuksessa saatiin sen sijaan yleiskuvaus maahanmuuttajapotilaiden ja hoitohenkilökunnan hoitokokemuksista perehtymättä mihinkään kansalaisuusryhmään syvällisemmin. Hoitohenkilökunnan osalta kylläntyneisyys oli helpommin saavutettavissa. Jäin kuitenkin kaipaamaan vielä lisää heidän käyttämiään hyviä kulttuurinmukaisia hoitomenetelmiä. Samaa jäätin kaipaamaan myös Sandhun ym. (2013) tutkimuksessa. Tällöin todennäköisesti tutkimuskenttää olisi pitänyt laajentaa sairaanhoitopiirin ulkopuolelle esimerkiksi vastaanottokeskuksissa työskenteleviin psykiatriin sairaanhoitajiin, jotka työskentelevät ainoastaan turvapaikanhakijoiden kanssa ja omaavat siten vankan kokemuksen tutkimusaiheesta.

Siirrettävyys merkitsee tulosten siirtämistä toiseen samanlaiseen tilanteeseen uudessa tutkimuksessa (Leininger 1990). Haastattelussa keräsin tiedonantajilta olennaisia taustatietoja siten, ettei tämä uhannut heidän anonymiteettiään. Tutkielmassa on runsaasti kuvaavia lainauksia. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden hoidon tarpeissa ja länsimaissa annettavassa hoidossa on paljon samankaltaisuutta maasta riippumatta (Carrington & Procter 1995, Hultsjö & Hjelm 2005, Pumariega ym. 2005, Ryan ym. 2009), joten tämän tutkimuksen tulokset ovat hyödyllisiä niin kansallisesti kuin kansainvälisesti samankaltaisissa hoitoympäristöissä. Pakolaiskriisiin liittyvät tekijät säilyvät myös muuttumattomina ajassa. Maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta psykiatriassa on kertynyt vielä vähän kokemusta potilaiden suhteellisen vähäisen määrän vuoksi. Mikäli tulijoiden määrät lisääntyvän jatkossakin, tämä tulee heijastumaan lisääntyvinä hoitokokemuksina tulevaisuudessa.

6.3 Päätelmät, suositukset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimukseen osallistuvilla pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla oli taustallaan hyvin vaikeita traumaattisia kokemuksia. Kaikkien turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten sodanaikaiset traumat olivat hoitamattomia Suomeen tullessa. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kohdalla tulee arvioida systemaattisesti aikaisempien traumaattisten kokemusten esiintyminen ja tarjota heille mahdollisuus niiden läpikäymiseen.

Potilaiden hoidotta jäämiseen Suomessa vaikutti erityisesti heidän tietämättömyys psykiatrisesta avusta, tulkin saantimahdollisuuksista sekä jatkohoidon kieltäminen päivystyksessä. Seurauksena oli itsemurhayrityksiä. Päivystyksessä työskentelevän hoitohenkilökunnan valmiuksia itsemurhariskin arviointiin tulee lisätä. He tarvitsevat lisätietoa maahanmuuttajapotilaiden erilaisista tavoista ilmaista psyykkistä avuntarvettaan sekä valmiuksia motivoida potilaat psykiatriseen jatkohoitoon riittävän tiedonannon avulla. Päivystykseen tarvitaan kulttuurisesti päteviä psykiatrisia sairaanhoitajia.

Hoidon tarvetta arvioitaessa ja hoitoa suunniteltaessa tulee käyttää kulttuurista arviointiin kehitettyjä haastatteluita tai mittareita. Nämä lisäävät ymmärrystä maahanmuuttajapotilaan omista näkemyksistä sairastumisesta ja toipumisesta. Kulttuuriseen arvioon pohjautuva yhteinen hoitosuunnitelma luo hyvän pohjan yhteiselle hoitosuhteelle. Yhteistyötä perheiden ja potilaan muiden läheisten kanssa tulee niin ikään lisätä alusta alkaen.

Tarvitaan tietoisuutta rasmin ilmenemismuodoista terveydenhuollossa. Työnohjaus ja lisäkoulutus tukevat turvapaikanhakijoita ja pakolaisia hoitavien työssä jaksamista, vähentävät turhautumista ja epäluuloisuutta potilaiden tarkoitusperistä sekä ylläpitävät välittävää ja yksilöllistä hoitamista.

Potilaiden toipumista edisti erityisesti välittävä hoitaminen. Välittävään hoitamiseen sisältyi aito hoitamisen halu. Tämän lisäksi hyvän ja toipumista edistävän hoitosuhteen ominaisuuksia olivat keskinäinen luottamus, ymmärrys, rehellisyys ja hyväksyntä. Luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen tarvitaan maahanmuuttajapotilailla

enemmän aikaa kuin kantasuomaisten kohdalla. Välttämättömän hoidon lisäksi tulee huolehtia riittävän hyvästä toipumisesta, sillä mahdollisessa jatkopaikassa ei vastaavanlaista psykiatrista hoitoa ole monesti tarjolla. Välttämätön hoito turvapaikanhakijoiden kohdalla mahdollistaa hetkellisen ensiavun, ei hyvää ja pitkäkestoista toipumista.

Potilailla on oikeus tulla hoidetuksi omalla äidinkielellään heidän sitä toivoessaan. Ilman riittävää tulkkipalveluiden käyttöä maahanmuuttajapotilaiden kohdalla ei yhdenvertaisuuden tavoitteeseen päästä ja hoito jää vaillinaiseksi. Säästämällä tulkkipalveluista tuhlataan hoitomahdollisuuksia ja aikaa. Tulkin käyttö ei saa olla ammattikunnasta riippuvainen. Hyvä omahoitajasuhde on monesti keskeisin tekijä potilaan toipumisen kannalta, ilman riittävää yhteistä kieltä tämä ei toteudu.

Jatkotutkimusaiheena on interventiotutkimus, jossa arvioidaan koulutuksen ja muiden kehittämisinterventioiden vaikutusta hoitohenkilökunnan kulttuuriseen kompetenssiin. Tähän liittyy kulttuurisen kompetenssin mittaaminen validilla mittarilla ennen ja jälkeen interventioiden sekä potilastyytyväisyyden arviointi. Toinen jatkotutkimusaihe on turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten voimavarojen sekä psyykkisen kimmoisuuden/sinnikkyuden (resilience) tutkiminen. Jatkossa kannattaa keskittyä yhtenäisempään ryhmään kuten pakolaisiin ja turvapaikanhakijoihin tai kaukomaista tuleviin potilaisiin, mikäli ei ole mahdollisuutta vielä syventyä tiettyihin kulttuureihin maahanmuuttajapotilaiden suhteellisesta vähäisyydestä johtuen.

LÄHTEET

- Aamodt AM. 1991. *Ethnography and epistemology: Generating nursing knowledge*. Teoksessa Morse JM. (toim.) *Qualitative Nursing Research. A Contemporary dialogue*. Sage Publications, Inc., United State.
<http://methods.sagepub.com/book/qualitative-nursing-research/n6.xml> /Luettu 25.11.2016.
- Abdelhamid P & Koskinen L. 2009. *Monikulttuurisen hoitotyön haasteet*. Teoksessa Abdelhamid P, Juntunen, A & Koskinen L. (toim.) *Monikulttuurinen hoitotyö*. WSOY pro Oy, Helsinki.
- Ahmed M, Dineen B, O'Brien S & Carney PA. 2011. Sociodemographic profile and mental health needs of referrals to an Irish psychiatric service: a transcultural perspective. *Irish Journal of Psychological Medicine* 28(3), 141–144.
- Almeida Vieira Monteiro AP & Serra AV. 2011. Vulnerability to stress in migratory contexts: A study with Eastern European immigrants residing in Portugal. *Journal of Immigrant and Minority Health* 13(4), 690–696.
- Al-Modallal H, Abu Zayed I, Abujilban S, Shehab T & Atoum M. 2015. Prevalence of intimate partner violence among women visiting health care centers in Palestine refugee camps in Jordan. *Health Care for Women International* 36(2), 137–148.
- Alvarez P, Rengifo J, Emrani T & Gallagher-Thompson D. 2014. Latino older adults and mental health: a review and commentary. *Clinical Gerontologist* 7(1), 33–48.
- Alvidrez J. 1999. Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina and European American young women. *Community Mental Health Journal* 35(6), 515–530.
- Andrews MM & Boyle JS. 1995. *Transcultural concepts in nursing care*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Arthur D, Chan HK, Fung WY, Wong KY & Yeung KW. 1999. Therapeutic communication strategies used by Hong Kong mental health nurses with their Chinese clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 29–36.
- Barnes D. 2001. Mental health screening in a refugee population: A program report. *Journal of Immigrant Health* 3(3), 141–149.
- Bassett AM & Baker MC. 2015. Normal or abnormal? 'Normative uncertainty' in psychiatric practice. *The Journal of Medical Humanities* 36(2), 89–111.
- Bayer AM & Alegria M. 2010. Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Services* 61(8), 765–773.
- Beeber LS, Holditch-Davis D, Perreira K, Schwartz TA, Lewis V, Blanchard H, Canuso R & Goldman BD. 2010. Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in Early Head Start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing & Health* 33(1), 60–76.

Berry JW. 1989. Psychology of Acculturation. Teoksessa Dienstbier RA & Berman JJ. (toim.) Nebraska Symposium on motivation. Cross-Cultural Perspectives. University of Nebraska Press, United States of America, 201–234.

Blumberg LL, Shin SK & Hutton EM. 2001. An evaluation of a six-week intervention designed to facilitate coping with psychological stress. *Journal of Clinical Psychology* 57(12), 1381–1401.

Bridges AJ, Andrews AR & Deen TL. 2012. Mental health needs and service utilization by Hispanic immigrants residing in Mid-southern United States. *Journal of Transcultural Nursing* 23(4), 359–368.

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

Buscemi CP. 2011. Acculturation: state of the science in nursing. *Journal of Cultural Diversity* 18(2), 39–42.

Campbell E & Lassiter LE. 2015. *Doing ethnography today. Theories, methods, exercises.* Wiley-Blackwell, Chichester.

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. 2002a. Cultural competence in psychiatric nursing: have you asked the right questions? *Journal of American Psychiatric Nurses Association* 8, 183–187.

Campinha-Bacote J. 2002b. The Process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3), 181–184.

Campinha-Bacote J. 2003. *The Process of cultural competence in the delivery of healthcare services.* 4th Ed. Cincinnati, OH: Transcultural Care Associates.

Campinha-Bacote J. 2008. Cultural desire: ‘caught’ or ‘taught’? *Contemporary Nurse* 28, 141–148.

Carnevale FA, Vissandjee B, Nyland A & Vinet-Bonin A. 2009. Ethical considerations in cross-linguistic nursing. *Nursing Ethics* 16(6), 813–826.

Carrington G & Procter N. 1995. Identifying and responding to the needs of refugees: a global nursing concern. *Holistic Nursing Practice* 9(2), 9–17.

Castaneda AE, Lehtisalo R, Schubert C, Pakaslahti A, Halla T, Mölsä M & Suvisaari J. 2012. Mielenterveys. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M & Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti / Terveysten ja hyvinvoinnin laitos no. 61. Helsinki, 2012, 145–164.

Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Suvisaari J, Koskinen S, Härkänen T, Mannila S, Laitinen K, Jukarainen P, Jasinskaja-Lahti I. 2015. The Association between discrimination and psychological and social well-being. A Population based study of Russian, Somali and Kurdish Mirants in Finland. *Psychology and Developing Societies* 27(2), 271–292.

- Chiu L, Ganesan S, Clark N & Morrow M. 2005. Spirituality and treatment choices by South and East Asian women with serious mental illness. *Transcultural Psychiatry* 42(4), 630–656.
- Choi, YJL & Kwang-Ja. 2007. Evidence-Based Nursing: Effects of a Structured Nursing Program for the Health Promotion of Korean Women With Hwa-Byung. *Archives of Psychiatric Nursing* 21(2), 12–16.
- Choi I, Zou JBL, Titov N, Andrews G, Hunt C, Dear B & Li S. 2011. Results from an internet-based cbt program for depression for Chinese Australians: A randomized controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry* 4, S35.
- Conner NE & Sanzero EL. 2004. Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African–Americans. *Journal of Advanced Nursing* 46(6), 624–632.
- Conrad MM & Pacquiao DF. 2005. Manifestation, attribution, and coping with depression among Asian Indians from the perspectives of health care practitioners. *Journal of Transcultural Nursing* 16, 32–40.
- Cooper-Brathwaite A. 2005. Evaluation of a cultural competence course. *Journal of Transcultural Nursing* 16(4), 361–369.
- Cortis JD. 2004. Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing* 48(1), 51–58.
- Cruz EV & Higginbottom G. 2013. The Use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher* 20(4), 36–43.
- Costantino G, Malgady RG & Primavera LH. 2009. Congruence between culturally competent treatment and cultural needs of older Latinos. *Journal of consulting and clinical psychology* 77(5), 941–949.
- Daly EB. 1995. Health meanings of Saudi women. *Journal of Advanced Nursing* 21, 853–857.
- D'Avanzo CE & Barab SA. 1998. Depression and anxiety among Cambodian refugee women in France and the United States. *Issues in Mental Health Nursing* 19(6), 541–561.
- Davis RE. 2000. Refugees experiences and Southeast Asian women's mental health. *Western Journal of Nursing Research* 22(2), 144–168.
- Delbar V, Tzadok L, Mergi O, Erel TO, Haim L & Romem P. 2010. Transcultural mental health care issues of Ethiopian immigration to Israel. *Advances in Mental Health* 9, 277–287.
- Dicicco-Bloom B & Cohen D. 2003. Home Care Nurses: A Study of the occurrence of culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing* 14(1), 25–31.
- Ekblad S, Belkic, K & Eriksson NG. 1996. Health and disease among refugees and immigrants. A Quantitative review approaching meta-analysis, implications for clinical practice and perspectives for further research. Part 1: Mental health outcomes. Stress research report No 267. Stockholm.

- Eklöf N, Hupli M & Leino-Kilpi H. 2015. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing* 32(2), 143–150.
- Emami A, Benner P & Ekman S-L. 2001. Sociocultural health model for late-in-life immigrants. *Journal of Transcultural Nursing* 12(1), 15–24.
- Fazel M, Wheeler J & Danesh J. 2005. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365(9467), 1309–1314.
- Farahi N, Nordholm L, Mattsson B & Hellström M. 2010. Experiences of Kurdish war-wounded refugees in communication with Swedish authorities through interpreter. *Patient education and counseling* 78(29), 160–165.
- Fenta H, Hyman I & Noh S. 2006. Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194(12), 925–934.
- Feyera F, Mihretie G, Bedaso A, Gedle D & Kumera G. 2015. Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at Melkadida camp, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 15(171), 1–7.
- Flaskerud JH & Kim S. 1999. Health problems of Asian and Latino immigrants. *Teoksessa Flaskerud JH, Serkey JM & Yost AJ. (toim.) The Nursing clinics of North America* 34(2), 359–375.
- Fortuna LR, Porche MV & Alegria M. 2008. Political violence, psychosocial trauma, and the context of mental health services use among immigrant Latinos in the United States. *Ethnicity & Health* 13(5), 4435–4463.
- Garcia CM & Saewyc EM. 2007. Perceptions of mental health among recently immigrated Mexican adolescents. *Issues in Mental Health Nursing* 28(1), 37–54.
- Gary FA & Yarandi HN. 2004. Depression among Southern rural African American women. *Nursing Research* 53(4), 251–259.
- Gerrish K. 2001. The Nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing* 33(5), 566–574.
- Giger JN & Davidhizar R. 2002. The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3), 185–188.
- Gong FXJ, Fujishiro K & Takeuchi DT. 2011. A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency. *Social Science and medicine* 73, 1618–1626.
- Govere L & Govere EM. 2016. How effective in cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A Systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 13(6), 402-410.
- Gray A. 2003. *Research practice for cultural studies. Ethnographic methods and lived cultures.* Sage, London.

Griffiths R, Emrys E, Lamb CF, Eagar S & Smith M. 2003. Operation safe heaven: the need of nurses caring for refugees. *International Journal of Nursing Practice* 9(3), 183–190.

Hascup VA. 2005. Transcultural nursing. *Virginia Nurses Today* 3, 20.

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

Hattar-Pollara M & Meleis AI. 1995. The Stress of immigration and the daily lived experiences of Jordanian immigrant women in the United States. *Western Journal of Nursing Research* 17(5), 521–539.

Heilemann MV, Lee KA & Kury FS. 2002. Strengths and vulnerabilities of women of Mexican descent in relation to depressive symptoms. *Nursing Research* 51(3), 175–182.

Helman CG. 2000. Culture, health and illness. Butterworth Heinemann, Oxford.

Hernandez MY & Organista KC. 2013. Entertainment-education? A new strategy to improve depression literacy and help-seeking behaviours in at-risk immigrant Latinas. *American Journal of Community Psychology* 52(3-4), 224–235.

Higginbottom G. 2013. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher* 20(4), 36–43.

Hines-Martin V. 2003. Barriers to mental health care access in an African American population. *Issues in Mental Health Nursing* 24, 237–256.

Hollander AC. 2013. Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden--epidemiological studies of register data. *Global Health Action* 27(6), 1–11.

Hollander AC, Bruce D, Burström B & Ekblad S. 2013. The association between immigrant subgroup and poor mental health: a population-based register study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 201(8), 645–652.

Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB & Dalman C. 2016. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *British Medical Journal* 352(i1030), 1–8.

Hsiao F-H, Klimidis S, Minas HI & Tan ES. 2006. Folk concepts of mental disorders among Chinese-Australian patients and their caregivers. *Journal of Advanced Nursing* 55(1), 58–67.

Hultsjö S, Berterö C & Hjelm K. 2007. Perceptions of psychiatric care among foreign- and Swedish-born people with psychotic disorders. *Journal of Advanced Nursing* 60(3), 279–288.

Hultsjö S & Hjelm K. 2005. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review* 52(4), 276–285.

Hultsjö S, Berterö C, Arvidsson H & Hjelm K. 2011. Core components in the care of immigrants with psychoses: A Delphi survey of patients, families, and health-care staff. *International Journal of Mental Health Nursing* 20(3), 174–184.

Isaacson M. 2014. Clarifying concepts: cultural humility or competence. *Journal of Professional Nursing* 30(3), 251–258.

James CAB & Carpenter KA. 2014. Valuing psychiatric patients' stories: belief in and use of the supernatural in the Jamaican psychiatric setting. *Transcultural Psychiatry* 51(2), 247–263.

Jones ME, Cason CL & Bond ML. 2004. Cultural attitudes, knowledge, and skills of a health workforce. *Journal of Transcultural Nursing* 15(4), 283–290.

Juntunen A, Nikkonen M & Janhonen S. 2000. Utilising the concept of protection in health maintenance among the Bena in Tanzania. *Journal of Transcultural Nursing* 11(3), 174–181.

Juntunen A. 2005. Baridi: a culture-bound syndrome among the Bena peoples in Tanzania. *Journal of Transcultural Nursing* 16(1), 15–22.

Kahn MS & Kelly KJ. 2001. Cultural tension in psychiatric nursing: managing the interface between western mental health care and xhosa traditional healing in South-Africa. *Transcultural Psychiatry* 38(1), 35–50.

Kaiser BN, Kohrt BA, Keys HM, Khoury NM & Brewster ART. 2013. Strategies for assessing mental health in Haiti: Local instrument development and transcultural translation. *Transcultural Psychiatry* 50(4), 532–558.

Kallakorpi S. 2004. Elämän täytyy jatkua eteenpäin. Kosovon albaanipakolaisten käsitykset mielenterveydestä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Kamperman AM, Komproe IH & de Jong JTV. 2007. Migrant mental health: a model for indicators of mental health and health care consumption *Health Psychology* 26(1), 96–104.

Kanitsaki O. 2003. Mental health, culture and spirituality: implications for the effective psychotherapeutic care of Australia's ageing migrant populations. *Journal of Religious Gerontology* 13, 17–37.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy, Helsinki, 167–171.

Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH & Mutha S. 2007. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 42(2), 727–754.

Kavanagh KH. 1995. Transcultural perspectives in mental health. Teoksessa Andrews MM & Boyle JS. (toim.) *Transcultural Concepts in Nursing Care*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia.

Kavanagh KH. 2003. Transcultural perspectives in Mental Health. Teoksessa Andrews MM & Boyle JS (toim.) *Transcultural Concepts in Nursing Care*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia.

Keating F & Robertson D. 2004. Fear, black people and mental illness: a vicious circle? *Health and Social Care in the Community* 12(5), 439–447.

Keesing FM. 1958. *Cultural anthropology. The Science of custom.* Rinehart & Company, inc., New York.

Keller AS, Rosenfeld B & Trinh-Shevrin C. 2003. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet* 362, 1721–1723.

Kendall J. 1996. Creating a culturally responsive psychotherapeutic environment for African American youths: A Critical Analysis. *Advances in Nursing Science* 18(4), 11–28.

Kennedy MG. 1999. Cultural competence and psychiatric-mental health nursing. *Journal of Transcultural Nursing* 10(1), 11.

Kerkkänen H & Säävelä M. 2015. Maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät tekijät ja palvelut. *Systemaattinen tutkimuskatsaus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 40/2015.*

Keyes EF. 2000. Mental health status in refugees: An Integrative review of current research. *Issues in Mental Health of Nursing* 21(4), 397–410.

Keyes EF & Kane CF. 2004. Belonging and adapting: mental health of Bosnian refugees living in the United States. *Issues in Mental Health Nursing* 25(8), 809–831.

Knipscheer JF & Kleber RJ. 2001. *Journal of Counseling Psychology* 48(1), 28–38.

Koponen P, Jokela S, Skogberg N, Castaneda A, Suvisaari J, Laatikainen T & Koskinen S. 2015. Ulkomaalaistaustaiset kokevat terveytensä hyväksi, mutta terveysongelmien yleisyydessä on suuria eroja. Teoksessa Nieminen T, Sutela H & Hannula U. (toim.) *Ulkomaalaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014.* Tilastokeskus. Helsinki.

Koskinen L. 2009a. Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin oppimisen malli. Teoksessa Abdelhamid P, Juntunen A & Koskinen L. (toim.) *Monikulttuurinen hoitotyö.* WSOY pro Oy, Helsinki, 50–51.

Koskinen L. 2009b. Asiakkaan hoitotyön tarpeiden arviointitaito. Teoksessa Abdelhamid P, Juntunen A & Koskinen L. (toim.) *Monikulttuurinen hoitotyö.* WSOY pro Oy, Helsinki, 138–144.

Kozuki Y & Kennedy MG. 2004. Cultural incommensurability in psychodynamic psychotherapy in Western and Japanese traditions. *Journal of Nursing Scholarship* 36(1), 30–38.

Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–12.

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 1999. *Finlex* 493/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990493> /Luettu 5.4.2016.

Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.

Leininger MM. 1985. Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. Teoksessa Leininger MM. (toim.) Qualitative Research Methods in Nursing. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 33–72.

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

Leininger MM. 1991. Culture care diversity & universality: a theory of nursing. National League for Nursing Press, New York.

Leininger M. 1994. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Alexander JE, Beagle CJ, Butler P, Dougherty DA, Robards KD A, Solotkin KC & Velotta C. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 410–431.

Leininger MM. 1995. Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices. Second Edition. McGraw-Hill, College Customs Series, New York.

Leininger MM. 1997. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing* 8(2), 32–52.

Leininger MM. 2001. Culture care: diversity and universality theory. Jones & Bartlett Publisher, MA.

Leininger MM. 2002. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3), 189–192.

Leishman J. 2004. Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard* 19(11), 33–38.

Liebkind K. 1990. Pakolaisten mielenterveys ja identiteetti. *Suomen Lääkärilehti* 45(35), 3211–3216.

Lincoln YS & Guba EG. 1985. Naturalistic inquiry. Sage Publications, Newbury Park.

Lipson JG. 1994. Ethical issues in ethnography. Teoksessa Morse J. M. (toim.) Critical issues in qualitative research methods. Sage Publications, California, 333–355.

Loftin C, Hartin V, Branson M & Reyes H. 2013. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. *The Scientific World Journal* 2013, 1–10.

Lundberg PC. 1999. Meanings and practices of health among married Thai immigrant women in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 10(1), 31–36.

Maahanmuuttovirasto. 2015. Tilastot.

[http://www.migri.fi/download/64996_Tilastograafit_2015_valmis.pdf?79c2e8cf7c3ed388 /](http://www.migri.fi/download/64996_Tilastograafit_2015_valmis.pdf?79c2e8cf7c3ed388/)
Luettu 30.3.2016.

Maailman terveysjärjestö. 2001. Mental health: New understanding, new hope. World Health Organization Report. Geneva Switzerland. Printed in France.

- Maaailman terveystjärjestö. 2013. Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Madela-Mntla EN & Poggenpoel M. 1999. A model of culture-congruent psychiatric nursing. *South African Journal of Nursing* 22(3), 65–74.
- Maier-Lorentz MM. 2008. Transcultural Nursing: its' importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity* 15(1), 37–43.
- McFarland M & Eipperle MK. 2008. Culture care theory: a proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings. *Contemporary Nurse* 28, 48–63.
- Meffert SM, Musalo K, McNeil DE & Binder RL. 2010. The role of mental health professionals in political asylum processing. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 38, 479–489.
- Mulder R, Koivula M & Kaunonen M. 2015. Hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen –pilottitutkimus. *Tutkiva hoitotyö* 13(1), 24–34.
- Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T & Schauer M. 2010. Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A Randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy* 39(2), 81–91.
- Niemi A & Paasivaara L. 2008. Kohdennettu etnografinen lähestymistapa (FES) hoitotyön kulttuurin tutkimuksessa – huomioita metodista. *Hoitotiede* 20(6), 325–335.
- Nikkonen N, Janhonen S & Juntunen A. 2001. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY, Helsinki.
- O'Mahony JM & Donnelly TT. 2007. Health care providers' perspective of the gender influences on immigrant women's mental health care experiences. *Issues in Mental Health Nursing* 28(10), 1171–1188.
- Omeri A. 1997. Culture care of Iranian immigrants in New South Wales, Australia: Sharing Transcultural Nursing Knowledge. *Journal of Transcultural Nursing* 8(2), 5–16.
- Parahoo K. 2006. *Nursing research. Principles, process and issues*. Second Edition. Palgrave Macmillian, New York, 67–68.
- Pasco ACY, Morse JM & Olson JK. 2004. Cross-cultural relationships between nurses and Filipino Canadian patients. *Journal of Nursing Scholarship* 36(3), 239–246.
- Patel N, Kellezi B & Williams A. 2014. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, 1–64.
- Papadopoulos I & Omeri A. 2008. Transcultural nursing theory and models: the challenges of application. *Contemporary Nurse* 28, 45–47.

- Papadopoulos I, Tilki M & Ayling S. 2008. Cultural competence in action for CAMHS: development for a cultural competence assessment tool and training programme. *Contemporary Nurse* 28(1-2), 129-140.
- Papadopoulos I, Tilki M & Lees S. 2004. Promoting cultural competence in health care through a research based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care* 10(1-2), 107-116.
- Pavlish CL, Noor S & Brandt J. 2010. *Social Science and Medicine* 71(2), 353-361.
- Porter M & Haslam N. 2005. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 294(5), 602-612.
- Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Puigpinosi Riera R, Sarvary A, Soares JF, Stankunas M, Strasmayer C, Wahlbeck K, Welbel M & Bogic M. 2011. Good practice in health care for migrants: view and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11(187), 1-12.
- Procter NG. 2000. Cultural affirmation and the protection of emotional well-being. *Holistic Nursing Practice* 15(1), 5-11.
- Procter NG. 2005. Emergency mental health nursing for self-harming refugees and asylum seekers. *International Journal of Mental Health Nursing* 14, 196-201.
- Procter NG. 2006. "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. 2011. Providing mental health support for protection visa applicants in Australian immigration detention: partnering mental health support and migration law consultation. *Psychiatry, Psychology and Law* 18(3), 460-465.
- Pumariega AJ, Rothe E & Pumariega JB. 2005. Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal* 41(5), 581-597.
- Purnell L. 2000. A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing* 11(1), 40-46.
- Purnell LD. 2002. The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3), 193-196.
- Purnell LD. 2012. *Transcultural health care. A Culturally competent approach*. Fourth edition. F: A: Davies Company, Philadelphia.
- Quickfall J. 2004. Developing a model for culturally competent primary care nursing for asylum applicants and refugees in Scotland: a review of the literature. *Diversity in Health and Social Care* 1, 53-64.
- Racine-Welch T & Welch M. 2000. Listening for the sounds of silence: a nursing consideration of caring for the politically tortured. *Nursing Inquiry* 7, 136-141.

Rashidi A & Rajaram SS. 2001. Culture care conflicts among Asian-Islamic immigrant women in US Hospitals. *Holistic Nursing Practice* 16(1), 55–64.

Rask S, Paavonen AM, Lilja E, Koponen P, Suvisaari J, Halla T, Koskinen S & Castaneda A. 2016. Primääriperheestä erossaolo on yhteydessä somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttaja-aikuisten hyvinvointiin ja kotoutumiseen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 81(3), 273–287.

Roper JM & Shapira J. 2000. *Ethnography in nursing research*. Sage Publications, Thousand Oaks CA.

Rosenbaum JN. 1989. Depression: viewed from a transcultural nursing theoretical perspective. *Journal of Advanced Nursing* 14, 7–12.

Rosenbaum JN. 1991. The Health meanings and practices of older Greek-Canadian widows. *Journal of Advanced Nursing* 16, 1320–1327.

Ryan DA, Kelly FE & Kelly BD. 2009. Mental health among persons awaiting an asylum outcome in western countries. *International Journal of Mental Health* 38(3), 88–111.

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

Sainola-Rodriguez K & Koehn PH. 2006. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43, 47–59.

Sainola-Rodriguez K. 2009. Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto. *Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja*.

Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Jensen NK, Lamkaddem M, Puigpinos i Riera R, Kosa Z, Wihlman U, Stankunas M, Strasmayer C, Wahlbeck K, Welbel M & Priebe S. 2013. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48, 105–116.

Schreiber R. 1998. The Contexts for managing depression and its' stigma among Black West Indian Canadian women. *Journal of Advanced Nursing* 27, 510–517.

Spradley JP. 1979. *The Ethnographic interview*. Holt, Rinehart and Winston, New York.

Spradley JP. 1980. *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston, New York.

Stewart M, Simich L, Shizha E, Makumbe K & Makwarimba E. 2012. Supporting African refugees in Canada: insights from a support intervention. *Health and Social Care in the Community* 20(5), 516–527.

Strasmayer C, Wahlbeck K, Welbel M & Priebe S. 2013. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48, 105–116.

Taavela R. 1999. Maahanmuuttajien palveluiden laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet 72. Väitöskirja.

Taylor JY. 2000. Sisters of the yam: African American women's healing and self-recovery from intimate male partner violence. *Issues in Mental Health Nursing* 21(5), 515–531.

Teodorescu DS, Heir T, Sigveland J, Hauff E, Wentzel-Larsen T & Lien L. 2015. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BCM Psychology* 3(7), 1–12.

Tilastokeskus. 2014. Suomessa vakinaisesti asuvat ulkomaalaiset 31.12.2014. http://www.migri.fi/download/58101_Tilasto_ulkomaan_kansalaisista_2014.pdf?dccbdb03676d288 /Luettu 8.7.2015.

Tilastokeskus. 2016. Väestö kielen mukaan sekä ulkomaan kansalaisten määrä alueittain. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/060_vaerak_tau_107.px/table/tableViewLayout1/?rxid=8b12609a-7a94-44b0-a0ab-2ae26f89afad / Luettu 5.4.2016

Turvallisuuspolitiikka ja maanpuolustustutkimus 2015 (Koodikirja). 2016. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, Tampere.

Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestö. 2015. Mid Term Trends 2015. The UN Refugee Agency UNHCR. http://www.unhcr.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/06_service/zahlen_und_statistik/Mid-Year_Trends_2015.pdf Luettu 4.4.2016.

Vaismoradi M, Turunen H & Bondas T. 2013. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15, 398–405.

Vartiainen-Ora P. 1996. Paossa. Perusasiaa pakolaisista meillä ja muualla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.

Voyer P, Rail G, Laberge S & Purnell L. 2005. Cultural minority older women's attitudes towards medication and implications for adherence to medicine regimen. *Diversity in Health and Social Care* 2(1), 47–61.

Vydelingum V. 2006. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry* 13(1), 23–32.

Wang W & Miao X. 2001. Chinese students' concept of mental health. *Western Journal of Nursing Research* 23(3), 255–268.

Watson J. 2013. *Nursing: the Philosophy and Science of Caring (Revised Edition)*. Teoksessa Smith MC, Turkel MC, Wolf ZR. *Caring in Nursing Classics: An Essential Resource*. Springer Publishing Company, New York.

Wehbe-Alamah H. 2008. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nurse* 28, 83–97.

Williamson M & Harrison L. 2010. Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 47, 761–769.

Wilkins H. 1993. Transcultural nursing: a selective review of the literature, 1985-1991. *Journal of Advanced Nursing* 18, 602–612.

Wilson DW. 2010. Culturally competent psychiatric nursing care. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 17, 715–724.

Wittig U, Lindert J, Merbach M & Brähler E. 2008. Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry* 23(1), 1–3.

Wong JY, Tiwari A, Fong DY, Yuen KH, Humphreys J & Bullock L. 2013. Intimate partner violence, depressive symptoms, and immigrant status: does existing advocacy intervention work on abused immigrant women in the Chinese community? *Journal of Interpersonal Violence* 28(11), 2181–2202.

Zielke-Nadkarni A. 2003. The meaning of the family: lived experiences of Turkish women immigrants in Germany. *Nursing Science Quarterly* 16(2), 169–173.

22.2.2008

Hyvä Osaston Potilas,

Kerään tutkimustietoa psykiatrian osastoilla hoidossa olevilta maahanmuuttajapotilailta ja heitä hoitaneelta hoitohenkilökunnalta. Tutkimusaiheenani on maahanmuuttajapotilaiden psykiatrinen hoitotyö Suomessa kulttuurilähtöisesti tarkasteltuna.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää maahanmuuttajapotilaiden psykiatrasta hoitotyötä Suomessa kulttuurilähtöisesti. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kulttuurinmukaista psykiatrasta hoitotyötä. Tutkimuksesta muodostuu tohtorin väitöskirja Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselta. Tutkimukseni ohjaajina ovat xxxxxxxxxxxx ja xxxxxxxxxxxx Kuopion yliopistolta. Tutkimusluvan olen saanut psykiatrian tulosityksikön johtajalta. Lisäksi tutkimuksella on eettisen toimikunnan hyväksyntä.

Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla. Haastattelun kesto on noin 1-1,5 tuntia. Tarvittaessa tilaan paikalle ammattitulkin. Tutkimukseen osallistuminen mahdollistaa Teille myös palautteen antamisen hoidostanne. Hoitohenkilökunta on suostumuksellanne minuun yhteydessä ja sovimme heidän kanssaan tarkemman ajankohdan.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta mitenkään muuhun saamaanne hoitoon tai kohteluun. Tutkimuksen julkaisusta tai tutkimuksen missään vaiheessa ei käy ilmi tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys.

Tutkimukseen osallistumisesta ei koidu Teille suoraa hyötyä, mutta tutkimukseen osallistuminen lisää hoitohenkilökunnan ymmärrystä kulttuurinmukaisesta hoitotyöstä. Tämä parantaa maahanmuuttajapotilaiden hoitotyön laatua.

Osallistumisenne haastatteluun mahdollistaa hyvän kulttuurinmukaisen hoitotyön kehittämisen, joka ei onnistuisi ilman Teidän apuanne.

Kiittäen, Susanna Kallakorpi, sh, TtM, jatko-opiskelija, puh. xxx xxx xxxx, susanna.kallakorpi@xxxxx.fi

Liite 2. Saatekirje hoitajille

Hyvä osasto X:n henkilökunta,

Olen valinnut osastonne yhdeksi tutkimukseeni osallistuvista yksiköistä. Tutkimusaiheenani on maahanmuuttajapotilaiden psykiatrinen hoitotyö Suomessa kulttuurilähtöisesti tarkasteltuna.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää maahanmuuttajapotilaiden psykiatrista hoitotyötä Suomessa kulttuurilähtöisesti. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kulttuurinmukaista psykiatrista hoitotyötä. Tutkimuksesta muodostuu tohtorin väitöskirja Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Tiedonantajat muodostuvat xxxx sairaanhoitopiirin xxxx sairaaloiden psykiatristen osastojen maahanmuuttajapotilaista ja heitä hoitaneesta hoitohenkilökunnasta. Tutkimuksen kuluessa avaintiedonantajiksi valikoituvat tutkittavasta aiheesta eniten tietävät henkilöt. Haastatteluun osallistuvia tiedonantajia tulee olemaan noin 50, joista suurin osa on maahanmuuttajapotilaita ja osa heidän hoitoonsa osallistuvaa hoitohenkilökuntaa. Haastattelen ainoastaan potilaita, joiden toipuminen on edennyt riittävästi tutkimukseen osallistumiseen eli he ovat silloin jo hoidon loppuvaiheessa. Käytän etnografista tutkimusmenetelmää, jossa tietoa kerätään haastattelua ja kenttämuistiinpanoja käyttäen.

Tutkimusluvan olen saanut Psykiatrian tulosityksikön johtajalta ja hyväksynnän eettiseltä toimikunnalta. Osallistujien henkilöllisyys suojataan jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Väitöskirjassa ei mainita tarkkoja yksityiskohtia, joista tiedonantajat olisivat tunnistettavissa. Tutkimuksessa avustavia työntekijöitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Tutkimukseni ohjaajina toimivat xxxx ja xxxx Kuopion yliopistolta.

Toivon, että otatte minuun suoraan yhteyttä puhelimitse (xxx xxx xxxx) ja kerrotte kaikista maahanmuuttajapotilaistanne, jotka ovat hoitonsa loppuvaiheessa ja jotka ovat kiinnostuneita tutkimukseen osallistumisesta. Omaan usean vuoden työkokemuksen maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisesta hoitotyöstä ja pyrin luomaan haastattelutilanteista hoidollisia. Tutkimuksen kautta potilaille mahdollistuu palautteen antaminen hoidosta ja hoitokokemuksensa läpikäyminen. Tapaamiseen tilaan ammattitulkini ja yhdessä potilaan kanssa käyn tutkimukseen osallistujan oikeudet läpi. Liitän oheen potilaiden kanssa tapaamisessani läpikäytävän suostumuskirjeen sekä tutkimusluvan. Potilaan haastattelun jälkeen tiedustelen omaa halukkuuttanne tutkimukseen osallistumiseen.

Tiedonantajien osallistuminen haastatteluun mahdollistaa hyvän kulttuurinmukaisen hoitotyön kehittämisen, joka ei mahdollistuisi ilman teidän apuanne.

Kiittäen,

Susanna Kallakorpi, sh, TtM, jatko-opiskelija, susanna.kallakorpi@xxxxx.fi, Puh. xxx xxx xxxx

Liite 3. Haastatteluteemat

Taustakysymykset

Potilaille: ikä, hoitajakso, kansalaisuus, Suomessa oloaika, status, aikaisemmat psykiatriset hoitajaksot Suomessa, ulkomailla, yhteystiedot.

Hoitohenkilökunnalle: ikä, kansalaisuus, koulutus, kokemusvuodet hoitotyöstä, koulutukset kulttuureista, aikaisemmat kokemukset maahanmuuttajista/maahanmuuttajuudesta.

Kysymysten pääteemat

- ✓ Kerro itsestäsi.
- ✓ Hoitoa edeltänyt tilanne.
- ✓ Sairastumiseen johtaneet syyt.
- ✓ Sairauden ilmeneminen.
- ✓ Kokemukset hoitamisesta.
- ✓ Kokemukset hoitotyöstä.
- ✓ Kulttuurin huomioiminen hoidossa.
- ✓ Kansanparannusmenetelmät, itsehoitomenetelmät.
- ✓ Toipumisen/paranemisen aikaansaavat tekijät.
- ✓ Muutokset voinnissa.
- ✓ Sairaalahoidon jälkeinen hoito.

Liite 4. Taulukko 1. Mielenterveyttä heikentävät tekijät kotimaassa.

ELÄMÄ KOTIMAASSA

Alkuperäislainaukset	Alaluokka	Yläluokka
Ei, hän ei ole käynyt kouluja.	Kouluttamattomuus	Yhteiskunnalliset ongelmat
Silloin oli jatkuva sota ja räjähdyskiä, ei ollut mahdollisuuksia käydä kouluja.		
Paljon lapsia, ei varaa päästää kaikkia kouluun, nuorimmat jäävät kotiin auttamaan.		
Kotimaassa olin pitkään stressaantunut kun olin yrittänyt saada rahaa ja ruokaa lapsille.	Köyhyys	
Piti löytää rahaa ja elättää perhe, paljon ongelmia perheen elättämisen kanssa.		
Elin köyhissä olosuhteissa kotimaassa, iso perhe, maassa pitkään ollut sota, korruptoitunut maa, siellä on hyvin vaikea elää		
Koulussakin minulla oli koko ajan pelkoja.	Turvaton lapsuus	Traumaattiset kokemukset
This started when I was four years I wake up in the morning and look for my mother		
I could never be a child.		
Hallitus (maa poistettu) kidutti uhreja, kun hän oli 15-vuotias niin häntä roikotettiin jaloista ja hakattiin, kynsiä irrotettiin.	Kidutukset	
Kolmeen kuukauteen siitä ei kuulunu mitään. Sitä oli kidutettu kolme kuukautta ja lopuksi ammuttu päähän.		
Kiduttivat minua.		
Sen takia minut monesti pidätettiin siellä ja kidutettiin.	Pidätykset	
Mulla on eno joka sodan aikana joutui vangiksi (maa poistettu). Häntä ei ole löydetty vielä.		
Se on hävinnyt.		
Kymmenen vuotta istui vankilassa. Se sanoi, että se oli ihan kauhee vankila.	Murhat	
Tällä hetkellä pikkuveljeni on siellä pidätettynä		
Eno kenen luona kävi, se ammuttiin sen omassa pihassa päähän		
Äitini auttoi minua karkaamaan sen miehen kanssa ja äitini sai surmansa isäni käsillä.		

Se halus olla mun seurassa, jos mä en ois lähtenyt, niin ei hänkään olis..	Kuolemat	
Mä muistan kun mun sisko kuoli ja isoisä kuoli		
Kesäaikana koin paljon kaikenlaisia traumaattisia asioita uudelleen		
Oli pyytänyt minun isältäni että antaisi meille, minulle anteeksi, hän sanoi ettei anna anteeksi, oli halunnut tappaa sekä minut että mieheni		
Sodan takia me muutettiin sieltä	Sota	
Jos ei olis ollut sotaa niin ei me varmaan oltais muutettu sieltä mihinkään.		
Me ollaan palaamassa sit jos sota loppuu		
Kyl mä sodas näin, sit kun ihmiset ampuu, niin ihmiset kuolee.		
Silloin kun me lähetettiin sieltä, me lähetettiin sisällissodan aikana karkuun.		
Mä olin seitsemän vuotias, kun ne taisteli hallitsijaa (nimi poistettu) vastaan oman alueen ottamisesta ja silloin oli pako vuorille, kävellen paettiin monta päivää.		
Nähtiin kuolemia, kun ihmiset kuolee ja kantaa ruumiita		
Sen jälkeen mä muistan kaikki mitä meillä oli kun me jouduttiin lähtee karkuun kun oli sota		
Olen matkustanut pitkän ja raskaan matkan.		

Liite 5. Taulukko 3. Psykiatrasta hoitoa koskevat kansainväliset ja kansalliset hoitotieteen ja lähitieteiden tutkimukset monikulttuurisesta näkökulmasta vuosilta 1992–2006.

Tutkijat, julkaisuvuosi, otsikko, maa	Tarkoitus, aineistot ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Arthur D., Chan H. K., Fung W. Y., Wong K. Y. & Yeung K. W. 1999. Therapeutic communication strategies used by Hong Kong mental health nurses with their Chinese clients. Kiina.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatristen sairaanhoitajien käyttämiä terapeuttisia kommunikaatiostrategioita kiinalaisten asiakkaiden kanssa Hong Kongissa.</p> <p>Laadullinen tutkimus. Otos koostui kahden psykiatrisen sairaalan 10 vastaanotto-osaston sairaanhoitajasta ja 10 kotisairaanhoitajasta.</p>	<p>Tulokset osoittivat kommunikaatiotavoissa ilmenevän ainutkertaisen kulttuurillisen vaikutuksen. Aineistosta ilmeni kolme käytettyä strategiaa, jotka olivat tukeva-ilmaiseva, analyyttinen ja konsultatiivinen strategia. Parhaimmiksi hoitotyön auttamiskeinoiksi muodostuivat: asiakkaan voimavaraistaminen (ongelman ratkaisu, kyky ja tieto), kulttuurinen tietoisuus (feng shui, äiti-poika -suhde ja aviosuhteet), 'psykologisperustaiset' keinot (neuvonta, ventilointi, tuki, rauhoittelu), sosiaaliset ja yhteisölliset resurssit (tukiryhmä, ystävät, tukipalvelut) ja perhelähtöisyys (perheterapia ja perhetapaamiset). Vuorovaikutusta vaikeuttaviksi tekijöiksi mainittiin kiinalaisten tunneilmaisu, joka vaikeutti ongelmien tunnistamista.</p> <p>Johtopäätökset: Kiinalaiset asiakkaat hyötyisivät, mikäli hoitajat käyttäisivät kulttuurisidonnaisia kommunikaatiostrategioita.</p>
<p>Ailinger R. L., Zamora L. & Benavides C. 2004. Herbal remedies in a Nicaraguan Barrio. Nicaragua.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää yrtilääkityksen käyttöä tavanomaisten sairauksien hoidossa Managuassa, Nicaraguassa.</p> <p>Sekä määrällinen että laadullinen tutkimus. Tämän aineiston keruuta edelsi useamman vuoden etnografinen kenttävaihe. Satunnaisotoksella valittiin 27 nicaragualaista haastateltavaa, joista kaksi oli miehiä ja loput naisia.</p>	<p>78% talouksista raportoi yrtilääkityksen käyttämisestä. Yleisimmät yrtilääkkeet olivat eucaliptus siirappi tai tee (62%), sitruunaruohotee (57%), cashew kukkatee (29%), kanelitee (19%) ja kamomillatee (14%). Näitä käytettiin hengitystieinfektioiden hoitoon. Yrtilääkitystä käytettiin myös astmaan, kipuun ja korvatulehdukseen. Käytössä ei havaittu eroavaisuuksia iän tai koulutuksen osalta.</p> <p>Johtopäätökset: tullakseen kulttuurisesti kompetentiksi hoitajien tulee lisätä tietouttaan maahanmuuttaja-asiakkaidensa terveyskäytännöistä.</p>

<p>Ashencaen Crabtree S. 2003. Asylum blues: staff attitudes towards psychiatric nursing in Sarawak, East Malaysia. Malesia.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää Itä-Malesian psykiatrisen sairaalan työntekijöiden näkemyksiä psykiatrisista potilaista, työolosuhteista ja työn riskeistä.</p> <p>Laadullinen, etnografinen tutkimus. Aineisto kerättiin havainnoiden, potilaiden hoitokertomuksista ja haastatteluin (strukturoiduista ja ~45 puolistrukturoitua haastattelua).</p>	<p>Työskentely psykiatrisessa sairaalassa koettiin voimakkaasti työntekijöitä negatiivisesti leimaavaksi, eikä työ tarjonnut hyviä ammatillisia näköaloja tai henkilökohtaista työtyytyväisyyttä. Nais- ja mieshoitajien työtehtävien jakaantuminen oli epätasa-arvoista. Henkilökuntaresurssit olivat selvästi alle WHO:n suositusten. Näkemys potilaista oli stereotyyppinen ja etnistä vähemmistöä kohtaan esiintyi rasistisia ajatuksia. Henkilökunta kohtasi usein väkivaltaa potilaiden taholta. Tämä aiheutti ahdistuneisuutta, mikä esti ystävällisen ja luottamuksellisen suhteen syntymisen potilaiden ja hoitajien välille. Sairaala nähtiin enemmän majoituksen mahdollistavana turvapaikkana kuin hoitoa tarjoavana laitoksena.</p>
<p>Berlin A., Johansson S.-E. & Törnqvist L. 2006. Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – primary child health nurses' opinions. Ruotsi.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää lastensairaanhoitajien näkemyksiä työolosuhteistaan ja kulttuurisesta kompetenssista ollessaan vuorovaikutuksessa toisesta syntyperästä olevien lasten ja heidän vanhempiensa kanssa.</p> <p>Määrällinen tutkimus. 270 lastensairaanhoitajaa Tukholmasta, Ruotsista vastasi kyselylomakkeeseen.</p>	<p>Moni lastensairaanhoitaja raportoi riittämättömistä työolosuhteista ja tyytymättömyydestä terveydenhuollon laatuun. Heiltä puuttuivat kirjalliset ohjeet, tuki ja apu. Suurin osa (84%) koki vaikeuksia vuorovaikutuksessa toisesta syntyperästä olevien lasten ja heidän vanhempiensa kanssa. Monella sairaanhoitajalla ei ollut muodollista koulutusta kulttuurisesta kompetenssista. Suurin osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että heidän muodollinen ja kliininen kulttuurinen kompetenssinsa oli riittämätön.</p>
<p>Bischoff A., Bovier P. A., Isah R., Francoise G., Ariel E. & Louis L. 2003. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. Sveitsi.</p>	<p>Tavoitteena oli selvittää vaikuttivatko kielimuurit arviointihaastattelussa turvapaikanhakijoiden terveysongelmista raportoimiseen ja jatkohoitoon ohjaamiseen.</p> <p>Aineisto koostui 723 hoitajan turvapaikanhakijoista täyttämästä arviointihaastattelulomakkeesta, jotka oli täytetty kesä-</p>	<p>Hoitajat ohjasivat 36% kaikista vastaanotolla käyneistä turvapaikanhakijoista somaattiseen jatkohoitoon ja 6% psyykkiseen jatkohoitoon. Ammattitulkkeja käytettiin 8% tapaamisissa ja muita tulkkeja 16%. Riittävä kielitaito raportoitiin 54%, osittainen 27% ja riittämätön 18%. Riittävä kielitaito korreloi selvästi raportoitujen traumaattisten kokemusten ja vakavien psykologisten oireiden kanssa. Riittämätön kielitaito korreloi vähäiseen psyykkiseen jatkohoitoon</p>

	<p>joulukuun välillä 1998 Genevessä, Sveitsissä. Aineistoon sisältyi myös hoitajan arviot käytetystä kielitaidosta, tulkin tarpeesta sekä käytetyn tulkkauksen laadusta.</p>	<p>lähettämisen kanssa.</p> <p>Johtopäätökset: Ammattitulkin käyttöä suositellaan, jotta voidaan riittävästi selvittää turvapaikanhakijoiden/pakolaisten traumaattiset kokemukset ja järjestää heille jatkohoitoa.</p>
<p>Burnard P & Naiyapatana W. 2004. Culture and communication in Thai nursing: a report of an ethnographic study. Thaimaa.</p>	<p>Tavoitteena oli selvittää, miten thaimaalainen kulttuuri vaikuttaa kommunikaatiotapoihin thaimaalaisessa hoitotyössä ja koulutuksessa.</p> <p>Laadullinen, etnografinen menetelmä. Aineisto kerättiin haastattelemalla, havainnoiden, keskustellen ja aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Haastatteluun osallistui yhteensä 14 thaimaalaista sairaanhoitajaa ja hoitotyön kouluttajaa. Aineisto analysoitiin laadullisella tietokonepohjaisella analysointiohjelmalla.</p>	<p>Buddhalaisen uskonnon merkitys näkyi hoidossa. Khwan on elävä henki ("elämän voima"), joka poistuu potilaan kehosta sairauden tai shokin takia. Hoitaja pystyy auttamaan rohkaisemalla potilasta pyytämään sukulaisia vierailulle, jolloin khwan palaa. Hyvän tekeminen (esim. potilaalle kukan tuominen, temppelissä käynti tai lahja munkeille) helpottaa oman tai muiden karman (pahan ja hyvän) tasapainon saavuttamista. Sairaus, erityisesti mielisairaus, aiheutuu pahasta karmasta, joko nykyisen tai menneen elämän. Hoitotyö ei ole hyvän tekemistä tässä mielessä, vaan se nähdään ammattina ja urana. Buddhalaisuuteen kuuluu ikääntymisen, kuoleamisen ja kivun hyväksyminen sekä vanhempien ja "ylempien" henkilöiden kunnioittaminen. Kreng-jai (muiden kuin omien ongelmien murehtiminen) vaikeuttaa potilaiden auttamista. Ujous ja kreng-jai saattavat estää potilaita selventämästä lääkäreiden ohjeita, vaikeivat he niitä ymmärtäisi. Thaimaalaiset ihmiset ovat kohteliaita, hymyileviä ja epäsuoria, mikä vaikeuttaa toisinaan heidän sanomansa ymmärtämistä. He välttävät katsekontaktia erityisesti sukupuolten tai eriarvoisten välillä. Buddhalaisuus vähentää ihmisten halua puhua tunteistaan, koska ihmisten tulisi hyväksyä asiat eikä käsitellä ongelmiaan. Thaimaalaiset eivät näytä tunteitaan julkisesti. Sairaanhoitajien koulutuksessa opettajaa arvostetaan ja hänen oppiansa kyseenalaistaminen merkitsisi molempien kasvojen menetystä.</p>

<p>Cioffi J. 2004. Caring for women from culturally diverse backgrounds: midwives' experiences. Australia.</p>	<p>Tarkoituksena oli esittää, kuinka kätilöt hoitivat toisesta kulttuurista olevia naisia.</p> <p>Laadullinen tutkimusmenetelmä. 12 kätilöä osallistui syvähaastatteluun.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että kätilöt säilyttivät ja mukauttivat kiinalais- ja islamtaustaisten naisten kulttuurillisia mieltymyksiä hoidossa. Kiinalaisten osalta he sisällyttivät hoitoon yin ja yang -ajattelua (voimien tasapainottaminen mm. kuumia juomia ja suihkuja tarjoamalla), huomioivat äidillisen hierarkian ja naisten stooalaisuuden (kohtaloon alistuva tyyneys): erityistarkkaavaisuus kivun ilmenemisessä. Islamtaustaisten naisten hoidossa kätilöt huomioivat vaatimattomuuden (hiusten ja vartalon peittäminen) ja sukupuolimieltymykset (naispotilas – naislääkäri), päivittäiset rukouskäytännöt (mm. puhtaus), vierailijoiden välttämättömyyden. Kätilöt neuvottelivat hoidosta, joka olisi kulttuurillisesti miellyttävä potilaille ja heidän perheilleen.</p> <p>Suosituksien mukaan tarvitaan triangulaatiotutkimuksia kätiöiden ja toisesta kulttuurista olevien yhteistyösuhteesta sekä terveydenhuollon kehittämistä nykyistä kulttuurisensitiivisemmäksi.</p>
<p>Conner N. E. & Sanzero Eller L. 2004. Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans. Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kristittyjen Amerikassa asuvien afrikkalaisten hengellisiä näkökulmia ja tarpeita sairaalassa sekä toivottuja hoitotyön interventioita.</p> <p>Tutkimusmenetelmä oli kuvaileva ja korreloiva. Tutkimukseen osallistuneet (n=44) löydettiin Amerikassa asuvien afrikkalaisten kirkkojen kautta. Aineisto analysoitiin määrällisesti ja laadullisesti.</p>	<p>Suurin osa vastaajista (71%) kertoi omaavansa hengellisiä tarpeita sairaalassa ollessaan. He kuvailivat hengellisiä tarpeitaan yhteydellä Jumalaan, yhteydellä toisiin ja itseen. Hoitotyön interventioilta toivottiin osallistumista hengellisiin aktiviteetteihin ((n=41), hoitoa (n=27), huolenpitoa (n=13), rauhoittelua/lohdutusta (n=9), hengellisen hoidonantajan roolin tunnistamista (n=7) ja toteuttaa hoitoa monipuolisesti (n=3).</p>
<p>Conrad M. M. & Pacquiao D. F. 2005. Manifestation, attribution, and coping with</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kulttuurin vaikutuksia masennukseen ja hoitotuloksiin Aasian intialaisten kohdalla.</p>	<p>Tulokset paljastivat sosiaalisen ja kulttuurisen kontekstin valtaisan vaikutuksen oireiden ilmaisussa, sairaudessa, avun hakemisessa sekä kommunikaatiotavoissa. Uskonnolliset uskomukset ja</p>

<p>depression among Asian Indians from the perspectives of health care practitioners. Yhdysvallat.</p>	<p>Aineisto kerättiin haastattelemalla 23 moniammatillista mielenterveystyöntekijää sekä tarkastelemalla 20 potilaan hoitokertomuksia</p>	<p>sosiaalinen stigma oli yhteydessä mielisairauteen, mihin liittyi sairauden pitkäkestoinen kieltäminen, vaikeus jakaa tunne-elämän ongelmia ammattihenkilöstön kanssa sekä pitkittynyt ammatillisen avun saaminen. Perinteinen pernehierarkia liittyen ikään ja sukupuoleen aiheutti epätasa-arvoiset mahdollisuudet avunpiiriin hakeutumisessa sekä aiheutti korostuneet perhekonfliktit ja perheen hitaan sopeutumisen Yhdysvaltoihin muuttamisen jälkeen.</p>
<p>Cortis J. D. 2004. Meeting the needs of minority ethnic patients. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia pakistanilaisten potilaiden hoidosta Iso-Britanniassa.</p> <p>Laadullinen tutkimus, jossa 30 sairaanhoitajaa osallistui puoli-strukturoituun haastatteluun.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajien oli vaikeaa selittää kulttuurin ja hengellisyiden merkitystä hoidossa. Heillä oli rajoittunut ymmärrys pakistanilaisuudesta. Holistisuuden soveltaminen käytäntöön oli riittämätön. Etnisesti erilaisten potilaiden tarpeisiin vastaaminen oli heikkoa. Lisäksi hoitajilla esiintyi rasistista ajattelua.</p> <p>Johtopäätökset: Holismi on relevantti käsite hoitotyössä, mutta sen merkitys vaatii selventämistä, jotta se toteutuisi etnisten vähemmistöjen hoitotyössä.</p>
<p>Crowley J. J. 1992. Mental health, race and ethnicity: a retrospective study of the care of ethnic minorities and whites in a psychiatric unit. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Englannissa asuvien afro-karibialaisten ja aasialaisten jatkohoitojärjestelyitä psykiatrisesta sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja kuinka moni aloitti jatkohoitonsa avoterveydenhuollossa sekä kerätä demografista aineistoa psykiatristen potilaiden diagnooseista, huumeiden käytöstä, tulosyystä, hoitoajasta ja työllisyystilanteesta hoitoon saavuttaessa.</p> <p>Määrällinen retrospektiivinen tapaustutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin</p>	<p>Tulokset osoittivat merkittävää eroa afro-karibialaisten ja muiden kohdalla diagnoosissa, huumeiden käytössä, hoitoon tulosyyn osalta ja hoitoajassa. Afro-karibialaiset olivat neljä kertaa enemmän tahdonvastaisessa hoidossa kuin valkoihoiset ja kolme kertaa enemmän kuin aasialaiset. Afro-karibialaisilla oli diagnoosina psykoosi 81,6% kun taas valkoihoisilla 38,7%. Afro-karibialaisten hoitoaika oli lähes kaksinkertainen kuin valkoihoisilla.</p>

	77 hoidossa olleelta afro-karibialaiselta ja aasialaiselta potilaalta ja verrattiin aineistoa 75 valkoihoisten potilaiden kanssa (n=152). Aineisto analysoitiin SPSS -ohjelmalla.	
Dicicco-Bloom B. & Cohen D. 2003. Home care nurses: a study of the occurrence of culturally competent care. Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, kuinka kotisairaanhoidajat suuntaavat ja hallitsevat kulttuuriset tekijät kotikäynneillään. 14 kotisairaanhoidajaa havainnointiin potilastyössään, jonka jälkeen he osallistuivat haastatteluihin.	Sairaanhoitajat käyttivät strategioita, joilla välttyivät potilaiden erilaisten kulttuuritaustojen käsittelemiseltä. Heidän työnsä pyrki vähentämään potilaiden kulttuurillisia käytäntöjä ja uskomuksia. Johtopäätökset: Kulttuurisesti kompetentin terveydenhuollon eteen on tehtävä työtä ja yhdistettävä siltä osin teoriaa ja käytäntöä.
Dijkstra A., Coleman M., Tomas C., Välimäki M. & Dassen T. 2003. Cross-cultural psychometric testing of the Care Dependency Scale with data. Suomi, Espanja, Iso-Britannia.	Tämän kansainvälisen tutkimuksen tavoitteena oli verrata Care Dependency Scale (CDS):n psykometrisiä ominaisuuksia analyoimalla Suomesta, Espanjasta ja Englannista kerättyä aineistoa. Suomalaiset, espanjalaiset ja englantilaiset tutkimusinstrumentit olivat käänös alkuperäisestä tanskalaisesta CDS:stä. Psykometrinen evaluaatio tehtiin kussakin maassa erikseen sekä näissä kaikissa kolmessa maassa yhdessä. Otos oli 378 ikääntyvää potilasta.	Tulokset näiden kaikkien kolmen maan osalta osoittivat enemmän yhteneväisyyksiä kuin eroavaisuuksia psykometrisessä arvioinnissa. Näin ollen CDS:ää voidaan käyttää hoidon riippuvuuden arviointiin useissa maissa.
Doorenbos A. Z., Schim A. M., Benkert R. & Borse N. N. 2005. Psychometric evaluation of the cultural competence assessment instrument among healthcare providers. Yhdysvallat.	Tarkoituksena tutkia kulttuurisen kompetenssin arviointimittarin (CCA) reliabiliteettia ja validiteettia terveydenhuollon työntekijöillä (n=51 & n=405).	Tulokset osoittivat, että CCA -mittari on potentiaalinen mittaamaan terveydenhuollon työntekijöiden kulttuurista kompetenssia.

<p>Drennan V. M. & Joseph J. 2005. Health visiting and refugee families: issues in professional practice. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Lontoossa pakolaisperheiden kanssa työskentelevien terveydenhoitajien näkemyksiä työstään.</p> <p>Laadullinen tutkimus. Puolistrukturoituun haastatteluun osallistui 13 terveydenhoitajaa, joilla oli kokemusta työskentelystä pakolaisnaisten ja perheiden kanssa.</p>	<p>Terveydenhoitajien työstä löytyi rakenteellisia haasteita, jotka estivät terveyttä edistävät suhteen kehittymistä pakolaisnaisten kanssa. Väliaikaisasunnoissa asuvien pakolaisperheiden kohdalla terveydenhoitajat joutuivat priorisoimaan lasten perustarpeet ensisijalle. Terveydenhoitajat olivat tietoisia naisten henkisistä tarpeista ja heillä oli strategioita, joilla niihin voisi vastata, mikäli olosuhteet olisivat vakaammat.</p>
<p>Edge D. 2004. Perinatal depression among black Caribbean women. Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida raskauden aikaisen ja synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyyttä ja verrata Englannissa asuvien syntyperäisten ja karibialaisten tuloksia keskenään.</p> <p>Määrällinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 101 Englannissa asuvaa karibialaista ja 200 syntyperäistä naista. He täyttivät Edinburg Postnatal Depression Scale:n (EPDS).</p>	<p>Karibialaiset naiset olivat englantilaisia naisia vähemmän masentuneita raskauden aikana. Yhtäläiset tulokset he saivat synnytyksen jälkeisen masennuksen osalta, mutta karibialaiset saivat masennukseensa englantilaisia vähemmän hoitoa. Tulokset osoittivat merkittävää eroa karibialaisten ja englantilaisten uskomuksissa ja asenteissa, jotka vaikuttivat avunpiiriin hakeutumiseen. Alhaiset lukemat masennuksen oireiden osalta saattavat liittyä mielisairauden käsite-eroavaisuuksiin sekä luottamuksen puutteeseen mielenterveyspalveluiden kohtaan.</p> <p>Johtopäätökset: karibialaisten etninen tausta on tärkeä ulottuvuus, kun pyritään ymmärtämään mielisairautta.</p>
<p>Ehrmin J. T. (2005) Dimensions of culture care for substance-dependent African American women. Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihderiippuvaisten Amerikassa asuvien afrikkalaisten hoidon merkityksiä ja ilmaisuja.</p> <p>Laadullinen etnonursing tutkimus. Tutkimukseen osallistui 12 avaintiedonantajaa ja 18 muuta tiedonantajaa. Tutkimus käsitteellistettiin Leiningerin kulttuurilähtöisen hoidon teoriolla. Ainaisto kerättiin havainnoiden ja</p>	<p>Tulokset sisälsivät neljä universaalista hoitoteemaa: Sukupuoli-/kulttuurispesifiset hoidon tarpeet, jotka olivat yhteydessä sosiaaliseen rakenteeseen, etnohistoria ja kulttuurinen konteksti. Nämä teemat vaikuttivat naisten terveyteen ja hyvinvointiin heidän toipuessaan.</p>

	fokusoiduilla syvähaastatteluilla.	
Elderkin-Thompson V., Silver R. C. & Waitzkin H. 2001. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking in a US primary care setting. Yhdysvallat.	Tarkoituksena oli tutkia, tulkiksi kouluttautumattomien kaksikielisten sairaanhoitajien tulkkauksen luotettavuutta. Laadullinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 21 espanjaa puhuvaa kalifornialaista sairaanhoitajaa, jotka tulkkasivat lääkärin vastaanotolla.	Onnistuneissa tulkkauksissa sairaanhoitajat käänivät tarkasti potilaiden puheenvuorot. Onnistuneissa tapauksissa lääkäri tiivistä ajoittain näkemyksen ongelmasta takaisin kääntämistä ja potilaan vahvistamista varten. Kuitenkin noin puolessa kaikista tulkkauksista oli vakavia väärinymmärryksiä oireissa tai potilaiden huolen aiheissa. Johtopäätökset: Tulkeiksi kouluttamattomien sairaanhoitajien tulkkauksessa esiintyi usein virheitä, mikä aiheutti lääkärin virheelliset tulkinnat potilaiden huolenaiheista ja oireista.
El-Nimr G., Green L. L. & Salib E. 2004. Spiritual care in psychiatry: Professionals' views. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia mielenterveystyöntekijöiden ja yleislääkäreiden (GPs) hoidossa esiintyvää hengellisyyttä sekä persoonallisten ja kulttuurillisten tekijöiden näkymistä siinä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, jotka postitettiin sairaalan hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille sekä kaikille yleislääkäreille tietyn sairaala-alueen läheisyydessä Englannissa.	45% yleislääkäreistä, 33% psykiatreista ja 76% hoitohenkilöstöstä olivat sitä mieltä, että ihmiset ovat yhtä lailla hengellisiä kuin ruumiillisia olentoja. Hoitajat olivat eniten sitä mieltä, että hengellinen hoito on yhtä olennaista kuin muu hoito (52%). Psykiatreilla vastaava tulos oli 33 % ja yleislääkäreillä 29%. Ammattilaisten näkemyksiin vaikutti kulttuurilliset ja uskonnolliset taustat. Englannin ulkopuolella syntyneet olivat merkittävästi muita enemmän sitä mieltä, että kaikilla ihmisillä on hengellinen komponentti.
Erickson D'Avanzo & Barab S. A. 1998. Depression and anxiety among Cambodian refugee women in France and United States. Ranska ja Yhdysvallat.	Tarkoituksena oli selvittää Ranskassa ja Yhdysvalloissa asuvien kampuosealaisten pakolaisten masennuksen ja ahdistuksen esiintymistä. Määrällinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 155 kampuosealaista pakolaista, joita haastateltiin heidän kotonaan Yhdysvalloissa ja Ranskassa. Demografiset tiedot kerättiin fokusoidulla haastattelulla ja tämän lisäksi täytettiin Hopkins	Ranskassa asuvat kampuosealaiset naiset (87%) ilmoittavat merkittävästi enemmän masennuksen oireita kuin Yhdysvalloissa asuvat (65%). Tähän tutkimukseen osallistuneet naiset raportoivat kolme kertaa enemmän masennuksesta kuin Amerikassa asuvat naiset keskimäärin. 82% :lla kampuosealaisista naisista molemmissa maissa esiintyi ahdistusta. Molemmat ryhmät kokivat voimakkaita oireita kulttuurisidonnaisesta "khoucherang" syndroomasta.

	Symptom Checklist (HSCL) masennuksen ja ahdistuneisuuden kartoittamiseksi.	
Gary F. A. & Yarandi H. N. 2004. Depression among Southern rural African American Women. Yhdysvallat.	Tarkoituksena oli määrittellä Beck:n masennustestin faktorirakenne afrikkalaisilta naisilta kerätyn aineiston avulla. Määrällinen tutkimus. 206 Amerikassa asuvan afrikkalaisen naisen haastattelu.	Beck'in Depression Inventory II:ssa tuloksena oli kaksi faktorinen lopputulos. Pessimismi ja arvottomuuden oireet latautuivat voimakkaasti ensimmäiseen faktoriin (kognitiiviseen). Toinen esiin nousut faktori selitti masennuksen somaattis-affektiivisiä oireita. Tässä faktori latautui voimakkaasti väsymyksen ja energian menetyksen kohdalla. Johtopäätökset: käytetty Beckin testi kertoo Amerikassa asuvien afrikkalaisten masennuksen oireista.
Gerrish K. 2000. Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society. Iso-Britannia.	Tarkoituksena oli selvittää, kuinka sairaanhoitajat käsitteellistävät ja harjoittavat yksilöllistä hoitoa. Laadullinen etnografinen tutkimus, toinen osatutkimus. Aineisto kerättiin osallistuvalla havainnoinnilla kuudelta hoitotyön tiimiltä. Näistä valittiin neljä tiimiä, joista kahdella oli paljon etniseen vähemmistöön kuuluvia asiakkaita ja toisella enemmistöön kuuluvia.	Kuusi yksilövastuiseen hoitotyön periaatetta olivat: yksilöllisyyden kunnioitus, kokonaisvaltainen hoito, hoitotyön tarpeisiin keskittyminen, itsenäisyyden edistäminen, kumppanuus ja hoidosta neuvottelu. Hoitotyön sisäisen johdonmukaisuuden puute (yksilöllisyyden periaatteet versus käytäntö), säännösten vaikutukset hoidon antamiseen ja hoitajien kontrollin ulkopuolella olevat tekijät sopeutettiin ja työstettiin uudelleen jokapäiväiseen hoitotyöhön soveltuvaksi.
Gerrish K. 2001. The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, kuinka yksilöllistä hoitoa ohjaavat säännöt muokattiin käytäntöön soveltuviksi ja miten niitä sovellettiin erilaisesta etnisestä taustoista olevien potilaiden hoidossa. Laadullinen etnografinen tutkimus, toinen osatutkimus. Aineisto kerättiin Englannissa syvähaastattelemalla johtajia sekä analysoitiin säännötdokumentteja ja potilastapauksia.	Yli puolet etelä-aasialaisista potilaista ymmärsi vähän tai ei ollenkaan englanninkieltä ja heistä vähiten englantia puhuivat naiset ja ikääntyneet. Ammattitulkkeja käytettiin vähän ja tulkkeina käytettiin usein perheenjäseniä. Kielivaikeudet viittaavat siihen, että hoito-ohjeiden sisältöjä ei täysin ymmärretty. Potilaiden psykologinen tukeminen oli erittäin vähäistä. Joidenkin potilaiden jatkokäynneille ei ollut tulkkeja läsnä, mikä aiheutti hoitajien jatkuvan tarvearviointiin. Johtopäätökset: tulokset aiheuttavat huolen hoidon laadusta, mikäli

		potilaat eivät osaa puhua englantia. Kielitaidottomuus ei pitäisi olla kunnollisen ja tehokkaan hoidon saamisen este. Sairaanhoidtajien tulee hyväksyä vastuunsa tarjota yhtäläisiä palveluita myös vieraankielisille potilaille.
Gorman D., Brough M. & Ramirez E. 2003. How young people from culturally and linguistically diverse backgrounds experience mental health: Some insights for mental health nurses. Australia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kulttuurillisesti ja kielellisesti vähemmistöön kuuluvien nuorten sekä hoitajien ja palveluiden tuottajien kokemuksia nuorten mielenterveyteen liittyen. Laadulliseen haastatteluun osallistui 123 kulttuurillisesti ja kielellisesti vähemmistöön kuuluvaa nuorta, 41 hoitajaa ja 14 mielenterveystyöntekijää Australiasta.	Kulttuurillisesti ja kielellisesti vähemmistöön kuuluvat nuoret käyttivät elämässään useita selviytymiskeinoja. He tunnistivat omien läheistensä ja yhteisön verkostot sosiaalisina ja emotionaalisina resursseina. Nuoret etsivät apua helpommin läheisiltään kuin virallisista terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista.
Griffiths R., Emrys E., Lamb C. F., Eagar S. & Smith M. 2003. Operation safe haven: the need of nurses caring for refugees. Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää pakolaislapsia ja heidän perheitään hoitavien hoitajien ja kätilöiden ammatilliset tarpeet sekä hoitajien tarvitsema tuki palatessaan töihin terveyspalveluihin Safe Haven operaatiosta 14 kuukauden poissaolon jälkeen. Tutkimukseen kutsuttiin kaikki sairaanhoitajat ja kätilöt (n=87), jotka työskentelivät Kosovon ja Itä-Timorin pakolaisiin keskittyvässä operaatiossa Safe Haven 1999-2000. Heistä 13 sairaanhoitajaa ja yksi toimistotyöntekijä osallistui fokuksittuihin ryhmähaastatteluihin ja kaksi hoitotyön johtajaa osallistui lisäksi syvähaastatteluun. Moniammatillinen tutkimustiimi analysoi tulokset laadullisella teema-analyysillä.	Hoitajat kokivat tarvitsevansa tietoa a) pakolaisten terveydentilasta, b) kulttuurisesti soveltuvasta ja trauma-sensitiivisestä hoidosta, c) edunajajana toimimisesta. Hoitajat ilmaisivat työssään stressaaviksi tekijöiksi pakolaisten traumaattiset kokemukset (altistivat sekundaariselle traumatisoitumiselle), kulttuureihin liittyvät eettiset eroavaisuudet (esim. naisten ja lasten oikeudet), ulkoapäin tulevat rasistiset ennakkoluulot, valtava työmäärä ja puuttuva tuki ammatillisen eristäytyneisyyden vuoksi. Hoitajien käyttämiä selviytymisstrategioita olivat positiivisiin puoliin keskittyminen, muilta saama tuki sekä työnohjaus. Työn palkitsevia puolia olivat työn itsenäisyys, merkityksellisyys sekä työskentely hyvässä työyhteisössä.

<p>Hines-Martin V., Brown-Piper A., Kim S. & Malone M. 2003. Enabling factors of mental health service use among African Americans. Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mikä vaikutti Amerikassa asuvien afrikkalaisten vapaaehtoisesti ensi kertaa mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen.</p> <p>Laadullinen grounded teoria -menetelmä. Tutkimus on osa laajempaa tutkimuskokonaisuutta. Tähän osallistui 24 aikuista Amerikassa asuvaa afrikkalaista.</p>	<p>Mielenterveyspalveluihin hakeutumista edistivät kolme tekijää: perhe, muut merkittävät henkilöt (ystävät, työtoverit, sosiaalipalveluiden työntekijät, aikaisemmin mielenterveyspalveluita käyttäneet henkilöt) ja uskomukset (uskonto).</p>
<p>Hsiao F.-H., Lin S.-M., Liao H.-Y. & Lai M.-C. 2004. Chinese inpatients' subjective experiences of the helping process as viewed through examination of a nurses' focused, structured therapy group. Kiina.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia kiinalaisten potilaiden näkemyksiä, millä tavoin sairaanhoitajan fokuoitu, strukturoitu ryhmäterapia auttoi heidän psykologisissa ja ihmissuhde -ongelmissa sekä miten traditionaaliset kiinalaiset kulttuuriarvot vaikuttivat heidän näkemyksiinsä.</p> <p>Laadullinen tutkimus. Yhdeksän kiinalaista psykiatrista potilasta osallistui neljä kertaa kokoontuvaan hoitajan vetämään ryhmäterapiaan. Viimeisen ryhmäterapiakerran jälkeen he osallistuivat strukturoituun ja puolistrukturoituun haastatteluun. Puolistrukturoidut haastattelut analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Potilaat olivat sitä mieltä, että ryhmäterapia paransi heidän elämänlaatuaan ja ihmissuhteiden tuntemusta. Traditionaaliset kulttuuriarvot (korostavat ihmissuhteiden harmonian ylläpitoa) vaikuttivat potilaiden tapaan ilmaista negatiivisia tunteita ryhmässä ja heidän motivaatioonsa ihmissuhteiden oppimiseen.</p> <p>Johtopäätökset: länsimaalaisen terapian transkulttuurinen modifiointi, jossa huomioitiin kiinalaisten kulttuuria oli tarpeen. Modifiointi sisälsi yhteisöllisyyden tunteen luomisen terapiaryhmään ("me-henki"), lämmittelytehtävien organisoimista ja strukturoitujen aktiviteettien ja suojaavien menetelmien lisäämistä sekä fokuoimista aiheet ihmissuhdeongelmiin.</p>
<p>Hsiao F.-H., Klimidis S., Minas H. I. & Tan E. S. 2006. Folk concepts of mental disorders among Chinese-Australian patients and their caregivers.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää kansan käsitykset mielisairaudesta historiallisesti sekä miten mielisairauden sosiaalinen ja kulttuurinen tieto vaikuttaa Australiassa asuvien kiinalaisten potilaiden ja hoitajien ymmärrykseen</p>	<p>Australiassa asuvat kiinalaiset potilaat yhdistivät perinteisen tietonsa länsimaalaiseen tietoon, mistä muodostui heidän omat näkemyksensä mielenterveyden häiriöistä. Kun he oppivat länsimaalaisista psykologian ja psykiatrian käsitteistä lisää, heidän ymmärryksensä joistakin häiriöistä muuttui. Mitä ei ollut aikaisemmin</p>

Australia.	mielisairaudesta ja sen seurauksista. 28 Australiassa asuvaa psyykkisesti sairasta kiinalaista ja heidän hoitajaansa haastateltiin potilaiden kotona.	pidetty mielenterveyden häiriönä, oli uuden tiedon myötä käsitetty mielisairaudeksi tai psykologisiksi ongelmiksi.
Jones M. E., Cason C. L. & Bond M. L. 2004. Cultural attitudes, knowledge, and skills of a health workforce.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla terveydenhuoltohenkilöstön kulttuurillista asennetta, tietoa ja taitoa. Määrällinen tutkimus. 409 terveydenhuollon työntekijää täytti Ethnic Attitude Scale:n, Cultural Self –Efficacy Scale:n ja demokrafitiedot –kyselyn.	Terveydenhuollon työntekijöistä ne, jotka olivat kaikkein varmimpia toisesta kulttuureista olevien kanssa työskentelemisestä omasivat myös muita korkeamman koulutuksen ja parhaimman tiedon kulttuurisista käsitteistä. Tulokset osoittivat puutteita työntekijöiden kulttuurisessa tietoudessa ja kulttuurisensitiivisissä työtavoissa. Koulutukselliset interventiot saattavat lisätä työntekijöiden tietämystä.
Juntunen A. 2005. Baridi: a culture-bound syndrome among the Bena peoples in Tanzania. Suomi/Tansania.	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla baridi, joka on Tansaniassa llembula kylässä asuvien bena heimon kulttuurisidonnainen syndrooma. Laadullinen etnografinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastattelulla (n=49), havainnoimalla ja henkilökohtaisella kenttäpäiväkirjalla. aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.	Baridi, tunnekylläisyys, oli hitaasti etenevä sairaus, joka alkoi lievillä oireilla väsymyksellä ja sairauden tunteella. Myöhemmin sairaus vaikutti kärsijän fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen, seksuaaliseen ja taloudelliseen hyvinvointiin. Baridin hoito perustui sairauden syyn selvittämiseen, anteeksiannon pyytämiseen ja suorittamalla rituaaleja, jotka tukivat perheen yhtenäisyyttä. Baridin ennaltaehkäisyyn kuului ikääntyneiden ja perhenormien kunnioitus.
Keating F. & Robertson D. 2004. Fear, black people and mental illness: a vicious circle? Iso-Britannia.	Tutkimuksen lähtökohtana oli oletus, että afrikkalaisten ja karibialaisten asiakkaiden pelon tunne aikaansaa huonompaa hoitoa kuin kantaväestöllä. Tavoitteena oli tutkia pelon sisältöä ja seurauksia, selvittää Laadullinen menetelmä. Aineistoa kerättiin osallistuvalla havainnoinnilla ja ryhmähaastatteluilta sekä lyhyellä kyselylomakkeella	Tulokset osoittivat, että pelko vaikuttaa negatiivisesti vuorovaikutukseen mielenterveyspalveluissa. Pelon lähteiksi selvisi näkemykset mielenterveyspalveluista, asenne mielisairauteen ja diagnooseihin sekä kokemukset sairaalahoidosta. Pelon seurauksia olivat rajoittunut luottamus, rajoittunut sitoutuminen ja viivästynyt hoitoon hakeutuminen. Johtopäätökset: pelko pilaa yhteisöjen ja mielenterveyspalveluiden välisen vuorovaikutuksen, vaikuttaa negatiivisesti avun hakemiseen ja

	demokratian tiedon osalta. Tutkimukseen osallistui 29 asiakasta, 19 perheenjäsentä, 45 ammattihenkilöä.	johtaa rajoittavaan ja rankaiseviin interventioihin. Edistymistä seuraa ainoastaan, mikäli pelon kierre saadaan katkaistua ja systemaattinen muutos tapahtuu hoitokokemusten osalta hoitoketjun jokaisessa vaiheessa.
Keyes EF. 2000. Mental health status in refugees: An Integrative review of current research. Yhdysvallat.	Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli arvioida pakolaisia ja heidän mielenterveyttään käsitteleviä kvantitatiivisia tutkimuksia. Otokseen sisältyi 12 tutkimus-artikkelia.	Kaikissa 12 tutkimuksessa pakolaisilla esiintyi negatiivinen mielenterveyden tila. Mielenterveyden arviot sisälsivät traumaperäisen stressireaktion, masennuksen, ahdistuneisuuden, psykoosin ja dissosiativisuuden. Katsaus paljasti puutteita kulttuurisensitiivisessä ymmärtämisessä sekä diagnostisissa arvioissa. Suosituksina klinikoille: pakolaisspesifit arvioinnit ja hoidot.
Keys EF & Cane CF. 2004. Belonging and adapting: mental health of Bosnian refugees living in the United States. Yhdysvallat.	Tarkoituksena oli selvittää Yhdysvalloissa asuvien bosnialaisten pakolaisten kokemuksia. Fenomenologiseen tutkimuksen haastatteluun osallistui seitsemän bosnialaista naista.	Löytyi kaksi teemaa: kuuluminen ja sopeutuminen. Kuulumiseen sisältyi mm. kulttuuriset muistot, identiteetti ja eroavaisuudet. Sopeutumiseen kuului mm. selviytyminen muutoksissa, menetyksistä, menneisyyden muistojen, uuden kulttuurin ja kielen kanssa. Pakolaisten kokemuksia olivat kulttuurishokki, yksinäisyys, suru, nostalgia, nöyryytys, masentuneisuus, tunne, ettei kuulu mihinkään. Samanaikaisesti he kokivat helpotusta, turvallisuutta ja kiitollisuutta, vapautta ja toivetta paremmasta elämästä. Hoitohenkilöstön tulisi olla tietoinen pakolaisuuteen kuuluvasta normaalista sopeutumisprosessista.
Kim M. T. 2002. Measuring depression in Korean Americans: development for Korea Americans. Yhdysvallat.	Tarkoituksena mitata Amerikassa asuvien korealaisten masennusta ja kehittää Kim Depression Scale:a korealaisia varten. Määrällinen tutkimus. Tutkimuksen arviointivaiheeseen osallistui 154 ensimmäisen sukupolven korealaista maahanmuuttajaa.	Kim Depression Scale for Korea Americans osoitti riittävää reliabiliteettia ja validiteettia ja potentiaalisen korkean herkkyyden masennuksen selvittämiseen Amerikassa asuvien korealaisten kohdalla.

<p>Kim M. T., Han H.-R., Shin H. S., Kim K. B. & Lee H. B. 2005. Factors associated with depression experience of immigrant populations: a study of Korean immigrants. Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät olivat maahanmuuttajilla (korealaisilla) yhteydessä masentuneisuuteen.</p> <p>Määrällinen tutkimus. 154 Amerikassa asuvaa korealaista osallistui tutkimukseen. Käytetyt mittarit aineiston keruussa olivat: Global Assessment of Recent Stress Scale (GARS), Sense of Mastery, Personal Resource Questionnaire The Center for Epidemiology Studies Depression Scale. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Johtopäätökset: hoitotyön interventiot maahanmuuttajapotilaiden kohdalla tulisi keskittyä oireiden tunnistamiseen, mobilisointiin sekä sosiaalisten tukiverkoston vahvistamiseen.</p>
<p>Koehn P. H. & Sainola-Rodriguez K. 2005. Clinician/Patient connections in ethnoculturally nonconcordant encounters with political-asylum seekers: a comparison of physicians and nurses. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla sairaanhoitajien ja lääkärin kykyä etnokulttuuriseen asiointiin turvapaikanhakijoiden kanssa.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 41 turvapaikanhakijaa. Menetelmänä etnografinen haastattelu, jossa käytettiin strukturoitua, esitestattua kyselylomaketta. Kyselylomakkeella kysyttiin sosiaalisia ja ekonomisia taustakysymyksiä sekä subjektiivisia näkemyksiä terveydestä ja lääkäri- ja hoitajatapaamisista.</p>	<p>Lääkäreillä ja hoitajille ei havaittu eroavaisuuksia arvioidessa potilaan mennyttä ja nykyistä terveydentilaa, lääkävastetta, ravinto-ohjeita, tyytyväisyyttä terveyspalveluihin, jatkohoito-ohjeita, biolääketieteellisiä ja etnokulttuurillisia käytäntöjä. Hoitajat omasivat lääkärejä useammin yhtäläiset näkemykset turvapaikanhakijoiden kanssa terveydenhoidon vaikuttavuudesta Suomessa.</p> <p>Johtopäätöksiä: lääkärin tulisi huomioida hoitosuunnitelmaa laadittaessa hoitajien näkemykset maahanmuuttajien terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolisista tuista kuten persoonan, perheen ja yhteisön vaikutuksesta terveyteen. Kulttuurisesti sensitiivinen koulutus osoittautui hyödylliseksi hoitajille, jotka työskentelevät turvapaikanhakijoiden kanssa.</p>
<p>Kozuki Y. & Kennedy M. G. 2004. Cultural incommensurability in psychodynamic psychotherapy in Western and</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia japanilaisten asiakkaiden ja länsimaalaisten terapeuttien terapiasuhdetta kulttuurilähtöisesti.</p> <p>'Aggregated' tapaustutkimus. Kahdeksan</p>	<p>Kulttuuriset stereotyyppioinnit häiritsivät hoitoa. Japanilaiset tulkittivat mielenterveyden ydinkäsitteitä (mm. kuolema, kuoleminen ja raiskaus) kulttuurin mukaisesti. Myös yksilölliset kulttuurin mukaiset psykologiset reagoinnit ja käyttäytyminen näihin</p>

<p>Japanese traditions. Yhdysvallat.</p>	<p>potilastapauksen analysointi.</p>	<p>käsitteisiin liittyen jäivät länsimaisilta terapeuteilta huomaamatta. Länsimaalaiset terapeutit eivät huomioineet maahanmuuttajuuteen liittyviä psykologisia reaktioita riittävästi. Länsimaalaiset terapeutit patologisoivat kulttuurisesti tuntemattoman käyttäytymisen. Länsimaalaiset terapeutit omasivat etnosentrisiä ennakkoluuloja liittyen immigraation vaikutuksiin.</p>
<p>Labun E. 2001. Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, mitä pohjoisamerikkalaiset sairaanhoitajat oppivat työstään vietnamilaisten asiakkaiden kanssa.</p> <p>Laadullinen grounded teoria –menetelmä. Tarkoituksellinen 27 sairaanhoitajan otanta, jotka työskentelivät vietnamilaisten asiakkaiden kanssa Pohjois-Amerikassa. Sairanhoitajat osallistuivat puoli-strukturoituihin haastatteluihin.</p>	<p>Sairaanhoitajien hoitokokemuksia vietnamilaisten asiakkaiden parissa selitti kulttuurisen löytämisen prosessi. Kulttuuriseen löytämiseen sisältyi näkemään oppiminen, yhteisen humaaniuden näkeminen sekä oppiminen näkemään, miten asiakkaat näkevät terveyden. Kulttuurin löytäminen oli yhteyden löytämistä oppimiseen johtavan tietoon siitä, miten voidaan hoitaa kulttuurisesti sensitiivisesti.</p> <p>Johtopäätökset: Sairanhoitajat voivat oppia kulttuurisesti päteviksi vietnamilaisten asiakkaiden hoidossa. Hoitajat oppivat tietoisimmiksi eri kulttuurien edustajien eroavaisuuksista sekä tunnistamaan eri ryhmien yhdistäviä piirteitä. He oppivat laajentamaan ja uudistamaan terveys –käsitettään ja kunnioittamaan vietnamilaisten tekemiä sosiaalisia sopeutumisia.</p>
<p>Lee E. E. & Farran C. J. 2004. Depression among Korean, Korean American, and Caucasian American family caregivers. Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkoituksena oli verrata masennusoireiden esiintyvyyttä korealaisten, Amerikassa asuvien korealaisten ja kaukasialaisten ikääntyneiden dementiaa sairastavien omaishoitajien osalta.</p> <p>Otos koostui Koreassa asuvista korealaisista omaishoitajista, Amerikassa asuvista korealaisista ja kaukasialaisista omaishoitajista.</p>	<p>Omaishoitajista vaimot olivat masentuneempia kuin omaishoitajina toimivat tyttäret tai miniät. Koreassa asuvat korealaiset omaishoitajat olivat muita masentuneempia. Eroavaisuudet kulttuurissa ja rooleissa olivat yhteydessä masennusoireisiin.</p>

<p>Leishman J. 2004. Perspectives of cultural competence in health care. Skotlanti.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia yhden terveydenhuollon työntekijäryhmän näkemyksiä kulttuurisen tietoisuuden merkityksestä terveydenhuollon käytännössä.</p> <p>Laadullinen menetelmä. Avoimeen haastatteluun osallistui 10 sairaanhoitajaa Skotlannista.</p>	<p>Tulokset osoittivat sairaanhoitajien tiedon ja ymmärryksen puutteelliseksi toisesta kulttuurista olevien potilaiden hoidossa. Sairaanhoitajien koulutus osoittautui tältä osin puutteelliseksi.</p> <p>Johtopäätökset: Sairaanhoitajien opetussuunnitelmaan on lisättävä nykyistä enemmän tietoa kulttuurisesta tietoisuudesta. Sairaanhoitajat tarvitsevat lisää käytännön kokemusta toisesta kulttuurista olevien potilaiden hoitamisesta.</p>
<p>Madela-Mntla E. N. & Poggenpoel M. 1999. A model of culture-congruent psychiatric nursing. Etelä-Afrikka.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla kulttuurin vaikutusta lähestymistavassa mielisairauteen ja potilaan hoitoon sitoutumiseen sekä luoda käytännön malli kulttuurin mukaisesta psykiatrisesta hoitotyöstä suosituksineen.</p> <p>Tutkimusmenetelmä oli laadullinen (selittävä, kuvaileva, kontekstuaalinen, teoriaa luova). Aineisto koostui kirjallisuuskatsauksesta, puoli-strukturoiduista haastatteluista, kenttämuistiinpanoista ja tapaustutkimuksen analyysistä. Tutkimukseen osallistui neljä pitkäaikaisesti sairasta psykiatrista potilasta, ryhmä psykiatrisia sairaanhoitajia ja potilaiden psykiatreja.</p>	<p>Kenttätutkimuksen tuloksena selvisi, että psykiatrisia potilaita ei kohdeltu kokonaisvaltaisesti (ruumis, mieli ja hengellisyys). Potilaat nähtiin ainoastaan yksilöinä eikä yhteisön ja perheen kontekstissa. Hoidossa ei näkynyt yhteyttä ammatillisen, potilaan ja kansanomaisen terveydenhoidon välillä. Psykiatrisen potilaan omaa näkemystä mielisairaudestaan ei huomioitu, psykiatrin näkemys oli ainoa. Psykiatrisen potilaan näkemystä hoidosta ei otettu huomioon, kun hänelle tehtiin hoitosuunnitelmaa. Toisin sanoen psykiatrisen hoito ei ollut yhdenmukainen potilaan kulttuuristen uskomusten, arvojen ja käytäntöjen kanssa.</p> <p>Tapaustutkimuksen avulla luotiin käytännön malli kulttuurin mukaisesta psykiatrisesta hoitotyöstä käyttämällä Chinn ja Kramerin lähestymistapaa viitekehyyksenä ja pääkäsitteenä "neuvottelua". Kehitetyn mallin hoitotyön prosessi sisältää tarvearvioinnin, suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Tarvearvioinnissa on olennaista selvittää potilaan oma selittävä malli mielisairaudestaan. Suunnittelussa neuvotellaan yhdenvertaisina potilaan kanssa näkemyksistä mielisairaudesta, opetetaan näkemyksiä vastavuoroisesti, neuvotellaan kompromisseja ja suunnitellaan paras</p>

		<p>mahdollinen hoito. Toteutusvaiheessa pysytään suunnitelmassa, kannustetaan potilaan positiivista käyttäytymistä, tuetaan potilasta ottamaan käyttöön hänen omat sisäiset ja ulkoiset voimavaransa, puututaan potilaiden terveydelle haitallisiin käytäntöihin ja edistetään neutraaleja tapoja, annetaan jatkuvaa palautetta kehityksestä sekä ollaan yhteydessä potilaan puolesta toisiin ammattilaisiin ja läheisiin. Arvioinnissa hoitajan tulee jatkuvasti havainnoida kulttuurisen hoidon säilyttämistä, mukauttamista ja uudelleenmuotoilua.</p> <p>Johtopäätös: Psykiatrisen hoidon on oltava yhdenmukainen potilaan kulttuuristen uskomusten, arvojen ja käytäntöjen kanssa, jotta potilas on hoitomyöntyväinen. Kulttuurin mukaista hoitoa annettaessa, on käytävä neuvotteluja potilaan kanssa koskien molempien osapuolien hoitoon liittyviä näkemyksiä.</p>
<p>Majundar B., Browne G., Roberts J. & Carpio B. 2004. Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitude and patient outcomes. Kanada.</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida kulttuurisesti sensitiivisen koulutuksen vaikutusta terveydenhuollon työntekijöiden tietoon ja asenteisiin sekä arvioida koulutuksen saaneiden vähemmistöryhmien asiakkaiden tyytyväisyyttä samaansa hoitoon.</p> <p>Määrällinen randomisoitu kontrolloitu tutkimus. 114 terveydenhuollon työntekijää (sairaanhoitajia ja kotihoidon työntekijöitä) ja 133 potilasta (avoterveydenhuollosta ja yhdestä sairaalasta) jaettiin koe- ja kontrolliryhmiin. Työntekijät täyttivät Kulttuurinen tietoisuus ja dogmatismi -kyselyt. Potilaat täyttivät Off-Axis-Ratio -kyselyn, multidimensionaalisen toiminnallisuuden arvioon,</p>	<p>Kulttuurisesti sensitiivinen koulutus lisäsi ennakkoluulottomuutta, kulttuurista tietoisuutta, ymmärrystä monikulttuurisuudesta sekä kykyä kommunikoida vähemmistöön kuuluvien kanssa. Vähemmistöön kuuluvat asiakkaat, jotka saivat palvelua koulutuksen käyneiltä, osoittivat vuoden jälkeen edistymistä sosiaalisten resurssien hyödyntämisessä ja toimintakyvyssä ilman terveydenhuollon palveluiden kulutuksen lisääntymistä.</p> <p>Johtopäätökset: Kulttuurisesti sensitiivinen koulutus paransi terveydenhuollon henkilöstön tietoa ja asenteita sekä sai aikaan potilaiden positiivisia terveystuloksia.</p>

	<p>asiakastyytyväisyys – kyselyn, fyysisen ja psyykkisen terveystarkastuksen sekä terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttämiskyselyn. Lisäksi analysoitiin laadullisesti hoitajien kirjaamia teemojen avulla.</p>	
<p>Martinez-Schallmoser L., Telleen S. & MacMullen N. J. 2003. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia Amerikassa asuvien meksikolaisten synnytyksen jälkeistä masennusta.</p> <p>Pitkittäistutkimus, johon osallistui 66 Amerikassa asuvaa meksikolaista naista. Haastattelut toteutettiin ennen ja jälkeen synnytyksen.</p>	<p>Oli todennäköistä, että synnytystä edeltävänä aikana masentuneet olivat masentuneita synnytyksen jälkeenkin. Muut synnytyksen jälkeistä masennusta ennustavat tekijät olivat voimakas synnytyksen jälkeisen tuen tarve, tietynlainen tukiverkosto, akkulturaatio ja huonot perheen väliset ihmissuhteet.</p> <p>Suositukset: terveydenhuollon henkilöstön on tärkeää arvioida masennusoireiden esiintyvyys ja saatavilla oleva sosiaalinen tuki ennen synnytystä sekä työskennellä Amerikassa asuvien meksikolaisäitien kanssa tuen lisäämiseksi ja turvata apu jokapäiväisissä stressaavissa elämäntilanteissa.</p>
<p>Nikkonen M. 1992. Caring in the preparation of long-term psychiatric patients for non-institutional care: ethnonursing study. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla psykiatristen pitkäaikaissairaiden hoitamista yhdessä kuntouttavassa avoyksikössä Suomessa.</p> <p>Laadullinen ethnonursing -menetelmä. Aineisto kerättiin haastattelemalla 20 potilasta ja 11 työntekijää.</p>	<p>Empiirisestä aineistosta löytyi neljä hoitamisen vaihetta: muodostuminen 1977-1980: hoitaminen työnä, uudelleen muotoutuminen 1981-1984: hoitaminen kommunikaationa, fragmentaatio 1985-1986: hoitaminen käytännön taitojen opettamista sekä uudelleen yhdentyminen 1987-1988: hoitaminen sosiaalisena aktiivisuutena.</p>
<p>Nikkonen M. 1994. Caring from the point of view of a Finnish mental health nurse: a life history approach. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja analysoida mielenterveyshoitajan työtä eli hoitamista hänen omasta kokemuksestaan käsin psykiatristen pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitajana kuntouttavassa avoyksikössä.</p> <p>Laadullinen menetelmä: yhden</p>	<p>Tulokset muodostivat neljä teemaa: a) hoitaminen on vastuunottoa potilaasta kokonaan, b) hoitaminen perustuu käytännön tietoon, c) hoitaminen on opettamista, kuinka selviytyä jokapäiväisestä elämästä, d) hoitamiseen sisältyy läheisyys ja tunteet.</p>

	mielenterveyshoitajan elämänhistoriallinen syvähaastattelu.	
Omeri A. 1997. Culture care of Iranian immigrants in New South Wales, Australia. Sharing transcultural knowledge. Australia.	Tarkoituksena oli selvittää iranilaisten maahanmuuttajien hoitoon liittyviä uskomuksia, arvoja ja käytäntöjä. Laadullinen etnonursing –menetelmä. Australiaan muuttaneita iranilaisia siirtolaisia, joista 19 oli avaintiedonantajaa ja 51 yleistiedonantajaa.	Kolme keskeistä teemaa kuvasivat iranilaisten käsitystä hoidosta (care): 1) perhe- ja läheissuhteet sekä keskinäinen vuorovaikutus yhteisötasolla, 2) perinteiset naisten sukupuoliroolit, 3) perinteiset kulttuuriset tapahtumat ja terveydenhuoltokäytännöt.
Pasco A. C. Y., Morse J. M. & Olson J. K. 2004. Cross-cultural relationships between nurses and Filipino Canadian patients. Kanada.	Tarkoituksena oli kuvailla kulttuurisesti painottuneita arvoja, jotka ohjasivat filippiiniläis-kanadalaisten potilaiden vuorovaikutusta kanadalaisten sairaanhoitajien kanssa Menetelmänä oli kohdennettu etnografia. Tutkimukseen osallistui 23 filippiiniläis-kanadalaista potilasta	Kommunikaatio ja tehokas hoito vaativat filippiiniläis-kanadalaisten kielen, katseen, kosketuksen ja ruoan sekä näiden vuorovaikutustasojen ymmärtämistä. Tällöin voi kehittyä kulttuurisesti turvallinen hoitaja-potilas suhde.
Pavlish C. 2005. Action responses of Congolese refugee women. Yhdysvallat/Ruanda.	Tarkoituksena oli kuvailla Ruandan pakolaisleirillä olevien kongolaisten naispakolaisten (n=14) toiminnallisia vasteita elämän vaikeisiin tilanteisiin. Kyseessä oli transkulttuurinen tulkitseva ja laadullinen tutkimus, jonka analyysi perustui elämäkokemuskertomuksiin fokusoivaan narratiiviseen selvitykseen (narrative inquiry). Yksi osallistujista haastateltiin kerran, kaksi kolmesti ja muut kahdesti.	Tulokset osoittivat kuusi toiminnallista vastetta: <i>uudelleen järjestely</i> (esim. UNCHR:n ruokalahjoitusten vaihtaminen itselle hyödylliseen tuotteeseen tai seksuaalivalistusta muille jouduttuaan itse raiskauksen kohteeksi tai tultuaan HIV -positiiviseksi), <i>asianajo</i> (toisten neuvominen tai tukeminen esimerkiksi AIDS:iin liittyen), <i>vastustus</i> (esim. naisasioiden kannatus, prostituution ja perheväkivallan vastustaminen), <i>eroaminen</i> (liittyen päivittäiseen työn raskauden murehtimiseen, muutokseen tarvittavien voimavarojen ja toivon puute), <i>suru</i> (läheisten kuolema, yksinäisyys, traumaattiset sotamuistot tappamisista), <i>toivo</i> (avun rukoileminen Jumalalta).
Procter N. G. 2000. Cultural affirmation and protection of emotional well-	Tarkoituksena oli selvittää, miten serbialaisten kulttuurillinen identiteetti tuki heitä Balkanin sodan aikana.	Tulokset osoittivat, että Balkanin sota oli uhka mielenterveydelle. Serbialaisten selviytymistään auttoivat tunne johonkin yhteisöön kuulumisesta, yhteys historialliseen,

being. Australia.	Laadullinen, etnografinen menetelmä. Tiedonantajina olivat Australiassa asuvat serbialaiset (13 miestä, 14 naista).	uskonnolliseen, kulttuuriseen ja kansalliseen identiteettiin.
Sainola-Rodriguez K. (2005) Turvapaikanhakijat psykiatrisessa sairaalahoitossa – hoitamisen kulttuurinen kompetenssi potilasasiakirjojen perusteella. Suomi.	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten turvapaikanhakijoita hoidettiin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja toteutuiko hoidossa kulttuurisen kompetenssin piirteitä.</p> <p>Aineisto kerättiin yhdestä vastaanottokeskuksesta psykiatrisen sairaalan hoitoon tulleiden turvapaikanhakijoiden lääkärien ja hoitohenkilökunnan kirjaamista potilaspapereista (n=21) vuosina 1995-1999. Kulttuurista kompetenssia kartoitettiin Gigerin ja Davidhizarin mallin kautta. Analysointi oli sekä määrällistä että laadullista.</p>	Tulokset osoittivat, että turvapaikanhakijat saivat lääkehoitoa, heidän kanssaan käytiin hoitokeskusteluja ja heidän taustatietojaan kartoitettiin ahkerasti. Kulttuurista huomioimista ei kirjauksista ollut juuri havaittavissa. Kieli- ja ymmärtämisongelmat mainittiin. Potilaan kielitaito ja tulkin tarve oli hyvin huomioitu, mutta äidinkielestä ei aina ollut mainintaa. Potilaan omia sairaus- ja terveystietämyksiä tai odotuksia hoidolta ei oltu selvitetty. Kirjaamisen laatu oli epätasaista. Lääkärin ja hoitajahenkilökunnan kirjaamisissa esiintyi päällekkäisyyksiä.
Sainola-Rodriguez K. & Koehn P. H. 2006. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. Suomi.	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko turvapaikanhakijoiden ja Suomessa pysyvästi asuvien maahanmuuttajien välillä eroja mielenterveyteen liittyen. Erityisesti selvitettiin mielenterveysongelmien esiintyvyyttä, koettujen ongelmien taustatekijöitä, lääkärien tietoisuutta kyseisistä taustatekijöistä sekä maahanmuuttajien tyytyväisyyttä saamiinsa mielenterveyspalveluihin.</p> <p>Määrällinen tutkimus. Turvapaikanhakijoita ja maahanmuuttajia haastateltiin 93, heitä hoitaneita lääkäreitä 71 ja muuta</p>	Tulokset osoittivat, että turvapaikanhakijat ilmaisivat enemmän mielenterveyteen liittyviä tarpeita kuin pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat. Noin puolet tutkimukseen osallistuneista maahanmuuttajista ilmaisi mielenterveysongelmia. 21 oli hakenut hoitoa mielenterveysongelmaansa ja heistä 24% oli tyytymättömiä saatuaan hoitoa. Pysyvästi Suomessa asuvat maahanmuuttajat, erityisesti naiset ja somalit, kertoivat Suomessa koettujen asioiden vaikuttaneen haitallisesti heidän mielenterveyteensä. Suurin osa lääkäreistä ei havainnut potilaidensa masennusta, eivätkä he tunnistaaneet masennuksen syyn yhteyttä Suomessa koettuihin asioihin. Turvapaikanhakijoista 18 (44%) arvioi turvallisuuden liittyvien tekijöiden

	<p>terveydenhuoltohenkilöstöä yhteensä 71. Haastattelussa käytettiin strukturoitua esitestattua kyselylomaketta. Tilastollinen analyysi.</p>	<p>(turvapaikka, elämän vakaus, läheisten näkeminen) parantavan heidän mielenterveyttään. 61% pysyvästi Suomessa asuvista maahanmuuttajista arvioi sosioekonomisten tekijöiden (työpaikka ja perheen elättäminen, opintojen päättäminen, toimintoihin osallistuminen) vaikuttavan mielenterveyteen parantavasti.</p> <p>Johtopäätökset: Vastaanottokeskusten lääkäreiden tulee huomioida turvapaikanhakijoiden yksilölliset tavat kuvailla mielenterveyteen liittyviä tarpeita ja kokemuksia. Suomessa jo pysyvästi asuvien maahanmuuttajien kohdalla perusterveydenhuollon lääkäreiden tulee tiedustella jo matkan aikana tapahtuneiden ja Suomessa koettujen asioiden vaikutukset mielenterveyteen. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien kykyä kohdata eri kulttuurista tulevia asiakkaita ja kykyä sitoutua maahanmuuttajapotilaiden hoitamiseen tulee kehittää kouluttamalla, mikä mahdollistaa maahanmuuttajien tehokkaan mielenterveysongelmien hoidon.</p>
<p>Schim S. M., Doorenbos A. Z. & Borse N. N. 2005. Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. Yhdysvallat ja Kanada.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kulttuurisen kompetenssin variansseja sairaalassa työskentelevien terveydenhuoltohenkilöstön osalta Ontariossa (Kanada) ja Michiganissa (Yhdysvallat).</p> <p>Määrällinen tutkimus. Henkilöstöstä 145 (n=71 Ontario, n= 74 Michigan) täytti kyselyn, johon sisältyi kulttuurisen kompetenssin arviointimittari (CCA)</p>	<p>Korkeammin koulutettu henkilöstö sai merkittävästi muita korkeammat pisteet kulttuurisen tietoisuuden, sensitiivisyyden ja kulttuurisesti kompetentin käyttäytymisen osalta.</p>
<p>Voyer P., Rail G., Laberge S. & Purnell L. 2005. Cultural minority older women's attitudes towards medication and</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää ikääntyvien alkuperäiskansan, Kanadassa asuvien vietnamilaisten, haitilaisten ja portugalilaisten näkemyksiä lääkkeistä,</p>	<p>Tulokset osoittivat huomattavia eroavaisuuksia asenteissa reseptilääkkeitä, luonnonmukaisia lääkityksiä ja lääkäreitä kohtaan. Alkuperäiskansa ja vietnamilaiset suhtautuivat pääasiassa negatiivisesti reseptilääkkeisiin. Haitilaiset</p>

<p>implications for adherence to medicine regimen. Kanada.</p>	<p>luonnonmukaisesta lääkityksestä ja lääkäreistä.</p> <p>Laadullinen kuvaileva tutkimus. Tutkimukseen osallistui 9 alkuperäiskansaan kuuluvaa, 5 vietnamilaista, 10 haitilaista ja 10 portugalilaista, jotka asuivat Kanadassa. Aineisto kerättiin etnografisella puoli-strukturoidulla haastattelulla.</p>	<p>suhtautuivat niihin taas erittäin myönteisesti ja portugalilaisten asenne oli ristiriitainen. Luonnonmukaiseen lääkitykseen suhtautuivat myönteisimmin alkuperäiskansa ja vietnamilaiset. Haitilaiset ja portugalilaiset arvostivat lääkäriä paljon, kun taas alkuperäiskansalla ja vietnamilaisilla oli ennakkovarauksia lääkärien pätevyyttä kohtaan.</p> <p>Johtopäätökset: Hoitajien tulee huomioida kulttuurilliset eroavaisuudet uskomuksissa, arvoissa ja asenteissa liittyen lääkkeisiin, luonnonmukaiseen lääkitykseen sekä lääkäreihin. Myönteinen asennoituminen luonnonmukaisiin lääkityksiin saattaa osoittaa näiden lääkitysten runsasta käyttöä, mikä voi johtaa merkittäviin seuraamuksiin reseptilääkkeiden yhteiskäytön takia. Ikääntyvät naiset, jotka suhtautuvat ennakkovarauksella lääkäreihin, saattavat pitkittää hoitoon hakeutumista liian kauan.</p>
<p>Wros P., Doutrich D. & Izumi S. 2004. Ethical concerns: Comparison of values from two cultures. Japani ja Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, onko Japanin ja Yhdysvaltojen hoitotyön kulttuureissa yhteneväisyyksiä arvoja ja eettisiä pohdintojen osalta.</p> <p>Sekundaarinen analyysi sisälsi kaksi hoitajien fenomenologista tutkimusta Japanissa sekä Yhdysvalloissa. Metodologina oli hermeneuttinen ja feministinen lähestymistapa.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että yhdysvaltalaisen ja japanilaisten hoitajien arvot ja eettiset pohdinnat ovat yhteneväiset. Näitä olivat pätevyys, potilaiden kunnioittaminen, vastuullisuus, suhteet ja yhteys, perheen merkitys, välittäminen, hyvä terveys, tuki, totuudessa pysyminen ja potilaan tilanteen ymmärtäminen. Hoitajilla oli molemmissa maissa myös yksilöllisiä arvoja, joita ei löytynyt toisen maan hoitokäytännöistä.</p>
<p>Vydelingum V. 2006. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla englantilaisten hoitajien kokemuksia eteläaasialaisten potilaiden hoitotyöstä Englannissa.</p> <p>Tutkimus on osa etnografista tutkimusta. Aineisto kerättiin fokusoiduilla</p>	<p>Tulokset muodostivat kahdeksan teemaa: muutokset palveluissa (uusien potilaiden hoito-ohjeiden myötä: vähemmistöjen huomioiminen esitteiden käännettämisessä, kulttuurinmukaisten aterioiden tilaamisessa ja monikulttuurisen neuvonantajan tapaamiset), väärä tietoisuus tasa-arvosta (kaikkien</p>

	ryhmähaastatteluilla (n= 43).	<p>kohtelu samalla lailla, ei yksilöllisesti), rajoitettu kulttuuritietous (länsimaalaiset lähtökohdat, ei yhteisymmärrystä), uhrien syyttäminen ("ei ole meidän syy, jos tarjoamme palvelut eivät sovellu heille", erilaisten käytäntöjen korostaminen, eikä yhtäläisyyksien näkeminen hoitamisessa), sukulaisten arvostus (sukulaisten kokeminen apuna hoitotyössä), rasismin kieltäminen (vaikka sen esiintyvyys tuli ilmi), etnosentrisyys (muiden kulttuurin ja uskonnon tulkintaa omasta kulttuurista käsin, eikä hyväksyä tai arvosteta kulttuurillisia eroavaisuuksi, normeja ja käytäntöjä) ja itsensä paljastaminen (tiedän, miltä heistä tuntuu, koska olen kokenut samansuuntaista itsekin). Kaikkia etniseen vähemmistöön kuuluvia potilaita kohdeltiin samankaltaisesti ja hoitohenkilöstön kulttuurinen kompetenssi oli heikko.</p> <p>Johtopäätökset: kulttuurisen kompetenssin jatkuva kouluttaminen ja kehittäminen on välttämätöntä. Kulttuurista arviointia tulisi opettaa.</p>
Zielke-Nadkarni A. 2003. The meaning of the family: Lived experiences of Turkish women immigrants in Germany. Saksa.	<p>Tarkoituksena oli selvittää turkkilaisten maahanmuuttajanaisten käsityksiä perheestä.</p> <p>Laadullinen menetelmä, joka pohjautui Spradleyn kehitykselliseen tutkimusmenetelmään. Tutkimukseen osallistui yhdeksän turkkilaista naista.</p>	<p>Perhe nähdään tärkeimpänä avun lähteenä. Hoitotyön vaikuttavuuteen vaikuttaa hoitajan ymmärtämys perheen merkityksestä potilaalle.</p>

Liite 6. Taulukko 4. Systemaattinen tiedonhaku psykiatrisesta kulttuurilähtöisestä hoitotyöstä.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut otsikon perusteella
Cinahl	Mental Health* and transcultural nursing*	Valintakriteerit: -Aikaväli: 1.1.1992-30.2.2016 -Vertaisarvioidut aikuisiin kohdentuvat englanninkieliset tutkimusartikkelit Poissulkukriteerit: Duplikaatit, fyysisiin sairauksiin, didaktiikkaan tai diagnosointiin keskittyvät tutkimusartikkelit	60, full text 14	14
	Psychiatric* and transcultural nursing*		42, full text 13, duplikaatti 8	5
	Mental Health* and refugee* and nursing*		20, full text 15	15
			122, full text 42, duplikaatti 8	yht 34
PubMed	Mental Health* and transcultural nursing*		149, full text 94	32
	Psychiatric* and transcultural nursing*		148, full text 80, duplikaatti 17	10
	Mental Health* and refugee* and nursing*		76, full text 61, duplikaatti 3	27
			373, full text 235, duplikaatti 20	yht 69
PsycInfo	Mental Health* and transcultural nursing*		67	16
	Psychiatric* and transcultural nursing*		32, duplikaatti 6	26
	Mental Health* and refugee* and nursing*	113, duplikaatti 3	34	
		212-9=203	yht 76	
		Tietokantojen yhdistys = 16 duplikaatti	179-16=163	
Valinta tiivistelmien perusteella				
Poissulkukriteerit: tiivistelmää tai artikkelia ei ollut saatavissa, diagnostiikkaan tai arviointimittarien kehittämiseen liittyvät, kirja-arvostelut tai kommenttiartikkelit, eivät liittyneet mielenterveyteen, monikulttuurisuuteen tai aikuisväestöön			n=163	n=92
Valinta koko artikkelin perusteella				
Valintakriteerit: Tutkimustehtävien mukainen kohdennus eli valintakriteerinä kulttuurilähtöiseen hoitoon keskittyvät tutkimukset n=32			92-> n=32	Yht. 16
Poissulkukriteerit: tutkimusartikkelit, jotka eivät olleet monikulttuurisia tai olivat filosofisia/poliittisia kirjoituksia.			→ 16 kpl	

