

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN MONIKULTTUURINEN KOMPETENSSI

Kyselylomakkeen luominen

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
13.11.2009

Anu Anttalainen
Ville Haikola
Jenni Hämäläinen

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Hoitotyö	
Tekijä/Tekijät		
Anu Anttalainen, Ville Haikola ja Jenni Hämäläinen		
Työn nimi		
Hoitotyöntekijöiden monikulttuurinen kompetenssi. Kyselylomakkeen laadinta		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syky 2009	26 + 2 liitettä
TIIVISTELMÄ		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kyselylomake selvittämään hoitotyöntekijöiden taitoa tarjota kulttuurinmukaista hoitoa. Opinnäytetyö ja kyselylomake olivat osa LOG-Sote-kehityshanketta. Suunnitelmamme kyselylomake on tulevien hankkeen opinnäytetöiden käytössä. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa työyhteisöön hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta osaamisesta, parantaa sosiaali- ja terveysalan palveluita monikulttuurisessa työssä sekä kehittää ammattihenkilöstöä pääkaupunkiseudulla.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä toimi Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) kehittämä nelikenttämalli hoitotyöntekijän kulttuurisen kompetenssin kehittymisestä. Malli perustuu ajatukseen kulttuurisen kompetenssin prosessinomaisesta kehittymisestä. Prosessin neljä osa-aluetta ovat: tietoisuus, tieto, sensitiivisyys ja kompetenssi. Tämän mallin pohjalta loimme kyselylomakkeen rakenteen ja kysymykset. Kyselylomakkeen avulla voidaan arvioida hoitohenkilökunnan kulttuurinmukaisen hoidon tasoa.</p> <p>Kyselylomake muodostui kuudesta vastaajan taustietoja kartoittavasta kysymyksestä sekä 52 väittämästä. Väittämiin vastataan Likertin asteikolla 1-5. Väittämät rakentuivat em. mallin neljän osa-alueen sisältöjen mukaan käyttäen hyväksi aiempaa tutkimustietoa viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Lomakkeeseen vastaaminen kestää noin 10 minuuttia. Kyselylomakkeen vastaukset ovat analysoitavissa tilastollisesti. Kyselylomake on esitettävä kahdeksalla terveydenhoitajaopiskelijalla.</p> <p>Aiempien tutkimuksien perusteella odotamme vastauksissa nousevan esiin tiedon ja taidon riittämättömyyden kulttuurinmukaisesta hoitotyöstä sekä täydennyskoulutuksen tarpeen.</p>		
Avainsanat		
hoitotyö, monikulttuurisuus, kulttuurinen kompetenssi, kyselylomake		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Anu Anttalainen, Ville Haikola and Jenni Hämäläinen			
Title			
Cultural Competence Among Health Care Professionals. Drawing up a Questionnaire			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2009	26 + 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of our final project was to create a questionnaire to survey health care professionals' ability to offer nursing and health care according to the cultural background of the client. The final project and the questionnaire were part of the LOG-Sote Project. The questionnaire, we made, will be used in the future final projects within the LOG-Sote Project. The objective of LOG-Sote Project was to produce information as health care professionals' ability to take into consideration cultural diversity, to develop multicultural social- and health care services and train health care professionals in the Helsinki Metropolitan Area, Finland.</p> <p>The frame of reference of our final project was Papadopoulos, Tilki and Taylor's model of developing cultural competence in health care professionals. The model is based on the idea of process-like development of cultural competence according to four sections: awareness, knowledge, sensitivity and competence. On the basis of this model, we drew up structure and questions of the questionnaire. With help of the questionnaire, we may estimate the level of health care professionals' culturally competent care.</p> <p>The questionnaire consists of six questions that survey the background of respondent and 52 statements. The statements will be answered in the Likert scale 1-5. The statements were construed according to the abovementioned model's four sections and researches from the past decade. Answering the questionnaire will take approximately 10 minutes. The answers can be analysed statistically. The questionnaire was pre-tested by eight public health nursing students.</p> <p>Based on the previous studies, we expect that the multicultural nursing competence and skills are inadequate and there is a need for further training.</p>			
Keywords			
nursing, multiculturalism, cultural competence, questionnaire			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖMME KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ	2
3	MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ	4
3.1	Kulttuurisesti kompetentin hoidon toteutumisen edistäviä tekijöitä	4
3.2	Kulttuurisesti kompetentin hoidon toteuttamista estäviä tekijöitä	5
4	MONIKULTTUURISEN HOITOTYÖN TEORIOITA	7
4.1	Transkulttuurinen hoitotyö	7
4.2	Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli	7
4.3	Wikbergin interkulttuurisen hoitotyön malli	8
4.4	Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin nelikenttä	8
4.4.1	Kulttuurinen tietoisuus	9
4.4.2	Kulttuurinen tieto	9
4.4.3	Kulttuurinen sensitiivisyys	9
4.4.4	Kulttuurinen kompetenssi	10
5	TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
6	KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN JA KÄYTTÖ	11
6.1	Työn taustaa ja prosessin kuvaus	11
6.2	Hoitotyöntekijöiden kulttuurisen kompetenssin kartoittaminen kyselyllä	12
6.3	Kysymyslomakkeen laatiminen	12
6.4	Kysymysten rakentuminen osa-alueittain	13
6.4.1	Vastaajan taustatiedot	13
6.4.2	Kulttuurinen tietoisuus	14
6.4.3	Kulttuurinen tieto	14
6.4.4	Kulttuurinen sensitiivisyys	15
6.4.5	Kulttuurinen kompetenssi	15
6.5	Aiemmissa kyselylomakkeissa todettuja rajoituksia	16
6.6	Pilottitutkimus ja saatekirjelmä	17
6.7	Tietojen kerääminen ja käsitteleminen	18
7	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	19
7.1	Luotettavuus	19
7.2	Eettisyys	20
8	POHDINTA	20
	LÄHTEET	23

1 JOHDANTO

Opiskelevalle nuorelle ja pääkaupunkiseudun asukkaalle monikulttuurisuus ei ole uusi tai vieras ilmiö. Monikulttuurisuutta näkee etnisissä ja uskonnollisissa taustoissa, kulttuurimme alakulttuureissa ja erilaisissa sosiaalisissa asemissa. (Suuri sivistyssanakirja 2000: 644). Maahanmuuttajalla tarkoitetaan maahamme pysyväisluontoisesti muuttanutta.

Suomessa asui vuoden 2007 alussa noin 121 000 ulkomaalaista, joista 27,3 % asuu Helsingissä. Helsingin seudun väestöstä 4,6 % on ulkomaalaisia (Tietokeskus 2008: 3). Lisääntyneet maahanmuuttajavirrat pääkaupunkiseudulla asettavat oman haasteensa terveydenhuollolle. Hoitaminen on aina pohjimmiltaan kulttuurinen ilmiö. Joidenkin teorioiden mukaan kulttuuri on asioiden järjestelmä, havaitsemis-, suhteuttamis- ja tulkintamalli. Kulttuuri määrittää pohjan käsityksille terveydestä, sairaudesta ja hyvästä hoidosta. (Abdelhamid 2004: 21.)

Monikulttuurisuuden kohtaaminen työelämän yhteyksissä ja hoitohenkilökunnan näkemys taidoistaan onkin noussut meille olennaiseksi mielenkiinnon kohteeksi. Katsomme aiheen tärkeäksi, koska hoitotyöntekijän tulee tietää eri kulttuureista, olla tietoinen itseään ohjaavista kulttuurisista tavoista ja olla kykenevä sisällyttämään tietonsa ja taitonsa hoitoon taatakseen sen korkealaatuisuuden ja asiakkaan huomioonottamisen (Papadopoulos 2006: 17). Tällä kaikella tarkoitamme kulttuurista kompetenssia.

Meillä jokaisella on persoonallisuus ja elämäkatsomus, jonka kautta tutkimme maailmaa ja tulkitsemme elämää. Ympäröivä kulttuuri on siinä vahvasti osatekijänä. Näin meistä jokainen määrittää kiinnostuksensa kulttuurisia ja monikulttuurisia asioita kohtaan. Tässä hoitotyöntekijät eivät ole poikkeus (Taylor 2005).

Kulttuurisen yksilöllisyyden huomioiminen on yksi hyvän ammatillisen hoitamisen kriteeri ja osoitus eettisesti korkeatasoisesta hoidosta. Uskonnon, sukupuoliroolien, etnisen identiteetin ja perheyhteisön merkitys asiakkaan elämää ohjaavina tekijöinä voidaan katsoa olevan tärkeää ja toimivan taustana hänen näkyvälle käyttäytymiselleen. Hoitajan on oltava tietoinen näistä käytökseen vaikuttavista taustatekijöistä tarjotakseen eettisesti korkealaatuista ja kokonaisvaltaista hoitoa. (Abdelhamid 2004:1.) Suomessa voimassa olevan Yhdenvertaisuuslain 6. § kieltää syrjimisen iän, etnisen tai kansallisen

alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muuhun henkilöön liittyvän syyn perusteella (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21). Tämä laki antaa samalla myös pohjan terveydenhuollon eettiselle ja lainmukaiselle toteuttamiselle. Sairaanhoidajan eettisiin ohjeisiin eettisyyden kriteeriksi on kirjattu yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat huomioonottava hoitotyö. Sairaanhoidajan tulee hoitaa kaikkia samanarvoisesti ja toimillaan edistää samanarvoisuutta ja suvaitsevaisuutta niin ympärillään kuin maailmanlaajuisesti. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015-ohjelmassa kiinnitetään huomiota kulttuurisen syrjäytymisen välttämiseen, koska sillä on ilmeisiä terveysvaikutuksia (STM 2001: 14).

Opinnäytetyömme on osa LOG-Sote-hanketta (Lokaali ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla). Teemme opinnäytetyömme Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmaan, ja toimeksiantaja on oma hoitotyön osaamisyhteisömme. Hankkeen yleisenä tavoitteena on sosiaali- ja terveysalan lokaalin ja globaalin kehityksen tutkiminen ja edistäminen metropolialueella. Hanke luo työperustaisen maahanmuuton edellytyksiä arvioimalla ja kehittämällä sosiaali- ja terveysalan kulttuurienvälistä palvelua ja osaamista lokaalisti ja globaalisti.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia kyselylomake kartoittamaan hoitohenkilökunnan monikulttuurista osaamista ja kompetenssia. Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa kyselylomakkeen avulla hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta osaamisesta työyhteisöön sekä LOG-Sote-kehityshankkeen käyttöön.

2 TYÖMME KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ

Maahanmuuttaja on käsite, jolla tarkoitetaan kaikkia Suomessa pysyvästi asuvia ulkomaalaisia. Maahanmuuttaja on voinut tulla Suomeen esimerkiksi töihin, avioliiton vuoksi, pakolaisena tai paluumuuttajana. Pakolaisella tarkoitetaan ihmistä, joka on poliittisista tai muista syistä joutunut jättämään kotimaansa. Suomeen pakolaisia tulee ns. kiintiöpakolaisina ja turvapaikanhakijoina. Paluumuuttaja on aiemmin ollut suomalainen tai hänellä on suomalaiset sukujuuret. (Räty 2002: 32.)

Kulttuuri voidaan määrittää yksilön henkisen elämän jalostumiseksi ja kehittymiseksi. Kulttuuri ilmentää myös kansan tai heimon perinnäisten elämänmuotoja, uskomuksia ja tapoja (Suuri sivistyssanakirja 2000: 644). Kulttuuri on opittua, mutta kulttuuri ei kuitenkaan ohjaa ajatteluumme kaavamaisesti. Kulttuuri käsittää mm. tavat, asenteet, arvostukset, elämäntapojen käytännöt, normit ja uskomukset. (Papadopoulos 2006: 10.)

Käytämme useista kirjallisuudessa esiinnousevista termeistä monikulttuurisuuden termiä, joka mielestämme on selkein ja kuvaavin sosiaali- ja terveysalan yhteydessä. Monikulttuurisella tarkoitamme eri kulttuureita ja niiden keskinäistä vuorovaikutusta.

Monikulttuurisella hoitotyöllä tarkoitamme hoitotyötä, joka huomioi eri kulttuurit, kulttuurien piirteet, arvot, tavat ja uskomukset ja ottaa huomioon ne suunnitelmassa sekä toteuttaessa hoitoa. On myös tärkeää ottaa huomioon yksilöllisyys monikulttuurisessa hoitotyössä. Monikulttuurinen hoitotyö tutkii ja vertailee eri kulttuurien samanlaisuuksia ja erilaisuuksia hoitokäytäntöjen osalta. (Leininger 1994: 8 - 9.) Kirjallisuudessa esiintyvät termit interkulttuurisuus ja transkulttuurisuus vastaavat suurelta osin monikulttuurisuuden käsitettä. Kulttuurilähtöinen hoito (cultural care) viittaa niihin kognitiivisiin arvoihin, uskomuksiin ja ilmaisutapoihin, jotka antavat toiselle yksilölle tai ryhmälle apua, tukea tai edellytyksiä hyvinvoinnin ylläpitämiseen, jonkin tilan tai elämäntavan parantamiseen tai kuoleman ja vammautumisen kohtaamiseen (Leininger 1994: 13 - 14).

Käytämme termiä kulttuurinen kompetenssi työssämme. Sillä tarkoitamme ”hoitotyöntekijän pätevyyttä ottaa huomioon asiakkaan kulttuurinen tausta” (Tuokko 2007: 33). Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa riittävää tietämystä ja ymmärtämystä jostain tietystä kulttuurista, joka takaa taidon hoitaa kulttuurisesti oikein (Giger – Davidhazir – Purnell – Phillips – Strickland 2007).

Etnosentrismi on ajattelumalli, joka korostaa oman kulttuurin ylivoimaisuutta ja paremmuutta verrattuna muihin kulttuureihin (Giger ym. 2007).

3 MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ

3.1 Kulttuurisesti kompetentin hoidon toteutumisen edistäviä tekijöitä

Monikulttuurista hoitotyötä edistäviä tekijöitä on selvitetty niin suomalaisissa kuin ulkomaalaisissa tutkimuksissa. Tällaisiksi tekijöiksi ovat tutkimuksissa nousseet mm. hyvät vuorovaikutustaidot, kiinnostus ja tieto eri kulttuureista (Pursiainen 2001: 25, Karvinen 2006: 47, Tuokko 2007: 25). Ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu tärkeäksi mm. hyvät kielipalvelut ja hoitohenkilökunnan koulutus monikulttuurisissa asioissa. Taylor on tutkimuksessaan todennut olennaiseksi kulttuurisesti kompetentin terveydenedistämisen ja organisaation tuen (Taylor 2005).

Kulttuurisen kiinnostuksen pohjalla on halu kehittyä kulttuurisesti tietoiseksi, taitavaksi ja kompetentiksi. Kulttuurisen kiinnostuksen motivaationa on hoitotyöntekijän vapaaehtoinen halu kehittyä. (Campinha-Bacote 2002.)

Hyvien vuorovaikutustaitojen ymmärtäminen ja osaaminen ovat tärkeä osa kulttuurista kompetenssia. Eräässä projektissa tutkittiin sairaanhoidon opiskelijoiden kulttuurista kompetenssia ja sen opetusta. Selvisi, että niillä, joilla oli vähemmän elämäkokemusta, ei ollut kykyä työskennellä kulttuurisesti kompetentisti ja heillä oli heikommat vuorovaikutustaidot asiakkaiden kanssa. (Doutrich – Storey 2004.)

Vuorovaikutustaitojen kehittyminen on oleellista kulttuurisessa kompetenssissa. Vuorovaikutustaitoja voi kehittää roolipelien kautta, joka opettaa pelaajalle kulttuurien erilaisuutta uskonnon, sosiaalisten luokkien ja tapojen kautta. Itsetietoisuus kehittyy roolipeleissä, joka kehittää kulttuurista sensitiivisyyttä, taitoja ja tietoutta, joita tarvitaan kulttuurisessa kompetenssissa. (Shearer – Davidhazir 2001.)

Kulttuuriset käsitykset muodostuvat arkikäsitusten ja kokemusten kautta, eivät systemaattisen oppimisen kautta (Abdelhamid 2004: 1). Tähän tulokseen on päätyntä myös Tuokko (2007: 36) tutkimuksessaan, jossa hän on todennut kulttuurisen kompetenssin kehittyvän työssä.

Kulttuurisen kompetenssin kehittymiseen tähtääviä koulutuksia on tutkittu paljon niin opiskeluvaiheessa kuin myös työelämässä. On todettu että hoitotyöntekijät halusivat lisää koulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä, koska he ovat kokeneet sen hyödylliseksi.

Tutkimuksen mukaan koulutus edistää positiivisia asenteita ja eettisiä työtapoja. (Webb – Sergison 2003.)

Cooperin (2005) tekemässä tutkimuksessa terveydenhoitajat kokivat kulttuurista kompetenssia kehittämään tarkoitetun kurssin parantaneen heidän itsevarmuuttaan hoitotyössä. Campinha-Bacoten mallin mukaan mitattuna terveydenhoitajat olivat siirtyneet kulttuurisen tiedostamisen vyöhykkeestä kulttuurisen kompetenssin alueelle. Kurssin katsottiin muuttaneen terveydenhoitajien käyttäytymistä, toimintaa sekä halua muuttaa toimintaansa kulttuurisesti kompetentiksi. Käytännön tasolla he muokkasivat työtapojaan hyödyntäen kokemustaan ja tietouttaan. (Cooper 2005.) Samaan lopputulokseen päätyivät Salman ym. (2007) artikkelissaan. Hoitotyöntekijät, jotka osallistuivat kulttuurisen kompetenssin koulutukseen, kokivat sen hyödylliseksi ja olivat sitä mieltä, että opetusta tulisi lisätä. (Salman – McCabe – Easter – Callahan – Smith – White – Fitzpatrick 2007.)

3.2 Kulttuurisesti kompetentin hoidon toteuttamista estäviä tekijöitä

Aiemmissä tutkimuksissa on selvitetty myös kulttuurinmukaista hoitotyötä estäviä tekijöitä. Yksi suurin ongelma, joka estää kulttuurisen hoidon toteutumista, on yhteisen kielen puuttuminen (Tuokko 2007: 38, Karvinen 2006: 49, Taylor 2005, Webb – Serginson 2003). Muita kulttuurinmukaista hoitoa estäviä tekijöitä ovat esim. pakolaisuuden aiheuttamat kriisit (Pursiainen 2001: 31), hengellisen hoitotyön haastavuus (Karvinen 2006: 48) ja kulttuurisen taidon riittämättömyys (Ikonen 1999: 49). Hoitotyöntekijöiden negatiiviset asenteet (Taylor 2005) ja organisaation tuen puute (Taylor 2005, Berlin – Johansson – Tömkvist 2006) on myös mainittu estäviksi tekijöiksi.

Etnosentrisyys tarkoittaa oman etnisen ryhmän korostamista tai sen mukaisuutta (Suuri sivistyssanakirja 2000: 295). Omaan kulttuurisen identiteetin tiedostamattomuus ja ammatillisten arvojen puuttuminen altistavat asennoitumiseen toisiin kulttuureihin omasta kulttuurista käsin (Campinha-Bacote 2002). Etnosentrismi ja oman kulttuurin tiedostamattomuus rakentavat muurin kulttuurisesti kompetentille hoitotyölle (Taylor 2005). Taylor (2005) määrittelee artikkelissaan huonon kohtaamistilanteen seurauksiksi sitoutumattomuuden hoitoon, huonon asiakastytyväisyyden, väärät diagnoosit, komplikaatiot ja huonommin onnistuneet interventiot.

Etnosentrismiä voi löytyä myös muualtakin kuin etnisyydestä. McGeen (2001) mukaan hoitotyön ammattilaisina meillä on taipumus uskoa, että olemme parempia ja osaavampia tekemään työmme kuin potilas. Tästä ajattelumallista olisi päästävä pois ja potilaalle pitäisi antaa mahdollisuus ilmaista oma mielipiteensä hoidostaan.

Yhteisen kielen puuttuminen voi aiheuttaa puutteellisuutta ohjauksessa ja asiakkaiden eriarvoisuutta (Tuokko 2007: 38). Kieliongelmat uhkaavat hoitosuhdetta; täsmällisen kommunikaation puuttuessa hoitosuhde jää ohueksi, jolloin hoitaminen ja sen tulokset sekä potilastyytyväisyys kärsivät (Abdelhamid 2004: 21). Karvinen (2006: 47) toteaa kielitaidon puutteen estävän hengellistä hoitotyötä mm. sanaston puutteellisuuden vuoksi. ”Potilaan kielitaidottomuus ja erilaiset käsitykset hoitamisesta” estävät myös hyvää hoitoa (Abdelhamid 2004: 21). Taylorin (2005) ja Betancourtin (2003) mukaan tulkkien käyttö on mahdollista ei akuuteissa hoitotilanteissa ja sen uskotaan parantavan hoidon ja interventoiden tuloksellisuutta. Tulkkien käyttö vaatii organisaation tukea (Taylor 2005, Betancourt 2003). Suomessa tulkin käyttö on lain mukaan asiakkaan oikeus (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992, 5. § mukaan).

Ulkomaiset tutkimukset ovat käytännön tasolla nostaneet esiin hoitajan näkökulmasta ajan puutteen, resurssien kuten tulkkien puutteen, koulutuksen antamien valmiuksien puutteen sekä käytännötilanteiden puutteen monikulttuurisesta hoitotyöstä. Kulttuurisesti kompetentti hoito vaatii työntekijältä tavallista suurempaa yrittämistä, ja tämä yrittäminen vie yleensä enemmän aikaa. (Taylor 2005.) Hoitotyöntekijät kaipaavat enemmän kirjoitettuja ohjeita, tukea ja apua organisaatiolta (Berlin ym. 2006).

Ammatillinen valmius ja taito ovat olennaisia myös alkuperäistä suomalaista hoitaessa. Karvinen (2006: 48) toteaa tutkimuksessaan sairaanhoitajien kokeneen koulutuksessaan monikulttuurisen ja hengellisen hoitotyön käsittelyn riittämättömäksi. Pakolaisuuden aiheuttamat kriisit ja kulttuurisen taidon sekä ammatillisen valmiuden riittämättömyys olivat syinä siihen, miksi hoitotyöntekijöiden kulttuurinen tietous ei tullut esille (Pursiainen 2001: 31, Karvinen 2006: 53). Kulttuurisen valmiuden tai tiedon puuttuminen voi johtaa välttelevään käyttäytymiseen vaikeiden asioiden esilleotossa (Ikonen 1999: 48, Pursiainen 2001: 29). Sodan tai kidutusta kokeneen asiakkaan tausta voi vaikuttaa kommunikaatioon ja luottamukseen hoitosuhteessa (Betancourt 2003), ja tämä tulee ottaa huomioon maahanmuuttajataustaista asiakasta hoitaessa. Etnisiin tai

kulttuurisiin tekijöihin liittyvä ongelmakeskeinen puhe vieraannuttaa asiakasta hoitajasta (Abdelhamid 2004: 21).

4 MONIKULTTUURISEN HOITOTYÖN TEORIOITA

4.1 Transkulttuurinen hoitotyö

Madeleine Leininger on amerikkalainen transkulttuurisen hoitotyön perustaja ja yksi inhimillisen hoidon teorian ja transkulttuurisen hoitotyön edelläkävijä. Hänen tutkimuksensa ovat luoneet perustan transkulttuuriseen hoitotyöhön ja kulttuurilähtöiseen terveydenhuollon kehittämiseen. Leiningerin mukaan transkulttuurisen hoitotyön päämäärä ei ole pelkästään tulla tietoisiksi erilaisista kulttuureista tai oppia ymmärtämään niitä. Tavoitteena on tehdä kulttuurista ammatillisen hoitotiedon ja hoitokäytännön perusta. Tämä antaa lähtökohdan käsitteiden muodostamiselle sekä hoidon suunnittelulle. Hän perustelee tätä sillä, että kulttuurin pohjalta pystytään kaikkein laajimmin ja kokonaisvaltaisimmin muodostamaan käsitteitä, ymmärtämään ihmistä ja toimimaan tehokkaasti heidän parissaan. (Leininger 1978: 12 - 14.)

Hoitoteoriansa päämääränä Leininger pitää kulttuurinmukaisen hoidon antamista. Leiningerin mukaan transkulttuurinen hoito keskittyy vertailemaan ja ymmärtämään eri kulttuurien välisiä erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia liittyen terveyteen, hyvinvointiin, sairauden kulkuun, uskomuksiin ja arvoihin. Leiningerin yksi perusperiaatteista on se, että yksilö on aina yhtä kulttuuritaustansa ja yhteiskuntarakenteensa kanssa. (Leininger 1994: 9.)

4.2 Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli

Amerikkalainen hoitotieteilijä Josepha Campinha-Bacote on luonut oman mallinsa kulttuurisesta kompetenssista. Tämä malli tarkastelee kulttuurista kompetenssia jatkuvana prosessina, jossa hoitotyöntekijä työskentelee jatkuvasti saavuttaakseen kyvyn työskennellä tehokkaasti kulttuurisessa ympäristössä asiakkaan kanssa. Tämä jatkuva prosessi sisältää viisi osa-aluetta. Näitä ovat kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen kohtaaminen ja kulttuurinen halu.

Mallin mukaan hoitotyöntekijä kehittää jatkuvasti kulttuurista kompetenssiaan prosessin mukaisesti. Vaiheet ovat itsenäisiä ja rinnakkaisia. Kehittymisen aikana tasapaino eri osa-alueiden välillä tulee säilyttää. Campinha-Bacoten mallia voidaan käyttää yksilölliseen kehitykseen kuin myös hallinnollisena viitekehysenä. (Campinha-Bacote 2002.)

4.3 Wikbergin interkulttuurisen hoitotyön malli

Suomalainen Anita Wikberg on kehittämässä omaa interkulttuurisen hoitotyön malliaan, joka soveltaa Campinha-Bacoten, Kim-Goldwinin, Leiningerin ja Rayn näkemyksiä Katie Erikssonin karitatiivisen hoitotyön teoriaan. Karitatiivinen malli pohjautuu ajatukselle, jossa hoito on hoitotyön ydin ja hoitotyön tekemisen pääsyy on kärsimyksen esiintyminen. Hoidon tarkoituksena on ylläpitää ja tukea terveyttä armeliaisuuden, rakkauden, uskon ja toivon ilmapiirissä sekä lievittää kärsimystä. Wikbergin mallin mukaan hoito ja kulttuuri nähdään kolmessa ulottuvuudessa: ontologisessa, fenomenologisessa (ilmiö) ja hoitotyön toiminnoissa. Hoidon ontologialla tarkoitetaan kulttuurista riippumatonta ja se sisältää jokaisen kulttuurin yhteisiä oletuksia hoidosta. Wikbergin mallissa fenomenologialla hoidossa tarkoitetaan hoidon abstrakteja muotoja ja tapoja, jotka ovat erilaisia tai eri tavoin painottuneita eri kulttuureissa. Kolmannella ulottuvuudella eli hoitotyön toiminnoilla tarkoitetaan lujaa konkretiaa hoitotyössä. Nämä toiminnot ovat lukuisia ja moninaisia ja vastakkaisetkin toiminnot voidaan tulkita hoidoksi eri kulttuureissa. Mallissaan Wikberg painottaa potilaan ja hoitajan suhdetta, joka on vastavuoroinen, sekä yhteyttä potilaan omaisiin, joilla on merkitystä potilaan kokemukselle hoidosta. (Wikberg – Eriksson 2008).

4.4 Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin nelikenttä

Käytämme opinnäytetyössämme Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin kehittämää nelikenttämallia laatiessamme kyselomaketta. Malli on esitelty Papadopouloksen teoksessa *Transcultural Health and Social care - development of culturally competent practitioners* (2006). Olemme valinneet kyseisen mallin, koska se on soveltuva sosiaali- ja terveysalalle ja se selventää hyvin kulttuurisen kompetenssin kehittymistä hoitotyöntekijöissä. Malli on rakenteeltaan selkeä, koska sen neljä osa-alueita rakentuvat prosessinomaisesti, portaittaisesti ja ovat arvioitavissa. Esittelemme alla nelikentän osa-alueet.

4.4.1 Kulttuurinen tietoisuus

Ensimmäinen vaihe on kulttuurinen tietoisuus, joka käsittää oman kulttuurisen identiteetin, etnosentrisyyden ja kulttuurihistorian. Tämä tarkoittaa tapaa, jolla katsomme muita kulttuureita, heidän tapojaan ja uskomuksiaan omasta kulttuuristamme käsin. Olemme omaksuneet oman kulttuurimme ja arvot pienestä pitäen. Arvoihimme ja kulttuuri-identiteettiin ovat vaikuttaneet perheemme ja sosiaalinen ympäristö. Omasta kulttuurisesta identiteetistä tulee olla ylpeä, mutta siitä ei saisi tulla etnosentristä eli ylimielistä ja alentuvaa suhtautumista toisiin kulttuureihin. Hoitotyössä etnosentrisyyttä pystytään ehkäisemään lisäämällä kulttuurista tietoisuutta, jotta pystytään ymmärtämään asiakkaan tapoja ja käytöstä. Loppujen lopuksi monilla kulttuureilla on samankaltaiset arvostuksen kohteet, mutta erilaiset tavat ilmaista niitä. (Papadopoulos 2006.)

4.4.2 Kulttuurinen tieto

Seuraava vaihe on kulttuurisen tiedon vaihe. Siinä korostuvat kunkin kulttuurin uskomukset, tavat, samanlaisuudet ja erilaisuudet, terveydelliset eriarvoisuudet sekä yleinen kulttuurinen tietous. Yleinen kulttuurinen tietous edesauttaa ymmärtämystämme eri kulttuurien terveystieteistä, käyttäytymisistä ja ongelmista. Kulttuuri vaikuttaa yksilöiden elämäntapaan, omaan identiteettiin ja suhteeseen muihin samassa kulttuurissa ja muissa kulttuureissa. Terveydellinen epäarvoisuus on yleisempää vähemmistökulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Kulttuurista tietoisuutta voi lisätä olemalla tarkoituksenmukaisessa kontaktissa erilaisten kulttuurien ja etnisten ryhmien kanssa. (Papadopoulos 2006.)

4.4.3 Kulttuurinen sensitiivisyys

Kolmas vaihe on kulttuurinen sensitiivisyys, joka käsittää empatian, kommunikaatiotaidot, luottamuksen, hyväksynnän sekä soveliaisuuden. Tärkeä elementti kulttuurisen sensitiivisyyden saavuttamisessa on se, miten hoitotyöntekijä kohtelee asiakasta tätä hoitaessaan. Asiakas tulisi olla tasa-arvoinen hoitotyöntekijän kanssa. Tasa-arvoinen hoitosuhde käsittää luottamuksen, hyväksynnän ja kunnioituksen. Kommunikaatiotaitoihin tulisi myös kiinnittää huomiota, asiakkaalle tulisi puhua ns. ihminen ihmiselle. Kommunikaation tulisi perustua luottamukselle ja tehokkuudelle. Mahdollisuudet väärinymmärtämiselle kasvavat, kun kommunikointi on

kulttuurisia rajoja ylittävä. Kulttuurista sensitiivisyyttä edesauttaa, kun hoitaja opettelee ymmärtämään eri kulttuurien arvoja, sääntöjä ja vuorovaikutustapoja. (Papadopoulos 2006.)

4.4.4 Kulttuurinen kompetenssi

Viimeisenä vaiheena on hoidollinen tietous ja taidot, jotka hoitotyöntekijä pystyy soveltamaan kulttuuriseen hoitotyöhön. Tätä kutsutaan englannin kielisessä kirjallisuudessa termillä ”cultural competence”. Tämän tason saavuttaakseen hoitotyöntekijän tulee omaksua aikaisemmin luetellut nelikentän osa-alueet työhönsä eli kulttuurisen tiedon, tietoisuuden ja sensitiivisyyden. Tärkein osa tässä tasossa on hoitotyöntekijän kehittyminen tunnistamaan rasismia ja muita syrjinnän muotoja sekä puuttumaan niihin. Kulttuurisesti kompetentti hoito on siis eettisesti korkealaatuista hoitoa. (Papadopoulos 2006.)



KUVIO 1. Papadopoulosen, Tilkin ja Taylorin mallin nelikenttä (Papadopoulos 2006).

5 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia kyselylomake kartoittamaan hoitohenkilökunnan monikulttuurista osaamista ja kompetenssia.

Kyselylomakkeen tutkimuskysymykset:

1. Millainen on hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi?
2. Millainen hoitohenkilökunnan näkemys omasta kulttuurisesta osaamisestaan?

Työmme tavoitteena on kyselylomakkeen avulla tuottaa tietoa hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta osaamisesta työyhteisöön sekä LOG-Sote-kehityshankkeen käyttöön. LOG-Sote-hanke käyttää lomakkeen tuottamaa tietoa sosiaali- ja terveysalan palveluiden parantamiseksi monikulttuurisessa työssä ja ammattihenkilöstön kehittämiseksi pääkaupunkiseudulla.

6 KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN JA KÄYTTÖ

6.1 Työn taustaa ja prosessin kuvaus

LOG-Sote-hankkeen puolesta on noussut esille tarve mittarille, jolla kartoittaa hoitotyöntekijöiden kulttuurista osaamista ja kompetenssia. Rakennamme lomakkeen ajatellen hoitotyöntekijöitä, heidän näkemyksien ja kokemien puutteidensa kartoittamisen näkökulmasta. Otamme huomioon kyselylomakkeen kysymyksiä laatiessamme aiemmin esittelemämme kulttuurinmukaista hoitotyötä edistäviä ja estäviä tekijöitä.

Opinnäytetyömme prosessi noudattaa yleisiä tutkimuksen etenemisen vaiheita (Ks. Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2005: 65). Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi aihepiirin, aiempiin tutkimuksiin ja teoriaan tutustumisella. Käsitteitä jouduimme valitsemaan ja selkeyttämään seuraavassa vaiheessa. Tehtävän valinta ja sen tarkentuminen jatkui vaiheittain aina suunnitelmavaiheeseen saakka. Suunnitelmavaiheessa tutkimusongelmamme täsmentyi ja saimme selkeämmän suunnan

työllemme. Tavoitteet ja tutkimuskysymykset muotoutuivat nykyiseen muotoonsa. Kysely tutkimusmenetelmänä ja teoreettinen viitekehys tulivat toiveena LOG-Sote-hankkeelta. Seuraavaksi perehdyimme kyselylomakkeen laatimiseen. Nämä opit otimme käyttöön kyselylomakkeen laatimista aloittaessamme. Teoreettinen viitekehysemme toimi ”punaisena lankana” läpi kyselylomakkeen laatimisen. Kyselylomaketta laatiessamme kävimme työryhmänä jatkuvaa keskustelua ja haimme ohjausta opinnäytetyöohjaajaltamme. Kun katsoimme kyselylomakkeen valmiiksi, se esitettiin ja siitä saadun palautteen perusteella teimme pieniä muutoksia. Lopuksi olemme vielä pohtineet kyselylomaketta työmme tuloksena, sen luotettavuutta ja mielekkyyttä. Olemme saaneet seminaareissa läpi työmme arvokasta palautetta, joka on ohjeistanut meitä eteenpäin työssämme.

6.2 Hoitotyöntekijöiden kulttuurisen kompetenssin kartoittaminen kyselyllä

Kulttuurinen kompetenssi on tutkimuskohteena hyvin abstrakti. Sitä ei voida kysyä suoraan, eikä kulttuurinen kompetenssi ole millään tavalla yksiselitteinen asia. Kulttuuriselle kompetenssille, sen rakentumiselle ja kehittymiselle, on monia teorioita, joista muutama on esitetty edellä. Abstraktin asian tutkiminen vaatii siihen oletetusti kuuluvien asioiden pilkkomista osasiin (Alkula – Pöntinen – Ylöstalo 1994: 80 - 82). Tästä johtuen olemme teoreettiseksi viitekehyskseksemme valinneet edellä esitetyn Papadopouloksen ym. (2006) mallin. Malli avaa meille kulttuurisen kompetenssin käsitettä ja sen määrittämille osa-alueille rakennamme kyselylomakkeemme kysymykset.

Papadopoulos ym. (2006) ovat mallissaan määrittäneet osa-alueet, ja meidän tavoitteenamme on operationalisoida ne lomakkeelle mahdollisimman selkeästi ja lähelle vastaajien kokemusmaailmaa. Mielipiteisiin ja asenteisiin liittyvät kysymykset ovat reliabiliteetiltaan eli luotettavuudeltaan varsin huonoja, jonka tähden samaa käsitettä on hyvä kartoittaa useammalla kysymyksellä (Alkula ym. 1994: 129 - 130).

6.3 Kysymyslomakkeen laatiminen

Kyselylomake muodostuu kansisivusta, joka toimii saatekirjeenä vastaajille. Saatekirje sisältää kyselyn tarkoituksen, tiedon siitä, kuka kerättyä tietoa tulee käyttämään ja mihin, miten vastaanottaja on valittu antamaan tietoja, selkeät vastaamisohjeet sekä

kiitokset kyselyyn vastaamisesta. Eettisistä ja luottamuksellisuuteen liittyvistä seikoista ja luvasta on tärkeä mainita. On hyvä myös arvioida valmiiksi kyselyyn vastaamisen kestoja, jonka voi myös ilmaista vastaajille saatekirjeessä. (Hirsjärvi ym. 2005: 204.) Lomakkeen kymykset muodostavat viisi osiota. Ensimmäinen osio kerää tietoa vastaajasta monivalintakysymyksin. Viimeiset neljä osiota muodostuvat Papadopouloksen ym. (2006) nelikentästä. Lomake rakentuu selkeästi ja läpinäkyvästi, vastaajaa kunnioittaen, kulttuurisen kompetenssin kehittymisen osa-alueiden mukaan (Alkula ym. 1994: 129 - 132).

Kysymysten laadintaan on monia selkeitä ohjeita. Olennaisin ohje on kysymysten selkeys. Kysymysten tulee olla spesifejä, tutkia yhtä asiaa kerrallaan ja olla kaikille ymmärrettävissä samalla tavalla. Kysymysten on hyvä olla lyhyitä ja ytimekkäitä, helpomman ymmärtämisen ja virheiden mahdollisuuden vähentämiseksi. Sanavalinta ammattisanaston sekä kuvaavien sanojen kohdalla on mietittävä tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2005: 202 - 203.) Kysymyksiä laadimme lomakkeeseen 52 kappaletta. Likertin asteikko edellyttää vastausvaihtoehdoille selkeää jatkumoa ja mielellään ”neutraalia” keskimmäistä vaihtoehtoa (Vehkalahti 2008: 35). Emme käytä kyselylomakkeessamme vaihtoehtoa ’ei mielipidettä’, sillä katsomme kysyttävien asioiden vaativan hetken pohdintaa ja itsetutkiskelua. ’Ei mielipidettä’ -vaihtoehto voi tällaisten kysymysten kohdalla vaikuttaa liian helpolta vaihtoehdolta.

6.4 Kysymysten rakentuminen osa-alueittain

6.4.1 Vastaajan taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäinen osio rakentuu taustatietoja mittaavista kysymyksistä, joihin vastataan monivalintaperiaatteella. Selvitämme taustatiedoissa vastaajan ikää, sukupuolta, työkokemusta hoitoalalta ja koulutustausta, maahanmuuttajien kohtaamista työssä ja kielitaitoa. Lomake on LOG-Sote-projektissa tällä hetkellä suunnattu hoitotyön ja terveydenhoitotyön tekijöille, täten emme koulutustaustana kysy kättilön tai ensihoitajan tutkintoa. Kielitaitoa selvitämme, koska sillä on todettu olevan merkitystä kulttuurisen hoitotyön toteutumisessa (Tuokko 2007). Hoitoalan työkokemusta, koulutustaustaa ja maahanmuuttajien kohtaamista työssä selvitämme, koska niillä on katsottu olevan merkitystä kulttuurisen kompetenssin kehittämisessä (Tuokko 2007: 36, Salman 2007).

6.4.2 Kulttuurinen tietoisuus

Papadopoulos ym. (2006) ovat mallissaan jakaneet tietoisuuden kolmeen osa-alueeseen: omaan kulttuuriseen identiteettiin ja kulttuurihistoriaan sekä etnosentrisyyteen. Kulttuurista identiteettiä kartoitamme neljällä kysymyksellä (1-4). Kysymykset ovat johdettu Kaunosen ja Koivulan (2006) artikkelista, joka liittyy suomalaisuuteen kuuluvaksi melankolian, luonnonläheisyyden ja kielen merkityksen. Aloitamme kysymällä näkemystä omasta suomalaisuudesta. Kysymykset 9-12 kartoittavat historian vaikutusta tietoisuuteen ja perustuvat Kaunosen ja Koivulan (2006) artikkeliin. Kysymyksessä 11 kartoitetaan käsitystä sukupuolisesta ammattiroolijaosta historiassa. Etnosentrisyyden kysymykset nousevat oman kulttuurin näkökulmasta, elämäntavasta ja siitä, miten näkee oman kulttuurinsa suhteessa muihin kulttuureihin (Papadopoulos 2006). Etnosentrisyys voi näkyä myös liiallisena ammattiympäristönä. Tätä selvitämme terveydenhuoltojärjestelmän tasolla kysymyksellä kahdeksan.

6.4.3 Kulttuurinen tieto

Tiedon alueeseen mallissa on määritetty kuuluvaksi eri kulttuurien uskomukset, tavat, erilaisuudet ja samanlaisuudet sekä terveyden epätasa-arvoisuuden maailmanlaajuisesti. Osa-alueen (kysymykset 13-20) tarkoitus on mitata hoitotyöntekijöiden kulttuurista tietoutta ja heidän näkemystä omista tiedoista ja taidoista. Koulutuksella on katsottu olevan merkitystä kulttuurisen mukaisen hoidon toteuttamiseen (Cooper 2005). Yksi syy selvittää hoitohenkilökunnan näkemystä taidoistaan on koulutuksen kehittäminen. Kysymyksessä 13 kysytään vastaajan mielipidettä hoidon epätasa-arvoisuudesta Suomessa. Tuokko (2007: 38) mainitsee tutkimuksessaan esim. kieliongelmiensa mahdollisesti estävän tasa-arvoista hoidon toteutumista. Kysymykset 14-18 käsittelevät yleissivistykseen pohjaavia kulttuurisia väittämiä liittyen esim. ympärileikkaukseen, verituotteiden käyttöön ja ruokavalioon. Kysymysten katsotaan liittyvän hoitotyöntekijöiden arkeen työskennellessä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa. Vastaajan käsityksiä kulttuurien eroavaisuuksista kysymme kysymyksillä 19-20. Kysytyt kulttuuriset eroavaisuudet liittyvät terveyden käsitykseen ja kulttuurin yksilökeskeisyyteen. Abdelhamid (2004: 21) toteaa terveyden ja sairauden määrittävän kulttuurin kautta.

6.4.4 Kulttuurinen sensitiivisyys

Papadopouloksen ym. (2006) mallissa sensitiivisyys sisältää hoitotyöntekijän osoittaman empatian, kommunikaatiotaidot, luottamuksen ja hyväksynnän hoitosuhteessa sekä soveliaisuuden hoitotilanteessa. Näitä selvitämme kysymyksissä 21-36. Empatialla kartoitamme hoitotyöntekijän käsitystä omasta kyvystään eläytyä maahanmuuttajataustaisen asiakkaan elämäntilanteeseen. Luottamuksen ja hyväksynnän osuudessa selvitämme, kuinka tärkeä hoitotyöntekijän mielestä luottamus ja hyväksyntä ovat hoitosuhteessa. Luottamuksen muodostuminen asiakkaan kanssa, joka on kokenut sotaa tai kidutusta, voi olla vaikeaa (Betancourt 2003). Kommunikaatiotaidon osuudessa kartoitamme hoitotyöntekijän suhtautumista kielimuriin ja tulkin käyttöön hoitotilanteessa. Kieliongelmat uhkaavat hoitosuhdetta jättäen hoitosuhteen ohueksi (Abdelhamid 2004: 21), ja on todettu, että tulkkien käyttö parantaa hoidon ja interventioiden laatua (Taylor 2005). Soveliaisuuden osassa kartoitamme hoitotyöntekijän näkemystä kunnioittavasta käytöksestä ja kykyä puuttua työyhteisössä esiintyviin kulttuurisiin epäkohtiin.

6.4.5 Kulttuurinen kompetenssi

Viimeisenä ulottuvuutena mallissa on kulttuurinen kompetenssi, joka sisältää kulttuurisesti kompetentin päätöksenteon ja hoitotyön arvioinnin, kliiniset taidot sekä epätasa-arvon kohtaamisen (Papadopoulos 2006). Selvitämme näitä osioita kysymyksillä 37-52. Ensimmäisessä osiossa hoitotyöntekijä arvioi omia taitojaan tehdä päätöksiä perustuen asiakkaan kulttuuriseen taustaan. Hoitotyön arvioinnin osiossa vastaaja arvioi taitojaan ottaa huomioon asiakkaan tausta hoidossa. Hän myös arvioi antamaansa hoitoa ja tarvettaan lisäkoulutukselle. Kliinisten taitojen kysymykset kartoittavat taitoa ottaa huomioon asiakkaan tausta hoitoa toteuttaessa ja suunnitellessa. Kysymyksellä 48 haemme vastaajan arviota hänen tiedostaan ja taidostaan kantäväestössä harvinaisista sairauksista, jotka saattaavat nousta esiin maahanmuuttajataustaista asiakasta hoidettaessa. Epätasa-arvon kohtaamisen osiossa kartoitamme vastaajan mielipidettä hän kyvystään tunnistaa epätasa-arvoa työyhteisössä, palvelujärjestelmässä ja uskallusta ja halua puuttua epäkohtiin.

6.5 Aiemissa kyselylomakkeissa todettuja rajoituksia

Kumas-Tan ym. (2007) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen lähinnä yhdysvaltalaisista tutkimuksista ja käytetyimmistä kyselylomakkeista, joilla tutkittiin kulttuurista kompetenssia. He ovat koonneet yleisimpiä ongelmia ja kompastekiviä tutkimusartikkelissaan. Heidän mukaansa:

- a) suurin osa kyselylomakkeista oli tehty ilman potilaskontaktia, vaikka tutkimustietoa taustalla olikin
- b) kyselylomakkeet ovat normitettu valkoisille, keskituloisille ja hyvin koulutetuille ihmisille
- c) eniten käytetyt kyselylomakkeet rinnastavat kulttuurin etnisyyteen tai rotuun, mikä pelkistää helposti kulttuurin moniulotteisuutta ja nyansseja. Kulttuurin näkeminen pelkäästään etnisenä tai rodullisena ilmiönä luo käsityksen, että kulttuuria on vain irrallisella ”toisella”, joka helposti nähdään ongelmana, ongelmallisena tai objektina
- d) kulttuurisen kompetenssin katsotaan yleisesti kehittyvän lisääntyneessä kontaktissa vieraaseen kulttuuriin, mikä ei ole suoraan johdettavissa. Ei voida olettaa, että jokainen kohtaaminen kehittää positiivisesti ihmisen asenteita
- e) kulttuurisen kompetenssin puute johtuu usein hoitotyöntekijän asenteista. Joissakin lomakkeissa määritetään ”oikea” asenne moninaisuutta ylistäväksi, mikä asettuu vastakkain sopivan kriittisyyden kanssa
- f) tutkimuksissa mitataan tiedon määrää, mutta ei sen vaikutusta käytökseen. Kirjoittajat myös huomauttivat, että organisaation kulttuurisen kompetenssin tutkimus on vähäistä.

(Kumas-Tan – Beagan – Loppie – MacLeod – Frank 2007.)

Pyrimme ottamaan artikkelissa nousseet seikat huomioon työssämme niiltä osin kuin se oli mahdollista. Ensimmäiseksi potilaskontakti ei meille ollut mahdollinen resurssien tähden ja käyttämämme aiempi tieto kohdistui myös resurssisyydestä henkilökunnan kokemuksiin. Suomalainen hoitohenkilökunta on ainakin toistaiseksi vielä kohtuullisen homogeeninen, mutta etniset ryhmät myös henkilökunnan joukossa epäilemättä lisääntyvät, joka asettaa tulevaisuudessa haasteen kyselylomakkeen laadintaan. Pyrimme kysymysten laadinnassa arvovapauteen; emme halunneet korostaa tiettyä etnistä ryhmää, emmekä arvotaa oikeita asenteita. Laatimassamme lomakkeessa emme

oikeastaan mittaa hoitohenkilökunnan tiedon määrää, vaan enemmänkin heidän näkemystään tiedoistaan ja käyttäytymisestään.

6.6 Pilottitutkimus ja saatekirjelmä

Ennen kyselylomakkeen käyttöönottoa on suositeltavaa tehdä lomakkeen testaus, jotta voidaan todeta laatijoilta huomaamatta jääneet mahdolliset virheet ja epäselvyydet (Hirsjärvi ym. 2005: 204; Vehkalahti 2008: 48 - 49). Teimme testauksen kahdeksalla terveydenhoitajaopiskelijalla. Saimme heiltä hyvää palautetta joistakin kysymyksien selvyteen liittyvistä seikoista ja sisällöllisestä epäselvyydestä. Lomakkeessa oli mm. kaksi hyvin samankaltaista kysymystä, joista toisen korjasimme uudella painotuksella. Aiemmassa samankaltaisessa kysymyksessä haettiin hoitotyöntekijän kykyä ottaa huomioon eri kulttuureista tulevien asiakkaiden hoidon tarpeet. Uudella kysymyksellä haemme puolestaan erilaisten taustojen huomioonottamista (kysymys 39). Yhdessä kysymyksessä (46) kysyimme kykyä ottaa huomioon asiakkaan tavat ja uskonnollinen tausta päivän töitä suunnitellessa. Tässä kysymyksessä muutimme selvyden takia hoitosuunnitelma-sanana ”päivän töiksi” palautteen perusteella. Palautteen antaja osoitti hoitosuunnitelma sanan olevan liian spesifi kuvaamaan hoitotyön toimintoja, joissa tulee ottaa huomioon asiakkaan tausta.

Suullisena palautteena vastaajat kertoivat lomakkeen olleen selkeä ja kohtuullisen helppo vastattava, toki vastauksia joutui pohtimaan. Vastaajien vastauksien vaihtelu oli pieni, mikä olikin odotettavissa testattaessa samassa vaiheessa opintojaan olevia opiskelijoita. Vastaajat käyttivät lomakkeen täyttämiseen 8-12 minuuttia, keskimäärin kymmenen minuuttia. He eivät pitäneet lomaketta liian pitkänä.

Suunnittelimme lomakkeelle saatekirjelmästä luonnoksen, jota voi käyttää pohjana, kun lomake otetaan käyttöön. Saatekirjelmä sisältää tietoa lyhyesti kyselyn tekijöistä, kyselystä, mistä siinä on kysymys, miten vastaajat ovat valittu ja LOG-Sote-hankkeesta sekä mihin lomakkeella saavutettua tietoa käytetään. Saatekirjelmän tarkoituksena on motivoida vastaajaa ja kyselyn taustan tiedon kautta kunnioittaa vastaajan arvokasta aikaa. Saatekirjeellä on jopa vaikutusta kyselyn luotettavuuteen. (Hirsjärvi ym. 2005: 204, Vehkalahti 2008: 47 - 48.) Saatekirjelmässä muistutamme myös, että vastaaminen on vapaaehtoista ja että tieto kerätään nimettömänä, käsitellään ja säilytetään huolella ja

käsittelyssä tai tuloksien julkaisemisessa ei millään tavalla tule yksittäiset tai tunnistettavat henkilöt esille (Ks. Alkula 1994: 137).

6.7 Tietojen kerääminen ja käsitteleminen

Tiedot kyselylomakkeella kerätään LOG-Sote-hankkeen tulevien opiskelijoiden toimesta. Alustavasti kyselykohteena ovat infektio-osastojen hoitajat Helsingissä, mutta lomakkeen käyttöä suunnitellaan mahdollisesti laajennettavaksi. Kyselylomake on menetelmänä kvantitatiivinen eli määrällinen ja sen tarkoituksena on mitata perusjoukosta tutkittavaa ominaisuutta. Koska koko perusjoukkoa, eli tässä tapauksessa kaikkia hoitajia, ei voida lähestyä kyselylomakkeella, on tarkoituksena tehdä otanta rajatusta ryhmästä. (Heikkilä 2008: 14.) Otoksen tulee olla pienoiskuva perusjoukosta, jotta otannan tulokset ovat luotettavia ja yleistettävissä (Heikkilä 2008: 33). Vaikka otannan ja perusjoukon ominaisuudet eivät välttämättä täsmäisi, voidaan kuitenkin olettaa, että hanke voi käyttää saamiaan tuloksia esimerkiksi työyhteisöissä.

Otannasta saadut tulokset käsitellään tilastollisesti jollakin tilastollisella ohjelmalla, mahdollisesti SPSS-tilasto-ohjelmalla. Tätä ennen kerätyt kyselylomakkeet numeroidaan juoksevasti helpottamaan tietojen syöttämistä ja mahdollista tarkistamista. Ohjelmassa haetut muuttujat nimetään. (Heikkilä 2008: 125.) Taustatietoja keräävät kysymykset ovat ns. suljettuja kysymyksiä (Heikkilä 2008: 50), jotka voidaan koodata tilasto-ohjelmaan esim. 1, 2, 3, 4 jne. muuttujan arvoina selitteineen (Heikkilä 2008: 125 - 127). Lomakkeen väittämät koodataan samaan tapaan tilasto-ohjelmaan. Koska vastausvaihtoehdot ovat samat läpi lomakkeen väittämien, voi ensimmäisen muuttujan selitteet kopioida helposti kaikkiin kohtiin. Viimeisenä määritetään muuttujille mitta-asteikko. (Heikkilä 2008: 126.) Likertin asteikkoa käyttävät kysymykset ovat mitta-asteikoltaan järjestysasteikollisia ja niille ei tulisi laskea keskiarvoja muuten, kuin kuvailutarkoituksissa (Heikkilä 2008: 54). Muuttujille saatuja arvoja tarkastellaan ja kuvaillaan yksitellen ja analysoidaan soveltuvin menetelmin. Viitekehystä hyväksi käyttäen yhdistetään lopuksi teoria ja empiirinen osa ehjäksi kokonaisuudeksi. (Heikkilä 2008: 143 -144.)

7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

7.1 Luotettavuus

Tutkimusta tai selvitystä tehdessä on aina pohdittava luotettavuutta. Luotettavuuden katsotaan rakentuvan validiteetista ja reliabiliteetistä. Ne yhdessä muodostavat kokonaisluotettavuuden. Validiteetilla tarkoitetaan jatkuvaa arviointi siitä, kuinka hyvin mittari tai käytetty menetelmä mittaa sitä mitä piti. Tämä on luotettavuuden kannalta ensisijaista. (Vehkalahti 2008: 41.) Reliabiliteetillä tarkoitetaan saatujen tuloksien toistettavuutta eli sitä, että tulokset ovat ei-sattumanvaraisia (Hirsjärvi ym. 2005: 231).

Validiteetti työmme kohdalla pohtiessa nousee esiin abstraktian operationalisoimisen vaikeus eli kuinka hyvin olemme onnistuneet lomakkeella testaamaan moniulotteista aiheitamme (Alkula 1994: 89). Jatkuva prosessin sisäinen monologi validiteetista (Alkula 1994: 90) kulki työssämme. Pohdimme jatkuvasti mm., kuinka mitata tiedollista tasoa Papadopouloksen ym. (2006) nelikentästä ja mikä esimerkiksi määrittää suomalaisuuden. Näissä kysymyksissä meidän oli vain tukeuduttava valitsemaamme teoreettiseen viitekehukseen ja luotettava, että sen avulla pääsisimme mahdollisimman lähelle abstraktin asian ydintä. Pohdimme myös suotavuuden käsitettä kyselylomakkeeseen vastattaessa. Vastaavatko vastaajat lomakkeen kysymyksiin suotavien asenteiden kautta vai onko vastauksien todellisuus nähtävissä myös asiakaskontakteissa? (Alkula 1994: 91.) Rakennevaliditeetti on hyvä, kun tulokset ovat odotetun mukaisia. Tätä ajatusta tukee käsitys tieteen kumulatiivisuudesta. (Alkula 1994: 92). Käsittelemme pohdinnan osuudessa odottamiamme tuloksia kyselylomakkeesta sekä luotettavuudesta.

Reliabiliteettiin olemme työssämme pyrkineet vaikuttamaan pitämällä yllä lomakkeen sisäistä johdonmukaisuutta. Tämä näkyy käytännössä selkeästi rakentuneena lomakkeena, joka noudattaa rakenteeltaan valitsemaamme teoreettista mallia sekä on kaikin puolin mahdollisimman selkeä ja yksiselitteinen. Olemme myös tehneet lomakkeen testauksen vähentääksemme epäselvyyksistä johtuvaa luotettavuuden heikkenemistä. Samasta syystä pyrimme myös ohjeistamaan vastaajaa hyvin. Motivaatiosta johtuvaa luotettavuuden heikkenemistä koitamme välttää hyvällä ohjeistuksella, tiedolla projektista ja kyselyn tarkoituksesta. (Ks. Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 208 - 209).

7.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyydelle on maailmalla ja Suomessa keskusteltu yleisiä periaatteita. Ensinnäkään tutkimuksen ei tulisi millään tavalla henkisesti tai fyysisesti satuttaa siihen osallistujaa. Kyselylomakettamme laatiessa olemme ottaneet huomioon, ettemme loukkaisi ketään laatimillamme kysymyksillä. Kysymykset, jotka koskevat tiettyä etnistä tai uskonnollista ryhmää, on pyritty muotoilemaan mahdollisimman arvovapaaksi ja neutraaliksi. Kyselyymme vastaaminen noudattaa ehdottomasti vapaaehtoisuuden periaatetta ja sen saa keskeyttää koska hyvänsä. Lomakkeen avaaminen ei velvoita täyttämään lomaketta. Tuomme nämä asiat esiin vastaajille saatekirjelmässä. Tutkimukseen osallistujan manipuloiminen on aina eettisyyden rajoilla ja mietittävä tarkasti. Olemme lomakkeessa pyrkineet läpinäkyvyyteen ja rehellisyyteen, jotta vastaajat voivat rauhassa keskittyä vastaamiseen. (Ks. Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 27.)

LOG-Sote-hanke hankkii tutkimusluvut kyselylomakkeemme ja muiden hankkeen muiden osuuksien käyttöön kokonaisuutena. Lupahakemuksessa on määritelty tiedon käyttämisen rajat. Me puolestamme saatekirjeessä lupamme vastaajien anonyymiteetin. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä ja lupamme hankkeen puolesta, että lomakkeen tietoja käsitellään siten, ettei kukaan yksilö ole tunnistettavissa. Hanketta myös sitovat tutkimuseettiset ohjeet, ja ne tullaan käsittelemään ja saadut tulokset julkaisemaan avoimesti ja rehellisesti. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 28 - 31).

8 POHDINTA

Maailma ja yhteiskuntamme muuttuu jatkuvalla tahdilla. Sodat ja luonnonkatastrofit sekä oman maan taloudellinen tilanne ajavat ihmiset etsimään parempaa tulevaisuutta vakaammista maista. Maahanmuuttaminen on lisääntynyt, maahanmuuttajataustaiset kerääntyvät pääkaupunkiseudulle ja perheiden monimuotoisuus lisääntyy. Nämä asettavat suuren haasteen sosiaali- ja terveyspalveluille ja henkilökunnalle. Opiskelijoina koemme koulun antaneen hyvin vähän eväitä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohtaamiseen. Koimme esimerkiksi taitomme kohdata ja ottaa puheeksi henkilökohtaisia asioita maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa vajavaiseksi. Tässä mielestämme koulutuksella olisi parantamisen varaa.

Suomessa kulttuurista hoitotyötä on tutkittu lähinnä laadullisin menetelmin ja yleensäkin kohtuullisen vähän. Suomalaisia määrällisiä tutkimusmittareita löytyy vähän, ulkomaisia enemmän, mutta niiden soveltuvuus suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään ei ole hyvä. Loimme kyselylomakkeemme siis alusta asti itse käyttäen valitsemaamme teoreettista viitekehystä. Kysymysten laatiminen oli haasteellista ja kehittävää. Kysymysten laatiminen vaati oman kansallisen identiteetin ja kulttuurisen tietouden pohtimista. Oli kyseenalaistettava oman kulttuurin yliveraisuus.

Työllämme on kaksi tutkimuskysymystä. Näistä ensimmäisellä on tarkoitus selvittää, millainen on hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pohdimme vastaavako kyselylomakkeen kysymykset tähän tutkimuskysymykseen. Mielestämme olemme onnistuneet kohtuullisen hyvin operationalisoimaan kulttuurisen kompetenssin rakentumisen osa-alueet. Uskomme, että vastauksista pystyy päättämään, millainen hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi on. Validiteettiä on pohdittava lisää aineistoa analysoitaessa.

Toisella tutkimuskysymyksellä selvitetään, millainen näkemys hoitotyöntekijöillä on omasta osaamisestaan. Hoitotyöntekijöiden näkemystä omasta osaamisestaan kulttuurinmukaisessa hoitotyössä kysytään monella kysymyksellä. Vastauksista voidaan päätellä mm. tarvetta palvelujärjestelmän kehittämiseen ja hoitohenkilön täydennyskoulutukseen. Odotamme, että vastauksien perusteella hoitotyöntekijät kaipaavat lisäkoulutusta niin kuin aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet. Aiemmissa tutkimuksissa on myös tullut ilmi, että hoitotyöntekijät kokevat kulttuurinmukaisen hoitotyön vaikeaksi ja odotammekin mielenkiinnolla tietoa, siitä kuinka vaikeana he sitä pitävät.

Pohdimme kysymyksiä laatiessamme, kuinka luontevasti ja rehellisesti vastaaminen kysymyksiin tapahtuu, koska aihe on arkaluontoinen ja asenteisiin sidottu. Tätä ongelmaa olemme pyrkineet välttämään kysymyksiä laatiessamme siten, että kysymykset eivät herättäisi negatiivista kokemusta vastaamisesta, jolloin vastaaja tuntisi tarvetta vääristellä vastaustaan. Samaa tukee myös vastaaminen anonyyminä.

Prosessina opinnäytetyön tekeminen on ollut rakentavaa ja opettavaista. Jouduimme pohtimaan omaa suhtautumista kulttuurin mukaiseen hoitotyöhön ja kyseenalaistamaan omaa toimintaamme ja ajattelumallejamme. Eettisesti korkealaatuista hoitotyötä ei

voida toteuttaa, ellei oteta huomioon yksilön erilaisuutta ja olla valmiita kyseenalaistamaan omaa toimintaa.

LÄHTEET

Abdelhamid, Pirkko 2004: Hoitamisen itsestäänselvyydet ja näkymättömät haasteet - hoitajien kertomuksia etnisesti erilaisten potilaiden hoitosuhteista.

Lisensiaatintyö. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Alkula, Tapani – Pöntinen, Seppo – Ylöstalo, Pekka 1994: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiivisia menetelmiä. WSOY. Helsinki.

Berlin, Anita – Johansson, Sven-Erik – Törnkvist, Lena 2006: Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin- Primary child health nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20 (2): 160 - 168.

Betancourt, Joseph R. – Green, Alexander R. – Carrillo, J. Emilio – Anane-Firempong, Owusu 2003: Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 18: 293 - 302.

Campinha-Bacote, Josepha 2002: The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 13 No. 3, July 2002 181-184.

Cooper, Brathwaite - Angela, E. 2005: Evaluation of a cultural competence course. *Journal of transcultural nursing* 16 (4): 361 - 369.

Doutrich, Dawn - Storey, Marni 2004: Education and practice. Dynamic partners for improving cultural competence in public health. *Family & Community health* 27 (4): 298 - 307.

Giger, J. – Davidhazir, R.E. – Purnell, L. – Phillips, J - Strickland, O. 2007: America Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing* 18 (2): 95 - 102.

- Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2005: Tutki ja kirjoita.
Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Ikonen, Eija-Riitta 1999: Terveystenhoitajan kulttuurinen kompetenssi pakolaisnaisen hoitotyössä. Opinnäytetutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Karvinen, Ikali 2006: Sairaanhoidajien kuvaus hengellisestä hoitotyöstä monikulttuuristen potilaiden hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kaunonen, Marja – Koivula, Meeri 2006: Cultural healthcare issues in Finland. Teoksessa Papadopoulos, Irena (toim.): Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners. Elsevier. UK.
- Kumas-Tan, Zofia – Beagan, Brenda – Loppie, Charlotte – MacLeod, Anna – Frank, Blye 2007: Measures of Cultural Competence: Examining Hidden Assumptions. *Academic Medicine* 82 (6): 548 - 557.
- Laki potilaan oikeuksista ja asemasta §5 17.8.1992/785. Verkkodokumentti. Päivitetty 12.2.2009. < <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Luettu 19.2.2009.
- Leininger, Madeleine 1978: *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practices*. New York: John Wiley & Sons.
- Leininger, Madeleine 1994: *Transcultural Nursing: Concepts, theories, and practice*. McGraw-Hill Inc.
- McGee, Carolyn 2001: When the golden rule does not apply. Starting nurses on the journey toward cultural competence. *Journal for nurses in staff development* 17 (3): 105 - 114.
- Papadopoulos Irena 2006: The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Teoksessa Papadopoulos, Irena (toim.): *Transcultural*

health and social care. Development of culturally competent practitioners. Elsevier. UK. 7 - 23.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Porvoo.

Pursiainen, Paula 2001: Terveystieteen valmius hoitaa kulttuurin mukaisesti islamilaista maahanmuuttajaperhettä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Räty Minttu 2002: Maahanmuuttaja asiakkaana. Tammi. Tampere.

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.9.1996.

<http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 23.9.2008.

Salman, Ali – McCabe, Donna – Easter, Tara – Callahan, Barbara – Smith, Thomas D. – White, Maureen T – Fitzpatrick, Joyce 2007: Cultural Competence among staff nurses who participate in a family-centered geriatric care program. Journal of Nurses in Staff Development 23 (3): 103 - 111.

Shearer, Ruth. – Davidhizar, Ruth. 2001: Using role play to develop cultural competence. Educational innovations 42 (6): 273 - 276.

Suuri sivistyssanakirja 2000: s.v. kulttuuri. s.v. etnosentrisyys. WSOY.

Taylor, Rosemarie 2005: Addressing barriers to cultural competence. Journal for Nurses in Staff Development 21 (4): 135 - 142.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2001:4. Päivitetty 17.5.2001.
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>>. Luettu 15.9.2008.

Tietokeskus 2008:4. Verkkodokumentti. Päivitetty 2008.

<http://www.hel2.fi/Tietokeskus/julkaisut/pdf/08_02_05_Tilasto_4_Tikkanen.pdf>. Luettu 12.11.2008.

Tuokko, Tuula 2007: Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Vehkalahti, Kimmo 2008: Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Webb, E. – Sergison, M. 2003: Evaluation of cultural competence and antiracism training in child health services. *Archives of Disease in Childhood* 88: 291 - 294.

Wikberg, Anita ja Eriksson, Katie 2008: Intercultural caring - abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22: 485 - 496.

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.4.2008.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021>>. Luettu 23.9.2008.

Hyvä vastaaja,

Olette vastaamassa Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetyönä tekemään kyselyyn, joka toteutetaan osana LOG-Sote –hanketta. Kysely koskee monikulttuurista hoitotyötä ja hoitotyöntekijöiden taito tuottaa kulttuurinmukaista hoitoa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, nimetöntä ja kestää noin 10 minuuttia.

LOG-Sote –hankkeen (Lokaali ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla) tavoitteena on sosiaali- ja terveysalan lokaalin ja globaalin kehityksen tutkiminen ja edistäminen metropolialueella. Hanke luo työperustaisen maahanmuuton edellytyksiä arvioimalla ja kehittämällä sosiaali- ja terveysalan kulttuurienvälistä palvelua ja osaamista. Sosiaali- ja terveyspalveluiden muutosta halutaan selvittää, koska asiakasmäärä ja monikulttuurisuus ovat lisääntyneet. Teidät on valittu vastaamaan kyselyymme hankkeen ja työnantajanne yhteistyössä. Antamaanne tietoa käytetään maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden terveyspalveluiden kehittämiseen.

Kyselyyn vastaamiseen on tärkeää, sillä se tuottaa arvokasta tietoa terveyspalveluiden kehittämiseksi. Antamianne tietoja käsitellään luottamuksella ja kyselyyn vastaaminen on nimetöntä. Vastaajia ei voi tunnistaa missään vaiheessa tiedon käsittelyä tai julkaisua.

Kiitämme Teitä osallistumisesta ja arvokkaasta ajastanne!

KYSELYLOMAKE

TAUSTATIEDOT

Kyselyn ensimmäinen osio muodostuu taustatiedoistanne. Rastittakaa Teille parhaiten sopiva vaihtoehto.

1. Ikä Alle 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60 tai yli
2. Sukupuoli Mies Nainen
3. Koulutustausta Perushoitaja/lähihoitaja Sairaanhoidtaja Terveystenhoitaja
4. Työskentelykokemus hoitajana (vuosina)
 Alle 2 2-5 6-9 10-15 16-20 21-25 yli 25
5. Kuinka usein koottaatte maahanmuuttajataustaisia työssänne?
 Päivittäin 2-3 krt viikossa 1 krt viikossa Kuukausittain
 Harvemmin
6. Kuinka montaa kieltä osaatte puhua äidinkielenne lisäksi?
 En yhtään Yhtä Kahta Kolmea Neljää tai useampaa

VÄITTÄMÄT

Pyydämme Teitä vastaamaan mielipiteenne väittämiin ympyröimällä Teille mielekkäimmän vaihtoehdon 1-5.

1 = täysin eri mieltä

3 = ei samaa eikä eri mieltä

5 = täysin samaa mieltä

Kulttuurinen tietous

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mielestäni olen suomalainen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Mielestäni suomen kieli on tärkeä osa suomalaista identtiteettiä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Koen olevani suomalaisella tavalla melankolinen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Luonto on tärkeä minulle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Teen oletuksia asiakkaan kansalaisuudesta hänen nimen tai ulkonäön perusteella. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Mielestäni monessa muussa kulttuurissa naista ja lasta ei arvosteta yhtä paljon kuin miestä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1 = täysin eri mieltä
3 = ei samaa eikä eri mieltä
5 = täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 7. Ymmärrän miten oma kulttuurini vaikuttaa toimintaani hoitotyössä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Mielestäni suomalainen terveydenhuolto on maailman huippuluokkaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Mielestäni Suomen kansa on homogeeninen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Mielestäni naisen rooli ja työmahdollisuudet ovat muuttuneet paremmaksi yhteiskunnassamme viimeisen vuosisadan aikana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Mielestäni suomalaista kulttuurihistoriaa leimaa vahva jako sukupuolirooleihin ammateissa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Historiassa sauna on ollut hoitoympäristönä tärkeä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Tieto

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 13. Suomessa muut kuin suomen kieltä puhuvat voivat saada huonompaa terveydenhuoltoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Koen tietoni naisten ympärileikkauksesta riittäviksi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Jehovan todistajan vakaumus kieltää verituotteiden käytön. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Koen tietäväni riittävästi islaminuskoisten ja juutalaisten ruokavalion erityispiirteistä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Somaliyhteisö on perhekeskeinen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Koen tietäväni riittävästi romanikulttuuriin liittyvistä puhtaussäädöksistä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Länsimainen kulttuuri on mielestäni yksilökeskeisempi kuin itämainen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Sairaus ja terveys määrittyvät mielestäni kulttuurin kautta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sensiitivisyys

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 21. Pyrin myötäeläytymään maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Koen empatiasta olevan hyötyä hoitotyössä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1 = täysin eri mieltä
3 = ei samaa eikä eri mieltä
5 = täysin samaa mieltä

23. Liialla empatialla voi olla haittansa hoitotyössä.	1	2	3	4	5
24. En osaa myötäeläytyä riittävästi maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen.	1	2	3	4	5
25. Pidän luottamusta tärkeänä hoitosuhteessa.	1	2	3	4	5
26. Asiakkaan luottamus on minulle tärkeä hänen taustastaan huolimatta.	1	2	3	4	5
27. Hoidan mielummin alkuperäistä suomalaista kuin maahanmuuttajataustaista.	1	2	3	4	5
28. Minulla ei ole ennakkoluuloja maahanmuuttajataustaisia kohtaan.	1	2	3	4	5
29. Hoidan mielummin suomenkielistä kuin vieraskielistä.	1	2	3	4	5
30. Yhteisen kielen puuttuessa hoitotyö on vaikeaa.	1	2	3	4	5
31. Haluan käyttää muita kommunikaatiokeinoja yhteisen kielen puuttuessa.	1	2	3	4	5
32. Pidän tulkin välityksellä asioimista hankalana hoitotyön kannalta.	1	2	3	4	5
33. Pyrin kunnioittamaan asiakkaan kulttuurin tapoja parhaan tietoni mukaan.	1	2	3	4	5
34. Kunnioitan asiakkaan kulttuuria myös henkilökunnan tiloissa.	1	2	3	4	5
35. Hoitajana pystyn vaikuttamaan kulttuurien välisiin kohtaamisiin sairaalassa.	1	2	3	4	5
36. Huomautan kollegalle tämän epäsoveliaasta käytöksestä asiakasta kohtaan.	1	2	3	4	5

Kompetenssi

37. Otan päätöksissäni huomioon maahanmuuttaja-asiakkaan taustan.	1	2	3	4	5
38. Koen epävarmuutta hoitaessani maahanmuuttajia.	1	2	3	4	5
39. Otan huomioon eri kulttuureista tulevien potilaiden erilaiset taustat, esim. traumat.	1	2	3	4	5
40. Osaan arvioida tulkin käytön tarpeen.	1	2	3	4	5

1 = täysin eri mieltä

3 = ei samaa eikä eri mieltä

5 = täysin samaa mieltä

41. Pystyn ottamaan huomioon kivun ja terveyden kulttuuriset käsitykset hoitotyössä.	1	2	3	4	5
42. Koen pystyväni hoitamaan maahanmuuttajataustaista asiakasta kulttuurisesti pätevästi.	1	2	3	4	5
43. Koen tarvitseväni lisäkoulutusta ja tietoa vieraista kulttuureista.	1	2	3	4	5
44. Osaan arvioida onko toteuttamani hoito kulttuurisesti huomioonottavaa.	1	2	3	4	5
45. Kykenen ottamaan huomioon asiakkaan kulttuuritaustan hoitotoimenpiteissä.	1	2	3	4	5
46. Otan huomioon päivän töitä suunnitellessa maahanmuuttajataustaisen henkilön uskonnolliset ja muut tavat (esim. siveellisyysäännöt ja rukoilu).	1	2	3	4	5
47. Otan huomioon eri kulttuureista tulevien asiakkaiden erilaiset hoidon tarpeet.	1	2	3	4	5
48. Kykenen ennakoimaan ja ottamaan huomioon kantaväestöllä harvinaiset sairaudet ja terveyden erityispiirteet maahanmuuttajataustaisen asiakkaani kohdalla.	1	2	3	4	5
49. Osaan tunnistaa epätasa-arvoisen toimintatavan ympärilläni.	1	2	3	4	5
50. Kiinnitän huomiota siihen, että maahanmuuttajataustaiset asiakkaat saavat tasa-arvoista hoitoa.	1	2	3	4	5
51. Otan puheeksi epätasa-arvoisen käytöksen työyhteisössäni.	1	2	3	4	5
52. Pyrin huomioimaan ja välttämään palvelujärjestelmän epäkohtia maahanmuuttajataustaisia asiakkaita ohjatessani.	1	2	3	4	5