SUOMALAINEN SAIRAANHOITAJA JA KANSAINVÄLINEN URA

– työskentely brittiläisessä hoitokulttuurissa ja kulttuurisen pätevyyden kehittyminen työskentelyn aikana

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu -tutkielma
Eija Wellman
Joulukuu 2007

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
Hoitotieteen laitos

WELLMAN EIJA: Suomalainen sairaanhoitaja ja kansainvälinen ura – työskentely brittiläisessä hoitokulttuurissa ja kulttuurisen pätevyyden kehittyminen työskentelyn aikana
Pro gradu -tutkielma, 63 sivua, 4 liitettä
Ohjaajat: TtT, professori Eija Paavilainen ja TtT , dosentti Marja Kaunonen
Hoitotiede
Joulukuu 2007
……

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata suomalaisten sairaanhoitajien työskentelykokemuksia brittiläisissä hoitokulttuureissa ja heidän näkemyksiään kulttuurisen pätevyytensä kehittymisestä työskentelyn aikana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyön koulutusta ja käytännön hoitotyötä. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Tutkimukseen osallistui 6 Iso-Britanniassa suur- Lontoon alueella työskentelevää suomalaista sairaanhoitajaa, joilla oli pitkäaikainen työkokemus brittiläisissä hoitokulttuureissa. Iältään sairaanhoitajat olivat 28- 54 -vuotiaita. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Suomalaiset sairaanhoitajat työskentelivät monikulttuurisissa työyhteisöissä. Uuteen kulttuuriin sopeutumista vaikeuttavina tekijöinä koettiin eri kulttuurien työskentelytavat. Aiemmat ulkomaiset työskentely- ja opiskelukokemukset helpottivat sopeutumista. Brittiläisten työnantajien järjestämät perehdytysohjelmat auttoivat myös sopeutumista. Uralla etenemismahdollisuudet koettiin hyväksi. Suomalaisen sairaanhoidon ja -koulutuksen laatu koettiin korkeampi tasoiseksi kuin brittiläinen. Suomalaiset sairaanhoitajat olivat kehittyneet kulttuurisen hoitotyön asiantuntijoiksi monen työskentelyvuoden aikana Iso-Britanniassa. Kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen vaikutti selkeästi pitkäaikainen työskentely monietnisten potilaiden parissa ja sen lisäksi monikulttuurisuuskoulutus.

Iso-Britannian perehdytysmallia voitaisiin hyödyntää Suomessa ulkomailta tulevien hoitotyöntekijöiden kohdalla. Osalla suomalaisista sairaanhoitajista oli tarkoitus palata takaisin Suomeen hoitotyöhön. Hoitotyön johdon tulisi huomioida Suomeen palaavien sairaanhoitajien monikulttuurinen osaaminen nyt, kun Suomen väestö on muuttunut entistä monikulttuurisemmaksi. Tuloksia voidaan hyödyntää monikulttuurisuuskoulutusten ja käytännön hoitotyön suunnitteluun. Jatkotutkimushaasteena olisi tutkia ulkomailta Suomeen palanneiden sairaanhoitajien sijoittumista työelämään ja miten heidän ulkomailla hankittua monikulttuurisuusosaamista on kyetty hyödyntämään suomalaisessa hoitotyössä.

Avainsanat: Kulttuurinen pätevyys, hoitotyö, brittiläinen hoitokulttuuri, sairaanhoitajan ura

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Nursing Science

WELLMAN EIJA: A Finnish nurse and an international career – working in the British health care culture and the development of the cultural competence during their work
Master's thesis, 63 pages, 4 appendices
Supervisors: PhD, professor Eija Paavilainen and PhD, docent Marja Kaunonen
Nursing Science
December 2007

……

The purpose of the study was to represent the experiences of the Finnish Nurses working in the British health care cultures and their views for the development of the cultural competence during their work. The aim of the study was to produce information to help to improve the education of the multicultural health care and the health care system in general. The data were collected by thematic interviews held for six Finnish nurses working in Great Britain in the capital region of London. They all had a long working experience in the British health care cultures. The nurses were between ages 28 to 54 years. The data were analyzed with inductive content analysis.

The Finnish nurses were working in multicultural health care cultures. The factors that were making the integration to the new culture harder were different ways of working. Earlier working or studying experiences abroad helped the integration. The orientation programs held by the British employers helped also the integration. The idea of possible progress in the career was experienced to be positive. The quality of the Finnish health care system and education were experienced to be higher than the in Britain. The Finnish nurses were developed into experts in the field of cultural health care during these years of working in Great Britain. The long term working experience with multiracial patients and the multicultural education had a great influence on the development of their multicultural competence.

The orientation programs used in Great Britain could be transferred to Finland and used in the orientation of the health care staff coming from abroad. Some of the Finnish nurses were planning to return back to Finland to work some day. The leaders of the Finnish health care should consider the multicultural knowledge of the nurses returning from abroad especially now when Finland has become more multicultural than before. The results of the study can be used in the multicultural education and in the planning of the health care in general. Further studies on this area could concern the Finnish nurses returned to Finland. How they have been placed in the Finnish health care system and how their multicultural competence is considered in the Finnish health care.

The key words: cultural competence, heath care, British health care culture, career of a nurse

SISÄLLYSLUETTELO

Hoitotieteen laitos 0
Pro gradu -tutkielma 0
1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS 2
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT 5
2.1 Ulkomaisten hoitotyöntekijöiden sopeutuminen brittiläiseen hoitokulttuuriin 6
2.2 Kulttuuri ja kulttuurinen pätevyys 7
2.3 Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen työskenneltäessä vieraassa kulttuurissa 9
2.4 Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen teorioiden ja mallien mukaan 10
2.5 Koulutuksen vaikutus kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen 12
2.6 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista 14
3 TUTKIMUSKYSYMYKSET 16
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 17
4.1 Metodologiset lähtökohdat 17
4.2 Aineiston hankinta ja kohderyhmä 17
4.3 Aineiston analysointi 18
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET 20
5.1 Työttömyydestä kansainväliseen uraan 20
5.1.1 Lähdön helpoksi kokeminen 20
5.1.2 Työskentely monikulttuurisissa työyhteisöissä 23
5.1.3 Potilastyön erityispiirteet 29
5.1.4 Kansainvälisen uran saavuttaminen 31
5.2 Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen syvälliseksi osaamiseksi 35
5.2.1 Aika kulttuurisen pätevyyden omaksumiseen 36
5.2.2 Omien asenteiden muuttuminen 37
5.2.3 Syvällinen kulttuuriosaaminen 39
6 POHDINTA 43
6.1 Tutkimuksen eettisyys 43
6.2 Tutkimuksen luotettavuus 44
6.3 Tulosten tarkastelu 46
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet 51

LÄHTEET 53

LIITE 1 Taulukko ulkomaan kansalaisten määrästä Suomessa vuodesta 1980 lähtien 64

LIITE 2 Taulukko kirjallisuushakujen yhteenvedosta 65

LIITE 3 Teemahaastattelurunko 71

LIITE 4 Taulukko analyysin etenemisestä 73

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Globalisaation myötä Suomi on muuttumassa yhä kansainvälisemmäksi. Suomen liittyminen EU:hun ja sitoutuminen EU:n peruskirjaan sallii vapaan työvoiman ja ihmisten liikkumisen EU-maiden sisällä. Terveydenhuollon alan tutkinnoista on sovittu useilla EU- direktiiveillä. Niiden tarkoituksena on edistää henkilöiden vapaata liikkuvuutta EU/ETA-maista toiseen yhdenmukaistamalla terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevia sääntöjä ja määräyksiä. (Aitlahti 1999.) Suomalaisille sairaanhoitajille avoimia työtilaisuuksia on ollut lähinnä Iso-Britanniassa, Norjassa ja jossain määrin Tanskassa. (Työministeriö 2003.) Iso-Britannia ja Norja ovat suhteellisen samankaltaisia suomalaiseen kulttuuriin verrattuna. Silti suomalainen hoitotyöntekijä on ulkomaalainen näissä kulttuureissa.

Ihmisten vapaa liikkuminen EU-maiden välillä on lisännyt paljon maahanmuuttajaväestön määrää eri maissa. Vuonna 2004 15 entistä EU-maata (Itävalta, Belgia, Tanska, Ranska, Suomi, Saksa, Kreikka, Irlanti, Italia, Luxenburg, Hollanti, Portugali, Espanja, Ruotsi, Iso-Britannia) otti vastaan 19 miljoonaa maahanmuuttajaa, joista 6 miljoonaa oli uusista EU-maista (Kypros, Tsekin tasavalta, Viro, Unkari, Latvia, Liettua, Malta, Puola, Slovakia, Slovenia). Iso- Britannia ja Ruotsi ottivat vastaan 1,2 miljoonaa maahanmuuttajaa myöhemmin samana vuonna. (Tilki 2006.) Tämä on aiheuttanut maahanmuuttajien määrän kasvua etenkin kyseisten maiden suurkaupungeissa.

Työvoiman vapaa liikkuminen aiheuttaa sen, että terveydenhuollon asiakkaat ja työyhteisöt ovat entistä monikulttuurisempia ja sairaaloissa työskentelee maahanmuuttajataustaisia hoitotyön ammattilaisia yhä enemmän. (Opetusministeriö 2004.) Suomessa eri maahanmuuttajien kulttuurien lisääntyminen näkyy siten, että vuonna 1990 Suomessa asuvien ulkomaalaisten määrä oli 26 300 ja vuoden 2005 lopussa jo 113 852 (ks. Liite 1). Karkeasti ottaen määrä on viisinkertaistunut 15 vuoden aikana. Ulkomaalaisväestöstä lähes puolet asuu pääkaupunkiseudulla ja huomattava osa asuu mm. Turun seudulla. (Tilastokeskus 2006.)

Globalisaation myötä rasistisuus on kasvanut eri Euroopan maissa. Vanhat eurooppalaiset siirtomaavaltiot kuten Ranska, Englanti, Belgia ja Hollanti ovat jo kauan olleet maita, joissa on ollut paljon siirtotyöläisiä. Toisen maailmansodan jälkeen runsaasti siirtotyöläisiä vastaanottaneita maita ovat Ruotsi, Saksa ja Sveitsi. Siirtotyöläisillä on paikattu valtaväestön työvoimapulaa, mutta

siirtoväestölle ei kuitenkaan ole sallittu samoja oikeuksia kuin yhteiskunnan valtaväestön ryhmille. Erilaisia rasistisia ilmiöitä on ilmennyt monissa Euroopan maissa kuten Belgiassa, Hollannissa, Tanskassa, Ruotsissa ja Suomessa. (Ocloo 2005.)

YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa vuonna 1948 on laadittu tasa-arvoiset ihmisoikeudet kaikille maailman kansalaisille. (Wilkinson & Caufield 2000.) Maailman terveysjärjestö WHO totesi, että vaikka etnisten ryhmien tasa-arvo oli asetettu tavoitteeksi ”Terveyttä vuoteen 2000”, niin mitään todellista parannusta sen suhteen ei ollut tapahtunut. Etnisiltä vähemmistöiltä oli usein evätty korvauksien saaminen joissain yhteiskunnissa. Vähemmistöryhmät on asetettu huonoihin työ- ja elinolosuhteisiin ja heiltä on lisäksi evätty myös terveydenhoidon palvelujen saantia erilaisista poliittisista, kulttuurisista ja hallinnollisista syistä. Poliitikkojen mukaan vähemmistöryhmien osallistumista yhteiskunnan tehtäviin ja terveydenhuollon palvelujen saamista vähemmistöryhmille olisi lisättävä. (Taylor 2005.)

Yhä lisääntyvä ulkomaalaisväestön kasvu Suomessakin luo omat paineensa terveydenhuollolle. Ihmisillä on oikeus odottaa kulttuurinsa mukaista hoitoa ja kohtelua. Eri kulttuurien arvoja ja uskomuksia on kunnioitettava. (Orgue ym. 1983, Leininger 1990a, 1991a, b, 1995, 1997, Andrews ym. 1995.) Myös Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostaa selkeästi potilaan äidinkielen, yksilöllisten tarpeiden sekä kulttuurin huomioon ottamista mahdollisuuksien mukaan hänen kohtelussaan ja hoidossaan. (Lohiniva-Keskelä 2004.)

Erilaisista kulttuurisista lähtökohdista tulevien ihmisten kohtaaminen edellyttäisi terveydenhuollon sektorin ammattihenkilöiltä riittävän syvällistä ja laajaa tietoa sekä taitoja toimia näissä uudenlaisissa tilanteissa. Etnisten erojen aiheuttamia konflikteja voidaan vähentää tarjoamalla henkilökunnalle koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa. Monikulttuurisen toiminnan avulla pyritään tällöin myös vähentämään rasistisuutta yhteiskunnassa. Eri kulttuurien traditioiden ymmärtämisen voi olettaa edistävän kaikkien etnisten ryhmien terveyttä. (Papadopoulos 2005.)

Hoitotieteilijät (Leininger 1997, Papadopoulos ym.1998, Gebru & Willman 2003) ovat kehittäneet transkulttuurisen hoitotyön teorioita ja malleja parantaakseen kulttuurien välistä hoitotyötä. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria perustuu käsitykseen, jonka mukaan eri kulttuureihin kuuluvat ihmiset pystyvät itse kertomaan ja ratkaisemaan sen, millaista hoitoa he haluavat. Kulttuurilähtöinen hoitotyö pyrkii huomioimaan ihmisen elämän ja olemassaolon ajan mittaan muuttuvan kokonaisuuden, johon kuuluvat yhteiskuntarakenne, maailmankuva, kulttuuriarvot,

ympäristöolosuhteet, kielelliset ilmaisut sekä kansanomaiset ja ammatilliset hoitojärjestelmät. (Parker 1993.)

Suomessa on tutkittu jo jonkin verran yhtäältä suomalaisten hoitotyönopiskelijoiden kokemuksia monikulttuurisessa hoitoympäristössä (Koistinen 2002) ja toisaalta kulttuurisen asiantuntijuuden oppimista vaihto-opiskeluohjelmissa (Koskinen 2003). Sairaanhoitajien ammattitaidon sisältöä kriisityössä ja poikkeusoloissa vieraassa kulttuurissa on myös tutkittu (Riikonen 2005.) Lisäksi on tutkittu somalialaistaustaisten maahanmuuttajien sopeutumista suomalaiseen hoitokulttuuriin (Hassinen- Ali- Azzani 2002.) Aihetta on tutkittu myös suppeammissa pro gradu -tutkimuksissa (Kemppainen & Pitkäpaasi 2005.) Vaikka kulttuuristen taitojen kehittyminen on nykyisin kirjattu Suomessakin yhdeksi hoitotyöntekijän ammattitaitovaatimukseksi ammattikorkeakoulusta työelämään valmistuttaessa (Opetusministeriö 2001), ei se kuitenkaan käytännön hoitotyössä näytä tulevan riittävästi esille. On todettu, että suomalaisilla terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole riittäviä taitoja ja tietoja kulttuurien väliseen hoitotyöhön. (Pursiainen 2001, Lindberg ym. 2002, Laijärvi 2005.) Suomalaiset hoitotyöntekijät ovatkin vasta opettelemassa eri kulttuureista tulevien asiakkaiden hyväksymistä. (Kaunonen ym. 2006.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia työskentelystä brittiläisessä kulttuurissa ja heidän kokemuksiaan kulttuurisen pätevyyden kehittymisestä työskentelyn aikana. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyötä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää monikulttuurisen hoitotyön koulutusten ja käytännön töiden suunnitteluun. Tuloksia voidaan hyödyntää myös ulkomaisten hoitoalan työntekijöiden perehdytyksessä suomalaiseen hoitokulttuuriin.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoriaosan pohjaksi on tehty kolme eri systemaattista kirjallisuushakua. Kaksi ensimmäistä hakua on tehty kandidaatintyöhön keväällä 2006. Silloin tutkimuksen aiheena oli sairaanhoitajaksi opiskelevien maahanmuuttajien sopeutuminen suomalaiseen hoitokulttuuriin, joka tarkentui myöhemmin kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen hoitotyössä. Kolmas haku tehtiin heinäkuussa 2007 ja siinä päivitettiin tiedot ajan tasalle sekä haettiin tietoa brittiläisestä hoitotyöntilanteesta. Kirjallisuushakuihin hyväksyttiin tutkimukset vuodesta 1996 lähtien. Ensimmäinen katsaus haettiin Medic-, Linda- ja Arto tietokannoista. Medicistä haettiin sanoilla ”education nursing & culture”, ”delivery of health & culture”, ”maahanmuuttajat & terveydenhoito”, ”healthcare & culture & nursing”, ”nursing & transculture”, ”transcultural nursing”, ”Estonia, Russia, Islam & nursing”(n=32). Linda tietokannasta haettiin termeillä “monikulttuurisuus & terveydenhoito tai sairaanhoito”, “transcultural nursing and nurse”, “maahanmuuttaja & sairaanhoitaja”, “kulttuuri, hoitotyö & opiskelija”, maahanmuuttaja ja terveydenhoito” (n=22). Arto tietokannasta haettiin termeillä ”kulttuurierot”, ”monikulttuurisuus hoitotyössä ja työyhteisössä”, ”maahanmuuttajat”, ”ulkomaiset opiskelijat terveys- ja sosiaalialalla”, ”eri kulttuurien terveys ja sairauskäsitykset” (n=13). Viitteitä saatiin yhteensä 69 kappaletta.

Tarkennettu tiedonhaku tehtiin edellisten lisäksi Medline-, British Nursing Index- ja Cinahl-tietokannoista. Medline- ja Medic-tietokannoista haettiin termeillä ”transcultural nursing”, ”cultural diversity”, ”cultural competence”, ”students, nursing” ja ”education, nursing” (n=23). Linda- haussa käytettiin hakusanoja “kulttuuri”, “pätevyys”, “transcultural nursing”, “maahanmuuttaja”, “etnisyys”, “sairaanhoito”, “monikulttuurisuus” (n=8).. British Nursing Indexin- ja Chinalin-tietokannoista haettiin sanoilla ”Transcultural Care”, ”Transcultural Nursing”, “Cultural Competence”, ”Cultural Diversity”, ”Students, Nursing”, ”Education Nursing” ja ”nurse/nursing home personnel/midwives/nursing assistant” (n=79). Viitteitä saatiin yhteensä 110. Kahdesta ensimmäisestä hausta viitteitä löytyi yhteensä 176, joista hyväksyttiin kirjallisuuskatsaukseen yhteensä 17 tutkimusta. Käsihaulla otettiin mukaan 3 tutkimusta.

Päivitetty kirjallisuuskatsaus tehtiin heinäkuussa 2007, jolloin keskityttiin sairaanhoitajien kokemuksiin työskentelystä brittiläisessä kulttuurissa. Medline ja British Nursing Index-tietokannoista haettiin sanoilla”overseas/foreign nurses/foreign professional personnel”. Tuloksia saatiin yhteensä 19 viitettä ja mukaan hyväksyttiin kolme tutkimusta ja manuaalisen haun kautta

hyväksyttiin neljä aihetta käsittelevää tutkimusta. Katsaukseen valittujen tutkimusten yhteenveto on esitetty liitteessä 2.

2.1 Ulkomaisten hoitotyöntekijöiden sopeutuminen brittiläiseen hoitokulttuuriin

Uuteen maahan saapumisesta alkaa sopeutumisprosessi, jossa henkilökohtainen identiteetti ja käyttäytyminen pyritään mukauttamaan lähemmäs valtakulttuuria. Akkulturaatiolla tarkoitetaan ihmisen uuteen kulttuuriin sopeutumista ja sitä muutosprosessia, jonka yksilö joutuu käymään läpi sopeutuessaan uuteen kulttuuriin. Akkulturaatio liittyy sosiokulttuuriseen ja psykologiseen kontekstiin. Se koskee sekä uuteen kulttuuriin tulijoita että heidän vastaanottajiaan. Akkulturaatio voi toteutua eri tavoin. Parhaimpana tapana pidetään usein integraatiota. Integraatio tarkoittaa ihmisen sopeutumista uuden maan kulttuuriin, niin että maahanmuuttaja säilyttää omaa kulttuuri-identiteettiään. Separaatio merkitsee eristäytymistä valtakulttuurista ja oman kulttuurin korostamista. Marginalisaatio on akkulturaation ei-toivotuin syrjäytymiseen liittyvä vaihtoehto. Tuolloin ihminen elää elämäänsä kahden yhteiskunnan rajamailla yhtäältä vailla kovin selkeää kiinnekohtaa omaan kulttuuriseen taustaansa ja toisaalta myös vailla kiinnekohtaa uuteen kulttuuriseen ympäristöön. (Berry 1990, Andrews & Boyle 1995.)

Hoitokulttuurilla tarkoitetaan hoitajien omaa ammattikulttuuria, johon sisältyy esimerkiksi hoitajien työn sisältämiä rituaaleja. (Nikkonen ym. 2001.) Hoitokulttuuri voidaan määritellä Scheinin (1987) mukaan kulttuuriksi, joka ilmentää tapaa, miten tietyn toimintayksikön hoitajat ovat tottuneet toimimaan. Hoitokulttuuri on niiden perusoletusten ja uskomusten kooste, jonka toimintayksikön hoitajat ovat omaksuneet pyrkiessään selviytymään ympäristössään. Se perustuu yhteiseen historiaan ja on opittu pikkuhiljaa eri työtilanteissa. Perusoletukset ja uskomukset ovat hoitokulttuurin edustajille itsestään selvyyksiä, mutta ulkopuoliselle ne voivat olla epäselviä. (Laakkonen 2004.)

Hoitokulttuurilla työympäristönä on tutkimusten mukaan jopa yksittäisen hoitajan persoonallisia piirteitä merkittävämpi vaikutus hoitajan työtyytyväisyyteen, hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen, jotka puolestaan heijastuvat sekä ammatilliseen kasvuun että tuotettujen hoitotyön palvelujen laatuun. (Laakkonen 2004.)

Iso-Britanniassa väestö on lähtöisin monesta eri kulttuurista ympäri maailmaa. Niinpä terveydenhuollonkin työyhteisöt ja potilaat ovat hyvin monikulttuurisia. Buchanin (2007) mukaan

40 -50 % uusista Iso-Britannian rekisteröidyistä sairaanhoitajista tulee muista maista, etenkin Filippiineiltä, Australiasta, Intiasta ja Etelä-Afrikasta. Suur-Lontoon alueella ulkomailta lähtöisin olevien sairaanhoitajien osuus lienee vieläkin suurempi. Monikulttuurisuus aiheuttaa paljon ongelmia työyhteisöihin. Alexisin (2005) mukaan etenkin eurooppalaisesta valtaväestöstä rotupiirteiltään poikkeavat filippiiniläiset, etelä-afrikkalaiset ja karibian-afrikkalaiset hoitotyöntekijät ovat kokeneet brittiläisissä työryhmissä aliarvostusta, epäoikeudenmukaisuutta ja huonoa kohtelua. Iso-Britanniassa nämä ongelmat on varsin selkeästi tiedostettu työnjohdossa ja otettu huomioon lainsäädännössä. Lainsäädännön avulla pyritään turvaamaan tasavertaiset olosuhteet kaikille eri kulttuureista tuleville työntekijöille. Laajojen perehdytysohjelmien avulla yritetään lieventää rekrytoitujen maahanmuuttajien sopeutumista brittiläiseen työelämään ja yhteiskuntaan. (Gerrish ym. 2004.)

Ihmisoikeudet eivät läheskään aina toteudu brittiläisessä terveydenhuollossa. (Nazroo 1997, Acheson 1998, Tilki 2006.) Potilaat eivät saa tasa-arvoista hoitoa ja heihin kohdistuu usein rasismia, etnosentrisyyttä ja stereotyyppistä ajattelua mm. kantaväestön hoitavan henkilökunnan kulttuuristen tietojen puutteiden vuoksi. (Kierger 2000,Tilki 2006.) Puutteita on huomattu olevan etenkin kulttuurien sairauksien synnyn uskomuksista ja hoitomenetelmistä. (Suhail 2002.) Rasismi kohdistuu etenkin pakolaisiin, turvapaikan hakijoihin ja vähemmistökulttuureihin. Sen on todettu lisäävän myös sairastumisen riskiä. (Krieger 2000, Karlsen 2005.) Afrikan maista tulevalla toisen polven maahanmuuttajataustaisella väestöllä on Iso-Britanniassa todettu runsaasti mielenterveysongelmia ja psykiatrisia sairauksia. Syinä näihin sairauksiin ovat mm. lapsuudessa koettu rasismi ja pitkät erot vanhemmista tai vanhempien menetykset. (Morgan 2005, Feoron 2006.)

2.2 Kulttuuri ja kulttuurinen pätevyys

Kulttuuri on tapa hahmottaa maailmaa. Kulttuuri liittyy yhteisön ja yksilön elämäntapaan, jota myös koulutus, sosioekonominen asema ja sukupuoli muovaavat. Kulttuuriin liittyvät asiat ovat opittuja, ne eivät siirry geeneissämme, vaan välittyvät yhteiskunnasta, johon olemme syntyneet. Kulttuuri ei ole staattinen, muuttumaton, vaan pikemminkin jatkuvasti muuttuva, johon ympärillä oleva yhteiskunnallinen muutosprosessi taloudellisine tekijöineen vaikuttaa. Näin ollen ihminen ei ole yksinomaan kulttuurin tuote tai siihen sopeutuja vaan myös aktiivinen kulttuurin tuottaja ja siihen vaikuttaja. (Alitolppa- Niitamo 1993, Hoffman 1999.)

Pätevyys eli kompetenssi kuvataan laajemmaksi kokonaisuudeksi kuin tiedot, taidot ja asenteet, jotka muodostavat pätevyyden ytimen. Pätevyys on dynaaminen, usein prosessinomainen käsite, joka saa merkityksensä vasta, kun se liitetään tavoitteeseen, strategiaan tai työtehtävään. (Kuokkanen 2000.)

Meleisin (1999) mukaan kulttuurinen pätevyys on hoitotyön toimintaa, jossa ilmenee erilaisuuden arvostus, syrjäytymisuhassa elävien ihmisten puolustaminen, ihmisarvon kunnioittaminen ja tasa-arvon edistäminen. Näkemys sisältää hoitotyön pätevyyden ytimen: hoitajan toiminnan perusta on moniarvoisuus, mutta toisaalta hän uskaltaa kyseenalaistaa sellaiset kulttuuriset toimintatavat, jotka loukkaavat ihmisarvoa ja kansainvälistä ihmisoikeuslainsäädäntöä.

Papadopoulos ym. (1998) ovat kehittäneet transkulttuuristen taitojen kehittämismallia, jonka omaksuttuaan hoitotyöntekijöiden olisi helpompi kohdata terveydenhuollon asiakkaana oleva vieraasta kulttuurista tuleva potilas. Mallin mukaan niin kulttuurisen pätevyyden oppiminen kuin opettaminenkin tapahtuvat askeleittain kohti laajempien kokonaisuuksien hallintaa. Mallin keskeisiä osa-alueita ovat ensiksi tietoisuus omasta kulttuurista, toiseksi laajempi tieto eri kulttuureista, kolmanneksi avoimuus eri kulttuureja kohtaan ja viimeiseksi kulttuurinen pätevyys. Kulttuurinen pätevyys on sitä, että hoitaja osaa arvioida eri kulttuureista tulevien potilaiden tilanteen ja hän myös huomaa mahdollisen etnisen syrjinnän terveydenhuollossa. Tällaisen pätevyyden kehittyminen kestää kuitenkin väistämättä useita vuosia ja edellytyksenä on, että hoitaja on ollut tietyn kulttuurin kanssa vuorovaikutuksessa suhteellisen pysyvästi ja pitkään. (Papadopoulos ym. 1998.)

Bennerin (1984) mallin mukaan pätevyys kulttuurien väliseen hoitotyöhön kehittyy kuten sairaanhoitajan pätevyyskin: aloittelijasta asiantuntijaksi. Campina - Bacoten (2002) mallissa hoitotyöntekijän kulttuurisen kompetenssin kehittymisen osa-tekijöitä ovat aito kiinnostus erilaisuutta kohtaan, kulttuuritiedon kartuttaminen, itsetietoisuuden tarkastelu, kulttuuristen taitojen kehittyminen ja toistuvat kohtaamiset hoitotyössä. Kulttuurisen asiantuntemuksen kehittyminen kestää useita vuosia ja se saavutetaan vain sen etnisen ryhmän hoitotyöhön, jonka kanssa ollaan kosketuksissa. (Campinha-Bacote 1995.)

Kulttuurinen kompetenssi on Ikosen (2007) mukaan hoitotyöntekijän herkkyyttä nähdä asiakkaan kulttuurinen ulottuvuus sekä tämän taitoa olla dialogisessa hoitosuhteessa vieraasta kulttuurista tulevan asiakkaan kanssa ottaen huomioon kulttuuritiedon. Hoitotyöntekijän kulttuurinen pätevyys

mahdollistaa eettisesti hyväksyttävän hoitosuhteen ja voimaistaa asiakasta. Kulttuurisen pätevyyden ulottuvuudet ovat kulttuurinen herkkyys, kulttuuritieto ja kulttuuriset taidot.

2.3 Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen työskenneltäessä vieraassa kulttuurissa

Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen opiskeltaessa tai työskenneltäessä vieraassa kulttuurissa näyttää kulkevan tiettyjen vaiheiden kautta, joiden ääripäitä ovat kulttuurinen yksiarvoisuus (etnosentrismi) ja kulttuurinen moniarvoisuus (etnorelativismi). Kehittymisprosessi vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen arvomaailmaan, asenteisiin ja toimintaan. (StClair & McKerny 1999, Koskinen 2005.)

Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen on pitkäaikainen prosessi, jonka alkuvaiheen tärkeinä tekijöinä ovat usein kulttuurishokki ja siitä selviäminen. Alkuvaiheessa hoitotyöntekijät ja alan opiskelijat näkevät vieraan kulttuurin nurjat puolet ja oman kulttuurin positiiviset puolet korostuvat (etnosentrismi). (St. Clair & McKerny 1999, Koistinen 2005 & Koskinen 2005.) Kulttuurishokille ominaisia piirteitä ovat alistuminen, turhautuminen ja haluttomuus asettua oppijan rooliin. (Koistinen 2002, Koskinen 2005, Riikonen 2005.) Reaktiovaiheessa se heijastuu negatiivisena käyttäytymisenä, kuten toisten osaamisen aliarvioimisena, kulttuurin vähättelynä, yhteistyökyvyttömyytenä ja joustamattomuutena. Ulkomailla työskenneltäessä tarvitaankin joustavaa taitoa asettua vieraaseen kulttuuriin ja kykyä kestää kulttuurin tuomaa erilaisuutta. (Riikonen 2005.) Kulttuurishokista toipuakseen ihminen tarvitsee toisista ihmisistä koostuvaa ihmissuhteiden verkkoa. Vaihto-opiskelijat kokivat tutoropettajan kriisitilanteissa vaikutusvaltaisena toiminnan alkuunpanijana. Opettajan virkaan liittyvä auktoriteetti toi turvallisuuden tunteen. Opettajalta saatiin täten sekä ammatillista että henkilökohtaista tukea. (Koistinen 2005.)

Oma marginaaliin kuulumisen kokemus herkistää konkreettisella tavalla samaistumaan etniseltä tai kulttuuriselta taustaltaan erilaisen asiakkaan asemaan. Se myös kehittää voimakkaasti kulttuurisia taitoja. Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen mahdollistuu tällöin positiivisen oppimisprosessin kehässä. Positiivisen oppimisprosessin luonteenomainen piirre on, että opiskelijalla on voimakas tahto oppia uutta kulttuuria. Tämä auttaa häntä ylittämään kulttuurierot ja kielimuurin. (Koskinen 2005.) Kommunikointiin liittyvät tavat voivat aiheuttaa tahattomasti ongelmia. Tärkeintä ei olekaan kieli vaan sanaton viestintä, usein pikemminkin eleet ja ilmeet. (Riikonen 2005.) Vieraan

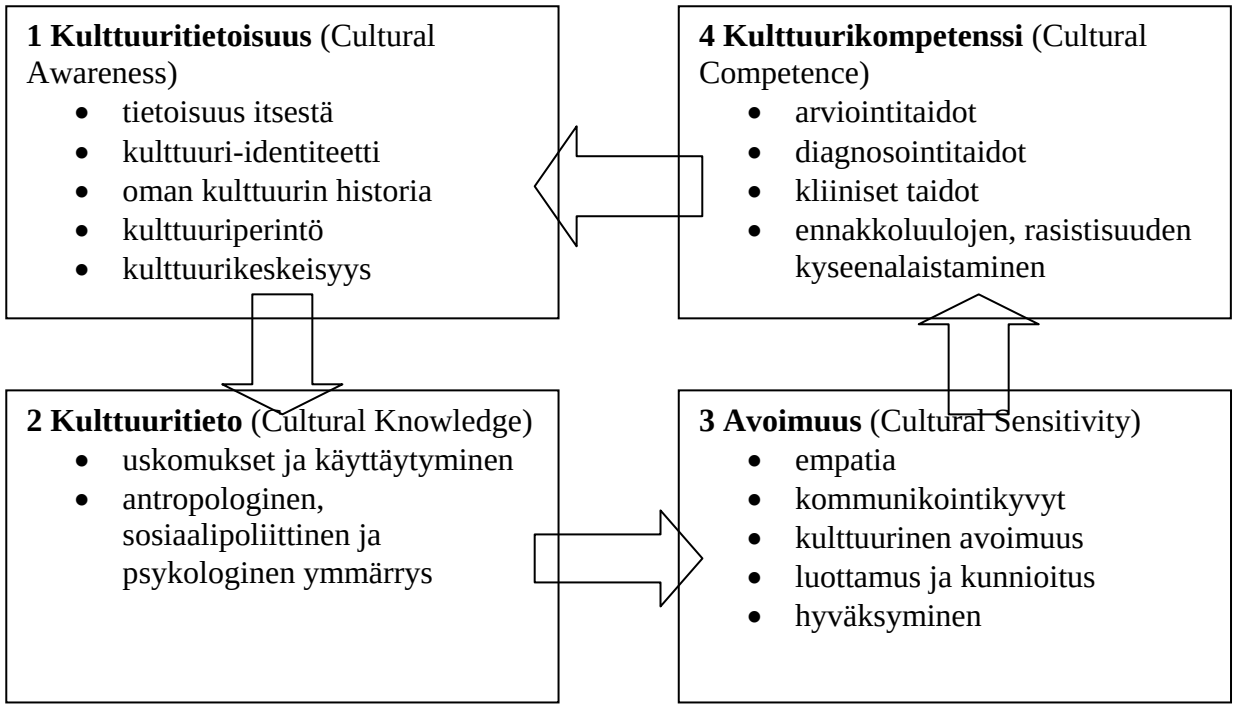
hoitokulttuurin henkilökunnan, niin työtovereiden kuin esimiestenkin, asennoitumisella opiskelijaan on myös suuri vaikutus. Henkilökunnan ollessa vieraanvaraista ja ystävällistä, opiskelijan oppimisprosessi alkaa helpommin kuin päinvastaisessa tilanteessa. (Koistinen 2002.)

Reflektio toisten ihmisten kanssa on tärkeä kulttuurisen pätevyyden kehittymisen edellytys. (StClair & McKerny 1999, Koistinen 2002, Koskinen 2005, Riikonen 2005.) Reflektion tavoitteena on se, että opiskelija ja työntekijä kykenevät kokemustensa ja omaksumansa tiedon varassa tarkastelemaan osaamistaan, perustelemaan toimintaansa sekä osallistumaan uusien toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Reflektoitavia asioita ovat omat ennakkoasenteet, olettamukset ja uskomukset eri kulttuureista. (StClair & McKerny 1999, Koistinen 2005, Riikonen 2005.) Ennen opiskelijoiden ja työntekijöiden ulkomaille lähtöä pitäisi huolella suunnitella myös ohjauskerrat niin, että reflektointi olisi mahdollista ja näin kulttuurisen pätevyyden kehittymien lähtisi käyntiin.

Kehittyäkseen kulttuurisesti päteviksi hoitotyöntekijät ja opiskelijat tarvitsevat sekä erityis- että yleistietoja ja taitoja kulttuureista. Yleistiedoilla tarkoitetaan kykyä ja kohdata yleensä vieraasta kulttuurista tuleva potilas. Erityistiedoilla ja -taidoilla tarkoitetaan tietyn etnisen ryhmän potilaiden kulttuurin tuntemusta. Myös potilaiden terveys- ja sairauskäsityksistä tulisi olla tietoa. (St. Clair & McKerny 1999, Koistinen 2005, Papadopoulos 2002.) Eri kulttuurien tapojen tuntemisella on suuri merkitys kulttuuriinsopeutumisprosessissa, mutta vieläkin tärkeämpää on koettu hyväksyvä ja arvostava asenne kulttuurin erilaisuutta kohtaan. (Riikonen 2002.) Voimakkaasti erilaisessa kulttuurissa työskenneltäessä hoitajilla voi olla vaikeuksia hyväksyä kulttuuriin kuuluvia erilaisia hoitotapoja. Kulttuurissa oleskelun pituudella on myös selvästi vaikutusta kulttuurisen pätevyyden kehittymiselle. (Koskinen 2005, Riikonen 2005.) Omien kulttuuristen asenteiden reflektiolle on oltava riittävästi aikaa. Joissakin tutkimuksissa tämä tuli selkeästi esille.

2.4 Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen teorioiden ja mallien mukaan

Kulttuurista pätevyyttä voidaan kehittää myös eri teorioiden ja mallien avulla. Ne luovat suunnan monikulttuurisen hoidon toteutukselle ja niitä voidaan käyttää myös kriisien hoidossa. Papadopoulos ym. (1998) ovat muovanneet transkulttuuristen taitojen kehittämismallin, jonka omaksuttuaan hoitotyöntekijöiden olisi helpompi kohdata terveydenhuollon asiakkaana oleva vieraasta kulttuurista tuleva potilas. Mallin mukaan niin oppiminen kuin opettaminenkin tapahtuvat askeleittain kohti laajojen kokonaisuuksien hallintaa ja osaamista. (Papadopoulos ym. 2002.) Malli muodostuu neljästä osasta.(Kuvio 1.)



KUVIO 1: Papdopouloksen (1998, 2002) kulttuurisen pätevyyden kehittämismalli

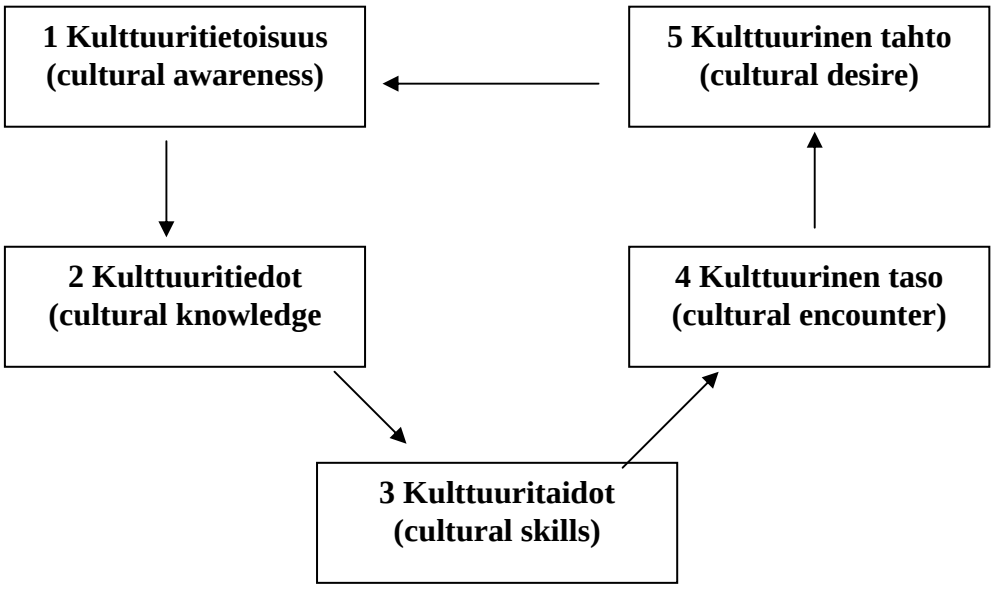
Kulttuuritietoisuudessa hoitotyöntekijän on tärkeää ymmärtää oman kulttuurinsa keskeisiä piirteitä. Oman kulttuurisen taustan tiedostaminen ja hyväksyminen helpottaa vieraasta kulttuurista tulevan potilaan kohtaamista. Kulttuuritiedossa hoitotyöntekijän vieraan kulttuurin yleiset tiedot ovat lisääntyneet. Tämä edellyttää pitkäaikaista vuorovaikutusta vieraasta kulttuurista tulevien potilaiden kanssa. Avoimuuskohdassa hoitotyöntekijän eri kulttuurien tiedot ovat syventyneet ja hänellä on kyky luoda tasavertaisia suhteita vieraiden kulttuurien potilaiden kanssa. Hoitajan kyky asettua potilaan asemaan on suhteen lähtökohta. Hoitaja voi käyttää valtaansa väärin suhteessa vierasmaalaiseen potilaaseen, jos hänen kulttuurinen pätevyytensä ei ole kehittynyt riittävästi. Kultttuurikompetensissa hoitotyöntekijän kulttuuriset taidot ovat niin kehittyneet, että hän osaa ohjata potilaita ja arvioida vieraasta kulttuurista tulevien potilaiden sairauksia. Hoitotyöntekijän kyky tunnistaa potilaisiin kohdistuvaa syrjintää on yksi kulttuurisen pätevyyden mittaaja. Hoitajan on myös oltava valmis kouluttautumaan tälle alalle, jotta saavutettaisiin viimeinen osio. (Papadopoulos 2006.)

Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen on mahdollista vain jos hoitotyöntekijä on avoin ja valmis kehittymisprosessiin. Transkulttuuristen teorioiden ja mallien avulla voitaisiin luoda eri maihin etnisiäkin kulttuureja tasavertaisesti kohteleva terveydenhuolto. Papadopouloksen ym. (2002)

mallia onkin jo jossain määrin sovellettu esimerkiksi Saksassa ja Ruotsissa. Edellytyksenä teorian sovellutuksen onnistumiselle on se, että monikulttuurisuus otetaan selkeästi laajalti huomioon myös yhteiskunnan poliittisissa päätöksissä. Sen jälkeen periaate on helpompi toteuttaa eri terveydenhuollon koulutuksissa.

2.5 Koulutuksen vaikutus kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen

Monissa etenkin yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa, testattiin monikulttuurisuuskoulutusten vaikutusta kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen hoitotyössä. Kulttuurisen pätevyyden arvioinnissa käytettiin sen kehittymiseen liittyviä osa-alueita kuten kulttuurien ymmärrys, käytännön toteutus ja tunnepitoisuus. Muutamassa tutkimuksessa (Andersson 2004, Cooper Brathwaite 2005 & Nokes ym. 2005) käytettiin Leiningerin teoriaan pohjautuvan yhdysvaltalaisen Campina-Bacoten kulttuurisen kehittymisen mallin osa-alueita kulttuurisen pätevyyden kehittymisenarvioinnissa. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Kulttuurisen kehittymisen malli Campina-Bacoten (1995) mukaan

Kulttuuritietoisuudessa on tärkeää omien kulttuurin arvojen ja uskomusten tunnistaminen. Kulttuuritiedoissa painotetaan laajaa tietämystä potilaan kulttuurista. Kulttuuritaidoissa hoitajalla tulisi olla niin hyvät tiedot, että hänellä on taitoja määrittää potilaan terveyden tilannetta. Kulttuurisessa tasossa hoitajalla on jo niin hyvät kulttuuriset tiedot ja taidot, että hän kykenee

kohtaamaan vieraasta kulttuurista tulevan potilaan luontevasti. Kulttuurisessa tahdossa hoitajalla on halu kehittyä vielä enemmän kulttuurisesti päteväksi hoitotyössä.(Campina-Bacote 2002.)

Kirjallisuuden mukaan kulttuurinen pätevyys kehittyi selkeästi eripituisten lisäkoulutusten avulla (Narayanasamy 2002, Andersson 2004, Lim ym 2004, Caffrey ym. 2005, Cooper- Brathwaite2005, Schim ym. 2005, Papadopoulos & Lees 2005) ja se myös säilyi ainakin kolmen kuukauden ajan (Brathwaite 2005.) Yhdessä tutkimuksessa (Nokes ym. 2005) tulos oli kuitenkin selvästi päinvastainen. Viisitoistatuntisen kulttuurien kehittämiskoulutuksen jälkeen kulttuurisen pätevyyden todettiin laskeneen. Suhteellisen lyhyt koulutus saattoi pikemminkin voimistaa etnisiä ennakkoluuloja, kun ilmeisesti oli jääty kulttuurishokin vaiheeseen jolloin ennakkoluulot saattoivat vahvistua.

Tutkimusten mukaan (St Clair & McKerny 1999, Caffrey 2005, Papadopoulos & Lees 2005) kulttuurinen pätevyys ei voi kehittyä ilman riittäviä kontakteja ja harjoittelujaksoa vieraan kulttuurin hoitotyöhön. Muutamaan koulutukseen oli sisällytetty erillinen harjoittelujakso vieraan kulttuurin hoitotyöhön. (Kardong- Edgren 2005, Lim ym 2004, Papadopoulos & Lees 2005). Aito vieraan kulttuurin potilaiden kohtaaminen lisäsi selkeästi kulttuurista pätevyyttä. Schimin ym. (2005) mukaan taas kulttuurinen pätevyys ei kehittynyt vaikka hoitotyöntekijöillä oli monen vuoden työkokemus ja paljon kontakteja vieraan kulttuurin hoitotyöhön, sekä valtaväestöstä poikkeava tausta. Kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen tarvittiin korkeampi henkilökohtainen koulutustausta ja lisä koulutusta monikulttuuriseen hoitotyöhön.

Nämä keskenään ristiriitaiset tulokset tukevat johtopäätöstä kulttuurisesta sopeutumisesta usein varsin pitkäjänteisenä prosessina. Lyhyt koulutus tai suhteellisen vähäiset kontaktit ja kokemukset eivät ilmeisestikään pysty vielä käynnistämään kanssakäymisprosessin ”positiivista kehää” vaan vaikutus saattaa olla jopa päinvastainen, etnisiä ennakkoluuloja vahvistava. Myös monet etnisen väestön keskuudessa työskentelevät sairaanhoitajat toivoivatkin syystä lisäkoulutusta saavuttaakseen riittävän hyvän kulttuurisen pätevyyden. (Narayansamy 2002.)

Hsin-Chun Tsain ym. (2004) mukaan voidaan kehittää erityisesti kulttuurisesti pätevää tiedettä. Tutkimuksen haastattelijoiden tulee kuulua samaan etniseen vähemmistöön kuin tutkittavat potilaatkin. Kun haastattelijat tuntevat potilaiden kulttuurin ja kielen sekä terveyteen ja sairauteen liittyvät uskomukset, varmistetaan tutkimuksen tiedon luotettavuutta. Tutkijoiden kuuluessa samaan

etniseen vähemmistöön potilaiden kanssa, todennäköisesti tutkimustiedot ovat luotettavampia siinäkin mielessä, että haastattelutilanne voi olla luonteva ja haastateltavat voivat olla vapautuneita.

2.6 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Brittiläiselle terveydenhuollolle ominaisena erityispiirteenä on, että sekä potilaat että työntekijät tulevat useista eri etnisistä ryhmistä. Tästä monikulttuurisuudesta on tulkittu aiheutuvan erilaisia ongelmia yhteiskuntaan ja terveydenhuoltoon. Kantaväestön rasismin on todettu kohdistuvan vieraista kulttuureista tuleviin potilaisiin ja hoitotyöntekijöihin. Lapsuudessa koetun rasismin on todettu lisäksi aiheuttavan runsaasti mielenterveyden häiriöitä etenkin toisen polven maahanmuuttajien keskuudessa. Terveydenhuollon työvoimapulan vuoksi myös Iso-Britannia joutuu koko ajan rekrytoimaan hoitohenkilökuntaa muista maista. Ulkomaalaisille työntekijöille on pyritty Iso-Britanniassa turvaamaan laeilla ja perehdytysohjelmilla riittävän tasavertaiset työskentelyolosuhteet kantaväestön kanssa.

Kulttuurinen pätevyys hoitotyössä kehittyy työskennellessä tai opiskellessa vieraassa kulttuurissa. Sitä voidaan kehittää erilaisten kulttuurisen pätevyyden kehittämismallien avulla. Lisäksi erityinen monikulttuurisuuskoulutus lisää pätevyyden kehittymistä. Vieraassa kulttuurissa opiskeltaessa tai työskenneltäessä kulttuurisen pätevyyden kehittyminen näyttää tapahtuvan tiettyjen vaiheiden kautta, jonka ääripäitä ovat kulttuurinen yksiarvoisuus (etnosentrismi) ja kulttuurinen moniarvoisuus (etnorelativismi). Kehittymisprosessi vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen arvomaailmaan, asenteisiin ja toimintaan. Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen on pitkäaikainen prosessi, jonka tärkeinä lähtötekijöinä ovat kulttuurishokki ja siitä selviäminen. Kulttuurishokista toipuakseen ihminen tarvitsee hyvän ihmissuhdeverkoston ympärilleen.

Vieraassa kulttuurissa opiskelun ja työskentelyn aikana oma marginaaliin kuulumisen kokemus herkistää samaistumaan etniseltä taustaltaan erilaisen asiakkaan asemaan ja näin kulttuuriset taidot alkavat kehittyä. Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen mahdollistuu positiivisen oppimisprosessin kehässä, jonka piirteenä on taito oppia erilaisuutta. Reflektio on tällöin tärkeä kulttuurisen pätevyyden edellytys. Ilman sitä kehittymisprosessi ei pääse etenemään. Opiskelijat ja hoitotyöntekijät tarvitsevat kulttuurisesti päteviksi kehittyäkseen sekä yleis- että erityistietoa kulttuureista. Yleistieto on tietoa siitä, miten yleensä kohdataan vieraasta kulttuurista tuleva potilas. Erityistieto on tietoa tietyn etnisen ryhmän potilaiden kulttuurista. Vieraassa kulttuurissa

työskentely- ja opiskeluajan tulee olla riittävän pitkä, jotta kulttuurisen pätevyyden kehittymisprosessi pääsee etenemään.

Kulttuurisen pätevyyden kehittymisen on kuvattu eri teorioissa ja malleissa etenevän askeleittain kohti laajojen kokonaisuuksien hallintaa ja osaamista. Papadopouloksen ym. (2005) mallin mukaan kulttuurisen pätevyyden kehittymisessä voidaan erottaa neljä eri osa-aluetta: kulttuuritietoisuus (cultural awareness), kulttuuritieto (cultural knowlwdge), avoimuus (cultural sensitivity) ja kulttuurinen pätevyys (cultural competence). Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen näin askeleittain on mahdollista vain jos hoitotyöntekijä ja -opiskelija ovat valmiita kehittymisprosessiin ja he ovat riittävästi tekemisissä vieraan kulttuurin asiakkaiden kanssa. Eri tutkimusten mukaan monikulttuurisuuskoulutukset lisäsivät selkeästi pätevyyden kehittymistä etenkin silloin kun mukaan oli sisällytetty harjoittelujakso vieraaseen kulttuuriin. Vuosien työkokemus ja kontaktit etnisiin vähemmistökulttuureihin eivät kuitenkaan välttämättä lisänneet pätevyyden kehittymistä. Oma korkeampi koulutustaso ja erillinen kulttuurien väliseen hoitotyöhön tarkoitettu koulutus lisäsivät pätevyyden kehittymistä huomattavasti.

3 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia heidän työskentelystään brittiläisissä hoitokulttuureissa. Tutkimuksessa oli myös tarkoitus selvittää sitä miten heidän kulttuurinen pätevyytensä on kehittynyt heidän oman kokemuksensa mukaan työskentelyn aikana. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyötä ja sen koulutusta.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten suomalaiset sairaanhoitajat kokevat työskentelynsä brittiläisessä kulttuurissa?

2. Miten suomalaisten sairaanhoitajien mielestä heidän kulttuurinen pätevyytensä kehittyy työskentelyn aikana?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Metodologiset lähtökohdat

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, joka mahdollisti aiheen syvällisemmän tarkastelun. Tämä ei olisi ollut mahdollista kvantitatiivisella kyselymenetemällä, jossa ei olisi voinut tehdä lisäkysymyksiä. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla saatiin havaintoja tutkittavien menneisyydestä ja heidän kehitykseensä liittyvistä tekijöistä. Tämän menetelmän avulla saatiin esille tutkittavien ääni ja näkökulma. (Hirsjärvi & Hurme 2006.)Tutkimusaineisto kerättiin avoimella teemahaastattelulla. Menetelmän valintaan vaikutti yritys päästä lähemmäksi tutkittavia henkilöitä, heidän kokemusiaan ja ajatuksiaan. Tällaisen aineiston keruun menetelmän etuna oli se, että tutkija voi haastatellessaan täsmentää aihetta lisäkysymyksillä. Haastattelutilanteessa oltiin suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, jolloin oli mahdollista saada esille myös vastausten taustalla olevia motiiveja. Tutkijalla oli mahdollisuus myös huomioida ei-kielellistä viestintää haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2006.) Avoin haas- tattelumenetelmä salli tutkimukseen osallistuvien kertoa omaa tarinaansa, omilla sanoilla. Haastattelukysymykset tutkija laati kuitenkin oman aiheen näkökulmasta, perustuen aiempaan tutkimustietoon, niin että tutkittavan aiheen perusasiat tulivat esille. Tutkija ei ollut vaivautunut myöskään tauoista ja hiljaisuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, Bowling & Ebrahims 2005.)

4.2 Aineiston hankinta ja kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä oli tutkimuksen alussa kymmenen suomalaista sairaanhoitajaa, jotka olivat työskennelleet tai työskentelivät haastattelun tapahtuessa vieraissa kulttuureissa. Heillä tuli olla ulkomaista työskentelykokemusta vähintään kaksi vuotta, jotta pystyttiin arvioimaan myös kulttuurisen pätevyyden kehittymistä. (Papdopoulos 2006.) Neljä haastateltavista oli jo palannut takaisin Suomeen ja kuusi haastateltavista työskenteli Iso-Britanniassa suur-Lontoon alueella. Tutkimusasetelman selkeyttämiseksi nähtiin tarpeelliseksi, että sairaanhoitajat olisivat työskennelleet samassa kulttuurissa, koska havaittiin, että eri kulttuureissa kokemukset olivat hyvin erilaiset. Varsinaiseksi tutkimusaineistoksi valittiin kuuden Iso-Britanniassa työskentelevän sairaanhoitajan haastattelut. Neljä Suomessa tapahtunutta haastattelua olivat siis esihaastatteluja, joiden avulla päädyttiin testaamaan teemahaastattelurunkoa. (ks. Liite 3.)

Alustava haastateltavien kartoitus tapahtui lumipallo-otantaa käyttäen. Tutkija etsi ensin muutamia sairaanhoitajia, joilla oli vähintään kahden vuoden työkokemus vieraissa kulttuureissa työskentelystä. Kun heidät oli haastateltu, heitä pyydettiin ehdottamaan muita sairaanhoitajia, jotka täydensivät jo saatua tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2006.) Tällainen menetelmä mahdollisti sen, että osallistujat täyttivät kaikki tutkimuksen toivotut kriteerit. Edelliset osallistujat tiesivät tutkimuksen tarkoituksen ja näin heidän oli helppo suositella seuraavia haastateltavia. (Shneider ym. 2004.) Haastateltaviin otettiin yhteys sähköpostitse ja puhelimella. Seitsemän haastattelua tehtiin haastateltavien kotona. Yksi haastattelu tapahtui haastateltavan työpaikalla, yksi haastattelijan kotona ja yksi haastateltavan ystävän kotona. Kaikki haastattelut tehtiin mahdollisimman hyvin ulkopuolisilta paineilta tai häiriöiltä vapaassa ilmapiirissä. (Hirsjärvi & Hurme 2006.)

Lopullinen tutkimusaineisto koostuu kuuden suomalaisen sairaanhoitajan haastattelusta (N=6), joiden työskentelykokemus brittiläisissä työyhteisöissä suur-Lontoon alueella vaihteli seitsemästä kymmeneen vuoteen. Iältään he olivat 28 - 54 vuotiaita. Kaikilla haastateltavilla oli peruskoulutuksena suomalainen sairaanhoitajakoulutus ja yhdellä haastateltavista oli lisäksi Suomessa hankittu englanninkielinen sairaanhoitajakoulutus. Neljä heistä oli psykiatrisia ja kaksi sisätautikirurgisia sairaanhoitajia. Kaikilla haastateltavilla oli lisäksi Iso-Britanniassa hankittua yliopistotasoista koulutusta.

4.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Sisällön analyysillä tarkoitetaan tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Valitussa induktiivisessa päättelyssä siirryttiin konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. Analyysiyksikön määrittäminen ennen analyysiprosessin aloittamista on olennainen tehtävä. Analyysiyksikön määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston yksikkö: sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tämän aineiston analyysissä pääpaino asetettiin yksityiskohtien asemasta haastateltavien lausuntojen ajatuskokonaisuuksille tutkimuskysymysten mukaisesti.

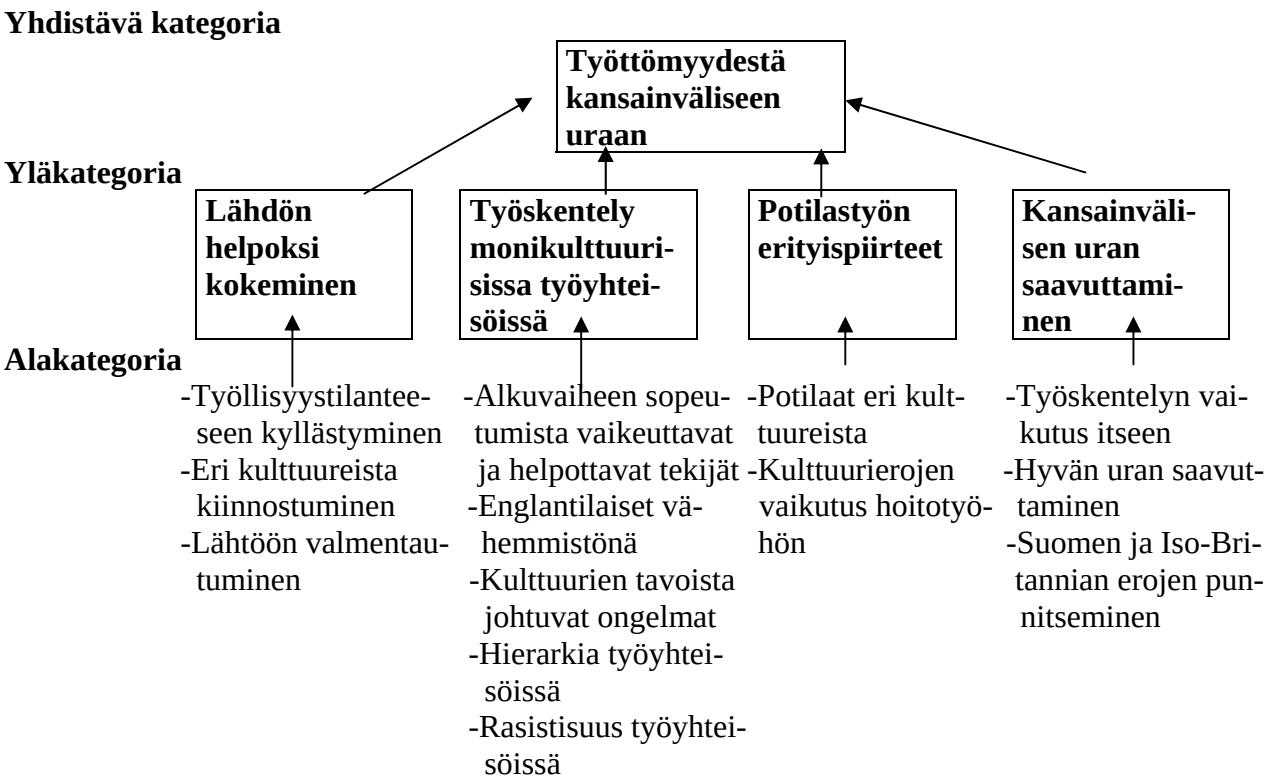
Analyysin ensimmäisessä vaiheessa nauhoitetut aineistot litteroitiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tämä antoi tutkijalle ensivaikutelman aineiston luonteesta ja

analyysimahdollisuuksista jatkossa. Aineistoa kertyi yhteensä 75 sivua, jossa riviväli oli 1,5 ja fonttikoko 12. Haastattelujen yleisvaikutelmasta oli tehty muistiinpanoja, joihin palattiin koko analyysin ajan. Tämän jälkeen aineistoa luettiin useampaan kertaan luoden pohjaa analyysille. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Myös alkuperäislähteitä luettiin. (Weber 1990, Dey 1993.) Aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitiin. Aineistoa pelkistettiin kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut kirjattiin mahdollisimman samoilla termeillä kuin teksti oli aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin etsien ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. (Vanhanen & Kyngäs 1999.) Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin aineistoa hyvin kuvaaviksi alakategorioiksi. Alakategorioista muodostettiin yläkategorioita. Yhdistävä kategoria muodostui edellisten kategorioiden perusteella. (Vanhanen & Kyngäs 1999.) Analyysin aikana palattiin koko ajan alkuperäisaineistoon varmistaen, että kategoriat kuvaisivat mahdollisimman hyvin alkuperäisilmaisuja.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Työttömyydestä kansainväliseen uraan

Analyysin perusteella suomalaisten sairaanhoitajien kokemus työskentelystä brittiläisessä kulttuurissa yhdistäväksi kategoriaksi muodostui työttömyydestä kansainväliseen uraan. Yläkategoriat ovat lähdön helpoksi kokeminen, työskentely monikulttuurisissa työyhteisöissä, potilastyön erityispiirteet ja kansainvälisen uran saavuttaminen. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Yhdistävä kategoria ” työttömyydestä kansainväliseen uraan”, ylä- ja alakategoriat.

5.1.1 Lähdön helpoksi kokeminen

Yläkategorian lähdön helpoksi kokeminen alakategorioiksi muodostuivat: työllisyystilanteeseen kyllästyminen, eri kulttuureista kiinnostuminen ja lähtöön valmentautuminen.

Työllisyystilanteeseen kyllästyminen

Yhtenä Englantiin lähdön syynä oli Suomen 90-luvun vaikea työllisyystilanne. Usealla haastateltavalla oli selkeästi lähtösyynä vaikea työllisyystilanne. Työt olivat joko tilapäistöitä tai töitä ei ollut ollenkaan. Töitä joutui myös odottamaan eikä yleensä ollut mahdollisuutta saada lomia. Opiskeluaikana työksi tarjottiin siivoustöitä. Lisäksi sairaanhoitajien lakko oli vuonna 1997, jolloin sairaanhoitajien palkkauksesta kärsivät eniten vastavalmistuneet sairaanhoitajat. Tämä tilanne alkoi vähitellen kyllästyttää. Vaihtoehtoina oli joko jäädä Suomeen työttömäksi tai lähteä niihin EU-maihin töihin, missä oli samanaikaisesti puolestaan suuri työvoimapula. Iso-Britannia koettiin hyväksi vaihtoehdoksi, koska useimmat haastateltavista osasivat parhaiten englannin kieltä. Sairaanhoitajat kuvasivat työllisyystilannetta Suomessa seuraavasti:

> *”Ei ollut töitä Suomessa, kun mä valmistuin vuonna -98. Silloin oli justiinsa, että pätkätöitä olis ollu siellä sun täällä. Mä ajattelin, että mä en rupee sellaseen, et mä lähen jonnekkin muualle. Ne ilmoitteli Englannista päin, että tänne haetaan Suomesta sairaanhoitajia.” (Haast.nro 8)*

> *”No, se oli kyllä sillä hetkellä työtilanne sairaanhoitajille. Mä olin siellä kaks ja puol vuotta, tein sijaisuuksia. Ja sitten rupes tympimään se, että ei saanut lomia. Mutta kyllä muutenkin kiinnosti ulkomaille lähtö, että tulla Lontooseen niin kun muutenkin.” (Haast. nro 10)*

Eri kulttuureista kiinnostuminen

Haastateltavat kertoivat joko oman perheen tai suvun olleen esimerkkinä lähtöpäätöstä tehdessä. Kiinnostus ulkomaille lähtöön oli herännyt jo lapsuudessa sukulaisten esimerkkiä seuratessa. Tällaisessa tilanteessa ulkomaille muuttoa pidetään luonnollisena asiana ja silloin se myös koetaan helpompana. Seuraavassa yksi haastateltavista kuvaa lapsuuttaan:

> *”No, mulla on Ranskan serkut, jotka vietti kaikki kesät meijän kanssa. Ja mulla on serkku Kanadasta, joka vietti kaikki kesät. Mä jo lapsena tiesin, että mä haluun muuttaa ulkomaille. En mä tiedä miks. Mulla asuu täti Kanadassa ja eno siellä Pariisissa ja se kulttuurijuttu on tullu ihan perheen kautta. Sen takia varmaan johtuu, et mäkin oon halunnu muuttaa ulkomaille, kun kasvan aikuiseksi.” (Haast. nro 9)*

Huono työtilanne koettiin myös tietynlaisena syynä siihen, että oli helpompi lähteä hakemaan seikkailua ja kokeilemaan jo hankittua kielitaitoa tai kohentamaan sitä. Englantiin lähtö saattoi olla tietyllä tavalla myös sattumaa. Lähtö liittyi usein nuoruuden ikävaiheeseen, missä ei ole kovin kiinteitä perhesiteitä. Seikkailun kokeminen oli kuitenkin tärkeää sekä nuorelle että varttuneemmalle haastateltavalle. Seuraavassa he kuvaavat lähtöönsä vaikuttaneita syitä:

> *”Valmistumisen jälkeen, et siinä mun taustassa ei varsinaisesti ollut mitään. Et se oli sattumaa ja kun Suomessa oli niin huono työtilanne ja sitten tavallaan olin nuori ja halusin tehdä erilaista. Olisin saattanut siltikin tulla, vaikka Suomessa olisi ollutkin töitä. Että oli niin kun sellasta seikkailun halua.” (Haast. nro 6)*

> *”Mä lähdin työskentelemään sen takia, kun mä halusin oppia kielen ja halusin vielä ennen eläkeikää niin kokea seikkailun” (Haast. nro* 5)

Lähtöön valmentautuminen

Ulkomaille työskentelyyn valmentautuminen oli yleisesti melko vähäistä Suomessa ennen lähtöä. Varsinainen virallinen valmentautuminen puuttui täysin. Henkilökohtaisena valmentautumisena oli jonkin verran englannin kielen opiskelua ja kulttuuriin tutustumista. Suomessa käydyn englanninkielisen kansainvälisen sairaanhoitajakoulutuksen koettiin valmentaneen hyvin ulkomaiseen työskentelyyn. Vähäisen henkilökohtaisen valmentautumisen syyksi kertottiin olevan uskon hyvään kielitaitoon ja nuoruuden, jolloin ei osannut ajatella valmentautumista ulkomaiseen työskentelyyn. Silloin ei myöskään osannut odottaa virallista valmennusta lähettävän organisaation taholta:

> *”Mut mä en ehkä omalla tavallaan olis osannut siis kaivata mitää valmennusta. Et kun sitä nyt lähti kuitenkin aika paljon sokkona, et ei oikein tiennyt mitä odottaa. Mä olin aina hyvä kielissä, kun mä olin koulussa. Et mä en ollu todellakaan mitenkään valmistautunut siihen. En mä tiedä oliko sitä nuori ja tyhmä, mutta ei sitä koskaan tullu edes miettineeksi.” (Haast. nro 7)*

Työvoimapulan vuoksi Iso- Britanniassa puolestaan valmistauduttiin huolella vastaanottotilanteeseen. Osa haastateltavista rekrytoitiin jo ennen sairaanhoitajaksi valmistumista.

Varsinainen lähtö oli tehty mahdollisimman helpoksi lähtijöille. Haastateltavat kokivat, että heitä autettiin erilaisissa lähtöön liittyvissä järjestelyissä. Englantilaisten sairaaloiden edustajat tulivat Suomeen haastattelemaan lähteviä sairaanhoitajia. Matkakustannukset hoidettiin ja asunnotkin oli järjestetty. Siksi lähdön kynnys koettiin matalaksi:

> *”Joo, se oli tehty tosi helpoksi. Ne tuli Helsinkiin haastattelee. Ne makso lennot, asunnot oli, kaikessa autettiin. Jos ois ollu vaikeempaa, ei ehkä välttämättä niin innokas ois ollu.” (Haast. nro 7)*

5.1.2 Työskentely monikulttuurisissa työyhteisöissä

Yläkategorian työskentely monikulttuurisissa työyhteisöissä alakategorioiksi muodostuivat: alkuvaiheen sopeutumista vaikeuttavat ja helpottavat tekijät, englantilaiset vähemmistönä, kulttuurien tavoista johtuvat ongelmat, hierarkia työyhteisöissä ja rasistisuus työyhteisöissä.

Alkuvaiheen sopeutumista vaikeuttavat ja helpottavat tekijät

Työskentelyn aloittaminen uudessa maassa ja uudessa hoitokulttuurissa on aina suuri voimia vievä muutos. Sairaanhoitajat sopeutuivat eri tavoin uuteen hoitokulttuuriin. Taustalla olivat vaikuttamassa kulttuurien erot sekä omat henkilökohtaiset ja ympäristöstä johtuvat tekijät, jotka joko vaikeuttivat tai helpottivat sopeutumista Uuteen kulttuuriin vaikeuttavina tekijöinä koettiin monikulttuurisuus. Valtaosa sekä hoitotyöntekijöistä että potilaista oli lähtöisin muusta kuin brittiläisestä kulttuurista. Toisaalta muuta kieltä kuin englantia äidinkielenään puhuvien työntekijöiden koettiin myös helpottavan sopeutumista. Englannin kielen puhuminen koettiin helpommaksi ulkomaisten työntekijöiden kanssa, kuin se olisi koettu englantilaisten kanssa. Kaikki haastateltavat kokivat jonkinasteisia kieliongelmia, vaikka osalla oli hyvä kielitaito jo Suomesta lähtiessä. Alkuvaiheessa brittiläisen hoitotyön ammattisanaston oppiminen ja keskittyminen englannin kieleen koettiin fyysisenä väsymisenä. Vaikeutena koettiin myös englantilaisten ja suomalaisten erilainen puhetyyli. Suorapuheisempia suomalaisia sairaanhoitajia pidettiin alussa epäkohteliaina, kun he eivät käyttäneet englantilaisen kulttuurin kohteliaisuuksia ja englannin kielen hienosäätöä. Seuraavassa yhden haastateltavan kokemuksia alkutilanteesta:

> *”Meillä kaikilla oli sama kokemus asiasta, että ei se tullut luontevasti se please. Ja Suomessa jos oot töissä ja työkaverille haluut, että työt tehdään yhdessä, niin voit sanoo, et meet sä hoitaa ton potilaan niin mä meen tonne. Englannissa pitää sanoa:*

”Could you please do me a favour, could you do that person, please. I’ll go do that”. Minulla on siitä paljon kokemuksia, että muut hoitajat pitivät meitä erittäin epäkohteliaina. Meillä oli vähän hankaluuksia sen kanssa, kunnes me vihdoin opittiin, että meidän pitää puhua niin kuin englantilaiset puhuu.” (Haast. nro 8)

Uuteen tilanteeseen sopeutumista helpottavina tekijöinä koettiin oma elämänkokemus ja aiempi ulkomainen työskentely- tai opiskelukokemus. Etenkin harjoittelujaksot Iso- Britanniassa koettiin helpottavan sopeutumista. Vaikka aiemmat työ ja opiskelukokemukset ja kansainvälinen koulutus helpottivat huomattavasti sopeutumista ja olivat antaneet paljon tietoutta eri kulttuurien hoitotyöstä, niin silti alku koettiin vaikeaksi uudessa kulttuurissa:

”Kyl mä sain niin paljon paremmat lähtökohdat tulla tänne ja aloittaa duuni. Mulla oli silleen helpompaa. Puhuin sentään kieltä jo suht hyvin ja ammattisanasto ja vähän kokemusta täältäkin, miten nää toimii täällä. Mut kyl se kolme kuukautta oli kuin toisella planeetalla.” (Haast. nro 9)

Ihmissuhdeverkosto oli myös selvästi merkittävä. Suomalaisia sairaanhoitajia tuli Englantiin paljon samanaikaisesti. He saivat toisiltaan hyvää tukea sopeutumisprosessissa. Haastateltavat kokivat saaneensa tukea myös potilaiden omaisilta. Omaiset antoivat hyvää palautetta heidän tekemästä työstä ja tämä auttoi sopeutumaan paremmin uuteen hoitokulttuuriin. Yhdeksi tärkeimmistä sopeutumista helpottavaksi tekijäksi koettiin hyvä vastaanotto Iso-Britanniassa. Pitkät perehdytysohjelmat oli järjestetty ennen sairaanhoitajien rekisteröintiä. Suomalaiset sairaanhoitajat joutuivat näyttämään ammatillisen osaamisensa saadakseen brittiläisen sairaanhoitajan rekisteröinnin. Tuona aikana voitiin rauhassa tutustua uuteen kulttuuriin, eikä tarvinnut vielä ottaa vastuuta sairaanhoitajan työstä. Eräs haastateltavista koki tilanteen seuraavasti:

”Meillä oli todella hyvä vastaanotto. Ja täällä ennen kuin sä voit saada rekisteröinnin Englannissa, niin meijän piti tehdä kaks kuukautta ilman rekisteröintiä. Todistaa meijän pätevyys, missä ohjattiin koko ajan. Meijän piti tehdä kaikki osastonhoitajan alaisuudessa. Me ei saatu yksistämme tehdä yhtään mitään. Siinä ei ollut semmosta painetta, että joutu heti hommiin.” (Haast. nro 7)

Englantilaiset vähemmistönä

Maahanmuuttajaväestön lähes räjähdysmäisenä koettu lisääntyminen Keski- ja Itä- Euroopan tullessa EU:n jäseniksi oli aiheuttanut ongelmia myös englantilaiseen yhteiskuntaan. Ongelmien koettiin johtuvan sosiaalisen rakenteen muutoksesta, jonka seurauksena englantilaistet olivat lähes vähemmistökulttuurina yhteiskunnassa. Tämä puolestaan heijastui terveydenhuollon sektorille. Terveydenhuollon työryhmät olivat hyvin monikansallisia. Kaikki haastateltavat työskentelivät tai olivat jossain vaiheessa työskennelleet monikulttuurisissa työryhmissä. Koska haastateltavilla oli ollut työtovereita monesta eri kulttuurista, olivat he joutuneet tutustumaan monen eri kulttuurin työtapoihin. Yleinen kokemus oli, että kulttuuri ei määrää sitä millainen työntekijä oli, vaan määräävä tekijä oli kunkin oma ammatillisuus. Haastateltavat kuvasivat tilannetta seuraavanlaisesti:

> *Englantilaiset alkaa olla vähemmistökulttuuria täällä, koska täällä on niin paljon muualta tulleita. Sosiaalinen rakenne yhteiskunnassa on muuttumassa. Ja se on varmaan osittain mikä aiheuttaa niin paljon ongelmia tällä hetkellä. Mutta on hyvin vaikee sanoa, kuka täällä on vähemmistöä ja kuka enemmistöä, koska Manchesterissä kuulemma 86% on intialaista taustaa." (Haast. nro 7)*

> *"No jos aatellaan työkavereina on ollut hyvin eri kulttuureja. Hyvin paljon on intialaisia, mauritiuslaisia, etelä -afrikkalaisia. Ne on suurin ryhmä, mitä on ollut. Sitten on afrikkalaisia on ollut Gambiasta, Keniasta ja Ghanasta työkavereina." (Haast. nro 8)*

Työkavereissa siis näkyi aiemman brittiläisen imperiumin väestön moni-etninen kirjo. Laeilla pyrittiin turvaamaan tasa-arvoiset työskentelymahdollisuudet eri kulttuureista tuleville työntekijöille. Jokaisesta kulttuurista tulevalla brittiläisen lainsäädännön mukaan piti olla tasa-arvoinen mahdollisuus saada koulutustaan vastaavaa työtä. Eri työpaikoilla oli myös omat virallistetut kiintiöt siitä, kuinka paljon työntekijöitä tulisi olla mistäkin kulttuurista. Työpaikoilla tapahtuvasta syrjinnästä lisäksi tehtiin herkästi lakisyytteitä. Seuraavassa kuvaus tilanteesta:

> *"Näähän on hirveen tarkkoja siitä ethnic-equality-jutusta. Ne monitoroi koko ajan sitä, että kukaan ei pääse sanomaan, et sen takia, kun on se rotu, et sen takia on sorrettu. Meillä töissäkin on tietyt kiintiöt, että meillä pitää olla tietty määrä etnisistä vähemmistöistä työntekijöitä." (Haast. nro 9)*

Kulttuurien tavoista johtuvat ongelmat

Monikulttuurisessa työryhmässä työskentelyn sairaanhoitajat kokivat etenkin alussa rankaksi, turhauttavaksi ja stressaavaksi. Rankkana koettiin mm. eri kulttuureista tulevien hoitajien erilaiset tavat ja työskentelytyyli. Eri kulttuurien edustajilla voi olla erilainen ajan taju. Töihin ei tultu yhtä täsmällisesti kuin mihin Suomessa oli totuttu. Erilainen työskentelytyyli näkyi siinä, että potilaiden kanssa ei vietetty yhtä paljon aikaa kuin Suomessa. Turhautumista puolestaan aiheutti eri kulttuureista tulevien työntekijöiden alhaisemmaksi arvioitu työmoraali. Toisiin työntekijöihin ei aina voinut luottaa. Annetut työtehtävät saattoivat olla tekemättä ja itse ei ehtinyt kaikkea tehdä, koska sairaanhoitajalla oli kokonaisvastuu osastosta. Suomalaiset sairaanhoitajat pyrkivät tekemään työnsä mahdollisimman hyvin ja tunnollisesti potilaiden parasta ajatellen, mutta toiset työntekijät eivät pitäneet sitä yhtä tärkeänä ja siksi koettiin myös potilaiden hoidon kärsivän toisten huolimattomuuden vuoksi. Suomalaiset sairaanhoitajat kokivat, että brittiläinen kulttuuri ei ollut yhtä täsmällistä ja tunnollista kuin suomalainen työkulttuuri:

> *”Mutta sitten siinä iskee se turhautuminen. Että mä teen työni näin ja hyvin ja yritän tehä potilaan eteen kaikki mitä mä voin ja kirjaan sen hoitosuunnitelmaankin, niin seuraava vuoroon tulija ei tee sitä samaa. Jos oon viikon poissa, niin se potilas ei oo saanu sitä hoitoo, mitä olis pitänyt.” (Haast. nro 8)*

Työntekijöiden alhaisemmasta koulutus- ja ammattitasosta johtuvat ongelmat koettiin myös stressaavina. Vanhustyön puolella osastoilla oli yleistä, että työvuoroissa oli vain yksi koulutettu sairaanhoitaja. Muut työntekijät olivat hoitoapulaisia, joilla ei välttämättä ollut ollenkaan hoitoalan koulutusta. Jos heillä oli koulutusta, ne olivat lähinnä joitain lyhyitä hoitotyön kursseja. Siksi työn vastuullisuus koettiin selkeästi rankemmaksi kuin Suomessa, jossa on totuttu siihen, että kaikilla työntekijöillä on hoitoalan koulutus. Seuraavassa yhden haastateltavan kuvaus tilanteesta:

> *”Mä olin dementiaosastolla ja mulla oli kaks osastoo, ja mä olin ainoa koulutettu sairaanhoitaja. Muut oli sitten tämmösiä hoitoapulaisia, ja joillakin saatto olla jotain kursseja, mutta jotkut oli, ettei ollu minkään näköistä koulutusta. Ja sitten se minkä mä koin, niin tietotaito oli äärimmäisen matala hoitoapulaisilla.” (Haast. nro5)*

Pystyäkseen työskentelemään brittiläisessä kulttuurissa sairaanhoitajat kokivat, että oli pakko sopeutua tiettyyn rajaan saakka erilaiseen hoitokulttuuriin. Toisesta kulttuurista tullessa ei voinut alkaa heti vaatia toisilta samanlaista työskentelytyyliä kuin mihin itse oli Suomessa tottunut. Mutta kaikkea ei kuitenkaan tarvinnut hyväksyä. Pitkäaikaisen työskentelyn brittiläisessä hoitokulttuurissa koettiin myös vahingoittavan omia sairaanhoidollisia taitoja etenkin psykiatrisen sairaanhoidon puolella. Syyksi koettiin se, että potilastyö oli selkeästi lääketieteellisesti orientoitunutta, missä potilaiden terapeuttinen kohtaaminen oli vähäisempää eikä niin arvostettua kuin Suomessa. Silloin ei pystynyt käyttämään suomalaisessa koulutuksessa opittuja taitoja potilaiden hoidossa niin paljon. Hoitotyön muutoksiin pystyttiin yleensä vaikuttamaan paremmin jos työ oli itsenäistä tai itsellä oli korkeampi asema hoitoyhteisössä. Seuraavassa erään haastateltavan kokemuksia psykiatrisen hoidon puolelta:

> *”Se on monella tavalla taitoja vahingoittavaa tehdä töitä täällä verrattuna Suomeen. Suomessa se on sitä ihmisten kohtaamista. Täällä on hirveen lääketieteellinen malli psykiatrisessa sairaanhoidossa. Hoitajat ei käytä ollenkaan niin paljon terapeuttisia taitoja kuin Suomessa. Se on pakko hyväksyä tiettyyn rajaan saakka. Sä et voi tulla toisen kulttuuriin ja odottaa, että ne muuttaa tapansa, miten sä haluut.” (Haast. nro 7)*

Hierarkia työyhteisöissä

Brittiläisen sairaanhoidon hierarkkisuus koettiin alussa järkytyksenä. Suomessa sairaanhoitajat olivat tottuneet melko demokraattiseen työtehtävien jakoon ja siihen, että jokaiseen työntekijään luotettiin. Myös työtehtävissä oli eroja. Suomessa sairaanhoitajilla oli laaja vastuu ja tehtävän kuva. Brittiläisessä hoitotyössä koettiin sairaanhoitajien työtehtävien olevan melko rajatut. Lisäksi sairaanhoitajilla oli omat tasonsa, jonka mukaan määräytyivät sekä heidän tehtäviensä vastuualueet että palkkaukset. Mitä korkeampi oli taso, sen suurempi oli vastuu tehtävistä ja määräysvalta myös suhteessa toisiin työntekijöihin. Myös palkkaus nousi tasojen noustessa. Tällaisen hierarkkisen systeemin koettiin hoitoyhteisöissä aiheuttavan herkästi vallan väärinkäyttöä. Ylempi tasoiset sairaanhoitajat saattoivat ”pompotella” alempana olevia kollegoitaan. Potilaat voivat herkästi jäädä syrjään tällaisten henkilökunnan välisten ristiriitojen vuoksi. Myös lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä oli selkeä hierarkkinen asetelma, jossa sairaanhoitajilla ei ollut sanavaltaa. Eri sairaanhoidon alueilla se oli kuitenkin hyvin erilaista. Esimerkiksi psykiatrisessa sairaanhoidossa ja ensiavun puolella tehtiin hyvin onnistunutta tiimityötä yhdessä lääkäreiden kanssa. Seuraavassa eräs haastateltavista kertoi kokemuksiaan Iso- Britannian hierarkkisesta sairaanhoidosta:

”Sairaanhoito sinänsä on erittäin hierarkkista, mistä olin ihan tyrmistynyt, kun mä tulin. Näitä eri tasoisia sairaanhoitajien greidejä. On d-greidi, sitten e-greidi, sitten tullaan f- greidiin. Ja sit mä oon huomannu, et jengi pyrkii vähän pompottelemaan toinen toistaan sillä perusteella, että satut olemaan ylemmällä tasolla. Hirveesti kyylätään sitä, et oot sä e- vai d- greidi.” (Haast. nro 9)

Sairaanhoitajien tasojen lisäksi työyhteisöissä toimi monta eritasoista esimiestä. Tyypillistä oli, että esimiehet tekivät hoitotyöhön liittyviä suunnitelmia neuvottelematta ollenkaan varsinaista työtä tekevien työntekijöiden kanssa ja käymättä lainkaan työpaikoilla. Tällainen työmalli ja toiminta koettiin turhauttavaksi. Lisäksi koettiin, että omaa tehtyä työtä ei arvostettu. Ulkomaalaisena voi olla myös vaikea tuoda esille omaa osaamistaan, jos toimii tavallisena sairaanhoitajana osastolla. Haastateltavista ne, jotka olivat edenneet uralla eteenpäin, kokivat hierarkkisessa systeemissä myös joitain etuja. Silloin he pystyivät melko hyvin vaikuttamaan muutoksiin työpaikoilla. Seuraavassa kommentteja esimies-alainen toiminnasta:

”Me työntekijät ollaan jossain täällä alhaalla. Sitten on pomo, sitten on pomon pomo. Sitten on vielä ylimmäinen pomo ja hänellä on vielä pomo. Pomot istuu ja tekee hirveesti päätöksiä ja me työntekijät tehdään työ, mutta pomot ei ikinä tule katsomaan mitä me tehdään. Se on turhauttavaa, koska me taatusti työskennellään ahkerasti.” (Haast. nro 8)

Rasistisuus työyhteisöissä

Rasistisuutta esiintyi työyhteisöissä sekä tumma- että valkoihoisia kohtaan. Haastateltavat kokivat kuitenkin, ettei heihin ollut kohdistunut niin paljon rasistisuutta kuin esimerkiksi Afrikasta tulleisiin työkavereihin ihon värin vuoksi. Jonkinasteista rasistisuutta oli kuitenkin koettu työskentelyn aikana. Eräs haastateltavista kertoi kokeneensa niin voimakasta työpaikkakiusaamista tummaihoisen esimiehen taholta, että hän joutui vaihtamaan sen vuoksi työpaikkaa. Rasistisuutta kokeneet mustat työntekijät käänsivät herkästi oman kokemansa rasismin vaaleisiin ulkomaalaisiin ja näin pyrkivät saamaan kompensaatiota englantilaisen valtaväestön rasismista. Omakohtaiset kokemukset rasismista olivat vaikuttaneet niin, että myöhemmin esimiesasemassa pystyi välittömästi puuttumaan alaisten kiusaamisyrityksiin. Haastateltavat kokivat, että heillä oli hyvä englannin kielen hallinta. Silti jonkin asteista arvostelua kielitaidon suhteen oli koettu lähinnä

englantialisten potilaiden taholta. He voivat herkästi arvostella ulkomaista sairaanhoitajaa kielessä esiintyvästä ulkomaisesta aksentista. Tällaiset asiat voivat korostua psykiatristen potilaiden kohdalla etenkin silloin, kun heidän sairautensa pahentui:

> *”Mä oon ollu sen hoitaja viis vuotta. Meillä on ihan hyvin mennyt kaikki. Mutta hän tuli nyt kipeeks ja yks juttu, mikä hänelle tapahtuu niin hän tulee hyvin ennakkoluuloiseksi kaikkia ulkomaalaisia kohtaan. Tää nainen on pyytänyt, että hän saisi uuden hoitajan, sen takia, että kun mä en oo englantilainen ja mä puhun englantia, että mulla on aksentti” (Haast. nro 6)*

Englantia ei äidinkielenään puhuvien puhetavan väheksyntä oli lievempää etnistä syrjintää - jonkinlaista piilorasismia, jonka avulla englantilainen kantaväestö pyrki sulkemaan toiseutta edustavat ryhmät työyhteisön ulkopuolelle. Tällainen toiminta saattoi herkästi kärjistyä juuri mielenterveydenhäiriöistä kärsivien potilaiden kohdalla.

5.1.3 Potilastyön erityispiirteet

Yläkategorian potilastyön erityispiirteet alakategorioiksi muodostuivat: potilaat eri kulttuureista ja kulttuurierojen vaikutus potilastyöhön.

Potilaat eri kulttuureista

Kaikki haastateltavat olivat työskennelleet monesta eri kulttuurista tulevien potilaiden parissa. Englantilaiset potilaat koettiin lähes vähemmistöryhmänä. Osa haastateltavista kertoi työskennelleensä ainakin 30:n eri kulttuurin kanssa. Haastateltavien mukaan suurin osa ulkomaisista potilaista, heidän vanhemmistaan ja isovanhemmistaan oli muuttanut Britanniaan jo kauan aikaa sitten entisistä Englannin siirtomaista. Haastateltavat kertoivat, että osa potilaista oli tullut maahan turvapaikanhakijoina ja pakolaisina, jolloin taustalla voi olla paljon psyykkisiä traumoja. Näillä potilailla voi olla paljon mielenterveydenhäiriöitä, jotka olivat syntyneet pakkotilanteenomaisen maahanmuuton seurauksena. Mielenterveyspotilaina oli myös paljon toisen sukupolven maahanmuuttajia etenkin Afrikan maista. Tuolloin maahanmuuttajien lapset olivat joutuneet sopeutumaan samanaikaisesti kahteen erilaiseen kulttuuriin ja lisäksi heillä oli paljon erokokemuksia vanhemmistaan, mikä lisäsi psyykkisen sairastumisen riskiä Heidän vanhempansa eivät olleet sopeutuneet brittiläiseen kulttuuriin, jolloin he olivat jättäneet lapsensa yksin pärjäämään Englantiin ja lähteneet itse takaisin Afrikkaan. Osa potilaista taas tuli vain saamaan

hoitoja yksityissairaalaan Britanniaan, jolloin hoidon piti olla heidän toivomustensa mukaista, koska he joutuivat maksamaan hoidoistaan paljon. Seuraavassa kuvaus maahanmuuttajapotilaiden mielenterveyshäiriöiden synnyn syistä:

> *”Isompia syitä on ja varsinkin mitä psykiatrian tutkimuksista on tullut, niin toisen sukupolven, jos vanhemmat on Afrikasta ja lapset, jotka asuu täällä, niin niillä on vielä enemmän mielenterveyshäiriöitä. Varsinkin african-caribian ryhmissä on, että lapset joutuu kokee eroo vanhemmistaan. Aasian maista, joissa on hyvin perhekeskeistä se elämä ja sitten sä elät tällaisessa länsimaisessa kulttuurissa, niin sua vedetään kahteen suuntaan.” (Haast. nro 6)*

Tällainen monikulttuurinen potilasaines aiheutti hoitotyöhön monia haasteita. Pystyäkseen antamaan potilaille heidän kulttuurinsa mukaista hoitoa, piti hoitotyöntekijöillä olla tietoja ja taitoja siitä millaista oli eri kulttuurien mukainen hoitotyö. Lisäksi oli huomioitava mahdolliset taustalla olevat ongelmat ja osattava vasta niihin. Jos kulttuurien eroja ei huomioitu voitiin pahimmassa tilanteessa menettää potilas. Yhdeksi merkittäväksi ongelmaksi eri kulttuureista tulevien potilaiden hoitotyössä koettiin potilaiden puutteellinen englanninkielen taito. Usein jouduttiin miettimään, johtuiko potilaiden huono hoitomyöntyvyys kulttuurista vai yksinkertaisesti puutteellisesta kielitaidosta.

Kulttuurierojen vaikutus hoitotyöhön

Alkuperäisbrittiläisten ja suomalaisten käsityksiä mielenterveysongelmista pidettiin samantyylisinä. Monessa muussa kulttuurissa erityisesti mielenterveyteen liittyvät asiat koettiin kuitenkin erilaisina. Perhekeskeisyyden korostuminen eri kulttuureissa oli voimakasta. Perhe-käsitys ja perheenjäsenten roolit voivat olla hyvin erilaisia. Potilaan sairastuessa koko suku voi olla päättämässä hoidoista. Mielenterveyden ongelmat koettiin usein myös hyvin häpeällisinä monessa kulttuurissa, minkä vuoksi niitä pyrittiin peittelemään hyvin pitkään. Hoitoon hakeuduttiin usein vasta, kun kotona ei enää pärjätty. Perheet suojelivat etenkin naispotilaita, koska heitä tarvittiin kotona hoitamassa perhettä. Tämä aiheutti sen, että potilaat voivat olla hyvin sairaita hoitoon hakeutuessaan. Lisäksi sukulaiset olivat herkästi odottamassa potilasta takaisin kotiin paljon ennen kuin kotiuttaminen hoitavan henkilökunnan näkökulmasta oli viisasta. Eri kulttuureissa koettiin myös olevan uskomuksia sairauksien synnyistä ja hoidoista, jolloin jouduttiin sovittelemaan potilaiden ja perheiden välillä. Eri kulttuurista tulevien potilaiden tapa oirehtia sairastuessa oli erilaista myös

somaattisella puolella. Eri kulttuurien parissa työskenteleviltä sairaanhoitajilta vaadittiin taitoa nähdä sairaudet oirehdinnan takaa. Seuraavassa esimerkki, kuinka eri kulttuureista tulevat potilaat voivat oirehtia:

> *”Esimerkiksi arabit, niillä on tapana liioitella hirveesti niiden oireita ja kuntoa. Ne on ihan taju poissa pienen pienestä kuumeesta, että saadaan sitä huomiota. Samoin intialaisilla, tuntuu olevan sama juttu. Varsinkin joitain vanhuksia. Aasialaiset sitten ovat enemmän stoalaisia, et ei tässä nyt mitään kipua näytetä, vaikka sitä kipua oiskin. No me skandinaavit, meillä on korkee kipukynnys, sitä kipua ei oikein näytetä. Et vedetään talvisodan hengessä. Mitään kipua ei myönnetä.”(Haast. nro 9)*

5.1.4 Kansainvälisen uran saavuttaminen

Yläkategorian kansainvälisen uran saavuttaminen alakategorioiksi muodostuivat: työskentelyn vaikutus itseen, hyvän uran saavuttaminen ja Suomen ja Iso- Britannian erojen punnitseminen.

Työskentelyn vaikutus itseen

Vieraassa kulttuurissa työskentelyllä on aina jonkinlainen vaikutus ihmisen persoonaan. Kaikki haastateltavat olivat työskennelleet jo varsin pitkän aikaa brittiläisessä kulttuurissa. He olivat sopeutuneet kulttuuriin omalla tavallaan. Useat haastateltavavista olivat tullessaan vastavalmistuneita sairaanhoitajia. Nyt he olivat aikuistuneet muutenkin kuin työskentelyn vuoksi vieraassa kulttuurissa. Siksi oli vaikeaa erottaa oliko aikuistuminen tapahtunut iän myötä vai oliko syynä ulkomailla asuminen. Yleensä haastateltavat kokivat itsevarmuuden selkeästi lisääntyneen työskentelyn kuluessa. Itsevarmuutta ja ylpeyttä itsestä lisäsivät kokemukset pärjäämisestä vieraalla kielellä uudessa maassa ja opiskeluiden sekä uralla etenemisen tuomat onnistumiset. Kokemus uudessa maassa pärjäämisestä ja onnistumisesta ilman oman perheen tukea lisäsi myös aikuistumista ja itsenäisyyttä. Seuraavassa kuvaus vieraassa kulttuurissa työskentelyn ja asumisen vaikutuksesta itseen:

> *” Alussa muutaman ensimmäisen vuoden mä taisin olla hyvin ylpee ittestäni, että mä pystyin työskentelemään vieraalla kielellä ja pystyin aloittamaan täällä elämäni. Isoin asia on, että musta on tullut vahvempi ja itsenäisempi ja itsevarmempi ja tykkään itsestäni enemmän.” (Haast. nro 6)*

Vuosien asuminen ja työskentely Iso- Britanniassa oli muuttanut haastateltavia myös kansainvälisemmäksi, mutta samalla myös Suomen arvostus oli noussut. Haastateltavat olivatkin ylpeitä suomalaisuudesta ja suomalaisesta sairaanhoitajien ammatti- ja koulutustasosta, jonka koettiin olevan selkeästi Iso-Britannian tasoa korkeammalla. Suomalaisena tiesi olevansa hyvä työssään ja tämä puolestaan nosti omanarvon tunnetta. Ylpeyttä lisäsi myös ulkopuolisten lääkäreiden ja potilaiden omaisten arvostus suomalaisten ammattitaitoa, ahkeruutta ja työmoraalia kohtaan:

> *”Mut kyl se on muuttanut mut kansainvälisemmäks. Mut ylpeenä kyl liputetaan Suomen lippua. Vaikka puhun englantia, en ikinä väitä olevani muu kuin suomalainen. Suomessa on todella korkee tasoinen sairaanhoito. Suomalaisia arvostetaan työmarkkinoilla. Meillä on maine, et me ollaan hardworking ja oikein työlle omistautuneita. Hyvä tietotaitotaso ja suomalaiset ei lähe soittelemaan sairaslomaa niin kun tosta vain.” (Haast. nro 9)*

Negatiivisina kokemuksina olivat oman tunnollisuuden aleneminen ja rasistisuuden kasvaminen mitä kauemmin oli työskennellyt ja asunut Iso-Britanniassa. Yksi haastateltavista koki, että taistellessaan brittiläisen organisaation negatiivisia piirteitä vastaan, väsyi itsekin lopulta siihen. Muiden työntekijöiden välinpitämätön suhtautuminen hoitotyössä aiheutti niin voimakasta turhautumista, että lopulta ei itsekään jaksanut tehdä töitä yhtä tunnollisesti kuin aikaisemmin. Yhdellä haastateltavista oli kokemus siitä, kuinka hänen asenteensa olivat muuttuneet viimeisien vuosien aikana yhä suvaitsemattomampaan suuntaan, lähinnä brittiläisen yhteiskunnan tilanteen vuoksi. Suur- Lontoon alue koettiin olevan kaaoksessa väenpaljouden vuoksi. Tummaihoiset nuoret olivat häiriköineet eri tavoin siellä valtavasti viimeaikoina ja lisäksi oli jopa terrori-iskuja ja tämä kaikki oli aiheuttanut itsessä rasistisuuden lisääntymistä:

> *”Mun täytyy sanoa, vaikka kuinka kauheelta se tuntuukin, että minusta on tullut yhä enemmän rasistinen, mitä kauemmin minä oon täällä ollu. Et mä olin huomattavasti avoimempi, kun mä tulin tänne. Se on se väsymys siihen ihmispaljouteen ja se et kuinka täällä on niin kontrolloimaton yhteiskunta. Täällä on teini-ikäisten harrastuksena läpsiä toisia. Kun sä katot näitä uutisia, niin joka ainoo oli vain mustia ihmisiä.” (Haast. nro 7)*

Hyvän uran saavuttaminen

Positiivisina asioina työskentelyssä Iso-Britanniassa koettiin kuitenkin Suomeen verrattuna erittäin hyvät ura- kehitysmahdollisuudet. Haastateltavat kokivat, että ammatti- ja kielitaidon kohentuessa he olivat voineet vaikuttaa omiin työtehtäviin. Työ saattoi olla hyvin itsenäistä, eikä tarvinnut välttämättä työskennellä tavallisilla osastoilla.Osa haastateltavista oli myös kohonnut hierarkiassa ylemmälle tasolle. He kokivat, että Iso-Britanniassa oli helpompi edetä uralla kuin Suomessa, mutta sen eteen piti tehdä töitä. Oli opiskeltava ja näytettävä myös omat kykynsä työpaikoilla:

> *”Sehän on pääsyy, mikä on minua pitänyt täällä. Et mä oon vuoden parin välein siirtynyt ylempään virkaan. Ja tuota noin mulla on ollut hyvä ura täällä. Ei voi mitenkään sanoa muuta.” (Haast. nro 7)*

> *”Mä oon ollu sisterinä nyt sitte kaks vuotta. Kyllä oon päässy nopeesti eteenpäin, tällai ulkomaalaisena.” (Haast. nro 9)*

Haastateltavat olivat tyytyväisiä jatko-opiskelumahdollisuuksiin. He käyttivät hyvin mahdollisuuksia ja opiskelivat tai olivat jossain vaiheessa opiskelleet joko sairaanhoitoa tai jotain muuta alaa yliopistoissa. Opiskelumahdollisuuksia tuettiin työpaikoilta. Opiskelu oli myös ilmaista julkisen puolen sairaanhoidossa työskenteleville. Työntekijät saivat myös vapaata töistä opiskelua varten ja heitä kannustettiin opiskeluihin. Haastateltavat kokivat, että oli mielenkiintoista osallistua työpaikoilta järjestettäville kursseille ja samalla kehittää ja ylläpitää omaa ammattitaitoaan. Tarjolla oli esimerkiksi alaan liittyviä ja kulttuurien välistä koulutusta. Ihmetystä herätti englantilaisten kollegoiden haluttomuus osallistua koulutuksiin:

> *”Kun itteensä ajattelee ja muita suomalaisia. Kaikki on aina halunneet mennä kursseille, opiskella uutta. Kun vertaa englantilaisiin kollegoihin, jotka vain halus olla ja tehdä samaa. Mielenkiintoisiakin kursseja ”counselling ja terapiakursseja, et kun pomo on lähettänyt ja tämmöisiä pitää tehdä.” (Haast. nro 8)*

Suomalaisille sairaanhoitajille näytti olevan ominaista Suomessa yleinen koulutuksen korkea arvostus, kun taas brittiläisessä yhteiskunnassa yleinen koulutusmotivaatio näytti olevan heikompi. Työnantajat palkitsivat hyvin koulutuksiin osallistuvia palkankorotuksin. Palkkauksen koettiinkin

nousevan hyvin jos oli näyttöä itsensä ja työpaikan kehittämisestä. Hyvän palkan koettiin myös mahdollistavan paremman elämänlaadun.

Suomen ja Iso- Britannian erojen punnitseminen

Lähes kaikki haastateltavat olivat tulleet Iso-Britanniaan ajatuksena olla vain lyhyt aika siellä. Nyt kuitenkin kaikki olivat asuneet ja työskennelleet siellä jo 7 – 10 vuotta. Tullessaan maahan suurin osa haastateltavista oli nuoria vastavalmistuneita sairaanhoitajia. Nyt heillä oli takanaan suhteellisen pitkä kansainvälinen ura. Elämäntilanne useimmilla oli myös nyt erilainen kuin se oli tullessa. Usealla haastateltavista oli tällä hetkellä vakituinen elämänkumppani ja muita tärkeitä ihmissuhteita Iso-Britanniassa. Yleisesti koettiin jonkinasteista väsymistä englantilaiseen elämäntyyliin. Haastateltavilla oli ajatuksena palata jossain vaiheessa Suomeen. Takaisinmuutto koettiin nyt kuitenkin hankalammaksi kuin se olisi ollut nuorempana, jolloin ei olisi ollut niin paljon siteitä asuinmaassa. Kovasti mietittiin myös suomalaisen ja englantilaisen yhteiskunnan eroja suhteessa perhe-elämään. Lapsiperheiden tuet koettiin parempina Suomessa. Elintaso koettiin Suomessa paremmaksi, kun taas työolosuhteita ja uralla etenemistä pidettiin parempina Iso-Britanniassa. Muuttoajatukset takaisin Suomeen koettiin myös pelottavina, koska oli jo totuttu asumiseen ja työskentelyyn Iso-Britanniassa. Takaisinmuutto edellyttäisi uutta sopeutumisprosessia, jossa pitäisi ottaa huomioon mahdolliset mukana tulevat perheenjäsenet. Toivomuksena oli, että Iso-Britanniassa hankittua koulutusta arvostettaisiin Suomessa. Eräs haastateltavista pohti elämäntilannettaan seuraavasti:

> *”Voi kun vois jo muuttaa eteenpäin. Mä luulen, että mä oon saanut tarpeekseni tästä maasta ja Lontoosta. Mutta mulla on niin monta sidettä täällä, että on hyvin vaikee vaan sanoo: no niin mä muutan takaisin Suomeen. Ehkä mä en oiskaan onnellinen Suomessa, siitä on nyt tullut semmonen, et mä haluun sitä kokeilla ja kattoo, et onnistuisko se elämä siellä. Se on myös pelottava vaihtoehto, koska mä oon niin paljon tottunut täällä olemiseen. Mutta ainakin mä toivon, että tää kaikki erikoiskoulutus olis mulle etuisuus.” (Haast. nro 6)*

Osalla haastateltavista ei ollut aikomusta muuttaa takaisin Suomeen. He pitivät Iso- Britannian työolosuhteita ja palkkausta sen verran parempana, ettei Suomeen kannattaisi palata. Ajatuksena oli myös mahdollinen työskentely muissa maissa. Osa haastateltavista olivat erittäin tyytyväisiä tämän

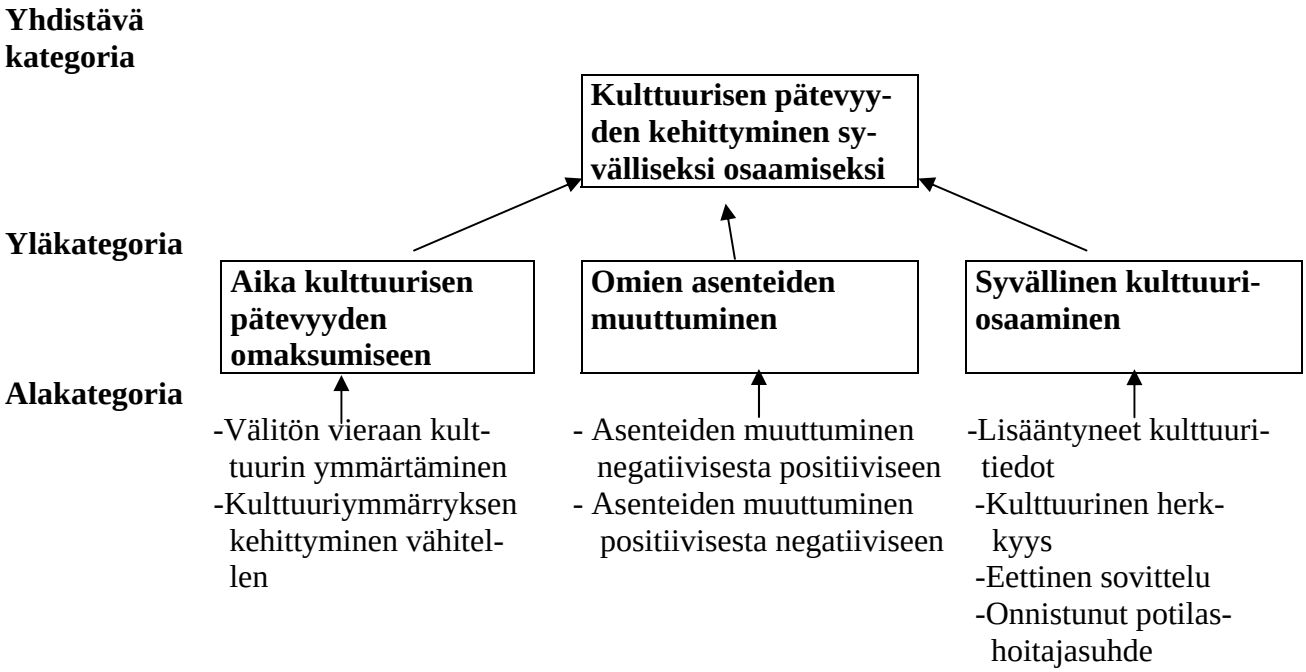
hetkiseen työhönsä, jossa oli hyvät etenemismahdollisuudet ja hyvä palkkaustaso, joka mahdollisti myös hyvän elintason:

> *”Jotenkin sitten vielä kun se palkkauskin on Suomessa niin ankee. Jos ne nostais ne palkat kolminkertaisiksi, niin vois harkita. En mä lähe Suomeen köyhäileen. Et, kun mulla on hyvä palkka, mä voin elää hyvää elämää, matkustellakin. Ja hyvä duuni. Hyvät etenemismahdollisuudet.” (Haast. nro 9)*

Haastateltavan kommentista tulee esille, että hän ei ole tyytyväinen Suomen palkkausjärjestelmään. Mikäli sairaanhoitajien palkkaukseen ja urallaetenemismahdollisuuksiin ei saada korjauksia, voi olla vaikeaa saada sairaanhoitajia palaamaan takaisin kotimaahan.

5.2 Kulttuurisen pätevyyden kehittyminen syvälliseksi osaamiseksi

Analyysin perusteella suomalaisten sairaanhoitajien kulttuurisen pätevyyden kehittyminen työskentelyn aikana yhdistäväksi kategoriaksi muodostui kulttuurisen pätevyyden kehittyminen syvälliseksi osaamiseksi. Yläkategoriat ovat aika kulttuurisen pätevyyden omaksumiseen, omien asenteiden muuttuminen ja syvällinen kulttuuriosaaminen. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Yhdistävä kategoria ”kulttuurisen pätevyyden kehittyminen syvälliseksi osaamiseksi” ylä- ja alakategoriat.

5.2.1 Aika kulttuurisen pätevyyden omaksumiseen

Yläkategorian aika kulttuurisen pätevyyden omaksumiseen alakategoriat ovat välitön vieraan kulttuurin ymmärtäminen ja kulttuuriymmärryksen kehittyminen vähitellen.

Välitön vieraan kulttuurin ymmärtäminen

Haastateltavat kokivat ymmärryksensä kulttuurien eroihin hoitotyössä kehittyneen eri nopeudella. He kertoivat ymmärtäneensä eri kulttuurien eroja jo melko pian aloittaessaan työskentelynsä Iso-Britanniassa. Osa haastateltavista oli asunut useammassa eri maassa ennen Iso-Britanniaan tuloaan, joten heillä oli jo enemmän tietoutta ja tottumusta eri kulttuureista ennen työskentelyn aloittamista. Kulttuurien eroja saatettiin ymmärtää paremmin alussa kuin myöhemmin. Tähän vaikutti työskentely samojen potilaiden parissa koko ajan, joten työ oli muuttunut arkipäiväiseksi, eikä enää tullut huomioitua eroja eri kulttuurien välillä siten kuin alussa tehtiin. Työskenteleminen heti alusta lähtien hyvin monikulttuurisessa työryhmässä, jossa oli potilaita samoista kulttuureista kuin työntekijöitä, auttoi kulttuurisen pätevyyden kehittymisessä. Tuolloin työkaverit tulkitsivat potilaiden oirehdintaa, joten kulttuurinen tietämys lisääntyi sen vuoksi nopeasti:

> *”Se ei omalla tavallaan vienyt pitkää aikaa, koska työkaverit oli ihan yhtä monikansallisia kuin minun potilaani. Sehän pistää asiat perspektiiviin. Jos mä olisin ollut suomalaisessa työporukassa ja meillä olis ollu samat potilaat, niin me oltais oltu helisemässä. Mut se työporukka tulkitsi sitä, miten se potilas käyttäytyi.” (Haast. nro 7)*

Tieto kulttuurieroista välittyi siis paremmin monikulttuurisessa työyhteisössä kuin se olisi välittynyt yksikulttuurisessa työyhteisössä.

Kulttuuriymmärryksen kehittyminen vähitellen

Haastateltavat kokivat heidän kulttuurisen ymmärryksensä hoitotyössä kehittyneen vähitellen. Ensimmäisen vuoden koettiin menneen totutellessa sekä eri kulttuureista tulevien potilaiden tapoihin että työskentelyyn monikulttuurisessa työryhmässä. Erottaakseen eri potilasryhmien oirehdintaa ja pystyäkseen vielä näkemään sairauksia oirehdinnan läpi tarvittiin selkeästi pitempiaikainen työskentelykokemus eri kulttuurien parissa. Haastateltavat kokivat, että noin kolmen vuoden jälkeen alkoi kehittyä selkeästi ymmärrys kulttuurien väliseen hoitotyöhön, jolloin pystyi jo arvioimaan paremmin eri kulttuureista tulevien potilaiden sairauksia antamatta oireiden

peittää niitä. Silloin tiesi jo kuinka eri kulttuureista tulevat potilaat oirehtivat ja miten eri kulttuureissa näytetään esimerkiksi kipua tai kuinka potilaat käyttäytyivät perheiden sisäisissä stressitilanteissa. Seuraavassa haastateltavan kuvaus kokemuksistaan:

> *”Et ehdottomasti siinä kolmen vuoden jälkeen. Mä olin kolme vuotta siellä kirurgisella osastolla, missä näkee kipua, erilaista vammaa, erilaista reaktiota sairauksista. Koska kyl sun pitää saada kokemusta ja sitä insightia siihen hommaan, et sä pystyt arvioimaan niiden valeoireiden läpi.” (Haast. nro 9)*

Taidot kulttuurien väliseen hoitotyöhön näyttivät kehittyvän prosessinomaisesti kestäen noin 1- 3 vuotta. Ensimmäinen vuosi meni totutellessa uuteen työhön ja uusiin potilaisiin. Sen jälkeen alkoi ymmärtää paremmin eri kulttuurien tapoja sekä eroja kulttuurien välillä. Myöhemmin kehittyivät selkeästi taidot arvioida eri kulttuurista tulevien potilaiden sairauksia. Haastateltavat kokivat, että pystyäkseen arvioimaan eri kulttuurien sairauksia tarvitaan riittävän pitkää ja monipuolista työkokemusta kulttuurien parissa.

5.2.2 Omien asenteiden muuttuminen

Yläkategorian omien asenteiden muuttuminen alakategorioiksi muodostuivat: asenteiden muuttuminen negatiivisesta positiiviseen ja asenteiden muuttuminen positiivisesta negatiiviseen.

Asenteiden muuttuminen negatiivisesta positiiviseen

Haastateltavat kokivat, ettei heillä ollut mielestään kovin paljon ennakkoasenteita muuttaessaan Iso-Britanniaan. Sairaanhoitajat miettivät omia asenteitaan, syitä ja muutoksia, eri kulttuureista tulevia potilaita ja työntekijöitä kohtaan. He huomasivat erilaisia muutoksia asenteissaan asumisen ja työskentelyn aikana. Asenteet vaihtelivat prosessin aikana negatiivisesta positiiviseen ja positiivisesta negatiiviseen suuntaan. Työskentelyn alussa oli tyypillistä, että asenne oli lievästi negatiivinen eri kulttuuria kohtaan, koska suomalaisina he olivat tulleet poikkeuksellisen yksikulttuurisesta yhteiskunnasta. Silloin helposti myös vertailtiin Iso-Britannian oloja Suomen oloihin. Eräs haastateltavista koki asenteensa olleen negatiivinen alussa huonojen kokemusten vuoksi työpaikalla. Hänen asenteensa muuttui positiivisemmaksi, kun hän sai arvostusta tekemästään työstä potilaita hoitavilta lääkäreiltä. Asenteiden koettiin myös muuttuvan negatiivisesta positiiviseen suuntaan omien henkilökohtaisten läheisten ihmissuhteiden myötä:

”Se oli mun ensimmäinen tärkee ihmissuhde ja tavallaan sen kautta mun silmät aukeni. Siihen asti mä olin ajatellut, että erilaiset ihmiset, ne on erilaisia. Mulla oli selvästi ennakkoluuloja, mutta sitten mä tavallaan rakastuin tähän ihmiseen, niin mä tajusin, että mä voin rakastaa eri väristä ihmistä ja se voi olla aivan yhtä tärkeä kuin itsekin. Sen jälkeen ei ollut ennakkoluuloja.” (Haast. nro 6)

Asenteiden muuttuminen positiivisesta negatiiviseen

Haastateltavilla oli tapahtunut myös jonkinlaista asenteiden muutosta positiivisesta negatiiviseen. Negatiiviset asenteet olivat syntyneet ajan kuluessa erilaisista kokemuksista tiettyjen kulttuurien parissa joko potilastyössä tai vapaa-aikana. Työelämässä asenteiden muutokset liittyivät sekä työkavereihin että potilaisiin. Työkavereihin liittyvät negatiiviset asenteet olivat usein turhautumista eri kulttuurien työskentelytapoihin. Potilaisiin liittyvät asenteet saattoivat olla myös turhautumista tiettyihin kulttuurien piirteisiin. Yleinen asenteita muuttava tekijä oli koettu voimakas väentungos ja väen virtaus Iso-Britanniaan ja eri maiden ongelmien kärjistyminen maahanmuuttajien joukossa. Tämä liittyi erityisesti sellaisiin tilanteisiin, kuin esimerkiksi kun suuri joukko entisen Neuvostoliiton maita kuten Baltian maat liittyi EU:hun. Terveydenhuollossa tällaiset ongelmat näyttävät aiheuttavan myös turhautumista. Yksi haastateltava kuvaa seuraavassa tilannetta näin:

”Et ainoa jotain ennakkoluuloja, mitä kohtaan yleisesti on, niin puolalaisia. Sen jälkeen kun ne liitty EU:hun, niin niiden määrä lisääntyi räjähdysmäisesti täällä Lontoossa. Suurin osa, mä uskon et suurin osa niistä on ihan työtätekeviä. Mutta me nähdään tuolla A & E:llä, niin ne on kodittomia, juoppoja. Monta kertaa käy mielessä, et minkä takia sä haluut asua Englannissa kadulla. Kyllä yritetään auttaa, mut sitten palataan aina uudelleen, samat tyypit.” (Haast. nro 9)

Iso-Britannia yhdessä Irlannin ja Ruotsin kanssa omaksuivat hyvin liberaalin politiikan ottaa maahanmuuttajia uusista EU-maista. Väkiluvultaan suurin ryhmä olivat puolalaiset. Ilmeisesti tämän politiikan seurauksena uusista jäsenmaista oli siirtynyt myös huono-osaista väestöä Iso-Britanniaan, mikä oli selitys siihen, että näihin maahanmuuttajiin kohdistui selkeitä ennakkoluuloja.

5.2.3 Syvällinen kulttuuriosaaminen

Yläkategorian syvällinen osaaminen alakategorioiksi muodostuivat: lisääntyneet kulttuuriset tiedot, kulttuurinen herkkyys, eettinen sovittelu ja onnistunut potilas- hoitajasuhde.

Lisääntyneet kulttuuriset tiedot

Haastateltavat kokivat työskentelyn myötä tietojensa eri kulttuureista selkeästi lisääntyneen. Tietojen koettiin erityisesti lisääntyneen eri kulttuurien ja kulttuuriyhteisöjen tavoista, eri kulttuurien käyttäytymisestä sairauksien yhteydessä ja eri kulttuurien tavoista hoitotilanteissa. Lisääntyneiden tietojen koettiin tuovan työhön ammatillista varmuutta. Haastateltavat työskentelivät monen kulttuurin ja kulttuuriyhteisön parissa ja näin he oppivat tunnistamaan vähitellen eroja eri kulttuurien ja kulttuuriyhteisöjen yleisestä käyttäytymisestä. Seuraavassa yksi haastateltavista kertoo tietojensa lisääntymisestä.

> *”Mutta se ymmärrys eri kulttuureja kohtaan sitten tietenkin on vuosien myötä kasvanut. Että nyt tietää enemmän mitenkä hinduyhteisö toimii ja mitenkä muslimit toimii ja mitä ne tekee kun on potilas.” (Haast. nro 8)*

Haastateltavat kokivat tietojensa lisääntyneen eri kulttuurien tavoista. Näiden tietojen puolestaan koettiin helpottavan hoitotyötä kulttuurien parissa. Tietoutta alkoi olla siitä, kuinka toimia eri hoitotilanteissa. Seuraavassa haastateltavan kuvaus lisääntyneistä kulttuuritiedoistaan:

> *”He oli eri uskonnosta. Kyllä sitä täyty heidän rukoushetkiään kunnioittaa. Naispotilaalla on oikeus kieltäytyä mieshoitajasta. Tietenkin eri ruokavaliossa ja vähän tällaisessa otettiin huomioon.” (Haast.nro 10)*

Eräs haastateltavista koki tietojensa eri kulttuurien tavoista oirehtia sairauksien ja stressaavien tilanteiden yhteydessä kehittyneen niin hyviksi, että hän pystyi arvioimaan potilaan oikeanlaista tilannetta tällaisen oirehdinnan takaa. Tällainen tietous oli kehittynyt vähitellen monen vuoden työkokemuksen ja koulutuksen myötä Tässä hänen näkemyksensä tilanteesta:

> *”Tietyillä fyysisillä merkeillä pystyy esimerkiksi näkemään, miten joku huijaa. Liioittelee. Jos se on vain sitä huomionsaamista. Aina mä kysyn, kun mä arvioin, että mikäs se tilanne siellä on. On sellaisia tilanteita, että on perheriitaa. Koko suku*

tappelee. Yht'äkkiä mummeli menee tajuttomaksi. Eikä se oo edes tajuton. Mutta se vedättää, kieltäytyy avaamasta silmiään, vedättää olevansa tajuton, niin kauan kunnes tilanne laukeaa. Se on sen mummelin reaktio siihen stressaavaan tilanteeseen. Niin kun jos hän on intialainen mummeli." (Haast. nro 9)

Kyseessä oli todennäköisesti intialaiselle kulttuurille tyypillinen vetäytymisreaktio, jonka sairaanhoitaja oli oppinut tunnistamaan.

Kulttuurinen herkkyys

Haastatteluhetkellä sairaanhoitajat kokivat ymmärtävänsä kulttuurien välistä hoitotyötä niin hyvin, että he osasivat toimia oikein saadakseen mahdollisimman hyvän lopputuloksen hoidoissa. Kohtaamistilanteet koettiin helppoina. Taustalla olivat hyvät tiedot eri kulttuurien tavoista ja toiminnoista. Herkkyys hoitotyössä oli kehittynyt. Eri kulttuurien käytöksestä ja ympäristöstä saattoi vaistota, sen kuinka toimia kussakin tilanteessa. Ymmärrys ja herkkyys näyttivät olevan hoitotaidoissa mukana ns. hiljaisena tietona. Työskennellessä ei enää tarvinnut miettiä sitä, kuinka toimia vaan kaikki tuntui helpolta. Työskentelyn koettiin myös osittain muuttuneen rutiininomaiseksi ja arkipäiväiseksi. Seuraavassa yksi haastateltavista kuvaa työskentelyään:

"Näkee aika paljon, kun menee potilaan kotiin. Kun katselee ympärilleen, että jaha missäs sitä nyt ollaan, että ollaanko nyt hindutalossa. Otetaanko kengät pois vai eikö oteta. Sitä on niin kun tullut "sensitive". Että mikä on se oikea tapa käyttäytyä missäkin paikassa. Että sitä tietää missä kodissa voi olla silleen rempseesti, että nyt nauretaan ja missä paikassa on sitten toinen tarve. Ollaanko nyt rauhassa ja puhutaankin rauhoittavalla äänellä. Sen on oppinut näkemään siitä ympäristöstä." (Haast. nro 8)

Osa haastateltavista koki, että kulttuuripainotteiset opiskelut Iso-Britanniassa ovat auttaneet selkeästi kulttuurien väliseen hoitotyöhön. He kokivat että syvällisempi ymmärrys ja eri maalaisten potilaiden kunnioitus oli kehittynyt juuri opiskelujen avulla. Opiskeluissa oli painotettu kulttuurista lähtökohtaa ja sen mahdollista vaikutusta sairauksien syntyyn. Eräs haastateltavista koki, että Suomessa käydystä kansainvälisestä sairaanhoitajakoulutuksesta oli myös ollut suuri hyöty monikulttuuristen potilaiden hoitotyöhön Iso-Britanniassa. Hän oli saanut niin hyvät tiedot ja taidot koulutuksesta, että pystyi toimimaan sairaanhoitajien ja opiskelijoiden ohjaajana monikulttuurisuusasioissa. Hän koki myös, ettei Iso-Britanniassa ollut riittävästi kulttuuriseen

hoitotyöhön tähtäävää koulutusta omalla työpaikalla. Kokemukset kuitenkin olivat ristiriitaisia, kun osa haastateltavista koki monikulttuurisen koulutuksen olevan riittävää. Haastateltavat toivat esille näkemyksiään koulutuksen hyödyistä:

> *”Se syvällisempi ymmärrys ja ihmisten kunnioitus on tullut opiskelujen kautta. On voimakas painostus miettiä sitä kulttuurista lähtökohtaa. Monet potilaista on eri kulttuureista, niin ongelmat lähtee lapsuudesta ja joutuu miettimään mikä panos niillä lapsuuden kokemuksilla on, kun on muuttanut tänne, ja kulttuurisilla eroilla”. (Haast. nro 6)*

> *”Tää tuli jo sairaanhoitajakoulutuksessa, meillä oli kansainvälinen linja. Mutta muuten mä oon sitten kouluttanut muita, opettanut täällä työssä sitten niitä opiskelijoita ja sairaanhoitajia. Täällä ei oikein taida sellasta olla.” (Haast. nro 9)*

Eräs haastateltavista koki, ettei hänelle ollut kovin paljon hyötyä sairaaloiden järjestämistä kulttuurien välisistä koulutuksista. Hänellä ilmeisesti oli jo kehittynyt niin hyvät taidot kulttuurien väliseen hoitotyöhön, että tällaiset koulutukset tuntuivat hänestä kuitenkin kovin pinnallisilta.

Eeettinen sovittelu

Haastateltavien mukaan kulttuurien välisissä hoitotaidoissa toisinaan korostui voimakkaasti eettisyys ja tarve suojella potilaita. Kun perheet olivat mukana eri kulttuurien hoitotyössä, niin heillä voi olla omia uskomuksiaan sairauksien synnyistä ja hoitomenetelmistä. Toisinaan kulttuurien ehdottamat hoitomenetelmät olivat ihmisoikeuksia loukkaavia. Silloin tuli esille sairaanhoitajien kyky toimia eettisesti oikein suojellen potilaita ja yrittäen kuitenkin sovitellen saada perhe mukaan länsimaiseen hoitoon. Tällöin kulttuuriset hoitotaidot olivat todella hyvin kehittyneet:

> *”Et afrikkalaisista kulttuureista tulee hyvin usein se, et ihmiset on demoonien valtaamia ja se on todella vaikea työskennellä. Siinä yrittää ensinnäkin taivutella ihmisiä, että lääkitystä pitäis harkita ja toisekseen suojella sitä potilasta, koska ne tavat, joilla demonit saadaan pois ihmisestä on aika raakoja. Silloinhan on tietty eettinen velvollisuus suojella sun potilasta.” (Haast. nro 7)*

Haastateltavat kokivat onnistuneensa hyvin potilas-hoitajasuhteessa eri kulttuurien kanssa. Onnistumisesta kertoivat positiiviset palautteet potilailta ja omaisilta tehdystä työstä. Potilas-hoitaja-vuorovaikutusta koettiin hankaloittavan kuitenkin usein potilaiden riittämätön englanninkielen osaaminen. Onnistuneena vuorovaikutuksena erimaalaisten potilaiden kanssa koettiin myös se, kun oli onnistunut yleensä hyvin työssään:

> *”Mun työn onnistuminen on usein sitä, että mä saan ne tavallaan työskenteleen mun kanssa. Ja se on usein se vaativin osa mun työtä. Ja yleisesti ottaen mä mun työssä onnistun, että kulttuuristen ihmisten kohtaaminen on onnistunut hyvin.” (Haast. nro 6)*

Onnistunut potilas- hoitajasuhde

Riittävän hyvän ja joustavan henkilökohtaisen potilas-hoitajasuhteen aikaansaaminen koettiin tärkeänä. Yhtenä syynä helppouteen hyväksyä erilaisuutta koettiin suomalaiselle kulttuurille ominaisen ns. uskonnollisen laimeuden. Muissa kulttuureissa uskonto voi korostua voimakkaasti, jolloin voi olla myös vaikeampaa hyväksyä toisten kulttuurien voimakkaasti erilaista uskontoa ja näin kulttuurien välille saattoi syntyä herkästi konflikteja. Myös tasavertaisen potilas-hoitajasuhteen koettiin onnistuneen eri kulttuurista tulevien potilaiden kanssa erittäin hyvin melkein alusta lähtien.

> *”Jos kattoo mun irlantilaisia kavereita, ne ei pidä muslimeista. Tai sitten sitten ne ei tykkää juutalaisista tai protestanteista. Esimerkiksi mun koulukaveri oli muslimipoika, joka ei suostunut kättelemään yhtäkään meistä tytöistä. Silleen kun me suomalaiset ollaan hyväpohjaisia. Me ei tulla mistään konfliktiuskonnoista, niin se on vähän helpompi hyväksyä muita. Mä en pidä mitään eroa mun hoidoissa, et jokainen saa tasavertaista hoitoa omalla vuorollaan. (Haast. nro 9)*

Irlantilaiset olivat lähtöisin voimakkaasti roomalaiskatolilaisesta yhteiskunnasta. Muslimikulttuurissa taas miesten ja naisten välinen rajanveto oli hyvin jyrkkä. Kumpikin piirre oli suomalaisille ”joulukirkkoprotestantismille” kovin vieras, koska uskonnon katsottiin olevan tavallaan yksityisasia, joka ei juuri muille kuulunut.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka liittyy tutkimuslupien hankintaan, tutkittavien suostumukseen, luottamuksellisuuteen, haastattelutilanteeseen, aineiston raportointiin ja analysointiin. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Kirjallinen tutkimuslupa ei ole aina välttämätön. Haastatteluaineistoihin pääsääntöisesti ei tarvitse laatia tutkittavien allekirjoitettaviksi tarkoitettuja tutkimussuostumuksia. (Kuula 2006.) Tässä tutkimuksessa ei ole käytetty kirjallisia tutkimuslupia, vaan haastatteluun osallistuminen on kysytty haastateltavilta suoraan henkilökohtaisesti käyttäen lumipallomenetelmää.

Tutkimuksessa on ensiarvoisen tärkeää haastateltavien kunnioitus ihmisinä ja heidän henkilöllisyytensä suojaaminen. Haastateltavat on informoitava ennakolta hyvin ja heille on kerrottava selkeästi myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. (Munhall 2001, Kuula 2006.) Tutkittavien motivoimiseksi on lisäksi kerrottava tutkimuksen pääaiheet, jotta tutkittavat voivat tehdä päätöksensä osallistumisesta riittävin perustein.(Hirsjärvi & Hurme 2006, Kuula 2006.) Käytettävistä tallennevälineistä sekä arvioidusta tutkimukseen kuluvasta ajasta pitää myös kertoa. Tutkittavien henkilöiden henkilöllisyys on myös suojattava kaikissa tutkimuksen vaiheissa. (Munhall 2001,Kuula 2006.) Haastateltavia informoitiin ensimmäisessä yhteydenotossa puhelimitse. Siinä käytiin läpi tutkimuksen tarkoitus ja tapa, millä aineisto tullaan keräämään. Samalla tähdennettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja myös mahdollisuutta vielä kieltäytyä myöhemminkin haastattelusta. Myös haastatteluun kuluvasta ajasta keskusteltiin. Tutkija kertoi myös siitä, kuinka haastateltavien henkilöllisyys tullaan suojaamaan koko tutkimuksen ajan. Nämä asiat kerrattiin vielä ennen varsinaisen haastattelun alkamista.

Tutkimusaineisto suojataan niin, etteivät sivulliset pääse primaarimateriaaliin käsiksi missään muodossa. Tutkimusaineistoa käytetään tuolloin vain aihetta koskevaan tieteelliseen tutkimukseen. Tutkimuksen päättymisen jälkeen aineistot joko tuhotaan tai säilytetään tieteellisiin tutkimusarkistoihin, joihin pääsee erikseen käsiksi vain tutkijan luvalla. (Kuula 2006, Mäkinen 2006.) Haastattelumateriaalia on suojattu huolellisesti sivullisilta koko tutkimuksen ajan ja se tullaan tuhoamaan tutkimuksen päättymisen jälkeen. Tutkimusmateriaalin suojaamisesta ja tuhoamisesta kerrottiin myös haastateltaville.

Ihmistieteissä tällaiset eettiset ratkaisut tulevat esille tutkimuksen kaikissa eri vaiheissa. Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden keskeinen edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen teossa pitää noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioimisessa.(Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, Hirsjärvi & Hurme 2006.) Lisäksi tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa etenkin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysimenetelmässä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tutkija on huomioinut kaikki eettisyyteen liittyvät asiat jokaisessa tutkimuksen vaiheessa ja pyrkinyt tiukasti rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen.

Luotettavaan informaatioon pyrkivällä tutkijalla on myös eettinen velvollisuus siirtää työnsä tuloksia toisille tutkijoille ja yhteiskunnan jäsenille. (Pietarinen 2002.) Tämän tutkimuksen tulokset esitetään avoimesti pohdinnassa ja tutkimus julkaistaan myöhemmin sähköisessä versiossa Tampereen yliopiston sivuilla niin, että se on tällöin kaikkien asianosaisten luettavana ja arvioitavana.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustoiminnan perustehtävä on luotettavan informaation tuottaminen. Luotettavuus on sitä, että informaatio on perusteltu kriittisesti, jolloin kriittisyys viittaa niihin menetelmiin, joita tutkimuksen eri alueilla käytetään. Näitä alueita ovat tulosten analysointi, teorioiden muodostaminen, käsitteiden täsmällisesti esittäminen ja sisällönanalyysi. (Pietarinen 2002.) Tässä tutkimuksessa tulosten analysointimenetelmäksi valitiin induktiivinen sisällön analyysi, koska se nähtiin syvälliseksi analyysi mahdollisuudeksi. Analyysin kautta muodostui kulttuurisen hoitotyön käsitteitä.

Eskolan ym. (1998) mukaan laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Myös esiymmärrys voi lisätä tutkimuksen luotettavuutta, koska silloin tutkija ymmärtää paremmin haastateltavien (Nieminen 1997) elinympäristöä ja tutkijan tulkinnat vastaavat paremmin haastateltavien kokemuksia (Perttula 2000). Tärkeää on myös se, että tutkija tuntee tutkittavien kontekstin riittävän hyvin. Tutkija itse on työskennellyt Iso-Britanniassa sairaanhoitajana yhden vuoden ajan, joten haastateltavien työkulttuuri oli ennestään tuttu. Myös haastattelut tapahtuivat Iso-Britanniassa, joten tutkimusta tehdessään tutkijalla oli mahdollisuus myös aistia sen hetkistä brittiläistä kulttuuria. Tutkijan perehtyneisyys kulttuurisen hoitotyön teoriaan yliopisto-opintojen kautta on avartanut

monikulttuurisen hoitotyön ymmärrystä. Lisäksi tutkijan aito kiinnostus ja joustavuus ovat tärkeitä haastattelutilanteessa. (Maijala 2002.) Haastattelutilanteissa syntyikin välittömästi avoin ja luottamuksellinen suhde tutkijan ja haastateltavien välille. Kotona tapahtuneet haastattelut mahdollistivat lisäksi joustavuuden esimerkiksi ajan käytössä.

Tarkoituksenmukaista on myös, että tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään. (Nieminen 1998.) Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti haastatteluun. Haastateltavat olivat suomalaisia sairaanhoitajia ja haastattelukieli oli suomi. Koulutuksensa ja äidinkielellä tapahtuneen haastattelun ansiosta haastateltavat pystyivät hyvin ilmaisemaan itseään. Aineiston valitsemisessa tulisi noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta eikä edustavuuden periaatetta. Tutkimusraportista tulee tällöin selkeästi ilmetä, minkä periaatteen mukaisesti tutkittavat on valittu tutkimukseen. (Nieminen 1998.) Tässä tutkimuksessa nähtiin tarkoituksenmukaiseksi, että haastateltavilla oli riittävän pitkä työkokemus eri kulttuurien parissa brittiläisessä kulttuurissa työskentelystä niin, että voitiin tutkia kulttuurisen pätevyyden kehittymisprosessia riittävän hyvin, syvällisesti ja monipuolisesti. Haastateltavien työkokemus vaihteli 7-10 vuoden välillä, minkä arvioitiin täyttävän hyvin tämän ehdon.

Kun aineisto kerätään haastattelemalla, tulisi myös raportista ilmetä, mitä haastatteluteemoja tutkittaville on esitetty. Tutkimuksen luotettavuus vähenee, jos haastattelijan esittämät kysymykset ovat liian suppeita, liian kapealle alueelle suuntautuneita (Nieminen 1998.) Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty avoimella teemahaastattelulla, joka on mahdollistanut sen, että haastateltavat pystyivät kertomaan laajemminkin ulkomaisista työskentelykokemuksistaan. (ks. Liite3)

Sisällön analyysissä on tärkeä, että tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategoriat niin, että ne kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tutkimuksen analyysivaiheessa tutkija palasi koko ajan alkuperäisaineistoon, varmistaen muodostuvien kategorioiden aineistolähtöisyyden. Todeksi vahvistettavuus (Lincoln ym. 1985) tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon, eivätkä pikemminkin tutkijan käsityksiin. Esiymmärryksestä pyrittiin pääsemään pois täysin analyysivaiheessa, niin ettei tutkijan omat kokemukset päässeet vaikuttamaan analyysiin. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston luokittelu on tärkeä tekijä luotettavuuden arvioinnissa. Tutkijan tulee tällöin esittää selkeästi se, mistä eri käsiteluokittelut ovat muodostuneet. Lukijan kannalta on helpompi seurata tutkimuksen

etenemistä, kun tutkimuksen kulku on selvitetty riittävän perusteellisesti. (Nieminen 1998). Esimerkki analyysin eri vaiheista esitetään liitteessä 4, josta lukija voi seurata analyysin kulkua ja yhteyttä aineistoon. Kategoriat on pyritty muodostamaan mahdollisimman paljon sisältöä luotettavasti kuvaaviksi.

Tutkijan tulee esittää myös analyysinsä tueksi riittävä määrä alkuperäishavaintoja, joko suoria lainauksia informantilta tai dokumentoitujen havaintojen autenttisia kuvauksia, sillä analyysin luotettavuus syntyy viimekädessä empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten loogisesta yhteensopivuudesta (Mackenzie 1994; Pyörälä 1994). Selkeä ja riittävä dokumentointi antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida luokittelun onnistuneisuutta (Nieminen 1998.) Analyysissä esitetään riittävästi suoria lainauksia haastateltavien kertomuksista. Haastateltavien henkilöllisyys kuitenkin on suojattu niin, ettei henkilöä voi tunnistaa suorista lainauksista.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa kuvattiin suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia työskentelystä brittiläisessä kulttuurissa ja heidän näkemyksiään kulttuurisen pätevyytensä kehittymisestä työskentelyn aikana. Vastaavalaista tutkimusta ei ole Suomessa tehty aikaisemmin. Tutkimus tehtiin teemahaastattelun avulla ja aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tässä tutkimuksessa haastateltiin kuutta sairaanhoitajaa, joiden työskentelyaika Iso-Britanniassa oli ollut 7-10 vuotta.

Ssuomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia työskentelystä brittiläisessä hoitokulttuurissa

Suomen 1990-luvun vaikea työllisyystilanne oli yhtenä suurimmista syistä vaikuttamassa lähtöpäätökseen. Suomen liittyminen EU:hun ja siihen liittynyt sairaanhoitajien tutkintojen tunnustaminen EU-direktiivien mukaisiksi mahdollisti helpon liikkumisen EU-maasta toiseen. (Metsämuuronen 2000.) Haastateltavat kokivatkin lähtönsä Suomesta Iso- Britanniaan olleen helpon. Iso-Britanniassa oli valmistauduttu varsin hyvin vastaanottamaan uudet työntekijät maan kyseisen alan suuren työvoimapulan vuoksi. Lisäksi Iso-Britannia kuuluu vanhoihin siirtomaavaltioihin, joissa on totuttu aikaisemmin paikkaamaan valtaväestön työvoimapulaa siirtotyöläisillä, (Ocloo 2005.) joten viranomaiset olivat tottuneita rekrytoimaan työntekijöitä eri maista.

Laakkosen (2004) mukaan hoitokulttuuri perustuu yhteiseen historiaan ja tavat on opittu pikkuhiljaa. Perusoletukset ja uskomukset ovat hoitokulttuurin edustajille itsestäänselvyyksiä, mutta ulkopuolisille epäselviä. Koistisen (2002) mukaan vieraan hoitokulttuurin työtovereiden ja esimiesten asennoitumisella tuleviin työntekijöihin ja opiskelijoihin koetaan olevan suuri merkitys sopeutumisessa. Uusien työntekijöiden vastaanotto Iso- Britanniassa koettiin hyväksi. Pitkien erehdytysohjelmien aikana sairaanhoitajat voivat riittävän rauhassa tutustua uuteen kulttuuriin ottamatta heti vastuuta. Tämä helpotti selkeästi sopeutumista uuteen hoitokulttuuriin.. Haastateltavat kokivat kuitenkin kieliongelmien vaikeuttaneen sopeutumista. Vaikka englanninkielen taito olikin melko hyvä, niin vaikeudeksi koettiin mm. englantilaisten ja suomalaisten kulttuureista johtuva erilainen puhetyyli. Lehtisen (1996) mukaan kielellinen viestintä voi onnistua vain jos lähettävällä ja vastaanottajalla on jo valmiiksi yhteistä tietoa. Alussa täysin samantasoisen kielitaidon puuttuminen ja kenties myös englantilaisten haluttomuus hyväksyä uusia työkavereita tulkittiin suomalaisten epäkohteliaaksi käytökseksi.

Uuteen tilanteeseen sopeutumista helpottavia tekijöitä olivat elämänkokemus, aiemmat ulkomaiset työskentely- ja opiskelukokemukset sekä Suomessa hankittu englanninkielinen sairaanhoitajakoulutus. Ulkomaisten työharjoittelujen ja koulutusten on tutkittu vauhdittavan kulttuurisen pätevyyden kehittymistä. (Clair & McKerny 1999, Caffrey 2005, St, Papadopoulos & Lees 2005.) Niiden haastateltavien, jotka olivat saaneet kokemusta eri kulttuurien hoitotyöstä aiemmin, oli selkeästi helpompi myös sopeutua uuteen tilanteeseen. Reflektiota toisten ihmisten kanssa pidetään tärkeänä kulttuurisen pätevyyden kehittymisen edellytyksenä. (StClair & McKerny 1999, Koistinen 2002, Koskinen 2005, Riikonen 2005.) Tukea antava ihmissuhdeverkosto koostui haastateltavien kohdalla pitkälti yhtä aikaa Iso-Britanniaan tulleista suomalaisista sairaanhoitajista.

Työskentely monikulttuurisessa työryhmässä koettiin alussa šokkina. Tutkijoiden (St Clair & McKerny 1999, Koistinen 2005, Koskinen 2005) kuvaamista kulttuurišokille ominaisista piirteistä alistumista ja turhautumista esiintyi jossain määrin. Haluttomuutta asettua oppijan rooliin ei koettu. MyösRiikosen (2005) kuvaama etnosentrinen asennoituminen näkyi hoitajien vertaillessa brittiläistä ja suomalaista kulttuuria. Suomalaiset kokivat, että brittikulttuuri ei ollut yhtä tunnollista ja täsmällistä kuin mihin suomalainen oli tottunut. Turhautuminen eri kulttuurien tapoihin kehittyi samalla myös ajan myötä. Silloin se ei enää ollut kulttuurišokkia, vaan pikemminkin väsymistä siihen, että hoitotyön laatu kärsi toisten työntekijöiden laiminlyöntien vuoksi.

Suomea hierarkkisemmissa työyhteisöissä koettiin herkästi hoitotyön olevan huonompitasoista potilaiden jäädessä huomiotta työntekijöiden keskinäisten riitojen vuoksi. Mutta siinä koettiin myös hyviä puolia silloin jos itse oli kohonnut hierarkiassa korkeammalle tasolle. Silloin saattoi myös helposti vaikuttaa hoitotyön parannuksiin. Rasistisuutta työyhteisöissä koettiin sekä tumma- että vaaleaihoisia kohtaan. Kuitenkin koettiin, että tummaihoiset afrikkalaiset kollegat kokevat enemmän rasistisuutta kuin vaaleaihoiset. Alexis ym.(2005) mukaan Iso-Britannian työyhteisöissä etenkin tummaihoiset työntekijät kokevat rasistisuutta. Rasistisuuden on myös tutkittu aiheuttavan mielenterveydenongelmia etenkin pienille vähemmistöryhmille. (Karlsen 2005.) Haastateltavat eivät tuoneet esille vastaavanlaisia ongelmia hoitohenkilökunnan keskuudessa. Myös potilaiden taholta koettiin jonkinasteista piilorasismia tai etnisiä ennakkoluuloja.

Vieraassa kulttuurissa työskentelyn vaikutusta itseensä haastateltavat kuvasivat aikuistumisena ja itsevarmuuden lisääntymisenä. Koskinen (2005) mukaan juuri vaikeuksien voittamisen seurauksena kehittynyt itseluottamus ja ihmisenä kasvu lisäävät myös kulttuurisen pätevyyden kehittymistä. Positiiviseen kulttuuriseen oppimisprosessiin kuului esim. kyky ylittää kielimuuri. (Koskinen 2005.) Tämä oli ilmeisesti onnistunut hyvin, koska haastateltavat kokivat ylpeyttä opiskeluiden ja uralla etenemisen onnistumisesta vieraalla kielellä. Kaikki haastateltavat kokivat myös ylpeyttä suomalaisuudesta ja suomalaisesta koulutuksesta ja ammattitaidosta. Papadopouloksen ym.(1998) mukaan kulttuurisen pätevyyden lähtökohtana on oman kulttuurisen taustan tunteminen ja arvostus. Haastateltavat vertasivat englantilaisten ja suomalaisten sairaanhoitajien ammattitaitoa ja koulutusta. Se ei kuitenkaan enää ollut kulttuurišokkia vaan he pystyivät verrattain realistisesti nyt arviomaan kulttuurien eroja työskenneltyään 7-10 vuotta brittiläisessä kulttuurissa. Myös koettaessa tunnollisuuden laskeneen ja rasistisuuden kasvaneen nähtiin ne seurauksena tietynlaisesta väsymisestä kulttuurien tapoihin ja väenpaljouteen.

Haastateltavat kokivat edenneensä hyvin urallaan ja siihen annettiin hyvät mahdollisuudet työnantajapuolelta. Sairaanhoitajat opiskelivat tai olivat jossain vaiheessa opiskelleet yliopistoissa tai muissa oppilaitoksissa. Schimin ym. (2005) mukaan kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen tarvitaan korkeampi henkilökohtainen koulutus ja kulttuurisia lisäkoulutuksia. Näin kaikilla sairaanhoitajilla on ollut varsin hyvät lähtöedellytykset kehittyä kulttuurisesti päteviksi sairaanhoitajiksi. Iso- Britanniassa koetaan myös palkkatason olevan hyvä. Kaikki sairaanhoitajat olivat työskennelleet pitemmän ajan Iso-Britanniassa kuin olivat alun perin suunnitelleet. Osa haastateltavista oli suunnitellut palaavansa Suomeen jossain vaiheessa. Muutto koettiin osittain pelottavaksi, koska eteen tulisi uusi sopeutuminen entiseen kotimaahan. Niinpä Suomen ja Iso-

Britannian eroja punnittiin. Hyvä uralla eteneminen ja palkka olivat painavia syitä jäämiseen. OECD-raportin mukaan suomalaisten sairaanhoitajien palkat ovatkin 20 % ja lääkäreiden 15 % alhaisemmat verrattuna muihin EU- maihin. (Pasula 2007.) Osa haastateltavista ei aikonut palata Suomeen Iso-Britannian parempien olosuhteiden vuoksi.

Suomalaisten sairaanhoitajien kulttuurisen pätevyyden kehittyminen työskentelyn aikana

Haastateltavat kuvasivat kulttuurisen pätevyytensä kehittymistä prosessinomaiseksi kohti syvällistä osaamista. Kehitystään aikaulottuvuudella haastateltavat arvioivat ymmärtäneensä eroja eri kulttuurien hoitotyössä hyvin melko pian työskentelyn alettua vieraassa kulttuurissa. Aikaisempien tutkimuksien mukaan kulttuurisen pätevyyden kehittyminen kuitenkin kestää useampia vuosia ja se saavutetaan niiden kulttuurien edustajien hoidossa, joiden kanssa ollaan tekemisissä. (Cambina-Bacote 1995, Papadopoulos ym. 1998.) Tutkimustulokset ovat ristiriidassa tämän teorian kanssa. Tosin monietnisten kollegoiden neuvot potilaiden oireiden tulkinnoissa nopeuttivat kehitystä. Myös aiemmat ulkomaiset työkokemukset olivat vaikuttamassa kehitykseen. Eräs haastateltavista koki ymmärtäneensä eroja paremmin alussa kuin nyt. Hänellä todennäköisesti oli tapahtunut hyvää kehitystä, mutta pätevyys näkyy ns. hiljaisena tietona, jota on itsensä vaikea tunnistaa.

Osa sairaanhoitajista koki kulttuurisen hoitotyön omaksumiseen kuluneen 1-3 vuotta ja kehitystä tapahtuvan edelleen koko ajan. He pystyivät myös selkeästi erottamaan tottumuksen, ymmärryksen ja arviointitaitojen kehitysvaiheita. Papadopouloksen ym. (1998) mukaan vasta kulttuurisesti pätevyyden saavuttanut hoitaja on kykenevä arvioimaan ja ohjaamaan eri kulttuurien potilaita. Saavuttaakseen tällaisen pätevyyden hänen tulee työskennellä monta vuotta vieraan kulttuurin parissa. Osa haastateltavista koki, että noin kolmen vuoden jälkeen heidän arviointitaitonsa olivat kehittyneet niin hyviksi, että he kykenivät arvioimaan eri kulttuurista tulevien potilaiden sairauksia oireiden läpi.

Tutkimusten mukaan kulttuurisen pätevyyden kehittymisprosessi vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen arvomaailmaan, asenteisiin ja toimintaan. (St. Clair & McKerny 1999, Koskinen 2005.) Sairaanhoitajat kokivat, ettei heillä ollut paljon ennakkoasenteita tullessaan maahan. Asenteissa kuitenkin tapahtui lievä muutos negatiiviseen suuntaan alkuvaiheen negatiivisten kokemusten myötä. Tämä saattoi myös kuulua alkuvaiheen kulttuurisokkiin.(vrt. St. Clair & McKerny 1999, Koistinen 2002, Koskinen 2005.) Oman kulttuurin vertaaminen ja lievä negatiivinen asennoituminen on tyypillistä myös alkuvaiheen kulttuurisen pätevyyden kehittymisprosessissa.

(Papadopoulos 1998.) Ympäristön positiivinen suhtautuminen aiheutti taas asenteiden muutoksen positiiviseen suuntaan. Asenteissa koettiin muutoksia erilaisuutta kohtaan henkilökohtaisten ihmissuhteiden kautta.

Sairaanhoitajien kulttuurisen pätevyyden kehittyminen näkyi työskentelyssä lisääntyneinä tietoina, syvällisenä ymmärryksenä, herkkyytenä ja onnistumisena. Papadopouloksen ym. (1998) mukaan kulttuuritietoihin kuuluu eri kulttuurien erojen ja samankaltaisuuksien tunnistaminen. Sairaanhoitajat kokivat erottavansa eri kulttuurien ja kulttuuriyhteisöjen yleisiä tapoja sekä potilaiden reaktiota sairastumisen yhteydessä. He tiesivät myös, kuinka toimia hoitotilanteissa loukkaamatta potilaiden kulttuuria. Sairaanhoitajien tiedot olivat lisääntyneet eri kulttuurien sairauksiin ja hoitomenetelmiin liittyvistä uskomuksista. Papadopouloksen ym. (1998) mukaan kulttuurisesti pätevällä hoitotyöntekijällä on riittävä taito arvioida eri kulttuurien sairauksien diagnooseja. Sairaanhoitajien tiedot olivat lisääntyneet niin paljon, että he pystyivät arvioimaan potilaiden sairauksia ja näkemään oikean diagnoosin oirehdinnan takaa. Haastateltavat eivät kuitenkaan tuoneet juuri esille huomioitaan eri kulttuurien eriarvoisesta kohtelusta brittiläisissä työyhteisöissä, jonka huomaaminen on Papadopoulos ym. (1998) mukaan yksi kulttuurisen pätevyyden kriteeri.

Riikosen (2002) mukaan eri kulttuurien tapojen tuntemisella on suuri merkitys kulttuuriin sopeutumisprosessissa, mutta vieläkin tärkeämmäksi on koettu hyväksyvä ja arvostava asenne kulttuurin erilaisuutta kohtaan. Sairaanhoitajien kuvaamissa tavoissa kohdata eri kulttuurien potilaita heijastui heidän ymmärryksensä, arvostuksensa ja kunnioituksensa erilaisuutta kohtaan. Herkkyys ja ymmärrys monikulttuurisuustyössä kehittyvät vuosien kuluessa. (Koskinen 2005, Riikonen 2005.) Sairaanhoitajat kokivat kulttuuristen taitojensa kehittyneen monen vuoden aikana niin hyviksi, että he kykenivät ympäristöstä näkemään sen kuinka piti toimia saadakseen mahdollisimman hyvän hoidon lopputuloksen. Ymmärrys ja herkkyys näkyivät työskentelyssä hiljaisena tietona ja potilaiden kohtaaminen oli luonnollista. Tutkijoiden (Andersson 2004, Lim ym. 2004, Caffrey ym. 2005, Cooper- Brathwaite 2005, Schim ym. 2005) mukaan koulutus on välttämätöntä syvällisempään ymmärtämiseen eri kulttuurien hoitotyötä kohtaan. Haastateltavat kokivat kulttturisen koulutuksen avulla saavuttaneensa syvällisemmän ymmärryksen eri kulttuureja kohtaan. Suomalaisen kansainvälisen koulutuksen koettiin antaneen niin hyvät tiedot eri kulttuurien hoitotyöstä, että niiden avulla pystyi kouluttamaan brittiläisiä kollegoita, joilta koettiin puuttuvan tietoja tällä alueella.

Kulttuurinen pätevyys näkyi sairaanhoitajien mielestä eettisyytenä, sovitteluna ja onnistumisena potilas-hoitajasuhteessa. Eettisyys tuli esille potilaiden suojeluna ihmisoikeuksien loukkauksilta, joka on Meleisin (1999) mukaan yksi kulttuurisen pätevyyden merkki. Papadopouloksen ym. (1998) mallissa hoitajan ja potilaan välinen avoin ja tasavertainen vuorovaikutussuhde luo perustan luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle. Kaikki haastateltavat kokivat onnistumista monikulttuurisessa hoitotyössä heti työskentelyn alusta lähtien. Haastateltavat kokivat, että suomalaisena on helpompi hyväksyä erilaisuutta kuin muunmaalaisena suomalaisen uskonnollisen kulttuurin laimeuden vuoksi. Silloin on paremmat valmiudet luoda tasavertaisia potilas-hoitajasuhteita, koska uskonto ei ole vaikuttamassa omiin asenteisiin.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyötä. Tutkimuksen tuloksien pohjalta voidaan esittää seuraavia johtopäätöksiä:

Sopeutuminen uuteen maahan ja työkulttuuriin on väistämättä aina fyysisesti ja psyykkisesti voimia vievä prosessi. Edeltä käsin valmentautumisella oli selkeästi suuri merkitys sekä sopeutumiseen että kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen. Suomessa käyty englanninkielinen sairaanhoitajakoulutus antoi niin hyvät työskentelyvalmiudet ulkomaille, että siitä saatujen tietojen avulla pystyi kouluttamaan valtaväestön työntekijöitä. Iso-Britanniassa pitkillä perehdytysohjelmilla oli suuri hyöty sopeutumisessa uuteen kulttuuriin. Tällaiset perehdytysohjelmat lähes puuttuvat Suomesta. Iso-Britannian mallia voisikin tältä osin hyödyntää Suomeen tulevien hoitoalan maahanmuuttajien perehdytyksessä suomalaiseen kulttuuriin. Suomalaisen sairaanhoidon koulutuksen ja ammattitaidon korkea taso tuli myös selkeästi esille. Samalla koettiin, että ammatilliset taidot voivat kuitenkin ruostua pitkään Iso-Britanniassa työskenneltäessä alhaiseksi koetun hoitotyön tason vuoksi. Iso-Britannia tarjosi puolestaan selkeästi Suomea paremmat mahdollisuudet uralla etenemiseen ja kehittymiseen. Työuran kehittymistä tuettiin sekä ilmaisilla koulutuksilla että siihen kannustettiin palkankorotuksilla. Suomi voisi myös tältä osin ottaa mallia brittiläisestä systeemistä.

Tässä tutkimuksessa verrattiin sairaanhoitajien kokemuksia kulttuurisen pätevyyden kehittymisestä mm. Papadopouloksen ym. (1998) malliin. Sairaanhoitajien kulttuurinen pätevyys kehittyi odotetusti suurimmaksi osaksi mallin mukaisesti. Teorioiden mukaan kulttuurisen pätevyyden kehittyminen kestää vuosia. Kolme sairaanhoitajaa koki kuitenkin ymmärtäneensä eroja eri kulttuurien hoitotyössä lähes välittömästi työskentelynsä alussa. Kulttuurisen kehittymisen

nopeuteen vaikuttivat mm. monikulttuuriset työkaverit, jotka tulkitsivat potilaiden käytöstä ja oirehdintaa. Myös tällaista monikulttuurisessa hoitoyhteisössä syntyvää hiljaista tietoutta tulisi hyödyntää Suomessa maahanmuuttajapotilaiden hoidossa. Syvällisempi ymmärrys ja taidot kehittyivät selkeästi sekä pitkäaikaisen työskentelyn että opiskelujen avulla. Opiskelujen avulla oppi nopeammin kunnolla ymmärtämään maahanmuuttajataustaisten potilaiden kulttuurisidonnaista monisäikeistä problematiikkaa.

Suomalaisia sairaanhoitajia lähti paljon ulkomaille, etenkin Iso-Britanniaan ja Norjaan Suomen vaikean 1990-luvun laman aikana. Nyt 2000-luvulla Suomessa on vuorostaan työvoimapula sairaanhoitajista. (Pasula 2007.) Suomeen joudutaankin lähivuosina rekrytoimaan Suomen väestön ja hoitohenkilökunnan ikääntymisestä johtuen hoitotyöntekijöitä ulkomailta ja lisäksi toivotaan sairaanhoitajien paluuta takaisin ulkomailta Suomeen. Suomen väestö on myös 1990- ja 2000-luvuilla muuttunut yhä monietnisemmäksi. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat olivat monikulttuurisen hoitotyön asiantuntijoita. Jatkokehittämiskohteina suomalaisen hoitotyön johdossa tulisi huomioida tämä palaavien sairaanhoitajien hankkima syvällinen monikulttuurinen osaaminen, minkä he ovat saaneet sekä pitkäaikaisen ulkomaisen työkokemuksen että ulkomailla suoritetun yliopistotasoisen erityiskoulutuksen avulla. Tällä hetkellä Suomessa kehitellään asiantuntijasairaanhoitajien nimikkeitä sairaanhoidon eri alueille. (Mäki 2007.) Yhtenä uutena asiantuntijanimikkeenä tulisi olla monikulttuurisuustehtäviin perehtyneen sairaanhoitajan nimike. Myös terveydenhuollon koulutuksen puolella pitäisi laajemmin käyttää hyödyksi tätä paluumuuttajien erikoisosaamista. Tämä edellyttää kuitenkin, että palkkauksen ja uralla etenemismahdollisuuksien tulisi olla sellaisia, että ne houkuttelisivat ulkomailla työskennelleitä sairaanhoitajia palaamaan takaisin Suomeen.

Jatkotutkimushaasteena olisikin tutkia ulkomailta Suomeen palanneiden sairaanhoitajien sijoittumista työelämään Suomessa ja sitä kuinka hyvin heidän kulttuurisen hoitotyön osaamistaan on kyetty hyödyntämään hoitotyössä. Tärkeää olisi myös tutkia maahanmuuttajapotilaiden tilannetta suomalaisessa terveydenhuollossa. Mikäli heidän keskuudessaan ilmenisi esimerkiksi mielenterveydenongelmia, niihin voitaisiin puuttua ajoissa. Tutkimus voitaisiin toteuttaa ns. osallistumistutkimuksena, jossa haastateltavat kuuluisivat samaan kulttuuriin kuin potilaat. Tällaisen tutkimuksen avulla voitaisiin kehittää nykyistä pidemmälle kulttuurisesti pätevä hoitotyötä. Ulkomaisten hoitotyöntekijöiden sopeutumista suomalaiseen hoitokulttuuriin olisi myös tärkeää tutkia.

LÄHTEET

Acheson D. 1998. *Independent inquiry into inequalities in health.* The Stationery Office. London. UK.

Alexis O. & Vydelingum V. 2004. The lived experience of overseas black and minority ethnic registered nurses in the South of England. *Diversity in Health and Social Care.* 2004; 1 (1):13-20.

Alitolppa- Niitamo A.1993. *Kun kulttuurit kohtaavat*. SHKS. Helsinki.

Anderson K. 2004. Teaching Cultural Competence using an Exemplar Literary Journalism. *Journal of Nursing Education* 6, 253-259.

Andrews M & Boyle J. 1995. *Transcultural concepts in nursing care.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Aikio & Vornanen. 1994. *Uusi Sivistyssanakirja* . Otava. Keuruu

Aitlahti T. 1999. *Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön kansainvälinen vertailu*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999. 12. Helsinki. Oy Edita
Baker C. 1997. Cultural relativism and cultural diversity: implications for nursing practice. *Advaces in Nursing Science*, 20(1), 3-11.

Berelson B. 1952. *Content analysis in communication research.* Free Press, Glencoe II.

Benner P.1984. *From novice to expert excellence and power in clinical nursing practise*. Menlo Park, CA Addison- Wesley.

Bowling A. & Ebrahim S. 2005. *Handbook of Health Research Methods. Investigation, measurement and analysis*. ISBN. Open university press. Berkshire. England

Buchan J. 2007. International recruitment of nurses: Policy and practice in United Kingdom. *Health Services Research.* 42 (3p+2): 1321-35.2007. June.

Caffrey R.A., Neander W., Markle D. & Stewart B. 2005. Improving the Cultural Competence of Nursing Students: Results of Integrating Cultural Content in the Curriculum and an International Immersion Experience. *Journal of Nursing Education*.

Campina-Bacote J. 1995. The Quest for Cultural Competence in Nursing Care. *Nursing Forum* 4, 19-25.

Campina-Bacote J.2002. The Process of Cultural Competence in Delivery of Health Care Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing.* 13, 181-184.

Canto-Graae E & Pedersen C. B. 2007. *Risk of schizophrenia in second-generation immigrants*: a Danish population-based cohort study. Psychological Medicine, 2007, 37, 485-494. Department of Health Sciences, Lund University, University Hospital Malmö, Sweden. National Centre for Register Research, University of Aahus C, Denmark. Printed in U.K

Cooper Brathwaite E. E. 2005. Evaluation of a Cultural Competence Course. *Journal of Transcultural Nursing* 4, 361-369

Dey I. 1993. *Qualitative data analysis. A user- friendly guide for social scientists.* Routledge.London. UK.

Dobson S. 1991. *Transcultural Nursing.* Scutari Press. London. UK

Eskola J. & Suoranta J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Lapin yliopiston tieteellisiä julkaisuja C 13, Lapin yliopisto.

Euroopan Unionin historia. Rauhan aika Euroopassa- yhteistyö alkaa. Europa- EU lyhyesti. http://www.europa.eu/abc/history/index_fi.htm. Luettu 7.8.2007

Euroopan Unionin toiminta. Maastrichtin sopimus Euroopan Unionista. Tiivistelmät lainsäädännöstä. http://www.europa.eu/scadplus/treaties/maastricht_fi.htm Luettu 7.8.2007

Fearon P, Kirkbride J, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Hutchinson G, Tarrant J, Fung W. A, Holloway J, Mallett R, Harrison G, Leff J, Jones P, B & Murray R. M. *Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP* Study. Psychological Medicine, 2006, 36, 1541-1550. Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College, London UK. Cambridge University Press.

Gebru LW, Willman A. 2003. A research- Based Didactic Model for Education to Promote Culturally Competent Nursing Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 1, 55- 61.

Gerrish K. & Griffith V. Integration of overseas registered nurses: Evaluation of adaptation programme. *Advanced Nursing.* 2004. 45(6) pp. 579- 87.

Hassinen - Ali - Azzani. 2002. *Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäsityksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa*. Väitöskirja Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95. Kuopion yliopisto. Kuopio

Helman C.1996. *Culture, health and illness: An introduction for health professionals*. Butterworth Heinemann. Oxford.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2006. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.* Yliopistopaino. Helsinki

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2004. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.* Yliopistopaino. Helsinki.

Hoffman E. 1999 *Cultures don't meet, People do. A Systemtheoretical Approach of Intercultural Communication*. In: Knapp K, Kappel B, Eubel – Kasper K & Salo – Lee L. (eds): Meeting the Intercultural Challenge. Verlag Wissenschaft & Praxis, Germany.

Hsin-Chun Tsai J, Choe J H, Mu Chen Lim J, Acorda E, Chan N L, Taylor V & Tu 2004 Developing culturally competent health knowledge: Issues of data analysis of cross-cultural, cross-language qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 3.

Ikäläinen S. Martiskainen T. & Törrönen M. 2003. *Mangopuun juurelta kuusen katveeseen-asiakkaana maahanmuuttajaperhe.* Lastensuojelun keskusliitto. ISBN. Vantaa.

Ikonen E. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsiteanalyyttinen tutkimus hydridisellä mallilla. *Hoitotiede* 19, 147-148.

Irvine D & Evans M.1995. Job Satisfaction and Turnover among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies. *Nursing Research* 44 (4), 246- 253.

Kavanagh K, Absalom K, Beil W & Schliessmann L. 1999. Connecting and Becoming Culturally Competent A Lakota Example. *Advances* in *Nursing Science* 11, 9 - 30.

Karlssen S, Nazroo J. Y, McKenzie K, Bhui K & Weich S.2005. *Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England.* Psychological Medicine, 2005, 35 1795-1803. Cambridge University Press. doi:10.1017/S0033291705830

Kaunonen M. & Koivisto M. 2006. *Cultural health care issues in Finland*. In: Papadopoulos I. (eds) Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners. Churchill Livingstone Elsevier.ISBN.UK. 203 - 219.

Kemppainen V & Pitkäpaasi T. 2005. *Kulttuurinen terveyden edistäminen – analyysi kansainvälisyyteen erikoistuneista sairaanhoitajakoulutusten opetussuunnitelmista.* Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kardong- Edgren S, Bond ML, Schlosser S, Cason C, Jones ML, Warr R & Strunk P.
2005. Cultural Attitudes, Knowledge, and Skills of Nursing Faculty Toward Patients from Four Diverse Cultures. *Journal of Professional Nursing*. 3, 175 - 182.

Koistinen P. 2002. *Kulttuurien yhteentörmäyksestä sopeutumiseen ja uudenlaiseen ymmärtämiseen: sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden kokemuksia harjoittelujaksoilta virolaisissa hoitokodeissa* Väitöskirja.. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Tutkimuksia 235. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Koskinen L. 2003. *To survive, you have adjust. Study abroad as a process on learning intercultural competence in nursing*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E.. Yhteiskuntatieteet 101. Kuopio.

Krieger N. 2000. *Discrimination and Health*. In: Berkman L. & Kawachi I. (eds) Social epidemiology. Oxford University Press. Oxford. UK.

Kuokkanen R. 2000. *Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 613. Oulun yliopisto. Oulu.

Kuula A. 2006. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys.* Gummerrus Kirjapaino. Jyväskylä.

Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 1, 37- 45.

Laakkonen A. 2004. *Hoitohenkilökunnan ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa.* Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos. Tampere

Laijärvi. H. 2005 *Inequalities in health, health problems, barriers and access to health care*.Paper No 2. Intensive Programme: Changing Contex of European Nursing. Centre for Transcultural Studies in Health. Middlesex University. London . UK.
http://oasis.mdx.ac.uk:8900/NSA4088/Module%29Content/Themes/Theme3/paper_2
Luettu 10.4.2006

Laki ammattikorkeakouluopinnoista 351/2003
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29:351:9158;8362. Luettu 18.6.2007

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8. 1992/785
www.trasek.net/lakiasiat/lakipotilaanasemastajaoikeuksista.htm Luettu 8.8. 2007

Latvala E & Nieminen L. 2001. *Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi.* Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva.

Lehtinen E & Jokinen T. 1996. *Tutor itsenäistyvän oppijan ohjaajana*. WSOY. Juva.

Leininger M. 1999. What is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing* 10, 1-9.

Leininger M. 1999.Founder's Focus- Transcultural Nursing Leadership: Vital for the Third Millenium. *Journal of Transcultural Nursing* 10 (1), 78.

Leininger M.1991. *The theory of culture care: implications for nursing*. In M.Leininger (ED), Culture care diversity & universality: a theory for nursing (31-42). New York: National Legue for Nursing Press.

Leininger M.1995.*Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practices.* New York:McGraw-Hill.

Leininger M. 1997.Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. Image *Journal of Nursing Scholarship*, 29(4), 341-347.

Leishman J. 2004. Perspective of Cultural Competence in Health Care. *Nursing Standard*.
11, 24-30.

Lim J, Downie J & Nathan P. 2004. Nursing students` self-efficacy in providing transcultural care.*Nurse Education Today*. 24, 428-434. Lincoln S. & Cuba E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage Publications, California 298-301.

Lindberg T., Mettiäinen S. & Laijärvi H. Kuvauksia sairaanhoidon opiskelijoiden valmiuksista kulttuurien väliseen hoitotyöhön. *Sairaanhoitaja* 2002 12, 33-36.

Lohiniva – Keskelä M. 2004. *Terveydenhuollon juridiikka*. Jyväskylä.

Lynn R, Heather B, Cookston J, Khosropour S & Marinez S. 2003. Measuring Cultural Awareness in Nursing Students. *Journal of Nursing Education 6,* 249-257.

Maijala H. Paavilainen E. Åstedt-Kurki P & Ilmonen- Paunonen M 2002. Poikkeavaa lasta odottavien perheiden tutkimushaastattelu. *Hoitotiede* 14, 3-10.

McPhatter A.1997. Cultural Competence in Child Welfare: What is it? How do we achieve it? What happens without it? *Child Welfare* 76, 255-278.

Meleis A.I. 1999. Culturally Competent Care. 10, 12. *Journal of Transcultural Nursing* 10,12.

Metsämuuronen J. 2000. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. Euroopan sosiaalirahasto. Tavoite 4 – ohjelma. Helsinki.

Morgan C, Kirkbrides J, Leff J, Craig T, Hutchinson G, McKenzie K, Morgan K, Dazzan P, Dooby G. A, Jones P, Murray R & Fearon P. 2006. *Parental separation, loss and Psychosis in different ethnic groups*: a Case- Control study. Psychological Medicine. Cambridge University Press. U.K.

Munhall P. 2001 *Nursing Research .A Qualitative Perspective. National League for Nursing.* Third Edition.ISBN. USA.

Mäki T. 2007. Vantaan tuplatikasmalli, hoitotyön asiantuntijoiden uran ja palkkauksen kehittäjänä. *Sairaanhoitaja*. vol 80, 6-7, 31-33.

Mäkinen O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC.* ISBN. Helsinki.

Narayanasamy A. 2003. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing* 3.

Nazroo J. 1999. *Ethnic inequalities in Health*. In: Gordon D. (eds) Inequalities in Health. The evidence presented to the independent inquiry into inequalities in Health chaired by Donald Acheson. The Policy Press. Bristol. UK.

Nieminen H. 1998. *Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus.* Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen- Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Nikkonen M. Janhonen S. & Juntunen A. 2001. *Hoitokulttuurin tutkimuksesta: Etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa.* Teoksessa (toim) Janhonen S & Nikkonen M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Nokes KM, Nickitas DM, Keida R & Neville S. 2005. Does Service- Learning Increase Cultural Competency, Critical Thinking and Civic Engagement? *Journal of Nursing Education* 2, 65-70.

Ocloo J. 2005. *Racism in Europe: A Rising Tide.* Intensive Programme: Changing Context of European Nursing: Promoting Cultural Competence. Centre for Transcultural Studies in Health. Middlesex University. London.
http://mdx.ac.uk/wwwrtsh/intensive_programme.htm. Luettu 17.4.2006.

OPH. Opetushallitus 1999. *Maahanmuuttajien koulutus Suomessa.* Helsinki: Hakapaino OY.

OPM. Opetusministeriö 2001. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät.* Opetusministeriön julkaisu. 7.9.2001.
http:// www.minedu.fi/julkaisut/muut_julkaisut_aiheittain.html. Luettu 10.4.2006

Orque M.S. 1983. *Orque's Ethnic/Cultural System: A Framework for Ethnic Nursing Care.* In: Orque M.S. Bloch B. & Monrroy L.S.A. Ethnic Nursing Care. Amulticultural approach. (pp. 5-47). The C.V. Mobsy Company. St.Louis.

Pahkala S. Bragge A. Laippala P. & Pahkala K. 2000.*Esimiestoimintaa kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*. Hallinnon tutkimus 3, 263-277.

Papadopoulos I, Lees S & Gebrehiwot A.2004. Ethiopian Refugees in the UK: Migration,Adaptation and Settlement Experiences and their Relevance to Health. *Ethnicity & Health.* 1, 000-000

Papadopoulos I & Lees S. 2002. Developing Culturally Competent Researchers. *Journal of Advanced Nursing* 3, 262-264.

Papadopoulos I. 2006. *The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence*. In: Papadopoulos (eds). Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners. ISBS. UK.

Papadopoulos I, Tilki M & Taylor G. 1998. *Transcultural care; A guide for Health Care Professionals*. Quay Books. Wilts.

Papadopoulos I. 2006. (eds) *Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners. Development of Culturally competent practitioners.* ISBN. UK

Papadopoulos I. 2005. *The Road to Equality: Multi-Culturalism, Anti-Rasism and the Current UK Focus*. Paper No 3 Intensive programme: Changing contex of European Nursing. Centre for

Pasula N. 2007. *Sairaanhoitajista pulaa lähes kaikkialla Suomessa*. Helsingin sanomat 25.7.2007. http://uutiset.msn.hs.fi/kotimaa/artikkeli.sairaanhoitajista%20pula%20kaikkialla%20 Luettu 27.7.2007

Perttula J. 2000. Kokemuksesta tiedoksi: fenomenologisen tiedon uudelleen muotoilua. *Kasvatus* 31, 428-442.

Pietarinen J. 2002. *Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä.* Teoksessa: Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R. & Pietarinen J. Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus Kirja. Oy Yliopistokustannus. Helsinki.

Purnell L. 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing.* 3, 193–196.

Pursiainen P. 2001. *Terveydenhoitajan valmius hoitaa kulttuurin mukaisesti islamilaista maahanmuuttajaperhettä*. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Riikonen L. 2005. *Kuran ja kuoleman keskelle sinne sinisten vuorten alle. Sairaanhoitajan ammattitaito poikkeusoloissa.* Väitöskirja. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Joensuun yliopistopaino. Joensuu.

Salanterä S & Hupli M. 2003. *Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi*. Teoksessa: Lauri S. Näyttöön perustuva hoitotyö. WSOY, Helsinki, 21 -36

Schim ST, Doorenbos AZ, Nagesh N & Borse N. 2005. Cultural CompetenceAmong Onatorio and Michigan Healthcare Providers. *Jouranal of Sholarship* :4, 354-360.

Shneider Z, Elliott D, LoBiondo-Wood & Haber J. 2004.*Nursing Research: Methods, Critical appraisal and utilisation.* 2nd Edition. MOSBY. ISBN. Elsevier. Australia.

Spector R. E. 1991. *Cultural Diversity in Health and Illness.* 3 rd Edition. Appleton and Lange. Norwalk.

St. Clair A & McKenry L. 1999. Preparing Culturally Competent Practitioners. *Journal of Nursing Education* 7, 322–328.

Suh EE. 2004. The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing* 2, 93–102.

Suhail K. & Cochrane R. 2002. Effect of Culture and Environment on the Phenomenology of Delusions and Hallucinations. *International Journal of Social Psychiatry,* 48, 126-138.

Taylor G. 2005. *Processes of Migration*. Paper No1. Intensive Programme: Changing Context of European Nursing: Promoting Cultural Competence. Centre for Transcultural Studies in Health. Middlesex University. London. UK.
http://oasis.mdx.ac.uk:8900/NSA4088/Module%20Content/Themes/Theme3/paper_1.
Luettu 17.4.2006.

Tilastokeskus.2006 *Väestörakenne*. http://www.stat.fi/til/vaerak//2005/vaerak_2005_2006-04-13_tie-001.html Luettu 30.7. 2007.

Tilki M. 2006. *Human rights and health inequalities: UK and EU policies and initiatives relating to the promotion of culturally competent care*. In: Papadopolulos I. (eds) Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners. ISBN. UK.

Transcultural Studies in Health. Middlesex University. London. UK. http://oasis.mdx.ac.uk/SCRIPT/NSA4088/SCIPTS/NSA4088/scripts/student/button_bar/NSA4088/Modul Luettu 10 4.2006.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2004. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Gummerrus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen*. www.pro.tsv.fi/tenk/toiminta.htm Luettu 18.6.2007

Työministeriö. *Terveydenhuoltoalan työ*. Työvoiman kehittäminen ja ohjaustiimi. 13.5.2003. www.mol.fi/webammatti.cgi?ammattialanumero=10&kieli=00 Luettu 15.6.2007.

Vehviläinen –Julkunen K. 2006. *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka.* Teoksessa : Paunonen M. & Vehviläinen- Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki, 26-34.

Wilkinson R. & Caufield H. 2000. *The Human Rights Act. The practical guide for nurses.* WHURR Publishers London and Philadelphia.

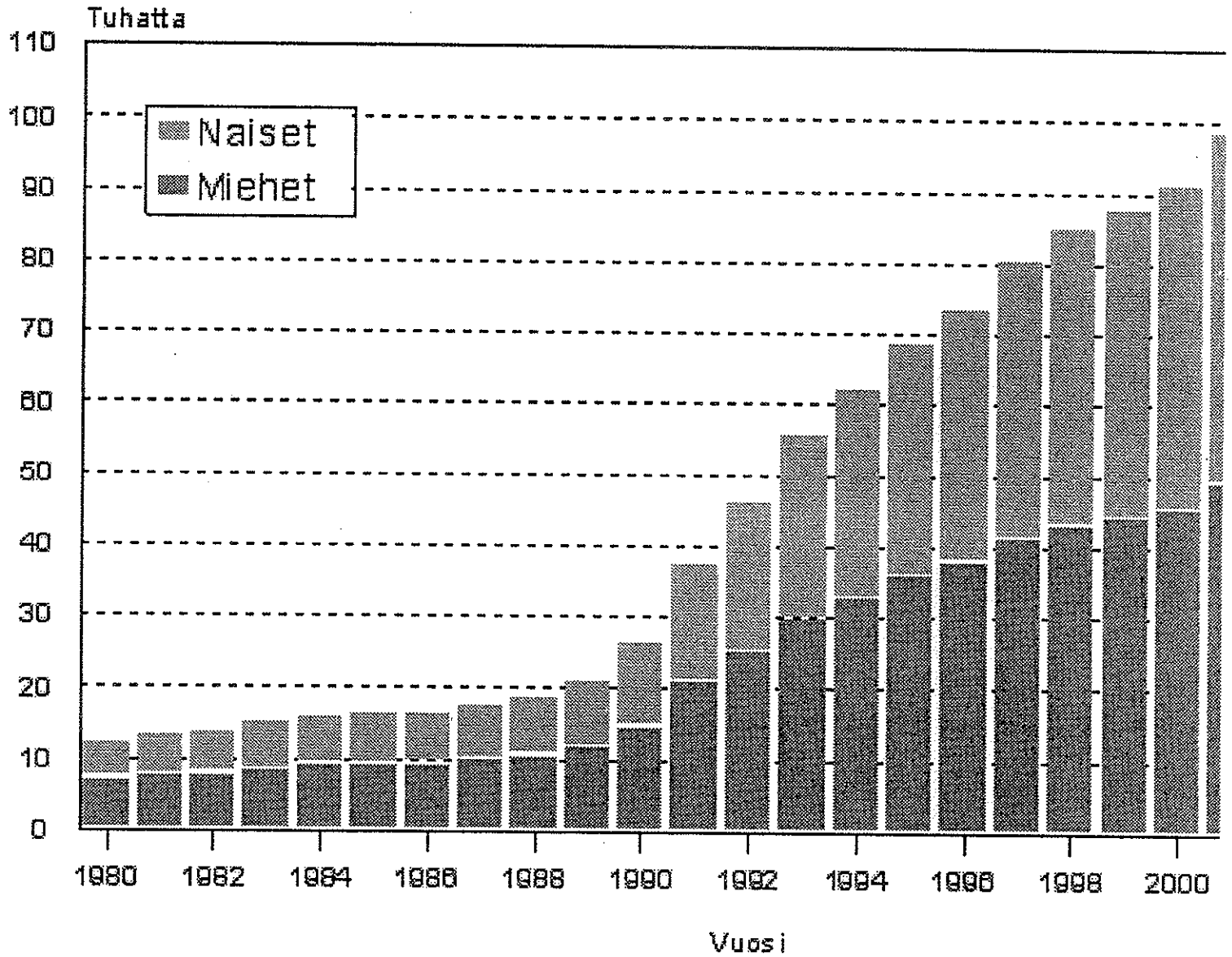
Virtanen M. Kivimäki M. & Elovainio M. 2000. Määräaikainen työsuhde, työtyytyväisyys ja terveys: tutkimus sairaalahenkilöstöstä. *Työ ja ihminen* 14 (4), 354-369.

Vuorinen R, Meretoja R & Eriksson E. 2005. Hoitotyön ohjatun harjoittelun sisältö, edellytykset ja vaikutukset – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 5, 270- 281.

Weber 1985. *Basic Content Analysis.* Sage Publications. Newbury Park.

Julkaisemattomat teokset

Metsänen R. 2001. *Monikulttuurinen ohjaus.* Artikkelin käsikirjoitus


Tuhatta
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Naiset
Miehet
1980
1982
1984
1986
1988
1990
1992
1994
1996
1998
2000
Vuosi

LIITE 2

Taulukko kirjallisuushakujen yhteenvedosta

Tutkimuksen tekijät, vuosi, tutkimuspaikka	**Tarkoitus**	**Aineisto, sen keruu ja analyysi**	**Keskeiset tulokset ja arviointi**
Alexis ym. 2004 UK	Tarkoitus oli tutkia etnisiin vähemmistöihin kuuluvien sairaanhoitajien kokemuksia työskentelystä Iso- Britanniassa	Uudet rekrytoidut sairaanhoitajat Filippiineiltä, Afrikasta ja Karibialta (n=12) Laadulliset tutkimusmenetelmät	Sairaanhoitajien kohetlussa ilmeni syrjintää, epätasa-arvoisuutta ja kiusaamista Näytön aste IV
Andersson 2004 Englanti	Kuvata sairaanhoidon-opiskelijoille kehitettyä kurssia, jossa oppimis-menetelmänä käytettiin väärinymmärryksiä kulttuuriseen hoitotyö-hön liittyen	Sairaanhoidonopiskelijoi-ta (n=45). Interventiotutkimus. Alku- ja loppumittaukset	Opiskelijat tunnistivat kurssin jälkeen kulttuuriseen pätevyyteen liittyviä osa-alueita kuten empatia, kulttuuri-tietoisuus ja itsearviointi Näytön aste III a (kvasikokeellinen)
Buchan 2007 UK	Tarkoitus oli tutkia ulkomaisten sairaan-hoitajien Iso-Britanniaan maahanmuuttoja politiik-kaa	Vuonna 2005 Iso-Britanniaan ulkomailta saapuneet sairaanhoitajat	Viimeisinä vuosina 40-50% uusista regis-teröidyistä sairaanhoita-jista tulee ulkomailta Näytön aste II (tieteellinen artikkeli)
Caffrey ym. 2005 U.S.A.	Tarkoitus arvioida kultuuripainotteisen osion sisällyttämisestä sairaanhoidon koulutukseen. 5-viikkoisen kansainvälisen koulutuksen lisäedun arviointi	Ylempi asteiset sairaan-hoidonopiskelijat (n=32). Kaksi ryhmää. Tilastolliset arviointimenetelmät	Kulttuuripainotteinen koulutus lisäsi kulttuurista pätevyyttä. 5- viikkoinen kurssi lisäsi huomattavasti Näytön aste III a (kvasikokeellinen)
Cooper-Brathwaite 2005 Kanada	Tarkoitus arvioida kulttuurisen pätevyyden edistämiskurssia terveydenhoitajien keskuudessa	Registeröidyt sairaanhoitajat (n=75) osallistuivat kurssin jälkeen arviointiin 3:n kuukauden ajan Tilastolliset tutk. menetelmät.	Kulttuurinen pätevyys lisääntyi kurssin aikana ja se säilyi 3:n kuukauden ajan. Näytön aste IV (hyvä tutkimus)

Feoron 2006 UK	Tarkoitus oli tutkia sitä, millainen vaikutus potilaan iällä ja etnisellä taustalla on psykoosiin sairastumisessa	Kahden vuoden pituinen tilastollinen tutkimus. Itä-Lontoon, Nottinghamin ja Bristolin alueilla (n=568) 16-64 vuotiaita psyykkisesti sairastuneita etnisiin ryhmiin kuuluvia potilaita	Kaikenikäisillä, etnisiin ryhmiin kuuluvilla potilailla onsuurempi riski sairastua skitsofreniaan kuin kantaväestöllä. Erityinen riski on African-Karibian mustalla väestöllä Näytön aste III a (kvasikokeellinen)
Gebru & Wilman 2003 Ruotsi	Kuvata Leiningerin teoriaan perustuvan kulttuurisen osaamisen mallin kehittämistä sairaanhoitajakoulutuksessa.	Leiningerin mallia soveltaen on luotu transkulttuurisen hoitotyön opetussuunnitelma sairaanhoitajakoulutuksessa	Mallin mukaan opiskellet opiskelijat pystyivät huomioimaan potilaan kulttuuritaustaan liittyvät arvot ja elämäntyylin Näytön aste II (Syst. katsaus, 1 satunnaistettu koe)
Gerrish ym. 2004 UK	Tarkoitus oli arvioida ulkomailta rekrytoitujen airaanhoitajien perehdytyskurssin onnistumista	Ulkomaiset sairaanhoitajat Englantialiset osastonhoitajat ja mentorit Laadullinen haastattelututkimus	Ulkomaisten sairaanhoitajien perehdytyuskurssit ovat tarpeellisia. Niillä on suuri merkitys mm. tasa-arvoisten työskentelymahdollisuuksien saamisessa UK:ssa Näytön aste IV
Hassinen- Ali-Azzani 2002 Suomi	Tarkoitus tuottaa somalialaisten terveyttä ja hoitamista kuvaavaa hoitotieteellistä teoriaa, jonka avulla voidaan lisätä kulttuurista tietoutta somalialaisten hoitoon.	Somalialisia (n=55) ja suomalaisia hoitotyöntekijöitä (n=6). Laadulliset aineiston keruu- ja analyysimenetelmät	Somalialaisten terveyden edistäminen tulisi nähdä yhteisön terveytenä. Keskeisiä elementtejä ovat koulutus, toimeentulo, ryhmän omien voimavarojen tukeminen, tasa.arvo. Näytön aste IV (Yksittäinen hyvä tapaustutkimus)
Hsin-Chun Tsai ym. 2004 U.S.A.	Tarkoitus kehittää kulttuurisesti ja kielellisesti sopivaa ohjelmaa hoitotyöhön kiinalais-amerikkalaisten keskuudessa. Monikulttuurisen tieteen kehitystä. Tarkoituksena	50-70 vuotiaat kiinalais-amerikkaliset (n=3). Puolistrukturoitu teemahaastattelu. Haastattelu potilaiden omalla kielellä. Koodaajina oman kieliset tutkijat	Oman kielisten tutkijoiden avulla pystyttiin tuottamaan tarkkaa tietoa kiinalais-amerikkalaisten potilaiden terveystarpeista. Tätä tietoa voidaan käyttää

	kulttuurisenpätevyyden kehittyminen tietylle väestöryhmälle.	Kvalitatiivinen analyysi.	kulttuurisen hoitotyön opetukseen. Näytön aste IV
Kardong-Edgren ym. 2005 U.S.A.	Tarkoitus oli tutkia asenteita sairaanhoidossa, kuinka ne vaikuttavat kulttuurisiin tietoihin ja taitoihin neljän etnisen ryhmän potilaiden hoidossa	Osanottajat (n=94) sairaanhoitajaa, jotka rekrytoitiin sairaan-hoidon kouluttajien konferenssissa. Neljällä eri tyyppisellä kyselyllä kerättiin aineistoa, joka analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Sairaanhoitajilla oli melko positiiviset asenteet kaikkia potilasryhmiä kohtaan. Korkeimmat kulttuuri-tiedot olivat anglokult-tuureista. Mitä enemmän kontakteja eri kulttuureja kohtaan sitä enemmän kulttuurinen pätevyys lisääntyy. Näytön aste IIIa (vertaileva kvasi-kokeellinen)
Karlsen 2005 UK	Tarkoitus oli tutkia onko koetulla rasismilla vaikutusta psykoosiin sairastumiseen pienten etnisten ryhmien keskuu-dessa Britanniassa.	Kribian (n=691) Intian (n=648) Bangladesin (n=650) Irlannin (733) vähemmistöryhmät Vertailuryhmänä valkoihoinen kantaväestö Tilastollinen regressioanalyysi tutkimus	Rasismilla on vaikutusta sairastua psykoosiin pienten etnisten ryhmien keskuudessa Näytön aste III b (kvasikokeellinen)
Kavanagh ym. 1999 U.S.A	Kulttuurisen pätevyyden kehittymisen tutkimusta	Sairaanhoidon opiskelijat (n=45) ei amerikkalaisia Kvalitatiivinen tutkimus Teemahaastattelu,tiedot kerätty 5.n viikon ajalta Anlyysimenetelmänä sisällön analyysi	Kulttuurinen pätevyys ei kehity itsestään. Kontaktit etnisiin ryhmiin auttavat kehittymistä Näytön aste IV (yksittäinen hyvä tutk.)
Koistinen 2002 Suomi	Tarkoitus oli selvittää sosiaali- ja terveysalan-opiskelijoiden kokemuksia harjoittelujaksoilla vieraassa kulttuurissa.	Terveys- ja sosiaalialan opiskelijat (n=16), ensimmäisellä jaksolla. Toisella jaksolla (n=9). Tutoropettajat (n=7) Aineisto kerättiin kahdessa virolaisessa hoitokodissa opiskelijoi-den harjoittelujakson aikana kirjoittamina päi-väkirjoina. Litteroidut päiväkirjat analysoitiin Colaizzin seitsemänvai-	Kulttuurishokista uudenlaiseen sopeutumiseen vieraaseen kulttuuriin. Opiskelijoiden asenteet kuvastivat alkuun ennakkoluuloisuutta, stereotyyppistä ajattelua ja etnosentrismiä, jotka osittain kääntyivät päin vastaisiksi jakson loppu-vaiheessa. Näytön aste IV

		heista analyysimenetelmää käyttäen.	(hyvä tapaustutkimus)
Koskinen 2003 Suomi	Kuvata suomalaisten ja brittiläisten hoitotyön vaihto-opiskelijoiden kulttuurisen asiantuntijuuden oppimisen prosessia vaihto-ohjelmassa .	Suomalaiset opiskelijat (n=12), britannialaiset opiskelijat (n=15), suomalaiset opettajat (n=7), suomalaiset ohjaajat (n=23) Aineisto kerättiin kolmessa vaiheessa 1999-2001 aikana mm. havainnoimalla, päiväkirjojen avulla. Etnografinen analyysi.	Kulttuurisen asiantuntijuuden oppiminen on henkilökohtainen kasvuprosess.Kehitykseen vaikutti opiskelijan sopeutuminen vieraaseen kulttuuriin Näytön aste III a (useita hyviä laadullisia samansuuntaisia tutk. tuloksia)
Leishman 2004 Skotlanti	Tarkoitus oli tutkia yhden hoitotyön ammattilaisryhmän kulttuurisia tietoja hoitotyön käytännössä	Eri ikäisiä sairaanhoitajia (n=10). Teemahaastattelu	Suuria puutteita löydettiin hoitohenkilö-kunnan kulttuurisista taidoista. Näytön aste IV (hyvä tutkimus)
Lim ym.2004 Australia	Tarkoitus oli tutkia sairaanhoidon opiskelijoiden omaa arviointia etnisten ryhmien potilaiden hoidosta. Tutkimuksessa verrattiin ensimmäisen ja neljännen vuoden opiskelijoiden hoidon tasoa	Ensimmäisen ja neljännen vuoden sairaanhoidonopiskelijat (n=196).Kvantitatiivinen tutkimus, analyysissä tutkittiin mm. käsitteellistä, käytännöllistä ja tunnepitoisia elementtejä.	Tuloksena on se, että mitä enemmän koulutsta sen paremmin osataan vastata potilaiden kulttuurisiin tarpeisiin. Näytön aste III a (hyvä kvasikokeellinen)
Lynn ym. 2003 U.S.A	Tarkoitus oli parantaa monikulttuurista tietämystä hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden keskuudessa	Sairaanhoidonopiskelijat Ensimmäisessä tutk.(n=72) Toisessa (n=118) Tilastollinen tutk. Tilastolliset tutk. analyysit	U.S.A:ssa on suuri tarve kehittää kulttuurisesti päteviä sairaanhoitajia. Näytön aste III a (kvasikokeellinen)
Morgan ym. 2006 UK	Tarkoitus oli tutkia etnisiin ryhmiin kuuluvien alle 16 vuotiaiden lasten vanhempien kuoleman ja pitkäaikaisen eron yhteyttä riskiin sairastua aikuisiän psykoosiin	Itä-Lontoon ja Nottinghamin alueen ensi kerran psykoosipotilaiksi diagnosoidut Afrikan-Karibian tummaihoiset (n=469) (n=390) vertailuryhmä Kato 17% Tilastollinen regressioanalyysi (unconditional logistic regression)	Vanhempien ja lasten pitkäaikaisella erolla oli suuri merkitys mielenterveyden ongelmien syntyyn. Toisen polven maahanmuuttajilla oli taipumus sairastua aikuisiän psykoosiin. Näytön aste III a (kvasikokeellinen)

Narayansamy 2002 Englanti	Tarkoitus oli tutkia sitä kuinka sairaanhoitajat vastaavat potilaiden kulttuurisiin tarpeisiin.	Registeröidyt sairaanhoitajat (n=126), jotka täyttivät kyslelykaavkkeet koskien kulttuurista hoitotyötä. Vast. pros. 63%.Kvantiatatiiviset ja kvalitatiiviset analyysimenetelmät.	Useimpien vastaajien mielestä potilaiden kulttuuriset tarpeet on otettava paremmin huomioon. Suuri määrä osanottajista piti kulttuurista lisä koulutusta tärkeänä kulttuurisen pätevyyden kavussa. Näytön aste IV (hyvä tutkimus)
Nokes ym. 2005 U.S.A.	Tarkoituksena oli tutkia sitä, kehittääkö 15- tuntinen koulutus mm. kulttuurista pätevyyttä ja kriittistä ajattelua.	Sairaanhoidon opiskelijoita (n=14), sairaanhoitajia(n=22). Ryhmiä verrattiin. Tilastolliset analyysimenetelmät	Tulos oli erilainen kuin muiden koulutusten tulokset. Kriittinen ajattelu ja kulttuurinen pätevyys laskivat koulutuksen jälkeen Näytön aste III a (kvasikokeellinen)
Papadopoulos ym. 2004 Englanti	Etiopialaisten maahanmuuttajien terveys-kulttuurin selvitys Englannissa.	Etiopialaistaustaiset maahanmuuttajat (n=106). Kvalitatiivinen syvähaastattelu. Haastattelijat etiopialaistaustaisia. Kvalitatiivinen analyysi. Kvantitatiivista kuvausta taustatekijöistä.	Hoitotyöntekijöillä tulisi olla tietoa etiopialaisten kulttuurista ja terveys- ja sairauskäsityksistä, voidakseen antaa kulttuurisesti pätevää hoitoa. Näytön aste IV (yksittäinen hyvä tutkimus)
Riikonen 2005 Suomi	Tarkoitus selvittää sairaanhoitajan ammattitaidon sisältöä kriisityössä ja poikkeusoloissa vieraassa kulttuurissa	Sairaanhoitajat (n=11) joilla oli pitkä työkokemus ja useampi komennus Punaisen Ristin tehtävissä. Kvalitatiivinen, fenomenologinen haastattelututkimus. Laadullinen sisällön analyysi.	Ammattitaidon tärkeimmät osa-alueet poikkeusoloissa: laaja-alaisuus, transferin osaaminen, kulttuuriin asettumisen taidot. Näytön aste IV (hyvä tapaustutkimus)

Schim ym 2005. U.S.A ja Kanada	Tarkoitus tutkia kulttuuriseen pätevyyteen liittyviä muuttujia hoitotyöntekijöiden keskuudessa Onatoriossa ja Michiganissa.	Hoitotyöntekijät (n=145) Onatorio (n=71) Michigan(n=74) Vast .kato 10%. Osanottajat täyttivät kyselylomakkeet, joissa arvioitiin kulttuurista pätevyyttä. Analyysi regressioanalyysillä.	Vuosien työkokemus ja useat kontaktit etnisiin ryhmiin sekä oma kuuluminen etniseen vähemmistöön eivät olleet yhteydessä kulttuurisen pätevyyden kehittymiseen. Sen sijaan kulttuurisen pätevyyden koulutus ja oma korkeampi koulutus vaikuttivat kult. pätevyyden kehittymiseen. Näytön aste III b (useita määrällisesti kuvailevia tutk.)
St. Clair ym. 1999 U.S.A	Tarkoitus selvittää lyhytaikaisen kansainvälisen hoitotyön käytännön jakson vaikutusta itsetuntemukseen.	Sairaanhoidonopiskelijat (n=80), joista 50 oli valmistumassa ja 30 oli opintojen alkuvaiheessa. Määrälliset ja laadulliset analyysimenetelmät. Käytetty triangulaatiota.	Vaihdossa ja pidemmällä koulutuksessa olleiden opiskelijoiden oli helpompi saavuttaa kulttuurinen itsetuntemus, kuin alkuvaiheessa opiskelua olevien opiskelijoiden. Vaihdossa olleiden kulttuuritietoisuus ja herkkyys lisääntyivät Näytön aste II (yksi koulutuskokeilu)
Suhail ym. 2002 UK	Tarkoitus oli verrata kulttuurin ja ympäristön vaikutusta kolmen etnisen skitsifreniaa sairastavien potilasryhmien välillä	Pakistanialaiset Iso-Britanniassa (n=53) Pakistanialaiset Pakistanissa (n=98) Valkoihoiset Iso-Britannialaiset (n=50) Tilastolliset tutkimusmenetelmät	Elinympäristöllä näyttää olevan suurempi vaikutus harhaisuuden lisääntymiseen kuin kulttuurisilla tekijöillä Näytön aste III a (kvasikokeellinen)

LIITE 3

Teemahaastattelurunko

1. Henkilötausta kysymykset

1.1. Minkä ikäinen olet?

1.2. Mikä koulutus sinulla on?

1.3. Oma etnohistoria

1.4. Miksi lähdit ulkomaille työskentelemään?

2. Valmentautumisprosessi ulkomailla työskentelyyn

2.1. Virallinen valmentautuminen

2.2. Epävirallinen valmentautuminen

3. Kokemukset vieraassa kulttuurissa työskentelystä

3.1. Missä maassa työskentelit/ työskentelet?

3.2. Kuinka kauan olet työskennellyt? (työskentelyprosessin eri vaiheiden kuvaus)

3.3. Minkä eri kulttuurien parissa olet työskennellyt?

3.4. Millaista työskentely oli vieraassa kulttuurissa?

3.5. Oliko potilainasi etnisiin vähemmistöihin kuuluvia henkilöitä?

3.6. Miten kyseisen maan kulttuuri eroaa omasta kulttuuristasi/hoitokulttuurista? (törmäyskohdat/samankaltaisuudet)

3.7. Kohtasitko ennakkoluuloja omaa kulttuuriasi kohtaan? Millaisia?

3.8.. Miten työskentely vaikutti itseesi?

4. Kulttuurisen pätevyyden kehittymisen prosessi ja vaiheet (Papadopouloksen ym. malli)

4.1. Miten itse suhtaudut/suhtauduit siihen, että olet suomalainen sairaanhoitaja? (kulttuuritietoisuus)

4.2 Tuliko esille eri kulttuurien sairaus- ja terveys käsityksiä? Miten ne poikkesivat suomalaisista käsityksistä? (kulttuuritieto)
-miten hyvin tunnistit niitä ja missä vaiheessa työskentelyä?

4.3. Missä vaiheessa aloit paremmin ymmärtää vierasta hoitokulttuuria ja miten se ilmeni työskentelyssäsi?(kulttuuritieto)

4.4. Huomasitko muutoksia asenteissasi eri kulttuureja kohtaan, mitä kauemmin olit työskennellyt kyseisessä maassa ja mitä enemmän olit oppinut tuntemaan kyseistä kulttuuria? (avoimuus)

4.5.Miten koit onnistuneesi potilas- hoitajasuhteessa etnisten vähemmistöjen kohdalla? Jouduitko jossain vaiheessa puolustamaan eri kulttuureista tulevien potilaiden oikeuksia? (kulttuurinen pätevyys)

LIITE 4.

Taulukko analyysin etenemisestä. Yhdistävä kategoria, ylä- ja alakategoriat, pelkistetyt ja alkuperäisilmaisut.

Yhdistävä kategoria	Yläkategoria	Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu	Alkuperäisilmaisu
TYÖTTÖMYYDESTÄ KANSAINVÄLISEEN URAAN	KANSAINVÄLISEN URAN SAAVUTTAMINEN	HYVÄN URAKEHITYKSEN MAHDOLLISUUS	Hyvä työtehtävissä etenemisen mahdollisuus	”Joo, sehän on pääsyy, mikä on pitänyt minua täällä. Et mä oon vuoden parin välein siirtynyt ylempään virkaan. Ja tuota, mulla on ollut hyvä ura täällä”(Haast. nro 7)
				”Ja mä oon ollu sisterinä sitte kaks vuotta. Kyllä oon päässy nopeesti eteenpäin, tällai ulkomaalaisena” (Haast. nro 9)
			Työpaikka kannustaa palkallisiin koulutuksiin	” Se on pakko kouluttaa itteesä koko ajan. Täällä on hyvät mahdollisuudet. Työpaikka maksaa. Saat palkallisia ”study days” ja yleensä ne rohkaisee siellä paljon” (Haast. nro 9)
			Itse voi vaikuttaa uralla etenemiseen	” Kaikki ne kurssit, joita olen tehnyt, niin olen tehnyt sillä silmällä, että ne auttaa minua eteenpäin tietyissä asioissa” (Haast. nro 7)
			Tyytyväisyys palkkatasoon	” Et, kun mulla on hyvä palkka, mä voin elää hyvää elämää. Sain oikein hyvän palkan korotuksen. Kyllä se on noussu hyvin.” (Haast. nro 9)