

ASIAKKAANA MAAHANMUUTTAJA

Selvitys maahanmuuttaja-asiakkaiden tyytyväisyydestä Lahden avoterveydenhuollosta saamaansa hoitoon ja palveluun

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2007
Heikkurinen Jani
Vauhkonen Jenni
Välivaara Salla

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Hoitotyön koulutusohjelma

HEIKKURINEN JANI, VAUHKONEN JENNI & VÄLIVAARA SALLA:
Asiakkaana maahanmuuttaja; Selvitys maahanmuuttaja-asiakkaan tyytyväisyydestä Lahden avoterveydenhuollosta saamaansa hoitoon ja palveluun

Hoitotyön opinnäytetyö, 55 sivua, 5 liitesivua

Kevät 2007
Ohjaaja: FT, TtM Anttonen Taina

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää maahanmuuttajien tyytyväisyyttä Lahden avoterveydenhuollon palveluihin. Tutkimus keskittyy tarkastelemaan maahanmuuttajien näkökulmaa asiakkaan kohtaamisesta sekä kulttuurin ja kielitaidon huomioimista vastaanottotilanteessa. Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa maahanmuuttajien tyytyväisyydestä ja saattaa se terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuuteen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka Lahden avoterveydenhuollon hoitohenkilökunta kohtaa maahanmuuttajan vastaanotolla asiakkaan näkökulmasta. Lisäksi selvitämme maahanmuuttajan näkemystä siitä, kuinka hänen kulttuurinsa ja kielitaitonsa on otettu vastaanotolla huomioon. Avoterveydenhuollon palvelut ovat tutkimuksessamme rajattu käsittämään terveyskeskuksista ja neuvoloista saatua hoitoa.

Opinnäytetyö on toteutettu käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, joka sisälsi 20 strukturoitua kysymystä. Niistä neljä oli taustamuuttujia ja 16 väittämiä, mitkä vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Lisäksi vastaajalla oli vapaata tilaa kirjoittaa palautetta saamastaan hoidosta. Aineistonkeruun suoritimme Koulutuskeskus Salpauksen neljällä suomenkielenkurssilla (11.10.2006). Kyselyymme vastasi 51 eritaustaista maahanmuuttajaa. Vastausprosentti kyselyssä on 91.

Tutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että maahanmuuttajat ovat tyytyväisiä saamiinsa terveydenhuollon palveluihin. Toisaalta tuloksista voidaan huomata, että kulttuuriset erot sekä kieliongelmat maahanmuuttajan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välisessä kommunikoinnissa ovat vaikuttaneet palvelun laatuun. Tuloksien perusteella voidaan päätellä, että hoitohenkilökunta on vastannut maahanmuuttaja-asiakkaan odotuksiin. Hoitohenkilökunta on osoittanut vastaanottotilanteessa ammattimaisuutta ja toiminut asiakaslähtöisesti, luoden maahanmuuttajalle tunteen hyvin onnistuneesta hoitotilanteesta.

Avainsanat: maahanmuuttaja, asiakkaan kohtaaminen, kulttuuri, kielitaito, avoterveydenhuolto, kvantitatiivinen tutkimus

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care
Degree Programme in Health Care

HEIKKURINEN JANI, VAUHKONEN JENNI & VÄLIVAARA SALLA:
Immigrant as a Client: Study of immigrant client's satisfaction at services and nursing provided by outpatient departments in the city of Lahti.

Bachelor's thesis, 55 pages, 5 appendices

Spring 2007
Tutor: Bhd, MNSc Anttonen Taina

ABSTRACT

The purpose of our thesis is to find out immigrant's satisfaction at services and nursing provided by outpatient departments in the city of Lahti. This study focuses on seeing immigrants' point of view of how the patient, culture and language skills are acknowledged in the patient situation. The aim of our study is to provide new information of immigrants' satisfaction and bring it to healthcare professionals' awareness.

The purpose of this study is to find out how healthcare professionals in outpatient departments meet immigrant clients from the patients point of view. Another purpose is to bring out the patients' opinion of how his culture and language skills are considered in the patient situation. As for open care services, we limit them to consist of health centres and maternity clinics.

Our thesis was carried out by using a quantitative research method. For this study we compiled a question form, which included 20 structured questions. Four of them were background variables and the rest 16 questions were made to answer our study questions. The respondent was also able to write feedback of his experiences of received nursing and services. Gathering the material was accomplished on the Finnish language basic courses in Salpaus Further Education centre on the 11th of October, 2006. In our study there were 51 respondents from different backgrounds. The response rate was 91%.

The study results indicate that those immigrants are mostly satisfied with the services that they have received. On the other hand the results show that cultural differences and problems with language skills between immigrants and health care professionals have affected the quality of services. Based on the results we can make a conclusion that the expectations of immigrants have been fulfilled. The results also show that the nursing staffs have been acting professionally and nursing care is based on patients' needs. So far the nursing staffs have been able to provide good and successful caring patient situations.

Keywords: immigrant, patient situation, culture, language skills, outpatient department, quantitative research method.

Lahtis yrkeshögskolan
Social och hälsovårdsanstalt
Sjukskötare

HEIKKURINEN JANI, VAUHKONEN JENNI & VÄLIVAARA SALLA:
Invandrare som klient; Utredningen sammanfattar hur nöjda invandrar-klienterna har varit till den vård och service de fått i öppnahälsovården i Lahtis

Sjukskötare YHS, 55 sidan, 5 appendix sidan

Vår 2007

Lärare: Doktor, Magister i vård vetenskap Anttonen Taina

SAMMANFATTNING

Syftet med vårt studiearbete är att utseda hur nöjda invandrarna i Lahtis är med servicen i öppna hälsovården. Undersökningen fokuserar sig på att iaktta hur invandrarna vid mottagningen bemöts ur klientens synpunkt med beaktande av kultur och språkkunskap. Syftet med undersökningen är att komma fram med hur nöjda invandrarna är med servicen och föra informationen vidare till personalen inom hälsovården.

Målet med vårt studiearbete är att undersöka hur invandrarna bemöts ur klientens synvinkel vid mottagningen i Lahtis av personalen inom öppna hälsovården. Dessutom undersöks hur invandrarernas kultur och språkkunskap har beaktats vid mottagningen. I vår undersökning har vi begränsat öppna hälsovårdens tjänster till att beakta den vård vilken fås på hälsovårdscentraler och rådgivning.

Studiearbetet genomfördes genom att använda en kvantitativ forskningsmetod. För forskningen gjordes ett frågeformulär, vilket innehöll 20 strukturerade frågor. Av dem var fyra frågor bakgrunelsinformation och 16 påstående vilka motsvarade forskningsfrågorna. Dessutom hade invandrarna möjlighet att ge respons på den vård de fått. Vi samlade in material på fyra kurser vid Utbildningscentralen Salpaus 11.10.2007. På vår förfrågning svarade 51 invandrare med olika bakgrund. Besvaringsprocenten i förfrågningen är 91.

Forsknings resultaten visar att invandrarna är nöjda med elen service de får inom hälsovården. Å andra sidan kan man se att de kulturella skillnaderna och språkproblemen har inverkat på kommunicerandet mellan invandrarna och personalen inom hälsovården, således inverkat på servicen kvalitet. Av resultaten kan man se att vårdpersonalen har besvarat invandrarernas förväntningar. Vårdpersonalen har visat professionalitet vid mottagningstillfällena och arbetat utgående från klienten, och invandrarna har varit nöjda med sin vård.

Nyckelords: invandrare, klientens mötande, kultur, språkkunskap, öppnahälsovård, kvantitativ undersökning.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TEOREETTINEN TIETO	2
2.1 Maahanmuuttaja	2
2.1.1 Maahanmuuttajat Suomessa ja Lahdessa	3
2.1.2 Maahanmuuttajat terveystalveluiden käyttäjinä	4
2.2 Kulttuuri	5
2.3 Kulttuurien välinen kommunikointi	7
2.4 Maahanmuuttaja asiakkaana	9
2.5 Aikaisemmat tutkimukset	12
3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	15
4.1 Tutkimusmenetelmä	15
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	15
4.3 Kyselylomakkeen rakenne ja sisältö	17
4.4 Aineiston käsittely ja analysointi	19
5 TUTKIMUSTULOKSET	20
5.1 Taustatiedot	20
5.2 Asiakkaan kohtaaminen	22
5.3 Kulttuuri ja kielitaito	29
6 TUTKIMUSTULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO	34
6.1 Kohderyhmän taustatiedot	34
6.2 Johtopäätöksiä asiakkaan kohtaamisesta	34
6.3 Johtopäätöksiä kulttuurin ja kielitaidon huomioimisesta	38
7 POHDINTA	42
7.1 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu	42
7.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	44
7.3 Jatkotutkimusaiheita	46
LÄHTEET	47
LIITTEET	51

1 JOHDANTO

Maahanmuuttajien määrä Suomessa on viime vuosikymmenen aikana kasvanut nopeasti, ja Suomi on vähitellen muuttumassa monikulttuuriseksi yhteiskunnaksi. (Väestörekisterikeskus 2006.) Suomalaisen sosiaali- ja terveyshuollon on myös omalta osaltaan pystyttävä vastaamaan kasvavan maahanmuuttajaväestön erityistarpeisiin. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa vaatii tietoa, ymmärrystä ja vuorovaikutustaitoa, jotta ammattihenkilö voi kohdata potilaan kunnioittaen hänen tapojaan ja arvomaailmaansa. Maahanmuuttaja terveydenhuollon palveluiden käyttäjänä on oikeutettu saamaan samanarvoista palvelua kuin kantaväestöön kuuluva terveyspalvelujen käyttäjä. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2005, 10-12.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka avoterveydenhuollossa on vastattu maahanmuuttajien tarpeisiin. Lähtökohtana opinnäytetyölle oli oman kiinnostuksen lisäksi tutkimuksen aiheellisuus, sillä vastaavaa tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty Lahden alueella. Tutkimus pohjautuu teoreettiseen tietoon maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaamisesta ja kulttuurin merkityksestä hoitotyössä. Opinnäytetyössä käsitellään ja pyritään vertailemaan aikaisempien vastaavien tutkimuksien tuloksia maahanmuuttajien tyytyväisyydestä terveydenhuollon palveluihin. Opinnäytetyön keskeinen tarkoitus on selvittää maahanmuuttajan näkemystä asiakkaan kohtaamisesta sekä kielen ja kulttuurin huomioimisesta avoterveydenhuollon vastaanotoilla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa maahanmuuttajien tyytyväisyydestä ja saattaa se terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuuteen.

Opinnäytetyöhön sisältyvä tutkimus toteutetaan määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Kohderyhmänä ovat maahanmuuttajat, joilla on kokemusta Lahden avoterveydenhuollon palveluista. Aineisto kerätään strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Aineiston keruu tapahtuu Koulutuskeskus Salpauksen suomenkielen jatkokursseilla ja kohderyhmänä toimii kursseilla opiskelevat maahanmuuttajat.

2 TEOREETTINEN TIETO

2.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttajan nimikkeestä on Suomen ulkomaalaisväestön kasvaessa muodostunut yleinen käsite ulkomaalaisille henkilöille, jotka eri syistä ovat Suomessa pysyvästi asuvia henkilöitä. Suomessa asuvat ulkomaalaiset eivät ole kuitenkaan yksi, yhtenäinen ryhmä, vaan eritaustaisista ulkomaalaisryhmistä käytetään erilaisia nimityksiä. (Räty 2002, 11.) Maahanmuuttaja voi myös olla Suomen kansalaisuuden omaava paluumuuttaja (Taavela 1999, 21). Pysyvästi Suomessa asuvaksi katsotaan henkilö, jolla on vähintään vuoden oleskelulupa. Lisäksi hänellä pitää olla aikomus jäädä Suomeen pysyvästi. Maahanmuuttaja voi hakea Suomen kansalaisuutta asuttuaan Suomessa pääsääntöisesti viisi vuotta. (Räty 2002, 13, 142.)

Pakolaisiksi kutsutaan kiintiöpakolaisia sekä turvapaikanhakijoina Suomeen tulleita. Turvapaikanhakijasta tulee pakolainen sen jälkeen kun hänen anomansa turvapaikkahakemuksensa on käsitelty ja hän on saanut oleskeluluvan. (Räty 2002, 11.) Pakolainen on tullut Suomeen, koska on joutunut tai hänellä on perustelua aihetta pelätä joutuvansa kotimaassaan vainotuksi rotunsa, uskontonsa, kansallisuutensa, yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mielipiteensä johdosta (Liebkind 1994, 10).

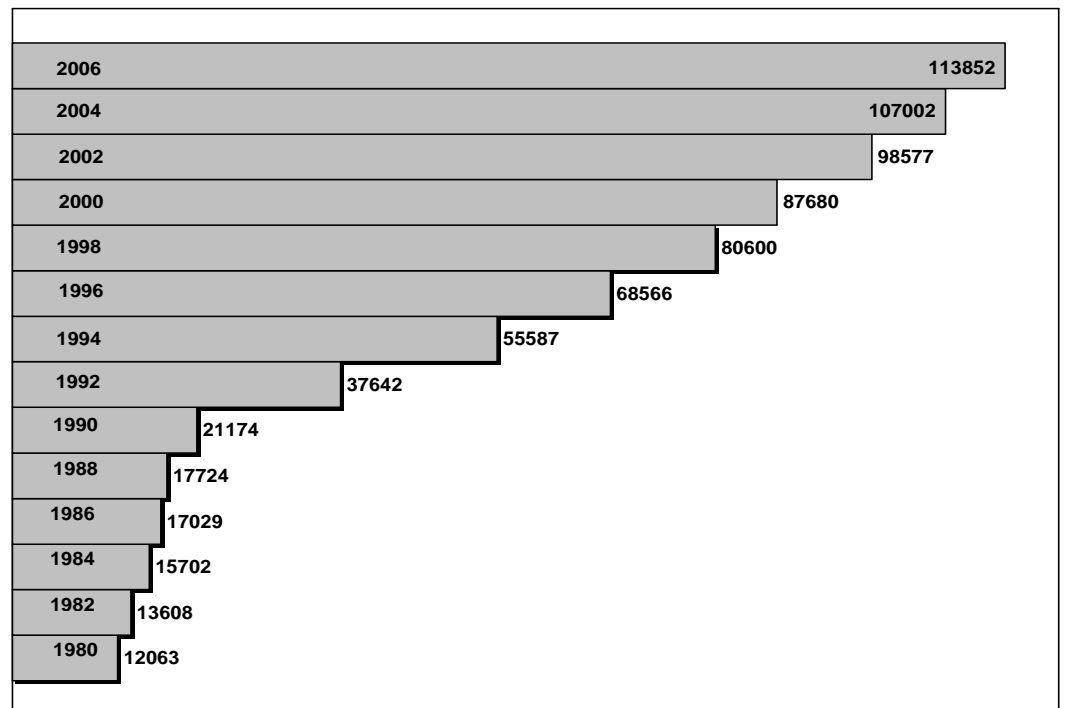
Siirtolaiseksi nimitetään ihmistä, joka on muuttanut maahan pysyvässä tarkoituksessa hankkiakseen toimeentulonsa (Taavela 1999, 22). Siirtolaiset ovat maasta toiseen vapaaehtoisesti muuttavia henkilöitä (Räty 2002, 11). Toistaiseksi ulkomaisen työvoiman vastaanottaminen on ollut vähäisempää. Paluumuuton, pakolaisuuden sekä siirtolaisuuden lisäksi Suomeen tulee nykyään maahanmuuttajia yhä enemmän myös muiden syiden takia. Avioituminen, perhesyyt ja perheenyhdistäminen ovat yleisempiä maahanmuuton syitä. (Liebkind, Mannila, Jasinskaja-Lahti, Jaakkola, Kyntäjä & Reuter 2004, 18.)

Työministeriön tekemässä tutkimuksessa maahanmuuttaja määriteltiin vieraskielisyyden perusteella. Tutkimuksessa maahanmuuttaja, maahanmuuttajataustainen ja vieraskielinen saivat samansisältöisen merkityksen. Heidän määrittelynsä mukaan

maahanmuuttajaksi katsotaan henkilöt, jotka eivät äidinkielenään puhu suomea, ruotsia, saamea tai suomalaista viittomakieltä. (Gissler, Malin, Matveinen, Sarvimäki & Kangasharju 2006, 7.)

2.1.1 Maahanmuuttajat Suomessa ja Lahdessa

Suomen maahanmuuttajapolitiikka on historialtaan lyhyt. Suomi alkoi vasta 1970- ja 1980-luvuilla ottamaan vastaan pakolaisia, erikseen sovitun kiintiön mukaisesti. Vielä vuonna 1986 Suomen pakolaiskiintiö oli vain 100 henkeä. Siitä lähtien se on vahvistettu vuosittain ja tänä päivänä Suomen pakolaiskiintiö 750 henkeä. (Liebkind ym. 2004, 17.) Suomessa asui 2005-2006 vuoden vaihteessa 113 852 ulkomaalaista (Ks. KUVIO 1). Ulkomaalaisten määrä oli tuolloin 2,2 % koko Suomen väestöstä. (Väestörekisterikeskus 2006.) Ulkomaalaissyntyisiä on Suomessa kuitenkin enemmän, sillä monet maahanmuuttajat ovat jo saaneet Suomen kansalaisuuden. Siitä huolimatta Suomessa asuvien maahanmuuttajien määrä on muihin Euroopan maihin verraten pieni. (Liebkind ym. 2004, 17.)



KUVIO 1. Suomessa asuvien maahanmuuttajien kasvun kehitys vuosina 1980-2006 (Väestörekisterikeskus 2006)

Suomeen saapuvien ulkomaalaisten määrä alkoi kasvaa 1980-luvulla ja suurimman ulkomaalaisryhmän muodostivat Ruotsin kansalaiset, joista suurin osa oli paluumuuttajia (Liebkind ym. 2004, 17). Nykypäivänä suurimmat väestöosuudet Suomessa äidinkielen mukaan ovat Suomi, Ruotsi, Venäjä ja Viro. Tällä hetkellä Ruotsista tulleet ulkomaalaiset, 8255 henkeä, sijoittuvat Suomessa vakinaisesti asuvien listalla Venäjältä ja Virosta tulleiden jälkeen. Suomen väestöstä äidinkielen mukaan ruotsia puhuvia on ollut 2006 vuoden vaiheessa 289 675 henkeä, eli 5,5 % koko väestöstä. (Väestörekisterikeskus 2006.)

Lahdessa asuvien ulkomaan kansalaisten määrä on pysynyt suunnilleen samalla tasolla vuosina 2003-2005. Vuodenvaihteessa 2005-2006 Lahdessa asui 2 643 ulkomaan kansalaista eli noin 2,7 % Lahden asukasluvusta. Todellisuudessa Lahdessa asuvien maahanmuuttajataustaisten henkilöiden määrä on suurempi, sillä Suomen kansalaisuuden saamisen myötä maahanmuuttajataustaiset henkilöt eivät ole enää mukana ulkomaalaisten tilastoissa, vaan he ovat suomalaisia. Lahdessa asuvat ulkomaan kansalaiset edustavat 86 eri kansallisuutta. (Lahden kaupungin maahanmuuttajien kotouttamisohjelman seurantatoimikunta 2006.)

2.1.2 Maahanmuuttajat terveystalveluiden käyttäjinä

Sosiaali- ja terveystalvan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) tekemä tutkimus selvitti Suomessa asuvien maahanmuuttajien julkisten terveydenhuoltalveluiden ja sosiaalihuollon laitostalveluiden käyttöä. Tutkimusaineisto käsitti 15 600 työkäistä (15-64 -vuotiasta) maahanmuuttajaa, jotka olivat muuttaneet Suomeen vuosien 1989-2003 aikana. Tutkimuksessa maahanmuuttajat jaettiin neljään ryhmään syntymämaan perusteella. Tuloksien mukaan perusterveydenhuollon käytön suhteen ei havaittavissa ollut suuria eroja maahanmuuttajaväestön ja kantaväestön kesken. Maahanmuuttajaväestöllä oli kantaväestöä enemmän äitiystalveluakäyntejä ja suun terveydenhuollon käyntejä, mutta vastaavasti vähemmän muita perusterveydenhuollon käyntejä. Kaikista väestöryhmistä eniten perusterveydenhuollon käyntejä oli pakolaismaista tulleilla. Havaintoa saattavat osittain selittää pakolaisille tehtävät alkuvaiheen terveystalvelut. (Työministeriö 2006.)

Stakes:en ja Tilastokeskuksen tietoja yhdistelemällä voidaan osoittaa, että maahanmuuttajat käyttävät Suomen terveystalvaeluita vähemmän kuin suomalaiset itse. Poikkeuksena ovat kuitenkin alle 30-vuotiaat naiset, joilla on raskauteen ja synnytykseen liittyvää hoidon tarvetta enemmän kuin suomalaisnaisilla. Stakesin ja Tilastokeskuksen tiedoista ei kuitenkaan selviä, saavatko maahanmuuttajat tarpeensa mukaista hoitoa ja miten he kokevat saamansa palvelut. Tätä varten tarvitaan erillisiä kysely-, haastattelu- ja terveystutkimuksia. (Gissler 2006.)

Lahdessa asuvien maahanmuuttajien terveystalvaeluiden käyttöä on tutkittu aiemmin Lahden kaupunginkanslian toimesta. Sorsan (2003) tekemän tutkimuksen mukaan maahanmuuttajat käyttävät terveystalvaelusten ja kaupunginsairaalan palveluita keskimäärin muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. Tutkimustuloksista nähtiin, että terveystalvaelustalvaeluita käytettiin kuitenkin hieman enemmän kuin kaupunginsairaalan palveluita. Pitkäsen ja Tomperin (1997) inkerinsuomalaisia käsittelevässä tutkimuksessa ilmeni joitakin terveydenhuollon käyttämättömyyteen liittyviä syitä. Syiksi terveystalvaelujen käyttämättömyyteen inkerinsuomalaiset ilmoittivat heikot tietonsa suomalaisista terveystalvaeluista, suomenkielen osaamattomuuden, tulkkien saannin tai käytön vaikeudet sekä pelon siitä, että heidät lähetetään takaisin kotimaahansa, mikäli he käyttävät paljon suomalaisia palveluita. (Taavela 1999, 44.)

2.2 Kulttuuri

Kulttuuri ohjaa ihmisen ajatusmaailmaa, tekemistä ja olemista, mistä koostuu tietynlainen toimintamalli, mikä muokkaa ihmisiä siihen keitä he ovat. Leiningerin (1985) mukaan kulttuuri on arvoja, uskomuksia, normeja ja toimintoja, mitkä tietty ihmisryhmä on oppinut ja mitkä he keskenään jakavat. Nämä asiat ohjaavat ryhmän ajattelua, päätöksentekoa, ja toimintoja kaavamaisesti. Spector (1991) tiivistää, että kulttuuri on järjestelmä, joka perustuu sanattomiin ja kirjoittamattomiin sääntöihin ja tapoihin. Kyseisiä tapoja ovat arvot, uskomukset, asenteet, tavat, kieli ja käyttäytymiseen liittyvät mallit, mitkä pidetään yhteisinä ja jaetaan ryhmän kesken. Boyle & Andrews (1989) kuvaavat kulttuuria edustamaan ainutlaatuisia tapaa vastaanottaa, käyttäytyä ja arvioida ulkoista ympäristöä. Tämä

antaa perustan ihmisryhmän tavalle määrittää omia arvoja, uskomuksia ja toimintoja. Kulttuurilliset erityispiirteet siirtyvät perimätietona kulttuurin sisällä sukupolvelta toiselle. Määritelmästä riippumatta kulttuuri kuvastaa dynaamista, jatkuvasti muokkautuvaa, aktiivista tai passiivista prosessia. (Giger & Davidhizar 1995, 3-4.)

Suomalaiset perheet kuuluvat historiallisesti eurooppalaiseen perhemuotoon. Länsimainen eurooppalainen ydinperhe on isän, äidin ja heidän omien tai adoptiolasten muodostama yksikkö. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003.) Yleisesti perhemuodoissa aviopuolisoiden odotetaan tukevan ja suojelevan toisiaan. Suomessa vastaanotolle oletetaan saapuvan sairastuneen ihmisen kanssa korkeintaan yksi tai kaksi ihmistä. Eri kulttuureiden perhekäsitykset saattavat poiketa hyvin paljon toisistaan. Joissakin kulttuureissa perheen käsitteeseen voi kuulua isän, äidin ja heidän lastensa lisäksi, käytännössä koko suku. (Giger & Davidhizar 1995, 67.) Maahanmuuttaja perheen hierarkia vaikuttaa myös hoitajan ja asiakkaan väliseen kohtaamiseen. Vastaanotolle saattaa potilaan mukana tulla muitakin perheenjäseniä. Kulttuurista riippuen vaimon mukana vastaanotolle tulee yleensä aviomies. Jos mies toimii tulkin roolissa, on varmistettava, että vaimo on saanut kaiken tiedon hoitoon liittyvistä asioista. Monissa maahanmuuttajaperheissä mies toimii johtajana ja päättää perhettä koskevista asioista. (Tuominen 1998, 149.)

Suurimmalla osalla ihmisistä tulee elinpaikan vaihtamisen mukana jonkinlainen kulttuurisokki. Kulttuurisokin mukana ihminen ajautuu kriisitilanteeseen, joka koetaan yleensä raskaana ja stressaavana. Jotkut ihmiset voivat kokea kriisin kuitenkin elämää rikastuttavana asiana, jos eteen tulevat ongelmat pystytään ratkaisemaan. (Liebkind 1994, 25.) Sokin laatu ja määrä riippuvat siitä minkälaiseen kulttuuriin ihminen on muuttamassa ja kuinka paljon kulttuuri eroaa omasta kulttuurista. Kriisin tavallisin aiheuttaja koskee menetyksiä, joita maastamuuton yhteydessä ihminen on joutunut kokemaan. Yleisimpiä näistä ovat läheisen yhteyden katkeaminen perheenjäseniin, ystäviin ja sukulaisiin. Näitä ongelmia kohtaavat erityisesti ne henkilöt, jotka eivät ole lähteneet kotimaastaan ja tutusta kulttuurista omasta tahdostaan. (Alitolppa-Niitamo 1994, 25.) Uuteen kulttuuriin sopeutuminen on lapsilla huomattavasti helpompaa kuin aikuisilla (Frisk & Tulkki 2005, 57).

Kulttuurisokin laatuun vaikuttaa myös se, joutuuko ihminen täysin yksin uuden kulttuurin vaikutuksen alle. Uuteen kulttuuriin sopeutumista helpottaa, jos samasta maasta ja kulttuurista tulevia ihmisiä on useampia. Kuitenkin, jos nämä ihmiset muodostavat hyvin tiiviin ryhmän, missä ei panosteta toisen kulttuurin oppimiseen ja sopeutumiseen, voi se jopa pidentää mahdollista kulttuurisokkia. Se myös pidentää aikaa omaksua toista kulttuuria omakseen. Nämä asiat voivat johtaa väestöryhmän syrjäytymiseen yhteiskunnasta. (Frisk & Tulkki 2005, 56-57.)

Kulttuurien mukanaan tuomat haasteet eivät rajoitu vain siihen, että sopeutuu uuteen ympäristöön, vaan omaan kulttuuriin palaaminen voi myös olla vaikeaa. Pidemmän aikaa vieraassa ympäristössä eläneelle ihmiselle voi olla sokeeraava kokemus palata omaan kulttuuriin takaisin. Tätä kutsutaan nimellä paluusokki. Uuteen kulttuuriin sopeutumiseen voi valmistautua tutustumalla siihen etukäteen. Etsimällä tietoa kulttuurista ja toimintatavoista voi helpottaa omaa sopeutumistaan paikalliseen kulttuuriin ja väestöön. (Frisk & Tulkki 2005, 56-57.)

2.3 Kulttuurien välinen kommunikointi

Kulttuurien välinen viestintä sisältää paljon enemmän väärinkäsitysten riskejä kuin kulttuurin sisäinen viestintä (Pitkänen & Kouki 1999, 34). Hoitotyössä kommunikointi on ensiarvoisen tärkeää. Hoitajan tulisi pyrkiä löytämään yhteinen kieli potilaan kanssa. Tämä asia on jo kauan aikaa sitten tiedostettu. Tästä huolimatta hoitotyössä tulee vastaan tilanteita, joissa ei löydy yhteistä kieltä hoitajien ja potilaan välillä. Näitä tilanteita esiintyy varsinkin, kun potilas ja hoitaja ovat alkuperältään eri kulttuureista. Hoitotilanteessa, jossa ei yhteistä kieltä löydy, tai kommunikaation tavat ja tyyli eroavat, voivat molemmat sekä hoitaja, että potilas tuntea itsensä eristyneiksi ja avuttomiksi. Potilas, joka ei ymmärrä, mitä tapahtuu tai tuntee tulleensa väärinymmärretyksi, voi ilmaista itseään vihalla, yhteistyökyvyttömyydellä tai vetäytymällä syrjään. Tämä voi osaltaan jopa häiritä fyysistä parantumisprosessia. (Giger & Davidhizar 1995, 19-20.)

Sanaton viestintä voi olla vähintäänkin yhtä merkityksellistä kuin varsinaiset sanomamme lauseet. Eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa työskenneltäessä

erilaisten sanattomien viestien merkitys korostuu entisestään. Yhteisen kielen puuttuessa ilmeiden ja eleiden käyttö saattaa olla tavallista runsaampaa. Tällöin myös väärinymmärrysten tai tahattomien loukkausten mahdollisuudet kasvavat. Sanattoman viestinnän välineitä ovat kasvojen ilmeet, katsekontaktit, eleet, liikkeet, kosketukset ja fyysinen etäisyys kumppaniin. (Tuominen 1998, 39-40.) Yhteisen kielen löytäminen ei välttämättä tarkoita sitä, että voidaan keskustella toistemme kanssa. Eri kielissä esiintyy erilaisia murteita, mitkä eroavat hyvin merkittävästi toisistaan. Myös erilaiset eleet ja ilmeet voivat toimia kommunikoinnin välineinä. Kuitenkin erilaisissa kulttuureissa samanlaiset ilmeet tai eleet voivat tarkoittaa täysin eri asioita ja näin saattaa kulttuurien välille syntyä väärinkäsityksiä. Hoitajilla voi esiintyä samankaltaisia vihan ja avuttomuuden tunteita, jos he tuntevat etteivät voi kommunikoida potilaan kanssa, tai eivät pysty ymmärtämään potilaita. Ilman ymmärrettävää kommunikaatiota hoito ei tule olemaan laadukasta. Hoitajien taidot eivät saisi kuitenkaan rajoittua pelkästään kielellisiin taitoihin, vaan heidän tulisi olla myös tietoinen kulttuurien erityispiirteistä. (Giger & Davidhizar 1995, 23.)

Hoitohenkilöstöllä ei aina ole yhteistä kieltä maahanmuuttaja-asiakkaan kanssa. Usein yritetään viimeiseen asti tulla toimeen ilman tulkin apua ja käytetään elekielen lisäksi vaillinaista suomen ja englannin kieltä. Yhteisen kielen puuttuminen saattaa johtaa siihen, ettei asiakas ymmärrä hoito-ohjeita ja joutuu tästä syystä käymään vastaanotolla useamman kerran. (Tuominen 1998, 50.)

Suomessa tulkkaus- ja käännöspalveluja annetaan noin 70 kielellä, mutta siitä huolimatta jotkut kielistä jäävät kääntämättä. Tällöin voidaan käyttää jotain kolmatta kieltä, jota maahanmuuttaja osaa. (Lukkarinen 2001, 55.) Tulkkina ei voi toimia kuka tahansa puhetta kääntävä henkilö, vaan hänen on oltava tulkin koulutuksen saanut ammattihenkilö tai hänellä on käytännön kautta hankittu pätevyys. Tulkki toimii puheviestinnän asiantuntijana ja tuntee kielialueittensa kulttuurin sekä siihen liittyvät arvot, perinteet ja tavat. (Tuominen 1998, 51.)

Tulkkina käytetään valitettavan usein asiakkaan puolisoa, sukulaista tai ystävää. Sukulaissuhteensa takia he ovat esteellisiä toimimaan tulkkina. Heidän kieli- ja tulkkaustaitonsa eivät aina ole riittävät, eivätkä he välttämättä ymmärrä tulkin

roolia puolueettomana ja informaatioon neutraalisti suhtautuvana välittäjänä. Lisäksi terveydenhuollossa käsiteltävät asiat ovat usein liian monimutkaisia ja vastuullisia käsitellä, joten lasta ei saisi tästä syystä käyttää tulkkina. (Tuominen 1998, 51-52.)

2.4 Maahanmuuttaja asiakkaana

Asiakkaan kohtaamiseen liittyy monia seikkoja, mitkä voivat vaikuttaa kohtaamisen luontevuuteen. Joko asiakas tai hoitaja saattaa vaikeuttaa kohtaamistilannetta ja tuoda vuorovaikutukseen haasteita. Kohtaaminen hoitotyössä ei ole tasapuolinen tilanne, vaan hoidettaessa toinen ihmisistä saa, ja toinen antaa hoitoa. Epätasapuolisuus korostuu edelleen tarkasteltaessa hoitajan ja asiakkaan näkökulmia, mitkä eroavat selvästi toisistaan. Asiakas on kiinnostunut itsestään, omasta ongelmastaan ja sen vaikutuksista hänen elämäänsä. Hoitaja on myös kiinnostunut asiakkaasta ammatillisessa mielessä. (Heikkinen & Laine 1997, 11.)

Lovikan (1998) pro-gradu tutkimuksessa tuloksista korostui se, että hoitajan on tärkeää kehittää itsessään nöyrää vastaanottamisen kykyä. Viestien suunnan tulisi ensisijaisesti olla asiakkaalta hoitajalle, jolloin hoitaja rakentaa toimintansa niiden pohjalta. Vastaanottamisen esteenä voi olla hoitajan kiire ja hallitsevuus tilanteessa. Heikkisen ja Laineen (1997) toimittamassa teoksessa kuvaillaan hoitajan kohtaamistaitojen kehittyvän ammattitaidon myötä. Lovikan (1998) tutkimuksessa kohtaamiseen liittyvät ongelmat olivat pääasiassa hoitajasta riippuvaisia.

Ihmisellä on luontainen taipumus luokitella asioita ymmärtääkseen kokemaansa ja näkemäänsä paremmin. Stereotypiat voivat olla sekä positiivisia että negatiivisia, ja niiden syntyyn voivat vaikuttaa useat eri tekijät. Yleistyksiä tehdään ihmisryhmistä ja kulttuureista, minkä tuloksena syntyy stereotypioita eli pitkälle meneviä yleistyksiä jostakin tietystä asiasta. (Frisk & Tulkki 2005, 87.) Stereotypiat voivat toimia joko eduksemme tai meitä vastaan. Ihmisen luodessa tiukkoja tulkintoja stereotypioista, muuttuu suhtautuminen ennakkoluuloiseksi niitä kohtaan, jotka ovat tämän tietyn mielikuvan mukaisia. Herkästi myös yleistämme

käsityksemme koskemaan kokonaista kansaa tai ihmisryhmää. (Tuominen 1998, 35.)

Ulkomaalaisuudesta ja vieraasta kulttuuritaustasta ei tarvitse tehdä hallitsevaa tekijää hoitajan ja asiakkaan kahdenkeskisessä kohtaamisessa. Yhteisen kielen löytäminen ja asiakkaan poikkeava käyttäytyminen suomalaisesta käyttäytymisestä saattavat estää hoitajaa näkemästä asiakasta yksilönä. Asiakasta hoidetaan kuitenkin samalla tavalla kuin ketä tahansa muuta asiakasta. Kulttuurien välisessä kohtaamistilanteessa hoitajan on hyvä tulla ajatelleeksi omien käsitystensä ja käytöksensä kulttuurisidonnaisuutta. Kyky kyseenalaistaa itsestään selvinä pitämiä asioita helpottaa kohtaamista ja vuorovaikutusta. Oman sidonnaisuutensa tunnistaminen edesauttaa erilaisuuden hyväksymistä. (Viialainen 1995, 25.) Tuominen (1998) mukaan suomalaisten terveydenhuollon työntekijöiden on toisaalta hyvin vaikeata muuttaa toimintaansa vastaamaan vieraista kulttuureista tulevien odotuksia. Tavoitteena voi kuitenkin olla eri kulttuureista tulevien ymmärtäminen ja sitä kautta hoitomyöntyvyyden ja hoitotuloksen paraneminen. Tavoitteen mukana myös oma työskentely muuttuu miellyttävämmäksi ja maahanmuuttajan kontakti suomalaiseen terveydenhuoltoon paranee.

Eri kulttuureista tulevilla saattaa olla tapoja ja tottumuksia, jotka eivät sovi lainkaan suomalaisen yhteiskunnan toimintaan, esimerkiksi vastaanottoaikojen noudattaminen. Kaikissa maissa ei ole ajanvaraussysteemiä, vaan lääkäriin tai hoitajalle mennään oireiden ilmaantuessa. Myös käsitykset terveydestä, sairaudesta ja parantamiskeinoista vaihtelevat eri kulttuureissa. (Tuominen 1998, 21, 49.) Terveydenhuollossa työskenteleville on tuttua, että asiakkaan käsitys oireistaan ja sairaudestaan poikkeavat lääkärin käsityksestä. Poikkeavuus kasvaa entisestään, kun asiakkaana on toisesta kulttuurista tuleva. (Viialainen 1995, 22.) Maahanmuuttaja saattaa meidän mielestämme suurennella pieneltä tuntuvaa vaivaa, kuten närästystä tai flunssaa. Toisaalta vakavampiin sairauksiin ulkomaalainen asiakas saattaa suhtautua tyynesti, kuten syöpään tai HI-virukseen. (Tuominen 1998, 63.)

Hoitajalta vaaditaan myös kykyä oivaltaa, mistä asiakkaan käyttäytymisessä ja vuorovaikutuksessa on kysymys. Vaikka hoitajalla ja asiakkaalla on yhteinen kieli tulkin välityksellä, on hoitajan tarkkailtava asiakkaan ei-sanallista viestintää ja sitä

kautta saada myös enemmän tietoa asiakkaasta. (Viialainen 1995, 22, 25.) Suuri osa viestinnästä on juuri sanatonta oheisviestintää, ja erilaiset äänneet, puheen rytmi ja käsimerkit vaihtelevat kulttuureittain. Kahden ihmisen keskinäinen ymmärtäminen vaatii siis muutakin kuin yhteisen kielen. (Räty 2002, 66.) Maahanmuuttaja-asiakkaan luottamus hoitoa kohtaan kasvaa, jos hoitaja selittää sitä koskevat asiat huolellisesti (Viialainen 1995, 22). Luottamuksen syntymistä edesauttaa myös hoitajan ammatillisuus ja maahanmuuttaja-asiakkaan kohtelu yksilönä. Luottamuksen lisääntyessä myös maahanmuuttaja-asiakkaan varaukset ja pelot suomalaista terveydenhuoltoa kohtaan hälvenevät. (Tuominen 1998, 30.)

Räty (2002) toteaa että, hoitajan on oman työnsä onnistumisen kannalta ymmärrettävä kulttuurien erilaisuuteen liittyviä asioita. Kokemus ja työskentely maahanmuuttajien kanssa auttavat ymmärtämään heitä paremmin. Jos asiakas käyttäytyy kohtaamistilanteessa hoitajaa kohtaan epäkohteliaasti, taustalla voi olla muitakin syitä kuin kulttuurin opettama tapa kohdella naista. Taustalla saattaa olla esimerkiksi asiakkaan vaikea elämäntilanne uudessa maassa, pelko ja epäluuloisuus vierasta tilannetta kohtaan tai kotimaassa omaksuttu asenne hoitohenkilökuntaa kohtaan. Asiakkaan käytöstä ei siis turhaan pidä selittää kulttuurisidonnaiseksi. Kulttuurisokissa, kaukana kotimaasta, perheestä ja ystävistä ihminen käyttäytyy eritavalla kuin normaalisti käyttäytyisi.

Kohtaamistilanteessa hoitaja voi joko luoda turvallisuutta tai lisätä entisestään asiakkaan kokemaa turvattomuutta. Joutuessaan hoitoon asiakas saattaa kokea turvattomuutta pelkojensa kautta. Hoitoympäristö, erilaiset toimenpiteet ja toisten ihmisten armoille joutuminen, saattavat herättää asiakkaassa erilaisia pelkoja. (Heikkinen & Laine 1997, 138-139.) Maahanmuuttaja-asiakkaalla ylimääräistä stressiä ja turvattomuutta aiheuttavat kotimaan kaipuun ja uusi kulttuuripiiri (Tuominen 1998, 23). Hoitajan kiireetön, rauhallinen ja toisia huomioon ottava olemus, luovat asiakkaalle turvallisuuden tunnetta (Heikkinen & Laine 1997, 139).

Maahanmuuttaja, joka on oleskellut Suomessa jo jonkin aikaa, saattaa toimia vastoin odotuksiamme. Vaikka maahanmuuttaja tietäisikin, että Suomessa noudatetaan aikatauluja ja lääkärielle ei saavuta koko suvun voimin, hän saattaa silti toimia

toisin. Sääntöjen sisäistäminen vie aikaa ja omassa kulttuurissa opitut tavat eivät katoa hetkessä. Oma tiedostamatonta käytöstä on vaikea muuttaa. (Räty 2002, 213-216.)

2.5 Aikaisemmat tutkimukset

Opinnäytetyötä tehtäessä (2006-2007) ei löytynyt aiempaa tutkimusta, mikä olisi varsinaisesti tehty samasta aiheesta. Aihetta sivuavia tutkimuksia, maahanmuuttajista terveystalvelujen käyttäjinä ja terveydenhuoltoalan henkilökunnan valmiuksista kohdata maahanmuuttaja-asiakkaana, löytyi useita. Osassa tutkimuksista sivuttiin myös maahanmuuttajien terveystalvelujen laatua. Tutkimuksia maahanmuuttajista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina on tehty hoitohenkilökunnan arvioimana enemmän kuin asiakkaan näkökulmasta.

Hirstiö-Snellmanin ja Mäkelän (1998) tekemä tutkimus käsittelee maahanmuuttajia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina työntekijöiden arvioimana. Kyseisessä tutkimuksessa työntekijät kuvasivat maahanmuuttaja-asiakkaita yhteistyöhaluttomiksi, passiivisiksi, etujaan ajaviksi ja omien ongelmien ratkaisematta jättäjiksi. Haastatellut työntekijät toivoivat keskustelua siitä, miten pitkälle terveydenhuollossa voidaan tehdä myönnytyksiä erilaisista kulttuurisista ja yhteiskunnallisista taustoista tulevien takia. Työntekijöiden mukaan eniten ongelmia aiheuttivat yhteisen kielen puute, epäluottamus maahanmuuttajan ja työntekijän välillä sekä heidän erilaiset tavoitteet hoidon suhteen. (Taavela 1999, 44-45.) Myös Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (1998) ”Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaina”, todettiin samoja ongelmia kuin Hirstiö-Snellmannin ja Mäkelän tutkimuksessa. Maahanmuuttajien koettiin yhteistyöhaluttomuuden ja passiivisuuden lisäksi elättelevän ylimitoitettuja ja yksipuolisia odotuksia hoitoaan kohtaan. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2005, 31.)

Myös Pitkänen (2006) on tutkimuksessaan tarkastellut Suomen eri hallintoalojen viranomaisten suhtautumista ulkomaalaisten maahanmuuttoon ja kulttuurisen monimuotoisuuden lisääntymistä yhteiskunnassa. Kokemukset ulkomaalaistaustaisista asiakkaista olivat yleisesti ottaen myönteisiä, vaikka maahanmuuttajia pidettiin

vaikeina asiakkaina. Erityisesti sairaan- ja terveydenhoitajat toivat esiin kulttuurien kohtaamiseen liittyviä ongelmia. Eniten ongelmia tuottivat kielivaikeudet ja kulttuurien erilaisuus.

Sorsan (2003) Lahden kaupunginkanslialle tekemän asiakastyytyväisyyskyselyn tarkoituksena oli selvittää Lahdessa asuvien maahanmuuttajien tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin. Tutkimuksen teemoista terveydenhoitoa ja sosiaalipalveluita käsittelevät kysymykset koskivat Lahden kaupungin terveyskeskuksia, kaupunginsairaala, päivähoidon ja sosiaaliasemia. Kysymyksillä pyrittiin selvittämään, kuinka usein vastaajat käyttävät palveluita, kuinka hyvin palvelut vastaavat heidän tarpeitaan ja miten tyytyväisiä he ovat henkilökunnan ystävällisyyteen ja ammattitaitoon. Tutkimuksen tulokset osoittavat maahanmuuttajien olleen jokseenkin tyytyväisiä terveydenhoito- ja sosiaalipalveluihin. Tutkittaessa tyytyväisyyteen vaikuttaneita tekijöitä ilmeni syrjintäkokemusten vaikuttaneen tyytyväisyyteen palveluita sekä henkilökunnan ystävällisyyttä kohtaan. Lisäksi keskeisiä ongelmia tuloksien mukaan olivat kieliongelmat, lääkäreiden heikko ammattitaito, jonot, kiire sekä maahanmuuttajiin liittyvät stereotypiat.

Taavelan (1999) tarkastelee väitöskirjassaan maahanmuuttajien palvelujen laatua Suomen perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia terveydenhuollon käytäntöön ja koulutukseen soveltamiskelpoisia tietoja maahanmuuttajien palvelujen laadusta. Maahanmuuttaja-asiakkaat olivat pääasiassa tyytyväisiä terveyspalvelujen laatuun ja saamaansa kohteluun perusterveydenhuollossa. Maahanmuuttajien kulttuuritaustojen ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen esteitä olivat sekä maahanmuuttajien että työntekijöiden kielteiset asenteet, ennakkoluulot, kieliongelmat, työntekijöiden kulttuurituntemukset vähyys sekä vastaanottoaikojen joustamattomuus. Esteenä olivat myös kiire, ajanpuute ja henkilökunnan vähyys. Samankaltaisia tuloksia on saanut myös Idehen-Imarhiagbe (2006). Pro gradu –tutkielmaansa varten hän haastatteli nigerialaisia maahanmuuttajia, jotka kuvasivat Suomen terveydenhuollon olevan ensiluokkaista. Lääkäreiden oli kuvattu olevan liian kiireellisiä kunnollisen tutkimuksen tekemiseksi. Vuorovaikutus potilaan ja sairaanhoitajan välillä koettiin erinomaiseksi. Nigerianlaisten mukaan heille tarjottu hoito oli tehty kulttuurillisen ymmärryksen puutteen takia

vain arvausten perusteella. Myös hoidonjatkuvuus oli saanut kritiikkiä. Tästä huolimatta nigerialaiset kokivat saaneensa Suomessa parasta mahdollista hoitoa.

Poutalan (1998) tekemä pro-gradu tutkielma puolestaan selvittää suomalaisten potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia potilaan ja ensiapupoliklinikan henkilökunnan välisestä vuorovaikutussuhteesta vastaanottotilanteessa. Tutkimustuloksien mukaan myönteisenä nähtiin hoitajien ystävällinen käytös potilasta kohtaan. Kielteisenä puolestaan nähtiin ohjauksen puutteellisuus, potilaan osakseen saaman aidon kiinnostuksen vähyys ja yksityisyyden suojaamisen puutteellisuus. Hoitohenkilökunta koettiin kohteliaaksi, mutta esittäytymisessä nähtiin parantamisen varaa.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää maahanmuuttajien tyytyväisyyttä Lahden avoterveydenhuollon palveluihin. Tarkoituksena on kartoittaa, kuinka Lahden avoterveydenhuollon hoitohenkilökunta kohtaa maahanmuuttajan vastaanotolla asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksessa selvitetään maahanmuuttajan näkemystä, kuinka hänen kulttuurinsa ja kielitaitonsa on otettu vastaanotolla huomioon. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa maahanmuuttajien tyytyväisyydestä ja saattaa se terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuuteen. Avoterveydenhuollon palvelut ovat tutkimuksessa rajattu käsittämään terveyskeskuksista ja neuvoloista saatua hoitoa.

Tutkimuskysymykset

1. Kuinka Lahden avoterveydenhuollon hoitohenkilökunta kohtaa maahanmuuttajan vastaanotolla asiakkaan näkökulmasta?
2. Mikä on maahanmuuttajan näkemys siitä, kuinka hänen kulttuurinsa ja kielitaitonsa on otettu vastaanotolla huomioon?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimukset voidaan jakaa kahteen eri luokkaan, teoreettisiin ja empiirisiin. Kvantitatiivinen tutkimus on empiiristä eli havainnoivaa tutkimusta, mikä käyttää hyväkseen tilastotieteen kehittämiä menetelmiä. (Holopainen & Pulkkinen 1996, 8, 17.) Empiirinen tutkimus koostuu kolmesta osa-alueesta: tutkimusongelmasta, aineistosta ja menetelmästä (Heikkilä 1998, 22).

Tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, mikä selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Tutkimus tapahtuu lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyvien kysymysten avulla. Aineiston keruu tapahtuu kvantitatiivisessa tutkimuksessa standardoitujen kysymyslomakkeiden avulla, joihin on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Jotta kvantitatiivinen tutkimus voidaan toteuttaa, vaatii se riittävän suurta ja edustavaa otosta. (Heikkilä 1998, 15-16.) Kun kyseessä on yleiskartoitus, on kysely paras muoto kerätä aineistoa (Eskola, Hälikkä & Kortet 1999, 41; Valli 2001, 29).

Tutkimusraportti sisältää kuvauksen tutkimuksen suorittamisesta ja yhteenvedon tuloksista. Opinnäytetyö sisältää empiirisen eli kokemusperäisen osan lisäksi tutkimusongelmaan liittyviä teoreettisia tarkasteluja sekä tutkimustulosten ja teorian välisen yhteyden osoittamisen. (Heikkilä 1998, 68.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset esitetään tilastoina, jolloin suuret tietomäärät on tiivistetty taulukoiksi tai graafisiksi esityksiksi (Holopainen & Pulkkinen 1996, 8).

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksessa käytettävä ja tutkimussuunnitelman aikana määritetty perusjoukko on tutkittava kohdejoukko, josta tietoa halutaan. Perusjoukko on määritettävä tarkasti, jotta siitä saataisiin mahdollisimman edustava otos. Vaikka perusjoukko pystyttäisiinkin määrittämään tarkasti, voi yksilöiden tavoitettavuus olla hankalaa

tai käytännössä mahdotonta. Kohdeperusjoukkoon kuuluvat kaikki kiinnostuksen kohteena olevat ja kehikkoperusjoukkoon ne, jotka voidaan käytännössä tavoittaa. (Heikkilä 1998, 33.)

Tutkimusta varten tehty taustatyö antoi tietoa, kuinka tavoittaa riittävän kokoinen kohderyhmä määrällisen tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimusta suunniteltaessa yhteistyössä toimi Lahden monikulttuurikeskus Multi-Culti:n sekä Lahden maahanmuuttaja terveydenhoitaja. Heidän kanssaan keskusteltiin siitä, mistä voidaan tavoittaa mahdollisimman suuri ryhmä maahanmuuttajia yhdellä kertaa. Lisäksi saatiin tietoa Lahden maahanmuuttajaväestöstä ja erityispiirteistä maahanmuuttaja terveydenhuollossa. Yhteistyötahot olivat suurena apuna tutkimuskysymyksiä kartoittamisessa.

Kohderyhmän valinnan perusteena olivat helppo tavoitettavuus sekä suuren vastaajamäärän saavuttaminen yhdellä kerralla. Tutkimuksen kohderyhmä oli Koulutuskeskus Salpauksen suomenkielen jatkokursseilla opiskelevat maahanmuuttajat. Suomen kielen kursseilta oli mahdollisuus tavoittaa suuri vastaajajoukko yhden päivän aikana, sillä kurseja suoritetaan päivittäin. Otantamenetelmäksi muodostui tällöin ryväotanta. Ryväotannassa perusjoukko koostuu luonnollisista ryhmistä, kuten kotitaloudet ja yritykset. Näistä ryhmistä joko arvotaan tai valitaan systemaattisesti yksilöitä mukaan otokseen. Otosyksikön koon perusteella valittavassa otannassa valitaan vain tietyn kokoisia yksiköitä. Näitä ovat esimerkiksi väestömäärältään samansuuruiset kaupungit. (Heikkilä 1998, 34-40.)

Opinnäytetyön toteuttamiseen tarvittiin tutkimuslupa, jonka myönsi Koulutuskeskus Salpauksen rehtori (Ks. LIITE 1). Hyväksymisen jälkeen yhteyshenkilönä Koulutuskeskus Salpauksessa toimi maahanmuuttaja koulutuksen koordinaattori. Hänen kanssaan käytiin etukäteen läpi kyselylomaketta ja sovittiin aineiston keruun käytännönjärjestelyistä. Ennen varsinaista aineistonkeruupäivää, toimitettiin suomenkielen kurssien kouluttajille saatekirje (Ks. LIITE 2). Saatekirjeestä selvisi tarkemmin tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja yleistä tietoa tutkimukseen osallistuville maahanmuuttajille. Kouluttajat olivat etukäteen lähettäneet kurssilaisille saatekirjeen, joihin he olivat hyvin ehtineet tutustua. Aineiston keruu suoritettiin 11.10.2006 Koulutuskeskus Salpauksessa. Suomenkielen kurssien kouluttajien

pyynnöstä tutkijaryhmä oli aineiston keruutilanteessa läsnä. Aineiston keruu tapahtui yhden päivän aikana, joten kyselylomakkeet saatiin samalla kertaa vastattuina mukaan.

4.3 Kyselylomakkeen rakenne ja sisältö

Kyselylomake on olennainen osa kyselytutkimusten toteutusta. Sen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelman pohtimista, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Kyselylomaketta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon myös se, miten aineistoa aiotaan käsitellä. Tietokoneen käsittelyohjelman valinta on tehtävä tällöin. Kysymyksiä ja niiden vastausvaihtoehtoja mietittäessä on selvitettävä, kuinka tarkkoja vastauksia halutaan ja kuinka tarkkoja tietoja on mahdollisuus saada. (Heikkilä 1998, 46.)

Standardoidut eli suljetut kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun vastaajat eivät ole kielellisestä lahjakkaita eivätkä välttämättä osaa itse muotoilla vastauksiaan. Valmiiden vastausvaihtoehtojen vuoksi vastaaminen ei tuota kielellisiä vaikeuksia vastaajille. (Heikkilä 1998, 50-51.) Tämä vaihtoehto oli tutkimuksen kannalta ehdoton, koska ei ollut ennakkokäsitystä siitä, millainen kohderyhmän kielitaito on. Avoimien kysymysten käyttäminen olisi saattanut vaikuttaa tulosten luotettavuuteen, mikäli vastaukset olisivat olleet vaikealukuisia.

Likertin asteikkoa käytetään yleensä mielipidekyselyissä. Se on tavallisesti neljä- tai viisiportainen asteikko, missä ääripäinä ovat täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä. Tältä asteikolta vastaajan tulee valita parhaiten omaa käsitystään vastaava vaihtoehto. Likertin asteikolla on yleensä vaihtoehto, ei osaa sanoa. Tämä vaihtoehto saattaa olla liian houkutteleva ja sen pois jättämistä kannattaa harkita. Näin tehtäessä vastaaja pakotetaan ottamaan kantaa suuntaan tai toiseen. Kysymysten asetelua tulee myös harkita tarkkaan. Jos vastaajalla ei ole kokemusta jostain asiasta, tulee väittämä esittää selvästi. Silloin vastaajalle ei jää epäselväksi mitä kyseisellä väittämällä tarkoitetaan. Tällöin asteikkoon voidaan lisätä vaihtoehto, en ole käyttänyt. Asia voidaan myös selventää erillisellä väittämällä. (Heikkilä 1999, 52.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen rakenteessa sovellettiin Likertin

asteikkoa. Viisiportaisessa asteikossa vastausvaihtoehdot olivat erittäin huonosta erittäin hyvään. Vaihtoehtoa, ei osaa sanoa, ei kyselylomakkeessa ollut.

Kyselylomake laadittiin teoreettisen tiedon pohjalta ja kysymykset muodostettiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Toteutusvaiheessa päädyttiin tekemään kysely suomenkielillä. Perusteena suomenkielen käyttämiselle kyselylomakkeessa oli oletettu kohderyhmän riittävä suomenkielen taito. Kyselylomake olisi ollut mahdollista kääntää eri kielille ja silti säilyttää suljettujen vastausvaihtoehtojen vuoksi tulosten helppo analysoitavuus. Vastajat eivät olisi kuitenkaan olleet tasarvoisessa asemassa vastatessaan kyselyyn, koska kyselylomake olisi ollut mahdollonta kääntää kaikkien kohderyhmäläisten äidinkielille. Kaikkien kyselyyn osallistuvien maahanmuuttajien äidinkieltä ei tiedetty ennalta. Eri kielille käännettyjä kyselylomakkeita ei myöskään toivottu yhteistyötaho Koulutuskeskus Salpaoksen puolelta. Kyselylomake koostuu neljästä osiosta, jotka ovat ryhmitelty valittujen teoreettisten käsitteiden mukaan. Kyselylomakkeessa on yhteensä 20 suljettua kysymystä ja yksi avoin tila, johon vastaaja sai halutessaan kertoa saamistaan hoidosta. (Ks. LIITE 3.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kuvataan taustatietojen avulla otokseen valikoitunutta ryhmää. Taustatietojen avulla voidaan arvioida otoksen edustavuutta. Niitä voidaan myös vertailla perusjoukosta saatavilla oleviin tilastotietoihin. (Niskanen 1994, 122.) Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa kysyttiin neljällä kysymyksellä vastaajien taustatietoja. Taustatietoina kysyttiin ikää, sukupuolta, kotimaata ja Suomessa asuttua aikaa. Useimmissa vastaavanlaisissa tutkimuksissa on käytetty samoja taustatietoja, joten niiden valinta kysymyslomakkeeseen tapahtui osittain siitä syystä. Monipuoliset taustatiedot antavat tarvittaessa mahdollisuuden vertailla eri väestö- ja ikäryhmien näkemyksiä keskenään.

Kyselylomakkeen toinen osio koostuu 11 väittämästä, millä pyrittiin saamaan vastauksia kysymykseen, kuinka Lahden avoterveydenhuollon hoitohenkilökunta kohtaa maahanmuuttajan vastaanotolla asiakkaan näkökulmasta. Kolmannessa osiossa on 5 väittämää koskien kulttuurin ja kielitaidon huomioimista vastaanotolla. Kysymyslomakkeen viimeisessä osiossa on vapaata tilaa kertoa hyviä ja

huonoja asioita asiakkaan saamasta hoidosta. Avoimesta kysymyksestä saatuja lausahduksia käytettiin tutkimuksesta saatujen tuloksien yhteydessä.

Kyselylomake tulee aina testata ennen varsinaista aineistonkeruuta. Testauksessa kiinnitetään huomiota kysymysten ja ohjeiden yksiselitteisyyteen, vastausvaihtoehtojen toimivuuteen sekä vastaamiseen kuluvaan aikaan ja kyselylomakkeen raskauteen. Testauksen jälkeen tehdään tarvittavat muutokset lomakkeen rakenteeseen ja muihin testauksessa huomioituihin seikkoihin. Korjaamisen jälkeenkin on hyvä antaa jonkun vielä lukea kyselylomake, jotta kysymykset vastausvaihtoehtoineen ovat mahdollisimman yksiselitteiset ja tutkimuksen tarkoitusta vastaavat. Kyselylomakkeen mukana jaetaan vastaajille saatekirje, mikä testataan myös ennen kyselyn toteuttamista. Saatekirjeestä tulee käydä ilmi tutkimuksen tekijät sekä tutkimuksen tarkoitus. (Heikkilä 1998, 60.) Kyselylomakkeen testaamisessa pyydettiin testihenkilöitä kiinnittämään huomiota kysymysten ymmärrettävyyteen ja selkeyteen. Yksi testaamisen osa-alue oli kyselylomakkeen täyttämiseen kuluvan ajan mittaaminen. Siten voitiin arvioimaan, kuinka kauan kohderyhmän henkilöillä kuluu aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen. Kyselylomakkeen testaamiseen pyydettiin kolmea maahanmuuttajaa. Testausajankohtana testihenkilöistä kaksi oli asunut Suomessa viiden vuoden ja kolmas yhdeksän vuoden ajan. Lisäksi kyselylomakkeen luki kolme sairaanhoitajaopiskelijaa ja kolme sosionomiopiskelijaa, joilta saatiin palautetta kyselylomakkeesta ja saatekirjeestä. Kyselylomakkeesta saatu palaute oli hyvää, eikä muutoksia tarvinnut testaamisen jälkeen tehdä.

4.4 Aineiston käsittely ja analysointi

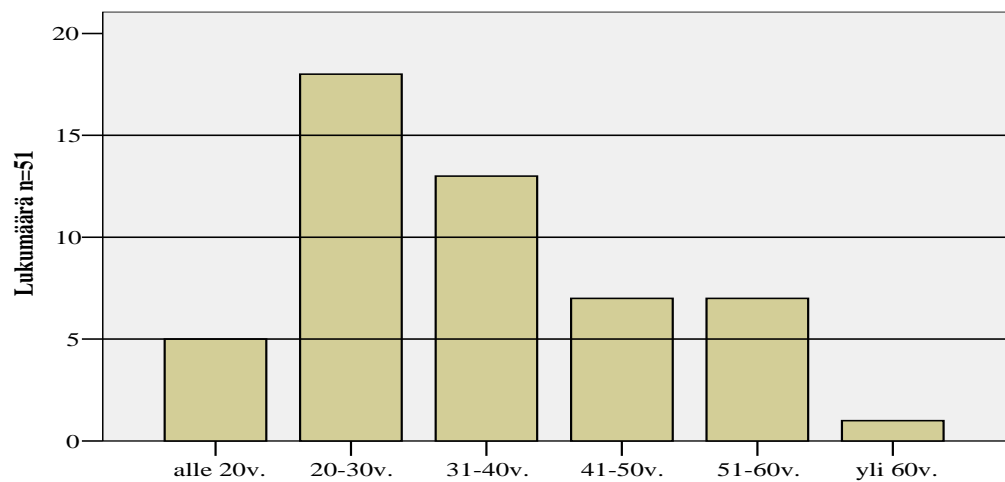
Opinnäytetyöhön valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 212). Tutkimusaineisto syötettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) tietokoneohjelmaan, mikä on yleisesti käytössä Suomen korkeakouluissa. Kaikkien vastaajien kyselylomakkeet hyväksyttiin tutkimukseen. Aineiston keruun jälkeen kyselylomakkeet numeroitiin ja tulokset syötettiin SPSS- tietokoneohjelmaan. SPSS- ohjelman avulla tehtiin havaintotaulukot, jotka siirrettiin Word-

tekstinkäsittelyohjelmaan. Taulukot olivat apuna aineiston havainnollistamisessa sekä johtopäätösten tekemisessä. Kyselylomakkeen viimeisen osion avoimen kentän lausahduksia ei analysoitu, mutta niitä käytettiin elävöittämään johtopäätöksiä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

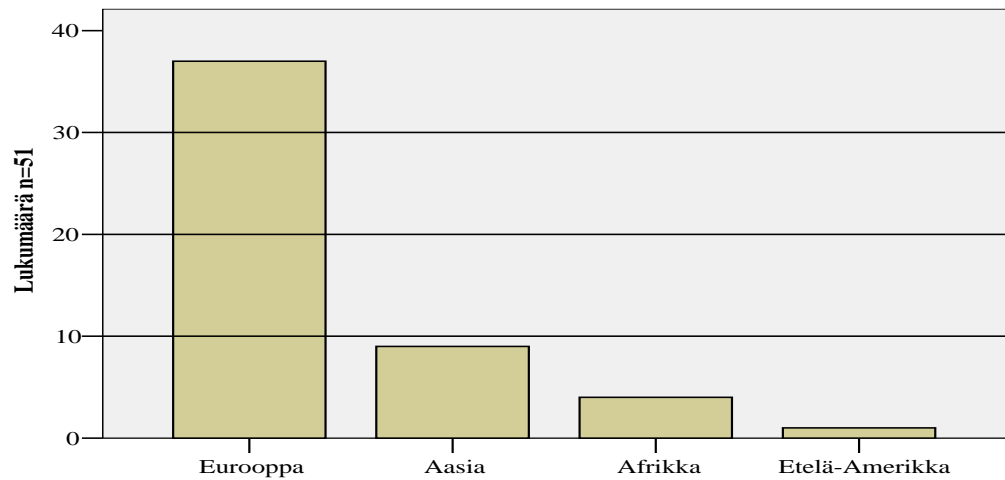
5.1 Taustatiedot

Kohderyhmä eli otos koostui 56 maahanmuuttajasta, joista kyselyyn vastasi 51 (n=51) henkilöä. Tällöin vastausprosentiksi muodostuu 91. Kohderyhmästä viisi henkilöä ei vastannut kyselylomakkeeseen, koska heillä ei ollut kokemusta avoterveydenhuollon palveluista Lahdessa. Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa kartoitettiin neljällä kysymyksellä maahanmuuttajan taustatietoja.



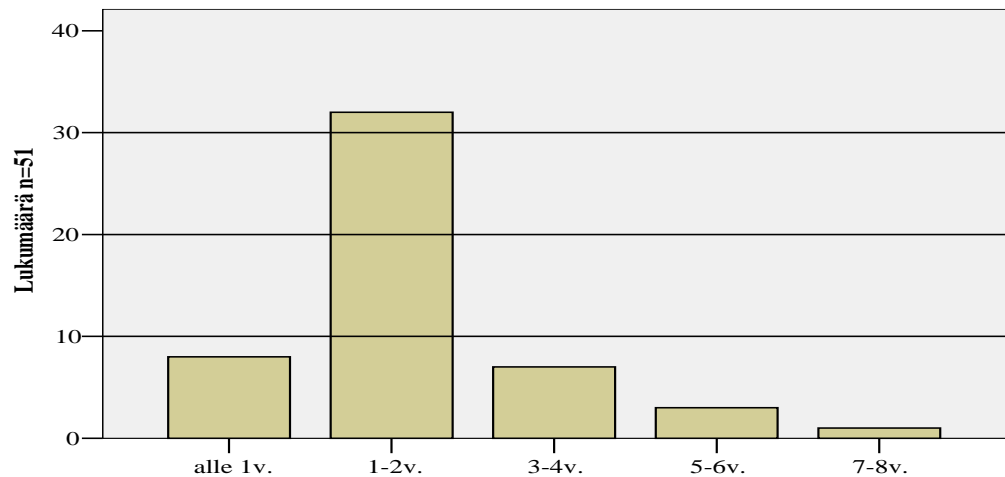
KUVIO 2. Kyselyyn vastanneiden maahanmuuttajien ikäjakauma

Kyselyyn vastanneista maahanmuuttajista naisia oli 37 ja miehiä 14. Vastaajista enemmistö (18) oli iältään 20-30-vuotiaita. Vähiten vastaajia (1) oli yli 60-vuotiaiden ikäryhmässä. (Ks. KUVIO 2)



KUVIO 3. Kyselyyn vastanneet maahanmuuttajat maanosittain

Kyselyyn vastanneet maahanmuuttajat olivat kotoisin neljästä eri maanosasta. Kohderyhmässä ei ollut yhtään henkilöä kotoisin Pohjois-Amerikasta tai Australiasta. Yli puolet vastaajista oli kotoisin Euroopasta. Aasiasta, Afrikasta ja Etelä-Amerikasta oli muutamia henkilöitä. (Ks. KUVIO 3)

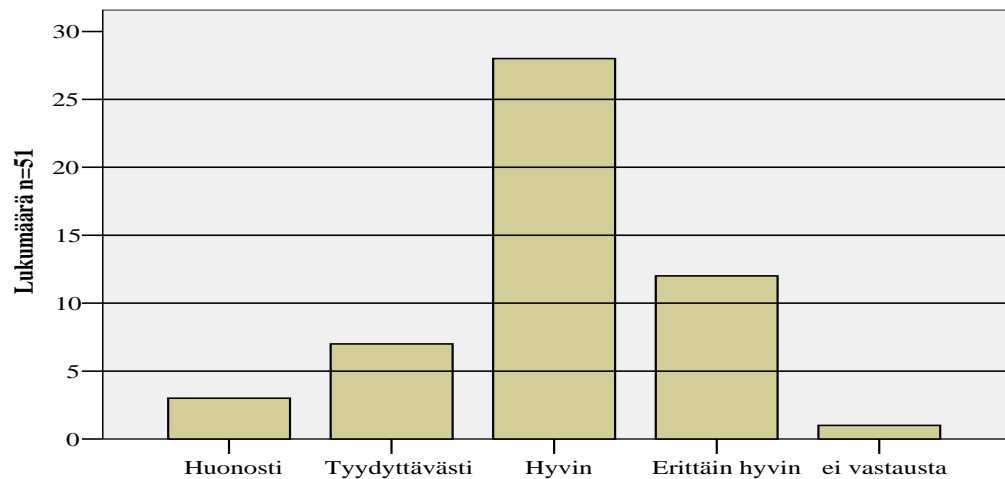


KUVIO 4. Kyselyyn vastanneiden maahanmuuttajien Suomessa oloaika

Kyselyyn osallistuneista henkilöistä lähes kaikki olivat asuneet Suomessa alle viisi vuotta. Suurin osa vastaajista oli asunut Suomessa 1-2 vuotta. (Ks. KUVIO 4)

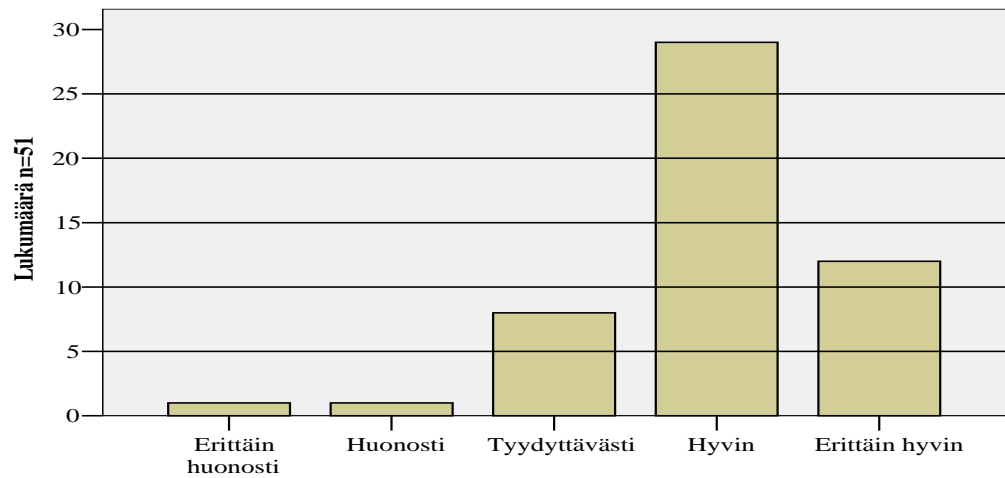
5.2 Asiakkaan kohtaaminen

Maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaamistilannetta avoterveydenhuollon vastaanotolla arvioitiin 11 väittämällä.



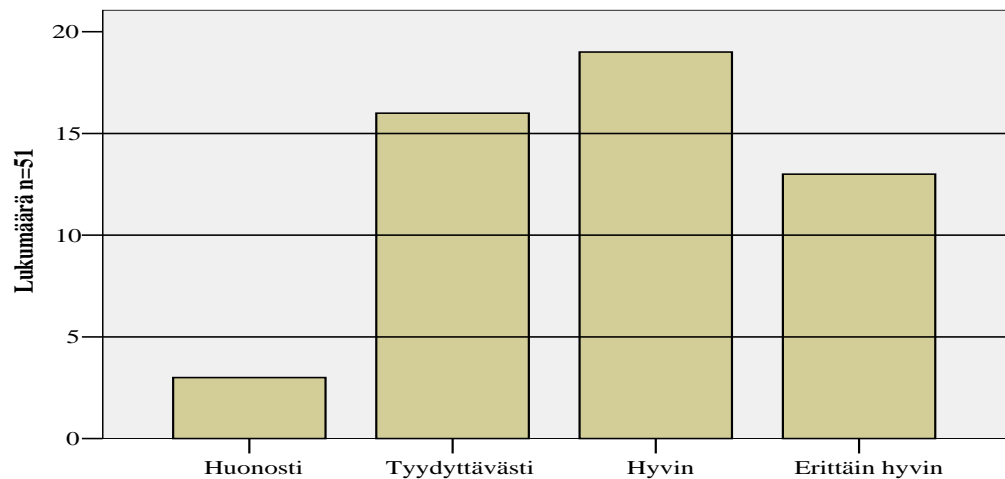
KUVIO 5. Maahanmuuttajien näkemys hoitohenkilökunnalta saamastaan kohtelusta

Kyselyyn vastanneista suurin osa arvioi hoitohenkilökunnan kohtelun hyväksi tai erittäin hyväksi. Kukaan vastaajista ei pitänyt hoitohenkilökunnan kohtelua erittäin huonona. Kolmen vastaajan näkemys oli, että heitä oli kohdeltu huonosti ja seitsemän vastaajasta arvioi kohtelun tyydyttäväksi. (Ks. KUVIO 5)



KUVIO 6. Maahanmuuttajien tyytyväisyys hoitajan keskusteluun käyttämään aikaan

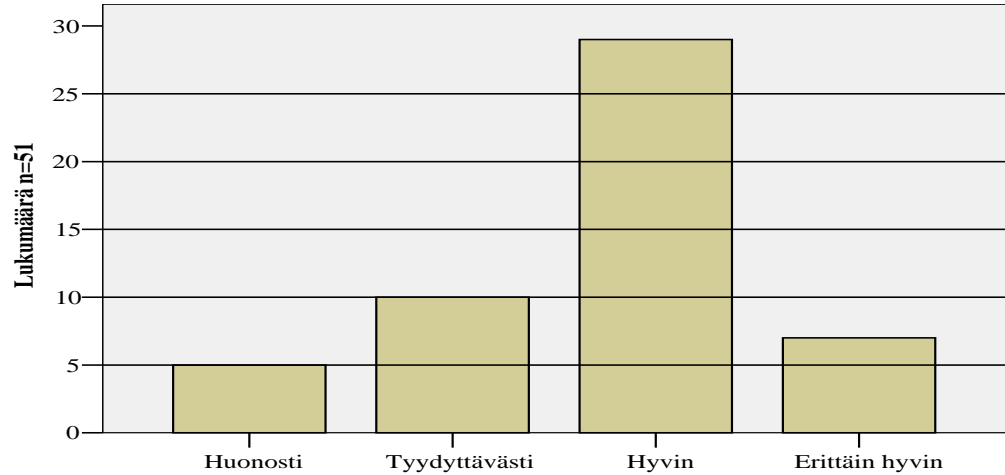
Kyselyyn vastanneista 51 maahanmuuttajasta 41 henkilöä arvioi hoitajalla olleen hyvin tai erittäin hyvin aikaa puhua heidän kanssa. Tyydyttäväksi ajankäytön arvioi kahdeksan vastaajaa. Yksi vastaajista arvioi ajankäytön olleen huonoa ja yksi vastaus tuli vaihtoehtoon erittäin huonosti. (Ks. KUVIO 6)



KUVIO 7. Maahanmuuttajien näkemys ymmärretyksi tulemisestä

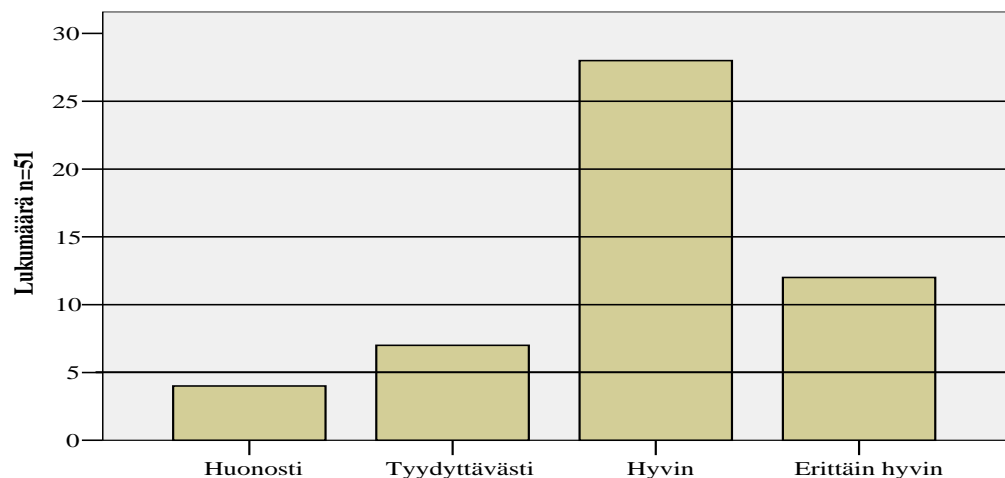
Kolmannessa väittämässä arvioitiin kuinka hoitaja oli ymmärtänyt maahanmuuttaja-asiakasta. Kaikkia vastaajia oli ymmärretty jollakin lailla, sillä kukaan ei

vastannut, että heitä oli ymmärretty erittäin huonosti. Yli puolet vastauksista saatiin vastausvaihtoehtoihin hyvin tai erittäin hyvin. (Ks. KUVIO 7)



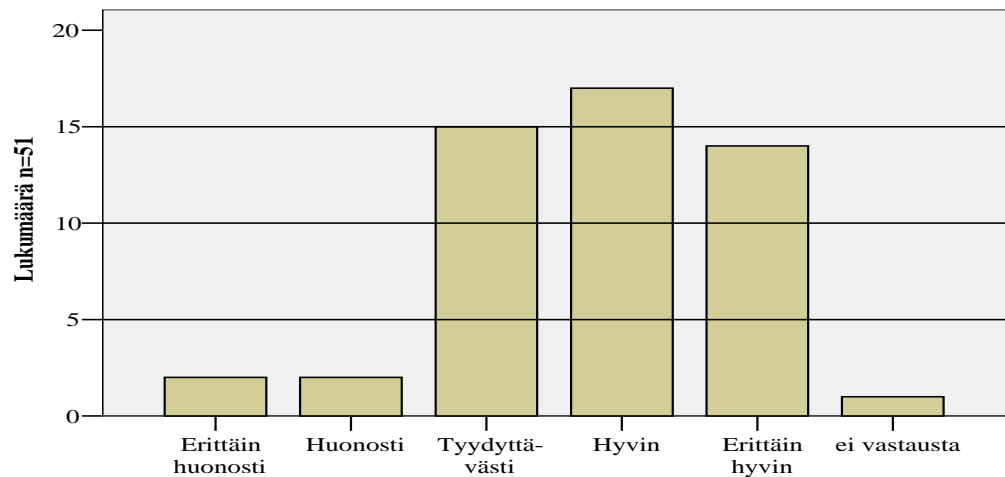
KUVIO 8. Maahanmuuttajien näkemys hoitajan osoittamasta kiinnostuksesta heidän asiaansa kohtaan

Kyselyyn vastanneista maahanmuuttajista valtaosa oli sitä mieltä, että hoitajan osoittama kiinnostus heitä ja heidän asiaansa kohtaan oli ollut hyvää. Viidesosa vastaajista oli valinnut vaihtoehdon tyydyttävästi ja kymmenesosa vaihtoehdon huonosti. Yhtään vastausta ei saatu vaihtoehtoon erittäin huonosti. (Ks. KUVIO 8)



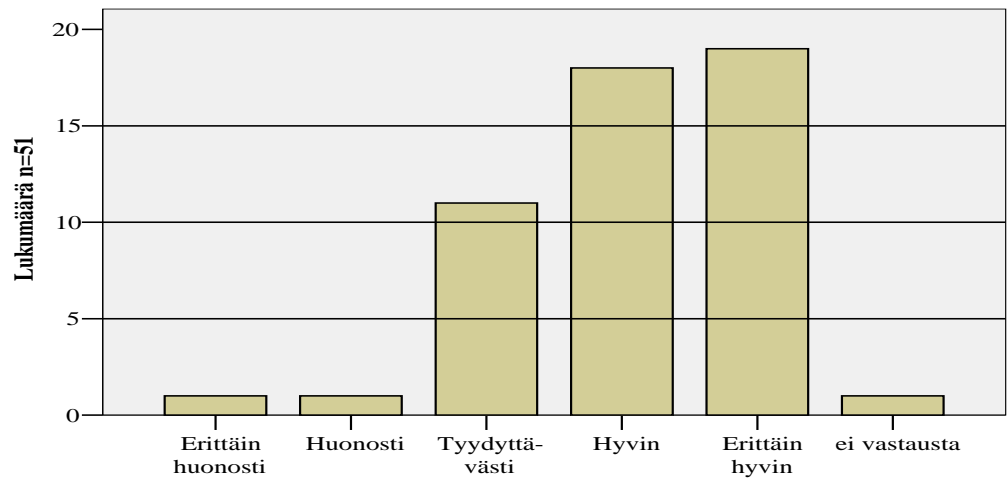
KUVIO 9. Maahanmuuttajien näkemys hoitajan herättämästä luottamuksesta hoitotilanteessa

Vastaajista yli viidesosa arvioi voineensa luottaa hoitotilanteessa hoitajaan erittäin hyvin. Kyseiseen väittämään yli puolet vastaajista oli valinnut vaihtoehdon hyvin. Loput vastauksista oli vaihtoehdoissa tyydyttävästi ja huonosti. Yhtään vastausta ei saatu vaihtoehtoon erittäin huonosti. (Ks. KUVIO 9)



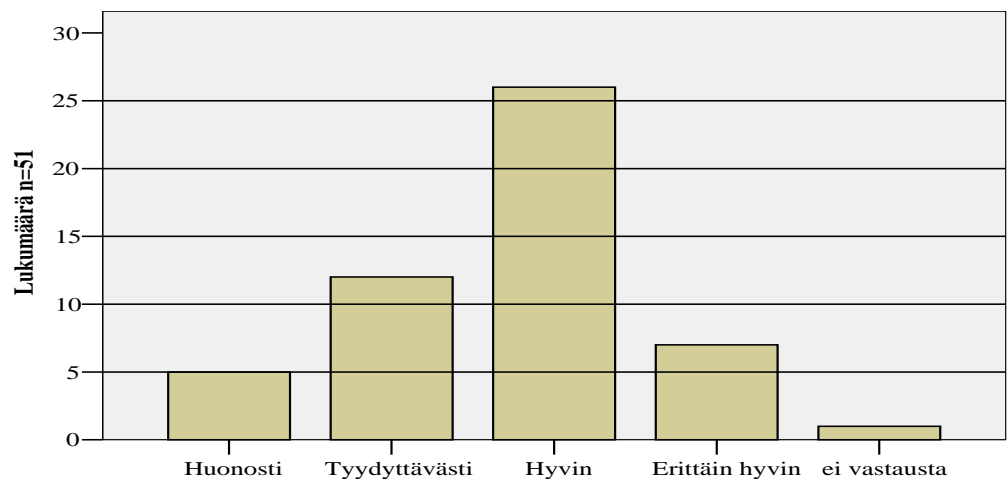
KUVIO 10. Maahanmuuttajien näkemys hoitajan luomasta turvallisuuden tunteesta vastaanottotilanteessa

Kuudennen väittämän tuloksissa, tunsin oloni turvalliseksi, tapahtui eniten hajontaa. Kyseiseen väittämään saatiin yhteensä neljä vastausta vaihtoehtoihin erittäin huonosti ja huonosti. Vaihtoehtoihin tyydyttävästi vastasi 15, hyvin 17 ja erittäin hyvin 14 maahanmuuttajaa. Yksi maahanmuuttaja jätti vastaamatta tähän väittämään. (Ks. KUVIO 10)



KUVIO 11. Maahanmuuttajien näkemys yksityisyyden suojaamisesta vastaanotolla

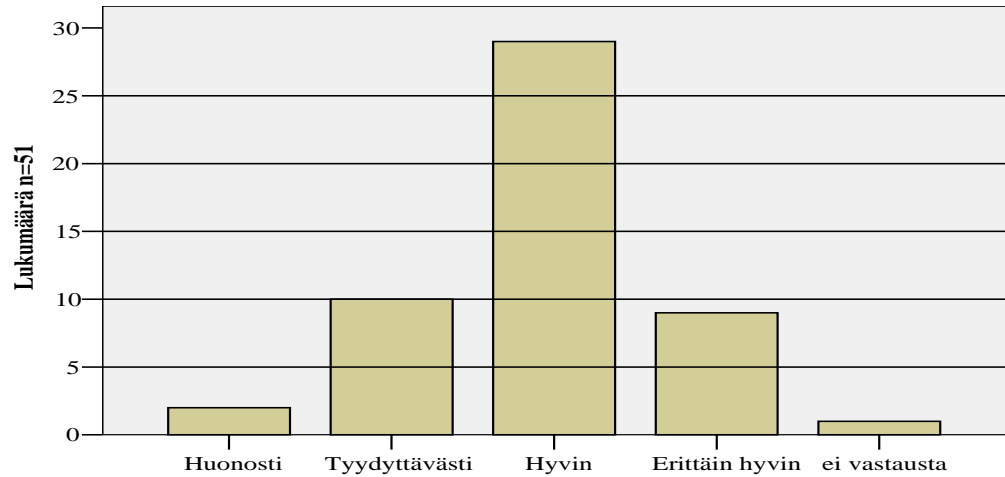
Maahanmuuttajat olivat olleet enimmäkseen sitä mieltä, että heidän yksityisyytensä hoitotilanteessa oli suojattu hyvin tai erittäin hyvin. Kahden vastaajan näkemys oli, että heidän yksityisyytensä oli suojattu erittäin huonosti tai huonosti. Yksi vastaajista oli jättänyt vastaamatta kyseiseen väittämään. (Ks. KUVIO 11)



KUVIO 12. Maahanmuuttajien näkemys heidän hoitoonsa liittyvästä tiedonsaannista

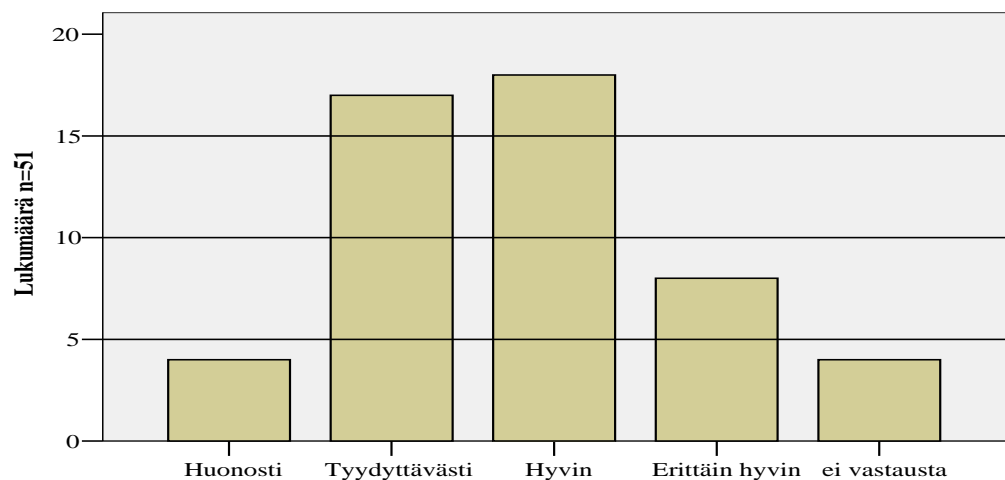
Maahanmuuttajista viisi oli saanut huonosti tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. Vastaajista 12 oli valinnut vastausvaihtoehdon tyydyttävästi ja 26 vastaajaa

vaihtoehdon hyvin. Seitsemän vastaajaa arvioi saaneensa tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista erittäin hyvin. (Ks. KUVIO 12)



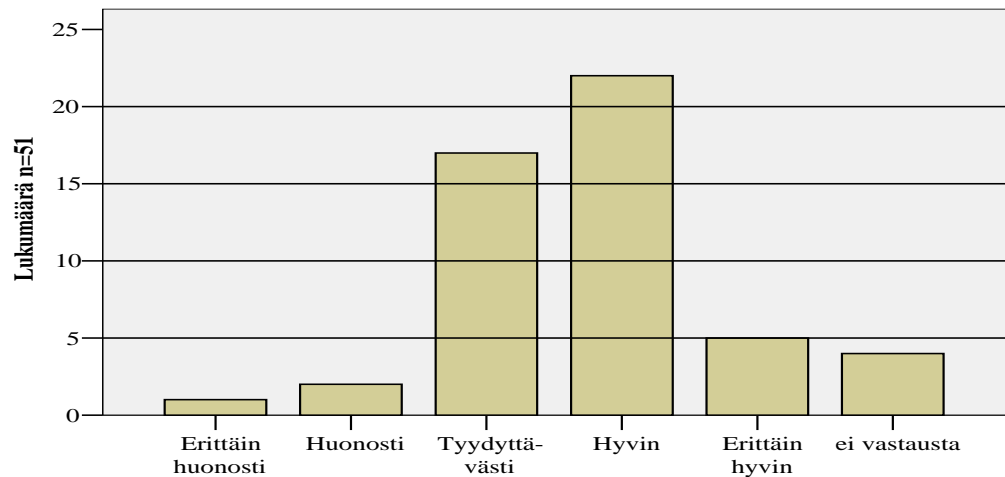
KUVIO 13. Maahanmuuttajien näkemys hoito-ohjeiden ymmärrettävyydestä

Vastaajista 38 oli saanut hoitotilanteessa hyvin tai erittäin hyvin ymmärrettävät hoito-ohjeet. Kymmenen vastaajaa oli saanut mielestään tyydyttävästi ymmärrettävät hoito-ohjeet. Maahanmuuttajista kaksi oli saanut mielestään huonosti ymmärrettävät hoito-ohjeet. Yksikään vastaajista ei kokenut hoito-ohjeiden ymmärrettävyyden olleen erittäin huonoa. (Ks. KUVIO 13)



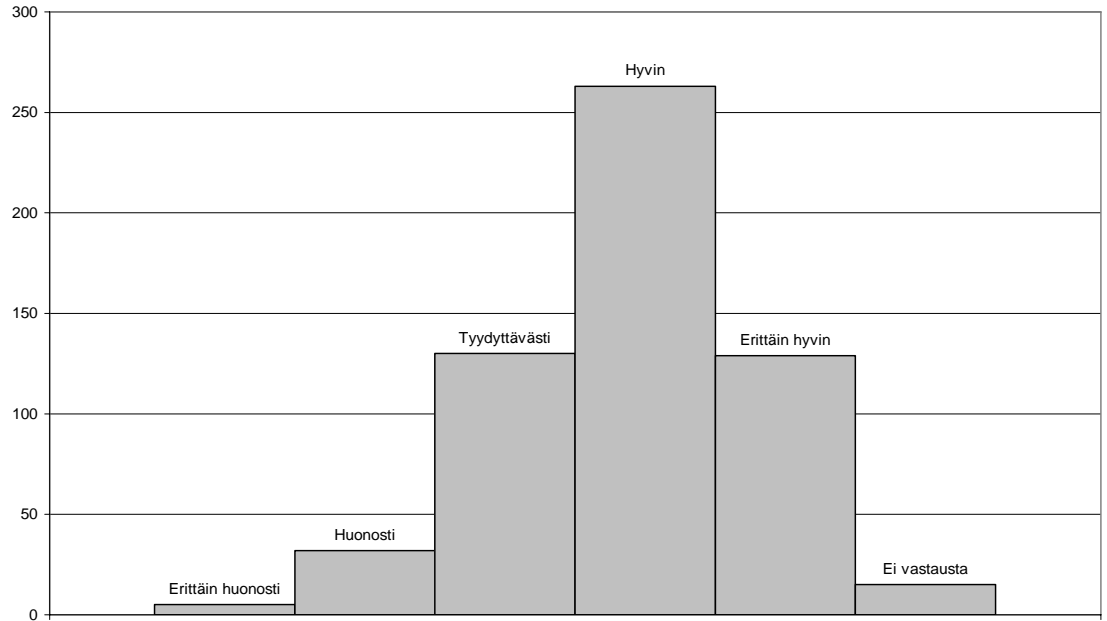
KUVIO 14. Maahanmuuttajien näkemys saamastaan tiedosta koskien jatkohoitoa

Vastaajista hieman yli kaksi kolmasosaa oli saanut hyvät tai tyydyttävät tiedot jatkohoidosta. Maahanmuuttajista neljän näkemys oli, että tiedot jatkohoidosta olivat olleet huonot. Kahdeksan vastaajaa oli saanut erittäin hyvin tietoa jatkohoidosta. Kyseiseen väittämään oli jättänyt vastaamatta neljä maahanmuuttajaa. (Ks. KUVIO 14)



KUVIO 15. Maahanmuuttajien näkemys mahdollisuuksistaan vaikuttaa omilla toiveillaan hoitoonsa

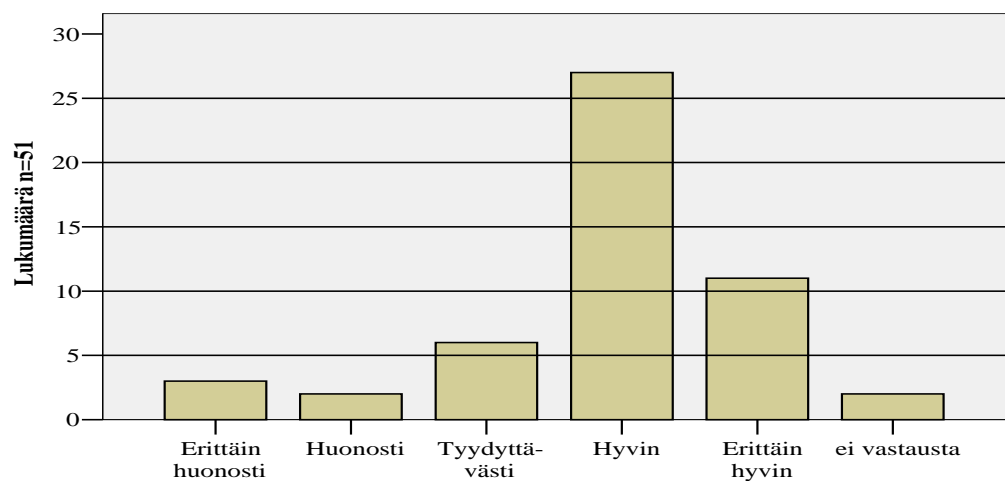
Kyselyyn osallistuneet maahanmuuttajat olivat enimmäkseen sitä mieltä, että heidän omat toiveensa hoitoa koskien tulivat kuulluiksi ja huomioitiin tyydyttävästi tai hyvin. Yhden vastaajan näkemys oli, ettei hänen toiveitaan ollut huomioitu. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että heidän toiveensa oli huomioitu huonosti. Tähän väittämään jätti vastaamatta neljä maahanmuuttajaa. (Ks. KUVIO 15)



KUVIO 16. Yhteenveto asiakkaan kohtaamista arvioivien väittämiä vastauksista

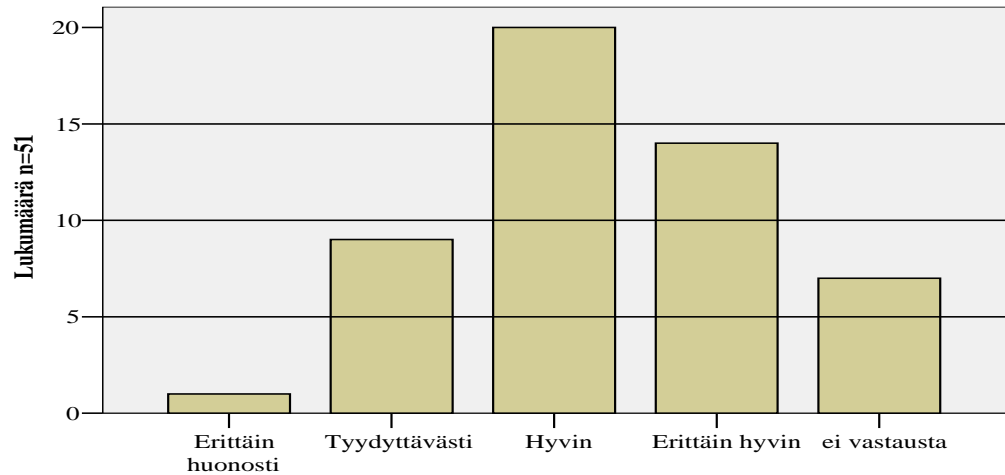
5.3 Kulttuuri ja kielitaito

Kielitaidon ja kulttuurin huomioimista vastaanottotilanteessa arvioitiin neljällä väittämällä. Näihin väittämiin oli jätetty eniten vastaamatta.



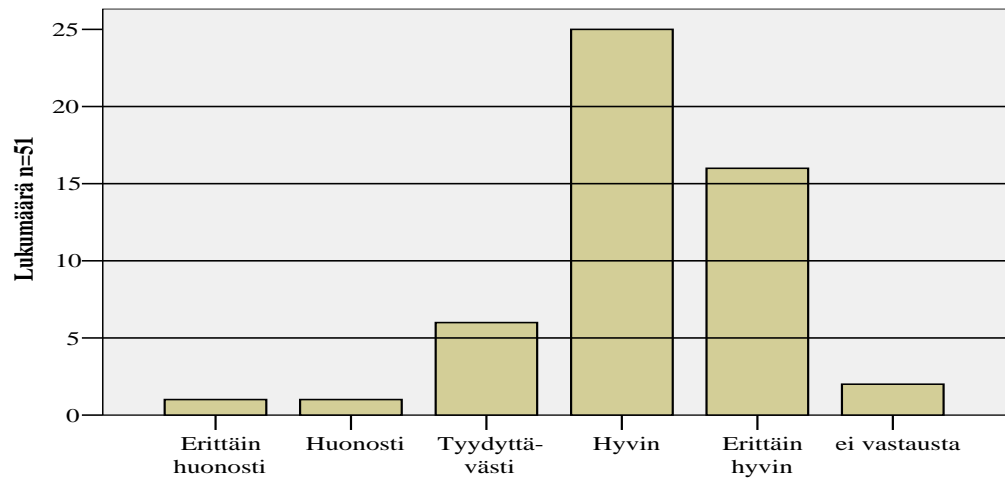
KUVIO 17. Maahanmuuttajien näkemys heidän kulttuurinsa huomioimisesta

Kulttuurilla tarkoitettiin asiakkaalle itselleen tärkeitä tapoja ja uskomuksia. Yli puolet vastaajista näki kulttuurin huomioimisen tapahtuneen hyvin. Vastaajista 11 arvioi, että kulttuuri oli huomioitu erittäin hyvin. Tyydyttäväksi asian näki kuusi vastaajaa sekä erittäin huonoksi ja huonoksi yhteensä viisi vastaajaa. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kyseiseen väittämään. (Ks. KUVIO 17)



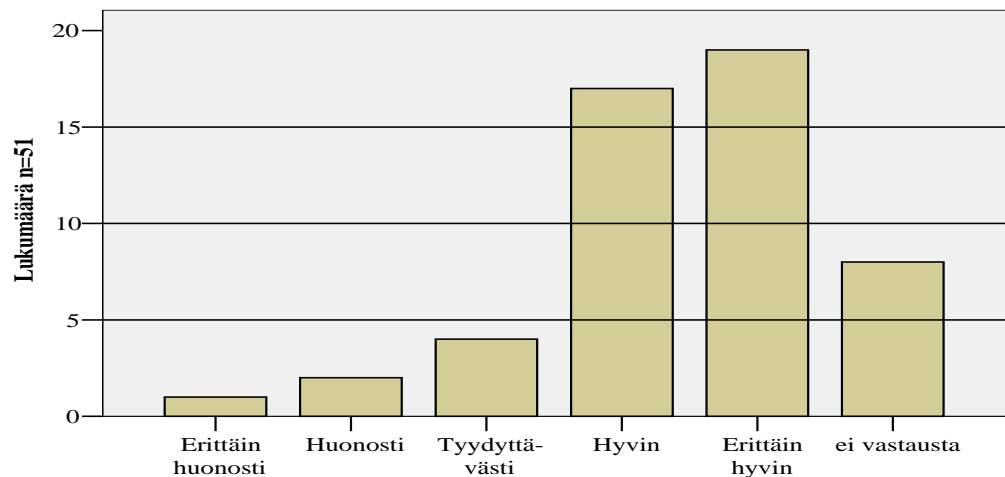
KUVIO 18. Maahanmuuttajien näkemys siitä, kuinka heidän perheensä otettiin halutessa mukaan hoitotilanteeseen

Väittämään vastanneista kaikki muut paitsi kahdeksan vastaajaa olivat olleet sitä mieltä, että heidän perheensä oli halutessa saanut osallistua hoitotilanteeseen tyydyttävästi tai hyvin. Väittämään oli jättänyt vastaamatta seitsemän maahanmuuttajaa. (Ks. KUVIO 18)



KUVIO 19. Maahanmuuttajien näkemys siitä kuinka hoitaja oli auttanut heitä, mikäli he eivät olleet ymmärtäneet kaikkea suomen kielellä

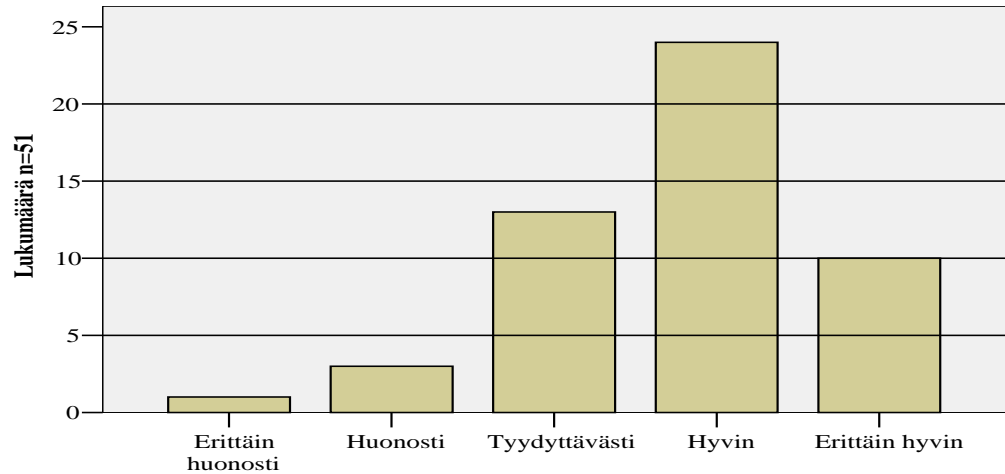
Kuviosta voidaan nähdä, että suurinta osaa vastaajista oli autettu, mikäli he eivät olleet ymmärtäneet kaikkea vastaanotolla suomen kielellä kerrottua. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. (Ks. KUVIO 19)



KUVIO 20. Maahanmuuttajien näkemys mahdollisuudesta saada tarvittaessa tulkin apua

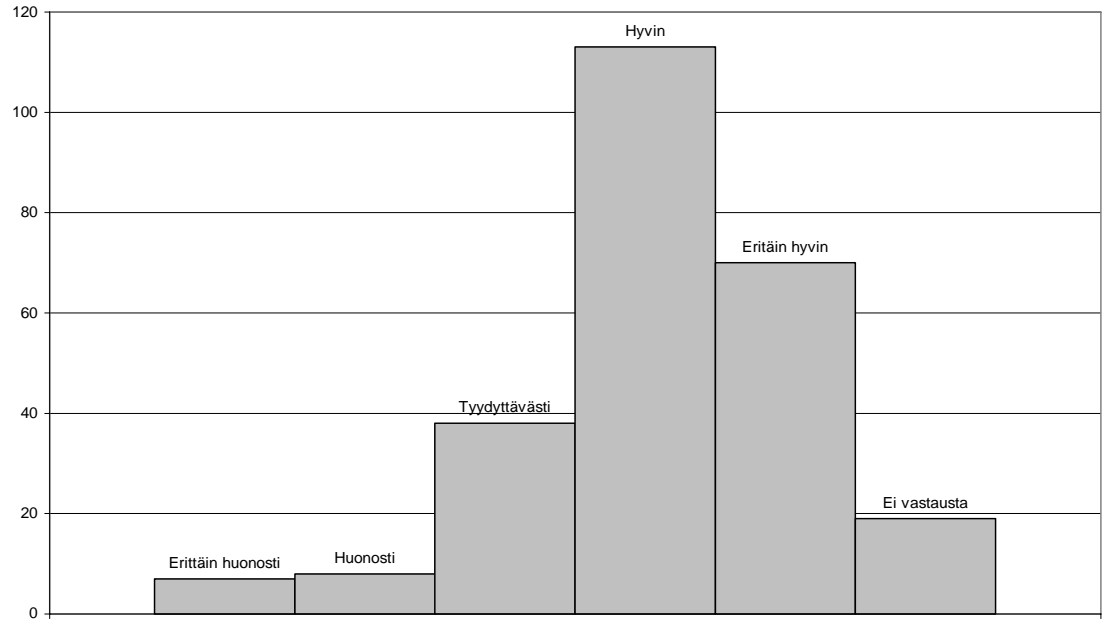
Kyselyyn vastanneista maahanmuuttajista lähes kaikki olivat sitä mieltä, että tulkin tarve arvioitiin hyvin tai erittäin hyvin. Vastaajista vain kolme arvioi

mahdollisuuden saada tulkki huonoksi tai erittäin huonoksi. Kyseiseen väittämään jätti vastaamatta kahdeksan maahanmuuttajaa. (Ks. KUVIO 20)

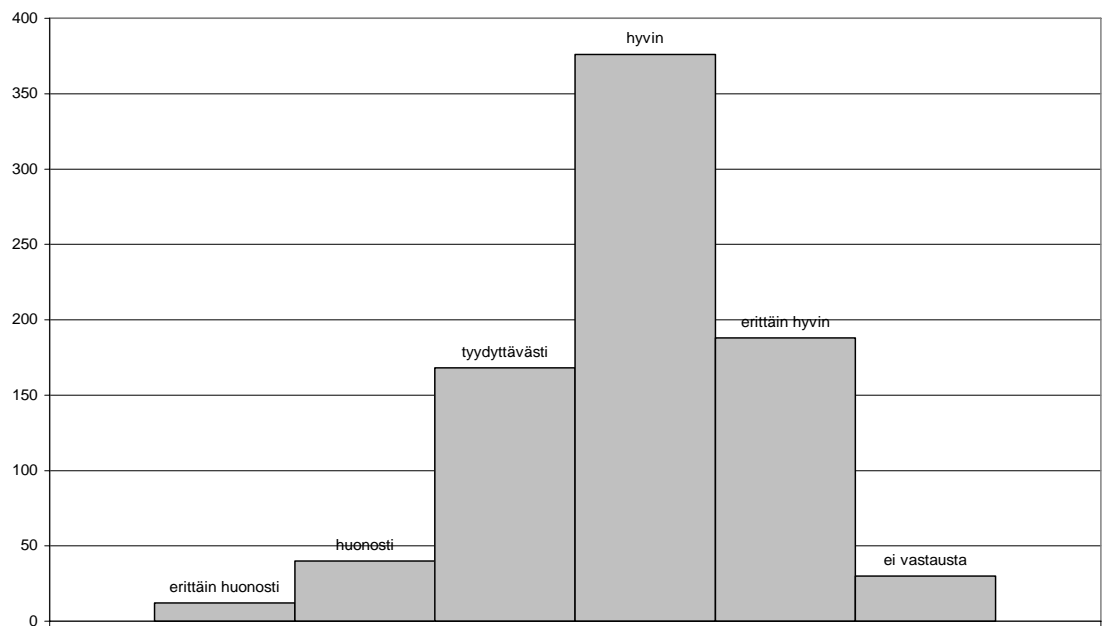


KUVIO 21. Maahanmuuttajien arvio hoitotilanteen onnistumisesta kokonaisuudessaan

Kyselylomakkeen viimeisessä kohdassa pyydettiin vastaajaa arvioimaan hoitotilanteen onnistumista kokonaisuudessaan. Vastaajista 24 arvioi hoitotilanteen onnistuneen hyvin ja tyydyttävästi 13 vastaajaa. Kolme vastaajaa näki hoitotilanteen olleen kokonaisuudessaan huono ja yksi näki sen olleen erittäin huono. Erittäin hyväksi vastaanottotilanteen puolestaan arvioi 10 maahanmuuttajaa. (Ks. KUVIO 21)



KUVIO 22. Yhteenveto kielen ja kulttuurin huomioimista arvioivien väittämien vastauksista



KUVIO 23. Yhteenveto kyselylomakkeen kaikkien väittämien vastauksista

6 TUTKIMUSTULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

6.1 Kohderyhmän taustatiedot

Tutkimukseen vastanneista maahanmuuttajista yli puolet oli kotoisin Euroopasta. Toiseksi suurin kansallisuusryhmä oli kotoisin Aasiasta. Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmän tilastojen mukaan viisi Lahden suurinta kansallisuusryhmää ovat venäläiset, virolaiset, kurdin- ja arabiankieliset Irakin ja Iranin kansalaiset sekä thaimaalaiset (Lahden kaupungin maahanmuuttajien kotouttamisohjelman seurantatoimikunta 2006). Myös Taavelan (1999) tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajat olivat pääasiassa Venäjältä ja Virosta kotoisin. Tähän tutkimukseen osallistuneista maahanmuuttajista 4/5 oli alle 51-vuotiaita. Taavelan tutkimukseen osallistuneista virolaisista ja venäläisistä vastaajista valtaosa oli syntynyt 1950-luvulla tai sen jälkeen. Sukupuolijakauma oli kummassakin tutkimuksessa sama: vastaajista enemmistö oli naisia. (Taavela 1999, 122.)

6.2 Johtopäätöksiä asiakkaan kohtaamisesta

Asiakkaan kohtaamistilannetta arvioivissa vastauksissa esiintyi enemmän tyytymättömyyttä kuin kulttuurin ja kielitaidon huomioimista arvioivissa vastauksissa. Vertailtaessa keskenään asiakkaan kohtaamistilannetta sekä kulttuurin ja kielitaidon huomioimista voidaan vastausjakaumasta todeta kulttuurin ja kielitaidon saaneen vähemmän vastauksia kohtiin tyydyttävästi ja huonosti (Ks. KUVIO 22). Kuitenkin kulttuuri ja kielitaidon huomioiminen sai enemmän vastauksia vaihtoehtoon erittäin huonosti (Ks. LIITE 4).

Asiakkaan kohtaamistilannetta arvioivat väittämät alkoivat kysymyksellä, kuinka hoitohenkilökunta kohteli maahanmuuttajaa. Tuloksista voidaan todeta hoitohenkilökunnan kohdelleen maahanmuuttajia hyvin tai erittäin hyvin. Aikaisemmin Taavelan (1999) toteuttamassa tutkimuksessa maahanmuuttajat ilmaisivat suurta tyytyväisyyttä terveyskeskuksessa saamaansa kohteluun. Kyseisessä tutkimuksessa (n=33) kahdeksan vastaajaa luonnehti saamaansa vastaanottoa erityisen kohteliaaksi ja huomaavaiseksi. Sorsan (2003) Lahdessa tekemän

asiakastyytyväisyyskyselyn tuloksien mukaan suurin osa vastanneista maahanmuuttajista (69-74%) näki terveydenhoitopalveluiden vastanneen heidän tarpeitaan. Vastaajat olivat jokseenkin tyytyväisiä tai tyytyväisiä terveydenhoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja ystävällisyyteen. Mainittakoon, ettei kukaan kyselyyn vastanneista maahanmuuttajista ilmoittanut olevansa tyytymätön palveluiden laatuun ja henkilökunnan ammattitaitoon tai ystävällisyyteen. (Sorsa 2003, 9-10.)

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa maahanmuuttajat olivat kuvanneet omin sanoin seuraavasti:

”Pitkät jonot lääkäreille. Palvelu on kohteliasta, mutta ei ammattilaista. Tuntui, että lääkärit eivät ole kiinnostuneet asiastani, koska heillä on kiire. Ehkäisy ei toimi.”
–nainen 31-40 –vuotta-

”Minun mielestani ajattelen ettei terveyskeskuksia on hyviä sairaanhoitaja jotkut kunnioittavat teidän asiakkaita hyvin, ja he tekevät hyvä työtä. Huonosti = minulla ei tapahtunut yhtään huono asia, vaikka minä käyn säännöllisesti sairaalassa itseni tai minun perheeni mukana.”
–mies Afrikasta-

”Minä kuulin että Suomessa ovat siistit, ja siellä sää hyvää kohtelua.”
–nainen 20-30 –vuotta-

Tämän tutkimuksen tuloksista selviää hoitajan käyttäneen riittävästi aikaa keskusteluun. Vastanneet maahanmuuttajat olivat pääasiassa hyvin tyytyväisiä hoitajan ajankäyttöön vastaanottotilanteessa. Normaalisti vastaanottoaika on kaikille asiakkaille yhtäläinen ja hoitajasta itsestään riippuu se, miten hän ajan käyttää. Tuloksista voidaan päätellä, että hoitaja on käyttänyt varaamansa ajan asiakaslähtöisesti. Kolmannessa väittämässä kysyttiin, kuinka hoitaja oli ymmärtänyt maahanmuuttajaa. Useat vastaajat olivat sitä mieltä, että hoitaja oli ymmärtänyt heitä hyvin tai erittäin hyvin. Tämän väittämän kohdalla muutaman vastaajan kyselylomakkeeseen oli lisäksi tarkennettu, että vastaanottotilanteessa heillä oli ollut käytettävissä tulkin keskustelun apuna. Näissä tilanteissa tulkin tarjoama käänösapu oli auttanut asiakasta ja ymmärretyksi tuleminen oli ollut hyvää tai erittäin hyvää.

Maahanmuuttajien näkemys hoitajan osoittamasta kiinnostuksesta heidän asiaansa kohtaan oli jakanut vastaajien mielipiteitä. Pääosin vastaajat näkivät kiinnostuksen olleen hyvää, mutta vastaajista suhteellisen suuri joukko näki asian toisin.

Hoitajan kiinnostukseen maahanmuuttajan asiaa kohtaan on saattanut vaikuttaa hänen ennakkoluulonsa tai kielteinen asenne. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Taavela 1999) esitetään, että mahdollisia syitä kielteiseen asenteisiin ja ennakkoluuloihin saattaa olla kielivaikeudet, tietämättömyys vieraista kulttuureista, organisaatiosta johtuvat ongelmat kuten kiire ja henkilökunnan vähyys. Toisaalta Liebkind, Haaramo ja Jasinskaja-Lahti (2000) ovat myöhemmin tuoneet esille terveydenhuoltoalan ammattilaisten olevan maahanmuuttajamyönteisiä, koska heidät koulutetaan sitoutumaan potilaiden hyvinvoinnin edistämiseen taustasta riippumatta (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 34.) Nigerianlaisilta maahanmuuttajilta kysyttäessä, millaisia odotuksia heillä on suomalaista terveydenhuoltoa kohtaan, nostavat he esille pääasiallisina hoitajan kuuntelemisen taidon, tiedonsaannin, arvokkaan hoidon sekä mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoonsa. He odottavat hoidon olevan myös enemmän kulttuurikeskeistä kuin ammattitaitoista. Toisin sanoen, tutkimukseen osallistuneet nigerialaiset maahanmuuttajat hakevat mieluummin apua muilta nigerialaisilta kuin terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä. (Idehen-Imarhiagbe 2006, 45-46.)

Tuloksien pohjalta havaitaan hoitajan olleen hoitotilanteessa luottamusta herättävä, koska kukaan vastaajista ei arvioinut luottamuksensa hoitajaan olleen erittäin huonoa. Kuitenkin neljä vastaajaa oli arvioinut luottaneensa hoitajaan huonosti. Suurin osa vastaajista oli pystynyt hoitotilanteen aikana luottamaan hoitajaan hyvin. Taavelan (1999) tutkimustulosten mukaan maahanmuuttajat olivat pääasiassa pitäneet hoitajia ja lääkäreitä erityisen luotettavina. Hänen haastattelemistaan maahanmuuttajista vain kaksi ei ollut luottanut terveydenhuollon työntekijöihin. Mainittakoon, että tässä tutkimuksessa tuloksien mukaan hoitajan luoma turvallisuudentunne nähtiin huonompana kuin luottamus hoitajaa kohtaan. Turvallisuuden tunnetta käsittelevä väittämä oli jakanut eniten mielipiteitä vastaajien keskuudessa. (Ks. LIITE 4)

Vastaajat olivat kokeneet yksityisyyden suojaamisen olleen pääosin hyvää tai erittäin hyvää. Tämän väittämän tulokset eivät juuri poikkea muiden väittämien tuloksista. Suomessa yksityisyyden suoja toteutuu melko hyvin. Vaikka terveyskeskusten vastaanotot saattavat vaikuttaa välillä erittäin ruuhkaisilta, siellä pyritään kuitenkin kiinnittämään huomiota asiakkaan yksityisyyden suojaamiseen. Lahden

alueella terveyskeskukset ja asiakasmäärät ovat suhteellisen pieniä verrattuna maahanmuuttajien mahdollisiin tottumuksiin. Maahanmuuttajat saattavat olla tottuneet aiemmin hyvinkin ruuhkaisiin ja meluisiin paikkoihin, joissa ei yksityisyyden suojaa juuri ole ollut. Suomessa kaikki hoitotilanteet pyritään järjestämään vastaanottohuoneissa, eikä vastaanotoilla ulkopuolisten ja asiattomien ihmisten oleskelu ole sallittua. Myös suomalaisten asiakkaiden näkemyksiä yksityisyyden suojaamisesta on tutkittu. Poutalan (1998) tutkimustuloksien perusteella yksityisyyden suojaaminen toteutui vastaanottotilanteessa suurimman osan mielestä hyvin tai erinomaisesti. Potilaan sukupuoli ei ollut ollut vaikutusta siihen, miten yksityisyyden suojaaminen koettiin. Toisaalta Poutalan tuloksista voitiin huomata, että yksityisyyden suojaamisessa oli myös jonkin verran puutteita. Ongelmallisena nähtiin potilaan asioiden kertominen toisten kuullen sekä intymiteettisuojaan liittyvät puutteet. Ongelmien nähtiin lisääntyvän silloin, kun odotusaika vastaanotolle piteni.

Tässä tutkimuksessa asiakkaan kohtaamista arvioivissa väittämässä eniten ongelmia oli ollut saada tietoa asioista, jotka liittyivät asiakkaan hoitoon tai jatkohoitoon. Muutama vastaajista oli myös sitä mieltä, etteivät he olleet saaneet ymmärrettäviä hoito-ohjeita. Yhteisen kielen puuttuminen on saattanut johtaa siihen, että asiakas ei ole ymmärtänyt hoitoon liittyviä asioita ja ohjeita. Saattaa myös olla, ettei hoitaja ole nähnyt tarpeeksi vaivaa, jotta maahanmuuttaja-asiakas saisi tarvittavat tiedot asioistaan, hoito-ohjeista tai jatkohoidostaan.

Maahanmuuttajan toiveet, koskien hänen hoitoaan, oli otettu pääasiassa hyvin huomioon. Maahanmuuttajat, jotka olivat olleet tyytyväisiä, ovat saattaneet tulla maista, joissa terveydenhuollon laatu ei välttämättä ole Suomen terveydenhuollon tasoista. Voidaan olettaa, etteivät maahanmuuttajat ole tottuneet kotimaassaan siihen, että heiltä kysyttäisiin toiveista hoitoa kohtaan. Maahanmuuttajat ovat saattaneet olla hyvinkin yllättyneitä siitä, kuinka paljon he ovat saaneet osallistua hoitoonsa ja esittää omia toiveitaan hoitoonsa liittyen. Vain muutama vastaajista oli kokenut, ettei hänen toiveitaan hoidosta oltu kuunneltu. Yhteisen kielen puuttumisen lisäksi siihen on saattanut vaikuttaa erilaiset toimintatavat eri maiden terveydenhuollossa.

6.3 Johtopäätöksiä kulttuurin ja kielitaidon huomioimisesta

Kyselylomakkeen kolmannen osion neljällä väittämällä arvioitiin kulttuurin ja kielitaidon huomioimista vastaanottotilanteessa. Vastausten jakauma oli selkeästi toisenlainen kuin asiakkaan kohtaamista arvioitaessa. Eniten vastauksia saatiin ryhmiin hyvin ja erittäin hyvin. Tilastollisesti myös tyydyttäviä vastauksia oli vähemmän kuin osiossa asiakkaan kohtaamisesta. Kulttuurin ja kielitaidon huomioimista arvioivassa osiossa oli väittämiin jätetty eniten vastaamatta.

Mielenkiintoista vastauksissa oli, että maahanmuuttajien näkemys heidän kulttuurinsa huomioimisesta poikkesi vastaajien keskuudessa paljon. Koko kyselystä tähän väittämään saatiin eniten vastauksia vaihtoehtoon erittäin huonosti. Silti suurin osa vastaajista arvioi kulttuurin huomioimisen olleen hyvää. Vastausten jakautumiseen voidaan löytää monia syitä. Vastaanottotilanne on voinut olla vastaajien kesken hyvin erilainen. Maahanmuuttajat, jotka arvioivat kulttuurin huomioimisen olleen huonoa tai erittäin huonoa, ovat saattaneet kohdata hoitajan, joka hoitotilanteessa ei ole huomionnut maahanmuuttajan kulttuuria. Vastaanotolla hoitajan puutteellinen kulttuurituntemus tai hoitajan varautumattomuus maahanmuuttajan kohtaamiseen ovat voineet johtaa jopa loukkaavaan tilanteeseen. Toisaalta, vastaajat jotka kokivat kulttuurin huomioimisen olleen hyvää tai erittäin hyvää, ovat saattaneet olla hyvin neutraalissa hoitotilanteessa. Tällöin heidän kulttuuriensa ei ole tullut erityisesti huomioitua, mutta ei loukattuakaan. Kohtaamistilanteessa jotkut ihmiset saattavat tulla loukatuiksi, mikäli heidän kulttuurinsa jää kokonaan huomioimatta. Toiset puolestaan arvostavat sitä, ettei heidän kohtelunsa poikkeaa valtaväestön kohtelusta. Voi myös olla, että heidän kohtaama hoitaja on saattanut tuntea maahanmuuttajan kulttuuritaustaa ja sen erityispiirteitä tarkemmin.

Perhettä oli huomioitu vastaanottotilanteessa tuloksien mukaan pääasiassa hyvin tai erittäin hyvin. Väittämään oli jättänyt vastaamatta suhteellisen suuri joukko kyselyyn osallistujista. Väittäminen oli kirjoitettu sellaiseen muotoon, että vastaajille ei ollut vaihtoehtoa, jos he eivät olleet halunneet perhettään mukaan vastaanotolle. Tämä saattaa osaltaan selittää suhteellisen suuren vastaamatta jättäneiden joukon. Suomalaisessa terveydenhuollossa ei ole tavallista, että koko perhe tai muita

perheenjäseniä saapuu vastaanotolle asiakkaan mukana. Tuloksien mukaan hoitaja on kuitenkin pystynyt sopeutumaan tilanteeseen ja maahanmuuttajan toiveisiin saada perhe mukaan hoitotilanteeseen.

Väittämään hoitaja auttoi minua, jos en ymmärtänyt kaikkea suomen kielellä, oli yli neljä viidesosaa valinnut vaihtoehdon hyvin. Vain alle viidesosa vastaajista oli valinnut vaihtoehdoksi huonosti tai erittäin huonosti. Tämän väittämän erittäin positiivinen vastausjakauma voidaan osaksi selittää toisen osion väittämällä, sain hoito-ohjeet jotka oli helppo ymmärtää. Tähän väittämään miltei neljä viidesosaa oli vastannut hyvin tai erittäin hyvin. Asiakkaille ei ilmeisesti ole jäänyt epäselviä asioita, joita olisi tarvinnut selittää. Kaksi vastaajaa oli vastannut hoitajan tarjoaman avun olleen huonoa tai erittäin huonoa. Hoito-ohjeiden ymmärrettävyys kohdassa, kaksi ihmistä oli vastannut saaneensa huonosti ymmärrettävät hoito-ohjeet.

Tämän tutkimuksen mukaan kielitaito oli maahanmuuttajien mielestä otettu hyvin huomioon:

”Hoitaija olin hyvää. Koska hoitajaa aina puhuu kysie jos minä en ymmärrän hän sano toinen kertä ja sanoa englantia jos tule vaikea sanoa. Ya hoitaja auttaa minua hyvin. Esim yos on ongelmaa ja mitä minä haluan tietä.”

-alle vuoden Suomessa asunut mies-

”Hyvä asia, että voin vähän puhuu suomea, ja sairaanhoitaja ymmärtää, mutta esimerkiksi kun menin terveydentalon odottasin yli kolme tuntia. Ei ollut väkeä, kaksi ihmistä, ja minä olin kolmas. Vaikea odottaa jos ihminen on sairas.”

-alle vuoden Suomessa asunut nainen-

Kyselyn tulokset osoittavat maahanmuuttajien saaneen tarvittaessa tulkin apua hyvin tai erittäin hyvin. Kuitenkin kaikista kyselyn väittämistä tähän väittämään oli jätetty eniten vastaamatta. Ei voida tietää, oliko vastaamatta jättäneillä maahanmuuttajilla lainkaan tarvetta tulkille. Kyselylomakkeessa ei ollut vastausvaihtoehtoa, joka olisi sopinut henkilölle, jolla ei ollut tulkin tarvetta. Muutama vastaaja oli tarkentanut kyselylomakkeeseen kirjoittamalla, jos hänellä ei ollut ollut tarvetta tulkille. Samaa aihetta on käsitelty myös aikaisemmassa tutkimuksessa. Tulkin käyttöä ja saantia koskevassa kysymyksessä maahanmuuttajat olivat kuvanneet myönteisiä kokemuksia. Maahanmuuttajista vain neljä ilmoitti

tarvinneensa tulkkia ja he olivat saaneet sen aina tarvitessaan. Muut vastaajat kertoivat joko osaavansa suomea niin hyvin, etteivät tarvinneet tulkkia tai joku heidän omaisistaan auttoi suomenkielellä kommunikoitaessa. (Taavela 1999, 127.) Tutkimuksen kyselylomakkeisiin oli muutamien vastaajien kohdalla tarkennettu, jos heillä oli ollut tulkki keskustelun apuna. Tutkimustuloksista voidaan havaita, että tulkin avustuksella toimiminen on helpottanut hoito-ohjeiden ymmärtämistä. Toisaalta kyseisistä vastauslomakkeista voidaan huomata, ettei tulkin läsnäolo ole edesauttanut asiakkaan ymmärretyksi tulemista vastaanottotilanteessa.

Tulokset osoittavat tulkin tarpeen arvioinnissa olleen myös ongelmia. Vastaajista reilu kymmenesosa osoitti jonkinasteista tyytymättömyyttä mahdollisuuksiinsa saada tulkin apua. Terveystieteiden ammattilaiset eivät välttämättä osaa käyttää tulkkipalveluita, eivätkä he usein tiedosta tulkin tarvetta. Terveystoimissa maahanmuuttajien kanssa asioivat työntekijät tarvitsisivat enemmän koulutusta tulkin käyttöön. Lisäksi kielipalveluista tiedottamista olisi lisättävä. (Lukkarinen 2001, 57.)

Hoitajilla tulisi olla muita keinoja käytössään yhteisen kielen löytämiseksi, jos tulkin paikalle saaminen ei ole tilanteessa mahdollista. Kielitaitoa arvioitiin myös väittämällä: Hoitaja auttoi minua, jos en ymmärtänyt kaikkea suomen kielellä. Tutkimuksen tuloksien mukaan neljä viidesosaa vastaajista olivat olleet hyvin tyytyväisiä hoitajan antamaan tukeen yhteisen kielen löytämiseksi.

Viimeisessä väittämässä arvioitiin hoitotilanteen onnistumista kokonaisuudessaan. Hoitotilanne nähtiin vastaajien keskuudessa onnistuneen suurimmaksi osaksi hyvin tai erittäin hyvin. Myös suomalaisten potilaiden keskuudessa tehdyn tutkimuksen mukaan suurin osa vastaajista oli ollut tyytyväisiä hoitohenkilökunnan kanssa tapahtuneeseen vuorovaikutukseen ja saamaansa hoitoon (Poutala 1998, 44). Tutkimukseen osallistuneista maahanmuuttajista neljä oli arvioinut tilanteen onnistuneen kokonaisuudessaan huonosti tai erittäin huonosti. Hoitotilanteen onnistumiseen on saattanut vaikuttaa monia eri tekijöitä. Hoitotilanne koostuu monista eri osista, ei pelkästään hoitajan ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta. Kaikki tekijät eivät välttämättä johdu hoitajan toiminnasta, vaan asiakkaan omilla syilläkin on saattanut olla osansa. Maahanmuuttajan arvioidessa

hoitokokonaisuutta, on hoitoon pääsyllä, hoidon saannilla, asiakkaan kohtaamisella ja hoidon jatkuvuudella merkityksensä.

Kokonaisuudessaan maahanmuuttajat olivat kokeneet hoitotilanteen onnistuneen hyvin:

”Minä käyn vain kerra ensiapussa, jos sormi oli kipeä ja minun vastaanotto oli hyvä, sain apua ja läkeet mukana, siksi en osaa vastaa kaikki kysymyksiä. Minulla oli hyvä kokemus.”
-nainen 31-40v Euroopasta-

”Minä olin kolme kertaa terveyskeskuksissa, minä olin tyytyväinen.”
-nainen yli 60 vuotta-

”Kaikki hyvät asiat.”
-mies 31-40v Aasiasta-

Yhteenvedon kaikkien tuloksista voidaan todeta, että maahanmuuttajaa on kohdeltu hyvin ja hän on saanut odotuksiaan vastaavaa hoitoa. Kyselystä saatu avoin palaute kertoi yksityiskohtaisemmin eri vastaanottotilanteista ja saadusta hoidosta. Avoimeen kysymykseen maahanmuuttajat olivat kirjoittaneet esimerkein omista kokemuksistaan. Näistä saatiin tietoa, miksi maahanmuuttaja oli kokenut avoterveydenhuollon palvelut päinvastaisena hyviin kokemuksiin verrattuna. Huonot kokemukset liittyivät avoimissa vastauksissa pääasiassa pitkiin odotusaikoihin vastaanotolle. Myös Taavelan (1999) tutkimustuloksista nousi esiin pitkät odotusajat, jotka olivat vaikuttaneet hoidon kokonaisnäkemykseen.

Tässä tutkimuksessa avoterveydenhuollon vastaanotoista maahanmuuttajat kertoivat seuraavaa:

”On ongelma jos on pakko päästä lääkärille, tarvitse paljon aikaa odottaa jonossa. Jos on huono olo, kuume ja sairas, tarvitse itse mennä lääkärille ja odottaa jonossa, lääkäri ei käy kotona.”
-1-2 vuotta Suomessa asunut nainen-

”Haluan saada hoitoa kunnioittavasti.”
-3-4 vuotta Suomessa asunut 51-60 -vuotias nainen-

”Jos sait olla sairaalla, hoito systema on tosi hyvä palvelu, mutta jos sait mennä lääkärille, hoito on hono, aina kaikista vastaus on ”syö buranaa” ! ”
-Eurooppalainen 20-30-vuotias nainen-

Avoterveydenhuollon neuvoloiden palveluja kuvattiin puolestaan seuraavalla tavalla:

”Kassakomäkin neuvola ei vasta heidän puhelin ja he eivät soita takaisin, kun soitin sille, mutta tämä on pieni ongelma.” -31-40-vuotias mies-

”Hyvät asiat: Neuvolassa kaikki se toimi hyvin, hoitajat auttavat esim. minun vaimoni, kun hän oli raskaana.” -vuoden Suomessa asunut 20-30-vuotias mies-

Positiivista oli huomata suljettujen väittämien ja avoimen kysymyksen tuloksista, että maahanmuuttajat olivat pääasiassa nähneet hoitajan kohdanneet heidät ammattitaitoisesti ja asiakaslähtöisesti. Negatiivisimpana oli tutkimustuloksien mukaan nähty kulttuurin ja kielitaidon huomioiminen. Tämä onkin ainoa tutkimustuloksistamme esiin nouseva kehityskohta. Maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaaminen työelämässä saattaisi vielä nykyistä parempaa, jos hoitohenkilökunta olisi saanut siihen enemmän valmiuksia koulutuksensa aikana.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu

Tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkimukseen osallistuvaa kohderyhmää. Tutkijoiden on verrattava tutkimuksesta saatua hyötyä ja haittaa keskenään, eli tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Tutkittavien informoinnin merkitys on huomattava sekä hyvien tieteellisten käytäntöjen että tietosuojalainsäädännön noudattamisen kannalta. Tutkittavien itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan sillä, että heille annetaan mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Jotta tämä onnistuisi, tulee heidän saada riittävästi tietoa tutkimuksesta. Muuten vapaaehtoista päätöstä osallistua tutkimukseen ei voi tehdä. Tutkittavilla on myös mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen koska ja mistä syystä tahansa. Tutkittaville täytyy kertoa perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajista ja heiltä kerättävien tietojen käyttötarkoitus.

Lisäksi on syytä kertoa, mitä osallistuminen tutkimukseen tarkoittaa konkreettisesti. (Kuula 2006, 61-62, 107.) Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta kerrottiin jo saatekirjeessä, joita vielä painotettiin varsinaisessa aineiston keruutilanteessa. Tutkimusaineisto kerättiin ja käsiteltiin nimettömästi jokaisen anonymiteetti huomioiden. Koska koko tutkimusaineisto saatiin kerättyä yhdellä kertaa, pysyi vastaajien tunnistettavuus myös siten suojattuna.

Tutkittaville annetaan kirjallisesti tieto siitä, ketkä ovat tutkimuksesta vastuussa olevat tahot ja keneen voi ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi tutkimuksesta. Tutkittaville täytyy kertoa myös tietolähde ja tapa, jolla heidät on valittu tutkimukseen. Tutkittavien motivoimiseksi on hyvä kertoa, mitä tutkimuksella tavoitellaan ja miten tutkimustuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää. (Kuula 2006, 104-105.) Tutkimuksen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja toteutuksesta. Lisäksi saatekirjeestä selvisi, kuinka kauan kyselyyn osallistuminen vie aikaa. Kohderyhmä oli saanut saatekirjeen luettavaksi ennen kyselyn toteuttamista, ja vastaajat olivat tietoisia mihin tutkimukseen olivat osallistumassa. Tutkimuksen toteuttajat esiteltiin sekä saatekirjeessä että aineiston keruutilanteessa, jossa koko tutkijaryhmä oli mukana. Kohderyhmälle jäi tutkijaryhmän yhteystiedot, jos heille tulisi myöhemmin kysyttävää tutkimuksesta.

Tutkimusaineistosta puhuttaessa luottamuksellisuus tarkoittaa niitä sopimuksia ja lupauksia, joita tutkittavien kanssa tehdään aineiston käytöstä. Kun kaikki lomakkeet on kerätty ja analysoitu, ne hävitetään tai arkistoidaan tulevia tutkimuksia varten. (Kuula 2006, 88, 111, 123.) Tulosten julkaisemisen pääperiaatteena on, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Raporteissa ei tule paljastaa tutkimukseen osallistuneen yksilön näkemyksiä, joista saattaisi aiheutua mahdollisesti hankaluuksia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 31.) Kun tutkitaan pieniä erityisryhmiä, voi tutkittavien tunnistettavuus kasvaa. Tällöin kirjoitustavalla on suuri merkitys. Negatiivinen kirjoitustyyli voi leimata tutkittavien edustaman ryhmän vaikka yksittäisiä tutkittavia ei tutkimuksesta voisikaan tunnistaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tuloksia ei kirjata yksilöiden, joten tunnistamisriskiä ei tavallisesti ole. (Kuula 2006, 63, 205-206.) Tutkimustulokset analysoitiin ja raportoitiin muuttamatta tai vääristämättä niitä. Tuloksien yhteenvedossa

pyrittiin mahdollisimman neutraaliin ja objektiiviseen kirjoitustyyliin. Aineiston analyysin jälkeen kyselylomakkeet arkistoitiin ja säilytettiin asianmukaisesti.

7.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää saada tietoa tutkittavasta asiasta eli tutkimusongelmasta. Aloitteleva tutkija saattaa käynnistää kvantitatiivisen tutkimuksen mahdollisimman nopeasti tekemällä kyselylomakkeen pohtimatta juuri lainkaan sitä, saako hän laatimansa aineistonkeruu välineen avulla tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja miten luotettavaa saatu tieto on. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207.)

Aineistonkeruu tilanteessa annetun ohjeistuksen jälkeen maahanmuuttajat, joilla ei ollut kokemuksia Lahden avoterveydenhuollosta, eivät täyttäneet kyselylomaketta. Täyttä varmuutta siitä, oliko kaikilla kyselyyn vastanneilla kokemuksia kyseisistä palveluista, ei ole. Ohjeistuksessa olisi voinut kiinnittää enemmän huomiota perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eron selvittämiseen. Myös Taavelan (1999) tutkimuksessa maahanmuuttajia oli ihmetyttänyt Suomen kaksiportainen käytäntö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tässä tutkimuksessa avoterveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan terveyskeskuksista ja neuvoloista saatua hoitoa. Lisäksi korostettiin, ettei kyselyssä tutkita sairaaloista saatua hoitoa. Kyselyyn vastanneiden sallittiin kuitenkin arvioivan hoitoa, jossa asiakkaana oli ollut vastaajan lapsi.

Kyselylomakkeen ensimmäisen osion taustatiedoissa ei tarkoituksella haluttu kartoittaa vastaajien kansalaisuuksia. Oletuksena oli, että kohderyhmässämme saattaisi olla pieniä kansallisuusryhmiä, joten vastaajien tunnistamattomuuden säilyttäminen oli ensisijaisen tärkeää. Maahanmuuttajista osa koki vaikeaksi vastata kysymykseen omasta maanosasta. Venäjältä kotoisin olevat maahanmuuttajat eivät olleet täysin varmoja kuuluvatko alkuperältään eurooppalaisiin vai aasialaisiin. Tutkimuksen tuloksien kannalta maahanmuuttajien kotimaa oli lopulta yhdenmukainen.

Kyselylomakkeen väittämien kirjoitusmuodoissa ilmeni muutamia ongelmia. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän mukaan Likertin asteikkoa käytettäessä tulisi kyselylomakkeessa olla vastausvaihtoehto, ei osaa sanoa. Myös vastaajille, joilla ei ole ollut kokemusta asiasta, tulisi olla vastausvaihtoehto väittämään. (Heikkilä 1999, 52.) Kyselylomakkeen kahdessa väittämässä ei ollut vastausvaihtoehtoja, jotka olisivat sopineet henkilöille, joilla ei ollut tulkin tarvetta tai jotka eivät halunneet perheensä osallistuvan hoitotilanteeseen. Tämä on saattanut vaikuttaa virheellisesti näiden kyseisten väittämien kohdalla vastausten luotettavuuteen. Vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyys olisi voinut olla parempi, jos vastausvaihtoehdot olisivat olleet sanallisten selitysten sijaan hymy- ja surunaamoilla kuvattuina.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti myös kohderyhmän suomenkielentaito. Kyselylomaketta tehdessä pyrittiin huomioimaan maahanmuuttajien suomenkielen taidon taso, joka aineiston keruu tilanteessa osoittautui lopulta odotettua huonommaksi. Väittämistä muutama oli lopulta melko haasteellinen osalle vastaajista. Kyselyä suorittaessa jouduttiin avaamaan ja selventämään muutamia väittämiä suurimmalle osalle vastaajista. Vaikka väittämiä selvennettiin, on myös mahdollista, etteivät maahanmuuttajat ymmärtäneet niitä tutkijoiden tarkoittamalla tavalla.

Yksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä oli tutkijaryhmän osallistuminen aineiston keruu tilanteeseen. Jotkut maahanmuuttajat kohtelevat viranomaisia suurella kunnioituksella ja harvoin ovat eri mieltä heidän kanssaan. Tämä asenne johtuu ehkä heidän kasvatuksestaan. Entisistä sosialistisista maista tulevat maahanmuuttajat ja erityisesti pakolaiset suhtautuvat usein varauksella viranomaisiin ja varsinkin kyseleviin sellaisiin. Osa heistä on menettänyt kotimaassaan luottamuksen viranomaisiin ja joutunut lähtemään maastaan juuri heidän toiminnantakia. Asiakkaita on tästä syystä vaikea vakuuttaa tasa-arvoisuuden periaatteesta. Maahanmuuttaja-asiakas ei tunne välttämättä lojaalisuutta suomalaista organisaatiota kohtaan. Heiltä puuttuu myös kykyä, tietoa ja uskallusta valittaa, jos he tuntevat itsensä kaltoinkohdelluiksi. (Forsander, Ekholm & Saleh 1994, 56-57,76.) Tutkijaryhmän läsnäololla haluttiin viestittää kohderyhmälle tutkijaryhmän olevan samanarvoisia opiskelijoita kuin he. Tällä pyrittiin saamaan maahanmuuttajat osallistumaan kyselyyn aktiivisemmin ja vastaamaan rehellisemmin.

Rehellisyyteen saattaa vaikuttaa se, että monesti ihmiset ovat tyytyväisiä pelkäänsä siksi, että heiltä kysytään mielipidettä. Vastaukset saattavat olla tämän vuoksi positiivisempia kuin mitä vastaanottotilanne on todellisuudessa ollut. (Poutala 1998, 66.)

7.3 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimusta tehdessä ja tutkimustuloksia tarkastellessa nousi esiin monia jatkotutkimusaiheiden ideoita. Jatkotutkimusaiheena voisi vertailla vastaavanlaista tutkimusta suomalaisten tyytyväisyydestä avoterveydenhuollon palveluihin. Tässä tutkimuksessa ei saavutettu yleistettävyyden rajaa (n=90), joten yhtenä jatkotutkimushaasteena olisi tehdä vastaava tutkimus muissa isommissa kaupungeissa tai koko Suomen kattavana otoksena.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ainoastaan maahanmuuttajien tyytyväisyyttä avoterveydenhuollon palveluita kohtaan. Jatkotutkimusaiheeksi esitetään tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen tekijöiden kartoittamista ja muuttujien vertailua keskenään kehityskohteiden löytämiseksi ja toiminnan parantamiseksi.

Lisäksi yhtenä jatkotutkimuksen aiheena voisi tarkastella terveydenhuoltoalan opiskelijoiden valmiuksia kohdata maahanmuuttaja asiakkaana sekä tutkia heidän valmiuksiaan kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Tutkimuksessa voisi selvittää antaako nykyinen opetussuunnitelma tarpeeksi koulutusta ja tietoa jatkuvasti lisääntyvään maahanmuuttajien määrään ja sen mukana tuomiin haasteisiin terveydenhuollossa.

LÄHTEET

Alitolppa-Niitamo, A.1994. Kun kulttuurit kohtaavat. 2. painos. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.

Forsander, A., Ekholm, E.& Saleh, R. 1994. Monietninen työ haaste ammattitaidolle. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

Frisk, O. & Tulkki, H. 2005. Kulttuuriavain. Helsinki: Otava.

Giger, J. & Davidhizar, R.1995. Transcultural nursing. Assesment and intervention. Second edition. St. Louis: R.R. Donneley & Sons Company.

Gissler, M. 2006. Kuka on maahanmuuttaja? [verkkajulkaisu]. Helsinki. [viitattu 23.1.2007]. Saatavissa: <http://dialogi.stakes.fi/FI/arkisto/2006/5/sivu/12.htm>

Gissler, M., Malin, M., Matveinen, P., Sarvimäki, M. & Kangasharju, A. 2006 Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus. Helsinki: Työministeriö.

Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä.

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

Holopainen, M. & Pulkinen, P. 1996. Tilastolliset menetelmät. 1.-3. painos. Helsinki: Weilin-Göös.

Idehen-Imarhiagbe, E. 2006. Expectations and experiences of nursing care. A Study of Nigerian Communities in Helsinki Region, Finland. Master Thesis. Kuopio: University of Kuopio.

Kuula, A. 2006. Tutkimuseetiikka: aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Lahden kaupungin maahanmuuttajien kotouttamisohjelman seurantatoimikunta. 2006. Maahanmuuttajien kotouttamisohjelman seurantaraportti 2005. [verkkójulkaisu]. Lahti. [viitattu 1.11.2006]. Saatavissa:
[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D9A1DAF0181F3733C2257199001C6226/\\$file/SEUR.RAPORTTI%202005%20tiivistelma.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D9A1DAF0181F3733C2257199001C6226/$file/SEUR.RAPORTTI%202005%20tiivistelma.pdf)

Liebkind, K. 1994. Maahanmuuttajat. Kulttuurien kohtaaminen Suomessa. Helsinki: Gaudeamus.

Liebkind, K., Mannila, S., Jasinskaja-Lahti, I., Jaakkola, M., Kyntäjä, E., Reuter, A. 2004. Venäläinen, virolainen, suomalainen: kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Helsinki: Gaudeamus.

Lovikka, S. 1998. Nöyryys asiakkaan ja hoitajan kohtaamisessa. Pro gradu – tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Lukkarinen, M. 2001. Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. 2005. ETENE:n 5. kesäseminaari Helsinki ,17. elokuuta 2004. Etene-julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino.

Niskanen, V. (toim.) 1994. Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Opiskelijan opas. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.
- Pitkänen, P. 2006. Etninen ja kulttuurinen monimuotoisuus viranomaistyössä. Helsinki: Edita.
- Pitkänen, P. & Kouki, S. 1999. Vieraiden kulttuurien kohtaaminen viranomaisytyössä. Helsinki: Edita.
- Poutala, P. 1998. Hyvä vuorovaikutussuhde ensiapupoliklinikan vastaanotto-tilanteissa. Pro gradu –tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi.
- Sorsa, V. 2003. Asiakastyytyväisyyskysely Lahden kaupungin palveluista Lahdessa asuville maahanmuuttajille. Tutkimusraportti. Lahti: Lahden kaupunginkanslia.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Lapset ja rekisteröity parisuhde. [verkkójulkaisu]. STM julkaisuja 2003:10. Helsinki. [viitattu 20.12.2006]. Saatavissa: http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/rekparisuhde/osa1_3.htm
- Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Tuominen, R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY.
- Työministeriö. 2006. Työministeriön selvitys eduskunnan hallintovaliokunnalle maahanmuuttajista aiheutuvista kustannuksista. [verkkójulkaisu]. Työministeriö. Helsinki. [viitattu 22.12.2006]. Saatavissa: http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/04_maahanmuutto/07_aineistot_kirjasto/02_julkaisut_raportit/kustannusselvitys2006.pdf

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Viialainen, R. (toim.) 1995. Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana: opas terveydenhuollossa työskenteleville. Helsinki: STAKES.

Väestörekisterikeskus. 2006. Taskutieto. Väestökirjahallinnon taskutieto 2006. [verkkójulkaisu]. Väestörekisterikeskus. Helsinki. [viitattu 25.9.2006]. Saatavilla: [http://www.vaestorekisterikeskus.fi/vrk/files.nsf/files/1D3DFF658404CB90C22571810042295F/\\$file/Taskutieto-2006.pdf](http://www.vaestorekisterikeskus.fi/vrk/files.nsf/files/1D3DFF658404CB90C22571810042295F/$file/Taskutieto-2006.pdf)

TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Hoitotyön koulutusohjelma

TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ
Lahdessa 28.9.2006

Hyvä Rehtori Modenius

Olemme kolme Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan laitoksen sairaanhoitajaopiskelijaa. Työstämme parhaillamme koulutukseemme liittyvää opinnäytetyötä ja opintomme päättyvät keväällä 2007.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa maahanmuuttajien näkemyksiä Lahden avoterveydenhuollossa saamastaan palvelusta. Tutkimuksemme keskittyy maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaamiseen sekä kulttuurin ja kielitaidon huomioimiseen asiakkaan näkökulmasta.

Pyydämme kohteliaimmin lupaa toteuttaa kysely Koulutuskeskuksessanne järjestävillä suomen kielen kursseilla. Kyselylomakkeet koostuvat suljetuista suomenkielisistä kysymyksistä ja vastaamiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Kyselelyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan ja tulokset analysoidaan anonyymisti.

Alustavasti olemme olleet yhteydessä suomenkielen kouluttaja Marja-Leena Nikkariin ja hän suhtautui asiaan myönteisesti. Kysely olisi tarkoitus toteuttaa loka-kuussa 2006.

Tarvittaessa kerromme mielellämme aiheesta lisää.

Myönnän luvan _____

Paikka, aika ja allekirjoitus

Syysterveisin,

Jani Heikkurinen
Laaksokatu 12 B 26
15140 Lahti
044-5757002
jani.heikkurinen@lpt.fi

Jenni Vauhkonen
Tapparakatu 5 A 3
15700 Lahti
040-5496406
jenni.vauhkonen@lpt.fi

Salla Väliavaara
Laaksokatu 12 B 26
15140 Lahti
044-0210841
salla.valivaara@lpt.fi

Ohjaava opettaja Taina Anttonen
taina.anttonen@lamk.fi
050-3855579

Maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaaminen
- kartoitus maahanmuuttajien näkemyksistä Lahden avoterveydenhuollosta -

Hei!

Olemme kolme Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen sairaanhoitajaopiskelijaa. Työstämme parhaillamme koulutukseemme liittyvää opinnäytetyötä ja opintomme päättyvät keväällä 2007.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa maahanmuuttajien näkemyksiä Lahden avoterveydenhuollosta saamastaan palvelusta. Avoterveydenhuollon palveluilla tarkoitamme pääasiassa terveyskeskuksista ja neuvoloista saatua hoitoa (ei sairaala). Kyselymme on kohdistettu niille henkilöille, joilla on kokemuksia Lahden avoterveydenhuollosta.

Tutkimuksemme keskittyy maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaamiseen sekä kulttuurin ja kielitaidon huomioimiseen asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksemme tavoitteena on saada esiin maahanmuuttajien näkemyksiä kohtaamistilanteista vastaanotoilla. Tutkittu tieto aiheesta auttaa terveystieteiden ammattilaisia kohtaamaan maahanmuuttajia hoitotyön asiakkaina.

Tutkimuksen aineisto kerätään kyselylomakkeilla, mitkä koostuvat suljetuista suomenkielisistä kysymyksistä. Vastamiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan ja tulokset analysoidaan nimettömänä sekä luottamuksellisesti. Toivomme saavamme mahdollisimman paljon vastauksia, jotta tutkimustulokset olisivat monipuoliset ja luotettavat.

Kiitos mielenkiinnostanne ja vastauksistanne!

Tutkimuksen toteuttajat:

Jani Heikkurinen
jani.heikkurinen@lpt.fi

Jenni Vauhkonen
jenni.vauhkonen@lpt.fi

Salla Välivaara
salla.valivaara@lpt.fi

11.10.2006

Maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaaminen
- kartoitus maahanmuuttajien näkemyksistä Lahden avoterveydenhuollosta -

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaaminen tehdään nimettömänä. Kysely koskee vain niitä henkilöitä, joilla on kokemuksia Lahden avoterveydenhuollosta. Avoterveydenhuollon palveluilla tarkoitamme terveyskeskuksista ja neuvoloista saatua hoitoa (ei sairaala).

Ympyröi (O) vastauksesi

1. Ikä (vuotta)

alle 20v. 20-30v. 31-40v. 41-50v. 51-60v. yli 60v.

2. Sukupuoli

nainen mies

3. Olen kotoisin (maanosa)

Eurooppa Aasia Afrikka Pohjois-Amerikka Etelä-Amerikka
 Australia

4. Olen asunut Suomessa (vuotta)

alle 1v. 1-2v. 3-4v. 5-6v. 7-8v. 9-10v.
 yli 10v.

Ympyröi (O) mielipidettäsi vastaava numero

1 = Erittäin huonosti 2 = Huonosti 3 = Tyydyttävästi 4 = Hyvin

5 = Erittäin hyvin

1. Asiakkaan kohtaaminen

1. Hoitohenkilökunta kohteli minua	1	2	3	4	5
2. Hoitajalla oli aikaa puhua minun kanssani	1	2	3	4	5

3. Hoitaja ymmärsi minua	1	2	3	4	5
4. Hoitaja oli kiinnostunut asiastani	1	2	3	4	5
5. Hoitotilanteessa voin luottaa hoitajaan	1	2	3	4	5
6. Tunsin oloni turvalliseksi	1	2	3	4	5
7. Yksityisyyteni suojattiin	1	2	3	4	5
8. Sain tietoa asioista, jotka liittyivät hoitooni	1	2	3	4	5
9. Sain hoito-ohjeet, jotka oli helppo ymmärtää	1	2	3	4	5
10. Sain tietoa jatkohoidosta	1	2	3	4	5
11. Sain kertoa omat toiveeni hoidosta	1	2	3	4	5

2. Kulttuuri ja kielitaito

12. Kulttuurini huomioitiin (tavat ja uskomukset)	1	2	3	4	5
13. Jos halusin, perheeni sai osallistua hoitotilanteeseen	1	2	3	4	5
14. Hoitaja auttoi minua, jos en ymmärtänyt kaikkea suomen kielellä	1	2	3	4	5
15. Minulla oli mahdollisuus saada tulkin apua, jos tarvitsin	1	2	3	4	5
16. Mielestäni hoitotilanne onnistui	1	2	3	4	5

Mitä muuta haluat sanoa omasta hoidostasi: hyvät ja huonot asiat

Kiitos osallistumisestanne kyselyyn!

TULOSJAKAUMATAULUKKO

LIITE 4

	Erittäin huonosti n	Huonosti n	Tyydyttä- västi n	Hyvin n	Erittäin hyvin n	Ei vastausta n
Hoitohenkilökunta kohteli minua	-	3	7	28	12	1
Hoitajalla oli aikaa puhua minun kanssani	1	1	8	29	12	-
Hoitaja ymmärsi minua	-	3	16	19	13	-
Hoitaja oli kiinnostunut asiastani	-	5	10	29	7	-
Hoitotilanteessa voin luottaa hoitajaan	-	4	7	28	12	-
Tunsin oloni turvalliseksi	2	2	15	17	14	1
Yksityisyyteni suojattiin	1	1	11	18	19	1
Sain tietoa asioista, jotka liittyivät hoitooni	-	5	12	26	7	1
Sain hoito-ohjeet, jotka oli helppo ymmärtää	-	2	10	29	9	1
Sain tietoa jatkohoidosta	-	4	17	18	8	4
Sain kertoa omat toiveeni hoidosta	1	2	17	22	5	4
Kulttuurini huomioitiin (tavat ja uskomukset)	3	2	6	27	11	2
Jos halusin, perheeni sai osallistua hoitotilanteeseen	1	-	9	20	14	7
Hoitaja auttoi minua, jos en ymmärtänyt kaikkea suomen kielellä	1	1	6	25	16	2
Minulla oli mahdollisuus saada tulkin apua, jos tarvitsin	1	2	4	17	19	8
Mielestäni hoitotilanne onnistui	1	3	13	24	10	-

--	--	--	--	--	--	--