



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Milla Skullbacka

MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN
KOHTAAMINEN PSYKIATRISSESSA
HOITOTYÖSSÄ

Hoitajien kokemuksia

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Milla Skullbacka
Opinnäytetyön nimi	Maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitajien kokemuksia
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	46 + 3 liitettä
Ohjaaja	Johanna Latvala

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä hoitajien kokemuksia maahanmuuttajapotilaan hoidosta, hoitajien valmiuksista monikulttuurisessa hoitotyössä ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista ja valmiuksista maahanmuuttajapotilaiden psykiatrisessa hoidossa. Saadulla tiedolla voidaan kehittää monikulttuurista psykiatrista hoitotyötä ja mahdollisesti muuttaa asenteita.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehysessä käsitellään maahanmuuton vaikutusta mielenterveyteen, psykososiaalista maahanmuuttoprosessia ja monikulttuurista hoitotyötä. Tutkimus on kvantitatiivinen ja aineiston keräykseen käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta. Aineiston analyysiin käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmaa sekä induktiivista sisällönanalyysia. Kyselyyn vastasi neljäkymmentä hoitotyöntekijää psykiatrisesta yksiköstä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta että kaikki yksikössä työskentelevät hoitajat kohtaavat työssään maahanmuuttajapotilaita. Mainittuja hoitotyössä kohdattuja haasteita ovat kulttuurierot ja kommunikaatio-ongelmat johtuen potilaan ja hoitohenkilökunnan huonosta kielitaidosta. Lisäkoulutusta toivottiin eri kulttuureista ja uskonnoista. Vastaajista 30 % koki, ettei oma monikulttuurinen osaaminen ole riittävää.

ABSTRACT

Author	Milla Skullbacka
Title	Nurses' Attitudes towards Immigrant Patients in Psychiatric Care
Year	2016
Language	Finnish
Pages	46 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Johanna Latvala

The purpose of this bachelor's thesis was to find out nurses' experiences on immigrant patients in psychiatric care, their skills and abilities in multicultural nursing and which factors have an impact on these two. The aim of this study was to provide new information about nurses' experiences and their skills and abilities on encountering immigrant patients in psychiatric care. The results of this study can be used to develop multicultural psychiatric care and perhaps to change attitudes towards immigrant patients.

The theoretical frame of this study includes information about the psychosocial immigration process, how immigration has an impact on mental health and multicultural nursing. The research was quantitative and the research material was collected with a semi-structured questionnaire. The collected data was analyzed by using the statistical analysis program SPSS and content analysis method. The questionnaire was answered by 40 nurses from psychiatric units.

According to the research results it can be concluded that all the nurses in psychiatric units encounter immigrant patients. The biggest challenges with immigrant patients in psychiatric care are cultural differences and communication problems caused by the poor language skills of both the patients and the nurses. Further education about different cultures and religions was hoped for. Exactly 30% of the respondents experienced that their multicultural skills were not sufficient.

Keywords Immigrant, psychiatric nursing, multiculturalism, attitudes

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	MAAHANMUUTTO	8
	2.1 Maahanmuuttaja.....	9
	2.2 Psykiatrinen hoitotyö	9
	2.3 Monikulttuurinen hoitotyö	10
	2.4 Psykososiaalinen maahanmuutto prosessi	10
	2.5 Maahanmuuttajat ja hoitohenkilökunta.....	11
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	13
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	14
	4.1 Tutkimusmenetelmät.....	14
	4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	15
	4.3 Aineiston analyysi.....	16
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	17
	5.1 Taustatiedot.....	17
	5.2 Millaisia haasteita maahanmuuttajapotilaiden hoito aiheuttaa henkilökunnalle?.....	20
	5.3 Kommunikointi maahanmuuttajapotilaiden kanssa.....	25
	5.4 Millaisena henkilökunta kokee monikulttuurisen osaamisensa?	28
	5.5 Lisäkoulutuksen tarve	30
	5.6 Minkä vuoksi maahanmuuttajapotilaiden kohtaaminen koetaan vaikeampana kuin kantaväestöön kuuluvan potilaan kohtaaminen?.....	33
	5.6.1 Kulttuuriset erot	33
	5.6.2 Kommunikaatio-ongelmat.....	36
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	38
	6.1 Johtopäätökset.....	38
	6.2 Tulosten tarkastelu	39
	6.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	42
	6.4 Tutkimuksen etiikka.....	42
	6.5 Jatkotutkimusaiheet.....	43

6.6 Tutkijan pohdinta opinnäytetyön prosessista.....	44
LÄHTEET.....	45
LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

KUVIO 1. AMMATTI.....	18
KUVIO 2. KULTTUURISET EROT VAIKUTTAVAT POTILAAN JA OMAISTEN HOITON SITOUTUMISEEN	20
KUVIO 3. MAAHANMUUTTAJAPOTILAAT OVAT RAUHALLISEMPIÄ KUIN KANTAVÄESTÖÖN KUULUVAT POTILAAT	24
KUVIO 4. MAAHANMUUTTAJAPOTILAAT AGITOITUVAT KANTAVÄESTÖ HERKEMMIN.....	24
KUVIO 5. MONIKULTTUURINEN OSAAMISENI ON RIITTÄVÄÄ	28
KUVIO 6. MONIKULTTUURINEN OSAAMISENI EI OLE RIITTÄVÄÄ	29
KUVIO 7. LISÄKOULUTUS	31
KUVIO 8. KULTTUURIEROT	34
KUVIO 9. KOMMUNIKAATIO	36
TAULUKKO 1. SUKUPUOLI.....	17
TAULUKKO 2. TYÖKOKEMUS.....	18
TAULUKKO 3. KUINKA USEIN KOHTAAT MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN.....	19
TAULUKKO 4. KULTTUURISET EROT EIVÄT VAIKUTA POTILAAN JA OMAISTEN HOITON SITOUTUMISEEN	21
TAULUKKO 5. MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN KOHTAAMINEN ON YHTÄ HELPPOA KUN KANTAVÄESTÖN KOHTAAMINEN	22
TAULUKKO 6. MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN KOHTAAMINEN ON VAIKEAMPAA KUN KANTAVÄESTÖN KOHTAAMINEN	23
TAULUKKO 7. KOMMUNIKOINTI MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN KANSSA ON HAASTAVAA	25
TAULUKKO 8. KOMMUNIKOINTI MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN KANSSA EI OLE HAASTAVAA	26
TAULUKKO 9. TULKKIPALVELUITA ON HELPPO SAADA / TULKKIPALVELUITA ON VAIKEA SAADA..	26
TAULUKKO 10. ENGLANNIN KIELEN TAITONI ON RIITTÄVÄÄ KOHDATESSANI MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN – ENGLANNIN KIELEN TAITONI EI OLE RIITTÄVÄÄ KOHDATESSANI MAAHANMUUTTAJAPOTILAAN	27
TAULUKKO 11. OLEN SAANUT RIITTÄVÄSTI KOULUTUSTA MAAHANMUUTTAJAPOTILAIDEN KOHTAAMISEEN – TARVITSEN LISÄKOULUTUSTA MAAHANMUUTTAJAPOTILAIDEN KOHTAAMISEEN.....	30

LIITELUETTELO

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Aineiston analyysi

1 JOHDANTO

Maahanmuuttoon liittyy useita psyykkisiä ja sosiaalisia riskitekijöitä jotka lisäävät riskiä sairastua eri mielenterveyden häiriöihin. Suurimmat hyvinvointi- ja terveyserot maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä ovat mielenterveydessä. Maahanmuuttajilla ja erityisesti pakolaisilla on kantaväestöä suurempi riski mielenterveysongelmiin. Mielenterveysongelmiin liittyy monissa kulttuureissa häpeä, pelko ja tietämättömyys. Ongelma on myös se, ettei mielenterveysongelmia tunnisteta ja niihin ei osata hakea hoitoa, läheiset eivät välttämättä tunnista oireilua jolloin apua ei saada. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Monikulttuurinen työ edellyttää uudenlaisia ajatusmalleja ja toimintatapoja, jotka ovat yhteisiä hoitajalle ja potilaalle. Hoitajan on oltava kiinnostunut uusista asioista ja valmis selvittämään tietoa potilaan kulttuurisesta taustasta, lähtömaan nykytilanteesta ja potilaan maailmankatsomuksesta. Hoitajien on lisäksi oltava tietoisia omista arvoistaan, asenteistaan ja ennakkoluuloistaan. Näin eri kulttuureista olevat ihmiset tulevat kohdatuiksi arvostavasti ja kunnioittavasti. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 92–93.)

Tämän tutkimuksen avulla opinnäytetyöntekijä haluaa tuottaa uutta tietoa hoitajien kokemuksista ja valmiuksista maahanmuuttajapotilaiden hoidosta psykiatriassa hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä hoitajien kokemuksia hoidosta, heidän valmiuksistaan ja niihin vaikuttavista tekijöistä maahanmuuttajapotilaan hoidossa. Tutkimuksen avulla pyritään selvittämään millaisia haasteita maahanmuuttajapotilaiden hoito aiheuttaa hoitohenkilökunnalle sekä minkälaisena hoitajat kokevat oman monikulttuurisen osaamisensa.

2 MAAHANMUUTON VAIKUTUS MIELENTERVEYTEEN

Maahanmuuttajien virta Suomeen alkoi kasvaa 1990-luvun jälkeen. Suomessa oli vuonna 2012 noin 195 500 ulkomaan kansalaista mikä vastaa 3,6 prosenttia koko Suomen väestöstä. (Väestöliitto 2015.) Turvapaikanhakijoita 2000-luvun alussa oli vuosittain 1500 ja 6000 hakijan välillä (Tilastokeskus 2011). Tällä hetkellä maailmalla on suurin pakolaiskriisi sitten toisen maailmansodan mikä vaikuttaa turvapaikanhakijoiden määrään (Sisäministeriö 2015). Sisäministeriön (2015) arvioiden mukaan vuonna 2015 Suomeen saapuu 25 000-30 000 turvapaikanhakijaa mikä on moninkertaisesti enemmän kun edellisinä vuosina. Tämä tuo haasteita myös suomalaiselle terveydenhuollolle.

Maahanmuuttoon liittyvät rasittajatekijät lisäävät riskiä sairastua erilaisiin psyykkisiin sairauksiin. Esimerkiksi riski sairastua skitsofreniaan on todettu maahanmuuttajilla 2,8 kertaiseksi, ja toisen polven maahanmuuttajilla se on 4,7 kertainen. (Cantor-Graae & Selten 2005, 162.) Traumaperäistä stressihäiriötä ja depressiota esiintyy monella kymmenellä prosentilla maahanmuuttajista, mikä on paljon enemmän kuin kantaväestöllä. Nuorilla on elämäntilanteensa vuoksi suurempi riski syrjäytymiseen ja psyykkisiin häiriöihin, koska heillä voi olla paljon vaikeuksia koulussa ja työelämään pääsy voi olla heille vaikeaa. (Halla 2007.)

Useissa ei-länsimaalaisissa kulttuureissa ei katsota, että fyysiset ja psyykkiset sairaudet eroavat toisistaan. Tämä vaikuttaa ulkomaalaistaustaisten ihmisten käsitykseen sairauksista ja niiden syistä. Monissa afrikkalaisissa ja aasialaisissa kulttuureissa uskotaan kirousten ja erilaisten henkien vaikuttavan sairastumiseen. (Hanssen 2007, 43.) Nykyinen psykiatrinen diagnoosiluokittelu perustuu länsimaiseen ihmiskäsitykseen. Sen perusteella tehdyt diagnoosit eivät sellaisenaan välttämättä kuvaa oikein maahanmuuttajien psyykkisiä oireita. (Halla 2007.)

2.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttaja käsitteenä tarkoittaa Suomessa pysyvästi asuvaa ulkomaalaista. Hän on voinut tulla Suomeen esimerkiksi töihin, avioliiton vuoksi tai pakolaisena. (Räty 2002, 11–12.) Maahanmuuttovirasto (2015) määrittelee maahanmuuttajan henkilöksi joka muuttaa maasta toiseen. Suomessa käytetään myös paljon termiä ulkomaalaistaustainen tai maahanmuuttajataustainen henkilö. Nämä termit viittaavat useimmiten toisen polven siirtolaisiin, eli ulkomailta Suomeen muuttaneiden ulkomaalaisten ihmisten Suomessa syntyneitä lapsia. (Tilastokeskus 2011.) Ulkomaalainen on henkilö jolla ei ole Suomen kansallisuutta, esimerkiksi turistik tai opiskelijat (Räty 2002,11).

Tässä opinnäytetyössä maahanmuuttajalla, ulkomaalaistaustaisella, maahanmuuttajataustaisella ja ulkomaalaisella tarkoitetaan samaa, eli henkilöä, joka on muuttanut Suomeen muualta ja joka uskontonsa, kulttuurinsa ja taustansa puolesta poikkeaa kantaväestöstä. Opinnäytetyössä käytetään myös ilmaisua ”mielenterveystyö”, psykiatrisen hoitotyön lisäksi. Molemmat kuvaavat tässä opinnäytetyössä potilaan hoitoa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai muissa mielenterveyspalveluissa.

2.2 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvat mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien hoito. Päämääränä on lisätä ihmisten hyvinvointia, parantaa toimintakykyä ja edistää persoonallisuuden kasvua. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 25.) Säädöksessä koskien mielenterveystyötä (L.14.12.1990/1116) kerrotaan että ”mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Potilaan sitoutuminen psykiatriseen hoitoon edellyttää hoitohenkilökunnalta kommunikaatiotaitoja. Hoitajan ja potilaan välille rakentuu terapeutin suhde jota ylläpitää luottamus ja ymmärretyksi tuleminen tunne. (Laitila 2010, 25.) Hoitohenkilökunnalla on vaikutus maahanmuuttajapotilaiden

hoitoon sitoutumiseen, hoitoon on helpompi sitoutua jos potilas voi luottaa hoitajan kykyyn auttaa (Sainola-Rodriquez 2009, 38).

Mielenterveystyöhön kuuluu myös muuta kuin psykiatrinen erikoissairaanhoito. Se kohdistuu koko väestöön, myös heihin jotka eivät ole sairastuneita. Perusterveydenhuoltoon kuuluu ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toteuttaminen. Lääketieteen ala joka tutkii ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä on psykiatria. Hoitotyön lähtökohdat painottuvat enimmäkseen mielenterveyden häiriöihin, potilaiden hoito on usein moniammatillista. Psykiatrisen hoitotyön toteuttaminen vaatii hoitajilta vastuullisuutta, sosiaalisia taitoja ja kykyä itsenäiseen työskentelyyn. (Rahijärvi, 2014, 6.)

2.3 Monikulttuurinen hoitotyö

Käsite monikulttuurinen hoitotyö viittaa erilaisten kulttuurien kanssa tehtävän hoitotyön tai hoitoyhteisöön, jonka työntekijät ja asiakkaat ovat eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 18.) Monikulttuurisessa hoitosuhteessa huomioidaan kulttuuriset taustat, erilaisuuden kunnioitus, tasa-arvoisuus ja yhdenvertaisuus. Monikulttuurisen hoitotyön päämääränä on potilaan taustojen huomioiminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Abdelhamid ym. 2009, 19.) Monikulttuurisessa hoitotyössä ennakkoluulottomuus, herkkyys ja ymmärrystä sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiudet ovat tärkeitä ominaisuuksia (ETENE, 2004, 13).

2.4 Psykososiaalinen maahanmuutto prosessi

Maahanmuutto voi olla psyykkisesti hyvin raskas prosessi johon ei osata etukäteen varautua. Siihen liittyy paljon suuria tunteita ja reaktioita uuteen ympäristöön ja kulttuuriin. Jotta yksilöstä voisi tulla tasapainoinen ja sopeutunut uuteen kulttuurinsa tulisi hänen läpikäydä maahanmuuttoprosessi. (Hanssen, 2007, 18.)

Suomen mielenterveysseura (2015) kuvaa maahanmuuttoprosessia viiden vaiheen kautta. Ensimmäisenä on myönteinen vaihe, jossa uusi kulttuuri kiinnostaa ja maahanmuuttaja tuntee helpotusta ja kiitollisuutta päästyään turvalliseen maahan. Toisessa vaiheessa yksinäisyyden ja pettymyksen tunteet tulevat esiin. Uusi maa

ei ehkä ollutkaan sellainen kun odotettiin. Kolmannessa vaiheessa epävarmuus ja rutiinien puute stressaavat. Maahanmuuttaja kokee kielteisiä tunteita yhteiskuntaa kohtaan ja voi käyttäytyä uhkaavasti. Neljännessä vaiheessa positiivisia asioita aletaan taas huomioimaan ja uskalletaan panostaa elämään uudessa maassa. Viimeinen vaihe on suruvaihe jolloin koti-ikävä iskee ja surraan taakse jätettyä elämää. (Suomen mielenterveysseura 2015.)

2.5 Maahanmuuttajat ja hoitohenkilökunta

Hoitohenkilökunta kohtaa työssään ihmisiä monista eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. He voivat olla turisteja jotka ovat sairastuneet, turvapaikanhakijoita tai maahanmuuttajia. Näillä ihmisryhmillä voi olla kantaväestöstä poiketen hyvin erilaiset tarpeet ja ajatusmaailma, joka voi johtaa siihen että heidän oletuksensa hoidosta ja käyttäytymisensä on muuta kuin mihin hoitohenkilökunta on tottunut. (Hanssen 2007, 13.)

Monikulttuurinen tuntemus hoitohenkilökunnalla rajoittuu joidenkin kulttuuristen piirteiden tuntemiseen yleisimpien maahanmuuttajaryhmien kohdalla. Psykiatriassa hoitotyössä kommunikoimalla auttaminen tai psyykkisen tuen antaminen on koettu todella vaikeaksi eikä yleisimmin käytettyjen työmenetelmien ole koettu toimivan. Hoidon onnistumisen esteiksi on kuvattu mm. hoitajan ja ulkomaalais-taustaisen potilaan kielteiset asenteet ja ennakkoluulot, kieliongelmat ja kulttuuri-taustojen tuntemuksen puute. (Sainola-Rodrigue 2007, 216–222.)

Aikaisemmin samanlaista tutkimusta ei ole Suomessa tehty. Tutkimuksessa koskien hoitohenkilökunnan monikulttuurista osaamista tuli esiin että hoitohenkilökunta kokee kulttuurisen osaamisensa hyväksi. Kuitenkin kolmannes hoitohenkilökunnasta koki ennakkoluuloja maahanmuuttajapotilaita kohtaan. (Mulder, Koivula & Kaunonen, 2014, 24.) Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana tutkimuksessa tulokset osoittivat että maahanmuuttajat kokevat sairauden ja terveyden eritavoin kuin kantaväestö. Sairanhoitajat kokivat että vuorovaikutustilanteissa heillä oli epävarma olo, joskus he kokivat pelkoa ja uhatuksi tulemisen tunteita. (Wathen, 2007, 29–30.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa oli haastateltu psykiatriaan erikoistuneita sairaanhoitajia ja selvitetty heidän kokemuksiaan monikulttuurisesta hoitotyöstä. Tulosten mukaan eniten ongelmia tuotti yhteisen kielen puute, koska kommunikaatio on psykiatrisessa hoitotyössä tärkeää. Tutkimuksessa painotettiin puheen tärkeyttä, että hoitohenkilökunta ymmärtää potilasta ja tämän omaisia. Tutkimus osoitti myös että moni sairaanhoitaja toivoi saavansa lisäkoulutusta monikulttuuriseen osaamiseen. (Eriksson & Wikström, 2013, 18–25.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä hoitajien kokemuksia maahanmuuttajapotilaan hoidosta, hoitajien valmiuksista monikulttuurisessa hoitotyössä ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Tieto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista ja valmiuksista maahanmuuttajapotilaiden hoidossa. Tällä tiedolla voidaan kehittää monikulttuurista psykiatrista hoitotyötä ja muuttaa asenteita.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia haasteita maahanmuuttajapotilaiden hoito aiheuttaa hoitohenkilökunnalle?
2. Millaisena hoitohenkilökunta kokee monikulttuurisen osaamisensa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön empiirinen osuus toteutettiin Vaasan keskussairaalan psykiatrisessa yksikössä, joka myös toimi opinnäytetyön tilaajana. Idea lähti opinnäytetyön tekijältä ja tekijä otti yhteyttä yksikköön ideansa kanssa ja sai luvan tehdä tutkimuksen. Tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen hyväksymisen jälkeen tutkija toimitti saatekirjeet (Liite 1) sekä kyselylomakkeet (Liite 2) neljälle eri aikuispsykiatrian osastolle joulukuussa 2015. Työ rajattiin aikuispsykiatrian osastojen puolelle koska tutkija koki että avohoidon sekä lasten- ja nuortenpsykiatrian puolella hoito, sekä potilaiden hoitotilanne poikkeaa merkittävästi aikuistenosastojen toiminnasta.

4.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisena eri määrällisenä tutkimuksena. Määrällisen tutkimuksen avulla pyritään mittaamaan muuttujia ja tarkastelemaan niiden välisiä eroja. Muuttujat voivat olla selittäviä kuten vastaajien taustatiedot tai selitettäviä kuten vastaajien kokemus jostain asiasta. Kvantitatiivinen tutkimustapa soveltuu sellaisiin tutkimuksiin joiden avulla halutaan tilastollisesti tarkkailla jonkun seikan merkitsevyyttä tutkimuksen kohderyhmässä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 61–62.) Tässä opinnäytetyössä mitataan hoitajien kokemuksia maahanmuuttajapotilaiden kohtaamisessa ja siihen liittyvistä seikoista. Kyselytutkimuksen etuna oli tutkijan mielestä se, että tietoa pystyttiin keräämään suuremmalta joukolta ja selvittää monia eri asioita.

Tutkimusmenetelmä sopi tähän tutkimukseen koska haluttiin selvittää hoitajien kokemuksia maahanmuuttajapotilaiden kohtaamisesta sekä siitä miten se poikkeaa kantasuomalaisen kohtaamisesta. Tutkimuksen avulla pyrittiin selvittämään mitkä seikat vaikuttavat kohtaamisen laatuun ja miten maahanmuuttajapotilaiden kohtaamista ja hoitajien toimintaa tällaisessa tilanteessa voisi parantaa.

4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kohderymänä toimivat aikuispsykiatrian osastojen hoitajat jotka mahdollisesti kohtaavat maahanmuuttajapotilaita työssään. Tässä opinnäytetyössä otoksena toimi kokonaisuusryhmä, eli kaikki hoitajat jotka työskentelevät aikuispsykiatrian osastoilla ja mahdollisesti kohtaavat maahanmuuttajapotilaita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 105). Kohderyhmän hoitajien määrä oli noin seitsemänkymmentä mutta vastaus saatiin vain neljältäkymmeneltä, joten katoa oli jonkin verran. Tutkija kuitenkin päätti olla tekemättä uusintakyselyä koska hän uskoi, ettei uusintakysely lisäisi merkittävästi vastaajien määrää.

Hoitajien joukossa työskentelee niin sairaanhoitajia, perus- sekä mielenterveys- hoitajia. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeella joka sisälsi monivalintakysymyksiä sekä pari avointa kysymystä. Kyselylomake tehtiin teoreettisen viitekehyksen tietoihin viitaten sekä ottamalla mallia aiemmin tehdyistä samantapaisista tutkimuksista. Ennen tutkimuslomakkeen käyttöönottoa se esiteltiin tutkijan ystäville, jotka työskentelevät toisessa psykiatrisessa yksikössä. Kysymykset olivat ymmärrettäviä ja mitään muutoksia lomakkeeseen ei tehty. Aineistoon oli mahdollista vastata kahden viikon aikana. Tutkija vei osastoille saatekirjeen, kyselylomakkeita sekä suljetun vastauslaatikon. Kyselylomake sisälsi 20 monivalinta kysymystä, ns. ”asenneväittämiä” sekä kaksi avointa kysymystä, vastausajaksi tutkija arvioi noin 15min. Tutkimusaineisto on primaariaineistoa ja se kerättiin tätä tutkimusta varten (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 113).

Tutkimuksen teoreettista osaa varten tutkija teki hakuja hoitotieteellisistä Cinhal-, PubMed- sekä Medic-tietokannoista. Tietokannoissa sanahakuina käytettiin sanoja ”immigrants, mental health, nursing” ja monikulttuurinen hoitotyö. Tietoa on haettu myös hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjallisuudesta sekä luotettavista internet lähteistä. Kaikki kerätty tieto on alle kymmen vuotta vanhaa, lukuun ottamatta muutamaa vanhempaa lähdettä.

4.3 Aineiston analyysi

Kyselyllä kerätyllä aineistolla ratkaistaan tutkimusongelmissa esitetyt kysymykset. Kyselylomake sisälsi sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Kyselylomakkeet numeroitiin juoksevilla numeroilla analysointia varten. Tutkimusaineiston kvantitatiivinen osa syötettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan (Statistical Package for Social Sciences) jonka avulla vastaukset muunnettiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Kvantitatiivisen tutkimuksen ideana on tarkastella ison populaation käyttäytymistä. Tässä tutkimuksessa kvantitatiivinen aineisto esitellään suorina jakaumina. Suora jakauma on tapa esittää ja tiivistää havaintoyksiköiltä kerätty tieto. Suora jakaumat esitetään kysymyksittäin. Kyseessä on aineiston esittämistapa, mutta myös yksinkertainen analyysikeino, jossa nähdään yksittäisen muuttujan eli kysymyksen eri vaihtoehtojen saamat vastaukset. (Kananen 2015, 288.) Saadut tulokset havainnollistettiin tekemällä taulukoita ja kuvioita Microsoft Word 2013-ohjelmalla.

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin kvalitatiivisen aineiston analysointi menetelmin käyttämällä induktiivista eli aineisto lähtöistä analyysia. Induktiivista analyysia kuvaillaan yksilön tunteiden ja toiveiden kuunteluna (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 51). Aineisto pyrittiin saaman selkeään ja tiiviiseen muotoon litteroimalla eli puhtaaksi kirjoittamalla vastaukset. Aineisto muutettiin helpommin analysoitavaan muotoon tiivistämällä alkuperäisvastauksia, tiivistyksen avaimena voi toimia sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tiivistäminen tarkoittaa asiasisältöjen etsimistä tekstimassasta ja niiden sisällön kuvaamista sanalla tai lauseella. (Kananen 2015, 163.) Tiivistetyt ilmaukset luokiteltiin ja ryhmiteltiin ala- ja yläkategorioiksi, joiden avulla yhdistettiin samaa asiaa tarkoittavat vastaukset. Esimerkki aineiston analyysista liitteissä (Liite 3). Aineistosta etsittiin tekijöitä jotka ovat yhteydessä tutkimuksen tutkimusongelmiin ja niiden avulla kuvaamaan ja ymmärtämään kohdeilmiötä eli sitä miten hoitajat kokevat maahanmuuttajapotilaan kohtaamisen psykiatrisessa hoitotyössä. (Kananen 2015, 177.)

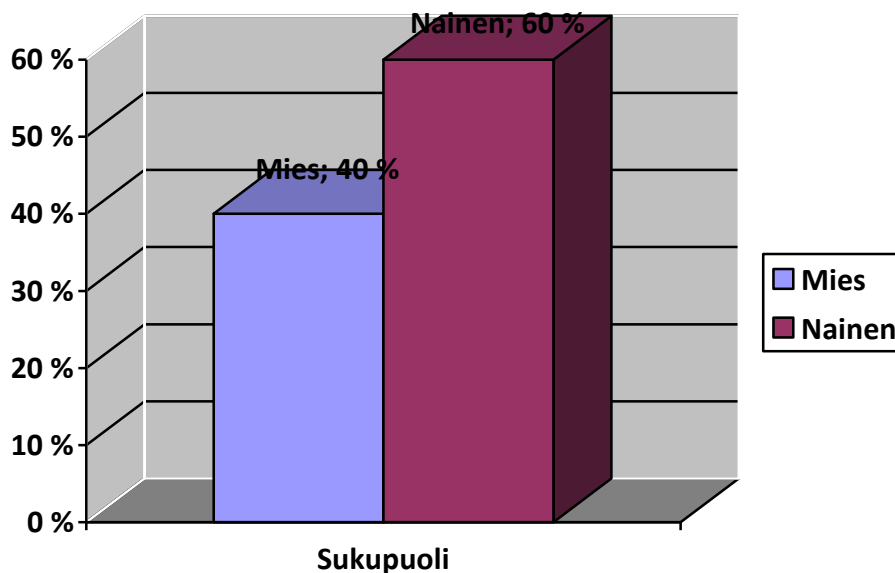
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

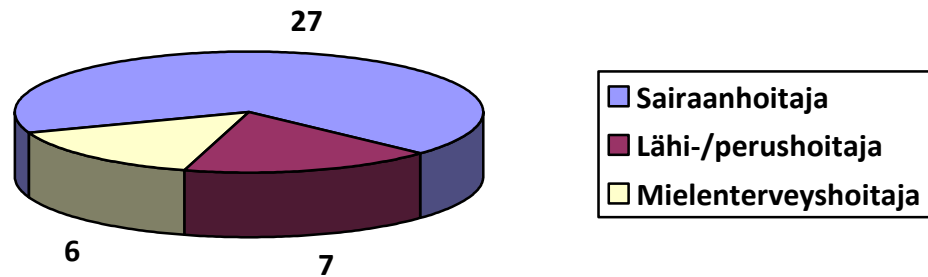
Tässä luvussa käsitellään tutkimustulokset. Kyselylomakkeita osastoille vietiin yhteensä 70 kappaletta ja vastauksia saatiin 40, eli vastausprosentiksi tuli 57. Kaikki vastaajat olivat vastanneet lomakkeen jokaiseen strukturoituun kysymykseen. Avoimiin kysymyksiin muutama jätti vastaamatta tai vastasi vain toiseen kysymyksistä. Tässä luvussa esitetään aineiston analyysissä saadut tulokset. Tulosten analyysissä käydään läpi vastaajien taustatiedot, strukturoitujen kysymysten tulokset sekä avointen kysymysten vastaukset.

5.1 Taustatiedot

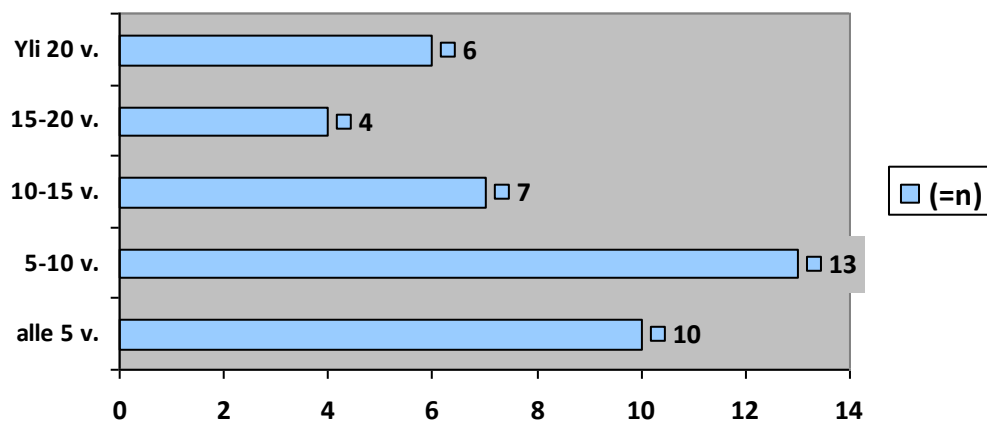
Kyselyyn vastasi 40 Vaasan keskussairaalan psykiatrisessa yksikössä potilastyötä tekevää henkilöä. Suurin osa vastaajista (67,5 %) oli sairaanhoitajia kun taas lähi-/perushoitajia oli 17,5 % sekä mielenterveyshoitajia 15 %. (Taulukko 1.) Vastaajista 24 (n=24) oli naisia kun taas miehiä oli 16 (n=16) (Kuvio 1.)

Taulukko 1. Sukupuoli



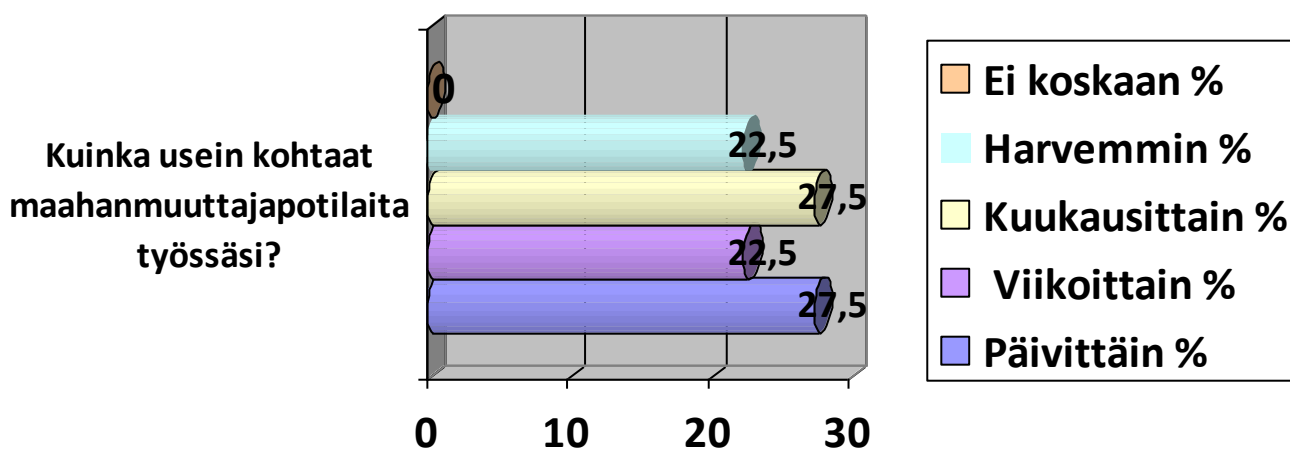
Kuvio 1. Ammatti

Valtaosalla (n=13, 32,5 %) vastaajista oli 5-10 vuoden kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä kun taas vähemmistössä oli 15–20 vuotta työtä tehnyt (n=6, 10 %). Kuitenkin 15 % (n=6) oli yli kahdenkymmen vuoden työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä. Vastaajista 25 % (n=10) oli työskennellyt psykiatristen potilaiden kanssa alle 5 vuotta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Työkokemus

Taustatieto kysymyksiin kuului myös kuinka usein hoitajat kohtaavat maahanmuuttajapotilaita työssään.(Taulukko 3.) Kaikki vastanneet kohtaavat maahanmuuttajapotilaita. Vastaajista yksitoista (n=11) kohtasi maahanmuuttajapotilaita päivittäin. Viikoittain ulkomaalaistaustaisia potilaita kohtasi yhdeksän (n=9) hoitajaa. Vastaajista yksitoista (n=11) oli työssään tekemisissä ulkomaalaisten potilaiden kanssa kuukausittain. Yhdeksän (n=9) vastaajista kohtasi maahanmuuttajapotilaita harvemmin kun yllämainitut vaihtoehdot.

Taulukko 3. Kuinka usein kohtaat maahanmuuttajapotilaan

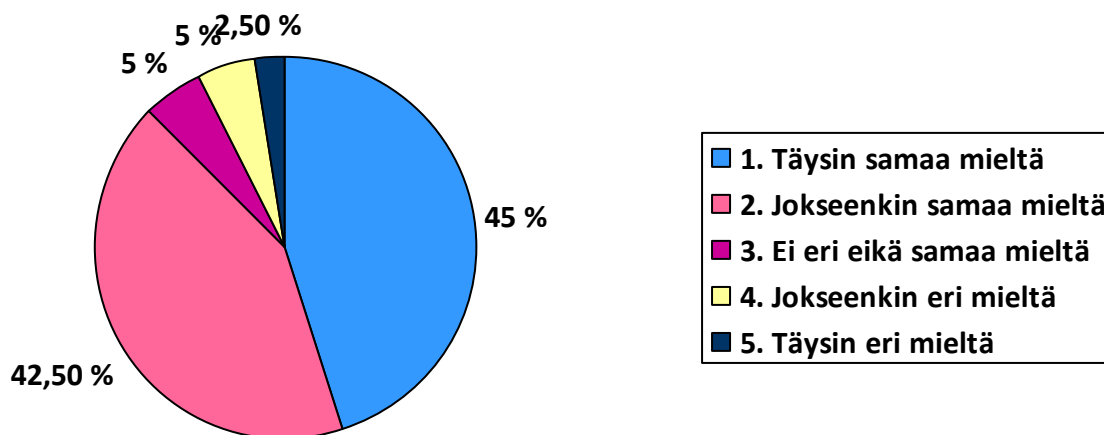


5.2 Millaisia haasteita maahanmuuttajapotilaiden hoito aiheuttaa henkilökunnalle?

Monivalintakysymysten avulla selvitettiin minkälaisia haasteita maahanmuuttajapotilaat aiheuttavat psykiatrisessa hoitotyössä. Kysymyksiin pystyi vastata valitsemalla omaa mielipidettä vastaavan vaihtoehdon joka väittämää kohden. Vastausvaihtoehtoina oli ”täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei eri eikä samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä.

Ensimmäisellä väittämällä selvitettiin kokeeko hoitohenkilökunta maahanmuuttajapotilaiden hoidon haastavammaksi kun kantaväestön psykiatrisen hoitotyön toteuttamisen. Vastaajista 45 % (n=18) oli sitä mieltä, että kulttuurisilla eroilla on vaikutusta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen. (Kuvio 2.) Seitsemäntoista vastaajaa (43,5 %) koki olevansa jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajista 5 % (n=2) oli vastannut neutraalisti, eikä ottanut kantaa siihen onko kulttuurisilla eroilla vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Kaksi vastaajaa (5 %) oli jokseenkin eri mieltä kun taas yksi vastaaja (2,5 %) oli täysin eri mieltä väitteen kanssa.

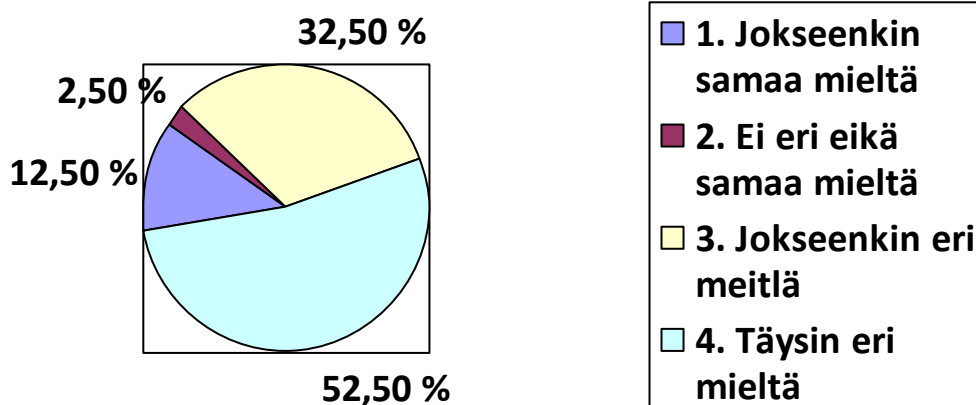
Kuvio 2. Kulttuuriset erot vaikuttavat potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen



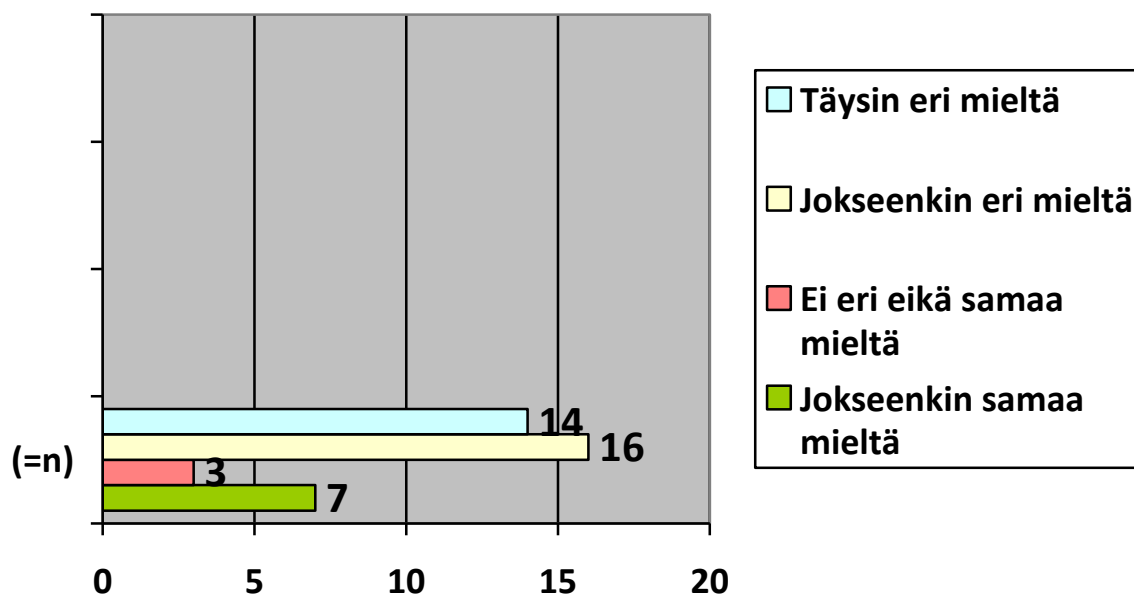
Vastaajista kahdeksantoista (=18) oli sitä mieltä että kulttuurisilla eroilla on vaikutusta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen. Kaksikymmentäyksi vastaajaa (n=21) on silti täysin eri mieltä siitä, etteivät kulttuuriset erot vaikuttaisi potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen. Vastaajista viisi (n=5) on vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä väittämän ”kulttuuriset erot eivät vaikuta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen” kanssa. Yksi (n=1) vastaajista ei ole ottanut kantaa väittämään. Loput vastaajista (n=13) ovat jokseenkin eri mieltä siitä etteivätkö kulttuuriset erot vaikuttaisi potilaiden ja omaisten hoitoon sitoutumiseen

Vastaajista kahdeksantoista (=18) oli sitä mieltä että kulttuurisilla eroilla on vaikutusta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen. Kaksikymmentäyksi vastaajaa (n=21) on silti täysin eri mieltä kulttuuristen erojen vaikutuksesta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen. (Taulukko 4.) Vastaajista viisi (n=5) on vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä väittämän ”kulttuuriset erot eivät vaikuta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen” kanssa. Yksi (n=1) vastaajista ei ole ottanut kantaa väittämään. Loput vastaajista (n=13) ovat jokseenkin eri mieltä siitä, että kulttuuriset erot vaikuttaisivat potilaiden ja omaisten hoitoon sitoutumiseen.

Taulukko 4. Kulttuuriset erot eivät vaikuta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen



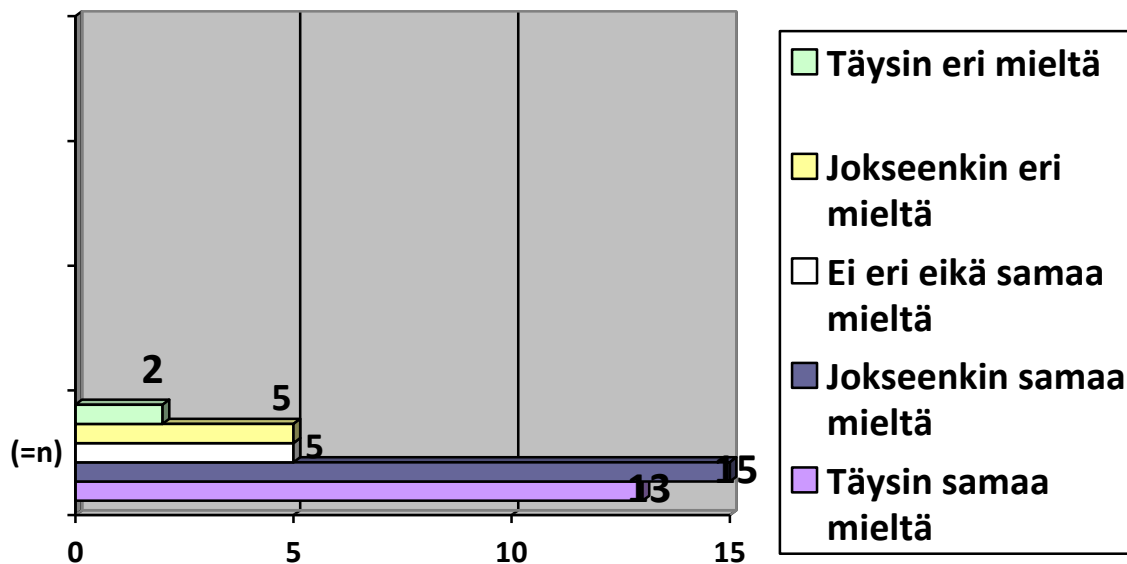
Taulukko 5. Maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on yhtä helppoa kuin kantaväestön kohtaaminen



Vastaajista 40 % (n=16) koki olevansa jokseenkin eri mieltä siitä, että maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on yhtä helppoa kuin kantaväestön kohtaaminen. (Taulukko 5.) Neljätoista (n=14) vastaajaa, eli 35 % oli täysin eri mieltä, eli kokivat maahanmuuttajapotilaan kohtaamisen olevan vaikeampaa kuin kantaväestön kohtaamisen. 7,5 % (n=3) ei ottanut kantaa väittämään ”maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on yhtä helppoa kuin kantaväestön” kohtaaminen vastaamalla ”ei eri eikä samaa mieltä”. Seitsemän (n=7, 17,5 %) vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.

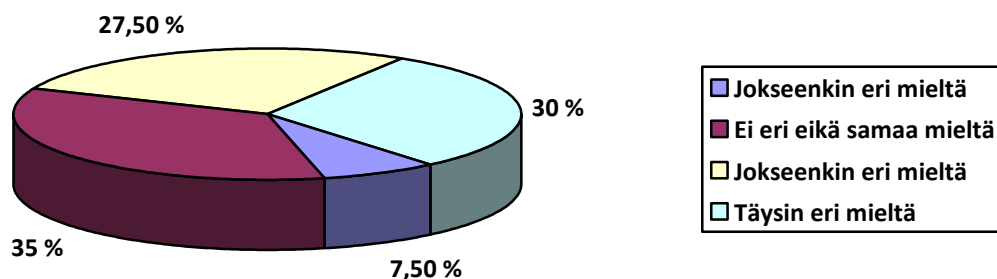
37,5 % (n=15) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin kantaväestön kohtaaminen, täysin samaa mieltä oli 32,5 % (n= 13) vastaajaa. 12,5 % (n= 5) vastaajista ei ottanut kantaa väittämään ja yhtä moni oli vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 5 % (n=2) vastaajista. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on vaikeampaa kun kantaväestön kohtaaminen



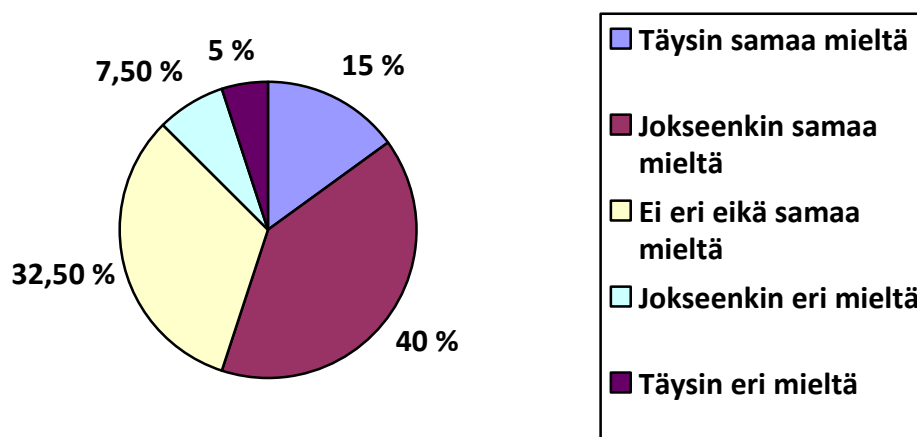
Vastaajista 12 (n=12, 30 %) oli sitä mieltä, että maahanmuuttajapotilaat eivät ole rauhallisempia kuin kantaväestöön kuuluvat potilaat. Neljätöistä vastaajaa (35 %) oli valinnut vaihtoehdon ”ei eri eikä samaa mieltä” väittämään ”Maahanmuuttajapotilaat ovat rauhallisempia kuin kantaväestöön kuuluvat potilaat”. 7,5 % (n=3) oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Loput vastaajista, 27,5 % (n= 11) koki olevansa jokseenkin eri mieltä siitä ovatko maahanmuuttajapotilaat rauhallisempia kuin kantaväestöön kuuluvat potilaat. (Kuvio 3.).

Kuvio 3. Maahanmuuttajapotilaat ovat rauhallisempia kuin kantaväestöön kuuluvat potilaat



Kuusi (n=6, 15 %) oli täysin samaa mieltä väittämän ”Maahanmuuttajapotilaat agitoituvat kantaväestö herkemmin” kanssa. 40 % (n=16) oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä. Moni (n=13, 32,5 %) ei ottanut kantaa vastaamalla olevansa ”ei eri eikä samaa mieltä”. Vastaajista 2 (n=2, 5 %) ei kokenut maahanmuuttajapotilaiden agitoituvan kantaväestöä herkemmin kun taas 7,5 % (n=3) koki olevansa jokseenkin eri mieltä asiasta. (Kuvio 4.)

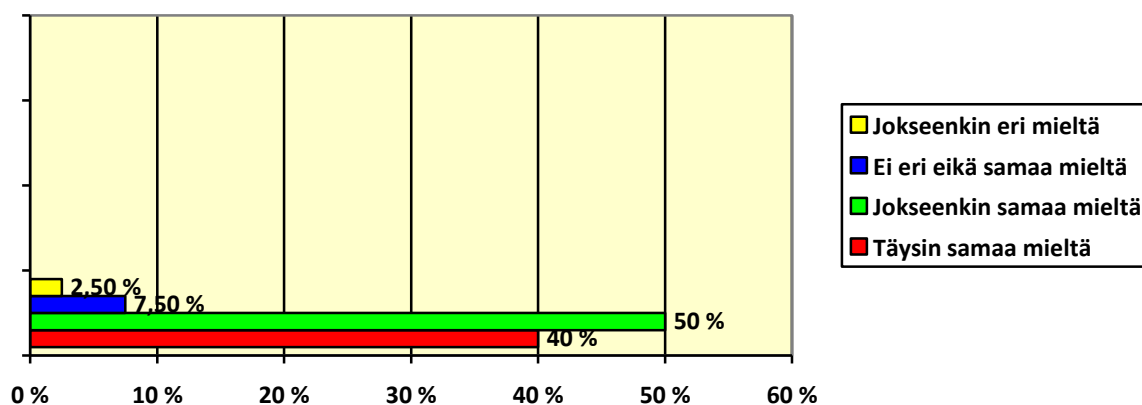
Kuvio 4. Maahanmuuttajapotilaat agitoituvat kantaväestö herkemmin



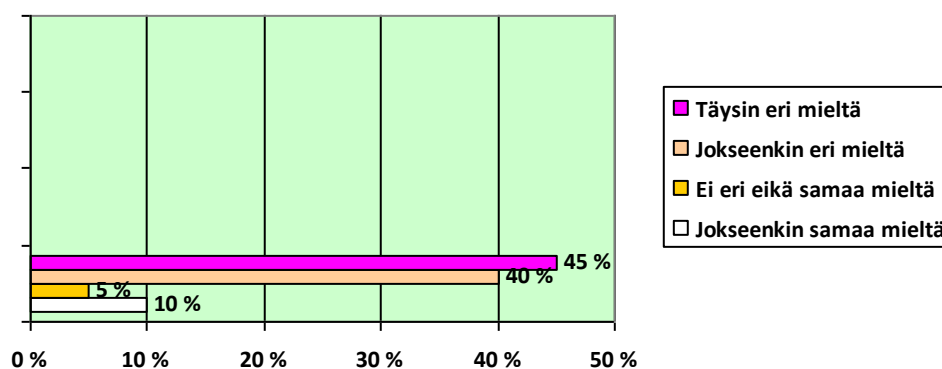
5.3 Kommunikointi maahanmuuttajapotilaiden kanssa

Kyselylomakkeessa esitettiin väitteitä siitä onko kommunikointi maahanmuuttajapotilaiden kanssa haastavaa vai ei sekä väittämiä siitä onko tulkkipalveluita helppoa saada. 40 % (n=16) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että kommunikointi maahanmuuttajapotilaiden kanssa on haastavaa. (Taulukko 7.) 50 % (n=20) vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä että kommunikointi olisi haastavaa. 7,5 % ei ottanut kantaa väittämään. 2,5 % (n=1) vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä siitä onko kommunikointi haastavaa. Kukaan ei vastannut olevansa täysin eri mieltä kommunikoinnin haastavuudesta.

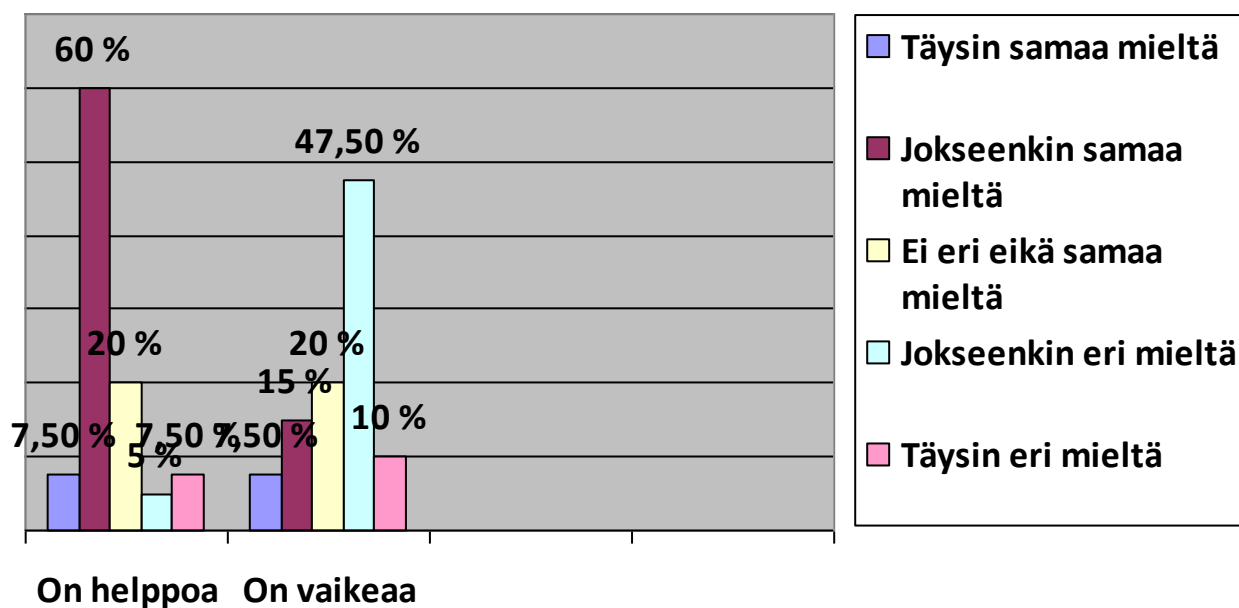
Taulukko 7. Kommunikointi maahanmuuttajapotilaan kanssa on haastavaa



Vastaväitteeseen ”kommunikointi maahanmuuttajapotilaiden kanssa ei ole haastavaa 45 % (n=18) vastasi olevansa täysin eri mieltä. Vastaajista 16(n=16, 40 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. 10 % (n=4) vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä, ettei kommunikaatio maahanmuuttajapotilaiden kanssa ole haastavaa. Kaksi (n=2, 5 %) ei ottanut väittämään kantaa. (Taulukko 8.)

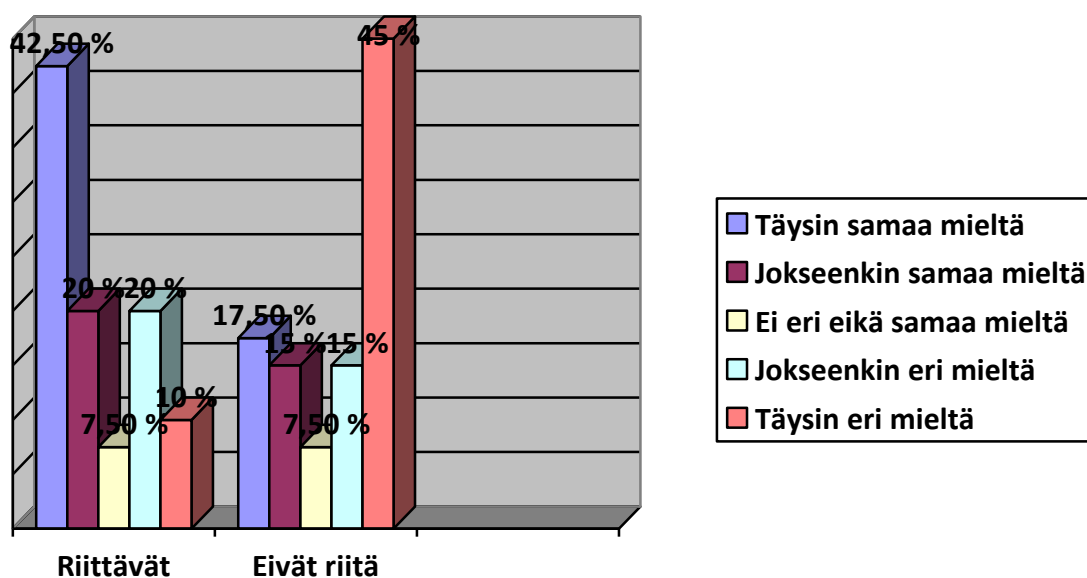
Taulukko 8. Kommunikointi maahanmuuttajapotilaan kanssa ei ole haastavaa

Täysin samaa mieltä siitä, että tulkkipalveluiden saatavuus on helppoa, oli 3 (n=3, 7,5 %) vastaajista. 60 % (n=24) vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä että tulkkipalveluita saa helposti. Kahdeksan vastaaja (n=8, 20 %) ei ottanut kantaa väittämään. 7,5 % (n=3) oli täysin eri mieltä, ja koki ettei tulkkipalveluita ole helppo saada. Kaksi vastaajaa (n=2, 5 %) oli jokseenkin eri mieltä siitä, että tulkkipalveluita on helppo saada. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Tulkkipalveluita on helppo saada / Tulkkipalveluita on vaikea saada

47,5 % (n=19) vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä siitä onko tulkkipalveluita vaikeaa saada. (Taulukko 9.). 20 % (n=8) ei ottanut kysymykseen kantaa. Kolme (n=3, 7,5 %) vastaajaa oli sitä mieltä että tulkkipalveluita on vaikea saada. 15 % (n=6) koki että on jokseenkin asiasta samaa mieltä. Neljä (n=4, 10 %) oli täysin eri mieltä ja koki, että tulkkipalveluita on helppoa saada.

Taulukko 10. Englannin kielen taitoni on riittävää kohdatessani maahanmuuttajapotilaan – Englannin kielen taitoni ei ole riittävää kohdatessani maahanmuuttajapotilaan



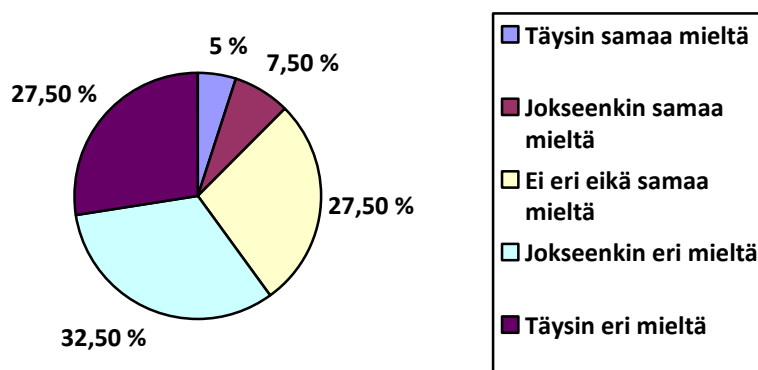
Iso osa vastaajista (42,5 %, n=17) koki englannin kielen taitojensa riittävän maahanmuuttajapotilaita kohdatessaan. (Taulukko 10.) 45 % (n= 18) oli täysin eri mieltä siitä etteivätkö hänen kielitaitonsa riittäisi maahanmuuttajapotilaan kohtaamiseen. Kolme (n=3, 7,5 %) vastaajaa ei ottanut kantaa siihen riittävätkö tai eivätkö hänen englannin kielen taitonsa riittäisi maahanmuuttajapotilaan kohtaamiseen psykiatrisessa hoitotyössä.

10 % (n= 4) vastaajista koki olevansa täysin eri mieltä siitä että heidän englannin kielentaitonsa riittäisi maahanmuuttajapotilaan kohtaamiseen. Kuitenkin 17,5 % (n=7) oli vastannut olevansa täysin samaa mieltä siitä, etteivät hänen englanninkielen taitonsa ole riittävät. Kahdeksan (n=8, 20 %) vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että englannin kielen taidot ovat riittävät kohdatessa maahanmuuttajapotilaan. Kuitenkin kuusi (n=6, 15 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, etteivät englannin kielen taidot riitä maahanmuuttajapotilaita kohdatessa. 20 % (n=8) oli vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä siitä ovatko englannin kielen taidot riittävät. Vastaväitteeseen ”Englanninkielentaitoni ei ole riittävät kohdatessani maahanmuuttajapotilaan” kuusi (n=6, 15 %) oli vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä tästä väittämästä.

5.4 Millaisena henkilökunta kokee monikulttuurisen osaamisensa?

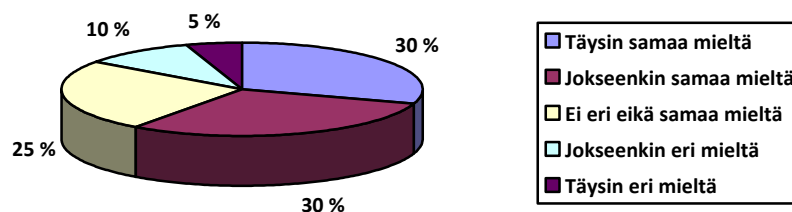
Kyselylomakkeessa oli väittämät ” monikulttuurinen osaamiseni on riittävä” ja ”monikulttuurinen osaamiseni ei ole riittävä”. Vain 5 % (n= 2) oli täysin samaa mieltä siitä että osaaminen on riittävää. 7,5 % (n= 3) vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä osaamisen riittävydestä kun taas 27,5 % (n=11) ei ollut eri eikä samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajista yksitoista (n=11, 27,5 %) oli täysin eri mieltä väittämän kanssa ja 32,5 % (n=13) vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä siitä onko oma monikulttuurinen osaaminen riittävää. (Kuvio 5.)

Kuvio 5. Monikulttuurinen osaamiseni on riittävää



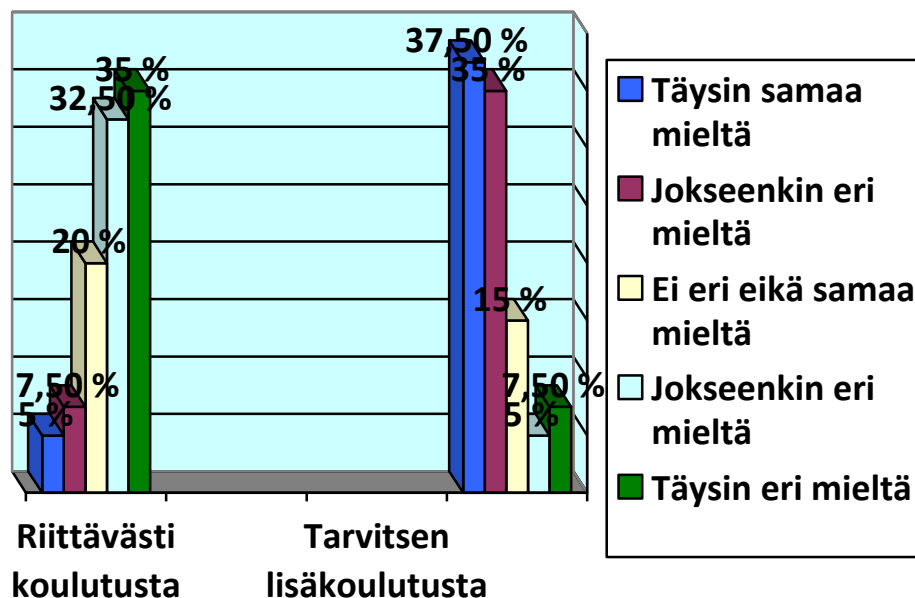
30 % (n=12) oli täysin samaa mieltä ja saman verran vastaajista (n=12, 30 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä että oma monikulttuurinen osaaminen ei ole riittävä. Kymmenen vastaajista (n=10, 25 %) ei ollut ottanut kantaa väittämään vastaamalla ”ei eri eikä samaa mieltä”. Kaksi (n=2, 5 %) oli täysin eri mieltä väittämän kanssa, eli kokivat oman monikulttuurisen osaamisena olevan riittävää. Jokseenkin eri mieltä oman osaamisensa riittämättömyydestä oli neljä vastaajaa (n=4, 10 %). (Kuvio 6.)

Kuvio 6. Monikulttuurinen osaamiseni ei ole riittävää



Kyselylomakkeen viimeiset strukturoidut kysymykset olivat ”olen saanut riittävästi koulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen ja ”tarvitsen lisäkoulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen”. (Taulukko 11.) 37,5 % (n=16) oli täysin samaa mieltä siitä että tarvitsee lisäkoulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen kun taas 35 % (n=14) oli jokseenkin samaa mieltä siitä että tarvitsee lisäkoulutusta. Kuusi (n=6, 15 %) ei ollut ottanut kantaa vastaamalla ”ei eri eikä samaa mieltä”. 7,5 % (n=3) vastaajista koki, ettei tarvitse lisäkoulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen ja 5 % (n=2) oli jokseenkin eri mieltä lisäkoulutuksen tarpeesta.

Taulukko 11. Olen saanut riittävästi koulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen – Tarvitsen lisäkoulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen



36 % (n=14) vastaajista oli täysin eri mieltä siitä että olisivat saaneet riittävästi koulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen. Jokseenkin eri mieltä olevia oli 32,5 % (n=13). Vastaajista 20 % (n=8) ei ollut eri eikä eivätkä samaa mieltä väittämän kanssa. 5 % (n=2) oli sitä mieltä että heillä on riittävästi koulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen ja 7,5 % (n=3) oli jokseenkin samaa mieltä asiasta.

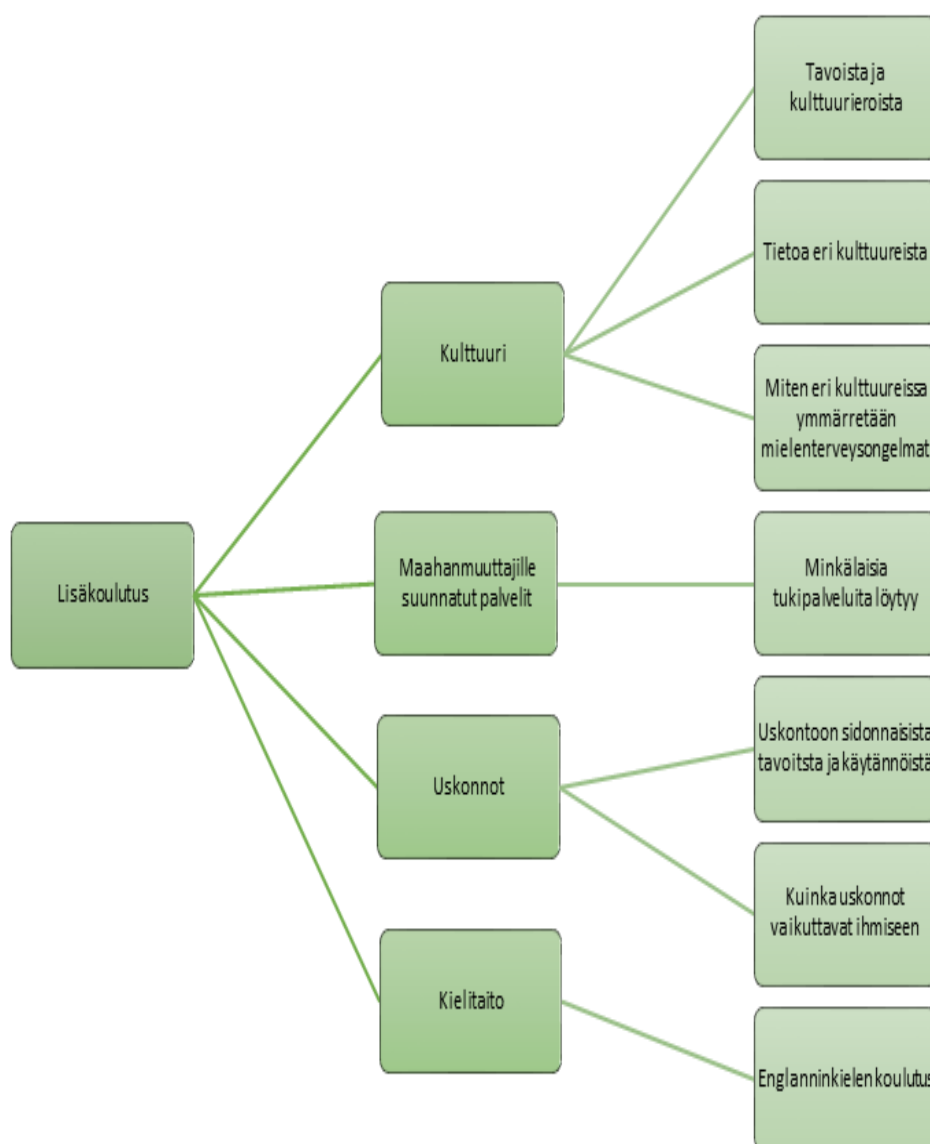
5.5 Lisäkoulutuksen tarve

Kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä joista toinen oli ”Jos koet tarvitsevasi lisäkoulutusta, millaista?”. Seitsemäntoista (n=17) vastaajaa vastasi tähän avoimeen kysymykseen. Kuusitoista (n=16) oli vastannut aiemmissä kysymyksissä tarvitsevansa lisäkoulutusta eli kaikki jotka kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta, vastasivat kysymykseen.

Lähes jokainen vastaajista mainitsi haluavansa lisäkoulutusta kulttuurisidonnaisista asioista ja uskonnoista. Vastauksista ilmeni, että lisää tietoa haluttaisiin siitä mitä pitäisi ottaa huomioon jos potilas tulee jostain tietystä kulttuurista ja esi-

merkkejä tavoista, mitä sopii tehdä ja mitä ei sovi tehdä. Useita kiinnostaisi saada koulutusta eri kulttuureiden tavoista ja miten näitä tapoja voisi ottaa huomioon myös psykiatrisessa hoitotyössä. Tärkeänä koettiin myös se, että saataisiin lisää tietoa siitä miten eri kulttuureissa ja uskonnoissa suhtaudutaan mielenterveyteen ja psyykkisiin sairauksiin. (Kuvio 7.)

Kuvio 7. Lisäkoulutus



”Haluaisin lisää tietoa tavoista, mitä ei ole sopivaa tehdä. Haluaisin toimia kulttuuria kohdaten oikealla tavalla mutta samalla näyttää ja opettaa suomalaista toimintatapaa”.

*”..tietoa siitä kuinka eri kulttuureissa suhtaudutaan ja ymmärretään mielen-
lenterveys ja psyykkiset sairaudet..”*

*”..tarkempaa tietoa kulttuureista ja asioista jotka saattavat loukata eri
kulttuureista tulevia potilaita..”*

”..kulttuurierojen ja uskontojen parempi ymmärtäminen..”

Monet vastasivat myös haluavansa tietoa eri uskonnoista ja uskontoihin liittyvistä käytännöistä ja uskomuksista. Haluttiin tietää miten uskonto ja kulttuuritausta vaikuttaa ihmiseen ja miten nämä asiat myös voivat vaikuttaa oman psykiatrisen sairauden ymmärtämiseen ja siihen miten omaiset asian ymmärtävät. Tietoa uskonnoista haluttiin myös siksi että voidaan ottaa huomioon uskonnon merkitys kunkin potilaan kohdalla ja myös hoitajana pohtia sitä miten uskonto voi vaikuttaa jonkun potilaan ajatuksiin omasta mielenterveydestä ja psykiatrisesta sairaudesta.

”..tietoa uskomuksista ja uskonnoista..”

”..tietoa kuinka uskonto ja kulttuuritausta vaikuttaa ihmiseen ja psykiatrisen sairauden ymmärtämiseen..”

”..lisää tietoa uskonnoista ja niihin liittyvistä asioista..”

Vastauksista kävi ilmi että hoitajia kiinnostivat myös traumat, mitä maahanmuuttajapotilaalla voi olla taustalla. Vastaajat halusivat saada tietoa pakolaisprosessista, maahanmuuttajien epävakaiden kotimaiden tilanteista ja siitä minkälaista maahanmuuttajan vastaanotto on Suomessa. Kävi myös ilmi että hoitajat haluaisivat lisää tietoa siitä minkälaisia tukitoimia ja palveluita maahanmuuttajille löytyy, jotta niitä voitaisiin helpommin tarjota.

”..minkälaisia traumoja ihmisellä voi olla taustalla..”

”..pakolaisprosessiin liittyvistä vaikeuksista ja mahdollisista traumoista..”

”..tietoa eri tukitoimista ja palveluista mitä maahanmuuttajille järjestetään, esim. jostain tukiryhmistä tai muusta vastaavasta..”

Jotkut toivoivat saavansa kielikoulutusta englanninkielestä, eniten töissä käytettävästä sanastosta. Vastauksissa kuitenkin todettiin, etteivät maahanmuuttajapotilaat välttämättä osaa englantia ja silloin koulutuksesta ei olisi niin paljon hyötyä.

5.6 Minkä vuoksi maahanmuuttajapotilaiden kohtaaminen koetaan vaikeampana kuin kantaväestöön kuuluvan potilaan kohtaaminen?

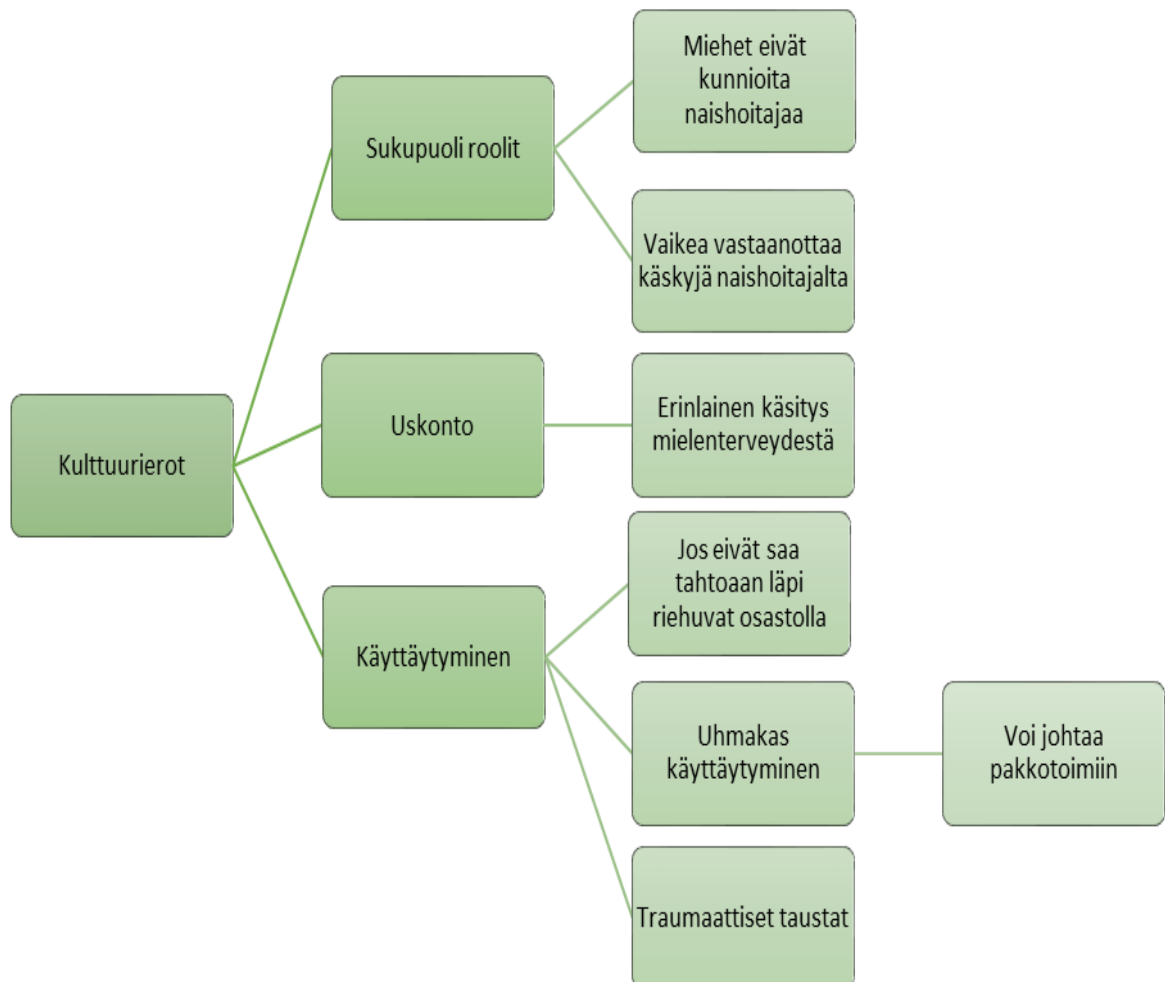
Kyselylomakkeen toinen avoin kysymys oli ”jos koet että maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin kantaväestön, perustele miten?”. Vastaa- jista yli puolet (n=25) vastasi tähän kysymykseen ja osa vastauksista oli hyvin katta- via. Aiemmassa kysymyksessä 28 (n=28) oli vastannut olevansa täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä väittämän ”maahanmuuttajapotilaiden kohtaaminen on vaikeampaa kuin kantaväestön” joten lähes kaikki jotka olivat tätä mieltä vastasi myös avoimeen kysymykseen.

5.6.1 Kulttuuriset erot

Vastauksista kävi ilmi, että yksi suuri syy siihen miksi maahanmuuttajapotilaiden kohtaaminen koetaan vaikeampana, on siksi että kulttuuriset aspektit vaikuttavat niin paljon ihmisen käyttäytymiseen. Hoitajat eivät tiedä ja heidän on vaikea ar- vioida onko ihmisen käyttäytymien erilaisen kulttuuritaustan vuoksi poikkeavaa vai mielenterveydellisistä syistä. (Kuvio 7.)

”..kohtaaminen on vaikeaa koska koen ettei mulla ole tarpeeksi tietoa eri kulttuureista ja uskonnoista..”

Kuvio 8. Kulttuurierot



Sukupuoliroolit vaikuttavat suuresti maahanmuuttajamiehen hoitoon. Vaikeana koettiin, että ulkomaalaistaustaiset miehet eivät oman kulttuuritaustansa takia kunnioita naishoitajaa tai noudata heidän antamiaan käskyjä. Jos hoito rajoittuu vain miespuolisten hoitajien tekemäksi voi hoidon toteutuminen myös kestää kauemmin. Kulttuurierot vaikuttavat myös potilaiden välisissä suhteissa. Monet joutuvat jakamaan osastolla huoneita ja tällöin erikulttuurista tulevien potilaiden välille voi muodostua väärinkäsityksiä.

Uskontojen, kulttuurien ja uskomusten myötä ihmisillä voi olla hyvin poikkeava käsitys mielenterveydestä ja mielensairaudesta ja miten niitä tulisi hoitaa. Vastauksista kävi ilmi, että monet eivät ole täysin sopeutuneet suomalaiseen kulttuuriin ja tapoihin vaan toimivat oman maansa tavoin eivätkä edes halua sopeutua paikalliseen kulttuuriin ja toimintatapoihin. Poikkeavat tavat voivat johtaa ongelmiin muiden potilaiden kanssa ja välillä myös hoitajien täytyy rajoittaa käyttäytymistä.

”..eri näkemykset asioista ja luulevat tulevansa neljän tähden hotelliin...”

”..miehien on vaikea ottaa käskyjä naishoitajilta kun heidän omassa kulttuurissa nainen ei ole minkään arvoinen..”

”..tosi erilainen käsitys ylipäättään mielenterveydestä ja siitä miten on soveliasta käyttäytyä esim. lasten nähden ja yleisissä tiloissa..”

Monet vastasivat, että maahanmuuttajien käyttäytymistä on paljon vaikeampaa arvioida kun kantasuomalaisten käyttäytymistä. Ulkomaalaistaustaiset käyttäytyvät usein uhmakkaasti ja uskovat että lain mukaan heitä ei voida rajoittaa mitenkään vaikka ovat mielenterveydellisistä syistä hoidossa tai hoidon tarpeen arvioinnissa. Uhmakas käyttäytyminen ja mielensä osoittaminen esim. heittelemällä tavaroita voidaan arvioida aggressiivisuutena. Jos hoitajat joutuvat rajoittaa ja käyttää pakkotoimia esimerkiksi lääkitsemällä tai eristämällä uskotaan näiden toimien johtuvan rasistisista syistä.

Vastauksissa mainittiin, että käyttäytyminen on usein teatraalista ja on vaikeaa arvioida potilaan tilannetta. Yleisesti ottaen maahanmuuttajapotilaan käyttäytymistä ohjaavat enemmän tunteet kun mitä kantasuomalaisen, räiskyvät tunteet voidaan tulkita mielenterveydellisiksi ongelmiksi vaikka ovat vain potilaan ”normaalia” käyttäytymistä. Potilaiden taustoista ei ole paljon tietoa mikä vaikuttaa hoitoon.

”..vaikka kerrotaan tarkasti säännöt ja ruoka-ajat ja tarkistetaan että varmasti meni perille, niin silti riehutaan ja heitetään tavaroita kun ruokaa ei saakaan ruoka-aikojen ulkopuolella..”

”..usein uskovat että pakkotoimet tehdään rasistisista syistä..”

”..taustoista vähän tietoa, ei tiedetä mahdollisista taustalla olevista traumoista jotka voivat vaikuttaa käyttäytymiseen..”

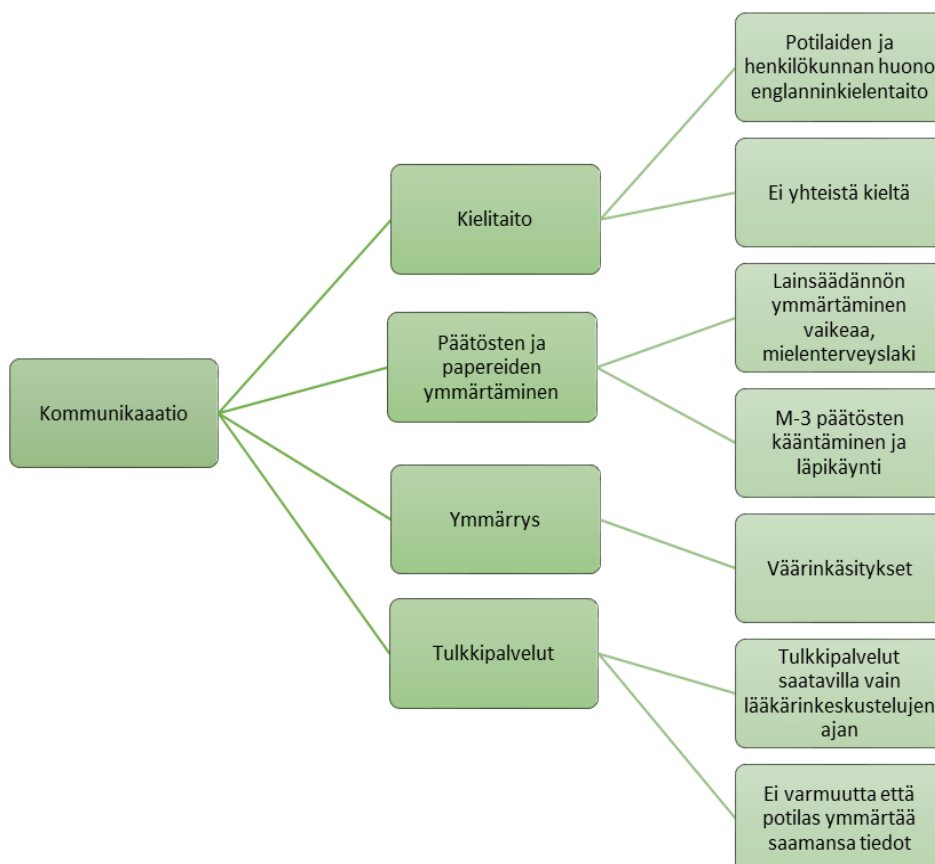
”..vetävät teatterillista roolia ja on tosi vaikea tietää ovatko oikeasti aggressiivisia..”

”..Euroopasta tulevat maahanmuuttajapotilaat ovat usein rauhallisia..”

5.6.2 Kommunikaatio-ongelmat

Toinen iso syy siihen miksi maahanmuuttajapotilaiden kohtaaminen koetaan vaikeammaksi kuin kantasuomalaisten kohtaaminen on kommunikaatio-ongelmat. Psykiatrinen hoitotyö perustuu suurimmaksi osaksi kommunikaatioon ja kommunikaation puute ja väärinymmärrykset pidentävät hoitoaikoja ja vaikeuttavat hoidon sujuvuutta. (Kuvio 9.)

Kuvio 9. Kommunikaatio



Suuri ongelma on kielitaidon puute. Kaikki maahanmuuttajapotilaat eivät välttämättä puhu yhtään englantia, suomea tai ruotsia. Koska tulkkipalveluita on mahdollista käyttää vain lääkärikeskustelujen ajan, ollaan siis osastoilla suurimman osan ajasta ilman yhteistä kieltä. Hoitava henkilökunta ei myöskään voi olla varma ymmärtääkö potilas täysin sen mitä tulkki hänelle kääntää puhutuista asioista. Varmuutta ei ole siitä onko potilas sisäistänyt hänelle annetut tiedot. Yhteisen kielien puute tuottaa ongelmia, potilas voi olla levoton ja käyttäytyä uhkaavasti jolloin voidaan joutua tekemään pakkotoimia. Potilas ei välttämättä ymmärrä miksi näin joudutaan toimia mikä todennäköisesti johtaa siihen, että potilas käyttäytyy vielä aggressiivisemmin.

”..kohtaaminen ei ole vaikeampaa kuin kantaväestön kohtaaminen koska ihmiset ovat samanlaisia, tulisivatpa mistä vaan. Mutta kuin ei ole yhteistä kieltä niin on vaikea ymmärtää ja tulla ymmärretyksi..”

”..kun kommunikaatiossa on ongelmia, tulee helposti väärinkäsityksiä mikä taas lisää levottomuutta ja aggressiivisuutta..”

”..kommunikaatioon on sidoksissa niin moni asia, kun suurin osa hoidosta perustuu siihen..”

”..helpottaisi jos tulkki olisi osastollakin mukana mutta se ei ole mahdollista..”

Mielenterveyslaki, hoidon tarpeen arviointi ja pakkohoito päätösten selittäminen on vaikeaa vieraalla kielellä. Paperit ja päätökset tulee käydä läpi potilaiden kanssa ja usein teksti on vaikeasti ymmärrettävissä ja sanasto on vaikeaa. Potilaalla on kuitenkin oikeus valittaa päätöksistä ja olisi tärkeää että hän ymmärtää päätökset jotka koskevat häntä ja hänen hoitoaan. Potilaiden on usein vaikea ymmärtää miksi he ylipäätään ovat osastolla ja sitä että hoitohenkilökunnalla on oikeus rajoittaa heidän tekemisiään ja vaatia noudattamaan osaston sääntöjä.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa esitetään opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella tehtyjä johtopäätöksiä sekä pohditaan tutkimuksessa saatuja tuloksia. Lopussa tarkastellaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä pohditaan mahdollisia jatkotutkimusideoita.

6.1 Johtopäätökset

- Kaikki hoitajat Vaasan keskussairaalan psykiatrisessa yksikössä kohtaavat työssään maahanmuuttajapotilaita
- Haasteena koettiin kommunikaatio vaikeudet, 40 % koki kommunikoinnin olevan vaikeampaa kuin mitä kantaväestön kanssa
- Ongelmia hoitohenkilökunnan mielestä tuottaa myös potilaan hoitoon sitoutuminen, 43 % oli sitä mieltä että maahanmuuttajapotilaat ja heidän omaisensa eivät sitoudu hoitoon
- Haasteena koettiin myös maahanmuuttaja potilaiden levottomuus kantaväestöön verraten, 15 % oli täysin samaa mieltä ja 40 % jokseenkin samaa mieltä väitteen ”maahanmuuttajapotilaat agitoituvat kantaväestöä herkemmin” kanssa
- Vain 5 % vastaajista koki monikulttuurisen osaamisensa olevan riittävää
- 37,5 % tahtoi lisäkoulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen
- Lisäkoulutusta toivottiin enimmäkseen monikulttuurisuudesta ja eri kulttuureiden ja niihin sidonnaisten asioiden kohtaamiseen ja ymmärtämiseen
- Hoitajat kokivat että suurimmat haasteet maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen tuottivat kulttuurierot ja kommunikaatio vaikeudet

6.2 Tulosten tarkastelu

Kaikki tutkimukseen vastanneet hoitajat vastasivat kohtaavansa työssään ulkomaalaistaustaisiapotilaita. Tulokset osoittivat että monet eri tekijät tekevät hoitotyöstä haasteellisempaa kuin mitä kantaväestöön kuuluvien psykiatristen potilaiden hoitotyö on. Kulttuurierot ja kommunikaatiovaikeudet tuottivat hoitajien mielestä eniten haasteita. Potilaat ja hoitajat eivät ymmärrä toisiaan ja syntyy väärinkäsityksiä.

Mielenterveystyö onkin pitkään suomessa toiminut kahden kotimaisen kielen ja yhden kulttuurin raameissa ja käytännöt ja toimintatavat mielenterveyspalveluissa ovat olleet kantaväestön kulttuuriin sopivia. Hoitohenkilökunnan ei ole tarvinnut pohtia, kuvastavatko toimintatavat oman maan kulttuuria ja sitä ymmärtääkö potilas varmasti hoitokäytännöt. Viimevuosien lisääntyneiden maahanmuuttajien vuoksi terveydenhuollon palveluissa on herännyt kysymyksiä maahanmuuttajiin ja toisiin kulttuureihin liittyen. Kun kaksi kulttuuria kohtaa toisensa hoitotilanteessa, voivat näkemykset erota suuresti ja yhteisymmärrystä voi olla vaikeaa löytää. Monenlaisia väärinkäsityksiä sattuu kulttuurierojen ja kieliongelmiensa takia. (Kuhanen ym. 2013, 123.)

Hoitajat kokivat että tarvitsevat kolutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen, ja suurin tarve oli heidän mielestään kulttuuriin liittyvä tarve. Kulttuuri on käsitteenä laaja, kulttuuri rakentuu päivittäisen elämän toiminnoista ja tapahtumista, näiden toistosta, yhdessä elävien ihmisten rutiineista ja rytmistä sekä tavasta olla toisen ihmisen kanssa yhteydessä. Kulttuuriin kuuluu myös vuorovaikutus, uskonto, kieli, metaforat, symbolit eettiset näkemykset ja arvot. Kulttuurieroista aiheutuu useasti väärinkäsityksiä, koska eri kulttuureista peräisin olevat ihmiset suhtautuvat eri tavalla eri tilanteisiin ja tapahtumiin ja myös odottavat toisilta erilaisia asioita. (Kauhanen ym. 2013, 124.)

Mielenterveystyössä vaaditaan osaamista transkulttuurisessa eli kulttuurit ylittävässä hoitotyössä ja kohtaamisessa. Hoitotyöntekijällä tulisi olla kulttuurista kompetenssia eli pätevyyttä. Se näkyy toimintaympäristössä ja vuorovaikutuksessa mm. kulttuurisena kohtaamisena, tietoisuutena ja toimintana. Väärinkäsityksiä

voidaan pyrkiä välttämään hyvällä kirjaamisella, tarkasti annetuilla hoito-ohjeilla ja selkeästi sovituille asioilla sekä tarvittaessa tulkin käyttämisellä. Mielenterveys ja päihdetyössä käytettäviä lomakkeita voidaan muokata ja kääntää paremmin ymmärrettävään muotoon, esim. AUDIT ja BDI-lomakkeista löytyy englanninkieliset käännökset.(Holmberg 2016, 65–67.)

Monet mielenterveyspalvelujen käyttäjät ovat maahanmuuttajia, kuten myös tuloksista käy ilmi että kaikki hoitajat kohtaavat heitä. Uuden kulttuurin hyväksyminen ja valtakulttuuriin sopeutuminen aiheuttaa usein ristiriitoja, etenkin jos lähtömaan kulttuuri eroaa huomattavasti suomalaisesta kulttuurista. Joillakin maahanmuuttajilla, etenkin pakolaisilla, on traumaattisia kokemuksia kidutuksesta ja riistoista.(Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 92.) Työskentely vierasta kulttuureista tulevien potilaiden kanssa ei ole helppoa, 35 % vastaajista koki sen haastavana.

Kulttuuritausta vaikuttaa siihen mitä potilaat odottavat psykiatriselta hoidolta. Monissa kulttuureissa mielenterveysongelmat ovat tuntematon käsite. Potilaalta ja omaisilta kannattaa yrittää selvittää heidän suhtautumisesta mielenterveyteen, sairauteen ja siitä toipumiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 93.) Tutkimustuloksista kävi myös ilmi että potilaan käyttäytyminen voi usein johtaa virhearviointiin kun ei tiedetä onko se potilaan persoonaa, kulttuuria vai mielensairauden aiheuttamaa. Joskus potilaan kertomus tai käyttäytyminen voi vaikuttaa oudolta ja herättää hämmennystä. Mielenterveystyöntekijä voi nähdä potilaassa viitteitä mielenterveyshäiriöstä, vaikka kyseessä olisi potilaan kulttuuriin liittyvä toimintatapa. Esimerkiksi jossain kulttuureissa on tapana puhua kuolleille sukulaisille, ja silloin ei ole kyse psykoottisista harhoista, vaan omassa kulttuurissa hyväksytystä tavasta työstää läheisen kuolema. (Kuhanen ym. 2013, 127.)

Toisena suurena ongelmana koettiin kommunikointivaikeudet ja se ettei olla varmoja päätyykö potilaalle tarvittavat tiedot tulkin välityksellä ja tuleeko potilas oikein ymmärretyksi. Toisen ymmärtäminen on kuitenkin välttämätöntä jos potilaalle halutaan tarjota hyvää hoitoa. Kielivaikeudet voivat johtaa väärinkäsityksiin, potilas ei välttämättä käsitä hoito-ohjeita tai ei tapaamisen jälkeen ole ymmärtänyt miksi on hoidossa. Esimerkiksi aasialaiseen kulttuuriin liittyy että on epäkohteli-

asta myöntää, ettei ole ymmärtänyt lääkärin tai hoitaja antamia ohjeita. Tulkkia käytäessä täytyy muistaa että tulkillekin on tärkeä selventää että kääntää kaiken mitä potilas sanoo, on tilanteita missä potilas on puheissaan epäselvä tai harhailee, jättää osia sanomatta tai toistaa samaa lausetta. Tulkin on hyvä tietää että tällaiset asiat ovat tärkeitä potilaan hoidon kannalta. Pitäisi myös huomioida ettei potilas välttämättä puhu samaa kieltä kuin tulkki vaikka he olisivat samasta maasta, ja vaikka he puhuisivat samaa kieltä voi maan eri osien murteet erota toisistaan huomattavasti. (Kuhanen ym. 2013, 145–146.)

Tulkin kanssa työskentelyyn tulisi varata enemmän aikaa kun normaaliin lääkärinterokeskusteluun. Hoitajien tulisi ennen tapaamista pohtia tapaamisen tavoitteita ja mitä erityisesti haluaa selvittää potilaan voinnista ja taustoista. Potilaalle tulisi tapaamisen alussa selvittää keitä paikallaolevat ihmiset ovat ja myös painottaa luotamuksellisuutta ja vaitiolovelvollisuutta. Kun tulkki kääntää keskustelua tulisi käyttää mahdollisimman helppoja sanoja ja välttää ammattisanastoa, vertauskuvia ja vitsejä. Lopussa tulisi vielä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt läpikäydyn keskustelun pääpiirteet ja päätetyt asiat. Jos mahdollista tulisi samaa tulkkia käyttää koko hoitoprosessin aikana. (Vuorilehto ym. 2014, 94.)

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivista tutkimusta pidetään kvalitatiivista tutkimusta luotettavampana, koska tutkija ei ole aineistonkeruuväline, vaan aineistoa kerätään tutkimuslomakkeella. Tutkimuslomake näyttäytyy kaikille vastaajille samanlaisena, sillä lomake ei ohjaile vastaamista. Jokainen vastaaja voi kuitenkin vastata joko totuudenmukaisesti tai ei. Vastaajat voivat myös ymmärtää kysymykset eri tavoin oman kokemuserän ohjaamana. Täysin luotettavaa tietoa ei siis pystytä kvantitatiivisella tutkimuksellaan tuottamaan. (Kananen 2015, 340.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastella tutkimuksen validiteettina ja reliabiliteettina. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti käsittää tulosten pysyvyyttä. Tulosten mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa sitä että työssä käytetyllä mittarilla pystytään tuottamaan luotettavia ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Tässä tutkimuksessa aineiston keruuseen käytettiin mittarina kyselylomaketta, joka mittaa haluttuja tutkimusilmiöitä kattavasti. Kyselylomakkeelle tehtiin esitetaus, jonka avulla varmistettiin että lomakkeella esitetyt kysymykset ovat yhtenäisesti ymmärrettävissä. Teoreettiset käsitteiden operationalisointiin käytettiin tukeaa perehtyen kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin, operationalisointi tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muuntamista mitattaviksi muuttujiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153.) Käytetyssä lomakkeessa tutkija käytti vastaväittämiä koska jotkut kysymykset olivat johdattelevia, täten taattiin että vastaukset ovat luotettavia. Vastaväittämiä kysymysten avulla pystytään myös mittaamaan tutkimuksen reliabiliteettia. Tutkimuksen tulokset esitetään selkeästi ja totuudenmukaisesti. Tutkimustulokset eivät ole täysin yleistettävissä koska otos on niin pieni (=40), mutta tuloksia voi käyttää kyseisen yksikön hoitotyön kehittämisessä.

6.4 Tutkimuksen etiikka

Tutkimuksessa tutkijan on pyrittävä minimoimaan riskit ja tarpeettomat haitat tutkimusetiikan mukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 218). Tässä

tutkimuksessa tutkija arvioi, että haitat ovat erittäin pienet, sillä tutkimuksessa ei käsitellä sensitiivisiä tai henkilökohtaisia asioita. Tutkimukseen vastaavat hoitajat jotka pohtivat omia kokemuksiaan ja omaa näkemystään maahanmuuttajapotilaan kohtaamisen haastavuudesta. Kyselylomakkeet jätettiin osastoille missä hoitajat pystyivät anonyymisti vastaamaan kyselyyn ja palauttamaan lomakkeen suljettuun vastauslaatikkoon. Vain tutkija näki täytetyt kyselylomakkeet. Tässä tutkimuksessa tekijä käytti alle kymmenen vuoden takaisia lähteitä, jotta tutkittu tieto olisi uutta, muutamaa vanhempaa lähdettä lukuun ottamatta. Kyselylomakkeen strukturoidut kysymykset on esitetty vastaväittämiä käyttäen niin että tutkimuskysymykset eivät olisi johdattelevia.

Tutkimuskyselyyn vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja vastaajat saivat saatekirjeen avulla tietoa siitä mihin tarkoitukseen tieto päätyi ja täten ymmärsivät tutkimuksen luonteen. Saatekirjeessä selvennettiin tutkimuksen mahdolliset haitat sekä edut ja tuotiin esiin tutkijan oma eettinen vastuu. Kyselylomakkeisiin vastanneet säilyivät anonyymeinä ja tutkimusmateriaalit tuhottiin asianmukaisesti aineistonanalyysin jälkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 219.) Saatekirjeessä selvennettiin osallistujille että valmis opinnäytetyö tulee julkiseksi materiaaliksi opinnäytetyöpankissa, Theseuksessa.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Seuraavaksi esitetään jatkotutkimusaiheet, jotka nousivat esiin tutkimuksen tulosten myötä

- Tutkimustulosten yleistämiseksi vastaava tutkimus voitaisiin suorittaa jossain muussa psykiatrian yksikössä
- Miten hoitajien kokemus hoitotyöstä maahanmuuttajapotilaiden kanssa muuttuisi jos he saisivat toivomaansa lisäkoulusta eri kulttuureista
- Maahanmuuttajapotilaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista

6.6 Tutkijan pohdinta opinnäytetyön prosessista

Opinnäytetyön tekijä aloitti opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2015. Aihe oli työn tekijän itse keksimä, ja tilaajaksi saatiin Vaasan keskussairaala. Tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupa hyväksyttiin ja itse opinnäytetyön teko aloitettiin. Työn teko sujui hyvin koko syksyn ajan ja kysely saatiin tehtyä aikataulun mukaisesti joulukuussa 2015. Tutkijan oli tarkoitus analysoida tulokset keväällä 2016 mutta tämä ei mennyt aivan suunnitelmien mukaisesti. Runsaiden töiden ja ulkomaan harjoitteluvaihdon vuoksi opinnäytetyön teko jäi tauolle ja tutkija jatkoi sen tekemistä vasta syksyllä 2016. Opinnäytetyö valmistui joulukuussa 2016.

Opinnäytetyön tekijä koki että pitkä tauko työn teossa oli sekä hyödyksi että haitaksi. Pitkän tauon takia täytyi palauttaa mieleen oman työn tarkoitus ja teoreettinen pohja. Täytyi myös kerrata tutkimusmenetelmää teoreettisella tasolla koska asiat eivät enää olleet niin tuoreessa muistissa. Hyödyksi tutkija koki sen, että pystyi tarkastella omaa aihettaan uudesta näkökulmasta ja uudella innolla.

Tutkimusprosessin aikana tekijä oppi hyvin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän eri vaiheet, myös tiedonhakutaidot ja lähdekriittisyys kehittyi. Tutkimusprosessin tunteminen on hyödyksi varsinkin mahdollisia jatko-opintoja ajatellen. Tutkimuksen teosta oppi myös mitä voisi tehdä eritavalla kuin nyt. Opinnäytetyön tekijä olisi voinut hakeutua prosessin aikana enemmän ohjaukseen koska sitä oli tarjolla ja siitä olisi varmasti ollut hyötyä prosessin etenemisen suhteen.

Jos tutkimuksen tekijä olisi noudattanut itse laatimaansa aikataulua, olisi työ valmistunut paljon aikaisemmin. Tekijä ei kuitenkaan halunnut tehdä tutkimuksen teosta itselle raskasta ja stressaavaa, vaan halusi että sen teko olisi opettava ja mielenkiintoinen prosessi. Opinnäytetyön tekijä koki, että tämän työn teko antoi hyvän pohjan mahdollisia jatko-opintoja ajatellen ja myös avasi käsitystä tutkimuksista ja niiden teosta.

LÄHTEET

Abdelhamid P. Juntuen A. & Koskinen L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki. WSOY pro

Cantor-Graae E. & Selten J-P. 2005. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *An American journal of Psychiatry*. Viitattu 17.9.2015. <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.1.12>

Eriksson M. & Wikström H. 2013. Transkulturell omvårdnad – erfarenheter hos specialutbildade sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Magisteruppsats. Högskolan Dalarna, Sverige. Viitattu 16.10.2015 <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:633609/FULLTEXT02.pdf>

ETENE. 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki. Viitattu 21.10.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559086/ETENE-julkaisu+11+Monikulttuurisuus+Suomen+terveydenhuollossa.pdf/24ffa4b2-1ac7-4926-984e-e99555630342>

Halla T. 2007. Kulttuurinen kohtaaminen – psyykkisesti sairastunut maahanmuuttaja. *Duodecim* nro. 123. Viitattu 21.10.2015 <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96297.pdf>

Hanssen I. 2007. Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle. 3:e upplagan. Holmbergs i Malmö, Sverige

Holmberg J. 2016. Hoitajana mielenterveys ja päihdetyössä. Otavan kirjapaino Oy.

Kananen J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro-gradun alusta loppuun. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen. K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY Pro.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen. K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro oy.

Kuhanen C. Oittinen P. Kanerva A. Seuri T. & Schubert C. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki. WSOY pro

L.14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 21.10.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys ja päihdetyössä, fenomenografinen lähestymistapa. Hoitotieteen laitos. Kuopio. Viitattu 2.11.2015
http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys-_ja_paihdytyossa._Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf
- Maahanmuuttovirasto. 2015. Keskeisiä maahanmuuttoon liittyviä termejä. Viitattu 17.9.2015. <http://www.migri.fi/medialle/sanasto>
- Mulder R. Koivula M. & Kaunonen M. 2014. Hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen - pilottitutkimus. Tutkiva hoitotyö vol. 13/2015. Suomensairaanhoidajaliitto oy.
- Rahijärvi H. 2014. Mielenterveyttä ja psykiatrasta hoitotyötä käsittelevät julkaisut sairaanhoitaja-lehdessä vuosina 1996–2013. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 21.10.2015.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150036/urn_nbn_fi_uef-20150036.pdf
- Räty M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tampere. Tammer-paino oy.
- Sainola-Rodrigues K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007. nro. 44
- Sainola-Rodrigues K. 2010. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Terveystieteiden ja talouden laitos. Viitattu 2.11.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1302-8/urn_isbn_978-951-27-1302-8.pdf
- Sisäministeriö. 2015. Muuttoliike suomeen. Viitattu 10.09.2015
www.intermin.fi/fi/maahanmuutto/muuttoliike_suomeen
- Suomen mielenterveysseura Mieli. 2015. Mielenterveys. Vaikeat elämäntilanteet. Viitattu 21.05.2015. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-elamantilanteet/maahanmuutto-iso-elamannmuutos>
- Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Maahanmuuttajien mielenterveys. Viitattu 18.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/maahanmuuttajien-mielenterveys>
- Tilastokeskus. 2011. Kuka on maahanmuuttaja? Viitattu 10.09.2015
http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-02-15_003.html?s=0
- Vuorilehto M. Larri T. Kurki M. & Hätönen H. 2014. Uudistuva mielenterveys-työ. Edita Prima Oy.
- Väestöliitto. 2015. Maahanmuuttajat. Viitattu 10.09.2015
http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/

Wathen M. 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Progradu tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 16.10.2015 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77868/gradu01737.pdf?sequence=1>

LIITE(1) SAATEKIRJE

1(2)

Hyvä vastaanottaja

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta, valmistun joulukuussa 2016. Opinnäytetyöni aihe on Maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen psykiatrisessa hoitotyössä – hoitajien kokemuksia. Tutkimuskyselyn tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista ja heidän valmiuksistaan maahanmuuttajapotilaiden hoidossa.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella Vaasan keskussairaalan psykiatrisen yksikön eri osastoilla. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa hoitajien kokemuksista maahanmuuttajapotilaiden hoidosta, sen haasteista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuslomakkeet käsitellään nimettöminä ja luottamuksella. Kyselylomakkeet tuhotaan asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen. Tutkimuksen tulokset julkaistaan niin, etteivät yksittäisen vastaajan tiedot paljastu.

Toivon teidän vastaavan kyselyyn ja laittavan kyselylomakkeen tuomaani suljettuun pahvilaatikkoon. Vastaaminen on vapaaehtoista. Noudan laatikot osastoltanne kahden viikon kuluttua siitä, kun olen tuonut kysymyslomakkeet osastolle. Kyselyyn vastaaminen vie noin 5-10 minuuttia. Kerätyt ja analysoidut tulokset tullaan julkaisemaan internetissä www.theseus.fi palvelussa.

Ohjaava opettaja

Johanna Latvala

Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelija

Milla Skullbacka

Bästa mottagare,

Jag är en studerande från Vasa yrkeshögskola, jag blir färdig sjukskötare i december 2016. Jag gör mitt lärdomsprov med ämnet **Bemötande av invandrare i psykiatriskvård – vårdarnas upplevelser**. Målsättningen i denna undersökning är att producera kunskap om hur vårdarna upplever att bemöta invandrare och vårdarnas färdigheter att möta dem.

Materialet till undersökningen samlas från psykiatriska enheten vid Vasa central sjukhus. Syftet med denna undersökning är att få mera information om hur vårdarna upplever vårdandet av invandrare, vad som är utmanande och vilka faktorer påverkar vårdens kvalitet. Undersökningsformulären är anonyma och bearbetas konfidentiellt. Undersökningsformulären förstörs efter analysen. Undersökningens resultat publiceras så att ingen enskild besvarare kan igenkännas.

Jag önskar att ni besvarar undersökningen och sätter svarsblanketten i den stängda lådan. Att svara är frivilligt. Jag hämtar lådan personligen från er avdelning, två veckor efter att ni fått frågeformulären. Att besvara på frågeformulären tar 5-10min. När undersökningens resultat blivit analyserade publiceras resultaten på websidan www.theseus.fi.

Handledande lärare

Johanna Latvala

Jag tackar på förhand till era svar!

Med vänliga hälsningar,

sjukskötarestuderande

Milla Skullbacka

LIITE(2) KYSELYLOMAKE

2(3)

Kysely liittyen tutkimukseen maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen psykiatrisessa hoitotyössä – hoitajien kokemuksia.

Tässä työssä maahanmuuttajalla, maahanmuuttajataustaisella, ulkomaalaistaustaisella ja ulkomaalaisella tarkoitetaan samaa, eli henkilöä, joka on muuttanut Suomeen muualta ja joka taustansa, uskontonsa ja kulttuurinsa puolesta poikkeaa suomalaisesta kantaväestöstä.

Rastita sopivin vaihtoehto

1. Ammatti
 - Lähihoitaja/perushoitaja
 - Sairaanhoidaja
 - Mielenterveyshoitaja

2. Sukupuoli
 - Mies
 - Nainen

3. Kuinka kauan olet tehnyt psykiatrista hoitotyötä?
 - alle 5v.
 - 5-10v.
 - 10-15v.
 - 15-20v.
 - Yli 20v.

4. Kuinka usein kohtaat maahanmuuttajapotilaita työssäsi?
 - Päivittäin
 - Viikoittain
 - Kuukausittain
 - Harvemmin
 -] En ole koskaan kohdannut maahanmuuttajapotilaita

*Jos vastasit ”en ole koskaan kohdannut maahanmuuttajapotilaita” kohdassa neljä voit **lopettaa** kyselyyn vastaamisen tähän.*

RASTITA VAIHTOEHTO JOKA KUVAA
PARHAITEN SINUN KOKEMUKSIASI

Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
---------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------	-------------------

1. Kulttuuriset erot vaikuttavat potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen				
2. Kulttuurisilla eroilla ei ole vaikutusta potilaan ja omaisten hoitoon sitoutumiseen				
3. Maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on yhtä helppoa kun kantaväestön kohtaaminen				
4. Maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on vaikeampaa kun kantaväestön kohtaaminen				
5. Englanninkielentaitoni on riittävää kohdatessani maahanmuuttajapotilaan				
6. Englanninkielentaitoni ei ole riittävää kohdatessani maahanmuuttajapotilaan				
7. Kommunikointi maahanmuuttajapotilaan kanssa on haastavaa				
8. Kommunikointi maahanmuuttajapotilaan kanssa ei ole haastavaa				
9. Tulkkipalvelua on helppo saada				
10. Tulkkipalveluita on vaikea saada				
11. Maahanmuuttajapotilaat agitoituvat kantaväestöä herkemmin				
12. Maahanmuuttajapotilaat ovat rauhallisempia kun kantaväestöön kuuluvat potilaat				
13. Monikulttuurinen osaamiseni on riittävä				
14. Monikulttuurinen osaamiseni ei ole riittävä				
15. Olen saanut riittävästi koulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen				
16. Tarvitsen lisäkoulutusta maahanmuuttajapotilaiden kohtaamiseen				

17. Jos koet tarvitsevasi lisäkoulutusta, millaista?

18. Jos koet että maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin kantaväestön, perustele miten?

Jos koet että maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin kanta-
väestön, perustele miten?

PELKISTYKSIÄ

- ”eivät kunnioita naishoitajia”
- ”eivät puhu edes vähää englantia/suomea/ruotsia”
- ”tulkki paikalla vain lääkärinkeskusteluissa”
- ”osastolla ollaan ilman yhteistä kieltä”
- ”kulttuuri erot”
- ”kulttuurien eroavaisuudet”
- ”sukupuoliroolit”
- ”uskonto ja kulttuuri erot”
- ”traumaattinen tausta”
- ”ei voi tietää onko oikeasti uhkaava”
- ”kommunikaatio hankalaa”
- ”tulkin välityksellä ei pääse aitoon kontaktiin.”
- ”tulee väärinkäsityksiä”
- ”Kielimuuri vaikuttaa kohtaamiseen”
- ”Ymmärtäminen ja ymmärretyksi tuleminen”

YLÄ- JA ALAKATEGORIAT

KULTTUURIEROT

- Sukupuoliroolit
- Uskonnot
- Kulttuurinsidonnainen käyttäytyminen

KOMMUNIKAATIO

- Kielitaito
- Ymmärrys
- Tulkkipalvelut