

Opinnäytetyö (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
2014

Sara Kuismin & Jasmin Larjama

# POTILAAN KULTTUURIN HUOMIOIMINEN TEHOHOITOTYÖSSÄ

- ICU competence -projektin virtuaalisen  
koulutusohjelman sisällön kehittäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidtaja

Marraskuu 2014 | 31 + 42

Riitta-Liisa Lakanmaa

Sara Kuusmin & Jasmin Larjama

## POTILAAN KULTTUURIN HUOMIOIMINEN TEHOHOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyö on osa ICU competence –projektia. Projektin tarkoituksena on parantaa tehohoitotyön laatua kehittämällä ammatillista osaamista tukeva virtuaalinen koulutusohjelma, tehohoitopeli. Projektiin liittyvissä Turun Ammattikorkeakoulun opinnäytetöissä tuotetaan perustietoa tehohoidon eri osaamisalueilta. Tuotettua tietoa ja materiaalia käytetään tehohoitopelin luomiseen. Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä käsitellään potilaan kulttuurin huomioimista tehohoitotyössä. Eettisesti laadukas, kokonaisvaltainen tehohoito edellyttää potilaan kulttuurin huomioimista hoitotyössä.

Opinnäytetyön toiminnallinen osio käsittää kirjallisuuskatsauksen avulla rakennetun tietopaketin ja sen pohjalta tehdyn tietotestin. Tietopaketin aihealueina ovat kulttuurinen kompetenssi, kulttuuriset erot käsityksissä terveydestä, sairaudesta, kivusta ja kuolemasta, kommunikaatio, perhesuhteet ja hierarkia sekä kulttuurisen kompetenssin toteutus käytännön tehohoitotyössä. Tietotesti sisältää kaksikymmentä monivalintatehtävää. Kysymykset koskevat potilaan kulttuuriin liittyviä eettisiä ristiriitatilanteita tehohoidossa ja mittaavat tietopaketin sisällön ymmärtämistä.

ASIASANAT:

kulttuuri, monikulttuurisuus, kulttuurinen kompetenssi ja tehohoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing| Nursing

November 2014 | 31 + 42

Riitta-Liisa Lakanmaa

Jasmin Larjama & Sara Kuismin

## OBSERVING PATIENT'S CULTURE IN INTENSIVE CARE NURSING

The thesis is part of the ICU competence project. The purpose of this project is to improve the quality of nursing in intensive care settings by developing a professional virtual training program, intensive care game. Project related thesis of Turku University of Applied Sciences produce basic information in different areas of intensive care. The intensive care game will be built on the basis of the produced material and information. This functional thesis deals with the patient's cultural matters in intensive care nursing. Ethically high-quality, comprehensive intensive care nursing requires close observation of patient's culture

The functional part of this thesis contains a learning package and a knowledge test that are based on the literature review. Themes in the learning package are cultural competence, cultural differences in beliefs of health and sickness, pain and death and communication, family relationships, hierarchy and implementation of cultural competence in practical intensive care nursing. The knowledge test contains twenty multiple-choice questions. The questions are related to ethical conflicts which rise from the cultural differences and measure the understanding of the learning package.

### KEYWORDS:

culture, multiculturalism, cultural competence and intensive care

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 TAUSTA</b>	<b>7</b>
2.1 Keskeiset käsitteet	7
2.2 Aikaisempi kirjallisuus	8
<b>3 TARKOITUS, TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>11</b>
3.1 Projektin toteutus	11
3.2 Virtuaalinen oppimisolusta	12
3.3 Tutkimuskysymykset	13
<b>4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN KUVAUS</b>	<b>15</b>
4.1 Tiedonhaku	15
4.2 Tietopaketin ja -testin luominen	16
4.3 Haasteet etnisen vähemmistön edustajan kohtaamisessa tehohoitotyössä	18
4.4 Miten huomioida potilaan kulttuuriset tarpeet tehohoitotyössä	21
<b>5 POHDINTA</b>	<b>25</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>29</b>

## LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
Liite 2. Tutkimustaulukko	
Liite 3. Tietopaketti	
Liite 4. Tietotestin kysymykset ja oikeat vastaukset	
Liite 5. Tietotestin kysymykset summamuuttujittain ja kysymyksen suunnittelu	
Liite 6. Tietotesti	

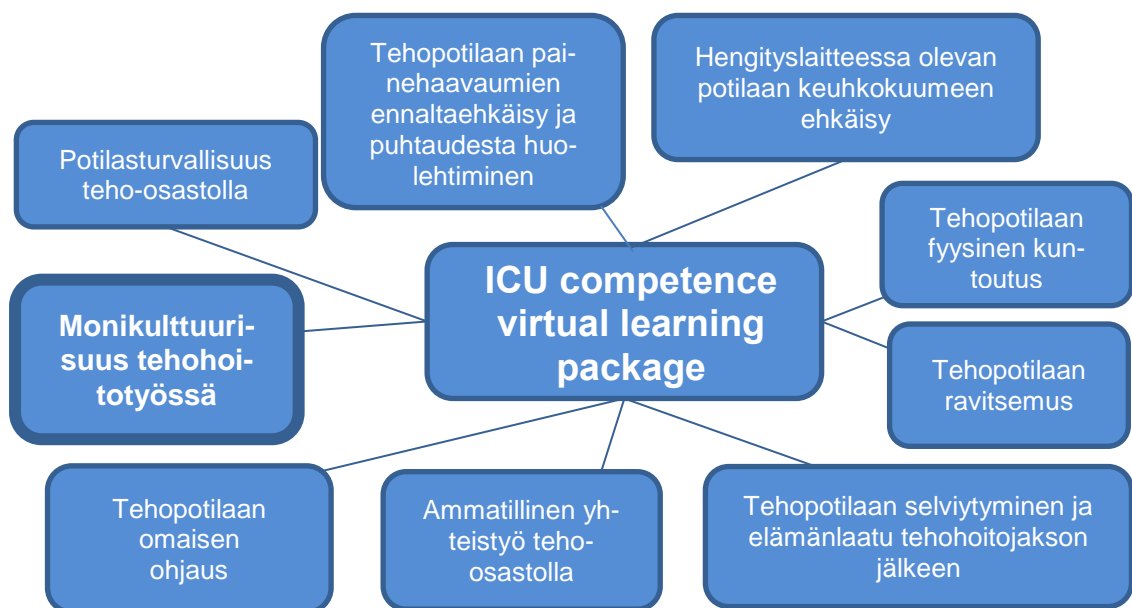
## KUVAT

Kuva 1. ICU competence -hanke, ONT-aiheet 2014 (mukaillen: Lakanmaa 2014)	5
Kuva 2. Spiraalimalli (mukaillen: Toikko & Rantanen 2009, 67.)	12
Kuva 3. Tietopaketin teemat.	17

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on osa ICU competence -projektia, jonka tarkoituksena on kehittää tehohoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaa hoitotyön osaamista tukeva virtuaalinen koulutusohjelma, tehohoitopeli. Projektin tavoitteena on yhdistää hoitotyön koulutus sekä kliininen hoitotyö. Projekti toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun, yliopistollisen sairaalan aikuisten teho-osaston ja yliopiston hoitotieteenlaitoksen välisenä yhteistyönä, perustuen R.-L. Lakanmaan väitöstitkimukseen (2012) ja sen tutkimustuloksiin. (Lakanmaa 2014.)

Opinnäytetöiden aiheet on valittu yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan aikuisten teho-osaston asiantuntijan kanssa. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön aihe on monikulttuurisuus, tarkemmin: potilaan kulttuurin huomioiminen tehohoidossa. Syksyn 2014 valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden projektiin liittyvien opinnäytetöiden aiheet on kuvattu seuraavassa kuviossa.



Kuva 1. ICU competence -hanke, ONT-aiheet 2014 (mukaillen: Lakanmaa 2014)

Opinnäytetyökokonaisuuksiin kuuluu kirjallisuuskatsauksen perusteella kehitetty tietopaketti ja -testi valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille. Koska tietopaketin ja testin tekijät ovat itse valmistuvia sairaanhoitajaopiskelijoita, heillä on oma-

kohtaista ymmärrystä opiskelijoiden tiedon tarpeista ja tasosta ennen valmistamista. Jatkossa tuotokset testataan ja niihin tehdään tarvittavat muutokset tehohoitopeliä varten (Lakanmaa 2014).

STM:n Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa -ETENE-julkaisun mukaan (2004, 10) maahanmuuttajien tarpeet terveydenhuollossa poikkeavat valtaväestön tarpeista. Myös erilaiset käsitykset terveydestä, sairaudesta, elämästä ja kuolemasta saattavat aiheuttaa molemminpuolisia väärinymmärryksiä. Joissakin kulttuureissa esimerkiksi hoitoon liittyvä päätöksenteko kuuluu potilaan lisäksi koko lähiyhteisölle, mikä poikkeaa suomalaisesta yksilökeskeisestä ajattelutavasta.

Valviran mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kunnioittaen hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään. Hoidossa tulee ottaa huomioon hänen äidinkieltensä, kulttuurinsa ja yksilölliset tarpeensa. (Valvira 2014.) Tällä perusteella opinnäytetyö potilaan kulttuurin huomioimisesta tehohoitotyössä on tarpeellinen potilaan hyvän hoidon turvaamiseksi.

## 2 TAUSTA

Potilaan kulttuurin huomioimista hoitotyössä on alettu tutkimaan kun on huomattu kulttuurin suuri vaikutus yksilön persoonallisuuteen, ja kuinka valmistautumattomasta hoitohenkilökunta on vastaamaan potilaiden erilaisiin kulttuurisiin tarpeisiin (Zander 2007, 50). Kulttuuriset tarpeet huomioon ottavan hoitotyön toteutuminen vaatii hoitohenkilökunnalta tietoa ja oikeanlaista asennoitumista (Ozolins & Hjelm 2003, 84). Teho-osastolla henkilökunnalta vaaditaan erityistä herkkyyttä potilaan erilaisille tarpeille tämän haavoittuvuuden ja hoitoympäristön luonteen vuoksi (Bloomer & Al-Mutair 2013, 194).

### 2.1 Keskeiset käsitteet

Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat kulttuuri, monikulttuurisuus, kulttuurinen kompetenssi, tehohoito, sekä toiminnallinen opinnäytetyö. Tässä työssä kaikki käsitteet määritellään opinnäytetyön aiheen näkökulmasta. Kulttuurinen kompetenssi on edellytys laadukkaalle ja kokonaisvaltaiselle hoitotyölle, jossa potilaan kulttuurilliset tarpeet otetaan huomioon. Kulttuurinen kompetenssi -käsitteestä on tehty käsiteanalyyskejä, joita käytetään tässäkin työssä kulttuurisen kompetenssin määrittämiseen.

Kulttuuri (culture) tarkoittaa tietyn ryhmän opittua maailmankuvaa, joka välittyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Se vaikuttaa arvoihin, uskomuksiin, tapoihin ja käytökseen. Kulttuuri ilmenee kielessä, pukeutumisessa, ruoassa, materiassa sekä ryhmän sosiaalisissa rakenteissa. (Rosenjack Burchum 2002, 5.)

Monikulttuurisuus tarkoittaa erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien elämistä samassa ajassa ja paikassa. Erilaiset kulttuurit nähdään positiivisena ja yhteiskuntaa rikastuttavana asiana. Niiden välillä vallitsee keskinäinen suvaitsevaisuus ja tasa-arvo YK:n ihmisoikeuksien mukaisesti. (Abdelhamid 2010, 18.)

Kulttuurinen kompetenssi (cultural competence) on prosessi (Rosenjack Burchum 2002, 5), joka pohjautuu kulttuuriseen tietoisuuteen, tietämykseen, osaa-

miseen, kohtaamiseen ja haluun (Zander 2007, 50-53). Prosessi alkaa kulttuurien välisten yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien ymmärtämisestä. Tätä seuraa sairaanhoitajan asenteen muutos. Hän osoittaa herkkyyttä ja avoimuutta, eikä tuomitse erilaisuutta, vaan hyväksyy ja kunnioittaa erilaisia kulttuureja. Prosesin viimeisessä vaiheessa sairaanhoitaja toteuttaa hoitotyötä ottaen huomioon potilaan kulttuurilliset tarpeet ja toiveet sekä myös yksilöllisyyden, mikä vaatii luovuutta sekä soveltamiskykyä. (Dudas 2012, 318.)

Tehohoidolla (intensive care tai critical care) tarkoitetaan vaikeasti sairaan potilaan jatkuvaa tarkkailua, elintoimintojen valvontaa ja tarvittaessa niiden ylläpitoa erikoislaitteiden avulla (STHY 1997; The Intensive Care Society 2014). Potilas voi päätyä tehohoitoon joko suunnitellusti leikkauksen jälkeen tai akuutin terveydellisen kriisin seurauksena myös päivystysosaston (emergency unit) kautta. Tehohoidon tavoitteena on ajan voittaminen perussairauden hoitamiseen sekä hengenvaaran estäminen. Tehohoito vaatii siihen koulutetun henkilöstön, (The Intensive Care Society 2014) kehittyntä teknologiaa sekä erikoistuneen ja varustetun teho-osaston (intensive care unit tai high dependency unit) (STHY 1997).

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakoulussa. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisopas. Sen tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön voi toteuttaa kohderyhmän mukaan esimerkiksi kirjana, oppaana, kotisivuina tai tapahtumana. Sen tulisi olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu, käytännönläheinen ja työelämälähtöinen. Toiminnallisen opinnäytetyön tulisi osoittaa alan tietojen ja taitojen hallintaa riittävällä tasolla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

## 2.2 Aikaisempi kirjallisuus

Kulttuurisen kompetenssin tutkimus on ollut esillä viimeisten kolmenkymmenen vuoden ajan (Suh 2004, 93). Potilaan kulttuurin huomioimista hoitotyössä on



tutkittu länsimaissa jonkin verran. Suomalaista tutkimusta aiheesta on niukasti, kuten myös kansainvälistä tutkimusta nimenomaan tehohoitotyöhön liittyen. Ohjeistuksia kulttuurisiin ristiriitatilanteisiin hoitotyössä on tutkittu ja kehitetty vähän. Islaminuskoisten potilaiden hoitoon liittyen aihetta on kuitenkin tutkittu jonkin verran. Enemmän tutkimustietoa on siitä, mitä asioita sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon kulttuurista vähemmistöä edustavan potilaan hoidossa.

Kulttuurisesta kompetenssista ja kulttuurisesta herkkydestä on tehty käsiteanalyseja 2000-luvulla. Laadullisia tutkimuksia kulttuurin vaikutuksesta hoitotyöhön on tehty sekä sairaanhoitajien että potilaiden ja omaisten näkökulmista. Määrällistä tutkimusta aiheesta sen sijaan on vähemmän. Ohjeistuksia islaminuskoisten potilaiden kulttuurin huomioimisesta hoitotyössä on tehty esimerkiksi Australiassa ja Amerikassa. Osa näistä on suunnattu nimenomaan tehohoitotyöhön. Lisäksi on kirjoitettu erityisen haavoittuvien maahanmuuttajaryhmien, kuten pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden tarpeiden huomioimisesta terveydenhuollossa. Myös Amerikan vähemmistökansojen kulttuuristen tarpeiden huomioimisesta hoitotyössä on tehty tutkimuksia.

Kulttuurin vaikutusta persoonallisuuteen alettiin tutkia 1900-luvun alkupuolella. 1970-luvulla alettiin kiinnittää huomiota siihen, etteivät kulttuurierot vääristäisi tutkimustuloksia. Tällöin kulttuurisesta kompetenssista ja kulttuurisesta herkkydestä tuli käytös- ja sosiaalitieteen edustajille moraalisia velvoitteita tutkimuksia tehtäessä. 1980-luvulla Derald Wing Sue korosti kulttuurista tietoisuutta, kulttuurista tietoa ja kulttuurista osaamista, joista tuli laajasti käytettyjä linjoja kulttuurisen kompetenssin tutkimukselle. (Zander 2007, 50-51.)

Florence Nightingale toteutti ensimmäisenä kulttuurirajat ylittävää hoitotyötä. Kuitenkin vasta 1950-luvulla huomattiin sairaanhoitajien kyvyttömyys tarjota kulttuurisesti kompetenttia hoitoa. Madeleine Leininger loi ensimmäisen teorian kulttuurirajat ylittävästä hoitotyöstä "Theory of Cultural Care Diversity and Universality" (1995). Vähitellen sairaanhoitajan koulutukseen alettiin lisäämään potilaan kulttuurin huomioon ottavaa näkökulmaa. Campinha-Bacote loi Cultural Competence Care Model -mallin, joka käsittää neljä kulttuurisen kompetenssin

edellyttämää tekijää: kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tieto, kulttuurinen osaaminen ja kulttuuriset kohtaamiset. Vuonna 2001 hän lisäsi malliin vielä kulttuurisen halun yhdeksi tekijäksi. (Zander 2007, 51.)

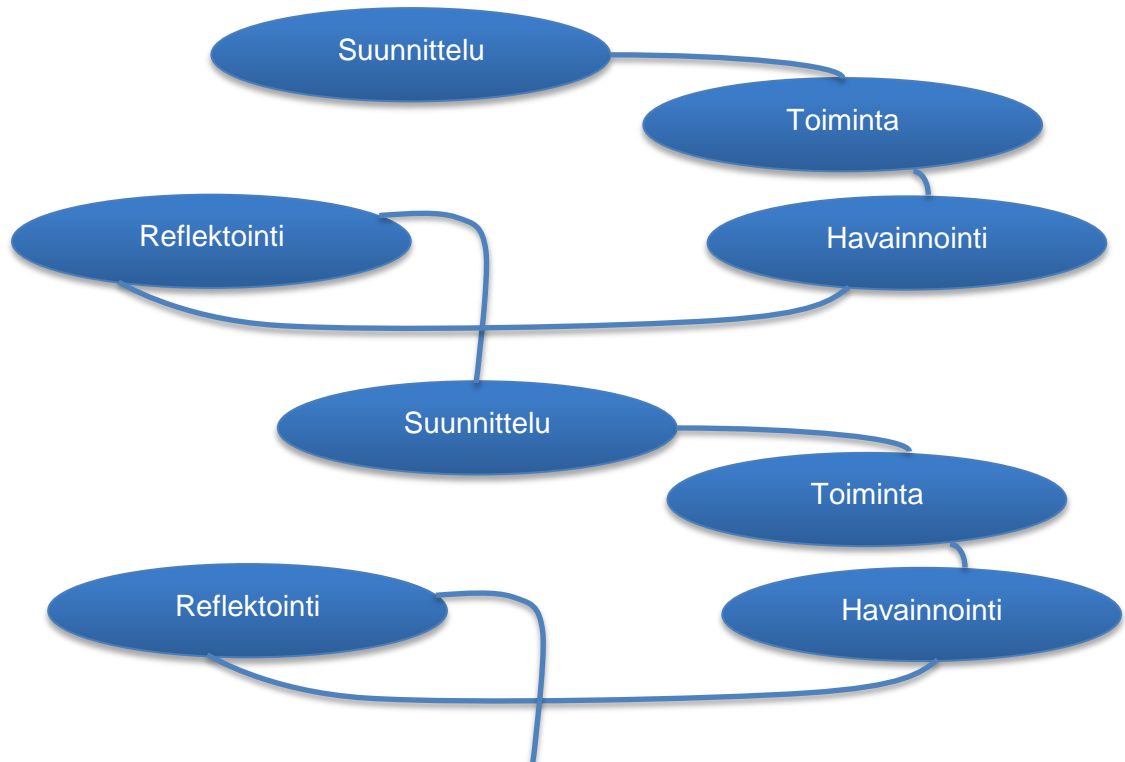
Toistaiseksi kulttuurisen kompetenssin toteutuminen käytännössä on vielä harvinaista. Hoitotyössä sitä on tutkittu 1900-luvun loppupuolelta lähtien, jotta löydettäisiin ratkaisu ongelmaan. (Zander 2007, 54.) Maahanmuuton jatkuvasti kasvaessa myös tutkimus kulttuurisesta kompetenssista lisääntyy. Tutkimuksia onkin tehty erityisesti 2000-luvun puolella.

## 3 TARKOITUS, TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä opinnäytetyö on osa ICU competence –projektia. Projektin tarkoituksena on kehittää virtuaalinen oppimisalusta, tehohoitopeli. Se käsittelee hoitotyötä teho-osastolla ja on tarkoitettu kehittämään näyttöön perustuvaa hoitotyön osaamista. Projektin tavoitteena on siis parantaa tehohoitotyön laatua.

### 3.1 Projektin toteutus

ICU-competence-projekti toteutetaan spiraalimallin mukaisesti. Mallissa tärkeää ovat reflektiivisyys, arviointi ja vuorovaikutus. Käytännössä siis tehtävät eli perustelu, organisointi, toteutus ja arviointi muodostavat kehän. Tämän jälkeen toiminta jatkuu uusilla kehillä, joissa edellisen vaiheen tuotos arvioidaan aina uudelleen. Spiraalimallissa nähdään ihminen oppijana ja luovana toimijana, jonka erilaiset tiedot ja taidot ovat läsnä ja hyödynnettävissä parhaalla mahdollisella tavalla. Hankkeen alussa suunnitelmaa ei tehdä vielä loppuun asti, vaan prosessin aikana suunnitelma elää ja tarkentuu lopulliseen muotoonsa. (Salonen 2013, 14-15.) Seuraavassa kuviossa on esitetty kaavio spiraalimallista.



Kuva 2. Spiraalimalli (mukaillen: Toikko & Rantanen 2009, 67.)

Alustavan etenemissuunnitelman mukaan projektin seuraavassa vaiheessa virtuaalista koulutusohjelmaa testataan. Tämän jälkeen sitä arvioidaan ja sen tulokset raportoidaan. Lopulta koulutusohjelma on tarkoitus ottaa käyttöön Suomessa kehittämään tehohoitotyön osaamista ja laatua. (Lakanmaa 2014.)

### 3.2 Virtuaalinen oppimisalusta

Oppimisalusta on suunnattu valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille ja perehdytysvaiheessa oleville teho-osaston sairaanhoitajille ja se tulee sisältämään eri tehohoidon osa-alueita. Oppimisalusta tulee koostumaan Turun ammattikorkeakoulun valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetöiden tietopaketeista ja -testeistä. Opinnäytetyöt toteutetaan toiminnallisina opinnäytteinä. Ne sisältävät kirjallisuuskatsauksen perusteella tehdyn tietopaketin ja -testin aina kyseisestä aihealueesta. Tämän opinnäytetyön aiheena on monikulttuurisuus teho-

hoitotyössä ja käytännössä se käsittelee potilaan kulttuurin huomioimista tehohoito-työssä.

### 3.3 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tietopaketin tarkoituksena on tarjota valmistuville sairaanhoitajille tutkimuksiin perustuvaa tietoa kulttuurisista eroista, jotka voivat vaikuttaa tehohoito-työn toimiin ja vaatia erityistä soveltamista potilaslähtöisen ja laadukkaan tehohoidon tarjoamiseksi. Ongelmakohtien esiin tuomisen lisäksi tietopaketissa esitellään myös peruseriaatteita, jotka auttavat tekemään oikeita päätöksiä erilaisissa hoitotilanteissa. Tietopaketti valmentaa sairaanhoitajaksi valmistuvia opiskelijoita kohtaamaan kulttuurivähemmistöä edustavan potilaan teho-osastolla. Tietotestin tarkoituksena taas on testata, kuinka hyvin lukija on sisäistänyt tietopaketin asiat. Tällä tavoin opinnäytetyö edistää tehohoito-työn kehittymistä entistäkin potilaslähtöisemmäksi.

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Mitkä tekijät länsimaiden ulkopuolelta tulevan potilaan kulttuurissa aiheuttavat haasteita tehohoito-työn toteuttamiseen suomalaisella teho-osastolla?
2. Miten potilaan kulttuuritausta tulee huomioida tehohoito-työssä?

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä pyritään selvittämään asioita, jotka saattavat aiheuttaa väärinymmärryksiä ja ristiriitatilanteita erilaisesta kulttuurista tulevan potilaan tehohoidossa ja mahdollisesti traumaattisia kokemuksia potilaalle. Tarkoituksena on myös selvittää tehohoidossa huomioon otettavia potilaan kulttuurisia tarpeita. Kysymys rajattiin länsimaiden ulkopuolelta tuleviin kulttuureihin, sillä länsimaiden väliset kulttuurierot ovat suhteellisen pieniä. Tässä opinnäytetyössä länsimailla tarkoitetaan Euroopan maita, Pohjois-Amerikkaa, Australiaa ja Uutta-Seelantia. Ensimmäisen kysymyksen tarkoitus on siis selvittää, mitkä tekijät aiheuttavat haasteita eri kulttuurista tulevan potilaan tehohoidossa.

Toinen kysymys keskittyy potilaan kulttuurin huomioimiseen käytännössä teho-osastolla. Tavoitteena on selvittää keinoja, joiden avulla voidaan käytännössä kunnioittaa potilaan kulttuurisia tarpeita ja vastata niihin. Tarkoituksena ei ole käsitellä vain tiettyjen kulttuurien tarpeita, vaan etsiä yleisiä linjoja, joita noudattamalla voidaan tarjota laadukasta tehohoitoa potilaan kulttuuritaustasta riippumatta. Kuitenkin joidenkin yksittäisten kulttuurien erityispiirteitä käsitellään esimerkinomaisesti. Toisen kysymyksen tarkoitus on siis selvittää miten potilaan kulttuuri voidaan huomioida käytännössä.

## 4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN KUVAUS

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin alustavalla tiedonhaualla. Sen perusteella perehdyttiin aiheeseen ja tehtiin etenemissuunnitelma. Seuraavaksi toteutettiin järjestelmällisempi haku, jonka perusteella valittiin artikkeleihin perehdyttiin ja saadusta tiedosta luotiin tietopaketti ja -testi potilaan kulttuurin huomioimisesta tehohoitotyössä. Lopuksi tästä kirjoitettiin opinnäytetyön raportti.

### 4.1 Tiedonhaku

Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksen avulla, mikä auttaa hahmottamaan olemassa olevan tutkimustiedon kokonaisuutta. Siinä koetaan yhteen tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja saadaan käsitys, miten paljon tutkittua tietoa on olemassa ja millaista se on menetelmällisesti ja sisällöllisesti. Terveys- ja lääketieteessä kirjallisuuskatsauksia on tehty paljon ja aihealueet ovat moninaisia. (Johansson 2007, 3.)

Tiedonhaku aloitettiin alustavalla haulilla. Artikkeleja liittyen potilaan kulttuurin huomioimiseen hoitotyössä, erityisesti tehohoidossa, haettiin eri tietokannoista ja käsihaulla. Alustavalla haulilla löydetyistä artikkeleista opinnäytetyöhön valittiin kolmetoista. Niiden asiasanoista koottiin lista aiheeseen sopivista hakusanoista, joiden avulla tehtiin järjestelmällisempi haku Cinahl, Medline (PubMed) ja Medic tietokannoista. Hakusanoina olivat: Cultural diversity OR Cultural Competence OR Cultural sensitivity OR Cultural encounter OR Cultural skill OR Culture care modes OR Language and cultural barriers OR Ethnic groups OR migrants AND ICU OR emergency care OR caring OR intensive care OR acute care AND Intensive care nurses OR nursing OR nurses. Rajauksina käytettiin: Free Full text tai vain kokotekstit ja viimeiset kymmenen vuotta.

Cinahlista hakutuloksia saatiin 81, Medlinesta 101 ja Medicistä osumia ei tullut lainkaan. Artikkeleja läpikäydessä niistä valittiin sellaiset, jotka on tehty länsimaissa, koskevat aikuispotilaita ja joko yleisesti hoitotyötä tai nimenomaan akuuttia hoitotyötä. Pois suljettiin esimerkiksi yleistä kansanterveyttä ja polikli-

nikkatoimintaa koskevat artikkelit. Lisäksi pois jätettiin sellaiset tutkimukset, joissa hoitohenkilökunnalla tarkoitettiin muita kuin sairaanhoitajia, kuten kättilön työssä olevia sairaanhoitajia ja "nurse practitioner" -nimikkeellä toimivia sairaanhoitajia, joiden vastuualueet ovat huomattavasti laajemmat kuin suomalaisen sairaanhoitajan. Poikkeuksena käytettiin yhtä artikkelia, jonka otos koostui "nurse practitioner" -nimikkeellä toimivista hoitajista, koska artikkeli koski kivun arviointia, mikä kuuluu sairaanhoitajan perustehtäviin. Opinnäytetyössä keskitytään potilaan kulttuurin huomioimiseen tehohoitotyössä, minkä vuoksi sellaiset artikkelit hylättiin, joissa tutkitaan etnistä vähemmistöä edustavan sairaanhoitajan kulttuurin vaikutusta hoitotyöhön. Haussa löytyi useita artikkeleja, jotka käsittelevät erityisesti tiettyjen maanosien alkuperäiskansoja tai muita sellaisia etnisiä vähemmistöjä, joita Suomessa ei juurikaan esiinny. Tällaisia artikkeleja ei myöskään hyödynnetty opinnäytetyössä. Tiedonhaku- ja tutkimustaulukko löytyvät liitteistä.

Opinnäytetyöhön valikoiduista artikkeleista suuri osa on amerikkalaisia, mutta mukana on myös useita pohjoismaalaisia tutkimuksia, joista yksi on suomalainen. Lisäksi käytetään australialaisia ja englantilaisia artikkeleja. Suurin osa artikkeleista käsittelee asioita, jotka koetaan haasteellisiksi etnistä vähemmistöä edustavan henkilön ollessa sairaalahoidossa. Aiheesta on tutkimuksia sekä potilaan, omaisen että sairaanhoitajan näkökulmista. Toinen artikkeleissa yleinen aihe on muslimipotilaan kohtaaminen hoitotyössä, mistä löytyy myös ohjeellisia artikkeleja hoitotyöntekijöille. Lisäksi opinnäytetyössä käytetään kulttuurisesta kompetenssista ja kulttuurisesta herkkyydestä tehtyjä käsiteanalyyssejä.

#### 4.2 Tietopaketin ja -testin luominen

Tiedonhakuvaiheessa artikkeleja valittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella. Seuraavassa vaiheessa valitut artikkelit luettiin ja samalla pois suljettiin vielä osa artikkeleista asiasisällön perusteella. Näin valikoidut artikkelit luettiin uudestaan tarkemmin ja niiden sisällöstä alettiin keräämään materiaalia tietopakettiin. Kerätyn materiaalin pohjalta kirjoitettiin yhtenäinen tietopaketti, joka käsittelee poti-



laan kulttuurin huomioimista tehohoitotyössä eri näkökulmista. Tietopaketin asiasisältö jaettiin viiteen eri teemaan, joista neljä ensimmäistä ovat itsenäisiä ja viidennessä käsitellään muita teemoja käytännön läheisestä näkökulmasta. Teemat on esitetty seuraavassa kuviossa.



Kuva 3. Tietopaketin teemat.

Tietotesti tehtiin mittaamaan tietopaketin asiasisällön ymmärtämistä. Se sisältää muun muassa käytännönläheisiä esimerkkitalanteita, joissa lukijan tulee soveltaa tietopaketista saamaansa tietoa ongelman ratkaisemiseen. Soveltavien kysymysten lisäksi tietotestissä on myös muutama käsitteiden ymmärtämistä mittaava kysymys. Kaikki testin kaksikymmentä kysymystä ovat monivalintatehtäviä, joissa on kolme vastausvaihtoehtoa. Jokaisessa tehtävässä on vain yksi oikea vastaus. Tietotestin kysymykset on koottu teemoittain niin, että neljästä ensimmäisestä teemasta kysymyksiä on kolme ja viimeisestä, laajimmasta, teemasta kahdeksan. Sekä tietopaketti että tietotesti löytyvät opinnäytetyön liitteistä.

#### 4.3 Haasteet etnisen vähemmistön edustajan kohtaamisessa tehohoitotyössä

Sairaanhoitajat kohtaavat päivittäisessä työssään erilaisista kulttuureista tulevia potilaita, joiden uskomukset ja tarpeet ovat usein erilaisia kuin valtaväestöllä (Wehbe-Alamah 2008, 83-84). Eri kulttuuristaustaisten potilaiden hoito saattaa aiheuttaa konflikteja, jotka voivat vaikuttaa hoitoprosessiin (Ozolins & Hjelm 2003, 84; Høye & Severinsson 2010b, 861-862). Tutkimusten mukaan haasteita voivat aiheuttaa muun muassa eriävät käsitykset terveydestä, sairaudesta, siveydestä, kivusta ja kuolemasta, sekä ongelmat kommunikaatiossa ja omaisten osallistumisessa potilaan hoitoon ja päätöksentekoon.

Valtakulttuurin ja potilaan eriävien näkemysten terveydestä ja sairaudesta, kivusta ja kuolemasta on todettu aiheuttavan haasteita hoitotyön toteuttamisessa (Hultsjö & Hjelm 2005, 276). Länsimaissa luotetaan korkeaan teknologiaan ja kehittyneisiin hoitomuotoihin, kun taas esimerkiksi islamilaisessa kulttuurissa paranemisen uskotaan tulevan Jumalalta (Hammoud ym. 2005, 1311; Salman & Zoucha 2010, 161; Bloomer & Al-Mutair 2013, 194). Islaminuskoiiset, eli muslimit myös uskovat sairauden olevan uskon vahvuuden testi (Wehbe-Alamah 2008, 88; Salman & Zoucha 2010, 161; Bloomer & Al-Mutair 2013, 194).

Muun muassa islamilaisessa kulttuurissa käsitys siveydestä voi olla hyvin erilainen kuin länsimaisen hoitohenkilökunnan (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Teho-osastolla tämä saattaa tuottaa ongelmia silloin kun mies- ja naispotilaita hoidetaan samassa tilassa (Høye & Severinsson 2010b, 863.) tai kun potilasta hoitava henkilö on eri sukupuolta potilaan kanssa (Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Lisäksi esimerkiksi kuumeista muslimipotilasta hoidettaessa on haasteellista noudattaa kulttuurin vaatimia pukeutumissääntöjä (Høye & Severinsson 2008, 342).

Kivun arviointia hoitotyössä vaikeuttavat kulttuurien väliset erot kivun ilmaisussa, siihen reagoimisessa, kivun siedossa (Sobralcke & Katz 2005, 343, 347; Nielsen & Birkelund 2009, 431; Niemi-Murola ym. 2011, 745) ja käsityksessä kivun tarkoituksesta, sekä hoitohenkilökunnan kulttuurisen herkkyyden puute (Sobralcke & Katz 2005, 343, 347). Tutkimusten mukaan skandinaavit on ope-

tettu sietämään kipua mahdollisimman kauan, kun taas toisessa kulttuurissa ajatellaan olevan tärkeää ilmaista kipua niin pian kuin mahdollista (Nielsen & Birkelund 2009, 436). Kivun sietäminen saattaa joissakin kulttuureissa osoittaa miehekkyyttä ja kivun ilmaiseminen heikkoutta (Sobralске & Katz 2005, 345; Niemi-Murola ym. 2011, 749). Kivun ilmaisulla ja sen huomioimisella on suuri merkitys potilaan ja sairaanhoitajan välisen luottamuksen syntymisessä (Nielsen & Birkelund 2009, 436-437).

Tutkimusten mukaan kuolemaan liittyvät kulttuurierot hoitotyössä voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat: kommunikaatio kuolemaan ja vakavaan sairauteen liittyen, päätöksenteko perheessä ja elämää ylläpitävää hoitoa koskevat asiat. Nämä eroavaisuudet ovat haaste sairaanhoitajille. (Doolen & York 2007, 195, 197.) Vaikeiden hoitoon liittyvien päätösten tekeminen voi olla toisen kulttuurin edustajalla tavallistakin vaikeampaa. Esimerkiksi hoidon lopettamis päätös voi jossakin uskonnossa olla kiellettyä, mikä tekee ratkaisun löytymisestä haastavaa. (Høye & Severinsson 2010a, 28.)

Kielimuuri horjuttaa potilasturvallisuutta (McClimens ym. 2013, 48.) ja se nähdään usein suurimpana haasteena ulkomaalaistaustaisen potilaan hoitotyössä (Cortis 2004, 54; Jirwe ym. 2010, 436). Vieraskielisten potilaiden aikaa vievä hoito saattaa aiheuttaa ärtymystä sairaanhoitajien keskuudessa (Nielsen & Birkelund 2009, 433). Ihmisten tapa ilmaista itseään puhutulla kielellä ja eleillä on kulttuurisidonnaista (Hultsjö & Hjelm 2005, 284). Potilaan sanaton viestintä saattaa olla hyvinkin erilaista kuin valtakulttuurissa (Zander 2007, 53). Sanattoman viestinnän virheellisten tulkintojen on todettu aiheuttavan väärinymmärryksiä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, vaikka he puhuisivatkin yhteistä kieltä (Hultsjö & Hjelm 2005, 284).

Omaisten käyttäminen tulkkina ammattitulkien sijaan voi säästää rahaa, mutta pitkällä tähtäimellä sen on todettu voivan aiheuttaa ongelmia hoitotyössä (Nielsen & Birkelund 2009, 436). Sairaanhoitajien odotetaan käyttävän ammattitulkia annettaessa tietoa potilaan hoidosta vieraskielisille omaisille (Høye & Severinsson 2008, 342; Nielsen & Birkelund 2009, 434). Tehohoidon luonteen vuoksi sairaanhoitaja on kuitenkin jatkuvasti potilaan luona, jolloin hän väistämättä jou-

tuu käyttämään kieltä osaavaa omaista tai toista työntekijää tulkkina (Høye & Severinsson 2008, 342). Joskus potilaat saattavat toivoa omaisen toimivan tulkkina ammattilaisen sijaan (Høye & Severinsson 2010a, 27, 29; Jirwe ym. 2010, 437), mutta toisinaan he eivät halua kertoa kaikkea omaisilleen, mikä aiheuttaa haasteita sairaanhoitajalle (Nielsen & Birkelund 2009, 434). Lisäksi ongelmia voi aiheuttaa omaisten virheellinen tulkkaus (Høye & Severinsson 2008, 342). Ammattitulkin käyttö saattaa aiheuttaa konflikteja, mikäli tulkin ja potilaan edustamien etnisten vähemmistöjen välillä on ristiriitaa (Ozolins & Hjelm 2003, 90).

Tutkimusten perusteella on yleistä että etnistä vähemmistöä edustavilla potilailla käy paljon vierailijoita, mikä saattaa häiritä muita potilaita (Nielsen & Birkelund 2009, 435-436). Suuri vierailijamäärä saattaa olla esteenä hoitotoimenpiteiden suorittamiselle (Høye & Severinsson 2008, 342). Kyseiselle potilaalle verkosto voi kuitenkin olla hyvin tärkeää (Nielsen & Birkelund 2009, 435-436). Monessa kulttuurissa omaisiksi lasketaan kaukaisemmatkin sukulaiset, mikä hankaloittaa vierailijamäärän rajoittamista (Høye & Severinsson 2008, 342).

Länsimaissa itsemääräämisoikeus ja totuudenmukaisuus ovat perusarvoja myös kuolemaa käsiteltäessä. Monissa ei-länsimaalaisissa kulttuureissa sen sijaan suoraa lähestymistapaa pidetään haavoittavana. Esimerkiksi joissakin aasialaisissa kulttuureissa kuolemasta kertomista pidetään haavoittavana ja sen ajatellaan jopa nopeuttavan kuolemaa. (Doolen & York 2007, 195.) Monesti ei-länsimaisissa kulttuureissa vältetäänkin vakavasta sairaudesta tai lähestyvistä kuolemasta kertomista potilaalle (Doolen & York 2007, 195; Savory & Marco 2009, 5). Tällaisissa tilanteissa sairaanhoitaja joutuu eettisen ristiriidan eteen (Høye & Severinsson 2010a, 29). Kaikissa ei-länsimaisissa kulttuureissa ei kuitenkaan vältetä ikävien uutisten kertomista potilaalle (Høye & Severinsson 2010a, 29).

Länsimaissa rohkaistaan potilaita tekemään hoitotahto. Joissain kulttuureissa tätä ei kuitenkaan hyväksytä. Perheen sana saatetaan katsoa olevan vahvempi kuin potilaan. Jotkut toivovat omaisten tai hengellisen johtajan tekevän kuolemaan liittyvät päätökset sen sijaan että itse kirjoittaisivat hoitotahdon. Monissa kulttuureissa hoitoon liittyvistä päätöksistä vastaa joko lääkäri, omaiset tai

omaiset ja lääkäri yhteistyössä. Potilasta suojellaan vaikeiden päätösten tekemiseltä. (Doolen & York 2007, 196.) Useissa kulttuureissa vallitsee patriarkaalinen ajattelutapa, jonka mukaan miehet hoitavat puhumisen. Tämä voi vaikuttaa myös suhtautumiseen naispuolisia sairaanhoitajia kohtaan. (Høye & Severinson 2008, 344.) Sairaanhoitajat voivat kokea etteivät patriarkaalisen kulttuurin edustajat kunnioita heitä (Ozolins & Hjelm 2003, 87).

#### 4.4 Miten huomioida potilaan kulttuuriset tarpeet tehohoitotyössä

Potilasta tulisi hoitaa kokonaisvaltaisesti huomioiden hänen kehonsa, mielensä ja tunteensa, sekä hengelliset, kulttuuriset ja ympäristölliset näkemyksensä (Cang-Wong ym. 2009, 32) luottamuksellisen ja toimivan hoitosuhteen saavuttamiseksi (Cang-Wong ym. 2009, 32; Bloomer & Al-Mutair 2013, 194). Kulttuuria ja yksilöä ei voida erottaa toisistaan (Rosenjack Burchum 2002, 12). Potilaan kulttuurin huomioonottava hoitotyö edellyttää kulttuurista kompetenssia (Rosenjack Burchum 2002, 12; McClimens ym. 2014, 45). Kulttuurinen kompetenssi on prosessi, jossa sairaanhoitaja tiedostaa kykenemättömyytensä tarjota laadukasta hoitoa toisen kulttuurin edustajalle, pyrkii lisäämään tietoaan toisesta kulttuurista ja hyödyntämään sitä käytännössä. Näin hän vähitellen oppii toteuttamaan potilaan kulttuurin huomioon ottavaa hoitotyötä. (Dudas 2012, 318.) Kulttuurisella kompetenssilla pyritään mahdollisimman korkealaatuiseen terveydenhuoltoon jokaiselle etnisyyteen (Cortis 2004, 56; McClimens ym. 2013, 48), kulttuuriin, kieleen tai rotuun katsomatta (McClimens ym. 2013, 48).

Campinha-Bacoten mukaan kulttuurisessa kompetenssissa on viisi ulottuvuutta: kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tietämys, kulttuurinen osaaminen, kulttuurinen kohtaaminen ja kulttuurinen halu (Zander 2007, 50-53; McClimens ym. 2014, 45). Kulttuurinen tietoisuus on itsetutkiskelua ja muiden kulttuurien olemassaolon ymmärtämistä (Dudas 2012, 318; McClimens ym. 2013, 45). Kulttuurisella tietämyksellä kuvataan yksilön hankkimaan tietoa eri kulttuureista. Kulttuurisessa osaamisessa sairaanhoitaja hyödyntää hankkimaansa tietoa työssään. Kulttuurisessa kohtaamisessa sairaanhoitaja rohkaistuu kohtaamaan eri

kulttuurien edustajia ja olemaan vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Kulttuurinen halu kuvaa sairaanhoitajan motivaatiota lisätä tietotaitojaan (McClimens ym. 2013, 45) ja kohdata toisen kulttuurin edustajia mielellään ja vapaaehtoisesti (Zander 2007, 53).

Sairaalan vieraaseen ympäristöön joutuminen saattaa olla potilaalle erityisen traumaattista, jos hänellä on taustalla aikaisempia traumoja pakolaisuuteen liittyen (Ozolins & Hjelm 2003, 84; Hultsjö & Hjelm 2005, 276; Høye & Severinsson 2010a, 25). Hänellä saattaa olla kokemuksia sodasta, poliittisista mullistuksista ja menetyksistä (Pacquiao 2008, 189-190). Tämän vuoksi sairaanhoitajien tulisi ymmärtää eri maahanmuuttajaryhmien terveydelliset erityistarpeet (Martino Maze 2004, 549) ja kyetä työskentelemään heidän kulttuuriaan kunnioittavalla tavalla (McClimens ym. 2014, 45). Sairaanhoitajien tulisi olla kulttuuriherkkiä vähentääkseen terveydellistä eriarvoisuutta (Martino Maze 2004, 552).

Länsimaisessa ajattelussa korostuvat säännöt, johdonmukaisuus ja yhdenmukainen kohtelu. Kulttuurinen sopeutuminen sen sijaan vaatii joustavuutta ja ihmisten kohtelua heidän toivomallaan tavalla silloin kun se on mahdollista. Aina ei ole kuitenkaan mahdollisuutta sopeutua toiveisiin ja erimielisyystilanteissa pyritään kompromissiratkaisuun. Jos potilaan, perheen ja yhteisön toivomus ja tarve on moraaliton, laiton, hyväksikäyttävä tai vaarallinen, täytyy heille perustella selkeästi, miksi toivetta ei voida toteuttaa. Tällainen tilanne voi tulla esimerkiksi avustettua itsemurhaa toivottaessa. (Schim & Doorenbos 2010, 262.)

Kun sairaanhoitajalla ja potilaalla tai omaisilla ei ole yhteistä kieltä, tulisi kommunikaation helpottamiseksi käyttää tulkkipalveluja (Høye & Severinsson 2008, 342; Nielsen & Birkelund 2009, 434), vieraskielisiä sanalistoja ja elektronisia nauhureita (Høye & Severinsson 2010a, 27, 29). Esimerkiksi nauhoitettu lyhyt informaatio potilaan omalla äidinkielellä siitä, missä hän on ja mikä hänen tilanteensa on, voi rauhoittaa potilasta (Høye & Severinsson 2008, 342). Vieraskieliset vakioidut kipumittarit taas voivat helpottaa kivun arviointia. Kasvokuviin perustuvan kipumittarin käyttö on paras vaihtoehto, silloin kun sairaanhoitaja ja potilas eivät pysty kommunikoimaan sanallisesti (Niemi-Murola ym. 2011, 745, 748-749).

Suomessa suuri osa ei-länsimaalaisista maahanmuuttajista tulevat Somaliasta ja Irakista, joissa valtauskontona on islam (Väestöliitto 2012). Teho-osastolla mies- ja naispotilaat ovat yleensä sijoiteltuna vierekkäisille potilaspaikoille. Koska tämä nähdään epäsopivana islamilaisessa kulttuurissa, tulisi muslimipotilaan yksityisyys turvata verhoihin ja sermeihin. (Høye & Severinsson 2010b, 863.) Muslimit toivovat myös hoitohenkilökunnan olevan samaa sukupuolta potilaan kanssa. Mikäli tätä ei pystytä toteuttamaan käytännössä, tulisi asiasta keskustella ja toiminta perustella selkeästi. Olisi toivottavaa että hoitotoimenpiteiden aikana läsnä olisi potilaan kanssa samaa sukupuolta oleva omainen tai hoitohenkilökunnan jäsen. (Hammoud ym. 2005, 1309-1310; Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Hoitohenkilökunnan tulisi noudattaa potilaalla tämän siveyskäsityksen mukaisia vaatetussäädöksiä myös hoitoympäristössä (Salman & Zoucha 2010, 160). Myös muslimien keskuudessa käsitykset voivat vaihdella suuresti (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Joidenkin mielestä musliminaisen tulee peittää itsensä vain väljillä vaatteilla, kun taas toiset ajattelevat että vartalo tulee peittää kasvoja myöten (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Miesten tulee peittää kehonsa navasta polviin (Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195).

Muslimit ajattelevat kosketuksen kuuluvan hoitotyöhön, mutta tarpeeton kosketaminen on kiellettyä (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Islamilaisessa kulttuurissa fyysinen kontakti kuten halaaminen ja kätelemine vastakkaisen sukupuolen edustajan kanssa ei ole suositeltavaa (Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195), mikäli kyseessä ei ole perheenjäsen tai aviopuoliso. Katsekontakti vastakkaisen sukupuolen edustajan kanssa koetaan myös sopimattomaksi. (Salman & Zoucha 2010, 160.) Kosketettaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, millä kädellä koskee. Muslimit pitävät oikeaa kättä puhtaana ja vasenta likaisena, joten ruokaa, lääkkeitä ym. puhtaita asioita käsitellään oikealla kädellä ja likaisia vasemmalla. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Lisäksi islamin usko kieltää joidenkin ruoka-aineiden käytön. Tällaisia ovat esimerkiksi siasta saatavat ainesosat ja alkoholi. Poikkeustilanteissa islamin usko kuitenkin sallii kiellettykin ruoka-aineet, mutta näissä tilanteissa on tärkeää keskustella asiasta potilaan tai omaisten kanssa. (Salman & Zoucha 2010, 160.)

Teho-osastolla potilas voi myös menehtyä (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Joissain kulttuureissa on tärkeää tulla paikalle jättämään jäähyväiset omaisen kuollessa (Høye & Severinsson 2010a, 28; Salman & Zoucha 2010, 160). Joillekin potilaille tai omaisille uskonnolliset rituaalit ja symbolit ovat erityisen tärkeitä (Høye & Severinsson 2010a, 28) ja he saattavat kokea saavansa helpotusta jumalankuvista tai mantroista. Kaikki eivät kuitenkaan koe tarvetta uskonnon harjoittamiselle sairastaessaan. (Høye & Severinsson 2010a, 28.) Sairaanhoidajien tulee kunnioittaa potilaan uskomuksia ja pyrkiä mahdollisimman ristiriidattomaan hoitosuhteeseen kuolevan potilaan kanssa (Salman & Zoucha 2010, 162).

Kuolevan muslimipotilaan hoitaminen eroaa muiden potilasryhmien hoitamisesta (Salman & Zoucha 2010, 162). Kuoleman lähestyessä on erittäin tärkeää noudattaa islamilaisia rituaaleja (Salman & Zoucha 2010, 162). Joissain tapauksissa kuolevan potilaan kohdalla on parempi jopa lykätä hoitotoimenpiteitä uskonnollisten toimitusten vuoksi (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196). Kuollutta muslimia tulisi käsitellä erityisen varovaisesti ja noudattaen siveyssääntöjä (Salman & Zoucha 2010, 162). Islamin mukaan sielu voi tuntea kipua vielä kuoleman jälkeenkin (Wehbe-Alamah 2008, 91-92; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196). Ruumiille tehtävät tutkimukset ovat sallittuja vain laillisista velvoitteista (Salman & Zoucha 2010, 162). Hoitohenkilökunnan ei voi olettaa tietävän kaikkia muslimien tapoja, joten olisi hyvä keskustella asioista omaisten kanssa (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196).



## 5 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön aiheena on monikulttuurisuus, tarkemmin sanottuna potilaan kulttuurin huomioiminen tehohoitotyössä. Menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta, jonka pohjalta muodostettiin tietopaketti ja -testi. Kyseessä on sairaanhoitajaopiskelijoiden ensimmäinen opinnäytetyö minkä vuoksi kirjallisuuskatsaus on luonteva vaihtoehto työn toteuttamiseen. Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus kehittää opiskelijan kykyä arvioida tutkimusartikkelien luotettavuutta ja laatua. Se antaa myös kattavan näkökulman tutkittavasta aiheesta. Mikäli työ olisi toteutettu empiirisenä tutkimuksena, tulokset olisivat jääneet huomattavasti kapea-alaisemmiksi ja sovellettavuus laajempaan käyttöön olisi ollut heikkoa.

Eettisestä näkökulmasta katsottuna kirjallisuuskatsaus on soveltuva, käsiteltäessä niinkin arkaluonteista ympäristöä kuin teho-osastoa. Tehohoitopotilaat ja heidän omaisensa ovat usein kriisissä, minkä vuoksi ei ole eettisesti paras vaihtoehto lähettää tutkimuksen tekemistä harjoittelevia opiskelijoita esimerkiksi haastattelemaan heitä. Ainoastaan sairaanhoitajia haastatteleamalla taas saataisiin liian yksipuolinen näkökulma tutkittavaan aiheeseen. Lisäksi ammattikorkeakoulun perustason opinnäytetyön tekemiseen varattu aika ei riitä empiirisen tutkimuksen toteuttamiseen. Esimerkiksi mittarien laatiminen ja testaaminen sekä tutkimuslupien odottaminen ja lopulta tutkimuksen toteuttaminen ovat aikaa vieviä prosesseja.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella tultiin siihen tulokseen, että globalisaation myötä maahanmuutto lisääntyy, mikä luo tarpeen erilaisten ihmisten väliselle tasa-arvolle ja yhdenvertaisuudelle monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Tämän tasa-arvon toteutuminen on oleellista myös terveydenhuollossa ja erityisesti tehohoidossa, jossa potilas on hyvin haavoittuvassa asemassa terveydellisen kriisinsä vuoksi. Tasa-arvoisuuden toteutuminen tehohoidossa edellyttää sairaanhoitajalta ja koko hoitohenkilökunnalta kulttuurista kompetenssia. Potilaan kulttuuristausta on huomioitava hoitotyössä, mutta toisaalta on tärkeää ymmärtää jokaisen potilaan yksilöllisyys kulttuurisissa asioissa. Saman kulttuurin edustaji-

en tavat ja tarpeet voivat poiketa toisistaan hyvinkin paljon. Tämän vuoksi yleistä mallia tietyn kulttuurin edustajan hoitoon ei voida luoda, vaan sairaanhoitajilta vaaditaan henkilökohtaista kykyä arvioida jokainen tilanne erikseen.

Suomessa suurin yksittäinen maahanmuuttajaryhmä tulee Somaliasta, jonka valtauskonto on islam. Islaminuskoisten, eli muslimien, kulttuuriset tarpeet eroavat selkeästi länsimaalaisten tarpeista. Erot näkyvät erityisesti muun muassa terveyteen liittyvissä peruskäsityksissä, kommunikaatiossa, siveysasioissa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Koska islaminuskoiset ovat maailmanlaajuisesti kasvava väestöryhmä, jonka tarpeet ovat hyvin erityislaatuisia, heidän hoitoonsa liittyvää tutkimusta on tehty suhteellisen paljon myös länsimaissa.

Opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuksista suuri osa on laadullisia tutkimuksia. Eri tutkimukset käsittelevät aihetta potilaan, omaisen ja sairaanhoitajan näkökulmista, mikä tuo opinnäytetyön tuloksiin moniulotteisuutta. Toisaalta otokset laadullisissa tutkimuksissa ovat pieniä, mikä saattaa vääristää tuloksia ja näin heikentää sovellettavuutta käytäntöön. Tulokset ovat haastateltavien subjektiivisia kokemuksia ja tuntemuksia, eivätkä sen vuoksi välttämättä sovellu yleiseen käyttöön.

Kaikki opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset on tehty länsimaissa, ja monet niistä pohjoismaissa. Tämä mahdollistaa tutkimustiedon soveltamisen Suomessa. Toisaalta vain yksi tutkimuksista on tehty Suomessa, minkä vuoksi tulee ottaa huomioon, että länsimaisten kulttuurienkin välillä on eroja. Tästä johtuen tuloksia käytettäessä ei tulisi tehdä liian suoraviivaisia johtopäätöksiä.

Valtaosa opinnäytetyöhön valikoiduista tutkimuksista käsittelee kulttuurin huomioimista yleisesti hoitotyössä, eivätkä siis kohdenna suoraan tehohoitoon. Vaikka yleiset hoitotyön periaatteet pätevät myös tehohoidossa, niin potilaan kriittisen terveydentilan vuoksi saatetaan joutua tekemään kompromisseja, joissa kulttuuriset tarpeet jäävät toissijaisiksi. Koska tutkimusten ja artikkelien lähtökohdat keskittyvät yleisesti hoitotyöhön, niin kaikki tulokset eivät välttämättä kosketa tehohoitoa. Kuitenkin opinnäytetyöhön löydettiin myös artikkeleja, jotka käsittelevät kulttuuristen tekijöiden huomioimista nimenomaan tehohoidossa.

Näiden perusteella voidaan arvioida myös muiden artikkelien sisällön sopivuutta tehohoitoon.

Opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuksista ja artikkeleista valtaosa on hoitotieteellisiä ja niiden tekijät ovat alan asiantuntijoita. Työssä on mukana myös useita saman tutkijan eri näkökulmia käsitteleviä tutkimuksia, mikä osoittaa kirjoittajan perehtyneisyyden aiheeseen. Käytettyjen artikkelien tieto on yhteneväistä ja ristiriitoja niiden välillä on hyvin vähän. Lisäksi eri tutkimuksissa on päädytty samankaltaisiin tuloksiin. Artikkelit on kirjoitettu kymmenen vuoden sisällä ja monet niistä aivan viime vuosina. Empiiristen tutkimusten lisäksi käytössä on muun muassa käsiteanalyyssejä sekä erilaisia teorioita käsitteleviä artikkeleja, mikä auttaa hahmottamaan käsiteltävää aihetta ja antaa siihen syvyyttä. Empiiriset tutkimukset ja ohjeelliset artikkelit sen sijaan tuovat asiaan käytännölläisemmän näkökulman.

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Siinä noudatetaan yleisiä lähteiden merkitsemisohjeita ja tuodaan esiin käytetyn tiedon alkuperä. Tutkimuslupia ei tarvittu opinnäytetyöhön koska menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Työssä on pyritty ilmaisemaan tulokset vääristelemättä ja rehellisesti, kunnioittaen lähteiden alkuperäistä asiasisältöä.

Haasteita tuotti tiedonhaun suorittaminen opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa. Aineistoa löytyi runsaasti alustavalla haulla, mutta systemaattista hakua käytettäessä hakutulos jäi suppeammaksi, minkä vuoksi suuri osa käytetyistä artikkeleista on alustavalla haulla löydettyjä.

Opinnäytetyön suunnitelma oli huolellisesti laadittu, mutta käytännössä siitä jouduttiin joustamaa, mikä aiheutti haasteita työn toteuttamisessa. Toinen haasteita aiheuttanut tekijä oli se että kyseessä on sairaanhoitajaksi valmistuvien ammattikorkeakouluopiskelijoiden ensimmäinen tutkimuksellinen työ. Koska aikaisempaa kokemusta ei ole, jouduttiin kirjallisuuskatsauksen toteuttamista paa muuttamaan matkan varrella. Lopulta löytyi kuitenkin toimiva tapa tiedonhaun toteuttamiselle.

Opinnäytetyötä tehdessä löydettiin aika nopeasti yhteinen, oppimista tukeva toimintatapa, joka sopi hyvin molempien tekijöiden työskentelytottumuksille. Aineiston lukuvaiheessa työtä jaettiin, mutta analysointi ja kirjoitusvaiheessa toimittiin yhdessä, minkä vuoksi työn lopputuloksesta saatiin koottua yhtenäinen kokonaisuus. Aikataulusuunnitelma ei toteutunut, ja työn loppuvaiheessa aikataulu oli tiukka. Alkuperäisen aikataulusuunnitelman noudattaminen olisi helpottanut työn tekemistä. Aikataulun lisäksi myös käsitys työn sisällöstä muuttui, kun aiheeseen perehdyttiin syvällisemmin. Alkuperäinen ajatus oli yksityiskohdallisen ohjeistuksen luominen toisesta kulttuurista tulevan potilaan tehohoitoon. Aineiston perusteella tultiin siihen tulokseen, ettei kaiken kattavaa ohjetta ole mahdollista tehdä, sillä yksilöllinen vaihtelu samankin kulttuurin sisällä on suurta. Kulttuurisen kompetenssin avulla sairaanhoitaja on valmis kohtaamaan minikä tahansa kulttuurin edustajan kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon sekä hänen kulttuuriset että yksilölliset tarpeensa.

Tässä opinnäytetyössä keskitytään potilaan kulttuurin huomioimiseen tehohoitotyössä, mutta sairaanhoitajan valtakulttuurista eroavan kulttuuritaustan vaikutusta hoitotyöhön ei käsitellä. Jatkossa sairaanhoitajan etnisen taustan vaikutus hoitotyöhön voisikin olla hyödyllinen tutkimuskohde. Tiedonhakua toteutettaessa löytyi tietoa myös tästä aiheesta, mutta se rajattiin työn ulkopuolelle, jottei näkökulma laajenisi liikaa. Aihe rajattiin myös koskemaan vain selkeästi länsimaisesta kulttuurista poikkeavien kulttuurien edustajien tarpeita. Länsimaisista kulttuureista eivät kuitenkaan ole täysin samanlaisia keskenään, ja Suomessa suurimmat maahanmuuttajaryhmät tulevat muista länsimaisista kulttuureista. Tämän vuoksi voisi olla hyödyllistä selvittää myös näiden ryhmien erityistarpeita.

Potilaan kulttuurin huomioiminen tehohoitotyössä on ollut aiheena haastava, sillä se on hyvin abstrakti ja moniulotteinen. Sitä ei voi suoraan mitata, eikä siitä herääviin kysymyksiin ole selkeitä oikeita vastauksia. Siihen liittyvät käsitteet ovat laajoja ja ne voidaan ymmärtää ja määritellä eri tavoin eri asiayhteyksissä. Aihe on kuitenkin mielenkiintoinen ja ajankohtainen maahanmuuton lisääntyessä ja pyrittäessä lisäämään hoitotyön kokonaisvaltaisuutta ja yksilöllisyyttä.

## LÄHTEET

Abdelhamid, P.; Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Bloomer, M. & Al-Mutair, A. 2013. Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Considerations for care. *Australian Critical Care*. Vol. 26, 193-196

Cang-Wong, C.; Murphy, S. & Adelman, T. 2009. Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with Patient from Another Culture. *The Permanente Journal*. Vol.13, No.3, 31-37

Cioffi, J. 2006. Culturally diverse family members and their hospitalized in acute care wards: a qualitative study. *Australian journal of advanced nursing*. Vol.24, No.1, 15-20

Cortis, J. 2004. Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 48. No. 1, 51–58

Doolen, J. & York, N. 2007. Cultural Differences With End-of-Life Care in the Critical Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*. Vol. 26. No. 5, 194-198

Dudas, K. 2012. Cultural competence: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives*. Vol. 33, No. 5, 317-321

Foronda, C. 2008. A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 19 No. 3, 207-212

Hammoud, M.; White, C. & Fetters, M. 2005. Opening cultural doors: Providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American Muslim patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol 193, 1307-1311

Hultsjö, S. & Hjelm, K. 2005. Immigrants in emergency care: Swedish health care staffs` experiences. *International Nursing Review*. Vol.53, 276-285

Høye, S. & Severinsson, E. 2008. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol. 24, 338—348

Høye, S. & Severinsson, E. 2010a. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. Vol 26, 24-32

Høye, S. & Severinsson, E. 2010b. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.66, Issue 4, 858-867

Jirwe, M.; Gerrish, K. & Emami, A. 2010. Student nurses' experiences of communication in crosscultural care encounters. *Scandinavian journal of caring sciences*. Vol. 24, 436-444

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopisto, 3-7

Lakanmaa, R-L. 2014. ICU-competence –hanke. Julkaisematon lähde

Martino Maze, C. 2004. Registered Nurses' personal rights vs. professional responsibility in caring for members of underserved and disenfranchised populations. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 14, 546–554

McClimens, A. ym. 2014. Recognising and respecting patient's cultural diversity. Vol 28. No 28, 45-52

- Nielsen, B. & Birkelund, R. 2009. Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 23, 431–437
- Niemi-Murola, L.; Halavaara, J.; Kontinen, V.; Harjola, V-P. & Mattila, J. 2011. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyksessä. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 9, 745-750
- Ozolins, L.-L. & Hjelm, K. 2003. Nurses' experiences of problematic situations with immigrants in emergency care in Sweden. *Critical Effectiveness in Nursing*. Vol. 7, 84-93
- Pacquiao, D. 2008. Nursing care of vulnerable populations using a framework of cultural competence, social justice and human rights. *Contemporary Nurse*. Vol. 28, No. 1-2, 189–197
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3., korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.
- Rosenjack Burchum, J. 2002. Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. *Nursing Forum* Vol 37. No 4, 5-15
- Salman, K. & Zouha, R. 2010. Considering Faith Within Culture When Caring for the Terminally Ill Muslim Patient and Family. *Journal Of Hospice and Palliative Nursing*. Vol 12, No 3, 156-163
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Savory, E. & Marco, C. 2009. End-of-life issues in the acute and critically ill patient. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. Vol. 17. No 21, 1-10
- Schim, S. & Doorenbos, A. 2010. Three-dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. *J Soc Work End Life Palliat Care*. Vol. 6. No 3-4, 256-270
- Sobralse, M. & Katz, J. 2005. Culturally competent care of patients with acute chest pain. *Journal of the American academy of nurse practitioners*. Vol 17, No 9, 342-349
- STHY 1997. Mitä tehohoito on. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Viitattu 4.2.2014. [www.sthy.fi](http://www.sthy.fi) > Yhdistys > Eettiset ohjeet
- Suh, E. 2004. The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 15 No. 2, 93-102
- The Intensive Care Society 2014. What is Intensive Care? Viitattu 3.3.2014 [www.ics.ac.uk](http://www.ics.ac.uk) > search: intensive care > What is Intensive Care?
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
- Valvira 2014a. Hoitotahto. Viitattu 07.10.2014. [Valvira.fi](http://Valvira.fi) > Ohjaus ja valvonta > Terveydenhuolto > Elämän loppuvaiheen hoito > Hoitotahto
- Valvira 2014b. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). Viitattu 07.10.2014. [Valvira.fi](http://Valvira.fi) > Ohjaus ja valvonta > Terveydenhuolto > Elämän loppuvaiheen hoito > Päätös elvyttämättä jättämisestä.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi
- Väestöliitto 2012. Suomen ulkomaalaisväestö kansalaisuuden, äidinkielen tai syntymämaan mukaan 2012. Viitattu: 8.10.2014 [www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi) > tutkimustoiminta > Väestöntutkimuslaitos > Tilastoja ja linkkejä > Tilastotietoa > Maahanmuuttajat > Maahanmuuttajien määrä

Wehbe-Alamah, H. 2008. bridging Generic and professional care practices for Muslim patients Through use of Leininger's culture care modes. Contemporary Nurse. Vol 28. No 1-2, 83-97

Zander, P. 2007. Cultural Competence: Analyzing the Construct. The Journal of Theory Construction & Testing. Vol 11. No 2, 50-54

## Tiedonhakupöytäkirja

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut	Käytetyt
Cinahl	Cultural diversity OR Cultural Competence OR Cultural sensitivity OR Cultural encounter OR Cultural skill OR Culture care modes OR Language and cultural barriers OR Ethnic groups OR migrants AND ICU OR emergency care OR caring OR intensive care OR acute care AND Intensive care nurses OR nursing OR nurses	Free full text, last 10 years	81	18	14	10	10



Medline (PubMed)	Cultural diversity OR Cultural Competence OR Cultural sensitivity OR Cultural encounter OR Cultural skill OR Culture care modes OR Language and cultural barriers OR Ethnic groups OR migrants AND ICU OR emergency care OR caring OR intensive care OR acute care AND Intensive care nurses OR nursing OR nurses	Free full text, last 10 years	101	10	4	3	3
Medic	Cultural diversity OR Cultural Competence OR Cultural sensitivity OR Cultural encounter OR Cultural skill OR Culture care modes OR Language and cultural barriers OR Ethnic groups OR migrants AND ICU OR emergency care OR caring OR intensive care OR	Vuosiväli: 2004-2014, vain kokotekstit	0	0	0	0	0

	acute care AND Intensive care nurses OR nursing OR nurses						
--	--	--	--	--	--	--	--

## Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen otos	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Ozolins, L. & Hjelm, K. 2003 Sweden	Kuvailla ensiavun sairaanhoitajien kokemuksia hankalista tilanteista hoitaessaan maahanmuuttajapotilaita.	Kyselylomakkeet	49 sairaanhoitajaa	Hankalimmiksi koettiin kielimuriin ja kulttuurisiin eroavaisuuksiin liittyvät tilanteet.
Cortis, J. 2004. Englanti	Tutkia sairaanhoitajien (registered nurse) kokemuksia pakistanilaisten maahanmuuttajien hoidosta.	Semistrukturoitu haastattelu	30 sairaanhoitajaa	Vastauksista ilmeni vaikeuksia määrittellä kulttuuri, hengellisyys ja niiden vaikutus hoitotyöhön, tietämättömyyttä pakistanilaisesta yhteisöstä, puutetta kokonaisvaltaisuuden toteutuksessa, valmistautumattomuutta kohdata etnisesti monipuolinen väestö ja rasismia.
Hultsjö, S. & Hjelm, K. 2005. Ruotsi	Ottaa selvää, kokevatko somaattisen ja psykiatrisen päivystyksen työntekijät ongelmia maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoi-	Fokusryhmähaastattelu	35 sairaanhoitajaa tai hoitoapulaista	Kaikilla osastoilla koettiin ongelmia turvapaikan hakijoiden hoidossa, päivystyksessä arvaamatonta käytöstä, psykiatrialla

	dossa ja jos niin tehdä vertailua niistä.			passiivisuutta ja kieltäytymistä syömisestä ja juomisesta ja ambulanssissa useita ei-akuutteja hälytyksiä kielimuurin vuoksi.
Cioffi, J. 2006 Australia	Kuvailla vieraasta kulttuurista tulevan potilaan omaisten kokemuksia olostaan teho-osastolla.	Haastattelu	36 potilaan omaista	Yleisimmät haasteelliset kokemukset liittyivät osaston sääntöihin ja huolenaiheiden käsittelemiseen.
Foronda, C. 2008 USA	Kulttuurinen herkkyyss-käsitteen määrittäminen.	Kirjallisuuskatsauksen avulla tehty käsiteanalyysi	63 artikkelia	Kulttuurinen sensitiivisyys koostuu tiedosta, harkintakyvystä, ymmärryksestä, kunnioituksesta ja sopeuttamiskyvystä.
Høye, S. & Sevenrinsson, E. 2008. Norja	Tutkia sairaanhoitajien havaintoja heidän kohtaamisistaan toisesta kulttuurista tulevien perheiden kanssa teho-osastolla norjalaisissa sairaaloissa.	Monivaiheinen fokusryhmähaastattelu ja tulkitseva sisällön analyysi	16 sairaanhoitaja	Potilaan ulkomaalaistausta aiheuttaa sairaanhoitajien kokemusten mukaan haasteita vuorovaikutuksessa ja sairaanhoitajille stressiä kielellisten, kulttuuristen ja etnisten erojen vuoksi. Ratkaisuksi sairaanhoitajat ehdottavat tietouden lisäämistä eri kulttuureista ja uskonnoista.

Cang-Wong, C.; Murphy, S. & Adelman, T. 2009. USA	Tutkia sairaanhoitajien kokemuksia kohtaamisista toisesta kulttuurista tulevan potilaan kanssa ja heidän käsityksiään siitä, mikä auttaisi heitä tarjoamaan kulttuurisesti kompetenttia hoitoa.	Kuvaileva kyselytutkimus (laadullinen)	111 sairaanhoitajaa	Sairaanhoitajat ovat sitä mieltä että perheen, ystävien ja matkustelun kautta saatu kokemus ja internetistä ja uutisista saatu tieto auttavat. Heidän mukaansa lisäharjoitukselle, jatkuvalle koulutukselle tulkkipalvelujen lisäämiselle olisi tarvetta.
Nielsen, B. & Birkelund R. 2009 Tanska	Kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia vieraasta kulttuurista tulevien potilaiden hoitamisesta.	haastattelut	4 sairaanhoitajaa	Haasteellisimmat kokemukset vieraskulttuurisen potilaan hoidossa olivat kielimuuri, eroavaisuudet kivun ilmaisemisessa ja ravitsemukseen liittyvät tekijät.
Høye, S. & Severinsson, E. 2010. Norja	Valaista toisesta kulttuurista tulevan perheen jäsenen kokemuksia läheisen jouduttua tehohoitoon.	Hermeneuttinen haastattelututkimus (laadullinen)	5 tehohoitopotilaan omaista	Omaiset kokivat ongelmia hoitojärjestelmässä neljällä eri osa-alueella: ikävien uutisten välittäminen, ymmärtäminen ja ymmärrykseksi tuleminen, kulttuuristen perinteiden suojeleminen sekä roolit, säännöt ja odotukset.

Høye, S. & Severinsson, E. 2010 Norja	Kuvata tehohoitajien kokemuksia konfliktilanteista joita ilmenee, kun he kohtaavat vieraasta kulttuurista tulevien potilaiden omaisia.	fokusryhmähaastattelut	15 sairaanhoitajaa	Sairaanhoitajat kokivat haasteellisiksi tilanteet, jotka liittyivät omaisten osallistumiseen potilaan hoidossa, kommunikaatio-ongelmat ja sairaanhoitajien kokonaisvastuun säilyttämiseen potilaan kokonahoidossa.
Jirwe, M.; Gerrish, K.& Emami, A. 2010 Iso-Britannia	Kuvailla sairaanhoitaja-opiskelijoiden kokemuksia vieraskulttuurisen potilaan kohtaamisesta.	Strukturoidut haastattelut	10 viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa,	Suurimpia haasteita olivat kommunikaation liittyvät ongelmat.
Niemi-Murola, L.; Halavaara, J.; Kontinen, V.; Harjola, V-P.; Mattila, J. 2011, Suomi	Selvittää muiden kuin suomea tai ruotsia puhuvan potilaan kivunhoitoa Meilahden sairaalan päivystyksessä.	potilasasiakirjahaku	tietyllä ajanjaksolla Meilahden sairaalassa käyneet vieraskieliset potilaat	Suurin osa kivun takia päivystykseen hakeutuneista ei saanut siellä minkäänlaista kipulääkettä.
Dudas, K. 2012. USA	Tutkia kulttuurisen kompetenssin käsitettä hoitotyön ja hoitotyön koulutuksen kirjallisuudessa.	Rogersin evolutionaarisen käsiteanalyysin metodi (kirjallisuuskat-saus)	137 hoitotyön ja hoitotyön koulutuksen artikkeleita	Kulttuurisessa kompetenssissa on kolme ulottuvuutta: tietoisuus, asenteet ja käytös. Lisäksi löydettiin vastaavia käsitteitä.

McClimens ym. 2013 Iso- Britannia	Tutkia sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia vieraasta kulttuurista tulevien potilaiden hoidossa.	fokusryhmäkeskustelut	16 sairaanhoitajaopiskelijaa	Haasteelliseksi koettiin tilanteet, jotka liittyivät sukupuoleen, kielimuriin ja ravitsemukseen.
---	---	-----------------------	------------------------------	--

## Potilaan kulttuurin huomioiminen tehohoitotyössä

### Kulttuurinen kompetenssi tehohoitotyössä

Kulttuurin kautta ihmiset oppivat miten olla maailmassa, miten käyttäytyä ja mitä arvostaa. Se antaa merkityksen olemassaololle. (Schim & Doorenbos 2010, 256-257.) Kulttuuri muodostuu tietyn yhteisön tiedoista, arvoista, uskomuksista, käsityksistä, moraalista ja tavoista. Kulttuuriset arvot sanelevat yhteisössä sopivan käytöksen. (Doolen & York 2007, 194.) Terveystieteissä kulttuuri on pohja odotuksille, toiminnalle, vuorovaikutukselle ja sille mitä hoito merkitsee. Tämä pätee sekä potilas, työntekijä että organisaatiotasolla. (Schim & Doorenbos 2010, 256-257.) Kulttuuria ja yksilöä ei voida erottaa toisistaan ja siksi kulttuuristen tekijöiden huomioiminen on erottamaton osa potilaan hoitoa (Rosenjack Burchum 2002, 12).

Maailma globalisoituu jatkuvasti ja eri kulttuurien välinen vuorovaikutus lisääntyy. Globalisaatio on muuttanut hoitotyön näkökulmia. (Wehbe-Alamah 2008, 83-84; Høye & Severinsson 2010b, 858-859.) Sairaanhoidajat kohtaavat päivittäisessä työssään kulttuuritaustaltaan erilaisia potilaita, joiden uskomukset ja tarpeet ovat usein erilaisia kuin valtaväestöllä (Wehbe-Alamah 2008, 83-84), eikä hoitohenkilökunnan tulisi olettaa kaikkien arvojen ja hoitomuotojen soveltuvan kaikille (Salman & Zoucha 2010, 156).

Potilasta tulisi hoitaa kokonaisvaltaisesti huomioiden hänen kehonsa, mielensä ja tunteensa sekä kulttuuriset, ympäristölliset ja hengelliset näkemyksensä (Cang-Wong ym. 2009, 32). Sairaanhoidajan tulee huomioida potilaan henkilökohtaiset kulttuuriarvot saavuttaakseen luottamuksellisen ja toimivan hoitosuhteen potilaan kanssa (Cang-Wong ym. 2009, 32; Bloomer & Al-Mutair 2013, 194). Kulttuurierojen aiheuttamat väärinkäsitykset saattavat olla esteenä toimivalle terveydenhuollolle ja aiheuttaa vahinkoa (Cang-Wong ym. 2009, 32). Sairaanhoidajan tulisi tunnistaa miten kulttuurierot vaikuttavat tapaan jolla potilasta voidaan hoitaa (Hultsjö & Hjelm 2005, 283; Cang-Wong ym. 2009, 32). Potilaan kulttuurin huomioonottava toiminta edellyttää kulttuurista kompetenssia (Rosenjack Burchum 2002, 12; McClimens ym. 2014, 45).

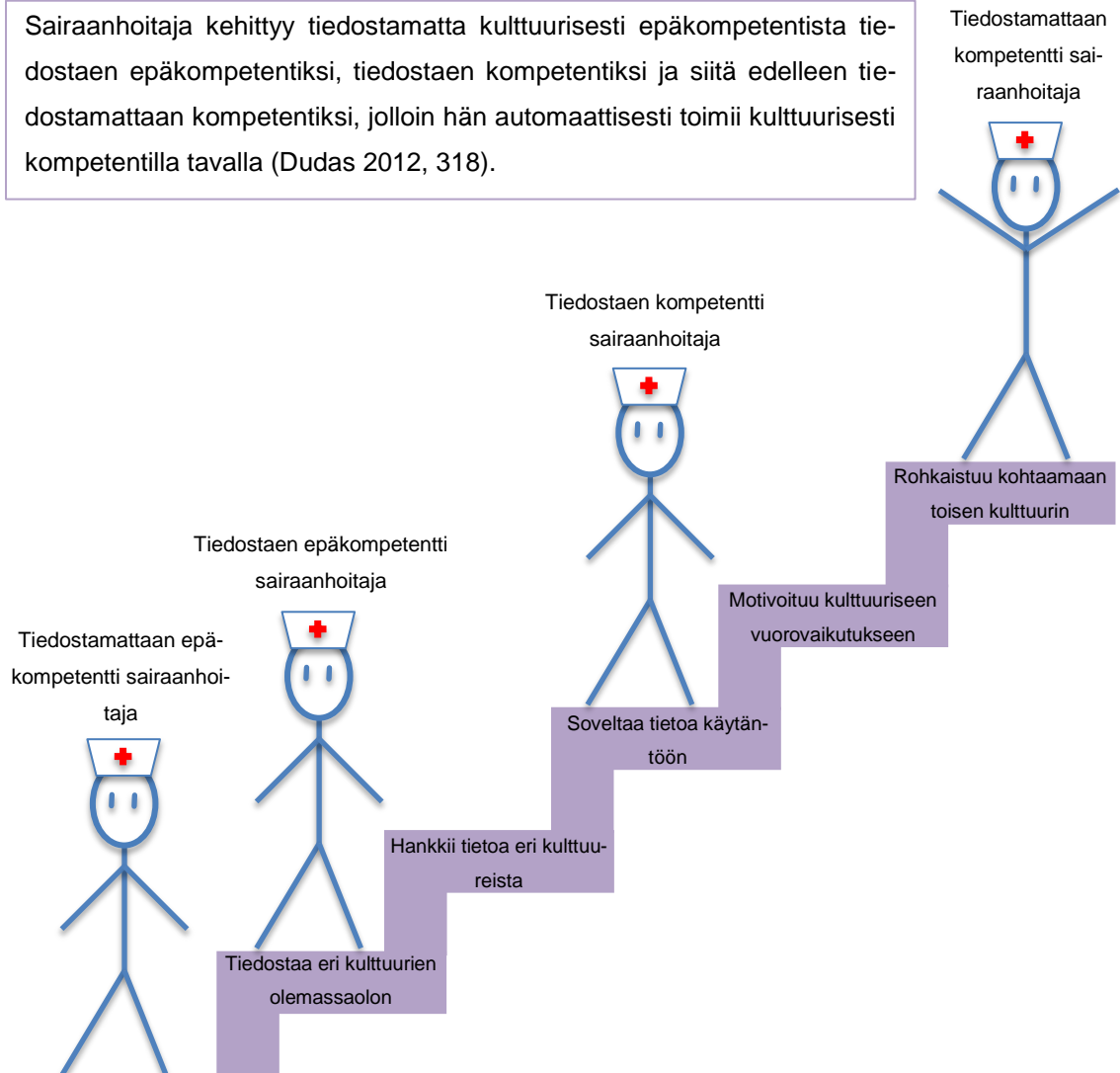


Kulttuurinen kompetenssi on jatkuvasti laajeneva, moniulotteinen ilmiö, jota kuvataan päättymättömäksi prosessiksi (Rosenjack Burchum 2002, 5). Hoitotyössä tämä tarkoittaa sitä, että alunperin tiedostamattaan kulttuurisesti epäkompetentti sairaanhoitaja havahtuu kapeakatseisuuteensa ja lähtee tiedostaen lisäämään tietouttaan potilaan kulttuurista. Näin hän vähitellen oppii toimimaan kulttuurisesti kompetentilla tavalla toteuttaessaan hoitotyötä; hän osoittaa herkkyyttä ja avoimuutta, eikä tuomitse erilaisuutta, vaan hyväksyy ja kunnioittaa erilaisia kulttuureja. (Dudas 2012, 318.)

Erilaisia malleja kulttuurisesti kompetentista hoitotyöstä on kehitetty Derald Wing Suen luoman viitekehyksen pohjalta. Suen mukaan kulttuurisen kompetenssin pohja on kulttuurinen tietoisuus, kulttuurinen tietämys ja kulttuurinen osaaminen. Madeleine Leininger kehitti ensimmäisen teorian kulttuurin merkityksestä hoitotyössä 1995. (Zander 2007, 50-53.) Myöhemmin Campinha-Bacote lisäsi Cultural Competence Care Model -mallissaan Suen luomaan pohjaan kulttuurisen kohtaamisen ja kulttuurisen halun ulottuvuudet (Zander 2007, 50-53; McClimens ym. 2014, 45).

Kulttuurisella tietoisuudella tarkoitetaan oman itsensä, ammattitaitonsa ja arvonsa tutkimista ja siten myös muiden kulttuurien olemassaolon ymmärtämistä (Dudas 2012, 318; McClimens ym. 2013, 45). Kulttuurinen tietämys kuvaa yksilön hankkimaa tietoa eri kulttuureista ja etnisistä vähemmistöistä. Kulttuurisilla taidoilla yksilö kykenee hyödyntämään hankkimaansa olennaista tietoa esillä olevassa tilanteessa. Kulttuurisessa kohtaamisessa terveydenhuollon henkilö rohkaistuu kohtaamaan eri kulttuurin edustajia ja olemaan yhteydessä heidän kanssaan. Kulttuurinen halu kuvaa terveydenhuollon ammattihenkilön motivaatiota lisätä tietotaitojaan eri kulttuureista ja (McClimens ym. 2013, 45) kohdata toisen kulttuurin edustajia mielellään ja vapaaehtoisesti (Zander 2007, 53).

Sairaanhoitaja kehittyä tiedostamatta kulttuurisesti epäkompetentista tiedostaen epäkompetentiksi, tiedostaen kompetentiksi ja siitä edelleen tiedostamattaan kompetentiksi, jolloin hän automaattisesti toimii kulttuurisesti kompetentilla tavalla (Dudas 2012, 318).



Kulttuurista tiedostamista, tietoa ja osaamista sovelletaan niin, että vältetään etnosentrismiltä, vääristymiltä, ennakkoluuloilta ja aggressiivisuudelta monimuotoisuutta kohtaan (Zander 2007, 53). Etnosentrismi tarkoittaa valtakulttuurin pitämistä kaikkia muita kulttuureja parempana (Zander 2007, 53; Dudas 2012, 318). Näin muiden kulttuurien arvoja, uskomuksia ja toimintatapoja arvostellaan valtakulttuurin ehdoilla. Etnosentrismi luo vääristyneen ja pinnallisen stereotypin muiden kulttuurien edustajista. (Zander 2007, 52.) Tuomitseminen ja toisaalta olettaminen että kaikki uskomukset ovat lopulta samanlaisia, ovat vahingollisia kulttuuriselle kompetenssille. Kulttuurisesti kompetentin henkilön tulee kun-

nioitta kulttuurisia eroja, tulla toimeen eri kulttuurien kanssa ja kyetä sopeutumaan toisten tarpeisiin. (Dudas 2012, 318-319.)

Kulttuurisen kompetenssin puute aiheuttaa turhautumista ja vihaa kommunikation vaikeuden vuoksi. Se saa aikaan kriittisyyttä tai mielenkiinnon puutetta kulttuurisia tai uskonnollisia uskomuksia kohtaan. Kulttuurisesti epäkompetentti ihminen on taipuvainen syyttelemään toisen kulttuurin edustajia heikosta kehityksestä, sairaudesta ja poikkeavasta käytöksestä. (Zander 2007, 52.)

Kulttuurisen kompetenssin tarkoitus on luoda mahdollisimman korkealaatuista terveydenhuoltoa jokaiselle etnisyyteen (Cortis 2004, 56; McClimens ym. 2013, 48), kulttuuriin, kieleen tai rotuun katsomatta (McClimens ym. 2013, 48). Sen tavoitteita ovat yksilöllisten erojen tiedostaminen, vähemmistön asioiden ajaminen ja stereotyyppien ja epäoikeudenmukaisuuden vastustaminen (Martino Maze 2004, 549). Kulttuurisen kompetenssin on todettu johtavan terveydenhuollon kulttuurisen epätasa-arvon häviämiseen ja potilasturvallisuuden ja -tyytyväisyyden lisääntymiseen (Dudas 2012, 319-320). Lisäksi se parantaa hoitohenkilökunnan ja potilaan välistä kommunikaatiota (Foronda 2008, 210; Dudas 2012, 319-320) ja vähentää terveydenhuollon kuluja. Näin kulttuurisesta kompetenssista hyötyvät sekä potilas, sairaanhoitaja, että organisaatio. (Dudas 2012, 319-320.)

Kulttuurinen kompetenssi ei ole kaiken tietämistä kaikista kulttuureista, vaan yleistä tietämystä kulttuurisista toimintatavoista ja sosiaalisista rakenteista. Näin kyetään esittämään oikeita kysymyksiä ja siten hankkimaan tietoa erilaisista ryhmistä. Tämä johtaa lopulta kulttuuriseen herkkyyteen. (Zander 2007, 52-53.)

Muista, että hoitohenkilökunnan ei ole mahdollista tietää kaikkea kaikista kulttuureista. Parasta on kysyä yksilöltä itseään. (Zander 2007, 53.)



Potilaan ja sairaanhoitajan väliseen kohtaamiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Kulttuuri ja etninen tausta ovat kaksi tärkeää ja oleellista tekijää. Kulttuuristen

tekijöiden eroavaisuudet sairaanhoitajan ja potilaan välillä saattavat aiheuttaa jännitteitä etenkin, kun työskennellään hoitoyksikössä, jossa on paljon teknisiä laitteita. (Ozolins & Hjelm 2003, 84.) Hienotunteinen hoito on tärkeää kaikenlaisissa hoitoyksiköissä, mutta tehohoitoympäristön luonne ja potilaan kriittinen sairaus aiheuttavat erityisen tarpeen sille (Bloomer & Al-Mutair 2013, 194).

### **Kulttuurilliset erot käsityksissä terveydestä, sairaudesta, kivusta ja kuolemasta**

Kulttuuri, terveys ja sairaus ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa (Sobralске & Katz 2005, 342). Ammattilaisen ja eri kulttuuritaustaisen potilaan näkemykset terveydestä ja sairaudesta voivat erota toisistaan. Eri kulttuurista tulevien saattaa olla vaikeata sopeutua uuteen ympäristöön, käsityserojen vuoksi. (Hultsjö & Hjelm 2005, 276.) Sairaanhoitajan haasteena on toimia siltana näiden näkemyserojen välillä (Ozolins & Hjelm 2003, 84).

Länsimaalaiset lääketieteen edustajat luottavat länsimaisiin hoitomuotoihin korkean teknologian ja huolellisten valmistelujen vuoksi (Salman & Zoucha 2010,161). Esimerkiksi muslimit sen sijaan usein uskovat paranemisen olevan kiinni Allahin tahdosta ja lääketieteen edustajat nähdään hänen välikäsinään (Hammoud ym. 2005, 1311; Salman & Zoucha 2010,161; Bloomer & Al-Mutair 2013, 194). Muslimit näkevät sairaanhoidon Jumalan tahdon toteuttamisena (Bloomer & Al-Mutair 2013, 194). Sairaus ja kärsimys käsitetään uskon vahvuuden testinä ja synneistä puhdistumisena (Salman & Zoucha 2010,161; Wehbe-Alamah 2008, 88; Bloomer & Al-Mutair 2013, 194). Sairauden uskotaan olevan mahdollisuus parantaa hengellistä yhteyttä ja siksi siihen reagoidaan keskittymällä enemmän rukoukseen ja Koraanin lukemiseen sekä anteeksi pyytämiseen. Elämän ylläpitäminen ja potilaan hoitaminen ovat yksi korkeimmista määräyksistä islamissa. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 194.)

Ihmisen tapa ilmaista kipua on vahvasti kulttuurisidonnainen. Usein kulttuuri määrittelee sen kuinka ihmisen tulee käyttäytyä ilmaistessaan kipua, vaikka yksilölliset erot voivat toisinaan olla suuria. (Sobralске& Katz 2005, 343, 347.) Kivun arviointia hoitotyössä hankaloittavat kulttuurien väliset erot kivun ilmaisemi-

sessä, siihen reagoimisessa, kivun siedossa (Sobralcke & Katz 2005, 343, 347; Nielsen & Birkelund 2009, 431; Niemi-Murola ym. 2011, 745) ja käsityksessä kivun tarkoituksesta sekä hoitohenkilöstön kulttuurisensitiivisyyden puute (Sobralcke & Katz 2005, 343, 347). Skandinaavit on opetettu sietämään kipua niin kauan kuin mahdollista. Toisessa kulttuurissa voidaan pitää tärkeänä ilmaista kipua sekä sanallisesti että sanattomasti niin pian kuin mahdollista. (Nielsen & Birkelund 2009, 436.) Kivun sietäminen saattaa joissain kulttuureissa osoittaa miehekkyyttä ja kivun ilmaiseminen taas heikkoutta (Sobralcke & Katz 2005, 345; Niemi-Murola ym. 2011, 749). Kivun ilmaisuun on kiinnitettävä huomiota, sillä se on tärkeä tekijä potilaan ja sairaanhoitajan välisen luottamuksen syntymisessä (Nielsen & Birkelund 2009, 436-437).

Potilaat ansaitsevat saada kohdata kuolemansa arvokkuudella ja kunnialla, riippumatta kulttuuriperinnöstään tai mieltymyksistään. Haasteena sairaanhoitajille on havaita kulttuurierot ja ottaa ne huomioon omassa työssään kuolevan potilaan hoidossa. Kuolemaan liittyvät kulttuurierot voidaan jakaa kolmeen osaluokkaan: kommunikaatio kuolemaan ja vakavaan sairauteen liittyen, päätöksenteko perheessä ja asenteet elämää ylläpitävää hoitoa, DNR-päätöstä, hoitotahtoa, ravitsemus- ja nestehoitoasioita kohtaan. (Doolen & York 2007, 195, 197.) DNR-päätös (do not resuscitate) on lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä, jos sydämen toiminta pysähtyy (Valvira 2014b). Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan itsensä varmentamaa, selkeästi ilmaistua potilastietoihin merkittyä tahtoa omasta hoidostaan tulevaisuuden varalle (Valvira 2014a). Vaikeiden hoidollisten päätösten tekeminen voi olla toisen kulttuurin edustajalle tavallista vaikeampaa. Joissakin kulttuureissa hoidon lopettamispäätös voi olla uskon vastaista, mikä tekee ratkaisun löytämisestä erityisen haasteellista. (Høye & Severinsson 2010a, 28.)

Esimerkiksi islamin usko käsittää kuoleman vaiheena jossa sielu jättää ruumiin ja sydämen toiminta lakkaa. Muslimit näkevät elämän jatkuvan viimeiseen sydämen lyöntiin saakka vaikka potilas olisi todettu aivokuolleeksi. (Salman & Zoucha 2010, 162.) He uskovat, että kuolleenkin sielu voi vielä tuntea kipua

hautaamiseen asti (Wehbe-Alamah 2008, 91-92; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196). Islamin uskon mukaan sairaat ja kuolevat ihmiset ovat lähellä Jumalaa (Salman & Zoucha 2010, 160-161; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195).

### **Kommunikaatio eri kulttuurista tulevan potilaan kanssa**

Väärinkäsitykset puhutussa kielessä aiheuttavat hankaluuksia terveydenhuollossa maailmanlaajuisesti (McClimens ym. 2013, 48). Kielimuuri nähdään usein suurimpana haasteena ulkomaalaistaustaisen potilaan hoitotyössä (Cortis 2004, 54; Jirwe ym. 2010, 436). Sairaanhoidajien tulee olla tietoisia siitä miten heidän omat kulttuuriset uskomuksensa ja valintansa ehkä vaikuttavat kommunikaatioon toisesta kulttuurista tulevien potilaiden ja omaisten kanssa. Kulttuurinen herkkyyks vaatii keskustelua potilaan ja omaisten kanssa, aktiivista kuuntelua, sanattoman viestinnän käyttämistä, mahdollisen katsekontaktin välttämisen hyväksymistä, sekä kosketuksen ja hiljaisuuden käyttämistä. (Doolen & York 2007, 197.)

Ulkomaalaista potilasta hoitaessaan sairaanhoitaja kohtaa kielen, säännöt ja normit, jotka poikkeavat hänen omistaan. Tämä voi aiheuttaa turhautumista. Kyseisen kulttuurin ymmärtäminen voi helpottaa kommunikointia. Toisen kulttuurin vähättely voi tehdä kommunikoinnista mahdotonta. Taipumus tehdä päätelmät oman kulttuurin perusteella on luonnollista, mutta se voi estää muiden kulttuurien ymmärtämisen. Päätelmien tekeminen on välttämätöntä, mutta kun malttaa kerätä tarpeeksi tietoa, kommunikaatio helpottuu. (Nielsen & Birkelund 2009, 435.)

Kielimuuri sairaanhoitajien, potilaiden ja omaisten välillä aiheuttaa vaikeuksia informaation jakamisessa puolin ja toisin (Ozolins & Hjelm 2003, 87; Hultsjö & Hjelm 2005, 281; Høye & Severinsson 2010b, 861-862). Vieraskielisten potilaiden hoitoon kuluu usein enemmän aikaa kuin muiden. Tämä saattaa aiheuttaa ärsyyntymistä sairaanhoitajien keskuudessa. (Nielsen & Birkelund 2009, 433.) Sairaanhoidajien odotetaan käyttävän ammattitulkkia annettaessa tietoa potilaan hoidosta omaisille (Høye & Severinsson 2008, 342; Nielsen & Birkelund 2009, 434). Tulkkipalvelujen käyttöä rajoittaa niiden kallis hinta (Cortis 2004, 54). Te-

ho-osastolla sairaanhoitaja on jatkuvasti potilaan luona, jolloin hän joutuu käyttämään kieltä osaavaa omaista tai toista työntekijää tulkkina (Høye & Severinsson 2008, 342). Joskus potilaat saattavat toivoa omaisen toimivan tulkkina ammattitulkin sijaan (Høye & Severinsson 2010a, 27, 29; Jirwe ym. 2010, 437). Toisinaan potilaat eivät kuitenkaan halua kertoa kaikkea omaisilleen (Nielsen & Birkelund 2009, 434). On myös otettava huomioon, että vaikka omaiset periaatteessa osaisivat valtakieltä, väärinkäsityksiä syntyy helposti (Høye & Severinsson 2008, 342). Ammattitulkin käytön välttäminen ja omaisten käyttäminen tulkkina voi säästää rahaa, mutta pitkällä tähtäimellä sen on todettu aiheuttavan ongelmia hoidossa (Nielsen & Birkelund 2009, 436).

Kielimuuri horjuttaa potilasturvallisuutta ja siksi olisikin tärkeää, että potilaalla on mahdollisuus päteviin tulkkaukspalveluihin (McClimens ym. 2013, 48). Ammattitulkin käyttö hoitotyön tukena saattaa aiheuttaa konflikteja. Tulkki tilataan useimmiten vain kielitaidon perusteella, ja joskus tulkin edustama etninen vähemmistö saatetaan nähdä vihollisena potilaan ja hänen omaistensa silmin. (Ozolins & Hjelm 2003, 90.) Olisi myös suositeltavaa että tulkki edustaa samaa sukupuolta kuin potilas, puhuttaessa aroista ja intiimeistä asioista (Hammoud ym. 2005, 1308).

Kulttuuri vaikuttaa ihmisen tapaan ilmaista itseään eleillä ja puhutulla kielellä (Hultsjö & Hjelm 2005, 284). Kulttuuriseen osaamiseen kuuluu yksilön erilaisten sanattomien viestien tulkitsemaan oppiminen (Zander 2007, 53). Virheelliset tulkinnat sanattomassa viestinnässä saattavat johtaa väärinymmärryksiin potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, vaikka he puhuisivatkin yhteistä kieltä. Siksi elekieleen tulee kiinnittää huomiota ja ymmärtää sen merkitys viestintätilanteessa. (Hultsjö & Hjelm 2005, 284.) Potilaan sanaton viestintä saattaa olla hyvin erilaista kuin valtakulttuurissa, tai niissä kulttuureissa, joita sairaanhoitaja on oppinut tulkitsemaan (Zander 2007, 53).

### **Kulttuuriset erot perhesuhteissa ja hierarkiassa**

Kun perheen jäsen joutuu sairaalaan, se vaikuttaa vahvasti koko perheeseen (Høye & Severinsson 2010a, 24). Ulkomaalaistaustaisilla potilailla käy yleensä

paljon vierailijoita. Vaikka suuret vierailijamäärät saattavat häiritä muita potilaita, kyseiselle potilaalle verkosto voi olla tärkeä terveyden kannaltakin. (Nielsen & Birkelund 2009, 435-436.) Joissain kulttuureissa ilmaistaan huolta ja surua hyvin äänekkäästi esimerkiksi lähimmäisen ollessa terveydentilaltaan epävakaa tai kuolemaisillaan. Tämä saattaa vaikeuttaa sairaanhoitajien työskentelyä teho-osastolla. (Ozolins & Hjelm 2003, 90; Høye & Severinsson 2010b, 863.) Sairaanhoitajien tulisi kuitenkin huomioida omaisten rooli suunnitellessaan ja toteuttaessaan potilaan hoitoa, heille tulisi antaa mahdollisuus osallistua hoitoon (Cioffi 2006, 18).

Sympatian ja rakkauden osoittaminen sairaalle omaiselle ei ole muslimeille ainoastaan sosiaalinen ele, vaan sillä on myös uskonnollinen merkitys (Wehbe-Alamah 2008, 87; Salman & Zoucha 2010, 161). Perheenjäsenen sairastuessa muslimiperheen tasapaino järkkyy. Jokaisen perheenjäsenen, ikään tai sukupuoleen katsomatta, velvollisuus on käydä katsomassa potilasta ja osallistua tämän hoitoon sekä tarjota emotionaalista, rahallista ja hengellistä tukea. Monet omaiset ja ystävät saattavat tulla katsomaan potilasta ja osa jää potilaan luokse pitkiksikin ajoiksi. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Sairaanhoitajat saattavat kokea häiritsevänä omaisten kokoontumisen joukolla sairaan omaisensa luo (Høye & Severinsson 2010a, 29). Suuri vierailijamäärä voi olla esteenä hoito-toimenpiteiden suorittamiselle. Vierailijamäärän rajoittamisessa haasteena voi olla se, että monessa kulttuurissa perheeseen lasketaan tädit, sedät, serkut ja läheiset ystävät. (Høye & Severinsson 2008, 342.)

Länsimaissa potilaan itsemääräämisoikeutta pidetään tärkeänä ja totuudenmukaisuutta kuolemaan liittyvissä asioissa arvostetaan. Kuitenkin monissa ei-länsimaaisissa kulttuureissa tällainen suora lähestymistapa nähdään joskus haavoittavana. Joissakin aasialaisissa kulttuureissa totuuden kertomista kuolevalle potilaalle pidetään liian kipeänä, ja sen ajatellaan tuottavan surua ja siten nopeuttavan kuo-

Tiesitkö, että filippiiniläisessä kulttuurissa kuolemasta puhumista pidetään Jumalan tahtoon sekaantumisena (Doolen 2007, 195).





lemaa. (Doolen & York 2007, 195.) Monesti ei-länsimaalaisissa kulttuureissa vältetään vakavasta sairaudesta ja lähestyvistä kuolemasta puhumista potilaalle (Doolen & York 2007, 195; Savory & Marco 2009, 5).

Esimerkiksi islamilaisessa (Salman & Zoucha 2010, 161) tai kiinalaisessa kulttuurissa (Høye & Severinsson 2010a, 29) omaiset kokevat velvollisuudekseen suojella potilasta ikäviltä uutisilta, joten he saattavat kertoa hoitohenkilökunnan kertomat asiat potilaalle kaunistellen muun muassa pitämällä yllä toivoa väistämättömän kuoleman edessä (Doolen & York 2007, 195; Høye & Severinsson 2010a, 27; Salman & Zoucha 2010, 161). Joissakin eurooppalaisissa kulttuureissa kerrotaan ennusteesta potilaan sijaan ensin tämän perheelle, mitä pidetään hienotunteisuutena ja inhimillisyytenä (Doolen & York 2007, 195). Tilanteissa joissa omaiset kieltävät totuuden potilaalta, sairaanhoitaja saattaa joutua eettisen ristiriidan eteen, koska länsimaaisessa kulttuurissa totuuden kertominen on perusarvo. On kuitenkin muistettava ettei totuuden muovaaminen kuulu kaikkiin ei-länsimaalaisiin kulttuureihin. (Høye & Severinsson 2010a, 29.)

Monissa kulttuureissa päätöksenteosta vastaa joko lääkäri, omaiset tai lääkäri ja omaiset yhteistyössä. Potilasta suojellaan vaikeiden päätösten taakalta. Aasialaisessa kulttuurissa ajatellaan potilaan asettamisen vastuuseen kuolemaan liittyvissä päätöksissä eristävän tämän perheestään juuri silloin kun potilas tarvitsee perheensä tukea eniten. Koreassa päätöksenteosta vastaa vanhin poika. Jossakin kulttuurissa vastuu on perheen päällä riippumatta sukupuolesta. Koulutettu nuori aikuinen voi olla perheen pään tukena päätöksenteossa. Esimerkiksi joissakin eurooppalaisissa kulttuureissa taas lääkärin odotetaan tekevän päätökset kuolemaan liittyvissä asioissa, kuten elämää ylläpitävän hoidon lopettamisesta ja DNR-päätöksen teosta. (Doolen & York 2007, 196.)

Länsimaissa rohkaistaan potilaita tekemään hoitotahto. Jotkut kulttuurit eivät hyväksy hoitotahtoa. Joskus perheen sanan katsotaan painavan enemmän kuin potilaan. Jotkut toivovat perheen, ystävän tai hengellisen johtajan tekevän kuolemaan liittyvät päätökset mieluummin kuin itse kirjoittavat hoitotahdon. Kiinassa katsotaan vanhempien kunnioituksen estävän oman hoitotahdon kirjoittamisen. Hoitotahtoa pidetään jopa epäinhimillisenä. (Doolen & York 2007, 196.)

Mikäli islaminuskoinen potilas on tietoinen terveydentilastaan ja sairauksistaan, tulisi hänen hoidollisista asioistaan keskustella koko perheen kanssa, mutta lopullisen päätöksen tekee kuitenkin potilas itse (Salman & Zoucha 2010, 161). Jotkut muslimeista ajattelevat, että miespuolisen omaisen tehtävä on hoitaa puhuminen ja päätöksenteko silloinkin, kun tämä ei ole potilaan lähin sukulainen. Joissakin tapauksissa miehen sana on jopa potilaan omaa sanaa painavampi. Toiset ajattelevat puhumisen ja päätöksentekoon osallistumisen olevan koko perheen oikeus. Perheen toimintatapa on hyvä ottaa ajoissa selvälle eri tapauksissa. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 194.)

Monissa kulttuureissa miehet hoitavat puhumisen ja patriarkaalinen ajattelu voi vaikuttaa asennoitumiseen naispuolisia sairaanhoitajia kohtaan (Høye & Severinsson 2008, 344). Joskus sairaanhoitajat kokevat, etteivät saa kunnioitusta toisten kulttuurien edustajilta. Eri kulttuureissa sukupuoliroolit ovat erilaiset ja sairaanhoitajat saattavat kokea väheksyntää naissukupuolensa vuoksi. (Ozolins & Hjelm 2003, 87.)

### **Kulttuurisen kompetenssin toteuttaminen hoitotyössä**

Eri kulttuuristaustaisten potilaiden hoito saattaa aiheuttaa konflikteja, jotka mahdollisesti vaikuttavat potilaiden hoitoprosessiin (Ozolins & Hjelm 2003, 84; Høye & Severinsson 2010b, 861-862). Tarjotakseen kulttuurisesti sensitiivistä hoitoa, täytyy tuntea yksilöitä erottavia tekijöitä. Näitä ovat uskomukset, kulttuuri, kieli, uskonto, arvot, asenteet, normit, perinteet ja rajat. Kulttuurisen herkkyyden saavuttaakseen tulee ensin tiedostaa oma kulttuurinsa ja sen jälkeen eroavat kulttuuriset näkökulmat. Lopuksi täytyy kohdata toisen kulttuurin edustaja. (Foronda 2008, 210.)

Maahanmuutto ja pakolaisuus lisääntyvät ja maahanmuuttajat pitävät yllä kieltään, kulttuuriperintöään ja etnistä identiteettiään. Sairaanhoitajan tarvitsee ymmärtää eri maahanmuuttajaryhmien terveydelliset erityistarpeet (Martino Mازه 2004, 549) ja kyetä työskentelemään heidän kulttuurinsa huomioivalla ja sitä kunnioittavalla tavalla (McClimens ym. 2014, 45). Sairaanhoitajien tulisi olla kulttuuriherkkiä vähentääkseen terveydellistä eriarvoisuutta, parantaakseen ter-

veyden edistämistä ja kroonisten sairauksien hoitoa, jotka vaivaavat erityisesti vähemmistöjä (Martino Maze 2004, 552).

Maahanmuutto voi olla vapaaehtoista tai tahdon vastaista. Tahdon vastaisesti maahan muuttavat voivat olla pakolaisia, turvapaikanhakijoita, sisäisesti syrjäytyneitä, paluumuuttajia tai ei minkään maan kansalaisia. Nämä ryhmät ovat paenneet kodeistaan sotien, poliittisten mullistusten, taloudellisten katastrofien tai luonnonkatastrofien vuoksi. Pienen määränsä ja sortamisen, väkivallan, riistämisen tai menetyksen kokemusten vuoksi (Pacquiao 2008, 189-190) he ovat usein fyysisesti, psyykkisesti ja sosiokulttuurisesti haavoittuvaisia (Ozolins & Hjelm 2003, 84; Pacquiao 2008, 189-190). Aikaisempia traumojen vuoksi sairaalan vieraaseen ympäristöön joutuminen saattaa olla heille erityisen traumaattinen kokemus (Ozolins & Hjelm 2003, 84; Hultsjö & Hjelm 2005, 276; Høye & Severinsson 2010a, 25).

Tiesitkö, että Florence Nightingale toteutti ensimmäisenä kulttuurirajat ylittävää hoitotyötä hoitaessaan Australian aboriginaaleja 1800-luvun puolessa välissä (Zander 2007, 51).



Kulttuurisesti tasa-arvoisen hoidon toteuttaminen vaatii kunnioitusta, sopeutumista, keskustelua ja selittämistä. Sairaanhoidajan tulee olla valmis oppimaan potilaan uskomuksista, arvoista ja tavoista. Vaikka ne eroaisivat sairaanhoidajan omasta vakaumuksesta, niitä ei saa pitää väärinä. Länsimainen ajattelutapa korostaa sääntöjä, johdonmukaisuutta ja yhdenmukaista kohtelua. Kulttuurinen sopeutuminen vaatii joustavuutta ja ihmisten kohtelua heidän toivomallaan tavalla silloin kun se on mahdollista. (Schim & Doorenbos 2010, 261-262.)

Aina ei ole mahdollista sopeutua toiveisiin, jolloin täytyy neuvotella. Erimielisyystilanteissa pyritään kompromissiratkaisuun. Jos potilaan, perheen ja yhteisön toivomus ja tarve on moraaliton, laiton, hyväksikäyttävä tai vaarallinen, neuvottelu ei auta. Esimerkiksi avustettua itsemurhaa toivottaessa syy, miksi toivetta ei voida toteuttaa, on selitettävä selkeästi, rehellisesti ja kunnioittavasti. (Schim & Doorenbos 2010, 262.)

Eroavaisuudet kivun (Høye & Severinsson 2010b, 861-862; Niemi-Murola ym. 2011, 750), surun ja sairauden ilmaisemisessa saattavat vaikeuttaa potilaan hoidon tarpeen arviointia (Høye & Severinsson 2010b, 861-86). Potilaan kanssa tulisi mahdollisuuksien mukaan keskustella hänen käsityksestään kivusta ja sen merkityksestä. Kivun arviointia helpottaisi vieraskielisten, vakioitujen kipumittarien käyttöönotto. (Niemi-Murola ym. 2011, 748-749.) Numeeristen kipuasteikkojen käyttöä vaikeuttaa yhteisen kielen puuttuminen (Cortis 2004, 54; Niemi-Murola ym. 2011 748). Kasvokuvaan perustuvan kipumittarin käyttö on paras vaihtoehto, mikäli sairaanhoitaja ja potilas eivät pysty kommunikoimaan sanallisesti (Niemi-Murola ym. 2011, 745, 748-749). Kipumittareiden lisäksi myös Glasgow Coma Scale:n käyttö voi olla ongelmallista yhteisen kielen puuttuessa (Cortis 2004, 54).

Kulttuurisesti kompetentilla henkilöllä on ymmärrystä siitä, miten kieli saattaa vaikuttaa ihmisen havaintoihin, ymmärrykseen ja luottamukseen toista kieltä puhuvaa kohtaan (Zander 2007, 53). Vieraskielisiä sanalistoja ja elektronisia nauhureita tulisi olla käytössä omaisten, potilaan ja hoitohenkilökunnan kommunikaation helpottamiseksi (Høye & Severinsson 2010a, 27, 29). Esimerkiksi nauhoitettu lyhyt informaatio potilaan omalla äidinkielellä siitä, missä hän on ja mikä hänen tilanteensa on, voi rauhoittaa potilasta (Høye & Severinsson 2008, 342). Kuvakorttien käyttö kommunikaation välineenä voi tukea vuorovaikutusta (Cortis 2004, 54). Omaiset voivat myös tehdä omia sanalistoja potilaan ja hoitohenkilökunnan kommunikaation helpottamiseksi (Høye & Severinsson 2010a, 27, 29).

Kulttuuriset arvot vaikuttavat suuresti käytännön hoitotyöhön. Muslimikulttuuri on esimerkki selkeästi länsimaisesta ajattelutavasta poikkeavasta kulttuurista. Sitä, mitä muslimipotilaan hoidossa tulisi huomioida länsimaalaisessa terveydenhuollossa ja teho-osastolla, on tutkittu. Suomessa suuri osa ei-länsimaalaisista kulttuureista tulevista maahanmuuttajista tulevat Somaliasta ja Irakista, joissa valtauskontona on islam (Väestöliitto 2012). Islamin uskoa pidetään kulttuurina ja elämänfilosofiana, joka erottaa islaminuskoiset, eli muslimit muiden uskontojen ja kulttuurien edustajista. Vaikka islam on yksi suurimmista

maailmanuskonnoista, moni hoitohenkilökunnan edustaja ei tunne kulttuurin tapoja. (Salman & Zoucha 2010, 157.)

Teho-osastolla mies- ja naispotilaat ovat usein sijoiteltuna vierekkäisille potilaspaikoille. Tämä nähdään ongelmana joissain kulttuureissa, vaikka näköyhteys potilaspaikkojen välillä estettäisiinkin sermillä tai verhoilla. (Høye & Severinsson 2010, 863.) Muiden samassa huoneessa olevien potilaiden tulisi olla samaa sukupuolta muslimipotilaan kanssa. Mikäli tätä ei ole mahdollista toteuttaa, olisi hyvä turvata yksityisyyttä ainakin verhoilla ja omaisen läsnäololla. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Muslimit saattavat vaatia itselleen samaa sukupuolta edustavan hoitohenkilöstön. Mikäli yksikössä ei pystytä toteuttamaan muslimipotilaan toivetta tämän asian suhteen tulisi hänen kanssaan keskustella asiasta selkeästi ja perustella toimintatapa. Olisi kuitenkin suositeltavaa, että potilaan hoitotoimenpiteen aikana läsnä olisi samaa sukupuolta edustava perheenjäsen tai hoitohenkilökunnan jäsen. (Hammoud ym. 2005, 1309-1310; Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Myös aviomies voi vaatia saada olla läsnä vaimonsa tutkimuksen ajan (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195).

Islamilaisessa kulttuurissa siveys on perusarvo. Käsitys siveydestä voi olla hyvin erilainen hoitohenkilökunnan ja muslimipotilaan mielestä. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Myös muslimien kesken käsitykset voivat vaihdella suuresti. Musliminaisen tulee pukeutua hijabiin. Jotkut ymmärtävät hijabin koko vartalon, päätä ja kasvoja myöten, peittäväksi kaavuksi, jotkut jättävät kasvot peittämättä ja joillekin se tarkoittaa vain peittävien vaatteiden valitsemista. (Hammoud ym. 2005, 1309; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Hoitohenkilökunnan tulee kunnioittaa islaminuskaisen naisehenkilön siveyskäsitystä ja yksityisyyttä noudattamalla vaatetussäädöksiä hoitoympäristössään (Salman & Zoucha 2010, 160). Myös islaminuskoisten miesten tulisi peittää kehonsa navasta polviin (Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Potilaan kehonosien paljastamisen tulisi olla mahdollisimman vähäistä ja sen tulisi tapahtua vain välttämättömissä tilanteissa kuten tutkimus- ja hoitotilanteiden aikana (Salman & Zoucha 2010, 160). Nämä asiat tulee ottaa huomioon esimerkiksi kuumeilevaa potilasta hoidettaessa. Siveyssäännöt määrittävät, mitä ruumiinosia tulee jättää peittoon,

jotteivät omaiset koe potilasta pidettävän alasti. (Høye & Severinsson 2008, 342.)

Muslimit ajattelevat kosketuksen kuuluvan hoitotyöhön ja sen välittävän myötätuntoa ja lohdutusta. Tarpeeton koskettaminen on kuitenkin kiellettyä. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.) Islamilaisessa kulttuurissa fyysinen kontakti kuten halaukset ja kättelemine vastakkaisen sukupuolen edustajan kanssa ei ole suositeltavaa (Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195), mikäli kyseessä ei ole perheenjäsen tai aviopuoliso (Salman & Zoucha 2010, 160). Katsekontakti vastakkaisen sukupuolen edustajan kanssa koetaan myös sopimattomaksi (Hammoud ym. 2005, 1309; Salman & Zoucha 2010, 160) ja usein naiset välttelevät katsomasta suoraan silmiin osoittaakseen kunnioitusta ja siiveillisyyttä (Salman & Zoucha 2010, 160). Kosketettaessa tulee myös kiinnittää huomiota siihen, millä kädellä koskee. Islamissa oikeaa kättä pidetään puhtaina ja vasenta likaisena, joten ruokaa, lääkkeitä ym. puhtaita asioita käsitellään oikealla kädellä ja likaisia vasemmalla. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195.)

Muslimipotilaalle puhtaus ja peseytyminen ovat tärkeitä asioita, (Cortis 2004, 53; Salman & Zoucha 2010, 158) etenkin ennen rukousta. He eivät voi rukoilla likaisena, esimerkiksi jos heillä on inkontinenssia tai verenvuotoa. Tärkeää on että erityisesti näkyvillä olevat ruumiinosat pidetään puhtaina. Vuodepesut saattavat tuntua islaminuskaisen mielestä epämiellyttävältä. Rukoilupaikan tulisi olla siisti ja rauhallinen. Rukoilla voi istuallaan tai makuullaankin jos kunto on huono. (Salman & Zoucha 2010, 158, 160.) Vakavan sairauden tai terveydellisen kriisin aikana muslimin ei tarvitse noudattaa paastoa. (Hammoud ym. 2005, 1310; Salman & Zoucha 2010, 158, 160.) Islamin usko kieltää tiettyjen ruoka-aineiden, kuten siasta saatavien ainesosien ja alkoholin käytön. Islamin usko sallii kuitenkin kiellettyjen ruoka-aineiden käytön poikkeuksellisissa tilanteissa kuten sairaustilassa. Muslimipotilaalle on tärkeää informoida mikäli heille määrätty lääkeaineet sisältävät eläinperäisiä ainesosia kuten liivatetta tai alkoholia. (Salman & Zoucha 2010, 160.)

Teho-osastolla potilas voi myös menehtyä (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195). Kuolevan potilaan asianmukainen hoito vaatii toisen kulttuurin, etnisyyden ja

rodun huomioimista ja hyväksymistä, kulttuurista kompetenssia. Sairaanhoidajat tarvitsevat tietoa ja taitoa sopeuttaakseen hoidon potilaan kulttuurisiin tarpeisiin. (Doolen & York 2007, 195.) Joillekin potilaille tai omaisille uskonnolliset rituaalit ja symbolit ovat erityisen tärkeitä (Høye & Severinsson 2010a, 28). Joissain kulttuureissa on tärkeää tulla paikalle jättämään jäähyväiset omaisen kuollessa (Høye & Severinsson 2010a, 28; Salman & Zoucha 2010, 160). Joku saattaa kokea saavansa helpotusta jumalankuvista tai mantroista. Kaikki eivät kuitenkaan koe tarvetta uskonnon harjoittamiselle sairastaessaan. (Høye & Severinsson 2010a, 28.)

Kuolevan muslimipotilaan hoitaminen eroaa muiden potilasryhmien hoitamisesta. Muslimit kuolisivat mieluummin kotona rakkaidensa ympäröimänä kuin hoitoympäristössä. (Salman & Zoucha 2010, 162.) Muslimit uskovat että kuolema on Jumalan tahto ja koetus kuolevalle, hänen perheelleen ja yhteisölleen. Kukaan ei voi paeta sitä. Muslimit näkevät kuoleman siltana tuonpuoleiseen ja matkana kohti pelastusta ja Jumalan kohtaamista. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196.) Kuoleman lähestyessä on erittäin tärkeää noudattaa islamilaisia rituaaleja. Sairaanhoidajien tulee tunnistaa ja kunnioittaa uskonnollisia uskomuksia ja pyrkiä mahdollisimman ristiriidattomaan hoitosuhteeseen kuolevan potilaan kanssa. (Salman & Zoucha 2010, 162.)

Muslimit uskovat pääsevänsä lähemmäs Jumalaa rukoilemalla viidesti päivässä ja lukemalla koraania. Tämä auttaa joitakin selviytymään surusta ja ahdistuksesta. Joskus kuolevan potilaan suhteen on parempi jopa lykätä hoitotoimenpiteitä uskonnollisten toimitusten vuoksi. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196.) Perhettä voi myös rohkaista pyytämään uskonnollista johtajaa osallistumaan kuolemaan liittyvään keskusteluun. Jotkut muslimit haluavat olla omaisensa lähellä kuoleman kohdatessa, esimerkiksi elvytystilanteessa tai elämää ylläpitävää laitteistoa irrotettaessa, tarkkaillakseen että uskonnollisia rituaaleja noudatetaan. Muslimit uskovat shahadtainin, uskontunnustuksen, viimeisinä sanoina takaavan pääsyn paratiisiin. Mikäli kriittisesti sairastunut potilas ei pysty sitä lausumaan, hengellinen valmistautuminen kuolemaan voidaan toteuttaa muuten. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196.) Sairaanhoidajan tulee arvioida uskonnon

merkitys kuolevalle potilaalle ja tämän perheelle tapauskohtaisesti (Salman & Zoucha 2010, 162).

Islamin mukaan kuolemaa täytyy välttää viimeiseen asti, mutta jos ammattilainen toteaa kuoleman väistämättömäksi eikä hoito paranna potilaan vointia, sen lopettaminen on hyväksyttyä (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196). Islam kieltää ravinnon antamisen ja nesteytyksen lopettamisen (Salman & Zoucha 2010, 162; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196). Mikäli potilas pystyy nielemään, tulisi hänelle antaa pieniä määriä vettä tai kostuttaa suuta ja huulia kostealla taitoksella (Salman & Zoucha 2010, 162). Kivunhoito ja sedaatio ovat sallittuja, vaikka ne nopeuttaisivatkin kuolemaa (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196). Elämän pitkittäminen sitä ylläpitävillä koneilla ei ole suositeltavaa, mutta eutanasiaa ei hyväksytä. DNR-päätöstä, voidaan harkita potilaan omaisten kanssa. Elinluovutuksesta on eriäviä mielipiteitä islaminuskoisten kesken. Useimmat muslimit uskovat kehon olevan Jumalan luoma eikä ihmisen henkilökohtaista omaisuutta. (Salman & Zoucha 2010, 162.)

Muista, että kulttuurisesti kompetentti sairaanhoitaja on yksilöllisille eroille herkkä ja välttää stereotypointia (Martino Maze 2004, 549,552).



Kuollutta muslimia tulisi käsitellä mahdollisimman hellästi ja kunnioittavasti ja naishenkilöllä tulee noudattaa islamin uskon mukaista pukeutumista (Salman & Zoucha 2010, 162). Joillekin kuolleen kääntäminen kohti Mekkaa on tärkeää. Jotkut saattavat haluta suorittaa pesurituaalin, ghusulin, johon liittyy valkoinen kangas, kafan, ja rukous. Jotkut toivovat että vain muslimit tai saman sukupuolen edustajat koskevat kuolleeseen. (Wehbe-Alamah 2008, 91-92; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196.) Silmät ja suu tulee pitää suljettuina ja ruumiissa olevat vierasesineet, kuten tekohampaat ja korut, tulisi poistaa. Nilkat pidetään toisiinsa sidottuina ja kädet vartalon sivuille aseteltuina. (Salman & Zoucha 2010, 162; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196.) Koko ruumis täytyy pitää täysin puettuna ja peiteltyinä puhtaalla lakanalla. Avohaavat tulee peittää siteillä. (Salman & Zoucha 2010, 162.)



Muslimin ruumis tulisi säilyttää mahdollisimman koskemattomana kunnes se siirretään sairaalasta. Ruumiinavaus ja ruumiille tehtävät tutkimukset ovat sallittuja ainoastaan laillisista velvoitteista. Polttohautaus on kielletty. Ruumiin peseminen ja valmistelu hautajaisia varten tulisi tehdä 24 tunnin sisällä potilaan kuolemasta. (Salman & Zoucha 2010, 162.) Koska hoitohenkilökunnan ei voi olettaa tietävän kaikkia muslimien säännöksiä ja tapoja, on hyvä pyytää neuvoja omaisilta. Vaikka kaikkia toiveita ei voida toteuttaa, niin yritystä vastata niihin arvostetaan. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196.) Usein omaiset tukeutuvat toisiinsa eivätkä ole välttämättä halukkaita vastaanottamaan psykiatrista apua. Omaisille on tärkeää, että pakolliset järjestelyt, kuten paperityöt, tehdään ripeästi, jotta ruumis saadaan siirrettyä mahdollisimman nopeasti. (Salman & Zoucha 2010, 163.)

### **Yhteenveto**

Madeleine Leininger loi ensimmäisen teorian kulttuurirajat ylittävästä hoitotyöstä (Zander 2007, 51). Hän määritteli kulttuurin huomioimisen hoitotyössä potilaan perusoikeudeksi (Wehbe-Alamah 2008, 84). Jokaisella ihmisellä on oikeus tulla informoiduksi ja hoidetuksi kunnioittavasti ja hienotunteisesti, riippumatta kulttuuritaustastaan (Høye & Severinsson 2010a, 30). Jos sairaanhoitaja kokee ettei kykene potilaan kompetenttiin hoitoon, hänen tulee kieltäytyä hoitamasta kyseistä potilasta tämän oman hyvinvoinnin vuoksi. Tälle täytyy olla moraalinen, eettinen tai uskonnollinen peruste. Potilaan hoidosta ei voi kieltäytyä mieltymysten perusteella. Kieltäytymistä voidaan perustella potilaan oikeudella kunnioitukseen. Häätätilanteessa sairaanhoitaja on kuitenkin velvollinen tarjoamaan hoitoa henkilökohtaisista asioista riippumatta. (Martino Maze 2004, 551-552.)

Tullakseen kulttuuriherkäksi, sairaanhoitajan täytyy tietää kulttuurisista eroista ja arvoista. Tietoa voi saada harjoituksen, koulutuksen ja kokemuksen kautta. Sairaanhoitajan täytyy osata ottaa huomioon potilaan tausta, kieli ja uskomukset. Kulttuuriherkäksi tullakseen, täytyy ymmärtää potilaan kokemusten ja arvojen vaikutukset ja tärkeys. Lisäksi täytyy sopeuttaa oma toimintansa toisen tarpeisiin sopivaksi. (Foronda 2008, 208-209.) Kulttuurisen kompetenssin toteutuminen edellyttää myötätuntoa, empaattista ajattelua ja halua auttaa. Ymmärrys

siitä että ihmisillä on enemmän yhtäläisyyksiä kuin eroja keskenään, johtaa myötätuntoiseen toimintaan. (PacQUIAO 2008, 191-192.)

Kulttuurinen kompetenssi vaatii enemmän tietoa, arvoja ja osaamista, kuin terveydenhuollon ammattilaisen koulutuksessa perinteisesti opetetaan. Se vaatii näiden asioiden soveltamista kulttuuriseen kontekstiin. Ammattilaisen tulee lähestyä potilastaan ei täysin tietoisena tämän kulttuurista, vaan avoimena ja kunnioittavana erilaisuutta kohtaan ja halukkaana oppimaan. (Zander 2007, 53.)

Vaikka tehohoitotyö on monimutkaista ja moniulotteista erilaisine hoitosuunnitelmineen ja hoitoinen, tehohoitotyöntekijän tulee olla jatkuvasti tietoinen myös siitä, että kaikkien käyrien ja teknologian takana sängyssä on yksilö, jonka tarpeet eivät ole vain fyysisiä vaan myös psykososiaalisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja hengellisiä. Toteuttaakseen kokonaisvaltaista hoitotyötä sairaanhoitajan on luotava positiivinen hoitosuhde potilaan ja omaisten kanssa ja huomioitava heidän erityistarpeensa tehohoidossa. Tehohoitoympäristön luonne ja potilaan kriittinen sairaus aiheuttavat erityisen tarpeen potilaan hienotunteiselle hoidolle. Hoidon laatu riippuu sairaanhoitajan asenteesta, arvoista ja uskomuksista erityisesti silloin kun potilas edustaa vähemmistökulttuuria. (Bloomer & Al-Mutair 2013, 194.)

## Lähteet:

Bloomer, M. & Al-Mutair, A. 2013. Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Considerations for care. *Australian Critical Care*. Vol. 26, 193-196

Cang-Wong, C.; Murphy, S. & Adelman, T. 2009. Nursing Responses to Trans-cultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with Patient from Another Culture. *The Permanente Journal*. Vol.13, No.3, 31-37

Cioffi, J. 2006. Culturally diverse family members and their hospitalized in acute care wards: a qualitative study. *Australian journal of advanced nursing*. Vol.24, No.1, 15-20

Cortis, J. 2004. Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 48. No. 1, 51–58

Doolen, J. & York, N. 2007. Cultural Differences With End-of-Life Care in the Critical Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*. Vol. 26. No. 5, 194-198

Dudas, K. 2012. Cultural competence: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives*. Vol. 33, No. 5, 317-321

Foronda, C. 2008. A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *Journal of Trans-cultural Nursing*. Vol. 19 No. 3, 207-212

Hammoud, M.; White, C. & Fetters, M. 2005. Opening cultural doors: Providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American Muslim patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol 193, 1307-1311

Høye, S. & Severinsson, E. 2008. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol. 24, 338—348

Høye, S. & Severinsson, E. 2010a. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. Vol 26, 24-32

Høye, S. & Severinsson, E. 2010b. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.66, Issue 4, 858-867

Hultsjö, S. & Hjelm, K. 2005. Immigrants in emergency care: Swedish health care staffs` experiences. *International Nursing Review*. Vol.53, 276-285

Jirwe, M.; Gerrish, K. & Emami, A. 2010. Student nurses' experiences of communication in crosscultural care encounters. *Scandinavian journal of caring sciences*. Vol. 24, 436-444

Martino Maze, C. 2004. Registered Nurses' personal rights vs. professional responsibility in caring for members of underserved and disenfranchised populations. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 14, 546–554

McClimens, A. ym. 2014. Recognising and respecting patient's cultural diversity. Vol 28. No 28, 45-52

Nielsen, B. & Birkelund, R. 2009. Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 23, 431–437

Niemi-Murola, L.; Halavaara, J.; Kontinen, V.; Harjola, V-P. & Mattila, J. 2011. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyksessä. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 9, 745-750

Ozolins, L.-L. & Hjelm, K. 2003. Nurses' experiences of problematic situations with immigrants in emergency care in Sweden. *Critical Effectiveness in Nursing*. Vol. 7, 84-93

Pacquiao, D. 2008. Nursing care of vulnerable populations using a framework of cultural competence, social justice and human rights. *Contemporary Nurse*. Vol. 28, No. 1-2, 189–197

Rosenjack Burchum, J. 2002. Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. *Nursing Forum* Vol 37. No 4, 5-15

Salman, K. & Zouha, R. 2010. Considering Faith Within Culture When Caring for the Terminally Ill Muslim Patient and Family. *Journal Of Hospice and Palliative Nursing*. Vol 12, No 3, 156-163

Savory, E. & Marco, C. 2009. End-of-life issues in the acute and critically ill patient. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. Vol. 17. No 21, 1-10

Schim, S. & Doorenbos, A. 2010. Three-dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. *J Soc Work End Life Palliat Care*. Vol. 6. No 3-4, 256-270

Sobralnske, M. & Katz, J. 2005. Culturally competent care of patients with acute chest pain. *Journal of the American academy of nurse practitioners*. Vol 17, No 9, 342-349

Valvira 2014a. Hoitotahto. Viitattu 07.10.2014. [Valvira.fi > Ohjaus ja valvonta > Terveystieteiden tutkimuskeskus > Elämän loppuvaiheen hoito > Hoitotahto](#)

Valvira 2014b. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). Viitattu 07.10.2014. [Valvira.fi > Ohjaus ja valvonta > Terveystieteiden tutkimuskeskus > Elämän loppuvaiheen hoito > Päätös elvyttämättä jättämisestä](#).

Väestöliitto 2012. Suomen ulkomaalaisväestö kansalaisuuden, äidinkielen tai syntymämaan mukaan 2012. Viitattu: 8.10.2014 [www.vaestoliitto.fi > tutkimustoiminta > Väestöntutkimuslaitos > Tilastoja ja linkkejä > Tilastotietoa > Maahanmuuttajat > Maahanmuuttajien määrä](#)

Wehbe-Alamah, H. 2008. bridging Generic and professional care practices for Muslim patients Through use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nurse*. Vol 28. No 1-2, 83-97

Zander, P. 2007. Cultural Competence: Analyzing the Construct. *The Journal of Theory Construction & Testing*. Vol 11. No 2, 50-54

## Tietotestin kysymykset ja oikeat vastaukset

Kysymysnumero:	Kysymys:	Oikea vastaus:
1.	Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa:	b. Herkkyyttä huomioida potilaan kulttuuriset ja yksilölliset tarpeet hoidossa
2.	Kulttuurisella kompetenssilla tavoitellaan	a. Korkealaatuista terveydenhuoltoa jokaiselle kulttuuristaustaan katsomatta
3.	Mitä tarkoittaa etnosentrismi	c. Vähemmistökulttuurien arvostelua valtakulttuurin ehdoilla
4.	Miten sairaanhoitajan tulisi suhtautua erilaisiin käsityksiin terveydestä, sairaudesta, kivusta ja kuolemasta	b. Pyrkimällä ymmärtämään potilaan käsitykset ja huomioimalla ne hoitotyössä mahdollisuuksien mukaan
5.	Ihmisten tapa ilmaista kipua on	a. Kulttuurisidonnainen
6.	DNR-päätöstä tehtäessä	b. Tulee ottaa huomioon potilaan kulttuuriset käsitykset kuolemasta ja elämästä
7.	Tärkeimmät tekijä(t) toimivassa kommunikaatiossa ovat	a. Sanallisen ja sanattoman viestinnän, sekä kulttuurisen ajattelun ymmärtäminen

<b>8.</b>	Sanaton viestintä on	b. Yksilöllistä, mutta kulttuurin vaikutuksen alaista
<b>9.</b>	Ammattitulkkaa tulee käyttää	c. Silloin kun keskustellaan tärkeistä potilaan hoitoon liittyvistä päätöksistä
<b>10.</b>	Ulkomaalaistaustaisen potilaan tullessa hoitoon teho-osastolle	b. Sairaanhoidajan on pyrittävä pitämään hoitoympäristö rauhallisena, mutta sallittava omaisten ja läheisten osallistuminen potilaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan
<b>11.</b>	Kerrottaessa ulkomaalaistaustaiselle potilaalle vakavasta sairaudesta tai lähestyvistä kuolemasta	b. Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa huomioon, että rehellisyys tällaisessa asiassa voidaan kokea vahingolliseksi joissain kulttuureissa.
<b>12.</b>	Ulkomaalaistaustaisen potilaan hoitoon liittyvää päätöstä tehtäessä	c. On kunnioitettava potilaan kulttuurista ja yksilöllistä näkemystä siitä, kuka tekee päätöksen ja toimittava sen mukaan.
<b>13.</b>	Hoidat kuolevaa somalialaista potilasta, jonka tiedät olevan muslimi. Et tunne kulttuurin tapoja kuolemaan liittyen. Mitä teet?	b. Keskustelet potilaan ja omaisten kanssa ja selvität, miten he haluaisivat toimittavan potilaan kuollessa.

<b>14.</b>	Potilaasi, jonka kanssa sinulla ei ole yhteistä kieltä, huutaa kivusta hoitotoimenpiteen yhteydessä. Yllätyt tästä, sillä et ole aikaisemmin tavannut tällaista reaktiota vastaavassa tilanteessa. Kuinka toimit?	a. Keskeytät toimenpiteen ja haet kipumittarin, jonka käytössä et tarvitse sanallista viestintää. Mittaustuloksen perusteella toteat ettei kiputaso ole korkeampi kuin yleensä. Rauhoittelet potilasta ja jatkat toimenpidettä.
<b>15.</b>	Ulkomaalaistaustaiset omaiset osoittavat suurta surua tullessaan katsomaan kriittisessä tilassa olevaa potilasta. Teillä ei ole yhteistä kieltä, mutta haluat osoittaa myötätuntoa ja rohkaista heitä. Mitä teet?	c. Et ole oikein varma, mitä sinun tulisi tehdä, mutta otat omaiset vastaan osastolle ja toimit, niin kuin tulkitset heidän toivovan.
<b>16.</b>	Ulkomaalaisen potilaasi omainen kertoo sinulle potilaan haluavan keskustella kanssasi omaisen tulkkauksella.	b. Myönnyt tähän, mutta potilaan alkaessa kysyä tarkemmin terveydentilaansa koskevista asioista, tarjoudut tilaamaan ammattitulkin.
<b>17.</b>	Naispuoliselle muslimipotilaallesi aiotaan suorittaa akuutti toimenpide. Potilaan aviomies tulee vihastuneena valittamaan siitä, että toimenpiteen suorittava lääkäri onkin mies. Mitä teet?	a. Selität miehelle, ettei paikalla ole naislääkäreitä. Ehdotat että hän voi mennä mukaan toimenpiteeseen jos se helpottaa asiaa.



<b>18.</b>	Ulkomaalaisen potilaasi tilanne on edennyt toivottomaksi ja lääketieteellisin perustein elämää ylläpitävä hoito tulisi lopettaa. Omaiset ovat epävarmoja asiasta ja haluaisivat uskonnollisen johtajansa osallistuvan päätöksentekoon. Lääkärin mielestä tämä olisi asiaankuulumatonta, koska kyseessä ei ole lähiomainen. Mitä teet?	c. Olet eri mieltä lääkärin kanssa. Perustelet sen hänelle kertomalla, että perhe on hyvin uskonnollinen ja arvostaa hengellisen johtajan mielipidettä suurissa päätöksissä.
<b>19.</b>	Hoidat kuumeilevaa aasialaista naispotilasta. Olet peitellyt hänet reisistä kainaloihin, mutta jalat ja olkapäät ovat paljaina jotta ruumiinlämpö laskisi. Omaiset ovat tulossa katsomaan potilasta. Heidän vaatetuksestaan päättelet, että kulttuuriin kuuluu tiukat pukeutumista koskevat siveyssäännöt.	b. Koet aiheelliseksi peitellä potilaan kevyellä peitolla ennen omaisten tuloa.
<b>20.</b>	Sinun täytyy antaa muslimipotilaallesi alkoholia sisältävää lääkettä. Tiedät alkoholinkäytön olevan kiellettyä islaminuskossa. Kuinka toimit?	a. Keskustelet potilaasi kanssa lääkkeen välttämättömyydestä ja kerrot sen sisältävän alkoholia.

## Tietotestin kysymykset summamuuttujittain ja kysymyksen suunnittelu

Kysymysnumero	Kulttuurinen kompetenssi (teema 1)	Käsitykset (teema 2)	Kommunikaatio (teema 3)	Perhesuhteet ja hierarkia (teema 4)	Käytäntö (teema 5)	Vaihtoehto A-C=AC	Vastausten perustelut
1.	x					AC	(Dudas 2012, 318.)
2.	x					AC	Cortis 2004, 56; Mc-Climens ym. 2013, 48.
3.	x					AC	Zander 2007, 53; Dudas 2012, 318
4.		x				AC	Foronda 2008, 208-209
5.		x				AC	Sobralске& Katz 2005, 343, 347
6.		x				AC	Høye & Severinsson 2010a, 28
7.			x			AC	Hultsjö & Hjelm 2005, 284, 281; Høye & Severinsson

Liite 5 Tietotestin kysymykset summamuuttujittain ja kysymyksen suunnittelu

							2010b, 861-862; Ozolins & Hjelm 2003, 87
8.			x			AC	Hultsjö & Hjelm 2005, 284
9.			x			AC	Cortis 2004, 54; Høye & Severinsson 2008, 342
10.				x		AC	Nielsen & Birkelund 2009, 435-436
11.				x		AC	Doolen & York 2007, 195
12.				x		AC	Doolen & York 2007, 196; Salman & Zoucha 2010, 161
13.					x	AC	Salman & Zoucha 2010, 161
14.					x	AC	Høye & Severinsson 2010b, 861-86; Nie- mi-Murola ym. 2011,

Liite 5 Tietotestin kysymykset summamuuttujittain ja kysymyksen suunnittelu

							745, 748-749
15.					x	AC	Bloomer & Al-Mutair 2013, 195; Salman & Zoucha 2010, 160
16.					x	AC	Høye & Severinsson 2008, 342; Høye & Severinsson 2008, 342
17.					x	AC	Hammoud ym. 2005, 1309-1310; Salman & Zoucha 2010, 160; Bloomer & Al-Mutair 2013, 195
18.					x	AC	Bloomer & Al-Mutair 2013, 195-196
19.					x	AC	Salman & Zoucha 2010, 160
20.					x	AC	Salman & Zoucha 2010, 160

## Tietotesti

Tässä tietotestissä on kaksikymmentä tietopakettien sisältöä soveltavaa monivalintatehtävää, joissa jokaisessa on ainoastaan yksi oikea vastausvaihtoehto. Tsemppiä matkaan!



1. Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa:
  - a. Yleisimpien maahanmuuttajakulttuurien tapojen tuntemista
  - b. Herkkyyttä huomioida potilaan kulttuuriset ja yksilölliset tarpeet hoidossa
  - c. Käsitys siitä, että kaikki kulttuurit ovat lopulta samanlaisia
2. Kulttuurisella kompetenssilla tavoitellaan
  - a. Korkealaatuista terveydenhuoltoa jokaiselle kulttuuristaan katsomatta
  - b. Kaikille kulttuureille sopivan, yhtenäisen toimintamallin löytämistä
  - c. Organisaatioiden kansainvälisen yhteistyön kehittämistä
3. Mitä tarkoittaa etnosentrismi
  - a. Erilaisten etnisten ryhmien tapojen huomioimista
  - b. Etnisen taustan vaikutusta yksilön maailmankuvaan
  - c. Vähemmistökulttuurien arvostelua valtakulttuurin ehdoilla
4. Miten sairaanhoitajan tulisi suhtautua erilaisiin käsityksiin terveydestä, sairaudesta, kivusta ja kuolemasta
  - a. Pyrkimällä siihen että potilas omaksuu valtakulttuurin käsitykset
  - b. Pyrkimällä ymmärtämään potilaan käsitykset ja huomioimalla ne hoitotyössä mahdollisuuksien mukaan
  - c. Omaksumalla potilaan käsitykset ja toimimalla kuten tämän kotimaassa tehtäisiin.
5. Ihmisten tapa ilmaista kipua on

- a. Kulttuurisidonnainen
  - b. Universaali
  - c. Yksilöllistä, kulttuuritaustasta riippumatta
6. DNR-päätöstä tehtäessä
- a. Potilaan kulttuuriset käsitykset ovat toissijaisia
  - b. Tulee ottaa huomioon potilaan kulttuuriset käsitykset kuolemasta ja elämästä
  - c. On otettava huomioon potilaan kotimaan terveydenhuollon kanta asiaan
7. Tärkeimmät tekijä(t) toimivassa kommunikaatiossa ovat
- a. Sanallisen ja sanattoman viestinnän, sekä kulttuurisen ajattelun ymmärtäminen
  - b. Sanattoman viestinnän ja kulttuurisen ajattelun ymmärtäminen sekä kuvallisen ja kirjoitetun materiaalin käyttö
  - c. Pätevä, potilaan etnistä ryhmää edustava tulkki
8. Sanaton viestintä on
- a. Samankaltaista kulttuurista riippumatta
  - b. Yksilöllistä, mutta kulttuurin vaikutuksen alaista
  - c. Yksilöllistä, kulttuurista riippumatonta
9. Ammattitulkkiä tulee käyttää
- a. Aina keskusteltaessa vieraskielisen potilaan kanssa
  - b. Jos kielitaitoista omaista ei ole saatavilla
  - c. Silloin kun keskustellaan tärkeistä potilaan hoitoon liittyvistä päätöksistä
10. Ulkomaalaistaustaisen potilaan tullessa hoitoon teho-osastolle
- a. Sairaanhoidajan velvollisuus on rauhoittaa potilaiden hoitoympäristö ja estää suurten vierailijamäärien tuleminen osastolle
  - b. Sairaanhoidajan on pyrittävä pitämään hoitoympäristö rauhallisena, mutta sallittava omaisten ja läheisten osallistuminen potilaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan
  - c. Sairaanhoidajan tulee sallia omaisten ja läheisten tuleminen osastolle ja poikettava normaaleista säännöistä

11. Kerrottaessa ulkomaalaistaustaiselle potilaalle vakavasta sairaudesta tai lähestyvistä kuolemasta
  - a. Hoitohenkilökunnan tulisi aina ilmaista asia selkeästi ja suoraan tilanteesta riippumatta.
  - b. Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa huomioon, että rehellisyys tällaisessa asiassa voidaan kokea vahingolliseksi joissain kulttuureissa.
  - c. Omaisten pyytäessä hoitohenkilökunnan on kerrottava potilaalle tämän selviävän, vaikka kuolema olisi väistämätön.
12. Ulkomaalaistaustaisen potilaan hoitoon liittyvää päätöstä tehtäessä
  - a. On aina noudatettava perheen pään mielipidettä
  - b. On odotettava potilaan omaa päästöstä, vaikka tämä pyytäisi perheen päättämään päätöksen puolestaan.
  - c. On kunnioitettava potilaan kulttuurista ja yksilöllistä näkemystä siitä, kuka tekee päätöksen ja toimittava sen mukaan.
13. Hoidat kuolevaa somalialaista potilasta, jonka tiedät olevan muslimi. Et tunne kulttuurin tapoja kuolemaan liittyen. Mitä teet?
  - a. Etsit netistä tietoa islaminuskon käsityksistä ja toimintatavoista kuolevan potilaan hoidossa.
  - b. Keskustelet potilaan ja omaisten kanssa ja selvität, miten he haluaisivat toimittavan potilaan kuollessa.
  - c. Toimit osaston yleisten käytäntöjen mukaan kuolevan potilaan hoidossa.
14. Potilaasi, jonka kanssa sinulla ei ole yhteistä kieltä, huutaa kivusta hoitoimenpiteen yhteydessä. Yllätyt tästä, sillä et ole aikaisemmin tavannut tällaista reaktiota vastaavassa tilanteessa. Kuinka toimit?
  - a. Keskeytät toimenpiteen ja haet kipumittarin, jonka käytössä et tarvitse sanallista viestintää. Mittaustuloksen perusteella toteat ettei kiputaso ole korkeampi kuin yleensä. Rauhoittelet potilasta ja jatkat toimenpidettä.
  - b. Lopetat toimenpiteen ja toteat ettei sitä voi suorittaa, koska se aiheuttaa sietämätöntä kipua potilaalle.

- c. Keskeytät toimenpiteen antaaksesi potilaalle vahvaa kipulääkettä ja jatkat toimenpidettä kun lääke alkaa vaikuttaa.
15. Ulkomaalaistaustaiset omaiset osoittavat suurta surua tullessaan katsomaan kriittisessä tilassa olevaa potilasta. Teillä ei ole yhteistä kieltä, mutta haluat osoittaa myötätuntoa ja rohkaista heitä. Mitä teet?
- Kokemuksesi mukaan ulkomaalaiset osoittavat empatiaa fyysisesti, joten taputat rohkaisevasti selkään lähelläsi itkevää miestä.
  - Koska et osaa heidän kieltään, osoitat myötätuntoa poistumalla paikalta ja antamalla heille tilaa surra rauhassa.
  - Et ole oikein varma, mitä sinun tulisi tehdä, mutta otat omaiset vastaan osastolle ja toimit, niin kuin tulkitset heidän toivovan.
16. Ulkomaalaisen potilaasi omainen kertoo sinulle potilaan haluavan keskustella kanssasi omaisen tulkkauksella.
- Kieltäydyt tästä ja tilaat ammattitulkin seuraavalle päivälle.
  - Myönnyt tähän, mutta potilaan alkaessa kysyä tarkemmin terveydentilaansa koskevista asioista, tarjoudut tilaamaan ammattitulkin.
  - Myönnyt tähän ja huomattessasi omaisen kielitaidon, peruutat seuraavan päivän lääkärin keskustelua varten tilatun ammattitulkin tulon.
17. Naispuoliselle muslimipotilaallesi aiotaan suorittaa akuutti toimenpide. Potilaan aviomies tulee vihastuneena valittamaan siitä, että toimenpiteen suorittava lääkäri onkin mies. Mitä teet?
- Selität miehelle, ettei paikalla ole naislääkäreitä. Ehdotat että hän voi mennä mukaan toimenpiteeseen jos se helpottaa asiaa.
  - Toteat ettei paikalla ole naislääkäreitä. Pyydät miestä odottamaan ulkopuolella toimenpiteen ajan.
  - Siirräte toimenpiteen seuraavaan päivään kunnioittaaksenne potilaan kulttuuria, vaikka se heikentää toimenpiteen onnistumisenustetta.
18. Ulkomaalaisen potilaasi tilanne on edennyt toivottomaksi ja lääketieteellisin perustein elämää ylläpitävä hoito tulisi lopettaa. Omaiset ovat epävarmoja asiasta ja haluaisivat uskonnollisen johtajansa osallistuvan pää-



töksentekoon. Lääkärin mielestä tämä olisi asiaankuulumatonta, koska kyseessä ei ole lähiomainen. Mitä teet?

- a. Olet samaa mieltä lääkärin kanssa ja tuet tämän mielipidettä keskustelussa
- b. Olet eri mieltä lääkärin kanssa, mutta et puutu asiaan, koska luot hänen arviointikykyynsä
- c. Olet eri mieltä lääkärin kanssa. Perustelet sen hänelle kertomalla, että perhe on hyvin uskonnollinen ja arvostaa hengellisen johtajan mielipidettä suurissa päätöksissä.

19. Hoidat kuumeilevaa aasialaista naispotilasta. Olet peitellyt hänet reisistä kainaloihin, mutta jalat ja olkapäät ovat paljaina jotta ruumiinlämpö laskisi. Omaiset ovat tulossa katsomaan potilasta. Heidän vaatetuksestaan pääättelet, että kulttuuriin kuuluu tiukat pukeutumista koskevat siveyssäännöt.

- a. Et reagoi asiaan, koska potilaan terveydellinen tilanne on etusijalla.
- b. Koet aiheelliseksi peitellä potilaan kevyellä peitolla ennen omaisten tuloa.
- c. Puet potilaalle sairaalavaatteet ja peittelet hänet. Toivot, ettei vierailu veny pitkäksi.

20. Sinun täytyy antaa muslimipotilaallesi alkoholia sisältävää lääkettä. Tiedät alkoholinkäytön olevan kiellettyä islaminuskossa. Kuinka toimit?

- a. Keskustelet potilaasi kanssa lääkkeen välttämättömyydestä ja kerrot sen sisältävän alkoholia.
- b. Ajattelet olevan parempi, ettei potilas tiedä asiasta, koska kyseessä ei ole päihdyttävä määrä alkoholia.
- c. Et anna lääkettä potilaalle, koska oletat sen olevan potilaan tahto.

Kiitos ajastasi!

