

Hoitajien asenteet maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan

Kyselylomakkeen laadinta

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
9.4.2009

Maija Kämäri
Paavo Lempinen
Nina Leppänen

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät		
Maija Kämäri, Paavo Lempinen ja Nina Leppänen		
Työn nimi		
Hoitajien asenteet maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan. Kyselylomakkeen laadinta		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäyte	Kevät 2009	27 + 2 liitettä
TIIVISTELMÄ		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kyselylomake, jolla tulevaisuudessa voidaan hankkia tietoa sairaalan hoitohenkilökunnan asenteista maahanmuuttajataustaisia potilaita kohtaan. Opinnäytetyö oli osa LOG-Sote-hanketta ja tavoitteena oli, että hankkeen tulevat ryhmät voivat hankkia laatimallamme lomakkeella pätevää tietoa asenteista. Tavoitteena oli näin ollen myös hankkeen eteenpäin vieminen.</p> <p>Päädymme laatimaan kyselylomakkeen, jonka voi analysoida kvantitatiivisin menetelmin. Hankimme taustatietoa viimeisen kymmenen vuoden sisään julkaistuista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista. Näiden tutkimusten pohjalta teimme hoitohenkilökunnan asenteita kartoittavia väittämiä. Kyselylomake suunniteltiin siten, että sen analysoinnissa voidaan käyttää Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) kulttuurisen kompetenssin mallia. Mallissa kulttuurinen kompetenssi mielletään prosessiksi, joka koostuu neljästä osa-alueesta: tietoisuus, tieto, sensitiivisyys ja kompetenssi. Kyselylomakkeemme avulla pystytään selvittämään mihin näistä osa-alueista sairaalan hoitohenkilökunnan kulttuurillinen pätevyys sijoittuu. Lomakkeen valmistuttua esitetasimme sen kymmenellä koehenkilöllä.</p> <p>Teimme kyselylomakkeen, joka koostuu viidestä esitetokysymyksestä ja neljästäkymmenestä asenteita kartoittavasta väittämästä. Lomake on yhteensä kolme sivua pitkä, ja sen täyttäminen kestää noin kymmenen minuuttia. Väittämien vastaukset voidaan analysoida käyttäen apuna Papadopouloksen ym. nelikenttämallia.</p> <p>Esitestin perusteella kyselylomake on selkeä ja helppo täyttää. Se on vastaajien mielestä sopivan pituinen. Sillä voidaan kartoittaa hoitohenkilökunnan kulttuurista pätevyyttä. Kyselylomakkeen väittämät voidaan myös yhdistää kahden muun LOG-Sote-hankkeen ryhmän laatimien väitteiden kanssa yhteiseksi, kattavammaksi lomakkeeksi.</p>		
Avainsanat		
hoitohenkilöstö, kyselytutkimus, maahanmuuttaja, asenteet		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Maija Kämäri, Paavo Lempinen and Nina Leppänen			
Title			
Nurses' Attitudes Towards Immigrant Clients. Creating a Questionnaire			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2009	27 + 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this study was to create a questionnaire which would yield proper information about the attitudes of nursing staff. This study was part of the LOG-Sote Project. The objective was that the future groups of the project can put the questionnaire into use.</p> <p>We chose to make a questionnaire which could be analysed with quantitative methods. We gathered several studies from the past ten years. They were all related to immigrants and nursing staff. We made 40 statements based on these studies. The questionnaire was developed so that it could be analysed with The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model (2006) of Developing Cultural Competence. The stages and constructs of the model are cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity and cultural competence. The questionnaire helps to reveal whereabouts the cultural competence of the nursing staff is.</p> <p>The questionnaire consists of five background questions and from 40 attitude statements. The questionnaire is altogether three pages long and it takes about ten minutes to fill it in. The answers can be analysed by using the Papadopoulos etc. Model of Developing Cultural Competence.</p> <p>We made a pilot study with ten testees. Based on their answers, we came to a conclusion that the questionnaire was simple and easy to fill in. The testees also felt that the questionnaire's length was good. The cultural competence of nursing staff can be studied with it. If our questionnaire is combined with the statements made by two other final project groups of the LOG-Sote Project, another, more extensive questionnaire can be made.</p>			
Keywords			
nursing staff, questionnaire survey, immigrant, attitudes			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1	Maahanmuuttajataustainen	2
2.2	Asenne	3
2.3	Monikulttuurisuus	3
2.4	Transkulttuurinen hoitotyö	4
2.5	Kulttuurinen kompetenssi	4
2.6	Etnisyys	4
2.7	Etnosentrisyys	5
3	KYSELYLOMAKKEEN TEOREETTINEN TAUSTA	5
3.1	Aikaisemmat tutkimukset	5
3.2	Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin nelikenttämalli	8
4	TARCOITUS JA TAVOITE	10
5	KYSELYLOMAKKEEN LAADINTA JA SEN PERUSTEET	10
5.1	Kyselylomakkeen teoria	10
5.2	Kyselylomakkeen laadinta	13
5.3	Kyselylomakkeen väittämien hoitotieteellinen teoriapohja	14
5.4	Kyselylomakkeen vastausten sijoittuminen Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin nelikenttämalliin	15
6	KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUS	16
7	TULEVAN AINEISTON KERÄÄMINEN JA ANALYSOINTI	18
8	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	19
8.1	Eettisyys	19
8.2	Luotettavuus	20
9	POHDINTA	21
	LÄHTEET	24
	LIITTEET 1-2	

1 JOHDANTO

Sata vuotta sitten Suomi oli huomattavasti kansainvälisempi maa kuin nyt. Muuttoliike oli vilkasta sekä Ruotsin vallan että autonomian aikana. Suomeen muutti hyvin paljon ihmisiä erityisesti Ruotsista, Venäjältä, Tanskasta ja Norjasta. Vuonna 1870 Helsingin väkiluvusta oli 12 % venäläisiä. Myös ruotsinkielisten osuus oli nykyistä suurempi. Koko maan väestöstä ruotsinkielisiä oli noin 14 %. Historian kansainvälisyys peittyi osittain, koska monet ulkomaalaisperäiset nimet suomennettiin 1920- ja 30-luvuilla. (Räty 2002: 29.)

Sulkeutuneen Suomen aikakausi alkoi toisen maailmansodan jälkeen. Suomi oli 1970-luvulle lähinnä maastamuuttomaa. 1980-luvun lopulla Suomessa asui vain noin 17 000 ulkomaalaista. Silloin maahanmuuton tavallisin syy oli suomalaisen kanssa avioituminen. Jonkin verran ihmisiä tuli töihin asiantuntijatehtäviin sekä opiskelemaan. Muuttoliike voimistui vuoden 1991 jälkeen, jolloin nykyinen ulkomaalaislaki tuli voimaan. Kymmenessä vuodessa ulkomaalaisten määrä nousi lähes 90 000 henkeen. (Räty 2002: 29 - 30.)

Ulkomaalaisten määrä Suomessa on yli viisinkertaistunut aikavälillä 1990 - 2008. Kun vuonna 1990 ulkomaalaisia oli 26 300, vuoden 2008 lopussa heitä oli 143 197. Heidän lukumääränsä on ollut tasaisessa nousussa ko. aikavälillä. (Maahanmuuttovirasto 2009a.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992: 3. §) määrää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Asenteista riippumatta meillä on velvollisuus hoitaa kaikkia ihmisiä tasa-arvoisesti, riippumatta heidän syntyperästään. Sairaanhoidajan eettiset ohjeetkin (1996) ohjeistavat sairaanhoidajan kohtaamaan potilaan arvokkaana ihmisenä ja luomaan hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.

Maahanmuuttajataustaisten kasvasta määrästä ja palveluiden kehittämisen tarpeesta on syntynyt monia kehittämisideoita. Metropolia Ammattikorkeakoulun Lokaali ja globaali kehitys sosiaali- ja terveysalalla eli LOG-Sote-hankkeen tarkoitus on vastata kansainvälistymisen haasteisiin ja kehittää maahanmuuttajataustaisten henkilöiden sosiaali- ja terveysalan palveluita.

Opinnäytetyö on osa LOG-Sote-hanketta. Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää kyselylomake, jolla voidaan hankkia tietoa hoitohenkilökunnan asenteista maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda pätevä kyselylomake pohjautuen aikaisempaan tutkimustietoon ja Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) luomaan nelikenttämalliin ja näin edistää LOG-Sote-hanketta.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Maahanmuuttajataustainen

Maahanmuuttajataustainen henkilö on ulkomailta toiseen maahan pysyvässä asumistarkoituksessa muuttava henkilö. Se on yleiskäsite, jota käytetään kuvaamaan kaikkia maahan muuttaneita henkilöitä kuten pakolaisia ja paluumuuttajia. (Maahanmuuttovirasto 2009b.) Vapaaehtoisesti maasta toiseen muuttavia kutsutaan myös siirtolaisiksi. Pakolainen on puolestaan tullut Suomeen sen takia, koska hän on joutunut poliittisista tai muista syistä lähtemään kotimaastaan. Paluumuuttaja on henkilö, joka on ollut aiemmin suomalainen tai jolla on suomalaiset sukujuuret. Maahanmuuttajiin kuuluvat myös ne ulkomaalaiset, jotka ovat tulleet Suomeen avioliiton, työn tai muun syyn takia. Maahanmuuttajiin ei kuulu Suomessa tilapäisesti oleskelevat. (Räty 2002: 11-13.) Maahanmuuttaja voi hakea Suomen kansalaisuutta kun hän on asunut Suomessa pääsääntöisesti kuusi vuotta (Maahanmuuttovirasto 2009c).

Maassaoloajalla on suuri merkitys niin, että vuosien jälkeen ei maahanmuuttotilalla välttämättä enää ole suurtakaan merkitystä arjen hallinnassa. Monet itse muuttaneet kokevat, että 'maahanmuuttaja' -määrittely ja siihen liitetty identiteetti ei (enää) sovi

heihin, tai se ei ainakaan määritä heidän koko identiteettiään tai kokemusmaailmaansa. (Alitolppa-Niittamo - Söderling 2005: 11.)

2.2 Asenne

Asenteilla on perinteisesti tarkoitettu yksilön kehittämää melko yhtenäistä ajattelu-, tuntemis- ja toimintataipumusta suhtautumisessa tiettyyn kohteeseen. On siis katsottu, että asenne liittyy ajatteluun, tunteisiin ja toimintaan. Viimeaikaisissa tutkimuksissa asenne on kuitenkin yhä useammin määritelty jonkin sellaisen kohteen arvioinniksi, josta yksilöllä on jokin käsitys. Tämä käsitys voi olla varsin niukka ja epämääräinenkin. (Lahikainen - Pirttilä-Backman 2004: 90.)

Asenne voi kohdistua erilaisiin ihmisryhmiin. Meillä on asenteita myös itseämme ja omaa käyttäytymistämme kohtaan. Asenteiden kohteet voivat olla joko abstrakteja tai konkreettisia. Konkreettisia kohteita voivat olla esimerkiksi ihmisryhmät tai yksityisautoilu, abstrakteja kohteita vaikkapa sosialismi tai kärsimys. (Lahikainen - Pirttilä-Backman 2004: 90.)

Asenteilla on aina suunta ja voimakkuus. Ne vaihtelevat myönteisistä kielteisiin. Usein ajatellaan, että asenteemme on yksinomaan joko myönteinen, neutraali tai kielteinen. Arviomme melkein mistä tahansa kohteesta ovat kuitenkin ristiriitaisia: löydämme asioista sekä myönteisiä että kielteisiä puolia. Asennetta voidaankin pitää jonkinlaisena arvioidemme keskiarvona. Asenteet vaihtelevat usein myös tilanteen mukaan. (Lahikainen - Pirttilä-Backman 2004: 90.)

2.3 Monikulttuurisuus

Monikulttuurisuus tarkoittaa erilaisuuden hyväksymistä ja arvostamista, tasa-arvoa yksilöiden ja kulttuurien välillä, sekä yhteisesti sovittuja pelisääntöjä ja rajoja. Suomalaisesta yhteiskuntaa on rakennettu lähtökohtana oletus siitä, että Suomi on yksikulttuurinen yhteiskunta. Poliittisena toimintana monikulttuurisuus merkitsee sitä, että yhteiskunnan palveluja kehitetään siitä lähtökohdasta, että palveluiden asiakaskunta on monikulttuurista. Asiakkailta on eri äidinkieliä, uskontoja ja tapoja, jotka tulee huomioida palveluja

järjestäessä. Toiminnan tarkoituksena on erilaisiin tarpeisiin vastaaminen ja konfliktien ehkäiseminen. (Räty 2002: 46 - 48.)

2.4 Transkulttuurinen hoitotyö

Transkulttuurinen hoitotyö on versonnut monikulttuurisuuden luomista haasteista. Transkulttuurisen hoitotyön perustaja ja yksi transkulttuurisen hoitotyön ja inhimillisen hoidon teorian johtohahmoista on amerikkalainen Madeleine M. Leininger. (Marriner-Tomey 1994: 413.) Hän on määritellyt transkulttuurisen hoitotyön tärkeäksi hoitotyön alueeksi. Transkulttuurinen hoitotyö keskittyy maailman eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin erityisesti hoitamiskäyttäytymisen, hoitotyön sekä terveyttä ja sairautta koskevien arvojen, uskomusten ja käyttäytymismallien osalta ja jonka päämääränä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta eri kulttuureille ominaisten ja kaikille kulttuureille yhteisten hoitotyön käytäntöjen tuottamiseksi (Leininger 1994: 8).

2.5 Kulttuurinen kompetenssi

Kulttuurinen kompetenssi määritellään prosessiksi, joka yksilön taitojen jatkuvan kehityksen ja jalostuksen kautta tuottaa tehokasta terveydenhoitoa. Siinä otetaan huomioon ihmisen kulttuuriset uskomukset, käyttäytymismallit ja tarpeet. Papadopoulos, Tilki ja Taylor ovat kehittäneet mallin, jonka lähtökohta on, että kulttuurinen kompetenssi kulkee neljän kehitysvaiheen läpi. Näitä kehitysvaiheita ovat kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen sensitiivisyys ja kulttuurinen kompetenssi. (Papadopoulos 2006: 10-11.)

2.6 Etnisyys

Etnisyydessä on kyse ihmisen tai ryhmän tavasta jäsentää itseään suhteessa toisiin. Etnisyyden määrittelyssä voidaan erottaa objektiivinen ja subjektiivinen ulottuvuus. Ulottuvuuksilla tarkoitetaan biologisia tekijöitä kuten ihonväriä sekä muita ominaisuuksia kuten kieltä, uskontoa ja yhteisiä kulttuuripiirteitä. Subjektiivisen määrittelyn mukaan etnisyydellä tarkoitetaan yksilön samaistumista johonkin tiettyyn ryhmään. Eri yksilöt

pitävät itseään tietyn etnisen ryhmän jäsenenä eri perustein. Etnisyyden ytimen muodostavat ne erityispiirteet, joilla ryhmä haluaa erottua muista. Etnisyyden kriteerit eivät ole välttämättä pysyviä ajallisesti, koska ne ovat sidoksissa tilanteisiin ja merkityksiin. Etnisyyden merkitys tulee esiin vasta, kun eri ryhmät ovat vuorovaikutuksessa keskenään. (Räty 2002: 45.)

2.7 Etnosentrisyys

Etnosentrisyys määritellään siten, että ihminen olettaa oman kulttuurinsa arvojen olevan parempia kuin muiden kulttuureiden. Ihmisillä on tapana tuomita toisia vain sen takia, että toisten ihmisten esimerkiksi käytös tai elämäntapa eivät sovi yksiin omien arvojen kanssa. (Papadopoulos 2006: 12.)

3 KYSELYLOMAKKEEN TEOREETTINEN TAUSTA

3.1 Aikaisemmat tutkimukset

Tutkimuksissa ilmeni monia maahanmuuttajataustaisen potilaan hoitoon liittyviä teki-
jöitä. Yhteisen verbaalisen kielen puuttuminen muodosti suurimman haasteen hoitotyö-
ssä ja heikensi luottamusta hoitosuhteessa. (Abdelhamid 2004: 63-65; Korhonen 2007:
25; Kuusio 2000: 89.) Molemmiin puoleisiin ymmärtämistä vaikeudet ja ulkomaalaisten
temperamenttisuus toivat myös hoitosuhteeseen haasteita. (Wathen 2007: 33, 38.) Kie-
liongelmat aiheuttivat asiakkaiden ohjauksen puutteellisuutta ja hoitotyöntekijöiden
lisääntyvää asiakkaiden valintaa kulttuurisen taustan perusteella. (Hassinen-Ali-Azzani
2002: 156; Tuokko 2007: 28; Wikberg 2003: 91.)

Myös tulkkipalveluiden käyttö aiheutti ongelmia hoitosuhteissa, sillä tulkkauksen vei yli-
määräistä aikaa ja toi ylimääräistä työtä. Hoitajat eivät myöskään aina olleet varmoja
siitä, käänsikö tulkki halutun asian oikein. (Korhonen 2007: 24.) Merkittäväksi ongel-
maksi nousi myös naistulkkienvähyys (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 158). Tosin tulkki
koettiin yhdeksi tärkeäksi yhteistyökumppaniksi, lisäksi myös potilaan omaiset, läheiset
ja ystävät olivat keskeisessä asemassa (Virkki 1999: 50).

Vuorovaikutuksen synnyttäminen eri kulttuuria oleviin potilaisiin koettiin helpoksi, koska potilaat yleensä asennoituivat myönteisesti hoitotyöntekijöitä kohtaan ja olivat ystävällisiä. Eri kulttuuria olevien potilaiden lähestyminen koettiin toisinaan vaikeammaksi kuin itsensä kanssa samaa kulttuuria olevien potilaiden lähestyminen. (Virkki 1999: 49 - 56.)

Uskonnollisten ja kulttuuristen tapojen ja käytäntöjen erilaisuus suomalaisen kulttuurin nähden nousi keskeiseen asemaan. (Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998; Kuusio 2000: 62.) Hoitajien tieto ja ymmärrys potilaan etnisyyteen ja kulttuuristaan liittyvistä tekijöistä eivät perustuneet koulutuksessa saatuun tietoon, vaan käsitykset muodostuivat enemmän arkikäsitusten ja aiempien kokemusten kautta. (Abdelhamid 2004: 3; Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998; Tuokko 2007: 34.) Joitakin hoitajia esimerkiksi ärsytti monien maahanmuuttajataustaisten sovittujen aikojen noudattamattomuus, joka varmasti juontaa juurensa kulttuurien erilaiseen aikakäsitykseen. (Taavela 1999: 137.) Potilaiden erilaisen arvomaailman ymmärtäminen koettiin välillä vaikeaksi (Virkki 1999: 53).

Maahanmuuttajataustaisten erilaiset sairaus- ja terveystieteelliset kantaväestöön nähden ilmenivät muutamien hoitajien kokemuksista. Hoitajat kokivat, että maahanmuuttajataustaiset henkilöt hakeutuivat sairaanhoitopalveluiden piiriin vähäisienkin vaivojen vuoksi. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 153; Wathen 2007: 29-30.) Jotkut hoitajat kokivat tosin, että länsimaalaisten hoitajien olisi syytä tarkistaa omia käsityksiään terveydestä, sillä länsimaalainen hoitokulttuuri saattaa olla melko jäykkää. (Labun 2001: 878.) Hoitajat havaitsivat myös, että maahanmuuttajataustaiset eivät aina ymmärtäneet miksi he eivät päässeet heti hoitoon, kun saapuivat hoitopaikkaan. (Taavela 1999: 137; Wathen 2007: 30.)

Hoitajista osa koki, että he eivät pystyneet vastaamaan monikulttuurisuuden mukana tulleisiin haasteisiin, esimerkiksi tuttuun työmenetelmien sovelmattomuuden ja uusien outouden takia. Työntekijöistä osa koki maahanmuuttajien toisinaan olevan yhteistyöhälyttömiä. (Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998.)

Rasismi heijastui muutamien hoitajien kokemuksissa. Rasismi näkyi myös joidenkin maahanmuuttajataustaisten suhtautumisessa suomalaisiin tai muihin maahanmuuttajataustaisiin. (Kuusio 2000: 62; Wathen 2007: 38.) Rasismin esiintymistä heijasteli myös

se, että hoitajilla oli taipumus kohdella kaikkia etnisiä vähemmistöryhmiä samalla tavalla. (Labun 2001: 877; Vydelingum 2006: 26.) Hoitajien omilla asenteilla sekä heidän lähiomaisten asenteilla oli suuri merkitys kulttuurillisesti pätevän hoitotyön toteuttamiseen (Marrone 2008: 13).

Hoitajien käyttäytymisessä oli havaittavissa etnosentrisyyttä ja kulttuurinen kompetenssi oli heikohkoa. (Vydelingum 2006: 26-28.) Etnosentrisyyden ja kulttuurisen kompetenssin välillä havaittiin yhteys. Ne olivat kohtalaisen käänteisesti verrannollisia, eli mitä suurempi etnosentrisyys, sitä pienempi kulttuurillinen kompetenssi. (Capell - Dean - Veenstra 2008: 121-122.)

Hoitotyöntekijöistä osa suhtautui myönteisesti erilaisesta kulttuurista tulevaan asiakkaaseen ja ottivat hänen hoidossaan tietoisesti huomioon kulttuuriset tekijät kuten potilaiden uskonnon ja siihen liittyvät asiat. (Korhonen 2007: 31; Marrone 2008: 11; Tuokko 2007: 17-19.)

Sukupuoliroolien erilaisuus aiheutti ajoittain ongelmia. Useat maahanmuuttajataustaiset henkilöt kokivat vastakkaisen sukupuolen hoidon antajana epämukavana ja epäsoveliaana. Nämä käsitykset ovat peräisin maahanmuuttajataustaisten erilaisista säännöksistä ja uskosta. Hoitajat kertoivat, että sukupuolisääntöjä pyrittiin noudattamaan mahdollisuuksien mukaan, mutta aina se ei ollut mahdollista. (Cortis 2004: 53; Hassinen-Ali-Azzani 2002: 158; Wathen 2007: 36; Wikberg 2003: 91.)

Maahanmuuttajataustaiset ovat usein hyvin perheyhteisöllisiä. Hoitajien kokemusten mukaan potilas tuli harvoin yksin vastaanotolle ja tällöin tuli osata ottaa huomioon myös omaiset/saattajat. (Korhonen 2007: 22; Wathen 2007: 35.) Myös potilaan luona tapahtuvat vierailut olivat yleensä runsaslukuisia, jolloin ne saattoivat aiheuttaa hankalia tilanteita. (Cortis 2004: 53-54; Hassinen-Ali-Azzani 2002: 159.) Osa hoitajista arvosti maahanmuuttajataustaisten tapaa osallistua omaisensa hoitoon, osaa se ärsytti (Cortis 2004: 54).

Suurin osa hoitajista tarvitsisi tukea ja lisää koulutusta maahanmuuttajataustaisen henkilön kohtaamiseen ja hoitoon. (Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998; Korhonen 2007: 31-32.) Ammatillisessa koulutuksessa kerrotaan olleen vähän tai ei lainkaan monikulttuurisuusopintoja. (Korhonen 2007: 31-32.) Koulutuksen koettiin antaneen heikoimmin

valmiuksia eri kulttuuria olevien potilaiden kohtaamiseen. (Virkki 1999: 46). Hoitajilla on erityisesti käytännön asioista, kuten ruokavaliosta ja tottumuksista, liian vähän tietoa. (Cortis 2004: 53-54.)

3.2 Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin nelikenttämalli

Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006: 10 - 21) malli kulttuurisen kompetenssin kehittämisessä perustuu nelikenttäkuvioon, jossa yksilö etenee oman kulttuurin tietoisuudesta kulttuurisesti pätevään hoitotyöhön. Ensimmäisessä kentässä on kulttuurinen tietoisuus, johon kuuluu itsetietoisuus, oman kulttuurin identiteetin omaaminen, sekä etnosentrisyys. Seuraava kenttä käsittelee kulttuurista tietoa, joka tarkoittaa eri kulttuurien samanlaisuuksien ja erilaisuuksien ymmärtämistä. Kolmanteen kenttään kuuluva henkilö on kulttuurisesti sensitiivinen. Tämä tarkoittaa empatiaa ja hyväksyntää muita kulttuureita kohtaan. Neljäs kenttä kuvaa hoidollista tietoa, jonka avulla yksilö pystyy antamaan kulttuurisesti pätevää hoitoa.

Ensimmäinen kenttä sisältää kulttuurisen tietoisuuden. Tämä vaihe alkaa omien henkilökohtaisten arvojen ja uskomusten tutkimisella. Omaksumme ne lapsuudessa perheeltämme ja ympäröivästä kulttuurista. Toisesta kulttuurista tuleva ihminen arvostaa samoja asioita kuin me, kuten rakkautta, rehellisyyttä, terveyttä jne., mutta heidän tulkintansa näistä arvoista on erilainen. (Papadopoulos 2006: 10 - 21.)

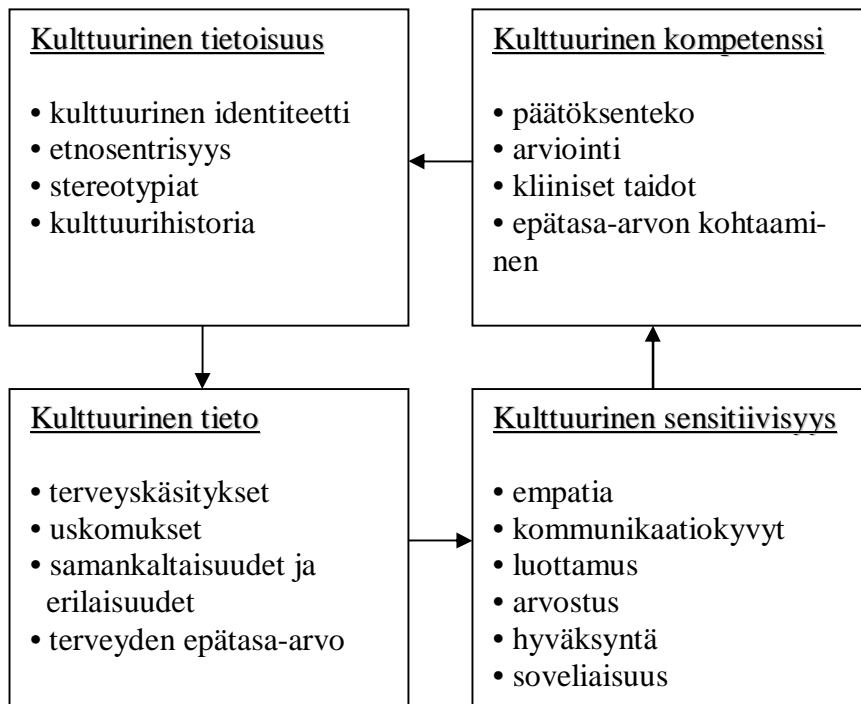
Yksilöllisyys on läheisessä yhteydessä henkilökohtaisen identiteetin kanssa. Se on muuttuva: määrittelemme itsemme erilailla eri aikoina. Myös muut määrittelevät meitä ja joskus muiden määritelmät ovat lähtöisin stereotyyppioista, joita heillä on vaikkapa meidän rotumme suhteen. Ihmiset tapaavat tuomita toisia vain sen takia, että toisten esimerkiksi käytös tai elämäntapa ei sovi heidän omiin arvoihinsa. Kun oletamme, että oman kulttuurin arvot, ovat parempia kuin muiden kulttuureiden, olemme etnosentrisiä. Jotta pääsisimme etnosentrisyydestä, tulisi meidän tietää omasta ja muiden kulttuureiden historiasta. Papadopoulos käyttää sanaa etnohistoria, jolla hän tarkoittaa sitä, että käytännön työssä hoitajan on tiedettävä edes jonkun verran hoidettavana olevan potilaan historiasta. (Papadopoulos 2006: 10 - 21.)

Toisen kentän aiheena on kulttuurinen tieto. Tässä vaiheessa korostuvat kulttuurin uskomukset, tavat, samanlaisuudet ja erilaisuudet, terveydelliset eriarvoisuudet sekä yleinen kulttuurinen tietous. Ihminen ymmärtää paremmin eri kulttuureiden käyttäytymistavoista, terveystietoisuudesta ja ongelmista, kun hän on varustettu hyvällä kulttuurisella tiedolla. Olemalla oikeanlaisessa kontaktissa eri kulttuurien edustajien kanssa voi kulttuurista tietoa lisätä. (Papadopoulos 2006: 10 - 21.)

Kolmannessa kentässä käsitellään kulttuurista sensitiivisyyttä. Se on ratkaisevan tärkeä kehitysskaskel matkalla kohti hoitajan ja potilaan hyvää hoitosuhdetta. Terveystieteiden ammattilaisen tulee nähdä potilas tasavertaisena kumppanina. Kumppanuus sisältää luottamuksen, hyväksynnän ja kunnioituksen, sekä neuvottelun. Hyvän kumppanuussuhteen perusta on luottamus ja kommunikointi. Kun kommunikoidaan yli kulttuurirajojen väärinkäsitysten todennäköisyys kasvaa. (Papadopoulos 2006: 10 - 21.)

Transkulttuurinen keskustelutaito koostuu kahdesta osatekijästä: a) kulttuurisesta keskustelutaidosta ja b) kulttuurien välisestä kommunikointitaidosta. Kulttuurinen keskustelutaito edellyttää hoitajaa oppimaan ymmärtämään tietyn kulttuurin arvoja ja käyttäytymissääntöjä, jotta osaisi kohdata tämän kulttuurin edustajan. Kulttuurien välinen kommunikointitaito on yleinen taito tunnistaa haasteet, jotka kumpuavat kun eri kulttuurin edustajat kommunikoivat keskenään. (Papadopoulos 2006: 10 - 21.)

Neljäs kenttä on omistettu kulttuuriselle pätevyydelle. Se edellyttää saavutettujen tietoisuuden, taidon ja sensitiivisyyden yhdistämistä. Tällä tasolla tärkeintä on osata tunnistaa ja haastaa rasismi, sekä muu syrjintä. (Papadopoulos 2006: 10 - 21.)



KUVIO 1. Papadopoulosen, Tilkin ja Taylorin mallin nelikenttä (Papadopoulos ym. 2006).

4 TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää kyselylomake, jolla voidaan hankkia tietoa hoitohenkilökunnan asenteista maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan. Tavoitteena on luoda pätevä kyselylomake pohjautuen aikaisempaan tutkimustietoon ja Papadopoulosen, Tilkin ja Taylorin (2006) luomaan nelikenttämalliin ja näin edistää LOG-Sote-hanketta. Hankkeen tulevat ryhmät voivat kerätä tietoa kyselylomakkeella.

5 KYSELYLOMAKKEEN LAADINTA JA SEN PERUSTEET

5.1 Kyselylomakkeen teoria

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä

sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2004: 16.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa haastavaa on jonkin abstraktin käsitteen mittaaminen kun ei ole löydettävissä suoraa vastaavuutta abstraktin käsitteen ja sen konkreettisen ilmenemismuodon välillä. (Alkula - Pöntinen - Ylöstalo 1999: 80.) Tutkimuksen kohteet, kuten mielipiteet, asenteet ja arvot, ovat moniulotteisia ja usein myös monimutkaisia, eikä niiden mittaaminen ole aivan yksinkertaista (Vehkalahti 2008: 16).

Tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä. Kyselylomake on mittausväline, jonka sovellusalue ulottuu mm. yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisestä tutkimuksesta mielipidetiedusteluihin (Vehkalahti 2008: 11). Koko tutkimuksen onnistuminen riippuu mitä suurimmassa määrin lomakkeesta. Kun vastaaja täyttää lomakkeen, on siihen myöhäistä tehdä muutoksia, joten lomake on syytä suunnitella huolellisesti. Ratkaisevaa on se, kysytäänkö sisällöllisesti oikeita kysymyksiä tilastollisesti mielekkäällä tavalla. Kumpikaan ei yksin riitä. Hyvä kyselylomake on kokonaisuus, jossa toteutuvat sekä sisällölliset että tilastolliset näkökohdat. (Vehkalahti 2008: 20.) Kyselylomake ei ole sattumanvarainen kysymyskokoelma vaan harkittu ja jäsennelty kokonaisuus (Alkula - Pöntinen - Ylöstalo 1999: 130).

Tutkimuksen keskeiset mittaustavat, kuten asenne-mittaukset, käsitetään kirjallisuudessa järjestysasteikoksi. Yleisin näistä tunnetaan Likertin asteikkona. Asteikko useimmiten sovelletaan viisiportaisena. (Vehkalahti 2008: 35.)

Kyselylomake koostuu selkeistä kysymyksistä ja niiden jälkeisistä vastaustiloista. Usein vastaajan on helpompi vastata, jos vastausvaihtoehdot on useita. Tämä pätee varsinkin mielipiteisiin: vain harvat ovat joko täysin jonkin asian puolesta tai sitä vastaan. Vastausvaihtoehtojen laatimiseen liittyy myös ajatus kysymyksistä kvantitatiivisena mittauksena. Monesti tutkimuksessa halutaan nostaa mittauksen tasoa. Ei riitä, että kykenemme pelkästään erottamaan asian toisistaan, vaan haluamme mitata, kuinka paljon toista enemmän joku on esimerkiksi jonkun asian puolesta tai sitä vastaan. Tällöin ajatellaan, että vastausvaihtoehdot muodostavat asteikon. (Alkula - Pöntinen - Ylöstalo 1999: 130-134.)

Kyselylomakkeessa kannattaa käyttää enemmän monivalintavaihtoehtoja kuin 'samaa mieltä/ eri mieltä' -väitteitä. Samaa mieltä/ eri mieltä -väittämät sisältävät vastaustaipumuksen, josta käytetään nimitystä sosiaalinen suotavuus. Se tarkoittaa sitä, että ihmisillä on taipumus valita se vastausvaihtoehto, jota arvelevat odotettavan, siis jonka he arvelevat olevan yleensä suotava vastaus. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2004: 192.)

Jotta kyselylomakkeesta saisi mahdollisimman hyvän, täytyy tietyt asiat ottaa huomioon lomaketta laadittaessa. Kyselylomakkeen tulee olla selkeä. Kysymysten on tarkoitus merkitä samaa kaikille vastaajille. Sanat kuten "usein", "tavallisesti", "useimmat" ja "yleensä" ovat monimerkityksisiä ja niitä pitäisi välttää. (Hirsjärvi ym. 2004: 191.)

Spesifiset kysymykset ovat parempia kuin yleiset. Yleisellä tasolla olevaan kysymykseen sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuuksia kuin rajattuun kysymykseen. On parempi kysyä "Mitä seuraavista lehdistä luit eilen (lista lehdistä)?", kuin "Luettele sanoma- ja aikakauslehtiä, joita luit eilen?". (Hirsjärvi ym. 2004: 191.)

Lyhyitä kysymyksiä tulisi käyttää, koska niitä on helpompi ymmärtää kuin pitkiä. Aina tulisi kysyä yhdessä kysymyksessä vain yhtä asiaa kerrallaan, sillä kahteen erilaiseen kysymykseen on vaikea antaa vain yhtä vastausta. (Hirsjärvi ym. 2004: 191.) Hyvään kyselylomakkeeseen tulisi aina tarjota valittavaksi vaihtoehto 'ei mielipidettä'. On havaittu, että 12-30 % vastaajista valitsee vaihtoehdon, joka ei ilmaise mielipidettä. (Hirsjärvi ym. 2004: 192.)

Myös kysymysten määrällä ja järjestyksellä lomakkeessa on merkitystä. Yleisimmät kysymykset kannattaa sijoittaa lomakkeen alkupuolelle ja spesifit loppuun. Samoin helpoimmin vastattavia kysymyksiä olisi hyvä sijoittaa lomakkeen alkuun. Tapana on sijoittaa alkuun vastaajaa koskevia kartoitustietoja, kuten sukupuoli, ikä ja siviilisääty. Joillekin esimerkiksi iän ilmoittaminen voi olla arka paikka. Vastaamista helpottaa, jos ikää ei kysytä tarkkasti vaan esitetään valittavaksi ikäkohderyhmiä, joihin vastaaja sijoittaa itsensä. Lopuksi on tärkeää tarkistaa miten pitkä lomake on, kun kysymykset kootaan yhteen. Esimerkiksi kirjekyselyssä vastaajien pitäisi pystyä täyttämään lomake noin 15 minuutissa. (Hirsjärvi ym. 2004: 192.)

Kysymyksiä laatiessa on hyvä miettiä tarkkaan mitä sanoja valitsee käytettäväksi. Ammattikieltä tai muita sanoja, joita jotkut vastaajat eivät voi ymmärtää, tulee välttää. Sa-

moin tulee välttää myös johdattelevia kysymyksiä (esim. Maahanmuuttajataustaisen kohtaaminen lienee vaikeaa?). (Hirsjärvi ym. 2004: 192.)

5.2 Kyselylomakkeen laadinta

Laatimamme kyselylomakkeen väittämien avulla on tarkoitus saada rehellistä tietoa hoitajien asenteista maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan. Väittämät pohjautuvat aikaisemmasta tutkitusta tiedosta nousseisiin aiheisiin. Pyrimme väittämiä laatiessamme miettimään kertooko väittäjä vastaajan asenteista. Lisäksi mietimme väittämien pituutta sekä yhden asian selkeää esittämistä väittämässä. Kyselylomake koostuu viidestä taustakysymyksestä ja neljästäkymmenestä asennetta mittaavasta väittämästä.

Mielestämme ei ole hyvä esittää seuraavanlaista väittämää 'minä olen rasisti', koska todennäköisesti kyselylomakkeeseen vastaava ei kerro todellista mielipidettensä asiasta. Väittäjä 'läheisten asenteilla on vaikutusta asenteisiin maahanmuuttajataustaisia potilaita kohtaan' selvittää hienovaraisemmin vastaajan asenteita ja todennäköisesti vastaus on silloin rehellisempi.

Päätimme kyselylomakkeessa käyttää järjetysasteikoista Likertin asteikkoa. Likertin asteikkossa on viisi vastausvaihtoehtoa (täysin eri mieltä, jonkin verran eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jonkin verran samaa mieltä, täysin samaa mieltä), joista vastaaja valitsee henkilökohtaista mielipidettensä kuvaavan vastausvaihtoehdon.

Sijoitimme taustakysymykset kyselylomakkeen alkuun. Vastaajat voivat pitää iän suoraan kysymistä epäkohteliaana, joten selvitämme iän suljetulla kysymyksellä, jossa on valmiit ikäluokat. Tämän lisäksi selvitämme taustakysymyksillä sukupuolijakauman, työkokemuksen, kielitaidon ja sen, kuinka usein vastaajat maahanmuuttajataustaisia työssään kohtaa.

Mielestämme kyselylomakkeen täytön tulee kestää enintään 10-15 minuuttia. Kyselylomakkeen täyttämisen kestossa täytyy ottaa huomioon se, että kyselylomake täytetään ehkä kiireisellä osastolla, eikä hoitajat esimerkiksi halua välttämättä käyttää siihen koko lounastaukoaan.

5.3 Kyselylomakkeen väittämien hoitotieteellinen teoriapohja

Opinnäytetyössä käyttämässämme viimeisen kymmenen vuoden aikaan julkaistuista tutkimuksista nousi esiin keskeisiä asenteisiin liittyviä aiheita. Valitsemamme kahdeksan aiheen pohjalta olemme miettineet neljäkymmentä väittämää, joiden on tarkoitus mitata kyselylomakkeen avulla hoitajien asenteita maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan.

Aiheita ovat

- yhteisen kielen puuttuminen hoitajan ja maahanmuuttajataustaisen potilaan väliltä sekä tulkkipalveluiden käyttämisestä hoitotyössä: liitteen 1 väittämät 28 - 30 (Abdelhamid 2004; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Korhonen 2007; Kuusio 2000; Tuokko 2007; Virkki 1999; Wikberg 2003).
- maahanmuuttajataustaisten potilaiden uskonnollisten ja kulttuuristen tapojen ja käytäntöjen eroavaisuus suomalaiseen kulttuuriin nähden: liitteen 1 väittämät 11 - 15 (Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998; Kuusio 2000; Taavela 1999; Virkki 1999).
- maahanmuuttajataustaisten potilaiden erilaiset sairaus- ja terveystieteelliset kantaväestöön nähden: liitteen 1 väittämät 36 - 40 (Labun 2001; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Taavela 1999; Wathen 2007; Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998).
- hoitotyöntekijöiden omien ja lähimmäisten asenteiden vaikutus hoitotyöhön: liitteen 1 väittämät 1 - 10 (Kuusio 2000; Labun 2001; Marrone 2008; Vydellingum 2006; Wathen 2007).
- maahanmuuttajataustaisten erilaiset sukupuoliroolikäsitykset ja niiden myötä tulevien vaatimusten toteuttaminen hoitotyössä: liitteen 1 väittämät 19 - 22 (Cortis 2004; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Wathen 2007; Wikberg 2003).
- maahanmuuttajataustaisten perhekäsitys ja heidän sukulaisten osallistuminen hoitotyöhön: liitteen 1 väittämät 23 - 26 (Cortis 2004; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Korhonen 2007; Wathen 2007).
- hoitajien saama monikulttuurinen koulutus ja sen vaikutus hoitotyöhön: liitteen 1 väittämät 16 - 18 (Cortis 2004; Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998; Korhonen 2007; Virkki 1999).
- hoitajien aikaisemmat kokemukset maahanmuuttajataustaisista potilaista ja sen vaikutus hoitotyöhön: liitteen 1 väittämät 31 - 35 (Abdelhamid 2004; Hirstiö-Snellman - Mäkelä 1998; Tuokko 2007).

5.4 Kyselylomakkeen vastausten sijoittuminen Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin nelikenttämalliin

Kyselylomake on suunniteltu niin, että vastausmateriaalin analysointi onnistuu Papadopouloksen ym. (2006) nelikenttämallin avulla. Analysointi perustuu siihen, että vastaaja vastaa väittämiin oman kulttuurisen kompetenssinsa pohjalta. Vastaajan antamat vastaukset sijoittuvat Papadopouloksen ym. nelikenttämallin johonkin kenttään. Tämän sijoittumisen perusteella pystytään päättämään vastaajan tai hänen osastonsa kulttuurinen kompetenssi asenteiden osalta.

Lomakkeessa on sekä positiivisia että negatiivisia väittämiä. Positiivisia väittämiä ovat kyselylomakkeen väittämät numeroilla 3-7, 10, 17, 18, 20, 22, 24 ja 34. Positiivisten väittämien vastausten kulttuurisen kompetenssin taso määritellään niin, että vastausvaihtoehto 5 edustaa parasta kulttuurista kompetenssia, joka on mallin neljäs kenttä eli kulttuurinen kompetenssi. Vastausvaihtoehto 4 edustaa toiseksi parasta eli kolmatta kenttää, joka on kulttuurinen sensitiivisyys. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jos vastaaja vastaa esim. väittämään numero 5 'Koen maahanmuuttajataustaiset potilaat rikkauksiksi hoitotyössä' vastausvaihtoehdon numero 4 eli 'jonkin verran samaa mieltä', on hänen kulttuurinen kompetenssi väittämän perusteella kulttuurisen sensitiivisyyden tasolla. Kun vastaaja vastaa lomakkeen positiivisiin väittämiin vastausvaihtoehdolla 2, on hänen kulttuurinen kompetenssi väittämän mukaan toiseksi huonoimmassa kentässä eli kulttuurisessa tiedossa. Vastausvaihtoehto 1 edustaa puolestaan huonointa, ensimmäistä kenttää, joka on kulttuurinen tietoisuus. Vastausvaihtoehto 3 ei edusta mitään, koska se on informaatioarvoltaan tyhjä.

Negatiivisia väittämiä ovat kyselylomakkeen väittämät numeroilla 1, 2, 8, 9, 11-16, 19, 21, 23, 25-33 ja 35-40. Negatiivisten väittämien vastausten kulttuurisen kompetenssin taso määritellään päinvastoin kuin positiivisten. Näissä vastauksissa vaihtoehto 5 edustaa huonointa kulttuurisen kompetenssin tasoa, 4 toiseksi huonointa, 2 toiseksi parasta, 1 parasta ja 3 ei edusta mitään. Jos vastaaja siis vastaa väittämään numero 40 'En halua ymmärtää maahanmuuttajataustaisten potilaiden omia hoitokäsityksiä' vastausvaihtoehdolla 5 'täysin samaa mieltä', on hänen kulttuurinen kompetenssinsa väittämän perusteella huonoimmassa eli ensimmäisessä kentässä. Tämä kenttä käsittelee kulttuurista tietoisuutta.

Jotta väittämistä saadaan muodostettua keskiarvo tulee niiden numerot koodata uudelleen. Positiivisten väittämien vastausvaihtoehto 5 koodataan numeroksi 4. Käytännössä tämä tarkoittaa, että vastausvaihtoehto kuuluu nelikentän neljanteen kenttään. Vastausvaihtoehto 4 koodataan numeroksi 3, 2 numeroksi 2 ja 1 numeroksi 1. Negatiiviset kysymykset koodataan siten, että vastausvaihtoehto 5 koodataan numeroksi 1, 4 numeroksi 2, 2 numeroksi 3 ja 1 numeroksi 4. Koodatuista numeroista voidaan näin laskea keskiarvo, josta pystytään päättämään kulttuurinen kompetenssi. Jos keskiarvo on esimerkiksi 3,1, edustavat vastaukset Papadopouloksen ym. nelikenttämallin kolmatta kenttää eli kulttuurista sensitiivisyyttä. Uudelleen koodattujen numeroiden keskiarvon taas ollessa 2,2 edustavat ne kenttää 2 eli kulttuurista tietoa.

Koska kyselylomakkeessa on väittämiä, jotka mittaavat osaston eivätkä niinkään yksilön asenteita, pystyy lomakkeen avulla mittaamaan vain osaston kulttuurista kompetenssia. Jos kyselylomakkeella halutaan mitata yksilön kulttuurista kompetenssia, täytyy osaston kulttuurista kompetenssia mittaavat väittämät poistaa. Näitä väittämiä ovat kyselylomakkeen väittämät 4 ja 9.

6 KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUS

Kyselylomaketta on tärkeää testata etukäteen. Kyselyn laatija ei välttämättä kykene havaitsemaan kaikkia mahdollisia ongelmia, joita kyselylomakkeessa saattaa olla. (Vehkalahti 2008: 48.) Testauksella varmistetaan, että kyselylomake on looginen ja helposti käytettävä. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 2006: 207).

Kyselylomake testataan kohdejoukon edustajilla, vaikka lomake on tehty hyvin huolellisesti. Kohdejoukoksi riittää 5-10 henkeä. Testaamisessa tavoitteena on, että vastaajat pyrkivät selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja lomakkeen vastaamisen raskauden sekä vastaamiseen kuluvan ajan. Vastaajien halutaan myös pohtivan onko mukana turhia kysymyksiä tai onko jotain oleellista jätetty kysymättä. (Heikkilä 2008: 61.)

Testaamisen jälkeen tehdään korjaukset testauksessa tulleisiin muutostarpeisiin. Muutoksia voidaan tehdä liittyen lomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen, muo-

toiluihin ja vastausvaihtoehtoihin. Kyselylomakkeeseen tehtyjen korjausten jälkeen on hyvä vielä antaa lomake luettavaksi jollekin muulle. (Heikkilä 2008: 61.)

Esitestasimme kehittämämme kyselylomakkeen kymmenellä satunnaisella kolmannen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijalla. Palaute lomakkeesta oli pääasiassa positiivista, mutta saimme myös rakentavaa palautetta ja korjausehdotuksia. Vastaajat kommentoivat, että kyselylomake taustakysymyksineen ja väitteineen oli selkeä ja helposti ymmärrettävä.

Eniten vastaajat toivoivat, että väittämien porrastusasteikko (Likertin asteikko 1-5) olisi jokaisen sivun yläreunassa muistutuksena, jottei vastaajan tarvitse aina palata ensimmäiselle sivulle tarkistamaan porrastusta. Totesimme sen selkeyttävän kyselylomakkeeseen vastaamista, joten lisäsimme porrastusasteikon myös kyselylomakkeen muiden sivujen yläreunaan.

Saimme palautetta myös siitä, että positiiviset ja negatiiviset väittämät ovat kyselylomakkeessa sekaisin. Muutama vastaaja toivoi, että kaikki väittämät olisivat joko positiivisia tai negatiivisia. Emme kuitenkaan halunneet väittämien olevan vain yhdestä näkökulmasta, koska sillä voisi olla esimerkiksi provosoiva vaikutus vastaajiin. Jätimme väittämät alkuperäiseen muotoonsa.

Muut palautteet koskivat lähinnä kirjoitusvirheitä ja taustakysymysten sekä väittämien sisältöjen selkeyttämistä. Otimme ne huomioon ja teimme tarvittavat korjaukset. Esimerkiksi vastaajan palautteen perusteella muokkasimme taustakysymyksen ”Montaako kieltä puhut?” selkeämpään muotoon ”Montaako kieltä puhut sujuvasti äidinkielesi lisäksi?”.

Pyysimme vastaajia arvioimaan kyselylomakkeen täyttämiseen kuluneen ajan. Ajat vaihtelivat 5 ja 11 minuutin välillä. Olimme ajatelleet ennakkoon, että vastaamiseen saisi kulua maksimissaan 10 - 15 minuuttia. Vastaajien antamien aika-arvioiden perusteella totesimme, ettei kyselylomake ole liian pitkä.

Esitestauksen lisäksi varmistimme tilastotieteilijältä kyselylomakkeen pätevyyden, ajatellen tietojen syöttämistä SPSS-tilasto-ohjelmaan. Kyselylomakkeen tietoja muokattiin sellaiseen muotoon, että syötettäessä ohjelmaan muuttujat ovat yksinkertaista nimetä.

7 TULEVAN AINEISTON KERÄÄMINEN JA ANALYSOINTI

Perusjoukko ja otos ovat otannan tärkeimmät käsitteet. He joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, esimerkiksi ”maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaavat hoitajat” , muodostavat perusjoukon. Otoksen muodostavat tutkimukseen valituiksi tulleet vastaajat. Otannan idea on, että kooltaan perusjoukkoa huomattavasti pienemmän otoksen perusteella saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan perusjoukkoa. (Vehkalahti 2008: 43.)

Aineisto kerätään kahden sairaalan infektio-osastoilta esitettävällä kyselylomakkeella. Perusjoukoksi valittaneen ammattioppilaitos tai ammattikorkeakoulu koulutuksen saaneita hoitajia. Oletamme, että infektio-osastoilla työskentelevistä hoitajista lähes kaikki ovat tekemisissä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa. Näin ollen aineisto kerättäisiin perusjoukolta.

Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Tutkimukseen voidaan saada useita henkilöitä ja voidaan kysyä monia asioita. Kyselylomake voidaan lähettää vaikkapa tuhannelle sairaanhoitajalle tai samalle määrälle lähihoitajia. Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu nopeuttaa aineiston käsittelyä tilasto-ohjelmalla. Kerättävän tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot joten tutkijan ei tarvitse kehitellä uusia aineiston analyysitapoja. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Tulosten tulkinta saattaa osoittautua ongelmalliseksi. Lisäksi ei ole mahdollista tietää kuinka rehellisesti ja huolellisesti tutkittavat vastaavat tai miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot kyselylomakkeessa ovat. Kyselyyn vastaamattomuus voi joskus nousta liian suureksi ja tämä heikentää kyselytutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2004: 184.)

Kyselylomakkeemme toivotaan saavuttavan osastolla mahdollisemman monta hoitajaa. Osastolle vietäneen noin 50 kyselylomaketta. Uskomme, että opinnäytetyössä kyseinen määrä kyselylomakkeita on sopiva, lisäksi huomioon ottaen mahdollisen vastaamattomuuden.

Tutkimusote tulee olemaan kvantitatiivinen eli määrällinen. Sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuteen liittyviä kysymyksiä. (Heikkilä 2004: 16.) Aineisto kerätään kyselylomakkeella, joista ne syötetään SPSS-tilasto-ohjelmaan käsittelyä varten. (Heikkilä 2008: 123.) Tilasto-ohjelman tekemä analyysi selitetään ja tulkitaan. Tulosten analysointi ei riitä kertomaan tutkimuksen tuloksia, vaan tuloksista pyritään laatimaan synteesejä. Synteetit kokoavat yhteen pääiseikat ja antavat kirkkaasti vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2004: 214.)

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Eettisyys

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tulee ottaa huomioon. Hirsjärvi ym. (2004: 25) toteavat kirjassaan, että eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, se on, rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: 3).

Ns. Helsingin julistuksessa vuodelta 1964 on käsitelty tutkimuseetiikan kannalta tärkeitä asioita. Näitä ovat muun muassa se, ettei tutkimus saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. (Paunonen - Vehviläinen 2006: 27.) Tutkituille annettujen lupaukset ”ehdottomasta luottamuksellisuudesta” tarkoittaa, että yksittäistä vastaajaa ei kukaan pysty tuloksista tunnistamaan (Heikkilä 2008: 32). Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. Lisäksi on tärkeää, että tutkimus on siihen osallistuvilla vapaaehtoista. (Paunonen - Vehviläinen 2006: 27.)

Olemme pyrkineet kyselylomaketta laatiessa ottamaan huomioon eettisyyden. Kyselylomake on toteutettu siten, että jokaisen vastaajan anonymiteetti pysyy salassa käsiteltäessä lomakkeella saatuja vastauksia. Pyrimme väittämiä laatiessa siihen etteivät väittämät loukkaisi ketään. Väittämät eivät esimerkiksi sisällä rasistisia sanoja tai ilmauksia.

Tutkimuslomakkeeseen sisältyy kaksi osaa: saatekirje ja varsinainen lomake. Saatekirjeen tarkoituksena on motivoida vastaaja täyttämään varsinainen lomake. Lisäksi sen tarkoitus on selvittää tutkimuksen taustaa ja vastaamista. Joskus saatekirje voi ratkaista, ryhtyykö vastaaja täyttämään lomaketta vai ei. (Heikkilä 2008: 61.)

Laadimme saatekirjeen osaksi kyselylomaketta. Saatekirje on sisällöltään asiallinen ja kattava eli se sisältää vastaajan tarvitsemat tiedot. Mainitsemme myös kuinka kauan kyselylomakkeen täyttäminen vie aikaa, koska se voi olla motivoiva tekijä kyselylomakkeen täyttämiseen.

8.2 Luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida. Mittauksen luotettavuudesta voidaan erottaa kaksi perustetta: reliabiliteetti ja validiteetti. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validiteetti (pätevyys), joka tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2004: 216.)

Kyselylomakkeessa, jonka olemme tehneet, on 40 väittämää. Olemme pohtineet, onko väittämien lukumäärä liian pieni jos kyselylomakkeella halutaan tuottaa jotakin uutta tietoa aiheesta, sillä 40 väitettä on kuitenkin melko pieni määrä. Kyselylomakkeen luotettavuutta voisikin parantaa yhdistämällä kyselylomakkeet muiden hankkeeseen opinnäytetyötä tekevien ryhmien kanssa.

Heikkilä (2008: 61) toteaa kirjassaan, että vastausprosentin suuruuteen vaikuttavat mm. tutkimuksen kohderyhmä, tutkimuksen aihe, kysymysten määrä, saatekirje sekä kyselylomakkeen ulkonäkö. Erityisen tärkeä palauteprosenttiin vaikuttava asia on se, kuinka tärkeänä vastaajat tutkimusta pitävät. Vastausprosentti vaihtelee yleensä 20-80 prosentin välillä, mutta usein se kirjekyselyissä jää kuitenkin alle 60 prosentin.

Olemme ottaneet huomioon kyselylomaketta laatiessa vastausprosenttiin vaikuttavia tekijöitä. Saatekirje ja kyselylomake muodostavat mielestämme selkeän ja hyvän koko-

naisuuden. Uskoisimme, että vastausprosentti nousee hyvälle tasolle laatimamme kyselylomakkeen, aiheen ja valitun kohdejoukon perusteella.

Opinnäytetyöhön haettu materiaali sisältää tutkimusartikkeleita, väitöskirjoja, lisensointitöitä, pro gradu -tutkielmia ja opinnäytetöitä, jotka ovat vuosien 1998 - 2008 aikana julkaistuja. Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme alkuperäislähteitä ja oppilaitoksemme sosiaali- ja terveystieteiden osaston viittaustekniikkaa. Luotettavuutta lisäsi myös se, että opinnäytetyön tekijöitä oli kolme. Tämä mahdollisti asioiden tarkastelun eri näkökulmista ja avoimen keskustelun.

9 POHDINTA

Monikulttuurisuus on tärkeä osa hoitotyötä, ja sen merkitys on jatkuvassa kasvussa muuttoliikkeen johdosta. Yhä enemmän tulemme olemaan hoitotyössä kosketuksessa vieraiden kulttuurien kanssa. Samalla kasvaa tarve pystyä työskentelmään tasa-arvoisesti monikulttuurisessa työyhteisössä.

Ihmisen perusluonteeseen kuuluu epäillä vierasta. Se on ollut tarpeellinen ominaisuus, jotta on voinut selviytyä läpi historian haasteiden. Turhista ennakkoluuloista on kuitenkin hyvä päästä eroon - ainakin ne on hyvä tiedostaa, jos haluaa työskennellä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden parissa luontevasti.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan meidän piti tehdä opinnäytetyönä kyselytutkimus kaikkine vaiheineen. Aineisto olisi kerätty kahdelta eri infektio-osastolta Helsingin alueella. Ilmeni, että yhteistyöosastot eivät kevättalvella olleet halukkaita vastaamaan kyselyihin, koska muita kyselyitä oli tulossa paljon. Todennäköisesti opinnäytetyömme aikataulu olisi myös muodostunut ongelmaksi kevään aikana. Mielestämme oli hyvä asia, että saimme keskittyä kunnolla kyselylomakkeen tekemiseen. Kyselylomakkeen laatimisessa riitti tarpeeksi työtä ja haastetta opinnäytetyöprosessin ajaksi.

Maahanmuuttajataustaisiin liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetöitä löytyi melko paljon. Päädyimme tarkastelemaan hieman yli kymmentä tutkimusta ja opinnäytetöitä, koska vaikutti siltä, että tutkimuksista alkoi nousta samoja aiheita kuten yhteisen kielen puut-

teen vaikutus kommunikointiin hoitotyössä. Kyselylomakkeen väittämät muotoutuivat suhteellisen helposti aiemman tutkimustiedon pohjalta. Käytimme sekä suomalaisia että ulkomaalaisia tutkimuksia ja näin ollen saimme laajemman näkökulman väittämien kehittämistä varten.

Käytimme Papadopouloksen ym. nelikenttämallia tässä opinnäytetyössä, koska se jäsentää selkeästi kulttuurisen kompetenssin kehittymisen. Sovelsimme nelikenttämallia analyysiasteikon luonnin taustateorianä. Malli auttoi meitä myös ymmärtämään kulttuurisen kompetenssin vaiheittaisuuden.

Mielestämme väittämät kartoittavat hyvin hoitohenkilökunnan asenteita maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan. Kyselylomake on selkeä esitestauksen palautteen perusteella. Kyselylomakkeen täyttämiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Mielestämme se on sen pituinen aika, jonka hoitaja ehtii työnsä lomassa käyttämään kyselylomakkeen täyttämiseen. Pidemmän ajan käyttö lomakkeen täyttöön voi olla monelle hoitajalle mahdotonta.

Laatimaamme kyselylomaketta ja saatekirjettä voidaan hyödyntää LOG-Sote-hankkeessa. Kyselylomakkeella voidaan mitata hoitajien asenteita yksittäisenä kyselynä tai muiden LOG-Sote hankkeen opinnäytetyöryhmien laatimien kyselyiden kanssa yhteisessä kyselylomakkeessa. Kyselylomakkeita yhdistettäessä tulee tosin ottaa huomioon ettei lomakkeen täyttämiseen saisi mennä liian pitkää aikaa. Seuraavat ryhmät voivat myös muokata kyselylomaketta, jos siihen ilmenee tarvetta. Kyselylomake on esitestattu, joten sen pitäisi olla toimiva. Varmaa tietoa kyselylomakkeen toimivuudesta saadaan vasta sitten kun lomake on otettu käyttöön. Voi käydä esimerkiksi niin, että hoitohenkilökunta ei halua ottaa kantaa väittämiin.

Kyselylomakkeella saaduilla tiedoilla voidaan tarkastella hoitohenkilökunnan sen hetkisiä asenteita maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan. Tulosten pohjalta voidaan pohtia miten hoitohenkilökunnan asenteisiin voidaan vaikuttaa, jos osastolla ei esimerkiksi kunnioiteta erilaista kulttuurista taustaa. Voidaanko koulutuksella vaikuttaa tähän? Koulutuksessa huomion voisi kohdistaa esimerkiksi tiedon antamiseen yleisimmistä maahanmuuttajaryhmistä ja heidän tavoistaan.

Kyselylomakkeen antamia tietoja voidaan myös hyödyntää kohdeosaston kehittämiseen. Tulokset voivat antaa tietoa myös siitä miten kulttuurisesti pätevää osaston hoito on asenteiden osalta. Osasto voi olla kulttuurisesti epäpätevämpi kuin ennen kyselyä henkilökunta on olettanut ja tätä kautta he voivat itse pohtia miten he lähtevät kehittämään kulttuurista kompetenssiaan.

Aiemmissa tutkimuksissa tuli ilmi, että koulutuksella on tärkeä rooli hoitajien monikulttuurisia taitoja harjaannuttavana tekijänä. Olemme itse kokeneet, että koulutusohjelmamme tarjoama yksi kurssi pakollisia monikulttuurisuusopintoja ei riitä vastaamaan monikulttuurisuuden tuomiin haasteisiin. Käytännön kokemukset antavat varmasti paljon tietoa maahanmuuttajataustaisista asiakkaista, mutta silti on tärkeää, että koulutuksessa monikulttuurisuus otetaan huomioon syvällisemmin.

Monikulttuurisuuden tuomia haasteita Suomen terveydenhuollolle on tärkeää selvittää laajasti. Myös koulutuksen suhdetta asenteisiin sekä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kokemuksia hoitohenkilökunnan asenteista olisi hyvä tarkastella.

LÄHTEET

- Abdelhamid, Pirkko 2004: Hoitamisen itsestäänselvyydet ja näkymättömät haasteet - hoitajien kertomuksia etnisesti erilaisten potilaiden hoitosuhteista. Lisen-siaatintyö. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Alitolppa-Niittamo, Anne - Söderling Ismo 2005: Onko maahanmuuttaja aina maahanmuuttaja? Teoksessa Alitolppa-Niittamo, Anne - Fågel, Stina - Söderling Ismo (toim.): Olemme muuttaneet: näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin. Helsinki: Väestöliitto. 11.
- Alkula, Tapani - Pöntinen, Seppo - Ylöstalo, Pekka 1995: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Capell, Jen - Dean, Elizabeth - Veenstra, Gerry 2008: The Relationship Between Cultural Competence and Ethnocentrism of Health Care Professionals. *Journal of Transcultural Nursing* 19 (2). 121-125.
- Cortis, J.D. 2004: Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing* 48 (1). 51-58.
- Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki 2002: Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 95. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Heikkilä, Tarja 2004: Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. 10., osin uud. laitos. Helsinki: Tammi.
- Hirstiö-Snellman, Paula - Mäkelä, Marjukka 1998: Maahanmuuttajat sosiaali- ja

terveyspalvelujen asiakkaina. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä:
12. Verkkodokumentti.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/se198_12/all98_12.htm>.

Luettu 14.11.2008.

Korhonen, Elisa 2007: ”ONHAN SE RIKKAUTTA...” Mikkelin alueen terveydenhoitajien kokemuksia kohdata ja hoitaa maahanmuuttajia. Opinnäytetyö. Mikkeli: Mikkelin Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kuusio, Hannamaria 2000: Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa - hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajapotilaista. Pro gradu -tutkielma. Humanistinen tiedekunta. Uskontotieteen laitos. Helsingin yliopisto.

Labun, Evelyn 2001: Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. *Journal of Advanced Nursing* 35 (6). 874-881.

Lahikainen, Anja Riitta - Pirttilä-Backman, Anna-Maija 2004: Sosiaalipsykologian perusteet. Helsinki: Otava.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.4

Leininger, Madeleine 1994: *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. Columbus, Ohio: Greyden Press.

Maahanmuuttovirasto 2009a: Tilastot. Verkkodokumentti.

<<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2709,2717>>.

Luettu 23.3.2009.

Maahanmuuttovirasto 2009b: Sanasto. Verkkodokumentti.

<<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2709,2722>>.

Luettu 23.3.2009.

Maahanmuuttovirasto 2009c: Usein kysyttyä: kansalaisuus. Verkkodokumentti.

<<http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?article=1913>>.

Luettu 9.4.2009.

- Marriner-Tomey, Ann. 1994: Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Viitanen, Raija (suom.). Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Marrone, Stephen R. 2008: Factors that Influence Critical Care Nurses' Intentions to Provide Culturally Congruent Care to Arab Muslims. *Journal of Transcultural Nursing* 19 (11). 8-15.
- Papadopoulos, Irena 2006: The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Teoksessa Papadopoulos, Irena (toim.): *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. 10.
- Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkkunen, Katri 2006: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.
- Räty, Minttu 2002: *Maahanmuuttaja asiakkaana*. Tampere: Tammi.
- Sairaanhoidajaliitto 1996: *Sairaanhoidajan eettiset ohjeet*. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 1.10. 2008.
- Taavela, Raija 1999: *Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Tilastokeskus 2008: *Kuntaportaali*. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<http://www.tilastokeskus.fi/tup/kunnat/index.html>>. Luettu 1.10.2008.
- Tietokeskus 2008: *Tilastoja-sarja*. Helsingin kaupungin tietokeskus. Verkkodokumentti. <http://www.hel2.fi/Tietokeskus/julkaisut/pdf/08_02_05_Tilasto_4_Tikka_nen.pdf> Luettu 14.11.2008.
- Tuokko, Tuula 2007: *Hoitotyöntekijöiden kulttuurillinen kompetenssi*. Pro gradu -

tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>> Luettu 5.3.2009.

Vehkalahti, Kimmo 2008: Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Virkki, Päivi 1999: Hoitotyöntekijöiden ammatilliset valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Opinnäytetutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Vydelingum, Vasso 2006: Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry* 13. 23–32.

Wathen, Marja 2007: Maahanmuuttajien potilasohjaus - sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Wikberg, Anita 2003: Vårdande ur ett transkulturellt perspektiv. Pro gradu -tutkielma. Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi.

METROPOLIA AMMATTIKORKEAKOULU

SAATE

Terveys- ja hoitoala

Hoitotyön koulutusohjelma

30.3.2009

Arvoisa hoitaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja valmistumme syksyllä -09. Opinnäytetyömme aiheena on *Hoitajien asenteen maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtaan* ja se on osa LOG-Sote-hanketta. Hankkeen tarkoitus on vastata kansainvälistymisen haasteisiin ja kehittää maahanmuuttajataustaisten henkilöiden sosiaali- ja terveysalan palveluita. Keräämme kyselylomakkeilla aineistoa infektio-osastoilta.

Kyselylomakkeella on tarkoitus selvittää hoitajien asenteita. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisina. Kyselylomakkeet hävitetään analysoinnin jälkeen asianmukaisesti. Tulokset julkaistaan kokonaistuloksina, joten kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista.

Ohessa on mukana kirjekuori, jonka voitte suljettuna jättää osastonhoitajan huoneessa olevaan pahvilaatikkoon. Noudamme henkilökohtaisesti kirjekuoret osastoltanne.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5-10 minuuttia.

Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin

Maija Kämäri

Paavo Lempinen

Nina Leppänen

KYSELYLOMAKE

Kyselyn ensimmäinen osio koskee taustatietojanne, rastittakaa Teille parhaiten sopiva vaihtoehto. Toisessa osiossa on väittämiä. Ilmoittakaa oma mielipiteenne väittämiin rengastamalla sen vastausvaihtoehdon numero, joka parhaiten vastaa Teidän henkilökohtaista mielipidettänne. Käyttäkää keskimmäistä vastausvaihtoehtoa siinä tapauksessa, jos ette osaa ottaa kantaa kyseiseen väittämään. Toivomme Teidän vastaavan jokaiseen väittämään.

TAUSTATIEDOT

1. Ikä Alle 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60 tai yli
2. Sukupuoli Mies Nainen
3. Työkokemus hoitajana (vuosina)
 Alle 2 2-5 6-9 10-15 16-20 21-25 yli 25
4. Kuinka usein kohtaatte maahanmuuttajataustaisia työssänne?
 Päivittäin 2-3 krt. viikossa 1 krt. viikossa Kuukausittain
 Harvemmin
5. Kuinka montaa kieltä osaatte puhua sujuvasti äidinkielenne lisäksi?
 En yhtään Yhtä Kahta Kolmea Neljää tai useampia

VÄITTÄMÄT

Väittämissä käytetään seuraavaa 5-portaista asteikkoa:

- 1 = täysin eri mieltä
2 = jonkin verran eri mieltä
3 = ei samaa eikä eri mieltä
4 = jonkin verran samaa mieltä
5 = täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Maahanmuuttajataustaiset saavat mielestäni tasavertaista hoitoa kantaväestöön nähden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Lähimmäisteni asenteet maahanmuuttajataustaisiin ihmisiin vaikuttavat omiin asenteisiini maahanmuuttajataustaisia kohtaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Hoidan mielelläni maahanmuuttajataustaisia asiakkaita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Koen työyhteisön suhtautuvan positiivisesti maahanmuuttajataustaisiin asiakkaisiin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Suhtaudun positiivisesti maahanmuuttajataustaisiin työssäni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 1 = täysin eri mieltä
 2 = jonkin verran eri mieltä
 3 = ei samaa eikä eri mieltä
 4 = jonkin verran samaa mieltä
 5 = täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 6. Koen maahanmuuttajataustaiset asiakkaat rikkaudeksi hoitotyössä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Kaikki asiakkaani kulttuuritaustastaan huolimatta ansaitsevat yhdenvertaista hoitoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Minun on vaikea lähestyä maahanmuuttajataustaista asiakasta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Kollegoideni asenteet maahanmuuttajataustaisia kohtaan ovat negatiivisia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Minulla ei ole ennakkoluuloja maahanmuuttajataustaisia kohtaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Mielestäni muslimien tapa rukoilla viisi kertaa päivässä häiritsee osaston ilmapiiriä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Toisinaan minua häiritsee maahanmuuttajataustaisten erikoiset käyttäytymistavat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mielestäni maahanmuuttajataustaisten äänekäs käyttäytyminen on häiritsevää. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Maahanmuuttajataustaiset eivät halua ymmärtää suomalaista aikakäsitystä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden uskontoa määrittelevät normit eivät saa vaikuttaa hoitotyöhön. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Monikulttuurisuusopinnot ovat vain ajan hukkaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Haluan lisäkoulutusta, jotta voin helpommin kohdata maahanmuuttajataustaisia asiakkaita työssäni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Tiedostan omat puutteeni työskennellessäni eri kulttuuria olevien asiakkaiden kanssa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Maahanmuuttajataustaisten miespotilaiden suhtautuminen naisia kohtaan on alentavaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ymmärrän, että maahanmuuttajataustainen naisasiakas haluaa naishoitajan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Mielestäni on aivan sama hoitaako maahanmuuttajataustaista mies- vai naishoitaja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Pyrin aina toteuttamaan maahanmuuttajataustaisen toivomuksia koskien hänen hoitoaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Koen maahanmuuttajataustaisten omaisten häiritsevän hoitotyötä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 1 = täysin eri mieltä
 2 = jonkin verran eri mieltä
 3 = ei samaa eikä eri mieltä
 4 = jonkin verran samaa mieltä
 5 = täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 24. Suhtaudun myönteisesti maahanmuuttajataustaisen asiakkaan luona vierailevaan suureen sukuun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Maahanmuuttajataustaisen asiakkaan sukulaiset eivät voi osallistua hoitotyöhön. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. En voi ottaa huomioon maahanmuuttajataustaisen asiakkaan sukulaisia hoitotyössä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Hoidan mieluummin omaa äidinkieltäni puhuvaa asiakasta kuin vieraskielistä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Hoidan mieluummin asiakkaita, joiden kanssa osaan jonkun yhteisen kielen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Mielestäni tulkin hankkiminen on ajan hukkaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. En halua hoitaa maahanmuuttajataustaisia, jotka eivät osaa lainkaan suomea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Aiemmat kokemukset vaikuttavat negatiivisesti suhtautumiseeni maahanmuuttajataustaisiin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Maahanmuuttajataustaiset ovat mielestäni vaativia asiakkaita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Maahanmuuttajataustaiset ovat mielestäni vaikeita asiakkaita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Maahanmuuttajataustaista on helppo hoitaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Kollegoiden negatiiviset kokemukset maahanmuuttajataustaisista asiakkaista vaikuttavat minuun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Mielestäni maahanmuuttajataustaiset hakeutuvat useasti melko pienen vaivan takia hoitoon. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden erilaisista sairauskäsityksistä johtuen heidän kanssaan on vaikea tehdä yhteistyötä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Länsimaalainen hoitokäsitys on aina oikea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Maahanmuuttajataustaiset asiakkaat luulevat olevansa etusijalla hoitoon tullessaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. En halua ymmärtää maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden omia hoitokäsityksiä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |