



Koulutusohjelma

Moninaisuussensitiivinen
osaaminen
maahanmuuttajataustais-
ten ikääntyvien ja heidän
perheidensä /
omaishoitajiensa
kohtaamisessa

Euroopan komissio on tukenut tämän julkaisun tuottamista. Julkaisun sisältö heijastaa ainoastaan tekijöiden näkemyksiä, eikä komissiota voida pitää vastuussa julkaisun sisältämien tietojen mahdollisesta käytöstä.

JOHDANTO.....04

KAPPALE 1.....09

Yksilökeskeistä hoivaa moninaisuuden
kontekstissa

Mitä on yksilökeskeinen hoiva.....9

Kulttuuri ja kulttuurinen moninaisuus.....12

Kulttuurinen kompetenssi ja yhteiskunnan
superdiversiteetti.....18

KAPPALE 2.....22

Ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen
saavutettavuuden esteet

Muuttoliikkeet.....22

Intersektionaalisuus.....28

lääkäiden maahanmuuttajataustaisten henkilöiden,
ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa pääsy
ammattillisten sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden
pariin.....33

Ammattisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin
pääsyn esteet.....35

KAPPALE 3.....46

Stereotypiat ja ennakkoluulot

Stereotyypit: mitä ne ovat ja miksi ne ovat
olemassa?.....46

Miten stereotyypit
syntyvät?.....50

Ennakkoluulot.....51

Stereotyypit ja ennakkoluulot: yhteydet ja
eroavuudet.....52

lääkäiden maahanmuuttajataustaisten henkilöiden :
stereotyypit ja ennakkoluulot
hoivaympäristössä.....57

Miten stereotyypit
vaikuttavat?.....60

KAPPALE 4.....64

Moninaisuussensitiivinen viestintä

Inklusiivinen viestintä.....64

Kulttuurit eivät kohtaa, vaan ihmiset: TOPOI-
malli.....67

Kielimuurien ylittäminen.....71

Kulttuuritieto.....79

VIITTEET.....86

JOHDANTO

“Tunnen epävarmuutta siitä, miten tarjota laadukasta hoivaa maahanmuuttajataustaisille ikääntyville.”


Opiskleija

"Ammattilaiset eivät ymmärrä, mikä minulle on tärkeää."

Maahanmuuttajataustainen ikäihminen

“Palveluihin on liian vaikeaa päästä.”

Maahanmuuttajataustaisen ikäihmisen omaishoitaja



Nämä eri näkökulmista esiin tuodut huolenaiheet johtivat eurooppalaisen DI.S.C.O.P.M.B.-hankkeen (2022–2025) ja tämän koulutuspaketin kehittämiseen. Yhä moninaistuvammassa yhteiskunnassamme ihmisillä on hyvin erilaisia taustoja, kokemuksia ja tarpeita jopa ryhmien sisällä.

Maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden osuuden odotetaan kasvavan tulevina vuosikymmeninä. Tällä ryhmällä on usein rajalliset mahdollisuudet saada ammatillisia terveys- ja sosiaalipalveluita.. Kansalliset vähemmistöt eivät ole mukana hankkeessa, mutta vastaavia haasteita nousee esiin näiden väestöryhmien kanssa työskennellessä. Laadukkaan ja saavutettavan hoivan varmistamiseksi kaikille on tärkeää, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset pystyvät tarjoamaan moninaisuusensitiivisiä palveluita.

Hovajärjestelmässä on otettava huomioon väestörakenteen muutokset. ImmiDem-tutkimuksen (Canevelli et al., 2020) mukaan kaksi keskeistä trendiä, väestön ikääntyminen ja muuttoliike, muokkaavat merkittävästi eurooppalaisia yhteiskuntia. Nämä kasvavat ilmiöt ovat yhä tärkeämpiä Euroopan unionille, koska niillä on merkittävä vaikutus sen jäsenmaiden hyvinvointijärjestelmiin (Canevelli et al., 2020). Sekä ikääntyneisiin että maahanmuuttajataustaisiin henkilöihin kohdistuu usein stereotyyppioita heidän erityistarpeidensa vuoksi. Vaikka näitä ryhmiä on tyypillisesti tarkasteltu erikseen, ne liittyvät läheisesti toisiinsa. Kun maahanmuuttajaväestö ikääntyy, heidän terveystarpeensa muuttuvat, ja ikään liittyvät sairaudet ovat yleisempiä. Tämän seurauksena maahanmuuttajataustaiset ikääntyneet muodostavat merkittävämmän osan koko ikääntyneestä väestöstä, minkä vuoksi heidän läsnäolonsa ja tarpeensa on entistä tärkeämpää ottaa huomioon ikääntymisestä ja siihen liittyvistä palveluista Euroopassa käytävissä keskusteluissa. Monimuotoisuussensitiivisyys edistää ajatusta siitä, että terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten

"olisi oltava tietoisia kulttuurisen moninaisuuden eri muodoista – liittyvätpä ne sukupuoleen, etniseen alkuperään, ikään, sosioekonomiseen asemaan, uskuntoon, seksuaaliseen suuntautumiseen tai muihin sosiaalisiin merkkeihin; tämä ero olisi sisällytettävä tehokkaan ja tasapuolisen terveydenhuollon tarjoamiseen potilaille; ja että monimuotoisuus voi lähteestään riippumatta itsessään olla positiivinen sosiaalinen panos" (WHO, 2020, s.9).

Koulutusohjelman kohderyhmänä ovat korkeakouluopiskelijat sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Se tukee osaamisen hankkimista moninaisuuden huomioon ottavan hoidon tarjoamiseksi. Koulutuksen "tekemisessä" projektiryhmä yhdisti useita tietolähteitä: tieteellistä kirjallisuutta, kokemuksellista tietoa organisaatioissa, tarinankerrontahaastatteluja ja parhaita käytäntöjä. Koska monimuotoisuusherät taidot ovat laajoja, tiimi päätti keskittyä valikoimaan peruskäsitteitä ja vuorovaikutteisia harjoituksia tietojen, asenteiden ja taitojen kehittämiseksi.

Tuoreessa katsauksessa Lauwers et al. (2024) tiivistävät monimuotoisuussensitiivisen hoidon pääkomponentit hoitoa saavien näkökulmasta. Monimuotoisuussensitiivinen hoito perustuu yksilökeskeiseen hoitoon ja edellyttää monimutkaisempia ja kohdennetumpia taitoja, jotka ovat erityisen merkityksellisiä monimuotoisuuden huomioon ottavassa hoidossa. He pääättelevät, että terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten tulisi omaksua seuraavat taidot: tieto (eli kulttuurinen, uskonnollinen ja hengellinen tieto), asenteet (eli kunnioituksen, huolenpidon, itsetuntemuksen, yhteisön kumppanuus, liittolaisuus) ja taidot (eli viestintä, yksilöllinen hoito, jaettu päätöksenteko, hoidon mukauttaminen henkilökohtaisiin tarpeisiin, kulttuurisesti räätälöidyn tiedon tarjoaminen) (Lauwers et al., 2024).



1 Yksilökeskeinen hoiva moninaisuuden kontekstissa (tieto ja taidot)

Ammatillisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin pääsyn esteet (tieto ja taidot)



2



3 Stereotyyppiä ja ennakkoluuloja (asenteet)

Moninaisuussensitiivinen (taidot)

viestintä

4





1. Yksilökeskeinen hoiva moninaisuuden kontekstissa (tiedot ja taidot)

Luku tarjoaa opiskelijalle oivalluksia ihmiskeskeisen hoivan, kulttuurin ja kulttuurisen moninaisuuden sekä supermoninaisuuden käsitteistä.



2. Ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuuden esteet (tiedot ja taidot)

Luku tarjoaa opiskelijalle paremman käsityksen maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa kohtaamista esteistä ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen saamiselle ja siitä, miten nämä voidaan voittaa.



3. Stereotypiat ja ennakkoluulot (asenteet)

Opiskelijat oppivat hoivaympäristön stereotyyppioista ja ennakkoluuloista ja siitä, miten olla tietoisia niistä sekä kehittää kunnioitusta ja itsetuntemusta.



4. Moninaisuuden huomioon ottava viestintä (taidot)

-Luvussa tarjotaan opiskelijoille strategioita viestintään maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa kanssa ja annetaan tietoa TOPOI-mallista osallistavan viestinnän helpottamiseksi.

Jokainen luku koostuu lukumateriaalista ja erilaisista oppimistehtävistä. Kunkin luvun lukumateriaalien PowerPoint-esitykset löytyvät täältä. Oppimistehtävät ovat monipuolisia, esim. reflektioharjoitukset, tarinankerronta, roolileikit jne.

Ne liittyvät oppimissisältöön ja sisältävät oppimistavoitteita, jotka liittyvät tietoihin, asenteisiin ja taitoihin maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden aikuisten ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa monimuotoisuuden huomioon ottavasta hoidosta. Koulutusohjelma voidaan räätälöidä koulutettavien tarpeiden ja oppimistavoitteiden mukaan. Ohjaajat ja koulutettavat voivat halutessaan seurata koko koulutusohjelmaa tai tiettyjä lukuja tai jopa valita tiettyjä koulutusmateriaaleja luvuista.

Koulutusohjelmaa testattiin ja arvioitiin kumppanimaissa. Testaukseen osallistui yhteensä 276 henkilöä, joiden joukossa oli terveyst- ja sosiaalialan opiskelijoita ja ammattilaisia. Palautetta käytettiin sisällön uudelleenjärjestelyyn, lisätoimintojen sisällyttämiseen ja teoreettisten osioiden parantamiseen. Koska tiedämme, että monimuotoisuus on laaja ja monimutkainen teema, toivomme, että sekä harjoittelijat että fasilitaattorit löytävät inspiraatiota ja käytännön tietoa moninaisuuden huomioon ottavan kompetenssinsa vahvistamiseksi

D.I.S.C.O.P.M.B. project team

KAPPALE 1: YKSILÖKESKEINEN HOIVA MONINAISUUDEN KONTEKSTISSA

1. Mitä on yksilökeskeinen hoiva

Yksilökeskeisen hoivan käsite tarjoaa tehokkaat puitteet monimuotoisuuden käsittelylle terveys- ja sosiaalihuollossa, koska siinä kunnioitetaan ja tunnustetaan ihmisiä ainutlaatuisina olentoina, joilla on omat arvonsa, kokemuksensa ja tarpeensa. Yksilökeskeinen hoiva ja moninaisuussensitiivinen hoito liittyvät olennaisesti toisiinsa, koska molemmat edellyttävät, että terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisilla on paitsi tietoa myös asenteita ja taitoja, jotka kunnioittavat yksilöllisiä eroja ja edistävät osallistavaa hoitoa (Lauwers et al., 2024).

Pohjimmiltaan yksilökeskeinen hoiva tunnistaa koko ihmisen ja käsittelee fyysisten kysymysten lisäksi myös henkisiä, psykologisia, sosiaalisia ja eksistentiaalisia näkökohtia. Tämä kokonaisvaltainen lähestymistapa vahvistaa yksilön kokemuksen sairaudesta ja pyrkii parantamaan hyvinvointia omasta näkökulmastaan sisällyttämällä heidän ainutlaatuiset arvonsa, uskomuksensa ja mieltymyksensä (Claeys et al., 2021). Näin toimimalla yksilökeskeinen hoiva ylittää perinteisen sairauskeskeisen mallin korostaen, että ihmisiä ei määrittellä heidän lääketieteellisten tilojensa kautta vaan ihmisinä, jotka elävät näiden tilojen kanssa. Tämä näkökulman muutos auttaa säilyttämään henkilön identiteetin, vähentämättä heitä pelkäksi leimaksi tai diagnosoiksi (Swedish Nurses' Association, 2019)."

Toisin kuin perinteiset lääketieteelliset mallit, jotka keskittyvät pääasiassa hoivaan, yksilökeskeinen hoiva korostaa hoivan vastaanottajan ja hoivan tarjoajien välistä yhteistyötä (sekä epävirallista että virallista) ja edistää jaettua päätöksentekoa (Coulter & Oldham, 2016). Itse asiassa yksilökeskeinen hoiva ulottuu yksilön ulkopuolelle hänen sosiaaliseen kontekstiinsa, mukaan lukien perheet / omaishoitajat[1]. Se tunnustaa hoivan vastaanottajan sekä heidän perheensä / omaishoitajansa tasavertaisiksi kumppaneiksi hoivaprosessissa ja arvostaa siten heidän ääntään yhtä paljon kuin hoitoalan ammattilaisten. Tämä muutos mahdollistaa henkilökohtaisen toimijuuden, kun hoivan saajia kannustetaan ottamaan aktiivinen rooli oman terveydenhuoltonsa hallinnassa, mikä auttaa edistämään heidän kykyjään ja potentiaaliaan itsehoitoon sen sijaan, että heitä pidettäisiin passiivisen hoidon vastaanottajina.

Lisäksi yksilökeskeinen hoiva edellyttää, että hoiva-alan ammattilaiset kehittävät taitoja, jotka ylittävät kliinisen asiantuntemuksen. Se vaatii syvällistä eettistä ymmärrystä ja kykyä mukauttaa hoitokäytännöt vastaamaan erilaisia terveysuskomuksia, arvoja ja mieltymyksiä.

Näin varmistetaan, että hoitoa annetaan moninaisuussensitiivisellä tavalla, jossa yksilöllisiä eroja kunnioitetaan ja terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaiset tunnustavat erilaiset kynnykset oireiden tunnistamisessa, hoidon odotuksissa ja potilaiden mieltymyksissä hoitojen suhteen (Currie & Currie, 2024).



[1] Hoivaa tarjoavat usein epäviralliset hoitajat terveys- ja sosiaalihuollon ammattilaisten tukemana, järjestettynä hoivaverkostoiksi, niin sanotuiksi 'hoitokolmioiksi'. Tämä hoitoverkosto, joka koostuu hoidon saajasta, epävirallisista hoitajista ja hoitoalan ammattilaisista (Hengelaar et al., 2018; van Muijden et al., 2024).

OPPIASTEHTÄVÄ

Tarinoita yksilökeskeisestä,
moninaisuussensitiivisestä hoivasta

Tavoitteet	Opiskelijat voivat analysoida käsityksiä maahanmuuttajataustaisiin iäkkäisiin ja heidän perheisiinsä / omaishoitajiinsa kohdistuvista moninaisuussensitiivisistä hoitotoimenpiteistä.
Menetelmät	Tarinankerrontahaastattelut; kriittinen ajattelu; ryhmäkeskustelu
Tarvittava aika	Noin 1 tunti itseopiskelua.
Tarvittavat resurssit	<ul style="list-style-type: none"> · Patrizion (ikäntyneen) tarina täällä · Giovannan (terveydenhuollon ammattilaisen) tarina täällä
Viittaukset	/
Ohjeet	<p>Opetusmenetelmä koostuu käytännönläheisistä sisällöistä, joihin kuuluu ikääntyneen ja hoitoalan ammattilaisen tarinankerrontahaastatteluiden katsominen sekä niiden reflektointi.</p> <p>Opiskelijat seuraavat tarinankerrontahaastatteluja (katso linkit kohdasta tarvittavat resurssit) ja osallistuvat ryhmäkeskusteluun (2-4 henkilöä) vastaamalla seuraaviin kysymyksiin:</p> <p>Mitkä ovat videoissa ilmaistut suurimmat huolenaiheet ja esteet sille, miten varmistetaan, että maahanmuuttajataustaisille ikääntyneille tarjotaan yksilökeskeistä ja moninaisuuden huomioon ottavaa hoivaa?</p> <p>Mitä Patrizio ja Giovanni pitävät tärkeimpinä tekijöinä yksilökeskeisen hoivan tarjoamisessa? Mihin he suhtautuvat myönteisesti?</p> <p>Opiskelijat dokumentoivat pohdintansa yhdelle A4-sivulle (Arial 11, interline 1.5) ja lähettävät vastauksensa fasilitaattorille ryhmäkeskustelun jälkeen.</p>

2. Kulttuuri ja kulttuurinen moninaisuus

Esseessään *A Scientific Theory of Culture and Other Essays* Malinowski (1944), modernin etnografian avainhenkilö, määrittelee kulttuurin "kiinteäksi kokonaisuudeksi", joka koostuu aineellisista, sosiaalisista ja henkisistä komponenteista, jotka auttavat ihmisiä selviytymään ympäristöstään ja haasteista. Hän väittää, että kulttuuri kattaa työkalut, uskomukset, tavat ja sosiaaliset instituutiot ja että jokainen kulttuuri kehittyy sekä sisäisen kehityksen että ulkoisten vaikutusten kautta. Tämä näkökulma muodostaa perustan kulttuurirelativismille, joka ehdottaa, että jokainen kulttuuri tulisi ymmärtää omassa symbolisessa ja sosiaalisessa kontekstissaan. Kulttuurirelativismi tunnustaa ihmisyyhteiskuntien monimuotoisuuden ja vastustaa ajatusta, että mikä tahansa kulttuuri on parempi kuin toinen (Dietz, 2007). Malinowskin ajatukset korostavat, kuinka kulttuuri tarjoaa puitteet ymmärtää, miten yhteiskunnat järjestäytyvät ja kehittävät järjestelmiä erityisten historiallisten ja sosiaalisten olosuhteidensa huomioon ottamiseksi.



Kulttuuri on joukko tietoja, uskomuksia, perinteitä ja tapoja, jotka ihmiset luovat, hankkivat ja välittävät yhteiskunnan jäseninä. Kulttuuri ei ole staattinen; se kehittyy jatkuvasti ja reagoi ulkoisiin ja sisäisiin paineisiin muokkaamalla tapaa, jolla ihmiset elävät ja ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Helman, 2007).

Kulttuurimme vaikuttaa malleihin, joissa otamme rooleja ja vastuita perheessä, ystävien kanssa ja työpaikalla. Hoivan yhteydessä ihmisten kulttuuritaustan ymmärtäminen on ratkaisevan tärkeää osallistavan, moninaisuuden huomioon ottavan hoivan tarjoamiseksi. Tämä edellyttää sekä syvällistä ymmärrystä tietyistä kulttuureista että laajempaa tietoisuutta yhteiskunnassa esiintyvistä moninaisuudesta (McFarland, Wehbe & Alamah, 2019).

Kulttuurinen monimuotoisuus on muutakin kuin vain erilaisuuden hyväksymistä; Se edellyttää, että ne tunnustetaan ja niitä kunnioitetaan olennaisina ihmisten rinnakkaiselon kannalta. Mikään kulttuuri ei ole luonnostaan toista parempi (Dietz, 2007). Kulttuuri-ilmaisujen moninaisuuden suojelemisesta ja edistämisestä tehdyssä Unescon yleissopimuksessa korostetaan, että kulttuurinen monimuotoisuus on

”ihmiskunnan yhteinen perintö”.

Sitä on suojeltava ja edistettävä nykyisten ja tulevien sukupolvien eduksi.

Kulttuurinen pluralismi, johon sisältyy kulttuurienvälisen vuoropuhelun ja vaihdon edistäminen, on avain kunnioituksen, solidaarisuuden ja rauhan edistämiseen ihmisten keskuudessa (Dietz, 2007).



Sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla kulttuurisella moninaisuudella on keskeinen rooli, kun hoitoalan ammattilaisten omat kulttuuritaustat, hoidettavien ja omaishoitajien kulttuuri-identiteetit ja työympäristön institutionaalinen kulttuuri risteävät. Nämä päällekkäiset kulttuuriset vaikutukset muokkaavat vuorovaikutusta ja hoivan toteuttamista. Sen varmistamiseksi, että hoiva on moninaisuuden huomioon ottavaa, hoitoalan ammattilaisten on oltava tietoisia kulttuurisista oikeuksista ja kulttuurisen monimuotoisuuden kunnioittamisen tärkeydestä eettisissä käytännösäännöissään (Gilman, 2005). Monissa eurooppalaisissa ammattisäännöissä, kuten sairaanhoitajia ja yleislääkäreitä koskevilla säännöillä, ei kuitenkaan nimenomaisesti käsitellä kulttuurista moninaisuutta, vaan keskitytään sen sijaan ihmisarvoon laajemmin (CEOM, 2010). Tarvitaan yhä enemmän deontologisia sääntöjä, jotka nimenomaisesti kieltävät kulttuurisen syrjinnän ja varmistavat kulttuuristen, uskonnollisten ja tavanomaisten erojen kunnioittamisen hoivan yhteydessä.

OPPIMISTEHTÄVÄ

Kulttuurin jäävuori

<p>Tavoite (tavoitteet)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Opiskelijat voivat tunnistaa ja luokitella kulttuurisia näkökohtia jäävuorimallin avulla erottamalla kulttuurin näkyvät ja näkymättömät elementit. · Opiskelijat ovat tietoisia henkilökohtaisista kulttuurisista yhteyksistä, jotka lisäävät ymmärrystä omasta kulttuuritaustasta. · Opiskelijat voivat soveltaa jäävuorimallia kulttuuristen piirteiden tunnistamiseen ja järjestämiseen. · Opiskelijat ymmärtävät kulttuurin ja moninaisuuden näkyviä ja piileviä ulottuvuuksia
<p>Menetelmät</p>	<p>Yksilöllinen työ; Ryhmäkeskustelu Tehtävä voidaan suorittaa kasvokkain tai verkossa käyttäen tukena Jamboardia (tai vastaavaa). "</p>
<p>Tarvittava aika</p>	<p>30 minuuttia</p>
<p>Tarvittavat resurssit</p>	<p>"Kynä, tussit, posti ja fläppitaulu, jossa on piirros jäävuoresta. Jos sessio toteutetaan verkossa, tarvitaan kokousalusta (esim. Zoom) ja online-ohjelmisto ryhmätyöskentelyyn (esim. Jamboard, Ideaboarz tai Mural)."</p>
<p>Viittaukset</p>	<p>BICAS – Kulttuurienvälisen osaamisen rakentaminen ambulanssipalveluihin (2016)</p>
<p>Ohjeet</p>	<p>"Fasilitaattori antaa lyhyen selityksen jäävuorimallista:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Kulttuuri voidaan visualisoida jäävuorimallin avulla. <ul style="list-style-type: none"> · Mitä näet, kun katsot jäävuorta? · Kuten hyvin tiedetään, vain pieni osa jäävuoresta näkyy pinnalla. Loput siitä on veden alla, eikä sitä voi nähdä ensi silmäyksellä. Jäävuorimalli on keino näyttää kulttuurin näkyviä ja näkymättömiä puolia.

OPPIMISTEHTÄVÄ

Kulttuurin jäävuori

ohje

- "Fasilitaattorin tulisi sitten antaa opiskelijoille 10 minuuttia aikaa miettiä näkökohtia tai komponentteja, jotka he yhdistävät sanaan kulttuuri. Opiskelijoiden tulisi sitten kirjoittaa post it -lapuille sanat, jotka tulivat mieleen (sanojen määrää ei ole rajoitettu) ja kiinnittää muistiinpanot sitten jäävuoren näkyvään tai näkymättömään osaan[2]. Lopuksi tulokset luetaan ja niistä keskustellaan ryhmän kanssa pyrkien korostamaan, kuinka pinnan näkeminen tarjoaa paljon vähemmän nähtävää kuin mitä voi syntyä tarkemmalla havainnoinnilla ja analyysillä. Keskustelun voi aloittaa seuraavilla ohjaavilla kysymyksillä:
- ***Kun tapaat ihmisiä erilaisista kulttuuriustoista, keskitytkö enemmän näkyviin vai piilossa oleviin puoliin?***
- ***Mikä voi estää sinua ymmärtämästä jonkun kulttuurin piilotettuja puolia? Mikä sen sijaan sallii sinun tarttua niihin?***
- ***Miten voit yhdistää jäävuoren muihin moninaisuuden näkökohtiin (jotka eivät liity kulttuuriin)?***
- ***Miksi työssäsi voisi olla hyödyllistä tunnistaa kulttuurin ja moninaisuuden syvemmät, näkymättömät piirteet?"***

[2] Jotkut näkökohdat, jotka saattavat nousta esiin tai joita voit ehdottaa näkyvään osaan, ovat kieli, sukupuoli, ikä, pukeutumistyyli, etnisyys, ruokailutottumukset, symbolit, rituaalit. Joitakin näkökohtia, jotka saattavat nousta esiin tai joita voit ehdottaa näkymättömälle osalle, ovat normit, arvot, asenteet, roolien ja auktoriteettien ymmärtäminen, tunteet, sosiaalisuus ja koulutus, sosiaalinen käyttäytyminen, oma ja vieras käsitys, uskonto.

3. Eläminen superdiversiteetissä yhteiskunnassa

Eurooppalaiset yhteiskunnat ovat muuttumassa yhä monimuotoisemmiksi, mikä johtuu useista maailmanlaajuisista muutoksista, kuten työllisyydestä, koulutuksesta, perhesiteistä ja ilmastomuutoksen, pandemioiden, rahoitusalan epävakauden ja konfliktien kaltaisista kriiseistä. Eurooppa on historiallisesti aina ollut monimuotoinen, vaikka tämä on tunnustettu laajemmin vasta äskettäin.



Vastauksena näihin muutoksiin syntyi Vertovecin (2007, 2022) käyttöön ottama superdiversiteetin käsite, joka haastaa kulttuurin ja etnisyyden ylikorostamisen ensisijaisina kategorioina moninaisuuden käsittelyssä. Superdiversiteetti korostaa nykyaikaisen muuttoliikkeen ja sosiaalisen eriytymisen monimutkaisuutta, kun otetaan huomioon monet tekijät, jotka ylittävät etniset ja kulttuuriset identiteetit.

Superdiversiteetti keskittyy yhteiskunnissa tapahtuvien muutosten nopeuteen, leviämiseen ja laajuuteen (Vertovec, 2007). Se kritisoi perinteistä monikulttuurisuutta, jolla on taipumus nähdä maailma jakautuneena kiinteisiin, homogeenisiin ryhmiin.

Sen sijaan superdiversiteetti tunnistaa, että ihmiset kuuluvat samanaikaisesti useisiin sosiaalisiin ryhmiin ja että nämä identiteetit ovat dynaamisia, muuttuvat ajan myötä ja eri konteksteissa (Martikainen et al., 2023).

Muuttoliike vain yhtenä tapahtumana ihmisen elämässä, leikkaa muita tekijöitä, kuten oikeudellista asemaa, koulutusta, sosiaalisia hierarkioita ja yksilöllisiä elämäkokemuksia. Korostamalla identiteettien intersektionaalisuutta (ks. myös luku 2) superdiversiteetti kannustaa ymmärtämään ihmisiä vivahteikkaammin. Sen sijaan, että luokitelisimme ihmisiä pelkästään etnisyyden tai kulttuurin perusteella, se pyytää meitä ottamaan huomioon monet päällekkäiset sosiaaliset todellisuudet, jotka muokkaavat ihmisen elämää (Vertovec, 2022). Esimerkiksi vanhemman maahanmuuttajan kokemukseen vaikuttaa muukin kuin kulttuurista; Sitä muokkaavat heidän maahanmuuttaja-asemansa, sosioekonomiset olosuhteet ja henkilökohtainen historia. Tämä näkemys hylkää staattiset, yksiulotteiset tulkinnat identiteetistä.

Superdiversiteetti haastaa järjestelmät, erityisesti ammatilliset terveys- ja sosiaalipalvelut, mukautumaan erilaisten väestöryhmien monimutkaisiin tarpeisiin.

“Perinteiset integraatiomallit, jotka usein odottavat (iäkkäiden) maahanmuuttajataustaisten henkilöiden mukautuvan isäntämaiden vallitseviin normeihin, nähdään riittämättöminä. Sen sijaan superdiversiteetti vaatii joustavampaa ja osallistavampaa lähestymistapaa, joka tunnistaa henkilöiden ja yhteisöjen moninaiset ja kehittyvät identiteetit (Vertovec, 2007).



Tämä viitekehys edistää yksilökeskeisempää ja kontekstisensitiivisempää tukea, olipa kyseessä sitten politiikan suunnittelu, ammatilliset hoivapalvelut tai jokapäiväiset vuorovaikutustilanteet. Superdiversiteetti laajentaa näkökulmaa, jonka kautta monimuotoisuutta tarkastellaan, siirtyen etnisyyden ulkopuolelle huomioimaan koko kirjon sosiaalisia, taloudellisia ja poliittisia tekijöitä, jotka määrittelevät ihmisiä. Se tuo mukanaan sekä haasteita että mahdollisuuksia yhteiskunnille, vaatimalla herkempiä ja osallistavampia järjestelmiä, jotka tunnustavat ihmisen identiteetin ja kokemuksen monimutkaisuuden.”

4. Kulttuurinen kompetenssi superdiversiteetissä yhteiskunnassa

Kulttuurinen osaaminen terveys- ja sosiaalialalla on kehittynyt merkittävästi yksilön taustoihin perustuvista yleisistä oletuksista osallistavampaan, yksilökeskeiseen hoitotapaan. Tämä muutos korostaa empatiaa ja aitoa kiinnostusta ymmärtää hoidettavien yksilöllisiä tarpeita, arvoja ja mieltymyksiä. Integroimalla laadukas terveys- ja sosiaalihuolto yksilöllisen monimuotoisuuden ymmärtämiseen ihmiskeskeinen hoito voi tehokkaasti vastata kunkin potilaan erityistarpeisiin sen sijaan, että heitä kohdeltaisiin kulttuurisen stereotypian edustajina (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).

Keskittyminen yksilöön ja hänen sosiaaliseen kontekstiinsa sen sijaan, että luottaisi ennakkokäsityksiin tai stereotyyppioihin, antaa terveys- ja sosiaalialan ammattilaisille mahdollisuuden ymmärtää paremmin ainutlaatuisia kokemuksia ja epävarmuustekijöitä, joita kukin hoidon saaja voi kohdata. Kulttuurinen osaaminen on tässä yhteydessä olennaisen tärkeää, sillä se antaa hoitoalan ammattilaisille tarvittavat tietoisuudet, tiedot, taidot ja herkkyyden tehokkaan hoidon tarjoamiseksi erilaisista taustoista tuleville henkilöille. Tämä osaaminen sisältää monikulttuurisen tietopohjan, jota hoitoalan ammattilaiset voivat soveltaa monimuotoisuuden huomioon ottavan ja asianmukaisen hoidon tarjoamiseen (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).



Ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen mukauttaminen vastaamaan iäkkäiden maahanmuuttajataustaisten henkilöiden ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa tarpeita on ratkaisevan tärkeää. Sen sijaan, että odotettaisiin heidän mukautuvan yksi sopii kaikille -järjestelmään, hoitojärjestelmän tulisi mukauttaa palvelunsa vastaamaan heidän ymmärrystään ja arvojaan. Tämä ei ainoastaan varmista parempaa viestintää ja hoivan toteutusta, vaan myös parantaa terveyden tuloksia. Kun hoivan saajat ovat paremmin informoituja ja heidän arvojaan kunnioitetaan, ammatilliset terveys- ja sosiaalihuollon toimenpiteet onnistuvat todennäköisemmin, mikä puolestaan voi johtaa taloudellisiin hyötyihin

OPPIMISTEHTÄVÄ:

maahanmuuttajataustaisiin, ikääntyneisiin
henkilöihin ja heidän
perheisiinsä/omaishoitajiinsa kohdistuvat
yksilökeskeiset, moninaisuuden huomioon
ottavat hoivatoimet

Tavoite /tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> · Opiskelijat voivat tunnustaa esteitä moninaisuussensitiivisen hoivan tarjoamisessa maahanmuuttajataustaisille ikääntyneille ja heidän perheilleen / omaishoitajilleen. · Opiskelijat voivat saada näkökulmia maahanmuuttajataustaisiin ikääntyneisiin ja heidän perheisiinsä / omaishoitajiinsa kohdistuville tehokkaille moninaisuuden huomioon ottaville hoivatoimenpiteille.
Menetelmät	Itseopiskelu: kriittinen ajattelu; Ryhmäkeskustelu
Tarvittava aika	3 tuntia
Tarvittavat resurssit	Internet ja pääsy lehtien tietokantoihin
Ohje	<p>Sagbakken, M., Ingebretsen, R., & Spilker, R.S. (2020). Miten hoitopalvelut mukautetaan muuttoliikkeestä johtuvaan monimuotoisuuteen? Laadullinen tutkimus, jossa selvitetään dementiaa sairastavien ihmisten hoidon haasteita ja mahdollisia muutoksia. PLoS yksi, 15(12), e0243803. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243803</p>

OPPIMISTEHTÄVÄ:

maahanmuuttajataustaisiin henkilöihin ja ikääntyneisiin perheisiinsä/omaishoitajiinsa ja heidän yksilökeskeiset, moninaisuuden huomioon ottavat hoivatoimet kohdistuvat huomioon

Ohje

”Opiskelijat lukevat Sagbakkenin ym. (2020) julkaisun ja reflektovat ryhmäkeskusteluun (2-4 henkilöä) vastaamalla seuraaviin reflektiokysymyksiin:

- **Mitä haasteita tunnistatte moninaisuuden huomioon ottavan hoivan tarjoamisessa? Mitä haasteita tutkimuksessa mainitsevat hoidettavat, mitkä omaishoitajat ja mitkä hoitoalan ammattilaiset? Mitä yhtäläisyyksiä ja eroja eri hoitoalan toimijoiden välillä tunnistat?**
- **Millä tavoin nämä haasteet voitaisiin voittaa, jotta maahanmuuttajataustaisille ikääntyville ja heidän perheilleen / omaishoitajilleen voitaisiin tarjota moninaisuuden huomioon ottavaa hoivaa?**

Opiskelijat dokumentoivat pohdintansa yhdelle A4-sivulle (Arial 11, interline 1.5) ja lähettävät vastauksensa fasilitaattorille.

”

2 LUKU: AMMATILLISTEN TERVEYS- JA SOSIAALIPALVELUJEN SAAVUTETTAVUUDEN ESTEET

1. Muuttoliikkeet

Muuttoliikkeen mallit ovat monipuolistuneet merkittävästi, mikä on johtanut kasvavaan ymmärrykseen siitä, että Euroopan kansat ovat heterogeenisiä. Historiallisia kertomuksia, jotka kerran kuvasivat Euroopan suurelta osin homogeeniseksi, arvioidaan uudelleen, jotta ne heijastaisivat vuosisatojen ajan vallinnutta syvään juurtunutta monimuotoisuutta. Tätä monimuotoisuutta muokkasi vuosisatojen ihmisten muuttoliike, kun ihmiset muuttivat rajojen yli paetakseen köyhyyttä, poliittista sortoa ja etsimään uusia taloudellisia mahdollisuuksia, käymään kauppaa ja tutkimaan maailmaa. On tärkeää, että meillä on perustiedot muuttovirtojen monimuotoisuudesta, koska se vaikuttaa maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden kokemuksiin ja kohtaamiin esteisiin.

Maahanmuutto on aina ollut olennainen osa ihmisen olemassaoloa. Ajan myötä ihmiset ja yhteisöt ovat joutuneet muuttamaan monien tekijöiden, kuten sodan, ympäristömuutosten, taloudellisten vaikeuksien ja kulttuurivaihdon, vuoksi. Tämän seurauksena eurooppalaisista yhteiskunnista, kuten monista muistakin yhteiskunnista maailmanlaajuisesti, on tullut risteävien etnisten ryhmien, kielten ja kulttuuriperinteiden kudelma. Nykyiset muuttoliikemallit heijastavat monenlaisia kokemuksia ja taustoja, haastavat perinteiset käsitykset identiteetistä ja kannustavat yhteiskuntia omaksumaan luontaisen moniarvoisuutensa. Van Mol ja de Valk (2016) erottavat kolme historiallista muuttoliikejaksoa, jotka alkavat toisen maailmansodan jälkeen.



Kausi 1 (1950 -luku - 1974): vierastyöläisyys ja dekolonisaatio

Toisen maailmansodan jälkeisenä aikana Luoteis-Euroopan talous kukoisti. Tämän alueen paikallinen alkuperäisväestö tuli yhä koulutetummaksi ja kohtasi kasvavia mahdollisuuksia sosiaaliseen liikkuvuuteen. He eivät useinkaan olleet enää halukkaita ottamaan vastaan epäterveydellisiä ja huonosti palkattuja töitä (esim. maataloudessa, siivouksessa, rakentamisessa, kaivostoiminnassa). Tämän seurauksena Luoteis-Eurooppa alkoi rekrytoida syrjäisissä maissa. Rekrytoitujen ulkomaalaisten työntekijöiden odotettiin palaavan kotiin työn päätyttyä, ja siksi heille myönnettiin vain vähän oikeuksia ja vain vähän tai ei lainkaan sosiaalitukea. Suurin osa Luoteis-Euroopan maahanmuuttajista tuli Algeriasta, Kreikasta, Italiasta, Marokosta, Portugalista, Espanjasta, Tunisiasta, Turkista ja Jugoslaviasta. Tärkeimmät kohdemaat olivat Belgia, Ranska, Saksa, Luxemburg, Alankomaat, Ruotsi ja Sveitsi. Kansainväliseen muuttoliikkeeseen suhtauduttiin yleisesti myönteisesti sen taloudellisten hyötyjen vuoksi sekä lähettävän että vastaanottavan maan näkökulmasta.



Kausi 2 (1974-1980): öljykriisi ja muuttoliikkeen valvonta

Vuosien 1973-1974 öljykriisi vaikutti merkittävästi Euroopan talouselämään ja vähensi jyrkästi työvoiman tarvetta. Luoteis-Euroopan maat vetosivat muuttoliikkeen pysäyttämiseen. Muuttoliikkeen hallintaan ja vähentämiseen tähtäävät politiikat muuttivat kuitenkin muuttoliikkeen pysäyttämisen sijaan.

Euroopan ulkopuolisista maista tulleet siirtolaiset, jotka olivat joutuneet työvoiman rekrytointijärjestelmien piiriin, asettuivat yhä useammin pysyvästi, sillä kotimaahansa pitkiksi ajoiksi paluu sisälsi huomattavan riskin oleskeluluvan menettämisestä. Monet siirtolaiset alkoivat tuoda perheitään Eurooppaan (siirtotyöläisten perheiden yhdistämistä pidettiin perusoikeutena, joka on ankkuroitu vuoden 1961 Euroopan sosiaalisen peruskirjan 19 artiklaan). Myös maassa asuvan siirtolaisväestön koostumus muuttui tänä aikana. Kun ensimmäisellä kaudella eurooppalaisia siirtolaisia oli eniten, Euroopan ulkopuolisten siirtolaisten osuus, erityisesti turkkilaisten ja pohjoisafrikkalaisten määrä, kasvoi merkittävästi tänä aikana. Maahanmuuttopysähdysten jälkeen maat kontrolloivat yhä enemmän ulkomaalaisten maahantuloa, ja muuttoliikkeestä tuli tärkeä aihe kansallisessa poliittisessa ja julkisessa keskustelussa. Talouden taantuman aiheuttama kohonnut työttömyys lisäsi vihamielisyyttä, rasismia ja muukalaisvihaa maahanmuuttajia kohtaan. Tietoisuus kuitenkin kasvoi myös siitä, että maahanmuuttajaväestö on tullut jäädäkseen. Tämän seurauksena asianmukaisten kotouttamispolitiikkojen tarve tuli ilmeiseksi ja alkoi kehittyä. Samassa vaiheessa turvapaikkahakemusten määrä alkoi nousta Euroopassa.

Ulkomaalaisten pääsyn rajoituksilla Luoteis-Eurooppaan oli myös toinen vaikutus: muuttovirrat suuntautuivat yhä enemmän Etelä-Eurooppaan (esim. Kreikkaan, Italiaan, Portugaliin, Espanjaan). Koska nämä maat olivat pitkään olleet siirtomaita, niillä ei ollut käytössään hyvin kehittyneitä maahanmuuttolainsäädäntöä ja maahantulovalvontajärjestelmiä. Lisäksi näissä maissa oli talouskasvua ja syntyvyyden laskua, mikä johti työvoimapulaan. Etelä-Euroopasta ei tullut pelkästään houkutteleva kohde Euroopan ulkopuolisille siirtolaisille, vaan suotuisat taloudelliset olosuhteet johtivat myös paluumuuttoon Pohjois-Eurooppaan muuttaneiden keskuudessa.



Kausi 3 (1990-luku - nykyinen): viimeaikaiset suuntaukset muuttoliikkeessä Eurooppaan ja sen sisällä

hänen aikakauttaan leimaavat merkittävät muutokset ja muuttoliikkeen monipuolistuminen entisestään. Itä-Eurooppaan tuli uusia turvapaikanhakijoita useiden tapahtumien vuoksi (esim. Afganistanin ja Irakin konfliktit, arabikevät). EU:n sisäinen liikkuminen helpottui huomattavasti, kun taas EU:hun pääsyä rajoitettiin asteittain Euroopan markkinoiden yhdentymisen seurauksena, mikä johti tiukkaan rajatarkastukseen ja viisumisäännöksiin. Maahanmuuttajien maat tai alkuperä sekä heidän muuttoliikkeensä motiivit monipuolistuivat (Van Mol & de Valk, 2016).

Kuluneita vuosia ovat leimanneet pakolaiset, turvapaikanhakijat ja taloudellisista syistä lähteneet siirtolaiset kotimaastaan sotien ja sisällissotien, ihmisoikeusloukkausten, ympäristön ja ilmastonmuutosten sekä taloudellisten vaikeuksien vuoksi. Vuosina 2015 ja 2016 Eurooppa koki ennennäkemättömän pakolaisten ja siirtolaisten tulvan (Euroopan unioni, 2017).

Nimittäin yli miljoona ihmistä saapui Euroopan unioniin, joista suurin osa pakeni sotaa ja terroria Syyriassa ja muista maista. Venäjä käynnisti sotilaallisen hyökkäyksen Ukrainaa vastaan 24.2.2022. Tammikuussa 2023 4 miljoonaa ukrainalaista pakolaista sai tilapäistä suojelua Euroopan unionissa (Eurooppa-neuvosto, 2023).

Israelin ja palestiinalaisten konfliktin kärjistymisen jälkeen lokakuussa 2023 palestiinalaiset hakivat turvapaikkaa ennätysmäärä vuonna 2023. 11 561 palestiinalaista haki suojelua EU:n alueella, pääasiassa Kreikassa ja Belgiassa (EUAA, 2024).

OPPIMISTEHTÄVÄ:

moninaisuus
maahanmuuttajataustoissa

Tavoite/ tavoitteet	Opiskelijat tuntevat oman maansa/alueelliset erot väestön demografisen profiilin.
Menetelmät	Itseopiskelu
Varattu aika	2 tuntia
Tarvittavat resurssit	Internet-yhteys; maailman kartta
Viitteet	Kansallisten/alueellisten hallitusten tietokannat ja verkkosivut; tilastotoimistot. Opiskelijoille on kerrottava, mistä he saavat tiedot ja annettava resurssit.
Ohjeet	<p>Opiskelijoita pyydetään keräämään tietoja oman maansa/alueensa väestöprofiilista. Luotettavien lähteiden avulla opiskelijat keräävät tietoa seuraavista näkökohdista ja keskustelevat tuloksista:</p> <p>Mikä on maasi/alueesi ikäpyramidi ja sukupuolijakauma?</p> <p>Kuinka monta maahanmuuttajataustaista on eri ikäryhmissä?</p> <p>Taustojen/alkuperämaiden moninaisuus: mihin maihin maahanmuuttajataustaiset liittyvät? Mitkä ovat kunkin ryhmän numerot?</p> <p>Mitkä alkuperämaat voit tunnistaa vanhemman väestön osalta? Merkitse nämä maailmankartalle.</p> <p>Mitkä lähtömaat ovat hyvin edustettuina maassasi/alueellasi olevien maahanmuuttajataustaisten joukossa? Merkitse nämä maailmankartalle.</p> <p>Miten voit liittää maasi/alueesi luvut eri muuttokausiin Euroopassa?</p> <p>Mitä ryhmiä ei voida helposti tunnistaa kansallisista/alueellisista tietokannoista?</p> <p>Opiskelijat keskustelevat havainnoistaan max. kolme sivua (Arial 11, interline 1.5) ja lähettävät vastauksensa ohjaajalle.</p>

2. Intersektionaalisuus

Luvussa 1 mainittiin superdiversiteetin käsite, joka viittaa väestön lisääntyneeseen heterogeenisyyteen, joka johtuu eri lähtömaista, muuttoliikkeen motiiveista, oikeudellisista statuksista jne (Ciobanu, 2023). Käsite intersectionality liittyy osittain toisiinsa, mutta erilainen, sillä sen tarkoituksena on ymmärtää eriarvoisuuden lähteitä, koska ne ilmenevät useiden tekijöiden risteyksessä, joista tärkeimmät ovat sukupuoli, luokka ja etnisuus (Ciobanu, 2023). Intersectionality, Kimberlé Crenshaw'n esittelemä käsite, korostaa, että erilaiset normit menevät päällekkäin ja ovat vuorovaikutuksessa, mikä johtaa epätasa-arvoon eri yhteyksissä. Se viittaa siihen, että monet tekijät, kuten ikä, sukupuoli ja maahanmuuttajatausta, vaikuttavat siihen, miten ihmisiä kohdellaan terveyden- ja sosiaalihuollossa sekä muilla elämänalueilla. Tämä näkökulma korostaa, että eriarvoisuus ei johdu pelkästään yksilöllisistä ominaisuuksista vaan myös näiden tekijöiden vuorovaikutuksesta tietyissä yhteyksissä (Dilworth-Anderson et al., 2020).

Ristikkäisyyden ymmärtäminen antaa meille mahdollisuuden tunnistaa, kuinka eri tekijät yhdessä luovat epätasa-arvoa, paljastaen valtdynamiikan ja eri ryhmien mahdollisuuksien monimutkaisuuden. Terveyden- ja sosiaalialan ammattilaiset, jotka ottavat huomioon vain yhden tekijän, kuten sukupuolen, voivat jättää huomiotta muut tärkeät tekijät (Dahlborg & Tengelin, 2022).

Lisäksi intersectionality ei ole pelkästään kumulatiivisia tekijöitä; pikemminkin se edellyttää ymmärtämistä, kuinka nämä tekijät voivat pahentaa eriarvoisuutta lähentyessään. Jos esimerkiksi naisten hoitoon pääsy on rajoitettua, tämä este voi vahvistua ulkomailta syntyneen vammaisen naisen kohdalla. Kunkin tekijän merkitys vaihtelee kontekstin ja niiden vuorovaikutuksen mukaan. Yksinkertainen additiivinen lähestymistapa voi hämärtää näiden kysymysten monimutkaisuuden (Dahlborg & Tengelin, 2022).



Intersektionaalisuuskeskusteluissa ei ole tärkeää keskittyä pelkästään kokemusten "haavoittuvaan puoleen", kuten ulkomailla syntyneiden, vanhempien naisten kokemuksiin, vaan ottaa huomioon myös "etuoikeutettu puoli", kuten keskiikäiset valkoiset miehet, jotka usein enemmän valtaa. Näiden dynamiikan tunnistaminen on ratkaisevan tärkeää risteäisyyden ja normien kokonaisvaltaiselle ymmärtämiselle (Dahlborg & Tengelin, 2022).

Ahmad et ai. (2022) korostavat intersektionaalisen lähestymistavan käyttöä hoitosuhteiden tutkimisessa. Heidän tutkimuksensa paljastaa, kuinka erilaiset sosiaaliset kategoriat, erityisesti muuttoliikehistoria ja yhteiskuntaluokka, vaikuttavat hoidon jakamiseen maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden ja heidän perheidensä/epävirallisten omaishoitajiensa välillä. Nämä risteävät tekijät voivat joko helpottaa tai haitata koulutusmahdollisuuksia ja siten vaikuttaa hoidon jakamisen dynamiikkaan sekä omaishoitajien ja hoitonsa saajien välisen viestinnän tehokkuuteen. Tutkimuksessaan he havaitsivat, että henkilöillä, jotka kasvoivat alemmassa tai työväenluokan perheessä ja muuttivat myöhemmin elämästään ympäristöstä, jossa koulutusmahdollisuudet olivat rajalliset, heillä oli epätodennäköisemmin johtamistaitoja järjestää ja jakaa hoitotehtäviä. . Sitä vastoin henkilöt, jotka kasvoivat keskiluokan perheessä, muuttivat nuorena ja varttuivat ympäristössä, jossa oli koulutusmahdollisuuksia, jakavat todennäköisemmin hoidon sekä perheen että muodollisen hoidon kanssa. Lisäksi muuttoliikehistoria ja yhteiskuntaluokka vaikuttivat käsityksiin "hyvästä hoidosta" ja siten halukkuuteen jakaa hoito virallisten palvelujen kanssa.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

etuoikeuksien pyörä

Tavoite/ tavoitteet	· Opiskelijat ymmärtävät intersektionaalisuuden, valtasuhteet, etuoikeudet ja syrjäytymisen yhteiskunnassa.
Menetelmät	Itseopiskelu; ryhmäkeskustelu
Tarvittava aika	30 minuuttia
Tarvittavat resurssit	Kaikille harjoittelijoille on tulostettu etuoikeuspyörä.
Viitteet	<p>Etuoikeuden pyörää sovelletaan Gayle Rubinin (1989) ja Kimberlé Crenshaw'n (1989) tutkimusten pohjalta.</p> <p>·Gayle, R. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. In C. Vance (Ed.), Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina. Revolución.</p> <p>·Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholars/hip/3007</p> <p>Teoria on mukautettu etuoikeuden pyöräksi Kanadan pakolaisneuvoston (CCR) toimesta. (https://ccrweb.ca/en/anti-oppression),</p> <p>ja kehitetty edelleen S. Duckworthin toimesta (https://www.researchgate.net/figure/Wheel-of-Power-Privilege-and-Marginalization-by-Sylvia-Duckworth-Used-by-permission_fig1_364109273).</p>

OPPIMISTEHTÄVÄ:

etuoikeuksien pyörä

Ohjeet

Tässä harjoituksessa opiskelijat tutustuvat etuoikeuksien pyörään. He työskentelevät itsenäisesti, minkä jälkeen harjoituksesta keskustellaan kollektiivisesti koko ryhmän kanssa. Reflektiokeskustelussa ohjaaja voi käyttää seuraavia kysymyksiä:

- ***Miltä harjoituksen tekeminen tuntui ja mitä ajatuksia harjoituksesta heräsi?***
- ***Mitä arvelet harjoituksen tuovan esiin risteävyydestä ja ihmisten erilaisista sosiaalisista asemista yhteiskunnassa?***
- ***Millä tavalla tekemäsi harjoituksen tulos muuttuisi, jos luulet olevasi eri kontekstissa, esim. eri maassa?***

Ohjaaja antaa ohjeet opiskelijoille. Ennen monisteen jakamista ohjaaja selittää opiskelijoille, että etuoikeuksien pyörä ei yritä selittää kaikkia ihmiselämän näkökohtia ja ihmisten identiteettejä. Se ei ole universaali malli. Se on lähtökohta ymmärrykseen ristikkäisyydestä, valtasuhteista, etuoikeudesta ja syrjäytymisestä yhteiskunnassa. Etuoikeuksien pyörää käytetään pedagogisena työkaluna toisiinsa liittyvien eriarvoisuuksien ymmärtämiseen.

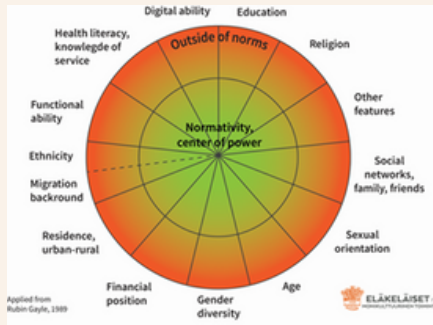
Aluksi opiskelijat tutustuvat etuoikeuksien pyörään. Sen jälkeen heitä ohjataan ajattelemaan itseään ja omaa identiteettiään nykyisen yhteiskunnan ja maan kontekstissa, jossa he asuvat. Toiseksi he piirtävät lyijykynällä pienen ristin tai pisteen jokaiselle pyörän sektorille, johonkin paikkaan, missä he luulevat olevansa yhteiskunnassa. Kun pisteet ovat valmiit, ne muodostavat kuvion, joka on joko pienempi tai suurempi itse pyörän sisällä.

Mitä lähempänä etuoikeuksien pyörän keskustaa (ag. sitä pienempi hahmo on), sitä etuoikeutetumpi henkilö on yhteiskunnassa, jossa hän asuu. Mitä kauempana pyörän keskipisteestä (ag. sitä suurempi hahmo on) koko, sitä epäedullisempi kyseisen henkilön tilanne on. Ryhmä käy sitten ohjaajan avulla keskustelua ja pohtii harjoitusta ja sen tuomia esille risteytys- ja etuoikeus, valtasuhteet ja syrjäytyminen yhteiskunnassa. Opiskelijan ei tarvitse esitellä omia töitään muille, jos he eivät halua. Keskustelua käydään yleisemmällä tasolla. Tämän jälkeen ryhmä voi tarkastella kahta esimerkkiä iäkkäille maahanmuuttajanaisille tehdystä kuvioista (ks. kuva 2).

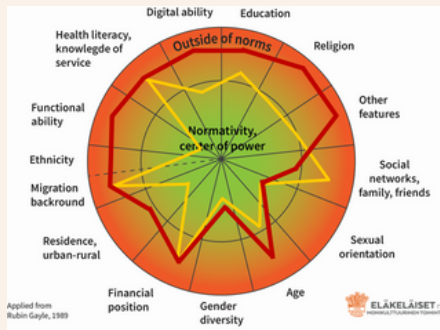
OPPIMISTEHTÄVÄ:

etuoikeuksien pyörä

Kuva 1. Etuoikeuksien pyörä



Kuva 2. Esimerkkinä kahden ikääntyneen siirtolaisnaisen etuoikeuksien pyörä.



Ohjeet

3. Maahanmuuttajataustaisten iäkkäiden henkilöiden ja heidän perheidensä / omaishoitajien pääsy ammatillisiin terveys- ja sosiaalipalveluihin

Maahanmuuttajataustaiset käyttävät ammatillisia terveys- ja sosiaalipalveluja harvemmin kuin alkuperäisväestö, vaikka heillä on samanlainen sitoutuneisuus perusterveydenhuollon palveluihin (Sarría-Santamera et al., 2016). Yhtenä syynä tähän on se, että maahanmuuttajataustaisilla on usein parempi käsitys sairaanhoidosta kuin muut ammatilliset terveys- ja sosiaalipalvelut. Maahanmuuttajataustaisten iäkkäiden henkilöiden kohdalla monet olettavat voivansa luottaa omaishoitajien perinteiseen perheturvaverkkoon, luottaen omaishoitajiin, kuten perheenjäseniin (Ahaddour ym., 2016; Ahmad et al., 2022). Kuitenkin, kun hoitotarpeet intensiivistyvät, epäviralliset omaishoitajat voivat kokea suurta painetta, mikä johtaa tilanteeseen, jossa he eivät ehkä pysty täyttämään kaikkia hoitovelvollisuuksiaan.

Maahanmuuttajataustaisten ikääntyneen väestön kasvaessa laitoshoitopalvelujen kysynnän odotetaan kasvavan. Tällä hetkellä keskeinen ongelma tämän ryhmän ammatillisten terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen vähäisemmässä käytössä saattaa olla hoidon saatavuuden kysynnän ja tarjonnan välinen epäsuhta. Monet terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaiset olettavat, että maahanmuuttajataustaiset ikääntyneet tuntevat tarjolla olevat palvelut, mikä ei useinkaan pidä paikkaansa. Tämä epäsuhta on johtanut rajallisiin räätälöityihin palveluihin, jotka vastaavat kyseisten henkilöiden erityisiä kulttuurisia ja henkilökohtaisia tarpeita.

Hoivatarjonnassa tarvitaan merkittävää muutosta, etenkin kun otetaan huomioon yhteiskunnan lisääntyvä monikulttuurisuus, joka muuttaa hoitotarpeita. Hoidon on mentävä standardoituja malleja pidemmälle ja oltava monimuotoisuusherkkä ihmisten erityistarpeiden mukaan. Kun hoito on liian yleistä eikä siinä oteta huomioon maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden yksilöllisiä profiileja ja tarpeita, he voivat aiheuttaa tyytymättömyyttä ja riittämätöntä hoitoa. Tämä voi johtua hoidon ammattilaisten ja vastaanottajien välisestä väärinkäsityksistä, jotka voidaan välttää vain tehokkaalla viestinnällä ja kulttuurisella ymmärryksellä. Maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden ammatillisten terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen saatavuuden esteet voivat edistää stereotyyppioita ja ennakkoluuloja, jotka vaikuttavat kielteisesti hoitoalan ammattilaisten ja hoitonsa saajien välisiin suhteisiin. Vuorovaikutuksen parantamiseksi on ratkaisevan tärkeää, että sekä nykyiset että tulevat hoitoalan ammattilaiset ovat tietoisia niistä kulttuurisista, sosiaalisista ja kommunikatiivisista esteistä, joita voi syntyä hoidettaessa ikääntyneitä maahanmuuttajataustaisia ihmisiä. Näiden esteiden poistaminen on avainasemassa parempien ihmissuhteiden edistämisessä ja henkilökeskeisen, monimuotoisuuden huomioivan hoidon tarjoamisessa.



4. Ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuuden koetut esteet



Terveyslukutaito

Ikääntyneet maahanmuuttajataustaiset henkilöt ja heidän perheiltään/omaishoitajiltaan puuttuu joskus tietoa tietyistä fyysisen ja mielenterveyden tiloista, kuten dementiasta, ja he pitävät sitä usein normaalina osana ikääntymistä eikä hoitoa vaativana sairaudena (Ahaddour et al., 2016). Duran-Kiraç et ai., 2022). Tämä käsitys voi johtaa viivästyksiin ammatillisten hoitopalvelujen ja asianmukaisten hoitotoimenpiteiden hakemisessa. Tietoisuuden puute voi myös haitata varhaista diagnosointia ja hoitoa, mikä on ratkaisevan tärkeää dementian kaltaisten terveystilojen hallinnassa.

Monissa maahanmuuttajayhteisöissä on taipumus aliarvioida tai ymmärtää väärin ikään liittyvien sairauksien oireita, mikä johtuu osittain kulttuurisista tekijöistä tai terveystieteiden rajallisuudesta (Ahaddour ym., 2016; Duran-Kiraç et al., 2022).



Tämä tietovaje voi johtaa siihen, että epävirallinen hoito on ensisijainen tuen lähde, kun taas ammatilliset hoitopalvelut jäävät vajaakäytöksi, mikä pahentaa sekä terveydentilaa että omaishoitajien painetta.

Kieli- ja viestintäesteet

Kielimuurit ovatkin merkittävä haaste ikääntyville maahanmuuttajataustaisille henkilöille ja heidän perheilleen/omaishoitajilleen vuorovaikutuksessa terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten kanssa. Priebe et al. (2011) korostaa, että kieliongelmat ovat yleisimmin raportoituja esteitä, mikä johtaa kommunikaatiovajeeseen, joka vaikeuttaa elintärkeän terveystiedon vaihtoa, mukaan lukien oireiden ilmaiseminen, diagnoosit ja määrätyt hoidot. Tämä kommunikaatiovaje voi vaikuttaa kielteisesti hoidon ammattilaisten ja hoidon saajien väliseen suhteeseen, mutta myös vaikeuttaa hallinnollisia menettelyjä ja ammattihoitopalvelujen saatavuutta. Tutkimuksen mukaan kielimuurit aiheuttavat usein turhautumista ja rajoittavat viestinnän tehokkuutta, mikä voi vähentää avoimuutta ja luottamusta osapuolten välillä.



Kielimuurien lisäksi maahanmuuttajataustaiset iäkkäät henkilöt voivat kohdata ylimääräisiä kommunikaatiohaasteita ikään liittyvien tekijöiden, kuten aisti- tai kognitiivisten häiriöiden vuoksi. Nämä vammat voivat vaikeuttaa keskustelujen seuraamista, varsinkin jos puhe on täynnä tietoa tai se on esitetty sopimattomalla sävyllä. Fyysiset ongelmat, kuten kuulon heikkeneminen, voivat myös haitata tehokasta viestintää.

Lisäksi psykologiset tekijät, mukaan lukien emotionaaliset muutokset, kuten masennus, ahdistus tai hämmennys, voivat edelleen vaikeuttaa viestintää. Myös itsehavainnolla on oma roolinsa; iäkkäät ihmiset saattavat pelätä joutuvansa tuomituksi tai syrjityksi, kun taas he saattavat kokea terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaiset liian muodollisiksi tai etäisiksi. Nämä tekijät luovat kommunikaatioesteitä, jotka voivat pahentaa väärinkäsityksiä hoidon saajan ja hoidon ammattilaisen välillä. Lisäksi vanhuksia koskevat stereotyyppit, kuten oletukset, että he ovat "kuuroja", "sulkeutuneita" tai "epäilyttäviä", voivat vaikuttaa vuorovaikutukseen ja heikentää hoidon laatua.

Haasteiden voittaminen edellyttää, että terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaiset ovat herkkiä sekä ikääntyneiden fyysisille että psyykkisille tarpeille ja mukauttavat viestintätäilyään vastaavasti.



Matala koulutustaso

Koulutus ei ratkaise vain terveydentilaa, vaan myös pääsyä ammatillisiin terveys- ja sosiaalipalveluihin. Tietojen antamista ja hallinnollisia menettelyjä, mukaan lukien lomakkeiden täyttämistä, haittaa maahanmuuttajataustaisten iäkkäiden henkilöiden korkea lukutaidottomuus (Ahhadour ym., 2016).



Taloudelliset esteet

Monien ikääntyneiden maahanmuuttajataustaisten ja heidän perheidensä/omaishoitajiensa huono taloudellinen tilanne ja alhainen sosioekonominen asema on keskeinen este ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuudelle ja käytölle (Ahhadour ym., 2016; Jacobsen et al. al., 2023). Matala sosioekonominen asema näyttää selittävän huonomman terveyden, koska riittämättömät tulot säästävät terveydenhuollossa. Myöskään tiettyjen ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen korkeat kustannukset eivät ole kohtuuhintaisia heikossa sosioekonomisessa asemassa oleville henkilöille.



Puutteelliset tiedot ammatillisista terveys- ja sosiaalipalveluista

Maahanmuuttajataustaiset iäkkäät henkilöt ja heidän perheensä/omaishoitajansa eivät usein ole tietoisia saatavilla olevista ammatillisista terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluista, koska he eivät tunne isäntämaansa hoitorakenteita (Ahaddour ym., 2016; Duran-Kiraç et al., 2022). Tämä tuntemattomuus johtuu siitä, että heillä ei ehkä ole kulttuurissaan tai kotimaassaan vertailukelpoista käsitystä ammatillisista terveys- ja sosiaalipalveluista.

Tämän seurauksena nämä henkilöt voivat suhtautua ammattihoitoon negatiivisesti. Lisäksi riittämätön tietämys ja tiedon puute saatavilla olevista resursseista, kuten käännetyistä tietoaisteista sekä kieli- ja monimuotoisuusherkillä työkaluista, lisää entisestään tätä aukkoa ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen käytössä ja tietoisuudessa.

Kulttuuriset ja uskonnolliset esteet

Ammattimaisilla terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluilla ei useinkaan ole riittävästi tietoa maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa kulttuurisista ja uskonnollisista vakaumuksista ja käytännöistä (Ahaddour ym., 2016). Tämä voi johtaa siihen, että laiminlyödään tärkeitä tekijöitä, kuten hoidossa olevan henkilön asenteet terveyttä, sairautta ja hoitovaihtoehtoja kohtaan. Perinteisissä kollektiivisissa yhteiskunnissa turvautuminen ammatilliseen hoitoon nähdään toisinaan lasten epäonnistumisena hoitaa hoitovelvollisuuksiaan, mikä voi johtaa kasvojen menettämiseen yhteisössä.



Kulttuurierot herättävät myös huolta fyysisten tutkimusten ja ei-lääketieteellisten hoitojen tekemisestä, erityisesti alueilla, joihin liittyy kehon hoitoja. Myös käytännön ongelmia voi ilmetä, kuten tapaamisten puuttuminen, myöhästyminen tai epävirallisen neuvonnan hakeminen hoitojärjestelmän ulkopuolelta. Tämä voi aiheuttaa turhautumista hoitoalan ammattilaisille, joita usein rajoittaa aika ja resurssit, ja se voi johtaa molemminpuolisiin väärinkäsityksiin ja stereotyyppioihin. Nämä kulttuuriset erot voivat toimia esteinä, jotka edistävät käsitystä etäisyydestä ja jopa yhteensopimattomuudesta hoidon ammattilaisten ja vastaanottajien välillä. Tämä kuilu voi tuntua ylittämättömältä, koska se nähdään usein symbolisena ja kulttuurisena jaotteluna (Priebe et al., 2011; Martin, 2015).



Erilaiset käsitykset sairaudesta ja hoidosta

Lääketieteellinen antropologia korostaa, että ihmisten käsitykset ja lähestymistavat sairauteen ja terveyteen muovaavat syvästi heidän henkilökohtaiset kokemuksensa ja sosiokulttuuriset ympäristönsä. Esimerkiksi tanskalaisen terveydenhuollon ammattilaisen raportoimassa tapauksessa somalinainen uskoi, että selkäkipu johtui hänen kehonsa sisällä liikkuvasta ilmasta. Hän pyysi, että ammatillinen hoitaja rei'ittää hänen olkapäänsä vapauttaakseen ilmaa. Ammattimaisen hoidon tarjoajan oli vaikea selittää, että hänen selkäkipunsa liittyi lihasongelmiin, ei ilmaan, ja hänen oli lopulta käytettävä anatomiakirjaa auttaakseen potilasta ymmärtämään. Vaikka nainen otti määrätyt pillerit ja tunsikin helpotusta, hänen alkuperäinen vastahakoisuutensa korosti valtavia eroja kulttuurisissa käsityksissä kehosta ja sairaudesta.

Nämä erilaiset ymmärrykset ihmiskehosta ja hoitovaihtoehdoista voivat vaikuttaa merkittävästi hoidon saajan luottamustasoon hoitoalan ammattilaista kohtaan sekä siihen, kuinka he noudattavat määrättyjä hoitoja. Väärin kommunikaatio tai tulkintaerot voivat saada hoitoalan ammattilaiset näkemään hoidon saajia epäluottamuksellisina, ylimielisinä tai tietämättöminä, mikä puolestaan voi edistää tuomitsevaa asennetta. Tämä voi johtaa siihen, että hoitoalan ammattilaiset joko luopuvat hoidon vastaanottajasta tai joutuvat vastakkainasetteluun (Priebe et al., 2011).



Paluu- ja hoitodilemmat

Maahanmuuttajataustaiset ikääntyneet ihmiset kokevat usein syvän hämmennyksen ja vieraantumisen tunteen, kun he navigoivat ikääntymisen monimutkaisissa asioissa vieraassa maassa.

Monet haluavat vanheta kotimaassaan nostalgian ja halun säilyttää yhteys kulttuuriin juuriinsa. Käytännön ja emotionaaliset tekijät, kuten lastenlasten läsnäolo, sosiaaliset verkostot ja taloudellinen turvallisuus, voivat kuitenkin pakottaa heidät jäämään uuteen maahansa (Ahhadour et al., 2016).



Lisäksi perinteiset odotukset perhehoidosta ovat muuttuneet merkittävästi. Esimerkiksi vanhemmat muslimit luottavat usein lastensa tukeen, koska sitä pidetään Koraaniin perustuvana uskonnollisena velvollisuutena. Vaikka lapset saattavat tunnustaa tämän velvollisuuden, he eivät usein pysty täyttämään näitä odotuksia muuttuvien yhteiskunnallisten normien vuoksi. Globalisaation ja yksilöllistymisen vaikutus on muuttanut perinteisen laajennetun perherakenteen länsimaisemmaksi ydinperhemalliksi. Tämä muutos voi aiheuttaa pettymyksen ja turvattomuuden tunteita maahanmuuttajataustaisille vanhuksille, jotka ovat tottuneet erilaiseen hoitodynamiikkaan, joka perustuu kollektiivisiin perhevelvollisuuksiin.

Luottamus ja odotukset

Hoitoalan ammattilaisen ja hoivan vastaanottajan suhteessa voi syntyä epäluottamusta, joka johtaa kriittisten tietojen puuttumiseen ja haluttomuuteen olla yhteydessä hoitoalan ammattilaisiin. Tämä epäluottamus voi ulottua hoitoprosessiin osallistuviin tulkkeihin tai sovittelijoihin. Tällainen vihamielisyys voi aiheuttaa epämurkuvuutta kaikille osapuolille ja voi johtua kielteisistä kokemuksista ammatillisista terveys- ja sosiaalipalveluista.

(2011) huomauttavat, että maahanmuuttajataustaiset ikääntyneet henkilöt ilmaisevat usein epäluottamusta hoitoalan ammattilaisia ja tulkkeja kohtaan, jotka tulevat maista, joissa he ovat aiemmin kohdanneet poliittisia tai uskonnollisia konflikteja. Joissakin tapauksissa nämä hoidon vastaanottajat pyytävät nimenomaisesti, että eri henkilöstön jäsenet näkevät heidät, tai salaavat tietoja näiden huolenaiheiden perusteella.

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat tämän haasteen. Alankomaalainen terveydenhuollon työntekijä huomauttaa, että monet maahanmuuttajataustaiset ikääntyvät kohtaavat syrjintää ja hylkäämistä terveydenhuoltojärjestelmässä, ja kuvailee kokemuksia, joissa heitä on kohdeltu epäystävällisesti tai saatu tuntemaan itsensä huonommiksi kielimuurin vuoksi. Nämä negatiiviset kohtaamiset myötävaikuttavat läpitunkevaan epäluottamukseen, joka vaikuttaa hoidon ammattilaisen ja hoivan vastaanottajan suhteeseen.



Luottamuksen rakentaminen ammatilliseen terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltoon on erityisen tärkeää maahanmuuttajataustaisille ikääntyneille ja heidän perheilleen / omaishoitajilleen. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten erilaisuussensitiivisyyden puute voi pahentaa epäluottamuksen tunteita. Hoitoalan ammattilaisten stereotyyppinen ajattelu voi haitata hoidon jatkuvuutta ja lisätä väärinymmärryksiä. Tämä luottamuksen puute voi johtaa siihen, että ihmiset tuntevat itsensä loukatuiksi ja puolustautuviksi, mikä johtaa joskus kielteisiin asenteisiin, jotka vahvistavat entisestään käsityksiä maahanmuuttajataustaisista vanhuksista ja heidän perheistään / omaishoidoistaan sulkeutuneina tai ylimielisinä. Nämä asenteet jättävät usein huomiotta heidän käyttäytymistään ohjaavat syvemmät ongelmat.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

iikääntyvien maahanmuuttajataustaisten tarinat

Tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> · Opiskelijat ovat tietoisia maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa kokemista esteistä ammatillisten terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuudessa. · Opiskelijat voivat pohtia rooliaan ammattilaisena esteiden purkamisessa ja maahanmuuttajataustaisten ikäihmisten ja heidän perheidensä / omaishoitajiensa tukemisessa."
Menetelmät	Tarinankerrontahaastattelu; Keskustelut
Tarvittava aika	40 minuuttia
Tarvittavat resurssit	Kurditarinoita (video): Internet-yhteys; maailmankartta
Viittaukset	/
ohje	<p>Opiskelijat katsovat videon ja keskustelevat tarinoista pienryhmissä tai yhdessä isossa ryhmässä. On tärkeää rohkaista keskustelua kriittisen ajattelun parantamiseksi näiden videoiden aiheista. Harjoittelijat voivat keskustella videoiden tiedoista seuraavien kysymysten tuella:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitkä olivat videossa ilmaistut tärkeimmät kohdat tai huolenaiheet? • Onko sinulla kokemusta videossa korostetuista ongelmista? Herättikö video uusia näkökulmia näiden kokemusten tarkasteluun? • Millaisia ratkaisuja voidaan tarjota videolla käsiteltyjen esteiden voittamiseksi? Keskity kielen ja sosiaalisen eristäytymisen esteisiin."

OPPIMISTEHTÄVÄ:

Empatiakartta pääsynä sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisiin palveluihin

tavoitteet	Opiskelija voi syventyä maahanmuuttajataustaisten ikäihmisten kokemuksiin omaishoidon ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisten palvelujen saamisesta.
menetelmät	Empatiakartta; tarinankerrontahaastattelut; kriittinen ajattelu, pohdinta; Ryhmäkeskustelu
tarvittava aika	1 tunti
tarvittavat resurssit	Empatiakarttapohja tai seinämaalausohja (katso https://online.visual-paradigm.com/diagrams/templates/empathy-map/empathy-mapping-template/)
viittaukset	/
ohje	<p><i>Empatiakartta auttaa kuvaamaan käyttäjän kokemuksen, tarpeiden ja kipupisteiden näkökohtia, ymmärtämään hänen kokemustaan ja ajattelutapaansa. Se on yksinkertainen visualisointi, joka tallentaa tietoa käyttäjän käyttäytymisestä ja asenteista. Katso lisätietoja seuraavasta videosta: https://www.youtube.com/watch?v=skGUy2iq_dw Harjoittelijat katsovat YouTube-videon empatiakartoista. Jälkeenpäin he tekevät empatiakartan itsestään: miltä sinusta tuntuu, kun olet sairas / huonovointinen ja tarvitset hoitoa? Täytä malli.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitä sanot? • Mitä luulet? • Mitä teet työksesi? • Mitä muut ihmiset näkevät sinun tekevän? • Mitä tunnet?

OPPIMISTEHTÄVÄ:

Empatiakartoitta pääsynä sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisiin palveluihin

Ohjeet

Tämän jälkeen opiskelijat käyvät fasilitaattorin avustuksella ryhmäkeskustelun ja refleктоivat kysymyksiä.

Tämän harjoituksen jälkeen opiskelijat valitsevat tapauksen maahanmuuttajataustaisten henkilöiden kanssa työskentelystä (harjoittelun aikana tai hoitoalan ammattilaisena) saamansa kokemuksen perusteella. Täytä malli toisen kerran.

- ***Mitä henkilö kertoo tarpeistaan ja saamastaan ammatillisesta ja/tai epävirallisesta hoidosta?***
- ***Mitä henkilö ajattelee tarpeistaan ja saamastaan ammatillisesta ja/tai epävirallisesta hoidosta?***
- ***Mitä henkilö tekee hoitotarpeilleen ja saamalleen ammatilliselle ja/tai omaishoidolle?***
 - ***Mitä henkilö ajattelee hoidon tarpeistaan ja saamastaan ammatillisesta ja/tai omaishoidosta?***

Näetkö empatiakarttojen perusteella yhteisiä / erilaisia kokemuksia sinun ja keskustellun tapauksen välillä?

Opiskelijat vetävät fasilitaattorin avustuksella jälleen ryhmäkeskustelun ja refleктоivat kysymyksiä.

3 LUKU: STEREOTYPIAT JA ENNAKKOLUULOT

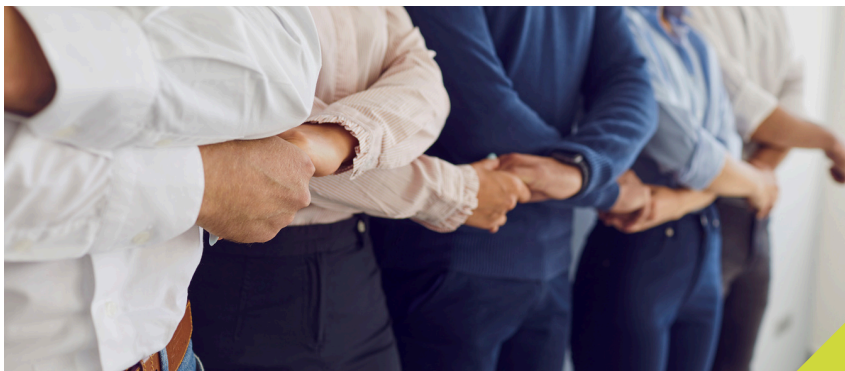
1. Stereotyyppiä: mitä ne ovat ja mihin ne on tarkoitettu?

Stereotyyppiöiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen on ratkaisevan tärkeää paitsi eri yhteiskuntaryhmien välisen tasa-arvon ja kunnioituksen edistämiseksi myös syvemmän ymmärryksen ja empaattisen viestinnän edistämiseksi ihmisten välillä. Stereotyyppiä palvelevat erilaisia kognitiivisia ja sosiaalisia toimintoja, mukaan lukien tietojenkäsittelyn yksinkertaistaminen epävarmoissa tilanteissa. Vaikka ne voivat helpottaa nopeaa tuomitsemista, ne voivat myös edistää ennakkoluuloja ja syrjintää, mikä lisää syrjäytymistä ja sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta. Stereotyyppiöiden itsepuolustustehtävä on erityisen tärkeää ottaa huomioon. Alentamalla ryhmän ulkopuolisia jäseniä korkean statuksen ryhmiin kuuluvat henkilöt voivat väliaikaisesti vahvistaa itsetuntoaan. Tämä dynamiikka luo kuitenkin ryhmien välisen kilpailun ympäristön, joka voi pahentaa konflikteja ja erimielisyyksiä. Stereotyyppiä toimivat "liimana" sosiaalisessa ryhmässä luoden yhteenkuuluvuuden tunteen yhteisten uskomusten ja normien kautta. Tämä voi sekä edistää sosiaalista yhteenkuuluvuutta että ruokkia syrjäytymisen muotoja niille, jotka eivät sitä tee

Stereotyyppiä yksinkertaistavat ja luokittelevat todellisuutta ja luovat väärinystyneitä kuvia, jotka - vaikka ne saattavat sisältää totuuden elementtejä, eivät heijasta ryhmän henkilöiden monimutkaisuutta.

Niiden luokittelu on hyödyllinen tiedon nopeassa käsittelyssä, mutta se voi olla ongelmallinen, koska se johtaa yleistykseen ja ennakkoluuloihin. Stereotypiat, riippumatta siitä, ovatko ne kategorisesti myönteisiä vai negatiivisia, rajoittavat kykyä nähdä ja tunnistaa yksilöllisyyttä ja monimuotoisuutta ryhmän sisällä. Stereotyyppien automaattinen aktivoituminen voi tapahtua tiedostamatta, mikä vaikuttaa käsityksiin ja käyttäytymiseen jopa ilman avoimia ennakkoluuloja. Tämä tiedostamaton ennakkoluulo voi vahvistaa sosiaalista eriarvoisuutta ja ylläpitää syrjiviä asenteita hienovaraisilla ja salakavalilla tavoilla. Vaikka stereotypiat näyttävät edustavan kollektiivisia piirteitä, ne keskittyvät usein keskinkertaisuuteen ja yleistämiseen, mikä johtaa epätarkkoihin esityksiin, jotka jättävät huomiotta kunkin henkilön erilaiset kokemukset ja ominaisuudet.

Sosiaalisen eriarvoisuuden oikeuttaminen stereotyyppien avulla on kriittinen näkökohta. Stereotypiat voivat peittää ja legitimoida olemassa olevia valtarakenteita ja estää ihmisiä pohtimasta kriittisesti omaa asemaansa ja ympärillään olevaa eriarvoisuutta. Siksi on tärkeää haastaa ja purkaa stereotyyppioita, jotta voidaan edistää oikeudenmukaisuutta ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja edistää ympäristöä, jossa monimuotoisuus ja yksilöllisyys tunnustetaan ja arvostetaan.



OPPIMISTEHTÄVÄ:

Kaikki sitruunat ovat samanlaisia

tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> · Opiskelijat tunnistavat ryhmien monimuotoisuuden ja ymmärtävät, että ensiesiintyminen voi peittää merkittäviä eroja. · Opiskelijat ovat ennakkoluulottomia ja osallistavia, ja he voivat siirtyä pintatason tuomioista kulttuurienvälisessä vuorovaikutuksessa.
menetelmät	<p>Ryhmäliikunta Toiminta voidaan suorittaa vain kasvokkain.</p>
tarvittava aika	30 minuuttia
tarvittavat resurssit	<p>Vähintään yksi sitruuna jokaiselle osallistujalle, valkoiset lakanat Muita hedelmiä voidaan valita (esim. pähkinät, appelsiinit, omenat jne.)</p>
viittaukset	BICAS - Kulttuurienvälisen osaamisen rakentaminen ambulanssipalveluihin (2016)
ohje	<p><i>Fasilitaattori asettaa sitruunat peräkkäin pöydälle. Jokaisen opiskelijan tulisi valita yksi sitruunoista ja katsoa sitä minuutin ajan (he voivat myös koskettaa sitä ja tehdä muistiinpanoja havainnoista). Jokaisen opiskelijan tulisi muistaa sitruunan ominaisuus. Nyt kaikki sitruunat sekoitetaan uudelleen (esim. kulhossa) ja jokaisen opiskelijan on otettava aiemmin valitsemansa sitruuna.</i></p> <p><i>Sitten fasilitaattori esittää opiskelijoille seuraavat kysymykset:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · <i>Valitsivatko he oikean sitruunan?</i> <ul style="list-style-type: none"> · <i>Miten he tunnistivat sen?</i> <ul style="list-style-type: none"> · <i>Mitä erityispiirteitä?</i> · <i>Oliko niiden tunnistaminen helppoa vai vaikeaa? Miksi?</i>

OPPIMISTEHTÄVÄ:

Kaikki sitruunat ovat samanlaisia.

ohje

Harjoituksen lopussa pohditaan sitä, että kaikki sitruunat näyttävät samalta. Mutta jos katsot tarkemmin, ne ovat kaikki erilaisia ja niillä on erityispiirteitä. Yleinen yhdistys ei edusta hedelmän ulkonäköä tai yksityiskohtaista ominaisuutta. Jokapäiväisessä elämässämme luokittelemme ihmisiä ja tilanteita. Käytämme yleistyksiä ja stereotyyppistä ajattelua. Emme vieläkään voi olettaa, että tämä kertoo jotain ryhmän yksilöstä. On tärkeää heijastaa omia luokkiamme ja käyttää niitä vain ensimmäisenä suuntana. Pidä mieli avoimena yksittäisille yksityiskohdille. Vaikka ihmiset kuuluisivat johonkin kulttuurialueeseen, heillä on oma identiteettinsä ja erilaiset kytköksensä, jotka muokkaavat heidän asenteitaan ja mielipiteitään.

2. Miten stereotypiat syntyvät?

Psykologiset ja sosiaaliset prosessit, jotka johtavat stereotyyppien muodostumiseen ja ylläpitoon, vaikuttavat voimakkaasti erilaisiin kognitiivisiin, affektiivisiin ja sosiaalisiin mekanismeihin. Seuraavassa esitetään yhteenvedo käsitellyistä keskeisistä kohdista.



Kognitiivinen vinouma

Stereotyyppien ja ennakkoluuloihin vaikuttavat kognitiiviset vinoumat, jotka toimivat tiedon suodattimina, valitsevat vain tavoitteisiinsa liittyvät tiedot ja jättävät huomiotta muut elementit.



Sosiaalinen luokittelu

Ihmisillä on taipumus luokitella henkilöitä yhteisten ominaisuuksien, kuten sukupuolen, etnisen alkuperän tai sosiaalisen luokan, mukaan, mikä johtaa yksinkertaistettuun näkemykseen muista ryhmän jäseninä eikä henkilöinä.



Ryhmän sisäisen assimilaation periaate

Samankaltaisuuksia ryhmän sisällä olevien ihmisten välillä yliarvioidaan, kun taas eri ryhmien (ulkoryhmien) välisiä eroja aliarvioidaan.



Attribuutiovirheet

Perustavanlaatuiset attribuutiovirheet ja kuvitteellinen korrelaatio voivat vääristää tapaa, jolla havaitsemme eri ryhmiin kuuluvien henkilöiden käyttäytymisen, mikä johtaa usein virheellisiin johtopäätöksiin persoonallisuuden piirteistä muutaman havaitun käyttäytymisen perusteella. Esimerkiksi muslimikäyttäjä kertoo, kuinka lääkäri oletti, että hänen hijabinsa oli tehty käyttäjän vanhempien määräämälle passiiviselle uskonnolliselle mukautumiselle ja että hän oli siksi takapajuinen, typerä ja älytön (Martin, 2015).

◆ *Affektiiviset mekanismit*

Negatiiviset tunteet ja ahdistus ulkoisia ryhmiä kohtaan voivat voimistua suoran yhteyden puuttuessa, mikä aiheuttaa näiden tunteiden yhdistämisen ryhmään ja vahvistaa stereotypioita.

◆ *Sosiaalinen oppiminen*

Stereotypiat voivat johtua myös sosiaalisesta oppimisesta, jossa uskomukset sosiaalisista ryhmistä välittyvät kulttuurisesti perheiden, ystävien, koulun ja median kautta suoran kokemuksen sijaan.

Stereotypian rakentaminen on monimutkainen ja moniulotteinen ilmiö, johon vaikuttavat monet psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Stereotypioiden torjumiseksi on ratkaisevan tärkeää edistää myönteistä ja merkityksellistä vuorovaikutusta eri ryhmien välillä sekä kannustaa aktiiviseen ja tietoiseen kritiikkiin sosiaalisia ja kulttuurisia esityksiä kohtaan.

3. Ennakkoluulot

Etymologisesti termi ennakkoluulo on peräisin latinan sanasta *praeiudicium*, joka yhdistää *prae* (tarkoittaa "pre") ja *iudicium* (tarkoittaa "tuomio"). Tämä viittaa siihen, että ennakkoluuloihin kuuluu arvioinnin tai tuomion muodostaminen ennen kaikkien tarvittavien tietojen hankkimista tietoon perustuvaa päätöstä varten.

Sosiaalipsykologiassa ennakkoluulot ymmärretään yleisesti yleisesti kielteiseksi asenteeksi, joka kohdistuu ryhmään tai henkilöihin, joiden katsotaan kuuluvan kyseiseen ryhmään. Tämä asenne perustuu usein stereotypioihin eikä yksilöllisiin ominaisuuksiin.



Ennakkoluulot voivat ilmetä tietoisuuden eri tasoilla, ja niihin vaikuttavat sosiaaliset normit ja kulttuuriset arvot. Crandallin ja Eshlemanin oikeutus-tukahduttamismalli olettaa, että ihmiset kokevat sekä ennakkoluuloisia ajatuksia että yhteiskunnallisia paineita, jotka estävät heidän ilmaisunsa. Tämä luo monimutkaisen vuorovaikutuksen henkilökohtaisten ennakkoluulojen ja yhteiskunnallisten odotusten välille.

Ero "vanhanaikaisen ennakkoluulon" ja "modernin ennakkoluulon" välillä on erityisen merkittävä. Vanhanaikaisille ennakkoluuloille on ominaista suoraviivainen, avoin asenne ja syrjivä käyttäytyminen, kun taas nykyaikaiset ennakkoluulot ovat usein hienovaraisempia ja vivahteikkaampia.



Siihen liittyy usein sisäisiä konflikteja, jotka johtavat niin sanottuun vastenmieliseen rasismiin. Tällaisessa ennakkoluulon muodossa henkilöillä voi alitajuisesti olla syrjiviä näkemyksiä, vaikka he ulkoisesti kannattavat uskoa tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen, mikä johtaa epäjohdonmukaiseen käyttäytymiseen. Ennakkoluulojen dynamiikan ymmärtämiseksi ja käsittelemiseksi tehokkaasti on otettava huomioon useita tekijöitä, mukaan lukien kulttuuriset vaikutukset, psykologiset mekanismit ja sosiaalinen vuorovaikutus. Haasteena on lisätä tietoisuutta ja ymmärrystä ennakkoluulojen lieventämiseksi kaikissa muodoissaan sekä edistää oikeudenmukaisempaa ja oikeudenmukaisempaa yhteiskunnallista vuorovaikutusta.

4. Stereotyyppit ja ennakkoluulot: yhtäläisyydet ja erot

Ennakkoluulot ja stereotyyppit nousevat esiin sosiaalisen luokittelun prosessissa, jonka avulla henkilöt voivat erottaa toisistaan sisäryhmän (ryhmä, johon kuuluu) ja ulkoryhmän (muut sosiaaliset ryhmät).

Vaikka stereotyyppioita ja ennakkoluuloja pidetään usein synonyymeinä, niillä on erilliset ominaisuudet, jotka edellyttävät erottelua (Marx & Ko, 2019).

Stereotyyppiat ovat kognitiivisia esityksiä, jotka yksinkertaistavat ja luokittelevat ryhmien käsityksiä ja toimivat perustana yleisille uskomuksille niiden ominaisuuksista. Niitä voidaan pitää ennakkoluulojen alustavana vaiheena.

Toisaalta ennakkoluulot ovat laajempi asenne, joka koostuu kolmesta osatekijästä:

- ◆ Kognitiivinen komponentti
Tämä sisältää stereotyyppioita, jotka edustavat uskomuksia ulkoryhmästä
- ◆ Affektiivinen komponentti
Tämä kattaa ulkoryhmän herättämät tunteet, kuten pelon, ahdistuksen tai vihan
- ◆ Käyttäytymiseen liittyvä komponentti
Tällä tarkoitetaan ulkoryhmään kohdistuvia aikomuksia tai toimia, jotka voivat ilmetä syrjintänä.

Syrjintä on ennakkoluulojen käyttäytymiseen liittyvä ilmaisu, joka edustaa kielteisiä toimia, jotka kohdistuvat henkilöihin heidän ryhmänsä jäsenyyden perusteella. Ennakkoluulot eivät kuitenkaan aina johda syrjintään, sillä voi olla tapauksia, joissa ihmiset tietoisesti päättävät ohittaa ennakkoluuloiset uskomuksensa.

Esimerkki kuvasta:

Stereotyyppi: "Pohjoisafrikkalaiset ovat meluisia."

Ennakkoluulo: "Jos voisin, en koskaan vuokraisi taloa pohjoisafrikkalaiselle." Tämä heijastaa kognitiivista uskoa pohjoisafrikkalaisista (meluisuus) sekä emotionaalista ahdistusta tilanteesta (affektiivinen komponentti).

Syrjintä: "Älä vuokraa pohjoisafrikkalaisille", mikä on ennakkoluulojen perusteella toteutettu todellinen käyttäytyminen.

TAPAUSTUTKIMUS KOULUTUKSELLISESSA KONTEKSTISSA

Ajatellaanpa ryhmää eri etnisistä taustoista tulevia opiskelijoita, jotka työskentelevät projektin parissa. Yksi etniseen vähemmistöryhmään kuuluva opiskelija voi kohdata stereotyyppisiä, jotka viittaavat siihen, että heidän taustansa omaavat henkilöt ovat vähemmän kykeneviä tai älykkäitä. Nämä stereotyyppiset muodostavat ennakkoluulojen kognitiivisen komponentin. Näiden stereotyyppisten olemassaolo ei kuitenkaan automaattisesti johda syrjivään käyttäytymiseen. Kun ryhmä tekee yhteistyötä, muut oppilaat saattavat aluksi tuntea ennakkoluulojensa vaikuttavan heihin, mutta voivat myöhemmin kehittää empatiaa vähemmistöluokkatoveriaan kohtaan. Tämä muutos merkitsee affektiivista komponenttia, mikä johtaa positiiviseen asenteeseen osallisuutta kohtaan.

Tässä tilanteessa, huolimatta negatiivisten stereotyyppisten alkuperäisestä aktivoitumisesta, ryhmän kollektiivinen aikomus edistää inklusiivista ympäristöä voi lieventää syrjivää käyttäytymistä. Tämä havainnollistaa eron stereotyyppisten uskomusten ja todellisten tekojen välillä, korostaen tietoisuuden, empatian ja sosiaalisten dynamiikkojen kriittistä roolia ennakkoluulojen voittamisessa. Kaiken kaikkiaan tämä esimerkki korostaa, että vaikka stereotyyppiset voivat vaikuttaa havaintoihin ja ajatuksiin, ne eivät määrää käyttäytymistä. Tietoiset pyrkimykset positiiviseen vuorovaikutukseen voivat luoda inklusiivisemmän ja oikeudenmukaisemman ilmapiirin, osoittaen ihmisten kyvyn ylittää alkuperäiset ennakkoluulot.



[Prejudice and Discrimination: Crash Course Psychology](#)

"Tässä videossa tutkitaan perusteellisesti stereotyyppisten, ennakkoluulojen ja syrjinnän käsitettä ja tehdään useita ehdotuksia omien stereotyyppisten tiedostamiseksi."

OPPIMISTEHTÄVÄ:

Ennakkoluulojen käsitteleminen

tavoitteet	Opiskelijat ovat tietoisia stereotyyppioista.
menetelmät	Ryhmäkeskustelu Aktiiviteetti voidaan suorittaa kasvokkain tai verkossa käyttäen tukena Jamboardia (tai vastaavaa)
tarvittava aika	1 tunti
tarvittavat resurssit	Tarralappuja / kyniä Jos sessio toteutetaan verkossa, tarvitaan kokousalusta (esim. Zoom) ja online-ohjelmisto ryhmätyöskentelyyn (esim. Ideaboarx tai Mural)."
viittaukset	/
ohje	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitaattori kehottaa opiskelijoita pohtimaan stereotyyppiin liittyvää stereotyyppiä tai syrjintätilannetta ja sen herättämiä tunteita - stereotyyppiä ja siihen liittyvä syrjintätilanne eivät välttämättä liity osallistujaan, vaan viittaavat yleisempiin tilanteisiin, joita koulutettavat tuntevat. • Fasilitaattori pyytää opiskelijoita kirjoittamaan kahdelle eri tarralapulle stereotyyppian / siihen liittyvän syrjintätilanteen ja sen herättämät tunteet. Jos tehtävä tehdään verkossa, opiskelijat voivat kirjoittaa digitaalisesti, esimerkiksi Jamboardiin tai vastaavaan. • Opiskelijat jaetaan pareihin ja roolit vaihdetaan. Fasilitaattori edistää keskustelua pareittain, jota tukevat seuraavat kysymykset: oletko tietoinen toisen henkilön kirjoittamasta stereotyyppiasta? Onko sinulla ollut kokemuksia, jotka tukevat tätä stereotyyppiä tai päinvastoin, jotka purkavat sen? Jos tehtävä tehdään verkossa, keskustellaan yhdessä ryhmänä tai jokaiselle parille voidaan luoda alihuoneita.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

Ennakkoluulojen käsitteleminen

ohjeet

Fasilitaattori kehottaa opiskelijoita kiinnittämään kaikki tarralaput seinän vasemmalla puolella oleviin stereotypioihin / syrjintätilanteisiin ja niihin liittyviin tunteisiin oikealla puolella - jos tehtävä tehdään verkossa, fasilitaattori lajittelee viestit edistääkseen ryhmäkeskustelua. Fasilitaattori johtaa opiskelijoita keskusteluun stereotypioiden moninaisuudesta ja käyttäen tukena seuraavia kysymyksiä:

***Oletko tietoinen kaikista näistä stereotypioista?
Oletko koskaan ajatellut niitä?***

Mikä on mielestäsi näiden stereotypioiden vaikutus?

Ovatko nämä stereotypiat mielestäsi koskaan vaikuttaneet sinuun jokapäiväisessä elämässäsi ja jos, niin miten?

Miksi nämä stereotypiat/syrjintätilanteet saavat sinut tuntemaan näin?

Valitse kolme stereotypiaa ja pohdi ryhmänä niiden vaikutusta ja kokemaasi vastanäyttöä: mitä yhtäläisyyksiä ja eroja näiden kolmen stereotypian välillä on?

”

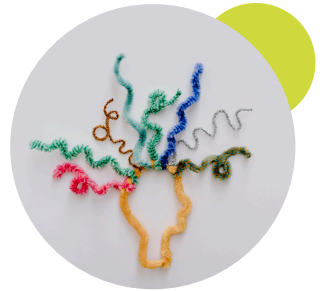
5. Maahanmuuttajataustaiset ikääntyneet: stereotyyppit ja ennakkoluulot hoivaympäristössä

Ikääntyminen ja maahanmuuttajuus voivat altistaa yksilön kaksinkertaiselle syrjäytymisriskille sekä vammaisuudelle, eksistentiaaliselle yksinäisyydelle ja köyhyydelle sanan laajimmassa merkityksessä. Iän ja maahanmuuton yhdistelmällä on näin ollen näkymätön vaikuttava tekijä, joka voi helpommin altistaa maahanmuuttajataustaiset ikääntyneet stereotyyppioille ja ennakkoluuloille yhteiskunnallisissa yhteyksissä ja hoitoympäristöissä, jotka itse asiassa sulkevat pois mahdollisuuden saada laadukkaita palveluja.

Esimerkiksi etnisen taustan perusteella syrjittyä henkilöä voidaan syrjiä myös sukupuolen, seksuaalisen suuntautumisen, iän, vammaisuuden jne. perusteella.

Tällainen moninkertainen syrjintä aiheuttaa itse asiassa kumulatiivisen epäedullisen aseman, joka maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden tapauksessa näkyy taloudellisina vaikeuksina, huonompana terveydenhuollon laatuna, rajallisina sosiaaliturva- ja terveydenhuolto-oikeuksina, rajallisena palvelujen saatavuudena ja riittämättöminä politiikkoina (Dolberg et al., 2018).

Etninen eriarvoisuus terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa on merkittävä ongelma, ja tutkimukset, kuten Nazroo (2006), osoittavat, että näillä eriarvoisuuksilla on taipumus pahentua iän myötä, mikä johtuu suurelta osin sosioekonomisista tekijöistä. Lisäksi Nazroo (2006) korostaa rakenteellisen rasmin ymmärtämisen merkitystä, jotta etnistä eriarvoisuutta voidaan analysoida asianmukaisesti terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden syrjintää ruokkivat stereotyyppit ja ennakkoluulot, joiden mukaan



esittää ne poikkeavina tai huonompina, kuten Chaouni et al. (2021). Esimerkiksi ikääntyneiden maahanmuuttajataustaisten naisten mieltymys naishoitoalan ammattilaisiin johtuu usein virheellisesti pikemminkin etnisistä kuin kulttuurisista syistä, kun taas syntyperäisten iäkkäiden naisten samanlaisia mieltymyksiä ei huomaa.

Syrjintä terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa on erityisen ilmeistä uskonnollisten ja etnisten vähemmistöjen, kuten muslimien, kohdalla, kuten Martin (2015) osoittaa. Muslimit raportoivat usein terveyden- ja sosiaalialan ammattilaisten tietämättömyydestä, syrjäytymisestä ja loukkaavasta käytöksestä, erityisesti uskonnollisten käytäntöjen, kuten rukouksen, yhteydessä. Nämä kokemukset korostavat laajempaa herkkyyden puutetta terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten keskuudessa.

Nämä tutkimukset kannustavat harkitsemaan uudelleen lähestymistapaa eri etnisiin ryhmiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon aloilla. Ne viittaavat siihen, että henkilöstön koulutusta ja tietoisuuden lisäämistä tarvitaan stereotyyppien ja ennakkoluulojen käsittelemiseksi ja tasapuolisen, eri kulttuureja kunnioittavan hoidon varmistamiseksi. Kulttuurierojen ymmärtäminen ja osallistaminen voisi parantaa hoitokokemuksia ikääntyneillä maahanmuuttajataustaisilla henkilöillä sekä muilla etnisellä vähemmistöllä.

Syrjintäkokemukset ulottuvat sairaalaympäristöihin, joissa maahanmuuttajataustaiset iäkkäät henkilöt ilmoittivat hoidon viivästyisestä uskonnollisten käytäntöjen vuoksi, rajoitetuista ruokavaihtoehdoista, kuten halal-ruoasta, kiusallisista reaktioista rukoukseen ja olettamuksista englanninkielisistä kyyvistä. Nämä esimerkit kuvastavat sosiaalista luokittelua, jossa "me" (henkilökunta ja alkuperäiset käyttäjät) ja "he" (vanhemmat maahanmuuttajataustaiset käyttäjät) luomme eriarvoista kohtelua ja syrjäytymistä.

Ikäsyryntä [3], erityisesti yhdistettynä maahanmuuttajastatukseen, lisää toisen haitan kerroksen, mikä johtaa devalvoitumiseen ja syrjäytymiseen. Terveys- ja sosiaalihuollon ikäero ilmenee sekä negatiivisena että näennäisenä hyvänlaatuisena käyttäytymisenä, mikä vaikuttaa negatiivisesti sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ja ikääntyneiden väliseen kommunikaatioon.



Tutkimukset, kuten Caris-Verhallen et al. (1999) osoittavat, että terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten ikäsyryivät asenteet johtavat lyhyempiin, pinnallisiin vuorovaikutuksiin ja tehtäväkeskeisiin kommunikaatiotyylisiin, mikä heikentää ikääntyneiden hoitoon osallistuvien aktiivista osallistumista päätöksentekoon. Kirjallisuus antaa monimutkaisen kuvan hoitoalan asenteista: osa tutkimuksista osoittaa selkeää negatiivisuutta iäkkäitä kohtaan, kun taas toiset tarjoavat neutraalimpia tai jopa positiivisempia arvioita.

On kuitenkin huolestuttavaa huomata, että ikääntyminen näkyy myös kliinisissä käytännöissä ja hoitovalinnoissa, mikä johtaa epätasa-arvoiseen kohteluun eri ikäryhmien välillä (Wyman et al., 2018). Esimerkiksi Ambady (2002) osoittaa, että lääkärit jättävät iäkkäät ihmiset pois hoitoa koskevasta päätöksenteosta ja suosivat sen sijaan nuorempia potilaita.

[3] Ikäsyryntä on erityinen syrjinnän muoto, joka vaikuttaa iäkkäisiin ihmisiin. Se pahenee maahanmuuttajien kohdalla, ja nämä voivat kohdata monenlaisia sosiaalisia ja taloudellisia haittoja (WHO, 2021).

Käsite "vanhuuspuhe", holhoava tapa puhua vanhuksille, pahentaa tätä ongelmaa entisestään ja myötävaikuttaa vanhusten lapselliseen kohteluun (Shaw & Gordon, 2021). Tämän syrjivän asenteen vaikutus vaikuttaa negatiivisesti useisiin ikääntyneiden elämän osa-alueisiin, mukaan lukien kognitiiviset, käyttäytymis- ja terveysprosesseihin, ja tämä tapahtuu myös heidän tietoisuuden puuttuessa (Wyman et al., 2018).

Sekä vanhukset että hoitoalan ammattilaiset korostavat lukuisia esteitä ikääntyneiden osallistumiselle yhteiseen päätöksentekoon (Belcher et al., 2006; Wetzels et al., 2004). Nämä tekijät tekevät selväksi tilanteen monimutkaisuuden, mikä vaatii huomattavia ponnisteluja hoitoalan ammattilaisten kouluttamiseksi ja tuen tarjoamiseksi ikääntyville henkilöille ja heidän perheilleen / epävirallisille omaishoitajille. Ikääntymisen tunnistaminen ja siihen puuttuminen on olennaista hoidon laadun parantamiseksi ja ikääntyneiden osallisuuden lisäämiseksi heidän hoitoonsa.

6. Mitkä ovat stereotyyppien vaikutukset?

Stereotyyppien ja niiden vaikutusten aihe on erittäin tärkeä sosiaalipsykologiassa, erityisesti sen ymmärtämisessä, miten ne muokkaavat ryhmien välistä dynamiikkaa ja persoonallista identiteettiä. Steelen ja Aronsonin tutkimus stereotyyppien uhistä osoittaa, että pelkästään negatiivisten stereotyyppien tiedostaminen voi vahingoittaa yksilön suorituskykyä. Tämä luo syklin, jossa suoritusahdistus vahvistaa niitä stereotyyppioita, jotka aiheuttivat ahdistuksen alun perin.

Teoria viittaa siihen, että kun leimautuneiden ryhmien ihmiset ovat tietoisia ryhmäänsä liittyvistä negatiivisista stereotypioista, heillä on taipumus tuntee olonsa uhatuksi ja käyttäytyä tavalla, joka vahvistaa nämä stereotypiat, jopa aloilla, jotka eivät suoraan liity sosiaalisen identiteetin sisältöön. Tällä ilmiöllä voi olla merkittäviä seurauksia heidän itsekäsitykseensä ja psyykkiseen hyvinvointiinsa.

Esimerkiksi vanhuksia koskevat stereotypiat eivät vaikuta vain muiden odotuksiin, vaan myös iäkkäiden ihmisten itseluottamukseen ja tehokkuuteen (National Research Council Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality and Adult Developmental Psychology; Carstensen & Hartel, 2006).



Nämä uskomukset voivat saada iäkkäät ihmiset aliarvioimaan kykyjään, mikä voi suoraan heikentää heidän elämänlaatuaan. Tämä havainnollistaa, kuinka stereotypiat sisäistettynä voivat säilyttää syrjäytymisen ja syrjinnän sekä yhteiskunnallisella että henkilökohtaisella tasolla.

Kysymys ikääntyneiden maahanmuuttajataustaisten henkilöiden syrjinnästä terveydenhuollon yhteydessä on erittäin tärkeä ja ansaitsee syvällisen huomion. Sekä ikääntymistä että vähemmistöihin kuulumista koskevat stereotypiat muodostavat merkittäviä esteitä riittävän ja asianmukaisen hoidon saamiselle. Tietämättömyys ja tietoisuuden puute näistä dynamiikasta voi johtaa oireiden huonon arvioinnin lisäksi myös siihen, että iäkkäät ihmiset itse hylkäävät hoidon.

Ratkaiseva ensimmäinen askel näiden ongelmien ratkaisemisessa on kriittisen tietoisuuden levittäminen stereotyyppioista ja niiden kielteisistä seurauksista. Tämä edellyttää lääkintä- ja sosiaalihenkilöstön koulutusta ja koulutusta ennakkoluulojensa tunnistamiseksi ja voittamiseksi. Kulttuurienvälisen koulutuksen parissa työskenteleminen ja positiivisten roolimallien edistäminen voivat tarjota hoitoalan ammattilaisille hyvät mahdollisuudet kehittää empatiaa ja ymmärrystä. Lisäksi on välttämätöntä luoda sairaala- ja sosiaalinen ympäristö, joka on vieraanvarainen ja osallistava ja pystyy vastaamaan maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden erityistarpeisiin.



Tähän voisi sisältyä monimuotoisuuden huomioon ottavien hoito-ohjelmien toteuttaminen, terveystiedon tehokas kääntäminen ja avoimen vuoropuhelun edistäminen hoidon saajien ja hoitoalan ammattilaisten välillä.

Maahanmuuttajataustaisten ikääntyneiden viestinnän ja aktiivisen osallistumisen edistäminen heidän terveyttään ja hyvinvointiaan koskeviin päätöksentekoprosesseihin voi myös parantaa heidän kokemustaan ja vähentää käsitystä syrjäytymisestä.

Kun vanhukset tuntevat olevansa kuunneltuja ja osallisina, todennäköisyys, että he hyväksyvät ja noudattavat suositeltua hoitoa, kasvaa.



[Bias in healthcare](#)

Tämä YouTube-video näyttää, kuinka hoidon tarjoamisessa on implisiittisiä ennakkoluuloja, ja vaikka terveysasiantuntijoiden tavoitteena onkin tarjota asianmukaista ja tasapuolista hoitoa, kulttuuriset vaikutukset voivat joskus heikentää laadukasta hoitoa.

LUKU 4: MONINAISUUSHERKKÄ VIESTINTÄ

1. Osallistava viestintä

Osallistava kommunikaatio rohkaisee keskittymään ainutlaatuisten, toisiin yhteydessä olevien ihmisten kohtaamiseen identiteettien risteyksessä (ks. luvut 1 ja 2). Se ylittää kulttuurisen lähestymistavan, jossa keskitytään tiettyihin kulttuureihin ja kulttuuriin ominaispiirteisiin (Hoffman, 2024). Tietoisuus ja sitoutuminen kommunikaatioesteiden ylittämiseen on ensimmäinen askel auttaaksemme ikääntyneitä maahanmuuttajataustaisia henkilöitä ja heidän perheitään viihtymään ammatinharjoittajien seurassa ja hoitopolulla. Näitä kommunikaatioesteitä ei edusta vain sanallinen kieli, vaan myös ei-verbaalinen ja paraverbaalinen viestintä sekä tapa, jolla tulkitsemme konflikteja ja väärinkäsityksiä.

Osallistava viestintä perustuu tunnustetun tasa-arvon ja tunnustetun monimuotoisuuden periaatteisiin (Hoffman, 2024). Tunnustettu tasa-arvo viittaa ajatukseen, että ihmisten välinen kommunikaatio taustasta riippumatta on aina ihmisten välistä kommunikaatiota. Tunnustettu monimuotoisuus tarkoittaa, että olemme ainutlaatuisia persoonia, jotka ovat yhteydessä muihin, joilla on useita identiteettejä, omat elämäntarinat ja uppoutunut erilaisiin sosiokulttuuriin yhteyksiin. Kommunikaatio on siis ihmisten välistä vuorovaikutusta heidän ainutlaatuisen persoonallisuutensa, fyysisten ja henkisten olosuhteiden, elämäkerran, kulttuuristen tottumusten jne. kanssa JA sen erityisen tilannekontekstin, jossa viestintä, vuorovaikutus tapahtuu.

Hoffman selittää esimerkin avulla, kuinka konteksti määrää, miten ihmisiä tulee lähestyä inklusiivisesti: kontekstista riippuen ihmiset ovat ennen kaikkea esim. työntekijöitä, asiakkaita, oppijoita, vanhempia, kansalaisia jne. (tunnustettu tasa-arvo), joilla jokaisella on oma henkilökohtainen ominaisuutensa. ominaisuudet, kyvyt, motiivit, tarpeet, tunteet ja arvot (tunnustettu monimuotoisuus).

Hofmann (2024, s. 24) selittää:

Työntekijä kysyi työnantajalta, voisiko hän saada perjantain vapaata mennäkseen moskeijaan. Työnantaja vastasi sanomalla: "Se ei ole mahdollista. Täällä Hollannissa mennään sunnuntaisin kirkkoon!" Osallistavan lähestymistavan mukaan työnantajan tulisi nähdä mies työntekijänä (tunnustettu tasa-arvo) - eikä muslimina - jolla on erityinen toive (tunnustettu monimuotoisuus), kuten jokaisella työntekijällä voi olla. Muut työntekijät saattavat esimerkiksi haluta nauttia pitkästä viikonlopusta ja myös pitää perjantain vapaana.

Otetaan toinen esimerkki. Iän myötä tietyt ongelmat voivat ilmaantua tai pahentua. Näistä yleinen ongelma liittyy kuulojärjestelmän puutteisiin. Riskinä tässä suhteessa voisi olla vaipua stereotypiaan, että kaikilla iäkkäillä ihmisillä on kuuloongelmia, ja käsitellä niitä sopimattomalla äänellä tai käyttämällä "vanhempien puhetta". Kemper et ai. (1998) kuvailevat vanhempainpuhetta yksinkertaistetuksi puherekisteriksi, jossa on liioiteltu äänenkorkeus ja intonaatio, yksinkertaistettu kielioppi, rajoitettu sanavarasto ja hidas toimitusnopeus. Nuoremmat käyttävät sitä kommunikoidakseen iäkkäiden aikuisten kanssa erilaisissa yhteisö- ja terveydenhuollon ympäristöissä, ja se perustuu stereotyyppioihin vanhemmista aikuisista vähemmän pätevina kommunikaattoreina (Williams, 2011).

Ominaisuudet sopivat viestintätyyliin, jota tyypillisesti käytetään puhuttaessa (huollettavia) lapsia. Tästä syystä elderspeakiä kutsutaan myös toissijaiseksi vauvapuheeksi. Seurauksena on epätyytyvä viestintä sekä kaiuttimen että vastaanottimen kannalta. Osallistavasta näkökulmasta katsottuna jokaista asiakasta tulee kohdella siten, että hän ymmärtää hänelle annettun tiedon ja tuntee olevansa tervetullut (tunnustettu tasa-arvo). Jotkut tarvitsevat apua kuulotietojen tai kirjallisen tiedon ymmärtämiseen, toiset haluavat, että heidän kanssaan puhutaan virallisesti tai heitä kutsutaan etunimellään jne.

KViestiakseen osallistavalla tavalla hoitoalan ammattilaisten on oltava tietoisia verbaalisista, ei-verbaalisista ja paraverbaalisista näkökohdista sekä kontekstista, jossa vuorovaikutus tapahtuu. Hoitoalan ammattilaisten ei tule pysähtyä pintaan, stereotyyppisiin mielikuviin hoidon vastaanottajasta: esittää kysymyksiä, pyytää selityksiä, varmistaa, että käyttäjä pystyy ymmärtämään ja ilmaisemaan itseään tehokkaasti.



Boxes & All that we share [TV 2 | All That We Share - YouTube](#)

Katso tämä video. Mitä se kertoo eroista ja yhteisöllisyydestä?



Omaishoitoa erittäin monipuolisessa kontekstissa

Käy läpi tämä Reusable Learning Object (RLO) saadaksesi lisätietoja omaishoidosta ja siitä, kuinka omaishoitajat otetaan mukaan hoitoprosessiin. Pyri samalla tunnistamaan supermonimuotoisuus.

2. *Kulttuurit eivät kohtaa, ihmiset kohtaavat: TOPOI-malli*

Edwin Hoffmanin luomaa TOPOI-mallia käytetään viestinnän analysointiin. Se on hyödyllinen analyttinen viitekehys mahdollisten väärinkäsitysten ja konfliktien havaitsemiseen ja analysoimiseen keskustelun aikana ja sen jälkeen. Se perustuu oletuksiin, että kommunikaatio on universaalia, ja painopiste on vuorovaikutuksessa, ei kulttuurissa.

Mallin mukaan viestinnässä on 5 aluetta, joilla voi esiintyä eroja.

- ◆ **Kieli: jokaisen henkilön verbaalinen ja ei-verbaalinen kieli**
Esim. kommunikaatiotyylit, kohteliaisuus, palaute, konnotaatiot, vuorovaikutussäännöt, kehonkieli, katsekontakti, sosiaalisesti hyväksytty käytös, pukeutuminen, ...
- ◆ **Järjestys: jokaisen ihmisen näkemys ja logiikka**
Esimerkiksi erilaiset näkemykset elämästä/maailmasta/..., erilaiset päättelytavat (kokonaisvaltainen, analyttinen, deduktiivinen, induktiivinen,...)
- ◆ **Henkilöt: mukana olevien henkilöiden identiteetit, roolit ja heidän välinen suhde**
Esim. kuvat, kasvot, maskuliinisuus/naisellisuus, sukupuolten tasa-arvo, luottamuksen rakentaminen,...)
- ◆ **Organisaatio: vuorovaikutuksen organisatorinen ja yhteiskunnallinen konteksti**
Esimerkiksi lainsäädäntö, poliittinen konteksti, sosioekonominen konteksti, menettelyt, toiminnot, johtamistyylit,...
- ◆ **Aikomukset: mukana olevien henkilöiden motiivit, tunteet, tarpeet, arvot, henkisyys**

Malli nostaa kunkin alueen vaikutuksen herkkyyttä ja mahdollisia eroja. Se auttaa lähentämään konkreettista ihmisten välistä vuorovaikutusta, pohtimaan mahdollisia eroja ja väärinkäsityksiä, muotoilemaan hypoteeseja ja käsittelemään niitä.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

TOPOI-malli

Tavoite	Opiskelijat voivat soveltaa TOPOI-mallia analysoidakseen viestintää ja väärinkäsitysalueita.
menetelmät	Harjoitus voidaan suorittaa yksin tai ryhmässä. Ryhmässä se voi olla kasvokkain tai verkossa käyttämällä tukena Jamboardia (tai vastaavaa)
Tarvittava aika	2 tuntia
Tarvittavat resurssit	Jos istunto toteutetaan verkossa, tarvitaan kokousalusta (esim. Zoom) ja online-ohjelmisto ryhmätyöskentelyyn (esim. Ideaboarz tai Mural).
Viitteet	<p>https://www.digi-pass.eu/ST-Culture-How-to-Hoffman, E. (2024). Inclusive communication and the TOPOI-model. Beyond intercultural communication and competence: 'Cultures don't meet, people do.' doi: 10.13140/RG.2.2.32123.32802/1</p> <p>https://www.researchgate.net/publication/379815719 Inclusive communication Edwin Hoffm</p>
Ohjeet	Vaihe 1. Harjoittelijat perehtyvät TOPOI-malliin ja kysymyksiin analysoidakseen viestintää edellä mainittujen lähteiden avulla (yksilö).

OPPIMISTEHTÄVÄ:

TOPOI-malli

Ohjeet

Vaihe 2. Opiskelijat lukevat tämän tapausesimerkin:

Fatima on 88-vuotias nainen, jolla on marokkolaiset juuret. 42-vuotiaana hän muutti Belgiaan miehensä ja lastensa kanssa. Hänen miehensä kuoli 3 vuotta sitten ja Fatima jää heidän taloonsa, ja hänen tyttärensä Zeynep asuu lähellä häntä. Hän selvisi pitkään hyvin tyttärensä avulla, mutta nyt hän tarvitsee lisää apua ja valvontaa. Muutaman erittäin vaikean kuukauden jälkeen kotona, hänen tyttärensä Zeynep järjesti pääsyn paikalliseen hoitolaitokseen. Jonkin ajan kuluttua Zeynep pyytää tapaamista ylihoitajan kanssa. Hän on huolissaan äitinsä hoidosta ja siitä, että hänen äitinsä ei näytä olevan onnellinen. Hänen äitinsä kertoi hänelle, ettei hän pidä ruoasta, eikä häntä kutsuttu toimintaan. Keskustelun aikana hoitaja viittaa tilanteeseen, jossa Zeynep ei osallistunut ryhmätoimintaan, koska hän halusi jäädä huoneeseensa rukoilemaan (kuten hän tekee useita kertoja päivässä). Joitakin työntekijöitä tämä häiritsee, koska heidän mielestään Fatimaa ei kannata odottaa, ja jotkut eivät edes kutsu häntä enää osallistumaan toimintaan. "Miksi Fatima ei voi tyytyä aikakehykseen kuten muut"? Zeynepin ja sairaanhoitajan välillä syntyy keskustelu.

Vaihe 3. Opiskelijat analysoivat tapauksen TOPOI-kehyyksen perusteella.

Missä voit nähdä erot ja yhteisöllisyydet 5 TOPOI-alueella Fatiman, Zeynepin ja sairaanhoitajan välillä?

Mitkä asiat voivat johtaa väärinkäsitykseen?

Mitä voit tehdä sairaanhoitajana voittaaksesi väärinkäsitykset?

Kommunikaatioesteiden voittamiseksi yleiset asenteet ja viestintätaidot ovat tärkeitä. Ajattele seuraavia asioita: kunnioitus, avoimuus, uteliaisuus, kriittinen itsereflektio, joustavuus, aktiivinen kuuntelu, "ilman lukeminen" / "rivien välistä lukeminen" (Hoffman, 2024). Ihmisten leiman poistaminen ja "toiseuden" välttäminen ovat olennaisia. Tätä korostettiin jo stereotyyppioita käsittelevässä luvussa.

Tähän voidaan lisätä, että keskustelun aikana on tärkeää kiinnittää huomiota rooleihin ja identiteettiin.

Esimerkiksi: tyttärellä voi - jopa epävirallisen hoitajan asemassa - olla erilaisia rooleja. Hän on äitinsä hoidon asiantuntija (hoittanut vuosia kotona), mutta myös itse tuen tarpeessa oleva henkilö, ammattilaisten kanssahoitaja, tytär, joka on lähellä äitiään... Samassa keskustelussa voi tapahtua muutoksia näissä rooleissa tai identiteeteissä, joihin ihmiset liittyvät (Hoffman, 2024).



Kun kohtaat luottamuksen puutteen tai epäluottamuksen asenteen, voi olla hyödyllistä tarjota enemmän aikaa ja kuunnella henkilöä, mikä auttaa häntä murtamaan esteitä. Luottamuksen puutteesta johtuvat negatiiviset asenteet voivat olla väärinkäsityksiä tai potilaiden tunteita, joita he eivät koe otetuksi vakavasti. Varmasti tässä tapauksessa kärsivällisyys ja ymmärrys voivat olla hyvä strategia. Hyvä uutinen on, kuten Hoffman (2024, s. 24) toteaa, että virheitä voidaan tehdä:

"Ole uskollinen sille kuka olet, välinpitämätön, aito."

3. Kielimuurien ylittäminen

Kielimuuri on yksi suurimmista esteistä, jotka voivat aiheuttaa keskinäisiä väärintulkintoja lääkärin ja hoidon saajan välillä. Terveys- ja sosiaalialan ammattilaisilla on kolme päästrategiaa kielimuurien ylittämiseen (Van Landschoot et al., 2021): muokata kielenkäyttöäsi ammattilaisena, käyttää tukityökaluja tai saada kolmansia osapuolia mukaan.

Säädä kieltä

- Käytä yksinkertaista "kansallista kieltä"
 - Valitse "kontaktikieli" (josta molemmat ymmärtävät jonkin verran)
- Käytä keskustelukumppanin kieltä

Tue viestintää työkaluilla

- (Monikieliset) visuaaliset apuvälineet
- Monikieliset asiakirjat
- Monikieliset digitaaliset apuvälineet (sovellukset ja käännöstietokoneet)

Ota kolmannet osapuolet mukaan

- Kulttuuritulkki
- Sosiaalinen tulkki (paikan päällä oleva tulkki, verkkokameratulkki tai puhelintulkki)
- Kieliapu
- Kollega
- Epävirallinen tulkki

Kaikilla strategioilla on hyvät ja huonot puolensa tai ongelmat, jotka on tiedostettava.

Esimerkiksi perheenjäsen, joka ei ole ammattilainen ja täysin neutraali, saattaa rajoittua potilaan kertomuksen tulkintaan, jättää pois joitakin osia tai esittää oman näkemyksensä (Priebe et al., 2011).

Käännöslaitteet voivat toisaalta sisältää käännösvirheitä ja aiheuttaa väärinkäsityksiä osapuolten välillä. Markkinoilla on monia työkaluja, ja sinun on tehtävä valinta aiheen, tavoitteiden ja tyyppin perusteella (esim. haluatko visuaalista tukea vai et) (Van Landschoot et al., 2021).



Working with family as interpreters

Katso nämä 2 videota. Mitä he kertovat työskentelystä perheiden/epävirallisten omaishoitajien kanssa tulkkina? Mitkä ovat huomiopisteet? Miten voit varmistaa, että perheen/epävirallisen omaishoitajan huolenaiheet otetaan huomioon?

Video 1: Käy läpi tämä Reusable Learning Object (RLO) saadaksesi lisätietoja epävirallisesta hoidosta ja siitä, kuinka epäviralliset omaishoitajat otetaan mukaan hoitoprosessiin samalla, kun tunnustat supermonimuotoisuuden.

Video 2: Käy läpi tämä Reusable Learning Object (RLO) saadaksesi lisätietoja epävirallisesta hoidosta ja siitä, miten epäviralliset omaishoitajat otetaan mukaan hoitoprosessiin, samalla kun tunnustat supermonimuotoisuuden.

Ladha et ai. (2018) tuo esiin myös joitain tehokkaita vinkkejä tulkkiensa kanssa työskentelemiseen:

- Tutustu alueen tulkkipalveluihin.
- Keskustele tulkin kanssa ennen jokaista tapaamista selventääksesi odotuksia.
- Käytä tulkkia seuraavan tapaamisen sopimiseen ja kuljetusjärjestelyjen vahvistamiseen.
- Järjestä kolmion muotoiset istuimet, jotta kaikki läsnä olevat voivat nähdä sanattomia vihjeitä.
- Esittele kaikki läsnä olevat.
- Kysy, kenelle on sopivin henkilö esittää kysymyksesi.
- Katso perheenjäseniä puhuessasi ja yritä puhua suoraan heidän kanssaan.

Keskustele tulkin kanssa sen jälkeen varmistaaksesi, että viestit käännettiin kokonaan.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten tarinoita

Tavoite/tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> · Opiskelijat kehittävät kriittisen ajattelun taitoja parantaakseen kykyään analysoida ja arvioida kommunikaatiohaasteita, erityisesti kielimuurien yhteydessä. · Opiskelijat kehittävät luovia viestintästrategioita ajatusten ja ideoiden ilmaisemiseksi tehokkaasti, vaikka kielirajoitukset olisivat läsnä. · Opiskelijat parantavat itseilmaisutaitojaan tutkimalla erilaisia menetelmiä viestien välittämiseksi selkeästi ja tehokkaasti kulttuurien välisessä vuorovaikutuksessa. · Opiskelijat lisäävät tietoisuutta henkilökohtaisista viestintätyleistä ja -käyttäytymisestä, kun he ovat vuorovaikutuksessa eri kielitaustaisten kanssa. · Opiskelijat edistävät ymmärrystä toisten käyttäytymisestä ja viestintätyleistä, kehittävät empatiaa ja sopeutumiskykyä kulttuurienvälisessä vaihdossa.
Menetelmät	Tarinankerrontahaastattelut; kriittinen ajattelu; ryhmäkeskusteluja
Tarvittava aika	40 minuuttia
Tarvittavat resurssit	Tarinankerrontahaastattelu
Viitteet	/
Ohjeet	Harjoittelijat katsovat videon ja keskustelevat siitä pienryhmissä tai yhdessä isossa ryhmässä. On tärkeää rohkaista keskustelua videon aiheiden kriittisen ajattelun parantamiseksi.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

terveys- ja sosiaalialan
ammattilaisten tarinoita

Ohjeet

Opiskelijat voivat keskustella videon tiedoista seuraavien kysymysten tueksi:

- **Millaisia tekijöitä ammattilaisten (esim. terveydenhuollon ammattilaisten tai jonkun muun organisaation edustajan) tulee ottaa huomioon heidän kanssaan?**
- **Miten voit parantaa tapaasi kommunikoida, kun olet tekemisissä organisaation edustajan kanssa?**
- **Mitkä tekijät edistävät ymmärrystä, kun ollaan tekemisissä näiden edustajien kanssa?**
- **Mitkä tekijät estävät ymmärtämystä, kun ollaan tekemisissä näiden edustajien kanssa?**
- **Voitko selittää henkilökohtaisia kokemuksiasi, jotka osoittavat videossa esitetyt ongelmat?**
- **Mikä oli videon pääasia tai tärkein asia?**
- **Vaikuttaako tieto käyttäytymiseesi tulevaisuudessa?**
- **Saitko videosta tietoa, josta on sinulle hyötyä tulevaisuudessa?**
- **Kuinka luotettavina pidät videon tietoja ja tapahtumia?**

OPPIMISTEHTÄVÄ:

äänimaisematarinankerronta

Tavoite/ tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> · Opiskelijat käyttävät sanatonta viestintää kommunikoidakseen tehokkaasti ilman kielenkäyttöä. · Opiskelijat lisäävät luovuutta viestinnässä tutkimalla vaihtoehtoisia ilmaisumuotoja, kuten ääniä, eleitä ja kehon kieltä. · Opiskelijat kehittävät tarinankerrontakykyjä käyttämällä ei-verbaalisia elementtejä, kuten ääniä ja eleitä, viestien ja tunteiden välittämiseen. · Opiskelijat ovat joustavia ja mukautuvia kommunikaatiossa edistämällä ymmärrystä siitä, miten merkitys välitetään ilman puhuttua kieltä.
Menetelmät	Draamaharjoitus
Tarvittava aika	30-40 minuuttia
Tarvittavat resurssit	<p>Valinnainen: iso paperi, johon on kirjoitettu sanat (ANA, NA GRRRR, PHUT, BOOM!)</p> <p>Valinnainen: esitysten taustalla soitettava musiikki</p>
Viitteet	/
Oheet	<p>Ohjaaja jakaa opiskelijat pieniin 3-4 hengen ryhmiin. Anna kullekin ryhmälle yksinkertainen skenaario tai tarina, jossa on mukana ikääntyneitä maahanmuuttajataustaisia henkilöitä ja heidän perheitään / omaishoitajia, kuten lääkärikäynti tai sosiaalinen vuorovaikutus yhteisökeskuksessa.</p> <p>Ohjaaja opastaa ryhmiä luomaan äänimaiseman käyttämällä ääntään ja kehon liikkeitä kuvaamaan skenaariota ilman puhuttua kieltä. Anna ryhmille muutama minuutti harjoitella ja parantaa äänimaisemaa. Äänimaisemat voivat olla erilaisia ääniä, kuten "hmm", "ana", "na", "grrr", "phut", "boom!", naurun ääni jne. Äänimaiseman tulee välittää asetusta, toimintaa ja skenaarion/tarinan tunteet.</p>

OPPIMISTEHTÄVÄ:

äänimaisematarinankerronta

Ohjeet

Harjoiteltuaan ja jalostettuaan äänimaisemaa kukin ryhmä esittää sen muille harjoittelijoille. Jokaisen esityksen jälkeen ohjaaja mahdollistaa lyhyen keskustelun ei-verbaalisen viestinnän kautta välittyneistä tunteista ja viesteistä. Näin osallistujat voivat jakaa tulkintojaan ja pohdintojaan. Ohjaaja rohkaisee harjoittelijoita pohtimaan ei-verbaalisten vihjeiden merkitystä kielimuurien ylittämässä.

Opiskelijat voivat keskustella seuraavien kysymysten tuella:

Millainen oli henkilökohtainen kokemuksesi - miltä sinusta tuntui kommunikoida ilman sanoja?

Oliko haasteita, jotka huomasit? Millaisia haasteita?

Oliko tekijöitä, jotka auttoivat ymmärtämään? Entä ymmärtämystä haittaavat tekijät?

Mitä menetelmiä mielestäsi olisi saatavilla kommunikoinnin ja keskinäisen ymmärryksen helpottamiseksi?

Vaikuttiko tämä harjoitus ymmärryksesi sanattomasta viestinnästä?

Muista mukauttaa ja muokata näitä harjoituksia harjoittelijoiden kielitaidon ja kulttuurisen kontekstin perusteella. Harkitse selvitystilaisuuksien järjestämistä jokaisen harjoituksen jälkeen pohtimaan ja jakamaan kokemuksia.

Esimerkkejä skenaarioista

Muista, että äänimaisematarinankerronta perustuu ei-verbaalisiin ääniin ja eleisiin. Näitä äänielementtejä tulee käyttää säästeliäästi ja tehokkaasti parantamaan jokaisessa tilanteessa koettua tunnelmaa ja tunteita.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

äänimaisematarinankerronta

Ohjeet

Skenaario 1: Lääkäriin käynti

Äänimaailman äänet:

Lääkäriin ääni: Puhu rauhallisella ja erittäin matalalla äänellä, kysyy ja antaa lääketieteellisiä ohjeita.

Omaishoitajan ääni: Huolensa ilmaiseminen, potilaan oireiden ja sairaushistorian selittäminen lääkärille.

Potilaan ääni: Hajanaisten sanojen tai lauseiden lausuminen, mikä osoittaa hämmennystä ja vaikeuksia ilmaista itseään.

Taustapuhuminen: Esittää kiireisen klinikan ääniä, mukaan lukien muiden potilaiden ja hoitohenkilökunnan äänet.

Lääketieteellisten laitteiden äänet: sisällytä äänet, kuten stetoskooppi, verenpainemansetti tai muut käytössä olevat lääketieteelliset työkalut.

Skenaario 2: Yhteisökeskuksen kokoontuminen

Äänimaailman äänet:

Tapahtuman ohjaajan ääni: Toivottaa osallistujat tervetulleiksi, antaa ohjeita ja kannustaa vuorovaikutukseen.

Omaishoitajan ääni: Tuetaan ja rohkaistaan ikääntyvää siirtolaista osallistumaan, tarjotaan lempeää ohjausta.

Vanhemman siirtolaisen ääni: Hämmennystä tai kommunikointiyrityksiä koskeva ääni.

Keskustelut: Taustääänet, jotka edustavat keskusteluja muiden osallistujien kesken eri kielillä.

Ryhmäaktiiviteetit: Ryhmätoimintojen äänet, kuten nauru, taputus tai musiikki-instrumentit, jotka osoittavat sitoutumista ja nautintoa

4. Kulttuurinen tieto

Vaikka keskitymme tässä moduulissa osallistavaan viestintään, on tärkeää mainita myös kulttuurinen tieto. Kulttuurieroihin voi sisältyä erilaisia käsityksiä sairaudesta, diagnoosista ja hoidosta. Väärin kommunikaatiota voidaan lyhentää lisäämällä tietämystä ja avoimuutta kulttuureja kohtaan niin kauan kuin kulttuuria ei nähdä määräävänä tekijänä. Kulttuuriosaamista voidaan lisätä vaihdolla sekä potilaiden ja omaisten että muiden ammattilaisten kanssa. Voi myös olla hyödyllistä osallistua koulutukseen, joka rohkaisee terveydenhuolto-, sosiaali- ja koulualan ammattilaisia, kulttuurisovittelijoita ja turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskusten työntekijöitä omaksuma erityistä ja kulttuuriin mukautettua lähestymistapaa. Tältä osin on välttämätöntä työskennellä yhdessä ja optimoida yhteistyötä kulttuurinvälittäjien kanssa, myös oppia tuntemaan ja ymmärtämään kulttuuritottumuksia, jotka voivat estää hoitoa.

“Kulttuurien välinen viestintä: Työkaluja perheiden ja lasten kanssa työskentelyyn” (2018) LEARN-malli (Kuuntele, Selitä, Hyväksy, Suosittele, Neuvoile) esitellään hyödyllisenä työkaluna, joka tukee kulttuurien välistä viestintää, keskinäistä ymmärrystä ja käyttäjien hoitoa. Kirjoittajat kuvaavat sitä seuraavasti (Ladha et al., 2018):



Kuuntele:

arvioi jokaisen potilaan ymmärrystä terveydentilastaan, sen syistä ja mahdollisista hoidoista. Herätä odotuksia kohtaamiseen ja tuo uteliaisuuden ja nöyryyden asenne edistääksesi luottamusta ja ymmärrystä.

Selitä:

välittä oma käsityksesi terveydentilasta pitäen mielessä, että potilaat voivat ymmärtää terveyden tai sairauden eri tavalla kulttuurin tai etnisen taustan perusteella.

Hyväksy:

ole kunnioittava, kun keskustele heidän näkemyksensä ja omasi eroista. Osoita alueita, jotka ovat yhtä mieltä ja eroavat toisistaan, ja yritä selvittää, voivatko erilaiset uskomusjärjestelmät johtaa terapeuttiseen dilemmaan.

Suosittele:

kehitä ja ehdota hoitosuunnitelmaa potilaalle ja hänen perheelleen.

Neuvottele:

pääsemään yhteisymmärrykseen hoitosuunnitelmasta yhteistyössä potilaan ja perheen kanssa ja yhdistämään kulttuurisesti merkityksellisiä lähestymistapoja, jotka sopivat potilaan käsityksiin terveydestä ja paranemisesta.

Tieto ja koulutus ovat myös tärkeitä tässä suhteessa. Itse asiassa on hyödyllistä parantaa sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden kulttuurienvälistä osaamista integroimalla ja syventämällä kysymyksiä, jotka liittyvät:

- Kulttuurienvälinen lääketiede
- Terveysasioista tiedottaminen muista kulttuureista tulevien potilaiden kanssa
- Terveysjärjestelmät maailmassa
- Erilaisten terveydenhuollon ammattien opetusohjelmat

Maahanmuuttajaväestön terveydelliset erityispiirteet (suurten sairauksien esiintyvyys)

OPPIMISTEHTÄVÄ:

monikielinen improvisaatio

Tavoite/ tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> · Harjoittelijat lisäävät sopeutumiskykyä ja reagointikykyä viestinnässä monikielisissä yhteyksissä. · Harjoittelijat edistävät luovia viestintätekniikoita kielimuurien voittamiseksi ja ymmärtämisen parantamiseksi. · Harjoittelijat kehittävät aktiivisen kuuntelun taitoja ymmärtääkseen muita paremmin. · Harjoittelijat vahvistavat ei-verbaalisia kommunikaatiotaitoja. <p>Harjoittelijat kehittävät improvisaatiotaitoja ajatella nopeasti ja mukauttaa kommunikaatiotyyliä reaaliaikaisessa vuorovaikutuksessa.</p>
Menetelmät	Draamaharjoitus
Tarvittava aika	30-40 minuuttia
Tarvittavat resurssit	<p>Korteille kirjoitetut tai tulostetut skenaariot tai kehotteet kullekin parille</p> <p>Valinnainen: rekvisiitta tai yksinkertaiset puvut improvisoinnin tehostamiseksi</p>
Viitteet	/
Ohjeet	<p>Ohjaaja muodostaa opiskelijoista pareja ja antaa kullekin parille tietyn kielen, jota kumpikaan ei puhu sujuvasti. Esitä kullekin parille skenaario tai yksinkertainen kehoite, joka sisältää vuorovaikutuksen hoitoalan ammattilaisen ja ikääntynyt siirtolaistaustaisen henkilön välillä. Ohjaaja ohjaa pareja osallistumaan improvisaatioharjoitukseen, jossa heidän täytyy kommunikoida ja näyttellä skenaario käyttämällä rajallista tietämystään osoitetusta kielestä, ei-verbaalisia vihjeitä ja eleitä. Määrätyn ajan kuluttua ohjaaja pyytää jokaista paria esittelemään improvisaationsa muille opiskelijoille. Ohjaaja mahdollistaa ryhmäkeskustelun haasteista, käytetyistä strategioista sekä sopeutumiskyvyn ja luovuuden merkityksestä kielimuurien ylittämisessä.</p>

OPPIMISTEHTÄVÄ:

monikielinen
improvisaatio

Esimerkkejä kysymyksistä, jotka helpottavat ryhmäkeskustelua:

Millainen oli henkilökohtainen kokemuksesi - miltä sinusta tuntui kommunikoida ilman sanoja?

Oliko haasteita, jotka huomasit? Millaisia haasteita?

Oliko tekijöitä, jotka auttoivat ymmärtämään? Entä ymmärtämystä haittaavat tekijät?

Mitä menetelmiä mielestäsi olisi saatavilla kommunikoinnin ja keskinäisen ymmärryksen helpottamiseksi?

Miten tämä harjoitus vaikutti ymmärrykseesi viestinnästä ja sanattomasta viestinnästä?

Muista mukauttaa ja muokata näitä harjoituksia osallistujien kielitaidon ja kulttuurisen kontekstin perusteella. Harkitse selvitystilaisuuksien järjestämistä jokaisen harjoituksen jälkeen pohtimaan ja jakamaan kokemuksia.

Ohjeet

Esimerkkiskenaariot

Molemmassa skenaarioissa painopiste on tehokkaassa kommunikaatiossa, empatiassa ja vaihtoehtoisten tapojen löytämisessä kielimuurien ylittämiseksi. Nämä skenaariot tarjoavat opiskelijoille ja hoitoalan ammattilaisille mahdollisuuksia kehittää taitojaan kulttuurien välisessä kommunikaatiossa, sopeutumiskyvyssä ja henkilökeskeisen hoidon tarjoamisessa maahanmuuttajataustaisille vanhuksille ja heidän perheilleen/epävirallisille omaishoitajilleen.

Skenaario 1: Sairaanhoidtaja ja vanhempi siirtolainen

Kuvaus: Vanhempi siirtolainen, joka osaa vain vähän paikallista kieltä, joutuu sairaalaan sairaanhoitoon.

Skenaario sisältää vuorovaikutuksen iäkkään siirtolaisen ja sairaanhoitajan välillä, jonka on huolehdittava ja kerättävä asiaankuuluvaa lääketieteellistä tietoa.

Skenaario: Sairaanhoidtaja tulee sairaalahuoneeseen ja esittelee itsensä, mutta huomaa, että vanhempi siirtolainen ei ymmärrä kieltä. Sairaanhoidtajan on löydettävä vaihtoehtoisia tapoja kommunikoida ja tarjota tehokasta hoitoa.

OPPIMISTOI MINTA:

monikielinen
improvisaatio

Ohjeet

Tavoitteet:

- Sairaanhoidajan tulee arvioida potilaan oireet ja sairaushistoria
- Ikääntyvän maahanmuuttajan on kerrottava terveyshuolensa ja ymmärrettävä sairaanhoidajan ohjeet.

Mahdolliset toimenpiteet:

- Sairaanhoidaja voi käyttää käännoistyökaluja tai pyytää apua tulkilta, jos mahdollista.
- Sairaanhoidaja voi käyttää visuaalisia apuvälineitä, eleitä ja yksinkertaisia sanoja selittääkseen lääketieteellisiä toimenpiteitä ja kerätäkseen tietoja.
- Ikääntynyt siirtolainen voi reagoida eleillä, ilmeillä tai osoittamalla tiettyjä ruumiinosia ilmaisten kipua tai epämukavuutta.
- Molemmat osapuolet voivat osoittaa kärsivällisyyttä, empatiaa ja aktiivista kuuntelua siivotakseen kielikuilun ja varmistaakseen tehokkaan viestinnän.

Skenaario 2: Sosiaalityöntekijän ja hoitajan tapaaminen

Kuvaus: Sosiaalityöntekijä järjestää tapaamisen omaishoitajan kanssa, joka hoitaa iäkkäämpää siirtolaista MB:n kanssa. Tapaamisen tarkoituksena on arvioida omaishoitajien tarpeita, tarjota tukea ja varmistaa ikääntyvän maahanmuuttajan hyvinvointi.

Skenaario: Sosiaalityöntekijä saapuu omaishoitajien kotiin ja tajuaa, että hoitaja puhuu kielen taitoa heikommin kuin odotettiin. Koska tämä selvisi juuri nyt ja tapaaminen on meneillään, on vaikea saada ketään tulemaan kääntämään. Sosiaalityöntekijän on laadittava raportti, kerättävä tarvittavat tiedot ja annettava asianmukaista ohjausta.

Tavoitteet:

- Sosiaalityöntekijän tulee ymmärtää omaishoitajien haasteet, huolet ja tarpeet.
- Omaishoitajan tulee kertoa kokemuksistaan, hakea neuvoja ja saada tukea.

Mahdolliset toimenpiteet:

- Sosiaalityöntekijä voi käyttää visuaalisia apuvälineitä, kaavioita tai käännettyjä materiaaleja välittääkseen tietoa tehokkaasti.
- Omaishoitaja voi käyttää eleitä, ilmeitä tai kuvia kertoakseen kokemuksistaan ja haasteistaan.
- Sosiaalityöntekijä voi osallistua aktiiviseen kuunteluun, sanamuodon ja empatian osoittamiseen kannustavan ympäristön luomiseksi.
- Molemmat osapuolet voivat tutkia vaihtoehtoisia viestintätapoja, kuten käyttää luotettavaa tulkkia tai hyödyntää käännostekniikkaa, jos mahdollista.

OPPIMISTEHTÄVÄ:

kuunteluharjoitus

Tavoite/ tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> · Opiskelijat ymmärtävät aktiivisen kuuntelemisen tärkeyden tilanteissa, joissa tehokas viestintä on kriittistä. · Opiskelijatkehittävät tietoisuutta erilaisista kuuntelutekniikoista, mukaan lukien sanalliset ja ei-verbaaliset viestintävihjeet. · Opiskelijat ymmärtävät ei-verbaalisen viestinnän roolin kuuntelussa ja sen vaikutuksen viestinnän yleiseen tehokkuuteen. · Opiskelijat voivat tarkkailla ja tulkita ei-verbaalisia signaaleja parantaakseen ymmärrystä keskustelujen aikana. <p>Opiskelijat parantavat taitojaan tulla kuulluksi edistämällä tietoisuutta siitä, kuinka kommunikoida tavoilla, jotka varmistavat, että muut kuuntelevat tehokkaasti.</p>
Menetelmät	Ryhmätyö; keskustelu ryhmässä
Tarvittava aika	20 minuuttia
Tarvittavat resurssit	/
Viitteet	/
Ohjeet	<p>Ryhmä on jaettu pareittain. Opiskelijat kuuntelevat vuorotellen ohjaajan antamia ohjeita ja keskustelevat niistä. Kierroksia on yhteensä 3, jonka jälkeen harjoitus heijastuu ryhmäkeskusteluun. Alussa pari päättää, kumpi heistä on #1 ja kumpi #2. Ohjaaja antaa pareille 30 sekuntia tai 1 minuutti aikaa keskustella kullakin kierroksella ja soittaa kelloa, kun aika on kulunut.</p> <p>Ensimmäisellä kierroksella henkilö #1 on ainoa, joka puhuu. He voivat kertoa aamustaan: "Tänä aamuna heräsin yhdeksältä ja söin puuroa aamiaiseksi. Sitten minä...". Henkilöä 2 ohjeistetaan kuuntelemaan, mutta hän ei voi tehdä eleitä tai ääniä ollenkaan. Heidän tarvitsee vain kuunnella neutraali ilme kasvoillaan.</p>

OPPIMISTEHTÄVÄ:

kuunteluharjoitus

Ohjeet

Ryhmä on jaettu pareihin. Opiskelijat kuuntelevat vuorotellen ohjaajan antamia ohjeita ja keskustelevat niistä. Kierroksia on yhteensä 3, jonka jälkeen harjoitus heijastuu ryhmäkeskusteluun. Alussa pari päättää, kumpi heistä on #1 ja kumpi #2. Ohjaaja antaa pareille 30 sekuntia tai 1 minuutti aikaa keskustella kullakin kierroksella ja soittaa kelloa, kun aika on kulunut.

Ensimmäisellä kierroksella henkilö #1 on ainoa, joka puhuu. He voivat kertoa aamustaan: ”Tänä aamuna heräsin yhdeksältä ja söin puuroa aamiaiseksi. Sitten minä...”. Henkilöä 2 ohjeistetaan kuuntelemaan, mutta hän ei voi tehdä eleitä tai ääniä ollenkaan. Heidän tarvitsee vain kuunnella neutraali ilme kasvoillaan.

Toisella kierroksella henkilö #2 puhuu. He alkavat myös puhua aamustaan samalla tavalla kuin ennenkin. Henkilö #1 on ohjeistettu kuuntelemaan. He voivat nyt tehdä eleitä (esim. nyökkää) ja antaa rauhoittavia ääniä, jos he haluavat, mutta he eivät saa sanoa mitään.

Kolmannella kierroksella henkilö #1 puhuu. Tällä kertaa he puhuvat suosikki- tai unelmalomastaan. Henkilöä 2 ohjeistetaan kuuntelemaan, mutta he voivat nyt vastata ja liittyä dialogiin haluamallaan tavalla (esim. tehdä mielipiteitä tai kommentoida) ja käyttää mitä tahansa elettä ja äänittää haluamallaan tavalla.

Viimeisen kierroksen jälkeen harjoitusta reflektoidaan yhdessä koko ryhmän kanssa käyttämällä pohdinnan tukena seuraavia kysymyksiä:

- ***Miltä harjoituksen tekeminen tuntui ja mitä ajatuksia harjoituksesta heräsi?***
- ***Mitä arvelet harjoituksen tuovan esiin kuuntelemisesta ja sen merkityksestä dialogissa?***
- ***Miksi kuunteleminen on tärkeää keskustelussa toisen henkilön kanssa?***
- ***Millaisia erilaisia tapoja kuunnella on?***
- ***Pohdi monikielistä viestintää ja kuuntelua. Miksi ammattilaisen pitäisi olla tietoinen ei-verbalisesta kommunikaatiosta ja kuuntelusta, kun hän tapaa vieraan kielen puhujia tai maahanmuuttajataustaisia henkilöitä?***

VIITTEET

Ahaddour, C., van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2016). Institutional elderly care services and Moroccan and Turkish migrants in Belgium: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, 1216-1227. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0247-4>

Ahmad, M., van den Broecke, J., Saharso, S., & Tonkens, E. (2022). Dementia care-sharing and migration: An intersectional exploration of family carers' experiences. *Journal of Aging Studies*, 60, 100996. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100996>

Ambady, N. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17(3), 443.

Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., & Tinetti, M. E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 298-303. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x>

BICAS (2016). Building intercultural competencies for ambulance services. IO2 – E-Learningcourse Erasmus+. <https://www.johanniter.de/bildungseinrichtungen/johanniter-akademie/johanniter-akademie-mitteldeutschland/standorte-der-akademie-in-mitteldeutschland/campus-leipzig/angebote/forschung/building-intercultural-competencies-for-ambulance-services-bicas/>

Canevelli, M., Lacorte, E., Cova, I., Cascini, S., Bargagli, A. M., Angelici, L., Giusti, A., Pomati, S., Pantoni, L., & Vanacore, N., On behalf of the ImmiDem Study Group. (2020). Dementia among migrants and ethnic minorities in Italy: Rationale and study protocol of the ImmiDem project. *BMJ Open*, 10, e032765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032765>

Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4)n 808-918. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00965.x>

Ciobanu, R. (2023). Super-diversity and intersectionality. In S. Torres & A. Hunter (Eds.), *Handbook on Migration and Ageing* (pp. 57-66). Edward Elgar Publishing.

Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484-492. <https://doi.org/10.1177/104365962097062>

Chaouni S. B., Claeys, A., van den Broeke, J., & De Donder, L. (2021), Doing research on the intersection of ethnicity and old age: Key insights from decolonial frameworks. *Journal of Aging Studies*, 56, 100909. <https://doi.org/10.1616/j.jaging.2020.100909>

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Healthcare Journal*, 3(2), 114-116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>

Crandall, C.S., & Eshleman, A. (2003), A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice, *Psychological Bulletin*, 129(3), 414-446. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.414>

Currie, G., & Currie, J. (2024). Cultural competence in person-centred care. In S. Chau, E. Hyde, K. Knapp & C. Hayre (Eds.), *Person-centred care in radiology* (pp. 6-24). CRC Press.

Dahlborg, E., & Tengelin, E. (2022). Equal care – Norm-conscious perspectives. *Student literature*.

Dietz, G. (2007). Keyword: Cultural diversity. A guide through the debate. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10(1), 7-30.

Dilworth-Anderson, P., Moon, H., & Aranda, M. P. (2020). Dementia caregiving research: Expanding and reframing the lens of diversity, inclusivity, and intersectionality. *Gerontologist*, 60(5), 797-805. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa050>

Dolberg, P., Sigurðardóttir, S. H., & Trummer, U. (2018). Ageism and older immigrants. Contemporary perspectives on ageism. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer, C (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 177-191). Springer.

Duran-Kıraç, G., Uysal-Bozkir, Ö, Uittenbroek, R., van Hout, H., & Broese van Groenou, M. I. (2022). Accessibility of health care experienced by persons with dementia from ethnic minority groups and formal and informal caregivers: A scoping review of European literature. *Dementia*, 21(2), 677-700. <https://doi.org/10.1177/14713012211055307>

European Council. (2023). EU migration and asylum policy. <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-migration-policy/>

European Union. (2017). The EU and the migration crisis. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e9465e4f-b2e4-11e7-837e-01aa75ed71a1>

EUAA (2014). Press release: EU received over 1.1 million asylum applications in 2023. <https://euaa.europa.eu/news-events/eu-received-over-1-million-asylum-applications-2023>

Gilman, S.C. (2005). Ethics codes and codes of conduct as tools for promoting an ethical and professional public service: Comparative successes and lessons. <https://www.oecd.org/mena/governance/35521418.pdf>

Hamilton, D. L., & Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 127-163). Academic Press.

Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Butterworth & Co.

Hengelaar, A. H., van Hartingsveldt, M., Wittenberg, Y., van Etten- Jamaludin, F., Kwekkeboom, R., & Satink, T. (2018). Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective —a thematic synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), 474-485. <https://doi.org/10.1111/hsc.12503>

Hoffman, E. (2024). Inclusive communication and the TOPOI-model. Beyond intercultural communication and competence: 'Cultures don't meet, people do.' doi: 10.13140/RG.2.2.32123.32802/1 https://www.researchgate.net/publication/379815719_Inclusive_communication_Edwin_Hoffman

Jacobsen, F. F., Glasdam, S., Schopman, L. M., Sodemann, M., van den Muisenbergh, M. E. T. C., & Agnotnes, G. (2023). Migration and health: Exploring healthy ageing of immigrants in European societies. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e10. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000014>

Kemper, S., Finter-Urczyk, A., Ferrell, P., Harden, T., & Billington, C. (1998). Using elderspeak with older adults. *Discourse Processes*, 25(1), 55-73.

Ladha, T., Zubairi, M., Hunter, A., Audcent, T., & Johnstone, J. (2018). Cross-cultural communication: Tools for working with families and children. *Paediatr Child Health*, 23(1), 66-69. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx126>

Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahon, M., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 23(117). <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1>

Malinowski, B. (1944). *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. https://monoskop.org/images/f/f5/Malinowski_Bronislaw_A_Scientific_Theory_of_Culture_and_Other_Essays_1961.pdf

Martin, M.B. (2015), Perceived discrimination of muslims in health care. *Journal of Muslim Mental Health*, 9(2). <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203>

Martikainen, T., & Pöyhönen, S. (2023). Superdiversiteetti: Näkökulmia maahanmuuton monimuotoisuuteen. Hansaprint O. <https://doi.org/10.21435/skst.1489>

Marx, D., & Ko, S. J. (2019). *Oxford Research Encyclopedia of Psychology: Stereotypes and Prejudice*. Oxford University Press USA.

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

National Research Council (US) Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology; Carstensen L. L, & Hartel, C.R (Eds.). (2006). Opportunities lost: The impact of stereotypes on self and others. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83767/>

Nazroo, J. (2006). Ethnicity and old age. In J. A. Vincent, C. Phillipson & M. Downs (Eds.), *The futures of old age* (pp. 62-72). Sage.

Priebe, S., Tandhu, S., Dias, A., Gaddini, A., Greacen, T., Loannidis, E., Kluge, E., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R.P., ..., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 187(11). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-187>

Sarria-Santamera, A., Hijas-Gomez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliu, L. A. (2016). A systematic review of the use health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(28). <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>

Shaw, C. A., & Gordon, J. K. (2021). Understanding elderspeak: An evolutionary concept analysis. *Innovation in Aging*, 5(3), igab023. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab023>

Swedish Nurses' Association, Swedish Society of Medicine and Swedish Association of Dietitian. (2019). Person-centred care – A core competence for quality and safe care. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/pers-oncentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

UNESCO. (2002). UNESCO universal declaration on cultural diversity: A vision, a conceptual platform, a pool of ideas for implementation, a new paradigm". <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127162>

Van Landschoot, L., Smet, J., Debal, B., Decock, P., Claeys, A., Tricas-Sauras, S., Delegrange, M., Dhont, Y., Rosiers, K., De Wilde, J., Kerremans, K., El Hahaoui, K., Roelandt, S., & Van Praet, E. (2021). Digitaal wijzer communiceren met anderstaligen in de zorg. Alliantiefonds en MATCHeN. <https://www.matchen.org/publicaties>

Van Mol, C., & de Valk, H. (2016). Migration and immigrants in Europe: A historical and demographic perspective. In B. Garcés-Mascreñas & R. Penninx (Eds.), *Integration processes and policies in Europe*. Springer.

van Muijden, T., Gräler, L., van Exel, J., van de Bovenkamp, H., & Petit-Steeghs, V. (2024). Different views on collaboration between older persons, informal caregivers and care professionals. *Health Expectations*, 27, e14091. <https://doi.org/10.1111/hex.14091>

Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024-1054. <https://doi.org/10.1080/01419870701599465>

Vertovec, S. (2022). *Superdiversity: Migration and social complexity*. Routledge.
Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton.

Wetzels, R., Geest, T. A., Wensing, M., Ferreira, P. L., Grol, R., & Baker R. (2004). GPs' views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 183-188. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00145-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00145-9)

Williams, K. (2011). Elderspeak in institutional care for older adults. In P. Backhaus (Ed.), *Communication in elderly care: Cross-cultural perspectives* (1-19). Bloomsbury.

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. (2004). Enhancing communication with older adults: Overcoming elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), 17-25. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-08>

World Health Organization (WHO). (2020). Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332186/9789289056632-eng.pdf?sequence=1#:~:text=This%20promotes%20the%20idea%20that,effective%20and%20equitable%20health%20care>

World Health Organization (WHO). (2021). Global report on ageism. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. (2018), Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 193-212). Springer.

This manual was made using Canva and pictures are from Canva, Pexels, Unsplash and Freepik