

Salla-Mari Ojama & Susanna Palo

MONIKULTTUURINEN POTILAS ENSIHOIDOSSA

Opas ensihoitajille

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2017**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Marraskuu 2017	Tekijät Salla-Mari Ojama & Susanna Palo
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi Monikulttuurinen potilas ensihoidossa. Opas ensihoitajille.		
Työn ohjaaja Lehtori Seppälä Merja TtM	Sivumäärä 40+13	
Työelämäohjaaja Kenttäjohtaja Rikala Toni		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen opas, jonka avulla voidaan antaa tietoa ensihoitajille Keski-Pohjanmaan alueen yleisimpien eri kansallisuuksien kulttuureista, jotta kohdatessa toisen kulttuurin edustajaa on helpompi ymmärtää. Opinnäytetyö toteutettiin tuotekehittelyprojektina, jonka tuloksena syntyi opas monikulttuurisen potilaan kohtaamistilanteita varten. Opinnäytetyö sai alkunsa Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän ensihoidokeskuksen kehitystarpeesta. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisen itsearvioinnin perusteella oli todettu, että ensihoitajille tarvitaan lisää menetelmiä monikulttuurisen potilaan kohtaamiseen.</p> <p>Opinnäytetyön aihe rajattiin Keski-Pohjanmaalla esiintyvään neljään kantaväestöstä erottuvaan kulttuuriin, jotka ovat kiinalaisuus, islamilainen kulttuuri, venäläisyys ja romanikulttuuri. Tietoperustassa kerrottiin kulttuureille ominaisia tapoja, käytäntöjä ja uskontojen vaikutuksia.</p> <p>Tuotekehittelyprojekti eteni ongelman ja kehittämistarpeen tunnistuksesta, ideointivaiheen kautta luonnosteluvaiheeseen, jonka jälkeen tuli kehittelyvaihe ja lopuksi viimeistelyvaihe. Noudatimme tuotteen ulkoasussa Kokkolan ensihoidokeskuksen toiveita. Tuotteen sisällön suunnittelun toteutimme yhdessä työelämänohjaajan kanssa. Tuotekehittelyprojektin tuotoksena syntyi ensihoidokeskuksen tarpeisiin vastaava monikulttuurisen potilaan kohtaamisen opas, jota voidaan hyödyntää koulutustarkoituksissa.</p>		

Asiasanat Ensihoito, kohtaaminen, monikulttuurisuus, opas, tuotekehittelyprojekti

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date November 2017	Author Salla-Mari Ojama & Susanna Palo
Degree programme Degree program of nursing		
Name of thesis A Multicultural Patient in Emergency Medicine. A Guidebook for Paramedics		
Instructor Senior Lecturer Merja Seppälä MHsc	Pages 40+13	
Supervisor Field Director Toni Rikala		
<p>The aim of this thesis was to create a guidebook for paramedics on the cultures of the largest ethnic groups in the Central Ostrobothnia region so as to provide better care for patients. The thesis was a product development project that resulted in a guide for treatment and care of multicultural patients. The starting point for the thesis came from the needs of the Emergency Services Unit at the Central Hospital of Central Ostrobothnia. The unit had completed a self-assessment based on The Ministry of Social Affairs and Health guidelines and recognized that paramedics needed better practices for the care of multicultural patients.</p> <p>The focus of the thesis was limited to Chinese, Islamic, Russian and Finnish Romani cultures, which are common ethnic groups in the Central Ostrobothnia region. The theory part of the thesis describes the cultures' characteristics: customs, practices and the impact of religion.</p> <p>There were numerous stages in the product development project: After recognizing the concern and the need for development, there were the idea generation and drafting stages. After that came the development stage and finally the finishing stage. The layout of the product follows the recommendations of the Emergency Services Unit of Kokkola. The planning of the contents of the product was done in cooperation with the work supervisor. The result of the product development project is a guidebook for paramedics working with multicultural patients which meets the needs of the emergency services and which can be used for training purposes.</p>		

<p>Key words Emergency services, encounter, multiculturalism, guide, product development project</p>

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	3
2.1 Ensihoito.....	3
2.2 Monikulttuurisuus	6
2.2.1 Kiinan kulttuuri ja uskonnot	8
2.2.2 Islam	11
2.2.3. Venäläinen kulttuuri.....	15
2.2.4. Romanikulttuuri.....	17
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
4 TUOTEKEHITTELYPROJEKTINA KOHTAAMISEN OPAS	21
4.1 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla	21
4.2 Kehittämistarpeiden tunnistaminen ja ideointi.....	22
4.3 Tuotteen luonnostelu ja kehittäminen	24
4.3.1 Haastattelut.....	25
4.3.2 Haastateltavien kokemuksia terveydenhuollon kohtaamistilanteista	28
4.3.3 Asiantuntijan haastattelu	32
4.4 Tuotteen viimeistely	34
4.5 Projektin budjetti ja aikataulu	34
5 POHDINTA	36
5.1 Projektin luotettavuus ja eettisyys.....	36
5.2 Ammatillinen kasvu ja oppimiskokemukset.....	37
LÄHTEET	36
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hätäpuhelun soittaminen apua tarvitsevalle läheiselle on haastavaa ja stressaavaa. Oikeiden termien löytäminen voi olla todella vaikeaa. Huono kielitaito lisää jännitystä ja kynnystä hätäpuhelun soittamiseen. Tilanteesta tulee vielä hankalampi, jos ei osaa kertoa mikä on hätänä tai vastata kysymyksiin. Hoitotilanteessa törmätään kulttuurieroihin ja kielitaidon puutteisiin, jotka voivat hidastaa potilaan avun saamista. Potilaan itsemääräämisoikeus voi vaarantua, mikäli hänen hoitotahtoaan ei saada selville. Hoitajille tulee kehittää menetelmiä erilaisten potilaiden kohtaamiseen, jotta erilaisuus ei estä keneltäkään mahdollisuutta saada laadukasta hoitoa.

Opinnäytetyössämme esittelemme keskeiset piirteet monikulttuurisen potilaan kohtaamistilanteissa. Suomen ulkopuolelta tulevilla on mukanaan omat arvonsa, tapansa sekä käsityksensä terveydestä. Tarkastelussa olevissa kulttuureissa on merkittäviä eroja suomalaiseen kantaväestöön verraten. Esittelemme tilastollisesti kaksi yleisintä Keski-Pohjanmaan alueella esiintyvää kansallisuutta sekä Suomen romanien kulttuuria. Eri maista tulevilla sekä Suomen romaneilla on yleisiä tapakulttuurillisia arvoja sekä tapoja, jotka eroavat Suomen kantaväestön kulttuurista. Lisäksi tehtiin päätös tutkia myös Islamin uskoa ja sen erityispiirteitä. Kulttuurien ja niiden tapojen tunteminen voisi helpottaa ensihoitajia ymmärtämään potilasta ja väärinymmärryksiä voitaisiin ehkäistä.

Erilaisista kulttuureista tulevien kohtaaminen on oleellinen osa ammatillista osaamista. Saimme aiheen opinnäytetyöhömmme Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä Soiten ensihoitokeskuksen kenttäjohtajalta. Opinnäytetyön aihe löytyi sosiaali- ja terveysministeriön laatimasta kyselystä, jonka avulla varmistetaan ensihoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Ensihoitopalvelulle on asetettu valmiusvaatimuksia, joihin ensihoidon tulee pystyä vastaamaan. Valmiuksia varmistetaan Suomen sosiaali- ja terveysministeriön laatiman kyselyn avulla. Kyselyssä tutkittiin mm. ensihoitajien potilaskohtaamisen valmiuksia ja osaamista: ”Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä menetelmiä eri kansallisuus- ja kulttuuristaustaisten potilaiden kohtaamiseen.” Kyselyn perusteella oli tunnistettu tarve lisätä ensihoitajien valmiuksia kohdata eri kulttuureista tulevia potilaita.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän ensihoitokeskuksella on tarve kehittää monikulttuurisen potilaan kohtaamisen taitoja. Tarkoitus on tehdä kirjallinen opas, jonka avulla voidaan antaa tietoa ensihoitajille Keski-Pohjanmaan alueen yleisimpien eri kansallisuuksien

kulttuureista. Oppaan avulla pyritään kehittämään ensihoitajien valmiuksia kohdata eri kulttuureista tulevia potilaita. Työelämä tarvitsee aiheesta opinnäytetyön, koska tällä hetkellä ensihoidossa ei ole tarpeeksi taitoja ja valmiuksia toimia tilanteissa, joissa toinen osapuoli on eri kulttuurin edustaja.

Tutkittavat kulttuurit valittiin tilastokeskuksen tutkimuksen (Tilastotiede 2016b) perusteella, jossa esitettiin maakuntakohtaisesti syntymävaltiot vuonna 2016. Laskimme eri maanosien edustuksen Keski-Pohjanmaalla ja valitsimme niiden alueilta runsaslukuisimmat taustamaat, joiden runsaslukuisimpia väestöryhmiä voidaan ajatella todennäköisimpinä monikulttuurisina potilasehdokkaina. Valitsimme kaksi runsainta väestöryhmää, joiden lisäksi päätimme tutkia Islamin uskoa sekä Keski-Pohjanmaalla ja muualla Suomessa elävien romanien kulttuuria ja tapoja. Asiasta päätettiin yhdessä Soiten ensihoitokeskuksen kenttäjohtajan kanssa.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Opinnäytetyömme tietoperustasta kertovassa osuudessa on teoretietoa ensihoidosta, monikulttuurisuudesta ja tutkimistamme kulttuureista. Kerromme suomalaisesta ensihoidosta ja sen toiminnasta, selitämme lyhyesti monikulttuurisuuden käsitteen ja sen vaikutuksista vuorovaikutustilanteisiin. Tietoperustassa käsittelemme lyhyesti valituille kulttuureille ominaisia piirteitä ja tapoja. Tarkastelemme myös kulttuurin mahdollisia vaikutuksia hoitotilanteisiin. Kerromme Kiinan kulttuurista ja uskonnoista, islamin uskosta, venäläisestä kulttuurista sekä Suomen romanikulttuurista piirteitä.

2.1 Ensihoito

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee ensihoitopalvelun kokonaisuutena, jonka tehtävä on vastata terveydenhuollon hoitolaitosten ulkopuolella tapahtuvasta kiireellisestä potilaan terveydentilan arvioinnista, tilanteen vaatiessa ensihoidosta sekä potilaan siirtämisestä asianmukaiseen hoitopaikkaan. Sairaanhoitopiirin tehtävä on järjestää alueensa ensihoitopalvelu, joka toimii yhteistyössä alueen terveydenhuollon päivystävien toimipisteiden kanssa. Sairaanhoitopiirin alueen sisällä voidaan järjestää ensihoidon palveluita erilaisin tavoin, jolloin voidaan huomioida alueen eri osien vaihtelevat olosuhteet sekä erityistarpeet. Erilaisten järjestämistapojen avulla voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja palvelun laatuun. Sairaanhoitopiirin palvelupäätös tehdään sosiaali- ja terveysministeriön asetusten mukaisesti, jossa määritellään palvelun tehokas, tarkoituksenmukainen toteutus ja riittävä mitoitus. (STM 2014, 13, 15, 20.) Käytämme opinnäytetyössämme Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä Soiten ensihoitokeskuksesta lyhennelmää ensihoitokeskus ja ensihoitopalvelusta lisäksi lyhyempää nimitystä ensihoito.

Ensihoitopalvelu on tarkoitettu asiakkaalle, jonka toimintakyky on vaarassa. Sen avulla pyritään aloittamaan tarvittava hoito tarpeeksi varhain, jotta potilas pystyisi palaamaan siihen elämäntilanteeseen, joka edelsi sairastumista tai tapaturmaa. Ensihoitopalvelun avulla voidaan ohjata asiakkaita turvallisesti hakeutumaan tarvitsemaansa hoitoon ja tarvittaessa kuljettamaan potilas asianmukaiseen lääketieteellisesti arvioituun hoitopaikkaan. Ohjauksen avulla voidaan vähentää tarpeettomia potilassiirtoja sekä varmistaa terveydenhuollon päivystyspalveluiden tarpeenmukainen

käyttö, jonka ansioista saavutetaan säästöjä. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 17–18.)

Ensihoitopalvelu toimii yhdessä hätäkeskuksen kanssa, jonka avulla voidaan ohjata ensihoidon resursseja. Hätäkeskus selvittää avuntarpeen ja paikantaa osoitteen, jossa apua tarvitaan. Puhelusta tehdään riskinarvio, jonka tarkoituksena on määritellä terveydellinen riskitilanne. Hätäpuhelusta muodostuneen tilannekuvan, peruselintoimintojen riskitason tai sen uhan perusteella muodostuvat tehtävälaji ja kiireellisyysluokka. Kiireellisyysluokka määritellään neliportaisen asteikon avulla, kirjaintunnuksin A, B, C tai D. Asteikon kiireellisin tehtävä merkitään tunnuksella A, joka tarkoittaa välitöntä hengenvaaraa ja vähiten kiireellisin tunnuksella D, jolloin potilaan peruselintoimintojen häiriöstä ei ole merkkejä ja tarvittaessa tehtävä voidaan jonouttaa, mutta potilaan tilasta tarvitaan ensihoitopalvelun hoitotarpeen arvio. Tehtävän kiireellisyyttä voidaan muuttaa lisätietojen perusteella. Tehtävien neliportaisen kiireellisyysluokituksen lisäksi on X-koodi, jota ensihoitoyksikkö käyttää päätöksistä, joissa potilas jätetään kuljettamatta päivystävään terveydenhuoltopisteeseen. (Castrén ym. 2012, 29–31.)

Ensihoidossa laadulla tarkoitetaan asiantuntijapalvelua, jossa asiakkaan tarpeeseen vastataan ensihoidon kanssa yhteistyössä toimivat tahot huomioiden (päivystykset ja yhteistoimintaviranomaiset). Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelun laatu tarkoittaa asiakkaiden tarpeiden täyttämistä kokonaisvaltaisesti, ammattitaitoisesti ja edullisin kustannuksin. Sen tulee myös täyttää sitä koskevat lait, asetukset ja määräykset. Jatkuvien taloudellisten säästötoimien ja palvelutarpeiden kasvun myötä on entistä tärkeämpää huomioida tuottavuus ja hoidon vaikuttavuus. Yhdessä ne ovat osa laadunhallintaa, johon on otettava mukaan myös asiakkaan eli potilaan näkökulma. Hyvää hoitoa ei voida määritellä ilman asiakkaalta saatua mielipidettä. Tämä tarkoittaa, että potilas on asiantuntija omassa hoidossaan. (Holmström, Kuisma, Nurmi, Porthan, Taskinen 2015, 69.)

Potilasturvallisuus on osa laadukasta terveydenhuoltoa. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa oikeanlaista tarpeen mukaista hoitoa, josta on mahdollisimman vähän haittaa. Laajemmin sillä tarkoitetaan periaatteita ja käytäntöjä, joita terveyden hoidon toimintayksiköt, työntekijät ja organisaatiot noudattavat. Niiden tehtävänä on taata terveystietojen käyttämisen turvallisuus. Laadukkaan ja turvallisen hoidon takaamiseksi ensihoidolla tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma. Siinä käsitellään toimintayksikkökohtaiset johtotehtävät, vastuuhenkilöt, henkilöstön johtaminen, työntekijöiden perehdyttäminen, täydennyskoulutukset, turvallisuuskulttuuri, turvallisuusriskien

kirjaaminen, tiedottaminen sekä laadunhallinnan asiakirjat ja lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelmassa tulee huomioida alueellinen yhteistyö ja käsitellään potilaan ja hänen läheistensä osallistuminen prosessiin. (Holmström ym. 2015, 63.)

2.2 Monikulttuurisuus

Kulttuurilla tarkoitetaan pääsääntöisesti päivittäisiä toimintoja, tapahtumia, ihmisryhmien rutiineja, elämän rytmiä ja tapoja, joilla ihmiset keskenään ovat yhteyksissä toisiinsa. Kulttuuri kattaa myös taiteen eri muodot sekä ryhmän historiaa. Kulttuuri on ryhmälle yhteinen, sillä se jaetaan ainakin osaksi samaan yhteisöön kuuluvien kanssa. Ominaiset piirteet kulttuurille tulevat arvoista, uskomuksista, symboleista, käyttäytymistavoista, tottumuksista ja kielestä. Kulttuurin esille tuleminen arkielämässä on riippuvaista yksilön persoonallisuudesta ja sitä voi ilmentää omalla käytöksellään tai peittää sen mukautumalla muiden tapoihin. (Schubert 2007, 20–21.) Kulttuuri saa ominaisia piirteitä uskonnoista ja uskomuksista.

Monikulttuurisuuden mukana tulleita haasteita kohdataan terveydenhuoltoalan työskentelyssä ja palveluiden käytössä. Työntekijät ja vähemmistöasiakkaat ovat kokeneet henkisesti kuormittavia ongelmatilanteita, joiden taustalla ovat usein stereotyyppinen ajattelu, ennakkoluuloisuus, rasismi, tunne erilaisuudesta, tietämättömyys toisen kulttuurin tavoista ja epävarmuus. Yhteisön arvot ja toimintatavat ovat sen jäsenille yleensä itsestään selviä, jolloin niitä tulee harvoin tarkastelluksi tai arvostelluksi. Se johtuu tottumuksesta ja yhteisön jäsenenä kasvamisesta. Toisesta kulttuurista tulevan maailmaa vertaa huomaamatta omaansa. Ihminen ei tiedosta kaikkia omia asenteitaan, mutta ne heijastuvat vuorovaikutukseen, joka saattaa vaikeuttaa yhteiseen päämäärään pääsemistä. (Schubert 2007, 21, 29.) Eri kulttuurista tulevan ihmisen kohtaamisen haasteellisuuden taustalla on kantaväestön suhtautuminen omaan kulttuuriinsa.

Oman kulttuurin standardina pitäminen eli etnosentrismi on yhtenä vaikuttajana ongelmallisten ilmiöiden syntyyn. Etnosentrismi on osa ihmistä ja inhimillinen suhtautumisen tapa omaan kulttuuriin, joka usein ilmenee niin, että yksilö tuntee vain sen. Ihminen etsii yhteneväisyyksiä kulttuurien välillä ja mitä enemmän niitä löytyy, sitä parempana kulttuuria pidetään. Tämä ei tarkoita, että eroavat kulttuurit olisivat huonompia, vaan osoittaa ihmisessä omaan kulttuuriin kuuluvan kansan ihailua. Etnosentrismi kuitenkin korostaa eroavaisuuksia. Oman kulttuurin asettaminen vertailun lähtökohdaksi aiheuttaa sen, että muut kansat jäsenineen ovat toisarvoisessa asemassa tai alempana kuin oma kansa. Tämä ajatusmalli voi tuottaa yltiöisänmaallisuutta ja mahdollisesti rasismia. (Schubert 2007, 28–29.) Monikulttuurisuus itsessään ei aiheuta ongelmaa vaan eri kulttuureista tulevien ihmisten asenteet toisiaan kohtaan.

Kulttuureilla on omia vakiintuneita tapoja, käytössääntöjä ja kaavoja, jotka ovat sen edustajien eli kulttuuripiirin tiedossa. Niitä käytetään tarvittaessa ja ne heijastuvat myös kulttuuripiirin ulkopuoliseen viestintään. Erot kulttuurien viestinnän välillä voivat johtaa vihamielisyyteen ryhmien välillä, ennakkoluuloihin, ryhmien syrjintään tai suosimiseen. Kulttuurien eroavaisuuksista on hyvä olla tietoinen ja yhtäläisyyksiä painottamalla voi edesauttaa positiivista suhtautumista erilaisuuteen. Tätä voi hyödyntää tilanteissa, joissa on huomattavissa ennakkoluuloisuutta toista ryhmää kohtaan. (Schubert 2007, 22–23.)

2.2.1 Kiinan kulttuuri ja uskonnot

Ensimmäiset kiinalaiset saapuivat Suomeen Venäjältä. Heidät tilattiin massatyövoimaksi Suomen alueella toimivan kenttärakennushallituksen päällikön insinööri L. Pogoševin toimesta. Vuonna 1916 Suomeen saapui 2100 kiinalaista, jotka sijoitettiin linnoitustyömaille ja metsähakkuutöihin. (Westerlund 2004, 98.) Nykyään Suomessa asuvista ulkomaalaisista neljänneksi eniten on kotoisin Kiinasta. Suomessa asuvia kiinalaisia on yli 7000 (Tilastokeskus 2016a). Ymmärtääkseen kiinalaisen terveystieteiden on tärkeää tietää siihen liittyvistä uskomuksista ja perinteisestä kiinalaisesta lääketieteestä.

Perinteinen kiinalainen lääketiede on edelleen vahvasti näkyvissä länsimaisen lääketieteen rinnalla. Se sai alkunsa kauan ennen länsimaalaisen lääketieteen kehittymistä. Kiinalainen lääketiede kehitettiin aikana jolloin tutkimusvälineinä toimivat pelkät aistit. Sairaudet ja terveydentilat saavat selityksen abstrakteista asioista, joita ei voida mitata, kuten energiasta sekä voimatekijöistä, joita kutsutaan myös ytimiksi. Länsimaalainen lääketiede hakee sairauksille selitystä konkreettisista, fyysisistä tekijöistä, kun taas kiinalaisen lääketieteen pohjana on elementtien tasapaino. (Bürkland 2016, 17–24.) Nykyään myös kiinalaisessa lääketieteessä käytetään apuna erilaisia mittauksia ja välineitä. Painopiste potilaan hoitamisessa on voimakkaasti ihmisen olotilassa ja tuntemuksissa. Mikäli potilas kokee vointinsa kuumeiseksi, pyritään kehoa viilentämään, jotta saavutetaan tasapaino. Tämä tehdään, vaikka fysiologinen lämpö olisi normaali. (Bürkland 2016, 17–24.)

Kiinalaisten ja aasialaisten tapakulttuuri eroaa monella tavalla länsimaalaisista kulttuureista. Eroja on mm. puheen merkityksissä, eleissä sekä uskontojen tuomissa tavoissa. Oman arvon ja arvokkuuden säilyttäminen on myös voimakkaasti näkyvissä kiinalaisessa kulttuurissa sekä muualla Itä-Aasiassa. Aasialaisissa kulttuureissa on nähtävissä paljon samankaltaisuuksia. Aasian eri osissa uskonnot ohjaavat tapoja ja esimerkiksi ravintotottumuksia. Käymme läpi aasialaisia uskontoja, koska uskonnon vaikutus kohtaamistilanteisiin ja ihmisten ajattelutapaan on usein voimakas.

Virallisesti Kiinan valtio on ateistinen, mutta sen asukkailla on monia uskontoja. Pääuskonnot Kiinassa ovat taolaisuus, konfutselaisuus ja buddhalaisuus. Niiden lisäksi on myös kristinuskoon ja islamin uskoon kuuluvia vähemmistöjä. (CIA The World Factbook 2017.) Uskonnot ovat sekoittuneet ja muuttuneet ajan saatossa, mutta niiden vaikutuksia voidaan edelleen nähdä nykypäivän ihmisissä. Ensihoitotilanteessa on hyvä tietää uskontojen tuomia vaikutuksia sosiaaliseen kanssakäyntiin ja

potilaan hoitoon. Kiinasta ja muualta Aasiasta tulevia ihmisiä kohdattaessa on tärkeää ymmärtää kasvojen säilyttämisen kulttuuri ja niiden menettämisen merkitys.

Kohtaamistilanteissa kiinalaiselle tärkeää on kasvojen säilyttäminen. Niiden menettäminen on kiinalaiselle todella häpeällistä. Kasvojen menettäminen tarkoittaa kiinalaiselle maineen ja kunnioituksen menetystä ja he tekevät kaikkensa suojellakseen niitä. (Pukkila. 2002, 32-34.) Erving Goffman tutki 1950-luvulla ihmisten ”kasvoja”. Hän selittää tutkimuksissaan kasvoilla tarkoitettavan ihmisen esittämää omaa arvoa ja arvostettavaa itseä, joka on pinnalla vuorovaikutustilanteissa. Kasvoihin kuuluu ihmisen yleisiä piirteitä ja arvokkuuden kokemusta ihmisenä, mutta tärkeänä osana lisäksi ovat henkilökohtaiset ominaisuudet, jotka kuvaavat luonnetta, esim. vaatimattomuus, huumorintajuisuus ja älykkyys. (Goffman 2012, 352.)

Jokaisella on kasvot, joille vuorovaikutustilanteissa ihminen hakee arvostusta. Arkikielessä puhutaan kasvojen menetyksestä ja niiden säilyttämisestä. Tilanteessa, jossa kasvojen esittäminen onnistuu, ihminen kokee hyvää oloa ja itseluottamusta sekä omanarvontuntoa. Tällaista onnistumista sanotaan kasvojen säilyttämiseksi. Tilanteessa, jossa ihminen tulee näyttäneeksi jonkin kasvojen kanssa ristiriitaisen asian, eivät vuorovaikutuksessa osalliset anna esitetyille kasvoille arvoa, ja ihminen kokee häpeää, alemmuutta sekä pahaa mieltä. Tällaista tilannetta kutsutaan kasvojen menetykseksi. (Goffman 2012, 353.)

Länsimaalaisessa kulttuurissa käytetään melko suoraan osoitettua kieltosanaa ”ei”. Kiinassa kuitenkin ajatellaan sen johtavan epämiellyttäviin tilanteisiin ja pahimmillaan kasvojen menetykseen. Suorien kieltojen sijaan kiinalaiset käyttävät kiertoilmaisuja, joissa ilmaistaan asian olevan vaikea tai jäävän harkinnanalaiseksi. Useimmiten nämä tavat mielletään kieltäytymiseksi. Myöntymisenkään ei ole yhtä suoraa kuin länsimaissa. Kiinalainen ei aina tarkoita ”kyllä” sanalla tai päätä nyökyttämällä myöntymistä. ”Kyllä” voi tarkoittaa myöntymisen sijaan, että asia on kuultu. Sama koskee myös nyökyttelyä. Oma tahto tai pyyntöä ei osoiteta usein suoraan. Se voidaan piilottaa kiertoilmauksen taakse, kuten kieltäytymiset. Esimerkiksi lause ”Olisi mukavaa käydä joskus Suomessa” voikin tarkoittaa, että henkilö haluaisi saada kutsukirjeen viisumihakemusta varten. Myös nauramisella voi olla monta merkitystä. Nauru voi merkitä iloa, mutta se voi myös ilmaista hämmennystä, pelottavaa tai epävarmaa tilannetta. Nauraminen harvemmin merkitsee vahingoniloa. (Pietarinen. 2010, 33–35.)

Kiinassa on eniten asukkaita maailmassa ja hyvin omaleimainen kulttuuri, joka näkyy selkeästi arkielämässä. Kiinalainen kulttuuri on saanut vahvasti vaikutteita konfutselaisuudesta, joka on

Kiinassa kehitetty moraalinen yhteiskuntaoppi. (Guirdham 2009, 2.) Kungfutsen opetukseen perustuva konfutselaisuus on antanut voimakkaasti vaikutteita kiinalaiseen ja aasialaiseen ajattelutapaan. (Pukkila 2002, 30.) Konfutselaiset hyveet ovat inhimillisyys, viisaus, oikeudenmukaisuus, hyvien tapojen noudattaminen ja lojaalius. Kiinalaiset pyrkivät tänäkin päivänä noudattamaan näitä hyveitä. (Aittoniemi, Salminen & Yliniemi 2000, 263.) Kiinalaisessa kulttuurissa konfutselaiset opit näkyvät perheen merkityksessä, yksilön ajattellessa ryhmän edun omansa edelle, oppineisuuden kunnioituksessa ja auktoriteettien vallan korostumisena. (Jakobsson 1997, 240.) Konfutselaisuus korostaa siis yhteisöllisyyttä ja ryhmään kuuluvuutta. Kiinalainen kulttuuri on saanut piirteitä myös muista taolaisuudesta ja buddhalaisista opeista.

Taolainen ajattelutapa korostaa ihmisen kehitystä yksilönä. Se on filosofisen ajattelutavan lisäksi uskonto, jonka osana on henkimaailma ja okkultismi (Littleton 2004, 116). Taolaisen filosofian mukaan ihmisen tulee elää luonnon kanssa harmonisesti. Muuttuvia luonnon elementtejä säättävät Yin ja Yang, jotka ovat maailmankaikkeuden peruselementit. Niiden ollessa tasapainossa ihminen voi löytää mielenrauhan. (Jakobsson 1997, 248–250.) Kiinalainen voi kannattaa samaan aikaan taolaisuutta ja konfutselaisuutta siitä huolimatta, että ne ovat vastakohtia. Filosofioina niiden voidaan ajatella täydentävän toisiaan.

Buddhalaisuuden kannattajia on pääasiassa Etelä-Aasiassa sekä Kiinassa, mutta myös muualla maailmalla. Buddhalaisuus on elämänfilosofia, joka on luokiteltu myös uskonnoksi. Sana buddha tarkoittaa valaistumisen saavuttanutta henkilöä. Ensimmäinen buddha, oli nimeltään Siddhārtha Gautama. Hän oli hyväosaisesta perheestä, hylkäsi ylellisen elämäntavan, eli askeettista elämää ja valaistui 35-vuotiaana. Valaistuttuaan, eli tultuaan buddhaksi, hän alkoi jakaa oppejaan. Hänen opetuksensa olivat ohjeita ja kehotuksia itsenäiseen ajatteluun ja opetusten syvälliseen tutkiskeluun. (Keown 2000, 15–17, 44–45.)

Buddhalaiset eivät palvo mitään jumalaa. Osaan buddhalaisista suuntauksista kuitenkin kuuluu jumalallisen valaistumisen saavuttaneen palvominen. He uskovat karmaan, jonka voidaan ajatella olevan luonnon laki. Sillä tarkoitetaan asioita, jotka tapahtuvat ihmiselle syystä. Sen mukaan voidaan ajatella ihmisen saaneen sen mitä on ansainnut. Puhekielessä siitä käytetään myös ilmaisua ”hyvä ja paha onni”. Buddhalaiset uskovat ihmisen jälleensyntymiseen ja ensimmäisen buddhan opettamaan tapaan pysäyttää jälleensyntymisen ja siihen liittyvä kärsimys. (Laungani, Parkers & Young, 1997.)

Perinteinen kiinalainen lääketiede on edelleen vahvasti näkyvässä länsimaisen lääketieteen rinnalla. Se sai alkunsa kauan ennen länsimaalaisen lääketieteen kehittymistä. Kiinalainen lääketiede kehitettiin aikana jolloin tutkimusvälineinä toimivat pelkät aistit. Sairaudet ja terveydentilat saavat kiinalaisessa lääketieteessä selityksen abstrakteista asioista joita ei voida mitata, kuten energiasta, sekä voimatekijöistä, joita kutsutaan myös ytimiksi. Länsimaalainen lääketiede hakee selitykseksi konkreettista, fyysistä selitystä, kun taas kiinalaisen lääketieteen pohja on elementtien tasapaino. (Bürkland 2016, 17–24.)

2.2.2 Islam

Islaminuskolla on kannattajia maailmanlaajuisesti. Islam leviää kasvavan maahanmuuton ja kansainvälistymisen mukana ja sen jäseniä on myös Keski-Pohjanmaalla. Islaminuskoon kuuluvilla on merkittävästi kantaväestön kulttuurista eroavia tapoja ja tottumuksia, jotka voivat vaikuttaa myös hoitotilanteisiin. Muslimit ovat mahdollinen asiakasryhmä ensihoidolle, ja eroavan kulttuurinsa vuoksi kokosimme taustatietoa islaminuskoon kuuluvista uskonnollisista tavoista, tyypillisistä käytännöistä ja uskuntoon liittyvistä rajoituksista.

Islam on levinneisyydeltään maailman toiseksi suurin uskonto. Se on monoteistinen uskonto, ja siihen kuuluvia kutsutaan muslimeiksi. Suurimmat muslimipopulaatiot ovat Etelä-Aasiassa, mutta kannattajia on ympäri maailmaa. Islaminuskossa on kaksi pääsuuntausta, sunnalaisuus ja shiialaisuus, jotka ovat saaneet alkunsa kiistelystä siitä, kuka on profeetta Muhammedin seuraaja. Shiialaiset kannattivat profeetan tyttären miestä Alia ja sunnit profeetan läheistä toveria Abu Bakria. Muslimeista noin 85 % on sunneja. Islam perustuu Koraanin eli muslimien pyhän kirjan teksteihin. Koraanissa on ilmoitettu laki, jota seuraamalla uskova voi saada pelastuksen. Islamin laeissa on perhesuhteita, avioliittoa, avioeroa, perintöasioita, uskonnon harjoittamista ja yleistä siveyttä koskevia sääntöjä. (Akar 2011, 1–2.)

Muslimi uskoo siihen, että kaikki tapahtuu Jumalan tahdosta. Ihminen ei pysty vaikuttamaan omaan syntymäpaikkaansa, geeneihinsä tai vanhempiansa. Muslimi uskoo kohtaloon, mutta se ei tarkoita alistumista kaikelle. Sairauksia vastaan taistellaan, mutta elleivät ne parane, voi syynä olla Jumalan tahto sekä ihmisen kohtalo. (Maiche 2013, 34.) Muslimeilla on paljon käytäntöjä, jotka eroavat länsimaalaisesta kulttuurista. Ohjeet ja rajoitukset on hyvä tietää muslimipotilasta hoidettaessa, vaikka tarvittaessa hoitotilanteissa joistain säännöistä on mahdollista joustaa.

Musliminiaisella tulee aina olla miessaattaja mukanaan tullessaan terveydenhuollon asiakkaaksi. Saattaja voi olla aviopuoliso, veli, oma lapsi, isän veli tai äidin veli. Hoitohenkilön ollessa mies, saattaja voi pyytää mahdollisuutta olla läsnä tutkimusten ajan. Muslimeilla on kuitenkin tässä käytännössä eroja. Pohjois-Afrikasta tai Lähi-idästä tuleva saattaja ei välttämättä pyydä mahdollisuutta läsnäoloon, mutta toisilta alueilta, kuten Arabian niemimaalta kotoisin olevalle muslimille se saattaa olla ehdoton vaatimus. Tähän asiaan voi vaikuttaa pehmentävästi koulutustaso ja kansainvälinen kokemus. (Maïche 2013, 27.)

Muslimipotilaan kohtaamisessa tulee huomioida islaminuskoon liittyvät tervehtimiskäytännöt. Suomessa tapana on kätellä, potilaan saapuessa tulohaastatteluun tai vastaanotolle, sekä pois lähtiessä. Muslimi ei kuitenkaan kätele, jos vastassa on toisen sukupuolen edustaja. Suomalainen on tottunut katsekontaktin herättävän luottamusta, mutta muslimille se on merkki huonosta kasvatuksesta. Silmiin katsominen saatetaan kokea epäkunnioittavana ja merkinä aggressiivisuudesta. Tuijotus sekä pitkittynyt katse voidaan tulkita merkinä seksuaalisesta mielenkiinnosta. (Maïche 2013, 50.)

Muslimeilla on pukeutumiseen liittyviä sääntöjä ja perinteisiä asuja. Naisten vaatteet eivät saa korostaa tai tuoda esille naisen vartaloa, kädet tulee peittää, mutta kasvot saavat näkyä. Näkyvin merkki pukeutumisohjeista on kuitenkin naisten käyttämät hunnut. Musliminainen käyttää usein huntua, jonka peittävyys vaihtelee. Sitä käytetään kodin ulkopuolella ja kotona, kun paikalla on miehiä, joiden kanssa ei ole läheistä perhesidettä. Tämä käytännössä tarkoittaa, että nainen saa näyttäytyä ilman huntua miehille, jotka ovat liian läheistä sukua mennäkseen naimisiin kyseisen naisen kanssa (esi-isät, isoisät, isät, aviomiesten pojat, pojan- ja tyttären pojat sekä sisarusten pojat). Musliminainen voi olla hunnutta kotonaan perheenjäsenten läsnä ollessa, lasten ja muiden naisten nähden. (Pepicelli 2014, 36–47.)

Huntuja on monia erilaisia ja käyttötavoissa on eroja. Erot hunnun käytössä riippuvat siitä, kuinka pyhiä tekstejä on tulkittu, minkä maan asukas nainen on ja mitkä ovat hänen omat mieltymyksensä. Yleisimpien huntujen nimet ovat hijab, chador, khimar, niqab ja burqa. Hijab on suuri huivi, jolla peitetään korvat, niska ja hiukset. Hijabin väri voi vaihdella. Chador on yleensä musta, puoliympyrän muotoinen kangas, joka kiinnitetään leuan alta ja ympäröi kasvot peittäen pään ja koko vartalon. Khimar on yleinen huntu myös länsimaissa, joka peittää hiukset, kaulan ja rinnan, mutta jättää kasvot näkyviin. Niqab on kevyt kangaskappale, joka peittää kasvot nenästä alaspäin. Sitä käytetään yhdessä khimarin kanssa ja se sidotaan kahdella nauhallä pään takaa. Peittävin kaikista asuista on burqa, joka

on täyspitkä, väljä ja usein väriltään sininen kaapu. Kasvot ja vartalo peittyvät, mutta näkemistä varten silmien kohdalla on ristikko eli rei'itetty kangas. (Pepicelli 2014, 36–47.)

Muslimin vaatteiden tulee olla puhtaat. Myös miehille on pukeutumista koskevia sääntöjä. Muslimimies peittää itsensä navasta polviin asti aina. Ilman vaatteita muslimi voi olla vain oman puolison kanssa. Muslimimies ei voi siis riisua muiden nähden. Poikkeuksena on tutkimus- ja hoitotilanteet. (Maïche 2013, 27) Ainoastaan perheenjäsen saa pestä muslimin tilanteessa, jossa henkilö ei pysty siihen itse. Tämä koskee tilanteita kotona ja sairaalassa. Muslimi rukoilee viidesti päivässä Mekassa sijaitsevaan Abrahamin pyhäkkö Kaabaan päin. Ennen rukousta peseydytään, ja se voidaan toteuttaa myös kuivapuhdistautumisena, joka tapahtuu symbolisesti ja siihen voidaan käyttää puhtaita kiviä. Vuodepotilas voi peseytyä ja rukoilla vuoteessa. Henkilön tulee peseytyä ennen jokaista rukoushetkeä, jos pidätyskyky (uloste, virtsa, kaasu) on heikentynyt. Raskaana oleva nainen voi rukoilla voinnin sallimassa asennossa. Rukouspaikaksi riittää puhdas huone ja rukousmatto. Huoneessa ei saa olla vessaa, se ei saa toimia pesutilana, eikä tilaa saa käyttää roskien säilytykseen. (Maïche 2013, 29–30.)

Islaminuskon yhdeksi terveydelliseksi erityispiirteeksi voidaan katsoa mahdollinen rukoilusta aiheutuva ihottuma. Muslimeilla on päivän aikana viisi rukoushetkeä tai enemmän, joiden vuoksi voi vuosien saatossa syntyä hilseileviä, kuivia ihomuutoksia tai ekseemaa rukousmattoon kosketuksissa olevilla alueilla eli otsassa, polvissa, jalkapöydissä sekä varpaissa. Ihomuutoksia pidetään hartauden merkkeinä ja yleensä niitä hoidetaan vain niiden tuletuessa vakavasti. Toistuvasta rukoilusta ja alueiden hoitamatta jättämisestä johtuen ihottumat muuttuvat usein kroonisiksi. (Maïche 2013, 37–38.)

Toinen islaminuskoon liittyvä terveydellinen erityispiirre on ympärileikkaus. Se on tärkeä toimenpide muslimeille. Ympärileikkaus on uskonnollinen sekä lääketieteellinen toimenpide, jossa pojilta poistetaan esinahka kokonaan tai osittain. Ympärileikkauksen tekeminen pojille on sallittu useissa maissa ja oikein tehtynä sairaalaympäristössä sillä voidaan saavuttaa tutkitusti merkittäviä terveydellisiä etuja. Myös tyttöjä ympärileikataan, tätä kutsutaan ulkogenitaalien silpomiseksi, jonka on todettu aiheuttava terveyshaittoja, kuten infektioita, virtsainkontinenssia, seksuaalista haluttomuutta sekä synnytys- ja yhdyntäkipuja. Naisen ympärileikkaus on monessa maassa kielletty toimenpiteen monimutkaisuuden ja vaarallisuuden vuoksi. (Maïche 2013, 48–49.)

Muslimeilla on ruokailuun liittyviä sääntöjä. He eivät saa syödä sianlihaa, verta, eläimen raatoa tai ruokia, joille ei ole lausuttu Jumalan nimeä. Lisäksi muille jumalille uhratut eläimet, alkoholin

juominen ja suklaa ovat kiellettyjä. Ruoanlaitossa voidaan käyttää etikaksi muuttunutta viiniä. Maitotuotteita muslimi voi käyttää rajoituksetta ja niitä voidaan käyttää yhdessä lihatuotteiden kanssa. Muslimipotilasta hoitaessa tulee käyttää liivateettomia lääkkeitä. Muslimi voi käyttää saippuaa ja salvoja, joissa sian rasva on muutettu täysin toiseksi aineeksi. Prosessoimaton sian rasvan käyttö on kiellettyä. (Maïche. 2013, 38–40.)

Paastoaminen on tärkeä osa Islamia. Muslimi paastaa yhden kuukauden vuoden aikana, tämän uskotaan vaikuttavan positiivisesti fyysisesti ja henkisesti ja auttavan rakentamaan persoonallisuutta sekä kehittämään vastuullista käyttäytymistä muita ihmisiä kohtaan. Muslimi seuraa kuukalenteria uskon asioissa. Sen mukaan vuosi on noin 12 vuorokautta lyhempi kuin gregoriaanisen kalenterin mukaan. Muissa asioissa ja työelämässä muslimit seuraavat länsimaissa yleistä ajanlaskutapaa. Paaston ajankohta muuttuu aikaisemmaksi vuosittain noin 12 vuorokaudella paaston kestosta riippuen. Yleensä paastoaminen kestää noin 29–30 vuorokautta. (Maïche 2013, 41.)

Paastoava muslimi on auringon noususta sen laskuun saakka syömättä. Paastotessa muslimilta on kielletty syöminen, juominen, tupakointi ja seksi. Työssä käydään paaston aikana normaalisti. Islamin sääntöjen mukaan lääkäri voi tehdä päätöksen potilaan paastoamisesta. Sairaalle tulee tehdä lääkärin arvio. Kroonisen sairauden kanssa saa olla paastoamatta. Tällaisessa tapauksessa, talouden salliessa, muslimin tulisi tarjota köyhille kaksi kevyttä ateriaa päivittäin paaston ajan. Paaston aikana muslimista saa ottaa verikokeita, potilasta saa tarvittaessa lääkkeitä suonon sisäisesti, lihaksen tai ihon kautta, mutta suun kautta tai peräsuoleen ei saa antaa lääkkeitä. Myös suonensisäinen ravitseminen on kielletty. Nenätipat ovat sallittuja, jos ne eivät valu nieluun saakka. Potilas voi kieltäytyä paaston vuoksi myös edellä mainituista hoidoista. Hoidot, joille on välttämätön tarve, esim. dialyysi, voidaan tehdä paaston aikana. Paastoaminen ei saa vaarantaa muslimin henkeä ja välttämättömät säännölliset lääkkeet voidaan ottaa. Paasto ei estä veren luovuttamista ja se koetaan lähes velvollisuudeksi, jos sen avulla voidaan pelastaa ihmishenki. Myös verensiirron saaminen on sallittua paaston aikana. (Maïche 2013, 41–43.)

Kulttuureilla on omat tavat toimia ihmisen kuollessa. Buddhalaiset saattavat haluta rauhoittaa tilanteen kuolevan ympärillä ja pyytää rauhattomia poistumaan tilasta. Muslimin kuollessa voidaan tilanteeseen kutsua perhettä ja sukua paikalle suremaan kuolevaa kovaäänisesti. Kuolema on tilanteena edelleen ihmiselle outo sekä yllätyksellinen. Kuolemaan liittyvät rituaalit ovat osaksi tunteiden ilmaisua ja tärkeä tapahtuma kaikille, joita henkilön kuolema koskettaa. (Laungani, Parkes & Young 1997, 233–236.)

2.2.3. Venäläinen kulttuuri

1700-luvulta lähtien on Suomessa asunut venäläisiä ja muita venäjänkielisiä. Venäjänkielisen väestön määrä on ollut vaihtelevaa vuosisatojen aikana. He ovat Suomessa vähemmistöryhmä. Venäjän kieltä on käytetty Suomessa usean vuosisadan ajan. Venäjän kieli kuuluu itäslaavilaisiin kieliin, jotka ovat osa indoeurooppalaista kielikuntaa. Suomessa asuvat venäjänkieliset lukeutuvat moniin eri etnisiin ryhmiin ja uskonnollisiin yhteisöihin. Suomessa asuvien venäjänkielisten joukossa on ortodokseja, muslimeja, luterilaisia ja juutalaisia. Yhdistävänä tekijänä tällaiselle heterogeeniselle ryhmälle, jossa jäsenet ovat erilaisia, ovat kieli, kulttuuri ja perinteet. (Daher, Hannikainen & Heikinheimo 2012, 69–74.)

Useat venäläiset arkailevat kertoa, mihin uskontokuntaan he kuuluvat. Heidän kulttuurissaan uskonnosta ei ole tapana kertoa muille. Tämä johtaa juurensa Neuvostoliiton ajoille. (Barsukova, Bartikene, Filppula, Hartikainen, Kaader, Kairo, Koponen, Larjavaara, Naumova, Obolgogiani, Safina, Stepanova, Tiri, Usoltev & Vinnik 2013, 36.) Yleisin uskonto Venäjällä on ortodoksisuus, josta on tullut paljon vaikutteita venäläisten kulttuuriin ja toimintatapoihin. Suomalaisessa kulttuurissa arvostetaan täsmällisyyttä ja myöhästymistä pidetään epäkohteliaana, mutta toisin on venäläisten laita, jotka eivät ota paineita täsmällisyydestä. Myöhässä oleminen ei ole epäkohteliaista, eikä sitä tarvitse hävetä. Venäläisessä kulttuurissa myöhässä olevaa jaksetaan odottaa kärsivällisesti, sillä ortodoksisuuden yhtenä perushyveenä pidetään kärsivällisyyttä. Venäjällä on joustava aikakäsitys, jolla on pitkät perinteet. (Barsukova ym. 2013, 7.)

Kulttuurille ominaiset tavat kehittyvät ajan myötä. Nonverbaalinen viestintä eli sanaton viestintä on merkittävä osa venäläistä kulttuuria. Viestinnässä korostuvat ilmeet, eleet ja merkit. Suomalaisessa ja venäläisessä kulttuurissa merkit voivat olla samanlaisia, mutta niiden merkitys voi olla eri. Tästä johtuen kulttuurien välille voi usein syntyä erehdyksiä ja väärinymmärryksiä. Venäläisessä kulttuurissa korostuu kehonkieli, jolloin kohtaamisessa ollaan lähellä ihmistä, eikä kosketusta pelätä. (Haapaniemi, Moijanen, Muradjan 2003, 29.)

Keskustelutilanteissa suomalaiset pitävät suurempia välimatkoja toisiinsa kuin venäläiset. Lyhyt etäisyys keskustelukumppaniin saattaa tuntua suomalaisesta kiusalliselta. Venäläiset hakevat toistensa huomion kosketuksella, ja sen avulla voidaan viestittää asioiden sujumisesta tai yhteisymmärryksen saavuttamisesta. Venäläisessä kulttuurissa ilmeistä pystytään tulkitsemaan monta asiaa. Kiinnostuksen

puutetta ilmaistaan usein kasvojen jäähmyydellä. Virallisissa tilaisuuksissa ei ole soveliasta hymyillä, sitä voidaan pitää jopa epäkunnioittavana. Epämuodollisissa tilanteissa venäläinen voi hymyillä ja sen avulla voidaan viestittää tilanteen olevan hallinnassa. (Haapaniemi ym. 2003, 59.)

Venäjällä puhutaan yleensä runsaasti ja puheenaiheet vaihtuvat nopeasti. Venäläisessä kulttuurissa äänenkäyttö on voimakasta, mikä voi yllättää suomalaisen. Kuuntelemisen taitoa arvostetaan suuresti. Yksi merkittävimmistä eroavaisuuksista puhekulttuurissa on venäläisten tapa teititellä tosiaan ja ainoastaan läheisten ystävien kesken sinuttelu on hyväksyttävää. Venäläinen kulttuuri on peruluonteeltaan verkkaista, mikä vaikeuttaa hyväksymään muutoksia helposti. Uusien asioiden esittely tulee siis tapahtua hitaasti, jotta muutoksiin ehditään tottua. (Haapaniemi, Moijanen & Muradjan 2003, 143–149.)

Tunteiden näyttäminen on merkittävä ero venäläisen ja suomalaisen kulttuurin välillä. Venäläiset ovat ensisijaisesti tunneihmisiä. (Karvonen 2005, 5.) Kiittäminen on hyvä ele venäläisessä kulttuurissa. Tunneperäinen venäläinen osaa arvostaa pienikin hyvää elettä. (Barsukova ym. 2013, 86.) Ympäri maailmaa venäläinen kulttuuri tunnetaan vieraanvaraisuudesta. Suomalainen saattaa joskus tuntea olonsa vaivaantuneeksi venäläisessä kodissa, jossa vieraanvaraisuus voi tuntua jopa liialliselta. Venäläisessä kulttuurissa ei ole soveliasta ottaa vieraan tuomaa lahjaa vastaan ilman vastalahjaa. (Karvonen 2005, 6.)

Venäläisessä kulttuurissa lähipiiri on laaja ja erittäin tärkeä. Siihen kuuluvat vanhemmat, appivanhemmat, isovanhemmat, lapset, lastenlapset, serkut, pikkuserkut, tädit, sedät ja läheisimmät ystävät. Lähipiiri Venäjällä ei tarkoita, että kaikki asuvat saman katon alla, vaan isolla perheyhteisöllä kokoonnutaan erilaisiin perhejuhliin ja tapahtumiin. Venäläisessä kulttuurissa on normaalia, että perheyhteisön sisällä toisten asiat tiedetään tarkalleen. (Karvonen 2005, 4.) Perheen sisällä ja ystäväpiirissä annetaan kuitenkin tilaa myös yksityisyydelle. Venäläisessä perheessä riidat ovat aivan yhtä yleisiä kuin muissakin maissa, ja myös avioerot ovat yleisiä, mm. alkoholin käytön, luonteiden yhteensopimattomuuden sekä taloudellisten syiden takia. (Barsukova ym. 2013, 71.) Venäjällä korostuu välittämisen kulttuuri. Ihmiset osaavat kuunnella toisen ihmisen murheita sekä avoimesti kertoa henkilökohtaisista asioistaan perheelle ja ystäville. Vuosisatojen kuluessa on syntynyt perheyhteisöllisyys, joka on säilynyt tähän päivään asti. Tiivistä yhteisöä pidetään ikään kuin vakuutuksena sairauden, onnettomuuksien tai vanhuuden varalta. Perheyhteisö on tuki ja turva, kun apua tarvitaan. (Karvonen 2005, 4.)

Venäjällä sukupuoliroolit erottuvat toisistaan selkeämmin kuin Suomessa, joka näkyy ulkonäössä, pukeutumisessa, harrastuksissa sekä sosiaalisessa kanssakäymisessä. Venäläisessä kulttuurissa miehet ovat miehekkäitä ja naiset naisellisia. Miehet kättelevät toisiaan tervehtiessään, mutta naisia ei välttämättä kätellä. Venäläinen mies voi nykyäänkin kättelemisen sijaan antaa käsisuudelman naiselle. Suomessa venäläiset ovat tottuneet kättelemään suomalaisia yhteistyökumppaneitaan, myös naisia. Kansainvälinen yhteistyö on vahvistanut kättelykulttuuria. (Barsukova ym. 2013, 21.) Työnjako perheessä noudattaa usein perinteisiä rooleja: nainen hoitaa kodin ja perheen. Miehen tulee hankkia tarvittava varallisuus talouden ylläpitämiseen sekä kasvattaa pojista aikuisia. (Barsukova ym. 2013, 24.)

2.2.4. Romanikulttuuri

Romanit kuuluvat suomalaiseen kieli- ja kulttuurivähemmistöön. Suomessa he ovat asuneet jo yli 500 vuotta. Romaneiden määrän arvioidaan olevan Suomessa noin 10 000. Suomen romaneista suurin osa kuuluu evankelis-luterilaiseen kirkkoon ja heillä on samat kansalaisoikeudet ja -velvollisuudet kuin kantaväestöllä, sillä romanit ovat Suomen kansalaisia. (Daher, Hannikainen & Heikinheimo 2012, 53.) Romanikulttuurista olisi hyvä ymmärtää tärkeimpiä eroavaisuuksia kantaväestön kulttuuriin verrattaessa. Niitä ovat muiden muassa romanien yhteisöllisyys, keskinäinen lojaalius ja huolenpito. Myös romanien kielenkäytössä esiintyvät keskeiset käsitteet ”puhdas-likainen” ja ”kunnia-häpeä” on hyvä ymmärtää, sillä tämä helpottaa huomattavasti hoitosuhdetta. (Huttunen & Pakaslahti 2010, 85.)

Romanikieli kuuluu indoarjalaiseen alaryhmään, joka on lähtöisin Intiasta (Pulma 2012, 272). Vuosisatojen ajan Suomen romanit ovat pystyneet säilyttämään oman kielensä suomen kielen rinnalla. Alusta alkaen kieli on siirtynyt sukupolvelta toiselle tarinoiden ja puheen avulla. Nuoremman sukupolven romanikielen taito on heikentynyt kovasti, sillä romaniyhteisöt ovat muuttuneet hajanaisemmaksi. Nykyään romanikieltä ei enää käytetä sisäisenä kielenä ryhteisössä, vaan perheissä puhutaan usein romanikieltä ja suomen kieltä sekaisin. Siitä voi seurata ”puolikielisyyttä”, jolloin kummankaan kielen hallinta ei ole täydellistä. Kaikilla vanhemman sukupolven romaneilla ei ole kirjoitus- tai lukutaitoa. (Huttu, Lieppinen, Lindberg, Lindgren, Luttinen, Pääkkönen, Pasma & Vihtkari 2007, 14–17.)

Täytyy muistaa, että romanien suomen kieli on erilaista kuin kantaväestöllä. Käsitteiden merkitys ja heidän tapansa ilmaista asioita on hyvinkin erilaisia. (Huttunen & Pakaslahti 2010, 86.) Romanikulttuurissa seksuaalisuudesta ja ruumiintoimintoihin viittaavista sanoista ja asiakokonaisuuksista on tullut tabuja, joista ei puhuta ääneen tai puhutaan kiertoilmaisuja käyttäen.

(Blomerus, Hagert & Viljanen 2007.) Hoitohenkilökunnan on tärkeää puhua nuorille ehkäisymenetelmistä ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, sillä häveliäisyssyistä vanhemmat naiset eivät voi keskustella ja valistaa lapsiaan näistä asioista. Romanikulttuurissa on kuitenkin mahdollista samanikäisten tuttavien ja sukulaisten kanssa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Huttu ym. 2007, 50.)

Ennen 2000-lukua romanikulttuuri on ollut hyvin suljettu, koska romanit ovat halunneet suojella omaa kulttuuriaan ja kieltään kantaväestöltä. He eivät ole kokeneet kielen eikä kulttuurin jakamista kantaväestön kanssa turvalliseksi. 2000-luvulla on kuitenkin ryhdytty avaamaan romanikulttuuria, josta saatu tieto on edistänyt romanien asemaa suomalaisessa yhteiskunnassa ja lisännyt suvaitsevaisuutta. Romanikulttuurissa korostuu yhteisöllisyys, jota pidetään tärkeänä tukena. Kaikissa tilanteissa romani edustaa itseään ja sukuaan. Toisinaan joku voi kokea yhteisöllisyyden rajoittavana tekijänä yksilön vapautteen. (Huttu ym. 2007, 33.) Romanikulttuuri rakentuu oman yhteisön, suvun ja perheen ympärille. Ensisijaisesti romanit tuntevat kuuluvansa perheeseen ja sukuunsa, minkä jälkeen he vasta tuntevat olevansa osallisina kuntaan tai valtioon. Romaneille suku on kokonaisuus, johon kuulutaan ja tukeudutaan. Sukulaisia ja läheisiä autetaan aina tarpeen vaatiessa. (Huttu ym. 2007, 22.)

Romaniperheissä kunnioitetaan perhettä ja avioliittoa. Vanhempien kuuluu kantaa vastuu lapsista ja kasvatuksesta. On myös luonnollista, että tarvittaessa isovanhemmat voivat hoitaa ja kasvattaa lapsia, jos perheessä on vaikea tilanne. Kulttuurissa erottuu selkeä roolijako miehen ja naisen tehtävien välille. Tavallisesti miehen tehtävänä on edustaa perhettä ulospäin sekä ansaita elanto ja naisen tehtävänä on hoitaa lapset ja koti. (Huttu ym. 2007, 34.) Nuoren naisen ja miehen tulee romanikulttuurissa kunnioittaa ja hävetä itseään iäkkäämpiä. Ansaitakseen kunnioittavan ja häveliään käytöksen, täytyy osata käyttäytyä soveliaalla tavalla. Romanikulttuurissa häpeäminen on samalla kunnioittamista. ”Häpeämisellä” tarkoitetaan siveää, pidättyvää käytöstä, jossa korostuu oikeanlainen pukeutuminen, puhtauden vaaliminen sekä sopimattomien puheiden ja sanojen välttäminen. (Huttunen & Pakaslahti 2010, 94.)

Romaneilla on vahvat pukeutumistavat. Oikeanlaisella pukeutumisella osoitetaan kunnioitusta. Suomen romanikulttuurin tärkeimpänä ulkoisena tunnusmerkkinä voidaan pitää romaninaisten perinteistä pukua. Se on tärkeä osa kulttuuria ja heimoon sitoutumista. Lapset pukeutuvat pääväestön kaltaisiin vaatteisiin. Romanikulttuurin mukaisia piirteitä alkaa tulla murrosiässä tyttöjen pukeutumiseen, romanihametta aletaan käyttää 16–20-vuotiaana. Kyse on nuoren aikuistumisesta, jolloin hän saa aikuisen velvollisuudet ja oikeudet. (Huttu ym. 2007, 38–40.)

Puhtaus on romanikulttuurin peruspilari, jota kuuluu noudattaa ja ylläpitää. Romanit tarkoittavat puhtaalla siistiä ja puhdistettua, sekä henkistä puhtautta, siveellisyyttä ja kunniallisuutta. Puhtaus säilyy pitämällä puhtas ja likainen esine, toiminta, sekä tila erillään. Puhtaan ja likaisen jaottelun taustalla on luokittelu puhtaaseen yläosaan ja likaiseen alaosaan. Kaikki mikä on yläruumiin korkeudella tai korkeammalla on puhdasta, kun taas kaikki alaruumiin korkeudella tai alemmalla tasolla oleva on epäpuhdasta. (Huttunen & Pakaslahti 2010, 90–93.)

Sairauden käsite romanikulttuurissa eroaa kantaväestön käsitteestä. Romanit eivät hoida terveyttään, vaan sairauttaan. Vasta silloin, kun sairastuminen alkaa vaikuttaa ratkaisevasti elämään ja toimintaan yhteisössä, romani kokee olevansa sairas. Sairastuneista omaisista huolehtii perhe ja suku mahdollisimman pitkään. Terveystieteiden palveluiden käyttö romaneilla on keskimääräistä vähäisempää. Vastaanottokäynnille romanit eivät mielellään lähde yksin, vaan he ottavat yleensä mukaansa useamman saattajan. Romanin joutuessa laitoshoidon täytyy muistaa, että häntä ei jätetä yksin. Hänen luonaan käy paljon läheisiä ja sukulaisia päivittäin. (Huttu ym. 2007, 50.)

On tärkeää kertoa romaneille tarkasti ja selkeästi hoitotoimenpiteistä, mitä tehdään, miten hoidossa edetään sekä miten toimenpide tapahtuu. Lääketieteellisen terminologian käyttöä ei romanien kanssa suositella. Romaneilla ei kuitenkaan ole kulttuurisia esteitä, joiden takia hoitotoimenpiteitä ei voitaisi tehdä. Hoitotoimenpiteitä yleensä pelätään ja siksi niistä saatetaan kieltäytyä. (Åkerlund 2016.) Hyvän hoitotyön ja hoitosuhteen esteenä romanit yleensä kokevat terveydenhoidossa turvattomuutta ja pelkoa hoitohenkilökuntaa, sairaaloita ja terveyskeskuksia kohtaan. Sairaalat ja terveyskeskukset koetaan pelottavaksi, koska romani on siellä yleensä ainoana oman etnisen ryhmänsä edustajana. Pelkoa lisää tieto siitä, että sairaalassa on tarttuvia tauteja ja kuolevia potilaita. Lisäksi sairaalat ovat likaisia paikkoja romanien puhtauskäsitusten mukaan. (Huttunen ja Pakaslahti 2010, 89.) Hoitajan ollessa epä tietoinen asioista ja kulttuurin tuomista haasteista sallii romanikulttuuri kyselemisen. Näin vuorovaikutus ja yhteisymmärrys hoitajan sekä potilaan välillä toimii. (Åkerlund 2016.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoitus on tehdä kirjallinen opas, jonka avulla voidaan antaa tietoa ensihoitajille Keski-Pohjanmaan alueen yleisimpien eri kansallisuuksien kulttuureista, jotta kohdatessa toisen kulttuurin edustajaa on helpompi ymmärtää.

Oppaan tavoite on kehittää ensihoitajien valmiuksia kohdata eri kulttuureista tulevia potilaita. Ensihoitajan kenttätöskentelyssä tilanteet ovat vaihtelevia ja kohdattavat ihmiset voivat edustaa mitä tahansa kulttuuria.

4 TUOTEKEHITTELYPROJEKTINA KOHTAAMISEN OPAS

Kirjoitamme tässä osiossa aiheen hankkimisesta sekä tuotekehittelyprojektin tekemisestä. Kerromme työn vaiheista, joita on viisi. Niihin kuuluvat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe, tuotteen luonnostelu- ja kehittälyvaihe sekä viimeistelyvaihe. Kuvailimme tuotekehittelyprojektin tekovaiheita ja niiden toteuttamista. Kerromme myös tekemistämme kulttuuriedustajien haastatteluista sekä asiantuntevan lääkärin haastattelusta, jotka teimme opinnäytetyömme elävöittämiseksi. Osion lopussa kerromme tuotekehittelyprojektin aikataulusta ja budjetista.

4.1 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla

Suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtuvat taloudelliset ja poliittiset muutokset ovat saaneet aikaan muutoksia sosiaali- ja terveysalalla. Toimintaa on alettu tuotteistaa, jotta se olisi mahdollisimman tehokasta. Tuotteistamisen perustana on tutkittu ja ajankohtainen tieto. Sosiaali- ja terveysalan tuote on usein palvelu, materiaallinen tai niiden yhdistelmä. (Jämsä & Manninen 2000, 7–8.) Tarve kirjalliselle ohjaukselle on kasvussa, koska hoitokäytännöt ovat muuttuneet. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja suulliseen potilaan ohjaamiseen on vähemmän aikaa. Kirjalliset ohjeet toimivat suullisen tiedon tukena. Yhteiskunnalliset tekijät ja terveysviestinnän lisääntyminen julkisessa mediassa lisää potilaan valmiuksia ja omaa halua osallistua hoitoonsa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen. 2002, 7–9.)

Tuotekehittelyprojektilla tulee olla täsmällinen tavoite, joka tarkoittaa uuden tuotteen kehittämistä ja markkinoille julkaisemista. Täsmällisestä tavoitteesta huolimatta tuotekehittelyprojektin lähtökohdat ovat yleensä epätarkat. Ideointi on suunniteltua ja työstettyä toimintaa. Suuri osa innovaatioista ja ideoista karsiutuu tuotekehittelyprojektin edetessä, vain osa pääsee varsinaiseen tuotekehitysvaiheeseen. Projektin aikana kerätään palautetta mahdollisilta tulevilta asiakkailta, jotta alusta alkaen saataisiin valmistettua mahdollisimman käyttökelpoinen tuote. (Kettunen 2009, 27–28).

Sosiaali- ja terveysalalle suunniteltavan tuotteen kehitys etenee tuotekehityksen perusvaiheiden mukaan. Tuotekehittelyprojektissa on viisi vaihetta, joista ensimmäinen on kehittämistarpeen tunnistaminen, jonka jälkeen on ideointivaihe, tuotteen luonnostelu- ja kehittälyvaihe sekä viimeistelyvaihe. Jo alkuvaiheessa tehty päätös valmiin tuotteen ominaisuuksista keskittää pääpainon suurimmaksi osaksi tuotteen valmistukseen. Jos prosessin lähtökohtana on valmiiksi todettu ongelma

tai huomattu kehityshaaste, tarvitaan perusteellinen selvitys ja analyysi, jonka jälkeen alkaa varsinaisen tuotteen suunnittelu ja kehittäminen. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

Tuotekehittelyprojektissa projektipäälliköllä on suuri rooli. Budjetista huolehtiminen, projektin aikataulussa pysyminen ja asetettujen tavoitteiden toteutuminen lopputuloksessa ovat projektipäällikön tehtävät. On siis tärkeää, että projektipäällikkö ymmärtää roolinsa ja kantaa vastuunsa. Asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi vaaditaan rohkeutta, uskallusta sekä vahvaa otetta toimintaan. Omaa työskentelyä tulee jatkuvasti arvioida ja omia löytämiään heikkouksia kehittää sekä vahvuuksia vahvistaa. Projektin tekijöiden ja projektipäällikön välinen viestintä tulee olla saumatonta. Projektin tekijöiden tulisi välittää tietoa projektin etenemisestä ja sen mahdollisista haasteista. (Kettunen 2009, 29, 32–33.)

Opinnäytetyömme on tuotekehittelyprojekti, joka toteutettiin Centria-ammattikorkeakoulussa. Tuotekehittelyprojektin kohderyhmä on Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymä Soiten ensihoitajat. Projektin ohjaavana opettajana toimi lehtori Centria-ammattikorkeakoulusta. Työelämän yhteistyöhenkilönä oli Keski-Pohjanmaan peruskuntapalveluyhtymä Soiten ensihoidon kenttäjohtaja, joka kertoi meille opinnäytetyön tarpeesta. Opinnäytetyön projektipäällikkönä toimivat Salla-Mari Ojama ja Susanna Palo. Tuotekehittelyprojektin tutkimustiedon tueksi haastateltiin asiaan perehtynyttä lääkäriä. Lisäksi haastattelimme useiden erilaisten kulttuurien edustajia. Teoriatiedon ja haastattelujen tulosten pohjalta kokosimme oppaan.

4.2 Kehittämistarpeiden tunnistaminen ja ideointi

Lähtökohdat projekteille ovat erilaisia. Projektin omistaja tunnistaa kehittämistarpeen, jota pyritään täyttämään projektin kautta. Osa projekteista saa alkunsa sisäisen idean pohjalta, sisäisen kehitystarpeen seurauksena tai asiakkaan tilauksesta. Projektilla tulee olla ohjausryhmä tai omistaja, jolle raportoidaan projektin etenemisestä. Sisäisenä kehitystyönä tehtävissä projektitöissä osa ideoista syntyy määrätietoisesta ideoinnista ja osa saa alkunsa päivittäisen työn tuomien haasteiden ideoimana. On tärkeää, että ideoita arvioidaan ja käsitellään usein, jotta yksikään ei jää huomioimatta. Tämä varmistaa, että käyttökelvottomat ideat eivät pääse tuotekehittelyyn asti. (Kettunen 2009, 49–50.)

Kysyimme sopivaa opinnäytetyöaihetta Kokkolan alueen ensihoidokeskukselta, jonka kenttäjohtaja kertoi tarpeesta saada ensihoitajille lisää valmiuksia monikulttuurisen potilaan kohtaamiseen.

Ensihoitopalvelun asiakaskunta on monikulttuurisempi kuin ennen, mikä on lisännyt ensihoitajien tarvetta kulttuuritiedolle ja potilaan kohtaamistaidoille. Päätimme valmistaa opinnäytetyönämme oppaan, jota voidaan käyttää ensihoidon ja terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamiseen. Työ syntyi tarpeesta antaa ensihoitajille lisää valmiuksia tilanteisiin, joissa potilas edustaa muuta kuin Suomen kantaväestön kulttuuria.

Ideointivaihe alkaa, kun kehittämistarve on löytynyt, mutta ratkaisutapaa ei ole päätetty. Apuna voidaan käyttää erilaisia ongelmanratkaisumenetelmiä, joita ovat ideapankki, aivoriihi, tuplatiimi ja benchmarking–menetelmä. Ideapankki on kokoelma aloitteita, palautteita ja niiden vastauksia, jotka eivät ole koitoisin omista lähteistä. Aivoriihi on menetelmä, jossa tarkoituksena on luoda mahdollisimman monta ratkaisuvaihtoehtoa. Tuplatiimi tarkoittaa ryhmätoimintamallia, jossa ensin jäsenellään aiheesta oleelliset asiat. Benchmarking on menetelmä, jossa vertaillaan omien prosessien tuotteita tai toimintamalleja toisen vastaaviin. Ideavaiheessa päästään ratkaisuun tai luodaan tuote, joka ratkaisee ongelman tai vastaa kysyntään. Ratkaisuksi luodaan tuotekonsepti, joka luodaan kehittämistyön pohjaksi. (Jämsä & Manninen 2000, 35–40.)

Opinnäytetyömme suunnittelu alkoi työelämän yhteistyöhenkilön tapaamisella, jossa nousi esille monikulttuurisen potilaan kohtaamisen kehittämistarve. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman kyselyn avulla kartoitetaan laatua sekä potilasturvallisuutta. Vastausten perusteella selvisi, että Kokkolan peruspalvelu ja kuntayhtymän ensihoidossa työskentelevillä ei ole riittävästi menetelmiä monikulttuurisen potilaan kohtaamistilanteisiin. Kyselyn yhdessä kohdassa kartoitettiin potilaan kohtaamiseen liittyviä valmiuksia: ”Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä menetelmiä eri kansallisuus- ja kulttuuristaustaisten potilaiden kohtaamiseen”. Kokkolan ensihoidon kenttäjohtajan mukaan kyseiseen kohtaan oli vastattu kielteisesti, mikä tarkoitti, että kaikilla ensihoidossa työskentelevillä ei ole riittäviä tietoja ja apukeinoja näihin kohtaamistilanteisiin. Päätimme, että opinnäytetyö tehdään vastaamaan kyseiseen kehittämishaasteeseen.

Eri kulttuureiden tavoissa on merkittäviä eroja Suomen kantaväestön tapakulttuuriin verrattuna. Päätimme esitellä kaksi tilastollisesti yleisintä Keski-Pohjanmaan alueella esiintyvää kansallisuutta ja kahdelle Suomessa yleiselle kulttuuriryhmälle tyypillisiä arvoja, uskonnon tuomia vaikutuksia sekä tapoja, jotta ensihoitajien olisi helpompaa ymmärtää potilasta ja väärinymmärryksiä voitaisiin välttää. Opinnäytetyöstämme olisi tullut erittäin laaja ilman tarkkaa aiheen rajaamista, joten päätimme keskittyä valitsemiimme kulttuureihin. Tähän päätökseen vaikutti ideamme haastatella kulttuurien edustajia, mikä lisää tutkimuksemme laajuutta.

Saimme vapauden suunnitella kouluttamisessa hyödynnettävän oppaan ulkoasun. Ideointivaiheessa päätimme, että opas tulee olemaan sisällöltään selkeä, helposti ymmärrettävä ja ensihoidon tarpeeseen vastaava. Suunnittelimme yhdessä työelämän yhteistyöhenkilön kanssa alustavasti oppaan pääteemat, jotka ovat tapakulttuuri, kulttuurin ominaispiirteet ja uskonnon merkitys. Tarkensimme valmiin oppaan ulkoasua tuotekehittelyprojektin seuraavissa vaiheissa.

4.3 Tuotteen luonnostelu ja kehittäminen

Luonnosteluvaihe alkaa, kun on tehty päätös tuotteen ominaisuuksista, suunnittelusta ja valmistuksesta. Luonnosteluvaiheessa kerätään tietoa asiakkaasta, aiheesta, toimintaympäristöstä, työstä ja sen valmistuksesta sekä tuotteen laatutekijöistä. Tietoa käsittelemällä tarkennetaan tarkoitusta ja tavoitetta sekä päätetään, mitkä ovat vaihtoehdot toteutukselle ja sen periaatteita. Tämän vaiheen lopputulos on ratkaisuluonnos, etenemisen kuvaus sekä tuotespesifikaatio, ideointivaiheen lopputuloksen täsmentyminen tuotekuvaukseksi. (Jämsä & Manninen 2000, 43–51.)

Oppaan tekemisessä kirjoitettu asia on yhtä tärkeää kuin tapa jolla se ilmaistaan. Asia tulee kirjoittaa selkeästi. Tekstin tekijä yrittää tuottaa kirjoitukseensa haluamansa merkityksen, mutta todelliset merkitykset syntyvät lukijan ja tekstin kohdatessa. Oppaan ohjaavan tekstin tulee sisältää vain asiallisia ilmaisuja ja tarpeellista tietoa. Tekstin tulkinta on yksilöllistä, koska jokainen tulkitsee tekstin omien tulkintakoodiensa avulla. Yhteisymmärryksen saavuttamiseksi kirjoittajan ja kohderyhmän välillä tulee olla yhtenevä kulttuuri. (Torkkola ym. 2002, 12–19.)

Opasta laatiessa huomioimme kohderyhmämme tarpeet. Yksityiskohtainen jäsentely ja sisällöstä kertova otsikointi auttaa selkeyttämään ydinajatusta. Suunnittelimme itse oppaan ulkonäön ja graafinen suunnittelu toteutettiin Canva-suunnitteluohjelman avulla. Aiheestamme ei ole aiemmin tehty opinnäytetyötä kyseiseen organisaatioon, joten suunnittelimme sen monipuolisesti hyödynnettäväksi. Laatukriteereiksi tuotteellemme päätimme selkeyden ja hyödynnettävyyden, jotta valmis opas on mahdollisimman monipuolisesti käytettävissä. Keskustelimme Soiten Kokkolan alueen ensihoidon kenttäjohtajan kanssa opinnäytetyömme aiheen rajaamisesta sekä etenemisestä ja päätimme, että etsimme haastateltavat itse. Pohdimme yhdessä monikulttuurisen ensihoidon haasteita. Keskustelussa nousi esiin oppaan pääteemoja, joita käytimme haastattelupohjan tekemisen tukena. Lisäksi haastattelimme asiaan perehtynyttä lääkäriä tilanteiden mahdollisista haasteista ja niiden ratkaisemisesta.

Teemahaastattelua valmistellessa ei tarvitse laatia tarkkoja kysymyksiä vaan pohtia haastattelun päälinjoja ja edetä niiden mukaisesti. Teemahaastattelussa kysymykset ovat niiden tyyppistä riippumatta avoimia. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 106.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, mikä tarkoittaa, että haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys eivät ole tarkkoja. Haastattelurungon tehtävä on ohjata keskustelua. Haastattelurunko ei ole yksityiskohtainen vaan teema-alueuettelo, joka toimii haastattelijan muistilistana. Teema-alueuettelo koostuu pääkäsitteiden tarkennetuista alakäsitteistä ja alaluokista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35–40.)

Päätimme varautua runsaaseen haastattelumateriaaliin nauhoittamalla haastattelut. Nauhoitetun haastattelun purkamiseen on kaksi menetelmää, joita ovat materiaalin purkaminen sanasta sanaan tekstiksi, tai päätelmien ja muuttujien erottelu haastattelusta ilman aukikirjoittamista. Sisällönanalyysin tarkasteluyksikkönä voi käyttää yksittäistä teemaa tai aiheita. Teemahaastattelun sisällöstä voidaan tarkastella yksittäisen sanan esiintymistä tai sitä montako kertaa haastattelun aikana esiintyy tietty teema. Tutkijoiden halutessa luoda teoreettisia ideoita tai hypoteeseja ei voida käyttää perinteisiä aineiston koodaus- ja analysointimenetelmiä. Tutkijoiden tulee tarkastella teemahaastattelusta saatua aineistoa löytääkseen uusia ominaisuuksia ja tehdä raportteja näistä ominaisuuksista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 108–109, 114–116).

Kulttuurierot voivat vaikeuttaa haastattelua, jos osapuolien välinen yhteisymmärrys puuttuu. Eri kulttuureissa sanoilla voi olla eri merkityksiä, mikä voi tuoda haastattelutilanteisiin haasteita. Erot kulttuurien välillä saattavat nousta yllättävästi merkityksellisiksi jonkin viattomalta vaikuttavan kysymyksen myötä. Se saattaa nousta esiin niin voimakkaasti, että haastattelun tavoitteiden saavuttaminen estyy. Väärinkäsitykset, jotka johtuvat kulttuurieroista, saattavat vaikuttaa jo ennen haastattelutilannetta, jos haastateltavalle jää epäselväksi tutkimuksen tarkoitus, haastattelun periaatteet tai tutkijan motiivi. Kulttuurierojen huomioiminen on siis tutkimuseettinen kysymys. Haastateltava saattaa suostua haastateltavaksi vastapalveluksen toivossa tai mahdollisesti kertoa asioita, joita ei haluaisi jakaa, jos tietäisi tutkimuksen tarkoitukset ja kuinka haastattelussa kerättyä tietoa käytetään. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 80–83.)

4.3.1 Haastattelut

Tuotekehittelyprojektia elävöittääksemme päätimme haastatella edustajaa kaikista tutkimistamme kulttuureista. Pohdimme yhdessä Keski-Pohjanmaan ensihoidon kenttäjohtajan kanssa

monikulttuurisen potilaan näkökulmaa ja päätimme haastattelussa käsiteltävät aiheet. Päädyimme tekemään teemahaastattelun, jossa saimme kulttuuriedustajien näkökulmasta tietoa seuraavista asioista:

- 1) Haastateltavien kokemuksia ensihoidosta
- 2) Minkälaisia valmiuksia on toimia (terveydellisessä) hätätilanteessa
- 3) Toivomuksia ensihoitajille kohtaamistilanteita varten
- 4) Uskonnon vaikutukset kohtaamiseen ja hoitotilanteisiin
- 5) Kulttuurien kohtaamisessa syntyvät ongelmatilanteet
- 6) Terveystilanteissa/ensihoidossa kohdatut ennakoitavat tilanteet

Teemahaastattelussa aihepiirit keskustelua varten ovat tiedossa, joten haastattelu on rakenteeltaan puolistrukturoitu. Sillä tarkoitetaan haastattelua, joka on lomaketta ja avointa haastattelua yhdistelevä menetelmä. (Saaranen– Kauppinen & Puusniekka 2009, 55.) Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu sopii aiheeseen, koska halusimme saada tietoa ensihoidon ja terveydenhuollon monikulttuurisen asiakkaan kokemuksesta ja näkemyksistä. Teemahaastattelu mahdollisti aiheeseen suunnatun vapaan keskustelun kulttuuriedustajan kanssa. Kulttuuriedustajan teemahaastattelurunko on esitetty liitteessä (LIITE 1).

Haastateltaviksi valitsimme tutkimistamme kulttuureista yksittäiset edustajat. Kulttuuriedustajat olivat vapaaehtoisia, Suomessa tällä hetkellä asuvia henkilöitä. Haastattelut toteutettiin Kokkolassa. Haastatteluihin osallistui aasialaisten kulttuurien edustaja (Kiinasta Suomeen muuttanut), Venäjältä kotoisin oleva henkilö ja Suomen romani. Haastattelimme muslimiedustajaa muiden haastatteluiden jälkeen. Tehtyämme muut haastattelut päätimme tutkia islaminuskoa omana kokonaisuutena tietoperustassa ja halusimme tuoda myös heidän edustajansa näkemykset elävöittämään opinnäytetyötämme. Haastateltava muslimiedustaja löytyi nopeasti työelämässä saatujen kontaktien avulla. Lisäksi haastattelimme monikulttuuriseen kohtaamiseen perehtynyttä lääkäriä (LIITE 2). Hänen haastattelunsa tuo kokempohjaisen näkökulman kohtaamistilanteista terveydenhuollon työntekijän näkökulmasta, sekä ohjeistusta tilanteissa toimimiseen.

Kulttuuriedustajien teemahaastattelujen tarkoituksena on elävöittää tutkimustamme, kertoa eri kulttuurista tulevien kokemuksia kohtaamistilanteista terveydenhuollossa ja ensihoidossa sekä tuoda esille asiakasnäkökulmaa. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina. Kaksi niistä toteutettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalan tiloissa ja toiset kaksi henkilöiden kotiloissa. Haastattelut sovittiin

puhelimessa, jotta haastateltavan ja haastattelijan välinen jännitys vähenisi. Haastateltaville kerrottiin haastattelun tarkoitus ja kuinka saatavia vastauksia hyödynnetään.

Voidaan ajatella, että aineisto on riittävää samojen asioiden alkaessa toistua vastauksissa. Aineiston kylläisyyttä kutsutaan saturaatioksi. On olemassa siis tietty määrä aineistoa, jonka voidaan ajatella olevan teoreettisesti merkittävää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 177.) Haastateltavien edustaessa eri kulttuureja voitiin ennakoida, että tulokset ovat eroavia ja saturaatiota ei välttämättä saavuteta. Haastattelut tehtiin muun tutkimuksen tueksi, joten saturaation vähäisyys osattiin ennakoida. Teimme haastattelut yhdessä, lukuun ottamatta lääkärin haastattelua. Haastattelijoiden roolit olivat yhdenvertaiset. Molemmat haastattelijat esittivät kysymyksiä ja täydennyskysymyksiä haastateltaville. Päätimme nauhoittaa haastattelut analysointia helpottaaksemme ja saimme haastateltavilta luvan siihen. Haastatteluissa pärjättiin ilman tulkkia ja käytettiin tarvittaessa englannin kieltä. Jokaista haastattelua varten aikaa varattiin puoli tuntia ja ne saatiin toteutettua ilman häiriöitä tai keskeytyksiä.

Teemahaastattelusta saadaan usein runsas aineisto, koska kysymykset elävät keskustelun mukana. Kaikkea aineistoa ei tarvitse analysoida ja on tapauksia, joissa osa aineistosta jää käyttämättä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135.) Haastateltavilla oli runsaasti kokemusta terveydenhuollon asiakkaana olemisesta. Tekemistämme haastatteluista saatiin runsaasti aineistoa, josta suurimman osan pystyimme hyödyntämään.

Analysoitavan materiaalin purkaminen teema-alueittain helpottaa tutkijan tekemää analysointia. Sen avulla vastaukset saadaan näkyviin helpommin. Se ei kuitenkaan ole ongelmatonta, koska teema-alueittain purkaminen hajottaa haastattelukokonaisuuden. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 141–142.) Haastatteluista saadut nauhoitukset kuunneltiin moneen kertaan ja haastattelun vastaukset litteroitiin eli kirjoitettiin tietokoneella puhtaaksi. Vastaukset järjesteltiin teemoittain. Saatu aineisto oli puhekielistä ja päätimme muuttaa sen yleiskielelle selkeyden vuoksi. Yksi haastatteluista tehtiin englannin kielellä.

Analysoinnin apuna tehtävä koodaus voidaan tehdä värien avulla. Sen tehtävä on jäsenellä tutkimusaineistolle tärkeät tekijät (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009). Aineistosta tehtävä analyysi tapahtui erittelemällä vastaukset yläkäsitteiden mukaan. Samaa käsitettä koskevat ja samankaltaiset vastaukset erotettiin omaksi yläkäsitteelliseksi ryhmäksi. Tämä tehtiin korostamalla tiettyyn aiheeseen liittyvät vastaukset samalla värillä. Luokitteluvaiheessa keskeisiksi yläkäsitteiksi nousivat luottamus, ennakkoluulot ja ymmärtäminen.

4.3.2 Haastateltavien kokemuksia terveydenhuollon kohtaamistilanteista

Tehdyillä teemahaastatteluilla selvitettiin kokemuksia ensihoidon ja terveydenhuollon kohtaamistilanteista monikulttuurisen potilaan näkökulmasta. Haastattelussa selvitettiin myös uskonnon vaikutuksia hoitotilanteisiin ja monikulttuurisen potilaan toivomuksia ensihoitajille kohtaamistilanteisiin. Osallistuneet olivat asuneet Suomessa vähintään vuoden ja iältään 28–46-vuotiaita. Toteuttamistamme haastatteluista kävi ilmi, että jokaiselta osallistujalta löytyi negatiivisia asiakaskokemuksia terveydenhuollosta. Kaikilla haastateltavilla ei ollut kokemusta ensihoidon kohtaamistilanteista.

Sanotaan, että odottakaa pieni hetki ja joutuu odottamaan todella pitkiä aikoja. Joskus huomaa ilmeestä, että hoitaja ei ymmärrä mitä selitän. Ensihoitajat ambulanssissa tuntuivat ymmärtävän ihan hyvin englantia, vaikka eivät puhuneetkaan sitä.

Aina puhettani ei ymmärretä.

Yleensä ongelmana on ollut kieli. Ennen kuin osasin suomen kieltä. Hoitajat puhuvat suomea ja eivät aina ymmärrä englantia.

Kun menee päivystykseen vastaanotolle ja on perhe mukana ja lapsia, jotka pitää ääntä tuntuu, että hoitajat katsovat vihaisesti. Pitää miettiä, että mitä asiaa sinne voi lähteä näyttämään.

Suomessa peruskoulun terveystiedon oppiaineen opetukseen kuuluu ensiaputaitojen opetus ja toiminta vaaratilanteissa. (Opetushallitus 2014, 241.) Haastattelimme kulttuuriedustajia heidän valmiuksistaan toimia terveydellisissä hätätilanteissa ja valmiuksista toimia tilanteissa. Suomessa opetetaan kaikille peruskoulun käyville ensiapua. Haastatteluissa selvisi, että muista kulttuureista tulevilla ei välttämättä ole valmiuksia toimia hätätilanteissa, ellei ole saanut erillistä ensiapukoulutusta. Ensiapukoulutus ei siis kuulu kaikissa kulttuureissa perusopetukseen. Tämä tarkoittaa, että ensiaputaitoja opetetaan ammattikohtaisesti ja valmiuksia ei löydy kaikilta. Eri kulttuurista tulevilla ei välttämättä ole minkäänlaisia toimintavalmiuksia hätätilanteessa, jos ei ole ammatillista koulutusta. Hätäkeskuksen kautta saatujen ohjeiden toteuttaminen ilman opetustaustaa voi olla vaikeaa ja viivästyttää ensiavun aloittamista.

Ennen kuin pääsin ammattikorkeakouluun en tiennyt mitään ensiavusta. Olen oppinut ensiaputaidot ja elvyttämisen ammattikorkeakoulussa. Sitä ei opeteta Kiinassa kaikille, vain tietyille koulutusohjelmille.

Haavaa pitää painaa. Minun siskoni on sairaanhoitaja. Hän on opettanut.

Ensiapukoulutus on erilaista kuin Suomessa. Alakoulussa on pieni ensiapukurssi ja hätätilanteita varten on eri ensiapukurssi. Venäjällä koulussa opetetaan soittamaan 112. Venäjällä ensiapukoulutukset ovat yleensä ammatinmukaisia. Suomessa ensiapukoulutus on ammatissani pakollinen.

Ystävät on käyneet ensiapukurssin. Meillä on omat tavat ja hoidamme itse, jos on huonossa kunnossa. Kun keinot loppuvat mennään lääkäriin. Jos tulee hätätilanne, soitamme 112 niin kuin muutkin.

Haastattelimme kulttuuriedustajia heidän toiveistaan kohtaamistilanteista ensihoitajan kanssa. Vastauksissaan haastateltavat toivoivat hoitohenkilökunnalta avointa mieltä, kärsivällisyyttä ja asian vakavuuden mukaista suhtautumista.

Kiinassa hoitajilla on usein huono asenne, joka johtuu kiireestä. Hätätilanteessa kaipaavat ensihoitajalta empaattisuutta ja yritystä ymmärtää. Huono asenne voi aiheuttaa konflikteja.

Hoitajan pitäisi olla ystävällinen. Jos ei ymmärrä niin yrittää auttaa.

Hoitajan tulisi ottaa asiat vakavasti. Läheinen kuoli, koska hoitaja ei tutkinut riittävästi.

Ne on vakavia tilanteita, kun ensihoitajia tarvitaan. Silloin myös ensihoitajan pitää suhtautua vakavasti tilanteeseen. Joskus on vaikea selittää tapahtunutta tilannetta, jolloin hoitajan täytyy kyllä olla kärsivällinen.

Uskontoihin kuuluvat käytännöt voivat vaikuttaa hoitoon. Haastatteluista nousi esiin, että merkittävin uskonnon kautta hoitoon vaikuttava tekijä on islaminuskon kosketukseen liittyvä sääntö. Esiin nousi myös ruokavalion ja puhtauden merkitys hoitotyössä.

Kiinassa hoitajat eivät kysy mitään uskonnosta. Se olisi kuitenkin hyvä huomioida, jos on muslimi tai kuuluu muuhun uskontoon, jonka sääntöihin liittyy, vaikka verensiirto kieltö. Kiinassa kuitenkin monet eivät halua länsimaalaisia lääkkeitä vaan luottavat kiinalaisiin lääkkeisiin. Kiinassa yritetään pärjätä ilman kipulääkettä mahdollisimman pitkään, koska niistä on haittaa sisäelimille.

Minä haluan naishoitajan, jos menen lääkäriin. Se pitää olla. En halua sairaalaan, kun siellä ei saa minulle oikeanlaista ruokaa.

Ystäväni on muslimi ja häntä ei saa koskea mieshoitajat. Venäjällä muslimeilla on omat lääkärit. Olen itse ortodoksi ja se ei vaikuta hoitoon.

Uskontoni ei vaikuta hoitoon oikeastaan mitenkään. Minä ja perheeni uskomme Jumalaan. Meillä on omat tavat ja kaikki niistä eivät liity uskontoon. Joskus vanhat ihmiset eivät halua syödä siellä (sairaalassa) ruokaa, kun sen puhtaudesta ei voida olla ihan varmoja.

Kysyimme haastateltavilta mahdollisista terveydenhuollossa ja/tai ensihoidossa kohdatuista ennakkoasenteista. Kulttuuriedustajat kertoivat kohdanneensa ennakkoasenteita ja omaavansa myös itse asenteita terveydenhuollon palveluita kohtaan. Kysyimme lisäksi, miten he ovat toimineet kyseisissä tilanteissa. Siihen ei kuitenkaan kaikilta löytynyt vastausta.

En ole huomannut ennakkoasenteita minua kohtaan, mutta välillä hoitajista huomaa, että he välttelevät jonkun potilaan hoitoa näkyvästi. Luulen, että heillä varmaan on jokin tarttuva sairaus.

Välillä, joku muu potilas huutaa jotain. Minun siskoni kertoi, hänelle on sanottu rumasti töissä. Kerran minun lääkäriini sanoi, että ei ymmärrä ja joskus selitetään niin, että minä tunnen tyhmäksi itseni.

Venäjällä sairaanhoitajalla on Suomessa perushoitajan osaaminen. Siksi ei aluksi ollut luottamusta sairaanhoitajan osaamiseen. Olen mennyt päivystykseen terveydenhoitajan vastaanotolle, jossa minua ei otettu tosissaan. Venäjällä ei tarvita kaikkiin lääkkeisiin reseptiä, lääkäriin mennään toteamaan sairaus ja apteekista saa siihen lääkkeen. Sairanhoitajalla ei Venäjällä ole omaa vastaanottoa. Lapseni on sairastanut paljon ja olen joutunut niiden vuoksi kamppailla sairaanhoitajan kanssa. Siksi nykyään pyydän suoraan lääkärin vastaanottoa, kun tarvitsen hoitoa.

Itse olen saanut asiallista palvelua terveystieteiden keskuksella, mutta päivystyksessä tuntuu, että minua ei aina oteta tosissaan. Joskus tuntuu, että hoitoon pääsee muita nopeammin ja sitä miettii, johtuuko se siitä, että haluavat nopeammin päästä eroon. Mitään törkeää puhuttavaa en ole siellä kuullut. Vaikka puhuisivatkin niin ei sille oikein voi mitään.

Kysyimme kulttuurien edustajilta myös syitä ennakkoasenteiden takana. Vastaukset viittaavat siihen, että tilanteita tulee yleistetyksi. Kulttuurista ryhmää edustavan henkilön teot vaikuttavat ihmisten muodostamaan näkemykseen koko ryhmästä. Kokemuksilla on vahva vaikutus ennakkoasenteiden syntymiseen. Teoriaosuudessa nostettiin esiin etnosentrismi eli oman kulttuurin näkeminen parhaana kulttuurina. Haastattelujen pohjalta voidaan ajatella oman kulttuurin paremmuuden korostuvan ja muiden kulttuurien erottuvan huonompina yksittäisten jäsenten tekemisten perusteella. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa keskitytään kulttuurien eroavaisuuksiin niiden samankaltaisuuksien löytämisen sijaan ja samalla kulttuurien rinnakkain asetteluun sekä vertaamiseen.

Ne johtuvat siitä, että olemme inhimillisiä. Tulee helposti miellettyä stereotyyppioita, joihin luokittelee ihmiset. Epätasa-arvoisuus yhteiskunnassa pahentaa eroja luokkien välillä.

Se tarkoittaa, että ei tunne ihmistä.

Se (ennakkoasenteet) johtuu kokemuksista toisen kulttuurin kanssa.

Kaikki vihapuheet johtuvat siitä, että ei ymmärretä toista ihmistä. Me olemme erilaisia ja toisten tapoja ei aina ole helppoa ymmärtää. Meillä on kaikilla vähän samanlaisia ja paljon erilaisia tapoja. Kaikki luulevat omien olevan niitä parhaita ja siitä ne riidat sitten syntyvät.

Lopuksi kysyimme haastateltavilta heidän kokemuksiaan ongelmatilanteista eri kulttuurien kohdatessa. Halusimme tietää esimerkkitalanteita tunnistaaksemme ongelmat ja pohtiaksemme ratkaisuja ja menetelmiä niiden ennaltaehkäisemiseksi. Keskusteluissa keskeisiksi ongelmatilanteiksi hoitotilanteissa ja kohtaamisessa oli koettu oireiden vähättely, kielimuuri ja luottamus hoitohenkilöön.

Yleensä koen suurimmaksi haasteeksi hoitajien huonon englannin kielen. He eivät ymmärrä puhettani ja siinäkin tapauksessa, että ymmärtävät he eivät kykene kertomaan minulle mitä seuraavaksi tapahtuu.

Hoitaja ei tiedä muslimi uskontoa. Ei aina ymmärrä mitä saa tai ei.

Läheiseni kuoli, koska hoitaja ei ottanut oireita vakavasti, eikä tutkinut häntä. Venäläisen voi olla vaikea luottaa suomalaiseseen sairaanhoitajaan, kun Venäjällä sairaanhoitajan koulutus vastaa Suomessa lähihoitajaa.

Joskus ihmiset katsovat vihaisesti, vaikka ei tekisi mitään ja välillä huomaa, että ihmiset ei uskalla tulla puhumaan. Ne ennakkoluulot ovat syvällä ihmisessä. Kuitenkin, kun alkaa puhua toiselle niin usein huomaa, että se jännitys helpottuu.

Halusimme saada asiantuntijan kokemuksia monikulttuurisuudesta terveydenhuollossa ja ensihoidossa. Haastattelimme asiaan perehtynyttä lääkäriä, joka on työskennellyt Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän Kokkolan ensihoitokeskuksessa ja saanut myös kokemusta monikulttuurisuudesta sekä ensihoidon tilanteista. Haastattelu suoritettiin Kokkolassa keskussairaalan tiloissa. Haastattelukysymyksiin hän vastasi kokemuksensa pohjalta.

4.3.3 Asiantuntijan haastattelu

Teimme asiantuntijalääkärää varten erillisen haastattelupohjan, johon hän vastasi terveydenhuollon näkökulmasta. Hänelle laadittu haastattelupohja löytyy liitteistä (LIITE 2). Asiantuntijahaastattelun aluksi keskustelimme hänelle terveydenhuollossa ja arkielämässä kertyneestä monikulttuurisesta kokemuksesta. Lääkäri kertoi kohtaavansa monikulttuurisuutta päivittäin töissä sekä vapaa-ajalla. Haastattelun kysymyksiä ei käyty läpi järjestyksessä, vaan keskustelun kulun mukaisesti. Vastaukset täydentyivät keskustelun aikana. Haastattelu jatkui pohtimalla monikulttuurisuuden tuomia haasteita ensihoitotilanteisiin, joissa päällimmäisiksi haasteiksi nousivat kieli, kulttuuri ja uskonto.

Lääkäri kertoi eri kulttuurista tulevien kohtaamisessa haasteeksi kielimuurin sekä tulkkaamisen tarpeen ja nosti uskonnon tuomista haasteista esimerkiksi koskettamisen rajoitukset. Haastattelussa pohdittiin muslimien miehen ja naisen välistä koskettamista koskeva sääntöä, jossa vain samaa sukupuolta edustava hoitaja saa koskea potilasta. Tämä saattaa aiheuttaa haasteen ensihoitotilanteessa, jossa paikalla ei välttämättä ole saman sukupuolen edustajaa.

Haastattelussa esitettiin kysymys eroista eri kulttuurista tulevan potilaan ja kantaväestöön kuuluvan potilaan kohtaamistilanteissa. Asiantuntija kertoi koko kohtaamistilanteen olevan erilainen, mutta potilaalle asiat esitetään samalla tavalla kulttuurista riippumatta. Eri kulttuurista tulevan potilaan tilanteessa voi mukana olla potilaan perhe ja suku, kun taas kantaväestön jäsenellä on yleensä vain muutamia omaisia paikalla. Omaisten aiheuttama hälinä saattaa häiritä työn tekemistä.

Haastattelussa kysyttiin monikulttuurisen potilaan poikkeavista tarpeista ja kulttuuripiirteistä, johon asiantuntija vastasi, että uskonnon mukaiset tarpeet tulee huomioida. Potilaan voidaan odottaa tuovan ne itse esille, mutta ne voidaan myös varmistaa kysymällä. Rajoitukset voivat siis tarkoittaa esim. hoitajan valitsemista ja sopimattomista lääkkeistä kieltäytymistä. Asiantuntija toi esille potilaan oikeuden kieltäytyä hoidosta, jos tilannetta ei saada ratkaistua, mutta mahdollisuuksista tulee kuitenkin keskustella.

Seuraavaksi keskustelu eteni kysymykseen ensihoitotilanteessa huomioitavista tarpeista ja kulttuuripiirteistä. Asiantuntijalääkäri pitää merkittävänä potilaan ymmärrystä ja asioiden kertomista ymmärrettävässä muodossa. Tähän voidaan tarvittaessa käyttää tulkkipalveluita. Tilanteessa, jossa hoitajan ja potilaan välillä on kielimuuri, tulee käyttää tulkia.

Halusimme tietää eri kulttuureista tulevien ihmisten ”häätätilannekäyttäytymisessä”, johon asiantuntija vastasi toisista kulttuureista tulevien soittavan kantaväestöä helpommin lisääpua. Myös hädän kokemus on toisesta kulttuurista tulevalla ihmisellä usein suurempi kuin kantaväestön jäsenellä, sekä kyky toimia häätätilanteessa. Halusimme tietää kulttuurien kohtaamisessa syntyvistä ongelmista, joita haastateltavan mukaan ovat kommunikaatiovaikeudet, mahdollinen oireiden ja tuntemusten vähättely, sopivan henkilökunnan löytymiseen ja tulkkaukseen liittyvät ongelmat. Tulkkauksen ongelmaksi asiantuntija esitti kielten eri murteet, jotka vaikeuttavat sopivan tulkin löytymistä ja tulkkauksen luotettavuutta.

Haastattelun loppupuolella esitettiin kysymys avun saamisesta ensihoitotilanteessa kohdattavaan ongelmaan. Vastauksena oli lisäävun pyytäminen ja osallisten kanssa keskustelu. Ongelmatilanteissa keskustelemalla voidaan löytää ratkaisu, joka mahdollistaa potilaan auttamisen tai vaihtoehtoisesti potilas voi kieltäytyä hoidosta. Ongelmatilanteiden välttämiseen lääkäri suositti, että ihmisten tietoisuutta suomalaisesta terveydenhuollosta lisättäisiin ja myös hoitajilla tulisi olla enemmän kulttuuritietoutta.

Asiantuntijalääkärin haastattelusta halusimme erityisesti nostaa esiin vastauksen monikulttuurisen potilaan tiedottamiseen liittyen:

Se on tärkeää, että potilas ymmärtää sen mistä on kysymys, mitä tapahtuu ja mitä tulee tapahtumaan.

4.4 Tuotteen viimeistely

Tuotekehittelyprojektin viimeinen vaihe on tuotteen viimeistely. Tuotteen kehittelyvaiheessa tehdyn arvioinnin ja saadun palautteen avulla aloitetaan viimeistely vaihe. Siihen voi sisältyä toteutuksen ja käyttöön tarvittavien ohjeistuksien laatimista, päivittämisen suunnittelua, huoltotoimenpiteitä sekä yksityiskohtien viimeisteleminen. Viimeisessä vaiheessa pohditaan myös tuotteen jakelun suunnittelu. Viimeistelyvaiheesta syntyy valmis tuote ja projektista tehdään loppuraportti. (Jämsä & Manninen 2000, 80–82.)

Laatimamme kohtaamisen opas sisältää tutkittua teoriaa kulttuurien tavoista ja kulttuuriedustajia haastatteleamalla saatuja kokemuksia sekä asiantuntijan antamia ohjeita ensihoitajille ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Saimme sisällön suunnittelussa tukea työelämäohjaajaltamme. Tekemämme oppaan avulla ensihoitaja voi valmistautua kohtaamaan eri kulttuurien edustajia. Oppaan myötä toiselle kulttuurille ominaiset tavat tulevat tutuiksi ja kulttuurien samanlaisuudet korostuvat. Käytännössä oppaan avulla ensihoitajan kulttuuriosaaminen laajenee ja hoidon potilaslähtöisyys syvenee.

4.5 Projektin budjetti ja aikataulu

Opinnäytetyömme kustannukset ovat vähäisiä ja koostuvat suurimmaksi osaksi tuotettavan oppaan tulostuksen kustannuksista. Käyttämämme lähdemateriaali ei aiheuttanut kustannuksia, koska hyödynsimme kirjastosta saatavaa materiaalia, internet-julkaisuja ja vapaaehtoisia asiantuntijoita. Työskentelyyn liittyvät matkakulut maksoimme itse. Opinnäytetyöhömmme liittyvät keskustelut käytiin ohjausryhmän työaikana.

Saimme koulusta suosituksen tehdä opinnäytetyö pareittain. Syksyllä 2015 etsimme aihetta opinnäytetyöllemme. Koulumme aihepankissa ei ollut meitä innostavaa aihetta. Olimme kiinnostuneita ensihoidosta, joten kysyimme Kokkolan ensihoitokeskuksella työskentelevältä läheiseltä mahdollisesta opinnäytetyöaiheesta. Hänen kauttaan saimme kontaktin Kokkolan ensihoidon kenttäjohtajaan, joka kertoi meille ensihoitokeskuksen tarpeesta saada väline monikulttuurisen potilaan kohtaamiseen.

Valittuamme aiheen opinnäytetyöllemme aloitimme tietoperustan kirjoittamisen ja opinnäytetyön suunnitelman työstämisen. Tämä vaihe vei runsaasti aikaa. Koulunkäynnin ja töiden ohella opinnäytetyösuunnitelman tekeminen oli raskasta. Myös muutokset yksityiselämässä toivat omat

haasteensa. Suunnitelman valmistumisen pitkittyminen vähensi motivaatiotamme. Saimme yliopettajan hyväksynnän suunnitelmalle tammikuussa 2017. Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ja työelämän yhteistyöhenkilön innostamina saimme motivaatiomme nousemaan. Teimme tutkimuslupahakemuksen ja toimitimme sen Soiten johtajaylijohtajalle. Virallinen tutkimuslupa opinnäytetyöllemme myönnettiin 6.2.2017.

Tutkimusluvan saatuamme aloimme työstää opinnäytetyömme tietoperustaa ja etsiä kulttuuriedustajia haastateltaviksi. Haastateltavien varmistuttua loimme huhtikuussa 2017 haastattelupohjan, minkä jälkeen teimme haastattelut. Asiantuntijan haastattelua varten tehtiin erillinen haastattelupohja ja haastattelu toteutettiin toukokuussa 2017. Kerätyn teorian ja haastattelujen tulosten avulla kehittelimme oppaan.

5 POHDINTA

Kerromme noudattamistamme luotettavuuteen ja eettisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Käsittelemme myös oppimiskokemuksiamme projektityön tekemisestä ja kerromme opinnäytetyömme hyödyistä työelämässä. Pohdimme myös jatkokehitysmahdollisuuksia. Kerromme tekemistämme huomioista tuotekehittelyprojektin työstämisessä.

5.1 Projektin luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa esiin tulevat negatiiviset asiat tulee kertoa todenmukaisesti. Tutkimukseen osallistuvilla tulee olla tietoisuus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkija ei saa loukata tutkimukseen osallistuvaa ja tarpeettomat haitat tulee minimoida. Tutkija huomioi tutkimukseen osallistuvien erilaisuuden, sekä suojelee heidän itsemääräämisoikeuttaan ja osallistumisen aitoa vapaaehtoisuutta. Tutkimukseen osallistuvien tulee olla samanarvoisia suhteessa hyötyihin ja haittoihin. Osallistujan anonymiteettiä suojellaan, tutkimustietoja ei luovuteta prosessin ulkopuoliselle. Projektin kaikissa vaiheissa tarkistetaan sen eettisyys. Mahdolliset virheet tutkimustiedoissa ilmoitetaan tutkimustoiminnan valvojalle. Tutkimuksen tulee olla aiheeseen ja tutkimusmetodologiaan sekä ammattiryhmään nähden laadukasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–180.)

Projektissamme käytimme luotettavia lähteitä. Kulttuurien tapatietous on suurelta osalta historiallisia tutkimuksia ja kirjoitettua perimätietoa, johon hyödynnämme mahdollisimman autenttisia lähteitä. Alle kymmenen vuotta vanhoja tapahistoriasta kertovia tutkimuksia ei aina ollut saatavilla, mutta valittuja tutkimuksia voidaan pitää luotettavina johtuen teosten perustavanlaatuisuudesta ja perinteiden hitaasta muodostumisesta. Laadimme opinnäytetyöllemme yksityiskohtaisen ja selkeän suunnitelman, jota noudatimme. Tietoperustan loimme monipuolisesti teoriasta ja käytännöstä. Teimme yhteistyötä alan asiantuntijoiden kanssa, jotta valmis työemme on mahdollisimman hyvin tarpeeseen vastaava. Tuotimme opinnäytetyömme tekstin itse emmekä plagioineet sitä muista lähteistä.

Haastattelimme asiantuntevaa lääkäriä ja eri kulttuureiden edustajia, jotta saimme tietoa tutkittavan aiheen eli kohtaamistilanteiden haasteista terveydenhuollon työntekijän, ensihoidon ja potilaan näkökulmista. Valmistauduimme käyttämään haastattelussa tulkkia, jonka tulkkkaus olisi puolueetonta ja mitään pois jättämätöntä. Tarjosimme tulkkipalvelua muualta muuttaneille haastateltaville, jotka

kuitenkin kieltäytyivät tarjouksesta. Kiinalaisen kulttuurin edustajan haastattelu tehtiin englanniksi ja muslimiedustajan haastattelussa hänen aikuinen tyttärensä auttoi välillä tulkkauksessa. Haastatteluvastausten luokittelua varten suomensimme vastaukset. Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista ja jokaisella oli oikeus kieltäytyä sekä keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastattelumateriaali on säilytetty muiden saavuttamattomissa ja suojelemme haastateltavien anonymiteettiä. Emme julkaise tietoa, josta haastateltavat kulttuurien edustajat voisivat olla tunnistettavissa. Noudatimme työelämänyhteistyökumppanin laatimia ohjeita ja ulkoasun toteutusta, jotta opinnäytetyömme tuloksena valmistunut opas noudattaa sen vaatimuksia ja voidaan ottaa käyttöön. Huomioimme opinnäytetyössämme työelämän tarpeet.

Laadimme opinnäytetyömme tuotteen sanallisesti ja kielellisesti niin, ettei se loukkaa projektimme kohderyhmiä. Käytimme työssämme asiakieltä. Merkitsimme käyttämämme lähteet huolellisesti, että ne voidaan löytää uudelleen ja tietoa voidaan tarvittaessa tarkistaa. Haastattelimme monikulttuurisia edustajia elävöittääksemme teoriatietoa. Haastateltavien otanta oli liian pieni kattavan ja luotettavan tiedon saamiseksi. Haastattelujen tarkoituksena oli tukea hankkimaamme kulttuuritietoutta ja tuoda esiin näkökulmia potilaan lähtökohdasta.

5.2 Ammatillinen kasvu ja oppimiskokemukset

Sairaanhoitajan ammatissa kohtaa yhä useammin eri kulttuureista tulevia potilaita ja kollegoja. Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme useisiin eri kulttuureihin ja niiden tapoihin. Saatu tieto kulttuureille ominaisista piirteistä avasi silmiämme sille, että oma tietoutemme toisista kulttuureista ei ole ollut erityisen laajaa. Tietouden lisääntyessä laadukkaan hoidon antaminen monikulttuurisille potilaille helpottuu. Kulttuureille tyypillisistä kohtaamiseen ja hoitoon liittyvistä seikoista on apua työelämässä.

Opinnäytetyötä tehdessämme huomio on kiinnittynyt yhä enemmän potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja niiden huomioimisen vaikutuksesta hoidon laatuun. Se on lisännyt tietouttamme uskonnon merkityksestä ihmisten elämässä ja nostanut esiin sen arkielämään tuomat haasteet, jotka ovat yksilöllisiä. Puheviestintä on kulttuurista riippuvaista, ja sanat voivat tarkoittaa eri asioita ihmisille. Elekieli ei ole kaikille samaa, ja se voi tuottaa väärinymmärryksiä. Ne saattavat aiheuttaa väärinymmärryksiä ja konflikteja, joita voidaan vähentää laajentamalla hoitohenkilöiden kulttuuritietoutta. Opinnäytetyömme on opettanut meille, että hoitajan on osattava asettua myös toista

kulttuuria edustavan asemaan ja pohdittava tilanteita heidän näkökulmastaan. Merkittävänä pidämme sitä, että tilanteissa suhtaudutaan samanarvoisesti toisen kulttuurin jäsenen ja muistetaan oman kulttuurin olevan toisten kanssa samassa arvossa.

Sairaanhoitajina hoidamme ja autamme ihmisiä tilanteissa, joissa usein heidän terveydentilansa on heikentynyt. Tehdessämme opinnäytetyötä syvennyimme uskontojen asettamiin hoitoa koskeviin rajoituksiin ja niiden syihin niiden taustalla. Tämä auttaa jatkossa ymmärtämään hoitotahdon ja potilaiden erilaisen hoitoon suhtautumisen ja asennoitumisen taustoja. Hoitotyöntekijöinä irrottaudumme stereotyyppisestä ajattelusta ja muistamme huomioida kulttuurivähemmistön jäsenet yksilöinä ja huomioida heidän kulttuurisen taustansa. Sairaanhoitajina tarjoamme heille tukea ja ohjausta suomalaisen terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseen käyttöön.

Jatkokehityssuunnitelmana ajattelimme monikulttuurisen mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyvää opasta. Keskityimme opinnäytetyössämme enemmän fyysisesti loukkaantuneiden hoitoon liittyviin kohtaamismenetelmiin kuin psyykkisten sairauksien kulttuurikohtaiseen suhtautumiseen ja hoitotapoihin. Ensihoitopalvelu voisi hyötyä monikulttuurisen mielenterveyspotilaan kohtaamisoppaasta, jossa voitaisiin esitellä eri kulttuurien mielenterveyteen liittyviä käsityksiä ja hoitomuotoja.

LÄHTEET

- Akar, S. 2011. Islamilainen perhe- ja tapakulttuuri. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.oppi.uef.fi/aducate/projektit/monikko/Islam.pdf>. Viitattu 8.4.2015.
- Aittoniemi, A., Salminen, K. & Yliniemi, M. 2000. Bisnesetiketti: liike-elämän tapa- ja ruokakulttuuri. Helsinki: Edita.
- Barsukova, E., Bartikene, M., Filppula, O., Hartikainen, M., Kaader, A., Kairo, I., Koponen, T., Larjavaara, I., Naumova, J., Obolgogiani, V., Safina, L., Stepanova, E., Tiri, M., Usoltev, S. & Vinnik, A. 2013. Vot tak! -Tapakulttuuria Venäjällä. Helsinki: Suomalais-Venäläinen Kauppakamari.
- Blomerus, S., Hagert, T. & Viljanen, A-M. 2007. Romanit suomalaisessa terveydenhuollossa: tasa-arvon ansat. Duodecim. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo96300>. Viitattu 1.3.2017.
- Bürkland, R. 2016. Terveyden alkemia. Helsinki: Viisas Elämä.
- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4., korjattu painos. Helsinki: Suomen Punainen Risti.
- CIA The World Factbook. 2017. Saatavissa: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ch.html>. Päivitetty 8.4.2017. Viitattu 12.4.2017.
- Daher, O., Hannikainen, L. & Heikinheimo, K. 2012. Suomen kansalliset vähemmistöt. Kulttuurien ja kielten rikkautta. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Goffman, E. 2012. Vuorovaikutuksen sosiologia. Tampere: Vastapaino.
- Guirdham, M. 2009. Culture and business in Asia. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Haapaniemi, M., Moijanen, M., & Muradjan, K. 2003. Tak ili kak? Helsinki: Suomalais-venäläinen kauppakamari.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmström, P., Kuisma, M., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2015. 3.–5. painos. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Huttu, H., Lieppinen, M-L., Lindberg, L., Lindgren, H., Luttinen, K., Pääkkönen, E-L., Pasma, J. & Vihtkari, M. 2007. Vast Vastensa -opas romanien kanssa työskenteleville sosiaalialan ammattilaisille. Saatavissa: http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=739f9761-e0f7-4758-bfe5-406364fa688c&groupId=68015. Viitattu 24.2.2017.
- Huttunen, M. & Pakaslahti, A. 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Jakobson, L. 1997. Miljoona totuutta. 3. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveystalalla.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Karvonen, T. 2005. Venäläinen tapakulttuuri: perinteitä ja nykypäivää. Helsinki. Suomi-Venäjä-seura.
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOYpro.
- Keown, D. 2000. Buddhism. Saatavissa: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.centria.fi/lib/cop-ebooks/reader.action?docID=232881>. Viitattu 15.5.2017.
- Laungani, P., Parkes, M. P. & Young, B. 1997. Saatavissa: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.centria.fi/lib/cop-ebooks/search.action?query=buddhism+dying>. Viitattu 15.5.2017.
- Littleton, S. C. 2004. Idän uskonnot. Jyväskylä: Gummerus.
- Maïche, A-G. 2013. Muslimi potilaana. 2. painos. Helsinki: Into Kustannus Oy.
- Opetushallitus. 2014. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Saatavissa: http://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf. Viitattu 25.5.2017.
- Pepicelli, R. 2014. Islamin hunt. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda.
- Pietarinen, S. 2010. Kiinalaiset liiketavat. Hämeenlinna: Talentum Media Oy.
- Pukkila, J. 2002. Kulttuurisukellus-kohteena Aasia. Helsinki: Fintra.
- Pulma, P. 2012. Suomen romanien historia. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009a. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf. Viitattu 31.5.2017.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009b. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvaliMOTV. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf. Viitattu 25.5.2017.
- Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita.
- STM. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. 6.4.2011/340. Saatavissa: <http://www.fin-lex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>. Viitattu 31.5.2017.
- Tilastokeskus. 2016a. Väestörakenne. Saatavissa: <http://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaan-kansalaiset.html>. Viitattu 20.5.2017.

Tilastokeskus. 2016b. Syntymävaltio iän ja sukupuolen mukaan maakunnittain 1990–2016. Saatavissa: http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/040_vaerak_tau_103.px/table/tableViewLayout1/?rxid=885fa59a-44d1-4ccd-af83-dd2f91b4e2f4v. Viitattu 27.5.2017.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Helsinki: Tammi.

Westerlund, L. 2004. Venäläissurmat suomessa 1914-22. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Åkerlund, T. 2016. Romanit ja terveystalvelut. Saatavissa: <http://www.ensihoidontiedotus.fi/index.php/68-romanit-ja-terveyspalvelut>. Viitattu 28.2.2017.

Kulttuuriedustajien teemahaastattelun pohja

1. Kuinka vanha olette?
2. Minkälaisia kokemuksia sinulla on ensihoidosta/ terveydenhuollosta?
3. Minkälaisia valmiuksia sinulla on toimia terveydellisessä hätätilanteessa?
4. Mistä olet saanut valmiuksia toimia hätätilanteissa?
5. Miten ensihoitajan tulisi kohdata sinut, kun tarvitset apua?
6. Millaisia vaikutuksia uskonnollasi on ensihoito/hoitotilanteisiin?
7. Oletko kohdannut terveydenhuollossa/ensihoidossa ennakoasenteita?
8. Millaisia ongelmatilanteita olet kohdannut eri kulttuurien välisessä kohtaamisessa?

Asiantuntijan teemahaastattelun pohja

1. Minkälaista kokemusta sinulla on monikulttuurisuudesta
2. Minkälaisia haasteita monikulttuurisuus tuo ensihoitotilanteeseen
3. Miten eri kulttuureista tulevan potilaan ja kantaväestöön kuuluvan potilaan kohtaaminen eroavat?
4. Minkälaisia poikkeavia tarpeita tai kulttuuripiirteitä monikulttuurisilla potilailla on?
5. Mitä kulttuurikohtaisia tarpeita tai kulttuuripiirteitä tulisi huomioida ensihoitotilanteessa/terveydenhuollossa?
6. Miten niitä voidaan huomioida?
7. Minkälaisia eroja on eri kulttuureista tulevien ihmisten hätätilanne käyttäytymisessä?
8. Mitä ongelmia voi syntyä kulttuurien kohdatessa?
9. Mistä tällaisiin ongelmatilanteisiin ensihoidossa/terveydenhuollossa voi saada apua?

TUTKIMUSKYSYMYKS	AUTENTTINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Minkälaisia kokemuksia sinulla on ensihoidosta/terveydenhuollosta?	”Joskus huomaa ilmeestä, että hoitaja ei ymmärrä mitä sanon. Ensihoitajat ambulanssissa tuntuivat ymmärtävän ihan hyvin englantia, vaikka eivät puhuneetkaan sitä.”	Potilaan kertomaa ei ymmärretä. Potilasta voidaan ymmärtää, vaikka yhteistä kieltä ei löydy.	Vuorovaikutuksen haasteet	Ymmärtäminen
	”Aina ne ei ymmärrä minun puhetta”	Potilaan kertomaa ei ymmärretä.	Vuorovaikutuksen haasteet	Ymmärtäminen
	”Yleensä ongelmana on kieli. Ennen kuin osasin suomen kieltä. Hoitajat puhuvat suomea ja eivät aina ymmärrä englantia.”	Hoitajalla ja potilaalla ei aina ole yhteistä kieltä.	Vuorovaikutuksen haasteet	Ymmärtäminen
	”Kun menee päivystykseen vastaanotolle ja on perhe mukana ja lapsia, jotka pitää ääntä tuntuu, että hoitajat katsoo vihaisesti. Pitää miettiä, että mitä asiaa sinne voi lähteä näyttämään.”	Hoitoon hakeutumista ei koeta miellyttäväksi. Potilas kokee olevansa ei toivottu.	Potilaan negatiivinen kokemus terveydenhuollosta	Ennakkoluulot

Esimerkki taulukoinnista



JOHDANTO

1

- Opas on tehty Keski-Pohjanmaan peruskuntapalveluyhtymä Soiten ensihoitajien käyttöön ja hyödynnettäväksi terveydenhuollossa työskentelevien kouluttamisessa
- Oppaan avulla pyritään on kehittämään ja antamaan lisää valmiuksia ensihoitajille toimia monikulttuurisen potilaan kohtaamistilanteissa

Ojama & Palo Centria amk

POTILAAN YKSILÖLLISYYDEN HUOMIOINTI

2

- Laadukkaan hoidon takana on potilaslähtöisyys, jolla tarkoitetaan yksilöllisten tarpeiden huomiointia
- Vieraasta kulttuurista tulevalle ei välttämättä ole tietoa suomalaisesta terveydenhuollosta ja sen palveluiden käyttämisestä
- Potilasturvallisuuden näkökulmasta on tärkeää huomioida kulttuurin ja uskonnon tuomat tavat ja rajoitukset, jotta lisävahingot voidaan välttää esim. pelko terveydenhuollossa asioimisesta tai uskonnon kanssa ristiriitaisen hoidon aiheuttamat psyykkiset rasitteet
- Hoitotilanteessa väärinymmärryksiä voidaan välttää tuntemalla toisesta kulttuurista tulevalle ominaisia tapoja ja niiden taustalla olevia syitä

Ojama & Palo Centria amk

KESKI-POHJANMAALLA YLEISIMMÄT KULTTUURIT

- Tilastollisesti yleisimmät Keski-Pohjanmaalla asuvien muualta tulleiden taustamaat olivat Kiina ja Venäjä
- Maakunnassa on myös Suomen romaneja, joiden kulttuuri eroaa kantaväestöstä
- Keski-Pohjanmaalla on myös Islamin uskoon kuuluvia, joiden tavat ja uskontoon liittyvät säännöt eroavat kantaväestön tavoista



MIKSI ONGELMATILANTEITA SYNTYY?

4

- Yhteisen kielen puuttuminen
- Eriävät näkemykset hoitoon liittyvissä asioissa, kuten uskonnollisesta näkemyksestä johtuvat rajoitukset
- Toisesta kulttuurista tulevan henkilön hätäkäyttämisen erot ja näkemykselliset eroavaisuudet terveydellisiin uhkatilanteisiin
- Rasistiset ajatukset
- Ongelmatilanteiden taustaa:
 - Monikulttuurisilla potilailla voi olla Suomen kantaväestöstä poikkeavat tavat, terveystieteet, uskomukset ja kieli
 - Kulttuurien hätätilannekäyttäytymisessä on eroja:
 - Eri kulttuurista tulevilla kynnys avun hälyttämiseen voi olla pienempi
 - Eri kulttuurista tulevalle ei välttämättä ole minkäänlaisia ensiapuvalmiuksia

Ojama & Palo Gentrin amk

ONGELMATILANTEIDEN RATKAISEMINEN

5

- Kohtaamistilanteessa tulee selvittää potilaan yksilölliset tarpeet
 - Kysy ja keskustele potilaan kulttuuritaustasta
 - Selvitä onko potilaalla hoitoa rajoittavaa uskonnollista näkemystä
- Hoidosta tulee päästä yhteisymmärrykseen ja potilaalle kerrotaan huolellisesti kaikki hänelle tehtävät toimenpiteet
 - Yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi voidaan käyttää tulkkipalveluita ja sanatonta viestintää
- Etsimällä kulttuurien välisiä yhtäläisyyksiä voidaan kehittää myönteistä ajattelua erilaisuutta kohtaan

Ojama & Palo Gentrin amk

AASIA JA KIINALAINEN KULTTUURI

- Kiinassa harjoitetaan vanhaa ja perinteikästä lääketiedettä, josta johtuen kiinalaisilla voi olla eroavia terveystieteitä ja luottamuspuolaa länsimaiseen lääketieteeseen
- **Tavat:**
 - Kiinalainen kasvojen menettämisen käsite
 - Kasvojen menettämistä pidetään erittäin häpeällisenä
 - Sillä tarkoitetaan sosiaalisissa tilanteissa onnistumista, henkilökohtaisille ominaisuuksille saatua hyväksyntää muilta ihmisiltä
 - Hymy ei tarkoita aina iloa, sillä voidaan ilmaista myös pelkoa ja hämmennystä

Ojama & Palo Gentria amh

AASIA JA KIINALAINEN KULTTUURI

- Nimikäytännöt voivat olla nykypäivänä vaihtelevia
 - Kiinassa käytetään muotoa, jossa sukunimi tulee ennen etunimeä, mutta moni kiinalainen käyttää länsimaalaista muotoa
 - Nimikäytännöt voi aiheuttaa hämmennystä ->suomalaisen voi olla vaikea tunnistaa nimistä etunimeä



Ojama & Palo Gentria amh

ISLAM

8

- Islaminuskaisia kutsutaan muslimeiksi
- Muslimin tapoja:
 - Vähintään viidesti päivässä pidetään rukoushetki
 - Vastakkaisen sukupuolen edustajaan ei saa koskea, paitsi aviopuoliso
 - Alasti ei saa näyttäytyä kuin omalle puolisolalle, hoitotilanteessa ihoalueita voidaan paljastaa tarvittaessa samaa sukupuolta edustavalle, mutta ne peitetään mahdollisuuksien mukaan esim.liinat
 - Nainen peittää päänsä ja hiuksensa, vain kotonaan omien perheen jäsenten tai läheisten naisten seurassa voi olla ilman huntua
 - Hunnun käytössä on paljon eroja, riippuvat uskonnollisesta näkemyksestä ja mieltymyksistä

Ojama & Palo Gentrin amm

ISLAM

9

- Muslimi huolehtii hygieniastaan itse
 - Tilanteessa, jossa henkilö ei kykene siihen itse perheenjäsen hoitaa hygienian
- Ruokaan liittyvät säännöt: eläimen teurastamiseen on omat säännöt, muslimit eivät syö sikaa tai eläimen raatoja
- Paasto: Ramadaniksi kutsuttu paasto kestää kuukauden ja sen aikana syöminen, juominen ja seksi on kiellettyä auringon noususta sen laskuun saakka
- Päivittäistavarat, saippuat ja voiteet eivät saa sisältää sian ihoa
- Lääkkeiden valmistuksessa ei saa käyttää eläimiä, joiden syöminen on kielletty

Ojama & Palo Gentrin amm

VENÄLÄINEN KULTTUURI

10

• Venäläisiä tapoja

- Ihmiset teitittelevät toisiaan, vain todella läheiset ystävät voivat sinutella
- Perhekäsitys on laaja ja perheyhteisö huolehtii jäsenistään, hoitotilanteessa omaisia voi olla paljon ja yksityisasiat saatetaan haluta jakaa koko perheen kesken
- Venäläiset miehet kättelevät toisiaan, mutta naisia ei välttämättä kätellä
- Keskustelu etäisyys on lyhyempi kuin suomalaisella kantaväestöllä
- Tunteet voidaan ilmaista hyvin voimakkaasti
- Venäjällä yleisin uskonto on ortodoksisuus, joka ei yleensä vaikuta potilaan hoitoon
- Venäjällä sairaanhoitajan työtehtävät ja koulutustaso voivat vaihdella, joka voi vaikuttaa potilaan luottamukseen hoitohenkilökuntaa kohtaan

Ojama & Palo Gentrin ambulanssi

ROMANIKULTTUURI

- Romanit ovat yhteisölleen lojaaleja ja toisistaan huolta pitäviä
- Perhe hoitaa jäsentään niin pitkään kotona kuin mahdollista
- Hoitoon hakeudutaan sairauden haitatessa merkittävästi normaalia elämää
- Romanit voivat kokea terveydenhoidossa turvattomuutta ja pelkoa hoitohenkilökuntaa, sairaaloita ja terveyskeskuksia kohtaan
- Sairaalahoittoon joutuessa romania ei jätetä yksin vaan perhe, sukulaiset ja ystävät vierailevat useasti päivässä



Ojama & Palo Gentrin ambulanssi



ROMANIKULTTUURI

12

- Sairaalat ja terveyskeskukset voidaan kokea pelottaviksi, koska romani voi olla tilanteessa ainoa oman etnisen ryhmänsä edustajana
- Pelkoa saattaa lisätä tieto siitä, että sairaalassa on tarttuvia tauteja ja kuolevia potilaita. Lisäksi sairaalat ovat likaisia paikkoja romanien puhtauskäsitysten mukaan.
- Romanikulttuurin puhtaus ja likaisuus käsitys on tärkeää ymmärtää hoidon näkökulmasta:
 - Puhdas tarkoittaa siistiä ja puhdistettua, sekä henkistä puhtautta, siveellisyyttä ja kunniallisuutta
 - Puhdas ja likainen esine sekä toiminnan ja tila pidetään erillään
 - Kaikki yläruumiin korkeudella tai korkeammalla on puhdasta
 - Kaikki alaruumiin korkeudella tai alempana on epäpuhdasta

Ojama & Palo Centria amk

TOIMINTAOHJEITA

13

- Varmistu, että potilas ymmärtää:
 - Sinun olevan ensihoitaja
 - Tarkoituksesi auttaa
 - Hoidon tarpeen
 - Toimenpiteet
 - Annettavat lääkkeet ja niiden syyt
 - Mihin häntä kuljetetaan
- Yhteisen kielen puuttuessa:
 - Hyödynnä tulkkipalveluita
 - Käytä käsiäsi, nonverbaalista viestintää
 - Muita mahdollisia menetelmiä: kuvakortteja
- Selvitä onko lisäapua saatavilla, jos potilas ei voi vastaanottaa hoitoa sinulta
- Muista, että potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta

TOIMINTAOHJEITA

14

- Muista, että ihmisillä on erilaiset valmiudet ja tavat toimia hätätilanteissa->Erot hätätilannekäyttäytymisessä
- Monikulttuurisen potilaan kohdatessasi muista:
 - Esitellä itsesi ja kerro, että yrität auttaa
 - Käyttäytyä ystävällisesti ja kunnioittaa potilasta ja hänen tahtoaan
 - Huomioi kulttuurille ominaiset asusteet ja niihin liittyvät tavat
Esim. hunttu, hame ja päähineet
 - Yritä ymmärtää potilasta ja käytä tulkkipalveluita tarvittaessa
 - Ajatella itsesi potilaan asemassa
 - Kohdata ihminen yksilönä
 - Yritä auttaa

Ojama & Palo Centria amk

TOIMINTAOHJEITA

15

- Kunnioita potilaan uskonnollista näkemystä
 - Kerro mitä aiot tehdä, jotta potilas voi tarvittaessa estää sinua tekemästä uskonnollisen näkemyksensä kanssa ristiriitaiset toimenpiteet
- Ongelmatilanteet
 - Kielimuuri: soita tulkkipalveluun
 - Kielimuuri ja hätätilanne? Selitä käsilläsi, hyödynnä virtuaalisanakirjoja ja kuvia internetlähteistä
 - Pyydä lisäapua
- Ennakkoasenteet
 - Älä anna ennakoasenteidesi vaikuttaa potilaan kohtaamiseen tai hoitoon
 - Älä ota henkilökohtaisesti ennakoasenteita sinua kohtaan-> Niiden taustalla voi olla aiemmat huonot hoitokokemukset



Ojama & Palo Centria amk

HYÖDYLLISIÄ LINKKEJÄ

- Tulkkipalvelu puh. (06) 3252 941 (Vaasa)
- Tietoa aasialaisista kulttuureista: <http://www.finland.cn/public/default.aspx?nodeid=35186>
- Tietoa islamin uskosta: <http://www.helsinginmuslimit.fi>, <http://www.rabita.fi>
- Tietoa romanikulttuurista: <https://www.romanifoorumi.fi/romanitsuomessa/romanikulttuuri/>
- Tietoa venäläisestä kulttuurista: <http://www.formin.fi/public/download.aspx?ID=31055&GUID=%7BA7D6DDBC-CE50-414D-9A89-02BE90B36B01%7D>
- Monikulttuurinen potilas ensihoidossa-opas ensihoitajille opinnäytetyö
Salla-Mari Ojama & Susanna Palo

Ojama & Palo Centria amk

Lähteet

Kuvat esitysjärjestyksessä

- Etusivun kädet: <http://greens.org.au/policies/vic/multiculturalism>
- Sairaala johdanto: <https://lh3.googleusercontent.com/9ZW5SyfM8vQ8lcmvcZFM3fZFM44o7f0F8bqx2XNyZq8-5j9BMUXRGs5lz1tHeeGwtAGUw=s147>
- Odotushuone: https://lh3.googleusercontent.com/PhdmUVvnXg5ejCxVXINs700MYubgC9YH1_msSkAR0ITp7sjv5hoAvLkDMZ9QdERQxp5A0w=s130
- Keski-Pohjanmaan kulttuurit: <http://www.solisti.fi/Kiinteistopalvelut/Sairaalaasiivouksen-haltuunotto#.WTR3E7FDx0s>
- Monikulttuurinen potilas: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcR_3aUGwN9N44v8XHJKXwEpOqUZMdiSmzjL-QtigMxULMbsBiwwQg
- Kiina kalligrafia: https://lh3.googleusercontent.com/d4ErsoNCn3ypNQdK0_CNOEikOcjwQXY8Kjcbt54s6Sq5uop7rQGYC0aQqC_scE0U95pc=s151
- Islam: <https://pjmedia.com/blog/is-islam-a-religion/>
- Moskeijan torni: <https://pomeps.org/islam-initiative>
- Venäjä, Kremlin: https://wallpaperscraft.com/download/moscow_kremlin_red_square_russia_capital_59491/3840x2160
- *Romani naiset: https://lh3.googleusercontent.com/V5IAkq5Djq3hmv0fvXBCvon0_YwUZBIOpvrro2LGg7qivsQ5yAmx-FTRwySeVIZZzAQg=s119
- Romani naisten hameet: https://lh3.googleusercontent.com/5Ib0LTJ9FVxEhR7hwNJQaLngtMS2rnBx8OjAM6t5cqc7HxudQrC3qN7b6K6HIMz2_LY1Q=s151
- Sairaanhoidaja: <https://lh3.googleusercontent.com/yJQJMHsmyrPLy5LW1ZVll1gzwwPiuDaTVZ30rBxOLnCXpMUp4zp1uWYyHGqYF4Pg9mZxv0As=s128>
- * Lääkärin vastaanotto: https://lh3.googleusercontent.com/_D1eeCFTIYzhxRMMy2CJ4Ycl4yPQTVyc90ly93tvAuS-4WYUNh-Ghg2N3MsMBGnWeJdreWVg=s151ä

Ojama & Palo Centria amk

TEKIJÄT

Salla-Mari Ojama
&
Susanna Palo

2017
Centria-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

Kiitokset

Centria-ammattikorkeakoulu
Soite Ensihoito Kokkola

