

---

# **KOMMUNIKOINTI MONIKULTTUURISISSA LASTEN JA NUORTEN HOITOTYÖSSÄ**

Kuvakortit apuvälineenä



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, syksy 2013

Emmi Ahlstedt

Tuulikki Haavisto



## HÄMEENLINNA

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja

---

<b>Tekijät</b>	Emmi Ahlstedt Tuulikki Haavisto	<b>Vuosi</b> 2013
<b>Työn nimi</b>	Kommunikointi monikulttuurisessa lasten ja nuorten hoitotyössä - kuvakortit apuvälineenä	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheeksi valittiin vuorovaikutus monikulttuurisessa hoitotyössä, koska aiheesta ei löydy paljon tutkittua tietoa ja maahanmuuttajat ovat nykyään näkyvä ryhmä terveydenhuollossa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilökunnan ja eri kulttuureista tulevien lapsipotilaiden sekä heidän perheidensä välistä kommunikointia. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa kuvakortit Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osastolle sekä poliklinikalle helpottamaan kommunikointia tilanteisiin, joissa tulkkia ei ole käytettävissä eikä yhteistä kieltä ole. Tavoitteena oli myös sisällyttää opinnäytetyöhön tietoa eri kulttuurien merkityksestä vuorovaikutuksessa.

Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena projektina yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osaston sekä poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa. Projekti aloitettiin kartoittavalla kyselyllä, jolla kerättiin tietoa monikulttuurisen vuorovaikutuksen haasteista. Vastausten pohjalta koottiin kuvakortit, jotka olivat koekäytössä syyskuussa 2013. Projektin viimeisessä vaiheessa koottiin kuvakorttien käyttökokemukset kyselyn avulla. Tulosten perusteella kuvakortit koettiin hyödyllisinä ja käytännöllisinä.

Teoriaosuuden tavoitteena oli selvittää monikulttuuriseen hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvät keskeiset käsitteet. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostettiin alan kirjallisuudesta, tutkimuksista ja internetlähteistä. Lähteinä käytettiin sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä materiaaleja. Työn luotettavuutta vahvistaa se, että lähdemateriaali on pääasiassa 2000-luvulta.

**Avainsanat** Monikulttuurisuus, maahanmuuttajat, vuorovaikutus, kommunikaatio

**Sivut** 53 s. + liitteet 5 s.

HÄMEENLINNA  
Degree programme in Nursing  
Nursing

---

<b>Authors</b>	Emmi Ahlstedt Tuulikki Haavisto	<b>Year</b> 2013
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Communication in multicultural nursing of childhood and adolescence – using symbolic pictures as instrument	

---

#### ABSTRACT

The purpose of the Bachelor's thesis was to develop communication between nurses and child patients with their parents, when two cultures meet with no common language. The aim was to create symbolic pictures to help multicultural communication and increase the knowledge about different cultures. In Finland the number of immigrants is an increasing group in health care. Even so, there are few researches about topic.

The Bachelor's thesis was executed as practice based thesis working together with the nurses on children's ward and outpatient clinic in Kanta-Häme Central Hospital. The work was started by charting the challenges in multicultural interaction. The symbolic pictures were produced according to the results of the inquiry. The test run of the symbolic pictures was on September 2013. On the basis of the test run the symbolic pictures were found useful and practical.

The aim of the theory part of the thesis was to explain essential concepts of interaction in a multicultural nurse-patient relationship. The theoretical basis of the thesis consisted in the literature, studies and internet pages of the nursing field. The source material was used both in Finnish and in English. The thesis is reliable because the source material is mostly from 20<sup>th</sup> century.

**Keywords** Multicultural, immigrant, interaction, communication

**Pages** 53 p. + appendices 5 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MONIKULTTUURISUUS JA MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA.....	2
2.1	Kulttuurin määrittely.....	2
2.2	Etnisyyden määrittely.....	4
2.3	Monikulttuurisuuden määrittely.....	5
2.4	Monikulttuurinen hoitotyö.....	6
2.5	Monikulttuurisuus Suomessa.....	7
3	MAAHANMUUTTO.....	8
3.1	Suomen väestö- ja kielirakenne.....	8
3.2	Suomeen muuttamisen syyt.....	9
3.3	Maahanmuuttajat Kanta-Hämeessä.....	11
3.4	Maahanmuuttajien kansalliset kulttuurialueet.....	12
4	KOMMUNIKOINTI JA VIESTINTÄ.....	14
4.1	Kommunikoinnin ja viestinnän käsitteet.....	15
4.2	Kieli kommunikointivälineenä.....	15
4.3	Kuvakommunikointi eli graafinen kommunikointi.....	17
4.4	Tulkki kommunikoinnin apuna.....	19
5	KULTTUURILÄHTÖINEN HOITOTYÖ.....	20
5.1	Monikulttuurinen hoitosuhde.....	20
5.2	Monikulttuurisen hoitosuhteen haasteita.....	23
6	KULTTUURITIEDOUTTA.....	24
6.1	Venäjän ja Viron maahanmuuttajat.....	25
6.2	Muista Euroopan maista muuttaneet.....	26
6.2.1	Puola.....	26
6.2.2	Turkki.....	27
6.3	Afrikkalainen kulttuuri.....	28
6.3.1	Kongon demokraattinen tasavalta.....	28
6.3.2	Nigerian liittotasavalta.....	29
6.3.3	Somalia.....	30
6.3.4	Ghana.....	31
6.4	Aasialainen kulttuuri.....	32
6.4.1	Thaimaa.....	32
6.4.2	Afganistan.....	33
6.4.3	Vietnam.....	33
6.4.4	Kiinan kansantasavalta.....	35
6.5	Islamilaisuus.....	37
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	38

---

8	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	39
8.1	Suunnittelu .....	39
8.2	Toteutus.....	40
8.2.1	Kartoittavan kyselyn tulokset.....	41
8.2.2	Kuvakorttien kokoaminen .....	43
8.2.3	Kuvakorttien käyttökokemuksia.....	44
8.3	Arviointi .....	45
9	POHDINTA.....	46
9.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	46
9.2	Prosessin pohdinta.....	46
	LÄHTEET .....	50
Liite 1	Hoitotyön tutkimuslupahakemus/päätös	
Liite 2	Kartoittavan kyselyn lomake	
Liite 3	Käyttökokemuksia selvittävän kyselyn lomake	
Liite 4	Kuvakorttien suunnittelualusta	
Liite 5	Valmiit kuvakortit	

## 1 JOHDANTO

Ulkomaalaisten määrä Suomessa kasvaa vuosittain ja maahanmuuttajat ovat yhä näkyvämpi ryhmä myös terveydenhuollon asiakkaina (Tilastokeskus 2013). Olemme molemmat olleet sairaanhoitajaopintoihimme liittyen harjoittelussa ja työskentelemässä Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osastolla sekä poliklinikalla. Meillä on molemmilla oma-kohtaisia kokemuksia maahanmuuttajaperheiden kohtaamisesta terveydenhuollossa. Aina näissä tilanteissa ei ole ollut käytettävissä tulkkipalvelua tai yhteistä kieltä. Kommunikointi elekielen avulla on vaikeaa ja tilanteiden jälkeen jää mietityttämään se, miten hyvin on tullut ymmärretyksi. Tulevina sairaanhoitajina olemme pohtineet myös sitä, miten pystymme turvaamaan hyvän hoidon toteutumisen silloin, kun yhteistä kieltä ei ole.

Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina on ajankohtainen aihe, jota on 2000-luvulla käsitelty useassa hoitotyön tai sosiaalialan opinnäytetyössä. Näiden opinnäytetöiden tulosten mukaan hoitohenkilökunta kokee yhteisen kielen puuttumisen yhdeksi suurimmaksi haasteeksi maahanmuuttajapotilaan ja hänen perheensä sekä hoitohenkilökunnan välisessä vuorovaikutuksessa. Toisena vuorovaikutuksen haasteena hoitohenkilökunta on kokenut erilaisten kulttuurien kohtaamisen. Opinnäytetöinä on aiemmin toteutettu terveystilanteiden sanasto perusterveydenhuollon käyttöön ja kuvallinen kansio lapsen kasvusta ja terveellisistä elämäntavoista neuvolan käyttöön. Molemmista apuvälineistä on niitä testanneiden hoitajien mukaan ollut apua kommunikointiin. Halusimme selvittää, olisiko selkeitä ja helposti erilaisissa tilanteissa käytettävistä kuvakorteista apua kommunikointitilanteissa maahanmuuttajien kanssa. (Latvala & Tiitto 2010; Leppänen & Kokko 2009; Nummelin & Nuutinen 2011; Kettunen & Kolli 2010.)

Opinnäytetyömme tavoitteena on valmistaa kuvakortit helpottamaan kommunikointia tilanteisiin, joissa tulkkia ei ole käytettävissä eikä yhteistä kieltä kommunikoinnin välineeksi ole. Kuvakortit teemme Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osaston sekä poliklinikan käyttöön. Maahanmuuttajat ovat ryhmänä laaja ja useita eri kansallisuuksia sekä kieliä edustava. Kanta-Hämeen alueella asui vuoden 2012 lopussa lähes 4900 muuta kuin suomea äidinkielenään puhuvaa henkilöä. Kuvakorttien käyttäminen ei rajaa mitään kansallisuutta tai kieltä käytön ulkopuolelle. (Tilastokeskus 2013.)

Aluksi kartoitimme, millaisia kommunikointikeinoja tällä hetkellä on käytössä Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osastolla sekä poliklinikalla. Hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn avulla kartoitettiin myös, millaisiin tilanteisiin he kokevat tarvitsevansa kommunikoinnin apuvälineitä. Selvitimme myös, mitkä ovat suurimmat maahanmuuttajaryhmät Kanta-Hämeen alueella ja millaisia kulttuureja he edustavat. Kuvakorttien toimivuus selvitettiin toimittamalla ne koe-käyttöön ja kokoamalla kyselyn avulla yhteenveto käyttökokemuksista.

Tekemässämme kartoittavassa kyselyssä keskussairaalan hoitohenkilökunta toi esiin sen, että kommunikointitilanteissa olisi hyödyllistä tietää enemmän maahanmuuttajien kulttuuritaustoista ja maahanmuuton syistä. Kuvakorttien lisäksi halusimme laajentaa hoitohenkilökunnan tietämystä erilaisten kulttuurien vaikutuksesta vuorovaikutukseen ja kommunikointiin. Koska tuotimme kuvakortit Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osaston sekä poliklinikan käyttöön, päädyimme rajaamaan maahanmuuttajaryhmän sairaanhoitopiirin alueella asuvien maahanmuuttajien kansallisuuksiin. Näistä rajasimme edelleen maanosittain kolme suurinta maahanmuuttajien ryhmää lähtömaan mukaan. Halusimme myös esitellä yhden maailmanuskonnoista eli islamilaisuuden, koska siihen kuuluvat tarkat arkielämää ohjaavat säännöt, jotka tulee ottaa huomioon myös hoitotyössä. Mukaan valitsemistamme kulttuureista halusimme erityisesti tuoda esiin sellaisia piirteitä, jotka näkyvät maahanmuuttajien ollessa terveydenhuollon asiakkaina. Koska toiminnallisen opinnäytetyömme kohde-ryhmänä ovat lapset ja nuoret perheineen, halusimme myös tuoda erityisesti esiin lasten ja nuorten maahanmuuttajien elämään liittyviä asioita.

Opinnäytetyössämme on useita keskeisiä käsitteitä, jotka ovat yleisesti käytössä puhekielessä. Koimme tarpeelliseksi määritellä sellaiset käsitteet kuten kulttuuri, etnisyys, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö, kommunikointi ja viestintä. Mielestämme oli tärkeää myös selvittää käsitteet ulkomaalainen, maahanmuuttaja, pakolainen ja turvapaikanhakija. Hoitotyön vuorovaikutustilanteessa on erittäin tärkeää tietää, mistä syystä henkilö on muuttanut maahan, sillä se tieto auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään paremmin henkilön käyttäytymistä ja oireita. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 108–112.)

## 2 MONIKULTTUURISUUS JA MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

Kulttuurin voidaan ajatella olevan eräänlainen kehys, jonka kautta maailmaa tulkitaan. Laajimmillaan koko ympäröivä yhteiskunta voidaan nähdä osana kulttuuria ja heijastavan kulttuurimme käsityksiä asioiden tärkeysjärjestyksestä ja arvoista. Etnisyys mielletään yleisesti joksikin vieraaksi, yleensä enemmistöryhmästä poikkeavaksi, kaukaa tulevaksi ryhmäksi. On kuitenkin hyvä muistaa, että myös tämän maan eli Suomen enemmistöryhmä suomalaiset muodostavat oman etnisen ryhmänsä. Kulttuuri ja etnisyys liittyvät kiinteästi toisiinsa. Monikulttuurisessa ympäristössä eläessään ihmisten kulttuuri ja etnisyys eivät kehity rajattuina vain yhteen kulttuuriin ja etnisyyteen, vaan ihminen joutuu etsimään identiteettiään ja arvojaan useammasta kulttuurista. (Räty 2002, 45–46.)

### 2.1 Kulttuurin määrittely

Kulttuuri on sanana meille kaikille tuttu. Kulttuurin määrittely käsitteenä on kuitenkin riippuvainen siitä, minkä tieteenalan pohjalta sitä määritellään. Kulttuuri käsitteenä on määriteltävissä ainakin sosiologian ja antropologian kautta. Kulttuurin määritelmät ovat vaihdelleet myös aikojen kuluessa. Määritelmien avulla on kuitenkin aina pyritty ymmärtämään kult-

tuurien syntyä ja kehittymistä, eri kulttuurien välisiä eroja ja myös kulttuurin merkitystä ihmisille. (Martikainen, Sintonen & Pitkänen 2006, 9–13.)

Eri ryhmien välisiä käyttäytymiseroja pyrittiin vielä 1920- ja 30-luvuilla selittämään biologialla ja rodulla. Myöhemmin selittäviksi tekijöiksi otettiin käsitteet kulttuuri ja etnisyys. Kulttuuri käsitteenä on alun perin tarkoittanut kiinteää asumista jossakin ja siihen liittyviä käytäntöjä, kuten maanviljelyä. Kulttuurin käsitteeseen kuuluvat pysyvyyden ja kerrostumisen elementit eli kulttuuri on jotain, mikä on suhteellisen pysyvää ja tuleville sukupolville siirrettävää, mutta toisaalta muuntuvaa siten että jotain uutta tulee ja vanhaa pyyhkiytyy pois. Kulttuurien muutokseen on vaikuttanut muun muassa ihmisten- ja kulttuurienvälinen kanssakäynti, joka on merkinnyt kulttuurin rikastumista ja moninaistumista. Tätä kulttuurin muutosta tai kehitystä ei voida arvioida yksiselitteisesti joko myönteiseksi tai kielteiseksi asiaksi. Kulttuuri muuttuu jatkuvasti, ja ihmisten on hyväksyttävä muutoksen vääjäämättömyys. (Räty 2002, 44; Martikainen ym. 2006, 11–13.)

Kulttuuri on toisin sanoen opittua ja se koostuu asioista, joita ihmiset ja kansat ovat historiansa aikana oppineet tekemään, arvostamaan ja uskomaan. Toisaalta voidaan väittää, ettei ihminen synny tietyn kulttuurin jäseneksi, vaan hänet kasvatetaan oman kulttuurinsa jäseneksi. Tätä kulttuurin käyttäytymismallien, arvojen ja normien oppimista kutsutaan sosialisatioprosessiksi. Sosialisatioprosessissa omaksutaan omalle yhteisölle tyypillinen maailmankatsomus, käsitys oikeasta ja väärästä sekä ihmisen olemassaolon ja elämäntehtävän merkityksestä. Kulttuuri heijastaa perinteisiä hyvän ja oikean elämäntavan ihanteita, joita ihmiset elämänsä aikana vahvistavat ja uudistavat kehittäessään itseään. Koska kulttuuri on se osa ihmisen maailmankuvaa, joka periytyy menneisyydestä, voidaan ihmisen psyyke nähdä hyvin pitkälle kulttuurin tuotteena. Kulttuuri ja identiteetti ovatkin kiinteässä yhteydessä toisiinsa. (Liebkind 1994, 21–22; Räty 2002, 42–43.)

Erilaiset maailmankuvat ja elämäntavat ovat olennainen osa jokaista kulttuuria. Yksilöllisten erojen lisäksi yhteiskunnissa syntyy erilaisten ryhmien alakulttuureja. Alakulttuuri voi syntyä esimerkiksi tietylle etniselle ryhmälle, asuinalueelle, ikäryhmälle ja työpaikalle. Kaikki jonkin kulttuurin jäsenet eivät kuitenkaan käyttäydy ja koe asioita samoilla tavoilla. Tiedyt ajattelutavat ovat osittain yhteisiä, sitä yhteinen kulttuuri merkitsee. Ihmisten käsitykseen itsestään ja kulttuuristaan vaikuttavat muun muassa kansallisuus, sukupolvi, sosiaaliluokka ja ammatti, työyhteisö, perhe, harrastukset ja muut lähiyhteisöt. Kulttuurin käsitteeseen liittyy myös kaksosmerkitys. Länsimaisessa arkikielessä kulttuurin käsitteellä viitataan usein niin sanottuun korkeakulttuuriin, jolla tarkoitetaan lähinnä tieteitä ja taiteita sekä niiden ympärille rakentuneita instituutioita. (Martikainen ym. 2006, 11–12; Räty 2002, 43–44.)

Antropologiassa kulttuurin on ymmärretty tarkoittavan abstraktia järjestelmää, joka sisältää sekä näkyviä että näkymättömiä piirteitä. Näkyviä piirteitä ovat muun muassa ruokatavat, pukeutuminen ja tapakulttuuri. Näkymättömiä ovat puolestaan esimerkiksi arvot, moraalit, ihanteet ja uskon-



to. Tällöin inhimillinen kulttuuri viittaa niihin tapoihin, joilla ihmiset ymmärtävät ja kommunikoivat maailmaansa, toisiaan ja itseään. Kulttuuri nähdään jatkuvana ja päättymättömänä prosessina, joka kehittyy ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. (Martikainen ym. 2006, 11–12.)

Sosiologiassa kulttuuria pidetään yhteiskunnassa elävien ihmisten keskuudessa vallitsevana merkitysten, uskomusten, käytäntöjen, symbolien, normien ja arvojen monitahoisena yhdistelmänä. Kulttuurin keskeisenä piirteenä voidaan pitää yhteiskunnassa ilmeneviä arvopainotuksia eli niitä asioita, joita siinä asuvat ihmiset pitävät ihailtavana, hyvänä ja tavoiteltavana. Kulttuuri ilmenee tietyissä sosiaalisissa järjestelmissä ja vaikuttaa sitä kautta yksilöihin sekä ohjaa heidän ajatteluaan, tekemisiään, päätöksentekoaan, olemistaan ja olemassaoloaan. Kulttuurin avulla ihmisen on mahdollista tuntea oma arvonsa ja itsensä. Ihminen tarvitsee yhteisöllisesti rakentuneita kokemuksia ja niiden tuottamia merkityksiä, jotta voisi kokea oman elämänsä mielekkäänä. Jos näitä merkityksiä ei ole, koko elämä voi menettää mielekkyytensä. Maahanmuuttajan kamppaillessa uuden ja vanhan kulttuurin merkitysten sekamelskassa, saattaa näin tapahtua. (Abdelhamid ym. 2010, 16–17; Schwartz 2011, 3.)

Lapsen kulttuurinen viitekehys kehittyy viiden vuoden ikään mennessä siten, että hän on siihen mennessä omaksunut kielen ja kulttuurisen koodin. Hän oppii havainnoimalla vanhempiaan ja ympäristöään erilaisia yleistyneitä käsityksiä muista ihmisistä ja ympäristöstään. Vanhempien ohjaamana ja oman toiminnan kautta hän oppii erilaisia perustaitoja, tietoja ja käsityksiä. Oppiminen ei ole välttämättä tietoista, vaan jokainen vuorovaikutustilanne ja kokemus sisältävät kulttuurisen koodin, jonka lapsi sisäistää. Nämä opitut uskomukset ja käyttäytymistavat säilyvät läpi elämän kulttuurista riippumatta. Tällaisia asioita ovat muun muassa käyttäytyminen erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa, pukeutuminen ja uskonnolliset käsitykset. (Abdelhamid ym. 2010, 202–203.)

Tässä opinnäytetyössä kulttuurikäsitteen perustalla ovat sosiologiassa ja antropologiassa esiintyvät käsitykset kulttuurin määrittelystä. Tämä tarkoittaa erityisesti ihmisten välisessä kanssakäymisessä esiin tulevia sekä siihen vaikuttavia näkyviä ja näkymättömiä arvoja, uskomuksia, merkityksiä, tapoja ja käytäntöjä. Sairaanhoidossa on työssään vuorovaikutuksessa eri kulttuuritaustaisten potilaiden ja asiakkaiden kanssa. Erilaisten kulttuurien kohtaaminen sekä ymmärretyksi tuleminen puolin ja toisin nousee silloin hyvän hoitotyön haasteeksi.

## 2.2 Etnisyyden määrittely

Kun puhutaan etnisyydestä, niin sillä tarkoitetaan yleiskielessä usein etnistä ryhmää, joka on erilainen, useimmiten valtaväestöön nähden vähemmistössä oleva ryhmä. Usein he ovat syntyperältään jostain muusta maasta, kuin missä he nyt asuvat. Tällä ryhmällä on oma kulttuurinsa, perimänsä ja historiansa. Heillä on yhteinen kieli tai murre. Etninen ryhmä ei kuitenkaan tarkoita samaa kuin kansallinen ryhmä. Saman kansallisuuden sisällä voi olla erilaisia etnisiä ryhmiä. Oleellista on se, että ryhmään kuuluvat haluavat itse määritellä itsensä erilliseksi ryhmäksi. Yksilöt pitävät itseään

etnisen ryhmän jäsenenä hyvin erilaisin perustein. Etnisyys eroaakin kansallisuudesta siten, että etnisyys on yksilön kohdalla tilannesidonnaista. Henkilö voi esimerkiksi kuulua hindujen, intialaisten ja aasialaisten etnisiin ryhmiin samanaikaisesti. Se, mikä etninen ryhmä painottuu kulloinkin, vaihtelee tilanteen mukaan. Valintaan vaikuttavat sekä yksilön oma valinta, että ulkopuolelta tulevat odotukset ja reaktiot. (Guirdham 1999, 12–13; Liebkind 1994, 22–23.)

Erään tunnetuimmista katsauksista etnisyyden määrittelytapoihin teki norjalainen antropologi Fredrik Barth (1969), jonka mukaan etniseen yhteisöön on viitattu populaationa, joka on pääosin kykenevä säilyttämään itsensä biologisesti. Populaation tulee myös jakaa yhteiset perustavaa laatua olevat kulttuuriset arvot, jotka ilmenevät yhtenäisinä näkyvinä kulttuurin muotoina. Etninen yhteisö muodostaa kommunikaatio- ja vuorovaikutuskentän, jonka jäsenyys on myös ulkopuolisten tunnistettavissa. Etnisen ryhmän kriteereinä on siis käytetty jonkinlaista yhteistä biologista alkuperää, kulttuuria, sosiaalisten suhteiden verkostoa ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Martikainen ym. 2006, 15–16.)

Etnisyydessä on kyse ihmisen tai ryhmän tavasta jäsentää itseään suhteessa toisiin. Etnisyyden määrittelyssä voidaan erottaa objektiivinen ja subjektiivinen ulottuvuus. Objektiivisella ulottuvuudella tarkoitetaan piirteitä, jotka ovat ulkoisesti havaittavissa. Tällaisia piirteitä ovat muun muassa biologiset tekijät, kuten ihonväri ja muut fyysiset ominaisuudet sekä kieli, uskonto, yhteiset kulttuuripiirteet ja yhteinen alkuperä. Subjektiivisen määrittelyn mukaan etnisyydellä tarkoitetaan yksilön samaistumista johonkin tiettyyn ryhmään. Tällöin etnisyyden ytimen muodostavat ne erityispiirteet, joilla ryhmä haluaa erottua muista. (Räty 2002, 44–46.)

Lapsi syntyy aina johonkin etniseen ryhmään. Lapsen oma kokemus ja käsitys ryhmästään muuttuvat iän myötä. Ryhmään samaistuminen riittää etnisyyden kokemiseen. Ymmärrys oman etnisen ryhmän merkityksestä itselle muodostuu sitä kautta, että lapsi kykenee muodostamaan käsityksen etnisen ryhmänsä luonteesta, historiasta ja nykyisyydestä sekä suhteista muihin ryhmiin. Kasvaessaan aikuiseksi lapsi luo oman suhteensa etniseen ryhmäänsä. Ryhmään kuulumisen voi tuntua tärkeältä tai siihen ei haluta kuulua. (Lähteenmäki 2013, 36.)

Tässä opinnäytetyössä etnisyydellä tarkoitetaan yksilön tai ryhmän tapaa jäsentää itseään suhteessa toisiin. Tärkeää on myös se, miten etnisyys näkyy erilaisissa vuorovaikutustilanteissa esimerkiksi hoitohenkilökunnan kanssa. Vieraassa ympäristössä saattaa oman etnisen identiteetin merkitys korostua. Maahanmuuttaja joutuu määrittelemään oman etnisyytensä uudelleen muuttaessaan maahan, jossa hänen omat etniset ryhmänsä edustavat vähemmistöä.

### 2.3 Monikulttuurisuuden määrittely

Monikulttuurisuuden käsitteen merkitys riippuu siitä, minkälainen kulttuurikäsitteys taustalla on. Perinteisesti monikulttuurisuuden ajatellaan tarkoittavan monien kulttuuripiirteiltään erilaisten, vaikkakin sisäisesti samankal-

taisten ryhmien olemista samanaikaisesti jossakin tietyssä tilassa, kuten valtiossa. Nämä kulttuuriset ryhmät voidaan nähdä toisistaan selkeästi erottuvina ja niiden kulttuuriset ominaisuudet on muidenkin nähtävissä. (Martikainen ym. 2006, 13–15.)

1990-luvulta lähtien monikulttuurisuuden käsityksenä on yleistynyt ajatus monimuotoisista identiteeteistä monikulttuurisen yhteiskunnan perustana. Tällöin tärkeää on se, miten ihmiset käyttävät erilaisia luokittelukriteerejä ryhmiä muodostaessaan. Luokittelukriteerinä on yksilön kullekin kulttuuriselle ilmentymälle antama arvo. Tästä voi edelleen johtaa ajatuksen, että monikulttuurinen yhteiskunta on näiden merkitysneuvottelujen tila ja konteksti. Yksilö hakee omaa kulttuurista identiteettiään näiden merkitysneuvottelujen avulla. Monikulttuurinen valtio voidaan nähdä myös kansallisvaltion vastakohtana. (Martikainen ym. 2006, 14–15.)

Monikulttuurisuus voidaan nähdä myös yhteiskuntapoliittisena ohjelmana, jonka tavoitteena on ihmisten välinen tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa kaikki etniset ja kulttuuriset ryhmät olisivat yhdenvertaisia ja kunnioittaisivat toisiaan. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa eri kulttuurien edustajat ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja ainakin pyrkisivät toimimaan kaikkien yhteiskunnan jäseniä kunnioittavasti. Samaan aikaan kriittistä keskustelua käydään siitä, mihin asti yhteiskunnan antama tuki on mahdollista ulottaa tasa-arvon toteuttamiseksi. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 18; Rätty 2002, 46–47.)

Tässä opinnäytetyössä monikulttuurisuus tarkoittaa erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien asumista samassa ajassa ja tilassa. Monenlaiset kulttuurit ja kulttuuri-identiteetit muodostavat erilaisiin kulttuureihin ja erilaisuuteen myönteisesti suhtautuvan yhteiskunnan. Monikulttuurisen yhteiskunnan tavoitteena on ihmisten välinen tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Myös hoitotyön toteuttamisen tavoitteena voidaan pitää ihmisten tasa-arvoista kohtelua.

### 2.4 Monikulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurinen hoitotyö määritellään erilaisten kulttuurien parissa tehtäväksi hoitotyöksi tai hoitoyhteisöksi, jonka asiakkaat ja työntekijät edustavat erilaisia kulttuureita ja etnisiä ryhmiä. Monikulttuurisissa hoitosuhteissa ja hoitoyhteisöissä tulee kunnioittaa yksilöiden erilaisuutta. Jokaista yksilöä tulee kohdella tasa-arvoisesti ja kohdella yhdenvertaisesti. Jokaisen yksilön kulttuuriset lähtökohdat tulee ottaa huomioon yhteistyössä ja päätöksenteossa. (Abdelhamid ym. 2009, 18–19.)

Monikulttuurisen hoitotyön tutkiminen ja kehittäminen on vielä nuorta. Kansainvälisesti aihetta ovat käsitelleet professori Madeleine Leininger ja professori Irena Papadopoulou. Professori Pirkko Meriläinen on suomalaisen kulttuurisen hoitotyön tutkimuksen ja kehittämisen edelläkävijä. Meriläinen on muun muassa tuonut esille monikulttuurisen yhteiskunnan luomia haasteita hyvän hoitotyön toteuttamiselle ja työntekijöiden ammatillisen pätevyyden kehittämiseksi. (Abdelhamid ym. 2009, 28–29.)

Transkulttuurinen hoitotyö saatetaan ymmärtää synonyymiksi monikulttuuriselle hoitotyölle, vaikka se tarkoittaakin kulttuurilähtöistä hoitotyötä. Transkulttuurisen hoitotyön tavoitteena on kehittää hoitotyön käytäntöjä ja hoitohenkilöstön kulttuurista herkkyyttä siten, että potilaiden kulttuurilliset piirteet tunnustetaan ja heille osataan antaa kulttuuripiirteet huomioiden oikeanlaista hoivaa. Irene Papadopoulos määrittelee transkulttuurisen hoitotyön tutkimukseksi ja käytännöksi, joka on kiinnostunut terveyteen ja sairauteen liittyvien kulttuuristen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien olemassaolosta sekä yhteiskunnallisista vallankäytön rakenteista. Transkulttuurisen hoitotyön tavoitteena on edistää hoitotyössä kulttuurista tasa-arvoa ja ihmisarvon kunnioittamista. Hoitajan moraalisenä ja eettisenä velvollisuutena on huomioida potilaan kulttuurillinen tausta ja antaa asianmukaista, potilaan kulttuuritaustaa kunnioittavaa hoitoa. (Abdelhamid ym. 2009, 29–31; Leininger & McFarland 2002, 4–6.)

Tässä opinnäytetyössä monikulttuurinen hoitotyö tarkoittaa kulttuurilähtöistä hoitotyötä. Hoitajien tulee tuntea oma kulttuuriperintönsä, arvonsa ja uskomuksensa. Sitä kautta heidän on mahdollista vähitellen oppia kulttuurien välisiä eroja ja toimia yhteisymmärryksessä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Jos tämä yhteisymmärrys ei toteudu, on todennäköistä, että hoitaja kohtaa muun muassa tyytymättömyyttä ja yhteistyöhaluttomuutta potilaan taholta. (Leininger & McFarland 2002, 6.)

### 2.5 Monikulttuurisuus Suomessa

Suomalainen yhteiskunta nähdään vieläkin helposti yksikulttuurisena yhteiskuntana. Tilanne on oleellisesti muuttunut ja on edelleen muuttumassa maahanmuuton lisääntyessä. Samoin on osittain muuttumassa yleinen käsitys suomalaisen yhteiskunnan yksikulttuurisesta rakenteesta. Kaikki eivät näe asiaa positiivisena muutoksena ja aiheesta käydään välillä kiivas-takin keskustelua. Yhteiskunnan muuttuessa monikulttuurisemmaksi voi pelko rikollisuuden ja turvattomuuden lisääntymisestä sekä valtaväestön kulttuurin tukahtumisesta lisääntyä. (Abdelhamid ym. 2010, 20; Rätty 2002, 47.)

Tällä hetkellä Suomen maahanmuuttopolitiikan toteuttamista ohjaavat Ulko-maalaislaki (2004), Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 19.10.2006 ja Opetusministeriön maahanmuuttopoliittiset linjaukset (2009). Kaikilla suomalaisen yhteiskuntapolitiikan alueilla korostetaan pyrkimystä ihmisoikeuksien kunnioittamiseen, hallittuun maahanmuuttopolitiikkaan sekä monikulttuuriseen ja moniarvoiseen suomalaiseen yhteiskuntaan. Tavoitteena maahanmuuttajien kotouttamisella on, että he opittuaan suomen kieltä ja mahdollisesti työllistyttyään pystyisivät saamaan sosiaalisen yhteyden ympäröivään yhteiskuntaan. (Abdelhamid ym. 2010, 20–21.)

Monikulttuuristuminen vaikuttaa myös Suomen väestön terveystarpeisiin. Hyvän hoitotyön kriteerit laajenevat ja monimuotoistuvat erilaisten kulttuurien vaikutuksesta. Ihmisten ennakkoluulot erilaisuutta kohtaan vähenevät, kun he oppivat tuntemaan toistensa tavat elää. Tarvitaan aitoa halua ensinnäkin omien kulttuuristen käsitysten ja asenteiden kriittiseen tar-

kasteluun sekä halua oppia eri kulttuureista ja hyväksyä erilaisuutta. Kulttuurisen erilaisuuden ajattelemisen sijaan tulisikin kasvattaa ymmärrystä siitä samankaltaisuudesta, joka yhdistää ihmiskuntaa. (Abdelhamid ym. 2010, 22–23.)

### 3 MAAHANMUUTTO

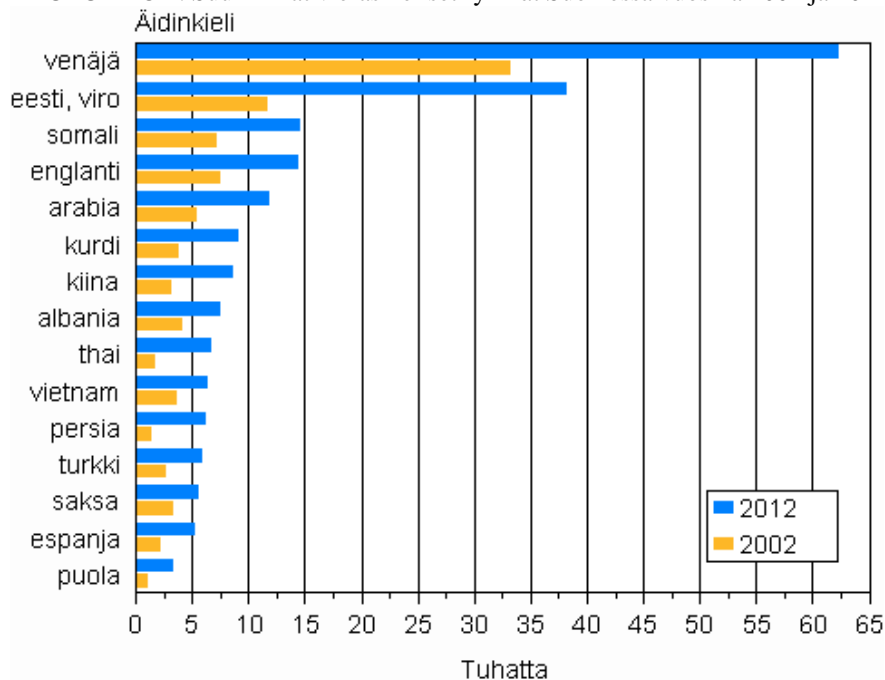
Suomi on ollut maastamuuttomaa 1800-luvun loppupuolelta aina 1980-luvulle asti. Silloin Suomessa asui vain noin 17 000 ulkomaalaista. Sen jälkeen muuttoliike Suomeen on kasvanut, vaikka edelleen maahanmuutto ja etninen moninaisuus ovat muuhun Eurooppaan verrattuna varsin vähäisiä. Vuonna 1870, kun Suomi ei ollut vielä itsenäinen, Helsingin väkiluvusta oli 12 % venäläisiä ja koko maan ruotsinkielisten osuus oli 14 %. Silloiset maahanmuuttajat ovat olleet kehittämässä Suomen teollisuutta, kulttuuria, liike-elämää ja arkkitehtuuria. Nykyiset maahanmuuttajat ovat sijoittuneet asumaan enimmäkseen suurten keskusten alueille. (Räty 2002, 29; Martikainen ym. 2006, 9–10.)

Suomen maahanmuuttajien ryhmää voidaan tarkastella kansalaisuutta, kieltä ja syntymämaata koskevien tilastojen kautta. Kun tilastoidaan maahanmuuttajien ryhmää näiden kriteerien perusteella, ei kuitenkaan saada kokonaisnäkemyksiä siitä, kuinka paljon Suomessa on eri etnisiin ryhmiin kuuluvaa väestöä. Osa Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista on saanut Suomen kansalaisuuden, eivätkä he silloin näy kansalaisuuden perusteella tehdyissä tilastoissa. Syntymämaan mukaan tehty tilasto laskee mukaan ulkomailla syntyneet suomalaiset. Kieltä pidetäänkin tällä hetkellä tarkimpana yleisenä kuvaajana. (Martikainen ym. 2006, 30.)

#### 3.1 Suomen väestö- ja kielirakenne

Suomen virallinen väkiluku oli Tilastokeskuksen mukaan vuoden 2012 lopussa 5 426 674 henkilöä. Suomea äidinkielenään puhuvia oli koko maassa 4 866 848, ruotsia äidinkielenään puhuvia 290 977 ja saamen kieltä äidinkielenään puhuvia 1 900 (Taulukko 1). Vieraskielisten määrä oli vuoden 2012 lopussa 266 949, mikä oli 4,9 prosenttia väestöstä. Suurin vieraskielisten ryhmä oli venäjää äidinkielenään puhuvat, joita oli 62 554 henkilöä. Seuraavaksi suurimmat vieraskieliset ryhmät olivat vironkieliset (38 364), somalinkieliset (14 769), englanninkieliset (14 666) ja arabiankieliset (12 042). Koko Suomen väkiluku kasvoi vuoden 2012 aikana 25 407 henkilöllä. Äidinkieleltään vieraskielisten määrä kasvoi 22 122 henkilöllä, mikä oli 87 prosenttia väkiluvun kasvusta. (Tilastokeskus 2013.)

TAULUKKO 1. Suurimmat vieraskieliset ryhmät Suomessa vuosina 2002 ja 2012



### 3.2 Suomeen muuttamisen syyt

Suomeen muuttamisen syitä voi olla useita, eivätkä Suomessa asuvat tai Suomessa oleskelevat ulkomaalaiset muodosta yhtenäistä ryhmää. Kaikki Suomeen muuttajat, kuten esimerkiksi opiskelijat, eivät tule asumaan tänne vakituisesti. Ulkomaalaiseksi sanotaan henkilöä, joka asuu Suomessa, mutta jolla ei ole Suomen kansalaisuutta. Hän voi tällöin olla jonkun muun maan kansalainen tai ilman kansalaisuutta. Ulkomaalainen voi tehdä Suomessa töitä tietyin edellytyksin. Hänellä tulee muun muassa olla joko viisumi tai Schengenin alueelta tulijoilla tulee olla voimassaoleva passi tai muu Suomen hyväksymä matkustusasiakirja. Oleskelun pituus on myös määritelty. (Maahanmuuttovirasto 2013a; Liebkind 1994, 9-10.)

Maahanmuuttaja on vakiintunut käsitteeksi, joka tarkoittaa kaikkia Suomessa pysyvästi asuvia ulkomaalaisia. Maahanmuuttaja on siis voinut tulla Suomeen esimerkiksi töihin, avioliiton vuoksi, pakolaisena tai paluumuuttajana. Yleisessä kielenkäytössä maahanmuuttaja viittaa muualta meille muuttaneisiin ulkomailla syntyneisiin henkilöihin. Yleensä he poikkeavat suomalaisista taustansa tai ulkonäkönsä vuoksi. Maahanmuuttaja nimitystä käytetään riippumatta siitä, kuinka kauan henkilö on asunut maassamme tai onko hänellä Suomen kansalaisuus. Maahanmuuttovirasto määrittelee maahanmuuttajan yleiskäsitteeksi henkilölle, joka muuttaa maasta toiseen millä tahansa perusteella. Tilastokeskuksen mukaan maahanmuuttaja on vähintään vuoden oleskeluluvan Suomessa saanut henkilö, jolla on kotikunta ja jonka tiedot ovat väestörekisterissä. (Abdelhamid ym. 2009, 19; Rätty 2002, 11.)

Maahanmuuttaja elää tietyllä tavalla kolmessa eri maailmassa samaan aikaan. Kiinteä yhteys kotimaahan säilyy henkilökohtaisella tasolla. Samaan aikaan hän on osa maahanmuuttajien yhteisöä, joka puolestaan edustaa vähemmistöryhmää Suomessa. Kolmantena maailmana hänellä on suoma-

lainen yhteiskunta. Kaikilla näillä kolmella maailmalla saattaa olla hyvin-kin erilaiset arvot ja odotukset maahanmuuttajaa kohtaan. (Räty 2002, 108–109.)

Pakolainen on tarkkaan rajattu käsite, joka viittaa YK:n pakolaismääritelmään ja Suomessa pakolaisleireiltä tulleisiin niin sanottuihin kiintiöpakolaisiin. Suomi on ottanut ensimmäiset pakolaisensa vastaan vuonna 1973, jolloin maahamme saapui 200 chileläistä pakolaista. Pakolainen on joutunut lähtemään kotimaastaan tai pysyvästä asuinmaastaan toiseen maahan, mutta ei ole voinut asettua asumaan sinne. Pakolais-statuksen näille henkilöille myöntää YK:n pakolaisasiain päävaltuutettu UNHCR. Pakolaisaseman saa myös henkilö, jonka katsotaan olevan muuten kansainvälisen suojelun tarpeessa. Pakolaisaseman saaneet voidaan sijoittaa edelleen kolmanteen maahan. Suomessa eduskunta päättää vuosittain valtion talousarvion hyväksymisen yhteydessä, kuinka monta kiintiöpakolaista Suomi sitoutuu ottamaan. Vuodesta 2001 alkaen Suomeen otettavien kiintiöpakolaisten määrä on ollut 750 henkilöä vuodessa. Vuoden 2011 lopussa pakolaisia oli maailmassa noin 42 miljoonaa. Näistä lähes puolet oli alle 18-vuotiaita. (Maahanmuuttovirasto 2013c; Liebkind 1994, 10; UNHCR 2013.)

Turvapaikanhakija on henkilö, joka on esittänyt turvapaikkahakemuksen. Turvapaikan hakeminen liittyy usein hakijan kotimaan sotaan tai levottomuksiin sekä luonnonkatastrofeihin. Turvapaikanhakuprosessi on monimutkainen ja vie aikaa. Turvapaikkaa hakenut henkilö joutuu odottamaan päätöstä asuen pakolaisleirissä tai vastaanottokeskuksessa, eikä ole itseltään selvää, että päätös turvapaikan saamisesta on positiivinen. Turvapaikanhakijoita oli vuoden 2012 lopussa koko maailmassa noin 900 000 ja Suomessa 3129. Suomeen yksin tulleita alaikäisiä lapsia näistä oli yhteensä 167. Eniten heitä tuli Afganistanista, Irakista ja Somaliasta. Perheidensä mukana Suomeen tulleita alaikäisiä lapsia ei tilastoida erikseen. (Pirinen 2010, 165–166; UNHCR 2013; Maahanmuuttovirasto 2013c.)

Suomeen muutetaan myös perheen yhdistämishojelman kautta. Suomessa asuvaa perheenjäsentä, jonka kanssa perhe-elämää on tarkoitus viettää, kutsutaan perheenkokoajaksi. Suomen kansalaisten ja muiden kuin EU-kansalaisten Suomeen muuttavat perheenjäsenet tarvitsevat oleskeluluvan voidakseen muuttaa perheensä luokse asumaan. EU-kansalaiset ja Islannin, Liechtensteinin, Norjan ja Sveitsin kansalaiset eivät tarvitse oleskelulupaa maahan muuttaakseen, mutta heidän tulee rekisteröidä oleskelunsa. Myös heidän perhepiiriinsä kuuluvat poikkeavat Suomen kansalaisten ja muiden kuin EU-kansalaisten ja heihin rinnastettavien perheenjäsenistä, joita ovat aviopuoliso, rekisteröity parisuhdekumppani, avopuoliso, alle 18-vuotiaan lapsen huoltaja ja lapsi. (Maahanmuuttovirasto 2013b.)

Lapset tulevat Suomeen lähinnä perheidensä kanssa, mutta heitä tulee maahamme myös ilman huoltajia. Vuonna 2010 Suomeen saapui 329 lasta ilman huoltajaa. Eniten heitä tuli Somaliasta, Irakista ja Afganistanista. Lapset ovat saattaneet joutua eroon vanhemmistaan pakomatkan aikana tai heidät on voitu lähettää turvaan sodan ja vainon keskeltä. On myös mahdollista, että he ovat itse karanneet tai että he ovat jääneet orvoiksi. Lapset voivat paeta itseensä tai perheeseensä kohdistuvaa poliittista tai uskonnol-

lista vainoa. He voivat paeta myös pakkoavioliittoa tai pakko-värväämistä lapsisotilaaksi. (Pakolaisneuvonta 2013; Helander & Mikkonen 2002, 25–26.)

Ulkomaan kansalaisen on mahdollisuus hakea Suomen kansalaisuutta tiettyin edellytyksin. Suomen kansalaisuuden saamisesta, säilyttämisestä ja menettämisestä sekä kansalaisuusaseman määrittämisestä päättää Maahanmuuttovirasto. Suomen kansalaisuudesta säädetään Suomen perustuslaissa ja tarkemmin kansalaisuuslaissa. Suomen nykyinen kansalaisuuslaki tuli voimaan syyskuussa vuonna 2011. Sen mukaan Suomen kansalaisuus voi perustua vanhemman, molempien vanhempien tai ottovanhemman kansalaisuuteen (periytymisperiaate) tai Suomessa syntymiseen (syntymäperiaate). Suomen kansalaisuus voi perustua myös vanhempien keskinäiseen avioliittoon (legitimaatio), hakemukseen (kansalaistaminen) tai ilmoitukseen. (Maahanmuuttovirasto 2013a.)

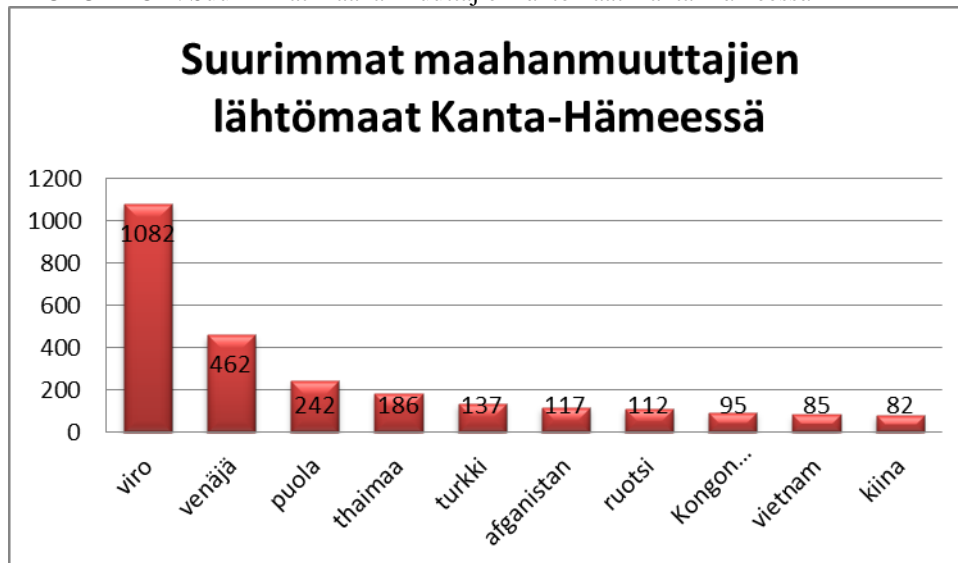
Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2012 Suomen kansalaisuuden sai 9 518 henkilöä joko hakemuksesta tai ilmoituksesta. Vuonna 2011 Suomen kansalaisuuden sai 4794 henkilöä. Kansalaisuuden saaneiden määrän kasvu selittyy etenkin 1.9.2011 voimaan tulleella kansalaisuuslain muutoksella. Kansalaisuuden saamiseksi vaadittava asumisaika lyheni tuolloin kuudesta vuodesta viiteen vuoteen. Syntymän kautta Suomen kansalaisuuden saaneet eivät kuulu tilastoon. (Maahanmuuttovirasto 2013a.)

### 3.3 Maahanmuuttajat Kanta-Hämeessä

Tilastokeskuksen mukaan Kanta-Hämeen kokonaisväkiluku vuoden 2012 lopussa oli 175 472 henkilöä. Vieraskielisiä näistä oli 4823, joista alle 19-vuotiaita oli 1018. Ulkomaan kansalaisia oli yhteensä 3836, joista alle 19-vuotiaita oli 701. Näistä yli puolet on muuttanut Suomeen EU-maista ja muualta Euroopasta. (Taulukko 2.) Suurimpina lähtömaina tässä ryhmässä ovat Viro ja Venäjä, mutta myös Turkista muuttaneet kuuluvat tähän ryhmään. Seuraavaksi suurimman maahanmuuttajien ryhmän muodostavat eri Aasian maista muuttaneet henkilöt. Lähtömaina tässä ryhmässä ovat muun muassa Afganistan, Thaimaa, Irak, Myanmar ja Vietnam. Kanta-Hämeen alueella on myös lähes sata Afrikan eri maista muuttanutta alle 19-vuotiasta. Suurimman ryhmän heistä muodostaa Kongon demokraattisesta tasavallasta muuttaneet. (Tilastokeskus 2013.)



TAULUKKO 2. Suurimmat maahanmuuttajien lähtömaat Kanta-Hämeessä



Kanta-Hämeessä toimii Suomen Punaisen Ristin Lammin vastaanottokeskus turvapaikanhakijoille. Keskus on perustettu vuonna 2009. Siellä on 150 majoituspaikkaa, ja osa keskuksen asukkaista asuu keskuksen ulkopuolella itsenäisesti. Lammin vastaanottokeskuksen asiakkaita ovat yksittäiset aikuiset turvapaikanhakijat ja perheet. Suurimmat kansallisuusryhmät ovat olleet vuosina 2009–2012 irakilaiset, afgaanit, Venäjän tšetšeenit, nigerilaiset ja Somalian pakolaiset. (SPR 2013.)

### 3.4 Maahanmuuttajien kansalliset kulttuurialueet

Jokainen yksilö syntyy johonkin kansalliseen kulttuuriin ja tälle perustalle rakentuu hänen kulttuurinen identiteettinsä. Näitä syntymän kautta saatuja kulttuuriarvoja ja kieltä ei tule huomioiduksi kulttuuri-identiteetin rakentumisessa, sillä niitä pidetään itsestäänselvyyksinä. Kulttuuri-identiteetti muovautuu elämän aikana erilaisissa vuorovaikutustilanteissa moniulotteiseksi, monikerrokselliseksi ja jopa vastakkaiseksi. Muutos voi olla tietoisista tai mukautumista ympäristön muutoksiin. Esimerkiksi maahanmuuttajalla saattaa olla kulttuuri-identiteettiä horjuttavia kokemuksia, kuten pakolaisleirillä asuminen, menneisyydessään. Käsitys omasta identiteetistä saattaa olla horjuva myös siksi, että henkilö uudessa ympäristössään joutuu arvostelun ja vertailun kohteeksi. (Abdelhamid ym. 2009, 14–15; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 121.)

Eri kulttuureista peräisin olevat ihmiset suhtautuvat tilanteisiin ja tapahtumiin eri tavalla. Myös odotukset toisten ihmisten suhteen ovat erilaisia. Nämä eroavaisuudet aiheuttavat helposti väärinkäsityksiä. Lisäksi ihmisen kyky havaita ja tulkita havaintojaan on enimmäkseen omassa kasvuympäristössä opittua. Oma kulttuuriperimä on niin sisäänrakennettuna meissä kaikissa, että se vaikuttaa koko ajan siihen, miten havainnoimme ympäristöä, miten muistamme, puhumme ja miten ratkaisemme ongelmat. (Kuhanen ym. 2012, 122–123.)

Ihmisen oikeus omaan kulttuuriin ja arvomaailmaan tunnustetaan kansainvälisissä sopimuksissa, kuten YK:n Ihmisoikeuksien julistus 1948, Euroo-

pan Neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi (sopS 18–19/1990, 86/1998) ja Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999 sekä kansallisessa lainsäädännössä, kuten Suomen Perustuslaki 1999/731, Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 1999/493 ja Yhdenvertaisuuslaki 2004/21. (Abdelhamid ym. 2009, 68.)

Suomi kuuluu Pohjoismaihin ja kulttuuriperimässämme on hyvin paljon yhteistä muiden Pohjoismaiden kanssa. Pohjoismaista ja muista Länsi-Euroopan maista muutetaan Suomeen suhteellisen vähän. Eniten muuttajia on Ruotsista ja Saksasta. Länsi-Euroopan kulttuurit ovat meille kaikkein tutuimpia, sillä olemme aikojen saatossa olleet näihin alueisiin eniten yhteyksissä. (Tilastokeskus 2013.)

Länsi-Eurooppalainen kulttuuri korostaa yksilöiden välistä tasa-arvoa, yksilöllisyyttä ja sosiaaliseen maailmaan ja luontoon sopeutumista. Arvoina voidaan tällöin nähdä maailmanrauha, ykseys luonnon kanssa, ympäristönsuojelu ja oman osansa hyväksyminen. Tasa-arvoisessa yhteiskunnassa arvoina ovat myös sosiaalinen oikeudenmukaisuus, vastuullisuus, auttaminen ja rehellisyys. Länsi-Eurooppalaisessa kulttuurissa yksilöitä kannustetaan seuraamaan itsenäisesti omia ideoitaan ja älyllisiä pyrkimyksiään ja rohkaistaan tavoittelemaan itselleen myönteisiä tunne-elämyksiä. Arvoina voidaan nähdä laajakatseisuus, uteliaisuus, luovuus, mielihyvä sekä jännittävään ja monipuoliseen elämään pyrkiminen. Vaikka kulttuuri toisaalta yhdistääkin laajasti Länsi-Euroopan maita, on alueen sisällä myös runsaasti kulttuurisia variaatioita. (Tilastokeskus 2013; Schwartz 2011, 6-9, 40–42)

Suurimman maahanmuuttajien ryhmän tällä hetkellä muodostavat Itä-Euroopan maista muuttaneet. Venäjältä ja Virosta muuttaneet muodostavat lähes puolet tämän hetkisestä maahanmuuttajien ryhmästä. Muita tähän ryhmään kuuluvia maita ovat muun muassa Puola ja Turkki. Vaikka Venäjä ja Viro ovat rajanaapureitamme, on kulttuuriperimämme selvästi erilainen. (Tilastokeskus 2013.)

Venäjän kulttuuri pohjautuu hierarkkiseen järjestelmään, jossa yksilöiden odotetaan mukautuvan rooleihinsa liittyviin velvollisuuksiin ja sääntöihin sekä osoittamaan kunnioitusta ylemmilleen ja odottamaan sitä alemmitaan. Tällaisen yhteiskunnan arvoja ovat yhteiskunnallinen valta, arvovalta, nöyryys ja varakkuus. Historiallisesti ajateltuna tämä on ymmärrettävää kommunistisen valtiojärjestelmän vaikutuksesta. Yksilön on vaikea sopeutua yhteiskuntaan, jossa odotetaan oma-aloitteisuutta, jos on elänyt hierarkkisessa yhteiskunnassa. Viron, kuten muidenkin Baltian maihin kuuluvien maiden sekä Puolan ja Turkin kulttuurinen profiili on lähempänä Länsi-Eurooppaa korostaen enemmän yksilöllisyyttä ja sosiaalista maailmaa. (Tilastokeskus 2013: Schwartz 2011, 7,9; Seppälä 1997, 12–13.)

Aasian maihin kuuluvat muun muassa Kiina, Intia, Thaimaa ja Irak. Näillä alueilla yhteiskuntajärjestelmät ovat enemmän hierarkkisia. Elämän odotetaan saavan tarkoituksensa erityisesti sosiaalisten suhteiden kautta ja ihmiset nähdään yhteisönsä juurtuneina olentoina. Tärkeää on ryhmän yhteis-

ten päämäärien tavoittelu ja osallistuminen ryhmälle tyypilliseen elämäntapaan. Arvoina tällaisessa kulttuuriympäristössä ovat muun muassa yhteiskunnallinen järjestys, tottelevaisuus ja turvallisuus. Tärkeää on vallitsevan olotilan säilyttäminen ja pidättäytyminen toimista, jotka voivat häiritä perinteistä järjestystä. Yksilöiden velvollisuutena on täyttää auktoriteettien odotukset nöyrästi ja tottelevaisesti. Näillä alueilla on valtauskontoina hindulaisuus, roomalaiskatolilaisuus, islam, buddhalaisuus ja protestanttinen metodismi. (Schwartz 2011, 6-7, 43.)

Afrikan maihin kuuluvat muun muassa Somalia ja Kongon demokraattinen tasavalta, joista molemmista on tullut meille lähinnä pakolaisia ja turva-paikanhakijoita. Aasian ja Afrikan maiden kulttuurit vaihtelevat paljon eri valtioiden välillä ja myös valtioiden sisällä. Afrikan maiden kulttuuritausta on hyvin lähellä Aasian maiden kulttuuritaustaa. (Schwartz 2011, 43.)

Islamilainen Lähi-itä ja Saharan eteläpuolinen Afrikka ja Pohjois-Afrikka muodostavat kulttuurisesti laajan alueen, joissa korostuu elämän tarkoituksen etsiminen sisäryhmän sosiaalisista suhteista. Ryhmäsolidaarisuuden ja perinteisen järjestyksen puolustaminen ohittaa yksilöllisen ainutlaatuisuuden kehittämisen. Näillä alueilla myös korostuu islaminuskon vaikutus ihmisten jokapäiväiseen elämään. (Schwartz 2011, 42–43.)

Maahanmuuttajat kokevat tärkeänä, että he voivat olla yhteydessä oman kulttuurinsa edustajien kanssa. Oleminen tällaisessa ryhmässä on helppoa, ja itseään voi ilmaista yhteisellä kielellä. Vähemmistönä eläminen muuttaa myös suhtautumista omaan kulttuuriin siten, että halu säilyttää oma kulttuuri ja siirtää se jälkipolville muuttuu tärkeämmäksi kuin entisessä kotimaassa eläessä. Maahanmuuttajan eristyneisyys muista, saman kulttuuritaustan omaavista henkilöistä on yksi henkisen hyvinvoinnin riskitekijöistä. Tutkimustulosten mukaan oman etnisen yhteisön tuella on suuri suojaava merkitys maahanmuuttajien mielenterveyden kannalta. (Liebkind 1994, 32–33; Rätty 2002, 112–113.)

## 4 KOMMUNIKOINTI JA VIESTINTÄ

Kommunikointi muodostuu viesteistä, joita lähetetään ja vastaanotetaan. Viestien sisältö riippuu oleellisesti keskustelukumppaneiden kokemus- ja käsitteimaailmasta. Ihminen tarvitsee omakohtaisia positiivisia ja negatiivisia kokemuksia voidakseen laajentaa käsite- ja kokemusmaailmaansa. Kommunikoinnin sisällön suhteen emme tule koskaan valmiiksi. Kehitys jatkuu läpi elämän, opimme uusia käsitteitä ja jotkut vanhat saattavat saada uuden sisällön. Tärkeää on myös muistaa, että samalla sanalla voi olla eri ihmisille eri merkitys tai päinvastoin samalle asialle eri sana. Käsitteiden sisältö opitaan parhaiten erilaisissa tilanteissa, joissa käsitettä käytetään. (Huuhtanen 2011, 14.)

### 4.1 Kommunikoinnin ja viestinnän käsitteet

Kommunikointi on vastavuoroista toimintaa, ja se sisältää sekä tiedostettuja että tiedostamattomia viestejä. Erityisesti sanattomat eli non-verbaaliset viestintäkeinot, kuten ilmeet, eleet, kehon asennot, ihmisten välinen etäisyys ja tilankäyttö, läheisyys ja koskettaminen sekä silmän liikkeet ja katsekontakti ovat usein tiedostamattomia. Non-verbaaliseen viestintään voidaan ajatella kuuluvan myös suhtautuminen aikaan ja ajankäyttöön, fyysinen olemus, pukeutuminen ja elämäntavat. Kommunikoinnissa on paljon samanaikaisia ja joskus ristiriitaisiakin viestejä. Esimerkiksi kehonkieli voi paljastaa sen, mitä peitetään sanoilla. Kaikki ihmiset kommunikoivat jollakin tavalla, vaikka keinot vaihtelevat. Kulttuureja voidaan luokitella verbaalia ja non-verbaalia viestintää painottaviin kulttuureihin ja kulttuureja voidaan myös vertailla keskenään edellä mainittuja asioita tarkastellen. (Huuhtanen 2011, 12; Salo-Lee, Malmbert & Halioja 1998, 58–59.)

Kommunikointikyky kehittyy lapselle aiemmin kuin kielellinen kyky. Lapset viestittävät tarpeistaan heti syntymän jälkeen ympäristölleen ja ensimmäisen elinvuoden aikana heidän vuorovaikutustaitonsa kehittyvät tavoitteelliseksi kommunikoinniksi. Kommunikointikyvyn varhaisen kehityksen katsotaan luovan edellytykset kielen kehitykselle. (Huuhtanen 2011, 13.)

Puhutun kielen lisäksi myös viittomakieli ja kirjoitettu kieli ovat kieliä. Usein ajatellaan, että jos ihminen ei pysty puhumaan, hän ei myöskään kommunikoi. Kuitenkin ihminen voi kommunikoida hyvin ilman puhetta. Nykyään käytetään paljon erilaisia kommunikoinnin apuvälineitä, kuten kommunikointikansiot, erilaiset symbolit, puhelaitteet ja kommunikointikoneet. (Forsman 2011; Huuhtanen 2011, 13; Trygg 2010, 14.)

Viestintä on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja toimintaa, jossa välitetään toisille tietoja, ajatuksia, tunteita ja asenteita. Viestinnässä vaikuttavat aina ympäröivän kulttuurin normit, arvot ja mallit, joiden mukaan valitaan sopivimmat viestintä- ja toimintatavat. Viestintä on elävää tapahtumista, dynaaminen prosessi, joka on jatkuvasti liikkeessä ja ympäröi meitä kaikkialla. Viestintään kuuluu tärkeänä osana myös ympäristön antama palaute, jonka mukaan viestintä etenee ja muuttuu. Viestiessämme me rakennamme ja muokkaamme sekä omaa persoonaamme että oman elämän ja ympäristön sosiaalista todellisuutta ja annamme asioille merkityksiä. Samalla viestintä säätelee omaa ja toisten käyttäytymistä. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 15.)

### 4.2 Kieli kommunikointivälineenä

Ihmiselle tyypillisin kommunikoinnin muoto on puhuminen. Erilaisista syistä johtuen puheilmaisu voi kuitenkin olla puutteellista tai puuttua kokonaan, joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Tietojen välittäminen voi tulla ongelmalliseksi silloin, kun puheen ymmärtämisen ja tuottamisen tai ymmärretyksi tuleminen alueilla joku osa-alue toimii syystä tai toisesta puutteellisesti. Puhetta tukevan ja korvaavan kommunikoinnin avulla pyritään tällaisissa tapauksissa löytämään mahdollisuus viestien välittämiseen. Pu-

hetta tukevasta tai korvaavasta kommunikoinnista käytetään usein lyhennettä AAC, joka tulee englanninkielestä termistä Augmentative and Alternative Communication. (Huuhtanen 2011, 12–15.)

Kieli on tärkeä osa kulttuuria ja äidinkielen säilyttäminen sekä siirtäminen seuraaville sukupolville ovat tärkeitä. Äidinkielen avulla pystytään ilmaisemaan omat ajatukset ja tunteet täsmällisesti. Sillä pystyy ilmaisemaan myös puheen sisältämät sävyt, kuten huumorin tai ironian. Äidinkieltä voi sanoa tiedon, ajattelun ja luovuuden kieleksi. Se sitoo meidät omiin juuriimme, siihen mitä me ja meidän sukumme olemme ja missä olemme eläneet. Äidinkieli on välttämätön sosiaalisen identiteetin kehityksessä. Maahanmuuttajalle äidinkielellä on suuri merkitys myös itsetunnon ylläpitämisen kannalta. Puuttuvaa kielitaitoa voi verrata pieneen, puhekyvyttömään lapseen, joka yrittää ymmärtää ja tulla ymmärretyksi. (Saraneva 2010, 208; Rätty 2002, 154–155.)

Olisi tärkeää, että maahanmuuttajat vaalisivat omaa äidinkieltään ja huolehtisivat siitä, etteivät heidän lapsensa unohtaisi äidinkieltään. Vahvan itsetunnon omaava henkilö hyväksyy oman identiteettinsä ja vanhempiensa taustan. Hyvä äidinkielen hallinta on myös perusta uuden kielen oppimiselle. (Rätty 2002, 156).

Kielitaidon eri tasoja voidaan kuvata määritelmillä sosiaalinen kielitaito ja kognitiivinen kielitaito. Sosiaalinen kielitaito tarkoittaa lähinnä arkikielitaitoa, eli ihminen osaa tavalliseen kanssakäymiseen kuuluvat sanat ja yksinkertaiset rakenteet, mutta kielen käyttäminen voi tuntua tökeröltä. Vuorovaikutustilanteissa puutteellinen kielitaito saattaa johtaa väärinkäsityksiin, kun aina ei löydy oikeita sanoja. Kognitiivinen kielitaito kehittyy vasta ajan kuluessa kieltä ahkerasti harjoitellen. Sen avulla pystyy opiskelemaan, tieteelliseen ajatteluun ja ajatustenvaihtoon. Myös abstraktien käsitteiden, erilaisten rakenteiden käyttäminen ja tekstin tyylilajien tunnistaminen onnistuvat. (Rätty 2002, 158–160.)

Abdelhamid on tutkimuksessaan tullut siihen tulokseen, että tasavertaisen hoitosuhteen näkökulmasta yhteinen kieli luo sekä konkreettisia perusedellytyksiä ja mahdollisuuksia että konkreettisia esteitä tasavertaisen hoitosuhteen muodostumiselle. Tätä hän selventää siten, että vaikka puhutaan samaa kieltä, voi potilaasta tehdyt kulttuuriset tulkinnat estää tasavertaisen hoitosuhteen. Yhteisen kielen puuttuessa mahdollisuudet yhteiseen päätöksentekoon heikkenevät ja hoitosuhde ei siksi pysty muodostumaan tasavertaiseksi. (Abdelhamid 2004)

Potilaalla on oikeus saada tietoa hoitoonsa liittyen. Yhteisen kielen avulla tiedon saanti mahdollistuu. Kun potilas saa riittävästi tietoa, vähentää se hänen kokemaansa stressiä ja pelkoa. Potilaan on silloin mahdollista aktiivisesti osallistua omaan hoitoonsa. Abdelhamid nostaa tutkimuksessaan esiin myös puhumattomuuden merkityksen. Jääkö jotain tärkeää sanomatta tai kysymättä, millaisia tunteita ja käyttäytymistä se aiheuttaa. Hoitosuhde voi jäädä pinnalliseksi ja siten luoda paineita seuraaviin kohtaamisiin sekä ylläpitää ennakkoluuloja. (Abdelhamid 2004)

### 4.3 Kuvakommunikointi eli graafinen kommunikointi

Kuvakommunikoinnissa ei välttämättä ole kyse erityisestä kommunikointimenetelmästä. Osoittaminen, joko kuvien avulla tai suoraan kyseistä kohdetta näyttäen, on yksi ihmisen luonnollisista tavoista kommunikoida. Kuvia ja kuvista rakennettuja näyttötauluja käytetään usein tehokkaasti ilmaisemaan viestejä. Graafinen puhetta korvaava kommunikointi tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että käytetään näkemiseen perustuvia välineitä, kuten esineitä tai graafisia merkkejä ilmaisutarkoituksessa. Tällöin on kyse avusteisesta kommunikaatiosta ja graafinen kommunikointi on yksi korvaavan kommunikoinnin alaryhmä. (Huuhtanen 2006, 58; Trygg 2010, 27.)

Erilaisia helposti ymmärrettäviä kuvia on nykyään hyvin saatavilla ja muokattavissa. Kommunikointikuvia tehdään valokuvista, lehdistä leikatuista kuvista, piirretyistä kuvista ja niin edelleen. Voidaan myös käyttää kaupallisesti valmistettuja tai itse tehtyjä kuvasarjoja tai tähän tarkoitukseen laadittuja kuvapaketteja. Eri kuvat sopivat erilaisille kommunikoinnin tasoille tai eri henkilöille. (Huuhtanen 2011, 58–59.)

Silloin, kun kuvat toimivat symboleina, ne voivat toimia passiivisesti tai aktiivisesti. Passiivisesta toiminnasta on kyse tilanteesta, jossa esimerkiksi kuva vessan ovesa osoittaa meille, missä vessa on. Jos taas henkilö osoittaa vessan kuvaa, hän osoittaa halunsa vessasta, jolloin on kyse aktiivisesta toiminnasta. (Trygg 2010, 28.)

Graafisten kommunikointikeinojen käyttäjäryhminä ovat yleensä ne lapset ja aikuiset, joilla on jonkinlainen tarve avustavien tai korvaavien kommunikointimenetelmien käyttöön. Nämä käyttäjät on jaettu kolmeen eri ryhmään. Ensimmäisenä ovat ne ihmiset, jotka ymmärtävät heille puhuttua puhetta, mutta tarvitsevat korvaavia keinoja ilmaista itsensä toisille. Toisen ryhmän muodostavat ne ihmiset, jotka tarvitsevat korvaavia kommunikointikeinoja puheen tuoton ja ymmärtämisen tueksi. He siis tarvitsevat apua heille osoitettujen viestien selkeyttämiseen. Vierasta kieltä puhuvien voisi ajatella kuuluvan tähän ryhmään, sillä heillä on olemassa edellytykset normaaliin kommunikointiin, mutta yhteinen ymmärrys on heikentynyt kielitaidottomuuden takia. Kolmantena ryhmänä on niitä ihmisiä, jotka tarvitsevat korvaavia keinoja sekä omaksi kommunikointikeinokseen, että kielen ymmärtämiseen. (Trygg 2010, 30.)

Kansainvälisesti kuvakommunikoinnissa käytetään hyvin paljon PCS-kuvamateriaalia eli Picture Communication Symbols. (Kuva 1.) Myös Suomessa se on todennäköisesti yleisimmin käytetty kuvapankki. Kuvat ovat yksinkertaisia piirroskuvia, joita on saatavilla värillisinä tai mustavalkoisina. Ne ovat helposti muokattavissa tietokoneella. PCS-kuvat ovat pääasiassa kuvanomaisia, mutta niiden kanssa voidaan käyttää myös kirjaimia ja numeroita. PCS-kuvat on tarkoitettu henkilöille, jotka pystyvät ilmaisemaan itseään kielellisesti, mutta vain yksittäisillä sanoilla tai lyhyillä lauseilla. Vierasta kieltä puhuvaa voidaan ajatella tällaisena henkilönä sillä perusteella, että hänellä on perusedellytykset sanalliseen kommunikointiin, mutta yhteinen kieli puuttuu. Tällöin kuvat toimivat apuvälineenä yhteisen kielen luomiselle. Samaan aikaan voidaan käyttää muita

kommunikoinnin välineitä, kuten puhetta ja elekieltä. (Huuhtanen 2011, 61–62; Trygg 2010, 49.)



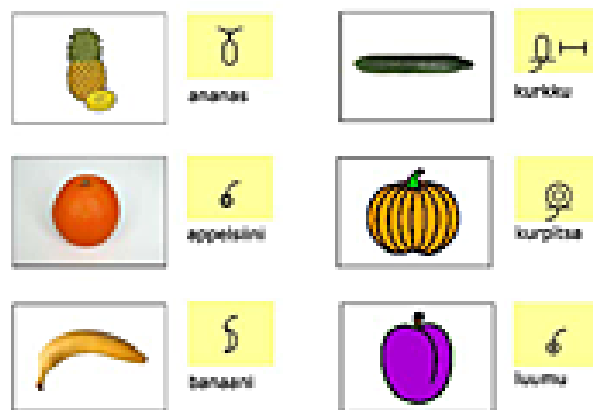
Kuva 1. PCS-kuvat

Nilbild kuvien luomiselle ja yhdistelemiselle ei ole olemassa mitään rajattuja sääntöjä. (Kuva 2.) Ne ovat piirroksia, joita on tarrakuvina, kartongille painettuna ja digitaalisena kuvastona. Pääasiassa kuvat esittävät arkipäivän esineitä ja toimintoja. Niitä käytetään kognitiivisena tukena tai keinona. Nämäkin kuvat saattaisivat sopia apuvälineeksi silloin, kun yhteistä puhuttua kieltä ei ole. (Trygg 2010, 50–51.)



Kuva 2. Nilbild-kuvat

Symbolijärjestelmät koostuvat symboleista, joilla kuvataan arjen esineitä, toimintoja ja abstrakteja ilmiöitä. Symbolijärjestelmillä on omat sääntönsä sille, miten uusia symboleja luodaan ja miten niitä yhdistetään lauseiksi. Esimerkkinä symbolijärjestelmästä on Blisskieli, jossa sanoja ja käsitteitä vastaavat graafiset symbolit, bliss-sanat. (Kuva 3.) Bliss-symbolit ovat mustia, mutta niillä on värillinen tausta, jonka vaihtelee sanaluokittain. (Trygg 2010, 43–44.)



Kuva 3. Bliss-symbolit

Piktogrammit (Kuva 4.) ovat hyvä kommunikointimenetelmä niille henkilöille, jotka eivät pysty visuaalisesti hahmottamaan Bliss-symboleja. Pik-

togrammit ovat mustavalkoisia ja ne ovat hyvin ymmärrettävissä. Kuvat ovat selkeitä ja siksi niiden käyttö on mahdollista hyvin monille ihmisille. (Huuhtanen 2006, 59–60.)



Kuva 4. Piktogrammi-kuvat

Muita kommunikointia helpottamaan tai korvaamaan luotuja kuvastoja ovat muun muassa: WLS-kuvat, Sclera Picto's -kuvasto, Mulberry -kuvakokoelma, AMMe-materiaalipankki, Maze Symbols -kommunikointikuvakokoelma ja Kuvatulkki (Bildtolken) sekä Nopea piirroskuvakommunikointi-menetelmä. (Trygg 2010, 51–52.)

#### 4.4 Tulkki kommunikoinnin apuna

Tulkkaus on puheviestintää, jossa tulkki välittää suullisen viestin kieleltä toiselle. Tulkit ovat korkeakoulutuksen saaneita ammattilaisia, joita Suomessa koulutetaan eri yliopistoissa, jolloin he hallitsevat vähintään kahden kielen ja kulttuurin. Tulkki on tulkkaustilanteessa aina puolueeton ja hänellä on vaitiolovelvollisuus. Terveystieteiden ja terveydenhuollon palvelu-järjestelmän tunteminen eivät kuulu koulutukseen ja tulkkien osaaminen näiltä osin vaihtelee suuresti. (Suomen kääntäjien ja tulkkien liitto; Saraneva 2010, 298.)

Asiointitulkkiksi voi myös pätevoityä näyttötutkinnolla. Asiointitulkkaukseksi kutsutaan tulkkausta, joka toteutetaan esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoviranomaisyhteisöissä joissa usein tarvitaan tulkkausta ainakin kahden kielen välillä. Asiointitulkkauksilanteet ovat luonteeltaan yksityisiä. Tulkkaus voidaan toteuttaa joko kasvokkain tai niin sanottuna etätulkkauksena puhelin- tai videoyhteyden välityksellä. Tosin teknisten laitteiden puutteet ja esimerkiksi huono kuuluvuus puhelimesta heikentävät tulkkauksen toimivuutta. (Suomen kääntäjien ja tulkkien liitto; Saraneva 2010, 298.)

Laki kotoutumisen edistämisestä 30.12.2010/1386 määrittelee ne henkilöt, joilla on oikeus ilmaiseen tulkkipalveluun. Tällaisia ovat ne henkilöt, joilla on ulkomaalaislain mukainen voimassa oleva oleskelulupa Suomessa ja henkilöt, joiden oleskeluoikeus on rekisteröity tai joille on myönnetty oleskelukortti ulkomaalaislain mukaisesti. Saman lain 5§ pykälässä sanotaan, että viranomaisen on huolehdittava asian tulkitsemisesta tai kääntämisestä viranomaisasioissa, maahanmuuttajan oikeuksia ja velvollisuuksia koskevassa asiassa silloin, kun maahanmuuttaja ei osaa suomen tai ruotsin kieltä. Tulkkauksen tulee tapahtua sellaiselle kielelle, jota maahanmuutta-



jan voidaan asian laatuun nähden riittävästi ymmärtävän. Tulkkia varattaessa täytyy tietää potilaan käyttämä kieli, sillä saman maan sisällä saataan puhua useampaa kieltä tai murretta.

Kun täytyy varmistaa, ettei tapahdu väärinkäsityksiä puolin eikä toisin, on tulkin käyttö erityisen tärkeää potilaan ja hoitohenkilökunnan välisessä keskustelussa. Vaikka tulkin läsnäolo tuokin helpotusta kommunikointiin, voidaan se myös kokea hankaluutena. Tulkin läsnäolo kuitenkin takaa molempien tahojen oikeusturvan. Jos lääkäri tai hoitaja ei ymmärrä potilaan oirekokonaisuutta, ei hän pysty ottamaan hoitovastuuta potilaasta. Kannattaa myös miettiä, onko tulkin sukupuolella merkitystä erityisesti jos potilaana on nuori tyttö. Tulkin läsnäolo potilastilanteessa hidastaa työskentelyä ja haastatteluun tai hoitotoimenpiteeseen tuleekin varata tarpeeksi aikaa. Jos on kysymyksessä pidempiaikainen potilassuhde, olisi asioiden sujumisen kannalta edullista, jos voitaisiin käyttää samaa tulkkia joka kerta. (Saraneva 2010, 297–299.)

## 5 KULTTUURILÄHTÖINEN HOITOTYÖ

Ihmisen luontaisena ominaisuutena on suhtautua vieraisiin kulttuureihin pelokkaasti ja kokea ne ainakin jossain määrin uhkaavina. Hoitotyöntekijät eivät ole tässä suhteessa poikkeus. Tämä inhimillinen taipumus johtuu siitä, että ihminen tyypillisesti arvioi maailmaa ja elämän tapahtumia oman kulttuurin ja omien tottumusten kautta. Abdelhamid esittelee Ikosen (2007) määritelmän kulttuurisesta pätevyydestä eli kulttuurisesta kompetenssista seuraavasti: ”Kulttuurinen kompetenssi on hoitotyöntekijän herkkyyttä nähdä asiakkaan kulttuurinen ulottuvuus sekä taitoa olla dialogisessa hoitosuhteessa vierasta kulttuuria edustavan asiakkaan kanssa hyödyntäen siinä kulttuuritietoa. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi mahdollistaa eettisesti hyväksyttävän hoitosuhteen ja voimaistaa asiakasta. Kulttuurisen kompetenssin ulottuvuudet ovat kulttuurinen herkkyyks, kulttuuritieto ja kulttuuriset taidot.” (Abdelhamid ym. 2009, 32–33.)

Kulttuurinen pätevyys nähdään jatkuvana kehittymisen prosessina, jonka aikana työntekijä aktiivisesti ja tietoisesti pyrkii kehittymään toimiessaan asiakkaan kulttuurisessa kontekstissa. Käytännössä tämä kulttuurinen pätevyys tarkoittaa työntekijän laaja-alaista taitoa ja herkkyyttä kohdata erilaisuutta kaikissa muodoissaan. Tähän herkkyyteen liittyy myös rohkeus ottaa puheeksi sellaiset kulttuurilliset tavat, jotka vahingoittavat asiakasta. Monikulttuurisessa hoitotilanteessa on olennaista se, että hoitaja ymmärtää asiakkaan erilaista näkökantaa. Ymmärtäminen ei edellytä hyväksymistä. Dialogisessa vuorovaikutuksessa hoitaja osoittaa aidon kiinnostuksensa asiakkaan elämään ja päätökset tehdään yhdessä. (Abdelhamid ym. 2009, 33–35.)

### 5.1 Monikulttuurinen hoitosuhde

Ajattelemme herkästi, että meidän omat, vallitsevat käsityksemme terveydestä, sairauksista, niiden synnystä ja hoidosta ovat yleismaailmallisesti hyväksytyjä ja ainoa oikea tapa. Jokaisessa kulttuurissa on kuitenkin omat

käsityksensä siitä, mitä pidetään sairautena ja mitä normaalina. Kulttuuriset sairausluokitukset voivat pitää sisällään sairauksia, joita länsimainen lääketiede ei osaa nimetä eikä hoitaa. Potilaan kulttuuriset taustatekijät vaikuttavat myös siihen, miten hän ymmärtää terveyden ja hoitamisen. Meidän oman tieteellisen maailmankuvan ja terveystieteiden rinnalla tunnetaan muun muassa kiinalainen lääketiede, persialais-arabialainen lääketiede unani ja intialainen ayurvedic-järjestelmä. Islaminuskossa annetaan ohjeita myös terveyteen ja sairauksiin liittyen. (Abdelhamid ym. 2010, 122–127.)

Kun potilaan taustatietoja selvitetään, on hyvä saada tietoa myös hänen kulttuurisista erityiskysymyksistään sekä maahanmuuttoprosessistaan. Tärkeinä kulttuurisina erityiskysymyksinä voidaan pitää esimerkiksi sitä, korostuuko hänen kulttuuriympäristössään yksilöllisyys vai yhteisöllisyys, ovatko eri sukupuolille olemassa tietyt rooliodotukset, millainen aikakäsitys on, millainen suhde uskontoon on sekä mitä kieltä puhutaan ja millaiset kommunikointi- ja viestintätavat ryhmällä on. Potilaan kulttuurillinen profiili muodostuu kuitenkin sen mukaan, miten tärkeänä hän pitää erilaisten kulttuuristen tapojen ja traditioiden tai uskonnollisten traditioiden noudattamista. Vaikka potilas edustaakin tiettyä kulttuurista tai maahanmuuttajien ryhmää, on hän aina ensisijaisesti yksilö. (Abdelhamid ym. 2010, 108–109.)

Maahanmuuttoprosessista on tärkeää tietää muun muassa siksi, että potilaan kannalta on aivan eri asia muuttaa toiseen maahan vapaaehtoisesti kuin pakon edessä. Pakolaiset ovat kaikista maahanmuuttajien ryhmistä haavoittuvimpia, sillä heillä voi olla menneisyydessään vakavia traumoja esimerkiksi kiduttamisesta. Myös luottamus terveydenhoitohenkilökuntaan ja viranomaisiin on heillä usein heikompi johtuen menneistä kokemuksista entisessä kotimaassa. Myös se, kuinka pitkään potilas on asunut Suomessa, vaikuttaa siihen, miten paljon hän ymmärtää suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Hoitoon hakeutumisen ja hoidon toteuttamisen esteenä voivat olla kommunikaatio-ongelmat hoitohenkilöiden ja hoidon saajan välillä. Kommunikaatio-ongelmiin voi liittyä muunkinlaisia vuorovaikutuksen ongelmia, kuten piilosyrjintää ja rasismia. (Abdelhamid ym. 2010, 108–112; Malin & Suvisaari 2010, 147–148.)

Turvapaikanhakijoilla ja pakolaisilla voi olla hyvin traumaattisia ja väkivaltaisia kokemuksia. Pakolaisuus ja siirtolaisuus vaikuttavat eri tavoin eri-ikäisiin ihmisiin. Lapsikin voi joutua todistamaan pahoinpitelyjä ja väkivallantekoja. Lapsen kokema trauma keskeyttää lapsen kehityksen ja vääristää sitä. Kun aikuinen lapsen läsnä ollessa on kyvytön puolustautumaan raakuutta ja väkivaltaa vastaan, horjuttaa se myös lapsen perusluottamusta elämään ja selviytymiseen. Pieni lapsi on tunnetasolla riippuvainen vanhempiensa voinnista ja käytöksestä. Hän myös sisäistää näiden pelkoja ja tunteita itseensä. Lapset joutuvat myös kärsimään vanhempiensa post-traumaattisista oireista. Esimerkiksi jos vanhempi herää joka yö painajaisuniin, ei lapsikaan pysty nukkumaan kunnolla öitään. Traumatisoitunut lapsi oireilee aggressiivisella käytöksellä tai vetäytymisellä. (Saraneva 2010, 209–210.)

Vastaanottotilanteessa on tärkeää varata tarpeeksi aikaa keskustelulle ja tutkimuksille. Molemminpuolinen ymmärtäminen on varmistettava. Potilaalle on selvitettävä, mitä aikoo tehdä ja miten aikoo jonkin tutkimuksen tehdä. Esimerkiksi kidutettujen voi olla vaikeaa hyväksyä koskettamista. Monille maahanmuuttajille riisuuntuminenkin voi olla vaikeaa erityisesti, jos hoitaja tai lääkäri on eri sukupuolta. (Pirinen 2010, 171–173.)

Kulttuuriperimä vaikuttaa siihen, miten yksilö kokee terveyden ja sairauden. Käsitukset sairastumisen syistä vaihtelevat länsimaisista biolääketeellisistä syistä pahan silmän tai henkien aiheuttamiin sairastumisiin. Kulttuurisilla oireyhtymillä eli culture-bound syndromes tarkoitetaan tietyn kulttuurin tai ryhmän jäsenillä esiintyviä oireita tai kokemuksia sairastumisesta, joille ei voi antaa kliinistä, länsimaista diagnoosia. Kulttuurisilla oireyhtymillä on yleensä paikallisia nimiä, kuten esimerkiksi mal ojo eli paha silmä. Kulttuurista oireyhtymää voidaan pitää psyykkisenä, sosiaalisena tai kulttuurisena reaktiona, joka liittyy henkilön epätydyttäväksi kokemaan biologiseen tai psykososiaaliseen prosessiin, roolin muodostukseen tai ikääntymismuutoksiin. Toisaalta niitä voidaan pitää sellaisina mielentilan häiriöinä, joihin liittyy todellisuuden havaintojen vääristymiä. (Abdelhamid ym. 2010, 158–159.)

Suhtautuminen lääkkeiden käyttöön voi maahanmuuttajalla olla hyvinkin poikkeava siitä, mitä meillä ajatellaan. Lääkkeen ulkomuoto ja tablettien väri tai maku ja haju voidaan tulkita vaikuttavan lääkkeen tehokkuuteen. Värillisiä kapsелеita pidetään tehokkaampina kuin valkoisia. Nestemäiset lääkkeet tulkitaan lasten lääkkeiksi tai pidetään yskänlääkkeisiin verrattavina. Potilaan kotimaassa saatetaan arvostaa erityisesti injektiona annettavia lääkkeitä, ja muunlaisen lääkityksen tehokkuutta epäillään. On myös voitu tottua siihen, että lääkäri kirjoittaa samaan vaivaan useita lääkkeitä. Saadessaan vain yhden lääkkeen, saatetaan ajatella, ettei lääkäri osaa asiansa tai että potilasta ei haluta hoitaa. (Abdelhamid ym. 2010, 177–179; Pirinen 2010, 178–181.)

Sanavalintoihin tulee myös kiinnittää huomiota. Jos maahanmuuttajalle sanoo kokeilevansa jotakin hoitoa tai lääkettä, voi hänelle tulla kokemus koekaniinina olemisesta. Lääkettä ei välttämättä käytetä, jos siitä saa voimakkaat sivu-vaikutukset tai jos perhe tai lähiyhteisö ei hyväksy lääkkeitä. Myös lääkkeen ottaminen säännöllisesti voi olla ongelmallista erilaisen aikakäsityksen takia ja siksi, ettei potilas tiedosta lääkkeen säännöllisen ottamisen tärkeyttä. Lääkehoidon ohjaus tulisikin aina toteuttaa tulkin välityksellä väärinymmärrysten välttämiseksi. Eri maista tulevilla voi olla hyvinkin erilainen lääkkeiden metabolia, joka lääkärin tulee ottaa huomioon. (Abdelhamid ym. 2010, 177–179; Pirinen 2010, 178–181.)

Kipu ei ole pelkästään neurofysiologinen tapahtuma, vaan kipukäyttäytyminen opitaan yhteisön ja perheen sisällä jo lapsuudessa mallioppimisen, erilaisten selitysmallien ja ohjeiden kautta. Kipu voidaan tulkita onnettomuudeksi, joka kohtaa ihmistä tai rangaistukseksi omien laiminlyöntien takia. Kipua kärsimällä on mahdollista sovittaa omat pahat teot. Kivun voidaan ajatella olevan myös joko julkista tai yksityistä. Kun kipu tulkitaan poikkeavaksi, siitä kerrotaan muille. Jos se taas tulkitaan yksityiseksi,

kuten esimerkiksi kuukautiskipu, siitä ei puhuta. Joissakin kulttuureissa on puolestaan merkitystä sillä, missä kehonosassa kipu on, sillä eri kehonosat ovat keskinäisessä arvojärjestyksessä. Sydäntä pidetään kaikkein merkityksekkäimpänä elimenä ja sen ajatellaan täyttävän koko rintakehän. Lasten pääkipu nähdään uhkana oppimiselle, sillä pääkivun tulkitaan heikentävän älyllistä kapasiteettia. (Abdelhamid ym. 2010, 168–173.)

Yhteisöllisyyttä korostavissa kulttuurialueissa kivusta ei aina olla halukkaita kertomaan perheen ulkopuolisille henkilöille. Kipua voidaan ilmaista sanattomien viestien avulla, kuten kasvojen ilmeillä ja kyynelehtimisellä tai liikkeiden hitaudella, rajoittuneisuudella ja pysähtymisellä. Se voi ilmetä myös hikoiluna, epäsäännöllisenä hengityksenä, levottomuutena tai tuskaisuutena ja jännittyneisyytenä. Monissa kulttuureissa odotukset eri sukupuolien kivun sietämisestä ovat erilaisia. Lapsiltakin saatetaan odottaa lyhytaikaisen kivun kestämistä. (Abdelhamid ym. 2010, 168–173.)

## 5.2 Monikulttuurisen hoitosuhteen haasteita

Viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitys korostuu, kun työntekijä kohtaa vieraasta kulttuurista tulevan asiakkaan. Molemmipuolinen sanallisten ja sanattomien viestien ymmärtäminen on edellytys luottamuksen syntymiselle ja toimivalle hoitosuhteelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät ovat asiakkaan kohdatessaan omassa tutussa ympäristössään ja tehtävässään, kun taas vieraasta kulttuurista saapuva ja kieltä taitamaton potilas saattaa kokea esimerkiksi sairaalan tutkimustilat koneineen ja laitteineen hyvin pelottaviksi. Siksi viestinnän ja vuorovaikutuksen selkeyteen ja ymmärrettävyyteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 309.)

Kulttuurienvälisessä viestinnässä erilaisuus on useimmiten koettua erilaisuutta. Esimerkiksi kohteliaisuus tai kunnioitus ilmaistaan kulttuurisidonnaisesti eri tavalla eri tilanteissa. Jos tällaisesta erilaisuudesta ei olla tietoisia, saattaa syntyä väärinkäsityksiä jotka pahimmillaan aiheuttavat vihamielisyyttä tai syrjintää. Tärkeimpiä kulttuurienvälisen viestinnän edellytyksiä ovat myönteisyys, tieto, taito ja motivaatio. Vieraasta kulttuurista ja sitä edustavasta yksilöstä tarvitaan perusteellista tietoa. Tarvitaan myös taitoa havainnoida kulloisenkin viestintätilanteen vaatimukset ja mukauttaa omaa käyttäytymistä. Lisäksi tarvitaan motivaatiota ottaa vastaan uutta informaatiota, halua luoda sosiaalisia yhteyksiä ja olla kiinnostuneita vieraan kokemisesta. (Salo-Lee ym. 1998, 14, 16–19.)

Potilaan ja hoitajan erilaiset viestintätäytyvät voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä ja vaikeuttaa toistensa ymmärtämistä. Suomalaiseen kulttuuriin kuuluva suora asioihin meneminen voi vaikuttaa epäkohteliaalta ja työkeältä. Toisaalta potilaan rönsyilevästä puheesta voi olla vaikea löytää oleellisia asioita. Hoitajan tulisi kuitenkin pystyä luomaan luottamuksellinen suhde hoidettavaan ja tämän läheisiin hoidon onnistumiseksi. (Abdelhamid ym. 2010 116–117.)

Vieraasta kulttuurista tulevien asiakkaiden kanssa tulee välttää erityisesti vaikean ammattikielen käyttöä. On myös hyvä käyttää lyhyitä lauseita ja

välttää epäsuoria kysymyslauseita. Tärkeät asiat kannattaa kerrata. Puhussa pitää katsoa potilaaseen, koska huulten liikkeiden näkeminen helpottaa sanojen ymmärtämistä ja toisaalta auttaa työntekijää näkemään viestin perillemeno. Keskustelussa tulee välttää liian hiljaisella äänellä puhumista, mutta toisaalta äänen liika korottaminen voi tuntua potilaasta pelottavalta ja määräilevältä. (Cools, Kahla & Tuominen 1998, 37–39.)

Kannattaa kiinnittää huomiota myös sanattomaan viestintään, sillä vain pieni osa kommunikaation merkityksestä muodostuu puheesta. Silloin, kun joudumme käyttämään elekieltä puhutun kielen apuna, kasvaa myös virhetulkintojen mahdollisuus. Vuorovaikutustilanteessa kiinnitetään huomiota myös ilmeisiin. Hymyileminen tulkitaan yleensä luottamuksen osoituksena, mutta se voidaan tulkita myös hämmennyksenä, huvittuneisuutena tai niin ettei vastapuolta oteta tosissaan. Kulmien kurtistaminen ei välttämättä viestitä toiselle ankarasta ajattelutyöstä, vaan se voidaan tulkita myös huolestuneisuudeksi. (Cools ym. 1998, 39–43; Huttunen 2010, 322.)

Meillä yleinen kättely tavatessa, ei aina ole yksiselitteisesti hyvä ja kohtelias tapa. Hoitotilanteeseen liittyvä kosketus taas kertoo monelle afrikkalaiselle välittämistä ja parantajaa. Suoraan silmiin katsominen ei ole aina ongelmatonta esimerkiksi muslimikulttuurissa vieraan naisen ja miehen välillä. Afroamerikkalainen osoittaa kunnioitusta katsekontaktia välttämällä, kun eurooppalainen tulkitsee sen välinpitämättömyytenä. (Cools ym. 1998, 39–43; Huttunen 2010, 322.)

Kaikkia tunteita ei kerrota, esimerkiksi arabit eivät halua kertoa kokemastaan kärsimyksestä. Hiljaisuuskin voi hämmentää, samoin kuin jos potilaalle ei selvästi kerrota mille tuolille hänen pitää istua tai että hänen pitää asettua tutkimuspöydälle. Käsimerkkien, kuten peukalon ja etusormen kärjen muodostama OK-merkki sekä peukalon pitäminen ylös tai alaspäin, merkityksestä tulisi myös olla tietoinen, sillä niiden tulkinta saattaa vaihdella paljonkin maittain. (Cools ym. 1998, 39–43; Huttunen 2010, 322.)

Lasten terveystietojen muodostumiseen vaikuttaa molempien vanhempien kulttuuristausta, mutta äidillä on merkittävämpi vaikutus. Myös äidin koulutustasolla on suuri merkitys siihen, miten hoitoon hakeudutaan, miten hoitoon sitoudutaan ja miten sairauksiin suhtaudutaan. Vähemmän koulutetut äidit suhtautuvat koulutettuja äitejä useammin fatalistisesti sairauksiin ja he tarkkailevat vähemmän sairauden oireita. He myös helpommin laiminlyövät saamiaan terveydenhoito-ohjeita tai rokotussuosituksia. Samoin on, jos äiti uskoo sairastumisen johtuvan kohtalosta tai yliluonnollisista voimista. (Abdelhamid ym. 2010, 205.)

## 6 KULTTUURITIEDOUTTA

Tässä opinnäytetyössä esitellään eri kulttuureista niitä piirteitä, jotka vaikuttavat hoitosuhteen vuorovaikutukseen erityisesti lasten- ja nuorten hoitotyössä. Vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta hoitohenkilökunnan on erityisen tärkeää tietää laajasti eri kulttuureista, jotta ymmärtäisi potilaan lähtökohdat ja vuorovaikutuksen mahdolliset haasteet. Kulttuuritietoa on

haettu niistä maista, joista eniten muutetaan Kanta-Hämeen alueelle. Kulttuuritietous esitetään siten, että maahanmuuttajaryhmien kotimaat on esitelty maanosittain suuruusjärjestyksessä, suurin ensin. Islamilainen kulttuuri on esitelty erikseen, koska vaikka on olemassa islaminuskoisia valtioita, kuten Iran, on islam myös laajasti maailmalle levinnyt uskonto. Kaikki muslimit kuitenkin jakavat yhteisiä islamilaisia peruspilareita ja muslimit ovat näkyvä ryhmä terveydenhuollon asiakkaina. (Serkkola & Allahwerdi 1998, 76.)

## 6.1 Venäjän ja Viron maahanmuuttajat

Lähes kaikki Venäjällä asuvista puhuvat venäjää ja ovat uskonnoltaan Venäjän ortodokseja, vain pieni osa on muslimeja. Terveydenhoito on sairauskeskeistä eikä sairauksien ennaltaehkäiseminen ole vielä yleistä. Luontaislääkityksen käyttö on edelleen laajaa. Lääkəriin ja hoitohenkilökuntaan saatetaan suhtautua epäluuloisesti, koska entisessä Neuvostoliitossa palvelukulttuuri ja potilaiden kohtelu olivat huonoja. Neuvostojärjestelmään puutteineen on totuttu ja Suomen tarjoamat terveyspalvelut tuntuvat vierailta. Suomen terveyspalveluilta saatetaan toisaalta odottaa kohtuuttoman paljon, koska ajatellaan, että täällä kaikki on paremmin. (Guzejev, Kahla & Tuominen 1998, 104–108; Knyazev, Slobofskaya & Ryabichenko 2008, 599.)

Tervehtiessä yleensä vain miehet kättelevät ja ystävät tervehtivät toisiaan usein poskisuudelmin. Katsekontakti on hyväksyttyä. Täsmällisyys ei ole kovin tärkeää, ja tapaamisesta myöhästyminen tai lupauksen pettäminen on yleistä eikä niinkään tuomittavaa. Kivun ilmaiseminen on hyväksyttyä naisilta ja lapsilta, mutta miehet eivät näytä kipuaan. (Knyazev ym. 2008, 600–601.)

Perheessä mies on yleensä määräävässä asemassa vaikkakaan roolit eivät ole enää niin selkeät kuin ennen. Lastenkasvatus on sallivaa, eikä lapsilla ole tiukkoja sääntöjä. Pojilta saatetaan odottaa tiettyä sukupuoliroolia. Lapsiin suhtaudutaan rakastavasti ja vanhemmat ovat kiinnostuneita lasten koulunkäynnistä. Lasten ei yleensä odoteta olevan hiljaa ja tottelevaisia. Äidin roolina on huolehtia lastenkasvatuksesta. Lapsen joutuessa sairaalahoitoon, on äiti yleensä mukana sairaalassa. (Knyazev ym. 2008, 600–601.)

Virossa puhutaan enimmäkseen vironkieltä ja jonkin verran venäjää. Yleisimmät uskonnot ovat luterilaisuus ja ortodoksisuus. Ennaltaehkäisevä terveydenhoito tunnustetaan tärkeäksi, mutta resursseja siihen ei juuri ole. Terveydenhoito onkin lähinnä sairauksien hoitoa. Biolääketieteen rinnalla käytetään luontaislääkintää, kuten akupunktuuria ja yrtilääkintää. Potilaiden hoitaminen tapahtuu lääkərien ohjaamana ja hoitajat toteuttavat lääkəriiden määräyksiä. Potilaat saattavat antaa pieniä lahjoja terveydenhoitohenkilökunnalle varmistaakseen hyvän hoidon saamisen. (Tammaru 2008, 242–243.)

Tervehdittäessä ja keskustellessa suora katsekontakti potilaan ja lääkəriin tai potilaan ja hoitajan välillä on suositeltavaa. Virallisessa tapaamisessa

tervehtimiseen kuuluu kätelemine tapaamisen alussa ja lopussa. Kosketaminen muuten on harvinaista perheenkin sisällä. Kivun sietämistä arvostetaan, vaikka kivun lievitystä toivotaan ja pyydetään. Kivun määrää yleisesti vähätellään. Itkemine julkisesti on hyväksyttyä ihmisen surressa. (Tammaru 2008, 243.)

Perhe ei osallistu sairaalassa olevan potilaan perushoittoon, kuten pesemiseen ja ruokailussa avustamiseen, vaan odottaa hoitajien tekemän kaiken hoitotyön. Perheen sisäiseen päätöksentekoon osallistuvat molemmat, vaikkakin miehillä on perinteisesti hieman dominoivampi asema. Lastenkasvatuksessa pyritään yhteistyöhön lasten kanssa ja kasvatuksessa käytetään kurinpitotoimina sanallisista selvittelyistä määräyksiin. Isoäidillä on suuri merkitys kasvattajana erityisesti yksinhuoltajaperheissä tai perheissä, joiden molemmat vanhemmat käyvät töissä. Joissakin perheissä lasten täytyy tehdä kotiaskareita ja heidät opetetaan vanhemmistaan riippuvaisiksi. (Tammaru 2008, 243.)

## 6.2 Muista Euroopan maista muuttaneet

Puola ja Turkki kuuluvat Itä- Euroopan maihin. Niiden kulttuurinen profiili on kuitenkin lähempänä Länsi- Eurooppalaista. Kanta-Hämeessä asuu Itä-Euroopan maista eniten puolalaisia ja turkkilaisia.

### 6.2.1 Puola

Puolassa puhutaan puolan kieltä ja maassa asuvista ihmisistä 97 % on puolalaisia. Valtaosa ihmisistä kuuluu roomalaiskatoliseen kirkkoon ja vain pieni vähemmistö on venäjän ortodokseja tai protestantteja. Uskonto vaikuttaa vahvasti kanssakäymiseen muiden kanssa sekä lastenkasvatukseen ja noudatettaviin perinteisiin. (Stefanoff 2008, 580; Jaakkola 1994, 143.)

Terveys on useimpien puolalaisten mielestä tärkein ihmisen arvoista. Terveysten edistämisen keinoina ovat päivittäinen liikunta ja vähärasvainen ruokavalio. Terveysten ja sairauksiin liittyvä tietämys on kansalaisten keskuudessa suuri. Myös vaihtoehtoiset hoitomuodot, kuten luontaistuotteet, yrttien käyttäminen, akupunktio ja hieronta, ovat erityisesti varakkaiden suosimia terveystä edistäviä keinoja. Lääkärin ja potilaan välinen suhde on muodollinen, hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde on välittömämpi ja luonnollisempi. (Stefanoff 2008, 580–581.)

Perheissä miesten ja naisten välinen suhde pohjautuu Puolan historiaan ja traditioihin. Naiset ovat perinteisesti olleet arvostetussa asemassa perheessä ja miehet ovat kunnioittaneet naisia. Miehen tehtävänä on ollut vastata perheen toimeentulosta, yhteiskunnan politiikasta ja tieteistä. Tyttö- ja poikalapset ovat samalla lailla arvostettuja. Lapset syntyvät sairaaloissa, isät ovat usein mukana synnytyksessä. Molemmat vanhemmat osallistuvat kasvattamiseen ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Isoäidillä on tärkeä rooli lastenhoidossa. (Stefanoff 2008, 581–582.)

Tervehdittäessä ja keskustellessa pitkää katsekontaktia vältetään erityisesti miesten ja naisten välillä, sillä sellainen voidaan tulkita kiinnostukseksi vastakkaisesta sukupuolesta. Koskettaminen on sallittua ottaen huomioon tilanteen, iän ja sukupuolen sekä henkilöiden välisen suhteen. Samaa sukupuolta olevien koskettaminen on hyväksyttävämpää kuin vastakkaista sukupuolta olevien. Lääkärien ja hoitajien tekemä potilaan koskettaminen koetaan hoivaavina. Tervehdittäessä on yleisesti hyväksyttyä kätellä. Täsmällisyys on tärkeää, vaikkakin sen tärkeys vaihtelee tilanteen mukaan. Kaupungeissa asuvat arvostavat enemmän täsmällisyyttä. Puolalaisien yleisesti korkea kipukynnys vaihtelee sukupuolen, koulutuksen, sosiaalisen aseman sekä aiempien kokemusten mukaan. Kipua ilmaistaan kasvojen ilmeillä, kehon asennolla ja liikkumisella. Kipulääkitystä käytetään yleisesti. (Stefanoff 2008, 581–582.)

## 6.2.2 Turkki

Turkki sijaitsee Euroopan lounaisosassa osittain Euroopan puolella ja osittain Aasian puolella. Turkkilaiset, kurdit ja arabit asuttavat maan, kurdeja on noin 18 % maan asukkaista. Turkissa ei ole valtionuskontoa, mutta valtaosa turkkilaisista ovat muslimeja. Noin 20 % maan asukkaista elää köyhyysrajan alapuolella. Kurdit ovat oma etninen ryhmänsä ja heitä asuu Turkin lisäksi muun muassa Irakissa ja Iranissa. Suomeen kurdit ovat tulleet lähinnä turvapaikanhakijoina ja pakolaisina. (Hämäläinen-Kebede 2003, 7; Platin 2008, 735.)

Terveystenhoito Turkissa keskittyy enemmän sairauksien hoitoon kuin ennaltaehkäisyyn. Islaminusko vaikuttaa sairauskäsityksiin ja sairauksien hoitoon. Biolääketiedettä käytetään perinteisten hoitomuotojen rinnalla. Erityisesti lapsuuden sairauksien uskotaan johtuvan ”pahasta silmästä”. Lääkärit, jotka ovat lähes kaikki miehiä, ovat auktoriteetteja eikä heidän tekemisiään kyseenalaisteta. Potilaalle itselleen ei aina kerrota suoraan sairaudesta ja hoidostakin neuvotellaan enemmän perheen kanssa. Hoitajat puolestaan ovat lähes kaikki naisia ja he toteuttavat lääkäreiden määräämää hoitoa. Perheet ovat potilaan luona sairaalassa ja heidän odotetaan osallistuvan aktiivisesti tämän hoitoon. Kipua ei ilmaista eikä siitä puhuta, vaan sen katsotaan kuuluvan osaksi elämää. (Platin 2008, 735–738.)

Tervehtiessään turkkilaiset kätelevät tuttaviaan ja suutelevat toisiaan kerran kummallekin poskelle. Hoitohenkilökunnan ja potilaan kohtaamisissa ei kätellä tai kosketa, vaikkakin olkapäälle taputtaminen koetaan kannustukseksi ja tueksi. Vanhoillisten ryhmien mielestä auktoriteetin silmiin katsominen on epäkohteliasta ja epäkunnioittavaa. Aikaan suhtaudutaan rennosti ja ajatukset ovat enimmäkseen nykyhetkessä ja lähitulevaisuudessa. (Platin 2008, 735–738.)

Turkkilaisissa perheissä miehet tekevät kaikki tärkeät päätökset ja ovat perinteiden mukaisesti perheen pää. Naiset hallitsevat kotitalousasioita ja vastaavat terveydenhoitoon liittyvistä asioista samalla kun miehet huolehtivat esimerkiksi sairaanhoitoon liittyvistä virallisista asioista. Äidin ja lasten side on vahva ja äidin vastuulla on lapsista huolehtiminen. Isoäidin vaikutus on suuri. Miehet tai muut sukulaiset eivät ole mukana synnytyk-



sessä. Lähes kaikki äidit imettävät lapsiaan kahden kuukauden ikäiseksi, mutta sitä vanhempien lasten imettäminen on harvinaisempaa. Poikavauvoja imetetään pidempään, koska uskotaan sen tekevän pojista vahvempia. Lasten kuuluu totella ja kunnioittaa vanhempia, vaikkakin asenteet ovat muuttumassa rennommiksi. Pojille sallitaan enemmän vapauksia kun taas tyttöjen odotetaan olevan hyödyksi kotitöissä. Äidit toisaalta ovat suojelevampia poikiaan kohtaan kuin tyttöjä. Yleisesti tytöt viettävät aikaa tyttöjen kanssa ja pojat poikien kanssa. Lasten odotetaan huolehtivan ikääntyneistä vanhemmistaan. (Platin 2008, 735–738.)

### 6.3 Afrikkalainen kulttuuri

Afrikan maiden kulttuuritausta on hyvin lähellä Aasian maiden kulttuuritaustaa. Afrikan maiden kulttuurit vaihtelevat kuitenkin paljon eri valtioiden välillä ja myös valtioiden sisällä. Kanta-Hämeen alueella asuu eniten Kongon demokraattisesta tasavallasta, Nigeriasta ja Somaliasta muuttaneita pakolaisia ja turvapaikanhakijoita.

#### 6.3.1 Kongon demokraattinen tasavalta

Kongon demokraattinen tasavalta sijaitsee Keski-Afrikassa ja on Afrikan kolmanneksi suurin valtio. Se on entinen Belgian siirtomaa ja tunnettu aiemmin nimellä Zaire. Maa on itsenäistynyt vuonna 1960. Trooppinen ilmasto jakaantuu sadekauteen ja kuivaan kauteen. Kongon demokraattinen tasavalta on maailman rikkaimpia valtioita, jos ajatellaan luonnonvaroja. Kuitenkin noin 80 % väestöstä joutuu elämään noin punnalla per päivä. Maan väkiluku on noin 63 miljoonaa ja näistä noin 48 % on alle 15-vuotiaita. Maan virallinen kieli on ranska, mutta maassa puhutaan myös useita paikallisia kieliä, kuten lingala, kiswahili, kikongo ja tshiluba. Noin puolet väestöstä kuuluu roomalaiskatoliseen kirkkoon, 20 % kuuluu protestantteihin, muita uskontoja ovat islam ja paikalliset uskonnot. (Mwanza 2008, 168–169.)

Kongossa sairauksien syntyperää ei ymmärretä biolääketieteen tavoin. Osa uskoo siihen, että kaikille ihmisille tapahtuu pahoja asioita, kuten sairastuminen. Uskotaan myös, että sairaus on Jumalan kosto ihmisen pahoista teoista tai että joku kateellinen ihminen on langettanut kirouksen sairastuneen ylle. Erityisesti pelätään mielen sairauksia, joiden ajatellaan olevan parantumattomia. Perinteisiä hoitomuotoja, kuten yrtilääkintää ja rukouksia, käytetään yleisesti. (Mwanza 2008, 168–175.)

Kongon lakeihin pohjautuen perherakenne on patriarkaalinen, lapset ovat osa isän sukua. Lapsen syntyminen on merkittävä iloinen asia ja lapselle annetaan nimi heti syntymänsä jälkeen. Lapsen nimi muodostuu isän ja suvun nimistä sekä ranskalaisesta nimestä. Monissa etnisissä ryhmissä nimi valitaan lapsen syntymähetken olosuhteiden mukaan, esimerkiksi kaksoisille annetaan tiettyjä nimiä. Lapsilta odotetaan aikuisia kunnioittavaa ja kohteliasta käytöstä. Huonoa käytöstä on, jos lapset puhuttelevat aikuisia nimeltä. Omien vanhempien lisäksi muitakin aikuisia kutsutaan maman tai papa. Isovanhemmat ovat lempeitä ja suvaitsevaisia. Sukupuoliroolit ovat

voimakkaat ja tyttöjen odotetaan asuvan kotonaan kunnes avioituvat. Jos tyttö muuttaa kotoa ennen avioitumistaan, häpäisee hän koko perheen. Koulutusta arvostetaan paremman elämän toivossa. Poikia kannustetaan opiskelemaan jopa ulkomailla samalla, kun tyttöjen odotetaan menevän mahdollisimman pian naimisiin eikä heidän kouluttautumistaan kannusteta. (Mwanza 2008, 168–175.)

Kongolaisten lasten odotetaan keskustellessa katsovan maahan eikä suoraan vanhempien silmiin, erityisesti jos on kysymys lapsen nuhtelemisesta. Koskettamisesta ei ole olemassa mitään erityistä sääntöä tai rajoitusta. Joissakin uskonnollisissa ryhmissä miehet eivät tervehdittäessä saa halata muita naisia kuin omaa vaimoaan. Täsmällisyyttä ei arvosteta ja harvoin mitään tapahtuu täsmällisesti sovittuun aikaan. Elämää eletään tässä hetkessä eikä tulevaisuuden suunnitelmia ole tapana tehdä. Korkea kipukynnys on yleistä eivätkä miehet saa näyttää kipuaan. Aikuisten oletetaan kestävän enemmän kipua, lapsille sallitaan enemmän. Kivun ilmaiseminen vaihtelee kivun aiheuttajan mukaan. Esimerkiksi kuukautiskivut koetaan luonnollisiksi eikä niitä ilmaista, kun taas aviomiehen lyönnistä johtuva kipu tuodaan voimakkaasti esiin. (Mwanza 2008, 168–175.)

### 6.3.2 Nigerian liittotasavalta

Nigerian liittotasavalta sijaitsee läntisessä Afrikassa ja sen maasto vaihtelee rannikon mangrovemetsistä pohjoisen aavikkoon. Nigerian väestö on nuorta, sillä lähes 50 % väestöstä on alle 18-vuotiaita. Viimeisimmässä väestölaskennassa vuonna 2006 maassa oli noin 162 miljoonaa asukasta, joista noin 60 % eli köyhyysrajan alapuolella. Maan virallinen kieli on englantia. Nigerianlaisista kielistä kolme suurinta ovat hausa, igbo ja yoruba. Lukuisilla etnisillä ryhmillä, joita arvellaan olevan noin 380, on kuitenkin omat elävät kielensä ja yhteensä Nigeriassa arvioidaan olevan noin 250–300 kieltä. Noin puolet nigerialaisista on muslimeja, noin 40 % on kristittyjä ja noin 10 % perinteisiä paikallisia uskontoja harjoittavia. Väestöstä noin puolet asuu maaseudulla ja puolet kaupungistuneilla alueilla. (Adeyemo 2008, 535–536.)

Terveys ja sairauksien ennaltaehkäiseminen ovat nigerialaisille tärkeitä. Terveyttä edistäviä toimia ovat henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, hyvä ravitsemus ja ympäristön puhtaus. Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän lisäksi käytetään yleisesti perinteisiä hoitomuotoja kuten kansanparantajia, ennustajia, yrtilääkintää ja kättilöitä. Nigeriassa esiintyy lapsilla sirppisoluanemiaa ja syöpätaudeista Burkittin lymfoomaa ja leukemiaa. Hoitokulttuuri on holhoavampaa kuin Euroopassa, samalla kuitenkin hoitohenkilökuntaan suhtaudutaan positiivisesti. Kivun ilmaiseminen vaihtelee etnisten ryhmien mukaan. Fulanit ja Igbot kärsivät kivun stoalaisesti kun taas Yorubat ilmaisevat kivun hyvin voimakkaasti. Lapset saavat ilmaista kipuaan, vaikka heitä opetetaan sietämään kipua paremmin. (Adeyemo 2008, 535–540.)

Nigeriassa katsekontakti on hyväksyttyä iästä huolimatta, vaikka nuoremmat saattavatkin välttää arvostettujen vanhusten silmiin katsomista. Joissakin kulttuuriryhmissä kuitenkin saatetaan välttää katsekontaktia. Fyysi-

nen koskeminen on sallittua, mutta sitä ei julkisessa kanssakäymisessä juuri toteuteta. Miehet saattavat kätellä toisiaan ja naiset halata toisiaan tavatessaan, mutta käsi kädessä kävelemistä ei afrikkalaiseen tapaan tehdä. Aikaan suhtaudutaan joustavasti eikä juuri kukaan tule tapaamiseen täsmällisesti. Liike-elämässä täsmällisyys on kuitenkin tärkeää. (Adeyemo 2008, 535–540.)

Nigerialaisissa perheissä miehet tekevät tärkeät päätökset mukaan lukien sairaudenhoitoon liittyvät päätökset. Voi käydä jopa niin, että sairastunut perheenjäsen joutuu odottamaan useita päiviä perheenpään päätöstä sairaalaan hakeutumisesta. Nykyisin kuitenkin naisten asema on tasa-arvoistunut. Lastenhoitotavat vaihtelevat alueittain, mutta yleisesti ottaen kasvatusta on tiukkaa. Lasten odotetaan olevan tottelevaisia ja käyttäytyvän hyvin. Heidän täytyy olla hiljaa ja käyttäytyä kunnioittavasti aikuisia kohtaan. Koko lähisuku osallistuu lastenkasvatukseen, vaikka äidin katsotaankin olevan vastuussa lapsen käytöksestä. Perinteisissä perheyhteisöissä poikien ei tarvitse osallistua kodin askareisiin, mutta yleisesti ne ovat perheen kaikkien lasten opeteltavia. Imettämiseen liittyy myös kaksi tabua: imettävän äidin on häpeällistä olla seksuaalisessa kanssakäymisessä imettämisen aikana ja raskaana ollessaan imettäminen ei ole hyväksyttävää. (Adeyemo 2008, 535–540.)

### 6.3.3 Somalia

Somalia sijaitsee Itä-Afrikan Afrikan sarvessa. 1980-luvulta lähtien Somaliassa on ollut sisällissotia, levottomuuksia, kuivuutta ja nälänhätää. Suuri osa maasta on humanitaarisen avun tarpeessa. Se on yksi maailman köyhimmistä ja kehittymättömmistä maista. Somalian väkiluvuksi lasetaan 8,8 miljoonaa ihmistä, joista noin miljoona asuu pakolaisina muun muassa naapurimaissa. Tuhansia somalialaisia asuu turvapaikanhakijoina Yhdysvalloissa ja Euroopassa. Maan virallinen kieli on somalian kieli ja lisäksi maassa puhutaan arabiaa. Vain noin puolet miehistä ja noin neljäsosa naisista ovat luku- ja kirjoitustaitoisia. Somaliassa on valtionuskontona islam. Useissa osissa Somaliassa on voimassa islamilainen sharia-laki, jonka mukaiset rangaistukset ovat länsimaalaisittain erittäin ankaria sisältäen muun muassa kuolemanrangaistuksen. (Rodd 2008, 648–652.)

Somaliassa terveydenhoito on sairauskeskeistä eikä sairauksien ennaltaehkäisyä tunneta. Sairauksien katsotaan johtuvan ihmiseen vaikuttavista pahista hengistä. Sairauksien hoitona voi olla esimerkiksi pahojen henkien ajaminen ulos pitkien seremonioiden avulla tai erilaisten yrttien käyttäminen, veren valuttaminen sekä kuumennettujen tikkujen laittaminen iholle. Lapsuuden sairauksien katsotaan johtuvan maitohampaiden kulmahampaista ja siksi monelta lapselta poistetaan ne. Länsimaisia lääkkeitä käytetään, jos niitä on. Terveydenhoitohenkilökuntaa arvostetaan paljon ja heidän palveluitaan käytetään silloin kun niitä on saatavissa. Sairaalamaksut maksetaan suvun rahastosta, johon suvun sisällä kerätään etukäteen rahaa. Somalialaiset eivät halua näyttää heikkouttaan ja kivun esilletuominen kuvastaa heikkoutta. Tämä näkyy erityisesti synnytyksen yhteydessä, jolloin somalinainen ei ilmaise kipuaan. (Rodd 2008, 648–652.)

Somalialaisille pojille ja tytöille tehdään sukupuolielinten ympärileikkaus. Pojat ympärileikataan ennen viiden vuoden ikää. Tyttöjen ympärileikkaus tarkoittaa usein ulkoisten häpyhuulien ompelemista yhteen. Tämä tehdään vauva- tai pikkulapsi-iässä. Synnytyksen yhteydessä häpyhuulien ompeleet avataan ja synnytyksen jälkeen ne ommellaan uudelleen kiinni. (Rodd 2008, 648–652.)

Täsmällisyys ei ole tärkeää somalialaisessa kulttuurissa. Tapaamiseen voidaan tulla etuajassa vaikka yleisemmin tullaankin myöhässä. Katsekontakti koetaan epäkohteliaaksi ja sitä vältetään. Miehen ja naisen välinen koskettaminen on kiellettyä muuten kuin perheenjäsenten kesken. (Rodd 2008, 648–652.)

Somalialaisessa perheessä naista arvostetaan ja naisen vastuulla on lastenkasvatus ja koti-taloudesta huolehtiminen. Mies on perheen pää ja elättäjä, joka määrää perheen asioista kodin ulkopuolella. Perheyhteisöön kuuluu ydinperheen lisäksi muitakin sukulaisia. Kaksi perhettä voi myös asua yhdessä myös ilman sukulaisuussuhdetta. Yhdessä asumista säätelevät kuitenkin islamilaiset säännöt, joiden mukaan miehet ja naiset eivät ole toistensa kanssa tekemisissä. Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen nainen saa runsaasti tukea suvun muilta naisilta. Synnytyksen jälkeen nainen on kotonaan 40 päivän ajan, jona aikana suvun naiset hoitavat myös lasta. (Rodd 2008, 648–652.)

#### 6.3.4 Ghana

Ghana sijaitsee Länsi-Afrikassa. Maassa asuu noin 22 miljoonaa asukasta, joista noin 31 % elää köyhyysrajan alapuolella. Maan virallinen kieli on englantia ja muita puhuttuja kieliä ovat muun muassa akan, moshi-dagomba, ewe ja ga. Maan etnisinä ryhminä suuruusjärjestyksessä ovat Akan, joita on lähes puolet väestöstä ja Moshi-Dagom, Ewe ja Ga-Dangme. Yli puolet väestöstä on kristittyjä, mutta maassa on myös muslimeja ja erilaisia paikallisia alkuperäisuskontoja. (Darkwah 2008, 273–277.)

Ghanassa sairastumisen katsotaan johtuvan pahoista hengistä ja siksi uskotaan myös, että niiden parantamiseksi tarvitaan hengellisiä parannuskeinoja. Perinteisiä parannuskeinoja käytetään rinnakkain biolääketieteen keinojen ja julkisen terveydenhuoltopalveluiden kanssa. Perinteisiä hoitomuotoja ovat muun muassa yrttien käyttäminen ennaltaehkäisevästi ja sairauksien hoidossa sekä amulettien käyttäminen sairauksien ehkäisemisessä. Maassa on myös erilaisia yksityisiä neuvontapalveluita ja lääkkeitä myyviä kioskeja, joista ihmiset hakevat neuvoa sairauksien itsehoitoon. Terveydenhuoltojärjestelmä on erittäin hierarkkinen ja lääkärit odottavat kunnioittavaa käytöstä. (Darkwah 2008, 273–277.)

Ghanalaisten aikakäsitys on enemmän tilanteeseen orientoitunutta kuin aikaan orientoitunutta. Meneillään olevan sosiaalisen tapahtuman, kuten keskustelun, saattaminen loppuun koetaan tärkeämmäksi kuin täsmällisyys ajan suhteen. Silmiin katsominen on hyväksyttyä keskustelun aikana, vaikka tuijottaminen koetaankin epäkohteliaaksi. Perinteitä kunnioittavissa

yhteisöissä lasten odotetaan välttävän katsekontaktia kunnioituksen osoituksena. Miesten ja naisten odotetaan pidättäytyvän tunteenosoituksista, kuten koskettamisesta ja suutelemisesta julkisella paikalla. Samaa sukupuolta olevien käsi kädessä käveleminen puolestaan on normaalia, eikä siinä ole länsimaista seksuaalista sävyä. (Darkwah 2008, 273–277.)

Perhejärjestelmä on Ghanassa patriarkaalinen ja sukupuolinen roolijako vahva. Vanhempia kunnioitetaan. Toisaalta perhekeskeisyys on yksilön kannalta positiivinen voima ja lähisuvulta saatava tuki merkitsee paljon. Suvulla on myös suuri merkitys kulttuurisen perinnön välittämisessä lapsille. Yhteisöllisyys ja yhteisön etu menee individualismin edelle. (Darkwah 2008, 273–277.)

## 6.4 Aasialainen kulttuuri

Aasialaisessa kulttuurissa korostuu yhteisöllisyys. Myös yhteiskuntajärjestelmät ovat enemmän hierarkkisia. Kanta-Hämeen alueella asuu eniten Kiinasta, Thaimaasta ja Vietnamista muuttaneita pakolaisia ja turvapaikanhakijoita.

### 6.4.1 Thaimaa

Thaimaa sijaitsee Kaakkois-Aasiassa ja siellä asuu noin 67 miljoonaa asukasta, joista 10 % elää köyhyysrajan alapuolella. Väestöstä 75 % on thaimaalaisia, 14 % kiinalaisia ja loput paikallisia väestöryhmiä, kuten länsi- ja luoteisosissa asuvat san-heimo, pohjoisten alueiden vuoristolaisheimot, koillisalueen laot sekä Burman raja-alueen monit. Noin 80 % maan asukkaista asuu maaseudulla. Buddhalaisuus on valtionuskonto ja noin 4 % tunnustaa islaminuskoa. Buddhalaisuuskonnon lempeys näkyy ihmisten ainutlaatuisessa ystävällisyydessä. Thaimaalaisten hymy kuvastaa ystävällisyyttä ja on tervehdys, mutta se voi kertoa myös hämmennyksestä. (Ulkoasiainministeriö 2013a.)

Terveysten ylläpitämiseksi ja sairauksien hoitoon käytetään Thaimaassa länsimaisen lääketieteen rinnalla perinteisiä hoitomuotoja. Perinteisiä hoitomuotoja ovat kiinalaiseen lääketieteeseen kuuluvat hoidot, yrttien käyttäminen ja rukoukset. Myös buddhalaismunkkien siunaamia amuletteja käytetään pahojen henkien ja epäonnen torjumiseksi. Lääkäreitä ja sairaanhoitajia arvostetaan paljon Thaimaassa. Thaimaalaiset ja kiinalaiset odottavat saavansa lääkäriltään aina jotain lääkettä. He myös odottavat lääkkeen auttavan vaivoihin heti ja jos niin ei käy, he hakevat uusia lääkkeitä toiselta lääkäriltä jo seuraavana päivänä. He myös odottavat saavansa useita lääkkeitä samalla kertaa, eikä ole tavatonta, että potilas saakin reseptit uusimmasta markkinoille tulleesta antibiootista, yhdestä tai useammasta kipu-lääkkeestä, turvotusta vähentävästä lääkkeestä, monivitamiineista ja uni-lääkkeistä hoitaakseen tavallista vilustumista. Tämä tapa on ehkä tullut siitä, että perinteisellä kiinalaisella vastaanotolla lääkäri sai maksun määräämistään lääkkeitä eikä lääkärinpalkkiona. (Waikagul 2008, 708–712.)

Täsmällisyys ei ole thaimaalaiselle tärkeää ja ajatukset kohdistuvat enemmän olemassa olevaan hetkeen. Menneet epämiellyttävätkin asiat unohdetaan ja annetaan anteeksi nopeasti. Koskettamiseen liittyy useita sääntöjä. Pään ajatellaan olevan pyhä, ja vain lasten päätä on lupa taputtaa. Potilaan kehon ylitse on epäkohteliasta kurottautua samoin kuin astua lattialla makaavan potilaan ylitse. Mieslääkärit eivät saa koskea naispotilaisiin. Kätteleminen vierasmaalaisen kanssa hyväksytään, vaikka thaimaalaiset eivät kätele toisiaan. Heidän tervehdyksensä on niin sanottu wai-ele, jossa käsivarsia pidetään kämmenet vastakkain rinnan ja kasvojen eteen koukistettuna ja kumarretaan. On epäkunnioittavaa osoittaa toista ihmistä jalkateerällä. (Waikagul 2008, 708–712.)

Thaimaassa mies on virallisesti perheen pää, mutta kulissien takana nainen on se, joka useimmiten määrää asioista. Poikalapsia arvostetaan enemmän kuin tyttöjä. Valtaosaan perheitä kuuluu vielä perinteisesti ydinperheen lisäksi iso-vanhemmat. Erityisesti isoäidin merkitys lastenkasvatuksessa on suuri. Lapset opetetaan kunnioittamaan aikuisia, erityisesti vanhempia ihmisiä, vaikkakin lapsilla on väljyyttä kasvaa eikä kasvatusta ole turhan tiukkaa. (Waikagul 2008, 708–712.)

#### 6.4.2 Afganistan

Afganistan on islamilainen tasavalta, jonka rajanaapureita ovat Turkmenistan, Uzbekistan, Tadžikistan, Iran, Pakistan ja Kiina. Se on maailman köyhimpiä valtioita ja riippuvainen kehitysavusta. Miehistä 51 % ja naisista 21 % on luku- ja kirjoitustaitoisia. Maassa olevat etniset ryhmät ovat suuruusjärjestyksessä pataanit, tadzhikit, hazarat ja uzbekit. Etnisillä ryhmillä on oma kielensä. 80 % maan asukkaista on sunnimuslimeja, loput shiamuslimeja ja hinduja sekä kristittyjä on vain pieni vähemmistö. Islam säätelee niin yhteiskuntaa kuin sen tapakulttuuria ja juhlaperinteitäkin. (Todd & Ahmadzai 2008, 1–6.)

Afganistanissa ruumiillinen kurittaminen on yleistä erityisesti poikalapsien kohdalla, vaikka heitä arvostetaan enemmän kuin tyttöjä. Imettäminen aloitetaan yleisesti vasta kolmantena syntymän jälkeisenä päivänä, sillä uskotaan että colostrum eli ensimmäinen maito on haitallista. Maidon tilalla vastasyntynyt saa mietoa teetä. Vuonna 1997 UNICEFin arvioiden mukaan vain 25 % äideistä imettää lapsia syntymästä kolmen kuukauden ikään. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan noin puolet äideistä imettää lastaan kahden vuoden ikään asti. Äidinmaidon lisäksi lapset saavat laimealla teellä pehmenettyä nan-leipää. Jatkuva aliravitsemus onkin yleistä ja noin puolet alle viisivuotiaista on alipainoisia ja heillä on kasvun viivästymistä. (Todd & Ahmadzai 2008, 1–6.)

#### 6.4.3 Vietnam

Vietnam eli Vietnamin sosialistinen tasavalta sijaitsee Kaakkois-Aasiassa ja sen rajanaapureita ovat Kambodža, Laos ja Kiina. Maassa asuu noin 91 miljoonaa asukasta ja se on maailman 14. suurin valtio. Noin 20 % maan asukkaista elää köyhyysrajan alapuolella. Vietnamin virallinen kieli on

vietnam. Noin 87 % maan asukkaista kuuluu kinh-vietnamilaisten etniseen ryhmään. Sen lisäksi maassa on 53 etnistä vähemmistöä, jotka puhuvat yhteensä 86 eri kieltä. Hoat eli kiinalaiset ovat toiseksi suurin ryhmä ja muita ryhmiä ovat muun muassa tait, thait, khmerit ja muongit. Pienimmät kansat ovat kooltaan alle tuhannen hengen ryhmiä. Maassa ovat vuosisatojen aikana sekoittuneet uskontoina buddhalaisuus, konfutsealaisuus ja taolaisuus paikallisten uskontojen, kuten cao dailaisuuden ja hoa haolaisuuden kanssa. Maassa on myös pieni määrä protestanttien, islamilaisten ja hindujen ryhmiä. (Vietnamseura 2013; Ulkoasiainministeriö 2013b; Rätty 2002, 33.)

Vietnamilaiset käyttävät paljon luonnonlääkkeitä ylläpitääkseen terveyttään ja itsehoitona sairauksiin. Sairauksien syntyä selitetään oman kulttuurin selitysmallien kautta. Sairaudet saatetaan nähdä kirouksena tai jumalan rangaistuksena tai epätasapainona jin ja jang energioiden välillä tai chi-energian tukoksena. Vietnamilaiset hoitavat mielellään akuutit sairaudet länsimaisin lääkkein ja kroonisia sairauksia he hoitavat mieluummin itämaisoin hoitokeinoin, sillä he ajattelevat niillä olevan vähemmän haitallisia vaikutuksia. Itämaisista ja perinteisistä hoitomuotoja ovat yrtilääkintä, hieronta ja akupunktuuri sekä muut kiinalaiseen lääketieteeseen kuuluvat hoidot. (Quach, Nguyen & Ngyen 2008, 773–778.)

Vietnamilaisten terveydenhoitohenkilöiden odotetaan tekevän työtään pyyteettömästi ja suurella sydämellä välittämättä niinkään rahasta. Nuoria, vasta-valmistuneita lääkäreitä ei arvosteta samoin kuin vanhempia, kokeneita lääkäreitä. Potilaita säästetään ikäviltä sairauteen liittyviltä asioilta, ja siitä johtuen he eivät useinkaan ymmärrä samaansa hoitoa. On tärkeämpää suojella potilasta, kuin kertoa sairauden todellinen laatu. Perinteitä noudattavassa thaimaalaisessa perheessä perheen vanhin miespuolinen henkilö tekee tärkeät terveydenhoitoon liittyvät päätökset. (Quach, Nguyen & Ngyen 2008, 773–778.)

Suoraan toisen silmiin katsominen on Vietnamissa kaupungistuneilla alueilla jo hyväksyttyä, mutta maaseudulla on vielä epäkohteliasta katsoa puhkumppania silmiin. Edelleenkin naiset välttävät miehen silmiin katsomista, sillä se saatetaan tulkita intohimon merkiksi eikä tunteita kuulu näyttää julkisesti. Silmänisku tarkoittaa, että viesti on vastaanotettu. (Quach ym. 2008, 773–778.)

Siskot ja veljet eivät saa koskea tai suukotella toisiaan. Naisen rinnan ajatellaan olevan imeväisen ruuan lähde ja vartalo vyötäröstä alaspäin polviin asti pidetään yksityiselämässäänkin täysin verhottuna. Kipu tulkitaan tunneongelmaksi, josta vietnamilainen ei halua puhua edes hoitajalleen. He kärsivät kokemansa kivun tynesti ja jopa hymyillen näyttääkseen olevansa vahvoja. Hyvin harvoin he pyytävät kivunlievitystä. (Quach ym. 2008, 773–778.)

Vietnamissa ihmisen pään ajatellaan olevan sielun keskus, eikä toista ihmistä ole siksi soveliasta koskettaa päähän. Pieniä lapsia on kuitenkin lupa taputtaa päähän. Samaa sukupuolta olevien kesken on lupa koskettaa. Miehellä ei ole lupaa koskettaa vierasta naista. Kätteleminen on yleistynyt

tervehdimistapana miesten kesken, mutta mies ei saa ojentaa kättään naiselle tai arvoasteikossa häntä ylempänä olevalle henkilölle. (Quach ym. 2008, 773–778.)

Puhutellessa nimet kuuluu sanoa tietyssä järjestyksessä eli sukunimi, toinen etunimi, ensimmäinen etunimi. Hyviin käytöstapoihin kuuluu seistä keskusteltaessa kunnioituksen osoituksena eikä toista ihmistä saa osoittaa sormella. Muita vietnamilaisen tapakulttuurin mukaisesti epämiellyttäviä asioita ovat jalkojen laittaminen huonekalujen päälle, kolmen ihmisen ryhmän valokuvaaminen ja erimielisyyden osoittaminen. Aikaan suhtautuminen on erilaista kuin länsimaissa. Tärkeät tapahtumat aikataulutetaan kuun kierron mukaan. Myös tietyt numerot voivat kertoa onnesta tai epäonnesta ja päätökset pyritään tekemään suotuisissa merkeissä. (Quach ym. 2008, 773–778.)

Vietnamilaisessa kulttuurissa korostuu yhteisöllisyys. Yksilö on ennen kaikkea yhteisön jäsen eikä yksilö. Voimakkaat perhesiteet ja perheen sisäinen solidaarisuus vaikuttavat siten, että perheen ”kasvot” eli kunnia halutaan säilyttää kaikissa tilanteissa. Yksilö on koko elämänsä riippuvainen lapsuudenperheestään ja lasten itsenäistyminen tapahtuu vasta naimisiin mentyä, silloinkin naiset säilyttävät oman nimensä. Iällä on suuri merkitys perheen sisäisissä ja yhteiskunnallisissa suhteissa. Korkea ikä yhdistetään viisauteen ja elämäkokemukseen, joita arvostetaan korkealle. Vanhempia ja jopa esivanhempia kunnioitetaan. Lasten odotetaan tottelevan vanhempiaan ja täyttävän perheen odotukset eikä niinkään tekevän itsenäisiä päätöksiä asioista. Esivanhempien kunnioitus muistuttaa yhteisön jatkuvuudesta ja harmonian säilyttämisen tärkeydestä. (Quach ym. 2008, 773–778.)

Uskonnot, eli taolaisuus, buddhalaisuus ja konfutsealaisuus sekä kansanuskonnot vaikuttavat vietnamilaisien arkipäiväiseen elämään. Vietnamilaiset ovat ystävällisiä ja pidättyväisiä. Omia huolia ei kerrota ja muodollinen puhetapa on tyypillistä. Asioita lähestytään kierrellen eikä epämieluisia asioita haluta sanoa suoraan. Kohtelias vaikeneminen tarkoittaa samaa kuin ei-sana, jota on vaikea sanoa. On parempi olla hiljaa kuin olla eri mieltä. (Quach ym. 2008, 773–778.)

Vietnamissa miehet perinteisesti vastaavat perheen taloudellisesta hyvinvoinnista ja naiset osallistuvat lapsia, lasten koulutusta, terveydenhoitoa ja taloudenpitoa koskevaan päätöksentekoon. Päätökset pyritään tekemään ottaen huomioon kuunkierto ja astrologiset olosuhteet. Lastenkasvatukseen osallistuu koko perheyhteisö ja erityisesti isoäidin merkitys on tärkeä, sillä heidän ajatellaan olevan viisaita ja heillä on paljon kokemusta elämästä. Isovanhemmat myös usein hoitavat lapsia vanhempien ollessa töissä. Isovanhempien puuttuessa vanhin lapsista huolehtii nuoremmista lapsista. (Quach ym. 2008, 773–778.)

#### 6.4.4 Kiinan kansantasavalta

Kiinan kansantasavalta on maailman kolmanneksi suurin maa, jossa on asukkaita noin 1,5 miljardia. Poikalasten suosinta on johtanut vääristyneeseen sukupuolijakaumaan siten, että 119 poikaa kohden syntyy 100 tyttöä.



Tiibet kuuluu myös Kiinaan. Hong Kong ja Macao ovat Kiinan kansantavallan autonomisia erityishallintoalueita. Antropologien mukaan Kiinassa on useita satoja tunnistettavissa olevia vähemmistöryhmiä, joista 55 on virallisesti tunnustettuja. 92 % väestöstä kuuluu han-kiinalaisiin ja muita virallisesti tunnustettuja etnisiä ryhmiä ovat muun muassa zhuangit, uiguurit, hui, yi, tiibetiläiset, miao, mancut, mongolit, buyit ja korealaiset. (Ulkoasiainministeriö 2013c.)

Kiinan virallinen kirjakieli on pohjoiseen regionalektiin luettava putonghua eli mandariinikiina, jota puhuu noin 70 % väestöstä. Muita rerinalekteja ovat muun muassa kanton, hakka ja Shanghaiin murre. Eri regionalektiin puhujat eivät yleensä ymmärrä toistensa puhuttua kieltä. Kiinassa on viisi valtion tunnustamaa uskontoa. Buddhalaisia on noin 100 miljoonaa, islamilaisia on noin 20 miljoonaa, taolaiset, protestantteja on noin 16 miljoonaa ja katolisia on noin 6 miljoonaa. Taolaisuutta tunnustavien määräästä ei ole tilastoitua tietoa. (Zhao, Lee & Kam Wong 2008, 158–164; Ulkoasiainministeriö 2013.)

Kiinalaisilla on holistinen käsitys ihmisestä, terveydestä ja sairauksien synnystä. Sairauksien ennaltaehkäiseminen nähdään tärkeänä. Lapsille opetetaan jo nuorina, että terveydestä huolehtiminen on tärkeää ja kehon vahingoittamista tulee välttää. Terveys nähdään ihmisen henkisen ja fyysisen olemuksen tasapainona ympäröivän luonnon kanssa. Sairastuminen puolestaan johtuu chi-energian häiriöstä. (Zhao, ym. 2008, 158–164.)

Perinteistä kiinalaista lääketiedettä käytetään länsimaisen lääketieteen rinnalla, ja ihmisillä on mahdollisuus valita haluamansa hoitomuoto. Oleellisena ajatuksena terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien hoidossa on myös käsitys kuumista ja kylmistä ruuista, fyysisestä yleisvoinnista, sairauksista ja oireista. Potilaat eivät kerro avoimesti voinnistaan tai oireistaan tai aiemmista hoidoistaan, vaan he odottavat lääkärin ja hoitajien tulkitsevan epäsuoria viestejä. Toisaalta on myös niin, ettei potilaille välttämättä kerrota paljoakaan tietoa sairaudesta, saamistaan lääkkeistä tai tehtävistä tutkimuksista. Jos lapsi joutuu sairaalaan, ainakin toinen vanhemmista on hänen seuranaan koko sairaalassaolon ajan. Perheenjäsen huolehtii potilaan puhtaudesta ja syömisestä. Vakavan sairauden yhteydessä lääkäri neuvottelee hoidosta perheenjäsenen eikä potilaan kanssa. (Zhao, ym. 2008, 158–164.)

Kiinassa korostetaan yhteisöllisyyttä enemmän kuin yksilöllisyyttä. Yksilön arvo riippuu sukupolvesta, iästä, syntymäjärjestyksestä, sukupuolesta ja sosiaalisesta asemasta. Vanhemmat tekevät lasta koskevat päätökset yhdessä ja osallistuvat aktiivisesti lapsen koulutukseen ja elämään. Isä kuitenkin osallistuu vähemmän päivittäiseen lastenkasvatukseen. Isovanhempia kunnioitetaan ja yleisesti arvostetaan sitä, että lapset huolehtivat omista iäkkäistä vanhemmistaan. Vanhemmat ovat sallivia lapsiaan kohtaan, ja isovanhemmat hoitavat lapsia vanhempien tehdessä töitä. Kun lapset kasvavat isommiksi, heidän odotetaan kunnioittavan auktoriteetteja ja olevan tottelevaisia. (Zhao, ym. 2008, 158–164.)

Kiinassa lapsia kannustetaan osallistumaan erilaisiin aktiviteetteihin, kuten urheiluun, koulupäivien jälkeen. Lastenkasvatusmenetelminä käytetään yleisesti lasten häpäisemistä tai syyllistämistä. Lasten tulee oppia peittämään tunteensa eikä aggressiivista käytöstä hyväksyä. Lapsia opetetaan olemaan epäitsekkäitä ja kilpailuhenkeä saa tuoda esiin vain ryhmässä. Tunteiden näyttämistä pidetään luonteen heikkoutena. Koska kiinalaiset ovat haluttomia näyttämään negatiivisia tunteitaan, kuten vihaa ja kipua, ei niitä yleensä tuoda esiin. Potilas saattaa jättää kertomatta kivustaan eikä pyydä siihen mitään lääkitystä. (Zhao, ym. 2008, 158–164.)

Kiinalaiset eivät mielellään kosketa vierasta ihmistä ja tervehtiminen tapahtuukin kevyesti kumartaen tai päätä nyökäyttämällä. Potilaana ollessaan kiinalainen olisi mieluummin hoidettavana samaa sukupuolta olevan lääkäri tai hoitajan kanssa. Silmiin katsominen on sallittua, mutta pitkää katsetta pidetään sopimattomana. Aikakäsitys on epätarkka ja puhuttaessa menneestä ja nykyhetkestä aikamuoto pysyy samana. (Zhao, ym. 2008, 158–164.)

## 6.5 Islamilaisuus

Islam on maailmanuskonto, joka on levinnyt kaikkiin maanosiin ja lomitunut yhteen monien paikallisten kulttuurien kanssa. Islamin perinteinen ydinalue on arabimaailma ja Lähi-itä sekä Iran ja Turkki. Väestömäärältään suurin uskonnollisesti islamin hallitsema valtio on Indonesia. Islam on pääuskonto myös Pakistanissa, Afganistanissa, Uzbekistanissa, Tadzikistanissa, Kazakstanissa, Turkmenistanissa ja Azerbaidzanissa. Muslimien suhtautuminen lääketieteeseen, hoitoihin ja terveydenhuoltoon määräytyy pääsääntöisesti Koraanin ohjeiden mukaan. (Abdel-Ghani 2013, 29.)

Terveydenhuollon asiakkaana musliminaisella on oltava miessaattaja mukana. Mieshenkilö voi olla aviopuoliso, oma lapsi, veli, setä tai eno. Mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja hoitajan tulisi olla samaa sukupuolta kuin potilas. Mukana olevan tulkkii voi olla mies tai nainen silloin, kun potilasta ei riisuta tai kyseessä ei ole intiimi sairaus. Musliminaisen vaatteet tulee peittää koko vartalo ja kädet. Kasvot saavat näkyä. Muslimimies ei saa paljastaa ruumistaan navasta polviin edes miespuolisille, paitsi tutkimuksen ja hoidon yhteydessä. Nainen ja mies saavat näyttäytyä alasti vain puolisoina. (Abdel-Ghani 2013, 34; Serkkola & Allahwerdi 1997, 85.)

Ympärileikkaus pojille on tärkeä toimenpide muslimimaissa ja Israelissa, hyväksytty USA:ssa ja laillisesti siedetty Euroopassa ja Suomessa. Poikien ympärileikkaus on muslimille sekä uskonnollinen että lääketieteellinen toimenpide. Tyttöjen ympärileikkaus on kielletty lailla myös maissa, joissa sitä tehdään melkein kaikille tytöille (Abdel-Ghani 2013, 44.)

Terveydenhoidosta Koraanissa määrää, ettei muslimia saa pääsääntöisesti hoitaa kielletyillä aineilla tai menetelmillä. Parannusmenetelmien tulee olla sopivia islamilaisen lain kanssa eli alkoholia tai huumeita ei saa käyttää hoitomenetelminä. Kivun hoidossa saa toki käyttää opiaatteja samoin kuin alkoholia esimerkiksi haavojen puhdistuksessa. Vakavasta sairaudesta ei kerrota potilaalle suoraan, vaan asia kerrotaan hienotunteisesti

läheisille, jotka välittävät tiedon omalla tavallaan potilaalle. (Abdel-Ghani 2013, 60, Serkkola & Allahwerdi 1997, 89.)

Hygieniaohteiden noudattaminen on osa muslimin jokapäiväistä toimintaa. Muslimi rukoilee viisi kertaa vuorokaudessa ja peseytyy tai pysyy puhtaina ennen jokaista rukousta. Verensiirtoja saa muslimille suorittaa ja muslimi saa luovuttaa verta, mutta siitä ei saa ottaa maksua. Veren ajatellaan olevan pyhää, ja se on myös sukulaisuuden tunnus. Siksi monet muslimit pitävät verikokeita ja verensiirtoa joskus pelottavanakin asiana. Verensiirron yhteydessä verta tulee kohdella kunnioittavasti. (Abdel-Ghani 2013, 63, 66–67, Serkkola & Allahwerdi 1997, 86.)

Lasten hoitoon käytetään kaikkia hyväksytyjä hoitomuotoja, eikä islam rajoita niitä millään tavalla. Vanhempien valta lastansa kohtaan on islamissa selkeästi määritelty, ja sillä on rajansa. Kaikki mikä voi vahingoittaa lasta fyysisesti tai henkisesti, on kiellettyä. Siitä huolimatta tyttöjen ympärileikkausta ja lasten fyysistä kuritusta harjoitetaan laajasti. (Abdel-Ghani 2013, 67.)

Perhe on tärkeä islaminuskaiselle ja he pitävät perhettä kansakunnan ja hyvinvoinnin perustana. Perheen kuuluu huolehtia jäsenistään ja heidän terveydestään. Terveystenhoitohenkilökuntaa kohdellaan kuin vierasta ja toisuskaisina. Kanssakäyminen säilyy asiallisella linjalla, eikä sanota mitään sellaista suoraan, jonka ajatellaan olevan loukkaavaa. Perheen mies hoitaa suhteita viranomaisiin ja yhteiskuntaan, nainen puolestaan hoitaa kodin ja suhteet sukulaisiin. Miestä tulisikin vastaanottotilanteessa lähestyä ja puhutella ensiksi. Naisen silmiin katsomista tulisi mieslääkärin tai –hoitajan välttää, ettei katsomista tulkita seksuaaliseksi viestiksi. (Serkkola & Allahwerdi 1997, 86–89.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilökunnan ja eri kulttuureista tulevien lapsipotilaiden sekä heidän perheidensä välistä kommunikointia. Maahanmuuttajat ovat yhä näkyvämpi ryhmä terveydenhuollon asiakkaina. Opinnäytetyöhön sisältyvällä kulttuuritietoudella ja kuvakorteilla voi parantaa maahanmuuttajaperheiden ja hoitohenkilökunnan välistä kommunikointia tilanteissa, joissa ei ole käytettävissä yhteistä kieltä, eikä tulkkia.

Opinnäytetyön tavoitteena oli valmistaa kuvakortit kommunikoinnin apuvälineeksi Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osaston sekä lasten ja nuorten poliklinikan käyttöön. Tavoitteena oli myös sisällyttää opinnäytetyöhön tietoa eri kulttuureiden merkityksestä vuorovaikutuksessa. Kuvakorttien käyttäminen ei rajaa mitään kansallisuutta tai kieltä käytön ulkopuolelle.

## 8 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena valmistuu aina jotain konkreettista, kuten opas, tietopaketti, esitys, ohjeistus tai portfolio. Opinnäytetyöllä tulisi mielellään olla toimeksiantaja ja aiheen tulisi olla työelämälähtöinen. Opinnäytetyöprosessi ohjaa parhaimmillaan ammatillista kasvua, urasuunnittelua ja työllistymistä. Hyvän opinnäytetyön aihe nousee koulutusohjelman opinnoista sekä auttaa syventämään tietoja ja taitoja itseä kiinnostavasta aiheesta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 16–17, 51.)

Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä tulisi yhdistyä käytännön toteutus, eli konkreettinen tuotos ja raportointi tutkimusviestinnän keinoin, eli teoreettinen viitekehys ja opinnäytetyön prosessin kuvaus. Toiminnallinen opinnäytetyö mahdollistaa myös yhteisten kokemusten nostamisen teoreettisen tarkastelun ja keskustelun kohteeksi. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 7–9.)

### 8.1 Suunnittelu

Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus kannattaa aloittaa toimintasuunnitelman laatimisella, koska opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja. On tärkeää selvittää mitä on tekemässä ja että sitoutuu toimintasuunnitelmaan. Koska toiminnallisella opinnäytetyöllä luodaan jotain uutta alalle, on tarpeellista selvittää onko vastaavaa aihetta jo käsitelty aiemmin. Tämän selvitystyön avulla voi tämentää oma opinnäytetyön idean ja tavoitteet. Kun tavoitteet ovat selvillä, voi miettiä miten aihetta tulisi rajata, mikä tuotoksen merkitys on kohde-ryhmälle ja millaisin keinoin asetetut tavoitteet ovat saavutettavissa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 26–27.)

Koska meillä on yhteiset sivuaineet, tutustuimme toisiimme yhteisten projektien kautta ja totesimme haluavamme tehdä parityönä opinnäytetyönkin. Olimme molemmat sitä mieltä, että aihepiiriin tulisi olla toiseen sivuaineeseemme liittyvä ja siksi valitsimme lasten- ja nuorten hoitotyön. Halusimme myös tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska halusimme tuottaa jotain konkreettista työelämälähtöisesti.

Valitsimme monikulttuurista hoitotyötä koskevan aiheen, koska maahanmuuttajat ovat näkyvä ryhmä terveydenhuollossa ja meillä molemmilla on ollut opintoihimme liittyvien työharjoittelujen ja kesätöiden yhteydessä kohtaamisia heidän kanssaan. Aiheena monikulttuurinen hoitotyö on laaja, ja oli välttämätöntä rajata sitä jotenkin. Olimme molemmat kokeneet kommunikointiongelmia tilanteissa, joissa hoidettavien kanssa ei ollut yhteistä kieltä. Tulevina sairaanhoitajina pohdimme sitä, miten tällaisissa tilanteissa on mahdollista turvata hyvän hoidon toteutuminen. Vuorovaikutuksesta monikulttuurisesta hoitotyössä on kirjoitettu paljon, mutta varsinaista tutkimusta aiheesta ei ole paljon tehty. Niissä opinnäytetöissä, joihin myös tutustuimme, kommunikoinnin haasteet tunnistettiin, mutta ratkaisukeinoja niihin ei ollut esitetty. Aiheeseen tutustuminen ja kuvakorttien toteuttaminen antaa meille valmiuksia omaan ammatilliseen kasvuun.

Opinnäytetyömme idea oli kehittynyt ajatuksissamme kesän 2012 aikana. Aloitimme opinnäytetyömme tarkemman suunnittelun syyskuussa 2012. Osallistuimme syyskuussa 2012 opintoihimme liittyviin Tutkiva ja kehitävä osaaja- opintokokonaisuuden oppitunteille. Näillä tunneilla tutustuimme opinnäytetyön toteuttamisen teoreettisiin ja eettisiin periaatteisiin. Opintojaksolta saimme tiedolliset valmiudet toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamiseen ja ohjausta tiedonhakuun eri tietokannoista. Esitimme opinnäytetyömme ideaseminaarissa marraskuussa 2012. Tutkimuslupa saatiin Kanta-Hämeen keskussairaalaan helmikuussa 2013 (Liite 1).

Asetimme opinnäytetyömme eri vaiheille aikataulun, jonka mukaan pyrimme kirjoittamaan opinnäytetyön viitekehyksen kevään 2013 aikana. Kuvakortit suunnittelimme saavamme lasten- ja nuorten osastolle ja poliklinikalle ennen 2013 kesälomia koekäyttöön. Opinnäytetyömme valmistumisajankohdaksi suunnittelimme lokakuun 2013. Saatuamme opinnäytetyötämme ohjaavalta opettajalta aiheellemme hyväksynnän, käynnistyi opinnäytetyön toteuttaminen.

Aloitimme kuvakorttien todellisen suunnittelun kesällä 2013. Löysimme internetistä sivuston, jossa oli paljon kuvakommunikointiin tarkoitettuja kuvia. Sivuston nimi on Papunet.net ja siellä on tietoa puhevammaisuudesta, kommunikoinnista ja selkokielestä. Nettisivulla on myös paljon kuvakommunikointimateriaalia, jota saa vapaasti hyödyntää epäkaupalliseen käyttöön, kunhan kuvan alkuperäinen lähde on merkitty kuvan käyttöyhteyteen. Kun valitsimme sopivia kuvia osaston ja poliklinikan käyttöön, pyrimme ottamaan huomioon hoitohenkilökunnan toiveet kartoittavan kyselyn vastausten perusteella. Halusimme myös kartoittaa kyselyllä kuvakorttien käyttökokemukset. (Papunet 2013.)

### 8.2 Toteutus

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen toteuttamistapa tulee valita niin, että se palvelee kohderyhmää parhaalla mahdollisella tavalla. Tällöin täytyy kiinnittää huomiota tuotoksen käytettävyyteen, asiasisällön sopivuuteen, informatiivisuuteen, selkeyteen ja johdonmukaisuuteen. Täytyy miettiä myös mistä tiedon hankkii eli lähdekritiikki on erityisen tärkeää. Toiminnallista opinnäytetyötä toteutettaessa tulee myös ottaa huomioon toteuttamisen aiheuttamat kustannukset, jotka opiskelija joutuu usein maksamaan itse. (Vilka & Airaksinen 2004, 51–53.)

Koska toiminnallinen opinnäytetyö tuottaa aina jotain konkreettista, on raportoinnissa selvitettävä niitä keinoja, joita tuotoksen saavuttamiseksi on käytetty. Raportoinnissa tulee myös selvittää lähdemateriaalin oikeellisuus, luotettavuus ja ajantasaisuus. On tärkeää myös kertoa konkreettisella tasolla miten tieto on hankittu ja miten toteutusta on viety eteenpäin. (Vilka & Airaksinen 2004, 54–55.)

Syys- ja lokakuun 2012 aikana teimme tarkempia suunnitelmia opinnäytetyön toteuttamisesta ja osallistuimme koulussamme järjestettyyn tiedonhakukoulutukseen, jossa saimme ohjausta luotettavien lähdemateriaalien etsimiseen. Käytimme tietokantoja Linda, Arto, Nelli ja Medic. Hakusanoi-

na käyimme suomen ja englanninkielisiä sanoja monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö, lasten- ja nuorten hoitotyö sekä maahanmuutto. Lähdekirjallisuutta löytyi mielestämme monipuolisesti ja helposti koulumme kirjastosta ja Hämeenlinnan kaupunginkirjastosta sekä Tampereen kaupunginkirjastosta. Teoreettisen viitekehyksen kokosimme lähinnä kirjallisuuden ja verkossa julkaistujen väitöskirjojen ja Pro Gradujen pohjalta. Internetlähteiden kohdalla olimme erittäin kriittisiä ja käyimme vain luotettavia sivustoja, kuten Tilastokeskus. Pyrimme valitsemaan 2000-luvulla kirjoitettuja materiaaleja, sillä maahanmuutto on aihealueena jatkuvassa muutoksessa. Erityisesti tutkimustietoa on julkaistu enemmän lähivuosina.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen tulisi palvella parhaalla mahdollisella tavalla kohderyhmää ja siksi teimme hoitohenkilökunnalle kyselyn tällä hetkellä käytössä olevista kommunikointikeinoista ja niiden toimivuudesta sekä niistä haasteista, joita hoitajat olivat kokeneet tilanteissa, joissa perheiden kanssa ei ollut yhteistä kieltä. Veimme Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuortenosastolle ja poliklinikalle näitä asioita kartoittavan kyselyn helmikuun 2013 alussa (Liite 2). Osastohoitajan kehoituksesta otimme kyselyyn mukaan myös lasten ja nuorten poliklinikan työntekijät, sillä he kohtaavat työssään samoja haasteita kuin osaston työntekijät. Kyselyyn oli mahdollista vastata kuukauden ajan, jonka jälkeen haimme vastaukset osastolta. Vastausten perusteella teimme yhteenvedon, jonka pohjalta pystyimme jatkamaan kuvakorttien suunnittelua.

Kartoittavassa kyselyssä esitimme kaksi kysymystä:

1. Millaisia kommunikointikeinoja on tällä hetkellä käytettävissä ja miten ne mielestäsi toimivat?
2. Millaisia hoitotyön haasteita koet olevan eri tilanteissa, joissa sinulla ei ole lapsen ja vanhempien kanssa yhteistä kieltä? Esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautuminen, mieluisan ravinnon saanti, osaston päivittäisten rutiinien selittäminen, kotihoito-ohjeiden antaminen, vierailu-aikojen selventäminen, oireiden seuranta, jotakin muuta)

### 8.2.1 Kartoittavan kyselyn tulokset

Vastauksista ei pystynyt suoraan päättelemään, työskenteleekö vastaaja lasten ja nuorten osastolla vai poliklinikalla. Toisaalta se ei mielestämme olekaan oleellinen tieto kulttuuritiedon ja kuvakorttien toteuttamisen kannalta, sillä pyrimme luomaan paikkaan sitoutumattoman kuvakorttijärjestelmän sekä kokoamaan lasten ja nuorten hoitotyöhön liittyvä kulttuuritietoa. Myös hoitotyön toiminnot ovat molemmissa yksiköissä suurimmaksi osaksi samanlaisia.

Ensimmäisen kysymyksen tuottama tieto vahvisti omaa käsitystämme osastolla ja poliklinikalla käytettävissä olevista kommunikointivälineistä. Tärkeimpinä kommunikointimenetelminä vastaajat mainitsivat tulkkipalvelut ja hoitajien oman kielitaidon ja vastaavasti asiakkaiden kielitaidon. Tulkkipalveluina oli käytetty tulkin läsnäoloa asiakastilanteessa tai puhelintulkkauksia. Tulkkina oli saattanut toimia myös yhteistä kieltä osaava

sukulainen, lapsi itse tai vastaanottokodin henkilökunta. Tulkkausta toteutettiin myös puhelimen sanakirjan avulla. Muina kommunikointivälineinä oli käytetty elekieltä, tukiviittomia, näyttelemistä ja osastolla olevaa kuvakansiota.

Kommunikoinnin haasteina hoitajat olivat kokeneet, että tulkkipalveluiden käyttö vaatii tulkin varaamista etukäteen eikä siten akuutissa tilanteessa, kuten päivystystapauksissa, tulkin käyttö ole mahdollista. Myös tulkin kykyjä tulkata lääketieteellistä terminologiaa pidettiin epäluotettavana ja tulkkien taso koettiin vaihtelevana. Puhelintulkkauksia koettiin hyvänä tapana silloin, kun tulkin ei ollut mahdollista tulla paikan päälle. Eettisesti arveluttavana pidettiin puolestaan sitä, että lapsi itse, joku sukulainen tai muu perheen ulkopuolinen taho toimii tulkkina silloin, kun virallista tulkkia ei ole käytettävissä.

Henkilökunnan kielitaito rajoittuu yleisimpiin kieliin, kuten ruotsi, englanti, ranska ja saksa. Hoitajien kielitaito vaihtelee näiden kielten osalta erittäin hyvän ja tyydyttävän välillä. Hoitajat kokivat, että olisi tarvetta myös muun muassa arabian ja venäjän kielten osaamiselle. Lääketieteellinen saanto vaatii erityisosaamista, jota kaikki eivät kokeneet hallitsevansa.

Suurin osa vastaajista kertoi käyttävänsä elekieltä kommunikoinnin apuna. Elekielen käytön ongelmana koettiin viestin ymmärtämisen epävarmuus. Kulttuurieroista johtuen saattavat vanhemmat myös nyökytellä ymmärtämisen merkiksi, vaikka ymmärtämistä ei olisikaan tapahtunut.

Kuvakirja on käytettävissä osastolla, mutta ei poliklinikalla. Kuvakirjaa ei myöskään voi viedä infektiohuoneeseen. Kuvakirjaa ei kukaan maininnut käyttäneensä kommunikoinnin apuvälineenä, käyttämättömyyden syytä ei tarkemmin selvitetty.

Toisella kysymyksellä pyrimme selvittämään millaisia hoitotyön haasteita hoitajat kokevat olevan eri tilanteissa, joissa hoitajalla ei ole lapsen ja vanhempien kanssa yhteistä kieltä. Vastauksista selvisi, että jotkut hoitajat kokivat jokapäiväisessä käytännön hoitotyön toteuttamisessa ongelmia ja jotkut taas kokivat pärjänneensä elekielellä ja puutteellisella kielitaidolla. Haasteellisina käytännön hoitotilanteina koettiin lapsen toimenpiteeseen valmistautuminen, kuten kanyylin laittaminen sekä nesteytys ja oireiden seuranta. Myös osaston päivittäisten rutiinien selittäminen, mieluisan ravinnon saanti, vierailuaikojen selventäminen ja hygienian hoito koettiin vaikeiksi. Ongelmalliseksi oli koettu myös lääkehoidon ohjaus ja kotihoito-ohjeiden antaminen.

Hoitohenkilökunnan mukaan esimerkiksi kotihoito-ohjeet ja lääkehoidon ohjaus pyritään toteuttamaan niin, että tulkki kääntää ohjeet vanhemmille. Tämän lisäksi ohjeet annetaan kirjallisena. Tietoa siitä, millä kielellä kirjalliset ohjeet annetaan, meillä ei ole. Yhden vastauksen mukaan potilaan kutsukirje poliklinikalle oli lähetetty suomenkielisenä perheelle.

Erilaisesta kulttuuritaustasta aiheutuvina haasteina hoitohenkilökunta koki kulttuuritaustoihin liittyvät tabut, erilaiset tavat ja tyyli sekä eri koke-

musmaailmasta johtuvat syyt. Ongelmalliseksi koettiin perhesuhteiden erillaisuus ja hoitohenkilökunnan sukupuoleen kohdistuvat odotukset. Haasteelliseksi koettiin myös erilaiset ravintotottumukset ja vanhempien lukutaidottomuus.

Eettisinä haasteina hoitohenkilökunta koki, epävarmuuden annettujen ohjeiden ymmärtämisestä, vaikka tulkki olisikin paikalla. He kokivat myös, etteivät voi omalla toiminnallaan vaikuttaa hoidon onnistumiseen eivätkä kielimuurin takia tiedä miten asiakkaat kokevat saamansa hoidon. Heillä ei myöskään ole keinoja lievittää lapsen pelkoja ja ennakkoluuloja tehtäviin tutkimuksiin liittyen. Hoitosuhteen koettiin jäävän melko etäiseksi siksi, ettei ohjausta ja neuvontaa voi antaa yhteisellä kielellä. Hoitajat tiedostivat myös, että maahanmuuttajien kulttuuritaustoissa on runsaasti eroja riippuen siitä, mistä päin maailmaa ja minkä takia he ovat muuttaneet Suomeen.

Joissakin hoitotoimenpiteissä hoitajat kokivat onnistuvansa paremmin kuin toisissa. Esimerkiksi kivun seuranta voidaan hoitaa kipumittarin ja havainnoinnin avulla. Obstruktiopotilaan hengityksen seuranta koettiin voitavan toteuttaa saturaatiomittarin ja havainnoinnin avulla. Vauvaikäisen lapsen hoidon ohjaus koettiin myös helpommaksi toteuttaa kuin vanhempien lasten hoidon ohjaus. Lapsen viihtyvyydestä huolehdittiin tuomalla iän mukaisia leluja ja katselemalla suomenkielisiä videoita. Hoitajat kokivat kuitenkin, etteivät he aina pysty kertomaan vanhemmille lapsen hoitoon liittyvistä asioista ja lapsen voinnista niin paljon kuin haluaisivat. Hoitajat olivat huomanneet, että maahanmuuttajapotilaan hoito vie paljon enemmän aikaa kuin suomalaisen potilaan.

Hoitotyötä helpottavina asioina hoitajat toivoivat käytettävissä olevien tulkkipalveluiden yhteystietojen ajan tasalle päivittämistä ja tulkkien vielä nopeampaa saatavuutta. Maahanmuuttajien suomen kielen koulutuksen tehostamista toivottiin myös. Hoitotyön avuksi toivottiin erilaisten kuvien käyttämisen mahdollisuutta. Hoitajat eivät tuoneet esiin oman kielitaidon kehittämistarvettaan tai oman kulttuuritietämyksensä lisäämistä kommunikoinnin parantamiskeinoina.

Vastauksista pystyi päättelemään, että osa hoitajista kokee maahanmuuttajaperheen kanssa kommunikoinnin haasteelliseksi ja toivoisi tilanteeseen parannusta. Vastauksista ilmeni myös, että ne hoitajat jotka kokevat kommunikoinnin haasteelliseksi, pohtivat myös hoidon laadun toteutumista ja maahanmuuttajaperheen omia kokemuksia saamastaan hoidosta. Toisaalta ne hoitajat, jotka eivät kokeneet suuria ongelmia kommunikoinnin toteutamisessa, eivät myöskään esittäneet vastauksissaan vastaavia pohdintoja.

### 8.2.2 Kuvakorttien kokoaminen

Teimme Papunetin sivuilla itsellemme kuva-arkin, johon saimme valita mieluisat kuvat A4 kokoiselle arkille (Liite 4). Kuvia tuli yhdelle arkille aina 20 kappaletta ja saimme yhteensä 9 kuva-arkkia eli noin 180 kuvaa. Osassa kuva-arkeista oli muutama tyhjä kuvaruutu. Kun olimme valinneet kaikki kuvat, päätimme teettää kuva-arkit kopiointiliikkeessä, jotta kuvakorteista tulisi mahdollisimman selkeät ja kestävätkä. Halusimme käyttää



kopiointi-firmaa myös siksi, että saisimme kuvat värillisenä. Tallensimme muistitikulle kuva-arkit ja veimme ne kopiointiliikkeeseen tulostettavaksi ja laminoitavaksi. Kuvakorttien teettäminen kesti vain muutaman päivän ja kustannus työstä oli yhteensä 10 euroa. Kopiointiliike oli tulostanut kuva-arkit väritulostimella, laminoi ne ja leikannut neljän kuvan sarjoihin. Leikkasimme nämä vielä yksittäisiksi kuviksi ja pyöristimme kuvien reunat. Teimme kuvakorttien reunaan pienet reiät ja lajittelimme ne teemoitain rautalangasta tehtyihin renkaisiin (Liite 5). Merkitsimme kuvakorttien taustaan lähdemerkinnän Papunet.net sivun tekijänoikeusohjeiden mukaisesti. Pyrimme lajittelemaan kuvakortit rakenteellisen kirjaamisen mukaiseen järjestykseen. Elokuussa 2013 saimme kortit valmiiksi ja veimme ne Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuortenosastolle sekä poliklinikalle koekäyttöön.

Esittelimme kokoamamme kuvakortit hoitohenkilökunnalle Lasten ja nuortenosaston osastokokouksessa syyskuussa 2013. Esittelyssä kerroimme lyhyesti opinnäytetyömme ideointivaiheesta ja syistä, joiden takia valitsimme tämän aiheen. Kerroimme myös, että kuvakortit on koottu heille aiemmin tekemämme kartoittavan kyselyn vastausten pohjalta ja että ne on jaoteltu rakenteisen kirjaamisen mukaisiin ryhmiin. Esitimme hoitohenkilökunnalle toivomuksen mahdollisimman avoimesta ja kriittisestä palautteesta sekä kehitysehdotuksia kuvakorttien sisällöistä ja käyttötavoista. Kuvakorttien koekäyttöön annoimme kolme viikkoa aikaa. Vastauksia varten jätimme kyselylomakkeita (Liite 3) ja vastauslaatikon. Kuvakorttien käytöstä annoimme yhden esimerkkitarinan, joka jäi vastauslomakkeiden kanssa hoitohenkilökunnan ideoinnin tueksi. Koekäytöstä osastonhoitaja lupasi tiedottaa myös lasten ja nuorten poliklinikoiden hoitohenkilökunnalle. Kortteja säilytettiin koekäytön aikana lasten ja nuorten osaston kansliassa, josta ne oli helppo ottaa käyttöön. Kuvakorttien ideaa pidettiin hyvänä ja ne otettiin mielenkiinnolla vastaan. Keskustelussa tuli heti esiin muutamia kehitysehdotuksia muun muassa korttien värikoodauksesta tiettyjen toimintojen mukaan ja korttiviuhkojen nimeämisestä kansilehden avulla.

### 8.2.3 Kuvakorttien käyttökokemuksia

Kuvakortit olivat koekäytössä lasten ja nuortenosastolla ja poliklinikalla kolme viikkoa. Saadun palautteen mukaan kuvakorttien idea on hyvä ja niitä voisi hoitohenkilökunnan mukaan käyttää myös esimerkiksi suomenkielisten lasten ja nuorten kanssa, jos lapsen on vaikea tulla kontaktiin sanallisesti sekä kuulovammaisten perheiden kanssa. Kuvakorttien käyttöä pidettiin yleisesti parempana kuin pelkkää elekielen käyttöä. Hoitohenkilökunta koki korttien avulla pystyvänsä paremmin kertomaan esimerkiksi erilaisista toimenpiteistä, kuten verikokeen ja röntgenkuvan ottamisesta. Kuvakorttien määrää pidettiin sopivana ja niiden ryhmittelytapaa renkaisiin pidettiin käytännöllisenä sekä käyttöä helpottavana. Koska kortit olivat laminoituja, niitä voidaan käyttää myös infektiohuoneissa.

Osaa kuvista pidettiin vaikeaselkoisina ja mustavalkoisten kuvien tilalle toivottiin värikuvia. Toisaalta kuvia pidettiin sellaisina, että lapsikin niistä kiinnostuu. Kuvakorttien ryhmittelyyn toivottiin selkeyttä siten, että eri

toiminnoille olisi omat värikoodinsa ja otsikkonsa. Hoitohenkilökunnan mukaan olisi hyödyllistä, jos korteista koottaisiin valmiita kokonaisuuksia.

Vastauksista pystyi päättämään, että ne olivat kaikki lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunnan tekemiä. Lasten ja nuorten poliklinikan käytökokemukset jäivät puuttumaan. Tähän ehkä oli syynä suhteellisen lyhyt vastausaika.

### 8.3 Arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi tulisi toteuttaa tutkivalla asenteella. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että opinnäytetyön toteutusta tarkastellaan esitetyn teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Opinnäytetyön arviointi on osa oppimisprosessia. Arvioitavia asioita ovat opinnäytetyön idea ja sen kuvaus, työn toteutustapa ja käytetyt keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Asetettujen tavoitteiden saavuttamista voi selvittää myös pyytämällä kohderyhmältä palautetta tuotoksesta. Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi tulee tehdä myös sen raportoinnista ja kieliasusta. Siihen on myös hyvä sisällyttää arvio omasta oppimisprosessista ja ammatillisesta kasvusta. (Vilka & Airaksinen 2004, 154–161.)

Ajatus työn aiheen ajankohtaisuudesta vain vahvistui prosessin aikana. Vaikka tilastotietoa ei olekaan käytettävissä, kokemustemme perusteella tämän kesän aikana lasten- ja nuorten osastolla on ollut enemmän maa-hanmuuttajaperheitä asiakkaina kuin edellisenä kesänä. Tuomme opinnäytetyömme tavoitteet esille heti työmme alussa, jotta lukija saa selvän kuvan työmme sisällöstä. Mielestämme olemme onnistuneet työmme tavoitteessa hyvin ja pääkohtien aikataulun mukaisesti.

Väliseminaarimme opponoija antoi meille paljon hyviä parannusehdotuksia. Saamamme palaute auttoi meitä teoreettisen viitekehyksen rakenteen muodostamisessa. Olemme myös tavanneet useamman kerran ohjaavan opettajamme, joka on kannustanut meitä työssämme ja antanut meille rakentavaa palautetta. Olemme osallistuneet koulumme Asiantuntijaviestinnän oppitunneille ja opinnäytetyöpajaan. Näistä saimme paljon neuvoja esimerkiksi lähdemerkintöjen merkitsemiseen ja raportin ulko-asuun. Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osaston hoitohenkilökunta on ollut erittäin kiinnostunut opinnäytetyöstämme idean esittämisestä lähtien. Olemme lupautuneet esittelemään heille valmiin opinnäytetyömme osastokokouksessa.

Suunnittelemamme aikataulu oli pääkohdiltaan onnistunut. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen vei arvioitua enemmän aikaa, koska olimme molemmat samanaikaisesti töissä. Kuvakortit saimme valmiiksi vasta elokuussa 2013 ja koekäyttöön sen jälkeen. Koekäytön aika jäi suhteellisen lyhyeksi, joka näkyi käyttökokemuksia kartoittavan kyselyn vastausten määrässä.

## 9 POHDINTA

Pohdinnassa suhteutetaan tutkimustulokset taustakirjallisuuteen, arvioidaan tutkimustehtävän ja tavoitteiden merkitystä, luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Pohdinnassa myös tuodaan esiin olennaiset asiat tutkimuksen tuloksista ja tavoitteena on lisätä tutkimusalueen ymmärtämystä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 263–265.)

### 9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja, joita ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tiedonhankinta- ja raportointimenetelmien tulee olla tieteellisesti ja eettisesti kestäviä. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely ei saa loukata ketään eikä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. Aineistonkeruumenetelmä ja toteutus täytyy tehdä hyvien tutkimuskäytäntöjen mukaisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364–365.)

Opinnäytetyöprosessin alusta asti halusimme varmistaa, että käyttämämme lähdemateriaali on luotettavaa. Pyrimme käyttämään vain 2000-luvulla tuotettuja lähteitä. Aineiston valitsimme siten, että sen sisältö sopisi mahdollisimman hyvin aiheeseemme, siksi käytimme paljon hoitoalan kirjallisuutta. Lähdemerkintöjä tehdessämme noudatimme erityistä huolellisuutta. Koska monikulttuurisen hoitotyön teoria on vielä nuorta Suomessa, haimme erityisesti tästä aiheesta myös englanninkielistä lähdemateriaalia. Kartoittavat kyselyt toteutimme siten, että niihin oli mahdollista vastata anonyymisti. Lähestyimme maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kommunikoinnin haasteita ilman ennakkoluuloja ja asenteita.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyöhankkeena Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osaston sekä poliklinikan kanssa. Projektin toteuttamista varten allekirjoitimme sairaalan kanssa opinnäytetyösopimuksen ja saimme heiltä hankkeelle tutkimusluvan. Työn tavoitteena oli luoda jotain uutta monikulttuurisen hoitotyön tueksi.

### 9.2 Prosessin pohdinta

Opinnäytetyön prosessin pohdinnassa tulee punnita miten työlle asetetut tavoitteet on ratkaistu. Pohdinnassa määritellään keinot, joiden avulla työn alussa asetettuihin tavoitteisiin on päästy. Olisi myös hyvä tuoda esille mahdolliset tavoitteet, joita ei saavutettu sekä miettiä mitä olisi voinut tehdä toisin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 263–265.)

Opinnäytetyömme idea oli työelämälähtöinen ja ajankohtainen. Aiheemme herätti alusta asti positiivista mielenkiintoa ja keskustelua. Opinnäytetyöprosessin onnistumisen kannalta on oleellisen tärkeää hyvä suunnittelu. Suunnitteluvaiheessa meillä oli vaikeuksia aiheen rajaamisessa ja työn aloittamisessa. Aiheen käsittelystä ja rajaamisesta saimme rakentavaa palautetta väliseminaarimme opponijalta, jonka jälkeen teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen alkoikin sujua huomattavasti paremmin. Saimme

paljon tukea, kannustusta ja ohjausta myös meitä ohjaavalta opettajalta. Raportoinnin kieliopilliseen asuun saimme ohjausta viestinnän opettajalta.

Opinnäytetyön prosessin toteuttamiselle asettamamme aikataulu onnistui päätavoitteiden osalta suunnitellusti. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen viivästyi syyskesälle 2013, mutta oli suunnitellusti valmis syksyllä 2013. Kirjoittamista hidasti se, että asumme eri paikkakunnilla ja olimme molemmat kesän 2013 töissä. Kirjoittamisprosessin aikana hyödynsimme meille uusia yhteydenpitomuotoja ja keskustelimme usein Skypen välityksellä. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittamista hidasti myös lähdekirjallisuuden huono saatavuus, sillä niitä joutui odottelemaan kirjastosta. Kirjoittamista helpotti se, että pystyimme jakamaan prosessia omien kiinnostustemme mukaisesti. Lopullisen raportin yhtenäisyyden vuoksi muokkasimme kuitenkin kaikki kirjoittamamme tekstit yhdessä. Halusimme koota teoreettisen viitekehyksen huolella ja määritellä sen sisällön kannalta keskeiset termit. Monet niistä ovat yleisiä päivittäisessä keskusteluissa käytettyjä termejä, joiden merkityksestä jokaisella on jonkinlainen käsitys. Tieteellisessä tekstissä on kuitenkin tärkeää määritellä siinä käytettävät termit. Ongelmaksi koituikin se, miten jonkun niin yleisen sanan kuin esimerkiksi kulttuuri, voi määritellä lyhyesti ja rajaten hoitotyöhön sekä kommunikointiin.

Toteutimme kuvakortit Papunet.net sivuston kuvatyökälulla ja teetimme ne ulkopuolisella taholla varmistaaksemme kuvakorttien hyvän laadun. Kustannukset jäivät alhaisiksi, sillä Papunet.net sivuston kuvamateriaaleja saa käyttää vapaasti omiin tarpeisiinsa ja meillä oli henkilökohtaisia suhteita kopioyritykseen. Oman työn osuus korttien valmistamisessa jäi pieneksi, ja siihenkin saimme perheiltämme apua. Valitsemamme toteutustapa osoittautui oikeaksi, sillä kuvakorttien käyttöä selvittävän kyselyn tuloksissa saimme erityistä kiitosta korttien toimivuudesta myös infektiuhuoneessa, sillä ne oli laminoituina mahdollista puhdistaa. Käyttäjäkokemuksia selvittävässä kyselyssä pidettiin myös siitä, että kortit oli koottuina aiheittain avainrenkaisiin ja siten helppokäyttöisiä. Toteutimme projektin työelämälähtöisesti, kuten ammattikorkeakoulun opinnäytetyö tuleekin toteuttaa. Kanta-Hämeen keskussairaalan hoitohenkilökunta ja esimiehet ovat kannustaneet meitä hankkeessamme ja olemme saaneet heiltä kehitysehdotuksia prosessin aikana. Otimme muun muassa lasten- ja nuorten poliklinikan hoitohenkilökunnan mukaan kartoittavaan kyselyyn ja kuvakorttien koekäyttöön.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilökunnan ja eri kulttuureista tulevien lapsipotilaiden ja heidän perheidensä välistä kommunikointia. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kuvakortit Kanta-Hämeen keskussairaalan lasten ja nuorten osastolle sekä poliklinikalle ja tuottaa kulttuuritietoa alueen maahanmuuttajista. Kuvakorttien valmistamiseen tarvitsimme tietoa niistä hoitotyön toiminnoista, jotka hoitohenkilökunta koki haasteelliseksi. Kartoittavan kyselyn avulla varmistimme toteutuksen onnistumisen. Avoin kysymyksenasettelu ja mahdollisuus vastata anonyymisti antoivat hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden kertoa asioista vapaasti. Vastauksista ilmeni myös hoitohenkilökunnan tarve tietää eri kulttuureista ja heidän eettinen pohdintansa hyvän hoidon toteutumisesta

silloin, kun yhteistä kieltä ei ole. Kartoittavan kyselyn tekeminen ennen kuvakorttien valmistusta varmisti kuvien aihevalinnan työelämälähtöisyyden.

Kuten käyttämässämme lähdekirjallisuudessa todettiin, on hoitohenkilökunnan kulttuuritiedoilla erittäin tärkeä osa hoitosuhteen vuorovaikutuksen onnistumiselle. Jos ymmärtää maahanmuuttajan kulttuuritaustaa ja tietää, miksi hän on muuttanut maahan, on helpompi luoda luottamuksellinen hoitosuhde. Kulttuuritietouden kokoamisen koimme suurena haasteena. Kulttuuritietoutta oli paljon saatavilla, ja tiedon rajaaminen oli vaikeaa. Rajasimme esiteltävät kulttuurialueet Kanta-Hämeen alueella asuviin, maanosittain suurimpiin, maahanmuuttajien ryhmiin. Kokosimme aluksi lasten ja nuorten hoitotyöhön oleellisesti liittyviä kulttuuriasioita mutta jouduimme rajaamaan tietoja edelleen. Päädyimme kuvaamaan vain hoitosuhteen kommunikointiin ja vuorovaikutukseen liittyviä kulttuuriasioita tiedostaen samalla, että paljon tärkeää tietoa oli jätettävä opinnäytetyön ulkopuolelle.

Opinnäytetyön tavoitteen onnistumista selvitimme kuvakorttien koekäytöllä. Koekäytölle jäi kuitenkin hieman liian lyhyt aika, joka näkyi saamiemme vastausten lukumääräisenä vähyytenä. Tästä johtuen on vaikea vetää luotettavaa johtopäätöstä. Toisaalta kuvakortit ovat koko prosessin ajan olleet suuren kiinnostuksen kohteena ja uskomme hoitohenkilökunnan jatkossa ainakin kokeilevan niitä kommunikointilanteissa. Vastauksissa he toivat myös esiin ajatuksen, että kortteja voisi käyttää myös tilanteissa, joissa lapsi on ujo tai hänen on muuten vaikea pukea ajatuksiaan sanoiksi. Kuvakortit eivät myöskään rajaa pois mitään maahanmuuttajien ryhmää, sillä kuvan ymmärtäminen ei vaadi kielitaitoa.

Kuvakorttien kehittämisehdotuksia saimme hoitohenkilökunnan käyttökokemuksia kartoittavasta kyselystä. Kuvakortteihin toivottiin aiheen mukaista värikoodausta, otsikoituja avainrenkaita ja enemmän värikuvia. Kulttuuritietoutta voisi jakaa paremmin laajemmalla erillisellä kulttuurioppaalla. Jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollon palveluiden käyttäjinä kartoittava tutkimus ja toiminnallisena opinnäytetyönä voisi toteuttaa osastokohtaisten potilasohjeiden kääntämisen yleisimmille kielille. Nämä potilasohjeet voisivat olla esimerkiksi Kanta-Hämeen keskussairaalan yleisissä tiedostoissa ja tulostettavissa tarpeen mukaan.

Tämä opinnäytetyöprosessi on opettanut meille kriittistä tietolähteiden tutkimista ja vastuuta omista kirjallisista tuotoksista. Alussa pohdimme, voiko hyvä hoitotyö toteutua silloin, kun potilaan ja hänen perheensä kanssa ei ole yhteistä kieltä. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että sairaanhoidajan tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Ammatissa toimivan sairaanhoidajan velvollisuutena on myös jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. Kasvava maahanmuuttajien joukko haastaa hoitohenkilökunnan kehittämään omaa kulttuuritietouttaan ja kommunikointikeinoja hyvän hoitotyön toteutumiseksi. Tätä opinnäytetyötä kirjoittaessamme olemme oppineet paljon kulttuuritaustan merkityksestä hoitotyös-

sä. Olemme myös oppineet paljon erilaisista kulttuureista ja syventäneet osaamistamme monikulttuurisessa hoitotyössä.

## LÄHTEET

- Abdel-Ghani, M. 2013. *Muslimi potilaana*. Helsinki: Hansaprint Oy.
- Abdelhamid, P. 2004. *Hoitamisen itsestäänselvyydet ja näkymättömät haasteet*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lissensiaattityö.
- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Adeyemo, A.A. 2008. Nigeria (Federal republic of). Teoksessa *Cultural Health Assessment, Fourth Edition*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 535–540.
- Cools, C., Kahla, E. & Tuominen, R. 1998. *Kasvotusten potilaan kanssa*. Teoksessa Tuominen, R. (toim.). *Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa*. Helsinki: WSOY, 34–48.
- Darkwah, A.K. 2008. Ghana (Republic of). Teoksessa *Cultural Health Assessment, Fourth Edition*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 273–277.
- Forsman, A. 2011. *Användningen av alternativ och kompletterande kommunikation bland barn och unga i svenskfinland*. Åbo Akademy. Institutionen för psykologi och logopedi. Pro gradu-avhandling i logopedi.
- Guirdham, M. 1999. *Communication across cultures*. Mendham, Suffolk: Aardvark Editorial.
- Guzejev, J., Kahla, E. & Tuominen, R. 1998. *Äiti-Venäjä ja uudet itsenäiset naapurit*. Teoksessa Tuominen, R. (toim.). *Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa*. Helsinki: WSOY, 104–111.
- Helander, R. & Mikkonen, A. 2002. *Ikävä äitiä. Ilman huoltajaa tulleet pakolaislapset Suomessa*. Helsinki: Väestöliitto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Saravaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. 15.–16.painos. Hämeenlinna: Karisto.
- Huttunen, M. 2010. *Kulttuuriset arvot ja transferenssi*. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.). *Kulttuurit ja lääketiede*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 321–328.
- Huuhtanen, K. 2011. *Mitä kommunikointi on?* Teoksessa Huuhtanen, K. (toim.) *Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa*. Kouvola: Solver palvelut Oy, 12–24.
- Huuhtanen, K. 2011. *Avusteinen kommunikointi*. Teoksessa Huuhtanen, K. (toim.) *Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa*. Kouvola: Solver palvelut Oy, 58–62.

Jaakkola, M. 1994. Puolalaiset Suomessa. Teoksessa Liebkind, K. (toim.) Maahanmuuttajat. Kulttuurien kohtaaminen Suomessa. Helsinki: Kirjoittajat ja Gaudeamus Kirja, 128–161.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Knyazev, G.G., Slobodskaya, H.R. & Ryabichenko, T.I. 2008. Russia. Teoksessa Cultural Health Assessment, Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 598–602.

Laki kotoutumisen edistämisestä 30.12.2010/1386  
<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101386>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä, 5.–6. painos Porvoo: WSOYPro.

Liebkind, K. 1994. Maahanmuuttajat ja kulttuurien kohtaaminen. Teoksessa Liebkind, K. (toim.) Maahanmuuttajat. Kulttuurien kohtaaminen Suomessa. Helsinki: Kirjoittajat ja Gaudeamus Kirja, 21–49.

Lähteenmäki, M. 2013. Lapsi turvapaikan hakijana. Etnografisia näkökulmia vastaanottokeskuksen ja koulun arjesta. Helsingin yliopiston julkaisuja. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia - URN:ISSN:1798-8322, Helsingin yliopisto, pdf.tiedosto. Viitattu 12.8.2013.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-8205-4>

Maahanmuuttovirasto 2013a. Tietosivu. Suomen kansalaisuuslaki. pdf-tiedosto. Viitattu 11.4.2013.  
[http://www.migri.fi/download/16430\\_Suomen\\_kansalaisuus\\_fi.pdf](http://www.migri.fi/download/16430_Suomen_kansalaisuus_fi.pdf)

Maahanmuuttovirasto 2013b. Tietosivu. Kansalaisuustilastot. pdf-tiedosto. Viitattu 30.6.2013.  
[http://www.migri.fi/tietoa\\_virastosta/tilastot/kansalaisuustilastot](http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/kansalaisuustilastot)

Maahanmuuttovirasto 2013c. Tietosivu. Turvapaikka ja pakolaistilastot. pdf-tiedosto. Viitattu 27.7.2013.  
[http://www.migri.fi/tietoa\\_virastosta/tilastot/turvapaikka\\_ja\\_pakolaistilastot](http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/turvapaikka_ja_pakolaistilastot)

Malin, M. & Suvisaari, J. 2010. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 134–163.

Martikainen, T., Sintonen, T. & Pitkänen, P. 2006. Ylirajainen liikkuvuus ja etniset vähemmistöt. Teoksessa Martikainen, T. (toim.) Ylirajainen kulttuuri. Etnisyys Suomessa 2000-luvulla. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 9–41.



Mwanza, J-C. 2008. Congo Democratic republic of. Teoksessa Cultural Health Assessment, Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 168–175.

Pakolaisneuvonta ry. 2011. Viitattu 21.7.2013.  
[http://www.pakolaisneuvonta.fi/index\\_html?lid=133&lang=suo](http://www.pakolaisneuvonta.fi/index_html?lid=133&lang=suo)

Papunet.net 2013. Viitattu 29.7.2013.  
<http://papunet.net/materiaalia/kuvatyc3b6kalu>

Pirinen, I. 2010. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) 2010. Kulttuurit ja lääketiede. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 164–191.

Platin, N. 2008. Turkey (republic of). Teoksessa Cultural Health Assessment, Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 735–738.

Quach, L., Nguyen, H.L. & Nguyen, H.T.N. 2008. Teoksessa Cultural Health Assessment, Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 773–778.

Reuter, A. & Kyntäjä, E. Kansainvälinen avioliitto ja stigma. Teoksessa Martikainen, T. (toim.) 2006. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 104–125.

Rodd, H.D. 2008. Somalia. Teoksessa Cultural Health Assessment, Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 648–652.

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Saraneva, K. 2010. Pakolaisuus ja psyykinen traumatisoituminen. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 192–247.

Schwartz, S.H. 2011. Kulttuuriset arvo-orientaatiot. Espoo: Limor kustannus.

Seppälä, A. 1997. Ulkomaalaiset Suomessa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. 1.painos. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit, 11–18.

Stefanoff, P. 2008. Poland. Teoksessa Cultural Health Assessment, Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 580–584.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1797–5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 30.6.2013].  
Saantitapa: <http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/index.html>

Suomen kääntäjien ja tulkkien liitto ry. 2013. Kääntäminen ja tulkkkaus. Viitattu 14.4.2013. [http://www.sktl.fi/kaantaminen\\_ja\\_tulkkkaus/](http://www.sktl.fi/kaantaminen_ja_tulkkkaus/)

Suomen Punainen Risti Hämeen piiri. Lammin vastaanottokeskus. 2013. Viitattu 30.6.2013. <http://rednet.punainenristi.fi/node/7246>

Tammaru, M. 2008. Estonia. Teoksessa Cultural Health Assessment, Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 242–245.

Todd, C. S. & Ahmadzai, M. 2008. Afghanistan (Islamic republic of). Teoksessa Cultural Health Assessment Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 1–6.

Trygg, B-H. 2010. Trygg, B-H. & Rautakoski, P. (suom.) Teoksessa Graa-finen kommunikointi. Helsinki: Oppimateriaalikeskus Opik

UNHCR. 2013. Global trends 2011. Pdf-tiedosto. Viitattu 21.7.2013. <http://unhcr.org/pages/4fd9a0676.html>

Ulkoasiainministeriö 2013a. Maat ja alueet. Thaimaa. Viitattu 30.7.2013. <http://formin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=31082&contentlan=1&culture=fi-FI>

Ulkoasiainministeriö 2013b. Maat ja alueet. Vietnam. Viitattu 30.7.2013. <http://www.formin.fi/Public/default.aspx?nodeid=17364&culture=fi-FI&contentlan=1>

Ulkoasiainministeriö 2013c. Maat ja alueet. Kiina. Viitattu 30.7.2013 <http://www.formin.fi/Public/default.aspx?nodeid=17227&culture=fi-FI&contentlan=1>

Vietnam-seura ry. n.d. Vietnam-tietoa. Viitattu 31.7.2013. <http://www.vietnamseura.org/fi/vietnam-tietoa/etniset-ryhmaet/>

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi.

Waikagul, J. 2008. Thailand (Kingdom of). Teoksessa Cultural Health Assessment Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 708–712.

Zhao Y., Lee W. & Kam Wong, F. 2008. China (People's republic of). Teoksessa Cultural Health Assessment Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 158–164.

HOITOTYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS/PÄÄTÖS



KANTA-HÄMEEN  
SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ

Dnro 63/14.2.2013  
Hoitotyön tutkimuslupahakemus / päätös

Hakija / hakijat	Emmi Ahlstedt Tuulikki Haavisto
Osoite ja puhelinnumero	[REDACTED]
Tutkimuksen / opinnäytetyön nimi	Kommunikoinnin haasteet taustaltaan monikulttuuristen lasten ja nuorten hoitotyössä. Kuvakortit kommunikoinnin apuvälineeksi  <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / AMK <input type="checkbox"/> Opinnäytetyö / YAMK <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaatin tutkimus <input type="checkbox"/> Väitöskirja
Tutkimuksen / opinnäytetyön tiivistetty kuvaus (liitteenä tutkimus- suunnitelma ja tarvittaessa esit- sen toimikunnan lausunto)	Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää hoitajien ja eri kulttuureista tulevien lapsipotilaiden ja heidän perheidensä välistä kommunikointia. Tavoitteena on tuottaa pieni opas eri kulttuureista sekä valmistaa kuvakortit helpottamaan kommunikointia.
Ohjaaja(t) (pvm, nimi ja oppilaitos)	HAMK, Helena Tahvanainen <i>Helena Tahvanainen</i> <i>17.2.2013 Hämeenlinna</i>
Julkistaminen	Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. Opinnäytetöiden julkistaminen edellyttää erillistä lupaa Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä. Tietopalveluiden osoite on <a href="mailto:tietopalvelu.khks@gmail.com">tietopalvelu.khks@gmail.com</a> Opinnäytetyön / tutkimuksen raportti toimitetaan sähköisenä yllähoitajalle ja kirjallisena osastonhoitajalle. <input checked="" type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä
Hakijan allekirjoitus	<i>E. Ahlstedt</i> <i>Tuulikki Haavisto</i>
Tutkimusluvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <u>13.2.2013</u> <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan _____ 20 _____ korjattavaksi seuraavin muutoksin: <input type="checkbox"/> Ei myönnetty _____ 20 _____ Perustelu:
Allekirjoitus / nimen selvitys	<i>Marija Kaljonen ks. yll.</i> <i>MARJA KALJONEN</i>
Päätös annettu tiedoksi hakijalle	<u>14.2.2013</u> Aikuperäinen hakijalle Kopio kirjastoon
Palautusosoite	Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. Kirjasto Ahvenistontie 20 13530 Hämeenlinna

SHIP-65.10.12 (lnta) / Lomakkeet / T)

## KARTOITTAVAN KYSELYN LOMAKE

HAMK Opinnäytetyö

Kommunikoinnin haasteet taustaltaan monikulttuuristen lasten ja nuorten hoitotyössä.

Sairaanhoitajaopiskelijat

Emmi Ahlstedt ja Tuulikki Haavisto

Hyvä Vastaaja!

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Hämeen Ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyömme Kanta-Hämeen keskussairaalaan Lasten- ja nuorten osasto 3A:lle. Opinnäytetyömme aiheena on: ”Kommunikoinnin haasteet taustaltaan monikulttuurisen lapsen ja nuoren hoitotyössä”. Se sisältää katsauksen monikulttuurisesta hoitotyöstä ja sen haasteista lasten ja nuorten vuodeosastolla sekä tietoa Hämeenlinnan seudun maahanmuuttajien kulttuureista. Tarkoituksemme on myös tuottaa osastolle kuvakortit hoitotyön kommunikoinnin apuvälineeksi.

Seuraavien kysymysten avulla kokoamme aiheesta tietoa opinnäytetyötämme varten. Vastaukset käsittelemme anonymisti. Vastatkaa kysymyksiin vapaamuotoisesti. Voitte tarvittaessa jatkaa vastauksianne lomakkeen kääntöpuolelle. Vastausaikaa on 28.2.2013 asti.

### **Kartoittavat kysymykset:**

1. Millaisia kommunikointikeinoja on tällä hetkellä käytettävissä ja miten ne mielestäsi toimivat? (Esim. tulkkipalvelut, henkilökunnan kielitaito, muut keinot)

2. Millaisia hoitotyön haasteita koet olevan tilanteissa, joissa sinulla ei ole lapsen ja vanhempien kanssa yhteistä kieltä?

(Esim. toimenpiteeseen valmistautuminen, mieluisan ravinnon saanti, osaston päivittäisten rutiinien selittäminen, kotihoito- ohjeiden antaminen, vierailuaikojen selventäminen, oireiden seuranta, jotakin muuta? )

Kiitos Vastauksistasi!

## KÄYTTÖKOKEMUKSIA SELVITTÄVÄN KYSELYN LOMAKE

HAMK Opinnäytetyö

Kommunikointi monikulttuurisessa lasten ja nuorten hoitotyössä

Sairaanhoitajaopiskelijat

Emmi Ahlstedt ja Tuulikki Haavisto

Hyvä vastaaja!

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Hämeen Ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyömme Kanta-Hämeen keskussairaalaan Lasten- ja nuorten osasto 3A:lle sekä lasten ja nuorten poliklinikalle. Opinnäytetyömme aiheena on: ”Kommunikointi monikulttuurisessa lasten ja nuorten hoitotyössä”. Opinnäytetyön viitekehksessä käsitellään monikulttuurista hoitotyötä. Tarkoituksemme tuottaa osastolle kuvakortit hoitotyön kommunikoinnin apuvälineeksi.

Seuraavien kysymysten avulla kokoamme tietoa kuvakorttien käytöstä opinnäytetyötämme varten. Vastaukset käsittelemme anonymisti. Vastatkaa kysymyksiin vapaamuotoisesti. Voitte tarvittaessa jatkaa vastauksianne lomakkeen kääntöpuolelle. Vastausaika on 17.9.2013 asti.

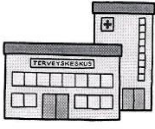




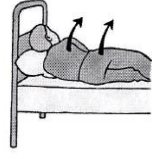

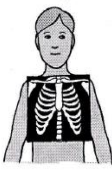
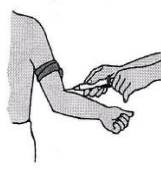








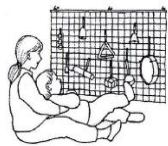


1. Minkälaisissa tilanteissa koit kuvakorteista olevan apua ja kuvaile millaista apua?

2. Jos koit, että kuvakorteista ei ollut apua, kuvaile miksi?

3. Miten voisimme kehittää kuvakortteja?

4. Mitä muuta haluat sanoa kuvakorteista?

KUVAKORTTIEN SUUNNITTELUALUSTA

<p>terveyskeskus</p> 	<p>lääkkeet</p> 	<p>hoitaja</p> 	<p>fysioterapeutti</p> 	<p>sairaala</p> 
<p>kääntä sängyssä</p> 	<p>kuunnella keuhkoja</p> 	<p>röntgen</p> 	<p>pistos</p> 	<p>testit</p> 
<p>tutkimukset</p> 	<p>teho-osasto</p> 	<p>verenpaine</p> 	<p>virtsanäyte</p> 	<p>verinäyte</p> 
<p>rokotus</p> 	<p>kuunnella musiikkia</p> 	<p>kuuloharjoittelu</p> 	<p>kuumemittari</p> 	<p>kuume</p> 

Kuvat: Papunetin kuvapankki, [www.papunet.net](http://www.papunet.net), Elina Vanninen

