

**ULKOMAALAISTAUSTAISTEN SAIRAANHOITAJAOPISKELIJOIDEN
KÄSITYKSIÄ TERVEYDESTÄ OSANA SAIRAANHOITAJAN TYÖTÄ.
FENOMENOGRAFINEN HAASTATTELU TUTKIMUS**

Merja Lankinen-Lifländer

Terveyden edistämisen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2024

TIIVISTELMÄ

Lankinen-Lifländer, M. 2024. Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä terveydestä osana sairaanhoitajan työtä. Fenomenografinen haastattelututkimus. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveyden edistämisen pro gradu -tutkielma, 64 s, 7 liitettä.

Terveyskäsitteys muodostaa sekä terveydenhuollossa että sairaanhoitajan työssä perustan, jolle sairaanhoitajan ammatti ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminta pohjautuu. Terveyskäsitteys vaikuttaa sairaanhoitajien ja sairaanhoidon opiskelijoiden toteuttamaan hoitotyöhön ja terveyskysymysten käsittelyyn potilaiden kanssa. Erilaisista kulttuurisista lähtökohdista johtuen ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteykset saattavat poiketa opiskelumaan terveydenhuoltojärjestelmän terveyskäsitteyksestä. On tärkeää ymmärtää millaisiin terveyskäsitteisiin ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajaopiskelijat perustavat toimintansa ja mille pohjalle rakentavat ymmärrystään niin terveydenhuoltojärjestelmästä kuin hoitotyöstä. Sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteyksistä ei laadullista tutkimusta juuri ole.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata sairaanhoitajaopiskelijoiden laadullisesti erilaisia käsityksiä terveydestä sairaanhoitajan työssä. Tarkoitus oli myös pyrkiä lisäämään ja laajentamaan ymmärrystä ilmiöstä käsitteysten välisiä kriittisiä eroja paljastamalla.

Tutkimus toteutettiin laadullisena haastattelututkimuksena fenomenografisella lähestymistavalla. Tutkimuksen aineisto kerättiin marraskuun 2023 ja maaliskuun 2024 välillä haastatteleamalla kahdeksaa (n=8) ulkomaalaistaustaista sairaanhoitajaopiskelijaa. Tutkimukseen osallistujat olivat toisen ja kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita ja kotoisin Itä-Euroopasta, Aasiasta, Afrikasta ja Etelä-Amerikasta ja asuneet Suomessa 1–14 vuotta. Haastattelut toteutettiin suomeksi tai englanniksi osallistujien toiveen mukaan ja litteroitiin sanatarkasti. Aineisto analysoitiin fenomenografisella analyysimetodilla.

Fenomenografisen analyysin mukaan käsitteykset voitiin ryhmitellä neljään hierarkkisesti laajenevaan kuvauskategoriaan. Suppeimmillaan terveys nähtiin hoitotyön teknisinä toimintoina (kategoria I), ja laajimmillaan yleisenä ja yhtäläisenä oikeutena (kategoria IV). Näiden välille asettuivat kuvauskategoriat ”Hoitajan oma terveys hoitotyön toimintojen mahdollistajana” (kategoria II) ja ”Terveys holistisena toimintana” (kategoria III). Kuvauskategorioiden hierarkkirakenne tuli esiin kategoriasta toiseen siirryttäessä kriittisinä eroina niissä toistuvien teemojen välillä, joita olivat 1) potilaan rooli, 2) sairaanhoitajan rooli, 3) työyhteisön rooli ja 4) hoitotyön toteuttaminen. Tutkimuksen tulokset lisäävät ymmärrystä laadullisesti erilaisista tavoista käsitteä ja merkityksellistää terveyttä sairaanhoitajan työssä ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden kuvaamana. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön opetussuunnitelman, opetussisältöjen ja opetuksen kehittämisessä ja opiskelijoiden terveyskäsitteysten syvenemisen ja laajenemisen tukemisessa nykyisiä käsityksiä lähtökohtana käyttäen.

Asiasanat: Sairaanhoitajaopiskelija, ulkomaalaistaustaisuus, terveys, hoitotyö, käsitteykset, fenomenografia

ABSTRACT

Lankinen-Lifländer, M. 2024. Foreign-born nursing students' conceptions of health as part of the nurse's work. A phenomenographic interview study. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis in health promotion, 64 pp, 7 appendices.

The conception of health forms the basis for both healthcare and nursing work, on which the nursing profession and the functioning of the healthcare system are based. The conception of health influences the nursing care provided by nurses and nursing students and their handling of health issues with patients. Due to different cultural backgrounds, the conceptions of health of foreign-born nursing students may differ from those of the host country's healthcare system. It is important to understand the conceptions of health on which foreign-born nursing students base their actions and upon which they build their understanding of both the healthcare system and nursing. There is little qualitative research on the conceptions of health among nursing students.

The aim of the study was to explore and describe the qualitatively different conceptions of health among nursing students in the context of nursing work. The purpose was also to enhance and broaden the understanding of the phenomenon by revealing the critical differences between these conceptions.

The study was conducted as a qualitative interview study using phenomenographic research approach. The data were collected between November 2023 and March 2024 by interviewing eight (n=8) foreign-born nursing students. The participants were second and third-year nursing students from Eastern Europe, Asia, Africa, and South America who had lived in Finland for 1-14 years. The interviews were conducted in Finnish or English according to the participants' preferences and transcribed verbatim. The data were analyzed using phenomenographic analysis method.

According to phenomenographic analysis, conceptions could be grouped into four hierarchically expanding categories of description. At its narrowest, health was seen as technical nursing actions (category I), and at its broadest, as a general and equal right (category IV). Between these were the categories "The nurse's own health as an enabler of nursing actions" (category II) and "Health as holistic action" (category III). The hierarchical structure of categories of description emerged as critical differences between recurring themes when moving from one category to another, which included 1) the patient's role, 2) the nurse's role, 3) the role of the work community, and 4) the implementation of nursing care. The results of the study increase understanding of qualitatively different ways of understanding and attributing meaning to health in nursing work as described by foreign-born nursing students. The results can be utilized in the development of nursing education curriculum, content, and teaching to support the deepening and broadening of students' conceptions of health using current conceptions as a starting point.

Keywords: Nursing student, foreign-born, health, nursing, conceptions, phenomenography

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO..... | 5 |
| 2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA | 6 |
| 2.1 Terveyden määritelmä terveyskäsitteen perustana | 6 |
| 2.2 Terveyskäsite länsimaisessa terveydenhuollossa | 9 |
| 2.3 Ulkomaalaistaustaisuus sairaanhoitajaopinnoissa ja terveydenhuollossa | 11 |
| 2.4 Aiempi tutkimustieto sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksistä terveydestä | 12 |
| 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS | 15 |
| 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 16 |
| 4.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu | 16 |
| 4.2 Aineiston analyysiprosessi | 20 |
| 5 TULOKSET | 23 |
| 5.1 Terveys hoitotyön teknisinä toimintoina (kategoria I)..... | 24 |
| 5.2 Oma terveys hoitotyön toimintojen mahdollistajana (kategoria II) | 26 |
| 5.3 Terveys holistisena toimintana (kategoria III) | 28 |
| 5.4 Terveys oikeutena (kategoria IV)..... | 30 |
| 5.5 Kategorioiden väliset suhteet | 32 |
| 6 POHDINTA | 37 |
| 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua aiemman tiedon valossa | 38 |
| 6.2 Tutkimuksen arviointia | 41 |
| 6.2.1 Tutkimusmenetelmien uskottavuus..... | 42 |
| 6.2.2 Analyysin ja aineiston vastaavuus..... | 43 |
| 6.2.3 Luotettavuus | 45 |
| 6.3 Eettisiä näkökulmia | 47 |
| 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset..... | 49 |

| | |
|---------------|----|
| LÄHTEET | 52 |
|---------------|----|

LIITTEET

Liite 1: Kirjallisuushaun hakustrategia ja tulokset CINAHL, ERIC ja PsychINFO-tietokannoista.

Liite 2: Kirjallisuushaun hakustrategia ja tulokset Ovid Medline-tietokannasta

Liite 3: Aiemmat laadulliset tutkimukset sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksistä terveydestä

Liite 4: Tutkimustiedote suomenkielinen

Liite 5: Tutkimustiedote englanninkielinen

Liite 6: Haastattelurunko suomenkielinen

Liite 7: Haastattelurunko englanninkielinen

1 JOHDANTO

Terveyskäsitys muodostaa sekä terveydenhuollossa että sairaanhoitajan työssä perustan, jolle sairaanhoitajan ammatti ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminta pohjautuu. Vaikka terveyskäsitteeseen vaikuttavat niin kulttuuriset kuin yksilön arvojärjestelmään perustuvat tekijät (Hernandez & Gibb 2019; Napier ym. 2014; Ravindran & Myers 2012), ei sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteitä ole juurikaan tutkittu. Kuitenkin sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteet vaikuttavat heidän antamaansa terveyskasvatukseen ja ohjaukseen, potilaiden hoitoon ja siihen, miten he käsittelevät terveyskysymyksiä potilaiden kanssa (Cao ym. 2018; Lyneham & Lewett-Jones 2016).

Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden määrä on lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana (Airas ym. 2019; Airas ym. 2023, 7–8) ja heistä on toivottu apua Suomea uhkaavaan sairaanhoitajapulaan (Tevameri 2022). Erilaisien kulttuuristen lähtökohtien takia ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteet saattavat poiketa opiskelumaan terveydenhuoltojärjestelmän terveyskäsitteestä (van Druten ym. 2022; Fernández-Gutiérrez ym. 2018), jolloin terveyskäsitteiden ja arvomaailmojen välille voi eri tilanteissa nousta ristiriitoja (Mason ym. 2021, 10; Sastrawan ym. 2021; Stone & Conway 2018). Ristiriidoista johtuva eettinen stressi voi vaikuttaa opiskelijoiden haluun jatkaa opintonsa loppuun ja toisaalta myös heidän pysyvyyteensä hoitoalalla (Cleary ym. 2018; Curtis ym. 2014). Toisaalta myös käsitteiden ja termien ymmärtäminen on edellytys koulutuksen oppimistavoitteiden saavuttamiselle (Marton ym. 1985, 57–58). Olikin tärkeää selvittää ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteitä, jotta terveyskäsitteiden variaatiot ja terveyskäsitteelle annetut merkitykset voidaan huomioida niin opetuksessa kuin opetuksen kehittämisessä ja opiskelijoiden tukemisessa.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin suomalaisessa ammattikorkeakoulussa opiskelevien ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteitä. Tavoitteena oli selvittää, millaisia laadullisesti erilaisia käsitteitä terveyteen liittyy ja millaisia merkityksiä opiskelijat antavat terveydelle sairaanhoitotyön kontekstissa. Saatua tietoa voidaan käyttää sairaanhoitajakoulutuksessa opetuksen, opetus suunnitelman ja opetussisältöjen kehittämisessä. Tutkielman tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää myös ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden arvoristiriidoista johtuvan eettisen stressin ennaltaehkäisemisessä ja opiskelijoiden tukemisessa opiskelussaan.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

WHO:n (1948) mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, yksilön perusoikeus (WHO 2021) ja Ottawan terveyden edistämisen peruskirjassa (1986) se tunnustetaan arkielämän resurssiksi. Terveyden määrittely on kuitenkin haastavaa sen monimutkaisen ja moniulotteisen luonteen sekä siihen liitettyjen yksilöllisten ja kulttuuristen näkemysten vuoksi.

2.1 Terveyden määritelmä terveyskäsitteen perustana

Käsitys terveydestä vaihtelee kontekstin mukaan. Terveyskäsitteen määrittelyyn vaikuttavat aika, kulttuuri ja nykyaikaisessa yhteiskunnassa myös alakohtaiset painotukset, kuten lääketiede, psykologia ja kansanterveys näkökulmista riippuen (Leonardi 2018; Van Druten ym. 2022). Biolääketieteellisessä näkökulmassa terveys ja sairaus nähdään toistensa vastakohtina ja terveys kuvataan fyysisenä terveytenä ja sairauden puuttumisena (Boorse 1977; Engel 1977). Biolääketieteellistä mallia on kritisoitu sen jättäessä huomiotta sairauksien psykologisia ja sosiaalisia näkökulmia. Nykyiset terveyden määritelmät ja mallit heijastavat usein kaksijakoista kartesiolaista filosofiaa, jonka mukaan mieli ja keho edustavat erilaisia, mutta toisiinsa yhteydessä olevia toimivia järjestelmiä (Saylor 2004). Terveys jaetaan usein erillisiin osiin kuten fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen, jotka yhdessä muodostavat biopsykososiaalisen (holistisen) terveyskäsitteen (Engel 1977; Engel 1978; Farre & Rapley 2017; Nordenfelt 2007). WHO:n vuoden 1948 määritelmän lisäksi yleiseen keskusteluun on vakiintunut käsite positiivinen terveys (Seeman 1989), joka keskittyy henkilön kykyihin ja elämän hallintaan sosiaalisissa, fyysisissä ja emotionaalisissa haasteissa. Esimerkiksi vammaisia tai kroonisista sairauksista kärsiviä ihmisiä ei automaattisesti enää nähdä sairaina (Sartorius 2006; Nordenfelt 2007; Van Druten ym. 2022).

Terveyttä voidaan tarkastella myös perinteisen staattisen terveyskäsitteen haastavana tasapainona tai dynaamisena ja muuttavana ominaisuutena. Tällöin näkökulmaksi voidaan ottaa esimerkiksi yksilön kyky sopeutua ulkoisiin ja sisäisiin stressitekijöihin (Schulkin 2004) tai dynaaminen tasapaino mahdollisuuksien ja rajoitusten välillä, johon ulkoiset olosuhteet, kuten sosiaaliset ja ympäristöhaasteet vaikuttavat (Huber ym. 2011; Krahn ym. 2021; Lipworth ym. 2011). Terveyden ulottuvuuksia ja terveyttä voidaan kuvata myös erilaisten termien, kuten re-

silienssin eli psyykkisen joustavuuden ja pärjäämisen (Schulkin 2004), sopeutumiskyvyn (Huber 2011) tai salutogeenisen teorian kautta yksilön liikkumisena hyvinvoinnin ja sen vastakohdan välillä (Antonovsky 1993; Eriksson 2022). Terveys voidaankin nähdä kykynä toteuttaa potentiaaliaan ja velvollisuuksiaan, osallistua sosiaalisiin aktiviteetteihin kuten työhön ja hallita elämäänsä mahdollisesta sairaudesta huolimatta.

Terveyden määritelmä on muuttunut ja sitä on pyritty kehittämään tutkimustiedon lisääntyessä ja kansainvälisten painotusten ja yhteiskunnallisten tilanteiden muuttuessa (taulukko 1). Yrityksistä huolimatta WHO:n (1948) alkuperäiselle määritelmälle terveydestä täydellisenä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina ei ole löydetty yhteisesti hyväksyttyä korvaavaa määritelmää (Leonardi 2018). Toisaalta Schramme (2023) tuo esiin, että WHO:n määritelmässä termi ”täydellinen” on saatettu ymmärtää väärin. Hänen mukaansa termi tarkoittaisi enemmän käsitystä terveyden eri ulottuvuuksista eli kokonaisvaltaista terveyttä, kuin täydellistä terveyttä. Tällöin terveyden määritelmä soveltuisi paremmin yhteiskunnalliseen, poliittiseen ja yksilölliseen keskusteluun terveydestä. Toisaalta ajatellaan, että yleinen terveyden määritelmä ei voi ohjata kaikkia terveydenhuollon käytäntöjä, sillä eri ammattiryhmillä tai terveydenhuollon ympäristöillä voi olla omat ainutlaatuiset tarpeensa ja vaatimuksensa terveystieteelle (Van Druten ym. 2022; Leonardi 2018). Terveyden määritelmä ja siten myös terveystieteiden käsitteet riippuvatkin kontekstista, jossa niitä käytetään (Van Druten ym. 2022).

Terveyden määrittelyn vaikeus osoittaa myös terveystieteiden monimutkaisuutta. Yksilön terveystieteiden käsite on subjektiivinen ja sen muovautumiseen vaikuttavat lukuisat sekä yksilökohdalliset että ympäristötekijät (WHO 2021), erityisesti kulttuuri (Hernandez & Gibb 2019; Levesque & Li 2014; Ravindran & Myers 2012), ja yksilön ja yhteisön arvot (Napier ym. 2014). Käsitteet terveydestä ja sairaudesta rakentuvat sulauttamalla ja sopeuttamalla uutta tietoa ja kokemuksia olemassa olevaan ymmärrykseen (Levesque & Li 2014). Tutkimusten mukaan yksilön terveystieteiden käsite vaikuttaa moraalisiin käyttäytymistapoihin pohjautuessaan vahvasti eettisiin arvoihin ja periaatteisiin (Levesque & Li 2014; Schmidt & McArthur 2018; Van Druten ym. 2022).

TAULUKKO 1. Terveiden määritelmän kehitysaskelia WHO:n määritelmän jälkeen (mukaan Alonson 2004; Conti 2018; Krahn ym. 2021)

| | | |
|-------------------------|---------------|--|
| WHO | 1948 | Täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi, ei pelkästään sairauden tai heikkouden puute. |
| Engel | 1977 | Terveiden bio-psyko-sosiaalinen malli biomedikaalisen mallin tilalle. Suhteellinen terveys ja sairaus riippuvat näiden kolmen tekijän välisestä vuorovaikutuksesta. |
| WHO | 1986 | Terveyttä pidetään arjen elämän resurssina, ei elämän tavoitteena. Terveys on positiivinen käsite, joka korostaa sosiaalisia ja henkilökohtaisia resursseja sekä fyysisiä kykyjä. (Ottawa Charter) |
| WHO | 2001 | Terveys eroaa toimintakyvystä ja vammaisuudesta. Vammaisuus on vajavuuksiin, toimintarajoitteisiin ja osallistumisrajoitteisiin viittaava yleistermi, johon terveydelliset olosuhteet, ympäristötekijät ja henkilökohtaiset tekijät vaikuttavat. |
| Sartorius Nordenfelt | 2006 2007 | Terveys on tila, jossa yksilöt sairaudesta tai vajavuudesta huolimatta katsotaan terveiksi heidän kyetessä ylläpitämään parasta mahdollista elämää tuottavaa sisäistä tasapainoa. |
| The Lancet | 2009 | Terveys on dynaamista sopeutumista stressitekijöihin kuten resilienssi (Schulkin 2004, 18, 22) ja Antonovskyn (1979) koherenssin tunne, jossa liikutaan terveyden ja epämukavuuden välillä (Ericsson 2022, 63–64). |
| Huber ym. | 2011, 2016 | Terveys on muuttuva tila, yksilön sopeutumiskyvystä ja itsehallintataidoista riippuva kokonaisvaltaisen eheyden, tasapainon ja hyvinvoinnin tunne. |
| Halfon ym. | 2014 | Terveys on kykyä luoda mahdollisuuksia tavoitteiden saavuttamiseksi, tarpeiden tyydyttämiseksi ja resurssien vahvistamiseksi. |
| Krahn ym. | 2020 | Terveys on muuttuva, elämäntilanteiden ja ympäristön muutoksiin sopeutumalla saavutettava fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja olemassaoloon liittyvän hyvinvoinnin tasapaino. |

Sairaanhoitajan ja sairaanhoitajaopiskelijan arvoperusta ja siihen nojaavat moraaliset ratkaisut muotoutuvat henkilökohtaisista ja ammatillisista arvoista. Nämä arvot luodaan kulttuuriin, kotikasvatukseen, ammatilliseen sairaanhoitajakoulutukseen ja organisaatioon/instituutioon perustuen (Kaya ym. 2017; Guptarak ym. 2020; Sastrawan ym. 2021; Saunders & Vehviläinen-Julkunen 2017; Schmidt & McArthur 2018; Sommers 2018). Sairaanhoitajan eettiset ja moraa-

liset arvot ovat osa ammatillista koulutusta, mutta muut arvot jäävät yleensä piiloon ja aktivoituvat sairaanhoitajakoulutuksen aikaisessa vuorovaikutuksessa (Sastrawan ym. 2021). Hoitotyön opiskelijan kulttuuriset terveyskäsitteet tulevat hoitotyön toiminnoissa näkyviksi erityisesti suhtautumisessa potilaisiin, heidän ohjaamisessaan terveyden edistämisen kontekstissa sekä tehtävävastuussa, eli suhtautumisessa terveyteen ja näyttöön perustuvaan, virheettömään ja turvalliseen hoitoon (Kaya ym. 2017; Leino-Kilpi ym. 2023, 250–253; Sommers 2018).

Terveyden määritelmät ja terveyskäsitteet eivät siis ole universaaleja. Terveyskäsitteet heijastavat monimuotoisuutta eri paikoissa ja yhteisöissä, eikä niitä tulisi määritellä pelkästään kliinisen hoidon ja sairauden mittareilla (Boorse 1977; Napier ym. 2014).

2.2 Terveyskäsite länsimaisessa terveydenhuollossa

Terveyskäsitteeseen pohjautuvat niin yhteiskunnan terveystieteet, julkinen terveydenhuoltojärjestelmä kuin yhteisö- ja yksilötason terveyden edistäminenkin (Nutbeam & Muscat 2021; Soto Mas & Jacobson 2019). Länsimaisissa kulttuureissa vallitsevana on ollut biolääketieteellinen näkemys terveydestä (Boorse 1977), kun taas itäisissä kulttuureissa terveys on yleensä kuvattu harmoniaksi tai tasapainoksi erilaisten voimien tai maailmankaikkeuden elementtien välillä (Cao ym. 2018; Lipworth ym. 2011; Ravindran & Myers 2012). Myös Suomessa keskustelua on käyty biolääketieteellisen ja biopsykososiaalisen (holistisen) terveystieteen ympärillä, tosin suomalaisen terveystieteen valtavirran terveystieteen on ollut biologisiin prosesseihin perustuva (Setälä-Pynnönen 2015). Tämä tarkoittaa viestinnässä ja mediassa fyysilogisen kehonäkökulman korostumista holistisen näkökulman, eli sosiaalisen ja psyykkisen ulottuvuuden huomioivan terveystieteen kustannuksella.

Terveydenhuoltoalan koulutuksissa sosiaalisen ja psyykkisen ulottuvuuden huomioivaa holistista mallia opetetaan laajasti, mutta käytännössä opiskelijat näkevät henkilöstön lääkäreiden johdolla keskittyvän pääasiassa biolääketieteellisiin kysymyksiin (Alonso 2004). Tarve muuttaa terveydenhuoltojärjestelmän terveystietettä enemmän psykososiaalisia tekijöitä huomioivaksi on kuitenkin kansainvälisestikin tunnustettu (Adler ym. 2016; Mason ym. 2021, 4).

Länsimainen ja erityisesti Suomen terveydenhuoltojärjestelmän perustana oleva terveystieteen koostuu terveyden fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta WHO:n määritelmää mukailen (Tirronen ym. 2020). Julkisella rahoituksella ylläpidetty terveydenhuoltojärjestelmä

perustuu tasa-arvolle, syrjimättömyydelle ja arvostaa yksilön omaa vastuuta itsestään ja elämästään (Tirronen ym. 2020, 62). Tämä yksilökeskeisyys erottaa länsimaisen terveystieteiden kollektiivisempien kulttuurien, kuten mm. Aasian ja Tyynenmeren, Afrikan, Etelä-Amerikan, Intian ja alkuperäiskansojen keskuudessa vallitsevista yhteisöllisistä ajatuksista terveydestä (Levesque & Li 2014; McLaughlin & Braun 1998; Ravindran & Myers 2012). Yhteisöllisissä kulttuureissa yksilön terveyttä määritellään riippuvuussuhteessa perheeseen ja yhteisöön, joissain kulttuureissa jopa ympäristön terveyteen (Levesque & Li 2014; Torch & Ma 2000).

Suomessa hoitotieteen ja sairaanhoitotyön terveystieteiden pohjautunut terveydenhuollon yleisten periaatteiden lisäksi WHO:n Ottawan peruskirjan (1986) aktiiviseen ja vuorovaikutteiseen näkemykseen terveydestä, kansainvälisen sairaanhoitajaliiton ICN:n eettisiin ohjeisiin (Stievano & Tschudin 2019) ja hoitotieteen uranuurtajan Katie Erikssonin (1989) karitatiivisen hoitotyön teorian terveystieteeseen. Edelleen hoitotyön opetus noudattelee Erikssonin pohjustamaa teoriaperustaa (Savolainen ym. 2021). Karitatiivisessa teoriassa terveys mielletään holistiseksi kokemukseksi ruumiillisesta, sielullisesta ja hengellisestä eheydestä, joka kehittyy ja liikkuu jatkuvasti. Tässä teoriassa ajatellaan terveyden kokemisen olevan riippuvainen yksilön voimavaroista ja henkisestä ja hengellisestä suunnasta ja sisällöstä (Eriksson 1989). Terveyden vastakohtana nähdään kärsimys, jota hoitotyön tehtävänä on lievittää laupeuden, rakkauden, uskon ja toivon elementeillä (Eriksson 1989; Savolainen ym. 2021). Hoitotyön terveystieteiden mielletäänkin olevan perinteistä holistista terveystietoa laajempi tuodessaan mukaan karitatiivisen teorian ja hoitajan kärsimystä lievittävän eettisen ja moraalisen tehtävän.

Terveydenhuoltoalan ammattiryhmistä sairaanhoitajat ovat merkittävässä roolissa terveydenhuoltojärjestelmän osana terveyden edistämässä terveysinformaation antajina, potilaiden terveydenlukupotilaiden kehittäjinä ja tukijoina sekä terveysinterventioiden ohjaajina (Ayaz-Alkaya & Terzi 2019; Pueyo-Garrigues ym. 2022; WHO 2020, 13; Wilandika 2023). Koulutuksensa aikana sairaanhoitajaopiskelijoiden tulisikin sisäistää ammattiin liittyviä arvoja ja etiikkaa (Kaya ym. 2017; Stievano & Tschudin 2019; Schmidt & McArthur 2018) ja hoitotyöhön liittyvää kokonaisvaltaista terveystietoa (Alonso 2004; van Druten ym. 2022; Eriksson 1989).

2.3 Ulkomaalaistaustaisuus sairaanhoitajaopinnoissa ja terveydenhuollossa

Ulkomaalaistaustaisten korkeakouluopiskelijoiden määrä on kaikilla mittareilla mitattuna yli kaksinkertaistunut viimeisen kymmenen vuoden aikana (Airas ym. 2023, 7–8). Ulkomaalaistaustaisella tarkoitetaan tässä yhteydessä sekä maahan muuttaneita että maahanmuuttajien Suomessa syntyneitä lapsia (Airas ym. 2019, 3). Ulkomaalaistaustaisista korkeakouluhakijoista yli puolet pyrkii terveystyö- ja hyvinvointialueille ja heidän vastaanottamistaan opiskelupaikoista yli 30 % oli näillä aloilla vuonna 2017 (Airas ym. 2019, 52).

Terveydenhuollon ja hoivapalvelujen työntekijät muodostivat vuoden 2021 lopussa Suomen suurimman ammattiryhmän 196 000 työllisellä, joista ulkomaalaistaustaisia oli 8,4 % eli 16 500 henkilöä (SVT 2022). Sairaanhoitajana työskentelevien ulkomaalaistaustaisten henkilöiden määrä oli noussut parissa vuodessa 3,4 %:sta vuonna 2021 4,1 %:iin ja näistä työntekijöistä suurin osa (75 %) oli EU-maiden ulkopuolelta (Sairaanhoitajat n.a.). EU:n tai ETA-valtioiden ulkopuolisissa maissa koulutuksensa hankkineiden jo valmiiden sairaanhoitajien koulutusta ei tunnusteta sellaisenaan, vaan he tarvitsevat Suomessa toimiakseen pätevyitysmiskoulutuksen ja Valviran laillistuksen (Valvira a) n.a.). Sekä laillistamiseen vaadittavaa pätevyitysmiskoulutusta että sairaanhoitajan tutkintokoulutusta säädellään tarkasti. Sairaanhoitajatutkinto nimikkeellä ”sairaanhoitaja (AMK)” on yleiseurooppalaisen korkeakoulututkintojon mukaisesti suojatun ammattinimikkeen tuottava alempi korkeakoulututkinto, jonka sisällön vähimmäisvaatimuksia säätelevät sekä kansallinen lainsäädäntö (STM 2018, 20–25) että EU-direktiivi (2013/55/EU). Suomessa sairaanhoitajakoulutusta antavat ammattikorkeakoulut (STM 2020). Koulutus koostuu yleissairaanhoitajan ammatillisesta perusosaamisesta (180 opintopistettä) ja syventävästä osaamisesta (30 op). Koulutus kestää yleensä 3,5 vuotta ja antaa pätevyyden toimia sairaanhoitajan tehtävissä koko EU:n alueella (Valvira b) n.a.). Suurin osa koulutusohjelmista toteutuu suomenkielisinä (132), pieni osa (7) ruotsin- tai englanninkielisinä (17) ja yksi venäjänkielisenä (Opintopolku n.a.).

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitotyön työnjaon tai käytäntöjen jakautuminen eri ammattiryhmien välillä voi olla ulkomaalaistaustaiselle sairaanhoitajille tai sairaanhoitajaopiskelijoille vierasta (Sherwood & Schaffer 2014; Vartiainen ym. 2017). He ovat saattaneet lähtömaassaan tottua selkeämpään hierarkkiseen työnjakoon tai rajatumpaan työnkuvaan tai heidän ajatuksensa moniammatillisesta yhteistyöstä on erilainen kuin Suomessa (Kamau ym.

2022; Sherwood & Schaffer 2014). Suomessa hoitotyön holistinen eli kokonaisvaltainen lähestymistapa ja kuntouttava hoito-ote saattavat olla uutta, etenkin jos lähtömaassa sairaanhoitajan työtehtävät ovat rajautuneet lähinnä potilaan fyysisistä tai lääketieteellisen hoidon tarpeista vastaamiseen ja potilaan palvelemiseen (Aalto ym. 2013; Kamau ym. 2022; Vartiainen ym. 2017).

Sairaanhoitajan työ on vahvasti moraaliin ja etiikkaan sidottua (Sairaanhoitajat 2021; Stievano & Tschudin 2019). Jos hoitajan terveystieteiden ja sen pohjana olevat henkilökohtaiset arvot ovat ristiriidassa työn tekemisen tapojen, mahdollisuuksien tai työpaikan arvojen kanssa, voi sairaanhoitajalle muodostua stressaava eettinen valintatilanne, eettinen dilemma (Haahr ym. 2020; Muronda 2016; Stone & Conway 2018). Myös tilanteissa, joissa hoidon hyöty on epävarmaa tai hoitajan ja potilaan intressit eivät ole yhtenevät, voi hoitaja joutua tekemään kompromisseja ammatillisia tai omia arvojaan vastaan (Haahr ym. 2020). Sairaanhoitajaopiskelija kohtaa vastaavia tilanteita harjoitteluympäristöissä. Pitkään jatkuessaan voi näistä tilanteista seurata moraalista ahdistusta, stressioireisiin johtavaa psyykkistä epätasapainoa ja jopa opintojen keskeyttämistä tai alalta poistumista (Curtis 2014; Haahr ym. 2020). Erityisesti ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat ja -opiskelijat ovat haavoittuvassa asemassa erilaisen kulttuurisen taustansa ja arvopohjansa vuoksi (Haahr ym. 2020; Muronda 2016).

Sairaanhoitajapula on globaali ongelma ja koskettaa akuutisti erityisesti länsimaita, joissa väestö ikääntyy ja suuri osa ammatissa toimivia sairaanhoitajia eläköityy lähivuosisikymmenen aikana (WHO 2020). Suomessa vuonna 2022 työvoimapula-ammattien kärjessä olivat sairaanhoitajat heti lähihoitaja-ammattinimikkeen jälkeen (Sairaanhoitajat n.a.). Ulkomaalaistaustaisista hoitajista on toivottu apua sote-alaa vaivaavaan pitkäaikaiseen työvoimapulaan, joka Tevameren (2022, 36) mukaan yksinään edustaa yli puolta koko Suomen talouden työvoimapolusta.

2.4 Aiempi tutkimustieto sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksistä terveydestä

Sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystieteiden ja terveyteen liitettyjä merkityksiä ja tekijöitä on laadullisin menetelmin tutkittu kahdessa tutkimuksessa 1980- ja 1990- lukujen taitteessa (Beck 1991; Hanna 1989) ja kahdessa tutkimuksessa 2000-luvulla (Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024). Kirjallisuushaun hakulausekkeet ja taulukointi näiden tutkimusten tärkeimmistä tiedoista on koottu liitteisiin 1, 2 ja 3. Sundarin ym. (2024) tutkimuksessa kohderyhmänä olivat

opettajaopiskelijat ja terveydenhoitajat. Koska terveydenhoitajakoulutus on sairaanhoitajakoulutuksen päälle rakennettu lyhyt erikoistumisosuus, voidaan yhteisen koulutuspohjan takia ajatella heidän käsityksiään terveydestä verrannollisina sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiin. Fyysisen kehon merkitys tai fyysinen toimintakyky nähtiin terveyden osa-alueena kaikissa neljässä tutkimuksessa. Vanhemmissa tutkimuksissa (Beck 1991; Hanna 1989) sairaanhoitajaopiskelijat olivat kuvanneet terveyttä erityisesti fyysisen toimintakyvyn kautta, kun taas uudemmissa opiskelijat kokivat fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin olevan yhteydessä toisiinsa ja olevan hyvän terveyden edellytys (Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024). Fyysisyys tuli esiin myös ajatuksina fyysisen ulkomuodon, ihannevarallon ja omakuvan merkityksestä terveydelle (Hanna 1989; Sundar ym. 2024).

Terveyttä edistävä toiminta, erityisesti fyysisestä terveydestä huolehtiminen, päihteettömyys ja terveelliset elintavat koettiin kuuluvan terveyteen (Beck 1991; Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024) ja olevan yksilön omalla vastuulla (Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024). Yksilön oma vastuu terveydestään nousi tuoreemmissa tutkimuksissa vahvemmin esiin kuin vanhemmissa. Tasapaino elämän eri osa-alueiden välillä, harmonia, tyytyväisyys elämään ja onnellisuus terveyden määritteinä tulivat esiin kaikissa tutkimuksissa hiukan eri tavoin sanoitettuna. Kolmessa tutkimuksessa (Beck 1991; Hanna 1989; Skär & Söderberg 2016) oli onnellisuus suoraan mainittu terveyden osatekijänä. Opiskelijat olivat lisäksi kuvanneet elämäntyytyväisyyden, henkisen ja emotionaalisen rauhan ja harmonian (Beck 1991; Skär & Söderberg 2016), levollisuuden (Sundar ym. 2024) sekä itsensä toteuttamisen ja täyttymyksen tunteiden (Hanna 1989) merkitsevän heille terveyttä.

Uudemmissa tutkimuksissa nousi vahvasti esiin merkityksellisyyden kokemus terveyden osatekijänä. Opiskelijat kokivat merkityksellisyyden syntyvän arvostetuksi tulemisesta, elämäntähtälistä ja tulevaisuudenuskosta (Skär & Söderberg 2016), sekä vapaudesta omiin valintoihin ja turvallisuuden ja luottamuksen tunteista (Skär & Söderberg 2016). Perhe, sosiaaliset suhteet ja yhteenkuuluvuuden tunteet (Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024), sekä läheisten terveys koettiin vaikuttavan omaan kokemukseen terveydestä (Skär & Söderberg 2016).

Kaikissa tutkimuksissa sairaanhoitajaopiskelijat käsittivät terveyden laajemmin kuin WHO:n (1948) alkuperäisessä terveyden määritelmässä oli kuvattu. Vanhemmissa tutkimuksissa (Beck 1991; Hanna 1989) terveystietoisuus fyysisen toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin korostumisena oli lähimpänä WHO:n määritelmää. Opiskelijoiden terveydelle antamat merkitykset

ja terveystäsitukset sisälsivät ympäristön vaikutukset terveyteen, sosiaaliset suhteet ja yksilön merkityksellisyuden kokemukset. Terveyttä ei nähty täydellisen hyvinvoinnin tilana ja sairauden puuttumisena, vaan ennemmin yksilöllisenä kokemuksena terveydestä mahdollisesta sairaudesta huolimatta.

Aiempi tutkimus sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystäsituksista on ollut kovin puutteellista ja metodologisesti yksipuolista, eikä tutkimustietoa terveystäsituksista sairaanhoitajan työn kontekstissa tai ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystäsituksista ole lainkaan. Kirjallisuushaun havaintojen perusteella tutkimus on kohdentunut pääosin sairaanhoitajaopiskelijoiden terveydenlukutaitoon, käsitukseen omasta terveydestä tai terveystäyttämiseen, ja tutkimukset ovat pääosin erilaisia terveystäkemysmittareita hyödyntäviä pitkittäis- tai poikkileikkaustutkimuksia (mm. Bulfone ym. 2020; Guptarak ym. 2020; Lusk ym. 1995; Munangatire ym. 2022; Okuyan & Caglan 2019; Özdemir ym. 2022). Suomessa sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystäsituksia on tutkittu 2000-luvun molemmin puolin kahdessa AMK-tasoisessa opinnäytetyössä (Myllys 2001; Kallio 2011) ja yhdessä pro gradu -tutkielmassa (Karhila & Kopra 1998). Myös Pakkanen ym. (2023) toteavat tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystäsituksista olevan vähän. Terveystäsituksella on kuitenkin vaikutusta siihen, mistä lähtökohdista ja miten sairaanhoitajan työtä toteutetaan (Barbagallo 2021; Langari ym. 2017). Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli, että ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystäsitukset voivat kytkeytyä opintoihin, harjoittelujaksoihin ja toisaalta myös pysyvyyteen hoitoalalla Suomessa. Terveydelle annettuja merkityksiä haluttiinkin tarkastella fenomenografisella lähestymistavalla, jotta ymmärrys ulkomaalaistaustaisten opiskelijoiden laadullisesti erilaisista terveystäsituksista laajenisi ja saataisiin syvällistä ymmärrystä käsitusten taustalla olevista merkityksistä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tässä pro gradu -tutkielmassa haluttiin kartoittaa ja kuvata sairaanhoitajaopiskelijoiden laadullisesti erilaisia käsityksiä terveydestä sairaanhoitajan työssä. Tarkoitus oli myös pyrkiä lisäämään ja laajentamaan ymmärrystä ilmiöstä käsitysten välisiä kriittisiä eroja paljastamalla. Tutkimuskysymyksenä oli:

Millaisia laadullisesti erilaisia käsityksiä ulkomaalaistaustaisilla sairaanhoitajaopiskelijoilla on terveydestä sairaanhoitajan työssä?

Tavoitteena oli lisätä tietoa terveystieteiden monimuotoisuudesta hoitotyön koulutuksen ja opetussuunnitelman kehittämiseksi ja opiskelijoiden oppimisen ja ammatillisen kehittymisen tukemiseksi.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä pro gradu -tutkielmassa kiinnostus kohdistui sairaanhoitajaopiskelijoiden erilaisiin käsityksiin terveydestä, jolloin laadullisen tutkimusperinteen joukosta valittiin fenomenografinen tutkimusote. Fenomenografisessa lähestymistavassa ajatellaan, että ilmiön kokemisessa tai käsittämisessä on olemassa vain rajallinen määrä erilaisia tapoja (Marton & Booth 2013, 124–126). Tutkimuksen tarkoituksena olikin pyrkiä tunnistamaan ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden käsitykseen terveydestä sairaanhoitajan työssä liittyvät erilaiset kokemisen, tulkitsemisen, ymmärtämisen ja havaitsemisen tavat eli Martonin (1981) esittelemä toisen asteen näkökulma (Marton & Booth 2013, 135–139; Marton & Pong 2005; Sjöström & Dahlgren 2002; Tight 2016). Näitä erilaisia ymmärtämisen ja konseptualisoinnin tapoja eli ”käsityksiä” kuvataan yleensä toisiinsa nähden hierarkiasuhteissa olevina kuvauskategorioina, tulosavaruutena (Marton & Booth 2013; Marton & Pong 2005).

Fenomenografisessa analyysissä terveyden eri ymmärtämistavat analysoitiin kahden toisiinsa kokemuksen kautta kietoutuneen näkökulman perusteella: terveyden merkitys, joka ilmeni opiskelijoiden ilmaistessa terveyteen sairaanhoitajan työssä liittyviä merkityksiä ja piirteitä, sekä vaihtelun ulottuvuudet, joissa opiskelijat tekivät eroja terveyskäsityksen ilmenemisessä. Analyysin jälkeen tutkimustulokset kuvataan yleensä kolmesta näkökulmasta: Ensimmäisenä kuvataan tulosavaruus eli aineistossa esiintyvät erilaiset käsitykset ja niiden suhde toisiinsa yleensä kuva- tai kaaviomuodossa, toisena kuvauskategorioiden yksityiskohtainen kehittäminen ja kolmantena kategorioiden välisten suhteiden analyysi (Marton & Booth 2013; Marton & Pong 2005; Åkerlind ym 2005).

4.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Fenomenografisessa tutkimuksessa tarkoituksena on mahdollisimman rikkaan ja monipuolisen aineiston kokoaminen (Bowden 2005, 16; Kettunen & Tynjälä 2018), joten tässä tutkimuksessa osallistujiksi rekrytoitiin harkinnanvaraisella otannalla henkilöitä, joilla oli omakohtaista kokemusta ilmiöstä ja mahdollisimman erilainen tausta (Kettunen & Tynjälä 2018; Kylmä & Juvakka 2014, 58; Åkerlind 2005a). Aineistonhankinta päätettiin toteuttaa yksilöhaastatteluin, joka on fenomenografisen tutkimuksen yleisin keino tutkimusaineiston hankkimiseksi (Bowden 2005; Marton 2005, 153; Marton & Booth 2013, 150).

Tutkittavien rekrytointi tapahtui joulukuussa 2023 ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen maahanmuuttajaryhmien tutoropettajien sähköpostitse välittämällä rekrytointi-ilmoituksella kaikille opiskelijoilleen. Tutkimukseen osallistuminen edellytti maahanmuuttajataustaa, opiskeluoikeutta sairaanhoitajakoulutuksessa, täysi-ikäisyyttä ja tutkimuksen lomakkeisiin ja tietosuojaan tutustumista sekä suostumuslomakkeen täyttämistä.

Tutkimukseen ilmoitettiin rekrytointi-ilmoituksen kautta marras-joulukuussa 2023 kaksi osallistujaa. Fenomenografisissa tutkimuksissa osallistujien määrä vaihtelee yleensä 10 ja 30 välillä (Kettunen & Tynjälä 2018; Stenfors-Hayes ym. 2013). Koska enempää osallistujia ei ilmoitautunut, päätettiin tammikuussa 2024 jatkaa rekrytointia lumipallo-otannalla, jossa aiempia osallistujia pyydettiin suosittamaan verkostostaan muita opiskelijoita, jotka täyttivät tutkimuksen sisäänottokriteerit (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018, 66). Lumipallo-otannan avulla saatiin helmikuussa 2024 vielä kuusi osallistujaa. Yhteenvedo osallistujien demografisista taustoista on taulukossa 2. Taulukossa ei ole eroteltu osallistujia yksitellen heidän henkilöllisyytensä suojaamiseksi.

TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistujat

| Ikäkeskiarvo v (luottamusväli) | Opintovuodet keskimäärin v (luottamusväli) | Koulutusohjelman kieli | Haastattelukieli | Asunut Suomessa keskimäärin v (luottamusväli) | Syntymämaan maanosa |
|--------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|---|--|
| 36,5 (21–44 v) | 2,5 (2–3,5 v) | englanti (n=6) suomi (n=2) | englanti (n=5) suomi (n=3) | 6,4 (1–14 v) | Etelä-Aasia (n=1) Etelä-Amerikka (n=1) Eteläinen Afrikka (n=1) Itä-Eurooppa (n=1) Kaakkois-Aasia (n=4) |

Osallistujat (n = 8) olivat maahanmuuttajataustaisia sairaanhoitajaopiskelijoita sekä suomen-että englanninkielisistä koulutusohjelmista. He osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Osallistujien ikäkeskiarvo oli 36,5 vuotta vaihdellen 21–44 ikävuosien välillä ja miehiä ja naisia oli yhtä paljon. Kolme heistä oli

kolmannen vuosikurssin opiskelijoita ja viisi juuri aloittaneet toisen opiskeluvuotensa. Kaikki olivat syntyneet muualla ja muuttaneet Suomeen viimeisen 14 vuoden aikana. Yksi osallistuja oli Etelä-Aasiasta, yksi Etelä-Amerikasta, yksi Eteläisestä Afrikasta, yksi Itä-Euroopasta ja neljä Kaakkois-Aasiasta. Kaikki paitsi kaksi olivat englanninkielisistä koulutusohjelmista.

Ennen varsinaisten tutkimushaastattelujen aloittamista toteutettiin yksi harjoitteluhaastattelu fenomenografisen haastattelutekniikan kokeilemiseksi ja haastattelurungon (liitteet 6 ja 7) toimivuuden testaamiseksi käytännössä. Tätä harjoitushaastattelua ei otettu mukaan lopulliseen aineistoon. Harjoitteluhaastattelujen toteuttamista suositellaan, jotta haastattelukysymyksiä ja jatkokysymyksiä on mahdollista testata ja haastattelija harjaantuu fenomenografiseen haastattelutyyliin (Åkerlind ym 2005). Harjoitushaastattelun ja siitä saadun palautteen perusteella tutkimusaiheen kuvailua ja alkukeskustelua laajennettiin, jotta haastateltavat kokisivat tilanteen rennoksi ja psykologisesti turvalliseksi (Lyman & Mendon 2021; Ruusuvuori & Tiittula 2017). Tutkimusaiheen kuvailu laadittiin kirjalliseen muotoon, jotta kaikissa haastatteluissa osallistujat saivat samanlaisen alkukäsityksen tutkimusaiheesta.

Tässä tutkimuksessa kuusi haastattelua toteutui yksilöhaastatteluna ja yksi parihaastatteluna osallistujien toiveen mukaisesti (Bowden 2005; Marton & Booth 2013). Haastatteluissa käytettiin etukäteen suunniteltua ja tutkimuksen ohjaajan hyväksymää puolistrukturoitua haastattelu-runkoa (Booth 1997, 138; Kettunen & Tynjälä 2018). Haastatteluista suurin osa (n=6) toteutettiin etäyhteydellä videovälitteisesti Zoom-sovelluksen kautta ja loput (n=2) läsnä ollen. Haastattelut nauhoitettiin Zoom-sovelluksen nauhoitustoiminnolla ja varanauhoitus tehtiin Olympus-ääninauhurilla. Kolme haastattelua toteutettiin suomeksi ja loput englanniksi.

Ennen haastattelun aloittamista osallistujan kanssa käytiin läpi tutkimustiedote (liitteet 4 ja 5), tutkimustietojen ja niiden käsittelyn luottamuksellisuus ja hänen oikeutensa keskeyttää tutkimus milloin tahansa, ja viimeisimpänä suostumuslomake ja sen allekirjoittaminen. Haastattelua edeltävä alkukeskustelu pyrittiin pitämään kevyenä ja neutraalina, jotta siihen olisi vaivatonta osallistua (Ruusuvuori & Tiittula 2017, 33–34, 46). Haastattelutilanteessa luottamuksellisen ilmapiirin luominen on keskeistä haastattelun onnistumisen kannalta (Puusa 2020, 108; Roulston 2024; Ruusuvuori & Tiittula, 46), sillä vain psykologisesti turvallisessa ilmapiirissä osallistuja voi tuoda syvimpiä henkilökohtaisia näkemyksiään ja kokemuksiaan esiin (Bowden 2005; Lyman & Mendon 2021; Marton & Booth 2013, 149–150; Ruusuvuori & Tiittula 2017, 45–47).

Haastattelu aloitettiin haastattelurungon mukaisesti kysymällä taustatietoja osallistujasta ja lämmittelykysymyksellä ”*Kerro tai kuvaile vapaasti mitä sinusta on terveys?*” tai ”*Describe freely what you think health is?*”. Haastattelurunkoon (liitteet 6 ja 7) oli laadittu apukysymyksiä auttamaan vastausten tarkentamista tai selventämistä ja haastattelun etenemistä. Haastattelija piti huolta, ettei hän arvottanut osallistujan vastauksia kommenteillaan tai eleillään, jotta osallistuja saattoi tuoda kommenttinsa ja käsityksensä vapaasti esiin (Green & Bowden 2009, 55; Marton 2005, 153; Kettunen 2021). Myös johdattelevia kysymyksiä pyrittiin välttämään (Marton 2005, 153; Åkerlind ym. 2005, 78). Muistiinpanojen avulla pystyttiin palaamaan osallistujan kuvaamiin ilmaisuihin pitkänkin vastauksen jälkeen, tekemään tarkentavia kysymyksiä ja antamaan osallistujalle mahdollisuus vastata niin laajasti ja yksityiskohtaisesti kuin hän koki tarpeelliseksi (Green & Bowden 2009, 55; Åkerlind ym. 2005, 80).

Haastattelutallenteita kertyi 6 tuntia 12 minuuttia ja haastattelujen kestot vaihtelivat 39 minuutista 1 tuntiin ja 21 minuuttiin, keskiarvokeston ollessa 53 minuuttia. Haastattelujen tallenteet pseudonymisoitiin numeroimalla ne toteutusjärjestyksessä 1–7 ja haastatteluihin osallistujille annettiin pseudonyymit O1-O8 haastattelujärjestyksen mukaisesti. Koska yksi haastatteluista toteutui parihaastatteluna, oli haastattelujen lukumäärä yhden pienempi kuin haastateltavien pseudonyymeistä olisi voinut päätellä.

Haastattelut litteroitiin sille kielelle, millä haastattelu oli toteutettu ja samalla litterointiaineistossa esiintyvät tunnistetietoja sisältävät lausumat, kuten maantieteelliset sijainnit, organisaatiot, kansallisuudet, ammatit tai muut tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutettiin muotoon, josta niitä ei voi tunnistaa. Litterointi tehtiin sanatarkasti eli aineistosta ei poistettu mitään, vaan kaikki äännähdykset ja täytesanat litteroitiin mukaan. Litteroinnit tarkastettiin ja korjattiin vertaamalla niitä tallenteisiin ja tässä yhteydessä äännähdykset ja täytesanat kuten ”tota”, ”niinku”, ”ok” tai ”well” tai peräkkäiset samana toistuvat sanat kuten ”ja ja”, ”and and”, ”you you” tai ”what what” poistettiin siten, että sanojen poisto ei vaikuttanut alkuperäiseen sisältöön. 3/8 litteraateista oli suomenkielisiä ja loput englanniksi. Alkuperäiset englanninkieliset ilmaukset säilytettiin analyysissä loppuun saakka, koska kääntämällä litteraatit olisi ilmaisujen yksityiskohdista saattanut jäädä jotain tärkeää huomaamatta tai merkitys muuttua prosessin aikana (Nikander 2008). Litterointivaiheessa käsitykset aineistosta tarkentuivat sitä kirjalliseen muotoon saatettaessa (Ruusuvuori & Nikander 2017). Aineiston lopullinen koko oli 74 sivua fontilla Times New Roman, kirjasinkoolla 11 ja rivivälillä 1 kirjoitettuna, sisältäen 40720 sanaa.

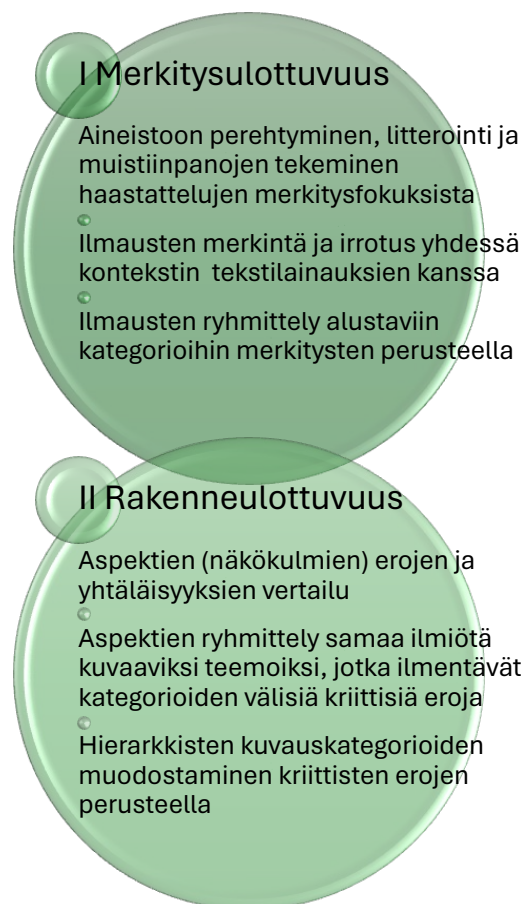
4.2 Aineiston analyysiprosessi

Fenomenografisessa analyysissä voidaan erottaa kaksi vaihetta: Ensimmäisessä vaiheessa, eli merkitysulottuvuuden muodostamisessa tarkoituksena on paljastaa alustavat kategoriat tunnistamalla käsitykset terveydestä ja kuvaamalla ne yleisen merkityksen perusteella (Marton & Pong 2005; Paakkari 2012; Åkerlind ym. 2005). Tässä vaiheessa keskeiseksi nousee kysymys siitä, mihin haastateltava keskittyy ilmiötä kuvatessaan ja mitä siihen liittyy (Paakkari 2012). Toisessa vaiheessa, eli rakenneulottuvuuden muodostamisessa täsmennetään kategorioita ja asetetaan ne hierarkiajärjestykseen kriittisten erojen perusteella tarkoituksena selvittää käsitysten rakenteellisia eroja suhteessa tutkittavaan ilmiöön (Marton & Pong 2005; Paakkari 2012; Åkerlind ym. 2005). Tässä tutkimuksessa fenomenografisen analyysin ensimmäinen vaihe alkoi koko aineiston keräämisen ja litteroinnin jälkeen haastattelutekstejä useaan kertaan lukeamalla (Marton & Booth 2013, 134, 151). Tekstien rinnalla kuunneltiin haastattelutallenteita, jotta tekstissä piilevät merkitykset ja näkökulmat tulivat mahdollisimman kattavasti esiin. Tutkijapäiväkirjaan tiivistettiin kunkin haastattelun tutkimuskysymykseen liittyvät keskeiset käsitykset ja niihin liittyvät havainnot. Koska tutkijan tulee pyrkiä pitämään ennakkokäsityksensä poissa analyysiprosessista (Bowden 2005, 14; Niikko 2003, 35; Tight 2016), oli haastattelujen keskeisten käsitysten tiivistäminen keino pitää analyysin näkökulma tutkimuskysymyksessä eikä tutkijan esiymmärryksessä.

Tutkimuskysymykseen liittyvät osallistujien kokemusta tai käsitystä ilmentävät tekstikohdat eli merkitykselliset ilmaisut alleviivattiin litteraateista. Ilmaisut kerättiin Word-tiedostoon niitä taustoittavina eri pituisina lauseina tai tekstikappaleina, jotta alkuperäinen ilmaisu ja sen konteksti varmasti tulivat esiin (Marton & Pong 2005). Ilmaisut koodattiin osallistujan pseudonyymillä sekä ilmaisun numerolla, jotta niihin liittyvään alkuperäiseen aineistoon palaaminen olisi helpompaa. Tarkoituksena oli jatkaa analyysiä Word-tiedostossa, mutta taulukon laajuuden vuoksi sen hallinta osoittautui hankalaksi. Taulukko päädyttiin tulostamaan paperille ja merkitykselliset ilmaisut tekstilainauksineen irrotettiin leikkaamalla. Bowden (2005) tuo kuitenkin esiin ilmausten irrottamisen alkuperäisestä kontekstistaan vaikuttavan analyysin luotettavuuden heikentävästi. Leikkaamalla irrotettujen tekstilainauksien tulkinnan oikeellisuudesta pyrittiin huolehtimaan ottamalla niihin mukaan riittävästi kontekstiin sitovia ilmaisuja keskeisen merkitysilmaisun ympäriltä. Samalla pidettiin mielessä mahdollisuus terveystieteiden ymmärtämiseen usealla eri tavalla saman haastatteluaineiston sisällä tai jopa samassa lauseessa (Marton & Booth 2013, 114; Paakkari 2012, 46). Ne ilmaisut, joissa oli useampia merkityksiä

tulostettiin niin moneen kertaan kuin merkityksiä oli. Värillisellä kynällä alleviivattiin jokaisesta tulosteesta ilmaisun eri merkitys, jolloin niitä voitiin käsitellä erillisinä ja silti kontekstissaan olevina (Åkerlind 2005 c; Åkerlind ym. 2005, 92). Ilmaisujen sisältöä ja merkitystä verrattiin alkuperäisen aineiston ajatuskokonaisuuksiin, jotta varmistuttiin tekstilainauksista tehtyjen tulkintojen olevan alkuperäisten kokonaisuuden kanssa samassa linjassa (Kettunen & Tynjälä 2018; Åkerlind 2005a). Merkityksiä vältettiin nimeämistä liian aikaisin, jotta nimetty tulkinta ei ohjaisi tutkijaa liian vahvasti johonkin suuntaan vaikuttaen esiin nouseviin kategorioihin ja siten tutkimuksen tuloksiin (Bowden 2005, 27). Aineistoa ryhmiteltiin alustaviksi kategorioiksi ilmausten merkitysten perusteella.

Tässä tutkimuksessa analyysiprosessin vaiheet olivat osittain päällekkäisiä, sillä ensimmäisen vaiheen alustavien merkityskategorioiden tunnistaminen limittyi toisen vaiheen rakenneulottuvuuden hahmottumisen kanssa (kuva 1). Molemmissa vaiheissa voitiin myös tarvittaessa palata taaksepäin tarkistamaan ilmaisuja tallenteista ja litteroinneista, jotta uskollisuus alkuperäiselle aineistolle säilyi.



KUVA 1. Analyysiprosessin kulku.

Analyysiprosessin toisessa vaiheessa selvitettiin rakenneulottuvuutta eli kategorioiden suhdetta tutkittavaan ilmiöön niiden rakenteellisten erojen perusteella (Marton & Booth 2013, Åkerlind ym. 2005, 95–97). Ilmaisuja lajiteltiin ja järjesteltiin merkitysten samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien perusteella ryhmiin (Åkerlind ym. 2005, 92, 94). Pyrkimys oli löytää ja ryhmitellä niitä aspekteja, jotka olivat tärkeimpiä terveyden erilaisten ymmärtämisen tapojen ryhmitelyssä ja erottamisessa toisistaan (Marton & Booth 2013, 111; Åkerlind ym. 2005, 92, 94). Eroja löytyi useita, mutta ne kaikki eivät muodostaneet merkityskategorioiden läpi leikkaavia teemoja. Analyysin edetessä kriittisiä aspekteja ilmentäviä teemoja tuli esiin ja rakenneulottuvuus alkoi hahmottua. Kriittisten aspektien perusteella kategoriat voitiin järjestää hierarkkiseen järjestykseen niiden laaja-alaisuuden mukaan kuvauskategorioksi (Marton & Booth 2013, 125–126; Paakkari 2012, 47–48). Hierarkiassa alempana olleet kuvauskategoriat sisältyivät aina seuraavaan ylempään mutta ei toispäin (Marton & Booth 2013, 125–126; Paakkari 2012, 47–48; Åkerlind 2003; Åkerlind ym. 2005, 95–97).

Kuvauskategorioiden muodostamisessa noudatettiin Martonin ja Boothin (2013, 143–144) antamia kriteereitä: 1) Kuvauskategorioiden tulee kuvata selkeästi ilmiön käsittämisen tapaa, 2) niiden tulee olla loogisessa suhteessa toisiinsa ja 3) kategorioita tulee olla mahdollisimman vähän. Kuvauskategoriat ja kriittisiin eroihin pohjautuvat teemat perusteltiin tekstilainauksia esimerkkeinä käyttäen tutkielman ohjaajalle, joka haastoi tutkijan ajattelua kysymyksillään. Fenomenografiaan perehtyneen ohjaajan kommenttien voidaan ajatella toimineen analyysin luotettavuutta lisäävänä tekijänä (Green 2005).

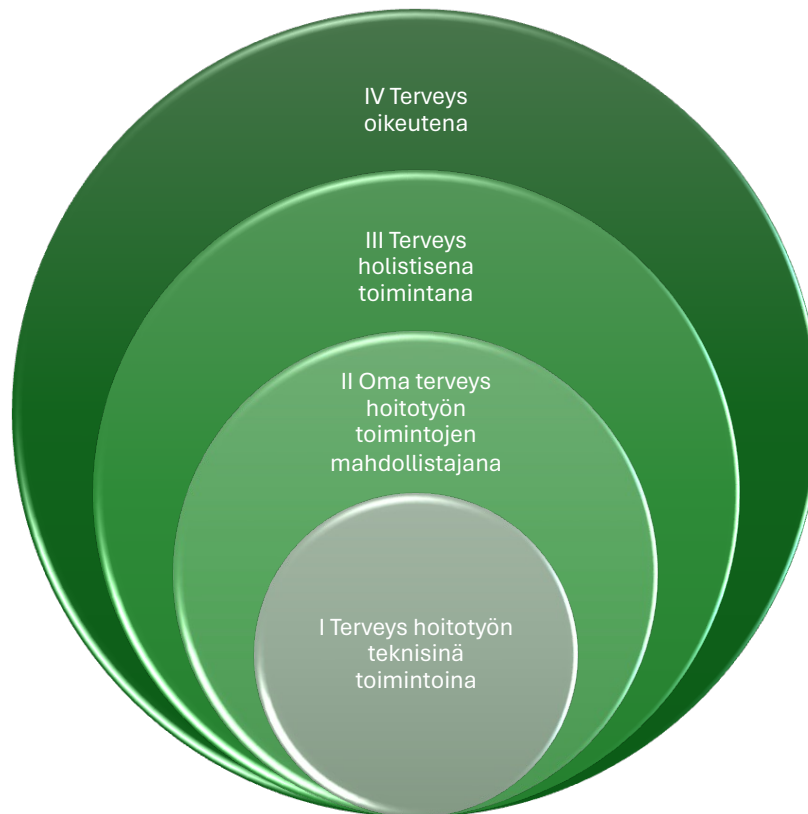
5 TULOKSET

Tämän tutkimuksen tuloksena pystyttiin tunnistamaan terveystietojen vaihtelua ja kuvauskategorioiden välisiä suhteita kuvaava tulosavaruus (taulukko 3), jossa kohderyhmän käsitykset terveydestä sairaanhoitajan työssä laajenivat kuvauskategorioiden yksipuolisen käsittämisen tasosta syvempiin ja monipuolisempiin käsityksiin.

TAULUKKO 3. Sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä terveydestä sairaanhoitajan työssä: Tulosavaruus

| Teemat | Kuvauskategoriat | | | |
|--------------------------------|---|--|---|--------------------------------|
| | (I) Terveystietojen teknisinä toimintoina | (II) Oma terveys hoitotyön toimintojen mahdollistajana | (III) Terveystietojen holistisena toimintana | (IV) Terveystietojen oikeutena |
| Potilaan rooli | Toimintojen kohde | Palautteen antaja | Omien tarpeiden/oman tahdon esille tuoja | Aktiivinen päätöksentekijä |
| Sairaanhoitajan rooli | Osaava ammattilainen | Terveystietojen mallintaja | Yksilöllisen hoidon toteuttaja ja ohjaaja | Rinnalla kulkija |
| Työyhteisön rooli | Osaamisen todentaja | Hyvinvointia tukevien työolosuhteiden mahdollistaja | Moniammatillinen yhteistyö tavoitteiden saavuttamiseksi | Eetoksen luoja |
| Hoitotyön toteuttaminen | Tiettyjen toimintojen suorittaminen | Hoidon laadun yhdistäminen hoitajan hyvinvointiin | Terveyden huomiointi kokonaisvaltaisesti | Hoitotyö hyveenä |

Kuvauskategoriat suppeimmasta laajimpaan ovat 1) Terveystietojen teknisinä toimintoina, 2) Oma terveys hoitotyön toimintojen mahdollistajana, 3) Terveystietojen holistisena toimintana ja 4) Terveystietojen oikeutena, joissa hierarkkisesti laajempi kategoria sisältää aina alemman kategorian mutta ei toisinpäin (kuva 2). Kategorioiden väliset kriittiset erot tulivat esiin neljässä teemassa: i) Potilaan rooli, ii) Sairaanhoitajan rooli, iii) Työyhteisön rooli ja iv) Hoitotyön toteuttaminen.



KUVA 2. Terveyskäsitusten kuvauskategorioiden hierarkkinen laajeneminen

Seuraavassa tulosavaruuden tarkastelussa kategoriat ja teemat esitetään tuloksia selkeyttäviä ja tukevia alkuperäisiä aineistositaatteja hyödyntäen. Englanninkieliset alkuperäiset sitaatit on käännetty myös suomeksi ja jokaisen alkuperäisen lainauksen jälkeen on merkitty sulkeisiin osallistujan pseudonymisoitu tunniste.

5.1 Terveys hoitotyön teknisinä toimintoina (kategoria I)

Ensimmäisessä kategoriassa fokus oli hoitotyön käytännön toteuttamisessa ja terveys kuvautui hoitotyön toimenpiteiden kautta. *Potilas* nähtiin lähinnä hoitotyön toimintojen kohteena, jota ammatillisesti taitava *sairaanhoitaja* osasi kohdella ja hoitaa hyvin. Ilmaisuihin toistui tekniset toimenpiteet, ammatillinen osaaminen ja potilaalle tehtävät toimenpiteet tai potilaan informoiminen toimenpiteistä hyvien käytöstarojen mukaisesti.

"For example, if you go and take care of the patient, you just can't go and say, hey, let me put you canola. No, you need to introduce yourself. And I mean well-mannered behavior... you, OK good morning. You don't need to tell your story because that's not important. So, it's you have to handle things in a well-mannered way, it is healthy."(O6)

" Esimerkiksi, jos menet hoitamaan potilasta, et vain voi mennä sanomaan, hei, laitan sinulle kanyylin. Ei, sinun täytyy esitellä itsesi. Ja tarkoitan hyvien tapojen mukaista käytöstä... sinä ok, hyvää huomenta. Sinun ei tarvitse kertoa tarinasi, koska se ei ole tärkeää. Joten sinun on käsiteltävä asiat hyvien tapojen mukaisesti, se on terveellistä.."

Työyhteisöstä saatu tunnustus ja positiivinen palaute osaamisesta nähtiin merkityksellisenä. Työyhteisö kuvautui sairaanhoitajan osaamisen todentajana ja palautteen antajana, jossa lääkäri oli korkein osaamista arvioiva auktoriteetti.

"Sä osaat, sä tiedät ja jatkossa sä tiedät et suhun luotetaan enemmän. Näissä asioissa, esimerkiksi niinku tässä, tässä kun kaikki näki, siinä vaiheessa myös on parempi mieli. Mä onnistuin ja muhun luotetaan enemmän ja mun osaamista niinku tavallaan voidaan arvioida sillä tavalla, että lääkärikin on nähnyt ja hän sanoi, että hän, kyllä hän osaa. Että niinku mä jossain onnistuin tosi hyvin. Ja jos tietysti se, jos se jatkuu vielä se, se sama asia vaikka seuraavana päivänä, että sut otetaan huomioon sitten, että haluatko sä tehdä tätä?" (O2)

Hoitotyön toteuttaminen kuvautui tiettyjen hoitotoimenpiteiden suorittamisena. Haastateltavat puhuivat työtehtävien osaamisesta ja toimenpiteiden aseptisestä suorittamisesta.

"Oh, you know, nurses are very professional. Number one thing is when you think about health, you think about what can you do with this patient. And you need to know how the procedure is done. So yes, the nurses are so skilled when it comes to health in the hospitals, for example."(O3)

"Voi, tiedätkö, hoitajat ovat todella ammatillisia. Ensimmäinen asia, jota mietitään kun ajatellaan terveyttä, on se, mitä voit tehdä tämän potilaan kanssa. Ja sinun on tiedettävä, miten toimenpide tehdään. Joten kyllä, hoitajat ovat todella taitavia, kun kyse on terveydestä sairaaloissa, esimerkiksi."

5.2 Oma terveys hoitotyön toimintojen mahdollistajana (kategoria II)

Toisessa kuvauskategoriassa terveyden merkitys nähtiin välineellisenä eli terveyttä arvostettiin ensisijaisesti sen mahdollistaessa työskentelyn ja jaksamisen hoitotyössä. Terveyden merkitystä kuvattiin hoitajan oman terveyden kautta. Kuvaukset keskittyivät työkykyyn vaikuttaviin tekijöihin ja hoitajan voinnin ja jaksamisen vaikutuksiin hoitotyössä. Jotta hoitotyötä oli mahdollista toteuttaa ammatillisesti ja hyvin, tuli omasta terveydestä huolehtia ensin. Ilmaisuihin tuotiin esiin kolmivuorotyön raskauden ja henkilöstöpulan vaikuttavan työssäjaksamiseen ja sitä kautta hoitotyön laatuun. *Potilas* nähtiin edelleen toimintojen kohteena, mutta samalla myös palautteen antajana hoitajan ammatillisesta toiminnasta.

” Jotkut ovat avoin, itse olen avoin ihminen ja puhun potilaan kanssa ihan mistä vaan asiasta. Ja monesti just erilaiset keskustelut potilaiden kanssa myös tuottaa semmoista niin sanotusti, että sut kehutaan, potilaat kun kehuu, se on mulle tosi tärkeä palaute. Se tekee hyvän mielen ja sit taas jaksaa.” (O2)

Hoitajan vastuu terveydestään ja työkyvystään tuli esiin työvuorovalinnoissa, riittävän levon ja palautumisen turvaamisessa ja ylimääräisistä ja pitkistä vuoroista kieltäytymisessä. *Sairaanhoidajan* koettiin toimivan terveyden ja terveellisten elintapojen sanansaattajana ja roolimallina.

“Health is also important to, it's important not only for the patient, it also for us own, own health, like how can we handle a patient, but we cannot handle ourself. Also, like we tell patient how to stop smoke, but we do smoke ourselves. How can we this one now? And I think it begins in ourself, maybe, it is a beginning of ourself first before taking care, I think we need to take care of first ourself

”Terveys on myös tärkeää, se on tärkeää ei vain potilaalle, vaan myös meille itsellemme, omalle terveydellemme, esimerkiksi miten voimme hoitaa potilasta, mutta emme pysty huolehtimaan itses-tämme. Myös, miten voimme käskää potilasta lopettamaan tupakoinnin, mutta poltamme itse. Miten voimme toimia niin? Ja mielestäni se alkaa meistä itses-tämme, ehkä, se alkaa ensin meistä itses-tämme ennen kuin alamme huolehtia,

prepared, before we take into other people. So, kind of being a role model.”
(O4)

mielestäni meidän on huolehdittava ensin itsestämme, ennen kuin alamme huolehtia muista ihmisistä. Joten tavallaan roolimallina olemista.”

Työyhteisön rooli nähtiin hoitajan hyvinvointia tukevien työolosuhteiden mahdollistajana. Toisaalta huonon työilmapiirin nähtiin imevän energiaa ja vaikuttavan hoitajan omaan terveyteen ja hyvinvointiin heikentävästi. Hyvä työilmapiiri ilmaistiin parantavan jaksamista ja yhdessä toisen työntekijän kanssa tehtyjen hoitotoimien nähtiin parantavan ergonomiaa ja ennaltaehkäisevän tuki- ja liikuntaelinvaivoja. ”Helppojen” työkavereiden kanssa yhteistyö sujui ja tällöin voitiin jäädä jopa ylitöihin. Työyhteisön rooli kuvastui sairaanhoitajan henkilökohtaisesta näkökulmasta ja toimi omaa työhyvinvointia ja terveyttä joko tukevana tai heikentävänä tekijänä.

”...ympäristö eli tota jos on huono ilmapiiri, sitten vaikuttaa, vuoro vaikuttaa. Miten kohtelee toisen työkaverin ja miten kohtelen myös potilas. Voi olla niin hyvän ystävällinen, mutta voi olla niin, että tämä huono ilmapiiri on kuormittanut mun henkisesti ja tota, mä en voi olla omalla tavallaan, imee energia. Se on, että imee energiaa, imee kärsivällisyys, imee aikaa, että kun en itse pitää sellainen. Ei ole niin pahasti, mutta vaikuttaa kyllä. Mutta myös kun oli hyvä työpiiri voin jäädä pitkään. Ja että kun on hyvä ilmapiiri myös autetaan toisia, on helppoa.” (O8)

Hoitajan omalla hyvinvoinnilla, terveydellä ja jaksamisella nähtiin olevan yhteys *hoitotyön toteuttamisen* laatuun. Stressaantuneena ja väsyneenä ei jaksanut kertoa potilaalle toimenpiteistä niin laajasti kuin koki että olisi pitänyt, virheitä tuli enemmän eikä kärsivällisyyttä riittänyt potilaan kanssa toimiessa opiskelijan oman näkemyksen mukaan riittävästi. Hoidon laatu yhdistettiin ilmaisuihin vahvasti hoitajan hyvinvointiin.

” [...] että mulla itselläkin välillä vaihteli just niinku vaikka nukkumisesta...se on mulle tosi tärkeää, että jos oot nukkunu vaan vähän, niin siinä mä itse huomaan sen potilastyössä sillä että mä keskityn vähemmän. Mä puhun vähemmän ja.... Mä...mulla ei ole semmoista motivaatiota tehdä asioita ja sitten jos mä teen niitä ni on tullut paljon virheitä siinä vaiheessa, kun oot nukkunut tosi huonosti ja syönyt huonosti tai ruokahalu on jäänyt jo pois, niin se näkyi virheissä.” (O2)

5.3 Terveys holistisena toimintana (kategoria III)

Kolmannessa terveys holistisena toimintana -kategoriassa pääpaino oli potilaan terveyden kokonaisvaltaisessa huomioimisessa. Terveys käsitettiin eri ulottuvuuksista syntyvänä kokonaisuutena, jonka osien tuli olla tasapainossa toisiinsa nähden. *Potilas* nousi esiin oman tahdon esiintuojana, vaikka muutoin olikin vielä hoidon vastaanottaja.

”For example, the patient is so aggressive and he or she doesn't want to take medicine. The care or procedures as a nurse there we need to check the patient's stability or how their mental health, or how physical health. And second, we need to come to the patient and need to calm down. Seek also advise or colleague on how to, how to manage that if you are not able to do it self.” (O5)

”Esimerkiksi potilas on hyvin aggressiivinen ja hän ei halua ottaa lääkkeitä. Hoitotyössä tai toimenpiteissä hoitajana meidän on tarkistettava potilaan tilan vakaus tai hänen mielenterveytensä tai fyysinen terveytensä. Ja toiseksi meidän on lähestyttävä potilasta ja rauhoitettava häntä. Pitää myös kysyä neuvoa kollegalta, miten tilanteen voi hoitaa, jos et pysty tekemään sitä itse.”

Tässä kategoriassa *sairaanhoitajan rooli* näyttäytyi yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa toteuttavana hoitajana. Sairaanhoitajan koulutuksen nähtiin tuoneen laajemman ymmärryksen ja osaamisen terveydestä muuhun väestöön verrattuna. Velvollisuus opettaa ja ohjata potilaita ja heidän läheisiään terveysvalinnoissa koettiin osaksi terveyden ilmenemistä sairaanhoitajan työssä.

”Mutta se on yksilöllinen käsiteltävä itse asiassa. Ei voi sanoa, että ihan generalinen vastaus, tämän on yksilöllinen. Ja menee ei välttämättä kulttuuri, mutta jokaisella hetimitä kun astun oven sisään on oma kulttuuri ja oma rutiini, eli niistä myös pitää ottaa huomioon.” (O8)

”I think that you know, like I said that maintaining everything, putting everything in balance and maintaining work environment. Helping the the patients,

”Mielestäni tiedätkö, kuten sanoin, kaiken tasapainossa pitäminen ja työympäristön ylläpitäminen Potilaiden ja heidän perheidensä auttaminen, ja myös

family, also guiding those things. I think for me that belongs to health.” (O7)

ohjaaminen niissä asioissa. Mielestäni se kuuluu terveyteen.”

Sairaanhoitajan tehtävänä nähtiin potilaan yksilöllisestä hoidosta huolehtiminen yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa. *Työyhteisön roolina* oli moniammatillisen yhteistyön keinoin toteuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa tavoitteiden saavuttamiseksi.

”Tämä ei ole ollut toisena päivänä, mutta kun mä hoitajana tiedän, että mä tunnen häntä jo 3 päivää, en lue niin sujuvasti hänen uusia tietoja tai ehkä se oli siitä, että hän ei ole vielä kertonut kenellekään muille, että hänen varpaat puutukset. Mutta nyt kun olen kaikki kierroksella saman aikana, fyssari ota huomioon, että oliko tää ainoa asento tai pitääkö jumpata eri tavalla. Sitten lääkäri ota neurologiset. Hei tota onko tää liittyy sun selkäkivusta, että se on refleksi kivusta mitä vaikuttaa? Ja sitten minä hoitajana että OK.” (O8)

Potilaan terveyteen vaikuttavia seikkoja sairauden lisäksi tuotiin esiin laajasti ja koettiin terveyden eri ulottuvuuksien olevan keskinäisyydessä toisiinsa. Terveys nähtiin tasapainoisena kokonaisuutena ja fyysinen terveys vain osana kokonaisuutta. *Hoitotyötä toteutettaessa* koettiin tärkeäksi hoitaa ja huomioida potilaan terveyttä kaikilla osa-alueilla, kokonaisvaltaisesti.

”It's a very broad and there could be a very broad explanation to that, but if for me, if I'll talk about health then it means that it's, it's the whole human being. It's like maintaining the balance of every factor. Like what we said earlier, the physical, it's not just that your body is healthy. It should be also the mind and the contentment in life, like a lot of factors that will affect a person.” (O6)

”Se on hyvin laaja ja siihen voi olla hyvin laaja selitys, mutta jos minulle, jos puhun terveydestä, niin se tarkoittaa, että se on, se on koko ihminen. Se on kuin jokaisen tekijän tasapainon ylläpitäminen. Kuten mainitsin aiemmin, fyysinen, ei ole vain sitä, että kehosi on terve. Myös mielen ja elämän tyytyväisyyden pitäisi olla kunnossa, kuten monet tekijät, jotka vaikuttavat ihmiseen.”

”Että niin kun, vaikka jos niin kun olisi joku auto ja silleen, niinku neljä rengasta, ja jos kun nää terveys nää kompaktit tai niinku komponentit on niinku sitä auton renkaita, jos yksikin puhje, niin se auto niinku lähtee suistumaan raiteiltaan niin, että näin mä käsittelisin.” (O1)

5.4 Terveys oikeutena (kategoria IV)

Viimeisessä kategoriassa terveys nähtiin arvona itsessään, oikeutena ja osana ihmisyyttä ja kaikenkattavaa rakkautta.

”Terveys niinku on joka kansalaisen niinku oikeus ja pitää niin kun saada kohtuun hinnassa.” (O1)

Ilmaisuissa nousivat esiin eettiset ja moraaliset arvot ja potilaan itsemääräämisoikeus. Potilas nähtiin aktiivisena omaa hoitoaan ohjaavana toimijana, jolla oli oikeus ja mahdollisuus tehdä päätöksiä ja valintoja hoidostaan.

”Even though the patient is already need of blood, they refuse it. So, we respect as a nurse, we need to respect the situation, even though this evil will...we know it will get worse, still we have to be there with them. If they, if they decide that, it is respecting of some others and also self-determination, and also highly implemented.” (O4)

”[...]we all have to be specific on what our patient wishes and decides and be prudent enough to provide them with what they need and deserve.” (O3)

”Vaikka potilas tarvitsee verta, hän kieltäytyy siitä. Joten kunnioitamme sairaanhoitajina tilannetta, vaikka tiedämme, että tilanne tulee pahenemaan, meidän tulee silti olla siellä heidän kanssaan. Jos he, jos se on hänen päätöksensä, se on myös muiden kunnioitusta ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, ja sitä vahvasti toteutetaan.”

”[...]meidän kaikkien on oltava tarkkoja siitä, mitä potilaamme toivoo ja päättää, ja oltava riittävän huolellisia tarjotaksemme heille sitä, mitä he tarvitsevat ja ansaitsevat.”

Sairaanhoitajan roolina nähtiin olevan potilaan tukeminen ja rinnalla kulkeminen tämän hoitopäätöksistä ja valinnoista riippumatta, vaikka ne olisivat ristiriidassa oman tietämyksen ja vakaumuksen kanssa. Sairaanhoitajalla koettiin olevan myös mahdollisuus ja kunnia osallistua potilaan paranemisprosessiin

"[...] we really do value health, that as much as possible we would be a part of the healing process of our patients."

(O3)

"[...] arvostamme terveyttä ja haluamme olla mahdollisimman paljon mukana potilaidemme paranemisprosessissa."

Terveys oikeutena ilmaistiin näkyvän myös tasa-arvona työpaikalla ja työyhteisössä ja kaikkien yhteisenä työskentelynä potilaan parhaaksi. Työyhteisö nähtiin eettisten arvojen ja periaatteiden ylläpitäjänä ja jokaisella työyhteisön jäsenellä ilmaistiin olevan oma tärkeä osansa potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja hoitoetiikan ylläpitäjänä.

"I would say that equality at workplace and also equality overall belongs to that... Most likely, like talk about, you know the working together, you know, balancing." (O6)

"Sanoisin että tasa-arvo työpaikalla ja tasa-arvo myös yleisesti kuuluu siihen... Todennäköisesti, kuten puhutaan, yhdessä työskentelyä, tasapainoa."

"There's nothing more I could share, but there's only one word that I could get really share, like prudence. Do it right the first time and all the time. So, it's like a moral and ethics in healthcare. It was done on our moral, ethical values in life and in healthcare on how we tend to perceive things in our line of work and together at the workplace. Yes, it's more or less like more of that part about it. We all do things together with prudence there, our stuff or routine with prudence,

"En voi jakaa enää mitään, mutta on vain yksi sana, jonka voin jakaa: huolellisuus. Toimi oikein ensimmäisellä kerralla ja aina. Se on kuin moraali ja etiikka terveydenhuollossa. Se perustuu moraaliimme ja eettisiin arvoihimme elämässä ja terveydenhuollossa, siihen, miten näemme asiat työssämme ja työyhteisössämme. Kyllä, se on enemmän tai vähemmän sitä osaa siitä. Me kaikki teemme asioita yhdessä huolellisesti, hoidamme asioitamme tai rutiinejamme

like always look into what is the, what would be better for the patient in all considerations, either in consideration of like what is being given or instructed on the "hoitosuunnitelma" as well as the doctor's orders and the notes are orders for all the healthcare team in regard of physio therapist, occupational therapist, or the notionist or something like that."
(O3)

huolellisesti, aina ajatellen, mikä olisi potilaalle parempi kaikkien näkökohtien huomioon ottamisessa, olipa kyse hoitosuunnitelmasta tai lääkärin määräyksistä, ja muista hoitotiimille annetuista määräyksistä kuten fysioterapeutille, toimintaterapeutille tai ravitsemusterapeutille tai muuta sellaista."

Hoitotyö ja sen toteuttaminen nähtiin hyveenä, johon on sitouduttu koulutusalaan valittaessa ja josta sai tyydytystä ihmisenä.

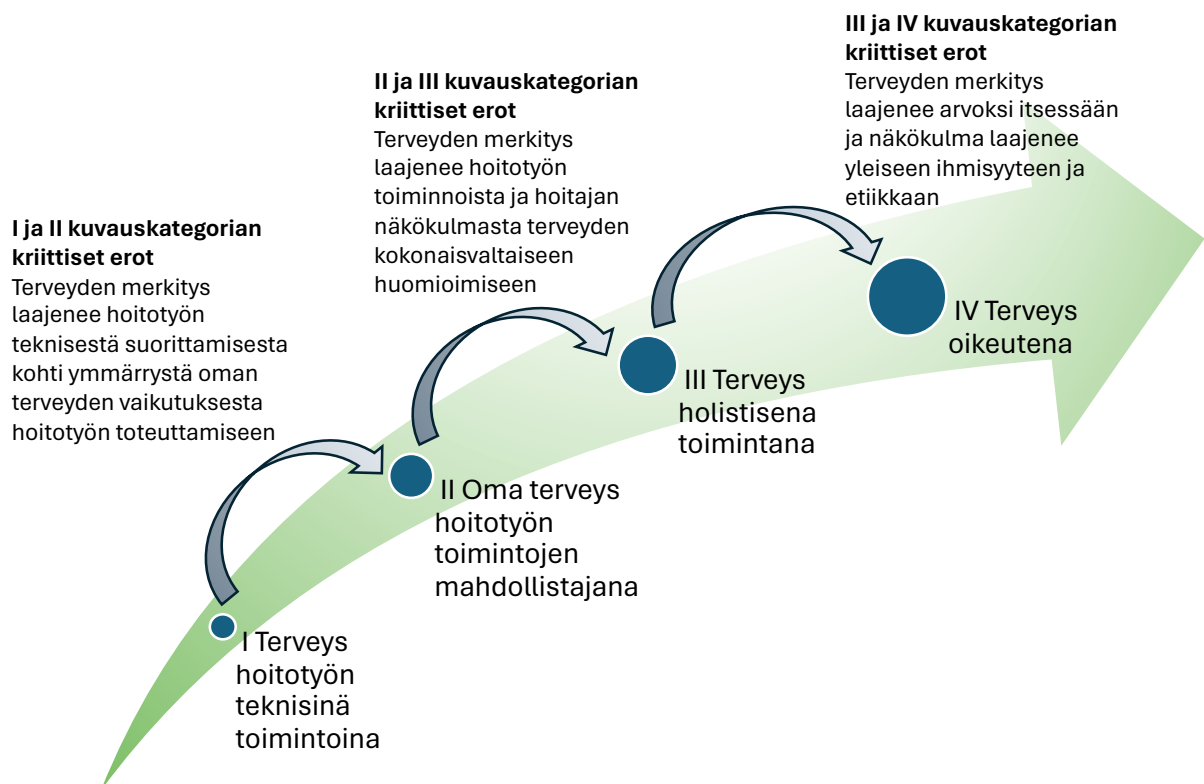
"Now, what's the meaning of health? Love. [...] it's your being, it's not just a person, but you know, you are human being that.... or it's just something that you must look for and. At the end of the day, it's you are doing that for those people that are in need, that need you. So, It's, there is somehow, it satisfies you as a person." (O6)

"Nyt, mitä terveys tarkoittaa? Rakkautta. [...] se on olemustasi, se ei ole vain henkilö, vaan tiedätkö, olet ihminen, joka...tai se on jotain, jota sinun täytyy etsiä ja. Loppujen lopuksi teet sitä niiden ihmisten vuoksi, jotka tarvitsevat sinua. Joten, se on jollain tavalla, se tyydyttää sinua ihmisenä."

5.5 Kategorioiden väliset suhteet

Terveyskäsitusten laajeneminen tuli esiin kuvauskategorioiden välisissä kriittisissä eroissa neljässä teemassa: *Potilaan roolissa, sairaanhoitajan roolissa, työyhteisön roolissa ja hoitotyön toteuttamisessa*. Teemojen välisiin kriittisiin eroihin pohjautuen kategoriat voitiin järjestää hierarkkisesti laajeneviksi. Kategorioiden järjestys perustui sekä empiirisiin havaintoihin aineistosta että loogisuuteen niiden laajuuden, syvyyden ja monipuolisuuden perusteella. Kategorioiden välistä siirtymää eli käsitusten laajenemista ja tietoisuuden avartumista kuvauskategoriasta toiseen siirryttäessä suppeimmasta laajimpaan ja monipuolisimpaan käsitykseen terveydestä havainnollistetaan kuvassa 3.

Potilaan rooli kuvautui suppeimmillaan ensimmäisessä kategoriassa passiivisena objektina kuten luvussa 5.1. sitaatissa O6 on kuvattu, ja laajeni toisessa kategoriassa pelkästä toimintojen kohteesta palautteen antajaksi. Suurimmat kriittiset erot kategorioiden välillä tulivat esiin kategorioiden 1 ja 2 sekä 3 ja 4 välillä, vaikka jokaisella kategoriolla olikin omat erityispiirteensä. Ensimmäisen ja toisen kategorian välillä hierarkiaa kuvaavana kriittisenä erona oli potilaan passiivisen roolin muuttuminen aktiiviseksi palautteen antajaksi hoitajan ammatillisesta osaamisesta. Potilaan roolia katsottiin kuitenkin kolmessa ensimmäisessä kategoriassa hoitajan näkökulmasta, eikä potilasta nähty hoitonsa tai sairautensa asiantuntijana. Kolmannen ja neljännen kategorian välillä kriittisenä erona tuli esiin potilaan roolin laajeneminen viimeisen kategorian omaa hoitoaan ohjaavaksi päätöksentekijäksi ja näkökulma oli vaihtunut hoitajan toiminnasta potilaaseen kuten sitaatissa O4 luvussa 5.4 kuvautuu.



KUVA 3. Käsitusten laajeneminen alemmasta kuvauskategoriasta seuraavaan ja kategorioiden väliset kriittiset erot

Toisena kriittisten erojen pohjalta esiin nousseena teemana oli *sairaanhoitajan rooli*. Ensimmäisessä kategoriassa sairaanhoitajan rooli nähtiin mekanistisena hoitotoimintojen suorittajana, osaavana ammattilaisena, joka hallitsi hoitotoimet ja toimenpiteet, ja osasi kohdella potilaita ammattimaisesti. Toisessa kategoriassa hoitajan rooli oli laajentunut terveellisten elintapojen mallintajaksi. Haastateltavat toivat esiin omasta terveydestä huolehtimisen, jotta työkyky säilyisi ja terveellisten elintapojen roolimallina olo ja potilaiden neuvominen olisi uskottavaa. Kolmannessa kategoriassa aiempiin verrattuna *sairaanhoitajan rooli* nähtiin muuttuvan omaan toimintaan keskittyvästä hyvinvoivasta suorittajasta potilaan yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa toteuttavaksi ja ohjausta tarjoavaksi hoitajaksi. Haastateltavat kuvasivat hoitajan huomioivan potilasta kokonaisuutena pelkän fyysisen sairauden hoitamisen sijaan ja ottavan huomioon monia muitakin asioita hoitotoimien lisäksi. Potilaan ohjausosaaminen nähtiin myös keskeisenä osana sairaanhoitajan roolia, kuten luvun 5.3 sitaatissa O7 on kuvattu. Ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa kategoriassa sairaanhoitajan roolin näkökulma oli kuitenkin edelleen työntekijässä ja hänen toiminnassaan. Suurin kriittinen ero tulikin kolmannen ja neljännen kategorian välille, sillä neljännessä kategoriassa näkökulma sairaanhoitajan rooliin laajeni ja syveni hoidon toteuttajasta potilaan rinnalla kulkijaksi ja potilaan paranemisprosessiin osallistujaksi. Tässä kategoriassa sairaanhoitajan roolia kuvattiin auttajana, moraalista ja eettistä velvollisuutta toteuttavana hoitajana ja toisaalta myös mahdollisuutena osallistua johonkin itseä suurempaan, joka tyydyttää ihmisenä.

”[...] it satisfies you as a person [...]” ”[...]se tyydyttää sinua ihmisenä [...]”
(O6)

Terveyskäsityksen laajeneminen tuli esiin kriittisinä eroina kategorioiden välillä myös *työyhteisön roolia* kuvaavassa teemassa. Käsitykset kehittyivät työntekijän osaamisen todentajasta yhteisön eettisen ja moraalisen toiminnan kannattelijaksi ja ohjaajaksi, eetoksen luojaksi. Ensimmäisessä kategoriassa keskiössä olivat hoitotyön toiminnot, jolloin työyhteisö toimi yleisönä ammatillisen osaamisen näyttämiseksi ja todentamiseksi. Toisessa kategoriassa työyhteisön merkitys laajeni osaamisen todentajasta hoitajan omaan hyvinvointiin vaikuttavaksi tekijäksi ja hyvien työolosuhteiden mahdollistajaksi. Kahdessa ensimmäisessä kategoriassa työyhteisön rooli kuvautui hoitotyön tekijän näkökulmasta. Suurin kriittinen ero tulikin esiin toisen ja kolmannen kategorian välillä, sillä vasta kolmannessa ja neljännessä kategoriassa työyhteisö nähtiin merkityksellisenä itsessään. Kolmannessa kategoriassa työyhteisön rooli kuvautui moniammatillisena yhteistyönä takaamassa potilaan hoidon tavoitteiden saavuttamista.

” [...]että tällaisessa tilassa niin kun työntekijänä tai hoitajana minä en niinku luovu siitä hoidosta, mutta mä yritän saada lisää apua jotta me niinku yhdessä hoidetaan siitä asia...siinä sosiaalinen tule mukaan.” O1

Viimeisessä kategoriassa työyhteisön rooli oli laajin ja kuvautui tasa-arvoisena yhteisönä, jonka tehtävänä oli huolehtia toiminnan eettisestä ja moraalisesta oikeellisuudesta ja jäsentensä hyvinvoinnista.

Viimeisenä eli neljäntenä kategorioiden välisiä kriittisiä eroja esiin nostavana teemana oli *hoitotyön toteuttaminen*. Suppeimmillaan terveyden merkitys kuvautui ensimmäisessä kategoriassa toimenpiteiden suorittamisena oikein ja aseptisesti, teknisenä toimintana. Toisessa kategoriassa hoitotyön toteuttaminen ja sen laatu nähtiin olevan yhteydessä ja riippuvan hoitajan omasta hyvinvoinnista. Ensimmäisen ja toisen kategorian välinen kriittinen ero tuli esiin käsityksen laajenemisessa ensimmäisen kategorian toimenpidekeskeisyydestä toisen kategorian ymmärrykseen hoitajan oman terveyden merkityksestä hoitotyön tekemiselle. Näissä molemmissa kategorioiden välillä oli näkökulma kuitenkin hoitotyön tekijän, ensin toimintojen suorittajana ja sitten hoidon laatuun vaikuttavana tekijänä. Suurin kriittinen ero olikin toisen ja kolmannen kategorian välillä, jossa näkökulma siirtyi ensimmäisen ja toisen kategorian työntekijäkeskeisestä kuvauksesta hoitajan ulkopuolelle kolmannessa kategoriassa. Kolmannessa kategoriassa terveyskäsitteet hoitotyössä laajeni ja syveni holistiseksi fyysiseksi, psyykkiseksi, henkiseksi, sosiaaliseksi ja taloudelliseksi terveyden kokonaisuudeksi ja hoitotyön toteuttaminen tämän kokonaisuuden huomioimiseksi. Viimeisen kategorian laajimmassa ja monipuolisimmassa käsityksessä hoitotyön toteuttaminen nähtiin laajentuneen hyveeksi, yleismaailmalliseksi ihmisyydeksi ja pyyteettömäksi eettiseksi ja moraaliseksi velvollisuudeksi auttaa niitä, jotka apua tarvitsevat. Terveys näyttäytyi rakkautena, ja hoitotyön koettiin antavan myös tekijälleen tyydytystä ihmisenä, kuten luvun 5.4 viimeisessä sitaatissa O6 kuvattiin.

Tämän tutkimuksen perusteella ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksissä oli erotettavissa neljä erilaista tapaa ymmärtää terveys sairaanhoitotyössä. Terveys nähtiin hoitotyön teknisinä toimintoina, oman terveyden kautta hoitotyön mahdollistajana, holistisena toimintana ja oikeutena. Suppeimmillaan opiskelijat kuvasivat terveyttä ammatillisena osaamisena ja hoitotyön toimintojen suorittamisena. Käsitykset monipuolistuivat kuvaamaan terveyttä

hoitotyön toimintojen mahdollistajana sairaanhoitajan oman terveyden kautta ja edelleen holistisena toimintana, potilaan terveyden kokonaisvaltaisena huomioimisena. Laajimmillaan terveys nähtiin oikeutena, ja arvokkaana itsessään.

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden erilaisia käsittämisen ja ilmaisuuden tapoja terveydestä eli terveyden ja tutkittavien välistä suhdetta sairaanhoitotyön kontekstissa. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä terveyskäsitteiden monimuotoisuudesta hoitotyön koulutuksen ja opetussuunnitelman kehittämiseksi ja opiskelijoiden oppimisen ja ammatillisen kehittymisen tukemiseksi..

Tutkimuksen mukaan ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden käsitykset terveydestä sairaanhoitajan työssä vaihtelivat yhdistelmistä teknistä ja hoitotyön osaamista sekä taitoa kohdata ja huomioida potilasta kokonaisvaltaisesti. He näkivät terveyden arvona ja oikeutena eri osa-alueista koostuvaan hyvinvointiin, josta tulee huolehtia sekä sairaanhoitajan oman työhyvinvoinnin ja työkyvyn vahvistamiseksi että potilaiden sairauksien hoitamiseksi moniammatillisessa yhteistyössä. Länsimaiseen ja suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän holistiseen terveyskäsitteeseen verrattuna esiin nousi myös laajempi ja monipuolisempi ymmärrys terveydestä. Tutkimuksen tuloksiin on voinut vaikuttaa suurimman osan osallistujista tausta länsimaista kulttuuria kollektiivisemmista kulttuureista, joissa mm. yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kokemuksessa on merkittäviä eroja (McLaughlin & Braun 1998; Torch & Ma 2000).

Sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteitä oli kirjallisuushaun perustella tutkittu niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin kovin vähän (liitteet 1 ja 2), eikä tutkimusta opiskelijoiden terveyskäsitteistä sairaanhoitotyön kontekstissa löytynyt lainkaan. Aiempi laadullinen tutkimustieto oli keskittynyt sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksiin ja käsitteisiin terveydestä heidän oman elämänsä subjektiivisten terveystunteiden, kokemusten ja merkitysten perusteella (liite 3). Sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteiden variaatioiden tuomista näkyviin sairaanhoitotyön kontekstissa voidaankin pitää tämän tutkimuksen tärkeimpänä tuloksena. Eri-tyyppisen merkittävän tuloksesta tekee sen kohdistuminen ulkomaalaistaustaisiin sairaanhoitajaopiskelijoihin, joiden terveyskäsitteistä ei ole ollut lainkaan tutkimustietoa aiemmin.

Analyysin tuloksena syntynyt tulosavaruus kuvaa ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden kollektiivista käsitystä terveydestä tietyssä aikana ja tietyssä yhteydessä ja on tutkijan tulkintaa aineistosta tietyssä hetkessä. Tässä luvussa tarkastellaan tulosavaruutta eli tutkimuk-

sen tuloksia aiempaan tutkimustietoon ja länsimaiseen terveystieteeseen nähden. Lisäksi arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisiä näkökulmia sekä pohditaan jatkotutkimusaiheita.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua aiemman tiedon valossa

Koska aiemmat laadulliset tutkimukset sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystieteellisistä ovat kontekstiltään ja metodologialtaan heterogeenisiä (Beck 1991; Hanna 1989; Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024), on tulosten vertailu tähän tutkimukseen haastavaa. Aiemmissä tutkimuksissa terveystieteilystä on tutkittu sellaisenaan, mutta tässä tutkimuksessa terveystieteellisiä tutkittiin sairaanhoitajan työn kontekstissa, joka tulee pitää mielessä tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Tutkimusten tulosten vertailtavuuteen tulee suhtautua kriittisesti.

Tässä tutkimuksessa terveys sairaanhoitajan työn kontekstissa kuvautui suppeimmillaan kuvauskategoriassa I tiettyjen hoitotyön teknisten toimintojen suorittamisena. Tämänkaltaisen ammattiosaamiseen ja toimintojen suorittamiseen perustuva terveystieteellinen ei ole aiemmissä tutkimuksissa noussut esiin. Hoitotyön toimintojen liittäminen terveystieteeseen vaikuttaakin olevan ammattialakohtainen näkemys. Potilaan, sairaanhoitajan ja työyhteisön roolit kuvautuivat lähinnä sairaanhoitajan teknisen osaamisen kautta. Tämä käsitys on lähimpänä biolääketieteellistä käsitystä terveydestä, jossa terveys kuvautuu sairauden puuttumisena ja ihminen funktionaalisenä, erilaisin toimenpitein korjattavissa olevana kokonaisuutena (Farre & Rapley 2017). Tässä tutkimuksessa toimintojen osaamisen kuvautuminen omana käsityksenään voi johtua haastateltujen opiskelijoiden opintojen vaiheesta, jossa toisen vuoden loppupuolella ja kolmantena opintovuotena on siirrytty hoitotyön perusteista erikoisosaamista edellyttäviin opinto- ja harjoittelujaksoihin. Hoitotyön toimenpiteiden ja teknisen osaamisen rooli korostuu etenkin toimenpideorientoituneilla erikoisaloilla kuten esimerkiksi leikkaus- ja anestesiahoitotyössä, teho- ja valvontaosastoilla ja vaativammilla sisätautien ja kirurgian osastoilla. Toimintojen osaamisen korostuminen opiskelijoiden terveystieteellisessä on kuitenkin hyvä tiedostaa opetuksessa, jotta vältetään pelkkään tekniseen osaamiseen keskittymiseltä ja hoitotyön mekaaniselta suorittamiselta potilas unohtaen.

Toisessa kategoriassa *II oma terveys hoitotyön toimintojen mahdollistajana* sairaanhoitajan oma terveys välineellistyi ensimmäisessä kategoriassa mainitun hoitotyön ammatillisen suorittamisen mahdollistajaksi. Tämän tutkimuksen myötä vahvistui aiemmissä tutkimuksissa (Beck 1991; Hanna 1989) havaittu fyysisen toimintakyvyn merkitys terveyden osa-alueena. Fyysinen

terveys ja hyvinvointi kuvautuivat tässä tutkimuksessa hoitotyön näkökulmasta työkykynä ja jaksamisena eli toimintakykynä sairaanhoitotyössä. Sairaanhoitajan rooli kuvautui terveellisten elintapojen roolimallina potilaille. Fyysisestä terveydestä huolehtiminen ja terveelliset elintavat nähtiin kuuluvan terveyteen sekä tässä, että kolmessa aiemmassa tutkimuksessa (Beck 1991; Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024). Tämän tutkimuksen havainnot fyysisen toimintakyvyn merkityksestä sairaanhoitajan työssä vahvistivat aiempien tutkimusten tuloksia fyysisestä toimintakyvystä terveyden osa-alueena. Tutkimuksen perusteella voidaankin ajatella, että sairaanhoitotyössä terveys nähdään merkityksellisenä sen välineellisen arvon kautta työkyvyn turvaajana ja toisaalta hoitajan terveyskäyttäytymisen mallintajana potilaille.

Sekä ensimmäisen että toisen kategorian kaikissa aspekteissa terveys kuvautui yksittäisen sairaanhoitajan näkökulmasta. Vasta kolmannessa kategoriassa *III terveys holistisena toimintana* näkökulma laajeni terveyteen laajempaan kokonaisuuteen ja yksittäisen sairaanhoitajan toiminnan ulkopuolelle. Holistinen terveystulkinta tuli näkyviin tässä kategoriassa terveyden kuvaamisena moniulotteisena fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, taloudellisena ja ympäristöön liittyvänä hyvinvointina, jota hoitotyössä huomioidaan. Tämä tulos vahvistaa aiempien tutkimusten havaintoja terveyden eri ulottuvuuksien tärkeydestä (Hanna 1991; Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024). Vanhemmissa tutkimuksissa (Beck 1989; Hanna 1991) terveyden ulottuvuuksiksi oli tunnistettu vain fyysinen toimintakyky ja henkinen hyvinvointi, tosin Hannan (1991) tutkimuksessa myös ympäristö esiintyi fyysisen terveyteen vaikuttavana tekijänä. Tuoreemmissa tutkimuksissa edellisten lisäksi esiin nostettiin sosiaalinen hyvinvointi ihmissuhteineen (Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024) ja Skärin ja Söderbergin (2016) tutkimuksessa myös taloudellinen turvallisuus, jotka ovat linjassa tämän tutkimuksen havaintojen kanssa. Tässä tutkimuksessa terveyden kokonaisvaltaiseen huomiointiin nähtiin kuuluvan lähes kaikkia aiemmissa tutkimuksissa mainittuja terveyden osa-alueita, joita aiemmissa tutkimuksissa oli noussut esiin vain yksittäisinä kussakin tutkimuksessa. Tämä kuvastaakin hyvin sairaanhoitajan moniulotteista roolia. Tässä tutkimuksessa nähtiin terveyden eri osa-alueiden olevan yhteydessä toisiinsa. Aiemmissa Skärin ja Söderbergin (2016) ja Sundarin ym. (2024) tutkimuksissa yhteyttä kuvattiin tämän tutkimuksen tavoin tasapainona tai yhteisvaikutuksena eri osa-alueiden välillä. Toisaalta onnellisuus, harmonia tai tyytyväisyys elämään, jotka mainittiin aiemmissa tutkimuksissa terveyden osa-alueina hiukan eri sanankääntein (Hanna 1991; Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024), eivät tulleet tässä tutkimuksessa esiin. Nämä määreet liitetään mahdollisesti enemmän yksityisen elämän terveystulkintaan kuin terveyteen sairaanhoitajan

työssä. Tämä havainto oli mielenkiintoinen, sillä tutkimukseen osallistujista suuri osa oli aasialaisista kulttuureista, joissa harmonia nähdään osana terveyttä (McLaughlin & Braun 1998). Vanhempien tutkimusten (Beck 1989; Hanna 1991) terveyskäsitteet olivat lähimpänä WHO:n vuoden 1948 määritelmää kuin tuoreempien (Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024). Tässä tutkimuksessa esiin noussut kolmannen kategorian terveyskäsitteys *terveys holistisena toimintana* voidaan ajatella olevan melko lähellä WHO:n käsitteistä terveydestä. Toisaalta terveys nähtiin myös kriittisemmin yksilöllisenä kokonaisuutena, johon monet tekijät fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden lisäksi vaikuttavat. Tässä kategoriassa ilmaisuihin nousi esiin myös perheen merkitys. Potilaan perhe ja lähiyhteisö kuvautuivat sosiaalisen terveyden osa-alueina, jota hoitajan tulee huomioida potilaan lisäksi. Tutkimukseen osallistujista lähes kaikki olivat kotoisin länsimaiseen kulttuuriin verrattuna kollektiivisemmän kulttuurin alueilta, joissa terveyteen nähdään kuuluvan koko perheyhteisön hyvinvointi (McLaughlin & Braun 1998; Torch & Ma 2000). Perhe ei kuitenkaan noussut kriittiseksi aspektiksi tässä aineistossa. Onkin mahdollista, että aineiston pieni koko on rajoittanut ilmauksia ja laajemmassa aineistossa perhe olisi voinut nousta vahvemmin esiin.

Viimeisessä, terveyttä laajimmin kuvaavassa neljännessä kategoriassa *IV terveys oikeutena*, terveyskäsitteys laajeni yleiseen ihmisyyteen kuuluvaksi oikeudeksi ja hoitotyön toteuttamisen eettiseksi ja moraaliseksi velvollisuudeksi. Terveys näyttäytyi arvona ja hyveenä, jonka toteuttamisesta sairaanhoitaja työssään huolehtii ja saa samalla itselleen tyydytystä ihmisenä. Tämänkaltaisen hiukan eri tavoin sanoitettu merkityksellisyyden kokemus tuli esiin myös uudemmissa tutkimuksissa, joissa merkityksellisyys nousi esiin yksilön terveyden ja hyvinvoinnin lähteenä arvostuksen, elämänhallinnan, turvallisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden tunteiden (Skär & Söderberg 2016) ja yhteenkuuluvuuden tunteen kautta (Skär & Söderberg 2016; Sundar ym. 2024). Tätä merkityksellisyyden kokemusta terveyteen liitettyä ei tullut esiin vanhemmissa tutkimuksissa. Selittäväenä tekijänä vanhempien ja tämän tutkimuksen välisille eroille voi olla tutkimusten välillä kulunut yli 25 vuoden aika, jona aikana tutkimustieto ja ymmärrys terveyttä määrittävistä tekijöistä on lisääntynyt huomattavasti (Palosuo ym. 2013, 13).

Tämän neljännen kategorian terveyskäsitteys sairaanhoitajan työssä arvona, rakkautena ja hyveenä oli pitkälti yhteneväinen Erikssonin (1989) karitatiivisen teorian terveyskäsitteen kanssa. Eriksson (1989) määrittelee hoitotyön tärkeäksi ulottuvuudeksi rakkauden, joka tuli tämän tutkimuksen neljännessä kategoriassa esiin terveyden merkityksenä, mutta ei näyttäytynyt aiem-

missa tutkimuksissa. Myös potilaan paranemisprosessissa mukana oleminen nousi tässä tutkimuksessa esiin ja on linjassa Erikssonin (1989) määrittelemän hoitamisen tarkoituksen kanssa: ”[...] muuttaa, ylläpitää, käynnistää ja tukea potilaan terveysprosesseja”. Paranemisprosessin lisäksi ”potilaan rinnalla kulkeminen” tuli esiin tässä tutkimuksessa, jota on kuvattu sairaanhoitajan eettiseksi velvollisuudeksi myös kansainvälisen sairaanhoitajaliiton ICN:n eettisissä ohjeissa (Stievano & Tschudin 2019). Käsitteet terveydestä arvona ja hoitotyöstä hyveenä sopivat itäisten kulttuurien kollektiiviseen ja holistiseen terveysnäkemykseen, jossa terveyttä arvostetaan kollektiivisena etuna, yhteisön voimavarana ja hoitaminen nähdään eettisenä velvollisuutena ja jopa perheenjäsenten tehtävänä (Levesque & Li 2014; McLaughlan & Braun 1998; Torch & Ma 2000). Aiemmat tutkimukset ovat tarkastelleet sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitteitä heidän oman elämänsä kontekstissa, ja siksi tässä tutkimuksessa kategoriassa IV esiin noussut terveyskäsite ei todennäköisesti ole niissä tullut esiin.

6.2 Tutkimuksen arviointia

Tieteellisen tutkimuksen tehtävä on tuottaa luotettavaa tietoa todellisuudesta ja luotettavuuden arviointi onkin oleellinen osa tutkimuksen tekemistä (Hirsjärvi ym. 2015, 231; Juuti & Puusa 2020; Kylmä & Juvakka 2007, 127). Luotettavuus perustuu tutkimuksen huolelliseen ja systemaattiseen suunnitteluun, suorittamiseen, tulkintaan ja raportointiin (Aaltio & Puusa 2020, 179; Denzin ym. 2024; Hays ym. 2016; Kettunen & Tynjälä 2018). Tämän tutkimuksen laatua arviointiin sekä O’Brienin ym. (2014) ja Haysin ym. (2016) koostamien suositusten että fenomenografisen tutkimuksen laatuun liittyvien julkaisujen avulla (Bowden 2005; Sin 2010; Åkerlind 2023; Åkerlind ym. 2005).

Tutkimuksen arviointi voidaan aloittaa jo aiheen valinnasta ja tutkimuskysymysten määrittelystä, sillä tutkijan oma mielenkiinto ja motivaatio ovat keskeisiä tutkimusta suuntaavia tekijöitä (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Sin 2010). Tutkija oli kaksoisroolissaan sairaanhoitajan työtä tehneenä ja hoitotyön opettajana tietoinen omasta ymmärryksestään ja näkemyksistään terveyteen ja hoitotyöhön liittyen. Aihe nousikin tutkijan työhön liittyen kiinnostuksesta terveyskäsitteen monimuotoisuuden ymmärtämiseen. Jotta tutkijan esiymmärrys aiheesta oli tiedossa ja sitä voitiin tutkimuksen kuluessa reflektoida kriittisesti, kirjoitettiin esiymmärrys ja tutkijan ajatukset jo aivan tutkimusprosessin aluksi muistiin tutkijapäiväkirjaan.

6.2.1 Tutkimusmenetelmien uskottavuus

Tässä tutkimuksessa haluttiin tutkia sairaanhoitajaopiskelijoiden arkensa keskellä rakentamia käsityksiä terveydestä eikä itse terveyden syvintä olemusta, joten tutkimuksen kohteena olivat opiskelijoiden käsitykset. Fenomenografinen tutkimusote oli perusteltu valinta ihmisten kokemuksia ja käsityksiä tutkivana suuntauksena (Marton & Booth 2013, 124–126, 135–139; Marton & Pong 2005; Tight 2016). Valitun tutkimusotteen mukaista tapaa tehdä tutkimusta tulee noudattaa koko tutkimus- ja raportointiprosessin ajan, jotta tutkimusta voidaan pitää uskottavana (Hays ym. 2016; Sin 2010).

Puolistrukturoidun haastattelumenetelmän nähtiin soveltuvan parhaiten tutkimuskysymykseen vastaamiseen tarvittavan aineiston keräämiseen ja se on myös fenomenografisen metodologian mukainen ja siksi perusteltu menetelmä (Bowden 2005; Marton 2005, 153; Marton & Booth 2013, 150; Sin 2010; Åkerlind ym. 2005). Aineiston laatua voidaan jo ennen haastattelujen toteuttamista parantaa laatimalla hyvä haastattelurunko ja testaamalla sitä käytännössä, huolehtimalla tallennusvälineistön toiminnasta ja pitämällä haastattelupäiväkirjaa (Hirsjärvi & Hurme 2014, 184). Nämä luotettavuustekijät toteutuivat tässä tutkimuksessa. Aineiston keräämistä edelsi harjoitushaastattelu menetelmään tutustumiseksi ja haastattelurungon testaamiseksi käytännössä, jota suositellaan haastattelun laadun parantamiseksi (Bowden 2005; Åkerlind ym. 2005). Kaikki haastattelut toteutti sama tutkija samaa haastattelurunkoa käyttäen ja tilanteissa olivat läsnä vain haastateltava ja tutkija. Haastattelujen aikana tutkija tarkisti ilmaisujen merkityksiä haastateltavilta ja kirjasi havaintojaan tutkijapäiväkirjaan. Toisaalta haastatteluvaiheessa tehtiin jo tulkintaa siinä, mitä asioita tutkija pyysi tarkentamaan ja mille antoi painoarvoa kysymällä lisää, joten haastattelijan vaikutusta voidaan pitää menetelmän heikkoutena (Sin 2010). Haastattelutilanteen ja haastattelujen toteuttamisen tarkalla kuvauksella voidaan tutkimuksen luotettavuutta lisätä (Hirsjärvi & Hurme 2014, 185). Tässä tutkimuksessa tutkittavien valintaa, tutkimuksen lähestymistapaa ja menetelmiä on kuvattu yksityiskohtaisesti ja mahdollisimman tarkasti luvussa neljä.

Osallistujien lukumäärä harkittaessa tarkoitus oli saada riittävä määrä osallistujia, jotta erilaiset käsitykset tulisivat esiin. Fenomenografisessa tutkimuksessa osallistujia on yleisimmin 10–30 osallistujan välillä, mutta myös pienempi määrä osallistujia riittää, jos voidaan ajatella heillä olevan syvää kokemusta tai ymmärrystä ilmiöstä ja mahdollisimman suuri vaihtelevuus osallistujien demografisissa tekijöissä (Kettunen & Tynjälä 2018; Åkerlind ym. 2005; Sin 2010;

Stenfors-Hayes ym. 2013). Tässä tutkimuksessa harkinnanvaraisella ja lumipallo-otannalla saatiin kahdeksan (n=8) osallistumiskriteerit täyttävää osallistujaa, jonka voidaan ajatella olevan melko pieni määrä vaikkakin demografiselta taustaltaan vaihteleva (taulukko 3). Osallistujien lukumäärää pohdittaessa tulee huomioida, että ulkomaalaistaustaisten terveydenhuoltoalan opiskelijoiden määrä voi olla yksittäisessä ammattikorkeakoulussa varsin pieni, kuten kyseisessä ammattikorkeakoulussa vuonna 2022 heitä oli yhteensä 141 (Vipunen 2024). Toisaalta analyysiprosessin aikana havaittiin mahdollisia kriittisten aspektien aihioita. Nämä aihiot eivät kuitenkaan analyysivaiheessa muodostaneet kategorioiden läpileikkaavia teemoja. Aihoiden havaitseminen nosti kuitenkin esiin ajatuksen, että laajemmalla aineistolla olisi voitu mahdollisesti saada esiin vielä uusia kategorioita tai kriittisiä аспекteja. Onkin vaikea arvioida miten tutkimuksen tulokset olisivat muuttuneet osallistujamäärän kasvaessa, sillä fenomenografiassa ajatellaan että käsityksiä jostain ilmiöstä on olemassa vain rajallinen määrä (Marton & Booth 2013, 124–126).

Menetelmien uskottavuutta arvioitaessa voidaan todeta, että metodologia ja tutkimuksen toteuttamisessa tehdyt menetelmälliset ratkaisut ovat linjassa tutkittavan ilmiön, tutkimuksen tavoitteiden ja toistensa kanssa (O'Brien ym. 2014). Laajempi aineisto olisi voinut kuitenkin tuottaa toisenlaisia tuloksia. Tutkimuksen toteuttaminen on kuvattu tarkasti ja yksityiskohtaisesti siten, että sen toistaminen on metodologisesti mahdollista.

6.2.2 Analyysin ja aineiston vastaavuus

Aineiston litterointi aloittaa analyysiprosessin ja on keskeinen vaihe tutkimuksen tulosten analyysiä. Suullisen ilmaisun muuntaminen kirjalliseksi saattaa sisältää vain puhuttaessa esiin tulleita merkityksiä, sillä merkitykset ovat kontekstuaalisia ja haastattelun konteksti häviää litteroinnin aikana (Sin 2010). Siksi pelkästään litterointeihin ei tutkimuksen analyysissä luotettu virheellisen tulkinnan riskin vuoksi, vaan rinnalla pidettiin alkuperäisiä äänitallenteita oikean tulkinnan varmistamiseksi (Ruusuvoori & Nikander 2017; Sin 2010). Myös vieraskielinen haastattelu lisää väärinkäsitysten riskiä vaikka onkin parempi menetelmänä kuin kyselylomakkeen käyttäminen (Patton 2014, 675). Vieraskielisissä haastatteluissa tutkija pyysi haastateltavia kertomaan ja kuvailemaan laajemmin vastauksiaan, jotta niiden merkityssisältö tuli varmasti selväksi tutkijalle ja vähensi analyysivaiheen virheitä.

Analyysissä keskeistä on huomioida tutkijan rooli tutkimusaineiston tulkinassa. Tutkijan tulee tiedostaa aiemmat mielipiteensä ja ymmärryksensä ilmiöstä eli oma relationaalinen roolinsa (Åkerlind 2023). Yksi luotettavuuden osatekijä onkin tutkijan kyky havaita ja poissulkea omat mielipiteensä, uskomuksensa, ennakkoluulonsa tai kokemuksensa, jotka voivat vaikuttaa tutkimukseen (Noble & Smith 2015; Sin 2010). Tässä tutkimuksessa tutkija kirjasi tutkimusprosessin alussa ajatuksensa ja esiymmärryksensä terveydestä sairaanhoitotyön kontekstissa muistiin tutkijapäiväkirjaan. Tutkija koki tämän tärkeäksi, jotta pystyi erottamaan omat käsitykset ja oletukset koko tutkimusprosessin ajan osallistujien tuottamista ilmaisuista, niiden tulkinasta ja analyysistä. Omien käsitysten ja mielipiteiden erottaminen aineistosta oli erityisesti tutkimusprosessin alkuvaiheessa tutkijalle vaikeaa, mutta toisaalta tietoisuus niistä, niiden kriittinen reflektointi ja tutkimuksen ohjaajan kanssa keskustelu auttoivat pitämään niitä erillään. Täydellistä oman näkemyksen poissulkemista ei fenomenografisessa tutkimuksessa ole mahdollista saavuttaa, joten kriittinen reflektio ja näkemysten tunnistaminen ovat keskeisessä roolissa luotettavuuden arvioinnissa (Sin 2010; Stenfors-Hayes ym. 2013; Åkerlind 2023). Tulee myös muistaa tutkimuksen ja analyysin konteksti-, henkilö- ja aikasidonaisuus. Analyysin tuloksena syntynyt tulosavaruus oli tutkijan löytämä jäsenyys aineistosta. Toinen tutkija olisi voinut tehdä toisenlaisen jäsenyyksen tai toisenlaisia havaintoja riippuen hänen omasta ymmärryksestään. Myös osallistujat olisivat voineet toisessa hetkessä tai toisen henkilön haastattelemana tuottaa erilaisia vastauksia.

Tutkijan kaksoisrooli tutkijana ja toisaalta opettajana on saattanut vaikuttaa haastateltaviin sosiaalisesti suotuisten vastausten antamisena (Hirsjärvi ym. 2018, 206), jolloin se voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelutilanteiden jälkeinen reflektioiva keskustelu haastateltavien kanssa auttoi arvioimaan tutkijan toimintaa, haastattelutilannetta ja tutkijan asemoitumisen vaikutuksia haastattelun kulkuun ja vastauksiin. Tutkijan ymmärrys opiskeluympäristöstä ja organisaatiokulttuurista onkin voinut lisätä haastattelujen luontevuutta ja helpottaa näkemysten kertomista ja toisaalta auttaa tutkijaa tulkintojen tekemisessä aineistosta. Tutkijan esiymmärryksen ja asemoitumisen dokumentointi ja kriittinen reflektio tutkimusprosessin aikana näyttäytyvät tutkimuksen vahvuuksina.

Analyysiprosessin huolellinen kuvaus parantaa tutkimuksen luotettavuutta tuomalla esiin tutkijan päättelyketjut aineistosta (Kettunen & Tynjälä 2018; Sin 2010; Åkerlind 2023). Raportoinnissa käytettiin osallistujien alkuperäisiä ilmaisuja havainnollistamaan ja vahvistamaan

päätelyketjuja ja tulkintoja. Toisaalta Säljö (1997) on tuonut esiin analyysin mahdollisena virhelähteenä tulkinnan kohdistumisen ilmaisun diskurssiin eikä varsinaiseen merkitykseen. Tässä tutkimuksessa analyysivaiheessa palattiin jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon pyrkien varmistamaan tulosten ja tulkintojen aitoudesta eikä tulkinnan kohdistumisesta diskurssiin tai tutkijan käsityksiin. Fenomenografisen analyysin luotettavuuteen liittyy vahvasti analyysin tuloksena muodostuvan hierarkiajärjestelmän kategorioiden sisäkyky eli ne eivät saa olla päällekkäisiä vaan jälkimmäisen kategorian tulee sisältää edellinen mutta ei toisinpäin (Marton & Booth 2013, 125–126; Paakkari 2012, 47–48; Åkerlind 2003; Åkerlind ym. 2005, 95–97). Kategorioiden hierarkkisuuksi määritettäessä kriittisten aspektien perusteella käytettiin kategorioiden sisäkykyden vaatimusta loogisen päättelyn vahvistajana. Kategorioiden sisäkyky toteutuikin tutkimuksen tulosavaruuden kuvauksessa. Analyysiprosessi on kuvattu tarkemmin tutkimuksen luvussa 4.2.

6.2.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan yleensä arvioida neljän ulottuvuuden kautta kuten uskottavuus, siirrettävyys, johdonmukaisuus ja vahvistettavuus (Kettunen & Tynjälä 2018; Sin 2010). Tutkimuksen *uskottavuus* viittaa tutkimuksen, tutkimustulosten ja johtopäätösten vakuuttavuuteen ja perusteltavuuteen, *siirrettävyys* tutkimustulosten relevanttiuteen muissa yhteyksissä kuin alkuperäisen tutkimuksen kontekstissa, *johdonmukaisuus* tutkimusprosessin johdonmukaisuuteen ja toistettavuuteen ja *vahvistettavuus* tutkimuksen tulosten riippumattomuuteen tutkijan omista motiiveista tai ennakkoluuloista (Hays ym. 2016; Kettunen & Tynjälä 2018; O'Brien ym. 2014; Stenfors-Hayes ym. 2013).

Sisältöön liittyvä *uskottavuus* perustuu tutkijan ymmärrykseen tutkimusaiheen sisällöstä, omien ennakkokäsitysten tiedostamiseen ja oman toiminnan jatkuvaan kriittiseen reflektioon (Aaltio & Puusa 2020, 180; Kettunen & Tynjälä 2018). Tutkija oli syventynyt tutkimusilmiöön vuosien varrella laajasti aiemman ammattinsa puitteissa ja viimeisen kahden vuoden aikana myös hoitotyön opettamisen kautta. Hän oli mielestään saanut hyvän käsityksen tutkimusilmiöstä työhistoriastaan johtuen. Tämä voi olla tutkimuksen vahvuus, kuten myös jatkuva kriittinen reflektio tutkimusprosessin aikana. Toisaalta vahva aiempi ymmärrys ilmiöstä on voinut vaikuttaa tutkijan laatiman haastattelurungon painotuksiin ja tulkintaan. Sisältöön liittyvä uskottavuus kuvaa myös tutkimukseen osallistujien esiin nostamien käsitysten edustavuutta tutkimuksen tu-

loksena esiin tulleissa kategorioissa. Metodista uskottavuutta on jo käsitelty luvussa 6.2.1. Uskottavuutta lisättiin tässä tutkimuksessa alkuperäisen aineiston kuljettamisella analyysiprosessin rinnalla ja myös tutkimusprosessin ja analyysin yksityiskohtaisella kuvaamisella tutkimusraporttiin. Tutkimuksen vaiheita esiteltiin säännöllisesti ja vertaispalautetta hyödynnettiin seminaareissa. Tutkielman ohjaajilta saatiin palautetta niin ikään seminaarien yhteydessä ja analyysivaiheen lopuksi myös yksilöohjauksessa. Myös tutkimuseettisten periaatteiden ja hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen lisää tutkimuksen uskottavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150).

Tutkimuksen *siirrettävyys* tarkoittaa tulosten sovellettavuutta muihin ryhmiin tai olosuhteisiin (Kettunen & Tynjälä). Siirrettävyys tässä tapauksessa voi olla kohtuullinen, sillä tutkimus ja tutkimukseen osallistujat on raportoitu kattavasti ja yksityiskohtaisesti sovellettavuuden arvioimiseksi (O'Brien ym. 2014). Siirrettävyyttä tukee myös fenomenografian näkemys käsitysten rajallisesta määrästä tiettyyn ilmiöön liittyen, mutta toisaalta fenomenografian vahva kontekstisidonnaisuus puhuu siirrettävyyttä vastaan (Kettunen & Tynjälä 2018). Myös osallistujien pieni määrä ja aineiston rajallisuus on voinut vaikuttaa joidenkin merkitysten ja/tai kriittisten aspektien jäämiseen pimentoon, jolloin tutkimuksen siirrettävyys ja siten luotettavuus väistämättä heikkeni. Tulee muistaa, että käsitykset perustuvat henkilökohtaisiin ja yksilöllisiin kokemuksiin ilmiöstä tietynä hetkenä tietyssä tilanteessa. Kontekstin kuvailu raportoinnissa on tärkeää, jotta voidaan arvioida sen vaikutuksia tutkimusilmiön käsittämiseen (Kettunen & Tynjälä 2018; Sin 2010). Toisaalta siirrettävyyttä tai sovellettavuutta olisi Haysin ym. (2016) mukaan parantanut myös tutkija-, menetelmä-, ja aineistotriangulaatio, joihin ei tämän pro gradu -tutkielman puitteissa ollut mahdollisuutta.

Tutkimuksen *johdonmukaisuus* liittyy tulosten luotettavuuteen, jäljitettävyyteen, tutkimuksen toistettavuuteen ja selkeään raportointiin (Hays ym. 2016; Kettunen & Tynjälä 2018). Laadullisen tutkimuksen toistettavuus ei välttämättä ole hyvä, sillä konteksti-, aika- ja tutkija- ja niistä johtuva tulkintasidonnaisuus vaikuttavat tuloksiin (Aaltio & Puusa 2020, 180; Patton 2014, 910–914). Mm. selkeä, yksityiskohtainen ja läpinäkyvä raportointi, empiriapohjaisuus ja valintojen perustelu ovat olleet tässä tutkimuksessa keinoina varmistaa johdonmukaisuutta. Jatkuva tulkintojen varmistaminen alkuperäiseen aineistoon palaamalla ja tutkijan reflektiivisyys ovat Haysin ym. (2016) ja Pattonin (2014, 914–916) mukaan tapoja lisätä analyysin johdonmukaisuutta, ja näitä on tässä tutkimuksessa hyödynnetty kattavasti. Metodologista johdonmukaisuutta on käsitelty jo luvussa 6.2.1.

Vahvistettavuudella kuvataan tutkimustulosten empiiristä uskottavuutta (Kettunen & Tynjälä 2018). Tutkimustulokset eivät saa olla riippuvaisia tutkijan mielipiteistä tai motiiveista, vaan niiden tulee heijastaa kerättyä aineistoa (O'Brien ym. 2014; Patton 2014, 914; Sin 2010). Tässä tutkimuksessa tutkijan vaikutusta tulkintaan pyrittiin tuomaan tietoisuuden tasolle tutkijapäiväkirjan ja jatkuvan kriittisen reflektion avulla ja siten vähentämään sen vaikutusta tutkimukseen. Myös tulkintaa jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon vertaamalla ja alkuperäisilmaisuja esimerkkeinä käyttämällä pyrittiin aineistoa kunnioittavaan analyysiin. Tulosten perustelemisella ja tarkalla raportoinnilla pyrittiin tässä tutkimuksessa lisäämään tutkimuksen vahvistettavuutta (Hays ym. 2016).

Tutkimuksen kokonaisarvioinnissa käytettiin O'Brienin ym. (2014) ja Haysin ym. (2016) koostamia suosituksia laadullisen tutkimuksen raportoinnista ja metodologisesta johdonmukaisuudesta. Tutkimuksen heikkouksina näyttäytyivät näiden mukaan tutkijan kaksoisrooli tutkijana ja opettajana, tutkimukseen osallistujien vähäisyys (n=8) ja siitä johtunut aineiston rajallisuus, tutkijan kokemattomuus fenomenografisen tutkimusotteen käyttämisessä aineiston analyysissä ja käsitteellistämässä ja vain yhden tutkijan tekemä analyysi ja auditoinnin puuttuminen. Vahvuuksina voidaan todeta olleen kirjallisuuskatsauksen avulla osoitettu tutkimusaukko, selkeä tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys, tutkijan tietoinen reflektiivinen ote toimintaansa ja kaksoisrooliinsa, perustellun ja tarkoitukseen sopivan metodologian käyttäminen ja valintojen perustelevuus, ohjaajan osallistuminen analyysin tuloksen arviointiin ja käsitteellistämisen tarkistaminen, vertaisarvioinnin toteutuminen, tutkimuksen raportointi läpinäkyvästi, tutkimuksen tulosten vertailu aiempaan aiheesta olevaan tietoon ja tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden kattava arviointi.

6.3 Eettisiä näkökulmia

Pyrkimys rehellisyyteen ja objektiivisuuteen on tieteen, tieteellisen keskustelun ja akateemisen toiminnan ydintä (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 15). Tutkimusetiikassa nämä periaatteet ilmenevät eettisenä vastuullisuutena ja oikeiden toimintatapojen noudattamisena (TENK 2023). Eettisten periaatteiden noudattamista voidaan pitää tutkimuksen hyvän laadun osana (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149–150). Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa eettinen perusta muodostuu ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja muiden oikeuksien kunnioittamisesta sekä tutkimuksen toteuttamisesta siten, ettei se aiheuta tutkimuksen kohteille haittaa (TENK 2019, 7). Tämä tutkimus toteutettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2023; TENK

2019) ja Jyväskylän yliopiston (JYU 2019) ohjeita, periaatteita ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen.

Tutkimukselle ei tarvittu eettistä ennakoarviointia tutkimusluvan hakemiseksi, sillä tutkimus perustui täysi-ikäisten osallistujien suostumukseen, siinä ei kajottu tutkittaviin fyysisesti, ei esitetty voimakkaita ärsykeitä, ei aiheutettu henkistä haittaa eikä tutkimuksesta ollut odotettavissa turvallisuushkaa (TENK 2019, 14). Koska tutkimuksessa tiedonantajiksi haluttiin ulkomaalaistaustaisia opiskelijoita, tehtiin Jyväskylän yliopiston edellyttämä tietosuojaa-asetuksen mukainen vaikutustenarviointi sen selvittämiseksi, millaista tietosuojaa tutkimus edellytti (JYU n.a.). Arvioinnin perusteella tutkimukselle riitti tavanomainen tutkimuksen tietosuojaa, koska erityisiä henkilötietoryhmiä tai sensitiivistä tietoa ei käsitelty. Ennen osallistujien rekrytointia anottiin tutkimuslupa kohteena olevasta Etelä-Suomalaisesta ammattikorkeakoulusta.

Tutkittavat rekrytoitiin avoimella ilmoituksella ja he osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ilman palkkiota. Puolet tutkimukseen osallistujista olivat tutkijalle entuudestaan tuttuja. Tutkittaville lähetettiin etukäteen tutustuttaviksi tutkimustiedote, tietosuojalomake sekä suostumuslomake. Heille kerrattiin haastattelun aloittamisen yhteydessä vielä tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, tutkimusmenetelmät ja heidän antamiensa tietojen käyttö, käsittely ja tuhoaminen. Myös heidän oikeutensa tutkimukseen osallistujina sekä mahdollisuus keskeyttää tai peruuttaa osallistumisensa milloin tahansa ilman seurauksia käytiin läpi (TENK 2019). Tutkimuksen julkaisemisen summittainen ajankohta kerrottiin osallistujille, jotta he voisivat halutessaan perehtyä koko tutkimukseen. Tutkittavilta pyydettiin kirjallinen tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta ja aineiston käytöstä, ja etäyhteydellä toteutettujen haastattelujen osalta tutkittavia pyydettiin kertomaan suostumuksensa siinä vaiheessa kun haastattelun tallennus oli alkanut suostumuksen dokumentoimiseksi myös litteraattiin. Tutkijan kaksoisrooli sekä oppilaitoksen opettajana että tutkijana pohditutti tutkijaa itseään ennakkoon, mutta osallistumisen vapaaehtoisuus ja osallistujien tietoisuus tutkijan kaksoisroolista varmistettiin vielä suostumuksen yhteydessä. Samalla vahvistettiin osallistujille osallistumisen tai osallistumatta jättämisen seurauksettomuus. Tutkijaa eivät ohjanneet oppilaitoksesta tai muualta ulkoa tulleet vaatimukset eikä tutkijalla ole tutkimukseen liittyviä rahoituslähteitä, sitoumuksia tai esteellisyyksiä.

Haastattelun avulla oli mahdollisuus tukea haastateltavaa nostamaan tietoisuuteen hänen käsityksiään ja ajatuksiaan tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 2014, 168), jolloin voitiin aja-

tella kyseessä olevan samalla interventio tutkittavan ajatteluun. Haastattelujen lopuksi käytävissä reflektiokeskusteluissa tulikin esiin, etteivät osallistujat välttämättä olleet aiemmin ajatelleet terveyttä tutkimuskysymysten laajuudella tai syvyydellä.

Ihmistieteissä yksi peruseriaateista on osallistujien yksityisyyden kunnioittaminen, ja kaikkia saatuja tietoja käsiteltiin tietoturvallisesti osallistujien anonymiteettiä kunnioittaen. Tutkimusaineisto pseudonymisoitiin heti haastatteluaineiston saamisen jälkeen, jolloin tutkimusaineistosta ei käy ilmi osallistujien tunnistetietoja. Tutkimuksen raportoinnissa vältettiin tutkimukseen osallistujien yksilöllisiä kuvauksia eikä demografisia ominaisuuksia järjestetty tutkimusraportin taulukossa (taulukko 3) yksilökohtaisesti osallistujien henkilöllisyyden suojaamiseksi.

Eettisyyteen kuuluu myös tutkimuksen raportointi hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Huonosti tehty tutkimus tai huolimaton raportointi voidaan nähdä loukkauksena tutkimusyhteisöä kohtaan. Tutkimuksen analyysi ja tutkijan työskentely tulee kuvata siten, että analyysin kulkua on mahdollista ja helppoa seurata. Tulokset tulee esittää selkeästi sekoittamatta osallistujien ja tutkijoiden näkökulmia tai ääniä toisiinsa ja erottamalla tulosten analyysi päätelmistä (Sandelowski & Leeman 2012). Raportoinnissa tulee pyrkiä myös yksinkertaiseen tieteelliseen ilmaisuun ilman turhia koukeroita, jotta raportointi pysyy ymmärrettävänä ja selkeänä.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajaopiskelijat toivat esiin neljä erilaista tapaa ymmärtää terveys sairaanhoitotyössä. Terveys nähtiin hoitotyön teknisinä toimintoina, oman terveyden kautta hoitotyön mahdollistajana, holistisena toimintana ja oikeutena. Suppeimmillaan terveys kuvautui ammatillisena osaamisena ja hoitotyön toimintojen suorittamisena. Käsitukset monipuolistuivat kuvaamaan terveyttä hoitotyön toimintojen mahdollistajana sairaanhoitajan oman terveyden kautta ja edelleen holistisena toimintana. Laajimmillaan terveys nähtiin oikeutena, ja arvokkaana itsessään.

Tämän tutkimuksen perusteella ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajaopiskelijat käsittivät terveyden sairaanhoitajan työssä sisältävän sekä tekniseen hoitotyöhön että potilaiden kohtaamiseen ja kokonaisvaltaiseen huomioimiseen liittyviä taitoja ja osaamista. He pitivät terveyttä oikeutena monipuoliseen hyvinvointiin, jota on vaalittava sekä potilaiden sairauksien hoidossa

moniammatillisessa yhteistyössä että hoitajan oman työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukemiseksi. Terveys kuvautui arvona itsessään, jonka edistämiseen sairaanhoitaja on ammattietiikkansa mukaisesti sitoutunut.

Vaikka terveys on sekä terveydenhuoltojärjestelmän että sairaanhoitajan työn keskeinen termi ja aihealue, on tutkimustieto sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystieteistä tai niiden sisällöistä ollut puutteellista. Työnantajat ja oppilaitokset halusivat, että sairaanhoitajatutkinnon suorittaneet olisivat valmiita työelämään ja kykenisivät selviytymään hoitotyön moninaisista haasteista sekä vastaamaan sairaanhoitajan ammatin eettisiin odotuksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tukea opetussuunnitelman ja opetuksen kehittämistä erityisesti perinteisen tieto- ja toimintopohjaisen opetussuunnitelman uudistamisessa ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajaopiskelijat paremmin huomioivaksi. Tutkimuksen tuloksena syntyneestä tulosvaruudesta nähdään käsityksiä, joiden eteenpäin kehittämiseen ja laajentamiseen voidaan opetuksessa panostaa. Saatu tieto terveystieteiden variaatioista ja sisällöistä auttaa lisäämään opetuksen taitopainotteisuuden rinnalle holistista terveystietoa hyödyntäviä aiheita ja tehtäviä. Tällöin opiskelijoiden terveystieteillä on mahdollisuus laajeta pelkästä teknisestä toiminnasta kohti holistista terveystietoa ja terveyttä yksilön oikeutena.

Tutkimuksen tuloksiin pohjautuen sairaanhoitajakoulutuksessa tulisi lisätä oppimistilaisuuksia, joissa terveyttä lähestytään niin potilaan, sairaanhoitajan kuin työyhteisön roolien ja hoitotyön toteuttamisen näkökulmista. Ulkomaalaistaustaisia opiskelijoita voitaisiin haastaa pohtimaan terveyttä näistä eri näkökulmista kriittisten aspektien kautta ja siten vahvistaa opiskelijoiden terveystieteiden kehittymistä sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaista terveystietoa kohti. Toisaalta käsitteiden hierarkkinen rakenne antaa mahdollisuuksia myös arvioida opiskelijoiden terveystieteitä ja niiden kehittymistä. Hierarkkarakenne antaa mahdollisuuksia kehittää työkaluja terveystieteen ja hoitotyön arvoristiriidoista johtuvan eettisen stressin ennaltaehkäisemiseen ja opiskelijoiden tukemiseen.

Koska tutkimustieto sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystieteistä on edelleen kovin puutteellista, tarvitaan laadukasta tutkimustietoa tästä aiheesta lisää. Jatkotutkimusaiheena voisi olla terveystieteiden evoluution seuraaminen pitkittäistutkimuksella sairaanhoitajakoulutuksen alusta koulutuksen päättymiseen ja mahdollisesti muutaman vuoden ammatissa toimimisen jälkeen. Kiinnostavaa olisi tietää, miten käsitteet muuttuvat ja saavuttavatko ne sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaisen holistisen terveystieteen. Toisaalta vastaava tutkimus olisi hyvä

tehdä myös kantasuomalaisille sairaanhoitajaopiskelijoille, ja verrata saatuja tuloksia ja niiden merkitystä tähän tutkimukseen. Toisaalta alkuperäisen tutkimuksen jatkona olisi mielenkiintoista tutkia miten terveystieteiden näkyvät käytännössä ulkomaalaistaustaisten opiskelijoiden toiminnassa, niin terveyttä koskevan tiedon omaksumisessa kuin hoitotyön toteuttamisessakin. Terveystieteiden variaatioiden tutkiminen moniammatillisissa tiimeissä olisi toisaalta myös erittäin kiinnostavaa, sillä terveystieteiden voimakas variointi työyhteisössä voi vaikuttaa hoidon painopisteisiin ja hoidon toteutumiseen eri ammattilaisten välillä.

Terveystieteiden ja terveyden edistämistyön toteuttamisesta sairaanhoitotyön kontekstissa olisi tarpeellista tehdä tutkimusta, sillä terveyden edistämistoimilla voidaan vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin pitkällä tähtäimellä. Nykyiset sairaanhoitajaopiskelijat tulevat olemaan keskeisessä roolissa tulevaisuuden terveydenedistämistoiminnassa, joten heidän terveystieteistensä ja terveyden edistämismahdollisuuksiensa tutkiminen olisi myös kansantaloudellisesti järkevää. Myös sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystieteiden ja asenteiden yhteyden tutkimisesta avautuisi jälleen uusi kiinnostava tutkimuspolku. Näyttääkin siltä, että tutkittavaa tämän aiheen ympärillä riittäisi.

” Remember that the researcher is a learner, seeking the meaning and structure of her phenomenon” (Marton & Booth 2013, 151).

LÄHTEET

- Aaltio, I. & Puusa, A. (2021) Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Puusa A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus Oy, 177–188.
- Aalto, A-M., Elovainio, M., Heponiemi, T., Hietapakka, L., Kuusio, H. & Lämsä, R. (2013). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa. Haasteet ja mahdollisuudet. Raportteja 7/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Adler, N.E, Glymour, M.M. & Fielding, J. (2016). Viewpoint: Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities. *JAMA*. 316(16):1641–1642. doi:10.1001/jama.2016.14058.
- Airas, M., Piippo, S., Berg, L. & Korhonen, S. (2023). Näkökulmia korkeakoulujen SIMHE-työhön. Opetushallituksen raportit ja selvitykset 2023 (6a). ISSN 1798-8926 (pdf). Helsinki. Viitattu 27.9.2023. <https://www.oph.fi/fi/tilastot-ja-julkaisut/julkaisut/nakokulmia-korkeakoulujen-simhe-tyohon>.
- Airas, M., Delahunty, D., Laitinen, M., Shemsedini, G., Stenberg, H., Saarilampi, M-L., Sarpanta, T., Vuori, H. & Väättäin, H. (2019). Taustalla on väliä. Ulkomaalaistaustaiset opiskelijat korkeakoulupolulla. Kansallinen koulutuksen arviointikeskus julkaisut 2019 (22). Viitattu 27.9.2023. https://www.karvi.fi/sites/default/files/sites/default/files/documents/KARVI_2219.pdf.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling* 53 (2), 239–244. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00146-0.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Fransisco: Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 36 (6), 725–733. doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-Z.
- Ayaz-Alkaya, S. & Terzi, H. (2019). Investigation of health literacy and affecting factors of nursing students. *Nurse Education in Practice* 34, 31–35. doi: 10.1016/j.nepr.2018.10.009.
- Barbagallo, M.S. (2021). Nursing students' perceptions and experiences of reflective practice: A qualitative meta-synthesis. *Teaching and Learning in Nursing* 16, 24-31. doi:10.1016/j.teln.2020.07.006.
- Beck, C.T. (1991). Undergraduate Nursing Students' Lived Experience of Health: A Phenomenological Study. *Journal of Nursing Education* 30(8), 371-374. Viitattu 11.11.2023.

- <https://www.proquest.com/scholarly-journals/undergraduate-nursing-students-lived-experience/docview/1026695472/se-2>.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44 (4), 542-573. Viitattu 8.3.2024. <https://www.jstor.org/stable/186939>.
- Bowden, J. (2005). Reflections on the Phenomenographic Team Research Process. Teoksessa J. Bowden & P. Green (toim.) *Doing Developmental Phenomenography*. e-kirja. Melbourne: RMIT University Press, 11-31.
- Bulfone ,G., Maurici, M., Vellone, E., Macale, L., Alvaro, R. (2020). Health habits of nursing students: A longitudinal study of health perceptions and health habits. *Journal of Clinical Nursing* 29, 4349–4357. Doi: 10.1111/jocn.15473.
- Cao, R., Stone, T.E., Petrini, M.A. & Turale, S. (2018). Nurses' perceptions of health beliefs and impact on teaching and practice: a Q-sort study. *International Nursing Review* 65 (1), 131-144. Doi: 10.1111/inr.12399.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. (2007). *Tutkijan arkipäivän etiikka*. Tampere: Vastapaino.
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V., & Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse education today* 68, 112–120. Doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.018.
- Conti, A.A. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomedica*, 89 (3), 352–354. doi: 10.23750/abm.v89i3.6739.
- Curtis K. (2014). Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. *Nursing Ethics* 21 (2), 210-223. Doi:10.1177/0969733013478307.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., Giardina, M.D. & Cannella, G.S. (2023). Introduction. The discipline and practice of qualitative research. Teoksessa Denzin ym. , N.K., Lincoln, Y.S., Giardina, M.D. & Cannella, G.S. (toim.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 6. painos. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc. 1-32.
- van Druten, V.P., Bartels, E.A., van de Mheen, D. et al. (2022). Concepts of health in different contexts: a scoping review. *BMC Health Services Research* 22 (389). Doi: 0.1186/s12913-022-07702-2.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196, 129-136. doi: 10.1126/science.847460.
- Engel, G.L. (1978). The Biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences* 310, 169–187. doi: 10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x.

- Ericsson, M. (2022). *The Sense of Coherence: The Concept and Its Relationship to Health*. Teoksessa Mittelmark, M. B., Bauer, G. F., Vaandrager, L., Pelikan, J. M., Sagy, S., Ericsson, M., Lindström, B. & Meier Magistretti, C. (toim.) *The Handbook of Salutogenesis*. e-kirja. 2. painos. New York: Springer Int. Doi: 10.1007/978-3-030-79515-3. 61-68.
- Eriksson, K. (1989). *Terveiden idea*. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Farre, A. & Rapley, T. (2017). *The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness*. *Healthcare* 5(4): 88. doi: 10.3390/healthcare5040088.
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., & Romero-Sánchez, J. M. (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International nursing review* 65(1), 54–64. Doi:10.1111/inr.12373.
- Green, P. (2005). Spaces of influence: A framework for analysis of an individual's contribution within communities of practice. *Higher Education Research & Development* 24(4), 293–307. doi: 10.1080/07294360500284607.
- Green, P. & Bowden, J. (2009). *Principles of Developmental Phenomenography*. Swinburne University and RMIT, 52-70.
- Guptarak, M., Conway, J., Stone, T.E., Fongkaew, W., Settheekul, S. & Baxter, E. (2020). Health Beliefs of Nurses in Northern Thailand: A Q-Methodology Study. *Journal of Transcultural Nursing* 31(4), 350-359. Doi:10.1177/1043659619865589.
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B. & Dreyer, P. (2020). Nurses' experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics* 27 (1), 258-272. doi: 10.1177/0969733019832941.
- Halfon, N., Long, P., Chang, D.I., Hester, J., Inkelas, M. & Rodgers, A. (2014). Applying A 3.0 Transformation Framework to Guide Large-Scale Health System Reform. *Health Affairs* 33 (11), 2003–2011. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0485.
- Hanna, K.M. (1989). The meaning of health for graduate nursing students. *Journal of Nursing Education* 28 (8):372-6. doi: 10.3928/0148-4834-19891001-09.
- Hays, D.G., Wood, C., Dahl, H. and Kirk-Jenkins, A. (2016). Methodological Rigor in *Journal of Counseling & Development* Qualitative Research Articles: A 15-Year Review. *Journal of Counseling & Development* 94: 172-183. doi: 10.1002/jcad.12074.
- Hernandez, M. & Gibb, J.K. (2019). Culture, behavior and health. *Evolution, Medicine and Public Health* 2020 (1), 12–13. doi:10.1093/emph/eoz036.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2014). *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2015). *Tutki ja kirjoita*. 20. painos. Helsinki: Tammi.

- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. v. d., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v., & Smid, H. (2011). How should we define Health? *British Medical Journal*, 343 (d4163). doi: 0.1136/bmj.d4163.
- Juuti, P. & Puusa, A. (2020). Mitä laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan? Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus Oy, 9–20.
- JYU. (n.a.). Arviointityökalut tietosuojan toteuttamisen tueksi. Verkkosivu. Viitattu 25.10.2023. <https://www.jyu.fi/fi/tietosuoja/arviointityokalut-tietosuojan-toteuttamisen-tueksi>.
- JYU. (2019). Eettiset ohjeet. Verkkosivu. Viitattu 25.10.2023. https://www.jyu.fi/it/fi/ohjeita-opiskelijalle/opintohallinnon-saadokset-maaraykset-ja-lomakkeet/opintoja-ohjaavat-saadokset-ja-asetukset/eettiset_ohjeet.
- Kallio, M. (2014). Muuttuuko lääketieteen opiskelijoiden käsitys terveydestä peruskoulutuksen aikana. Kuusivuotinen seurantatutkimus. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1246. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 20.10.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526204543>.
- Kallio, W. (2011). Sairaanhoidajaopiskelijoiden käsityksiä terveydestä ja sairaudesta. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.20.2023. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33417/Kallio_Wakana.pdf?sequence=1.
- Kamau, S., Koskenranta, M., Kuivila, H., Oikarainen, A., Tomietto, M., Juntunen, J., Tuomikoski, A-M. & Mikkonen, K. (2022). Integration strategies and models to support transition and adaptation of culturally and linguistically diverse nursing staff into healthcare environments: An umbrella review. *International Journal of Nursing Studies* 136. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104377.
- Karhila, P. & Kopra, A. (1998). *Terveyskäsitykset kartalla*. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/12252/1201.pdf?sequence=1>.
- Kaya, H., Burcin, I., Senyuva, E. & Kaya, N. (2017). Personal and professional values held by baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics* 24(6), 716–731. Doi: 10.1177/0969733015624488.
- Kettunen, J. (2021) *Fenomenografia*. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 5.10.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metodelmaopetus/kvali/teoreettis-metodologiset-viitekehukset/fenomenografia/>.

- Kettunen, J. & Tynjälä, P. (2018). Applying phenomenography in guidance and counselling research. *British Journal of Guidance & Counselling* 46 (1), 1–11. doi:10.1080/03069885.2017.1285006.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2014). *Laadullinen terveystutkimus*. 1.–3. painos. Helsinki: Edita Oy.
- The Lancet. (2009). What is health? The ability to adapt. Editorial. *The Lancet* 373 (9666), 781. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)60456-6.
- Langari, M.N.M., Tella, S., Smith, N.-J., Ma, H. & Turunen, H. (2017). Self-Assessment of Patient Safety Competence: A Questionnaire Survey of Final Year British and Finnish Pre-Registration Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences* 10 (3), 1212–1223. Viitattu 20.5.2024 https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/11_lagari_original_10_3.pdf.
- Leino-Kilpi, H., Koskinen, S. & Suikkala, A. (2023). Opiskelijan ja potilaan välinen suhde. Teoksessa Saarinen, T., Koivula, M., Mikkonen, K., Hemberg, J. & Salminen, L. (toim.) *Terveysalan opettajan käsikirja*. 3. uudistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma, 249–268.
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services* 48(4), 735–748. Doi: 10.1177/0020731418782653.
- Levesque, A. & Li, H.Z. (2014). The Relationship Between Culture, Health Conceptions, and Health Practices: A Qualitative–Quantitative Approach. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 45(4), 628–645. Doi: 10.1177/0022022113519855.
- Lipworth, W.L., Hooker, C. & Carter, S.M. (2011). Balance, Balancing, and Health. *Qualitative Health Research* 21(5), 714–725. Doi: 10.1177/1049732311399781.
- Lusk, S. L., Kerr, M. J., & Baer, L. M. (1995). Psychometric testing of the reduced Laffrey Health Conception Scale. *American Journal of Health Promotion* 9 (3), 220–219. Doi: 10.4278/0890-1171-9.3.220.
- Lyman, B. & Mendon, C.R. (2021). Pre-licensure nursing students' experiences of psychological safety: A qualitative descriptive study. *Nurse Education Today* 105 (105026). Doi: 10.1016/j.nedt.2021.105026.
- Lyneham, J. & Lewett-Jones, T. (2016). Insights into Registered Nurses' professional values through the eyes of graduating students. *Nurse Education in Practice* 17, 86-90. Doi: 10.1016/j.nepr.2015.11.002.
- Marton, F. (1981). Phenomenography — Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 10 (2), 177–200. Doi: 10.1007/BF00132516.

- Marton, F. (1994). Phenomenography. Teoksessa T. Husen, G. Handal, & T. N. Postlethwaite (toim.) *The international encyclopedia of education*. 2. painos. Oxford: Pergamon Press, 4424–4429.
- Marton, F. & Booth, S. (2013). *The Idea of Phenomenography*. Teoksessa Marton, F. & Booth, S. *Learning and Awareness*. e-kirja. Alkuperäisteoksesta digitalisoitu 2009. Oxfordshire: Taylor and Francis, 127–156. Viitattu 2.3.2024.
- Marton, F., Dahlgren, L.O., Svensson, L. & Säljö, R. (1985). *Oppimisen ohjaaminen*. 3. painos. Jyväskylä: Weilin+Göös.
- Marton F. & Pong, W.Y. (2005) On the unit of description in phenomenography. *Higher Education Research & Development* 24 (4), 335-348. doi:10.1080/07294360500284706.
- Mason, D.J., Dickson, E., McLemore, M.R. & Perez, G.A. (2021). Frameworks for action in policy and politics. Teoksessa Mason, D.J., Perez, G.A., McLemore, M.R. & Dickson, E. (toim.) *Policy & Politics in Nursing and Health Care*. 8.painos. E-kirja. St. Louis: Elsevier, 1-17. Doi:10.1177/15254402003003009.
- McLaughlin, L. & Braun, K. (1998). Asian and Pacific Islander Cultural Values: Considerations for Health Care Decision Making. *Health & social work* 23 (2), 116-26. Doi: 10.1093/hsw/23.2.116.
- Munangatire, T., Tomas, N., & Mareka, V. (2022). Nursing students' understanding of health literacy and health practices: a cross-sectional study at a university in Namibia. *BMC nursing*, 21(1), 8. Doi:10.1186/s12912-021-00776-z.
- Muronda, V.C. (2016). The Culturally Diverse Nursing Student: A Review of the Literature. *Journal of Transcultural Nursing* 27 (4), 400–412. Doi: 10.1177/1043659615595867.
- Myllys, M. (2001). *Terveyskäsitys nepalilaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana*. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Napier, A.D., Ancarno, C., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S.Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Butler, B., Volkmann, A-M., Walker, T., Watson, J., Williams, A. C. De C., Willott, C., Wilson, J., Jadhav, S. (2014). Culture and health. *Lancet* 384, 1607–39. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61603-2.
- Niikko, A. (2003). *Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa*. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia: Joensuun Yliopisto.
- Nikander, P. (2008). Working with Transcripts and Translated Data. *Qualitative Research in Psychology* 5 (3), 225-231, doi: 10.1080/14780880802314346.

- Noble, H. & Smith, J. (2015) Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing* 18 (2), 34-35. Doi: 10.1136/eb-2015-102054.
- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy* 10, 5–10. doi: 10.1007/s11019-006-9017-3.
- Nutbeam, D. & Muscat, D.M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International* 36, 1578–1598. doi:10.1093/heapro/daaa157.
- O'Brien, B., Harris, I., Beckman, T., Reed, D. & Cook, D. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine* 89 (9), 1245-1251. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.
- Okuyan, C.B. & Caglar, S. (2019). Investigation of Health Literacy Levels and Health Perceptions of Nursing Students: A Cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences* 12 (1), 270-279. Viitattu 16.2.2024. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/30_birimoglu_original_12-1_1.pdf.
- Opintopolku. (n.a.). Hakutulokset. Verkkosivusto. Viitattu 1.2.2024. <https://opintopolku.fi/konfo/fi/haku/sairaanhoitaja?order=desc&size=20&sort=score>.
- Paakkari, L. (2012). Widening horizons: A Phenomenographic study of Student teachers' Conceptions of health education and its teaching and learning. University of Jyväskylä. *Studies in sport, Physical education, and Health* 179. Väitöskirja. Viitattu 1.3.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4652-4>.
- Pakkanen, P., Häggman-Laitila, A., Pasanen, M. & Kangasniemi, M. (2023). Health and social care workers' professional values: A cross-sectional study. *Nursing Ethics* 0(0) 1–18. Doi: 10.1177/09697330231200569.
- Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (2013). Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystieteissä. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja* 14/2013. Viitattu 1.2.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-909-1>.
- Patton, M.Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation methods: Integrating theory and practice*. 4. painos. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Pueyo-Garrigues, M., Pardavila-Belio, M.I., Canga-Armayor, A., Esandi, N., Alfaro-Díaz, C. & Canga-Armayor, N. (2022). Nurses' knowledge, skills and personal attributes for providing competent health education practice, and its influencing factors: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 58 (103277). Doi: 10.1016/j.nepr.2021.103277.

- Puusa, A. (2020). Haastattelutyypit ja niiden metodiset olemukset. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus, 103-117.
- Ravindran, N. & Myers, B.J. (2012). Cultural Influences on Perceptions of Health, Illness, and Disability: A Review and Focus on Autism. *Journal of Child and Family Studies* 21, 311–319. Doi: 10.1007/s10826-011-9477-9.
- Roulston, K. (2024). Examining the “inside lives” of research interviews. Teoksessa Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., Giardina, M.D. & Cannella, G.S. (toim.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 6. painos. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc. 317-332.
- Ruusuvuori J. & Nikander, P. (2017). Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 427–444.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2017). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 46–86.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Edustavuus. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>. Viitattu 10.1.2024.
- Sandelowski, M. & Leeman, J. (2012). Writing usable qualitative health research findings. *Qualitative Health Research* 22 (10), 1404–1413. Doi: 10.1177/1049732312450368.
- Sartorius N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian Medical Journal* 47(4), 662–664. Viitattu 16.3.2024. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/pdf/CroatMedJ_47_0662.pdf.
- Sastrawan, S., Weller-Newton, J., Brand, G. & Malik, G. (2021). The development of nurses’ foundational values. *Nursing Ethics*, 28 (7-8), 1244–1257. Doi: 10.1177/09697330211003222.
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). Nurses’ Evidence-Based Practice Beliefs and the Role of Evidence-Based Practice Mentors at University Hospitals in Finland. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 14 (1), 35–45. Doi: 10.1111/wvn.12189.
- Savolainen, J., Wallinvirta, E., Lejonqvist, G-B. & Wikström-Grotell, C. (2021). Professori Katie Eriksson – Hoitamisen ydin tutkimuksen kohteena. *Hoitotiede* 33 (4), 231–241. Viitattu 28.4.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128971>.
- Saylor, C. (2004). The Circle of Health. A Health Definition Model. *Journal of Holistic Nursing* 22 (2), 98-115. doi: 10.1177/0898010104264775.

- Schmidt, B.J. & McArthur, E.C. (2018). Professional nursing values: A concept analysis. *Nursing Forum* 53:69–75. Doi: 10.1111/nuf.12211.
- Schulkin, J. (2004). *Principles of Allostasis: Optimal Design, Predictive Regulation, Pathophysiology, and Rational Therapeutics*. Teoksessa J. Schulkin (toim.). *Allostasis, Homeostasis and the Costs of Physiological Adaptation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 17-64.
- Schramme, T. (2023). Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. *Public Health Ethics* 16 (3), 210–218. Doi: 10.1093/phe/phad017.
- Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44 (8), 1099–1109. doi: 10.1037/0003-066X.44.8.1099.
- Setälä-Pynnönen, V. (2015). Median terveyskuva ja yksilönkehityksen potentiaali. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (3), 299-302. Viitattu 5.12.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015102014977>.
- Sherwood, G.D., & (Sherwood & Schaffer 2014)Shaffer, F.A. (2014). The role of internationally educated nurses in a quality, safe workforce. *Nursing Outlook* 62 (1), 46–52. Doi: 10.1016/j.outlook.2013.11.001.
- Sin, S. (2010). Considerations of Quality in Phenomenographic Research. *International Journal of Qualitative Methods* 9 (4), 305-319. Doi: 10.1177/160940691000900401.
- Sjöström, B. & Dahlgren, L.O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 40 (3), 339–345. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x.
- Skär, L. & Söderberg, S. (2016). Swedish nursing students’ perceptions of the concept of health: A phenomenographic study. *Health Education Journal* 75(4): 385–395. doi:10.1177/0017896915591370.
- Sommers, C.L. (2018). Measurement of critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment in culturally diverse nursing students – A literature review. *Nurse Education in Practice* 30, 91–100. Doi: 10.1016/j.nepr.2018.04.002.
- Soto Mas, F., & Jacobson, H. E. (2019). Advancing health literacy among hispanic immigrants: The intersection between education and health. *Health Promotion Practice*, 20(2), 251-257. doi:10.1177/1524839918761865.
- Stenfors-Hayes, T., Hult, H. & Dahlgren, M.A. (2013). A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical Education* 47, 261–270. Doi: 10.1111/medu.12101.
- Stievano, A. & Tschudin, V. (2019). The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. *International Nursing Review* 66,154-156. doi: 10.1111/inr.12525.

- STM. (2018). Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) nykytilaa ja uudistamistarpeita koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.10.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3922-6>.
- STM. (2020). Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.10.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4145-8>.
- Stone, T. & Conway, J. (2018). An Exploration of Nurses' health beliefs: Ways of Knowing and Implications for Learning and Teaching. *Journal of Problem-Based Learning* 5 (2), 43-54. Doi: 10.24313/jpbl.2018.5.2.43.
- Sundar, T.K.B., Sargenius, H., Kvarme, L.G. & Sparboe-Nilsen, B. (2024). Norwegian pre-service teacher students' and public health nursing students' views on health – a qualitative study of students' perceptions. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 19(1): 2322705. doi: 10.1080/17482631.2024.2322705.
- Sairaanhoitajat ry. (2021). Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 21.11.2023. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>.
- Sairaanhoitajat ry. (n.a.). Tilastotietoa sairaanhoitajista. Verkkosivu. Viitattu 20.10.2023. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/>.
- SVT Suomen virallinen tilasto. (2022). Työssäkäynti. Tilastokeskus. Viitattu 15.10.2023. <https://stat.fi/tilasto/tyokay>.
- Säljö, R. (1997). Talk as Data and Practice — a critical look at phenomenographic inquiry and the appeal to experience. *Higher Education Research & Development* 16 (2), 173–190. doi: 10.1080/0729436970160205.
- TENK. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Toinen painos. Helsinki: TENK. Viitattu 20.4.2024. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf.
- TENK. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki: TENK. Viitattu 29.11.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.

- Tevameri, T. (2022). Sosiaali- ja terveystalouden työvoima ja yrityskehitys. Työ- ja elinkeinoministeriö. TEM toimialaraportit 2022 (2). Viitattu 28.9.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-626-0>.
- Tight, M. (2016). Phenomenography: the development and application of an innovative research design in higher education research. *International Journal of Social Research Methodology* 19 (3), 319-338. Doi: 10.1080/13645579.2015.1010284.
- Tirronen, H. (toim.), Smolander, N. & Karhe, T. (2020). Terveystaloudet tutuiksi. Mateas – Maahanmuuttajat terveystalouksien asiakkaina. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja B. Raportteja 120. Viitattu 4.10.2023. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/355671/Mateas_loppuraportti_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
- Torsch, V.L. & Ma, G.X. (2000). Cross-Cultural Comparison of Health Perceptions, Concerns, and Coping Strategies among Asian and Pacific Islander American Elders. *Qualitative Health Research* 10 (4), 471-489. Doi: 10.1177/104973200129118589.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. e-kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Valvira a) (n.a.). EU- tai ETA-valtioiden ulkopuolella koulutettu sairaanhoitaja. Verkkosivu. Viitattu 12.12.2023. <https://valvira.fi/ammattioikeudet/eu-tai-eta-valtioiden-ulkopuolella-koulutettu-sairaanhoitaja>.
- Valvira b) (n.a.). Töihin sosiaali- ja terveysalalle. Verkkosivu. Viitattu 24.10.2023. <https://valvira.fi/ammattioikeudet/toihin-sosiaali-ja-terveysalalle>.
- Vartiainen, P., Alenius, P., Pitkänen, P. & Koskela, M. (2017). Ulkomailta muuttaneiden hoitajien integraatio ja oppimisen polut sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä. *Työelämän tutkimus – Arbetslivsforskning* 15 (2), 148–162.
- Vipunen. (2024). Tutkintoon johtavan koulutuksen opiskelijat syntymämaan, maakunnan ja koulutusalan mukaan. Opetushallinnon tilastopalvelu. Viitattu 21.4.2024. https://vipunen.fi/fi-fi/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/fi-fi/Raportit/Ulkomaalaiset%20opiskelijat%20-%20syntym%C3%A4maa%20-%20koulutuksen%20maakunta.xlsb.
- WHO. (1948). Constitution. Verkkosivu. Viitattu 23.20.2023. <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>.
- WHO. (1986). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. Viitattu 21.11.2023. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.

- WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Viitattu 12.2.2024. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- WHO. (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Viitattu 20.10.2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.
- WHO. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. Viitattu 1.10.2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.
- Wilandika, A, Pandin, M.G.R. & Yusuf, A. (2023). The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review. *Frontiers in Public Health* 11 (1022803). doi:10.3389/fpubh.2023.1022803.
- Åkerlind, G.S. (2003) Growing and Developing as a University Teacher—Variation in Meaning. *Studies in Higher Education* 28 (4), 375-390. doi: 10.1080/0307507032000122242.
- Åkerlind, G.S. (2005a) Learning about phenomenography: Interviewing, data analysis and the qualitative research paradigm. Teoksessa J.A. Bowden ja P. Green (toim.) *Doing Developmental Phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press, 63-73.
- Åkerlind, G.S. (2005b). Phenomenographic methods: A case illustration. Teoksessa J. A. Bowden & P. Green (toim.) *Doing developmental phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press, 103-127.
- Åkerlind, G. (2005c). Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research and Development* 24 (4), 321–334. Doi: 10.1080/07294360500284672.
- Åkerlind, G.S. (2008) A phenomenographic approach to developing academics' understanding of the nature of teaching and learning. *Teaching in Higher Education* 13 (6), 633-644. doi: 10.1080/13562510802452350.
- Åkerlind, G.S. (2018). What Future for Phenomenographic Research? On Continuity and Development in the Phenomenography and Variation Theory Research Tradition. *Scandinavian Journal of Educational Research* 62 (6), 949-958. doi:10.1080/00313831.2017.1324899.
- Åkerlind, G.S. (2023). Common misunderstandings of phenomenographic research in higher education. *Higher Education Research & Development* 43 (1), 1–16. doi: 10.1080/07294360.2023.2218804.
- Åkerlind, G.S., Bowden, J. & Green, P. (2005). Learning to do Phenomenography: A reflective discussion. Teoksessa J. A. Bowden & P. Green (toim.) *Doing developmental phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press, 74-100.

Özdemir, Ö., Bikmaz, Z. & Akgün, G. (2022). Health perceptions and obesity awareness of nursing students. *Journal of Professional Nursing* 42, 162–167. Doi: 10.1016/j.profnurs.2022.07.001.

LIITE 1. Kirjallisuushaun hakustrategia ja tulokset CINAHL, ERIC ja PsychINFO-tietokannoista.

| Asiasanat | CINAHL | ERIC | PsychINFO |
|---|---------------|-------------|------------------|
| S1 Nurse or nurses or nursing | 192787 | 3962 | 61856 |
| S2 Student* | 90935 | 209973 | 207449 |
| S3 Pre-registration | 1100 | 37 | 190 |
| S4 pre-registered | 316 | 38 | 763 |
| S5 Concept* | 87058 | 60040 | 167933 |
| S6 View* | 51026 | 30311 | 112545 |
| S7 Notion* | 6730 | 7212 | 26505 |
| S8 Perception* | 83560 | 38218 | 249532 |
| S9 OR/S2-S4 | 91461 | 210003 | 208250 |
| S10 OR/S5-S8 | 204869 | 117144 | 482544 |
| S11 Health | 604935 | 32665 | 566166 |
| S12 S1 AND S9 | 20474 | 2200 | 6734 |
| S13 S10 AND S11 | 83456 | 7581 | 111441 |
| S14 S12 AND S13 | 2247 | 240 | 1297 |
| S15 Qualitative research or qualitative study or qualitative methods or interview | 169794 | 60311 | 185986 |
| S16 S14 AND S15 | 776 | 66 | 321 |

LIITE 2. Kirjallisuushaun hakustrategia ja tulokset Ovid Medline-tietokannasta.

| Asiasanat | Medline |
|---|----------------|
| 1 Students, Nursing/ or nursing students.mp. | 38465 |
| 2 Nurse students.mp. | 328 |
| 3 Pre-registered nurs*/ or pre-registered nurs*.mp. | 17 |
| 4 Pre-registration nurs*/ or pre-registration nurs*.mp. | 706 |
| 5 Health/ or health.mp. | 3801531 |
| 6 Limit 5 to (english language and full text and "remove preprint records") | 1000467 |
| 7 Concept*/ or concept*.mp. | 679536 |
| 8 View*/ or view*.mp. | 574127 |
| 9 Notion*/ or notion*.mp. | 81332 |
| 10 Perception*/ or perception*.mp. | 545823 |
| 11 1 or 2 or 3 or 4 | 38817 |
| 12 7 or 8 or 9 or 10 | 1744044 |
| 13 6 and 12 | 105070 |
| 14 11 and 13 | 1848 |
| 15 Limit 14 to (english language and full text and "remove preprint records") | 1848 |
| 16 Qualitative research/ or Qualitative research.mp. | 107494 |
| 17 Qualitative method*/ or qualitative method*.mp. | 15164 |
| 18 Qualitative study/ or qualitative study.mp. | 67210 |
| 19 16 or 17 or 18 | 147030 |
| 20 Limit 19 to (english language and full text and "remove preprint records") | 45165 |
| 21 15 and 20 | 347 |
| 22 Limit 21 to (english language and full text and "remove preprint records") | 347 |

LIITE 3. Aiemmat laadulliset tutkimukset sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksistä terveydestä

| Tutkimus | Maa/Osallistujat | Tarkoitus | Menetelmä | Tulokset |
|--|---|--|--|---|
| Beck, C.T. (1991). | USA, sairaanhoitajaopiskelijoita (n = 56) | Tutkittiin sairaanhoitajaopiskelijoiden subjektiivisia kokemuksia terveydestä ja siihen liittyvistä tuntemuksista, havainnoista ja merkityksistä. | Fenomenologia | Terveyden kokemus kuvattiin rauhallisena elämäntyytyväisyytenä (fyysinen, emotionaalinen ja henkinen), johon kuuluu paras mahdollinen fyysinen ja henkinen suorituskky ja kehittyminen ja jatkuva pyrkimys sekä fyysisesti että henkisesti hyvinvointia edistävään elämäntapaan. |
| Hanna, K.M. (1989). | USA, sairaanhoidon jatko-opiskelijoita kahdesta oppilaitoksesta (n = 29) | Tutkittiin sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä terveydestä ja sen merkityksestä heidän omiin elämäkokemuksiinsa perustuen. | Fenomenologia | Terveys merkitsi opiskelijoille tietoisuutta fyysisestä ja henkisestä tilasta. Terveys määriteltiin koostuvaksi fyysisestä suorituskyvystä ja ulkonäöstä, energisyydestä, henkisestä hyvinvoinnin tilasta ja selkeästä ajattelusta. |
| Skär, L. & Söderberg, S. (2016). | Ruotsi, 1., 3. ja 6. lukukauden sairaanhoitajaopiskelijoita (n = 233). | Tutkittiin miten sairaanhoitajaopiskelijat hahmottavat terveyskäsitteen. | Fenomenografia | Sairanhoitajaopiskelijoiden terveyskäsitys näyttöytyi moniulotteisena kehon ja mielen hyvinvoinnin tunteena ja omana vastuuna terveyden edistämisestä. Vastauksissa korostui vahvan fyysisen kehon merkitys. |
| Sundar, T.K.B., Sargenius, H., Kvarme, L.G. & Sparboe-Nilsen, B. (2024). | Norja, terveydenhoitajaopiskelijoita (n = 28) ja opettajaopiskelijoita (n = 54) | Tutkittiin terveydenhoitaja- ja opettajaopiskelijoiden käsityksiä hyvän tai huonon terveyden ominaispiirteistä ja näiden kahden opiskelijaryhmän käsitysten välisiä eroja. | Laadullinen viisuaalinen menetelmä, joka perustuu valokuvaan itsestä ja ryhmähaastatteluihin. Analyysi teemoitteleva sisällönanalyysi. | Opiskelijoiden terveyskäsitteet olivat hyvään tai huonoon terveyteen liittyen kokonaisvaltaisia sisältäen sosiaalisten suhteiden ja levollisuuden merkitystä hyvään terveyteen, ja omakuvan, terveyden tunteen ja kehon merkitystä huonoon terveyteen. Opiskelijaryhmien välillä ei löytynyt merkittäviä eroja. |

LIITE 4. Tutkimustiedote suomenkielinen

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

LIIKUNTATIEEELLINEN
TIEDEKUNTA
TERVEYDEN EDISTÄMISEN



TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

1. Tutkimus ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystietoisuudesta osana sairaanhoitajan työtä ja pyyntö osallistua tutkimukseen

Sinua pyydetään mukaan **Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden terveystietoisuutta sairaanhoitajan työssä -tutkimukseen**, jossa kartoitetaan käsityksiä terveydestä hoitotyöhön liittyen. Tulosten pohjalta annetaan suosituksia hoitotyön koulutuksen kehittämiseksi.

Sinua pyydetään tutkimukseen, koska opiskelet englanninkielisessä tai maahanmuuttajille suunnatussa koulutusohjelmassa.

Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja siihen osallistumista. Liitteessä on kerrottu henkilötietojesi käsittelystä.

Tutkimukseen osallistuminen edellyttää, että sinä tai vanhempasi ovat syntyneet muualla kuin Suomessa.

Tutkimukseen osallistuu noin 15-20 ulkomaalaistaustaista sairaanhoitajaopiskelijaa.

Tämä on yksittäinen tutkimus, eikä sinuun oteta myöhemmin uudestaan yhteyttä.

2. Vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisen tai peruuttaa jo antamasi suostumuksen syytä ilmoittamatta milloin tahansa tutkimuksen aikana. Tästä ei aiheudu sinulle kielteisiä seurauksia. Sinua ei aseteta eriarvoiseen asemaan muihin opiskelijoihin verrattuna osallistumisesi tai osallistumatta jättämisesi vuoksi.

Peruuttaessasi suostumuksesi henkilötietojesi käsittelyyn, sinusta siihen mennessä kerättyjä henkilötietoja, näytteitä ja muita tietoja ei voida käsitellä osana tutkimusta, vaan ne hävitetään, mikäli niiden poistaminen aineistosta on mahdollista.

3. Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa kartoitetaan käsityksiä terveydestä osana sairaanhoitajan työtä. Tutkimus on kertaluonteinen haastattelututkimus ja voit osallistua haastatteluun joko läsnäolien tai Teams - etäkokousjärjestelmällä valintasi mukaan. Haastattelu kestää noin tunnin. Ennen haastattelua sinulle kerrotaan tutkimuksen kulusta ja sisällöstä. Lisäksi käydään suullisesti läpi tutkimustiedote,

jolloin sinulla on mahdollisuus kysyä lisätietoa tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta. Tämän jälkeen haastattelu voidaan aloittaa. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjoitetaan puhtaaksi. Tämän jälkeen haastatteluaineisto anonymisoidaan poistamalla sinuun suoraan liitettävissä olevat tunnistetiedot ja nauhoite tuhoetaan. Tekstitiedostot tallennetaan nimettömänä, niin ettei niistä voida tunnistaa osallistujia. Kaikki aineiston analyysit tehdään nimettömänä.

4. Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat hyödyt

Tutkimustulokset auttavat kehittämään ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden koulutusta opetussuunnitelma, opetus ja harjoittelujen ohjaus mukaan lukien.

5. Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat riskit, haitat ja epämukavuudet sekä niihin varautuminen

Tutkimuksesta ei odoteta olevan sinulle haittoja tai riskejä. Haastattelu pyritään järjestämään siten, että se sopii sinulle mahdollisimman hyvin.

6. Tutkimuksen kustannukset ja korvaukset tutkittavalle sekä tutkimuksen rahoitus

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota eikä kulukorvauksia.

7. Tutkimustuloksista tiedottaminen ja tutkimustulokset

Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen Pro Gradu -tutkielmaa, joka valmistuu kesäkuussa 2024. Tuloksista kirjoitetaan mahdollisesti tieteellinen julkaisu. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön opetuksen suunnittelussa ja hoitotyön harjoittelujen ohjauksessa. Henkilötietoja tai muita tunnistetietoja ei julkaista vaan ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Kaikki aineiston analyysit tehdään nimettömänä, joten tutkimukseen osallistuneita henkilöitä ei voida tunnistaa, kun raportoimme tuloksia tieteellisissä lehdissä tai opetustilanteissa.

8. Tutkittavien vakuutusturva

Jyväskylän yliopiston toiminta ja tutkittavat on vakuutettu.

Jyväskylän yliopiston vakuutukset korvaavat etänä suoritettavissa tutkimuksissa ainoastaan sellaiset vahingot, jotka liittyvät suoraan annettuun tutkimustehtävään ja jotka ovat sattuneet varsinaisen ohjeistetun tutkimustehtävän aikana. Vakuutus ei korvaa taukojen aikana sattuneita vahinkoja.

Jyväskylän yliopiston vakuutukset eivät ole voimassa etänä suoritettavissa tutkimuksissa, jos tutkittavan kotikunta ei ole Suomessa.

Vakuutus sisältää potilasvakuutuksen, toiminnanvastuuvakuutuksen ja vapaaehtoisen tapaturmavakuutuksen. Tutkimuksissa tutkittavat (koehenkilöt) on vakuutettu tutkimuksen ajan ulkoisen syyn aiheuttamien tapaturmien, vahinkojen ja vammojen varalta. Tapaturmavakuutus on voimassa mittauksissa ja niihin välittömästi liittyvillä matkoilla.

9. Lisätietojen antajan yhteystiedot

Tutkija Merja Lankinen-Lifländer, 050 307 4935, merja.lankinen-liflander@lab.fi
Tutkimuksen vastaava Pro gradu -ohjaaja: Apulaisprofessori Leena Paakkari, 040 805 3581
leena.paakkari@ju.fi Jyväskylän yliopisto/Liikuntatieteellinen tiedekunta, PL 35, FI-40014 Jyväskylän yliopisto.

LIITE 5. Tutkimustiedote englanninkielinen

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

LIIKUNTATIETEELLINEN
TIEDEKUNTA
TERVEYDEN EDISTÄMISEN



TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

1. Study on the Health Concepts of Nursing Students with a Foreign Background as Part of the Nurse's Work and a Request to Participate in the Study

You are invited to participate in the study on the health concepts of nursing students with a foreign background as part of the nurse's work. The study aims to explore perceptions of health related to nursing. Based on the results, recommendations will be provided for the development of nursing education.

You are invited to participate in the study because you are enrolled in an English-language or immigrant-targeted training program.

This notice describes the research and participation in it. Attachment contains information about the processing of your personal data.

Participation in the study requires that either you or your parents were born outside Finland.

Approximately 15-20 nursing students with a foreign background will participate in the study. This is a single study, and you will not be contacted again later.

2. Voluntariness

Participation in this study is voluntary. You can refuse to participate in the study, discontinue your participation, or withdraw your consent at any time during the study without providing a reason. This will not have any negative consequences for you. Your participation or non-participation will not place you in an unequal position compared to other students.

If you withdraw your consent for the processing of your personal data, any personal information, samples, and other data collected about you up to that point cannot be processed as part of the study. Instead, they will be destroyed if removal from the dataset is possible.

3. Progress of the Study

The study aims to explore perceptions of health as part of the nurse's work. The research is a one-time interview study, and you can participate in the interview either in person or through the Teams remote meeting system, according to your preference. The interview will last approximately one hour. Before the interview, you will be informed about the progress and content of the study. Additionally, the research information will be verbally discussed, giving you the opportunity to ask

for more details about the study and its implementation. After this, the interview can commence. The interview will be recorded and transcribed. Subsequently, the interview material will be anonymized by removing directly identifiable information about you, and the recording will be destroyed. Text files will be saved anonymously, so that participants cannot be identified. All data analyses will be conducted anonymously.

4. Possible Benefits of the Study

The research results will help in developing the education of nursing students with a foreign background, including curriculum, teaching methods, and guidance during practical training.

5. Possible Risks, Harms, and Discomforts of the Study, and Preparation for Them

No harms or risks are anticipated from the study. The interview will be arranged to fit your schedule as comfortably as possible.

6. Costs and Compensation for the Participant, and Funding of the Study

Participation in the study does not involve payment of fees or reimbursement of expenses

7. Dissemination of Research Results and Research Findings

The study is part of the Master's thesis in Health Promotion at the University of Jyväskylä, scheduled to be completed in June 2024. The results may be written into a scientific publication. The findings can be utilized in the planning of nursing education and guidance during nursing practice. Personal information or other identifiable data will not be published; they will be destroyed upon the completion of the study. All data analyses will be conducted anonymously, so individuals who participated in the study cannot be identified when reporting results in scientific journals or educational settings.

8. Insurance Coverage for Participants

The activities and participants of the University of Jyväskylä are insured.

The insurance provided by the University of Jyväskylä covers damages incurred only in research tasks performed remotely that are directly related to the assigned research task and that occur during the actual guided research task. The insurance does not cover damages that occur during breaks.

The insurance policies of the University of Jyväskylä are not valid for remotely conducted research if the participant's municipality of residence is not in Finland.

The insurance includes patient insurance, liability insurance, and voluntary accident insurance. Participants (subjects) in the research are insured for the duration of the study against accidents, damages, and injuries caused by external factors. The accident insurance is valid during measurements and immediately related travels.

9. Contact Information for Providing Additional Details

Researcher Merja Lankinen-Lifländer, 050 307 4935, merja.lankinen-liflander@lab.fi
Research Supervisor Master's Thesis Advisor: Assistant Professor Leena Paakkari, 040 805 3581
leena.paakkari@jyu.fi University of Jyväskylä/Faculty of Sport and Health Sciences, PL 35, FI-40014 University of Jyväskylä.

LIITE 6. Haastattelurunko suomenkielinen

HAASTATTELURUNKO

Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä terveydestä sairaanhoitajan työssä

Haastattelulla haetaan vastausta kysymykseen:

Millaisia erilaisia käsityksiä terveydestä ulkomaalaistaustaisilla sairaanhoitajaopiskelijoilla on heidän toteuttaessaan hoitotyötä?

Taustoitus:

Kiitos osallistumisesta

Tutkijan ja tutkimuksen esittely, vapaaehtoisuus, keskeytysmahdollisuus ja nauhoitus

Lomakkeet: tiedote-, tietosuoja- ja suostumuslomake

Taustatiedot:

Mistä alueelta itse/vanhemmat lähtöisin:

1. Pohjoismaat
2. Länsi-Eurooppa
3. Itä-Eurooppa
4. Lähi-Itä
5. Pohjois-Aasia
6. Etelä-Aasia
7. Afrikka
8. Pohjois-Amerikka
9. Etelä-Amerikka
10. Australia
11. Joku muu

Milloin muuttanut Suomeen?

Sukupuoli

Ikä

Opintojen alkamisvuosi

Suomenkielinen/englanninkielinen koulutusohjelma

Yleistä keskustelua ja lämmittelykysymyksiä:

- Mitä kuuluu? ...jatkokysymys vastauksen mukaan.
- Mistä sait tiedon tutkimuksesta?
- Tutkimuksen esittely

Puolistrukturoidun haastattelun kysymykset:

1. Kerro/kuvaile vapaasti:
Mitä sinusta on terveys? Mitä siihen kuuluu? TAI Mistä kaikesta se sinusta muodostuu?
Mitä tarkoittit xxx?
2. Jos mietit synnyinmaatasi (jos muu kuin Suomi), onko siinä miten terveys ymmärretään/käsitetään (terveyskäsityksissä) eroja?
 - a. Millaisia eroja? Entä millaisia yhtäläisyyksiä?

-
- b. Ilmenevätkö nämä erot myös sairaanhoitajan työssä kotimaassasi? Miten?
 - c. Olisiko terveyskäsityksessä ja sen ilmenemisessä osana sairaanhoitajan työtä jotain sellaista, jota toisit osaksi suomalaista sairaanhoitoa? Miksi juuri tämä?
 - d. Entä toisinpäin, mitä voisit mukana Suomessa synnyinmaahasi?
 3. Kun ajattelet sairaanhoitajan työtä, ymmärretäänkö terveys siinä samoin kuin miten juuri kuvailit?
 - a. Jos vastaa juu.
 - i. Kuvasit terveyteen kuuluvan x, y ja z. Miten x näkyy osana sairaanhoitajan työtä? Entä y ja z?
 - ii. Miten näkyy sairaanhoitajan toiminnassa tai käytöksessä mitä hän ajattelee terveydestä?
 - iii. Tuleeko jotain muuta mieleen nimenomaan siitä, mitä terveys on osana sairaanhoitajan työtä ja miten se ilmenee käytännössä?
 - b. Jos vastaa ei.
 - i. Kerro tarkemmin, miten terveys ymmärretään sairaanhoitajan työssä?
 - ii. Miten näet, että se eroaa siitä, miten kuvasit terveyttä alussa (tässä voi kerrata sen, miten sitä kuvattiin)? Mistä ajattelet erojen johtuvan?
 4. Voisiko sinusta terveys osana sairaanhoitajan työtä olla sellaista mitä alussa kuvasit - miten?
 5. Mieti nyt jotain tiettyä tilannetta sairaanhoitajan työssä, jossa ymmärryksesi terveydessä tulee mahdollisimman hyvin esille. Mitä tilanne koskee? Keitä muita ihmisiä siihen liittyy? Miten toimit tilanteessa? (annetaan hetki)
 - a. Kuvaile minulle nyt mahdollisimman tarkasti tuo tilanne ja roolisi sairaanhoitajana.
 - b. (jos käsitys terveydestä ei tule esille, kysy vielä, että "kuvasit alussa terveyttä seuraavasti...miten tämä sinusta ilmenee kertomassasi tilanteessa?")
 6. Tuleeko jotain muuta mieleen, jota haluaisit vielä kertoa siitä mitä sinusta terveys on osana sairaanhoitajan työtä?

Tukikysymykset:

Kuvailisitko mahdollisimman tarkasti mitä ovat ne asiat joita yhdistät terveyteen?

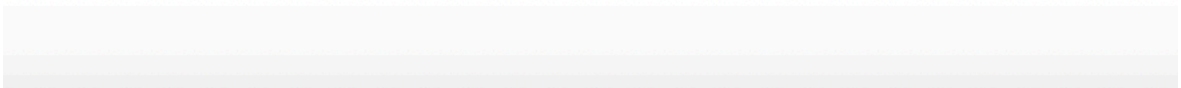
Miten tai missä xx tulee esille/näkyviin?

Mitä terveys sinulle tarkoittaa? Miksi ajattelet niin?

Mainitsit xxx, miksi? Kertoisitko lisää xxx...?

Olisiko sinulla suositella jotain opiskelijakaveriasi, joka voisi olla kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen?

Loppurefleksio nauhoituksen päätyttyä



LIITE 7. Haastattelurunko englanninkielinen

INTERVIEW FRAMEWORK:

Perceptions of health in nursing work among foreign-background nursing students

The interview aims to answer the question:

What various perceptions of health do foreign-background nursing students have when practicing nursing?

Introduction:

Thank you for participating.
Introduction of the researcher and the research,
voluntariness,
possibility of interruption,
recording

Forms: information, data protection, and consent forms

Background Information:

Country of origin for self/parents:

1. Nordic countries
2. Europe (Western/Eastern/Southern)
3. Middle East
4. Asia (North/South/...)
5. Africa (North/South/...)
6. America (North/Middle/South)
7. Australia
8. Something else

When moved to Finland

Gender

Age

Year of starting studies

Finnish/English language study program

General discussion and warm-up questions:

- How are you doing? ...follow-up question according to the response.
- How have you been enjoying Finland?
- How has it been like to study in Finland?

Interview questions:

Describe freely :

1. **What you think health entails?**
OR What do you think it consists of? What did you mean by xxx?
2. **When you think about your home country (if different from Finland), are there differences in perceptions of health?**
 - a. What differences? What similarities?

- b. Do differences in perceptions of health also appear in nursing work in your home country? How?
 - c. Would there be something in perceptions of health and its' manifestation as part of nursing work that you would bring into Finnish healthcare? Why this specifically?
 - d. Conversely, what would you take with you from Finland to your home country?
- 3. When you think about the work of a nurse, is health understood in the same way as you just described?**
- a. If YES.
 - i. You described health as x, y, and z. How does x appear as part of a nurse's work? And y and z?
 - ii. Does anything else come to mind specifically about what health is as part of a nurse's work and how it manifests in practice?
 - b. If NO.
 - i. Explain more about how health is understood in nursing?
 - ii. How do you see it differing from how you described health earlier (you can reiterate how it was described)? Where do you think the differences come from?
- 4. Could health as part of nursing work be something as you described it initially - how?**
- 5. Now think of a specific situation in nursing work where your understanding of health is very evident. What situation is it? Who else is involved? How do you act in the situation? (give a moment)**
- i. Now describe that situation and your role as a nurse as precisely as possible.
 - ii. (if the understanding of health does not come out, ask again, "you described health at the beginning as follows... how does this manifest in the situation you described?")
- 6. Is there anything else you would like to share about what you think health is as part of nursing work?**

Supporting questions:

Could you describe in detail what are the things you associate with health?

How or where does xx appear/become visible?

What does health mean to you? Why do you think so?

Is the idea of health important in nursing work? Why do you think so? How does it show?

You mentioned xxx, why?

Could you tell me more about xxx...?