

Opinnäytetyö (AMK)

Koulutusohjelma Hoitotyö

Hoitotyö

2013

Sari Iivonen

MUSLIMIPERHE TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA

– Terveysnetti



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Hoitotyö

Joulukuu 2013 | 42+ 2 liitettä

Ohjaajat: Tarja Bergfors & Marjo Kaarto

Sari Iivonen

MUSLIMIPERHE TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA - TERVEYSNETTI

Maahanmuuttajaperhe kokee suuren muutoksen elämässään, kun joutuu jättämään kotinsa ja muuttamaan täysin vieraaseen maahan ja sopeutumaan vieraan kulttuurin sääntöihin. Uusi tilanne muuttaa perheen sisäistä dynamiikkaa ja rooleja. Syrjäytymisen riski on perheissä, joissa vanhemmilla on vähän koulutusta ja kielitaitoa. Siksi olisikin tärkeää terveydenhuollon yksiköissä perehtyä tarkoin asiakkaidensa kulttuuriin, jotta sopivan tuen ja avun antaminen mahdollistuisi. Yksilöllinen lähestymistapa ja rohkeus kysyä ovat tärkeää kaikkien asiakkaiden kohdalla.

Tämän projektin tehtävänä oli luoda internet-sivut Muslimiperhe terveystalvelujen asiakkaana Terveystalvettiin perheille suunnattuun osioon. Tavoitteena on antaa tietoa terveystalveluissa työskenteleville jotka kohtaavat työssään muslimiperheitä. Projektin tuotoksena syntyneet internet-sivut käsittelevät aluksi islamia uskontona ja sen merkitystä muslimien kulttuurissa. Kappaleessa käydään lyhyesti läpi ravitsemukseen, pukeutumiseen ja paastoon liittyvät asiat. Maahanmuuttajaperheen tukeminen on tärkeä osa monikulttuurista hoitotyötä ja tämän otsikon alle on tuotu näkökulmia siitä miten kohdata perhe, joka on kohdannut elämänsä aikana jo monenlaisia vastoinikäymisiä ja traumoja ja kuinka esimerkiksi mielenterveyshäiriöt heihin vaikuttavat. Kulttuuristen erojen huomioonottaminen ja kasvatuksen tuoma rikkaus tulisi nähdä vahvuutena eikä niinkään erona maahanmuuttajaperheen kanssa työskennellessä. Monikulttuurinen hoitotyö otsikon alla käsitellään muslimia potilaana. Esille tuodaan millaisia haasteita tuo yhteisen kielen puuttuminen ja erilaisuuden kohtaaminen. Muslimilla on oma vakaumuksensa ja sairaanhoitajana meitä ohjaavat myös eettiset arvot.

Sivut löytyvät osoitteesta www.hoitonetti.turkuamk.fi.

Opinnäytetyö kuuluu Paremmaksi osaajaksi Salolaisella yhteistyöllä – hankkeeseen.

ASIASANAT:

Islam, maahanmuuttaja, monikulttuurisuus, muslimi, perhe, Terveystalvetti, terveydenhuolto

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing| Nursing

December 2013 | 42 + 2 attachments

Instructors Tarja Bergfors & Marjo Kaarto

Sari Iivonen

MUSLIMIPERHE TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA- TERVEYSNETTI

Immigrant Family is experiencing a major change in his life, when forced to leave their homes and move fully into a foreign country and adapt to the rules of a foreign culture. The new situation changes family dynamics and roles. Exclusion risk in families where parents have little education and language skills. That is why it is important to health care teams carefully examine customers' culture, so that the appropriate support and assistance made possible. Individual approach and the courage to ask are important to all customers.

The purpose of this project was to create a website to Terveysnetti of the Muslim Family Health Care client families. The aim is to provide information for those working in health clinics who meet Muslim families. Project, created websites dealing initially Islam as a religion and its role in the Muslim culture. Chapter with a brief review of nutrition, clothing and fasting-related issues.. Immigrant Family support is an important part of a multi-cultural nursing and under this heading have been brought perspectives on how to meet a family who has met for many kinds of adversity, trauma, and how the mental health illnesses can influence them.

Cultural differences into account and the added richness of education should be seen as an asset rather than so much the difference between working with an immigrant child. Multicultural Nursing dealt with under the heading of a Muslim patient. Out into the challenges that the lack of a common language and diversity encounter. The Muslims have their own beliefs and a nurse we are guided by the ethical values.

The pages can be reached at www.hoitonetti.turkuamk.fi.

This thesis belongs to Paremmaksi osajaksi Salolaisella yhteistyöllä - project.

KEYWORDS:

Islam, immigration, multiculturalism, muslim, family, Terveysnetti, healthcare

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	7
2.1 Islam uskontona ja sen näkyminen arjessa	7
2.2 Terveystenhoito	12
2.3 Monikulttuurinen hoitotyö	16
2.4 Maahanmuuttajaperheen kohtaaminen	19
3 INTERNET TERVEYDEN EDISTÄMISEN VÄLINEENÄ	23
4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	26
5 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTUS	27
6 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	33
7 POHDINTA	36
LÄHTEET	39

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Projektilupa

KUVAT

Kuva 1. Internet-sivujen etusivu

KUVIOT

Kuvio 1. Kaavio internet sivujen sisällöstä 29

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonkeräysprosessi 28

1 JOHDANTO

Sisäasiainministeriön julkaisemassa Maahanmuuton tilastoja 2011 – julkaisussa ”Ulkomaan kansalaisten määrä 2001– 2011” Suomessa asui vuonna 2011 vakituisesti 2011 183 133 ulkomaalaista. Suurimmat kansalaisuusryhmät olivat Viro 18,6 %, Venäjä 16,2 %, Ruotsi 4,6 % ja Somalia 4,1. (Sisäasiainministeriö 2011). Muslimeita Suomessa on tällä hetkellä arviolta noin 40 000 - 50 000. Muslimien määrä lisääntyy vuosittain noin 3000 – 4000 henkilöllä. (Maiche 2010, 7.)

Sanasta ”maahanmuuttaja” tulee useimmalle suomalaiselle mieleen mustaihoinen, useimmiten somalialainen mies tai nainen. Monelle maahanmuuttaja on pakolainen, turvapaikanhakija tai ainakin köyhistä oloista tullut afrikkalainen. (Väestöliitto 2011.)

Kaiken kaikkiaan ulkomailta Suomeen muuttaneista ulkomaankansalaisista vain 10-15 prosenttia on tullut tänne humanitäärisistä syistä johtuvalla oleskeluluvalla. Yleisimmin Suomeen tullaan Euroopasta. Suomessa asuvista vieraskielisistä venäjänkieliset ovat selkeästi suurin ryhmä ja seuraavaksi tulevat viron- ja eestinkieliset. (Tilastokeskus 2011.)

Ulkomaalaistaustaisten perheiden lisääntyminen tuo haasteensa myös terveydenhuollossa työskenteleville. Uuden kielen, kulttuurin ja uskonnon myötä vieraasta maasta tulleen perheen kohtaaminen ei olekaan niin helppoa. Käsitykset terveydestä, sairaudesta ja hoitamisesta voivat poiketa suuresti. Kun työskentelee toisesta kulttuurista tulleen asiakkaan kanssa, työskentelyä voi ohjata myös omat ennakkoluulot ja –käsitykset.

Opinnäytetyö kuuluu Paremmaksi osaajaksi Salolaisella yhteistyöllä – hankkeeseen. Tämän projektin tehtävänä oli luoda internet-sivut Muslimiperhe terveydenhuollon asiakkaana Terveysnettiin perheille suunnattuun osioon. Opinnäytetyöllä toivon tuovani lisää tietoutta terveydenhuoltoon ja lisääväni tietoutta muslimiperheiden kohtaamiseen. Opinnäytetyöstä tuotetuilla

internetsivuilla pyrin lisäämään ymmärrystä muslimiperheiden ja terveydenhuollon työntekijöiden välillä. Useimmiten tiedot muslimeista ja islamista ovat puutteellisia. Terveydenhuollon ammattilaisten työssä kulttuuritaustan ymmärtäminen on kuitenkin erityisen tärkeää. (Maiche 2010, 12.)

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Islam uskontona ja sen näkyminen arjessa

Muslimin maailmankuvassa olennainen tekijä on islam ja uskonto niveltyy kiinteästi osaksi yksilön maailmankatsomusta. Islamilaisen identiteetin peruskiviä ovat uskon lisäksi myös islamilainen yhteiskuntajärjestelmä ja normisto. Islamilaisessa uskonnollisessa hierarkiassa Islam on Jumalan viimeinen sanoma ihmiskunnalle ja Muhammed on viimeinen profeetta. Tästä seuraa että muslimit pitävät islamia parhaana ja ainoana uskontona. (Palva & Perho 1998, 13–14.)

Jokainen muslimi on periaatteessa vapaa valitsemaan, miten pitkälle haluaa noudattaa uskontonsa asettamia ulkoisia muotoja. Kaikki muslimit eivät nouse aamulla mennäkseen moskeijaan rukoilemaan, aivan kuten kaikki kristityt eivät osallistu jumalanpalveluksiin. Keskiverto muslimia ei siis ole olemassakaan. Muslimin elämässä on kuitenkin olemassa viisi perustaa eli pilaria, joita jokaisen muslimin tulisi parhaaksi näkemällään tavalla elämässään noudattaa. Pilarit ovat uskontunnustus, rukous, almut, paasto eli ramadan sekä pyhiinvaellus. (Palva & Perho 1998,17.)

Heti lapsen syntymän jälkeen lapsen vasempaan korvaan kuiskataan sanat ”Ei ole muuta jumalaa kuin Jumala ja Muhammed on hänen lähettiläänsä”. Tällä todistuksella alkaa muslimin elämäntie. Sanat kuiskataan vasempaan korvaan suojaksi Saatanaa vastaan ja ne lausutaan aina arabiaksi, huolimatta siitä missä päin maailmaa ollaan. Sanat ovat yhtä tärkeitä kuin kristillinen kaste. (Palva & Perho 1998, 18.)

Islamin kasvatuseriaatteiden pohjalla on käsitys miehen ja naisen rooleista. Isän asema on keskeisesti edustaa perhettä ulospäin mutta perheen sisällä äiti on keskushahmo. Tullessaan seitsemän vuoden ikään lapsi alkaa vähitellen noudattaa islamin ulkoisia muotoja kuten rukousta. Tytär esimerkiksi seuraa äitinsä vieressä kuinka äiti peseytyy ja sitoo huivin päähänsä. (Palva & Perho 1998, 19.)

Seitsemän vuoden iän jälkeen pojat ja tytöt alkavat vähitellen erkaantua tietyissä asioissa eri sukupuolta olevasta vanhemmasta. Tähänkin vaikuttavat islamin omat säännöt, mutta loppujen lopuksi perheen oma kulttuuri muovaa näistä säännöistä omat tavat ja rajoitukset. Muslimeille ei ole soveliasta koskaan paljastaa ruumiistaan navasta polviin olevaa aluetta ulkopuolisille, vaikka he olisivat samaa sukupuoltakin. Tämä voi koitua haasteeksi muun muassa koulujen uimahalli tunneilla. (Alitolppa-Niitamo ym. 2005, 104.)

Islamin mukaan lapset ovat suuri ilo ja tulevaisuuden toivo ja lapsia tuleekin kasvattaa hyvin ja pitää heistä hyvää huolta. Jokaisella lapsella tulee olla oikeus äitiin ja isään. Murrosikäiseen nuoreen profeetta Muhammad neuvoo luomaan sellaisen ystävyyssuhteen, että asioista voidaan puhua avoimesti ja aikuisen neuvoa voidaan aina kysyä. Kun vanhempien ja nuoren suhde on kunnossa, nuori kehittyy ja kasvaa hyvin. (Alitolppa-Niitamo ym. 2005, 101.)

Koraanissa kehoitetaan lasten pitkään imetykseen. Mutta islamilainen laki tuntee verisisaruuden lisäksi myös ns. maito- eli imetyssisarouden. Eli saman naisen imettämät lapset katsotaan sisaruksiksi eivätkä he voi solmia avioliittoa keskenään. Tämän takia musliminaiset vierastavat toisen äidin maidon antamista lapselleen tai oman maidon luovuttamista. (Palva & Perho 1998, 20.)

Maahanmuuttajanaisten imetystä voidaan edistää terveydenhuollossa positiivisella suhtautumisella, imetystukea antamalla ja rohkaisulla, tiedon antamisella sekä laadukkaalla imetysohjauksella. Imetysohjauksessa tulisi ottaa huomioon kulttuurin edistävät ja ehkäisevät elementit, muistaa tulkin käyttö ja huomioida puolison ja perheen osallistuminen. (Kolanen 2012.)

Kun lapsi aloittaa kiinteiden ruokien syömisen, siirtyy hän samalla islamilaiseen ruokakulttuuriin, jossa tietyt ruoka-aineet ovat kiellettyjä kuten sianliha, veri, alkoholi sekä kaikki sellainen jonka kuolintavasta ei ole tietoa. (Palva & Perho 1998, 22.) Jalostetuissa ruissa ei myöskään saa olla sian osia, verta tai alkoholia. Liivatteen käyttö hyväksytään monissa muslimimaissa sen perusteellisen kemiallisen käsittelyn vuoksi. Samoilla perusteluilla viinietikkaa voidaan käyttää ruoanvalmistuksessa. (Maiche 2010, 31-32.)

Lihan teurastukseen liittyy islamin halal-sääntö, jonka mukaan eläimen kurkku viilletään auki, jotta veri pääsee valumaan pois ja samalla lausutaan sanat ”Jumalan, armeliaan armahtajan nimeen”. Ruotsissa tapa on kielletty ja Suomessa säädettiin laki 1995, jonka mukaan eläin on ensin tainnutettava ja samalla kaulavaltimo katkaistaan. (Palva & Perho 1998, 22.)

Kulttuuritaustaltaan erilaisen perheen hyvän ravitsemuksen tavoitteena on oman ruokakulttuurin toteuttaminen uudessa maassa. Suomalaiseen ruokakulttuuriin tutustuttaminen ja samalla ruokavalion pysyminen ravitsemuksellisesti monipuolisena ja riittävänä on suuri haaste. Kieliongelmiin ja mahdollisen lukutaidottomuuden vuoksi suomalaisten pakkausmerkintöjen tulkitseminen voi olla haastavaa maahanmuuttajaperheelle ja kuvien ja mallipakkausten käyttö onkin erinomainen tapa annettaessa ravitsemusneuvontaa. (Arffman 2010, 124-125.)

Ruokatottumusten muuttuessa, kotimaassa nautittu monipuolinen ruokavalio muuttuu usein uudessa maassa yksipuoliseksi ja sisältää enemmän rasvaa ja sokeria. Maahanmuuttajaperheen lapsilla vatsavaivat ovat yleisiä, joihin voivat olla syynä ruokavalion muutokset tai psyykkiset syyt, myös suolistolaisia voi olla. Laktoosi-intoleranssi voi aiheuttaa näitä oireita. Ruokahaluttomuus voi myös vaivata, ja kaikenlainen tuputtaminen tai pakottaminen ei silloin auta. Säännölliset ruokailuajat ja sokeristen välipalojen poisjättäminen yleensä auttaa näissä tilanteissa, kuten ulkoilu ja liikkuminen. Ruokahaluttomuuden taustalla voi olla koti-ikävä, sopeutumisongelmat tai oudon makuinen ruoka. (Arffman 2010, 125-126.)

Muslimit noudattavat ramadania eli paastoa, joka on jokavuotinen tapahtuma, ja kestää aina kerrallaan noin kuukauden. Ramadanin ajankohta vaihtelee vuosittain, ja se aikaistuu vuosittain noin 12 vuorokaudella paaston pituudesta riippuen. Paasto kestää aamunkoitosta auringonlaskuun. Paaston aikana ei saa syödä eikä juoda. Illalla auringon laskettua muslimit syövät pääaterian, ja ennen auringonnousua syödään kevyt aamiainen. Sekä miehet että naiset paastoavat, mutta koraani antaa erivapauden raskaana oleville sekä imettäville naisille. Kuitenkin jotkut imettävät tai raskaana olevat naiset haluavat paastota. Tällöin

terveydenhuollon on hyvin tärkeää tietää samanaikaisesti tapahtuvan paastoamisen ja imettämisen mahdollisista vaikutuksista imeväisikäisiin ja muistuttaa myös naista ettei uskonto sitä heiltä vaadi. (Partanen & Vikman 2011, 9.) Lasten ei tarvitse paastota. Kun he saavuttavat murrosiän ja heidän katsotaan olevan uskonnollisessa mielessä varttuneita, rohkaistaan heitä kokeilemaan paastoamista ainakin muutaman päivän ajan tai osan päivästä. (Maiche 2010, 33-34.)

Arjessa islaminuskonto voi tulla esiin esimerkiksi kun päiväkodissa järjestetään kristillisiä juhlia. Useimmat muslimit eivät halua osallistua tai antaa lastensa osallistua kristillisiin tapahtumiin tai kristilliseen kasvatukseen. Nykyään suuremmissa kaupungeissa, joissa asuu runsaasti ulkomaisia, on päiväkodeissa varsinaisia kristillisiä juhlia muokattu myös muuhun uskontoon kuuluvien lasten vuoksi erilaiseksi. Joulujuhlia järjestetään, mutta mm. laulut, jotka käsittelevät kristinuskoa on jätetty juhlista pois. Täten pystytään antamaan mahdollisuus kaikille lapsille osallistua päiväkotien juhliin uskontokuntaan katsomatta. Islamin usko voi rajoittaa myös koulujen musiikki tai voimistelutunneille osallistumista. Lasten ei haluta esiintyvän vähissä vaatteissa tai alasti koulutovereiden seurassa. Jotkut perheet kieltävät musiikin kuuntelemisen. (Räty 2002, 74- 75.)

Helsinkiläisessä päiväkodissa tehdyssä tutkimuksessa Lamminmäki – Vartia (2010) etsi vastauksia kysymyksiin; miten uskonto ilmenee monikulttuurisessa päiväkodissa ja minkälaisia puhetapoja monikulttuurisen päiväkodin kasvattajat käyttävät puhuessaan uskontoon ja uskonnonkasvatukseen liittyvistä kysymyksistä. Tässä tutkimuksessa tuotiin esille päiväkodin uskonnonkasvatus monikulttuurisessa yksikössä. Tarkoituksena oli päiväkodin arjen havainnointi ja kasvattajien haastattelu kysymyksin, jotka liittyivät uskonnonkasvatukseen ja uskontoon. (Lamminmäki- Vartia 2010, 41.)

Tutkimuskohteeksi valikoitui helsinkiläinen kunnallinen päiväkotito, jota voidaan kokonsa puolesta luonnehtia suureksi. Tutkimuspäiväkotito sijaitsee alueella, jossa asuu paljon maahanmuuttajia. Aineiston keräämisen aikana lasten vanhemmat edustivat 21 eri kansallisuutta. Monikulttuurisuutta toivat päiväkodin

arkeen myös maahanmuuttajataustaiset harjoittelijat, työharjoittelijat, työllistetyt ja sijaispalvelun kautta tulleet sijaiset. Aineistoa kerättiin osallistumalla ja havainnoimalla päiväkodin arkea sekä haastattelemalla kasvattajia. Koska tutkimuskohteena oli todellinen elämä, päiväkotia, teki se tutkimuksesta laadullisen. Myös aineistonkeruumenetelmät olivat laadullisia. (Lamminmäki-Vartia 2010, 38-46.)

Tutkimuksessa selvisi, että eri uskontojen kohtaaminen on kasvattajille paljon haastavampaa kuin eri kulttuurien kohtaaminen. Kasvattajien tulisi tunnistaa eri uskontojen aiheuttamat tunteet itsessään, ja välttää etenkin negatiivisten tunteiden ja ennakkoluulojen näkyminen kasvatustilanteessa. Monikulttuurisen päiväkodin voidaan ajatella olevan kuin maailma pienoiskoossa, jossa eri uskonnot kohtaavat. Kun uskonnon ilmenemistä tarkasteltiin tutkimuspäiväkodin arjessa, korostui uskonnoista erityisesti islam. Mutta islam ilmeni arjessa lähinnä asioina joita tietyt lapset eivät saaneet syödä, nähdä tai tehdä. Myös erilaiset juhlapyhät tuottivat päiväkodissa hankaluuksia, kun lapsia jouduttiin eriyttämään, joskus vanhempien toiveesta, muusta ryhmästä tai sulkemaan ulos suunnitellusta pienryhmätoiminnasta. (Lamminmäki-Vartia 2010, 102-119.) Oman suolansa kasvatustyöhön toivat myös vanhempien omat mieltymykset ja tavat uskontoon liittyen, ja tämä sai kasvattajat varmistelemaan aktiivisesti näitä asioita lasten vanhemmilta. Keskustelu rajoittui kuitenkin lähinnä siihen mitä lapsi saa tehdä ja mitä ei ja syvempi tieto perheen uskonnosta ja uskontokasvatuksesta jäi hataraksi. Kasvattajien halu järjestää uskontokasvatukseen liittyviä tuokioita ja juhlapyhien ja uskonnonmerkityksen esille tuominen koettiin rasitteeksi ja asenne oli vähättelevä ja kiinnostumaton. Samalla myös kristinuskon perinteitä ohennettiin ja vastuuta uskonnon merkityksen kertomisesta haluttiin siirtää pois itseltä. (Lamminmäki-Vartia 2010, 119-120.)

Tutkimus toi uudenlaista näkökulmaa monikulttuurisuudesta ja uskontokasvatuksesta päiväkodissa ja toi esiin sen miten monitahoisesta asiasta on kysymys. Kasvattajien ennakkoluulot ja käsitykset kaipaavat tietoa,

apua ja tukea kun haluamme kehittää monikulttuurisuutta niin päiväkodeissa kuin sen ulkopuolellakin. (Lamminmäki- Vartia 2010, 125.)

2.2 Terveydenhoito

Islamin ruokasäännöissä kielletään alkoholin juominen tai syöminen kuten myös sikaperäisten aineiden tai verituotteiden nauttiminen. Tämä koskee myös lääkkeitä. Joissakin perheissä on kieltäytytty sikaperäistä liivatetta sisältävistä rokotteista kun taas toisessa perheessä ne on hyväksytty perustelujen jälkeen. (Mölsä & Tiilikainen 2004.) Pääsääntöisesti muslimeja ei saa hoitaa kielletyillä aineilla tai menetelmillä, kuten alkoholilla tai huumeilla. Kivun hoitoon muun muassa opiaattien käyttö on sallittua, sekä haavojen puhdistukseen tai salvana käytettävä alkoholi. Tautien ehkäisy on sallittua ja suositeltua. (Maiche 2010, 50.)

Maahanmuuttajataustaisen potilasryhmän kasvaessa ovat myös hoitotyössä uskontoon liittyvät kysymykset lisääntyneet. Hoitajat haluavat hoitaa potilaitaan heidän uskonnollista vakaumustaan kunnioittaen ja kiinnostus muita uskontoja kohtaan on lisääntynyt. Kuitenkin käytännön hoitotyössä voi tulla esiin tilanteita, joissa hoitajan on mahdoton kyseenalaistaa potilaan ristiriitaiseltakin tuntuvia uskontoon liittyviä toivomuksia tai kieltoja. Jos pyyntöön joudutaan vastaamaan kieltävästi, perusteena on yleensä hoitoon liittyvä tekijä, mutta konfliktiin liittyvissä tilanteissa parasta on konsultoida kyseisen uskonnon tuntevaa asiantuntijaa. (Abdelhamid 2009, 118-119.)

Maahanmuuttajaperhe kokee suuren muutoksen elämässään, kun joutuu jättämään kotinsa ja muuttamaan täysin vieraaseen maahan ja sopeutumaan vieraan kulttuurin sääntöihin. Uusi tilanne muuttaa perheen sisäistä dynamiikkaa ja rooleja. Vähäinen koulutus ja kielitaidon puuttuminen voivat johtaa syrjäytymiseen. Siksi olisi tärkeää neuvolatyöryhmissä tai perhepalveluverkostoissa perehtyä tarkoin asiakkaidensa kulttuuriin, jotta sopivan tuen ja avun antaminen mahdollistuisi. Yksilöllinen lähestymistapa ja rohkeus kysyä ovat tärkeitä kaikkien asiakkaiden kohdalla. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon henkilöstä antamaan tietoa potilaan terveydentilasta ymmärrettävässä muodossa. Kieliongelmiin välttämiseksi tulkin apua tulisi käyttää ja varata käynnille riittävästi aikaa ja tarvittaessa myös ylimääräisiä käyntejä. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Lasten oikeudet ovat samat Suomessa niin suomalaisille kuin muistakin maista muuttaneille lapsille. Perheitä tulisi informoida ruumiillisen kurittamisen rangaistavuudesta ja varhaiskasvatuksen vaihtoehdoista. Samassa yhteydessä on syytä mainita myös naisten oikeuksista ja perheväkivallan käsitteestä. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Puhtaus on keskeinen osa islamin noudattamista, ja siihen liittyy oikea ravinto, hygieniasta huolehtiminen sekä rituaalinen puhtaus, johon kuuluu ympärileikkaus. Ympärileikkaus on olennainen osa muslimimiehenä olemista ja kaikki muslimivanhemmat ympärileikkauttavat poikansa ja myös aikuisena kääntyneet miehet ympärileikkataan. (Palva & Perho 1998, 21.) Poikien ympärileikkaus on lääketieteellisistä, uskonnollisista tai muista kulttuuriperinteisiin liittyvistä syistä tehty esinahan poisto. Ympärileikkaus suoritetaan yleensä ensimmäisten elinvuosien aikana tai ennen murrosikää, mutta viimeistään ennen avioitumista. (Muhammed 2011, 192.)

Tällä hetkellä ongelmia aiheuttaa kieltävän tai sallivan lainsäädännön puuttuminen Suomesta. Suomalaiset lääkärit ovat kieltäytyneet toimenpiteestä uskonnollisten tai kulttuuristen perusteiden tehtävistä ympärileikkauksista. Poikien ympärileikkaukseen liittyy oikeus päästä muslimiyhteisön jäseneksi ja myöhemmällä iällä tulla vihityksi islamilaisen tavan mukaan. Poikien ympärileikkaus sellaisenaan ei aiheuta oikein suoritettuna varsinaista vammaa tai seksuaalista kyvyttömyyttä. Mutta neuvoloissa tulisi tarjota siihen liittyvää neuvontaa ja mahdollisuutta siirtää ympärileikkausta aikuisiälle ja asianosaisen itsensä päätettäväksi. Jos vanhemmat kuitenkin päätyvät poikalapsensa ympärileikkaukseen tulisi heille antaa mahdollisuus toimenpiteen suorittamiseen turvallisessa ympäristössä. (Muhammed 2011, 192-193.) Kotona tehtyyn ympärileikkaukseen liittyy suuri määrä komplikaatioiden riskejä sekä

epäinhimillistä kipua, puudutusten ja anestesian puuttuessa ja tilanne koskettaa erityisesti köyhiä muslimipakolaisperheitä, joilla ei ole varaa kalliisiin yksityisiin sairaaloihin. (Maiche 2010, 38.)

Naisten ympärileikkausta ei ole islaminuskossa asetettu velvoitteeksi kuten poikien ympärileikkausta, mutta joissain Itä- ja Keski-Afrikan alueilla sitä vielä harjoitetaan. Vanhimmat todisteet naisten sukupuolielinten silpomisesta löytyvät jo muinaisen Egyptin historiasta. Tyttöjen sukupuolielinten silpomista esiintyy erityisesti somalialaisten keskuudessa. Suomessa ja muissa länsimaissa tyttöjen sukupuolielinten silpominen tulkitaan törkeäksi pahoinpitelyksi ja monet muslimit itse vastustavat sitä. (Muhammed 2011, 196.)

Tyttöjen sukupuolielinten silpomisella tarkoitetaan ulkoisten sukupuolielinten, esimerkiksi klitoriksen leikkaamista pois. Silpominen on erittäin kivulias ja sen tekevät säännönmukaisesti puoskarinaiset. Silvonta aiheuttaa myös peruuttamattomia muutoksia sukupuolielimiin ja tehdään yleensä likaisilla välineillä kuten partaveitsellä tai lasinpalalla. Tulehdukset ovat yleisiä ja likaisista välineistä saa tauteja. (Muhammed 2011, 195.)

Tärkeintä ympärileikkausta epäiltäessä on ottaa asia rohkeasti esiin vastaanotolla ja selvittää lapsen tilanne juurta jaksain. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksia eli sukupuolielinten silpomisia tehdään yli 30 maassa ja olennaista on keskustelu vanhempien kanssa ja tyttöjen tarkistaminen lääkärintarkastuskäyntien yhteydessä. Jos ympärileikkauksaikeista herää epäily tulisi tehdä lastensuojeluilmoitus. Terveystieteiden tutkimuksissa tulisi myös huomioida jo silvotut naiset. (Muhammed 2011, 195-196.)

Maahanmuuttajat eroavat paitsi kulttuurin ja traditioiden puolesta ja ihonväri on usein erilainen. Kun suomalaista valkoihoista potilasta hoidetaan, niin havaintoja on totuttu tekemään iholta näköaistia hyväksi käyttäen. Tilanne kuitenkin muuttuu jos potilas on ihonväritään ruskea tai musta. (Abdelhamid ym. 2009, 120.) Syanoosin, kalpeuden, keltaisuuden, petekkiöiden, punoituksen tai ihottuman eri tyyppien erottaminen iholta on hankalaa ja useimmiten pelkkään näköaistiin turvautuminen ei riitä vaan tarvitaan palpointia ja muiden

oireiden tarkkailua. Hapenpuutteen huomaaminen tummaihoisella ei näy syanoosina suun ympärillä tai raajoissa, vaan silloin täytyy tarkkailla muita oireita, jotka viittaavat hapenpuutteeseen kuten hengitysfrekvenssiä, hengityksen syvyyttä tai apuhengityslihasten käyttöä. Maksan toimintahäiriö ei tummaihoisella näy silmien tai ihon keltaisuutena vaan silloin täytyy tarkastella silmävaon limakalvoa tai kitalakea. (Abdelhamid ym. 2009, 120.)

Petekkiat näkyvät tummaihoisella parhaiten kehon vähemmän pigmenttiä sijaitsevista kohdista kuten vatsasta tai käsivarren sisäpuolelta. Petekkioita voi myös löytää poskien limakalvoilta tai silmän kovakalvolta. Ihottuman tarkasteluun tarvitaan useimmiten palpointia koska punoituksen havaitseminen on silmämääräisesti tarkastellen hankalaa. Tällöin voidaan myös todeta mahdolliset tulehduksen merkit, kuten ihon lämpötila muutokset, turvotukset ja kipu. (Abdelhamid ym. 2009, 120-121.)

Mongoliläiskä on synnynnäinen pigmenttimuutos. Niitä tavataan keltaisessa ja itäafrikkalaisessa rodussa noin 80 %:lla. Valkoisessa rodussa läiskät ovat harvinaisia. Tavallisimmin se on yksittäinen harmaa läiskä ristiselän alueella, joskus pakaroissa. Läiskän koko vaihtelee parista senttimetristä 10-15 senttimetriin. (Hannuksela 2012.) Läiskät vaalenevat iän myötä mutta ne eivät häviä kokonaan. Läiskien sekoittamista mustelmiin on varottava ja mustelmista ne eroavat siinä etteivät ne arista eikä niiden väri muutu. (Abdelhamid ym. 2009, 121.)

Terveysten – ja hyvinvoinnin laitos suosittelee D-vitamiinin antamisen aloittamista kun lapsi tulee kahden viikon ikään. Annostus on 10 mikrogrammaa päivässä, ympäri vuoden riippumatta siitä, saako lapsi äidinmaitoa, korviketta, lasten erityisvalmistetta, vitaminoitua lastenveljeä tai puuroa vai D-vitaminoitua maitoa. (Uusitalo ym. 2010.) Maahanmuuttajien tumma iho tuottaa Suomen auringossa D-vitamiinia huomattavasti heikommin kuin vaalea iho. D-vitamiinin puutosta lisää myös peittävä vaatetus. Pohjoismaisissa selvytyksissä riisitaudin yleistymisen maahanmuuttajaperheissä on jo tätä päivää ja vastasyntyneellä äidin D-vitamiini puutos on suuri vaaratekijä. Ravintolisän käyttämiseen tulisi

rohkaista etenkin talvikausina ja varsinkin jos ravinto koostuu pelkistä kasviksista. (Paakkari 2010.)

2.3 Monikulttuurinen hoitotyö

Suomen monikulttuuristumisen myötä väestön terveystarpeet muuttuvat ja monimuotoistuvat. Hyvän hoitotyön kriteerit laajenevat ja terveysalan palveluorganisaatioiden on varmistettava kulttuuritaustaltaan erilaisten ihmisryhmien hyvän hoidon toteutuminen. Kun olemme halukkaita ymmärtämään ja hyväksymään toisen tapaa elää, niin samalla ennakkoluulomme erilaisuutta kohtaan hälvenevät. Monikulttuuristen taitojen kehittyminen vaatii kykyä ja halua myös omien kulttuuristen käsitysten ja asenteiden kriittiseen tarkasteluun. Kulttuurien kohtaaminen on erilaisuuden kohtaamista. (Abdelhamid ym. 2009, 22.) Monikulttuurista hoitotyötä tehtäessä ideana on nähdä potilas, ei vain pakolaisena tai maahanmuuttajana, vaan terveydenhuollon palvelunkäyttäjänä, äitinä tai toimistovirkailijana. Jos nostamme erilaisuuden ihmistä määrittäväksi tekijäksi voi potilas kohdata räikeää epätasa-arvoista kohtelua. Potilaaseen saatetaan liittää hankalan potilaan leima, koska hän on erilainen eikä pysty ilmaisemaan itseään selkeästi. (Abdelhamid ym. 2009, 96-97.)

Kun puhutaan kulttuurien kohtaamisesta, puhutaan usein myös erilaisuuden kohtaamisesta. Jos lähdemme korostamaan ihmisen erilaisuutta, tulemme samalla korostaneeksi stereotyyppistä asennoitumistamme eri kulttuureihin. Erilaisuuden korostamisen sijaan tulisi meidän hoitajina kasvattaa ymmärrystä ja sitä kautta hyväksyä toisesta kulttuurista tullutta ihmistä (Abdelhamid ym. 2009, 22.)

Kulttuuritaustaltaan erilaisten potilaiden hoitotyön haastavuutta lisää yhteisen kielen ja ymmärryksen puute, samalla potilas tuntee kulttuurista johtuvaa erilaisuutta ja vierautta ja mukana seuraavat monesti myös traumaattiset kokemukset. Huolenpitotyössä vastaamme potilaan haavoittuvaisuuteen ja meidän odotetaan toimivan ammattimme edellyttämien eettisten normien

mukaan. Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, sekä inhimilliseen kohteluun. (Abdelhamid ym. 2009, 78-79.)

Kuritusväkivallalla tarkoitetaan väkivaltaa, jossa aikuinen rankaisee tai säätelee lapsen käyttäytymistä. Kuritusväkivalta kiellettiin Suomessa lailla vuonna 1984. Kuritusväkivaltaa on esimerkiksi lapsen läimäyttäminen, tukistaminen, retuuttaminen tai jonkinlainen muu lapsen kovakourainen kohtelu. Kuritusväkivalta on yksi perheväkivallan muoto mutta sitä ei yleisesti pidetä läheskään yhtä tuomittavana kuin parisuhdeväkivaltaa. Kuritusväkivalta uhkaa lapsen kasvua ja kehitystä ja on rangaistava pahoinpitelyrikos. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.) Useimmiten kuritusväkivallan kohteena on alle kouluikäinen lapsi. Kansallisessa lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelman mukaan avainasemassa ovat neuvolat ja päivähoito joissa tulisi paneutua ennaltaehkäisevään työhön ja palveluja tulisi tarjota etenkin perheille, joissa riski uupumiseen on suuri. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.)

Kasvatuksen päävastuu on aina vanhemmilla, mutta oikein ajoitetulla avulla lisätään vanhempien jaksamista raskaassa tehtävässä ja tuetaan johdonmukaista ja myönteistä kasvattamista. Toimintaohjelman tavoitteena on aikuisten ja lasten asenteiden muuttaminen kuritusväkivaltaa kohtaan kielteisemmäksi. Maahanmuuttajille tulisi antaa tietoa lasten oikeuksista, myönteisestä kasvattamisesta ja kuritusväkivallan kiellosta jo kotouttamisvaiheessa ja tietoa tulisi olla saatavilla vähemmistökielillä. Yhteistyö maahanmuuttajien omien järjestöjen kanssa on myös tärkeää. Myös kirkon ja uskonnollisten yhteisöjen sitouttaminen ja osallistuminen kuritusväkivallan vähentämiseen on tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.)

Kaltoinkohtelun tunnistaminen on vaikeaa ja vaatii terveydenhuoltohenkilökunnalta erityistä rohkeutta puuttua perheen sisäisiin asioihin. Taustalla kaltoinkohteluun voivat olla kulttuuriset erot, vanhempien väsymys ja henkinen pahoinvointi sekä tukiverkoston puuttuminen. Lasten kaltoinkohtelun lisääntyttä tärkeintä olisi suunnata voimavaroja ennaltaehkäisyyn. Vaikka lasten kaltoinkohtelu onkin laissa kielletty, ei

useinkaan ymmärretä, mitä kuritusväkivalta voi tehdä lapsen kasvulle ja kehitykselle. (Kallio 2009.)

Tulkin rooli on monikulttuurisessa hoitotyössä ensiarvoisen tärkeää. Tulkin käyttö parantaa kommunikaatiota ja hoidon laatua sekä parhaimmassa tapauksessa pystytään ylittämään kulttuurisia ja kielellisiä muureja. Samalla kun tulkki selventää potilasohjeita saa myös hoitaja arvokasta tietoa potilaasta, mikä olisi yhteisen kielen puuttuessa saattanut jäädä huomioimatta. Työskentely tulkin kanssa tulisi suunnitella hyvin etukäteen. On selvitettävä asiakkaan puhuma kieli, jota ei aina kansalaisuudesta pysty päättelemään. Tulkin varaamiseen voi kulua aikaa ja aina ei välttämättä saa tulkkia sille päivälle kuin olisi halunnut. Aikaa tulee varata myös normaalia enemmän, koska liian vähäinen vastaanottoaika voi vaikuttaa hoidon laatuun. (Eklöf & Hupli 2010.)

Tulkkaustilanteen järjestäminen vaatii ammattitaitoa. Onnistuneeseen hoitotilanteeseen kuuluvat istumajärjestys, puheenkohdistaminen ja puhetyylin huomioiminen. Potilaalle tulee vakuuttaa, että tulkkia sitoo vaitiolovelvollisuus. Hoitajalla on vastuu siitä, että asiakas on ymmärtänyt tapaamisella käsitellyt asiat oikein ja ammattitulkki on vastuussa omasta työstään. Tässä myös korostuu se, ettei sukulaisia tai lapsia tulisi käyttää tulkkaamisen apuna. (Eklöf & Hupli, 2010.) Seksuaalisuutta ja sukupuolisuutta käsiteltävissä asioissa kulttuuriset ja sukupuolierot korostuvat myös ja ristiriitoja syntyy esimerkiksi, jos vastaanotolla käsitellään naisen sukupuoliasioihin liittyviä asioita miestulkin läsnäollessa. (Eklöf & Hupli 2010.)

Hoitotyössä hoitajan edellytetään käyttäytyvän tiettyjen eettisten normien mukaan. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa korostetaan hoitajana velvollisuuksia niin yhteisöllisenä hoitajana kuin potilaiden hoitajana. Monikulttuurista hoitotyötä ohjaavat samat eettiset arvot. (Abdelhamid 2009, 78-79.) Hoitotyössä tulee kunnioittaa toisen vakaumusta. Ei ole väärin kysellä tai neuvotella. Jos ongelmatilanteita syntyy, voidaan apua kysyä islaminuskon oppineelta tai maahanmuuttajayhteisön omalta luottohenkilöltä. (Räty 2002, 75.)

Syrjintää ja ennakkoluuloja esiintyy myös hoitotyössä. Syrjinnän kohteena voi olla ihmisen kulttuuri tai etnisyys, mutta myös ikä, sukupuoli, uskonto, seksuaalinen suuntautuneisuus tai sairaus. Ihminen turvautuu ennakkoluuloihin kun kohtaa jotain uutta tai erilaista. Pahin ennakkoluulojen laji on rasismi. (Abdelhamid ym. 2009, 95.) Hoitotyössä rasismi voi näyttäytyä epäsuorana torjuntana, vihamielisenä tai etäisenä suhtautumisena, epäkohteliaana puhutteluna tai eleinä. Arkipäivän rasismia on kun yleistetään yhden perheen tilanne koskemaan koko maahanmuuttaja ryhmää tai tiettyjä kansalaisuuksia. Monikulttuurisen hoitotyön lähtökohtana ovat samat eettiset arvot, jotka ohjaavat meitä muussakin hoitotyössä. Hoitaessamme kulttuuritaustaltaan erilaista potilasta, tulemme samalla tietoisemmiksi myös omista ennakkoluuloistamme ja -käsityksistämme. (Abdelhamid ym. 2009, 80-95.)

2.4 Maahanmuuttajaperheen kohtaaminen

Suurin osa Suomeen muuttaneista maahanmuuttajista on lapsia. Valtaosa lapsista tulee Somaliasta, Irakista, Iranista, entisen Jugoslavian alueelta sekä Vietnamista. Monet lapset tulevat perheensä kanssa, mutta on myös lapsia jotka ovat joutuneet olemaan erossa perheestään pitkään ja saapuneet Suomeen eri aikoina kuin muu perhe. Pakolaisperheen kokemat vastoinkäymiset ovat voineet olla niin raskaita, ettei voimavaroja perheen lasten tukemiseen ole riittävästi. Perheenjäsenten pitkä erossaoloaika on saattanut muuttaa roolijakoja perheen sisällä eikä yhdessä oleminen enää sujukaan kitkattomasti. Ristiriidat johtuvat uuden kulttuurin tuomista haasteista. Suomen individuaalinen tapa kasvattaa lapsia ja nuoria varhaiseen itsenäisyyteen tuo kitkaa perheisiin, jotka tulevat yhteisöllisemmästä kulttuurista. Kun ongelmia syntyy, ei perheellä myöskään ole muun suurperheen tuomaa tukea ja kontrollia, kuten kotimaassa. (Räty 2002, 163.)

Maailman 22 miljoonasta pakolaisesta noin puolet on lapsia. Vaikka yli puolet maailman maista on kirjoittanut kidutuksen vastaisen sopimuksen, joutuvat pakolaislapset ja nuoret edelleen kidutuksen kohteeksi. Lisääntyneen

pakolaisuuden myötä myös kidutuksen uhrien avuntarpeen tunnistaminen on entistä tärkeämpää. (Pakaslahti 2007.)

Alaikäisten kidutettujen, esimerkiksi lapsisotilaat tai muunlaisen hyväksikäytön uhrien, tunnistaminen on ongelmallista ja asianmukaisen hoidon järjestämiseen tulisi panostaa. Myös lapsilla on oikeus asiantuntevaan hoitosuhteeseen, asuinpaikasta riippumatta. Tällä hetkellä alaikäiset kidutuksen uhrit eivät pääse Helsingissä sijaitsevaan Kidutettujen kuntoutuskeskukseen hoitoon. (Rauta 2005.)

Usein psyykkisten ongelmien takana ovat traumaattiset kokemukset kotimaassa. Perheeseen on voinut kohdistua tappouhkauksia ja kidutusta. Sotatilasta ja levottomuuksista johtuen perhe on voinut menettää lähiomaisia. Moni maahanmuuttajalapsi on saattanut olla todistamassa perheenjäsentensä teloituksia, kidutusta, väkivaltaa tai raiskauksia tai ollut itse näiden kohteena. Perheen jäseniä on voinut myös kadota tai lapsi on ajautunut perheestään erilleen. (Halonen 2010.)

Psykosomaattiset oireet ovat yleisiä ja ilmenevät usein öisin tai vaikeiksi koetuissa tilanteissa. Tavallisimpia pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden psyykkisiä sairauksia ja oireita ovat masennus, univaikeudet, unettomuus, painajaiset. Lapsella voi olla ärtyneisyyttä ja itkuisuutta sekä yökastelua ja syömishäiriöitä. Psyykkisten sairauksien hoidossa tarvitaan usein psykiatrin tai psykologin konsultaatiota. Joskus asiakkaan huomioiminen ja kuuntelu helpottavat tilannetta. Joissain tilanteissa aiheen vaihtaminen välillä arkipäiväisiin asioihin ja ohjaaminen päivittäisten rutiinien hallintaan voi auttaa. Vaikeissa masennustilanteissa lääkehoito voi olla tarpeellinen. (Halonen 2010.)

Yksin tulleiden pakolaislasten kohtaamisen haasteena ovat pakolaisina kohdattujen traumaattisten kokemusten läpikäyminen. Lapset kärsivät turvattomuudesta ja tuntevat itsensä hylätyiksi. Perheen yhdistyminen kestää ja sen odottaminen lisäävät lapsen psyykkistä pahoinvointia. Näissä tilanteissa lapsi tulisi kuitenkin nähdä ensisijaisesti lapsena ja vasta sen jälkeen pakolaisena. Lapselle tulisi taata mahdollisuus käydä koulua ja käyttää ja

harjoittaa omaa uskontoaan ja kieltään, sekä toteuttaa oman kulttuurinsa erityispiirteitä. (Räty 2002, 177-178.)

Helsingin Diakonissalaitoksen hallinnoimassa hankkeessa, kartoitettiin yksin ilman huoltajaa tulleita alaikäisiä pakolaislapsia ja turvapaikanhakijalapsia, jotka olivat kidutettuja, sotatraumatisoituneita tai sekundaarisesti traumatisoituneita. Kolmevuotisessa selvitystyössä kartoitettiin kohderyhmään kuuluvien lapsien ja nuorien määrää Suomessa ja arvioitiin heihin erikoistuneiden lasten- ja nuorten psykiatristen palvelujen tarvetta. (Suikkanen 2010.) Tällä hetkellä vain noin kolmannes oireilevista pakolais- ja turvapaikanhakijalapsista ja -nuorista saa apua ongelmiinsa ja satoja lapsia ja nuoria jää vuosittain tarvitsemansa avun ulkopuolelle. Ongelmana ovat terveydenhuollon rajaukset, kuten hoitoon pääsy edellyttää psykoottisuutta tai suisidaalisuutta. Jonot lasten ja nuoren mielenterveyspalveluihin ovat pitkät ja monikulttuurinen osaaminen koetaan riittämättömäksi ja siihen toivotaan lisätietoa ja koulutusta. (Suikkanen 2010.)

Kidutuksen uhrin lisäksi tulisi huomioida myös hänen perheensä. Kidutuskokemusten ympärillä saattaa vallita usein hiljaisuus. Pahimmillaan puhumattomuus vaikeuttaa perheen lähentymistä. Kidutuksen seuraukset näkyvät monimuotoisina ja vakavina fyysisinä ja psyykkisinä oireina. Terveydenhuollon työntekijöinä olemme avainasemassa näiden perheiden auttamisessa. Apua voi pyytää kidutettujen auttamiseen erikoistuneesta kuntoutuskeskuksesta, jossa pyritään lievittämään fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kärsimystä. (Punamäki 1995, 79-84.)

Lapsen kasvaminen kahden kulttuurin keskellä tulisi kuitenkin nähdä rikkautena jota meidän aikuisten ja kasvatusympäristön tulisi arvostaa ja välittää sitä arvostusta myös lapselle, samalla kun tuemme lasta ymmärtämään kulttuurien välisiä eroja ja ristiriitoja. Tässä kasvatustyössä perheen tukena tulisi olla ne samat palvelut joiden kanssa perhe normaalissakin elämässään on tekemisissä: päiväkodin, koulun, neuvolan ja terveyspalvelujen ja tarvittaessa maahanmuuttajien erityispalvelujen, sosiaalityöntekijöiden tai kotipalvelun tukea. (Räty 2002, 163-164.)

Mielenterveysongelmat koskettavat myös maahanmuuttajia. Traumaattiset kokemukset, ennakkoluulojen ja rasmin kohtaaminen tai koti-ikävä vaikeuttavat uuteen kulttuuriin sopeutumista. (Soisalo 2009.) Muslimit eivät kuitenkaan liitä esimerkiksi depressiota tai psykoosia mielenterveydenhäiriöihin vaan tunnistavat sairauden oireita kuten liian ajattelemisen, unettomuuden, huolen tai pelon. Usein oireet liitetään erilaisiin henkiin kuten ”jinniin” ja hoidossa turvaudutaan Koraanin lukemiseen, yrttilääkkeisiin tai erilaisiin henkirituaaleihin. Esimerkiksi somalialaisessa kulttuurissa hulluutta ei voida parantaa ja sairaalaan päädytään vuosia kestäneen parantajien luona kiertämisen jälkeen. Hulluksi leimaantumisen pelko estää mielenterveyspalvelujen käyttämisen. Maahanmuuttaja lopettaa myös herkästi lääkityksen, varsinkin silloin jos lääkkeestä seuraa haittavaikutuksia. (Mölsä & Tiilikainen 2007.)

Ongelmien käsittely terapiassa on monelle maahanmuuttajalle vierasta ja monet kokevat sen jopa häpeälliseksi. Omien asioiden kertomista ulkopuoliselle ihmiselle vältetään. Terapiassa tulisikin huomioida koko perhe ja tarjota apua niin että perheen yhtenäisyys säilyy. Yksilöterapia hyväksytään, kunhan se ei aiheuta ristiriitoja ydinperheen pyrkimysten ja tarpeiden kanssa. (Soisalo 2007.)

Muslimipotilaan tervehtimiseen liittyy joitakin sääntöjä, jotka poikkeavat meillä Suomessa yleisesti hyväksytyistä käytännöistä. Kätteleminen vastaanotolle tullessa ja lähdettäessä on Islamin sääntöjen mukaisesti kiellettyä vastakkaisten sukupuolten ollessa kyseessä. Silmiin katsomista pidetään epäkunnioittavana ja jopa aggressiivisuuden merkinä. Muslimille suoraan silmiin katsominen merkitsee huonoa kasvatusta ja liian pitkittynyt tuijottaminen tai katse voidaan tulkita jopa seksuaalisen mielenkiinnon ilmaukseksi. (Maiche 2010, 41.)

3 INTERNET TERVEYDEN EDISTÄMISEN VÄLINEENÄ

Internetin käytön yleistymisen jatkuu enää vain 65 - 74 vuotiaiden ikäryhmässä. Muissa ikäryhmissä netin käyttäjien osuus on noin 90 %. Netin käyttäminen useammin on lisääntynyt. Ahkerammin netissä käyvät nuoret sekä nuoret aikuiset. Internetin käytössä Suomi on Euroopan kärkimaiden joukossa, ohitse menevät vain muut Pohjoismaat sekä Alankomaat ja Luxemburg. Internettiä käytetään yhä useammin matkapuhelimesta tai kannettavasta tietokoneesta. (Tilastokeskus 2012.)

Internetin lisääntymisestä potilasohjauksessa on hyvänä esimerkkinä Vaasan keskussairaalan Nettisairaala-osio, joka sisältää sähköisiä palveluja potilaille ja omaisille. Sähköisten palvelujen on tarkoitus helpottaa potilaiden asiointia sairaalassa ja sieltä voi muun muassa varata aikaa laboratorion näytteenottoon ja ladata potilasohjeita. (Vaasan keskussairaala. Nettisairaala 2013.)

Internetin toivotaan myös parantavan potilas- ja lääketurvallisuutta ja sähköisestä lääkemääräyksestä tehty laki omalta osaltaan tehostaa sekä helpottaa lääkkeen määräämistä ja toimittamista. Sähköiset e-reseptit ovat tallennettuina sähköisesti valtakunnalliseen reseptikeskukseen ja lääkemääräyksen potilas voi hakea itselleen sopivana ajankohtana valitsemastaan apteekista. Sähköiseen reseptikeskukseen tallennetut lääkemääräykset antavat mahdollisuuden potilaan suostumuksella kokonaislääkityksen selvittämisen. Reseptiarkistosta koottuja tietoja voidaan myös hyödyntää terveydenhuollon viranomaistoiminnassa. (Kela.fi.)

Tutkimuksessaan Heikkinen (2011) selvitti päiväkirurgisten ortopedisten potilaiden internet-perustaista potilasohjausta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää tiedollista voimavaraistumista tukeva internetperustainen potilasohjausohjelma sekä arvioida sen vaikutusta. Tutkimusprosessin ensimmäisessä vaiheessa tutkija loi sisällön tiedollista voimavaraistumista tukevalle potilasohjausohjelmalle päiväkirurgisia ortopedisia potilaita varten. Toisessa vaiheessa arvioitiin internet-perusteisen ohjauksen hyväksyttävyyttä koeryhmän arvioimana sekä verrattiin tuloksia sairaanhoitajan väittämän

ohjauksen tuloksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda uudenlainen potilasohjaustapa, jossa otetaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet sekä aikaan tai paikkaan sitomattoman ohjauksen sekä potilasta osallistavan ohjauksen. (Heikkinen 2011.) Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen, ennen ja jälkeen testaukseen, osallistui 120 päiväkirurgista ortopedista potilasta ja tarkasteltiin heidän odotuksia tiedon saannista ja sen toteutumisesta. Ensimmäisen vaiheen tuloksien perusteella laadittiin sisältö tiedollista voimavaraistumista tukevalle Internet-perustaiselle ohjaukselle. Tutkimuksen toisessa vaiheessa käytettiin randomoitua kokeellista tutkimusasetelmaa, johon osallistui 72 potilaan koeryhmä ja 75 potilaan kontrolliryhmä. (Heikkinen 2011.) Tutkimustulokset osoittivat internet-perustaisen potilasohjausmenetelmän tukevan potilaiden tiedollista voimavaraistumista ja sitä voidaan suositella ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden ohjauksessa. Käyttäjät kokivat monipuolista tietoa sisältävän internet-perustaisen ohjauksen hyväksyttäväksi mutta sairaanhoitajan antaman ohjauksen kuitenkin miellyttävämmäksi. Internetsivustoa potilaat käyttivät kuitenkin ongelmitta ja arvioivat sen helppokäyttöiseksi. Kustannukset myös laskivat kun sairaanhoitajan potilasohjaukseen kuluttama aika puolittui. (Heikkinen 2012.)

Muutokset yhteiskunnassamme vaikuttavat meidän ihmisten elämään monella eri tavalla. Koulutettujen määrä lisääntyy samalla kun väestö ikääntyy. Terveystieteiden palveluja käyttävät ovat entistä paremmin tietoisia omasta terveydestään ja kuinka sitä tulisi hoitaa. Tietoa etsitään aktiivisesti ja erilaiset sosiaalisen median verkostot ovat osa tavallista arki elämää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 15.)

Teknologian kehittyminen on lisännyt tietoa eri sairauksien hoitamisesta ja lisännyt ihmisten omia mahdollisuuksia hoitaa omaa terveyttään. Teknologian myötä on tullut myös uusia keinoja lisätä tietoa terveellisistä elämäntavoista sekä sairauden hoidosta. Erilaisia palveluja tarjotaan internetin välityksellä. Tämä saattaa myös asettaa eri potilasryhmät eriarvoiseen asemaan, koska kaikilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia tai kiinnostusta tietoteknologian käyttämiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 14-15.)

Hoitotyötä ohjaa yhä enenevässä määrin kokonaisvaltainen näkemys ihmisen terveydestä ja hyvinvoinnista. Potilaan muuttuminen passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi omahoidon harjoittajaksi asettaa haasteen myös hoitohenkilökunnalle. Googlea käyttämällä löydämme tietoa eri sairauksista ja haemme tukea internetin erilaisista vertaistukiryhmistä. Teknologian välityksellä saatavan terveystiedon tulisi olla helposti saatavilla ja helppokäyttöistä. Tietoa tarvitsevan iän, sukupuolen, terveydentilan, etnisen taustana tai psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn ei tulisi vaikuttaa tiedon saantiin. Oman haasteensa hoitohenkilökunnalle tuo uusien toimintatapojen ja toimintaympäristöjen hyväksyminen ja niissä tarvittavien taitojen kehittäminen. Sosiaalisen median kautta saavutetaan aivan uusia tapoja hyvinvoinnin- ja terveyden edistämiseksi kuin myös hoivatyölle. (Wuorisalo 2009.)

Internetistä on saatavilla runsaasti terveystietoa, jonka laatu ja luotettavuus vaihtelevat. Tiedon luotettavuutta on pyritty edistämään ja varmistamaan erilaisilla sertifiointeilla ja sekä julkaisijoiden itsesääntelyllä. Kuitenkaan sellaista keinoa tai käytäntöä ei ole onnistuttu löytämään jolla pystyttäisiin maallikkoa tai terveydenhoitoalan ammattilaista auttamaan internetistä saatavana tiedon hyödyntämisessä. Terveystieteiden ammattilaisina, olemme avainasemassa avustaessamme potilaita luotettavien ja hyödyllisten terveysaiheita käsittelevien sivustojen löytämisessä. (Lampe 2008.)

4 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän projektin tehtävänä oli luoda internet-sivut Muslimiperhe terveydenhuollon asiakkaana Terveysnettiin perheille suunnattuun osioon. Tavoitteena on antaa tietoa terveydenhuollon parissa työskenteleville jotka kohtaavat työssään muslimiperheitä.

5 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Projektin tarkoituksena on saavuttaa jokin ennalta määrätty tavoite. Projekteille yhteistä on selkeä päämäärä, jonka läpiviemiseen tarvitaan ennakkosuunnitelma. Projektin valmistumiselle on ennalta asetettu aikataulu ja päättymispäivä ja projektin etenemistä ja tuloksia seurataan säännöllisesti. (Kettunen 2009, 15.)

Projektityö aloitettiin aiheen valinnalla. Opinnäytetyön aihe on saatu Turun Ammattikorkeakoululta. Paremmaksi osaajaksi Salolaisella yhteistyöllä – hankkeen puitteissa kaivattiin perusteellista ja tietoon perustavaa informaatiota islam-uskoisista perheistä neuvolan asiakkaina ja kulttuurieroista jotka tulisi ottaa huomioon. Aiheen valinnan jälkeen päätettiin, että saadusta materiaalista tuotetaan internet-sivustot Terveysnettiin. Terveysnetti on Turun ammattikorkeakoulun, Salon terveyskeskuksen ja Salon kaupungin ylläpitämä internet-sivusto, joka jakaa terveyteen ja sairauksiin liittyvää tietoa eri-ikäisille ihmisille. Terveysnetistä löytyvät osiot Juniorinetti, Nuorisonetti, Perhenetti, Työikäisten netti sekä Seniorinetti. Muslimiperhe neuvolan asiakkaana -sivusto suunnattiin Perhenettiin. Aiheesta tehtiin toimeksiantosopimus (Liite 1.) Salon terveyskeskuksen kanssa. Muslimiperhe neuvolan asiakkaana – projektisuunnitelman valmistuttua anottiin projektille lupa Salon terveyskeskukselta. (Liite 2.)

Projektissa on tietty sarja toimintoja, joille on määrätty tietty järjestys. Projektille on määrätty alku ja loppu. Projektin päämääränä on toteuttaa asiakkaan toivomukset ja toimitettavan tuotteen täytyy vastata asiakkaan toiveita. Keskeisiä käsitteitä ovat projektin laajuus, siihen kuuluva aika sekä kustannukset. (Helsingin Yliopisto 2006.)

Projektityö alkoi tutkimustiedon keräämisellä ja aiheeseen perehtymällä. Tietokantoina käytettiin mm. Cinahl, Cochrane, Ovid Pubmed ja Medic. (Taulukko 1.) Ulkomaisissa tietokannoissa hakusanoina käytettiin islam, parenting ja children. Suomalaisissa hakukoneissa hakusanat olivat islam, kasvatus ja lapset. Tiedonhaussa pyrittiin löytämään mahdollisimman tuoreita ja

ajankohtaisia aineistoja. Sopivaa tutkimustietoa oli kuitenkin vähän tarjolla. Vapaasti ladattavien tutkimusten saatavuus myös oli vähäistä ja moni sopiva tutkimus olisi täytynyt ostaa. Opinnäytetyössä käytettävä aineisto oli pyritty rajaamaan korkeintaan kymmenen vuotta vanhaan. Näin varmistettiin se, että käytettävissä oleva tieto olisi ajantasaista ja luotettavaa.

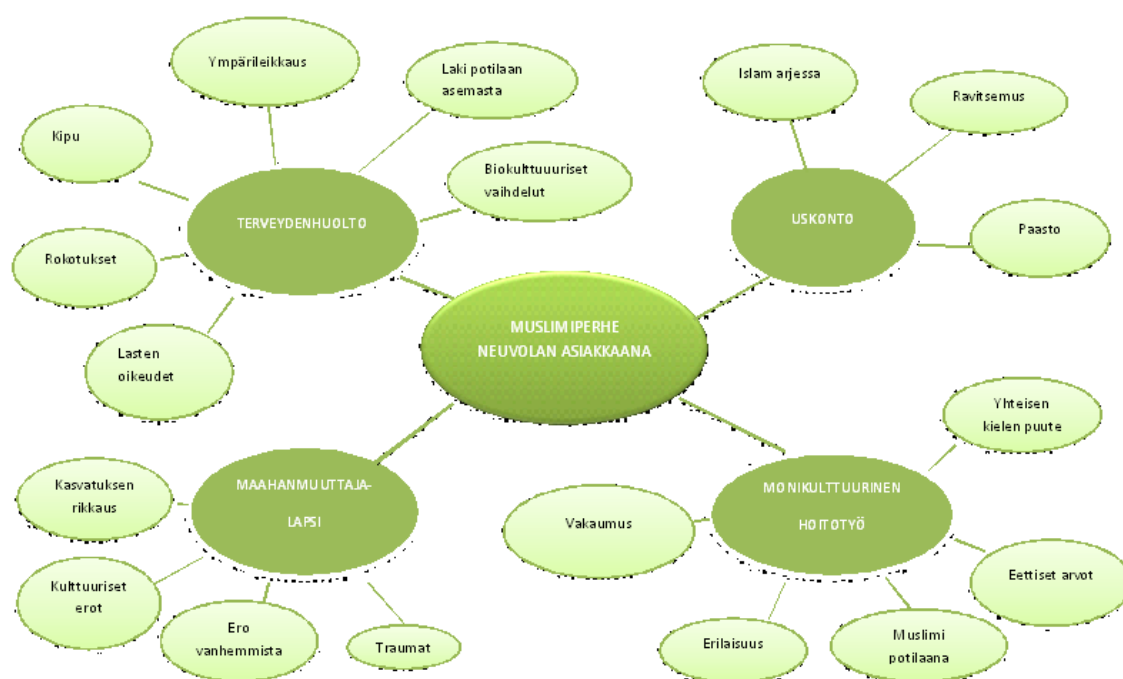
Taulukko 1. Tiedonkeräys prosessi

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
CINAHL	islam & family & child & parenting	614478	40	10	1
MEDIC	islam & muslim & religion	156	17	5	2
MEDLINE	islam & childhood & religion	246	15	4	-
MEDLINE	upbringing & muslim & children	58	7	3	1

Hyvässä potilasohjeessa juoni eli tarina etenee loogisesti. Kerrottavat asiat liittyvät luontevasti toisiinsa eikä vastaan tule yllättäviä hyppäyksiä. Potilaan näkökulmasta selkeintä on edetä tärkeysjärjestyksessä. Otsikot ja väliotsikot kertovat potilaalle selkeästi aiheen, mitä niissä käsitellään, joskus otsikko voi olla myös kysymys tai väitekin. Tärkeää on muistaa, että virkkeet ovat rakenteeltaan helposti hahmottuvia sekä oikeinkirjoitettuja. Kaiken kruunaa asianmukainen ulkoasu. (Hyvärinen 2005.)

Internetsivujen sisältö tuotettiin kirjallisen työn pohjalta. (Kuvio 1). Aihe alue on jaettu neljään pääotsikkoon jotka ovat uskonto, terveydenhuolto, monikulttuurinen hoitotyö ja maahanmuuttajalapsen tukeminen. Aloituskappaleessa käsitellään islamia uskontona ja sen merkitystä muslimien

kulttuurissa. Kappaleessa käydään lyhyesti läpi ravitsemukseen ja paastoon liittyvät rajoitukset ja ja huomoidaan miten muuttaminen vieraaseen maahan voi vaikuttaa ruokatottumuksiin. Islamin näkymistä arjessa tuodaan esille pukeutumisen ja uskontoon liittyvien tapojen kautta.



Kuvio 1. Kaavio internetsivujen sisällöstä.

Terveysthuolto otsikon alle on kerätty tietoa siitä, mitä rajoituksia uskonto voi tuoda kivunhoitoon ja rokotuksiin. Otsikon alla käsitellään myös lyhyesti laki potilaan asemasta sekä lasten oikeuksista. Tässä osiossa kerrotaan poikien ympärileikkauksesta ja tyttöjen silpomisesta. Myös biokulttuuriset vaihtelut tuodaan esille, kuten ihon värin tuomat haasteet lapsen terveydentilaa tutkittaessa.

Maahanmuuttajaperheen tukeminen on tärkeä osa monikulttuurista hoitotyötä. Tämän otsikon alle on tuotu näkökulmia siitä, miten kohdata perhe, joka on kohdannut elämänsä aikana jo monenlaisia vastoinkäymisiä ja traumoja ja miten esimerkiksi mielenterveyshäiriöt heihin vaikuttavat. Kulttuuristen erojen huomioonottaminen ja kasvatuksen tuoma rikkaus tulisi nähdä vahvuutena eikä niinkään erona maahanmuuttajaperheen kanssa työskennellessä.

Monikulttuurinen hoitotyö otsikon alla käsitellään muslimumia potilaina. Esille tuodaan mitä haasteita tuo yhteisen kielen puuttuminen ja erilaisuuden kohtaaminen. Muslimilla on oma vakaumuksensa ja sairaanhoitajana meitä ohjaavat myös eettiset arvot. Erilaisuutta korostaessamme tulemme helposti korostaneeksi stereotyyppisiä asenteitamme, kun sen sijaan meidän tulisi kasvattaa omaa ymmärtämystämme ja hyväksyä eri kulttuureista tulevat ihmiset.

Internetsivuja suunnitellessa on tärkeää miettiä kohdeyleisöä ja minkälaisen viestin haluaa heille kertoa. On myös hyvin erilaisia internetin käyttäjiä; jotkut ovat tottuneita surffailijoita ja löytävät helposti tarvitsevansa tiedon, kun taas toiselle tiedon haku tuottaa enemmän päänvaivaa. Jo aloitussivulla liikkujan mielenkiinto on herätettävä ja käsitys siitä mitä on odotettavissa tulisi muodostua. (Hatva 1998, 11.) Näillä Terveysnettiin ladattavilla sivuilla Muslimiperhe neuvolan asiakkaana, pääotsikot on jaettu neljään eri osioon, joista lukija jo etusivulla pystyy hahmottamaan aiheen ja mitä tietoa sivusto tarjoaa.

Verkkoviestinnässä puhutaan paljon linkittymisestä. Käyttäjän surffaillessa ja valikoidessa reittejä voi helposti eksyä eikä enää lopulta tiedä kenen sivuilla liikkuu. Siksi olisi tärkeää että jokaiselta sivulta löytyisi jonkinlainen merkki tai esimerkiksi osuva otsikko jonka avulla käyttäjä muistaa miten sivuille päätyi. (Hatva 1998, 12.) Muslimiperhe terveydenhuollon asiakkaana yläotsikko löytyy jokaiselta sivulta, jolloin lukija on tietoinen millä sivustolla liikkuu.

Terveysnettiin ladattavalla sivustolla, Muslimiperhe terveydenhuollon asiakkaana, pystyy jokaiselta sivulla palaamaan edelliseen pääotsikkoon tai Terveysnetin etusivulle. Sivustojen loppuun tulevalle Hyödyllisiä linkkejä- osioon on koottu kattavasti linkkejä muille internetsivustoille, joista lukija halutessaan löytää lisää tietoa aiheesta.

Verkkojulkaisua suunnitellessa tulisi huomioida tiedon prosessoinnin erityispiirteet. Käyttäjä istuu mahdollisesti noin puolenmetrin päässä ruudusta ja liikkuu dokumentissa hiirellä, näppäimillä tai sormella. Tämä vaikuttaa suoraan

esimerkiksi tekstikokoon jonka tulisi olla riittävän suurta. Myös ruudun koko voi vaihdella suuresta pöytäkoneen näytöstä tablet-minitietokoneeseen. Värit käyttäytyvät myös erilailla ruudulla kuin paperilla. Kontrastit ovat tarkempia ja ne hohtavat eri tavalla. Hyvät internetsivustot tunnistaa harmonisesta yhteisestä linjasta kautta sivujen. Tähän päästään värimaailman, esteettisen yleisilmeen ja tiedon annostelun avulla. Kaikkia ei voi miellyttää mutta yleismaailmalliset suuntaa antavat ohjeet ovat olemassa. (Hatva 1998, 19-20.)

Värien tuottamista miellelyhtymistä on lukuisia määrittelyjä, kuten esimerkiksi vaaleansininen tulee mieleen taivas tai vihreästä metsä. Useimpien tutkimustulosten mukaan väreillä voidaan edesauttaa havaitsemista sekä oppimista. Niillä voidaan myös lisätä luettavuutta ja asioiden helpompaa omaksumista. Harmoninen tunne syntyy kun säilytetään sama värien logiikka läpi julkaisun, ja huomioidaan tekstilinkkien värien muuttuminen niillä käytäessä. Violetin sanotaan olevan mystinen, juhlallinen mutta samalla surumielinen väri. (Hatva 1998, 50.) Tekstilinkit säilyvät loogisesti samanlaisina läpi julkaisun. Kirjasinkooksi on valittu riittävän suuri fontti, jotta teksti erottuisi selkeästi pohjasta ja sitä olisi helppo lukea. Tässä internetjulkaisussa tekstin väri on valkoinen ja pohjaan on valittu violetti.

Internetsivujen työstäminen aloitettiin PowerPoint-ohjelmalla jonka avulla tehtiin alustava versio tulevista sivuista. (Kuva 1). Varsinaisen työn tekeminen eli internetsivujen suunnitteleminen oli haastavaa ja mielenkiintoista. Internetsivujen sisältö muokkautui opinnäytetyön teoriaosuuden mukaan ja olennaisen tiedon kokoaminen oli helppoa. Internetsivuilla käytettiin harkiten kuvia. Kuvien aihepiiri käsitteli lapsia ja piirroksia saatiin lähipiiristä. Kuvien käyttämiseen internetsivustolla pyydettiin myös lupa. Alustavat internetsivustot esiteltiin Varissuon äitiysneuvolassa terveydenhoitajalle ja monikulttuurista hoitotyötä tekevänä hänen mielipiteensä oli ensiarvoisen tärkeää. Saadun palautteen perusteella terveydenhuolto-otsikon alle lisättiin kappale D-vitamiinista. Joulukuun alussa PowerPoint esitys luovutettiin tietotekniikan opiskelija assistentille lopullisen internetsivuston toteuttamista varten.



Kuva1: Esimerkki internetsivuista.

Projekti eteni suunnitellusti ja aikataulussa pysyttiin kohtalaisesti mutta teoriaosuuden täydentämistä jatkettiin vielä marraskuun ajan.

Laadullisesti hyvin tuotetut internetsivustot kertovat lukijalleen ensikertaa silmälähtäessä sen, minkälaisen ensivaikutelman tekstistä saa. Luettavuuteen vaikuttavaa se, miten nopeaa teksti on lukea ja kuinka helppoa se on ymmärtää ja painaa mieleen. Käytettävyydestä kertoo taas se, miten varmasti ja vaivattomasti lukija löytää tarvitsemansa tiedon. (Alasilta 2000, 190.) Sivujen yleisilmeestä tulee asiapitoinen ja rauhallinen, mutta silti leikkisä kuvien avulla. Kirjasinkoko eli fontti on tarpeeksi suuri, että lukeminen on vaivatonta pieneltäkin ruudulta. Rivien pituus on lyhyt ja rivivälit riittävän harvat. Tyhjää tilaa käytetään tehokkaasti ryhmittelyn apuna ja asiakokonaisuuksia erotellessa. (Korpela & Linjama 2005, 365.) Sivuston esitetaukseen lupautuivat Salon läntisen aseman neuvolatyöntekijät ja heiltä saadun palautteen perusteella muslimiperheiden mielenterveyden ongelmia tuotiin työssä enemmän esille.

6 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuskohteen valinnassa törmäämme monen tasoiisiin eettisiin kysymyksiin. Laajimmillaan eettisyys näkyy päämäärissä mitä tiede tai tutkimus edistää. Tutkimusaihetta valittaessa tai tutkimusongelmaa määriteltäessä ei saa loukata ketään eikä se saa sisältää väheksyntää tai oletuksia potilas- tai ihmisryhmistä. Erityisesti tähän tulee kiinnittää huomiota kun käsitellään haavoittuvia ryhmiä kuten esimerkiksi pieniä lapsia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 365.)

Tässä projektissa lähteitä on valittu monipuolisesti aihetta sivuten ja mitään ryhmää loukkaamatta. Tietolähteiden kirjoittajat ovat olleet joko itse muslimeita tai paljon maahanmuuttajatyötä tutkineita tai sen parissa työskenteleviä. Tietoa islamin kulttuurin eri sävyistä ja tavoista on tuotu kiihkottomasti ja asiapitoisesti.

Health on the Net Foundation on sveitsiläinen säätiö, jonka toiminta alkoi vuonna 1996 ja jatkuu edelleen. HON-säätiö julkaisi yhtenä ensimmäisten joukossa toimintaohjeet terveystietoa julkaiseville ja sisältää nykyisin kahdeksan yksinkertaista periaatetta. (Lampe 2008.) HON-sertifikaatin saanut potilasyhdistys, lääketieteen ammattihenkilö tai muu vastaava yhteisö on sitoutunut noudattamaan sivuillaan käyttäytymissääntöjä ja näiden periaatteiden noudattamista myös seurataan aktiivisesti. HON-koodin periaatteet käsittävät tiedon antamiseen liittyviä kriteereitä ja huomion siitä että tarjottua tietoa on tarkoitettu tukemaan eikä korvaamaan hoitosuhdetta. Myös sivuilla käyneiden tiedot tulee pitää luottamuksellisena ja tuotetun tiedon tukena tulisi olla lähdeviite tai mahdollisuuksien mukaan HTML-linkki suoraan kyseessä olevaan tietolähteeseen. Jos lääketieteellistä sivua on muutettu, tulisi päivämäärän olla selvästi esillä esimerkiksi sivun alalaidassa. HON- koodin noudattajan tulee myös pyrkiä tiedon selkeään esittämiseen sekä ilmoittaa selkeästi palvelimen saama ulkopuolinen apu, kuten kaupallisten ja ei-kaupallisten organisaatioiden tuki. Jos rahoituslähteenä on käytetty mainostuloja, tulisi näistä olla selkeä ilmoitus. (HONCODE).

Health On the Net Foundation –sivuston ohjeita eettisyydestä on noudatettu läpi koko projektin. Internet-sivuille koottu tieto on todenmukaista eikä ihmisiä ole

johdettu harhaan vääränlaista tietoa antamalla. Internet-sivujen eettisyys on huomioitu tekstin tuottamisessa ja sen laadukkuudessa. Kaikki internet –sivuilla oleva teksti on alan asiantuntijoiden antamaa.

Projektin luotettavuudella eli reliabeliteetilla tarkoitetaan tietojen toistettavuutta ja pysyvyyttä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 231.) Projektin teoriaosuudessa lähteiden valinnassa on käytetty harkintaa ja lähteitä on tarkasteltu kriittisesti. Kriittisyyttä on käytetty niin lähteiden valinnassa kuin niiden tulkinnassakin. Kirjoittajan tunnettavuuteen on kiinnitetty huomiota sekä lähteiden ikään. Lähteiden valinnassa on myös keskitytty alkuperäisiin lähteisiin. (Hirsijärvi ym. 2009, 113.) Tässä projektissa reliabiliteetti on yhtä kuin luotettavat ja tunnetut tietolähteet.

Kirjoittajan tunnettavuudesta kertoo se jos kirjoittajan nimi toistuu muissa julkaisuissa tekijänä ja hänen nimensä löytyy myös muiden kirjoittajien lähdeviitteistä. (Hirsijärvi ym. 2009, 113) Luotettavuutta lisää myös tietolähteiden monipuolisuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 289.)

Tässä työssä luotettavuus on otettu huomioon valitsemalla uusinta kirjallisuutta ja tutkimuksia aiheesta sekä monipuolisesti tuotu näkökulmaa eri asiantuntijoiden artikkeleilla ja teoksilla. Saman kirjoittajan nimeä löytyy muista tieteellisistä julkaisuista lähdeviitteistä.

Internetin käyttö tiedonhankinnan välineenä on lisääntynyt viime vuosina paljon ja tiedon välittäminen internetin välityksellä on yleistä. Ongelmana internetistä löytyvässä tiedossa on kuitenkin sen luotettavuuden ja laadun varmistaminen.. Tavallisin tapa vaikuttaa internetistä saatavan terveystiedon laatuun, on korostaa julkaisijoiden vastuuta ja itsesääntelyä. Keinoina ovat olleet erilaiset toimintaohjeet ja laatukriteeristöt. (Lampe 2008.)

Projektin tuottamisessa on tärkeää rehellinen kirjoitustapa. Plagiointia on vältetty kaikessa tekstimateriaalissa ja lähteiden käyttämiseen on suhtauduttu harkiten. Projektia tehdessä tuotiin esille tietoja monista eri lähteistä ja lähteiden tiedot kirjoitettiin omin sanoin, mutta kuitenkin niin ettei alkuperäisen lähteen sisältö muuttunut. Kaikkien lähdeviitteiden tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Kuvat

joita käytettiin internetsivujen elävöittämisessä, ovat tekijän omia joten kirjallista lupaa kuvien käyttämiseen ei tarvittu. Internet sivujen sisältö on suoraan kirjallisen työhön perustuva joten sama eettisyys ja luotettavuus jatkuu myös niissä.

7 POHDINTA

Suomessa asuvien muslimien historia alkaa jo 1800-luvulta, jolloin ensimmäiset muslimit tulivat Suomeen Venäjän armeijan palveluksessa tai kauppiaina. Muslimeiksi kääntyneitä suomalaisia arvioidaan olevan noin 1000 ja heidän määränsä arvioidaan olevan kasvamassa, monien suomalaisnaisten avioituttua muslimien kanssa. Merkittävin ryhmä koostuu kuitenkin maahanmuuttajina tulleista muslimeista. Vuonna 2009 Suomessa oli arvioilta noin 40 000 muslimia. Suurin yksittäinen muslimiryhmä ovat somalialaiset. (Akar & Tiilikainen 2009, 13.)

Sanasta ”maahanmuuttaja” tulee useimmalle suomalaiselle mieleen mustaihoinen, useimmiten somalialainen mies tai nainen. Monelle maahanmuuttaja on pakolainen, turvapaikanhakija tai ainakin köyhistä oloista tullut Afrikkalainen. (Väestöliitto 2011.)

Ulkomaalaistaustaisten perheiden lisääntyminen tuo haasteensa myös terveydenhuollossa työskenteleville. Uuden kielen, kulttuurin ja uskonnon myötä vieraasta maasta tulleen perheen kohtaaminen ei olekaan niin helppoa. Käsitukset terveydestä, sairaudesta ja hoitamisesta voivat poiketa suuresti. Kun työskentelemme toisesta kulttuurista tulleen asiakkaan kanssa, työskentelyämme voivat ohjata myös omat ennakkoluulomme ja – käsityksemme.

Internet-sivujen toteutus onnistui hyvin. Sivujen sisältöä muokattiin saadun palautteen perusteella ennen valmiiden nettisivujen valmistumista. Sivujen yleisilmeestä tuli selkeä ja niin visuaalisesti kuin sisällöllisestikin ja keskeisin tieto muslimeista ja muslimiperheistä tuotiin tiiviisti esille. Koska jokainen muslimiperhe on erilainen ja jokainen muslimi harjoittaa uskontoaan omalla tavallaan, kovin yksityiskohtaiseen selvitykseen ei voitu mennä. Tässä oppaassa rohkaistaankin hoitohenkilökuntaa ottamaan rohkeasti ja avoimesti asioita puheeksi ja unohtamaan omat ennakkoluulot ja – käsitykset.

Maahanmuuttajaperheen elämässä on tapahtunut suuri muutos joka usein muuttaa myös perheen sisäistä dynamiikkaa ja rooleja. Uudessa kotimaassa

perhettä uhkaavat työttömyys ja syrjäytyminen ja yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet saattavat jäädä hyödyntämättä. Terveystieteiden työntekijöiden tulisi olla perehtyneitä asiakkaidensa kulttuuriin niin että tuen ja avun tarjoaminen tapahtuisi luontevasti asiakasta kunnioittaen. Maahanmuuton vaikutuksista tulisi voida keskustella perheen kanssa ja tärkeä olisi muistaa yksilöllinen lähestymistapa kaikkien asiakasryhmien kohdalla. Asiakas on yleensä itse oman kulttuurinsa asiantuntija ja ei ole väärin kysyä esimerkiksi ”kuinka teidän kulttuurissanne on tapana toimia tässä tilanteessa?”. Tai kuinka teidän perheessänne toimitaan?”. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Islam on maailmalaajuinen uskonto ja sitä harjoitetaan melkein kaikissa maissa ympäri maailman. Islamia harjoittavaa ihmistä kutsutaan muslimiksi. Islam antaa yksilölle vastuun oman uskonsa harjoittamisesta. Yksilölliset ja kulttuuriset variaatiot vaikeuttavat yksityiskohtaisten ohjeiden antamista, ja tästä johtuen tärkeää on terveydenhuollon henkilöiden kysellä asiakkailtaan heidän tapojaan toteuttaa uskontoaan. Islam on kuitenkin uskonto muiden joukossa eikä muslimeita tulisi kohdella erityisasemassa muihin potilaisiin nähden. Islamin uskon mukaan kaikki tapahtuu jumalan tahdosta ja muslimit ovat tämän uskon myötä hyväksyväisempiä vaikeissa tilanteissa ja mukautuvampia terveydenhuollon henkilöstön tarjoamiin ohjeisiin. Huolimatta monista eri tavoista harjoittaa islamia on olemassa yksi ohje jota kaikki muslimit noudattavat, elämän säilyttäminen on tärkeämpää kuin uskonnon ohjeet, säännöt ja kiellot. (Health care providers' handbook on Muslim Patient, 2010.)

Opinnäytetyöprojektin tekeminen lisäsi ammatillista kasvua ja syvensi tietoutta muslimiperheiden kohtaamisesta sekä avasi silmiä monikulttuuriseen hoitotyöhön. Projektin tekeminen kasvatti lähdekriittisyyttä ja antoi samalla valmiuksia seuraaviin projekteihin. Projektin etenemistä vaikeutti yksin tekeminen ja vastuun kantaminen koko työn onnistumisesta. Opinnäytetyötä tehdessä kohtasin myös väsymyksen hetkiä ja kyllästymistä työn tekemiseen. Ohjaustunneilla sain kuitenkin positiivista palautetta ohjaajilta joka auttoi omalta osaltaan työn jatkamisessa. Myös luokkatovereiden antama tuki oli ensiarvoisen

tärkeää. Projektin aikataulusta kiinni pitäminen ja tavoite projektin läpiviemisestä antoi lisää motivaatiota työn loppuun saattamiseen.

Projektin aihe on tärkeä ja tulemme kohtaamaan eri kulttuureista tulevia ihmisiä niin työkavereina kuin potilainakin. Omalla asennoitumisellamme ja hoitotyömme kriittisellä tarkastelulla tuemme maahanmuuttajien kotoutumista ja autamme heitä integroitumaan suomalaiseen yhteiskuntaan. Projektia voisi kehittää tutustumalla muihin uskontoihin ja kulttuureihin ja tuomalla lisää tietoutta muiden maahanmuuttajaperheiden kulttuurista ja tavoistaan.

LÄHTEET

- Abdelhamid, P.; Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Akar, S., Tiilikainen, M. & Lipsanen, L. (toim). 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestöliitto. Loimaa. Newprint.
- Alasilta, A. 2000. Näin kirjoitat tietoverkkoon. Viestintäopas paperin maailmasta verkkojen aikaan. Infoviestinsä Oy. Juva. WS Bookwell.
- Alitolppa-Niitamo, A.; Söderling, I. & Fågel, S. 2005. Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin. Väestöliitto. Vammalan kirjapaino Oy.
- Arffman, S. & Hujala, N. (toim.). 2010. Ravitsemus neuvolatyössä. Helsinki: Edita
- Eklöf, N. & Hupli, M. 2010. Tulkin käyttö maahanmuuttajan hoitotyössä. Sairaanhoitaja-lehti. Viitattu 30.9.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=islam
- Hallenberg, H. 2006. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. Suomen lääkäri-lehti. Viitattu 23.8.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=islam.
- Halonen, J. 2010. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveydenhuolto. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 28.3.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=islam
- Hannuksela, M. 2012. Värilliset luomet (pigmenttiluomet, neevusluomet). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.8.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00973&p_haku=v%C3%A4rilliset%20luomet
- Hasnain, M.; Connell, KJ.; Menon, U. & Tranmer, PA. 2011. Patient-centered care for Muslim women: provider and patient perspectives. Womens Health (Larchmt). 2011 Jan;20(1):73-83. Epub 2010 Dec 29. Viitattu 28.3.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21190484>
- Hatva, A.1998. Esteettinen ja toimiva Verkkojulkaisun ulkoasu. Helsinki. Edita.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- HONCODE. Health On the Net Foundation. HON Code of Conduct for medical and health Web sites. Viitattu 29.10.2012. <http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Finnish/>
- Heikkinen, K. 2011. Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients.Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 11.11.2012. <http://www.doria.fi/handle/10024/70744>
- Helsingin Yliopisto. 2006. Mikä on projekti. Projektinhallinta-kurssi. Viitattu 3.9.2012. <http://www.ling.helsinki.fi/kit/2006k/clt310pro/yleista/maaritelma.shtml>
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman. Viitattu 20.9.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95167&p_haku=hyv%C3%A4rinen
- Kallio, H. 2009. Lasten kaltoinkohtelun hoitotyön suositus – toimintaohjeet arkeen. Sairaanhoitaja -lehti."11/2008. Viitattu 20.8.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=lasten%20kaltoinkohtelu

- Kela. Lainsäädäntö. 2007. Viitattu 11.1. 2012. <http://www.edilex.fi/kela/fi/lainsaadanto/20070061>
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Juva. WS Bookwell Oy.
- Kolanen, H. 2012. Suomessa asuvien somaliäitien imetys. Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 11.11.2012 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130024/urn_nbn_fi_uef-20130024.pdf
- Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61 Viitattu 11.11.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061>
- Lamminmäki-Vartia, S. 2010. "Ai, noi muslimithan ei kai saa tehdä enkeleitä". Uskonto ja uskonnonkasvatus monikulttuurisen päiväkodin arjessa ja kasvattajien puheessa. Uskonnonpedagogiikan pro-gradu-tutkielma. Teologinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Viitattu 20.2.2012. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/21670/ainoimus.pdf?sequence=2>
- Lampe, K. 2008. Internetin terveystiedon luotettavuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 17.10.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97503&p_haku=potilasohje
- Lastenneuvolaopas. 2004. Etnisiin vähemmistöihin kuuluvat perheet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.3.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=islam
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka Hoitotyössä. Helsinki. WSOY.
- Maahanmuuton vuosikatsaus 2011. Sisäasiainministeriö. Saatavissa http://www.migri.fi/download/34214_maahanmuutto_2011_tilastokatsaus.pdf
- Maiche, A. 2010. Muslimi potilaana. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Hansaprint Oy.
- Muhammed, Husein. 2011. Yhtä erilaiset. Islam ja suomalainen kulttuuri. Kustannusosakeyhtiö teos. Helsinki.
- Munge, M. 1994. Islamin lapset. Islamilaiset lapset suomalaisessa päivähoidossa. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö/Pakolaistoimisto.
- Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali. Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä?. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 28.3.2012. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96299&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Oroza, V. 2007. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 31.10.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96296&p_haku=tulkin%20rooli
- Paakkari, I. 2010. D-vitamiini. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 28.11.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01044
- Pakaslahti, A. 2007. Lääkäri ja hänelle vieraat kulttuurit. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.11.2013. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=mielenterveys

Palva, H. & Perho, I. 1998. Islamilainen kulttuuri. Keuruu. Otavan kirjapaino.

Partanen, L. & Vikman, S. 2010. Kurdiperheen kohtaaminen hoitotyössä – Opas hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu. Saatavissa <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34572/Laura%20Partanen%20ja%20Sabrina%20Vikman.pdf?sequence=1>

Queensland Health and the Islamic Council of Queensland. 2010. Health care providers' handbook on Muslim patients. Second edition. Viitattu 11.11.2012. http://www.health.qld.gov.au/multicultural/health_workers/hbook-muslim.asp

Rauta, A. 2005. Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3. Helsinki. Viitattu 31.10.2012. <http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpre20090115.stm.fi%2Fpr1133769677660%2Fpassthru.pdf&ei=AzGSULHgGLDa4QT484C4Dw&usq=AFQjCNGmzxahO1bt0sFXI3ZX5uIQFzIrrQ&sig2=suqNnnIRS5x2sZqJ8wm26Q>

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Soisalo, R. 2009. Monikulttuurisuus ja mielenterveys–ristiriitoja kulttuurien kohdatessa. Duodecim. Viitattu 31.10.2012. http://www.duodecim.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl00638

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 315/2010. Kuritusväkivaltaa vähennetään vanhempia tukemalla. Viitattu 17.9.2012. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1538377>

Sosiaali ja terveysministeriö. 2012. Julkaisuja. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012-2016 (FGM). Viitattu 31.10.2012. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1822114

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:7, 118 s. Älä lyö lasta! Kansallinen lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelma 2010-2015. Viitattu 3.9.2012. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1537947

Suikkanen, S. 2010. Selvitys kidutettujen ja vaikeasti traumatisoitujen turvapaikanhakija ja pakolaistenlasten- ja nuorten määrästä sekä heidän psykiatristen palvelujen tarpeestaan. Helsingin Diakonissalaitos. Helsingin Diakonissalaitoksen raportteja 1/2010. Viitattu 12.11.2012. <https://www.hdl.fi/fi/component/content/article?id=401>

Säävälä, M. 2011. Perheet muuttoliikkeessä. Perustietoa maahan muuttaneiden kohtaamiseen. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E41/2011. Helsinki. Hakapaino.

Teemana terveys. Luotettavaa terveystietoa netistä. YLE Areena. 2011. Saatavilla <http://areena.yle.fi/radio/1297199>

Tiitinen, A. 2011. Tietoa potilaalle: Äitiysneuvolaseuranta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 28.3.2012. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/haku.koti?p_db=TP&p_haku=neuvolaty%C3%B6

Tilastokeskus. 2012. Tilastot. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. Viitattu 11.11.2012. http://www.stat.fi/til/sutivi/2012/sutivi_2012_2012-11-07_tie_001_fi.html

Unicef. Lapsen oikeuksien sopimus lyhennettynä. 2011. Viitattu 31.10.2012. http://www.unicef.fi/LOS_lyhyt

Uusitalo, L.; Nyberg, H.; Pelkonen, M. ; Sarlio- Lähteenkorva, S. ; Hakulinen-Viitanen, T. & Virtanen, S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 8/2012. Saatavilla. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ee5adaff-90c4-4005-a3ad-77887817f091>

Vaasan keskussairaala. Nettisairaala. Päivitetty 18.9.2012. Viitattu 11.11.2012. <http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Nettisairaala>

Viialainen, R. 1995. (toim.) Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville. Stakes. Saarijärvi. Gummerrus Kirjapaino Oy.

Wuorisalo, J. 2009. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen verkossa – edessä uusia haasteita esteettömyyden toteutumiselle. Osaaja.net, No 1 (2009) Viitattu 31.10.2012. <http://www.uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/viewArticle/449/504>

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Salo
Yhäistentie 2
24130 SALO
Puh. (02) 263 350
Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖNÄ TOTEUTETTAVASTA PROJEKTISTA

Projektin nimi	Muslimiperheen kohtaaminen neuvolatyössä
Projektitehtävä	Auttaa perhetyöntekijöitä/neuvoloita ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon parissa työskenteleviä, jotka kohtaavat työssään muslimiperheitä ja ymmärtämään kulttuurista ja uskonnosta johtuvia eroja lasten kasvatuksessa.
Projektin kuvaus	Luotettavan ja monipuolisen tutkimustiedon etsiminen koskien muslimiperheitä ja uskonnon merkitystä ja kuinka ne näkyvät suomalaisessa kulttuurissa.
Projektin toteuttamisajankohta	Kevät – syksy 2012
Projektin arvioitu valmistumisajankohta	Loppuvuodesta 2012
Projektisuunnitelma hyväksytty	_____ / _____ 20
Projektin ohjaajat	_____ Tarja Bergfors _____ puh _____ +358449075497 _____ puh _____
Sitoudumme toteuttamaan projektimme projektisuunnitelmassa esitettyjen vaiheiden puitteissa ja siten, että projektiin osallistuvien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Projektin tekijät	_____ HOITOTYÖ _____ AHSK11 _____ (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä)
(nimi)	_____ Sari Iivonen
(osoite)	_____ Verkkatu 4 b 17
	20660 LITTOINEN (puhelinnumero)

Anomus käsitelty

23.15.2012
(x) lupa myönnetty
() lupa evätty, peruste

Allekirjoitus

Seija Hyvärinen

Seija Hyvärinen
Hallintoylihoitaja
Salon terveyskeskus

Anomus ja projektisuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalle. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**OPINNÄYTETYÖN
TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Sari Iivonen
Osoite Verkakatu 4 B 17, 20660 LIITTOINEN
Puhelin koti 0407373551 Puhelin työ
Sähköposti sarliivonen@students.turkuamk.fi
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Muslimiperhe neuvolan asiakkaana, terveysnetistä ladattava opas neuvolatyöntekijöille
Aikataulu Valmis opinnäytetyö Joulukuun 2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Salon kaupunki; Parhaaksi osajaksi salolaisella yhteistyöllä hanke
Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Irmeli Leino
Osoite Ylhäistentie 2, 24120 Salo
Puhelin 044 9075495 Sähköposti irmeli.leino@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Bergfors Tarja ja Kaarto Marjo
Puhelin 0440750497 Sähköposti tarja.bergfors@turkuamk.fi, marjo.kaarto@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 2633 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi