



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

MONIKULTTUURISEN HOITOTYÖN KULMAKIVET

Oppaan toteuttaminen lastenosaston hoitohenkilökunnalle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Karoliina Reijonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

REIJONEN, KAROLIINA:

Monikulttuurisen hoitotyön kulmakivet:
Oppaan toteuttaminen lastenosaston
hoitohenkilökunnalle

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 54 sivua, 3 liitesivua

KEVÄT 2014

TIIVISTELMÄ

Monikulttuurinen hoitotyö on yhä ajankohtaisempi aihe terveydenhuollossa. Eri kulttuureista tulevia potilaita on terveydenhuollon asiakkaana jatkuvasti ja ongelmia hoitotyöhön voivat tuottaa yhteisen kielen puute sekä hoito- ohjeiden vaillinaisuus noudattaminen kulttuurierojen vuoksi. Hoitajien on kuitenkin mahdotonta perehtyä jokaiseen kulttuuriin ja siksi yleinen osaaminen kohdata toisesta kulttuurista tuleva potilas on tärkeää.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen opas monikulttuuriseen hoitotyöhön lasten osaston hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena oli helpottaa kahden kulttuurin välistä kohtaamista ja tuoda hoitajille tietoutta ja ymmärrystä toisia kulttuureja kohtaan, jotta nämä yhä rohkeammin kohtaisivat potilaat. Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimi Päijät- Hämeen keskussairaalan lastenosasto.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja sen tuotoksena syntyi kirjallinen opas monikulttuurista hoitotyötä varten. Tuotos suunniteltiin ja laadittiin tuotteistamisen prosessin vaiheiden kautta. Oppaassa esitellään monikulttuurisen hoitotyön tärkeitä osaamisalueita transnationaalisen osaamisen näkökulman kautta. Oppaassa myös tarkastellaan individualistista ja kollektiivista kulttuuria, koska eri perhekäsitysten ymmärtäminen on tärkeää hoitotyössä. Lisäksi oppaassa esitellään kolmen eri kulttuurin kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyviä asioita, joita hoitajien on hyvä huomioida hoitotyötä tehdessään. Oppaan sisältö on suunniteltu yhdessä lasten osaston henkilökunnan kanssa.

Asiasanat: monikulttuurinen hoitotyö, opas, kulttuuri, transnationaalinen osaaminen

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

REIJONEN, KAROLIINA:

The main points of multicultural nursing:
Producing a guide for the pediatric ward
personnel

Bachelor's Thesis in nursing

54 pages, 3 pages of appendices

SPRING 2014

ABSTRACT

Multicultural nursing is becoming a more topical issue in health care. There are constantly patients from different cultures as clients in health care and problems to nursing may be caused by the lack of common language and incomplete compliance of treatment guidelines because of cultural differences. For nurses it is impossible to study all cultures and therefore a general knowledge of facing patients from other cultures is important.

The objective of this thesis was to produce a literary guide to multicultural nursing for the pediatric ward staff. The purpose was to facilitate the encounter between two cultures and bring nurses knowledge and understanding of other cultures so that they would face patients more boldly. The thesis was commissioned by the Päijät- Häme central hospital's pediatric ward and its output was a guide to multi-cultural nursing.

The guide was designed and prepared through a productization process. Major areas of multicultural nursing are presented in the guide through transnational competence. The guide also examines individualistic and collective cultures because for nursing it is important to understand different perceptions of family. In addition, the guide explains three different cultures and what nurses should take into account when meeting and caring for patients representing these cultures. The content of the guide is designed with the pediatric ward personnel.

Key words: multicultural nursing, guide, culture, transnational competence

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	3
3	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA JA KOHDERYHMÄ	4
4	MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ	5
4.1	Kulttuurien monimuotoisuus	5
4.2	Monikulttuurinen kohtaaminen	6
5	TRANSNATIONAALINEN OSAAMINEN	9
5.1	Transnationaalisuus käsitteenä	9
5.2	Transnationaalinen osaamisen osa-alueet	10
6	INDIVIDUALISTINEN JA KOLLEKTIIVINEN KULTTUURI	14
6.1	Kulttuurien jakautuminen ääripäihin	14
6.2	Individualistinen kulttuuri	15
6.3	Kollektiivinen kulttuuri	16
7	ERI KULTTUUREISTA TULEVAT POTILAAT TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAINA	17
7.1	Toisesta kulttuurista tulevan potilaan kohtaaminen	17
7.2	Romanit terveydenhuollon asiakkaina	18
7.2.1	Romanipotilaan kohtaaminen	18
7.2.2	Romanipotilaiden hoitotyössä huomioitavia asioita	20
7.3	Muslimit terveydenhuollon asiakkaina	22
7.3.1	Muslimipotilaan kohtaaminen	22
7.3.2	Muslimipotilaiden hoitotyössä huomioitavia asioita	24
7.4	Venäläiset terveydenhuollon asiakkaana	25
7.4.1	Venäläispotilaan kohtaaminen	25
7.4.2	Venäläispotilaan hoitotyössä huomioitavia asioita	27
8	OMAN KULTTUURISEN TAUSTAN TUNTEMINEN	30
9	PROJEKTIN VAIHEET	32
9.1	Prosessin toteuttaminen tuotteistamisen vaiheiden kautta	32
9.2	Tuotekehitysprosessin käynnistäminen ja asiakkaan tarve	32
9.3	Ideointivaihe	33
9.4	Tiedonhaku	34

9.5	Tuotteen luonnostelu	34
9.6	Tuotteen kehittäminen	35
9.7	Prototyypin testaus	36
9.8	Oppaan viimeistelu ja lopputuloksen esittely asiakkaalle	39
10	POHDINTA	41
10.1	Tuotetun oppaan ja prosessin arviointi	41
10.2	Kehittämisehdotukset	44
11	LÄHTEET	45
12	LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Vuonna 2012 Suomeen muutti ulkomailta 31 280 henkilöä. Luku on 1800 suurempi kuin edellisvuonna. Kaikkiaan ulkomaista syntyperää olevia henkilöitä on Suomessa 279 616. Tämä tarkoittaa, että 5,2 prosenttia väestöstä omaa ulkomaalaisen taustan. 59 prosenttia ulkomaisen syntyperän omaavista henkilöistä on eurooppalaistaustaisia. Aasialainen tausta on neljänneksellä ulkomaalais-taustaisista ja afrikkalaistaustaisia on 12 prosenttia ulkomaalaistaustaisista. Suurin ryhmä ulkomaalaistaustaisista oli Venäjältä tai Neuvostoliitosta tulleet ja seuraavaksi suurimmat ryhmät olivat virolaistaustaiset, somalialaistaustaiset ja irakilais-taustaiset. (Suomen virallinen tilasto: Muuttoliike 2012; Suomen virallinen tilasto: Väestörakenne 2012.) Väestörakenteessa on tilastojen valossa tapahtunut muutosta, kun ulkomaalaistaustaisten määrä on Suomessa kasvanut. Tämä näkyy myös terveydenhuollossa, kun muista maista ja kulttuureista tulevien asiakkaiden määrä kasvaa. Suomalaiset terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet työskentelyn toisista kulttuureista tulevien potilaiden kanssa ajoittain vaikeaksi. Vaikeuksia ovat tuottaneet esimerkiksi potilaiden huono hoitoon hakeutuminen ja elämäntapamuutosten laiminlyöminen. (Oroza 2005, 274.)

Kulttuuri vaikuttaa ihmisten arkeen merkittävästi. Yksinkertaisiin asioihin kuten ruokailuun voi liittyä monia erilaisia sosiaalisia, uskonnollisia ja kulttuurillisia tapoja. Kulttuuriin liittyvät säännöt ohjaavat esimerkiksi sitä, millä tavalla ruokaa otetaan ja millä tavalla syödään. Sama koskee myös lääkkeitä ja niiden käyttötapaa. Lääkettä voidaan ottaa injektiona tai voiteena, mutta esimerkiksi Koraanin mukaan lääkettä voidaan saada höyrynä iholle tai jopa kuunnella. (Tiilikainen 2011, 18.)

Työskenneltäessä toisesta kulttuurista tulevien potilaiden kanssa, on mahdotonta perehtyä jokaisen asiakkaan kulttuuriin. Kulttuurien sisällä on vaihtelua eri asioiden käsityksissä ja esimerkiksi köyhistä oloista tulevan terveystiedon voi olla hyvinkin erilainen kuin saman alueen rikkaan käsitys. Siksi yleinen osaaminen kohdata toisesta kulttuurista tuleva henkilö on tärkeää hoitotyössä. (Sainola-Rodriguez 2011, 2.)

Toisista kulttuureista tulevien potilaiden kohtaaminen asettaa omat haasteensa hoitajille. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3§) määrittelee potilaan oikeudet saada hoitoa, ja hoidon yhteydessä tulee huomioida hänen äidinkieltensä, yksilölliset tarpeensa ja mahdollisuuksien mukaan kulttuuri. Laissa määritellään myös, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää terveyden- ja sairaanhoitoon. Omassa sekä vieraassa kulttuurissa ihmisillä on oikeus saada kulttuurinsa mukaista inhimillistä hoitoa (Hassinen- Ali-Azzani 2002, 16). Myös YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa määritellään, että jokaisella ihmisellä on oikeus elintasoon, joka turvaa hänen ja hänen perheensä hyvinvoinnin sekä terveyden. Oikeuksissa määritellään myös että, jokaisella on oikeus turvaan sairauden tai tapaturman myötä. Ihmisoikeuksissa korostetaan myös, että jokainen henkilö on oikeutettu ihmisoikeuksien julistuksen oikeuksiin ja vapauksiin ilman minkäänlaista rotuun, väriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittiseen tai muuhun mielipiteeseen, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, omaisuuteen, syntyperään tai muuhun tekijään perustuvaa erotusta. (YK. Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus 1948.) Siksi terveydenhuoltohenkilökunnan kuuluu asenteista riippumatta, osata kohdata potilaat tasaveroisesti (Sainola-Rodriguez 2011, 2).

Ajatus opinnäytetyön aiheelle heräsi harjoittelussa lastenosastolla. Muista kulttuureista tulevia potilaita ja heidän perheitään oli useita, ja ajoittain yhteistä kieltä ei ollut tai kulttuurierot vaikeuttivat hoito-ohjeiden noudattamista. Oppaan laatiminen juuri lasten osastolle tuntui järkevältä ratkaisulta, koska hoito kohdistuu lapsen lisäksi myös koko perheeseen. Perheissä ovat omat kulttuuriset taustansa ja tapansa, joiden huomiointi kuuluu hoitotyöhön. Hoitajan aika on rajallista osastotyössä, ja usein aikaa esimerkiksi hoitotyön suositusten hakuun ei ole. Tästä syntyi idea oppaasta, jossa tieto on tiivistettyä ja nopeasti saatavilla. Monikulttuurisuutta tarkastellaan opinnäytetyössä transnationaalisen osaamisen näkökulman kautta sekä tuodaan kolmen eri kulttuurin kohtaamiseen liittyviä asioita, joita hoitajan on hyvä huomioida hoitotyössä. Opinnäytetyössä myös avataan kulttuurien perhekäsityksiä individualistisen ja kollektiivisen kulttuurin kautta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lastenosaston henkilökunnan käyttöön opas, joka tukee monikulttuurisen hoitotyön toteuttamista. Tarkoituksena on helpottaa hoitajan ja potilaan välistä, kahden kulttuurin välistä kohtaamista, sekä lisätä hoitajien ymmärrystä ja tietoa toisesta kulttuurista tulevia asiakkaita kohtaan. Opinnäytetyön tarkoituksena ei niinkään ole opettaa eri kulttuurien käytäntöjä hoitajille vaan raottaa ovia toisiin kulttuureihin, jotta hoitajat yhä rohkeammin ja avoimemmin kohtaisivat toisista kulttuureista tulevat potilaat.

Opinnäytetyön tavoitteina on laatia kirjallinen opas ja tuoda lasten osastolla työskentelevien hoitajien tietoon tutkittua ja ajankohtaista tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä ja kolmesta eri kulttuurista. Samalla on tavoitteena herättää ajatuksia hoitajissa monikulttuurisuudesta ja aktivoita hoitajat keskustelemaan tilanteista ja kohtaamisista, joita esimerkiksi maahanmuuttajien tai toisista kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa on esiintynyt. Tavoitteena on myös saada hoitajat pohtimaan omaa kulttuuriaan ja suomalaisuutta suhteessa toiseen kulttuuriin. Tuotos eli produkti on A4-kokoa oleva opas. Oppaan tavoitteena on olla selkeä, helposti luettava, värein visualisoitu ja kiinnostava. Sisällön kannalta pyritään siihen, että oppaaseen koottaisiin kattavasti ja tiivistetysti tietoja monikulttuurisesta hoitotyöstä ja kolmen kulttuurin kohtaamiseen ja kulttuuriin liittyvistä asioista.

3 OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA JA KOHDERYHMÄ

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenosasto. Vuoden 2014 alusta Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenosastot 11 ja 12 yhdistyivät yhdeksi lastenosastoksi. Alun perin tarkoituksena oli laatia opas vain osastolle 12, mutta valmis opas esiteltiin yhdistyneellä lasten osastolla. Kohderyhmänä ovat lasten osaston sairaanhoitajat ja lastenhoitajat.

Kyseessä on lasten tutkimus- ja hoito-osasto, joka toimii myös päivystysosastona. Osastolla työskentelevät osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitajia, lastenhoitajia, lastenohjaaja, laitoshuoltajia, osastonsihteri, lääkäreitä, kirurgi, ylihoitaja, fysioterapeutti sekä sosiaalihoitaja. Osasto on erikoistunut hoitamaan pediatriasia ja kirurgisia lapsipotilaita. Vuodesta 2014 alkaen osastolla hoidetaan myös infektioita sairastavat lapset. Tavallisimpia hoidettavia sairauksia osastolla ovat diabetes, tapaturmat, syöpä- ja veritaudit, syömishäiriöt, allergiat ja ihottumat. Osastolla hoidetaan myös lastenkirurgian potilaita sekä tutkimus- ja seurantapotilaat. Potilaita hoidetaan 16 ikävuoteen asti. Osasto pyrkii tekemään yhteistyötä lasten vanhempien kanssa. Osastolla on kymmenen vuodepaikkaa. Kesäisin ja viikonloppuina toimintaa supistetaan. Toisista kulttureista tulevia asiakkaita hoidetaan osastolla osastonhoitajan mukaan kuukausittain. Joskus asiakkaita toisista kulttuureista on enemmän, joskus vähemmän.

4 MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ

4.1 Kulttuurien monimuotoisuus

Hoitajan kulttuurisen tietämyksen lähtökohtana ovat käsitteet kulttuuri ja kulttuurien monimuotoisuus. Kulttuurien monimuotoisuus kuvaa vaihtelevuutta eri kulttuurien välillä esimerkiksi etnisyydessä, uskonnossa, sosioekonomisessa asemassa ja elämän kokemuksissa. (Banerjee 2012, 24.) Gigerin ja Davidhizarin (2004) määritelmän mukaan kulttuuri käsitteenä voidaan määrittää pysyväisluonteiseksi käyttäytymisen muodoksi. Samaan kulttuuriin kuuluvat ihmiset jakavat arvot, uskomukset, normit ja toimintatavat. Kulttuuri vaikuttaa jäsentensä ajatteluun sekä on mukana näiden päätöksenteossa. Kulttuuri myös ohjaa olemista ja olemassaoloa sekä antaa pohjan yksilön itsetunnolle ja omalle arvolle. (Koskinen 2009a, 16.) Kulttuuri on opittua, ja siinä tulevat ilmi asiat, joita ihmiset ovat oppineet tekemään ja uskomaan historiansa aikana. Kulttuureilla on myös alakulttuureja, jotka voivat syntyä esimerkiksi ryhmälle tai asuinalueelle. Alakulttuuriryhmät voivat vahvasti poiketa pääkulttuuristaan. (Räty 2002, 42–43.)

Monikulttuurisuus on käsitteenä nuori ja se rantautui Suomeen vasta 1990-luvun alussa. Tuolloin alettiin ennakoida maahanmuuttajamäärien kasvua. Käsite monikulttuurisuus pitää sisällään erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien yhteiselon. Tähän kuuluvat saman ajan ja tilan jakaminen. (Koskinen 2009a, 18.) Monikulttuurisuus tarkoittaa siis kokonaisuudessaan erilaisuuden hyväksymistä ja arvostamista. Tähän kuuluu myös tasa-arvo, joka vallitsee eri yksilöiden ja kulttuurien välillä. Yhteiset toimintatavat ja rajat ovat myös osa monikulttuurisuutta. (Räty 2002, 46.)

Monikulttuurinen hoitotyö viittaa hoitotyöhön, jossa ollaan tekemisissä erilaisten kulttuurien kanssa tai hoitoyhteisöön, jossa työntekijät ja asiakkaat tulevat erilaisista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisessa hoitotyössä tähdätään asiakkaan kulttuuritaustan huomioimiseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tärkeinä arvoina kanssakäymisessä nähdään erilaisuuden kunnioitus, tasa-arvoisuus sekä yhdenvertaisuus. (Koskinen 2009a, 18–19.)

Monikulttuurisen hoitotyön edistäjänä ja kehittäjänä pidetään amerikkalaista sairaanhoitaja ja antropologia Madeleine Leiningeriä. Leininger on tehnyt laajoja kulttuurisia ja etnografisia tutkimuksia ja pyrkinyt tällä määrittämään kulttuurisidonnaisia ja universaaleja hoitotyön käytäntöjä. Pääsääntöisesti Leininger toi esiin hoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten olevan vastuussa ihmisten hoidosta ja siksi hän näki heillä olevan myös velvollisuus yrittää ymmärtää ihmisten yksilöllisyys myös tämän kulttuuriin nähden. (Holland 2010, 61.) Leiningerin teoriassa kuvataan transkulttuurinen hoitotyö, jossa ei ainoastaan tulla tietoisiksi eri kulttuureista vaan opitaan ymmärtämään niiden periaatteita. Leininger oli sitä mieltä, että tehokkaaseen, tyydyttävään ja kulttuuri-lähtöiseen hoitotyöhön kuuluu perheiden ja ryhmien kulttuuristen elämäntapojen arvojen ja uskomusten selvittäminen. Kokonaisuudessaan päämääränä on kulttuurinmukaisen hoidon antaminen. (Alexander, Beagle, Butler, Dougherty, Andrews Robards, Solotkin & Velotta 1994, 414.)

Työyhteisössä ja organisaatioissa on mahdollistettava ympäristö, joka keskittyy monimuotoisuuteen, kulttuuriin, yhteistyöhön sekä yhteisiin arvoihin. Näiden asioiden nähdään vaikuttavan kulttuuriseen osaamiseen. Jotta kulttuurinen osaaminen vahvistuisi työpaikalla, olisi siellä oltava yhdenmukaistetut käytännöt henkilökunnan käyttäytymisessä, hoitokäytännöissä sekä toimintatavoissa. Näiden asioiden toteutuessa ympäristöstä tulee kunnioittava sekä kulttuurisen monimuotoisuuden huomioiva. (Banerjee 2012, 24–25.) On toivottavaa, että opas olisi yksi elementti lastenosastolla, joka tukee yhteisiä monikulttuurisen hoitotyön käytäntöjä.

4.2 Monikulttuurinen kohtaaminen

Emilia Airolan (2013) tutkimuksessa kartoitettiin maahanmuuttaja-asiakkaiden ja heitä hoitavan henkilökunnan näkemyksiä monikulttuurisuudesta ja laadusta. Tuloksissa laatu maahanmuuttajapotilaiden sekä terveydenhuollon henkilökunnan kohtaamisissa koostuu maahanmuuttajien erityisaseman huomioimisesta, yhteisymmärryksen rakentamisesta sekä käytännöllisten toimintamallien luomisesta ja niiden hyödyntämisestä. Tuloksissa tuodaan esiin myös transnationaalinen osaaminen ja kulttuurikompetenssi eli kulttuuriosaaminen, joiden nähdään

parantavan monikulttuurisen hoitotyön laatua, koska niissä painotetaan maahanmuuttajien kulttuurillisten erojen huomiointia ja ja niiden mahdollisia vaikutuksia hoitotyön kohtaamisissa. (Airola 2013, 66–69.)

Monikulttuurinen kohtaamisen pääasiat ovat ennakkoluulottomuus, herkkyys, ymmärrys sekä vuorovaikutustaidot (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 13). Monikulttuurista kohtaamista voidaan helpottaa monilla tavoilla. Tärkeää on olla aidosti kiinnostunut asiakkaan tilanteesta sekä olla rohkeasti läsnä kommunikoidessa potilaiden kanssa. Esimerkiksi maahanmuuttajapotilasta hoidettaessa on hyvä kysyä, millä tavalla tämän kotimaassa hoidettiin kyseistä vaivaa ja millaisia terveyspalveluita siellä oli saatavana. Kun hoitaja kyselee asiakkaan tuntemuksia ja mahdollisia huolia, se samalla herättää asiakkaassa luottamusta ja luo hyvää pohjaa hoidolle. On myös hyvä huomioida antaa ohjeita ja tietoa sellaisista asioista, jotka ovat itsestäänselviä suomalaiselle asiakkaalle. (Tiilikainen 2011, 14–15.) Kohtaamisella on myös paljon vaikutuksia potilaan hyvinvointiin, joten kohtaamisen laatuun tulee kiinnittää yhä enemmän huomiota (Sainola-Rodriguez 2007, 217). Kohtaamisen laatuun voi vaikuttaa myös tiedon antamisella. Terveyspalvelujen käyttäjille on tarvittessa hyvä selvittää terveysjärjestelmän toimintaa, mutta myös huomioida heidän tarpeensa antamalla suullisia tai kirjallisia ohjeita esimerkiksi varausjärjestelmästä tai hyödyntämällä tulkkaukspalveluita. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 21.)

Paras tiedonlähde hoitajalle on asiakas itse. Jokaisen asiakkaan kohdalla on muistettava yksilöllisyys. Vaikka asiakas tulisi jonkin tietyn kulttuurin edustajana, se ei tarkoita sitä, että hän toimii täsmälleen samalla tavalla kuin kulttuurissa on tyypillistä. Asiakkaalta itseltään on hyvä selvittää hänen yksilöllisiä näkemyksiä, arvoja sekä käyttäytymistapoja. (Davidhizar & Giger 2008, 34–35.) Tärkeää on ymmärtää, että on olemassa monenlaisia elämäntapoja, toimintatapoja ja perinteitä. Kuitenkaan asiakkaita ei voi kategorisoida syntyperänsä tai tarpeidensa mukaan. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 21.) Asiakkaat toteuttavat kulttuuria ja uskontoa yksilöllisellä ja ainutlaatuisella tavalla. Toisista kulttuureista potilaat eivät oleta hoitajan tietävän paljoakaan kulttuurinsa periaatteista ja arvoista. Kysyttäessä he kuitenkin usein kertovat

miehellään omasta kulttuuristaan ja näkevät tämän kunnioituksen osoituksena. (Oroza 2005, 280.) Myös non-verbaalinen kommunikointi on suuressa roolissa esimerkiksi sellaisissa tapauksissa, joissa yhteistä kieltä ei ole (Davidhizar & Giger 2008, 34–35). Tärkeää on myös muistaa potilaan perhe hoitotyössä (Tiilikainen 2011,15).

5 TRANSNATIONAALINEN OSAAMINEN

5.1 Transnationaalisuus käsitteenä

Opasta varten monikulttuurisen hoitotyön näkökulmaksi on valittu transnationaalinen osaaminen, koska se on yleispätevä näkökulma ja antaa valmiudet toimia kaikista kulttuureista tulevien asiakkaiden kohtaamisissa (Koskinen 2009b, 44). Transnationaalinen osaaminen valittiin näkökulmaksi myös sen korostamien arvojen kuten dialogisen vuorovaikutuksen ja asiakkaan kulttuurisen taustan huomioimisen vuoksi.

Transnationaalisuus tarkoittaa ylijärjaisuutta. Yleisesti käsite tarkoittaa kansallisvaltioiden välistä ja keskinäistä suhdetta, joka on kytköksissä maailman globalisoitumiseen. Tähän kuuluvat ihmisten väliset siteet, jotka sitovat ihmisiä ja instituutioita yli kansallisvaltioiden rajojen. (Pöllänen 2013, 42.) Transnationaalinen osaaminen huomioi toisesta kulttuurista tulevan omaa näkemystä kulttuuristaan ja korostaa sen merkitystä hoitamisessa (Sainola- Rodriguez 2009, 15). Transnationaalisen osaamisen mallin ovat kehittäneet amerikkalaiset valtiotieteilijät Peter H. Koehn ja James N. Rosenau. Malli on kehitetty hoitotieteen ulkopuolella yhteiskuntapoliittisen tutkimuksen ohella. Myöhemmin näkökulmaa on sovellettu terveydenhuoltohenkilöstön arviointiin. (Koskinen 2009b, 44.)

Suomalaisessa terveydenhuollossa käsite on uusi (Sainola- Rodriguez 2009, 30). Englannin kielessä käytetään yleensä transnationaalisuutta vastaavaa käsitettä transkulttuurinen(transcultural) ja sen rinnakkaiskäsitteitä ovat cross-kulttuurinen(crosscultural), interkulttuurinen (intercultural) ja monikulttuurinen (multicultural). Käsitteitä kuitenkin käytetään vaihtelevasti ja määritellään englannin kielessä eri tavoin. (Sainola- Rodriguez 2009, 41.) Interkulttuurinen tarkoittaa kulttuurien välistä. Crosskulttuurinen taas tarkoittaa kulttuurien rajat ylittävää ilmiötä. Crosskulttuurinen hoitotyö on kulttuurien välistä hoitotyöstä, johon sisällytetään ihmistutkimuksen käsitteitä, mutta ei varsinaisesti kehitetä transkulttuurista hoitotyötä. Madeleine Leininger määrittelee transkulttuurisen hoitotyön alueeksi, joka keskittyy erilaisten kulttuurien tutkimiseen sekä analysoi terveyden ja sairauden arvoja ja uskomuksia. Päämääränä on siis oppia

ymmärtämään erilaisia kulttureja. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 265–267; Alexander ym. 1994, 415–416; Sainola- Rodriguez 2009, 43.) Vaikka transnationaalinen osaaminen ja transkulttuurinen hoitotyön näkökulma on kehitetty erillään, niissä keskitytään huomioimaan samanlaisia arvoja monikulttuurisesta hoitotyöstä ja sen toteuttamisesta, joita ovat esimerkiksi potilaan kulttuurin ymmärtäminen ja kulttuurisen taustan huomioiminen sekä potilaan omien uskomusten ja arvojen selvittäminen osana monikulttuurista hoitotyötä.

5.2 Transnationaalinen osaamisen osa-alueet

Transnationaalinen osaaminen sisältää viisi osa-aluetta, jotka ovat analyttinen, luova, emotionaalinen, viestinnällinen ja toiminnallinen. Transnationaalisessa osaamisessa korostuvat asiakkaan osallistuminen ja kertomus, dialoginen vuorovaikutus, tiedonjako hoitajan ja potilaan välillä sekä yhteisymmärryksen saavuttaminen hoitotyön ja hoitonäkemyksien osalta. Näiden asioiden ymmärtäminen kokonaisuutena osana monikulttuurista hoitotyötä parantaa hoidon laatua sekä luo keskinäistä luottamusta potilaan ja hoitajan välille. (Koskinen 2009b, 44.)

Analyttiseen osaamiseen kuuluu kyky hankkia tietoa ja hyödyntää tietoa kohdatessa potilaita. Hankitun tiedon merkityksen ymmärtäminen hoitotyön kohtaamisissa kuuluu myös analyttiseen osaamiseen. (Koehn & Rosenau 2002, 110.) Hoitajan kannattaa tunnistaa mahdollisimman monia asioita potilaan kulttuurisista uskomuksista ja arvoista. Asiakasta on rohkaistava avaamaan tulkintojaan terveydestä sairaudesta ja hoitotyöstä. Hoitajan on myös osattava tunnistaa ne asiat terveydestä ja sairaudesta, jotka ovat erilaisia asiakkaan näkökulmaan nähden. (Giger & Davidhizar 2008, 34.) Maahanmuuttajaa hoitaessa terveydenhuollon henkilökunnan olisi hyvä selvittää potilaan senhetkinen elämäntilanne sekä asiat, jotka ovat voineet vaikuttaa terveyteen ennen ja jälkeen maahanmuuton. (Sainola-Rodriguez 2009, 36.) Potilaan nykyisen elämäntilanteen ja hoidontarpeen välistä yhteyttä on myös syytä selvittää (Koehn & Rosenau 2002, 111). Potilaan mahdolliseen haavoittuvuuteen liittyvät tekijät kuten sota-, vaino-, ja traumakokemukset kotimaassa olisi hyvä huomioida hoitotyötä tehdessä. Myös uudessa maassa olevat tekijät voivat olla

osavaikuttajina terveyteen. Tällaisia voivat olla työttömyys, syrjintä sekä perheen hajoaminen. Kattava tiedonkeruu hoidon alkuvaiheessa vähentää virheitä hoidon myöhemmässä vaiheessa. Virheitä voi syntyä yleistämisestä tai tiedonpuutteesta. (Sainola-Rodriguez 2009, 36.) Toisista kulttuureista tulevien asiakkaiden kohdalla on hyvä hyödyntää aikaisempien kohtaamisten tietoa ja kokemuksia (Koehn & Rosenau 2002, 110).

Emotionaaliseen osaamiseen kuuluvat empatiakyky ja oikea havainnointi. Terveydenhuollon henkilökunnan on oltava aidosti kiinnostunut maahanmuuttajapotilaan arvoista ja kokemuksista sekä tämän kulttuurin käytännöistä. Myös hoitavan henkilökunnan asenteilla on väliä siihen, miten toisesta kulttuurista tuleva potilas sitoutuu hoitoonsa. Tämä omalta osaltaan heijastuu hoidon lopputulokseen. (Sainola-Rodriguez 2009, 38.) Aidon kiinnostuksen lisäksi hoitajan on kunnioitettava asiakkaan erilaisia terveyteen liittyviä asioita kuten perinteitä ja uskomuksia. Hoitajan on myös uskottava omaan kykyyn auttaa. (Koehn & Rosenau 2002, 111.) Maahanmuuttajapotilaan luottaessa hoitajaan, myös hoitoon sitoutuminen on helpompaa. Tärkeää on tässäkin tapauksessa muistaa potilaiden yksilöllisyys. (Sainola-Rodriguez 2009, 38–39.)

Luova osaaminen käsittää kyvyn innovatiivisuuteen ja asioiden yhdistelemisen sekä soveltamisen. Eli etsitään vaihtoehtoisia tapoja toimia. Joskus ratkottaessa maahanmuuttajan terveyteen liittyviä ongelmia, voidaan hyvään hoidon lopputulokseen päästä yhdistelemällä hoitokäytäntöjä. Esimerkiksi voidaan yhdistää länsimaisen lääketieteen ja toisesta kulttuurista tulevan hoitokäytännöt niin, että lopputuloksena voi olla toimintamalli, joka auttaa molempia osapuolia. (Sainola-Rodriguez 2009, 39; Koehn & Rosenau 2002, 113.)

Viestinnälliseen osaamiseen liitetään kyky kommunikointiin ja vuorovaikutukseen. Yhteinen puhuttu kieli potilaan kanssa on parhain lähtökohta hoidon aloittamiselle. Kuitenkin on tilanteita, joissa yhteistä kieltä ei ole ja tällöin hoitajan olisi tärkeää huomioida nonverbaalinen viestintä. (Sainola-Rodriguez 2009, 39.) Nonverbaalisiin viesteihin kuuluvat muun muassa katsekontakti, kosketus, hiljaisuus, tila ja etäisyys. Hoitajana on kuitenkin ymmärrettävä, että eri kulttuureissa on omat tapansa viestiä non-verbaalisesti. Esimerkiksi toisesta

kulttuurista tuleva potilas voi tuoda itsensä hyvin lähelle tai kauas hoitajasta, riippuen kulttuurin tavoista. Joissakin kulttuureissa, kuten muslimikulttuurissa, katsekontaktin pitäminen nähdään epäkohteliaisuutena ja taas länsimaissa ja Amerikassa katsekontaktin pitäminen kuuluu hyvänä tapana kommunikointiin. Eri kulttuureissa myös koskettaminen voi olla kokonaan kiellettyä. Esimerkiksi Aasiasta tulevat potilaat eivät aina hyväksy pään koskettamista, koska pään nähdään olevan henkilön voiman lähde. Kun taas esimerkiksi Amerikassa hoitajia opetetaan koskettamaan potilasta terapeuttisessa mielessä. On epätodennäköistä, että hoitaja tietäisi kaikkien kulttuurien käytännöt esimerkiksi koskettamiseen liittyen. Siksi on tärkeää selittää omaa toimintaansa hoitotoimenpiteitä tehdessä. Näin vältytään väärinkäsityksiltä, ja samalla hoitaja viestii potilaille kunnioittavansa tämän kulttuuria. (Maier-Lorentz 2008, 38–39.)

Epätäydellisesti puhutun kielen ymmärtäminen ja tarvittaessa tulkin käyttö tukevat viestinnällistä osaamista. Viestinnälliseen osaamiseen liitetään myös dialoginen vuorovaikutus sekä potilaan kuuntelu. Tärkeää on luoda ilmapiiri, jossa toisesta kulttuurista oleva potilas voi vapaasti ilman pelkoja ja epäilyksiä, tuoda esiin omia näkemyksiään hoitoon liittyen. Samalla potilas voi kertoa huolensa ja epäilyksensä. Myös konfliktitilanteiden rakentava selvittäminen kuuluu viestinnälliseen osaamiseen. Väärinkäsityksiä on hyvä välttää, mutta tarvittaessa ne on selvitettävä. (Sainola-Rodriguez 2009, 39–40; Koehn ja Rosenau 2002, 113.) Vieraskielisen potilaan kanssa on tärkeää muistaa puhua rauhallisesti ja viestiä kasvoilla, että on auttamassa potilasta. Myös hidas puhuminen sekä tiettyjen avainsanojen toistaminen voi auttaa potilasta paremmin hahmottamaan hoitajan puheen sisältöä. Hoitajan on myös selvitettävä, mitä sanoja potilas ei ymmärrä. Myös kuvien ja eleiden avulla voidaan saada potilas ymmärtämään asioiden ydin. (Giger & Davidhizar 2008, 35.)

Toiminnallinen osaaminen käsittää sisällään taitoa toimia transnationaalisesti kokonaisuudessaan. Tämä sisältää hoitajan ja toisesta kulttuurista tulevan arvostuksen. Tähän kuuluu se, että arvostaako esimerkiksi maahanmuuttajapotilas hoitajan työtä ja toisaalta taas onko hoitaja aidosti kiinnostunut maahanmuuttajan tilanteesta. (Sainola-Rodriguez 2011, 18.) Toiminnalliseen osaamiseen kuuluu myös positiivisen vuorovaikutussuhteen ylläpitäminen. Tilannekohtainen

käyttäytyminen ja eri toimintatapojen sovittaminen vaihteleviin tilanteisiin on kykyä toimia transnationaalisesti. Tavoitteellinen työskentely haasteiden Monikulttuurisissa kohtaamisissa on kannustettava potilasta kysymään ja esittämään näkemyksiään sekä luottettava potilaan selviytymiseen ja sinnikkyyteen. On myös muistettava ettei yli- tai aliarvioi kulttuurin merkitystä ja mieluummin ottaa selvää potilaalta itseltään asioita. Perheen ja yhteisön huomiointi on myös tärkeää. Kohtaamisissa on myös transnationaalisen näkökulman kautta luoda uusia hoitokäytäntöjä yhdessä potilaan kanssa. On myös tilanteita, joissa potilasta ei pysty auttamaan ja tällöin on osattava ohjata potilas eteenpäin saamaan apua. (Sainola- Rodriguez 2011, 7.)

6 INDIVIDUALISTINEN JA KOLLEKTIIVINEN KULTTUURI

6.1 Kulttuurien jakautuminen ääripäihin

Eri kulttuureita voidaan jakaa ääripäihin sen mukaan miten niissä suhtaudutaan asioihin. Kulttuureita voidaan jakaa esimerkiksi aikakäsitysten ja perhekäsitysten mukaan. Yksi tapa on jakaa kulttuurien aikakäsitykset ääripäihin, joita ovat lineaarinen ja syklinen. (Abdelhamid 2009a, 117.) Länsimaissa vallitsee lineaarinen aikakäsitys. Tällöin aika etenee suoraan eteenpäin ja aikaa kuluu koko ajan. (Räty 2002, 64.) Lineaarisisessa aikakäsityksessä on myös tyypillistä, että asiat suoritetaan yksittäin ja järjestelmällisesti. Ihmiset ovat tällaisissa kulttuureissa enemmän tehtäväkeskeisiä. (Abdelhamid 2009a, 119.)

Vastakkaisena tälle aikakäsitykselle on syklinen. Syklisessä aikakäsityksessä aika etenee uusiutuen koko ajan. Tällöin aikaa ei voi säästää eikä tuhjata. (Räty 2002, 64.) Useita asioita saatetaan hoitaa samanaikaisesti. Syklisessä aikakäsityksessä aikaa ei tuhjata vaan sitä luodaan tarvittaessa lisää asioiden hoitamiseksi. (Abdelhamid 2009a, 120.) Kulttuureja voidaan jakaa myös eri yhteiskuntien mukaan feminiiniseen ja maskuliiniseen. Feminiinisessä arvostetaan sosiaalisia päämääriä kuten ihmissuhteita sekä elämänlaatua ja demokratiaa. Maskuliinisessa taas pyritään menestykseen ja uralla etenemiseen. Myös haasteita ja itsevarmuutta arvostetaan. (Hofstede, Hofstede & Minkov 2010, 155.)

Lastenosaston kannalta oleellisinta on ymmärtää, tulevatko potilas ja tämän perhe yhteisöllisestä vai yksilöllisestä kulttuurista ja mikä on keskipisteenä kulttuurissa. Lasten hoitotyössä hoidetaan koko perhettä ja siksi on hyvä ymmärtää, millaisia perhekäsityksiä perheillä on ja kuinka voimakkaasti ihmiset voivat kuulua ryhmään. On myös tärkeää ymmärtää, että potilaan päätöksenteossa voi olla mukana useampia ihmisiä lasten vanhempien lisäksi. Merkittävintä on ymmärtää, että kulttuurieroissa on kyse ihmisen suhteesta omaan lähiyhteisöönsä, perheeseen ja sukuun Yhteisöllisyys kuitenkin vaihtelee sen mukaan millainen on taloudellinen tilanne ja millainen on yhteiskunnan rakenne. Kulttuurien jako on karkea, koska molemmissa kulttuurityypeissä on myös toistensa piirteitä. (Räty 2002, 57.) Seuraavissa kappaleissa on avattu näitä kahta kulttuurityyppiä ja niiden pääpiirteitä.

6.2 Individualistinen kulttuuri

Individualistisiin maihin luokitellaan muun muassa USA, Australia, Iso-Britannia, Kanada, Hollanti, Ranska sekä Ruotsi. Useimmat länsimaat ja Pohjoismaat nähdään individualistisina maina. (Valtanen 2010, 30.) Individualistisessa kulttuurissa ihmisen maailmankuva on minäkeskeinen. Tässä kulttuurityypissä on tyypillistä, että jokainen on itse vastuussa omista teoistaan ja valinnoistaan.

(Väestöliitto 2013.) Ihmissuhteet voivat vaihdella tilanteiden mukaan ja lähiyhteisöt voivat muuttua ihmisen elämäntilanteen mukaan. (Räty 2002, 58).

Individualistisessa kulttuurissa ihminen toimii yksilönä ollessaan vanhempi, aviopuoliso tai lapsi. Perhekäsitys muodostuu ydinperheestä. Individualistisessa kulttuurissa on myös tyypillistä, että lapset muuttavat pois lapsuudenkodistaan. (Abdelhamid 2009a, 113; Hofstede ym. 2010, 113.) Sairaista sukulaisista ei huolehdita kotona vaan yhteiskunnallisesti oletetaan, että jokainen huolehtii vain itsestään ja ydinperheestään. Yhteiskunnan nähdään pitävän huolta esimerkiksi vanhuksista ja huonossa sosiaalisessa asemassa olevista, koska kansalaiset maksavat veroa. (Väestöliitto 2013.)

Individualistisen kulttuurin ominaispiirteitä ovat oma aika, vapaus sekä haasteet. Tärkeitä arvoja ovat taas yksilön itsenäisyys, itsekeskeisyys sekä riippumattomuus. (Hofstede ym. 2010, 113.) Esimerkiksi suomalaista kulttuuria pidetään yksilöllisyyttä painottavana kulttuurina. Aarvan ja Pasasen tutkimuksessa (2005) kartoitettiin suomalaisia terveystieteitä. Tuloksista kävi ilmi, että Suomessa yksilöllisyys on vahvistunut entisestään ja esimerkiksi terveyden edistämisessä painotettiin yksilön omaa toimintaa. Tähän liitettiin hiljentyminen ja rauhoittuminen, joiden nähdään olevan vahvasti suomalainen tapa ylläpitää terveyttä. (Abdelhamid 2009a, 113.) Muutenkin suomalaisen terveydenhuollon pääpiirteitä on yksilökeskeisyys. Hoitotyö on asiakaslähtöistä ja potilailla on vapaus valita hoitoonsa liittyviä asioita ja perhe ei pysty päättämään potilaan puolesta asioita toisin kuin kollektiivisessa kulttuurissa, jossa koko perhe saattaa olla mukana päätöksenteossa. (Räty 2002, 60.)

6.3 Kollektiivinen kulttuuri

Kollektiivisiin maihin voidaan jakaa esimerkiksi Taiwan, Peru, Costa Rica, Pakistan sekä Aasian maat ja Lähi-idän ja Afrikan maat (Valtanen 2010,30). Identiteetti perustuu kollektiivisessa kulttuurissa ryhmään, johon jäsen syntyy (Väestöliitto 2013). Ihminen toimii niin, että huomioi ryhmänsä jäsenet ja asettaa ryhmän omien tavoitteiden edelle. Myös perheen kunnian ylläpitämistä pidetään tärkeänä ja usein perheen ongelmat pidetään ulkopuolisilta salassa. Tämä on hyvä huomioida hoitotyössä, sillä ongelmia voidaan usein piilotella perheen sisällä. (Räty 2002, 58; Hofstede ym. 2010, 113.) Yhteisön jäseneksi voi myös tulla avioliiton tai adoption kautta. Ristiriitatilanteissa yhteisön etu menee yksilön edelle. Vanhempia ja auktoriteetteja kunnioitetaan eikä heidän sanomisiaan ja tekemisiään kyseenalaisteta.(Väestöliitto 2013.)

Vanhemmat kontrolloivat lastensa tekoja ja opettavat heidät toimimaan ryhmän jäsenenä pienestä pitäen. Lapset opetetaan ajattelemaan ”me”-muodossa. Lapset myös usein asuvat aikuisinakin lapsuudenkodissa vanhempiensa kanssa. (Räty 2002, 58; Hofstede, Hofstede & Minkov 2010, 113.) Joskus yhteisön sääntöjen vastainen käytös voi johtaa siitä poissulkemiseen. Perheenä yhteisöllisessä kulttuurissa nähdään ydinperheen lisäksi sukulaiset useammasta polvesta. (Väestöliitto 2013.) Hofsteden (1991) mukaan kollektiivisen kulttuurin ominaispiirteet heijastuvat arvojen myötä, joita ovat koulutus tai harjoittelu, fyysinen tila sekä taitojen käyttäminen (Abdelhamid 2009a, 113). Useissa kollektiivisissa maissa myös pidetään itsestänselvyytenä, että vähempiosaisten perheenjäsenten hyvinvoinnista huolehditaan. Jopa avioitumisen jälkeen edellytetään taloudellista huolehtimista puolison vanhemmista sekä omista vanhemmista. Myös sisaruksista ja heidän lapsistaan huolehditaan, jos nämä tarvitsevat apua. (Väestöliitto 2013.) Usein terveydenhuollossa tavattavat maahanmuuttajat omaavat kollektiivisen kulttuuritaustan (Abdelhamid 2009a, 113).

7 ERI KULTTUUREISTA TULEVAT POTILAAT TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAINA

7.1 Toisesta kulttuurista tulevan potilaan kohtaaminen

Suomeen muutti vuoden 2012 aikana 31 280 henkilöä ja määrä on kasvanut vuosittain (Suomen virallinen tilasto: Muuttoliike 2012). Emilia Airolan tutkimuksessa (2013) terveydenhoitajat kokivat suurimmiksi haasteiksi ja ongelmiksi maahanmuuttajapotilaita kohdatessaan kielen ja kommunikaation. Myös erilaiset kulttuuriset erot vaikuttivat yhteisymmärrykseen sekä vaikuttivat hoito-käytäntöihin ja niiden noudattamiseen. Tutkimuksen tuloksista ilmeni myös, että maahanmuuttajapotilaalla saattoi olla erilainen käsitys omasta terveydestään tai palvelutarpeestaan kuin hoitajalla, koska potilas saattoi edelleen verrata tilaansa kotimaan kokemuksiin ja käytäntöihin. Maahanmuuttajat taas kertoivat aluksi vaikeinta olleen käytäntöjen erilaisuuden ja niiden kautta väärinymmärrysten syntyminen, vaikka tiedossa olisi ollut, mistä apua saa. Tutkimuksen tuloksista selviää myös, että maahanmuuttajat eivät pitäneet tärkeänä, että heidän kulttuurinsa tietoja opeteltiin vaan, että heitä kohdeltaisiin ystävällisesti ja se saisivat apua terveysongelmaansa. Tuloksissa tuodaan myös esiin, että sekä hoitajat ja maahanmuuttajat kokivat kulttuuriseksi osaamiseksi avoimuuden ja ymmärryksen toisen kulttuuria kohtaan sekä yhteisymmärryksessä toimimisen. (Airola 2013, 69.)

Seuraavaksi on kuvattu kolmen eri kulttuurin kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyviä asioita, joita hoitohenkilökunta voi kohdata hoitotyötä tehdessään. Käsiteltävät Kulttuurit on valittu yhdessä lastenosaston hoitohenkilökunnan kanssa. Kulttuurien asioissa on painotettu varsinaista kohtaamista kyseisen kulttuurin edustajan kanssa sekä mitä asioita on hyvä huomioida potilaan hoitotyössä ja kulttuurisessa taustassa. Lähtökohtana ovat, että hoitajat ymmärtävät myös oman kulttuurisen taustansa kohtaamistilanteissa sekä kulttuurien tasa- arvoisuuden.

7.2 Romanit terveydenhuollon asiakkaina

7.2.1 Romanipotilaan kohtaaminen

Romanit usein toivovat, että terveydenhuollon henkilökunta ottaisi huomioon heidän kulttuuritaustana sekä huomioisi puhtaus- ja häveliäisyystavat (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen esitteitä 2004, 10). Romanien mielestä hyvä hoitaja on ammattitaitoinen sekä ystävällinen. Parhaiten hoitaja tulee toimeen romanipotilaan kanssa, kun osoittaa avoimuutta potilasta kohtaan. Hoitohenkilökunta voi kuitenkin kohdata sellaisia romaneja, jotka eivät odota erityistä huomiointia taustansa suhteen tai elävät täysin valtaväestön tavoin. (Åkerlund 2011.) Seuraavassa kappaleessa on kerrottu erilaisia puhtauteen ja häveliäisyyteen liittyviä asioita, joita liittyvät vahvasti romanien kulttuuriin ja käyttäytymiseen. Niiden ymmärtäminen helpottaa työskentelyä romanipotilaan kanssa.

Romanien kulttuurin keskeisimmät käsitteet ovat puhtaus, likaisuus, kunnioitus ja kunnioittaminen sekä häpeä ja häpeäminen. Käsitteet ovat syvällisempiä kuin pääväestön käsitteet ja ne sisältävät erilaisia normeja, jotka liittyvät sosiaalisuuteen ja moraaliin. Ne tavallaan toimivat myös elämänohjeina romaneille. Puhtaan ja likaisen erottelun taustalla on ihmisen vartalon jako kahteen osaan, jossa ylävartalo on puhdas ja alavartalo likainen. Tämä heijastuu pyykinpesuun, huonekalujen jakamiseen, liinavaatteisiin, eri huoneisiin ja tiloihin. Esimerkiksi pyykinpesussa vaatteet jaetaan sen mukaan onko vaate ollut ylä- vai alaosan vaate sekä kenelle pyykki kuuluu. (Viljanen, Hagert & Blomerus 2010, 91-93.) Myöskään ne tavarat, jotka ovat olleet kosketuksissa ylävartaloon esimerkiksi tyyny, eivät saa olla kosketuksissa alavartaloon. Tällöin esine muuttuu likaiseksi. (Luttinen, Pasma, Huttu, Lieppinen, Vihtkari, Pääkkönen, Lindberg & Lindgren 2007, 30.)

Käsien pesu on romaneille tärkeää ja kädet pestään aina kylpyhuoneessa, ei ikinä keittiössä. Tavarat, jotka ovat yleensä lattialla, eivät kuulu pöydille. Romanien sääntöihin kuuluu myös, että esimerkiksi lattiapyyhkeillä ei saa pyyhkiä tuolia ja

pöytiä ja toisinpäin. Keittiössä olevat tekstiilit pestään erikseen muista pyykeistä. (Åkerlund 2011.)

Romanien sosiaalisessa rakenteessa korkeimmalla ovat yhteisön vanhimmat ihmiset eli puhtaimmat ja alimpana hedelmällisessä iässä olevat naiset. (Viljanen ym. 2010, 93). Raskaana oleva nainen salaa raskautensa niin pitkälle kuin mahdollista eikä näyttäydy vanhojen romanien seurassa. Lapsen synnyttyä äiti ei mene keittiöön eikä koske sen tarvikkeisiin kuukauteen. (Luttinen ym. 2007, 28.) Tähän liittyvät romanikulttuurissa naisen hedelmällisyys, menstuaatio, raskaus ja synnytys, joita pidetään epäpuhtaana ja likaisuutta tuottavana. Tämän vuoksi naisen olisi tarkasti huolehdittava puhtaus- ja kunniasäännöistä ja tavallaan hävettävä itseään vanhempia romaneja. Muutenkin seksuaalisuuteen liittyviä sanoja vältetään ja jopa sanoja isä, äiti, häät pidetään seksuaalisuuteen viittaavana. Siksi esimerkiksi lapset kutsuvat vanhempiaan etunimillä. (Viljanen ym. 2010, 94-95.)

Romaniasiakkaan kohtaamiseen olisi hyvä varata paljon aikaa, koska usein asiakas saattaa kertoa myös muiden perheenjäsenten terveydentilasta. Romani miehille ei ole väliä onko sairaalassa lääkäri nainen vai mies, mutta usein naispuolinen romani voi kokea puhumisen naispuoliselle henkilölle helpommalta. Lääkkeitä annettaessa on hyvä kertoa romanipotilaalle niiden käyttötavasta sekä esimerkiksi korostettava, että kuurit on syötävä loppuun, koska usein lääkkeiden käyttö saattaa jäädä, sairauden oireiden hävitessä. Hoito-ohjeita annettaessa on huomioitava niiden selkeys ja helppolukuisuus. (Laiti 2008, 4025.)

Romanit eivät mielellään sijoita sairaita tai vanhoja omaisiaan laitoksiin vaan huolehtivat mahdollisimman pitkälle omaisestaan itse. Sairaalaan joutuessa romanin luona vierailevat useat romaniyhteisön jäsenet. (Monkulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 19.) Romaniyhteisössä nähdään tärkeänä vierailut sairaan luona. Vierailu on samalla kunnianosoitus ja yhteisöllinen velvollisuus. Sairasta ja kuolevaa ei koskaan jätetä yksin. Kuitenkin kohdatessa romanipotilasta, hoitajan olisi hyvä huomioida yhteisöllisyys ja nähtävä ja hyödynnettävä tämä potilaan voimavarana. Esimerkiksi vierailuista ja potilaan tilaan liittyvästä tiedottamisesta voitaisiin sopia yhdessä yhteisön yhdyshenkilön

kanssa heti hoidon alkaessa. Näin tieto potilaan terveydentilasta kulkisi kätevästi yhdyshenkilön mukana muille omaisille. Omaisia on myös hyvä kannustaa osallistumaan potilaan hoitamiseen ja hoidon suunnitteluun. (Abdelhamid 2009a, 114.) Omaisiet voivat olla apuna henkilökunnalle potilaan perustoimissa kuten syöttämisessä. Omaisiet myös saattavat tuoda potilaalle kotoa omat vaatteet tai lakanat. Oman yöpuvun ja liinavaatteiden käyttö helpottavat hoitoa sekä luovat potilaalle romanien kulttuurin mukaan puhtaamman ympäristön ja turvallisuuden tunnetta. (Åkerlund 2011; Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 19.)

Suurten vierailijamäärien vuoksi romanipotilas on järkevä sijoittaa osaston alkupäähän, jottei osaston läpi olisi suurta kulkemista. Toinen huomioitava asia romanipotilasta hoidettaessa on vanhan ja nuoren potilaan sijoittaminen eri puolille osastoa romanikulttuurin kunniasyistä. Potilaan ruoansulatuksesta tai virtsaamisesta ei kannata kysellä liian tarkkaan vieraiden ollessa potilaan luona. (Laiti 2008, 4026.) Lapsen voinnista voidaan vanhemmille kertoa vapaasti. Tilanteissa, joissa paikalla on romaneja, joilla on suuri ikäero, on parempi kertoa esimerkiksi tutkimuksista kahden kesken. Kuitenkin hoitajan on aina hyvä kysyä potilaalta ja omaisilta, missä tilanteissa nämä haluavat olla mukana ja mitä asioita kuulla. (Åkerlund 2011.)

Erilaiset keräyspussit kuten virtsankeräyspussit on piilotettava siksi aikaa, kun potilaan luona on vieraita. Vieraiden aikana on myös pidettävä peittoa potilaan päällä. (Åkerlund 2011.) Hoitotoimenpiteet kuten vitaalielintoimintojen mittaus on tehtävä niin, että potilaan kanssa ollaan kahdestaan. Mahdollisesti vieraita on kohteliasta pyytää poistumaan eikä tarvitse mainita mistä toimenpiteestä on kyse. Erilaiset mittaukset kuten kuumeen mittaus tuottavat romanikulttuurin mukaan hävettäviä mielikuvia. (Viljanen ym. 2010, 101-102.)

7.2.2 Romanipotilaiden hoitotyössä huomioitavia asioita

Suurin ongelma romaneilla terveydenhuollossa on pelko viranomaisia kuten lääkäreitä, terveyskeskuksia ja sairaaloita kohtaan. Taustalla tähän ovat usein kielelliset sekä laajemmat kulttuurilliset käytännön asiat, jotka eroavat

valtaväestön käsityksistä ja käytännöistä. (Viljanen ym. 2010, 85.) Romanit kokevat sairaalat ja terveystilat pelottaviksi paikoiksi, koska romani on siellä useimmiten yksin ja ainoana oman kulttuurinsa edustajana ja sairaalat ovat romanien puhtauskäsitteiden mukaan äärimmäisen likaisia. Siksi romanit usein hakeutuvat sairaalaan vain äärimmäisissä hätätapauksissa. Romanit saattavat myös lähteä kesken hoidon kotiin ilman, että lääkäri on antanut lupaa. (Viljanen ym. 2010, 90.) Romanipotilaan pelkoa vähentääkseen hoitaja voi kertoa potilaalle tarkasti toimenpiteistä ja tutkimuksista, joita potilaalle tehdään ja millä tavoin. Lääketieteen terminologiaa ja vierasperäisiä ilmauksia on vältettävä, sillä ne usein lisäävät pelkoa ja ahdistusta entisestään. (Åkerlund 2011.) Seuraavassa kappaleessa on esitetty muita haastavia tilanteita, joita romanipotilasta hoidettaessa voi ilmetä sekä kerrottu asioita, mitä terveydenhuollon henkilökunta voi tehdä helpottaakseen romanin tilannetta.

Raskaana olevalle romanin naiselle voi tuottaa ongelman päästä äitiysneuvolaan, jos hän joutuu kulkemaan tilojen kautta, joissa on vanhempia yhteisön edustajia, koska raskaana oleva ei voi kävellä heidän ohitse. Tällöin romaniäiti voi joutua jättämään väliin neuvolakäyntejä, vaikka ne olisivat tärkeitä lapsen ja vanhemman kannalta. Ratkaisuna voi olla puhelinneuvottelu, jossa sovitaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa, miten on parasta toimia kulttuuri huomioiden. (Viljanen ym. 2010, 101-102.)

Romaniäiti huolehtii teini-ikäisten lasten ja jopa vanhempien lasten terveyteen ja sosiaalipalveluihin liittyvistä asioista. Äidin puhuessa esimerkiksi hoitohenkilöstön tai sosiaalityöntekijän kanssa, nuori ei saa puuttua keskusteluun, vaikka asiat koskisivat häntä. Nuori pyrkii tällöin välttelemään katsekontaktia tai peittämään kasvonsa. Nuoren ääni ja mielipidet jäävät siis usein piiloon tällaisissa tilanteissa. Tähän ratkaisuna voi olla se, että ensin nuoren äiti tulee yksin vastaanotolle kertomaan tilanteesta, jonka jälkeen nuori tulee yksinään ja voi tällöin puhua intiimeistänkin asioista. (Viljanen ym. 2010, 101-102.)

Romanille voi olla myös vaikeaa tai jopa mahdotonta keskustella tilanteesta, jossa perheen lapsi tai nuori on joutunut seksuaalisen hyväksikäytön tai raiskauksen kohteeksi, koska se rikkoo monia romanien puhtaus- ja häveliäisyysääntöjä.

Tapaus tuottaa häpeää koko perheelle. Hoitajan on osattava antaa tilaa ja ymmärrystä romanipotilaille tällaisissa tapauksissa. (Viljanen ym. 2010, 101-102.)

7.3 Muslimit terveydenhuollon asiakkaina

7.3.1 Muslimipotilaan kohtaaminen

Suomessa asuu nykyään 40 000 muslimia ja määrä on kasvussa koko ajan. Muslimeja tulee Suomeen eri puolilta maailmaa ja tämän myötä käyttäytyminen ja sairauksien kirjo on laaja. (Maiche 2013, 13.) Seuraavissa kappaleissa käsitellään muslimien kulttuuria Islamin uskonnon kautta, koska se suurissa määrin rajaa sitä, miten muslimit suhtautuvat asioihin ja millainen on heidän ajatusmaailmansa. Perheiden ja yksilöiden välillä on kuitenkin eroja siinä, miten Islamin sääntöjä noudatetaan ja tulkitaan. Sen vuoksi on lähes mahdotonta kertoa varsinaisia ohjeita hoitotilanteisiin ja tärkeää onkin keskustelu perheiden kanssa. Kuitenkin on olemassa yleisiä asioita, joita on hyvä pitää mielessä hoidettaessa muslimipotilaita. (Tiilikainen & Mölsä 2005, 315.)

Muslimit suhtautuvat lääketieteeseen, hoitoihin ja terveydenhuoltoon pääsääntöisesti sen mukaan, miten Koraanissa ohjeistetaan. Koraanissa on vastauksia ja ohjeita erilaisiin lääketiedettä koskeviin kysymyksiin. Koraani ja rukous toimivat keinoina parantua taudeista. On kuitenkin paljon muslimeita, jotka eivät ole koskaan lukeneet Koraania ja siksi kaikilla muslimeilla ei ole tietoa lääketieteen tai juridiikan määräyksistä, joita Koraaniin on koottu. (Maiche 2010, 23.) Muslimi ymmärtää hänelle tapahtuvia asioita uskonnon kautta. Muslimit kokevat, että jumala on läsnä kaikissa elämän tapahtumissa. Terveystieteiden henkilökunnan on hyvä tietää, että modernin ja uskontonsa tuntevan muslimin näkemys asioihin voi olla hyvin erilainen kuin sellaisen, joka on epätietoinen säännöistä tai on vahvasti kiinni periaatteissa. (Maiche 2010, 25.) Hoitajan on myös osattava antaa tilaa ja kunnioitusta, jos muslimi haluaa rukoilla. Rukoushetkiä voi olla viisi kertaa päivässä. (Leininger 2006, 295.)

Musliminaisen tullessa terveydenhuoltoon on tällä oltava miespuolinen saattaja. Saattaja voi olla puoliso, oma lapsi, veli, setä tai eno. Joskus saattaja haluaa olla mukana tutkimusten aikana, varsinkin jos kyseessä on mieslääkäri. (Maiche 2010,27.) Naisten nähdään ottavan perheessä vastuu lapsista ja sairaista. Miehet taas vastaavat perheen taloudellisesta puolesta ja toimivat päättäjinä asioissa. Sairaalan- ja lastenhoidosta vastaa nainen ja siksi myös päättää niihin liittyviä asioita. (Wehbe-Alamah 2006, 315; Hassinen- Ali-Azzini 2002, 62.) Kansainvälinen kokemuksen ja koulutustason myötä roolit voivat vaihdella ja asioihin voidaan suhtautua lievemmin (Maiche 2010,27.)

Suomessa ja länsimaissa ihmiset tervehtivät kätelemällä esimerkiksi potilaan tullessa ja lähtiessä vastaanotolta. Myös silmiin katsominen nähdään kohteliaisuutena ja luottamusta herättävänä eleenä. Islamin säännöissä kielletään vastakkaisen sukupuolen kättely ja silmiin katsomista voidaan pitää jopa huonona kasvatuksena ja eleenä, joka merkitsee epäkunnioittamista. Pitkään tuijottaminen tai pitkittynyt katse voidaan muslimeilla tulkita seksuaalisen mielenkiinnon ilmaisuksi. (Maiche 2010, 41.)

Islamissa alastomuutta ei nähdä hyvänä edes samaa sukupuolta olevien kanssa. Kuitenkin musliminaisen voi olla miellyttävämpi kertoa asioistaan naispuoliselle henkilölle. On hyvä huomioida esimerkiksi naistulkin tai naislääkärin mahdollisuus, koska näin mahdolliset ongelmat eivät jää piiloon. (Tiilikainen 2011, 12.) Alastomuus ja vartalon paljastaminen voivat olla hyvin hermostuttavia tilanteita molemmille sukupuolille. Siksi myös miespuolisen potilaan kohdalla on hyvä huomioida esimerkiksi miespuolisen lääkärin tai hoitajan mahdollisuus. (Holland 2010, 51.) Kun muslimipotilas on niin sairas, ettei hän pysty oma-toimisesti peseytymään esimerkiksi sairaalassa tai kotona, on perheenjäsenen pestävä potilas. Tässä tapauksessa on kohteliasta huomioida potilaan omaiset ja antaa heille mahdollisuus sairaan omaisensa hygienian hoitoon. (Maiche 2010, 28).

7.3.2 Muslimipotilaiden hoitotyössä huomioitavia asioita

Muslimeilla kiellettyjä ruokia ovat sianliha, veri, alkoholi ja kaikki ruoat, joiden päälle ei ole lausuttu Jumalan nimeä. Sallittuja ruoka-aineita ovat kala ja äyriäiset, maito ja maitotuotteet ja muut lihatuotteet. (Maiche 2010, 30–32.) Muslimit syövät muuta lihaa vain silloin, kun se on halal eli tapettu Islamin lain mukaan. Jos sairaalassa ei ole mahdollista saada tällaista lihaa, muslimit valitsevat yleensä kasvisruokavalion. (Holland 2010, 50.)

Islamin uskon mukaan lääkkeitä olisi käytettävä vain sairauden hoitoon ja lääkkeiden raaka-aineiden olisi mahdollisuuksien mukaan oltava peräisin luonnosta. Jotkin lääkkeet sisältävät siasta peräisin olevia rasvoja tai alkoholia ja siksi muslimit usein kieltäytyvät käyttämästä näitä lääkkeitä. Tärkeää on kertoa muslimipotilaalle mahdollisista aineista, joita Islam ei hyväksy. Muslimit, joilla on insuliinihoitoinen diabetes, haluavat käyttää kemiallisesti valmistettua insuliinia. Usein myös tieto insuliinin alkuperästä poistaa mahdollisia epäselvyyksiä hoitoon liittyen. (Juntunen 2009, 179.) Kuitenkin näihin asioihin suhtautumisessakin on eroa. Esimerkiksi jotkut muslimit voivat kieltäytyä käyttämästä MPR-rokotetta, koska se sisältää sikaperäistä liivatetta. Toiset voivat suostua käyttämään kiellettyjä aineita, jos vaan saavat hoitoa. Tärkeää olisi keskustella etukäteen hoitoon liittyvistä asioista ja selvittää potilaan näkemys asioihin. (Tiilikainen 2011, 18.) Liivatehyväksytään monissa muslimimaissa, jos se on käynyt kemiallisen käsittelyn. Tällöin sen perusrakenne muuttuu. Hoidettaessa muslimipotilasta olisi käytettävä lääkkeitä, jotka eivät sisällä liivatetta.

Muslimivauvoille ei hyväksytä toisen äidin luovuttamaa maitoa, jos ei tiedetä kuka maidon on luovuttanut. Islamin mukaan vauvoista tulee niin sanotut maitosisarukset, jos he saavat saman äidin maitoa. Näin ollen lapset eivät voi aikuisina mennä naimisiin keskenään. (Tiilikainen 2011, 11.) Alkoholin käyttö on ehdottomasti kielletty sekä niiden ruokien, joiden valmistuksessa on käytetty alkoholia. Puhdistukseen alkoholia saa käyttää. (Maiche 2010, 30–32.)

Muslimit paastoavat yleensä yhden kuukauden vuoden aikana. Paastoamisen nähdään vaikuttavan positiivisesti fyysiseen ja henkiseen oloon sekä auttavan

persoonallisuuden rakentumisessa. Alaikäiset lapset voivat paastota niin kauan kuin jaksavat. Muuten paastoaminen on sallittua terveille aikuisille. Ruokailu tapahtuu auringonlaskun jälkeen. Paastoaminen vaikuttaa paljon erilaisten hoitojen antoon. Verikokeita voi paastoamisen aikana ottaa sekä lääkittä potilasta suoneen, lihaksen tai ihon sisään.(Maiche 2013,34–35.) Kiellettyjä toimenpiteitä paaston aikana ovat gastroskopia, kolonoskopia, tuseeraus sekä gynekologiset sisätutkimukset ja emättimen kautta tehty ultraäänitutkimus, koska sen yhteydessä käytetään liukastetta (Juntunen 2009, 179). Suun kautta lääkkeitä ei saa antaa eikä myöskään peräruisketta saa antaa. Nenätipat ovat sallittuja, kunhan ne eivät valu nieluun asti. Potilas voi kieltäytyä hoidoista, mutta usein tarpeelliset hoidot hyväksytään ja paastopäiviä voi korvata myöhemmin. Paastoamisen voi joutua keskeyttämään esimerkiksi tarpeellisten hoitojen ja tutkimusten tai raskauden takia. Lääkäri voi usein vaikuttaa potilaan päätökseen paastoamisesta. (Maiche 2010,34–35; Juntunen 2009, 179.) Myös hoitajan olisi tärkeää keskustella paastoavan potilaan kanssa siitä, miksi lääkitys olisi pidettävä säännöllisenä. Islamin säännöt yleensä joustavat niissä tilanteissa, joissa potilasta uhkaa hengenvaara.(Tiilikainen 2011,18.)

7.4 Venäläiset terveydenhuollon asiakkaana

7.4.1 Venäläispotilaan kohtaaminen

Tilastokeskuksen (2011) mukaan Suomessa äidinkielenään venäjää puhuvia on 54 600 eli joka viides maahanmuuttajataustainen Suomessa on kotoisin Venäjältä tai entisen Neuvostoliiton alueelta. Venäjän kieli on myös Suomen kolmanneksi puhutuin, suomen ja ruotsin kielen jälkeen. (Pöllänen 2013, 17.) Venäjällä vallitsee kollektiivinen kulttuuri, joka näkyy perheen ja yhteisöllisyyden merkityksenä. Venäläisten kulttuurissa näkyvä kollektiivisuus kuitenkin eroaa muista idän kollektiivisista kulttuureista ja siinä on sekoitus individualistisuutta.

Tunteiden aitoa ilmaisua arvostetaan, olivat tunteet sitten negatiivisia tai positiivisia. (Chentsova-Dutton, Solopieieva-Jurcikova & Ryder 2013, 777–779.) Venäläiset myös ilmaisevat erilaisia tunteita voimakkaasti ja usein hillitsevät negatiivisia tunteita enemmän läheisten ihmisten kuin vieraiden ihmisten kanssa ja

positiivisten tunteiden ilmaisu tapahtuu valikoiduissa tilanteissa. (Suomi- Venäjäseura 2005, 5.)

Perheessä mies nähdään päätöksentekijänä suurissa asioissa. Mies nähdään myös perheen elättäjänä sekä hänen odotetaan näyttävän urheutta naisille. Naisten nähdään ottavan hoitaakseen kotityöt, lapset ja raha-asiat sekä tämän kaiken ohella luovan merkityksellistä uraa. Perheen tuki on vahva ja usein esimerkiksi isoäidit ovat apuna perheiden arjessa. (Jurcik, Chentsova-Dutton, Solopieieva-Jurcikova & Ryder 2013, 777-779.) Venäläiseen tapakulttuuriin kuuluu teitittely ja ihmisiä yleensä puhutellaan etunimellä ja isännimellä. Venäjänkieliset eivät myöskään koe kosketusta vieraana eivätkä välttele sitä toisin kuin esimerkiksi Suomessa ei olla totuttu toisen ihmisen kosketuksiin. Tervehtiessä venäläiset yleensä kättelevät ja saattavat kätellä useaan kertaan saman päivän aikana. Myös suudelmät poskille kuuluvat venäläiseen tervehdykseen. Myös suuripiirteisyyys kuuluu venäläiseen kulttuuriin. Esimerkiksi Suomessa ollaan täsmällisiä ajan suhteen kun taas Venäjällä aikakäsitys on venyvämpi. Esimerkiksi jos linja-auto lähtee noin kahdelta, lähtö voi tapahtua kymmenen minuuttia ennen tai jälkeen. (Suomi-Venäjäseura 2005, 4–9.)

Venäläiset asiakkaat ovat toivoneet suomalaisilta terveydenhuollon ammattilaisilta kiireetöntä ja myötätuntoista kohtelua. Venäjänkieliset myös kokevat tietokoneiden vievät kaiken huomion henkilökunnalta. Tämäkin seikka on hyvä huomioida venäjänkielisen potilaan kohdalla luotettavaa hoitosuhdetta rakentaessa. (Sainola Rodriguez & Riikonen 2008.) Kohdattaessa venäjänkielistä asiakasta, on hyvä kysyä, mistä päin hän on kotoisin. Venäjä on maan hyvin suuri ja erot käyttäytymisessä, kielessä, uskonnossa ja lastenkasvatuksessa voivat vaihdella hyvin paljon alueittain. Siksi venäjänkieliseltä potilaalta voi kysyä esimerkiksi onko tämä kotoisin maaseudulta vai kaupungista. Myös asianmukainen ohjaaminen ja neuvonta ovat tärkeitä venäläispotilaan hoidossa, koska viranomaistyö on erilaista Venäjällä. (Novitsky 2012.)

7.4.2 Venäläispotilaan hoitotyössä huomioitavia asioita

Venäjällä on hyvin erilainen terveydenhoidonjärjestelmä kuin Suomessa. Esimerkiksi erikoislääkärille pääsee ilman perusterveydenhuollon lähetettä. Suomessa haasteita venäjänkielisten potilaiden kanssa voivat olla hoito-ohjeiden noudattaminen. Lääkärin tai hoitajan ohjeita noudatetaan vilinnoisesti ja usein käydään ostamassa erilaisia omia lääkkeitä Venäjän puolelta. Myös kieliongelmat nousevat usein esiin Venäjältä tullutta potilasta hoidettaessa. (Halapainen 2011, 16.)

Venäjänkieliset potilaat kaipaavat usein tukea ja kommunikointia läheisiltä ja naapureilta. Hoitajan on hyvä tulkin avulla ensin selvittää mahdolliset anamnestiset tiedot, jonka jälkeen laatia hoitosuunnitelma ja ohjeistaa venäjänkielistä potilasta tarkasti hoitoon liittyvissä asioissa. (Sainola-Rodriguez & Riikonen 2008.)

Venäjällä sairaan ja terveen lapsen välinen raja on jyrkkä. Tähän vaikuttavat lääketieteelliset perinteet, jotka ovat saaneet vaikutteita jo neuvostoajalta. Neuvostoaikana hoitomenetelmät ja luokittelut kehittyivät hitaammin. Epilepsiaa ja diabetesta pidetään Venäjällä kohtalokkaina sairauksina ja usein näitä sairauksia sairastavia lapsia eristetään terveiden lasten ryhmistä. Myös näkö- ja puhevammaisia saatetaan sijoittaa erillisiin päiväkoteihin, joissa ollaan erikoistuttu hoitamaan näitä ongelmia. Kuitenkin Venäjällä ollaan vähitellen siirtymässä ajattelutapaan, jossa lapset olisi sijoitettava mahdollisimman tavallisiin ryhmiin sairaudesta huolimatta. Venäläiset vanhemmat voivat olla hyvin huolestuneita lapsensa diagnoosista, koska diagnoosi nähdään usein lopullisena ja leimaavana. (Rotkirch 2007, 24).

Pohjoismaista tulevaa hoitajaa voi hämmentää venäläisten vahva usko sekä varsinaista lääketiedettä kohtaan että luonnonlääkkeitä kohtaan (Rotkirch 2007, 24). Sairauden alussa pyritään käyttämään kansanlääkkeitä eli esimerkiksi erilaisia rohtoja ja myöhemmin lisäämään tähän mukaan varsinaisia lääkkeitä kuten antibiootteja. Myös isoäidin tietoja käytetään hyväksi sairauksien hoidossa. Suomalaisessa hoitotyössä tämä on huomionarvoinen asia, koska lääkärit eivät määrää luonnonlääkkeitä. (Wenger 2006, 340-341.)

Sairaanhoidon päätöksenteossa ovat mukana vanhemmat sekä isovanhemmat. Venäjänkieliset ovat myös usein toivoneet venäjänkielistä lääkärinä tai sellaista ammattilaista, joka pystyy selittämään hoitoon liittyvät asiat niin, että perhe voi olla täyspainoisesti mukana päätöksenteossa. (Wenger 2006, 341.)

Venäläiset saattavat pitää asiantuntijana sairauksia hoidettaessa psykiatria, pappia ja jopa astrologia tai oman tieteenalansa perustanutta tutkijaa. Venäjällä myös, toisin kuin Suomessa, erilaisia lääkkeitä, antibiootteja, ehkäisytabletteja ja yrtejä saa ostettua mistä tahansa kaupasta tai kioskista. Ongelmia voi suomalaisessa terveydenhuollossa aiheuttaa myös venäläisten luottamuspula viranomaisia kohtaan. (Rotkirch 2007, 24.) Venäläiset ovat usein vaativia sairaanhoidossa ja saattavat haluta toisenkin ammattilaisen mielipiteen. Venäjällä ei myöskään ole samalla tavalla yhteneväisiä hoito-ohjeita ja hoitosuosituksia toisin kuin Suomessa. Tämä voi tuottaa omalta osaltaan haasteen hoitohenkilökunnalle, koska Suomessa hoitotyötä toteutetaan paljolti erilaisten ohjeiden ja suositusten mukaan. (Halapainen 2011, 16.)

Venäjällä ei luoteta terveydenhuoltoon ja esimerkiksi tarha, hoitajat, lääkärit ja jopa korkeakoulu valitaan sosiaalisia suhteita ja arviointia käyttäen. Terveydenhuollossa on myös monimutkainen järjestelmä ja esimerkiksi julkisen sairaalan yhteydessä voi toimia maksullinen poliklinikka. Esimerkkinä on myös isien mahdollisuus päästä synnytykseen. Venäjällä on uutta, että isä pääsee mukaan synnytykseen. On tilanteita, joissa isä saattaa joutua maksamaan saadakseen oikeuden päästä mukaan synnytykseen, vaikka laki takaisi isille oikeuden siihen. (Rotkirch 2007, 24.) Suomessa venäjänkielinen maahanmuuttaja kokee usein myös epäluottamusta järjestelmään, koska kotimaassa on totuttu siihen. Tämän vuoksi usein turvaututaan läheisiin ja kokeneisiin tuttaviiin. Epäluottamus voi näkyä esimerkiksi asioiden vähäisestä kerronnasta, mikä taas saattaa hämmästyttää suomalaista virkamiestä. (Liukkonen 2013, 234.)

Haasteita ja väärinkäsityksiä suomalaisessa terveydenhuollossa voi syntyä myös lääkäriäikää varatessa. Venäjällä ei ole käytössä ajanvarausjärjestelmää toisin kuin Suomessa. Potilaat usein kerääntyvät käytäville jonoon ja lääkärillä on tietty aika vastaanottaa potilaat. Venäjällä lääkärin voi myös tilata kotikäynnille ja

ambulanssin pyytää kotiin muussakin kuin hätätapauksessa. Tästä syystä venäjänkieliselle asiakkaalle voi olla tarpeen selvittää suomalaisen terveydenhuollon käytäntöjä ja esimerkiksi antaa venäjänkielisiä oppaita helpottamaan asiointia. (Halapainen 2011, 16.)

8 OMAN KULTTUURISEN TAUSTAN TUNTEMINEN

Kulttuurien kohtaamisessa on kyse erilaisuudesta. Kuitenkin erilaisuuden korostamisen sijaan olisi hyvä kiinnittää huomiota itsetietoisuuteen (Koskinen 2009, 22). Sekä hoitajalla että potilaalla on omat kulttuurilliset taustat ja niiden myötä tavat kommunikoida ja ymmärtää asiat. Kulttuuri myös vaikuttaa paljon ihmisen jokapäiväiseen toimintaan. (Tiilikainen 2011, 14.) Itsetietoisuuteen kuuluu näkemys omasta kulttuurista sekä omista arvoista ja uskomuksista. Näkemykset ja arvot voivat olla tiedostamattomia ja vaikuttavat erilaisiin toimintoihin. (Banerjee 2012, 25.) Esimerkiksi suomalaisilla tunnusomaisina piirteinä nähdään ujous, arkuus ja pidättäytyminen. Vaatimattomuus on suomalaisille kohteliaisuutta. (Räty 2002, 53.) Ennen kuin hoitaja tutustuu ja ottaa selvää toisista kulttuureista, on hänen mietittävä omia arvojaan ja näkemyksiään, jotka on hankkinut omasta perheestään. (Maier- Lorentz 2008, 38.)

Ennakkoluulolla tarkoitetaan valmista negatiivista käsitystä jostakin ilmiöstä tai ryhmästä. Kommunikoidessa ja kohdatessa vieraasta kulttuurista tulevia henkilöitä, on hyväksyttävä, että toiset henkilöt voivat ajatella, tuntea ja toimia eri tavalla kuin oman kulttuurin edustajat ja sen myötä hyväksyttävä heidät sellaisina kuin he ovat. (Korhonen 2013, 63–64.) Ennakkoluulojen tunnistaminen vähentää stereotyyppioita sekä syrjintää. Se myös estää vaarantamasta hoitajien kykyä vastaanottaa ja hyväksyä tietoa toisten kulttuurien käytännöistä ja uskomuksista. (Maier-Lorentz 2008, 38.) Hoitotyötä tehdessä on asetettava syrjään sellaiset arvot, uskomukset, ajatukset sekä kokemukset, jotka voivat vaikuttaa negatiivisesti tai tuomitsevasti potilaan hoitoon. Hoitaja oppii hallitsemaan reaktioitaan sitä mukaan kuin oppii ymmärtämään toisen henkilön kulttuurin uskomuksia ja käyttäytymistä. (Giger & Davidhizar 2008, 34–35.) Itsetietoisuuden lisäämiseksi on tärkeää pohtia suomalaisuutta ja niitä asioita, jotka näkyvät itsestäänselvinä ja näkymättöminä toimintoina erilaisissa käytännön asioissa ja mitä asioita voisi tehdä toisin (Tiilikainen 2011, 14).

Kohdatessa muista kulttuureista tulevia henkilöitä on oltava tietoa ja taitoa viestintäkäyttäytymisestä ja maailmankuvasta. Mitä enemmän opitaan tuntemaan eri kulttuureja ja tapoja, sitä enemmän opitaan joustamaan omista kulttuurillisista

periaatteista. (Korhonen 2013, 63–64.) Hoitajan ollessa tietoinen omista kulttuurillisista asenteistaan ja uskomuksistaan sekä siitä miten hän suhtautuu toisiin ihmisiin, avoimuus toisia kulttuureja kohtaan kasvaa. Tällöin hoitaja suhtautuu vieraaseen kulttuuriin kunnioituksella sekä hyväksyy toisen kulttuurin erilaisuudet ja samankaltaisuudet omaan kulttuuriin nähden. (Suokas 2008, 10.)

9 PROJEKTIN VAIHEET

9.1 Prosessin toteuttaminen tuotteistamisen vaiheiden kautta

Opinnäytetyö toteuttiin toiminnallisena. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa tai järjeistää käytännön toimintaa. Tähän voi kuulua ohjeiden tai oppaan laatiminen. Toteutustapana voi olla esimerkiksi kirja, kansio tai vihko. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja tuotoksena syntyi kirjallinen opas monikulttuuriseen hoitotyöhön lastenosaston henkilökunnalle. Osastolla ei ole entuudestaan samankaltaisia oppaita.

Opinnäytetyön tuotos toteutettiin hyödyntämällä tuotteistamisen vaiheita. Perusajatuksena tuotteistamisessa on, että tuote tai palvelu kehitetään ja tuodaan markkinoille. Tuotteen laadinnassa on huomioitava asiakaslähtöisyys sekä yksiselitteisyys. Kehitettävään tuotteeseen on sisällytettävä tieto niin, että se palvelee asiakasta. Aluksi tuotteesta laaditaan prototyyppi, josta lopuksi kehitetään varsinainen tuote. Tuotekehityksessä pyritään toteuttamaan tavoitteet niin hyvin kuin se on mahdollista. (Jokinen 2010, 9-10.) Tuotekehitysprosessi voidaan jakaa neljään osaan, joita ovat käynnistäminen, luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely. Prosessiin sisältyy myös tuotekehitykseen vaadittavien tietojen kerääminen sekä sekä yksityiskohtainen suunnitelu ja prototyypin testaus. (Jokinen 2010, 14). Prosessi päätettiin toteuttaa tuotteistamisen vaiheiden avulla, koska tuotoksena opinnäytetyölle syntyi varsinainen tuote eli kirjallinen opas lasten osaston käyttöön.

9.2 Tuotekehitysprosessin käynnistäminen ja asiakkaan tarve

Jotta tuotekehitysprosessi voisi käynnistyä, on oltava tarve tuotteelle ja mielikuva sen toteuttamisesta. Tarpeen voi havaita sattumalta tai idea siitä on voinut syntyä suunnitellusti. (Jokinen 2010, 17-18.) Ajatus opinnäytetyön aiheelle heräsi harjoittelusta lasten osastolla tammikuussa 2013. Muista kulttuureista tulevia potilaita ja heidän perheitään oli useita ja ajoittain kieliongelmat ja kulttuurierot

vaikuttivat hoitotyön toteutumista. Tämän myötä syntyi ajatus opinnäytetyöstä, joka tukisi osaston monikulttuurisen hoitotyön toteutumista.

Yhteydenotto lasten osaston osastonhoitajaan ja apulaisosastonhoitajaan tapahtui helmikuussa 2013. Tällöin heille esiteltiin ajatusta monikulttuurisesta hoitotyöstä ja sen helpottamisesta osastotyössä. Monikulttuurisen hoitotyön nähtiin olevan yhä ajankohtaisempi aihe suomalaisessa terveydenhuollossa ja aiheeseen päätettiin tarttua. Tämän jälkeen aloitettiin ideointi opinnäytetyötä ja sen toteutusta varten.

9.3 Ideointivaihe

Ideointi alkaa kehittämistarpeen synnyttyä. Tällöin mietitään erilaisia vaihtoehtoja tarpeen kehittämiseksi tai toteuttamiseksi. (Jämsä & Manninen 2000, 35.) Ideointivaiheessa pohdittiin, millä tavalla opinnäytetyön idea välittyisi mielenkiintoisella ja selkeällä tavalla henkilökunnalle. Tästä heräsi ajatus tiivistetystä tietopaketesta, joka olisi visualisoitu värein. Toukokuussa 2013 pidettiin osastotunti, johon osallistui osaston henkilökuntaa sekä osastonhoitaja. Ideointiprosessissa on tärkeää että, osallistujia on monia ja asioita mietitään monista näkökulmista. Lopuksi kaikesta luodaan yhteenveto ja mahdolliset jatkosuunnitelmat. (Jämsä & Manninen 2000, 38.) Osastotunnilla henkilökunnalle tuotiin esiin ajatuksia opinnäytetyön tuotoksesta opasmuodossa sekä asioista, joita opas voisi sisältää. Henkilökunta koki oppaan hyväksi vaihtoehdoksi. Sisällön kannalta keskusteltiin yhdessä henkilökunnan kanssa niistä asioista, jotka hyödyttäisivät osaston monikulttuurista hoitotyötä sekä mitä tietoja oppaaseen olisi hyvä sisällyttää eri kulttuureista. Henkilökunta toivoi sisältöön kulttuurien keskeisiä asioita sekä toivoi oppaan olevan käsikirjamainen. Osastotunnista koottiin yhteenveto, jonka avulla oppaan sisältöä ja rakennetta lähdettiin kehittämään eteenpäin. Opinnäytetyön suunnitelman työstäminen tapahtui kesä- ja heinäkuun aikana. Suunnitelmaseminaari pidettiin syyskuussa, jonka jälkeen lasten osaston kanssa sovittiin, että joulukuussa esitellään opinnäytetyön tietoperusta ja valmistellaan raakaversio oppaasta. Tietoperustan keruu tapahtui loka- ja marraskuussa.

9.4 Tiedonhaku

Tiedonhakua tietoperustaa varten suoritettiin Aleksi-, Ebscohost-, PubMed-, Cinahl-, Lastu-, Medic- ja Masto-elektronisista tietolähteistä. Tiedonhakua tehtiin myös Helsingin kirjaston HelMet- tietokannasta. Apua tiedonhakuun saatiin myös Tietoa haettiin suomeksi ja englanniksi ja hakusanoina olivat “monikulttuurinen hoitotyö”, “transcultural nursing”, “transnational competence”, “romanit”, “venäläiset” ja “muslimit” terveydenhuollossa. Hakusanoja olivat myös “individualistinen ja kollektiivinen kulttuuri”. Lähteitä löytyi runsaasti varsinkin muslimien ja romanien kulttuuriin liittyen. Myös monikulttuurisesta hoitotyöstä löytyi kattavia tutkimuksia ja väitöskirjoja sekä englanniksi että suomeksi. Venäläisten kulttuurista ja hoitotyöstä löytyi melko vähän aineistoa. Lähdemateriaaliksi valikoitui erilaisia tutkimuksia, väitöskirjoja, oppikirjoja, artikkeleita sekä ammattilaisille laadittuja oppaita. Kriteerinä tiedonhaussa oli, että lähteiden piti olla vuoden 2003 jälkeen ilmestyneitä teoksia. Tällöin teosten ikä ei ylittänyt kymmentä vuotta ja tuki tavoitetta kerätä opasta varten mahdollisimman ajankohtaista tietoa. Tiedonhaussa rajaus tehtiin myös koskemaan hoitotyötä sekä eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kohtaamista ja hoitamista.

9.5 Tuotteen luonnostelu

Tuotteen luonnostelu voi alkaa, kun on päätetty millainen tuote suunnitellaan ja valmistellaan. Tässä vaiheessa on tärkeää pohtia millaiselle asiakkaalle tuote on suunnitteilla ja millaisia he ovat tuotteen käyttäjinä. On myös mietittävä ja rajattava tuotteen asiasisältö sekä määritettävä minkä prosessin puitteissa tuote luodaan. (Jämsä & Manninen 2000, 43-45.) Luonnosteluvaiheessa oppaan kooksi valikoitui A5, koska silloin opas olisi ollut mahdollisimman pienessä koossa. Opas päädyttiin kuitenkin tekemään A4-kokoon sekä kansiomuotoon. A4-kokoiseen oppaaseen on mahdollista sisällyttää enemmän ja selkeämmin tietoa kuin pienempään A5-kokoiseen oppaaseen. Kansio valittiin toteutukseen koska, tällöin opasta voidaan päivittää. Tarvittaessa opasta voidaan muokata sivu kerrallaan. Osastolle jää myös oppaan sähköinen versio, jolloin osaston henkilökunta voi muokata tai päivittää kansiota tarpeilleen sopivaksi.

9.6 Tuotteen kehittäminen

Varsinaista tuotetta aloitetaan kehittämään luonnosteluvaiheen jälkeen. Painotuotteen eli oppaan varsinaisessa tekovaiheessa tehdään valinnat sisällöstä ja ulkonäöstä sekä miten eri asiat jäsenellään tuotteeseen (Jämsä & Manninen 2000, 54-56.) Tuotteen kehittämissä vaiheissa valittiin oppaan ulkoasu sekä värimaailma. Tällöin myös kehitettiin oppaan painoasua ja kokeiltiin erilaisia vaihtoehtoja tekstin asettelun suhteen.

Oppaan tulee olla ajantasainen, yleistajuinen, luotettava, käytännöllinen, päivitettävä ja käyttäjäkeskeinen (Jussila, Ojanen & Tuominen 2006, 24-25). Oppaan sisällön luotettavuuden varmistamiseksi, tietoperustaan valittiin mahdollisimman ajankohtaista ja tutkittua tietoa käyttäen väitöskirjoja ja tieteellisistä artikkeleista. Oppaan tarkoituksena on avustaa lukijaa niin, että tämä tietää, tekee ja oppii uutta. Laadunsa on kiinnitettävä huomioita kelle kirjoittaa ja mitä lukijakunta tietää jo valmiiksi. On tärkeää määritellä millaiselle lukijalle opas luodaan. On keskityttävä miettimään, millä tavalla lukijan elämä muuttuu oppaan ohjeiden ja neuvojen myötä. (Jussila, Ojanen & Tuominen 2006, 94-96.) Tekstin tyyliä taas on huomioitava asiatyylin käyttö ja tekstin ydinajatuksen tulee olla selkeä. Oheisviestinnässä tulee huomioida asioiden jäsentely ja perustelu sekä huomioida ammattikunta, jolle ohjeita tehdään. (Jämsä & Manninen 2000, 56-57.) Opas on kohdistettu hoitotyön ammattilaisille, joten lukijat ovat tietoisia hoitoalan sanastosta. Siksi oppaan sisällössä huomioitiin hoitotyön näkökulma ja asiat kerrottiin hyödyntäen hoitoalan sanastoa. Opas toi osaston käyttöön uutta tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä eri kulttuureista.

Oppaan ulkonäölle suunniteltiin erilaisia väri vaihtoehtoja ja muotoilua, jotka olisivat mahdollisimman selkeitä ja miellyttäviä. Ensin väreinä oppaassa toimivat violetti ja valkoinen, mutta lopuksi violetti väri vaihdettiin oranssiksi ja keltaiseksi. Violetti väri symbolisoi kirkollisuutta ja kuninkaallisuutta. Violettiin väriin liittyy myös mystisyys. (Huovila 2006, 45-46.) Osaston palautteessa mainittiin violetin värin kirkollinen merkitys, joten väriksi vaihdettiin oranssi. Oranssi symbolisoi voimaa, onnellisuutta sekä vaaraa. Oranssiin väriin sisällytetään myös turvallisuus, sosiaalisuus sekä mukavuus. Keltaiseen väriin

liitetään aurinko. (Huovila 2006, 45-46.) Oranssi ja keltainen symbolisoivat miellyttäviä asioita, joten kyseisiä värejä hyödynnettiin oppaan värimaailmassa. Visualisointiin saatiin apua myös tekniikan alan opiskelijalta, joka piirsi oppaan kantta varten kuvan, joka kuvastaa hoitajan monikulttuurista osaamista.

9.7 Prototyypin testaus

Prototyypin testaus suoritetaan prosessin viimeistely- tai luonnosteluvaiheessa. Tällöin tarkistetaan tuotteen ominaisuudet ja tarkistetaan vastaavatko ne asetettuja tavoitteita. (Jokinen 2010, 98.) Tammikuun 2014 alussa pidettiin osastotunti, jossa esiteltiin opinnäytetyön ja oppaan rakenne sekä kerrottiin keskeisiä asioita tietoperustasta.

Tuote kannattaa esitellä palautteen ja arvioinnin saamiseksi. Koekäyttäjinä voivat olla tuotteen asiakkaat. Testaajat voivat esittää muutosehdotuksia ja erilaisia ratkaisuehdotuksia. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Osastotunnin jälkeen osastolle jätettiin palautelomakkeita sekä oppaan prototyyppi eli raakaversio. Palautteet koskivat oppaan ulkonäköä ja sisältöä. Kyselylomakkeen kysymykset oli laadittu oppaan tavoitteiden mukaan. Lasten osaston henkilökunnalta pyydettiin palautetta raakaversiosta, jotta varsinainen opas pystyttiin kehittämään mahdollisimman paljon henkilökunnan toiveita vastaavaksi. Palautteet kerättiin muutaman viikon päästä ja opas kehitettiin loppuun henkilökunnan palautelomakkeiden vastausten mukaisesti.

Palautelomake koostui Likert-asteikosta ja lomakkeessa oli erilaisia väittämiä oppaan ulkonäköä ja sisältöä koskien. Palautelomakkeeseen vastasi kymmenen työntekijää. Oppaan ulkonäöstä (Taulukko 1.) suurin osa oli sitä mieltä, että se oli kiinnostava ja eteni loogisessa järjestyksessä. Oppaassa oli käytetty erilaisia fontteja visualisoinnin tukena, mutta osasta palautteista tuli ilmi, että fonttien eri koot tekivät tekstistä vaikeammin luettavaa. Myös oppaan värimaailmasta annettiin kommenttia. Violetti väri nähtiin liturgisena värinä. Myös puuttuvasta sisällösluettelosta annettiin kommenttia ja mainittiin, että se olisi helpottanut oppaan lukemista.

Taulukko 1. Oppaan ulkoasun arviointi

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	4 Täysin samaa mieltä
Opas on selkeä			6	4
Opas on visualisoitu miellyttävin värein ja selkeästi		1	5	4
Opas on kiinnostava			2	8
Opas on helposti luettavissa		1	3	5
Opas etenee loogisessa järjestyksessä		1	1	8

Oppaan sisällöstä (Taulukko 2.) kommentoitiin sen mielenkiintoisuutta varsinkin kulttuurien esittelyn puolelta. Oppaan hiomista kaivattiin kokonaisuudessaan

mielenkiintoisuuden lisäämiseksi. Suurin osa vastanneista koki oppaassa olevan riittävästi tietoa transnationaalisuudesta sekä eri kulttuureista.

Taulukko 2. Oppaan sisällön arviointi

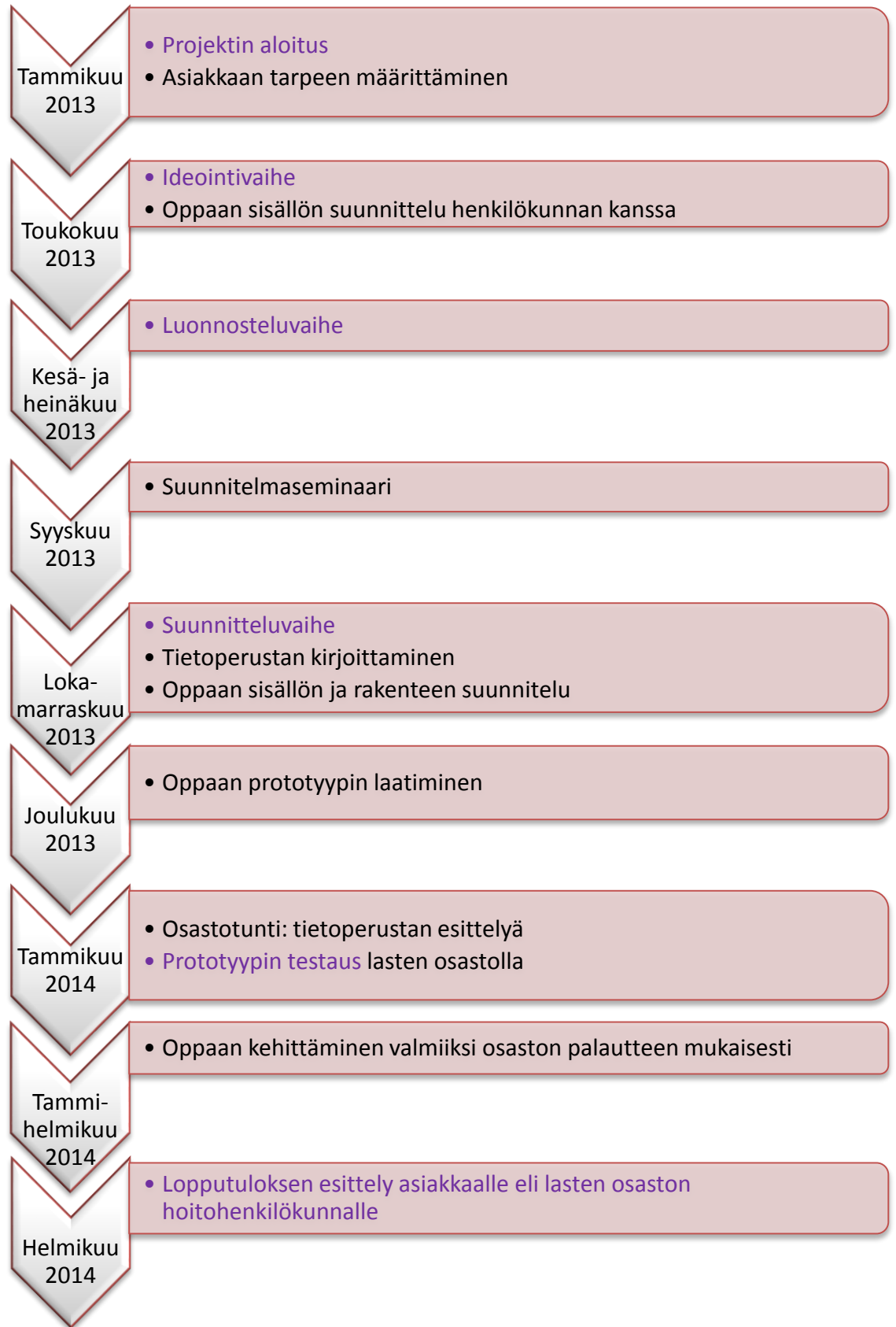
	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	4 Täysin samaa mieltä
Oppaassa on kattavasti tietoa:				
a. Romanipotilaiden kohtaamisesta			2	8
b. Muslimipotilaiden kohtaamisesta			2	8
c. Venäläispotilaiden kohtaamisesta			2	8
Opas antaa kattavasti tietoa transnationaalisesta osaamisesta ja sen hyödyntämisestä hoitotyössä.			4	6
Opas avaa monikulttuurisuuteen liittyviä käsitteitä			2	8

9.8 Oppaan viimeistelu ja lopputuloksen esittely asiakkaalle

Tuotteen viimeistely käynnistyy kun, palautteet ja kehittämisehdotukset on saatu. Tällöin hiotaan tuotteen yksityiskohtia ja päivitetään ja korjataan tuotteen ominaisuuksia. (Jämsä & Manninen 2000, 80-81.) Opasta kehitettiin lasten osaston henkilökunnan palautteen myötä tammi- ja helmikuun aikana. Oppaan ulkonäköä ja sisältöä hiottiin sekä värimaailmaa muokattiin. Myös oppaan tekstinsijoittelua muokattiin selkeämmäksi.

Helmikuun lopulla pidettiin osastopalaveri, jossa esiteltiin valmis opas osaston monikulttuurista hoitotyötä varten. Mukana oli useita hoitajia sekä osastonhoitaja. Aluksi selvitettiin kokonaisuudessaan työn sisältö sekä mitä tavoitteita opinnäytetyöllä ja oppaalla oli. Tämän jälkeen valmis opas annettiin työntekijöiden tarkasteltavaksi ja käytiin läpi diaesityksen avulla oppaan tietoperustan keskeistä sisältöä. Diaesityksen aikana myös keskusteltiin monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä tilanteista, joita hoitajat olivat osastolla tai muissa työpaikoissa kohdanneet toisista kulttuureista tulevien potilaiden kanssa. Lopussa hoitajat saivat vapaasti kommentoida ja antaa palautetta ääneen prosessista sekä oppaasta. Palaute oli positiivista ja henkilökunta koki kirjallisen oppaan olevan miellyttävä ja helppo lukea. Hoitajat myös kokivat, että oppaasta tieto olisi nopeasti saatavilla ja tiedot oli tiivistettyjä ja ytimekkäitä. Tämän nähtiin helpottavan lukemista ja tiedon etsimistä. Jatkon kannalta hoitajat miettivät, että oppaan avulla voisi tutustua esimerkiksi romanikulttuurin käytäntöihin, jos ei olisi ikinä hoitanut romani-potilaita. Henkilökunta toi myös esiin, että opasta voisi käyttää opiskelijoiden perehdytyksessä. Osastolle jäi oppaan sähköinen versio sekä varsinainen opinnäytetyön raportti.

Lopuksi projektin vaiheista (Kuvio 1.) on koottu yhteenveto, jossa näkyvät varsinaiset tuotteistamisen vaiheet ja vaiheiden ajankohdat.



Kuvio 1. Prosessin vaiheet

10 POHDINTA

10.1 Tuotetun oppaan ja prosessin arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa lastenosaston henkilökunnan käyttöön opas, joka tukee monikulttuurisen hoitotyön toteuttamista. Tarkoituksena oli helpottaa hoitajan ja potilaan välistä, kahden kulttuurin välistä kohtaamista, sekä lisätä hoitajien ymmärrystä ja tietoa toisesta kulttuurista tulevia asiakkaita kohtaan. Tuotoksena syntyi kirjallinen opas, joka laadittiin kansiomuotoon. Tällöin opasta voi päivittää esimerkiksi sivu kerrallaan tai lisätä kansioon sivuja.

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia kirjallinen opas ja tuoda lasten osastolla työskentelevien hoitajien tietoon tutkittua ja ajankohtaista tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä ja kolmesta eri kulttuurista. Tavoitteena oli myös herättää ajatuksia hoitajissa monikulttuurisuudesta ja aktivoita hoitajat keskustelemaan tilanteista ja kohtaamisista, joita esimerkiksi maahanmuuttajien tai toisista kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa on esiintynyt. Tuotoksena syntyi suunnitellusti kirjallinen opas. Aluksi hankaluuksia tuotti oppaan koon valinta, sillä tuotoksesta haluttiin mahdollisimman pienikokoinen. Lopulta kuitenkin huomattiin A5- kokoisen oppaan olevan liian pieni ja todettiin, että A4- kokoiseen oppaaseen saisi koottua kattavammin ja enemmän tietoa. Opas oli aluksi kirjamaisessa muodossa, mutta se päädyttiin kuitenkin sisällyttämään kansioon päivitettävyyden vuoksi.

Tietoperustan kerääminen oli vaikeaa, koska aihetta jouduttiin rajaamaan melko paljon. Monikulttuurinen hoitotyö pitää sisällään monia näkökulmia ja teorioita, joten rajausta jouduttiin miettimään tarkasti. Tämän vuoksi opinnäytetyössä olisi voinut tarkastella muitakin monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyviä teorioita. Tietoperustaan valittu tieto on kuitenkin ajankohtaista ja suurin osa lähteistä on täyttänyt ne kriteerit, joita oppaaseen ja tietoperustaan haluttiin. Tietoperustaan valikoitui myös paljon tutkimuksia ja väitöskirjoja sekä tieteellisiä artikkeleita, jotka tukivat tavoitetta saada oppaaseen tutkittua ja ajankohtaista tietoa. Tästä sai positiivista palautetta myös asiakkaalta eli lasten osaston henkilökunnalta. Englannin kielellä löytyi runsaasti tieteellisiä artikkeleita monikulttuurisesta

hoitotyöstä sekä erilaisia tutkimuksia hoitajien valmiuksista hoitaa potilaita monikulttuurisesti. Jatkossa voisi koota yhteenvedon tutkimustuloksista, joita on monikulttuurisen hoitotyön osalta tutkittu ulkomailla.

Lasten osaston henkilökunnalle esiteltiin valmis opas helmikuun lopussa. Tällöin oli myös tarkoitus saada osastolla keskustelua aikaan monikulttuurisesta hoitotyöstä ja mahdollisista kohtaamisista, joita toisesta kulttuurista tulevien potilaiden kanssa on ollut. Opinnäytetyössä käytetty transnationaalinen näkökulma ei herättänyt keskustelua hoitajissa, mikä saattoi johtua näkökulman vieraudesta. Näkökulma saattoi myös vaatia sisäistämistä ja perehtymistä ennen kuin sen varsinaisesti ymmärtäisi osana hoitotyötä. Näkökulmaa oli avattu oppaassa, joten se on hoitajien tarkasteltavana osastolla.

Kulttureita käsiteltäessä, hoitajat toivat esiin omia kokemuksiaan toisista kulttuureista tulevien potilaiden hoitotyöstä. Monet asiat herättivät ihmetystä kohtauksissa. Romaneista tuotiin esiin heidän hyväksyntänsä hoitajien tapoihin hoitaa, vaikka romaneiden kulttuurissa on monia sääntöjä. Kuitenkin romaneiden puhtaussääntöjä ihmeteltiin ja kerrottiin heidän olevan todella siistejä. Muslimien kulttuurista keskustelun aiheeksi nousi ruokavalio sekä naispuolisten muslimien huono suomen kielen taito. Myös paastoamisesta keskusteltiin. Venäläisten kulttuuria käsiteltäessä pinnalle nousi kielitaidon puute sekä venäläisten vahva usko kansanlääkkeitä kohtaan. Myös venäläisten potilaiden vaatavuus ja tarkkuus olivat puheenaiheina.

Pohdinnan jälkeen käytiin läpi kyseisen kulttuurin kohtaamisessa ja hoitotyössä huomioitavia asioita ja moneen kokemukseen ja tilanteeseen löytyi vastaus opasta varten kerätyistä tiedoista. Kokemuksia oli ollut lasten osastolla sekä muissa työpaikoissa. Lopuksi hoitohenkilökunta kertoi opinnäytetyön ja oppaan avanneen uuden tarkastelupinnan monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä toisista kulttuureista tulevien asiakkaiden kohtaamisiin. Tavoitteena oli myös saada hoitajat pohtimaan omaa kulttuuriaan ja suomalaisuutta suhteessa toiseen kulttuuriin. Osastotunnin lopussa mietittiin yhteisesti, mitä asioita suomalaisiin tapoihin kuuluu sekä millainen on Suomen terveydenhuolto. Keskustelua nousi esiin siitä että, Suomessa monia asioita noudatetaan lakiin perustuen, ja monelle asiakkaalle

joutuu painottamaan tätä asiaa. Oman kulttuurisen taustan tuntemisesta keskustelua nousi kokonaisuudessaan vähän, vaikka hoitajat nimesivätkin suomalaisen kulttuurin piirteitä. Toivottavaa olisi, että ajatus omien kulttuurillisten taustojen tuntemisesta, jäisi hoitajien mieleen hautumaan.

Opinnäytetyön tuotos on A4-kokoa oleva opas. Oppaan tavoitteena oli olla selkeä, helposti luettava, värein visualisoitu ja kiinnostava. Sisällön kannalta pyrittiin siihen, että oppaaseen koottaisiin kattavasti ja tiivistetysti tietoja monikulttuurisesta hoitotyöstä ja kolmen kulttuurin kohtaamiseen ja kulttuuriin liittyvistä asioista. Oppaalle oli laadittu kriteerit, jotta opasta pystyttiin arvioimaan ja kehittämään. Oppaan raakaversiosta saatiin palaute lasten osastolta ja kehitettiin opasta palautteen mukaisesti. Palautelomakkeissa olisi voinut selvittää henkilökunnan näkemystä oppaan koosta ja ehkä tarkemmin pyytää palautetta oppaan ulkonäöstä. Muutenkin oppaan ulkonäön kehittämiseen olisi voinut ottaa henkilökunnan enemmän mukaan. Kyseiset asiat jäivät pitkälti opinnäytetyön tekijän päätettäväksi. Oppaan suhteen tavoitteet kuitenkin pitkälti toteutuivat ja jo raakaversiossa annettiin palautetta oppaan mielenkiintoisuudesta ja ytimekkyydestä. Viimeisellä osastotunnilla annettiin hyvää palautetta oppaasta kokonaisuudessaan.

Opinnäytetyö aloitettiin tammikuussa 2013 ja se valmistui suunnitellusti keväällä 2014. Tietoperustan keruu oli vaiheista vaikein ja tuotti eniten työtä. Prosessi toteutettiin tuotteistamisen kautta. Vaiheisiin kuuluvat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi, tuotteen luonnostelu ja kehittäminen sekä viimeistely ja asiakkaalle esittely (Jämsä & Manninen 2000, 28). Tuotoksena syntyi täysin uusi tuote lasten osaston henkilökunnan käyttöön, joten prosessi oli järkevintä toteuttaa tuotteistamisen kautta. Oppaan laatiminen eteni pitkälti tuotekehityksen vaiheiden kautta. Asiakkaan tarve havaittiin ja sen myötä osastoa lähestyttiin. Oppaan sisältöä pohdittiin yhdessä osastotunnilla henkilökunnan toukokuussa 2013, mutta tämän jälkeen oli kesän aikana tauko yhteydenpidossa suurimmaksi osaksi kesälomakauden alkamisen vuoksi. Syksyllä yhteistyö kuitenkin jatkui suunnitellusti. Oppaan luonnosteluvaiheessa olisi voinut ottaa osaston hoitohenkilökuntaa enemmän mukaan oppaan visuaaliseen suunnitteluun, jotta opas olisi ulkonäöllisesti vastannut enemmän osaston toiveita. Kuitenkin raakaversiosta saadut palautteet antoivat selkeän suunnan oppaan kehittämiseksi.

10.2 Kehittämissuositukset

Terveydenhuolto törmää kansainvälisyyden ja monikulttuurisuuden haasteisiin yhä enemmän. Vaikeuksia terveydenhuollon ammattilaiselle ja potilaalle voivat tuottaa kulttuurien eriävyydet. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 10.) Jatkossa opasta voisi päivittää tai kehittää esimerkiksi lisäämällä siihen kulttuureja ja päivittämällä transnationaalista näkökulmaa tai lisäämällä siihen uuden monikulttuurisen hoitotyön näkökulman. Jatkokehitysideana voisi myös tutkia, millä tavalla hoitajat kokevat työskentelyn toisista kulttuureista tulevien tai maahanmuuttajapotilaiden kanssa. Toisaalta olisi myös hyvä kartoittaa hoitajien valmiuksia kohdata toisesta kulttuurista tuleva potilas. Toisista kulttuureista tulevien potilaiden kannalta voisi tutkia, mitä asioita he toivovat henkilökunnalta. Monikulttuurisen hoitotyön helpottamisen kannalta potilaille voisi laatia vieraskielisiä oppaita tai ohjeita. Myös suomalaisen terveydenhuollon käytännöistä voisi laatia oppaan sellaisille potilaille, joka ei tunne suomalaisen terveydenhuollon tapoja.

11 LÄHTEET

- Abdelhamid, P. 2009. Potilaan kulttuuriset taustatiedot. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WsoyPro oy, 108-122.
- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Keskeisiä käsitteitä. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: Wsoypro Oy, s. 265-268.
- Airola, E. 2013. Kun kulttuurit kohtaavat- Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana. Tampere: Tampereen yliopisto, terveystieteisen yksikkö [Viitattu 30.10.2013] Pro-gradu tutkielma Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84623/gradu06756.pdf?sequence=1>
- Alexander, J., Beagle, J., Butler, P., Dougherty, D., Andrews, R., Solotkin, K. & Velotta, C. 1994. Madeleine Leininger: Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Marriner-Tomey, A. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 410-432.
- Banerjee, L. 2012. Cultural diversity and cultural competence. Julkaisussa SRNA Newsbulletin, 7/2012. [Viitattu 24.10.2013] Saatavissa EBSCO Academic Search Elite –tietokannassa: [http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/results?sid=235c5fe6-fcc3-47fe-889a-48bf5c57cf27 % 40sessionmgr10 & vid=2 & hid=12 & bquery=cultural+competence & bdata=JmRiPWNpbjIwJnR5cGU9MCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU % 3d](http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/results?sid=235c5fe6-fcc3-47fe-889a-48bf5c57cf27%40sessionmgr10&vid=2&hid=12&bquery=cultural+competence&bdata=JmRiPWNpbjIwJnR5cGU9MCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d)
- Halapainen, G. 2011. Venäläisenä lääkärinä Suomessa, terveyskeskuslääkäri Galina Halapainen. Terveys- ja sairauskäsitykset eri kulttuureissa – seminaari 22.11.2011 Joensuu. [Viitattu 3.7.2013] Saatavissa: http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/monikko/Yhteenveto_seminaari_22112011_Monikko.pdf
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja – etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. [Viitattu 11.1.2014] Väitöskirja Saatavissa: <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2002/isbn951-781-934-X.pdf>
- Hofstede, G., Hofstede, G-J. & Minkov, M. 2010. Cultures and organisations. Software of the mind. Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival. USA: McGraw Hill books
- Holland, K. 2010. Cultural awareness in nursing and health care. London UK: Edward Arnold.
- Huovila, T. 2006. ”look”- visuaalista viestisi. Helsinki: Inforviestintä oy

Jokinen, T. 2010. Tuotekehitys. [Viitattu 10.2.2014] Saatavissa:
<http://lib.tkk.fi/Reports/2010/isbn9789526033204.pdf>

Juntunen, A. 2009. Lääkkeitä saavan potilaan kohtaaminen. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WsoyPro oy, 176-187.

Jurcik, T., Chentsova-Dutton, Y., Solopieieva- Jurcikova, I. & Ryder, A. 2013. Russians in treatment: The evidence base supporting cultural adaptations. Julkaisussa Journal of Clinical psychology 7/2013, 775–783. [Viitattu 25.10.2013] Saatavissa EBSCO Academic Search Elite – tietokannassa:
<http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=f8aa4502-bda8-4edc-8d82-dd57d6b1e05b%40sessionmgr111&hid=122>

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Koehn, P. & Rosenau, J. 2002. Transnational competence in an Emergent Epoch. International Studies Perspectives 2002/3, 105- 127. [Viitattu 3.2.2014] Saatavissa:
http://www.docunator.com/bigdata/1/1371342990_2b6c4a5720/koehn_and_rosenau.pdf

Korhonen, V. & Puukari, S. 2013. Monikulttuurinen ohjaus ja neuvontatyö. Jyväskylä: PS-kustannus.

Koskinen, L. 2009a. Kulttuuri, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö ja maahanmuuttaja käsitteinä. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOYpro. Helsinki, 16-20.

Koskinen, L. 2009b. Transnationaalinen osaaminen. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOYpro. Helsinki, 44-47.

Laiti, M. 2008. Potilaana romani – kuinka huomioin kulttuurin? Suomen lääkirilehti 46/2008 vsk 63, s. 4025–4026. [Viitattu 14.10.2013] Saatavissa:
<http://www.fimnet.fi.aineistot.phkk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=0000311>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. [Viitattu: 30.11.2013] Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L1>

Leininger, M. 2006. Selected culture care findings of diverse cultures using culture care theory and ethnomethods. Teoksessa Leininger, M. & McFarland, M. 2006. Culture care diversity and universality- A worldwide nursing theory. Lontoo: Jones and Barlett Publishers, 281-306.

Liukkonen, L. 2013. Venäläiset tulevat! Mitä me heistä luulemme ja tiedämme. Helsinki: Siltala

Luttinen, K., Pasma, J., Huttu, H., Lieppinen, M-L., Vihtkari, M., Pääkkönen, E-L., Lindberg, L. & Lindgren, H. 2007. Vast vastensa- opas romanien kanssa työskenteleville sosiaalialan ammattilaisille. [Viitattu 2.10.2013]
 Saatavissa:http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=739f9761-e0f7-4758-bfe5-406364fa688c&groupId=68015

Maiche, A-G. 2010. Muslimi potilaana. Helsinki: Duodecim.

Maiche, A-G. 2013. Muslimi potilaana ja asiakkaana Suomessa. Toinen painos. Rovaniemi: Kustannus oy AM-mediactivities

Maier-Lorentz, M. 2008. Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. Journal of cultural diversity, Spring 2008, Vol. 15, No. 1. [Viitattu 25.10.2013]
 Saatavissa:
<http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1af8e6ee-37ce-4b45-885f-9131df0572e1%40sessionmgr10&vid=22&hid=12>

Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. 2004. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) julkaisuja 11. [Viitattu 29.10.2013] Saatavissa:
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf

Novitsky, A. 2012. Venäjänkielisen asiakkaan kohtaaminen. Sosiaaliportti. [Viitattu 29.10.2013] Saatavissa: http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/venajankielisen_asiakkaan_kohtaaminen/

Oroza, V. 2005. Yleislääkäri kohtaa maahanmuuttajan. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: Kustannus oy Duodecim, 272-297.

Pöllänen, P. 2013. Hoivan rajat- venäläiset maahanmuuttajanaiset ja ylijäräinen perhehoiva. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 57/2013. Helsinki: Väestöliitto

Sainola- Rodriguez, K. 2011. Maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaaminen tämän päivän Suomessa, TtT, osastonhoitaja Kirsti Sainola-Rodriguez. Terveys- ja sairauskäsitykset eri kulttuureissa – seminaari 22.11.2011 Joensuu.[Viitattu 3.7.2013] Saatavissa:
http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/monikko/Yhteenveto_seminaari_22112011_Monikko.pdf

Sainola-Rodriguez, K. & Riikonen L. 2008. Meneekö viesti perille vai ei? Sairaanhoitaja-lehti 1/2008.[Viitattu 29.10.2013] Saatavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2008/muut_artikkelit/meneeko_viesti_perille_vai_puhut/

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen- Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja – talouden laitos. [Viitattu 2.10.2013] Väitöskirja. Saatavissa: <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1231-1.pdf>

Suokas, M. 2008. Vieraskielinen terveydenhuollon asiakkaana. Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. [Viitattu 13.12.2013] Pro-gradu tutkielma. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79657/gradu03115.pdf?sequence=1>

Suomen romanit. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:2. [Viitattu 20.10.2013] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=600950&name=DLFE-10116.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT): Muuttoliike. 2012. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 1.12.2013] Saatavissa: <http://tilastokeskus.fi/til/muutl/index.htm>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne.2012. Vuosikatsaus 2012. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 1.12.2013]. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak_2012_01_2013-09-27_tie_001_fi.htm

Suomi-Venäjä-seura. 2005. Venäläinen tapakulttuuri: perinteitä ja nykypäivää. Helsinki: Suomi-Venäjä-seura, Venäjä-info

Tiilikainen, M. 2011. Kulttuurisia näkökulmia sairauteen ja parantamiseen – esimerkkinä somalialaiset maahanmuuttajat, FT, tutkijatohtori, Marja Tiilikainen. Terveys- ja sairauskäsitykset eri kulttuureissa – seminaari 22.11.2011 Joensuu.[Viitattu 3.7.2013] Saatavissa: http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/monikko/Yhteenveto_seminaari_22112011_Monikko.pdf

Valtanen, R.2010. Kulttuuritutkimuksen hyödyntäminen verkkosivuston suunnittelussa. Tampere: Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos. [Viitattu 15.8.2013] Pro gradu tutkielma Saatavissa:<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04467.pdf>

Wehbe-Alamah, H. 2006. Generic care of Lebanese muslim women. Teoksessa Leininger, M.M. & McFarland, M.R. Culture care diversity and universality- A worldwide nursing theory. Lontoo: Jones and Barlett Publishers, 307-326.

Wenger, A. 2006. Culture care and health of Russian and Vietnamese refugee communities in the United States. Teoksessa Leininger, M. & McFarland, M. 2006. Culture care diversity and universality- A worldwide nursing theory. Lontoo: Jones and Barlett Publishers, 327-348.

Viljanen, A.-M., Hagert, T. & Blomerus, S. 2010. Tasa-arvon harha: romanit suomalaisessa terveydenhuollossa. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: Kustannus oy Duodecim, 85-107.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen oppinäytetyö. Helsinki: Tammi

Väestöliitto. 2013. Yhteisöllinen ja yksilöllinen kulttuuri. [Viitattu 13.11.2013]
Saatavissa: http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/monikulttuurinen_parisuhde/yhteisollinen_ja_yksilollinen_ku/

YK. Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus 1948 (UN, Universal Declaration of Human Rights). Ulkoasianministeriö. [Viitattu 1.2.2014]
Saatavissa:
<http://formin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=46470&contentlan=1&culture=fi-FI>

Åkerlund, T. 2011. Romanit ja terveystalvelut. Suomen ensihoidon erikoislehti Systole 2010/6, 24-28. [Viitattu 2.11.2013] Saatavissa:
http://www.ensihoidontiedotus.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=68:romanit-ja-terveyspalvelut&catid=4:jutut&Itemid=9

12 LIITTEET

Liite 1. Kirje osastolle

8. TAMMIKUUTA 2014

LASTEN OSASTO, Päijät-Hämeen keskussairaala

Hei,

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Lahden ammattikorkeakoulusta. Olen laatimassa opinnäytetyöni tuotoksena opasta monikulttuuriseen hoitotyöhön lasten osastolle. Oppaasta on tehty raakaversio, josta kuulisin mielelläni kommentteja ja parannusehdotuksia ennen kuin se tulee käyttöönne. Oppaan kehittämiseksi olen tehnyt palautelomakkeen, jossa on esitetty kysymyksiä oppaan ulkonäköön ja sisältöön liittyen. Täytetyt palautelomakkeet voi palauttaa taukuhuoneen pöydällä olevaan pahvilaatikkoon.

Kiitos!

Ystävällisin terveisin

Karoliina Reijonen

sairaanhoitajaopiskelija

Lahden ammattikorkeakoulu

karoliina.reijonen@student.lamk.fi

Liite 2. Palautelomake oppaan ulkoasusta

PALAUTELOMAKE

Monikulttuurioppaan raakaversio arviointi

Rastittakaa mielipidettänne kuvaava kohta

Ulkoasu

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	4 Täysin samaa mieltä	Risuja, ruusuja, kommentteja, parannusehdotuksia
Opas on selkeä					
Opas on visualisoitu miellyttävin värein ja selkeästi					
Opas on kiinnostava					
Opas on helposti luettava					
Opas etenee loogisessa järjestyksessä					

Liite 3. Palautelomake oppaan sisällöstä

Sisältö

	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	4 Täysin samaa mieltä	Risuja, ruusuja, kommentteja, parannusehdotuksia
Oppaassa on kattavasti tietoa:					
a. Romanipotilaiden kohtaamisesta					
b. Muslimipotilaiden kohtaamisesta					
c. Venäläispotilaiden kohtaamisesta					
Opas antaa kattavasti tietoa transnationaalisesta osaamisesta ja sen hyödyntämisestä hoitotyössä					
Opas avaa monikulttuurisuuteen liittyviä käsitteitä					

KIITOS!