



Pauliina Salminen

Mirka Uusoksa

# Hoitotyöntekijöiden näkemys omasta kulttuurisesta osaamisestaan

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
07.02.2011

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTEYTÖN KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ	2
	2.1 Maahanmuuttaja	2
	2.2 Kulttuurinen kompetenssi	3
	2.3 Kulttuuri-geneeriset ja kulttuurisidonnaiset pätevyydet	5
	2.4 Kulttuuri	6
	2.5 Monikulttuurinen hoitotyö	7
	2.6 Kulttuuriset ongelmat	8
3	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA	10
4	OPINÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	12
5	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	12
	5.1 Kyselytutkimus	12
	5.2 Kyselylomake	14
	5.3 Tutkimusaineiston keruu	15
	5.6 Tutkimusaineiston analysointi	15
6	KYSELYN VALIDITEETTI, RELIABILITEETTI JA ETIIKKA	18
7	TUTKIMUSTULOKSET	21
	7.1 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen tietous	22
	7.2 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen tieto	24
	7.3 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen sensitiivisyys	26
	7.4 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen kompetenssi	29
8	POHDINTA	30
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	33

## LÄHTEET

## LIITTEET 1-3

## 1 JOHDANTO

1980-luvulta alkaen on Suomessa tutkittu kulttuurista hoitotyötä. Tutkimukset ovat painottuneet lähinnä asiakasnäkökulmaan. Kansainvälisesti on tutkittu myös hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia sekä kulttuurista pätevyyttä hoitotyössä. Suomessa kulttuurisen kompetenssin tutkimus on kuitenkin ollut vähäistä. Myös hoitohenkilökunnan kohtaamia ongelmia sekä heidän kokemuksiaan maahanmuuttajapotilaiden kanssa on tutkittu melko vähän. (Ikonen 2007: 148; Tuokko 2007: 7 - 8; Wellman 2009: 20.)

Opinnäytetyömme on osa Lokaali ja Globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla -projektia (LOG Sote), jonka tarkoitus on kartoittaa maahanmuuttajien terveyden edistämistä ja hyvinvointia osana kotouttamispolitiikkaa, ammatillista koulutusta ja palveluja.

Opinnäytetyömme aiheena on hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan hoitotyöntekijän osaamista asiakkaan kulttuuristen erityispiirteiden huomioon ottamisessa käytännön hoitotyötä toteuttaessaan. Tärkeitä ovat myös hoitotyöntekijän omat, olemassa olevat valmiudet kohdata vieraasta kulttuurista tuleva potilas sekä ymmärtää eri kulttuurien välisiä eroja. Hoitotyöntekijän on tunnistettava ne tekijät, jotka saattavat vaikuttaa hänen kohdatessaan toisesta kulttuurista lähtöisin olevan asiakkaan. Hoitotyöntekijän vastuulla on maahanmuuttajan hoidon aloittaminen ja jatkuvuuden varmistaminen sekä tiedon kertominen maahanmuuttajapotilaille hänen oikeuksistaan. Suomessa kaikki potilaat ovat tasa-arvoisessa asemassa katsomatta sukupuolta, ikää tai taloudellista asemaa. Hoitotyöntekijän tärkeänä tehtävänä on saada maahanmuuttajapotilas ymmärtämään, miksi terveyden hoitaminen on tärkeää ja saatujen ohjeiden noudattaminen on osa terveydenhoitoa. Jotta hoitotyöntekijä onnistuisi tässä tehtävässään, hänen on kehitettävä jatkuvasti kulttuuritaitoaan eli kykyään työskennellä tehokkaasti asiakkaan kulttuurisessa kontekstissa (Tuokko 2007: 11). Opinnäytetyön tarkoituksena on kyselylomakkeen avulla kartoittaa, miten hoitotyöntekijät huomioivat potilaan/asiakkaan kulttuurisen taustan toimissaan. Opinnäytetyö toteutetaan kyselylomakekartoituksena Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Kohderyhmänä ovat hoitotyöntekijät. Opinnäytetyöstä saatua tietoa hyödynnetään sosiaali- ja terveysalan palveluiden kehittämiseen sekä ammattihenkilöstön koulutukseen pääkaupunkiseudulla.

## 2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

Aiheeseen perehdyttiin tekemällä tiedonhaku. Tiedonhakuja toteutettiin eri tietokannoista (Medic, Ovid Medline, PubMed, Arto). Systemaattinen tiedonhaku toteutettiin kuitenkin vain Medic:stä, sieltä löytyivät samoilla hakusanoilla samat tiedot kuin muista käytetyistä tietokannoista. Hakusanoina käytettiin: ”kulttuurinen hoitotyö or maahanmuuttaja”, ”kulttuurinen hoitotyö and sairaanhoitaja”, ”cultural nursing and finland”, ”cultural nursing and finland and nurse”, ”cultural nursing and finland or nurse”. Samoja tuloksia saatiin eri hakusanoilla. Työhön valitut tutkimukset valittiin ensin otsikon perusteella, jonka jälkeen valitut aineistot käytiin läpi ja abstraktin perusteella valittiin työhön liittyvät tutkimukset. Aineiston valinta jatkui vielä lukemalla abstraktin perusteella valitut artikkelit, joista sitten luettiin koko teksti ja valittiin lopullinen aineisto. Hakukriteereiksi määriteltiin suomen- tai englanninkielisyys ja se, että ne on julkaistu kymmenen vuoden sisällä vuodesta 2001 alkaen. Lisäksi valittujen artikkelien tuli käsitellä tutkimuskysymyksiä. Varsinainen tutkimuskysymys on:

- Millainen on hoitohenkilökunnan näkemys omasta kulttuurisesta osaamisestaan?

### 2.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttajien määrä alkoi Suomessa kasvaa 1990-luvun puolivälissä (Ikonen 2007: 141). Maahanmuuttaja-käsite tarkoittaa ulkomaalaista, joka asuu pysyvästi Suomessa. Suomeen maahanmuuttajat ovat tulleet töiden takia, avioliiton vuoksi, pakolaisena tai paluumuuttajana. Suurin maahanmuuttajaryhmä Suomessa ovat venäläiset (26 909). Heidän lisäksi maahanmuuttajat ovat yleisimmin kotoisin Virosta (22 604), Ruotsista (8 439) ja Somaliasta (4 919). Yhteensä ulkomaiden kansalaisia asui Suomessa v. 2008 lopussa 143 256 henkilöä, eli 2,7 prosenttia väestöstä. Lisäksi Suomessa asuu ulkomailla syntyneitä henkilöitä 218 626. Tullakseen luokitelluksi maahanmuuttajaksi henkilöllä täytyy Suomessa olla vähintään vuoden oleskelulupa ja kotikunta. Maahanmuuttajan tietojen on löydettävä väestörekisteristä. Suomen kansalaisuutta maahanmuuttaja voi hakea, kun hän on asunut Suomessa viisi vuotta. (Abdelhamid – Juntunen – Koskinen 2010: 19; Rätty 2002: 11, 13; Tilastokeskus 2009).

Maahanmuuttajien määrä alkoi Suomessa kasvaa 1990-luvun puolivälissä (Ikonen 2007: 141). Maahanmuuttaja-asiakkailta saattaa olla suomalaisista arvoista poikkeavia

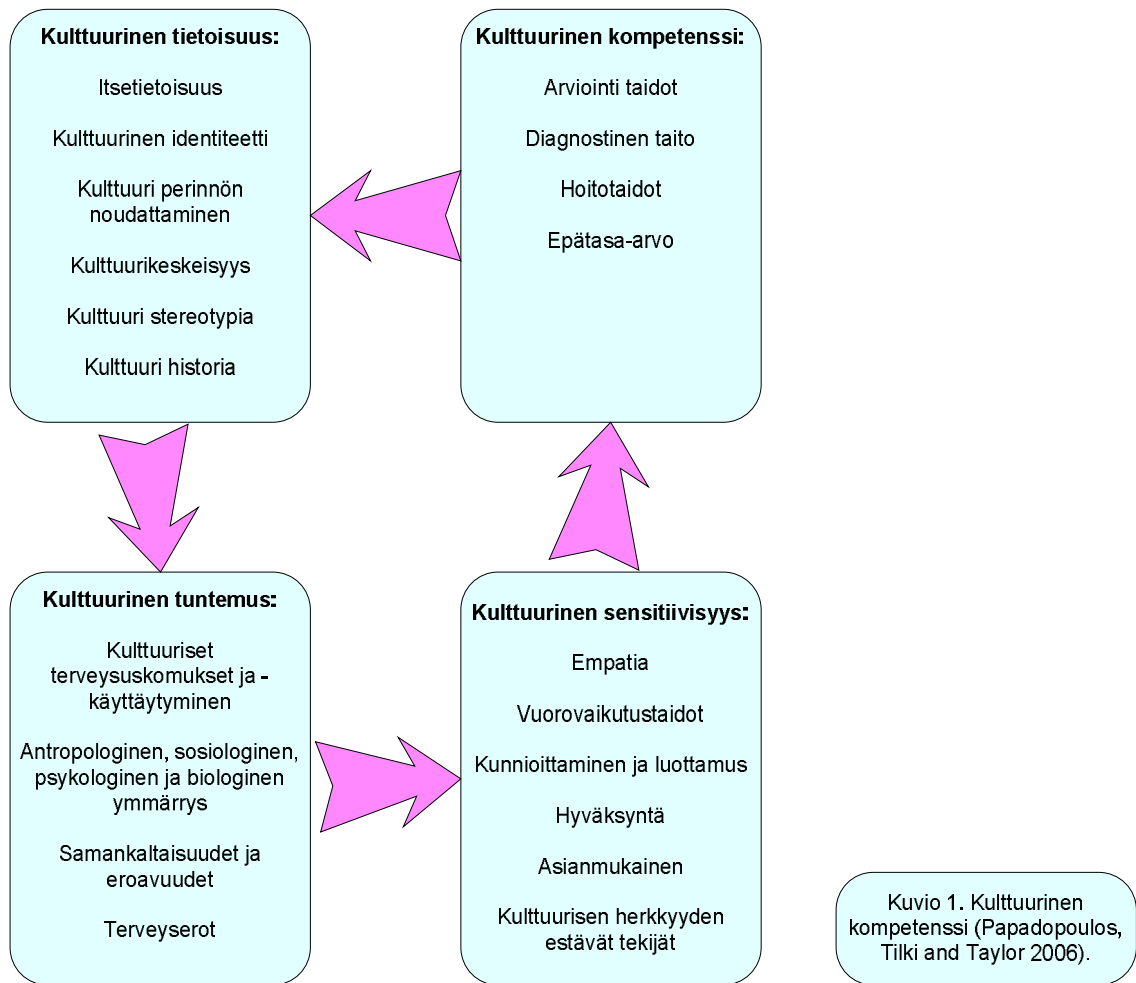
käsityksiä terveydestä ja sairaudesta sekä siitä, mitä he pitävät hyväksyttävänä hoitokäytäntönä. Näitä arvoja kutsutaan kulttuurisiksi arvoiksi, joiden mukainen käyttäytyminen on yleensä tiedostamatonta. Usein kulttuuristen arvojen ja asenteiden perustana on uskonto, joka voi puuttua yksilön elämään muita yhteiskunnallisia sääntöjä enemmän. Henkilön kulttuuristen arvojen kyseenalaistaminen kyseenalaistaa samalla ihmisen koko olemisen. (Abdelhamid ym. 2010: 75.)

Tässä työssä käytetty käsite ”maahanmuuttaja” viittaa ”muualta meille muuttaneisiin ulkomailla syntyneisiin ihmisiin tai henkilöihin, jotka taustansa tai ulkonäkönsä vuoksi poikkeavat suomalaisista riippumatta siitä, kuinka kauan he ovat asuneet maassamme tai onko heillä Suomen kansalaisuus.” (Abdelhamid ym. 2010: 19).

## 2.2 Kulttuurinen kompetenssi

Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan hoitotyöntekijän pätevyyttä ottaa huomioon asiakkaan kulttuurinen tausta hoitoprosessissa. Tämä on jatkuvasti käynnissä oleva prosessi, jonka aikana hoitotyöntekijä tulee tietoiseksi muista kulttuureista. Tämän prosessin aikana hoitotyöntekijä tarkastelee asenteitaan ja ennakkoluulojaan ja tiedostaa ne tekijät, jotka vaikuttavat hänen suhtautumiseensa muista kulttuureista tulevia kohtaan. (Tuokko 2007.)

Irena Papadoupoulos, Mary Tilki ja Gina Taylor ovat tehneet mallin hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta osaamisesta. He määrittelevät kulttuurisen osaamisen niin, että hoitotyöntekijät pystyvät antamaan tehokasta terveydenhoitoa ja huomioimaan samalla kulttuuriset uskomukset, käyttäytymiset ja tarpeet. Heidän mielestään kulttuurinen pätevyys on sekä prosessi, että tuotos, jonka tulokset ovat tietoja ja taitoja joita saamme henkilökohtaisen elämän ja ammatillisen kehittämisen kautta. Kulttuurisen kompetenssin tietojen ja taitojen oppimista helpottaa seuraavaksi esitettävä kaavio (kuvio 1), johon on eroteltu kulttuurisen kompetenssin neljä vaihetta. (Papadopoulos 2006: 10.)



*Kulttuurinen tietoisuus* on ensimmäinen vaihe kehitysprosessissa. Siihen liittyy henkilökohtainen arvopohja ja uskomukset rakennettaessa kulttuuri-identiteettiä. Se vaikuttaa terveyteen liittyviin uskomuksiin ja käytäntöihin huomioiden kasvuympäristön. Yksinkertaisesti se tarkoittaa, että omat kulttuuriset arvot ja uskomukset ovat periaatteita, joita käytämme ja jotka ohjaavat elämässä tehtäviä päätöksiä. Niiden avulla pystymme katsomaan maailmaa. Arvot kehittyvät varhaisessa vaiheessa kasvua, siksi perheen kulttuurinen käyttäytyminen ja kulttuurinen sosiaalinen ympäristö vaikuttaa arvoihimme. Ihminen voi vertailla omaa kulttuurista arvomaailmaansa ystäviensä, kollegoidensa tai opiskelukavereidensa kesken, jotka ovat eri kulttuurista. Ehkä huomaamme, että arvostamme samoja asioita, kuten rakkaus, elämä, oikeudenmukaisuus, perhe, terveys ja niin edelleen. Kuitenkin tulkintoja eri kulttuuriarvoista löytyy vaihtelevasti jossain määrin. Yleensä ero johtuu iästä, sukupuolesta, elämäkokemuksesta. Tämä saa meidät huomaamaan, että vaikka eri kulttuureilla on yhtäläisyyksiä, on niissä myös eroja, että pystymme säilyttämään oman kulttuurisen identiteettimme. (Papadopoulos 2006: 11.)

*Kulttuurinen tuntemus* on toinen vaihe kehitysprosessissa. Papadopoulos on käyttänyt kulttuurisesta tuntemuksesta määritelmää *yhteinen elämäntapa*, jossa on ryhmä ihmisiä jotka kuuluvat uskonnolta, arvoilta, ajatuksilta, kieleltä, viestinnän tuottamiselta, normeilta, taiteelta, musiikilta, pukeutumiselta ja etiketiltä eri kulttuuriryhmiin. (Papadopoulos 2006: 13.) Kulttuuri vaikuttaa yksilön elämäntapaan, asenteisiin muita kulttuureita kohtaan ja myös määritelmäämme terveyden- ja sairaanhoidosta. Kun opiskelemme ja saamme tietoa kulttuurisista samankaltaisuuksista ja eroavaisuuksista, niin huomaamme, että kulttuurinen tieto voi olla peräisin lähes kaikista tietoaalueista kuten antropologiasta, sosiologiasta, psykologiasta, biologiasta, hoitotyön ja lääketieteen alueista ja taiteista ja että kulttuurisen tietoisuuden voi saavuttaa monin eri tavoin. (Papadopoulos 2006: 13.)

*Kulttuurinen herkkyys* on kolmas vaihe kehitysprosessissa. Se merkitsee ratkaisevaa vuorovaikutustaitojen kehittämistä asiakkaidemme kanssa. Se on tärkeä tekijä pyrittäessä kulttuuriseen herkkyyteen, sen avulla hoitotyöntekijä näkee ammatillisesti hoidossa olevan potilaan. Ellei potilasta pidä tasavertaisena, ei kulttuurista herkkyyttä ole saavutettu, ja silloin hoitotyöntekijänä otamme riskin ja käytämme valtaa ahdistavalla tavalla. Tasavertainen hoitosuhde edellyttää hyväksymistä, kunnioitusta ja keskustelua potilaan ja hoitotyöntekijän kesken. (Papadopoulos 2006: 16.)

*Kulttuurinen kompetenssi* on neljäs vaihe prosessissa, ja se edellyttää kulttuurisen tiedon, osaamisen ja herkkyyden ymmärtämistä ja soveltamista. Siinä kiinnitetään huomiota käytännön taitoihin, kuten arvioinnin tai tarvittaessa kliinisen diagnoosin taitoihin. Tärkein osa kulttuurisen kompetenssin kehitystä on kyky tunnistaa rasismi ja muut syrjinnän muodot. (Papadopoulos 2006: 18.)

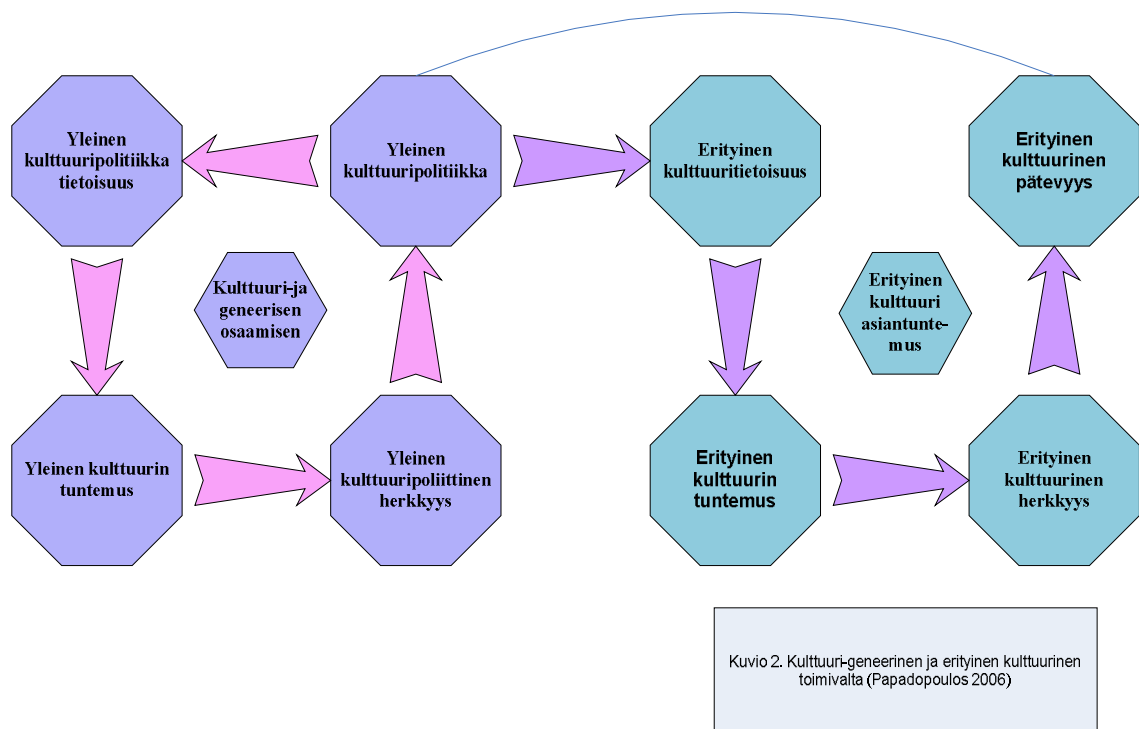
### 2.3 Kulttuuri-geneeriset ja kulttuurisidonnaiset pätevyudet

On tärkeää huomata, että läpi työelämän kehitämme ja käytämme erilaisia yleisiä kulttuureista riippumattomia pätevyksiä, joita voimme soveltaa ja käyttää myös erilaisissa kulttuuriryhmissä (Papadopoulos 2006: 21.)

Nämä kaikille kulttuureille yhteiset pätevyudet auttavat hankkimaan kulttuurillisesti erikoistuneita pätevyksiä, jotka ovat erityisiä ja merkittäviä juuri tietyille kulttuuriryhmille. Näitä kaikille kulttuureille yhteisiä asioita ovat esimerkiksi ymmärrys siitä,

miten kulttuuri välittää tietoa terveydestä, tai laajempi tietämys piilevistä ja taustalla olevista sosiaalisista ja organisaatioihin liittyvistä rakenteista, jotka edistävät tai estävät antamasta kulttuurillisesti pätevää hoitoa. Kenenkään sairaanhoitajan tai terveydenhuollon työntekijän on mahdotonta tietää kaikkia kulttuuriryhmiä, jotka elävät missä tahansa maassa tai paikassa. Kuitenkin käyttämällä yhtä jotakin kulttuurikompetenssia voidaan kerätä riittävästi kulttuuri-tietoa, jota tarvitaan potilaan/asiakkaan hoidossa. Seuraava kaavio (kuvio 2), kuvaa tätä yleisen ja erityisen kulttuurin tuntemuksen välistä suhdetta (Papadopoulou 2006: 21.)

Kuvio 2 kuvaa dynaamisen suhteen kulttuuri-geneeristä ja kulttuurisidonnaista pätevyyttä. (Papadopoulou,2006: 21).



## 2.4 Kulttuuri

Kulttuuri määritellään pysyväksi käyttäytymisen muodoksi. Se rakentuu ympäröivien sosiaalisten suhteiden, uskonnon ja älyllisten tuotosten tuloksena. Kulttuuri ohjaa jäsenensä ajattelua, päätöksentekoa, tekemistä ja olemista. Yleensä samaan kulttuuriin kuuluvat ihmiset jakavat kyseisen kulttuurin arvot, asenteet, uskomukset ja normit sekä toimintatavat. Ihmisen itsetunto ja tunne omasta arvosta pohjautuvat kulttuuriin, jonka jäsen henkilö on. *Kulttuuriantropologisen lähestymistavan* mukaan tietyn ihmisryhmän



elämäntapaa, arvoja, asenteita ja toimintatapoja, muokkaavat myös historia ja sosiaaliset suhteet. Kulttuuri antaa henkilölle ihmisenä elämisen viitekehyksen, joka välittyy sukupolvelta toiselle pääasiassa kasvatuksen, kielen ja erilaisten symbolien välityksellä. *Sosiologisen kulttuuritutkimuksen näkökulmasta* tarkasteltuna kulttuurilla tarkoitetaan niitä kollektiivisesti rakentuneita merkitysten kokoelmia, joita ihmisryhmät antavat kokemuksilleen maailmaa hahmottaessaan. Jos nämä merkitykset jostakin syystä katoavat, henkilön koko elämä voi menettää mielekkyytensä (Abdelhamid 2010: 16.)

Yhteistä kulttuuria pidetään usein myös ”kansan”-käsitteen keskeisenä määrittäen. Tässä yhteydessä kulttuuri muodostuu erilaisista objekteista, esimerkiksi yhteisestä kielestä, historiasta, kirjallisuudesta ja omasta valuatusta. Suomen tapauksessa näitä asioita voidaan pitää yhtenä suomalaisuuden määreenä. Tärkein näistä määreistä kansakäsitteestä puhuttaessa on historia. Toinen tärkeä kriteeri kansasta ja kansallisesta identiteetistä puhuttaessa on kansakuntaan identifioituminen ja sen symbolien sisäistäminen omikseen. Tällä voidaan tarkoittaa yksinkertaisimmillaan kansalaisuuden saamista tai tunnetta siitä, että omistaa kulttuuriset siteet yhteisöönsä. (Finell 2005: 9, 15.)

Jotta hoitohenkilökunta kykenee ymmärtämään muista kulttuureista tulevia asiakkaita, on heidän ensin muodostettava käsitys omasta kulttuuristaan ja suhteestaan siihen. Näin ollen suomalaisuutta ja siihen vahvasti liittyviä käsitteitä, kuten suomen kieltä, sotia ja luontoa käsittelevät kysymykset kertovat, miten hoitotyöntekijät kokevat suomalaisuuden ja miten tämä kokemus vaikuttaa heidän kulttuuriseen kompetenssiinsa.

## 2.5 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurinen hoitotyö viittaa erilaisten kulttuurien parissa tehtävään hoitotyöhön. Hoitotyöntekijät ja asiakkaat ovat lähtöisin erilaisista kulttuureista tai etnisistä ryhmistä. Monikulttuurista hoitotyötä toteutettaessa on huomioitava ihmisten kulttuuriset lähtökohdat ja kunnioitettava erilaisuutta. Myös tasa-arvoisuutta ja yhdenvertaisuutta on muistettava kunnioittaa. Asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi päämääränä on hänen kulttuurisen taustansa huomioiminen. (Abdelhamid ym. 2010: 18 - 19.)

Suomalaisesta hoitotyöstä monikulttuurisuuden ideaali on vielä kaukana. Ensisijainen haaste ovatkin maahanmuuttaja-asiakkaiden kasvavat määrät. Heidän sosiaalinen todellisuutensa saattaa sisältää pakolaisuutta, syrjäytymistä ja ulkopuolisuuden tunnetta. Toi-

sesta kulttuurista tulleen asiakkaan hoitotyössä täytyy näin ollen muistaa huomioida niin sanotut näkymättömät kulttuuriset tekijät: asiakkaan maailmankatsomus, kulttuuri-identiteetti, arvomaailma, hänen odotuksensa ja uskomuksensa ja kulttuuriset traditiot. Näiden huomioiminen voi kuitenkin olla hoitotyöntekijälle haasteellista, sillä ne ovat yleensä tiedostamattomia asiakkaalle itselleenkin. Silti, kun hoitaja ymmärtää asiakkaan mahdollisen oudon käytöksen perustuvan arvoihin, odotuksiin ja uskomuksiin, käyttäytymisestä tulee ymmärrettävää. Hoitokulttuurin muuttuessa potilaiden taustatekijänä olevasta sosiokulttuurisuudesta on tullut hoitamisen arkipäivää. Tämän vuoksi tieto maahanmuuttaja-asiakkaiden sosiaalisesta todellisuudesta on hoitohenkilökunnalle tärkeä. Jotta hoitaja kykenisi toimimaan potilaan parhaaksi, hänen on ymmärrettävä, millä tavalla kulttuuri, etninen tausta, uskonto, sukupuoli, koulutustausta, sosiaalinen asema, elämäntapa ja ikä vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen. Nämä asiat vaikuttavat myös yksilön terveydentilaan, terveysuskomuksiin ja kykyyn hakea ja saada hoitoa. (Abdelhamid ym. 2010: 24 - 25, 75 - 77.)

Tavallisimmin suomalaisessa yhteiskunnassa monikulttuurisella hoitotyöllä ymmärretään tilanteet, joissa syntyperältään suomalainen hoitaja hoitaa maahanmuuttaja-asiakasta (Abdelhamid ym. 2010: 80). Tällaisessa tilanteessa hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää erityistä huomiota oikeudenmukaisuuden ja empatian toteutumiseen. Maahanmuuttaja-asiakkaalla voi olla aiempia epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia, joko lähtömaastaan tai omasta tuntemuksestaan uudessa ympäristössä. Empatian osoittaminen voi olla vaikeaa sellaisissa potilaskohtauksissa, joiden tausta poikkeaa huomattavasti hoitajan omasta taustasta. Hoitohenkilökunnan tulisikin osoittaa kypsää empatiaa, jolloin asioita katsotaan eettisestä näkökulmasta. Jotta monikulttuurinen hoitosuhde olisi aito, henkilön on saatava olla potilaana ja hoidettavana ilman häpeän ja syyllisyyden tunteita. Tässä auttaa, jos asiakkaan ja hoitajan välillä vallitsee luottamus. Tämän luottamuksen perustana on oikeudenmukainen ja tasavertainen kohtelu. (Abdelhamid ym. 2010: 92, 146.)

## 2.6 Kulttuurisia ongelmia hoitotyössä

”Klassisen määritelmän mukaan rasismi koostuu sarjasta kuvitelmiä, joiden mukaan tietty ihmisryhmä on toista ryhmää moraalisesti, älyllisesti ja kulttuurisesti ylivoimainen ja jonka ylivoimaiset ominaisuudet periytyvät sukupolvelta toiselle.” (Jasinskaja-Lahti – Liebkind - Vesala 2002: 28).

Käsitykset terveydestä ja sairaudesta sekä hoitokäytäntö määrittävät sen mukaan, mitkä ovat kulttuuriset arvomme. Uskonto on monen kulttuurisen käyttäytymisen ja arvon perusta. Me emme aina tiedosta, että kulttuuriset arvot ohjaavat käyttäytymistämme. Kun kyseenalaistamme toisen henkilön kulttuuriset arvot, kyseenalaistamme samalla ihmisen koko olemuksen. Uskonto voi kieltää hoitokäytäntöjä, jotka ovat yhteiskunnallisesti hyväksytyjä. Kun hoitotyöntekijä kohtaa eri kulttuurista tulevan asiakkaan, näkee hän vain jäävuoren huipun näkyvän osan, kuten tavat, kielen, sukupuolen, iän, ihonvärin ja pukeutumisen. Monikulttuurisessa hoitotyössä hoitotyöntekijän tulee kuitenkin perehtyä niihin osa-alueisiin, jotka eivät näy, kuten asiakkaan maailmankatsomukseen, kulttuuri-identiteettiin, arvomaailmaan, odotuksiin, uskomuksiin, perheen ja suvun merkitykseen ja kulttuuriin perinteisiin. Tämä on kuitenkin haasteellista hoitotyöntekijälle kuin myös asiakkaalle itselleen, koska nämä voivat olla näkymättömiä ja tiedostamattomia asiakkaalle itselleen. Kun hoitotyöntekijä ymmärtää miksi asiakas toimii hänen mielestään oudosti, tarkoittaa se, että asiakas käyttäytyy oman arvojen, odotusten ja uskomusten mukaan, jolloin käyttäytymisestä tulee ymmärrettävämpää. Väärinkäsityksiä voi tulla mm. kun miesasiakas ei katso naispuolista hoitotyöntekijää silmiin. Siinä kyse ei ole epäkohteliaisuudesta, vaan kunnioituksesta. Fyysinen kosketus ja siinä pidättyväisyys on huomioitava puhtaudesta huolehtiessa. Sosiokulttuurisuus potilaiden taustatekijänä on vaikuttava tekijä hoitokulttuurin muuttumisessa. Kulttuurisesti pätevän hoitajan on ymmärrettävä, miten kulttuuri, etninen tausta, uskonto, sukupuoli, koulutustausta, sosiaalinen asema, elämäntapa ja ikä vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen, terveydentilaan ja terveysuskomuksiin sekä tietoon hakea ja saada hoitoa. Kun hoitaja pystyy ymmärtämään nämä, hän toimii hoitotyössä potilaan parhaaksi huomioiden hänen kulttuurisen taustansa. (Abdelhamid 2010: 75 - 77).

Ihmisten välisten suhteiden yksi osa ovat ennakkoluulot. Ihminen muodostaa ennakkoluuloja ja käsityksiä asioista, joita ei tunne. Ongelmana tällöin on, että ennakkoluulosta tulee helposti pysyvä; emme pysty tai halua muuttaa käsitystämme asiasta, vaikka kohtaamme poikkeavia yksilöitä, vaan selitämme poikkeavuuden itsellemme yksilöllisenä ominaisuutena. Ihmisen luontoon kuuluu oman kulttuurin arvostaminen; tuttujen ja turvallisten ihmisten kanssa sosiaalinen kanssakäyminen on helppoa. Kuitenkin liiallisen me-hengen nostaminen on haitallista, siitä seuraa yliarvostus omaa kulttuuria kohtaan ja ennakkoluulot muita ihmisiä tai tapoja kohtaan lisääntyvät. Syntyy mielikuvia, joissa oma kulttuuri on positiivinen ja vieras negatiivinen. Kun ihminen asettaa oman kulttuu-

rinsa kaiken keskipisteeksi, arvioi ja tuomitsee toisia tästä keskipisteestä käsin, kutsutaan sitä etnosentrismiksi. Etnosentrismi voi johtaa muukalaisvihaan, se tarkoittaa vahvaa kielteistä suhtautumista vieraista kulttuureista tuleviin henkilöihin. Rasismia on se, kun asetamme etniset ryhmät eriarvoisiin asemiin. Perinteinen merkitys rasismista on ideologia tai teoria, jonka mukaan ihmiset voidaan jakaa syntyperänsä perusteella rotuihin, ja sen mukaan henkilö voidaan asettaa tiettyyn arvojärjestykseen. Puhekielessä rasismilla tarkoitetaan usein syrjintää, ennakkoluuloisuutta ja suvaitsemattomuutta. Ihmistä voidaan syrjiä eri kulttuuritaustan lisäksi iän, sukupuolen, syntyperän tai maailmankatsomuksen vuoksi. (Räty 2002: 188 - 189.)

Hoitotyössä rasismi on useimmiten peitettyä ja vaikeasti havaittavissa. Sitä voi tulla esille epäsuorasti torjuvana, vihamielisenä, etäisenä suhtautumisena, epäkohteliaana puhutteluna tai non-verbaalisena viestintänä. Hoitotyössä maahanmuuttajat voidaan tulkita vaikeiksi asiakkaita tai maahanmuuttaja-asiakkaiden kasvava määrä itsestään ongelmana. Jos potilas nähdään ja kohdataan vain maahanmuuttajana, hänet asetetaan silloin rooliin, johon kohdistuu erilaisia odotuksia ja ennakkoluuloja. Hoitotyöntekijä voi tällöin pakottaa eri kulttuuriarvoja edustavan noudattamaan omia kulttuurisia arvojaan. Monikulttuurisen hoitotyön ideana on, että hoitotyöntekijä ei näe maahanmuuttaja-asiakasta vain maahanmuuttajana vaan terveydenhuollon palveluja käyttävänä kaupunkilaisena, perheen äitinä tai toimistovirkailijana. (Abdelhamid ym. 2010: 95 - 96.)

### 3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA

1980-luvulta alkaen on Suomessa tutkittu kulttuurista hoitotyötä. Tutkimukset ovat painottuneet lähinnä asiakasnäkökulmaan. Kansainvälisesti on tutkittu myös hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia sekä kulttuurista pätevyyttä hoitotyössä. Suomessa kulttuurisen kompetenssin tutkimus on kuitenkin ollut vähäistä. Sen sijaan hoitohenkilökunnan kohtaamia ongelmia sekä heidän kokemuksiaan maahanmuuttajapotilaiden kanssa on tutkittu melko vähän. (Tuokko 2007: 7 - 8; Wellman 2009.)

Kulttuurista kompetenssia käytetään käsitteenä eri tieteenaloissa ja arkikielessä ilman, että se olisi käsitteenä selkeä ja yhtenäinen. 1980-luvulta lähtien sitä on määritelty kansainvälisessä hoitotieteellisessä kirjallisuudessa monimerkityksellisesti ja kuvattu eri käsitteillä. ”Kulttuurista kompetenssia voidaan tarkastella organisaatio-, yhteisö-, tai

työntekijätasolla.” (Ikonen 2007: 141.) ”Hoitajan ammatillinen osaaminen, joka liittyy eri kulttuurista tulevan potilaan hoitosuhteeseen, on kuvattu kulttuurisen kompetenssin, interkulttuurisen kompetenssin, kulttuurisen herkkyyden, kulttuurin mukaisen hoitotyön, kulttuurispesifin, kulttuurisen asianmukaisen ja hoitotyön käsitteen avulla.” (Ikonen 2007: 141 - 142.) Vaikka kulttuurisen kompetenssi käsitteen käyttö on lisääntynyt, siitä ei ole tehty suomalaisessa hoitotieteellisessä kirjallisuudessa käsiteanalyysia. Kulttuurinen kompetenssi on käsitteenä määritelty monitahoisesti ja monien rinnakkaisten käsitteiden käyttö kansainvälisessä kirjallisuudessa on vaikeuttanut hoitotyöntekijän kulttuurisen kompetenssin tarkastelua. Tämän takia suomalaisessa hoitokontekstissa on tärkeää käsiteanalyysi ja käsitteen määrittelemineen. (Ikonen 2007: 141).

Papadopoulos jakaa kulttuurisesti pätevää tutkimusta seuraavasti:

- Refleksiivinen tutkimus: perustuu oman kulttuurin hyvään tuntemukseen ja tiedostaa muiden kulttuurien erilaisuuden.
- Sisällyttävä tutkimus: omaksuu osallistuvan tutkimuksen ajatuksen.
- Tarkoituksenmukainen tutkimus: tuottaa tietoa, jolla on olennaista merkitystä ihmisille ja jota tavallisten ihmisten on helppo käsittää.
- Ei-olennainen tutkimus: Hyväksyy määritelmän kulttuurisesta kompetenssista, joka sisältää sekä kulttuurin että kulttuurin rakenteen tuntemuksen ja huomioi molemmat tasapuolisesti.
- Tiukka tutkimus: kiinnittää huomiota kulttuurin käsitteiden, kielen ja kulttuurille ominaisen viestinnän käyttöön.
- Eettinen tutkimus: tutkimusmalli uuden vuosituhannen kulttuurisesti hajaantuneeseen maailmaan. (Papadopoulos 2006: 96.)

Papadopoulosen mukaan kulttuurisesti pätevää tutkimusta lähestytään epärealistisesti, koska sen voi ymmärtää laajasti, aikaa vieväksi, resurssien liian tehokkaaksi käytöksi ja turhan poliittisesti korrektiksi lähestymistavaksi. Kulttuurisesti epäpätevä tutkimus on turhaa, vaarallista ja epäeettistä, ja hänen mielestään on totta, että taidot jotka hän kokee tarpeelliseksi tehtäessä kulttuurisesti pätevää tutkimusta, vaativat aikaa kehittyäkseen, mutta kuitenkin myös tutkimuksen tekeminen, jossa ei ole minkäänlaista osaamista vie aikaa. (Papadopoulos 2006: 96.) Koska jos useimmat eivät hyväksy kulttuurisesti epäpäteviä henkilöitä terveydenhuollon ammattilaisiksi, miksi pitäisi ottaa huomioon ja hyväksyä tietoa tai todisteita siitä, mitkä ovat olleet kulttuurisesti epäpätevän tutkimuksen tulokset. Kulttuurisesti pätevää tutkimusta edellyttää osallistumista ja oikeudenmukai-

suutta, ja Papadopouloksen kuvaamia periaatteita on sovellettava kaikissa kulttuurisesti pätevissä tutkimuksissa. Kulttuurisesti pätevä tutkimus voi edistää korkealaatuista ja vertailevaa tutkimusta kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. (Papadopoulos 2006: 96 - 97.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kyselylomakkeen avulla kartoittaa, miten hoitotyöntekijät huomioivat potilaan/asiakkaan kulttuurisen taustan toimissaan.

Työssä hyödynnetään aiheesta aiemmin laadittua kyselylomaketta hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta kompetenssista ja tehdään empiirinen tutkimus syksyllä 2010 (Anttalainen – Haikola - Hämäläinen 2009, myös liite 2). Tämän vuoksi opinnäytetyön tutkimuskysymys perustuu ko. opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Varsinainen tutkimuskysymys on:

- Millainen on hoitohenkilökunnan näkemys omasta kulttuurisesta osaamisesta? (Anttalainen ym. 2009.)

#### 5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

##### 5.1 Kyselytutkimus

Empiirinen tutkimus eli havainnoiva tutkimus perustuu teoreettisen tutkimuksen perusteella kehitettyihin menetelmiin. Empiirisellä tutkimuksella voidaan testata, toteutuuko jokin teoriasta johdettu hypoteesi (olettaus) käytännössä, tai tutkimusongelmana voi olla myös jokin ilmiö tai käyttäytymisen syiden selvittäminen ja selvittäminen tai ratkaisun löytäminen siihen, miten jokin asia pitäisi toteuttaa. Kyseisten esimerkkien lisäksi on myös runsaasti muita vaihtoehtoja, mutta kaikille yhteistä on se, että tavoitteena on vastauksen saaminen tutkimusongelmista ilmenneisiin kysymyksiin. (Heikkilä 2008: 13.) Empiirinen tutkimus voidaan toteuttaa joko kvantitatiivisella (määrällinen) tai kvalitatiivisella (laadullinen) tutkimuksella (Heikkilä 2008: 13).

Empiirisessä tutkimuksessa on tavallista kerätä tarvittava aineisto itse. Itse kerättävässä aineistossa on tutkimusongelman perusteella päätettävä, mikä on kohderyhmä ja mikä tiedonkeruumenetelmä tilanteeseen parhaiten soveltuu. Tässä opinnäytetyössä käytettiin informoitua kyselyä, joka on kirjekyselyn ja henkilökohtaisen haastattelun välimuoto. Kyselylomakkeet vietiin ja noudettiin itse pois valituilta osastoilta, jolloin voitiin tarvittaessa tarkentaa kysymyksiä ja vastata vastaajien kysymyksiin. (Heikkilä 2008: 18.)

Kvantitatiiviselle tutkimukselle keskeistä ovat aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset. Tärkeää on hypoteesien esittäminen ja tutkimuksessa esiintyvien käsitteiden määrittely. Ennen kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamista tulee tehdä suunnitelma aineiston keruusta, jossa tärkeää on, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen. Tutkimushenkilöt valitaan niin, että on määritelty perusjoukko, johon tulosten tulee päteä. Tästä perusjoukosta otetaan otos. Lopuksi aineistosta muodostetaan tilastollinen kaavio, jonka avulla analysoidaan tutkimustulosta. Tuloksia voidaan kuvata esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2008: 136).

Kvantitatiivisen tutkimuksen perusvaatimuksia on validiteetti eli pätevyys, reliabiliteetti eli luotettavuus ja objektiivisuus eli puolueettomuus. Tutkimus tulee tehdä niin, että se on puolueeton, siitä ei koidu vastaajille haittaa ja se on rehellinen. Tutkimus on silloin onnistunut, jos sillä saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Heikkilä 2008: 29).

Kyselytutkimuksessa tärkeässä osassa on kyselylomake, joka avulla tutkimukseen vastaavalle henkilölle esitetään kysymyksiä. Se on mittausväline, jota sovelletaan mielipidetiedusteluista ja katukyselyistä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisiin tutkimuksiin. Kyselytutkimuksessa oleellista on, että kyselylomakkeen tulee toimia omillaan, ilman haastattelijan apua. (Vehkalahti 2008: 11.)

Suurimmaksi osaksi kyselytutkimus on määrällistä tutkimusta, ja siinä sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Kyselyjen aineistot koostuvat yleensä valtaosaltaan mitatuista luvuista ja numeroista. Vaikka kysymykset esitetään sanallisesti, vastaukset ilmaistaan usein numeerisesti. Täydentäviä tietoja annetaan sanallisesti. Samoin myös sellaisiin kysymyksiin, joiden vastausten esittäminen numeroina olisi epäkäytännöllistä, vastataan

sanallisesti. Määrällisellä tutkimusotteella tavoitellaan usein yleiskäsityksiä. Molempia lähestymistapoja voidaan hyödyntää samassa tutkimuksessa. (Vehkalahti 2008: 13.)

Kyselytutkimuksessa mittaus tapahtuu kyselylomakkeella. Mittarilla tarkoitetaan kyselytutkimuksessa kysymysten ja väittämien sarjaa, jolla pyritään mittaamaan esimerkiksi arvoja ja asenteita. Näitä mittareita voidaan rakentaa itse tai vaihtoehtoisesti soveltaa aiemmin kehitettyjä mittareita, kuten tässä opinnäytetyössä tehdään. Näihin tulisi kuitenkin aina suhtautua hieman varauksellisesti, sillä mittarin soveltaminen toiseen yhteyteen ei aina ole itsestään selvää. Ongelman saattaa aiheuttaa myös mitattavien ja tutkittavien ilmiöiden epävakaus. Ne voivat eri ympäristöissä ilmetä eri tavalla tai muuttua ajan kuluessa. Kyselyn onnistuminen riippuukin siitä, ovatko kysytyt kysymykset sisällöllisesti oikeita ja tilastollisesti mielekkäitä. (Vehkalahti 2008: 12, 20.)

## 5.2 Kyselylomake

Opinnäytetyön kyselylomake muodostui strukturoiduista eli suljetuista kysymyksistä ja väittämien vastausvaihtoehdoissa käytettiin Likertin asteikkoa. Työssä käytettiin Anttalaisen, Haikolan ja Hämäläisen opinnäytetyön (2009) kyselylomaketta, josta otettiin suoraan kysymykset numero 1 - 2, 6 - 8, 10 - 11, 15 - 19, 21, 23 - 30, 33 - 48. Tähän työhön sopiviksi sovellettiin kysymykset numero 3, 5, 9, 12 - 14, 20, 22, 31 - 32. Lisäksi lisättiin kysymys numero 4. Väittämät rakentuivat opinnäytetyössä käytettyyn Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) kehittämään nelikenttämalliin, joka kuvaa hoitotyöntekijöiden kulttuurisen kompetenssin kehittymistä. Nelikenttämalli pohjautuu ajatukseen kulttuurisen kompetenssin prosessinomaisesta kehittymisestä. Sen neljä osaluuetta ovat: tietoisuus, tieto, sensitiivisyys ja kompetenssi.

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 54 kysymystä. Taustatiedoissa oli kysymyksiä 1 - 7, joissa kysyttiin vastaajan ikä, sukupuoli, koulutustausta, työskentelykokemus hoitajana (vuosina), maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohtaaminen työssä, kielten puhuminen oman äidinkielen lisäksi sekä koulutuksessa olevan kulttuurisen hoitotyön osuuden riittävyttä. Kysymykset olivat väittämiä, ja niitä oli 48 kpl. Väittämistä vastaaja valitsi itselleen sopivimman vaihtoehdon. Vaihtoehtoja oli 1 - 5, joista 1 = täysin eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä. Väittämät 1 - 9 käsittelivät hoitajan kulttuurista tietoutta. Väittämillä 10 - 17 kartoitettiin hoitajien kulttuurista tietoa. Väit-



tämät 18 - 33 käsittelivät hoitajan sensitiivisyyttä hoitotyössä. Väittämät 34 - 48 kartoittivat hoitajien kulttuurista kompetenssia.

### 5.3 Tutkimusaineiston keruu

Kohderymänä tutkimuksessa olivat erään pääkaupunkiseudun suuren sairaalan sovittujen osastojen hoitotyöntekijät. Kyselytutkimus osoitettiin kaikille ko. osastojen hoitohenkilökuntaan kuuluville. Tutkimuslupa anottiin johtavalta ylihoitajalta.

Otimme yhteyttä kyseisten osastojen osastonhoitajiin ja sovimme heidän kanssaan ajankohdan, milloin veimme kyselylomakkeet osastolle. Kyselylomakkeiden viemisen yhteydessä kerroimme vielä opinnäytetyöstä, kyselylomakkeesta, tutkimuksen tarkoituksesta, siitä saatavasta hyödystä, sen palauttamisesta ja vastausajasta. Veimme kyselylomakkeet osastoille elokuun 2010 alussa ja haimme ne pois syyskuun 2010 lopussa. Osastonhoitajan kanssa olimme sopineet, missä kyselylomakkeita pidetään ja missä vastatut kyselylomakkeet säilytetään.

Tutkimuskysymyksen kautta analysoimme kyselylomakkeen avulla kerätyt vastaukset ja kartoitimme kyseisten osastojen hoitohenkilökunnan kulttuurista osaamista. (Anttalainen ym. 2009.)

### 5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Kvantitatiivisen aineiston analyysissä käytetään tilastollisia analyysimenetelmiä. Tutkimusongelmat määrittelevät menetelmien ja analyysien valintaa. Tutkimuskysymysten vastaukset selviävät analysointivaiheessa. Tutkimuksen aineiston analysointiin käytettiin Statistical Package for Social Sciences- tilasto-ohjelmaa. Hyödynsimme myös opinnäytetyön tekijöitä varten järjestettyjä tilastopajoja. (Hirsjärvi ym. 2008: 216; Heikkilä 2008: 122).

Kun tutkimuksessa kerättyä aineistoa analysoitiin SPSS- tilasto-ohjelmaa käyttäen, täytyi kyselylomakkeen kaikille eri muuttujille, sekä taustatietoja kartoittaville että varsinaisille tutkimuskysymyksille, antaa jokin arvo. Tässä tapauksessa kyseinen arvo oli numero, joka taustatietokysymyksissä määräytyi sen mukaan, kuinka monta erilaista vastausvaihtoehtoa missäkin kysymyksessä oli (1 - 7). Sen sijaan varsinaisissa tutki-

muskysymyksissä eri muuttujille (täysin eri mieltä - täysin samaa mieltä) annettu arvo määrytyi suoraan eri vastausvaihtoehtoja kuvaavien numeroiden (1 - 5) mukaan. Koska määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa on muuttujia koskevia väitteitä tarkoitus perustella numeroiden ja tilastollisten yhteyksien avulla, täytyy tutkimusaineisto ryhmitellä taulukkomuotoon. Tällöin tutkimusaineistosta saatua tietoa on helppointa käsitellä juuri numeroiden avulla. Syöttämällä muuttujat taulukkoon saadaan aikaan havaintomatriisi eli havaintoaineisto. (Vilka 2005: 89 - 90).

Havaintoaineisto koostuu vaakasuorista ja pystysuorista riveistä. Yhdellä vaakarivillä on yhdestä vastauslomakkeesta saadut tiedot ja pystyriveillä aina yhden tausta- tai varsinaisen tutkimuskysymyksen vastaukset kaikista kyselylomakkeista. Vasta kun kaikki tulokset oli kirjattu havaintomatriisiin, voitiin laskea tuloksien frekvenssit sekä tehdä tutkimuskysymysten kannalta oleellisista tuloksista ristiintaulukoita. (Vilka 2005: 92). Koska tutkimusjoukolta (N = 89) palautuneita vastauslomakkeita oli 37 kappaletta, täytyi tuloksia analysoida ryhmitellä taustamuuttujien vastausvaihtoehtoja uudelleen, jotta tulosten tulkitseminen olisi järkevämpää ja nollaryhmiä ei syntyisi. Tällainen havaintojen taulukoinnin ennakkosuunnittelu on usein järkevää ja nopeuttaa tulosten analysointia (Vilka 2005: 89).

Kyselylomakkeessa taustamuuttuja nro 1, ikä, vaihtoehdot olivat annettu 10 vuoden välein (alle 20 vuotta, 20 - 29 vuotta, 30 - 39 vuotta, 40 - 49, 50 - 59 vuotta ja 60 vuotta tai yli). Nämä vaihtoehdot ryhmiteltiin uudelleen ja muodostettiin seuraavat ryhmät: vastanneista alle 40-vuotiaita oli 10 (27,0 %), 40 - 49-vuotiaita oli 15 (40,5 %) ja yli 50-vuotiaita 12 (32,4 %). Taustamuuttujaa nro 2, sukupuoli, ei ollut tarvetta ryhmitellä uudelleen. Myöskään vastauksia emme voineet analysoida sukupuolen perusteella, sillä kyselyyn vastanneiden joukossa oli vain yksi mies, joten riski tunnistaa hänet vastausten perusteella oli liian suuri. Taustamuuttujan nro 3, koulutustaustan, vaihtoehdot olivat kyselylomakkeessa: perushoitaja/lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja kätilö. Kyselyyn vastanneiden joukossa ei ollut yhtään koulutustaustaltaan kätilöä ja perushoitajia/lähihoitajia oli vain kaksi. Anonyymiyden suojelemiseksi perushoitajat/lähihoitajat yhdistettiin samaan ryhmään sairaanhoitajien kanssa, jolloin sairaanhoitajien lukumäärä nousi kahdella, joten kokonaislukumääräksi tuli 22 (59,5 %). Nollaryhmien välttämiseksi myös kohta kätilöt yhdistettiin tulosten analyysissä sairaanhoitajiksi, joten lopulta koulutustaustan perusteella muodostui kaksi ryhmää: sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Vastanneista 15 (40,5 %) oli koulutustaustaltaan terveydenhoitajia.

Taustamuuttujalla nro 4 kartoitettiin vastaajien työskentelykokemusta hoitajana työvuosien määrällä mitattuna. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot olivat viiden vuoden aikahaarukalla: alle 2 vuotta, 2 - 5 vuotta, 6 - 9 vuotta, 10 - 15 vuotta, 16 - 20 vuotta, 21 - 25 vuotta ja yli 25 vuotta. Vastauksia analysoitaessa vastaukset ryhmiteltiin uudelleen kolmeen ajanjaksoon: vastanneista 11 (29,7 %) oli työskennellyt hoitajana alle 10 vuotta, 14 (37,8 %) 10 - 20 vuotta ja 12 (32,4 %) yli 20 vuotta. Kyseinen ryhmittely oli tarpeen vastausten suuren hajonnan vuoksi, jotta tuloksia olisi analyysivaiheessa helpompi käsitellä. Taustamuuttuja nro 5 käsitteli sitä, miten usein hoitajat kohtaavat maahanmuuttajataustaisia asiakkaita työssään. Kyselylomakkeessa annettiin seuraavat vaihtoehdot: päivittäin, 2 - 3 kertaa viikossa, kerran viikossa, kuukausittain ja harvemmin. Kukaan vastanneista ei kohdannut maahanmuuttajataustaisia asiakkaita päivittäin, joten nollaryhmien välttämiseksi ryhmitelimme vastausvaihtoehdot analysointivaiheessa uudelleen seuraavasti: kerran viikossa tai useammin maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtasi työssään 3 hoitajaa (8,1 %). Kuukausittain heitä kohtasi 27 hoitajaa (73,0 %) ja harvemmin 7 hoitajaa (18,9 %).

Taustamuuttujalla nro 6 kartoitettiin ko. osastojen hoitohenkilökunnan kielitaitoa eli sitä, kuinka montaa kieltä he osaavat puhua oman äidinkiellensä lisäksi. Kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot olivat: en yhtään, yhtä, kahta, kolmea ja neljää tai useampaa. Nollaryhmien välttämiseksi jaoimme tuloksia analysoidessamme vastausvaihtoehdot uudelleen kahteen ryhmään: oman äidinkiellensä lisäksi yhtä tai kahta muuta kieltä puhui 15 hoitajaa (40,5 %) ja kolmea tai useampaa 22 hoitajaa (59,5 %). Taustamuuttuja nro 7 käsitteli kulttuurisen hoitotyön opetuksen riittävyyttä koulutuksessa. Kyselylomakkeessa annetut vastausvaihtoehdot olivat: ei yhtään, melko riittävä, sopiva ja liikaa. Analyysivaiheessa vastaukset jaettiin selkeyden vuoksi kolmeen ryhmään. Vastanneista 11 (29,7 %) koki, ettei kulttuurisen hoitotyön opetusta ole koulutuksessa lainkaan. 24 (64,9 %) vastanneista katsoi opetusta olevan riittävästi ja vain 2 (5,4 %) vastanneista oli sitä mieltä, että kulttuurisen hoitotyön opetusta on koulutuksessa liikaa.

Itse väittämille oli kyselylomakkeessa annettu viisi vastausvaihtoehtoa: 1 (täysin eri mieltä), 2 (melko eri mieltä), 3 (ei samaa eikä eri mieltä), 4 (melko samaa mieltä) ja 5 (täysin samaa mieltä). Vastauksia analysoitaessa vastaukset ryhmiteltiin analyysin selkeyttämiseksi ja nollaryhmien välttämiseksi uudelleen niin, että vaihtoehdot 1 ja 2 yh-

distettiin ryhmäksi 1 (eri mieltä), vaihtoehto 3 muodosti ryhmän 2 (ei samaa eikä eri mieltä) ja vastausvaihtoehdot 4 ja 5 muodostivat ryhmän 3 (samaa mieltä).

## 6 KYSELYN VALIDITEETTI, RELIABILITEETTI JA ETIIKKA

Kyselyn luotettavuuteen vaikuttivat käytetyt lähteet, kyselylomakkeen luotettavuus sekä tutkimuksen analysoinnin luotettavuus. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet olivat luotettavia. Käytetyt teoriakirjat käsittelivät hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia hoitotyössä. Opinnäytetyössä käytettiin suomenkielisiä ja englanninkielisiä teoriakirjoja, mikä mahdollisti laajemman näkemyksen hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta kompetenssista. Internet-lähteinä on käytetty tilastokeskuksen väestölaskelmaa vuodelta 2008, jonka luotettavuus perustuu siihen, että se on hyväksytty Internet-lähde ja sen on tehnyt tilastokeskus. Opinnäytetyössä on myös käytetty pro graduja.

Kyselylomakkeen vastattuihin kysymyksiin ja väittämiin, joiden vastaustilannetta ei valvota, liittyi riski reliabiliteetin suhteen. Ei ole varmaa, että vastaajat ovat vastanneet kyselyyn itsenäisesti ja oman näkemyksensä mukaan tai että he ovat itse vastanneet kyselyyn. (Heikkilä 2008: 30). Reliabiliteettiin vaikutettiin antamalla riittävä vastausaika, jolloin vastausprosentti oli mahdollisimman suuri. Kyselyyn vastaamiseen vastaajia motivoitiin hyvällä saatekirjeellä. Saatekirjeessä kerrottiin etukäteen kyselyn sisällöstä, arvioitu vastausaika ja tutkimustulosten luotettava käsittelytapa, jossa vastaajien anonyymius säilyi. Saatekirje sisälsi myös tietoa tutkimustulosten hyödynnettävyydestä.

Tutkimuslomakkeen kysymysten tuli liittyä tutkimusongelmiin ja olla mahdollisimman yksiselitteisiä. Validin tutkimuksen toteutumiseen liittyi myös perusjoukon tarkka määrittely, jotta saatiin edustava otos ja mahdollisimman korkea vastausprosentti. (Heikkilä 2008: 29–30.) Käytetty kyselylomake oli LOG Sote -projektiin aiemmin tehty opinnäytetyö. Kyselylomakkeen kysymyksiä ja väittämiä muokattiin tähän opinnäytetyöhön sopiviksi. Kyselyyn vastanneet olivat hoitotyöntekijöitä erään pääkaupunkiseudun suuren sairaalan sovituilta osastoilta.

Kyselyä tehdessä tuli miettiä sen eettisyyttä, etenkin siihen osallistuvien henkilöiden kannalta. Kyselyyn vastattiin nimettömästi ja taustatietoja kartoittavat kysymykset oli

aseteltu niin, että niistä ei voi päätellä vastaajia. Myöskään vastaajien työyksiköitä ei tullut ilmi opinnäytetyöstä missään vaiheessa. Näin kyselyyn osallistuneiden anonymisuus säilyi. Kyselyn vastaustuloksissa ei ole nähtävissä vastaajien yksittäisiä vastauksia, vaan kuviot ja taulukot ovat koko vastausjoukon vastausten yhteenvetoja.

Kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudella kunnioitettiin vastaajia. Kyselylomakkeen kysymykset olivat puolueettomia ja liittyivät tutkimuskysymyksiin. (Vilka 2005: 33.) Kyselyn vastaukset säilytettiin asianmukaisesti ja huolehdittiin, että vastaajien anonymiteetti säilyy koko opinnäytetyön tekemisen ajan ja sen jälkeen. (Vilka 2005: 34 - 35.) Tutkimuslupa on haettu johtavalta ylihoitajalta.

Kyselyyn vastasi tutkimusjoukosta (N=89) 37 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Emme voi olla varmoja ovatko vastaajat vastanneet täysin rehellisesti ja itsenäisesti kyselyyn. Tuloksissa ilmeni hieman ristiriitoja ja jotkut väittämät on voitu kokea provosoiviksi tai niin, että niissä epäiltäisiin vastaajien ammattitaitoa. Suurimmaksi osaksi vastaajilla oli vahvat mielipiteet väittämistä, eikä vastausvaihtoehtoa ”ei samaa eikä eri mieltä” käytetty kovinkaan paljon. Se että kyselyyn vastasi vähemmän, kuin mitä olimme odottaneet, voi johtua siitä että vastausaika oli lyhyempi kuin olimme suunnitelleet. Siihen voi myös liittyä se, että organisaatiossa oli meneillään isoja muutoksia, joiden vaikutus näkyy myös hoitotyöntekijöissä ja heidän jaksamisessaan vastata kyselyyn.

Hoitohenkilökunnan kulttuurista tietoutta koskevista väittämistä ilmeni, että kaikkiin yhdeksään väittämään vastattiin suurimmaksi osaksi vaihtoehdolla ”samaa mieltä”. Väittäminen ”Saatan tehdä oletuksia asiakkaan kansallisuudesta hänen nimensä tai ulkonäkönsä perusteella.” koskevasta väittämästä 25 (67,6 %) vastanneista oli samaa mieltä, seitsemän (18,9 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja viisi (13,5 %) oli eri mieltä. Näin ollen vastauksista käy ilmi, että suurin osa vastaajista ei kokenut ko. väittämää provosoivaksi, tai että epäilisimme heidän ammattitaitoaan, vaikka väittämän voi helposti käsittää provosoivalla tavalla.

Väittämistä jotka koskivat hoitotyöntekijöiden kulttuurista tietoa, kävi ilmi, että suurin osa vastaajista koki tarvitsevansa vielä enemmän tietoa kulttuurisista eroavaisuuksista. Tässä on ristiriita koska taustatietoja kartoittavissa kysymyksissä 11 (29,7 %) vastaajan mielestä kulttuurisen hoitotyön opetusta ei koulutuksessa ollut yhtään, 24 (64,9 %) vastaajaa koki kulttuurista opetusta olevan sopivasti ja kahden (5,4 %) vastaajan mielestä

ko. opetusta oli koulutuksessa liikaa. Kuitenkin vastaajat kokevat että tarvitsevat vielä lisää koulutusta kohdatakseen eri kulttuurista tulevia potilaita. Tästä voi päätellä, että joko vastaajat eivät ole täysin varmoja oman osaamisen suhteen, tai he kokevat voivansa oppia ja kouluttaa itseään lisää.

Hoitohenkilökunnan kulttuurista sensitiivisyyttä käsittelevistä väittämistä ilmenee ristiriitoja. Vastaajat eivät koe, että potilaan kulttuurisella taustalla olisi merkitystä hoitotyössä ja yhteisen kielen puuttuessa ei heidän mielestään ole hankalaa käyttää vaihtoehtoisia kommunikaatiokeinoja. Vastaajat kokevat myös, että molemminpuolinen luottamus on tärkeätä hoitotyössä. Kuitenkin väittämästä ”Koen, että hoitajana pystyn vaikuttamaan kulttuurien välisiin kohtaamisiin ja niistä mahdollisesti aiheutuviin ongelmiin sairaalassa.” samaa mieltä olivat 15 (40,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 17 (45,9 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa. Väittämästä ”Huomaatan kollegalle tämän epäsoveliaasta käytöksestä asiakasta kohtaan.” samaa mieltä olivat 14 (37,8 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 18 (48,6 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa. Näissä kahdessa väittämässä ovat vastaajat vastanneet enimmäkseen ”ei samaa eikä eri mieltä”, josta voi päätellä, että joko he eivät ole varmoja omasta osaamisestaan, tai he kokevat väittämät provosoiviksi tai että väittämällä epäiltäisiin heidän ammattitaitoaan.

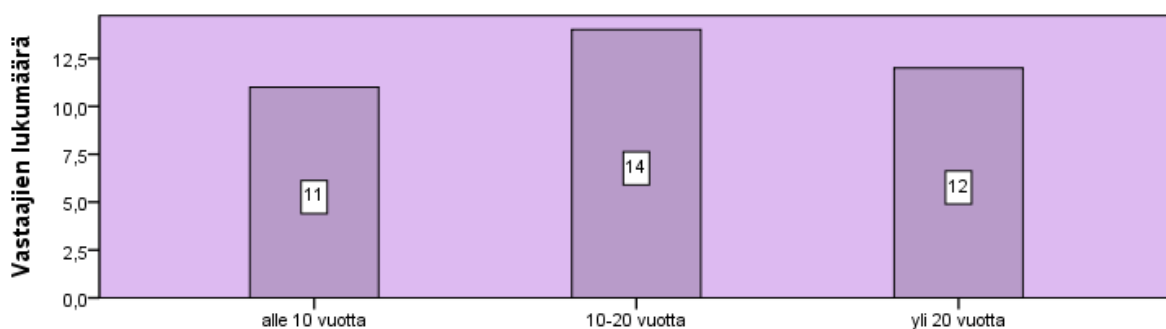
Hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia käsittelevissä väittämässä käy ilmi että hoitotyöntekijät saattavat olla epävarmoja oman osaamisensa suhteen. Suurimmaksi osaksi väittämiin vastattiin ”ei samaa eikä eri mieltä” vaihtoehdolla. Väittämästä ”Koen tarvitsevani lisäkoulutusta ja -tietoa vieraista kulttuureista.” samaa mieltä olivat 23 (62,2 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat kahdeksan (21,6 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kuusi (16,2 %) vastaajaa, käy ilmi että lisäkoulutus on heidän mielestään tarpeellista hoitotyössä.

Me pystyimme pitämään tulokset luotettavina, kun analysointivaiheessa käytimme SPSS-tilasto-ohjelmaa ja hyödynsimme opinnäytetyöpajoja, koska emme osanneet täysin itsenäisesti käyttää kyseistä ohjelmaa. Säilytimme vastaajien anonymiteetin koko opinnäytetyön tekemisen ajan ja huolehdimme, että tulokset analysoitiin ja kirjoitettiin niin, että niistä ei käy ilmi yksittäiset vastaukset, vaan koko vastausryhmän vastaukset. Koska vastatut kyselylomakkeet kuuluvat LOG Sote -projektiin, ne toimitettiin opinnäytetyön ohjaajalle ja hän huolehtii niiden asianmukaisesta säilytyksestä. Tulokset ovat

luotettavia, koska olemme analysoineet ne luotettavalla ohjelmalla ja saaneet ohjaustensa käyttöön. Tuloksia ei muokattu analysointivaiheessa niin, että vastaus muuttuisi. Tulokset ovat luotettavia, koska vastaajat ovat olleet täysin vapaaehtoisia vastaamaan kyselyyn, vaikka emme voi olla varmoja ovatko he vastanneet kyselyyn täysin itsenäisesti. Vastaajien anonymiteetti säilyy opinnäytetyön tekemisen jälkeenkin, eikä vastaajien työyksiköitä näy opinnäytetyössä. Myös aineisto säilytetään asianmukaisesti.

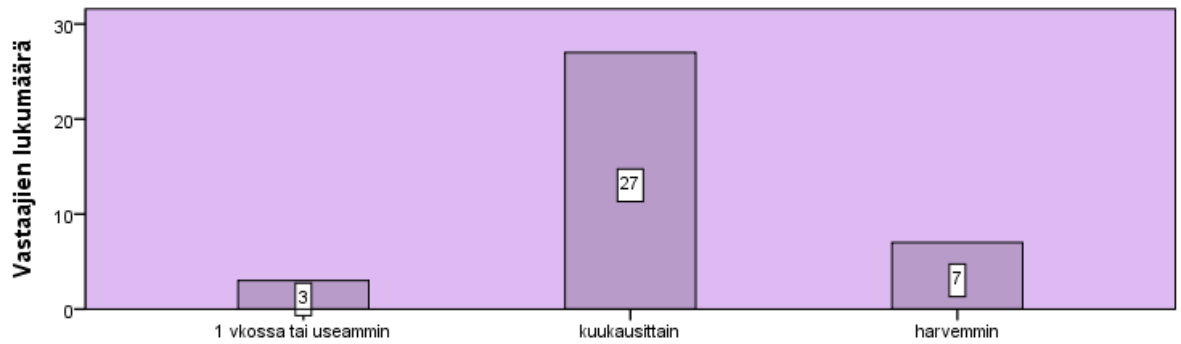
## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastasi tutkimusjoukosta (N=89) 37 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Taustakysymyksiä oli yhteensä seitsemän. Alle 40-vuotiaita vastanneista oli 10 (27,0 %), 40 - 49-vuotiaita 15 (40,5 %) ja yli 50-vuotiaita 12 (32,4 %). Vastanneista 36 (97,3 %) oli naisia ja yksi (2,7 %) mies. Koulutustaustaltaan sairaanhoitajia oli 22 (59,5 %) vastaajaa ja terveydenhoitajia 15 (40,5 %). Kätilöitä ei ollut yhtään ja perushoitajia kaksi (5,4 %), mutta tuloksia analysoitaessa heidät yhdistettiin samaan ryhmään sairaanhoitajien kanssa. 11 (29,7 %) vastanneista oli alle 10 vuoden työskentelykokemus hoitoalalta, 14 (37,8 %) oli työskennellyt alalla 10 - 20 vuotta ja yli 20 vuoden työkokemus oli 12 (32,4 %) vastaajalla.



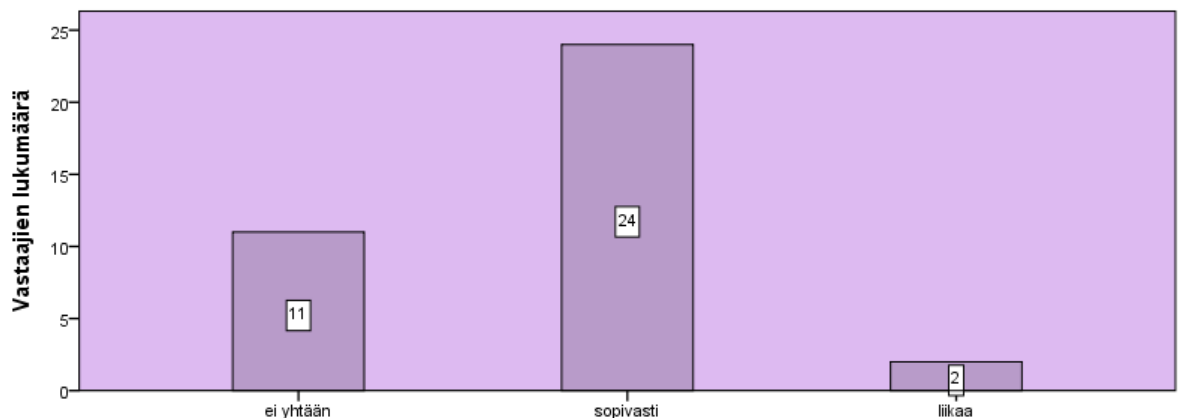
**Kuvio 3. Työskentelykokemus vuosina**

Vastanneista kolme (8,1 %) kohtasi maahanmuuttajataustaisia asiakkaita työssään yhden kerran viikossa tai useammin. Kuukausittain heitä kohtasi 27 (73,0 %) vastanneista ja tätä harvemmin seitsemän (18,9 %).



**Kuvio 4. Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohtaaminen**

15 (40,5 %) vastanneista puhui äidinkieltensä lisäksi yhtä tai kahta muuta kieltä ja 22 (59,5 %) kolmea tai useampaa. 11 (29,7 %) vastaajan mielestä kulttuurisen hoitotyön opetusta ei koulutuksessa ollut yhtään, 24 (64,9 %) vastaajaa koki kulttuurista opetusta olevan sopivasti ja kahden (5,4 %) vastaajan mielestä ko. opetusta oli koulutuksessa liikaa.



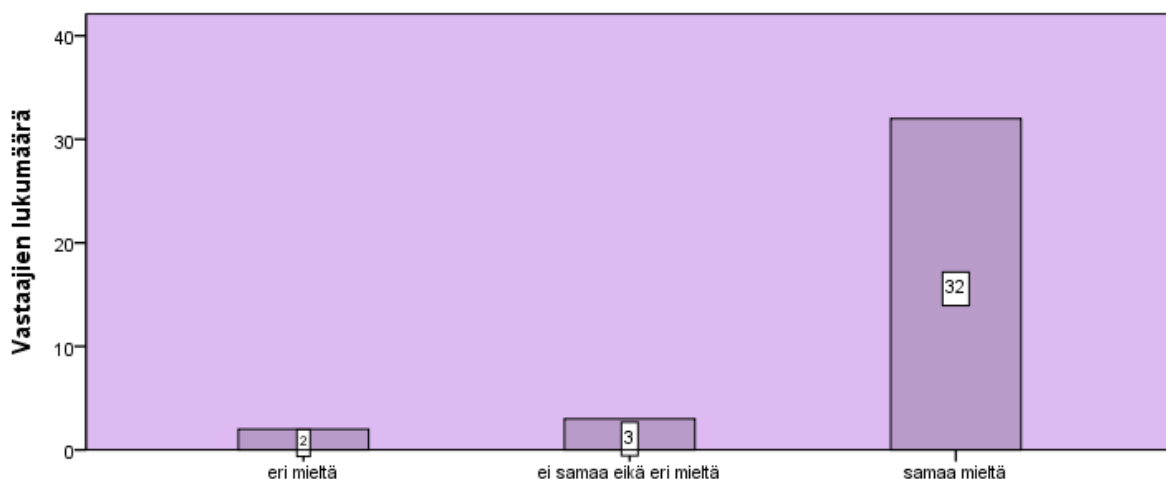
**Kuvio 5. Kulttuurisen opetuksen riittävyys koulutuksessa**

### 7.1 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen tietous

Varsinaiset tutkimuskysymykset olivat väittämiä. Jokaiseen 48 väittämään oli kyselylomakkeessa viisi vastausvaihtoehtoa, joista oli analyysivaiheessa muodostettu kolme ryhmää: eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä ja samaa mieltä. Hoitohenkilökunnan kulttuurista tietoutta kartoittavia väittämiä oli yhdeksän.



Väittämiin ”Mielestäni olen suomalainen.” ja ”Mielestäni suomen kieli on tärkeä osa suomalaista identiteettiä.” 34 (91,9 %) vastasi olevansa samaa mieltä ja kolme (8,1 %) eri mieltä. Väittämästä ”Suomalaisena luonto on minulle tärkeää.” 33 (89,2 %) vastanneista oli samaa mieltä, kaksi (5,4 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi (5,4 %) oli eri mieltä. Väittämästä ”Kunnioitan ja arvostan sotaveteraaneja.” oli samaa mieltä 35 (94,6 %), ei samaa eikä eri mieltä yksi (2,7 %) ja eri mieltä yksi (2,7 %). ”Saatan tehdä oletuksia asiakkaan kansallisuudesta hänen nimensä tai ulkonäkönsä perusteella.” koskevasta väittämästä 25 (67,6 %) vastanneista oli samaa mieltä, seitsemän (18,9 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja viisi (13,5 %) oli eri mieltä. Väittämästä ”Mielestäni joissakin kulttuureissa naista ja lasta ei arvosteta yhtä paljon kuin miestä.” 32 (86,5 %) oli samaa mieltä, kaksi (5,4 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kolme (8,1 %) oli eri mieltä. Myös väittämästä ”Ymmärrän miten oma kulttuurini vaikuttaa toimintaani hoitotyössä.” 32 (86,5 %) oli samaa mieltä, mutta nyt kolme (8,1 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi (5,4 %) oli eri mieltä.

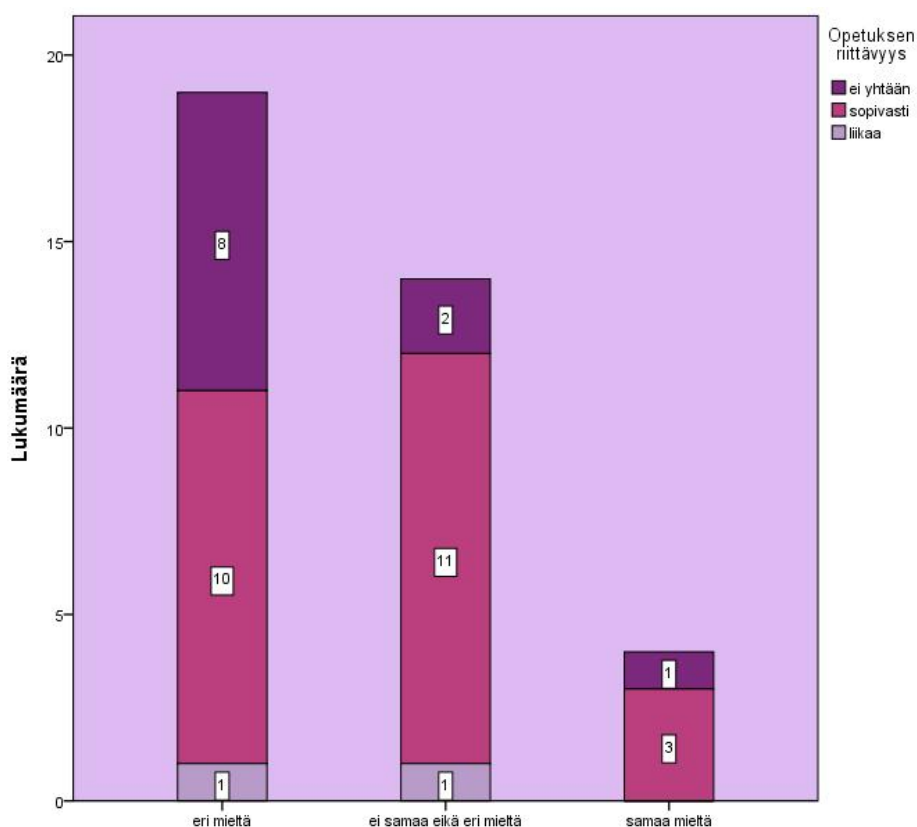


**Kuvio 6. Ymmärrän miten oma kulttuurini vaikuttaa toimintaani hoitotyössä.**

Väittämästä ”Mielestäni suomalainen terveydenhuolto on maailman huippuluokkaa.” oli vastanneista samaa mieltä 26 (70,3%), ei samaa eikä eri mieltä oli kahdeksan (21,6 %) ja eri mieltä kolme (8,1 %). Viimeinen kulttuurista tietoutta käsittelevistä kysymyksistä oli ”Mielestäni Suomen kansa on yhtenäinen.” Tästä olivat samaa mieltä 18 (48,6 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä oli 12 (32,4 %) vastaajaa ja eri mieltä seitsemän (18,9 %) vastaajaa.

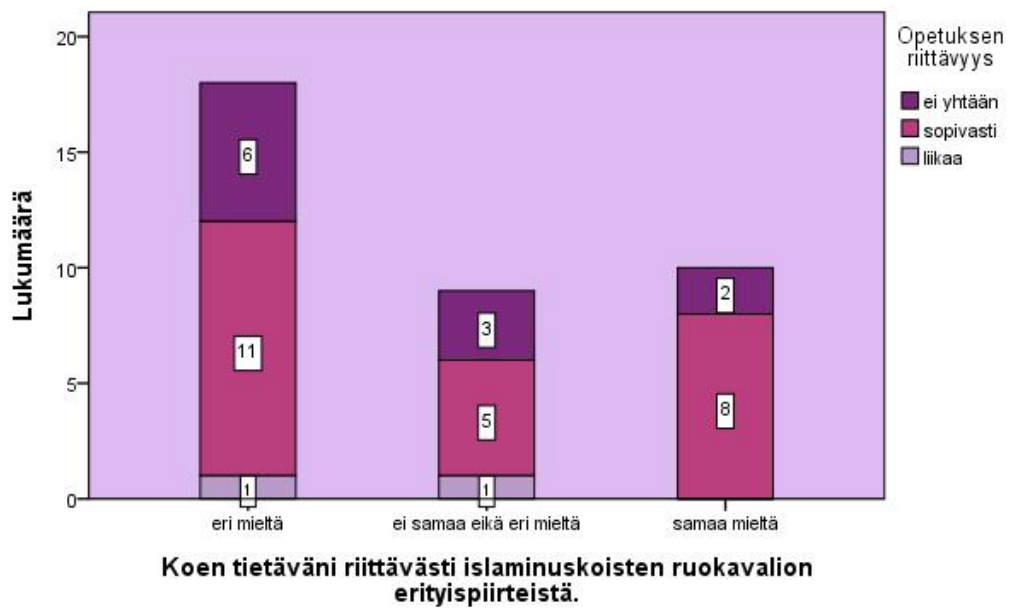
## 7.2 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen tieto

Väittämiä, jotka käsittelivät hoitohenkilökunnan kulttuurista tietoa, oli kahdeksan. Väittämästä ”Suomessa muut kuin suomen kieltä puhuvat voivat saada huonompaa terveydenhuoltoa.” samaa mieltä olivat 13 (35,1 %), 11 (29,7 %) eivät olleet samaa eikä eri mieltä ja 13 (35,1 %) oli eri mieltä. Väittämästä ”Koen tietoni naisten ympärileikkauksesta riittäviksi.” olivat samaa mieltä neljä (10,8 %) vastanneista, ei samaa eikä eri mieltä oli 14 (37,8 %) vastaajaa ja eri mieltä oli 19 (51,4 %) vastanneista.



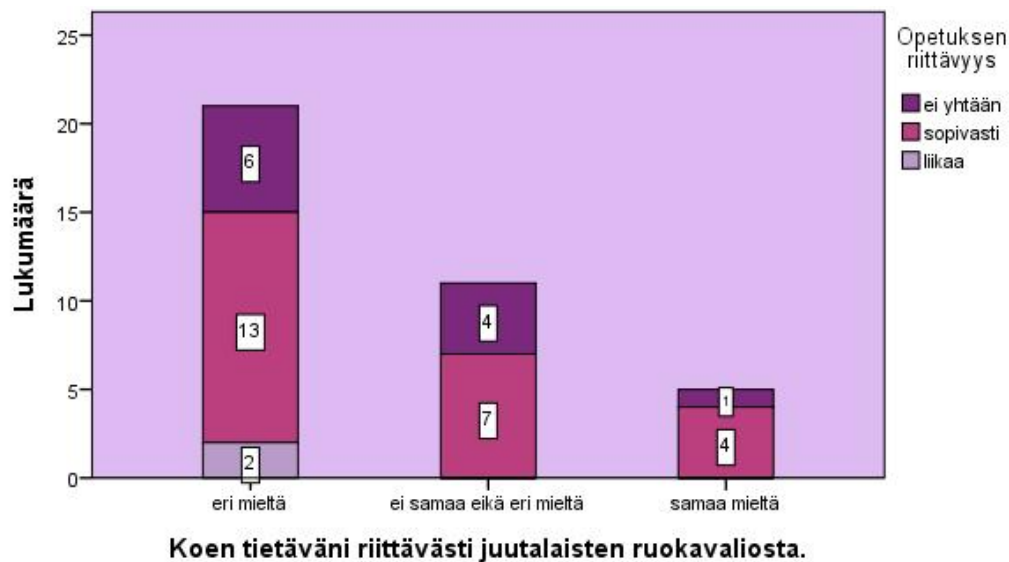
**Kuvio 7. Kulttuurisen opetuksen riittävyys verrattuna siihen, millaisiksi vastaajat kokivat tietonsa naisten ympärileikkauksesta.**

Väittämästä ”Koen tietäväni riittävästi islaminuskoisten ruokavalion erityispiirteistä.” samaa mieltä olivat 10 (27,0 %), ei samaa eikä eri mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) ja eri mieltä olivat 18 (48,6 %) vastaajaa.



**Kuvio 8. Kulttuurisen opetuksen riittävyys verrattuna siihen, millaisiksi vastaajat kokivat tietonsa islaminuskoisten ruokavaliosta.**

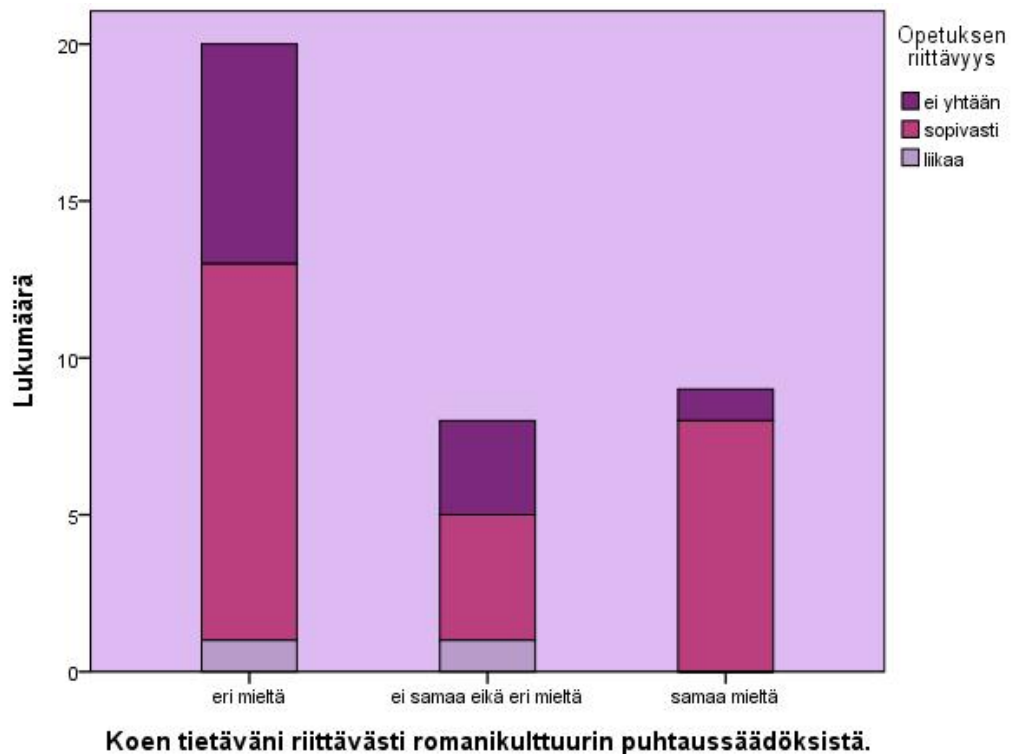
Väittämästä ”Koen tietäväni riittävästi juutalaisten ruokavalion erityispiirteistä.” olivat samaa mieltä viisi (13,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 11 (29,7 %) vastaajaa ja eri mieltä 21 (56,8 %) vastaajaa.



**Kuvio 9. Kulttuurisen opetuksen riittävyys verrattuna siihen, millaisiksi vastaajat kokivat tietonsa juutalaisten ruokavaliosta.**

Väittämästä ”Mielestäni somaliyhteisö on perhekeskeinen.” samaa mieltä olivat 26 (70,3 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kaksi (5,4 %) vastaajaa. Väittämästä ”Koen tietäväni riittävästi romanikulttuuriin liittyvistä puhtaussäädöksistä.” samaa mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) vastaajaa,

ei samaa eikä eri mieltä olivat kahdeksan (21,6 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat 20 (54,1 %) vastaajaa.



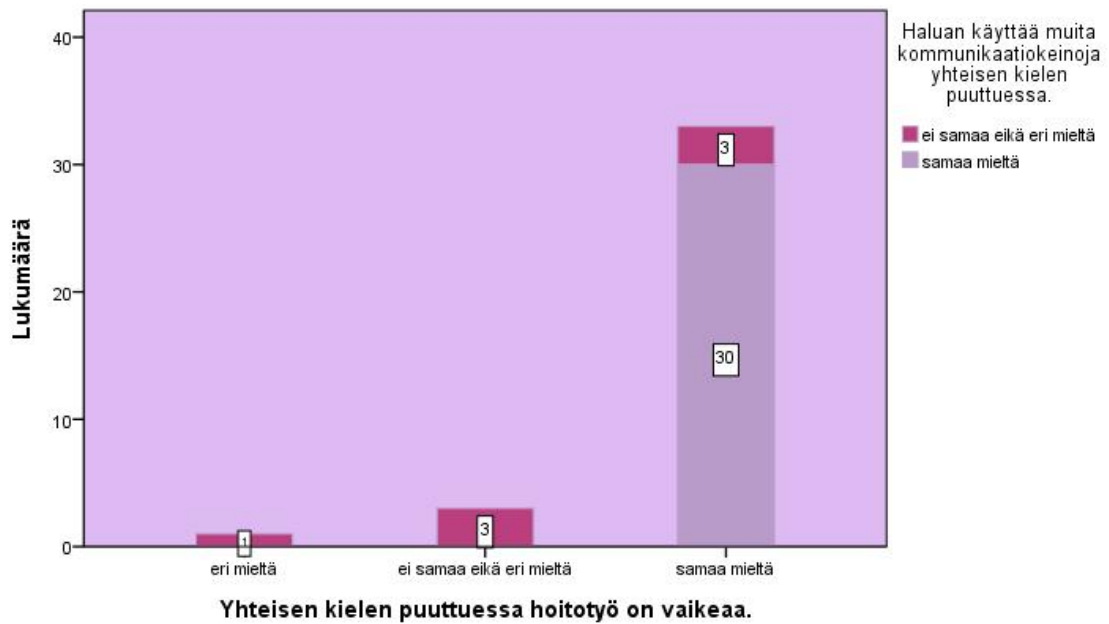
**Kuvio 10. Kulttuurisen opetuksen riittävyys verrattuna siihen, millaisiksi vastaajat kokivat tietonsa romanikulttuurin puhtaussäädöksistä.**

Väittämästä ”Länsimainen kulttuuri on mielestäni yksilökeskeisempi kuin itämainen.” samaa mieltä olivat 22 (59,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 12 (32,4 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kolme (8,1 %) vastaajaa. Viimeinen kulttuurista tietoa kartoittava väittämä oli ”Sairaus ja terveys määrittyvät mielestäni kulttuurin kautta.” Vastanneista 11 (29,7 %) olivat tästä samaa mieltä, 18 (48,6 %) eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä ja kahdeksan (21,6 %) olivat eri mieltä.

### 7.3 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen sensitiivisyys

Hoitohenkilökunnan kulttuurista sensitiivisyyttä kartoittavia väittämiä oli 16. Väittämästä ”Pyrin myötäeläytymään maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen.” samaa mieltä olivat 15 (40,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 17 (45,9 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa. Väittämästä ”Koen empatiasta olevan hyötyä hoitotyössä.” samaa mieltä olivat 30 (81,1 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä

olivat kuusi (16,2 %) vastaajaa ja eri mieltä oli yksi (2,7 %) vastaaja. Väittämästä ”Liialla empatialla voi olla haittansa hoitotyössä, jos sairaanhoitaja reagoi potilaan ongelmaan liian henkilökohtaisesti.” samaa mieltä olivat 33 (89,2 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä oli yksi (2,7 %) vastaaja ja eri mieltä olivat kolme (8,1 %) vastaajaa. Väittämästä ”En osaa myötäeläytyä riittävästi maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen.” samaa mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 17 (45,9 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat 15 (40,5 %) vastaajaa. Väittämästä ”Pidän molemminpuolista luottamusta tärkeänä hoitosuhteessa.” samaa mieltä olivat 36 (97,3 %) vastaajaa ja eri mieltä oli yksi (2,7 %) vastaaja. Väittämästä ”Asiakkaan luottamus on minulle tärkeä hänen taustastaan huolimatta.” samaa mieltä olivat 36 (97,3 %) vastaajaa ja eri mieltä oli yksi (2,7 %) vastaaja. Väittämästä ”Hoidan mieluummin alkuperäistä suomalaista kuin maahanmuuttajataustaista.” samaa mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat 19 (51,4 %) vastaajaa. Väittämästä ”Minulla ei ole ennakkoluuloja maahanmuuttajataustaisia kohtaan.” samaa mieltä olivat 16 (43,2 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 11 (29,7 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat 10 (27,0 %) vastaajaa. Väittämästä ”Hoidan mieluummin suomenkielistä kuin vieraskielistä.” samaa mieltä olivat 19 (51,4 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat kahdeksan (21,6 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat 10 (27,0 %) vastaajaa. Väittämästä ”Yhteisen kielen puuttuessa hoitotyö on vaikeaa.” samaa mieltä olivat 33 (89,2 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 3 (8,1 %) vastaajaa ja eri mieltä oli yksi (2,7 %) vastaaja. Väittämästä ”Haluan käyttää muita kommunikaatiokeinoja yhteisen kielen puuttuessa.” samaa mieltä olivat 30 (81,1 %) vastaajaa ja ei samaa eikä eri mieltä olivat seitsemän (18,9 %) vastaajaa. Kukaan vastaajista ei ollut tästä väittämästä eri mieltä.



**Kuvio 11. Hoitotyön vaikeus ilman yhteistä kieltä verrattuna siihen, haluavatko vastaajat yhteisen kielen puuttuessa käyttää muita kommunikaatiokeinoja.**

Väittämästä ”Pidän tulkin välityksellä asioimista hankalana hoitotyön kannalta.” samaa mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) vastaajista, ei samaa eikä eri mieltä olivat 10 (27,0 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat 18 (48,6 %) vastaajaa. Väittämästä ”Pyrin kunnioittamaan asiakkaan kulttuurin tapoja parhaan tietoni mukaan.” samaa mieltä olivat 33 (89,2 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat kolme (8,1 %) vastaajaa ja eri mieltä oli yksi (2,7 %) vastaaja. Väittämästä ”Kunnioitan asiakkaan kulttuuria myös henkilökunnan tiloissa.” samaa mieltä olivat 19 (51,4 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 13 (35,1 %) ja eri mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa. Väittämästä ”Koen, että hoitajana pystyn vaikuttamaan kulttuurien välisiin kohtaamisiin ja niistä mahdollisesti aiheutuviin ongelmiin sairaalassa.” samaa mieltä olivat 15 (40,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 17 (45,9 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa. Väittämästä ”Huomautan kollegalle tämän epäsoveliaasta käytöksestä asiakasta kohtaan.” samaa mieltä olivat 14 (37,8 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 18 (48,6 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa.

#### 7.4 Hoitohenkilökunnan kulttuurinen kompetenssi

Hoitohenkilökunnan kulttuurista kompetenssia kartoittavia väitteitä oli 15. Väittämästä ”Otan päätöksissä huomioon maahanmuuttaja-asiakkaan taustan.” samaa mieltä olivat 22 (59,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 12 (32,4 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kolme (8,1 %) vastaajaa. Väittämästä ”Koen epävarmuutta hoitaessani maahanmuuttajia.” samaa mieltä olivat 17 (45,9 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 11 (29,7 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat yhdeksän (23,3 %) vastaajaa. Väittämästä ”Otan huomioon eri kulttuureista tulevien potilaiden erilaiset taustat, esim. traumat.” samaa mieltä olivat 21 (56,8 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 13 (35,1 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kolme (8,1 %) vastaajaa. Väittämästä ”Osaan arvioida tulkin käytön tarpeen.” samaa mieltä olivat 24 (64,9 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 11 (29,7 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kaksi (5,4 %) vastaajaa. Väittämästä ”Pystyn ottamaan huomioon kivun ja terveyden kulttuuriset käsitykset hoitotyössä.” samaa mieltä olivat 13 (35,1 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 19 (51,4 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa. Väittämästä ”Koen pystyväni hoitamaan maahanmuuttajataustaista asiakasta kulttuurisesti pätevästi.” samaa mieltä olivat kahdeksan (21,6 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 17 (45,9 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat 12 (32,4 %) vastaajaa. Väittämästä ”Koen tarvitsevani lisäkoulutusta ja -tietoa vieraista kulttuureista.” samaa mieltä olivat 23 (62,2 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat kahdeksan (21,6 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kuusi (16,2 %) vastaajaa. Väittämästä ”Kykenen ottamaan huomioon asiakkaan kulttuuritaustan hoitotoimenpiteissä.” samaa mieltä olivat 23 (62,2 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 11 (29,7 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kolme (8,1 %) vastaajaa. Väittämästä ”Otan huomioon päivän töitä suunnitellessani maahanmuuttajataustaisen henkilön uskonnolliset ja muut tavat (esim. siveellisyysäännöt ja rukoilu).” samaa mieltä olivat 12 (32,4 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 16 (43,2 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) vastaajaa. Väittämästä ”Otan huomioon eri kulttuureista tulevien asiakkaiden erilaiset hoidon tarpeet.” samaa mieltä olivat 19 (51,4 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 14 (37,8 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat neljä (10,8 %) vastaajaa. Väittämästä ”Kykenen ennakoimaan ja ottamaan huomioon harvinaiset sairaudet ja terveyden erityispiirteet maahanmuuttajataustaisen asiakkaani kohdalla.” samaa mieltä olivat viisi (13,5 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 23 (62,2 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat yhdeksän (24,3 %) vastaajaa. Väittämästä ”Osaan tunnistaa epätasa-arvoisen toimintatavan ympärilläni.” samaa mieltä olivat 25 (67,6 %) vastaajaa ja ei samaa eikä eri

mieltä olivat 12 (32,4 %) vastaajaa. Kukaan vastaajista ei ollut väittämistä eri mieltä. Väittämistä ”Kiinnitän huomiota siihen, että maahanmuuttajataustaiset asiakkaat saavat tasa-arvoista hoitoa.” samaa mieltä olivat 27 (73,0 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat kahdeksan (21,6 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kaksi (5,4 %) vastaajaa. Väittämistä ”Otan puheeksi epätasa-arvoisen käytöksen ympärilläni.” samaa mieltä olivat 20 (54,1 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 15 (40,5 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kaksi (5,4 %) vastaajaa. Väittämistä ”Otan huomioon palvelujärjestelmän toiminnan ehdot ohjatessani maahanmuuttajataustaista väestöä.” samaa mieltä olivat 13 (35,1 %) vastaajaa, ei samaa eikä eri mieltä olivat 21 (56,8 %) vastaajaa ja eri mieltä olivat kolme (8,1 %) vastaajaa.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, erään pääkaupunkiseudun suuren sairaalan tietyillä osastoilla työskentelevien hoitotyöntekijöiden näkemystä kulttuurisesta hoitotyöstä kyselylomakkeen avulla. Työn tarkoituksena oli kartoittaa, miten ko. osastojen hoitotyöntekijät kokevat oman osaamisensa hoitaa ja kohdata maahanmuuttajataustaisia asiakkaita. Opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen. Aihe on myös ajankohtainen, koska maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden määrä lisääntyy ja hoitotyöntekijöillä on oltava riittävät valmiudet kohdata nämä asiakkaat ja huomioida heidän kulttuurinen taustansa hoitotyötä toteuttaessaan. Aiemmat tutkimukset ovat painottuneet lähinnä asiakasnäkökulmaan. Kansainvälisesti on tutkittu myös hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia sekä kulttuurista pätevyyttä hoitotyössä. Suomessa kulttuurisen kompetenssin tutkimus on kuitenkin ollut vähäistä. Myös henkilökunnan kohtaamia ongelmia sekä heidän kokemuksia maahanmuuttajasiakkaiden kanssa on tutkittu melko vähän. (Ikonen 2007: 148; Tuokko 2007: 7-8; Wellman 2009: 20.)

Kysely rajattiin erään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaalan määritetyille osastoille, koska näillä osastoilla potilasvaihtuvuus on suuri, ja hoitotyöntekijät kohtaavat paljon eri taustoja omaavia potilaita. Kyselyyn vastanneet hoitotyöntekijät joutuvat kohtaamaan päivittäin eri kulttuurista tulevia potilaita, jolloin heidän kulttuurisen osaamisensa on oltava riittävä hoitamaan heitä. Jos kyselyyn olisi otettu mukaan kaikki HUS:n sairaalan osastot, olisi kyselystä tullut liian laaja, jolloin sen organisoiminen ja



hallitseminen olisi ollut vaikeaa. Olemme kokemattomia tekemään kvantitatiivista tutkimusta, jonka vuoksi pienempi vastausjoukko oli hyvä vaihtoehto.

Kyselyn reliabiliteetti ei ole hyvä. Vastausprosentti jäi riittävästä vastausajasta huolimatta pieneksi (41,6 %), jolloin otos ei edusta kattavasti vastausjoukkoa. Kysely suoritettiin kyselylomakkeilla, jotka vietin henkilökohtaisesti tutkimuslupaamme kuuluvien osastojen osastonhoitajille, jotka jakoivat kyselylomakkeet osastojensa hoitotyöntekijöille. Kyselylomakkeet olivat osastoilla sovitulla paikalla ja vastatut kyselylomakkeet palautettiin osastojen yhteisiin palautuskuoriin, jotka kävimme itse hakemassa osastoilta pois ennalta sovittuna ajankohtana. Tämä on voinut vaikuttaa vastausprosenttiin heikentävästi, sillä osa kyselyistä on voinut hukkua osastolla tai tieto palautuskuoresta ja/tai ajasta ei ole ollut kaikkien vastaajien tiedossa. Kyselyn saatekirje pyrki monin tavoin motivoimaan vastaajia osallistumaan, mutta kyselyä olisi pitänyt tuoda enemmän esille osastoilla, esimerkiksi käymällä henkilökohtaisesti osastoilla kysymässä, onko työntekijöillä kyselyyn liittyviä kysymyksiä. Vastausajankohta saattoi myös olla huono, työntekijöitä oli kesälomalla tai palaamassa kesälomalta, ja kyselyyn kuuluvilla osastoilla oli menossa organisaatiomuutoksia. Tämänkaltaisissa kyselyissä vastaamiseen vaikuttavilla olosuhteilla ja vastaajien lukumäärällä on suuri vaikutus vastausprosenttiin ja sitä kautta reliabiliteettiin. Kyselyn, jonka vastaustilannetta ei ole valvottu, ongelmana on, että kyselyn tekijä ei voi tietää, onko vastaaja tehnyt kyselyn yksin ja omien tietojen mukaan sekä onko vastaaja perehtynyt kyselyyn ja vastannut siihen huolellisesti. Tämä vaikuttaa kyselyn reliabiliteettiin. (Heikkilä 2008: 30.) Vastatut kyselylomakkeet käytiin huolellisesti läpi. Vastausaineiston analysointiin käytettiin Statistical Package for Social Sciences- tilasto-ohjelmaa, joka on muuttanut tulokset taulukkomuotoon, jonka pohjalta on tehty käytetyt taulukot ja diagrammit. Hyödynsimme myös opinnäytetyön tekijöitä varten järjestettyjä tilastopajoja. Vaikka emme olleet aikaisemmin käyttäneet Statistical Package for Social Sciences- tilasto-ohjelmaa, kartoituksen reliabiliteetti säilyi, kun hyödynsimme tarjottua ohjausta ohjelman käytössä, jota emme täysin hallinneet itsenäisesti. Näin ollen virheiden mahdollisuus jäi pieneksi. (Heikkilä, 2008: 30.)

Kyselyn validiteettiin pyrittiin vaikuttamaan muokkaamalla valmiin kyselylomakkeen kysymykset ja väittämät opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiä ja tarkoitusta vastaavaksi. Kyselystä pyrittiin tekemään selkeä, helposti ymmärrettävä ja puolueeton. Siitä on kuitenkin pyritty tekemään haastava, jolloin se mittaa todellista osaamista ja tietä-

mystä. Kysely siis mittaa sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. (Heikkilä 2008; Vilka 2005.)

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 54 kysymystä. Taustatiedoissa kysymyksiä oli seitsemän, joissa kysyttiin vastaajan ikää, sukupuolta, koulutustaustaa, työskentelykokemusta hoitajana (vuosina mitattuna), maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohtaamista työssä, kielitaitoa oman äidinkielen lisäksi sekä koulutuksessa olevan kulttuurisen hoitotyön osuuden riittävyttä. Kysymykset olivat väittämiä, ja niitä oli 48 kappaletta. Väittämistä vastaaja valitsi itselleen sopivamman vaihtoehdon. Vaihtoehtoja oli viisi, joista 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = melko samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Väittämät 1 - 9 käsittelivät hoitotyöntekijän kulttuurista tietoutta. Väittämillä 10 - 17 kartoitettiin hoitotyöntekijöiden kulttuurista tietoa. Väittämät 18 - 33 käsittelivät hoitotyöntekijän sensitiivisyyttä hoitotyössä ja väittämät 34 - 48 kartoittivat hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia. Tuloksia analysoitaessa huomasin pieniä ristiriitoja väittämien vastausten kanssa. Ei ole varmaa, ovatko vastaajat vastanneet täysin rehellisesti, vai ovatko he vastanneet niin kuin olettavat, että pitäisi vastata. Huomasimme tuloksista, että vastaajat ovat voineet käsittää jotkin väittämistä provosoivina tai ammattitaidon kyseenalaistamisena. (Vilka 2005.) Toisaalta ristiriidat voivat myös johtua siitä, että vastaajat eivät ole välttämättä perehtyneet kyselyyn tarpeeksi, tai heillä ei ole ollut riittävästi mielenkiintoa vastata ajatuksella, mikä voi johtua osastolla meneillään olevista muutoksista.

Teoriatiedon kerääminen oli haastavaa, koska hoitotyöntekijöiden kulttuurista osaamista ei ole tutkittu paljoa Suomessa, mutta kansainvälisiä tutkimuksia taas löytyi helposti. Tämän vuoksi käytimme teoriapohjaan mahdollisimman vähän eri teoriakirjoja, jolloin asiasisältö pysyi samana. Kyselyn toteuttamismenetelmän valinta oli selkeä, mutta sen toteuttaminen vaati syvempää perehtymistä kvantitatiiviseen tutkimukseen. Hyvä teoriapohja ja toimiva yhteistyö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa tekivät kyselyn toteuttamisesta helppoa. Työn tekeminen oli haastavaa ja aikaa vievää. Joissakin työn vaiheissa tekeminen ei ollut mielekäästä, mutta toisissa vaiheissa taas antoisaa ja mukavaa.

Opinnäytetyötä voi jatkossa käyttää teorialähteenä kartoitettaessa hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia. Kyselyn tulokset ovat suuntaa-antavia hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta kompetenssista ja sen kehittämisen tarpeesta.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, erään pääkaupunkiseudun suuren sairaalan muutamilla osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien näkemystä kulttuurisesta hoitotyöstä kyselylomakkeen avulla. Työn tarkoituksena oli kartoittaa, miten ko. osastojen hoitotyöntekijät kokevat oman osaamisensa hoitaa ja kohdata maahanmuuttajataustaisia asiakkaita. Kohdistimme kyselyn osastojen 89 hoitotyöntekijälle, joista kyselyyn vastasi 37.

Hoitohenkilökunnan kulttuurista tietoutta kartoitettiin yhdeksällä väittämällä. Seitsemän väittämistä käsitteli vastaajien kokemusta omasta kansallisuudestaan ja heidän suhteitaan suomalaisille yleisesti merkittäviin asioihin. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli näistä väittämistä ”samaa mieltä” (94,6 % - 48,6 %). Näistä väittämistä vastaajilla oli vahvat mielipiteet, sillä vain muutama kysymykseen oli osa vastaajista vastannut ”ei samaa eikä eri mieltä”. Näistä väittämistä eri mieltä olleet vastaajat eivät kokeneet itseään suomalaisiksi. Kaksi väittämistä käsitteli hoitohenkilökunnan mahdollisesti muodostamia ennakoasenteita, jotka syntyvät asiakkaan nimen tai ulkonäön perusteella sekä naisen ja lapsen arvostusta kulttuureissa. Myös näistä väittämistä oltiin yleisesti samaa mieltä.

Hoitohenkilökunnan kulttuurista tietoa kartoitettiin kahdeksalla väittämällä. Kaksi väittämää käsitteli eri uskontojen määrittelemiä ruokavalion erityispiirteitä. Väittämistä kolme käsitteli tiettyjen kulttuurien erityispiirteitä. Näistä väittämistä suurin osa vastaajista kertoi olevansa eri mieltä ja he kokivat tarvitsevansa näistä asioista lisää tietoa. Kaksi väittämää käsitteli kulttuurin vaikutusta henkilön kokemukseen sairaudesta ja terveydestä sekä eri kulttuurien yksilökeskeisyyttä toisiinsa verrattuna. Vastaajat olivat melko yhtenäisesti samaa mieltä ko. väittämien kanssa, mutta kulttuurin merkityksestä sairauden ja terveyden kokemiseen monet olivat epävarmoja, tai eivät halunneet tuoda julki mielipidettään, sillä suurin osa (48,6 %) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Yksi aihepiirin väittämistä käsitteli kielitaidon vaikutusta asiakkaan saaman terveydenhuollon laatuun. Tämä väittämä jakoi vastaajat selkeästi kahtia, sillä samaa ja eri mieltä olevia vastaajia oli yhtä paljon (35,1 % kumpaakin).

Hoitohenkilökunnan kulttuurista sensitiivisyyttä kartoitettiin 16 väittämällä. Neljä väit-  
tämää käsitteli vastaajien asennoitumista eri kulttuurista tulevan asiakkaan hoitoa vaati-  
vaan tilanteeseen. Näistä väittämistä vastaajat olivat yleisesti samaa mieltä, tai sitten he  
eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä. Vastauksista voi päätellä, että ”ei samaa eikä eri  
mieltä” olleet vastaajat eivät välttämättä halunneet kertoa oikeaa kantaansa asiaan. Kak-  
si väittemää käsitteli luottamusta hoitosuhteessa. Suurin osa vastaajista piti asiakkaan  
luottamusta tärkeänä tämän taustasta riippumatta. Vain yksi vastaaja oli tästä asiasta eri  
mieltä. Kuusi väittemää käsitteli vastaajien asennoitumista maahanmuuttajataustaisen ja  
vieraskielisen asiakkaan hoitoon liittyviin haasteisiin. Vastaajien mielestä vieraskielisen  
asiakkaan hoitamisessa on käytössä muita helppokäyttöisiä kommunikaatiokeinoja, kuin  
keskinäinen vuorovaikutus puhumalla. Neljä väittemää käsitteli vastaajien asennoitu-  
mista eri kulttuurista lähtöisin olevan asiakkaan kulttuurin kunnioittamiseen niin hoitoti-  
lanteissa kuin niiden ulkopuolella. Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä, että he kun-  
nioittavat asiakkaan kulttuuriin liittyviä tapoja niin hoitotyössä asiakkaan kanssa kuin  
henkilökunnan tiloissa. Kuitenkaan suurin osa vastaajista (45,9 % - 48,6 %) ei ollut sa-  
maa eikä eri mieltä siitä, että he kokisivat pystyvänsä vaikuttamaan kulttuurien välisiin  
kohtaamisiin ja niihin mahdollisesti liittyviin ongelmiin hoitotyössä eivätkä koe olevan-  
sa samaa eikä eri mieltä väittemästä huomauttaisivatko he, jos kollega käyttäytyy epä-  
soveliaasti asiakasta kohtaan. Tässä on pieni ristiriita, sillä toisaalta vastaajat kunnioit-  
tavat asiakkaan kulttuurista taustaa, mutta toisaalta he eivät koe pystyvänsä vaikutta-  
maan ongelmatilanteisiin tai koe, että heidän tulisi puuttua kollegan epäsoveliaaseen  
käytökseen asiakasta kohtaan.

Hoitohenkilökunnan kulttuurista kompetenssia kartoitettiin 15 väittämällä. Neljä väit-  
tämää käsitteli vastaajien taitoa ottaa päätöksenteossa huomioon asiakkaan tausta, tulkin  
käyttämisen tarpeellisuus ja epävarmuus hoitotyössä. Suurin osa vastaajista oli samaa  
mieltä, että ottavat hoitotyön päätöksenteossa huomioon asiakkaan erilaiset taustat ja  
osaavat arvioida tulkin käytön tarpeellisuuden. Kuitenkin samaan aikaan suurin osa vas-  
taajista oli samaa mieltä, että he kokevat epävarmuutta hoitaessaan maahanmuuttaja-  
taustaista asiakasta. Seitsemän väittemää kartoitti vastaajien mielipidettä heidän kulttuu-  
risesta tiedostaan kohdatessaan maahanmuuttajataustaisia asiakkaita hoitotyössä. Suurin  
osa vastaajista oli samaa mieltä, että he tarvitsevat lisäkoulutusta ja -tietoa vieraista  
kulttuureista, mikä näkyy myös siinä että, suurin osa vastaajista (62,2 %) ei ollut samaa  
eikä eri mieltä siitä, kykenevätkö he ottamaan huomioon harvinaiset sairaudet ja tervey-  
den erityispiirteet maahanmuuttajataustaisen asiakkaan kohdalla. Samaa aikaan vastaa-

jat olivat sitä mieltä, että he kykenevät ottamaan asiakkaan kulttuuritaustan huomioon hoitotoimenpiteissä. Tämä on ristiriidassa lisäkoulutuksen tarpeeseen verrattaessa sekä siinä, miten hyvin hoitotyöntekijät kykenevät huomioimaan mahdolliset harvinaiset sairaudet ja maahanmuuttajataustaisen asiakkaan terveyden erityispiirteet. Neljä väittämää kartoitti vastaajien kokemusta siitä, miten he kykenevät huomioimaan tasa-arvoisen kohtelun toteutumisen käytännön hoitotyössä. Suurin osa vastaajista oli väittämien kanssa samaa mieltä siitä, että he osaavat ottaa huomioon tasa-arvoisen kohtelun toteutumisen myös maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohdalla.

Varsinainen tutkimuskysymyksemme oli: ”millainen on hoitohenkilökunnan näkemys omasta kulttuurisesta osaamisesta?” (Anttalainen ym. 2009.) Kyselyn tuloksista kävi ilmi, että hoitotyöntekijöiden mielestä heidän koulutuksessaan oli riittävästi kulttuurisen hoitotyön opetusta. Tästä huolimatta he kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta eri kulttuurien erityispiirteistä. Tämä kävi ilmi kulttuurista tietoa koskevien väitteiden vastauksista, joihin suurin osa vastaajista oli vastannut ”eri mieltä” tai ”ei samaa eikä eri mieltä”. Näin ollen vastauksista kävi ilmi, että hoitotyöntekijät kokivat ko. tietonsa riittämättömiksi tai he eivät olleet varmoja siitä, tietävätkö tarpeeksi eri kulttuurien erityispiirteistä.

## LÄHTEET

- Abdelhamid, Pirkko - Juntunen, Anitta - Koskinen, Liisa: 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Anttalainen, Anu – Haikola, Ville – Hämäläinen, Jenni: 2009. Hoitotyöntekijöiden monikulttuurinen kompetenssi: kyselylomakkeen luominen. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Finell, Eerika: 2005. Kansallista identiteettiä kartoittamassa: Kansalliset symbolit ja niihin liittyvät muistot ja tunteet. Pro Gradu. Helsingin yliopisto.
- Heikkilä, Tarja :2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki Edita publishing Oy.
- Hirsijärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula: 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu Tammi.
- Ikonen, Eija-Riitta 2007: Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsiteanalyttinen tutkimus hybridisellä mallilla. Hoitotiede no 3/2007 vol. 19.
- Jasinskaja-Lahti, Inga – Liebkind, Karmela – Vesala, Tiina: 2002. Rasismi ja syrjintä Suomessa – maahanmuuttajien kokemuksia. Tampere Tammer-Paino Oy.
- Papadopoulos, Irena: 2006. Transcultural health and social care – Development of culturally competent practitioners. Churchill livingstone elsevier.
- Tuokko, Tuula: 2007. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Vehkalahti, Kimmo: 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi. Helsinki.
- Vilkkä, Hanna : 2005. Tutki ja kehitä. 1.-2.painos. Tammi.
- Wellman, Eija Kulttuurinen pätevyys on erikoisosaamista. Sairaanhoitaja 4/2009 vol. 82.
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. Julkaistu 20.11.2007.  
< <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,727,974,3360>>  
Luettu 29.4.2010
- Suomen väestö 2008. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. Julkaistu 27.3.2009.  
< [http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak\\_2008\\_2009-03-27\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak_2008_2009-03-27_tie_001_fi.html)>  
Luettu 26.2.2010.

JOHTAVA YLIHOITAJA, [REDACTED]

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olemme viidennen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolian ammattikorkeakoulusta. Tutkintovaatimukseemme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Anomme aineistonkeruulupaa opinnäytetyötämme varten, joka on osa LOG-soteprojektia (Lokaali ja Globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla), aiheenamme on Kulttuurinen kompetenssi -hoitotyöntekijän näkemys kulttuurisesta osaamisestaan hoitotyössä. Valitsimme aiheen koska monikulttuurisuuden lisääntyminen Suomessa on ajankohtainen asia jonka takia hoitotyöntekijöillä on oltava riittävät valmiudet kohtaamaan eri kulttuurista tuleva potilas.

Varsinaiset opinnäytetyön kysymykset ovat:

- Millainen on hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi?
- Millainen on hoitohenkilökunnan näkemys omasta kulttuurisesta osaamisesta?

Tarkoituksenamme on kartoittaa aihetta kyselylomakkeella, jotka toimitamme [REDACTED]. Osastonhoitaja [REDACTED] kanssa on alustavasti sovittu käytännön asioista. Lisäksi pyydämme lupaa aineistonkeruuseen tulosityksikön jollekin toiselle osastolle. Viemme ja haemme kyselylomakkeet henkilökohtaisesti osastolle ja keskustelemme vielä henkilökunnalle tutkimuksestamme ja vastaamme heidän esittämiin kysymyksiin.

Keräämämme aineisto tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja tutkimukseen osallistuvat hoitotyöntekijät pysyvät nimettöminä. Tutkimuksesta tehdään kirjallinen raportti, joka julkaistaan Theseus-tietokannassa loppuvuodesta 2010. Halutessanne opinnäytetyön tulokset esitellään tulosityksikösänne.

Toivottavasti tutkimuksesta on hyötyä Teille että meille.

Sairaanhoitajaopiskelija  
kelija

Sairaanhoitajaopis-  
kelija

Pauliina Salminen

██████████

Mirka Uusoksa

██████████

Eila-Sisko Korhonen

Lehtori

Arja Liinamo

Yliopettaja

Liitteenä tutkimussuunnitelma sekä kyselylomake hoitotyön-  
tekijöille

LUPA MYÖNNETTY / HYLÄTTY PVM

Johtava ylihoitaja ██████████



Hakija	Sairaanhoitajaopiskelijat Mirka Uusoksa ja Pauliina Salminen
Esittelijä	Osastoryhmän päällikkö [REDACTED]
Asia	KULTTUURINEN KOMPETENSSI - SAIRAANHOITAJAN NÄKEMYS KULTTUURISESTA OSAAMISESTAAN HOITOTYÖSSÄ
Perustelut	<p>Metropolia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Mirka Uusoksa ja Pauliina Salminen anovat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää millainen on hoitotyöntekijöiden pätevyys ottaa huomioon asiakkaan kulttuurinen tausta ja millainen näkemys hoitotyöntekijöillä on omasta kulttuurisesta osaamisestaan. Opinnäytetyö on osa Lokaali ja Globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla projektia (LOG), jonka tarkoituksena on kartoittaa maahanmuuttajien terveyden edistämistä ja hyvinvointia osana kotiuspolitiikkaa, ammatillista koulutusta ja palveluja.</p> <p>Mirka Uusoksa ja Pauliina Salminen anovat lupaa toteuttaa tutkimusaineiston keruu [REDACTED] Tutkimusaineisto kerätään sairaanhoitajilta kyselylomakkeella. Vastaajille on laadittu saatekirje, josta ilmenee vastaamisen vapaaehtoisuus.</p> <p>Tutkimuksen ohjaajana toimivat Metropolia ammattikorkeakoulusta lehtori, THM Eila-Sisko Korhonen ja TtT, yliopettaja Arja Liinamo. Aineisto on tarkoitus kerätä ajalla 1.7.2010 - 31.10.2010.</p> <p>Tutkimuksen avulla saatua tietoa tullaan hyödyntämään sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämisessä sekä ammattihenkilöstön koulutuksessa.</p>
Päätös	<p>Edellä esitetyn perusteella myönnän tutkimusluvan sairaanhoitajaopiskelijoiden Mirka Uusoksen ja Pauliina Salmisen opinnäytetyölle Kulttuurinen kompetenssi - sairaanhoitajan näkemys kulttuurisesta osaamisestaan hoitotyössä. Päätös on voimassa 1.7. - 31.10.2010 välisen ajan. Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä tietoja on käsiteltävä anonyymisti.</p> <p>Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa raportti [REDACTED] luvan myöntäjälle, johtava ylihoitaja [REDACTED]</p>
Valmistelija	Erikoissuunnittelija [REDACTED] puh. [REDACTED] tai [REDACTED], sähköposti: [REDACTED]
Sovelletut oikeusohjeet	HUS, Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002 Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) Henkilötietolaki (523/1999) Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
Päätösvallan peruste	Hyks-sairaanhoitoalueen toimintaohje, kohta 3 [REDACTED] tulosyksikön johtajan päätös § 249 (31.8.2009)

[REDACTED]  
[REDACTED], johtava ylihoitaja

Jakelu

sairaanhoitajaopiskelija Mirka Uusoksa  
sairaanhoitajaopiskelija Pauliina Salminen  
[REDACTED] johtaja [REDACTED]  
osastoryhmän päällikkö [REDACTED]  
erikoissuunnittelija [REDACTED]  
kliniset asiantuntijat / [REDACTED]  
kliniset opettajat / [REDACTED]

Lähetetty tiedoksi

23.6.2010 / [REDACTED]

Hei!

Opiskelemme Metropolia Ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyötä kulttuurisesta hoitotyöstä. Tarkoituksenamme on kartoittaa, mikä on sairaanhoitajien näkemys kulttuurisesta hoitotyöstä.

Opinnäytetyömme on osa Lokaali ja Globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla -kehityshanketta, jonka tarkoituksena on tutkia, miten voidaan edistää maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia osana kotouttamispolitiikkaa, ammatillista koulutusta ja palveluja.

Hankkeen tuottamia tietoja tullaan käyttämään sosiaali- ja terveysalan palveluiden kehittämiseen sekä ammattihenkilöstön koulutukseen pääkaupunkiseudulla.

Pyydämme Teitä vastaamaan oheiseen kyselyyn ja auttamaan meitä opinnäytetyömme toteutuksessa. Aikaa vastaamiseen kuuluu noin 15-20 minuuttia. Kyselyyn vastataan nimettömästi, tulokset käsitellään, analysoidaan ja raportoidaan luottamuksellisesti siten, ettei vastaajien henkilöllisyys tule ilmi. Kyselyyn vastaaminen on Teille vapaaehtoista.

Kiitos ajastanne!

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelija Pauliina Salminen  
pauliina.salminen2@metropolia.fi

Sairaanhoitajaopiskelija Mirka Uusoksa  
mirka.uusoksa@metropolia.fi

Metropolia Ammattikorkeakoulu, hoitotyö

Opinnäytetyön ohjaajat lehtori, THM Eila-Sisko Korhonen ja yliopettaja,  
TtT Arja Liinamo

## 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  Kätilö
4. Työskentelykokemus hoitajana (vuosina)  
 Alle 2  2-5  6-9  10-15  16-20  21-25  yli 25
5. Kuinka usein kohtaatte maahanmuuttajataustaisia asiakkaita 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
7. Kulttuurisen hoitotyön opetuksen riittävyys koulutuksessa?  
 Ei yhtään  Melko riittävä  Sopiva  Liikaa

## 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

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. Mielestäni olen suomalainen.   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Mielestäni suomen kieli on tärkeä osa suomalaista identiteettiä.                             | 1 2 3 4 5 |
| 3. Suomalaisena luonto on minulle tärkeää.  | 1 2 3 4 5 |
| 4. Kunnioitan ja arvostan sotaveteraaneja.  | 1 2 3 4 5 |
| 5. Saatan tehdä oletuksia asiakkaan kansalaisuudesta hänen nimensä tai ulkonäkönsä perusteella. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Mielestäni joissakin kulttuureissa naista ja lasta ei  | 1 2 3 4 5 |

arvosteta yhtä paljon kuin miestä.

LIITE 3 3/5

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 yhtenäinen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Suomessa muut kuin suomen kieltä puhuvat voivat saada huomattavasti parempaa terveydenhuoltoa.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Koen tietoni naisten ympärileikkauksesta riittäviksi.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Koen tietäväni riittävästi islaminuskosten ruokavalion erityispiirteistä.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Koen tietäväni riittävästi juutalaisten ruokavalion erityispiirteistä.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Mielestäni somaliyhteisö on perhekeskeinen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Koen tietäväni riittävästi romanikulttuuriin liittyvistä puhtaussäädöksistä.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Länsimainen kulttuuri on mielestäni yksilökeskeisempi kuin itämainen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Sairaus ja terveys määrittävät mielestäni kulttuurin kautta.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Pyrin myötäeläytymään maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Koen empatiasta olevan hyötyä hoitotyössä.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Liialla empatialla voi olla haittansa hoitotyössä, jos sairaanhoitaja reagoi potilaan ongelmaan liian henkilökohtaisesti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. En osaa myötäeläytyä riittävästi maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Pidän molemminpuolista luottamusta tärkeänä hoitosuhteessa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

23. Asiakkaan luottamus on minulle tärkeä hänen taustastaan huolimatta. 1 2 3 4 5
24. Hoidan mielummin alkuperäistä suomalaista kuin maahanmuuttajataustaista. 1 2 3 4 5
- 1 = täysin eri mieltä  
3 = ei samaa eikä eri mieltä  
5 = täysin samaa mieltä
25. Minulla ei ole ennakkoluuloja maahanmuuttajataustaisia kohtaan. 1 2 3 4 5
26. Hoidan mielummin suomenkielistä kuin vieraskielistä. 1 2 3 4 5
27. Yhteisen kielen puuttuessa hoitotyö on vaikeaa. 1 2 3 4 5
28. Haluan käyttää muita kommunikaatiokeinoja yhteisen kielen puuttuessa. 1 2 3 4 5
29. Pidän tulkin välityksellä asioimista hankalana hoitotyön kannalta. 1 2 3 4 5
30. Pysin kunnioittamaan asiakkaan kulttuurin tapoja parhaan tietoni mukaan. 1 2 3 4 5
31. Kunnioitan asiakkaan kulttuuria myös henkilökunnan tiloissa toimiessani. 1 2 3 4 5
32. Koen, että hoitajana pystyn vaikuttamaan kulttuurien välisiin kohtaamisiin ja niistä mahdollisesti aiheutuviin ongelmiin sairaalassa. 1 2 3 4 5
33. Huomaatan kollegalle tämän epäsoveliaasta käytöksestä asiakasta kohtaan. 1 2 3 4 5
34. Otan päätöksissäni huomioon maahanmuuttaja-asiakkaan taustan. 1 2 3 4 5
35. Koen epävarmuutta hoitaessani maahanmuuttajia. 1 2 3 4 5
36. Otan huomioon eri kulttuureista tulevien potilaiden erilaiset taustat, esim. traumat. 1 2 3 4 5
37. Osaan arvioida tulkin käytön tarpeen. 1 2 3 4 5
38. Pystyn ottamaan huomioon kivun ja terveyden kulttuuriset 1 2 3 4 5

käsitykset hoitotyössä.

1 = täysin eri mieltä

3 = ei samaa eikä eri mieltä

5 = täysin samaa mieltä

- |  |           |
|--|-----------|
| 39. Koen pystyväni hoitamaan maahanmuuttajataustaista asiakasta kulttuurisesti pätevästi.  | 1 2 3 4 5 |
| 40. Koen tarvitsevani lisäkoulutusta ja -tietoa vieraista kulttuureista.   | 1 2 3 4 5 |
| 41. Kykenen ottamaan huomioon asiakkaan kulttuuritaustan hoitotoimenpiteissä.  | 1 2 3 4 5 |
| 42. Otan huomioon päivän töitä suunnitellessani maahanmuuttajataustaisen henkilön uskonnolliset ja muut tavat (esim. siveellisyysäännöt ja rukoilu). | 1 2 3 4 5 |
| 43. Otan huomioon eri kulttuureista tulevien asiakkaiden erilaiset hoidon tarpeet.   | 1 2 3 4 5 |
| 44. Kykenen ennakoimaan ja ottamaan huomioon harvinaiset sairaudet ja terveyden erityispiirteet maahanmuuttajataustaisen asiakkaani kohdalla.        | 1 2 3 4 5 |
| 45. Osaan tunnistaa epätasa-arvoisen toimintatavan ympärilläni.  | 1 2 3 4 5 |
| 46. Kiinnitän huomiota siihen, että maahanmuuttajataustaiset asiakkaat saavat tasa-arvoista hoitoa.  | 1 2 3 4 5 |
| 47. Otan puheeksi epätasa-arvoisen käytöksen työyhteisössäni.  | 1 2 3 4 5 |
| 48. Otan huomioon palvelujärjestelmän toiminnan ehdot ohjatessani maahanmuuttajataustaista väestöä.  | 1 2 3 4 5 |