

Saana Hietala ja Jessica Toivo

**MONIKULTTUURISEN PERHEEN OHJAUS  
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**  
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Kandidaatintutkielma  
Lokakuu 2021

## TIIVISTELMÄ

Saana Hietala ja Jessica Toivo: Monikulttuurisen perheen ohjaus perusterveydenhuollossa  
Kandidaatintutkielma, sivujen määrä 31, liitteiden määrä 1  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Hoitotiede  
Ohjaaja: dosentti, yliopistonlehtori Meeri Koivula  
Lokakuu, 2021

---

Yksi terveydenhuollon keskeisistä tehtävistä on perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon ja siihen, että hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa huomioidaan hoidossa mahdollisuuksien mukaan. Ulkomaalaistaustaisten osuus väestössä on kasvanut tasaisesti viime vuosikymmenten aikana, mikä on lisännyt perheiden monikulttuurisuutta. Monikulttuuristen perheiden ohjauksesta perusterveydenhuollon kontekstissa on hyvin vähän kotimaista tutkimustietoa.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa tietoa monikulttuuristen perheiden ohjauksesta perusterveydenhuollossa. Tutkimuskysymyksenä oli: Mitä hoitohenkilöstön tulee huomioida monikulttuuristen perheiden ohjauksessa perusterveydenhuollossa?

Systemaattinen tiedonhaku suoritettiin Cinahl-, Medic- ja Medline-tietokannoissa. Hakusanoina käytettiin monikulttuurisuus, monikulttuurinen perhe, kulttuurinen monimuotoisuus, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, kätilö, hoitotyö, ohjaus ja kulttuurinen kompetenssi. Sisäänottokriteerinä oli vastata tutkimuskysymykseen. Haku rajattiin tietokannoissa suomen- ja englanninkielisiin vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin. Hakutulos kokonaisuudessaan ennen tietokantarajauksia oli 912 viitettä ja tietokantarajauksen jälkeen 778 viitettä. Lisäksi tehtiin manuaalihakua. Katsaukseen valikoitui 23 kriteerit täyttävää tutkimusartikkelia. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston laatu on arvioitu Joanna Briggs Instituutin (JBI) arviointikriteeristön mukaisesti.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että monikulttuuristen perheiden ohjauksessa huomioitavia asioita ovat toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio, kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet, kulttuuriset uskomukset ja käsitykset, perheen merkitys, perheiden yhdenvertaisuuden edistäminen, perheiden osallisuuden tukeminen sekä tarvittavat resurssit.

Toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio on edellytys onnistuneelle ohjaukselle ja hoitohenkilöstön tehtävänä on varmistaa molemminpuolinen ymmärrys. Potilas ja perhe tulee kohdata yksilöllisesti, eikä ainoastaan kulttuurinsa edustajina. Hoitohenkilöstön tulee tiedostaa omat stereotyyppiset ajatuksensa ja kulttuuri-identiteettinsä, jotta yksilöllinen kohtaaminen ilman ennako-oletuksia on mahdollista. Lisäksi hoitohenkilöstö on avainasemassa perheiden osallisuuden tukemisessa ja yhdenvertaisuuden edistämässä. Monikulttuurisen potilaan ohjaus vaatii enemmän aikaresursseja kantaväestöön nähden, mikä tulisi huomioida hoitotyön johtamisessa. Hoitohenkilöstön monikulttuurinen osaaminen on tärkeä osa-alue hoitotyössä ja sitä voidaan edistää koulutuksella.

Avainsanat: monikulttuurinen perhe, ohjaus, perusterveydenhuolto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	4
2	KESKEISET KÄSITTEET .....	5
	2.1 Monikulttuurinen perhe .....	5
	2.2 Ohjaus hoitotyössä.....	5
	2.3 Perusterveydenhuolto .....	6
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS .....	7
4	KATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	8
	4.1 Kirjallisuushaku .....	8
	4.2 Aineiston kuvaus ja laadunarviointi .....	11
	4.3 Aineiston analyysi .....	12
5	TULOKSET .....	14
	5.1 Toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio .....	15
	5.2 Kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet.....	16
	5.3 Kulttuuriset uskomukset ja käsitykset .....	17
	5.4 Perheen merkitys hoidossa .....	18
	5.5 Perheiden yhdenvertaisuuden edistäminen .....	18
	5.6 Perheiden osallisuuden edistäminen .....	20
	5.7 Tarvittavat resurssit .....	20
6	POHDINTA.....	22
	6.1 Luotettavuuden pohdinta .....	22
	6.2 Eettisyyden tarkastelu .....	24
	6.3 Tulosten tarkastelu .....	24
	6.4 Johtopäätökset.....	26
	6.5 Jatkotutkimusaiheet .....	27
	LÄHTEET.....	28
	LIITTEET Liite 1. Yhteenvedo kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista .....	32

## 1 JOHDANTO

Hoitotyön keskeiseksi osaamisalueeksi on nousemassa kulttuuriseen tietouteen liittyvä osaaminen. Kulttuurista tietoutta ja osaamista tarvitaan yhä enemmän laadukkaiden ja yhdenvertaisten palveluiden tuottamiseen perusterveydenhuollossa. Perhe on tärkeä ja huomionarvoinen näkökulma hoitotyön tutkimus- ja kehittämistyössä. Tarve monikulttuuristen perheiden ohjausprosessien tutkimukselle perusterveydenhuollon kontekstissa nousi esiin Tampereen yliopiston tutkimuskohteissa, joita on esimerkiksi monikulttuurisuus terveydenhuollossa, perheiden osallisuus ja ohjaus sekä palvelujärjestelmän toimivuus (Tampereen yliopisto 2021).

Ulkomaalaistaustaisten osuus väestössä on kasvanut tasaisesti viime vuosikymmenten aikana. Tilastokeskuksen mukaan ulkomaalaistaustaisten henkilöiden määrä Suomessa vuonna 2020 oli 444 000. Ulkomaalaistaustaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla. (Tilastokeskus 2021.) Kaikista Suomessa asuvista perheistä 8 % on vieraskielisiä. Näistä 4 % on kahden kulttuurin perheitä, joista toinen vanhemmista on suomen- tai ruotsinkielinen. Enemmistö maahanmuuttajista on synnytysikäisiä, vasta perheen perustaneita tai tulleet maahan perhesyistä, minkä vuoksi perhekysymykset ovat tärkeitä maahanmuuton kehityskulun ja vaikutusten ymmärtämiseksi. (Säävälä 2017, 189.)

Yksi terveydenhuollon keskeisistä tehtävistä on perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen, että hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa otetaan huomioon hoidossa siltä osin, kuin se on mahdollista. (STM 2021). Monikulttuuristen perheiden ohjauksesta perusterveydenhuollon kontekstissa on hyvin vähän kotimaista tutkimustietoa. Laadukkaiden, yhdenvertaisten ja kaikille saatavilla olevien palveluiden takaamiseksi kulttuurinen moninaisuus ja perhenäkökulma tulee huomioida hoitotyön tutkimuksessa ja koulutuksessa sekä palveluiden kehittämistyössä.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa monikulttuuristen perheiden ohjauksesta tietoa, jota voidaan hyödyntää monikulttuuristen perheiden ohjauksessa ja hoitotyön kehittämisessä.

## 2 KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Monikulttuurinen perhe

Monikulttuurinen väestö on kattokäsite ja sillä tarkoitetaan ihmisiä, jotka ovat muuta kuin suomalaista syntyperää, tai ihmisiä, joilla on eri etninen tausta (THL 2021). Monikulttuurisuus on käsitteenä haastava ja käsitteitä ”kulttuurinen monimuotoisuus” ja ”monikulttuurisuus” käytetään usein toistensa synonyymeinä. Yksinkertaisimmillaan monikulttuurisuudella tarkoitetaan sitä, että eri väestöryhmillä on kulttuurista ja etnistä erilaisuutta, kuten eri kieliä, uskontoja, kansallisuuksia sekä käsityksiä hyvästä elämästä. (Rastas, Huttunen & Löytty 2005, 20–21, Saukkonen 2007, 7–8.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa monikulttuurisella perheellä viitataan Säävälän (2017, 190) määritelmän mukaisesti perheisiin, jotka ovat kulttuurisesti ja etnisesti monenlaisia. Puhuttaessa monikulttuurisista perheistä mielletään sen usein käsittävän vain kaukaa muuttaneet, eri uskontoa harjoittavat maahanmuuttajaperheet. Perheiden monimuotoisuudella tarkoitetaan lisäksi kaksikulttuurisia parisuhteita ja liittoja. Perheisiin voi syntyä lapsia, joiden toinen vanhempi on ulkomaalainen, tai lapsi voi olla adoptoitu ulkomailta. Suomessa syntyneet maahanmuuttajataustaiset muodostavat parisuhteita ja perustavat perheitä oman etnisen yhteisön Suomessa kasvaneen jäsenen, maahanmuuttajan tai suomalaistaustaisen kanssa. Kaikki edellä mainitut ilmiöt lisäävät yhä enemmän perheiden monikulttuurisuutta. (Säävälä 2017, 188–189.)

### 2.2 Ohjaus hoitotyössä

Tässä kirjallisuuskatsauksessa ohjauksella tarkoitetaan Kyngäksen ym. (2007) määritelmän mukaisesti hoitotyön auttamismenetelmää, jolla pyritään edistämään potilaan kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jossa potilas ja hoitaja ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus sisältää neuvontaa, tiedon antamista ja opetusta, jotka perustuvat tutkittuun tietoon tai kliiniseen kokemukseen ohjauksesta hoitotyössä. (Kääriäinen ym. 2005, Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen 2008.)

Ohjauksen lähtökohtana on jokin tilanne tai tavoite ja päämääränä on saavuttaa tilanne, joka on eri kuin lähtötilanne. Syntyvään tilanteeseen vaikuttaa aina potilaan ja hoitajan taustatekijät, jotka ovat lähtökohta ohjaukselle. Potilaan taustatekijät ja hänen tulkintansa niistä muodostavat todellisuuden, jossa hän elää ja tekee valintoja hoitoaan koskien. Potilaan taustatekijöiden huomioimisen lisäksi

hoitajan tulee tunnistaa omat ohjaukseen vaikuttavat taustatekijänsä. Hoitajan tulee ymmärtää tapansa ajatella ja toimia sekä tiedostaa omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä, kyetäkseen toimimaan potilaan parhaaksi. Potilaiden yksilöllisyys ja siitä johtuvat erilaiset tarpeet tulee huomioida ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen 2008.)

### **2.3 Perusterveydenhuolto**

Terveydenhuollon perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, kaikkien saatavilla olevat terveyspalvelut. Terveyspalvelut jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. (STM 2021a). Suomalainen terveyskeskusjärjestelmä ja perusterveydenhuolto luotiin kansanterveyslilla vuonna 1972 (Kansanterveyslaki 66/1972). Jokaisella ihmisellä on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja kuntien vastuulla on terveydenhuollon järjestäminen ja rahoittaminen. Perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa, mutta kunta voi myös ostaa terveyspalveluja muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (STM 2021a.) Sote-uudistuksen myötä vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä siirtyy kunnilta hyvinvointialueille. Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenne uudistetaan, jotta yhdenvertaisten palveluiden saatavuus olisi taattu koko Suomen alueella asuinkunnasta riippumatta. (Sote-uudistus 2021.)

WHO:n kansainvälisen määritelmän mukaan perusterveydenhuolto vastaa ihmisten terveystarpeisiin kokonaisvaltaisesti koko elämän ajan. Perusterveydenhuolto sisältää terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn, kuntoutuksen ja palliatiivisen hoidon. Perusterveydenhuolto ei ainoastaan edistä yksilöiden ja perheiden terveyttä vaan sen tarkoitus on edistää koko kansan terveyttä. Jokainen ihminen ansaitsee saada oikeanlaista hoitoa omassa lähiyhteisössään. Tämä on perusterveydenhuollon lähtökohta. (WHO 2021.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa perusterveydenhuollolla tarkoitetaan väestön terveyden seuranta, terveyden edistämistä ja erilaisia palveluita. (STM 2021b, WHO 2021.) Näitä palveluita ovat terveyskeskuksen lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot, terveyskeskuksen vuodeosastohoito, terveysneuvonta ja terveystarkastukset sisältäen perhesuunnitteluneuvolan palvelut, äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, seulontatutkimukset ja rokotukset, suun terveydenhuolto, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, mielenterveyspalvelut, terveyskeskuspäivystys ja kotisairaanhoido (STM 2021a).

### 3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa tietoa monikulttuuristen perheiden ohjauksesta perusterveydenhuollossa. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää monikulttuuristen perheiden ohjauksessa ja monikulttuuristen perheiden hoitotyön kehittämisessä.

Tutkimuskysymys:

Mitä hoitohenkilöstön tulee huomioida monikulttuuristen perheiden ohjauksessa perusterveydenhuollossa?

## 4 KATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tehdään tiivistelmä aikaisempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä, valitusta aihepiiristä. Kirjallisuuskatsauksessa selvitetään systemaattisen tiedonhaun keinoin, miten tarkasteltavaa aihetta on tutkittu aikaisemmin, mistä näkökulmasta aihetta on tutkittu ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy aikaisempiin, samaa aihepiiriä koskeviin tutkimuksiin. Aineiston analyysissä hyödynnettiin induktiivista sisällönanalyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 138–139.)

### 4.1 Kirjallisuushaku

Aiheen valinnan jälkeen muotoiltiin tutkimuskysymys. Tutkimuskysymyksen muotoilussa käytettiin PICO- menetelmää, jossa P eli potilasryhmä on monikulttuurinen perhe, I eli mielenkiinnonkohde on hoitotyön ohjauksessa huomioitavat asiat ja Co eli konteksti on perusterveydenhuolto.

Tutkimuskysymyksen pohjalta keskeisiksi käsitteiksi nousivat monikulttuurinen perhe, ohjaus hoitotyössä ja perusterveydenhuolto. Näistä käsitteistä muodostettiin suomen- ja englanninkieliset hakusanat. Kirjallisuushaku toteutettiin Cinahl-, Medline- ja Medic-tietokannoissa. Lisäksi sopivia tutkimusartikkeleita haettiin Google scholarista ja valittujen tutkimusten lähdeluetteloista sekä hyödyntämällä oman tieteenalan verkostoa.

Hakuprosessissa Cinahlissa ja Medlinessa käytettiin sekä asiasana- että vapaasanahakua, mutta Medicissä käytettiin vain vapaasanahakua mahdollisimman laajan hakutuloksen saamiseksi. Vapaasanahaku ja asiasanahaku yhdistettiin OR-operaattorilla. Hakusanoja lyhennettiin eri tietokannoissa ohjeiden mukaisesti ja yhdisteltiin käyttämällä Boolean operaattoreita AND ja OR. Haku tietokannoittain kuvattu eriteltynä taulukossa 1.

Sisäänottokriteerinä oli: vastaa annettuun tutkimuskysymykseen. Haku rajattiin tietokannoissa suomen- ja englanninkielisiin vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin. Vuosirajauksia ei tehty, sillä aiheesta oli saatavilla vain niukasti tutkimustietoa, eikä haluttu rajata hyviä tutkimuksia pois vuosirajauksella. Lisäksi arvioitiin, että tutkimustieto aiheesta ei ole vanhentunutta ja tulokset ovat edelleen ajantasaisia. Hakutulos kokonaisuudessaan ennen tietokantarajauksia oli 912 viitettä, joista Cinahlista 451, Medicistä 142 ja Medlinesta 319. Hakutulos tietokantarajauksen jälkeen oli 778 viitettä.



Taulukko 1. Haku tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanat	Tietokantarajaukset	Hakutulos
Cinahl (Ebsco)	<p><b>Vapaasanahaku:</b> AB(multicultural OR multicultural famil* OR intracultural famil* OR transcultural famil* OR cultural diversity) AND (nurs* OR nursing care OR midwi*) AND (patient education OR “support psychosocial” OR counseling OR cultural competenc*)</p> <p><b>Asiasanahaku:</b> cultural diversity OR transcultural nursing AND patient education OR support psychosocial OR counselling OR cultural competence AND nursing care</p>	Vertaisarvioitu Kieli englanti tai suomi	n=451
Medline (Ebsco)	<p><b>Vapaasanahaku:</b> AB(Multicultural OR multicultural famil* OR intracultural famil* OR transcultural famil* OR cultural diversity) AND (nurs* OR nursing care OR midwi*) AND (patient education OR “support psychosocial” OR counseling OR cultural competenc*)</p> <p><b>Asiasanahaku:</b> cultural diversity OR transcultural nursing AND health education OR support psychosocial OR counseling OR cultural competency AND nursing care</p>	Kieli englanti tai suomi	n=319
Medic	<p><b>Vapaasanahaku:</b> "cultural diversity" "transcultural nursing" "monikulttuurinen hoitotyö" monikulttuurisuus</p>		n=142

Ensimmäisessä vaiheessa hakutulokseksi saadut viitteet käytiin läpi otsikko- ja tiivistelmätasolla, joista mukaan valikoitui yhteensä 131 tutkimusartikkelia. Poissulkukriteereinä oli: 1) kirjallisuuskatsaus, 2) ei tieteellinen julkaisu, 3) tietokantojen päällekkäiset tutkimukset, 4) ei koko tekstiä saatavilla ja 5) ei vastaa tutkimuskysymykseen.

Tämän jälkeen tutkimukset luettiin kokonaisuudessaan tarkasti läpi. Koko tekstin perusteella mukaan valikoitui 19 kansainvälistä tutkimusartikkelia ja 1 kotimainen tutkimusartikkeli, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Lisäksi manuaalihauulla mukaan valikoitui 3 tutkimusartikkelia, joista yksi oli kotimainen. Tarkempi tiedonhaun kuvaus on esitetty kuviossa 1.

**Tutkimuskysymys:**

Mitä hoitohenkilöstön tulee huomioida monikulttuuristen perheiden ohjauksessa perusterveydenhuollossa?

**Hakusanat:**

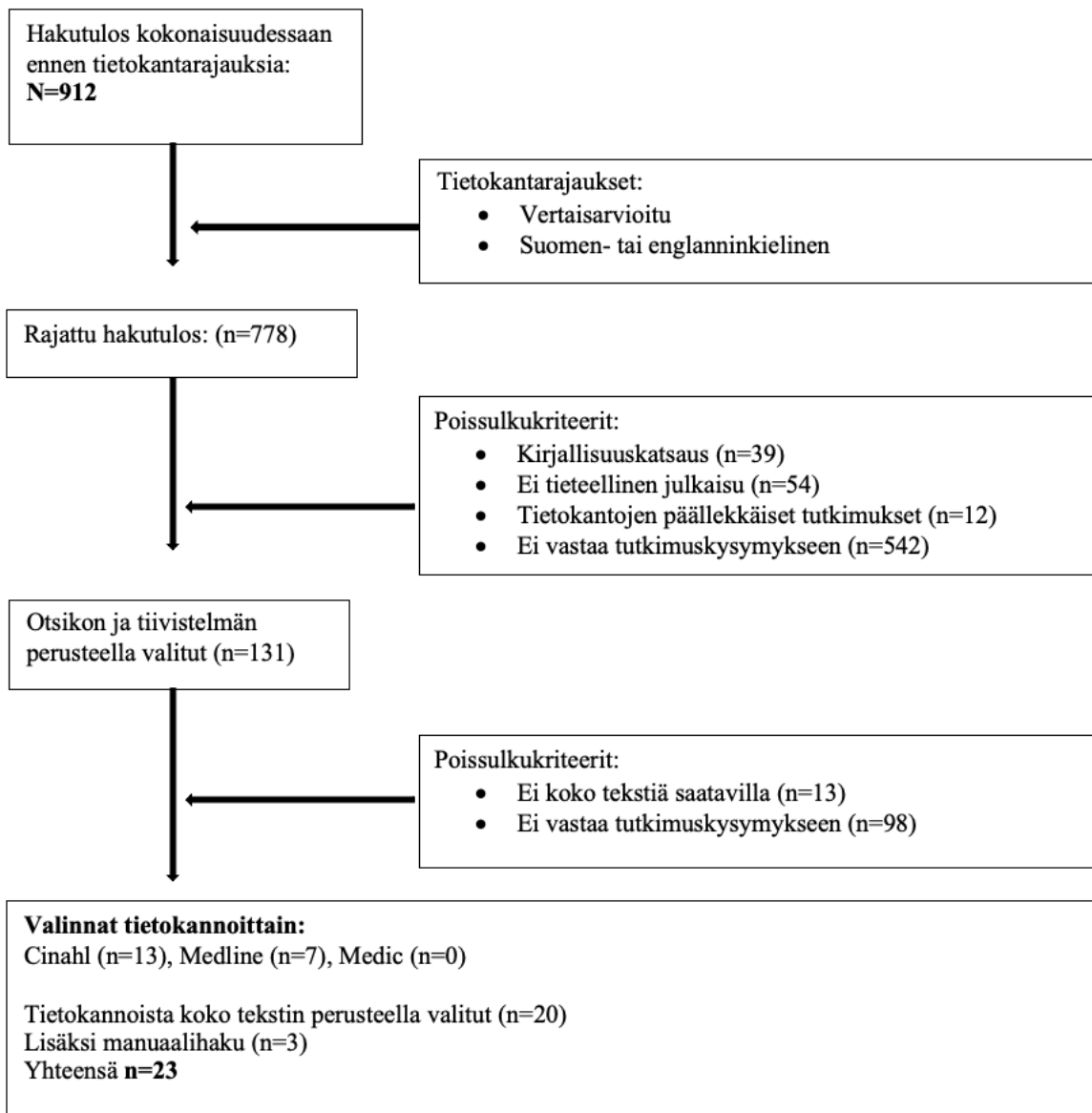
monikulttuurisuus, monikulttuurinen perhe, kulttuurinen monimuotoisuus, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö, hoitotyö, ohjaus, kulttuurinen kompetenssi/ multicultural, multicultural famil\*, transcultural famil\*, intracultural famil\* cultural diversity, nurs\*, midwi\*, nursing care, patient education, counseling, "support psychosocial", health education, cultural competenc\*

**Tietokannat:**

Cinahl (n=451), Medic (n=142), Medline (n=319)

**Sisäänottokriteeri:**

- Vastaa annettuun tutkimuskysymykseen



Kuvio 1. Aineiston hakuprosessin kuvaus

## 4.2 Aineiston kuvaus ja laadunarviointi

Kirjallisuuskatsaus koostui (n=23) englanninkielisistä alkuperäistutkimuksista, joista 21 oli kansainvälistä ja 2 kotimaista tutkimusartikkelia. Valituista tutkimusartikkeleista kaikki yhtä lukuun ottamatta olivat laadullisia tutkimuksia (n=22). Yksi tutkimus oli määrällinen, ja siinä oli käytetty laadullista sisällönanalyysia avoimen kysymyksen analysoinnissa. Kvalitatiivisten tutkimusten aineisto oli kerätty puolistrukturoiduilla yksilö- tai ryhmähaastatteluilla, syvähaastatteluilla, kohderyhmäkeskusteluilla ja havainnoimalla. Useassa tutkimuksessa oli käytetty kahta eri aineistonkeruumenetelmää. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineisto oli kerätty kyselylomakkeella. Tutkimusaineistossa osallistuneiden määrä vaihteli 5–221 osallistujan välillä.

Vanhin tutkimusartikkeli oli julkaistu vuonna 2001 ja tuorein vuonna 2020. Maantieteellisesti tutkimukset sijoittuvat ympäri maailmaa. Tutkimuksista viisi oli tehty Pohjoismaissa (2, 10, 13, 14, 22), neljä Yhdysvalloissa (7, 9, 15, 16), kolme Espanjassa (4, 8, 20), kaksi Iranissa (1, 3), kaksi Kanadassa (11, 19), kaksi Thaimaassa (17, 21) ja yksittäiset Etelä-Koreassa (5), Portugalissa (6), Australiassa (12), Taiwanissa (18) ja Alankomaissa (23).

Kirjallisuuskatsaukseen valittavien alkuperäistutkimusten laatua tulee arvioida kriittisesti. Laadunarviointi on yksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten luotettavuuden arvioinnin työväline. (Stolt ym. 2016.) Tämän kirjallisuuskatsauksen laadunarvioinnissa käytettiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) suomennettuja laadullisen tutkimuksen ja poikkileikkaustutkimuksen arviointikriteeristöjä (Hotus 2018). Laadunarviointi toteutettiin kahden tutkijan toimesta luotettavuuden lisäämiseksi.

Laadullisen tutkimuksen laadunarvioinnin kriteeristö sisälsi kymmenen kohtaa, jotka käytiin läpi jokaisen tutkimuksen kohdalla. Laadulliset tutkimukset saivat 7–10 pistettä. Artikkeleissa ilmenneitä puutteita oli maininta eettisestä luvasta, tutkijan kulttuuristen ja teoreettisten lähtökohtien kuvauksen puuttuminen sekä kuvaus tutkijan vaikutuksesta tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan uupui. Määrällinen tutkimus arvioitiin poikkileikkaustutkimukselle tarkoitetulla kriteeristöllä, jossa oli kahdeksan kohtaa. Määrällinen tutkimus sai 7 pistettä. Artikkelissa ei mainittu menetelmiä, joita käytettiin sekoittavien tekijöiden huomioimisessa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimusten tuli saada laadunarvioinnissa vähintään puolet mahdollisesta pistemäärästä. Kaikki tutkimukset (n=23) saivat riittävät pisteet ja ne valittiin mukaan aineistoon.

### 4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin hyödyntäen induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä päättelyä, jota ohjaavat tutkimuskysymys ja tutkimuksen tarkoitus. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet ovat 1) yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, 2) redusointi eli pelkistäminen 3) ryhmittely eli klusterointi ja 4) abstrahointi eli teoreettisen käsitteiden luominen. Analyysissa aineistosta pyrittiin tunnistamaan merkityksellisiä ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–117.)

Yksityiskohtaisessa analyysissa aineiston kokonaisuuden hahmottaminen mahdollistaa aineiston yksityiskohtaisemman analyysin (Kylmä & Juvakka 2007, 116). Yleiskuva aineistosta muodostettiin lukemalla aineisto huolellisesti läpi. Tutkimuskysymykseen vastaavat merkitykselliset ilmaisut koottiin taulukkoon. Merkitykselliset ilmaisut toimivat pohjana pelkistämislle.

Pelkistämävaiheessa merkitykselliset ilmaisut tiivistettiin niin, että niiden olennainen sisältö säilyi ja aineistosta karsiutui tutkimukselle epäolennainen pois. (Kylmä & Juvakka 2007, 117, Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut listattiin allekkain taulukkoon.

Aineiston pelkistämisen jälkeen seurasi aineiston ryhmittely eli klusterointi. Ryhmittelyvaiheessa aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut eli pelkistykset käytiin tarkasti läpi ja niistä etsittiin sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksia. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset yhdistettiin alaluokaksi, joka nimettiin niin, että se kattoi kaikki sen alle tulleet pelkistetyt ilmaisut. Alaluokkia yhdistelemällä muodostettiin seitsemän (7) yläluokkaa. Ryhmittelyn edetessä tähän vaiheeseen todettiin, että pääluokkatasolle ei ole syytä edetä. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

Aineiston pelkistämävaiheessa ja ryhmittelyvaiheessa on jo mukana aineiston abstrahointia. Abstrahoinnissa eli aineiston käsitteellistämässä alkuperäisen aineiston ilmaisuista edettiin teoreettisiin käsitteisiin ja lopulta johtopäätöksiin. Abstrahoinnissa edettiin harkitusti ja abstraktiotaso nousi siirryttäessä alaluokista yläluokkiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 119, Tuomi & Sarajärvi 2018, 125–126.)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä yhden yläluokan osalta

Alkuperäisilmaisut	Pelkistykset	Alaluokat	Yläluokka
"He (sairaanhoitajat) olivat sensitiivisiä kulttuurikäsitteille vanhempien käytöksessä ja ulkonäössä, eivät tyrmänneet heidän ajatuksiaan eivätkä tuputtaneet omaa kulttuuriaan heille." (1)	Sensitiivisyys kulttuurikäsitteille vanhempien käytöksessä.	Kulttuurierojen tunnistaminen ja sensitiivisyys kulttuurieroille	Kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet
	Sensitiivisyys kulttuurikäsitteille ulkonäössä.		
"...uskonnollisten vakaumusten vuoksi he (maahanmuuttajat) usein haluavat, että heitä tutkii samaa sukupuolta oleva lääkäri." (3)	Uskonnollisten vakaumusten vuoksi maahanmuuttajat usein haluavat, että heitä tutkii samaa sukupuolta oleva lääkäri.	Uskonnollisen vakaumuksen kunnioittaminen	
"Hoidettaessa muista kulttuureista tulevia potilaita on tärkeää ottaa huomioon heidän hengelliset tarpeensa, koska ne voivat olla ratkaisevia joissakin kulttuureissa." (10)	Hoidettaessa muista kulttuureista tulevia potilaita, on tärkeää ottaa huomioon heidän hengelliset tarpeensa.	Hengellisten tarpeiden huomioiminen	
"Buddhalaisuuteen ja islamiin uskovilla on tiukat ruokavalion rajoitukset ja käytännöt." (16)	Buddhalaisilla on tiukat ruokavalion rajoitukset.	Uskontoon sopiva ruokavalio	
	Islamuskoisilla on tiukat ruokavalion rajoitukset.		
	Buddhalaisilla on tiukat ruokavalioon liittyvät käytännöt.		
	Islamuskoisilla on tiukat ruokavalioon liittyvät käytännöt.		

## 5 TULOKSET

Monikulttuuristen perheiden ohjauksessa huomioitavia asioita ovat toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio, kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet, kulttuuriset uskomukset ja käsitykset, perheen merkitys hoidossa, perheiden yhdenvertaisuuden edistäminen, perheiden osallisuuden tukeminen sekä tarvittavat resurssit.

*Taulukko 3. Monikulttuuristen perheiden ohjauksessa huomioitavat asiat*

Yläluokat	Alaluokat
Toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio	Potilaan kielitaidon huomioiminen Vuorovaikutuksen ja kommunikaation haasteet Tulkkauspalvelut kommunikaation tukena Ei-ammattillisen tulkkauksen ongelmallisuus Sanaton viestintä ja selkokieli kommunikaation tukena Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentuminen
Kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet	Kulttuurierojen tunnistaminen ja sensitiivisyys kulttuurieroille Uskonnollisen vakaumuksen kunnioittaminen Hengellisten tarpeiden huomioiminen Uskontoon sopiva ruokavalio
Kulttuuriset uskomukset ja käsitykset	Perhekohtaiset uskomukset ja toiveet Erilaiset sairaus- ja terveystieteet Raskauteen, synnytykseen ja imetykseen liittyvät uskomukset Vaihtoehtohoidot terveyden edistämässä ja sairauksien hoidossa
Perheen merkitys hoidossa	Perheen osallistuminen hoitoon Sukupuoliroolit perheessä
Perheiden yhdenvertaisuuden edistäminen	Perheen kulttuurin kunnioittaminen Tasavertainen kohtelu ja oikeudenmukaisuus Yksilöllisyys Kokonaisvaltainen hoito Stereotyyppisen ajattelun ja kielteisten asenteiden tiedostaminen
Perheiden osallisuuden tukeminen	Uuteen kulttuuriin sopeutuminen Hoitohenkilöstön tuki sopeutumisprosessissa Palveluohjaus
Tarvittavat resurssit	Riittävät aikaresurssit Hoitohenkilöstön monikulttuurista osaamista edistävä koulutus

## 5.1 Toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio

*Potilaan kielitaidon huomioiminen* oli edellytys toimivalle vuorovaikutukselle ja kommunikaatiolle, ja se vähensi eriarvoisuutta terveydenhuollossa (2). Potilaan kielitaito huomioitiin esimerkiksi jakamalla ohjausmateriaalit potilaan omalla äidinkielellä tai asiointikielellä (1, 4, 5, 12).

*Vuorovaikutuksen ja kommunikaation haasteita* monikulttuuristen perheiden ohjauksessa olivat yhteisen kielen puuttuminen (3, 4, 5, 9, 12, 16, 18, 21), erilaiset murteet (3), puutteelliset vuorovaikutustaidot (12) ja rajalliset teknologiataidot (13). Kielierot (3, 4, 5, 6, 9, 12, 16, 18) ja puutteelliset vuorovaikutustaidot (12, 18) vaikeuttivat hoitohenkilöstön ja perheen keskinäistä vuorovaikutusta (2, 12, 16, 18), ja hoitohenkilöstöllä saattoi olla vaikeuksia ymmärtää perheiden tarpeita (13, 18), mikä puolestaan viivästytti hoitoa (18). Sähköinen asiointi on Suomessa tavanomainen kommunikaatioväylä potilaiden ja terveydenhuollon välillä. Ulkomaalaistaustaisten perheiden rajallisten teknologiataitojen vuoksi sähköinen viestintä ja asiointi hankaloitui (13).

Toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio edellyttää usein monikulttuuristen perheiden ohjauksessa *tulkkauspalveluita kommunikaation tukena*. Tulkkauksen avulla hoitohenkilökunta ja perhe pystyivät kommunikoidaan ja ymmärtämään toisiaan (5, 10, 15, 19). Tulkin käyttö lisäsi potilaiden turvallisuudentunnetta (10), mutta tulkin valinnassa on tärkeä ottaa huomioon tulkin ammatillisuus (13) sekä potilaan ja tulkin mahdollinen yhteys yhteisössä, minkä potilas voi kokea ongelmalliseksi (10, 19). Tulkin valinnassa on myös hyvä huomioida erilaiset kielen murteet ja aksentit (2).

Kommunikaatio-ongelmien välttämiseksi monet turvautuivat ei-ammattilliseen tulkkaukseen, joka käsitti ystävien, sukulaisten ja perheenjäsenten käytön tulkkina (19, 20). Myös hoitohenkilökunta turvautui joskus ei-ammattilliseen tulkkaukseen (9), vaikka se ei aina ollut ongelmaton. *Ei-ammattillisen tulkkauksen ongelmallisuus* johtui siitä, että tulkit eivät välttämättä osaa lääketieteen termistöä ja potilaan voi olla hankala keskustella arkaluontoisista asioista, jos tulkkina toimii sukulainen tai ystävä (19).

Yhteisen kielen puuttuessa käytettiin *sanatonta viestintää ja selkokieltä kommunikaation tukena*. Kehonkieli sekä ilmeiden ja eleiden käyttö (10, 20, 22) korostui kommunikaatiossa ja turvaututtiin myös luoviin viestintämenetelmiin kuten viittomiin ja kuvien käyttöön (9, 10). Tullakseen ymmärretyksi hoitohenkilökunta puhui hitaammin, artikuloi selkeämmin ja toisti sanomaansa useaan kertaan käyttämättä monimutkaisia sanoja (1, 4).

*Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentuminen* on perusta toimivalle vuorovaikutukselle ja kommunikaatiolle. Luottamuksellisen suhteen rakentuminen vaati aikaa (2), hoitohenkilöstön kulttuurituntemusta (21), potilaiden rohkaisua ilmaisemaan hoitoon liittyviä tarpeitaan, läsnäoloa sekä potilaiden ja heidän sukulaistensa säännöllistä tiedottamista hoitoon liittyvistä asioista (10). Luottamuksen rakentaminen potilaisiin lisäsi hoitoon sitoutumista ja perheen tyytyväisyyttä (1) sekä auttoi potilaita puhumaan arkaluontoisistakin asioista (23). Luottamusta heikentävien tekijöiden tunnistaminen on kuitenkin edellytys luottamuksellisen suhteen rakentumiselle ja ylläpitämiselle. Lääketieteellinen tiedonpuute ja kielimuurit aiheuttivat epäluottamusta (2), joka ilmeni erilaisten uskomusten ja käyttäytymisen muodossa (3). Tämä oli haaste hoitohenkilöstölle (3).

## 5.2 Kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet

Monikulttuurisessa hoitotyössä on tärkeää huomioida yksilöiden ja perheiden kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet. *Kulttuurierojen tunnistaminen ja sensitiivisyys kulttuurieroille* nähtiin tärkeinä taitoina hoitotyössä (6, 21). Potilaissa kulttuurierot aiheuttivat epävarmuutta ja huolta väärinymmärretyksi tulemisesta (2, 6, 18). Hoitohenkilöstö koki jokaisen potilaan ja perheen kulttuurin huomioivan hoidon tarjoamisen ja ominaispiirteiden huomioimisen haastavana (1, 3, 4, 17). He kokivat myös kulttuurierojen vaikeuttavan hoidollisten tarpeiden määrittelyä ja heidän reaktionsa kulttuurieroihin saattoivat johtaa eriarvoisuuteen terveydenhuollossa (2, 5, 13). Kulttuurierojen tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta terveydenhuollon eriarvoisuutta voidaan ehkäistä. Hoitohenkilöstö oli sensitiivisiä kulttuurieroille hoitotyössä, mikä ilmeni hienotunteisuutena potilaan erilaista käytöstä, tapoja ja pukeutumista kohtaan (1, 2, 13, 18, 19).

Monikulttuurisen potilaan hoitotyöhön kuuluu myös potilaan *uskonnollisen vakaumuksen kunnioittaminen*. Uskonnollinen vakaumus näkyi hoitotyössä potilaiden turvautumisena omaan vakaumukseensa sairauden hetkellä (7, 18, 21). Uskonnollinen vakaumus aiheutti joissakin tilanteissa ristiriitaa terveydenhuollon ohjeistusten ja uskonnolliseen vakaumukseen liittyvien tapojen välillä (2, 3, 5, 18). Uskonnollista vakaumusta kunnioitettiin ristiriidoista huolimatta silloin, kun se ei ollut vaaraksi potilaalle (18).

*Hengelliset tarpeet huomioitiin* hoidettaessa eri kulttuureista tulevia potilaita (10, 21). Hengellisyys vaikutti potilaiden sairaus- ja terveyskäsitteisiin (14) ja potilaat toivoivat hoitohenkilöstöltä kunnioitusta heidän hengellisille uskomuksilleen (17).



*Uskontoon sopivan ruokavalion* huomioiminen kuuluu kulttuuristen tarpeiden ja ominaispiirteiden huomioimiseen. Eri uskonnoissa oli erilaisia ruokavalioon liittyviä rajoituksia ja käytäntöjä (11, 16, 19). Terveystieteissä pyrittiin tarjoamaan uskontoon sopivan ruokavalion mukaisia aterioita ja ateriaohjausta (5).

### 5.3 Kulttuuriset uskomukset ja käsitykset

*Perhekohtaiset uskomukset ja toiveet* tulee huomioida monikulttuurisen perheen hoitotyössä. On tärkeää nähdä perhe yksilöllisesti, sillä perhe ei ole vain kulttuurinsa tai uskontonsa edustaja. Hoitohenkilökunta antoi perheille mahdollisuuden tulla kuulluksi toiveissaan ja uskomuksissaan, ja ne huomioitiin hoitotyössä niiltä osin, kun se ei ollut vahingollista potilaalle (1). Eri etnisistä taustoista tulevilla potilailla oli erilaisia uskomuksia ja ajattelutapoja, joita hoitohenkilökunta ei ymmärtänyt. Ymmärtämättömyys aiheutti hoitotyöntekijöissä ristiriitoja, jopa pelkoa. (18.)

Eri kulttuurista tulevilla perheillä oli *erilaisia sairaus- ja terveystieteitä* (3, 14, 15, 16, 19). Vaikka joskus erilaiset sairaus- ja terveystieteet olivat ristiriidassa terveydenhuollon ohjeistusten kanssa, potilaat usein toimivat omien uskomustensa mukaisesti. Sairauksiin, kuten mielenterveysongelmiin, suhtauduttiin kielteisesti. (11.) Potilaan ruokavalioon ja ravintoon liittyvät uskomukset ja mieltymykset vaikuttivat sairaus- ja terveystieteisiin (11, 12, 14). Esimerkiksi lämpimien ruokien nauttimisen synnytyksen aikana uskottiin nopeuttavan synnytystä (11). Myös uskonto ja hengellisyys, sukupuolidynamiikka, koulutustausta ja ammatti sekä sosioekonominen asema olivat vaikuttimia, jotka muovasivat sairaus- ja terveystieteitä perheissä (14).

Eri taustoista tulevilla perheillä on erilaisia *raskauteen, synnytykseen ja imetykseen liittyviä uskomuksia*. Raskaus ja synnytys nähtiin luonnollisina tapahtumina, jonka vuoksi saatettiin vieroksua raskauteen ja synnytykseen liittyviä normealeja käytänteitä, joita he pitivät itse luonnottomina, kuten raskauden aikainen seuranta ja synnytyksen lääketieteellinen hoito (11, 17). Joissakin kulttuureissa kivun ilmaisu synnytyksen aikana nähtiin heikkoutena, minkä vuoksi naiset eivät aina synnytyksen aikana ilmaisseet todellisia tunteitaan. Myös imetus nähtiin luonnollisena, joten jotkut naiset olivat haluttomia pulloruokintaan. (11.) Lapsivuodeaikaan liittyi myös monia erilaisia uskomuksia; synnyttäneen naisen suositeltiin olevan ulkoilematta 30 päivän ajan synnytyksen jälkeen, koska naisen ajateltiin olevan altis energianmenetykselle ja sairauksille (12).

Toisinaan eri kulttuureista tulevat perheet turvautuivat *vaihtoehtohoitoihin terveyden edistämiseksi ja sairauksien hoidossa*. He käyttivät omien sukujensa perinteisiä hoitomenetelmiä terveyden

edistämisessä ja sairauksien hoidossa, kun eivät luottaneet lääketieteeseen tai lääketieteestä ei ollut apua (18). Kansanparantajia ja yrtilääkkeitä käytettiin terveyden hoitamisessa (7, 17).

#### 5.4 Perheen merkitys hoidossa

Monikulttuuristen perheiden hoitotyössä perheen merkitys korostui. *Perheen osallistuminen hoitoon* oli tavanomaista ja nähtiin tärkeänä (8). Sairastaessa potilas usein turvautui perheeseensä, ja joissakin kulttuureissa perhe otti merkittävän roolin potilaan hoidossa osallistuen potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon (7, 22). Hoitohenkilöstö koki perhekeskeisen lähestymistavan tärkeänä terveyden edistämisessä, vaikka joskus haastavaa oli esimerkiksi se, että suuri määrä perhettä ja sukulaisia saapui vastaanotolle (13). Potilaan perheen kanssa keskustelu (4) ja perheen tiedottaminen hoitoon liittyvistä asioista loi turvallisuuden tunnetta potilaassa ja edisti hyvän hoitosuhteen rakentumista (10).

Eri kulttuureissa ja perheyhteisöissä on erilaisia sukupuolirooleja. *Sukupuoliroolit perheessä* vaikuttivat moniin asioihin, kuten työn- ja vastuunjakoon (7), päätöksentekoon (19) ja päätösvaltaan (3) elämän eri osa-alueilla. Erilaisten sukupuoliroolien vaikutus perheissä näkyi muun muassa siten, että naisen tehtäviin kuului perheestä ja perheen terveydestä huolehtiminen (7). Valta-asetat sukupuolirooleissa näkyivät siten, että joissakin kulttuureissa perhesuunnittelua koskevissa päätöksissä miehillä oli päätösvalta esimerkiksi ehkäisyä koskevissa asioissa eikä naisilla ollut välttämättä sananvaltaa juurikaan (19). Usein naiset salasivat ehkäisyn käytön, ja jos nainen puolusti omia oikeuksiaan vedoten lakeihin, pidettiin sitä kunnioittomana (11). Patriarkaalinen kulttuuri aiheutti joskus yhteentörmäyksiä hoitohenkilöstön ja eri kulttuurista tulevien välillä (2, 19). Erot sukupuolirooleissa esimerkiksi muslimeilla eivät välttämättä liity uskoon, vaan selittävinä tekijöinä voivat olla matala sosioekonominen asema tai koulutustaso (8).

#### 5.5 Perheiden yhdenvertaisuuden edistäminen

*Perheen kulttuurin kunnioittaminen* edistää perheiden yhdenvertaisuuden toteutumista. Monikulttuuriset perheet toivoivat hoitohenkilökunnalta kunnioittavaa kohtelua (17). Hoitohenkilökunta ilmaisi kunnioitusta perheiden kulttuureita kohtaan ja toivoi kunnioituksen olevan molemminpuolista (1, 6, 10, 16).

Yhdenvertaisuuden toteutumiseksi tarvitaan *tasavertaista kohtelua ja oikeudenmukaisuutta*. Hoitohenkilöstö koki, että monikulttuurisilla perheillä oli samanlaisia tarpeita kuin kenellä tahansa

muulla perheellä kantäväestössä (15, 22). Kun perheet kohdattiin tasa-arvoisina hoitotyössä, kokivat he osallisuutta ja ihmisarvoa (10). Hoitohenkilökunta pyrki varmistamaan, että monikulttuuriset perheet kokivat kohtelunsa oikeudenmukaiseksi terveydenhuollossa; omaa kulttuuria ei tuputettu perheille (1, 13).

Yhdenvertaisuuden edistämiseksi *yksilöllisyyden* korostaminen on tärkeää monikulttuurisessa hoitotyössä (21). Hoitotyössä potilaat nähtiin yksilöinä, joilla oli erilliset ominaisuudet (15), ja monikulttuuriset perheet itse korostivat yksilöiden välisiä eroja (8, 10). Monikulttuurisessa hoitotyössä yksilöllisyyden huomioiminen oli haaste hoitohenkilöstölle (9, 13, 15). Hoitohenkilöstöllä oli vaikeuksia erottaa potilas kulttuuriryhmästä ja kohdata heidät yksilöllisesti huomioiden heidän yksilölliset tarpeensa (15). Yksilöllisen hoidon tarjoamista vaikeutti myös terveystietojen puutteellisuus, kun perheet muuttivat maasta toiseen (9).

Monikulttuuristen perheiden hoitotyössä *kokonaisvaltainen hoito* nähtiin tärkeänä (10). Kokonaisvaltainen hoito huomioi perheen fyysisen ja psyykkisen terveyden sisältäen myös kulttuurin ja vakaumuksen huomioinnin (17). Hoitotyön ammattilaisten on välttämätöntä tarjota kokonaisvaltaista hoitoa ja tehdä potilaan hoitosuunnitelma keskittyen huomioimaan potilaan taustat ja tarpeet (21).

*Stereotyyppisen ajattelun ja kielteisten asenteiden tiedostaminen* on edellytys ennakkoluulojen purkamiselle ja yhdenvertaisuuden toteutumiselle terveydenhuollossa. Hoitohenkilöstöllä oli taipumus ennakkokäsityksiin monikulttuurisia perheitä kohtaan (18, 20, 22) sekä potilaiden luokitteluun uskonnon ja henkilökohtaisten ominaisuuksien perusteella (8). Usein monikulttuurisiin potilaisiin ja heidän perheisiinsä liittyvät ennakkoluulot olivat negatiivisia (8). Luokittelun ja ennakkoasenteiden seurauksena potilaat tunsivat tulleensa leimatuiksi (17), ja ennakkoluulot vaikuttivat hoitohenkilöstön ja potilaiden välisiin suhteisiin (8). Hoitohenkilöstö huomasi, että työskentely monikulttuuristen perheiden kanssa avarsi heidän käsityksiään, ja he ymmärsivät, että monikulttuuriset potilaat ovat yhdenvertaisia kantäväestöön nähden (20). Osa hoitohenkilöstöstä kommentoi negatiivisesti kokemuksiaan monikulttuuristen potilaiden kanssa (16) ja yksittäiset ammattilaiset olivat ymmärtäväisiä vihamielisille ilmaisuille (20). Näiden ennakkoasenteiden purkamiseksi hoitohenkilöstön on tunnistettava omat ennakkoluulonsa ja oma kulttuuri-identiteettinsä (14).

## 5.6 Perheiden osallisuuden edistäminen

*Uuteen kulttuuriin sopeutuminen* edistää perheiden osallisuutta. Uudessa kulttuuriympäristössä oli opeteltava uusi kieli, löydettävä oma roolinsa muuttuneessa ympäristössä sekä luotava uusia sosiaalisia suhteita (9). Enemmistö perheistä omaksui muita kuin omia käytäntöjään, eivätkä noudattaneet tiukasti omaa kulttuuriaan (12). Vaikeudet sopeutumisessa johtivat lisääntyneisiin terveystarpeisiin (9).

*Hoitohenkilöstön tukea sopeutumisprosessissa* tarvittiin, jotta voitiin lievittää sopeutumisvaikeuksia ja niistä johtuvia haasteita. Hoitohenkilöstön tuki sopeutumisprosessissa oli ensiarvoisen tärkeää etenkin turvapaikanhakijoiden keskuudessa. Ohjauksessa oli tärkeää huomioida haavoittuva asema ja aloittaa ohjaus perusteista, kuten päivittäisistä toimista; hygieniasta ja säännöllisen ruokailun merkityksestä. Konkreettista apua perheille tarjottiin lisäksi tapaamisten varaamisiin, harrastuksiin ja päivittäisiin toimiin. (13.)

Suomen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä on ainutlaatuinen, minkä vuoksi *palveluohjauksen* tarve korostui monikulttuuristen perheiden ohjauksessa (23), etenkin elämän erilaisissa muutos- ja siirtymävaiheissa. Hoitohenkilöstö antoi ohjausta monikulttuurisille potilaille ja heidän perheilleen paikallisista käytettävissä olevista sosiaali- ja terveystalvveluista sekä aikataulun mukaisista tapaamisista viranomaisten kanssa (19). Hoitohenkilöstön mukaan monikulttuurisilta perheiltä puuttui tietoa muun muassa käytettävissä olevista perhesuunnittelupalveluista sekä ennaltaehkäisevistä terveystalvveluista (19), mutta ilmeni, että hoitohenkilöstökään ei aina tuntenut monikulttuurisille perheille suunnattuja palveluntarjoajia (13).

## 5.7 Tarvittavat resurssit

Monikulttuurisen perheen ohjauksessa tulee huomioida *riittävät aikaresurssit* (2). Monikulttuuristen perheiden ohjaus vaati usein kaksinkertaisesti aikaa omankielisiin perheisiin verrattuna (19). Aikaa kului kommunikointiin, tulkkaukseen ja vaihtoehtoisiiin kommunikaatiomenetelmiin kielimuurien vuoksi (13, 19). Kulttuurierojen vuoksi monikulttuuristen perheiden tarpeiden ymmärtäminen vaati myös tavallista enemmän aikaa (5, 18). Ajanpuutteen koettiin lisäävän terveydenhuollon eriarvoisuutta (2).

Monimuotoistuvassa yhteiskunnassa hoitohenkilöstön on välttämätöntä ymmärtää erilaisia kulttuureja (21), minkä vuoksi kulttuuritietoisuuden ja -tuntemuksen lisääminen on tärkeää.

Monikulttuurisen hoitotyön kehittämiseksi tulisi varata riittävästi resursseja *hoitohenkilöstön monikulttuurista osaamista edistävään koulutukseen*. Kulttuurikoulutuksen uskottiin parantavan hoitohenkilöstön kulttuuritietoisuutta sekä kykyä kohdata monikulttuurisia potilaita (5, 23). Kulttuuritietoisuudella tarkoitettiin ymmärrystä kulttuurista ja siitä, miten se muokkaa kulttuuri-identiteettiä (14). Kulttuurikoulutuksessa tulisi huomioida kulttuuristen ja uskonnollisten ominaispiirteiden tuntemus, erilaiset hoitotarpeet (5, 23) sekä alkuperämaiden tuntemus sisältäen eri maiden kansansairaudet ja rokotustarpeet (23). Hoitohenkilöstö koki kulttuurikoulutuksensa puutteelliseksi (6, 13, 18, 20), minkä nähtiin olevan syynä yhteistyöongelmille ja väärinkäsityksille monikulttuuristen perheiden hoitotyössä (20). Hoitohenkilöstö koki hoidon laadun paranevan kulttuurituntemuksen- ja tietoisuuden lisääntyessä (21).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Luotettavuuden pohdinta

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuna Joanna Briggs Instituutin (JBI) järjestelmällisen katsauksen laadun arviointiin käytettävää arviointikriteeristöä. Laadunarviointikriteeristöön kuuluu yhdentoista (11) kohdan tarkistuslista, joka kattaa koko tutkimusprosessin tutkimuskysymyksen asettelusta jatkotutkimusehdotuksiin. Selkeän tutkimuskysymyksen avulla katsauksen laajuutta voidaan rajata, laatia sopiva hakustrategia ja tunnistaa aiheen kannalta oleelliset tutkimustulokset. (Hotus 2018a.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen tarkoitus on ilmaistu selvästi ja tutkimuskysymys esitetty täsmällisesti. Tutkimuskysymyksen muotoilussa käytettiin apuna PICO-menetelmää. Tutkimuskysymys itsessään kattaa kaikki olennaiset PICO-asetelman osa-alueet, joten sisäänottokriteeriksi on määritelty; vastaa tutkimuskysymykseen.

Läpinäkyvästi esitetty katsauksen hakustrategia lisää tutkimuksen luotettavuutta. Hakustrategiassa tulee esittää käytetyt hakutermit ja hakuun liittyvät rajaukset. (Hotus 2018a.) Tämän kirjallisuuskatsauksen hakustrategia on kuvattu sekä sanallisesti että kuviona. Hakustrategiaa ohjaa asetettu tutkimuskysymys ja siitä ilmenee käytetyt käsitteet. Koehakuja tehdessä tehtiin huomio, että perusterveydenhuolto-termin käyttäminen rajasi hakutuloksen pieneksi ja hyviä tutkimuksia rajautui pois. Suomen perusterveydenhuollon palvelujärjestelmä on ainutlaatuinen ja siihen kuuluu useita erilaisia toimialoja, minkä vuoksi teimme haun käyttämällä hakusanoina perusterveydenhuollon kontekstiin liittyviä termejä kuten terveydenhoitaja, sairaanhoitaja ja kättilö. Näin saimme huomattavasti kattavamman hakutuloksen ja aineistoa läpi käytäessä varmistettiin, että tutkimus käsittelee toimialaa, joka vastaa Suomen perusterveydenhuollon kontekstia.

Tarkemmat hakutermit tietokannoittain on esitetty taulukossa 1. Haku rajattiin suomen- ja englanninkielisiin vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin. Aikarajausta ei käytetty, sillä todettiin hakutuloksen jäävän niukaksi ja sen sulkevan pois hyviä tutkimuksia. Arvioitiin, että vanhemmatkin tutkimukset aiheesta ovat relevantteja, eivätkä näin ollen heikennä katsauksen luotettavuutta.

Tutkimukseen valittu aineisto oli englanninkielinen, ja se käännettiin suomen kielelle tutkijoiden parhaan kyvyn mukaan. Kaikille termeille ja käsitteille ei ollut vakiintuneita vastineita suomeksi, joten tutkijat joutuivat käyttämään luovuutta ilmaistakseen asian mahdollisimman oikein ja

ymmärrettävästi. Tämä on saattanut lisätä väärinymmärrysten ja virheellisten käännösten mahdollisuutta ja on laadunarvioinnin kannalta huomioon otettava seikka.

Laadukkaassa katsauksessa tulisi hyödyntää useita elektronisia tietokantoja ja pyrkiä tunnistamaan kaikki saatavilla oleva näyttö aihetta koskien. Tietokannat tulisi valita aihepiirin mukaisesti. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018a.) Tässä katsauksessa käytettiin kolmea terveystutkimuksissa luotettavana pidettyä tietokantaa, joihin päädyttiin lukuisien koehakujen jälkeen eri tietokannoissa. Oman tieteenalan verkostoa hyödynnettiin sosiaalisessa mediassa, mikä tuotti yhden tuoreen, vielä julkaisemattoman kotimaisen tutkimuksen. Lisäksi manuaalihakua tuotti kaksi tutkimusta. Monipuolinen ja kattava haku eri tietokannoissa ja muissa tietolähteissä lisää katsauksen luotettavuutta.

Katsaukseen mukaan valittujen tutkimusten kriittisen laadunarvioinnin toteuttaminen on välttämätöntä. Katsauksessa tulee ilmetä selkeästi, millä menetelmillä tutkimusten laatua on arvioitu kriittisesti. Kuvaus käytetyistä kriteereistä tulisi sisällyttää katsauksen menetelmät -osioon, liitteeksi tai viitata lähteeseen, josta saa lisätietoa käytetystä kriteeristöstä. Arvioinnissa käytetty kriteeristö tulisi olla mielekäs suhteessa tutkimuskysymykseen ja tutkimustyyppiin. Katsaukseen mukaan otetut tutkimukset tulee arvioida vähintään kahden tutkijan toimesta harhan ja järjestelmällisten virheiden välttämiseksi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018a.) Tähän katsaukseen valitut laadulliset tutkimukset arvioitiin JBI:n suomennettujen laadullisen tutkimuksen arviointikriteerien avulla ja määrällinen tutkimus poikkileikkaustutkimukselle tarkoitetun kriteeristön avulla. Arviointi tehtiin kahden tutkijan toimesta luotettavuuden lisäämiseksi itsenäisesti ja erillään, minkä jälkeen käytiin keskustelua arvioinnista ja päädyttiin yksimielisyyteen. Arviointikriteeristöt eivät olleet tutkijoille entuudestaan tuttuja, mikä saattaa heikentää arvioinnin luotettavuutta.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa katsaukseen valituista tutkimuksista poimitaan tutkimuskysymyksen kannalta keskeisiä tuloksia, ja se tulisi tehdä kahden tutkijan toimesta (Hotus 2018a). Aineisto käytiin läpi huolellisesti ja yksityiskohtaisesti, yhdessä ja erikseen kahden tutkijan toimesta.

Tutkimustulosten yhdistäminen synteetiksi on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keskeinen ominaisuus. Synteesin tulee olla tutkimuskysymyksen, katsauksen tyyppin ja tutkimustulosten kannalta tarkoituksenmukainen. (Hotus 2018a.) Tutkimustulosten synteesissä hyödynnettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivinen sisällönanalyysi palvelee katsauksen metodologiaa.

Tulokset on sanallistettu niin, että niistä käy selkeästi ilmi, mistä tutkimuksista synteesi on tehty. Tulokset on myös havainnollistettu kuviona, josta ilmenevät synteessin ylä- ja alaluokat.

Järjestelmällisessä katsauksessa tulisi esittää tulosten pohjalta suosituksia hoitotyön päätöksentekoon ja suosituksissa tulisi olla selvä yhteys katsauksen tuloksiin. Tulosten perusteella voidaan havaita tiedon ja tutkimuksen puutteita, joiden pohjalta voidaan ehdottaa jatkotutkimusaiheita. Jatkotutkimusaiheiden tulisi olla linjassa katsauksen aikana tehtyjen havaintojen kanssa. (Hotus 2018a.) Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella nousseet suositukset ja jatkotutkimusaiheet ovat linjassa katsauksen aikana tehtyjen havaintojen kanssa.

## **6.2 Eettisyyden tarkastelu**

Tutkimusetiikka on eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista läpi tutkimusprosessin; aiheenvalinnasta tulosten julkistamiseen ja aineistojen arkistointiin saakka (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2012) hyvät tieteelliset käytännöt ja eettiset lähtökohdat kulkivat mukana koko tutkimusprosessin ajan. Jo aiheen valinnassa otettiin huomioon aiheen ajankohtaisuus yhteiskunnallisesta näkökulmasta ja tiedon merkitys oman tieteenalan kannalta. Monikulttuuristen perheiden ohjauksesta ja hoitotyön käytänteistä oli hyvin vähän kotimaista tutkimustietoa perusterveydenhuollon kontekstissa ja kansainvälistäkin tutkimustietoa oli niukasti. Monimuotoistuvassa yhteiskunnassa hoitohenkilöstön kulttuuritietoisuuden ja kulttuurikompetenssin lisääminen on tärkeää. Kulttuurinen monimuotoisuus on seikka, joka tulisi huomioida suunniteltaessa ja kehitettäessä terveydenhuollon palveluita ja hoitotyön koulutusta. (Keisala, Pitkänen & Niiranen 2017.)

Koska systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä muiden tutkijoiden tutkimusten päätuloksista, huolehdittiin asianmukaisista lähdeviittauksista. Tällä tavoin kunnioitettiin ja osoitettiin arvostusta muiden tutkijoiden tekemää työtä kohtaan. Aineistoa läpi käytäessä oltiin avoimia ja analyysi tehtiin ilman ennako-oletuksia.

## **6.3 Tulosten tarkastelu**

Monikulttuuristen potilaiden ohjausta on tutkittu Suomessa hyvin vähän ja perusterveydenhuollon kontekstiin sopivia kotimaisia tutkimuksia aiheesta löytyi tietokantahakujen perusteella vain kaksi. Kansainvälisten tutkimusten soveltuvuutta Suomen perusterveydenhuollon kontekstiin arvioitiin kriittisesti, sillä muiden maiden perusterveydenhuollon järjestelmää ei tunnettu.



Aineistosta nousi esiin toimivan vuorovaikutuksen ja kommunikaation merkitys onnistuneessa ohjausprosessissa. Ohjaus sisältää neuvontaa, tiedon antamista ja opetusta potilaan ja hoitajan vuorovaikutteisessa suhteessa, joten on tärkeää varmistaa molemminpuolinen ymmärrys (Kääriäinen ym. 2005, Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen 2008). Terveystieteiden tutkimuksen hoitohenkilöstön yksi tärkeimmistä työkaluista on potilasta ja hänen arvomaailmaansa kunnioittava vuorovaikutustaito (ETENE 2004, 10). Jos vuorovaikutuksessa ilmenee haasteita kielierojen vuoksi, THL suosittaa käyttämään tulkkauspalveluita, selkokieltä, kuvia, eleitä ja ilmeitä kommunikaation tukena (THL 2021a). Samat teemat toistuivat kirjallisuuskatsauksen tuloksissa ja lisäksi todettiin ei-ammattillisen tulkkaamisen edistävän osaltaan toimivaa vuorovaikutusta. Ei-ammattilliseen tulkkaamiseen liittyi kuitenkin myös ongelmia tulkin ammattitermistön puutteellisen hallinnan vuoksi. Lisäksi arkaluontoisista asioista saattoi olla kiusallista keskustella läheisen läsnä ollessa. THL ohjeistaa hoitohenkilöstöä työskentelemään koulutuksen saaneiden tulkkiensa kanssa ja varmistamaan, että tulkki ei ole potilaan sukulainen tai läheinen (THL 2021b).

Monikulttuurisessa hoitotyössä perheen kulttuuristen tarpeiden, toiveiden ja uskomusten huomioiminen on tärkeää yksilöllisen ohjauksen tarjoamiseksi. Eri kulttuureista tulevilla on erilaisia uskomuksia ja käsityksiä terveydestä ja sairaudesta (ETENE 2004), mikä ilmeni myös katsauksen kirjallisuudessa. Kulttuurisensitiivisyys on herkkyyttä ymmärtää eri taustoista tulevaa ihmistä. Ohjauksessa kulttuurisensitiivisyys on kykyä joustaa kulttuurisesti moninaisten perheiden tarpeiden mukaan. Kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet voidaan huomioida kysymällä perheeltä heidän tavoistaan, arvoistaan ja kulttuuristaan oletusten sijaan. (THL 2021a.) Terveystieteiden tutkimuksessa hoitohenkilöstön on tärkeää kohdata perhe omista lähtökohdistaan. Perheen kunnioittamiseen kuuluu heidän arvojensa, uskontonsa ja uskomustensa kunnioittaminen. Kulttuurisensitiivinen lähestymistapa auttaa hoitohenkilöstöä tulkitsemaan vieraan kulttuurin edustajan tarpeita. (ETENE 2004.)

Katsauksessa perheen merkitys korostui monikulttuurisen perheen hoitotyössä ja hoitotyön päätöksenteossa. Monissa kulttuureissa perheen merkitys korostuu eri tavalla kuin länsimaisessa kulttuurissa, ja suomalainen yksilökeskeinen ihmiskäsitys poikkeaa useiden eri kulttuurien perhe- ja yhteisökeskeisistä ihmiskäsityksistä. Hoitoa koskevaan päätöksentekoon voi osallistua potilaan lisäksi potilaan perhe ja lähiyhteisö. (ETENE 2004.) Katsauksessa nousi esiin sukupuolirooleihin liittyviä teemoja, jotka on hyvä huomioida hoitotyön ohjauksessa. Ilmeni, että miehellä voi olla päätösvalta muun muassa ehkäisyyn liittyvissä asioissa. Sukupuoleen ja kulttuuriin liittyvistä eroista on julkaistu tutkimustietoa lähinnä lähisuhdeväkivallan yhteydessä, mutta tutkimusta ei ole siitä

näkökulmasta, miten sukupuoliroolit tulisi huomioida hoitotyön ohjauksessa. Tehtiin huomio, että tällaiselle tutkimukselle voisi olla tarvetta.

Perheen osallisuuden tukemiseen ja yhdenvertaisuuteen liittyviä teemoja nousi esiin katsauksen kirjallisuudessa. Perheiden osallisuutta voidaan tukea kulttuurisensitiivisellä palveluohjauksella ja konkreettisella avulla esimerkiksi lomakkeiden täyttämisen tai ajanvarauksessa. Erilaisuuden kunnioittaminen edistää yhdenvertaisuutta ja potilas on nähtävä lähtökohtaisesti yksilönä stereotyyppien sijaan. (THL 2021a.) Tasavertaisuuden puolustaminen on terveydenhuollon etiikan keskeinen teema ja lähtökohta monikulttuurisen yhteiskunnan kehittymisessä (ETENE 2004). Kirjallisuudessa ilmeni vain vähän keinoja tukea osallisuutta ja edistää yhdenvertaisuutta hoitotyössä, vaikka osallisuus ja yhdenvertaisuus ovat oikeudenmukaisen yhteiskunnan lähtökohtia.

Tarvittavat aika- ja koulutusresurssit korostuivat katsauksen kirjallisuudessa. Vastaanottoihin tulee mahdollisuuksien mukaan varata tavallista enemmän aikaa (THL 2021a). Hoitohenkilöstön monikulttuurista osaamista edistävällä koulutuksella on vahva yhteys hoitohenkilöstön kulttuuriseen kompetenssiin, joten kulttuurikoulutukseen panostaminen on tärkeää niin oppilaitos- kuin organisaatiotasolla (Kaihlanen, Hietapakka, Aalto, Lehtoaro & Heponiemi 2019).

#### **6.4 Johtopäätökset**

1. Eri kulttuurista tuleva potilas tulisi kohdata yksilönä, eikä ainoastaan etnisyytensä ja kulttuurinsa edustajana. Potilaan kulttuuriset tarpeet ja ominaispiirteet tulisi huomioida yksilöllisesti ohjauksessa.
2. Hoitohenkilöstön tulisi tiedostaa oma kulttuuri-identiteettinsä ja omat ennakkokäsityksensä eri kulttuureista, jotta potilaat voidaan kohdata ilman haitallisia stereotyyppioita.
3. Toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio on lähtökohta monikulttuuristen perheiden onnistuneelle ohjaukselle. Hoitohenkilöstön tulisi varmistaa, että potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi omalla äidinkielellään.
4. Hoitohenkilöstö on avainasemassa monikulttuuristen perheiden yhdenvertaisuuden edistämässä ja osallisuuden tukemisessa.

5. Monikulttuuristen perheiden ohjaus edellyttää hoitohenkilöstön kulttuurista osaamista, jota voidaan edistää koulutuksella.
6. Monikulttuuristen perheiden ohjaus vaatii enemmän aikaa suhteessa kantaväestön ohjaukseen. Tämä tulisi huomioida hoitotyön johtamisessa, sillä ajan puute voi aiheuttaa eriarvoisuutta terveydenhuollossa.

## **6.5 Jatkotutkimusaiheet**

Jatkotutkimuksena olisi tärkeää tutkia, miten monikulttuuriset perheet kokevat ohjauksen perusterveydenhuollossa; tulevatko heidän kulttuuriset tarpeensa huomioiduksi kokonaisvaltaisesti. Myös monikulttuuristen perheiden osallisuuden edistämisen ja integraation tukemisen keinoista tarvitaan tutkimustietoon perustuvia hyviä käytänteitä terveydenhuollon kontekstissa.

## LÄHTEET

- ETENE: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. (2004) *Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa*. Verkkojulkaisu. <http://etene.fi/documents/1429646/1559086/ETENE-julkaisuja+11+Monikulttuurisuus+Suomen+terveydenhuollossa.pdf/24ffa4b2-1ac7-4926-984e-e99555630342> (10.8.2021)
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2018) *Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Laadullinen tutkimus*. Verkkojulkaisu. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/> (25.5.2021)
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2018a) *Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Järjestelmällinen katsaus*. Verkkojulkaisu. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-ja-selosteosa-jarjestelmallinen-katsaus-final.pdf> (25.8.2021)
- Kaihlanen A, Hietapakka L, Aalto A-M, Lehtoaro S & Heponiemi T. (2019) Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurinen kompetenssi ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(4), 369–379.
- Kansanterveyslaki 66/1972. Verkkojulkaisu. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> (15.5.2021)
- Keisala K, Pitkänen P & Niiranen V. (2017) *Tavoitteena sujuva arki: Kulttuurien välinen työ sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä* (pp. 11–36). Tampere: Tampere University Press.
- Kylmä J & Juvakka T. (2007) *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T. (2007) *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen M. (2008) *Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät*. *Tutkiva hoitotyö* 6(4), 10–15.
- Kääriäinen M, Lahdenperä T & Kyngäs H. (2005) *Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi*. *Tutkiva hoitotyö* 3(3), 27–31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Verkkojulkaisu. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (10.8.2021)
- Rastas A, Huttunen L & Löytty O. (2005) *Suomalainen vieraskirja: Kuinka käsitellä monikulttuurisuutta*. Tampere: Vastapaino.
- Saukkonen P. (2007) *Maahanmuutto, monikulttuurisuus ja kulttuuripolitiikka: taustatietoja tutkimukselle ja toiminnalle*. Cuporen verkkojulkaisuja 1/2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2021) *Potilaan oikeudet*. Verkkojulkaisu. <https://stm.fi/potilaan-oikeudet> (10.5.2021)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2021a) *Terveyspalvelut*. Verkkojulkaisu. <https://stm.fi/terveyspalvelut> (15.5.2021)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2021b) *Terveyskeskukset*. Verkkojulkaisu. <https://stm.fi/terveyskeskukset> (15.5.2021)

- Sote-uudistus. (2021) *Uusi rakenne*. Verkkojulkaisu. <https://soteuudistus.fi/uusi-rakenne> (8.9.2021)
- Stolt M, Axelin A & Suhonen R. (2016) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:73/2016. Turun yliopisto.
- Säävälä M. (2017) Monikulttuuriset perheet. Teoksessa: Hytönen M. (toim.) *Perhe ja avioliitto muutoksessa*. Helsinki: Kirkon tutkimuskeskus.
- Tampereen yliopisto. (2021) *Hoitotiede: tutkimus hoitotieteessä*. Verkkojulkaisu. <https://www.tuni.fi/fi/tutustu-meihin/hoitotiede#switcher-trigger--research> (9.8.2021)
- TENK: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa*. Verkkojulkaisu. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) (25.8.2021)
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL). (2021) *Maahanmuutto ja kulttuurinen moninaisuus. Käsitteet*. Verkkojulkaisu. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/kasitteet> (30.5.2021)
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2021a) *Maahanmuutto ja kulttuurinen moninaisuus. Kulttuurisensitiivinen työote*. Verkkojulkaisu. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/hyvia-kaytantoja/kulttuurisensitiivinen-tyoote> (5.9.2021)
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2021b) *Tulkkiaivusteinen työskentely*. Verkkojulkaisu. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/hyvia-kaytantoja/tulkkiaivusteinen-tyoskentely> (9.9.2021)
- Tilastokeskus. (2021) *Ulkomaalaistaustaiset*. Verkkojulkaisu. <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaalaistaustaiset.html> (10.6.2021)
- Tuomi J & Sarajarvi A. (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- World Health Organization (WHO). (2021) *Primary health care*. Verkkojulkaisu. [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1) (8.9.2021)

### **Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit:**

1. Aghajari P., Valizadeh L., Zamanzadeh V., Ghahramanian A. & Foronda C. (2019) Cultural sensitivity in paediatric nursing care: a concept analysis using the Hybrid method. *Scandinavian journal of caring sciences* **33**(3), 609–620.
2. Akhavan S. (2012) Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health* **11**(47), 47–56.

3. Amiri R., Heydari A., Dehghan-Nayeri N., Vedadhir AA. & Kareshki H. (2015) Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global journal of health science* **8**(7), 203–211.
4. Belintxon M., Dogra N., McGee P., Pumar- Mendez, M. J. & Lopez- Dicastillo O. (2020) Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. *Nursing & Health Sciences* **22**(2), 273–282.
5. Chae D. & Park Y. (2019) Organisational cultural competence needed to care for foreign patients: A focus on nursing management. *Journal of Nursing Management* **27**(1), 197–206.
6. Coutinho E., Amaral S., Barros de Castro Parreira M. V., Balula Chaves C., Amaral O. & Nelas P. (2019) Nurses- puerperal mothers interaction: searching for cultural care. *Brazilian Journal of Nursing* **72**(4), 910–917.
7. Eggenberger S. K. Grassley, J. & Restrepo E. (2006) Culturally competent nursing care for families: Listening to the voices of Mexican-american women. *Journal of Issues in Nursing* **11**(3).
8. González-Pascual JL., Esteban-Gonzalo L., Rodríguez-Gracia M., Gómez-Cantarino S. & Moreno-Preciado M. (2017) The effect of stereotypes and prejudices regarding gender roles on the relation between nurses and "Muslim fathers" in health institutions within the Community of Madrid (Spain). *Nursing inquiry* **24**(4).
9. Hansson A., Clausson E. & Janlöv A-C. (2012) International School Children's Health Needs: School Nurses' Views in Europe. *The Journal of School Nursing* **28**(2), 144–152.
10. Hemberg J. A. V. & Vilander S. (2017) Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **31**(4), 822–829.
11. Higginbottom GM., Safipour J., Mumtaz Z., Chiu Y., Paton P. & Pillay J. (2013) *BMC pregnancy and childbirth* **51**.
12. Hoang HT., Le Q. & Kilpatrick S. (2009) Having a baby in the new land: a qualitative exploration of the experiences of Asian migrants in rural Tasmania, Australia. *Rural & Remote Health* **9**(1), 1084–1084.
13. Inkeroinen S., Hupli, M. & Stolt, M. (2020) School Nurses' Experiences of Health Promotion for School-Age Asylum Seekers. *The Journal of School Nursing*.

14. Jirwe M., Gerrish K., Keeney S. & Emami, A. (2009) Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing* **18**(18), 2622–2634.
15. Labun E. (2001) Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. *Journal of Advanced Nursing* **35**(6), 874–881.
16. Lin C-N., Mastel- Smith B., Alfred D. & Lin Y-U. (2015) Cultural Competence and Related Factors Among Taiwanese Nurses. *Journal of Nursing Research* **23**(4), 252–261.
17. Manassavee A., Sukanya P., Wilawan S. & Wichit S. (2016) Culturally- sensitive Maternity Care Needs of Muslim Mothers in a Rural Community of the Southernmost Province in Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* **20**(4), 350–363.
18. Mei X. L., Chiu- Yen W. & Hsiu- Chin H. (2018) Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research* **45**, 6–11.
19. Newbold, K.B., Willinsky, J. (2009) Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. *Culture, Health & Sexuality* **11**(4), 369–382.
20. Plaza Del Pino, FJ., Soriano, E. & Higginbottom, GM. (2013) Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing* **12**(14).
21. Praneed S., Sopen C., Karnsunaphat B., Shutivan P., Tao H., Kusman I. & Luu T. T. (2020) Cultural Competence Perspectives From Nurses in Four Asian Countries: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Health Science and Medical Research* **39**(1), 57–66.
22. Skott C. & Lundgren SM. (2019) Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. *Nursing inquiry* **16**(3), 223–231.
23. Suurmond J., Seeleman C., Rupp I., Goosen S. & Stronks K. (2010) Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse education today* **30**(8), 821–826.

**LIITTEET**

Liite 1. Yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista



Tekijät/ vuosi/ maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Tulokset	Laadun-arviointi
1. Aghajari, Valizadeh, Zamanzadeh, Ghahramanian & Foronda. 2019. Iran.	Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittellä kulttuurisensitiivisyyden keskeiset elementit lasten hoitotyössä Iranissa.	<p>Käsiteanalyysi hybridisen mallin mukaan.</p> <p>Teoreettisessa osiossa tarkasteltiin tutkimusartikkeleita vuosilta 2007–2017.</p> <p>Empiirisessä osiossa haastateltiin 25 sairaanhoitajaa ja 9 vanhempaa.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Lopuksi tehtiin kokonaisanalyysi teoreettisesta ja empiirisestä vaiheesta.</p>	Synteesi osoitti, että herkkyys perheiden pyynnöille ja uskomuksille, tehokas kulttuurienvälinen viestintä ja perhekulttuurin huomiointi hoitosuunnitelmassa ovat tärkeimmät elementit kulttuurisensitiiviselle lasten hoitotyölle Iranissa.	8/10
2. Akhavan. 2012. Ruotsi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kätilöiden näkemyksiä tekijöistä, jotka vaikuttavat maahanmuuttajien terveydenhuollon eriarvoisuuteen Ruotsissa.	<p>Tiedot kerättiin puolistrukturoidulla haastatteluilla kymmeneltä (10) kätilöltä Ruotsissa.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	Kätilöiden mukaan terveydenhuollon eriarvoisuus voi johtua huonosta kommunikaatiosta. Huono kommunikaatio voi johtua aikaresurssista, kielimuurista, erilaisista kulttuurisista uskomuksista ja käytännöistä sekä potilaan ja hoitajan välisestä luottamuspulasta. Kätilöt korostivat, että koulutustasolla, alkuperämaalla ja oleskelun pituudella Ruotsissa on merkitystä maahanmuuttajan hakiessa terveydenhoitoa. Maahanmuuttajat kohtaavat enemmän vaikeuksia hakiessaan terveydenhoitoa ja saadakseen riittävää hoitoa. Kuitenkin kätilöillä havaittiin myös erilaisia näkemyksiä. Jotkut kätilöt olivat sensitiivisiä yksilö- ja ryhmän sisäisille eroille, kun taas toiset pitivät maahanmuuttajia ”muuna” ryhmänä.	8/10

<p>3.Amiri, Heydari, Dehghan- Nayeri, Vedadhir &amp; Kareshki. 2015. Iran.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajien hoidosta Iranissa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin klinikoilta ja sairaaloista, joissa asioi enemmän maahanmuuttajia.</p> <p>Aineiston keruussa käytettiin syvähaastattelun menetelmää, johon osallistui 7 lääkäriä ja 8 sairaanhoitajaa.</p> <p>Aineisto analysoitiin piilevän sisällönanalyysin avulla.</p>	<p>Tuloksissa nousi esiin neljä pääluokkaa; (1) kommunikaation esteet, (2) epäsäännöllinen seuranta, (3) luottamuksen puute ja (4) kulttuurikohtaiset ominaispiirteet.</p>	<p>9/10</p>
<p>4.Belintxon, Dogra, McGee, Pumar- Mendez &amp; Lopez- Dicastillo. 2020. Espanja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lastensairaanhoitajien ja erilaisten kulttuuritaustojen vanhempien tapaamisia Pohjois-Espanjan perusterveydenhuollon keskuksissa lasten säännöllisten tarkastusten yhteydessä.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin etnografista lähestymistapaa, joka koostui 455 tunnin osallistujahavainnoista ja viiden sairaanhoitajan haastatteluista Pohjois-Espanjan kahdessa terveyskeskuksessa.</p> <p>Aineiston analyysissa käytettiin alkuvaiheessa temaattista sisällönanalyysia, jota seurasi jatkuva vertaileva analyysi.</p>	<p>Neljä pääteemaa tunnistettiin, kun sairaanhoitajat tapasivat muun kulttuuritaustan omaavia vanhempia. Pääteemat olivat keskinäisen ymmärtämisen puute, sähköiset tietueet (e-tietueet) vaikeuttavat vuorovaikutusta, ammattilaisten kulttuurisen tietoisuuden ja taitojen puute sekä pinnallinen tai etäinen vuorovaikutussuhde.</p> <p>Viestintä oli hyvin vaikeaa kohtaamisissa, joissa vanhemmilla ja sairaanhoitajilla ei ollut yhteistä kieltä. Tutkimuksen sairaanhoitajat eivät näyttäneet kiinnittävän huomiota hoitamiensa perheiden kulttuurieroihin. He eivät osoittaneet tietoisuutta siitä, että kulttuuri ja terveyskäyttäytyminen ovat yhteydessä toisiinsa, ja lisäksi hoitajilla esiintyi kulttuurista tukahduttamista.</p>	<p>9/10</p>

<p>5.Chae &amp; Park. 2019. Etelä-Korea.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ulkomaisten potilaiden hoitoon tarvittavan kulttuurisen osaamisen organisatorista tasoa korealaisten kliinisesti rekisteröityjen sairaanhoitajien näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimukseen osallistujat olivat 16 kliinisesti rekisteröityä sairaanhoitajaa kuudesta (6) yleissairaalaista.</p> <p>Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla.</p> <p>Litteroidut tiedot analysoitiin deduktiivisella sisällysanalyysillä.</p>	<p>Koreassa rekisteröidyt sairaanhoitajat kokivat organisatorisen tuen puutteen ulkomaisten potilaiden hoidossa.</p> <p>Aineisto luokiteltiin kolmeen luokkaan: tiedot, resurssit ja kannustimet. Tiedot sisälsivät järjestelmällisen henkilöstön koulutusohjelman ja selkeät käytännön toimintaohjeet ulkomaisten potilaiden hoitamiseen. Resurssisiin sisältyivät kätevät ja uskottavat tulkkauspalvelut sekä riittävät välineet ja materiaalit. Kannustimet liittyivät johdon tukeen.</p>	<p>8/10</p>
<p>6.Coutinho, Amaral S., Barros de Castro Parreira, Balula Chaves, Amaral O. &amp; Nelas. 2019. Portugali.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa kulttuurihoidon ulottuvuuden merkitys sairaanhoitajien ja synnyttäneiden äitien vuorovaikutuksessa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla 21 sairaanhoitajalta ja 15 äskeittäin synnyttäneeltä naiselta.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tutkimuksessa nousi esille seuraavat luokat, joita pidettiin olennaisimpina: (1) sairaanhoitajien asenteet, joita synnyttäneet äidit pitävät ratkaisevina terveydenhuollossa, (2) sairaanhoitajien kulttuuritaito, (3) sairaanhoitajien vuorovaikutuksessa käyttämät kieliresurssit muiden kulttuurien ihmisten kanssa, (4) rajoitukset, joita havaittiin sairaanhoitajien ja tuoreiden äitien vuorovaikutuksessa.</p>	<p>7/10</p>

<p>7.Eggenberger, Grassley &amp; Restrepo. 2006. Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli saada terveydenhuollon kulttuurista näkökulmaa meksikolaisamerikkalaisesta väestöstä haastattelemalla naisia, koska he ottavat ensisijaisen vastuun perheen terveyden ylläpitämisestä.</p> <p>Tässä tutkimuksessa vanhempien meksikolaisamerikkalaisten naisten näkemykset perhe-elämästä, terveystieteistä ja terveydenhuollon käytännöistä valaistaan Gigerin ja Davidhizarin Transkulttuurisen arviointimallin komponenttien avulla.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla kuudelta (6) meksikolaisamerikkalaiselta naiselta.</p> <p>Aineisto analysoitiin temaattisen analyysin menetelmin.</p>	<p>Temaattinen analyysi kuuden meksikolaisamerikkalaisen naisen haastatteluista paljasti perheen, uskonnon ja hallinnan merkityksen tämän kulttuurin terveydellisissä uskomuksissa, asenteissa ja elämäntapakäytännöissä.</p>	<p>8/10</p>
<p>8.González-Pascual, Esteban-Gonzalo, Rodríguez-García, Gómez-Cantarino &amp; Moreno-Preciado. 2017. Espanja</p>	<p>Tarkoituksena oli tarkastella hoitajien ja ”muslimi-isäksi” kutsuttujen henkilöiden välisiä suhteita terveydenhuollossa Espanjassa.</p>	<p>Etnografia. Havainnoitiin ja haastateltiin epävirallisesti hoitohenkilökuntaa ja vanhempia yhteensä 154 tuntia.</p> <p>Kenttäkohteena oli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastot, joissa hoidettiin lapsia.</p> <p>Lisäksi tehtiin puolistrukturoitu haastattelu, johon osallistui 17 terveydenhuollon ammattilaista ja 7 vanhempaa.</p>	<p>Analyysin perusteella syntyi kaksi yläkategoriaa: ulkopuolisuus ja sukupuoliroolit.</p> <p>Ulkopuolisuus-kategoriaan sisältyi leimaaminen, stereotypiat, syrjintä ja uskonto.</p> <p>Sukupuoliroolit-kategoriaan sisältyi oletetut roolit ja havaitut roolit.</p>	<p>8/10</p>

<p>9.Hansson, Clausson &amp; Janlöv. 2012. USA.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää vastaus kysymykseen: Kuinka globaali nomadismi vaikuttaa kansainvälisiin koululaisiin ja heidän yksilöllisiin terveystarpeisiinsa?</p>	<p>Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla kymmeneltä (10) koulun sairaanhoitajalta, joilla oli kokemusta kansainvälisissä kouluissa Ruotsissa, Saksassa ja Sveitsissä.</p> <p>Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tuli ilmi, että kansainvälisillä oppilailla oli samanlaisia terveystarpeita kuin lapsilla muissakin kouluissa, mutta kuitenkin kansainvälisten koulujen lapset ilmaisivat ohimenevään elämäntapaansa liittyviä kontekstikohtaisia terveystarpeita, kuten kieli- ja kulttuurivaikkeudet, henkinen ahdistus, haavoittuvuus, koti-ikävä, vieraantumisen ja lisääntyneet fyysisen terveyden tarpeet liittyen heidän ulkomaalaiseen elämäntapaansa.</p>	<p>8/10</p>
<p>10.Hemberg &amp; Vilander. 2017. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esiin uutta näkemystä sairaanhoitajien ja potilaiden välisestä kommunikaatiosta, kun he eivät puhu samaa kieltä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa käytettiin hermeneuttista lähestymistapaa.</p> <p>Aineisto kerättiin kyselyhaastatteluna kahdeksalta (8) sairaanhoitajalta ja kahdelta (2) aikuiselta toisesta kulttuurista.</p> <p>Tekstit analysoitiin piilevän sisällönanalyysin avulla.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksissa nousi esiin viisi pääkategoriaa; (1) inhimillinen rakkaus huolenpidon perustana, kun potilas ja sairaanhoitaja eivät puhu samaa kieltä; (2) eheys on elintärkeää kulttuurisen kunnioituksen ja hengellisten tarpeiden huomioon ottamisen kannalta; (3) vahvistavan läsnäolon välttämättömyys kärsimyksen jakamisessa, kun sairaanhoitaja ja potilas eivät puhu samaa kieltä; (4) luova rohkeus perustavanlaatuisessa kulttuurisessa osaamisessa ja viestinnässä sekä (5) jatkuva tieto on elintärkeää luottamuksellisen kulttuuri- ja hoitosuhteen luomisessa.</p>	<p>10/10</p>

<p>11.Higginbottom, Safipour, Mumtaz, Chiu, Paton &amp; Pillay. 2013. Kanada.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin sudanilaistaustaisten naisten kokemuksia äitiyshuollosta Kanadassa.</p>	<p>Kohdennettu etnografia.</p> <p>Aineisto kerättiin kohderyhmähaastatteluna 12 sudanilaistaustaiselta naiselta, joilla oli kokemusta äitiyshuollosta kahden (2) viime vuoden aikana.</p> <p>Aineisto analysoitiin laadullisen aineiston analyysiohjelman ATLAS.ti avulla. Roperin ja Saphiran etnografian mallia käytettiin etnografisten tietojen analyysikehyksenä.</p>	<p>Tuloksista selvisi, että on olemassa monia uskomuksia, jotka vaikuttavat äidin käyttäytymiseen ja käsityksiin raskauden aikana. Perinteisesti naiset välttävät melkein mitä tahansa, jonka heidän mielestään voisi vahingoittaa itseään tai vauvaa. Raskauden ja synnytyksen uskottiin olevan luonnollisia tapahtumia ilman erityistä huomiota tai puuttumista. Lisäksi Saharan eteläpuolinen kulttuuri tukee patriarkaatista ideologiaa ja miesten hallitsemaa perhettä. Raskaus ja syntymä ovat tapahtumia, joissa heijastuu tietyt naisten vaikutusmahdollisuudet, ja naisilla on taipumus käyttää hallintaa tavoilla, joita heidän aviomiehensä voivat kunnioittaa tai eivät kunnioita.</p>	<p>8/10</p>
---	--	--	--	-------------

<p>12. Hoang, Le &amp; Kilpatrick. 2009. Australia.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia aasialaistaustaisten maahanmuuttajanaisten kokemuksia lapsen saamisesta Tasmanian maaseudulla Australiassa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla.</p> <p>Haastatteluun osallistui kymmenen (10) Tasmanian maaseudulla asuvaa aasialaistaustaista naista.</p> <p>Aineisto analysoitiin perustellun teorian menetelmällä. (grounded theory)</p>	<p>Tuloksissa muodostui kolme yläkategoriaa (1) ”maahanmuuttajat, jotka harjoittavat oman kulttuurin perinteitä”, (2) ”tuki ja synnytyksen jälkeiset kokemukset” ja (3) ”esteet äitiyshuollon saamisessa”.</p> <p>Ensimmäinen luokka sisälsi kuusi alaluokkaa: ”lämpö synnytyksen jälkeen”, ”ruoka, joka pitää lämpimänä”, ”runsas lepo ja fyysisen rasituksen välttäminen”, ”eristäytyminen”, ”aviomiehiä ei mukana synnytyksessä” ja ”sopeutuminen uuteen kulttuuriin”.</p> <p>Tulokset osoittivat, että Tasmanian aasialaiset maahanmuuttajat kohtasivat kieli- ja kulttuurihaasteita uuden kotimaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Kun jotkut aasialaiset maahanmuuttajat pitivät kiinni kulttuurinsa perinteisistä näkemyksistä ja käytännöistä äitiyshoidossa, saattoi se aiheuttaa sekaannuksia ja ristiriitaisia odotuksia. Perhe ja yhteisö ovat tärkeässä asemassa maahanmuuttajanaisten tukemisessa äitiyshoidossa.</p>	<p>9/10</p>
<p>13. Inkeroinen, Hupli &amp; Stolt. 2020. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kouluterveydenhoitajien kokemuksia kouluikäisten turvapaikanhakijoiden terveyden edistämisestä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla 12 kouluterveydenhoitajalta.</p> <p>Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Sairaanhoitajien kokemukset turvapaikanhakijoiden terveyden edistämisestä koulun terveydenhuollossa luokiteltiin neljään aihealueeseen: (1) vaikeudet tarjota terveystalvijoita kouluikäisille turvapaikanhakijoille, (2) turvapaikanhakijoiden haavoittuvien olosuhteiden huomioon ottaminen, (3) perhekeskeisen terveyden edistämisen merkitys ja (4) ajanhallinnan merkitys.</p>	<p>10/10</p>

<p>14.Jirwe, Gerrish, Keeney &amp; Emami. 2009. Ruotsi.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa kulttuurihoidon keskeiset komponentit Ruotsin näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin delphi-kyselynä.</p> <p>Aineisto kerättiin 24 asiantuntijalta, joita oli 8 sairaanhoitajaa, 8 tutkijaa ja 8 hoitotyön opettajaa, jotka tuntevat monikulttuurisia kysymyksiä.</p> <p>Aineiston keruun ensimmäisessä osassa tehtiin haastattelut, joissa käytiin läpi tieto, taidot ja asenteet, jotka muodostivat kulttuurisen osaamisen komponentit.</p> <p>Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, joka tuotti lausuntoja, joista kehitettiin kyselylomake.</p> <p>Kysely tehtiin yhteensä 3 kertaa vuoden aikana. Jokaisen kierroksen jälkeen kyselylomakkeesta poistettiin ne lausunnot, joista oli päästy yksimielisyyteen.</p>	<p>Haastattelujen analyysin tuloksena saatiin 137 lausuntoa, jotka ryhmiteltiin viiteen luokkaan ja joihin liittyi 17 alaluokkaa, jotka sisälsivät ydinkomponentit kulttuurisista tiedoista, taidoista ja ominaisuuksista, joiden osallistujat uskoivat sairaanhoitajien tarvitsevan kulttuurisesti pätevää hoitoa. Luokat liittyvät kulttuuriseen herkkyyteen, kulttuurisuuntautumiseen, kulttuuritapahtumiin, terveydentilaan, sairauksiin ja terveydenhuoltoon sekä sosiaaliseen ja kulttuuriseen kontekstiin.</p> <p>Viimeisen kyselyn jälkeen 118: sta lausunnosta päästiin yksimielisyyteen, mikä osoitti, että kaikkia yksimielisyyttä saavuttaneita asioita pidettiin tärkeinä. Kaikista seitsemän alaluokan lausunnoista päästiin yksimielisyyteen; tietoisuus kulttuurikohtauksista, kulttuuritaidot, viestintätaidot, terveys- ja sairaususkomukset, terveydenhuollon mieltymykset ja kokemukset, uskonto ja henkisyys sekä ravitseminen ja ruokavalion mieltymykset. Yksi alaluokka, etnisen ja kulttuurisen identiteetin tuntemus, erottui, koska lausuntoja, joista ei päästy yksimielisyyteen, oli enemmän kuin niitä, joista päästiin.</p>	<p>8/10</p>
---	--	--	--	-------------



15. Labun. 2001. USA.	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, mitä sairaanhoitajat oppivat kokemuksistaan työssään vietämiensä vietnamilaisten asiakkaiden kanssa, miten sairaanhoitajat kokivat kulttuurisesti pätevän hoidon ja kuinka sairaanhoitajat muuttivat toimintatapojaan oppimisen perusteella.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin grounded theory -menetelmää ja aineisto analysoitiin ulottuvuusanalyysillä.</p> <p>Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla 27:ltä rekisteröidyltä sairaanhoitajalta, jotka työskentelevät vietnamilaisten asiakkaiden kanssa Pohjois-Amerikassa.</p>	<p>Kulttuurisen havainnon ulottuvuus kuvasi parhaiten sairaanhoitajien kuvailemaa ilmiötä. Tunnistettiin kulttuurisen havainnon kolme ominaisuutta. Näitä olivat: oppia näkemään vietnamilaiset asiakkaat ainutlaatuisina (yksilöinä, perheinä ja yhteisöinä), nähdä heidät osana yhteistä ihmiskuntaa ja oppia ymmärtämään heidän käsityksiään ja näkemyksiään terveydestä.</p>	9/10
16. Lin, C- N., Mastel- Smith, Alfred & Lin, Y.H. 2015. Texas.	<p>Tässä tutkimuksessa tutkittiin taiwanilaisten sairaanhoitajien kulttuuritaitoja ja niihin liittyviä vaikutustekijöitä.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus.</p> <p>Online-itsearviointikyselyä käytettiin keräämään tietoja 221 taiwanilaiselta sairaanhoitajalta.</p> <p>Tiedot analysoitiin käyttämällä SPSS-käyttöjärjestelmää.</p> <p>Vastaukset avoimiin kysymyksiin järjestettiin teemoittain ja luokiteltiin.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuvien taiwanilaisten sairaanhoitajien todettiin olevan kulttuuritietoisia ja herkkiä, mutta heiltä puuttui kulttuuritietoisuutta ja -osaamista. Sairanhoitajat kokivat, että heiltä puuttui kulttuuritaito tarjota asianmukaista hoitoa asiakkaille, joilla on erilainen kulttuurinen ja etninen tausta. Tämä kävi erityisen selvästi ilmi sairaanhoitajilta, joilla oli vähemmän työkokemusta, vähemmän kulttuurihoidon koulutusta ja vähemmän kokemusta kulttuurisesti ja etnisesti erilaisista taustoista kärsivien asiakkaiden hoidosta.</p> <p>Avoimien kysymysten vastauksissa nousi esiin kuusi teemaa, jotka koskivat heidän kokemuksiaan erilaisista kulttuureista tulevien hoidosta; kielimuuri, uskonto, ruokavalion käytännöt, kulttuurinen pätevyys, negatiiviset vaikutelmat muista kulttuureista ja taiwanilaisten alkuperäiskansojen terveydelliset uskomukset ja käytännöt.</p>	7/8

<p>17. Manassavee, Sukanya, Wilawan &amp; Wichit. 2016. Thaimaa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida muslimiäitien kulttuuriherkkiä äitiyshoitotarpeita Pattanin maakunnassa Thaimaassa.</p>	<p>Yhteisöperustainen osallistumistutkimus, johon osallistui 26 muslimiäitiä ja heidän aviomiensä, 14 yhteisö- uskonnollista johtajaa ja 14 terveydenhuollon tarjoajaa ja kylän terveystarpeista.</p> <p>Laadullista aineistoa kerättiin fokusryhmähaastatteluilta, syvähaastatteluilta ja havainnoimalla.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Tuloksissa tuli ilmi, että muslimiäidit tarvitsevat kulttuuriherkkää äitiyshoitoa, joka perustuu islamilaisiin uskomuksiin.</p> <p>Muslimiäitien kulttuuriherkät äitiyshoitotarpeet käsitti viisi teemaa: elämäntapojen kunnioittaminen, uskonnollisten ja paikallisten perinteiden harjoittaminen, synnytyshoitajien kulttuurihoidon yhdenmukaistaminen, äitien ja perheiden tukeminen (äitien ja aviomiesten kulttuurinen ja psykososiaalinen tuki), terveydenhuollon tarjoajien ja kylän terveystarpeiden osaamisen parantaminen.</p>	<p>8/10</p>
<p>18. Mei- Hsiang, Chiu- Yen &amp; Hsiu- Chin. 2018. Taiwan.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli luoda kuvaava teoreettinen kehys taiwanilaisten sairaanhoitajien kulttuuritaidosta.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin laadullista lähestymistapaa perustellun teorian (grounded theory) avulla.</p> <p>Aineisto kerättiin syvähaastatteluilta Pohjois-Taiwanin terveyskeskuksen eri osastojen 30:ltä rekisteröidyltä sairaanhoitajalta.</p>	<p>”Valmistautumaton kohtaamaan eri kulttuureja” nousi ydinkategoriaksi, kun kuvattiin kulttuuriosaamisen kokemuksia sairaanhoitajien keskuudessa.</p> <p>”Tieto arvoeroista” tunnistettiin ennakkotapaukseksi. Sairaanhoitajat paljastivat, että heillä on ollut vaikeuksia hoitotyön toteuttamisessa ja sellaisten resurssien etsimisessä, jotka edustavat tilanteita, joissa vuorovaikutteiset käyttäytymisominaisuudet parantaisivat heidän kulttuuritaitoaan. Eri kulttuuritilanteita hoitavat sairaanhoitajat oppivat lopulta suvaitsemaan eri kulttuureja ja antamaan potilaille kulttuurisesti tarkoituksenmukaista hoitoa, mikä paransi siten hoidon laatua.</p>	<p>8/10</p>

19. Newbold & Willinsky. 2009. Kanada.	Tarkoituksena oli tutkia perhesuunnittelussa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia perhesuunnittelu- ja lisääntymisterveyden huollon tarjoamisesta maahanmuuttajille Kanadassa.	Kvalitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin haastattelemalla yhdeksää (9) terveydenhuollon ammattilaista.  Haastattelut äänitettiin ja ne kirjoitettiin sanatarkasti tekstinkäsittelyohjelmalla ja niiden sisältö analysoitiin teemaattisesti.	Analyysi tuotti neljä teemaa: kielimuurit perhesuunnittelussa ja lisääntymisterveydessä, suku puolen rooli perhesuunnittelupäätöksissä, väärinkäsitykset tai tiedon puute perhesuunnittelusta ja kulttuurisensitiivisyys.	7/10
20. Plaza Del Pino, Soriano & Higginbottom. 2013. Espanja.	Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat kulttuurienvälisen vuorovaikutuksen marokkolaisten potilaiden kanssa ja mitkä tekijät ovat ilmeisiä estämään toimivaa vuorovaikutusta ja hoitoa.	Kohdennettu etnografia tehtiin 32 sairaanhoitajan puolistrukturoiduilla haastatelulla kolmessa Etelä-Espanjan julkisessa sairaalassa.  Haastattelut äänitettiin ja transkriptoitettiin sanatarkasti ennen käännösten tekemistä ja kääntämistä espanjan ja englannin välillä.  Aineistoa analysoitiin AQUAD.6 laadullisen datan analysointiohjelmiston avulla.	Havaittiin, että näyttäisi olevan olemassa esteitä, mitkä estävät toimivan vuorovaikutuksen ja viestinnän sairaanhoitajien ja potilaiden välillä. Merkittävä kielimuuri vaikutti kielteisesti kommunikaatioon. Sairaanhoidotajien ja marokkolaisten potilaiden välisiä hoitosuhteita leimaa myös ennakkoluulot ja sosiaaliset stereotyyptit, jotka todennäköisesti vaarantavat kulttuurisesti asianmukaisen hoidon tarjoamisen.	9/10
21. Praneed, Sopen, Karnusunaphat, Shutivan, Tao, Kusman & Luu. 2020. Thaimaa.	Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä kulttuuriosaamisesta neljässä Aasian maassa.	Kuvaileva kvalitatiivinen tutkimus, johon sisältyi neljäntoista (14) sairaanhoitajan syvähaastattelut ja 8 kohderyhmäkeskustelua, joissa oli osallisina 63 sairaanhoitajaa neljästä Aasian maasta.  Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.	Kulttuuriosaaminen määriteltiin samanlaiseksi kuin kulttuurihoito ja se kuvattiin neljässä pääteemassa: (1) hoitokeskeisyys eri kulttuureista tuleville potilaille, (2) holistisen hoidon /potilaskeskeisen hoitotyön arvostaminen, (3) valmistautuminen elämään Jumalan tai Buddhan kanssa, ja (4) sosiaalisten normien ja potilaan oikeuksien huomioon ottaminen.  Arvio potilaan kulttuuritaustasta ja lääketieteen vastaisista myyteistä sekä ammatillinen hoitotyön osaaminen, taidot ja kokemus olivat kulttuuriosaamisen komponentteja.	9/10

<p>22. Skott &amp; Lundgren. 2009. Ruotsi.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia kotihoidon hoitajien kokemuksia merkityksiä kotihoidosta monikulttuurisella alueella.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa käytettiin hermeneuttista lähestymistapaa.</p> <p>Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä (5) kotihoidon sairaanhoitajaa ryhmässä ja erikseen.</p> <p>Nauhoitteita uudelleenkuunneltiin ja uudelleenkirjoitettiin useaan kertaan, kunnes lopullinen synteesi muodostui.</p>	<p>Haastattelutekstejä lukiessa korostui ennen kaikkea paikan merkitys hoidossa. Erityinen kaupunginosa, jossa esiintyi kulttuurienvälisiä kohtaamisia, esiintyi toistuvasti hoitajien lausunnoissa.</p> <p>Tuloksissa nousi esille kaksi teemaa: (1) monimuotoisuuden tila ja (2) kiistanalainen tila ja hoitovastuu.</p>	<p>8/10</p>
<p>23. Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen &amp; Stronks. 2010. Alankomaat.</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin sellaisia erityisiä kulttuuritaitoja, joita turvapaikanhakijoiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat pitivät tärkeinä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa käytettiin kyselylomake- ja haastattelututkimuksia.</p> <p>Aineistojen analysointiin käytettiin kehysanalyysiä. Eri lähteistä peräisin olevat tiedot syntetisoitiin triangulaatio-menettelyn avulla.</p> <p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla 89:ltä sairaanhoitajalta turvapaikanhakijoiden keskuksista Alankomaissa.</p> <p>Lisäksi turvapaikanhakijoiden keskuksissa tehtiin kuusi puolistrukturoitua ryhmähaastattelua kahden ja yhdeksän hengen ryhmissä 36 sairaanhoitajan kanssa.</p>	<p>Tutkimuksen analyysin perusteella nousi esiin useita erityisiä osaamisalueita, joita vaadittiin turvapaikanhakijoiden kanssa työskenteleviltä: tieto alkuperämaan poliittisesta tilanteesta; alkuperämaan kansansairauksien tuntemus; tieto turvapaikan vaikutuksista terveyteen; isäntämaan oikeudellisen tilanteen tiedostaminen; kyky käsitellä turvapaikanhakijoiden traumaattisia kokemuksia ja tieto isäntämaan terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Näiden turvapaikanhakijoiden tilanteeseen liittyvien erityisten kulttuuritaitojen lisäksi pidettiin tärkeinä myös yleisiä kulttuuritaitoja, kuten kykyä käyttää tulkkauspalveluja.</p>	<p>8/10</p>