

Vuorovaikutus osana kulttuurista kompetenssia hoitotyössä

Kyselylomake

Hoitotyön koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
22.04.2010

Maiju Virtanen
Mira Talvisto

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät		
Mira Talvisto, Maiju Virtanen		
Työn nimi		
Vuorovaikutus osana kulttuurista kompetenssia hoitotyössä		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Kevät 2010	20
TIIVISTELMÄ		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kyselylomake, jolla jatkossa voidaan mitata hoitohenkilökunnan kulttuurista kompetenssia. Tarkastelimme aihetta vuorovaikutuksen näkökulmasta. Työmme on osa LOG-sote hanketta ja työmme avulla edistämme hankkeen toimintaa. Hankkeen tavoite on tutkia miten maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia voidaan edistää osana kotouttamispolitiikkaa, ammatillista koulutusta ja palveluja. Hanke toimii vuosina 2007-2011.</p> <p>Työmme pohjana toimi Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) kulttuurisen kompetenssin malli. Mallin mukaan kulttuurien kompetenssi on prosessi. Se koostuu neljästä osa-alueesta; tietoisuudesta, tiedosta, sensitiivisyydestä ja kompetenssista.</p> <p>Käytimme työssä viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuja tutkimuksia ja kirjoja joiden pohjalta nousivat esiin seitsemän aihealuetta koskien vuorovaikutusta. Näitä aihealueita ovat mm. yhteisen kielen puuttuminen, erilaiset kulttuuriset taustat ja uskonnot sekä hoitajien aiemmat kokemukset ja asenteet. Myöskin hoitajien saama koulutus, omaisten vaikutus hoitotyön toteutumiseen sekä erilaiset sukupuoli-, terveys-, ja sairauskäsitykset nousivat voimakkaasti esille tutkimuksissa. Näiden aihealueiden pohjalta teimme kyselylomakkeen väittämät.</p> <p>Kyselylomake koostuu viidestä esitietokysymyksestä ja neljästäkymmenestä väittämästä. Kyselylomake on neljän sivun mittainen ja sen vastaamiseen menee noin 10 minuuttia. Kysymyslomake esitettiin kuudella satunnaisella sairaanhoitajalla.</p>		
Avainsanat		
kulttuuri, kompetenssi, hoitohenkilökunta, vuorovaikutus, kyselylomake		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Maiju Virtanen and Mira Talvisto			
Title			
Interaction between civilizations as part of competency in nursing			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2010	20	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this study was to create a questionnaire which measures cultural competence in nursing. The topic was approached from the point of view of interaction. This study was part of the LOG-Sote project. The aim of the project is to study how to advance health and well being of the immigrant as part of the social integration, professional education and services. The project works in the years 2007-2011.</p> <p>The study is based on the Papadopoulos, Tilki and Taylor model (2006) of Developing Cultural Competence. According to the model, cultural competence is a process. It consists of four divisions: awareness, knowledge, sensitivity and competence.</p> <p>Data of this study were gathered by studies and literature published in the recent ten years. Seven subjects concerning interaction were risen from the theory. These subjects were inter alia language barriers, different cultural backgrounds and religions, nurses previous experiences and attitudes. The claims of the questionnaire was formed by the seven subjects.</p> <p>The questionnaire consists of five prequestions and forty claims. The extent of the questionnaire is four pages. Answering to the claims takes approximately ten minutes. The questionnaire was tested by six random registered nurses.</p>			
Keywords			
Culture, competence, nursing staff, interaction, questionnaire			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	
2	KESKEISET KÄSITTEET	
2.1	Maahanmuuttaja	2
2.2	Kulttuuri	3
2.3	Vuorovaikutus	5
3	KYSELYLOMAKKEEN TEOREETTINEN TAUSTA	7
3.1	Vuorovaikutusta käsitteleviä tutkimuksia	7
3.2	Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin malli	9
3.3	Kyselytutkimus	10
4	TARCOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	11
5	KYSELYLOMAKKEEN LAADINTA JA PERUSTELUT	11
5.1	Kyselylomakkeen laadinta	11
5.2	Kyselylomakkeen väittämien hoitotieteellinen teoriapohja	12
5.3	Kyselylomakkeen vastausten sijoittuminen Papadopouloksen nelikenttämalliin	13
6	KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUS	14
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	15
8	POHDINTA	16
9	LÄHTEET	18
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

LOG-sote (lokaali ja globaali kehitys sosiaali- ja terveysalalla) hankkeen tutkimus- ja kehittämistehtävä on tutkia miten maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia voidaan edistää osana kotouttamispolitiikkaa, ammatillista koulutusta ja palveluja. Hanke toteutuu vuosina 2007 - 2011 ollen nyt siis toimintansa loppupuolella.

Aihealueen merkitys on yhteiskunnan ja hoitotyön kannalta erittäin suuri. Matkustus eri maiden välillä on tehty helpoksi, ja se on lisääntynyt suuresti viime vuosikymmeninä. Samaan aikaan muun muassa sodat, poliittiset syyt sekä konfliktit eri etnisten ryhmien välillä ovat aiheuttaneet köyhyyttä sekä sairauksia miljoonien ihmisten keskuudessa ympäri maailmaa. Katastrofien ja maiden rajojen hämärtyksen seurauksena maahanmuuttajien määrä on lisääntynyt räjähdysmäisesti. (Papadopoulos 2006:102-103.)

Maiden monikulttuurisuudessa on herätelty kysymyksiä terveyden käsitteestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kulttuurin ja sosiaalisten tekijöiden on ymmärretty olevan tärkeässä osassa ihmisen määrittellessä omaa terveystietoa. Tämä tuo haasteita terveydenhuollolle. Hoitohenkilökuntaa on jatkossa koulutettava tarjoamaan terveydenhuoltoa sekä tehokkaasti että kulttuurisesti sopivalla tavalla. (Papadopoulos 2006:103.) Hoitotyössä kulttuurin tuntemus, kielitaito ja hoitajien suhtautuminen maahanmuuttajiin ovat ratkaisevia tekijöitä hoidon onnistumisen kannalta. Hoitajien tiedot eri kulttuureista vaihtelevat. Tietoisuuden edistäminen olisikin tärkeää, jotta työskentely olisi mahdollisimman saumatonta ja molempia osapuolia tyydyttävää. Maahanmuuttajilla tulee olla muiden potilaiden ohella samat oikeudet vaikuttaa hoitoonsa ja saada siitä tietoa kielitaidosta ja syntyperästään riippumatta. Hoitajien henkilökohtainen suhtautuminen maahanmuuttajiin myös vaihtelee. Kielteistä suhtautumista voidaan osittain lievittää jakamalla tietoa joka edistää sujuvaa kanssakäymistä potilaiden kanssa. (Papadopoulos 2006:102-103.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää kyselylomake. Kyselylomakkeella kartoitetaan hoitajien kulttuurista kompetenssia vuorovaikutuksen näkökulmasta. Sen avulla edistämme kulttuurikompetenssin tutkimista. Kyselylomakkeen kysymykset kohdistuvat vuorovaikutukseen ja sen problematiikkaan. Tarkastelemme aihetta hoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää kulttuurikompetenssia hoitotyössä. Laatimalla kyselylomakkeen, jonka avulla arvioidaan kulttuurikompetenssia, edistämme sen toteutumista. Kyselylomakkeella kartoitetaan hoitajien kulttuurikompetenssia vuorovaikutuksen näkökulmasta. Opinnäytetyömme tuottamaa tietoa käytetään arvioimaan ja kehittämään hoitajien tasa-arvoista ja yksilöllistä suhtautumista eri etnistä alkuperää oleviin potilaisiin. Kehittämällä ja tutkimalla kulttuurikompetenssin toteutumista terveydenhuollossa, edesautetaan asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa yksilötasolla sekä ehkäistään kulttuurieroista johtuvia konflikteja hoitotilanteissa. Maailman jatkuvasti monikulttuuristuksessa, näemme kulttuurikompetenssin tärkeyden yhä kasvavana voimavarana.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttajilla tarkoitetaan kaikkia maahan muuttaneita henkilöitä, lähtömaasta tai tulosyystä riippumatta. Maahanmuuttaja on terminä yläkäsite, johon sisältyvät alakäsitteet, siirtolainen, pakolainen, paluumuuttaja, turvapaikanhakija ja ulkomaalainen. Arkisessa käytössä sanan merkitys kuitenkin vaihtelee. Eri viranomaiset käyttävät erilaisia toisistaan poikkeavia määrittelyperusteita ja siksi termin hahmottaminen voikin olla vaikeaa. (ETENE 2004: 27.)

Maahanmuuttajia on Suomessa tällä hetkellä n. 143 000. Suurimpana ryhmänä ovat venäläiset ja virolaiset, molempia yli 22 000. Seuraavaksi suurin maahanmuuttajaryhmä ovat ruotsalaiset, heitä on noin 8600. Pienempiä, alle 5000 hengen ryhmiä ovat somalit ja kiinalaiset. Thaimaalaiset, saksalaiset, turkkilaiset, isobritannialaiset ja irakilaiset ovat pienimpiä, alle 4000 hengen ryhmiä. (Maahanmuuttovirasto 2008.)

Maahanmuuttajien tarpeet terveydenhuollon asiakkaana eroavat joskus valtaväestöstä. Eri kulttuurien edustajilla voi olla eriäviä käsityksiä sairaudesta, terveydestä, elämästä ja kuolemasta. Myös yksilön ja yhteisön ero, sekä erilaiset perinteet ja uskomukset voivat aiheuttaa molemmin puolin epäluuloa ja väärinymmärryksiä. Suomessa olemme tottuneet yksilökeskeiseen ajattelutapaan mutta joissakin kulttuureissa päätöksen tekoon voi vaikuttaa potilaan koko lähiyhteisö. Terveydenhuollon ammattihenkilöltä edellytetään ymmärryskykyä, sensitiivisyyttä ja hyviä vuorovaikutustaitoja jotta monikulttuuriset

kohtaamiset onnistuisivat potilasta kunnioittaen. Peruslähtökohtana onkin että hänen tapojaan ja elämänarvojaan kunnioitetaan hoidollisia päätöksiä tehdessä. (ETENE 2004:10.)

Esimerkiksi Taavela (1999) havaitsi tutkimuksessaan maahanmuuttajien palvelun laadusta venäläisten, virolaisten ja inkeriläisten kokemana, että terveydenhuollon henkilöstöllä on sekä kielteisiä että myönteisiä mielikuvia maahanmuuttajista. Suhtautuminen venäläisiin ja inkeriläisiin oli esimerkiksi kielteisempää kuin virolaisiin. Hoitohenkilökunnan mielestä toiminta maahanmuuttajien kanssa oli hankalaa, sillä kieliongelmat ja heidän sopeutumattomuutensa suomalaiseen kulttuuriin aiheuttivat vaikeuksia. Potilailla oli myös vaikeuksia noudattaa sovittuja hoito-ohjeita ja annettuja hoitoaikoja. Potilaat saattoivat olla käytökseltään myös vihamielisiä. Hoitajat kokivat myös tietonsa maahanmuuttajien kulttuurista puutteellisiksi. He kertoivat kunnioittavansa maahanmuuttajien itsemääräämisoikeutta, vaikka suurin osa heistä ei kuitenkaan koskaan ollut kysynyt heiltä suostumusta hoitoon.

Maahanmuuttaja on työmme keskeisin käsite. Työmme avulla pyritään parantamaan juuri maahanmuuttajien sosiaali- ja terveystalvveluja, tutkimalla ja kehittämällä hoitajien kulttuurikompetenssia. Työssämme maahanmuuttaja on potilaan roolissa. Emme ole keskittyneet tiettyyn kulttuuriin vaan maahanmuuttaja käsittää kaikki kansallisuudet. Maahanmuuttajien tarpeet terveydenhuollossa saattavat erottua valtaväestöstä ja potilaan kohtaaminen vaatii sensitiivisyyttä ja vuorovaikutustaitoja.

2.2 Kulttuuri

Kulttuurille on kehitetty kirjallisuudessa monia eri määritelmiä. Kulttuuri voidaan nähdä kompleksina, mikä sisältää tietämystä, uskomuksia, taidetta, moraalin, lakeja, tapoja sekä erilaisia tottumuksia joita edellytetään yhteisöön kuuluvalta yksilöltä. Näin ollen kulttuuri ei ole rajoittunut rodullisiin luokitteluihin tai kansallisuuteen. Kulttuurisina eroina voidaan nähdä uskontokunta, kieli, seksuaalinen suuntautuminen, ikä, poliittinen suuntaus tai esimerkiksi maantieteellinen sijainti. Kulttuuriset eroavaisuudet ovat siis monikasvoisia. (Bacote ym. 2003: 7.)

Kulttuuriset erot näkyvät myös terveydenhuollossa. Kulttuuri määrittää monella tapaa sitä, kuinka yksilöt näkevät terveyden tai sairauden. Alati muuttuvat väestö- sekä talou-

delliset tilanteet monikulttuurisessa maailmassa sekä eroavaisuudet eri maista tulevien ihmisten terveydentiloissa ovat saaneet terveydenhuollon ammattilaiset sekä organisaatiot pohtimaan kulttuuristen eroavaisuuksien huomioimisen tärkeyttä. (Bacote ym. 2003: 7.)

Kulttuurin ohella kulttuurikompetenssille on kehitetty monenlaisia teoreettisia määritelmiä. Kulttuurikompetenssiin kuuluu yhteneviä käyttäytymismalleja, asenteita sekä linjauksia, jotka yhtenäistyvät järjestelmässä tai ammattilaisten keskuudessa ja näin mahdollistavat tehokkaan työskentelyn monikulttuurisissa tilanteissa. (Camphina-Bacote. 2003:7.)

Kulttuurikompetenssiin voidaan katsoa kuuluvan seuraavia osa-alueita: Kulttuurinen halu, tietoisuus, tietämys, taidot sekä kohtaaminen. Kulttuurisesti kompetentti yksilö toimii tahdon kautta, tiedostaa omat ennakkoluulonsa ja olettamuksensa vieraan kulttuurin edustajaa kohtaan, omaa tietämystä koskien vieraita kulttuureita sekä kykenee muodostamaan sekä perustelevaan mielipiteitään ja silti kunnioittamaan toisen kulttuurista taustaa tai siitä kumpuavia mielipiteitä. (Camphina-Bacote 2003: 11-37.)

Perinteisesti kulttuurikompetenssin on katsottu terveydenhuollossa käsittävän tietyn tasoisia saavutuksia, mitkä määrittävät yksilön pätevyden käytännön työssä. Tätä nykyä edellytetään myös taitoja reflektoida sekä kriittistä ajattelutapaa. Nämä ovat keskeisiä elementtejä kompetenssin ylläpidossa sekä jatkuvan kehityksen takaamisessa koskien ammatinharjoittajaa yksilönä sekä hoitohenkilökuntaa tiiminä. Kulttuurikompetenssi vaatii onnistuakseen myös muita osa-alueita. Ammattilaisten tulee olla tietoisia itsestään kulttuurisina olentoina sekä osallisuudestaan vaikutusvaltaisissa organisaatioissa. Vaaditaan myös tämän tietoisuuden reflektointia sekä kykyä kehittää ihmissuhdetaitoja, mitkä edesauttavat hälventämään rajoja heidän itsensä ja asiakkaiden välillä. Kulttuurikompetenssin saavuttaminen riippuu jatkuvasta kehityksestä koskien tietämystä ja ymmärrystä palveltavaa asiakasryhmää kohtaan. Kriittisen ajattelun sekä reflektoinnin taidolla jaetaan tietoa ja ymmärrystä ja näin luodaan yhteisöllisyyttä ammattitiimiin. (Sattish ym. 2002: 1)

Kulttuurisesti kompetentiksi tulo vaatii jatkuvaa oppimista, harjoittamista sekä reflektointia, mitkä mahdollistavat terveydenhuollon ammattilaisten aktiivisen vastaamisen ja reagoinnin asiakkaan arvoihin, uskomuksiin ja maailmankatsomukseen. Kulttuurisesti kompetentti toiminta pyrkii ylläpitämään kulttuurisia arvoja ja uskomuksia. Sen ollessa

mahdotonta, ammattilainen pystyy selittämään syyt siihen kunnioittavasti ja näin mahdollistaa asiakkaan kokemuksen siitä, että hän on kunnioitettu. Asiakkaalla säilyy näin myös luottamus terveydenhuollon tarjoajiin. (Satish ym. 2002: 2-4)

Kulttuuri on työmme yksi keskeisimmistä käsitteistä vuorovaikutuksen ja maahanmuuttajan rinnalla. Kulttuurierot luovat ne haasteet, joita opinnäytetyössämme käsittelemme. Kulttuurierot tulevat ilmi esimerkiksi uskonnossa, perhekäsityksissä, terveystieteissä, arvoissa, kivun ja sairauden kokemuksissa, ruokailutottumuksissa ym. Kulttuuri on siis laaja käsite. Meidän työssämme keskitymme kulttuurieroihin vuorovaikutuksen näkökulmasta ja niiden tuomiin haasteisiin terveydenhuollossa.

2.3 Vuorovaikutus

Mönkkösen (2007) mukaan vuorovaikutus on laava käsite ja se sisältää yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutus voi olla laadultaan hyvin monimuotoista. Se voi olla valtaa ja vallan käyttöä, yhteistyötä tai sosiaalisesti jaettuina yhteisiä sopimuksia ja sääntörakennelmia. Vuorovaikutukseen liittyy myös runsaasti käsitteitä ja niiden käyttö on vaihtelevaa. Verkostoituminen, yhteistyö, asiakaslähtöisyys, dialogisuus, moniammatillisuus ja voimaantuminen ovat ikään kuin synonyymejä ja niiden keskinäisiä vivahde-eroja on joskus vaikea hahmottaa. Ihmisläheisessä työssä korostetaan usein tasavertaista kohtaamista ja asiakaslähtöisyyden merkitystä. (Mönkkönen 2007:)

Vuorovaikutustilanteissa kommunikointia voi esiintyä niin verbaalista kuin non-verbaalista kommunikointia. Verbaalisessa kommunikoinnissa suurimmaksi ongelmaksi usein nousevat kielimuurit. Väärinkäsityksiä saattaa aiheuttaa myös puheen tyyli (virallinen tai epävirallinen). Huomiota tulee myös kiinnittää silloin, jos kommunikointiin käytetään apuna esimerkiksi tulkkia tai omaista. (Galanti 2003)

Verbaalisen kommunikoinnin lisäksi esiintyy non-verbaalista kommunikointia. Myös non-verbaalisessa kommunikoinnissa esiintyy kulttuurisia eroja. Non-verbaalista kommunikointia toteutetaan silmillä, kosketuksella, eleillä sekä kehonkielellä. Esimerkkinä kosketus, joka on hyvin kulttuurisidonnainen. Eri kulttuureissa, kuten osissa Aasian maita, on koskettaminen julkisesti paheksuttavaa. (Galanti 2003)

Tasavertainen kohtaaminen ja asiakaslähtöisyyden merkitys korostuvat asiakaspalvelutyössä. Ystävällinen asennoituminen asiakkaaseen sekä kiinnostus asiakkaan tarpeisiin edesauttavat näiden toteutumista. (Mönkkönen 2007)

Vuorovaikutukseen orientoitumista asiakastyössä voidaan toteuttaa monella tapaa. Eri-laisia vuorovaikutusorientaatioita ovat esimerkiksi asiantuntijakeskeisyys, asiakas-keskeisyys sekä dialogisuus. Asiantuntijakeskeisessä tavassa työntekijä luokittelee asiakkaan tilanteen sekä määrittelee hoito- ja auttamistoimenpiteet asiakasta kuulematta. Asiakaskeskeisessä orientoitumisessa työntekijän oma rooli hämärtyy, mutta asiakkaan tarpeet otetaan huomioon. Dialoginen asiakastyö perustuu olettamukseen siitä, että vuorovaikutussuhteessa on kaksi osapuolta, jotka yhdessä toteuttavat tilanteen määrittelyn sekä etsivät asioihin ratkaisua. Dialogisessa asiakastyössä asiakas ja työntekijä toimivat tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa. (Mönkkönen 2007)

Hoitaminen on vuorovaikutussuhteena hoitajan ja potilaan välistä yhteistoimintaa. Auttavan vuorovaikutuksen keskeisinä ominaispiirteinä hoitosuhteessa on hyväksyntä, kunnioitus, luottamus, avoimuus, aitous sekä vastavuoroisuus. Potilaan ja hoitajan kohtamiseen liittyy vastavuoroisessa hoitosuhteessa havaintojen tekemistä, ajattelua sekä tunteita. Yhteistyö on asioihin yhdessä paneutumista, toisen ihmisen erityislaadun tiedostamista ja tuntemista sekä kiinnostuksen osoittamista. Auttamissuhteessa, jossa molemmat osapuolet edistävät niitä, potilaan terveystarpeiden tyydyttämistä edistetään parhaiten. (Pöllänen 2006:14)

Tarkastelemme kulttuurikompetenssia vuorovaikutuksen näkökulmasta joten se on työtämme vahvasti ohjaileva käsite. Vuorovaikutuksen eri muodot ja siinä ilmenevät ongelmat ja niiden ratkaisut ovat työmme ydin. Vuorovaikutus on potilaan kanssa kommunikointia verbaalisesti tai non-verbaalisesti. Verbaaliseen viestintään kuuluvat keskustelu potilaan kanssa. Apuna voidaan myös käyttää tulkkia. Verbaalisen viestinnän suurin ongelma on usein yhteisen kielen puute. Non-verbaaliseen viestintään kuuluvat kaikki elein ja ilmein sekä kosketuksella tapahtuva viestintä.

3 KYSELYLOMAKKEEN TEOREETTINEN TAUSTA

3.1 Vuorovaikutusta käsitteleviä tutkimuksia

Tutkimuksissa katsotaan hoitajan ja potilaan välisen suhteen olevan tärkeimpiä aspekteja potilaan hoidossa. Potilaat tahtovat tulla nähdyksi arvostettuina sekä kunnioitettuina yksilöinä. Potilaat näkevät sosiaalisen kanssakäymisen tärkeänä hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa. Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen katsotaan olevan suuressa roolissa muodostettaessa potilaan kokemuksia terveydenhuollon asiakkaana. (Shattel 2004)

Kommunikointi on tärkeimpiä vuorovaikutuksen osa-alueita. Kommunikaatio-ongelmat ovat toistuvia ilmiöitä terveydenhuollossa. Yksi yleisimmistä syistä kommunikaatio-ongelmiin on kielimuurit potilaan ja hoitajan välillä. Kieliongelmiensa lisäksi kommunikaatio-ongelmia sekä mahdollisesti väärinkäsityksiä aiheuttavat erilaiset kommunikointityylit. (Galanti 2004:20-37)

Tänä päivänä kielimuurit eri kulttuureista ja kielellisesti eri taustoista tulevien ihmisten kanssa on kasvava ongelma. Kommunikointi eri kulttuurien välillä pysyy kriittisenä tekijänä kulttuuriselle ymmärtämiselle, kun pyritään tuottamaan tehokasta monikulttuurista hoitotyötä. (Berlin ym. 2006: 176) Tutkimuksissa on tullut esille kielimuureista johtuvaa hoidontason alenemista. (Sarver ym 2000: 262)

Tutkimuksissa on tullut esiin potilaiden tarve kommunikoida hoitajan kanssa hoitotilanteiden aikana. Informoiva, hoitavan henkilön ja potilaan välinen kommunikaatio, perheen välinen kommunikointi sekä totuuden kertominen ovat esille tulleita huolia. Tutkimuksissa tuli myös esiin potilasta kunnioittava, hienovarainen kommunikointi. (Cioffi 2006: 322-324) Kommunikointia on verbaalisen lisäksi myös non-verbaalista, mihin liittyy katsekontakti, kosketus, eleet sekä kehonkieli. Kulttuurien välillä nonverbaalinen kommunikointi käsitetään eri tavoin ja siksi se vaatii hoitohenkilökunnalta erityistä sensitiivisyyttä. (Galanti 2004: 20-37)

Tulkin käyttö on keino edistää vuorovaikutusta ulkomaalaisen potilaan kanssa. Tutkimuksissa tulee esille tulkin käytön mahdollistavan monikulttuurista hoitotyötä. (Squires 2008: 272) Tulkin käyttö vuorovaikutustilanteissa saattaa aiheuttaa myös virheellisiä päätelmiä esimerkiksi sanojen monitulkintaisuuden vuoksi tai tulkin dominoidessa lii-

kaa keskustelua. Tulkin apua käytettäessä kysymysten asettelulla on myös suuri rooli. (Kapborg ym. 2002: 55-56)

Tutkittaessa hoitajien kokemuksia kulttuurikompetenssin onnistumisesta hoitotyössä, on tullut esille se, että hoitajien kohdatessa suuria määriä ulkomaalaistaustaisia potilaita, myös kulttuurikompetenssi lisääntyy. (Cioffi 2006: 323-324) Tutkimuksissa tuli ilmi, että suurella osalla hoitajista uupuu kulttuurista tietämystä, minkä vuoksi kulttuurikompetenssin prosessia ei voida täysin käydä läpi. Ilman kulttuurista tietämystä hoitajat kokevat, että vuorovaikutus potilaiden kanssa jää vajaaksi. Hoitajat kokivat tämän vuoksi myös vaikeuksia käsitellä ongelmia, jotka liittyivät eri etnistä alkuperää olevien hoitotyöhön. (Berlin ym. 2006: 176) Kulttuurisen tietämyksen tason katsotaan tutkimuksissa olevan vaikuttavana tekijänä hoitajien kokiessa turhautumista ja vaikeuksia ollessaan vuorovaikutuksessa ulkomaalaistaustaisen potilaan kanssa. (Berlin ym 2006:166)

Eräissä tutkimuksissa hoitajien katsottiin potilaiden näkökulmasta kuitenkin onnistuvan hoitotyössä potilaiden uskomusten ja keskeisten arvojen osalta. Hoitajat itse näkivät kuitenkin työssään parantamisen varaa. Viestinnän osalta ulkomaalaistaustaiset potilaat näkivät heikkouksia, kun taas hoitajat kokivat suoriutuvansa kohtalaisen hyvin. (Sainiola-Rodrigues 2007: 223-224).

Tutkimuksissa ilmeni maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä vallitsevia erilaisia käsityksiä. Tällaisia olivat muun muassa eri terveys- ja sairauskäsitykset sekä käsitykset sukupuolirooleista. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen tutkimusryhmä koki maahanmuuttajien terveydentilanteet vähemmän vakavina kuin maahanmuuttajat itse. Tämä saattaa johtua paitsi kieliongelmistä, myös ymmärryksen puutteesta ja siitä onko kokonaistilanteesta yhtenevä näkemys. (Sainiola-Rodrigues 2007: 223 - 224.) Naispuoleiset hoitajat kokivat epämukavuutta sekä hyljeksintää sukupuolestaan hoitaessaan eri kulttuuritaustaisia potilaita. Suhde naisen ja miehen välillä vaihtelee kulttuureittain ja saattaa olla riippuvainen eri uskonnoista. (Festini ym. 2009: 225.)

Omaisten tärkeä rooli potilaan hoidossa korostui tutkimuksissa. Muun muassa osastojen erilaisissa käytänteissä esiintyvät mahdolliset ongelmat saattavat tuottaa negatiivista vaikutusta läheisen suhtautumiseen hoitavaan henkilöön. Käytänteet saattavat liittyä esimerkiksi vierailuaikoihin. Negatiivinen suhtautuminen saattaa kestää koko potilaan hoidon ajan ja näin ollen estää kanssakäymistä omaisten ja hoitavan tahon välillä. Potilaiden ja läheisten kohtelu osastolla viestivät usein myös osaston ulkopuolelle. (Potinka-

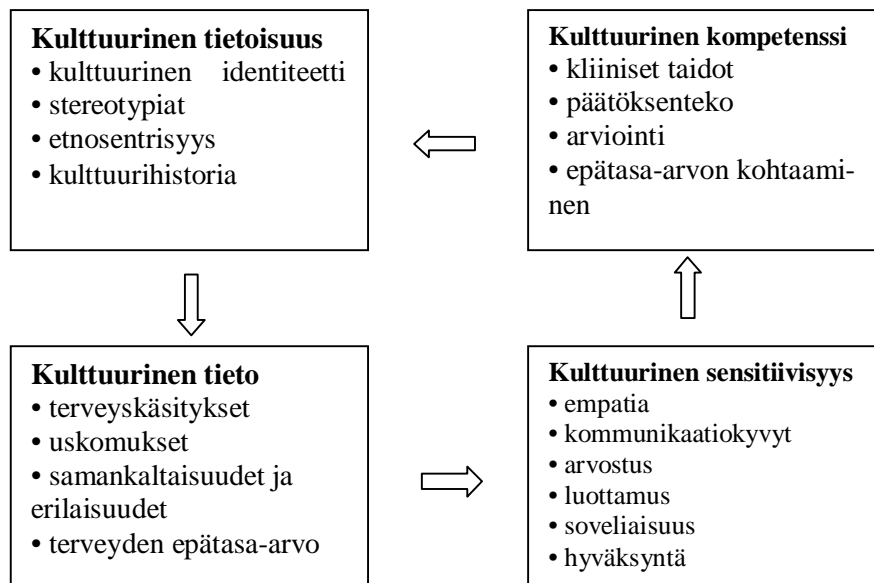
ra 2004: 49.) Kulttuurisiin eroihin voisi olla hyödyllistä kiinnittää huomiota myös omaisten kohtaamisessa ja ohjauksessa.

On kiinnitetty huomiota monikulttuurisen hoitotyön opetuksen tarpeeseen ja sen kehittämiseen. Tutkimuksissa, joissa on arvioitu kursseja, jotka syventyvät kulttuuriseen kompetenssin, on todettu olevan hyödyksi hoitajien kulttuurisen kompetenssin kehittymiseen ja tietoisuuden lisääntymiseen. (Brathwaite ym. 2005:477) Opiskelijoille tulisi myös opiskeluaikana taata mahdollisuus työskennellä ulkomaalaistaustaisten potilaiden kanssa. (Duffy 2001)

3.2 Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin malli

Irena Papadopoulos, Mary Tilki sekä Gina Taylor (2006) ovat kehittäneet mallin kuvaamaan kulttuurista kompetenssia. He määrittelevät kulttuurikompetenssin käsittämään kyvyn tuottaa tehokasta hoitoa, huomioon ottaen potilaan kulttuuriset uskomukset, käyttäytymisen sekä tarpeet. Mallissa vallitsevat keskinäiset arvot pohjautuvat ihmisoikeuksiin, sosiaalipoliittisiin järjestelmiin, monikulttuurisiin suhteisiin, eettisiin arvoihin sekä ihmisistä välittämiseen.

Mallissa on neljä astetta, joita ovat kulttuurinen tietous, kulttuurinen tieto, kulttuurinen sensitiivisyys sekä kulttuurinen kompetenssi. Kulttuuriseen tietouteen kuuluu itsetietoisuus, kulttuurinen identiteetti, etnosentrisyys, stereotypioiminen, etnohistoria sekä perimä. Kulttuuriseen tietoon kuuluu terveysuskomukset sekä -käyttäytyminen, antropologinen, psykologinen ja biologinen ymmärrys, samankaltaisuudet ja eroavaisuudet sekä terveyserot. Kulttuurisessa sensitiivisyydessä tärkeää ovat empatia, kommunikaatiotaidot, luottamus ja kunnioitus, hyväksyntä, soveliaisuus sekä muurit kulttuurisessa sensitiivisyydessä. Kulttuurikompetenssiin kuuluvat arviointi-, diagnostiset, sekä kliiniset taidot, ennakkoluulojen, syrjinnän sekä eroavaisuuksien haastaminen. (Papadopoulos 2006: 9-11) Alla havainnollistamme mallia kaavion avulla.



KUVIO 1. Papadopoulosen, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin malli (Papadopoulos ym. 2006)

3.3 Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on tärkeä tapa kerätä ja tarkastella tietoja esimerkiksi erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. (Vehkalahti 2008:11) Kyselylomake ulottuu yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisiin tutkimuksiin, mielipide-tiedusteluihin, katukyselyihin, palautemittauksiin sekä soveltuvuustesteihin. (Vehkalahti 2008:11) Kyselytutkimus on enimmäkseen määrällistä tutkimusta, mutta siinä sovelletaan myös tilastollisia menetelmiä. Kysymykset ilmaistaan sanallisesti, vastaukset numeerisesti. (Vehkalahti 2008:13) Kysymykset esitetään kyselylomakkeen välityksellä.

Kyselylomakkeen on toimittava sellaisenaan, ilman haastattelijan apua. (Vehkalahti 2008:11) Lomake on syytä tehdä huolellisesti, sillä vastaajan täyttäessä lomaketta, on siihen myöhäistä enää tehdä muutoksia. Koko tutkimuksen onnistuminen riippuu pääosin kyselylomakkeesta. Ratkaisevaa on kysyä sisällöllisesti oikeita kysymyksiä, tilastollisesti mielekkäällä tavalla. Kyselylomakkeen tulisi myös herättää vastaajan kiinnos-

tus ja saatekirje onkin olennainen osa kysely-tutkimusta. Se kertoo vastaajalle perustiedot tutkimuksesta, mistä on kysymys, kuka tutkimusta tekee ja miten vastaajat on valittu. Aina tulee myös kertoa mihin tutkimustuloksia käytetään. Saatekirjeen avulla vastaaja voi motivoitua vastaamaan tai vastaavasti hylätä koko kyselyn. Hyvässä kyselylomakkeessa toteutuvat sekä sisällölliset että tilastolliset näkökulmat.(Vehkalahti 2008:47-48).

4 TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia kyselylomake, jolla kartoitetaan hoitajien kulttuurikompetenssia vuorovaikutuksen näkökulmasta. Kyselylomakkeen väittämät pohjautuvat tutkittuun tietoon sekä Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) luomaan nelikenttämalliin. Työmme tavoitteena on kehittää kulttuurikompetenssia hoitotyössä. Opinnäytetyömme on osa LOG-Sote-hanketta.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on miten vuorovaikutus toteutuu maahanmuuttajapotilaan hoitotyössä. Tähän pyrimme vastaamaan laatimalla kyselylomakkeeseen väittämät, jotka kartoittavat aihealuetta hoitajien näkökulmasta.

5 KYSELYLOMAKKEEN LAADINTA JA PERUSTELUT

5.1 Kyselylomakkeen laadinta

Laaditussa kyselylomakkeessamme olevilla väitteillä on tarkoitus saada tietoa hoitajien vuorovaikutustaidoista ja kulttuurikompetenssista ulkomaalaistaustaisten potilaiden hoidossa. Perustamme väittämämme aikaisempaan tutkimustietoon. Väittämillämme pyrimme miettimään vastaajan kulttuurikompetenssia ja siihen liittyviä vuorovaikutusta. Lisäksi mietimme väittämien ytimekkyyttä ja selkeää esittämistä.

Kyselylomake tehdään likertin asteikkoa käyttäen. Taustamuuttujissa kysymme vastaajan ikää, sukupuolta, työkokemusta ja kokemusta maahanmuuttajien kanssa työskente-

lystä. Sen jälkeen ovat vuorossa väittämät joihin vastaajan tulisi vastata Likertin asteikon mukaisesti esimerkiksi täysin samaa mieltä - samaa mieltä - ei osaa sanoa - eri mieltä - täysin eri mieltä. Väittämien tulee olla selkeitä, helposti ymmärrettäviä ja asian kannalta olennaisia.

Pyrimme esittämään väitteet siten, että ne eivät loukkaa vastaajia. Väitteet tulee kuitenkin esittää tavalla, jolla taataan rehelliset vastaukset. Esimerkiksi väittämällä ”minä olen rasisti” ei vastaajan todellista mielipidettä välttämättä saada esille. Esittämällä väittämän ”Suhtaudun ennakkoluuloisesti maahanmuuttajiin” lähestymistapa on hieman hienovaraisempi, ja vastaajan on siten ehkä helpompi vastata väittämään totuudenmukaisesti.

Käytämme kyselylomakkeessamme Likertin asteikkoa. Likertin asteikko sisältää viisi vastausvaihtoehtoa (täysin samaa mieltä, jonkin verran samaa mieltä, jonkin verran eri mieltä, täysin eri mieltä). Vastausvaihtoehdoista vastaaja valitsee mielipidettään kuvaavan vaihtoehdon.

Taustakysymykset sijoitimme kyselylomakkeen alkuun. Taustakysymyksillä selvitämme vastaajan ikäluokan, sukupuolen, työkokemuksen, kielitaidon sekä sen, kuinka usein vastaaja kohtaa maahanmuuttajia työssään.

Kyselylomaketta laatiessa tulee ottaa huomioon vastaajien työpaikat ja ajankäytön mahdollisuus kyselylomakkeeseen vastaamiseen. Osastot ovat usein kiireisiä ja kyselylomakkeeseen vastaaminen tulee olla sopivan nopeaa.

5.2 Kyselylomakkeen väittämien hoitotieteellinen teoriapohja

Käytämme opinnäytetyössämme viimeisen kymmenen vuoden sisällä julkaistuja tutkimuksia ja teoksia. Teoriasta nousi esille neljäkymmentä väittämää, jotka päättyivät kyselylomakkeelle. Väittämien avulla on tarkoitus mitata hoitajien kulttuurista kompetenssia vuorovaikutuksen näkökulmasta. Teoriasta nousi esille seitsemän aihealuetta, jotka esittelemme alla olevassa listassa.

Aiheita ovat:

- Yhteisen kielen puuttuminen hoitajan ja maahanmuuttajataustaisen potilaan välillä sekä tulkkipalveluiden käyttö: liitteen 1 väittämät 1 – 8 (Galanti 2004; Squires 2008; Sarver ym 2000; Berlin ym. 2006; Kapborg ym. 2002)
- Maahanmuuttajataustaisten potilaiden erilaiset kulttuuriset taustat ja uskonnot verrattaessa kantaväestöön: liitteen 1 väittämät 24 – 32 (Sainola-Rodrigues 2007; Festini ym. 2009)
- Hoitotyöntekijöiden asenteet ja aiemmat kokemukset maahanmuuttajataustaisista potilaista: liitteen 1 väittämät 9 – 18 (Shattel 2004; Cioffi 2006; Berlin ym 2006)
- Hoitajien saama koulutus monikulttuurisesta hoitotyöstä ja sen tuoma vaikutus vuorovaikutukseen: liitteen 1 väittämät 19 – 23 (Brathwaite ym. 2005; Duffy 2001)
- Maahanmuuttajataustaisten potilaiden erilaiset sukupuoliroolikäsitykset ja niiden vaikutus vuorovaikutussuhteen luomiseen: liitteen 1 väittämät 35 – 38 (Galanti 2004; Festini ym. 2009)
- Eriävät terveys ja sairauskäsitykset maahanmuuttajataustaisen potilaan sekä kantaväestön välillä: liitteen 1 väittämät 39 – 40 (Sainola-Rodrigues 2007)
- Maahanmuuttajien omaisten vaikutus hoitotyön toteutumiseen: liitteen 1 väittämät 33 – 34 (Potinkara 2004)

5.3 Kyselylomakkeen vastausten sijoittuminen Papadopouloksen nelikenttämalliin

Suunnittelimme kyselylomakkeen siten, että vastausten analysointi sopii Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin nelikenttämalliin. Vastajaan vastaukset sopivat johonkin Papadopouloksen nelikenttämallin kenttään ja vastaaja vastaa väittämiin oman kulttuurisen kompetenssinsa pohjalta. Vuorovaikutuksen osalta kulttuurista kompetenssia pystytään päättämään vastausten avulla.

Lomakkeeseen on laadittu ainoastaan positiivisia väittämiä. Positiivisissa väittämissä kulttuurisen kompetenssin taso määritellään siten, että vastausvaihtoehto 5 edustaa parasta kulttuurista kompetenssia. Parhainta kulttuurista kompetenssia edustaa Papadopouloksen mallista neljäs kenttä, eli kulttuurinen kompetenssi. Toiseksi parasta kenttää edustaa vastausvaihtoehto 4, eli kulttuurinen sensitiivisyys. Esimerkkinä jos vastaaja vastaa väittämään ”Maahanmuuttajapotilaan sukupuolella ei ole merkitystä vuorovaikutussuhteen syntyyn” vastausvaihtoehdon numero 2 ”melko eri mieltä”, on hänen kulttuurinen kompetenssinsa väittämän mukaan kulttuurisessa tiedossa. Jos hän taas vastaa vastausvaihtoehdon numero 4 ”melko samaa mieltä”, on hänen kulttuurikompetenssinsa kentässä kulttuurinen sensitiivisyys. Vastausvaihtoehto 3 ”ei samaa eikä eri mieltä” on informaatioarvoltaan tyhjä eikä näin ollen edusta mitään.

Kyselylomakkeessa on myös väittämiä, mitkä eivät mittaa ainoastaan vastaajan henkilökohtaista vuorovaikutuksen tasoa. Jotta pystytään mittaamaan ainoastaan vastaajan kulttuurista kompetenssia, on esimerkiksi työyhteisöä koskevat väittämät poistettava. Näitä väittämiä ovat kyselylomakkeen väittämät 9-10.

6 KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUS

Kyselylomakkeen esitestausta on tärkeää suurimpien ongelmien poissulkemiseksi. Ennen varsinaista tiedonkeruuta on hyvä testata lomake edes muutamalla kohderyhmään kuuluvalla henkilöllä. Näin saadaan käsitys kysymysten ja ohjeiden ymmärrettävyydestä. Lisäksi myös ylimääräiset, ja toisaalta puuttuvat asiat tulevat näin esille. (Vehkalahti 2008: 48)

Kyselylomaketta esitestattiin satunnaisilla tutuilla hoitajilla. Kyselylomakkeen esitestaamiseen emme tarvinneet lupaa. Tulostimme kymmenen kyselylomaketta joista saimme takaisin kuusi. Mukana seurasi saatekirje jossa kerroimme LOG-Sote-hankkeesta ja omasta työstämme.

Palaute oli pääosin positiivista. Lomake oli testaajien mukaan selkeä ja nopea täyttää. Huonoksi testaajat kokivat sen, että kyselylomake sisälsi negatiivisia väittämiä. Tällaisia oli esimerkiksi ”En ole kiinnostunut edistämään maahanmuuttajamyönteistä suhtautumista”. Muutimme väittämän muotoon ”Maahanmuuttajamyönteistä suhtautumista

tulisi kehittää hoitotyössä”. Mielestämme kyselyssä tulee olla myös negatiivisia väittämiä, jotta siitä tulee monipuolinen. Esittämällä väittämän negatiivisesti saatetaan, kysymyksestä riippuen, saada totuudenmukaisempi vastaus. Näin ollen päätimme siis jättää lomakkeeseen sekä positiivisia että negatiivisia väittämiä.

Kyselylomake herätti myös negatiivisia tunteita vastaajissa. Erään vastaajan mielestä se oli rasistinen ja täysin järjenvastainen. Perustelut hankkeen tarkoituksesta edistää maahanmuuttajien hyvinvointia ja kyselylomakkeen tarkoituksesta mitata hoitajien kulttuurista kompetenssia, eivät muuttaneet vastaajan mielipidettä kyselylomakkeen hyödyllisyydestä. Kyselylomakkeemme kaltaista työtä ei vastaajan mielestä tulisi tehdä koska se loukkaa maahanmuuttajia. Koimme kyselylomakkeen mielipiteestä huolimatta hyödylliseksi ja päätimme toteuttaa sen.

Yleiset väittämät kuten ”Tiedän mistä saan tarvittaessa tulkin hoitotilanteisiin” koettiin hyväksi. Muutimme palautteen pohjalta joitakin väittämiä positiivisiksi sekä muutimme osan väittämistä ”Mielestäni...” muotoon suoran väittämän sijaan, jotta kulttuurisen kompetenssin mittaaminen vastauksista olisi helpompaa.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Perusta tieteellisen tutkimuksen hyväksyttävyydelle, luotettavuudelle ja tulosten uskottavuudelle on tutkimuksen suorittaminen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tähän kuuluu muun muassa, että tieteelliset asiantuntijat ja tutkijat noudattavat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusmateriaalin hankinnassa, aineiston tallentamisessa, tutkimustyössä ja tulosten analysoinnissa. Näitä vaaditaan myös tulosten esittämisessä, tallentamisessa sekä tutkimuksen ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuksen etiikka) Opinnäytetyössämme yhtenä tärkeimmistä osa-alueista näimme tutkimuksen hyväksyttävyyden ja pyrimme toimimaan tavalla, jolla se toteutuu.

Tutkimukset, jotka kohdistuvat ihmisiin, edellyttävät eettisinä periaatteina informointiin perustuvaa suostumusta, luottamuksellisuutta, seurauksia ja yksityisyyttä. (Hirsijärvi ym. 2008.) Laatimamme kyselylomake on suunnattu hoitohenkilökunnalle ja vastaajat esitetään anonymieina. Aihe, jota lomake käsittelee, on vastaajalle henkilökohtainen ja

siksi vastaajalle on taattava luottamus siitä, että lomake täytetään ja käsitellään nimettömänä. Pyrimme myös asettamaan väitteet siten, että ne eivät loukkaisi ketään.

Puhuttaessa luotettavuudesta, voidaan erottaa kaksi perustetta: validiteetti ja reliabiliteetti eli pätevyys ja toistettavuus. Validiteetti kertoo mitataanko sitä, mitä piti. Vastavasti reliabiliteetti kertoo, miten tarkasti mitataan. Kyselylomakkeemme sisältää 40 väittämää. Väittämiä on mielestämme riittävästi, jotta taataan mahdollisen uuden tiedon saanti. Pyrimme esittämään väittämät kattavasti siten, että ne kompensoivat väittämien vähäistä lukumäärää. Käytimme väittämiemme perustana viimeisen kymmenen vuoden sisällä julkaistuja tutkimusartikkeleita, väitöskirjoja sekä pro gradu-tutkielmia. Olimme kriittisiä lähteiden valinnan suhteen ja näin varmistimme väittämien perusteltavuutta.

8 POHDINTA

Maiden rajojen hämärtyamisen sekä matkustuksen lisääntyessä, maahanmuuttajien määrä on kasvanut viime vuosien aikana. Suomessa oli vuonna 2008 143 200 pysyvästi asuvaa ulkomaalaista. Vuonna 2006, ulkomaalaisia oli 121 700, mikä on n. 20 000 ulkomaalaista enemmän vain kolmessa vuodessa. (Maahanmuuttovirasto 2008)

Hoitajat ovat terveydenhuollon suurin ammattiryhmä ja näin ollen usein ensimmäinen kontakti ihmisen tullessa terveydenhuollon piiriin. On siis ensiarvoisen tärkeää, että hoitaja on tietoinen potilaan uskomuksista, kulttuurisidonnaisista arvoista sekä muista tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan terveystietoihin. (Maahanmuuttovirasto 2008)

Koemme tehneemme opinnäytetyön aiheesta, joka on ajankohtainen ja tärkeä. Kulttuurinen kompetenssi on aiheena kysymyksiä ja mielipiteitä herättävä, minkä saimme myös kokea itse työtä tehdessämme. Maahanmuuton jatkuvasti kiihtyessä aihe jaksaa herätellä keskustelua yhteiskunnan eri osa-alueilla. Haasteita kohdataan myös hoitotyössä. Olemme tyytyväisiä, että voimme omalta osaltamme opinnäytetyöllämme edistää yhden osa-alueen, vuorovaikutuksen, kehittymistä parempaan suuntaan.

Kulttuurikompetenssia käsittelevää kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita löysimme runsaasti, etenkin englanniksi. Näkökulmanamme oli kuitenkin vuorovaikutus, ja suoranaisesti sitä koskevaa aineistoa löysimme vähemmän. Suomenkielistä aineistoa kulttuuri-

sesta kompetenssista vuorovaikutuksen näkökulmasta löysimme niukalti. Aineistoa yleisesti vuorovaikutuksesta hoitotyössä löytyi kiitettävästi. Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) nelikenttämalli toimi ohjaavana mallina opinnäytetyössämme. Kävimme tiedonkeruu – työpajassa, josta saimme apuja tiedon hakuun. Tiedonhakutaitomme katsoimme olevan hieman rajalliset, mutta koemme hakemamme tiedon palvelevan laajuudellaan ja sisällöllään opinnäytetyömme tarkoitusta.

Kyselylomakkeen kehittämisen koimme mielekkääksi ja haasteelliseksi. Väittämät suunnittelimme siten, että vastauksien keskiarvo kykenisi vastamaan opinnäytetyön aiheeseen. Kulttuurinen kompetenssi on aihealueena laaja ja koimme haasteelliseksi rajata väittämät käsittämään ainoastaan vuorovaikutusta. Rajasimme aiheen vuorovaikutukseen kykyjemme mukaan. Mielestämme väittämät esitettiin objektiivisesti ja ne jäsenneltiin aihealueittain.

Pyrimme kehittämään lomakkeesta sellaisen, että se palvelisi mahdollisimman hyvin LOG-Sote-hanketta. Näemme kyselylomakkeen toimivan osana suurempaa kokonaisuutta mitattaessa kulttuurista kompetenssia. Väittämien lukumäärän niukkuuden vuoksi näkisimme realistisena lomakkeen yhdistämisen muihin kulttuurikompetenssia mittaaviin kyselylomakkeisiin.

Työprosessi ei sujunut suunnitellun aikataulun mukaisesti. Tutkiskelemalla kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita pitkällä aikavälillä koemme sisäistäneemme sen paremmin ja kyselylomakkeen väittämien nousseen helpommin esille. Aikataulusta huolimatta työmme eteni alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti.

Kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita tutkiessa esille nousi koulutuksen puute koskien kulttuurista kompetenssia hoitotyössä. Tämä herätti meissä ajatuksia siitä, että omassa koulutuksessammekaan ei sitä juurikaan ole. Opinnäytetyötä tehdessämme ja esiteltessämme kyselylomaketta, huomasimme puutteita hoitajien kulttuurisessa kompetenssissa. Tämä kertoi meille koulutuksen merkityksestä ja sen tämänhetkisestä puutteesta.

Suomen terveydenhuollossa sekä hoitotyön koulutuksessa olisi hyvä tarkastella maahanmuuttajaväestön jatkuva kasvua sekä hoitohenkilökunnan kulttuurisen kompetenssin ilmenemistä ja laatua

9 LÄHTEET

- 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. Nordic College of Carin Science: 20: 160-168. Verkkodokumentti.
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=112&sid=728e071c-c278-4200-b745-7b28b4e01b7b%40sessionmgr110>> Luettu 17-09-2009.
- Brathwaite, Cooper- Angela, Majumdar- Basanti. 2005: Evaluation of a cultural competence educational programme. Journal Compilation. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=113&sid=7d2988dc-865c-41d8-86e2-83402a3bb9bc%40replicon103>> Luettu 17.09.2009.
- Campinha-Bacote, Josepha. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. 2003. Transcultural C.a.r.e . ISBN 7-51.
- Chadt, Satish - Chevalier, Andrew, Clarke - Joy, Dawood - Mary, Delbar - Vered. Ghazi - Fery, Fansson - Ingrid, Haroon - Iqbal, Hifsa - Ismael, Nola - James, Jo - Mcgee, Paula - Oldham, Maggie - Owens, Alastair - Papadopoulos, Rena - Theodorakis, Pavlos - Tilki, Mary, Webleome, Terry 2002: Culturally competence health care. The Faculty of health and community care, University on Central England in Birmingham.
- ETENE 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Verkkojulkaisu. Päivitetty 17.08.2004. <<http://www.etene.org/dokumentit/ETENE%2011.pdf>> Luettu 15.02.2009
- Festini, Filippo - Focardi, Stella - Bisogni, Sofia - Mannini, Claudia - Neri, Stella 2009: Providing transcultural to Children and Parents: An exploratory study from Italy. Journal of Nursing Scholarship. Verkkodokumentti.
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=2&sid=9e7dd338-b656-4526-9f85-7bf4764e84da%40sessionmgr4>> Luettu 17.02.2010
- Duffy, Mary. E 2001: A critique of cultural education in nursing. Journal of Advanced nursing. 36(4), 487-495. Verkkodokumentti.
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=106&sid=f7cf8585-3f60-4a12-bbb2-f927a6820d3d%40sessionmgr110>> Luettu 17.09.2009.
- Galanti, Geri-Ann. Caring for patients from different cultures. 2003. University of Pennsylvania Press.
- Gerrish, Kate- Chau- Ruby, Sobowale- Abi. 2004: Bridging the language barrier the Community: 12(5):407-413. Verkkodokumentti.
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=112&sid=b831cd45-ed7a-4ec4-a775-52df71be2010%40replicon103>> Luettu 17.09.2009.

- Gioffi, Jane 2006: Culturally diverse patient - Nurse interactions on acute wards. *International Journal of Nursing Practice* 12: 319–325. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=3&sid=2372bda4-27ae-480a-bf51-55e07e09ae05%40sessionmgr11>> Luettu 17.09.2009.
- Hirsjärvi, Sirkka - Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus, Helsinki University Press.
- Johansson, Kirsi - Akselin, Anna - Stolt, Minna - Ääri Riitta-Liisa. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. University of Turku.
- Kapborg, Inez- Berterö, Carina 2002: Using an interpreter in qualitative interviews: does it threaten validity? *Blacwell Science Ltd.* 2002: 55-56. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=9&sid=f6333dde-a2dd-41a9-abad-326253bf54d5%40sessionmgr13>> Luettu 20.02.2010
- Maahanmuuttovirasto 2008. Tilastoliite. Julkaisut ja esitteet. <<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=2484#tietosivut>> Luettu 17.09.2009.
- Maahanmuuttovirasto. Ulkomaalaiset Suomessa. Väestökisterijärjestelmä. Päivitetty 31.12.2008. <<http://www.migri.fi/netcom/content.asp?article=1945>> Luettu 15.02.2009
- Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus-Dialoginen asiakastyö. Edita.
- Papadopoulos, Irena 2006. *Transcultural Health and Social Care.* Churchill Livingstone Elsevier.
- Potinkara, Heli 2004: Auttava kansakäyminen: Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan ja potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. *Akateeminen väitöskirja:* 2004:49. <<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5989-X.pdf>> Luettu 18.04.2010.
- Pöllänen, Helena 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä: hoitajan kommunikaatimenetelmät ja sisältö. Kuopion yliopisto, Pro gradu.
- Sainola-Rodrigues, Kirsti. 2007: Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti:* 2007: 44; 216-227. Verkkodokumentti. <<http://ojs.tsv.fi/index.php/sa/article/view/579/492>> Luettu 17.09.2009.
- Sarver, Joshua- Baker, David W. 2000: Effect of language barriers on follow-up ap-ointments after an emergency department visit. *J GEN INTERN MED* 2000; 15: 257-263. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=112&sid=6516099a-f0d2-4721-a15f-4a0ba4a6f0a4%40sessionmgr104>> Luettu 17.09.2009.

- Shattel, Mona 2004: Nurse-Patient interaction: a review of the literature. Blackwell publishing: 2004: 720. Verkkodokumentti.
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=2&sid=188292fa-5cf1-4b85-92d5-eac4263fc3d3%40sessionmgr11>> Luettu 12.02.2010.
- Squires, A. 2008: Language barriers and qualitative nursing research: methodological considerations. Journal compilation:2008:272. Verkkodokumentti. <
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=9&sid=0ee8e855-0563-4c75-b5dc-61fca52c8a87%40sessionmgr14>> Luettu 20.2.2010.
- Tutkimuksen etiikka. Oulun yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Verkkodokumentti.
<<http://www.oulu.fi/hutk/tutkimus/etiikka.html>> Luettu 12.02.2010
- Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. 2008. Tammi, oppimateriaalit.

METROPOLIA AMMATTIKORKEAKOULU
TERVEYS JA HOITOALA
HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

SAATE

16.4.2010

Arvoisa hoitaja

Tämä kyselylomake on osa LOG - Sote (Lokaali ja globaali kehitys sosiaali- ja terveystalalla) hanketta. Hankkeen tarkoituksena on tutkia miten maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia voidaan edistää osana kotouttamispolitiikkaa, ammatillista koulutusta ja palveluja. Lomakkeen väittämät ovat opinnäytetyömme aiheesta *Vuorovaikutus osana kulttuurista kompetenssia hoitotyössä*. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kulttuurikompetenssia vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Maahanmuuttajilla tarkoitetaan kaikkia maahan muuttaneita henkilöitä, lähtömaasta tai tulositystä riippumatta. Maahanmuuttaja on terminä yläkäsite, johon sisältyvät alakäsitteet, siirtolainen, pakolainen, paluumuuttaja, turvapaikanhakija ja ulkomaalainen. Vastaa kyselyyn oman kokemuksesi perusteella.

Vastaaminen kestää 5-10 minuuttia. Vastattuasi voit jättää kuoren ohessa olevaan kirjekuoreen. Vastauksen voit jättää nimettömänä.

Kiitos vastauksesta!

Ystävällisin terveisin

Mira Talvisto
Maiju Virtanen

Kyselylomake

Rengasta sinulle parhaiten sopiva vaihtoehto

Taustatiedot

1. Ikä 1) 20-29 2) 30-39 3) 40-49 4) 50-59 5) 60 tai yli
2. Sukupuoli 1) Nainen 2) Mies
3. Työkokemus vuosina: 1) 2 v tai alle 2) 3-10 v 3) 11-20 v 4) 21-30 v 5) yli 30 v
4. Kuinka usein kohtaan työssäni maahanmuuttajia?
- 1) Päivittäin 2) Viikoittain 3) Kuukausittain 4) Harvemmin

Väittämät

Vastaamiseen käytetään seuraavaa 5-vaiheista asteikkoa:

- 1= Täysin eri mieltä
 2= Melko eri mieltä
 3= Ei samaa eikä eri mieltä
 4= Melko samaa mieltä
 5= Täysin samaa mieltä

Kommunikointi

1	Mielestäni kommunikointi maahanmuuttajapotilaiden kanssa on helppoa.	1	2	3	4	5
2	Mielestäni kommunikointi maahanmuuttajien kanssa suomenkielellä on helppoa.	1	2	3	4	5
3	Mielestäni potilasohjaus onnistuu kielimuurista huolimatta.	1	2	3	4	5
4	Mielestäni maahanmuuttajat hallitsevat suomen kielen.	1	2	3	4	5
5	Mielestäni tulkin käyttö on hyödyksi ulkomaalaistaustaisen potilaan hoidossa.	1	2	3	4	5
6	Tiedän mistä saan tarvittaessa tulkin hoitotilanteisiin.	1	2	3	4	5

7	Mielestäni tulkin käyttö edistää vuorovaikutusta maahanmuuttajapotilaan kanssa.	1	2	3	4	5
8	Koen tulkin tarpeelliseksi maahanmuuttajapotilaan hoidossa.	1	2	3	4	5

Suhtautuminen ja kokemukset

9	Mielestäni työyhteisöni suhtautuminen maahanmuuttajiin on myönteistä.	1	2	3	4	5
10	Mielestäni työyhteisössäni kiinnitetään huomiota maahanmuuttajapotilaiden ja hoitajien vuorovaikutuksen kehittämiseen.	1	2	3	4	5
11	Olen kiinnostunut edistämään maahanmuuttajamyönteistä suhtautumista.	1	2	3	4	5
12	Kokemukseni maahanmuuttajista ovat olleen positiivisia.	1	2	3	4	5
13	Olen kiinnostunut eri kulttuureista.	1	2	3	4	5
14	Ennakkoasenteet vaikuttavat maahanmuuttajan kohtaamiseen.	1	2	3	4	5
15	Maahanmuuttajan itsemääräämisoikeuksia kunnioitetaan hoitotyötä toteuttaessa.	1	2	3	4	5
16	Kunnioitan maahanmuuttajataustaisen potilaan itsemääräämisoikeuksia.	1	2	3	4	5
17	Suhtautumiseni maahanmuuttajaan on kiinni hänen lähtömaastaan..	1	2	3	4	5
18	Hakeudun mielelläni vuorovaikutustilanteisiin maahanmuuttajien kanssa.	1	2	3	4	5
19	Haluan avartaa omia näkemyksiäni maahanmuuttajia kohtaan.	1	2	3	4	5

Tietoperusta

20	Haluan tietoa kulttuurien erilaisista tavoista ja perinteistä.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

21	Koen kulttuurisen tietoperustani riittämättömäksi.	1	2	3	4	5
22	Koen tarpeelliseksi saada lisäkoulutusta maahanmuuttajien kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen.	1	2	3	4	5
23	Haluan kehittyä maahanmuuttajapotilaan hoidossa.	1	2	3	4	5
Kulttuurierot						
24	Mielestäni maahanmuuttajat ymmärtävät suomalaista hoitokulttuuria.	1	2	3	4	5
25	Mielestäni maahanmuuttajat ovat valmiita sopeutumaan suomalaiseen hoitokulttuuriin.	1	2	3	4	5
26	Mielestäni maahanmuuttajan uskonnolla on vaikutusta hoitotyön toteutumiseen.	1	2	3	4	5
27	Mielestäni kulttuurierot eivät vaikeuta hoitotilanteita.	1	2	3	4	5
28	Mielestäni kulttuurierot eivät häiritse vuorovaikutusta maahanmuuttajien kanssa.	1	2	3	4	5
29	Mielestäni kulttuurierot rikastuttavat vuorovaikutusta maahanmuuttajien kanssa.	1	2	3	4	5
30	Mielestäni nonverbaalinen viestintä vaihtelee liikaa kulttuureittain.	1	2	3	4	5
31	Mielestäni nonverbaalinen viestintä ei aiheuta väärinkäsityksiä maahanmuuttajapotilaan ja hoitajan välillä.	1	2	3	4	5
Omaiset						
32	Mielestäni nonverbaalinen viestintä edesauttaa hoitotyön onnistumista.	1	2	3	4	5
33	Koen vuorovaikutuksen maahanmuuttajan omaisten kanssa on helpoksi.	1	2	3	4	5

34	Mielestäni omaiset ovat vuorovaikutussuhteen syntymisen kannalta merkittävässä asemassa.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Eriävät käsitykset

35	Olen kokenut hoitotilanteissa hyljeksintää sukupuoleni vuoksi	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

36	Koen miespuoliset maahanmuuttajapotilaat naispuolisia potilaita haasteellisemmiksi.	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

37	Minulle maahanmuuttajan sukupuolella on merkitystä vuorovaikutussuhteen syntyyn	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

38	Mielestäni maahanmuuttajan sukupuoli vaikuttaa vuorovaikutussuhteen laatuun	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

39	Minun on helppo ymmärtää maahanmuuttajan sairauskäsityksiä	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

40	Mielestäni maahanmuuttajan erilaiset sairauskäsitykset eivät hankaloita hoitotyön onnistumista	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---
