

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2018

Johanna Männikkö

MONIKULTTUURISTA OSAAMISTA KEHITTÄMÄSSÄ

– koulutussuunnitelma avoterveydenhuollon
henkilöstölle

Johanna Männikkö

MONIKULTTUURISTA OSAAMISTA KEHITTÄMÄSSÄ

- koulutussuunnitelma avoterveydenhuollon henkilöstölle

Suomessa maahanmuuttajien määrä on kasvanut ja väestömme on yhä monimuotoisempi. Terveys- ja hyvinvoinnin ammattilaiset kohtaavat erilaisista kulttuuritaustoista maahanmuuttajia ja monikulttuurisesta osaamisesta on muodostumassa tärkeä terveydenhuollon ammattilaisten ydinosaamisen alue. Kehittämällä monikulttuurista osaamista pystytään parantamaan hoitotyön laatua sekä maahanmuuttajien terveyttä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Salon kaupungin avoterveydenhuollon henkilöstön monikulttuurista osaamista suunnittelemalla koulutusta kehittämistarpeisiin. Monikulttuurisen osaamisen ja kehittämistarpeiden kartoittamiseen käytettiin kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään kuuluvaa kyselyä. Kyselyn tulokset osoittivat, että henkilöstöllä oli tahtoa kehittää monikulttuurista osaamista ja he kohtasivat maahanmuuttajia mielellään. He kokivat olevansa tietoisia omista ennakkoluuloistaan sekä asenteistaan ja toimivat edistään tasa-arvoisuutta. Lisätietoa he tarvitsivat muun muassa tulkin käytöstä sekä erilaisten kulttuurien tavoista ja uskomuksista. Koulutukselta toivottiin kokemustietoa, perustietoa ja ammattilaisten yhteistyötä.

Koulutuksen suunnittelussa huomioitiin kyselyn kehittämistarpeet sekä organisaation henkilöstöstä muodostuneen työryhmän kokemukset ja ideat. Työryhmän tapaamisista muodostui kaksipäiväinen koulutussuunnitelma, joka toteutuu syksyllä 2018. Ensimmäinen koulutuspäivä koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemustiedoista eri palveluiden yhteydestä, maahanmuuttajien erityispiirteiden huomioimisesta, tulkkipalvelujen käytöstä sekä maahanmuuttajien ravitsemuksesta. Toinen koulutuspäivä keskittyy monikulttuurisiin erityispiirteisiin Salon kaupungin suurimpien vieraskielisten kansallisuusryhmien mukaan. Koulutuksissa on keskeistä ammattilaisten yhteistyö sekä tiedon ja kokemusten jakaminen monikulttuurisuudesta.

ASIASANAT:

maahanmuuttaja, monikulttuurinen hoitotyö, monikulttuurinen osaaminen, kehittämistarpeet

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and well-being / Management and Leadership in Health Care

2018 | number of pages 79, number of pages in appendices 29

Johanna Männikkö

DEVELOPING MULTICULTURAL COMPETENCE

- education plan for the healthcare staff

In Finland, the number of immigrants has increased and our population is becoming more diverse. Healthcare professionals face immigrants from different backgrounds and multicultural skills are becoming one of the core competence areas of healthcare professionals. By developing multicultural skills, it is possible to improve the quality of nursing and the health of immigrants.

The aim of this project was to develop multicultural competence of the healthcare staff in the city of Salo by designing education for their development needs. A quantitative research method was used to map multicultural competence and development needs. The results of the survey showed that the staff had the will to develop multicultural competence and they were happy to co-operate with immigrants. They felt that they were aware of their prejudices and attitudes and acted to promote the equality. For more information, they needed inter alia the use of the interpreter and the habits and beliefs of different cultures. Training was hoped to include information based on experience, basic information and co-operation of professionals.

The planning of the education was based on the results of the survey and the experiences and ideas of the working group formed of the professionals in the organization. As the result of the working groups meetings, a two-day education was planned. The education will be implemented in autumn 2018. The first training day consists of the multicultural experiences of different social and healthcare professionals, the use of interpreters and the nutrition of immigrants. The second training day focuses on multicultural features of the largest foreign language nationality groups in the city of Salo. The key points of the education are professional co-operation and sharing multicultural knowledge and experience.

KEYWORDS:

immigrant, transcultural nursing, multicultural competence, development needs

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	9
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	11
2.1 Maahanmuuttajat ja MARJAT -hanke	11
2.2 Salon maahanmuuttajat ja kaupungin avoterveydenhuollon palvelut	11
2.3 Kehittämiprojektin tarve, tarkoitus ja tavoite	13
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	14
4 KIRJALLISUUSKATSAUS JA TIEDONHAKU	16
5 MAAHANMUUTTAJA TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA	18
6 MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ	19
6.1 Kulttuurien välisen hoidon teoria	19
6.2 Etiikka ja lainsäädäntö	20
7 MONIKULTTUURISEN HOITOTYÖN ERITYISPIIRTEET JA HAASTEET	22
7.1 Epäsäännöllinen terveyden seuranta ja luottamus	22
7.2 Kulttuuriset ja persoonalliset piirteet	23
7.3 Viestintä	24
7.4 Kohtaaminen	25
8 HOITOHENKILÖSTÖN MONIKULTTUURINEN KOMPETENSSI	27
8.1 Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin malli	27
8.2 Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli	29
8.3 Bennetin kulttuurisen herkkyyden kehittymisen malli	29
8.4 Transnationaalisen osaamisen malli	30
9 MONIKULTTUURISEN KOMPETENSSIN KEHITTÄMISTARPEET	32
9.1 Monikulttuurisen kompetenssin koulutus	33
9.2 Monikulttuurisen kompetenssin vahvistumisen vaikutukset	33
10 TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	35
10.1 Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tarkoitus	35
10.2 Tutkimusmenetelmä	35

10.3 Aineiston keruu	36
10.4 Aineiston analysointi	36
11 TULOKSET	38
11.1 Taustatiedot	38
11.2 Monikulttuurinen kompetenssi	41
11.2.1 Tahto ja tietoisuus	42
11.2.2 Herkkyys ja kohtaaminen	43
11.2.3 Taito ja tieto	45
11.3 Monikulttuurisen osaamisen kehittämistarpeet	47
12 JOHTOPÄÄTÖKSET TULOKSISTA	51
13 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	55
14 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSIKUVAUS	58
15 SUUNNITTELU TYÖRYHMÄSSÄ	59
16 KOULUTUSSUUNNITELMA	62
16.1 Koulutuspäivien ohjelmat	62
16.2 Ehdotelmia kehittämismenetelmistä	65
17 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI JA POHDINTA	70
LÄHTEET	75

LIITTEET

- Liite 1. Kuvaus organisaation rakenteesta (mukaillen Salon kaupungin terveystalouden Intra-sivustoja).
- Liite 2. Tiedon haku tietokannoista.
- Liite 3. Valikoitujen tutkimuksien taulukointi.
- Liite 4. Tutkimuksen kyselykaavake.
- Liite 5. Väittämiä monikulttuurisesta hoitotyöstä maahanmuuttajien kanssa.
- Liite 6. Saatekirje tutkimukselle.
- Liite 7. Luentojen arvioidut kustannukset.

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämisprojektin eteneminen.	15
Kuvio 2. Hakuprosessin kulku.	16
Kuvio 3. Kulttuurien välinen hoitaminen (mukaillen Wikberg & Eriksson 2008, 492). ..	20
Kuvio 4. Papadopoulosin ym. (2006) kulttuurisen kompetenssin malli.	28
Kuvio 5. Campinha-Bacoten (2009) kulttuurisen kompetenssin malli.	29
Kuvio 6. Kulttuurisen herkkyyden kehittymisen malli (mukaillen Bennett 2011, 1–11). 30	
Kuvio 7. Tahto ja tietoisuus (n=21).	43
Kuvio 8. Herkkyys ja kohtaaminen a (n=21).	44
Kuvio 9. Herkkyys ja kohtaaminen b (n=21).	45
Kuvio 10. Taito ja tieto a (n=20-21).	46
Kuvio 11. Taito ja tieto b (n=21).	47
Kuvio 12. Kehittämistarpeita a (n=21).	48
Kuvio 13. Kehittämistarpeita b (n=20-21).	49
Kuvio 14. Kulttuuriosaaminen (n=21).	50
Kuvio 15. Monikulttuurisen kompetenssin osa-alueet. (Mukaillen Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin (2006) ja Campinha-Bacoten (2012) malleja.)	51
Kuvio 16. Kehittämisprojektin prosessikuvaus.	58
Kuvio 17. Menetelmiä monikulttuurisen osaamisen kehittämiseen.	69
Kuvio 18. SWID-analyysi (mukaillen Ojala 2008, 252–253).	74

TAULUKOT

Taulukko 1. Ikä vuosina.	38
Taulukko 2. Työkokemus vuosina.	39
Taulukko 3. Ammattiryhmä.	39
Taulukko 4. Maahanmuuttajien kohtaaminen.	40
Taulukko 5. Osallistuminen monikulttuuriseen koulutukseen.	40
Taulukko 6. Kulttuuriosaamista tukevat koulutusmuodot.	41
Taulukko 7. Kulttuuriosaamisen arviointi asteikolla 1-5.	42
Taulukko 8. Ensimmäisen koulutuspäivän ohjelma.	64
Taulukko 9. Toisen koulutuspäivän ohjelma.	65

1 JOHDANTO

Suomessa on viime vuosikymmenen aikana maahanmuuttajien määrä noussut. Tämä asettaa terveydenhuollon henkilöstölle uudenlaisia osaamisvaatimuksia maahanmuuttajien tarpeiden ollessa erilaisia kuin valtaväestön. Joudumme miettimään, minkälaisia palveluita tarvitaan ja miten kohtaamme eri kulttuuritaustaisia ihmisiä, kun yhteinen kieli puuttuu. (Halla 2007, 469.)

Maahanmuuttajien kohtaamisissa terveydenhuollon ammattilaisten työotteen tulisi olla kulttuurisensitiivinen, joka merkitsee kykyä, herkkyyttä ja halua ymmärtää eri taustoista kotoisin olevia ihmisiä. Lähestymistavassa korostuu kokonaisvaltaisuus ja maahanmuuttajat voivat tarvita tavanomaista enemmän ohjausta sekä pitkäaikaista ja suunnitelmallista tukea. Terveydenhuollon henkilöstön monikulttuurisen osaamisen kehittäminen auttaa maahanmuuttajan kohtaamisessa. (THL 2018c.)

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena on kehittää MARJAT- hankkeen sekä Salon kaupungin kanssa yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten monikulttuurista osaamista. Monikulttuurista osaamista voidaan kehittää Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin (2006) mallin avulla, jossa korostetaan tietoisuutta, tietoa, herkkyyttä ja taitoa monikulttuurisissa tilanteissa. Campinha-Bacoten (2012) mallissa painotetaan lisäksi henkilön omaa tahtoa kehittyä sekä halukkuutta kohdata maahanmuuttajia. (Koskinen 2009a, 50–43).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön suosittelman täydennyskoulutuksen tavoitteena on ammattitaidon syventäminen, kehittäminen ja ylläpitäminen. Koulutustarpeiden tulisi perustua työntekijän sekä organisaation ja toiminnan kehittämiseen. (STM 2004.) Opetushallitus (2016, 8–10) ennakoii tulevaisuuden työelämän osaamis- ja koulutustarpeita ja siellä nousi esille muun muassa monikulttuurisuus ja moniammatillinen yhteistyö.

Tämä raportti on kirjallinen tuotos koko kehittämisprojektista. Raportti alkaa kehittämisprojektin lähtökohtien sekä etenemisen kuvailulla. Aikaisempia tutkimuksia aihealueesta haettiin tiedonhaun avulla ja tuloksia esitellään kirjallisuuskatsauksessa. Kirjallisuuskatsauksen aiheita ovat maahanmuuttajat terveystieteiden palveluiden käyttäjänä, monikulttuurinen hoitotyö ja osaaminen. Näistä aiheista tuli tämän kehittämisprojektin viitekehys. Raportin tutkimuksellisessa osuudessa kerrotaan menetelmästä, kyselyn muodostumisesta ja sen analysoinnin tuloksista. Kyselyn tulokset kertovat monikulttuurisesta osaamisesta

sekä sen kehittämistarpeista, joihin suunniteltiin koulutusta. Raportissa kuvataan monikulttuurisen osaamisen kehittämisen suunnittelua työryhmässä sekä muodostunutta tuotosta eli koulutussuunnitelmaa. Lopuksi arvioidaan sekä pohditaan kehittämistoimintaa kokonaisuutena.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Maahanmuuttajat ja MARJAT -hanke

Suomessa asui vuoden 2016 lopussa 353 993 äidinkieleltään vieraskielistä henkilöä. Suurimmat vieraskieliset ryhmät olivat äidinkielenään somalin, englannin ja arabin kieltä puhuvat. (SVT, 2017.) Suomalaisessa terveydenhuollossa ihmisten globaali liikkuvuus näyttäytyy maahanmuuttaja-asukkaiden lisääntymisenä, uudenlaisina sairauksina sekä erilaisina terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimuksina (Sainola-Rodriquez 2013, 136).

Kehittämiprojekti kuuluu MARJAT- hankkeeseen, jonka tavoitteena on edistää Varsinais-Suomen alueen maahanmuuttajien terveyttä, hyvinvointia ja kotoutumista, sekä kehittää järjestöissä toimijoiden ja nykyisten ja tulevien sosiaali- ja terveysalana ammattilaisten osaamista. Hankkeessa toimivat Turun ammattikorkeakoulu, Turun kaupungin hyvinvointitoimiala sekä Sateenkaari Koto ry:n Opetuskoti Mustikka. Yhteistyökumppaneina hankkeessa ovat Salon kaupunki, Suomen Punainen Risti, Yhdessä-yhdistys ry sekä Avicenna ry. (Puodinketo-Wahlsten & Laaksonen-Heikkilä, 2017.)

2.2 Salon maahanmuuttajat ja kaupungin avoterveydenhuollon palvelut

Salon kaupungissa asuu yli 2500 henkilöä, joiden äidinkieli on muu kuin suomi tai ruotsi. Osuus on noin 4,4 % Salon väestöstä. Maahanmuuttajia on yli 80 eri maasta. Suurimmat kansallisuusryhmät ovat virolaiset, venäläiset, kosovolaiset, irakilaiset, iranilaiset, kiinalaiset ja thaimaalaiset. Kaupungilla on lain edellyttämä maahanmuutto-ohjelma, joka sisältää suunnitelman kotoutumista edistävistä toimenpiteistä, toimijoiden yhteistyöstä ja vastuusta sekä maahanmuuttajien tarpeiden huomioonottamisesta. Ohjelmaan sisältyy tavoitteita ja toimenpiteitä tasa-arvon ja hyvien etnisten suhteiden edistämisestä ja syrjinnän ehkäisemisestä. Maahanmuuttajilla on myös henkilökohtainen kotouttamissuunnitelma. (Salon kaupunki 2014.)

Maahanmuuttajat käyttävät kaupungin normaaleja terveydenhuoltopalveluita. Tulevaisuudessa kunta vastaa asukkaiden hyvinvoinnin edistämisestä kaventaen väestöryhmien välisiä hyvinvointi- ja terveyseroja ylläpitäen ja parantaen hyvinvointia, terveyttä, osallisuutta sekä ehkäisten sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja osattomuutta. Salon kaupungin arvot ovat: asiakaslähtöisyys, rohkeus, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus. (Salon kaupunki 2017.)

Väestöä vuonna 2015 oli 55 362, joista asiakkaita yleisterveydenhuollossa (avoterveydenhuolto) oli yhteensä 40 579 ja käyntejä oli 224 045. Salon terveyskeskuksen palveluita asiakkaat käyttävät ikäryhmästä riippuen keskimäärin 4-6 kertaa vuodessa ja vähintään kolme käyntikertaa oli 26 095 asiakkaalla. Vuoden 2015 keskimääräinen käyntien määrä kasvoi hieman verrattuna vuoden 2011 ja 2014 käynteihin. (Salon kaupunki 2015, 11.) Näihin lukuihin ei sisälly suun terveydenhuollon asiakaskäyntejä, jotka on esitelty seuraavassa kappaleessa.

Salon suun terveydenhuolto tuottaa palveluita kuudessa hammashoitolassa. Palveluihin kuuluvat omahoidon edistäminen, suun terveystarkastukset sekä sairauksien perustason hoito ja erikoishammashoito. Kiireellistä hoitoa virka-ajan ulkopuolella tarvitsevat ovat yhteydessä T-sairaalan yhteispäivystykseen. Vuonna 2015 Salossa suun terveydenhuollon asiakaskäyntejä oli kaikkiaan 56 708 (Salon kaupunki 2015, 4–10).

Äitiysneuvoloiden tavoitteena raskauden ja synnytyksen ajan ovat kokonaisvaltainen äidin, isän ja koko perheen ohjaus, neuvonta ja valmennus. Lastenneuvolat pyrkivät turvaamaan lapsille mahdollisimman hyvän terveyden sekä edistävät koko perheen hyvinvointia. Vuonna 2015 äitiys sekä lastenneuvolakäyntejä kertyi yhteensä 15 379. (Salon kaupunki 2015, 14.)

Aikuisten terveydenhoidon vastaanottotoiminnassa painopisteenä on kansansairauksien ennalta ehkäisy ja hoito. Asiakasmäärä on ollut jo useamman vuoden kasvussa, johon on vaikuttanut diabetesta sairastavien, painonhallinta-asiakkaiden sekä muistisairaiden määrän kasvu. (Salon kaupunki 2015, 16.)

2.3 Kehittämiprojektin tarve, tarkoitus ja tavoite

Maahanmuuttaja-asiakkaat ovat lisääntyneet suomalaisessa terveydenhuollossa ja terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan transkulttuuriseen hoitotyöhön liittyvää ammattitaitoa eli kulttuurista kompetenssia. Ammattitaidolla tarkoitetaan kykyä ja taitoa, jota tarvitaan kulttuurisesti erilaisten asiakkaiden kohtaamisissa. Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on tullut esiin tarve kulttuurisen kompetenssin lisäkoulutukseen. (Sainola-Rodriguez 2013, 137).

Kehittämiprojektin tavoitteena oli kehittää Salon kaupungin terveystalouden avoterveydenhuollon henkilöstön monikulttuurista osaamista. Kaupungin strategisissa linjauksissa on myös muun muassa tavoitteena tukea ja kannustaa henkilöstön osaamista ja hyvinvointia (Salon kaupunki 2017). Kehittämiprojektissa kehittäminen kohdistuu edellisissä kappaleissa kuvattujen lasten- ja äitiysneuvoloiden, aikuisvastaanoton ja suun terveydenhuollon henkilöstöön. Henkilöstö koostuu terveydenhoitajista, sairaanhoitajista, hammashoitajista ja suuhygienisteistä. Henkilöstö toimii läntisessä ja itäisessä avoterveydenhuollossa, joka on jaettu organisaatiossa useampaan toimipisteeseen, terveysasemaan (Liite1). Kehittämiprojektini tarkoituksena oli laatia koulutussuunnitelma, joka vastaisi henkilöstön monikulttuurisen osaamisen kehittämistarpeisiin.

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Kehittämiprojektiin tutustuminen alkoi opintojen alussa tammikuussa 2017, kun erilaisia hankkeita esiteltiin. MARJAT –hankkeessa oli mahdollisuus päästä kehittämään osaamista, joka kiinnosti yamk -opiskelijaa. Yamk -opiskelija haastoi itsensä maahanmuuttajien ja monikulttuurisen hoitotyön osalta, koska aikaisempaa kokemusta monikulttuurisesta hoitotyöstä ei ollut. Idea –vaihe alkoi tutustumalla teorialiedoissa maahanmuuttajiin ja monikulttuuriseen hoitotyöhön. Huhtikuussa 2017 idea kehittämiprojektille hyväksyttiin ja kirjallisuuskatsaus valmistui elokuussa 2017. Kirjallisuuskatsaus auttoi ymmärtämään ilmiötä ja löytämään tutkimusilmion ongelmat (Kananen 2012, 47). Hyväksynnän kirjallisuuskatsaus sai syyskuussa 2017.

Opinnäytetyön ohjausryhmään kuului yamk –opiskelija, työelämän mentori, tutor- opettaja sekä MARJAT –hankkeen sisällön johtaja. Ohjausryhmä vastasi kehittämiprojektin ohjaamisesta ja seurannasta (Silfverberg 2007, 49). Ohjausryhmän tehtävänä oli huolehtia projektin etenemisestä oikeaan suuntaan sekä tukea projektipäällikköä eli yamk-opiskelijaa tehtävässään. Projektin etenemistä edesauttoi myös ohjausryhmän jäsenten valtuudet tehdä päätöksiä. (Karlsson & Marttala 2001, 82–83.) Yamk- opiskelija kutsui ryhmän tarvittaessa koolle ja suunnitteli sisällön tapaamisille. Tapaamisten sisältö myötäili kehittämiprojektin kulkua. Ohjausryhmä kokoontui ensimmäisen kerran lokakuussa 2017, jolloin tehtiin tarkennuksia tutkimukselliseen osuuteen eli kyselyyn ja suunniteltiin projektin etenemistä. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin kohdeorganisaatiossa marraskuussa 2017 ja kysely henkilöstölle toteutui tammikuussa 2018.

Tammikuun 2018 lopulla ohjausryhmä kokoontui toisen kerran ja yamk –opiskelija esitteli alustavat kyselyn tulokset. Kyselyn tulokset esiteltiin myöhemmin myös väliseminaarissa kohdeorganisaatiossa, jolloin ilmoitautui neljä vapaaehtoista terveydenhoitajaa työryhmään. Työryhmä kokoontui kaksi kertaa suunnitteleman koulutusta monikulttuurisen osaamisen kehittämiseen. Työryhmän tarkoituksena oli tuoda esille ehdotuksia (Karlsson & Marttala 2001, 86) ja ideoita. Toukokuussa yamk- opiskelija esitteli ohjausryhmälle koulutussuunnitelman. Kehittämiprojektin eteneminen on kuvattu myös kuviona. (Kuvio 1.)



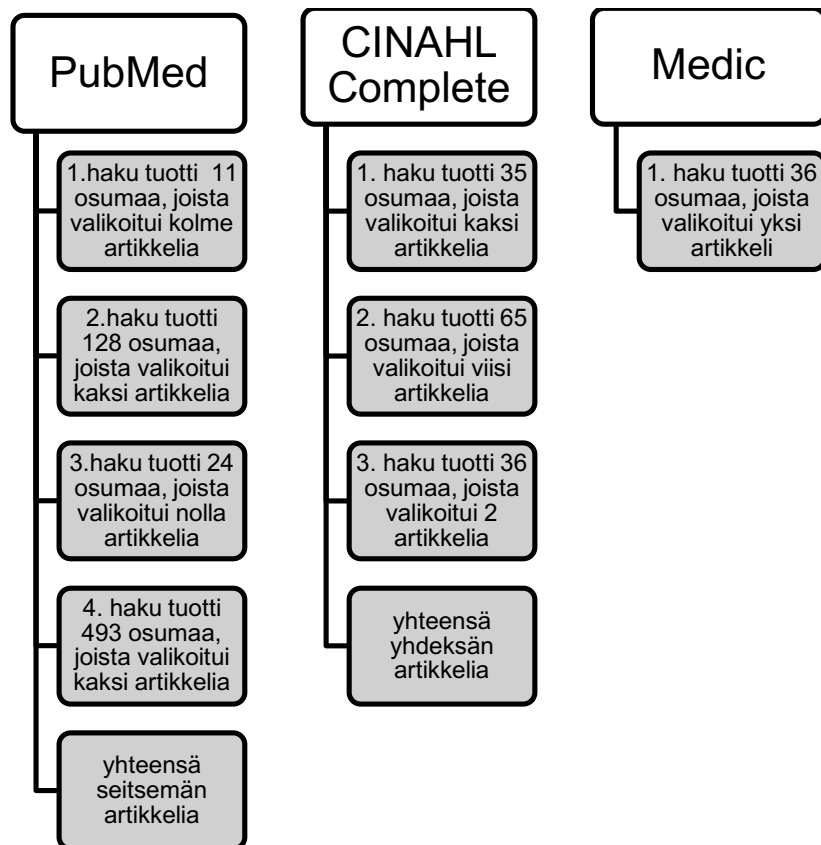
Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen.

4 KIRJALLISUUSKATSAUS JA TIEDONHAKU

Kirjallisuuskatsaus keskittyy olennaiseen kirjallisuuteen ja näyttää miten aikaisemmin ai-
hetta on tutkittu ja mistä näkökulmasta (Hirsijärvi ym. 1997, 121). Tässä tutkimuksessa
kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta kysymyksiin:

1. Minkälaista on monikulttuurinen hoitotyö?
2. Minkälaisia taitoja monikulttuurinen hoitotyö edellyttää hoitohenkilöstöltä?
3. Minkälaisia ovat hoitohenkilöstön monikulttuurisen hoitotyön kehittämistarpeet?

Tiedon haussa käytettiin elektronista tiedonhakua. Tietokantoina toimi Medic, CINAHL
Complete ja Pub Med. Hakusanoista muodostettiin erilaisia hakulausekkeita. Mediciin
toteutettiin yksi haku. CINAHL Completeen kolme erillistä hakua eri hakulausekkeilla.
Pub Mediin toteutettiin neljä eri hakua eri hakulausekkeilla. (Kuvio 2.) Hakukertoja oli
yhteensä kahdeksan. Haut toteutettiin maaliskuu-toukokuu 2017 aikana.



Kuvio 2. Hakuprosessin kulku.

Tiedonhaku tietokannoista taulukoitiin (Liite 2) sekä valitut tutkimukset kirjallisuuskatsaukseen. Valituista tutkimuksista koottiin taulukkoon tutkimuksen tekijät, tutkimuksen tarkoitus, aineisto ja sen keruu, keskeiset tulokset sekä lähdeviite (Liite 3). Tiedonhaun kautta valikoitui 17 tutkimusta kirjallisuuskatsaukseen. Myös manuaalinhaun avulla saatiin tietolähteitä kirjallisuuskatsaukseen. Manuaalahaussa käytettiin googlea, kirjallisuutta aiheesta ja tiedonhaun tuottamien tutkimuksien lähdeluettelon esille tuomia tutkimuksia.

Seuraavat kappaleet 5-8 käsittelevät monikulttuurista hoitotyötä ja siinä tarvittavaa osaamista, pohjautuen edellä kuvattuun tiedonhakuun. Keskeisiä käsitteitä aiheesta olivat maahanmuuttaja, monikulttuurinen hoitotyö sekä monikulttuurinen osaaminen ja kehittämistarpeet.

5 MAAHANMUUTTAJA TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA

THL määrittelee maahanmuuttajan henkilöksi, joka on muuttanut maasta toiseen. Yleensä he ovat syntyneet ulkomailla. He ovat muuttaneet Suomeen perhesyistä, työ-, opiskelu- tai lähtömaan tilanteen takia. Monikulttuurisella väestöllä tarkoitetaan ihmisiä, joilla on eri etninen tausta tai muu kuin suomalainen syntyperä. (THL 2017b.) Tässä kehittämishankkeessa maahanmuuttajalla tarkoitetaan terveydenhuollon asiakasta, joka on kotoisin eri kulttuurista kuin valtaväestö.

Kuntapaikan saaneilla maahanmuuttajilla on kuntalaisten oikeudet käyttää terveyspalveluita kansalaisuudesta riippumatta. Palveluiden tulisi kohdentua oikein ja maahanmuuttajien tulisi saada riittävästi tietoa palveluista. Maahanmuuttajaryhmien välillä on eroja terveyspalveluiden käytössä sekä maahanmuuttajataustaisen väestön ja koko väestön välillä. (THL 2017a.)

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Hjern ym. 2001, 150) maahanmuuttajat käyttivät enemmän terveyspalveluita kuin valtaväestö. Suomessa somalialais- ja kurditaustaiset maahanmuuttajat käyttivät THL:n tutkimuksessa (Castaneda ym. 2012, 11) enemmän kuin venäläistäustaiset ja tutkimuspaikkakuntien 18–64-vuotiaiden koko väestö terveyskeskuksen lääkärivastaanoton palveluita ja näistä käynneistä merkittävä osuus oli päivystyskäynnejä. Yksityislääkärien ja työterveyslääkäreiden palveluita sekä lääkärin määräämiä reseptejä kaikki tutkitut maahanmuuttajataustaiset ryhmät käyttivät koko väestöä vähemmän.

Tutkimustulokset (Koponen ym. 2016, 912–914) osoittavat, että maahanmuuttajat voivat käyttää tarpeisiinsa nähden joko liian vähän tai liian paljon terveyspalveluita. Somalialais- ja kurditaustaisista useampi kuin koko väestöstä oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla vähintään kerran viimeisen 12 kuukauden aikana. Ennakkoluuloja ja tietämättömyyttä kohdistui mielenterveyspalveluihin ja syöpäseulontoihin. Palvelujen käyttöä epätarkoituksenmukaisesti aiheutti tietämättömyys, minne ensisijaisesti pitäisi hakeutua ja terveyskeskuksen ajanvaraus koettiin hankalaksi. Toisaalta oli koettu, ettei terveydenhuollosta saatu tarvittua apua.

6 MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ

Monikulttuurinen hoitotyö viittaa erilaisten kulttuurien parissa tehtävään hoitotyöhön, jossa työntekijät ja asiakkaat ovat erilaisista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisessa hoitotyössä huomioidaan ihmisten kulttuuriset lähtökohdat ja kunnioitetaan erilaisuutta, tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. Yleisesti käytetään monikulttuurisesta hoitotyöstä myös käsitettä transkulttuurinen hoitotyö. (Koskinen 2009 b, 18–19.)

Monikulttuurisessa hoitotyössä hoitohenkilöstön on suhtauduttava maahanmuuttaja potilaaseen avoimesti ja tutkivalla asenteella. Ihmisten väliset erot ovat suurempia kuin kulttuurien väliset erot, siksi kuuntelu ja näkökulmien huomioiminen ovat tärkeitä. Potilaalta itseltään voi kysyä tavoista, toivomuksista ja elämänvaiheista. (Oroza 2007, 446.)

6.1 Kulttuurien välisen hoidon teoria

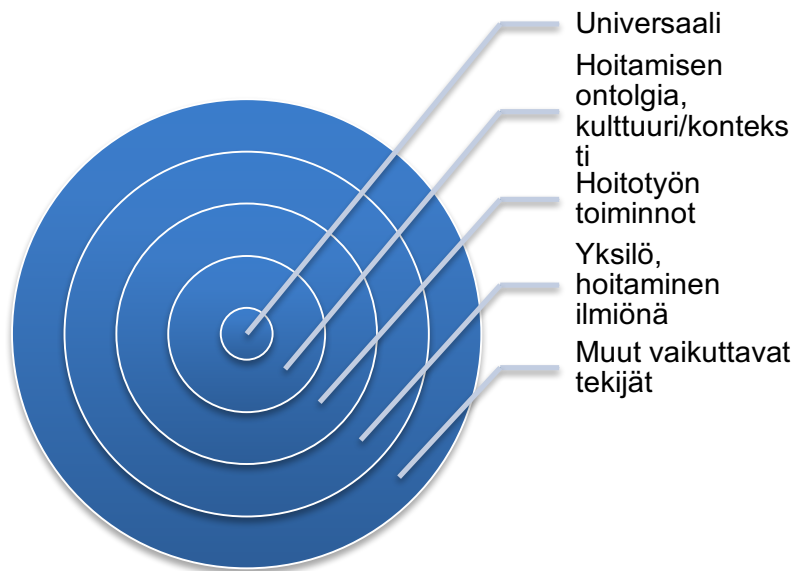
Wikberg & Eriksson (2008) yhdistävät tutkimuksessaan aikaisemmat teoriat (Cambinha-Bacotesin, Kim-Godwinsin, Leiningerin ja Rayn) kulttuurien välisestä hoitamisesta. Mallissa hoitaminen nähdään sisäisenä, ulkoisena ja tavoitteellisena hoitamisena. Monikulttuurisen hoidon näkökulmasta hoitaminen on hoitotyön ydin, joka perustuu rakkauteen ja ihmisen arvokkuuden edistämiseen. Hoitamista voidaan ilmaista ja kokea eri tavoin eri potilailla ja kulttuureilla. Hoitaminen on monimutkainen kokonaisuus, jossa otetaan huomioon kehon, mielen, sielun sekä kulttuuriset ja sosiaaliset näkökulmat. Potilaan kulttuurinen ja sosiaalinen tausta vaikuttavat siihen, miten hän kokee hoidon. Hoitajan kulttuuri, kulttuuritaidot ja organisaatio vaikuttavat taas hoitamiseen. (Wikberg & Eriksson 2008, 486–487.)

Sisäinen hoitaminen (Kuvio 3. kolme sisintä ympyrää) koostuu suhteen, hoitamisen ja kulttuurin eri ulottuvuuksista. Hoitoa tapahtuu suhteessa hoitajan ja potilaan välillä, mutta myös potilaan sukulaisten, perheen ja yhteisön kanssa. Hoitaminen ja kulttuuri ovat kietoutuneet yhteen ja ovat erottamattomat. Hoitaminen ja kulttuuri nähdään eri ulottuvuuksissa: ontologia, ilmiö ja hoitotyön toiminnot. (Wikberg & Eriksson 2008, 489.)

Ontologinen ulottuvuus viittaa yleisiin sääntöihin tai olettamuksiin, jotka eivät ole riippuvaisia kulttuurista tai kontekstista. Se sisältää alkuperäisen hoitotyön muodot: rakkautta,

myötätuntoa, sitoutumista, inhimillisyyttä ja eettisyyttä. Kaikki hoitaminen on transkulttuurista. Hoito on läsnä, mutta eroaa eri kulttuureissa. Hoitaminen ilmiönä on abstrakti tai merkityksellinen riippuen kulttuurista ja kontekstista. Ilmiötä kuvailee kosketus ja läsnäolo. Hoitaminen ilmiönä muuttuu, kun kulttuuri muuttuu ja on kosketuksissa muiden kulttuurien kanssa. Hoitotyön toiminnot ovat käytännön toimintoja, jotka ovat ainutlaatuisia tai spesifisiä jokaiselle potilaalle. Hoitaminen on konkreettista todellisuutta muun muassa puhumista, kuuntelemista ja potilaan avustamista. Hoitaminen on taidetta ja osa kulttuurimuotoa tai ilmaisua. (Wikberg & Eriksson 2008, 489.)

Ulkoisen hoitamisen (Kuvio 3. ulompi ympyrä) koostuu koulutuksesta, hallinnosta ja sosiaalisista ja muista rakenteista, jotka vaikuttavat hoitoon. Hoitotieteissä ja ammatillisessa koulutuksessa hoitaminen on keskiössä, johon sisältyy kulttuurinen osaaminen. Hallinnollisiin tekijöihin liittyvät poliittiset, taloudelliset ja oikeudelliset tekijät, jotka vaikuttavat hoitoon. Sosiaaliset ja muut rakenteet sisältävät sukulaisuuden, sukupuolen, luokan, etnisen historian, kielen ja ympäristön. (Wikberg & Eriksson 2008, 489.)



Kuvio 3. Kulttuurien välinen hoitaminen (mukaillen Wikberg & Eriksson 2008, 492).

6.2 Etiikka ja lainsäädäntö

Hoitotyössä odotetaan tiettyjen eettisten normien mukaista käyttäytymistä. Ammatilliset eettiset ohjeet koskevat hoitamisen perusolemusta, tehtäviä, vastuuta ja tavoitteita, jotka

näyttävät toiminnan suunnan. (Abdelhamid 2009, 79.) Ohjeet perustuvat terveydenhuollon yhteisiin arvoihin, joissa keskeisempiä ovat: ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen (ETENE 2001, 6).

Monikulttuurisen hoitotyöhön liittyvät eettiset arvot, joissa merkitys kytkeytyy ihmisten haavoittuvuuteen ja inhimilliseen huolenpitoon. Kulttuuritaustaltaan erilaisten potilaiden haavoittuvuutta lisää yhteisen kielen puute, ymmärryksen puute, erilaisuuden kokemus, vierauden tunne ja traumaattiset elämäkokemukset. (Abdelhamid 2009, 78–79.)

Eklöfin ym. (2014, 149) tutkimus osoitti, että tulkin käyttö monikulttuurisessa hoitotyössä voi tuoda eettisiä ongelmia. Siihen liittyi potilaan yksityisyys, joka oli yhteydessä tulkin luotettavuuteen. Potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyi se, että he eivät voineet valita tulkkiin tai edes päättää, haluavatko käyttää tulkkiä. Päätös tulkin käytöstä tulisi perustua potilaan oikeuksiin ja tarpeeseen.

Käytännön hoitotyötä säätelevät myös säädökset ja lait (Abdelhamid 2009, 79). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun sisältyvät oikeudelliset periaatteet. Keskeisiä ovat oikeus hyvään hoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. (ETENE 2001, 6.)

”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 3 §.)

“Viranomaisen on huolehdittava asian tulkitsemisesta tai kääntämisestä, jos maahanmuuttaja ei osaa kielillään (423/2003) mukaan viranomaisessa käytettävää suomen tai ruotsin kieltä taikka hän ei vammaisuutensa tai sairautensa vuoksi voi tulla ymmärretyksi tässä laissa tarkoitetussa asiassa, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta.” (Laki kotoutumisen edistämisestä 2010/1386 5 §.)

7 MONIKULTTUURISEN HOITOTYÖN ERITYISPIIRTEET JA HAASTEET

Suhtautuminen erilaisuuteen voi olla kaksijakoista. Erilaisuus voi olla määrittelevä ominaisuus tai näkymätön. Erilaisuuden ollessa määrittelevä on se ihmisen ainoa ominaisuus ja kohtelu on epätasa-arvoista ja epäoikeudenmukaista. Ominaisuus voi asettaa ihmisen rooliin, jolle kohdistetaan tiettyjä odotuksia ja ennakkoluuloja. Jos eroavaisuuksia ei tunnisteta tai niihin suhtaudutaan välinpitämättömästi, erilaiset ihmiset suljetaan pois, tehdään ulkopuolisiksi tai näkymättömiksi. Hoitotyön kohtaamisissa on tärkeää tunnistaa ihmisten välisiä eroja ja miten erilaisuus vaikuttaa kykyyn hoitaa itseään, hakea ulkopuolista apua ja hakeutua hoitoon. Ihminen tulisi nähdä identiteetin omistajana ja toteuttajana. (Abdelhamid & Koskinen 2009, 96.)

Ennakkoluulot ja syrjintä ovat monikulttuurisen hoitotyön haasteita. Syrjintä yleisesti ottaen liittyy ihmisen uskontoon, kulttuuriin, erilaisuuteen, ikään, sukupuoleen tai mihin tahansa ihmisten välisiin eroihin. Ennakkoluulot toimivat suojamekanismina ihmisten kohdatessa uutta ja erilaista. Hoitotyössä rasismi näyttäytyy epäsuorasti torjuvana, vihamielisenä ja etäisenä suhtautumisena, epäkohteliaana puhutteluna tai non-verbaalina vuorovaikutuksena. (Abdelhamid & Koskinen 2009, 95.)

7.1 Epäsäännöllinen terveyden seuranta ja luottamus

Amirinin ym. (2016, 206–207) tutkimuksessa hoitohenkilöstö koki, että maahanmuuttajat olivat huolimattomia omasta terveydestään. Terveystiedossa oli puutteita, minkä vuoksi he eivät huolehtineet itsestään ja sairauksistaan. Maahanmuuttajat eivät kokeneet huonoksi korkeita verensokeri- tai verenpaine-arvoja, jos se ei aiheuttanut heille ongelmia. Maahanmuuttajien epäsäännölliseen terveyden seurantaan vaikutti asuin-taloudelliset ongelmat ja puutteellinen informaatio. Heillä ei ollut varallisuutta hoitokuluihin ja useimmilta puuttui vakuutus.

Epäluottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on yleistä maahanmuuttajilla, joihin heidän asemastaan. He eivät voi kommunikoida terveydenhuollossa kunnolla, eivät ymmärrä kieltä ja tuntevat olonsa alempiarvoiseksi. Epäluottamusta aiheuttivat

myös maahanmuuttajien erilaiset uskomukset sairauden oireista ja hoidosta. Muun muassa mitä enemmän lääkemääräyksiä lääkäri kirjoitti, sitä pätevämmäksi maahanmuuttajat kokivat lääkärin ja hoidon. He vaihtoivat helposti lääkäriä, jos kokivat, etteivät saa haluamaansa lääkitystä. Usein he uskoivat naapuriin hoitosuosituksissa enemmän kuin hoitohenkilöstöön. (Amiri ym. 2016, 207.)

Tiilikaisen (2008, 81) tutkimuksessa somalialaistaustaiset hakeutuivat hoitoon entiseen kotimaahansa tai johonkin muuhun maahan. Hoitoa haettiin oman maan lääketieteestä tai kansanparantajilta, kun koettiin, ettei Suomesta saatu apua ongelmiin. Ongelmat olivat usein epämääräisiä, eikä niille ollut löytynyt syytä tutkimuksista huolimatta, tai he eivät luottaneet diagnoosiin tai hoitoon. Ongelmien oletettiin liittyvän länsimaiseen elämäntapaan tai sairauksien syiden kulttuurisiin selitysmalleihin, kuten henkiin tai noituteen.

7.2 Kulttuuriset ja persoonalliset piirteet

Sairaus ja terveys käsitteenä (Wathen 2007, 29; Pavlish ym. 2010, 5), sairauksien merkien ja oireiden tulkinta sekä hoito ja hoidon odotukset näyttäisivät olevan erilaisia eri kulttuureista tulevien maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön välillä (Amiri ym. 2016, 206; Airola 2013, 53; Pavlish ym. 2010, 6). Maahanmuuttajilla on vaikeuksia ymmärtää sairauksien ehkäisyä, seulontamenetelmiä ja kroonisten sairauksien seurantaa. Useimmat ovat tottuneet katsomaan sairauden oireena, joka on hoidettavissa. (Pavlish ym. 2010, 6–7.) Haasteellisia ovat maahanmuuttajien uskonnolliset vakaumukset sekä hengellisyys (Ylimaz 2017, 156; Pavlish ym. 2010, 5).

Hassinen-Ali-Azzanin (2002, 156) tutkimuksessa haastatellut somalinaiset toivat esille heidän oireidensa ilmaisutavan olevan ei-suora. Ilmaisussa he käyttävät erilaisia omaan kehoon liittyviä mielikuvia ja he eivät osanneet ilmaista oireita täsmällisesti. Maahanmuuttajat saattoivat kertoa oireista, joiden henkilöstön oli vaikea ymmärtää liittyvän tiettyyn sairauteen.

Amirinin ym. (2016, 207–208) ja Wathenin (2007, 34–38) tuloksissa hoitohenkilöstö koki maahanmuuttajien kulttuuristen ja persoonallisten piirteiden vaikuttavan haasteellisesti hoitoon. Piirteitä oli ujous, temperamenttisuus, perheyhteisöllisyys, uskonnolliset va-

kaumukset, sukupuolinormit ja miesten hallitsema asema tehdä päätöksiä naisten terveydestä. Ujoutta ilmeni erityisesti sukupuoli- tai erittämiseen liittyvien sairauksien yhteydessä. Maahanmuuttajat halusivat myös ennemmin samaa sukupuolta olevan henkilön hoitavan heitä. Kuitenkin Hassinen-Ali-Azzanin (2002, 158) haastattelemista somalilaisista useat suhtautuivat myönteisesti vastakkaista sukupuolta olevaan lääkäriin. Hyväksyntään vaikutti lääkärin ammattirooli. Somalinaisten kokiessa olonsa epämukavaksi vastakkaisen sukupuolen kanssa, hoitohenkilöstö pyrki ottamaan sukupuolinormit huomioon vastaanotto- ja tulkkauksitilanteissa.

Dastjerdin ym. (2012, 4) tutkimuksessa maahanmuuttajien kulttuurissa oli arvostettua yhteenkuuluvuus. He saattavat laittaa perheen muiden jäsenten tarpeet omien tarpeiden edelle. Näin heidän omasta terveydestään huolehtiminen jäi huomiotta.

7.3 Viestintä

Wikingin ym. (2009, 292, 293) tutkimuksessa maahanmuuttajat kokivat vuorovaikutuksessa ongelmaksi kielen ja heidän kuuntelemisensa vastaanotolla. Myös sairaanhoitajat kokivat hoitotilanteissa ongelmaksi kielen (Ylimaz 2017, 156; Plaza del Pino F. J. ym. 2013, 1). Tärkeänä pidettiin myös sitä, että maahanmuuttajat kehittäisivät kielitaitoa, mutta tulkin käyttö joissakin tilanteissa oli kuitenkin tarpeellista. (Dastjerdi ym. 2012, 14; Plaza del Pino F. J. ym. 2013, 6).

Maahanmuuttajat eivät pystyneet ilmaisemaan itseään ja ymmärtämään lääketieteellisiä termejä. Viestintä- ja kieliongelmat lisäsivät maahanmuuttajien luottamuspulaa terveydenhuollon tarjoajia ja palveluita kohtaan. (Dastjerdi ym. 2012, 5–6.) Terveydenhuollon lomakkeet saattavat myös olla englanninkielisiä, jota maahanmuuttajat eivät osanneet lukea. Ja vaikka he pystyivät ne lukemaan, asia oli kuitenkin vaikea ymmärtää (Dastjerdi ym. 2012, 15). Maahanmuuttajat saattavat olla myös lukutaidottomia, jolloin omalle kielelle käännettyistä lomakkeista ei ole apua (Pavlish ym. 2010, 7).

Maahanmuuttajat kokivat tulkin käytössä, että lääkäri ei tutkinut heitä, vaan tulkkia. Heistä tuntui, että lääkäri keskusteli tulkin kanssa ja he jäivät tulkin varjoon. Tämän vuoksi he eivät halunneet tulkkia tilanteisiin, vaan ihmisen, joka katsoo heitä kokonaisuutena eikä pelkästään kielenä. Tulkki, joka vain käänsi kielen, ei herättänyt heissä luottamusta. (Dastjerdi ym. 2012, 6.)

Eklöfin ym. (2014, 146–147) tutkimuksessa hoitajat kokivat haasteena tulkkien puhelinpalvelun käytön, tulkkien puuttumisen harvinaisissa kielissä, hoitajien työmäärän, kustannus-tehokkuuden, tulkin tilaamisen erityisesti kiireellisissä tilanteissa, aikojen yhteensovittamisen, tulkin ja potilaan läheisen suhteen sekä potilaan haluttomuuden tulkin käyttöön. Tutkimus osoitti, että hoitajilla ei ollut tulkin käyttöön koulutusta. Koulutuksen puute voi vaikuttaa hoitajien mahdollisuuksiin käyttää tulkkia tai hoitaa maahanmuuttaja potilaita. Koulutus tulkkien käytöstä auttaa hoitajia työskentelemään tehokkaammin.

Eklöfin ym. (2014, 146) tutkimuksessa hoitajat vaativat tulkilta ammatillista tietoa, joka käsitti laajan kielellisen tietämyksen, kulttuurisen ymmärtämisen ja eettisen taustan. Tulkin toiminnassa hoitajat korostivat tietämystä eettisistä säännöistä, puolueettomuutta, salassapitovelvollisuutta ja kunnioitusta potilasta ja hoitajaa kohtaan. Tulkin luonteenpiirteistä arvostusta sai empaattisuus, hienotunteisuus, tasapuolisuus, hienovaraisuus ja kiltteys. Näillä koettiin olevan positiivisia vaikutuksia hoitajan, potilaan ja tulkin suhteessa. Myös Hassinen-Ali-Azzanin (2002, 156) tutkimuksessa pidettiin tärkeänä oikean tulkin valintaa, asiakkaan ja tulkin roolia vuorovaikutustilanteessa sekä ei-sanallisessa viestinnässä.

Hoitohenkilöstö koki maahanmuuttajien viestintätaidot alhaisiksi. He olivat eristäytyneitä ja ei-sosiaalisia. Nämä vaaransivat heidän terveydentilaansa ja hoitohenkilöstö ei kokenut pystyvänsä ymmärtämään heidän ongelmiaan. Tunnistamalla nämä kulttuurille ominaiset piirteet voidaan ratkaista ongelmia hoitotilanteissa. (Amiri ym. 2016, 208.)

7.4 Kohtaaminen

Wikingin ym. (2009, 293–294) tutkimuksessa maahanmuuttajat kokivat, että heitä kuunnellaan ja lohdutetaan. Kunnioitusta koettiin myös persoonaa, kulttuuria ja toiveita kohtaan. Toinen tutkimus osoitti päinvastaista. Maahanmuuttajien mielestä heille ei ollut riittävästi aikaa vastaanotolla eikä heitä kuunneltu. He toivoivat terveydenhuollon henkilöstöltä enemmän kunnioitusta ja tutustumista heihin. (Pavlish ym. 2010, 8.)

Hassinen-Ali-Azzanin (2002, 157) tutkimuksessa haastatellut somalinaiset toivoivat hoitohenkilökunnan olevan iloisia, osoittavan kiinnostusta, antavan aikaa ja kohtelevan heitä samalla tavalla kuin muitakin asiakkaita. He halusivat myös hoitohenkilöstön pa-

neutuvan enemmän heidän ongelmiinsa. Somalinoisista tuntui, etteivät he saaneet vai-
voihinsa apua, vaikka he valittivat niistä. Somaliassa lääkärissä käynti auttoi vaivoihin ja
poisti kivun, mutta Suomessa he kokivat saavansa vain väliaikaista apua.

Monikulttuurinen hoitotyö vaatii hoitohenkilöstöltä rohkeutta ja liiallisen auktoritaarisuu-
den ja byrokraattisuuden välttämistä, jotta syntyisi luottamuksellinen hoitosuhde. Hoito-
henkilöstön on kyettävä näkemään oma kulttuuri ja muut kulttuurit erilaisina mutta sa-
manarvoisina. (Halla 2007, 473–474.) Sairaanhoidajien myötätuntoa pidettiin Papado-
poulosin ym. (2016, 476) tutkimuksessa tärkeänä. Myötätuntoon sisältyi: viestintä, tietoi-
suus tarpeista, keskustelu ja ystävällisyys.

Hoitajien tärkeänä tehtävänä koettiin suunnitella vastaanotto toiminta. He tekivät päätök-
sen tulkin käytöstä ja tilasivat tulkin. He yrittivät saada käyttöön saman tulkin samalla
potilaalla, jos mahdollista. Hoitajat pitivät tärkeänä hoitajan ja potilaan suhdetta, vaikka
tulkki oli mukana. He suuntasivat puheensa suoraan potilaalle ja välttivät tulkille puhu-
mista. Puheessa tärkeää oli selkeä viestintä ja se, että vältettiin lääketieteellisten termien
käyttöä. (Eklöf ym. 2014, 146–147.)

Sairaanhoidajat kokivat vuorovaikutustilanteissa maahanmuuttajataustaisten potilaiden
kanssa epävarmuutta, pelkoa, väsymystä, syyllisyyden tunnetta ja uhatuksi tulemisen
tunnetta. (Wathen 2007, 30.) Eri kulttuurista kotoisin olevat koettiin myös erikoisina ja
ainutlaatuisina kulttuuritaustan vuoksi. Heidät nähtiin ennakkoluulottomasti samanlai-
sena kuin kuka tahansa potilas. (Plaza del Pino F. J. ym. 2013, 4.)

8 HOITOHENKILÖSTÖN MONIKULTTUURINEN KOMPETENSSI

Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa ihmisen kulttuurista osaamista ja taitoa toimia monikulttuurisissa toimintaympäristöissä, ja se ilmenee ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa erilaisuuden huomioimisena ja hyväksymisenä (Koskinen 2009b, 32). Kulttuurisesti pätevä hoitaja voi nähdä, että kunnioitusta toisia kohtaan voi olla eri tavalla korostettuna eri kulttuureissa, ja potilaat ilmaisevat sen eri tavalla eri kulttuureissa, vaikka samalla tarkoittavat kunnioitusta ihmisiä kohtaan (Wikberg & Eriksson 2008, 494).

Tässä kehittämissuorituksessa kuvataan Papadopouloson, Tilkin ja Taylorin (2006) kulttuurisen kompetenssin malli (Kuvio 4.), Campinha-Bacoten (2012) kulttuurisen kompetenssin malli (Kuvio 5.), Bennetin (1993) kulttuurisen herkkyyden kehittymisen malli (Kuvio 6.) ja Sainola-Rodriquezin (2009) soveltama transnationaalisen osaamisen malli Koehnin & Rosenauinin (2002) viitekehuksesta.

8.1 Papadopouloson, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin malli

Papadopouloson, Tilkin ja Taylorin (2006) malli (Kuvio 4.) on viitekehys kulttuurisesti pätevän hoitotyön oppimisen kuvaamiseen. Se koostuu neljästä eri kehittymisen osa-alueesta. Ensimmäisellä kehittyy kulttuurinen tietoisuus, toisena kulttuurinen tieto, kolmantena kulttuurinen herkkyys ja viimeisenä kulttuurinen kompetenssi. (Koskinen 2009a, 50.)

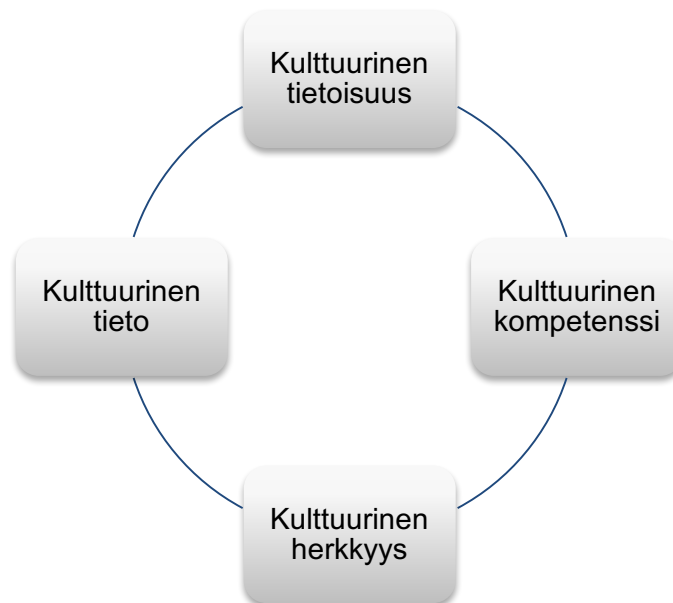
Kulttuurinen tietoisuus alkaa tarkastelemalla omaa henkilökohtaista arvopohjaa ja uskomuksia. Arvot ja uskomukset ovat periaatteita, jotka ohjaavat meidän elämäämme, päätöksentekojamme ja tuomioitamme. Arvojen kehittymiseen vaikuttavat perhe, kulttuuri ja lähin sosiaalinen ympäristö. Vaikka olemme erilaisista kulttuureista, löytyy meistä yhtäläisyyksiäkin. Pienet eroavaisuudet ovat myös tärkeitä ja tekevät meistä ainutlaatuisia ja yksilöllisiä. Yksilöllisyys on lähellä henkilökohtaista identiteettiä ja se ei ole koskaan muuttumaton. (Papadopoulos 2006, 11–12.)

Tämä ensimmäinen vaihe mallissa auttaa ymmärtämään ihmisen kulttuurisen identiteetin luonnetta ja rakennetta. Näin oppija ymmärtää paremmin kulttuuritaustan merkityksen ihmisten arvojen, uskomusten ja terveystäytymisen taustalla. (Koskinen 2009a, 50.)

Mallin toisessa vaiheessa hankitaan eri tavoin tietoa erilaisten etnisten ryhmien tavoista ja terveystottumuksista sekä heihin liittyvästä eriarvoisuudesta yhteiskunnassa ja terveyspalvelujärjestelmästä. Oppijan kulttuurisen tiedon taso kehittyy. (Koskinen 2009a, 50.)

Kulttuurisen herkkyyden saavuttamisessa on tärkeää, miten ammattilaiset näkevät hoitettavat asiakkaat. Terveystuollon ammattilaisten tulisi kohdata asiakkaat kumppanina ja vuorovaikutuksessa tulisi näkyä luottamusta, hyväksymistä, neuvottelua ja voimaantumista. (Papadopoulos 2006, 16.)

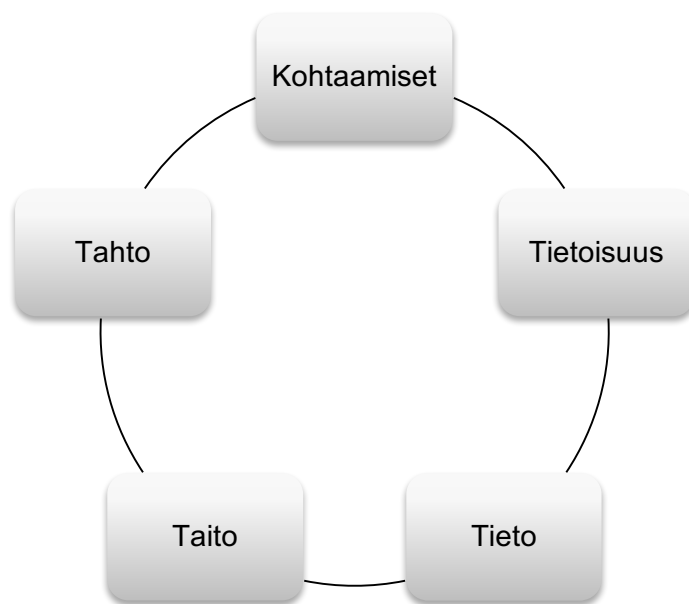
Kulttuurisen kompetenssin saavuttaminen edellyttää aikaisempien tasojen synteisiä. Painopiste on jatkossa käytännön taidoissa, tarpeiden arvioinnissa, hoitotyön taitojen kehittämisessä, kyvyissä tunnistaa rasismi, syrjintä ja epäoikeudenmukaisuus. (Papadopoulos 2006, 18.)



Kuvio 4. Papadopoulosin ym. (2006) kulttuurisen kompetenssin malli.

8.2 Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli

Campinha-Bacoten (2009) mallissa (Kuvio 5.) korostuu hoitotyöntekijän oma sisäinen tahto. Hoitotyöntekijä on tällöin motivoitunut ja vapaaehtoinen kehittämään kulttuurista tietoisuutta, taitoa, tietoa ja halukas kohtaamaan erilaisista kulttuuritaustoista peräisin olevia ihmisiä (Koskinen 2009a, 43). Kehittymisprosessi on päättymätön, jonka aikana voi jatkuvasti kehittyä (Koskinen 2009b, 36).

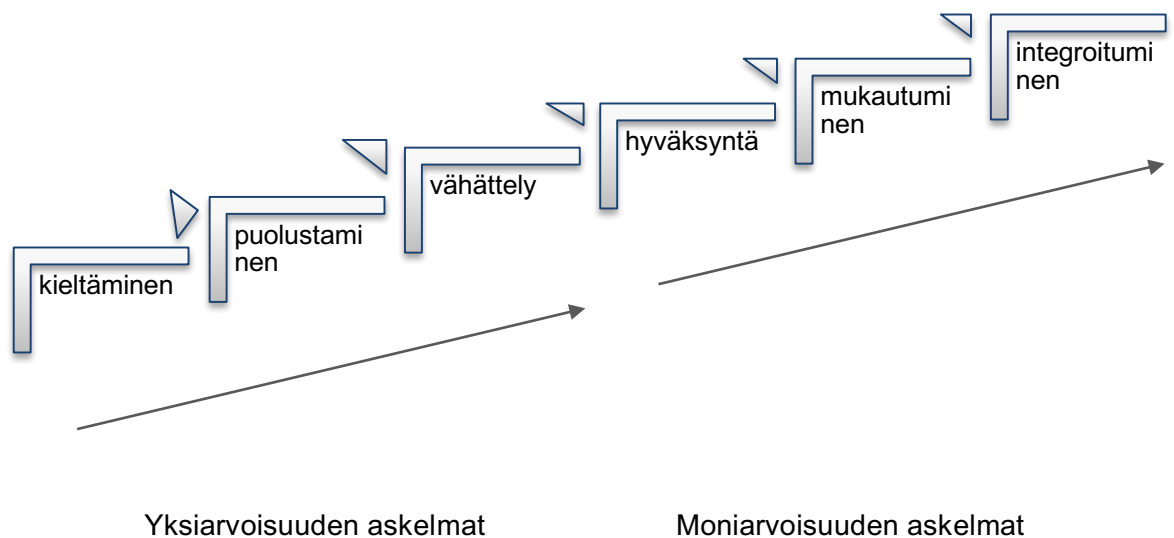


Kuvio 5. Campinha-Bacoten (2009) kulttuurisen kompetenssin malli.

8.3 Bennetin kulttuurisen herkkyyden kehittymisen malli

Bennetin mallin ensimmäisessä askeleessa ihmiset kieltäytyvät kulttuurieroista, he eivät pysty kokemaan erilaisuutta. He eivät huomioi, miten kulttuuri vaikuttaa heidän omaan tai muuhun elämään. Puolustaminen ilmenee oman kulttuurin ylistämisenä ja muut kulttuurit nähdään negatiivisena stereotyyppinä. Puhutaan me ja he sanoilla yrittäen samalla suojata itseään toiselta. Vähättelyssä uskotaan, että olemme kaikki samanlaisia. Näin

vältetään omien kulttuurimallien tunnistaminen ja toisten kulttuurien ymmärtäminen. Riittää, kun kulttuurien välisissä tilanteissa on oma itsensä. Hyväksynyt kokee kulttuurista eroa kontekstissa. He hyväksyvät kaikki käyttäytymistavat ja arvot, myös omat. He ovat uteliaita siitä, mitä muita vaihtoehtoja oman kulttuurin lisäksi on. Mukautunut hyväksyy toisen kulttuurin ja kokee kulttuurien välistä empatiaa. Integroitunut näkee itsensä eri kulttuureissa sekä mukautuu niihin. He ovat monikulttuurisia ja kokevat etteivät ole koskaan ”kotona”. (Bennett 2011, 1–11.)



Kuvio 6. Kulttuurisen herkkyyden kehittymisen malli (mukaillen Bennett 2011, 1–11).

8.4 Transnationaalisen osaamisen malli

Sainola-Rodriquez (2009,37) kuvailee transnationaalista osaamista soveltaen Koehn & Rosenau'n (2002) viitekehystä seuraavasti:

Analyttinen osaaminen on kykyä hankkia tietoa ja ymmärtää tiedon merkitys terveydenhuollon kohtaamisessa. Se sisältää kulttuurin ja yksilön uskomukset, arvot, käytännöt, maahanmuuton syyt ja seuraukset, elämäntilanteen ja hoidontarpeen välisen yhteyden,

muutostilan ymmärtämisen ja asiakkaan omien resurssien arvioimisen. (Sainola-Rodri-
quez 2009, 37.)

Emotionaalinen osaaminen näkyy kykyä tehdä havaintoja ja olla aidosti kiinnostunut
terveyteen liittyvistä arvoista, perinteistä, uskomuksista ja kokemuksista. Oman kulttuu-
rin merkitys tulisi ymmärtää ja kyetä tulemaan toimeen erilaisten ihmisten kanssa, erilai-
sissa arvomaailmoissa. (Sainola-Rodriquez 2009, 37.)

Luova osaaminen on kykyä yhdistää ja soveltaa erilaisia hoitokäytänteitä, yhteistoimin-
nallisuutta uusien toimintamallien luomiseksi, vaihtoehtoisten näkökulmien visiointia,
mahdollisuuksien näkemistä ja verkostojen hyödyntämistä (Sainola-Rodriquez 2009,
37).

Viestinnällinen osaaminen on kykyä kommunikointiin ja vuorovaikutukseen. Näihin liittyy
kielitaito, tulkin käyttötaito, kyky välttää ja selvittää väärinkäsityksiä, taito luoda osallis-
tuva ja luottamuksellinen keskusteluympäristö ideoiden, epäilyjen ja huolien esiintuomi-
seen. (Sainola-Rodriquez 2009, 37.)

Toiminnallinen osaaminen on taitoa toimia tavoitteellisesti transnationaalisessa ympäris-
tössä. Tähän liittyy kykyä käyttää joustavasti ja tilannekohtaisesti erilaisia toimintatapoja,
kyky luottamukseen, kyky ratkoa ongelmia ja konflikteja, ylläpitää positiivista vuorovai-
kutusta ja edistää tasa-arvoisuutta. (Sainola-Rodriquez 2009, 37.)

9 MONIKULTTUURISEN KOMPETENSSIN KEHITTÄMISTARPEET

Sainola-Rodriquezin (2007, 224) tulokset antavat viitteitä siitä, että hoitohenkilöstön transnationaalisissa taidoissa olisi parantamisen varaa, joskin myös vahvuuksia löytyy. Vahvuutena oli emotionaalinen osaaminen, joka on tärkeä peruslähtökohta. Analyyttisiä ja luovia osaamisen taitoja hoitohenkilöstö voisi kehittää kyselemällä ja kuuntelemalla maahanmuuttajia ja molempien osapuolten tulisi luoda yhdessä tilanteeseen sopivia hoitokäytäntöjä.

Yilmazinin ym. (2017, 157) tutki hoitajien kulttuuriherkkyyttä. Herkkyyden mittari mittasi kulttuurierojen kunnioittamista ja vuorovaikutuksessa sitoutumista sekä luottamusta. Hoitajat, jotka olivat saaneet koulutusta kulttuurihoitoon, saivat korkeammat kulttuuriherkkyyden pisteet. Hoitajia, joilla ei ollut mitään koulutusta, oli paljon. He halusivat osallistua koulutukseen, jotta osaisivat paremmin ymmärtää eri kulttuureja. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajia tulisi valmistaa paremmin kulttuuriherkkyydessä ja sen osaamisessa.

Papadopoulosin ym. (2016, 476, 479) tutki sairaanhoitajien käsitystä myötätunnosta. Myötätunto nähtiin myötätuntoisena viestintänä, ystävällisyytenä ja tietoisuutena potilaan tarpeista. Useat kokivat myötätunnon kehittämisen tärkeimmän vaikutuksen olevan kulttuurisissa arvoissa. Tarvetta olisi myötätuntoisille johtajille, jotka ravitsevat ja ylläpitävät myötätuntoa. Myötätuntoa koskeva koulutus olisi kaikille terveydenhuollon toimijoille hyvä, koska se edesauttaa organisaation sisäistä myötätuntoa kulttuuria.

Hoitohenkilöstön kulttuuriosaaminen liittyy myös johtajien ja kollegoiden kulttuuriosaamiseen. Henkilöstölle voi opettaa kulttuuriosaamista roolimallinnuksen kautta muun muassa osoittaen empatiaa, kunnioittavaa asennetta potilaita ja henkilöstön ammattitaitoa kohtaan (Dauvrin & Lorant 2015, 205, 207).

Tämän kehittämisprojektin teoreettisen viitekehyksen tutkimuksissa ilmenneitä kulttuurisen kompetenssin kehittämistarpeita olivat tulkin käyttö (Eklöf ym. 2014, 146–147; Dastjerdi ym. 2012, 14; Plaxa del Pino F.J ym. 2013, 6; Pavlish ym. 2010, 8–9), kieleen liittyvät tekijät (Yilmaz ym. 2017, 156; Wiking ym. 2009, 292; Amiri ym. 2016, 206; Plaxa del Pino F.J ym. 2013, 1; Pavlish ym. 2010, 8), luottamuksen rakentaminen (Dastjerdi

ym. 2012, 5–6), kulttuuriherkkyys (Yilmaz ym. 2017, 157), roolimallinnus (Dauvrin & Lorient 2015, 205, 207), kohtaaminen (Sealey ym. 2006, 139), kulttuuritietämys (Yilmaz ym. 2017, 160; Wiking ym. 2009, 296; Brathwite & Majumdar 2006, 475) ja vuorovaikutustaidot (Amiri ym. 2016, 206; Carol Lynn Pavlish ym. 2010, 8).

9.1 Monikulttuurisen kompetenssin koulutus

Useat tutkimukset (Yilmaz ym. 2017, 157; Sealey ym. 2006, 131; Cooper Brathwaite & Majumdar 2006, 475; Castro & Ruiz 2009, 475; Cicolini ym. 2015, 536; Amiri ym. 2016, 208; Casillas ym. 2014, 1; Plaza del Pino F. J. ym. 2013, 7; Mulder 2013, 64; Airola 2013, 57) ovat vahvistaneet hoitohenkilöstön kulttuurikoulutuksen myönteisen merkityksen monikulttuurisessa hoitotyössä.

Sealeyn ym. (2006, 138) tutkivat opetuksen kulttuuriosaamisen tasoa hoitotyön opetusohjelmissa. Tulokset osoittivat, että hyvin harvalla oli valmiuksia opettaa transkulttuurista hoitotyötä. He arvioivat kuitenkin hyväksi kulttuuriset tiedot ja taidot. Hoitotyön opetusohjelmiin tulisi lisätä vieraan kielen harjoittelua, jotta tulevaisuudessa hoitajilla olisi paremmat mahdollisuudet kommunikoida potilaiden kanssa.

9.2 Monikulttuurisen kompetenssin vahvistumisen vaikutukset

Cooper Brathwaite & Majumdar (2006, 475) arvioi tutkimuksessa kulttuurisen osaamisen koulutusohjelman vaikuttavuutta hoitajien kulttuurisen tiedon lisääntymiseen. Tulosten mukaan koulutuksen vaikutus oli merkittävä hoitajien kulttuurisen tietämyksen lisääntymiseen. Osallistujien tiedon taso nousi välittömästi koulutuksen jälkeen ja säilyi korkeana vielä kolmen kuukauden kuluttua koulutuksesta. Koulutukseen osallistuvat olivat tyytyväisiä koulutukseen. He kuvailivat sen erinomaiseksi ja hyödylliseksi. He olisivat halunneet kuitenkin enemmän kulttuurillista tietämystä.

Gastro & Ruizin (2009, 282) tutki hoitajien kulttuuriosaamisen ja potilaiden tyytyväisyyden välistä suhdetta. Tulokset osoittivat, että hoitajat joilla oli parempi kulttuurinen osaaminen, olivat saaneet kulttuuriosaamisen koulutusta, olivat työskennelleet monissa osavaltioissa ja heillä oli ollut kotoutuvia potilaita. Kulttuurisesti pätevämmät hoitajat saavuttivat suuremman potilastyytyväisyyden. Potilaiden näkemyksellä tyytyväisyydestä hoitoon ja hoitajien kulttuuriosaamisen tasolla oli merkitystä. Kulttuurisesti pätevä hoito parantaa keskinäistä tietojen vaihtoa, potilaan ja heidän tarjoajan viestintää sekä potilastyytyväisyyttä.

Kulttuurisesti pätevä hoito on yhteydessä tuottaja-potilas-viestintään, korkeampaan hoitotyytyväisyyteen, terveydentilan kohentumiseen, terveydentilan ymmärtämiseen, lääkeshoidon ja elämäntavan sitoutumiseen sekä asianmukaiseen terveydenhuoltojärjestelmän käyttöön (Cicolini ym. 2015, 536). Ylimazin ym. (2017, 160) toteavat koulutuksen kulttuuriherkkyydestä ehkäisevän eriarvoisuutta ja parantavan terveydenhuollon laatua.

ETENE (2012, 31) raportoi pyrkimyksestä määrätietoisesti lisätä Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa työskentelevien maahanmuuttajien määrää. Heidän kieli- taitonsa parantaa potilas- ja asiakasturvallisuutta.

10 TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

10.1 Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksellinen osuus perustui kehittämisprojektin kirjallisuuskatsauksen tuottamiin teoreettisiin tietoihin aikaisimmista tutkimuksista. Aikaisempien tutkimusten tulokset muodostivat teoreettisen viitekehyksen. Viitekehys luo pohjan tutkimukselle ja auttaa suuntaamaan tutkimuksen tekemistä. Se sisältää keskeisen aiheeseen ja toisiinsa liittyvän aineksen sekä erilaisia aiheeseen liittyviä näkökulmia. Näistä tutkija rakentaa yhteenvedon kokonaisuuden. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuksella haettiin vastausta tutkimusongelmiin. Tutkimusongelmat olivat:

1. Minkälaista on henkilöstön kulttuurinen osaaminen?
2. Mitkä ovat kulttuurisen osaamisen kehittämistarpeet?

10.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmä oli määrällinen, joka pyrki kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen numeroiden ja tilastojen avulla (Lähdesmäki ym. 2009). Tutkimusmenetelmä edellyttää teorioita, joiden kautta syntyy ymmärrys ilmiöön (Kananen 2012, 31). Määrällisen tutkimuksen etuja ovat kustannustehokkuus ja nopeus, kun tarvitaan suurelta joukolta vastauksia (Kananen 2015, 95). Tässä tutkimuksessa kohderyhmään kuului 101 henkilöä, joten laadullinen tutkimus olisi ollut liian työläs tehdä. Sähköisen kyselyn valintaan vaikutti sen antama mahdollisuus tavoittaa nopeasti suurikin kohderyhmä.

Teoriaa tarvitaan aineistonkeruun suunnitteluun. Kysymyksiä pohdittaessa voi hyödyntää teorian antia ja muuttaa mielenkiinnon kohteena olevat asiat tutkittavaan muotoon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teoreettinen viitekehys antoi myös tässä tutkimuksessa yamk –opiskelijalle hyvän pohjan ilmiön ymmärtämiseen sekä auttoi asettamaan oikeat kysymykset tutkimusongelmiin sekä kyselyn kysymyksiin ja väittämiin.

10.3 Aineiston keruu

Tässä kehittämisprojektissa käytettiin sähköistä kyselylomaketta, joka rakennettiin siten, että vastaajien taustatiedot, kulttuurisen osaamisen viitekehykset (Campinha-Bacotenen (2009) ja Papadopoulostin, Tilkin ja Taylorin (2006)) ja kulttuurisen hoitotyön erityispiirteet sekä haasteet muutettiin mitattavaan muotoon. Kysymykset muodostuivat teoriasta, jolloin ne kävivät vuoropuhelua jo kysymyksiä suunniteltaessa. Kananen (2015, 96) toteaa myös, että määrällisessä tutkimuksessa kysymysten ja teorian välillä on oltava yhteys.

Kyselyn kohderyhmä tarkentui yhteistyössä kohdeorganisaation kanssa. Koko Salon kaupungin terveystalveluiden henkilöstölle suunnattu kysely olisi ollut liian laaja. Päädyttiin kokonaistutkimukseen, johon osallistui hoitohenkilöstöä äitiys- ja lastenneuvoloista, aikuisvastaanoitoilta sekä suun terveydenhuollosta. (Kuvaus kyselyn toimipaikoista luvussa 2.2.) Kyselyn otantamenetelmä oli oman harkinnan mukaan valittu eli harkinnanvarainen näyte (Taanila 2014 ,33; Lähdesmäki 2009). Kyselylomakkeen linkki lähetettiin vastaajien sähköpostiin. Kyselyyn oli aikaa vastata kaksi viikkoa ajalla 4.-18.1.2018. Kaksi päivää ennen kyselyn päättymistä lähetettiin sähköpostitse muistutus kyselyyn vastaamisesta.

Kyselylomake (Liite 4) tehtiin Webropol- ohjelmaan. Kyselyssä kysyttiin taustatietoja, esitettiin monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä sekä väittämiä. Väittämiin vastattiin neliportaisen asteikon avulla. Asteikoissa vaihtoehto 1 oli; täysin eri mieltä, 2; jokseenkin eri mieltä, 3; jokseenkin samaa mieltä ja 4; täysin samaa mieltä. Kysely testattiin ennen varsinaisen kyselyn julkaisemista. Yamk –opiskelija myös harjoitteli ohjelmiston käyttöä sekä vastausten analysointia testivastauksien avulla. Testaamisen jälkeen kyselyä muokattiin rakenteeltaan selkeämmäksi ja käytettyjä sanamuotoja tarkennettiin.

10.4 Aineiston analysointi

Webropol- ohjelmisto toimii myös kerätyn tiedon analysointiin sekä raportointiin ja tulokset ovat siirrettävissä Exeliin, PowerPointiin ja Wordiin (Heikkilä 2014b.). Tässä tutkimuksessa tulokset analysoitiin myös webropol- ohjelmalla ja ne siirrettiin Wordiin.

Tutkija saa tiedot numeroina ja hän esittää ne esimerkiksi tunnuslukuina. Tunnusluvut tutkija tulkitsee ja selittää sanallisesti kuvaillen, miten asiat liittyvät toisiinsa. (Vilka 2007,14.) Teoriaa käytetään saatujen tulosten käsitteellisenä jäsentäjänä sekä teoria auttaa tutkijaa järjestelemään ja tulkitsemaan asioita. Kerätty aineisto ja sen analysointi keskustelevat teorian kanssa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tässä tutkimuksessa tunnuslukuina olivat vastauksista prosenttiosuudet, mediaanit ja lukumäärät eli frekvenssit. Tutkija tulkitsi aineistoa hahmottaen vastausten jakautumista ja kirjoitti aineiston auki sanalliseen muotoon. Tulokset analysoitiin ja esitetään seuraavassa kappaleessa tutkimusongelmittain. Avoimissa kysymyksissä oli vähän vastauksia. Näitä analysoitaessa kerran käytettiin luokittelua, mutta pääosin vastaukset olivat niin lyhyitä ja selkeitä, että ne olivat suoraan siirrettävissä tekstiin.

11 TULOKSET

Kyselyn sai 110 henkilöä ja siihen vastasi 21 henkilöä. Vastausprosentti oli 19 %. Kyselyssä oli 30 väittämää monikulttuurisesta hoitotyöstä maahanmuuttajien kanssa. 28 väittämään vastasivat kaikki ja kahteen väittämään oli yksi jättänyt vastaamatta. Väittämien tuloksia analysoidessa käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä mediaania (Liite 5.). Lisäksi kysely sisälsi 7 monivalintakysymystä ja kolme avointa kysymystä. Seuraavassa tulokset esitellään luokitellen ne taustatietoihin, kulttuuriseen kompetenssiin ja kulttuurisen kompetenssin kehittämistarpeisiin. Tuloksia havainnollistetaan myös taulukoiden ja kuvioiden avulla tekstin lisäksi.

11.1 Taustatiedot

Vastaajat olivat iältään 20-65 vuotiaita. Melkein puolet (47,62 %) vastaajista oli 36-50 -vuotiaita ja 38,09% oli 51-65 -vuotiaita. Yhtään alle 20 -vuotiasta tai yli 66 -vuotiasta vastaajaa ei ollut. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Ikä vuosina.

	N	Prosentti
Alle 20	0	0%
20-35	3	14,29%
36-50	10	47,62%
51-65	8	38,09%
yli 66	0	0%

Vastaajien työkokemus vuosina vaihteli alle yhdestä vuodesta yli 21 vuoteen. Vastaajista yhdellä oli työkokemusta alle 1 vuotta. Pääosalla vastaajista oli yli 11 vuotta kokemusta tai yli 21 vuotta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Työkokemus vuosina.

	N	Prosentti
Alle 1	1	4,76%
1-5	3	14,29%
6-10	1	4,76%
11-20	8	38,09%
yli 21	8	38,1%

Suurin osa (76,19 %) vastaajista oli ammatiltaan terveydenhoitajia. Toisen ammattiryhmän muodosti suun terveyden huollon kolme hammashoitajaa ja kaksi suuhygienistiä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ammattiryhmä.

	N	Prosentti
Sairaanhoitaja	0	0%
Terveydenhoitaja	16	76,19%
Hammashoitaja	3	14,29%
Suuhygienisti	2	9,52%
Vastaanottohoitaja	0	0%

Kun vastaajilta kysyttiin kuinka usein he kohtaavat maahanmuuttajia, useimmin valittu vaihtoehto oli (28,57%) muutaman kerran viikossa. Muutaman kerran kuukaudessa vaihtoehtoon vastasi 23,81% ja vaihtelevasti 19,05%. Yksi vastaaja ei ollut kohdannut maahanmuuttajia ollenkaan. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Maahanmuuttajien kohtaaminen.

	N	Prosentti
Päivittäin	1	4,76%
muutamana kerran viikossa	6	28,57%
Viikoittain	3	14,29%
muutamana kerran kuukaudessa	5	23,81%
kuukausittain	1	4,76%
vaihtelevasti	4	19,05%
en ollenkaan	1	4,76%

Kysyttäessä milloin oli osallistunut monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvään koulutukseen lähes puolet (47,62 %) ei ollut koskaan osallistunut monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvään täydennyskoulutukseen. Noin viidennes oli osallistunut viimeisen viiden vuoden aikana. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Osallistuminen monikulttuuriseen koulutukseen.

	N	Prosentti
tänä vuonna	1	4,76%
viime vuonna	3	14,29%
viimeisen viiden vuoden aikana	4	19,05%
yli viisi vuotta sitten	3	14,29%
en koskaan	10	47,62%
osallistun tänä vuonna	0	0%

Edeltävä kysymys jatkui mahdollisuudella vastata avoimeen kysymykseen: mitä asioita koulutus, johon osallistui, sisälsi? Kolme vastaajaa kuvaili koulutuksen sisältöä seuraavasti: "maahanmuuttajaan kohtaaminen hammashoidossa", "kulttuurierot", "asiakkaan

kohtaaminen” ja ”avaimia kohtaamisiin-monikulttuurisuus”. Kaksi vastausta eivät sisältäneen vastanneet esitettyyn kysymykseen, nämä poistettiin.

Itselleen sopivaa koulutusmuotoa kysyttäessä vastaajat pystyivät valitsemaan useamman vaihtoehdon. 85,71% vastaajista koki luennon hyvänä koulutusmuotona, sekä verkkopohjaisen tietopaketin että videon koki hyväksi 42,86% vastaajista. Noin joka kolmas valitsi osallistavan keskustelun ja noin joka viides simulointitilanteet. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kulttuuriosaamista tukevat koulutusmuodot.

	N	Prosentti
verkkopohjainen tietopaketti	9	42,86%
simulointitilanteet työyhteisössä	4	19,05%
Luento	18	85,71%
verkkopohjainen video	9	42,86%
osallistava keskustelu	7	33,33%

Edeltävä kysymys sisälsi myös vaihtoehdon vastata jonkin muun koulutuksen. Tähän tuli kaksi vastausta: yhteistyö toisen terveyskeskuksen kanssa ja perustietoa sekä kokemustietoa yhdistettynä. Jälkimmäinen vastaus siirrettiin koulutussisältöä kuvaavien toiveiden yhteyteen.

11.2 Monikulttuurinen kompetenssi

Vastaajia pyydettiin arvioimaan omaa kulttuurista osaamista asteikolla 1-5. Arvosanan 2 eli tyydyttävän antoi suurin osa (66,67 %) vastaajista. Noin joka viides arvio kulttuurisen osaamisen hyväksi. Kiitettävää tai erinomaista arvioita ei valinnut kukaan. (Taulukko 7.) Kulttuurisen osaamisen keskiarvo oli 2,14.

Taulukko 7. Kulttuuriosaamisen arviointi asteikolla 1-5.

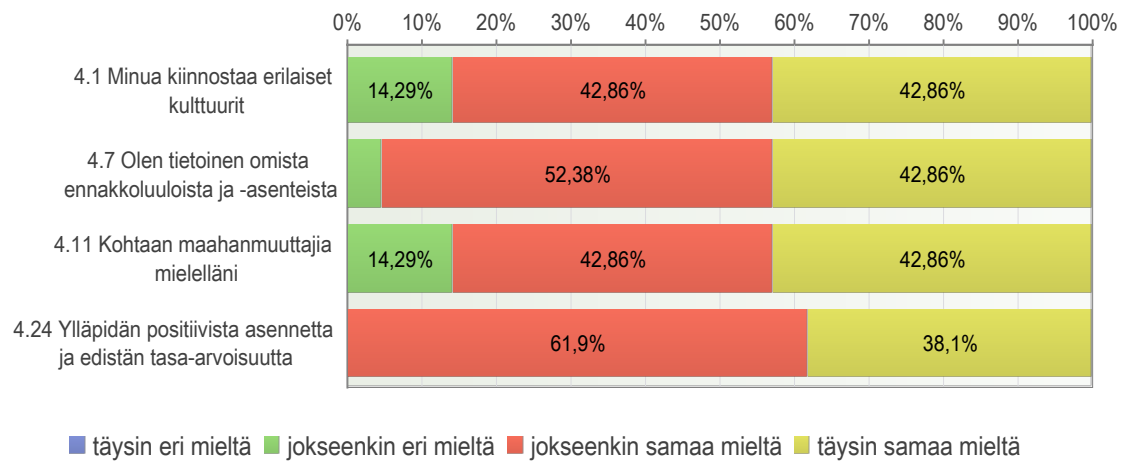
	N	Prosentti
1 - välttävä	2	9,52%
2 - tyydyttävä	14	66,67%
3 - hyvä	5	23,81%
4 – kiitettävä	0	0%
5 – erinomainen	0	0%

11.2.1 Tahto ja tietoisuus

Neljä väittämää liittyivät kulttuurisen osaamisen osa-alueista tahtoon ja tietoisuuteen. Yli puolet vastaajista (52,38%) olivat jokseenkin samaa mieltä ja yhdeksän vastaajaa (42,86%) täysin samaa mieltä siitä, että he olivat tietoisia omista ennakkoluuloistaan ja –asenteistaan. Yli puolet vastaajista (61,9%) oli myös jokseenkin samaa mieltä ja kahdeksan vastaajaa (38,1%) oli täysin samaa mieltä siitä, että he ylläpitävät positiivista asennetta ja edistävät tasa-arvoa. Kukaan ei valinnut väittämälle vaihtoehdoiksi jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. (Kuvio 7.)

Vertaillen vastauksia suun terveydenhuollossa työskentelevien suuhygienistien sekä hammashoitajien ja neuvola- ja vastaanottotyön terveydenhoitajien välillä löytyi eroavaisuuksia. Suun terveydenhuollossa mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä), kun väittämä koski positiivisen asenteen ylläpitoa ja tasa-arvoisuuden edistämistä.

Kun kysyttiin kiinnostaako kulttuurit, 42,86% oli täysin samaa mieltä sekä 42,86% jokseenkin samaa mieltä siitä, että kulttuurit kiinnostavat heitä. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että kulttuurit eivät kiinnosta. Maahanmuuttajia kohtasi mielellään yhdeksän vastaajaa (42,86%) sekä jokseenkin mielellään yhdeksän vastaajaa (42,86%). Kolme vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja kukaan ei valinnut väittämään vaihtoehtoa, että on täysin eri mieltä. (Kuvio 7.) Suun terveydenhuollon henkilöstön mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä), kun väittämä koski tahtoa kohdata maahanmuuttaja.

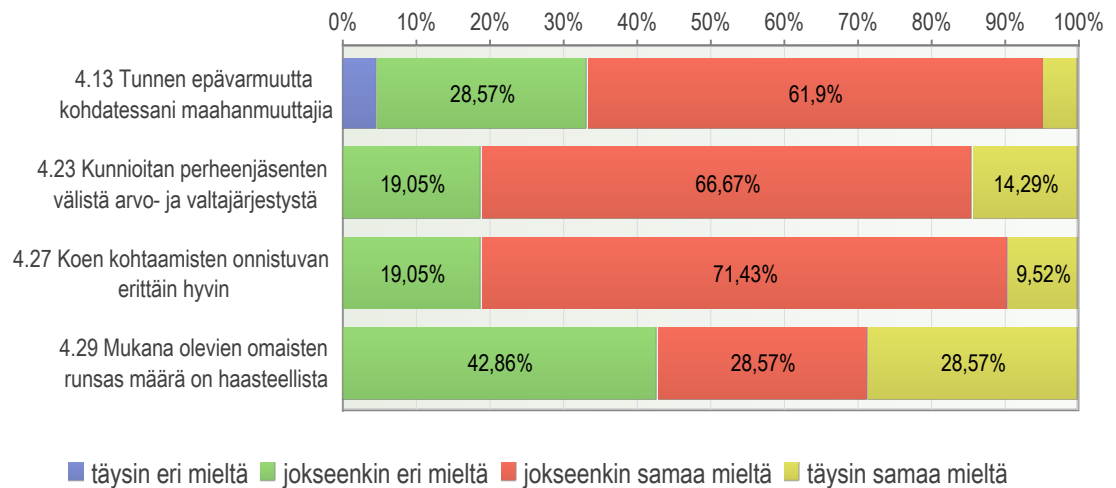


Kuvio 7. Tahto ja tietoisuus (n=21).

11.2.2 Herkkyys ja kohtaaminen

Seitsemän väittämää kyselyssä liittyi kulttuurisen osaamisen osa-alueista herkkyyteen ja kohtaamisiin. Yli puolet (71,43%) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja 9,52% täysin samaa mieltä siitä, että kohtaamiset onnistuvat erittäin hyvin. Kukaan ei valinnut täysin eri mieltä väittämää ja vain neljä vastaajaa (19,05%) oli jokseenkin eri mieltä. Vaikka kohtaamisten koettiin onnistuvan useimmiten erittäin hyvin vastaajista yli puolet (61,9%) oli jokseenkin samaa mieltä ja noin neljännes (28,57%) jokseenkin eri mieltä siitä, että he kokivat epävarmuutta kohdatessaan maahanmuuttajia. (Kuvio 8.)

Kukaan ei ollut täysin eri mieltä, mutta melkein puolet vastaajista (42,86%) oli jokseenkin eri mieltä siitä, että omaisten runsas määrä on haasteellista. Noin neljännes (28,57%) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä, että omaisten runsas määrä on haasteellista. Kukaan ei kokenut, etteivät he kunnioittaisi perheenjäsenten välistä arvo- ja valtajärjestystä ja kolme vastaajaa (14,28%) oli täysin samaa mieltä siitä, että he kunnioittavat. Jokseenkin samaa mieltä oli 66,67% ja jokseenkin eri mieltä 19,05% vastaajista. (Kuvio 8.)

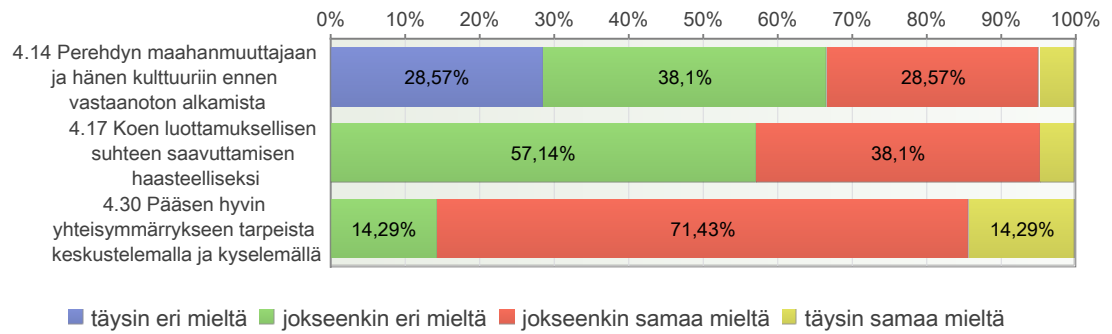


Kuvio 8. Herkkyys ja kohtaaminen a (n=21).

Yli puolet vastaajista (57,14%) oli jokseenkin eri mieltä, kun väitettiin luottamuksellisen suhteen saavuttamisen olevan haasteellista, mutta kukaan ei kuitenkaan ollut täysin eri mieltä. 38,1% oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että luottamuksellisen suhteen saavuttaminen on haasteellista. Yli puolet (71,43%) koki pääsevänsä jokseenkin hyvin ja 14,29% täysin yhteisymmärrykseen tarpeista keskustelemalla ja kyselemällä. Kukaan ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä ja 14,28% oli jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 9.)

Vertaillessa väittämää luottamuksellisen hoitosuhteen saavuttamisen haasteellisuudesta suun terveydenhuollossa toimivien suuhygienistien sekä hammashoitajien ja neuvola- sekä vastaanottotyössä olevien terveydenhoitajien välillä löytyi eroavaisuuksia. Suun terveydenhuollossa oli mediaani 2 (jokseenkin eri mieltä) kun terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä).

Kun väitettiin, että perehdytään maahanmuuttajaan ja hänen kulttuuriinsa ennen vastaanoton alkamista, yli kolmannes (38,1%) valitsi vaihtoehdon jokseenkin eri mieltä ja vajaa kolmannes (28,57%) oli täysin eri mieltä. Myös jokseenkin samaa mieltä oli vajaakolmannes (28,57%) vastaajista ja yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä. (Kuvio 9.)

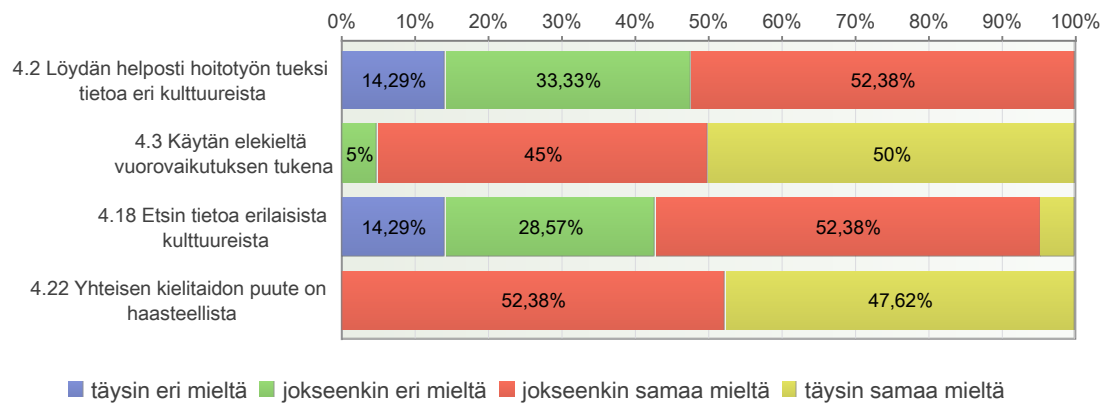


Kuvio 9. Herkkyys ja kohtaaminen b (n=21).

11.2.3 Taito ja tieto

Yhdeksän väittämää liittyi kulttuurisen osaamisen osa-alueista taitoon ja tietoon. Yli puolet vastaajista (52,38%) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he löytävät helposti hoitotyön tueksi tietoa. Joka kolmas (33,3%) oli jokseenkin eri mieltä ja 14,29% täysin eri mieltä. Yli puolet (52,38%) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he etsivät tietoa kulttuureista ja yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä. Noin joka kolmas (28,57%) vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ja 14,29% täysin eri mieltä. (Kuvio 10.) Suun terveydenhuollon mediaani oli 2 (jokseenkin eri mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä) väitettäessä, että löytää helposti tietoa hoitotyön tueksi.

Yli puolet (52,38%) koki jokseenkin haasteellisiksi yhteisen kielitaidon puutteen ja 47,62% oli täysin samaa mieltä. Puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 45 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että he käyttävät elekieltä vuorovaikutuksen tukena. Vain yksi henkilö valitsi väittämän jokseenkin eri mieltä ja kukaan ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 10.) Kun väitettiin, että yhteisen kielitaidon puute on haasteellista, suun terveydenhuollon mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä). Suun terveydenhuollon mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä), kun väitettiin että käyttää elekieltä.

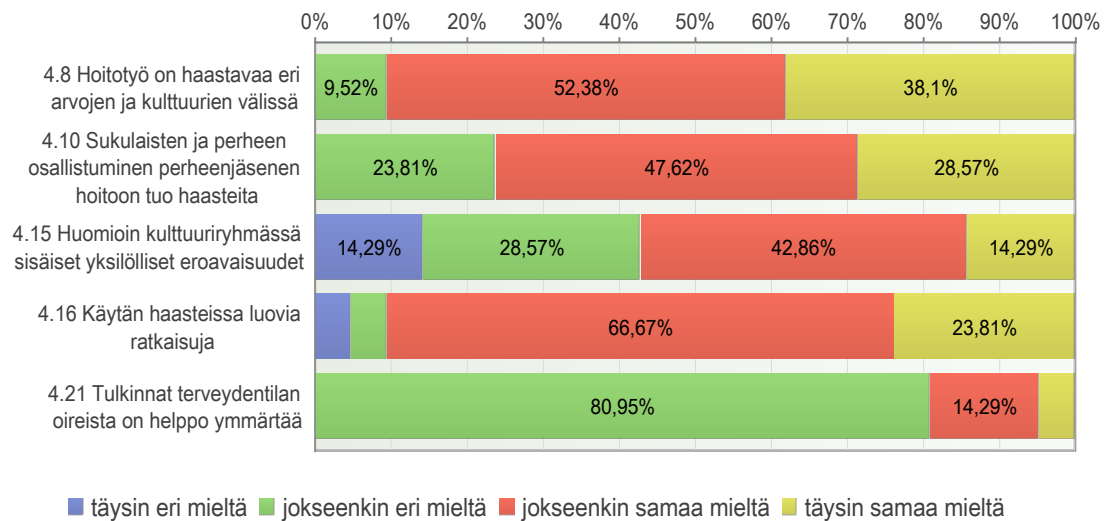


Kuvio 10. Taito ja tieto a (n=20-21).

Kun väitettiin, että käyttää luovia ratkaisuja haastavissa tilanteissa, oli yksi vastaaja täysin eri mieltä ja yksi jokseenkin eri mieltä. Yli puolet (66,67%) oli jokseenkin samaa mieltä ja noin joka neljäs (23,81%) täysin samaa mieltä. Suurin osa (80,95%) oli jokseenkin eri mieltä siitä, että terveydentilan oireiden tulkinnat on helppo ymmärtää. 14,29% oli jokseenkin samaa mieltä ja yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä. (Kuvio 11.)

Yli puolet (52,38%) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja 38,1% täysin samaa mieltä siitä, että hoitotyön on haastavaa eri arvojen ja kulttuurien välissä. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä. 14,29% vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he huomioivat kulttuuriryhmässä sisäisiä yksilöllisiä eroavaisuuksia ja 42,86 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli 28,57% ja täysin eri mieltä oli 14,28% vastaajista. (Kuvio 11.) Suun terveydenhuollossa oli mediaani 2 (jokseenkin eri mieltä) ja terveydenhoitajilla oli mediaani 3 (jokseenkin samaa mieltä), kun väitettiin että huomioidaan kulttuuriryhmän sisäisiä yksilöllisiä eroavaisuuksia.

Melkein puolet vastaajista (47,62%) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 28,57% täysin samaa mieltä siitä, että sukulaisten ja perheenjäsenen osallistuminen perheenjäsenen hoitoon tuo haasteita. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä ja 23,81% oli jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 11.) Suun terveydenhuollon mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä), kun väitettiin sukulaisten ja perheen osallistumisen hoitoon tuovan haasteita.

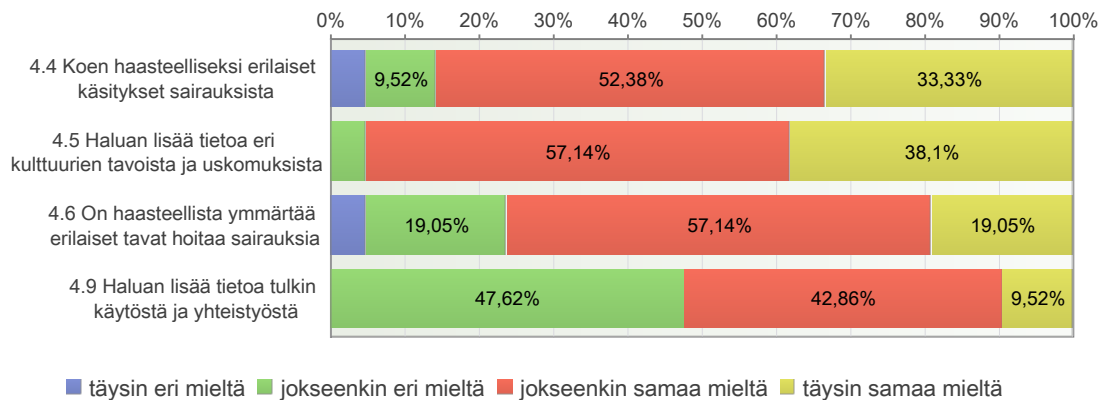


Kuvio 11. Taito ja tieto b (n=21).

11.3 Monikulttuurisen osaamisen kehittämistarpeet

Vastaajista yli puolet (57,14%) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he tarvitsevat lisää tietoa eri kulttuurien tavoista sekä uskomuksista ja 38,1% oli täysin samaa mieltä. Vain yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä ja kukaan ei ollut täysin eri mieltä. Kun kysyttiin, haluavatko he tietoa tulkin käytöstä ja yhteistyöstä, melkein puolet (47,62%) oli jokseenkin eri mieltä ja 42,86% jokseenkin samaa mieltä. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä, mutta kaksi (9,52%) vastaajaa oli täysin samaa mieltä. (Kuvio 12.)

Yli puolet (52,38%) koki olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä, että erilaiset käsitykset sairauksista ovat haasteellisia. Joka kolmas (33,33%) oli täysin samaa mieltä. Yksi vastaaja oli täysin eri mieltä ja kaksi vastaajaa olivat jokseenkin eri mieltä. Yli puolet (57,14%) vastaajista olivat jokseenkin sitä mieltä, että on haasteellista ymmärtää erilaiset tavat hoitaa sairauksia ja noin joka viides (19,05%) oli täysin samaa mieltä. Noin joka viides (19,05%) oli myös jokseenkin eri mieltä ja yksi vastaaja ei kokenut asiaa haasteellisena. (Kuvio 12.) Suun terveydenhuollon mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä), kun väitettiin erilaisten käsityksien sairauksista olevan haasteellisia.

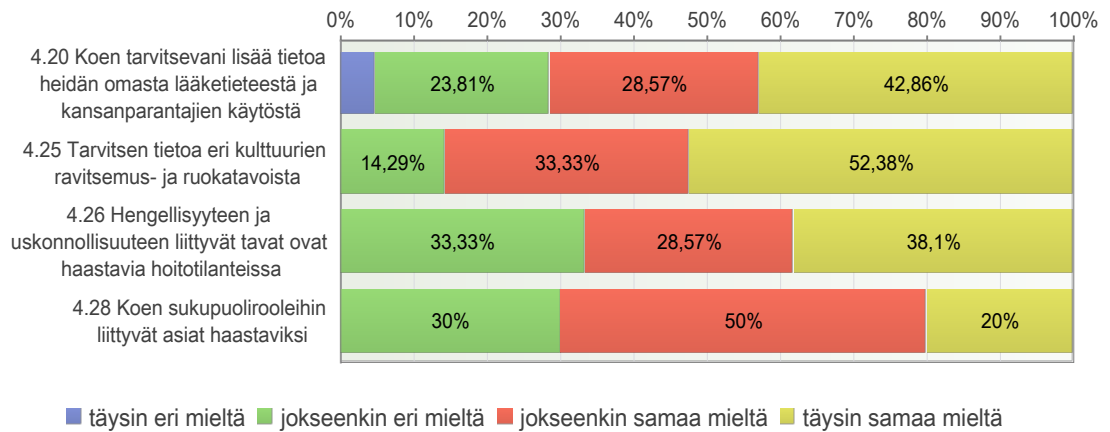


Kuvio 12. Kehittämistarpeita a (n=21).

Yli puolet vastaajista (52,38%) oli täysin samaa mieltä siitä, että he tarvitsevat tietoa eri kulttuurien ravitsemus- ja ruokatavoista. Joka kolmas oli (33,33%) jokseenkin samaa mieltä ja 14,29% jokseenkin eri mieltä. Kukaan ei kokenut, ettei tarvitsisi tietoa. Täysin samaa mieltä oli melkein puolet (42,86%) vastaajista, kun väitettiin tarpeelliseksi lisätieto maahanmuuttajien omasta lääketieteestä ja kansanparantajien käytöstä. Noin joka kolmas (28,57%) oli jokseenkin samaa mieltä, noin viidennes (23,81%) jokseenkin eri mieltä ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä tarpeesta. (Kuvio 13.)

Vertailussa suun terveydenhuollon mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä), kun väitettiin että tarvitsee lisätieto ravitsemus- ja ruokatavoista. Suun terveydenhuollon mediaani oli 2 (jokseenkin eri mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä), kun väitettiin olevan tarvetta tietää maahanmuuttajien lääketieteen ja kansanparantajien käytöstä.

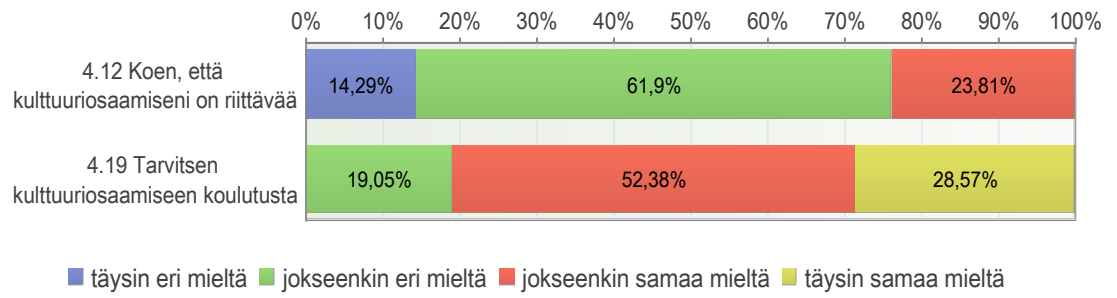
Joka kolmas (33,33%) oli jokseenkin eri mieltä siitä, että hengellisyyteen ja uskonnollisuuteen liittyvät tavat ovat haastavia, mutta useimmin (38,1%) haastavuudesta oltiin täysin samaa mieltä. Kukaan ei kokenut, että olisi täysin eri mieltä väittämän kanssa. Puolet vastaajista koki sukupuolirooleihin liittyvät asiat jokseenkin haastavaksi ja joka viidennes oli siitä täysin samaa mieltä. Vajaa kolmannes (30%) oli jokseenkin eri mieltä haastavuudesta, mutta kukaan ei kokenut, ettei asia olisi haastava. (Kuvio 13.) Suun terveydenhuollon mediaani oli 4 (täysin samaa mieltä) ja terveydenhoitajien mediaani oli 3 (jokseenkin samaa mieltä), kun väitettiin hengellisyyteen ja uskonnollisuuteen liittyvien tapojen olevan haasteellisia.



Kuvio 13. Kehittämistarpeita b (n=20-21).

Avoimella kysymyksellä numero viisi kysyttiin mitä asioita haluaisi kulttuurikoulutuksen sisältävän. Kaksi vastaajaa kirjoittivat vapaasti näkemys terveydestä, suhtautuminen oireisiin ja lääkkeisiin, suhtautuminen perheen ja läheisten mielipiteisiin, tietoa eri kulttuurien ruokatavoista ja käytännön vinkkejä nettisivuista, jotka liittyvät lapsen ruokailuun. Koulutusmuotoa koskevaan kysymykseen vastattiin: ”perustietoa ja kokemustietoa yhdistettynä” ja ne lisättiin näihin vastauksiin.

Yli puolet (52,38%) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja yli neljännes (28,57%) täysin samaa mieltä siitä, että he tarvitsevat kulttuuriosaamisen koulutusta. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä, mutta noin joka viides (19,05%) oli jokseenkin eri mieltä. Yli puolet (61,9%) oli jokseenkin eri mieltä ja vajaa viidennes (14,29%) täysin eri mieltä siitä, että kulttuuriosaaminen olisi riittävää. Kukaan ei kokenut kulttuuriosaamistaan täysin riittäväksi, mutta hieman yli viidennes (23,81%) koki sen jokseenkin riittäväksi. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Kulttuuriosaaminen (n=21).

12 JOHTOPÄÄTÖKSET TULOKSISTA

Tuloksia tulkittiin tilastollisesti ja peilaten kehittämissuorituksen alussa muodostuneeseen teoreettiseen viitekehykseen antamiin teorioihin. Vertaillen tuloksia suun terveydenhuollon henkilöstön ja terveydenhoitajien välillä, joitakin eroavaisuuksia löytyi. Eroavaisuuksien tilastollista merkitsevyyttä ei voitu kuitenkaan testata pienen aineiston takia.

Tuloksia esitellään Papadopoulostin, Tilkin ja Taylorin (2006) ja Campinha-Bacoten (2012) kulttuurisen kompetenssin yhdistetyn mallin avulla. Osa-alueet ovat tahto ja tietoisuus, herkkyys ja kohtaamiset sekä taito ja tieto. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Monikulttuurisen kompetenssin osa-alueet. (Mukaihen Papadopoulostin, Tilkin ja Taylorin (2006) ja Campinha-Bacoten (2012) malleja.)

Tahto ja tietoisuus

Campinha-Bacoten (2009) mallissa korostuu hoitotyöntekijän oma sisäinen tahto. Hoitotyöntekijä on tällöin motivoitunut ja vapaaehtoinen kehittämään kulttuurista tietoisuuttaan, taitoa, tietoa ja on halukas kohtaamaan erilaisista kulttuuritaustoista kotoisin olevia ihmisiä (Koskinen 2009a, 43). Tämän tutkimuksen vastaajia kiinnostivat erilaiset kulttuurit ja he kohtasivat maahanmuuttajia mielellään. He kokivat olevansa tietoisia omista en-

nakkoluuloistaan ja -asenteistaan sekä ylläpitävänsä positiivista asennetta ja edistävänsä tasa-arvoisuutta. Tulokset tahdon ja tietoisuuden osa-alueesta kertovat Koehnin & Rosenau (2002) sovelletun viitekehyksen mukaan emotionaalisen ja toiminnallisen osaamisen vahvuuksista. (Sainola-Rodriguez 2009, 37). Sainola-Rodriguezin (2007, 224) tekemien aikaisempien tutkimuksien tulokset monikulttuurisesta osaamisesta antavat myös samanlaisia viitteitä kuin tämä tutkimus terveydenhuollon henkilöstön emotionaalisen osaamisen vahvuuksista.

Herkkyys ja kohtaamiset

Pääsääntöisesti maahanmuuttajia kohdattiin usein. Kohtaamisten koettiin onnistuvan hyvin, vaikka he tunsivat samanaikaisesti epävarmuutta kohtaamistilanteissa. Myös Wathenin (2007, 30) haastattelemat sairaanhoitajat kokivat vuorovaikutustilanteessa maahanmuuttajataustaisten potilaiden kanssa epävarmuutta.

Tässä tutkimuksessa luottamuksellisen suhteen saavuttaminen koettiin haastavaksi. Terveydenhoitajat kokivat sen hieman haasteellisempänä kuin suun terveydenhuollon henkilöstö. Suurin osa vastaajista kunnioitti perheenjäsenten välistä arvo- ja valtajärjestystä sekä he pääsivät yhteisymmärrykseen maahanmuuttajien tarpeista keskustelemalla ja kyselemällä.

Tieto ja taito

Yli puolet vastaajista etsi tietoa erilaisista kulttuureista, vaikka tiedon löytämistä ei koettu helppona. Sainola-Rodriguezin (2009, 37) mukaan kyky hankkia tietoa kertoo Koehn & Rosenau (2002) sovelletun viitekehyksen mukaan hoitajan analyttisestä osaamisesta. Terveydenhoitajat näyttäisivät tuloksien mukaan löytävän hieman helpommin tietoa kuin suun terveydenhuollon henkilöstö.

Haastavaksi koettiin hoitotyö eri kulttuurien ja arvojen välissä. Yli puolet vastaajista pysyi kuitenkin huomioimaan myös kulttuuriryhmän sisällä olevia yksilöllisiä eroavaisuuksia. Kaikki käyttivät jossain määrin elekieltä ja melkein kaikki luovuutta haastavissa tilanteissa.

Wikberg & Eriksson (2002, 489) kuvailevat kulttuurien välistä hoitotyötä tapahtuvan potilaan ja hoitajan välillä, mutta myös potilaan sukulaisten, perheen ja yhteisön kanssa. Amirin ym. (2016, 207, 208) ja Wathenin (2007, 34–38) tuloksissa hoitohenkilöstö koki

maahanmuuttajien perheyhteisöllisyyden vaikuttavan haasteellisesti hoitoon. Myös tämän tutkimuksen vastaajat kokivat sukulaisten ja perheen osallistumisen perheenjäsenen hoitoon tuovan haasteita.

Maahanmuuttajien uskonnolliset vakaumukset sekä hengellisyyteen liittyvät asiat koettiin haasteelliseksi aikaisemmissa tutkimuksissa (Ylimaz 2017, 156; Pavlish ym. 2010, 5), tämän tutkimuksen tulokset osoittavat samansuuntaista tulosta.

Koettu lisätiedon tarve

Sairaus ja terveys käsitteenä (Wathen 2007, 29; Pavlish ym. 2010, 5), sairauksien merkien ja oireiden tulkinta sekä hoito (Amiri ym. 2016, 206; Airola 2013, 53; Pavlish ym. 2010, 6) näyttäisi olevan erilaista eri kulttuureista tulevien maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön välillä. Haasteelliseksi koettiin myös tässä tutkimuksessa erilaiset käsitykset sairauksista ja terveydestä sekä erilaiset tavat hoitaa sairauksia.

Eklöfin ym. (2014, 146–147) tutkimuksessa hoitajat kokivat haasteena tulkkien käytön ja tutkimus osoitti, että koulutus tulkin käytöstä olisi tarpeellinen. Tämänkin tutkimuksen vastausten perusteella koettiin tarpeelliseksi saada lisätietoa tulkin käytöstä ja yhteistyöstä. Wikingin ym. (2009, 292, 293) tutkimuksessa maahanmuuttajat kokivat vuorovai-
kutuksessa ongelmaksi kielen ja Ylimazin (2017, 156) sekä Plaza del Pino F. J. :n ym. (2013, 1) tutkimuksissa myös sairaanhoitajat kokivat samoin. Tämänkin tutkimuksen tulokset antavat viiteitä siitä, että yhteisen kielitaidon puute on haasteellista. Kielitaidon puute ja lisätiedon tarve tulkin käytöstä viittaavat viestinnällisen osaamisen puutteeseen Koehn & Rosenauin (2002) sovelletun viitekehyksen mukaan (Sainola-Rodriquez 2009, 37).

Vastaajat kokivat tarpeellisena lisätiedon eri kulttuurien tavoista ja uskomuksista mm. ruokailu- ja ravitsemustavoista, suhtautumisesta lääkkeisiin ja perheenjäsenten ja läheisten mielipiteisiin. Lisätietoa kaivattiin maahanmuuttajien oman lääketieteen ja kansanparantajien käytöstä. Terveystenhoitajat kokivat tämän lisätiedon hieman tarpeellisempänä kuin suun terveydenhuollon henkilöstö.

Haasteelliseksi koettuja muita asioita olivat: maahanmuuttajien suhtautuminen oireisiin ja lääkkeisiin, sukulaisten ja perheen osallistuminen hoitoon ja suhtautuminen heidän mielipiteisiin, sukupuolirooleihin liittyvät asiat, hengellisyyteen ja uskonnollisuuteen liittyvät asiat ja terveydentilan oireiden tulkinnan vaikeus.

Lopuksi

Kulttuurinen osaaminen Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin (2006) ja Campinha-Bacoten (2012) malleja soveltaen näyttäisi tulosten perusteella olevan vahvinta herkkyyden, tietoisuuden, kohtaamisten ja tahdon osa-alueilla. Kehittämistarpeet ovat taidon ja tiedon osa-alueissa. Koehn & Rosenauin (2002) sovelletun viitekehyksen mukaan tämän tutkimuksen kehittämistarpeita ovat myös viestinnällinen ja analyttinen osaaminen (Sainola-Rodriguez 2009, 37).

Sainola-Rodriguez (2013, 139) toteaa, että kulttuurisen kompetenssin määritelmät ovat lähtökohta hyvälle kulttuuriselle kohtaamiselle terveydenhuollossa. Ne eivät kuitenkaan tarkoita, että taidot tulisi opetella ulkoa, jotta selviäisi paremmin kohtaamisista. Terveydenhuollon henkilöstön on myös mahdotonta opetella ulkoa ja hallita erilaisia kulttuurien tuomia tapoja ja erityispiirteitä. Tärkeäksi kohtaamisissa nousee maahanmuuttajan rooli oman kulttuurin asiantuntijana ja terveydenhuollon henkilöstön kyky työskennellä maahanmuuttajalähtöisesti.

13 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tarkoittaa, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää tai tiedeyhteisöä (Vilka 2007, 90). Esitellessä tutkimuksen tuloksia kohdeorganisaatiossa kyselyyn vastaajille yamk –opiskelija huomioi kunnioittavasti heidän ammattitaitoaan ja kulttuurista osaamistaan. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK 2012) on julkaissut hyvän tieteellisen käytännön ohjeet. Tässä kehittämissuorituksessa tutustuttiin ohjeisiin ja sitouduttiin noudattamaan niitä.

Eettisyyttä noudattaessa tulisi kunnioittaa tutkittavien yksityisyyttä siten, ettei yksityisyyden suojaa loukata ja henkilötiedot suojataan (Vilka 2007, 95). Kun tutkimuksessa käytetään internet- tai sähköpostiaineistoja, tulee noudattaa henkilötietolakia ja pyytää lupa sähköpostilistan tutkimuskäyttöön. Tutkimusluvassa tulee ilmetä perustiedot tutkimuksesta, tiedot kerättävien tietojen käytöstä ja tavasta, jolla tunnistetietojen anonymisointi tapahtuu. (Vilka 2007, 97.)

Tässä tutkimuksessa kyselyn linkki lähetettiin sähköpostiin ja kyselyyn vastaaminen toteutui anonymisesti, niin ettei henkilötietoja ollut kyselyssä. Tutkimuslupa saatiin kohdeorganisaatiolta ja saatekirje (Liite 6.) antoi kyselyyn osallistuville tietoa tutkimuksesta sekä antoi heille itselleen mahdollisuuden päättää osallistuvatko he tutkimukseen (Vilka 2007, 164, 177).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2018) ihmistieteiden eettisissä periaatteissa korostuu tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyyden suoja. Tässä tutkimuksessa itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näyttäytyi siten, että kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja saatekirjeessä pyrittiin antamaan tietoa tutkimuksesta. Tutkimuksesta saatua aineistoa käytettiin tarkoituksen mukaisesti ja paperiset sekä sähköiset aineistot hävitettiin käytön jälkeen. Lopullisessa julkaistavassa aineistossa eli tässä raportissa huomioidaan kunnioittava kirjoitus-tyyli, joka liittyy kyselyn henkilöstön monikulttuuriseen osaamiseen.

Luotettavuus

Yamk-opiskelija perehtyi Webropol- ohjelmiston käyttöön ennen kyselyn julkaisua harjoitellen kyselylomakkeen rakentamista, julkaisua ja tuloksien analysointia. Webropol-kysely testattiin julkaisemalla kysely ja lähettämälle se yamk -opiskelijalle sekä muutamalle testivastaajalle. Testauksen jälkeen tehdään tarvittavat muokkaukset ja lopullinen julkaisu on valmis oikeille vastaajille. (Heikkilä 2014b.) Tässä tutkimuksessa kyselylomake testattiin kolmeen kertaan ja testien jälkeen sitä paranneltiin selkeämmäksi. Myös yksittäisiä kysymyksiä ja väittämiä testattiin haastattelemalla opettajia ja opiskelijakavereita koskien kysymyksien sanavalintaa, rakennetta ja ymmärrettävyyttä.

Kyselylomakkeen väittämät olivat neliportaisia, jolloin siitä jätettiin pois keskimäinen vaihtoehto. Valinta perustui siihen, ettei haluttu antaa mahdollisuutta valita vastausvaihtoehtoa, joka ei olisi antanut tutkimukselle analysoitavaa tietoa. Borg (2013) kirjoittaa, että tämän vaihtoehdon pois jättäminen saattaa vaikuttaa reliabiliteettiin ja turhauttaa vastaajia. Tämä valinta on saattanut turhauttaa tässä tutkimuksessa vastaajia sekä vaikuttaa luotettavuuteen.

Kananen (2015, 120) toteaa, että luotettavuuden ja yleistettävyyden kannalta on tärkeää tavoittaa tutkimukseen osallistuvat henkilöt niin, ettei tutkimukselle synny katoa. Tässä tutkimuksessa vastausprosentti jäi pieneksi (19%), joka heikensi tuloksien luotettavuutta.

Suurin osa kyselylomakkeen mittareista eli kysymykset ja väittämät rakentuivat aikaisempien tutkimuksien tuottamien teorioiden pohjalta. Kyselyä muodostettaessa ja niitä tarkastaessa yamk –opiskelija peilasi kyselyn mittaria vastaavaan teoriaan. Samalla myös varmistettiin, että teoriasta oli siirretty tarpeeksi tarkat ja kattavat kysymykset tai väittämät kyselyyn. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että mitataan oikeita asioita ja ne on siirretty oikein mittariin (Vilkkä 2007,150; Kananen 2015,118; Kananen 2012,169–170). Yamk –opiskelija pyrki operationalisoimaan mahdollisimman hyvin teoriaa mittareihin.

Kun mittareiden tuottamia tuloksia analysoitiin ja tuloksia pystyi peilaamaan takaisin teoriaan yamk –opiskelija oli tyytyväinen mittareiden luotettavuuteen. Kananen (2012, 170; 2015, 120) kirjoittaa, että luotettavuutta lisää aikaisemmissa tutkimuksissa käytetyn mittarin käyttö. Tähän tutkimukseen muodostettiin mittari tämän tutkimuksen teoreettisesta viitekehyksestä. Yamk –opiskelija ei löytänyt sellaista valmista mittaria, joka olisi ollut siirrettävissä tämän tutkimuksen teoriaan.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut mitata uusimalla tutkimus, koska luotettavuuteen kuuluu myös pysyvyys, eli tutkimuksen toistuessa saadaan samat tulokset (Kananen 2012, 167). Tätä ei tehty, koska se olisi ollut työläs toteuttaa eikä opintojen aika olisi riittänyt sen tekemiseen.

Luotettavuutta parantaa tarkka dokumentaatio, joka kertoo mitä on tehty, miksi ja millä tavalla. Tällöin lukija voi arvioida eri vaiheiden luotettavuutta. (Kananen 2012, 166.) Tämä kirjallinen raportti yritettiin kirjoittaa mahdollisimman tarkasti kuvaten eri vaiheet kehittämisprojektin aikana.

14 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSIKUVAUS

Salon kaupungin vuoden 2017 strategisissa linjauksissa oli tavoitteena tukea ja kannustaa henkilöstön osaamista (Salon kaupunki 2017). Kehittämisprojektin prosessiin kuului kirjallisuuskatsaus, joka muodosti teoreettisen viitekehyksen aiheeseen. Viitekehys kertoi monikulttuurisesta osaamisesta, sen kehittämistarpeista ja monikulttuurisen hoitotyön erityispiirteistä. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta luotiin kysely henkilöstölle. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää, minkälaista on monikulttuurinen osaaminen ja mitkä olivat kehittämistarpeet. Salon kaupungin avoterveydenhuollon henkilöstöstä muodostui vapaaehtoinen projektiryhmä, joka ideoi ja suunnitteli koulutusta yamk –opiskelijan johdolla. Kehittämisprojektin tuotoksena syntyi koulutussuunnitelma monikulttuurisen osaamisen kehittämiseksi. Koulutussuunnitelman toteutus ja vaikutusten arviointi jäävät kohdeorganisaatiolle. Monikulttuurisen osaamisen kehittämisprosessia (Kuvio 16.) arvioitiin koulutussuunnitelman valmistuttua.



Kuvio 16. Kehittämisprojektin prosessikuvaus.

15 SUUNNITTELU TYÖRYHMÄSSÄ

Tavoitteena oli kehittää Salon kaupungin avoterveydenhuollon henkilöstön monikulttuurista osaamista. Kyselyn avulla saatiin tietoa kehittämistarpeista, joihin oli tarkoituksena laatia koulutussuunnitelma. Suunnittelussa otettiin huomioon sekä kyselyn että työryhmän esille tulleet kehittämistarpeet. Koulutusta suunniteltaessa pyrittiin vastaamaan kehittämistarpeisiin, jotta tuotos eli koulutussuunnitelma olisi mahdollisimman vaikuttava kulttuurisen osaamisen kehittämiseen. Seuraavassa kuvailen, miten koulutussuunnitelma muodostui.

Viestintä

Ruuska (2007, 112) jakaa viestinnän muodot kirjalliseen, sähköiseen ja henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen. Hän korostaa, että viestintämuodot tulisi valita tilanteen mukaan. Tässä kehittämissuunnitelmassa käytettiin erilaisia viestintämuotoja. Työryhmän viestintä koulutusta suunniteltaessa sisälsi kokoontumisia, jotka mahdollistivat mielipiteiden ja tiedon jakamisen vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Yamk –opiskelija toimi tapaamisissa keskustelun johdattelijana, organisoivat toimintaa ja kirjoitti muistiinpanoja tapaamisten sisällöstä. Sähköposti toimi myös viestintäkanavana, jossa jaettiin ajatuksia, kirjallisia tuotoksia ja sovittiin tapaamisten ajankohdat sekä tilat.

Työryhmä

Kehittämisen suunnitteluun osallistui Salon kaupungin avoterveydenhuollon henkilöstöstä neljä terveydenhoitajaa, jotka pohtivat yhdessä yamk –opiskelijan kanssa kyselyn kehittämistarpeita sekä heidän kokemuksia aiheesta. Tavoitteena työryhmällä oli laatia koulutussuunnitelma tarpeisiin. Työryhmän toiminta perustui vapaaehtoisuuteen. Ensimmäisessä työryhmän tapaamisessa yamk –opiskelija esitteli kyselyn tuottamat monikulttuurisen osaamisen kehittämistarpeet, jotka toimivat suunnittelun pohjana. Tulokset herättivät ryhmässä keskustelua ja niistä kirjoitettiin muistiinpanoja ylös.

Työryhmän keskustelussa tuli ehdotuksia luentojen aiheista ja jäsenet jakoivat myös tietoa omien verkostojen kautta mahdollisten luentojen asiantuntijoista. Suunnitelma rakentui koulutuspäiväksi, joka haluttiin yhden päivän mittaiseksi. Useampaa muutaman tunnin koulutusta ei pidetty hyvänä vaihtoehtona, koska aiheet olisivat jääneet rikkonaisiksi ilman syvällisempää kokonaisuutta. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen yamk –opiskelija

kirjoitti muistiinpanot auki ja kokosi niistä alustavia aiheita koulutuspäivään. Koulutuspäivän aiheet jaettiin yhteiseen sähköpostiin.

Ennen seuraavaa työryhmän tapaamista yamk –opiskelija sekä muut ryhmän jäsenet olivat alustavasti yhteydessä mahdollisiin luennoitsijoihin. Toisen ja myös viimeisen työryhmän tapaaminen alkoi edellisen kerran tuotoksen muokkauksella. Suunnittelu oli edennyt toisen työryhmän tapaamisen jälkeen niin pitkälle, että se oli valmis ehdotelma koulutuksesta, joka vaati johdon ja ohjausryhmän hyväksynnän.

Työryhmän jäsenet olivat aktiivisia sopimaan yhteisiä tapaamisaikoja ja ensimmäiseen kertaan pääsivät osallistumaan kaikki neljä. Toiseen kertaan osallistuivat kaksi neljästä ryhmäläisestä. Ryhmän sisällä mielipiteiden ja ajatusten esille tuominen tapahtui rauhallisesti ja kaikki saivat puheenvuoron. Työryhmän tapaamiset olivat tärkeitä, koska ne toivat esille syvällisempää tietoa kyselyn tuloksista, kohdeorganisaation toimintatavoista ja kehittämistarpeista. Työryhmän keskusteluissa korostui tarpeelliseksi Koehn & Rosenauin (2002) sovelletusta viitekehyksestä luovan osaamisen kehittäminen (Sainola-Rodriquez 2009, 37). Tämä tarve ilmeni heidän halukkuutena tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken sekä kiinnostuksena tietää erilaisista toimintatavoista ja kokemuksista monikulttuurisissa terveyspalveluissa. Hyvä yhteistyö ryhmässä edesauttoi kehittämisprojektin etenemistä. Henkilöstöä osallistettiin koulutuspäivän suunnitteluun sekä luennoitsijoiksi koulutuspäivään. Työryhmän kaksi henkilöä lupautuivat toimimaan luennoitsijoina ja koulutuspäivien tilaisuuksien vetäjinä. Tämän roolin ottaminen oli tärkeää, koska yamk –opiskelijan opinnot ovat päättyneet ennen koulutuksen ajankohtaa.

Projektipäällikkö

Kehittämisprojektissa kirjallisuuskatsaus ja tutkimuksellinen osuus tapahtuivat pitkälti projektipäällikön (yamk- opiskelijan) toimesta. Toki nämäkin sisälsivät yhteistyötä, mutta enimmäkseen yksin tietokonepääätteellä työskentelyä. Kehittämisprojektin suunnitteluvaihe työryhmän kanssa oli yamk –opiskelijalle mieleinen. Tässä pääsi harjoittamaan johtamistaitoja, sekä innostavan ja osallistavan ilmapiiri luomista.

Projektipäällikön tehtäviin kuuluu osallistava tyyli johtaa, jonka tarkoituksena on edistää työryhmässä luovuutta (Ruuska 2008, 131). Projektipäällikkönä toimiva yamk-opiskelija luotti työryhmän asiantuntijuuteen monikulttuurisessa osaamisessa ja heidän organisaation toimintatapojen tuntemukseen. Työryhmän sisällä yamk- opiskelija delegoi tehtäviä

ja huolehti suunnittelun etenemisestä aikataulussa. Suunnitteluun oli varattu aikaa kaksi kertaa kaksi tuntia, jolloin ryhmän jäsenet tapasivat kasvotusten.

Yamk –opiskelija toimi yhteyshenkilönä työ- sekä ohjausryhmän ja organisaation johdon välillä. Viestinnän avuin pyrkimyksenä oli pitää kaikki osapuolet ajan tasalla suunnittelun etenemisestä. Koulutussuunnitelman valmistuttua yamk- opiskelija arvioi luentojen kustannuksia (Liite 7.) sekä esitti koulutussuunnitelman organisaatiolle.

16 KOULUTUSSUUNNITELMA

Koulutus monikulttuurisen osaamisen kehittämiseen koettiin kyselyssä tarpeelliseksi ja lähes puolet vastaajista eivät olleet koskaan osallistuneet monikulttuuriseen koulutukseen. Myös työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattilaisten ammatillista kehittymistä sekä luoda edellytykset ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Ammattitaito sisältää elinikäisen oppimisen taidot. Ne ovat valmiuksia, joita jatkuva oppiminen, tulevien ja uusien tilanteiden haltuunotto sekä työelämän muutokset edellyttävät. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994 18 §) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoa. (Opetushallitus 2017.)

Monikulttuurisen kompetenssin kehittämisalueiksi tarkentui kyselyssä Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin (2006) ja Campinha-Bacoten (2012) malleista tiedon ja taidon osa-alueet (Koskinen 2009a, 43, 50). Kyselyssä Koehn & Rosenauin (2002) sovelletun viitekehysten transnationaalisen osaamisen alueista analyttinen sekä viestinnällisen osaamisen osoittautuivat kehittämistarpeiksi, ja työryhmän keskusteluissa korostui luovan osaamisen kehittäminen (Sainola-Rodriguez 2009, 37).

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntyi koulutussuunnitelma, johon sisältyy kaksi koulutuspäivää ja ehdotelmia kehittämismenetelmistä (Taulukko 8., Kuvio 17. ja Kuvio 18.) monikulttuurisen osaamisen kehittämiseksi. Enemmistö henkilöstöstä toivoi kyselyssä koulutusmuodoksi luentoa ja sisällön toiveina esitettiin perustietoa sekä kokemustietoa aihealueesta. Ensimmäisen koulutuspäivän suunnitteli kokonaisuudessaan työryhmä. Toinen koulutuspäivä koostui ensimmäisen työryhmän kokoontumisen keskusteluista ja kyselyn tuloksista, joista yamk –opiskelija muodosti koulutuspäivän. Kolmantena ehdotelmana syntyi erilaiset kehittämismenetelmät, joiden avulla voidaan kehittää monikulttuurista osaamista. Kehittämismenetelmiä ei ideoitu työryhmässä, mutta yamk –opiskelija koki ne hyväksi tavaksi kehittää monikulttuurista osaamista kuunnellessaan työryhmän jäsenten keskustelua aiheesta.

16.1 Koulutuspäivien ohjelmat

Ensimmäinen ehdotelma koulutuspäivästä koostuu sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstön asiantuntijaluonnoista. Otala (2008, 53) kirjoittaa, että tieto ja asiantuntijuus voivat

olla organisaatiossa hajallaan, joka pitää saattaa yhteen ja pukea sanoiksi. Tämän kehittämiprojektin organisaatiolla on paljon asiantuntemusta monikulttuurisuudesta eri palveluiden yhteydessä. Eri asiantuntijuudet muodostavat moniammatillisen kokonaisuuden maahanmuuttajien kohtaamisista sosiaali- ja terveystalveissa. Tarkoituksena koulutuksessa on saattaa yhteen henkilöstö jakamaan tietoutta ja kokemuksia monikulttuurisuudesta. Tavoitteena on, että koulutus kehittää monikulttuurista osaamista.

Koulutuspäivä tuo osallistujille tietoa ja vertaisten kokemuksia monikulttuuriseen osaamiseen liittyvistä aiheista. Osallistujien tiedon laajentuessa koulutuspäiviltä työyhteisöön, tiedolla on mahdollisuuksia muuttua koko työyhteisön uudeksi osaamiseksi vuorovaikutusprosessin myötä. Näin tieto ja taito siirtyisivät yksilötasolta myös työyhteisölle. Mahdollinen uusi tieto voidaan liittää käytäntöön, soveltaa ja kehittää tietoa edelleen niin, että kulttuurinen osaaminen kehittyy. Edellä kuvattu oppimisprosessi mukailee Nonakan & Konnon (1998) uuden tiedon sykliä. (Viitala 2005, 168,169).

Kyselyn tuloksien mukaan henkilöstö tarvitsi tietoutta muun muassa yhteistyöstä tulkin kanssa, kulttuurisista erityispiirteistä ja maahanmuuttajien ravitsemuksesta. Nämä aihealueet huomioitiin koulutuspäivän sisällössä. Tulkin käyttöön liittyvät asiat tukevat maahanmuuttajien ja terveydenhuollon henkilöstön vuorovaikutusta kehittäen viestinnällistä osaamista. Kulttuurien erityispiirteiden ja ravitsemuksen luennot antavat tietoa, joka on tärkeää terveydenhuollon henkilöstön ja maahanmuuttajien kohtaamisissa.

Oman organisaation ulkopuolinen luennoitsija tuo kohdeorganisaatiolle vertaisena ammattihenkilönä kokemuksia ja tietoutta monikulttuurisista erityispiirteistä, sekä oman organisaation mallin maahanmuuttajien terveystalveista. Tämä mahdollistaa koulutuksen osallistujan perustiedon vahvistumisen erilaisista kulttuurisista erityispiirteistä vertaisen kokemusten kautta. Muun muassa Turun kaupungin maahanmuuttajien terveystalveluiden esittely antaa mahdollisuuden luovan monikulttuurisen osaamisen kehittämiseen. Sainola-Rodriquez (2013, 223) soveltaa Koehnin & Rosenauin (2002) viitekehystä luovaan osaamiseen liittyvään kykyyn. Hän soveltaa sen kyvyksi luoda uusia, innovatiivisia ja yhteisesti hyväksytyjä, vaihtoehtoisiaakin näkemyksiä ja työskentelytapoja. Koulutuspäivä tarjoaakin mahdollisuuden yhteistyöhön ja uusien hoitokäytänteiden tai toimintamallien luomiseen tai kehittämiseen paremmaksi.

Monikulttuurinen hoitaminen on monitahoinen kokonaisuus, jossa tulee ottaa huomioon myös sosiaaliset näkökulmat (Wikberg & Eriksson 2008, 486–487). Henkilöstön tietoisuus sosiaalityöstä maahanmuuttajien kanssa lisää heidän kokonaisvaltaista tietoutta

maahanmuuttajista. Tietous edistää taitoa kohdata maahanmuuttajia, sekä lisää ymmärrystä heidän erilaisista elämäntilanteista. Yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kesken lisää laajan asiantuntijuuden käyttöä sekä mahdollistaa osaamisen kehittämisen. Helin (2016, 84, 82) tutki terveyssozialityöntekijöiden moniammatillista yhteistyötä ja tuloksien mukaan yhteistyön onnistumiseksi työntekijöillä tulee olla tietoa muiden asiantuntijuudesta, jota on mahdollista saada jakamalla tietoa työstä ja toiminnasta. Onnistunut yhteistyö vaikuttaa toimintaan vahvistaen asiakkaan edun toteutumista, mutta myös työntekijöiden ammatillista kehittymistä. Koulutuspäivän sosiaalityön toiminnan esittely mahdollistaisi yhteistyön vahvistumisen, mutta myös monikulttuurisen osaamisen kehittämisen.

Taulukko 8. Ensimmäisen koulutuspäivän ohjelma.

Klo 8.00 - 8.15	Päivän avaus puhe
Klo 8.15 – 8.45	Sosiaalityö maahanmuuttajien kanssa
Klo 8.45 – 9.00	Maahanmuuttotarkastus Salon kaupungissa
Klo 9.00 – 9.20	Tulkkipalvelut, tulkin rooli ja yhteistyö
	<i>Keskustelua tai kysymyksiä aamun aiheista (10min.)</i>
	<i>Kahvitauko (klo 9.30-9.50)</i>
Kello 9.50 – 10.30	Maahanmuuttajien ravitsemus
	<i>Keskustelua tai kysymyksiä (10min.)</i>
Kello 10.40 – 11.15	Maahanmuuttajien terveystalvet Turun ulkomaalaistomistossa
	<i>Lounas (klo 11.15-12.00)</i>
Kello 12.00 – 12.15	Yhteenvedo aamupäivästä
Kello 12.15 – 12.45	Monikulttuurisia erityispiirteitä
Kello 12.45 – 14. 00	Ammattilaisten kokemuksia monikulttuurisuudesta eri palveluiden yhteydessä
Kello 14.15 – 14. 30	Päivän päätös puhe

Toinen ehdotelma koulutuksesta koostuu maahanmuuttajalähtöisestä näkökulmasta, jonka tavoitteena on myös henkilöstön monikulttuuriseen osaamisen kehittäminen. Suurimmat maahanmuuttajataustaiset kansallisuusryhmät Salon kaupungissa ovat virolaiset, venäläiset, kosovolaiset, irakilaiset, iranilaiset, kiinalaiset ja thaimaalaiset (Salon kaupunki 2014). Terveystieteiden henkilöstön kohdatessa heitä asiakkaina, he kokivat kyselyssä tarvitsevansa lisätietoa erilaisten kulttuurien tavoista ja uskomuksista. Henkilöstöä kiinnosti saada lisätietoa muun muassa sairaus ja terveys käsitteestä, uskonnollisista ja hengellisistä tavoista, oman lääketieteen ja kansanparantajien käytöstä, maahanmuuttajien suhtautumisesta lääkkeisiin sekä sairauden hoitoon ja heidän perheenjäsenten sekä läheisten mielipiteisiin suhtautumisesta.

Turun seudun tulkikeskuksen kautta on mahdollista saada tulkkina työskenteleviä kertoamaan oman kulttuurin erityispiirteistä ja kohtaamisista sosiaali- ja terveyspalveluissa. (Taulukko 9.) Heidän luentojen avulla henkilöstö saisi tarpeellista lisätietoa ja kulttuurinen osaaminen vahvistuisi.

Taulukko 9. Toisen koulutuspäivän ohjelma.

Toisen koulutuspäivän ohjelma	
Maa	Aihe
Venäjä/Viro 20 min.	Käsitykset terveydestä ja sairaudesta.
Kiina 20 min.	Erilaiset lääketieteet ja kansanparantajat.
Irak ja Iran; Islam uskonto 20 min.	Uskonnolliset ja hengelliset tavat.
Thaimaa 20 min.	Perheyhteisöllisyys ja omaisten rooli läheisen hoidossa.

16.2 Ehdotelmia kehittämismenetelmistä

Organisaation osaamisen kehittäminen on muutakin kuin kouluttautumista (Sydänmaanlakka 2012, 134). Oppimisesta suurin osa tapahtuu työtä tehdessä (Sydänmaanlakka 2012, 74) ja työelämän eri tilanteissa (Viitala 2012, 187). Monikulttuurista osaamista voidaan työelämässä kehittää myös erilaisten menetelmien avulla, joiden tarkoituksena on hankkia lisää osaamista sekä jakaa osaamista työyhteisön jäsenille. Menetelmien käyttö

edellyttää dialogia sekä halua jakaa tietoa ja kokemuksia. Kyselyssä henkilöstö kertoi tarvitsevansa kokemustietoa ja yhteistyötä terveysasemien kanssa. Kehittäviä menetelmiä voivat organisaation esimiehet ottaa käytäntöön ja kehittää siten monikulttuurista osaamista. Seuraavassa esittely erilaisista kehittämismenetelmistä, joihin sisältyy myös täydennyskoulutus eli edeltävän koulutussuunnitelman kaksi koulutuspäivää.

Kehittävä vertaiskäynti, bench marking ja varjostaminen

Kehittävässä vertaiskäynnissä kaksi vertaiskumppania suunnittelevat vertaiskäynnin, jossa tarkastellaan valittua monikulttuurisen osaamisen aihealuetta. Käynti voi tapahtua vastavuoroisesti tai yksipuolisesti. Ennen käyntiä tarkistetaan itsearvioinnin avulla, miten arvioinnin kohteena oleva asia toteutuu omassa työyhteisössä. Ennen vierailukäyntiä laaditaan muisti- sekä kysymyslista. Käynnillä kysellään, keskustellaan, havainnoidaan ja tehdään muistiinpanoja. Lopuksi annetaan vertaiselle palaute mitä ajatuksia ja ideoita vierailu herätti. Myös oman työyhteisön kanssa keskustellaan; mitä opimme, mitkä asiat meillä on vahvuuksia, mitä kehitettävää löytyi ja mitä ideoita saimme. Yhdessä sovitaan myös, miten käynnin antia hyödynnetään, laaditaan kirjalliset parannusehdotukset, vastuut, työnjaot ja aikataulut. (Hellsten ym. 2004, 17–20.) (Kuvio 17.)

Bench marking eli parhaista käytännöistä oppiminen tarkoittaa menetelmää, jolla hyviltä esikuvilta opitaan systemaattisesti. Hyväksi osoittautunut toimintatapa antaa yleensä oman toiminnan kehittämiseksi suuntaa, ideoita ja kiinnekohtia ja auttaa tunnistamaan kehittämistarpeita. Käytännössä prosessi alkaa kehityskohteen valinnalla ja bench marking –projektin suunnittelulla. Kehitettävä toiminto tai prosessi analysoidaan ja sovitaan yhteistyöstä sopivan bench marking –kumppanin kanssa. Vierailukäynti valmistellaan ja toteutetaan sekä käynnin anti analysoidaan ja omaa toimintaa kehitetään ideoiden pohjalta. (Viitala 2012, 199.) (Kuvio 17.)

Varjostaminen mahdollistaa eri työyhteisössä olevien hyvien käytäntöjen levittämisen, vertaistuen saamisen, sekä yhteistyön lisäämisen. Varjostamisessa kaksi saman alan työntekijää seuraa ja havainnoi toisen työskentelyä parin päivän ajan. Ennen vierailuja molemmat kirjaavat tavoitteita ja keskustelevat niistä yhdessä. Molemmat ovat sekä vierailevia, että vastaanottavia osapuolia, kumpikin vuorollaan. Vierailija saattaa saada uusia näkökulmia, tarkastellen omaa työtään kriittisesti ja oivaltaen erilaisia vaihtoehtoja toimia. Varjostettava tarkastelee työtään vierailijan kanssa ja kertoo työstään, jolloin hän samalla analysoi ja jäsentää omaa toimintaa. Jakson päätyttyä pidetään ennalta sovittu palautekeskustelu. (Häkkinen 2011.) (Kuvio 17.)

Näiden kolmen kehittämismenetelmän avulla tarpeisiin voitaisiin vastata yhteistyössä vertaisen kanssa, joko omien terveysasemien välillä tai toisen kaupungin kanssa yhteistyössä.

Täydenniskoulutus

Koulutusta ovat lyhyet luennot, päivän mittaiset koulutukset tai jopa vuosia kestävä tutkintoon päättyvä koulutusprosessi. Lyhytkestoiset koulutukset keskittyvät usein tietojen päivitykseen tai konkreettisten taitojen oppimiseen. Pitkäkestoiset koulutukset tähtäävät ammattitaidon laajempaan ja syvempään kehittämiseen. Koulutusta voidaan järjestää organisaatiossa sisäisesti tai ulkoisesti. Sisäinen koulutus mahdollistaa kehittämistoiminnan tiiviimmän yhdistämisen strategisiin tavoitteisiin. Ulkoiset koulutukset taas rikastavat organisaatiota uusilla näkökulmilla. (Viitala 2012, 194–195.) (Kuvio 17.) Tämän kehittämisprojektin ehdotelmat ovat lyhyitä täydenniskoulutuksia. Mahdollisuus on myös henkilöstön pitkäkestoisempiin koulutuksiin, kuten erikoistumiskoulutus monikulttuurisuuden asiantuntijaksi (40 op).

Mallittaminen

Mallittaminen auttaa saamaan esiin hiljaista tietoa paremmin, kuin pelkkä tarkkailu. Mallittamisessa jostain tietystä ilmiöstä tehdään selkeä kartta tai malli, joka auttaa muita saman ilmiön aikaansaamisessa. (Viitala 2005, 376–377.) (Kuvio 17.) Mallittamisen avulla voidaan kuvata esimerkiksi maahanmuuttotarkastuksen sisältöä, erilaisten kulttuurien erityispiirteitä tai muodostaa muistilista/tarkistuslista siitä, miten hoitohenkilöstön tulisi valmistautua maahanmuuttajien kohtaamiseen vastaanotoilla. Kyselyssä yli puolet henkilöstöstä ei perehtynyt maahanmuuttajaan ja hänen kulttuuriin ennen vastaanoton alkamista. Eklöf ym. (2014, 146–147) pitivät tärkeänä, että hoitajat suunnittelisivat vastaanottotoimintaa esimerkiksi tulkin käyttöön liittyen. Mallittaminen voisi auttaa vastaanoton suunnittelua ja valmistelua, sekä poistaa epävarmuuden tunnetta, jota yli puolet tämän tutkimuksen kyselyn vastaajista kokivat kohdatessaan maahanmuuttajia.

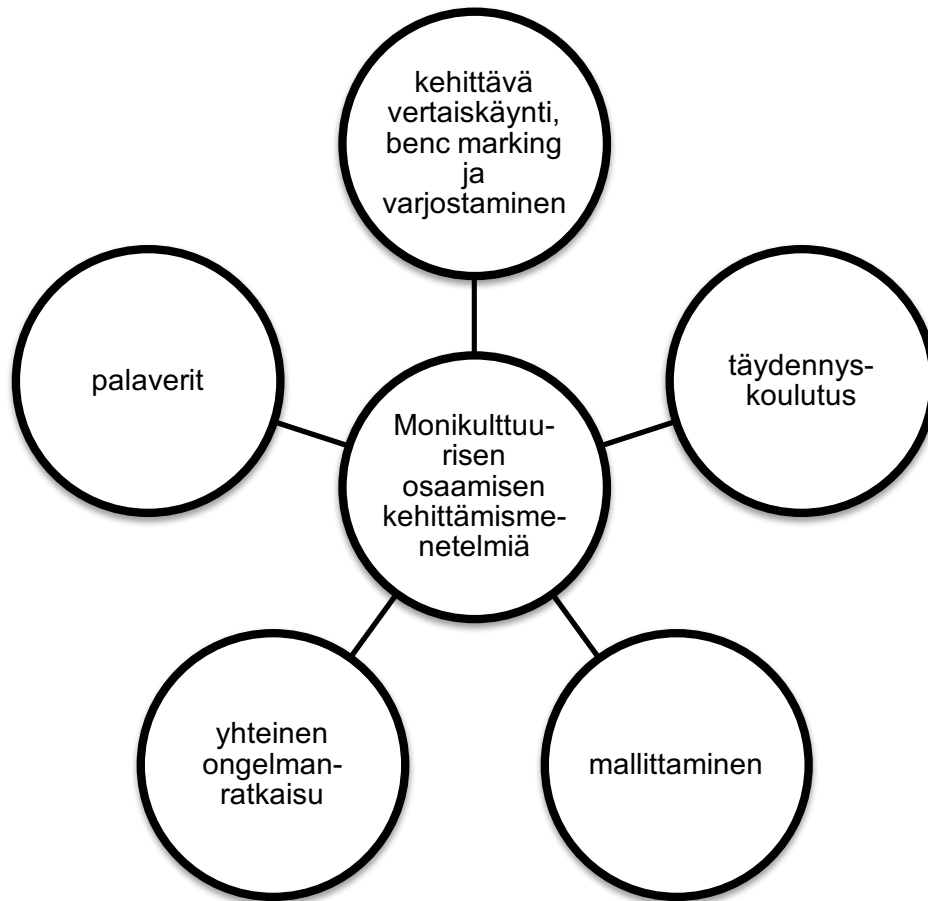
Yhteinen ongelmanratkaisu

Jokainen työyhteisön kohtaama aito ongelmatilanne voidaan nähdä oppimistilanteena. Oppimista edesauttaa, että ongelma analysoidaan ja ratkaistaan järjestelmällisesti yhteistyössä tiimin kesken. Samalla voidaan harjoitella myös erilaisia analysointitekniikoita, ideointimenetelmiä ja ratkaisuvaihtoehtojen etsimisen keinoja. Tehokas tiimityöskentely

ongelmatilanteissa kehittää myös yhteistyötaitoja. (Viitala 2005, 277.) (Kuvio 17.) Ongelmanratkaisua voi käyttää osastojen palavereissa. Yhteinen ongelma voi olla esimerkiksi kokemuksen kautta saatu tieto virheestä tai epäonnistumisesta, joka on Sainola-Rodri-quezin (2013, 223) soveltamassa Koehnin ja Rosenauin (2002) teoriassa luovan osaamisen kehittämistä.

Palaverit

Palaverit ovat tehokkaita oppimistilanteita silloin, kun asiat käsitellään yhdessä mielipiteitä ja ajatuksia jakaen ja kuunnellen. Tärkeää on, että jokainen palaverin osallistuja kokee voivansa tulla kuulluksi ja ymmärretyksi omana itsenään. Kun palaverien ilmapiiri on avoin ja keskustelevalta, voidaan niissä esittää asioita tai ongelmia, joihin toivotaan toisten tietoa ja osaamista tueksi. Tämän vuoksi palaverikäytäntöjä on syytä kehittää yhdessä. (Viitala 2005, 278–279.) (Kuvio 17.) Organisaation palavereissa voidaan keskustella tämän kehittämisprojektin koulutuksien sisällöstä ja kokemuksista sekä osaamisen kehittämisen vaikutuksista. Koulutuksesta saattaa henkilöstölle tulla ideoita ja ehdotuksia osaamisen kehittämiseksi, jolloin olisi tärkeää keskustella yhdessä ja jakaa kokemuksia.



Kuvio 17. Menetelmiä monikulttuurisen osaamisen kehittämiseen.

17 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI JA POHDINTA

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää Salon kaupungin avoterveydenhuollon henkilöstön monikulttuurista osaamista. Tarkoituksena oli laatia koulutussuunnitelma kehittämistarpeisin. Kyselyn tuloksissa vahvinta kulttuurinen osaaminen oli Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin (2006) ja Campinha-Bacoten (2012) viitekehyksiä soveltaen herkkyyden, tietoisuuden, kohtaamisten ja tahdon osa-alueilla. Kehittämistarpeet painotuitivat taidon ja tiedon osa-alueisiin. Koenh & Rosenau (2002) sovelletussa viitekehyyksessä tulokset osoittivat vahvuuksia emotionaalisessa ja toiminnallisessa osaamisessa. Kehittämistarpeita olivat analyttinen ja viestinnällinen osaaminen. (Sainola-Rodriquez 2009, 37).

Kyselyn tuloksia käytettiin työryhmän työskentelyssä, kun suunniteltiin koulutusta kehittämistarpeisiin. Työryhmän jäsenten tapaamisissa korostui heidän halukkuus kehittää luovaa kulttuurista osaamista. Koenh & Rosenau (2002) sovelletussa viitekehyyksessä luova osaaminen tarkoittaa kykyä yhdistää ja soveltaa erilaisia hoitokäytänteitä, yhteistoiminnallisuutta uusien toimintamallien luomiseksi, vaihtoehtoisten näkökulmien visiointia, mahdollisuuksien näkemistä ja verkostojen hyödyntämistä (Sainola-Rodriquez 2009, 37). Koulutussuunnitelma on esitetty edellisessä luvussa 16.

Tätä kehittämisprojektia arvioidaan soveltaen Brinkenhofin (1991) kehittämää mallia, jossa arviointi koskee kaikkia kehittämisprosessin vaiheita. Arvioinnin vaiheet on jaoteltu kuuteen osaan. Näihin vaiheisiin kuuluvat kehittämistarpeiden määrittely, suunnitteluprosessi, tuotos, toteutus sekä hyödyllisyys. (Viitala 2005, 282, 283). Lopuksi arviointi toteutetaan myös SWID-analyysiä käyttäen. SWID tulee sanoista vahvuudet (Strengths), heikkoudet (Weaknesses), parannettavaa (Improvements) ja toisin tekeminen (Differences) (Ojala 2008, 253).

Kehittämistarpeiden määrittely

Tässä kehittämisprojektissa monikulttuurisen osaamisen kehittämistarpeita kartoitettiin henkilöstölle suunnatun kyselyn avulla. Kysely rakentui aikaisempien tutkimusten tuottamien tietojen pohjalta. Aikaisempien tutkimusten tiedoissa oli yhteneväisyyttä tämän tutkimuksen kyselyn tuottamien kehittämistarpeiden kanssa.

Kyselyn vastausprosentin jäätyä pieneksi (19%), voidaan arvioida kehittämistarpeiden määrittelyn todellisuutta ja luotettavuutta. Arvailuksi jää olisiko kehittämistarpeet näyttäytyneet erilaisina tai olisiko niissä korostunut jokin osa-alue voimakkaammin, jos kyselyn vastausprosentti olisi ollut suurempi. Mikäli yamk- opiskelija olisi viestittänyt ja esitellyt henkilöstölle tulevan kehittämisprojektin jo alkuvaiheessa ennen kyselyn lähettämistä, olisi vastausprosentti saattanut olla suurempi ja kehittämistarpeiden määrittely luotettavampi. Kehittämistarpeiden määrittelyn luotettavuutta tuki kuitenkin niiden ilmeneminen kolmessa eri yhteydessä: aikaisemmissa tutkimuksissa, henkilöstön kyselyssä sekä työryhmän keskusteluissa.

Suunnitteluprosessi ja tuotos

Suunnitteluprosessiin osallistettiin tässä kehittämisprojektissa myös henkilöstöä. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Työryhmässä oli kiinnostusta aiheeseen ja he olivat motivoituneita suunnittelemaan koulutusta juuri heidän tarpeeseensa. Ryhmän jäsenten osallistaminen sekä heidän mahdollisuutensa vaikuttaa koulutukseen sitoutti heidät kehittämisprojektiin. Suunnittelun tuotoksena muodostui koulutussuunnitelma.

Juuti (2013, 164) toteaa, että asiantuntijoiden johtamisessa tärkeätä on luottaa alaisten asiantuntemuksiin ja uskoa heihin. Esimiehen on kyettävä luomaan hyvä vuorovaikutussuhde ja sitouttaa sekä innostaa ryhmä päämäärään. Suunnitteluprosessissa yamk- opiskelija luotti työryhmän asiantuntijuuteen ja tapaamiset perustuivat vuorovaikutukseen.

Toteutus

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena on koulutussuunnitelma monikulttuurisen osaamisen kehittämiseen. Koulutussuunnitelma suunniteltiin työryhmässä niin pitkälle kuin mahdollista ennen sen hyväksyntää. Tämä oli erityisen tärkeää, jotta koulutuspäivät saatiin juurrutettua kohdeorganisaatioon. Työryhmän kaksi jäsentä ottivat vastuulle koulutuspäivän yhteyshenkilönä toimimisen sekä tilaisuuden puheenjohtajaroolit. Suunnittelu sujui hyvin yhteistyössä. Varsinaiset toteutukset tapahtuvat yamk- opiskelijan opintojen jälkeen.

Hyödyllisyys

Koulutussuunnitelman hyödyllisyyttä on mahdotonta arvioida tässä vaiheessa, koska toteutusta ei tapahtunut yamk –opintojen aikana. Jos tarkastellaan kehittämisprojektin mui-

den vaiheiden hyödyllisyyttä organisaatiolle, voidaan ajatella, että tietoisuus monikulttuurisesta osaamisesta ja siihen suunniteltavasta koulutuksesta saavutti viestinnän avulla henkilöstöä. Yamk –opiskelija kävi avoterveydenhuollon kuukausipalaverissa kertomassa henkilöstölle monikulttuurisista erityispiirteistä, tarvittavasta kulttuurisesta osaamisesta sekä heidän kyselyn tuloksista. Näin monikulttuurisuus ja osaaminen nousivat aiheena esille.

Suurena hyötynä organisaatiolle näen monikulttuurisen työryhmän, joka muodostui kehittämiprojektin kautta. Työryhmän jäsenillä on asiantuntijuutta monikulttuurisuudesta sekä vapaaehtoisuuteen perustavaa motivaatiota kehittää monikulttuurista osaamista. Mielestäni kohdeorganisaatio hyötyisi työryhmästä myös jatkossa, jos kehitetään aihealuetta lisää tai toteutetaan tämän kehittämiprojektin tuotoksia.

Tämän kehittämiprojektin tutkimuksellista ja toiminnallista osuutta voidaan soveltaa myös yleisesti organisaatiossa erilaisten aiheiden osaamisen kehittämiseen. Osaamisen määrittely, nykytilan kartoitus, kehittämissuunnitelmat, osaamisen hankkiminen sekä jakaminen ja vaikuttavuuden arviointi ovat vaiheina sovellettavissa kaikenlaiseen osaamisen kehittämiseen.

Vaikuttavuus ja jatkokehittäminen

Yksilötasolla koulutuspäiviin osallistuminen antaa mahdollisuuden kulttuurisen osaamisen kehittämiseen. Koulutusaiheiden jakaminen ja sisällön pohdinta omassa työyhteisössä lisäisi koulutuspäivän tiedon hyödyllisyyttä sekä vaikuttavuutta koko työyhteisön ja organisaation tasolla.

Monikulttuurisen osaamisen vaikuttavuutta on mahdollista mitata vasta toteutuksen jälkeen esimerkiksi tyytyväisyyskyselyn avulla. Tyytyväisyyskyselyllä voisi asteikon avulla mitata henkilöstön kokemusta eri koulutusaiheiden vaikutuksista osaamisen kehittämiseen. Vaikuttavuuden arviointiin voisi myös käyttää itsearviointia kulttuurisesta osaamisesta, asteikolla 1-5. Tämän kehittämiprojektin kulttuurisen osaamisen keskiarvo vastaajilla oli 2, johon voitaisiin verrata uutta arvosanaa koulutuspäivien jälkeen. Esimiehet voivat myös esimerkiksi kehityskeskusteluiden yhteydessä keskustella koulutuksien vaikuttavuudesta kulttuurisen osaamisen kehittämiseen.

Työryhmään osallistuminen toi ryhmän jäsenille mahdollisuudet päästä vaikuttamaan oman organisaation monikulttuurisen osaamisen kehittämiseen. Vaikutusmahdollisuuden saaminen voi lisätä myös heidän työn mielekkyyttä ja työhyvinvointia kulttuurisen osaamisen kehittämisen lisäksi.

SWID-analyysi

SWID- analyysin (Ojala 2008, 252–253) avulla arvioitiin kehittämisprojektin vahvuuksia, heikkouksia, parannusehdotuksia ja mitä olisi voinut tehdä toisin (Kuvio 18.). **Vahvuus** oli työryhmä, jonka jäsenillä oli asiantuntijuutta, aktiivisuutta ja motivaatiota kehittää monikulttuurista osaamista. Myös työryhmästä sitoutui kaksi henkilöä koulutuspäivän vetäjäksi ja yhteyshenkilöksi, joka oli merkittävä vahvuus, jotta koulutuspäivät toteutuisivat tulevaisuudessa. Henkilöstön osallistaminen tiedon jakajiksi eli luennoitsijoiksi koulutuspäivään onnistuttiin. Kokonaisuudessaan kehittämisprojekti toteutettiin aikataulussa ja yhteistyö ohjausryhmän ja kohdeorganisaation kesken oli hyvää.

Heikkouksia oli kuitenkin myös työryhmän asiantuntijuudessa suhteessa kyselyn kohderyhmään. Työryhmä olisi voinut olla moniammatillisempi siten, että myös aikuisvastuutaanotosta sekä suun terveydenhuollosta olisi ollut jäsen mukana. Heikkouksena oli henkilöstön osallistaminen kyselyyn, koska vastausprosentti oli pieni. Vähäisen vastausprosentin syy on saattanut olla kyselyn katoaminen sähköpostiin tai heikko avoin viestintä tulevasta kyselystä ja kehittämisprojektista henkilöstölle.

Parannusehdotuksena olisi voinut viestiä kohdeorganisaation henkilöstölle tulevasta kehittämisprojektista, kyselystä, työryhmästä ja projektin tavoitteista jo kehittämisprojektin alkaessa. Viestinnän tärkeyttä ei voi mielestäni liikaa korostaa, joten sitä olisi voinut vielä parantaa. **Toisin tekeminen** olisi voinut tapahtua kehittämistarpeiden määrittelyssä. Tutkimusmenetelmä olisi voinut olla laadullinen haastattelu. Laadullinen menetelmä olisi saattanut tuoda syvempää tietoutta monikulttuurisesta osaamisesta ja sen kehittämistarpeista.

<p>VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hyvä työryhmä työskentely, aktiivinen ja motivoitunut. ✓ Henkilöstön sitouttaminen ja osallistaminen koulutuspäivän suunnitteluun ja toteutukseen. ✓ Pysyttiin projektin aikataulussa. ✓ Saavutettiin tuotos, joka vastaa tarpeisiin. 	<p>HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Moniammatillinen työryhmä. Jokaisesta kyselyyn osallistuneesta ammattiryhmästä tai palvelusta ei ollut jäsentä työryhmässä. ✓ Kyselyn vastausprosentti oli pieni.
<p>PARANNUSEHDOTUKSET</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Projektin alussa jo avoimempaa viestintää henkilöstölle tulevasta. 	<p>TOISIN TEKEMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kehittämistarpeiden määrittely toisella tavalla esim. haastattelu tai jokin ryhmätyömenetelmä. Antaisi mahdollisesti syvempää tietoutta aihealueesta. ✓ Mahdollisuuksia käyttää erilaisia koulutusmuotoja

Kuvio 18. SWID-analyysi (mukaillen Ojala 2008, 252–253).

Projektipäälliköllä (yamk-opiskelijalla) ei ollut aikaisempaan kokemukseen kehittämiprojektin johtamisesta. Kehittämiprojekti oli opettavainen kokemus, joka kehitti opiskelijaa usealla tavalla. Tutkimuksellinen osuus kehitti tieteellisiä taitoja kirjoittaa, kerätä aineistoa kyselyn avulla ja analysoida vastauksia. Kehittämiprojekti tapahtui opiskelijalle vierassa ympäristössä, jolloin se vahvisti opiskelijan yhteistyötaitoja sekä sosiaalisia vuorovaikutustaitoja tutustua uusiin ihmisiin ja kykyä luoda lyhyessäkin ajassa luottamuksellisia suhteita ja verkostoja.

Tulevaisuudessa olisi tärkeää myös kartoittaa laajemmin Salon kaupungin terveystaloiden henkilöstön monikulttuurista osaamista ja heidän kehittämistarpeita esimerkiksi sairaalan, päivystyksen ja kotisairaalan henkilöstön osalta. Tähän kehittämiprojektiin oli hoitohenkilöstöä osallistettu kyselyyn, mutta myös lääkärin kehittämistarpeiden kartoitus jatkossa olisi tärkeää. Uusia toimintatapoja tai käytänteitä luodessa olisi tulevaisuudessa mahdollista osallistaa myös maahanmuuttajia henkilöstön kanssa suunnitteluun.

LÄHTEET

- Abdelhamid, P. 2009. Monikulttuurisen hoitamisen eettinen arvoperusta. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Abdelhamid, P. & Koskinen L. 2009. Monikulttuurisen hoitotyön haasteet. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Airola, E. 2013. Kun kulttuurit kohtaavat -Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu-tutkielma.
- Alitolppa-Niitamo A. & Säävälä M. 2013 Johdattelua kirjan teemoihin. Teoksessa Alitolppa-Niitamo, A., Fågel, S., & Säävälä, M. 2013. Olemme muuttaneet - ja kotoudumme: Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Helsinki: Väestöliitto.
- Amiri, R., Heydari, A., Dehghan-Nayeri, N., Ali Vedadhir, A. & Kareshki, H. 2016. Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*; Vol. 8, No. 7; 2016.
- Bennett, Milton J. 2011. A Developmental model of intercultural sensitivity. Viitattu 30.7.2017 http://www.idrinstitute.org/allegati/IDRI_t_Pubblicazioni/47/FILE_Documento_Bennett_DMIS_12pp_quotes_rev_2011.pdf.
- Borg, S. 2013. KvantimOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Kyselylomakkeen laatiminen. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 20.2.2018 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>.
- Campinha-Bacote. 2009. Transcultural C.A.R.E. Associates. Viitattu 5.8.2017 <http://www.transculturalcare.net>.
- Casillas A, Paroz S, Green AR, Wolff H, Weber O, Faucherre F, Ninane F, Bodenmann P. 2014. Cultural competency of health care providers in a Swiss university hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2014 Jan 30; 14:19.
- Castaneda A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.). 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja Hyvinvoinnin laitos raportti 61/2012. Viitattu 9.6.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>.
- Castro, A. & Ruiz, E. 2009. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latinapatient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21, 278–286.
- Cicolini, G., Della Pelle, C., Comparcini, D., Tomietto, M., Cerratti, F., Schim, S. M., Di Giovanni, P. & Simonetti, V. 2015. Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 2015; 47:6, 536–543.
- Cooper Brathwaite, A. & Majumdar, B. 2006. Evaluation of a cultural competence educational programme. *Journal of Advanced Nursing* 53(4), 470–479.
- Dastjerdi, M., Olson, K. & Ogilvie L. 2012. A study of Iranian immigrants' experiences of accessing Canadian health care services: a grounded theory. *International Journal for Equity in Health* 2012, 11:55.
- Dauvrin, M. & Lorant, V. 2015. Leadership and cultural competence of healthcare professionals. *Nursing Research*, May/June 2015, vol 64, no 3, 200-210.

Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. 2014. Nurses perceptions of working with immigrant patient and interpreters in Finland. *Public Health Nursing* Vol. 32 No. 2, pp. 143–150.

ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö.

ETENE. 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Halla T. 2007. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. *Kulttuurien kohtaaminen*. Duodecim 2007; 123:469-475.

Hassinen-Ali-Azzani T. 2002. Lapset ovat jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystyöskäytöksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Heikkilä, T. 2014a. Tutkimuksen luotettavuus. Viitattu 17.8.2017
<http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>.

Heikkilä, T. 2014b. Webropol-kyselyt. Viitattu 17.8.2017
<http://www.tilastollinentutkimus.fi/6.WEBROPOL/Webropol-kysely.pdf>.

Helin, R. 2016. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveysosasto- ja kulttuuritieteiden yksikön kirjoituksissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 4.5.2018
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99089/GRADU-1464349049.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Hellstén, K., Outinen, M. & Holma, T. 2004. Kehittävä vertaiskäynti: Työväline laadunhallintaan. Helsinki: Stakes. Viitattu 18.2.2018
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita31-2004.pdf>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hjern A, Haglund B, Persson G. & Rosén M. 2001. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *European Journal of Public Health* 2001;11 (2):147–152.

Häkkinen, M. 2011. Työn varjostaminen. Viitattu 20.4.2018
<http://www.eosmo.fi/tyokirja/varjostaminen/index.html>.

Juuti, P. 2013. Jaetun johtajuuden taito. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas: Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. Projektikirja: Onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Kauppakaari.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa. Väitöskirja. Viitattu 5.5.2018
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf.

Koehn P. & Rosenau J. 2002. Transnational Competence in an Emergent Epoch. *International Studies Perspectives*. 3(2), 105-127.

Koponen P., Rask, S., Skogberg, N., Castaneda, A., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Kuusio, H., Laatikainen, T., Keskimäki, I. & Koskinen S. 2016. Suomessa vakituisesti asuvat maahanmuuttajat käyttävät vaihtelevasti terveyspalveluita. *Lääkärilehti* 2016, 12-13: 907–914.

Koskinen L. 2009a. Monikulttuurisessa hoitotyössä kehittymisen tahto. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Koskinen L. 2009b. Monikulttuurisen hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Laki kototutustumisen edistämisestä 30.12.2010/1386 5 §. Tulkitseminen ja kääntäminen. Viitattu 9.6.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101386>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 3 §. Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Viitattu 9.6.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>.

Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L. & Himberg, T. 2009. Menetelmäpolkuja humanisteille. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta. Viitattu 4.2.2018
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmäpolkuja/menetelmäpolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>.

Mulder, R. 2013. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu-tutkielma.

Opetushallitus. 2016. Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointituloksia. Viitattu 14.5.2018

https://www.oph.fi/download/180544_Ennakoinnin_koontikatsaus.pdf.

Opetushallitus. 2017. Elinikäisen oppimisen avaintaidot. Viitattu 2.10.2017

http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/ammattikoulutus/ammattilliset_perustutkinnot/elinikäisen_oppimisen_avaintaidot.

Oroza, V. 2007. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. Duodecim 2007; 123:441-447.

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOY pro.

Papadopoulos, I. 2006. Transcultural Health and Social Care development of culturally competent practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Papadopoulos, I., Kouta, C., Malliarou, M., Shea, S., Apostolara, P. & Vasiliou, M. 2016. Exploring the Cultural Aspects of Compassion in Nursing Care: A comparative study of Greece and Cyprus. International Journal of Caring Sciences May-August 2016 volume 9/Issue2/page471.

Partanen A. 2009. Työkierto tavoitteelliseksi. Terveystieteiden lähesimiesten näkemyksiä työkierrosta työhyvinvoinnin välineenä. Terveyskasvatuksen Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Viitattu 5.5.2018
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22639/URN_NBN_fi_jyu-200912154525.pdf?sequence=1.

Pavlish, C., Noor, S. & Brandt, J. 2010. Somali Immigrant Women and the American Health Care System: Discordant Beliefs, Divergent Expectations, and Silent Worries. Soc. Sci. Med. 2010 July; 71(2): 353–361.

Plaza del Pino, F. J., Soriano, E. & Higginbottom, M. 2013. Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in Southern Spain: a focused ethnography. BMC Nurs. 2013 May 24;12:14.

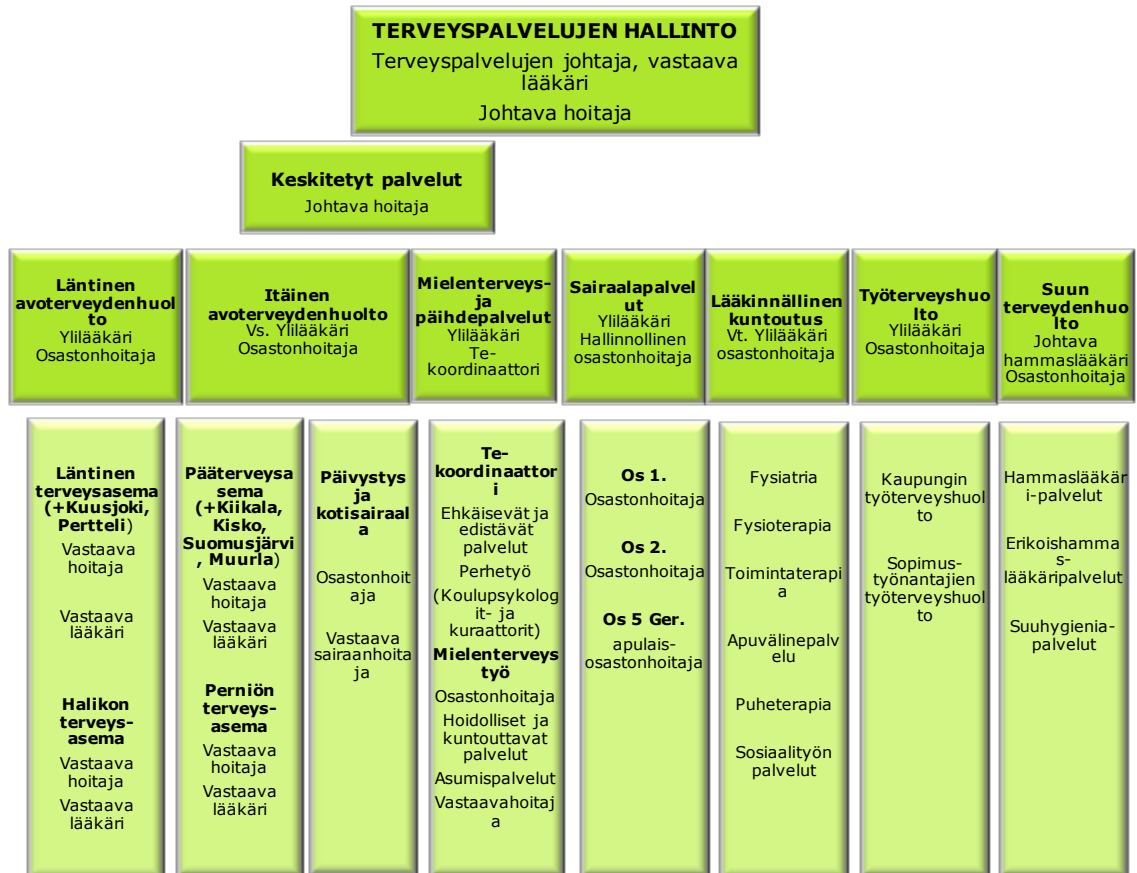
Puodinketo-Wahlsten, A. & Laaksonen-Heikkilä, R. 2017. MARJAT-hankkeen hankehakemus.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa: Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Talentum.

- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 4.2.2018
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_2.html.
- Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus –talouden laitos. Väitöskirja.
- Sainola-Rodriguez, K. 2013. Maahanmuuttajan kohtaaminen terveydenhuollossa. Teoksessa Ali-tolppa-Niitamo, A., Fågel, S., & Säävälä, M. Olemme muuttaneet - ja kotoudumme: Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Helsinki: Väestöliitto.
- Sainola-Rodriguez, K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa - transnationaalinen taitoko? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti vol. 44 no. 4 s. 216-227.
- Salon kaupunki. 2014. Viitattu 14.8. 2017
<http://www.salo.fi/attachements/2014-11-19T10-21-35187.pdf>
- Salon kaupunki. 2015. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Toimintakertomus. Viitattu 20.2.2018
<http://www.salo.fi/attachements/2016-04-28T10-27-18453.pdf>.
- Salon kaupunki. 2017. Hyvinvointikertomus vuosilta 2013-2016 ja suunnitelma vuosille 2017-2020. Viitattu 14.8. 2017
<http://www.salo.fi/attachements/2017-05-31T13-03-35495.pdf>.
- Sealey, L., J., Burnett, M. & Johnson, G. 2006. Cultural Competence of baccalaureate nursing faculty: Are we up to the task? Journal of Cultural Diversity, vol. 13, No.3 131-140.
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 25.4.2018
http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf.
- Sydänmaanlakka, P. 2012. Älykäs organisaatio. 8. painos. Vantaa: Talentum Media Oy.
- Taanila, A. 2014. Määrällisen aineiston kerääminen. Viitattu 21.2. 2018
<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>.
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 28.7.2017
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- TENK. 2018. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Viitattu 7.5. 2018
<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>.
- STM. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Viitattu 14.5.2018
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74124/Opp200403.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- SVT 2017. Suomen virallinen tilasto: Väestörakenne. ISSN=1797-5379. Helsinki. Viitattu 11.6.2017
<http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>.
- THL. 2017a. Maahanmuuttajien palvelut. Viitattu 11.6.2017
<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-palvelut>.
- THL. 2017b. Käsitteet. Viitattu 12.6.2017
<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/tyokalut/kasitteet>.

- THL. 2018c. Kulttuurisensitiivinen työote sosiaali- ja terveystalvissa. Viitattu 14.5.2018 <https://thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-palvelut/kulttuuri-sensitiivinen-tyoote-sosiaali-ja-terveyspalveluissa>.
- Tiilikainen M. 2008. Somalialaiset maahanmuuttajat ja yllirajainen hoito. Sosiaalilääketiet Aika-kauslehti 2008; 45:74–87.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa- Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Viitattu 4.2.2018 <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>.
- Viitala, R. 2005. Johda osaamista!: Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Inforviestintä.
- Viitala, R. 2012. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 1.-3. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Vähäyylkkä, A. 2015. Työkierto osaamisen johtamisen prosessina. Case: Sokotel Oy. Hallintotiede Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, johtamiskorkeakoulu. Viitattu 5.5.2018 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96838/GRADU-1427193311.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Wathen, M. 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Wikberg, A. & Eriksson, K. 2008. Intercultural caring- and abductive model. Scandinavian Journal of Caring Sciences: September 1, 2008; 22; 485–496.
- Wiking, E., Saleh-Statlin, N., Johansson, S-E. & Sundquist, J. 2009. Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2009; 23; 290-297.
- Yilmaz, M., Toksoy, S., Denizci Direk, Z., Bezirgan, S. & Boylu, M. 2017. Cultural Sensitivity Among Clinical Nurses: A Descriptive Study. Journal of Nursing Scholarship, 2017; 49:2, 153–161.

Liite 1. Kuvaus organisaation rakenteesta (mukailten Salon kaupungin terveystalouden Intra-sivustoja).



Liite 2. Tiedon haku tietokannoista.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Osumat	Tarkasteluun valitut
Medic	Monikult* hoit* and maahanmuut*	Vuosi 2006-2017	94	<p>15 vastasi kysymykseen otsikon tai tiivistyksen mukaan</p> <p>tarkasteluun 5 (poissulkukriteerit pro gradu, aineistoa ei saatavilla verkossa)</p> <p>Valitut 3 (sisäänottokriteeri väitöskirja tai artikkeli, vastaa kysymykseen)</p> <p>1 artikkeli</p>
CINAHL Complete	transcultural nursing AND nurse-patient relations AND immigrants	Koko teksti, 2006-2017	35	<p>Poissulkukriteerinä: kohdeyhmä eri esim. Opiskelijat terv.h. tai tutkimuspaikka esim. Leikkaussali tai teho-osasto</p> <p>Kaksi artikkelia</p>

CINAHL Complete	transcultural nursing and transcultural care and cultural competence and culturally competent care AND patient nurse relationship AND immigrants or immigrant	Koko teksti saatavilla, vuodet 2006-2017, aikuiset, vertaisarviointi, hakusanat koko tekstiin	65	7 artikkelia
CINAHL Complete	Cultural nursing care	Koko teksti, vuodet 2006-2017, vertaisarviointi, haku otsikko, abstracti ja asiasana	36	2
Pub Med	Cultural nursing care AND competence AND immigrant*	Ilmainen koko teksti, vuosi 2007-2017	11	3
Pub Med	"cultural nursing care" AND immigrant*	Ilmainen koko teksti, vuosi 2006-2017	128	Otsikon perusteella valikoitu 7 1 pudotettu pois koska full text ei auennut 2
Pub Med	"transcultural care" OR "transcultural nursing" OR "cultural nursing" OR "cultural care" AND competence OR skill* AND immigrant*	Vuosi 2006-2017, koko teksti	24	Ilmainen koko teksti saatavilla-> 7 0 , ei uusia
Pub Med	"cultural care competence"	Vuosi 2006-2017, ilmainen koko teksti	493	4 2

Liite 3. Valikoitujen tutkimuksien taulukointi.

Tutkimus, tekijä	Tarkoitus	Aineisto ja keruu	Keskeiset tulokset	Lähde
Maa- han- muutta- jien ja hoito- henkilö- kunnan kohtaa- minen mielen- terveys- palve- luissa - trans- natio- naali- nen tai- toko? Sai- nola- Rodri- guez, Kirsti	Tarkoituk- sena oli pilo- toida transna- tionaalisen viitekeh്യksen soveltamista maahanmuut- tajien ja hoito- henkilöstön kohtaamisiin psykiatri- sessa erikois- sairaanhoi- dossa. Tarkoituk- sena oli tuot- taa kuvaileva tietoa kohtaa- misessa ja antaa viitteitä mahdollisista puutteista tai vahvuuksista hoitohenkilö- kunnan ja maahanmuut- tajien trans- nationallyn osaamisen eri osa-alueissa	Määrälli- nen tutki- mus, ky- selylo- make Pe- ter Koehnin kehit- tämä, pohjautuu transna- tionaali- sen osaa- amisen vii- teen osa- aluee- seen Tutkimuk- sessa haastatel- tiin vuo- sien 2005- 2006 ai- kana ¹⁴ psyk.am- mattilaista ja heidän 20 maa- hanmuut- tajataus- taista asiakasta.	Arvioitavat alueet ovat transna- tionaalisen osaamisen osa-alue- ita. Hoitohenkilökunta arvioi parhaimmaksi viestinnän ja emotionaalisen alueen. Huo- noimmaksi analyttisen alue- een. Maahanmuuttajat arvioi- vat parhaimmaksi emotionaali- suuden ja analyttisen alueen. Huonoimmaksi toiminnallisen alueen. Tämän tutkimusjoukon osaa- misalueiden parhaat keskiarvot olivat emotionaalisen ja viestin- tään liittyvän osaamisen koh- dalla ja huonoimmat luovan ja toiminnallisen osaamisen alu- eilla. Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että hoito- henkilökunnan transnationallyn sissa taidoissa olisi parantami- sen varaa, joskin myös vah- vuuksia, joiden varaan uutta voidaan oppia. Hoitohenkilö- kunnan emotionaalinen osaa- minen oli tässä tutkimusjou- kossa hyvää ja se on tärkeä peruslähtökohta. Analyttisen ja luovan osaamisen alueilla hoitohenkilökunnan näyttäisi olevan tarpeen hankkia tietoa kyselemällä ja kuuntelemalla aktiivisesti maahanmuuttajan näkemystä mielen- terveyteensä vaikuttavista teki- jistä ja molempien osapuolten tulisi luoda yhdessä tilantee- seen sopivia hoitokäytäntöjä.	Sosiaali- lääketie- teellinen aikakau- si- lehti 200 7vol. 44 no. 4s. 216- 227

<p>Nurses perceptions of working with immigrant patient and interpreters in Finland. Nina Eklöf, Maija Hupli and Helena Leino-Kilpi.</p>	<p>Tarkoituksena kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä tekijöistä, jotka pitää ottaa huomioon käyttäessä tulkkeja perusterveydenhuollon työssä maahanmuuttajapotilaiden kanssa. Yhteistyötä hoitajan, potilaan ja tulkin välillä on tutkittu vähän. Tutkimuskysymys: Mitkä tekijät tulisi ottaa huomioon, kun käyttää tulkkeja terveydenhuollossa maahanmuuttajien hoidossa?</p>	<p>Laadullinen tutkimus yksilöhaastattelulla, jossa käytettiin sisällön analyysiä. Osallistujia oli 8 julkisen terveydenhuollon hoitajaa Suomesta, 20 eri terveystieteeltä.</p>	<p>Analysointi tehtiin kolmeen kategorian: 1) tekijät jotka olivat yhteydessä tulkkiin, 2) tekijät, jotka olivat yhteydessä hoitajaan ja terveydenhuollon organisaatioon 3) tekijät jotka olivat yhteydessä potilaaseen ja hänen kulttuuriin.</p> <p>Hoitajilla olennainen vaatimus tulkista oli hänen ammatillinen tieto. Se käsitti laajan kielellisen tietämyksen, kulttuurisen ymmärtämisen ja eettisen taustan. Hoitajat korostivat tulkin toiminnassa laajaa tietämystä eettisistä säännöistä, puolueettomuutta, salassapitovelvollisuutta ja kunnioitusta potilasta ja hoitajia kohtaan. Tulkki ei saisi antaa vääristynyttä tietoa eikä vastata potilaan puolesta. Hoitajat näkivät tulkin kahden kulttuurin ja kielten välisenä siltana tai käännöskoneena.</p> <p>Hoitajat arvostivat tulkin luonteenpiirteessä empaattisuutta, hienotunteisuutta, tasapuolisuutta, hienovaraisuutta ja kiltteyttä. Näillä oli positiivisia vaikutuksia hoitajan, potilaan ja tulkin suhteessa. Negatiivisina luonteenpiirteinä hoitajat pitivät tulkin temperamenttia, ilmaisun puutetta, hermostuneisuutta tai yksitoikkoisuutta.</p> <p>Hoitajien tärkeänä tehtävänä nähtiin suunnitella vastaanottoa. Heidän piti tehdä päätös tulkin käytöstä ja tilata tulkki. Tulkkien puhelinpalvelun käyttö oli vaikeaa ja se lisäsi hoitajien työmäärää. Hoitajat olivat tietoisia tulkin kustannuksista ja yrittivät toimia kustannus- tehokkaasti. Tulkin tilaaminen ja aikojen yhteensovittaminen olivat aikaa vieviä. Vapaiden tulkkien saaminen koettiin haastavaksi etenkin kiireellisissä tilanteissa</p>	<p>Public Health Nursing Vol. 32 No. 2, pp. 143–150.2014</p>
--	---	---	--	--

			<p>Hoitajat pitivät tärkeänä hoitajan ja potilaan suhdetta, vaikka tulkki oli mukana. He välttivät puhumista tulkille, he suuntasivat puheensa suoraan potilaalle. Puheessa pidettiin tärkeänä selkeää viestintää ja vältettiin lääketieteellisten termien käyttöä.</p> <p>Hoitajien mukaan potilaan käsitys tulkista vaihteli. Tulkkia pidettiin avustajana, ystävänä tai täysin vieraana. Tulkin ja potilaan läheistä suhdetta pidettiin haastavana, koska se saattoi häiritä hoitajan ja potilaan suhdetta. Potilaiden haluttomuuteen käyttää tulkkia pidettiin syynä epäluottamusta tulkkia kohtaan. Ei haluttu kertoa omista henkilökohtaisista asioista. Hoitajat yrittivät kasvattaa luottamusta käyttämällä samaa tulkkia samalla potilaalla, jos mahdollista.</p> <p>Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että kustannuksilla näyttää olevan iso rooli tulkin käytössä. Päätös tulkin käytöstä tulisi perustua potilaan oikeuksiin ja tarpeeseen. Hoitajat olivat tietoisia kustannuksista ja yrittivät suunnitella vastaanoton mahdollisimman tehokkaasti. Tärkeäksi koettiin fyysinen kolmio potilaan, tulkin ja hoitajan välillä. Tulkin tilaaminen vaatii hyvän pääsyn tulkkien palveluun. Haasteet tulkkauspalveluissa liittyivät puhelimeen, tulkkien puuttumiseen harvinaisissa kielissä ja hoitajien työmäärään</p> <p>Tutkimus osoitti, että tulkin käyttö voi tuoda eettisiä ongel-</p>	
--	--	--	--	--

			<p>mia. Siihen liittyy potilaan yksityisyys, joka on yhteydessä tulkin luotettavuuteen. Potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyi, että he eivät voineet valita tulkiaan tai edes päättää haluaivatko käyttää tulkkia.</p> <p>Tutkimus osoitti, että tulkin käyttöön ei ole koulutusta. Koulutuksen puute voi vaikuttaa hoitajien mahdollisuuksiin käyttää tulkkia tai hoitaa maahanmuuttaja potilaita. Koulutus tulkkien käytöstä voisi auttaa hoitajia työskentelemään tehokkaammin.</p>	
<p>Inter-cultural caring-an abductive model. Anita Wikberg and Katie Eriksson</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä hoitamisesta transkulttuurisesta näkökulmasta ja kehittää ensimmäistä teoriaa.</p>	<p>Teoreettinen tutkimus. Tämä tutkimus yhdistää Cambinha-Bacotezin, Kim-Godwinzin, Leiningerin ja Rayn näkemykset Eriksonin hoitamisen teoriasta ja esittelee hoitamista transkulttuurisesta näkökulmasta uudella mallilla kulttuurien väliselle hoitamiselle. Mallista voi olla hyötyä hoitotyöhön,</p>	<p>Analyysin mukaan hoito on monimutkainen kokonaisuus. Syntyi kolme kategoriaa: sisäinen ja ulkoinen hoitaminen sekä hoidon tavoite. Sisäinen hoitaminen koostuu hoitamisen suhteesta ja hoito ja kulttuuri ovat eri ulottuvuudet. Ulkoinen hoitaminen viittaa koulutukselliseen, hallinnolliseen ja sosiaalisiin rakenteisiin. Hoidon tavoite johtaa terveyden ja hyvinvoinnin muutokseen. Näitä verrataan Erikssonin teorian.</p> <p>Malli kulttuurien väliselle hoidolle. (Artikkelissa malli havainnollistettu) Mallissa hoito ja kulttuuri nähdään kolmessa ulottuvuudessa, ontologia, ilmiö ja hoitotyö.</p> <p>Hoitamisen ontologia viittaa yleisiin sääntöihin tai oletuksiin, jotka eivät ole kulttuurista riippuvaisia esim. hoitamisen motiivi lähtee rakkaudesta ja myötätunnosta, ja hoito on läsnä kaikissa kulttuureissa.</p> <p>Hoitaminen ilmiönä viittaa kaikkiin abstrakteihin joita voidaan hoitaa kokemuksella tai symboloiduilla merkityksillä kuten, mukavuus, luottamus, kosketus, läsnäolo ja kunnioitus.</p>	<p>Scandinavian Journal of Caring Sciences: September 1, 2008; 22; 485–496.</p>

		<p>koulutukseen, tutkimukseen ja hallintoon. Sisältö-analyysi.</p>	<p>Tässä tarkoitetaan todellisuutta, joka tuntuu tai on koettu. Nämä merkitykset voivat vaihdella eri kulttuureissa, mutta ne voivat olla myös samanlaisia, vaikka korostuvat eri tavalla.</p> <p>Hoitaminen hoitotyön näkökulmasta tarkoittaa esim. puhumista, kuuntelemista ja potilaan avustamista. Hoitaminen on konkreettista todellisuutta. On lukemattomia määriä hoitamisen toimintoja.</p> <p>Hoitamista tapahtuu hoitajan ja potilaan välillä. Potilaan perhe ja yhteisö ovat myös mukana suhteessa. He vaikuttavat potilaan hoitokokemukseen. Potilaan kulttuurinen ja sosiaalinen tausta vaikuttavat siihen, miten hän kokee hoidon. Hoitajan kulttuuri, kulttuuritaidot ja organisaatio vaikuttavat hoitamiseen. Jos hoitaja voi nähdä samanaikaisesti kaikki ulottuvuudet niin kärsimys lieventyy, terveys ja hyvinvointi syvenevät ja rauhallinen kuolema voidaan mahdollistaa. Kyvyttömyys hoitamiseen johtaa kärsimykseen, konflikteihin ja keskeytyneeseen hoitoon.</p> <p>Hallinnon, koulutuksen, talouden ja politiikan vaikutuksen voivat olla hoitoa aktivoivia tai estäviä. Kaikkeen hoitamiseen liittyy kulttuuri tai kulttuurivälisyys. Kulttuurien välinen hoito on monimutkainen kokonaisuus, jossa mitään osaa ei voi sulkea pois ja jokainen pala heijastuu kokonaisuuteen.</p>	
Cultural Sensitivity Among Clinical Nurses: A De-	Kuvaileva tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kulttuurierkkyyttä Turkissa työskentelevillä hoitajilla.	516 hoitajaa. Tiedonkeruu välineinä toimi kyselylomake ja kulttuu-	Suurin osa hoitajista koki ongelmia kulttuurin liittyen. Kulttuurien välinen herkkyyks aste oli ajoittain korkea. Hoitajilla oli eniten ongelmia kieleen liittyvissä tekijöissä, potilaan koulutustasossa ja terveyden tilaa koskevissa sairauksissa ja uskonnollisissa vakaumuksissa	Journal of Nursing Scholarship, 2017; 49:2, 153–161.

<p>scrip- tive Study. Medine Yilmaz, Serap Toksoy, Zu" beyde Denizci Direk, Selma Be- zirkan & Mu" nevver Boylu</p>		<p>rien väli- sen herkkyyden mitta- kaava (ISS Chen and Sta- rosta 2000). Herkkyy- den mit- tari mittasi vuorovai- kutukseen sitoutu- mista, kunnioi- tusta, nautintoa ja luotta- musta 5- pisteen Li- kertin as- teikon mukaan.</p>	<p>hoitotilanteessa. Naishoitajat joilla oli tutkinto, olivat saaneet koulutusta kulttuurihoitoon tai he olivat ottaneet transkulttu- raalisen hoitotyön kurssin, he saivat korkeammat kulttuurien välisen herkkyyden pisteet sekä vuorovaikutussuhteen si- toutumiseen. Hoitajia joilla ei ollut mitään koulutusta oli pal- jon. He halusivat osallistua koulutukseen, jotta osaisivat paremmin ymmärtää eri kult- tuureja. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajia tulisi val- mistaa paremmin kulttuuri herkkyydessä ja osaamisessa. Jatkamalla koulutusta ja kurssit kulttuuri herkkyydestä hoi- toalan ammattilaisille ovat vält- tämättömyys terveysvaikutus- ten kannalta. Tällöin voidaan ehkäistä eriarvoisuutta ja pa- rantaa terveydenhuollon laa- tua.</p>	
<p>Cultural Compe- tence of baccalaureat enursing fac- ulty: Are we up yo the task? Lorinda J. Sealey, Michael Burnett and Gerald- ine John- son</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ope- tuksen kult- tuuri osaami- sen tasoa Louisianassa.</p>	<p>Osallistui yhteensä 163 ope- tajaan hoi- totyön opetusoh- jelmista. Lomak- keessa kysyttiin taitoja kulttuuri- sesta osaami- sesta, ja vastaus oli viisi as- teisen Li- kertin as- teikon mukaan. Toinen osa sisälsi 17 kysy- mystä vastaajien</p>	<p>Tulokset osoittivat, että hyvin harvalla oli valmiuksia opettaa transkulttuurista hoitotyötä. He arvioivat kuitenkin hyväksi kult- tuuriset tiedot ja taidot. Hoito- työn opetusohjelmiin tulisi li- sätä vieraan kielen harjoittelua, jotta tulevaisuudessa hoitajilla olisi paremmat mahdollisuudet kommunikoida potilaiden kanssa.</p>	<p>Journal of Cul- tural Di- versity, vol. 13, No.3 131-140. 2006.</p>

		ammattillisista piirteistä.		
The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. Anabell Castro & Ester Ruiz	Tarkoituksena tutkia hoitajien kulttuuri osaamisen ja potilaiden tyytyväisyyden välistä suhdetta Latinalaissa.	Kyselylomake 15 hoitajille, joissa arvioitiin kulttuurista osaamista. 218 Latinalaista potilasta sai kyselylomakkeen.	Tulokset osoittivat, että hoitajat joilla, oli parempi kulttuurinen osaaminen, olivat usein latinalaisia, he olivat saaneet kulttuuri osaamisen koulutusta, he olivat työskennelleet monissa osavaltioissa ja heillä oli ollut kotoutuvia potilaita. Enemmän kulttuurisesti pätevämmät hoitajat saavuttivat myös suuremman potilastyytyväisyyden. Hoitajilla joilla oli vähemmän kulttuurista osaamista eivät osanneet puhua espanjaa, ovat suorittaneet tutkinnon jo kauan sitten ja olivat iäkkämpiä. Tutkimus osoitti, että potilaiden näkemys tyytyväisyydestä hoitoon ja hoitajien kulttuuri osaamisen tasolla oli merkitystä. Kulttuurisesti pätevä hoito parantaa keskinäistä tietojen vaihtoa, potilaan ja tarjoajan viestintää sekä potilas tyytyväisyyttä.	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 21 (2009) 278–286.
Evaluation of a cultural competence educational programme Angela Cooper Brathwaite and Basanti Majumdar	Tutkimuksessa arvioitiin kulttuurisen osaamisen koulutusohjelman vaikuttavuutta hoitajien kulttuurisen tiedon lisääntymiseen.	Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen yhdistelmä. Osallistui 76 hoitajaa, jotka osallistuivat kulttuurisen osaamisen koulutukseen. Koulutusta tarjottiin viiden peräkkäisen viikon aikana.	Tulosten mukaan koulutuksen vaikutus oli merkittävä hoitajien kulttuurisen tietämyksen lisäämiseen. Osallistujien tiedon taso nousi välittömästi koulutuksen jälkeen ja säilyi korkeana vielä kolmen kuukauden kuluttua koulutuksesta. Koulutukseen osallistuvat olivat tyytyväisiä koulutukseen. He kuvailivat sen erinomaiseksi ja hyödylliseksi. He olisivat halunneet kuitenkin enemmän kulttuurillista tietämystä.	(2006) Journal of Advanced Nursing 53(4), 470–479.

		Osaamista mitattiin kulttuurisen osaamisen asteikolla ja he vastasivat kolmeen avoimeen kysymykseen koulutuksen jälkeen.		
Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. Eivor Wiking, Nuha Saleh-Stattin, Sven-	Tavoitteena tutkia maahanmuuttajien kokemuksia ja näkemyksiä terveydenhuollon hoidosta, kun tulkkien käyttö oli rajoitettua.	52 potilasta Tukholmasta vastasi kyselylomakkeeseen.	Puolet osallistujista ilmoittivat kielitaidon vaikeuden. Se aiheutti ongelmia neuvotteluissa. He pitivät tärkeänä tulkkia, eivätkä kokeneet ongelmaa tulkin käytössä. Kuitenkin heidän mielestään lääkäri ymmärsi heidän ongelmien, miten lääkäri heitä kuunteli ja lohdutti. Suurin osa koki kunnioitusta persoonaa, toiveita ja kulttuuria kohtaan. Viestintäongelmia kielen ja kulttuurin vuoksi.	Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2009; 23; 290-297.

Erik Johanson and Jan Sundquist.				
The Use of the Cultural Competence Assessment Tool (Cca-tool) In Community Nurses: The Pilot Study and Test-Retest Reliability	<p>Artikkelin tavoitteena oli sovittaa yhteen kulttuuri-osaamisen työkalu Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin mallin mukaan hoitajille.</p> <p>Artikkelissa kuvio mallista.</p>			International Journal of Caring Sciences 2013 January - April Vol 6 Issue 1.
Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multi-centric Survey. Giancarlo Cicolini, Carlo Della Pelle, Dania Comparcini, Marco Tomietto, Francesca Cerratti,	Tarkoituksena arvioida Italian hoitajien kulttuuri-osaamista.	Pitkittäis-aikatutkimus, syyskuu 2013-toukokuu 2014 kysely, italialaisille hoitajille.	<p>Tutkimukseen osallistuneista 50 % oli osallistunut jonkunlaiseen kulttuurien monimuotoisuuskoulutukseen. Hoitajien tulisi olla paremmin valmistuneita vastaamaan muuttuviin terveysvaatimuksiin.</p> <p>Kulttuurisesti pätevä hoito on yhteydessä tuottaja-potilas viestintään, korkeampaan hoitotyytyväisyyteen, terveydentilan kohentamiseen, terveydentilan ymmärtämiseen, lääkeshoidon ja elämäntavan sitoutumiseen, sekä asianmukaiseen terveydenhuoltojärjestelmän käyttöön.</p> <p>Tutkimuksessa hoitajat joilla kulttuuri osaaminen oli korkeaa, käyttäytyivät välttämättä yleistyksiä, tunnistivat mahdolliset esteet palveluille ja poisti</p>	Journal of Nursing Scholarship, 2015; 47:6, 536–543.

Stephanie M. Schim, Pamela Di Giovanni & Valentina Simonetti			<p>vat ne, yrittivät mukauttaa palvelun yksilö ja ryhmä kohtaisille mieltymyksille. He suhtautuivat myös myönteisesti potilaiden palautteeseen siitä, miten he samaistuivat ihmisiin eri kulttuureista.</p> <p>Hoitajat raportoivat yrittävänsä tehdä parhaansa kulttuurisesti pätevän hoidon onnistumiseksi, huolimatta vaikeuksista, joita he kohtasivat päivittäin työssä.</p> <p>Tutkimus vahvistaa jatkuvan koulutuksen tarvetta parantaakseen hoitajien kulttuuri osaamista.</p>	
Exploring the Cultural Aspects of Compassion in Nursing Care: A comparative study of Greece and Cyprus. Irena Papadopoulos, Christiana Kouta, Maria Malliarou, Sue Shea, Paraskevi Apostolara, Marios Vasiliou	Tarkoituksena raportoida Kreikan ja Kyproslaisten sairaanhoitajien käsitystä myötätunnosta ja näiden kahden eri maan välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja käsityksessä.	Poikkileikkaustutkimus verkkokyselynä 15 eri maahan, josta otettiin kahden eri maan edustajat. 10 avointa ja suljettua kysymystä.	Tuloksissa havaittiin molempien ryhmien välillä samankaltaisuuksia, mutta myös pieniä eroja. Tuloksista nousi molemmilla ryhmillä kolme pääaihetta myötätunnon määrittelyyn: myötätuntoinen viestintä, tietoisuus tarpeista ja ystävällisyys. Kreikkalaisilla sairaanhoitajilla tunnustettiin vastauksissa myös neljäs aihe, keskustelu. Kokemuksia myötätunnosta he kuvailivat tulevan potilailta tai kollegoiltaan, ei johtajilta. Johtopäätöksenä olisi tarvetta myötätuntoisille johtajille, jotka ravitsevat ja ylläpitävät myötätuntoa.	International Journal of Caring Sciences May-August 2016 volume 9/Issue2/page471

<p>Challenges of Trans-cultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. Rana Amiri, Abbas Heydari, Nahid Dehghan-Nayeri, Abou Ali Vedadhir & Hosein Karreshki.</p>	<p>Kuvata terveydenhuollon henkilöstön kokemuksia hoitaa maahanmuuttajia Iranissa.</p>	<p>Laadullinen. Syvähaastattelu seitsemälle lääkärille ja kahdeksalle hoitajalle, haastateltiin kunnes uutta tietoa ei enää tullut. Sisälön analyysi.</p>	<p>Analysoitiin neljään pääkategorian: Esteet kommunikaatiolle (erikielet tai murteet, erilaiset tulkinnat sairauden oireista ja merkeistä henkilökunnan ja potilaiden välillä) Epäsäännöllinen seuranta (joten sairastuvuus kroonisiin sairauksiin oli heille yleistä) henkilökunta ilmaisi kaksi syytä epäsaan. seurantaan: asuin-taloudelliset ongelmat ja puutteellinen informaatio. He elävät köyhyydessä eikä heillä ole rahaa maksaa hoidosta. Iranissa hoito maksaa paljon maahanmuuttajille, koska heillä ei ole vakuutusta. Taloudelliset ongelmat tuovat haasteita sairauksien seurantaan. Myöhäinen saapuminen lääkärille johtui heidän terv. tiedon puutteesta, he eivät huolehtineet sairauksista ja itsestään. Luottamuksen puute. Heillä on erilaisia uskomuksia mm. mitä enemmän lääkemääräyksiä sen pätevämpi lääkäri, injektiot ovat paras lääke muoto. Vaihtavat helposti lääkäriä, jos eivät saa lääkkeitä. He eivät piittaa hoitosuosituksista, uskovat enemmän naapuriin. Taustalla luottamuspuula. Kulttuurais-persoonallinen piirre. Ujous; ujous hoitotoimenpiteissä sukuelin alueella, esim. Virtsa ja peräsuoli ongelmassa. Heillä myös vaikeaa kertoa näistä ongelmista hoito henkilöstölle. Miehet toimivat päättäjinä naisten hoidosta. Heidän kulttuurissa miehillä on vastuu ja valta päättää perheen asioista. Näyttäisi siltä, että on kulttuurisia haasteita maahanmuuttajien hoidossa terveydenhuollon henkilöstöllä. Tutkimus paljasti kahdenlaiset kieli esteet. Ensinnäkin eri kieli ja erilaiset tulkinnat sairauksien merkeistä ja</p>	<p>Global Journal of Health Science; Vol. 8, No. 7; 2016.</p>
--	--	---	--	---

			<p>oireista. Ongelma on alhaisissa kommunikaatio taidoissa ja tuttavallisuudessa hoitohenkilöstöllä. Suositellaan transkulttuuriseen hoitotyön kommunikaation harjoitusta terveydenhuollon henkilöstölle, jotta olisi mahdollista tehokas vuorovaikutus huolimatta kulttuuri ja kieli eroista.</p> <p>Epäsäännöllinen seuranta, johdettiin henkilökunnan mukaan taloudellisista ongelmista ja riittämättömästä informaatiosta.</p> <p>Epäluottamus terveydenhuolto järjestelmää kohtaan on yleistä maahanmuuttajilla, johtuen heidän asemasta ja kunnosta. He eivät voi kommunikoida terveydenhuollossa kunnolla, eivätkä ymmärrä kieltä ja tuntevat olonsa alempi arvoiseksi. Emotionaalisten ja psyykkisten tarpeiden huomioon ottamatta jättäminen henkilökunnalla oli osoitus huonosta kommunikaatiosta. Tämä epäoikeudenmukainen suhde johti luottamuspulaan henkilökuntaa kohtaan.</p> <p>Kulttuuriset ja persoonalliset piirteet vaikuttivat toimenpiteisiin ja hoitoon. Yksilöllistä kulttuurista käytöstä oli henkilöillä sekä yhteisöllä. Tunnistamalla nämä kulttuurille ominaiset piirteet, voidaan ratkaista ongelmat. Mm. potilaat välttivät keskustelua tai tutkimuksia seksuaalisista aiheista ja miehillä on valta päättää naisten terveyden hoidosta.</p>	
Cultural competency of health care providers in a Swiss university	Sveitsin yliopistollisessa sairaalassa verrattiin kulttuuriosaimista lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä.	Tilastollinen. Vertaileva. Marraskuu 2010 lähetettiin kysely, neljän viikon	Taidot oli jaoteltu yhdeksään osaan kyselykaavakkeeseen. Ne olivat: Sosiaalisen historian huomioiminen, osaan tunnista kuinka hyvin potilas puhuu ranskaa (pääkieltä), tunnistan uskonnolliset uskomukset, tunnistan kulttuuriset asiakkaat, lääketieteen tulkin käytön tarpeen, tunnistan miten potilaat	<u>BMC Med Educ.</u> 2014 Jan 30;14:19.

<p>hospital:self-assessed cross-cultural skillfulness a cross-sectional study. <u>Casillas A, Pároz S, Green AR, Wolff H, Weber O, Faucherre F, Ninane F, Bodenmann P.</u></p>		<p>päästä lähetettiin uusi kysely niille jotka eivät olleet vastanneet. Poikkileikkaus tutkimuksen avulla itse arviointiin risti-kulttuurisia taitoja Likertin asteikon avulla.</p>	<p>tekevät päätöksiä toisten perheenjäsenten kanssa, hoitosuunnitelma asiakkaan näkökulmasta, arvioin asiakkaan ymmärrystä hänen sairautensa, tunnistan asiakkaan luottamustason terveydenhuollon järjestelmään. Kysymyksiä oli myös ongelmista ja kertyneestä kokemustaidosta. Tulokset osoittivat tarpeen cross kulttuurisen osaamisen harjoitteluun. Hoitajat kokivat usein vaikeuksia asettaa kysymyksiä hoidosta haavoittuville asiakkaille. Kulttuurista osaamista voidaan parantaa koulutuksella erikoisaiheista ja informoimalla paikallisia palvelun tuottajia eri kulttuurista tulleiden hoidon ongelmatilanteista. Kaikilla on varaa kulttuurisen osaamisen parantamiselle. Tulokset tukevat tarvetta kulttuurien väliselle koulutukselle.</p>	
<p>Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in Southern Spain:</p>	<p>Tutkimus selvittää miten hoitajat hahmottavat heidän kulttuurien välisen kommunikation Marokkolaisien potilaiden kanssa ja mitkä ovat selvät esteet, jotka voivat estää tehokkaan kommunikation ja hoidon.</p>	<p>Etnografia. Haastateltiin puoliavoimen kyseilylomakkeen avulla 32 hoitajaa kolmessa julkisessa sairaalassa etelä espanjassa. Haastattelut nauhoitettiin. Analysointi tapahtui laadullisesti.</p>	<p>Ongelmia tuotti henkilöstön kieliraja, vähäinen kokemus ja taito eri kulttuurista tulleiden hoidosta ja heidän kyky mukautua potilaan kulttuuriin. Tilanteissa joissa ei ollut kommunikaatiota, yrittivät hoitajat ratkaista asian tekemällä ekstra ponnisteluja mm. viittoilemalla ja elehtien tai he hakivat toisen potilaan tulkiksi. Näin he kommunikoivat, kun huolehtivat perustarpeista mm. ruokailussa. Vuorovaikutustilanteissa he pyrkivät puhuman hitaasti, käyttämällä helppoja ja selkeitä sanoja, sekä tarvittaessa lisäksi käyttivät elehdintää apuna. Tulkki koettiin tärkeäksi avuksi.</p>	<p><u>BMC Nurs.</u> 2013;12:14.</p>

<p>a focused ethnography. Fernando J Plaza del Pino, Encarnacion Soriano and MA Higginbottom.</p>		<p>sen aiheiston ohjelmalla (aquad.6). Sisältö jaettiin neljään eri teemaan.</p>	<p>Koettiin tärkeäksi harjoittaa kommunikaatiota ja ymmärtää heitä, kuvittelemalla olevan itse tilanteessa jossa et voi selittää tunteitasi. Kokivat tarpeelliseksi koulutusta maahanmuuttajien kokemasta terveydestä, sairauksista ja kulttuurista.</p>	
<p>A study of Iranian immigrants' experiences of accessing Canadian health care services: a grounded theory. Mahdieh Dastjerdi, Karin Olson and Linda Ogilvie.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja ymmärtää Kanadaan pääsevien Iranilaisten maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollon palveluista.</p>		<p>Lähes kaikki Iranin maahanmuuttajat tunsivat olonsa vieraaksi, uudessa maailmassa. Heillä oli oma aksentti ja tumma ihon väri, jonka vuoksi he kokivat syrjintää. Syrjintä aiheutti luottamuksen puutteen terveydenhuollon järjestelmää kohden ja he olivat haluttomia hakeutumaan palveluiden pariin. He tunsivat itsensä kyvyttömäksi hallitsemaan omaa elämäänsä, joka vaikutti heidän identiteettiin. Tunteet outoudesta ja kuulumattomuudesta lisäävät eristäytymistä yhteisöstä. Terveydenhuollon palveluita käyttäessä he kohtaavat haasteita viestinnässä, kulttuurien eroavaisuuksissa ja rahoituksessa. He tuntevat olonsa avuttomiksi ja turhautuneiksi. Useat yrittivät hoitaa terveystään perheenjäsenten ja sukulaisten kautta hankkimalla neuvoja ja lääkkeitä omasta kotimaastaan. Kotimaasta hankittu hoito monimutkaistaa hoitoa ja vaarantaa terveyden, koska luotettavaa jatkuvaa kirjanpitoa ei ollut terveydentilasta. Yleisesti ottaen he olivat perhekeskeisiä ja haluavat saada apua perheenjäseniltä ennem-</p>	<p>International Journal for Equity in Health 2012, 11:55.</p>

			<p>min kuin muilta ihmisiltä. He eivät voineet käyttää omaa kieltään, jolloin korostui tiedon etsiminen muualta esim. netistä tai kirjastonhoitajilta.</p> <p>Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajat olivat huolissaan tulkkipalvelujen laadusta. Jotkut osallistujat kertoivat perheenjäsenten käytön tulkkina tuntuvan pelottavalta ja hämmentävältä. He eivät halunneet paljastaa oireita tai ongelmia perheen jäsenille tai ystävälle, joka oli vastakkaisen sukupuolen edustaja. Epävirallisten tulkkien käyttö voi pahentaa asioita, koska he eivät välttämättä osaa englantia hyvin, jolloin tulee väärinkäsityksiä. Tulkkien käyttö, niin ammattilaisten kuin perheenjäsenten kautta, estää potilaan toimimisen aktiivisena vuoropuhujana. Tulkki tuo mukanaan aina oman uskomuksen asioihin. Ammattitulkin käyttö lisäisi luottamusta terveydenhuollon ja potilaan välillä.</p> <p>Luottamuksen puute ja pelko tietojen paljastumisesta voivat vaikuttaa asiakas-palveluntuottaja suhteeseen. Asiakkaat voivat yrittää pitää asioitaan sisällään ja tarkoituksella väärentävät oireitaan pelastaakseen kasvonsa ystävän, perheenjäsenen tai yhteisön edessä. Tämän vuoksi he voivat vastata esitettyihin kysymyksiin ei totuudenmukaisesti.</p> <p>Tämä tutkimus osoittaa, että maahanmuuttajat tarvitsevat kulttuurisia ja kielellisiä järjestelmiä, mutta tärkeää on tunnistaa myös maahanmuuttajien mahdollisuudet hankkia kielitaitoa ja kulttuuritietoutta yhteiskunnasta, jossa asuvat. Maahanmuuttajia tulisi auttaa osallistumaan päätöksentekoon riippumatta heidän histo-</p>	
--	--	--	---	--

			riasta, kulttuurista tai sosiaalisesta asemasta maailmassa. Jokaisen ihmisen tulisi olla ainutlaatuinen, ja jokainen on oman elämänsä asiantuntija.	
Somali Immigrant Women and the American Health Care System: Discordant Beliefs, Divergent Expectations, and Silent Worries. Carol Lynn Pavlish, Sahra Noor and Joan Brandt.	Tutkimuksen tarkoituksena on käsitellä terveyseroja, joita Somalian pakolaiset kokivat Yhdysvalloissa. Eriytisesti tekijöitä, jotka vaikuttivat terveyden tilaan.	Haastattelu 57 Somali naiselle. Haastatettiin 13 avaininformanttia mm. tulkki, sairaanhoitaja, lääkäri ja psykologi.	He kuvasivat vaikeutta ymmärtää seulontamenetelmiä, sekä kroonisten sairauksien ehkäisyä. He olivat tottuneet kokemaan sairauden oireina ja sairauden hoitamisena. Heidän kulttuuri ei tunne ennaltaehkäisyä ja seulontaa. He ovat tottuneet kotimaassaan menevänsä lääkäriin, kertovat oireet ja saavat välittömästi hoidon. Täällä lääkäri kyselee paljon ja vastausta saa odottaa monta päivää, johtuen laboratoriovastauksista. Tämän vuoksi saattaa olla haastavaa heidän kanssaan esimerkiksi verenpaineen ja diabeteksen seuranta. He kertoivat pelkäävänsä soittaa hätänumeroon tai menevänsä lääkäriin, koska eivät tiedä palvelujärjestelmästä tai maksuista. Yksi kertoi lukutaidottomuudesta, jolloin lomakkeiden täyttö ei onnistu edes omalla äidinkielellä. He kokivat, ettei lääkärillä ollut heille tarpeeksi aikaa, kunnioitusta ja he eivät ehdi lyhyessä ajassa tutustumaan lääkäriin. He kuvailivat täyttämättömiä odotuksia vuorovaikutuksesta. Useat kertoivat, etteivät olleet tyytyväisiä koska yhteinen kieli puuttui. He kokivat epämiellyttäväksi kertoa ongelmistaan, kun mukana oli ylimääräinen kolmas henkilö, tulkki. Jos he taas osasivat puhua englantia, terveydenhuollon ihmiset kuitenkin vaativat tulkin paikalle. Tämä aiheutti turhautumista.	Soc Sci Med. 2010 July; 71(2): 353–361.
Leadership	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää	Belgiassa vuosina 2010-	Analyysillä kuvattiin johtajien ja muun terveydenhuollon henkilöstön kulttuuriosaamista, sekä	Nursing Research,

<p>and cultural competence of healthcare professionals. Marie Dauvrin and Vincent Lorant</p>	<p>johtajien vaikutusta terveydenhuollon ammattilaisten kulttuuriosaamiseen.</p>	<p>2012 yhteensä 507 terveydenhuollon ammattilaista vastasi kyselyyn s-postitse.</p>	<p>mallinnettiin johtajien kulttuurisen osaamisen vaikutus terveydenhuollon ammattilaisten osaamiseen. Kokonaisuudessaan tutkimuksessa johtajat osoittivat korkeampaa kulttuuritietoa kuin terveydenhuollon henkilöstö. Tuloksena terveydenhoitohenkilökunnan kulttuuriosaaminen liittyi johtajien kulttuuriosaamiseen. Terveydenhuollon henkilökunta oli todennäköisesti kulttuurisesti päteviä, jos heidän kollegat olivat kulttuurisesti päteviä. Tulokset viittasivat siihen, että kulttuurista osaamista terveydenhuollon ammattilaisille voi opettaa roolimallinnuksen kautta. Roolimallinnus pyrkii opettamaan empatiaa, kunnioittavaa asennetta potilaita ja ammattitaitoa kohtaan.</p>	<p>May/June 2015, vol 64, no 3, 200-210.</p>
<p>The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. Mahdiah Dastjerdi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Iranilaisten maahanmuuttajien vaikeuksia ja ongelmia Kanadan terveydenhuollon ammattilaisten sekä palvelujen tarjoajien ja sosiaaliohjelmien kanssa.</p>	<p>35 terveydenhuollon ammattilaista ja viisi sosiaaliohjelmien tekijää haastatettiin.</p>	<p>Tutkimuksessa tuli esille kielelliset esteet ja tiedon puute kanadalaisesta terveydenhuollon järjestelmästä/palveluista, luottamuksen puute Kanadan terveydenhuollon palveluiden rahoituksesta, pelko ilmaista itseään ja psykologisen tuen tarve. Luottamuksen puute johtaa maahanmuuttajat käyttämään lääkkeitä yhteisesti, hoitavat itse itseään tai perheenjäsenet tuovat heille lääkkeitä Iranista. Yksityisiä asioita maahanmuuttajat eivät halunneet kertoa, tai vastasivat kysymyksiin tietoisesti väärin. Tämä on luonut esteen hoitoon, ennaltaehkäisyyn ja on uhka terveydelle. Maahanmuuttajat hakevat hoitoa enemmän terveydenhuollon tarjoajilta, kuin mielenterveyden ammattilaisilta, kun he kohtaavat mielenterveysongelmia. Mielenterveydestä tulevaa sosiaalista leimaa pidetään suurena esteenä hakeutua psykologiseen hoitoon.</p>	<p>International Journal for Equity Health 2012, 11:9</p>

Liite 4. Tutkimuksen kyselykaavake.



Kulttuuriosaamisen kysely

1.1 Ikä vuosina

- Alle 20
- 20-35
- 36-50
- 51-65
- yli 66

1.2 Työkokemus vuosina

- Alle 1
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- yli 21

1.3 Ammattiryhmä, johon kuulut

- Sairaanhoidtaja
- Terveystenhoitaja
- Hammashoitaja
- Suuhygienisti
- Vastaanottohoitaja

1.4 Kuinka usein kohtaat maahanmuuttajia työssäsi?

(valitse sopivin vaihtoehto)

- päivittäin

- muutaman kerran viikossa
- viikoittain
- muutaman kerran kuukaudessa
- kuukausittain
- vaihtelevasti
- en ollenkaan

1.5 Milloin olet osallistunut monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvään täydennyskoulutukseen?

(voit tarvittaessa valita useamman)

- tänä vuonna
 - viime vuonna
 - viimeisen viiden vuoden aikana
 - yli viisi vuotta sitten
 - en koskaan
 - osallistun tänä vuonna
- Mitä asioita koulutuksessa, johon osallistuit, käsiteltiin (kirjoita vapaasti alle)

2. Arvioi omaa kulttuurista osaamista asteikolla 1-5

(valitse sopivin arvosana)

- 1 - välttävä
- 2 - tyydyttävä
- 3 - hyvä
- 4 - kiitettävä
- 5 - erinomainen

3. Mitkä allaolevista koulutusmuodoista tukevat sinun kulttuurisosaamisen kehitystä?

(voit tarvittaessa valita useamman)

- verkkopohjainen tietopaketti
 - simulointitilanteet työyhteisössä
 - luento
 - verkkopohjainen video
 - osallistava keskustelu
- jotain muuta, mitä? (kirjoita vapaasti alle)

4. Väittämiä monikulttuurisesta hoitotyöstä maahanmuuttajien kanssa

valitse vaihtoehdoista sopivin väittämään: täysin eri mieltä-jokseenkin eri mieltä-jokseenkin samaa mieltä -täysin samaa

mieltä

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
4.1 Minua kiinnostaa erilaiset kulttuurit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 Löydän helposti hoitotyön tueksi tietoa eri kulttuureista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 Käytän elekieltä vuorovaikutuksen tukena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4 Koen haasteelliseksi erilaiset käsitykset sairauksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5 Haluan lisää tietoa eri kulttuurien tavoista ja uskomuksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6 On haasteellista ymmärtää erilaiset tavat hoitaa hoitaa sairauksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.7 Olen tietoinen omista ennakkoluuloista ja -asenteista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.8 Hoitotyö on haastavaa eri arvojen ja kulttuurien välissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.9 Haluan lisää tietoa tulkin käytöstä ja yhteistyöstä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.10 Sukulaisten ja perheen osallistuminen perheenjäsenen hoitoon tuo haasteita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.11 Kohtaan maahanmuuttajia mielelläni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.12 Koen, että kulttuuriosaamiseni on riittävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.13 Tunnen epävarmuutta kohdatessani maahanmuuttajia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.14 Perehdyn maahanmuuttajaan ja hänen kulttuuriin ennen vastaanoton alkamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.15 Huomioin kulttuuriryhmässä sisäiset yksilölliset yksilölliset eroavaisuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.16 Käytän haasteissa luovia ratkaisuja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.17 Koen luottamuksellisen suhteen saavuttamisen haasteelliseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.18 Etsin tietoa erilaisista kulttuureista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.19 Tarvitsen kulttuuriosaamiseen koulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.20 Koen tarvitsevani lisää tietoa heidän omasta lääketieteestä ja kansanparantajien käytöstä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.21 Tulkinnat terveydentilan oireista on helppo ymmärtää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.22 Yhteisen kielitaidon puute on haasteellista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.23 Kunnioitan perheenjäsenten välistä arvo- ja valtajärjestystä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.24 Ylläpidän positiivista asennetta ja edistän tasa-arvoisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.25 Tarvitsen tietoa eri kulttuurien ravitsemus- ja ruokatavoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.26 Hengellisyyteen ja uskonnollisuuteen liittyvät tavat ovat haastavia hoitotilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.27 Koen kohtaamisten onnistuvan erittäin hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.28 Koen sukupuolirooleihin liittyvät asiat haastaviksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.29 Mukana olevien omaisten runsas määrä on haasteellista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.30 Pääsen hyvin yhteisymmärrykseen tarpeista keskustelemalla ja kyselemällä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Mitä asioita haluaisit kulttuurikoulutuksen sisältävän?

(kirjoita vapaasti alle)



Liite 5. Väittämiä monikulttuurisesta hoitotyöstä.

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	Yhteensä	Medi-aani
	0	3	9	9	21	3
4.1 Minua kiinnostaa erilaiset kulttuurit	0%	14,28%	42,86%	42,86%		
	3	7	11	0	21	3
4.2 Löydän helposti hoitotyön tueksi tietoa eri kulttuureista	14,29%	33,33%	52,38%	0%		
	0	1	9	10	20	3,5
4.3 Käytän elekieltä vuorovaikutuksen tukena	0%	5%	45%	50%		
	1	2	11	7	21	3
4.4 Koen haasteelliseksi erilaiset käsitteet sairauksista	4,76%	9,53%	52,38%	33,33%		
	0	1	12	8	21	3
4.5 Haluan lisää tietoa eri kulttuurien tavoista ja uskomuksista	0%	4,76%	57,14%	38,1%		
	1	4	12	4	21	3
4.6 On haasteellista ymmärtää erilaiset tavat hoitaa sairauksia	4,76%	19,05%	57,14%	19,05%		
	0	1	11	9	21	3

4.7 Olen tietoinen omista ennakkoluuloista ja -asenteista	0%	4,76%	52,38%	42,86%		
4.8 Hoitotyö on haastavaa eri arvojen ja kulttuurien välissä	0	2	11	8	21	3
	0%	9,52%	52,38%	38,1%		
4.9 Haluan lisää tietoa tulkin käytöstä ja yhteistyöstä	0	10	9	2	21	3
	0%	47,62%	42,86%	9,52%		
4.10 Sukulaisten ja perheen osallistuminen perheenjäsenen hoitoon tuo haasteita	0	5	10	6	21	3
	0%	23,81%	47,62%	28,57%		
4.11 Kohtaan maahanmuuttajia mielelläni	0	3	9	9	21	3
	0%	14,28%	42,86%	42,86%		
4.12 Koen, että kulttuuriosaamiseni on riittävää	3	13	5	0	21	2
	14,29%	61,9%	23,81%	0%		
	1	6	13	1	21	3
	4,76%	28,57%	61,91%	4,76%		

4.13 Tunnen epävarmuutta kohdassani maahanmuuttajia						
4.14 Perehdyn maahanmuuttajaan ja hänen kulttuuriin ennen vastaanoton alkamista	6	8	6	1	21	2
	28,57%	38,1%	28,57%	4,76%		
4.15 Huomioin kulttuuriryhmässä sisäiset yksilölliset eroavaisuudet	3	6	9	3	21	3
	14,28%	28,57%	42,86%	14,29%		
4.16 Käytän haasteissa luovia ratkaisuja	1	1	14	5	21	3
	4,76%	4,76%	66,67%	23,81%		
4.17 Koen luottamuksellisen suhteen saavuttamisen haasteelliseksi	0	12	8	1	21	2
	0%	57,14%	38,1%	4,76%		
4.18 Etsin tietoa erilaisista kulttuureista	3	6	11	1	21	3
	14,29%	28,57%	52,38%	4,76%		
4.19 Tarvitsen kulttuuriosaamiseen koulutusta	0	4	11	6	21	3
	0%	19,05%	52,38%	28,57%		
	1	5	6	9	21	3

4.20 Koen tarvitsevani lisää tietoa heidän omasta lääketieteestä ja kansanparantajien käytöstä	4,76%	23,81%	28,57%	42,86%		
4.21 Tulkinat terveydentilan oireista on helppo ymmärtää	0	17	3	1	21	2
	0%	80,95%	14,29%	4,76%		
4.22 Yhteisen kieli-taidon puute on haasteellista	0	0	11	10	21	3
	0%	0%	52,38%	47,62%		
4.23 Kunnioitan perheenjäsenien välistä arvo- ja valtajärjestystä	0	4	14	3	21	3
	0%	19,05%	66,67%	14,28%		
4.24 Ylläpidän positiivista asennetta ja edistän tasa-arvoisuutta	0	0	13	8	21	3
	0%	0%	61,9%	38,1%		
4.25 Tarvitsen tietoa eri kulttuurien ravitsemus- ja ruokataivoista	0	3	7	11	21	4
	0%	14,29%	33,33%	52,38%		

	0	7	6	8	21	3
4.26 Hengellisyyteen ja uskonnollisuuteen liittyvät tavat ovat haastavia hoitotilanteissa	0%	33,33%	28,57%	38,1%		
	0	4	15	2	21	3
4.27 Koen kohtaamisten onnistuvan erittäin hyvin	0%	19,05%	71,43%	9,52%		
	0	6	10	4	20	3
4.28 Koen sukupuolirooleihin liittyvät asiat haastaviksi	0%	30%	50%	20%		
	0	9	6	6	21	3
4.29 Mukana olevien omaisten runsas määrä on haasteellista	0%	42,86%	28,57%	28,57%		
	0	3	15	3	21	3
4.30 Pääsen hyvin yhteisymmärrykseen tarpeista keskustelemalla ja kyselemällä	0%	14,28%	71,43%	14,29%		

Liite 6. Saatekirje tutkimukselle.

Hyvä vastaaja,

Tämä kysely liittyy Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäyte on osana MARJAT-hanketta, jonka tavoitteena on edistää maahanmuuttajien terveyttä, hyvinvointia ja kotoutumista. Osatavoitteena on myös terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittäminen, johon liittyy opinnäytteeni. Lupa aineiston keruuseen on saatu ohjausryhmältä 6.10.2017.

Kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on kehittää Salon kaupungin terveysasemien hoitohenkilöstön kulttuurista osaamista. Tarkoituksena on saada tietoa hoitohenkilöstön kulttuuriosaamisesta, sen kehitystarpeista sekä toivomuksia kulttuurikoulutuksen muodosta ja sisällöstä.

Kyselyyn vastaaminen

Teidän vastauksenne antavat arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksissa. Kyselyssä tarkoitetaan maahanmuuttajalla henkilöä, joka on kotoisin eri kulttuurista kuin valtaväestö.

Mikäli olette kiinnostunut osallistumaan projektiryhmään, joka kehittää kulttuuriosaamista organisaatiossasi, jätä yhteystiedot kyselyn lähettämisen jälkeen avautuvaan yhteystietolomakkeeseen.

Olkaa ystävällinen ja vastatkaa kyselyyn 18.1. 2018 mennessä.

Kyselylomakkeeseen pääsette tästä linkistä

<https://www.webropolsurveys.com/S/990BDFa11C0DC1AB.par>.

Vastauksistanne etukäteen kiittäen

Johanna Männikkö

Sairaanhoidtaja/yamk-opiskelija

johanna.mannikko@edu.turkuamk.fi

Liite 7. Arvioidut luennoitsijakustannukset.

ENSIMMÄINEN KOULUTUSPÄIVÄ	
Luennoitsijan matkakulukorvaukset 42 senttiä/kilometri (Tulkikeskuksen johtaja sekä Turun kaupungin terveydenhoitaja)	Turku-Salo-Turku =114 km=47,90 € x 2 =228 km= 95,80 €
TOINEN KOULUTUSPÄIVÄ	
Tulkikeskuksen tulkkien maahanmuuttajalähtöiset luennot + matkakulukorvaus	Puoli tuntia 32.50 €+alv%+matkakulut 42 senttiä/km Tunti 65€+alv%+matkakulut 4x30 min. =2 tuntia =161,20 + matkakulut 47,90= 209,10 €
Yht.	304,90€