

Kaisa Koivisto

TtT, yliopettaja, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö,
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Ihmisen kokemuksellisuus ja kokonaisvaltaisuus

Fenomenologisen erityistieteen tuottama tieto ja tiedon hyödynnettävyys hoitamisen ilmiöön

Tämä artikkeli perustuu väitöskirjaani ”Koettu hallitsematon minua psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi” (2003) ja aiheesta kirjoittamiini julkaisuihin. Raportti kuvaa myös hoitotyön kehittämishaasteita, joita tutkimukseni tulokset ja metodologiset lähtökohdat edustavat tuotettuna tietona. Raportin tutkimuksellinen ja työyhteisön toimintaa kehittävä lähtökohta perustuu fenomenologiseen erityistieteeseen, tämän lähestymistavan tuottamaan tietoon (Rauhala 1996; Perttula 2006) ja sen hyödynnettävyyteen hoitotyössä. (Koivisto 2003; Mesiäislehto-Soukka 2005; Kiviniemi 2008.) Raportissa kuvaan väitöskirjani tuottamia tutkimustuloksia psykoosin (sairauden) kokemuksellisuudesta ja kokonaisvaltaisuudesta sekä näiden tutkimustulosten perusteella potilaan hoitoon liittyviä kehittämishaasteita. Perustelen tutkimustuloksia suhteessa olemassa olevaan tietoon ja tutkimuksiin niin kuin sen nyt ymmärrän.

Johdanto

Suomalaisten terveyden kehitys on ollut varsin suotuisaa. Elinajanodote on sadan viime vuoden aikana kohonnut lähes kaksinkertaiseksi ja alueelliset erot terveydessä kaventuneet. Kuitenkin sosioekonomisten väestöryhmien välillä havaittavat terveys- ja kuolleisuuserot ovat Suomessa edelleen suuria. Tämä tarkoittaa hyväosaisuuden kohdentumista tiettyihin ryhmiin ja köyhyyden sekä terveydellisten ongelmien kasautumista taas tiettyihin ryhmiin. Kaikilla sosioekonomisilla tekijöillä (koulutus, taloudellinen tilanne, työllisyys jne.) on johdonmukainen ja selvä yhteys keskeisiin terveyden osoittimiin ja riskitekijöihin. (Murto ym. 2009.)

Suomessa on toiminut 50–60 luvulta lähtien terveyskeskus- ja neuvolajärjestelmä. Lääketiede on kehittynyt diagnostiikan, sairauksien hoidon ja lääketieteen tuottaman uuden tiedon sekä tekno-

logian etenemisen myötä. Kuitenkin osalla ihmisistä terveydellinen tila huononee ja psykososiaaliset ongelmat lisääntyvät. (Murto ym. 2009.) Tutkimusten mukaan lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmat sekä päihteiden käyttö ovat vakavia terveydellisiä uhkia. Työikäisten uupumus ja masennus ovat arkipäivää. Ikääntyneet kärsivät yksinäisyydestä ja masennuksesta psykosomaattisine oireineen. Lähisuhde- ja perheväkivaltaa koetaan joka viidennessä suomalaisessa perheessä.

Hoitotyössä tutkittu tieto ja sen hyödyntäminen konkreettisissa hoitotoiminnoissa ja hoitoyhteisöjen kehittämisessä on tärkeää. Kuitenkin hoitotieteen tuottamaa uutta tietoa konkreettisissa hoito- ja kehittämistilanteissa hoitoyhteisöissä voisi hyödyntää enemmän. Hoitotyöntekijät asiantuntija professiona voisivat nostaa ammattialansa asemaa tuottamalla oman alansa tietoa hoidon kehittämiseen. Hoitotyöntekijät kliinisessä hoidossa ovat enemmän kiinnostuneita lääketieteen tuottamasta asiantuntija tiedosta (mikä tietysti on tärkeää), kuin ihmisten omaehtoisin kokemuksiin perustuvan tiedon liittämistä terveydestä ja sairaudesta tuotettuun tietoon ja tämän yhteyden reflektoinnista potilaan kanssa vuorovaikutuksessa. Hoitotyöntekijät mielenterveyshoitotyössä ovat kiinnostuneita psykiatriasta ja psykiatrian määrittelemistä sairausluokituksista ja näiden sairauksien hoidosta sekä psykologian (eri terapioiden) tiedosta kuin hoitotyön tuottamasta ihmisten kokemuksiin perustuvasta tutkimustiedosta ja siihen liittyvästä auttamistapahtuman kehittämisestä. (Koivisto 2003; Latvala 1998.)

Terveyden ja sairauksien hoidossa korostuu asiantuntijuus; esimerkiksi lääketieteessä sairauksien hoidossa erilaisten lääkkeiden käyttö on lisääntynyt kaikkien mahdolliseen vaivaan. Terveystieteiden asiantuntijat perustelevat oikeutustaan puuttua ihmisten elämään

terveyden nimissä. Tämä ihmisten elämään puuttuminen ei kuitenkaan ole yksiselitteinen asia eettisestä näkökulmasta. (Koivisto 2001; Pietilä 2009.) Puhakainen (1999) mm. kirjoittaa:

"Ihmisiltä viedään terveyden nimissä heidän vapautensa ohjata itse omaa elämäänsä. Niin kutsutut terveysarvot ovat korvanneet vapautemme ja moraaliset arvostuksemme. Ihmisen koko olemassaolo – seksi, pelaaminen, tupakoiminen, alkoholista nauttiminen, vanheneminen, syntyminen, rakastaminen, masentuneena oleminen jne. - on lääketieteellinen ongelma". (Puhakainen 1999, 2001, 2002.)

Mikä olisi sellainen keino, jolla voitaisiin saavuttaa ihmisten omaehtoista terveydestä huolehtimista? Filosofisesta näkökulmasta tämä voisi tarkoittaa sitä, että pohditaan käsitystä ihmisestä, ihmisen luonteesta ja niistä voimavaroista, joita jo sinällään ihmisellä on. Jos käsitys ihmisestä on kokonaisvaltainen, niin silloin ymmärretään, että ihminen on suhteessa sekä itsen että muihin sekä ympäristöön. Näissä yhteyksissä ihmisille muodostuu merkityksellisiä kokemuksia, joilla on yhteyttä terveyteen ja sairauteen. Lisäksi ihmisillä on voimavaroja, jotka olisivat erittäin arvokkaita, jos ne vain löydetään ja otetaan käyttöön ajoissa. Näitä voimavaroja ovat ihmisen pyrkimys eheyteen ja selkeyteen suhteessa itsen, muihin ihmisiin ja ympäristöön, tietoisuus itsestä, muista ja ympäristöstä sekä reflektiokyky. (Rauhala 1996; Cantor 2006; Caprara & Cervone 2006; Koivisto 2008.)

Ihmisen pyrkimys minuuteen, itsenä säilymiseen, on siis eräs ihmisten perusvahvuuksista. Ihminen pyrkii kohti itsenä säilymistä käyttämällä erilaisia tietoisia tai vähemmän tietoisia selviytymiskeinoja. Tietoisuus on ennakoinnin, kontrollin ja tulevaisuuden suunnittelemisen kyvyn ytimessä. Joissakin tapauksissa ihminen tarvitsee lisätukea terveysalan ihmisiltä, jotta haastavissa terveydellisissä ongelmissa tai sairauksissa selvitään. (Rauhala 1993b; Rauhala 1996; Caprara & Cervone 2006.)

Ihminen tekee ymmärrettäväksi itseään ja todellisuuttaan kielen avulla. Hän muodostaa todellisuudesta merkityksiä. Näitä merkityksiä hän ilmaisee sanoin, kirjoittamalla tai muilla keinoilla esimerkiksi kuvin, joita hän jakaa muiden ihmisten kanssa. Merkitysten avulla myös toisen ihmisen ymmärtäminen ja auttaminen mahdollistuu. Tämä kuitenkin edellyttää, että hoitotyön käytännössä ollaan kiinnostuneita ihmisten omakohtaisista merkityksistä sairauden suhteen ja niitä pyritään ymmärtämään vuorovaikutuksessa potilaan (perheen) kanssa. Merkityksiä jakamalla ihminen alkaa tiedostaa omia käsityksiään todellisuudesta ja näkemään

myös uudenlaisia vaihtoehtoja kokemuksilleen (reflektoii) esimerkiksi terveytensä suhteen. (Rauhala 1996; Barker 2001; Barker & Buchanan 2007.) Tietoiseksi tuleminen Rauhalan (1996) mukaan on sitä, että kehityksessä olevat, epäselvät, unohtuneissa olevat, täydentymistä tarvitsevat ym. mielellisyydeltään vajaat merkityskokemukset selkiytyvät ja täydentyvät jäsentyneen tietoisena maailmankuvan tarpeita vastaaviksi

Päätoimittaja Eva Agge kirjoittaa Sairaanhoidajalehden (5/2010) pääkirjoituksessa "Säpinää elintapaneuvontaan" seuraavaa.

"Me kaikki tiedämme millainen on suositeltava aamiainen. Kyllä me sen osaamme terveiden elämäntapojen perus- ja jatkokurssin. Kansakunta on läpivalaistu elintapoihin liittyvällä faktatiedolla. Valtavalla tietomäärällä kyllästettyinä me kuitenkin lihomme, alkoholisoitumme, polttamme tupakkaa, ja sairastumme yhä nuorempina pitkäaikais-sairauksiin. Vaikka me tiedämme, elintapojen neuvontaa tarvitaan, se on vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Elintapainterventiot näyttävät esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen liittyvässä tutkimuksessa olevan yhtä vaikuttavia kuin lääkehoito. Kaikki tietävä ja autoritäärinen – syö tätä, ala syö tätä – listoja lateleva lähestymistapa ei toimi. Mitä sinä syöt? Mitä sinä tiedät sairaudestasi? Miten hoidat sairauttasi? Mitä haluaisit saada aikaiseksi? Tärkeää on tapa, jolla asiakas hoidetaan. Lähestymistavan valintaan vaikuttaa myös sairauden vaihe. Kuinka voin olla avuksi? Mitä itse arvellet? Tuollainen lähestymistapa herättää asiakkaan."

Olisikohan aika muuttaa hoitotyön käytäntöä ja siellä tapahtuvia interventioita todella asiakaslähtöisiksi ja vastavaroisiksi? Tämä voidaan saavuttaa silloin, kun ollaan kiinnostuneita ihmisten kokemuksista kokonaisvaltaisina itseään määrittelevinä ja toteuttavina henkilöinä. Tietysti tulee huomioida ihmisten terveyden ja sairauden vaihe osallistua ja ottaa vastuuta tilanteestaan. Silloin, kun ihminen itse ei ole kykenevä ottamaan vastuuta, on hoitavien ihmisten toteutettava niin hyvä hoidon taso, kuin ihminen itse sen itselleen määritteli. Ihmisten itsemäärääminen ja tietoisuus sairaudestaan sekä hoitovaihtoehtoista on tärkeää, kun ihmisiä autetaan. (Koivisto 2003, 2003a, 2003b; 17.2.1992/785.) Tämä tarkoittaa hoitavien ihmisten asiantuntijuus tiedon nivomista yhteen ihmisten ainutkertaisiin sairauden kokemuksiin ja hoitoon sekä voimavaroihin. Tällöin tieto, jota rakennetaan yhdessä tilanne sidonnaisesti ja prosessimaisesti ohjaa hoidollista interventio tapahtumaa. Tällöin ihminen kohdataan kokonaisvaltaisesti omaan elämäntilanteeseen liittyneenä (kehollisuus + situationaalisuus). Kun ihminen tulee kokonaisvaltaisesti huomioiduksi, hän tulee

tällöin myös ymmärretyksi oikein omaan elämän tilanteeseen liittyneenä ja hän myös tällöin voimaantuu. (Koivisto 2004, 2007, 2008.)

Ihmisen kokemuksellisuus ja kokonaisvaltaisuus

Hoitotyön ja hoitotieteen tietoperusta perustuu tieteenalan hyväksymiin käsitteisiin ja filosofiaan. Hoitotyön käsitys ihmisestä on kokonaisvaltainen, jolloin ihminen on jakamaton ja ainutlaatuinen, hänellä on oma yksilöllinen elämänsä ja elämän historiansa. Ihminen ilmaisee itseään ja omaa todellisuuttaan omalla ainutlaatuisella ja yksilöllisesti vaihtelevalla tavalla. Ihminen pyrkii toteuttamaan itseään omista subjektiivisista ja merkityksellisistä kokemuksistaan käsin. (Rogers 1970; Rauhala 1988; Kiikkala 1998; Koivisto 2003.)

Kokemus on aina kokemusta jostakin ja se muodostuu ihmisen sen hetkisestä elämyksellisestä tilasta, jonka taustalla on elämän tilanne ja vuorovaikutus, jonka ihminen kokee merkityksellisenä. Kokemuksen lajeja Rauhalan (1996, 123–163) mukaan ovat tunne, tahto, tieto, usko, intuitio ja epätavalliset kokemukset.

Kokemus syntyy, kun ihmisen tajunnallinen toiminta valitsee kohteensa, hän kokee elämyksiä. Elämyksissä kohde ilmenee ihmisille jonakin. Todellisuus ei ole enää merkityksetön, vaan tarkoittaa jotakin. Toisinaan kohde on helppo tunnistaa, toisinaan ihmisen on vaikea tai mahdotontakin käsittää, mistä hänen kokemuksensa on. Vaikka kokemuksen kohde jäisi epäselväksi, elämys on silti todellinen, mutta kokemuksen selkeysaste voi olla epäselvä tai keskeneräinen. Siitä, miksi joku kokemus on toista täydentyneempi tai keskeneräisempi, siis tietoisempi tai tiedostamattomampi, ei tarvitse välttämättä olettaa mitään. Yleensä ihmisten kokemusten tietoisuuden aste vaihtelee yksilöllisesti riippuen kunkin ihmisen yksilöllisistä rakenteista ja mahdollisuuksista sekä kyvykkyyksistä. (Rauhala 1996; Perttula 2006.)

Ihminen on suhteessa sekä reaalisuuteen että ideaaliseen todellisuuteen. Tästä todellisuudesta hänelle muodostuu ainutkertaisia merkityskokonaisuuksia, joita ovat kokemus maailmasta, toiset ihmiset ja oma itse psykofyysisenä kokonaisuutena. (Rauhala 1989, 1993a, 1993b, 1996.) Ihmisen kokonaisuus voidaan Rauhalan (1988, 1989, 1993a, 1993b, 1996) kolmen ontologisen perusmuodon avulla. Nämä olemispuolet ovat kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus (elämäntilanteeseensa kietoutuva olento). Niistä yhdessä rakentuu ykseys nimeltään ihminen. Kehollisuudella tarkoitetaan ihmisen olemassaoloa orgaanisena tapahtumisena. Tajunnallisuus on ihmisen olemassaoloa kokevana olentona. Situationaalisuus eli elämäntilanteisuus tarkoittaa

kaikkea, mihin ihminen on suhteessa itse, konkreettinen maailma, toiset ihmiset, ideaaliset rakenteet, kulttuuri, arvot ja normit. Tajunnan sisällöt ovat niitä merkityksellisiä kokemuksia, joita ihminen muodostaa kehostaan ja situaatiostaan (suhde muihin ja ympäristöön sekä kulttuuriin). Ihmisen kolme olemustapaa ovat eri tavoin eri ihmistieteiden tutkimuskohteena. (Rauhala 1988, 1989, 1996; Perttula 2006; Latomaa 2006.)

Tajunnan kaksi toimintatapaa on psyykinen ja henkinen. Psyykinen merkityksellistää elämäntilannetta ilman kieltä, käsitteitä ja sosiaalisesti jaettuina merkityksiä. Psyykkisen myötä suhde elämän tilanteeseen on välitön ja suora. Henkisen toiminnassa elämäntilanne merkityksellistyy kielen ja siihen liittyvän sosiaalisen maailman läpäisemänä. Henkinen tekee ihmisestä tajunnallisesti intersubjektiivisen. Sen avulla voi käsittää ainakin jotakin siitä, miten toiset ihmiset ymmärtävät. Henkisen avulla voi myös kuvata kokemuksiaan toisille. Ihmiset voivat käydä dialogia erilaisista tavoista ymmärtää. Ihminen pystyy henkisen avulla ymmärtämään elämäntilannetta aktiivisemmin. (Rauhala 1996; Perttula 2006.) Moni nykyelämän arkinen toiminta edellyttää henkisen kykyä luoda käsitteitä ja operoida niiden välisillä suhteilla (esimerkiksi koulutus). Se on ajattelemista ja teoretisointia. (Perttula 2006.) Edellä kuvattu henkinen toiminta on Rauhalan käsitteistössä henkisen yleistävää toimintaa. Rauhala puhuu sen lisäksi henkisen yksilöllistävistä toiminnasta. Sen avulla ihminen pystyy tiedostamaan itsensä. Ihminen siis kykenee tajuamaan oman ymmärtämisensä. Psyykinen pelkästään ei siihen pysty. Tällainen ymmärtäminen on arvokasta, koska se luo ihmiselle hyvin henkilökohtaisen perustan arvioida toimintaansa ja myös terveyttään (vrt. esimerkiksi terapia). (Rauhala 1996.)

Esimerkiksi monet terveydelliset ongelmat voivat Rauhalan (1996) mukaan johtua siitä, että erilaiset kokemuslajit ovat ristiriidassa keskenään, kokemukset eivät liity toisiinsa toisiaan täydentävällä tavalla kokonaisuuksiksi tai ne ovat muulla tavalla kehittymättömiä, hämäriä tai selkiytymättömiä. Tällöin ihmisten auttamisen tulisi perustua näiden kokemuslajien (tunne, intuitio, usko, tieto, epätavalliset kokemukset) yhteen liittämiseen tietoa lisäämällä tai potilaan itseymmärrystä yhdistämällä kokonaisuudeksi keskustelun ja reflektoinnin avulla. Mielen terveyteen liittyvät kokemukset ja häiriöt saavat usein sisältönsä niistä elämän tilanne tekijöistä, joissa ihminen kulloinkin elää. Tällöin esimerkiksi masennus tai psykoosi pelkästään mielisairautena ja mielisairauden hoitona jää suppeasti ymmärretyksi. Näihin lääketieteen diagnostisoiimiin häiriöihin liittyy elämän tilanne tekijöitä laukaisevina tai altistavina muotoina. Laukaisevia ja altistavia tekijöitä voivat olla muutokset, arvokriisit, perheriidat, uskonnollinen ristiriita, hyljätynä olemisen

tunne, katkeruus, syyllisyys, ahdistuneisuus, elämän tyhjyyden ja tarkoituksettomuuden tunne. Siksi mielenterveystyössä tulee työskennellä ihmisen kokemusmaailman parissa ja analysoida potilaiden kanssa, minkälaisia merkityksiä he asioille, ihmisille ja ilmiöille antavat, mitä tuntevat, ajattelevat ja kokevat erilaisissa tilanteissa. (Puhakainen 1999, 2002; Koivisto 2004; Koivisto ym. 2007; Koivisto 2008.) Vuorovaikutuksen positiivisuus ja vahvuksia sekä voimavaroja tukeva ilmapiiri on tärkeää. (Koivisto 2003.)

Yhteenvedon voin todeta, että, kun ihminen sairastuu, hän elää elämäänsä kokonaisvaltaisesti, johon sairaus ja terveys sisältävät. Ihmiselle merkitykselliset asiat saavat sisältönsä ihmisen kehollisuudesta ja suhteista muihin ihmisiin sekä elämän tilanteeseen että ympäristöön. Ihminen perustaa ratkaisunsa näille merkityksellisille asioille. Sairastuessaan ihmiset ovat usein huolissaan elämästä selviytymisestä ja läheisistä sekä heidän jaksamisestaan. Näin ollen hoidossa ja hoidon tutkimuksessa sekä kehittämisessä tulee huomioida ihmisten kokonaisvaltaisuus ja ainutlaatuisuus sekä kyvykkyys. (Koivisto 2003.)

Ihmisten kokemukset tutkimuksen kohteena ja niihin perustuva hoitotyö

Asiakas- ja potilaslähtöisyys ovat hoidon käytännön toiminnan ja hoitotyön tutkimuksen kiinnostuksen kohde tänä päivänä. Nämä käsitteet painottavat sitä, että hoidon tarvetta ja tavoitteita asetettaessa sekä hoitoa toteutettaessa huomioidaan ihmisten terveyden ja sairauden kokemukset. Hoitotyö ammatillisena toimintana perustuu hoitotieteen ja muiden lähitieteiden tuottamaan, tutkittuun ja ajankohtaiseen tietoon sekä hyväksytyyn että hyväksi todettuihin hoitokäytäntöihin. Hoitotyön päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lieventäminen. Lisäksi ammatillisen toiminnan tavoitteena on saavuttaa ihmisten subjektiivista ja koettua terveyttä sekä yhteisöllistä hyvinvointia. Näin terveyshyvän määrittäminen perustuu ihmisen omiin arvoihin, henkilökohtaiseen tietoon ja kokemuksiin. Terveyden yksiselitteinen ja kaikille pätevä määrittäminen ei ole mahdollista. (Kiikkala 1999; Koivisto 2003; Leino-Kilpi 2009.)

Lisäksi hoidon käytännön toiminnan ja hoitotyön tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on vuorovaikutus potilaan/asiakkaan/perheen, hoitavien ihmisten ja hoitotoimenpiteiden sekä hoidon vaikuttavuuden välillä. Vuorovaikutus potilaan ja perheen sekä hoitavien ihmisten välillä perustuu luottamukseen. Suhde poikkeaa luonteeltaan muista inhimillisistä vuorovaikutussuhteista, sillä hoitavat ihmiset joutuvat käsittelemään ihmisten arkaluonteisia asioita ja puuttumaan niihin. (Koivisto 2008; Leino-Kilpi 2009.)

Kokonaisvaltainen terveyden ja sairauden kokemus

Olen tutkinut artikkeliväitöskirjassani ”Koettu hallitsematon miinuspsykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi” (Koivisto 2003) potilaiden kokemuksia psykoosista ja autetuksi tulemisesta sairaalahoidon aikana. Tavoitteena oli tuottaa hoitotyöhön uutta tietoa ja näkökulmaa lääketieteen luokittelemasta psykoottis-tasoisesta mielisairaudesta potilaiden itsensä kokemana ja kuvaamana. Potilaiden kokemukset psykoosista merkitsivät kokonaisvaltaista ja uuvuttavaa emotionaalista sekä fyysistä todellisuuden muuttumista itsehallinnan menetyksenä ja minän muuttumisen tunteena, herkistyneisyyttä itsen ja muiden suhteen, omaisten tärkeyttä ja merkityksellisyyttä, sekä vaihtelevaa ja vaikeaa jokapäiväisessä elämässä selviytymistä. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003a, 2003b.)

Kokonaisvaltainen ja uuvuttava emotionaalinen sekä fyysinen minän muuttumisen ja itsehallinnan menetyksen tunne merkitsi emotionaalisesti tunnetta, että minä ei ole sama kuin se on aikaisemmin ollut, vaan se oli muuttunut tai sitä pakotettiin muuttamaan. Fyysisesti minän muuttumisen tunne merkitsi uupumusta, unettomuutta, elintoimintojen muuttumisen tunnetta erilaisina kipuina ja ruumiin hallitsemattomuutena. Tunteet aiheuttivat tuskaa, pelkoa, levottomuutta ja ärtyneisyyttä. Ulkopuolelta tuleva uhka tai pahan tapahtumisen kokemus aiheutti kontrollin ja itsehallinnan menetystä erilaisina toimintoina ja selviytymisyrityksinä. Itsehallinnan menetys lisäsi syyllisyyttä ja häpeä. Kokemusta oli vaikea ilmaista sanoin ja ymmärtää juuri itselle tapahtuvaksi. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003a.)

Epätavalliset kokemukset herkistivät itsen suhteessa muihin ja itsen. Tämä tarkoitti sitä, että omaa toimintaa ja muiden ihmisten suhtautumista itsen tarkkailtiin ja seurattiin tarkemmin. Kokemus ”hulluksi” tulemisesta pelotti ja muiden ihmisten sanalliset sekä sanattomat viestit viittasivat potilaan kummallisuuteen ja outouteen. Täten oli helpompi vetäytyä pois muiden seurasta omiin oloihin. Näin saattoi suojautua ”hulluksi” paljastumiselta tai tulemaan ei-ymmärretyksi muiden ihmisten taholta. Vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet lisäsivät potilaan kokemaa yksinäisyyttä ja ystävien katoamista. Omaiset olivat tärkeitä ja merkityksellisiä, vaikka he olisivatkin lisänneet potilaan kokemaa huolta, syyllisyyttä tai heidän välinsä olisivat olleet riitaiset ja sisältäneet ristiriitoja. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003a.)

Selviytyminen jokapäiväisessä elämässä oli vaihtelevaa ja vaikeaa, koska minän muuttumisen ja itsen hallinnan menetyksen tunne olivat niin kokonaisvaltaisia kokemuksia. Ajatukset, havainnot ja muu elämä sekä toiminta kohdistuivat näiden asioiden tarkkailuun

ja itsehallinnan säilyttämiseen. Selviytymiskeinoina käytettiin yksilöllisesti ja vaihtelevasti fyysistä räsitystä, levähtämistä, lukemista, kirjoittamista, ystävien kanssa keskustelua ja avun hakemista terveysalan ihmisiltä. Todisteita itsenäisestä säilymisestä etsittiin mm. varmistamalla peilistä kuvaansa tai omia kokemuksellisia pelkoja seuraten rukoiltiin, kuljettiin esimerkiksi lasten perässä siunaten heitä ja ristien merkkejä tehden, jotta heitä voisi suojata näin pahan tapahtumisen uhkalta. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003a.) Hellzen ym. (1998) ovat todenneet, että tilanteessa, jossa potilas kokee menettäneensä kontrollin oman elämänsä ja toimintojensa suhteen, on loogista, että hän alkaa käyttäytyä kummallisesti.

Kokemuksiin perustuva dialoginen vuorovaikutus

Tutkimuksessani ”Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi” potilaiden kokemus autetuksi tulemisesta oli välttämätöntä ja helpottavaa. Autetuksi tuleminen merkitsi haavoittuvuudelta suojaamisesta eheytyneemmäksi tuloa siten, että yksilöllistä voimaantumista ja selviytymistä tuetaan. Haavoittuvuudelta suojaaminen merkitsi turvassa oloa, tietoisemmaksi tuloa ja eheyden säilyttämistä. Turvassa olo merkitsi ymmärrettäväksi, kuulluksi, kunnioitetuksi ja luotetuksi tuloa. Jotta tämä kokemus auttamistapahtumassa toteutuisi, tulisi hoitamisen toiminnoissa ilmetä läsnäolo, seuranta, vakuuttelu turvasta ja aktiivinen kontaktin otto potilaaseen. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003b.)

Vuorovaikutussuhteen selkeys ja kontaktien tiheä toistuvuus olivat tärkeitä ja ne tukivat identiteetin säilyttämispyrkimyksiä ja sen rakentumista. Ymmärrettäväksi tuleminen oli tärkeää kummallisine tuntemuksineen erityisesti, koska ympäristöstä saadun ymmärryksen koettiin olleen vähäistä. Tietoisemmaksi tulo tarkoitti sitä, että potilas ymmärsi paremmin, mitä hänelle oli tapahtumassa ja miksi hän kokee asioita siten, kuin kokee. Tietoisemmaksi tulo merkitsi myös konkreettista tietoa sairaudesta, lääkityksestä, oireista ja lääkkeiden sivuvaikutuksesta sekä niistä hoitotoiminnoista, joita osastolla tarjottiin. Tiedon saanti jäi satunnaiseksi ja potilaat itse liittivät sairaalassa olonsa erilaisiin sisäisiin kokemuksiinsa toiset realistisemmin ja osuvammin ja kun taas toiset sairauteensa ja harhoihin liittyen. Eheyden saavuttaminen merkitsi pysyvyyden ja tasapainon tunnetta, että kykenee hallitsemaan itseään ja myös ymmärtää sairauttaan ja sen oireita. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003b.)

Autetuksi tulemisessa auttaminen sisälsi autetuksi tulemistä edistäviä/estäviä tekijöitä ja erilaisia terapioiden/interventioita, jotka jäivät usein jäsentymättä potilaan kokemaan hallitsemattomuuden

ja minän muuttumisen tunteeseen. Autetuksi tulemistä edistäviä tekijöitä olivat osaston ilmapiiri, tietoisuus osaston hoidosta, hoitajien roolista ja potilaiden kohtelun positiivisuus. Ne hoitotilanteet, jotka liittyivät potilaan sisäiseen tilaan (kokemuksiin), koettiin auttavina. Autetuksi tulemistä estäviä tekijöitä olivat osaston rauhattomuus, turvattomuus, tietämättömyys hoidosta, hoitajien roolista ja hoitotilanteista. Lisäksi potilaiden kohtaamisen kiireellisyys, potilas ei tule ymmärrettäväksi, potilas kohdataan epäillen tai häntä pakotetaan johonkin, jätetään yksin ja selityksiä ei anneta juuri lainkaan. Hoitotilanteet, jotka eivät yhdisty potilaan kokemaan sisäiseen tilaan, eivät lisänneet autetuksi tulemisen kokemusta. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003b.)

Terapiat ja interventiot autetuksi tulemisessa olivat merkittäviä ja tärkeitä. Kuitenkin niitä tarjottiin satunnaisesti ja systemaattisemmin vain, jos potilas itse oli kykenevä niitä itse vaatimaan. Psykiatrista sairaalahoitoa ei toteutettu potilaiden todellisuuden kokemuksiin perustuen, vaan esimerkiksi potilaan harhoja ja harhaluuloja arvioitiin sekä seurattiin havaintojen tai lyhytaikaisten keskustelujen perusteella. Harhojen ja harhaluulojen määrän väheneminen huomioitiin sekä keskusteluissa että neuvotteluissa. Selviytymistä sairauden kanssa jokapäiväisessä elämässä ei pohdittu ja tietoa annettiin vähän tai ei lainkaan. Potilaat itse liittivät oman olonsa osastolla tarjottuihin hoitotilanteisiin kukin yksilöllisesti vaihtelevan taitonsa, kykynsä ja tilansa mukaan. Autetuksi tulemisessa oli tärkeää, että hoitotoiminnot liittyivät potilaiden sisäisiin kokemuksiin sairaudestaan ja tilanteestaan. Tulosten mukaan huomiota tulee kiinnittää erityisesti potilaiden kohtaamiseen, kommunikointiin, tiedon antoon, ohjaukseen ja opettamiseen suhteessa potilaan kokemiin oireisiin, elämäntilanteeseen, itsehallintaan ja selviytymiseen sairautensa kanssa. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003b.)

Kun ihmisen mielenterveys järkkyy ja hän sairastuu, hän kokee sisäistä voimattomuutta jo kokemansa sairauden perusteella. Psykiatrinen hoito voi lisätä henkilön kokemaa voimattomuutta lisäämällä loukatuksi tulemisen vaurioita ei-terapeuttisena kohtamisena ja kohteluna tai henkilön kuulematta jättämisenä hänen omassa elämän kokemuksessaan. (Koivisto 2009.) Barkerin (2001) ja Martinin (2000) mukaan olisi hyvä nähdä mahdollisuuksia potilaiden käyttäytymisessä sairausprosessin aiheuttamien vaikeuksien näkemisen lisäksi. Lisäksi on tärkeää nimetä kaikki potilaan voimavarat. Näin voidaan myös tukea ihmisten voimaantumista painottamalla vahvuuksia ja uskoa omiin kykyihin, osallistumista, vaikutusmahdollisuuksia, valinnan vapautta, ihmisille itselle merkityksellisiä asioita, positiivisuutta ja toiveikkautta. Tämä toiminta vähentää myös potilaan kokemia harhoja. (Koivisto 2009.)

Kysyä voidaan, saavuttivatko potilaat sairaalahoidon aikana sisäisen voiman tunteen lisääntymistä ja tietoisuutta omasta tilanteestaan sekä selviytymiskeinoistaan sairautensa kanssa. Tällöin potilaiden henkilökohtainen kokemusmaailma olisi tullut ymmärretyksi ja jaetuksi ja potilaiden suhde itseen ja muihin ihmisiin olisi selkiytynyt sekä jäsentynyt. Tämän myötä elämä olisi tullut helpommin hallittavaksi. Jos potilaat saavat jakaa henkilökohtaista kokemusmaailmaansa (tuska, kärsimys, trauma, sairaus) hoitavien ihmisten kanssa, he reflektivat itseään ja tilannettaan toisen kanssa. Reflektointi lisää tietoisuutta itsestä, muista, ympäristöstään ja vaikeuksistaan. Asioiden sanoittaminen lisää itseymmärrystä ja elämän tapahtumat liittyisivät selkeämmin omaan tilaan. (Dinfgeld 2004; Berscheid 2006.)

Edellä mainitun kaltainen vuorovaikutus olisi tarkoittanut dialogista vuorovaikutusta, jota voidaan pitää ihmisten kokemuksiin perustuvana vuorovaikutuksena. Dialogi on kahden tai useamman ihmisen vuoropuhelua, jossa molemmat huomioivat toisensa ja vastaavat toisilleen. Dialogissa asiat nähdään useista eri näkökulmista ja on mahdollista saavuttaa yhteistä ymmärrystä tutkimalla yhdessä vuoropuhelussa esimerkiksi ihmisten kokemuksia terveydestään, sairaudestaan ja niihin liittyvistä uskomuksista ja selviytymisestä. Dialogista vuorovaikutussuhdetta parhaimmillaan luonnehtii keskinäinen kunnioitus, tasavertaisuus, avoimuus, läsnäolo ja kiinnostus mielipiteistä. (Kiikkala 1998; Janhonen 1999.) Ihmisten kokemusten mukaan kauheinta on vastauksetta jääminen, jolloin puhuja jää epätietoiseksi asiastaan ja lopulta voi alkaa epäillä omaa toimintaansa. Tunne, että on tullut kuulluksi lisää oman arvon tuntoa ja voimavaroja. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003a, 2003b; Koivisto 2009.)

Yhteenveto ja johtopäätökset

Fenomenologisella tutkimuksella voidaan saavuttaa tietoa ihmisten ainutkertaisista kokemuksista itsestään ja suhteistaan muihin sekä ympäristöön. Ihminen liittyy kokemuksensa siihen elämän kokonaistilanteeseen, missä hän elää. Kokemukset sairastumisesta saavat merkityksensä tässä ihmisen elämän tilanteessa ja täten ne ovat aina yksilöllisiä ja ainutkertaisia. Fenomenologisella tutkimuksella saavutettava tieto on yksilökohtaista, tilanne- ja kontekstisidonnaista ja sosiaalisesti rakentuvaa. Tällöin hoitotyössä ilmenevä reflektoitu tieto rakentuu potilaan/perheen kohtaamisissa yhteistyössä hoitavien ihmisten kanssa.

Humanistinen kokonaisvaltainen hoito on ihmisen auttamista ja hoitamista perustuen ihmisten ainutlaatuisiin kokemuksiin (tietoon, tunteeseen, uskomuksiin, ajatuksiin, havaintoihin, epäta-vallisiin kokemuksiin) terveydestään ja sairaudestaan sekä niiden

merkityksistä elämäänsä. Näin ihminen myös reflektoi (heijastaa) omaa ymmärrystään, mutta myös rakentaa itse tietoisuuttaan reflektoidulla terveyden ja sairauden kokemustaan eri kokemuslajien näkökulmasta. Reflektoidessa tietoisuus itsestä lisääntyy, mutta myös hoitavan ihmisen tietoisuus potilaan tilanteesta saa muodon, johon on hyvä liittää sellaista asiantuntijatietoa terveydestä/sairaudesta, mikä vie potilaan voimaantumista ja selviytymistä tilanteestaan eteenpäin. Kun puhuu, saa tietoa myös, mitä ajattelee. (Koivisto 2003; Koivisto ym. 2003b; Koivisto 2009.)

Kasvava tutkimusaineisto puhuu sen puolesta, että myönteisillä tunteilla on tärkeä edesauttava vaikutus ajatteluun ja ihmisten kykyyn toimia. Se esimerkiksi edesauttaa niitä tarpeellisia kykyjä, jotka ovat innovaation luovan ongelman taustalla. Myönteinen tunne edistää kognitiivista joustavuutta ja kykyä omaksua erilaisia näkökulmia. Myönteiset tunteet ja optimismi voivat myös olla itsehallinnan lähde ja voimavara vaikeista tilanteista selviytymisessä. Myönteiset tunteet ohjaavat ja edesauttavat muistin järjestämistä, mahdollistavat tästä järjestelmästä lähtevän kognitiivisen tehokkuuden, auttavat ajattelua ja päätelmiä ja tekevät niistä joustavampia. (Isen 2006.) Myönteisten ja kielteisten emotionaalisten kokemusten merkitys fysiologiaan, erityisesti immuunijärjestelmään ja sitä kautta terveyteen positiivisesti tai negatiivisesti on merkittävää. Yhteenvetona voisi todeta, että myönteinen ajattelu ja myönteiset emotionaaliset tilat kuten optimismi ja pystyvyysusko näyttävät olevan psykologisia resursseja, jotka liittyvät terveyden ylläpitoon, sairauden ehkäisyyn ja elämän pidentämiseen. (Isen 2006.) Tutkimustulokset osoittavat, kuinka usko omaan kykyyn säädellä tunnekokemuksiaan vaikuttaa suoraan esimerkiksi masennuksen määrään. (Aspinwall & Staudinger 2006.)

Barkerin (2001) ja Janhosen (1999) mukaan on tärkeää kehittää potilaan voimaantumista lisääviä interventiota. Tämä tarkoittaa silloin luottamuksellista, arvostavaa, tasavertaista ja vahvuuksia sekä kyvykkyyksiä painottavaa keskustelua tavoitteena tietoisuuden lisääntyminen. Tällainen toiminta antaa perustan myönteiselle itsekunnioitukselle, hallinnan tunteelle, ihmissuhteille ja elämän tarkoituksen löytymiselle. Edellytys on, että potilas nähdään ja hyväksytään kokonaisvaltaisena ihmisenä, jolla on kyky itse-reflektointiin. Näin on mahdollista saavuttaa myös voiman ja onnistumisen tunnetta selviytymisestä sairautensa ja elämänsä kanssa. (Koivisto ym. 2007; Koivisto 2009.) Kun tietoisuus omista vahvuuksista ja voimavaroista lisääntyy, paranevat mahdollisuudet selviytyä sairauden kanssa ja ihminen voimaantuu.

Voimaantumisella (empowerment) tarkoitetaan ihmisten ja ihmis-

yhteisöjen kykyjen, mahdollisuuksien ja vaikutusvallan lisääntymistä. Voimaantumisessa korostuu oma sisäinen vahvistuminen ja se, että ihminen kokee olevansa tasapainossa itsensä ja ympäristönsä kanssa. Voimaantumisen seurauksena hän kykenee asettamaan ja saavuttamaan päämääriä, tuntee oman elämänsä olevan hallinnassa sekä itsetuntonsa parantuneen. Voimaantuminen on yhteydessä yksilön hyvinvointiin. Voimaantumisen ominaisuudet ilmenevät eri ihmisillä erilaisena käyttäytymisenä ja taitoina. Voimaantumisorientoituneet interventiot lisäävät hyvinvointia samalla, kun ne pyrkivät vähentämään ongelmia, tarjoamalla ihmisille mahdollisuuksia kehittää tietoja ja taitoja, ja pestamalla ammattilaiset yhteistyökumppaneiksi autoritaaristen eksperttien sijaan. Henkilökohtaista voimaantumista voidaan arvioida seuraavasti: miten vaikutun eli vaikuttavuuden tunne (sense of impact), onko minulla pätevyyttä eli kyvykkyyttä (competence), onko toimintani merkityksellistä eli merkityksellisyys (meaningfulness) ja voinko tehdä todellisia valintoja vapaasti eli valinnanmahdollisuus (choice). (Connelly ym. 1993; Musker & Byrne 1997; Ryles 1999; Dingfeld 2004; Kuokkanen & Laino-Kilpi 2000; Barker 2001.)

Tutkimusten mukaan vielä tänäkin päivänä mielenterveyshoito työ painottuu häiriöihin, sairauksiin, patologiaan, vajavuuksiin, diagnostisointiin, medikalisaatioon ja oireiden hoitoon. Erilaiset terapiat eri suuntauksineen painottavat jotakin puolta ihmisen kokonaisuudesta ja täten myös osittavat ihmistä asiantuntijatiedon valossa. Ryff & Singer (1998a, 1998b) toteavat, että nykyiset terveyden määritelmät, jotka perustuvat paljolti sairauteen, tauteihin ja fyysisiin oireisiin sekä luokituksiin, eivät tavoita sitä, mitä tarkoittaa todellinen terveys. Tästä kuvasta puuttuu kyvykkyyden ja vahvuuksien aspektit, kuten myönteinen itsekunnioitus, hallinnan tunne, suhteet toisiin ja elämän tarkoituksellisenä (mielekkäänä) kokeminen. Kuitenkin psykososiaalinen vahvuus näyttää olevan ratkaiseva tekijä, kun selitetään terveenä pysymistä ja sen edellytyksiä. (Ryff & Singer 2000a, 2000b.)

Siten yksi onnistuneen mielenterveyshoidon (terveydenhoidon) keskeisiä kysymyksiä on muuttaa sairauden ja vajavuuden (riskien) kieli vahvuuksien ja kyvykkyyden (suojaavien tekijöiden) kieleksi. (Aspinwall & Staudinger 2006.) Tämän muutoksen aikaansaaminen edellyttää lisää tutkimusta, jossa keskitytään potilaan vahvuuksiin. Uskon, että vahvuuksiin ja myönteisyyteen perustuva vuorovaikutuksellinen hoitotyö tarjoaa yhden parhaista tavoista auttaa vaikeuksissa olevia ihmisiä juuri vahvuuksiin keskittymien ansiosta. Kuten Bandura (2001) on todennut ”tietoisuus on se henkisen elämän substanssi, joka ei ainoastaan tee elämästä henkilökohtaisesti hallittavaa vaan myös elämisen arvoista.”

Lähteet

- Agge, E. 2010. Säpinää elintapaneuvontaan. *Sairaanhoitaja* 5, 3.
- Aspinwall, L.G. & Staudinger, U.M. 2006. Ihmisen vahvuuksien psykologia: kehittyvän tutkimuskentän kysymyksiä. Teoksessa L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (toim.) *Ihmisen vahvuuksien psykologia*. Helsinki: Edita Prima Oy, 21–33.
- Barker, P. 2001. The Tidal Model: Developing empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 233-240.
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. 2007. *The Tidal Model – A Guide for Mental Health Professionals* New York, Routledge.
- Berscheid, E.I. 2006. Ihmisen suurin vahvuus: toiset ihmiset. Teoksessa L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (toim.) *Ihmisen vahvuuksien psykologia*. Helsinki: Edita Prima Oy, 47–56.
- Cantor, N. 2006. Lähtökohtana konstruktivinen kognitio, tavoitteet ja persoonallisuus. Teoksessa L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (toim.) *Ihmisen vahvuuksien psykologia*. Helsinki: Edita Prima Oy, 57–68.
- Caprara, G.V. & Cervone, D. 2006. Persoonallisuus toimivana itsesäätelävänä järjestelmänä. Teoksessa L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (toim.) *Ihmisen vahvuuksien psykologia*. Helsinki: Edita Prima Oy, 69–82.
- Connelly, L.M., Keck, B.S., Kleinbeck, C.V.M., Scheiner, J.K. & Kuckelman-Cobb, A. 1993. A place to be Yourself. Empowerment from Client's Perspective. *Journal of Nursing Scholarship* 25, 297–303.
- Dingfeld, D.L. 2004. Empowerment of Individuals with Enduring Mental Health Problems. Results from Concept Analyses and Qualitative Investigations. *Advances in Nursing Science* 27 (1), 44–52.
- Isen, A.M. 2006. Myönteinen tunne ihmisen vahvuuden lähteenä. Teoksessa L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (toim.) *Ihmisen vahvuuksien psykologia*. Helsinki: Edita Prima Oy, 186–201.
- Janhonen, S. 1999. Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. *Hoitotiede* 11 (6), 334–339.
- Kiikkala, I. 1998 “Tässä olen sinua varten” Dialogisuus tulevaisuuteen suuntautuvana yhteistyösuhteena. *Sairaanhoitaja* 9, 13–16.

Kiikkala, I. 1999. Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? *Sairaanhoitaja* 3, 6–10.

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämää eteenpäin vievistä asioista. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 150.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2002. Applying a phenomenological method of analysis derived from Giorgi to a psychiatric nursing study. *Journal of Advanced Nursing* 39 (3), 258–265.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2001. Applying Ethical Guidelines in Nursing Research on people with mental illness. *Nursing Ethics* 8 (4), 328–339.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2003a. Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and mental Health nursing* 10, 221–229.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2003b. Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 268–275.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Kiikkala, I. 2007. Mielenterveyspotilaan kokemuksiin ja vahvuuksiin perustuva hoitotyö. *Sairaanhoitaja* 80 (9), 22–24.

Koivisto, K. 2004. Hoitotyö ihmisellisenä toimintana. Teoksessa T. Alatalonen, L. Haaksiala, S-L. Halme, K. Serlo & K. Virolainen (toim.) *Terveyttä ja hyvinvointia napapiiriltä päiväntasaajalle – Terveystuoneuvos Annikki Lämsän juhla-kirja*. Oulu: Kalevaprint Oy, 66–75.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. *Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 721.

Koivisto, K. 2008. Psykoottisen potilaan auttaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa J. Holmberg, T. Hirschovits, P. Kylmänen & E. Agge (toim.) *Tämä potilas kuuluu meille – Sairaanhoitaja tekee mielen-terveys- ja päihdehoitotyötä*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 169–185.

Kuokkanen, L & Laino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31, 235–241.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Latomaa, T. 2006. Ymmärtävä psykologia empiirisenä tieteenä. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Helsinki: Dialogia Oy, 38–76.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä. *Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 490.

Latvala, E. 2002. Developing and testing methods for improving patient-oriented mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 41–47.

Leino-Kilpi, H. 2009. Mitä hoitaminen ja hoitotyö ovat? Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki. *Etiikka hoitotyössä*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, Oppimateriaalit Oy, 24–25.

Martin, P.J. 2000. Hearing voices and listening to those that hear them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 135–141.

Mesiäislehto-Soukka, H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. *Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 829.

Murto, J., Kaikkonen, R., Kostiainen, E., Martelin, T., Koskinen, S. & Linnanmäki, E. 2009. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. *Terveystuone- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2009*. Helsinki: Yliopistopaino.

Musker, M. & Byrne, M. 1997. Applying empowerment in mental health practice. *Nursing Standard* 11, 45–47.

Perttula, J. 2006. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tietenteoria. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen* Helsinki: Dialogia Oy, 115–158.

Pietilä, A-M., Länsimies- Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveystuone edistämisen eettinen perusta. Teoksessa A-M. Pietilä (toim.) *Terveystuone edistäminen – Teorioista toimintaan*. Porvoo: WSOY pro Oy, 15–31.

Puhakainen, J. 1999. Persoonan kieltäjät, ihmisen vapaus ja vastuu aivotutkimuksen ja lääketieteen puristuksessa. *Juva: WSOY*.

Puhakainen, J. 2001. Persoonan puolustaja. Lauri Rauhala ihmistutkimuksen pioneerina. Helsinki: Hakapaino.

Puhakainen, J. 2002. Ihmisen arvo ja ykseys tässä ajassa. *Vaasa: Ykkösoffset Oy*.

Rauhala, L. 1988. Holistinen ihmiskäsitys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 25, 190–201.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moneus. Helsinki: SHKS.

Rauhala, L. 1993b. Filosofinen ihmiskäsitys empiirisen ihmistutkimuksen ja auttavan toiminnan perustana. Hoitotiede 5 (3), 98–109.

Rauhala, L. 1996. Tajunnan itsepuolustus. 2. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Rogers, C.R. 1970. On becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.

Ryff, C.D. & Singer, B. 1998a. The contours of positive human health. Psychological Inquiry 9, 1–28.

Ryff, C.D. & Singer, B. 1998b. Human health: New directions for the next millennium. Psychological Inquiry 9, 69–85.

Ryff, C.D. & Singer, B. 2000a. Biopsychosocial challenges of the new millennium. Psychotherapy and Psychosomatic medicine 69, 170–177.

Ryff, C.D. & Singer, B. 2000b. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. Personality and Social Psychology Review 4, 30–44.

Ryles, S. 1999. A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. Journal of Advanced Nursing 29 (3), 600–607.

Anitta Juntunen

TtT, yliopettaja, tutkimus- ja kehitysyksikkö,
Kajaanin ammattikorkeakoulu

Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teorian kritiikkiä

Johdanto

Monikulttuuristuvat yhteisöt ovat nostaneet kulttuurisen osaamisen merkitykselliseksi hoitotyössä. Monilla etnisten ja vähemmistöryhmien potilailla on valtaväestöstä poikkeavia kulttuurisia tarpeita ja terveyttä ja hoitamista koskevia uskomusjärjestelmiä. Potilaan kulttuurin huomioimisella hoitotyössä on pitkä historia maissa, joissa maahanmuutto on ollut yleistä. Amerikkalainen sairaanhoitaja ja antropologi Madeleine M. Leininger havaitsi 1950-luvulla, että hoitamisen merkitystä, ilmenemistä, käytänteitä tai tärkeyttä kuvaavia teorioita tai systemaattisia tutkimuksia ei ole olemassa. (Leininger 2001.) Hän kehitti teoreettisen viitekehyksen, ”The Theory of Culture Care Diversity and Universality”, jonka tarkoitus oli mahdollistaa sairaanhoitajia löytämään, ilmaisemaan ja kuvaamaan hoitotyön kulttuurista ulottuvuutta. Teorian fokus on kulttuurisen hoitotyön moninaisuudessa, eli eri kulttuureiden hoitotyön ominaispiirteissä ja hoitamisen universaaleissa yleispiirteissä.

Leiningerin vuonna 1967 julkaisema transkulttuurinen teoria oli uraauurtava, sillä se avasi hoitajien silmät näkemään kulttuurin merkityksen hoitotyössä. Teoriasta muodostui keskeinen kulttuurisen hoitotyön käytännön ja hoitotieteellisen opetuksen ja tutkimuksen perusta vuosikymmenien ajaksi. Daly & Jackson (2003) toteavat, että transkulttuurisen hoitotyön filosofia on elinvoimainen ja on kestänyt muuttuvan ajan haasteissa. Samaan aikaan hoitotieteessä on kuitenkin alettu enenevässä määrin kritisoida Leiningerin teoriaa. Kritiikki on kohdentunut toisaalta teorian käsitteiden epämääräisyyteen ja toisaalta siihen, että teoriassa ei huomioida tässä ajassa merkityksellisiä tasa-arvon ja vallankäytön näkökulmia. Tarkastelen tässä artikkelissa Leiningerin teorian merkitystä ja hoitotieteellisessä kirjallisuudessa teoriaan kohdistunutta kritiikkiä.

Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teorian merkitys

Leininger määritteli transkulttuurisen hoitotyön alueeksi, joka kohdentuu maailman eri kulttuureiden ja alakulttuureiden vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin. Tutkimisen ja analysoinnin kohteina ovat hoitamiskäyttäytyminen ja hoitotyö sekä terveyttä ja sairautta koskevat arvot, uskomukset ja käyttäytymismallit. Transkulttuurisen hoitotyön ydinkäsitteitä ovat kulttuuriset arvot ja uskomukset, terveys- ja sairausjärjestelmät, hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus ja kulttuurin huomioiva hoitotyö. Hoitotyön päämääränä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta, jotta voidaan tuottaa eri kulttuureille ominaisia (culture-specific) ja kaikille kulttuureille yhteisiä (culture-universal) hoitotyön käytäntöjä. Leininger loi auringonnousumallin, The Sunrise Model, havainnollistamaan teorian käsitteitä ja ulottuvuuksia. (Leininger 1991.) Myöhemmin muita transkulttuurisen hoitotyön paradigmaan perustuvia malleja ovat kehittäneet mm. Ray (1994), Kim ym. (2001), Campinha-Bacote (2001), Papadopoulos & Lees (2004) ja Suh (2004).

Transkulttuurisen hoitotyön merkitys muuttuvassa ajassa ja monikulttuuristuvissa yhteisöissä oli Leiningerin mielestä siinä, että sen avulla vastataan ihmisten kulttuuristen uskomusten ja arvojen kunnioittamiseen ja hyväksymiseen liittyviin odotuksiin. Leininger tunnisti 1990-luvulla useita tekijöitä, joilla hän perusteli transkulttuurisen hoitotyön tarpeellisuutta hoitotyön tutkimuksessa, koulutuksessa ja käytännössä. Tällaisia tekijöitä olivat työskentely ja matkustelu eri maissa ja maanosissa, maailmanlaajuisesti lisääntyvä siirtolaisuus, monikulttuurisen identiteetin omaavien ihmisten määrän kasvaminen, kulttuuristen konfliktien lisääntyminen ja niiden vaikutus terveyspalveluihin ja teknologian käytön lisääntyminen terveyspalvelujen tuottamisessa. (Leininger 1995.)

Leininger perusti transkulttuurisen hoitotyön seuran (Transcultural Nursing Society) transkulttuurisen hoitotyön viralliseksi järjestöksi. Transkulttuurisen hoitotyön konferensseja on pidetty vuodesta 1974 ja transkulttuurisen hoitotyön lehteä (The Journal of Transcultural Nursing) on julkaistu vuodesta 1989. Leininger kehitti 1970-luvulla ensimmäiset transkulttuurisen hoitotyön koulutusohjelmat yliopistollisiksi perus- ja jatkokoulutuksiksi. (Leininger 1991.) Hänen visionsa on, että vuoteen 2020 mennessä hoitajat kaikilla hoitotyön alueilla toteuttavat transkulttuurista hoitotyötä (Leininger 2001).

Eisenbruch (2001) ja Narayanasamy & White (2004) kritisoivat Leiningerin teoriaa hyvää tarkoittavaksi mutta passiiviseksi selonteoksi, joka perustuu oletukselle, että kaikki hyvät hoitajat haluavat toteuttaa kulttuureille ominaista hoitotyötä. Heidän mielestään Leininger epäonnistuu transkulttuurisen hoitotyön kaikkein olennaisimmassa asiassa: ennakkoluulojen ja syrjinnän käsittelyssä. Price & Cortis (2000) puolestaan kritisoivat Leiningerin teoriaa jälkeennejäänneeksi, tämän ajan kulttuuriseen hoitotyöhön sopimattomaksi ja stereotyyppioita vahvistavaksi.

Kulttuurin käsite Leiningerin teoriassa

Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teoriassa kulttuuri nähdään opittuna ja sosialisatioprosessin kautta sukupolvelta toiselle siirtyvänä. Keskeistä yksittäisessä kulttuurissa ovat kulttuurin arvot, uskomukset, normit ja elämäntapa, jotka ohjaavat kyseiseen kulttuuriin kuuluvien yksilöiden ja ryhmien ajattelua, päätöksentekoa, toimintaa ja käyttäytymistä. Leininger toteaa, että kulttuuri vaikuttaa yksilön terveyttään ja sairauttaan koskeviin käsityksiin ja tapaan reagoida sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitomenetelmiin. (Leininger 1995.) Leininger väittää, että vaikka kulttuureissa on dynaamisuutta, ne muuttuvat hitaasti ja sen vuoksi ohjaavat käyttäytymismalleja.

Kun Leininger määrittelee kulttuurin yksilöiden ja ihmisryhmien elämäntavaksi, jota määrittelevät arvot, uskomukset, normit ja käyttäytymismallit, hän indikoi, että kulttuurit ovat ikään kuin malleja, jotka ohjaavat ihmisten ajattelua, päätöksentekoa ja toimintaa. Tämä asemoi transkulttuurisen hoitotyön teorian tutkimustraditioon, jossa kulttuuri määritellään arvojen ja normien järjestelmäksi, joka tuottaa määrätynlaisia käyttäytymistä. (Svane 2006.) Tällöin tutkimuksessa keskitytään usein käyttäytymisen, arvojen ja normien säännönmukaisuuksiin ja malleihin, koska lähtökohtaisesti oletetaan, että käyttäytyminen määräytyy kulttuurin ohjaamana kulttuurisen perimän, perinteiden ja sosialisatiota kautta. Tietyn kulttuurin erityispiirteiden tunteminen selittää ja jopa ennakoii kulttuurisia kohtaamisia, koska yksilöiden

oletetaan olevan kulttuurinsa tuotteita. Johonkin määrään asti tällainen näkemys tekee kulttuurisen kohtaamisen ennustettavaksi ja suljetuksi prosessiksi. Gustafson (2005) toteaa, että Leiningerin teoriassa käsite kulttuuri on laajasti määritelty mutta kapeasti sovellettu.

Leininger esittää kulttuurin ikään kuin se olisi yhteiskunnasta irrallinen seikka. Syntyy vaikutelma, että kulttuuri on jotakin, jonka voi ottaa mukaansa siirryttäessä uuteen paikkaan ja että se voi säilyä siitä huolimatta, että uusi asuinmaa on erilainen historiallisesti, rakenteellisesti ja kulttuurisesti. (Lepola 2000.) Kulttuuri ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei se voisi muuttua, eikä sitä, että etniset vähemmistöt olisivat muuttumattomia yhtenäisen kulttuurin edustajia. Tämä havaitaan siitä, että tietyt kulttuurin osat, kuten sen merkit ja symbolit, voivat muuttua ja saada uusia merkityksiä kohdatessaan muita kulttuureja ja etnisiä ryhmiä. (Liebkind 1994.)

Hall (2003) näkee kulttuurin yhteisten merkitysten järjestelmänä, jota samaan yhteisöön, ryhmään tai kansakuntaan kuuluvat ihmiset käyttävät ymmärtääkseen maailmaa. Kulttuuri on prosessi, jota ihmiset luovat jatkuvasti. Vaikka kulttuurinen tausta antaa joitakin uskomuksia, asenteita, tavan käyttää kieltä, ruokailutottumukset jne, jokainen yksilö kehittää ainutlaatuiset omat tapansa oman elämänsä aikana; hän voi hyljätä joitakin perittyjä tapoja ja omaksua tai luoda uusia. Tämä tarkoittaa, että kulttuuri tulisi ymmärtää ryhmien välisenä suhteena eikä staattisena tilana. Mulholland & Dyson (2001) selittävät, että transkulttuurisen hoitotyön olennainen pyrkimys ymmärtää etniset ryhmät yhteisöiksi perustuu kolmeen virheelliseen käsitykseen:

- 1) *etnisten ryhmien ajatellaan muodostuvan ihmisistä, jotka ovat samanlaisia keskenään,*
- 2) *ihmiset eivät koskaan muutu,*
- 3) *heidän erilaisuutensa on merkittävämpi kuin heidän samanlaisuutensa toisten etnisten ryhmien kanssa.*

Kulttuureille ominainen hoito

Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön päämääränä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta, jotta voidaan tuottaa eri kulttuureille ominaisia (culture-specific) hoitotyön käytäntöjä. Kulttuureille ominaisen hoidon pyrkimyksenä on kehittää herkkyyttä tunnistaa potilaiden kulttuurisia tarpeita. Leininger itse on rakentanut professionaalista transkulttuurisen hoitotyön tietoperustaa tuottamalla tutkimustietoa sadan eri kulttuurin hoitokäytännöistä, jotka perustuvat kulttuureille ominaisiin arvoihin ja elämäntapaan. (Leininger 1997a.) Hän on yleistänyt

tutkimuslöydöksensä luetteloihin, jotka kuvaavat kulttuureittain hoitamisen arvoja, merkityksiä ja hoitokäytäntöjä.

Leiningerin tapaa tehdä kulttuurikohtaisia luetteloita hoitamisen arvoista, merkityksestä ja käytänteistä on kritisoitu laajasti. (Boyle 1999; Lipson 1999; Meleis 1999; Baxter 2000.) Ensiksi, ne johtavat kulttuureiden yksinkertaistamiseen ja stereotyyppioihin, mikä ei anna todenmukaista kuvaa tämän ajan muuttuvista kulttuureista. Toiseksi, ne eivät huomioi kulttuurin sisäistä vaihtelua, kuten vammaisuutta, sosioekonomista asemaa, sukupuolta, ikää, uskontoa tai koulutusta, jotka vaikuttavat siihen, miten yksilö ilmaisee kulttuurista orientaatiotaan. Kolmanneksi, yksilön käyttäytymiseen ja jokaiseen uskomukseen vaikuttavat kulttuurisen orientaation lisäksi henkilökohtaiset tekijät. Bruni (1988) kritisoi kulttuurista tarpeista luotuja listoja siitä, että ne luovat stereotyyppioita, paitsi kulttuureista, myös roduista ja uskonnoista. Talabere (1996) esittää, että kulttuurinen moninaisuus -käsite tukee etnosentrisyyttä, koska sen fokus on siinä, kuinka toinen ihminen eroaa minusta, sen sijaan että tarkasteltaisiin, kuinka minä eroan toisesta ihmisestä. Kulttuurinen tieto auttaa hoitajaa kysymään kysymyksiä, joilla saadaan hoitoprosessissa tarvittavaa tietoa potilaan arvoista ja uskomuksista, mutta vain potilas itse voi kertoa, mihin hän uskoo, mitä arvoja hän pitää tärkeänä nykyisessä tilanteessaan ja mitä hän odottaa hoitotyöltä.

Leiningerin kunnianhimoinen tavoite tunnistaa erilaisille kulttuureille ominaisia hoitamisen tarpeita ja hoitokäytänteitä, ja luoda universaalia hoitamisen kuvausta, ei vaikuta realistiselta, kun tunnettuja kulttuureita on yli 3 000, ja lisäksi on lukematon määrä kulttuurista vaihtelua ja tulkintoja. (Kavanagh 1995.) Kulttuureille ominaisen hoitotyön selvittäminen tutkimuksen avulla on haasteellista Suomenkin olosuhteissa. Perinteisesti Suomessa vähemmistö-kulttuureita ovat edustaneet romanit, saamelaiset sekä pienet juutalais- ja tataariyhdistykset ja Suomeen talvi- ja jatkosodan jälkeen sijoitetut karjalaiset, jotka olivat suomalaisia, mutta joista monet edustivat eri uskontokuntaa ja erilaisia arkipäivän tapoja. (Sainola-Rodrigues 2009.) Maassamme on kansainvälisesti tarkasteltuna pieni ulkomaalaisväestö, noin neljä prosenttia väkiluvusta, ja he edustavat 175 eri kansallisuutta. Kulttuurisesta näkökulmasta mielenkiintoinen ryhmä ovat uussuomalaiset, joilla tarkoitetaan pysyvästi Suomessa asuvia ulkomaalaistaustaisia henkilöitä, kuten maahanmuuttajien jälkeläisiä. (Mwegerano 2007.)

Leiningerin teorian muista käsitteellisistä epäselvyyksistä

Kasvava joukko hoitotieteen tutkijoita kyseenalaistaa Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teoreettiset perusteet ja sen ana-

lyyttisen selitysvoiman. (Bruni 1988; Habayeb 1995; Talabere 1996; Gunaratnam 2001; Hanssen 2002; Gustafson 2005.) Useat tutkijat ovat yrittäneet selvittää transkulttuurisen hoitotyön teorian keskeisiä käsitteitä, kuten kulttuurinen kompetenssi (cultural competence) (Jirwe 2006; Cowan & Norman 2006), kulttuurinen herkkyyks (cultural sensitivity) (Foronda 2008) ja kulttuurisesti hyväksyttävä hoito (cultural congruent care) (Schim ym. 2007.) Habayeb (1995) ja Mulholland & Dyson (2001) osoittavat teorian terminologian ristiriitaisuuden ja sen käsitteiden, kuten kulttuurin herkkyyks ja kulttuurisesti hyväksyttävä hoito, epäselvyyden. Foronda (2008) väittää, että kulttuurisen herkkyyden käsitteestä on tullut ikään kuin arvoitus ja jatkuvan toistamisen seurauksena merkityksetön fraasi. Schim ym. (2007) löysivät kirjallisuuskatsauksessaan hajanaisen valikoiman määritelmiä käsitteille kulttuurinen erilaisuus, kulttuurinen kompetenssi, kulttuurinen tietoisuus ja kulttuurinen herkkyyks. Tutkijat antoivat käsitteille toisistaan hieman poikkeavia selityksiä ja monet käyttivät niitä samanmerkityksisinä. Baluyot (1999) on havainnut, että Leininger ei kerro, kuinka löytää tekijät, joista transkulttuurinen maailmankuva muodostuu.

Valta – Leiningerin teorian puuttuva käsite

Transkulttuurista hoitotyötä on kritisoitu siitä, että se huomioi niukasti valtasuhteet ja niihin liittyvän tiedon hoitotyössä. Hoitotyö toteutetaan aina tiettyssä sosiaalisessa ja institutionaalisessa kontekstissa, ja sitä ohjaavat strategiat ja suositukset. Hoitotyössä tulisi tunnistaa sen sosiaalinen konteksti, rakenteet, voimasuhteet ja epätasa-arvoisuus. Hoitajilla on asiantuntijuutensa ja asemansa perusteella valtaa suhteessa potilaisiinsa. Englannissa on keskusteltu institutionaalisesta rasismista, jota esiintyy monilla yhteiskunnallisen toiminnan alueilla terveydenhuollon lisäksi: asumispalveluissa, sosiaalityössä, politiikassa, koulutuksessa, työpaikoilla. (Narayasamy & White 2004.) Ennen kuin potilaiden ja hoitajien välillä vallitseva vallan epäsuhta on osoitettu, etnisistä vähemmistöryhmistä tulevien potilaiden tarpeita ei pystytä kohtaamaan. (Polaschek 2001; Hanssen 2005.) Papps & Ramsden (1996) toteavat, että palvelun tuottajan ja vastaanottajan välisten voimasuhteiden tunnistaminen voimaannuttaa palvelujen käyttäjät ilmaisemaan tuntemiaan uhkia tai turvattomuutta. Henkilö, joka kokee turvattomuutta, ei kykene täysin hyödyntämään tarjolla olevia terveyspalveluja.

Vallankäytön näkökulmasta Leiningerin (1997b) näkemys, että ammatillisessa hoitotyössä olisi huomioitava kansanparannuksessa käytettyjen hoitomenetelmien merkitys ja perinteisiä hoitomenetelmiä olisi yhdistettävä ammatilliseen hoitotyöhön, on varsin haasteellinen. Gerrish & Mackenzien (1996) mielestä on

epätodennäköistä, että terveydenhuollon ammattilaiset kykenevät osoittamaan herkkyyttä potilaiden kulttuurisille arvoille, ellei heillä ole ollut mahdollisuutta kehittää itsetuntemustaan. Jos hoitaja antaa omiin arvoihinsa perustuvia määräyksiä potilaalle, hän loukkaa potilasta ja käyttäytyy epäammattillisesti. Sen seurauksena potilaat todennäköisesti välttelevät hoitajia. (Baxter 2000.)

Trans-, cross-, intra- vai interkulttuurinen?

Leiningerin teorian yhteydessä on tarkasteltu termejä "transcultural", "crosscultural", "intercultural" ja "multicultural", joiden määrittely englanninkielellä ei ole yksiselitteistä. Leininger erottaa "transcultural" hoitotyön "crosscultural", "international" tai "multicultural" hoitotyöstä. "Crosscultural" hoitotyö on hänen mielestään kulttuurien välistä hoitotyötä, jossa sovelletaan antropologian käsitteitä hoitotyöhön, mutta ei kehitetä transkulttuurisen hoitotyön tietoperustaa. Transkulttuurisuuden avainsana on kulttuuri ja sen erojen ja yhtäläisyyksien tunnistaminen hoitamisen kontekstissa. (Sainola-Rodrigues 2009.) Transkulttuurisen hoitotyön tutkijat, kuten Brink (1999) ovat määritelleet "crosscultural" tutkimukset tutkimuksiksi, joissa tarkastellaan kulttuurin sisällä ilmeneviä käsitteitä ja sen jälkeen etsitään vastakohtia, samankaltaisuutta ja vertailuja muista kulttuureista. Brink (1999) toteaa, että intracultural, yhden kulttuurin sisällä tapahtuvaa tutkimus, on merkityksetöntä, ellei sen tuloksia testata muissa kulttuureissa. Tämän perusteella termien "crosscultural" ja "transcultural" erottaminen toisistaan on kyseenalaista.

Monet Journal of Transcultural Nursing -lehdissä esitellyt tutkimukset eivät ole lähtökohtaisesti kulttuureja vertailevia, vaan fokuoivat kysymykseen, kuinka ymmärtää ja hoitaa tietystä kulttuurisesta tai etnisestä ryhmästä tulevia potilaita. Sen sijaan, että ne olisivat "cross"- tai "transkulttuurisia", ne ovat "intracultural", kulttuurin sisäisiä, joissa pohditaan tutkitun kulttuurin keskeisiä piirteitä. Transkulttuurisen hoitotyön lehdissä on julkaistu tutkimusraportteja, jotka ovat "intercultural", kulttuurien välisiä. Niissä pohditaan tutkimuksen kohteena olleiden kulttuurien erilaisuutta ja samanlaisuutta tutkijan oman kulttuurin kanssa ja kuinka ylittää kulttuurinen silta. Interkulttuurisuus viittaa aktiiviseen ja positiiviseen kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen, johon kuuluu dialogi ja toisilta oppiminen. (Berry 2000.) Monikulttuurisuudella tarkoitetaan sitä, että monta kulttuuria elää rinnakkain vuorovaikutuksessa keskenään. Sitä on kritisoitu epämääräiseksi käsitteeksi myös Suomessa, sillä se viittaa ensisijaisesti kulttuuriseen moninaisuuteen, eli että yhteiskunnissa elää yleensä rinnakkain erilaisia etnisiä kulttuureja ja erilaisia alakulttuureja edustavia ryhmiä. Näin ymmärrettynä monikulttuurisuus ei kerro kulttuurien välisestä suhteesta vaan enemmänkin toteaa yhteiskunnan tilaa.

(Forsander ym. 2001.) Yhteistä kaikille mainituille termeille on kuitenkin se, että niillä tarkoitetaan kulttuurien rajojen ylittämistä ja vuorovaikutuksen rakentamista eri kulttuurien välille.

Pohdinta

Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teoria "The Culture Care Diversity and Universality" on makrotason teoria, jonka tarkoitus on antaa holistinen kuva kulttuureista ja mahdollistaa potilaan kulttuuriset tarpeet huomioiva hoitotyö. Teoria on ollut kautta aikain merkittävin (trans)kulttuurisen hoitotyön teoria ja on antanut vaikutteita kulttuurisen hoitotyön kehittämiseen eri puolilla maailmaa. Voidaan kuitenkin kysyä, onko Leiningerin teorilla selitysvoimaa tämän päivän kulttuurisesti sirpaloituvissa yhteisöissä ja asiakkaan osallisuutta korostavan hoitotyön haasteissa?

Leiningerin teoriassa sairaanhoitajalla on aktiivinen rooli, ja häneltä edellytetään potilaidensa kulttuurien monipuolista tuntemista. Potilaalle puolestaan voi olla vaikea tiedostaa omia kulttuurisia tarpeitaan. Vähemmistönä olevien etnisten ryhmien jäsenille tai kauan oman yhteisönsä ulkopuolella eläneille voi olla vaikea tunnistaa kulttuurinsa vaikutusta käyttäytymiseensä. Valtaväestöön kuuluvat eivät välttämättä tiedosta, että se, mitä he pitävät normaalina ja kaikkialla tavallisena, onkin sitä vain heidän omassa ryhmässään. Narayanasamy & White (2004) toteavatkin, että enemmistö ihmisistä, erityisesti valtaväestöön kuuluvista, kasvaa tietämättöminä siitä, että heillä on erityinen kulttuuri.

Olemme siirtyneet transkulttuurisen hoitotyön ajasta interkulttuurisen hoitotyön aikaan, jossa on keskeistä potilaan ja sairaanhoitajan dialogi. Dialogissa hoitaja oppii ymmärtämään potilaan hoitotyön tarpeita potilaan näkökulmasta ja potilaan omia sairautelleen ja sen hoidolle antamia tulkintoja. Dialogi edellyttää sellaisten kommunikaatiostrategioiden kehittämistä, jotka edesauttavat hoitajan ja potilaan osallistumista hoidon suunnitteluun. Hoitajan tulisi kiinnittää potilaan kulttuurin lisäksi huomiota hänen sosioekonomiseen asemaansa ja hänellä tulisi olla taitoa tunnistaa ennakkoluuloja, syrjintää ja epätasa-arvoa ja puuttua niihin.

Lähteet

- Baluyot, C.M.A. 1999. Primary Nursing Health Care Services and Ethnic Minority Elderly Patients. University of Oslo. Faculty of Medicine. Institute of Medicine. Master thesis.
- Baxter, C. 2000. Antiracist practice: achieving competency and maintaining professional standards. Teoksessa T. Thompson & P. Mathias (Eds.) *Lyttle's Mental Health and Disorder*. Edinburgh: Bailliere Tindal, 350–358.

- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Marshall, H.S. & Pierre, R.D. 2002. Cross-cultural psychology. Research and applications. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyle, J.S. 1999. Transcultural nursing at Y2K: Some thoughts and observations. *Journal of Transcultural Nursing* 10 (1), 8.
- Bruni, N. 1988. A critical analysis of transcultural theory. *The Australian Journal of Advanced Nursing* (5) 3, 26–32.
- Brink, P.J. 1999. Transcultural versus cross-cultural. *Journal of Transcultural Nursing* 10 (1), 7.
- Campinha-Bacote, J. 2001. A model of practice to address cultural competence in rehabilitation nursing. *Rehabilitation nursing* 26 (1), 8–11.
- Cowan, D.T. & Norman, I. 2006. Cultural competence in nursing: New meanings. *Journal of Transcultural Nursing* 17 (1), 82–88.
- Daly, J. & Jackson, D. 2003. Transcultural health care: Issues and challenges for nursing. *Contemporary Nursing* (15) 3, xiii-xiv.
- Eisenbruch, M. 2001. National Review of Nursing Education: Multicultural Nursing Education. Department of Education, Training and Youth Affairs, Commonwealth of Australia.
- Foronda, C.L. 2008. A concept analysis of cultural sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing* 19, 207–212.
- Forsander, A., Ekholm, E. & Hautaniemi P. (toim.) 2001. Monietnisyyys, yhteiskunta ja työ. Helsinki: Yliopistopaino.
- Gerrish, C. & Mackenzie, J. 1996. *Nursing for a Multi-ethnic Society*. Buckingham: Open University Press.
- Gunaratnam, Y. 2001. Ethnicity and palliative care. Teoksessa L. Culley & S. Dyson (Eds.) *Ethnicity and Nursing Practice*. New York: Palgrave, 169–185.
- Gustafson, D. 2006. Transcultural theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science. Theory and Practice* 28 (1), 2–16.
- Habyed, G.L. 1995. Cultural diversity: a nursing concept not yet reliably defined. *Nursing Outlook* 43 (5), 224–227.
- Hanssen, I. 2002. Facing Differentness. An Empirical Inquiry Into Ethical Challenges in Intercultural Nursing. University of Oslo. The Institute of Nursing. Doctoral dissertation.
- Hanssen, I. 2005. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn [Health Care in a Multicultural Society] 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jirwe, M. 2006. The theoretical framework of cultural competence. *The Journal of Multicultural Nursing and Health* 12 (3), 6–16.
- Kavanagh, K. 1995. Transcultural perspectives in mental health. Teoksessa M.M. Anderson & J.S. Boule (Eds.) *Transcultural Concepts in Nursing Care*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 253–285.
- Kim, Y. S., Clarke, P. & Barton, L. 2001. A Model for the Delivery of Culturally Competent Community Care. *Journal of Advanced Nursing* 35, 918–925.
- Leininger, M.M. 1991. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M.M. 1995. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. College Custom Series, McGraw-Hill Inc.
- Leininger, M.M. 1997a. Overview and reflection of the theory of culture care and ethnonursing method. *Journal of Transcultural Nursing* 8 (2), 32–52.
- Leininger, M.M. 1997b. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practice*. New York: Wiley.
- Leininger M.M. 2001. A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse* 34, 16–17.
- Lepola, O. 2000. Ulkomaalaisesta suomenmaalaiseksi. Monikulttuurisuus, kansalaisuus ja suomalaisuus 1990-luvun maahanmuuttopoliittisessa keskustelussa. *Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia* 787. Helsinki: SKS.
- Liebkind, K. 1994. Etniseen vähemmistöön kuuluvan nuoren identiteetti. *Kaksikulttuurisuus on rikkaus. YK-tiedote* 2.
- Lipson, J.G. 1999. Cross-Cultural Nursing: The Cultural Perspective. *Journal of Transcultural Nursing* 10 (1), 6.
- Meleis, A.I. 1997. Culturally Competent care. *Journal of Transcultural Nursing* 10 (1), 12.

- Mwegerano, A. 2007. Uussuomalaisia ääniä, osa 1. Salo.
- Mulholland, J. & Dyson, S. 2001. Sociological theories of 'race' and ethnicity. Teoksessa L. Culley & S. Dyson (Eds.) *Ethnicity and Nursing Practice*. New York: Palgrave.
- Narayanasamy, A. & White, E. 2004. A review of transcultural nursing. *Nurse Education Today* 25 (2), 102–111.
- Papadopoulos, I. & Lees, S. 2004. Promoting cultural competence in health care through a research based intervention. *Journal of Diversity in Health and Social Care* 1(2), 107–115.
- Papps, E. & Ramsden, I. 1996. Cultural Safety in Nursing: the New Zealand Experience. *International Journal of Quality in Health Care* 8(5), 491–497.
- Polaschek, N.R. 1998. Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing* 27(3), 452–457.
- Price, K.M. & Cortis, J.D. 2000. The way forward for transcultural nursing. *Nursing Education Today* 20(3), 233–243.
- Ray, M.A. 1994. Transcultural nursing ethics. A framework and model for transcultural ethical analysis. *Journal of Holistic Nursing* 12(3), 251–264.
- Sainola-Rodrigues, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E Yhteiskuntatieteet 172. Väitöskirja.
- Schim, S.M., Doorenbos, A. & Benkert, R. 2007. Culturally congruent care: putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing* 18(2), 102–110.
- Shen, Z. 2004. Cultural competence models in nursing: A selected annotated bibliography. *Journal of Transcultural Nursing* 15 (4), 317–322.
- Suh, E.E. 2004. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing* 15 (2), 95–102.
- Svane, M. 2006. The intersection between culture, social structure, and the individual-in-interaction. Teoksessa Ø. Dahl, I. Jensen, & P. Nynäs (Eds.) *Bridges of Understanding. Perspectives on Intercultural Communication*. Oslo: Academic Press, 39–57.
- Talabere L.R. 1996. Meeting a challenge of culture care in nursing: diversity, sensitivity and congruence. *Journal of Cultural Diversity* 3 (2), 53–61.