

Kanerva Knuutti
Niina Pinonummi

Vieraasta kulttuurista peräisin olevan perheen kohtaaminen lasten ja nuorten poliklinikalla

Koulutustilaisuus poliklinikan henkilökunnalle

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja AMK

Hoitotyö

Opinnäytetyö

21.11.2013

Tekijät	Kanerva Knuutti ja Niina Pinonummi
Otsikko	Vieraasta kulttuurista peräisin olevan perheen kohtaaminen lasten ja nuorten poliklinikalla: koulutustilaisuus poliklinikan henkilökunnalle
Sivumäärä Aika	44 sivua + 5 liitettä 21.11.2013
Tutkinto	Sairaanhoidtaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Marjatta Kelo
<p>Suomi on viimeisten vuosikymmenien aikana muuttunut asukasrakenteeltaan entistä monikulttuurisemmaksi. Erityisesti terveydenhuollossa käsitellään usein arkoja aiheita ja liikutaan ihmisen henkilökohtaisilla alueilla. Tällöin kohdataan helposti ristiriitatilanteita hoitajan ja potilaan kulttuurieroista johtuen. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että hoitajat kartuttavat tietämystään eri kulttuureista ja osaavat suhtautua suvaitsevaisesti heille vieraisiin tapoihin ja käytäntöihin.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää lasten ja nuorten ajanvarauspoliklinikan henkilökunnalle koulutustilaisuus koskien vieraasta kulttuurista tulevan perheen kohtaamista. Tavoitteenamme oli kehittää hoitohenkilökunnan vuorovaikutusosaamista vieraasta kulttuurista peräisin olevien asiakkaiden kanssa niin, että he osaisivat paremmin huomioida perheiden erilaiset kulttuurisidonnaiset tavat ja uskomukset sekä välttää sellaista käytöstä, joka voisi loukata asiakkaita tai estää hyvän hoitosuhteen kehittymisen.</p> <p>Kehittämistyö tehtiin yhteistyössä Lasten ja nuorten sairaalan kanssa, ja se on osa Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa –hanketta. Työelämäyhteistyö toteutui asiantuntija-konsultaatioina lasten ja nuorten poliklinikan sairaanhoitajien ja osastonhoitajan kanssa. Konsultaatioiden avulla selvitimme monikulttuurisen hoitotyön käytännön ongelmakohtia sekä kehittämistarpeita.</p> <p>Kehittämistyö perustuu kirjallisuuskatsaukseen, jonka aineiston keräsimme aiemmista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista ja materiaaleista. Koulutustilaisuutta varten keräsimme monipuolisesti tietoa valituista kulttuureista, ja käytimme tilaisuudessa havaintomateriaalina tapausesimerkkeihin perustuvaa PowerPoint-esitystä. Tilaisuus järjestettiin Lastenklinikan tiloissa. Käyttämämme havaintomateriaali toimitettiin tilaisuuden jälkeen poliklinikan osastonhoitajalle. Hän toimitti sen edelleen poliklinikan työntekijöille.</p> <p>Kehittämistyöstämme tulee olemaan hyötyä kaikille monikulttuuristen asiakkaiden kanssa työskenteleville terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä alan tuleville ammattilaisille.</p>	
Avainsanat	lasten ja nuorten hoitotyö, perhekeskeisyys, monikulttuurisuus, polikliininen hoitotyö, kulttuurinen kompetenssi, koulutustilaisuus

Authors	Kanerva Knuutti and Niina Pinonummi
Title	Dealing with a Family of Foreign Origin and Culture at a Pediatric Outpatient Clinic: An Educational Event for the Staff of the Outpatient Clinic
Number of Pages	44 pages + 5 appendices
Date	21 November 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marjatta Kelo, Senior Lecturer
<p>The Finnish population has become more and more multicultural within the last decades. This has an influence on the field of health care especially, where sensitive and personal issues are often being discussed. Because of the cultural differences between the patient and the nurse, conflicts may easily develop. Therefore it is important for nurses to improve their knowledge of various cultures and to learn how to be broad-minded when facing manners or practices which they are unfamiliar with.</p> <p>The purpose of our final project was to arrange an educational event of the encounter of a family with another cultural background for the staff of a pediatric outpatient clinic. Our aim was to improve nurses' interaction skills in a way that they would deal with culture-related manners and beliefs more sensitively and would avoid behaving in an offensive way preventing a functional nurse-patient relationship from being developed.</p> <p>This development project was done in collaboration with the HUS Lastenklินิกka Children's Hospital in Helsinki, Finland, as part of the project The Future of Specialized Health Care for Children. The co-operation with the outpatient clinic was implemented as consultations with the nurses and the head nurse of the pediatric outpatient clinic considering the problems and development challenges they had faced in multicultural nursing.</p> <p>This development project is based on a literature review, in which the material was collected from earlier studies and expert materials. We collected information on certain cultures from a various amount of sources, and used it as a base for the educational event and a PowerPoint presentation displayed there. We illustrated the presentation with case studies. The event was held at the HUS Lastenklินิกka Children's Hospital, and the material was sent to the head nurse of the outpatient clinic to forward it to the other nurses working on the ward.</p> <p>This final project will be useful for all the present and future health care professionals working with patients with diverse cultural backgrounds.</p>	
Keywords	pediatric nursing, family-oriented approach, multicultural, ambulatory care nursing, cultural competence, educational event

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Työn eteneminen	3
3.1	Ideointi, suunnittelu ja kehittämisprosessin käynnistäminen	5
3.2	Kirjallisuuskatsauksen kokoaminen ja kehittämistyön toteuttaminen	7
3.3	Raportointi, arviointi ja kehittämistyön päättäminen	9
4	Koulutustilaisuuden järjestäminen	9
5	Monikulttuurinen hoitotyö ja kulttuurisen kompetenssin kehittyminen	12
5.1	Lasten ja nuorten hoitotyö sekä perhekeskeisyys	14
5.2	Monikulttuurisuus hoitotyössä	15
5.3	Kulttuurinen kompetenssi	16
5.4	Sanaton viestintä	17
5.5	Polikliininen hoitotyö	19
6	Kulttuurien välisen viestinnän erityispiirteet	20
6.1	Taitava kulttuurinen viestintä	20
6.2	Suomalainen kulttuuri ja tavat	22
6.3	Itäaasialaisen potilaan ja hänen perheensä kohtaaminen	23
6.4	Somalialaisen potilaan ja hänen perheensä kohtaaminen	27
6.5	Kurdipotilaan ja hänen perheensä kohtaaminen	29
7	Pohdinta	31
7.1	Koulutustilaisuuden arviointi	32
7.2	Luotettavuuden arviointi	33
7.3	Eettisyyden arviointi	35
7.4	Ammatillisen kasvun arviointi	36
7.5	Aiheen merkitys hoitotyölle	38
	Lähteet	40
	Liitteet	
	Liite 1. Hakuprosessin kuvaus taulukkona	

- Liite 2. Valittujen artikkeleiden keskeisimmät sisällöt
- Liite 3. Kysymyspohja poliklinikan sairaanhoitajille
- Liite 4. Koulutustilaisuuden PowerPoint-esityksen diat

1 Johdanto

Viimeisten vuosikymmenien aikana maahanmuutto on lisääntynyt Suomessa huomattavasti. Vuonna 2012 ulkomaiden kansalaisia asui Suomessa 195 511 ja Suomen kansalaisuuden saaneita oli samana vuonna 9087 (Tilastokeskus 2013). Maassamme on maahanmuuttajia jo kolmessa sukupolvessa. Suomessa syntyneet ulkomaalaistaustaiset henkilöt eivät näy tilastoissa ulkomaalaisina, mutta usein he elävät kuitenkin vanhempiensa kulttuurin vaikutuspiirissä. Kahden kulttuurin välissä elävät nuoret voivatkin joutua konfliktitilanteisiin yrittäessään itsenäistyä suomalaisen kulttuurin mukaisesti heidän vanhempiensa pitäessä yhä kiinni oman kulttuuritaustansa mukaisista itsenäistymiskäsityksistä (Tuominen 1998: 24). Jotkut kulttuurit poikkeavat huomattavasti suomalaisesta kulttuurista, ja tämä asettaa haasteita niin kantaväestölle kuin maahanmuuttajillekin. Erityisesti terveydenhuollossa, jossa usein käsitellään arkoja asioita ja liikutaan henkilökohtaisilla psyko-fyysis-sosiaalisilla alueilla, sattuu yhteentörmäyksiä kulttuurien kesken. Kanssakäyminen käy entistä hankalammaksi, jos jompikumpi osapuoli tahattomasti loukkaa toisen arvomaailmaa. Tämän vuoksi on tärkeää, että terveydenhuollon henkilökunta kehittää kulttuurista osaamistaan ja osaa suhtautua suvaitsevaisesti itselleen vieraisiin tapoihin ja käsityksiin.

Valitsimme monikulttuurisuuden opinnäytetyömme aiheeksi sen ajankohtaisuuden ja jatkuvasti kasvavan merkityksen vuoksi. Opinnäytetyömme on osa Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hanketta, joka tehdään yhteistyössä Lasten ja nuorten sairaalan kanssa. Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hankkeen tarkoituksena on luoda lasten ja nuorten hoitotyöhön uusia potilaslähtöisiä toimintakäytäntöjä, kehittää yhtenäisiä, saumattomia ja joustavia hoitopolkuja sekä vahvistaa verkostomaista työskentelyä erikoissairaanhoidossa näyttöön perustuen (Salmela 2012). Yhteistyöosastomme toimi lasten ja nuorten ajanvarauspoliklinikka, ja tarkempi aiheemme rajaus on syntynyt yhteistyössä Lasten ja nuorten sairaalan infektio-poliklinikan henkilökunnan kanssa. Yhteistyöosastomme asiakkaista yli 80 prosenttia on kulttuuritaustaltaan ulkomaalaisia, joten aiheen merkitys on heidän osastolleen merkittävä (Björkbacka - Saavalainen-Hakala 2013). Opinnäytetyömme työelämäohjaajana toimi poliklinikan osastonhoitaja. Tarkoituksemme oli järjestää poliklinikan henkilökunnalle monikulttuurista sanaton viestintää käsittelevä koulutustilaisuus, ja näin ollen kehittää hoitohenkilöstön vuorovaikutusosaamista heidän asioidessaan vieraasta kulttuurista peräisin olevien potilaiden ja heidän perheidensä kanssa.

Lasten ja nuorten sairaalan ajanvarauspoliklinikalla hoidetaan lapsia aina 16 ikävuo-teen asti erikoissairaanhoidon perustason vastaanotoilla yleispediatria-, nuoriso-, sosi-aalipediatria- ja yliopistovastaanotoilla sekä lasten erityisvastaanotoilla, kuten esimer- kiksi infekti- ja munuaisvastaanotoilla. Poliklinikan tehtävänä on tarjota laadukkaita avohoitopalveluita vastaamalla sairauksien diagnoosin määrittämisestä, hoidosta ja seurannasta. Toiminnassa keskeisellä sijalla ovat lapsen ja nuoren kasvun, kehityksen ja omatoimisuuden tukeminen sekä vanhempien ohjaaminen perhekeskeisyyden peri- aatteiden mukaisesti. Poliklinikalle tullaan hoitoon lääkärin läheteellä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Monikulttuurisuus on käsite, joka on hoitotyössä lähes joka päivä esillä kasvavassa määrin (Leino-Kilpi - Välimäki 2012: 20–21). Potilasrakenne lastenosastoilla muuttuu koko ajan monikulttuurisemmaksi globalisaation myötä, joten aiheen merkitys on hoito- työn sekä yhteiskunnan kannalta suuri. Monikulttuurisuus tuo nopeatempoiselle poliklii- niselle hoitotyölle erityisiä haasteita, sillä hoitosuhteen ja keskinäisen ymmärryksen luominen on pitkäaikainen prosessi, ja poliklinikalla tapaamiset ovat usein lyhyitä. Kommunikaatio voi olla hankalaa yhteisen kielen puuttuessa, ja sopeutuminen suoma- laiseen aikatauluun voi olla haasteellista vieraan kulttuurin edustajalle. Potilaan ja hä- nen perheensä sitouttaminen hoitoon, säännöllisyyteen ja useisiin tapaamisiin voi olla hankalaa hoitohenkilökunnalle. Siksi tarvitaankin tietoa siitä, mitkä tekijät edesauttavat hyvän hoitosuhteen luomista ja potilaan sitoutumista hoitoon, ja mitkä tekijät hoitajan toiminnassa taas saattavat loukata potilasta tai hänen perhettään ja aiheuttaa sen, ett- eivät he halua tulla enää hoidettaviksi.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoitus oli järjestää poliklinikan henkilökunnalle koulutustilaisuus, jossa kerromme toisesta kulttuurista tulevan perheen kohtaamiseen liittyvistä onnistu- neen sanattoman viestinnän keinoista. Tavoitteenamme on, että hoitohenkilöstö kehit- tyä vuorovaikutusosaamisessa vieraasta kulttuurista tulevien asiakkaiden kanssa niin, että he osaavat huomioida näiden perheiden erilaiset kulttuuriin liittyvät tavat ja usko- mukset ja näin välttää tahattomasti loukkaamista heitä. Kun perheen kohtaaminen on kulttuurisesti herkkää ja hienotunteista, on hoitosuhteella paremmat edellytykset kehit- tyä toimivaksi ja dialogiseksi, jolloin myös hoidollinen lopputulos paranee. Tavoitteem-

me on siis myös edistää maahanmuuttajille tarjottavan hoitotyön laatua ja parantaa heidän tyytyväisyyttään sekä hoitomyöntyvyyttään lasten ja nuorten hoitotyön alueella.

Halusimme kehittää työntekijöiden ymmärrystä koskien sitä, mitkä asiat huomioimalla he voivat hoitajina parantaa omaa kulttuurista kompetenssiaan ja miten tärkeässä roolissa kulttuurien tuntemus on hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Loimme itsellemme asettamamme tavoitteen kautta seuraavanlaiset kehittämistehtävät:

1. *Kuvaamme laaja-alaisesti Itäaasian, somalialaisen ja kurdilaisen kulttuurin tapoja ja uskomuksia monikulttuurista hoitotyötä koskevien tutkimusten ja artikkeleiden avulla.*
2. *Järjestämme eri kulttuurien väliseen onnistuneeseen sanattomaan viestintään keskittyvän ja tietoperustaltaan kattavan koulutustilaisuuden yhteistyöosaston henkilökunnalle.*

Opinnäytetyöstämme tulee olemaan hyötyä niin lastenosastoilla työskenteleville, kuin meille tuleville hoitotyön ammattilaisillekin, koska opinnäytetyömme tarjoaa hoitajille työkaluja parempaan monikulttuuriseen hoitamiseen. Työstämme on myös hyötyä jokaiselle, joka kohtaa työssään tai vapaa-ajallaan itselleen vieraista kulttuureista peräisin olevia ihmisiä ja haluaa kehittää monikulttuurisia vuorovaikutustaitojaan ja kulttuurista kompetenssiaan.

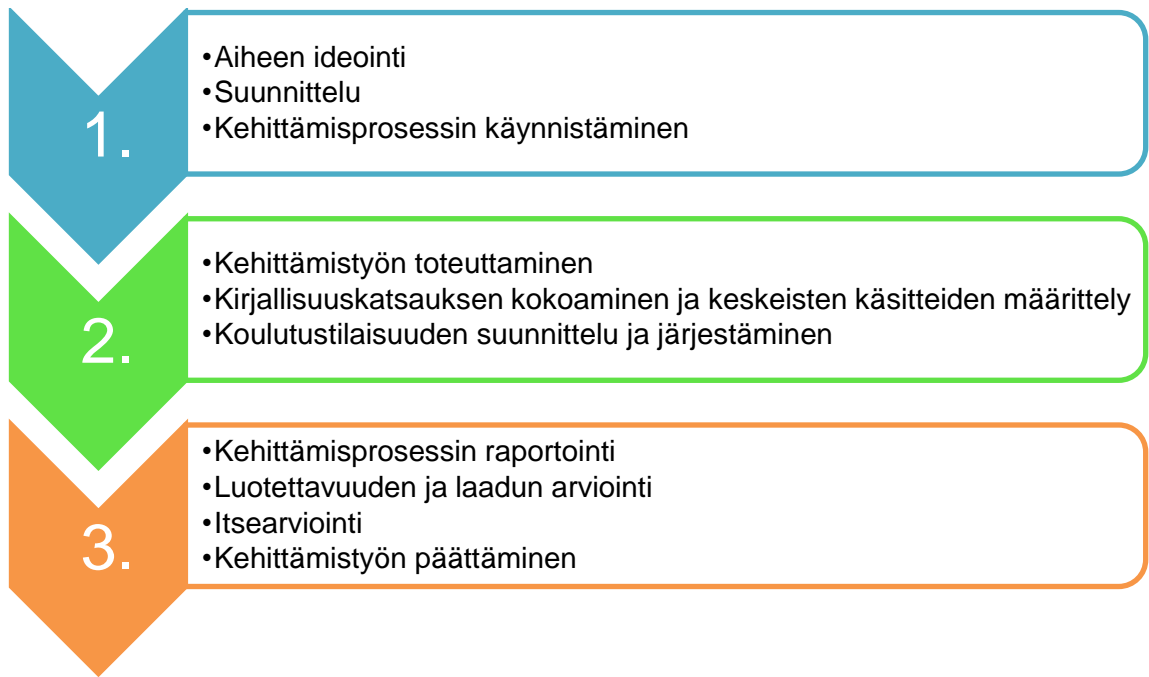
3 Työn eteneminen

Opinnäytetyömme toteutettiin kehittämistyönä osana Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa –hanketta. Kehittämistyömme taustalla on Lasten ja nuorten sairaalan organisaatiossa tapahtuva jatkuva toiminnan kehittäminen ja parantaminen, jonka myötä on havaittu kehittämistarve monikulttuurisen hoitotyön osaamisessa. Työmme koostuu perusteellisesta kirjallisuuskatsauksesta rakentuvasta teoriaosuudesta, jonka pohjalta rakentui poliklinikan henkilökunnalle järjestetty koulutustilaisuus havaintomateriaaleineen.

Kehittäminen on aktiivista toimintaa, jolla tavoitellaan jotakin uutta tai entistä parempaa palvelua, välinettä tai menetelmää. Kehittämistyössä hyödynnetään tieteellistä tutkimusta. Kehittämistyössä käytetään työvälineenä tutkivaa kehittämistä. Tutkimuksiin

pohjautuva kehittäminen on tuloksellista, koska tutkimus tarjoaa toiminnalle perusteita. Kehittämisen tarkoitus on siis jonkin asian tai ominaisuuden kehittyminen. (Heikkilä – Jokinen - Nurmela 2008: 21–22.) Kehittämistyöksi kutsutaan organisaatioissa jatkuvasti tapahtuvaa toiminnan parantamista ja kehittämistä (Kananen 2012: 19). Kehittäminen alkaa aina jostakin organisaatiossa havaitusta muutostarpeesta. Tämä voi olla esimerkiksi jokin työmotivaatiota heikentävä seikka tai puutteelliseksi havaittu toimintamalli työyhteisön sisällä. (Heikkilä ym. 2008: 60.)

Metropolia Ammattikorkeakoulu esitteli Lasten ja nuorten sairaalan kanssa yhteistyössä käynnistämänsä Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa –hankkeen opinnäytetöiden aloitusseminaarissa vuoden 2012 marraskuussa, jolloin kiinnostuimme hankkeesta. Hanke sisälsi muutamia aihekokonaisuuksia, joista monikulttuurinen hoitotyö oli yksi. Koska monikulttuurisuus yhdistettynä lasten erikoissairaanhoidon kiinnostaa meitä molempia, haimme hankkeeseen ja meidät hyväksyttiin. Alkuperäinen aihe oli pelkistetyksi ”monikulttuurisuus hoitotyössä”, ja tässä vaiheessa jäimme ideoimaan aiheen rajausta melko pinnallisella tasolla tietämättä vielä tarkemmin työelämäosapuolen toiveista aiheen rajauksen suhteen. Tällöin kuitenkin meillä oli tiedossa jo se, että opinnäytetyömme toteutetaan kehittämistyönä yhteistyössä Lasten ja nuorten sairaalan kanssa. Kehittämistyömme prosessi jakautuu kolmeen vaiheeseen Heikkilän ym. (2008: 58) ohjeistuksen mukaan. Nämä vaiheet esittelemme kuviossa 1. Kukin vaihe on raportoitu seuraavissa kappaleissa.



Kuvio 1. Kehittämisen vaiheet

3.1 Ideointi, suunnittelu ja kehittämissuunnitelman käynnistäminen

Tammikuussa 2013 meillä oli ensimmäinen kokoontuminen hankkeen koordinaattoreiden sekä muiden hankkeeseen hyväksytyjen opiskelijoiden kanssa. Tällöin saimme tietää tarkemman aikataulun hankkeelle ja opimme, miten kehittäminen rakentuu ja miten se muotoillaan oikeaoppisesti. Tällöin myös monikulttuurista hoitotyötä koskeva aiheemme kiinnitettiin polikliinisen hoitotyön piiriin. Tämän tiedon myötä käynnistyi oikeastaan varsinainen opinnäytetyömme ideointi, ja aloitimme tulevaan työhömmme tutustumisen perehtymällä tiedonhakujen avulla polikliiniseen hoitotyöhön ja monikulttuuriseen hoitotyöhön käsitteinä.

Helmikuussa saimme virallisen tiedon siitä, kuka oli työelämäyhteistyöhenkilömme ja pysyimme ottamaan häneen yhteyttä. Tästä käynnistyi kehittämissuunnitelman rakentaminen työelämälähtöiseksi. Sovimme työelämäohjaajamme kanssa tapaamisista hänen ja hänen nimeämiensä sairaanhoitajien kanssa. Osastonhoitaja kertoi itse toimivansa taustalla valvomassa toimintaa ja koordinoimassa tulevaa koulutustilaisuutta, ja hän nimesi infektiovastaanotolta kaksi sairaanhoitajaa työmme asiantuntijalähteiksi. Osastonhoitaja oli valinnut nämä asiantuntijat infektiovastaanotolta, koska infektiovastaanotolla suurin osa potilaista on ulkomaalaistaustaisia. Ennen tapaamista teimme

tiedonhakua ja etsimme erilaisissa tutkimuksissa esille tulleita ongelmakohtia monikulttuurisen hoitotyön kentällä. Aineiston keräsimme tietokanta- ja käsihaulla. Etsimme tietoa Cinahl-, Medline-, Medic- ja Pubmed-tietokannoista. Lisäksi olimme löytäneet aineistoa muun muassa katsomalla hyväksi havaitsemiemme tutkimusten lähdeluetteiloita, avainsanahaualla koulumme kirjaston verkkoaineistosta sekä käyttämällä Google Scholar -hakua. Aihetta tukevan kirjallisuuskatsauksen valintakriteerinä oli löytää sellaista aineistoa, joka määritteli kulttuurisen kompetenssin mallia ja sellaisia tutkimuksia, joista ilmeni hyvän kulttuurisen hoitamisen ongelmakohtia tai puutteita. Telemme tietokantahaut sekä kooste valitsemiemme tutkimusten keskeisistä sisällöistä löytyvät taulukoituna opinnäytetyömme lopusta (Liite 1 & Liite 2). Aineistohakua on tehty koko opinnäytetyöprosessin ajan, ja liitteetkin ovat saaneet lopullisen muotonsa vasta työmme loppuvaiheilla. Halusimme tiedonhaun avulla varmistaa, että meillä olisi jo etukäteen jonkin verran tietoa aiheesta sekä mahdollisista kehittämishaasteista aihealueella ennen tapaamista. Käytimme tekemäämme tiedonhakua myös pohjana kysymyksille, jotka aioimme esittää poliklinikan sairaanhoitajille. Kokoonnuimme yhdessä koululle laatimaan haastattelupohjaa tulevaan tapaamiseen. Halusimme tehdä valmiiksi kysymyksiä, jotta emme unohtaisi kysyä keskeisiä asioita sekä myös siksi, että niin pystyimme varmistamaan keskustelun sujuvuuden tapaamisessa. Laatimamme haastattelupohja on työmme lopussa liitteenä (Liite 3).

Ensimmäinen tapaamisemme poliklinikan sairaanhoitajien kanssa toteutui marraskuussa. Tapaamisemme aiheena oli pääsääntöisesti monikulttuurisen hoitotyön mahdolliset haasteet sekä aiheen rajaaminen. Kysymyksemme toimivat runkona tapaamiselle, ja jokaisen kysymyksen jälkeen syntyi avointa keskustelua kunkin kysymyksen teeman pohjalta. Tapaamisessa kuulumme haasteista, joita sairaanhoitajat olivat kohdanneet ja saimme suuntaa sille, miten lähtisimme rajaamaan aihetta. Tiedustelimme sairaanhoitajilta, millaisia haasteita he olivat kohdanneet työssään ja millaista tietoa tai taitoa he kokivat tarvitsevänsä lisää. Selvisi, että polikliinisessä hoitotyössä vieraskulttuuristen potilaiden kanssa haasteeksi olivat nousseet sovitusta tapaamisista kiinnipitäminen sekä kunkin potilaan ja hänen perheensä kulttuurin, tapojen ja uskomusten tuntemus. Sairaanhoitajien kertomuksissa tuli ilmi epävarmuus sanattoman viestinnän ja suomalaisille vieraiden tapojen ja uskomusten merkityksestä maahanmuuttajataustaisille potilaille ja heidän perheilleen. Hoitajat toivoivat saavansa tietoa kulttuurien erityispiirteistä tiivistetyssä muodossa, jotta he osaisivat lyhyissä potilastapaamisissa olla tahattomasti loukkaamatta potilaiden kulttuuria, tapoja ja uskomuksia ja siten edistää hyvän ja toimivan hoitosuhteen luontia ja ylläpitoa. Tekemämme tiedonhaun perusteella hoitajat ko-

kivat puutteita nimenomaan kulttuurien tiedollisella alueella, ja tämä tuli ilmi myös käytännön kokemuksissa. Keskustelussamme nousi usein esille sanattoman viestinnän käsite siinä mielessä, että eri kulttuureissa tietyt eleet, ilmeet ja käytännöt voivat olla merkitykseltään hyvin erilaisia siitä, mihin suomalaiset ovat tottuneet. Aiheen alustava rajaus syntyi siis tämän puolitoistatuntisen tapaamisen perusteella helposti, koska meidän ideamme vastasivat hyvin sairaanhoitajien kokemuksia. Kävimme tapaamisessa läpi myös poliklinikan suurimpia ulkomaalaisryhmiä. Sairaanhoitajat kertoivat, että suurimmat potilasryhmät olivat venäläiset, somalit, virolaiset, aasialaiset sekä kurdit. Näistä rajasimme yhteistyössä ulkopuolelle Venäjän ja Viron, koska ne ovat kulttuurillisesti melko lähellä Suomea. Koimme, että itäaasialaisten, somalien ja kurdien kulttuureihin keskittyminen olisi hoitotyön kannalta tärkeämpää, koska nämä kulttuurit ovat suurelle osalle suomalaisista vieraita. Sovimme, että seuraavaksi keräämme lisää aineistoa ja sen tehtyämme järjestämme uuden tapaamisen sairaanhoitajien kanssa.

Tavattuamme sairaanhoitajat menimme vielä tapaamaan työelämäohjaajaamme eli poliklinikan osastonhoitaja, ja kerroimme hänelle ideastamme sekä keskustelustamme sairaanhoitajien kanssa. Hän vahvisti, että aiheen rajaus ja löytämämme ongelmakohdat sekä kehittämishaasteet monikulttuurisessa hoitotyössä olivat juuri niitä, joihin hänkin oli työssään törmännyt. Sovimme vielä muutamista käytännön asioista kuten siitä, että kehittämistyömme järjestettäisiin koulutustilaisuutena poliklinikan osastotunnin yhteydessä seuraavana syksynä. Pohdinnan ja eri vaihtoehtojen punnitsemisen jälkeen päädyimme siihen lopputulokseen, että koulutustilaisuuden järjestäminen poliklinikan henkilökunnalle olisi tehokkain keino jakaa keräämäämme tietoa eteenpäin. Tulimme siihen tulokseen, että henkilökohtainen kohtaaminen on tehokkaampi keino perehdyttää hoitohenkilöstö aiheeseen kuin pelkän kirjallisen tuotoksen toimittaminen osastolle. Lopuksi sovimme keskustelevamme hänen kanssaan jälleen seuraavan tapaamisemme yhteydessä infektio-poliklinikalla. Tapaamisen ja tiedonhakuprosessimme pohjalta syntyi kappale ”Monikulttuurinen hoitotyö ja kulttuurisen kompetenssin kehittyminen”.

3.2 Kirjallisuuskatsauksen kokoaminen ja kehittämistyön toteuttaminen

Tavattuamme työelämäyhteyshenkilömme kartutimme vielä tekemäämme kirjallisuuskatsausta monikulttuurisesta hoitotyöstä ja sen haasteista. Tapaamisen kautta saimme myös hahmoteltua työmme keskeiset käsitteet. Tämän jälkeen aloimme työstää työmme teoriaosaa eli tietopakettia eri kulttuureista. Tietopakettia koskevat hakumme rajasimme koskemaan vain tiettyjä kulttuureja – niitä, jotka valitsimme yhteistyössä infek-

tiopoliklinikan sairaanhoitajien kanssa. Koulumme tarjoamista tietokannoista yksityiskohtaisen tiedon hakeminen oli haastavaa, ja tässä vaiheessa jouduimmekin käyttämään paljon kirjallisuutta aiheemme tueksi. Aihetta tukevaa kirjallisuutta löysimme pääasiassa asiasanahauulla kirjastoista.

Kirjallisuuskatsauksen kokoamisvaiheessa työskentelimme hyvin itsenäisesti, emmekä tavanneet työelämäohjaajiamme. Huhtikuussa järjestettiin opinnäytetyön suunnitelmaseminaari, jolloin saimme palautetta myös opinnäytetyömme varsinaiselta ohjaajalta. Lähetimme myös suunnitelmavaiheen työmme työelämäohjaajallemme sekä infektiovastaanoton sairaanhoitajille. Ohjaavan opettajan kommenttien perusteella muokkasimme työtämme ja jatkoimme aineiston kartuttamista, ja työmme tiedollinen osa eli kappale ”Kulttuurien viestinnän erityispiirteet” alkoi saada lopullisen muotonsa. Teimme tästä kappaleesta kattavan ennen kuin tapasimme sairaanhoitajat seuraavan kerran, jotta kuulisimme heidän mielipiteensä ja mahdolliset parannusehdotuksensa mahdollisimman kattavasti.

Sovimme toukokuun lopulle tapaamisen infektiovastaanoton sairaanhoitajien sekä poliklinikan osastonhoitajan kanssa. Tapaamisen teemana oli tiedottaa heille, missä vaiheessa olemme työmme kanssa sekä kuulla heidän kommenttinsa tähän mennessä tekemästämme työstä. Olimme lähettäneet työmme sen hetkisen version heille etukäteen, jotta heillä olisi aikaa tutustua siihen ennen tapaamista. Tapaamisessa saimme kannustavaa palautetta sekä sairaanhoitajilta että osastonhoitajalta, ja he olivat tyytyväisiä tämänhetkiseen edistymiseemme. Tapaaminen kesti hieman yli puoli tuntia ja sovimme, että kesän jälkeen alamme suunnitella tulevan koulutustilaisuuden ajankohtaa ja sisältöä sekä kartutamme vielä kulttuurien sisältöjä esittelevää osaa työssämme.

Elokuussa aloitimme opinnäytetyömme työstämisen hiomalla valitsemiemme kulttuurien kohtaamista koskevat kappaleet lopulliseen kattavuuteensa, jotta saisimme koulutustilaisuuden rakennettua näiden pohjalle. Syyskuussa tapasimme ohjaavan opettajamme, ja muokkasimme tapaamisen perusteella myös aiemmin tekemiämme osia, kuten johdantoa sekä ”Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet” -kappaletta. Tämän jälkeen oli aiheellista ottaa yhteyttä työelämäohjaajaan ja sopia tulevan koulutustilaisuuden tarkka ajankohta. Sovimme sähköpostitse tilaisuuden pidettäväksi 11.10.2013. Meillä oli muutama viikko aikaa suunnitella ja toteuttaa tuleva koulutustilaisuus. Koulutustilaisuuden tarkempi esittely ja raportointi on esitetty luvussa neljä.

3.3 Raportointi, arviointi ja kehittämistyön päättäminen

Koulutustilaisuuden jälkeen suurimmat työstettävät kokonaisuudet olivat tilaisuuden raportointi sekä kehittämistyömme luotettavuuden sekä laadun arviointi. Opinnäytetyömme luotettavuutta ja laatua arvioimme Anttilan (2007) esittelemien kriteereiden kautta.

Koulutustilaisuuden jälkeen aloimme työstää raportointi- ja pohdintaosuutta. Arviointi oli etupäässä sisäistä, lisäksi hyödynsimme koulutustilaisuuden jälkeen yleisöltä saamamme palautetta. Pohdintaosio pohjautui pitkälti Pirkko Anttilan teokseen ”Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö” vuodelta 2007. Arvioimme onnistumistamme viiden eri osa-alueen kautta. Nämä osa-alueet ovat koulutustilaisuus, luotettavuus, eettisyys, ammatillinen kasvu sekä aiheen merkitys hoitotyölle. Näihin osa-alueisiin päädyimme oman harkinnan, ohjaavan opettajan neuvojen, muiden opinnäytetöiden sekä kirjallisuuden perusteella.

Teimme opinnäytetyötämme esittelevän posterin (Liite 4), joka laitetaan esille Lastenklinalle. Vaikka kehittämistyö tuli meidän osaltamme näin päätökseen, kehittyminen jää kuitenkin jatkumaan. Kehittämällä ja kehittymällä on käsitteinä hienoinen ero. Kehittymistä voidaan tarkastella ulkopuolelta ilman konkreettista osallistumista prosessiin. Kehittämisessä taas on kyse aktiivisesta osallistumisesta, ja sitä toteutetaan kehittämistyönä ja erilaisina kehittämishankkeina. (Anttila 2007: 11.)

4 Koulutustilaisuuden järjestäminen

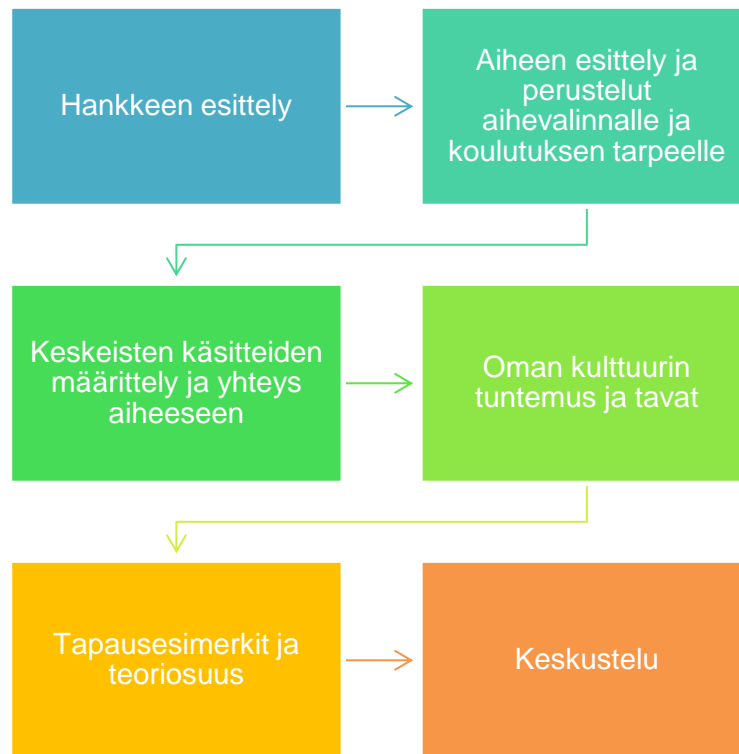
Oppiminen voidaan määritellä prosessiksi, jossa käyttäytyminen muuttuu saatujen kokemusten perusteella (Ruohotie 2000: 107). Tavoitteemme koulutustilaisuudelle oli kartuttaa hoitajien tietoa eri kulttuuriin liittyvistä tavoista ja uskomuksista sekä saada heidät pohtimaan omaa asennettaan ja osaamistaan monikulttuurisen hoitotyön näkökulmasta.

Ammatillinen kasvu on jatkuvaa oppimista, jonka avulla ihminen hankkii ja kehittää uransa aikana niitä taitoja ja tietoja, joiden avulla hän kykenee vastaamaan alati muutuviin ammattitaitovaatimuksiin (Ruohotie 2000: 9). Ammatillisen kasvun avulla pyritään ennaltaehkäisemään osaamisessa ja tiedoissa syntyvät aukot, lisäämään kompetenssia ja pitämään mieli avoimena uusille toimintatavoille ja uudelle tiedolle. Mikäli yksilö ei

kehitä tai hänelle ei anneta mahdollisuutta kehittää omaa ammattitaitoaan, saattavat hänen tietonsa ja taitonsa jäädä sellaiselle tasolle, jolla ne eivät enää vastaa nykyisestä tai tulevasta työtehtävästä suoriutumiseen vaadittavaa tasoa. Jatkuva oppiminen työelämässä kasvattaa myös työmotivaatiota, pitää työn mielekkäänä ja mielenkiintoisena ja ehkäisee urautumista. (Ruohotie 2000: 49–50.) Haluammekin opinnäytetyölämme tarjota Lasten ja nuorten sairaalan henkilökunnalle mahdollisuuden ja kimmokkeen ammatilliseen kasvuun kulttuurisen kompetenssin saralla.

Päätimme toteuttaa Lasten ja nuorten sairaalan poliklinikan henkilökunnalle pitämämme koulutustilaisuuden kokemusperustaisen oppimisen keinoin. Tämän toteutimme käyttämällä itse kehittelemiämme esimerkkitapauksia, joilla havainnollistimme eri kulttuuritaustaisten ja kantasuomalaisten välille mahdollisesti syntyviä ongelmia ja väärinkäsityksiä.

Tunnetuin kokemusperustaista oppimista havainnollistava malli on Kolbin oppimisen syklinen malli vuodelta 1984. Kolb jakaa mallinsa neljään eri vaiheeseen: ensimmäinen vaihe on käytännöstä lähtöisin oleva omakohtainen kokemus, josta seuraa Kolbin mallin toisessa vaiheessa tapahtuva toiminnan reflektointi ja laaja-alainen havainnointi. Kolmannessa vaiheessa yksilö luo tekemänsä havainnoinnin ja reflektoinnin perusteella tapahtuneesta teoreettisen mallin, käsitteellistää sen ja luo kokemukselleen vaihtoehdoisen toimintamallin. Viimeisessä vaiheessa yksilö kokeilee kehittämänsä mallia soveltaen sitä käytäntöön luoden taas uuden omakohtaisen kokemuksen. (Kolb 1984: 235–236.) Koska kohderyhmämme koostui aikuisista ammattihenkilöistä, joilla on pitkä kokemus monikulttuurisesta työskentelystä, halusimme ottaa hoitohenkilöstön rikkaan kokemuspohjan osaksi koulutustilaisuutta ja käyttää sitä yhtenä oppimisresurssina. Samalla saimme haastettua henkilökunnan itse havainnoimaan ja huomaamaan mahdollisia epäkohtia, joita monikulttuurisen perheen kohtaamisessa voi tulla vastaan.



Kuvio 2. Koulutustilaisuuden eteneminen

Järjestämämme koulutustilaisuus toteutettiin Lastenklinikan luentosalissa poliklinikan henkilökunnan osastotuntina perjantaina 11.10.2013. Aikaa koulutustilaisuudelle oli varattu hieman vajaa tunti, jonka käytimme kokonaan. Paikalle saapui henkilökuntaa monipuolisesti aina osastonhoitajasta osastosihteerin ja osaston sairaanhoitajiin. Koulutustilaisuuteen osallistui yhteensä noin 20 henkeä.

Toteutimme koulutustilaisuuden kuvion 2 mukaisesti ja kuvio toimi myös PowerPointesityksemme suunnittelun pohjana. Koulutustilaisuuden sisältämä materiaali oli suoraan peräisin opinnäytetyömme kirjallisesta osuudesta, jonka olimme koonneet kattavien tiedonhakujen pohjalta. Aloitimme koulutustilaisuuden esittelemällä lyhyesti itseämme, Metropolia Ammattikorkeakoulun sekä Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hankkeen. Käytimme ensimmäiset 15 minuuttia aiheen keskeisten käsitteiden määrittelyyn ja kulttuurisen kompetenssin kasvattamisen merkityksen tärkeydestä kertomiseen. Tähdensimme kuulijoille koulutuksen ja myös oman kulttuurin tuntemisen tärkeyttä muiden kulttuurien ymmärtämiseksi. Havaintomateriaalina käytimme PowerPointesitystä, ja kulttuureja koskevana koulutusmenetelmänä käytimme havainnollistavia tapausesimerkkejä. Tapausesimerkkejä käyttämällä myös pedagogiseksi menetelmäksemme valitsemamme kokemuserustainen oppiminen toteutui mielekkäästi ja kuulijat

pääsivät hyödyntämään omaa kokemusperustaansa yhtenä oppimisvälineenä. Tapausesimerkit suunnittelimme keräämämme teoriatiedon pohjalta, ja liitimme ne osaksi kuvitteellisia potilaan ja hänen perheensä kohtaamistilanteita hoitotyön eri alueilla. Pyrimme luomaan tapausesimerkit niin, että ne voisivat tapahtua myös tosielämässä, ja ettei niistä suoraan osannut arvata, missä kohtaa kulttuurien väliset yhteentörmäykset tapahtuivat. Halusimme ottaa tapausesimerkkimme potilaat perheineen mahdollisimman erilaisilta hoitotyön alueilta, joten käytimme yhdessä tapausesimerkissämme kuu-sivuotiasta, joka oli tulossa suunniteltuun nielurisaleikkaukseen ja kahdessa muussa tapausesimerkissämme murrosikäistä lasta. Näistä teini-ikäisistä toinen sairasti tietämättään sukupuolitautilia, ja toisella oli huonossa hoitotasapainossa oleva tyyppin yksi diabetes. Tapausesimerkkien avulla loimme keskustelua ja haastoimme henkilökunnan pohtimaan sanatonta viestintää osana onnistuneen hoitosuhteen luomista. Jokaisen esittelemämme tapausesimerkin jälkeen pyysimme läsnäolijoita pohtimaan, minkä takia potilas tai tämän perhe oli kokenut itsensä loukatuksi tai huonosti kohdelluksi, ja mistä syistä johtuen kommunikaatio ei toiminut toivotulla tavalla. Pohdinnan ja keskustelun jälkeen esittelimme teoriatietoa koskien tapausesimerkin esittelemää kulttuuria ja mahdollisia ongelmatilanteita, joita suomalaisen ja kyseisen kulttuurin edustajien välillä saattaa helposti syntyä.

Koulutustilaisuuden päätteeksi pyysimme paikalla olleelta henkilökunnalta sekä työelämäohjaajaltamme suullista palautetta järjestämästämme tilaisuudesta. Läsnäolijat kertoivat saaneensa uutta tietoa ja kokivat tilaisuuden olleen hyödyllinen. Onnistuimme ilmeisesti myös herättämään kiinnostuksen vieraita kulttuureja kohtaan, sillä muutama paikalla olija jäi vaihtamaan keskenään tietoa lukemistaan aihetta koskeneista kiinnostavista ja hyödyllisistä kirjoista. Usea paikalla ollut myös pyysi saada PowerPoint-esityksemme sähköisenä tai tulostettuna versiona, ja moni pyysi myös saada valmiin opinnäytetyömme itselleen luettavaksi. Sovimme, että lähettäisimme diaesityksemme ja valmiin opinnäytetyömme osastonhoitajalle, joka toimittaisi sen eteenpäin koko henkilökunnalle. PowerPoint-esityksemme diat olemme liittäneet opinnäytetyömme loppuun (Liite 5).

5 Monikulttuurinen hoitotyö ja kulttuurisen kompetenssin kehittyminen

Kiinnostus transkulttuuriseen hoitotyöhön käynnistyi 1950-luvulla Yhdysvalloissa, kun maahanmuutto vilkastui ja toi mukanaan uudenlaisia haasteita hoitotyöhön (Berlin

2010: 22). Tuolloin alettiin ymmärtää, että potilaan kulttuurilla, taustalla ja arvoilla tulisi olla vaikutusta siihen, miten häntä hoidetaan. Sairaanhoidaja ja antropologi Madeleine Leininger (2002) on kulttuurisen hoitamisen mallin perustaja. Hänen kehittämänsä teoria The Culture Care Diversity and Universality on laajasti tunnettu, ja sitä on käytetty lähteenä monessa aiheen tutkimuksessa. Leiningerin kehittämä auringonnousumalli (The Sunrise Model) esittelee ne kulttuurin alueet, joilla on merkitystä potilaan ja hänen perheensä terveyden ja hyvän hoitamisen kannalta. Leiningerin (2002) mukaan näitä alueita ovat muun muassa uskonnolliset ja filosofiset tekijät, taloudelliset tekijät, kulttuuriset arvot ja elämäntavat sekä sukulaisuus ja sosiaaliset tekijät. Teorian myötä saimme lisää perusteita aihevalinnallemme, koska teoria tuo esille henkilön maailmankatsomuksellisten - kuten erilaisten uskomusten, tapojen ja käsitysten - huomioimisen olevan välttämätöntä laadukkaan hoidon tarjoamiseksi.

Monikulttuurisesta hoitotyöstä on saatavilla paljon tutkimustietoa niin ulkomailta kuin Suomestakin. Aiheesta on tehty myös jonkin verran oppinäytetöitä sekä pro graduja. Aikaisemmin tehdyt tutkimukset ovat selvittäneet muun muassa monikulttuurisuuden haasteita hoitotyölle sekä hoitajien asenteita monikulttuurisuuteen liittyen. Tiedonhakuja tehdessämme huomasimme, että eri kulttuurien sisältöihin ja kulttuurisen hoitamisen tiedolliseen puoleen ei ole hoitotieteellisissä tutkimuksissa juurikaan keskitytty, vaikka tiedon tarve osana kulttuurista kompetenssia onkin mainittu useassa lähteessä. Aiemmissä tutkimuksissa käy ilmi, että hoitajat ovat kokeneet taitonsa puutteellisiksi juuri kulttuurisen tiedon hallitsemisen osalta (Berlin 2010: 38–39, Berlin – Johansson – Törnkvist 2006: 17, Emami – Jirwe – Momeni 2008, Pursiainen 2001, Sainola-Rodriguez 2007, Betz 2008: 158). Monikulttuurisuudesta ei löytynyt myöskään tutkimusta, joka olisi tarkastellut ilmiötä vain polikliinisen hoitotyön näkökulmasta. Edellä mainittujen tekijöiden vuoksi - sekä asiantuntijoiden konsultoinnin vahvistamana - päätimme tuottaa lasten ja nuorten poliklinikan työntekijöille tietopaketin eri kulttuurien hoitotyön kannalta merkittävistä sisällöistä. Tämä auttaa hoitajia kohtaamaan onnistuneesti taustaltaan ja kulttuuriltaan erilaisia potilaita ja heidän perheitään.

Keskeisiksi käsitteiksi oppinäytetyömme nousivat käsitteet lasten ja nuorten hoitotyö, perhekeskeisyys, monikulttuurisuus, kulttuurinen kompetenssi, sanaton viestintä sekä polikliininen hoitotyö. Seuraavissa kappaleissa määrittelemme nämä termit ja kuvaamme niiden yhteyttä aiheeseemme.

5.1 Lasten ja nuorten hoitotyö sekä perhekeskeisyys

Opinnäytetyömme sijoittuu lasten ja nuorten hoitotyön maailmaan, koska se tehdään yhteistyössä Lasten ja nuorten sairaalan kanssa. Yhteistyösastomme ikähaarukka käsittää 0-16-vuotiaat lapset. Lasten ja nuorten hoitotyössä potilaana on pieni lapsi tai jo varttuneempi nuori. Yleisen käsityksen mukaan lapsi on alle 18-vuotias. Lasten hoitotyössä täytyy aina huomioida hoidettavan lapsen ikä ja kehitystaso. Lapsi ei ole pieni aikuinen, vaan oma yksilöllinen kokonaisuutensa, jolloin myös hoitamisen tulee olla erilaista kuin aikuisen hoito. Lasten ja nuorten hoitotyön erityispiirteenä on perheen tiivis mukanaolo hoidossa, ja hoitotyötä tulisikin toteuttaa niin, että se sallii perheen mukanaolon parhaalla mahdollisella tavalla. Lapset eroavat aikuisista siinä, että he eivät pysty ilmaisemaan tahtoaan samalla lailla kuin aikuiset, eivätkä myöskään ymmärrä samalla tavalla sairautta tai erilaisia syy-seuraussuhteita. Tämä johtuu yleensä lapsen varhaisesta kehitysvaiheesta, jolloin hän ei pysty ilmaisemaan itseään verbaalisesti tai siitä, ettei lapsi ole vielä kypsä tekemään päätöksiä. Myös vieras ympäristö ja vieraat ihmiset saattavat pelottaa lasta, mikä entisestään heikentää lapsen ymmärryskykyä. Lapsi tarvitsee vanhempiansa tai muun huoltajansa apua ja tukea sopeutuakseen sairauteensa, koska hänellä ei vielä itsellään ole kehityksellisiä edellytyksiä ymmärtää omaa sairauttaan itse. Lapset kokevat myös paljon erilaisia pelkoja sairaalaympäristössä kohtaan, ja pelko vanhemmista eroon joutumisesta on usein suuri. Lasten ja nuorten hoitotyössä ohjaus on suuressa roolissa, koska lapset eivät sisäistä esimerkiksi toimenpiteiden välttämättömyyttä samalla tavalla kuin aikuiset. Lasten ja nuorten hoitotyötä ohjaavat lasten ja nuorten hoitotyön periaatteet, joista yksi on luonnollisesti perhekeskeisyys. (Kaisvu – Storvik-Sydänmaa – Talvensaari – Uotila 2012: 104).

Perhekeskeisyydellä terveydenhuollossa tarkoitetaan sitä, että potilaan lisäksi myös hänen perheenjäsenensä osallistutetaan hoitoon parhaalla mahdollisella tavalla. Perheenjäsenien näkökulma ohjaa toimintaa. Perheen mielipidettä kysytään ja sitä kuunnellaan. Erityisesti lasten hoitotyössä on perheen asema erityisen tärkeä, koska lapsi harvoin tulee vastaanotolle yksin. Perhekeskeisyyden lähtökohtana on, että yhdelle perheenjäsenelle tapahtunut vaikuttaa kaikkien perheenjäsenien vointiin ja toimintakykyyn. (Koistinen – Ruuskanen – Surakka 2009: 16–17). Lapsen sairaus vaikuttaa luonnollisesti tämän vanhempiin ja muihin läheisiin: he ovat huolissaan, työt saattavat kärsiä ja jaksaminen voi muutenkin olla vaikeaa. Täytyy myös muistaa, että vanhemmilla ja muilla perheenjäsenillä on vaikutus sairaaseen lapseen. Tutkimukset osoittavat, että vanhempien kokemus ahdistus, stressi ja pelko sairautta tai sen uhkaa kohtaan siirtyy

myös lapseen (Luotolinna-Lybeck 2003, Ives – Melrose 2010). Perheenjäsenten tulisi siis pysyä rauhallisena ja orientoituneena tilanteeseen sellaisella tavalla, että he ovat kykeneviä päätöksentekoon ja tiedon vastaanottamiseen.

Vanhempien rooli lasten hoitotyössä on keskeinen etenkin päätöksenteon ja lapsen yhteistyökyvyn säilyttämisen saralla, sillä liiallinen lapsen ehdoilla eteneminen voi lisätä lapsen kokemaa pelkoa ja turvattomuuden tunnetta (Ives - Melrose 2010). Opinnäytetyössämme perhekeskeisyys ilmenee niin, että poliklinikalla hoidossa olevan lapsen perheen kulttuurista, tottumukset, ympäristö sekä elämäntilanne otetaan huomioon. Koska opinnäytetyössämme käsitellään ulkomaalaistaustaisia asiakkaita, on perheen näkemyksillä ja totumuksilla erityinen rooli, koska ne voivat poiketa huomattavastikin hoitavan tahon käsityksistä. On myös hyvä pitää mielessä, että perhekäsitys saattaa joissakin kulttuureissa olla hyvinkin laaja: mukaan vastaanotolle saattaa tulla perheenjäseniä useammasta sukupolvesta, ja heidän lisäksi mukana saattaa olla kaukaisempia sukulaisia, kuin mihin me suomalaisina olemme tottuneet (Bechtel - Davidhizar - Havens 1999). Joillakin kulttuureilla käsitys ydinperheestä ja lapsen hoidon kannalta tärkeistä osallistujista voi siis erota paljonkin suomalaisesta käsityksestä, jolloin koko perheen kattava mukaan ottaminen ja informointi voi olla haasteellista.

Sairaanhoitajan tulee ymmärtää perhekeskeisen hoitotyön tärkeys, ja työskennellessä kulttuurisesti monimuotoisten potilaiden kanssa on tärkeää, että sairaanhoitaja toteuttaa hoitotyötä myös korkealle kehittyneen kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta. Lapset elävät perheensä sisällä, ja perhe elää yhteiskunnan ja kulttuurin sisällä. (Deatrick - Gustafson Thibodeaux 2007).

5.2 Monikulttuurisuus hoitotyössä

Monikulttuurisuudella tarkoitetaan yksinkertaisimmillaan sitä, että erilaiset ihmiset ja ihmisryhmät elävät keskenään samassa yhteisössä (Abdelhamid - Juntunen - Koskinen 2009). Monikulttuurisuudesta puhuttaessa nousevat usein esiin myös käsitteet kulttuuri ja etnisyys. Hoitotyöntekijän tulee ymmärtää näiden vaikutus yksilöön, jotta hän voi toteuttaa monikulttuurista hoitotyötä potilaan parhaaksi. Etnisyys voidaan määritellä jonkin tietyn ryhmän kulttuuriseksi erityispiirteiksi, joita ovat tämän ryhmän normit, arvot, asenteet ja toimintatavat. Nämä erityispiirteet juontavat juurensa kansan alkuperäisestä kulttuurista, ja ne ovat kulkeneet ryhmän mukana sukupolvien yli. Etnisyys voidaan määrittää melko yksiselitteisesti yksilön sukujuurien ja syntymäpaikan perusteella, mut-

ta kulttuurin käsitteen määrittely ei ole yhtä yksinkertaista. Kulttuuri on liikkuva käsite, ja erityisesti nykypäivänä kulttuurien sekoittuessa maahanmuuton sekä eri kulttuuritaustaisten yksilöiden solmiessa parisuhteita keskenään on monikulttuurisuuden määrittely haastavaa. (Hickling 2012.) Kulttuuri voidaan määritellä pysyväluonteiseksi käyttäytymisen muodoksi. Kulttuuri ei ole sisäsyntyistä, vaan lapsi oppii sen kulttuurin tavat, jossa hän kasvaa (De - Richardson 2008: 40–41). Kulttuurin mukana opitaan sekä sanaton että sanallinen viestintä (Giger & Davidhizar 2004). Kulttuuri voidaan nähdä voimana, joka ohjaa jäsentensä ajattelua, tekemistä ja päätöksentekoa, ja samaan kulttuuripiiriin kuuluvat jakavat usein hyvin samanlaiset arvot, uskomukset, normit ja toimintatavat (Abdelhamid ym. 2009). Kulttuurille on monenlaisia määritelmiä, mutta kaikille näille on se yhteistä, että kulttuurin koetaan antavan ihmisen elämälle eräänlaisen tietoperustan ja elämäkatsomuksen suunnan.

Kulttuurisesti kompetentti hoitaja ymmärtää kulttuurin ja etnisyyden sosiaalisen ja psykologisen merkittävyyden, sekä niiden vaikutuksen ihmisen käyttäytymiseen erityisesti vieraassa yhteiskunnassa (Hickling 2012). Tässä kiteytyy opinnäytetyömme yhteys monikulttuuriseen hoitotyöhön ja sen edistämiseen. Monikulttuurinen hoitotyö tarkoittaa hoitotyötä, jota tehdään erilaisten kulttuurien parissa niin, että asiakkaat tai työntekijät ovat peräisin erilaisista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Kohtaamista ja vuorovaikutusta monikulttuurisessa hoitoympäristössä tulisi leimata erilaisuuden kunnioitus sekä tasa-arvoisuus. Tavoitteena on asiakkaan monikulttuurisen taustan huomioiminen sekä asiakkaan ja tämän perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen parhaalla mahdollisella tavalla. (Abdelhamid ym. 2009.) Monikulttuurisuus on avainkäsitteenä opinnäytetyössämme, sillä painopiste työssämme on kokonaan monikulttuurisessa hoitotyössä ja eri etnisten ryhmien onnistuneessa kohtaamisessa. Työmme keskittyy monikulttuurisuuteen nimenomaan eri kulttuureista peräisin olevien asiakkaiden näkökulmasta, ja pyrimme parantamaan heille tarjottavan hoitotyön laatua.

5.3 Kulttuurinen kompetenssi

Onnistunut kulttuurinmukainen hoitaminen vaatii kulttuurisen kompetenssin ehtojen täyttymistä (Papadopoulos 2006). Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa yksilön kulttuurista tietoisuutta ja kyvykkyyttä tarjota laadukasta hoitoa potilaalle, jonka arvot, uskomukset ja käytös eriävät hoitajan käsityksistä (Berlin, Anita 2010: 45). Hoitajien kulttuurinen kompetenssi kehittyy tutkimusten mukaan sitä enemmän, mitä useampia ulkomaalaistaustaisia potilaskontakteja hoitajalla on ollut (Cioffi 2006: 323–324). Erilais-

ten kulttuuritietoisuutta kehittävien ja siihen syventyvien kurssien ja koulutustilaisuuksien on tutkittu lisäävän hoitajien kulttuurista kompetenssia (Brathwaite ym. 2005: 477, Berlin - Nilsson - Törnkvist 2010: 381–382, Broome - McGuinness 2007: 292).

Tullakseen kulttuurillisesti kyvykkääksi tulee hoitajan hallita viisi eri kompetenssin osa-alueita. Nämä alueet ovat kulttuurinen tietämys, kulttuurinen tieto, kulttuurinen taito, kulttuurinen kohtaaminen sekä kulttuurinen tahto. Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen on prosessi, joka vaatii yksilöltä perusteellista ajattelun, ymmärryksen ja vuorovaikutuksen muuntautumista. (Berlin 2010: 45.) Abdelhamid, Juntunen ja Koskinen (2009: 32–33) lisäävät kulttuuriseen kompetenssin osa-alueisiin myös kulttuurisen herkkyyden.

Kulttuurisen tiedon alla ovat terveystyöskäytymiseen, -uskomuksiin ja -eroihin liittyvät seikat, biologinen, psykologinen ja antropologinen ymmärrys ja lisäksi eri kulttuurien eroavaisuudet ja samankaltaisuudet. Kulttuuriseen tietoisuuteen kuuluu kyky tunnistaa oma kulttuurinen tausta ja asenteet sekä asiakkaan kulttuuriset arvot, uskomukset ja tavat. Kulttuurinen kohtaaminen tarkoittaa potilaan vuorovaikutuksellista kohtaamista ja kiinnostusta hakeutua kulttuurisiin kohtaamistilanteisiin. Kulttuuriseen tahtoon kuuluvat halu ja motivaatio hoitaa taustaltaan erilaisia potilaita. Kulttuurista taitoa on kyky toteuttaa hoitotyötä niin, että se ottaa huomioon asiakkaan kulttuuriset tarpeet. Kulttuurisessa sensitiivisyydessä eli herkkyydessä taas korostuvat empatiakyky, hyväksyntä, luottamuksellisuus, kunnioitus, soveliaisuuden rajoissa pysyminen ja yksilölliset kommunikaatiotaidot. (Berlin 2010: 45–46, Abdelhamid ym. 2009: 32–35.) Kulttuuriseen kompetenssiin kuuluvat myös ennakkoluulojen ja -käsitysten karistaminen, syrjinnän ja epätaasa-arvon vastustaminen, yksilön kliiniset taidot sekä päätöksenteko- ja arviointitaidot. (Papadopoulos 2006). Keskitymme työssämme kulttuurisen tietoisuuden sekä kulttuurisen tiedon alueeseen ja tavoitteenamme on myös edistää kulttuurisen tahdon kehittymistä.

5.4 Sanaton viestintä

Kulttuurien välinen viestintä edellyttää keskustelukumppanin kulttuurin tiedostamista ja sen hallintaa. On tärkeää tiedostaa myös oman kulttuurin olemassaolo, jotta voi ymmärtää olevansa itsekin kulttuurin mukaan toimiva olento. Oman kulttuurin olemassaolon tiedostaminen auttaa myös näkemään kulttuurien välisiä eroja. Sanaton viestintä korostuu kulttuurisessa kanssakäymisessä. Sanaton eli nonverbaali viestintä tarkoittaa

viestinnän sanatonta, ei-kielellistä ulottuvuutta. Ihmisen ilmeet, eleet, asennot ja äänensävy ovat sanatonta viestintää, samoin esimerkiksi vaatetus, tuoksut ja hiukset. Sanaton viestintä tukee verbaalista viestintää, mutta se voi myös aiheuttaa ristiriitoja tai viestittää vastaanottajalleen negatiivista viestiä. Eri kulttuurien välinen viestintä on herkempi häiriöille kuin viestintä samaa kulttuuria edustavien kesken. (Salo-Lee 1996: 7-14.)

Potilastyössä sanatonta viestintää pidetään tärkeänä väylänä ilmaista ja ilmoittaa vastaanottavansa tietoa tunnetasolla, ja se auttaa myös liittämään sanallisen viestinnän asiayhteyteen selventäen sen vaikutusta. Lääkäriin tai hoitajan sanaton viestintä vaikuttaa potilaan tai tämän läheisen arvioon henkilön ammattitaidosta ja uskottavuudesta, mikä puolestaan voi toimia joko hoitoon sitouttavana tekijänä tai päinvastoin. (Ishikawa - Hashimoto - Fujimori - Kinoshita - Shimizu - Yano 2006.) Ihminen lähettää ja vastaanottaa myös tietämättään jatkuvasti sanattomia viestejä eikä aina itse huomaa niiden vaikutusta toimintaansa. Joskus meille saattaa välittyä tunne siitä, että keskustelukumppanimme ei pidä meistä, vaikka toinen käyttäytyisi ystävällisesti ja kohteliaasti eikä toisi kielteistä suhtautumistaan esille. Tämä johtuu siitä, että olemme tietämättämme lukeneet hänen sanatonta viestintäänsä. Emme osaa tällöin selittää, mikä keskustelukumppanissa oli sellaista, joka toi tätä negatiivista tunnetta ilmi. Sanatonta viestintää on myös esimerkiksi äänen tai sanojen tietynlainen painotus. (Koester – Lustig 2010: 198–199.)

Sanaton viestintä on suuressa roolissa monikulttuurisessa hoitotyössä. Erityisesti poliklinikalla potilaskontaktien ollessa usein lyhyitä ja toistuvia olisi hyvin tärkeää, ettei hoitaja eleillään tai asennoillaan loukkaa potilasta tai tämän läheisiä ja näin ollen saa aikaan tilannetta, jossa potilas tai hänen läheisensä kokevat arvojensa tulleen loukatuiksi eikä saavu enää hoitoon. Sanaton viestintä heijastelee niitä arvoja, uskomuksia ja asenteita, joita meillä kullakin on. Jos puhujan eleet ja puhe ovat kuulijan mielestä kulttuurisesti ristiriidassa keskenään, uskoo hän herkemmin sanatonta viestintää (Kaikkonen 2004: 26).

Opinnäytetyömme keskittyy sanattoman viestinnän merkitykseen kulttuurisessa vuorovaikutuksessa. Sanaton ja sanallinen viestintä eivät ole kaksi erillistä asiaa, vaan ne toimivat yhdessä joko tehostaen tai heikentäen toistensa sanomaa. Monikulttuuriseen sanattomaan viestintään kuuluvat esimerkiksi hoitajan asennot, ilmeet ja eleet, mutta myös asenteet ja tiedot hoitajan sanoman takana. Sen vuoksi on tärkeää, että opinnäy-

tetyössämme puhutaan myös asenteista ja siitä tiedosta, mitä hoitajalla on eri kulttuureista. Tieto eri kulttuureista ja oman kulttuurin erityispiirteistä avartaa hoitajan mielen vastaanottamaan potilaan sanomaa ja kuuntelemaan tätä ennakkoluulottomammin. Myös potilas aistii hoitajan asenteen ja tämän suhtautumisen itseensä, ja jos hoitaja ei miellytä potilasta eikä hän tunne tulevansa kohdatuksi yksilönä ja ymmärrettynä, ei hoitosuhde pääse kehittymään luottamukselliseksi. Tämän vuoksi eri kulttuureista tulevien kanssa on todella tärkeää ottaa huomioon sanattoman viestinnän kokonaisuuden vaikutus hoitotyön laatuun ja potilaan kohtaamisen onnistumiseen.

5.5 Polikliininen hoitotyö

Polikliininen hoitotyö tarkoittaa poliklinikalla tapahtuvaa hoitoa, joka ei vaadi potilaan yöpymistä sairaalassa. Poliklinikat toimivat sairaaloiden yhteydessä vastaanotto-, hoito- ja tutkimusyksikköinä. Ne toimivat usein ajanvarausperiaatteella, ja potilas tarvitsee lääkärin lähetteen tullakseen poliklinikalle hoitoon. Polikliinisen hoitotyön erityispiirteitä ovat lyhyet tapaamisajat sekä niihin liittyen usein tiukka aikataulu. Onnistunut polikliininen hoitotyö vaatii potilaalta sitoutumista mahdollisesti useisiin tapaamiskertoihin sekä sääntillisyyttä saapua paikalle oikeaan aikaan. Poliklinikalla hoitosuhteet saattavat jäädä pinnallisiksi lyhyiden tapaamisaikojen vuoksi, ja ulkomaalaistaustaisten potilaiden ja perheiden kanssa asioiminen voikin siksi olla erityisen haastavaa poliklinikoilla. (Virtanen 2010, Björckbacka - Saavalainen-Hakala 2013).

Polikliininen hoitotyö on moniammatillista, ja lääkäri-sairaanhoitaja -työpari toimii usein yhdessä. Sairaanhoitaja voi pitää myös omaa vastaanottoaan poliklinikalla ohjaus- ja opetustarkoituksessa, lisäksi hän saattaa antaa konsultaatioita myös puhelimitse. Poliklinikoilla voi olla myös erikoisalasta riippuen esimerkiksi toimintaterapeutin ja sosiaalityöntekijän vastaanotto. Kirurgisella poliklinikalla tehdään pientoimenpiteitä kuten ruuvien poistoja, ja kirurgian poleilla järjestetään myös pre- ja postoperatiivisia käyntejä. Poliklinikoille tyypillistä onkin, että ne toimivat erikoisalakohtaisesti ja erikoisalan osastot sijaitsevat lähellä poliklinikkaa. (Virtanen 2010).

Polikliininen hoitotyö on avainasemassa opinnäytetyössämme ja siksi sen määrittely on tärkeää. Olemme rajanneet aiheemme käsittelemään monikulttuurisuuden haasteita polikliinisen hoitotyön näkökulmasta, ja opinnäytetyömme työelämäohjaaja on lasten ja nuorten poliklinikan osastonhoitaja. Työmme asiantuntijoina toimivat sairaanhoitajat työskentelevät lasten ja nuorten infektio-poliklinikalla, jossa heidän kertomansa mukaan

noin 80 % potilaista on kulttuuritaustaltaan ulkomaalaisia (Björckbacka - Saavalainen-Hakala 2013).

6 Kulttuurien välisen viestinnän erityispiirteet

Taitava kulttuurien välinen viestintä edellyttää myös oman kulttuurin tiedostamista ja tuntemista (Berlin 2010: 45). Berlin sanookin kulttuurisen tietoisuuden olevan koko kulttuurisen kompetenssin sydän, sillä ilman tietoisuutta ihmisten kulttuurisesta taustasta ja kulttuurin vaikutuksesta ei voi ymmärtää kulttuurisen hoitamisen ydintä. Tämän vuoksi esittelemme seuraavassa kappaleessa suomalaisen vuorovaikutuskulttuurin erityispiirteitä. Seuraavissa kappaleissa esittelemme tyypillisiä kulttuuriin sidonnaisen käyttäytymisen ja elekielen eroja muualta maailmasta verraten näitä perinteiseen suomalaiseen käyttäytymiskulttuuriin.'

6.1 Taitava kulttuurinen viestintä

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu suomalaiseen kulttuuriin ja toimii Suomen lain puitteissa. Tämän vuoksi järjestelmä ei pyri mukautumaan maahanmuuttajien arvojen mukaiseksi, vaan tavoitteena on sopeuttaa meille muuttavat ulkomaalaiset suomalaisen järjestelmän vaatimuksiin. Järjestelmän tulee kohdella kaikkia tasa-arvoisesti ja yhdenvertaisesti, eikä yksikään vähemmistö ole oikeutettu vaatimaan järjestelmältä sellaista mukautumista, joka olisi vastoin sen arvoja tai toimintaperiaatteita. Maahanmuuttajien sopeuttamista vallitsevaan järjestelmään helpottaa heidän kulttuuristen erityispiirteidensä tuntemus. Joissakin kulttuureissa voi olla sellaisia tapoja tai käytäntöjä, jotka eivät istu suomalaiseen yhteiskuntaan tai joita suomalaiset eivät ymmärrä. Tietämys näistä kulttuurisista eroavaisuuksista auttaa hahmottamaan eri kulttuurien koko kirjon. Ymmärrys siitä, että ihminen on kulttuurisidonnainen olento avartaa käsityksiämme ja helpottaa suhtautumaan ymmärtäväisesti ja suvaitsevaisesti kohdassamme meille vieraita tapoja tai jopa omasta mielestämme vääriä käsityksiä. (Tuominen 1998: 20–21, De - Richardson 2008: 41–42.)

On selvää, että eri kulttuurien tuntemus hoitohenkilökunnan keskuudessa on rajallista, eikä kaikista yksityiskohdista tai tavoista voi olla perillä kukaan yksittäinen ihminen. Tällaisia tapauksia varten kannattaa noudattaa hyväksi havaittuja yleisiä ohjeita. Ulkomaalaistaustaisen potilaan kanssa ei kannata mennä niin sanotusti suoraan asiaan,

vaan keskustelu tulisi aloittaa keskustelemalla arkipäiväisistä asioista, kuten hänen kokemuksistaan Suomessa tai vaikka säätilasta. Tällaisella ”small-talkilla” voidaan tutustua asiakkaisiin ja tunnustella maaperää ennen varsinaiseen terveysongelmaan paneutumista. Pieni luonnollinen juttelu ja kiinnostuksen osoitus asiakasta kohtaan edistää myös luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä. Lyhyen jutustelun jälkeen asiakkaalta ja hänen perheeltään on helpompi kysyä heidän tilanteestaan ja ajatuksistaan suoraan. (Tuominen 1998: 122.) Haastattelututkimuksen perusteella henkilökunnan ei tulisi antaa liian myönteistä tietoa tai katteettomia lupauksia ulkomaalaistaustaisille asiakkaille, sillä he saattavat ottaa ne hyvin kirjaimellisesti ja loukkaantua suuresti, jos luvattu asia ei toteudu. Asiakas saattaa tällöin myös tuntea, että häntä kohdellaan rassistisesti. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 198.)

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ei koskaan säästyä konflikteilta ja väärinkäsityksistä edes saman kulttuuripiirin sisällä. Hoitohenkilökunnan tuleekin ymmärtää, että kaikki ristiriitatilanteet eivät ole selitettävissä pelkästään kulttuurierojen perusteella. Tämä tulee huomioida myös asenteissa. Hoitavan tahon tulisi kohdata asiakas avoimin mielin ilman ennako-oletuksia esimerkiksi siitä, että suhteen luominen tulee olemaan haasteellista asiakkaan tullessa vieraasta kulttuurista. Väärinkäsitysten suhteen kannattaa hoitotyössä olla avoin, ja ne kannattaa usein selvittää keskustellen heti tapahtuneen jälkeen. Joskus hoitajan tai lääkärin voi olla hyödyllistä myöntää suoraan, ettei tällä ole kovinkaan paljoa tietoa asiakkaan kulttuurista. Kun asiakas tai hänen perheenjäsenensä ymmärtää, että mahdollinen loukkaus johtuu inhimillisestä tietämättömyydestä, voidaan hoitosuhteessa saavuttaa uudelleen luottamus ja hoitosuhteen jatkaminen ja kehittyminen mahdollistuvat. (Tuominen 1998: 122.)

On tärkeää pitää mielessä, ettei johtopäätösten ja ennakkokäsitysten muodostaminen pelkästään toisen kulttuuritaustan perusteella ole aina järkevää. Toinen varteen otettava seikka on, ettei tietyn uskonnon tunnustaminen tai harjoittaminen välttämättä tarkoita sitä, että yksilö noudattaisi kyseiseen uskontoon liittyviä ruokavalio- tai rukoilutapoja. (Hollins 2005, Broome - McGuinness 2007: 293). Hoitotyössä tulee aina toimia yksilökeskeisesti ja asiakaslähtöisesti. Stereotyointi voi toisaalta olla myös hyödyllistä, koska se helpottaa meitä kohtaamaan eri ryhmiin kuuluvia ihmisiä (Tuominen 1998:35). Kohdatessamme esimerkiksi ryhmän nuoria tai iäkkäitä henkilöitä emme puhu heille samalla lailla, sillä ennakkokäsityksemme ohjaavat toimintaamme. Osaamme näiden yleistysten kautta tiedustella eri ryhmien edustajilta heille ominaisista asioista. Esimerkiksi muslimilta osaamme kysyä mahdollisia ruoka-ainerajoituksia ja epävakaista tai

köyhistä oloista tulevalta varmistamme hänen luku- ja laskutaitonsa tason ennen kuin annamme kirjallisia ohjeita.

6.2 Suomalainen kulttuuri ja tavat

Suomalaiset vaativat viestiessään tilaa ja ovat kosketusherkkiä, eikä keskustelukumppania tule koskettaa ilman syytä (Koester - Lustig, 2010: 211). Kosketuksen suhteen käsi ja olkapää ovat suomalaisille neutraaleimpia paikkoja (Lewis 2005: 80). Riittävä etäisyys suomalaisen keskustellessa on noin metri, ja jos keskustelukumppani pyrkii lähemmäs, suomalainen usein perääntyy. Kättely on Suomessa napakkaa, ja kaikkia jäseniä kätellään samaan tapaan sukupuolesta riippumatta (Axtell 1998: 137). Suomalaiset arvostavat suoraa ja rehellistä lähestymistapaa, eikä meillä harrasteta kovin paljon ”small-talkia”. Toisen puheenvuoron keskeyttämistä pidetään myös epäkohteliaana tapana (Lewis 2008: 72). Suomalaisessa keskustelussa rauhallisuus ja järkkymättömyys ovat hyveitä, suomalaiset ovat myös tarkkoja sanomisistaan ja siksi ilmaisevatkin usein ajatuksensa vasta mietittyään. Lioiteltu tai erittäin tunteellinen ilmaisu on suomalaisille vierasta, ja keskustelu pidetään yleensä asiallisena ja tynenä. (Lewis 2008: 14–15; Mikluha 1998).

Sanaton viestintä korostuu suomalaisessa kulttuurissa. Suomalaisia pidetään usein melko ujoina ja jäykkinä. Vastaanottaja saattaa joutua tulkitsemaan useita pieniä ilmeitä ja eleitä, ennen kuin hän saa selville, mitä suomalainen todella tarkoittaa. Suomalaisessa keskustelussa eivät kädet juurikaan heilu, ja muutenkin keskustelu on melko vähäeleistä. Käsillä elehtiminen on suomalaisille yksi hankalimmista asioista imitoida tai edes sietää. Suomalaiset eivät tavallisesti myöskään ole aktiivisia kuuntelijoita, vaan kuuntelevat enemmän hiljaa kuin osallistuvat toisen kertomukseen nyökytellen ja välikommentteja esittäen. Lewis (2005) kuvaileekin suomalaisia ”maailman parhaiksi kuuntelijoiksi”, jotka on ohjeistettu kunnioittamaan ja arvostamaan toisen ihmisen puhetta ja mielipiteitä keskeyttämättä heitä. Suomalaiset keskittyvät toisen ihmisen sanomisiin ja miettivät niitä hiljaa itsekseen. Jos joku esittää suomalaiselle kysymyksen ”Mitä ajattelet tästä”, hän ei vastaa saman tien, vaan ajattelee ensin ja vastaa sitten. Monissa muissa kulttuureissa vastaaja alkaa heti kysymyksen päätyttyä pohtia asiaa ääneen, mutta suomalainen ei näin yleensä tee. Tämä suomalaisten hiljainen ja tilaa antava keskustelutapa yhdistettynä suomalaisten vähäiseen kehonkielenkäyttöön vuorovaikutustilanteissa saattaa aiheuttaa väärinymmärryksiä silloin, kun toinen keskustelija on peräisin runsaseleisestä ja kuuntelijanakin aktiivisesti osallistuvasta kulttuurista.

Suomalaiset käyttävät myös kehonkieltä, mutta se ei näyttäyty selkeänä sellaisten kulttuurien edustajille, jotka ovat tottuneita suurieliseen kanssakäymiseen. (Lewis 2005: 69–77; Lewis 2008: 14,72.)

Suomalaiselle elehdinnän ja osallistuvan keskeyttämisen sijasta suora katsekontakti on tärkeä, sillä se osoittaa vastaanottajan kuuntelevan. Silmiin katsominen edustaa suomalaisille rehellisyyttä ja kiinnostuneisuutta, pälyily ja katsekontaktin välttäminen tulkitaan nopeasti epäluotettavuudeksi. Suomalainen siis kuuntelee katsoen toista silmiin, mutta vastatessaan hän ei tuijota toista silmiin herkeämättä. (Mikluha 1998: 35–36, Lewis 2005: 78).

Asennot ovat avain suomalaisen sanattoman vuorovaikutuksen ymmärtämiseen. Suomalaiset istuvat jalat yhdessä virallisissa tilaisuuksissa osoittaen muodollisuutta ja hyvää asennetta. Kun keskustelu muuttuu epämuodollisemmaksi, saattaa suomalainen vaihtaa jalkojensa asennon risti-istuntaan. Risti-istunnan tapoja on monenlaisia: kaikkein muodollisin on nilkka toisen päällä, seuraavaksi polvi toisen päällä, ja kaikkein epämuodollisin ja rennoin tyyli on pitää toisen jalan nilkkaa toisen polven päällä. Jalkojen sanattoman viestinnän sanotaan olevan vähemmän hallitumpaa kuin muun kehon, ja siksi myös suomalainen viestii paljon jaloillaan. Tyksistyessämme saatamme huomaamatta naputtaa lattiaa jalalla, tai halutessamme paeta paikalta saatamme heilutella jalkoja ylös ja alas tai nostella kantapäitä lattiasta. Suomalaiset eivät missään nimessä astu toistensa varpaille turhautuessaan, mutta jossain maissa tätä käytetään aktiivisesti. (Lewis 2005: 80–81.)

Suomalaiset eivät niin sanotusti luota sanoihin samoin kuten monet muut kansat. Me uskomme, että vain välttämättömät asiat tulee ilmaista sanoin. Siksi meidän tulee ottaa huomioon, että esimerkiksi somalipotilas sanoo myös paljon sellaista, jota me emme pidä tärkeänä hoidon kannalta. Joskus vieraasta kulttuurista tulevan puhe saattaa meistä tuntua sekalaiselta kaikkine yksityiskohtineen ja sivuraiteineen, mutta tästä ei tule hämmentyä. Suomalaisessa viestinnässä on myös ero naisten ja miesten välillä: naisten sanotaan olevan alltiimpia puhumaan, ja heidän sanotaan myös ymmärtävän paremmin sanattomia viestejä. (Lewis 2005: 81–84.)

6.3 Itäaasialaisen potilaan ja hänen perheensä kohtaaminen

Itäaasialainen kulttuuri on tyypillisesti muodollisempaa kuin länsimaalainen, ja aasia-laista potilasta ensi kertaa puhutellessa onkin kohteliasta kysyä, miten hän haluaa itse-ään kutsuttavan. Myös perheen merkitys hoidossa ja päätöksenteossa on korostunut, ja lähisukulaiset tulisikin osallistuttaa mahdollisuuksien mukaan hoitoon. (Cichocki 2008). Itä-Aasiassa pidetään usein myös hyvänä tapana tervehtiä vanhinta perheenjäsentä ensin (Axtell 1998: 177).

Länsimaalaisessa kulttuurissa katsekontaktia keskustelukumppanin kanssa pidetään huomattavasti tärkeämmässä asemassa kuin itäaasialaisessa kulttuurissa. Esimerkiksi japanilaisessa kulttuurissa katsekontaktin välttämistä pidetään merkinä kunnioituksesta ja arvonannosta (Akechi - Hasegawa - Hietanen - Kikuchi - Senju - Uibo 2013, Bechtel - Davidhizar - Havens 1999). Tutkimukset osoittavatkin, että suorassa katsekontaktissa olevat kasvot vaikuttavat itäaasialaisissa kulttuureissa epäystävällisemmiltä ja vaikeammin lähestyttäviltä (Akechi ym. 2013). Itäaasialaisen ottama verrattain lyhyempi ja harvempi katsekontaktin ottaminen saattaa selkeään, pitkäkestoiseen katsekontaktiin tottuneesta suomalaisesta tuntua hämmentävältä, ja pahimmassa tapauksessa suomalainen voi virheellisesti tulkita keskustelukumppanin käytöksen välinpitämättömyydeksi. Tuijottaminen on Japanissa epäasiallista ja työkeää käytöstä. Lewisin (2005) mukaan japanilaiset katsovat 90 prosenttia ajasta pois päin keskustelukumppanista, kuunnellessaan tämän kaulaan ja itse puhuessaan omiin jalkoihinsa. (Lewis 2005: 78-79.) Kiina on tunnetusti erittäin tiheään asuttu maa, ja kiinalaiset ovat usein tottuneita rajalliseen henkilökohtaiseen tilaan. Tämä näkyy myös keskustelutilanteissa: kiinalaiset ovat tottuneet seisomaan erittäin lähellä keskustelukumppaniaan. Länsimaalainen reagoi tähän yleensä perääntymällä, jolloin kiinalainen siirtyy jälleen lähemmäksi. Vaikka kiinalaiset pyrkivät keskustelemaan hyvin lähekkäin, eivät he kuitenkaan halua tulla kosketetuiksi. (Axtell 1998: 177–178.) Myös Japanissa suhtaudutaan torjuvasti vieraan henkilön kosketukseen (Koester - Lustig 2010: 211).

Japanilaiset ja kiinalaiset arvostavat hiljaisuutta, ja heille hoitajan tai lääkärin hiljainen pohdiskelu ja rauhallisuus osoittavat harkitsevaisuutta ja huolellisuutta. Heidän kanssaan asioidessaan ei ammattihenkilön tulisikaan kiirehtiä tai hätiköidä, vaan rauhalliselle pohdinnalle voi jättää aikaa. Tätä kiireettömyyden käsitystä tukee myös Itä-Aasialle tyypillinen ajantaju, jossa aika ei kulje lineaarisesti vaan asiat toistuvat määrävälein luonnollisella tavalla eikä asioiden edelle tarvitse kiirehtiä. (Tuominen 1998: 42, 92–93, Lewis 2008: 94.) Mikäli japanilainen potilas pitää silmiään kiinni kuunnellessaan hoita-

jan tai lääkärin ohjeistusta, on tämä merkki siitä, että hän kuuntelee intensiivisesti (Lewis 2008: 94).

Itäaasialaisessa kulttuurissa käveleminen on tyypillisin liikkumismuoto, ja kengät ke-
räävätkin huomattavasti enemmän likaa kuin länsimaisissa kulttuureissa. Tämän takia
kengänpohjien näyttäminen toiselle koetaankin erittäin loukkaavaksi, vaikka se tapah-
tuisi tahattomasti. Hoitajan tulisikin kiinnittää huomiota siihen, ettei esimerkiksi istu jalka
toisen polven päällä niin, että hänen kengänpohjansa näkyvät. Ele on vähintään torju-
va, mutta useissa kulttuureissa se voi olla myös suoranainen loukkaus. (Tuominen
1998: 46).

Itäaasialaisen ja suomalaisen kohteliaisuuskäytännöt ovat myös erilaisia. Siinä missä
kivulias suomalainen ottaa tarjotun kipulääkkeen heti ensimmäisellä kerralla vastaan
saattaa aasialaistaustainen potilas ystävällisesti hymyillen kohteliaasti kieltäytyä lää-
kkeestä, vaikka olisi selkeästi kivulias. Tämä johtuu siitä, että itäaasialaisessa kulttuuris-
sa on kohteliaasta kieltäytyä tarjotusta hyödykkeestä, kun sitä ensimmäistä kertaa tarjo-
taan (Galanti 2003). Itäaasialaiseen kohteliaisuuteen kuuluu myös se, ettei koskaan
tulis sanoa suoraan ei, vaan kieltävä vastaus ilmaistaan kiertoilmauksin ja verhoillaan
kohteliaisuuksiin (Tuominen 1998: 93). Japanilaisille hymy edustaa paljon laajempaa
tunneskaalaa kuin suomalaisille. Se voi kertoa surusta, ilosta, hyväksynnästä, häpeäs-
tä tai eriävästä mielipiteestä. (Koester - Lustig 2010: 203.) Älä siis tulkitse japanilaisen
hymyä automaattisesti hyväksynnäksi: sen taakse voi kätkeytyä muitakin tunteita.

Itäaasialainen kulttuuri on myös niin kutsuttu häpeäkulttuuri, jossa kivun tai liiallinen
tunteiden näyttäminen koetaan nöyryyttäväksi. Kasvojen menettämistä vältetään vii-
meiseen asti ja kunniaa pidetään kiinni. Tämän takia itäaasialainen saattaa kokea
tunteidensa ilmaisun tai kivuistaan kertomisen alentavaksi, joten hoitajan tulisikin kiin-
nittää erityistä huomiota potilaan kehonkieleen arvioidessaan tämän kipua tai avun
tarvetta. Itäaasialainen pyrkii myös välttämään viimeiseen asti kiihtyneisyyden tai vihan
ilmaisemista sanallisesti (Koester - Lustig 2010: 97). Aasialaisessa kulttuurissa lääkäri
nähdään korkea-arvoisena auktoriteettihahmona, jolle ei ole soveliasta esittää kysy-
myksiä. Hoitajan olisikin hyvä vielä kahden kesken kertaalleen lääkärin tapaamisen
jälkeen varmistaa potilaalta, josko tälle olisi vielä jäänyt jotain kysyttävää. (Tuominen
1998: 98; Cichocki 2008.) Itäaasialainen potilas ei välttämättä kerro, mikäli hän ei ole
ymmärtänyt ohjeita. Hän saattaa vain nyökätä ymmärryksen merkiksi, vaikkei olisikaan
ymmärtänyt. Tämä johtuu siitä, ettei hän halua tietämättömyydellään menettää omia

kasvojaan tai saattaa hoitajaa noloon tilanteeseen, jos tämäkään ei osaa selittää. (Hiv-hoitotyön käsikirja 2011: 80). Japanilaiset kysyvät harvoin tarkentavia kysymyksiä, koska heidän kulttuurissaan sitä voidaan pitää epäkohteliaana (Lewis 2008: 94).

Itäaasialaisia hoitaessa tulee huomioida, että päätä pidetään sielun elinpaikkana ja näin ollen pyhänä ja yksityisenä, eikä aasialaistaustaisen lapsen päätä tulisi koskettaa ilman syytä esimerkiksi silittelytarkoituksessa. On hyvä muistaa, että Kiinassa arvostetaan yhä usein enemmän poika- kuin tyttölapsia. Etenkin vanhimman pojan rooli perheessä on merkittävä, sillä hänen tulee huolehtia vanhemmistaan sekä pitää hyvää huolta esivanhempien hengistä. Itä-Aasiassa huonojen uutisten kertominen on vaikea ja hienotunteisuutta vaativa tilanne, jossa potilaan ei tulisi olla yksin ilman perhettään. Lähiomaiset kutsutaan paikalla, kerrotaan heille mitä on todettu, mitä voidaan tehdä ja mikä on ennuste. Joskus omaisten mielestä olisi myös parempi, ettei potilaalle itselleen kerrota hänen tilanteensa vakavuutta. (Tuominen 1998: 94–95, 100–101).

Vanhempien ihmisten kunnioitus ulottuu Kiinassa myös perhesuhteiden ulkopuolelle. Kiinalaiset arvostavat korkeaa ikää ja sen mukanaan tuomaa viisautta, ja ovat taipuvaisia luottamaan iäkkäämmän asiantuntijan sanaan enemmän kuin nuoremman. Esimerkiksi hoitotyössä nuoren hoitajan tai lääkärin mielipidettä tai ohjeistusta ei välttämättä oteta kovin vakavasti. (Lewis 2008: 127.)

Kiinalaisten, japanilaisten ja vietnamilaisten kanssa asioidessa on hyvä ottaa huomioon heidän erilainen perhekäsityksensä. Näissä kulttuureissa perheeseen kuuluvat myös esi-isien henget, joita pitää kunnioittaa. Henget ovat vahvasti läsnä jokapäiväisessä elämässä sekä päätöksenteossa. Myös verta pidetään erityisasemassa varsinkin kiinalaisessa kulttuurissa, sillä veren uskotaan sisältävän "kin", eli elämänvoiman. Verenuuvuttamista pidetään esi-isiä epäkunnioittavana, ja mitä enemmän verta yksilöllä on, sitä elinvoimaisempana häntä pidetään. (Tuominen 1998: 92–100.)

Kiinalaisia asiakkaita ei tulisi koskaan osoittaa yhdellä sormella, vaan koko kämmenellä. Yhdellä sormella osoittamista pidetään huonona tapana. Kiinalainen osoittaa usein kokemaansa kipua vetämällä ilmaa nopeasti ja äänekkäästi hampaiden välistä sisään. Japanissa puolestaan tämä ele osoittaa kielteistä reaktiota jotakin asiaa kohtaan. (Axtell 1998: 178–179.)

6.4 Somalialaisen potilaan ja hänen perheensä kohtaaminen

Suomessa kolmanneksi suurin maahanmuuttajaryhmä venäläisten ja virolaisten jälkeen ovat somalialaiset. Lähes kaikki somalialaiset ovat sunnimuslimeja, mutta yksilöiden ja eri perheiden välillä on suuria eroja koskien uskontoa koskevien tapojen ja sääntöjen noudattamista. Toiset noudattavat ja tulkitsevat koraania hyvinkin tiukasti, ja toiset taas ovat sulautuneet kantaväestöön niin pukeutumisen kuin ruokavalionkin suhteen. Somalialaisten oma kulttuuri on myös lyönyt leimansa uskonnon harjoittamiseen. (Hassinen-Ali-Azzani 2004.)

Suomalaisessa tapakulttuurissa yleensä kätellään ja katsotaan silmiin, mutta somalialaista tervehdittäessä tulee huomioida, etteivät muslimit kättele vastakkaista sukupuolta (Akar, Tiilikainen 2009: 37). Vasemman käden käyttämistä vastaanottamiseen pidetään somalialaisten keskuudessa epäkohteliaana (Axtell 1998: 167–170). Hoitajan kannattaakin kiinnittää huomiota siihen, että vastaanottaessaan somaliasiakkaalta esimerkiksi Kela-kortin tai rokotustodistuksen hoitaja käyttäisi tähän oikeaa kättään. Myös silmiin katsomista pidetään epäkunnioittavana ja provokatiivisena, pitkä katse tai tuijottaminen voidaan myös tulkita seksuaalisen mielenkiinnon osoituksena. Hoitotyön näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, ettei hoitajan tule turhaan pitkittää katsekontaktia islamilaisen vastakkaista sukupuolta edustavan potilaan tai omaisen kanssa. Hymy on kansainvälinen ystävällinen ele, mutta afrikkalaisissa kulttuureissa sen taakse kätetään myös hämmennys. (Tuominen 1998: 40–41). Suomalaista hoitajaa saattaa ihmetyttää hoito-ohjeita tai jopa huonoja uutisia kertoessaan somalin runsas hymyilemien, mutta se saattaa kertoa siitä, ettei toinen ole ymmärtänyt asiaa. Somalialaista sanotaan myös, että he eivät helposti myönnä ohjeistuksen, neuvon tai kokonaisuuden ymmärtämättä jäämistä, eivätkä he myöskään näytä herkästi tunteitaan (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 190). Jos somali pyörittää päätään ja naksuttaa samanaikaisesti suutaan, on tämä merkki kieltävästä vastauksesta tai eriävästä mielipiteestä (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 157). Haastattelun perusteella somalit toivoisivat suomalaisten hoitajien olevan iloisempia asiakaspalvelutilanteissa (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 163).

Somalialaisten perhekäsitys on suomalaisen perhekäsitystä laajempi, ja perheellä tarkoitetaan usein koko sukua. Tämä käsittää serkut, tädit ja sedät, ja perhesuhteet ovat myös transnationaalisia, eli eri valtioiden rajat ylittäviä. Somalikulttuuri on hyvin kollektiivinen, eikä heillä korosteta yksilöllisyyttä samalla tavalla kuin länsimaissa. Somaliperhe on myös suomalaista perhettä hierarkkisempi, ja iän mukana tulevat niin

päätösvalta kuin rankaisuoikeuskin, kuin myös nuorempien osoittama kunnioitus. Perheessä äitiin liitetään rakkauden tunteet ja isään ohjeet, määräykset sekä käskyvalta. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 34–37, 60). Somalikulttuuri onkin vahvasti patriarkaalinen, ja miestä tuleekin puhutella ensin ja hän toimii perheen jäsenten puolestapuhujana. Somalialainen perhe on yksilölle elinikäinen turvaverkko, jossa lasten, sairastuneiden ja vanhusten hoitoon liittyvät asiat järjestetään ja jossa yhteinen vastuu ja yhteistyö ovat itsestäänselvyyksiä. (Akar - Tiilikainen 2011; Akar - Tiilikainen 2009: 14–15).

Somalialaiset käsittelevät lapsiaan tyypillisesti hyvin luontevasti ja lämpimästi, mutta kurinpidolliset menetelmät ovat suomalaisiin tapoihin verraten kovia. Näitä ovat esimerkiksi huone-eristäminen, läimiminen ja remmin käyttö. Somalialaisten kulttuuriin kuuluu myös se, etteivät aviopuolisot osoita julkisesti kiintymystä tai helliä tunteita. (Hassinen-Ali-Azzani 2002:61). Tämän vuoksi suomalaisesta hoitajasta saattaa vastaanotolla tuntua, että somaliperheen vanhempien välit ovat etäiset tai kylmät, vaikkei asia näin olekaan. Hoitajan ei tulisikaan tämän perusteella tehdä päätelmiä perheen keskinäisistä suhteista, eikä ainakaan huomauttaa siitä.

Somalialaiselle henkimaailma on lähes yhtä tärkeässä asemassa kuin fyysinenkin maailma, ja somalialaiset uskovat henkien olevan usein onnettomuuksien ja sairauksien syynä. Pahojen henkien vaikutuksilta voi suojautua lukemalla Koraania, ja pyhät miehet valavat sairastuneisiin voimaa lukemalla heille Koraanin jakeita sekä käyttämällä muinaisten oppien mukaisesti erilaisia yrttejä länsimaisen lääketieteen rinnalla. (Suomi-Somalia seura ry 2013). Muita käytettyjä itsehoitomenetelmiä ovat ihon polttaminen metalliesineellä tai lääkekasvien juurilla, kuppaaminen ja astrologinen hoito (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 52–53). Somalit luottavat länsimaiseen lääketieteeseen ja puoltavat lääkkeiden käyttöä. Lääkkeiden saanti on Somaliassa helppoa, joten etenkin vastikään Suomeen muuttaneet somalit voivat suivaantua, mikäli heille ei määrätä heidän haluamiansa lääkkeitä. Voisi sanoa, että somali luottaa auliisti lääkkeitä määräävän lääkärin ammattitaitoon. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 52, 153.)

Islamilainen kulttuuri suhtautuu länsimaalaista kielteisemmin paljastamiseen, varsinkin kun kyseessä on naispuolinen potilas. Mieslääkärin tai -hoitajan tutkiessa naispuolista perheenjäsentä on sukulaismiehen usein oltava läsnä tutkimushuoneessa. Toisaalta taas vastakkaista sukupuolta edustava perheenjäsen poistuu tutkimushuoneesta ennen potilaana olevan riisuutumista. Mikäli mahdollista, samaa sukupuolta olevan henkilön tulisi hoitaa muslomia ristiriitojen välttämiseksi. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 158.)

Somaliperheissä on tapana, että perhe on mukana hoitotilanteissa, ja asiakkaan ja hoitavan henkilön kahdenkeskinen tapaaminen on loukkaus muuta perhettä kohtaan. Hyvin loukkaavaa on myös kehottaa muuta perhettä poistumaan hoitotilanteesta tai heitä odottamaan tapaamisen ajan ulkopuolella. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 62.)

Muslimit ajattelevat, että kivun kestäminen vahvistaa sielua ja lujittaa uskoa, eikä kipua näin ollen tulisikaan näyttää. Tämä koskee myös lapsia. Myös kärsivällisyyttä ja huumoria pidetään hyveinä. Kykyä nauraa itselle ja tyyneyttä pidetään arvossa, ja länsimaalainen saattaakin virheellisesti sekoittaa somalialaisen kiertyneen huumorin ja ironian ylpeyteen (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 46–47). Vaikka somali saattaa mielestämme kestää voimakasta kipua hyvin, saattaa hän meidän silmissämme taas suhtautua voimakkaasti pienempiin oireisiin ja vaivoihin. Esimerkiksi päänsärky tai närästys on meidän kulttuurissamme täysin normaali vaiva, mutta somalille ne saattavat tuottaa suurta huolta ja ahdistusta. Taas vakavat sairaudet kuten syöpä ja sydänsairaus ovat meille hyvin pelottavia, mutta somali saattaa suhtautua niihin hyvin kevyesti. (Tuominen 1998: 69.) Muslimeille tyypillisesti vakavat ja usein parantumattomat sairaudet, kuten esimerkiksi syöpä, aiheuttavat häpeää, sillä sairauksia pidetään Jumalan rangaistuksina. Tämä johtuu siitä, ettei mitään voi tapahtua ilman Jumalan läsnäoloa tai tahtoa. Tämän vuoksi Jumalan tahtoa on myös se, mikäli lääketiede ei sairautta onnistu parantamaan. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 138–139.)

Afrikkalaisilla on tapana keskustella vilkkaasti ja keskeyttää toistensa puhe pahaa tarkoittamatta, kun taas suomalainen odottaa toisen antavan puheenvuoron automaattisesti ja pitää keskeyttämistä epäkohteliaana. Lääkärin tai sairaanhoitajan ei tulisi ärsyyntyä tästä, vaan ymmärtää sen olevan heille luonnollista. Lääkärin tai sairaanhoitajan vähäsanaisuus ja hiljaisuus saatetaan myös somalikulttuurissa tulkita epävarmuudeksi. (Tuominen 1998:42).

6.5 Kurdipotilaan ja hänen perheensä kohtaaminen

Suomessa oli tilastojen mukaan 9 280 kurdia äidinkielenään puhuvaa henkilöä vuonna 2012 (Tilastokeskus 2012). Kurdien kokonaismäärästä on esitetty useita arvioita, jotka liikkuvat 25–40 miljoonan välillä. Tarkkaa kurdien lukumäärää ei ole mahdollista tietää, koska kurdi-identiteetti on yksilölähtöinen. Toiselle identiteetti tulee kielen kautta, ja toiselle suvun kautta. Osa myös määrittää itsensä mieluummin turkkilaiseksi tai syyrialaiseksi kuin kurdiksi. Kurdit ovat kansaryhmä, joilla ei ole valtiota. Maantieteellistä alu-

etta nimeltään Kurdistan ei virallisesti ole olemassa, mutta käsite on vakiintunut käsitteämään sen alueen, jolla kurdit asuvat. Sen maantieteellinen sijainti on vaihdellut taloudellisten, väestöllisten ja historiallisten olosuhteiden. Kurdistania sijoittuu kuitenkin Lähi-itään pääasiassa Turkin, Irakin, Iranin ja Syyrian alueille. Kurdi kielenä on monimuotoinen ja sisältää useita murteita, joiden puhujat eivät välttämättä ymmärrä lainkaan toisiaan.

Kurdeista noin 75 prosenttia on sunnimuslimeja (Kiuru 2009: 23–29, Tuominen 1998: 17, Saarinen 2011). Kurdit ovat muslimeina yleensä hyvin maltillisia ja uskonnollisesti suvaitsevaisia, eivätkä kurdinaiset juurikaan käytä hiukset peittävää huivia. Kurdinaisten asema on ulkoisesti arabeihin verrattuna hyvä, ja sosiaalisesti naiset ovat keskeisessä asemassa, sillä heillä on luja ote perheen arkeen ja elämäntapaan. (Saarinen 2011.)

Kurdilaisessa kulttuurissa korostuu vanhempien ihmisten kunnioittaminen. Kurdeille vanhemmista huolehtiminen on itsestään selvää, ja tämän laiminlyönti nähdään erittäin vieraana. Tämän sairaanhoitaja voi huomioida esimerkiksi tervehtimällä kurdiperheen vanhinta jäsentä ensimmäisenä heidän tullessaan vastaanotolle, koska kurdikulttuurissa tämä nähdään kohteliaana. Kurdiperheissä myös vanhimmalla sisaruksella on erityinen auktoriteettiasema nuorempiin sisaruksiin verrattuna. (Salovaara 2004: 67-68). Jos perheenjäseniä kätellään vastaanotolla, myös lapsen kättely on suotavaa, sillä se osoittaa kunnioitusta hänen vanhempiaan kohtaan (Axtell: 165).

Kurdikulttuuri on äärimmäisen yhteisöllinen, ja yhteisön etu menee aina yksilön edun edelle. Tämän vuoksi koko perhe haluaa usein olla myös vastaanotolla läsnä ja osallistua hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Kurdikulttuurissa ei olisi ennenkuulumatonta, että yksilö suljettaisiin yhteisön ulkopuolelle keskinäisten erimielisyyksien vuoksi. Perhe on kurdeille todella tärkeä yksikkö, ja perheen väliset suhteet ovat kiinteitä. Kurdi asuu harvoin yksinään. Kurdilaisen käsityksen mukaan perheeseen kuuluu meidän ymmärtämämme ydinperheen lisäksi muitakin, ja perheet sisältävät useita sukupolvia. Lapsettomuuden sanotaan olevan pahin asia, joka kurdinaiselle voi tapahtua. (Saarinen 2011).

Hoitohenkilökunnan olisi ehkä syytä tietää, että esiaviollisia suhteita sekä miesten ja naisten keskinäistä ystävyyttä ilman perhesidettä pidetään kurdeille epätyypillisenä. Asia kannattaa huomioida haastattellessa nuorta kurdia tämän vanhempien läsnä olles-

sa, koska hän ei välttämättä halua kertoa esimerkiksi mahdollisesta seurustelukumppanistaan, seksikokemuksistaan tai edes sosiaalisista suhteistaan, jos vanhemmat suhtautuvat jyrkästi. (Salovaara 2004: 67.) Yksi kurdikulttuurin peruspiirteistä on kunniallinen käytös, ja tytöt eivät yleensä liiku kodin ulkopuolella yksin. Yksilön tulee aina toimia niin, ettei suvun kunniaa menetetä. Nuorten kurdien velvollisuus on pitää yllä luotettavan ja lojaalin perheen mainetta ja hankkia toimeentulonsa säädyllisin keinoin. Yksilö edustaa siis aina koko sukuaan. (Saarinen 2011.)

Kurdit kokevat suomalaiset yleisesti ottaen hiljaisiksi ja passiivisiksi ja arvostavat oman kulttuurinsa vilkasta ja tiivistä ja sosiaalista kanssakäymistä. Kurdit määrittelevät itse olevansa tyypillisesti eläväisiä ja temperamenttisia. (Salovaara 2004: 65–69).

Samoin kuin aasialaisten, ei myöskään kurdiasiakkaiden kanssa ole soveliasta näyttää jalkapohjia keskustelukumppanille. Myös kengänkärjellä toisen osoittaminen on epäkohteliasta. (Axtell 1998: 159, 162.)

7 Pohdinta

Tavoitteiden saavuttaminen on luonnollisesti yksi keskeisimmistä arvioitavista asioista opinnäytetyöprosessissa. Onnistuimme saavuttamaan työllemme asettamamme tavoitteet hyvin, ja olemme tehneet huomattavan paljon töitä opinnäytetyömme eteen. Arvioimme työtämme lähinnä sisäisesti eli tämän kehittämistyön tekijöiden toimesta, mutta prosessin aikana olemme saaneet palautetta myös ohjaavalta opettajaltamme sekä työelämäyhteyksiemme kautta. Työelämäyhteyshenkilöiltä saamamme palaute on ollut positiivista. Arviointia olemme suorittaneet sisäisesti koko prosessin ajan. Arvioinnissa on kyse siitä, että jollekin asialle määritellään arvo, ansio ja merkitys. Arvioinnista voidaan käyttää synonyymeinä sanoja arvottaminen tai arvioiminen. Arvioinnin onnistuminen vaatii arvioitavan asian heijastelun suhteessa johonkin annettuun arviointijärjestelmään. Arviointia tehtäessä mietitään niitä kriteerejä, joita työn tulee täyttää ollakseen arvokas. (Anttila 2007: 15.) Alussa arvioimme työhömmä käyttämää aikaa ja sen riittävyyttä sekä sitä, olemmeko suorittaneet työnjaon tasapuolisesti. Sovitussa aikataulussa eteneminen on ollut keskeinen arvioinnin kohde ja myös yksi haastavimmista asioista toteuttaa. Tässä pohdintaosiossa arvioimme opinnäytetyötämme eri osa-alueiden kautta.

7.1 Koulutustilaisuuden arviointi

Koulutustilaisuuden tavoitteiksi määrittelimme informatiivisuuden sekä toimivuuden lisäksi hyvän vuorovaikutussuhteen luomisen meidän ja yleisön välille. Onnistuimme ensimmäisessä kehittämistehtävässä hyvin, ja sen pohjalta oli helppo luoda toimiva PowerPoint-esitys, koska emme tarvinneet sitä varten enää lisämateriaalia erillisillä hauilla. Informatiivisuuden tavoite toteutui siis ensimmäisen kehittämistehtävän kautta hyvin, ja saimme myös koulutettavalta henkilökunnalta maininnan kattavasta lähdeluettelosta. Ensimmäisen kehittämistehtävän eli kattavan kirjallisuuskatsauksen tekemisen onnistuessa oli helppo siirtyä toteuttamaan toista tehtävää eli varsinaista henkilökunnan perehdyttämistä monikulttuuriseen hoitotyöhön sanattoman viestinnän näkökulmasta. Kattava kirjallisuuskatsaus ja aiheeseen perehtyminen vahvisti myös asiantuntijaroolejamme tilaisuudessa ja antoi meille itseluottamusta opettaa aiheesta myös muille. Tämä vahvisti myös omalta osaltaan koulutustilaisuuden informatiivisuutta. Onnistuimme toisessa kehittämistehtävässä oman ja henkilökunnan arvioiden mukaan hyvin, tosin kulttuurien esittelyt jäivät suppeammiksi, kuin olisimme halunneet. Meidän piti kuitenkin ottaa huomioon ajan rajallisuus ja jättää tiettyjä asioita ja esimerkkejä pois koulutustilaisuuden dioista.

Halusimme luoda PowerPoint-esityksestämme mahdollisimman kattavan sisällöllisesti, mutta kiinnitimme myös huomiota ulkoasuun ja sen tarjoamaan tehosteeseen aihettamme kohtaan. Käytimme paljon aikaa esityksemme visuaalisen puolen hiomiseen etsimällä muun muassa aiheeseen sopivia kuvia. Ohjaajamme suosituksesta käytimme pelkän luetteloidun teoriatiedon sijaan itse hahmoteltuja tapausesimerkkejä, ja olimmekin erittäin tyytyväisiä tähän ratkaisuun, koska se haastoi yleisön pohtimaan ja havainnollisti kulttuureita hyvin. Saimme tilaisuuden jälkeen myös hyvää palautetta tapausesimerkkien käytöstä. Suunnittelimme PowerPoint-esityksen rakennetta etukäteen suunnitelmakaaviolla, jotta saisimme siitä toimivan ja yhtenäisen. Selkeä esitys ja vastuunjako välillämme lisäsivät esityksen toimivuutta.

Olemme tyytyväisiä hyviin esiintymistaitoihimme, joiden ansiosta osasimme olla luonnollisia yleisön edessä emmekä turvautuneet materiaaliimme liikaa. Pohdimme etukäteen oman sanattoman viestintämme tärkeyttä esityksessä, jossa puhutaan kyseessä olevasta aiheesta, ja kävimme esityksen läpi useaan kertaan ennen tilaisuutta. Onnistuneen vuorovaikutuksen ja sujuvuuden lisäämiseksi jaoimme esityksen diat keskenämme niin, että saisimme kumpikin keskittyä tiettyihin kokonaisuuksiin. Näin saim-

me otettua itsellemme tilaa esityksessä ja pystyimme vahvistamaan asiantuntijarooliamme. Myös yleisölle oli varmasti helpompaa seurata kerrallaan yhtä puhujaa kahden yhtäaikaisesti puhuvan esittäjän sijaan. Yleisön kiinnostus aiheeseen, keskustelun synty sekä positiivinen palaute lopussa kertoivat onnistuneesta vuorovaikutuksesta tilaisuuden aikana.

Koulutustilaisuuden jälkeen meitä jäi harmittamaan se, ettei esityksen loppuun jäänyt enempää aikaa keskustelulle. Tapausesimerkkien esittely ja niiden herättämä keskustelu vei paljon aikaa esityksen aikana, joten lopussa ehdimme vain lyhyesti vaihtaa muutamia ajatuksia ja kysymään palautetta tilaisuudesta. Meidän olisi kannattanut tiivistää esityksen alkua hieman ja varautua ennalta pieneen viivästykseen osastotunnin alussa. Mietimme tilaisuuden jälkeen, olisiko meidän ollut aiheellista jättää esimerkiksi Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hankkeen esittely sekä aiheen rajauksen kriteerit pois varsinaisesta esityksestä, jotta varsinaiselle koulutusosiolle olisi jäänyt enemmän aikaa.

7.2 Luotettavuuden arviointi

Kehittämistyön realistisen arvioinnin voidaan sanoa koostuvan viidestä keskeisestä luotettavuuskysymyksestä. Nämä ovat uskottavuus, vilpittömyys, osaaminen, hyödynnettävyys sekä vaikuttavuus. Näiden tekijöiden lisäksi kehittämistyössä on hyvä arvioida, kohtaako se reaali maailman vaatimukset. (Anttila 2007: 148.) Asetimme nämä viisi luotettavuuskysymystä kehittämistyömme tavoitteiksi luotettavuuden saralla, ja tässä kappaleessa arvioimme työn luotettavuutta näiden tavoitteiden kautta.

Valitsimme opinnäytetyöhömmä mahdollisimman tuoreita ja asiantuntevia lähteitä. Tiedonhaku teimme monipuolisesti ja järjestelmällisesti. Sopivien tutkimusten ja artikkeleiden valinta tietokannoista oli prosessi, johon käytimme paljon aikaa. Tämä kasvatti työmme uskottavuutta. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tarjota käytännönläheistä tietoa ja apua olemassa oleviin haasteisiin hoitotyössä, ja tiivis yhteistyö poliklinikan kanssa vahvisti työn luotettavuutta hyödynnettävyyden näkökulmasta. Kulttuurisidon nainen sanaton viestintä on aiheena hyvin abstrakti, joten kaikenkattavaa ja yksiselitteistä tietoa aiheesta oli haastavaa löytää. Haastavinta oli luoda yhtenäinen ja monipuolisesti valitsemiemme eri kulttuurien edustajia koskeva kuvaus. Tämä vaati meiltä runsaasti pelkistämistä sekä tiedon yleistämistä, jotta se koskisi tietyn kulttuurin edustajia kokonaisvaltaisesti. Tästä johtuen riskinä olikin liiallinen yleistäminen ja se, että

saattaisimme antaa kuulijakunnallemme sellaisen kuvan, että ohjeemme olisivat yleis-tettävissä koskemaan jokaista esittelemämme kulttuurin edustajaa yksilöllisyyden unohtaen. Tämän tiedostaen korostimme niin työssämme kuin koulutustilaisuudessa-kin yksilöllisyyden merkitystä sekä oman harkinnan käyttöä. Vaikka tutkittua ja yksiselit-teistä tietoa oli hankala löytää, emme tietoisesti käyttäneet heikkolaatuisemmiksi arvi-oimiamme lähteitä. Vilpittömyyden puolta työssämme edusti myös alkuperäisten lähteiden käyttö sekä lähteiden tarkka merkitseminen niin tekstiin kuin lähdeluetteloonkin.

Koska valitsemistamme kulttuureista oli saatavilla luotettavaa tietoa vain rajatusti, jou-duimme käyttämään myös lähteitä, jotka olivat peräisin 1990-luvun loppupuolelta. Kult-tuurien juuret ja kulttuuriperintöön liittyvät tavat ja uskomukset ulottuvat kuitenkin niin kauas menneisyyteen, ettei tieto vanhene yhtä nopeasti kuin tutkittu tieteellinen tieto esimerkiksi hoitotyötä koskien. Kirjallisuuskatsauksessa käytimme ajankohtaista ja ai-heeseen pitkälle perehtynyttä tietoa vahvistamaan työmme luotettavuutta ja ajankoh-taisuutta. Myös käsitteiden määrittely tehtiin kirjallisuuskatsauksessa ajankohtaisten ja luotettavien lähteiden pohjalta. Pyrimme mahdollisimman pitkälle käyttämään hoito-alaan liittyviä materiaaleja ja tutkimuksia. Lähtöasetelmana meillä oli jo jonkin verran tietoa valitsemistamme kulttuureista sekä myös niin kutsuttua ”hiljaista tietoa” niistä pienistä yksityiskohdista, joita kuhunkin tiettyyn kulttuuriin liittyy. Hiljaiseksi tiedoksi kutsutaan kokemuksen kautta saatua käytännön tietoa, jolle ei löydy tarkkaa lähdeä. Hiljaisen tiedon perusteella kokenut hoitaja osaa esimerkiksi aavistaa potilaan tilassa pian tapahtuvan muutoksen huonompaan ennen kuin siitä on näkyvillä selkeitä mitatta-vissa olevia merkkejä. (Anttila 2007: 10). Emme kuitenkaan käyttäneet opinnäytetyös-sämme tätä niin sanottua valmista sisäistä tietoa, vaan jokainen yksityiskohta ja väit-tämä työssämme perustuvat lähdemateriaaliin ja olemassa olevaan painettuun tietoon. Se, että valitsemamme aineisto ja esittelemämme faktat kohdistuvat tutkittuun tietoon lisää työmme uskottavuutta (Anttila 2007: 148). Tämä vahvistaa työmme luotettavuutta myös Heikkilän ym. (2008: 104) mukaan. Uskottavuutta lisäsi myös eri työvaiheiden tarkka raportointi ja kunkin vaiheen sisällön avaaminen. Kehittämistyömme luotetta-vuus kasvoi myös kriittisen ajattelun ja tutkivan aineistonluvun ansiosta.

Osaaminen eli toiminnan ja siitä seuraavien tulosten laatu on yksi luotettavuuden kri-teeri (Anttila 2007: 148). Koska kehittämistyössämme ei syntynyt mitattavaa tulosta, voidaan meidän tapauksessamme puhua tapahtuneen oppimisen laadun ja vaikutta-vuuden arvioinnista. Kuten aiemmassa kappaleessa on todettu, panostimme koulutusti-laisuuden sekä käyttämiemme lähteiden laatuun ja loimme sitä kautta työllemme luotet-

tavaa osaamis pohjaa. Anttilan (2007) mukaan hyödynnettävyys on kehittämistyön olennainen tavoite. Pitämämme koulutustilaisuus hyödytti jo itsessään paikallaolijoita ja oletettavasti auttoi heitä kehittämään omaa kulttuurista kompetenssiaan. Lisäksi tilaisuutta varten räätälöity esitysmateriaali sekä opinnäytetyömme kokonaisuudessaan tulevat julkisesti saataville, jolloin niitä voi hyödyntää jokainen aiheesta kiinnostunut. Työtämme on helppo hyödyntää käytännössä, koska se esittelee konkreettista tietoa ja selkeitä ohjeita käytännön monikulttuurista hoitotyötä varten. Käytännönläheisyys tukee myös työn vaikuttavuutta, joka tapauksessamme kulkee rinnakkain työn hyödynnettävyyden kanssa.

7.3 Eettisyyden arviointi

Kehittämistyön teossa on oltava rehellinen ja noudatettava niitä samoja eettisiä sääntöjä, joita yhteiskunnassa ja ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa yleensäkin noudatetaan (Moilanen - Ojasalo - Ritalahti 2009: 48–49). Työelämälähtöisessä työssä on otettava huomioon myös tilaajaorganisaatioon liittyvät eettiset seikat, kuten intymiteettisuoja sekä haastattelutilanteiden eettisyys. Haastattelutilanteessa annoimme hoitajien kertoa avoimesti kokemuksistaan emmekä käyttäneet johdattelevia tai strategisia kysymyksiä, jotta saisimme mahdollisimman todellisia ja rehellisiä vastauksia. Pyysimme osastonhoitajalta sekä sairaanhoitajilta luvan heidän nimiensä mainitsemiseen sekä suullisesti että kirjallisesti. Viitatessamme haastattelussa saamiimme tietoihin emme yksilöineet vastaajia heidän toiveensa mukaan.

Nykypäivänä on helppoa päästä käsiksi erilaisiin tutkimuksiin ja raportteihin sähköisesti. Internetissä julkaistua materiaalia kohtaan pätee samat siteeraamista koskevat eettiset periaatteet kuin paperiversioinakin julkaistuja materiaaleja (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 224–225). Olemme asiasisältöihin ja tutkimuksiin viitatessamme käyttäneet lähdeviitemerkintöjä oikeaoppisesti, emmekä ole esittäneet muiden tekstiä omanamme. Olemme myös esittäneet aitoa lähdetietoa väitteidemme tueksi, eli emme ole sepittäneet tai kaunistelleet tuloksia tai viitanneet olemattomiin tutkimuksiin. Käytimme lähdemateriaalina ainoastaan alkuperäisiä lähteitä. Olemme koonneet käyttämiemme tutkimusten asiasisällöistä taulukon (Liite 2). Taulukko osoittaa, että olemme perehtyneet lähdemateriaaliin itse ja raportoineet niiden tuloksista omin sanoin.

Eettisyyteen kuuluu myös omien ennakoasenteiden karistaminen ja avoin suhtautuminen tulevaan kehittämistyöhön. Kehittämistyön tekijöiden oma asenne ja odotukset

voivat vaikuttaa työn toteutukseen tai tuloksiin. Omat odotukset ja ennakkokäsitykset tulee tunnistaa, ja niistä on pyrittävä vapautumaan, jotta työstä tulisi eettisesti korrekti. (Leino-Kilpi - Välimäki 2012: 369–370.) Työtä aloittaessamme ja aihetta pohtiessamme mieleemme tuli tiettyjä ennakkoajatuksia mahdollisista monikulttuurisen hoitotyön haasteista. Ennen haastattelua pyrimme tietoisesti luopumaan kaikista ennako-odotuksista ja kohtaamaan aiheen uusin ja avoimin silmin. Asenteemme on ollut koko prosessin ajan suvaitseva ja vastaanottava.

7.4 Ammatillisen kasvun arviointi

Kehittämistyömme tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista vieraasta kulttuurista peräisin olevien asiakkaiden kohtaamisessa ja edistää näin maahanmuuttajaperheille tarjottavan hoitotyön laatua. Tavoite oli mielestämme realistinen, ja koulutustilaisuuden ja tuottamamme kirjallisen materiaalin avulla yksittäinen työntekijä voi myös vaikuttaa työnsä laatuun positiivisesti. Kehittämistyömme vaikutuksen ei siis tarvitse ulottua koskemaan kansallisesti suurta joukkoa, vaan sillä on potentiaalia vaikuttaa myös yksilötasolla. Tähän halusimmekin pyrkiä, siksi toimme työssämme esille muun muassa hoitotyöntekijän motivaation ja asenteen vaikutuksen hyvään hoitoon. Poliklinikan työntekijät ovat koulutustilaisuutemme kohdeyleisö, mutta heidän kauttaan työllä on mahdollisuus vaikuttaa laajemmallekin yleisölle. Ammatillisen kasvun kannalta meidän on tärkeää sisäistää, että hoitohenkilökunnan sisällä liikkuu arvokasta tietoa ja ammattimainen materiaali myös kiertää työntekijöiden välillä.

Yksi opinnäytetyön tarkoituksista on opettaa opiskelijoille omien kykyjen arviointia sekä kehittää omaa ammatillista kasvua aihevalinnan sekä tavoitteiden asettelun kautta. Liian kunnianhimoinen tavoite tai laaja aihe voi johtaa projektin ojasta allikkoon, ja siksi onkin tärkeää, että opiskelijat sisäistävät oman osaamisensa rajat ja osaavat hahmotella työn lopputuloksen vastaamaan omaa tasoaan.

Meillä oli työtä aloittaessa jonkin verran tietoa aiheesta oman kiinnostuksemme ohjaamina sekä kokemustemme kautta. Huomasimme kuitenkin pian, että oma osaamisemme vaatii myös paljon kehittymistä. Etsiessämme tietoa erinäisistä lähteistä vahvistimme osaamistamme tutkimustiedon käyttäjinä erityisesti kehittämistyön yhteydessä. Aineistoon paneutuminen laittoi meidät ajattelemaan kriittisesti ja asennoitumaan tutkivasti aineistoon. Kriittinen ja tutkiva ajattelu on tärkeää sairaanhoitajan työssä, ja se antaa meille myös valmiuksia mahdollisia jatko-opintoja ajatellen.

Opinnäytetyöprosessi kehitti meitä käyttämään erilaisia tietolähteitä sekä harjoittamaan lähdekriittisyyttä valitessamme omaan työhömmе sopivia tutkimuksia ja teoksia. Prosessi vaati meitä toimimaan tiiviisti yhteistyössä toistemme kanssa ja pohtimaan vahvuksiamme työmme vaatimilla osa-alueilla. Kehityimme prosessin edetessä entistä joustavimmiksi, sillä aikataulujen yhteensovittaminen muiden opintojen ja töiden puitteissa vaati sitä. Yhteistyö kolmansien osapuolien kanssa asetti myös haasteita aikataulutukselle, ja opinnäytetyömme koostuessa useammasta osasta täytyi meidän kiinnittää erikseen huomiota saadaksemme työmme eri palaset koheesioon. Yhteistyö poliklinikan kanssa asetti meille tiettyjä aikarajoja, jotka selkeyttivät meille työmme eri osa-alueiden työstöaikatauluja. Koulun asettamat määräajat opinnäytetyöprosessin valmistumisen suhteen olivat toimivia puskureita sille, että saimme työmme valmiiksi suunnitellun aikataulun mukaisesti. Olemme tyytyväisiä omaan panokseemme ja siihen, että saimme yhteistyön toimimaan myös paineen alla. Opinnäytetyöprosessi ja erityisesti koulutustilaisuuden järjestäminen vaati paljon aikaa ja resursseja, mutta oli loppujen lopuksi erittäin palkitsevaa.

Koska opinnäytetyöprosessi kesti vuoden, mahtui prosessin mukaan aktiivisuudeltaan erilaisia vaiheita ja kohtasimme myös tahoillamme yllättäviä ja ennakoimattomia muutoksia, jotka vaikuttivat työn etenemiseen. Työmme eteneminen ei kuitenkaan missään vaiheessa loppunut, vaikka se tapahtuikin välillä hitaasti. Käytäntönämme oli kokoon-tua yhteisinä aikoina miettimään aikaansaannostamme ja sitä, mikä olisi kehittämistyön teossa seuraava askel. Toimimme kumpikin toistemme tukijoina ja motivoijina prosessin ajan, joten opimme myös ammattimaisuutta näiden roolien kautta. Yhteiset tapaamisemme auttoivat meitä jäsentämään työmme vaiheita ja tarkoitusta, mutta ne auttoivat meitä jaksamaan myös henkisesti. Toisen tuki ja seura helpotti kehittämistyön tekoa aikoina, jolloin koimme olevamme väsyneitä ja kiireisiä. Hankkeessa oli mukana myös joukko muita opiskelijoita, ja kokemusten ja vinkkien vertailu heidän kanssaan auttoi meitä eteenpäin. Toisiltamme sekä muilta opiskelijoilta opimme erilaisia työtapoja. Koska olemme molemmat kunnianhimoisia ja itsenäisiä persoonia, teki ammatillisuudellemme hyvää välillä myöntää, että työ ei etene ja tarvitsemme ohjaavan opettajamme neuvoja työn eteenpäin saattamiseksi. Opimme myös kehittämään keskeneräisyyden sietokykyämme.

Ajankäyttö sekä ylipäättänsä yhteisen ajan löytäminen kiireisinä jaksoina oli välillä vaikeaa. Välillä jouduimme pitämään usean viikon taukoa opinnäytetyön tekemisestä. Jälkikäteen ajateltuna viikoittaiset tapaamiset olisivat olleet työmme etenemisen kan-

nalta tarpeellisia ja ne olisivat voineet vähentää stressin tunnetta. Näin olisimme voineet käsitellä asioita pienemmissä kokonaisuuksissa, eikä yksittäisille tapaamisille olisi kertynyt liikaa tekemistä. Koko prosessin aikana ehdimme kokea monenlaisia tunteita aina kyllästymisestä onnistumisen tunteeseen. Pääasiassa onnistuimme pysymään positiivisina ja ammattimaisina, ja myös haasteellisista ajoista selvisimme toistemme tuella. Onnistuimme jakamaan työtehtävät tasapuolisesti ja säästymään kitkalta välillä. Toimiminen tiimissä ammattimaisesti on yksi sairaanhoitajan ammatin perusvaatimuksista, ja opinnäytetyö auttoi meitä kasvamaan tämän vaatimuksen edellyttämällä tavalla. Hyvään sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluvat lisäksi myös innovatiivisuus, hyvä motivaatio työhön, hyvät sosiaaliset taidot sekä herkkyyys havaita tilanteissa omat sekä muiden tarpeet (Metsämuuronen 2000). Kehityimme prosessin aikana kaikilla näillä osa-alueilla. Koulutustilaisuuden myötä meille tuli tunne, että saimme myös tulevat kollegamme innostumaan aiheesta ja miettimään omaa osaamistaan sekä asennettaan. Samoin kävi luonnollisesti myös meidän kohdallamme.

7.5 Aiheen merkitys hoitotyölle

Monikulttuurisen hoitotyön kehittämisellä voidaan merkittävästi vaikuttaa hoitoalan tulevaisuuteen sekä tarjottavan hoidon laatuun. Tiedon lisääminen ja oman kulttuuritaustan huomioiminen tarjoavat hoitajille paremmat valmiudet hoitaa vieraasta kulttuurista tulevia perheitä herkemmin ja heidän kulttuurisidonnaiset tapansa huomioiden. Mahdollisimman vaivaton ja yhteisymmärryksessä syntynyt hoitosuhteen aloitus vähentää hoitajien stressiä ja parantaa potilastyytyväisyyttä. Tutkimuksista selviää myös, että kiinnostus ja halu hankkia lisäävät tietoa ja kasvattaa omaa tietoperustaansa eri kulttuureista, niiden tavoista ja uskonnoista kasvaa sitä mukaa, mitä enemmän tietoa on jo saatu (Broome - McGuinness 2007: 292–294, De - Richardson 2008: 39–40). Uskommekin esityksemme herättäneen kuulijoissa halun kehittää omaa osaamistaan esimerkiksi osallistumalla kulttuurista kompetenssia kehittäviin koulutustilaisuuksiin ja ottamaan myös itse oma-aloitteisesti selvää heille vieraammista kulttuureista.

Haastatteluiden sekä omien kokemusiemme perusteella meille on tullut selväksi, että tietyillä asioilla voi eri kulttuuripiireissä olla erilainen merkitys. Esimerkiksi terveyskäsitukset sekä odotukset hoidolta saattavat erota huomattavasti potilaan ja hoitajan välillä, ja se vaikuttaa luonnollisesti potilastyytyväisyyteen ja hoidon tehokkuuteen (Brandt - Noor - Pavlish 2010). Hoitotyöntekijöiden on tärkeää tiedostaa nämä asiat, ja siksi monikulttuurisen hoitotyön kehittämiseen tähtäävät koulutukset ja hankkeet ovat tärkeitä ja

tarpeellisia. Esimerkiksi oman vuosikurssimme opetusohjelmassa monikulttuurista hoitotyötä on käsitelty vain pintapuolisesti yhdellä oppitunnilla, joten työpaikkojen vastuu monikulttuuriseen hoitotyöhön perehdyttämisessä on suuri. Pitämämme koulutustilaisuuden jälkeen saimme runsaasti kiitosta ja osallistujat kertoivat tilaisuudesta olleen heille paljon hyötyä. Meitä pyydettiin myös pitämään koulutustilaisuus toisissa toimipisteissä. Työpaikkojen lisääntyneen koulutusvastuun vuoksi uskomme, että opiskelijoiden pitämät tilaisuudet ja heidän tarjoamansa työvälineet otetaan osastoilla aina lämpimästi vastaan, koska niiden on todella havaittu olevan hyödyllisiä ja tehokkaita.

Vaikka monikulttuurisen hoitotyön merkitys on kasvanut viimeisten vuosien aikana enemmän kuin aiemmin, ymmärrettiin kulttuurisen mukautumisen tärkeys jo aiemmin. Madeleine Leininger toi esille jo 1980-luvulla ajatuksen siitä, että hoitaminen on kansainvälinen ilmiö, jolle annetaan erilainen merkitys potilaan ja hoitajan kulttuuritaustasta riippuen (Leininger 1988). Tätä ajatusta on kehitelty eteenpäin useissa tutkimuksissa aihetta koskien, ja ilmiötä on tutkittu niin hoitajien kuin potilaidenkin näkökulmista. Aihe on varsinkin tänä päivänä erityisen tärkeä, koska jopa meillä Suomessa maahanmuuttajien osuus väestöstä on kasvanut paljon viime vuosina. Voisi sanoa, että missä tahansa sairaanhoitaja työskenteleekään, kohtaa hän jossain vaiheessa uraansa vieraasta kulttuurista peräisin olevia potilaita. Aiheen merkitys ei siis suinkaan jää koskemaan vain lasten ja nuorten poliklinikan henkilökuntaa, vaan se koskee laajasti koko hoitoalaa.

Opinnäytetyömme herätti toteutusseminaarissa keskustelua siitä, minkä verran suomalaisten hoitajien voidaan olettaa mukautuvan maahanmuuttajien tapoihin. Koska hoitotyössä ensisijaisena tavoitteena on aina potilaan hyvinvointi, olisi hoitajan hyvä pyrkiä edistämään tätä hyvinvointia parhaan kykynsä mukaan. Hoitotyössä potilaan tulisi tuntea, että hänen ainutlaatuisuuttaan ja yksilöllisyyttään kunnioitetaan (Leino-Kilpi - Välimäki 2012: 28). Hoitajien tulisi pystyä perustamaan hoitonsa yksilölliselle ja sensitiiviselle tasolle, jotta he voivat vastata potilaiden tarpeisiin erityisesti kulttuurisesta näkökulmasta (Omer - Suliman - Thomas - Welmann 2009). Voidaankin todeta, että kaikki hoitajien ammatillista taitoa kehittävä toiminta on hyödyllistä, koska se edistää potilaiden hyvinvointia.

Lähteet

Abdelhamid, Pirkko - Juntunen, Anitta - Koskinen, Liisa 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Akar, Sylvia – Tiilikainen, Marja 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Verkkodokumentti.
<http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5o8wuirSI/Katsaus_islamilaiseen_maailmaan.pdf> Luettu 1.4.2013.

Akar, Sylvia – Tiilikainen, Marja 2011. Yleiset kulttuurierot ja stereotypisointi: Islamilainen perhe- ja tapakulttuuri. Helsingin yliopisto. Verkkodokumentti.
<http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/monikko/Islam_Akar_Tiilikainen_Kontiolahti.pdf> Luettu 30.3.2013.

Akechi H., Senju A., Uiho H., Kikuchi Y., Hasegawa T., Hietanen K. 2013. Attention to Eye Contact in the West and East: Autonomic Responses and Evaluative Ratings.
<<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0059312>> Verkkodokumentti. Luettu 28.3.2013.

Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.

Axtell, Roger. 1998. Gestures - The do's and taboos of body language around the world. John Wiley & Sons, Inc.

Bechtel, GA. - Davidhizar, R. - Havens, R. 1999. Assessing culturally diverse pediatric clients. *Pediatric Nursing* 25.

Berlin, Anita – Johansson, Sven-Erik – Törnkvist, Lena 2006. Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary child health nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20 (2). 160-168.

Berlin, Anita 2010. Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children. Tukholma: Karolinska Institutet. Verkkodokumentti.
<www.elevhalsan.se/cldocpart/1215.pdf> Luettu 12.4.2013.

Berlin, Anita - Nilsson, Gunnar - Törnkvist, Lena. 2010. Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing and Health Sciences* 12. 381-391.

Betz, Cecily L. 2008. Immigrant Children: Unmet Needs and a Myriad of Nursing Concerns. *Journal of Pediatric Nursing* 23 (3). 157-160.

Björkbacka Susanna, Saavalainen-Hakala Tarja 2013. Lasten ja nuorten poliklinikan sairaanhoitajien konsultointi. Kello 14.00-15.30. 21.3.2013.

Brandt, Joan - Noor, Sahra - Pavlish, Carol Lynn 2010. Somali Immigrant Women and the American Health Care System: Discordant Beliefs, Divergent Expectations, and Silent Worries. *Social Science & Medicine* 2010 July; 71(2): 353–361.

Brathwaite, Cooper- Angela, Majumdar- Basanti. 2006. Evaluation of a cultural competence educational programme. *Journal of Advanced Nursing* 53(4). 470–479. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=113&sid=7d2988dc-865c-41d8-86e2-83402a3bb9bc%40replicon103>> Luettu 17.3.2013.

Broome, Barbara - McGuinness, Teena. 2007. A CRASH Course in Cultural Competence for Nurses. *Urologic Nursing* 27 (4), 292-304.

Cichocki, Mark 2008. Culturally Sensitive HIV Care - Be Aware of Cultural Differences. Verkkodokumentti. <<http://aids.about.com/cs/doctors/a/culture.htm>> Luettu 2.4.2013.

De, Diana - Richardson, Jim. 2008. Cultural safety: an introduction. *Pediatric Nursing* 20 (2), 39-43.

Deadtrick, Janet A. – Gustafson Thibodeaux, Annaka 2007. Cultural influence on family management of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 24(4). 227-233.

Emami, Azita – Jirwe, Maria – Momeni, Pardis 2008. Enabling nursing students to become culturally competent – a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(4). 499-506. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f83910a2-3122-4c58-994d466cb7a77889%40sessionmgr111&vid=15&hid=127>> Luettu 31.3.2013.

Galanti G.A 2003. *Caring for Patients from Different Cultures*. University of Pennsylvania Press: Philadelphia.

Giger, J. - Davidhizar, R. 2004. *Transcultural nursing. Assessment & Intervention*. St. Louis: Mosby.

Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja - etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-934-x/>

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko - Nurmela, Tiina 2008. *Tutkiva hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lastenklinikka/poliklinikat/Lastentautien-poliklinikka/Sivut/default.aspx>> Luettu 10.9.2013.

Hickling, Frederick W. 2012. Understanding patients in multicultural settings: a personal reflection on ethnicity and culture in clinical practice. *Ethnicity & Health* 17 (1/2): 203-16.

Hollins, S. 2005. Spirituality and religion: exploring the relationship. *Nursing Management*. 12 (6). 22-26. Verkkodokumentti. <<http://www.culturediversity.org/asia.htm>>> Luettu 26.3.2013.

Ishikawa H. - Hashimoto H. - Fujimori S. - Kinoshita M. - Shimizu T. - Yano E. 2006. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Medical Education* 2006 Dec; 40 (12): 1180-7.

Ives, Mary - Melrose, Sherri 2010. Immunizing Children Who Fear and Resist Needles: Is It a Problem for Nurses? *Nursing Forum* 45 (1), sivu 30.
<<http://web.ebscohost.com.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=42fcd6fc-53c7-4ecf-a865-7ce0df7a00fc%40sessionmgr11&vid=7&hid=15>> Luettu 13.09.2013.

Kaikkonen, Pauli 2004. Vierauden keskellä – Vierauden, monikulttuurisuuden ja kulttuurienvälisen kasvatuksen aineksia. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kaisvu, Terhi – Storvik-Sydänmaa, Stiina – Talvensaari, Helena – Uotila, Niina 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, Päivi . Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiuru, Riikka. 2009. Diasporinen tietoisuus, arjen kokemukset ja kansanperinne - tulkin-toja Suomessa asuvien kurdien perinnesuhteesta. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Kulttuurien tutkimuksen laitos.

Koester, Jolene - Lustig, Myron W. 2010. Intercultural competence. Interpersonal communication across cultures. 6. painos. Boston: Allyn & Bacon.

Koistinen, Paula – Ruuskanen, Susanna – Surakka, Tuula 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Kolb, David. 1984. Prentice Hall, inc. Eaglewood Cliffs, New Jersey. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*.

Leininger, Madeleine 1988. *Caring: An essential human need*. Detroit, MI: Wayne State University Press.

Leininger, Madeleine 2002. Culture care Theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing* 13. 189-192.

Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta 2012. Etiikka hoitotyössä. 5-7 painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lewis, Richard D. 2008. Cross-cultural communication: a visual approach. WS Bookwell.

Lewis, Richard D. 2005. Finland - Cultural lone wolf. Boston: Intercultural Press Inc.

Luotolinna-Lybeck, Helena 2003. Lapsipotilas teknisessä hoitoympäristössä. Esimerkkinä virtsan refluksen gammakuvaustutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Turku.

Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamisterpeet. SoTeKeKo. 2. tarkistettu painos. Oy Edita Ab. Helsinki.

Mikluha, Arja 1998. Kommunikointi eri maissa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Moilanen, Teemu - Ojalahti, Katri - Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Papadopoulos, Irena 2006. Transcultural Health and Social Care. Churchill Livingstone Elsevier.

Pursiainen, Paula 2001. Terveystieteiden valmius hoitaa kulttuurin mukaisesti islamilaisista maahanmuuttajaperheitä. Pro gradu -tutkielma : Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Ruohotie, Pekka. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva: Wsoy.

Saarinen, Tuija. 2011. Yleiset kulttuurierot ja stereotypisointi: Kurdilainen perhe- ja tapakulttuuri. Itä-Suomen yliopisto. Verkkodokumentti.
<http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/monikko/Kurdiartikkeli_Saarinen.pdf > Luettu 9.9.2013.

Sainola-Rodriguez, Kirsti 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalvelussa – transnationaalinen taitoko? Sosiolääketieteellinen aikakauslehti 44. 216-227.

Salmela, Marja 2012. Tulevaisuus Lasten Erikoissairaanhoidossa -hanke. Luentomateriaali. Opinnäytetyön aloitusseminaari 8.1.2013 Metropolia Ammattikorkeakoulussa.

Salo-Lee, Liisa 1996. Kieli, kulttuuri ja viestintä. Teoksessa Liisa Salo-Lee, Raija Malmberg & Raimo Halinoja (toim.) Me ja muut: Kulttuurienvälinen viestintä. Jyväskylä: Gummerus.

Salovaara, Ulla. 2004. Kahden vaiheilla - kurdinuorten elämää diasporassa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan ja filosofian laitos.

Suomen HIV/aids-sairaanhoidajayhdistys ry, Hiv-säätiö/Hiv-tukikeskus ja HUS, HYKS, Infektiosairauksien yksikkö, Auroran Infektiosairauksien yksikkö 2011. Hiv-hoitotyön käsikirja. 3. uudistettu painos.

Suomi-Somalia seura ry. Verkkodokumentti. <http://koor.fi/documents/Koor-pdf/tasanko_joki_kaupunki.pdf> Luettu 29.3.2013.

Tilastokeskus 2013. Suomen kansalaisuuden saaneet 1990-2012. Verkkodokumentti. <<http://193.166.171.75/Dialog/Saveshow.asp>> Luettu 9.5.2013.

Tilastokeskus 2013. Kieli iän ja sukupuolen mukaan maakunnittain 1990-2012. Verkkodokumentti. <<http://193.166.171.75/Dialog/Saveshow.asp>> Luettu 9.5.2013.

Tuominen, Risto 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. 1.painos. Juva: WSOY.

Virtanen, Tuija 2010. Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tiedonhakuprosessin kuvaus

Tietokanta	Hakusanat	Suodattimet	Tu- lokset	Otsikko- tasolla luettuja	Tiivistelmä- tasolla luettuja	Kokoteksti- tasolla luettuja	Lopullinen va- linta
Cinahl	"Pediatric Nursing AND Cultural"	Full text Aikarajaus 1992-2013	49	49	8	5	3
	"Cultural differences AND nursing"	Full text Aikarajaus 2005-2013	84	84	10	4	1
	"Pediatric Nursing AND Cultural Diversity OR Multicultural"	Full text Aikarajaus 2005-2013	274	274	7	4	1 (valittu jo aikaisemman haun perusteella)
	"Culturally Sensitive Nursing"	Aikarajaus 2005-2013 Full text	17	17	2	1	0
	"Kurd* AND Cultural"	Aikarajaus 2000-2013	9	9	6	0	0
	"Cultural Competence AND Children"	Aikarajaus 2000-2013	68	68	2	1	1 (valittu jo aikaisemman haun perusteella)
Medic	"Pediatric Nursing AND Cultural Competenc* OR Cultural Diversity"	Aikarajaus 2000-2013 Julkaisutyyppi: Gradu, Väitöskirja Alkuperäis- tutkimus	275	275	20	0	0

Tietokanta	Hakusanat	Suodattimet	Tulokset	Otsikkotasolla luettuja	Tiivistelmätasolla luettuja	Kokotekstintasolla luettuja	Lopullinen valinta
	“Lasten hoitotyö AND monikulttuuri*”	Aikarajaus 2000-2013 Julkaisutyyppi: Väitöskirja, Gradu	33	33	21	1	1
Pub-med Health	“Pediatric Nursing AND Cultural Diversity OR Multicultural”	Aikarajaus 2003-2013 Free full text available	55	55	2	1	0
	“Nursing AND cultural diversity OR cultural sensitivity AND non-verbal”	Aikarajaus 2005-2013 Free full text available	54	54	3	1	0
Pub-med	“Nursing Concerns AND Immigrant Children”	Aikarajaus 2003-2013 Free full text available	9	9	9	2	2
	“Pediatric Nursing AND Cultural Diversity OR Multicultural”	Aikarajaus 2005-2013 Free full text available	228	228	15	5	1

Valittujen artikkeleiden keskeisimmät sisällöt

Artikkelin nimi	Julkaisupaikka ja -aika	Tekijät	Keskeisin sisältö
Attention to Eye Contact in the West and East: Autonomic Responses and Evaluative Ratings	PLOS ONE, 8, e59312. 13. maaliskuuta 2013	Akechi H., Senju A., Uibo H., Kikuchi Y., Hasegawa T., Hietanen K.	Katsekontaktin tärkeys ja sen merkitys eri kulttuureissa ja konteksteissa
Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary child health nurses' opinions	Scandinavian Journal of Caring Sciences 20 (2). 160-168. 24. toukokuuta 2006	Berlin, Anita, Johansson, Sven-Erik, Törnkvist, Lena	Sairaanhoitajien arvio omasta kulttuurisesta kompetenssista ja kyvystään hoitaa erikulttuurisia potilaita
Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children	Karolinska Institutet 2010	Berlin, Anita	Riskitekijöitä kulttuurien välisessä vuorovaikutuksessa hoitotyön näkökulmasta
Evaluation of a cultural competence educational programme	Journal of Advanced Nursing 53(4). 470–479 2006	Brathwaite, Cooper-Angela, Majumdar-Basanti	Koulutustilaisuuden vaikutus sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin kehittymiseen
Immigrant Children: Unmet Needs and a Myriad of Nursing Concerns.	Journal of Pediatric Nursing 23 (3) 157-160 2008	Betz, Cecily L.	Maahanmuuttajalasten erityiset tarpeet terveydenhuollon suhteen
Cultural influence on family management of children with cancer.	Journal of Pediatric Oncology Nursing 24(4). 227-233. 2006	Deadtrick, Janet A. – Gustafson Thibodeaux, Anna-ka	Perheen kulttuuritaustan vaikutus siihen, miten he hoitavat lapsensa syöpää ja miten he toivovat sitä hoidettavan
Enabling nursing students to become culturally competent – a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs	Scandinavian Journal of Caring Sciences 22(4). 499-506. 2008	Emami, Azita – Jirwe, Maria – Momeni, Pardis	Sairaanhoitajien kyky hoitaa erikulttuurisia potilaita: oppilaitoksen tarjoavat valmiudet hyvään kulttuuriseen hoitamiseen

Artikkelin nimi	Julkaisupaikka ja -aika	Tekijät	Keskeisin sisältö
Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial	Nursing and Health Sciences 12. 381-391 2010	Berlin, Anita; Nilsson, Gunnar, Törnkvist, Lena	Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen koulutustilaisuuden vaikutuksesta: hoitajien oman osaamisen reflektointi
Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja - etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa	Kuopion Yliopisto 2002	Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki	Somalialaisten terveystieteet ja muut kulttuuriin liittyvät käytännöt suomalaiseseen kulttuuriin siirtyessä.
Understanding patients in multicultural settings: a personal reflection on ethnicity and culture in clinical practice	Ethnicity & Health 2012 Jan; 17 (1/2): 203-16.	Hickling, Frederick W. 2012	Kulttuurin vaikutus potilaiden käyttäytymiseen sekä siihen tapaan, jolla hoitoa arvioidaan ja toteutetaan
Spirituality and religion: exploring the relationship	Nursing Management. 12, 6, 22-26 2005	Hollins, Susan	Hengellisyden ja uskonnon määrittely terveydenhuollossa: eroavaisuudet ja määrittely
Assessing culturally diverse pediatric clients	Pediatric Nursing 25(4) 1999	Bechtel, GA., Davidhizar, R., Havens, R.	Kulttuurien erityispiirteet terveydenhuollossa: vaikutus hoitolinjauksiin ja hoidon arviointiin
Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination	Medical Education 2006 Dec; 40 (12): 1180-7 2006	Ishikawa H. - Hashimoto H. - Fujimori S. - Kinoshita M. - Shimizu T. - Yano E	Sanattoman vuorovaikutuksen merkitys potilastyössä: potilaslähtöinen lähestyminen
Immunizing Children Who Fear and Resist Needles: Is It a Problem for Nurses?	Nursing Forum 45(1): 29-39 2010	Ives, Mary - Melrose, Sherri	Pistämistä pelkäävä ja vastustava lapsi: vaikutukset sairaanhoitajiin

Artikkelin nimi	Julkaisupaikka ja -aika	Tekijät	Keskeisin sisältö
Cultural Care Theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practises	Journal of Transcultural Nursing 13. 189-192. 2002	Leininger, Madeleine	Kulttuurisen hoitamisen mallin vaikutus ja mahdollisuudet parantaa monikulttuurisen hoitotyön laatua ja käyttää sen tuottamaa tietoa hyödyksi esimerkiksi opetustoiminnassa
Cultural safety: an introduction	Pediatric Nursing 20. 39-43 2008	De, Diana, Richardson, Jim	Turvallinen kulttuurin mukainen hoitaminen lastensairaanhoidossa: mitä asioita tulee ottaa huomioon, kulttuurin määrittely
A CRASH Course in cultural competence for nurses	Urologic Nursing 27 (4) 292-304 2007	Broome, Barbara, McGuinness, Teena	CRASH on työkalu, joka on kehitetty kehittämään kulttuurista kompetenssia. Tutkimus keskittyy urologiaan.

Kysymyspohja poliklinikan sairaanhoitajille

1. Minkälaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on eri kulttuurista tulevien perheiden kohtaamisesta?

2. Minkälaisia haasteita monikulttuurisuus tuo hoitotyöhön, ja erityisesti polikliiniseen hoitotyöhön?

Miten aseptiikkakäytännöt toimivat? (käsien pesu, käsidesin käyttö)

Näkyvätkö kulttuurierot esimerkiksi siinä, kuinka tarkkaa on tapaaminen klo 8?

Onko ulkomaalaistaustaisilla sellainen ajatus, että vastaanotolle tulee päästä juuri silloin, kun vastaanottoaika on sovittu alkavaksi? (usein Suomessa tapaamiset puolikin tuntia myöhässä)

Onko ollut ongelmia esimerkiksi siinä, ettei perhe saavu tapaamiseen tai ei ole peruuttanut sovittoaikaa?

Onko ollut ongelmia kielen/tulkkauksen kanssa?

Ongelmia kulttuurien käytäntöjen (esim. perhekäsitykset, naisen ja lapsen asema, kipukynnys) kanssa?

Esiintyykö hoitohenkilöstöllä tiedon puutetta eri kulttuurien ja uskontojen sisällöistä ja/tai pääpiirteistä?

Millaisia ennakoasenteita hoitajilla on eri kulttuurista tulevia kohtaan?

Onko ulkomaalaistaustaisen kanssa haasteellisempaa ottaa puheeksi esimerkiksi sosiaalietuudet?

Onko ulkomaalaistaustaisten vaikeampaa noudattaa esimerkiksi ohjeita tai suomalaista tapakulttuuria (stereotyyppien: asiat hoidetaan ajoissa, paikalla ollaan ajoissa, Suomen laki, lastensuojelu- ja perheväkivalta-asiat)?

Alastomuus? Nais- vai mieshoitaja?

Koetaanko länsimainen lääketiede kaikkivoipana? Esiintyykö turhautumista tai aggressiivisuutta, mikäli hoidolla ei saavuteta toivottuja tuloksia?

Luonnonmukainen lääkehoito/kieltäytyminen lääkkeistä?

Äidinmaidonkorvikkeet?

Tuleeko mielen jotain erityistä infektiopotilaista tai polikliinisestä hoitotyöstä?



Vieraasta kulttuurista peräisin olevan perheen kohtaaminen lasten ja nuorten poliklinikalla

Koulutustilaisuus poliklinikan henkilökunnalle

Kanerva Knuutti - Niina Pinonummi

Työmme tarkoitus ja sisältö

Opinnäytetyömme tarkoitus oli järjestää yhteistyösastonamme toimineen lasten ja nuorten ajanvarauspoliklinikan henkilökunnalle koulutustilaisuus monikulttuurisen hoitotyön sanattomasta viestinnästä. Koulutustilaisuudessa kuvaamme itäaasialaisen, somalialaisen ja kurdilaisen kulttuurin sellaisia piirteitä, joilla voi olla vaikutusta onnistuneen hoitosuhteen kehittymisen kannalta.



Miksi koulutusta?


Tutkimukset osoittavat hoitajien tarvitsevan ja haluavan lisäkoulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä. Erilaisten kulttuuritietoisuutta kehittävien ja siihen syventyvien kurssien ja koulutustilaisuuksien on myös tutkittu lisäävän hoitajien kulttuurista kompetenssia.

Johtopäätökset

Hoitajat kokivat koulutustilaisuutemme hyödylliseksi. Tilaisuus herätti myös jälkeenpäin osastolla paljon keskustelua monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä sen merkityksestä ja tarpeellisuudesta. Palautteen mukaan koulutustilaisuus oli tarpeellinen, mikä kertoo hoitajien motivaatiosta kehittää kulttuurista kompetenssiaan.



Koulutustilaisuuden PowerPoint-esityksen diat



Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hanke

Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hankkeen tarkoituksena on

- luoda lasten ja nuorten hoitotyöhön uusia potilaslähtöisiä toimintakäytäntöjä
- kehittää yhtenäisiä, joustavia ja saumattomia hoitopolkuja sekä
- vahvistaa verkostomaista työskentelyä erikoissairaanhoidon näkökulmasta näyttöön perustuen.

- Opinnäytetyömme on rakentunut yhteistyössä lastentautien ajanvarauspoliklinikan kanssa.
- Aiheen rajauksessa ja lopullisen tuotoksen suunnittelussa toimimme yhteistyössä infektiovastaanoton sairaanhoitajien kanssa.



Yhteistyön tavoitteena käytännönläheinen työ, joka tarjoaa apua todellisiin ongelmiin.

Käsiteltävät etniset ryhmät

- Somalit
- Itä-Aasia
- Kurdit

Edellä mainitut ovat yksiä suurimmista ulkomaalaisryhmiä Suomessa, sekä kulttuuriperinnöltään tuntemattomampia meille.



Miksi koulutusta tarvitaan?

- Erityisesti poliklinikalla potilaskontaktien ollessa usein lyhyitä ja jatkuvia olisi hyvin tärkeää, että hoitaja ei eleilläään tai asennollaan loukkaa potilasta ja saa aikaan tilannetta, jossa potilas kokee arvojensa tulleen loukatuksi eikä saavu enää hoitoon
- Lääkärin tai hoitajan sanaton viestintä vaikuttaa potilaan tai asiakkaan arvioon henkilön ammattitaidosta ja uskottavuudesta, mikä puolestaan voi toimia joko hoitoon sitouttavana tekijänä tai päinvastoin
- Tieto eri kulttuureista ja tieto oman kulttuurin erityispiirteistä avartaa hoitajan mielen vastaanottamaan potilaan sanomaa ja kuuntelemaan tätä ennakkoluulottomammin. Myös potilas aistii hoitajan asenteen ja tämän suhtautumisen itseensä, ja jos hoitaja ei miellytä potilasta eikä hän tunne tulevansa kohdatuksi yksilönä ja ymmärrettynä, ei hoitosuhde pääse kehittymään onnistuvaksi.
- Aiemmista tutkimuksista käy ilmi, että hoitajat ovat kokeneet taitonsa puutteellisiksi juuri kulttuurisen tiedon hallitsemisen osalta
- Erilaisten kulttuuritietoisuutta kehittävien ja siihen syventyvien kurssien ja koulutustilaisuuksien on tutkitusti todettu lisäävän hoitajien kulttuurista kompetenssia

Kulttuurinen kompetenssi - mitä se tarkoittaa?

- Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa yksilön kulttuurista tietoisuutta ja kyvykkyyttä tarjota laadukasta hoitoa potilaalle, jonka arvot, uskomukset ja käytös eriyvät hoitajan käsityksistä.
- Kulttuuriseen kompetenssiin kuuluvat ennakkoluulojen ja -käsitysten karistaminen, syrjinnän ja epätasa-arvon vastustaminen, yksilön kliininen osaaminen sekä päätöksenteko- ja arviointitaidot.
- Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen on prosessi, joka vaatii yksilöltä perusteellista ajattelun, ymmärryksen ja vuorovaikutuksen muokkautumista.



Kulttuurien välinen sanaton viestintä

- Kulttuurien välinen viestintä edellyttää keskustelukumppanin kulttuurin tiedostamista ja sen tuntemusta.
- Sanaton viestintä tarkoittaa viestinnän sanatonta, ei-kielellistä ulottuvuutta. Ihmisen ilmeet, eleet, asennot ja äänensävy sekä äänen tietynlainen painotus ovat sanatonta viestintää, samoin esimerkiksi vaatetus, tuokset ja hiukset.
- Sanaton viestintä tukee verbaalista viestintää, mutta se voi myös aiheuttaa ristiriitoja.
- Sanaton viestintä heijastelee niitä arvoja, uskomuksia ja asenteita, joita meillä kullakin on. Jos puhujan eleet ja puhe ovat kuulijan mielestä ristiriidassa keskenään, uskoo hän sanatonta viestintää.
- On tärkeää tiedostaa myös oman kulttuurin olemassaolo, jotta voi ymmärtää olevansa itsekin kulttuurin mukaan toimiva olento.
- Oman kulttuurin olemassaolon tiedostaminen auttaa myös näkemään kulttuurien välisiä eroja.

Oman kulttuurin tuntemus ja suomalaiset tavat

- Millaisia erityispiirteitä olette havainneet suomalaisessa viestinnässä?

Millaisia suomalaiset ovat?

- Suomalaiset vaativat viestiessään tilaa ja ovat kosketusherkkiä, eikä keskustelukumppania tule koskettaa ilman syytä.
- Etäisyys suomalaisen keskustellessa on noin metri
- Suomalaiset arvostavat suoraa ja rehellistä lähestymistapaa.
- Suomalaiset ilmaisevat usein ajatuksensa vasta mietittyään. Liioiteltu tai erittäin tunteellinen ilmaisu on suomalaisille vierasta.
- Suomalaisia pidetään usein melko ujoina ja jäykkinä.
- Käsillä elehtiminen on suomalaisille yksi hankalimmista asioista imitoida tai edes sietää.

- Suomalaiset ovat "maailman parhaita kuuntelijoita".
- Suora katsekontakti on suomalaiselle elehdinnän ja osallistuvan keskeyttämisen sijasta tärkeä, sillä katsekontakti osoittaa vastaanottajan kuuntelevan.
- Silmiin katsominen edustaa suomalaisille rehellisyyttä ja kiinnostuneisuutta, pälyily ja katsekontaktin välttäminen tulkitaan nopeasti epäluotettavuudeksi.



Suomalaisten hiljainen ja tilaa antava keskustelutapa yhdistettynä suomalaisten vähäiseen kehonkielenkäyttöön vuorovaikutustilanteissa saattaa aiheuttaa väärinymmärryksiä silloin, kun toinen keskustelija on peräisin runsaseleisestä ja kuuntelijana aktiivisesti osallistuvasta kulttuurista.

Case 1: Itä-Aasia

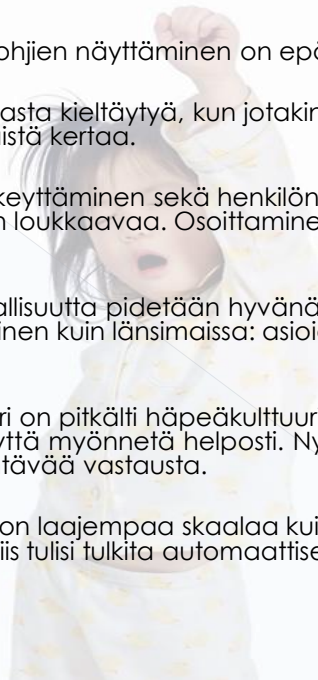
- Vastaanotolle saapuu kiinalainen perhe: 6-vuotias lapsi, äiti, isä ja isoisa. Perhe on tullut pre-operatiiviselle käynnille ennen pojan huomista nielurisaleikkausta. Nuori ja iloinen hoitaja kutsuu reippaasti perheen sisään. Nähdessään suloisen 6-vuotiaan pikkupojan hoitaja tervehtii häntä ihastuneena ja kysyy pojan nimeä silittäen tämän poskea. Tämän jälkeen hoitaja tervehtii muuta perhettä pirteästi ja pyytää heitä istumaan. Hoitaja istuu itse tuoliin heitä vastapäätä ristien jalkansa pitkälle eteensä.
- Hoitaja aloittaa keskustelun pahoittelemalla etukäteen sitä, että hänellä on kiire, mutta kertoo kuitenkin aikaa olevan hyvin perheen mahdollisille kysymyksille. Keskustelu on melko asiantuntijakeskeistä, hoitaja kertoo tiiviisti ja ripeästi huomispäivän kulusta ja tarvittavista valmisteluista, kuten ravinnosta olost ja pesuista. Hoitaja kohdistaa katseensa puhuttelemaansa henkilöön ja katsoo tätä kohteliaasti silmiin. Hoitaja sanoo, että kiireistään huolimatta hän voisi näyttää perheelle, miten he pääsevät aamulla osastolle. Perhe kieltäytyy kohteliaasti, ja isä nyökkää tietävänsä, missä osasto on. Lopuksi hoitaja kysyy, jäikö perheelle kysyttävää ja ovatko he ymmärtäneet, miten lapsi tulee valmistaa huomiseen leikkaukseen. Vanhemmat nyökkäävät ja hymyilevät vastaukseksi. Lopuksi hoitaja toteaa sormella isää osoittaen, että tämä tietääkin osaston sijainnin. Hoitaja hyvästelee tyytyväisenä perheen.
- Perhe saapuu seuraavana aamuna osastolle myöhässä, koska he olivat harhailleet sairaalan käytävillä. Käy myös ilmi, että poika on syönyt aamulla. Hoitaja on ymmällään. Mikä valmistamisessa meni pieleen?

Itäaasialaisen perheen kohtaaminen

- Itä-Aasiassa kunnioitetaan tyypillisesti korkeaa ikää ja sen mukanaan tuomaa viisautta. Perheen vanhinta jäsentä olisikin kohteliasta tervehtiä ensimmäisenä, läkkäämpään hoitajaan tai lääkäriin luotetaan helpoimmin.
- Perhekäsitys on paljon suomalaista laajempi: perheen elämään vaikuttavat tiiviisti esi-isien henget ja näiden kunnioittaminen.
- Pää on sielun asuinpaikka, eikä sitä tulisi turhaan kosketella. Muutenkin turhaa koskettelua vältetään.
- Puhutellessa tulee välttää liiallista katsekontaktia, koska sitä pidetään tungettelevana. Sen sijaan katsekontaktin välttäminen voi osoittaa kunnioitusta toista kohtaan (Japani).



- Kengän- tai jalkapohjien näyttäminen on epäkohteliasta.
- Aasiassa on kohteliasta kieltäytyä, kun jotakin hyödykettä tarjotaan ensimmäistä kertaa.
- Toisen puheen keskeyttäminen sekä henkilön osoittaminen yhdellä sormella on loukkaavaa. Osoittaminen tehdään koko kämmenellä.
- Hiljaisuutta ja rauhallisuutta pidetään hyvänä ominaisuutena. Aikakäsitys on erilainen kuin länsimaissa: asioiden edelle ei tule kiirehtiä.
- Aasialainen kulttuuri on pitkälti häpeäkulttuuri, eikä omaa ymmärtämättömyyttä myönnetä helposti. Nyökkäminen ei aina tarkoita myöntävää vastausta.
- Hymy edustaa paljon laajempaa skaalaa kuin suomalaisessa kulttuurissa, sitä ei siis tulisi tulkita automaattisesti hyväksyntänä.



- Kiinalaiset ovat tottuneita tilan rajallisuuteen: keskustellessa he tuovat kasvonsa hyvin lähelle keskustelukumppanin kasvoja
- Kiinalainen osoittaa usein kokemaansa kipua vetämällä ilmaa nopeasti ja äänekkäästi hampaiden välistä sisään. Japanissa puolestaan tämä ele osoittaa kielteistä reaktiota jotakin asiaa kohtaan.
- Kiinalaiset uskovat veren sisältävän elinvoiman eli "kin". Tästä johtuen he saattavat suhtautua kielteisesti esimerkiksi verikokeisiin.

Case 2: Somalia

- Somalialainen perhe saapuu mieshoitajan vastaanotolle. Perheen 14-vuotiaalla tytöllä on kipuja virtsatessa ja alavatsalla. Mukana ovat tytön isä, äiti, tunti, isoäiti ja isosisko. Hoitaja ehdottaa, että tyttö voisi tulla vastaanottohuoneeseen äitinsä kanssa muun perheen odottaessa aulassa. Isä ilmoittaa koko perheen tulevan sisään.
- Hoitaja tervehtii perhettä ja alkaa haastatella heitä terveysongelmasta tehden samalla muistiinpanoja. Hän vastaanottaa isän ojentaman Kela-kortin vasemmalla kädellään kirjoittaessaan oikealla. Puheensa ja katseensa hän kohdistaa erityisesti tytölle ja tämän äidille. Hoitaja tiedustelee varovasti tytöltä, onko tällä poikaystävää. Tyttö kieltää tämän nopeasti. Hoitaja tiedustelee vielä mahdollisia seksikokemuksia. Myös nämä tyttö kieltää. Tyttö vaikuttaa kivuliaalta, ja hoitaja kysyy, onko hänellä kipuja ja tarjoaa särkylääkettä. Tyttö vilkaisee isäänsä, ja sanoo, ettei häneen satu. Sovitaan, että tyttö käy laboratoriotesteissä samantien, ja hoitaja antaa heille kontrolliajan seuraavalle viikolle.
- Lääkärin määräämissä laboratoriotesteissä selviää, että tytöllä on klamydia. Perhe ei saavu seuraavalla viikolla sovituille lääkityksille. Mikä tähän voisi johtua?

Somalialaisen perheen kohtaaminen

- Somaliperhe on suomalaista perhettä hierarkkisempi, ja iän mukana tulevat niin päätösvalta kuin rankaisuoikeuskin.
- Perheessä äitiin liitetään rakkauden tunteet ja isään ohjeet, määräykset sekä käskyvalta.
- Somalikulttuuri on vahvasti patriarkaalinen: miestä tulee puhutella ensin ja hän toimii yleensä perheenjäsenten puolestapuhujana.
- Mieslääkärin tai -hoitajan tutkiessa naispuolista perheenjäsentä on sukulaismiehen usein oltava läsnä tutkimushuoneessa. Toisaalta taas vastakkaista sukupuolta edustava perheenjäsen poistuu tutkimushuoneesta ennen potilaana olevan riisuutumista.

- Mikäli mahdollista, samaa sukupuolta olevan henkilön tulisi hoitaa muslomia ristiriitojen välttämiseksi.
- Silmiin katsomista pidetään epäkunnioittavana ja provokatiivisena. Pitkä katse tai tuijottaminen voidaan myös tulkita seksuaalisen mielenkiinnon osoituksena.
- Vasemman käden käyttämistä vastaanottamiseen pidetään somalialaisten keskuudessa epäkohteliaana.
- Afrikkalaisissa kulttuureissa hymyn taakse kätketään mm. hämmennys.
- Somalialaiset käsittelevät lapsiaan tyypillisesti hyvin luontevasti ja lämpimästi, mutta kurinpidolliset menetelmät ovat suomalaisiin tapoihin verrattuna kovia.



- Somalialaiset usein uskovat henkien olevan onnettomuuksien ja sairauksien osasyynä.
- Muslimeille tyypillisesti vakavat ja usein parantumattomat sairaudet (kuten esimerkiksi syöpä) aiheuttavat häpeää, sillä sairauksia pidetään Jumalan rangaistuksina. Tämä johtuu siitä, ettei mitään voi tapahtua ilman Jumalan läsnäoloa tai tahtoa.
- Muslimit ajattelevat, että kivun kestäminen vahvistaa sielua ja lujittaa uskoa, eikä kipua näin ollen tulisikaan näyttää. Tämä koskee myös lapsia.
- Afrikkalaisilla on tapana keskustella vilkkaasti ja keskeyttää toistensa puhe paha tarkoittamatta. Lääkärin tai sairaanhoitajan vähäsanaisuus ja hiljaisuus saatetaan myös somalikulttuurissa tulkita epävarmuudeksi.

Case 3: Kurdistan

- Kurdiperhe odottaa vuoroaan diabetesvastaanotolla. Perheen 15-vuotias tyttö sairastaa diabetesta. Tyttö on hieman ylipainoinen, ja hänen sokeriarvonsa ovat koholla.
- Vastaanotolla ollaan jäljessä aikataulusta. Nuori ja ujo hoitaja kutsuu tytön sisään 20 minuuttia sovittua aikaa myöhemmin ja huomaa, että tällä on mukaan niin sisarukset, vanhemmat kuin isovanhemmatkin. Hoitaja ehdottaa varovasti, että osa perheestä odottaisi aulassa tapaamisen ajan. Vanhemmat ja isoisä päättävät tulla tytön mukaan.
- Vastaanotolla hoitaja kyselee tytlä tämän ruokatottumuksista. Hoitaja suosittelee hiilihydraattien vähentämistä ja säännöllisiä ateriovälejä. Hän ehdottaa myös muutamaa hyvää reseptiä ja kuitujen lisäämistä esim. ruisleivän muodossa. Hoitaja kysyy tytlä, mistä ruoista tämä pitää. Kysymysten jälkeen tyttö pitää taukoa ja perhe keskustele vilkkaasti keskenään. Vanhemmat ja isoisä tuovat mielipiteitään esille useasti. Hoitaja keskeyttää pari kertaa varovasti perheen neuvonpidon ja kertoo, että haluaisi kuulla lapsen oman mielipiteen.
- Perhe lähtee tapaamisesta hieman nyrpeän oloisena ja hoitajasta tuntuu, että tämä on jotenkin loukannut heitä siitä huolimatta, että hän yritti olla varovainen ja kohtelias. Mistä perhe olisi voinut loukkaantua?

Kurdiperheen kohtaaminen

- Perhe muodostuu yleensä kolmesta sukupolvesta. Tämä ydinperhe on kurdille erittäin tärkeä, ja perheyksikkö on hyvin tiivis.
- Kulttuuria leimaa vahva yhteisöllisyys. Yksilöllisyyttä ei korosteta ja päätöksenteossa koko perhe on mukana.
- Nuorten rooli on pitää yllä kuvaa lojaalista perheestä ja sen kyvystä hankkia toimeentulonsa säädylisin keinoin.
- Koko suku on erityisen kiinnostunut nuoren sukupolven toiminnasta, nuoren erityistaitoja tuetaan parhaalla mahdollisella tavalla -> koko perheen aseman kehitys
- Nuoren avioliiton solmimisen valvonta -> perheen sosiaalisen aseman kohottaminen

- Kurdi-identiteetti on erittäin tärkeässä roolissa. Vanhempi sukupolvi siirtää nuorelle perimätiedon ja kädentaidot. Isoisan asema on erityisen tärkeä.
- Naiset vapaampia verrattuna naapurikansoihin: käyttävät harvoin huntua, voivat puhutella vieraita miehiä.
- Kurdit arvostavat täsmällisyyttä.
- Laulaminen, tanssi ja muut kulttuurin traditiot ovat hyvin tärkeitä kurdeille. Esimerkiksi perinteisten ruokien valmistaminen ja ruoanlaittotaidon siirtäminen tyttölapsille on arvostettua.
- Kurdikulttuuri on hyvin elävää, ja yhteisöllisyys näkyy myös värikkäänä ja äänekkäänä sekä iloisena kanssakäymisenä. Hiljainen ja passiivinen käyttäytyminen voi kurdista tuntua kummalliselta.

Lähteet

- Abdelhamid, Pirkko - Juntunen, Anitta - Koskinen, Liisa 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Akar, Sylvia – Tiilikainen, Marja 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Verkkodokumentti. <<http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5o8wuirSI/Katsaus_islamilaiseen_maiimaan.pdf>> Luettu 1.4.2013.
- Akar, Sylvia – Tiilikainen, Marja 2011. Yleiset kulttuurierot ja stereotypisointi: Islamilainen perhe- ja tapakulttuuri. Helsingin yliopisto. Verkkodokumentti. <http://wanda.uef.fi/fkk/liferay/projektit/monikko/Islam_Akar_Tiilikainen_Kontioalahti.pdf> Luettu 30.3.2013.
- Akechi H., Senju A., Uibo H., Kikuchi Y., Hasegawa T., Hietanen K. 2013. Attention to Eye Contact in the West and East: Autonomic Responses and Evaluative Ratings. <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0059312>>> Verkkodokumentti. Luettu 28.3.2013.
- Axtell, Roger. 1998. Gestures - The do's and taboos of body language around the world. John Wiley & Sons, Inc.
- Berlin, Anita – Johansson, Sven-Erik – Törnkvist, Lena 2006. Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary child health nurses' opinions. Scandinavian Journal of Caring Sciences 20 (2). 160-168.
- Berlin, Anita 2010. Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children. Verkkodokumentti.
- Brathwaite, Cooper- Angela, Majumdar- Basanti. 2005: Evaluation of a cultural competence educational programme. Journal Compilation. Verkkodokumentti. <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=113&sid=7d2988ac-865c-41d8-86e2-83402a3bb9bc%40replicon103>> Luettu 17.03.2013
- Cichocki, Mark 2008. Culturally Sensitive HIV Care - Be Aware of Cultural Differences. Verkkodokumentti. <<http://aids.about.com/cs/doctors/a/culture.htm>> Luettu 2.4.2013

- Galanti G.A 2003. Caring for Patients from Different Cultures. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja - etnografia somallalaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-934-x/>
- Ishikawa H. - Hashimoto H. - Fujimori S. - Kinoshita M. - Shimizu T. - Yano E. 2006. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. Medical Education 2006 Dec; 40 (12): 1180-7.
- Kaikkonen, Pauli 2004. Vierauden keskellä – Vierauden, monikulttuurisuuden ja kulttuurienvälisen kasvatuksen aineksia. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Koester, Jolene - Lustig, Myron W. 2010. Intercultural competence. Interpersonal communication across cultures. 6. painos, Boston: Allyn & Bacon
- Lewis, Richard D. 2005. Finland - Cultural lone wolf. Boston: Intercultural Press Inc.
- Lewis, Richard. 2008. Cross-cultural communication: a visual approach. WS Bookwell.
- Mikluha, Arja 1998. Kommunikointi eri maissa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Papadopoulos, Irena 2006. Transcultural Health and Social Care. Churchill Livingstone Elsevier.
- Salo-Lee, Liisa 1996. Kieli, kulttuuri ja viestintä. Teoksessa Liisa Salo-Lee, Raija Malmberg & Raimo Halinoja (toim.) Me ja muut: Kulttuurienväläinen viestintä. Jyväskylä: Gummerus
- Tuominen, Risto 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. 1.painos. Juva: WSOY.
- Koivunen, Kristiina 2001. Teetä Kurdistanissa. Suomen Rauhanpuolustajat. Helsinki.
- Nerweyi, Faik 1991. Kurdit. Sosiaali- ja terveyshallitus. Valtion painatuskeskus.

