

Zeynep Niiranen

SAIRAANHOITAJAOPISKELIJOIDEN
KULTTUURIKOMPETENSSI

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Savonlinna


Helmikuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILELEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	Opinnäytetyön päivämäärä 4.3.2013	
Tekijä Niiranen, Zeynep	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma	
Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssi		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssia. Tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksista ja kulttuuriosaamisesta, kun he kohtaavat eri kulttuuritaustaisia ihmisiä. Opinnäytetyössä on käsitelty kolme kulttuurisen hoitotyön mallia, jotka ovat Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön malli, Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssin prosessimalli ja Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapelimalli.</p> <p>Tutkimuksella pyritään selvittämään opiskelun aikaista kulttuurikompetenssin kehitystä. Tutkimuskyselyn kohderyhmäksi on valittu Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampuksen ensimmäisen, toisen ja kolmannen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijat. Kyselyyn osallistui yhteensä 58 (n=58) sairaanhoitajaopiskelijaa, joista ensimmäisen lukuvuoden opiskelijoita on 21 opiskelijaa, toisen lukuvuoden opiskelijoita 18 opiskelijaa ja kolmannen lukuvuoden opiskelijoita 19. Tutkimus on toteutettu kvantitatiivisella menetelmällä kyselylomaketta apuna käyttäen. Tutkimusaineisto on analysoitu teemoittain Webropol -ohjelmaa käyttäen. Tutkimustulokset ovat esitetty Excel -taulukkoina ja kuvioina.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat sen, että sairaanhoitajaopiskelijoista suurin osa 41,4 % (n=24) tuntee itsensä kulttuurisesti jonkin verran päteväksi. Tutkimustulosten perusteella kulttuurikompetenssitaso kehittyy opiskelun edistyessä. Yleisesti sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso on riittävän suuri, mikä tarkoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden olevan päteviä kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden alueella. Sosiaalisen suotavuuden asteikossa tulee esille, kuinka paljon kulttuuri vaikuttaa käyttäytymiseen. Tulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttäytymisen kulttuurikompetenssitaso on huomattavasti matalampi kuin kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso. Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssitaso kasvaa erittäin selkeästi kieliosaamisen lisääntyessä.</p>		
<p>Asiasanat (avainsanat) kulttuurikompetenssi, kulttuurisen hoitotyön mallit, kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä</p>		
<p>Sivumäärä 49 s. + liitteet 16 s.</p>	<p>Kieli suomi</p>	<p>URN</p>
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>		
<p>Ohjaavan opettajan nimi Sirkka Erämaa</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin AMK, Savonniemi Kampus</p>	

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis 04.03.2013
Author Niiranen, Zeynep	Degree programme and option Degree programme in nursing	
Name of the bachelor's thesis Cultural competence among nursing students		
Abstract <p>The purpose of this study was to measure cultural competence among the nursing students at the Mikkeli University of Applied Sciences, Savonniemi campus. The aim is to obtain information about nursing students' capabilities and skills of cultural competence when encountering people from different cultures. This thesis also involves three different cultural competence models, which are Leininger's transcultural nursing theory sunrise model; Campinha-Bacote's the process of cultural competence model and Schim & Miller's three-dimensional puzzle model of cultural congruence.</p> <p>This study aims to investigate cultural competence development during the nursing degree programme. The target group of the research has been selected from the Mikkeli University of Applied Sciences, Savonniemi campus among the nursing students of the first academic year, second academic year and third academic year. A total of 58 (n = 58) nursing students participated in the survey; 21 students from the first academic year, 18 students from the second academic year and 19 students from the third academic year. The research was conducted by the quantitative method by using a questionnaire, which is called Cultural Competence Assessment (CCA). The data were collected partly using the Webropol-program and partly using a paper questionnaire. The research data was analyzed by using the Webropol-program. The results are shown in the Excel-tables and figures.</p> <p>The research results show that the majority of nursing students 41.4% (n = 24) feel somewhat culturally competent. According to the study the level of cultural competence develops during the nursing studies. In general, nursing students' cultural awareness and sensitivity level was high enough, which shows that nursing students' are competent in relation to cultural awareness and sensitivity. Social desirability scale shows how much culture influences behavior. The research results show that nursing students' cultural competence behavior level is much lower than the cultural awareness and sensitivity level. Nursing students the level of cultural competence is growing very clearly while the language skills increase.</p>		
Subject headings, (keywords) Cultural competence, cultural competence models, research, quantitative research method		
Pages 49p. + appendices 16p.	Language Finnish	URN
Tutor Sirkka Erämaa		Bachelor's thesis assigned by Mikkeli University of Applied Sciences /Savonlinna

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1	Kulttuuri.....	2
2.2	Kulttuurikompetenssi.....	5
2.3	Kulttuurisen hoitotyön mallit.....	8
2.3.1	Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön malli	8
2.3.2	Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssi malli.....	11
2.3.3	Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapelimalli	16
3	KULTTUURIKOMPETENSSIA TUKEVAT OPINNOT TERVEYSALALLA	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	22
4.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	22
4.2	Tutkimuskysymykset.....	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄ.....	23
5.1	Tutkimusmenetelmä	23
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä	24
5.3	Kyselylomakkeen laadinta.....	25
5.4	Tutkimusaineiston keruu ja analysointi	27
5.5	Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys.....	28
6	TUTKIMUKSTULOKSET.....	29
6.1	Tutkimuskyselyyn osallistuneiden taustatiedot	29
6.2	Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssi	33
7	YHTEENVETO JA POHDINTA	42
	LÄHTEET.....	45

1 JOHDANTO

Matkustaminen eri maiden ja maanosien välillä sekä muuttaminen eri maihin on lisääntynyt suuresti viime vuosikymmeninä. Tämän seurauksena on alettu keskustella monikulttuurisuudesta ja transkulttuurisesta kulttuuriosaamisesta. Kansanvälisen liikkuvuuden lisääntymisestä johtuen kulttuuritekijät ja kulttuurierot ovat ajankohtainen teema. (Trux 2000, 22–24.) Voidaankin todeta, että kulttuurikompetenssi on nykyään yksi tärkeimmistä asioista yhteiskunnan ja hoitotyön kannalta.

Maahanmuuttoviraston tilastotietojen mukaan maahanmuuttajien määrä Suomessa on kasvanut viime aikoina runsaasti ja kasvaa yhä samalla nopeudella. Vuonna 2001 ulkomaan kansalaisten määrä Suomessa oli 98 577, ja vuonna 2011 määrä oli 183 133 eli lähes kaksinkertaistunut. Nämä tilastotiedot näyttävät ainoastaan Suomessa vakituisesti asuvat ulkomaan kansalaiset. Tilastotiedoista ei tule esille Suomen kansalaisuuden saaneita eikä turvapaikanhakijoita. (Maahanmuuttovirasto 2011.)

Maahanmuuttajat ovat tulleet Suomeen eri syistä. Näitä muuttoliikkeitä selittävät vastaanottajavaltioiden vetovoimatekijät (*pull factors*) ja lähtömaiden muuttopainetekijät (*push factors*), joiden perusteella osa on tullut pakolaisena, osa opiskelemaan tai tekemään työtä ja osa avioitumisen takia. (Trux 2000, 33–34.) Monikulttuurisuus lisääntyy vuodesta vuoteen nopeasti Suomessa, mutta täytyy muistaa myös se, että Suomi on aina ollut monikulttuurinen maa. Suomessa on asunut paljon vähemmistöjä. Suomen vähemmistöjä ovat saamelaiset, joka on Suomen ainoa alkuperäiskansa, suomenruotsalaiset, tataarit, jotka ovat Pohjoismaiden vanhin muslimiväestö, 1500-luvulta alkaen romanit, 1700-luvulta juutalaiset, vuodesta 1990 lähtien inkerinsuomalaiset ja maahanmuuttajat. (Teinilä 2008.)

Lääkärit, psykoterapeutit, psykologit, sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät ovat ammattiryhmiä, jotka kohtaavat työssään yhä enemmän maahanmuuttajia potilaina ja asiakkaina. Usein kulttuurit ja kielet saattavat olla vieraita. Monikulttuurisuus ja kulttuuriosaaminen ovat tulleet osaksi maahanmuuttajien kanssa työskentelevien ammattiryhmien ja varsinkin terveydenhuollon henkilökunnan arkea. Terveydenhuollon henkilökunnan tulee osata kommunikoida ja oppia käyttämään vuorovaikutustaitoja koh-

dattaessa potilaita, jotka ovat tulleet eri kulttuureista. Näin terveydenhuollon ammattilainen saa luottamuksen ja pystyy löytämään yhteisen ymmärryksen. (Tuominen 1998, 11–33; Paikalahti & Huttunen 2010, 134–164.)

Monikulttuurisessa hoitotyössä terveysalan työntekijöiden tulee ymmärtää kulttuurin tärkeys terveyden edistämisessä ja hoitotyössä sekä osata toimia oman alansa kansainvälisissä tehtävissä, vieraassa kulttuurissa ja monikulttuurisissa työyhteisöissä (Opetusministeriö 2006). Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssia eli kulttuuriosaamista. Kulttuurikompetenssilla on monta eri nimitystä kuten kulttuuriosaaminen, kulttuurienvälinen kompetenssi, kulttuurinen pätevyys ja kulttuurienvälinen osaaminen (Yleinen Suomalainen Asiasanasto 2013). Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksista ja kulttuuriosaamisesta kohdattaessa eri kulttuuritaustaisia ihmisiä. Tällä tutkimuksella pyritään myös selvittämään opiskelun aikana kulttuurikompetenssin kehitystä.

Monikulttuurisessa hoitotyössä kvalitatiiviset vaatimukset, toisin sanoen laatua määrittelevät vaatimukset, ovat transferin osaaminen ja kulttuuriin asettuminen. Transferin osaaminen eli siirtovaikutukset sisältävät uuden toiminnan luomisen, ammatillisten rajojen avartamisen ja kriittisen reflektiivisen työ- ja toimintatavan. Kulttuuriin asettuminen sisältää yhteisöhoidon ideologiaan sitoutumisen, viestintätaidot, vuorovaikutustaidot, läheisyyden ja etäisyyden ymmärtämisen ja eettisen osaamisen. (Riikonen 2005, 99–148; Iivanainen ym. 2006, 37–38.) Monikulttuurinen hoitotyö vaatii terveysalan työntekijöiltä myös kielitaitoa erilaisuuden hyväksymisen lisäksi (Korhonen 2003, 23).

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Kulttuuri

Kulttuuri käsittää toimintatavat, asenteet, arvostukset, merkitykset, elämäntavat, käytännöt, normit ja uskomukset. Kulttuuri on opittua, mutta kulttuuri ei kuitenkaan ohjaa ajatteluamme kaavamaisesti. (Papadopoulos 2006, 10.)

Kulttuuri on paljon enemmän ja laajempi käsite kuin näkyvät perinteet ja tavat. Kulttuuri on ajatuksien, tunteiden, asenteiden, vakaumusten, uskonnon, arvojen, käytösten ja toimintamallien yhdistelmä, joka on yhteistä rodullisten, etnisten, kansallisten, hengellisten, uskonnollisten tai sosiaalisten ihmisryhmien välillä tai ryhmien sisällä. Kulttuuri ei tarkoita pelkästään syntymäpaikan kulttuuria ja sen yhteisön kulttuuria. (Zion & Kozleski 2005; Banks & Banks 2004.)

Kulttuuri sisältää vakaumuksia, arvoja, merkityksiä, normeja ja sosiaalisia käytäntöjä. Vakaumukset yksinkertaisesti tarkoittavat ihmisryhmän ymmärrystä mm. siitä, millainen maailma on, mikä on oikein ja mikä väärin. Arvot ja merkitykset tarkoittavat ihmisryhmän käsityksiä siitä, mikä on hyvää ja mikä on huonoa tai mitä pidetään tärkeänä. Normit ja säännöt puolestaan tarkoittavat tarkoituksenmukaisten, sopivien tapojen sääntöjä, joita odotetaan jokaisen ihmisen käyttävän muita ihmisiä ja itseänsä kohtaan. Sosiaaliset käytännöt tarkoittavat ennustettavissa olevia tapoja ja käytänteitä, joita kulttuuriryhmän jäsen seuraa tyypillisesti. Jaetut vakaumukset, arvot, merkitykset, normit, säännöt ja sosiaaliset käytännöt määrittelevät elämäntapoja kulttuuriryhmän jäsenille. (Lustig & Koester 2010, 25–27.)

Leininger (1991) määrittelee kulttuuria opituiksi ja välitetyiksi arvoiksi, vakaumuksiksi ja toiminnoiksi. Kulttuuri on kriittinen väline todentamaan yksilön kulttuuriin liittyviä hoidon käsitteitä. (Leininger 1991, 36.)

Samovar ym. (2010) määrittelevät kulttuurin tietoisuuden, kokemusten, vakaumusten, asenteiden, arvojen ja merkitysten, uskonnon, hierarkioiden, aika- ja tiläkäsitysten, roolien, maailmankäsitysten ja omaisuuden kerrostumaksi eli kokonaisuudeksi, jonka ihmisryhmä on hankkinut sukupolvien juoksussa sekä yksilöiden että ryhmien pyrkimysten ja ponnistelujen tuloksena. (Samovar ym. 2010; Samovar & Porter 1997, 12–13.)

Samovar ym. (2010) mukaan jokaisen kulttuurikuvauksen tulee sisältää kolme kategoriaa, jotka Almaney ja Alwan (1982) luokittelivat kolmeen laajaan kategoriaan.

Ensimmäinen kategoria on artefakti, joka tarkoittaa ihmisen tekemää esinettä, rakennelmaa tms. Artefaktien sisältö vaihtelee nuolenkärjistä vetypommeihin, taskulam-
puista sähkövaloihin ja sotavaunuista suihkulentokoneisiin. Toinen kategoria on käsitteet. Käsitteet sisältävät vakaumus- ja arvokäsitteiden yhdistelmää, esimerkiksi käsityksiä oikeasta tai väärästä, etiikka, moraali ja käsityksiä elämän tarkoituksesta ja Jumalan ja ihmisen välisestä suhteesta. Kolmas kategoria on käytäntö, joka viittaa käsitteiden ja vakaumuksien käyttämiseen ja varsinaiseen käyttäytymiseen. Almaney ja Alwan (1982) osoittivat hyvän esimerkin, miten nämä kolme näkökulmaa voisi ajatella ja reflektoida kulttuurin parissa:

”rahaa pidetään artefaktina, sen arvoa käsityksenä, mutta todellista rahankulutusta ja säästämistä käytäntötapana.” (Samovar ym. 2010.)

Ikä ja elämänmuutokset erottavat ihmiset ja ihmisten käsitykset toisistaan. 1900-luvun alkupuolella syntyneillä ihmisillä on erilainen maailmankuva ja ihmiskäsitys, keskustelutyyli, elin- ja toimintatavat kuin esimerkiksi 1960-lvulla syntyneillä ihmisillä. Samalla tavalla sukupuoli, perhekasvatus, ympäristö ja merkitykselliset tapahtumat voisivat olla muutamia kulttuurivariaabeleja eli kulttuurimuuttujia. Tämä tarkoittaa sitä, että voidaan ajatella jokaisen tietyn ryhmän jäsenillä olevan oma kulttuurinsa. Tällaisen käsityksen myötä huomataan, että myös jokaisella yksilöllä on oma kulttuurinsa ja kulttuuritaustansa. (Salo-Lee ym. 1996, 6–10.)

Kulttuurikäsitteen usein oletetaan tarkoittavan pelkästään kansallisia kulttuureja, kuten Suomi - suomalainen, Turkki - turkkilainen, Saksa - saksalainen, Amerikka - amerikkalainen jne. Samassa kansakunnassakin voi kuitenkin olla erilaisia käytäntöjä, elintapoja ja kieliä. Esimerkiksi itäsuomalaiset eroavat länsisuomalaisista, länsiturkkilaiset eroavat itäturkkilaisista ja pohjoissaksalaiset eteläsaksalaisista. Todennäköisyys on se, että samassa kansakunnassa ja kulttuuritraditiossa on myös kaikesta huolimatta alueellisia eroja ja niistä käytetään intrakulttuuri -termiä. (Salo-Lee ym. 1996, 6–10.)

Tutkijat esittelevät kulttuurikäsitteiden lisäksi myös kulttuurin sisältöä, joka selittää kulttuurikäsitteen alla olevia käsitteitä. Jotkut näistä sisältävät erityisen kiinnostuksen kulttuurinsisäistä kommunikointia kohtaan, johon kuuluu myös kulttuurihistoriaa, kulttuurin omaperäisyyttä, materiaalikulttuuria, rooleja, taidetta, kieltä, kulttuurista

vakaumusta, sanattomia käytäntötapoja, tila- ja aikakäsitystä ja ajattelutapoja. (Samovar ym. 2010; Samovar & Porter 1997, 12–13.)

Schimin ym. (2007) mukaan kulttuuri on yhdistetty malli ihmisten tiedosta, uskomuksista, vakaumuksesta ja käyttäytymisestä, ja se perustuu ihmisen kapasiteettiin oppia ja viedä eteenpäin tietoa seuraaville sukupolville. Kulttuuri myös sisältää rodun, uskonnon tai sosiaalisen ryhmän tavanomaisia uskomuksia, sosiaalisia tapoja ja olennaisia piirteitä. (Schim ym. 2007, 104.)

2.2 Kulttuurikompetenssi

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä kulttuurikompetenssi, jolla tarkoitetaan pätevyyttä ottaa huomioon asiakkaan kulttuuritausta. Kulttuurikompetenssilla on monta eri nimeä, kuten kulttuuriosaaminen, kulttuurienvälinen kompetenssi ja kulttuurienvälinen osaaminen. Kulttuurienvälinen osaaminen tarkoittaa erilaisten kulttuuristen taustojen ymmärtämistä, kykyä viestiä muiden kulttuurien edustajien kanssa ja tarvittaessa kykyä sopeutua paikallisiin olosuhteisiin ja rajoituksiin sekä soveltaa olosuhteet ja rajoitukset eri kulttuuritaustaisten tarpeisiin. (Yleinen Suomalainen Asiasanasto 2013.) Kulttuurinen osaaminen tarkoittaa riittävää tietämystä ja ymmärrystä tietystä kulttuurista, ja se varmistaa hoitotyössä taidon hoitaa yksilöitä oman kulttuurinsa mukaan oikealla tavalla (Giger & Davidhazir 2002, 187).

Kulttuurikompetenssi on määritelty vuosien aikana monella eri tavalla. Hoitotyön kulttuurikompetenssia on tutkittu, ja siitä on kehitetty erilaisia malleja. Madeleine Leininger (1991) on aloittanut kulttuurienvälisen eli transkulttuurisen hoitotyön kehittämisen jo 1950-luvulla. Leininger on tutkinut kulttuurikompetenssia ja luokitellut kulttuurien ominaispiirteitä. Hänen mukaansa kulttuurinmukaista hoitotyötä pitää opiskella ja harjoitella perusteellisesti etenkin niiltä osin, jotka liittyvät terveyteen, hyvinvointiin ja kuoleman kohtaamiseen. (Boyle & Wenger 2002, 200.)

Andrews ja Boyle (2002) sekä Giger ja Davidhizar (2002) kuvaavat kulttuurienvälistä hoitotyötä ja kulttuurista kompetenssia soveltamalla teoreettisia tietoja sairaanhoitaja-

koulutukseen. Andrews ja Boyle korostavat tiettyjä hoitotilanteita, kuten kipua, kun taas Giger ja Davidhizar korostavat kokonaista kulttuurista arviointia. (Boyle & Wenger 2002, 200.)

Campinha Bacote (2002) on käyttänyt monikulttuurisen hoitotyön tietoja kulttuurisen hoitotyön mallin kehittämiseen. Malli keskittyy erityisesti kulttuurikompetenssiin. Campinha Bacoten (2002) mukaan kulttuurikompetenssi on jatkuva prosessi, jossa terveydenhuollon ammattilainen pyrkii jatkuvasti saavuttamaan kyvyn ja pätevyyden työskennellä eri kulttuuritaustaisten yksilöiden ja ryhmien kanssa. Kulttuurisesti pätevän sairaanhoitajan tulee olla tietoinen ja herkkä muiden kokemuksille. (Campinha-Bacote 2002, 181, 183–184.)

Papadopoulos (2006) on laatinut kulttuurisen hoitotyön kehitysmallin, jossa hän kuvailee sairaanhoitajan kulttuurikompetenssin kehitystä prosessina (Papadopoulos 2006, 10). Spectorin (2002) terveysperinteet - mallin mukaan kulttuurisesti pätevän terveydenhuollon ammattilaisen tulee tietää eri kulttuuritaustaisen yksilön kulttuuriin liittyviä terveys- ja sairausnormeja (Spector 2002, 197).

Schimin ym. (2007) mukaan kulttuurikompetenssi on rakennettu käsite, joka sisältää kulttuuriseen monipuolisuuteen, tietoisuuteen ja herkkyyteen pohjautuvia toimintoja. Kulttuurikompetenssi on yksilön kyky osoittaa tiettyä käyttäytymistä käytännössä. (Schim ym. 2007, 107.)

2000-luvulta lähtien kulttuuri, kulttuuriset erilaisuudet ja kulttuurienvälinen viestintä ovat syntyneet elävässä elämässä. Tämä tarkoittaa sitä, että kulttuurikompetenssi, kulttuurienvälinen osaaminen ja kulttuurienvälinen viestintä ovat tulleet nykyaikana välttämättömiksi. Kulttuurien roolien ymmärtämistarve lisääntyy entistä enemmän. Demografisten, teknologisten, taloudellisten, poliittisten, rauhan ja ihmistenvälisten asioiden kannalta muutoksien takia kulttuurikompetenssi on nykyään oleellisempi kuin ikinä. (Lustig & Koester 2010, 1–19.)

Kulttuurikompetenssi alkaa tiedostamalla omat kulttuurikäsitteet, vakaumukset, käytäntö- ja toimintatavat. Kuitenkin kulttuurikompetenssi on enemmän kuin pelkästään

kulttuurinen valveutuneisuus. Kulttuurikompetenssi tarkoittaa, että ymmärretään, miten kulttuuriset arvot ja kulttuurinen käytäntö vaikuttavat arkielämään, ja tunnistetaan myös se, miten eri kulttuuritaustaisella ihmisellä on omat erilaiset arvonsa, elämäntyyliinsä, käytäntönsä, vakaumuksensa ja ihmissuhdetapansa. Kulttuurikompetenssi pohjautuu kunnioittamiseen muita eri kulttuuritaustaisia ihmisiä ja heidän omaa vakaumustaan, arvojaan ja uskontoaan kohtaan. Kulttuurikompetenssi tekee mahdolliseksi sen, että eri kulttuuritaustaiset ihmiset pystyvät elämään ja työskentelemään yhdessä. Kyky elää ja työskennellä yhdessä vaatii avointa mieltä ja ymmärtävää asennetta toisia kohtaan. (Anderson & McFarlane 2011, 103–104.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään usein monikulttuurisuus - termiä, joka on selkein termi terveysalan ja terveydenhuollon yhteydessä. Monikulttuurisuudella tarkoitetaan eri kulttuureita ja niiden keskinäistä vuorovaikutusta. Monikulttuurisella hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyötä, joka huomioi eri kulttuurit, kulttuurien ominaispiirteet, arvot, merkitykset, tavat, vakaumukset ja uskomukset sekä ottaa huomioon ne suunniteltaessa ja toteuttaessa hoitoa. Monikulttuurinen hoitotyö tutkii ja vertailee eri kulttuurien samanlaisuuksia ja erilaisuuksia hoitokäytäntöjen osalta. Monikulttuurisessa hoitotyössä on myös tärkeää kiinnittää huomiota yksilöllisyyteen ja yksilölähtöiseen hoitoon. (Leininger 1994, 8–9.)

Kirjallisuudessa esiintyy usein myös termi transkulttuurisuus ja transkulttuurinen hoitotyö, joka vastaa suurelta osin monikulttuurisuuden käsitettä. Transkulttuurinen hoitotyö tarkoittaa kulttuurienvälistä hoitotyötä. Leiningerin (1991) mukaan transkulttuurinen hoitotyö keskittyy erilaisiin kulttuureihin perustuen teoriaan ja käytäntöön. Leininger on määritellyt transkulttuurisen hoitotyön seuraavasti: ”transkulttuurinen hoitotyö on tärkeä hoitotyön alue, joka keskittyy maailman eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin erityisesti hoitamiskäyttäytymisen, hoitotyön sekä terveyttä ja sairautta koskevien arvojen, uskomusten ja käyttäytymismallien osalta ja jonka päämääränä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta eri kulttuureille ominaisten ja kaikille kulttuureille yhteisten hoitotyön käytäntöjen tuottamiseksi.” (Allgood & Marriner-Tomey 2010, 458–459.)

2.3 Kulttuurisen hoitotyön mallit

Kulttuurisen hoitotyön malleilla pyritään siihen, että ne kuvailevat kulttuurista hoitamista ja kehittävät terveydenhuollon ammattilaisten ja eri kulttuuritaustaisen yksilön vuorovaikutusta. Kulttuurisen hoitotyön malleista Madeleine Leiningerin (1991) ja Josephina Campinha-Bacoten (2002) kulttuurikompetenssi - mallit ovat maailmanlaajuisesti tunnetuimmat. Seuraavaksi käsittelemme Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön mallia, Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssin prosessimallia sekä Schimin ja Millerin (2007) kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapelimallia, johon tämän opinnäytetyön kyselylomake pohjautuu.

Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön malli on valittu käsiteltäväksi tässä opinnäytetyössä siksi, että Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyön mallissa esitetyistä näkemyksistä osan on luonut Leininger ja Schimin ja Millerin malli laajentaa Leiningerin tekemää työtä (Schim ym. 2007, 104).

Campinha-Bacoten (2002) kulttuurikompetenssin prosessimalli on valittu siksi, että Campinha Bacoten kulttuurikompetenssin prosessimalli erityisesti keskittyy kulttuurikompetenssiin sekä myös Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyömallissa käyttämät käsitteet ovat samanlaisia kuin Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssin prosessimallissa (Campinha-Bacote 2002; Schim ym. 2007; Schim & Doorenbos 2010). Schimin ja Millerin (2003) laatima kulttuurisen kompetenssin arviointi - mittarin käsitteiden validiteettia tukee merkittävästi terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurikompetenssiprosessin arviointiluettelo (Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Health care Professionals - IAPCC), joka on peräisin Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssin prosessimallista (Schim ym. 2003). IAPCC on selitetty kyselylomakkeen laadinta - luvussa tarkemmin.

2.3.1 Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön malli

Leiningeria (1991) pidetään opetuksessaan, tutkimuksissaan sekä käytännössä transkulttuurisen sairaanhoidon perustajana ja kehittäjänä sekä teorianmuodostuksen johtohahmona (Leininger 1991, 5–7). Leininger on laajalti tunnustettu monilla tieteenaloil-

la, ja hän on kaikkialla maailmassa johtava teoreetikko hoitotyössä (Boyle & Wenger 2002, 200).

Leininger (2003) on tutkinut antropologiaa ja transkulttuurista hoitotyötä 1950-luvulta. Hän on ammatiltaan sairaanhoitaja, ja hänellä on tohtorin tutkinto kulttuuri- ja sosiaaliantropologiassa. Työskennellessään sairaanhoitajana lastenkodissa Leininger huomasi, että lasten toistuvat käyttäytymismallit ja tavat osoittivat lapsilla olevan kulttuuripohjan. Leininger huolestui siitä, etteivät lapset saaneet riittävästi apua, ja tunnisti, että tiedon puute eri kulttuuritaustaisten ihmisten hoidosta ja tietämyksestä on tärkeä linkki hoitotyön ymmärtämiseen. Eri kulttuuritaustaisten ihmisten hoidon tietämystä vaaditaan sairaanhoidossa, parantamisessa ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä ylläpitämisessä. Nämä näkemykset olivat transkulttuurisen sairaanhoidon ensimmäiset merkit, joten Leininger aloitti tutkimustyönsä, jonka tuloksena oli malli, josta käytetään nimeä Leiningerin transkulttuurinen hoitotyö malli tai Leiningerin auringonnousumalli. (Leininger 2003, 94–95.)

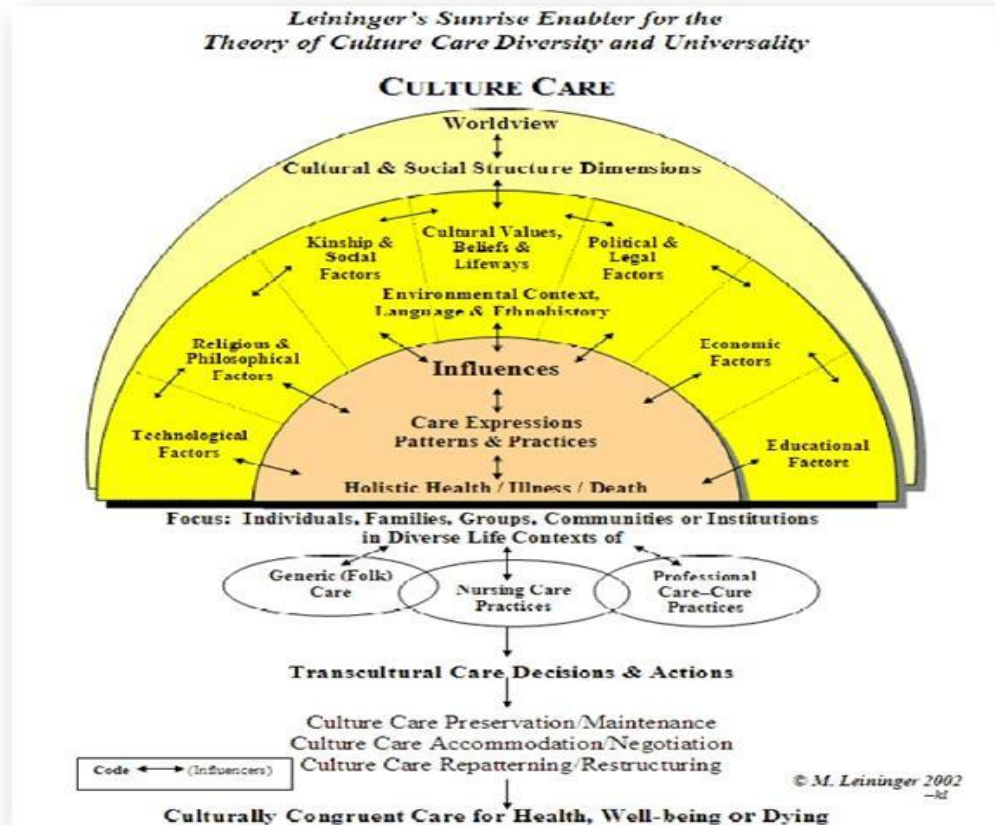
Leininger (1978) on määritellyt kulttuurista arviointia kulttuurisessa hoitotyössä seuraavanlaisesti: ”yksilöiden, ryhmien tai yhteisöjen kulttuurisia arvoja, uskomuksia, vakaumuksia ja käytäntötapoja koskeva järjestelmällinen arviointi määrittelee selkeästi tarpeita ja väliintulokäytäntöjä ihmisiä palveltaessa ” (Campinha-Bacote 2002, 181–182). Leiningerin mukaan transkulttuurisessa hoitotyössä pitäisi pyrkiä selvittämään yksilöiden, perheiden ja ryhmien hoitamiskäyttäytymistä, arvoja ja uskomuksia, jotta voidaan toteuttaa hyvää ja tehokasta hoitoa (Leininger 2003, 93–94).

Leiningerin auringonnousumalli kuvaa hänen teoriansa pääelementtejä (kuvio 1). Leiningerin auringonnousumallissa kuvataan hoitamista auringon kaltaisena nousuna. Auringonnousumallin ylimmällä tasolla ovat kulttuurilähtöisen hoidon maailmankattamus, kulttuuri- ja yhteiskuntarakenteen osatekijät, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen kielen ja ympäristön välityksellä. Nämä tekijät vaikuttavat ammatillisiin ja hoitotyön järjestelmiin, jotka on sijoitettu mallin alempaan puoliskoon. Toisessa tasossa ovat teknologiset, uskonnolliset ja filosofiset, sukulaisuus- ja sosiaaliset tekijät, kulttuuriset arvot ja elämäntavat, poliittiset ja oikeudelliset, taloudelliset sekä koulutukselliset tekijät. Yhdessä nämä puoliskot muodostavat kokonaisen auringon, jotka

edustavat kaikkea sitä, mitä sairaanhoitajien täytyy ottaa huomioon ymmärtääkseen inhimillistä terveyttä ja hoitoa. Auringonnousumallia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien ajatusmaailman rikastamisessa, jotta he voisivat tarjota eettisesti hyvää hoitoa. (Alligood & Marriner-Tomey 2010, 465.)

Kohdatessaan eri kulttuuritaustaisen asiakkaan terveydenhuollon henkilökunnan tulisi tiedostaa toisen kulttuurin piirteet ja pyrkiä kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön perustuen Leininger on tehnyt sairaanhoitajille ohjeet luokittelemalla eri kulttuurien ominaispiirteitä, jolloin sairaanhoitaja helposti pystyy tarkistamaan kohtaamansa asiakkaan kulttuuriin kuuluvat ominaisuudet. (Leininger 2002, 192.)

Leiningerin (2002) mallin keskeinen tarkoitus on löytää ja selittää monipuolista ja yleistä kulttuurinmukaista hoitotyötä ja kulttuurin vaikutuksia terveyteen, hyvinvointiin, sairauksiin tai kuolemaan. Tämä malli mahdollistaa kulttuurinmukaista, turvallista ja merkityksellistä hoitoa eri kulttuuritaustaisille yksilöille. Leiningerin transkulttuurisen hoitoyön malli on laaja ja perusteellinen keskittyen yksilön, perheen, ryhmän, yhteisöjen ja instituutioiden erityistarpeisiin terveydenhuollossa. Tämän mallin tarkoituksena on lisätä ymmärrystä monikulttuurisuudesta. (Leininger 2003, 94.)



KUVIO 1. Leiningerin auringonnousu malli

2.3.2 Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssi malli

Campinha-Bacoten (2002) mallin kehittäminen alkoi vuonna 1969, kun Campinha-Bacote oli suorittamassa sairaanhoitajatutkintoaan Connecticutissa. Opiskelun aikana Connecticutissa oli levottomuuksia ja konflikteja pääasiassa rotujen välillä. Ihmisten täytyi identifioida itseensä joko valkoiseksi tai mustaksi. Campinha-Bacote ei omasta mielestään sopinut kumpaankaan joukkoon. Silloin hän alkoi tutkia etnisiä ja eri kulttuurisia ryhmiä ja tutustua näihin. Sairaanhoitajan, maisteritutkinnon ja tohtoritutkinnon suorittamisen aikana hän kiinnostui eri kulttuureista ja kulttuurista ohjausta ja neuvontaa. (Campinha-Bacote 2002, 181; Transcultural C.A.R.E. Associates 2011.)

Campinha-Bacote on psykiatrinen sairaanhoitaja, joten myös tämä kliininen tausta on johtanut hänet tutkimaan kulttuurikompetenssiprosessi mallia (The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services), joka on yhdistelmä transkulttuurista sairaanhoitoa, oppimista ihmisestä, erityisesti eri ihmisryhmien elämäntavoista

sekä monikulttuurista ohjausta ja neuvontaa. (Campinha-Bacote 2002, 181; Transcultural C.A.R.E. Associates 2011.)

Terveydenhuoltohenkilökunta voi käyttää Campinha-Bacoten luomaa kulttuurikompetenssimallia työvälteenä luomaan kulttuurisesti vastaavaa terveydenhuoltoa sekä kehittämään kulttuurikompetenssia (Transcultural C.A.R.E. Associates 2012). Tämän mallin mukaan kulttuurikompetenssi prosessi on jatkuvasti meneillään oleva prosessi. ”It is a process of *becoming* culturally competent, not *being* culturally competent” (Campinha-Bacote 2002, 181).

Terveydenhuollon henkilökunta pyrkii jatkuvasti kehittämään kykyään työskennellä mahdollisimman tehokkaasti potilaan kulttuuriyhteyksissä perheen ja yhteisön kanssa. Tämä malli edesauttaa terveydenhuollon henkilökuntaa kehittymään avoimemmaksi ja vastaanottavemmaksi eri kulttuureja kohtaan. Tämä prosessi sisältää kulttuurisen tietoisuuden, kulttuurisen tiedon, kulttuurisen taidon, kulttuurisen kohtaamisen ja kulttuurisen halun integraatiota. (Campinha-Bacote 2002, 182; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.)

Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssin prosessointimallin viisi perusolettamusta ovat seuraavat:

- Kulttuurinen kompetenssi on prosessi, ei tapahtuma.
- Kulttuurinen prosessointimalli sisältää näitä käsitteitä: kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuuriset kohtaamiset, kulttuurinen taito ja kulttuurinen halu.
- Kulttuurien sisällä on enemmän vaihteluita kuin kulttuurien välillä.
- Terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurisen kompetenssin ja kulttuurisen hoitotyön tuottamisen kyvyn välillä on suoria yhteyksiä.
- Kulttuurinen kompetenssi on olennainen komponentti tuottaessa kulttuurilähtöistä ja kulttuurinmukaista hoitoa eri kulttuuritaustaisia yksilöitä kohtaan. (Campinha-Bacote 2002, 181; Transcultural C.A.R.E. Associates 2011.)

Kulttuurinen tietoisuus on yksilön itse kokemaa ja eräänlainen syvä kartoitus ihmisen omasta kulttuuri- ja ammattitaustasta. Tämä prosessi sisältää omien ennakoasenteiden, ennakkoluulojen ja olettamuksien tunnistamista erilaisia ihmisiä kohtaan. Jos

ihmiset eivät ymmärrä kulttuurin vaikutuksia yksilön elämään, silloin riski on se, että terveydenhuollon henkilökunta ei pysty ymmärtämään ja määrittelemään kulttuuri-kompetenssia ja sen myötä voi yrittää ottaa hallintaansa toista kulttuuria. (Campinha-Bacote 2002, 182; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.) Leininger (1978) toteaa, että kulttuurimäärääminen (cultural imposition) on yksilön pyrkimys tyrkyttää omia uskomuksia, vakaumuksia, arvoja tai käytäntötapoja toisille kulttuureille (Campinha-Bacote 2002, 182).

Kulttuurinen tieto on oppimisprosessin lähtökohta kulttuurin monipuolisuudesta ja etnisistä ryhmistä (Campinha-Bacote 2002; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012). Lavizzo-Moureyin (1996) mukaan tullakseen kulttuuritietoiseksi varsinkin terveydenhuollon henkilökunnan täytyy keskittyä kolmeen pääasiaan. Näitä ovat terveyteen liittyvät uskomukset, vakaumukset, kulttuuriset arvot, tautien esiintyvyys ja sairastavuus sekä hoitokeinojen ja hoitotoimenpiteiden tehokkuus. (Campinha-Bacote 2002.) Asiakkaiden terveyteen liittyvien arvojen ymmärtäminen tarkoittaa asiakkaiden maailmankuvan ymmärtämistä. Asiakkaan maailmankuva selittää, miten hän tulkitsee sairautensa ja miten tämä johtaa hänen ajatuksiansa, tekojansa ja oloansa. (Campinha-Bacote 2002, 182; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.) Tautien esiintyvyys ja sairastavuus etnisten ryhmien keskuudessa on toinen asia, johon terveydenhuollon henkilökunnan pitää keskittyä saadessaan tietoa kulttuureista. Tämä vaatii tietojen etsintää biokulttuurisen ekologian alueelta. Tautien esiintyvyys vaihtelee etnisten väestöryhmien keskuudessa. Terveydenhuollon ammattilaiset, joilla ei ole tarkkaa epidemiologista tietoa hoitopäätöksiensä tekemiseen, seulontaan ja hoito-ohjelmaan, eivät kykene vaikuttamaan myönteisesti terveydenhuollon lopputulokseen. (Campinha-Bacote 2002, 182; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.) Hoitokeinojen tehokkuus on kolmas tärkeä asia kulttuurisen tiedon hankkimisprosessissa. Tämä asia sisältää tietojen hankkimista esimerkiksi etnisestä farmakologiasta. Etninen farmakologia on tutkimusalue, joka tutkii variaatiota lääkeaineidenvaihdunnasta etnisten ryhmien keskuudessa. Kulttuuritietoisuuden hankkimisessa on kriittistä muistaa, että jokainen ihminen on ainutlaatuinen. Siitä syystä terveydenhuollon henkilökunnan täytyy kehittää asioiden hoitamiskykyä jokaisen asiakkaan kohdalla huomioiden tämän kulttuuritaustan. (Campinha-Bacote 2002, 182; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.)

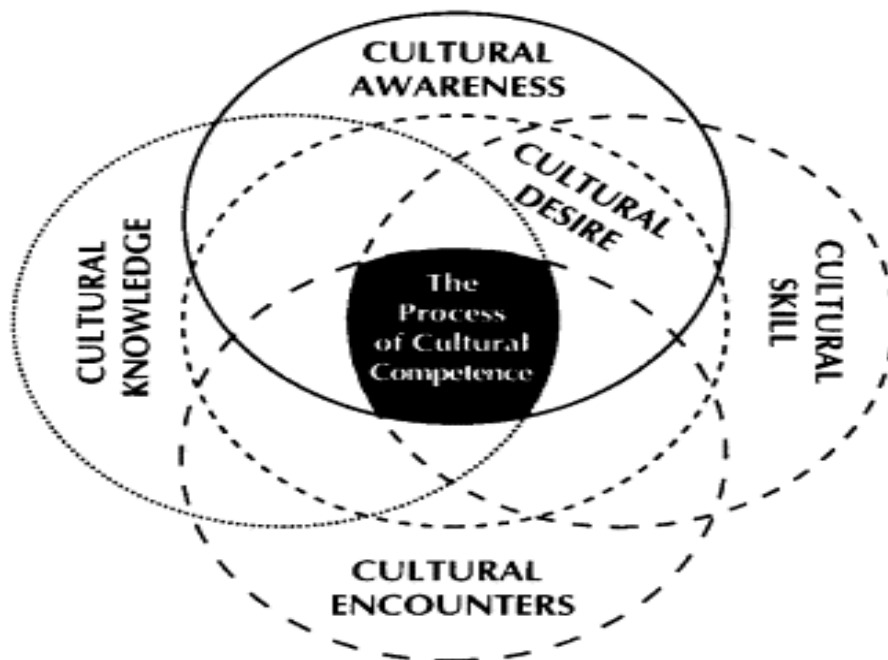
Kulttuurinen taito on kykyä kerätä asiakasta koskevia merkityksellisiä kulttuurisia tietoja, jotka kuvaavat asiakkaan ongelmia ja myös selventävät asiakkaan kulttuuriperusteisia fyysisiä tiloja (Transcultural C.A.R.E. Associates 2012). Kulttuuriset taidot ovat välttämättömiä etnisesti erilaisten asiakkaiden fyysisen tilan arvioinnissa. Terveystieteiden henkilökunnan tulee tietää, miten asiakkaan fyysinen, biologinen ja psyykinen erilaisuus on vaikuttanut arviointiin fyysisestä toimintakyvystä. Erilaisuutta on kehon rakenteissa, ihon väreissä, näkyvissä olevissa fyysisissä ominaisuuksissa ja laboratorioarvojen vaihtelevaisuudessa. (Campinha-Bacote 2002, 182.)

Kulttuurinen kohtaaminen on prosessi, joka rohkaisee terveydenhuollon henkilökuntaa kohtaamaan eri kulttuuritaustaisia ihmisiä avoimesti monikulttuurisessa vuorovaikutuksessa. Suora vuorovaikutus eri kulttuuritaustaisiin ryhmiin parantaa ja muokkaa joitain tietyssä kulttuuriryhmässä esiintyviä ja olemassa olevia arvoja ja vakaumuksia sekä ehkäisee mahdollista stereotypointia, joka saattaa esiintyä tällaisessa tilanteessa. (Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.) Terveystieteiden henkilökunnan tulee olla tietoinen siitä, että vuorovaikutustilanteessa oleminen vain muutaman etnisen ryhmän jäsenen kanssa ei tee terveydenhuollon henkilökunnasta asiantuntijaa kyseisestä ryhmää kohtaan. (Campinha-Bacote 2002, 182; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.) On mahdollista, että kolme tai neljä yksilöä saattaa tai ei saata edustaa terveydenhuollon henkilökunnan kohtaaman spesifisen kulttuuriryhmän uskomuksia, vakaumuksia, arvoja tai käytäntöä (Campinha-Bacote 2002, 182). Kulttuurinen kohtaaminen sisältää asiakkaan kielellisten tarpeiden arviointia. Virallisen tulkin käyttö voi olla tarpeellista tekemään kommunikointi helpommaksi haastatteluprosessin aikana. Ammattitaidottoman tulkin, ystävien tai perheenjäsenien käyttö saattaa aiheuttaa ongelmia johtuen siitä, ettei heillä ole tarpeeksi tietoa lääketieteellisen terminologiasta tai sairauksista ja taudeista. (Campinha-Bacote 2002, 182.)

Kulttuurisen halun tarkoitus on motivoida terveydenhuollon henkilökuntaa tahtomaan ennemmin kuin toimimaan pakosta kulttuuritietoisuusprosessissa (Transcultural C.A.R.E. Associates 2012). Campinha-Bacoten mukaan (1999) ”ihmisiä ei kiinnosta miten paljon tiedät vaan se, miten paljon välität”. Terveystieteiden henkilökunnan tulee puolustaa ja kunnioittaa asiakkaan arvoja, vakaumuksia, uskomuksia ja käytäntöä. (Campinha-Bacote 2002, 183.) Erittäin tärkeää on se, että terveydenhuollon hen-

kilökunnan todellinen motivaatio olisi järjestää hoitoa, joka on kulttuurisesti myönteistä ja vastaanottavaista. Kulttuurisen halun on oltava aitoa intohimoa, avarakatseisuutta ja sopeutuvuutta, jotta voi ymmärtää ja hyväksyä erilaisuutta sekä samankaltaisuutta. (Campinha-Bacote 2002, 183; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.)

Kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen kohtaaminen ja kulttuurinen halu -käsitteiden välillä on toisistaan riippuvainen suhde. Huolimatta siitä, mistä käsitteestä ja milloin terveydenhuollon henkilökunta osallistuu tähän kulttuurikompetenssiin, niiden kaikkien tulee olla läpi käytyjä. (Campinha-Bacote 2002.) Terveydenhuollon henkilökunnan tulisi pyrkiä kulttuurikompetenssi-käsitteiden tasapainoon ja ymmärtää käsitteiden välillä olevien liittymien kuvaavan oikeaa kulttuurikompetenssiin prosessia. Kun käsitteiden liittymäalueet ja keskipiste tulevat laajemmaksi, terveydenhuollon henkilökunta sisäistää syvällisemmin niitä käsitteitä, joista kulttuurikompetenssi on saanut perustansa (kuvio 2). (Campinha-Bacote 2002, 183; Transcultural C.A.R.E. Associates 2012.) Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssimalli on sovellettavissa terveydenhuollon henkilökunnalle käytännön kaikilla alueilla, jotka sisältävät kliinistä hoitotyötä, hallinnollista työtä, tutkimustyötä, kehittämistyötä ja opetusta (Campinha-Bacote 2002, 184).



KUVIO 2. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services (Transcultural C.A.R.E. Associates 2012)

2.3.3 Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapelimalli

On olemassa monia eri teoreettisia malleja, jotka kuvailevat kulttuuria ja kulttuuri-kompetenssia sairaanhoidossa ja terveydenhuollossa. Kulttuurinmukainen hoitotyö 3-D palapelimalli määrittelee tasoja ja rakenteita sekä oletuksia. Tässä kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapeli mallissa esitellään erityisesti käytännöllisiä käsitteitä ja käsitteiden yhteenvetoa uudella tavalla. (Schim ym. 2007, 103.)

Tässä mallissa esitetyistä näkemyksistä osan on luonut Leininger, joka on transkulttuurisen sairaanhoidon perustaja ja kehittäjä. Tämä kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapelimalli laajentaa Leiningerin tekemää työtä sisältäen konkreettisia relevantteja käsityksiä suunnitteluun ja opetukseen liittyen. Lisäksi tämä malli sisältää sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon henkilöiden kulttuurisen osaamisen mittaamisen. (Schim ym. 2007, 105.)

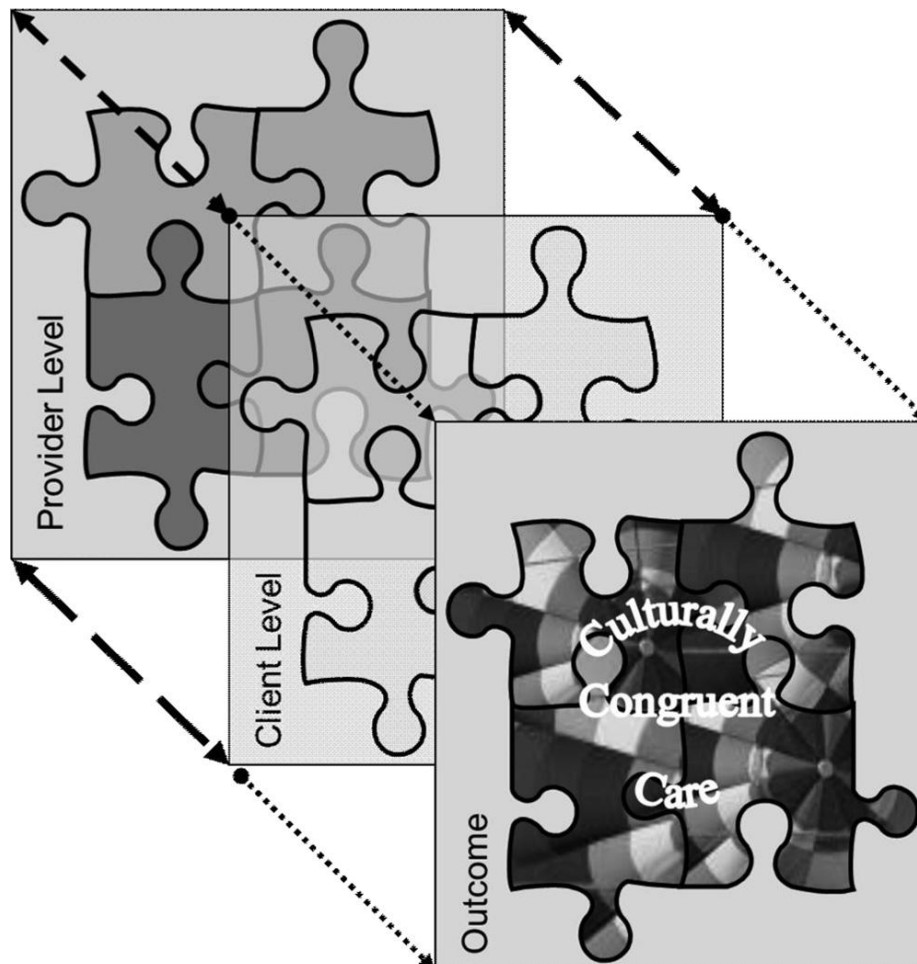
Kulttuurinmukainen hoitotyö on määritelty seuraavanlaisesti: kognitiivisesti kulttuurinen hoitotyö perustuu avustavaan, kannustavaan ja helpottavaan toimintaan ja päätöksiin, jotka soveltavat yksilön, ryhmän tai järjestöjen kulttuurisia arvoja, merkityksiä, vakaumuksia ja elintapoja tukevaan ja hyödylliseen terveydenhoitoon ja hyvinvointipalveluihin (Leininger, 1991, 49).

Kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapelimalli on kuin kuvaa, jota on täydennetty, kuten palapelin palasia (kuvio 3; kuvio 4). Kulttuurinmukainen hoitotyö on jonkinlainen tavoite sekä lopputulos, joka mahdollistuu yhdistämällä palapelin palasia toimivaan vuorovaikutukseen asiakkaan ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä. Kulttuurinmukainen hoitotyö syntyy toimintana asiakkaan ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä tietyissä olosuhteissa ja tiettyinä aikoina. (Schim ym. 2007, 105; Schim & Doorenbos 2010, 259–260.)

Kulttuurinmukainen hoitotyö on kokonaisvaltainen rakennelma, johon on voimakkaasti vaikuttanut neuvottelukokemukset, merkitykset, keskinäiset ymmärrykset ja kunnioitus (Schim ym. 2007, 105). Leiningerin (2002) mukaan kulttuurinmukainen hoitotyö on parhaiten ymmärrettävissä humanistisesta näkökulmasta käyttäen toden-

mukaista (naturalistista) menetelmää tutkimuksissa asiakkaan ja palveluntarjoajan vuorovaikutuksesta (Leininger 2002, 192).

Kulttuurinmukaisen hoidon oletetaan yleensä johtavan kehittyneeseen terveydentilaan ja edullisiin terveyspalveluihin. Kuitenkaan kulttuurinmukaisen hoitotyön ja todellisten hoitotyön tulosten välillä olevaa suhdetta ei ole vielä tutkittu. (Schim ym. 2007, 105.) Terveysthuollon henkilökunnalle tarkoitetun kulttuurisen osaamisen palapelin neljä tärkeintä palaa ovat kulttuurinen monipuolisuus, kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen herkkyys ja kulttuurikompetenssi eli kulttuurinen pätevyys (kuvio 3 Provider Level; kuvio 4) (Schim ym. 2007, 105; Schim & Doorenbos 2010, 260–261).

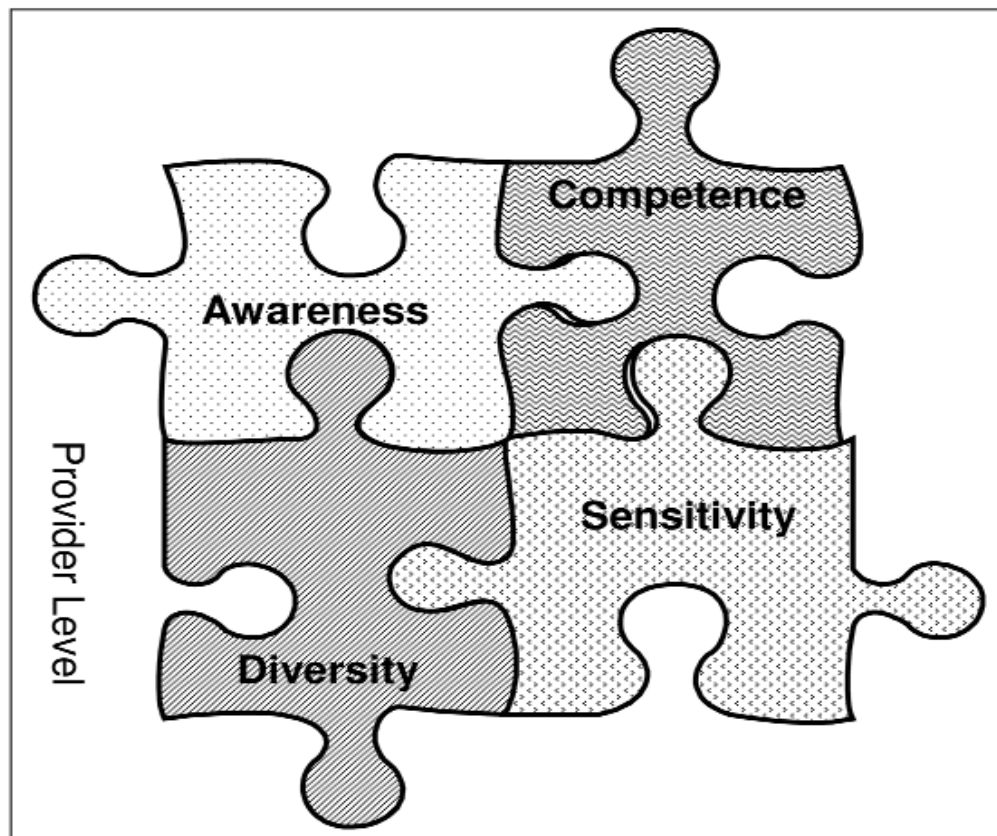


KUVIO 3. Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapeli malli (Schim & Doorenbos 2010, 260)

Tämän mallin ensimmäinen käsite on kulttuurinen monipuolisuus. Yhteneväisyyksiä ja erilaisuuksia ihmisten ja ryhmien keskuudessa on elämän jokaisella alueella. Keskeytyminen monipuolisuuteen on korostanut ryhmien välillä olevaa erilaisuutta, kuten rotua, etnisyyttä, alkuperäiskansallisuutta, sukupolvea, sukupuolta ja sukupuolista suuntautumista. Kulttuurinen monipuolisuus on rakennelma, joka vaihtelee määrältään ja ominaisuuksiltaan mutta jokaisessa tietyssä yhteisössä esiintyy jossain määrin monipuolisuutta. Joissain yhteisöissä on suhteellinen homogeeninen väestö rodun ja etnisyyden kannalta ja joissain yhteisöissä on hyvin erilaisia ryhmiä edustettuina. Jotkin terveydenhuolto - organisaatiot palvelevat yhteisöitä, joissa on sosioekonomisesti ja elämäntavoista johtuen hyvin vähän vaihtelua, ja jotkut organisaatiot palvelevat yhteisöitä, joissa on suurta vaihtelua yhteisön sisällä kulttuurisesti. Kulttuurinmukaisen hoitotyön kehittämisen kannalta terveydenhuollon organisaatioiden ja palvelujen tarkka arvio kulttuurisen monipuolisuuden suhteen on välttämätöntä. Yksittäiset vastuut ja kokemukset vaihtelevat laajasti suhteessa kulttuurin realiteetteihin ja kohdattujen eri kulttuuritaustaisten ihmisten lukumääriin sekä kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen. (Schim ym. 2007, 105–106; Schim & Doorenbos 2010, 261.)

Kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapeli mallin toinen käsite on kulttuurinen tietoisuus, joka on kognitiivinen käsite. Tietoisuuden oletetaan olevan todellisuutta, joka voidaan harkita kapasiteettina tiedon käsittelyprosessiin. Kulttuurinen tietoisuus edellyttää todellisuuden olemassaoloa ja lisäksi tietoa todellisuudesta ja sen tunnistamista. Kulttuuritietoisuuden kannalta usein on ollut ongelma, kun eri kulttuuriryhmien välissä olevat erot ovat epätarkkoja. Kulttuurinen tietoisuus sisältää tietoja alueista, joilla usein esiintyy kulttuurien välisiä suuria eroja. Tällaiset tiedot mahdollistavat yksilölliset kysymykset, joiden avulla saadaan merkityksellisiä vastauksia. Esimerkiksi tiedetään, että uskonnolliset käytännöt yleisesti vaikuttavat ruokailutottumuksiin. Yksilöt voivat kuulua saman uskonnon alla eri ryhmiin, ja sen perusteella ruokailutottumukset ja ruokavaliot voivat myös vaihdella. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee huomioda tällaisia tilanteita ja mieluummin kysellä henkilön yksittäisiä mieltymyksiä ja ruokailutottumuksia kuin olettaa kaiken perustuvan tietyn kulttuuriryhmän samanlaisiin tapoihin. (Schim ym. 2007, 105–106; Schim & Doorenbos 2010, 261.)

Kulttuurinen tietoisuus mahdollistaa niiden näkökulmien tutkimisen, jotka vaikuttavat yksilön käyttäytymiseen, esimerkiksi tutkitaan sitä, miten teknologia, taloudelliset tekijät, merkitykset, elintavat ja uskonto vaikuttavat yksilön mieltymyksiin. Tällaisen tiedon ansiosta terveydenhuollon ammattilainen voi kysellä yksilön ja perheen ruokamieltymyksiä. Ihmisten ja kulttuurien välisessä suhteessa mukavuusvyöhyke voi vaihdella laajasti, joten terveydenhuollon ammattilaisten tulee olla tarkkana ymmärtääkseen epämukavuuden merkkejä ja yrittää saada ihmisten välisessä suhteessa sopivia toimintatapoja. Ymmärrys tämän tyyppisiä mieltymyksiä kohtaan mahdollistaa hoitotyön yksilön, perheen ja yhteisön tarpeisiin kulttuurisesti tarkoituksenmukaisella tavalla. (Schim ym. 2007, 105–107; Schim & Doorenbos 2010, 261.)



KUVIO 4. Terveydenhuollon ammattilaisten kerros Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyön 3-D palapeli mallissa (Schim ym. 2007, 106)

Tämän kulttuurinmukaisen hoitotyön mallin kolmas käsite on kulttuurinen herkkyyys. Kulttuurinen herkkyyys on affektiivinen käsite, joka kuvaa asennetta ja suhtautumista. Kulttuurisen herkkyyden oleelliset käsitteet ovat ihmisten asenne itseään ja muita ihmisiä kohtaan sekä ihmisten avoimuus eri kulttuurien oppimiseen. Tämän mallin kulttuurisen herkkyyden käsite on samanlainen kuin Campinha-Bacoten (2003) kuvaama

kulttuurisen halun käsite, joka on terveydenhuollon henkilökunnan motivaatio ”haluta” osallistua prosessiin tullakseen kulttuurikompetentiksi ja kulttuuritietoiseksi. Keskittyminen kulttuuriseen herkkyyteen on lähestymistä yksilöön tai yhteisöön oppijaroolissa. (Schim ym. 2007, 107; Schim & Doorenbos 2010, 261.) Lesterin (1998) mukaan lähestyttäessä toisia kulttuurisella nöyryyasenteella voidaan osoittaa kulttuurista herkkyyttä kohdellen muita, niin kuin he tahtoisivat itseään kohdeltavan (Schim ym. 2007, 107).

Kulttuurikompetenssi eli kulttuurinen pätevyys on neljäs käsite kulttuurinmukaisen hoitotyö 3-D palapelimallissa. Kulttuurikompetenssi on käyttäytymisen käsite, joka sisältää toimintoja kulttuurisen monipuolisuuden, tietoisuuden ja herkkyyden vastareaktion. Kulttuurikompetenssi on yksilön kykyä osoittaa tiettyjä käyttäytymismalleja käytännössä. Tällaiset käyttäytymismallit sisältävät oppimista kyseessä olevasta kulttuurista, hoidon soveltamista yksilön tarpeisiin ja kulttuurin arvioinnin dokumentointia. Edgen (2002) mukaan kulttuurinen pätevyys on kykyä toimia tehokkaasti ja arvostaa kulttuurista monipuolisuutta ja ihmisiä, jotka ovat erilaisia ja jotka ovat kasvatettu eri tavalla kuin me. Kulttuurinen osaaminen on taitoa, joka mahdollistaa kulttuurisen monipuolisuuden hyväksymisen. (Schim ym. 2007, 107–108.)

Kulttuurikompetenssin kehittämistyön tavoitteena on edistää johdonmukaista ja tarkoituksenmukaista kulttuurisesti pätevää käyttäytymistä. Kulttuurikompetenssin taidot ovat erityisiä kognitiivisia, affektiivisia ja psykomotorisia taitoja, jotka ovat välttämättömiä yksilön ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä olevaan kulttuurin mukaisen hoitotyöhön. (Schim ym. 2007, 107–108; Schim & Doorenbos 2010, 261.)

Kulttuurikompetenssi muuttuu yksilöllisen monimuotoisuuden myötä, kuten lisäämällä tietoisuutta ja herkkyyttä sekä laajentamalla kykyä ja oppimistaitoja. Kulttuurikompetenssin tasoa kuvaillaan terveydenhuollon ammattihenkilön kulttuurisen osaamisen laajuudella ja syvyydellä. Osaamisen laajuus viittaa terveydenhuollon ammattilaisen kulttuurisen osaamisen käyttäytymiseen eri ryhmien ja yksilöiden monipuolisuutta kohtaan. Osaamisen syvyys viittaa kokonaisvaltaisuuteen, jolla tietyt ryhmät ja yksilöt ymmärretään käyttäen kulttuurisesti päteviä käyttäytymismalleja tehokkaasti. Ei ole kuitenkaan realistista odottaa, että jokainen terveydenhuollon ammattilainen tulisi aina

olemaan täysin pätevä toimimaan eri kulttuuritaustaisten ihmisten kanssa. Kulttuurinmukaisen hoitotyön palapelin kokoamiseksi terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava kulttuurinen nöyryys ja kulttuurikompetenssi määrittelemään kulttuurista laajuutta ja syvyyttä, vertailemaan henkilökohtaista kehittymistä ja vastaamaan yksilön tarpeisiin. (Schim ym. 2007, 107–108; Schim & Doorenbos 2010, 261.)

3 KULTTUURIKOMPETENSSIA TUKEVAT OPINNOT TERVEYSALALLA

Hoitotyön koulutusohjelma valmistaa opiskelijoita sairaanhoitajaksi sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnolla. Koulutus kestää noin 3,5 vuotta, ja koulutus on kokonaan 210 opintopistettä. (Hoitotyön koulutusohjelma 2011.)

Hoitotyön koulutusohjelman tarkoitus on kouluttaa ja kehittää opiskelijoita olemaan terveysalan ammattilaisia ja työnsä osaavia, tieteellisesti ja eettisesti ajattelevia, uusia luotettavia tietoja etsiviä, työn laatuaan ja uusia tietoja tutkivia sairaanhoitajia. Koulutus antaa valmiudet työskennellyn sairaanhoitajan tehtävissä kotimaassa tai ulkomailla sekä julkisella, yksityisellä tai kolmannella sektorilla. (Hoitotyön koulutusohjelma 2011.) Koulutusohjelmakohtaiset osaamisalueet sisältävät terveyden edistämisen ja ylläpitämisen osaamista, perus- ja erikoissairaanhoidon osaamista, teknologiaosaamista, asiakkuus- ja ohjaamisen osaamista, eettisen päätöksenteonosaamista ja kansainvälisyysosaamista. (Hoitotyön koulutusohjelma 2011.)

Valmistumisvaiheessa opiskelijat ovat valmiina toimimaan eri -ikäisten ja eri kulttuuritaustaisten ihmisten sekä erilaisten yhteisöjen terveysvalmentajina. Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampuksella Savonlinnassa on myös mahdollisuus suorittaa kaksoistutkinto hoitotyön koulutusohjelmassa. Kaksoistutkinto mahdollistaa pätevyyden toimia sairaanhoitajana myös Euroopassa ja Yhdysvalloissa. (Hoitotyön koulutusohjelma 2011.)

Opinnot sisältävät perusopintoja ja pakollisia ammattiopintoja, vaihtoehtoisia ammattiopintoja, vapaasti valittavia opintoja, harjoitteluja ja opinnäytetyötä.

Perusopinnot tukevat ja vahvistavat opiskelijan projektiosaamista, viestintätaitoja, kielitaitoa sekä kansainvälisyysosaamista. (Hoitotyön koulutusohjelma 2011.)

Pakollisista ammattiopinnoista hoitotyön perusteissa olennaista on ihmisen hoitamisen perusvalmiuksien oppiminen. Opiskelija omaksuu opiskelemalla hoitokulttuuria suomalaisen kulttuurin osana. Hoitotyön kehittäminen ja tutkiminen - opinnot tukevat opiskelijaa tutkimiseen ja kehittämiseen, ja niiden ohella myös opinnot rohkaisevat opiskelijaa lukemaan ja käyttämään suomenkielisten lähteiden lisäksi vieraskielisiä lähteitä. Englanninkielinen Community Health Nursing and International Competence - opintojaksossa opiskelijat kehittävät tietoisuuttaan ja ymmärrystään kulttuureista tarkastellen kulttuuria globaalista näkökulmasta. Opiskelijoilla on mahdollisuus suorittaa vapaasti valittavia opintoja omassa ammattikorkeakoulussa tai muissa koti- ja ulkomaisissa tiede- sekä ammattikorkeakouluissa. (Hoitotyön koulutusohjelma 2011.)

Sairaanhoitajan tutkinto sisältää ohjatut harjoittelut, joista osa on mahdollista suorittaa ulkomailla. Harjoittelu täyttää yleissairaanhoidosta annetut EU - direktiivit. Kansainvälisissä opinnoissa opiskelijalla on tilaisuus osallistua kansainväliseen opiskeluun. Erilaiset kulttuurit, englanninkieliset opinnot sekä erilaiset projektit ja tapahtumat vaikuttavat edullisesti kansainvälisyysosaamisen kehitykseen, ja ulkomailla suoritettut tutkinnot antavat opiskelijoille monikulttuurista kokemusta. (Hoitotyön koulutusohjelma 2011.)

Ulkomailta tulevat vaihto-opiskelijat luovat monikulttuurista ja aidosti kansainvälistä opiskeluilmapiiriä, ja myös ulkomaalaiset opettajat sekä asiantuntijat johtavat opiskelijoita kansainvälisen erityisosaamisen oppimiseen. Opiskelija voi suorittaa osan opinnoistaan ulkomailla opiskelijavaihtona tai työharjoitteluna sekä osallistumalla vieraskieliseen opetukseen. Lisäksi opiskelija voi osallistua muihin kansainvälisiin projekti-, tutkimus- ja kehittämishankkeisiin sopimuksen mukaisesti. (Liite 2; Hoitotyön koulutusohjelma 2011.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssia. Tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksista ja kulttuuriosaamistaidoista kohdattaessa eri kulttuuri-

taustaisia ihmisiä. Tällä tutkimuksella pyritään selvittämään opiskelun aikana kulttuurikompetenssin kehitystä. Tutkimuksen taustatietolomakkeen avulla voidaan kartoittaa iän, sukupuolen, aiempien koulutuksien, kansanvälisiin opiskeluohjelmiin osallistumisen ym. vaikutukset kulttuurikompetenssiin sekä voidaan vertailla eri kulttuuritaustaisia ihmisiä kohdanneiden opiskelijoiden kulttuurikompetenssia muihin opiskelijoihin.

4.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset ovat

1. Kuinka sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssitaso kehittyy opiskelun edistyessä?
2. Millä tasolla on sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurinen tietoisuus ja herkkyys?
3. Millä tasolla on sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttäytymisen kompetenssitaso?
4. Kuinka kielen / kielten osaaminen ja aiemmat kulttuuriset kokemukset vaikuttavat kulttuurikompetenssitason?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄ

Tämän opinnäytetyön kyselylomake pohjautuu amerikkalaisen Stephanie Myers Schimin ym. (2003) tekemään kulttuurikompetenssia käsittelevään tutkimustyöhön ja hänen laatimaansa kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeeseen on lisätty taustatietolomake, jonka kysymykset pohjautuvat kirjallisuuteen.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä tutkimustyössä on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä tarkoittaa nimensä mukaan määrällistä tutkimusmenetelmää (Kananen 2008, 10). Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla (Anttila 2006, 233).

Kvantitatiivinen tutkimus määrittelee ja tulkitsee yhteiskuntailmiöitä tieteen mukaisesti kehittämällä mahdollisimman tarkkoja mittausmenetelmiä ja keräten tutkimusaineistot edustavista otoksista sekä käsitellen tutkimusaineistoja tilastotieteen menetelmin johtopäätösten tekemiseksi (Anttila 2006, 233–234). Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen vastaajien edellytetään edustavan koko perusjoukkoa. Tutkimustulosten voidaan katsoa siis edustavan koko kohderyhmää. (Kananen 2008,10; Tilastokeskus 2013.)

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu tutkimusaineiston mitattavissa olevien suhteiden tarkasteluun. Aineistoista luodaan erilaisia muuttujia ja luokituksia mitattavissa olevia suhteita varten. Kvantitatiivinen tutkimus hyödyntää suuria tutkimusaineistoja, edustavia väestöotoksia ja tilastoja sisältäviä menetelmiä tutkimusaineiston analysoinnissa. (Anttila 2006, 233–234.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään suureen yleistettyyteen (Kananen 2008, 10). Tutkijan osuutta tutkimustuloksissa ei yleensä pidetä kovin tärkeänä, esimerkiksi jossain tutkimuksessa tutkimusaineisto voitaisiin hankkia kyselylomakkeella ilman haastattelua (Viestintätieteellinen tutkimus 2013).

Kohderyhmän suuruus tuki myös päätöstä käyttää kvantitatiivista tutkimusmenetelmää tässä tutkimustyössä. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä kyselyn tulosten havainnollistaminen onnistuu hyvin taulukoiden, kuvioiden ja graafisten esitysten avulla.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuskyselyn kohderyhmäksi eli populaatioksi on valittu Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampuksen ensimmäisen, toisen ja kolmannen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijat. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa 3,5 vuotta kestävänsä sairaanhoitajakoulutuksen aikana sairaanhoitaja opiskelijoiden kulttuurikompetenssin kehittymistä. Tämän vuoksi on päätetty valita kohderyhmäksi kolmen eri lukuvuoden opiskelijat, jolloin saadaan paras mahdollinen kuva sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssin kehittymisestä opiskelun aikana.

5.3 Kyselylomakkeen laadinta

Kvantitatiiviselle tutkimusmenetelmälle määritellyn kysymyslomakkeen käyttö valmiilla vastausvaihtoehdoilla on hyvin ominaista (Viestintätieteellinen tutkimus 2013). Tämän tutkimustyön kyselylomake pohjautuu amerikkalaisen Stephanie Myers Schimin ym. (2003) tekemään kulttuurikompetenssia koskevaan tutkimustyöhön ja hänen laatimaansa kyselylomakkeeseen. Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen selvittämisen jälkeen on otettu yhteyttä tutkijaan kyselylomakkeen käyttö lupaa varten. Schimilta saadun luvan mukaan voidaan käyttää kyselylomaketta alkuperäisenä vaihtamatta tai muuttamatta mitään lukuun ottamatta taustaan liittyvien kysymyksien poistoa ja kysymystä yhdeksän, joka on selitetty seuraavasti. Kyselylomakkeen laatineilta saadun luvan mukaan kysymyksessä 9 ”Language barriers are the only difficulties for recent immigrants to the USA.” ”USA” -sana on vaihdettu sanaksi ”Finland”. (Liite 5.)

Kyselylomakkeen ensimmäinen osio on taustatietolomake, jonka olen luonut suomen kielellä. Taustatietolomakkeeseen on valittu sellaiset kysymykset, jotka vaikuttavat yksilön kulttuuriseen osaamiseen, kuten kysymykset kulttuurisesta kokemuksista ”Oletko koskaan osallistunut kansanvälisiin opiskeluohjelmiin?” tai ”Oletko koskaan kohdannut eri kulttuuritaustaisia asiakkaita harjoittelussa/ kesätyössä/ työssä? ”.

Kyselylomakkeen tämä osio sisältää vaihtoehdot antavia eli suljettuja kysymyksiä, sekamuotoisia kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen taustatietolomakkeen mukaan voidaan kartoittaa iän, sukupuolen, aiempien koulutuksien, kansanvälisiin opiskeluohjelmiin osallistumisen, kielen osaamisen, kulttuurisen halun, kulttuurisen kohtaamisen ym. vaikutukset kulttuuriosaamiseen sekä voidaan vertailla eri kulttuurisia ihmisiä kohdanneen opiskelijoiden kulttuurikompetenssia muihin opiskelijoihin. (Liite 4.)

Tämä kulttuurikompetenssikyselylomakkeen toinen osio on Schimin ym.(2003) laatima mittari, jolla pyritään osoittamaan kulttuurikompetenssia terveydenhuollon ammattilaisten ja henkilökunnan keskuudessa. Tämän kulttuurikompetenssin arviointi (Cultural Competence Assessment- CCA) -mittarin komponentit ovat totuus, tieto, asenne ja käyttäytyminen. Kulttuurikompetenssin arviointi - mittaria johtaa monitieteinen terveydenhoitotyöryhmä. Kulttuurikompetenssi arviointi - mittari on toimiva työkalu

mittamaan kulttuurista osaamista populaatioissa, jossa on monenlaisia eri koulutus-tasojia ja erilaisia kulttuuritaustoja. (Schim ym. 2003, 29–40.)

Käsitteiden validiteettia tukee merkittävästi laajalti käytetty terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurikompetenssin prosessin arviointiluettelo (Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Health care Professionals- IAPCC).

Tämä IPACC -instrumentti on peräisin Campinha-Bacoten (2002) kulttuurikompetenssi prosessimallista, joka on suunniteltu käytettäväksi hoitotyön yhteisössä, kuten sairaanhoitajien, hoitotyön opiskelijoiden ja hoitotieteen tiedekuntien keskuudessa. Tämä instrumentti sisältää Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssin prosessimallin käsitteisiin liittyviä kysymyksiä kuten kulttuurisen tietoisuuteen, kulttuurisen tietoon, ja kulttuurisen taitoon, kulttuuriseen kohtaamiseen ja kulttuuriseen haluun liittyviä kysymyksiä.

Kulttuurinen tietoisuus on käsitys ja ymmärrys omista ennakkoluuloista muita kohtaan ja tietoisuus omasta kulttuurista. Kulttuurinen tieto viittaa tietojen etsimiseen muista kulttuureista sekä ymmärtämään arvo-, uskonto-, vakaumus- ja näkemyskäsitteiden vaikutuksia terveyteen, sairauteen ja hoitoon. Kulttuurinen taito tarkoittaa kulttuurin perustuvien tietojen arviointikykyä, jota käytetään tehtäessä fyysistä tai hengellistä arviointia eri kulttuuritaustaisen yksilön tilasta. Kulttuurinen kohtaaminen viittaa mahdollisuuteen saada kokemusta kasvatusten asioinnista eri kulttuuritaustaisen yksilön kanssa. Kulttuurinen halu tarkoittaa aitoa kiinnostusta ja motivaatiota osallistua kulttuurikompetenssin kehittämisprosessiin. (Campinha-Bacote 2002,182–183.)

Kulttuurikompetenssin arviointi - mittari koostuu 45 eri kysymyksestä, josta kuusi kysymystä oli kulttuurikokemuksiin perustuvia taustatietokysymyksiä. Käyttäessäni kyselyä olen poistanut taustatietokysymykset ja laatinut itse taustatietolomakkeen. Kulttuurikompetenssi arviointi -mittarin muut kysymykset sisältävät kulttuurista tietoisuutta, kulttuurista herkkyyttä ja kulttuurisen osaamisen käyttäytymistä. Vastaaja saa valita vain yhden vaihtoehdon. Jos vastaaja on epävarma tai vastaajalla ei ole mielipidettä asiasta, vastaaja on valinnut vaihtoehdot ”ei käsitystä” tai ”en ole varma”. Kyselylomakkeessa ei ole olemassa ”oikeita” tai ”väriä” vastauksia. (Schim ym. 2003, 29–40.) (Liite5).

Kulttuurikompetenssin arviointi -mittari sisältää 39 kysymystä lopullisena versiona, joka jakaantuu neljään eri teemoihin. Teemat ovat sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioima kulttuurikompetenssitaso kohdattaessa eri kulttuuritaustaisia ihmisiä (kysymys 1). Kyselylomakkeen toinen teema on kulttuurinen tietoisuus ja herkkyyys, joka sisältää 11 kysymystä (kysymykset 2–12). Kyselylomakkeen kolmas teema on käyttäytymiskulttuurikompetenssitaso, joka sisältää 14 kysymystä (kysymykset 13–26). Kyselylomakkeen neljäs teema on sosiaalisen suotavuuden asteikko, joka sisältää 13 kohdetta (kysymykset 27–39). (Liite 5.)

Kulttuurikompetenssin arviointi - mittarin lopussa oleva sosiaalisen suotavuuden asteikko on valittu kuvaamaan olennaisia näkökohtia yleisestä kulttuurin tuntemuksesta, joka ei riipu aiemmasta kulttuurikokemuksesta. Vastausehtona on ”totta” tai ”perätön” -tyyppistä vaihtoehtoja. (Schim ym. 2003, 29–40.) (Liite 5.)

5.4 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeella. Tutkimusaineiston keräämisessä alkuperäinen suunnitelma oli käyttää Webropol -ohjelmaa, mutta tutkimuksen toteutusvaiheessa aineisto on kerätty paperiversiona.

Otanta on suoritettu tasaisesti valitsemalla kolmen eri lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoita: vasta-aloittaneet sairaanhoitajaopiskelijat, toisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijat ja kolmannen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijat. Otanta on tehty sattumanvaraisesti eri ryhmien lukujärjestyksestä. Aineisto on kerätty oppituntien aikana ja niin vastausprosentti on 100, vastauksia on saatu 58 kappaletta. Vastauksia on saatu riittävästi, jotta tutkimustyö tulee olemaan luotettava.

Tutkimusaineisto on analysoitu Webropol -ohjelmaa käyttäen. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen tulokset ovat käsitelty teemoittain, ei erillään kysymyskohtaisesti. Tutkimusaineiston analysoinnissa on käytetty Schimin ym. (2003) laatima koodausmenetelmää, jossa kulttuurikompetenssin kannalta oikeat vastaukset olivat saaneet korkeita pisteitä. Koodauksen jälkeinen suurempi luku tarkoittaa suurempaa kulttuurikompe-

tenssitasa. ”Ei käsitystä” vaihtoehto ei laskettu koodauksessa. Koodauksessa vastausvaihtoehtojen mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioima kulttuurikompetenssitaso vaihtelee 1–5 välillä. Muuten kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden sekä myös käyttäytymisen kulttuurikompetenssitaso vaihtelee 1–7 välillä. (Liite 6.) Tutkimustulokset ovat esitetty Excel -taulukkoina ja kuvioina.

5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tutkimustyön tarkoituksena on saada tutkimustyön tuloksista tarkoituksen- ja totuudenmukaista sekä luotettavaa tietoa tutkimukseen. Tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta voidaan arvioida määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. (Kananen 2008, 79–84.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan analyysin tarkoituksen- ja johdonmukaisuutta sekä tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta, ei -sattumavaraisuutta. Tavoitteena on saada samansuuntaisia tuloksia samoja keinoja käyttäen. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmää ja erityisesti aineiston analyysimittaria, jonka tarkoituksena on mitata haluttuja asioita. Tämä tarkoittaa sitä, että on valittava oikea tutkimusmenetelmä, oikeanlainen aineiston analyysimittari ja oikeiden asioiden mittaaminen. (Kananen 2010, 128–129.)

Opinnäytetyön luotettavuutta ja pätevyyttä on arvioitu koko opinnäytetyön prosessin ajan käyttäen opinnäytetyössä erilaisia teorioita, näkökulmia ja ajantasaisia luotettavia lähteitä sekä tutkimuksessa erilaisia näkökulmia ja analyysimenetelmiä. Luotettavuus ja pätevyys on huomioitu jo opinnäytetyön alusta saakka muun muassa tarkan dokumentoinnin ja käsitteiden määrittämisen avulla. (Tilastokeskus 2007, 45.) Kyselylomakkeen englanninkielisyys on luonut haasteita vastaajille. Monille vastaajille oli ollut kielivaikeuksia ymmärtämiseen kysymyksiä. Vastaajat eivät välttämättä olleet ymmärtäneet lomakkeen kaikkia kysymyksiä. Tämä heikottaa tutkimustulosten luotettavuutta.

Eettisyys on huomioitu tässä opinnäytetyössä tarkasti. Otannassa vastaajien anonymiteetti on huomioitu, joten vastaajat vastasivat kyselyyn nimettömänä. Vastaajille on

kerrottu sekä myös kyselylomakkeen saatekirjeeseen on laitettu tutkimuksen tarkoituksista ja korostettu, ettei tutkittavien vastauksia käytetä muuhun tarkoitukseen kuin vain tähän tutkimukseen ja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyys paljastu. Tutkimustyön kohderyhmästä jokainen sai valita vapaaehtoisesti kyselyyn osallistumisen. Osallistujia on pyydetty vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti. Kyselyyn vastaamista rohkaistiin kertomalla, että kyselylomakkeessa ei ole olemassa ”oikeita” tai ”väärää” vastauksia.

6 TUTKIMUKSTULOKSET

6.1 Tutkimuskyselyyn osallistuneiden taustatiedot

Opinnäytetyön tutkimuskyselyyn osallistui yhteensä 58 (n=58) sosiaali- ja terveysalan sairaanhoitajaopiskelijaa Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampukselta hoitotyön koulutusohjelmasta. Osallistuneista suurimman osan ikä vaihteli 19–24 vuotiaan välillä; 13 opiskelijaa oli 21-vuotiaita ja 18 opiskelijaa 19–20-vuotiaita. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Vastaaajien ikäjakauma (n=58)

Ikä	Opiskelijoiden määrä	Prosenttimäärä
19–24	51	88,0 %
25–29	5	8,6 %
30 ja yli	2	3,4 %
Yhteensä	58	100 %

Suurin osa vastaajista oli aloittanut sairaanhoitajaopintonsa kevätlukukaudella vuonna 2013 (n=21) tai kevätlukukaudella vuonna 2011 (n=19), ja osa osallistuneista oli aloittanut sairaanhoitajaopintonsa kevätlukukaudella 2012 (n=18). Suurin osa osallistuneista (36 %) oli vasta aloittanut opiskelunsa ja osa (31 %) oli opiskellut vuoden ajan. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Sairaanhoidajaopiskelijoiden määrä opiskelujen aloitusvuoden mukaan (n=58)

Opiskelujen Aloitusvuosi	Sairaanhoidajaopiskelijoiden määrä	Prosenttimäärä (%)
Kevät 2011	19	31,8 %
Kevät 2012	18	31 %
Kevät 2013	21	36,2 %
Yhteensä	58	100 %

Opinnäytetyön kyselyyn osallistui yhteensä 58 opiskelijaa (n=58), joista miessairaanhoidajaopiskelijoita oli 14 ja naissairaanhoidajaopiskelijoita 44. Ensimmäisen lukuvuoden opiskelijoista (n=21) 7 oli miessairaanhoidajaopiskelijaa ja 14 naissairaanhoidajaopiskelijaa. Toisen lukuvuoden opiskelijoista (n=18) 4 oli miessairaanhoidajaopiskelijaa ja 14 naissairaanhoidajaopiskelijaa. Kolmannen lukuvuoden opiskelijoista (n=19) 3 oli miessairaanhoidajaopiskelija ja 16 naissairaanhoidajaopiskelijaa. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Vastaajien sukupuoli (n=58)

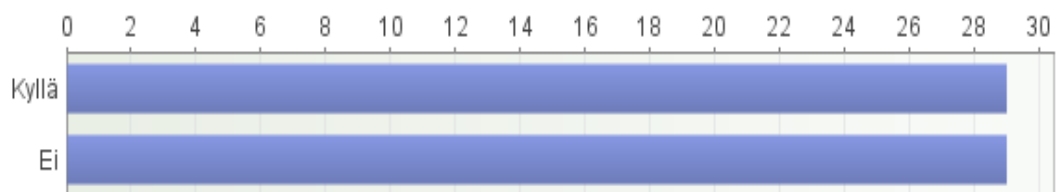
Sukupuoli	1.lukuvuoden opiskelijat	2.lukuvuoden opiskelijat	3.lukuvuoden opiskelijat	Yhteensä
Nainen	14 (24,1 %)	14 (24,1 %)	16 (26,8 %)	48 (75,9 %)
Mies	7 (12,1 %)	4 (6,9 %)	3 (5,0 %)	14 (24,1 %)
Yhteensä	21 (36,2 %)	18 (31 %)	19 (31,8 %)	58 (100 %)

Kyselyyn osallistuneista suurimman osan aikaisempi koulutus oli lukio 69 % (n=40), toiseksi suurimman osan aikaisempi koulutus oli ammattikoulu/ammattiopisto 36,2 % (n=25) ja osalla aikaisempi koulutus oli ammattikorkeakoulu 3,4 % (n=2) ja yliopisto 1,7 % (n=1). Kyselyyn osallistuneista yhdeksällä sairaanhoidajaopiskelijalla oli lähihoitajan tutkinto, kolmella sairaanhoidajaopiskelijalla oli merkonomitutkinto, kahdella

sairaanhoitajaopiskelijalla oli tradenomitutkinto ja kahdella sairaanhoitajaopiskelijalla oli catering -alan tutkinto.

Kaikista kyselyyn osallistuneista 96,6 % (n=56) oli ollut ulkomailla, ja 3,4 % (n=2) ei ollut koskaan käynyt ulkomailla. Ulkomailla olleista suurin osa oli käynyt ulkomailla erityisesti lomailun vuoksi ja muut opiskelun, työn, työharjoittelun tai harrastuksien vuoksi. Osallistuneista 10 opiskelijaa (17,2 %) oli osallistunut kansanvälisiin opiskeluohjelmiin, jotka sisältävät lukiossa, ylä-asteella ja aiemmassa koulutuksessa tapahtuneita opiskelijavaihto-ohjelmia sekä intensiivisiä kursseja, kuten kielikursseja. Suurin osa vastaajista 82,8 % (n=48) ei ollut osallistunut kansanvälisiin opiskeluohjelmiin. Vastaajista vain yhdellä sairaanhoitajaopiskelijalla oli kokemusta kansanvälisten opiskelijoiden tuutoroinnista (kv -tuutor).

Puolet (50 %) kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajaopiskelijoista oli tehnyt ryhmätyötä monikulttuurisessa tiimissä, kuten vaihto -opiskelijoiden kanssa eettistä pohdintaa tai ryhmätehtävää, ryhmäkeskustelua ja PowerPoint -esityksen valmistamista. 29 opiskelijaa (50 %) ei ollut tehnyt ryhmätyötä monikulttuurisessa tiimissä. (Kuvio 5.)

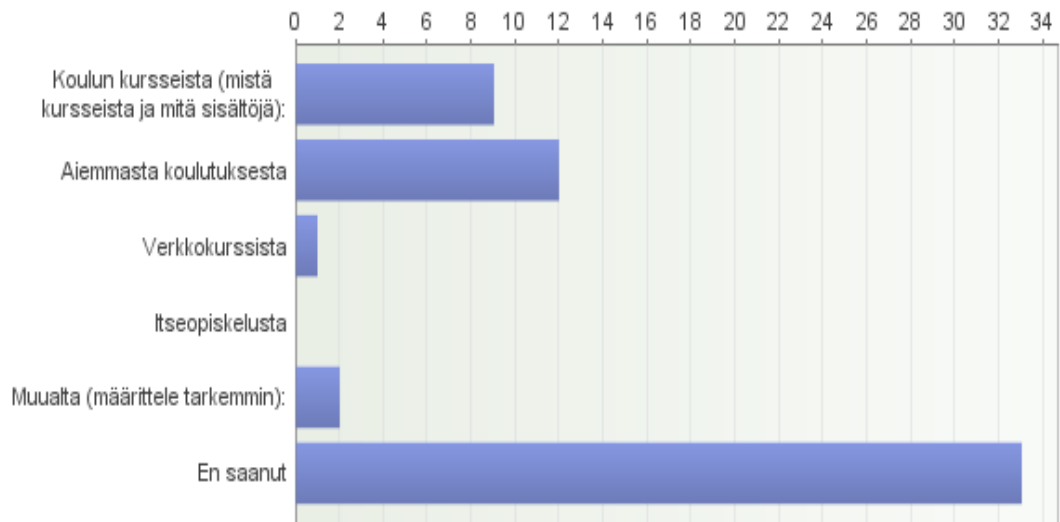


KUVIO 5. Oletko koskaan tehnyt ryhmätyötä monikulttuurisessa tiimissä? (n=58)

Kielen osaamisesta kysyttäessä kaikki osallistuneet (n=58) olivat vastanneet osaavansa englantia, ja 48 opiskelijaa (82,8 %) englannin kielen lisäksi ruotsia. Osallistuneista opiskelijoista 19 % oli vastannut osaavansa saksaa, 10,3 % venäjää, 10,3 % ranskaa, 5,2 % italiaa ja 5,2 % espanjaa. Vastaajista 97,4 % oli vastannut joskus käyttäneensä englantia työharjoittelussa, 15,4 % ruotsia ja 7,7 % venäjää.

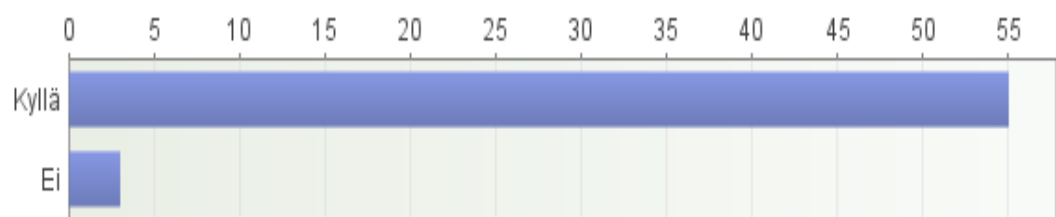
Kyselyyn osallistuneista suurin osa 57,9 % (n=34) oli vastannut, ettei ollut saanut teoreettista tietoa kulttuurikompetenssista. Muut opiskelijat olivat saaneet teoreettista

tietoa koulun kursseista 15,8 %, kuten Community Health -kurssista, Global Health -kurssista ja kielten opinnoista. Vastaajista 20,7 % (n=12) oli saanut teoreettista tietoa kulttuurikompetenssista aiemman koulutuksen kursseista, kuten kulttuurituntemus-kurssista, Eurooppa-opinnoista, kulttuurien välisen vuorovaikutus -kurssista. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Mistä olet saanut teoreettista tietoa kulttuurikompetenssista? (n=58)

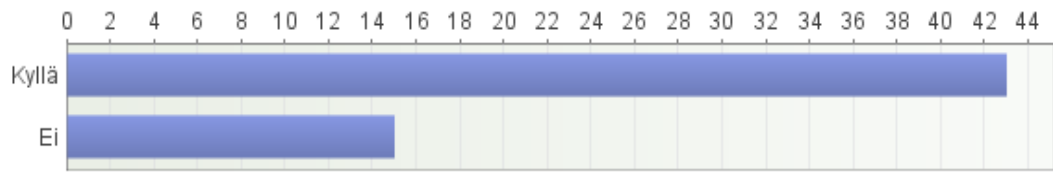
Kulttuurisesta kohtaamisesta kysyttäessä 55 opiskelijaa (94,8 %) oli kohdannut eri kulttuuritaustaisia asiakkaita harjoittelussa /kesätyössä /työssä, ja 3 opiskelijaa (5,2 %) ei ollut kohdannut eri kulttuuritaustaisia asiakkaita (kuvio 7).



KUVIO 7. Oletko koskaan kohdannut eri kulttuuritaustaisia asiakkaita harjoittelussa /kesätyössä /työssä? (n=58)

Kyselyyn osallistuneista suurimmalla osalla (n=43) oli eri kulttuuritaustaisia ystäviä ja vastaajista pienemmällä osalla (n=15) ei ollut (kuvio 8). Sairaanhoitajaopiskelijoiden eri kulttuuritaustaisten ystävien määrä vaihteli 1:n ja 30:n välillä. Eri kulttuuritaustai-

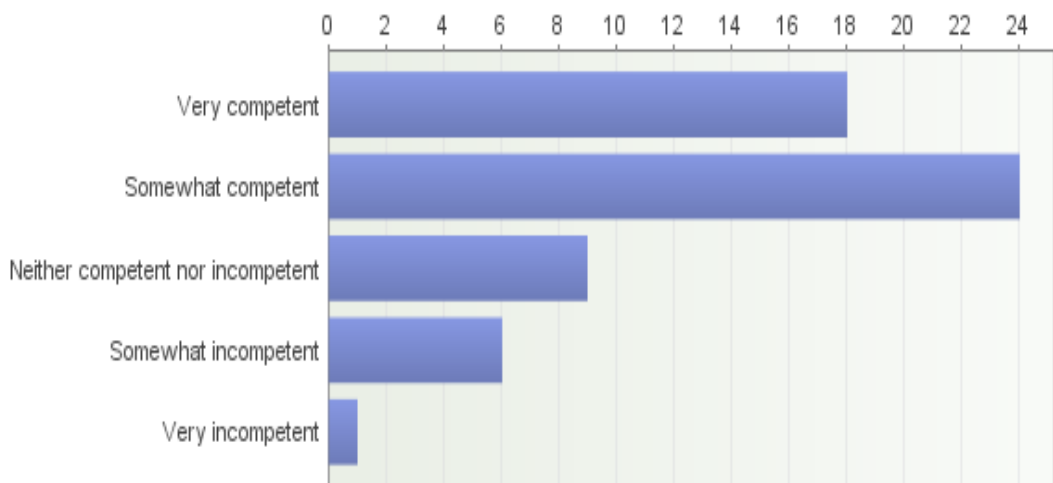
set ystävät olivat usein Euroopasta ja Yhdysvalloista, sekä muutamat olivat Afrikan maista, Intiasta, Venäjältä.



KUVIO 8. Onko sinulla ystäviä, jotka ovat eri kulttuuritaustaisia? (n=58)

6.2 Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssi

Tutkimuskyselyyn osallistuneista 31,0 % (n=18) oli vastannut olevansa kulttuurisesti pätevä, mutta suurin osa 41,4 % (n=24) oli vastannut olevansa jokseenkin pätevä ja 15,5 % (n=9) ei osannut sanoa. Tämä osoittaa sitä, että sairaanhoitajaopiskelijoista suurin osaa tuntee itsensä kulttuurisesti jonkin verran päteväksi. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssi taso (n=58)

Taulukko 4 esittää osallistuneiden itsearvioiman kulttuurikompetenssin tason opiskelun aikana. Tässä taulukossa nähdään ensimmäisen, toisen ja kolmannen lukuvuoden opiskelijoiden vastaukset erillään. Ensimmäisen lukuvuoden opiskelijoista suurin osa (n=12) oli vastannut olevansa jokseenkin pätevä, toisen lukuvuoden opiskelijoista myös suurin osa (n=8) oli vastannut olevansa jokseenkin pätevä (n=8) ja kolmannen lukuvuoden opiskelijoista suurin osa (n=7) oli vastannut

olevansa erittäin pätevä. Vain yksi kolmannen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelija oli arvioinut olevansa erittäin epäpätevä. Koodauksen mukaan erittäin pätevä -vaihtoehdon valinneet saavat 5 pistettä, jokseenkin pätevä -vaihtoehdon valinneet saavat 4 pistettä, en osaa sanoa -vaihtoehdon valinneet saavat 3 pistettä, jokseenkin epäpätevä -vaihtoehdon valinneet saavat 2 pistettä ja erittäin epäpätevä -vaihtoehdon valinneet saavat 1 piste. (Liite 6.) Koodauksen mukaan ensimmäisen lukuvuoden opiskelijoiden kokonaispistemäärä on 83, toisen lukuvuoden opiskelijoiden 72 ja kolmannen lukuvuoden opiskelijoiden 83. Kun jaetaan kokonaispistemäärä osallistuneiden määrällä, tulee esille, että ensimmäisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioima kulttuurikompetenssin tason keskiarvo on 3,95, toisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoiden 4,0 ja kolmannen lukuvuoden opiskelijoiden 4,37 (taulukko 4). Kaikkien kyselyyn osallistuneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioima kulttuurikompetenssin tason keskiarvo on 4,10, joka tarkoittaa sitä, että sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet itsensä jokseenkin päteviksi kulttuurikompetenssin kannalta.

TAULUKKO 4. Sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioima kulttuurikompetenssi-taso sairaanhoitajaopiskelun aikana

Koodaus		1.lukuvuosi	2.lukuvuosi	3.lukuvuosi	Yhteensä
5	Erittäin pätevä	5	6	7	18
4	Jokseenkin pätevä	12	8	4	24
3	En osaa sanoa	2	2	5	9
2	Jokseenkin epäpätevä	2	2	2	6
1	Erittäin epäpätevä	0	0	1	1
Yhteensä		21	18	19	58
Koodauksen mukaan kokonaispistemäärä		83	72	83	238
Keskiarvo		<u>3,95</u>	<u>4,0</u>	<u>4,37</u>	<u>4,10</u>

Tutkimuksessa oli tärkeää määritellä erikseen kansanvälisiin opiskeluohjelmiin osallistuneiden ja muiden kulttuurikompetenssitaso. Tulosten mukaan osallistuneista 10 opiskelijaa oli osallistunut kansanvälisiin opiskeluohjelmiin ja 48 opiskelijaa ei ollut osallistunut. Kansanvälisiin opiskeluohjelmiin osallistuneista 2 opiskelijaa oli kuvannut itsensä erittäin päteväksi, 7 opiskelijaa jokseenkin päteväksi ja 1 opiskelija ei osannut sanoa pätevyuden tasoa kohdattaessa eri kulttuuritaustaisia ihmisiä. Opiskelijoista, jotka eivät olleet osallistuneet kansanvälisiin opiskeluohjelmiin, 16 opiskelijaa oli kuvannut itsensä erittäin päteväksi, 17 jokseenkin päteväksi, 8 opiskelijaa ei osannut sanoa pätevyuden tasoa kohdattaessa eri kulttuuritaustaisia ihmisiä. (Taulukko 5.) Koodauksen mukaan kansanvälisiin opiskeluohjelmiin osallistuneiden opiskelijoiden kulttuurikompetenssitason keskiarvo on 4,1 ja muiden opiskelijoiden, jotka eivät osallistuneet kansanvälisiin opiskeluohjelmiin, kulttuurikompetenssitaso on 3,85 (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Kansanvälisiin opiskeluohjelmiin osallistuneiden opiskelijoiden ja muiden opiskelijoiden itsearvioima kulttuurikompetenssitaso sairaanhoitaja-opiskelun aikana

Koodaus		kv- ohjelmiin osallistunut (n=10)	kv- ohjelmiin ei osallistunut (n=48)
5	Erittäin pätevä	2	16
4	Jokseenkin pätevä	7	17
3	En osaa sanoa	1	8
2	Jokseenkin epäpätevä	0	6
1	Erittäin epäpätevä	0	1
Koodauksen mukaan kokonaispistemäärä		41	185
<u>Keskiarvo</u>		<u>4,1</u>	<u>3,85</u>

Sairaanhoitajaopiskelijoiden kielen osaamisessa nähdään, että ensimmäisen lukuvuoden opiskelijat osaavat useampaa kieltä kuin toisen ja kolmannen lukuvuoden opiskelijat (taulukko 6). Ensimmäisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoista 9 opiskelijaa osaa kolme kieltä, toisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoista 4 opiskelija ja kolmannen lukuvuoden opiskelijoista 5 opiskelijaa. Ainoastaan 4 kieltä osaa 2 opiskelijaa, jotka ovat ensimmäisen lukuvuoden opiskelijoita. Jokaisesta lukuvuodesta 1 opiskelija osaa viisi kieltä.

TAULUKKO 6. Kielen osaaminen opiskeluvuoden mukaan

	Yksi kieltä osaavat	Kaksi kieltä osaavat	Kolme kieltä osaavat	Neljä kieltä osaavat	Viisi kieltä osaavat
1. lukuvuosi	3	6	9	2	1
2. lukuvuosi	5	8	4	0	1
3. lukuvuosi	2	11	5	0	1
Yhteensä	10	25	18	2	3

Kulttuurikompetenssitason näkyminen selkeästi opittujen kielten osaaminen; kun kieltä osataan, myös kulttuurikompetenssitaso kasvaa. Tutkimustulokset osoittavat sitä, että kolme kieltä osaavien kulttuurikompetenssitaso on selvästi suurempi kuin kahta tai vähempää kieltä osaavien kulttuurikompetenssitaso. Samalla positiivisella korrelaatiolla neljä kieltä osaavien kulttuurikompetenssitaso on suurempi kuin kolme kieltä osaavien kulttuurikompetenssitaso ja viisi kieltä osaavien kulttuurikompetenssitaso suurempi kuin neljä kieltä osaavien. Seuraavassa taulukossa tulee esille, että kahta tai vähempää kieltä osaavien opiskelijoiden kulttuurikompetenssitason keskiarvo on 3,60, kolme kieltä osaavien kulttuurikompetenssitason keskiarvo 4,27, neljä kieltä osaavien kulttuurikompetenssitason keskiarvo 4,50 ja viisi kieltä osaavien 5,0 (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Kielen osaamisen ja kulttuurikompetenssitason yhteys

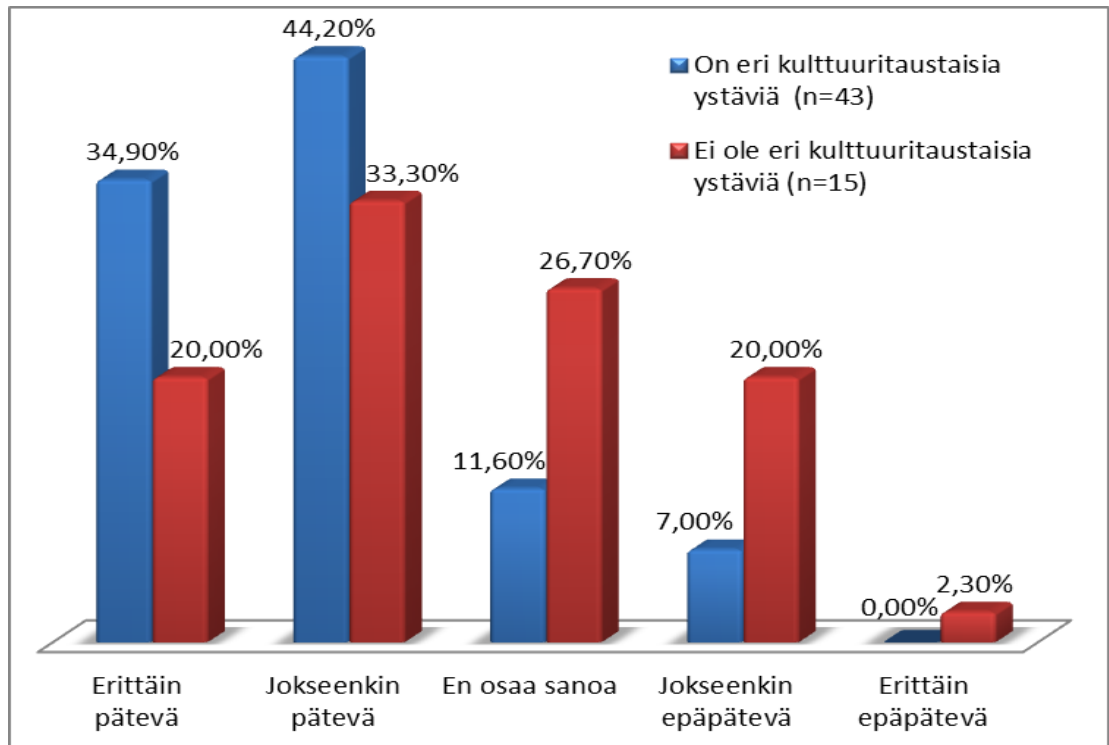
K o o d a u s		Kahta tai	Kolme kieltä	Neljä kieltä	Viisi kieltä
		vähempää kieltä osaavat (n=35)	osaavat (n=18)	osaavat (n=2)	osaavat (n=3)
5	Erittäin pätevä	6	9	1	3
4	Jokseenkin pätevä	16	6	1	0
3	En osaa sanoa	7	2	0	0
2	Jokseenkin epäpätevä	5	1	0	0
1	Erittäin epäpätevä	1	0	0	0
Koodauksen mukaan		126	77	9	15
kokonaispistemäärä					
<u>Keskiarvo</u>		<u>3,60</u>	<u>4,27</u>	<u>4,50</u>	<u>5,0</u>

Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssitaso vaihtelee aika paljon kohdattaessa eri kulttuuritaustaisia asiakkaita työharjoittelussa tai työelämässä. Sairaanhoitajaopiskelijoista 94,8 % (n=55) oli kohdannut eri kulttuuritaustaisia asiakkaita työharjoittelussa /työelämässä, ja sairaanhoitajaopiskelijoista 5,2 % (n=3) ei ollut kohdannut eri kulttuuritaustaisia asiakkaita työharjoittelussa /työelämässä. Opiskelijoista, jotka olivat kohdanneet eri kulttuuritaustaisia asiakkaita, suurin osa oli arvioinut itseänsä erittäin päteväksi (30,9 %) tai jokseenkin päteväksi (43,6 %).

Opiskelijoista, jotka eivät kohdanneet eri kulttuuritaustaisia asiakkaita, suurin osa (66,7 %) ei osannut sanoa mitään kulttuurisesta osaamisesta kokemuksen puutteen takia.

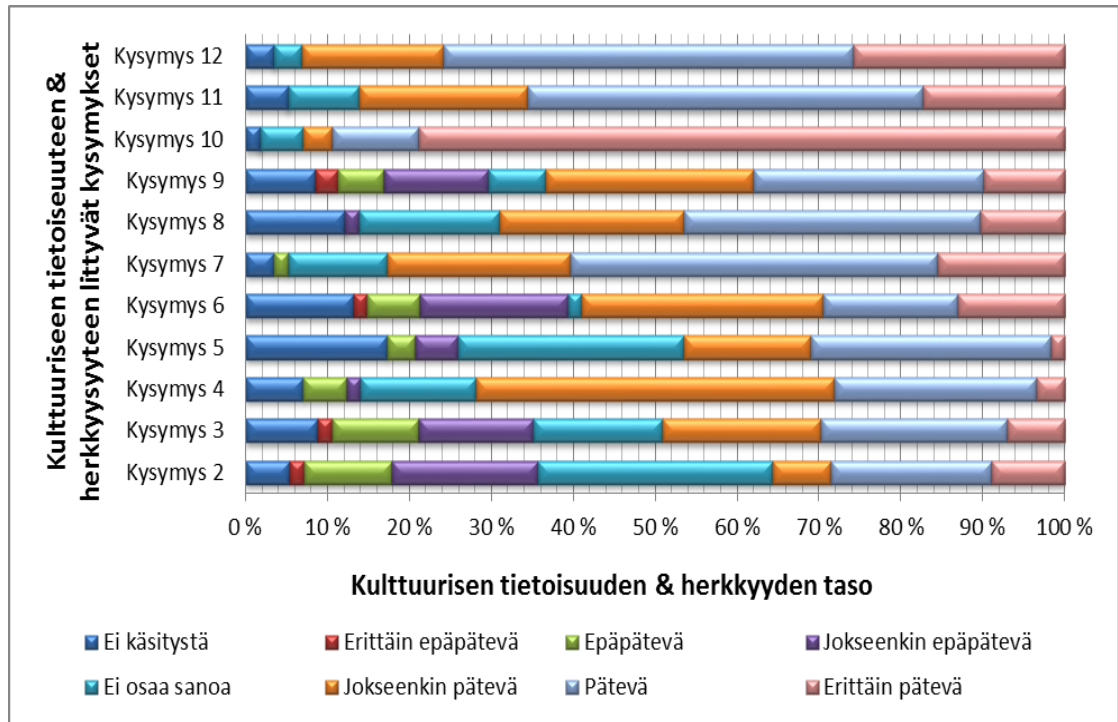
Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssitaso on kartoitettu myös eri kulttuuritaustaisten kanssa ystävyysuhteiden pohjalta. Tulosten mukaan opiskelijoista, joilla on eri kulttuuritaustaisia ystäviä (n=43), suurin osa oli arvioinut itseänsä erittäin päteväksi (34,9 %) ja jokseenkin päteväksi (44,2 %). Opiskelijoista, joilla ei ole eri kult-

tuuritaustaisia ystäviä, suurin osa oli arvioinut itseänsä jokseenkin päteväksi (33,3 %), jokseenkin epäpäteväksi (20,0 %) tai ei osannut sanoa mitään (26,7 %). Tutkimustulokset näyttävät, että opiskelijat, joilla on eri kulttuuritaustaisia ystäviä, tuntevat itseänsä kulttuuriosaamisen kannalta päteväksi. (Kuvio 10.)



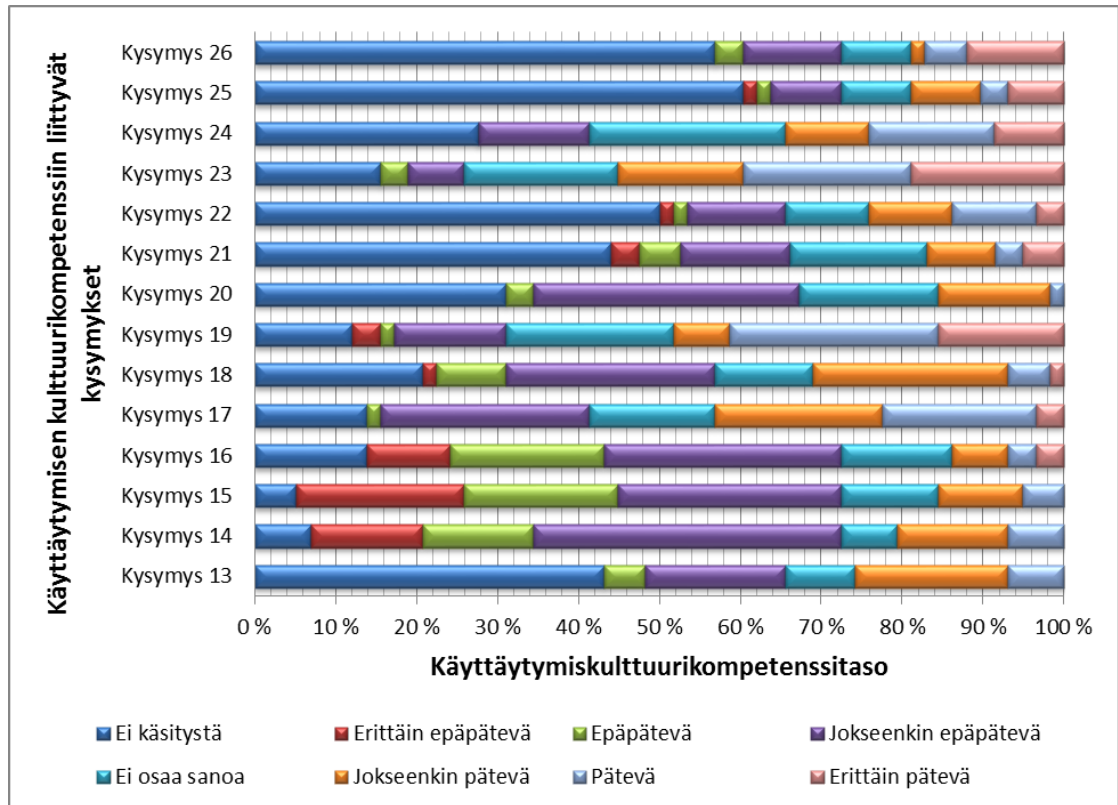
KUVIO 10. Eri kulttuuritaustaiset ystävyysuhteet ja kulttuurikompetenssitaso

Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso vaihtelee yksilöllisesti. Seuraavassa kuviossa 11 nähdään kyselyyn osallistuneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden (n=58) kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso kysymyskohtaisesti. Koodauksen mukaan ensimmäisen, toisen ja kolmannen lukuvuoden eli kyselyyn osallistuneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden tason keskiarvo on 4,93 (asteikko on 1–7 välillä), joka tarkoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden olleen päteviä kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden suhteen.



KUVIO 11. Sairaanhoidajaopiskelijoiden kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso

Sairaanhoidajaopiskelijoiden käyttäytymisen kulttuurikompetenssitaso on huomattavasti matalampi kuin kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden tasoa. Käyttäytymiskulttuurikompetenssi tarkoittaa yksilön käyttäytymistä kulttuurisen ymmärtäväisyyden kannalta. Seuraavassa kuviossa 12 nähdään sairaanhoidajaopiskelijoiden käyttäytymisen kulttuurikompetenssitaso kysymyskohtaisesti. Koodauksen mukaan tutkimustulokset osoittavat sitä, että sairaanhoidajaopiskelijoiden (n=58) käyttäytymiskulttuurikompetenssitason keskiarvo on 2,90 (asteikko on 1–7 välillä), joka tarkoittaa sairaanhoidajaopiskelijoiden arvioivan itsensä käyttäytyneen keskimäärin jokseenkin epäpäteväksi käyttäytymisen tasolla.



KUVIO 12. Sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttäjymisen kulttuurikompetenssitaso

Sosiaalisen suotaavuuden asteikko koostuu kahdesta eri osasta. Korkeat pisteet tarkoittavat käyttäjymistapojen hyväksynnän tarvetta. Sosiaalisen suotaavuuden asteikon ensimmäisen osion kohdat kuvaavat niitä asioita, jotka eivät ole toivottuja mutta usein oikeita käyttäjymistapoja monille ihmisille. Taulukossa nähdään, että ei-toivottujen mutta oikeiden käyttäjymistapojen keskiarvo on suurempi kuin epätosien käyttäjymistapojen keskiarvoa (taulukko 7). Seuraavassa kahdessa taulukossa nähdään selvästi kulttuurin vaikutuksia käyttäjymiseen (taulukko 7 ja 8).

TAULUKKO 7. Sosiaalisen suotavuuden asteikon ensimmäinen osion vastaukset

Kysymykset	Epätodet käyttäytymistavat	Ei toivotut mutta oikeat käyttäytymistavat
Kysymys 27	22	33
Kysymys 28	26	25
Kysymys 29	22	33
Kysymys 30	20	34
Kysymys 32	20	34
Kysymys 34	20	32
Kysymys 37	38	16
<u>Keskiarvo</u>	<u>24</u>	<u>29,6</u>

Asteikon toisen osion kohdat ovat kulttuurin osalta hyväksytyt käyttäytymistavat, jotka eivät ole usein oikeita käyttäytymistapoja monille ihmisille. Taulukossa nähdään, että kulttuurin kannalta hyväksytyjen mutta epätodien käyttäytymistapojen keskiarvo on suurempi kuin oikeiden käyttäytymistapojen keskiarvoa (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Sosiaalisen suotavuuden asteikon toisen osion vastaukset

Kysymykset	Oikeat käyttäytymistavat	Kulttuurin osalta hyväksytyt mutta epätodet käyttäytymistavat
Kysymys 31	10	46
Kysymys 33	16	37
Kysymys 35	17	33
Kysymys 36	25	24
Kysymys 38	33	22
Kysymys 39	36	28
<u>Keskiarvo</u>	<u>22,9</u>	<u>31,7</u>

7 YHTEENVETO JA POHDINTA

Kasvava monikulttuurinen maailma, taloudelliset muutokset sekä eri kulttuuritaustaisten ihmisten terveyden- ja hyvinvoinnin tila ovat luoneet haasteita erityisesti terveydenhuollon henkilökunnalle kulttuurienväliseen osaamiseen.

Tässä opinnäytetyössä on kartoitettu Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssia eli kulttuuriosaamista. Opinnäytetyöllä on saatu tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksista ja kulttuuriosaamistaidoista heidän kohdatessaan eri kulttuuritaustaisia ihmisiä ja pyritty selvittämään opiskelun edistytessä kulttuurikompetenssin kehitystä. Mielestäni tutkimustyöprosessi onnistui hyvin, ja tutkimuksen avulla saatiin tietoa kulttuurikompetenssin kehittymisestä opiskelun edistyessä.

Opinnäytetyössä olen käsitellyt ja pohtinut kolmea eri kulttuurisen hoitotyön mallia, jotta voimme käyttää näitä malleja työkaluina tullaksemme kulttuurisesti päteviksi. Olen pyrkinyt kulttuurisen tietoisuuden, herkkyyden ja käyttäytymisen kulttuurikompetenssin tärkeyden ymmärtämiseen, jotta tulevaisuuden terveydenhuollon ammattilaiset osaisivat työskennellä paremmin eri kulttuuritaustaisten ihmisten kanssa ja pystyisivät vastaamaan heidän tarpeisiinsa terveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä ylläpitämisessä.

Tutkimuskyselyyn osallistuneista suurin osa 41,4 % (n=24) oli vastannut olevansa jokseenkin pätevä kohdatessaan eri kulttuuritaustaisia ihmisiä. Tämä viittaa siihen, että sairaanhoitajaopiskelijoista suurin osaa tuntee itsensä jonkin verran päteväksi erilaisten kulttuuristen taustojen ymmärtämisessä, ja viestiessään muiden kulttuurien edustajien kanssa. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssitaso kehittyy sairaanhoitajatutkinnon opiskelun edistyessä, aivan kuten jo opinnäytetyöni alussa hieman odotin.

Tutkimuksessa oli tärkeää määritellä kansanvälisiin opiskeluohjelmiin osallistuneiden ja muiden kulttuurikompetenssi tason mittaaminen. Tutkimustulosten mukaan kansainvälisiin opiskeluohjelmiin osallistuneiden itsearvioima kulttuurikompetenssitaso

oli suurempi kuin muiden opiskelijoiden, jotka eivät olleet osallistuneet kansanvälisiin opiskeluohjelmiin. Opiskelijoista, jotka olivat kohdanneet eri kulttuuritaustaisia asiakkaita, suurin osa oli arvioinut itseänsä päteväksi ja niistä, jotka eivät olleet kohdanneet eri kulttuuritaustaisia asiakkaita, suurin osa ei osannut sanoa mitään kulttuurisesta osaamisesta kokemuksen puutteen takia. Kulttuurien väliset kokemukset ja kulttuuriset kohtaamiset lisäävät kulttuuriosaamista merkittävästi.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden, jotka hallitsevat äidinkieltänsä lisäksi vieraita kieliä, kulttuurikompetenssitaso on hyvä ja kasvaa erittäin selkeästi kieliosaamisen lisääntyessä. Tämä oli yksi tutkimukseni merkittävistä tuloksista. Sairaanhoitajaopiskelijoiden kielen osaamisessa nähdään, että ensimmäisen lukuvuoden opiskelijat osaavat useampaa kieltä kuin toisen ja kolmannen lukuvuoden opiskelijat. Kielen osaaminen rohkaisee ihmisiä kohtaamiseen eri kulttuuritaustaisia ja eri kieltä puhuvien ihmisten kanssa. Kieltä osaavilla ihmisillä on kyky viestiä muiden kulttuurien jäsenien kanssa.

Schimin ja Millerin kulttuurinmukaisen hoitotyön mallin mukaan kulttuurinen herkkyyden käsite ja Campinha-Bacoten kulttuurikompetenssi prosessimallin mukaan kulttuurinen halu käsite on yksi tärkeä osa kulttuurikompetentiksi tulemiseen (Schim ym. 2007; Campinha-Bacote 2002). Tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssitaso on kartoitettu myös eri kulttuuritaustaisten kanssa ystävyys-suhteiden pohjalta. Ystävyys-suhte selittää kulttuurista herkkyyttä ja kulttuurista halua. Tutkimustulokset näyttävät, että opiskelijat, joilla on eri kulttuuritaustaisia ystäviä, tuntevat itsensä kulttuuriosaamisen kannalta pätevämmäksi kuin muut opiskelijat, joilla ei ole eri kulttuuritaustaisia ystäviä.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso vaihteli yksilöllisesti. Yleisesti sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso oli riittävän suuri, mikä tarkoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden olevan päteviä kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden alueella. Sosiaalisen suotavuuden asteikossa tulee esille, kuinka paljon kulttuuri vaikuttaa käyttäytymiseen.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttäytymisen kulttuurikompetenssitaso on huomattavasti matalampi kuin kulttuurisen tietoisuuden ja herkkyyden taso. Käyttäytymisen kulttuurikompetenssi tarkoittaa yksilön pätevää käyttäytymistä kulttuurisen ymmärtä-

väisyyden kannalta. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka sairaanhoitajaopiskelijoilla on tarpeeksi tietoa ja herkkyyttä ollakseen kulttuurisesti pätevä, sairaanhoitajaopiskelijat eivät kykene kuitenkaan aina toimimaan kulttuurisesti oikein, tilanteen mukaisesti. Tutkimustuloksista ilmenee, että sairaanhoitajatutkinnon aikana tarvitaan enemmän kulttuuriin ja kulttuuriseen osaamiseen liittyvää opetusta, kokemuksia ja kieliosaamista.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellista mutta hyvin mielenkiintoista. Tutkimustyön tekeminen sujui kuitenkin paremmin kuin odotin. Omasta mielestäni oli mukavaa tehdä tätä työtä eri kulttuuritaustaisena henkilönä. Kulttuurisen tietoisuuteni ja herkkyyteni tästä aiheesta on kasvanut, ja käyttäytymiskulttuurikompetenssini on kehittynyt. Toivon, että työstäni olisi hyötyä kehitettäessä terveydenhuoltoa yhä avoimemmaksi eri kulttuuritaustaisten ihmisten kannalta.

Ehdotan jatkotutkimukseksi tutkimusaineistoni hyödyntämistä ja kysymyskohtaisesti kyselyn osallistuneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden vastauksien läpi käymistä. Olisi hyvää tutkia jatkossa työelämässä olevien sairaanhoitajien kulttuurikompetenssitasoa samalla kyselylomakkeella. Ehkä tällaisen tutkimuksen tuloksena tarvittaessa voidaan järjestää täydennys- tai aikuiskoulutusta kehittämään kulttuurikompetenssitasoa kohdattaessa eri kulttuuritaustaisia asiakkaita / potilaita työelämässä.

Olisi myös mielenkiintoista tutkia samojen sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssitasoa opiskelun edistyessä samalla kyselylomakkeella. Tällainen tutkimus voi osoittaa hyvin kulttuurikompetenssin kehitystä yksilöllisesti opiskelun edistyessä.

LÄHTEET

Allgood, Raile Martha (toim.) & Marriner Tomey, Ann 2010. Nursing theorists and their work. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier, 454-480.

Almaney, A. J., & Alwan, A. J. 1982. Communicating with the Arabs: A handbook for the business executive. Prospect Heights, IL: Waveland Press.

Anderson, Elizabeth T & McFarlane, Judith 2011. Community as Partner : Theory and Practice in Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Andrews, Margaret M. & Boyle, Joyceen S. 2002. Transcultural Concepts in Nursing Care. Journal of Transcultural Nursing 13, 178–180.

Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Akatiimi Oy: Hamina.

Banks, James & Banks, Cherry McGee (toim.) 2004. Handbook of Research on Multicultural Education. WWW-dokumentti.

www.stanford.edu/apadilla/PadillaQuantMultiCultural04.pdf. Julkaistu 22.2.2005. Luettu 1.10.2012.

Boyle, Joyceen S. & Wenger, Anna Frances Z. 2002. A Summary of the Panel Discussion: Comments from the Moderators. Journal of Transcultural Nursing 13, 200–201.

Campinha-Bacote, Josepha 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care. Journal of Transcultural Nursing 13, 181–184.

Dobson, Susan M. 1991. Transcultural Nursing: A Contemporary Imperative. London: Scutari Press.

Hoitotyön koulutusohjelma 2011. Opinto-opas 2011–2012, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonniemen Kampus. Savonlinna. WWW-dokumentti.

opas.mamk.fi/alltypes.asp?d_type=5&menupath=1188,1222,1223,1236,1239#1239

9. Päivitetty 28.6.2011. Luettu 20.10.2012.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Hygieia.

Kananen, Jorma 2008. Kvantti: kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja, 1456–2332 ; 89. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja, 1456–2332 ; 111. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Korhonen, Kati 2003. Kuvaus Etelä-Savon sairaanhoitopiirin sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta ja sen kehittämistarpeista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Leininger, Madeleine (toim.) 1991. Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing.

Leininger, Madeleine 2003. Madeleine Leininger's Culture Care: Diversity and Universality Theory. Understanding the Work of Nurse Theorists, 93–99. WWW-dokumentti. nursing.jbpub.com/sitzman/ch15pdf.pdf. Julkaistu 25.9.2003. Luettu 20.10.2012.

Lustig, Myron W. & Koester, Jolene 2010. Intercultural Competence: Interpersonal Communication across Cultures. Boston, Ma: Pearson education.

Maahanmuuttovirasto 2011. Tilastoliite 2011. WWW-dokumentti.

http://www.innocorp.fi/migri_tilastoliite_2011/#/3/zoomed. Julkaistu 2011. Luettu 16.8.2012.

Newman Giger, Joyce & Davidhizar, Ruth 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing* 13,185–188.

Newman Giger, Joyce & Davidhizar, Ruth Elaine 1999. *Transcultural Nursing: Assessment & Intervention*. St. Louis: Mosby.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. WWW-dokumentti.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.

Julkaistu 10.7.2006. Luettu 16.1.2013.

Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.) 2010. *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim.

Papadopoulos, Irena (toim.) 2006. *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Riikonen, Liisa 2005. ”Kuran ja kuoleman keskelle sinne sinisten vuorten alle” Sairaanhoitajan ammattitaito poikkeusoloissa ja vieraassa kulttuurissa. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Samovar, Larry & Porter, Richard 1997. *An Introduction to Intercultural Communication*. Belmont: Wadsworth Publishing Co.

Samovar, Larry, Porter, Richard & McDaniel, Edwin 2010. Communication between cultures. Seniorpublisher: Lyn Uhl. WWW-dokumentti.

http://books.google.fi/books?id=fxmSZD9gftkC&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Julkaistu 2010. Luettu 21.8.2012.

Salo-Lee, Liisa, Malmberg, Raija, Halinoja, Raimo & Saksala, Elinä (toim.) 1996. Me ja Muut: Kulttuurivälinen viestintä. Helsinki: Yle-opetuspalvelut.

Schim, Stephanie M., Doorenbos, Ardith, Miller, June & Benkert, Ramona 2003. Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement* 11(1), 29–40.

Schim, Stephanie M., Doorenbos, Ardith, Benkert, Ramona & Miller, June 2007. Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together. *Journal of Transcultural Nursing* 18,103–110.

Schim, Stephanie M. & Doorenbos, Ardith 2010. A Three-Dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care* 6,3–4, 256–270.

Spector, Rachel 2002. Cultural Diversity in Health and Illness. *Journal of Transcultural Nursing* 13,197–199.

Teinilä, Leena 2008. Vähemmistöt Suomessa. WWW-dokumentti.

<http://www.nutukka.org/pdf/vahemmistat.pdf>Vähemmistöt Suomessa. Julkaistu 22.4.2008. Luettu 5.9.2012.

Tilastokeskus 2007. Laatusa tilastoissa. WWW-dokumentti.

http://www.stat.fi/meta/qg_2ed.pdf. Julkaistu 2007. Luettu 16.2.2013.

Tilastokeskus 2013. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. WWW-dokumentti. <http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tt/01/04/index.html>. Ei ole päivitystietoja. Luettu 23.1.2013.

Transcultural C.A.R.E. Associates 2012. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services. WWW-dokumentti. www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm. Päivitetty 5.2012. Luettu 29.10.2012.

Transcultural C.A.R.E. Associates, 2011. A Biblically Based Model of Culturally Competence in the Delivery of HealthCare Services. WWW-dokumentti. www.transculturalcare.net. Päivitetty 8.2011. Luettu 29.10.2012.

Trux, Marja-Liisa (toim.) 2000. Aukeavat ovet: Kulttuurienmoniaisuus Suomen elinkeinoelämässä. Helsinki: WSOY.

Tuominen, Risto (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY.

Viestintätieteellinen tutkimus 2013. Määrällinen vai laadullinen? WWW-dokumentti. <http://viesverk.uta.fi/viesttiet/kaytannot/valinnat/maara.html>. Päivitetty 23.1.2013. Luettu 23.1.2013.

Yleinen Suomalainen Asiasanasto 2013. WWW-dokumentti. <http://onki.fi/fi/browser/overview/ysa>. Luettu 2.2.2013.

Zion, Shelley & Kozleski, Elizabeth 2005. Understanding Culture. WWW-dokumentti. <http://www.urbanschools.org/pdf/understanding.culture.LETTER.pdf>. Julkaistu 10.2005. Luettu 21.8.2012.



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksiLaitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan:

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa sairaanhoitajien opiskelijoiden kulttuuriosaamista. Tavoitteena on tutua kulttuurikompetenssin kehitystä sairaanhoitajatuoteinnon opiskelun aikana.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Mikkelin AMK H2513KN / H252KN / H251KN2 / H251KN1 (6 opiskelijaa toista ryhmää)
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Määrittämisen (kvantitatiivinen) tutkimus - menetelmä Kyselylomakkeella, joka sisältää taustatieto lomakkeen ja englannin kielisen kyselylomakkeen.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	10.01.2013 - 18.01.2013
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty	13 päivänä joulukuuta 2013 Sirkka Oksanen opettaja Sirkka Oksanen
Opinnäytetyön AMK ja työelämäohjaaja ja molempien yhteystiedot	SIRKKA Oksanen puh. 040 - 842077
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi	Zeynep Kiriranan puh. 044-3521984
s-posti	zeynep.kiriranan@mail.mamk.fi
Nimi	
s-posti	

Anomus käsitelty 16 1 2013

 lupa myönnetty
 lupa eväetty, peruste: _____

Sirkka Oksanen
Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. Mikäli hakemus koskee asiakkaita, potilaita tai heidän tietojään, hakemus käsitellään kuukaudessa eettisessä toimikunnassa. Muussa tapauksessa käsittelyyn varataan vähintään 2 viikkoa. Liitteenä pitää olla hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, johon sisältyy aineiston hankintalomake saatekirjeineen. Luvan saamisen jälkeen voi vasta tehdä työn empiirisen osan.

6.4.2010lu

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMASSA KANSAINVÄLISYYS

Hoitotyön koulutusohjelmassa kannustetaan opiskelijoita kansainvälisyyteen. Hoitotyö on kansainvälistynyt ja hoitotyö Suomessakin edellyttää kansainvälisyysosaamista. Hoitotyön koulutusohjelma on mukana useissa kansainvälisissä vaihto-ohjelmissa ja yhteistyö- projekteissa eri puolilla maailmaa. Keskeisimmät opiskelijavaihto-ohjelmat ovat ERASMUS-, NORDPLUS-, FIRST- ohjelmat sekä useat muut vaihto-ohjelmat. Opintojen aikana opiskelijoita ohjataan aktiivisesti osallistumaan sekä kansainväliseen vaihtoon että kansainvälisyyttä tukeviin tilaisuuksiin. Opintojen aikana opiskelijoita ohjataan aktiivisesti osallistumaan kansainväliseen toimintaan ja laatimaan henkilökohtainen kansainvälistymissuunnitelma. Opiskelija voi suorittaa osan opinnoista ulkomailla joko opiskellen tai harjoitellen. Ulkomailla suoritettavat opinnot sisällytetään henkilökohtaiseen opintosuunnitelmaan ja ne suunnitellaan yhdessä opintovastaavan, kv- vastaavan opettajan ja kv- koordinaattorin kanssa. Sen lisäksi kansainvälisyysosaamista tukevat kieli- ja kulttuuriopinnot, terveysalan kansainvälisten teemojen käsittely, kansainvälisen ammattikirjallisuuden käyttäminen ja kansainvälisten asiantuntijoiden opetukseen osallistuminen osana ammattiopintoja, sekä yhteistyö vaihto-opiskelijoiden kanssa. Opiskelijoilla on mahdollisuus osallistua omalle kampukselle tulevien vaihto-opiskelijoiden ohjaukseen toimimalla kv- tutorina. Kv- tutoreille järjestetään koulutusta osana vapaasti valittavia opintoja.

Opiskelijoiden ohjaaminen edellyttää kansainvälisten yhteistyökumppaneiden käytäntöiden ja olosuhteiden hyvää tuntemusta. Ohjaavilta henkilöiltä odotetaan aitoa innostusta ja kiinnostusta kansainvälisyyteen ja halua kehittää omaa toimintaansa. Tämän takia koulutusohjelmien opettajat osallistuvat vuosittain kansainväliseen opettaja- ja asiantuntijavaihtoon, hankeyhteistyöhön sekä kansainvälisiin kongresseihin ja kutsuvat yhteistyötahojen opettajia asiantuntijoiksi. Tämä tukee koulutusohjelman kansainvälisyyttä. Muita kannustavia tekijöitä ovat aikaisemmin kv- vaihdossa olleiden opiskelijoiden kokemusten jakaminen muille opiskelijoille, kansainväliseen vaihtoon valmentavat opintojaksot sekä kansainväliseen vaihtoon kannustavat opintososiaaliset tuet.

LIITE 2.

Monisivuinen liite

Kansainvälisen vaihdon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa noudatetaan MAMK:n kansainvälistymispalvelujen prosessikuvausta:

http://staff.mikkeliyamk.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=538&menupath=164,523,538#538.

Koulutusohjelmissa on lisäksi tarkempi kv- vaihtojen prosessikuvaus, jolla pyritään ohjauksen selkeään työnjakoon ja toiminnan johdonmukaisuuteen.

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja,

Kulttuurinen monimuotoisuus lisääntyy jatkuvasti yhteiskunnassamme sekä työpaikoissa. Monimuotoisuus näkyy ja laajenee myös opiskelijoiden, kollegoiden sekä eri järjestöjen keskuudessa. Matkailun yleistyminen sekä kommunikaation kehittyminen ovat tuoneet ihmisiä kosketuksiin eri kulttuurien, kielten sekä tapojen kanssa. Yhteiskunnassa, kouluissa ja työpaikoissa erilaisten ihmisten määrän lisääntyminen vaikuttaa siihen miten ajatellaan, tunnetaan ja toimitaan. Ihmisten monimuotoisuus yhteiskunnassa, kouluissa ja työpaikoissa kasvaa ja tämä muokkaa asenteitamme muita ihmisiä sekä heidän tapojaan kohtaan.

Teen opinnäytetyötä aiheesta ” Sairaanhoidajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssi”. Aineiston kerään kyselylomakkeella, joka pohjautuu amerikkalaisen Stephanie Myers Schimin tekemään kulttuurikompetenssi tutkimustyöhön ja hänen laatimaansa kyselylomakkeeseen. Tällä kyselyllä on tarkoitus kartoittaa sinun tietämyksiä, tunteuksia sekä toimintatapoja kun olet vuorovaikutuksessa eri kulttuuritaustaisten ihmisten kanssa.

Pyydän sinua vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti. Jos olet epävarma tai sinulla ei ole mielipidettä asiasta, valitse ”ei käsitystä” tai ”en ole varma” vaihtoehtoja. Ei ole olemassa ”oikeita” tai ”vääriä” vastauksia. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytesi paljastu.

Kiitos mielenkiinnosta opinnäytetyöni aihetta ja kyselyä kohtaan.

Zeynep Niiranen

sairaanhoidaja opiskelija / H252KN

Mikkelin ammattikorkeakoulu, terveysala, Savonlinna

TAUSTATIETOLOMAKE

Täydentäkää alla olevia demografisia tietoja.

Ikä:

Sukupuoli:

1. Mikä lukuvuosi?

1.lukuvuosi

2.lukuvuosi

3.lukuvuosi

2. Aikaisempi koulutuksesi/ ammattisi?

Lukio

Ammattikoulu / ammattiopisto

Ammattikorkeakoulu

Yliopisto

Muu (määrittele tarkemmin): _____

Jos sinulla on aikaisempi ammattitutkinto, niin mikä _____

3. Oletko ollut koskaan ulkomailla?

Kyllä

Ei

Missä? _____

Miksi? _____

4. Oletko koskaan osallistunut kansanvälisiin opiskeluohjelmiin?

Kyllä

Ei

LIITE 4.
Monisivuinen liite

Jos olet osallistunut kansanvälisiin opiskeluohjelmiin, määrää tarkemmin mihin:

Opiskelijavaihto KUINKA PITKÄ JA MIHIN: _____

Erasmus-vaihtoon

Nordplus

FIRST

EU-USA vaihto

Bilateral

Intensiivikurssi AIHE: _____

Konferenssi /seminaari ulkomailla AIHE: _____

Muu (määrittele tarkemmin): _____

5. Onko sinulla kokemus kansanvälisten opiskelijoiden tuutoroinnista (kv-tuutor)?

Kyllä

Ei

6. Oletko koskaan tehnyt ryhmätyötä monikulttuurisessa tiimissä?

Kyllä

Ei

Millaista: _____

7. Mitä kieltä osaat puhua lukuun ottamatta Suomea?

Ruotsia

Englantia

Norjaa

Espanjaa

Ranskaa

Saksaa

Venäjää

Italiaa

muu: _____

8. Mitä kieltä olet käyttänyt joskus harjoittelussa lukuun ottamatta Suomea?

- Ruotsia Englantia Norjaa Espanjaa Ranskaa
 Saksaa Venäjää Italiaa muu: _____

9. Mistä olet saanut teoreettista tietoa kulttuurikompetenssista?

- Koulun kursseista

Mistä kursseista ja mitä sisältöjä: _____

- Aiemmasta koulutuksesta

- Verkkokurssista

- Itseopiskelusta

- Muualta (määrittele tarkemmin): _____

- En saanut

10. Oletko koskaan kohdannut eri kulttuuritaustaisia asiakkaita harjoittelussa/ kesätyössä/ työssä?

- Kyllä

- Ei

11. Onko sinulla ystäviä, jotka ovat eri kulttuuritaustaisia?

- Kyllä

- Ei

Montako: _____

Mistä kulttuureista _____

CULTURAL COMPETENCE SURVEY

1. Overall, how competent do you feel working with people who are from cultures different than your own?

Very competent	Somewhat competent	Neither competent nor incompetent	Somewhat Incompetent	Very Incompetent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For each of the following statements, put an ‘X’ in the box that best describes how you feel about the statement.

2. Race is the most important factor in determining a person’s culture.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. People with a common cultural background think and act alike.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Many aspects of culture influence health and health care.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aspects of cultural diversity need to be assessed for each individual, group, and organization.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. If I know about a person’s culture, I don’t need to assess their personal preferences for health services.

Strongly Agree	Agree	Somewhat	Neutral	Somewhat	Disagree	Strongly	No
----------------	-------	----------	---------	----------	----------	----------	----

Monisivuinen liite

Agree		Agree		Disagree		Disagree	Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Spiritually and religious beliefs are important aspects of many cultural groups.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Individual people may identify with more than one cultural group.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Language barriers are the only difficulties for recent immigrants to the Finland.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. I believe that everyone should be treated with respect no matter what their cultural heritage.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. I understand that people from different cultures may define the concept of "health care" in different ways.

Strongly Agree	Agree	Somewhat Agree	Neutral	Somewhat Disagree	Disagree	Strongly Disagree	No Opinion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. I think that knowing about different cultural groups helps direct my work with individuals, families, groups, and organizations.

Monisivuinen liite

24. I find ways to adapt my services to individual and group cultural preferences.

Always	Very Often	Somewhat Often	Often	Sometimes	Few Times	Never	Not sure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. I document cultural assessments if I provide direct client services.

Always	Very Often	Somewhat Often	Often	Sometimes	Few Times	Never	Not sure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. I document the adaptations I make with clients if I provide direct client services.

Always	Very Often	Somewhat Often	Often	Sometimes	Few Times	Never	Not sure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Your answers to these last few questions will help us understand responses from different kinds of people who complete the survey. ALL answers are strictly confidential.

Read each item below and decide whether the statement is true or False as it pertains to you personally. Mark your answers with an 'X' in the True or False box.

27. It is sometimes hard for me to go on with my work if I am not encouraged.

True	False
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. I sometimes feel resentful when I don't get my way.

True	False
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. On a few occasions, I have given up doing something because I thought too little of my ability.

True	False
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monisivuinen liite

30. There have been times when I felt like rebelling against people in authority even though I knew they were right.

True False

31. False matter who I'm talking to, I'm always a good listener.

True False

32. There have been occasions when I took advantage of someone.

True False

33. I'm always willing to admit it when I make a mistake.

True False

34. I sometimes try to get even rather than forgive and forget.

True False

35. I am always courteous, even to people who are disagreeable.

True False

36. I have never been irked when people expressed ideas very different from my own.

True False

Monisivuinen liite

37. There have been times when I was quite jealous of the good fortune others.

True False

38. I am sometimes irritated by people who ask favors of me.

True False

39. I have never deliberately said something to hurt someone's feelings.

True False

Thank you for taking this survey. We appreciate your time and effort!

If you have any questions or concerns about this research, please contact:

**Zeynep Niiranen
044-3521984
zeynep.niiranen@mail.mamk.fi**

**Cultural Competence Survey
CODING / SCORING INSTRUCTIONS**

Non-Scaled QUESTIONS

1	Self Reported CCA	5-4-3-2-1 ordinal scale Very competent=5 Somewhat competent=4 Neither competent nor incompetent =3 Somewhat incompetent=2 Very incompetent=1	Greater number = greater self-reported overall competence
---	-------------------	---	---

Cultural Competence Assessment Scales

4 5 7 8 10 11 12	Cultural Awareness & Sensitivity Subscale (CAS)	Strongly Agree = 7 Agree = 6 Somewhat Agree = 5 Neutral = 4 Somewhat Disagree = 3 Disagree = 2 Strongly Disagree = 1 No Opinion = do not include item	Add all item codes and divide by # items answered individual Cultural Awareness & Sensitivity Subscale Score
2 3 6 9	Cultural Awareness & Sensitivity Subscale – reverse coded items	Strongly Agree = 1 Agree = 2 Somewhat Agree = 3 Neutral = 4 Somewhat Disagree = 5 Disagree = 6 Strongly Disagree = 7 No Opinion = do not include item	Larger number means greater awareness & Sensitivity Range = 1 to 7
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	Cultural Competence Behavior Subscale (CCB)	Always = 7 Very Often = 6 Somewhat Often = 5 Often = 4 Sometimes = 3 Few Times = 2 Never = 1 Not Sure = do not include item	Add all item codes and divide by # items answered individual Cultural Competence Subscale Score Larger number means more Cultural competence Behaviors demonstrated Range = 1 to 7

Marlow-Crowne Social Desirability Scale

27	Social Desirability	Code TRUE = 0	Sum points for individual social desirability score Range = 0-13
28	Scale	FALSE = 1	
29	(Marlowe-Crown)	(items that are undesirable but probably true of most people)	
30			
32			
34			
37			
31	Social Desirability	Code TRUE = 1	Higher score = more need for approval
33	Scale	FALSE = 0	
35	(Marlowe-Crown)	(items that are culturally acceptable) but probably untrue of most people)	
36			
38			
39			