

Ensihoitajien (AMK) näkemys kulttuurisesta osaamisestaan sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa

**Arto Karjalainen
Jenni Rossi
Timo Klein**

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Ensihoidon koulutusohjelma	
Työn tekijät Arto Karjalainen, Jenni Rossi & Timo Klein	
Työn nimi Ensihoitajien (AMK) näkemys kulttuurisesta osaamisestaan sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa	
Päiväys	18.4.2013
Sivumäärä/Liitteet	51/2
Ohjaaja Pirkko Abdelhamid	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Savonia –Ammattikorkeakoulu	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää sairaalan ulkopuolella työskentelevien AMK-ensihoitajien näkemystä kulttuurisen osaamisensa tasosta. Työssä selvitettiin myös sitä, tarvitsevatko he kulttuurista lisäkoulutusta. Ensihoitajien kulttuurista osaamista ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu.</p> <p>Opinnäytetyön tilaaja on Savonia-ammattikorkeakoulu. Teimme kulttuurisiin taitoihin liittyvän opinnäytetyön, koska mielestämme kulttuurista opetusta on ensihoitajien opetussuunnitelmassa liian vähän. Opinnäytetyön tavoite oli lisätä AMK-ensihoitajien tietoisuutta omista kulttuurisista taidoistaan ja asenteistaan sekä niiden vaikutuksesta ensihoitotyöhön. Opinnäytetyöstä on apua uusien opetussuunnitelmien kulttuurisen opetuksen suunnittelussa.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisena viitekehystenä toimi Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (2006) luoma kulttuurisen kompetenssin eli kulttuurisen osaamisen oppimisen malli, joka jakaa kulttuurisen oppimisen neljään eri tasoon: kulttuuriseen tietoisuuteen, kulttuuriseen tietoon, kulttuuriseen sensitiivisyyteen ja kulttuuriseen kompetenssiin. Oppija etenee tasolta toiselle sitä mukaa, kun kulttuuriset taidot kehittyvät.</p> <p>Opinnäytetyömme oli kyselytutkimus, jossa käytettiin valmista kyselylomaketta. Kyselylomake koostui taustatiedoista ja väittämistä, jotka oli jaettu kulttuurisen kompetenssin oppimisen mallin tasojen mukaisesti.</p> <p>Tulokset olivat samansuuntaisia, kuin aiemmissa hoitotyöntekijöille tehdyissä vastaavissa tutkimuksissa: kulttuurinen osaaminen on vahvinta kulttuurisen tietoisuuden tasolla. Kulttuurisen tiedon ja kulttuurisen sensitiivisyyden tasoista osaamista on huomattavasti vähemmän. Kulttuurisen kompetenssin tasoista osaamista on hyvin vähän. Suurin osa AMK-ensihoitajista koki tarvitsevansa lisää tietoa eri kulttuureista ja lisäkoulutusta kulttuurisiin taitoihin.</p> <p>Opinnäytetyömme pohjalta voi tehdä lisätutkimusta esimerkiksi siitä, millaista koulutusta AMK-ensihoitajat tarvitsevat. Työmme voi myös toimia opetusmateriaalina.</p>	
Avainsanat : kulttuuri, hoitotyö, ensihoito, monikulttuurisuus, tasa-arvo, koulutus	

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
THESIS

Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Paramedics			
Authors Arto Karjalainen, Jenni Rossi & Timo Klein			
Title of Thesis Paramedics (UAS) working outside of the hospital's view of the level of their own cultural skills			
Date	18.4.2013	Pages/Appendices	51/2
Supervisor Pirkko Abdelhamid			
Client Organisation /Partners Savonia University of Applied Sciences			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to determine how UAS-paramedics working outside of the hospital view the level of their own cultural skills. The thesis also explored whether they need additional cultural training. There has not been previous research on the cultural competence of paramedics in Finland.</p> <p>The thesis was made for Savonia University of Applied Sciences. We made a thesis about cultural competence as we felt that there was not enough cultural training in the paramedic curriculum. The purpose of this thesis was to increase the awareness of UAS-paramedics about their own cultural skills and attitudes as well as their impact on emergency care. The thesis will be helpful in planning cultural training for new curricula.</p> <p>The theoretical framework for the thesis was the model for cultural competence or the model for the learning of cultural skills by Papadopoulos, Tilki and Taylor (2006), which divides cultural learning into four levels: cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity and cultural competence. The learner advances from one level to another as their cultural skills improve.</p> <p>Our thesis was a survey study using a pre-made questionnaire form. The questionnaire form consisted of background information and claims which had been divided based on the different levels of cultural competence learning.</p> <p>The results were in line with previous studies made on health workers: cultural skills are strongest at the level of cultural awareness. Cultural skills at the level of cultural knowledge and at the level of cultural sensitivity are significantly lower. There are very little cultural skills at the level of cultural competence. Most UAS-paramedics felt they needed more information about different cultures and additional training with cultural skills.</p> <p>Further research based on this thesis can be conducted for example on what kind of additional training UAS-paramedics need. The thesis can also function as teaching materials.</p>			
Keywords culture, nursing, emergency medicine, multiculturalism, equality, education			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	ENSIHOITAJA (AMK).....	7
3	MONIKULTTUURISUUS.....	9
3.1	Kulttuuri ja monikulttuurisuus	9
3.2	Monikulttuurisuus Suomessa.....	10
3.3	Alakulttuurit Suomessa.....	12
3.4	Monikulttuurisuuden haasteet	13
4	MONIKULTTUURISUUS HOITOTYÖSSÄ	15
4.1	Monikulttuurinen hoitotyö.....	15
4.2	Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin oppimisen malli.....	16
4.3	Monikulttuurisuus ensihoitotyössä	20
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
6	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO	25
6.1	Kvantitatiivinen tutkimus	25
6.2	Kyselytutkimus	25
6.3	Mittarin laatiminen.....	26
6.4	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu	28
7	AINEISTON ANALYYSI.....	30
8	TUTKIMUSTULOKSET	31
8.1	Ensihoitajien kulttuurinen tietous	32
8.2	Ensihoitajien kulttuurinen tieto.....	33
8.3	Ensihoitajien kulttuurinen sensitiivisyys.....	34
8.4	Ensihoitajien kulttuurinen kompetenssi	35
9	POHDINTA	37
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	37
9.2	Tutkimustulosten luotettavuus ja eettisyys.....	41
9.3	Ammatillinen kasvu.....	45
	LÄHTEET	47

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Suomi on yhä monikulttuurisempi maa. Erityisesti ammateissa, joissa työskennellään ihmisten parissa, taitoa kohdata eri kulttuureista tulevia ihmisiä tarvitaan yhä enemmän (Jokinen & Koskinen 2005). Lainsäädäntö velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisen kohtaamaan ja hoitamaan jokaisen potilaan kunnioittavasti ja tasavertaisesti (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Terveys 2015, 18). Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kulttuurisen osaamisen tasoa, kuinka hyvin sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa AMK -ensihoitajat omasta mielestään osaavat kohdata erilaisesta kulttuurista tulevan asiakkaan hänen kulttuuritaustansa huomioiden. Lisäksi selvitämme, kokevatko ensihoitajat tarvitsevansa kulttuurista lisäkoulutusta. AMK -ensihoitajien kulttuurista osaamista ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu.

Ensihoidossa potilaan kohtaamiseen liittyy erityispiirteitä, jotka ovat haasteellisia ensihoitajille ja koko ensihoitojärjestelmälle: potilaat ovat usein kipeitä ja uudessa, yllättävässä tilanteessa, ja hätä ja huoli voi olla suuri. Suomen kulttuuri, suomalainen terveydenhuolto saati suomalainen ensihoitopalvelu eivät ole potilaille tuttuja, eikä heillä välttämättä ole sen enempää kokemusta kohdata ensihoitajia kuin ensihoitajilla eri kulttuurista tulevaa potilasta. Yhteisen kielen puuttuessa kommunikointi on haastavaa tai lähes mahdotonta. (Seppälä 2005, 127-128)

Kulttuuriset taidot kehittyvät vähitellen, ja kehitys vaatii sekä tietoa eri kulttuureista että kokemusta eri kulttuureista tulevien potilaiden kohtaamisesta. Hoitajan on mahdollista saada kulttuuritietoa opiskelemalla, mutta ongelmana onkin usein kulttuuristen kohtaamisten vähyys. (Lindberg, Mettiäinen & Laijärvi 2005.) Kulttuuriin taitoihin kiinnitetään yhä enemmän huomiota, ja opinnäytetyömme tavoite onkin lisätä AMK-ensihoitajien tietoisuutta omista kulttuurisista taidoistaan ja asenteistaan sekä niiden vaikutuksesta ensihoitotyöhön. Tavoitteena on myös hyödyntää tuloksia alan opeusmateriaalina ja uusien opetussuunnitelmien suunnittelussa.

2 ENSIHOITAJA (AMK)

Ensihoitaja (AMK) on akuuttihoidon ja ensihoidon asiantuntija. Ensihoitajaksi voi opiskella ammattikorkeakoulussa. Ensihoitajat työskentelevät pääasiassa ambulansseissa, mutta myös monissa akuuttihoidon yksiköissä, kuten päivystyspoliklinikoilla ja teho-osastoilla. Ensihoitaja voi työskennellä myös sairaanhoitajana kaikissa sairaanhoitajan tehtävissä. Lisäksi on mahdollista työskennellä koulutus-, kehitys- ja esimies-tehtävissä. (Ensihoidon koulutusohjelma 2010.) Tässä opinnäytetyössä käytämme sekä Ensihoitaja (AMK) tutkintonimikettä sekä vapaamuotoisempaa AMK -ensihoitaja käsitettä, millä tarkoitamme ammattikorkeakoulusta ensihoidon koulutusohjelmalta valmistunutta ensihoitajaa. Tarkastelemme myös ainoastaan sairaalan ulkopuolella työskenteleviä AMK-ensihoitajia, koska sairaalan sisällä työskentelevien hoitotyöntekijöiden kulttuurista osaamista on jo tutkittu.

Ensihoitajakoulutus alkoi Suomessa syksyllä 1998 neljässä eri ammattikorkeakoulussa. Tämän jälkeen nelivuotista koulutusta alettiin järjestää myös muualla Suomessa. Ensihoitaja (AMK) -tutkintoa ei ole vielä kukaan hyväksytty terveydenhuollon ammattitutkinnoksi. Pystyäkseen rekisteröitymään lailliseksi terveydenhuollon ammattihenkilöksi ensihoitaja (AMK) -opiskelijoiden on suoritettava myös sairaanhoitajan ammattitutkinto, joka on sisällytetty ensihoito-opintoihin. Valmistuttuaan ensihoitajaopiskelijat saavat sekä sairaanhoitajan että ensihoitajan tutkintotodistuksen. Valmistuvat AMK-ensihoitajat joutuvat ennen valmistumistaan suorittamaan valtakunnallisen tasotestin eli näyttökokeen, joka on kehitetty työelämän tarpeisiin. (Kuisma, Holmström & Portan 2007, 36-37.)

Koulutuksen alkuperäisiin tavoitteisiin kuuluu antaa ensihoitajille valmiudet hoitaa itsenäisesti hätätilapotilaita sairaalan ulkopuolella, toteuttaa työpaikalla täydennyskoulutusta, kehittää ensihoitopalveluita ja toimia ensihoidon hallintotehtävissä (Kuisma ym. 2007, 36). Ensihoitajan pitää tuntea ensihoitoa koskeva lainsäädäntö ja kaikessa toiminnassaan toimia määrättyjen asetusten ja lakien mukaisesti. Ensihoitajan ammattipätevyyteen kuuluu asiakaslähtöinen toiminta sekä yksilön, perheen ja yhteisön terveyden edistäminen. Ensihoitajan on kyettävä neuvomaan ja ohjaamaan asiakasta akuuteissa terveysongelmissa ja niiden jälkitilanteissa. (Opetusministeriö 2001, 23.)

Ensihoitotyön tehtäväkenttä on laaja, ja avun pyytämisen syy voi vaihdella rintakivusta sydänpysähdykseen, kaatumisesta väkivaltaan, sosiaalisesta häädystä mielenterveysongelmiin ja pienestä tapaturmasta suuronnettomuuteen (Kuisma ym. 2007, 24-25). Työtä tehdään yleensä pareittain, kaukana hallitusta ja organisoidusta sairaala ympäristössä. Työn tarkoitus on toimittaa terveydenhuolto sinne missä potilas on, riippumatta ympäristön rajoitteista. (Hartley 2012,74). Ensihoitajan on selviydyttävä rauhallisesti ja määrätietoisesti hätätilanteista hyvin erilaisissa toimintaympäristöissä, ja työ on henkisesti rasittavaa. Työn arkitodellisuus, jossa kokee toistuvasti tunteen, ettei juurikaan pystynyt auttamaan potilasta tai hänen omaisiaan, päihdeongelmat, yksinäisyys ja mielenterveysongelmat uuvuttavat ja turhauttavat työntekijöitä. Siksi alan opiskelijat ja työntekijät on valittava tarkkaan ja heille on kuvattava työn piirteitä todenmukaisesti. (Kuisma ym. 2007, 24-25.)

Savonia-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman lähtökohtana ovat valtakunnalliset terveysalan koulutuksen ammattitaitovaatimukset. Opetussuunnitelma sisältää myös valtakunnalliset ammattikorkeakouluille yhteisesti määritellyt osaamisvaatimukset. Näiden vaatimusten mukaisesti AMK-ensihoitajan tulee osata toimia työssään vähintään yhden vieraan kielen kirjallisella ja suullisella taidolla, ymmärtää kulttuurieroja ja kyetä yhteistyöhön kulttuuriltaan erilaisten henkilöiden kanssa. AMK-ensihoitajan pitää pystyä hyödyntämään kansainvälisiä tietolähteitä ja ymmärtää kansainvälisyyskehityksen mahdollisuuksia ja vaikutuksia omaan ammattialaan. Lisäksi hänen pitää omalla toiminnallaan edistää ihmisoikeuksien ja suvaitsevaisuuden toteutumista hoitotyössä. (Opetussuunnitelma 2010.)

3 MONIKULTTUURISUUS

3.1 Kulttuuri ja monikulttuurisuus

Kautta aikojen on yritetty ymmärtää, miten kulttuuri syntyy ja kehittyy, miten kulttuurit eroavat toisistaan ja mitä kulttuuri merkitsee sen jäsenille. Jo varhaiset antropologit tutkivat 1800-luvun lopulla kaukaisten ja tuntemattomien kulttuurien elämää. Kulttuuriantropologiassa kulttuurilla tarkoitetaan “ajan oloon kehittyneitä ihmisten elintapoja, arvoja, uskomuksia ja erilaisia tuotoksia, jotka välittyvät sukupolvelta toiselle pääasiassa kasvatuksen, kielen ja erilaisten symbolien välityksellä.” Sen mukaan kulttuuri antaa ihmisenä elämisen viitekehyksen. (Koskinen 2010a, 16.)

Keskeisiä asioita kulttuurissa ovat arvot, uskomukset, normit ja elämäntapa. Ne ohjaavat kulttuuriin kuuluvien yksilöiden ja ryhmien ajattelua, päätöksentekoa, toimintaa ja käyttäytymistä. (Leininger 1995, 23; Papadopoulos 2006, 10.) Kulttuuri ilmentää myös yhteisön yhteisiä tapoja, elämänmuotoja ja uskomuksia (Suuri sivistyssanakirja 2000, 644). Samaan kulttuuriin kuuluvat ihmiset jakavat kulttuurille tyypilliset arvot, uskomukset, normit ja toimintatavat. Näin ollen kulttuuri ohjaa jäsentensä ajattelua, tekemistä, päätöksentekoa ja olemassaoloa, ja toimii myös pohjana itsetunnolle. (Koskinen 2010a, 16; Giger & Davidhizard 1999, 3.)

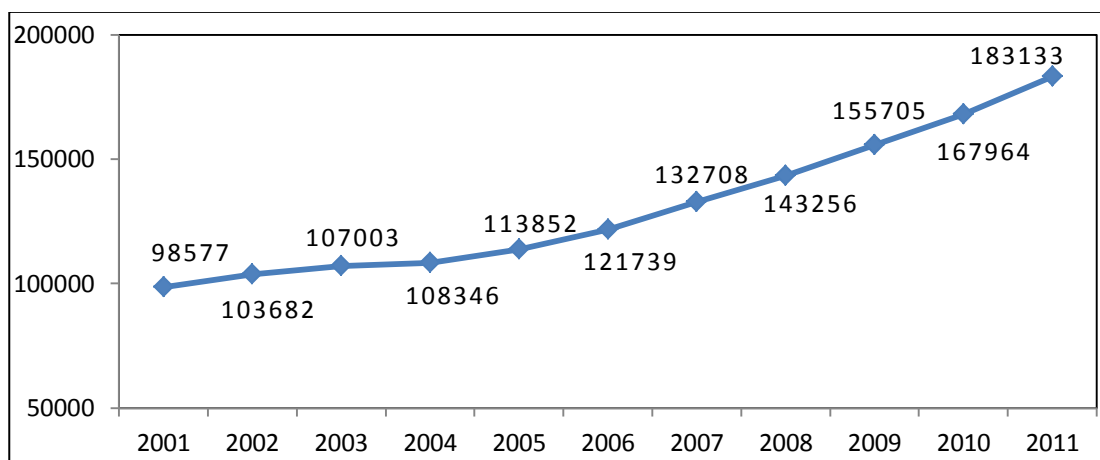
Tässä opinnäytetyössä puhumme suomalaisesta kulttuurista ja vieraista kulttuureista. Vieraalla kulttuurilla tarkoitamme kaikkia itselle vieraita kulttuureita; ei pelkästään eri kansallisuuksia, vaan myös kansallisuuksien sisään muodostuneita alakulttuureita. Näitä ovat esimerkiksi Suomen Jehovan todistajat ja Suomen romanit. Heidän kansa ei ole kielimuuria, vaan muita kulttuurisia eroja, jotka on otettava huomioon hoitotyössä ja kanssakäymisessä.

Monikulttuurisuudella tarkoitetaan kulttuurisesti eroavien ryhmien rinnakkaiseloja yhteiskunnassa. Käsite on syntynyt Kanadassa yhdysvaltalaisen kulttuuriantropologisen koulukunnan ja ranskalaisen strukturalistisen antropologian vaikutuksesta. 1970-luvulta lähtien sillä on ollut kolme eri merkitystä: luonnehdinta yhteiskunnasta, tavoiteltava yhteiskunnallinen tilanne ja politiikka. Sanana monikulttuurisuus viittaa yhteiskuntaan, jossa on suvaitsevaisuutta, palvelujen monipuolisuutta ja kulttuurien kirjoa. Monikulttuurinen yhteiskuntapolitiikka tähtää tasa-arvoon ja yhdenvertaisuuteen sekä kulttuurisesti ja etnisesti heterogeeniseen yhteiskuntaan. (Koskinen 2010a, 18.)

3.2 Monikulttuurisuus Suomessa

Suomessa monikulttuurisuus-käsitettä on alettu käyttää 1990-luvulla (Koskinen 2010a, 18). Verrattuna muihin Euroopan maihin Suomi on ollut pitkään hyvin suomalainen, joskin Suomen sisäiset alakulttuurit, kuten saamelaiset, ovat asuneet Suomessa jo pitkään. Syitä alhaiseen maahanmuuttoon ovat muun muassa vähäinen ulkomaisen työvoiman tarve sekä harvinainen kielimme ja syrjäinen sijaintimme (Maahanmuuton tulevaisuus 2020, 5). Vasta viime vuosina Suomi on alkanut monikulttuuristua kasvavien maahanmuuttovirtojen sekä Euroopan Unioniin ja Schengen alueeseen liittymisen ansioista (Kanervo & Kaljunen 2007, 35).

Suomessa oli vuoden 2011 lopussa 5,4 miljoonaa asukasta. Heistä 97 % (5,2 miljoonaa) on Suomen kansalaisia ja 3 % (167 954) ulkomaan kansalaisia. (Tilastokeskus 2012). Tilastokeskuksen väestörakennetilaston (2012) mukaan Suomessa asui vakituisesti vuoden 2011 lopussa 257 248 ulkomaista syntyperää olevaa henkilöä, mikä on 4,8 prosenttia koko väestöstä. Ulkomaista syntyperää olevista 59 prosenttia oli taustaltaan eurooppalaisia. Toiseksi suurin ryhmä olivat aasialaistaustaiset, joiden osuus oli 23 prosenttia, ja kolmanneksi suurin afrikkalaistaustaiset, joita oli 12 prosenttia. Väestöstä 78,4% kuului evankelisluterilaiseen- tai ortodoksiseen kirkkokuntaan. Muihin uskontokuntiin kuului 1,5% väestöstä ja väestörekisteriin tai tuntemattomiin uskontokuntiin kuului 20,1% väestöstä. (Tilastokeskus 2012).



KUVIO1. Ulkomaan kansalaisten määrä Suomessa vuosina 2001-2011 (Tilastokeskus 2012)

Maahanmuuton syitä ovat perhesiteet, työ, opiskelu ja humanitaariset syyt, kuten pakolaisuus ja turvapaikan haku (Tilastokeskus 2012). Suomeen tulee vuosittain noin 750 kiintiöpakolaista. Ministeriössä työskentelevät maahanmuuttoviranomaiset päättävät vuosittain maat ja kohteet, joista kiintiöpakolaiset valitaan. Yksilötason valinnat perustuvat pakolaisleireillä tapahtuviin haastatteluihin. Suomi on vastaanottanut alle 30 000 pakolaista 1970-luvun alkupuolelta lähtien. (Tiilikainen, Pakaslahti & Huttunen 2010, 64). Vuonna 2011 turvapaikkaa haki 3088 turvapaikanhakijaa, joista turvapaikka myönnettiin 169:lle ja oleskelulupa 1102 hakijalle. (Tilastokeskus 2012).

Maahanmuuttoon liittyvä termistö vaihtelee suuresti ja on osin kiistanalaista. Maahanmuuttajalla tarkoitetaan Suomessa pysyvästi asuvaa ulkomaalaista henkilöä, jolla ei ole Suomen kansalaisuutta (Tiilikainen 2010, 63). Maahanmuuttajat tulevat Suomeen tavallisesti pakolaisina, paluumuuttajina tai töiden tai puolison vuoksi. Vaikka maahanmuuttaja-käsitettä ei olekaan yksiselitteisesti hyväksytty, se on vakiintunut kieleemme. Sitä on kritisoitu esimerkiksi siitä, että se kategorisoi eri perustein maahan muuttaneet ihmiset samaan ryhmään. (Koskinen 2010a, 19). Pakolainen on määritelty Geneven sopimuksessa vuonna 1951 ja Euroopan neuvoston direktiivissä vuonna 2003. Näiden mukaan pakolainen on "henkilö, jolle on myönnetty pakolaisstatus sellaisena, kuin se on määritelty kansainvälisissä sopimuksissa". (Pirinen 2010, 166). Turvapaikanhakija on henkilö, joka hakee turvapaikkapyyntöllä suojelua ja oleskeluoikeutta vieraasta valtiosta (Maahanmuuton vuosikatsaus 2009). Hakuajana henkilöä kohdellaan turvapaikanhakijana (Pirinen 2010, 166).

Suomi on sitoutunut antamaan kansainvälistä suojelua sitä tarvitseville Geneven yleissopimuksessa vuonna 1951. Sopimus koskee pakolaisten yleisasemaa. Suomen ulkomaalaislaissa on säännökset, joiden mukaan voidaan myöntää kansainvälistä suojelua koskien pakolaisasemaa, toissijaista suojeluasemaa tai humanitaarisen suojelun perusteella myönnettyä oleskelulupaa. Myös YK:n pakolaisjärjestö UNHCR:n hyväksymä pakolainen voi tulla Suomeen kiintiöpakolaisjärjestelmän kautta. (Pakolaiset ja turvapaikanhakijat 2013).

Tässä opinnäytetyössä maahanmuuttajalla tarkoitetaan muualta meille muuttanutta, ulkomailla syntynyttä henkilöä, joka taustansa tai ulkonäkönsä vuoksi poikkeaa suomalaisista riippumatta siitä, kuinka kauan hän on asunut maassamme ja onko hänellä Suomen kansalaisuus (Koskinen 2010a, 19).

Suomen lainsäädännön mukaan jokaisella on oikeus ylläpitää omaa kulttuuria. Samalla syrjintä on Suomen yhdenvertaisuuslain 6 §:n mukaan kielletty, ja lakia sovelletaan sekä julkisessa että yksityisessä toiminnassa (Yhdenvertaisuuslaki 2012).

3.3 Alakulttuurit Suomessa

Monikulttuurisuutta on myös kantaväestömme sisällä. Tällaisia etnisiä ryhmiä ovat esimerkiksi saamelaiset ja Suomen romanit. Kaikki etniset vähemmistöt Suomessa eivät siis ole maahanmuuttajia. (Koivuniemi 2011). Saman kulttuurin sisällä voi olla myös kielimuureja. Suomenkielisen voi olla vaikea kommunikoida esimerkiksi suomenruotsalaisen tai viittomakielisen kanssa, vaikka he jakavatkin saman kulttuurin. (Viittomakieli ja viittomakieliset 2013).

Romanit muuttivat Suomeen 500 vuotta sitten Ruotsista ja ovat Suomen suurin pienväestöryhmä. Nykyään he ovat levittäytyneet kaikkialle Suomeen, mutta suurin osa asuu kuitenkin Etelä-Suomen kaupungeissa. Romaniryhmien kulttuurin keskeiset käsitteet ovat puhtaus, likaisuus, kunnioitus ja kunnioittaminen sekä häpeä ja häpeäminen (Pakaslahti & Huttunen 2010, 90). Romanit arvostavat perheiden yhdessäoloa ja sosiaalista tukiverkostoa muiden romanien välillä. Romanit pitävät vanhempia ihmisiä ja vanhuutta suuressa arvossa. Romaanit ovat yleisesti köyhempiä ja huonommin työllistettyjä ja koulutettuja kuin syntyperäiset suomalaiset. Yksi syy tähän on se, että romaneilla on negatiivinen asenne koulutusta kohtaan, koska he näkevät korkean koulutuksen sulauttavan oman kulttuurinsa pääkulttuuriin. (Kaunonen & Koivula 2006, 207).

Saamelaiset ovat EU:n ainoa alkuperäiskansa, ja heitä on Suomessa noin 8700 (0,2 % Suomen asukasluvusta). Kaikkiaan saamelaisia arvioidaan olevan eri maissa noin 75 000 ja eniten heitä asuu Norjassa. Suomessa saamelaisuus on määritelty saamelaiskäräjälaissa ja sen pääperusteena on saamen kieli. Saamelaisten asema kirjattiin Suomen perustuslakiin vasta vuonna 1995, ja saamelaisten kotiseutualue on määritelty laissa. (Saamelaiset Suomessa 2008).

Muita mainittavia pienryhmiä Suomessa ovat Jehovan todistajat, juutalaiset ja islaminuskoiset. Jehovan todistajia oli vuonna 2011 Suomessa 19 001 (0,4 % Suomen väestöstä), mutta määrä on vähentynyt (tilastokeskus 2012). Juutalaisia on Suomes-

sa vuonna 2011 Tilastokeskuksen (2012) tietokannan mukaan 1 198 ja islaminuskoi-
sia 10 088.

Merkittävä etninen vähemmistö on myös tataarien islam-seurakunnat. Heitä on Suo-
messä noin 700. (Tiilikainen 2010, 63). Suomessa asuvat tataarit kuuluvat Pohjois-
maiden vanhinpaan muslimiväestöön. Tataarien uskontoa on pidetty islamin suoma-
laisena muotona, johon suomalainen kulttuuri on vaikuttanut voimakkaasti. Tämä
näky muun muassa siinä, että tataarit eivät juuri poikkeakaan ulkonäöltään suomalaisis-
ta, eivätkä he käytä julkisesti uskonnollisia tunnuksia. (Kanervo & Kaljunen 2007, 18).

3.4 Monikulttuurisuuden haasteet

Monikulttuurisuuden suurin haaste Suomen sosiaali- ja terveysalalle on kasvanut
pakolaisuus ja siirtolaisuus (Kaivo-oja & Suvinen 2001, 12). Maahanmuutto pohjau-
tuu Suomen hallituksen linjaamiin tavoitteisiin, EU:n lainsäädäntöön ja kansainvälisiin
sopimuksiin, joista tärkeimpiä ovat Euroopan ihmisoikeussopimus, kidutuksen vastai-
nen yleissopimus, lapsen oikeuksien sopimus ja Geneven pakolaissopimus (Sisä-
asianministeriö 2013). Suomen maahanmuuttopolitiikka ja etenkin turvapaikkapolitiik-
ka on jatkuvassa kehityksessä. Suomen nykyinen linjaus on osallistua aktiivisesti
EU:n yhteisen turvapaikkapolitiikan kehittämiseen. Valmisteilla oleva Maahanmuuton
tulevaisuus 2020-strategia selvittää osaltaan Suomeen kohdistuvan maahanmuuton
määrää sekä laatua tulevina vuosina sekä maahanmuuton vaikutuksia suomalaiseen
yhteiskuntaan. Tulevaisuudessa globaali liikkuminen tulee lisääntymään. Vuoteen
2020 mennessä ulkomaalaisten määrä Suomessa tulee kaksinkertastumaan. (Maa-
hanmuuton tulevaisuus 2020, 10).

Yhteiskunnalliset mullistukset, sodat, nälänhätä ja poliittiset konfliktit eri puolilla maa-
palloa ovat kasvattaneet muuttoliikettä (Leininger 1995, 25). Muihin pohjoismaihin
verrattuna maahanmuuttajien määrä on Suomessa pieni, mutta kasvaa nopeasti (Tii-
likainen 2010, 63). Globalisaatio sekä kasvava pakolaisten ja maahanmuuttajien
määrä aiheuttavat muutoksia yhteiskuntaan. "Maassa maan tavalla" -ajattelusta on
siirrytty uusien kulttuurien istuttamiseen yhteiskuntaan (Kaunonen & Koivula 2006,
Tiilikainen 2010, 62). Maahanmuuttoon liittyy pakolaisuutta, syrjäytymistä, marginaa-
lisuutta ja ulkopuolisuuden tunnetta (Koskinen 2010a, 25). Kokeakseen elämän mie-
lekkäänä ihminen tarvitsee merkitysten kokoelmia. Annamme kokemuksillemme mer-
kityksiä hahmottaessamme ja rakentaessamme ympäröivää maailmaa. Kun maa-

hanmuuttaja kamppailee uuden ja vanhan kulttuurin merkitysviidakossa ja merkitykselliset kulttuuriset asiat häviävät, hän voi jopa menettää elämänsä mielekkyyden. (Koskinen 2010a, 17).

Myös ulkomaalaisten hoitajien muuttaminen Suomeen ja sijoittuminen suomalaiseen työelämään ovat keskeisiä haasteita nykypäivän terveysalalla ja terveysalan koulutuksessa. Korkeakoulutuksen yhteinen tunnustaminen Euroopan alueella on vain lisännyt haasteita kulttuuristen taitojen oppimiselle ja opettamiselle. Myös sosiaali- ja terveyspalveluiden ammateissa työskentelevien ei-syntyperäisten suomalaisten määrä on kasvussa. Vuoden 2008 alussa Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden ammateissa työskentelevistä noin 3% oli syntyperältään ulkomaalaisia ja 1,3% heistä ulkomaan kansalaisia. Syntyperäisten ulkomaalaisten osuus työntekijöistä on kaksinkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2007. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010).

4 MONIKULTTUURISUUS HOITOTYÖSSÄ

4.1 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurisesta hoitotyöstä puhutaan silloin, kun hoitoyhteisössä työskennellään erilaisten kulttuurien parissa. Monikulttuurisessa hoitotyössä päämääränä on edistää terveyttä ja hyvinvointia huomioiden asiakkaan kulttuurinen tausta sairauden hoidossa. (Papadopoulos 2006, 8). Hoitotyöhön kuuluvat erilaisuuden kunnioitus, tasa-arvoisuus ja yhdenvertaisuus. Euroopassa ja Yhdysvalloissa käytetään monikulttuurisen hoitotyön sijasta yleisemmin käsitettä transkulttuurinen hoitotyö. (Koskinen 2009a, 18-19.)

Monikulttuurinen hoitotyö on tieteenala, joka keskittyy kulttuurilähtöisiin arvoihin ja tarpeisiin. Tarkoituksena on auttaa hoitotyössä työskenteleviä kohtaamaan eri kulttuureista tulevia asiakkaita tasavertaisesti, asiakaslähtöisesti ja kulttuuriset erityistarpeet huomioiden. Kulttuurisesti yhtenäisellä hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyötä, joka on tarkoituksenmukaista ja sopii potilaan kulttuurillisiin uskomuksiin ja elämäntapoihin. (Leininger 1999, 9.) Monikulttuurisen hoitotyön voidaan sanoa tutkivan ja vertaillevan eri kulttuurien samanlaisuuksia ja erilaisuuksia hoitokäytäntöjen osalta (Leininger 1994, 8-9).

Monikulttuurinen hoitotyö vaatii monikulttuurista osaamista eli kulttuurista pätevyyttä. Kulttuurista pätevyyttä kutsutaan kulttuuriseksi kompetenssiksi. Kompetenssi itsessään tarkoittaa kykyä ja pätevyyttä suoriutua annetusta tehtävästä ihmisen itsensä sekä muiden arvioimana hyvin (Hilden 2002, 33). Kulttuurinen pätevyys on hoitotyön toimintaa, johon kuuluu erilaisuuden arvostaminen, syrjäytymisuhassa elävien ihmisten puolustaminen, ihmisarvon kunnioittaminen ja tasa-arvon edistäminen (Meleis 1999, 10;12). Kulttuurinen kompetenssi on kykyä tarjota hoitoa ihmisille ottaen samalla huomioon potilaan kulttuuriset uskomukset, tavat ja tarpeet (Papadopoulos 2006, 10).

Kulttuurista pätevyyttä voidaan kehittää koulutuksen avulla. Jo vuonna 1994, 14 vuotta sitten, laaditun Päivi Virkin tutkimuksen (1999, 66) mukaan hoitotyöntekijät kaipaivat lisää kulttuurista koulutusta. 80 % kyselyyn osallistuneista hoitotyöntekijöistä koki tarvitsevansa kulttuurista koulutusta. Tätä mieltä ovat olleet myös kansainväliset tutkimukset. Esimerkiksi Journal Of Transcultural Nursing -lehdessä julkaistussa ar-

tikkelissa "Cultural Diversity: Students' Perspectives" (2002) todetaan hoitotyön opiskelijoiden kokeneen tarvetta lisätä kulttuurista tietämystä ja oppia tulemaan toimeen erilaisten ihmisten kanssa. Artikkelissa muun muassa mainitaan opiskelijoiden haakeutuneen itsenäisesti koulun ulkopuolella eri kulttuuritaustoista tulevien ihmisten pariin, koska vastaavaa kokemuksellista opetusta ei ollut tarjolla. (Yerwood, Brown & Karlik 2002). Koskisen (2003) tutkimuksen mukaan kokemusten kautta opiskelijat uskoivat pystyvänsä ymmärtämään erilaisuutta myös potilaissaan. Suomessa hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia selvittänyt Tuokko (2007) on päätenyt Pro gradu -tutkielmassaan samaan: "Tietoisuus kulttuurien vaikutuksesta hoitotyöhön tuli työntekijöille yleensä käytännön kokemuksen kautta ." Opetuksen lisäyksen tarve opetussuunnitelmaan on siis tiedetty jo pitkään, mutta sitä on edelleen kovin vähän (Jokinen & Koskinen 2005).

Terveystenhoitohenkilöstön näkökulmasta maahanmuuttajien kanssa työskentely on koettu haasteellisena ja jopa uuvuttavana (Purokoski 1993; Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998). Suurimpia ongelmia Hirstiö-Snellmanin ja Mäkelän (1998) mukaan ovat kulttuurisen tiedon ja lisäkoulutuksen puute. He kuvasivat sosiaali- ja terveystalveissa työskentelevien työntekijöiden työtä maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa Helsingin seudulla.

4.2 Papadopoulostin, Tilkin ja Taylorin kulttuurisen kompetenssin oppimisen malli

Papadopoulostin, Tilkin ja Taylorin yhdessä kehittämä kulttuurisen kompetenssin malli (2006) on viitekehys kulttuurisesti pätevän hoitotyön oppimisen kuvaamiseen. Irena Papadopoulos julkaisi mallinsa vuonna 1998 yhdessä tutkijoiden Mary Tilkin ja Gina Taylorin kanssa edistääkseen kulttuurisen opetuksen määrän kasvattamista hoitotyön opetuksessa ja samalla kehittääkseen hoitotyön opiskelijoiden kulttuurista kompetenssia. (Papadopoulos 2006, 9). Mallia voi hyödyntää hoitotyön koulutuksessa. Sen avulla voi jäsentää ja vaiheistaa kulttuurista kompetenssia ja monikulttuurista hoitotyötä.

Malli kuvastaa kulttuurisen kompetenssin vaiheittaista kehitymisprosessia ja koostuu neljästä kulttuurisesti pätevän hoitotyön kehittämisen osa-alueesta, jotka on nimetty opetus-oppimisjärjestyksessä: kulttuurinen tietoisuus (cultural awareness), kulttuurinen tieto (cultural knowledge), kulttuurinen herkkyyks (cultural sensitivity) ja kulttuurinen kompetenssi (cultural competence). (Papadopoulos, Tilki & Lees 2004). Tiedon, ym-

määräyksen ja kokemuksen lisääntyessä ihmisen ajattelutapa muuttuu, ja hän saavuttaa viimeisen portaan eli kulttuurisen pätevyuden tason (Koskinen 2010b, 50-52).

Kulttuurisen kehittämisprosessin ensimmäinen vaihe (cultural awareness, kulttuurinen tietoisuus) on kulttuurista tiedostamista. Jotta ymmärrettäisiin vieraan kulttuurin arvomaailmaa, tulee tarkastella ensin omia arvoperustoja ja kulttuurisia uskomuksia sekä perehtyä omaan kulttuuriseen tietoisuuteen. Omat arvot ja uskomukset säätelevät ajattelutapaamme. Teemme päätöksiä tai tuomioita jo nuorena iässä opittujen arvojen mukaan. (Papadopoulos 2006, 11-13.) Itsetuntemuksen lisäksi mallissa tarkastellaan omaa kulttuurista identiteettiä, perinneuskollisuutta sekä omaa ja yleistä kulttuurihistoriaa. Muita kulttuureita sekä niiden tapoja ja uskomuksia tarkastellaan ainoastaan oman kulttuurin näkökulmasta. Ensimmäisessä vaiheessa ymmärretään kulttuuritaustan vaikutus ihmisten arvoihin, uskomuksiin ja terveyskäyttäytymiseen sekä tiedostetaan omat ennakkoluulot. (Papadopoulos 2006.)

Suomalaista kulttuuri-identiteettiä kuvaa hyvin Kaunosen ja Koivulan artikkeli Cultural healthcare issues in Finland (2006). Kaunosen ja Koivulan (2006) mukaan suomalaisen kulttuurin ymmärtäminen vaatii tietämystä Suomen historian pääpiirteistä sekä maantieteellisestä sijainnista kahden suuren valtion; Ruotsin ja Venäjän, välissä, sekä sen vaikutusta suomalaiseen kulttuuriin. Suomalaisen kulttuurin juuret ovat kaikkiin muihin Euroopan kulttuureihin verrattuna vahvimmin luonnossa. Villi, koskematon luonto on antanut kautta aikojen suomalaisille elinkeinon. Luonto ja luonnosta saata-va puu on Kaunosen ja Koivulan (2006) mukaan osa suomalaista identiteettiä. Luonto inspiroi taiteen ja musiikin tekijöitä ja on osa ihmisten arkipäivää. Luonnolla on ollut suuri vaikutus suomalaisten mentaliteetin syntyyn. Luonto ja siitä aiheutuneet pitkät välimatkat ovat eristäneet ihmisiä ja estäneet heitä tapaamasta toisiaan. Tämä voi olla syy siihen, miksi suomalaisia pidetään ujoina ja hiljaisina. Suomalaisen kulttuurin keskeisimpiin kulttuurihistoriallisiin elementteihin kuuluu sauna. Suomalaisessa kulttuurihistoriassa sauna on toiminut kehon ja mielen puhdistuspaikkana sekä tarjonnut lämpöä ja suojaa. (Kaunonen & Koivula 2006.)

Ensimmäiseen vaiheeseen, eli kulttuuriseen tiedostamiseen, kuuluu oman arvoperustan tarkastelu (Papadopoulos 2006). Vuonna 1997 Euroopan komission teettämän tutkimuksen mukaan 10% suomalaisista koki olevansa hyvin rasistinen, 25% melko rasistinen ja 25% hiukan rasistinen. 22% ei kokenut olevansa ollenkaan rasistinen. (Kaunonen & koivula 2006.) Pohjoismaissa tehdyissä tutkimuksissa kielteisiä asenteita selittävät maahanmuuttoon liitetyt uhkakuvat. Uhkakuvat voivat olla joko keksittyjä

tai todellisia. Maahanmuuttajien voidaan esimerkiksi pelätä vievän alkuperäisasukkaiden toimeentulon tai asunnon. (Jaakkola 2009, 37.)

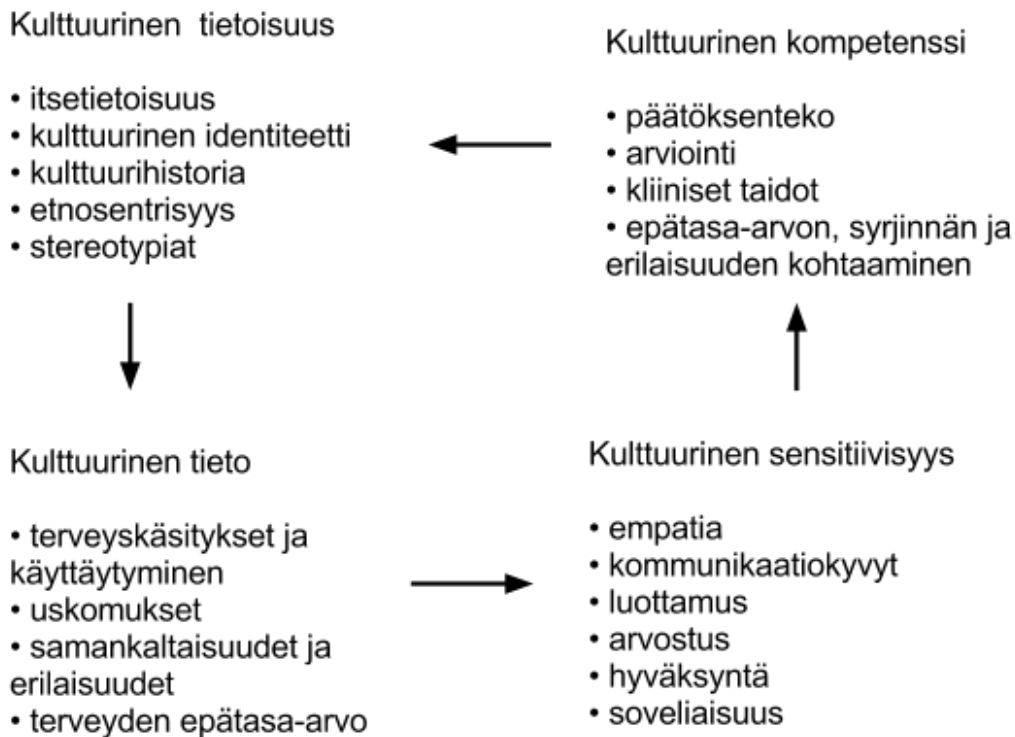
Kulttuurisen kehittämisprosessin toinen vaihe (cultural knowledge, kulttuurinen tieto) on kulttuurisen tiedon hankkimista. Tietoa haetaan erilaisten etnisten ryhmien tavoista ja terveystottumuksista sekä kulttuuriryhmien eriarvoisuudesta yhteiskunnassa ja terveyspalvelujärjestelmässä. Toisessa vaiheessa ollaan kiinnostuneita eri kulttuurien uskomuksista ja haetaan aktiivisesti tietoa kulttuurin tavoista, samanlaisuudesta ja erilaisuudesta sekä terveydellisestä eriarvoisuudesta. Käytännön näyttöön perustuvat kulttuurisen hoitotyön tutkimukset ovat avainasemassa opetusmateriaalina ja tietolähteinä. Toiseen vaiheeseen liittyvät keskeisesti terveyteen liittyvä eriarvoisuus, yhtäläisyydet ja eroavuudet, terveysuskomukset ja käyttäytyminen. (Papadopoulos 2006; Papadopoulos, Tilki & Lees 2004.) Kulttuurinen tieto voidaan tiivistää koostuvan antropologisesta-, sosiaali-poliittisesta-, psykologisesta- ja biologisesta ymmärryksestä.

Toisessa vaiheessa oppija hakee aktiivisesti tietoa erilaisista etnisistä ryhmistä, kulttuurien uskomuksista ja tavoista (Papadopoulos 2006). Oppijalle selviää, ettei ole olemassa vain yksi vallitseva kulttuuri, vaan sen sisällä on monia erilaisia alakulttuureita (Kaunonen & Koivula 2006, 204).

Kulttuurisen kehittämisprosessin kolmas vaihe (cultural sensitivity, kulttuurinen herkkyys) on herkistymistä vieraalle kulttuurille. Kulttuurinen herkkyys tarkoittaa taitoa käyttää hyväksi empatiaa sekä luottamuksellisia ja kunnioittavia työtapoja ja kommunikointikeinoja rakentaessa ja toteuttaessa kulttuurista hoitosuhdetta. Kolmannessa vaiheessa opitaan kulttuurin mukaisia ja erilaisuutta kunnioittavia vuorovaikutustaitoja. Teoreettinen tieto syventyy ja konkretisoituu toistuvien kulttuuristen kohtaamisten tai vieraan kulttuurin sisällä elämisen kautta. Sensitiivisyyden vaiheessa potilasta kohdellaan tasavertaisena itsensä kanssa. Hoitosuhteen vuorovaikutus on luottamuksellista, kunnioittavaa ja hyväksyvää. Hoidolliseen vuorovaikutussuhteeseen kuuluvat auttaminen, voimaannuttaminen, puolustaminen ja neuvottelemine. Kolmannessa vaiheessa tiedostetaan kulttuuristen herkkyyksien olemassaolo. Kulttuurista sensitiivisyyttä edesauttavat hoitajan käsitys ja oppi muista kulttuureista sekä omien vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Kommunikoitessa asiakkaan kanssa hoitaja puhuu ihmisenä ihmiselle. (Papadopoulos 2006; Papadopoulos ym. 2004.)

Kulttuurisen kehittämisprosessin neljäs ja viimeinen vaihe on kulttuurisen kompetenssin taso (cultural competence, kulttuurinen kompetenssi). Se tarkoittaa toisen kulttuurin perinpohjaista tuntemista, ja sen voi saavuttaa vain elämällä vuosia vieraan kulttuurin sisällä. Kulttuurisen kompetenssin tason saavuttaminen edellyttää edellisten kolmen tason ymmärtämistä ja jo opitun yhdistämistä ja soveltamista käytännön työhön. Kulttuurisen kompetenssin tasolla osataan sopeutua tasavertaisena jäsenenä vieraaseen kulttuuriin, kehitetään käytännön hoitotaitoja ja osataan arvioida hoidon tarvetta ja sen vaikuttavuutta. Tason saavuttaminen edellyttää yhteiskunnassa vallitsevan rasismien, syrjinnän ja eriarvoisuuden tunnistamista ja kyseenalaistamista. Kun tunnistetaan yhteiskunnassa vallitseva syrjintä ja kyetään puuttumaan siihen, hoitoa voidaan pitää kulttuurisesti korkeatasoisena. (Papadopoulos 2006.) Kulttuurinen pätevyys koostuu arviointitaidosta, tarpeenmäärittelytaidosta, hoitotaidosta sekä ennakkoluulojen, syrjinnän ja eriarvoisuuden kyseenalaistamisesta ja niihin puuttumisesta. Kulttuurisen kompetenssin tason saavuttaminen vaatii kaikkien tasojen synteesiä ja osaamisen soveltamista. (Koskinen 2010b, 50-52.)

Papadopoulosin, Tilkin ja Taylorin yhdessä kehittämästä kulttuurisen kompetenssin mallista on kehitetty kulttuurisen kompetenssin arviointiin tarkoitettu mittari "The cultural competence assesment tool (CCATool)" (Papadopoulos ym. 2004). Emme käyttäneet valmista mittaria tutkimuksessamme kustannussyistä, sillä mittarin käyttö on maksullista.



KUVIO 2. Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin mallin nelikenttämallia mukailten (Papadopoulos 2006)

4.3 Monikulttuurisuus ensihoitotyössä

Ensihoitotyössä kohdataan vaihtelevassa hoitoympäristössä eri kulttuureista tulevia potilaita, jolloin muun muassa kommunikointi ja sairauskäsitysten ymmärtäminen voi tuottaa ongelmia. Yhteistä kieltä ei aina ole ja potilas voi olla sellaisessa kunnossa, ettei hän pysty kertomaan voinnistaan. (Ensihoitaja 2004.) AMK-ensihoitajan pitää ammatin vaatimusten mukaisesti pystyä hoitamaan potilasta suomen kielen lisäksi yhdellä vieraalla kielellä. Ammattitutkinto sisältää vuonna 2012 kulttuurista opetusta 1,5 opintopisteen verran. Yksi opintopiste vastaa 27:tä tuntia opiskelutyötä ja lisäksi opiskelijalla on mahdollisuus suorittaa osa opinnoistaan ulkomailla vaihdossa. (Opetussuunnitelma 2010.) Koulutusohjelmassa tarjotaan näin mahdollisuus eri kulttuurin ja kielen käytännönoppimiselle.

Kulttuuriset arvot ohjaavat käyttäytymistä kohdattaessa eri kulttuurista tulevaa potilasta. Näemme hänestä vain pienen näkyvän osan, kuten tavat, kielen, sukupuolen, ihonvärin ja pukeutumisen. (Abdelhamid & Koskinen 2010, 75-77.) Kun ihminen ko-

kee oman kulttuurinsa paremmaksi kuin vieraan kulttuurin, puhutaan etnosentrisyydestä. Ihmisellä on luontainen taipumus tuomita toisia, mikäli toisen elämäntapa ja asenteet eivät sovi ihmisen omaan arvomaailmaan. (Papadopoulos 2006, 12.) Monikulttuurisessa hoitotyössä hoitajan tulisi selittää oma etnosentrisyytensä sekä omat ennakoasenteensa ja huomioida myös näkymättömät alueet. Niitä ovat maailmankatsomus, arvomaailma, uskomukset, kulttuuriset perinteet ja perheen ja suvun merkitys. Kun hoitaja tiedostaa, miksi vieraasta kulttuurista tuleva ihminen käyttäytyy oudosti, käyttäytyminen on helpompi ymmärtää. Sosiokulttuurisuus, eli tieto toisen kulttuurin tavoista ja käytännöistä sekä osaaminen toimia niiden mukaisesti, on tullut osaksi hoitamisen arkipäivää. Jotta hoitaja pystyisi toimimaan potilaan parhaaksi, hänen on ymmärrettävä kulttuurin, etnisen taustan, uskonnon, sukupuolen, koulustaustan, sosiaalisen aseman, iän ja elämäntavan vaikutukset kykyyn hakea ja saada hoitoa. (Abdelhamid & Koskinen 2010, 75-77.)

Hoitotyössä kuin ensihoidossa kohdattavan asiakkaan oma käsitys sairautensa syystä ohjaa keskeisesti asiakkaan sairauskäyttäytymistä. Eri kulttuureiden käsitykset siitä, mikä on sairautta ja mikä normaalia olotilaa, vaikuttavat sairauksien oireiden havaitsemiseen ja tulkitsemiseen. (Soivio 1995.) Etninen tausta, uskonto, sukupuoli ja ikä vaikuttavat yksilön subjektiiviseen kokemukseen terveydestä (Malin & Suvisaari 2010, 136-141). Asiakkaan arkikokemukset ja ympäristön sairauskäsitykset vaikuttavat osaltaan siihen, missä vaiheessa ihminen kokee olevansa sairas (Pelkonen 2005, 11). Käsitykset voivat vaihdella eri kulttuureiden välillä. Siksi hoitajan kulttuuritietämyksellä on suuri merkitys asiakkaan kohtaamisessa hoitotyössä. Hoitotyöntekijöiden tulee osata huomioida asiakkaan kulttuuritausta ja kulttuurien tuomat eroavaisuudet hoitotyössä. Sairauskäsityksien avulla selviää lisäksi se, miksi ja miten asiakas on sairastunut. (Soivio 1995.) Terveydenhuoltohenkilöstöltä ei kuitenkaan edellytetä eri kulttuurien tuntemusta. Sainola-Rodriguezin (2009) mukaan aito ja kokonaisvaltainen kiinnostus maahanmuuttaja-asiakkaan tilannetta kohtaan yleensä riittää.

Terveydenhuollon merkitys korostuu ihmisen sairastuessa. Eri kulttuureissa terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät tavat ja tottumukset vaihtelevat, mikä voi aiheuttaa hoitotyöntekijälle haasteita ja ongelmia ymmärtää niiden merkitystä potilaalle. (Leininger 1995; Terveys 2015 2001, 8.) Osalla maahanmuuttajista on suuremmat terveysriskit riippuen siitä, mitä he ovat joutuneet kohtaamaan lähtömaassa, matkalla tai kohdemaassa (Malin & Suvisaari 2010, 137). Maahanmuuttajien, ja erityisesti pakolaisten, terveyttä tarkastelleet tutkimukset ovat päätyneet siihen tulokseen, että etnisten vähemmistöjen terveyserot johtuvat vähemmistöryhmien heikommista elinoloista,

köyhyydestä, ongelmista hoitoon pääsyssä ja etnisyyteen liittyvistä sairaudellisista riskitekijöistä (Malin & Suvisaari 2010, 151; katso: Pirinen 2008). Ymmärtääkseen potilastaan paremmin hoitotyöntekijän tulisi tuntea ainakin potilaan kulttuurin pääpiirteet (Leininger 1995). Kehittyäkseen kulttuurisesti päteväksi hoitajalla tulisi olla tietoa potilaan terveys- ja sairauskäsityksistä (Papadopoulos & Lees 2002).

Rasismien ja syrjinnän tunne vahingoittavat aina terveyttä ja johtavat epätasaarvoiseen kohteluun. Syrjintä perustuu mielikuviin ja ennakko-oletuksiin tiettyä väestön pienryhmää kohtaan. Rasismissa henkilö jakaa ihmiset uskomusten ja ideologioiden mukaan erilaisiin rotuihin. Eriasteinen syrjintä ja rasismi voivat johtaa pienryhmiin eristäytymiseen kantäväestöstä, mikä voi lisätä sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Malini & Suvisaari 2010, 142-143.)

Hoitotyöntekijät tarvitsevat sekä eri etnisten ryhmien potilaiden kulttuurin tuntemusta että kykyä kohdata vieraasta kulttuurista tulevia potilaita kehittyäkseen kulttuurisesti päteviksi hoitajiksi (Papadopoulos & Lees 2002). Kielitaidon on todettu vaikuttavan kulttuurisen kompetenssin kehittymiseen ja kulttuurisen hoitotyön toteutumiseen (Tuokko 2007). Hyvien terveydenhuollon palvelujen tarjoaminen perustuu kielelliseen yhteisymmärrykseen niin puheessa kuin elekielessä. Väärinkäsitysten mahdollisuus on suuri kielellisen yhteisymmärryksen puuttuessa. Tarkan anamneesin eli taudinmäärityksen tekeminen ilman yhteistä kieltä onkin vaikeaa, koska tarkat tiedot potilaan oireista ovat puutteelliset. Potilaan omaisia ei pidä käyttää tulkkina, koska rooli voi vaikuttaa negatiivisesti perhedynamiikkaan. Lapsien käyttö tulkkina voidaan rinnastaa hyväksikäyttöön. (Schubert & Kruus 2010, 297-298.) Ammattitulkkia tulisi käyttää myös siksi, että ammattitulkit tuntevat yleensä kyseisen kielialueen kulttuuria (Sariola 1998).

Kulttuurisen kompetenssin kehittymiseen vaikuttavat myös työkokemus, koulustausta ja kokemukset maahanmuuttajien kohtaamisesta (Tuokko 2007). Maahanmuuttajista saadut kokemukset liittyvät keskeisesti ihmisen vuorovaikutustaitoihin. Kuten Abdelhamid ym. kirjassaan taidokkaasti tiivistävät, kulttuurinen pätevyys on "ihmisen kulttuurista osaamista ja taitoa toimia monikulttuurisissa toimintaympäristöissä, ja se ilmenee ensisijaisesti ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa erilaisuuksien huomioimisena ja hyväksymisenä." (Koskinen 2010b, 32.)

Päivi Virkki (1999) on päätenyt tutkimuksessaan ammatillisen koulutuksen pituudella olevan yhteydessä hoitotyöntekijöiden kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Myös taito

työskennellä eri kulttuureita olevien potilaiden kanssa kehittyä työkokemuksen myötä (Virkki 1999, 64).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää sairaalan ulkopuolella työskentelevien AMK-ensihoitajien kulttuurisen kompetenssin tasoa kysymällä heidän omia näkemyksiään tämänhetkisistä kulttuurisista taidoista. Halusimme selvittää, kokevatko he kulttuuriset taitonsa riittäviksi ja tarvitsevatko he kulttuurista lisäkoulutusta. Jos tarvetta koulutukselle on, työstämme voi olla apua sen suunnittelussa ja se voi toimia opetusmateriaalina. Opinnäytetyöstä voi olla apua myös uusien opetussuunnitelmien kulttuurisen opetuksen suunnittelussa.

Työmme tavoite oli lisätä AMK-ensihoitajien tietoisuutta omista kulttuurisista taidoistaan ja asenteistaan ja niiden vaikutuksesta ensihoitotyöhön.

Tutkimuskysymyksemme olivat:

1. Millainen on sairaankuljetuksessa työskentelevien AMK-ensihoitajien kulttuurinen kompetenssi?
2. Tarvitsevatko sairaankuljetuksessa työskentelevät AMK-ensihoitajat lisäkoulutusta kulttuurisiin taitoihin?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO

6.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta. Siinä korostetaan syyn ja seurauksen lakeja. Kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluvat aiemmat teoriat, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, hypoteesin esittäminen, käsitteiden määrittely, aineiston keruu ja tulosten tilastollinen analysointi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139-140.) Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan mitattavia vastauksia (Kananen 2010). Kvalitatiivinen tutkimus tarkoittaa laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus tutkii asioita, joita ei voida yksinkertaisella tavalla mitata määrällisesti. (Hirsjärvi 2009, 161.) Teimme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen, jotta saimme mitattavia ja vertailtavia vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Määrällisessä muodossa olevat vastaukset oli helpompi ryhmitellä kulttuurisen kompetenssin eri tasoille.

Jotta tuloksia voitaisiin tulkita, pitää käsitteiden olla mitattavassa ja vertailtavassa muodossa. Käsitteet, joita ei voi suoraan mitata, pitää ensin määritellä eli operationalisoida. Sen jälkeen ne pitää vielä paloitella osakäsitteisiin ja pienemmiksi, konkreettisemmiksi käsitteiksi. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 80; Vehkalahti 2008, 18.) Kulttuurinen kompetenssi on käsitteenä hyvin abstrakti, eikä sitä voi suoraan mitata. Siksi se oli määriteltävä ja paloittava osakäsitteiksi ja edelleen pienemmiksi, konkreettisemmiksi käsitteiksi. Käytimme kulttuurisen kompetenssin operationalisoimiseen Papadopoulosin ja Tilkin kulttuurisen kompetenssin nelikenttämallia, jossa kulttuurinen kompetenssi on paloittelu neljään osakäsitteeseen.

6.2 Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on tehokas tapa kerätä monenlaista tietoa. Kysymysten asettelulla, sanavalinnoilla, vastausvaihtoehtojen valitsemisella ja sopivan vastaajajoukon valinnalla saadaan kerättyä juuri sitä tietoa, mitä halutaan. Kyselyyn voi vastata monin eri tavoin, kuten postitse, sähköisesti tai kasvotusten. (Kananen 2010.) Kyselyllä voi kerätä helposti laajan tutkimusaineiston, ja hyvin suunnitellun kyselyn vastaukset on helppo tallentaa ja analysoida. Kyselyn heikkous on epävarmuus vastaajien motivaatiosta, kysymysten yksiselitteisyydestä ja vastaajien asiantuntijuudesta. Vastauskato voi myös nousta suureksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Teimme kyselytutkimuksen, kos-

ka olimme kiinnostuneita AMK-ensihoitajien subjektiivisista mielipiteistä. Kyselyllä saimme juuri sitä spesifiä tietoa, jota tarvitsimme. Kyselytutkimuksella saimme vain subjektiivista tietoa ensihoitajien kulttuurisen kompetenssin tasosta, koska vastaukset olivat heidän omia arvioita omista taidoistaan. Kyselytutkimuksella emme saaneet tietoa siitä, mikä on ensihoitajien todellinen kulttuurisen kompetenssin taso.

6.3 Mittarin laatiminen

Mittaamisen luotettavuuteen ja pätevyYTEEN liittyvät ongelmakohdat täytyy pohtia tarkkaan kysymyksiä laatiessa. Kysymykset voidaan jaotella esimerkiksi tosiasioita, vastaajan tietämystä ja mielipiteitä, asenteita, uskomuksia ja aikeita mittaaviin kysymyksiin. (Taanila 2012, 4.) Myös meidän kyselyssämme kysymykset on jaoteltu eri kulttuurisen kompetenssin tasoa kuvaaviin osioihin. Käytimme valmista kyselylomakepohjaa (Liite 2), jota on käytetty opinnäytetyössä "Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi, kyselylomakkeen laatiminen" (Anttalainen, Haikola & Hämäläinen 2009); löysimme hyvin laaditun ja helposti omiin tarpeisiimme muokattavan valmiin kyselylomakkeen, jota oli jo testattu. Kysely tehtiin sähköisesti Webropol -kyselyohjelmalla, johon Savonia -ammattikorkeakoululla on oikeudet. Kyselylomakkeen yhteydessä lähetimme myös saatekirjeen (Liite 1). Saatekirjeen tarkoitus on herättää mielenkiintoa, pohjustaa kyselyä ja motivoida vastaamaan (Vehkalahti 2008, 48).

Kyselylomakkeen teoriapohjana on käytetty Papadopoulostin, Tilkin ja Taylorin (2006) yhdessä kehittämää kulttuurisen kompetenssin nelikenttämallia. Kulttuurinen kompetenssi on jaettu neljään tasoon: kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen herkkyys ja kulttuurinen kompetenssi. (Papadopoulos 2006; Papadopoulos ym. 2004.) Vastauksia oli helppo tulkita, kun kysymykset oli suunniteltu hyvin ja laadittu tarkoituksenmukaisiksi. Malli oli käyttökelpoinen arvioitaessa ensihoitajien kulttuurista kompetenssia sen selkeyden ja käytettävyyden vuoksi. Mielestämme malli kuvaa hyvin kulttuurisen kompetenssin kehittymistä. Muokkasimme kyselylomakkeen ensihoitoon liittyväksi muuttamalla kysymysten asettelua ja sisältöä ja lisäämällä kaksi uutta kysymystä. Kysymyksiä ei kuitenkaan muutettu niin, että niiden vastaukset väristäisivät tutkimustulosta.

Kyselylomakkeen pitää olla selvä ja helppolukuinen eikä kysymyksiä saa olla liikaa. Kysymysten pitää olla lyhyitä, yksiselitteisiä ja spesifejä eli rajattuja. Vastaajalle pitää

tarjota myös vaihtoehto "ei mielipidettä". (Hirsjärvi ym. 2009, 202-203.) Pyrimme tekemään kyselylomakkeesta mahdollisimman helppolukuisen ja helposti vastattavan, jotta saisimme mahdollisimman paljon vastaajia. Yksinkertaistimme lauserakenteita ja vaihdoimme joitakin vierasperäisiä sanoja arkikielisemmiksi. Kysymykset olivat monivalintakysymyksiä, joten niihin oli nopea vastata. Kysymyksiä ja väittämiä oli yhteensä 57. Kysymysasteikkona käytimme mielipidekysymysasteikkoa, koska se on yleisesti käytetty ja monelle ennestään tuttu sekä tarkoituksenmukainen tarvitsemamme tiedon kysymiseen. Viisiportaisen asteikon ääripäissä olivat vaihtoehdot "täysin samaa mieltä" ja "täysin eri mieltä". Vaihtoehtona oli myös vastata "ei samaa eikä eri mieltä".

Työkokemuksen ja kulttuuristen kohtaamisten määrä vaikuttavat olennaisesti kulttuuriseen kompetenssiin. Myös kielitaito vaikuttaa kulttuurisen hoitotyön sujumiseen. (Tuokko 2007.) Tämän vuoksi kysyimme taustatiedoissa vastaajan ikää, sukupuolta, työskentelykokemusta, kielitaitoa ja sitä, kuinka usein vastaaja kohtaa työssään vieraasta kulttuurista kotoisin olevia ihmisiä.

Väittämät muodostuivat neljästä eri osa-alueesta. Ensimmäisen osion väittämät käsitelivät kulttuurista tietoisuutta. Ne selvittivät kulttuuritaustan vaikutusta arvoihin, uskomuksiin ja terveystyötyymiseen. Papadopoulos ym. (2006) ovat mallissaan jakaneet tietoisuuden kolmeen osa-alueeseen: omaan kulttuuriseen identiteettiin, kulttuurihistoriaan sekä etnosentrisyyteen. Vastaajaa pyydettiin vastaamaan väittämiin, jotka kuvaavat vastaajan omaa elämäkatsomusta ja sitä, miten hän näkee oman kulttuurinsa suhteessa muihin kulttuureihin. Anttalainen, Haikola & Hämäläinen (2009) ovat opinnäytetyönä tehdyssä kysymyslomakkeessa käyttäneet hyväksi Kannonen ja Koivulan (2006) artikkelia, jossa suomalaisen kulttuuri-identiteettiin yhdistetään vahvasti melankolisuus, luonnonläheisyys ja kielen merkitys. Väittämissä korostuivatkin isänmaallisuus (väittämät 7 ja 14), suomen kielen merkitys osana suomalaisuutta (kysymys 8) ja suomalaisen hoitokulttuurin historia ja perinteet (kysymykset 12, 15, 16 ja 17). Vastaajan käsitystä sukupuolisesta ammattiroolijaosta kartoitettiin myös väittämässä 11. Vastaajan arviota omasta melankolisuudesta kysyttiin suoraan väittämässä 9. Vastaajan entrosentristä ajatustapaa selvitettiin kysymällä vastaajan suhtautumista muihin kulttuureihin (kysymykset 10 ja 11). Etnosentrisyys voi näkyä myös liiallisena ammattiympäryksenä (Papadopoulos 2006, 12). Selvitimme tätä terveydenhuoltojärjestelmän tasolla väittämällä 12 ja 13 avulla. Väittäminen 12 kuului toisen osion kysymyksiin.

Toisen osion väittämät (18-24) käsittelivät kulttuurista tietoa ja kiinnostusta eri kulttuureita kohtaan. Väittämillä pyrittiin selvittämään, kuinka paljon vastaaja tietää ja on ottanut selvää eri kulttuurien hoitoon vaikuttavista ominaispiirteistä, kulttuurien samanlaisuuksista ja erilaisuuksista sekä terveydellisestä eriarvoisuudesta. Väittämä 19 liittyi alun perin tietoon naisten ympärileikkauksista. Vaihdoimme kysymyksen liittymään läheisemmin ensihoidollisiin hoitotilanteisiin. Nyt kysymyksessä kysytään tietämystä muslimien hoitotyön erityispiirteistä.

Kolmannen osion väittämät (25-39) käsittelivät kulttuurista sensitiivisyyttä eli kulttuurista herkkyyttä. Väittämissä kysyttiin kommunikointikeinojen käyttöä, vieraskieliseen asiakkaaseen suhtautumista ja asiakkaan kunnioittamista.

Viimeisen eli neljännen osion väittämät (40-56) käsittelivät kulttuurisen kompetenssin tasoa. Väittämät koskevat rasismia ja epätasa-arvon tunnistamista yhteiskunnassa. Selvitämme myös kyselylomakkeessa lisäkoulutuksen tarvetta, mikä on toinen tutkimuskysymyksistämme. Lisäkoulutuksen tarvetta kysyttiin väittämässä 46.

6.4 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimuksessa pyritään saamaan mahdollisimman edustava otos kaikista tutkittavista eli perusjoukosta (Kananen 2010). Tutkittavat, eli tutkimuksen perusjoukko, oli kentällä ensihoidossa työskentelevät AMK-ensihoitajat. Kyselyä ei kuitenkaan lähetetty koko perusjoukolle, koska se on niin iso, vaan tarkoituksena oli saada mahdollisimman edustava otos. Koska kulttuurinen tieto ja taito ja sen tarve työelämässä vaihtelee eri puolella Suomea, lähetimme kyselylomakkeita eri maakuntiin. Koska Etelä-Suomessa työskentelee eniten ensihoitajia johtuen Etelä-Suomen muuta Suomea suuremmasta väkiluvusta, lähetimme sinne enemmän kyselyitä kuin muualle Suomeen, jotta otoksesta tulisi mahdollisimman edustava. Myös ulkomaan kansalaisia asuu suhteellisesti eniten pääkaupunkiseudulla (Hallituksen maahanmuuttopolitiinen ohjelma 2006). Lähetimme saatekirjeen ja kyselyn linkin sähköpostilla Rovaniemen-, Oulun-, Pohjois-Savon-, Joensuun-, Helsingin-, Vaasan- ja Itä-Uudenmaan sairaanhoitopiirien ensihoidon esimiehille, jotka lähettivät kyselyn edelleen sähköpostina oman alueensa AMK-ensihoitajille. Laitoimme kyselyn linkin myös internetiin Facebook-sovellukseen luodulle Ensihoitajat (AMK) -sivulle, jossa voivat vierailta ainoastaan sivuston käyttäjiksi hyväksytyt AMK-ensihoitajat. Sivustolla oli kyselyn aikaan 54 käyttäjää. Lähetimme mahdollisimman paljon kyselylomakkeita ja käytimme ry-

väsoittoa, eli lähetimme kyselylomakkeita satunnaisille pelastuslaitoksille. Saimme vastauspäivään mennessä yhteensä 45 vastausta kaikista lähetetyistä ja internetiin laitetuista kyselyistä. Tavoitteenamme oli saada 50 vastausta, joten sitä emme saavuttaneet.

Kyselyn voi lähettää perinteisen paperiversion lisäksi myös sähköisenä. Sähköinen kysely on edullinen, koska se ei aiheuta kustannuksia. (Hirsjärvi 2009, 196.) Valitsimme sähköisen kyselyn, koska se on helppo lähettää ja siihen on helpompi ja nopeampi vastata kuin perinteiseen paperiseen kyselylomakkeeseen. Toivoimme sähköisen kyselyn käytön helppouden lisäävän vastaajien määrää. Vastaukset tallentuvat suoraan sähköiseen muotoon. Sähköisten vastausten analysoiminen on helppoa, koska vastauksia ei tarvitse erikseen muuttaa sähköiseen muotoon (Vehkalahti 2008, 48).

Kerätyn aineiston sisältö tarkistetaan ja muokataan analysointia varten (Alkula ym. 1994, 24; Hirsjärvi ym. 2009, 63). Tutkimusprosessissamme kerätty aineisto muutettiin numeeriseen muotoon tilastotiedeohjelmia hyväksikäyttäen talvella 2012 .

7 AINEISTON ANALYYSI

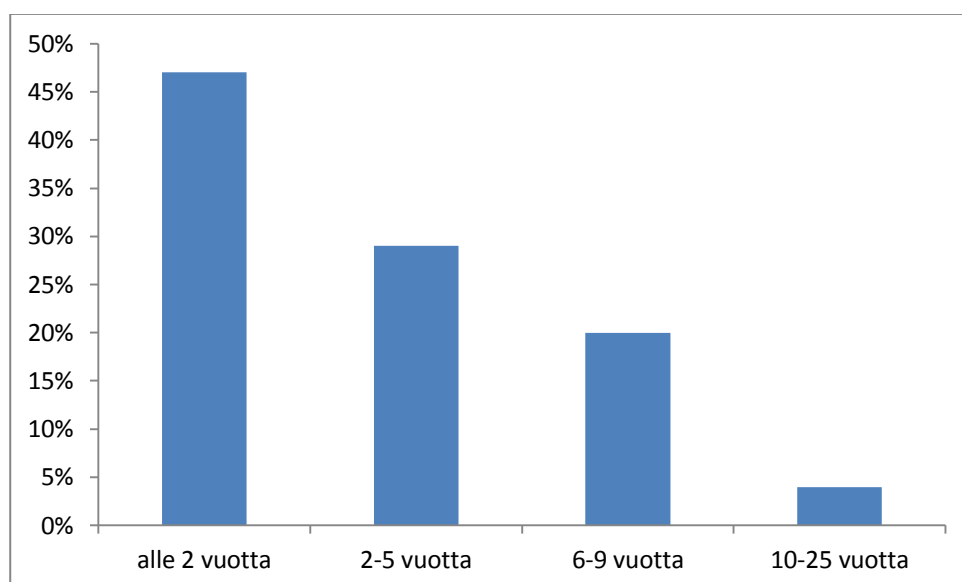
Aineiston analyysiä varten siirsimme aineiston numeerisena SPSS-ohjelmaan. SPSS-ohjelmassa tarkastimme aineiston ja totesimme lukujen täsmäävän. Vastausluokkia oli kyselylomakkeessa viisi. Koska vastauksia oli vähän (N=45), jäi osa vastausluokista tyhjiksi. Siksi yhdistelimme vastausluokkia ja jaoimme vastaukset analysointia varten viiden luokan sijasta kolmeen luokkaan, jotka ovat “ainakin osittain samaa mieltä”, “ei samaa eikä eri mieltä” ja “ainakin osittain eri mieltä”.

Ristiintaulukoinnista jouduimme aineiston pienuuden vuoksi luopumaan. Kokeilimme ristiintaulukoida tuloksia SPSS-ohjelmalla, mutta koska tulokset eivät olleet tilastollisesti merkittäviä, emme pystyneet muodostamaan yhteyttä esimerkiksi työkokemuksen vaikutuksella kulttuurisen kompetenssin kehittymiseen.

Käytimme SPSS-tilastotieto-ohjelmaa, joka soveltui tarpeisiimme hyvin. Tutkijoilla on oltava riittävät tiedot tietotekniikasta, että he pystyvät toteuttamaan tutkimusprosessin (Roberts & Woods 2001). Tilastotieto-ohjelmien alkeet opimme koulun opetusohjelmaan sisältyvällä atk-kurssilla ja ohjeistusta ja vinkkejä käyttöön saimme koulun tarjoamista tilastotiedetyöpajoista (Opetussuunnitelma 2010). Analyysivaiheessa tutkimuksesta saatu aineisto järjesteltiin ja tuloksia analysoitiin analyysiohjelmia apuna käyttäen. Lopulta tutkimustulokset raportoitiin ja kirjoitettiin tutkimusraportti. (Hirsjärvi ym. 2009, 6; Alkula ym. 1994, 24.) Pohdintaosiossa pohdittiin tutkimuksen onnistumista ja sen vaikuttavuutta. Samalla tarkasteltiin, saavutettiinkö asetetut tavoitteet ja kertoivatko tulokset jotain ensihoitajien kulttuurisesta pätevydestä.

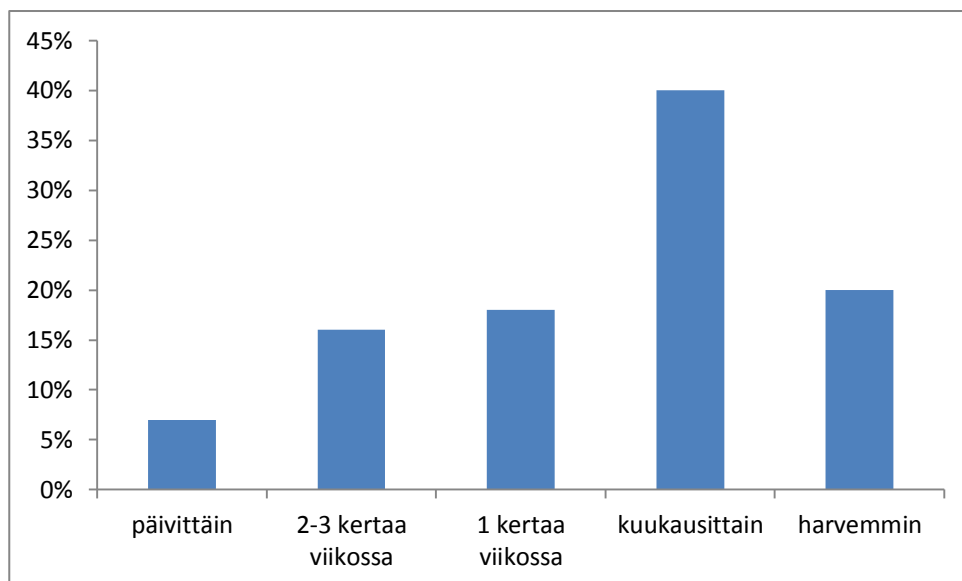
8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 45 (N= 45) ensihoitajaa. Kyselyyn vastanneista 62 % (n= 28) oli 20-29 vuotiaita, 33 % (n= 15) 30-39 vuotiaita ja 5 % (n=2) 40-49 vuotiaita. Kyselyyn vastanneista 56 % (n=25) oli miehiä ja 44 % (n=20) naisia. Työkokemusta sairaankuljetuksessa AMK-ensihoitajina oli suurimma osalla (47 %) alle 2 vuotta. 29% kyselyyn vastanneista oli työskennelly sairaankuljetuksessa 2-5 vuotta. 24 %:lla vastanneista oli yli kuusi vuotta työkokemusta. Heistä vain kahdella (4%) oli työkokemusta 10-25 vuotta.



KUVIO 3. Työkokemus ensihoidossa

Päivittäin maahanmuuttajataustaisia asiakkaita kohtasi 7% vastanneista (n=3). Vähintään kerran viikossa maahanmuuttajataustaisia asiakkaista kohtasi 33% vastanneista (n=15), joista 2-3 kertaa viikossa kohtasi 16% kaikista vastanneista (n=7). Kuukausittain kohtaamisia oli 40%:lla vastanneista (n=18). Harvemmin kuin kuukausittain kohtaamisia oli 20 %:lla vastanneista (n=9).



KUVIO 4. Maahanmuuttotastaisten kohtaaminen

Enemmistö (56%) kyselyyn vastanneista puhuu äidinkielsä lisäksi kahta vierasta kieltä. Yksi vastaaja ei puhunut äidinkielsä lisäksi yhtään ylimääräistä kieltä. Kolme, neljää tai useampaa kieltä äidinkielsä lisäksi ilmoitti puhuvansa 24% vastanneista. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat syntyperäisiä suomalaisia.

8.1 Ensihoitajien kulttuurinen tietous

TAULUKKO 1. Ensihoitajien kulttuurinen tietous

Väittämät	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Mielestäni olen suomalainen.	0 (0)	0 (0)	4 (2)	9 (4)	87 (39)
Mielestäni suomen kieli on tärkeä osa suomalaisuutta.	0 (0)	2 (1)	14 (6)	22 (10)	62 (28)
Koen olevani suomalaisella tavalla melankolinen.	7 (3)	40 (18)	33 (15)	18 (8)	2 (1)
Teen oletuksia asiakkaan kansalaisuudesta hänen nimensä tai ulkonäkönsä perusteella.	7 (3)	18 (8)	18 (8)	46 (21)	11 (5)
Mielestäni monessa muussa kulttuurissa naisia ja lapsia ei arvosteta yhtä paljon kuin miehiä.	2 (1)	16 (7)	13 (6)	47 (21)	22 (10)
Ymmärrän, miten oma kulttuurini vaikuttaa toimintaani ensihoitotyössä.	2 (1)	4 (2)	25 (11)	53 (24)	16 (7)
Mielestäni suomalainen terveydenhuolto on maailman huippuluokkaa.	0 (0)	2 (1)	9 (4)	56 (25)	33 (15)
Mielestäni Suomen kansa on yhtenäinen.	2 (1)	25 (11)	49 (22)	22 (10)	2 (1)
Mielestäni naisen rooli ja työmahdollisuudet ovat muuttuneet paremmiksi yhteiskunnassamme viimeisen vuosisadan aikana.	2 (1)	0 (0)	9 (4)	40 (18)	49 (22)
Mielestäni suomalaista kulttuurihistoriaa leimaa ammattien vahva sukupuolinen jakautuminen.	2 (1)	18 (8)	33 (15)	43 (19)	4 (2)
Historiassa sauna on ollut tärkeä hoitoympäristö.	2 (1)	2 (1)	33 (15)	45 (20)	18 (8)

Esitietojen jälkeen kysymyslomakkeessa seurasivat väittämät 7-56, jotka kuvasivat kulttuurisen kompetenssin oppimisen mallin kehittymistä. Väittämät 7-18 koskivat vastaajan kulttuurista tietoisuutta. Tulokset on koottu yllä olevaan taulukkoon.

Väittämään ”Mielestäni Suomen kansa on yhtenäinen” vastanneista 49% (n=22) ei osannut sanoa, onko samaa vai eri mieltä. Ainakin osittain eri mieltä oli 27% vastaajista (n=12) ja ainakin osittain samaa mieltä oli 24% vastanneista (n=11).

Väittäjä ”Teen oletuksia asiakkaan kansalaisuudesta hänen nimensä tai ulkonäkönsä perusteella” kuvasi vastaajan entrosentrisyyttä. 58% vastaajista (n= 26) oli täysin tai osittain samaa mieltä. 18% vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään. 24 % vastaajista oli täysin tai osittain eri mieltä.

Suomalaisen hoitotyön historiaa ja perinteitä kuvaavaan väittämään ”Ymmärrän, miten oma kulttuurini vaikuttaa toimintaani ensihoitotyössä” vastaajista ainakin osittain samaa mieltä oli 69% (n=31).

8.2 Ensihoitajien kulttuurinen tieto

TAULUKKO 2. Ensihoitajien kulttuurinen tieto

Väittämät	Täysin eri mieltä % (n)	Osittain eri mieltä % (n)	Ei samaa eikä eri mieltä % (n)	Osittain samaa mieltä % (n)	Täysin samaa mieltä % (n)
Suomessa muut kuin suomen kieltä puhuvat saavat huonompaa terveydenhuoltoa.	11(5)	49(22)	22(10)	18(8)	0(0)
Koen tietoni muslimien hoitotyön erityispiirteistä riittäväksi.	9(4)	56(25)	22(10)	11(5)	2(1)
Jehovan todistajan vakaumus kieltää verituotteiden käytön.	2(1)	2(1)	7(3)	24(11)	65(29)
Somaliyhteisö on perhekeskeinen.	2(1)	4(2)	18(8)	47(21)	29(13)
Koen tietäväni riittävästi romanikulttuuriin liittyvistä puhtaussäädöksistä.	18(8)	45(20)	22(10)	13(6)	2(1)
Länsimainen kulttuuri on mielestäni yksilökeskeisempi kuin itämainen.	0(0)	0(0)	36(16)	51(23)	13(6)
Sairaus ja terveys määrittyvät mielestäni kulttuurin kautta.	7(3)	18(8)	31(14)	35(16)	9(4)

Väittämät 18-24 koskivat vastaajan kulttuurista tietoa. Tulokset on koottu yllä olevaan taulukkoon.

Väittämään ”Suomessa muut kuin suomen kieltä puhuvat voivat saada huonompaa terveydenhuoltoa” vastanneista 18 % oli osittain samaa mieltä (n=8). Kukaan vastaa-

jista ei ollut täysin samaa mieltä. 60 % vastaajista (n=27) oli joko osittain tai täysin eri mieltä. Kantaansa ei osannut sanoa 17,8 % vastaajista.

8.3 Ensihoitajien kulttuurinen sensitiivisyys

TAULUKKO 3. Ensihoitajien kulttuurinen sensitiivisyys

Väittämät	Täysin eri mieltä % (n)	Osittain eri mieltä % (n)	Ei samaa eikä eri mieltä % (n)	Osittain samaa mieltä % (n)	Täysin samaa mieltä % (n)
Pyrin myötäeläytymään maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen.	2 (1)	11 (5)	31 (14)	47 (21)	9 (4)
Empatia on hyödyllistä ensihoitotyössä.	2 (1)	2 (1)	7 (3)	47 (21)	42 (19)
En osaa myötäeläytyä riittävästi maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen.	18 (8)	33 (15)	33 (15)	14 (6)	2 (1)
Mielestäni luottamus on tärkeää hoitosuhteessa.	2 (1)	0 (0)	0 (0)	27 (12)	71 (32)
Asiakkaan luottamus on minulle tärkeä hänen taustastaan riippumatta.	2 (1)	2 (1)	2 (1)	20 (9)	74 (33)
Hoidan mieluummin alkuperäistä suomalaista kuin maahanmuuttajataustaisia.	44 (20)	29 (13)	13 (6)	5 (2)	9 (4)
Minulla ei ole ennakkoluuloja maahanmuuttajataustaisia kohtaan.	9 (4)	29 (13)	31 (14)	18 (8)	13 (6)
Hoidan mieluummin suomenkielistä kuin vieraskielistä.	20 (9)	11 (5)	9 (4)	38 (17)	22 (10)
Yhteisen kielen puuttuessa hoitotyö on vaikeaa.	2 (1)	4 (2)	11 (5)	38 (17)	45 (20)
Pyrin käyttämään muita kommunikaatiokeinoja yhteisen kielen puuttuessa (elekieli, piirtäminen, ilmeet, eleet...)	2 (1)	2 (1)	4 (2)	32 (14)	60 (27)
Pidän kolmannen henkilön välityksellä asioimista hankalana hoitotyön kannalta (tulkki ym.)	11 (5)	31 (14)	22 (10)	31 (14)	5 (2)
Pyrin kunnioittamaan asiakkaan kulttuurin tapoja parhaan tietoni mukaan.	2 (1)	2 (1)	2 (1)	51 (23)	43 (19)
Kunnioitan asiakkaan kulttuuria myös muulloin, kuin asiakaskohtaamisen aikana.	2 (1)	4 (2)	22 (10)	43 (19)	29 (13)
Hoitajana pystyn vaikuttamaan kulttuurien välisten kohtaamisten sujumiseen ensihoidossa.	2 (1)	2 (1)	22 (10)	49 (22)	25 (11)
Huomautan kollegalle tämän epäsovelliaasta käytöksestä asiakasta kohtaan.	2 (1)	9 (4)	22 (10)	45 (20)	22 (10)

Väittämät 25-39 koskivat kulttuurista sensitiivisyyttä. Tulokset on koottu yllä olevaan taulukkoon.

89 % vastaajista (n=40) pitää empatiaa hyödyllisenä ensihoitotyössä. 51 % vastaajista (n=23) koki osaavansa myötäeläytyä riittävästi maahanmuuttaja-asiakkaan tilanteeseen. 94 % vastaajista (n=42) pitää asiakkaan luottamusta tärkeänä hänen taustastaan riippumatta. 37,8 %:lla vastaajista (n=17) on ennakkoluuloja maahanmuuttajataustaisia kohtaan. 36 % vastaajista (n=16) piti kolmannen henkilön välityksellä asioimista hankalana hoitotyön kannalta (tulkki ym.). 42 %:n mielestä (n=19) siinä ei ole hankaluuksia. 93,3 % vastaajista pyrkii kunnioittamaan asiakkaan kulttuurin tapoja parhaan tietonsa mukaan.

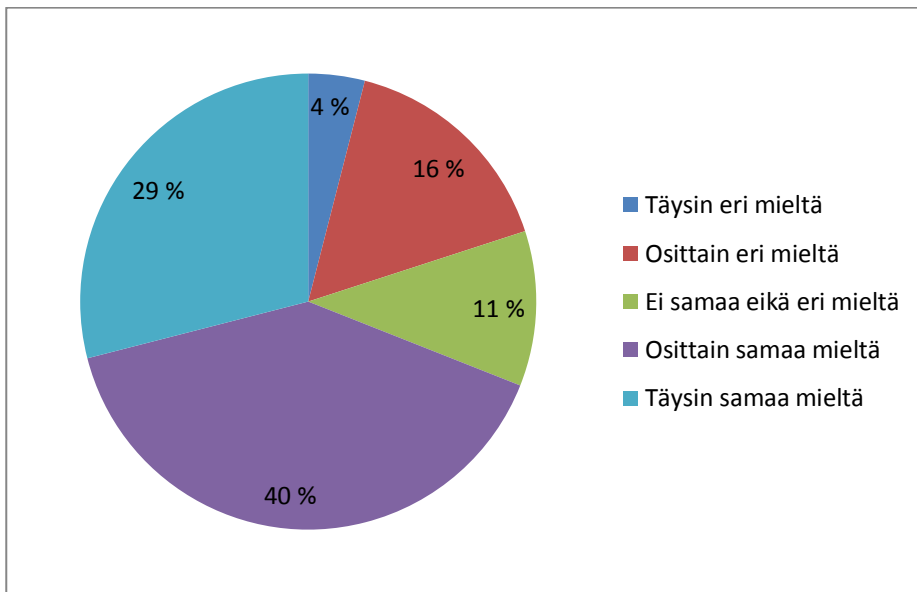
8.4 Ensihoitajien kulttuurinen kompetenssi

TAULUKKO 4. Ensihoitajien kulttuurinen kompetenssi

Väittämät	Täysin eri mieltä % (n)	Osittain eri mieltä % (n)	Ei samaa eikä eri mieltä % (n)	Osittain samaa mieltä % (n)	Täysin samaa mieltä % (n)
Otan päätöksissäni huomioon maahanmuuttaja-asiakkaan taustan	2 (1)	2 (1)	36 (16)	53 (24)	7 (3)
Koen epävarmuutta hoitaessani maahanmuuttajaa.	13 (6)	34 (15)	29 (13)	22 (10)	2 (1)
Otan huomioon eri kulttuureista tulevien potilaiden erilaiset taustat, esim. psyykkiset traumat.	4 (2)	7 (3)	38 (17)	42 (19)	9 (4)
Osaan arvioida tulkin käytön tarpeen.	2 (1)	11 (5)	16 (7)	47 (21)	24 (11)
Pystyn ottamaan huomioon kivun ja terveyden kulttuuriset käsitykset ensihoitotyössä.	2 (1)	9 (4)	45 (20)	40 (18)	4 (2)
Koen pystyväni hoitamaan maahanmuuttajataustaista asiakasta kulttuuriin huomioon ottaen.	4 (2)	11 (5)	34 (15)	47 (21)	4 (2)
Koen tarvitsevani lisäkoulutusta ja tietoa vieraista kulttuureista.	2 (1)	11 (5)	18 (8)	47 (21)	22 (10)
Osaan arvioida, onko toteuttamani hoito kulttuurisesti huomioonottavaa.	0 (0)	22 (10)	53 (24)	20 (9)	5 (2)
Hoitotoimenpidettä suunnitellessani otan parhaani mukaan huomioon maahanmuuttajataustaisen henkilön uskonnolliset tavat.	2 (1)	18 (8)	27 (12)	44 (20)	9 (4)
Ymmärrän eri kulttuureista tulevien asiakkaiden erilaiset hoidon tarpeet.	2 (1)	33 (15)	30 (13)	33 (15)	2 (1)
Kykenen ennakoimaan ja ottamaan huomioon kantaväestöllä harvinaiset sairaudet ja terveyden erityispiirteet maahanmuuttajataustaisen asiakkaan kohdalla.	4 (2)	47 (21)	29 (13)	18 (8)	2 (1)
Osaan tunnistaa työparin tai työkaverin epätasa-arvoisen käytöksen.	2 (1)	2 (1)	13 (6)	54 (24)	29 (13)
Pidän omalta osaltani huolen siitä, että maahanmuuttajataustaiset asiakkaat saavat tasa-arvoista kohtelua ja hoitoa.	2 (1)	2 (1)	9 (4)	49 (22)	38 (17)
Otan puheeksi epätasa-arvoisen käytöksen työyhteisössäni.	4 (2)	11 (5)	36 (16)	36 (16)	13 (6)
Uskallan käyttää kielitaitoani hyväksi asiakkaan kanssa kommunikoidessa.	2 (1)	4 (2)	11 (5)	27 (12)	56 (25)
Uskallan kysyä maahanmuuttaja-asiakkaalta hänen kulttuurinsa tavoista ja tottumuksista hoitotilanteessa, jos koen osaamiseni ja tietoni epävarmaksi.	2 (1)	16 (7)	22 (10)	27 (12)	33 (15)
Olen utelias vieraita kulttuureita kohtaan.	4 (2)	16 (7)	11 (5)	40 (18)	29 (13)

Väittämät 40-56 käsittelivät kulttuurista kompetenssia. Tulokset on esitetty yllä olevassa taulukossa.

91% vastaajista (n=41) ottaa päätöksissään huomioon maahanmuuttaja-asiakkaan taustan. 36% vastaajista (n=16) kokee epävarmuutta hoitaessaan maahanmuuttajaa. 42% vastaajista (n=19) ei koe epävarmuutta. 69% vastaajista (n=31) kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta ja tietoa vieraista kulttuureista. 13% vastaajista (n=6) ei koe tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tämä oli toinen tutkimuskysymyksistämme.



KUVIO 3. Koen tarvitsevani lisäkoulutusta ja tietoa vieraista kulttuureista

9 POHDINTA

Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan hoitotyöntekijöiden pätevyyttä ottaa huomioon asiakkaan kulttuurinen tausta hoitotyössä. AMK-ensihoitaja joutuu työssään sairaalan ulkopuolella kohtaamaan eri kulttuureista tulevia potilaita. Ensihoitaja on usein näissä tilanteissa yksin tai kahdestaan työparin kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kentällä työskentelevien AMK-ensihoitajien kulttuurisen kompetenssin eli osaamisen taso käyttäen hyväksi Papadopouloksen ja Tilkin luomaa nelikenttämallia. Kulttuurisen kompetenssin taso on ensimmäinen kahdesta tutkimuskysymyksestämme. Tavoitteena oli selvittää ensihoitajien suhtautumista eri kulttuurista tulevaan asiakkaaseen ja sitä, kuinka ensihoitajat ottavat asiakkaan kulttuuritaustan huomioon. Vastaamalla kysymyksiin ensihoitajat joutuvat pohtimaan omia asenteitaan ja kulttuurisia taitojaan. Tämä lisää ensihoitajien omaa tietoisuutta omista kulttuurisista asenteistaan ja niiden vaikutuksista ensihoitotyöhön. Lisäksi opinnäytetyössä selvitimme, tarvitsevatko AMK-ensihoitajat lisäkoulutusta eri kulttuurista tulevan potilaan kohtaamiseen. Lisäkoulutuksen tarve oli toinen tutkimuskysymyksemme. Teimme kyselytutkimuksen, joka lähetettiin Pohjois-Savon ensihoitokeskukseen sekä pelastuslaitoksille eri puolille Suomea.

Mielestämme opinnäytetyömme aihe on mielenkiintoinen, koska kentällä työskentelevien ensihoitajien kulttuurista kompetenssia ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu. Aihe on myös ajankohtainen Suomessakin kasvavien maahanmuutto- ja pakolaismäärien takia. Koemme myös itse ensihoitajaopiskelijoina, että kulttuurista opetusta on opetussuunnitelmassa liian vähän.

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Selvitimme ensihoitajien kulttuurista tietoisuutta, joka tarkoittaa oman ja muiden kulttuurien olemassaolon ja vaikutusten tiedostamista. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat syntyperäisiä suomalaisia. Tulosten mukaan suurin osa vastaajista tiedostaa oman suomalaisuutensa ja kulttuurihistoriansa. Vastaajat tiedostavat myös sen, miten oma kulttuuri vaikuttaa vieraisiin kulttuureihin suhtautumiseen ja vieraasta kulttuurista tulevan potilaan kohtaamiseen. Vain hyvin pieni osa vastaajista ei tiedosta suomalaista kulttuurihistoriaa. 57 % vastaajista myöntää ainakin osittain tekevänsä oletuksia asiakkaan kansalaisuudesta hänen nimensä tai ulkonäkönsä perusteella. Myös hoito-

työntekijöiden kulttuurista kompetenssia selvittäneen tutkimuksen "Hoitotyöntekijöiden näkemys omasta kulttuurisesta osaamisestaan" (Salminen & Uusoksa 2011) tulokset ovat samansuuntaisia, joten osasimme odottaa kulttuurisen tietoisuuden olevan vahva. Mielestämme se kertoo siitä, että suomalaiset tuntevat hyvin oman kulttuurinsa ja tiedostavat myös muiden kulttuurien olemassaolon. Suomalaiset kokevat olevansa vahvasti suomalaisia.

Kulttuurinen tieto tarkoittaa sitä, että ollaan kiinnostuneita muista kulttuureista ja hankitaan niistä tietoa. Kyselymme mukaan ensihoitajat tietävät vähän esimerkiksi romanien puhtaussäännöksistä. Myös muslimien hoitotyön erityispiirteet koettiin vieraiksi. Tästä päättelimme, ettei näiden kulttuuriryhmien kohtaamisista ole kokemusta. Vastaajat eivät olleet hankkineet romanikulttuurista tai muslimien hoitotyön erityispiirteistä tietoa joko vähäisen kiinnostuksen tai tiedon merkitsemättömänä pitämisen takia. Joidenkin vähemmistöryhmien kulttuurisista tavoista koettiin tiedettävän riittävästi. Esimerkiksi jehovan todistajan vakaumuksista tiedettiin hyvin: 79 % vastaajista tiesi, että Jehovan todistajan vakaumus kieltää verituotteiden käytön. Pohdimme, johtuuko tämä siitä, että uskonnolliset tavat ja vakaumukset ovat yleisemmin tiedossa, kuin kulttuuriset tavat. Lisäksi uskonnot ovat mielestämme enemmän esillä yhteiskunnassa, ja tieto niiden tavoista on helpommin saatavilla esimerkiksi median kautta. Uskonto voi myös yhdistää eri kulttuureista tulevia ihmisiä, joten uskonnolliset tavat voivat olla yhteisiä ja tunnettuja useassa eri kulttuurissa.

Olisi ollut mielenkiintoista tietää, ovatko vastaajat vastanneet kysymyksiin kokemuksen kautta saadun- vai hankitun tiedon pohjalta. Myös tätä olisimme voineet kysyä. Esimerkiksi Virkin (1999) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijöiden kulttuurinen tieto on muodostunut pääosin työkokemuksen kautta. Suurin osa ensihoitajista, jotka vastasivat kyselyyn, olivat työskennelleet alalla vain joitakin vuosia, joten työkokemusta on kertynyt varsin vähän. Toisaalta koulutuksen kautta saatu tieto on tuoreessa muistissa. Kyselyyn vastanneista vain 7 % kohtasi maahanmuuttajataustaisia asiakkaita päivittäin. Viikoittain kohtaamisia oli 33 %:lla vastaajista, kuukausittain 40 %:lla ja vielä harvemmin 20 %:lla. Odotimme, että kohtaamisia olisi ollut useammin. Tulosten perusteella päättelimme, että Etelä-Suomen osuus vastauksista on ollut pieni. Koska emme nimettömyysperiaatteen takia kysyneet vastaajan työskentelypaikkakuntaa, emme voi tietää, mistä alueelta vastaukset ovat tulleet. Tieto olisi ollut mielenkiintoinen.

Kulttuurinen sensitiivisyys tarkoittaa taitoa käyttää hyväksi empatiaa sekä luottamuksellisia ja kunnioittavia työtapoja ja kommunikointikeinoja. Melkein kaikki kyselyyn vastanneet ensihoitajat pitivät empatiaa tärkeänä hoitotyössä. Kuitenkin vain puolet vastaajista koki osaavansa myötäeläytyä riittävästi maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen. Pohdimme, johtuuko tämä tiedon puutteesta. Jos maahanmuuttajan kulttuuria ei tunne eikä siitä ole kokemusta, voi olla vaikea samaistua hänen ajattelutapaansa. Kuitenkin suurin osa vastaajista on sitä mieltä, ettei ole väliä, onko asiakkaana syntyperäinen suomalainen vai maahanmuuttaja. Pohdimme myös onko työssä olevilla ensihoitajilla objektiivinen suhtautuminen potilaisiin heidän taustastaan riippumatta. Melkein kaikille vastaajille asiakkaan luottamus on tärkeää hänen taustastaan riippumatta. 94 % vastaajista pyrkii kunnioittamaan asiakkaan kulttuurin tapoja parhaan tietonsa mukaan, 72 % myös muulloin, kuin asiakaskohtaamisen aikana. Suurin osa vastaajista kokee hoitotyön vaikeaksi, jo yhteistä kieltä ei ole. Enemmistö vastaajista hoitaakin mieluummin suomen-, kuin vieraskielistä potilasta. Tässä yhteydessä olisi ollut mielenkiintoista tietää, kokevatko ensihoitajat englanninkielentaitonsa riittäväksi. Enemmistö kyselyyn vastanneista ilmoitti puhuvansa äidinkielen lisäksi kahta muutakin kieltä. Suurimmalle osalle vastaajista ei ollut kuitenkaan väliä onko potilas alkuperäinen suomalainen vai maahanmuuttajataustainen. Tässä mielestämme näkyy, että ensihoidossa vieraita kulttuureita ei niinkään koeta vaikeaksi kohdata vaan suuremmaksi ongelmaksi koetaan yhteisen kielen puuttuminen.

Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan pätevyyttä toimia asiakkaan kulttuurista ja kulttuurin terveydelliset ominaispiirteet huomioiden. Kulttuurisen kompetenssin tasolla toinen kulttuuri tunnetaan lähes yhtä hyvin kuin oma kulttuuri. Tämän tasoinen tuntemus edellyttää usean vuoden kokemusta toisen kulttuurin sisällä elämisestä. (Papadopoulos 2006.) 51 % kyselyyn vastanneista koki pystyvänsä hoitamaan maahanmuuttajataustaista asiakasta kulttuurin huomioon ottaen. Kulttuuriseen kompetenssiin kuuluu kyky arvioida omia kulttuurisia taitoja. Kysyimme, osaavatko ensihoitajat arvioida, onko heidän toteuttama hoito kulttuurisesti huomioonottavaa. Tämä kysymys koettiin vaikeaksi, sillä 53 % ei osannut siihen vastata. Loput vastaukset jakautuivat tasaisesti myöntäviin ja kieltäviin. Tämä kertoo mielestämme epävarmuudesta ja siitä, ettei ensihoitajien kulttuurinen tietämys ei ole ainakaan arvioinnin osalta kulttuurisen kompetenssin tasolla. Tämä ei ole yllättävää, koska kulttuurisen kompetenssin tason saavuttaminen vaatii vieraan kulttuurin perinpohjaista tuntemista ja kulttuurisesti huomioonottavaa hoitotaitoa. Suurin osa vastaajista kertoi olevansa kykenemätön ottamaan huomioon maahanmuuttaja-asiakkaan kotimaan kantaväestön

harvinaiset sairaudet ja terveyden erityispiirteet. Tämäkin kertoo siitä, ettei vierasta kulttuuria tunneta kulttuurisen kompetenssin tasolla.

Länsimaisen kulttuurin eettisiin arvoihin kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen. Suomessa ihmisen perusoikeudet on määritelty yhdenvertaisuuslaissa (Yhdenvertaisuuslaki 2004). Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan tasavertaista hoitoa kaikille potilaille riippumatta heidän kulttuurisesta taustastaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Näitä arvoja korostetaan myös ensihoitajan ammattikorkeakoulututkinnossa ja ne näkyvät myös kyselyn vastauksissa. 87 % vastaajista kertoi pitävänsä omalta osaltaan huolen siitä, että maahanmuuttajataustaiset asiakkaat saavat tasa-arvoista kohtelua ja hoitoa. Suurin osa vastaajista kertoi myös osaavansa tunnistaa työparin epätasa-arvoisen käytöksen ja 49 % kertoi ottavansa sen puheeksi työyhteisössä. 36 %, ei osannut sanoa, ottaako asian puheeksi vai ei.

Kaiken kaikkiaan AMK-ensihoitajien kulttuurinen osaaminen painottuu eniten kulttuurisen tietoisuuden tasolle, joka on ensimmäinen taso Papadopouloksen (2006) nelikenttämallissa kulttuurisen kompetenssin kehittymiselle. Vastaajat kokivat olevansa vahvasti suomalaisia ja tarkastelivat muita kulttuureita suomalaisen kulttuurin kautta. Suurin osa vastaajista myönsi ainakin osittain tekevänsä oletuksia asiakkaan kansallisuudesta hänen ulkonäkönsä ja nimensä perusteella. Kulttuurisen tiedon tasolla vastaukset alkoivat hajaantua enemmän. Esimerkiksi muslimien ja romanien hoitotyön erityispiirteistä ei tiedetty tarpeeksi. Myös kulttuurisen sensitiivisyyden tasolla vastaukset hajaantuivat. Vain puolet vastanneista koki pystyvänsä eläytymään riittävästi maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen. Kulttuurisen tiedon ja kulttuurisen sensitiivisyyden tasoista osaamista on, mutta ei niin paljon, kuin kulttuurisen tietoisuuden tasoista osaamista. Kulttuurisen kompetenssin tasolla "ei samaa eikä eri mieltä" -vastausten määrä lisääntyi selvästi. Tämä kertoo mielestämme siitä, etteivät AMK-ensihoitajien kulttuuriset taidot ole kulttuurisen kompetenssin tasolla.

Opinnäytetyömme tavoite oli lisätä ensihoitajien tietoisuutta omista kulttuurisista taidoistaan ja asenteistaan. Kyselyyn vastaaminen on saanut ensihoitajat miettimään omia kulttuurisia taitojaan ja asenteitaan, joita he eivät ehkä ole aikaisemmin pohtineet. Näin he ovat tulleet tietoisiksi omista taidoistaan ja asenteistaan ja siitä, miten omat asenteet vaikuttavat vieraasta kulttuurista tulevan potilaan kohtaamiseen ja kohteluun. Kyselyyn vastaaminen on voinut herättää vastaajissa mielenkiintoa ja halua etsiä lisätietoa kulttuurisista asioista ja vieraista kulttuureista. Kysymykset, jotka

koskivat eri kulttuureiden erityispiirteitä, olivat konkreettisia, ja vastaaja voi käyttää tietoa hyväkseen työelämässä. Toivomme, että kysely on herättänyt ajattelun lisäksi myös keskustelua kulttuurisista asioista, ja että kyselyyn vastanneet haluavat tutustua valmiiseen opinnäytetyöhön, kun se julkaistaan.

Selvitimme, tarvitsevatko työssä olevat AMK-ensihoitajat lisäkoulutusta kulttuurisiin taitoihin. Kyselymme mukaan 69% vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ja lisätietoa aiheesta. Tulos yllätti meidät, sillä suurin osa vastaajista oli valmistunut ammattiin viime vuosina, joten koulutuksen aikana saatu teoretieto pitäisi olla tuoreessa muistissa. Toisaalta, kuten Virkki (1999) tutkimuksessaan totesi, kulttuurinen osaaminen muodostuu käytännön kokemusten kautta. Tulokset voivat kertoa joko kulttuurisen opetuksen, kokemusten tai näiden molempien vähydestä. Tulos on suuntaa-antava AMK-ensihoitajien koulutusohjelman kehittämiseen. Mielestämme koulutukseen pitäisi lisätä kulttuurista opetusta ja aiheen tärkeyttä pitäisi entistä enemmän korostaa. Kenties opetukseen voisi tulevaisuudessa lisätä myös kulttuurisia kohtaamisia esimerkiksi niin, että opiskelijat ovat kanssakäymisissä vieraasta kulttuurista tulevien opiskelijoiden kanssa. Näin opiskelijat saisivat teoretiedon lisäksi myös kokemusta vieraan kulttuurin kohtaamisesta.

Koulutusta käsittelevä tutkimuskysymys selvitti ainoastaan lisäkoulutuksen tarvetta, ei sen laatua. Tulevissa tutkimuksissa voisi selvittää, minkälaista lisäkoulutusta ensihoitajat tarvitsevat, ja vastausten perusteella olisi mahdollista suunnitella koulutusten sisältöä. Tutkimuksemme pohjalta on mahdollista tehdä koulutuksen laatua selvittävä jatkotutkimus.

9.2 Tutkimustulosten luotettavuus ja eettisyys

Kyselymme vastasi 45 AMK-ensihoitajaa. Määrä on pieni, joten tulokset eivät ole kovinkaan merkittäviä. Tuloksien perusteella ei voi tehdä yleistettyjä johtopäätöksiä ensihoitajien kulttuurisen kompetenssin tasosta, mutta ne ovat suuntaa-antavia.

Teoreettisen viitekehyksen luomiseen kuuluu aikaisempiin tutkimuksiin tutustuminen (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Tutustuimme aikaisempiin tutkimuksiin osana teoretietoon tutustumista. Tutkimuksia ja artikkeleita etsimme Medic-tietokannasta. Käytimme hakusanoja "kulttuurinen pätevyys", "kulttuurinen kompetenssi", "hoitotyö", "ensihoito", "kulttuuri", "maahanmuuttaja", "transcultural nursing", "multicultural nursing" ja "cultu-

ral competence”. Löysimme paljon verkkojulkaisuja ja lehtiartikkeleita. Haimme tutkimustietoa myös Savonia-ammattikorkeakoulun kirjaston omista tietokannoista hakusanoilla “kulttuuri”, “monikulttuurinen hoitotyö” ja “ensihoito”.

Vertailtaessa kahta tai useampaa tutkimusta toisiinsa on keskeistä pohtia syitä siihen, miksi tulokset ovat joko keskenään yhteneviä tai eroavia (Metsämuronen 2000, 15). Jos kaksi samaa ilmiötä tutkivaa tutkimusta päättyy samanlaiseen tulokseen, pidetään tulosta reliabelina eli toistettavana, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Vertasimme tutkimuksemme tuloksia aikaisempien tutkimusten tuloksiin. Tutkimuksemme tulokset kulttuurisen kompetenssin tasosta ja lisäkoulutuksen tarpeesta ovat samansuuntaisia aikaisempien hoitotyöntekijöille suunnattujen tutkimusten kanssa. Tämä lisää tutkimuksemme reliabeliutta.

Aloitimme opinnäytetyön kirjoittamalla teoriaosion. Kun se oli lähes valmis, aloitimme suunnittelemaan kyselylomaketta. Koska tiesimme jo, että käytämme kyselylomakkeen pohjana valmista kyselylomaketta opinnäytetyöstä ”Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi, kyselylomakkeen laatiminen” (Anttalainen ym. 2009), perehdyimme teoriaosiossa erityisesti Papadoupouloksen ym. kulttuurisen kompetenssin oppimisen malliin, jota on käytetty alkuperäisen kyselylomakkeen teoriapohjana. Kysyimme kyselylomakkeen käyttö lupaa Metropolia-ammattikorkeakoulun projektipäälliköltä syyskuussa 2012.

Kyselylomakkeen kysymysten pitää olla yksiselitteisiä, ettei niitä voi tulkita väärin. Yksiselitteisillä kysymyksillä varmistetaan se, että tutkimus mittaa juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Kun kysymykset ovat yksiselitteisiä, tutkimustulokset ovat päteviä eli valideja. Validius lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233.) Luotettavuutta lisää myös kyselyn testaaminen. Testaamalla kyselylomake saadaan käsitys vastaamisen helppoudesta, kysymysten ymmärrettävyydestä ja yksiselitteisyydestä, ohjeistuksen selkeydestä, vastaamiseen kuluva ajasta sekä lomakkeen käytettävyydestä (Vehkalati 2008, 48). Selvittääksemme sähköisen kyselylomakkeen käyttökelpoisuutta ja kysymysten yksiselitteisyyttä testasimme lomakkeen oman luokkamme oppilailla. Palautteen perusteella muokkasimme kysymysten sanamuotoja ja lauserakenteita yksinkertaisemmiksi, helpommin ymmärrettäviksi ja yksitulkintaisemmiksi. Muokkasimme myös kyselylomakkeen ulkoasua yksinkertaisemmaksi ja selkeämmäksi.

Verkkolomakkeet ja verkkokyselyt ovat yleistyneet paljon, ja ongelmaksi on voinut muodostua tavoitettavuus (Vehkalahti 2008, 48). Epäilemme myös oman kyselymme jääneen jossain määrin sähköpostitulvaan. Kyselyjen kasvava määrä aiheuttaa vastausväsymystä, joka tarkoittaa alhaisia vastausprosentteja. Siksi vastaaminen pitää tehdä helpoksi, eikä kysymyksiä saa olla liikaa. Kieli tulee olla selkeää ja ulkoasu huomiota herättävää. Saatekirjeellä ja vastaamisesta saatavilla palkinnoilla voi motiivoida tutkittavia vastaamaan. (Vehkalahti 2008, 47-48; Kuula 2006, 105.) Lähetimme kyselyn mukana saatekirjeen, jossa esittelimme itsemme, tutkimuksen ja tutkittavan ilmiön. Lisäksi kerroimme, millaista tietoa tutkimuksella halutaan saada selville, ja korostimme, että tutkimus voi kehittää alan koulutusta. Vastaaminen oli vapaaehtoista, eikä siitä saanut mitään palkintoa. Saatekirjeessä motivoimme ensihoitajia vastaamaan kyselyyn painottamalla sitä, ettei ensihoitajien kulttuurisia taitoja ole koskaan aikaisemmin Suomessa tutkittu, ja että kaikki vastaukset ovat tutkimuksen kannalta tärkeitä.

Sähköisten kyselyiden heikkous on niiden luotettavuus. Varsinkaan anonyymien kyselyjen tekijä ei voi tietää esimerkiksi sitä, ovatko vastaajat vastanneet kyselyyn itsenäisesti oman näkemyksen mukaisesti. (Heikkilä 2008, 30.) Teimme anonyymien sähköisen kyselyn, joten emme voi tietää, ketkä siihen ovat vastanneet ja millä tarkoituksella.

Koska emme voi olla varmoja, päätyivätkö sähköpostilla esimiehille lähetetyt kyselylomakkeet ja internetiin laitettu kyselylinkki AMK-ensihoitajille vai muun koulutuksen saaneille sairaankuljetuksessa työskenteleville henkilöille, emme voi olla täysin varmoja, ovatko kaikki vastaajat suorittaneet ensihoitaja (AMK) -tutkinnon. Painotimme saatekirjeessä sitä, että tutkimus on tarkoitettu ainoastaan AMK-ensihoitajille, ja olettamme, että esimiehet ovat lähettäneet kyselyn eteenpäin vain AMK-ensihoitajille. Sitä emme myöskään pysty selvittämään, kuinka moni vastauksista on vastattu internetlinkin-, ja kuinka moni sähköpostikyselyn kautta. Koska kyselyssä ei ollut rajoitinta, joka antaa vastata kyselyyn vain kerran, emme voi myöskään olla varmoja siitä, että jokainen vastaus on eri vastaajan antama.

Oletamme kuitenkin, että jokainen vastaaja on AMK-ensihoitaja, vastannut kyselyyn vain kerran, ja ollut motivoitunut oman alan ja koulutuksen kehittämiseen. Vastaajat tuntuvat olleen motivoituneita vastaamaan, koska vastaukset painottuvat samassa kysymyksessä samaan suuntaan. Kun vertaillaan kahden hyvin samanlaisen väittämän tuloksia, tulokset ovat hyvin samansuuntaisia. Esimerkiksi väittämään "Koen

pystyvänä hoitamaan maahanmuuttajataustaista asiakasta kulttuurin huomioon ottaen” vastaajista 51% (n=23) oli ainakin osittain samaa mieltä. Toisaalla esiintyneeseen väittämään ”Hoitotoimenpidettä suunnitellessani otan parhaani mukaan huomioon maahanmuuttajataustaisen henkilön uskonnolliset tavat” vastaajista 53% (n=24) oli ainakin osittain samaa mieltä.

Kyselylomaketta luotaessa pitää miettiä myös eettisyyttä. Eettisyyttä lisää se, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista (Kuula 2010,23), kuten kyselyssämme oli. Lähetimme kyselyn saatekirjeineen aluepelastuslaitosten esimiehille, jotka lähettivät ne eteenpäin työntekijöille. Työntekijät päättivät itse, haluavatko osallistua kyselyyn. Vastaamisesta tai vastaamatta jättämisestä ei tiennyt kukaan muu kuin vastaaja itse, eikä kumpikaan vaihtoehto aiheuttanut minkäänlaisia seuraamuksia vastaajalle.

Myös nimettömänä vastaaminen lisää eettisyyttä (Kuula 2010, 23). Rakensimme kyselylomakkeen siten, ettei vastaajaa voida tunnistaa. Kysely tehtiin nimettömänä, emmekä me tai kukaan muukaan pysty jälkikäteen selvittämään, kuka kyselyyn on vastannut. Emme kysyneet vastaajan asuinpaikkakuntaa tai työnantajaa, koska selvitimme AMK-ensihoitajien kulttuurista kompetenssia koko Suomen tasolla, emme sitä, miten se vaihtelee eri paikkakunnilla. Emme myöskään pysty jälkikäteen selvittämään, mistä kyselyyn on vastattu. Tämän takia emme myöskään pysty vertailemaan eri paikkakunnilla työskentelevien ensihoitajien kulttuurisen kompetenssin tasojen eroja. Niitä olisi ollut mielenkiintoista vertailla, ja työskentelyalue olisikin voinut olla yksi kysymyksistä, mutta toisaalta saimme niin vähän vastauksia, että vertailutulokset eivät olisi olleet luotettavia.

Mielestämme sähköinen kysely lisää nimettömyyttä ja siksi myös eettisyyttä. Sähköisen kyselyn tuloksista emme näe, miten yksittäinen vastaaja on vastannut, vaan näemme kaikki vastaukset samassa paikassa. Tulokset eivät tallennu muualle kuin Webropol-ohjelmaan, josta niitä pääsemme tarkastelemaan vain me itse. Sähköisestä kyselylomakkeesta ei myöskään jää papereita työyhteisöihin, joissa ne voisivat päätyä väärin käsiin. Kyselyn linkin pystyi aukaisemaan uudestaan, mikäli vastaukset olivat jääneet kesken. Vastauksissa ei ollut aikarajaa vastaamiseen käytettävälle ajalle, joten vastaaja pystyi keskittymään väittämiin rauhassa.

Tutkimusta tehdessä täytyy tietää tutkijoita koskevat lait ja säännökset, kuten säännös yksityisyyden suojasta ja tekijänoikeudesta (Kuula 2010, 66). Tietosuojan lainsäädännölliset tavoitteet ihmisten yksityiselämän suojelemiseksi täyttyvät, jos tutki-

muksessa ei kerätä henkilötietoja ja kyselyyn vastataan anonyymisti (Kuula 2010, 79). Emme kysyneet vastaajien henkilötietoja, joten tietosuojan lainsäädännölliset tavoitteet täyttyivät.

9.3 Ammatillinen kasvu

Ammatillinen kasvu on yksilön sisäistä kasvua ajattelun, suorituksen, reflektion ja persoonallisuuden kehittymisen alueella. Ammatillinen kasvu voi olla myös tiedostamatonta. (Wallin 2007.) Ammatilliseen kasvuun kuuluu mielestämme olennaisena osana kyky arvioida omaa tuotostaan kriittisesti.

Seuraavia tutkimuksia varten huomiota tulee kiinnittää muun muassa aineiston keruuseen. Suuremman tutkimusaineiston saamiseksi olisimme voineet kysyä pelastuslaitosten esimiehiltä vastaamisen etenemisestä ja onnistumisesta esimerkiksi viikon päästä varsinaisen kyselyn lähettämisen jälkeen. Tämä olisi voinut muistuttaa esimiehiä ja työntekijöitä kyselyyn vastaamisesta, ja samalla olisimme voineet varmistaa, että kysely on päätynyt työntekijöille asti. Suurempi aineisto olisi antanut kyselylle uusia ulottuvuuksia ja parantanut tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Isompi aineisto mahdollistaisi ristiintaulukoinnin, jolloin tulokset olisivat tilastollisesti merkittäviä. Näin esimerkiksi työkokemuksen merkitys kulttuuriseen kompetenssiin kehittymiseen pystyttäisiin todentamaan tilastollisesti.

Ammatillista kasvua tapahtui koko opinnäytetyön prosessin aikana. Aloitimme tutkimusprosessin talvella 2011 valitsemalla mielenkiintoisen tutkimusaiheen. Erityisesti meitä kiinnosti kulttuurinen kanssakäyminen ja kulttuurien kohtaaminen ensihoidossa. Mielestämme ensihoitaja (AMK) -koulutuksessa ei opeteta riittävästi vieraasta kulttuurista tulevan potilaan kohtaamiseen liittyviä taitoja, ja halusimme opinnäytetyömme avulla vaikuttaa opetussuunnitelman kehittämiseen ja kulttuurisen opetuksen lisäämiseen ja kehittämiseen. Opinnäytetyön ohjaajan neuvojen avulla tarkensimme aihevalintaa ja opinnäytetyön etenemissuuntaa. Päätimme rajata tutkimuksen koskemaan kaikkien sairaankuljetuksessa työskentelevien sijaan ainoastaan AMK-ensihoitajia, koska sairaankuljetuksessa työskentelee niin monen eri koulutuksen saaneita hoitajia. Prosessin käynnistyttyä alkoi aikataulun laatiminen, aikatavoitteiden asettaminen ja teoretiedon kerääminen. Keväällä 2012 rakensimme teoreettista viitekehystä ja mietimme sopivia tutkimusmenetelmiä. Avasimme myös keskeisiä käsitteitä ja kirjoitimme aihekuvauksen.

Olemme kehittyneet opinnäytetyön työprosessin aikana tutkimuksellisessa työotteessa ja ammattikäytännön hallinnassa, mitä pidetään keskeisenä opinnäytetyön prosessissa (Voutilainen, Jokinen, Kopeli, Pöllänen, Rissanen & Tenkama 2007, 3.) Teoriatiedon löytäminen oli osaltaan haastavaa, sillä suomalaista tutkimustietoa aiheesta oli vain vähän olemassa. Kansainvälisesti tutkimuksia oli saatavilla, mutta vaikeasti löydettävissä. Opinnäytetyömme aiheen löysimme nopeasti varhaisessa vaiheessa. Koimme kulttuurisen opetuksen määrän olevan vähäinen ensihoidon kenttätöitä varten. Opinnäytetyöllämme halusimme tuoda aiheesta lisätietoa ja mahdollisesti selvittää onko ensihoidon kentällä samansuuntaisia ajatuksia. Opinnäytetyö prosessina osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien ratkaisemiseen. Kasvoimme opinnäytetyö prosessin aikana aiheen asiantuntijaksi (Voutilainen ym. 2007, 3).

Opinnäytetyöprosessi kasvatti myös jokaisen meistä tekijöistä miettimään omaa kulttuurista osaamistaan. Olemme edenneet kulttuuriseen kompetenssin kehittämisessä opinnäytetyömme avulla ja huomanneet kuinka saavutimme Papadopoulosin ym. kulttuurisen kompetenssin mallissa eri tasoja. Olemme kaikki ymmärtäneet kuinka oma kulttuuri vaikuttaa ajattelutapaamme ja kuinka oma kulttuuri vaikuttaa toimintaamme. Toivomme opinnäytetyömme herättävän myös raportin lukijassa ajattelua oman kulttuurisen kompetenssin tasosta.

LÄHTEET

- Abdelhamid, P. & Koskinen, L.** 2010. Potilaan kulttuuriset arvot hoitotyössä. Teok-
sessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. *Monikulttuurinen hoitotyö*.
Helsinki: WSOYpro Oy, 75-77.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylösstalo, P.** 1994. *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset
menetelmät*. Helsinki: WSOY.
- Anttalainen, A., Haikola, V. & Hämäläinen, J.** 2009. *Hoitotyöntekijöiden monikulttuu-
rinen kompetenssi. Kyselylomakkeen laadinta*. Helsinki: Metropolia- ammattikorkea-
koulu. Opinnäytetyö [viitattu
3.9.2012]. Saatavissa: [http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5160/HOIT
OTYO.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5160/HOIT
OTYO.pdf?sequence=1)
- Ensihoidon koulutusohjelma** [verkkosivu]. Opintoluotsi. Päivitetty 23.8.2010 [viitattu
14.2.2013]. Saatavissa: [http://www.opintoluotsi.fi/fi-
FI/koulutusalat_ja_ammattit/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammId=a253547e-
bdaf-43a4-a510-2323d03b6f23](http://www.opintoluotsi.fi/fi-
FI/koulutusalat_ja_ammattit/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammId=a253547e-
bdaf-43a4-a510-2323d03b6f23)
- Ensihoitaja** [verkkosivu]. Työ ja elinkeinotoimisto [viitattu 12.2.2013]. Saatavissa:
www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/223_ammatti
- Giger, J. & Davidhizar, R.** 1999. *Transcultural nursing. Assessment & Intervention*.
St. Louis, Missouri: Mosby.
- Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma** [verkkajulkaisu]. 2006. Työhallinnon
julkaisu, [viitattu 5.12.2012].
saatavissa:
http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/07_julkaisu/thj371.pdf
- Hartley, P.** 2012. *Paramedic Practice and the Cultural and Religious Needs of Pre-
Hospital Patients in Victoria*. Melbourne: School of Education Faculty of Arts Educa-
tion and Human Development [viitattu 15.2.2012]. Saatavissa:
http://vuir.vu.edu.au/21301/1/Peter_Ross_Hartley.pdf
- Heikkilä, T.** 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki. Edita publishing Oy.
- Hilden, R.** 2002. *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä*. Tampere: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.** 2009. *Tutki ja Kirjoita. 17.painos* Helsinki:
Tammi.
- Hirstiö-Snellman P & Mäkelä M.** 1998. *Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveydenhuol-
lon asiakkaina*. Selvityksiä 1998: 12 [viitattu 11.9.2012]. Saatavissa:
www.vn.fi/stm/suomi/pao /julkaisut.
- Jaakkola, M.** 2009. *Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta. Asennemuutokset
1987–2007. Tutkimuksia 2009:1* Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

- Jokinen, P. & Koskinen, L.** 2005. *Monikulttuuristuvat terveystalon työyhteisöt hoitotyön koulutuksen haasteena*. Sairaanhoidaja - Sjukköterskan 78(4), 24-27.
- Kaivo-oja J & Suvinen N.** 2001. *Sosiaali- ja terveystalon tulevaisuuden näkymät vuoteen 2030*. Hoitotyön vuosikirja 2002. Tampere:Hygieia.
- Kananen, J.** 2010. *Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111/2010.
- Kanervo, S. & Kaljunen, S.** 2007. *Maan tapa Suomessa*. Turun kulttuurikeskus/Kansainvälinen kohtaustapaikka [verkkojulkaisu], 18-35 [viitattu 14.3.2013]. Saatavissa: <http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=50303&GUID={351FB4F9-6475-4432-9296-5349C52B42A6}>
- Kaunonen, M. & Koivula, M.** 2006. Cultural healthcare issues in Finland. Teoksessa Papadopoulos, Irena (toim.). *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. UK: Elsevier, 207-215.
- Koivuniemi, S.** 2011. *Monikulttuurinen osaaminen terveystalon haasteena* [verkkosivu]. Päivitetty 5.4.2011 [viitattu 11.12.2012]. Saatavissa: <http://www.turkuamk.fi/Public/default.aspx?contentid=252625&nodeid=7621>
- Koskinen, L.** 2003. *To survive, you have adjust. Study abroad as a process on learning intercultural competence in nursing*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 101.
- Koskinen, L.** 2010a. Kulttuuri, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö ja maahanmuuttaja käsitteinä. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro, 16-25.
- Koskinen, L.** 2010b. Transkulttuurisen hoitotyön mallien kehittyminen. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro. 28-42.
- Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (Toim.)**. 2007. *Ensihoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kuula, A.** 2006. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Jyväskylä: Gummerus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [verkkosivu].** 2011. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 10.10.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leininger, M.** 1994. *Transcultural Nursing: Concepts, theories, and practice*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Leininger, M.** 1999. *What is transcultural nursing and culturally competent care?* Journal of Transcultural Nursing. Vol. 10 (1), 9-13.
- Leininger, M.** 1995. *Transcultural nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. Second Edition. New York: McGraw-Hill, Inc.

- Lindberg, T., Mettiäinen, S. & Laijärvi, H.** 2002. *Kuvauksia sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksista kulttuurien väliseen hoitotyöhön*. Sairaanhoitaja. 75(12), 33-36.
- Maahanmuuton tulevaisuus 2020.** 2013. Sisäasiainministeriö [verkkojulkaisu]. Sisäasiainministeriön julkaisuja 2013:5 [viitattu 15.3.2013]. Saatavissa: http://www.intermin.fi/download/39676_Tyoryhman_ehdotus_30.1.pdf
- Maahanmuuton vuosikatsaus** [verkkojulkaisu]. 2009. Sisäasiainministeriö. Maahanmuutto osasto [viitattu 25.1.2013]. Saatavissa: http://www.migri.fi/download/14581_Maahanmuuton_vuosikatsaus_2009.pdf
- Malin, M. & Suvisaari, J.** 2010. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Teoksessa Pakaslahti, A., Huttunen, M.(toim.). *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 134-163.
- Meleis, A.** 1999. *Culturally Competent Care*. 10, 12. Journal of Transcultural Nursing 10, 12-15.
- Metsämuronen, J.** 2000. *Metodologiset perusteet ihmistieteissä*. Metodologia-sarja1. Viro: Jaabes OU.
- Opetusministeriö.** 2001. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät*. Helsinki: Opetusministeriö.
- Opetussuunnitelma** [verkkojulkaisu]. 2010. Savonia ammattikorkeakoulu [viitattu 13.9.2012].Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu. Saatavissa: http://portal.savonia.fi/pdf/sosiaali_ ja_ terveys/opsit/tea10s.pdf
- Pakaslahti, A., Huttunen, M. (Toim.)**.2010. *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pakolaiset ja turvapaikanhakijat** [verkkosivu]. 2013. Sisäasiainministeriö. Päivitetty: 2013 [Viitattu 04.01.2013]. Saatavissa: http://www.intermin.fi/maahanmuutto/pakolaiset_ ja_ turvapaikanhakijat
- Papadopoulos, I.** 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Teoksessa Papadopoulos, I. (toim.). *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. UK: Elsevier, 7 - 23.
- Papadopoulos I. & Lees S.** 2002. *Developing Culturally Competent Researchers*. Journal of Advanced Nursing 3, 262–264.
- Papadopoulos, I., Tilki, M. & Lees, S.** 2004. *Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK*. Diversity in Health and Social Care 2004:1, 107–115.
- Papadopoulos, I., Tilki, M. & Taylor, G.** 1998. *Transcultural care. A guide for health care professionals*. New York: Quay Books, Wilts.
- Pelkonen, R.** 2005. *Terveys on monta asiaa*. Tieteessä tapahtuu, 22(2), 11 – 15.

- Pirinen, I.** 2010. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Teoksessa Pakaslahti, A., Huttunen, M. (toim.). *Kulttuurit ja lääketiede*. 2010. Helsinki: Duodecim, 164-191.
- Pirinen, I.** 2008. *Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä*. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Purokoski M.** 1993. *Maahan saapuvien pakolaisten vastaanotto suomalaisessa terveydenhuollossa terveydenhoitajan kokemana*. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Terveydenhuollon koulutusohjelma.
- Roberts, P. & Woods, L.** 2001. *Alternative methods of gathering and handling data: maximising the use of modern technology*. Nurse Researcher 8(2), 84-95.
- Räty, M.** 2002. *Maahanmuuttaja asiakkaana*. Helsinki: Tammi.
- Saamelaiset Suomessa [verkkojulkaisu]**. 2008. Saamelaiskäräjien julkaisu [Viitattu 04.01.2013]. Saatavissa: <http://www.saariselka.fi/sisalto/saamelaiset-suomessa>
- Sainiola-Rodriguez, K.** 2009. *Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus*. Kuopion Yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Väitöskirja.
- Salminen, P. & Uusoksa, M.** 2011. *Hoitotyöntekijöiden näkemys omasta kulttuurisesta osaamisestaan*. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Sariola, S.** 1998. *Sukulainen on hyvä tuki, mutta huono tulkki ulkomaalaiselle*. Suomen lääkärilehti 11 (53), 1284.
- Schubert, C. & Kruus, J.** 2010. Tulkki yhteistyökumppanina. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (Toim.). *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 297-304.
- Seppälä, J.** 2005. Vuorovaikutus ensihoidossa. Teoksessa Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Posu, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. *Ensihoidon perusteet*. 3. painos. Helsinki: SPR, 120-128.
- Sisäasianministeriö** 2013. *Maahanmuuttopolitiikka* [verkkosivu]. Päivitetty 2013 [viitattu 2.2.2013]. Saatavissa: <http://www.intermin.fi/fi/maahanmuutto/maahanmuuttopolitiikka>.
- Soivio, J.** 1995. Kulttuuri, terveys ja terveydenhuolto. Teoksessa: Viialainen, R. (toim.). *Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville*. Saarijärvi: Stakes. Oppaita 28, 17-26.
- Taanila, A.** 2012. *Määrällisen aineiston kerääminen* [verkkojulkaisu]. Helsinki: Haaga-Helia Ammattikorkeakoulu [viitattu 14.2.2012]. Saatavissa: <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>
- Tilastokeskus.** 2012. *Suomen väestöstä ulkomaista syntyperää olevia 4,8 prosenttia*. Väestörakenne 2011 [verkkosivu]. Päivitetty 30.11.2012 [viitattu 11.1.2012]. Saatavilla:

http://www.stat.fi/til/vaerak/2011/01/vaerak_2011_01_2012-11-30_tie_001_fi.html

Tilastokeskus. 2012. Väestö uskonnollisen yhdiskunnan mukaan 2003–2011 [verkkosivu]. Päivitetty 30.11.2012 [viitattu 8.2.2013]. Saatavissa:

http://www.stat.fi/til/vaerak/2011/01/vaerak_2011_01_2012-11-30_tau_008_fi.html

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. *Sosiaali- ja terveystieteiden ulkomaalaisten henkilöstö ja suomalaiset ulkomailla 2010* [verkkosivu]. Päivitetty 2013 [viitattu 22.2.2013]. Saatavissa:

http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/henkilosto_ulkomaalaiset.htm

Terveys 2015. 2001. Kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja [verkkosivu], [viitattu 11.11.2012]. Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>

Tiilikainen, M. 2010. Etniset vähemmistöt Suomessa. Teoksessa Pakaslahti, A., Huttunen, M. (toim.). *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim, 62-65.

Tuokko, T. 2007. *Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos, Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu -tutkielma.

Uskonnot Suomessa [verkkosivu]. 2012. *Helsingin juutalainen seurakunta* Päivitetty:2013. [viitattu 5.1.2013]. Saatavissa:

<http://www.uskonnot.fi/yhteisot/view/?orgId=89>

Yerwood, E., Brown, D. & Karlik, E. 2002. *Cultural Diversity: Students' Perspectives*. Journal of Transcultural Nursing 2002:13, 237.

Yhdenvertaisuuslaki. 2004. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 07.01.2013]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021>

Vehkalahti, K. 2008. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Tammi.

Viittomakieli ja viittomakieliset [verkkosivu]. 2013. Kulttuuria kaikille [viitattu 12.2.2013]. Päivitetty 21.3.2013. Saatavissa:

http://www.kulttuuriakaikille.info/viittomakielella_viittomakieli_ja_viittomakieliset

Virkki, P. 1999. *Hoitotyöntekijöiden ammatilliset valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos, terveystieteiden opettajan koulutus. Pro gradu -tutkielma.

Voutilainen, U., Jokinen, P., Kopeli, M., Pöllänen, E., Rissanen, R. & Tenkama, P. 2007. *Opinnäytetyöopas. Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot*. Kuopio: Savonia-Ammattikorkeakoulu. Saatavissa:

<http://webd.savonia->

[amk.fi/terta/opinnayte/yamk/Savonia_YAMK_opinnaytetyoopas.pdf](http://webd.savonia-amk.fi/terta/opinnayte/yamk/Savonia_YAMK_opinnaytetyoopas.pdf)

Wallin, A. 2007. *Teoreettisia näkökulmia ammatilliseen kasvuun* [Nettijulkaisu], [viitattu 11.12.2012]. Saatavissa:

<http://vituoosi.pkky.fi/.../exstrat/AMMATILLINEN%20KASVU.ppt>

Liite 1

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme Savonia-ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyömme AMK-ensihoitajien kulttuurisesta kompetenssista. Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitamme pätevyyttä selviytyä eri kulttuurien kohtaamisesta työelämässä. Kyselyn avulla haluamme tutkia Ensihoitaja (AMK) -tutkinnon suorittaneiden kulttuurista pätevyyttä ja selvittää tutkinnon kulttuurisen opetuksen riittävyyttä. Työmme tilaaja on Savonia-ammattikorkeakoulu. KYSELY ON TARKOITETTU AINOASTAAN ENSIHOITAJA (AMK) -TUTKINNON SUORITTANEILLE ENSIHOITAJILLE!

Pyydämme Teitä vastaamaan oheiseen kyselyyn ja auttamaan meitä opinnäytetyömme toteutuksessa. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 5-10 minuuttia ja kaikkia vastauksia käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta vastaamalla voit auttaa meitä kehittämään Ensihoitaja (AMK)- tutkintoa sopivammaksi työn vaatimuksiin ja osallistut näin ammattikuntamme ammattitaidon kehittämiseen. Suomessa ensihoitajien kulttuurista osaamista ei ole aikaisemmin tutkittu .

Kiitos osallistumisestanne ja ajastanne!

Ystävällisin terveisin, ensihoitajaopiskelijat

Jenni Rossi

Jenni.M.Rossi@edu.savonia.fi

Arto Karjalainen

Arto.O.Karjalainen@edu.savonia.fi

Timo Klein

Timo.K.Klein@edu.savonia.fi

Savonia-ammattikorkeakoulu, terveys- ja hyvinvointiala

Opinnäytetyön ohjaaja Pirkko Abdelhamid

pirkko.abdelhamid@savonia.fi

KYSELYLOMAKE

Kyselyn ensimmäinen osio muodostuu taustatiedoistanne. Valitkaa teille parhaiten sopiva vaihtoehto.

1. ikä *

- Alle 20 vuotta
- 20-29 vuotta
- 30-39 vuotta
- 40-49 vuotta
- 50-59 vuotta
- 60 vuotta tai vanhempi

2. Sukupuoli *

- Mies
- Nainen

3. Työkokemus sairaankuljetuksessa AMK-ensihoitajana *

- Alle 2 vuotta
- 2-5 vuotta
- 6-9 vuotta
- 10-15 vuotta
- 16-20 vuotta
- 21-25 vuotta
- yli 25 vuotta

4. Kuinka usein kohtaatte vieraasta kulttuurista tulevia potilaita työssänne? *

- Päivittäin
- 2-3 kertaa viikossa
- 1 kertaa viikossa
- Kuukausittain
- Harvemmin

5. Kuinka montaa kieltä osaatte puhua äidinkielenne lisäksi? *

- En yhtään
- Yhtä
- Kahta
- Kolmea
- Neljää tai useampaa

6. Oletko syntyperäinen suomalainen? *

- Kyllä olen
- En ole

Vastaa seuraaviin väittämiin, jotka käsittelevät kulttuurista tietoisuutta

7. Mielestäni olen suomalainen *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

8. Mielestäni suomen kieli on tärkeä osa suomalaisuutta *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

9. Koen olevani suomalaisella tavalla melankolinen *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

10. Teen oletuksia asiakkaan kansalaisuudesta hänen nimensä tai ulkonäkönsä perusteella. *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

11. Mielestäni monessa muussa kuin suomalaisessa kulttuurissa naisia ja lapsia ei arvosteta yhtä paljon kuin miehiä *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

12. Ymmärrän, miten oma kulttuurini vaikuttaa toimintaani ensihoitotyössä. *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

13. Mielestäni suomalainen terveydenhuolto on maailman huippuluokkaa. *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

14. Mielestäni Suomen kansa on yhtenäinen *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

15. Mielestäni naisen rooli ja työmahdollisuudet ovat muuttuneet paremmiksi yhteiskunnassamme viimeisen vuosisadan aikana *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

16. Mielestäni suomalaista kulttuurihistoriaa leimaa ammattien vahva sukupuolinen jakautuminen. *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

17. Historiassa sauna on ollut tärkeä hoitoympäristö. *

1 2 3 4 5

täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ täysin samaa mieltä

Vastaa seuraaviin väittämiin, jotka koskevat kulttuurista tietoa.

18. Suomessa muut kuin suomen kieltä puhuvat saavat mielestäni huonompaa terveydenhuoltoa *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

19. Koen tietoni muslimien hoitotyön erityispiirteistä riittäviksi. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

20. Jehovan todistajan vakaumus kieltää verituotteiden käytön. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

21. Somalilyhteisö on perhekeskeinen. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

22. Koen tietäväni riittävästi romanikulttuuriin liittyvistä puhtaussäädöksistä. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

23. Länsimainen kulttuuri on mielestäni yksilökeskeisempi kuin itämainen. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

24. Sairaus ja terveys määrittyvät mielestäni kulttuurin kautta. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

Seuraavat väittämät koskevat kulttuurista sensitiivisyyttä

25. Pysin myötäeläytymään maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

26. Empatia on hyödyllistä ensihoitotyössä *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

27. En osaa myötäeläytyä riittävästi maahanmuuttajataustaisen asiakkaan tilanteeseen. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

28. Mielestäni luottamus on tärkeää hoitosuhteessa. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

29. Asiakkaan luottamus on minulle tärkeä hänen taustastaan riippumatta. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

30. Hoidan mieluummin alkuperäistä suomalaista kuin maahanmuuttajataustaista. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

31. Minulla ei ole ennakkoluuloja maahanmuuttajataustaisia kohtaan. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

32. Hoidan mieluummin suomenkielistä kuin vieraskielistä *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

33. Yhteisen kielen puuttuessa hoitotyö on vaikeaa. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

34. Pyrin käyttämään muita kommunikaatiokeinoja yhteisen kielen puuttuessa (elekieli, piirtäminen, ilmeet, eleet...) *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

35. Pidän kolmannen henkilön välityksellä asioimista hankalana hoitotyön kannalta (tulkki ym.) *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

36. Pyrin kunnioittamaan asiakkaan kulttuurin tapoja parhaan tietoni mukaan. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

37. Kunnioitan asiakkaan kulttuuria myös muulloin, kuin asiakaskohtaamisen aikana *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

38. Hoitajana pystyn vaikuttamaan kulttuurien välisten kohtaamisten sujumiseen ensihoidossa *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

39. Huomautan kollegalle tämän epäsoveliaasta käytöksestä asiakasta kohtaan. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

Seuraavat väittämät koskevat kulttuurista kompetenssia ja lisäkoulutuksen tarvetta

40. Otan päätöksissäni huomioon vieraasta kulttuurista tulevan asiakkaan taustan. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

41. Koen epävarmuutta hoitaessani maahanmuuttajaa. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

42. Otan huomioon eri kulttuureista tulevien potilaiden erilaiset taustat, esim. psyykkiset traumat. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

43. Osaan arvioida tulkin käytön tarpeen. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

44. Pystyn ottamaan huomioon kivun ja terveyden kulttuuriset käsitykset ensihoitotyössä. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

45. Koen pystyväni hoitamaan maahanmuuttajataustaista asiakasta kulttuurin huomioon ottaen. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

46. Koen tarvitsevani lisäkoulutusta ja tietoa vieraista kulttuureista. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

47. Osaan arvioida, onko toteuttamani hoito kulttuurisesti huomioonottavaa. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

48. Hoitotoimenpidettä suunnitellessani otan parhaani mukaan huomioon maahanmuuttajataustaisen henkilön uskonnolliset tavat. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

49. Ymmärrän eri kulttuureista tulevien asiakkaiden erilaiset hoidon tarpeet. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

50. Kykenen ennakoimaan ja ottamaan huomioon kantaväestöllä harvinaiset sairaudet ja terveyden erityispiirteet maahanmuuttajataustaisen asiakkaan

kohdalla. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

51. Osaan tunnistaa työparin tai työkaverin epätasa-arvoisen käytöksen *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

52. Pidän omalta osaltani huolen siitä, että maahanmuuttajataustaiset asiakkaat saavat tasa-arvoista kohtelua ja hoitoa. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

53. Otan puheeksi epätasa-arvoisen käytöksen työyhteisössäni. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

54. Uskallan käyttää kielitaitoani hyväksi asiakkaan kanssa kommunikoidessa. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

55. Uskallan kysyä maahanmuuttaja-asiakkaalta hänen kulttuurinsa tavoista ja tottumuksista hoitotilanteessa, jos koen osaamiseni ja tietoni epävarmaksi. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

56. Olen utelias vieraita kulttuureita kohtaan. *

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä ○ ○ ○ ○ ○ Täysin samaa mieltä

