

Kulttuuri ja psykiatrinen diagnostiikka

Käsikirja kulttuuriseen haastatteluun psykiatriassa

Kulttuurisen haastattelun tavoite

DSM-IV-tautiluokituksessa on hahmotelma kulttuuriseksi haastatteluksi, jonka tavoitteena on tukea kliinikkoa systemaattisesti selvittämään yksittäisen potilaan näkemys sairaudesta ja vaivoistaan sekä niiden sosiaalisista ja kulttuurisista yhteyksistä. Kulttuurinen haastattelu on henkilösuuntautunut (idiografinen) menetelmä, joka on tarkoitettu käytettäväksi DSM- luokituksen muiden akselien ohella monikulttuurisissa hoitotilanteissa ja silloin, kun hoitavalla henkilöllä ja potilaalla on erilainen sosiokulttuurinen tausta.

Ruotsinkielinen alkuperäisteos *Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik – Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV*, julkaisijana Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

Suomenkielinen ensipainos 2010

Suomennos: Tapio Halla ja Suomen psykiatriyhdistyksen transkulttuurinen jaos

© Kustannus Oy Duodecim

PL 874, 00101 Helsinki

www.duodecim.fi/kustannus

ISBN 978-951-656-378-0

Kansi ja kuvankäsittely: Kalleheikki Kannisto

Kannen kuva: Jim Kuhn / Wikimedia Creative Commons, lisenssi Attribution 2.0

<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>

WS Bookwell Oy Porvoo 2010

SOFIE BÄÄRNHIELM, MARCO SCARPINATI ROSSO, LAZLO PATTYI

Kulttuuri ja psykiatrinen diagnostiikka

Käsikirja kulttuuriseen haastatteluun psykiatriassa

Transkulturellt Centrum
Stockholms läns landsting

DUODECIM

Sisältö

Kulttuurinen haastattelu DSM-IV-tautiluokituksessa

Kulttuurinen haastattelu suomeksi

Kulttuurisen haastattelun hahmotelma ja lista kulttuurisidonnaisista oireyhtymistä

Kulttuurisen haastattelun hahmotelma

Kulttuurinen identiteetti

Sairauden kulttuuriset selitykset

Psykososiaaliseen ympäristöön ja toimintakykyyn liittyvät kulttuuriset tekijät

Potilaan ja hoitohenkilön suhteeseen vaikuttavat kulttuuriset tekijät

Kokonaisvaltainen diagnostiikan ja hoidon kulttuurinen arviointi

Milloin kulttuurista haastattelua voidaan käyttää?

Kulttuuri, konteksti ja psykopatologia

Kulttuuriset tekijät DSM-IV:ssä

Kuinka käsikirja tehtiin

Etnografisesti suuntautunut haastattelu

Mitä kulttuurisen haastattelun eri osilla tutkitaan

Kulttuurinen identiteetti

Kysymyksiä potilaan kulttuurisen identiteetin tutkimiseksi

Yksilön sairauden kulttuuriset selitykset - ilmiäsu ja merkityksen anto

Kysymyksiä joilla selvitetään potilaan tapoja hahmottaa sairastamistaan

Psykososiaaliseen ympäristöön ja toimintakykyyn liittyvät kulttuuriset tekijät

Kysymyksiä joilla selvitetään psykososiaaliseen ympäristön ja toimintakykyyn

liittyviä kulttuurisia tekijöitä

Maahanmuutto ja uuteen kulttuuriin sopeutuminen

Kysymyksiä joilla selvitetään potilaan maahanmuuttotaustaa ja uuteen kulttuuriin

sopeutumista

Potilaan ja hoitohenkilön suhteeseen liittyvät kulttuuriset tekijät

Kysymyksiä joilla selvitetään kulttuuristen tekijöiden merkitystä potilaan ja

hoitohenkilön suhteessa. Lopuksi hoitohenkilö arvioi itse käsitystään haastattelusta.

Kysymyksiä itsearviointiin

Kokonaisvaltainen diagnostiikan ja hoidon arviointi

Näkökulmia ja käytännön ohjeita haastattelijalle

Yhteistyösuhde

Haastattelu tulkin kanssa

Kenelle?

Esipuhe

Tämän käsikirjan tavoitteena on auttaa klinikkoa psykiatrisen diagnostiikan ohessa tutkimaan yksittäisen potilaan näkemystä sairaudestaan sekä hänen sosiaalisia ja kulttuurisia yhteyksiään. Käsikirjan lähtökohtana on ollut hahmotelma kulttuuriseksi haastatteluksi DSM-IV-tautiluokituksen diagnostisessa järjestelmässä (APA, 2000). Se on tarkoitettu lääkäreille, psykologeille ja muulle hoitohenkilökunnalle, joka arvioi ja diagnosoi psyykkisiä sairauksia ja vaivoja monikulttuurisissa hoitotilanteissa, ja sitä voidaan myös käyttää opetuksessa.

Käsikirja on kehitetty yhteistyössä Transkulturellt Centrumin, Tukholman läänin maakäräjien sekä Spångan psykiatrisen vastaanoton Norra Stockholms psykiatrin kanssa. Transkulturellt Centrum on transkulttuurisen psykiatrian sekä turvapaikanhakija- ja pakolaisterveydenhuollon osamiskeskus. Spångan psykiatrinen vastaanotto tarjoaa psykiatrista hoitoa Länsi-Tukholman alueella sijaitseville Rinkebyn, Tenstan ja Hjulstan monikulttuurisille lähiöalueille. Rahoitus on saatu Nationell Psykiatrisamordningin 69/2005 ja ALF medicin Dnr 0508-1391 ja LS 0601-0082 kautta. Projekti on hyväksytty alueellisessa eettisessä komiteassa lokaussa 2004, Dnr 04-760/4.

Spångan psykiatriselta vastaanotolta ovat olleet mukana psykologit Ewa Harris, Marie Ljunggren ja Ann-Marie

Svedstedt sekä sihteerit Werona Seitaneva ja Camilla Löwengrip. Kehitystyö on ollut mahdollista toiminnanjohtaja, professori Anna Åberg Wikstedtin, Norra Stockholms psykiatri, ja yksikköjohtaja Kersti Gabrielssonin, Spånga psykiatriska mottagning, aktiivisen tuen ansiosta.

Haluamme lämpimästi kiittää kaikkia Spångan psykiatrisen vastaanoton potilaita, jotka ovat myötävaikuttaneet projektiin. Samoin haluamme kiittää professori Laurence Kirmayeria, McGill University Montreal Kanada, suuresta tuesta käsikirjan kehittämisessä ja professori Juan Mezzichia, New York University USA, tuesta ja näkökulmista. Edelleen suurkiitokset dosentti Bo Runesonille, Karolinska Institutet, metodologisista näkökulmista arvioinnissa sekä tohtori Jörgen Herlofsonia avusta kulttuurisen haastattelun hahmotelman käännökseen englannin kielestä ruotsiksi. Lopuksi haluamme kiittää professori Nora Ahlbergia, Nakmi = National kompetenscentra för minoritetshälsa, Oslo ja tohtori Per Bårgåa, FoUU-enhet, Danderyd sjukhus, sekä tohtori Lena Maria Johanssonia, Centrum för allmänmedicin ja sairaalateologi Hans Gentzeliä, St Görans sjukhus, arvokkaista näkökulmista aikaisempaan tekstiin.

Sofie Bäärnhjelm

Marco Scarpinati Rosso

Laszlo Pattyi

Tukholma toukokuu 2007

Kulttuurinen haastattelu DSM-IV:ssä

KULTTUURINEN HAASTATTELU RUOTSIKSI/SUOMEKSI

Kulttuurisen haastattelun hahmotelma DSM-IV-tautiluokituksessa käsittää

- kulttuurisen identiteetin
- kulttuuriset sairauksien selitysmallit
- psykososiaaliseen ympäristöön ja toimintakykyyn liittyvät kulttuuriset tekijät
- klinikon ja potilaan väliseen suhteeseen liittyvät kulttuuriset tekijät
- kokonaisvaltaisen diagnostiikan ja hoidon kulttuurisen arvioinnin

Seuraavaksi esitetään suora käänös kulttuurisesta haastattelusta englannista ruotsiksi. Käänös: Sofie Bäärnhelm ja Jörgen Herlofson

Käänös: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, s. 879–898 (liite 1).

KULTTUURISEN HAASTATELUN HAHMOTELMA JA LUETTELO KULTTUURISIDONNAISISTA OIREYHTYMISTÄ

Tämä liite jakaantuu kahteen kappaleeseen. Ensimmäinen kappale käsittää kulttuurisen haastattelun hahmotelman. Sen tavoitteena on auttaa kliinikkoa potilaan kulttuuristen yhteyksien merkityksen arvioimisessa ja raportoimisessa. Toinen kappale käsittää luettelon kulttuurisidonnaisista oireyhtymistä.

KULTTUURISEN HAASTATELUN HAHMOTELMA

Kulttuurisen haastattelun on ajateltu täydentävän moniakselimalliin perustuvaa diagnostista arviointia ja auttavan mahdollisissa vaikeuksissa soveltaa DSM-IV:n kriteereitä monikulttuurisessa ympäristössä. Kulttuurinen haastattelu käsittää potilaan kulttuurisen taustan systemaattisen arvioinnin, kulttuuristen tekijöiden merkityksen oireiden ja toimintakyvttömyyden ilmenemisessä ja arvioinnissa sekä sen, mikä merkitys kliinikon ja potilaan kulttuuritaustan eroilla voi olla heidän suhteeseensa.

Kuten tämän käsikirjan esipuheessa korostetaan, on tärkeää, että kliinikko ottaa huomioon potilaan etniset ja kulttuuriset yhteydet kaikkia DSM-IV-luokituksen akseleita arvioitaessa. Seuraava hahmotelma kulttuuriseksi haastatteluksi antaa mahdollisuuden (moniakselimalliin perustuvan arvioinnin lisäksi) systemaattisesti kuvata potilaan kulttuurisia ja sosiaalisia viiteryhmiä ja kulttuuristen tekijöiden merki-

tystä hoidossa. Kliinikko voi tehdä kertomuksen muotoisen yhteenvedon kaikista seuraavista alueista:

POTILAAN KULTTUURINEN IDENTITEETTI

Tuo esille potilaan etniset tai kulttuuriset viiteryhmät. Huomioi maahanmuuttajilla ja etnisillä vähemmistöillä erikseen sekä alkuperäiskulttuuriin että valtakulttuuriin osallistumisen osuus. Dokumentoi kielitaito, miten ja missä kieliä käytetään, mitä kieltä pidetään etusijalla (tuo esiin myös monikielisyys).

KULTTUURISET SAIRAUDEN SELITYSMALLIT

Seuraavat asiat voidaan ottaa huomioon: miten oireita tai sosiaalista tukea tuodaan esille ja ilmaistaan (esimerkiksi ”hermot”, henkiolennot, somaattiset vaivat, ”huono tuuri”), miten potilas kokee oireiden vaikeuden ja merkityksen suhteessa kulttuurisen viiteryhmänsä arvoihin, millaisia paikallisia sairausluokitteluja potilaan perheessä tai sosiaalisessa ympäristössä käytetään kuvaamaan kyseistä tilaa (vrt. kulttuurisidonnaiset oireyhtymät), millaisia koettuja syitä tai selitysmalleja potilas tai viiteryhmä käyttää sairauden kuvaamiseen, mitä ajankohtaisia hoitokeinoja potilas pitää etusijalla ja millaisia ovat hänen aikaisemmat kokemuksensa lääketieteellisestä hoidosta ja kansanparannuksesta.

PSYKOSOSIAALISEEN YMPÄRISTÖÖN JA TOIMINTAKYKYYN
LIITTYVÄT KULTTUURISET TEKIJÄT

Huomioi kulttuurisesti merkitykselliset tulkinnot sosiaalisista stressitekijöistä, tarjolla olevasta sosiaalisesta tuesta, sekä toimintakyvystä ja toiminnanvajavuuksista. Tähän liittyy sekä stressi paikallisessa sosiaalisessa ympäristössä että uskonnon ja läheisten merkitys avunsaantiin liittyvän tiedon lähteinä ja emotionaalisena ja käytännön tukena.

POTILAAN JA KLIINIKON SUHTEESEEN LIITTYVÄT
KULTTUURISET TEKIJÄT

Tuo esille kulttuuriset ja sosiaaliseen statukseen liittyvät erot potilaan ja klinikon välillä ja ne ongelmat, joita nämä erot voivat aiheuttaa diagnostiikassa ja hoidossa (esim. vaikeus kommunikoida potilaan äidinkielellä, tutkia oireita tai niiden kulttuurista merkitystä, luoda toimiva suhde tai läheisyystaso ja päättää, onko käyttäytyminen normaalia tai patologista).

KOKONAISVALTAINEN DIAGNOSTIIKAN JA HOIDON
KULTTUURINEN ARVIOINTI

Kulttuurinen haastattelu päättyy yleiseen pohdintaan siitä, miten kulttuuristen tekijöiden huomioon ottaminen vaikuttaa diagnostiikan ja hoidon kokonaisuuteen.

*”Kulttuurisen haastattelun tulee auttaa meitä ymmärtää
mään potilaan näkemyksiä sairaudestaan ja sen sosiaali-
sista ja kulttuurisista yhteyksistä.”*

Mihin kulttuurista haastattelua tarvitaan?

Kulttuurinen haastattelu on psykiatrisen diagnostiikan apuväline, kun sosiokulttuurisilla tekijöillä arvioidaan olevan vaikutusta klinikon mahdollisuuksiin

- tehdä oikea tautiluokituksellinen diagnoosi
- ymmärtää potilaan näkemys sairaudestaan
- ymmärtää potilaan sosiokulttuurinen tilanne
- luoda toimiva hoitoyhteistyö
- tehdä yhteinen hoitosuunnitelma.

Haluamme tämän käsikirjan avulla antaa tukea ja ohjausta potilaan haastattelemiseen kulttuurista, etnisyydestä, identiteetistä, sosiaalisista yhteyksistä, maahanmuutosta sekä sairauskokemuksista ja -käsitteistä. Käsikirja on ajateltu käytettäväksi joustavasti siten, että sekä potilaan tiedot ja kyvyt että haastattelijan taidot otetaan huomioon.

KULTTUURI, KONTEKSTI JA PSYKOPATOLOGIA

”Kulttuuri on kaikkialla läsnä olevaa ja läpinäkyvää kuten vesi, paitsi silloin, kun eri kulttuurit kohtaavat, jolloin kuva maailmasta taivuu kuin valo ja peilautuu takaisin”

KIRMAYER JA MINAS (2000, s.438)

Sairaus koetaan kulttuurisessa, sosiaalisessa ja historiallisessa yhteydessä. Universaaleja psykopatologisia ilmiöitä koetaan ja tulkitaan kulttuurisesti värityneistä viitekehyksistä ja teoreettisista olettamuksista käsin. Tunteille ja kokemuksille voidaan antaa tiettyjä merkityksiä ja niitä voi pukea erilaisiin sanoihin ja ilmauksiin. Kulttuuri on käsite, jolla on monia merkityksiä. Kun antropologi Hannerz (1983) analysoi kulttuurikäsitettä, hän keskittyy käsitteentään ja määrittelee käsitteen ”yhteiseksi tietoisuudeksi, joka ihmiset tekevät sopivaksi kommunikoimalla eri tavoin keskenään” (s.15). Hannerz korostaa, että ihmisten kyky rakentaa yhteinen tietoisuus perustuu kykyymme luoda ja käyttää symboleja. Hannerz (1992) vertaa kulttuuria merkitykseen, jonka ihmiset luovat ja joka vaikuttaa heihin, ja johonkin, joka on yhteisesti jaettavaa.

Etnologi Spradley (1979) vertaa kulttuuria interaktiiviseen kognitiiviseen karttaan, jonka kautta me tulkitsemme ympäristömme tapahtumia. Hylland Eriksen (2004) kiin-

nittää huomiota vaikeuteen vetää rajaa kulttuurien välille nyt, kun maailmamme kuhisee sekoittuneita kulttuurimuotoja ja ylikansallisia virtauksia. Kleinman (1996) painottaa kulttuurin muotoutumista arkipäivän vuorovaikutustilanteissa ja sen jakamista esimerkiksi perheissä, työpaikoilla, verkostoissa tai suuremmissa yhteisöissä. Kleinman (1988) tarkoittaa, että tapamme ilmaista sairautta on sekä erityinen kulttuurisesta viitakehyksestä käsin että samankaltainen katsottuna yleisinhimillisestä näkökulmasta. Kulttuuri on kuin ikkuna, jonka läpi sairaudet, vaivat, toimintakyvyn lasku sekä hoito koetaan ja ymmärretään. Kulttuurinen ikkuna puolestaan vaikuttaa siihen, miten psykopatologia muotoutuu, miten se ilmaistaan ja kommunikoidaan. Kulttuurista tulee dynaaminen käsite, joka liittyy merkitysten antoon arkipäivän elämässä.

Ihmiset kokevat sairauden ja terveyden yhteydessä johonkin, kontekstissa. Hylland Eriksen (2004) viittaa käsitteellä konteksti siihen, että kaikkien ilmiöiden ymmärtämisen lähtökohdaksi on niiden dynaaminen yhteys muihin ilmiöihin. Tieto potilaan elämäntilanteesta ja olosuhteista antaa kuvan siitä, miten hän kokee sairautensa ja vaivansa.

*Tällä käsikirjalla haluamme rohkaista kliinikkoa tutki-
maan potilaansa sosiokulttuurisia olosuhteita dynaami-
sesta kulttuurinäkökulmasta käsin ja vastustaa kulttuu-
risten ja etnisten stereotyyppien muodostamista sekä ek-
sotisoimista.*

*Haluamme myös tukea diagnoosia tekevää kliinikkoa jat-
kuvasti arvioimaan omia käytäntöjään, teorioitaan, ar-
vostuksiaan ja työtapojaan. Ilman itsereflektiota ei voi
ymmärtää ”toista”.*

KULTTUURINEN NÄKÖKULMA DSM-IV:SSÄ

DSM-IV:n (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) kunnianhimoinen tavoite on olla käyttökelpoinen erilaisissa kulttuurisissa olosuhteissa. DSM-IV:n oppikirjan (APA, 2000) johdannossa korostetaan sitä, että kulttuuriset ja etniset tekijät vaikuttavat monien psykiatristen sairaustilojen oireisiin ja kulkuun.

Oppikirjassa on kolmenlaista tietoa kulttuuristen näkökohtien huomioimisesta diagnostiikassa:

- kulttuurinen vaihtelu kliinisissä ilmenemismuodoissa (katso luku häiriöistä, ”disorders”)
- kuvaus kulttuurisidonnaisista psykiatrisista tiloista (culture-bound syndroms)
- hahmotelma kulttuuriseksi haastatteluksi.

Viittaukset kulttuuriin eroihin psykopatologian ilmeneemisessä on usein esitetty yhdistettynä ikä- ja sukupuolitekijöihin. Joitakin esimerkkejä DSM-IV:n tekstissä esitetään seuraavassa.

Luvun ”Skitsofrenia- ja muut psykoottiset oireyhtymät” johdantotekstissä kehoitetaan kliinikkoa ottamaan huomioon potilaan kulttuuriset olosuhteet ja yhteydet. Esimerkiksi tietyissä kulttuureissa kuulo- ja näköhallusinaatiot voivat olla normaaleja uskonnollisia kokemuksia.

Myöhemmin tekstissä sanotaan, että tunnereaktioita arvioitaessa tarvitaan herkkyyttä havaita tunneilmaisuu-

katsekontaktiin ja kehonkieleen liittyviä eroavaisuuksia (s. 306–308). Tässä viitataan Yhdysvalloissa ja Iso-Britannias-
sa tehtyihin havaintoihin, joiden mukaan klinikoilla on tai-
pumus yliagnostisoida skitsofreniaa kaksisuuntaisen mie-
lialahäiriön kustannuksella joissain vähemmistöryhmissä.
(s.385).

”Joissain kulttuurisissa tilanteissa masennusta ilmai-
taan ensisijaisesti kehollisin käsittein, ei surullisuuden
tai syyllisyyden avulla”

Tekstissä varsinaisesta masennuksesta kuvataan miten kult-
tuuriset tekijät vaikuttavat depressiosta kommunikointiin.
Tietyissä kulttuurisissa tilanteissa depressiota ilmaistaan
ensisijaisesti kehollisin termein, ei syyllisyys- ja häpeäkäsit-
tein – esimerkiksi ”hermot”, päänsärky, heikkous, väsymys,
”epätasapaino” tai sydänvaivat.(s. 353–354)

Kappaleessa persoonallisuushäiriöistä painotetaan, mi-
ten tärkeää on erottaa ne vaikeuksista sopeutua uusiin
olosuhteisiin(s. 687–688). Patologiaa ei saa sekoittaa eri-
laisiin tapoihin, perinteisiin, uskuntoon tai poliittisiin ar-
voihin. Potilaan etnisen, kulttuurisen ja sosiaalisen taustan
kunnioittamista painotetaan. Tekstissä korostetaan, että on
tärkeää hankkia tietoa henkilöiltä, jotka tuntevat potilaan
kulttuurisia olosuhteita.

DSM-IV-luokitusta on arvosteltu. Yksi kriittinen näkö-

kulma on, ettei ole mielekästä käyttää länsimaista diagnostista luokittelua länsimaiden ulkopuolella tai maahanmuuttajille ja vähemmistöryhmille. Kleinman (1977) on luonut käsitteen ”category fallacy”, joka viittaa siihen, miten ongelmallista on käyttää psykiatrisia diagnooseja sen vaikutuspiirin ulkopuolella, jossa diagnoosit on luotu. Kulttuurisen haastattelun systemaattinen käyttö monikulttuurisissa hoitotilanteissa voi auttaa saamaan paremman kuvan DSM-luokituksen rajoituksista monikulttuurisessa diagnostiikassa. Kun ICD-10-luokitusta kehitetään ICD-11:ksi, keskustellaan diagnostisten luokkien täydentämisestä moniakselimallilla, joka käsittäisi yksilöllisen henkilösuuntautuneen arvioinnin (IGDA Workgroup, 2003; Mezzich ja Salloum, painossa)

KUINKA TÄMÄ KÄSIKIRJA KEHITETTIIN

Käsikirjan kehittämiseen meni kaksi ja puoli vuotta. Aloitimme muotoilemalla haastattelukysymyksiä potilaille koskien heidän sosiokulttuurisia yhteyksiään ja sairauskäsityksiään DSM-IV:n kulttuurisen haastattelun mukaisesti. Yhdessä Spångan psykiatrisen vastaanoton projektiryhmän yhteistyöhenkilöiden kanssa sovelsimme kysymyksiä vas-

taanotolle tuleville uusille potilaille. Potilaille kerrottiin, että osallistuminen projektiin on vapaaehtoista, sen voi keskeyttää, ja ettei se vaikuta heidän saamaansa hoitoon.

Haastatteluista saatujen kokemusten perusteella kysymyksiä arvioitiin, korjattiin ja muokattiin yhä uudelleen, aluksi osana etukäteistutkimusta ja myöhemmin kehitysjä tutkimusprojektina. Kolmeakymmentä potilasta haastateltiin, näistä kahtakymmentäkolme varsinaisen projektin osana. Potilaita oli seuraavista maista: Irak, Turkki, Bosnia-Herzegovina, Iran, Peru, Syyria, Libanon, Bangladesh ja Etiopia. Useat etniset ryhmät ovat edustettuina. Käsikirja sisältää joitakin sitaatteja haastatteluista.

Prosessissa, jonka tavoitteena oli muotoilla kysymykset ymmärrettäviksi ja merkityksellisiksi, ne muotoutuivat koko ajan vähemmän abstrakteiksi. Ne on onnistuneesti fokusoitu koskemaan potilaan elämäntilannetta, arkipäivää ja nykyiseen sairauteen liittyviä ajatuksia. Avoimia ja tarkemmin suunnattuja kysymyksiä on yhdistetty onnistuneesti. Potilaiden kertomusten pohjalta on muotoiltu jatkokysymyksiä, joilla voidaan tutkia kulttuurisen haastattelun eri osa-alueita sekä potilaan ajankohtaisia vaivoja ja ongelmia. Kysymykset on usein ollut syytä sovittaa yksittäisen potilaan kieleen ja kertomukseen sopiviksi.

ETNOGRAFISESTI SUUNTAUTUNUT HAASTATTELU

”Haluan ymmärtää maailman sinun näkökulmastasi.
Haluan tietää saman kuin sinä samoin kuin sinä”
Spradley (1997:34)

Kulttuurista haastattelua on kuvattu eräänlaiseksi ”pienois-etnografiseksi” arvioinniksi (Lewis-Fernandes, 1996). Etnografia on antropologinen työtapo jonka tavoitteena on kuvata elämää paikallisesti, ”paikallismaailmassa” (Kleinman, 2006). Etnografia korostaa eläytymistä toisen asemaan tämän omassa paikallisessa maailmassa ja ristiriitaan, jota ihmiset voivat tuntea eläessään maailmojen välissä (Kleinman 2006). Etnografia korostaa yritystä ymmärtää toisen ihmisen näkökulma (point of view) (Geertz, 1983). Etnologi Spradley (1997) painottaa sitä, miten erilaista on tarkastella ihmisiä toimijoina kuin vain informaation lähteinä. Perinteisesti antropologit ovat matkustaneet vieraisiin maihin, opetelleet uusia kieliä ja systemaattisesti kuvanneet paikallisia sosiaalisia malleja.

On olemassa erilaisia etnografisia työtapoja. Kaikilla on yhteisenä tavoitteena sosiaalisten ja kulttuuristen yhteksien esiintuominen ja ”toisen” näkeminen hänen omas-

ta perspektiivistään. Etnografisille haastatteluille luonteenomaista on tutkia, miten ihmiset itse tulkitsevat kokemuksiaan (Sherman Heyl, 2001). Tieto potilaiden arkipäivän elämän yksityiskohdista ja sairauteen liittyvistä ajatuksista on tärkeää.

Kuten antropologi, voi myös klinikko olla kiinnostunut siitä, miten potilas ymmärtää, tuntee ja kokee sairautensa sekä miten hän suhtautuu siihen (Kleinman, 2006). Kulttuurista kliinistä haastattelua voidaan kuvata ”etnografisesti värittyneeksi haastatteluksi” Potilaat osaavat harvoin vastata abstrakteihin kysymyksiin identiteetistä tai kulttuurista. Myös etnisyyttä koskevat kysymykset ovat harvoin merkityksellisiä. Kliinikko saa tietoa kulttuurista ja identiteetistä kysymällä potilaan elämästä, ajatuksista ja siitä miten hän kokee sairautensa, oireensa ja vaivansa. Avoimet kysymykset kannustavat potilaita tuomaan asiat esille kertomuksen muodossa. Jatkokysymykset ja tiettyihin asioihin suunnatut kysymykset antavat mahdollisuuden tutkia merkityksellisiä alueita ja tilanteita.

Kliinikko tulkitsee potilaan kertomusta sairaudestaan ammatillisesta ja henkilökohtaisesta viitekehyksestään käsin. Saadakseen apua kertomuksen tulkintaan klinikko voi käyttää hyväkseen muita tietolähteitä, esimerkiksi potilaan omaisia tai ystäviä, kulttuuritulkkeja tai myös kirjallisia lähteitä kuten tieto- tai kaunokirjallisuutta. Kulttuuritulkkien käytössä tulee aina muistaa kunnioittaa vaitiolovelvollisuut-

ta ja anonymiteettia. Yhteydenottajana voi olla klinikko itse tai toinen vastaanoton työryhmän jäsen yhteisen kehittämistyön puitteissa. Nämä edellä mainitut lähteet voivat antaa arvokasta tietoa ja osaamista potilaan yksilöllisistä olosuhteista.

Vaikka etnografisesti suuntautunut haastattelu antaa tietoa potilaan tilanteesta, ei klinikko ole antropologi eikä etnologi. Kliinikko ei ole vain avoimen utelias, vaan myös suuntautunut arvioimaan mahdollista sairautta ja sitten hoitamaan sitä. Tämä kaksinainen suhtautumistapa, jossa samanaikaisesti pyritään ymmärtämään sekä potilasta että hänen sairauttaan, on kuvattu potilaskeskeisessä yleislääketieteessä (Levenstein ym., 1986). Hän painottaa, kuinka tärkeää on, että klinikko on mukana potilaan maailmassa ja näkee sairauden tämän silmin. Halu ymmärtää potilasta tämän omasta näkökulmasta käsin tuottaa tietoa ja osaamista joka helpottaa yhteiseen ymmärrykseen ja hoitosuunnitelmaan pääsemistä.

Kulttuurisen haastattelun eri osiot tutkivat erityisiä osaluokkia. Niitä kuvataan myöhemmin tarkemmin. Näihin kappaleisiin olemme lisänneet yhden, joka koskee muuttoa ja kulttuuriin sopeutumista ("akkulturation"), ja johon sisältyy myös kysymyksiä uhasta ja väkivallasta. Käsite akkulturaatio viittaa kulttuuriseen muutokseen joka syntyy kahden eri kulttuurisen ryhmän kohtaamisessa. (Berry ja Kim, 1988)

Taustana lisäkappaleelle on se, että Ruotsiin on muuttanut paljon etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvia potilaita ja tämä johtaa kulttuuriseen sopeutumistilanteeseen. Monilla maahanmuuttajilla on kokemuksia uhasta ja väkivallasta, kuten sodasta, kidutuksesta tai muista julmuuksista.

MITÄ KULTTUURISEN HAASTATELUN OSIOILLA PYRITÄÄN TUTKIMAAN

Kulttuurinen identiteetti

Haastattelija: ”Millainen kulttuurinen tausta sinulla on?”

Potilas: Mitä tarkoitat? Tarkoitatko perhettäni? Kuulumme Syyrian ortodoksikirkkoon.”

32-vuotias syyrialainen nainen

Yksilön kulttuurinen identiteetti. Tuo esille potilaan etniset tai kulttuuriset viiteryhämät. Huomioi erikseen sekä osallisuus alkuperäiskulttuuriin että valtakulttuuriin sekä etnisiin vähemmistöihin (jos se on tarpeen). Dokumentoi myös kielitaito, käytetty kieli sekä potilaan toivekieli (tuo esille myös monikielisyys).

Ensimmäinen kulttuurisen haastattelun osio selvittää potilaan kokemusta identiteetistä ja kulttuurisesta sidonnaisuudesta. Maahanmuuttajilla se käsittää myös osallisuuden sekä uuteen valtakulttuuriin että alkuperäiskulttuuriin. ”Maahanmuutto ja kulttuuriin sopeutuminen” -osio täydentää tätä osiota.

Kiinnostus potilaan identiteettiin on aktiivista kiinnostusta siihen, miten potilas kokee itsensä ja siihen, miten ym-

päristö liittyy tähän omakuvaan. Identiteettiin sisältyy myös se, miten suhteutamme itsemme henkilöihin, jotka ovat ympärillämme. Joskus identiteetikäsitettä käytetään kategorisesti puhuttaessa ulkonäöstä, ulkoisista ominaisuuksista, kielestä tai maantieteellisestä alkuperästä. Tämä kuvastaa ympäristön tarvetta luokitella ”toinen” tai sellainen, joka on toisenlainen. Ihmisen kokemus identiteetistä ei ole muuttumaton ominaisuus vaan määräytyy suhteessa ympäristöön, muuttuu ajan kuluessa ja vaihtelee ympäristön mukaan. Se mitä ihmiset kokevat tärkeäksi voi vaihdella.

Kuuluminen etniseen ryhmään voi jossain tilanteissa olla tärkeää osalle potilaista olematta sitä kuitenkaan kaikille. Käsitteellä etnisyyden määrittelyä ja merkityksiä. Tseng (2001) liittyy etnisyyden määrittelyyn ryhmään, jolla on jonkinlainen yhteinen historiallinen tausta. Suorat etnisyyteen liittyvät kysymykset eivät aina ole potilaalle merkityksellisiä. Käsite kulttuurinen identiteetti on vielä laajalaisempi. Siihen sisältyvät suhteet muihin ihmisiin ja ihmisryhmiin. Sille, joka kuuluu vähemmistöryhmään, ovat kokemukset syrjinnästä, ulkopuolisuudesta, erikoiskohtelusta ja kuulumisesta ympäröivään enemmistökuultuuriin merkityksellisiä samalla tavoin kuin identiteetti, psyykinen terveys ja hoitomenetelmät. Samoin potilaan kokemukset uusista mahdollisuuksista ovat tärkeitä.

Maahanmuutto käsittää lähdön jostakin, siirtymisen, sopeutumisen ja asettumisen uuteen yhteiskuntaan. Akkul-

turaatio käsittää sekä muutoksen ryhmätasolla että mahdollisen muutoksen yksilön identiteetissä (Berry ja Kim, 1988). Tämä ehkä tapahtuu eri yksilöille eri tavalla, esimerkiksi niin että ihminen luopuu aikaisemmasta identiteetistään uuden isäntämaan hyväksi (assimilaatio). Se voi johtaa myös vanhan ja uuden integraatioon tai ulkopuolisuuteen ja syrjäytymiseen. Erityisesti syrjäytyminen on Berryn ja Kimin mukaan potentiaalisesti kuormittava tilanne. Tiedot yksittäisen potilaan akkulturaatioprosessista ja tilanteesta antaa kliinikolle kuvan potilaan elinehdoista, kulttuurisesta identiteetistä, kuormitustekijöistä sekä kehityssuunnista.

Kulttuurisen identiteetin kappaleessa viitataan potilaan viiteryhmiin. Viiteryhmillä tarkoitetaan niitä ihmisryhmiä, jotka ovat potilaalle tärkeitä. Se, mitä nämä ovat, voi vaihdella. Näitä voivat olla perhe, ystävät tai kuuluminen kulttuuriin, etnisiin, uskonnollisiin poliittisiin tai sosiaalisiin yhteisöihin. Se voi liittyä myös yksinäisyyteen. Kliinikon on otettava selvää, miltä asia näyttää yksittäisen potilaan näkökulmasta. Viiteryhmillä on merkitystä sekä tuen tarjoajina potilaalle että yhteistyökumppaneina tutkimuksessa ja hoidossa. Viiteryhmän henkilöiltä voidaan saada myös tärkeää tietoa potilaasta ja tämän elämästä, kunhan potilaan suostumus ja salassapito otetaan huomioon.

Kieli on myös osa yksilön kulttuurista identiteettiä ja se voi myös ilmaista potilaan ryhmäsidonnaisuuksia tai muutoksia hänen sidosryhmissään. Kiinnostus kieleen ja kie-

len oppimiseen voi innostaa potilasta kertomaan itsestään suhteessa ympäristöön ja siitä, miten olosuhteet ovat ajan ja maahanmuuton myötä muuttuneet. Tiedot potilaan kielitaidosta ja kielen käytöstä voivat antaa kuvaa kommunikatiomahdollisuuksista, rajoituksista ja mahdollisuuksista.

Tieto potilaan kulttuurisesta identiteetistä on tärkeää pyrittäessä ymmärtämään kuka potilas on ja millainen käsitys hänellä on itsestään ja suhteestaan ympäristöönsä, hoitoonsa, sairauteensa ja vaivoihinsa. Tämä ymmärrys auttaa kliinikkoa ja potilasta yhteisen realistisen hoitosuunnitelman tekemisessä. Identiteettiä koskevat kysymykset voidaan joskus kokea hyvin henkilökohtaisiksi ja tunnepitoisiksi ja ne pitää tehdä potilaan yksityisyyttä kunnioittaen. Niitä kannattaa usein kysyä haastattelun myöhemmissä vaiheissa kun kontakti on luotu ja kysymykset voidaan suhteuttaa siihen mitä potilas on jo kertonut ja niihin sanoihin mitä hän on käyttänyt. Muotoilemme kysymykset on tarkoitettu potilaille ja haastattelutilanteeseen sopiviksi.

”Kuuluminen etniseen ryhmään voi jossain tilanteessa olla joillekin potilaille tärkeää, mutta ei kaikille.”

KYSYMYKSIÄ, JOILLA VOI SELVITTÄÄ POTILAAN KULTTUURISTA IDENTITEETTIÄ

- Onko jokin ryhmä tai ryhmiä, jotka ovat tärkeitä sinulle? Ajattelen esimerkiksi kansallisia, etnisiä, kulttuurisia, uskonnollisia, sosiaalisia tai muita ryhmiä (mainitse tarvittaessa esimerkkejä).
- Pidätkö itseäsi esimerkiksi – mainitse jokin etninen ryhmä, esimerkiksi ”kurdina”.
(Ota esimerkki vastauksista, joita olet saanut).
- Pidätkö itseäsi suomalaisena?
- Miten uskot muiden näkevän sinut?
(Ota tarvittaessa esimerkkejä aikaisemmista vastauksista.)
- Mitä **** ryhmä sinulle merkitsee?
(Käytä sitä ryhmänimeä, jota potilas on käyttänyt, samoin useammassa ryhmässä).
- Voitko kuulua useampiin **** ryhmiin?
(Jos ajankohtaista)
 - Millaisia ongelmia siitä tulee?
 - Millaisia mahdollisuuksia se antaa?
- Onko kokemuksesi tiettyyn **** ryhmään kuulumisesta muuttunut ajan myötä?
 - Mitä tämä on sinulle merkinnyt? (jos ajankohtaista)

- Kaipaako jotakin?
- Onko jokin antanut sinulle uusia mahdollisuuksia?
- Miten perheesi ja **** ryhmä tulee kohdatuksi ympäristössäsi?
- Onko sinut ymmärretty tai sinua kohdeltu väärin, koska kuulut **** ryhmään?
- Onko jokin ryhmä, joka on tärkeä perheellesi? Tarkoitin esimerkiksi kansallista, etnistä, kulttuurista, uskonnollista, sosiaalista tai muuta ryhmää.
(Anna tarvittaessa esimerkkejä.)
- Mitä **** ryhmä merkitsee perheellesi?
(Käytä niitä ryhmänimityksiä, joita potilas käyttää, samoin, jos ryhmiä on useita.)
- Miten perheeltäsi onnistuu se, että kuulutte useisiin **** ryhmiin? (Jos tarpeen)
- Mitä kieliä osaat?
- Mitä kieltä käytät mieluiten?
- Missä tilanteessa käytät eri kieliä, kotona, perheessä, työssä, terveydenhuollossa?
- Milloin opit eri kielet?
- Millä kielellä näet unia?

KULTTUURISET SAIRAUKÄSITYKSET – ILMAISU JA MERKITYKSENANTO

”En pysty lukemaan, en pysty keskittymään, en pysty nukkumaan. Olen surullinen. Usein tulee kohtauksia. Menen parvekkeelle, jotta voisin hengittää. En voi tehdä työtä. Olen aina väsynyt. Olen jatkuvasti huolestunut, pahoja ajatuksia. Ajattelen liian paljon.”

32-vuotias mies, Turkin kurdi

Sairauden kulttuuriset selitysmallit. Seuraavia voidaan tarkastella: miten oireita tai tuen tarvetta kuvataan (esimerkiksi ”hermot”, pahat henget, somaattiset vaivat, selittämätön epäonni), potilaan kokemus oireiden vaikeusasteesta ja merkityksestä suhteessa hänen kulttuurisen viiteryhmänsä normeihin, millaisia paikallisia sairausryhmiä käytetään hänen perheessään tai sosiaalisessa ympäristössään akuutin tilan kuvaamiseen (huomioi ”lista kulttuurisidonnaisista oireyhtymistä” jatkossa), millaisia koettuja syitä tai selitysmalleja potilas tai hänen viiteryhmänsä käyttävät selittämään sairautta ja mitä ajankohtaisia käyttökelpoisia hoitomahdollisuuksia hän tuo esille, samoin kuin hänen aikaisemmat kokemuksensa lääketieteellisestä hoidosta ja kansanparannuksesta.

Kappaleessa kulttuurisista sairauskäsityksistä on keskeistä se, miten tärkeää on ymmärtää yksittäisen potilaan ilmaistapaa ja sairauskäsitystä. Ihmisten tapaan ilmaista sairautta ja kärsimystä vaikuttavat perinteet, koulutus sekä ympäröivät sosiokulttuuriset tekijät. Tapa ilmaista tuen ja avun tarvetta voi vaihdella.

Normaaliuden ja sairauden vaikeusasteen määrittely voi vaihdella sekä yksilöiden että ryhmien välillä. Sairaudelle voidaan antaa erilaisia selityksiä ja merkityksiä. Odotukset avun saannin ja parantamisen suhteen voivat myös vaihdella. Potilaasta ei saa koskaan muodostaa käsitystä irrallaan hänen kulttuuristaan ja etnisyydestään. Hoitohenkilön pitää aktiivisesti yrittää selvittää, mitä potilas yrittää viestittää ja minkä merkityksen hän antaa vaivoilleen ja tilalleen. Sanojen ja kielikuvien merkitystä ei pidä koskaan pitää itseltään selvänä, vaan ne on syytä tutkia.

DSM-IV:n kulttuurisen haastattelun tekstissä painotetaan, kuinka tärkeää on selvittää, miten potilas selittää oireensa. Tässä käsikirjassa lähdemme vielä laajemmasta näkökulmasta selitysmalleihin. Syyt ja selitysmallit ovat tärkeitä osalle potilaista, mutta eivät kaikille. Potilaan sairauskäsitykset voivat olla sirpaleisia ja pitää sisällään erilaisia, joskus jopa ristiriitaisia puolia. Prosessi, jossa sairaus saa merkityksen, voi tapahtua monin eri tavoin (Bäärnhielm, 2004; 2006). Siihen, miten tämä tapahtuu, vaikuttaa potilaan kokemus oireista ja vaivasta (Kleinman, 1991). Tämä merki-

tyksenanto puolestaan vaikuttaa kommunikaatioon, avun hakemiseen, odotuksiin ja yhteistyöhön hoidossa.

Potilaat voivat toisinaan antaa vaivoilleen hyvin erilaisia selityksiä ja merkityksiä kuin hoitohenkilö. He voivat esimerkiksi selittää vaivojaan kohtalolla, rangaistuksena, yliluonnollisilla ilmiöillä, demoneilla, pahalla silmällä tai djinneillä. Djinnit ovat eräänlaisia henkiolentoja koraanin maailmassa (Esposito 1998). Antropolgi Good (1997) kuvaa, miten ihmiset ja djinnit suuressa osassa muslimimaailmaa toimivat arkielämässä vuorovaikutuksessa ja miten djinnit voivat aiheuttaa sairauksia ja miten niillä on merkitystä hoidossa.

Monet potilaat kertovat mielellään sairauskäsityksistään, kun taas toisilla voi olla epäselvempi käsitys vaivoistaan. Jotkut potilaat voivat epäröidä kertoa käsityksistään, koska pelkäävät, että niihin suhtauduttaisiin alentuvasti, niitä ei hyväksyttäisi tai niitä pidettäisiin tietämättömyydestä johtuvina. Hoitohenkilön on syytä lähestyä potilaan näkökulmaa kiinnostuneena ja kunnioittaa sitä, että potilas valitsee kertomisajankohdan. Potilaan näkökulmaa koskevien kysymysten on syytä lähteä hänen ajankohtaisista vaivoistaan ja tilanteestaan. Abstraktit ja yleisluontoiset kysymykset voivat olla liian vaikeita vastattaviksi.

Suorat kysymykset vaivojen syistä ja selityksistä voivat joskus antaa paljon tietoa mutta voivat olla joillekin potilaille liian vaikeita vastattaviksi. On syytä huomioida, mitä sanoja potilas käyttää. Se voi auttaa ymmärtämään hä-

nen kokemuksiaan ja ajatuksiaan. Kuvaukset voivat vaihdella tiettyjen ilmausten kuvauksista ruumiillisiin oireisiin, sosiaaliin ehtoihin tai siihen, että potilaalla ei ole sanoja kuvaamaan vaivojaan. Sitä, jonka äidinkieli ei ole suomi, voidaan ohjata käyttämään omaa kieltään. Toinen lähestymistapa on, että potilaalta kysytään, tunteeo hän ympäristössään muita, joilla on samanlaisia vaivoja. Joskus on helpompi alkaa puhua muista kuin itsestään. Kysymykset siitä, miten potilas ja omaiset ovat hakeneet apua ja millaisia odotuksia heillä on hoidon suhteen, voivat antaa tietoa potilaan ajatuksista sairauden ja hoidon tiimoilta. Kiinnostusta potilaan näkökulmaan on hyvä jatkaa myöhemmin haastattelussa jatkokysymyksillä, jotka liittyvät eri tilanteisiin ja tapahtumiin.

Potilas voi käyttää tai haluaisi käyttää eri hoitokeinoja kuin terveyspalveluissa yleensä on tarjolla. Nämä voivat olla vaihtoehtoisia hoitoja tai erilaisia ”kansanparannuksen” muotoja, hoitoja, jotka ovat peräisin toisenlaisista lääketieteellisistä perinteistä (Bäärnhielm ym. 2007). Kansanparannuksen merkitys voi vaihdella toisesta lääketieteellisestä järjestelmästä, kuten Ayurveda, tiettyihin traditioihin, kuten hoitaviin amuletteihin, erilaisiin riitteihin, lääkkeisiin tai käynteihin kansanparantajalla (Bäärnhielm ja Ekblad, 2000). Tieto siitä, mitä hoitoa potilas pitää ensisijaisena, antaa näkemystä siitä, miten hän luo merkityksiä ja on tärkeää tehtäessä yhteistä hoitosuunnitelmaa.

**KYSYMYKSIÄ, JOILLA VOIDAAN SELVITTÄÄ
POTILAAN TAPOJA
HAHMOTTA SAIKASTAMISTAAN**

- Millaisia vaivoja sinulla on?
- Miten vakavina pidät vaivojasi?
- Millaisia sanoja käytät kun puhut vaivoistasi perheen-
jäsenillesi, omaisillesi tai ystävillesi? Käytä mielellään
omaa kieltäsi.
- Tunnetko jonkun, jolla on samanlaisia vaivoja?
- Minkä uskot olevan syynä vaivoihisi?
- Millaista apua ja hoitoa toivot?
- Millaista apua ja hoitoa olet hakenut?
- Jos edelleen asuisit lähtömaassasi/kotimaassasi, millaista
apua ja hoitoa olisit hakenut (jos ajankohtaista)?
- Mitä perheesi, omaisesi ja ympäristösi* sanoo vaivois-
tasi?

- Kuinka vakavina he * pitävät vaivojasi? (*Viittaa henkilöihin, jotka on mainittu.)
- Mitä sanoja he * käyttävät vaivoistasi? (Käytä mielellään omaa kieltäsi.)
- Mitä he* pitävät syynä vaivoihisi?
- Mistä heidän* mielestään pitäisi hakea apua ja hoitoa?
- Ihmiset voivat hakea apua vaivoihinsa eri tavoin. Oletko kokeillut muunlaista sairaanhoitoa Suomessa?
(Käytä mielellään kansanparannuksesta, vaihtoehtoisista hoidoista, vaihtoehtolääkkeistä tai vaihtoehtohoidoista lähtömaassa tai Suomessa sellaisia esimerkkejä, jotka voivat olla ajankohtaisia potilaalle.)

PSYKOSOSIAALISEEN YMPÄRISTÖÖN JA TOIMINTAKYKYYN LIITTYVÄT KULTTUURISET TEKIJÄT

Haastattelija: ”Millaisia vaivoja sinulla on?”

Potilas: ”Olen väsynyt. Olen väsynyt lähes jatkuvasti. Olen ollut pitkään väsynyt, mutta se tuli pahemmaksi avioeron jälkeen. Silloin aloin tuntea itseni surulliseksi, väsyneeksi enkä kyennyt nukkumaan tai syömään... Teen kotona vain välttämättömmän. Teen sen hitaasti ja minun pitää koko ajan pakottaa itseäni.”

30-vuotias nainen Irakista

Psykososiaaliseen ympäristöön ja toimintakykyyn liittyvät kulttuuriset tekijät

Huomioi kulttuurisesti merkittävät tulkinat sosiaalisista stressitekijöistä, sosiaalisesta tuesta sekä toimintata-
sosta ja sen laskusta. Tämä sisältää stressi sosiaalisessa ympäristössä ja uskonnon ja omaisten merkityksen informaation lähteenä sekä emotionaalisenä ja käytännön tukena.

Tämä osio keskittyy tarkastelemaan potilaan vaivojen suhdetta psykososiaaliseen ympäristöön sekä toimintakykyyn potilaan näkökulmasta nähtynä. Potilaan kuvaus siitä, mi-

ten hän kokee sairautensa ja vaivansa arkielämässä, voi antaa hoitohenkilölle kuvaa potilaan toimintatasosta ja ajan-kohtaisesta toimintatason laskusta. Arkielämän kuvaus antaa hoitohenkilölle mahdollisuuden jatkokysymyksiin stressistä, paikallisen ympäristön kuormituksesta sekä potilaan mahdollisuuksista saada neuvoja, tukea ja apua. Kuormitustekijöitä tai tukevia tekijöitä ei tule pitää itsestään selvinä. Se, mikä koetaan taakkana tai stressinä, voi olla henkilökohtaisesti, sosiaalisesti tai kulttuurisesti erilaista.

Tietyissä kulttuurisissa traditioissa tulkitaan psyykkinen sairaus ensisijaisesti sosiaalisiin käsitteisiin ja häiriönä ihmissuhteissa. Häiriöt mielentilassa, tunteissa ja ahdistuneisuudessa voidaan tulkita sosiaalisiin ja moraalisiin termein eikä psyykkisenä sairautena (Kirmayer, 2001). Sosiaalinen ympäristö vaikuttaa siihen, miten tunteet koetaan (Leff, 1973). Borgå (1996) kuvaa sitä, miten Itä-Afrikassa psyykkinen sairaus tulkitaan ihmissuhdehäiriöksi ja miten hoitohenkilön tavoitteena on palauttaa suhteet oikealle tolalleen. Pohiessaan masennusta antropologisesta näkökulmasta Kleinman (1991) osoittaa, miten sama fysiologinen ilmiö voidaan kokea eri tavoin, koska psykologinen tulkintaprosessi on vuorovaikutuksessa merkitysjärjestelmien ja sosiaalisten suhteiden kanssa.

Kun potilas ei tunne psykologisia tai psykiatrisia käsitteitä tai hän käyttää klinikolle outoja tunneilmauksia, voivat arkipäivän kuvaukset vaivoista ja niiden seurauksista

auttaa kliinikkoa arvioimaan mahdollista psykopatologiaa ja vaikeusastetta. Potilaan kertomuksen kuuntelu ja vastaanottaminen on monitahoinen prosessi. Vastaanottaminen sisältää sen, että hoitohenkilö ”kääntää” ja tulkitsee potilaan kuvauksen vaivoista teoreettisesta viitekehyksestään käsin. Kääntämistyö eri merkitysjärjestelmien välillä on tärkeä apuväline arvioitaessa häiriön ja sen vaikeustason ilmenemistä.

Potilaan arkipäivän kuvaus antaa tärkeää tietoa todellisista olosuhteista, ja siitä käsin kliinikko voi tehdä jatkokysymyksiä mahdollisten oireiden arvioimisesta. Kuvaukset arkielämästä antavat myös tietoa oireiden merkityksestä potilaille sekä kulttuurisesti sekä osana sosiaalisia suhteita ja kommunikaatiota. Tieto perheestä ja omaisista voi antaa tärkeää tietoa potilaan tilanteesta, vaivoista, toimintatasosta sekä avunsaantimahdollisuuksista. Samalla se antaa myös kuvan siitä, miten ihmiset potilaan lähipiirissä määrittelevät normaaliutta ja poikkeavaa käyttäytymistä.

Mahdollisuudet avunsaantiin ja ongelmien ratkaisuun voivat vaihdella. Ratkaisut ongelmiin löytyvät usein potilaan lähiympäristöstä ja elämäntilanteesta. On tärkeää tutkia millainen sosiaalinen verkosto potilaan ympärillä on ja mikä merkitys sillä on. Pienikin verkosto voi olla merkittävä voimavara. Tieto tukea antavista tekijöistä sekä mahdollisista muutoksista voivat auttaa yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimisessa.

**KYSYMYKSIÄ, JOILLA VOIDAAN SELVITTÄÄ
PSYKOSOSIAALISEEN YMPÄRISTÖÖN JA
TOIMINTAKYKYYN LIITTYVIÄ
KULTTUURISIA TEKIJÖITÄ**

- Miten vaivasi vaikuttavat arkipäivän toimintoihin?
(Mainitse tarvittaessa eri toimintoja.)
- Miten vaivasi vaikuttavat suhteisiin muihin ihmisiin
(perheenjäseniin, ystäviin, työtovereihin ym.)?
- Miten vaivasi vaikuttavat mahdollisuksiisi olla aktiivi-
nen?
- Miten vaivasi vaikuttavat mahdollisuksiisi huolehtia
kodista?
- Miten vaivasi vaikuttavat työkykyysi?
- Onko arkipäivän elämässäsi jotain, mikä myötä-
vaikuttaa tai on vaikuttanut siihen, että sinulla on vai-
voja? Mikä vaikuttaa tai on vaikuttanut sinuun (jos
ajankohtaista)? Miten sinä olet vaikuttanut?

- Onko joku tai joitakuita, joihin luotat ja joiden kanssa voit puhua vaivoistasi ja tilanteestasi?
- Voitko puhua perheesi tai omaistesi kanssa vaivoistasi? Onko siinä jotain vaikeaa?
- Millaista apua tarvitset arkipäivän toiminnoissa?
- Miten kerrot muille, että tarvitset apua?
- Keneltä saat neuvoja, tukea tai apua arkipäivän toiminnoissa?
- Millaista neuvoja, apua ja tukea voit saada arkipäivääsi?
- Onko sinulla jokin uskonto tai uskonnollinen yhteisö (seurakunta, uskonnollinen ryhmä), joka tukee ja auttaa sinua?
- Millaisia neuvoja, apua ja tukea saat arkipäivääsi?

MAAHANMUUTTO JA KULTTUURIIN SOPEUTUMINEN

”Kyllä, minulla on päänsärkyä ja selkävaivoja. Mutta ne eivät ole mitään verrattuna yksinäisyyteeni. Et voi ymmärtää, mitä merkitsee menettää kaikki ystävät ja kaikki kontaktit menneisyyteensä.”

46-vuotias mies, Irakin kurdi

Olemme lisänneet alkuperäiseen kulttuurisen haastattelun hahmotelmaan osan, joka koskee maahanmuuttoa ja kulttuuriin sopeutumista. Tämä kappale sivuaa kappaletta kulttuurisesta identiteetistä. Muutto on suuri muutosprosessi yksilölle ja kuormittava stressitekijä (Roth, 2006). Maahanmuutto on myös tunnettu skitsofrenian riskitekijä (Cantor-Grae ym. 2003; Cantor Grae ja Selten, 2005). Vaikuttavista mekanismeista on erilaisia hypoteeseja. Yksi hypoteesi on se, että pitkäkestoinen ”sosiaalinen epäonnistuminen” (”social defeat”) voi lisätä skitsofrenian riskiä. Sosiaalisilla epäonnistumisilla ja stressillä voi olla vaikutusta siihen, että potilas, jolla on maahanmuuttotausta, sairastuu psykoosiin (Zolkowska, 2003)

Maahanmuutto ei ole pelkästään äkillinen muutos vaan koostuu sarjasta tapahtumia ja sopeutumisesta erilaisiin stressitekijöihin (Westermeyer, 1989; Watters, 2001, Bhur-

ga, 2004, Achotegui, 2005). Akkulturaatioprosessin sujuminen riippuu monista tekijöistä, kuten motivaatiosta, etnisistä tekijöistä, iästä, sukupuolesta ym. (Comas-Diaz ja Greene, 1994; Canino ja Spurlock, 1994; Sakauye, 1992). Vaikka muutto voi olla stressaava, se on myös hyvin heterogeeninen prosessi. Kaikilla ei ole samanlaisia kokemuksia ennen maahanmuuttoa eikä myöskään sen jälkeen. Hoitohenkilöstön on tämän vuoksi huomioitava myös potilaan hallintakeinot ja vahvuudet (Bhurga, 2004).

Monilla pakolaisilla on traumakokemuksia ja sotakokemuksia kotimaasta tai pakomatkalta. Traumatisoituneet pakolaiset eivät usein spontaanisti kerro kokemuksistaan, eivät edes hoitohenkilöille (Nordström, 2004). Joskus kliinikon on vaikea ottaa vastaan ja ymmärtää potilaan kertomus traumasta, menetyksistä ja muutosta. Potilaat voivat kuvaata väkivaltaa, pahuutta, sosiaalista kaaosta ja sortoa – joskus kokemuksia, jotka ovat kaukana hoitohenkilökunnan kokemusmaailmasta. Kyvyttömyys kuvitella ja eläytyä voi rajoittaa hoitavan henkilön kykyä asettua potilaan asemaan ja ymmärtää hänen kokemuksiaan ja kärsimyksiään (Kirmayer, 2003).

Sveaas (2000) on kuvannut, kuinka tärkeä psykososiaalisen ympäristön merkitys on traumatisoituneille, maanpaossa asuville potilaille. Päivittäisillä aktiviteeteilla ja perheen läheisyydellä on vaikutusta traumatisoituneiden pakolaisten oireiluun. Al-Saffar (2003) korostaa kulttuurin kes-

keistä merkitystä siinä, miten potilaat kestävät potentiaalisesti traumaattisia kokemuksia ja miten tämä on yhteydessä sosiaalisen tuen kokemiseen. Hän korostaa myös yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksen merkitystä yksilön kyvyssä hallita potentiaalisesti traumatisoivia kokemuksia ja siinä, millainen riski on PTSD:n kehittymiselle. Al-Saffar kuvaa, miten konfliktialueilla myös kulttuuri kärsii ja sen suojaava merkitys vähenee. Hän vertaa tätä myös maanpaossa elämisen merkitykseen.

Maahanmuuttajapotilaan psykiatriseen tutkimukseen kuuluu myös hänen kertomuksensa muuttoon liittyvistä seikoista (Lee, 1990). Tätä tarvitaan, jotta ymmärrettäisiin potilaan elämäntilanne kotimaassa, lähtöperheen sosiaalinen status ja verkosto, muuttamisen syy sekä mahdolliset traumaattiset kokemukset. Tärkeiden sukulais- ja ystävyyssuhteiden menetyksen merkitys on syytä huomioida. Konkreettiset kysymykset, esimerkiksi matkoista kotimaahan, voivat antaa tietoa akkulturaatioprosessista. Potilaan kertomus muutosta ja akkulturaatiosta voi antaa klinikolle tietoa, jota hän tarvitsee yksilöllisen hoidon ja suunnittelun pohjaksi.

KYSYMYKSIÄ, JOILLA TUTKITAAN POTILAAN MUUTTOHISTORIAA JA AKKULTURAATIOTILANNETTA

- Mistä ** tulet?
- Miksi lähdit kotiseudultasi **? (**Käytä potilaan viittauksia.)
- Miten tulit Suomeen?

Tee muuton taustaan ja muuttotilanteeseen liittyviä jatkokysymyksiä (kunnioita potilaan rajoja siitä, mistä hän on valmis kertomaan).

- Miksi muutit juuri Suomeen?
- Miten elämäsi on muuttunut, kun muutit Suomeen?
(Tee jatkokysymyksiä elämästä kotimaassa, esimerkiksi työstä, asumisesta, sosioekonomisesta asemasta.)
- Mitä jätit taaksesi, kun muutit Suomeen?
- Keitä tärkeitä ihmisiä jäi kotimaahan?
- Mitä yhteyksiä sinulla on kotiseutuusi**?
- Millaisia yhteyksiä sinulla on perheenjäseniisi ja ystäviisi, jotka ovat siellä?
- Käytkö kotiseudullasi?
- Millaisia uusia suhteita olet saanut Suomessa?

- Millaisia uusia mahdollisuuksia olet saanut Suomessa?
(Tee jatkokysymyksiä työstä, koulutuksesta, asumisesta ja muista ajankohtaisista olosuhdetekijöistä.)
- Miten muutto on vaikuttanut perheeseesi?
- Onko muutto Suomeen on vaikuttanut terveyteesi?
(Tee lisäkysymyksiä.) Miten?
- Olitko uhan tai väkivallan kohteena kotimaassasi**?
- Oletko ollut uhan tai väkivallan kohteena matkalla Suomeen? Miten se vaikutti sinuun? (jos ajankohtaista)
- Oletko ollut uhan tai väkivallan kohteena Suomessa? Miten se on vaikuttanut sinuun?
- Ovatko omaisesi olleet uhan tai väkivallan kohteena kotimaassasi**?
- Ovatko omaisesi olleet uhan tai väkivallan kohteena Suomessa? Miten se on heihin vaikuttanut (jos ajankohtaista)? Miten se on vaikuttanut sinuun?
- Ajatteletko usein kotiseutuasi ja menneisyyttäsi?
- Millaisia odotuksia ja toiveita sinulla on tulevaisuuden suhteen?

KULTTUURISET TEKIJÄT POTILAAN JA HOITVAN HENKILÖN VÄLISESSÄ SUHTEESSA

”Anteeksi tohtori, mutta en ymmärrä. Tapasin omalääkärini ja kerroin hänelle selkäsärystäni. Hän ei uskonut minua, vaan lähetti minut psykiatrille. Nyt kun puhun psykiatrille, te kysytte selkäsärystäni.”

52- vuotias nainen Turkista

Kulttuuriset tekijät potilaan ja hoitohenkilön välisessä suhteessa. Koskee potilaan ja hoitohenkilön välisiä kulttuurieroja sekä eroja sosiaalisessa asemassa sekä ongelmia, joita nämä erot voivat aiheuttaa diagnostiikassa ja hoidossa (esimerkiksi vaikeudessa kommunikoida potilaan äidinkielellä, ymmärtää oireita tai niiden kulttuurista merkitystä, luoda toimiva suhde tai läheisyystaso ja arvioida, onko käyttäytyminen normaalia vai patologista).

Kappaleen tarkoituksena on kiinnittää huomio ja arvioida potilaan ja hoitohenkilön välisten sosiokulttuuristen tekijöiden merkitystä diagnostiikassa. Hoitohenkilö tarvitsee aikaa miettiä ja arvioida suhdetta ja sitä, miten se vaikuttaa arviointiin. Keskeistä vuorovaikutuksessa on kieli.

Kieli, kielen ymmärtäminen ja tulkkauksen toimiminen

ovat merkittäviä sekä vuorovaikutuksessa että hoitosuhteessa. Käsitys sopivasta läheisyydestä voi vaihdella, ja se vaikuttaa siihen, miten mukavaksi hoitohenkilö ja potilas tuntevat olonsa ja mistä asioista on mahdollista puhua.

Käsitys diagnostisen haastattelun luonteesta vaikuttaa kliinikon ja potilaan väliseen suhteeseen. Potilaan käsitykseen vaikuttaa hänen tietonsa hoitojärjestelmästä ja se, millaista tietoa hänelle annetaan arvioinnin ja haastattelun yhteydessä. Jos potilas ei ymmärrä tilannetta, on vaikea toteuttaa onnistunutta haastattelua. Suhteeseen vaikuttavat myös ne tunteet, joita potilas ja hoitohenkilö kokevat keskustelussa.

Comas-Diaz ja Jacobson (1991) kuvaavat, miten kulttuuriset ja etniset tekijät aiheuttavat psykoterapiassa tunnereaktioita sekä terapeutissa että potilaassa. Reaktiot voivat vaihdella liioitellusta ystävällisyydestä epäluuloon tai enemmän tai vähemmän piilotettuun vihamielisyyteen. Reaktiot voivat leimata suhdetta. Comas-Diaz ja Jacobson korostavat, että sekä korostunut epäluuloisuus että korostunut huomion kiinnittäminen eroihin etnisessä taustassa voivat estää toimivan yhteistyösuhteen luomista. Potilas ja hoitohenkilö voivat piiloutua ”et voi koskaan ymmärtää minua”-asenteen taakse.

Ahlberg (2000) kuvaa sukupuolen, hierarkioiden ja sosiaalisten käyttäytymissääntöjen merkitystä traumatisoituneiden kurdinaisten psykoterapiasuhteissa. Nämä tekijät

vaikuttavat sekä kliinikkoon että potilaaseen myös diagnostisissa arviointitilanteissa. Omien tunteiden ja reaktioiden arviointi voi helpottaa ymmärtämään omaa roolia. Asiallinen potilaan näkökulman, kulttuurin ja olosuhteiden tutkiminen voi auttaa luomaan hyvän suhteen.

Lopuksi hoitavan henkilön on arvioitava ja refleктоitava, kuinka hyvin hän voi ymmärtää potilasta ja kuinka hyvin hän pystyy asettumaan potilaan näkökulmaan ja tilanteeseen. Hänen on myös ajateltava, miten tämä vaikuttaa oikean diagnoosin tekemiseen ja normaalin sekä patologisen välisen rajan määrittämiseen. Hoitavan henkilön on myös mietittävä, onko määrittely ymmärrettävä ja merkityksellinen potilaille ja miten he yhdessä voivat muotoilla hoitosuunnitelman. Kliinikon aktiivisesti refleктоiva suhtautumistapa voi tuoda osaamista diagnostisointiprosessiin ja edesauttaa hyvän suhteen kehittymistä. Seuraavassa on ehdotuksia kysymyksiksi potilaille, jotta kuultaisiin, miten hän kokee haastattelun ja ehdotuksia kysymyksiksi kliinikolle, jotta hän voisi arvioida omaa osuuttaan.

Haastattelu ja yhteenvetoarvio eivät ole loppupiste, vaan alku kiinnostukselle potilaan sairausnäkökulmaa ja kulttuurisia yhteyksiä kohtaan.

**KYSYMYKSIÄ, JOILLA SELVITETÄÄN
KULTTUURISTEN TEKIJÖIDEN MERKITYSTÄ
POTILAAN JA HOITAVAN HENKILÖN
VÄLISESSÄ SUHTEESSA**

- Miten olet onnistunut kuvaamaan ja selvittämään vaivojasi ja tilannettasi minulle?
- Mikä merkitys sinulle on ollut sillä, että olet/et ole voinut käyttää äidinkieltäsi?
- Miten tulkin käyttö on toiminut keskustelussamme? (jos ajankohtaista)
- Olisitko tarvinnut tulkkia?
- Mitä ajattelet tekemistäni kysymyksistä?
- Onko jotain tärkeää, josta olisit halunnut kertoa, mutta josta emme puhuneet?
- Mikä on ollut helppoa selittää?
- Mikä on ollut vaikea selittää?
- Kuinka hyvin uskot minun ymmärtävän vaivojasi ja tilannettasi?
- Kuinka uskot muiden täällä yksikössä ymmärtävän vaivojasi ja tilannettasi?

Lopuksi klinikko itse arvioi, millainen haastattelu oli.

REFLEKTOIVIA KYSYMYKSIÄ

- Millainen suhde potilaaseen oli?
- Mikä vaikeutti tai helpotti hyvän suhteen syntymistä?
- Millaista kommunikaatio oli?
- Mikä vaikeutti tai helpotti kommunikaatiota?
- Miten kieli toimi keskustelussa?
 - Mitä merkitsi, ettei ollut samaa äidinkieltä? (jos ajan kohtaista)
 - Mitä tulkin käyttö vaikutti?
 - Miten se vaikutti, ettei tulkkia käytetty?
- Millainen läheisyystaso oli?
- Mikä vaikeutti tai helpotti sopivan läheisyystason saavuttamista?
- Kuinka ymmärsit potilaan vaivoja?
- Mikä helpotti tai vaikeutti ymmärryksen syntymistä?
- Millaisia tunteita ja reaktioita potilas sinussa herätti?
- Kuinka hyvin ymmärsit potilaan elämäntilannetta ja sosiaalisia yhteyksiä?
- Mikä helpotti tai vaikeutti ymmärtämistä?
- Kuinka hyvin ymmärsit potilaan käsitystä itsestään ja odotuksia hoidon suhteen?
- Mikä vaikeutti tai helpotti ymmärtämistä?
- Miten käsittelet tunteitasi ja reaktioitasi?
- Miten hyvin pystyit päättämään, mikä potilaan vai

voissa oli normaalia ja mikä patologista?

- Kuinka luotettava diagnoosisi on?
 - DSM-IV:n mukaan (akselit I-II)
 - muiden DSM-IV:n akselien mukaan?
- Kuinka hyvin pystyt ehdottamaan asianmukaista hoitoa?
- Kuinka hyvin pystyt tekemään diagnostisen arvion ymmärrettäväksi potilaalle?
- Millainen merkitys kyseisen potilaan etnisillä, kulttuurisilla ja sosiaalisilla tekijöillä oli tapaamisessanne?
- Muita tilanteeseen liittyviä reflektioita?

KOKONAISVALTAINEN DIAGNOSTIIKAN JA HOIDON ARVIOINTI

Kokonaisvaltainen kulttuurinen arviointi, joka koskee diagnostiikkaa ja hoitoa. Kulttuurinen haastattelu päättyy kattavaan keskustelun siitä, miten kulttuuristen tekijöiden huomioiminen vaikuttaa monipuoliseen diagnostiikkaan ja hoitoon.

Lopuksi tehdään arvioyhteenvedo siitä miten sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat diagnostiikkaan ja hoitoon. Tätä voidaan kuvata myös siten, että klinikko kääntää potilaan kertomuksen ammattikielelle omasta teoreettisesta viitekehystänsä käsin. Yhteenvedo perustuu potilaan kertomukseen ja muihin oleellisiin tietoihin.

Yhteenvedo kirjoitetaan kertomuksen muotoon, ja se voi olla täydentävä dokumentti muussa sairauskertomuksessa. Yhteenvedon tulee sisältää kulttuurisen haastattelun eri osiot ja muut tärkeät asiat, jotka haastattelussa tulevat esille. Eri osioista saadun tiedon perusteella klinikko voi arvioida, miten kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat potilaan sairauteen ja elämäntilanteeseen sekä tautiluokituksen mukaiseen luokitteluun ja hoitoon. Potilaan näkökulman tulee olla apuna hoitosuunnitelman laatimisessa.

Yhteenvedossa on hyvä olla mukana tietoa potilaan

oman sairauskuvauksen yksityiskohdista (etnografista tietoa). Etnografinen tieto auttaa lukijaa saamaan ymmärrettävän kuvan potilaan tilanteesta. Tätä voi verrata siihen, miten kaunokirjallisuuden yksityiskohtaiset kuvaukset auttavat meitä luomaan mielikuvia.

Yhteenvedossa tulee olla esillä sekä ajankohtaisia vaikeuksia että potilaan voimavaroja ja mahdollisuuksia tuen saamiseen. Kuvaa myös epäselvyyksiä, arviointivaikeuksia ja pohdintoja. Keskustele mielellään arviointiyhteenvedosta myös potilaan kanssa. Esimerkkejä siitä, miten yhteenve-to voidaan kirjoittaa, voit katsoa Bäärnhelmin ja Scarpinati-Rosson kirjoituksesta (tarkastettavana).

NÄKÖKULMIA JA KÄYTÄNNÖN OHJEITA HAASTATTELIJALLE

YHTEISTYÖSUHDE

Hyvän haastattelun edellytys on, että potilas ymmärtää haastattelun tarkoituksen, luottaa klinikkoon ja voi tuntea olevansa turvassa ja kunnioitettu. Yhteistyösuhde klinikon ja potilaan välillä vaikuttaa haastattelun laatuun. Psykoterapiatutkimus osoittaa, kuinka tärkeitä suhteeseen liittyvät tekijät ovat hyvän terapeuttisen lopputuloksen kannalta (Lambert ja Barley, 2002). Norcross (2002) kuvaa joukon merkityksellisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat positiiviseen suhteeseen ja tehokkaaseen hoitoon sekä keskusteluterapian että lääkehoidon osalta: liittyminen (allianssi), olosuhteet, empatia, yksimielisyys hoidon tavoitteista, yhteistyö, yhteisymmärrys, palaute ja vastatransferenssi (terapeutin tunnereaktiot). Vaikka olisi vaikeaa siirtää psykoterapiatutkimuksen tuloksia psykiatriseen diagnostiikkaan, tutkimus osoittaa, miten välttämätöntä on luoda hyvä yhteistyösuhde ja positiivinen suhde potilaaseen. Johansson (2006) korostaa terapeuttisen yhteistyösuhteen merkitystä keskeisenä tekijänä, joka määrittää potilaan kokemusta psykiatrisesta hoidosta.

Interpersonaalinen prosessi haastattelutilanteessa voidaan karkeasti jakaa kahteen osatekijään, kognitiiviseen ja emotionaaliseen. Kognitiivinen osa sisältää tutkittavan

tiedon, haastattelun tavoitteen ja sen, miten tavoitteeseen päästään. Emotionaalinen osa sisältää suhteen ja tunnekontaktin. Tähän kuuluu potilaan kokemus ”sisällä” tai ”ulkona” olemisesta suhteessa kliinikkoon. Potilas tarvitsee keskustelussa sopivan sitoutumistason, jotta hän voi osallistua siihen vapaasti. Potilas ei saa tuntea olevansa haastattelijan dominoima siten, että se rajoittaa hänen vapauttaan vastata vapaasti. Potilaan taustalla olevat kokemukset hyväksytyksi tulemisesta vaikuttavat hänen vastauksiinsa. Potilaan eikielellinen viestintä, kuten asennot tai jännittyneisyys, voi antaa vihjeitä siitä, miten hän kokee haastattelutilanteen.

HAASTATTELU TULKIN VÄLITYKSELLÄ

Haastattelut on usein tehtävä tulkin välityksellä. Kliinikolla on vastuu siitä, että sekä potilas että tulkki ovat tietoisia haastattelun tarkoituksesta, työtavasta ja siitä, miten tulkkauksen tapahtuu. Potilasta on informoitava tulkin vaitiolovelvollisuudesta. Kognitiivisessa psykoterapiassa Grabos ja Hagström (2006) korostavat saman tulkin pysyvyyden merkitystä ja sitä, että tulkit sisäistävät työtavan eli tilanteen pelisäännöt ja että rajat tehdään selviksi. Sekä kliinikon että tulkin on tunnettava olonsa turvalliseksi tulkin kanssa ja ymmärrettävä, miten hän toimii. Tämä koskee erityisesti tilanteita, joissa tulkki kääntää tunteita ilmaisevia sanoja, kuten surua tai pelkoa.

Kale (2006) korostaa, miten tärkeää on, että potilas saa

tietoa tulkkauksäännöistä ja siitä, miten tulkki työskentelee, jotta hän tietää, mitä on odotettavissa. Tulkin käyttö koetaan usein aikaavieväksi, mutta se antaa tilaa myös harkinnalle ja ajattelulle.

KENELLE?

Kliinisessä työssä on hyvä käyttää käsikirjaa apuna potilaiden haastattelussa, koska on viitteitä siitä, että sosiokulttuurisilla tekijöillä on merkitystä diagnostiikassa ja hoidossa.

MILLOIN JA KENEN TOIMESTA?

Kulttuurinen haastattelu kannattaa tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa diagnostista arviointiprosessia, mieluiten joillakin ensimmäisistä seurantakäynneistä. Kliinikon, joka tekee diagnostisen arvioinnin, kannattaa tehdä haastattelu. Sitä voidaan myös käyttää osana tiimityötä, jossa useita henkilöitä on mukana diagnostisessa työssä. Älä koskaan käytä haastattelua ainoana diagnostiikan välineenä, vaan täydennyksenä tavalliseen diagnostiseen työhön.

HAASTATTELUTEKNIikka

Ehdottamamme haastattelutekniikka on semistrukturoitu eli pohjalla on struktuuri, joka antaa tilaa joustavuudel-

le. Monet kysymyksistä ovat avoimia ja antavat potilaalle mahdollisuuden vastata ja assosioida vapaasti. Haastattelijalla on mahdollisuus muotoilla kysymyksiä ja muuttaa niiden järjestystä, kuten myös kohdentaa niitä mielenkiintoisille alueille. Täten vältetään tarpeetonta jäykkyyttä, ja samalla käsikirja auttaa haastattelijaa säilyttämään haastattelun struktuurin menettämättä fokusta. Semistrukturoitu muoto tekee systemaattisen ja joustavan tiedonkeruun mahdolliseksi.

KÄYTÄNNÖN NÄKÖKOHTIA

HAASTATTELUN SUUNNITTELU

Valmistaudu haastatteluun, suunnittele ajankäyttö, muista, että keskustelu tulkin välityksellä vie aina enemmän aikaa. Ole ystävällinen ja asiallinen, kun kuvaat haastattelun tarkoitusta. On tärkeää, että potilas hyväksyy haastattelun tavoitteen. Yritä luoda yhteistyösuhde, jossa potilas tuntee olevansa vapaa reflektoimaan kysymysten ympäriltä. Kunnioita hänen rajojaan siinä, mitä hän haluaa kertoa, ja ole valmis palaamaan myöhemmin tunteita herättäville alueille. Kerro luottamuksellisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta.

Haastattelijan sitoutuminen, kiinnostus ja kunnioitus auttavat luomaan helpommin hyvän yhteistyösuhteen. Kun

pohjalla on ammatillinen uteliaisuus, voi keskustelu edetä helposti. Pidä koko ajan mielessä, että keskustelun tavoite on ymmärtää ja parantaa potilaan psyykkistä terveydentilaa. Haastattelu voidaan käytännössä jakaa johdanto-osaan, haastatteluosaan ja lopetusosaan.

JOHDANTO-OSA

Selvitä johdantona haastattelun tarkoitus ja se, miten se toteutetaan sekä potilaalle että tulkille. Yritä luoda rento haastattelutilanne ja etsiä ne ongelmat, jotka potilasta vaivaavat ja joista hän on huolissaan. Ajattele kulttuurisia ja sosiaalisia muodollisuuksia ja käytöstapoja, jotka koskevat vaatetusta, tervehtimistä, etäisyyttä ja jopa fyysistä kosketusta. Tarkkaile kieleen liittyviä kommunikoinnin rajoituksia. Käytä tulkkia.

HAASTATTELUOSA

Käsikirjan kysymykset on tarkoitettu tueksi ja lähtökohdiksi. Muotoile kysymyksiä tarpeen mukaan. Tutki erityisen tarkkaan niiden kysymysten alueet, jotka ovat merkityksellisiä kliiniselle ymmärrykselle. Tee jatkokysymyksiä potilaan kuvaamista vaivoista ja ongelmista, käytä mielellään hänen sanastoaan. Etene hienovaraisesti eri kulttuurisen haastattelun käsikirjan osa-alueille. Yritä hellävaraisesti

viedä haastattelu spontaanilla tavalla ”seuraamalla” potilasta kysymysten asettelussa. Tarkkaile, miten potilas muotoilee oireensa ja huolensa. Anna potilaan ilmaista itseään vapaasti ja auta häntä löytämään ymmärrystä vaivoihinsa ja ongelmiinsa niin kattavasti kuin mahdollista.

LOPETUSOSA

Tee lopuksi yhteenveto keskustelun sisällöstä ja arvioi tilannetta mielellään yhdessä potilaan kanssa. Tee yhteenveto jokaisesta käsikirjan osiosta. Siten voit varmistaa että olet ymmärtänyt häntä oikein. Kysy myös potilaalta, onko hänellä vielä muuta tietoa tai selvittämättömiä kysymyksiä. Kun haastattelu päättyy, on sinun selitettävä tilannetta ja yritettävä löytää yhteisymmärrys arvioinnin ja hoidonjatkosta. Kiitä mielellään potilasta siitä, että hän on antanut sinulle uutta tietoa.

*Kehittääksemme käsikirjaa olemme hyvin kiitollisia
sinun ja potilaasi kokemuksista ja mielipiteistä.*

Mielipiteitä voi lähettää

Sofie Bäärnhelmille, sofie.baernehlm@sll.se

Marco Scarpinati Rossolle, marco.scarpinati-rosso@sll.se

Laszlo Pattyille, lazlo.patty@sll.se

Viitteet

- Achotegui, J.** (2005). Emigration in hard condition: the immigrant syndrome with chronic and multiple stress. *Vertex*, 16, 105-113
- Ahlberg, N.** (2000). "No five fingers are alike". What Exiled Kurdish Women in Therapy told me. Oslo: Solum förlag.
- Al Saffar, S.** (2003). "Trauma, ethnicity and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry." Doktorsavhandling. Section of psychiatry, Neurotec Department, Karolinska Institutet, Stockholm.
- American Psychiatric Association.** (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association.** (2002). Cultural assessment in clinical psychiatry Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Berry J.W., & Kim U.** (1988). Acculturation and mental health. I J. Dasen, J.W. Berry, & N. Sartorius, (Red.), Health and Cross-Cultural Psychology towards Application (s.207-235). London: Sage Publication.
- Bhurga, D.** (2004). Migration in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Borgå, P.** (1996). Psykopatologi utifrån ett kulturellt perspektiv. I P. Borgå, S. Bäärnhjelm, & S. Ekblad, (Red.), Kulturell psykiatri. Konferenssitelmä. Stockholm: CPFU, 63-72.
- Bäärnhjelm, S.** (2004). Restructuring illness meaning through the clinical encounter: a process of disruption and coherence. *Cul-*

ture, Medicine and Psychiatry, 28, 41-65.

- Bäärnhelm S.** (2006). När det hander sådana saker, blir man förvirrad... Tidskrift för Forskning I Sygdom og Samfund, 5, 67-80.
- Bäärnhelm, S.** (2007). Att möta den man möter I den mångkulturella vården. I B. Fossum. (Red). kommunikation i vården, Lund: Studentlitteratur.
- Bäärnhelm, S.,** Löfvander, m., Håkansson, B. (2007). Transkulturell medicin (s. 942-952) Sundbyberg: Apoteket AB, Läkemedelsboken.
- Bäärnhelm, S., Ekblad, S.** (2000). Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm. A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. Culture, medicine and Psychiatry, 24(4), 431-52.
- Bäärnhelm, S., & Scarpinati Rosso, M.** (tarkastettavana). The Cultural Formulation – a Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatry Diagnosing. Transcultural Psychiatry.
- Canino, I, Spurlock, J.** (1994). Culturally Diverse Children and Adolescents. Guildford: New York.
- Cantor-Grae, E., Pedersen , C.B., McNeil, T.F., & Mortensen, B.** (2003). Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohorty study. British Journal Of Psychiatry, 182, 117-22.
- Cantor-Grae, E., & Selten, J.P.** (2005). Schizophrenia and Migration: a meta-analysis and review. American Journal of Psychiatry, 162, 12-24.
- Comas-Diaz, L., & Greene, B.** (1994). Women of Color. Guildford: New York.

- Comas-Diaz, L., & Jacobsen F.** (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *Am J Orthopsychiatry*, 61 (3), 392-402.
- Esposito, L.J.** (1998). *Islam. Den raka vägen*. Lund: Studentlitteratur.
- Geertz, C.** (1983). *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books.
- Good, B.J.** (1997). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. I L. Eisenberg, & A. Kleinmann, (Red.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- Grabos, M., & Hagström, M.** (2006). *Psykoterapi med tolk: möjligheter – svårigheter. Legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv Psykoterapi*. Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi.
- Hannerz, U.** (1992). *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. New York: Columbia University Pres.
- Hylland Eriksen, T.** (2004). *What is Anthropology? England: Pluto Pres.*
- Johansson, H.** (2006). *Therapeutic alliance in general psychiatric care. Doktorsavhandling. Department of Psychology, Lund University and Division of psychiatry, Lund university Hospital.*
- International guidelines for Diagnosis Assessment Workgroup, WPA.** (2003). IGDA. Introduction. *British Journal of Psychiatry*, 182 (suppl.45), 37-39.
- Kale, E.** (2006). "Vi tar det vi har". Om bruk av tolk i helsevesendet i Oslo. en Spørreskjemaundersøkelse. NAKMl:s skriftelse om minoriteter og helse 2/2006.

- Kirmayer, L.J.** (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl.13), 22-30.
- Kirmayer, L.J.** (2003). Failures of imagination: the refugee's narrative. *Psychiatry, Anthropology & Medicine*, 11, 3-10.
- Kirmayer, L. J., & Minas, H.** (2000). The future of Cultural Psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 438-46.
- Kleinman, A.** (1977). Depression, somatization, and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science and Medicine*, 11, 3-10.
- Kleinman, A.** (1988). *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition.* USA. Basic Books.
- Kleinman, A.** (1991). "Preface, part II: What is depression" (s. vii-xvii). I J. Becker & A. Kleinman, (Red.), *Psychosocial aspects of depression.* London: Lawrence Erlbaum associates, Publishers.
- Kleinman, A.** (1996). "How is Culture important for DSM-IV?" I J. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, & D. Parron (Red.), *Culture & Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective* (s. 15-25) Washington: American Psychiatric Pres.
- Kleinman, A., & Benson, P.** (2006) Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Public Library of Science-Medicine*, 3 (10), 1673-1676.
- Lambert, M.J., & barley, D.E.** (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapeutic outcome. I J.C. Norcross, (Red). *Psychotherapy relationship that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 17-32) New York. Oxford University Pres.

- Lee, E.** (1990). Assessment and treatment of Chinese-American immigrant families. In: G. Saba, B. Karrere, K. Hardy, (Red.) *Minorities and Family Therapy* (s. 191-209) New York: Haworth.
- Leff, J.** (1973). Culture and the differentiation of emotional states. *British Journal of Psychiatry*, 123, 299-306
- Levenstein, J.H., McCracken, E.C., McWhinney, I.R., Stewart, M.A., Brown, J.B.** (1986). The Patient centered clinical method. A model for the doctor-patient interaction. *Family Practice*, 13 (1), 24-30.
- Lewis-Fernandes, R.** (1996). Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, (2), 132-144.
- Mezzich, J.E., & Salloum, I.M.** (painossa). Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Norcross, J.C.** (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributors and responsiveness to patients* (s. 3-16) New York: Oxford University Press.
- Norström, E.** (2004). *I väntan på asyl. Retorik och praktik i svensk flyktingpolitik*. Umeå: Borea förlag.
- Roth, G.** (2006). A perspective study of mental health among mass-evacuated Kosovo Albanians. Doktorsavhandling. Karolinska institutet, Department of Clinical Neuroscience, Stockholm.
- Sherman Heyl, B.** (2001). *Ethnographic Interviewing*. I P. Atkinson., A. Coffey., S. Delamont, J. Lofland (Red.), *Handbook of Ethnography* (s. 369-383). London: Sage Publication.

- Spradley, J.P.** (1997). *The ethnographic interview*. Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Sakauye, K.** (1992). The elderly Asian patient. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 85-104.
- Sveaas, N.** (2000). Restructuring meaning after uprooting and violence. Psychosocial interventions in refugee receiving and post-conflict societies. Institute of Psychology. Faculty of Social Sciences, University of Oslo.
- Tseng, W-S.** (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry*. San Diego: Academic Pres.
- Watters, C.** (2001). Emerging paradigm in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, 52, 709-1718.
- Westermeyer, J.** (1989). Orientation to migration and migrants. I J. Westermeyer, (Red.), *Psychiatric Care of Migrants: a Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zolkowska, K., Cantor-Grae, E., & McNeil, T.** (2003). Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychological Medicine*, 31, 669-678.

Liite 1

Seuraavassa on yhteenveto ehdotetuista kysymyksistä kulttuurisessa haastattelussa.

Kulttuurisen haastattelun kysymyksiä

Mukauta kieli ja muotoilu haastateltavan mukaisiksi. Esitettyjen kysymysten järjestys voi vaihdella. Ole herkkä kuulemaan potilasta ja kunnioita hänen rajojaan siitä, mistä hän on valmis kertomaan. Tarkista onko potilas ymmärtänyt oikein. Ole valmis tarvittaessa toistamaan kysymykset.

Kulttuuriset sairauksien selitysmallit – ilmaisu ja merkityksen anto

Ensin joitakin kysymyksiä vaivoistasi:

Mitä vaivoja sinulla on?

Miten vakavina pidät niitä?

Mitä sanoja käytät, kun puhut vaivoistasi perheellesi omalle tai ystäville?

Sano mielellään omalla kielelläsi?

Tunnetko jonkun, jolla on samanlaisia vaivoja?

Mistä uskot vaivojesi johtuvan?

Millaista apua ja hoitoa odostat?

Millaista apua ja hoitoa olet saanut?

Millaista apua olisit etsinyt, jos asuisit vielä kotimaassasi
(jos ajankohtaista)

Mitä perheesi, omaisesi ja ympäristösi* ajattelee vaivoistasi?

Kuinka vakavina he* pitävät vaivojasi?

(*toista henkilöt, joihin potilas viittaa)

-Mitä sanoja he* käyttävät vaivoistasi?

Käytä mielellään omaa kieltäsi.

Mitä he* pitävät syynä vaivoihisi?

Millaista apua ja hoitoa heidän* mielestään sinun pitäisi hakea vaivoihisi?

Apua voidaan hakea eri tavoin. Oletko kokeillut muita hoitoja kuin terveydenhuolto Suomessa? (mainitse mieluusti esimerkkejä kansanparannuksesta, vaihtoehtoisesta lääketieteestä tai hoidosta lähtömaassa tai Suomessa, sen mukaan kuin tilanteeseen ja potilaalle sopii).

Maahanmuutto ja kulttuuriin sopeutuminen

Nyt teen kysymyksiä muutostasi Suomeen (jos ajankohtaista).

Mistä** tulet?

Miksi lähdit kotimaastasi**?

(käytä potilaan mainitsemaa paikkaa)

Miten tulit suomeen? Tee jatkokysymyksiä maahanmuutosta ja siihen liittyvistä

yksityiskohdista (kunnioita potilaan rajoja siinä, mitä hän haluaa ja on valmis kertomaan)

Miksi muutit juuri Suomeen?

Miten muutto Suomeen on vaikuttanut elämääsi? (tee jatkokysymyksiä elämästä lähtömaassa, esimerkiksi työstä, asumisesta, sosioekonomisesta asemasta)

Mitä jouduit jättämään taaksesi, kun muutit Suomeen?

Keitä tärkeitä ihmisiä jätit?

Millaisia yhteyksiä sinulla on kotiseudullesi**?

Millainen yhteys sinulla on perheenjäseniin ja ystäviin, jotka jäivät sinne**?

Käytkö kotiseudullasi?

Millaisia uusia ihmissuhteita olet saanut Suomessa?

Millaisia uusia mahdollisuuksia olet saanut Suomessa?

(Tee jatkokysymyksiä työstä, koulutuksesta, asumisesta ja muista tilanteeseen liittyvistä asioista.)

Miten muutto on vaikuttanut perheeseesi?

Onko muutto vaikuttanut terveyteesi?

(Tee jatkokysymyksiä siitä, mitä potilas ajattelee)

Miten?

Oletko joutunut uhan tai väkivallan kohteeksi kotimaassasi**?

Oletko joutunut uhan tai väkivallan kohteeksi Suomessa?
Miten se on vaikuttanut sinuun? (jos tarpeen)
Joutuivatko omaisesi uhan tai väkivallan kohteeksi koti-
maassasi**?
Joutuivatko omaisesi uhan tai väkivallan kohteeksi matkal-
la Suomeen?
Ovatko omaisesi joutuneet uhan tai väkivallan kohteeksi
Suomessa?
Miten se on vaikuttanut omaisiisi? (jos tarpeen)
Miten se on vaikuttanut sinuun?
Ajatteletko usein kotiseutuasi** ja menneisyyttäsi?
Millaisia odotuksia ja toiveita sinulla on tulevaisuudelta?

Potilaan kulttuurinen identiteetti

Nyt teen sinulle kysymyksiä, jotka koskevat kulttuurista, et-
nistä ja uskonnollista taustaasi ja sidosryhmiäsi.
Onko joku ryhmä tai useampia ryhmiä, jotka ovat sinulle
tärkeitä? Tarkoitin esimerkiksi
kansallisia, etnisiä, uskonnollisia, sosiaalisia tai muita ryh-
miä. (nimeä tarvittaessa).
Pidätkö itseäsi ***?
(Nimeä etninen ryhmä, esimerkiksi ”kurdina”, ota esimerk-
ki aikaisemmista vastauksista)
Pidätkö itseäsi suomalaisena?
Millaisena uskot muiden pitävän sinua? (ota esimerkkejä
tarvittaessa aikaisemmista vastauksista)

Mitä ryhmään*** kuuluminen sinulle merkitsee?

(käytä potilaan nimeämää ryhmää, jos näitä on useita, kysy kaikista)

Voitko kuulua useampaan ryhmään***? (jos aiheellista)

Millaisia ongelmia se aiheuttaa?

Millaisia mahdollisuuksia se antaa?

Onko kokemuksesi ryhmään*** kuulumisesta muuttunut?

Mitä se on sinulle merkinnyt? (jos aiheellista)

Kaipaatko jotakin?

Oletko saanut joitakin uusia mahdollisuuksia?

Miten ympäristösi suhtautuu perheeseesi ja ryhmään***?

Oletko tullut väärin ymmärretyksi tai epäoikeudenmukaisesti kohdelluksi, koska kuulut ryhmään***?

Onko ryhmä tai ryhmiä, jotka ovat tärkeitä perheellesi? Tarhoitan esimerkiksi kansallisia, etnisiä, kulttuurisia, uskonnollisia tai muita ryhmiä (nimeä tarvittaessa)

Mitä ryhmä*** merkitsee perheellesi?

(käytä potilaan nimeämää ryhmää, jos niitä on useita, kysy kaikista)

Miten kuuluminen useampaan ryhmään*** onnistuu perheeltäsi? (jos tarpeen)

Nyt kysyn sinulta kieleesi liittyviä asioita.

Mitä kieltä/kieliä osaat?

Mitä kieltä käytät mieluiten?

Miten käytät kieliä eri tilanteissa, kotona, perheen kanssa, työssä, terveydenhuollossa?

Milloin opit eri kielet?
Millä kielellä näet unia?

Psykososiaaliseen ympäristöön ja toimintakykyyn liittyvät kulttuuriset tekijät

Nyt kysyn sinulta siitä, miten vaivasi vaikuttavat elämääsi.
Miten vaivasi vaikuttavat arjen sujumiseen (ota tarvittaessa
esimerkkejä arkipäivän
toiminnoista)

Miten vaivasi vaikuttavat ihmissuhteisiisi? (perhe, ystävät,
työtoverit ym.)

Miten vaivasi vaikuttavat mahdollisuuksiisi olla aktiivinen?

Miten vaivasi vaikuttavat kykyysi huolehtia kodista?

Miten vaivasi vaikuttavat kykyysi tehdä työtä/opiskella?

Onko arjessasi jotakin, joka lisää tai on lisännyt vaivojasi?

Mitä?

Miten se on lisännyt vaivojasi?

Nyt kysyn sinulta kysymyksiä siitä, mistä saat neuvoja, apua
ja tukea.

Onko sinulla joku tai joitakuita, joihin luostat ja joille voit
puhua vaivoistasi ja tilanteestasi?

Voitko puhua perheellesi ja omaisillesi vaivoistasi?

Onko siinä vaikeuksia?

Millaista arkipäivän apua tarvitset?

Miten kerrot muille, että tarvitset apua?

Keneltä saat neuvoja, tukea ja apua arkipäivän asioissa?

Onko sinulla uskonnollinen vakaumus tai kuulutko johonkin uskonnolliseen ryhmään (seurakunta, uskonnollinen ryhmä), joka tukee ja auttaa sinua?

Millaista apua ja tukea saat? (jos tarpeen)

Kulttuuriset tekijät potilaan ja klinikon välisessä suhteessa

Lopuksi haluan kuulla sinulta, miten olet kokenut tämän haastattelun ja yhteistyön tällä vastaanotolla.

Kuinka olet onnistunut kuvaamaan vaivojasi ja tilannettasi minulle?

Miten se, että olet/et ole voinut käyttää äidinkieltäsi, on merkinnyt?

Miten tulkin käyttö haastattelussa sujui? (jos tarpeen)

Olisitko tarvinnut tulkkia?

Mitä ajattelet kysymyksistä, joita tein?

Jäikö sinulta jotakin tärkeää kertomatta haastattelussamme?

Mitä oli helppoa kertoa?

Mitä oli vaikea kertoa?

Kuinka hyvin uskot minun ymmärtävän vaivojasi ja tilannettasi?

Kuinka hyvin uskot muiden täällä yksikössämme ymmärtä-

vän vaivojasi ja tilannettasi?

**Lopuksi haastattelija arvioi,
millainen haastattelu oli.**

Ehdotuksia arviointikysymyksiksi.

Millainen suhde potilaaseen oli?

Mikä vaikeutti tai helpotti hyvää suhdetta?

Millainen kommunikaatio oli?

Mikä vaikeutti tai helpotti kommunikointia?

Miten kieli vaikutti keskusteluun?

Mitä yhteisen äidinkielen puuttuminen vaikutti? (jos tarpeen)

Mitä tulkin käyttäminen vaikutti?

Mitä tulkin puuttuminen vaikutti?

Millainen läheisyystaso oli?

Mikä vaikeutti tai helpotti sopivan läheisyystason saavuttamista?

Kuinka mielestäsi ymmärsit potilaan vaivoja?

Mikä vaikeutti tai helpotti ymmärrystä?

Kuinka arvioit mahdollisuuksiasi ymmärtää potilaan elämäntilannetta ja sosiaalisia yhteyksiä?

Kuinka arvioit mahdollisuuksiasi ymmärtää potilaan kuvaa itsestään ja hänen odotuksiaan hoidolta?

Mikä vaikeutti tai helpotti ymmärrystä?

Millaisia tunteita ja reaktioita potilas herätti sinussa?
Miten käsittelet tunteitasi ja reaktioitasi?
Kuinka arvioit mahdollisuuksiasi arvioida, mikä potilaan
vaivoissa oli normaalia ja mikä patologista?
Kuinka luotettavana pidät diagnostiikkaasi? (DSM- akselit
I ja II)
Muiden akselien osalta?
Kuinka arvioit mahdollisuuksiasi ehdottaa adekvaattia hoi-
toa?
Kuinka arvioit mahdollisuuksiasi tehdä diagnostinen arvio-
si ymmärrettäväksi potilaalle?
Mitä arvioit oman ja potilaasi etnisen, sosiaalisen ja kult-
tuurisen taustan merkinneen tapaamisessa?
Muita tilanteeseen liittyviä havaintoja?

Kattava diagnostiikan ja hoidon kulttuurinen arviointi

Yhteenvetona tehdään arvio siitä, miten sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat diagnostiikkaan ja ehdotus hoidosta po-
tilaalle.

