



HOITAJIEN KOKEMUS KULTTUURISESTA KOMPETENSSISTAAN SAIRAIKEN VASTASYNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ

Eija Vainio

Sini Vilajoki

Opinnäytetyö
Lokakuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VAINIO, EIJA & VILAJOKI, SINI

Hoitajien kokemus kulttuurisesta kompetenssistaan sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Lokakuu 2014

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kulttuurista kompetenssia Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin mallin avulla sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa osastolle kulttuurisen hoitotyön nykytilasta kulttuurisen hoitotyön kehittämisen pohjaksi. Lisäksi tavoitteena oli lisätä opinnäytetyön tekijöiden omaa tietämystä kulttuurisesta hoitotyöstä.

Opinnäytetyön menetelmänä oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin lomakehaastattelulla. Lomakehaastattelun palautti yhdeksän sairaanhoitajaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Tutkimus toteutettiin kevään 2014 aikana. Lomakehaastattelusta saatu aineisto analysoitiin teorialähtöistä sisällönanalyysia käyttäen. Teorialähtöisen sisällönanalyysin runkona on käytetty Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin mallia, jonka osa-alueena on kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen kohtaaminen sekä kulttuurinen tahto.

Opinnäytetyön tutkimuksessa kävi ilmi, että monikulttuurista hoitotyötä toteutettiin eri keinoin sairaita vastasyntyneitä hoidettaessa. Monikulttuurinen hoitotyö koettiin haasteelliseksi sen moninaisten erityispiirteiden vuoksi. Hoitajien oli vaikea hyväksyä eri kulttuurien tapoja silloin, kun se vaikutti sairaan vastasyntyneen hoitoon. Kommunikaatio yhteisen kielen puuttuessa todettiin vaikeaksi. Haasteelliseksi koettiin tilanteet, joissa perheenjäsen toimi tulkkina eikä hoitajalla ollut tietoa, mitä on tulkattu.

Tulosten tarkastelun yhteydessä havaittiin, että hoitajat kokivat lisätiedosta olevan hyötyä. Monet toivoivat osastolle tietoa eri kulttuureista esimerkiksi kansion muodossa. Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia eri kulttuurien tapoja ja kehittää osaston tarpeisiin kansio, joka sisältää sairaan vastasyntyneen hoitoon liittyvää tietoa eri kulttuureista, joita osastolla esiintyy. Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia hoitajien asenteita ja omia arvoja sekä niiden vaikutusta monikulttuuriseen hoitotyöhön sairaita vastasyntyneitä hoidettaessa.

Asiasanat: monikulttuurinen hoitotyö, kulttuurinen kompetenssi, vastasyntynyt

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

VAINIO, EIJA & VILAJOKI, SINI
Nurses' Views on their Cultural Competence in Nursing of Sick Newborns

Bachelor's thesis 66 pages, appendices 7 pages
October 2014

The purpose of this study was to examine the nurses' views on their cultural competence in nursing sick newborns. The objective of this study was to produce information to the ward about the present state of paediatric nurses' cultural nursing skills in order to improve their competence in this field.

This study had a qualitative approach. The data were collected from nine paediatric nurses. The data were analyzed using qualitative content analysis. The respondents stated that they executed multicultural nursing. The difficulty in multicultural nursing was to communicating in different languages and the need for more information.

The findings indicate that there is a requirement for more information about different cultures. Further research is required to examine different cultures and people's habits in different cultures and to produce information to the ward.

Keywords: multicultural nursing, cultural competence, newborn

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	KULTTUURI	9
	3.1 Kulttuurin määritelmä.....	9
	3.2 Transkulttuurinen hoitotyö	10
	3.3 Monikulttuurinen hoitotyö.....	12
4	MONIKULTTUURISUUS SUOMESSA.....	13
5	SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖ	15
6	KULTTUURINEN KOMPETENSSI SAIRAIDEN VASTASYNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ.....	17
	6.1 Kulttuurisen kompetenssin määritelmä	17
	6.2 Kulttuurinen tietoisuus.....	18
	6.3 Kulttuurinen tieto.....	19
	6.3.1 Terveyskäsitteet.....	19
	6.3.2 Vanhemmuus ja perhekäsitteet.....	20
	6.3.3 Synnytys ja vastasyntyneen hoito	23
	6.3.4 Kuolema	24
	6.4 Kulttuurinen taito.....	26
	6.5 Kulttuurinen kohtaaminen	28
	6.6 Kulttuurinen tahto	29
7	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	32
	7.1 Kvalitatiivinen tutkimus	32
	7.2 Aineiston keruumenetelmä	33
	7.3 Teorialähtöinen sisällönanalyysi.....	34
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	37
	8.1 Kulttuurinen tietoisuus.....	37
	8.1.1 Hoitajien asenteet	37
	8.1.2 Hoitajien arvot.....	38
	8.2 Kulttuurinen tieto.....	39
	8.2.1 Kulttuurien piirteiden merkitys hoitotyöhön.....	40
	8.2.2 Hoitajien olemassa oleva tieto	41
	8.2.3 Hoitajien tarve lisätiedolle	41
	8.3 Kulttuurinen taito.....	42
	8.3.1 Hoitajien kyky hankkia tietoa ja toteuttaa kulttuurista hoitotyötä	42
	8.3.2 Hoitajasta riippumattomat tekijät, jotka vaikuttavat kulttuuriseen hoitotyöhön.....	43

8.4	Kulttuurinen kohtaaminen	43
8.4.1	Kommunikointi	44
8.4.2	Tulkkaaminen.....	45
8.4.3	Monikulttuuristen perheiden yksilöllisyys.....	46
8.5	Kulttuurinen tahto	47
8.5.1	Perheen kokonaisvaltainen hoito.....	47
8.5.2	Haastavat monikulttuuriset tilanteet.....	48
9	POHDINTA.....	49
9.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	49
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus	51
9.3	Tulosten tarkastelu	53
9.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	55
9.5	Tekijöiden pohdintaa opinnäytetyön prosessista	56
	LÄHTEET:.....	57
	LIITTEET:	60
	Liite 1. Saatekirje	60
	Liite 2. Sisällönanalyysitaulukko	62
	Liite 3. Tutkimustaulukko.	65

1 JOHDANTO

Vuonna 2002 ulkomaalaisten kansalaisten määrä Suomessa oli yli 100 000, kun vuonna 2012 vastaava luku oli jo noin 195 000 (Suomen virallinen tilasto 2013). Toisin sanoen ulkomaalaisten kansalaisten määrä on lähes kaksinkertaistunut Suomessa kymmenen vuoden aikana. Tämä näkyy myös Suomen terveydenhuollossa, sillä asiakaskunnassa on yhä enemmän eri kulttuureita edustavia. Monikulttuurisuus on tänä päivänä osa sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten arkea. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 6).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sanoo, että potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (1994) taas määrää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Jo laissa on määritelty, että sairaanhoitajien tulee toteuttaa hoitotyötä mahdollisuuksien mukaan eri kulttuuritaustat huomioon ottaen.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että sairaanhoitajan tulee suojella ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitajan tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä sekä luoda hoitokulttuuri, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitajan tulee ohjeiden mukaan kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä kohdella toista ihmistä lähimmäisenään. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen sekä keskinäiseen luottamukseen. Sairaanhoitajan tulee toimia oikeudenmukaisesti, sekä hoitaa potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Suomen Sairaanhoitajaliitto ry 1996.)

Opinnäytetyön viitekehys pohjautuu Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malliin. Mallin osa-alueet ovat kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen kohtaaminen sekä kulttuurinen tahto. (Campinha-Bacote 2002.) Opinnäytetyön tehtävät on muodostettu mallin osa-alueista.

Opinnäytetyön aihe sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin tilan selvittämisestä tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Toiveena oli, että opinnäytetyötä tehtäessä tulisi ilmi, mitä hoitajat ottavat huomioon monikulttuurisessa hoitotyössä sekä missä osa-alueissa monikulttuurisessa hoitotyössä hoitajilla on lisätiedon tarvetta. Toiveena oli, että tulevaisuudessa hoitotyötä on mahdollista kehittää tulosten pohjalta kulttuurisen hoitotyön näkökulmasta.

Halusimme käsitellä opinnäytetyössämme monikulttuurista hoitotyötä, sillä molemmat koemme aiheen tärkeäksi nykyajan hoitotyössä. Yhä enemmän on potilaita ja heidän omaisiaan, jotka edustavat eri kulttuureita. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen hoitoalalla tulevasta työpaikasta riippumatta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien kulttuurista kompetenssia Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin mallin avulla sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Miten sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista tietoisuuttaan?
- 2) Miten sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista tietoaan?
- 3) Miten sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista taitoaan?
- 4) Miten sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista kohtaamistaan?
- 5) Miten sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista tahtoaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa osastolle kulttuurisen hoitotyön nykytilasta kulttuurisen hoitotyön kehittämisen pohjaksi. Lisäksi tavoitteena on lisätä opinnäytetyön tekijöiden omaa tietämystä kulttuurisesta hoitotyöstä.

3 KULTTUURI

3.1 Kulttuurin määritelmä

Kulttuurin määritelmät ovat muuttuneet ajan kuluessa ja tieteenalasta toiseen, päämääränä on kuitenkin aina ollut saada ymmärrys kulttuurin synnystä ja kehittämisestä, miten kulttuurit eroavat toisistaan sekä mitä kulttuuri merkitsee sen jäsenille. Antropologia ja sosiologia ovat ensisijaisia tieteenaloja, mitkä liitetään kulttuurin tutkimukseen sekä tietoon kulttuurista. (Abdelhamid, Juntunen, & Koskinen 2009, 16.) Kulttuuriantropologian mukaan sosiaaliset suhteet ja historia muokkaavat ihmisten asenteita, arvoja, toimintatapoja ja ajattelua sekä kehittävät kulttuuria eli tietyn ihmisryhmän elämäntapaa (Alasuutari 1994, Abdelhamid ym. 2009, 16 mukaan). Sosiologisen kulttuuritutkimuksen näkökulmasta kulttuuri ei ole itsestään selviä sukupolvelta toiselle siirtyviä uskomuksia ja rituaaleja, vaan niiden merkityksen kokonaisuuksia joita ihmiset antavat eri kokonaisuuksille (Abdelhamid ym. 2009, 17).

Kulttuurin katsotaan sisältävän ne arvot, ajattelun muodot, käsitykset, kielelliset ilmaukset, käyttäytymisnormit sekä kommunikaatiotyylit, jotka tietty ihmisryhmä on kehittänyt varmistukseensa selviytymisensä tietyssä ympäristössä. Kulttuuri on kokonaisuus, joka määrittyy sosiaalisesta käyttäytymisestä, taiteesta, arvoista, uskomuksista, maailmankatsomuksesta, tavoista ja inhimillisestä elämästä yleensä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 32.)

Monikulttuurisuudella tarkoitetaan erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien elämistä samassa tilassa ja ajassa. Monikulttuurisuus viittaa yhteiskuntaan, jossa vallitsee kulttuurien välinen suvaitsevaisuus, myönteinen kulttuurien kirjo sekä palvelujen monipuolisuus. Tällainen yhteiskunta on kulttuurisesti ja etnisesti heterogeeninen, ja monikulttuurinen yhteiskuntapolitiikka tavoittelee yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa. (Abdelhamid ym. 2009, 18.)

Tässä opinnäytetyössä monikulttuurisuuteen katsotaan sisältyvän ihmisen alkuperä, arvot, kieli ja uskonto, jotka vaikuttavat ihmisen tapoihin, kommunikaatioon ja käyttäytymiseen.

3.2 Transkulttuurinen hoitotyö

Transkulttuurisessa hoitotyössä kulttuuri nähdään olevan syntymästä saakka opittua, sukupolvelta toiselle siirtyvää, sosialistumisen ja kielen kautta tapahtuvaa käyttäytymismallien hankkimista. Kulttuuri sisältää kaikki tietyn ihmisryhmän tuottamat inhimillisen elämän tuotokset, kuten sosiaalisesti välittyneet käyttäytymismallit, arvot, tavat, elämäkatsomukset, uskomukset ja taide. Asiat ovat pääsääntöisesti enemmistön jakamia ja hyväksymiä. Ihmisen monet toiminnot ovat niin syvään juurtuneita, ettei ihminen ole tietoinen kulttuurin vaikutuksesta toiminnassaan. (Herberg 1995, Sainola-Rodriguez 2009, 25 mukaan.)

Madeleine M. Leininger on transkulttuurisen hoitotyön perustaja ja yksi transkulttuurisen hoitotyön teorian johtohahmoista. Teoria on johdettu antropologiasta, mutta Leininger muotoili teorian käsitteet kuuluvaksi hoitotyön alaan. (Alexander, Beagle, Butler, Dougherty, Robards, Solotkin & Velotta. 1994, 410-413.)

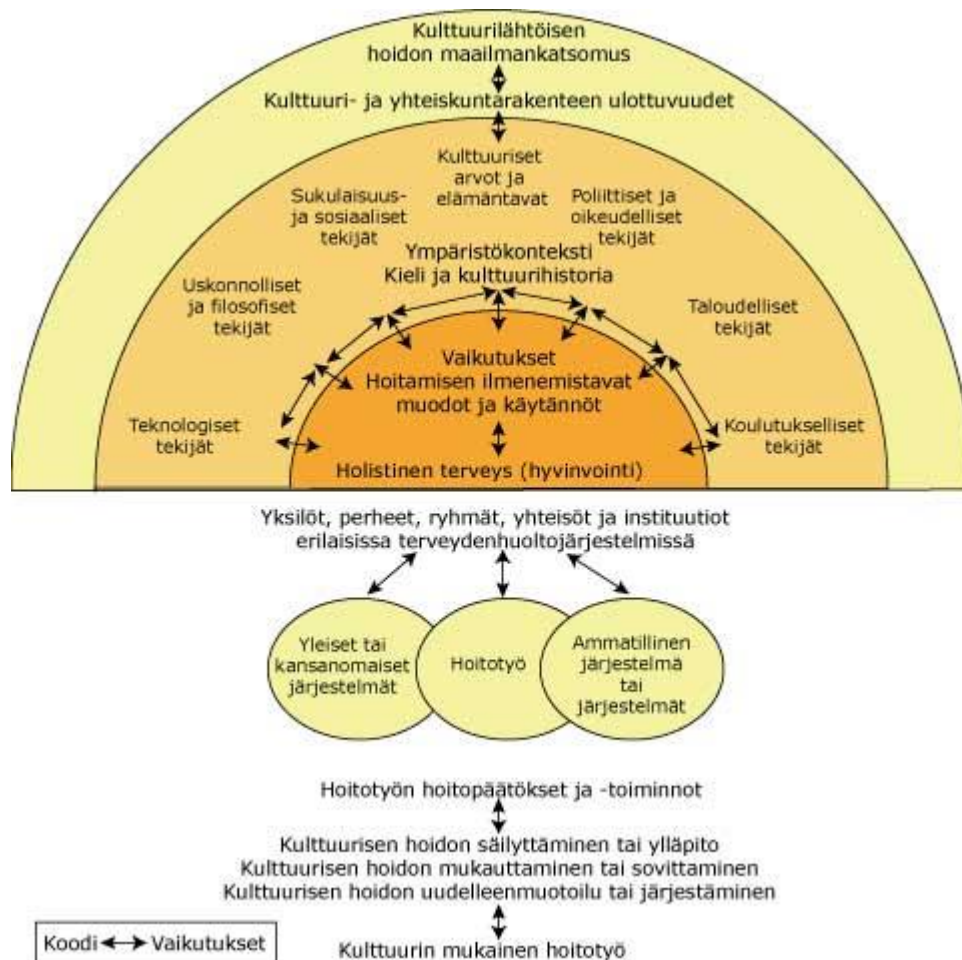
Leininger on määritellyt transkulttuurisen hoitotyön tärkeäksi hoitotyön alueeksi, jossa keskitytään maailman eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin erityisesti hoitamiskäyttäytymisen, hoitotyön sekä terveyttä ja sairautta koskevien arvojen, uskomusten ja käyttäytymismallien osalta. Sen päämääränä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta eri kulttuureille ominaisten ja kaikille kulttuureille yhteisten hoitotyön käytäntöjen tuottamiseksi. (Alexander ym. 1994, 413.)

Transkulttuurisen hoitotyön päämääränä ei ole teorian mukaan vain tulla tietoiseksi eri kulttuureista vaan tavoitteena on tehdä kulttuurista ammatillisen hoitotiedon ja hoitokäytännön perusta, joka antaa lähtökohdan käsitteiden muodostamiselle sekä hoidon suunnittelulle ja toteuttamiselle. Leininger on perustellut tätä sillä, että kulttuurin pohjalta pystytään kaikkein laajimmin ja kokonaisvaltaisimmin muodostamaan käsitteitä, ymmärtämään ihmisiä ja toimimaan tehokkaasti heidän parissaan. (Alexander ym. 1994, 414.)

Leininger on laatinut ns. auringonnousumallin (The Sunrise Model) kuvaamaan teorian-
sa pääelementtejä. Auringonnousu symboloi auringon, eli hoitamisen, nousua. Ympyrän yläosa kuvaa yhteiskuntarakenteen osatekijöitä sekä hoitoon ja terveyteen kielen ja ym-

päristön välityksellä vaikuttavia tekijöitä. Nämä vaikuttavat kansanomaisiin, ammatillisiin ja hoitotyön järjestelmiin, jotka on sijoitettu alempaan puoliskoon mallissa. Puoliskot muodostavat yhdessä kokonaisen auringon, joka edustaa kaikkea, mitä sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon ymmärtääkseen inhimillistä hoitoa ja terveyttä. (Alexander ym. 1994, 420.)

Leiningerin mukaan hoitotyön alajärjestelmä voi toimia siltana kansanomaisten ja ammatillisten järjestelmien välillä kolmenlaisten hoitotyön toimintojen avulla, jotka ovat kulttuurisen hoitotyön säilyttäminen, mukauttaminen sekä uudelleenmuotoilu. Malli kuvaa yhtä teorian peruseriaatteista, jossa ihminen nähdään kulttuuritaustastaan ja yhteiskuntarakenteestaan erottamattomana. (Alexander ym. 1994, 422.)



KUVA 1. Leiningerin auringonmalli (Alexander ym. 1994)

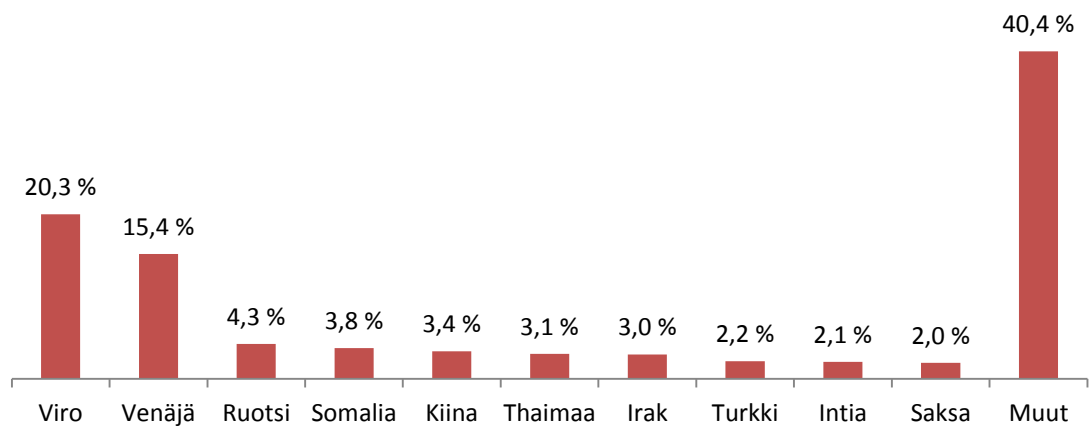
3.3 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurisella hoitotyöllä tarkoitetaan erilaisten kulttuurien parissa tehtävää hoitotyötä tai hoitoyhteisöä, jonka asiakkaat ja työntekijät ovat peräisin erilaisista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisissa hoitosuhteissa ja -yhteisöissä huomioidaan ihmisten kulttuuriset lähtökohdat, ja kanssakäymistä leimaa tasa-arvoisuus, yhdenvertaisuus sekä erilaisuuden kunnioitus. Päämääränä on asiakkaan kulttuurisen taustan huomioiminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Yhdysvaltalaisessa ja eurooppalaisessa kirjallisuudessa käsitteenä monikulttuurinen hoitotyö esiintyy harvoin, yleisesti käytetympi on transkulttuurinen eli kulttuurit ylittävä hoitotyö. (Abdelhamid ym. 2009, 19.)

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltavat kulttuurit ovat Suomessa yleisimmät ulkomaan kansalaisuudet sekä niihin liitettävät yleisimmät uskonnot. Kulttuurien edustajilla tarkoitetaan muita kuin suomalaisten kulttuurien edustajia.

4 MONIKULTTUURISUUS SUOMESSA

Suurimmat kansalaisuusryhmät Suomessa vuonna 2012 olivat järjestyksessä Viro, Venäjä ja Ruotsi. Kymmenen suurimman joukkoon kuuluivat myös Somalia, Kiina, Thaimaa, Irak, Turkki, Intia ja Saksa. Yhteensä ulkomaalaisia oli 195 511, joka on 3,6 % koko Suomen väestöstä. (Sisäasiainministeriö 2012, 4.)



KUVIO 1. Kansalaisuusryhmät Suomessa (Suomen virallinen tilasto 2013)

Vieraskielisiä Suomen väestöstä on yhteensä 4,9 %. Yleisimmät vieraat kielet ovat venäjä, viro, somali, englanti, arabia, kurdi ja kiina (Suomen virallinen tilasto 2013.)

Pääkaupunkiseudulla ja muissa suurissa Suomen kaupungeissa maahanmuuttajien osuus synnyttäjistä on korkea. Esimerkiksi kättilöopistossa Helsingissä 2000-luvulla noin 14 % synnyttävistä perheistä joko toinen tai molemmat vanhemmat eivät olleet syntyperäisiä suomalaisia. Haasteena onkin vastasyntyneitä hoitaville yksiköille maahanmuuttajaperheissä esiintyvät sairaudet, jotka ovat harvinaisia suomalaisessa kantaväestössä, mutta yleisiä muissa väestöissä. (Luukkainen & Fellman 2010, 37.)

On hyvä tietää, että monista maista tulee eri etnisiin ryhmiin kuuluvia maahanmuuttajia. Etnisen taustan lisäksi elämäkokemukset sekä omaan etniseen taustaan suhtautuminen vaihtelevat yksilöstä riippuen. Kulttuuri ei myöskään säily muuttumattomana vuodesta toiseen. Maahanmuuttajat yksilöinä ja yhteisöinä luovat omat tapansa tulkita ja toteuttaa omaa kulttuuriaan. Maahanmuuttajien kanssa työskennellessä on kohteliasta tietää jotakin ihmisen taustasta. Yksilön kotimaan elinolojen ja tärkeimpien kulttuuripiirteiden

tunteminen luo kuvan kiinnostuksesta maahanmuuttajiin ja heidän taustaansa sekä arvostuksensa heihin. (Räty 2002, 76 – 77.)

Ulkomaalainen on henkilö, joka ei ole omalla maallaan. Suomessa ulkomaalainen on henkilö, joka ei ole Suomen kansalainen. Suomessa asuvat tai oleskelevat ulkomaalaiset eivät ole yhtenäinen ryhmä, koska he ovat monista eri syistä Suomeen tulleita. Heidän elämäntilanteensa sekä heidän kokemuksensa elämästä Suomessa, vaihtelevat hyvin paljon. Eritaustaisista ulkomaalaisryhmistä käytetään erilaisia nimityksiä. (Räty 2002, 11.)

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan toiseen maahan muuttanutta ulkomaan kansalaista, joka aikoo asua maassa pidempään. Joskus maahanmuuttajalla voidaan viitata sellaiseen henkilöön, joka on syntynyt Suomessa, mutta jonka vanhempi tai molemmat vanhemmat ovat muuttaneet Suomeen. Nämä ovat ns. toisen sukupolven maahanmuuttajia. (Miettinen.)

5 SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖ

Lähes kaikki lapset syntyvät sairaalassa, suunnitellut kotisyntytykset ovat harvinaisia. Sairaalassa tapahtuva synnytys on aina turvallisempaa lapselle, sillä sairaalassa on mahdollista toteuttaa kiireellinen keisarinleikkaus odottamattomissa komplikaatioissa. (Luukkainen & Fellman 2010, 37.)

Kaikkien vastasyntyneiden vointia seurataan sairaalassa järjestelmällisesti syntymän jälkeen, ja mahdolliset poikkeavat oireet huomioidaan. Myös äidin sairaudet tulee huomioida ja tarvittaessa lasta tulee tarkkailla niistä mahdollisesti johtuvien oireiden varalta. Näitä voivat olla esimerkiksi äidin diabeteksesta johtuva hypoglykemia sekä äidin lääkityksestä tai päihteidenkäytöstä johtuvat oireet. Vastasyntynyt virtsaa 24 tunnin kuluessa ja ulostaa 48 tunnin kuluessa, mutta mikäli tätä ei tapahdu, tulee käynnistää selvitukset mahdollisten synnynnäisten epämuodostumien toteamiseksi. Muita sairauten tai synnynnäiseen poikkeavuuteen viittaavia oireita voi olla hengitysvaikeudet, yleistynyt syanoosi, poikkeava jäntevyys, poikkeava kehonlämpö, petekiat, poikkeavan runsas syljeneritys, ruokkimisvaikeudet, vihreän mahanesteen oksentelu, yli 10% painonlasku ensimmäisen elinviikon aikana sekä varhainen kellastuminen alle 2 vuorokauden iässä. (Luukkainen & Fellman 2010, 43.)

Tässä opinnäytetyössä sairaalla vastasyntyneellä tarkoitetaan vauvaa, joka syntymän jälkeen tarvitsee osastohoitoa eri syistä.

Keskosena syntynyt ja sairas vastasyntynyt vauva hoidetaan usein varsinkin hoidon alkuvaiheessa keskoskaapissa tai tehohoitopöydällä ja hoitoympäristö pyritään rauhoittamaan. Rauhattomuutta aiheuttavat monet eri tekijät, eikä kaikkia pystytä välttämään. Hoidossa pyritään huomioimaan lapsen luontainen rytmi, esimerkiksi näytteenotot ja tutkimukset ajoitetaan lapsen hoitojen yhteyteen kun lapsi on luontaisesti hereillä, jotta lepoon jää riittävästi aikaa. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 265-266.) Lapsen hoitoympäristö tulee järjestää niin, että hoitoympäristön tekijät tukevat lapsen aistitoimintojen kehittymistä, esimerkiksi valaistuksen ja melutason vähentäminen, pesän hyödyntäminen lapsen rauhoittamiseksi sekä lepoetkien järjestäminen. (Korhonen 1999, Lassila 2006 mukaan).

Keskosen hoidossa tavoitellaan kohdun olosuhteita. Keskosta käsitellään hellästi varmoin ottein turvallisuuden luomiseksi (Arasola 2004 & Suni 1997, Lassila 2006 mukaan.) Lasta käsitellään lämpimin käsin laajoilla kämmenotteilla lapsen liikeaistin kehitystä tukien. Asentohoitoa toteutetaan auttamalla lapsi luonnollisiin ja levollisiin asentoihin, kuten sikiöasentoon. (Ivanoff ym. 2001, Lassila 2006 mukaan.)

Keskosen ravitsemuksessa tavoitteena on taata keskosen kasvaminen samalla tapaa kuin se mahdollistuisi sikiöaikana. Ennenaikainen lapsi ei yleensä siedä täyttä maitoruokintaa syntymän jälkeen, sillä ruuansulatuskanava ei ole vielä täysin kypsynyt. Keskosia ruokitaan aluksi suonensisäisesti ainakin osittain ja maitoruokintaan siirrytään vähitellen suolen kypsymisen mukaan. Äidinmaitoruokinta pyritään aloittamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja maidon antamista varten keskoselle laitetaan syöttöletku. Keskosen kasvaessa ja vahvistuessa alkaa keskonen imeä osan maidosta tuttipullosta. Kun keskonen jaksaa hyvin imeä tuttipullosta, alkaa rinnasta imeminen yleensä sujua. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 270.)

Hoitotyöntekijöiden tehtävänä on tukea ja vahvistaa sairaan vastasyntyneen ja vanhempien välisen varhaisen yhteyden syntymistä. Vanhemmat tarvitsevat hoitotyöntekijöiden apua kiintyäkseen lapseensa turvattomissa olosuhteissa. (Schulman 2003, Lassila 2006 mukaan.) Lasten hoitojen hallitseminen on osa vanhemmuutta ja vanhemmat tarvitsevat yksilöllistä ohjausta lapsensa hoidosta. Vanhempia tulee ohjata kokonaiskehityksen näkökulmasta, jolloin he oppivat lapsen kehityksen kuuluvan normaaliin päivittäiseen hoitoon. (Korhonen 1999, Lassila 2006 mukaan.)

Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijöinä tarkoitetaan sairaanhoitajia. Sairaanhoitajat ovat laillistettuja ammattihenkilöitä, joille Valvira myöntää hakemuksen perusteella laillistuksen. (Laki 28.6.1994/559.)

6 KULTTUURINEN KOMPETENSSI SAIRAIDEN VASTASYNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ

6.1 Kulttuurisen kompetenssin määritelmä

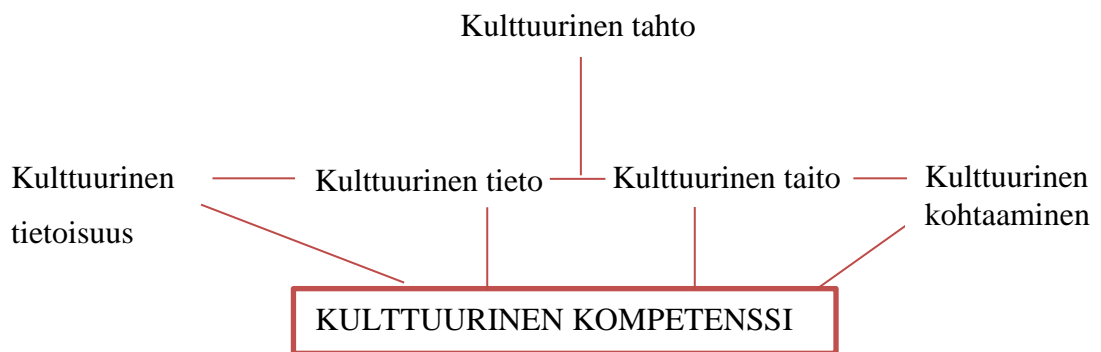
Yleisen Suomalaisen asiansanaston mukaan kompetenssi tarkoittaa osaamista, pätevyyttä ja kelpoisuutta. Kulttuuriosaamisen Yleinen Suomalainen asiansanasto määrittelee erilaisten kulttuuristen taustojen ymmärtämiseksi, kyvyksi viestiä muiden kulttuurien edustajien kanssa, sekä kyvyksi sopeutua paikallisiin olosuhteisiin ja rajoituksiin. (YSA 2013.)

Kulttuurinen kompetenssi käsittää yksilön kyvyn antaa ja tuottaa kulttuurisesti pätevää hoitoa, sekä ottaa huomioon kulttuurin vaikutukset terveyteen ja sairauteen (Burchum 2002, Smith 1999, Sainola-Rodriguez 2009, 45 mukaan). Kulttuurisen kompetenssin viitekehyksen lähikäsitteitä ovat kulttuurinen hoito, kulttuurinen yhdenmukaisuus tai kulttuurisesti yhdenmukainen hoitotyö, etninen hoitotyö sekä kulttuurinen pätevyys. Myös kulttuurista herkkyyttä ja kulttuurien välisenä välittäjänä toimimista on pidetty kulttuurisen kompetenssin lähikäsitteinä. (Wells 2000, Burchum 2002, Smith 2008, Sainola-Rodriguez 2009, 45.) Kulttuurinen kompetenssi on kykyä arvioida ja ymmärtää kulttuuria, hoitoa, ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä, sekä kykyä käyttää tätä tietoa luovalla tavalla kulttuuriltaan samanlaisten ja erilaisten ihmisten kanssa (Shen 2004, Sainola-Rodriguez 2009, 45 mukaan). Meleis on määritellyt kulttuurisen kompetenssin hoitotyön toiminnaksi, jossa tulee ilmi erilaisuuden arvostus, marginaalissa elävien ihmisten puolustaminen, tasa-arvon edistäminen ja ihmisarvon kunnioittaminen (Meleis 1999, Mulder 2013, 11 mukaan).

Kulttuurinen kompetenssi kehittyy pitkäaikaisessa prosessissa. Prosessi alkaa usein kulttuurisokista, kun hoitotyöntekijät ja alan opiskelijat näkevät vieraan kulttuurin nurjat puolet ja oman kulttuurin positiiviset puolet korostuvat. Kulttuurisokki ilmenee muun muassa turhautumisena ja haluttomuutena asettua oppijan rooliin. Kulttuurisokki aiheuttaa negatiivista käyttäytymistä, kuten toisten osaamisen aliarvioimista, kulttuurin vähättelyä, yhteistyökyvyttömyyttä ja joustamattomuutta. Sairaanhoidajan tulee uskaltaa

kyseenalaistaa sellaiset kulttuuriset toimintatavat, jotka loukkaavat ihmisarvoa ja kansainvälistä ihmisoikeuslainsäädäntöä (Wellman 2009, 20).

Kulttuurinen kompetenssi on hoitajan herkkyyttä nähdä potilaan kulttuurinen ulottuvuus sekä taitoa kommunikoida vierasta kulttuuria edustavan potilaan kanssa hyödyntäen siinä kulttuuritietoa. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi mahdollistaa eettisesti hyväksyttävän hoitosuhteen ja voimistaa asiakasta. (Ikonen 2007.) Kulttuurisen kompetenssin osa-alueita ovat Campinha-Bacoten mukaan kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen tahto sekä kulttuurinen kohtaaminen (Campinha-Bacote 2002). Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu kulttuurista kompetenssia Campinha-Bacoten mallin mukaan.



KUVIO 2. Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli (Campinha-Bacote 2002.)

Jotta hoitotyöntekijät ja –opiskelijat voisivat kehittyä kulttuurisesti päteviksi, he tarvitsevat sekä erityistietoja ja –taitoja että yleistietoa eri kulttuureista. Yleistiedolla tässä yhteydessä tarkoitetaan osaamista kohdata vieraasta kulttuurista tuleva potilas. Erityistiedot ja –taidot ovat tietyn etnisen ryhmän potilaiden kulttuurin tuntemusta. (Papadopoulos & Lees 2000, Wellman 2009 mukaan.)

6.2 Kulttuurinen tietoisuus

Kulttuurinen tietoisuus tarkoittaa eräänlaista herkistymisprosessia, jossa tarkastellaan omia uskomuksia sekä ennakkokäsityksiä muista kulttuureista ja niiden edustajista. Hoitajan on tärkeä tunnistaa oman kulttuuritaustansa arvot, uskomukset ja käyttäytymismallit. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 33.) Hoitohenkilökunta voi syyllistyä kulttuuriseen mää-

räämiseen, mikäli ei ole tietoinen omista kulttuurisista tai ammatillisista arvoista. Kulttuurisella määräämisellä tarkoitetaan taipumusta tuputtaa omia arvoja, uskomuksia ja tapoja toisen kulttuurin edustajalle. (Campinha-Bacote 2002.)

6.3 Kulttuurinen tieto

Kulttuurinen tieto on erilaisesta kulttuurista tulevan ihmisen näkemyksen ymmärtämistä, erojen ja yhtäläisyyksien ymmärtämistä sekä tietoa ihmisen psykologisista, biologisista ja fysiologisista eroavaisuuksista (Rautava-Nurmi ym. 2012, 33). Kulttuuriseen tietoon kuuluu myös hoitohenkilökunnan tieto sairauksien esiintyvyydestä sekä yleisyydestä eri kulttuurisissa ryhmissä. Jotta voi saada tietoa eri kulttuurien edustajien terveysuskomuksista ja -arvoista, on tärkeää ymmärtää heidän maailmankuvaansa. Eri kulttuurien edustajien maailmankuva selittää kuinka he tulkitsevat omaa sairauttaan ja kuinka se opastaa heitä ajattelemaan, toimimaan ja olemaan. (Campinha-Bacote 2002.) Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijöiden kulttuurista tietoa on käsitelty esimerkein eri kulttuurien tavoista ja toiveista sairaan vastasyntyneen hoitotyössä.

6.3.1 Terveyskäsitteet

Kulttuuri ohjaa merkittävästi yksilön terveystietoisuutta. Kulttuuri vaikuttaa yksilön käsityksiin terveydestään ja sairaudesta sekä tapaan reagoida sairauden ennaltaehkäisyyn tai hoitomenetelmiin. Kulttuuristen erojen vuoksi saatetaan asettaa jopa vääriä diagnooseja, jos potilaan viestintä tulkitaan väärin ja stereotyyppien annetaan ohjata päätöksentekoa. (Burr ja Chapman 1998, Huff ja Kline 1999 & Bäärnhielm ym. 2007, Sainola-Rodriguez 2009, 25 mukaan.) Fyysisen ja psyykkisen terveyteen sekä sairauksien syntymekanismiin selittäviin tekijöihin on kulttuurisidonnaisia uskomuksia ja oletuksia, jotka näyttäytyvät monin eri tavoin. Esimerkiksi ruokavalion yhteys tiettyihin sairauksiin tai pidetäänkö jonkin sairauden syynä yhteisön sisäistä riitaa tai kirosusta. Länsimaisen lääketieteen tiedot ovat osittain korvanneet joitakin kulttuurisia oletuksia, mutta ihmisen oma sosiaalinen ympäristö tarjoaa tutun ja turvallisen viitekehyksen, jossa on joitakin selitys- ja toimintamalleja. (Ranta, Matikainen, Hahteja & Suutarla 2012, 165.)

Somalialaisessa kulttuurissa oireet kertovat muustakin kuin sairaudesta. Puhuminen oireista viittaa elämän epäjärjestykseen, ristiriitaan tai hajaannukseen. Oireet voivat viitata kärsimykseen, josta muuten ei pystytä puhumaan. Suomessa lääkkeissä on eläinperäisiä valkuaisaineita, esim. eläinperäinen liivate, jota muslimin on vaikea hyväksyä. Somalialaisessa yhteisössä terveydenhuollossa perheellä on keskeinen merkitys, kun Suomessa taas se on hyvin yksilökeskeistä. Stereotypiat voivat aiheuttaa sen, että musliminlaiselle ei kerrota ehkäisystä, vaikka tiedon tarve voi selvitä kysymällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 19.)

Romanit käyttävät terveyspalveluita valtaväestöä vähemmän, sillä he pitävät itseään terveinä, jos sairaus tai vamma ei vaikeuta elämää ratkaisevasti. Romaneilla on omat puhtaus- ja häveliäisyyskäsitteensä, jotka tulee huomioida terveydenhuollossa. Eriikäiset romanit eivät puhu keskenään sukupuoliasioista, kuten raskauteen liittyvistä asioista. Suku huolehtii itse sairaistaan ja vammaisistaan, eikä heitä sijoiteta laitoksiin mielellään. Kun romani joutuu sairaalaan, lähes koko suku on häntä siellä tukemassa. Oman yöpuvun tai liinavaatteiden käyttö tuovat romaneille turvallisuutta ja niiden käyttö mahdollisuuksien mukaan voi helpottaa hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004b, 19.) Nuori ihminen ei voi olla konkreettisesti vanhan yläpuolella, esimerkiksi jos rakennuksen alapuolella on vanhempi henkilö, nuori ei voi vanhojen kunniaa loukkaamatta mennä yläkertaan. Romanit eivät todellisuudessa ole jäykkiä normeja, vaan ne mukautetaan uusiin ja erilaisiin tilanteisiin sekä sosiaalisiin yhteyksiin (Viljanen, Hagert & Blomerus 2007.)

6.3.2 Vanhemmuus ja perhekäsitykset

Perhe on yleismaailmallinen järjestelmä, jonka muoto, koko sekä sisäiset valtasuhteet kuitenkin eroavat suuresti eri kulttuureissa. Perheen määrittely on laaja ja se sisältää perinteisestä ydinperheestä poikkeavat ihmissuhteet, kuten lapsettomat, uusperheet ja yksihuoltajat. Kehitysnäkökulmasta perhe nähdään dynaamisena järjestelmänä, jolle ominaista on siirtyminen eri kehitysvaiheesta toiseen ja jatkuva muuttuminen. (Friedman, Bowden, Jones 2003, Wathen 2007, 7 mukaan.)

Yksilöllisessä eli individuaalisessa kulttuurissa perheellä tarkoitetaan ydinperhettä, joka yksilöiden elinaikana mahdollisesti muuttaa muotoaan useita kertoja. Avioliiton katsotaan pohjautuvan rakkauteen ja aviopuolison valitsemisen henkilökohtaiseksi ratkaisuksi. Ydinperhe käsitetään myös kiinteäksi taloudelliseksi ja toiminnalliseksi yksiköksi. (Räty 2002, 59.) Individualistissa kulttuureissa ihmisillä on helppohko liikkua yhteisössä ja luoda uusia kontakteja. Ihmisen tulee kuitenkin hallita etiketti tietynlaiseen kommunikointiin. (Räty 2002, Salo-Lee, Malmberg, Halinoja 1996, Wathen 2007, 7 – 8 mukaan.)

Yhteisöllisessä eli kollektiivisessa kulttuurissa avioliitto katsotaan pitkälti perheiden väliseksi sopimukseksi. Kahden yksilön lisäksi avioliitto liittyy yhteen kaksi perhettä. ”Perhe” kuvaa useimmiten useamman sukupolven ja aikuisen suurperhettä. Perheeseen voi kuulua siis isovanhempia, tätejä, setiä ja serkkuja. Lähiyhteisö on myös tärkeä. Naiset lähiyhteisössä jakavat arjen työt, ilot ja surut. Miehillä taas on omat sosiaaliset verkostonsa. Aviosuhteelta ei odoteta niin paljoa kuin ns. rakkausavioliitossa. Nykyään tosin myös yhteisöllisissä kulttuureissa on leviämässä ihanne rakkausavioliitosta. (Räty 2002, 59.)

Länsimaisessa kulttuurissa vastasyntynyt lapsi nähdään täydellisesti muista ihmisistä riippuvaisena. Kasvun ja kasvatuksen tavoitteena on tukea asteittaista itsenäistymistä, kun taas Aasialaisessa kulttuurissa vastasyntynyt lapsi on täysin irrallaan muista ihmisistä ja kasvatuksen tavoitteena onkin houkutella lapsi lähemmäksi toista ihmistä sekä opettaa häntä elämään yhdessä muiden kanssa. Afrikassa lapsi syntyy kuolleiden esivanhempien, elossa olevien isovanhempiensa sekä omien vanhempiensa muodostamaan sukupolvien ketjuun. Rituaalien avulla selvitetään esi-isien tahtoa erilaisissa ongelmatilanteissa, perheenjäsenet kokevat konkreettisen suvun tuoman turvan. (Abdelhamid ym. 2009, 203.)

Fyysiseen läheisyyteen liittyvät tavat ovat kulttuurisidonnaisia. Esimerkiksi Afrikassa ja Aasiassa äidit pitävät vauvaa ja imeväisikäistä lasta jatkuvasti kehon lähellä joko kantamalla häntä vatsan päällä tai selässä kangaspussissa tai tukemalla lasta käsivarrellaan lantiota vasten. (Abdelhamid ym. 2009, 205.)

Venäläisessä kulttuurissa lapsen hoito- ja kasvatusvastuu on pääasiassa lapsen äidillä ja isoäideillä. Usein viimeistään lapsen synnyttyä isoäiti muuttaa perheen luo auttaakseen vauvan- ja kodinhoidossa, jotta äiti saa levätä. (Väestöliitto 2013, 15 - 16.) Somalialaisessa kulttuurissa vastuu lapsista kuuluu äidille tai suvun naisille. Lapset kuuluvat isänsä sukuun. Mies on perheen pää, äiti tekee päätökset kodin asioista. Lapset ovat hierarkiassa alimpana. Isällä on vastuu lapsen elatuksesta. Arjen hoiva- ja kasvatusvastuu lapsesta kuuluu äidille tai muille suvun naisille. Poikalapset ovat perinteisesti olleet toivottuja, sillä he jatkavat sukuaan ja vahvistavat siten klaaniaan. Poikien lapset kuuluvat isänsä klaaniin ja tyttäret sen sijaan avioituvat toiseen sukuun ja edistävät siten toisen suvun kasvua. Maahanmuuttaja muslimeille lapsen sukupuoli ei ole enää niin tärkeää. (Väestöliitto 2013, 37 – 40.)

Naisten sukuelinten silpominen on maailman yleisintä Somaliassa, jossa jopa 98 prosenttia 15 – 49-vuotiaista naisista on käynyt läpi tämän kivuliaan ja naisen koskemattomuutta loukkaavan toimenpiteen. Silpominen voi aiheuttaa muun muassa hedelmättömyyttä, synnytyksen komplikaatioita ja kasvanutta riskiä vastasyntyneen kuolemalle. (Väestöliitto 2013, 41.)

Kurdit on kansa, joka on levittäytynyt Iranin, Irakin, Turkin, Syyrian ja Armenian alueille. Kurdinaisten asema on huonompi, kuin miesten. Naisten asiat eivät pääsääntöisesti kuulu suvun ulkopuolelle. Esimerkiksi naisten kuulumisten kyselyä saatetaan pitää epäkohteliaana. Naisten kunniaan suojellaan tarkkaan, sillä sen nähdään kuvastavan koko suvun kunniaan. Pienistä lapsista huolehtiminen ja kasvatus on pääasiassa äidin tehtävä. (Väestöliitto 2013, 28 - 32.)

Intian eri osissa, uskonnoissa ja kasteissa esiintyy paljon erilaisia perhekulttuureja ja käytäntöjä. Yleistä kaikkien kesken on kuitenkin se, että eletään sukukeskeisesti. Sukulaisuuden ydin on usein miehen muodostama linjasuku. Yksittäinen ihminen ei ole mitään, vain jos kuuluu suurempaan kokonaisuuteen, voi elää turvattua ja mielekästä elämää. Suku on ainoa sosiaaliturva. Keskeistä intialaisessa perheessä on poikalasten suosiminen ja toivominen. Tämän vuoksi ultraäänitutkimuksilla todennetaan sikiön sukupuoli ja tyttösikiöitä abortoidaan uuden raskauden ja poikalapsen toivossa. Lapset ovat koko suvun. Lasten kasvatus on naisten vastuulla. (Väestöliitto 2013, 50 – 58.)

Vuosisatojen ajan perhe on ollut kriittisessä roolissa, kun kulttuurissa olevat tavat ja tottumukset, myös terveyttä ja sairautta koskevat, välittyvät sukupolvelta toiselle. Monet uskomukset ja käyttäytymistavat jotka on lapsuudessa opittu, säilyvät läpi elämän kulttuurista riippumatta. (Abdelhamid ym. 2009, 203.)

6.3.3 Synnytys ja vastasyntyneen hoito

Muslimimaissa naiset ovat perinteisesti synnyttäneet kotona, avustamassa on ollut muita naisia, kuten kylän vanhimpia. Suomessa kuitenkin synnytykset tapahtuvat lähes poikkeuksetta sairaalassa. Toiveena on, että kättilö ja synnytyslääkäri olisivat naisia, koska tiukimpien islamin tulkintojen mukaan potilasta saa hoitaa vain samaa sukupuolta oleva, varsinkin intiimien ruumiinosien kohdalla. Perinteisesti muslimimies ei ole läsnä synnytyksessä. Tähän ei kuitenkaan liity uskonnollista estettä, ja miehen läsnäolo onkin toivottavaa erityisesti, jos musliminainen osaa huonosti suomea ja mies on aina hoitanut perheen asioista viranomaisten kanssa. (Muhammed 2011, 191-192.)

Romaninaisten tulisi saada naispuolinen gynekologi, koska intiimeistä asioista ei voi puhua miehen kanssa. Puolison saa nykypäivänä ottaa mukaan synnytyssairaalaan, tai vaihtoehtoisesti mukana voi olla samanikäinen naispuolinen tukihenkilö. Naisen raskautta ja synnytystä pidetään epäpuhtautta ja likaisuutta tuottavana, jolloin naisen tulee noudattaa yhteisöä suojaavia puhtaussääntöjä. Julkisesti vastasyntynyt on ujostelun ja välttelyn kohde yhdessä äidin kanssa. Isovanhemmat voivat yksityisesti sattumalta nähdä vauvan äidin pysyessä näkymättömissä. Romaneiden sanonta ”pientä lasta tulee hävetä” tarkoittaa pienen vauvan vanhempien, erityisesti äidin, ujostelevaa ja itseä vanhempien seuraa välttelevää käyttäytymistä, eikä lapsen negatiivista arvottamista. (Viljanen ym. 2007.)

Muslimiäidit imettävät lapsiaan pitkään islamilaisen tavan mukaan. Jo koraani antaa heille kehotuksen imettää lasta kaksi vuotta. Jos imettäminen ei onnistu, lapselle voidaan hankkia imettäjä. Myös teolliset äidinmaidonkorvikkeet ovat sallittuja. Lapsille, joita on imettänyt sama nainen, muodostuu ns. maito- tai imetyssisaruuksia, eivätkä he tällöin voi mennä keskenään naimisiin. Monien muslimiäitien on vaikea hyväksyä luovutetun äidinmaidon antamista vauvoille suomalaisissa synnytyssairaaloissa, koska täl-

löin he eivät voi tietää kuka maidon on luovuttanut. (Akar & Tiilikainen 2014, 16.) Myös monissa Aasian ei-islamilaissä maissa lapsista, jotka saavat saman äidin rintamaitoa, tulee ns. maitosukulaisia. Tästä syystä tulisi aina tarkistaa, voiko luovutettua äidinmaitoa antaa. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä & THL 2009.)

Tutkimuksien mukaan Intiassa vain 46% kuuden kuukauden ikäisistä ja 59% neljän kuukauden ikäisistä vauvoista on täysimetetty. Samankaltaisia tuloksia on saatu lähivaltioissa, kuten Nepalissa ja Bangladeshissa. Tämä johtuu sekä valistuksen puutteesta, että äidinmaidon huonosta ravintopitoisuudesta, jolloin vauvat eivät saa tarpeeksi ravintoa ja itkevät paljon. (Samuel 2013.) Myös Kiinassa imetys lopetetaan varhain, jo neljän kuukauden ikäisillä vauvoilla ravintona on usein äidinmaitokorvike sekä erilaiset soseet ja vesi. Vaikka Kiinassa on toteutettu imetyksen suosivaa kampanjointia, tämä on usein korviketta tarjoavien firmojen sponsoroimaa ja mainonta korvikkeiden puolesta on suurempaa. (Guo, Fu, Scherpbier, Wang, Zhou, Wang & Hipgrave 2013.)

6.3.4 Kuolema

Lasten kuolleisuus on jyrkästi pienentynyt tämän vuosisadan aikana. Erittäin pienistä 23. - 28. raskausviikoilla syntyneistä lapsista kuolee kuitenkin edelleen lähes puolet. Tärkeimmät kuolleisuuden syyt syntymäkaudella ovat syntymän ennenaikaisuus ja synnyttäiset rakenneviat. Tavallisimmat kuolinsyyt ensimmäisten elinviikkojen jälkeen ovat kätkytkuolema ja synnyttäiset rakenneviat. (Rajantie & Perheentupa 2005.) Vuonna 2012 Suomessa kaikista syntyneistä lapsista 0,4% oli syntynyt kuolleena tai kuollut ensimmäisen seitsemän vuorokauden aikana (Vuori & Gissler 2013).

Kuolema on samanaikaisesti sekä yksilöllinen ja henkilökohtainen, että yhteisöllinen ilmiö. Kuoleman kohtaaminen tarkoittaa ihmiselle kulttuurista, filosofista, sosiaalista ja hengellistä prosessia. Kuoleman merkitys ja kuolinympäristö taas ovat yhteisöllisiä kokemuksia. Kulttuuri ja lähiyhteisö, tavallisesti perhe tai suku, määrittävät sen, mikä on arvokasta kuoleman kohtaamisessa. Sairaanhoidtaja, joka jossakin määrin ymmärtää kuolemaan liittyvää kulttuurista ja uskonnollista vaihtelua, kykenee kohtaamaan kuolevan

potilaan sekä hänen läheisensä yksilöllisesti ja toimimaan heitä kunnioittaen. (Abdelhamid 2009, 187.)

Lapsen kuoleman lähestyessä on hoitajan otettava huomioon lapsen vanhempien kulttuuri ja eri uskontokunnat. Vanhempien kanssa on sovittava kuinka paljon he haluavat olla läsnä ja osallistua lapsen hoitamiseen. Vanhemmille on annettava mahdollisuus olla yksin lapsen kanssa ennen ja jälkeen kuoleman. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 276.)

Monikulttuurisessa ja -uskonnollisessa yhteiskunnassa erityisen tärkeää on noudattaa hienotunteisuutta sekä ottaa selvää omaisten ajatuksista, tarpeista ja vakaumuksista. Tavallisesti uskonnon ja rituaalien merkitys korostuu kuoleman ja vainajan hyvästelyn yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 16.) Kuolema aiheuttaa surua ja kaipausta elämäkatsomuksesta riippumatta. Eri kulttuureissa on omat tapansa käsitellä surua. Oman uskontokunnan tai kulttuurin rituaalit ja tavat muistaa vainajaa tuovat lohdutusta ja parannusta menetykseen liittyvään kipuun. (Kinanen 2009, 50.)

Ortodoksisessa kulttuurissa kuolemasta puhutaan ja kuolleiden puolesta rukoillaan seurakunnan kanssa yhdessä. Ihmisten väliset suhteet eivät katkea lopullisesti, vaan yhteys jatkuu seurakunnan elämässä ja rukouksissa. Vainajan muistopalvelus toimitetaan mahdollisimman pian kuoleman jälkeen joko kirkossa tai kuolinvuoteen äärellä. Vainaja tulee haudata kolmantena päivänä kuolemasta. Arkkuun puettava kuolinvaate on usein vainajan itsensä valmistama tai ennen kuolemaansa hankkima. Vainajan arkku pidetään yleensä avoinna hautaustoimituksen ajan niin, että hänen kasvonsa ovat näkyvissä. Saat-tajilla on kädessään palava tuohus hyvästijättöön saakka. Rukous kuuluu tärkeänä osana surutyöhön. Vainajan muistopalvelukset ja tuohusten sytyttäminen kirkossa olevalle muistopöydälle lievittävät läheisten kaipausta. (Kinanen 2009, 50.)

Juutalaisuus katsoo ihmisen sielun olevan kuolematon. Fyysisen ruumiin elämän päättyessä sielu palaa takaisin Jumalan luo. Kuolemasta alkaa uusi elämä. Kuoleman koittaessa omaiset lukevat siunauksen Jumalalle ja repäisevät pienen viillon vaatteisiinsa surun merkiksi. Vainajan huoneeseen tuodaan vesilasi kuvaamaan sielun lepäämistä veden pinnalla. Vainajan vuoteen vieressä valvotaan noin vuorokausi, jonka jälkeen hänet pestään ja kääritään käärinliinoin. Hautaus pyritään suorittamaan seuraavan vuorokauden aikana. Kukkia ei hautajaisissa ole tapana laskea. (Kinanen 2009, 51 - 52.)

Islamissa surua on sopimatonta ilmaista huutaen ja ääneen valittaen, koska se tuottaa kärsimystä vainajan sielulle. Suruaikaa ei vietetä sen suomalaisessa merkityksessä eikä surupukua käytetä. Muslimien haudoille ei sytytetä kynttilöitä. Osanotto vainajan omaisille ilmaistaan lyhyesti ja se voidaan kohdistaa ennen hautaamista tai kolmen päivän aikana sen jälkeen. (Kinanen 2009, 53.)

Hindulaisuudessa hautaus tapahtuu polttamalla. Ruumis pestään ja hiukset sekä kynnet leikataan. Sen jälkeen vainaja viedään ruumiin polttopaikalle perheen saattamana, jossa pääsurija sytyttää polttorovion. (Kinanen 2009, 54.)

Kiinassa uskontojen sijaan puhutaan kolmesta tiestä, joita ovat taolaisuus, kungfutselaisuus ja buddhalaisuus. Kiinalaisille kuolemasta puhuminen on tabu. Vanhemmat ja lapset eivät juuri keskustele kuolemasta ja surusta. Vainajien kunnioittaminen on kuitenkin tärkeää. Kiinan uskonnot korostavat enemmän tämänpuolista elämää. Buddhalaisuudessa vainajan rinnalle tai otsalle asetetaan mandala, pyhä kuva maailmankaikkeudesta. (Kinanen 2009, 54.)

Romaniyhteisössä kuolema koetaan erittäin voimakkaasti ja vainajaa kunnioitetaan. Vainajan tavarat hävitetään koruja ja käsintehtyjä muistoesineitä lukuun ottamatta. (Abdelhamid 2009, 196.) Romanit haluavat olla yöt kuolemansairaana potilaan luona ja erityisesti kuoleman hetkellä läheiset ovat potilaan vierellä. Romanit haluavat osallistua vainajan pukemiseen (Viljanen ym. 2007.)

6.4 Kulttuurinen taito

Kulttuurinen taito on hoitotyöntekijän taitoa kerätä, suunnitella sekä toteuttaa potilaan kulttuuriset tarpeet huomioivaa hoitotyötä ja taitoa käyttää tarpeenmäärittelymalleja (Rautava-Nurmi ym. 2012, 33). Kulttuurista taitoa tarvitaan myös, kun hoitotyöntekijä suorittaa fyysistä arviointia eri kulttuuria edustaville. Ammatilaisen tulee ymmärtää kuinka asiakkaan fyysiset, biologiset, ja psykologiset vaihtelut vaikuttavat fyysiseen kehitykseen, esimerkiksi eroavaisuudet ruumiinrakenteessa, ihon värissä, laboratorioarvoissa sekä kasvonpiirteissä. (Campinha-Bacote. 2002.)

Hoitajalta edellytetään asiakkaan kulttuuristen tarpeiden arviointiin persoonallista herkkyyttä ja hienotunteisuutta sekä hyviä vuorovaikutus-, kuuntelu- ja havainnointitaitoja. Yhdysvalloissa on kehitetty hoitotyöntekijöiden avuksi monia asiakkaan kulttuuristen tarpeiden arviointiin tarkoitettuja malleja, viitekehyksiä sekä mittareita. (Abdelhamid ym. 2009, 138-139.)

Purnellin 1990-luvun puolivälissä kehitetty kulttuurisen kompetenssin monidimensio-naalinen malli tuo hoitotyöntekijöille viitekehyksen asiakkaan kulttuuristen tarpeiden arviointiin myös Suomessa. Ympyrän muotoisessa mallissa on ydin ja sitä kiertävistä neljästä kehästä, jotka ovat sisimmästä uloimpaan lueteltuina ihminen, perhe, yhteisö ja maailma. Mallin ytimen muodostaa piirakkamainen kuvio, jossa on ihmisen kaksitoista kulttuurista osa-aluetta. Nämä osa-alueet ovat ne, joista keskustelemalla hoitaja saa tietoa asiakkaan terveydestä ja sairaudesta, tavoista ja terveystottumuksista, maailmankatsomuksesta, arvoista sekä suhtautumisesta elämään, elämän käännekohtiin, terveyteen ja terveysalan ammattilaisiin. Mallin avulla hoitotyöntekijä voi arvioida laaja-alaisesti asiakkaan hoidon tarpeita, arvoja, uskomuksia ja muita kulttuuritaustasta tulevia tekijöitä, joita täytyy huomioida hoidossa. Työntekijä tutustuu samalla asiakkaaseen ja solmii häneen luottamuksellisen hoitosuhteen. (Abdelhamid ym. 2009, 139-140.)

Gigerin ja Davidhizarin transkulttuurinen hoitotyön tarpeen arviointimalli on kehitetty vuonna 1988 alun perin hoitotyön koulutuksen tarpeisiin. Malli on kehitetty opiskelijoille hoitotyön tarpeiden arvioinnin ja hoidon toteutuksen apuvälineeksi erilaista kulttuurisista taustoista peräisin olevia asiakkaita hoidettaessa. Mallin ajatuksena on, että jokainen ihminen, sekä asiakas että hoitaja, on ainutlaatuinen kulttuurinen yksilö, jonka vuoksi asiakkaan hoitotyön tarpeita tulisi arvioida kuuden kulttuurisen taustatekijän mukaisesti. Mallin tekijät käyttävät taustatekijöistä käsitettä kulttuurinen ilmiö. Arvioitavat ilmiöt ovat kommunikaatio, tila, sosiaalinen orientaatio, aika, ympäristön kontrolli ja biologiset variaatiot. (Abdelhamid ym. 2009, 142.)

6.5 Kulttuurinen kohtaaminen

Kulttuurinen kohtaaminen on kiinnostusta hakeutua kulttuurisiin kohtaamistilanteisiin sekä eri kulttuureista lähtöisin olevien potilaiden vuorovaikutuksellista kohtaamista (Rautava-Nurmi ym. 2012, 33). Se on prosessi, jossa hoitohenkilökunnan ammattilainen rohkaistuu kohtaamaan kasvokkain erilaisista kulttuurisista taustoista tulevia asiakkaita. Keskiössä on hoitajan mahdollisuus tarkastella asiakkaan uskomuksia sekä tunnistaa ja ehkäistä etnisiin ryhmiin liittyviä stereotyyppioita. (Abdelhamid ym. 2009, 157.)

Toisaalta hoitohenkilökunta ei voi olettaa tuntevansa kulttuurin hyvin tavattuun muutamien kulttuurin edustajien, sillä myös kulttuurin sisällä on paljon erilaisuutta eivätkä jokainen kulttuuriin kuuluva yksilö välttämättä edusta kulttuuriin liitettäviä uskomuksia, arvoja tai tapoja. Kulttuurin sisällä on enemmän vaihtelua, kuin eri kulttuuriryhmien välillä. Tätä kutsutaan kulttuurinsisäiseksi vaihteluksi. (Campinha-Bacote. 2002.)

Monikulttuurisissa kohtaamisissa sekä hoitohenkilökunta, että asiakkaat pohtivat tilanteen sujuvuutta ja väärää tulkintoja. Erilaiset viestintätyyli saattavat aiheuttaa hämmennystä perusasioissa, kuten minkä koetaan olevan kohteliasta ja asiallista. Haaste on molemminpuolinen, sillä oman kulttuurin arvoihin perustuvat oletukset ja viestintätavat voivat aiheuttaa virhetulkintoja toisen osapuolen käyttäytymisen motiiveista. Tällaisesta esimerkkinä voisi olla suomalaisten tapa esittää asiat suoraan, joka saatetaan kokea tylynä. Toisaalta suomalaiset saattavat kokea toisen kulttuurin edustajan epäsuoran viestintätyylin tilanteesta riippuen esimerkiksi liehittelynä tai asioiden peittämisyrityksenä. (Ranta ym. 2012, 162-163.)

On tärkeää miettiä, mitä ja miten asian esittää, jotta hoitotyöntekijä voi tukea asiakkaan käsitystä hyvän hoidon saamisesta. Käytettävä kieli vaikuttaa siihen, miten suoraan tai kiertäen esimerkiksi sairaudesta tulee puhua. Myös ei-kielellinen viestintä on tärkeä huomioida, miten ilmeet, eleet ja muu kehon kieli sekä ajan ja tilan käyttö tukee sanallista viestiä. Esimerkiksi joissain kulttuureissa suora katsekontakti saatetaan kokea syyttäväksi eleeksi, kun taas toisissa kulttuureissa kunnioittavaksi asenteeksi tarkoitettu katsekontaktin välttäminen saatetaan ymmärtää välinpitämättömyyden eleenä tai salaamisyrityksenä. (Ranta ym. 2012, 167-168.)

Kulttuuriseen kohtaamiseen kuuluu myös arviointi asiakkaan kielellisestä osaamisesta. Joskus on tarpeellista käyttää ammattilaista tulkkia, jotta kommunikointi onnistuu. Kouluttamattomien tulkkien, kuten perheenjäsenten tai ystävien, apu voi johtaa erilaisiin ongelmiin, koska he eivät välttämättä tunne lääketieteellistä sanastoa. Tämä voi johtaa vääränlaiseen ja epätarkkaan tiedonkeruuseen. (Campinha-Bacote. 2002.) Lasta ei saa käyttää tulkkina, koska lapsi ei ymmärrä tulkin roolia ja joutuu ottamaan silloin aikuisen vastuun perheestään. Tämä sekoittaa perheen sisäisiä suhteita (Eklöf & Hupli. 2010.)

Tulkkien ammattisäännöstössä painotetaan vaitiolovelvollisuutta, tietojen oikeaa käyttöä, ammattitaitoa, riippumattomuutta ja puolueettomuutta. Suomen lainsäädännön mukaan jokainen on oikeutettu käyttämään omaa kieltään sekä tulemaan kuulluksi omalla kielellään erityisesti asioissa, jotka koskevat häntä itseään ja hänen etujaan. Tulkkauksesta on lainsäädäntöjä mm. kielilaissa, potilaslaissa, hallintolaissa sekä sosiaalihuollon asiakaslaissa. (STM 2004, 18.)

Asioimistulkkien koulutukseen kuuluu kielen lisäksi kulttuurinen käsitteiden opettelu. Asioimistulkkia tarvitaan selviämään arjen asioissa sekä selkiyttämään käsitteistön eroavaisuuksia. Kulttuurieroavaisuudet vaikuttavat esimerkiksi psykologisissa testeissä suoriutumisessa, jos käsitteisiin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Väärinymmärrykset saattavat aiheuttaa suuria ja pitkäaikaisia konflikteja, ja asioimistulkin käyttäminen näissä tilanteissa voi asioiden helpottamisen lisäksi olla aivan välttämätöntä toimenpiteiden suorittamiseksi. (STM 2004.)

6.6 Kulttuurinen tahto

Kulttuurinen tahto on hoitohenkilökunnan aitoa kiinnostusta ja motivoituneisuutta eri kulttuurista lähtöisin olevien ihmisten hoitamiseen. Kulttuuriseen tahtoon liittyy myös ominaisuus, johon liittyy välitön empatiakyky. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 33.) Se on hoitohenkilökunnan aitoa kiinnostusta olla kulttuurisesti tietoinen, asioista perillä oleva ja taitava. Tiedolla ei ole niin paljoa merkitystä, mikäli asiakas ei tiedä hoitohenkilökunnan aidosti välittävän. Toteuttaessa kulttuurisesti vastuullista hoitoa aito motivaatio ja halu on tärkeää. Kulttuuriseen tahtoon kuuluu aito halu olla avoin ja joustava asiakkaiden kanssa, erilaisuuden hyväksyminen sekä halu oppia muilta kulttuurisilta tietoläh-

teiltä. Tämänlainen prosessi on elinikäinen ja usein puhutaankin “kulttuurisesta inhimillisyydestä”. (Campinha-Bacote. 2002.)

Transnationaalisen osaamisen viitekehys tuo yhden näkökulman monikulttuurisen hoitotyön oppimiseen sekä kulttuurisen tahdon vahvistamiseen. Viitekehyksessä korostetaan asiakkaan osallisuutta ja kertomusta, dialogista vuorovaikutusta sekä keskinäistä tiedonjakoa. Tärkeää on myös yhteisymmärryksen merkitys, jotta saavutetaan yhteneväinen hoitonäkemyksensä sekä hyvä hoitotulos. (Abdelhamid ym. 2009, 44.)

Amerikkalaiset valtiotieteilijät Koehn ja Rosenau ovat kehittäneet viitekehysten alun perin jäsentämään monikansallisissa kohtaamistilanteissa tarvittavaa osaamista. Myöhemmin viitekehystä on kehitetty terveydenhuoltohenkilöstön arvioinnin näkökulmasta. Transnationaaliseen osaamiseen kuuluu viisi osa-aluetta. (Abdelhamid ym. 2009, 44.) Nämä osa-alueet ovat analyttinen, emotionaalinen, luova, viestinnällinen ja toiminnallinen (Koehn & Rosenau 2002, Sainola-Rodriquez 2009, 36 mukaan).

Analyttisessä osaamisessa on keskeistä kulttuurispesifisten piirteiden tuntemisen lisäksi kulttuurin yleisten piirteiden ymmärtäminen. Tärkeää on olla selvillä esimerkiksi maahanmuuttajan tilanteen haavoittuvuuteen liittyvistä tekijöistä, kuten sota- ja traumakokemuksista sekä uudessa maassa terveyteen vaikuttavista tekijöistä, kuten syrjinnästä tai työttömyydestä. Emotionaalinen osaaminen sisältää empatiakyvyn sekä oikean havainnointitaidon. Luova osaaminen tarkoittaa uskoa luovuuden ja mielikuvituksen voimaan sekä niiden käytön soveltamista terveydenhuollon kohtaamistilanteissa. Viestinnällisessä osaamisessa on kyse osaamisesta käyttää vieraita kieliä tai tulkkia sekä kyvystä saada aikaan luottamuksellinen suhde, jossa on mahdollista löytää yhteinen ymmärrys myös ilman kielellistä viestintää. Toiminnallinen osaaminen sisältää taidon toimia monikulttuurisessa ympäristössä sekä siinä yhdistyvät työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet, tekniset taidot ja tiedot. (Abdelhamid ym. 2009, 45.)

Hoitotyön transnationaalisen osaamisen sekä kulttuurisen kompetenssin taitovaatimuksissa on paljon samaa ja osaamisvaatimukset ovat osittain päällekkäisiä. Kummassakin näkökulmassa korostuu kulttuurin merkityksen tiedostaminen hoitotilanteissa sekä yhteisen hoitonäkemyksen ja aidon dialogin saavuttaminen. Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi perustuu vahvasti transkulttuurisen hoitotyön traditioon ja sillä on selkeästi

määritelty paradigma: päämäärä, käsitteet ja tutkimusmenetelmät. Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi on suunnattu hoitotyöntekijöiden käyttöön. Transnationaalinen osaaminen on käytännön näkökulma, jossa osaamisalueiden sisällöt on konstruoitu useiden eri tieteidenalojen tutkimustuloksista. Näkökulman soveltuvuus on vielä testausvaiheessa. (Sainola-Rodriguez 2009, 52.)

Kulttuurista kompetenssia ja transnationaalista osaamista verrattaessa käytännössä ero näkyy muun muassa siten, että kulttuurisen kompetenssin viitekehyksessä hoitotyöntekijän rooli nähdään aktiivisena ja häneltä edellytetään maahanmuuttaja-asiakkaidensa kulttuurien monipuolista tuntemista. Transnationaalisessa osaamisessa maahanmuuttaja nähdään aktiivisena hoitoonsa osallistujana ja osaajana. Maahanmuuttajan nähdään myös omaavan näkemystä omasta kulttuuristaan ja ensisijaisena pidetään sen merkitystä hoitotilanteissa. Jokaiselta osapuolelta, joka osallistuu hoitoon, edellytetään transnationaalisten taitojen hallintaa. (Sainola-Rodriguez 2009, 52.)

7 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

7.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimuksessa, joka on tehty laadullisella tutkimusmenetelmällä, tarkastellaan maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Merkitykset tulevat esiin suhteina sekä niiden muodostamina merkityskokonaisuuksina. Merkityskokonaisuudet taas ilmenevät tapahtumina, jotka ovat lähtöisin ihmisistä ja myös päättyvät ihmisiin. Näitä tapahtumia ovat esimerkiksi toiminnot, ajatukset, päämäärien asettaminen ja yhteiskunnan rakenteet. Laadullisen tutkimuksen tavoitteet ovat ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta. Näiden kuvausten ajatellaan sisältävän sellaisia asioita, joita ihminen pitää itselleen elämässään tärkeinä ja merkityksellisinä. (Vilka 2005, 97.) Tutkimustyyppiltään laadullinen tutkimus on empiiristä. Siinä on kyse empiirisen analyysin tavasta tarkastella havaintoaineistoa ja argumentoida. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 22.)

Laadullinen tutkimus sisältää aina kysymyksen: mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Tällöin tutkimuksen tekijöiden tulee täsmentää, tutkitaanko kokemuksiin vai käsitteisiin liittyviä merkityksiä. (Vilka 2005, 97.) Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastolliseen yleistykseen. Laadullisessa tutkimuksessa onkin tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa tutkitaan, tietävät asiasta mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 85.) Tässä opinnäytetyössä tutkitaan kokemuksiin liittyviä merkityksiä. Opinnäytetyössä tutkitaan sairaanhoitajien omia kokemuksia heidän kulttuurisesta kompetenssistaan tutkittavalla osastolla. Tutkimukseen osallistujat ovat työskennelleet vähintään kaksi vuotta kyseisellä osastolla.

Menetelmäksi on valittu kvalitatiivinen tutkimus, koska vastauksiksi haluttiin avoimia, itse pohdittuja vastauksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kulttuurista kompetenssia sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa osastolle kulttuurisen hoitotyön nykytilasta kulttuurisen hoitotyön kehittämisen pohjaksi. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tulosten avulla näyttää ihmisten toiminnasta jotakin, joka on välittömän havainnon tavoittamattomissa. Tavoitteena ovat ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta. (Vilka 2005, 97-98.) Avoimet kysymykset eivät rajanneet aihetta, vaan vastaajat saivat

tuotua oman näkemyksensä asiasta. Näin oli mahdollista saada selville hoitajien oma kokemus kulttuurisesta kompetensistaan. Valitsemalla laadullisen tutkimusmenetelmän oli mahdollista saada hoitajien omat kuvaukset tutkitusta aiheesta.

7.2 Aineiston keruumenetelmä

Käytettäessä laadullista tutkimusmenetelmää, aineistoa voidaan kerätä monella tapaa. Usein tutkimusaineistona käytetään ihmisten kokemuksia puheen muodossa, jolloin aineisto kerätään haastatteluina. Laadullisen tutkimuksen aineistoiksi soveltuvat esineet, ihmisen puhe, kuva- ja tekstiaineistot, kuten kuvanauhoitteet, monimediatauotteet, päiväkirjat, elämäkerrat, dokumenttiaineistot, kirjoitelmat, sanomalehdet, kouluaineet, aikakaus- ja ammattilehdet, mainokset, valokuvat ja arkistomateriaalit. Kaikissa haastattelutavoissa on tutkimuksen mukaan valittu tarkoitus ja siten haastattelutavoissa on aina kyse järjestelmällisestä tiedonkeruun muodosta. Tämän vuoksi puhutaan tutkimushaastattelusta, jonka muotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Tutkimushaastattelun voi toteuttaa yksilöhaastatteluna tai ryhmähaastatteluna. (Vilka 2005, 100 – 101.)

Yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto lienee teemahaastattelu (Vilka 2005, 101). Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä on kuitenkin käytetty lomakehaastattelua. Lomakehaastattelusta käytetään nimitystä strukturoitu haastattelu tai standardoitu haastattelu. Lomakehaastattelulle ominaista on, että tutkija päättää ennalta ja harmitusti kysymysten muodon sekä esittämisjärjestyksen. Lomakehaastattelu on toimiva aineiston keruumenetelmä, kun tutkimusongelma ei ole kovin laaja ja tavoitteena on hyvin rajattua, esimerkiksi yhtä asiaa koskevien mielipiteiden, näkemysten, kokemusten tai käsitysten kuvaaminen. Jos asia voidaan purkaa 3-6 empiiriseen tutkimuskysymyseen haastattelulomakkeessa, on lomakehaastattelu toimiva tutkimusaineiston keruumenetelmä. (Vilka 2005, 101.) Aineistokeruumenetelmäksi valittiin lomakehaastattelu, koska sen avulla oli mahdollista antaa henkilöille aikaa pohtia ja tuottaa vastauksia. Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus antaa vastaukset nimettömänä. Tutkimuskysymyksiä oli neljä, joten lomakehaastattelu sopi aineistonkeruumenetelmäksi.

Kun haastateltavat valitaan, tulee muistaa, mitä ollaan tutkimassa. Riippuen tutkimusongelmasta, on mielekästä valita haastateltavat joko teemaa tai tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksen tai kokemuksen perusteella. Tällöin on tärkeää, että haastateltavalla on omakohtainen kokemus tutkittavasta asiasta. (Vilka 2005, 114.) Tässä opinäytetyössä vastaajiksi valittiin sairaanhoitajia, jotka ovat työskennelleet yhteistyöosastolla vähintään kaksi vuotta, jotta heille olisi ehtinyt kertyä kokemusta monikulttuurisuudesta sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä.

7.3 Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille selkeästi. Prosessi riippuu siitä, perustuuko analyysi induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23–24.) Induktiivisella tarkoitetaan päättelyä, joka on yksittäisestä asiasta yleiseen, kun taas deduktiivisella eli teorialähtöisellä tarkoitetaan päättelyä, joka on yleisestä yksittäiseen asiaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-97). Teorialähtöistä analyysia ohjaa vahvasti teoria sekä aiemmat tutkimukset aiheesta. Tutkimus nojaa auktoriteetin teoriaan jo alkuvaiheessa. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aiemmat tutkimukset ja teoria ohjaavat vahvasti analyysia. (Vilka 2005, 140.)

Tässä opinäytetyössä on käytössä deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysi perustuu teoreettiseen viitekehykseen, joka pohjautuu Campinha-Bacoten teoriaan. Teorian yhdistävänä luokkana on kulttuurinen kompetenssi ja pääluokkina ovat kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen kohtaaminen ja kulttuurinen tahto.

Analyysin aluksi muodostetaan analyysirunko, joka voi olla strukturoitu, hyvin tarkasti analyysia ohjaava tai väljä (Janhonen & Nikkonen 2003, 30). Tässä opinäytetyössä on käytetty strukturoitua analyysirunkoa. Haastattelulomakkeet aluksi luetaan huolellisesti läpi ja perehdytään sisältöön. Sisällöstä etsitään pelkistettyjä ilmauksia, jotka listataan. Luokitteluvaiheessa aineistosta poimitaan systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmiöitä, joista muodostetaan luokkia. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä voidaan aluk-

si poimia aineiston mukaan joko ylä- tai alaluokkia. Alaluokat yhdistetään yläluokiksi ja yläluokat muodostavat kokoavan käsitteen analyysirunkoa noudattaen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-114.)

Lomakehaastattelu toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä luvan saamisen jälkeen. Vastaukset oli täytetty nimettömänä. Vastaajan oli mahdollista valita itse, haluaako vastata sähköisesti vai paperilla, mutta jokainen vastaaja valitsi paperisen version. Vastaa- jien tuli olla sairaanhoitajia, ja heillä tuli olla vähintään kahden vuoden työkokemus yhteistyöosastolta. Näin taattiin, että tutkittavasta ilmiöstä saadaan mahdollisimman paljon tietoa. Kyselylomakkeessa oli neljä avointa kysymystä. Tutkittavan osaston apu- laisosastonhoitaja valitsi kriteerien täyttymisen jälkeen tutkimukseen osallistuvat sai- raanhoitajat. Lomakehaastattelu annettiin sairaanhoitajille maaliskuussa 2014 ja vasta- usaikaa annettiin kaksi viikkoa. Kymmenestä haastattelulomakkeesta saatiin seitsemän takaisin vastausten kanssa. Huhtikuussa 2014 vielä viisi sairaanhoitajaa sai kyselylo- makkeen, tällä kertaa vastaajia oli kaksi. Yhteensä vastauksia saatiin siis yhdeksän kap- paletta. Tulosten analysointi tapahtui elokuussa 2014.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus
Kysymällä mihin uskuntoon kuuluvat, jos esim. tarvi- taan hätäkaste/kaste.	Hoitaja kysyy perheen us- kontoa
Haastavana pidän sitä, että läheskään aina ei ole yhteis- tä kieltä	Yhteisen kielen puuttumi- nen haasteena
Ehkä omia asenteita.	Omat asenteet

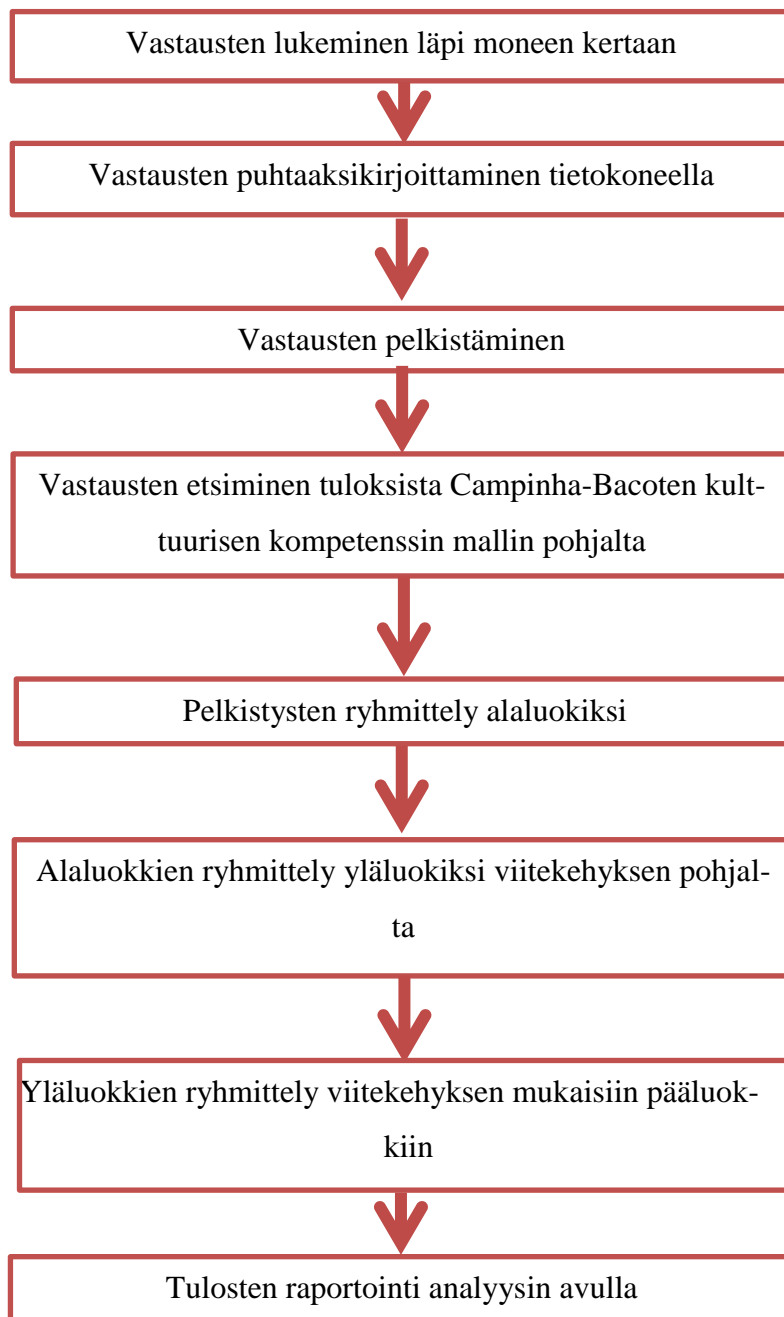
TAULUKKO 1. Esimerkki pelkistämisestä.

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla vastaukset useaan kertaan huolellisesti läpi. Vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi tietokoneella. Tämän jälkeen vastausten ilmaisut pel- kistettiin (taulukko 1).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Hoitaja selvittää perheen omat käytänteet	Hoitaja selvittää perheen tavat ja kulttuu- rien erityispiirteet
Kulttuurien erityispiirteiden selvittämi- nen	
Perheeltä pyydetty tieto heidän tavoistaan	
Hoitaja kysyy vanhemmilta heidän omas- ta kulttuuristaan	
Hoitaja kysyy perheen uskontoa	

TAULUKKO 2. Esimerkki alaluokan muodostamisesta.

Analyysirunkona toimi Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli. Vastauksista etsittiin ilmaisuja mallin osa-alueisiin. Ilmaukset pelkistettiin ja analyysirungon avulla pelkistetyt ilmaukset jaoteltiin alaluokkiin (taulukko 2). Alaluokat yhdistettiin yläluokkiin. Yläluokat luokiteltiin Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin mallin osa-alueisiin, jotka olivat kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen kohtaaminen ja kulttuurinen tahto (Campinha-Bacote. 2002). Analyysi tehtiin moneen kertaan luotettavan tuloksen saavuttamiseksi. Sisällönanalyysin eteneminen on esitetty kuviossa 3.

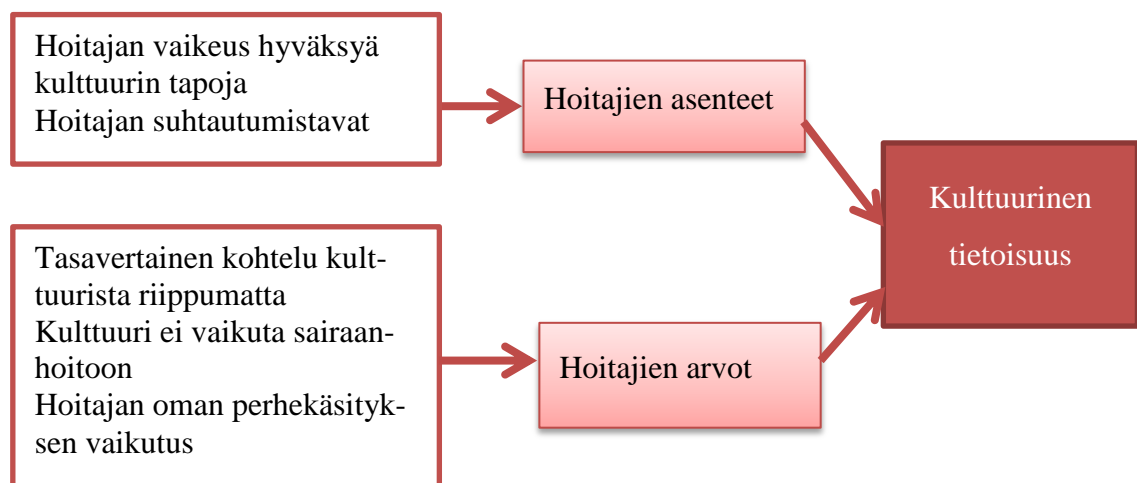


KUVIO 3. Sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009)

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Kulttuurinen tietoisuus

Opinnäytetyön tulokset esitetään Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malliin pohjautuvan analyysirungon mukaisesti. Opinnäytetyön ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää, miten sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista tietoisuuttaan. Tässä opinnäytetyössä esitetään tähän tehtävään saatuja tuloksia hoitajien arvojen ja asenteiden avulla.



KUVIO 4. Sairaanhoitajien kuvaus kulttuurisesta tietoisuudestaan sairaita vastasyntyneitä hoitaessa.

8.1.1 Hoitajien asenteet

Hoitajan omat asenteet koettiin haasteena toteuttaessa monikulttuurista hoitotyötä. Sairaita vastasyntyneitä hoitavat sairaanhoitajat kuvasivat vastauksissa myös, että oli vaikeaa hyväksyä kaikkia eri kulttuurien tapoja. Esimerkiksi oli vaikea hyväksyä sitä, kun toinen vanhempi ei anna toiselle kaikkea tietoa.

”Vaikea hyväksyä, että äiti pidetään pimennossa lapsen asioista.”

Hoitajat kertoivat, että kulttuurien tapoja oli vaikea hyväksyä, jos se vaikutti lapsen hoitoon. Hoitajien oli vaikea hyväksyä asioita, jotka eivät toteutuneet kulttuurissa vaikka

he tiesivät niillä olevan merkitystä lapselle, esimerkiksi kun isä ei osallistunut lapsen hoitoon.

”Jos vanhemmat (esim. isä) ei osallistu aktiivisesti lapsen hoitoon, koska ei kuulu kulttuuriin, voi olla vaikeampaa hyväksyä sitä, kun tietää kuinka tärkeää se olisi sekä isälle että lapselle.”

8.1.2 Hoitajien arvot

Monikulttuurista hoitotyötä toteuttaessa hoitajat kohtelivat jokaista sairaan vastasyntyneen perhettä tasavertaisesti kulttuurista riippumatta. Hoitajat odottivat kaikkien perheiden noudattavan samoja sääntöjä, kulttuurin ei katsottu tuovan erityisoikeuksia osaston sääntöjen noudattamiseen.

”(Monikulttuurinen hoitotyö huomioidaan) Kohtelemalla tasavertaisesti kaikista kulttuureista tulleita vauvoja ja heidän perheitään.”

Hoitajat kokivat, että vauvan sairaanhoitoon ei kulttuuri vaikuta. Hoitajat kertoivat hoitavansa kaikkia vauvoja samalla tavalla hoidon tarpeesta, ei kulttuurista riippuen. Monikulttuurista hoitotyötä toteutettiin, mikäli se ei ole haitaksi vauvalle. Vastasyntyneen hoitotyö priorisoitiin ennen monikulttuurista hoitotyötä.

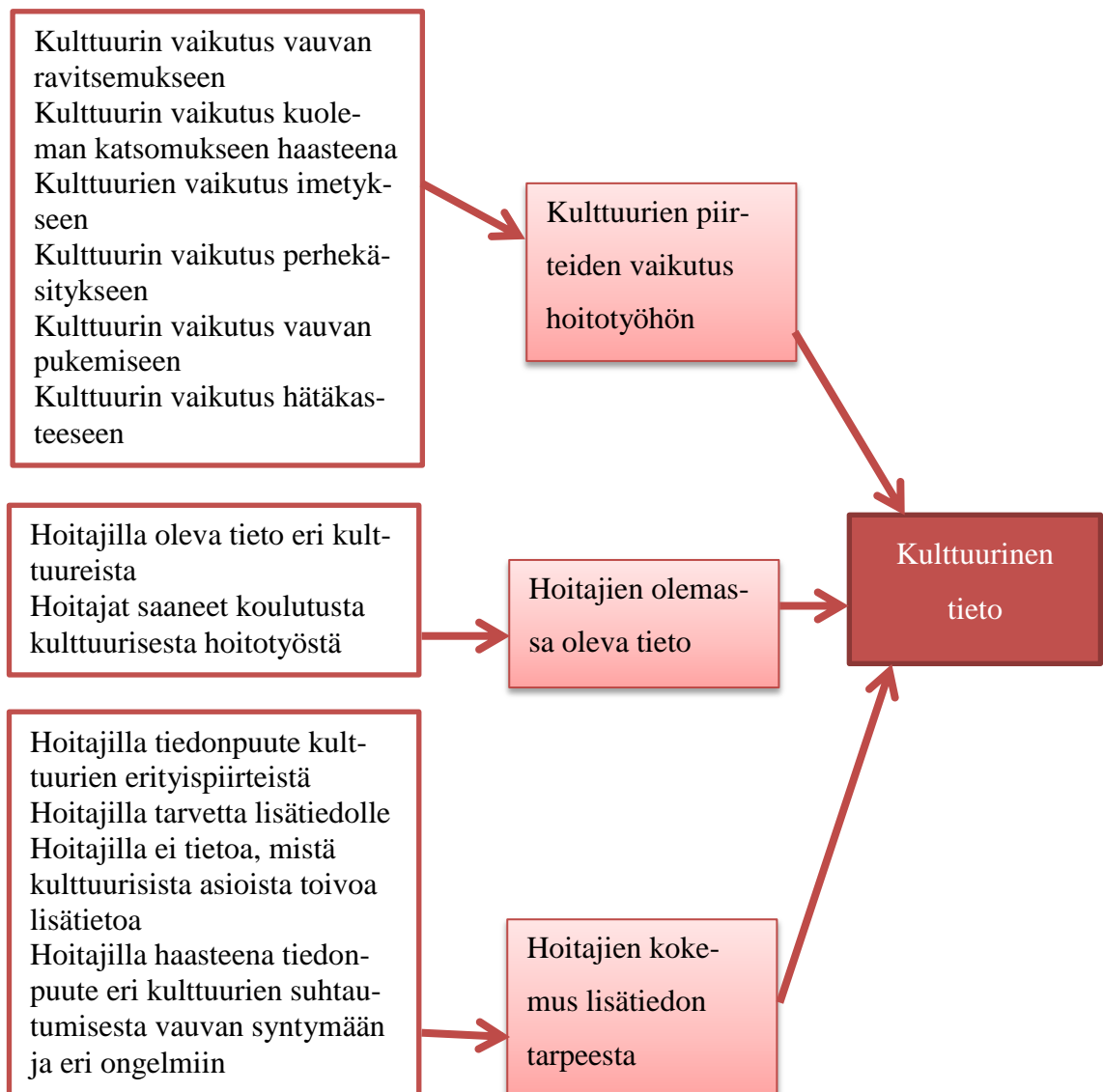
”Pyrin kunnioittamaan uskonnon ja kulttuurin tapoja, jos niistä ei ole haittaa vauvalle.”

Hoitajien omat perhekäsitykset vaikuttivat siihen, miten he kokivat muiden kulttuurien tavat sairaiden vastasyntyneiden hoidossa. He vertasivat eri kulttuurien tapoja omaan kulttuuriin.

”Se tuntui todella oudolta suomalaisen äidin näkökulmasta.”

8.2 Kulttuurinen tieto

Opinnäytetyön toisena tehtävänä oli selvittää, miten sairaita vastasyntyneitä hoitavat sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista tietoaan. Tässä opinnäytetyössä esitetään tähän tehtävään saatuja tuloksia käsittelemällä kulttuurien piirteiden merkitystä hoitotyöhön, hoitajien tarvetta lisätiedolle sekä hoitajien olemassa olevaa lisätietoa.



KUVIO 5. Sairaanhoitajien kuvaus kulttuurisesta tiedostaan sairaita vastasyntyneitä hoitaessa.

8.2.1 Kulttuurien piirteiden merkitys hoitotyöhön

Hoitajat pyrkivät ottamaan kulttuurin huomioon toteuttaessaan vauvan perushoitoa. Ravitsemuksessa on tärkeää ottaa huomioon, saako vauvalle antaa luovutettua rintamaitoa. Mikäli vauvalle ei ole mahdollista antaa oman äidin maitoa, eikä luovutettua rintamaitoa saa antaa, annetaan vauvalle korviketta. Kulttuuri vaikuttaa myös imetyksen käytäntöihin, jotka hoitajat ottivat huomioon. Haasteeksi koettiin imetyksen ohjaus eri kulttuureista tulleille äideille. Myös vauvan pukemisessa hoitajat ottavat kulttuurin huomioon.

”Huomioin kuitenkin esim. uskonnon mukanaan tuomia asioita, kuten voinko antaa toisen äidin maitoa, käytäntö joitain tiettyjä vaatteita jne.”

Hoitajat kokivat monikulttuurisesti haasteelliseksi tilanteet, kun vauva on kuolemassa. Mahdollista hätäkastetta varten hoitajat selvittivät mihin uskontoon perhe kuuluu. Kun lapsi oli menehtymässä, haluttiin erityisesti kunnioittaa perheen uskontoa ja kulttuuria. Siitä huolimatta se ei aina kiireellisen tilanteen vuoksi ollut mahdollista, esimerkiksi jos yhteistä kieltä ei ollut ja tulkkia ei ehditty saamaan paikalle.

”Erään kerran kohdalleni sattui että vieraasta kulttuurista tuleva lapsi kuoli ja teimme nämä samat ”rituaalit”. Meillä ei ollut yhteistä kieltä. Noin tunti ”rituaalien” jälkeen tulkki saapui ja saimme keskusteltua asioista. Kävi ilmi että heidän kulttuuriin ei ollenkaan kuulu ottaa muistoja kuolleista koska he keskittyvät eläviin.”

Hoitajat kokivat, että eri kulttuurien perheen sisäiset roolit vaikuttivat vastasyntyneen hoitoon. Ohjaustilanteet koettiin haasteeksi, koska hoitajilla ei ole tietoa perheen sisäisistä suhteista tai perheen sisäisistä arvoasteikoista eri kulttuureissa.

(Haastavaksi tilanteeksi koettiin) ”Tilanne, jossa isä ja ”kylän vanhin” hoitivat asia niin, että äiti sivuutettiin täysin. Se tuntui todella oudolta suomalaisen äidin näkökulmasta.”

8.2.2 Hoitajien olemassa oleva tieto

Sairaita vastasyntyneitä hoitavat sairaanhoitajat kokivat, että heillä on jo olemassa olevaa tietoa, jota he hyödyntävät monikulttuurisessa hoitotyössä. Hoitajat ovat myös saaneet koulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä.

”Yritän huomioida (monikulttuurisen hoitotyön) niin hyvin kuin mahdollista osaston tilojen puitteissa ja sen mukaan mikä on tietämykseni.”

8.2.3 Hoitajien tarve lisätiedolle

Vastauksista kävi ilmi, että hoitajilla on tarve lisätiedolle eri kulttuureista sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä. Kaikista kulttuurien tavoista ei ole tietoa. Kulttuureja on paljon, ja kaikissa on omat erikoispiirteensä.

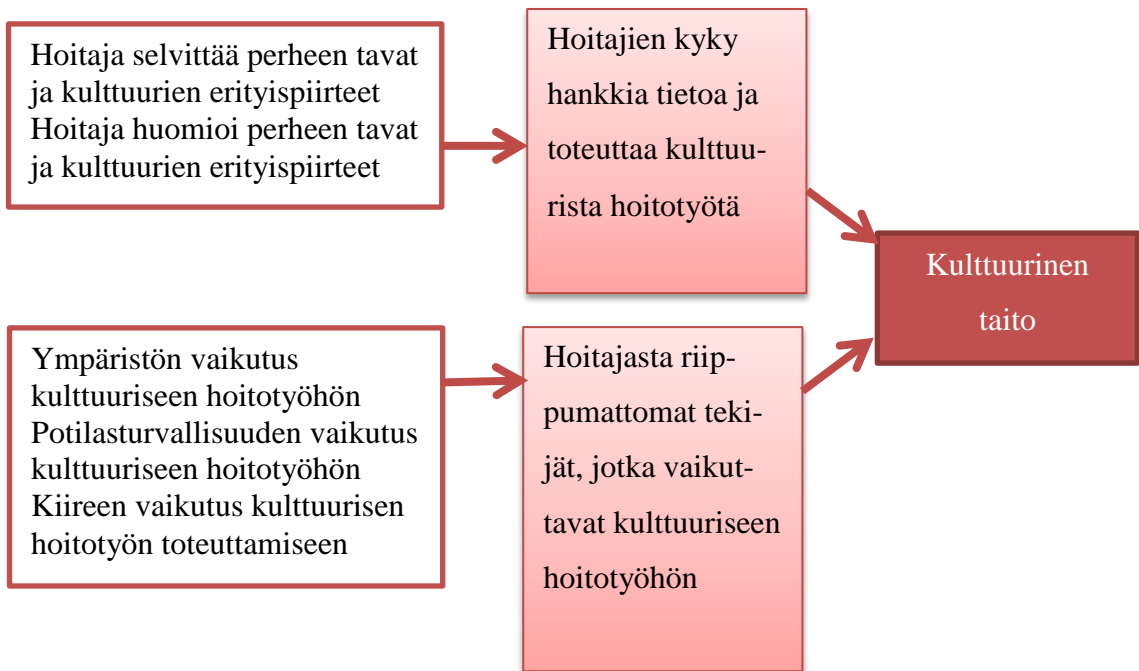
”Eri kulttuureissa erilaisia tapoja joista en ole välttämättä perillä.”

Hoitajat kokivat, että lisätieto on toivottua ja lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Tietoa tarvitaan kaikesta, mikä liittyy eri kulttuureista tulleen vauvan hoitoon. Hoitajat kaipaavat työn avuksi vinkkejä ja he esimerkiksi toivovat kansioita eri kulttuureista tai jonkinlaisia kirjallisia ohjeita kulttuurien erityispiirteistä hoitotyön näkökulmasta. Toisaalta hoitajat eivät osanneet eritellä, mistä erityisesti toivoisivat lisätietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä. Haasteeksi hoitajat kokivat tiedonpuutteen eri kulttuurien suhtautumisesta vauvan syntymään ja mahdollisiin ongelmiin, esimerkiksi vauvan ennenaikaisuus tai sairaus.

”Osastollamme voisi olla kansio jossa olisi tiivistettynä pääpiirteet eri kulttuureista. Sieltä voisi sitten tarkastaa mitä mihinkin kulttuuriin kuuluu kun asia tulee eteen.”

8.3 Kulttuurinen taito

Opinnäytetyön kolmantena tehtävänä oli selvittää, miten sairaanhoitajat, jotka hoitavat sairaita vastasyntyneitä, kuvaavat kulttuurista taitoaan. Tässä opinnäytetyössä esitetään tähän tehtävään saatuja tuloksia käsittelemällä hoitajien kykyä hankkia tietoa ja toteuttaa kulttuurista hoitotyötä sekä hoitajista riippumattomia tekijöitä, jotka vaikuttavat kulttuuriseen hoitotyöhön.



KUVIO 6. Sairaanhoitajien kuvaus kulttuurisesta taidostaan sairaita vastasyntyneitä hoitaessa.

8.3.1 Hoitajien kyky hankkia tietoa ja toteuttaa kulttuurista hoitotyötä

Hoitajat kuvasivat vastauksissa, kuinka he selvittivät perheen kulttuurin erityispiirteitä sekä tapoja ja siten huomioivat kulttuurista hoitotyötä. Hoitajat olivat myös kysyneet perheiltä itseltään heidän uskonnostaan sekä kulttuurinsa erityispiirteistä ja tavoista. Näin he olivat selvittäneet miten kulttuuri ja uskonto perheen kohdalla vaikuttivat vastasyntyneen hoitotyöhön ja miten hoitajat voisivat toteuttaa hoitoa perheen kannalta parhaimmalla tavalla. Hoitajat halusivat toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä, joka heidän mukaansa toteutuu kuuntelemalla perheiden toiveita ja toteuttamalla niitä mahdollisuuksien mukaan.

”Pyrin huomioimaan monikulttuurisen hoitotyön siten, että yritän selvittää, mitkä tavat ja tottumukset kyseiseen kulttuuriin kuuluvat ja sen jälkeen noudatan näitä tapoja, jos mahdollista.”

8.3.2 Hoitajasta riippumattomat tekijät, jotka vaikuttavat kulttuuriseen hoitotyöhön

Hoitajat kertoivat toteuttavansa monikulttuurista hoitotyötä osaston tilojen puitteissa. Potilasturvallisuus nostettiin vastauksissa rajoittavaksi tekijäksi perheiden toiveiden toteuttamisessa.

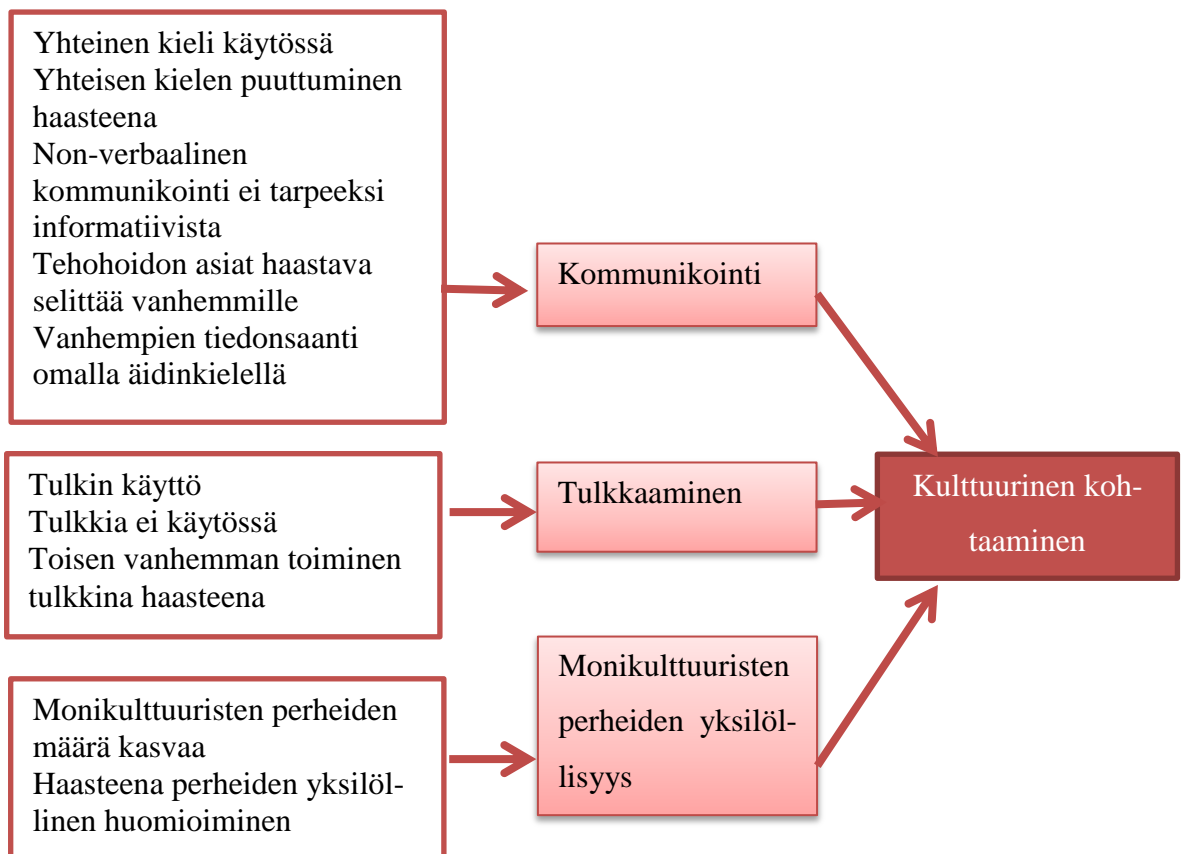
”Huomioidaan ja toteutetaan hoitotyötä yksilöllisesti perheen toiveiden mukaisesti potilasturvallisuuden rajoissa.”

Hoitajat näkivät kiireen olevan rajoitteena toteuttaessaan monikulttuurista hoitotyötä. Kiireen kerrottiin joskus ylittäneen vanhempien toiveet. Kiireen vuoksi hoitajat kertoivat myös helposti turvautuvansa rutiinomaisiin toimintatapoihin.

”Samoin kiire voi joskus ”ylittää” vanh. toiveet tai rutinoidusti tehdyt toimintatavat. Kiireessä ei mielikuvitus riitä niitä rikkomaan. Ehkä?!”

8.4 Kulttuurinen kohtaaminen

Opinnäytetyön neljäntenä tehtävänä oli selvittää miten sairaita vastasyntyneitä hoitavat sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista kohtaamistaan. Tähän tehtävään saatuja tuloksia esittelemme kommunikoinnin, tulkkaamisen sekä monikulttuuristen perheiden yksilöllisyyden avulla.



KUVIO 7. Sairaanhoitajien kuvaus kulttuurisesta kohtaamisestaan sairaita vastasyntyneitä hoitaessa.

8.4.1 Kommunikointi

Hoitajat kokivat, että hoidon toteuttamiseen ja laatuun vaikuttaa se, onko perheellä ja hoitajalla yhteistä kieltä käytössä. Hoitajat kertoivat, että heidän on tärkeä selvittää perheen käyttämä kieli ja perheen englannin tai suomen kielen taito, jotta hoitajat voivat toteuttaa monikulttuurista hoitotyötä.

”Täytyy tietää mitä kieltä perhe puhuu. Minkälaisesti esim. suomi/englanti sujuu.”

Hoitajan ja perheen yhteisen kielen puuttumisen hoitajat kokivat hyvin haasteelliseksi. Hoitajat kertoivat, että läheskään aina ei ole yhteistä kieltä perheiden kanssa, jotka tulevat toisesta kulttuurista.

Hoitajat kokivat, että pelkästään elein ja ilmein ei voi kommunikoida perheiden kanssa syvällisesti. Pelkkää non-verbaalista kommunikointia ei koettu riittäväksi, kun hoitajat halusivat antaa tietoa vastasyntyneen hoidosta perheelle ajantasaisesti.

”Haastavana pidän sitä, että läheskään aina ei ole yhteistä kieltä ja pelkillä eleillä ja ilmeillä ei pysty kommunikoimaan syvällisesti. Miten silloin selittää asiat vanhemmille ajantasaisesti ja oikealla tavalla. Toisinaan turhauttavaa.”

Tehohoidossa olevan vauvan hoitoon liittyvät asiat hoitajat katsoivat olevan haastavaa selittää ymmärrettävästi perheelle, vaikka yhteinen äidinkieli olisi käytössä. Vielä haastavamaksi hoitajat ajattelivat sen, kun vauvan hoitoon liittyvistä asioista tuli kertoa vieraalla kielellä.

”Tehohoidossa olevan vauvan asiat on hankala selittää joskus suomeksi-kin niin että maallikot ymmärtävät: jos yhteistä kieltä ei ole, se tuntuu mahdottomalta.”

8.4.2 Tulkkaaminen

Sairaita vastasyntyneitä hoitavat sairaanhoitajat kertoivat järjestävänsä perheelle tulkin osastolle, jos perhe hyväksyy sen tai jos tulkin saapuminen paikalle on perheen toive. Hoitajat toteuttivat monikulttuurista hoitotyötä järjestämällä tulkin paikalle, jotta perheellä olisi mahdollisuus saada tietoa vastasyntyneen hoidosta heidän omalla äidinkielellään. Hoitajat eivät järjestäneet tulkkia paikalle, jos perhe sen kielsi. Myös kiireellisten tilanteiden vuoksi hoitajat eivät voineet järjestää tulkkia paikalle, silloin kun tulkin saapumista ei ollut mahdollista odottaa.

”Haastavinta lienee yhteisen kielen puuttuminen. On paljon vanhempia, jotka eivät osaa puhua suomea eivätkä edes englantia. Tämä vaikeaa erityisesti silloin kun lapsi on todella huonokuntoinen ja vanhemmille pitäisi kertoa lapsen tilanteesta heti eikä voisi odotella tulkkia saapuvaksi.”

Hoitajat kokivat haasteelliseksi tilanteet, kun toinen vanhemmista toimi tulkkina toiselle vanhemmalle. Hoitajien oli vaikea hyväksyä sitä, että toinen vanhemmista ei antanut kaikkea tietoa vastasyntyneen hoidosta toiselle vanhemmalle tai kun toinen vanhempi ei saanut tietää vauvan vakavista ongelmista. Hoitajat eivät tienneet mitä toiselle vanhemmalle oli tulkattu, kun toinen vanhempi tulkkasi vähäsanaisesti.

”Haasteellista ollut esim. sellainen tilanne että lapsen isä ymmärsi hyvin suomea ja toimi tulkkina äidille. Ehdotettiin, että tulkki olisi hyvä ottaa tulkkamaan, jotta voitaisiin varmistua että oikea tieto menee myös äidille. Isähän ei välttämättä osaa/ halua kertoa äidille oikein kaikkea mitä lääkäri/ hoitaja heille kertoo. Tuli sellainen tilanne, että äiti ei saanut kaikkea tarpeellista tietoa lapsen voinnista.”

8.4.3 Monikulttuuristen perheiden yksilöllisyys

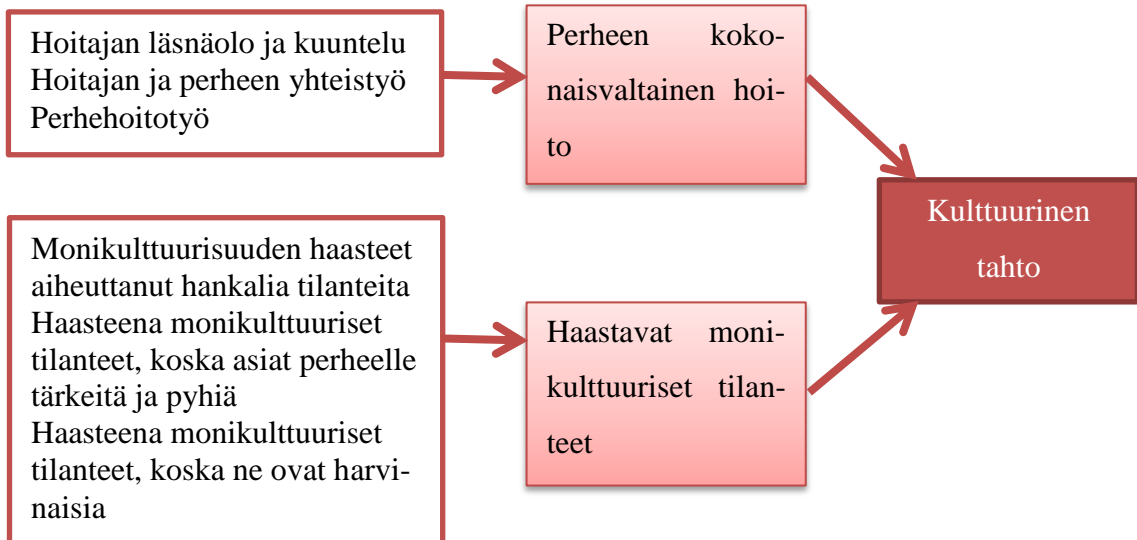
Hoitajat kertoivat, että monikulttuuristen perheiden määrä kasvaa jatkuvasti. Siksi hoitajien mielestä on tärkeää, että he saisivat eri kulttuureista lisätietoa, mikä liittyy sairaiden vastasyntyneiden hoitoon. Hoitajat kokivat, että yksilöllisyyden huomioiminen monikulttuurisessa hoitotyössä oli haastavaa, sillä eri kulttuureja on paljon ja jokaisessa kulttuurissa on omat erityispiirteensä. Kulttuurien erityispiirteiden selvittäminen oli tärkeää tilanteissa, joissa perheen sisällä on eri kulttuurien edustajia, esimerkiksi kun vanhemmat tulevat kahdesta eri maasta.

Hoitajat ajattelivat, että lisää tietoa eri kulttuureista tarvitaan, mutta toisaalta jokaisen perheen kohdalla on silti selvitettävä perheen omat tavat ja tottumukset. Hoitajien mielestä oli tärkeää tietää, mitkä asiat ovat perheelle tärkeitä, ja mitkä asiat perheelle ehdottomia. Hoitajat kokivat, että perheeltä itseltään saa parhaiten tietoa heidän kulttuuristaan ja tavoistaan. Tällöin heitä voidaan hoitaa ja kohdella yksilöllisesti.

”Toisaalta on selvitettävä aina perhekohtaisesti mitkä heidän perheessä tavat ovat vieraassa maassa.”

8.5 Kulttuurinen tahto

Opinnäytetyön viidentenä tehtävänä oli selvittää miten sairaita vastasyntyneitä hoitavat sairaanhoitajat kuvaavat kulttuurista tahtoaan. Tähän tehtävään saatuja tuloksia esitetään perheen kokonaisvaltaisen hoidon ja haastavien monikulttuuristen tilanteiden avulla.



KUVIO 8. Sairaanhoitajien kuvaus kulttuurisesta tahdostaan sairaita vastasyntyneitä hoitaessa.

8.5.1 Perheen kokonaisvaltainen hoito

Hoitajat kertoivat, että he toteuttavat monikulttuurista hoitotyötä olemalla läsnä ja kuuntelemalla perheen toiveita lapsen hoidosta. Samalla tavalla he toimivat kaikkien perheiden kanssa. Hoitajat kokivat yhteistyön perheen kanssa tärkeäksi toteuttaessaan monikulttuurista hoitotyötä. Näin hoitajat kokivat toteuttavansa perhehoitotyötä.

”Oikeastaan monikulttuurinen hoitotyö on sama kuin kunnioittaisin kenen tahansa perheen tapoja ja toiveita heidän lapsensa hoidossa: läsnäolo, kuuntelu ja yhteistyö tärkeitä.”

8.5.2 Haastavat monikulttuuriset tilanteet

Hoitajat kokivat monikulttuurisen hoitotyön haastavaksi. He kertoivat, että monikulttuurisen hoitotyön näkökulmasta vaikeita tilanteita on paljon. Hoitajat kertoivat monikulttuuristen tilanteiden olevan aina haastavia, koska asiat ja tilanteet eivät ole heille tuttuja eikä niistä ole muodostunut hoitajille rutiineja. Hoitajat kokivat tilanteet vaikeiksi myös siksi, että he tiesivät kulttuuristen asioiden olevan perheille tärkeitä ja pyhiä.

”Aina ne (monikulttuurisen hoitotyön tilanteet) on haasteellisia, koska ne asiat eivät ole tuttuja eikä missään nimessä rutiineja ja kun tietää, että ne asiat ovat perheelle erittäin tärkeitä ja jopa pyhiä asioita.”

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat yhdessä. Tutkimuksen uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi 2007, 143.) Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa tiedeyhteisön tunnustamien tapojen noudattamista, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tulosten esittämisessä, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukaista huomioonottamista, omien tulosten esittämistä oikeassa valossa sekä tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen kunnioittamista (Suomen akatemia 1998, Tuomi 2007, 143 mukaan).

Eettiset kysymykset ovat koko tutkimustoiminnan lähtökohta, ei vain tutkijan toimintaa tutkimusaineiston hankinnassa tai raportoinnissa. Tutkimukset tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin ja eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. (Tuomi 2007, 143.) Laadullisessa tutkimuksessa luottamuksellisuus, tiedonantajan vapaaehtoisuus sekä henkilöllisyyden suojaaminen ovat tärkeitä eettisiä periaatteita. On myös tärkeää, ettei tiedonantajaa vahingoiteta tutkimuksella. Eettisiin kysymyksiin kuuluu myös pohtia tutkijan roolia suhteessa tiedonantajiin. (Fowler 1988, Janhonen & Nikkonen 2001, 39 mukaan.) Tämän opinnäytetyön tutkimusosa on toteutettu lomakehaastattelulla, jossa kysymykset olivat avoimia. Lomake annettiin sattumanvaraisesti osaston sairaanhoitajille, jotka täyttivät vaaditut kriteerit. Lomakkeen mukana hoitajat saivat saatekirjeen (Liite 1.), jossa kerrottiin kyselyn toteutettavan anonyymisti ja vastaamisen olevan vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat vastasivat anonyymisti lomakkeeseen eikä tutkimuksen tekijät tunnistaneet vastaajia vastauksista. Tutkimuksen tulosten raportoinnissa vastaajia ei ole tunnistettavissa.

Määrätyt intressit ohjaavat aina tutkimusta, vaikka puhutaankin tieteen vapaudesta ja riippumattomuudesta. Esimerkiksi tutkimukselle on aina toimeksiantaja, joka pitää ottaa huomioon tutkimusta tehdessä. Yhteistyötä ei saisi tuomita, koska se ei estä tarpeen vaatiessa tutkijaa olemaan kriittinen kyseistä tahoja kohtaan (Mäkinen 2006, 77-78.) Tämän opinnäytetyön aihe tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ja tutkimus on toteutettu

yhteistyössä aiheen antaneen osaston kanssa. Kuitenkaan yhteistyötaho ei vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen, sillä tulokset on raportoitu totuudenmukaisesti.

Tutkimuksen tekijän tulisi huomioida, että eettisten koodien ohella myös lainsäädäntö ohjaa terveystieteellistä tutkimusta. Esimerkiksi henkilötietolaki tulee ottaa huomioon eettisen säännösten rinnalla. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta määrittelee seuraavien lakien ja asetusten säätelevä terveystutkimusta: Suomen perustuslaki (731/1999), henkilötietolaki (1999/523), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). (Kylmä & Juvakka 2007, 139.) Eettinen ratkaisu tehdään jo tutkimusaihetta valittaessa. Tutkimusongelman tai -kohteen valinnassa kysytään, kenen ehdoilla valitaan tutkimusaihe ja miksi tutkimusta ryhdytään tekemään. (Hirsjärvi ym. 2007, 24.) Tutkimuksen on aina rakennettava terveystieteiden tietoperustaa (Kylmä & Juvakka 2007, 144).

Tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja tulee arvioida tutkimusetiikan näkökulmasta. On huomioitava, voidaanko haluttu tieto saavuttaa valituilla menetelmillä ja ovatko valitut menetelmät eettisesti oikeutettuja. Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan inhimillistä vuorovaikutusta eri ilmenemismuodoissa, koskevat eettiset kysymykset ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin ja elämänpiiriin kajoamista. Tämän vuoksi eettisen toiminnan kannalta on oleellista, kuinka tutkimuksen tekijä turvaa tutkimuksen osallistujan aseman. Osallistujaa tulee informoida tutkimuksen tarkoituksesta, kestosta, menettelytavoista ja siitä, mihin tutkimusta käytetään. Lisäksi tutkimuksen osallistujan tulee saada tietoa mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta, siitä kuka on vastuuhenkilö, mitkä ovat osallistujien sekä tekijöiden roolit ja kuinka nimettömyys sekä yksityisyys taa-taan tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 146-149.) Lomakkeen saatekirjeessä oli tämän opinnäytetyön tarkoitus sekä tekijöiden yhteystiedot, jotta he voisivat halutessaan saada lisätietoa tutkimuksesta. Palautetut lomakkeet on säilytetty huolella ja ne ovat olleet vain opinnäytetyön tekijöiden nähtävissä ja luettavissa. Täytetyt lomakkeet hävi-tetään opinnäytetyön valmistumiseen jälkeen.

Haastateltavina olleita ihmisiä tulee suojella aineiston analyysiprosessissa. Tutkimuksen tekijän tulee raportoida tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kuvaus tutkitusta ilmiös-tä mahdollisimman totuudenmukaisesti haastateltavia suojellen. Tutkimuksen tekijän

vahva eettinen periaate on tutkimustulosten raportointi. Oikeudenmukaisuus toteutuu, kun tärkeimmät tutkimustulokset raportoidaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 153-154.) Tulokset on analysoitu huolellisesti kahteen kertaan, jotta kaikki tulokset tulevat ilmi. Tulosten esittämisessä on käytetty haastateltavien alkuperäisiä vastauksia. Autenttiset lainaukset on kirjoitettu samalla tavalla kuin alkuperäisissä vastauksissa mitään poistamatta. Tarkoituksena on korostaa opinnäytetyön raportoinnin rehellisyyttä. Tutkimusten ja muiden julkaisujen tekijöitä on kunnioitettu merkkäämällä tekstiin huolellisesti lähdeviitteet jokaisen lainatun kappaleen jälkeen lähdeviittaukset.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen teossa tähdätään virheettömyyteen, mutta siitä huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tästä syystä kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Luotettavuutta arvioitaessa katsotaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä sekä neutraaliutta. (Patton 1990, Weber 1990, Janhunen & Mikkonen 2001, 36 mukaan.) Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu (Tuomi 2007, 150).

Tutkijan tulee pohtia mitä tutkittavien kielelliset ilmaukset ovat merkinneet tulosanalyysissä. Pitää myös pohtia sitä, miten tutkijan oma kielenkäyttö aineiston keruun vaiheissa on vaikuttanut saatuihin tuloksiin sekä miten tutkija on pystynyt itse ymmärtämään tutkittaviaan haastatteluissa. Tutkija tulkitsee tutkimusta omalla tavallaan. (Hirsjärvi 2004, 212-213.) Reflektiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijän olevan tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tekijän tulee arvioida miten hän itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvata lähtökohdat tutkimusraporttiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, voidaan kriteereinä käyttää esimerkiksi vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä, uskottavuutta ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutki-

muksessa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimusten tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän tulee tuoda esille esimerkiksi riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista sekä ympäristöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.)

Opinnäytetyön tekijät olivat tyytyväisiä saamaansa vastausten määrään. Analysoinnin edetessä tekijät huomasivat toivovansa monipuolisempia vastauksia. Huomattavaa oli, että haastateltavat sairaanhoitajat toivat vastauksissaan esille samankaltaisia puutteita osaamisessaan ja tiedoissaan. Toisaalta kysymysten asettelun myötä vastaukset painotuivat kommunikaatioon ja tiedon tarpeeseen. Koska opinnäytetyö oli tekijöiden ensimmäinen laadullinen tutkimus, oli kysymykset hankalaa asetella. Jälkeenpäin tekijät huomasivat vastausten perusteella puutteita kysymysten asettelussa. Ehkäpä kysymysten asettelulla tai aineistonkeruumenetelmää vaihtamalla lomakehaastattelusta teema-haastatteluun aineisto olisi ollut monipuolisempi ja vastauksia olisi tullut enemmän eri osa-alueilta.

Lomakehaastattelu aineistokeruumuotona toi tietyllä tavalla yhdenlaisia vastauksia, jatkokysymyksiä ei voinut esittää. Jos aineisto olisi kerätty teema-haastattelulla, olisi ehkä jatkokysymyksien avulla voinut tarkentaa vastauksia ja saada syvällisempää kuvaa hoitajien kulttuurisen kompetenssin tilasta. Lomakehaastattelun vastaukset toivat esille ydinongelmat monikulttuurisen hoitotyön haasteissa, koska ne esiintyivät lähes kaikissa vastauksissa.

Vahvistettavuus liitetään koko tutkimusprosessiin ja se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija pystyy seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteissään. Tutkijan kirjoittaessa raporttia hän hyödyntää siinä muistiinpanojaan tutkimusprosessin eri vaiheista. Vahvistettavuus on osin ongelmallinen kriteeri, sillä laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan samankaan aineiston perusteella. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään se, että todellisuuksia on monia. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 – 129.) Aineiston luotettavuutta lisää tieto siitä, millaisissa olosuhteissa ja paikoissa haastattelu on kerätty. Samoin luotettavuutta lisää tieto haastatteluihin käytetystä ajasta, mahdollisista häiriötekijöistä, virhetulkinnoista haastatteluisissa sekä tutkijan omasta itsearviointista tilanteesta. Aineiston analyysin luotettavuutta lisää tieto luokittelun syntymisen alkujuurista sekä luokittelujen perusteista. (Hirsjärvi 2004, 217.) Opinnäytetyön vaiheet on raportoitu työssä, jotta lukija pystyy

seuraamaan prosessia. Tulosten analyysissä ja raportoinnissa on edetty johdonmukaisesti ja kaikki tulokset on esitetty raportissa. Nämä tekijät lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta. Lisäksi raportoinnissa on hyödynnetty erilaisia taulukoita, jotta lukija pystyy hahmottamaan paremmin analysoinnin edistymistä.

9.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kulttuurista kompetenssia Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin mallin avulla sairaiden vastasyntyneiden hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyön tehtävät muodostuivat mallin osa-alueista, eli kulttuurisesta tietoisuudesta, kulttuurisesta tiedosta, kulttuurisesta taidosta, kulttuurisesta kohtaamisesta sekä kulttuurisesta tahdosta (Campinha-Bacote. 2002). Tutkimuksen vastauksissa korostui hoitajien tarve tiedolle eri kulttuureista sekä ongelmat kommunikoinnissa eri kulttuureista tulleiden sairaiden vastasyntyneiden perheiden kanssa. Yhteisen kielen puuttuminen katsottiin haittaavan kulttuurisen hoitotyön toteuttamista. Vastauksissa ei noussut esille pohdintaa hoitajien omien asenteiden tai käsitysten vaikutuksista, niiden mainittiin kuitenkin vaikuttavan monikulttuuriseen hoitotyöhön.

Tutkimuksen hoitajat kertoivat omien asenteiden vaikuttavan monikulttuuriseen hoitotyöhön. Hoitajien omien arvojen koettiin vaikuttavan siihen, kuinka he kokevat perheen kulttuuriset arvot ja tavat sairaita vastasyntyneitä hoitaessa. Mulderin tutkimuksen mukaan hieman yli kolmannes tutkimukseen vastanneista hoitajista oli myöntänyt, että heillä on ennakkoluuloja eri kulttuurista tulevia kohtaan, lähes puolet teki oletuksia potilaan nimen tai ulkonäön perusteella. Kolmannes vastaajista koki, että ulkomaalaisten potilaiden kanssa oli vaikeaa tehdä yhteistyötä. (Mulder 2013, 30.) Tuokon tutkimuksen mukaan kulttuurista tietoisuutta vahvisti hoitajien oma positiivinen asenne toisesta kulttuurista tullutta henkilöä kohtaan sekä avoimuus kohdata erilaisesta kulttuurista tulevia (Tuokko 2007, 19).

Tutkimukseen osallistuvat hoitajat nostivat kulttuurisen tiedon merkittäväksi tekijäksi monikulttuurisessa hoitotyössä sairaita vastasyntyneitä hoidettaessa. Hoitajat kokivat, että heillä oli tietoa eri kulttuureista, ja he olivat saaneet koulutusta. Tietoa kuitenkin

kaivattiin osastolle lisää eri muodoissa, esimerkiksi kansio tai koulutus eri kulttuureista. Tiedon merkitystä monikulttuurisen hoitotyön toteuttamisessa korostettiin vastauksissa. Tuokon tutkimuksessa hoitotyöntekijän itse todettiin vaikuttavan suuresti oman tiedon saantiin. Tiedon saantia edisti oma kiinnostus kulttuuria kohtaan, avoimuus kohdata erilaisista kulttuureista tulevia asiakkaita, kyky reflektoida omia kokemuksiaan sekä se, että on kohdannut erilaisia kulttuureja. (Tuomi 2007, 21.) Mulderin tutkimuksen vastaajista yli 70% koki tietonsa eri uskonnoista ja niiden vaikutuksista hoitotyöhön ainakin jonkin verran riittämättömäksi ja yli 80% vastaajista koki tietonsa riittämättömäksi kulttuurisidonnaisiin tapoihin liittyen. Yli 80% hoitajista halusi lisäkoulutusta tiedosta ja vuorovaikutuksesta ulkomaalaisten kanssa. (Mulder 2013, 33.)

Tutkimuksen hoitajat kertoivat keräävänsä tietoa sairaan vastasyntyneen perheen kulttuurisista tarpeista kyselemällä heiltä. He kokivat toteuttavansa monikulttuurista hoitotyötä osaston puitteiden rajoissa, potilasturvallisuus ja kiire menevät monikulttuurisen hoitotyön edelle. Osaston rajalliset tilat koettiin vaikuttavan negatiivisesti monikulttuurisen hoitotyön toteuttamiseen. Sainola-Rodriguezin tutkimuksen mukaan kulttuurisia tekijöitä huomioitiin käytännön hoitotilanteissa vähän ja huomioiminen jäi yksittäisten työntekijöiden yksilöllisten ominaisuuksien varaan. Suomalaisia hoitokäytäntöjä oli selitetty ja potilaiden anamnestiset tiedot oli selvitetty hyvin. (Sainola-Rodriguez 2009, 118.) Kuitenkin Tuokon tutkimuksen mukaan hoitajilla oli kyky selvittää, mitä potilas ei pitänyt soveliaana hoidossaan. Hoitajat ottivat huomioon potilaan kulttuuritaustan tehdessään hoitosuunnitelmaa ja heillä oli kyky valmistautua ennakkoon kohtaamaan erilaisista kulttuureista tulevia potilaita. Hoitotyöntekijät huomioivat potilaan uskomukset, arvot ja uskonnolliset tarpeet. (Tuokko 2007, 22.)

Tutkimuksen hoitajat kokivat yhteisen kielen vaikuttavan hoidon laatuun ja toteuttamiseen, he kokivat tärkeäksi selvittää sairaan vastasyntyneen perheen äidinkieli. Yhteisen kielen puuttuminen koettiin haasteelliseksi, tarvittaessa perheen niin toivoessa järjestettiin tulkki paikalle. Tilanteet, jossa perheenjäsen toimi tulkkina, koettiin vaikeiksi. Perheiden yksilöllisyyden huomioiminen monikulttuurisessa hoitotyössä koettiin haastavaksi ja parhaiten yksilöllisyyttä voidaan toteuttaa kysymällä perheeltä heidän tavoistaan ja arvoistaan. Mulderin tutkimuksen mukaan hoitajista alle puolet hoitajista käytti alaikäistä lasta ja neljä viidesosaa hoitajista käyttivät aikuista lasta tulkkina. Lähes puolet hoitajista koki epävarmuutta perheenjäsenten tai ystävien tulkkauksen tarkkuudesta

ja luotettavuudesta. (Mulder 2013, 36.) Tutkimuksessa ei tullut esille sairaiden vastasyntyneiden hoitajien ennakkoluuloja tai niiden vaikutuksia monikulttuuriseen hoitotyöhön, kun taas Tuokon tutkimuksessa hoitajat kuvailivat omia ennakkoluulojaan. Ennakkoluulojen aiheuttajiksi kerrottiin hoitotyöntekijöiden tiedoissa olevat puutteet, pelot, kokemuksen puute toisen kulttuurin kohtaamisessa sekä hoitajien aikaisemmat negatiiviset kohtaamiset toisen kulttuurin kanssa. (Tuokko 2007, 24–25.)

Tutkimuksen hoitajat kertoivat toteuttavansa monikulttuurista hoitotyötä olemalla läsnä ja kuuntelemalla sairaan vastasyntyneen perheen toiveita, samalla tavoin kuin kaikkien perheiden kanssa. Yhteistyö perheiden kanssa koettiin tärkeäksi. Monikulttuuriset hoitotilanteet hoitajat kokivat yleisesti haastavaksi, koska tilanteet eivät ole rutiininomaisia. Tuokon tutkimuksessa tuli myös esille hoitajien tasa-arvoisuus potilaiden kesken. Hoitajat hoitavat kaikki, jotka apua tarvitsevat ja potilaat kohdataan yksilöinä. Lisäksi tasa-arvo ilmeni suomalaisuuden korostamisena. (Tuokko 2007, 26–27.)

9.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Ulkomaan kansalaisten määrä Suomessa kasvaa vuosittain. Vuodesta 2012 vuoteen 2013 kasvu oli 6,1 % ja sitä edellisellä vuonna 6,8 %. (Tilastokeskus 2014.) Tästä syystä monikulttuurista osaamista tarvitaan yhä enemmän määrissä. Monikulttuuristen perheiden kasvava määrä luo haasteita sairaanhoidolle, kun tietoa eri kulttuurien erityispiirteistä tarvitaan yhä enemmän.

Tutkimuksen vastauksissa korostui tiedon tarve ja kommunikaation haastavuus. Lisätiedosta koettiin olevan hyötyä hoidettaessa sairaita vastasyntyneitä. Osastolle toivottiin tietoa eri kulttuureista esimerkiksi kansion muodossa. Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia eri kulttuurien tapoja ja tuottaa osaston tarpeisiin kansio, joka sisältää tietoa eri kulttuureista. Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia hoitajien asenteita ja omia arvoja sekä niiden vaikutusta monikulttuuriseen hoitotyöhön. Muissa tutkimuksissa (Mulder 2013, Sainola-Rodriguez 2009, Tuokko 2007) tuli ilmi asenteiden ja arvojen vaikutus monikulttuuriseen hoitotyöhön, lisäksi aihe on mielenkiintoa herättävä ja vastausten avulla voisi hoitajille järjestää koulutusta monikulttuurisesta kohtaamisesta.

9.5 Tekijöiden pohdintaa opinnäytetyön prosessista

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2013. Lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä saatiin helmikuussa 2014, jonka jälkeen kyselylomakkeet annettiin sairaanhoitajille. Vastausten lukeminen oli tekijöiden mielestä antoisaa, varsinkin sairaanhoitajien kokemuksia oli mielenkiintoista lukea.

Laadullinen menetelmä koettiin haastavaksi, mutta mielekkääksi. Laadullinen menetelmä oli viime kädessä tekijöiden itsensä valitsema, tekijät kokivat saavansa aiheesta eniten kaipaamaansa tietoa laadullisella menetelmällä. Aineiston analysointi koettiin prosessin haasteellisimmaksi vaiheeksi aineiston niukkuuden vuoksi, tekijät olivat kuitenkin tyytyväisiä saamiinsa tuloksiin.

Opinnäytetyön prosessi oli opettavainen ja sai tekijät pohtimaan omia asenteita ja arvoja monikulttuurisessa hoitotyössä. Tekijät saivat tietoa eri kulttuureista ja monikulttuurisen hoitotyön eri vaiheista. Tekijät saivat myös kokemusta yhteistyöstä pitkähkön prosessin aikana. Ohjaavan opettajan ohjaus ja tuki olivat tekijöille tärkeä apu prosessin aikana.

LÄHTEET:

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WsoyPro Oy

Akar, S. & Tiilikainen, M. 2004. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestöliitto. Väestötietosarja 13. Helsinki, 16.

Alexander, J., Beagle, C., Butler, P., Dougherty, D., Robards, K., Solotkin, K. & Velotta, C. 1994. Madeleine Leininger. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Marriner-Tomey, A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Suom. Viitanen, R. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Campinha-Bacote, J. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing* 13 (3): 181-184.

Eklöf, N. & Hupli, M. 2010. Tulkin käyttö maahanmuuttajan hoitotyössä. *Sairaanhoidaja-lehti* 83 (6-7): 58-60.

Guo, S., Fu, X., Scherpbier, R., Wang, Y., Zhou, H., Wang, X. & Hipgrave, D. 2013. Breastfeeding rates in central and western China in 2010: implications for child and population health. *Bulletin of the World Health Organization*. 91 (5): 313-388.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Helsinki: Tammi

Ikonen E. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsiteanalyttinen tutkimus hybridisellä mallilla. *Hoitotiede* 19 (3), 140 – 151

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö

Kinanen, M. 2009. Surusäkki. Vertaisryhmätyöskentelyä lasten sururyhmille. Helsinki: Lasten Keskus / Lk-kirjat.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559

Lassila, R. 2006. Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

- Luukkainen, P. & Fellman, V. 2010. Terve vastasyntynyt. Teoksessa Lastentaudit. Toim. Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Miettinen, A. Maahanmuuttajat. Tilastokeskus. Luettu 28.1.2014.
http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/
- Muhammed, H. 2011. Yhtä erilaiset - Islam ja suomalainen kulttuuri. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Teos.
- Mulder, R. 2013. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu – tutkielma
- Pakaslahti, A. & Huttunen, M. 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rajantie, J. & Perheentupa, J. 2005. Lasten terveys. Suomalaisen terveys. Terveyskirjasto. Luettu 6.5.2014. Päivitetty 18.7.2005.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00045#s3
- Ranta, I., Matikainen, A., Hahtela, N. & Suutarla, A. 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Fioca Ry.
- Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen. 2012. Hoitotyön taidon ja toiminnot. Helsinki: SanomaPro.
- Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tampere: Tammi.
- Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.
- Samuel, Tinu Mary. 2013. Maternal micronutrient deficiencies in early pregnancy and infant nutritional status in urban South India. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Väitöskirja.
- Sisäasiainministeriö. 2012. Maahanmuuton vuosikatsaus 2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004a. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisu 4.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004b. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE –julkaisu II. Helsinki.
- Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Päivitetty 28.09.1996. Luettu 28.12.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Suomen virallinen tilasto. 2013. Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2012. Helsinki: Tilastokeskus.

Tilastokeskus. 2014. Ulkomaiden kansalaiset. Päivitetty 21.3.2014. Luettu 25.9.2014. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#ulkomaidenkansalaiset

Tuokko, T. 2007. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. 1.-2. Painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Viljanen, A., Hagert, T. & Blomerus, S. 2007. Kulttuurien kohtaaminen. Romanit suomalaisessa terveydenhuollossa: tasa-arvon ansat. Duodecim 12 (3), 458-66.

Vuori, E. & Gissler, M. 2013. Vastasyntyneet 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti.

Väestöliitto. 2013. Mikä perhe? Perhe eri kulttuureissa. Väestötietosarja 26. Haapasaari, O. & Korhonen, E. (toim.). Helsinki.

Wellman, E. 2009. Kulttuurinen pätevyys on erikoisosaamista. Sairaanhoitaja 82 (4): 20 – 23.

Yleinen Suomalainen asiasanasto (YSA). 2013.

LIITTEET:

Liite 1. Saatekirje

Hyvä sairaanhoitaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta hoitajien kokemukset osaamisestaan monikulttuurisessa hoitotyössä. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Tampereen ammattikorkeakoulusta Anne Mäenpää.

Tarkoituksenamme on teidän kokemuksienne kautta selvittää mitä kulttuurisen hoitotyön osa-alueita sairaanhoitajat hallitsevat ja missä osa-alueissa on tarvetta lisäkoulutukselle. Lisäksi haluamme selvittää, miten sairaanhoitajat ottavat huomioon kulttuurisen hoitotyön päivittäisessä työskentelyssä. Eri kulttuurien edustajilla tarkoitamme muita, kuin suomalaisten kulttuurien edustajia.

Toteutamme tutkimuksen kirjallisella haastattelulomakkeella. Oheisiin kysymyksiin voitte vastata erilliselle paperille ja vastaukset voitte jättää suljettuun kuoreen. Halutesanne voitte vastata myös sähköpostilla. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi.

Ystävällisin terveisin

Eija Vainio ja Sini Vilajoki
eija.vainio@health.tamk.fi
sini.vilajoki@health.tamk.fi

Toivoisimme, että vastaisitte seuraaviin kysymyksiin työskentelemäsi osaston kannalta:

1. Kuinka sinä huomioit monikulttuurisen hoitotyön?
2. Mitä asioita pidät haastavana monikulttuurisessa hoitotyössä?
3. Toivoisitko osastoltasi tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä? Jos kyllä, niin mistä asioista?
4. Kuvaile jokin tilanne, missä olet kokenut monikulttuurisen hoitotyön toteuttamisen haasteelliseksi?

Vastaukset voitte kirjoittaa oheisille papereille. Huomaathan numeroida vastaukset, kiitos!

Liite 2. Sisällönanalyysitaulukko

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
<p>Hoitajan vaikeus hyväksyä kulttuurin tapoja</p> <p>Hoitajan suhtautumistavat</p>	Hoitajien asenteet	Kulttuurinen tietoisuus	HOITAJIEN KOKEMUS KULTTUURISESTA KOMPETENSISTAAN SAIRAIDEN VASTASYNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ
<p>Tasavertainen kohtelu kulttuurista riippumatta</p> <p>Kulttuuri ei vaikuta sairaanhoitoon</p> <p>Hoitajan oman perhekäsityksen vaikutus</p>	Hoitajien arvot		
<p>Kulttuurin vaikutus vauvan ravitsemukseen</p> <p>Kulttuurin vaikutus kuoleman katsumukseen haasteena</p> <p>Kulttuurien vaikutus imetykseen</p> <p>Kulttuurin vaikutus perhekäsitykseen</p> <p>Kulttuurin vaikutus vauvan pukemiseen</p> <p>Kulttuurin vaikutus hätäkasteeseen</p>	Kulttuurien piirteiden merkitys hoitotyöhön	Kulttuurinen tieto	
<p>Hoitajilla tiedonpuute kulttuurien erityispiirteistä</p> <p>Hoitajilla tarvetta lisätiedolle</p> <p>Hoitajilla ei tietoa, mistä kulttuurisista asioista toivoa lisätietoa</p> <p>Hoitajilla haasteena tiedonpuute eri kulttuurien suhtautumisesta vauvan syntymään ja eri ongelmiin</p>	Hoitajien tarve lisätiedolle		

Hoitajilla oleva tieto eri kulttuureista Hoitajat saaneet koulutusta kulttuurisesta hoitotyöstä	Hoitajien olemassa oleva tieto		
Hoitaja selvittää perheen tavat ja kulttuurien erityispiirteet Hoitaja huomioi perheen tavat ja kulttuurien erityispiirteet	Hoitajien kyky hankkia tietoa ja toteuttaa kulttuurista hoitotyötä	Kulttuurinen taito	
Ympäristön vaikutus kulttuuriseen hoitotyöhön Potilasturvallisuuden vaikutus kulttuuriseen hoitotyöhön Kiireen vaikutus kulttuurisen hoitotyön toteuttamiseen	Hoitajasta riippumattomat tekijät, jotka vaikuttavat kulttuuriseen hoitotyöhön		
Yhteinen kieli käytössä Yhteisen kielen puuttuminen haasteena Non-verbaalinen kommunikointi ei tarpeeksi informatiivista Tehohoidon asiat haastava selittää vanhemmille Vanhempien tiedon saanti omalla äidinkielellä	Kommunikointi	Kulttuurinen kohtaaminen	
Tulkin käyttö Tulkkia ei käytössä Toisen vanhemman toimiminen tulkkina haasteena	Tulkkaaminen		

<p>Monikulttuuristen perheiden määrä kasvaa Haasteena perheiden yksilöllinen huomiointi</p>	<p>Monikulttuuristen perheiden yksilöllisyys</p>		
<p>Hoitajan läsnäolo ja kuuntelu Hoitajan ja perheen yhteistyö Perhehoitotyö</p>	<p>Perheen kokonaisvaltainen hoito</p>	<p>Kulttuurinen tahto</p>	
<p>Monikulttuurisuus aiheuttanut hankalia tilanteita Haasteena monikulttuuriset tilanteet, koska asiat perheelle tärkeitä ja pyhiä Haasteena monikulttuuriset tilanteet, koska ne ovat harvinaisia</p>	<p>Haastavat monikulttuuriset tilanteet</p>		

Liite 3. Tutkimustaulukko.

Tutkimus	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Mulder (2013) Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro gradu – tutkielma	Tarkoituksena selvittää hoitotyöntekijöiden kulttuurista osaamista. Tavoitteena saada tietoa kulttuuriseen kompetenssiin yhteydessä olevista tekijöistä sekä hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta osaamisesta.	Kvantitatiivinen tutkimus. Strukturoitu kyselylomake. Sähköpostin välityksellä kyselyyn vastasi 86 hoitajaa yliopistollisen sairaalan yhdeltä toimialueelta. Kirjallisuuskatsaus.	Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen osaaminen melko hyvää ja siihen on yhteydessä maahanmuuttajapotiilaan hoitotyöhön liittyvä lisäkoulutus, työkokemus, ulkomaalaiset työtoverit, asuminen ulkomaila, hoitajan ikä sekä maahanmuuttajapotilaiden kohtaamistiheys. Merkittävin positiivinen vaikutus hoitajien kulttuuriseen osaamiseen on maahanmuuttajapotiilaan hoitoon liittyvällä lisäkoulutuksella.
Sainola Rodriguez (2009) Transnationaalinen osaaminen Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja.	Tarkoituksena tutkia maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtauksia kulttuurisen kompetenssin ja transnationaalisen osaamisen näkökulmasta.	Laadullinen tutkimus. Maahanmuuttajien ja heitä hoitaneiden strukturoidut haastattelut. Deduktiivinen ja induktiivinen sisällönanalyysi. Tutkimusstrategiana triangulaatio.	Kulttuurisia tekijöitä huomioitiin käytännön hoitotilanteissa vähän ja huomioiminen jäi yksittäisten työntekijöiden yksilöllisten ominaisuuksien varaan. Potilaan omia odotuksia, terveys- ja sairauskäsityksiä tai hoitokäytäntöjä ei ollut selvitetty eikä potilaan äidinkieli selvinnyt systemaattisesti asiakirjoista.

<p>Tuokko (2007) Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro gradu – tutkielma.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata terveydenhuollon hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia heidän omien kokemusten kautta. Tavoitteena yrittää ymmärtää miten hoitotyöntekijät suhtautuvat erilaisesta kulttuurista tulevaan asiakkaaseen ja miten tietoisesti hoitotyöntekijät ottavat asiakkaan kulttuuritaustan huomioon asiakkaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.</p>	<p>Laadullinen. Menetelmänä etnografia. Deduktiivis-induktiivinen sisälönanalyysi. Sähköpostitse suoritettu teemakysely, johon vastasi 19 Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen opiskelijaa (hoitotyöntekijöitä)</p>	<p>Osa hoitotyöntekijöistä suhtautuu positiivisesti erilaisesta kulttuurista tulevaan potilaaseen ja ottaa hänen hoidossaan tietoisesti huomioon kulttuuriset tekijät. Tietoisuus kulttuurien vaikutuksesta potilaan hoidossa tuli hoitotyöntekijöille useimmiten käytännön kokemuksen myötä. Kulttuurinmukainen hoito auttaa saavuttamaan paremman vaikuttavuuden potilaan hoidossa. Kie liiongelmat aiheuttavat potilaiden ohjauksen puutetta. Hoitotyöntekijöiden kulttuurista tietoisuutta on edelleen heräteltävä ja teoria tietoa eri kulttuureista lisättävä.</p>
---	---	--	--