

Annina Latva

Heta Pajunen

MUSLIMIKULTTUURI JA RINTASYÖPÄ: TIETÄMYS JA
SUHTAUTUMINEN - KIRJALLISUUSKATSAUS

Hoitotyön koulutusohjelma

2017

MUSLIMIKULTTUURI JA RINTASYÖPÄ: TIETÄMYS JA SUHTAUTUMINEN - KIRJALLISUUSKATSAUS

Latva, Annina
Pajunen, Heta
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2017
Ohjaaja: Myllymaa, Tapio
Sivumäärä: 40
Liitteitä: 1

Asiasanat: rintasyöpä, vertaistuki, islam

Opinnäytetyön aiheena oli hankkia tietoa rintasyöpätietoisuudesta ja rintasyöpään suhtautumisesta muslimikulttuurissa. Kerätyn tiedon pohjalta Satakunnan Syöpäyhdistys ry voi kehittää vertaistukitoimintaansa monikulttuurisessa yhteiskunnassamme.

Työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Suomenkielistä materiaalia aiheesta ei juurikaan ollut. Kirjallisuuskatsauksen materiaali on kerätty kansainvälisestä aineistosta.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa nousi esiin musliminaisten vähäisempi rintasyöpätietoisuus länsimaisiin naisiin verrattuna. Esimerkiksi seulontoihin osallistuminen on selvästi vähäisempää. Myös rintasyöpään sairautena suhtaudutaan muslimikulttuurissa eri tavalla kuin länsimaissa yleisesti.

Tämän työn tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi keskustelun avaajana monikulttuurisessa työssä. Tutkimusaineistossa tärkeäksi nousi vähemmistökulttuurien naisten osallistaminen. Rintasyöpävalistuksen ja vertaistukitoiminnan suunnitteluun olisi tärkeää ottaa mukaan vähemmistökulttuurien naiset itse. Esimerkiksi muslimikulttuurissa rinnoista puhuminen ei ole yhtä luontevaa kuin länsimaissa, ja aiheeseen liittyy häveliäisyyttä. Rintasyöpävalistuksen tulisi olla kulttuurisensitiivisesti suunniteltua ja saatavissa usealla kielellä. Tässä vähemmistökulttuurien edustajat ovat asiantuntijoita. Ensiarvoisen tärkeää on kuitenkin muistaa, että jokainen sairastunut on yksilö, riippumatta kulttuurisesta tai uskonnollisesta taustasta.

MUSLIM CULTURE AND BREAST CANCER: AWARENESS AND ATTITUDES – A DESCRIPTIVE LITERATURE REVIEW

Latva, Annina
Pajunen, Heta
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
November 2017
Supervisor: Myllymaa, Tapio
Number of pages: 40
Appendices: 1

Keywords: breast cancer, peer support, Islam

The aim of this thesis was to acquire information about breast cancer awareness and attitudes in the Muslim culture. Based on the collected information, Satakunta cancer society (Satakunnan syöpäyhdistys) can improve peer support in our multicultural society.

The thesis was carried out as a descriptive literature review. There was hardly any Finnish material on this subject. The literature review material was collected from international sources.

The results of the literature review highlighted the lower level of breast cancer awareness among Muslims compared to western women. For example, participation in screening programs was much lower. Also, breast cancer attitudes in the Muslim culture differ from those of the western culture.

The results of this work can be used, for example, in opening a debate in multicultural work. The results indicated strongly how important the attendance of women from minority cultures is. It would be important to involve women of minority cultures themselves in the planning of breast cancer education and peer support activities. For example, in the Muslim culture, talking about breasts is not as natural as in the western world, and the subject involves shyness. Breast cancer education should be culturally sensitive and available in several languages. At this, minority culture representatives are experts. Also, it is of primary importance to remember, that every person with breast cancer, is still an individual, regardless of her cultural or religious background.

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| MUSLIMIKULTTUURI JA RINTASYÖPÄ: TIETÄMYS JA SUHTAUTUMINEN - KIRJALLISUUSKATSAUS | 2 |
| 1 JOHDANTO..... | 6 |
| 2 RINTASYÖPÄ..... | 8 |
| 2.1 Yleistä rintasyövästä | 8 |
| 2.2 Seulonta ja diagnosointi | 8 |
| 2.3 Hoitomuodot | 9 |
| 2.3.1 Leikkaushoito | 9 |
| 2.3.2 Liitännäishoidot..... | 10 |
| 3 ISLAM..... | 12 |
| 3.1 Islam..... | 12 |
| 3.2 Muslimit Euroopassa | 13 |
| 3.3 Kulttuuri..... | 14 |
| 3.4 Islam ja terveydenhuolto..... | 17 |
| 3.5 Hyviä käytäntöjä maahanmuuttajien palveluissa..... | 20 |
| 4 VERTAISTUKI..... | 22 |
| 4.1 Vertaistuen perusteet..... | 22 |
| 4.2 Sairastuneen vertaistuki | 23 |
| 5 TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 24 |
| 6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT | 25 |
| 6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus..... | 25 |
| 6.2 Kirjallisuuskatsauksen aineisto | 26 |
| 6.3 Aineiston analyysi..... | 27 |
| 7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET | 29 |
| 7.1 Tietoisuus rintasyövästä ja sen riskitekijöistä..... | 29 |
| 7.2 Uskomukset rintasyövästä | 29 |
| 7.3 Rintasyöpäseulontoihin liittyvä tietämys | 30 |
| 7.4 Rintasyöpäseulontoihin suhtautuminen | 30 |
| 7.5 Rintasyöpätietoisuutta lisäävät ja estävät tekijät..... | 31 |
| 7.6 Uskonnon rooli rintasyöpään suhtautumisessa | 32 |
| 7.7 Musliminaisten kokemuksia rintasyövästä | 33 |
| 7.8 Musliminaisten toiveita valistuksen suhteen | 33 |
| 7.9 Yhteenveto | 34 |
| 8 POHDINTA..... | 36 |
| 8.1 Jatkoehdotukset..... | 37 |
| 8.2 Luotettavuuden pohdinta | 37 |

| | |
|--------------|----|
| LÄHTEET..... | 39 |
| LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä. Uusia rintayöpätapauksia todetaan vuosittain enenevässä määrin, samalla kuitenkin myös ennuste on parantunut huomattavasti. Syövän varhainen toteaminen on hoidon tuloksen kannalta tärkeää, mutta ennusteen paraneamiseen on oleellisesti vaikuttanut myös hoitojen kehittyminen. Rintasyöpää osataan hoitaa erittäin tehokkaasti ja hoito kehittyy koko ajan. Suurin osa rintasyöpään sairastuneista paranee, ja usein silloinkin, jos tautia ei voida parantaa, sitä voidaan hoitaa ja antaa potilaalle vielä laadukkaita elinvuosia. Suomalainen syövän hoito on maailman tasolla huippuluokkaa. (Kaikki syövästä www-sivut 2017.)

Kuitenkin syöpään ja sen hoitoihin liittyy edelleen vääriä käsityksiä ja ennakkoluuloja, jotka aiheuttavat paljon turhaa epävarmuutta ja ahdistuneisuutta. Hyvän hoidon ja ympäristön tuen lisäksi tarvitaan tietoa omasta sairaudesta ja siitä, miten arki ja elämä parhaiten sujuisivat. Vertaistuella on tässä suuri merkitys. Tiedon hankkiminen ja tuen saaminen vieraassa kulttuurissa voi olla vielä erityisen haastavaa. Tässä opinnäytetyössä selvitetään, miten muslimikulttuurissa suhtaudutaan rintasyöpään ja millaisella tasolla tietämys rintasyövästä on. Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään Lähi-idän ja Arabimaiden musliminaisia. Lähi-idän määritelmänä käytettiin niin sanottua laajan Lähi-idän määritelmää.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Satakunnan Syöpäyhdistys ry. Yhdistys on perustettu vuonna 1974 ja se toimii Suomen Syöpäyhdistyksen jäsenjärjestönä. Satakunnan Syöpäyhdistys ry toimii Satakunnan alueella. (Satakunnan Syöpäyhdistys ry:n www-sivut 2017.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Satakunnan Syöpäyhdistykselle selkeä tietopaketti muslimikulttuurin rintasyöpätietämyksestä. Työn tavoitteena on näin auttaa yhdistystä järjestämään vertaistoimintaa musliminaisille.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Muslimien osuus väestöstä on jatkuvassa kasvussa, joten he ovat myös entistä suurempi osa suomalaista

terveydenhuoltoa. Yhtä tärkeä tieto kuin se mihin uskontokuntaan asiakas mahdollisesti kuuluu, on hänen henkilökohtainen suhteensa uskontoon. Aiheeseen syventyminen auttaa ymmärtämään eri kulttuureista tulevien ihmisten taustoja. Tämä on eduksi tulevaisuudessa työelämässä, sillä muslimipotilaita voi kohdata missä vain. Suomessa tämä on tullut ajankohtaiseksi ulkomaalaistaustaisen väestön määrän nopean kasvun vuoksi. Suomeen muuttaa hyvin monenlaisia ihmisiä korkeasti koulutetuista kielitaitoisista luku- ja kirjoitustaidottomiin henkilöihin, sekä työn takia muuttavista pakolaisiin ja turvapaikanhakijoihin. (Castaneda ym. 2012, 3.)

2 RINTASYÖPÄ

2.1 Yleistä rintasyövästä

Rintasyöpä on Suomessa ja maailmalla naisten yleisin syöpätyyppi. Miehillä rintasyöpä on harvinainen. Yleisimmin rintasyöpään sairastutaan vaihdevuosi-ikä lähestyessä, ja eniten tautia todetaan noin 60-vuotiailla. Nuorilla, alle 30-vuotiailla naisilla rintasyöpä on melko harvinainen. Rintasyöväälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa lihavuus, runsas alkoholin käyttö, varhainen menarke eli ensimmäinen kuukautiskierto, lapsettomuus, myöhäinen menopaussi, pitkäkestoinen hormonikorvaushoito sekä geneettinen alttius. (Huovinen & Joensuu 2013.) Kuitenkin arvioiden mukaan peräti 70-80% tapauksissa ei ole lainkaan tunnettuja riskitekijöitä, joten osa riskitekijöistä on vielä tuntemattomia. Tunnettuja sairastumisen riskiä pienentäviä tekijöitä ovat säännöllinen liikunta, ensisynnytys nuorena, imetys, useat raskaudet sekä rintojen poisto niillä, joilla on todettu BRCA1- tai BRCA2-geenimutaatio. (Sudah 2014, 6.)

Suomessa rintasyöpään sairastuu noin joka yhdeksäs nainen. Vaikka Suomessa sairastuneen ennuste on Euroopan parhaita, kuitenkin noin 900 naista menehtyy vuosittain rintasyövän seurauksena. (Sudah 2014, 6.)

2.2 Seulonta ja diagnosointi

Kaikkien naisten on suositeltavaa tutkia ja tunnustella rintojaan säännöllisesti ja varata aika viipymättä lääkäriin, jos rinnassaan havaitsee muutoksia. (Ilman syöpää www-sivut 2017.) Rintasyövän oireita ovat usein rinnassa tai kainalossa tuntuva, yleensä kivuton kyhmy, ihomuutokset nännin seudulla sekä kipu, pistely tai painontunne rinnassa. Rintasyöpä voi olla myös oireeton ja se todetaan vasta seulontamammografiassa. Seulontamammografiaan kutsutaan 50-69-vuotiaat naiset kahden vuoden välein. Kotikunnan järjestämä seulontamammografia sekä mahdolliset jatkotutkimukset ovat kutsuille maksuttomia. Seulontojen ikää on rajattu, koska rintasyöpä on harvinainen nuoremmilla. Normaalisti testituloksesta vastaus tulee kotiin postitse. Jos

tutkimuksessa todetaan jotain epäilyttävää, tulee naiselle kutsu lisätutkimuksiin. (Kaukua ym. 2008.) Seulonnan tarkoituksena on pyrkiä havaitsemaan rintasyöpä aikaisemmin kuin ilman seulontaa olisi mahdollista. Seulonnalla estetään Suomessa vuosittain noin viisikymmentä rintasyöpäkuolemaa. Seulonnalla kasvain löytyy varhain ja täten hoito ja paranemismahdollisuudet paranevat. Suomessa lähes 90% seulontakutsun saaneista noudattaa sitä. (STM www-sivut 2017.) Maahanmuuttajataustaisten naisten osallistuminen syöpäseulontoihin on harvinaisempaa kuin naisilla koko väestössä. Erityisen vähäistä mammografiaseulontoihin osallistuminen on Euroopan ulkopuolelta tulevilla. (Castaneda ym. 2012, 245.)

Rintasyöpä diagnosoidaan niin kutsutulla kolmoisdiagnostiikalla, johon kuuluu rinnan tarkastelu ja palpaatio eli tunnistelu, kuvantaminen mammografialla ja sitä täydentävillä menetelmillä sekä paksuneulanäytteen histologinen tutkimus. (Huovinen & Joensuu 2013.)

Tärkein menetelmä rintasyövän diagnosoinnissa on mammografia. Sen avulla todetaan epänormaalit muutokset rinnan sisällä, kuten alkavat kasvaimet ja muut kudosuutokset. Rinnat kuvataan röntgenlaitteella joka käyttää pehmeää säteilyä. Kuvauslaite puristaa rinnan ohueksi, jotta röntgensäteitä tarvitaan mahdollisimman vähän, ja rinnan rakenteet erottuvat paremmin. Kuvaus tehdään vähintään kahdesta suunnasta. Jos löytyy epäilyttäviä alueita, niistä voidaan ottaa kohdennettuja kuvia. Mammografia tehdään aina, jos rinnasta löydetään epäilyttävä kyhmy. Kliinisessä mammografiassa radiologin tulee olla paikalla ohjeistamassa ja tehdä tarvittaessa lisäksi rintojen ultraäänitutkimus. Alle 30-vuotiailla ultraäänitutkimus on ensisijainen tutkimus, jonka jälkeen arvioidaan mammografian tarve. (Sudah 2014, 46.)

2.3 Hoitomuodot

2.3.1 Leikkaushoito

Rintasyövän hoito aloitetaan tavallisesti leikkauksella, jos syöpä ei ole levinnyt imusolmukealueiden ulkopuolelle. Hoito voidaan aloittaa myös solunsalpaajahoidolla,

mikäli kasvain on iso ja/tai potilas toivoo rintaa säästävää leikkausta. Solunsalpaajahoidolla kasvainta saadaan pienennettyä, jotta säästävä leikkaus onnistuu. Leikkauksen tavoitteena on poistaa kasvain rinnasta sekä mahdolliset imusolmukemetastaasit kainalosta. Leikkauksen yhteydessä selviävät kasvaimen koko ja mahdollisesti metastasoituneiden imusolmukkeiden määrä. Nämä ovat merkittäviä taudin ennustetekijöitä. (Huovinen & Joensuu 2013.)

Rintaa säästävä leikkaus voidaan tehdä potilaan niin toivoessa, ellei sille ole esteitä. Mahdollisia vasta-aiheita ovat todennäköisesti huono kosmeettinen lopputulos, suuri uusiutumiskäsi, tai esteet sädehoidolle. Monissa seurantatutkimuksissa on todettu, että rinnan säästävä leikkaus sädehoitoon liitettynä johtaa yhtä hyvään elossaoloennusteeseen kuin rinnan poisto. Säästävässä leikkauksessa kasvain poistetaan riittävällä tervekudosmarginaalilla, sekä siinä pyritään esteettisesti mahdollisimman hyvään lopputulokseen. Hyvään esteettiseen lopputulokseen on yleensä vaikea päästä, jos kasvaimen koko on yli 4cm tai jos se on monipesäkkeinen. Mastektomia eli rinnan kokonaan poistaminen on aiheellista, jos potilas toivoo sitä, tai säästävä leikkaus ei tule kyseeseen. Myös toinen, terve rinta voidaan potilaan toiveesta poistaa ennaltaehkäisyä, mikäli potilaalla on rintasyövälle altistava geenivirhe, rinnassa on havaittavissa kohonneeseen rintasyöpäriskiin liittyviä kudostuoksia tai jos potilas on nuori ja suvussa on paljon rintasyöpää. (Huovinen & Joensuu 2013.)

2.3.2 Liitännäishoidot

Joskus rintasyöpä on levinnyt rinnan ja alueellisten imusolmukkeiden ulkopuolelle, vaikka sitä ei olisi todettu levinneisyystutkimuksessa. Metastaasien tuhoamiseksi suurimmalle osalle potilaista annetaan leikkauksen jälkeen liitännäislääkehoito eli adjuvanttihoito. Liitännäislääkehoitona voidaan antaa sytostaatteja, syövän täsmälääkkeitä (esimerkiksi vasta-aineita) tai hormonaalisia hoitoja. Liitännäishoidon valintaan vaikuttavat syövän uusiutumiskäsi, potilaan yleiskunto ja ikä, kasvainsolukon estrogeeni- ja progesteronireseptorien ja HER-2-geenimonistuman esiintyminen. (Huovinen & Joensuu 2013) HER2 on syöpäsolum pinnalla sijaitseva proteiini, jonka perusteella rintasyöpä luokitellaan joko HER2-positiiviseksi tai HER2-negatiiviseksi.

Rintasyövistä noin 20% on HER2-positiivisia. HER2-geenimääritys ja hormonireseptorien määritykset kertovat lääkärille syövän hoitovaihtoehtoista ja näiden määrittäminen on välttämätöntä, jotta potilaalle osataan valita oikeat hoidot. HER2-positiivisille potilaille on olemassa oma täsmälääke. Hormonihoidosta taas on hyötyä, mikäli kasvaimessa on estrogeeni-/ progesteronireseptoreja. (Rintasyöpä www-sivut 2017.)

Jos potilas saa sekä hormonaalista että solunsalpaajahoitoa, solunsalpaajat annetaan yleensä ensin. Samanaikaisesti annettuna hormonaalinen hoito voi heikentää solunsalpaajahoidon tehoa. Hormonaalisten hoitojen on todettu parantavan syövän ennustetta niin nuorilla, kuin vanhoillakin potilailla. Hormonaalisia hoitokeinoja ovat tamoksifeeni, aromataasainestäjät ja munasarjojen toiminnan lopettaminen. Solunsalpaajahoito parantaa syövän ennustetta niin pre- kuin postmenopausaalisillakin potilailla. Nuoret potilaat hyötyvät solunsalpaajahoidosta kuitenkin enemmän kuin iäkkäämmät. (Huovinen & Joensuu 2013.)

Sädehoitoa liitännäishoitona suositellaan kaikille, joille on tehty säästävä leikkaus. Koko rinnan poiston jälkeen sädehoitoa suositellaan, mikäli leikkauksessa on todettu kainalon imusolmukkeissa etäpesäkkeitä tai kasvain on ollut kooltaan suuri. Jos leikkauksen jälkeen suositellaan annettavaksi sekä sädehoitoa että solunsalpaajahoitoa, toteutetaan näistä solunsalpaajahoito ensin. Sädehoito pyritään aloittamaan 3-4 viikon kuluttua solunsalpaajahoidon päättymisestä. Mahdollinen hormonaalinen liitännäishoito aloitetaan sädehoidon jälkeen. (Tampereen yliopistollisen sairaalan www-sivut 2017.)

3 ISLAM

3.1 Islam

Islaminuskoisia eli muslimeja on maailmassa noin 1,3 miljardia. Muslimienemistöisiä maita on noin 60, suurin osa niistä sijaitsee Lähi-Idässä, Pohjois-Afrikassa ja Keski-Aasiassa. (Muhammed 2011.) Islam on 1400 vuotta vanha uskonto joka syntyi Arabian niemimaalla, mutta levisi pian laajoille alueille Lähi-Itään, Afrikan mantereelle ja Aasiaan. Islamilainen maailma kattaa valtavan rikkaan ja monipuolisen kulttuurien kirjon. (Akar ym. 2009, 10.)

Islamin pyhä kirja on Koraani, se on muslimeille kirjoista pyhin. Siitä muslimi saa käyttäytymis- ja elämänohjeita. Koraanin lisäksi islaminuskon tärkeimmät lähteet ovat kertomukset uskonnon perustajan, profeetta Muhammadin ohjeista ja teoista. Yhdessä näitä lähteitä kutsutaan sunnaksi. Kertomuksia kutsutaan haditheiksi, ne selventävät Koraanin ohjeita ja määräyksiä. Koraani ja hadithit muodostavat šarian, islamilaisen lain. (Muhammed 2011.)

Muslimi uskoo vahvasti Jumalaan, profeettoihin, pyhiin kirjoihin, enkeleihin ja ylösnousemukseen. Hän käyttää uskossaan myös järkeä koska islam on muslimille järjen uskonto. Islamista muslimi saa vastauksen sekä selityksen asioille joita periaatteessa ei voi selittää. Jumalan arabiankielinen nimi on Allah. Allah on määritelty Koraanissa hyvin tarkasti, hän on ensimmäinen ilman alkua ja viimeinen ilman loppua. Jumala on ainoa laatuaan ja täydellinen. Muslimin viisi peruspilaria ovat uskontunnustus, rukous, paastoaminen, almujen antaminen ja käynti Mekassa (niille joille se on mahdollista.) Muslimi pyrkii noudattamaan niitä mahdollisimman uskollisesti ja käy jatkuvasti niin kutsuttua suurta pyhää sotaa eli jihadia itsensä kanssa yrittäen parantaa tapojaan, vahvistaa uskoaan ja tulla paremmaksi ihmiseksi elämänsä aikana. (Maïche 2013, 24-26.)

Ihanteena on, että usko ilmenee käytännön hyvinä tekoina. Muslimi lähestyy Jumalaa lain tietä. Islamin etiikkaan kuuluu joukko hyveitä, kuten kiitollisuus Jumalaa kohtaan,

tottelevaisuus Jumalaa ja hänen sanansaattajiaan kohtaan, ystävällisyys, siveys, rehellisyys, uskollisuus, nöyryys, rauhan rakastaminen, oikeudenmukaisuus, kunnioitus, rohkeus, veljesrakkaus ja armeliaisuus. (Uskonnot.fi www-sivut 2017.)

Muslimit jakavat asiat sallittuihin (halal) ja kiellettyihin (haram). Sallitut asiat ovat yleisesti tunnettuja, kielletyt asiat ovat myös helposti tunnettavissa. Epäselvissä tapauksissa muslimi kieltäytyy toimimasta. (Maïche 2013, 26.)

3.2 Muslimit Euroopassa

Islam levisi nopeasti laajalle alueelle ja muutti sekä paikalliskulttuureja että sopeutui joustavasti paikallisiin tapoihin ja olosuhteisiin. Siksi islamista ei voi puhua muuttumattomana ja tarkasti määriteltynä ilmiönä, vaan paikalliset erityispiirteet ja tulkinnat ovat huomionarvoisia. Muslimeille islam on paitsi uskonto, myös elämäntapa. Euroopassa islam on ollut 700-luvulta alkaen, kun arabit ja berberit asettuivat Iberian niemimaalle. Itä-Eurooppa on myös ollut kosketuksissa islamiin jo varhaisessa vaiheessa, islaminuskon omaksuneiden mongolien kautta. Nykyiset Balkanilla ja Itä-Euroopassa olevat muslimiyhteisöt ovat saaneet alkunsa osmanien valtakunnan vaikutuspiiristä, joka on aikoinaan ulkottunut Balkanille. Britannian ja Ranskan muslimiväestön historia on yhteydessä maiden harjoittamaan kolonialismiin. (Akar ym. 2009, 10-12.)

Yleinen työvoimapula toisen maailmansodan jälkeen toi muslimeita paljon Eurooppaan. 1970-luvun puoleenväliin asti Euroopan muslimit olivat pääasiassa ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajia, enimmäkseen perheettömiä miehiä. Tämän jälkeen perheenyhdistämisten tuloksena maahanmuuttajien väestön rakenne alkoi muuttua. Samaan aikaan uudet käytännön kysymykset, kuten uskonnon opetuksen järjestäminen lapsille, nousivat pinnalle. Euroopassa asuvien muslimien määrää on hankala arvioida. Luokittelu kansalaisuuden mukaan ei monissa tapauksissa enää riitä, koska varsinkin jälkimmäisillä sukupolvilla on usein asuinmaan kansalaisuus. Muslimeiksi ei myöskään luokitella automaattisesti kaikkia niitä maahanmuuttajia, jotka ovat tulleet muslimienemmistöisestä maasta. Lisäksi muslimi-identiteetti on hyvin moniulotteinen käsite. (Akar ym. 2009, 10-12.)

Suomessa muslimien historia ulottuu 1800-luvun alkuvuosiin, jolloin ensimmäiset muslimit tulivat maahan. Toiset saapuivat Venäjän armeijan palveluksessa, toiset kauppiaina. Ensimmäisen pysyvän muslimiyhteisön Suomeen perustivat tataarit, joista useat saapuivat kauppamatkoillaan. Ensimmäiset tataarit muuttivat Suomeen 1870-luvulla ja heitä saapui aina 1930-luvulle asti. Tataarit ovat perustaneet Suomen Islamseurakunnan, se on toiminut vuodesta 1922 lähtien. Tataarit ovat Suomessa uskonnollinen ja etninen vähemmistö, heitä on nykyisin alle 700. (Akar ym. 2009, 12-13.)

Toisen muslimien ryhmän Suomessa muodostavat muslimeiksi kääntyneet suomalaiset. Heitä on noin 1 000 ja määrä on vähitellen kasvamassa. Monet kääntyneistä ovat muslimien kanssa avioituneita naisia. Kolmas ja suurin muslimien ryhmä ovat maahanmuuttajina Suomeen tulleet muslimit. Suomeen on muuttanut 1960-luvulta lähtien yksittäisiä, pääasiassa miespuolisia muslimeja Välimeren alueelta. Selvään kasvuun muslimien määrä lähti 1990-luvulla. Monet uusista muslimeista ovat saapuneet Suomeen pakolaisina ja turvapaikanhakijoina. Vuonna 2009 Suomessa oli arviolta 40 000 muslimia. Suurin yksittäinen muslimiryhmä Suomessa ovat somalialaiset. (Akar ym. 2009, 12-13.)

Maantieteellisesti tarkasteltuna muslimitaustaiset maahanmuuttajat Suomessa ovat pääosin lähtöisin Somaliasta, Iranista, Irakista, entisen Jugoslavian alueelta, Turkista, Afganistanista ja Pohjois-Afrikasta (Akar ym. 2009, 12-13). Vuonna 2015 Suomeen saapui kymmenkertaisesti aikaisempaa enemmän turvapaikanhakijoita, joulukuun loppuun 2015 mennessä 32 478 hakijaa. Eniten tulijoita on saapunut Irakista ja Afganistanista. Ne ovat islamilaisia valtioita ja saapuvat turvapaikanhakijat ovat pääosin muslimeja. Turvapaikanhakijoiden määrän kasvu on ollut koko Eurooppaa koskeva ilmiö, jonka taustalla on useita tekijöitä. Pääasiallisena syynä ovat pitkittyneet konfliktit turvapaikanhakijoiden kotimaissa. (Suomen pakolaisapu [www-sivut](http://www.pakolaisapu.fi) 2017.)

3.3 Kulttuuri

Islamilaisessa kulttuurissa miehellä ja naisella on omat erilaiset roolinsa. Miehen velvollisuuksiin kuuluu yleensä perheen elättäminen, päätöksenteko koko perhettä

koskevista asioissa sekä perheen edustaminen. Naisella on velvollisuus totella miestään, mikäli miehen vaatimukset ovat lain ja uskonnon mukaisia. Naisen vastuulla on usein kodinhoito ja lasten kasvatus. (Akar ym. 2009, 18.)

Muslimiperhe on tyypillisesti suurperhe, johon vanhempien ja lasten ohella kuuluu myös isovanhemmat, vanhempien sisarukset, serkut ja joskus jopa ystävät. Erityisesti isovanhempia kohtaan tunnetaan suurta kunnioitusta. Suurperhe tarjoaa elinikäisen sosiaalisen, emotionaalisen ja taloudellisen tukiverkon. Vastuuta kannetaan yhteisesti ja yhteistyössä. Islamilaisissa yhteisöissä nainen tai mies asuu vain harvoin yksin, naimattomat asuvat perheidensä kanssa. Samoin perheidensä pariin palaavat usein myös eronneet ja lesket. (Akar ym. 2009, 14-15.)

Islamilainen avioliitto on kahden suvun sopimus, joka tuo oikeuksia ja velvollisuuksia sekä miehelle että vaimolle. Islamilainen avioliitto on juridinen sopimus, joka voidaan tarvittaessa purkaa. Nuoripari ei voi sopia avioliittoa itsenäisesti, vaan naisen huoltaja luovuttaa tämän avioliittoon. Muslimimaissa avioliitot solmitaan usein nuorella iällä. Muslimien avioliitot ovat usein järjestettyjä. Islamilaisessa laissa on määritelty, että ketään ei voi pakottaa avioliittoon, vaan molempien puolisoitten suostumus tarvitaan. Usein suvun paine on kuitenkin niin kova, että vanhempien puolisoehdokasta voi olla hankalaa vastustaa. Islamilainen käytäntö edellyttää, että nuoret ovat neitsyitä ensimmäisen kerran naimisiin mennessään. On suuri häpeä morsiamen perheelle, jos sulhanen toteaa, että morsian ei ole neitsyt. Tämän myötä avioliitto voidaan myös mitätöidä. (Akar ym. 2009, 18-22.)

Lasten saaminen on tärkeää. He ovat Jumalan lahjoja ja lasten kautta muslimiäidit saavat lisää vaikutusvaltaa sekä perheessä että koko yhteisössä. Lapset vahvistavat ja jatkavat isoa sukulinjaa. Lasten olemassaolo nähdään tärkeänä myös vanhempien vanhuuden turvaamiseksi. Lapsettomuus islamilaisessa avioliitossa koetaan suureksi ongelmaksi. Perheet opettavat lapsensa ymmärtämään ja suorittamaan uskonnollisissa seremonioissa tarvittavat toimet, kuten rukoilemisen ja paastoamisen. Kulttuurin ja islamilaisten tapojen välittäminen nähdään erityisesti äitien tehtävänä. (Akar ym. 2009, 15-17.)

Vieraisiin vastakkaisen sukupuolen edustajiin on pidettävä etäisyyttä fyysisesti. Islamin maissa seksuaalisuuden käsite on laaja. Seksuaaliseksi saatetaan tulkita kaikki toisilleen vieraiden vastakkaisen sukupuolen edustajien kontaktit, myös kättely ja katsekontakti. Alastomuus on muslimeille vierasta. Häveliäisyyttä oman kehon suhteen saattaa esiintyä myös saman sukupuolen edustajien kesken, eikä toisten nähden mielellään riisuduta, peseydytä kokonaan tai esiinnytä vähäpukeisena. (Monikulttuurisuus työyhteisössä-projektin www-sivut 2017.)

Muslimien tulee pukeutua säädyllisesti. Musliminaisella vaatteiden tulee peittää koko vartalo, mukaanlukien kädet. Kasvot saavat näkyä. Vaate ei saa korostaa tai tuoda esille naisen vartaloa. (Maiche 2013, 34.) Siveellinen ja peittävä pukeutumistapa koskee julkisia paikkoja, kotioiloissa pukeutuminen on vapaampaa. Musliminaiset käyttävät erilaisia päähuiveja. Burka on huiveista peittävin ja siinä silmikolla varustettu kaapu ulottuu päästä jalkoihin. Tällaiset ovat käytössä esimerkiksi Afganistanissa ja Pakistanissa. Nijab-huivi jättää paljaaksi silmien ympäristön, niitä käytetään muunmuassa Saudi-Arabiassa. Huiveista yleisin on hijab. Se on suorakulmion muotoinen ja peittää kaulan, pääläen ja hiukset, mutta kasvot jäävät paljaaksi. Joissain maissa, kuten esimerkiksi Ranskassa, huivien käyttöä rajoitetaan, mutta Suomessa huivien käyttöä ei ole rajattu. (Monikulttuurisuus työyhteisössä-projektin www-sivut 2017.)

Uskonnollisia velvoitteita suorittaessa muslimin pitää olla rituaalisen puhtauden tilassa. Naiset eivät rukoile, paastoa tai mene moskeijaan kuukautisten tai lapsivuodeajan aikana. Suuri puhdistautuminen eli ghusl suoritetaan aina kuukautisten, synnytyksen ja yhdynnän jälkeen. Tällöin koko vartalo pestään. Pieni puhdistautuminen eli wudu riittää muutoin. Wudu-pesuun kuuluu käsien, suun, nenän, kasvojen, käsivarsien, pään, kaulan, korvien ja jalkojen pesu. Se tulee suorittaa ennen jokaista rukousta ja aina ennen Koraanin lukua sekä silloin, jos jokin asia on rikkonut rituaalisen puhtauden tilan. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi wc-käynti, nukkuminen, tajuttomuus, verenvuoto, oksentaminen, pieraiseminen ja siemensyöksy. (Akar ym. 2009, 30.)

Muslimeilla on omat ruokasääntönsä. Alkoholien juominen on kiellettyä, samoin sikaperäiset aineet, verituotteet sekä itsestään kuolleet eläimet. Lisäksi syötäväksi tarkoitetun lihan on oltava islamin sääntöjen mukaan teurastettua. Suosittu Ramadan-paasto kestää 30 päivää ja se on tärkeä uskonnollinen ja sosiaalinen tapahtuma, johon tulee osallistua 15-vuotta täytettyään. Ramadanin aikana ei tule syödä tai juoda mitään auringonnousun ja laskun välisenä aikana. Sairaiden ja raskaana olevien ei tarvitse paastota. (Maïche 2013, 38-41.)

Muslimit tulisi haudata mahdollisimman pian kuoleman jälkeen, mielellään 24 tunnin kuluessa. Ruumis asetetaan kyljelleen kasvot mekkaa kohden. (Uskonnot.fi www-sivut 2017.) Arkkua ei useinkaan käytetä islamilaisissa maissa, mutta länsimaisissa olosuhteissa muslimin hautaaminen arkussa on normaali käytäntö (Maïche, 2013, 99).

3.4 Islam ja terveydenhuolto

Koraani määrittelee pääsääntöisesti muslimien suhtautumisen hoitoihin, lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon. Siitä löytyy lääketiedettä koskevia kysymyksiä, vastauksia ja ohjeita. Kuten muissakin uskonnoissa, pyhä kirja ja rukous nähdään yhtenä keinona parantua taudeista. (Maïche 2013, 29.)

Vaikkakin länsimaissa islamia pidetään toisinaan fatalistisena, eli kohtalon uskona, jossa Jumala on määrännyt ennalta kaiken, ja jossa ihminen on vailla mahdollisuutta valita ja vaikuttaa, Islamin moraalit kuitenkin perustuu käsitykseen ihmisen henkilökohtaisesta vastuusta jonka mukaan jokainen saa kuolemansa jälkeen palkan hyvistä teoistaan ja rangaistuksen pahoista. Profeetta Muhammed neuvoi ottamaan lääkettä sairauksiin, sillä Jumala on luonut lääkkeen jokaiseen sairauteen. Muslimin tulee suhtautua sairauksiin vakavasti. Omilla toimintatavoilla on syytä pyrkiä ehkäisemään sairauksien syntyä, ja sairastuttuaan hakea hoitoa ja parannusta mahdollisuuksien mukaan. (Maïche 2013, 30, 57.)

Muslimimaiden lääketiede ei juurikaan eroa länsimaisesta lääketieteestä. Sen sijaan muslimipotilaan suhtautuminen hoitoihin ja terveydenhuoltoon saattaa vaihdella suuresti riippuen hänen kotimaansa taloudellisesta tilanteesta ja kehitysteestä sekä kansanperinteistä ja uskomuksista. Muslimille tutkimus ja kehitys ovat suositeltavia asioita, koska islamissa löydösten ja keksintöjen henki on osa vapauden korkeinta ilmestystä jota ei tulisi rajoittaa. Islamilaisessa lääketieteen harjoituksessa uskonnolla on suuri merkitys, sillä islam säätelee muslimin jokapäiväistä elämää, oli tämä sitten lääkäri tai potilas. (Maïche 2013, 54-55.)

Potilaan kulttuurinen tausta saattaa vaikuttaa siihen, kuinka hän ymmärtää terveyden, sairauden ja hoitamisen. Kulttuurisen anamneesin laatiminen tarkoittaa potilaan kulttuuristen taustatekijöiden kartoittamista ja sen selvittämistä, minkälainen merkitys niillä on hänen tämänhetkisessä elämässään. On tärkeää kuitenkin pitää mielessä, että vaikka asiakas edustaisikin tiettyä kulttuurista yhteisöä, hän on aina ensisijaisesti yksilö. Terveys ja sairaus ovat kulttuurisidonnaisia ilmiöitä. Myös diagnoosien ja hoitomäärätysten eroja saattaa eri maissa selittää kulttuuriset tekijät. Yhteisössä vallitseva maailmankuva vaikuttaa siihen, kuinka terveyden ja sairauden syyt selittyvät. (Abdelhamid ym. 2010, 108, 122.)

Koska muslimipotilaat ovat yhä suurempi osa suomalaista terveydenhuoltoa, tulisi terveyskeskuksissa ja sairaaloissa ottaa huomioon heidän erityistarpeensa. Islamin ruokasäännöt pätevät myös lääkeaineisiin. On yksilöllistä, miten sääntöjä tulkitaan lääkkeiden kohdalla. Toiset muslimit eivät halua käyttää esimerkiksi rokotteita, joissa on käytetty sikaperäistä liivatetta, kun taas toiset muslimit taas hyväksyvät ne perustelujen jälkeen. Alkoholipitoisia lääkeaineita ei saa ottaa suun kautta, mutta ihoa saa puhdistaa alkoholillisella puhdistusaineella. On tärkeää kertoa muslimipotilaalle, jos hänelle suunniteltavassa lääkkeessä on islamilaisuudessa kiellettyjä aineita. (Akar ym. 2009, 36-37.)

Jokaisen vähintään 15-vuotiaan muslimin tulisi osallistua vuosittaiseen ramadan-paastoon, poikkeuksena sairaat ja raskaana olevat. Paaston aikana muslimi ei saa syödä tai juoda mitään auringonnousun ja -laskun välillä. Paastoava potilas voi yleensä saada lääkepistoksia, suonensisäistä lääkitystä sekä iholle, korviin, silmiin ja nenään laitettavia lääkkeitä. Paastoava potilas ei saa ottaa lääkkeitä suun kautta, eikä hänelle voi

laittaa nestemäistä peräruisketta. Diabeetikoiden ja säännöllistä lääkitystä saavien muslimien kanssa tulee keskustella ramadanin aikana toimimisesta. Elämän turvaaminen on kuitenkin tärkeämpää kuin paastoaminen. (Akar ym. 2009, 36-37.)

Terveystieteiden asiakkaana musliminaisella on yleensä oltava saattajana mies. Mies voi olla aviopuoliso, veli, oma lapsi, eno tai setä. Saattaja voi vaatia päästä mukaan vastaanotolle, usein etenkin jos lääkäri tai hoitaja on mies. (Maïche 2013, 34.) Tutkimustilanteissa tulisi mahdollisuuksien mukaan välttää täysin alastomaksi riisuttamista. Muslimipotilas toivoo ensisijaisesti samaa sukupuolta olevaa hoitajaa tai lääkäriä. Jos se ei ole mahdollista, mukana olisi hyvä olla esimerkiksi samaa sukupuolta oleva tulkki. (Akar ym. 2009, 36-37.)

Muslimien etiikkaan kuuluu sairaiden luona vierailu. Sairaalassa olevan potilaan luona voikin käydä paljon vieraita, mikä tulisi huomioida mahdollisuuksien mukaan huonejärjestelyissä. Vieraat lukevat potilaalle usein Korania, mikä on sosiaalisten verkostojen lisäksi potilaalle tärkeää. Jos muslimi on vuodepotilaana, olisi hyvä keskustella siitä, tarvitseeko hän apua rukousten suorittamiseksi. Muslimipotilaat käyttävät yleensä sairaalavaatteita, mutta naiset, jotka käyttävät huivia, käyttävät sitä myös sairaalassa. (Akar ym. 2009, 36-37.)

Sairauksista erityisesti syöpään suhtaudutaan muslimikulttuurissa ajoittain asenteellisesti. Syöpä voi aiheuttaa häpeää, ja se voidaan kokea Jumalan rangaistuksena. Sairautta saatetaan salailla, eikä siitä puhuta sen oikealla nimellä. Kun potilaana on nainen, sairaudesta puhuttaessa mukana kannattaa olla potilasta lähin mieshenkilö. (Maïche 2013, 58-59.)

Muslimille elämä on Jumalan lahja. Se nähdään matkana, joka alkaa tietystä pisteestä ja päättyy tiettyyn päämäärään. Alku- ja päätepisteen säätää Jumala, eikä ihminen pysty omilla teoillaan tai tahdollaan vaikuttamaan kuolinajankohtaansa. (Abdelhamid ym. 2010, 191.) Kuolevan potilaan hoidossa eli saattohoidossa noudatetaan Suomen lakia. Muslimipotilaan toivomuksena yleensä on, että hän saa hoitoa loppuun saakka, mutta hän hyväksyy lääketieteen rajallisuuden. Kipulääkkeitä käytetään tarpeen mukaan. Toisissa maissa, esimerkiksi Saudi-Arabiassa, opiaattien käyttö on todella tarkasti

määriteltyä, koska niitä pidetään huumausaineina. Kipulääkkeenä ne hyväksytään juuri ja juuri. (Maïche, 2013, 91-92, 97.)

Eutanasiaa muslimit eivät hyväksy, vaan he käsittävät sen armomurhaamisena, joka on ehdottomasti kielletty. Muslimimaissa keskustelu eutanasiasta ei ole mitenkään vireillä. Ihmisellä ei ole oikeutta päättää elämänsä päätepestettä. Islam kannattaa sairaiden hoitamista ja oireiden lievittämistä. (Maïche 2013, 95.)

Terveysthuollon henkilökunnan ja toiseen kulttuuriin kuuluvan asiakkaan sekä hänen lähipiirinsä väliset vaikeatkin ristiriitatilanteet voidaan välttää, jos hoitava tahopystyy käytöksellään osoittamaan neutraalia kunnioitusta asiakkaansa uskontoa ja siitä nousevia näkemyksiä kohtaan. (Huttunen ym. 2010, 379). Maahanmuuttajilla voi olla monia kulttuurista johtuvia käsityksiä sairauksista ja terveydenhuollosta. Nämä saattavat vaikuttaa siihen, kuinka ihmiset hakevat apua, ilmaisevat oireitaan ja puhuvat niistä hoitohenkilökunnalle, sekä heidän suhtautumiseensa mahdollisesti ehdotettaviin hoitoihin, tutkimuksiin ja tukitoimiin. Länsimaista somaattista lääketiedettä pidetään arvossa, mutta samalla voidaan kokea oudoksi terveydenhuoltomme toiminta- ja käsitejärjestelmät. (Huttunen ym. 2010.)

Monikulttuurisessa terveydenhuoltotyössä on tärkeää, että henkilökunta panostaa uusien kommunikaatio- ja vuorovaikutustilanteiden oppimiseen. Yhteistyön sujuminen ja onnistuminen edellyttää luottamusta, jaetun ymmärryksen etsimistä ja löytämistä. (Huttunen ym. 2010, 379.)

3.5 Hyviä käytäntöjä maahanmuuttajien palveluissa

Maahanmuuttajien tulisi saada enemmän tietoa uuden kotimaan palveluista esimerkiksi kohdistamalla viestintää yhteisöihin, tuomalla kotoutumispalveluissa tietoa terveyspalveluista sekä ottamalla maahanmuuttajat mukaan erilaisten palvelujen suunnitteluun. Maahanmuuttajille pitäisi myös luoda heidän tarpeitaan vastaavia palveluja.

Maahanmuuttajataustainen henkilöstö saattaa helpottaa hoitoon ja palveluiden piiriin hakeutumista. Kun henkilöstön kulttuurista tuntemusta kehitetään, heidän on helpompaa vastaanottaa vieraasta kulttuurista saapuvia. Tärkeää on myös välttää stereotyyppioita, ja ottaa huomioon ihmisen yksilölliset tarpeet. Hoidon jatkuvuus tulisi turvata luottamuksellisen suhteen rakentamiseksi. Olisi hyvä, jos yhdestä paikasta saisi monia palveluita. Pätevän tulkin käyttö on ehdotonta, kun halutaan varmistaa vuorovaikutuksen ja kielen ymmärrys. Erilaista terveysneuvontamateriaalia tulisi kääntää eri kielille, ja sellaisiin muotoihin, jotka koetaan soveltuvan erilaisiin kulttuureihin. Henkilökunnan osaaminen on myös tärkeä palanen toimivassa maahanmuuttajien terveyspalvelussa. Henkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus konsultoida. Kansainvälistä ja kansallista yhteistyötä tulisi kehittää hyvien käytäntöjen jakamiseksi. (Castaneda ym. 2016.)

4 VERTAISTUKI

4.1 Vertaistuen perusteet

Vertaistuki on omaehtoista, yhteisöllistä tukea sellaisten ihmisten kesken, joita yhdistää samantapainen elämäntilanne. Ihmiset, joilla on samankaltaisia kokemuksia, luovat toisilleen toivoa myös vaikeina aikoina. Yhteneväiset kokemukset lisäävät keskinäistä ymmärrystä. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2017.) Vertaistuki tunnetaan kansainvälisessä kirjallisuudessa käsitteillä self help eli oma apu, peer support eli vertaistuki, mutual aid eli keskinäinen tuki sekä self help support eli toiminnan tukijat. Vertaistuki määritellään useissa tutkimuksissa sosiaalisen tuen alaan kuuluvaksi käsitteeksi ja ilmiöksi. Näin vertaistuki kytkeytyy käsitteenä myös sosiaaliseen tukeen, social support. (Mikkonen 2009, 28.)

Vertaistuen toteuttamistapoja voivat olla kahdenkeskinen tuki, esimerkiksi vertaistukihenkilötoiminta, vertaistukiryhmät, jolloin ohjaajana voi toimia vertainen ryhmäläinen, koulutettu vapaaehtoinen tai ammattilainen. Vertaistuen toteuttamisympäristöt voivat olla hyvin erilaisia, esimerkiksi ohjattuja keskusteluryhmiä, avoimia kohtaamispaikkoja, toiminnallisia ryhmiä, kahdenkeskisiä tapaamisia sekä internetissä tapahtuvaa vertaistukitoimintaa joko ryhmämuotoisena tai kahdenkeskisenä. Vertaistuen järjestämislähtökohdat voivat olla erilaisia. Kyseessä voi olla puhtaasti kansalaislähtöinen, omaehtoinen toiminta, johon ei liity mikään taustayhteisö. Se voi olla myös eri järjestöjen ja yhteisöjen organisoimaa toimintaa, jolloin taustayhteisö voi esimerkiksi tarjota tilat toiminnalle sekä koulutusta ja tukea ohjaajille. Lisäksi kolmas sektori ja ammattilaistahot voivat tehdä yhteistyötä. Vertaistukitoiminta voi olla myös pelkästään ammattilaistahon järjestämää, jolloin se saattaa kytkeytyä kiinteänä osana asiakkaan hoito-, palvelu- ja kuntoutusprosessiin. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2017.)

4.2 Sairastuneen vertaistuki

Sairastuneen vertaistuella tarkoitetaan samaa sairautta sairastaneiden keskinäistä tukea. Sairauden aiheuttamat muutokset ja oireet saavat aikaan tarpeen tavata muita samaa tai muuta samatyypistä sairautta sairastavia. Sairauden aiheuttamat muutokset koskevat usein fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä henkisiä voimavaroja ja taloudellista tilannetta. Vakava sairaus on yleensä kriisi sairastuneelle ja hänen perheelleen sekä muille läheisille. Sairastumisen tuoma elämänmuutos luo tiedon ja tuen tarpeet, ja kysymyksiä herää esimerkiksi siitä, miten sairauden kanssa ylipäättään selviää ja miten muut ovat selviytyneet samasta sairaudesta. Tietoa ja tukea tarvitaan elämäntilanteen selkiytymiseksi. Vertaistukiryhmässä kokoonutaan ja tavataan, ollaan yhdessä ja keskustellaan. Vertaistukiryhmässä jaetaan sairastuneen jokapäiväistä elämää tukevaa kokemustietoa. (Mikkonen 2009, 98-99.)

Äskettäin sairastuneet kutsutaan usein ns. ensitietotapahtumaan. Ensitietotapahtuma voi olla henkilökohtaista ohjausta tai ryhmissä tapahtuvaa tiedon antamista. Tarkoituksena on antaa tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista. (Mikkonen 2009, 127.) Ensitietotapahtuman jälkeen hakeudutaan yleensä sopeutumisvalmennukseen. Sopeutumisvalmennuksessa sairastunutta ja hänen läheisiään ohjataan toimimaan sairauden asettamien rajoitteiden kanssa. Sopeutumisvalmennus on laaja kokonaisuus, joka sisältää myös vertaistuen. (Mikkonen 2009, 130.)

Sairastuneen tukihenkilö on yleensä toinen sairastunut eli vertainen, tai ihminen, jonka läheinen on sairastanut samantapaista sairautta. Vertaistukihenkilöiksi hakeudutaan usein, jos itse ei ole sairastuessaan kokenut saaneensa tarvitsemaansa tukea ja apua, sekä jos on saanut apua, sitä haluaa mahdollisesti jakaa myös muille sairastuneille. Julkisella tuella ei voi täysin korvata vertaistukea, koska vertaistuki perustuu omakoh-taisiin kokemuksiin. Toisaalta vertaistuella ei voida myöskään korvata täysin ammatil-lista tukea, molempia tarvitaan. Vertaistuen katsotaankin toimivan julkisen tuen ohella, molempien täydentäessä toisiaan. Eri potilasjärjestöillä on kullakin itsellään erikseen sovitut vaatimukset, joiden pitää täytyä soveltuakseen vertaistukihenkilöksi. (Mikkonen 2009, 137-139.)

5 TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Satakunnan Syöpäyhdistykselle tietoa muslimikulttuurin rintasyöpätietämyksestä. Tavoitteena on näin auttaa yhdistystä kehittämään vertaistoimintaa musliminaisille.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten muslimitausta vaikuttaa rintasyöpään suhtautumiseen?
2. Miten muslimitausta vaikuttaa tietoisuuteen rintasyövästä?

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukset on jaoteltu kolmeen eri tyyppiin, joita ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Näistä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytetään yleisimmin. Se on yleiskatsaus ilman erityisen tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Aineistoja voidaan käyttää laajasti, eikä aineistojen valintaa rajaa metodiset säännöt. Tutkittavaa ilmiötä on mahdollista kuitenkin kuvata laaja-alaisesti ja tarvittaessa pystytään luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset voivat olla väljempää kuin muissa kirjallisuuskatsauksissa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toimii itsenäisenä metodina. (Salminen 2011.)

Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta erotetaan kaksi erityyppistä orientaatiota: narratiivinen eli tarinallinen katsaus ja integroiva katsaus. Näistä metodologisesti kevyin muoto on narratiivinen katsaus. Sen avulla käsiteltävästä aiheesta pystytään antamaan laaja kuva. Narratiivisesta otteesta on sanottu sen ikäänkuin järjestävän "tapahtumien maisemaa", eli epäyhtenäistä tietoa järjestellään jatkuvaksi tapahtumaksi. Narratiivinen katsaus pyrkii tässä tehtävässä myös lopputulokseen, joka on samalla helppolukuinen. Kuvailevana tutkimustekniikkana narratiivinen katsaus mahdollistaa tutkimustiedon ajantasaistamisen, mutta ei tuota varsinaisesti analyyttistä tulosta. (Salminen 2011.)

Tässä katsauksessa ei pyritty luettelonomaiseen luokitteluun, vaan valittiin narratiivinen eli kerronnallinen tapa tuloksien raportoinnissa. Katsauksesta haluttiin saada kerronnallisesti mielenkiintoinen ja helppolukuinen.

6.2 Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Aineiston valinnassa pidettiin johtajatuksena sitä, että aineistosta löytyisi vastauksia tutkimuskysymyksiin sekä tietoa, jota vertaistukitoiminnan suunnittelemisessa voisi hyödyntää.

Aineistot on valittu määriteltyjen sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaan. Aineisto saa olla maksimissaan kymmenen vuotta vanha, jotta tieto olisi mahdollisimman ajantasaista. Sen tulee olla kirjoitettu suomen tai englannin kielellä. Lisäksi sen tulee olla luettavissa ilmaiseksi ja sen pitää olla tieteellinen julkaisu. Aineiston tulee vastata ainakin toiseen tutkimuskysymykseen. Aineiston sulkevat pois yli kymmenen vuoden ikä, muu kuin suomen tai englannin kieli, sisällön maksullisuus, jos aineisto ei ole tieteellinen julkaisu tai jos aineisto ei vastaa kumpaankaan tutkimuskysymykseen.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen hakutulokset

| Hakusanat | Tietokanta | Kaikki tulokset | Sisällönanalyysiin sopivat | Valitut |
|--|-------------------|------------------------|-----------------------------------|----------------|
| breast cancer, muslim women, awareness | PubMed | N=14 | N=4 | N=2 |
| breast cancer, Arab, knowledge | Springer Link | N=1183 | N=2 | N=2 |
| breast cancer, muslim culture | Google Scholar | N=14 700 | N=10 | N=2 |
| rintasyöpä, muslimi-nainen, tietoisuus | Medic | N=975 | N=0 | N=0 |

Aineistoja haettiin taulukossa 1. maintuista tietokannoista, samassa taulukossa mainituilla hakusanoilla. Springer Linkistä ja Google Scholarista tuli todella paljon hakutuloksia, joten niitä käytiin manuaalisesti läpi etsien sopivia aineistoja. Suomenkielinen haku ei tuottanut yhtään sopivaa tulosta. Kaikki valitut aineistot ovat siis englanninkielisiä.

6.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoiminen alkoi tässä työssä aineiston keruuvaiheessa ja jatkui koko tutkimuksen ajan. Tämän tutkimuksen aineistoja analysoitiin sisällönanalyysia mukaillen. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti ja luoda sanallinen, selkeä ja tiivis kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin. (KvaliMOTV www-sivut 2017.)

Aineiston analyysin yleisiä lähtökohtia ovat aineiston sisältöön tutustuminen, syvälliseen ymmärrykseen pyrkiminen ilmiön suhteen sekä tutkimuksen luotettavuuden varmistaminen. Aineistosta erotetaan epäolennainen ja olennainen, ja pohditaan, vastaako aineisto tutkimuskysymyksiin sekä siihen mitä haluttiin alunperin selvittää. Aineistoa järjestellään, jäsenellään ja tiivistetään niin, että oleellinen tieto säilyy. Analysointi on siis aineiston tulkintaa, eli pyritään löytämään kiinnostavia asioita tutkimuksen ja tutkimuskysymysten näkökulmasta. (Kajaanin ammattikorkeakoulun www-sivut 2017.)

Aineiston analyysi alkaa aineistoon huolellisella tutustumisella. Sen jälkeen aineisto jaetaan osiin valitun analyysitekniikan (teemoittelu, tyypittely, luokittelu) mukaan. Aiheesta kirjoitetaan oma näkemys ja omat havainnot liitetään teoriapohjaan. Kaikki valinnat perustellaan. (Kajaanin ammattikorkeakoulun www-sivut 2017.) Tässä tutkimuksessa aineisto jaettiin osiin teemoittelulla. Tarkoituksena on tuoda esiin tutkimuskysymyksiä valaisevia teemoja, eli erottamaan aineistosta ne aiheet jotka ovat tutkimuksen ja tutkimuskysymysten kannalta oleelliset. Kyseessä on tietyn tyyppinen pelkistämisen prosessi. (Hiltunen n.d.)

Aineistot valittiin edellämainittuja mukaanotto- ja poissulkukriteerejä noudattaen. Aluksi aineistot suomennettiin englannin kielestä. Aineistoon tutustuttiin huolella jotta saatiin kokonaiskuva sisällöstä ja samalla etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kokonaiskuvan muodostumisen jälkeen aineisto teemoiteltiin kahden pääteeman alle. Nämä teemat olivat rintasyöpätietoisuus sekä rintasyöpään suhtautuminen. Näiden teemojen alle luotiin tulosten mukaan vielä alaotsikoita. Tulokset kerättiin näiden teemojen alle ja aineistoa käytiin läpi kunnes uusia asioita ei enää noussut esiin. Aineistoa pelkistettiin ja tiivistettiin jotta saataisiin esille selkeä kokonaisuus tutkittavasta aiheesta. Tulokset raportoitiin otsikoittain, mutta tiukkaa rajaa tietoisuuden ja suhtautumisen välillä ei tehty, koska ne limittyvät toisiinsa useissa kohdissa hyvin tiiviisti.

Esimerkkejä etsittiin muista opinnäytetöistä, ja koska huomasimme, että monissa töissä luettavuus kärsi pahasti, kun asiat oli lueteltu lyhyesti teemoittain, syntyi ratkaisu esittää tulokset mahdollisimman kerronnallisessa muodossa ja saada kokonaisuudesta käyttökelpoinen ja kiinnostava.

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Arabimaissa suurin osa naisista on islaminuskoisia. Rintasyöpä on yleisin syöpä arabimaisten naisilla, ja sen ilmaantuvuus on kasvussa. Rintasyövän varhainen toteaminen olisi ennusteen kannalta tärkeää, mutta Arabimaissa sairaus todetaan usein vasta edenneessä vaiheessa. Arabinaiset myös sairastuvat rintasyöpään nuorempina kuin naiset länsimaissa. Arabinaisilla sairastumisen mediaani-ikä on 49-52 vuotta. (Donnelly ym. 2013.) Iranilaisten naisten sairastumisikä oli erityisen alhainen, he sairastuvat noin 35-44-vuotiaina (Joulaee ym. 2012). Länsimaissa sairastumisikä on noin 63-vuotta (Donnelly ym. 2013).

7.1 Tietoisuus rintasyövästä ja sen riskitekijöistä

Naiset mielsivät rintasyövän riskitekijöiksi muun muassa kohtalon, epäterveet elintavat, imettämättömyyden tai perinnöllisen alttiuden (Donnelly ym. 2013). Rintasyöpätietämyksessä oli vaihtelua. Toisilla tietoa oli enemmän, monilla oli vain osittain tietoa rintasyövästä käsitteenä. Toiset eivät olleet koskaan kuulleet rintasyövästä, toisilla oli hieman tietoa, jos lähipiirissä oli sairautta. Monen käsitys oli se, että rintasyöpä on parantumaton sairaus joka aiheuttaa kipua ja epämukavuutta. Rintasyövän hoidoista oli vääriä käsityksiä. Tämä lisäsi pelkoa, ahdistuneisuutta ja huolestuneisuutta naisissa. Hoitoja ja hoitojen sivuvaikutuksia pelättiin. Monet hakevat ensisijaisesti apua henkisiltä neuvonantajilta tai paikallisilta homeopaateilta. (Banning & Hafeez 2009.)

7.2 Uskomukset rintasyövästä

Rintasyöpään liittyi erilaisia uskomuksia. Uskottiin että syöpä on rangaistus Jumalalta, huonoa onnea tai että syöpä on tarttuva sairaus sekä aina kuolemaan johtava. (Donnelly ym. 2013.) Jonkun uskomuksen mukaan rintasyöpää sairastava nainen voi siirtää syövän syntymättömälle lapselleen (Banning ym. 2009). Syöpää saatetaan pitää esi-

merkiksi infektioautina, joka voidaan pestä pois. Pahojen asioiden ja syövän ajattelemisen nähtiin olevan syynä syövän syntyyn ja ajateltiin että rinnan vahingoittuminen on syövän taustalla. (Bloom ym. 2012.) Koulutustasolla oli tutkimuksen mukaan suuri merkitys. Korkeammin koulutetuilla oli enemmän tietoa rintasyövästä, kun vastaavasti matalammin koulutetuilla oli enemmän uskomuksia syövästä. (Donnelly ym. 2013.) Monella on se uskomus, että rinnan poisto on ainoa hoitomuoto (Banning ym. 2009).

7.3 Rintasyöpäseulontoihin liittyvä tietämys

Arabinaisilla osallistuminen rintasyöpäseulontoihin on vähäistä, esimerkiksi Qatarissa vähemmän kuin kolmannes osallistui seulontoihin ja vähemmän kuin puolet olivat tietoisia rintasyövän seulontasuosituksista. Koko Arabimaiden alueilla on tutkimuksen mukaan havainnoitu hälyttävän alhaisia lukuja seulontaan osallistumisessa. Tietoisuus seulonnan hyödyistä on tärkeä määräävä tekijä seulontoihin osallistumisesta ja tämä tietoisuus on koko arabimaailmassa todella alhaisella tasolla. Myöskään seulontakäytännöt arabialueella eivät ole systemaattisia ja ovat vielä verrattain uusia. (Donnelly ym. 2013.)

Syitä miksi seulontoihin osallistuminen on vähäistä, on monia. Näitä ovat sosiodemografiset tekijät, kulttuuritraditiot, uskomukset, uskonto, sosiaalinen tuki ja tutkimusten saavutettavuus. Taloudelliset seikat esteenä vaikuttavat maittain, esimerkiksi Saudi-Arabia ja Qatar tarjoavat ilmaiset tutkimukset. Joissain maissa kustannukset ja sairausvakuutuksien puute oli esteenä tutkimuksiin hakeutumiselle. (Donnelly ym. 2013.)

7.4 Rintasyöpäseulontoihin suhtautuminen

Häveliäisyys vähentää musliminaisten halukkuutta osallistua rintojen tutkimuksiin, etenkin jos tutkimuksen tekee miespuolinen lääkäri (Donnelly ym. 2013). Muina syinä olivat pelot, uskomukset, tiedon puute, vaikeus navigoida vieraassa terveydenhuoltojärjestelmässä, kulkemiseen liittyvät ongelmat ja tähän kytkeytyi miehen vahva

rooli. Esimerkiksi afgaanikulttuurissa mies on perheen pää ja vastaa perheen päätöksenteosta, naisten kuljettamisesta, ajanvarausasioista ja muista asioista. (Bloom ym. 2012.) Myös juorujen leviämistä pelätään, koska uskotaan että se saattaa vaikuttaa naisen mahdollisuuteen avioitua ja tämä on yksi syy miksi tutkimuksiin ja seulontoihin ei haluta hakeutua (Donnelly ym. 2013).

Arabimaissa naisen asema määräytyy usein siviilisäädyn ja lasten kautta. Seulontaan osallistuminen saattaa tuoda diagnoosin rintasyövästä ja sen taas pelätään häiritsevän naisen perinteisiä velvoitteita. Syövän löytymisen pelko nähtiin sekä heikentävänä että mahdollistavana tekijänä seulontojen suhteen. Toisaalta toisessa tutkimuksessa taas nähtiin juuri naisen perinteiset velvoitteet ja rooli äitinä motivoivana tekijänä joka kannustaa naisia osallistumaan seulontoihin, koska heidän lastensa tilanne oli riippuvainen heidän omasta terveydentilastaan. (Donnelly ym. 2013.)

Ujous ja häveliäisyys nähdään Arabimaissa esteenä rintojen itsenäiselle tutkimiselle. (Donnelly ym. 2013) Toisaalta naisilla on halua opetella esim. itsetutkimustekniikkaa, mutta esimerkiksi pakistanilaisessa kulttuurissa on myös vahvat perinteet sille, että naisten rinnat ovat asia, jotka eivät sovi yleiseen keskusteluun. Tietoa rintojen itsetutkimustekniikasta ei juurikaan ollut. (Banning & Hafeez 2009.)

7.5 Rintasyöpätietoisuutta lisäävät ja estävät tekijät

Media, terveydenhuollon ammattilaiset ja ystävät on todettu tärkeiksi tiedon lähteiksi. Sairaanhoidajien tiedon puutteen on todettu rajaavan potilaiden rohkaistumista seulontaan osallistumiseen. Kuitenkin arabinaisten on huomattu osallistuvan paremmin seulontoihin, kun suosittelijana on ollut terveydenhuollon ammattilainen. Jos lääkäri oli eri etnisestä ryhmästä kuin nainen, hän ei niin helposti suosittelut rintojen tutkimista ja mammografiaa. Toisaalta mieslääkärit eivät ehdottaneet saman etnisen ryhmän naisille rintojen tutkimista koska olivat tietoisia, että naiset kokevat rintojen tutkimisen häveliäänä ja epämiellyttävänä. (Donnelly ym. 2013.)

Arabimaat ovat hyvin kollektiivisia yhteisöjä ja normit, yhteisön tuki sekä roolimallit vaikuttavat yksilön terveystyöskäytymiseen. Siksi jos suositus mammografiaseulontaan tulee joko ystävältä tai perheenjäseneltä, se otetaan yleensä hyvin vastaan. Samoin jos lähipiirissä on rintasyöpään sairastunut, se yleensä lisää aktiivisuutta rintasyöpäseulontoihin osallistumiseen. Rintasyövän sairastaneet naiset voivat toimia rohkaisevana esimerkkinä muille ja edesauttaa tutkimuksiin hakeutumista. (Donnelly ym. 2013.)

Tutkimuksissa arabinaiset ovat kuvanneet rintasyöpää häpeälliseksi ja salassapidettäväksi. Sairaus on sosiaalisesti epähyväksyttävä ja tämä asenne aiheuttaa sairauden salailemisen ja heikentää tutkimuksiin ja hoitoihin hakeutumisen aktiivisuutta. Rinnan poisto nähdään vaikeana asiana, rintakyhmyn löytymisen jälkeen naiset salaavat tilanteensa usein jopa vuosia ennen sairaalaan hakeutumista. (Banning & Hafeez 2009.)

7.6 Uskonnon rooli rintasyöpään suhtautumisessa

Uskonnon merkitys on Arabimaiden naisille suuri. Uskonto ei estä tutkimuksiin hakeutumista, uskonnolliset ohjeet kannustavat kantamaan vastuuta omasta terveydestä. (Donnelly ym. 2013.) Sen sijaan kulttuuriset normit ovat ohjanneet naiset lapsesta saakka ajattelemaan, että oman kehon koskettelu ei ole hyväksyttävää. (Banning ym. 2009.)

Usko Jumalaan nähtiin voimavarana ja se antoi luottamusta sairauden aikana. Pakistanissa moni nainen uskoo, että Allah antaa sairauden ja hänen armonsa myös parantaa heidät. Syövän synty saatettiin nähdä kannustimena vahvistaa uskoa ja usko koettiin voimavarana ja selviytymisstrategiana sairauden aikana. Rukoilemisen ja Koraaenin lukemisen merkitys sairastuneelle naiselle oli hyvin suuri. (Banning & Hafeez 2009.) Myös perheen tuella on suuri merkitys (Joulaee ym. 2012).

7.7 Musliminaisten kokemuksia rintasyövästä

Naiset olivat kokeneet sairastumisensa myöstä menettäneensä jotain tärkeää, kokeneensa epävarmuutta, pelkoa ja emotionaalista hämmennystä ja kaipasivat tukea keskeiseen sairauden tuomat haasteet. Naiset pelkäävät menettävänsä seksuaalisen viihtävyytensä aviomiehensä silmissä ja naisilla voi olla pelkojen sen suhteen, että mies ottaa avioeron vaimosta tämän muuttuneen kehon vuoksi. Suurin osa miehistä ei näin tee mutta pelkoja asian suhteen naisilla kuitenkin on. Tässä tulee hyvin esiin se, että vaikka muslimilaisessa kulttuurissa naisen keho on hyvin peitelty ja salainen asia, on naisen kehollisuus kuitenkin myös hyvin tärkeää ja kehossa tapahtuvat muutokset voivat tuoda myös ongelmia parisuhteeseen. (Joulae ym. 2012.)

Kuitenkin tutkimuksessa naiset olivat kuvailleet sairauden myös laajentaneen heidän maailmankuvaansa ja laittaneensa elämänsä tärkeysjärjestystä uusiksi ja saaneensa sairaudesta myös tätä kautta positiivisia vaikutuksia elämäänsä. Vertaistuen avulla sairastuneet saavat toisiltaan tukea ja pääsevät keskustelemaan sairauteen liittyvistä tuntemuksistaan. Hoitohenkilökunnan tulisikin kannustaa naisia vertaistuen pariin. Hoitohenkilökunnalla on myös hyvä olla tietoa kulttuurisista eroista ja valmiuksia kulttuurisensitiiviseen toimintaan. (Bloom ym. 2012.)

7.8 Musliminaisten toiveita valistuksen suhteen

Naiset toivoivat lisää tietoa rintojen tutkimuksista ja näkivät tärkeänä, että tietoa olisi saatavilla omalla kielellä. Koulutusmateriaalissa olisi tärkeä jakaa tietoa siitä, että seulonnat tähtäävät rintasyövän varhaiseen toteamiseen, ja että varhaisella toteamisella on suuri merkitys rintasyövän ennusten kannalta. Materiaalia pitäisi tuottaa eri kielillä. (Donnelly ym. 2013.)

Pienryhmätyyppistä koulutusta pidettiin hyvänä ja tietoa toivottiin jaettavan myös videoiden avulla sekä omilla TV-kanavilla. Visuaalisia komponentteja toivottiin yhdistettävän kirjalliseen koulutusmateriaaliin ja materiaalia toivottiin olevan omalla kielellä. Rintasyöpävalistuksen nähtiin tärkeänä ulottua myös miehiin koska miesten rooli esimerkiksi afgaaninaisten käytännön elämässä on hyvin suuri. Yhteisöstä voisi myös kouluttaa osajia, jotka veisivät tietoisuutta muille yhteisön jäsenille ja näin voitaisiin viedä suusta suuhun menetelmällä tietoa myös lukutaidottomille naisille. Erityisen tärkeänä nähtiin tiedon jakaminen nimenomaan matalasti koulutetuille naisille. (Bloom ym. 2012.)

Tutkimuksissa nähtiin tärkeänä myös se, että lääkärin vastaanotolla lääkärit kertoisivat naisille systemaattisesti rintasyövän seulonnoista, koska naiset arvostavat suuresti lääkäreiden mielipiteitä. Tietoa lääkäreiltä naisille pitäisi tuoda rutiinisti esille myös silloin kun nainen on vastaanotolla muista syistä, koska naiset hakeutuvat lääkäriille yleensä vain silloin kun kokevat jonkin sairauden aiheuttavan oireita tai vaivaa. (Donnelly ym. 2013.)

7.9 Yhteenveto

Tutkimuksissa yhteiseksi nimittäjäksi nousi esiin se, että musliminaisilla rintasyöpätietoisuus on vähäisempää verrattuna länsimaisiin naisiin. Arabimaailmassa naiset sairastuvat länsimaisiin naisiin verrattuna paljon nuorempina ja taudit todetaan myöhäisemmässä vaiheessa.

Kulttuuriset tekijät olivat monimutkaisilla tavoilla vaikuttamassa siihen, että naisten osallistuminen rintojen tutkimukseen ja seulontoihin oli vähäistä. Muslimikulttuuriin kuuluva häveliäisyys nousi keskeiseksi tekijäksi. Islamin ei sen sijaan uskontona katsota estävän naisten rintasyöpävalistusta eikä tutkimuksiin osallistumista. Päinvastoin, uskonnolliset ohjeet kannustavat terveydestä huolehtimiseen ja tarpeelliseen lääketieteellisen hoidon vastaanottamiseen. Sen sijaan kulttuurinen käsitys naisen

rinnoista asiana, josta ei sovi julkisesti puhua, on tekijä, joka ilmeisimmin on vaikuttamassa rintaterveyteen arabimaissa. Toisaalta joillakin se käsitys, että Allah antaa sairauden ja myös siihen tarvittavan parannuksen saattaa vähentää hoitoon hakeutumista.

Rintasyöpään liittyy eri kulttuureissa erilaisia uskomuksia. Islamilaisissa maissa on myös maakohtaisia eroja. Rintasyöpä saatetaan nähdä sosiaalisesti epähyväksyttävänä sairautena ja sen vuoksi sairautta salailaan ja hoitoon hakeutuminen viivästyy. Sairastuneiden vertaistukitoimintaan tämä voi osaltaan tuoda haasteita.

Vertaistukitoiminta olisi naisille itselleen tärkeä tukimuoto sekä käyttökelpoinen keino levittää rintasyöpätietoisuutta, kun sairaudesta selvinneet musliminaiset olisivat viemässä muille oman kulttuurinsa naisille tietoa rintasyövästä, sen seulonnasta, varhaisesta toteamisesta ja sen myöstä paranevasta ennusteesta. Näin saataisiin oikaistua rintasyöpään liittyviä vääriä uskomuksia ja hälvennettyä pelkoja. Naiset olisi hyvä saada mukaan toiminnan ja materiaalin suunnitteluun, oman kulttuurinsa asiantuntijoiksi ja tiedon lähettäjäiksi.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat teoriaosuuden kanssa suurilta osin samansuuntaisia. Naisen ja miehen kulttuuriset roolit, häveliäisyys oman kehon suhteen, islamin opit siitä, kuinka sairauteen tulee aktiivisesti etsiä hoitoa ja parannusta, sekä terveyden ja sairauden kulttuurisidonnaisuus nousevat esiin sekä tuloksissa ja työn teoriaosuudessa. Rintasyöpään liittyvästä tietoisuudesta ei teoriaosuudessa ihan suoraan ole omaa osuutta, mutta tietoisuutta ja suhtautumista ei voida toisistaan oikeastaan irrottaa, molempiin on vaikuttamassa samat taustatekijät.

8 POHDINTA

Aihe oli todella mielenkiintoinen ja monella tapaa ajankohtainen, mutta myös monin tavoin haastava. Alkuun tuntui vaikealta lähteä liikkeelle, koska suomenkielistä materiaalia ei ollut tarjolla, ja oli vaikeuksia hahmottaa, mitkä tutkimukset parhaiten vastaisivat tutkimuskysymyksiin ja toisivat parhaan vastauksen siihen, mitä alun perin lähdettiin selvittämään. Katsausta tehdessä ja materiaalia läpikäydessä palattiin toistuvasti kysymykseen, kuinka tämä tieto voisi auttaa Satakunnan syöpäyhdistystä suunnittelemaan vertaistukitoimintaa muslimitaustaisille naisille. Rintasyöpään suhtautumista ja tietoisuutta rintasyövästä koitettiin tarkastella laajalla näkökulmalla. Suhtautumista ja tietoisuutta tarkasteltiin yleisten uskomusten lisäksi myös syövän seulonnan, tutkimusten ja hoitojen näkökulmasta. Materiaalia lukiessa alkoi nopeasti selviämään isompi kuva islamilaisen maailman rintasyöpätietoisuudesta. Tutkimussuunnitelmaa laatiessa ajatuksena oli olla yhteydessä Satakunnan Monikulttuuriyhdistyksen, mutta ajatuksesta luovuttiin, koska työ on kirjallisuuskatsaus eikä haastatteluja käytetty menetelmänä.

Kirjallisuuskatsauksessa päästiin jonkin verran valottamaan musliminaisten käsityksiä rintasyövästä ja katsausta tehdessä heräsi monia kysymyksiä Suomessa asuvien muslimitaustaisten tilanteesta. Suomessa tehdyn tutkimustiedon puute jätti monet kysymykset edelleen avoimiksi.

Terveystieteiden osalla olisi hyvä olla monikulttuurista osaamista, jonka avulla osattaisiin vastata esimerkiksi juuri musliminaisten erityishaasteisiin ja ohjata heidät vertaistuen piiriin ottamalla huomioon heidän mahdolliset kulttuurisidonnaiset rajoitukset. Tärkeää olisi yhteistyön kehittäminen muslimiyhteisöjen, terveydenhuollon toimijoiden ja kolmannen sektorin välillä.

Vertaistukitoiminnan suunnitteluun saimme mielestämme jonkin verran rakennusaineita sekä työn teoriaosuudessa, jossa muslimimaailmaa kuvaillaan yleisemmällä tasolla, että kirjallisuuskatsauksen tuloksissa joissa rintasyöpää muslimitaustaisilla kuvailtiin tarkemmin. Vertaistuesta ei rintasyöpää sairastavien musliminaisten osalta löytynyt aikaisempia tutkimuksia käytetyillä hakusanoilla. Tällaisia tutkimuksia jäimme kaipaamaan. Katsauksella saatiin tuotua joitakin näkökulmia esiin, kuitenkin tieto ei ole täysin yleistettävissä, koska jokainen sairastunut on ennenkaikkea yksilö.

8.1 Jatkoehdotukset

Tämän opinnäytetyön tekeminen jätti meidät miettimään esimerkiksi sitä, kuinka turvapaikanhakijoina Suomeen saapuvat naiset tavoittavat rintasyöpävalistusta ja pääsevät mukaan seulontoihin? Turvapaikanhakijoille taataan välttämätön sairauksien hoito turvapaikkapäätöstä odotellessa, ja jos odottelu venyy vuosiksi esim. valitusprosessien myötä, jääkö rintaterveydestä huolehtiminen naisten omalle vastuulle? Heille ei ilmeisestikään kuulu automaattiset seulonnat. Tästä olisi mielenkiintoista jatkaa eteenpäin siten, että tätä aihetta tutkittaisiin Suomessa ja kartoitettaisiin esimerkiksi Suomessa turvapaikkaa odottavilta rintasyöpätietoisuutta ja sitä, että kuinka he itse näkisivät esimerkiksi valistuksen parhaiten toteutuvan omalla kohdallaan.

8.2 Luotettavuuden pohdinta

Aineistolähtöiseen tutkimukseen on pyritty saamaan mukaan sellaisia dokumentteja, jotka mahdollisimman hyvin vastaisivat tutkimuskysymyksiin. Aineisto on pyritty analysoimaan mahdollisimman johdonmukaisesti ja totuudellisesti. Tutkimusaineiston valinnassa huomiota on kiinnitetty siihen, että aineistot olisivat peräisin mahdollisimman luotettavista lähteistä.

Tutkimusmateriaalia etsittäessä vastaan tuli paljon mielenkiintoisia, kuvailevia artikkeleita rintasyöpästä muslimimaissa, mutta kiinnostavuudestaan huolimatta ne rajattiin pois, koska lähteiden luotettavuudesta ei kyetty varmistumaan. Tekijät pitävät myös mahdollisena sitä, että osittain luotettavuuden arviointi saattoi osittain kärsiä myös sen vuoksi, että aineisto on kokonaisuudessaan englanninkielistä. Mahdollisia käännösvirheitä on saattanut suomennosvaiheessa tulla mukaan. Vaikka ennako-oletuksiin pyrittiin kovasti kiinnittämään huomiota, ei täysin voida poissulkea sitä mahdollisuutta, että subjektiivinen tulkinta olisi saattanut vaikuttaa tuloksiin, vaikkakin tulokset on pyritty esittämään mahdollisimman paljon alkuperäistutkimusten pohjaa noudattaen. Tekijät ovat yrittäneet saada jokaisesta tutkimuksesta esiin tutkimuksen keskeisen sanoman ja on mahdollista, että joku tärkeäkin yksityiskohta on saattanut jäädä tuloksissa huomioimatta.

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään kuvaamalla tiedonhankinnan prosessia ja avaamalla aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit pysyivät samoina koko aineistohankintaprosessin aikana. Jos soveltuvia artikkeleja olisi löytynyt suomenkielellä, se olisi saattanut lisätä tutkimuksen luotettavuutta, kielellisten tulkintojen jäädessä pois. Toistettavuus toteutuu työssä siten, että käyttämämme hakusanat ja käytetyt tietokannat on dokumentoitu ja käyttämämme aineisto on mahdollista näillä tiedoin hakea uudelleen.

LÄHTEET

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WsoyPro.

Akar, S. & Tiilikainen, M. 2009. Katsaus Islamilaiseen maailmaan – naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Loimaa: Newprint Oy. Viitattu 23.9.2017. https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/07224af1116ab1873c1d1ce4097102fa/1509032108/application/pdf/373235/Islam09_LR.pdf

Castaneda, A., Koponen, P., Koskinen, S., Mölsä, M. & Rask, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Tampere: THL.

Hiltunen, L. n.d. Graduaineiston analysointi. Jyväskylän yliopisto.

Huovinen, R. & Joensuu, H. 2013. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.10.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/syt00001/do>

Huttunen, M. & Pakaslahti, A. 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ilman syöpää www-sivut. Viitattu 23.10.2017. www.ilmansyopaa.fi

Kaikki syövästä www-sivut. Viitattu 3.11.2017. www.kaikkisyovasta.fi

Kajaanin ammattikorkeakoulun www-sivut. Viitattu 21.10.2017. www.kamk.fi

Kaukua, J. & Mustajoki, P. 2008. Senkka ja 100 muuta tutkimusta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

KvaliMOTV www-sivut. Viitattu 20.10.2017. <http://www.fsd.uta.fi>

Maïche, A. 2013. Muslimi potilaana ja asiakkaana Suomessa. Helsinki: Into Kustannus.

Mielenterveyden keskusliiton www-sivut. Viitattu 15.10.2017. www.mtkl.fi

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Kopijyvä. Kuopio.

Monikulttuurinen työyhteisö www-sivut. Viitattu 16.10.2017. www.moty.fi

Muhammed, H. 2011. Yhtä erilaiset. Islam ja suomalainen kulttuuri. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Teos.

Rintasyöpä www-sivut. Viitattu 12.10.2017. www.rintasyopa.fi

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. Viitattu 3.9.2017.

Satakunnan Syöpäyhdistys ry:n www-sivut. Viitattu 4.8.2017. <https://www.satakunnansyopayhdistys.fi>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön www-sivut. Viitattu 23.10.2017. www.stm.fi

Sudah, M. 2014. Rintadiagnostiikan opas. Kuopio.

Suomen pakolaisapu www-sivut. Viitattu 22.10.2017. www.pakolaisapu.fi

Tampereen yliopistollisen sairaalan www-sivut. Viitattu 22.10.2017. www.pshp.fi

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut. Viitattu 15.10.2017. www.thl.fi

Uskonnot.fi www-sivut. Viitattu 23.09.2017. www.uskonnot.fi

KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETTY MATERIAALI

| Tekijä, vuosi, maa | Tietokanta | Otsikko | Keskeiset tulokset |
|---|----------------|--|---|
| Banning, M., Ha-feeze, H., Hassan, M., Faisal, S., Zafar, A. 2009. Englanti. | Google Scholar | The impact of culture, sociological and psychological issues on Muslim breast cancer patients in Pakistan. | Kulttuurisilla tekijöillä on vaikutusta rintasyöpätietoisuuteen. |
| Joulaee, A., Joulaee, S., Kadivar, M., Hajibabae, F. 2012. Iran. | Google Scholar | Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. | Iranilaisten naisten kokemukset rintasyövästä ovat samantapaisia kuin naisilla maailmanlaajuisesti, mutta kulttuurissa on myös erityispiirteensä. |
| Bloom, J., Popal, R., Shirazi, A., Shirazi, M. 2012. USA. | PubMed | Afgan immigrant women's knowledge and behaviors around breast cancer screening | Afgaaninaisten rintasyöpätietoisuus on matalalla tasolla ja uskomukset vaikuttavat hoitoon hakeutumiseen. |
| Banning, M., Ha-feeze, H. 2009. Englanti. | PubMed | Perceptions of breast health practices in Pakistani Muslim women. | Rintojen itsetutkimisesta naiset toivovat lisää tietoa, |

| | | | |
|-------------------------------|---------------|---|--|
| | | | kulttuurisesti rinnat ovat aihe josta ei sovi keskustella julkisesti. |
| Donnelly, T. ym. 2013. | Springer Link | Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study | Terveydenhuollon henkilökuntaan luotetaan rintasyöpäsuositusten suhteen. Tietoisuus rintasyövästä alhaista. Taustalla vaikuttavat kulttuuriset asenteet naisen roolista. |
| Donnelly, T. ym. 2013. | Springer Link | Arab women's breast cancer screening practices: A literature review. | Arabimaissa rintasyöpäseulontoihin osallistuminen on heikolla tasolla erityistä johtuen |