

Anna Hinkkanen, Meri Kekarainen

Venäläisen ja somalialaisen lapsiperheen ohjaus hoitotyössä - osastotunti

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyö

Opinnäytetyö

20.11.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Anna Hinkkanen ja Meri Kekarainen Venäläisen ja somalialaisen lapsiperheen ohjaus hoitotyössä - osastotunti 27 sivua + 4 liitettä 20.11.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	lehtori Marja Salmela
Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa hoitohenkilökunnan koulutustilaisuus, joka antaa keinoja monikulttuurisen ohjauksen toteuttamiseksi. Opinnäytetyömme sekä koulutustilaisuutemme tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta monikulttuurisesta ohjauksesta hoitotyössä sekä antaa henkilökunnalle keinoja monikulttuurisen lapsiperheen kohtaamiseen. Opinnäytetyömme aihe on hyvin ajankohtainen, sillä hoitajat kohtaavat yhä enemmän monikulttuurisia potilaita ja perheitä työssään. Vuoden 1990 jälkeen ulkomaalaisten määrä väestössä on seitsenkertaistunut ja vuonna 2013 Suomessa asui ulkomaisten kansalaisia yli 200 000. Hoitajien on siis erityisen tärkeää kehittää kulttuurista kompetenssiaan ja pystyä tarjoamaan laadukasta hoitoa myös maahanmuuttajataustaisille perheille. Opinnäytetyömme oli osa Metropolia AMK:n ja HUS:in yhteistä Tulevaisuus Lasten Erikoissairaanhoidossa (TuLE) – hanketta. Työelämän yhteistyökumppanimme oli Lastenklinikan lastenkirurginen ja urologinen osasto K5. Hanke toteutettiin lasten erikoissairaanhoidon ja moniammatillisen yhteistyön ja asiantuntijuuden kehittämiseksi. Opinnäytetyömme toteutettiin kehittämistyön menetelmää käyttäen. Opinnäytetyön aineisto koottiin ajankohtaisesta tutkimustiedosta tehdyn sovelletun kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijakonsultaatioiden avulla. Rajasimme aiheemme keskeisimmiksi käsitteiksi monikulttuurinen hoitotyö, kulttuurinen kompetenssi, monikulttuurinen ohjaus sekä somalialainen ja venäläinen kulttuuri. Toteutimme tunnin mittaisen koulutustilaisuuden yhteistyöosastolle. Koulutustilaisuus painottui monikulttuurisen perheen ohjauksen keinoihin ja haasteisiin. Kerroimme myös venäläisestä ja somalialaisesta perheestä yleisesti. Työmme toivottavasti lisäsi hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata monikulttuurinen lapsiperhe ja antoi uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä.	
Avainsanat	kulttuurinen kompetenssi, monikulttuurinen hoitotyö, lapsiperheen ohjaus, venäläinen perhe, somaliperhe

Author(s) Title Number of Pages Date	Anna Hinkkanen and Meri Kekarainen Counselling of Russian and Somali family in nursing – educational event 27 pages + 4 appendices 20 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Marja Salmela, Senior Lecturer
The purpose of our thesis was to plan and produce an educational event for nursing staff that provides tools to transcultural counselling. The aims of the thesis and the educational event were to promote knowledge about transcultural counselling and give nurses ways to encounter multicultural families. The subject of our thesis is very topical because nursing professionals faces more and more transcultural patients and families in their job. After year 1990, the amount foreign citizen has been multiplied by seven and in 2013 over 200 000 foreign citizens lived in Finland. That is why it is very important that nurses develop their cultural competence and are able to provide high-quality nursing also for the families with immigrant background. Our thesis was part of The Future of Specialised Health Care for Children project that was collaboration by Helsinki Metropolia University of Applied Sciences and HUS hospitals. Our professional partner in this study was the ward K5 in Children's Hospital, which is pediatric surgery and urology ward. The project was implemented to promote specialized pediatric nursing, multiprofessional co-operation and expertise. Our thesis was implemented by using development work method. Our material was collected from current researches by reviewing literature and consulting professionals. We limited our topic to transcultural nursing, cultural competence, transcultural counselling and Russian and Somali cultures. We presented an educational event for our partner ward. The education event emphasized the methods and challenges of transcultural counselling. We also told about Russian and Somali cultures generally. Hopefully our thesis promoted some ways to encounter multicultural families and will give new information that can be used in health care.	
Keywords	cultural competence, transcultural nursing, family counselling, Russian family, Somalian family

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät	2
3.1	Kehittämistyön menetelmä	2
3.2	Kirjallisuuskatsaus	3
3.3	Asiantuntijakonsultaatio	3
4	Monikulttuurinen hoitotyö	4
4.1	Kulttuurinen kompetenssi	5
4.2	Kulttuurien kohtaaminen hoitotyössä	6
4.3	Maahanmuuttaja terveydenhuollon asiakkaana	7
5	Monikulttuurisen lapsiperheen ohjaus	8
5.1	Monikulttuurisen ohjauksen tavoitteet ja arviointi	10
5.2	Monikulttuurisen ohjauksen haasteet	11
5.3	Monikulttuurisen ohjauksen keinot	14
6	Venäläisen ja Somalialaisen lapsiperheen ohjaus	17
6.1	Venäläisen lapsiperheen ohjauksen erityispiirteet	17
6.2	Somalialaisen lapsiperheen ohjauksen erityispiirteet	19
7	Henkilökunnan koulutustilaisuus	22
7.1	Koulutustilaisuus	22
7.2	Osastotunnin toteutus	23
7.3	Osastotunnin arviointi	25
8	Pohdinta	26
8.1	Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu	26
8.2	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	27
8.3	Kehittämisideat ja työn hyödyntäminen	28
	Lähteet	28
	Liitteet	
	Liite 1. Hakutaulukko	

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksena koottu aineisto

Liite 3. Case 1, Case 2

Liite 4. Osastotunnin PowerPoint-esitys

1 Johdanto

Opinnäytetyömme on osa Metropolia AMK:n ja HUS:in Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa (TuLE) -hanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää potilaslähtöisiä, lasten ja perheiden tarpeita vastaavia ja yhtenäisiä hoitotyön toimintakäytäntöjä. Hankkeen tarkoituksena on myös kehittää saumatonta hoitoketjun toimintaa ja verkostomaista työskentelyä sekä vahvistaa lasten ja perheen voimavaroja ja samalla edistää moniammatillista yhteistyötä ja asiantuntijuutta. (Salmela 2014.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on pitää osastotunti monikulttuurisesta hoitotyöstä Lastenklinikan lastenkirurgiselle ja urologiselle osastolle K5. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Tule-hankkeesta ja se toteutetaan yhteistyössä työelämän yhdyshenkilön kanssa. Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen nykysairaanhoidossa maahanmuuttajaväestön kasvaessa Suomessa ja matkustelun lisääntyessä maailmalla. Vuonna 1990 Suomessa asui vakituisesti vain noin 26 000 ulkomaan kansalaista, mutta vuoden 2011 loppuun mennessä määrä seitsenkertaistui. Ulkomaalaistaustaisen väestön määrän ja väestöosuuden ennustetaan myös lähivuosikymmeninä kasvavan nopeasti. (THL- raportti 61/2012.) Vuonna 2012 ulkomailla syntyneiden osuus Suomen väestöstä oli 5,2 % ja lapsista 6 %. Vuonna 2013 Suomessa asui ulkomaiden kansalaisia yhteensä 207 511. Suurimmat ulkomailla syntyneiden väestöryhmät ovat Entinen Neuvostoliitto, Viro, Ruotsi, Venäjä, Somalia, Kiina sekä Irak. (Väestöliitto 2014.) Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) Potilaan äidinkieli, kulttuuri ja hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. (Valvira 2014)

Edellä mainituista syistä hoitajat tarvitsevat erityisesti tietoutta ja koulutusta eri kulttuurien kohtaamisesta ja niiden erityispiirteistä lasten ja nuorten sairaanhoidossa. Kulttuurisen tiedon puute aiheuttaa väärinkäsityksiä ja potilaan tarpeet jäävät usein huomioimatta. Näiden johdosta potilaan kokonaisvaltainen hoito ei toteudu. (Abdelhamid ym. 2009.) Jos terveydenhuollon asiakkaita ei oteta huomioon yksilöinä kulttuuritaustasta huolimatta, voivat he kokea olonsa ulkopuoliseksi. (Juhila 2006 ks. Abdelhamid ym.2009: 96). Opinnäytetyössämme keskitymme monikulttuurisen perheen ohjaukseen ja työssämme käsittelemme erityisesti venäläisen ja somalialaisen perheen ohjausta.

Lopputuloksena on toteuttaa hoitohenkilökunnan tarpeita vastaava osastotunti sekä havainnollistava posterit, joista olisi hoitajille hyötyä monikulttuuristen perheiden kohtaamiseen. Tarkoituksena olisi vastata juuri hoitotyöntekijöitä askarruttaviin kysymyksiin ja parantaa monikulttuuristen perheiden hoitokokemuksia.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa osastotunti, joka antaa hoitohenkilökunnalle keinoja monikulttuurisen ohjauksen toteuttamiseksi, jotta kulttuurieroista nousevat haasteet voitaisiin tunnistaa ja huomioida. Kun kulttuurierot tunnistetaan ja huomioidaan, ohjauksen tehokkuus paranee ja yhteistyö perheen kanssa sujuu paremmin. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa ja edistää osaamista monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksessa kehittämistyön menetelmää käyttäen. Tavoitteena on lisätä henkilökunnan valmiuksia kohdata erityisesti venäläisiä ja somalialaisia perheitä ja siten edistää heidän kokemuksiaan sairaalahoidosta.

Tutkimuskysymykset:

- Mitä kulttuurisia erityispiirteitä tulee huomioida venäläisen ja somalialaisen lapsiperheen ohjauksessa?

3 Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyön menetelmää käyttäen. Opinnäytetyön aineisto kootaan ajankohtaisesta tutkimustiedosta tehdyn kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijakonsultaatioiden avulla.

3.1 Kehittämistyön menetelmä

Kehittämistyö tarkoittaa systemaattisen toiminnan ja käytännön kokemuksen kautta saadun tiedon käyttämistä uusien menetelmien ja järjestelmien suunnittelemiseen tai parantamiseen (Tilastokeskus 2012, Salmela 2014 mukaan). Kehittämistehtävällä tai -

työllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on luoda uusia tai entistä laadukkaampia palveluita, materiaalia tai menetelmiä. (Heikkilä ym. 2008, Salmela 2014 mukaan).

Opinnäytetyönä kehittämistyö on käytännön näkökulmasta tehty työ jolla pyritään organisaation toiminnan kehittämiseen ja käytännössä ilmenneiden ongelmien ratkaisuun. (Kananen 2012, Salmela 2014 mukaan). Kehittämistyö toteutetaan työelämän ohjaajaa tapaamalla ja haastatteleamalla.

3.2 Kirjallisuuskatsaus

Sovellamme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää ajankohtaisen tutkitun tiedon hankintaan. Kirjallisuuskatsaus on katsaus aiemmin tuotettuun julkaistuun tutkimustietoon. (Johanna Komppa 2010.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen olemassa olevaa tietoa tutkimusaiheesta. (Kankkunen – Vehviläinen- Julkunen 2013.) Kirjallisuuskatsauksella keräämme tietoa aiheesta monikulttuurinen hoitotyö ja monikulttuurisen perheen ohjaus. Olemme hakeneet lähdemateriaalia eri tietokannoista, kuten Cinahl, Medic, Pubmed ja Nelli. Hakusanoina olemme käyttäneet muun muassa ”monikulttuurinen hoitotyö”, ”transcultural nursing”, ”lapset” ja ”pediatric”. Rajauksena käytimme vuosiväliä 2000- 2014 ja rajasimme haun tieteellisiin tutkimuksiin. Olemme etsineet tutkimuksia ja kirjoja myös käsihaulla. Hakua tietokannoista kuvaa taulukko (Liite 1).

3.3 Asiantuntijakonsultaatio

Sovimme 3 tapaamista käytännön yhdyshenkilömme kanssa. Tapasimme yhdyshenkilömme ensimmäisen kerran 24.3.2014. Tapaamisessa keskustelimme aiheemme rajauksesta ja osastolla esille nousseista haasteista ja tiedon tarpeesta. Päädyimme rajaamaan aiheemme lapsen ja nuoren asemaan eri kulttuureissa ja sukupuoliroolien eroavaisuuksiin. Keskitymme erityisesti venäläiseen, somalialaiseen ja kurdien kulttuuriin. Syksyllä 2014 päätimme rajata opinnäytetyön aiheemme monikulttuurisen perheen ohjaukseen ja keskitymme venäläiseen ja somalialaiseen kulttuuriin. Tapasimme yhdyshenkilömme toisen kerran 10.10. Keskustelimme osastotunnin sisällöstä ja sen toteuttamisesta. Pohdimme vielä esiin nousseita haasteita monikulttuuristen potilaiden hoidossa, ja että miten voisimme käsitellä niitä vielä työssämme, jotta siitä olisi hyötyä hoidotyön toteuttamisessa.

4 Monikulttuurinen hoitotyö

Jotta voidaan puhua monikulttuurisesta hoitotyöstä ja eri kulttuurien kohtaamisesta, tulee meidän määritellä, mitä kulttuurilla ja monikulttuurisuudella tarkoitetaan. *Kulttuurilla* tarkoitetaan pysyvää käyttäytymismallia tai mielentilaa, jonka muodostumiseen vaikuttavat muun muassa ympäristö, sosiaaliset suhteet ja uskonto. Kulttuurilla on suuri vaikutus ihmisten ajatteluun, arvoihin, tekemisiin, päätöksentekoon, olemiseen ja olemassaoloon. (Giger – Davidhizar 2004 ks. Abdelhamid ym. 2009: 16.) Kulttuurilla tarkoitetaan myös yhteisössä omaksuttua elämäntapaa, maailman hahmottamista ja se määrittelee sen, mikä koetaan mielekkääksi. (Mm. Geertz 1973, Bennet 1999, Forsander ym. 2001 ks. Rätty 2002: 42). Ihminen omaksuu yhteisönsä maailmankatsomuksen sekä käsityksen oikeasta ja väärästä. Kulttuurimme hallitsee toimintaamme automaattisesti ja sitä on vaikea itse havaita muuten kuin, jos joku toimii poikkeavalla tavalla. (Giger – Davidhizar 2004 ks. Abdelhamid ym. 2009: 16.)

Jatkuva kansainvälisyyden ja maahanmuuttajaväestön määrän kasvu muokkaa yhteiskuntaamme yhä monikulttuurisemmaksi. Maahanmuuttaja on käsitteenä yleistävä ja epätarkka. Tässä tarkoitamme *maahanmuuttajalla* mistä tahansa syystä toiseen maahan muuttanut henkilö, jolla on eri kulttuuritausta kuin valtaväestöllä. (Rätty 2002: 42.) *Monikulttuurisuudella* tarkoitetaan eri kulttuuritaustoista tulleiden ihmisten elämistä samaan aikaan samassa ympäristössä ja olemista vuorovaikutuksessa keskenään. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa tavoitellaan ihmisten ja kulttuurien välistä tasa-arvoa ja kulttuurien välistä suvaitsevuutta. (Abdelhamid 2009: 18.)

Monikulttuurinen hoitotyö merkitsee hoitotyötä, jossa työntekijät tai asiakkaat tai molemmat ovat eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisessa hoitotyössä tulee ottaa huomioon asiakkaiden kulttuuriset taustat ja kunnioittaa niitä yhdenvertaisesti. Päämääränä on kehittää hoitotyön käytäntöjä ja hoitohenkilökunnan kulttuurista osaamista ja herkkyyttä sekä edistää kulttuurista tasa-arvoa hoitotyössä. (Koskinen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 28.) Monikulttuurisesta hoitotyöstä voidaan puhua myös käsitteellä transkulttuurinen hoitotyö. Hyvän monikulttuurisen hoitotyön lähtökohta on laajan kulttuurisen tiedon hallinta ja asiakkaan kulttuuristen tarpeiden kartoittaminen. (Abdelhamid ym. 2009: 19) Tarpeiden arviointiin kuuluvat mm. hengellisyys, terveystottumukset, suhtautuminen ammattiauttajiin, kommunikointi, perhe, kotoutuminen, riskikäyttäytyminen, ravitsemus, raskaus ja kuolema. (Purnell 2002 ks. Abdelhamid ym. 2009: 139.)

4.1 Kulttuurinen kompetenssi

Jotta hoitajat pystyisivät huomioimaan potilaiden kulttuuriset taustat toteuttaessaan hoitotyötä, heidän tulee olla kulttuurisesti kompetentteja eli kulttuurisesti päteviä (Jirwe 2008: 5). *Kulttuurisella kompetenssilla* tarkoitetaan kykyä ja pätevyyttä huomioida hoitotyössä ihmisten erilaiset kulttuuriset taustat ja tarpeet. Kulttuurinen kompetenssi on elämän aikana kertynyttä henkilökohtaista ja ammatillista tietoa ja osaamista. (Papadopolous 2003 ks. Abdelhamid ym. 2009: 50.) Papadopolousin, Tilkin & Taylorin vuonna 1998 tekemä kulttuurisen kompetenssin oppimisen malli koostuu neljästä eri osa-alueesta: kulttuurisesta tietoisuudesta, kulttuurisesta tiedosta, kulttuurisesta pätevyydestä eli kompetenssista ja kulttuurisesta herkkyydestä. (Abdelhamid ym. 2009: 52.) Papadopolousin, Tilkin ja Taylorin mallissa viitataan hoitajien kyvykkyyteen tarjota tehokasta hoitoa ottaen huomioon kulttuuriset erityispiirteet (Jirwe 2008: 9).

Kulttuurinen tietoisuus tarkoittaa ihmisen omaa itsetuntemusta, kulttuurista identiteettiä, etnosentrisyyttä eli ryhmäkeskeisyyttä, stereotypioimista ja yleistä kulttuurihistorian tuntemusta. Kulttuurinen tietoisuus ilmenee käytännössä siten, että omat tunteet ja kulttuurillinen tausta eivät haittaa toiseen kulttuurien kuuluvien ihmisten kohtaamista. Kulttuurinen tieto muodostuu terveysuskomuksista ja käyttäytymisestä. Lisäksi kulttuurista tietoa on kulttuurien yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien tunteminen ja terveyteen liittyvien eriarvoisuuksien tunnistaminen. Hoitotyössä tämä tarkoittaa, että hoitaja osoittaa asiakkaalle tuntevansa ja ymmärtävänsä tämän kulttuuria ja hyödyntää sitä hoitotyössä (Leininger, ks. Jirwe 2008: 6). Kulttuurinen herkkyys muodostuu ihmisen empatiakyvystä, vuorovaikutustaidoista, luottamuksesta ja kunnioituksesta muita ihmisiä sekä kulttuureita kohtaan. Kulttuurinen pätevyys tarkoittaa hyvien arviointitaitojen omaamista, tarpeenmäärittelyn ja hoitotaitojen osaamista, ennakkoluulojen, syrjinnän ja eriarvoisuuden kyseenalaistamista ja niihin puuttumista. Kulttuurisen pätevyyden hallinta tarkoittaa sitä, että hoitaja kykenee muokkaamaan toimintaansa kuhunkin monikulttuuriseen hoitotilanteeseen sopivaksi. (Abdelhamid ym. 2009: 52.) Näitä kaikkia tietoja ja taitoja vaaditaan hoitohenkilökunnalta laadukkaana monikulttuurisen hoitotyön toteuttamiseksi.

Kulttuurinen kompetenssi ei ole ihmisille luontainen piirre, vaan tyypillisempää on kokea erilaisuus pelottavana ja uhkaavana. Tämä piirre johtuu siitä, että ihminen arvioi ensisijaisesti ympäröivää maailmaa ja elämäntapahtumia oman kulttuurin ja omien tottumusten näkökulmasta. Tästä ilmiöstä käytetään nimeä *etnosentrismi*. (Bennett 1993 ks. Ab-

delhamid ym.2009: 33) Etnosentrismillä tarkoitetaan sitä, että ihminen arvioi oman kulttuurinsa ulkopuolelta tulevaa omaan kulttuuriinsa reflektoiden. Oma kulttuuri nähdään normaalina ja toisen tavat poikkeavana. Stereotyyppinen eli ennakkoluuloihin perustuva asennoituminen vierasta kulttuuria kohtaan on ihmiselle luontainen suhtautumistapa. (Koskinen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 33.) Mitä enemmän ihminen on kulttuurisesti kompetentti, sitä vähemmän etnosentrismi on hallitseva piirre hänen käyttäytymisessään ja ajattelutavassaan. Ihmisellä on siten valmiutta arvioida itselle vieraan kulttuurin ihmisiä ja toimintatapoja kulttuurin omista lähtökohdista käsin. (Koskinen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 34.)

4.2 Kulttuurien kohtaaminen hoitotyössä

Suomeen muuttaneiden ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista on hyvin vähän tietoa. (THL- raportti 61/2012.) Aiempaa tutkittua tietoa monikulttuurisuudesta löytyy jonkin verran, mutta aiheena monikulttuurinen hoitotyö näyttää olevan vielä melko uusi. Löytämismme tutkimuksissa on haastateltu sekä hoitoalan henkilökuntaa että potilaita ja tuotu ilmi yleisempiä haasteita. Yleisimmät tutkimuksissa ilmi tulleet haasteet ovat olleet yhteisen kielen puuttuminen, monikulttuuristen potilaiden riittämätön informointi ja riittämätön tieto potilaiden kulttuuritaustasta. Näistä johtuen potilaat usein kokivat hoidon epätasa-arvoiseksi. Osa tutkimuksista käsittelee myös, mitä työkaluja voidaan käyttää monikulttuurisen hoitotyön edistämiseksi. Lähteissä on korostettu kulttuurisen kompetenssin kehittämisen tärkeyttä hoitotyössä. (mm. Abdelhamid 2009, Pergert ym. 2007, Pergert ym. 2008, Jirwe 2008.)

Monikulttuurisen hoitotyön edistämiseksi olisi tärkeää potilaan taustatietojen kuten sairautteen liittyvien tietojen lisäksi kartoittaa kulttuurisia erityispiirteitä tai tarpeita. Kulttuurisia eroavaisuuksia tulisi oppia huomaamaan ja tunnistamaan, sillä esimerkiksi suomalaisessa yksilöä korostavassa kulttuurissa lapset ja nuoret itsenäistyvät varhain ja se saattaa hämmentää monia yhteisöllisemmästä kulttuurista tulevia perheitä. (Räty 2002: 58.) Meidän kulttuurissamme painotetaan potilaan omaa päätöksentekoa hoitoon liittyvissä asioissa kun taas yhteisöllisemmissä kulttuureissa päätökseen osallistuu potilaan koko lähipiiri tai päätöksen teon katsotaan kuuluvan alan ammattilaisille. Lääkäreitä ja hoitajia kohtaan tunnetaan kunnioitusta ja heiltä odotetaan valta-aseman mukaista käyttäytymistä. Tästä johtuen lääkärin tai hoitajan kysyessä potilaan mielipidettä hoitoon liittyen, voi potilas menettää luottamuksensa heitä kohtaan. (Meleis 1983 ks. Abdelhamid ym.2009: 87.)

Eri kulttuureissa on erilaiset käsitykset siitä, mitä on terveys ja mitä sairaus, mikä on yksilön ja yhteisön merkitys, miten elämä ja kuolema nähdään. Eri kulttuureilla on myös omat perinteet sekä uskomukset. Nämä kaikki eroavat näkemykset saattavat aiheuttaa molemmiin puolin väärinymmärryksiä ja epäluuloista suhtautumista toisen kulttuurin edustajaan. (ETENEN julkaisuja 11.) Verbaaliset ja nonverbaaliset viestintätavat vaihtelevat myös eri kulttuurien välillä ja saavat eri kulttuureissa erilaisen merkityksen. Hoitajan ja potilaan erilaiset viestintätavat voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä ja vaikeuksia ymmärtää toisiaan. (Abdelhamid ym. 2009: 116.)

Potilasta ja tämän perhettä ei tulisi hoitaa vain tietyn kulttuurin edustajana vaan ottaa huomioon myös perheen yksilölliset toiveet ja tarpeet hoidolle. Eri kulttuurista tuleva potilas saattaa myös haluta omaksua suomalaisen hoitokulttuurin tavat. Lisäksi on hyvä muistaa, että samaan kulttuuriin kuuluvien perheiden tavat ja arvot voivat erota toisistaan. Jos ihmisten välisiä eroja ei tunnisteta tai niihin suhtaudutaan välinpitämättömästi, voidaan ajautua sokeaan neutraalisuuteen, jolloin tietyt ihmiset tai ihmisryhmät suljetaan pois ja tehdään ulkopuoliseksi (Juhila 2006 ks. Abdelhamid ym. 2009: 96). Jotta välttyttiin tältä, hoitohenkilökunnan tietoisuutta tulisi lisätä eri kulttuureista ja niiden erityispiirteistä, jotta ihmisiä voitaisiin ottaa huomioon yksilöinä.

4.3 Maahanmuuttaja terveydenhuollon asiakkaana

Maahanmuuttaja on yksilö sairastuessaankin ja hänen terveyteensä ja hyvinvointiinsa vaikuttavat monet koetut asiat ja henkilökohtaiset kokemukset entisessä kotimaassaan ja nyt Suomessa. (Castaneda 2012, ks. Alitolppa-Niitamo 2013: 134). Suomeen tulevista maahanmuuttajista 10- 20 % on turvapaikanhakijoita ja pakolaisia ja heidän terveydentilansa voi olla yleisesti huonompi kuin muiden maahanmuuttajien. (OECD 2013, ks. Alitolppa-Niitamo 2013: 135). Maahanmuuton yleisimmät perusteet ovat usein perhesyyt. Maahanmuutto voi muuttaa perheiden sosiaalisia verkostoja ja siten vaikuttaa merkittävästi myös vanhemmuuteen ja maahanmuuttajaperheiden hyvinvointiin (Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 86.) THL:n tekemän tutkimuksen mukaan somalitaustaiset maahanmuuttajat kokevat itsensä terveiksi ja toimintakykyisiksi, kun taas venäläistaustaiset kokevat itsensä suomalaisia sairaammiksi. (Castaneda ym. 2012 ks. Alitolppa-Niitamo 2013: 134). Maahanmuuttajien ja etnisten vähemmistöjen huonomman terveydentilan katsotaan johtuvan heikommasta sosiaalisesta asemasta, sosiaalisen tuen puutteesta

sekä traumaattisista kokemuksista, jotka liittyvät maastamuuttoon. Kansainvälisten tutkimusten mukaan länsimaiden ulkopuolelta tulevien maahanmuuttajien terveyspalveluiden käyttö on usein tarpeeseen nähden liian alhaista ja myös heidän saamansa hoito on usein laadultaan heikompaa kuin valtaväestön saama hoito. (Fiscella ym. 2000, Cooper 2002, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 135).

Maahanmuuttoon mahdollisesti liittyvillä traumaattisilla kokemuksilla on vaikutusta lapsen ja nuoren psyykkiseen terveyteen. Myös vanhempien kokemuksilla on vaikutusta lapsiin, jos vanhempi ei kykene olemaan lapselle tukena ja turvana. Traumaattinen stressi vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Traumaattiset kokemukset saattavat altistaa kognitiivisille häiriöille tai lapsi saattaa taantua. Tällä voi olla vaikutusta lapsen koulumenestykseen, keskittymiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Lapsen maailmankuva voi myös muuttua traumaattisen kokemuksen myötä ja maailma sekä uusi ympäristö saattaa vaikuttaa pelottavalta, epäluotettavalta sekä vaaralliselta. (Alitolppa -Niitamo ym. 2013: 70.)

Lapsi joutuu sopeutumaan moniin uusiin muutoksiin maahanmuuton myötä. Sopeutuminen riippuu kuitenkin aina koko perheen sopeutumisesta uuteen kulttuuriin sekä lapsen iästä ja kehitystasosta. Mitä pienempi lapsi on, sitä paremmin hän sopeutuu ja omaksuu uuden kulttuurin kielen ja tavat. Lapsen ollessa alle kouluikäinen, pääsee hän päiväkodin ja koulun kautta sopeutumaan hyvin suomalaiseen yhteiskuntaan ollessaan päivittäin kanssakäymisissä suomalaisen kulttuurin kanssa. Ympäristöllä on myöskin suurempi vaikutus arvomaailmaan, tapoihin ja uskomuksiin lapsen ollessa alle 10-vuotias. (Alitolppa -Niitamo ym. 2013: 69–71.) Murrosikäisten kohdalla taas tilanne on haastavampi, sillä he käyvät suomalaista koulua vain sen verran kuin siitä on jäljellä ja sopeutuminen voi olla haastavampaa ja syrjäytymisen vaara suurempi. Teini-iässä nuori alkaa itsenäistyä ja tekemään pesäeroa vanhemmistaan, mikä voi synnyttää ristiriitoja nuoren ja vanhempien välille. Nuoren voi olla tällöin hankalaa tasapainotella kahden kulttuurin välillä ja se saattaa näkyä myös hankaluutena sopeutua suomalaiseen kulttuuriin. Lapsen ja nuoren sopeutumiseen vaikuttaa myös, jos hän on joutunut maahanmuuton tai pakolaisuuden johdosta eroon molemmista tai toisesta vanhemmastaan. Vanhemmasta eroon joutuminen vaikuttaa lapsen ja nuoren psyykkiseen kehitykseen sekä luo turvattomuuden tunnetta. (Alitolppa -Niitamo ym. 2013: 69.)

5 Monikulttuurisen lapsiperheen ohjaus

Ohjaus tarkoittaa toimintaa, jossa pyritään vuorovaikutuksen avulla auttamaan ihmisiä löytämään omien lähtökohtien ja arvojensa pohjalta ratkaisuja haasteisiin. Monikulttuurinen ohjaus tarkoittaa kohtaamista ohjattavan ja ohjaajan välillä, jotka ovat eri kulttuureista, edustavat eri etnistä ryhmää tai puhuvat eri kieltä. (Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 36.) Monikulttuurisessa ohjauksessa tulee mahdollisimman hyvin ottaa huomioon kulttuurieroista nousevat haasteet ja jännitteet ratkaisuja pohdittaessa ja kohdata ihminen yksilönä kulttuuritaustastaan riippumatta. Keskeisintä on ymmärtää, kuinka kokonaisvaltaisesti kulttuuri vaikuttaa ihmisiin ja heidän tapaansa hahmottaa ja ymmärtää maailmaa. (Puukari & Korhonen 2013, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 36.)

Hoitotyössä ohjaus on hoitajan ja asiakkaan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään edistämään asiakkaan elämänlaatua ja terveyttään. (Kyngäs ym. 2007: 25.) Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Vuorovaikutteinen ohjaussuhde tarkoittaa, että ohjaus etenee verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän avulla ja vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Hoitajalla on vastuu vuorovaikutuksesta, mutta tavoitteet muodostetaan yhdessä asiakkaan kanssa ja molemmat ovat aktiivisia osapuolia ohjauksessa. Vuorovaikutus on tavoitteellista ja sillä on selkeä rakenne, mutta eteneminen on joustavaa. (Kyngäs ym. 2007: 39.)

Hyvä ohjaus vaatii riittävää tietoa asiakkaan taustatekijöistä (Kyngäs ym. 2007: 47). Ohjausta suunniteltaessa tulee huomioida asiakkaan voimavarat, tietämys, mitä tietoja ja taitoja asiakas tarvitsee ja mikä on hänelle parhain keino oppia ja omaksua asiat. (Kyngäs ym. 2007: 43.) Ohjaukseen vaikuttavat niin hoitajan kuin ohjattavan arvot, uskomukset ja toimintatavat, jotka perustuvat kulttuuriin ja henkilökohtaisiin pohdintoihin. Ohjauksen lähtökohtana on ohjattavan ymmärrys sairaudesta ja terveyttä uhkaavista tekijöistä sekä hoitoon liittyvät odotukset. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 148.) Hyvässä ohjauksessa vuorovaikutuksen tulee olla luottamuksellista ja turvallista ja eriäviä mielipiteitä sallivaa. Asiakkaan kunnioitus, kiinnostus asiaa kohtaan sekä asiakkaan toiveiden ja odotusten selvittäminen mahdollistavat onnistuneen ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007: 48.)

Ohjausprosessiin sisältyy aina tavoitteet, suunnitelma, ohjauksen toteutus sekä arviointi. Hyvä ohjaus edellyttää hoitajalta ohjausprosessin kaikkien osa-alueiden hallintaa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006: 10.) Onnistunut ohjaus vaatii, että hoitaja ja asiakas asettavat ohjaukselle tavoitteet yhdessä keskustellen ja ohjaus toteutetaan tavoitteiden pohjalta. Hoitajan tulee kannustaa asiakasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, jotta ohjauksesta olisi

hyötyä. Asiakkaan mielipiteet tulee ottaa huomioon tavoitteita mietittäessä ja tukea hänen valintojaan. Ohjaukselle asetettujen tavoitteiden tulisi sopia asiakkaan elämäntilanteeseen, sillä ristiriidassa olevat tavoitteet heikentävät asiakkaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Myös liian vaativat tavoitteet voivat vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin negatiivisesti. (Kyngäs ym. 2007: 75.) Ohjauksen tavoitteena on auttaa asiakasta tarkkailemaan itseään, elämäänsä, mahdollisuuksiaan ja rajoituksiaan ja päättämään keinoistaan muuttaa toimintaansa. (Kyngäs ym. 2007: 41–43.)

Ohjausmenetelmiä on useita ja sopiva menetelmä valitaan ohjattavan asian ja asiakkaan mukaan. Hoitajan on hyvä tuntea erilaisia ohjaustapoja ja perehtyä niihin sekä osata käyttää niitä tilanteen mukaan. Ohjauksessa on tärkeää, ettei hoitajan käytä ammattitermejä vaan puhuu asiakkaalle selkokielellä. (Kyngäs 2007: 43–44.) Asiakkaat arvostavat yleensä yksilöohjausta, sillä se mahdollistaa ohjauksen, joka lähtee suoraan asiakkaan omista tarpeista. Yksilöohjauksessa asiakkaan motivaatiota ja aktiivisuutta tuetaan ja asiakas saa jatkuvasti palautetta toiminnastaan (Kyngäs ym. 2007: 74).

Ohjausta tulee arvioida jatkuvasti, jotta voidaan tietää oliko ohjaus onnistunut. Ohjausta arvioidaan tavoitteiden perusteella yhdessä asiakkaan kanssa. Jotta ohjausta voitaisiin arvioida, tulee tavoitteiden olla selkeät ja arvioitavissa. Tavoitteiden perusteella arvioidaan ohjauksen positiivisia vaikutuksia sekä mahdollisia epäonnistumisia. Asiakkaan kanssa voidaan yhdessä miettiä, mitkä asiat johtivat tavoitteiden saavuttamiseen tai epäonnistumiseen. Arviointi lisää asiakkaan tietoisuutta itsestään ja auttaa häntä suunnittelemaan toimintansa muuttamista ja saavutetun muutoksen säilyttämistä. Positiivisen palautteen antaminen auttaa asiakasta motivoitumaan muutokseen. Hoitajan tulee myös kehittää ja arvioida itseään ohjaajana. (Kyngäs ym. 2007: 45.)

5.1 Monikulttuurisen ohjauksen tavoitteet ja arviointi

Monikulttuurisen ohjauksen tavoitteena on edistää asiakkaan elämänlaatua yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa ottaen huomioon hänen kulttuuriset erityispiirteensä (Kyngäs ym. 2007: 25, Puukari – Korhonen 2013, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013). Lapsiperheen ohjauksessa tavoitteena on ottaa huomioon perheen toiveet ja odotukset ohjaukselle. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 148.) Ohjauksen tavoitteena on myös

tukea perhettä ja lasta tai nuorta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja selviytymisestään. Lasten itsenäistymisessä ja vastuunottamisessa on kuitenkin kulttuurien välisiä eroja, jotka tulee ottaa huomioon ohjauksessa. Myös lapsen iällä ja kehitystasolla on tietenkin vaikutusta siihen, kuinka paljon vastuuta hän kykenee ottamaan. (Storvik - Sydänmaa ym. 2013: 109.)

Lasten ja nuoren hoitotyön periaatteet toimivat myös hoidon ja ohjauksen pohjana ja niiden periaatteita voidaan hyödyntää myös ohjauksen ja hoidon arvioinnissa sekä tavoitteiden suunnittelussa. Pienten lapsen kehitystasosta johtuen on heidän mahdollon ilmaista omaa mielipidettään ja tuntemuksiaan, mutta myös isompien lasten voi olla hankalaa ilmaista itseään vieraassa ympäristössä. Periaatteet toimivat tällöin ohjenuorana hoitotyölle ja ohjaukselle ja niiden avulla varmistetaan parhaan mahdollisen hoidon saaminen. (Storvik - Sydänmaa yms. 2013: 104.)

Periaatteiden mukaan lapsi tai nuori on hoitotyössä otettava huomioon yksilönä ja tarpeisiin ja toiveisiin pyrittävä vastaamaan. Etenkin pitkittynyt sairaalahoito saattaa muokata lapsen tai nuoren identiteettiä. Lasta tulisikin pyrkiä hoitamaan sairaalassa samojen periaatteiden mukaisesti kuin kotona mahdollisuuksien mukaan. Lapsen tunteminen ja lapsen perheen hoitoon osallistuminen ovat erityisen tärkeä pohja yksilöllisen hoidon toteutumiselle. Ohjauksen tavoitteena on antaa perheelle valmiuksia osallistua lapsensa hoitoon ja tukea heitä siinä. Tavoitteena on ohjata perhettä osallistumaan lapsen hoidossa ja hoidon suunnittelussa kaikkiin vaiheisiin. Osallistuminen tuo lapselle sekä vanhemmille turvallisuuden tunnetta. Ohjauksen tavoitteena on myös turvata hoidon jatkuvuus etenkin lapsen kotiutuessa. (Storvik - Sydänmaa ym. 2013: 105.)

5.2 Monikulttuurisen ohjauksen haasteet

Monikulttuurisen perheen ohjauksessa haasteet nousevat eroavista odotuksista ohjaukselle, eri tavoista ymmärtää käsiteltävä ongelma ja erilaisista tavoista kommunikoida. Nämä eroavaisuudet voivat olla kulttuurisidonnaisia, mutta ne voivat johtua myös ihmisen yksilöllisistä piirteistä. Erilaiset käsitykset aiheuttavat haasteita yhteisymmärryksen syntymiselle ja näin ollen heikentävät ohjauksen tehokkuutta ja asiakkaan kokemusta hoidosta. (Wachtler ym. 2006: 113.)

Hyvä kommunikointi on avainasemassa turvallisen hoidon, oikean diagnoosin ja terveyden edistämisen takaamiseksi (Johnson 2004, ks. Taylor ym. 2013: 35). Kommunikointitaitoihin sisältyvät verbaalinen viestintä, kuten kieli, äänenvoimakkuus ja -sävy sekä

nonverbaalinen viestintä, kuten katsekontakti, kasvojen ilmeet, kosketus, kehonkieli ja etäisyys potilaasta. Kaikki nämä osa-alueet vaihtelevat kulttuurisidonnaisesti ja jos näitä eroavaisuuksia ei huomata, voi se johtaa kommunikointivaikeuksiin. (Purnell & Paulanka 1998 ks. Papadopoulos 2006: 18.)

Kielimuuri on näkyvin verbaalisen viestinnän haaste. Monikulttuurisessa ohjaustilanteessa kielimuuri näkyy ohjauksen antamisen hankaluutena sekä suullisen että kirjallisten ohjeiden ymmärtämisen vaikeutena. Myös lukutaidon puute haittaa ohjeiden ymmärtämistä, sillä ohjeet jäävät suullisen ohjauksen varaan. Tällöin on hyvä esimerkiksi ottaa ohjaustilanteeseen toinen perheen jäsen mukaan, jotta ohjeiden muistajia on enemmän. Ohjeita ei terveydenhuollossa ole yleensä kuin suomeksi, englanniksi, ruotsiksi ja joskus venäjäksi. Kielimuuri haittaa hoidon ja ohjauksen tehokkuutta, hoitoon sitoutumista ja päätöksentekoa (ks. Taylor ym. 2013: 36). Tilanteissa, joissa kielimuuri haittaa ohjauksen ymmärtämistä ja tiedon saantia hoidosta, olisi tärkeää hyödyntää tulkkipalvelua. Ohjeiden ymmärtämättömyys tai väärinymmärrys voi johtaa uusiin terveystalveluiden käyn-teihin tai pitkittää kotiuttamista.

Erityisen haastavaksi tilanteen tekee se, jos potilas on lukutaidoton eikä pysty ymmärtämään ja hyödyntämään kirjoitettua tekstiä omalla kielellään eikä suomeksi. Suomessa elää tällä hetkellä useita satoja luku- ja kirjoitustaidottomia maahanmuuttajia ja heidän määränsä tulee lisääntymään lähitulevaisuudessa. (Koskinen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 138) Esimerkiksi somalialaisille suullinen viestintä ja informointi on merkityksellisempää kuin kirjoitettu tieto, mikä eroaa siis melkein täysin suomalaisesta kulttuurista ja käytännöstä. Siksi suullinen informointi on aina äärimmäisen tärkeää. Tärkeät potilaalle tarkoitetut viestit kuten uudet ajanvaraukset lääkärielle tulisivat myös kertoa aina suullisesti. (Mölsä – Tiilikainen: 453.)

Yhteisöllisessä ja yksilöllisessä kulttuurissa on toisistaan eroavat viestintätyylit. Yhteisöllisessä kulttuurissa on ominaista "high-context"-viestintätyyli ja yksilöllisessä "low-context". "High-context"-viestintätyylissä ilmaistaan vain osa informaatiota kielellisesti ja muu osa informaatiota on nonverbaalista. Esimerkiksi afrikkalaisperäisissä kulttuureissa, kuten somalian kulttuurissa, suositaan "high context"-tyyliä. "Low-context"-viestintätyylille on ominaista, että sanotaan suhteellisen suoraan mitä tarkoitetaan. Nonverbaalinen viestintä tukee verbaalista viestintää eikä ole ristiriidassa sen kanssa. (Salo-Lee ym. 1996 ks. Abdelhamid 2009: 116).

Aikakäsitys on kulttuurisidonnainen, mistä johtuen erilaiset aikakäsitykset voivat aiheuttaa hämmennystä ja väärinkäsityksiä hoitohenkilökunnan ja perheen välillä. Suomessa ja länsimaissa olemme tottuneet siihen, että täsmällisyyttä arvostetaan, kun taas toisissa kulttuureissa kuten esimerkiksi venäläisessä ja afrikkalaisissa kulttuureissa aikakäsitys on paljon joustavampi. (Giger – Davidhizar 2002, 2004 ks. Abdelhamid ym. 2009: 142–144) Henkilökohtainen tila koetaan eri tavalla kulttuurista riippuen, joissakin kulttuureissa puhe- ja kosketusetäisyys on paljon läheisempi kuin toisissa. Hoitotyössä ja ohjauksessa on tärkeää kunnioittaa asiakkaan henkilökohtaista tilaa, vaikka usein hoitotyössä siihen joudutaan kajoamaan. Yhteisöllisemmissä kulttuureissa henkilökohtainen tila on usein pienempi ja läheisyys ja kosketus kuuluvat vuorovaikutukseen kun taas yksilöllisemmissä kulttuureissa kuten Suomessa henkilökohtainen tila on laajempi ja vieraiden kosketusta vältetään. (Giger – Davidhizar 2002, 2004 ks. Abdelhamid ym. 2009: 142–144.)

Sukupuoliroolit ja lasten asema perheessä nähdään myös erilaisina eri kulttuureissa. Länsimaissa korostetaan usein lasten yksilöllisyyttä kun taas yhteisöllisemmissä kulttuureissa korostuu lapsen asema yhteisössä. Kasvatustavat ja lapsille annettava vastuu vaihtelee myös kulttuurisidonnaisesti. Nämä tulee ohjauksessa ottaa huomioon, jotta ohjaus ei ole ristiriidassa perheen arvojen kanssa. Perheen käsityksestä hoitoon vaikuttaa myös käsitys ympäristön kontrollista, mikä on hyvä huomioida perhettä ohjattaessa. Ympäristön kontrolli tarkoittaa käsitystä siitä, kuinka paljon yksilö kokee voivansa itse vaikuttaa oman elämänsä tapahtumiin ja terveyteensä ja kuinka paljon hän kokee ympäristöllä olevan vaikutusta. Esimerkiksi kulttuureissa, joissa ulkoisella kontrollilla on enemmän vaikutusta, katsotaan että sairaus on ulkopuolisten voimien aikaansaamaa. Ulkopuolisia voimia voivat olla esimerkiksi pahat henget, kohtalo tai jumala. (Giger – Davidhizar 2002, 2004 ks. Abdelhamid ym. 2009: 142–144)

Carrollin ym. tutkimuksessa (2007) somalialaiset potilaat korostivat ohjaustilanteessa hoitajan nonverbaalisen viestinnän avaintekijöitä. Tärkeiksi hoitajan ominaisuuksiksi ohjaustilanteessa katsottiin olevan ystävällisyys, hymyily, kärsivällisyys sekä kiinnostuksen osoittaminen somalikulttuuria kohtaan. Tärkeää oli myös, että hoitajalla oli keskustelutilanteille riittävästi aikaa. Potilaat kokivat ohjaustilanteet onnistuneiksi, kun hoitaja antoi heille mahdollisuuden puhua rauhassa, ottaa esiin heidän huolensa ja kysyä heidän ajatuksiaan hoidon ja diagnoosien suhteen. Potilaiden mielestä tärkeää oli tulla myös kunnioitetuksi ja arvostetuksi. Negatiivisiksi asioiksi koettiin hoitajan näkyvä turhautuminen kielimuurista johtuen, epäkunnioittava asenne sekä yksilöllisyyden huomiotta jättäminen ohjauksessa. (Carroll ym. 2007: 5-6).

5.3 Monikulttuurisen ohjauksen keinot

Potilaan kulttuuristen tarpeiden arviointi sekä ohjaus edellyttävät hoitajalta hyviä vuorovaikutus-, kuuntelu- ja havainnointitaitoja. Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä asemassa hyvän ohjauksen takaamiseksi, eivät niinkään hoitajan tiedot erilaisista kulttuuritaustoista. (Koehn – Schwick 2006, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 140.) Ennen ohjaustilannetta hoitajan tulee kartoittaa perheen odotuksen ohjaukselle sekä keskustella siitä, miten perhe näkee ongelman ja mitä he kokevat, että ongelman ratkaisemiseksi voitaisiin tehdä. Näin saavutetaan yhteisymmärrys ohjauksen päämäärästä ja hoidosta ja perheen kokemus ja hyöty ohjauksesta paranee. (Wachtler ym. 2006: 113.)

Gigerin ja Davidhizarin (1988) monikulttuuristen tarpeiden arviointimalli on kehitetty auttamaan hoitotyön tekijöitä havaitsemaan potilaan kulttuurisia erityispiirteitä. Monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksessa arviointimallin hyödyntämisellä saadaan arvokasta ohjaukseen vaikuttavaa tietoa perheen kulttuurista. Malliin kuuluu kuusi osa-aluetta, jotka toimivat arvioinnin viitekehyksenä. Osa-alueet ovat kommunikointi, aikakäsitys, henkilökohtainen tila, sosiaalinen status eli sukupuoliroolit ja kulttuurin yhteisöllisyys, ympäristön kontrolli sekä biokulttuurinen vaihtelu. Nämä kaikki osa-alueet voivat aiheuttaa haasteita ohjaukselle, jos niitä eroavaisuuksia ei huomata. (Andrews – Boyle 2012: 6) Jos aikakäsitys on hyvin erilainen ohjaajan ja ohjattavan perheen välillä voi esimerkiksi sovitun ohjausajan tärkeyttä painottaa perheelle, jotta vältetään väärinkäsityksiltä.

Kulttuuri antaa yksilölle ajattelu- ja toimintamalleja, arvoja ja asenteita jotka olemme omaksuneet, emmekä välttämättä niitä tiedosta. Nämä kaikki vaihtelevat kulttuurista riippuen ja ohjaustilanteessa ohjaajan tuleekin tiedostaa nämä erot oman ja ohjattavan perheen kulttuurin välillä. Jos kulttuurista johtuvia eroja ei tunnista, voi yhteistyö olla haastavaa ja tavoitteet jäädä saavuttamatta. Ohjaajan tulisi tunnistaa myös omat kulttuurisidonnaiset arvo- ja toimintamallit, jotta pystyisi olemaan avoin oppimaan uutta ja toimimaan eri kulttuureista tulevien ihmisten kanssa. (Puukari – Korhonen 2013, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 140) Tähän kytkeytyy ohjaajan oma kulttuurinen kompetenssi, jonka kehittämistä monikulttuurinen ohjaaminen vaatii. Monikulttuurisessa lapsiperheen ohjauksessa on syytä miettiä, minkälainen lähestymistapa sopii juuri tälle perheelle. Länsimaissa korostamme rationaalista ajattelua enemmän kuin tunteiden maailmaa, mutta toisissa kulttuureissa taas annetaan tunteille ja kokemukselle enemmän painoarvoa päätöksenteossa. (Puukari – Korhonen ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 140–142) Jos hoitaja

ei huomio tätä eroavaisuutta, on ohjattavan ja hoitajan vaikeaa ymmärtää toistensa näkökulmia.

Hengellisyys ja uskonnon merkitys perheelle on hyvä ottaa puheeksi perheen kanssa, sillä se voi vaikuttaa suuresti perheen toimintaan ja ajattelutapaan. Hengellisyydestä voi olla hankala puhua, varsinkin jos itsellään ei ole mitään uskonnollista vakaumusta tai jos ohjattavat uskonnollinen vakaus eroaa omastaan suuresti. Hoitotyössä on hyötyä siitä, että tuntee valtauskontoja pääpiirteittäin, jotta olisi niistä jo valmiiksi jonkinlainen kokonaiskuva. (Puukari – Korhonen 2013, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 140–142)

Monikulttuurisen perheen ohjauksessa tulee välittää tietoa ohjattaville selkokielellä ottaen huomioon heidän tietotasonsa ja käsityksensä. (Hanssen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 148.) Hoitajan tulee varata tarpeeksi aikaa monikulttuurisen perheen ohjaustilanteeseen, sillä kieli- ja kulttuurieroista johtuen ohjaus vie yleensä enemmän aikaa (Taylor ym. 2013: 41). Jos perhe tulee yhteisöllisestä kulttuurista kuten Somaliasta, jossa perheen käsite on laajempi kuin Suomessa, voi ohjaustilanteeseen pyytää mukaan myös muita perheen lähisukulaisia, jos he niin toivovat. Hoitajan tulee kuunnella perheen mielipiteitä ja keskustella ristiriidoista avoimesti. Lapsen hoitotyössä perhettä ohjattaessa voi esimerkiksi jokin lapsen hoitoon liittyvä toimenpide olla väärin potilaan perheen kulttuurin näkökulmasta ja asiasta olisi hyvä keskustella, jotta voitaisiin saavuttaa paras mahdollinen kompromissi. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 149.) Ohjaustilanteessa hoitajan olisi hyvä ajoittain varmistaa, että perhe on varmasti ymmärtänyt asiat. Ohjaustilanteessa on myös hoitajalle hyötyä siitä, jos hän tuntee yleispiirteisesti kulttuurin tapoja ja eroja kommunikoinnissa, jotta ei tekisi tai sanoisi mitään perhettä loukkaavaa. Parhaiten tietoutta saa tietenkin suoraan perheeltä itseltään rohkeasti kysymällä.

Ohjaustilanteessa hoitajan sukupuolella voi olla merkitystä luottamuksellisen suhteen luomisen kannalta. Erityisesti somalialaiset naiset kokevat, että naispuoliseen hoitajaan/lääkäriin on helpompi luottaa ja helpompi avautua omista asioistaan. Varsinkin jos ohjaus tilanteessa käsitellään arkaluontoisia tai intiimiasioita koetaan naispuolinen ohjaaja parempana. Akkulturaation eli uuteen kulttuuriin sopeutumisen myötä, tämä kuitenkin saattaa olla muuttumassa nuorempien sukupolvien osalta. (Carroll ym. 2007.)

Ulkomaalaisten ja maahanmuuttajien määrän kasvaessa, tulkin käyttö tulee lisääntymään terveydenhuollossa. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 149.) Hoitajan tehtävä

on arvioida tulkin käytön tarve. Kun potilaalla ja hoitajalla ei ole yhteistä kieltä, ammattitulkia tulisi aina pyrkiä käyttämään. Tulkin käyttö on suositeltavaa tilanteissa, joissa ulkomaalaisella potilaalla on heikot tiedot suomalaisesta yhteiskunnasta ja terveydenhuollosta tai jos potilaan tilanne on tavallista hankalampi. Tulkki tulee myös tarpeeseen silloin, kun tarvitaan tietoa potilaan tilanteesta tai kun potilas itse haluaa tietoa menettelmistä, joiden avulla hän voi hoitaa sairauttaan tai edistää terveyttään. Potilaan omaisten tapaamiseen ja informointiin voidaan tarvita myös tulkkia. Kiireestä johtuen saatetaan hoitotyössä mennä helpoimman kautta ja potilasta ohjataan ilman tulkin välitystä. Näin ei saisi olla, sillä tällöin ei potilaan ja hänen perheensä riittävä tiedonsaanti ei toteudu. (Kale – Syed 2010: 191). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1993), jonka sanotaan, että potilaalla on oikeus saada hänen hoitoaan koskevat tiedot hänelle ymmärrettävässä muodossa, joten oikeanlainen informointi tulisi taata.

Maahanmuuttajavanhemmat saattavat käyttää lapsiaan tulkkeina saadakseen tarvittavan tiedon. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 151.) Tämä voi olla ongelmallista, sillä lapsi ei välttämättä tiedä kaikkea omasta hoidostaan ja vanhemmat saattavat rajoittaa sanomisiaan lapsen kuullen. Lapsen käyttäminen tulkkina pidetään yleensä epäeettisenä. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 151.) Perheen jäsenen tai muun läheisen tulkkina käyttäminen ei myöskään siitä syystä ole hyvä, että heidän tunteensa ja mielipiteensä voivat vaikuttaa asioiden käsittelyyn (Kale – Syed 2010: 187).

Tulkin sukupuolella on merkitystä varsinkin terveydenhuollossa. Erityisesti kulttuureissa, joissa naisten terveyteen liittyvistä asioista keskustellaan vain naisten kesken kuten somalialaisessa kulttuurissa, voidaan miespuolinen tulkki kokea esteenä hoitoon tulemiselle. Kulttuuritulkki on apuna erityisesti kulttuurista johtuvien ongelmien ja väärinkäsityksien selvittelyssä. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 152.) Kulttuuritulkin keskeisiin tehtäviin kuuluu ristiriitatilanteiden selvittely, kun taas yleisen tulkin tehtävänä on kääntää keskustelun osanottajien lauseita eri kielille. Kulttuuritulkkina voivat toimia tulkit, mutta myös maallikot ja monikulttuurisessa työympäristössä toimivat maahanmuuttajat. Monikulttuurisessa hoitotyössä kulttuuritulkin apu on erityisen tärkeää. Kulttuuritulkkia voidaan käyttää muun muassa apuna terveydenhuollon henkilöstöön kohdistuvien asenteiden selvittelyssä ja myös erilaisten terveyteen, paranemiseen ja sairauteen liittyvien uskomusten ja syiden käsittelyssä. (Juntunen, ks. Abdelhamid ym. 2009: 153)

6 Venäläisen ja Somalialaisen lapsiperheen ohjaus

6.1 Venäläisen lapsiperheen ohjauksen erityispiirteet

Vuonna 1990 alkoi Suomeen virrata maahanmuuttajia, joista suurin osa oli turvapaikanhakijoita ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulevia inkerinsuomalaisia paluumuuttajia. Venäläiset ovat edelleen suurin maahanmuuttajien ryhmä Suomessa ja tästä johtuen venäjän kielestä onkin tullut yleisin vieras kieli Suomessa. Valtaosa venäläisistä on ortodokseja tai kristittyjä. (Haapasaari – Korhonen 2013: 12–20.) Venäjänkielisten maahanmuuttajien suurimpia haasteita näyttää olevan edelleen suomalaisten hyvin kielteinen suhtautuminen heihin. Kaikista haasteista huolimatta venäjänkieliset maahanmuuttajat ovat halukkaita kotoutumaan Suomeen ja suomalaiseen yhteiskuntaan. Maahanmuuttajien suurimmat erot valtaväestöön ilmenevät ehkä nimenomaan perheeseen liittyvissä arvoissa sekä tavoissa ymmärtää sukupolvien ja sukupuolten välistä ihanteellista työnjakoa. (Haapasaari – Korhonen 2013: 12–20.)

Venäjällä perheeseen katsotaan kuuluvan ydinperheen lisäksi isovanhemmat, appivanhemmat, tädit, sedät, pikkuserkut ja serkut. Joskus myös läheisten ystävien katsotaan kuuluvan perheeseen. (Suomi-Venäjä-seura 2005: 4, Haapasaari – Korhonen 2013: 12–20.) Lastenhoito kuuluu perheessä äidille ja isoäidille tai muulle sukulaiselle ja tästä johtuen venäläistä perhemallia kutsutaankin usein laajennetuksi äitiydeksi. Päävastuu lastenhoidosta ja kasvatuksesta on perheen äidillä ja isien katsotaan olevan pääasiallisia perheen elättäjiä. Avioero tilanteessa lapset jäävät yleensä automaattisesti äidille Venäjällä ja yhteishuoltajuus on lähes tuntematon käsite. (Haapasaari – Korhonen 2013: 12–20.) Vaikka arvomaailma on vuosien aikana vapautunut Venäjällä, on yhteiskunnassa säilynyt perinne varhaisesta naimisiinmenoiästä. Lapsia hankitaan yleensä myös varhain naimisiinmenon jälkeen. (Rotkirch – Jasinskaja-Lahti 2007: 6-8.) Lapsia arvostetaan Venäjällä ja perheeseen kuuluu yleensä 1-2 lasta. Lapset ovat venäläisessä perheessä rikkaus ja lapsella on usein monta rakastavaa aikuista ympärillään. (Haapasaari – Korhonen 2013: 12–20.)

Lapsien odotetaan olevan kuuliaisia ja perheen lapsiin kohdistetaan valtavasti toiveita ja odotuksia. Lapsen menestys opinnoissa on myös tärkeää. Tapakasvatus on venäläisessä kasvatuksessa tärkeää. Lapsille opetetaan kohteliaita käytöstapoja sekä auktoriteettien kunnioitusta. Heidät myös kasvatetaan pienestä asti tiettyihin sukupuolirooleihin.

(Haapasaari – Korhonen 2013: 12–20.) Venäläisessä kasvatuskulttuurissa painotetaan yleissivistystä ja erilaisten taitojen oppimista kuten musiikki, taide ja liikunta. Tämä eroaakin hyvin paljon suomalaisesta kasvatuskulttuurista, jossa korostetaan lapsen oikeutta vapaaseen leikkiin ja usein vanhempien ja lasten suhde on lähempänä kaverisuhdetta kuin venäläinen auktoriteettinen vanhempi- lapsi suhde. (Rotkirch – Jasinskaja-Lahti 2007: 23.) Lapsen kasvaessa asema perheessä muuttuu ja nuoren tulee olla jo itsenäisempi ja autonomisempi ja hänen mielipiteitään kuunnellaan. Nuoren vastuu perheessä myös lisääntyy. Seksuaaliterveyteen ja seksuaalioikeuksiin liittyvistä teemoista ei ole tapana keskustella eri sukupolvien kesken. (Haapasaari – Korhonen 2013: 12–20.)

Venäläinen aikakäsitys on hieman joustavampi kuin suomalaisessa kulttuurissa ja muutenkin asioiden suhteen ollaan suurpiirteisempiä (Venäjä-Suomi-seura 2005: 5). Jos siis toivotaan täsmällisyyttä ja tarkkuutta tulee se sitä selittää ja painottaa enemmän ohjauksessa. Venäläiseen tapakulttuuriin kuuluu tervehtiminen kättelyin ja pusuin ja kosketusta on muutenkin enemmän kuin suomalaisessa kulttuurissa. Mitä taas tulee venäläiseen puhuttelukulttuuriin, niin pelkkää etunimeä ei ole tapana käyttää muussa kuin läheisessä suhteessa. Yleisin ja kohteliain tapa puhutella on etunimi-isännimi yhdistelmä. Sinutteli ei myöskään ole tapana tuntemattomien aikuisten kesken vaan aina teititellään. Lapsia sen sijaan sinutellaan. (Venäjä-Suomi-seura 2005: 8-9.)

Venäläisessä kulttuurissa sairauden ja terveyden käsitteet eroavat hieman suomalaisesta kulttuurista. Raja sairaan ja terveen välillä on jyrkempi. Nämä eroihin ovat vaikuttaneet Neuvostoliiton aikana hoitomenetelmien ja luokitusten hitaampi kehitys sekä erilaiset lääketieteelliset perinteet ja sanastot. Esimerkiksi diabetesta ja epilepsiaa pidetään vieläkin vaarallisina sairauksina ja näitä sairastavat lapset kohtaavat Venäjällä syrjintää. Myös muut poikkeavuudet saavat enemmän syrjintää osakseen kuin Suomalaisessa kulttuurissa. Venäjällä sairaudet nähdään myös usein leimaavina ja lopullisina, joten venäläiset vanhemmat saattavat herkästi huolestua lapsensa diagnoosista. Venäläisillä on usein vahva luottamus lääketieteeseen, mutta myös vaihtoehtoihin hoitoihin. Varsinkin julkista terveydenhuoltoa ja viranomaisia kohtaan vallitsee Venäjällä suuri epäluottamus johtuen korruptiosta, mikä vaikuttaa venäläisten suhtautumiseen terveydenhuoltoon myös Suomessa. (Rotkirch – Jasinskaja-Lahti 2007: 24.)

Neuvostoliiton aikaan keskushallinto piti huolen kansalaistensa terveydestä, mistä johtuen venäläisten suhtautuminen oman terveyden ylläpitämiseen on yhä passiivista eikä

yksilön roolin katsota olevan suuressa osassa. Venäjällä terveydenhuolto järjestelmä poikkeaa suomalaisesta siten, että julkinen terveydenhuolto on kaikille ilmaista, mutta sen laatu on huonompaa. Tästä johtuen monet ovat valmiita maksamaan yksityisistä terveydenhoitopalveluista. Venäjällä lääkärit ja terveydenhoitajat tekevät myös enemmän kotikäyntejä, sillä venäläisessä kulttuurissa ei ole suotavaa, että sairaana oleva ihminen lähtee omatoimisesti lääkäriin. Näistä johtuen suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä aiheuttaa hämmennystä Suomessa asuville venäläisille. (Zarubalova 2013: 12.)

6.2 Somalialaisen lapsiperheen ohjauksen erityispiirteet

Somalia on n. 10 miljoonan asuttaman valtio Afrikan itärannikolla. Vuonna 1991 alkanut sisällissota aiheutti valtavan muuttoliikkeen Eurooppaan, Yhdysvaltoihin ja Kanadaan. Somalia on ollut siitä asti ollut muutoksen alla ja levottomuudet jatkuivat aina vuoteen 2012 asti, jolloin hyväksyttiin uusi perustuslaki ja muodostettiin uusi liittohallitus. (Haapasaari – Korhonen 2013: 36–42, Carrol ym. 2012: 54.) Somalialainen perhekulttuuri on kokenut monta äkillistä muutosta ja pakkomuuton myötä myös perinteet ovat muuttuneet ja ympäröivät olosuhteet vaikuttavat somalialaiseen perhekulttuuriin. Myös yksinhuoltajuuden lisääntyminen ja perheenjäsenten jakautuminen eri puolille maailmaa vaikuttavat perheeseen. (Haapasaari – Korhonen 2013: 36–42.)

Somalit ovat merkittävä terveystalvelujen käyttäjäryhmä erityisesti pääkaupunkiseudulla. Monet käytännön kysymykset liittyen maahanmuuttajien kohtaamiseen terveydenhuollossa ovatkin nousseet juuri somalipotilaiden kautta. (Mölsä – Tiilikainen 2007: 451.) Maahanmuuttajataustaisissa muslimiperheissä on yleensä enemmän lapsia kuin suomalaissa perheissä keskimäärin. (Muhammed 2011: 164.) Somalinalle syntyy eniten lapsia verrattuna muihin väestöryhmiin Suomessa. Suuri lasten määrä selittyy puuttuvilla tai toimimattomilla lisääntymisterveystalveluilla kotimaassa ja tiedon puutteella lisääntymisterveydestä ja talveluiden tarjonnasta Suomessa. Keskeisiä syitä ovat myös lähtömaassa vallinnut köyhyys ja epävakaa olot. (Säävälä 2011: 40.) Yhteisöllisyyden merkitys on suuri somalialaisessa yhteiskunnassa. Perheenjäseneksi lasketaan isovanhemmat, vanhemmat, sedät, enot, tädit ja näiden lapset. Isä on somalialaisessa perheessä perheen pää ja äiti vastaa kodin ja perheen hoitamisesta. (Haapasaari – Korhonen 2013: 36–42.)

Lasten saaminen on muslimeille tärkeää ja lapset nähdään Jumalan lahjana. Lasten kasvatus kuuluu pääasiassa äidille. Lasten hyvä kasvatusta on tärkeää somalialaisessa perheessä. Lapset osallistuvat kodin hoitoon ja muuhun työhön ollessaan riittävän vanhoja. Lasten kasvatuksessa ei kuitenkaan samalla tavalla korosteta lasten itsenäistymistä kuten suomalaisessa kulttuurissa (THL 2014). Maahanmuuton myötä perhesuhteet ja –roolit ovat kuitenkin murroksessa. Perinteisesti pojat ovat olleet halutumpia lapsia, mutta kaupungistumisen myötä asenteet ovat muuttuneet ja tytöt ovat myös tervetulleita. Lapset ovat vanhemmilleen myös vanhuudenturva. Lasten tulee olla kuuliaisia vanhempiaan kohtaan ja vanhempien auktoriteetti on ehdoton. Diasporan eli pakkomuuton myötä tämäkin on muuttumassa ja somaliperheet omaksuvat yhä enemmän suomalaisen kulttuurin tapoja. (Haapasaari – Korhonen 2013: 36–42.)

Somalian valtauskonto on islamin usko (Haapasaari – Korhonen 2013: 36–42). Somalialaiset ovat suurin yksittäinen muslimiyhteisö Suomessa (Akar – Tiilikainen 2009: 12). Uskonnolla on somaliperheissä yleensä huomattavasti suurempi merkitys kuin suomalaisissa perheissä, mutta läheskään kaikki muslimivanhemmat eivät harjoita uskontoaan eivätkä opeta sitä lapsilleen. Osa vanhemmista esimerkiksi rukoilee tai käyttää huivia, mutta eivät vaadi lapsiaan tekemään samoin. (Muhammed 2011: 163.) Suurin osa somaleista on muslimeja, mutta perheiden ja yksilöiden välillä on tietenkin suuria eroja siinä, miten uskontoa tulkitaan, noudatetaan ja kuinka suurena osana se on perheen arkea. Tästä johtuen ei yksityiskohtaisia ohjeita voida antaa siitä, miten eri tilanteissa tulisi toimia somaliperheen kanssa. (Muhammed 2011: 47.) Lapsiperheen ohjauksessa on tärkeää keskustella potilaan ja hänen perheensä kanssa heidän uskontoon liittyvistä tarpeistaan ja neuvotella erilaisista vaihtoehtoista hoidon suhteen (Mölsä – Tiilikainen 2007: 454.)

Uskonnon harjoittaminen on usein osa somalialaista elämäntapaa, johon kuuluvat päivittäiset rukoukset, islamin ruokasäännöt ja esimerkiksi paastokuukauden ramadanin vietto. Ramadanin aikana muslimi ei saisi syödä eikä juoda auringonnousun ja -laskun välisenä aikana. Paasto ei ole kuitenkaan pakollinen, jos terveydentila on heikko tai poikkeuksellinen. Islamin usko kieltää alkoholin juomisen ja syömisen sekä sikaperäiset aineet. Joissakin muslimiperheissä kieltäydytään esimerkiksi rokotteista, jotka sisältävät sikaperäistä liivatetta. (Mölsä – Tiilikainen 2007: 451.) Paastoava muslimipotilas voi antaa verinäytteen, saada injektioita ja lääkkeitä suonensisäisesti, iholle, silmiin, korvaan sekä nenään. Suun kautta otettavia lääkkeitä ei paaston aikana voi käyttää. On tärkeää keskustella esimerkiksi diabeetikon tai muuta säännöllistä lääkitystä saavan potilaan

kanssa, miten lääkityksen kanssa voidaan menetellä paaston aikana. (Hallenberg 2006, ks. Mölsä – Tiilikainen 2007: 451.)

Somaliassa länsimaisesta lääketieteestä ollaan tietoisia kuten rokotuksista ja antibiootien käytöstä, mutta myös perinteiset lähestymistavat ovat osana sairauksien hoitoa. Perinteisiä sairauksien hoitokeinoja ovat mm. rukoilu, uskonnolliset seremoniat, parantavat henget sekä yrttien ja rohtojen käyttö. (Carrol ym. 2007: 2.) Muslimikulttuurissa terveyden ja sairauden välinen raja on häilyvämpi kuin länsimaisessa kulttuurissa ja sairautta selitetään eritavalla. Sairauden saatetaan katsoa johtuvan esimerkiksi tehdystä synnistä, magiasta tai se nähdään jumalan koettelemuksena. (Hallenberg 2006, ks. Salo 2014: 10.) Islamin uskoon kuuluu velvollisuus terveenä pysymiseen ja ravinnolla ja puhtaudella on tässä suuri merkitys (Hallenberg – Perho 2010, ks. Salo 2014: 10). Kaikki, mikä pelastaa elämän ja parantaa sairauksia, on islamissa sallittua. Islam sallii myös veri- ja elinsiirrot, jotka ovat lääketieteellisesti perusteltu. Pienten lasten osalta tulee myös huomioida se, että toisen äidin luovuttamaa rintamaitoa ei haluta lapselle antaa, jos luovuttaja ei ole tiedossa. Islamin mukaan nimittäin lapsista tulee ns. maitosisaruksia, jos sama äiti on lapsia imettänyt ja he eivät voi mennä naimisiin keskenään. (Mölsä – Tiilikainen 2007: 451.)

Tiukimpien islamin tulkintojen mukaan muslimipotilasta ei saa hoitaa eri sukupuolta oleva lääkäri tai hoitaja. Tätä sääntöä noudatetaan tarkemmin erityisesti hoitotoimenpiteissä, missä joudutaan paljastamaan intiimejä ruumiinosia. (Muhammed 2011: 188.) Kaikki eivät kuitenkaan tulkitse islamia näin, vaan samaa sukupuolta olevaa terveydenhuollon ammattilaista suositaan lähinnä henkilökohtaisista syistä. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä, teknologia sekä varattujen aikojen täsmällinen noudattaminen on somaleille usein vierasta ja hämmentävää. Toimenpiteistä ja tutkimuksista saatetaan kieltäytyä pelon vuoksi, jos ohjaus ja tiedon saanti niiden osalta ei ole ollut riittävää. Somalialaiseen kulttuuriin kuuluu, että perhe ja yhteisö osallistuvat sairaan hoitoon ja ohjaukseen. Tästä johtuen sairaalaan tulee potilaan luokse monta perheen jäsentä lapsen ollessa sairaalassa, mikä taas aiheuttaa hämmennystä osastolla. (Mölsä – Tiilikainen 2007: 451–452.) Jos osastolla ei toivota samanaikaisesti niin montaa vierasta, olisi tästä hyvä keskustella perheen kanssa jo heti hoidon alussa ja selittää, miksi näin toivotaan.

Tärkeintä somalialaisen lapsiperheen ohjauksessa on selittää mikä vanhempien rooli on ja mitä häneltä edellytetään lapsensa hoidon suhteen. Jo asiaa ei käydä selkeästi läpi, ei perhe voi tietää, mitä heiltä odotetaan. Somaliassa vastaavaa palvelujärjestelmää ei

ole, joten moni asia voi olla uutta ja outoa. (THL 2014.) Ohjaukseen on hyvä ottaa useampi perheen jäsen ohjaukseen mukaan ja kirjallisen informaation sijasta suosia suullista. Somaliassa kielellä on vahva suullinen perintö, joten se on kirjallista viestintää merkityksellisempää. Myös tärkeät viestit ja ajanvaraukset tulisi kertoa aina myös suullisesti. Usein lukutaito saattaa somalitaustaisilla maahanmuuttajilla olla heikkoa, joten suullisen viestinnän merkitys korostuu entisestään. (Mölsä – Tiilikainen 2007: 452.) Tulkkia käytettäessä tulee perheeltä kysyä, minkä kielen tulkin he haluaisivat, sillä joidenkin somalien vahvin kieli on esimerkiksi arabia somalin sijaan. Tulkin sukupuoli on myös syytä ottaa huomioon varsinkin arkaluontoisista asioista puhuttaessa. (THL 2014.)

7 Henkilökunnan koulutustilaisuus

7.1 Koulutustilaisuus

Koulutustilaisuutta suunniteltaessa tulee tilaisuudelle olla mietittynä tavoitteet, kenelle tilaisuus on suunnattu, koulutuksen sisältö, menetelmät ja havainnollistaminen sekä tilaisuuden arviointimenetelmät. Tavoitteita laatiessa tulee pohtia, mikä koulutus järjestetään ja mitä sillä on tarkoitus saada aikaiseksi. Henkilökunnan koulutustilaisuudessa tavoitteet nousevat organisaation tarpeista ja käytännön työstä. Tavoitteiden tulisi olla yhtäläisiä niin kouluttajan, tilaajan kuin osallistujienkin kesken, jotta koulutustilaisuudesta olisi hyötyä. Koulutustilaisuus tulee suunnitella osallistujien mukaan. Tavoitteet ja sisältö tulee suunnitella sen mukaan, mitä osallistujat asiasta jo tietävät ja mitä tietoa he tarvitsevat. (Kupias 2012.)

Oppimistyytlejä on erilaisia ja eri ihmiset oppivat eri tavoin. Koulutustilaisuudessa on hyvä hyödyntää erilaisia menetelmiä, jotta se tavoittaisi mahdollisimman monen. Kokemuksellisen oppimisnäkömyksen mukaan oppiminen on kokemuksen muuttumista ja laajenemista. Oppiminen nähdään prosessina, joka tuottaa uusia kokemuksia. Oppimisprosessin vaiheet ovat omakohtainen kokemus, kokemuksen pohtiminen eli reflektointi, yleistäminen, aktiivinen kokeileva toiminta. Kupias (2012) on teoksessaan jaotellut neljä erilaista oppijaa, jotka ovat konkreettinen kokija, pohdiskelleva havainnoija, abstrakti käsitteellistäjä sekä osallistuva kokeilija. Toiset oppivat parhaiten kokemusten kautta ja

menemällä avoimesti uusiin tilanteisiin. Nämä konkreettiset kokijat oppivat parhaiten tapauksista ja esimerkeistä ja oivaltavat niiden kautta asioita. Tämän tyylistä oppijaa sanotaan konkreettiseksi kokijaksi. Pohdiskeleva havainnoija tarkkailee mieluummin ensin ja perehtyy asioihin perusteellisesti eri näkökulmista. Abstrakti käsitteellistäjä oppii parhaiten asiapitoisista oppimistilanteista kuten asiantuntijaluennoista. Osallistuva kokeilija taas oppii parhaiten kokeilemalla uutta käytäntöä käytännössä ja oppii siis itse tekemällä. (Kupias 2012.)

Olennaista koulutustilaisuudessa on saada osallistujat motivoitumaan ja ylläpitää motivaatiota. Motivaatioon vaikuttavat osallistujan oma kiinnostus aihetta kohtaan sekä koulutustilaisuuden mielenkiintoisuus. (Kupias 2012.) Hyvä koulutustilaisuus vaatii kouluttajalta asiantuntijuutta. Koulutustilaisuuden pitäjän tulee ymmärtää ja osata asiansa, jotta hän pystyy opettamaan ne osallistujille. Koulutusta suunniteltaessa tulee miettiä myös miten esityksensä havainnollistaa. Materiaalin tarkoitus on tukea osallistujien oppimista. (Kupias 2012.)

Koulutustilaisuuden pitämiseen on erilaisia menetelmiä ja menetelmä tulisi suunnitella oppimistavoitteiden mukaan huomioiden käytettävissä olevat tilat sekä resurssit. Alkuun on hyvä valita keino, jolla saa osallistujat virittäytymään aiheeseen. Esittäytyminen ja ryhmäkeskustelu ovat esimerkkejä virittäytymiseen. Tilaisuuden alussa on hyvä myös kartoittaa osallistujien tietoja, kokemuksia ja ajatuksia aiheesta, jolloin jo tiedossa olevia asioita ei tule liikaa käytyä läpi. Asiantuntijaluento on yksi koulutustilaisuuden menetelmä, jossa huomio kiinnittyy asiaan ja osallistujat jäävät huomiotta. Passiivisessa roolissa usein osallistujien oppiminen jää vähäisemmäksi, joten osallistujien aktivointi on usein tehokkaampi tapa etenkin pienemmälle ryhmälle. (Kupias 2012.) Tästä johtuen olemme valinneet koulutustilaisuutemme menetelmäksi aktivoivan luennon, jossa lyhemmissä osissa esitämme osallistujille teorian tietoa ja niiden välissä aktivoimme osallistujia aihetta koskevilla kysymyksillä.

7.2 Osastotunnin toteutus

Tarkoituksenamme oli tiivistää olennaisimmat asiat opinnäytetyöstämme osastotunnille ja tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoutta monikulttuurisesta hoitotyöstä, monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksesta ja somalialaisen sekä venäläisen lapsiperheen ohjauksen erityispiirteistä. Tavoitteenamme oli myös antaa henkilökunnalle keinoja monikulttuurisen lapsiperheen kohtaamiseen. Koulutustilaisuuden aihe oli suunnattu hoitotyön tekijöille

osallistujien mukaan ja pyrimme keräämään tietoa, josta olisi heille käytännössä hyötyä. Olimme pyrkineet huomioimaan aiheen suunnittelussa osaston toiveet koulutustilaisuuden aiheelle.

Osastotunti on yksi henkilöstön kehittämismuoto. (Ruohotie 2000: 35.) Tällaisella kehittämisellä pyritään vastaamaan yhteiskunnan muuttuviin haasteisiin, kuten tässä tilanteessa monikulttuurisuuden lisääntymiseen Suomessa. Monimuotoisuuden huomioimiseen perustuva ohjaus- ja esimiestyön kehittäminen tarkoittaa kehittämistoimintaa koko hoito-organisaation kannalta. Sen avulla hoitajia voidaan valmistaa kohtaamaan monikulttuurisuuteen liittyviä haasteita. (Parker ym. 2003, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 53.)

Osastotunnilla on tärkeää luoda selkeä, yhteinen käsitys henkilökunnalle siitä, miten käsitellyt asiat näyttäytyvät omassa työssä. Tähän case-esimerkit ovat oivallisia ja uuden tiedon soveltaminen käytäntöön helpottuu. Lyhyt osastotunti ei välttämättä riitä muuttamaan juurtuneita toimintamalleja, mutta se ainakin lisää hoitohenkilökunnan tietoisuutta ja herättää varmasti ajatuksia ja pohdintaa. Yhteisen käsityksen luomisessa keskustelu on toimiva menetelmä. (Kupias – Koski 2012: 121.) Toimintatavat ja vanhat, omaksutut käytänteet vaativat usein paljonkin keskustelua ja kulttuurisen hiljaisen tiedon tekemistä näkyväksi. (Toom ym. 2008, ks. Alitolppa-Niitamo ym. 2013: 53.)

Pyrimme tekemään koulutustilaisuudesta osallistavan ja lähtökohtana oli osallistujien kokemusten kartoittaminen ja niiden tarkasteleminen. Usein osallistujaryhmällä on paljonkin tietoa ja kokemusta käsiteltävästä aiheesta ja ryhmän kokemuksia on hyvä hyödyntää (Kupias 2012). Suunnittelimme kertovamme ensin yleisesti monikulttuurisuudesta ja kuinka hoitajat voisivat kehittää kulttuurista kompetenssiaan. Suunnittelimme osastotunnille case-pohjaisia esimerkkejä (Liite 2), jotta hoitajat saisivat konkreettisemmän näkökulman aiheeseen ja aihe tuntuisi omakohtaisemmalta. Kuvitteellisten potilastapausten aiheet nousivat keskusteluista yhdyshenkilömme kanssa ja perustuvat todellisiin käytännön tilanteisiin. Case-esimerkillä tarkoitetaan tapausopetusta, jossa käytetään käyttökel-poista tapausta kuvaamaan tilanteita. Hyvässä tapauksessa on tiivistettynä ne asiat, joita koulutuksessa käsitellään. (Kupias – Koski 2012: 118–119.)

Järjestimme osaston hoitohenkilökunnalle tunnin mittaisen koulutustilaisuuden 6.11.2014. Koulutustilaisuuteen osallistui ensin vain kolme henkilöä, mutta puolella välissä esitystä paikalle tuli myös kaksi lisää. Koulutustilaisuuden aluksi esittelimme TuLE

-hankkeen lyhyesti sekä pääpiirteittäin meidän oman opinnäytetyömme aiheen sekä tavoitteemme ja herättelimme aiheeseen kertomalla perusteluita aiheen ajankohtaisuudelle hoitotyössä. Tämän jälkeen kerroimme osallistujille lyhyesti tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä ja sen haasteista sekä kulttuurisen kompetenssin tärkeydestä. Pyrimme myös ottamaan osallistujat mukaan keskusteluun ja kertomaan omia kokemuksiaan monikulttuurisesta kohtaamisesta. Tämän jälkeen siirryimme varsinaiseen aiheeseen eli monikulttuurisen lapsiperheen ohjaukseen. Esittelimme osallistujille erilaisia kulttuurisidonnaisia eroavaisuuksia, jotka aiheuttavat usein haasteita hoitotyölle sekä ohjaukselle, jos niitä ei havaitse. Pyrimme esittelemään sellaisia keinoja, joita hoitajat voisivat monikulttuuristen perheiden ohjauksessa hyödyntää ja näin ehkäisemään väärinkäsitysten syntymistä. Kerroimme lisäksi tietoa venäläisestä ja somalialaisesta kulttuurista, joita olemme case-esimerkeissä havainnollistaneet. Case -esimerkeillä pyrimme aktivoimaan osallistujia ja saamaan heitä hyödyntämään esiin tuomiamme keinoja tapauksen ratkaisemiseksi.

7.3 Osastotunnin arviointi

Osastotuntimme kesti noin 55 minuuttia, jonka jälkeen jäi aikaa vain vähän vapaalle keskustelulle ja palautteen annolle. Osastotuntimme oli melko asiapainotteinen ja olisimme voineet jättää joitain asioita esityksestämme pois. Esitimme aktivoivia kysymyksiä esityksen aikana, mutta ne eivät herättäneet paljonkaan keskustelua eikä omakohtaisia kokemuksia jaettu kuin vähän. Olisimme toivoneet enemmän aktiivisuutta osallistujilta. Olimme tehneet myös kaksi case- esimerkkiä venäläisestä ja somalialaisesta perheestä, joilla pyrimme saamaan henkilökuntaa osallistumaan ja pohtimaan tapauksia. Case- esimerkit eivät herättäneet keskustelua kauheasti eikä niitä lähdetty pohtimaan, mikä teki niiden käsittelystä haastavaa.

Osallistujat kertoivat osastotunnin jälkeen, että olisivat toivoneet, että esitys olisi enemmän painottunut tietoon kulttuureista. Kulttuureista toivottiin myös vielä enemmän konkreettista tietoa, mitä voisi käytännössä hyödyntää. Koulutustilaisuuden vaikuttavuutta ja hyödynnettävyyttä haittasi se, että meidän tavoitteemme sekä painopiste esitykselle oli ristiriidassa henkilökunnan toiveiden kanssa. Saimme positiivista palautetta kuitenkin esiintymistaidoistamme ja luontevuudestamme. Olisimme voineet enemmän olla yhteydessä osastoon ja hyödyntää heidän asiantuntijuuttaan, jotta koulutustilaisuudesta olisi saatu heidän tarpeisiin sopivampi. Henkilökunnalla oli jo entuudestaan heidän mukaansa

hyvät tiedot monikulttuurisesta hoitotyöstä ja monikulttuurisen perheen ohjauksesta. Palautteen antoon jäi esityksemme jälkeen vain vähän aikaa ja esityksessämme kesti odotettua pidempään. Palautteeksi saimme, että esityksemme olisi voinut painottua ainoastaan venäläiseen ja somalialaiseen kulttuuriin. Henkilökunta toivoisi myös tietoutta monikulttuuristen perheiden odotuksista hoidolle. Toivomme kuitenkin, että hoitajat jäisivät pohtimaan esityksessä mainittuja asioita ja että esityksemme sai heidät tarkkailemaan omaa toimintaansa eri kulttuurien edustajien kanssa.

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä tietoa monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksesta ja antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia kohdata eri kulttuurista tuleva perhe. Olemme käsitelleet työssämme kulttuurista kompetenssia ja sen tärkeyttä ja merkitystä monikulttuurisen hoitotyön toteuttamiselle. Opinnäytetyömme tavoitteena oli kertoa monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksesta erityisesti somalialaisen ja venäläisen kulttuurin näkökulmasta. Kokosimme tietoa pääpiirteittäin näiden kulttuurien perhemallista, lapsen asemasta, terveysuskomuksista ja kulttuurisista eroavaisuuksista, joita ohjauksessa tulee huomioida. Saimme mielestämme koottua hyödyllistä tietoa monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksen haasteista ja keinoista sen toteuttamiselle.

Opinnäytetyömme tavoitteet jäivät mielestämme osittain saavuttamatta. Koimme ettemme saaneet lisättyä hoitohenkilökunnan tietoutta monikulttuurisesta hoitotyöstä ja ohjauksesta kovinkaan paljon. Hoitohenkilökunnalla oli aiheesta jo valmiiksi heidän mukaansa hyvät tiedot. Koimme, että saimme kuitenkin tuotua uutta hyödyllistä tietoa venäläisestä ja somalialaisesta perheestä ja heidän erityispiirteistään. Osastotunnin osallistujat olisivat kuitenkin toivoneet niistä vielä enemmän konkreettista tietoa ja käytännön vinkkejä.

8.1 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme aiheseminaari oli 26.2.2014, jonka jälkeen aloitimme työsuunnitelman laatimisen. Osallistuimme tiedonhaun, työsuunnitelman laatimisen sekä pohdinnan, tiivistelmän ja johdannon kirjoittamisen työpajoihin. Kokosimme opinnäytetyön materiaalia aiempaa tutkittua tietoa hyödyntäen ja työelämän yhdyshenkilöä tapaamalla. Tapaamme yhdyshenkilöimme kaksi kertaa, ensin suunnitelmavaiheessa keväällä ja toisen

kerran toteutusvaiheessa syksyllä. Pidimme osastotunnin Naistenlinikalla 6.11.2014, johon teemme myös aiheita käsittelevän posterin.

Prosessin aikana saimme palautetta työstämme ohjaavalta opettajaltamme sekä työelämän yhdyshenkilöltä ja pystyimme rajaamaan aiheitamme osaston koulutustilaisuuteen sopivaksi. Olisimme voineet ehkä hyödyntää yhdyshenkilömme asiantuntijuutta sekä koulumme tarjoamia työpajoja enemmän. Opinnäytetyömme tekemistä ja osastotunnin suunnittelua häiritsi syventävän vaiheen harjoittelu ja opinnot. Opinnäytetyömme aika-aulun suhteen tuli melko kiire, emmekä pystyneet paneutumaan työmme aiheeseen niin paljon kuin olisimme halunneet. Aikataulujen yhteen sovittaminen oli myös todella haasteellista. Henkilökohtaisena tavoitteena opinnäytetyön suhteen meillä oli kehittyä projektityöskentelyssä sekä koulutustilaisuuden järjestämisessä. Tavoitteenamme oli myös kehittää omaa monikulttuurista tietoa, jota pystyisimme soveltamaan ja hyödyntämään omassa työssämme.

8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Arvioimme työmme luotettavuutta uskottavuuden, vilpittömyyden, osaamisen, hyödynnettävyyden sekä vaikuttavuuden kannalta. Nämä osa-alueet ovat kehitetty kehittämistyön luotettavuuden arviointiin. (Anttila 2007: 148.) Uskottavuutta työllemme toi se, että valitsimme mahdollisimman luotettavia ja ajankohtaisia tutkimuksia ja kirjallisuuslähteitä. Käytimme lähteenä mahdollisimman uusia tutkimuksia aiheesta, mikä oli kuitenkin melko haasteellista, sillä tutkimustietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä ja ohjauksesta on vielä melko vähän. Teimme monipuolisia tiedonhakuja ja käytimme siihen runsaasti aikaa. Halusimme käyttää opinnäytetyössämme tietoa, mistä olisi konkreettista hyötyä käytännön työssä. Luotettavuutta työssämme lisää lähdeviitteiden oikeaoppinen käyttö. Luotettavien tutkimusten sekä alkuperäislähteiden käyttö taas lisää työmme vilpittömyyttä.

Työmme eettisyys on huomioitu siten, että emme ole antaneet omien näkemyksiemme ja ennakkokäsityksien vaikuttaa työhömmе, vaan olemme perustelleet näkökulmat lähteillä. Olemme myös työssämme painottaneet, että kulttuureista koottua tietoa tulee käyttää soveltaen ja kohdata jokainen perhe yksilönä. Olemme pyrkineet välttämään työssämme stereotypioimista ja yleistämistä.

8.3 Kehittämisideat ja työn hyödyntäminen

Monikulttuurisuutta hoitotyössä on tutkittu melko vähän, joten uutta tutkittua tietoa tarvitaan. Hoitohenkilökunnan tietoutta eri kulttuureista pääpiirteittäin tulisi myös lisätä esimerkiksi henkilöstökoulutuksilla. Hoitajat tarvitsevat käytännössä juuri enemmän konkreettista tietoa eri kulttuurien tavoista. Työssämme oli koottu hyödyllisiä tietoja monikulttuurisen perheen kohtaamisesta ja ohjauksesta, joita käytännössä voisi hyödyntää. Haasteita hyödyntämiselle tuo kuitenkin käytännössä vallitseva kiire, mistä johtuen perheen tutustumiseen ja tarpeiden kartoittamiseen ei ole riittävästi resursseja. Esityksessämme olimme kuvailleet ohjauksen ideaalitalanteen, mitä ei käytännössä usein ole mahdollista toteuttaa kaikilta osin, mutta se antaa toiminnalle viitekehyksen.

Lähteet

Abdelhamid, Pirkko – Juntunen, Anitta – Koskinen, Liisa 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Akar, Sylvia – Tiilikainen, Marja 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Väestöliitto. Loimaa: Newprint Oy.

Alitolppa-Niitamo, Anne – Fågel, Stina – Säävälä, Minna 2013. Olemme muuttaneet - ja kotoudumme. Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Väestöliitto. Helsinki: Kirjapaino Fram.

Andrews, Margaret – Boyle, Joyceen 2012. Transcultural Concepts in Nursing Care. Edition 6. Wolters Kluwer Health. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi.

Carrol, Jennifer–Epstein, Ronald–Fiscella, Kevin–Gipson, Teresa–Volpe, Ellen–Jean-Pierre, Pascal 2007. Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. Patient Educ Couns. 2007 June; 66(3): 337-345. Elsevier Ireland Ltd.

E Castaneda, A – Rask, S – Koponen, P – Mölsä, M – Koskinen, S 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL- raportti 61/2012.

ETENE 2005. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE- julkaisuja 11. Helsinki: Yliopistopaino.

Haapasaari, Osku – Korhonen, Elina 2013. Mikä perhe? Perhe eri kulttuureissa. Väestötietosarjan osa 26. Väestöliitto. Helsinki: Nordprint.

Hopia, Hanna–Tomlinson, Patricia S–Paavilainen, Eija–Åstedt-Kurki, Päivi 2005. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. Journal of Clinical Nursing, 14, 212–222. Blackwell Publishing Ltd.

Iso-Kivijärvi, Marketta – Keskitalo, Outi – Kukkola, Katja – Ojala, Pia – Olsbo, Annikki – Pohjola, Mervi – Väänänen Helena 2006. HYVÄ POTILASOHJAUS PROSESSINA. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Luettu 13.10.2014 <http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/em-beds/16315_4_2006.pdf>

Kale, Emine – Syed, Hammad Raza 2010. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. Patient Education and Counseling 81 (2010) 187–191. Elsevier Ireland Ltd.

Kankkunen, P – Vehviläinen–Julkunen, K 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Komppa, Johanna 2010. Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä Diat. Luettu 18.2.2014

Kupias, Päivi – Koski, Mia 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kupias, Päivi – Koski, Mia 2012. Hyvä kouluttaja. Sanoma Pro Oy. E-kirja.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 31.3.2014

Mölsä, Mulki – Tiilikainen, Marja 2007. Kulttuurien kohtaaminen: Potilaana Somali. Helsinki: Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 27.8.2014
<<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>>

Pakaslahti, Antti – Huttunen, Matti 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim.

Papadopoulos, Irena 2006. Transcultural Health and Social Care. Development of Culturally Competent Practitioners. Philadelphia: Elsevier.

Pergert, P – Ekblad, S – Enskär, K – Björk, O 2007. Obstacles to transcultural caring relationships - experiences of health care staff in pediatric oncology. Journal of Pediatric Oncology Nursing 24 (6). s. 314-28.

Pergert, P – Ekblad, S – Enskär, K – Björk, O 2008. Bridging obstacles to transcultural caring relationships--tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. European Journal of Oncology Nursing 12 (1). s. 35-43.

Rotkirch, Anna – Jasinskaja-Lahti, Inga 2007. Venäläiset perheet ja seksuaalisuus murroksessa. Väestöliitto. Helsinki: Priimuspaino Oy.

Ruohotie, Pekka 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Helsinki: WSOY.

Räty, Minttu 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tampere: Tammi.

Salmela, Marja 2014. Tulevaisuus Lasten Erikoissairaanhoidossa - hanke. Luentomateriaali. Opinnäytetyön aloitusseminaari 8.1.2014 Metropolia Ammattikorkeakoulussa.

Salo, Jaana 2014. SOMALIALAISTAUSTAISTEN MAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ TERVEYDESTÄ JA TERVEELLISESTÄ RUOKAVALIOSTA. Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.

Säävälä, Minna 2011. Perheet muuttoliikkeessä. Perustietoa maahan muuttaneiden kohtaamiseen. Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 41/2011. Väestöliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.

THL. Lastensuojelun käsikirja. Somalialainen kulttuuri. Verkkodokumentti. Luettu 18.10.2014 <<http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/lastensuojelun-kasikirja/ty-oprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somalialainen-kulttuuri>>

Valvira. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Luettu 31.3.2014
<http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet>

Venäjä-Suomi-seura 2005. Venäläinen tapakulttuuri. Perinteitä ja nykypäivää. Helsinki: Tennio.

Väestöliitto. Maahanmuuttajien määrä. Luettu 22.2.2014

<http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/>

Wachtler, Caroline – Brorsson, Annika – Troein, Margareta 2006. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. Family practice 2006; 23: 111-115. Verkkodokumentti. Luettu 1.10.2014.

<file:///C:/Users/Meri/Downloads/Family%20Practice-2006-Wachtler-111-5.pdf>

Zarubalova, Marina 2013. TEM- raportteja 10/2013. Venäjän terveydenhuoltojärjestelmä- tietoja terveystietojärjestelmän käytöstä. Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen - HYVÄ Raportti. Työ- ja elinkeinoministeriö. Verkkodokumentti.

< http://www.tem.fi/files/35773/tem_raportti_10_2013.pdf>

Hakutaulukko

Tieto- kanta	Hakusanat	Osu- mat	Hyväk- sytty otsi- kon pe- rusteella	Hyväk- sytty abstraktin perus- teella	Aineis- toon sopivia	Hyväksytty ai- neistoon	ai-
Nelli	"transcultural nursing" "monikulttuurinen hoitotyö" AND paediatric lapset	1	1	1	0		
	Transcultural AND counselling	123	1	0	0		
Cinahl	"transcultural nursing" AND pediatric	24	2	2	2	Obstacles to transcultural caring relationships,	
Medic	"monikulttuurinen hoitotyö" "transcultural nursing" "multicultural nursing"	46	2	2	1	Monikulttuurinen hoitotyö,	
PubMed	"transcultural nursing" AND pediatric	33	2	1	1	Bridging obstacles to transcultural caring relationships—tools.	
	"cross cultural communication"	76	7	3	2	Language barriers and the use of interpreters. Meeting and treating cultural difference in primary care.	

Tutkimuksen nimi, tekijät, julkaisupaikka	Tarkoitus	Käytetyt menetelmät	Keskeiset tulokset
Caring for Somali women: implications for clinician-patient communication. Carrol, Jennifer – Epstein, Ronald – Fiscella, Kevin – Gipson, Teresa – Volpe, Ellen – Jean-Pierre, Pascal. Patient Educ Couns. 2007 June; 66(3) Ireland.	Tarkoituksena määrittellä, mitkä tekijät vaikuttavat positiivisesti kokemukseen terveydenhuollon palveluista Somalialaisten pakolaisnaisten näkökulmasta.	Aineiston kerääminen: Yksilö haastattelu Aineiston analyysi: Grounded theory	Positiiviset kokemukset terveydenhuollossa asioimisesta olivat yhteydessä vaikuttavaan sanalliseen ja sanattomaan kommunikaatioon, potilaan arvostukseen, kokemukseen ymmärretyksi tulemisesta, mahdollisuus naishoitajaan, yksityisyyden kunnioitukseen
Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. E Castaneda, A – Rask, S – Koponen, P – Mölsä, M – Koskinen, S THL-raportti 61/2012 Helsinki. Suomi.	Tarkoituksena saattaa Maamu-tutkimuksen keskeiset havainnot niitä tarvitsevien organisaatioiden käyttöön.	Otospoiminta: 18-64-vuotiaat, kolme ryhmää: venäläiset, somalialaiset, kurdit (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere, Vaasa) Katoanalyysi: logistinen regressiomalli IPW-menetelmä kadon vaikutusten korjaukseen	Kurdi- ja venäläistaustaisten naisten koettu terveys oli huonompi kuin muissa ryhmissä. Somalialaistaustaiset tyytyväisimpiä elämänlaatuunsa. Hoidon saamisen esteitä olivat mm. kielivaikeudet.
Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health.	Tarkoituksena tuoda esiin perheen näkökulma siitä, miten hoitohenkilökunta voi	Aineiston keruu: Haastattelu Aineiston analyysi: Grounded theory	Tutkimuksessa nousi esiin 5 pääkohtaa, joita perheet arvostivat terveyden edistämässä: 1. Perheen vahvistaminen 2.

Hopia, Hanna–Tomlinson, Patricia S–Paavilainen, Eija–Åstedt-Kurki, Päivi Patient Educ Couns. 2007 June; 66(3): 337-345	edistää perheen terveyttä lapsen sairaalassa-oloaikana.		Lapsen hyvinvoinnista huolehtiminen 3. Henkisen taakan jakaminen 4. Joka-päiväisen jaksamisen tukeminen 5. Luottamuksellisen suhteen luominen
Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey Kale, Emine – Syed, Hammad Raza Patient Education and Counseling 81 (2010) 187–191 Oslo. Norja.	Tarkoituksena tarkastella kulttuurien välistä kommunikaatiota terveydenhuollossa.	Aineiston keruu: Strukturoitu kyselylomake Otos: vastaajat hoitohenkilökuntaa Osllossa 2004-2005	Tulkin käyttö oli harvinaista ja riippuvainen hoitohenkilön oma-aloitteisuudesta ja tietämyksestä. Monikoki tyytymättömyyttä tulkin pätevyydestä ja omasta työskentelystään tulkin kanssa.
Obstacles to transcultural caring relationships - experiences of health care staff in pediatric oncology Pergert, P – Ekblad, S – Enskär, K – Björk Journal of Pediatric Oncology Nursing 24 (6) Tukholma. Ruotsi.	Tarkoituksena selvittää terveydenhuollon henkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajataustisten perheiden hoidosta.	Aineiston keruu: ryhmä- ja yksilöhaastattelut, hoitohenkilökunta Aineiston analyysi: Grounded theory	Monikulttuurisen hoitotyön haasteet olivat hoitohenkilökunnan suurin huolenaihe. Tutkimuksesta nousi 4 kategoriaa haasteista: Kielelliset haasteet, kulttuuriset ja uskonnolliset, sosiaaliset ja organisaatioon liittyvät.
Bridging obstacles to transcultural caring relationships--tools discovered through interviews	Tarkoituksena selvittää, mitä keinoja hoitohenkilökunta	Aineiston keruu: ryhmä- ja yksilöhaastattelut, hoitohenkilökunta	Hoitohenkilökunnan apuna monikulttuurisiin haasteisiin olivat kommunikaatioon, monikulttuuriseen

with staff in pediatric oncology care Pergert, P – Ekblad, S – Enskär, K – Björk European Journal of Oncology Nursing 12 (1) Tukholma. Ruotsi.	käyttää ratkaistakseen monikulttuurisen perheen hoidossa nousseita haasteita.	Aineiston analyysi: Jatkuvan vertailun menetelmä	osaamiseen, organisaatiosta lähtöisin olevat keinot.
SOMALIALAISTAUSTAISTEN MAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ TERVEYDESTÄ JA TERVEELLISESTÄ RUOKAVALIOSTA Salo, Jaana Jyväskylän yliopisto: terveystieteiden tutkimus. Verkko-dokumentti.	Tarkoituksena selvittää Suomessa asuvien somalimaahanmuuttajien näkemyksiä terveydestä ja terveellisestä ruokavaliosta.	Aineiston keruu: teemahaastattelu kuudelta 18-32-vuotiaalta somalimaahanmuuttajalta, yksilöhaastattelu Aineiston analyysi: Aineisto lähtöinen sisällönanalyysi	Terveys määriteltiin monen osa-alueen kokonaisuudeksi ja elämän perustaksi, Ajatukset terveyteen vaikuttavista tekijöistä painottuivat fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä hengellisiin ja yhteiskunnallisiin asioihin. Länssimaista terveysajattelua omaksuttiin myös.
Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. Wachtler, Caroline – Brorsson, Annika – Troein, Margareta Family practice 2006; 23 Malmö, Ruotsi	Tarkoituksena selvittää, miten yleislääkärit käsittävät, miten maahanmuuttajataisten potilaiden vastaanottokäynnit ovat menneet ja miten he ovat niissä onnistuneet.	Aineiston keruu: Puolistrukturoitu haastattelu yleislääkäreiltä Aineiston analyysi: laadullinen teemanalyysi	Kulttuurieroja ei huomioitu yleislääkärin vastaanotolla. Kulttuurisen tiedon hallitseminen vaikuttaa keskinäiseen yhteisymmärrykseen

Case 1.

Aleksei on 5-vuotias perheen toinen lapsi, joka on tullut sairaalahoitoon virtsateiden synnynnäisen rakennepoikkeavuuden vuoksi. Aleksein vanhemmat ovat kotoisin Venäjältä, mutta perhe asuu nyt vakituisesti Suomessa. Molemmat vanhemmat osaavat suomea. Aleksein vanhemmat eivät ole osallistuneet kertaakaan lääkärin kierroille kehotuksista huolimatta eivätkä ole muutenkaan viettäneet pitkiä aikoja osastolla. Vanhemmat eivät ole myöskään osastolla ollessaan osallistuneet lapsensa hoitoon laisinkaan. Vanhempien vähäinen osallistuminen hoitoon on pitkittänyt Aleksein hoitoa ja kotiutumista.

Case 2.

Mariam on 9-vuotias somaliperheen 3. lapsi, jolla on ollut virtsausvaivoja ja on nyt tullut osastolle kystoskopiaan. Mariamin mukaan on tullut hänen molemmat vanhempansa, kaksi Mariamin vanhempaa sisarusta, yksi nuorempi sisar sekä täysi-ikäinen serkku. Hoitajat ovat hämillään väenpaljoudesta ja se haittaa työskentelyä pienessä huoneessa.

Kystoskopian suorittaa mieslääkäri, joka kertoo toimenpiteestä vanhemmille lyhyesti. Tämän jälkeen hoitaja käy asiat vielä vanhempien kanssa läpi ja kertoo vanhemmille päivän kulusta ja valmisteluista. Keskustelu on kuitenkin hankalaa, sillä omaisia on niin paljon paikalla ja hälinää riittää.

Vanhemmat ovat epäileväisiä ja pelokkaita toimenpiteen suhteen eivätkä haluaisi suostua siihen.



Opinnäytetyö

- ▶ Osa Metropolia AMK:n ja HUS:in Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa (TuLE) -hanketta
- ▶ Tavoitteemme:
 - ▶ Lisätä tietoa ja edistää osaamista monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksessa
 - ▶ Lisätä valmiuksia kohdata erityisesti venäläis- ja somaliperheitä
- ▶ Käsittelemämme aiheet:
 - ▶ Monikulttuurinen hoitotyö
 - ▶ Kulttuurinen kompetenssi ja sen merkitys
 - ▶ monikulttuurisen lapsiperheen ohjaus
 - ▶ venäläisen ja somalialaisen lapsiperheen erityispiirteet

Miksi aihe on tärkeä?

- ▶ Monikulttuurinen osaaminen edistää:
 - ▶ Kulttuurista tasa-arvoa hoitotyössä
 - ▶ Kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista
 - ▶ Ehkäisee väärinkäsitysten syntymistä
- ▶ Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992)
- ▶ Potilaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon (Valvira 2014)

Monikulttuurisuus Suomessa

- ▶ Ajankohtainen aihe maahanmuuttajaväestön kasvaessa Suomessa ja matkustelun yleistyessä
- ▶ Vuonna 2012 ulkomailla syntyneiden osuus Suomen väestöstä oli 5,2% ja lapsista 6%
- ▶ Vuonna 2013 Suomessa asui ulkomaiden kansalaisia yhteensä 207 511
- ▶ Suurimmat väestöryhmät: Entinen Neuvostoliitto, Viro, Ruotsi, Venäjä, Somalia, Kiina sekä Irak (Väestöliitto 2014)

Monikulttuurinen hoitotyö

- ▶ Kulttuuri = pysyvä käyttäytymismalli (ympäristö, sosiaaliset suhteet, uskonto)
- ▶ Monikulttuurinen hoitotyö = työntekijät, asiakkaat tai molemmat ovat eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä
- ▶ Lähtökohtana kulttuurisen tiedon hallinta ja tarpeiden kartoitus: hengellisyys, terveystottumukset, kommunikointi, perhe, ravitsemus
- ▶ Ihminen omaksuu yhteisönsä arvot ja tavat sekä käsityksen oikeasta ja väärästä
- ▶ Kulttuuri hallitsee toimintaa automaattisesti
- ▶ Stereotyyppinen asennoituminen vierasta kulttuuria kohtaan on ihmiselle luontaista

Kulttuurinen kompetenssi

- ▶ Kykyä ja pätevyyttä huomioida kulttuuriset taustat ja tarpeet
- ▶ Kertynyttä henkilökohtaista sekä ammatillista tietoa ja osaamista
- ▶ Osa-alueet:
 - ▶ Kulttuurinen tietoisuus
 - ▶ Kulttuurinen tieto
 - ▶ Kulttuurinen pätevyys
 - ▶ Kulttuurinen herkkyyys
- ▶ Kulttuurista kompetenssia vaaditaan laadukkaan monikulttuurisen hoitotyön toteuttamiseksi

Monikulttuurisen lapsiperheen ohjaus

► Tavoitteet:

- Edistää perheen elämänlaatua yhteisymmärryksessä, kulttuuriset erityispiirteet huomioiden
- Huomioida perheen toiveet ja odotukset ohjaukselle
- Tukea lasta ja perhettä ottamaan vastuuta hoidosta
- Yhdessä muodostaa tavoitteet hoidolle ja ohjaukselle



Monikulttuurisen lapsiperheen ohjaus

- Perheen kohtaaminen yksilöllisesti
- Ymmärrys kulttuurin kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta perheeseen
- Voimavarojen, aikaisemman tiedon ja tiedon tarpeen huomiointi
- Kunnioitus, kiinnostus perhettä kohtaan sekä toiveiden selvittäminen
- Jatkuva arviointi

- ▶ Minkälaisia haasteita olette kokeneet monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksessa/hoidossa?

Monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksen haasteet

- ▶ Haasteet nousevat eroavista odotuksista ohjaukselle, eri tavoista ymmärtää käsiteltävä ongelma ja erilaisista tavoista kommunikoida
- ▶ Eroavaisuudet kulttuurisidonnaisia tai yksilöllisiä piirteitä
- ▶ Kun yhteisymmärrys haastavaa:
 - ▶ ohjauksen teho heikkenee,
 - ▶ perheen kokemus ohjauksesta/hoidosta heikkenee
 - ▶ tavoitteet jäävät saavuttamatta

Monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksen haasteet:

- ▶ Kommunikointi:
 - ▶ Avainasemassa turvallisen hoidon, oikean diagnoosin ja terveyden edistämisen takaamiseksi
 - ▶ Verbaalinen viestintä: kuten kieli, äänenvoimakkuus ja -sävy
 - ▶ Nonverbaalinen viestintä: katsekontakti, kasvojen ilmeet, kosketus, kehonkieli ja etäisyys potilaasta
- ▶ Kommunikointihaasteet: kielimuuri, asiakkaan lukutaidon puute, kirjallisten ohjeiden kieli, eroavat viestintätavat

Monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksen haasteet

- ▶ Kulttuurisidonnaisia eroavaisuuksia
 - ▶ Aikakäsitys
 - ▶ Henkilökohtainen tila
 - ▶ Sukupuoliroolit ja lapsen asema
 - ▶ Ympäristön kontrolli
 - ▶ Ajattelumaailma (rationaalisuus/tunteet)
 - ▶ Sosiaalinen verkosto ja perhe
 - ▶ Hengellisyys
 - ▶ Terveys/sairaus käsitys
 - ▶ Suhtautuminen ammattiauttajiin

Monikulttuurisen lapsiperheen ohjauksen keinot

- ▶ Hyvät vuorovaikutus-, kuuntelu- ja havainnointitaidot
- ▶ Odotusten, toiveiden, ja käsityksen ongelmasta kartoittaminen ennen ohjausta
- ▶ Perheen ottaminen mukaan päätöksentekoon
- ▶ Tarpeiden arviointi: kieli; kielitaidot, tulkin tarve, uskonto, perheen tavat
- ▶ Ohjeet selkokielellä: kirjallinen + suullinen
- ▶ Riittävästi aikaa ohjaustilanteeseen
- ▶ Kulttuurisen kompetenssin kehittäminen, henkilöstökoulutus
- ▶ Kulttuuritulkki

Case 1.

Aleksei on 5-vuotias perheen toinen lapsi, joka on tullut sairaalahoitoon virtsateiden synnynnäisen rakennepoikkeavuuden vuoksi. Aleksein vanhemmat ovat kotoisin Venäjältä, mutta perhe asuu nyt vakituisesti Suomessa. Molemmat vanhemmat osaavat suomea. Aleksein vanhemmat eivät ole osallistuneet kertaakaan lääkärin kierroille kehoituksista huolimatta eivätkä ole muutenkaan viettäneet pitkiä aikoja osastolla. Vanhemmat eivät ole myöskään osastolla ollessaan osallistuneet lapsensa hoitoon laisinkaan. Vanhempien vähäinen osallistuminen hoitoon on pitkittänyt Aleksein hoitoa ja kotiutumista.

- ▶ Mistä tilanne voi johtua? Miten ohjauksella siihen voitaisiin vaikuttaa?

Venäläinen lapsiperhe

- ▶ Venäläiset ovat suurin maahanmuuttajien ryhmä Suomessa, venäjän kielestä tullut yleisin vieras kieli
- ▶ Valtaosa ortodokseja tai kristittyjä
- ▶ Suurimpia haasteita suomalaisten kielteinen suhtautuminen venäläisiin
- ▶ Epäluottamus terveydenhuoltoa kohtaan
- ▶ Perhe: ydinperhe, isovanhemmat, appivanhemmat, tädit, sedät, pikkuserkut, serkut, läheiset ystävät
- ▶ Tyypillistä varhainen naimisiinmeno ja lastenhankinta



Venäläinen lapsiperhe

- ▶ Lasten hoito ja kasvatusta kuuluu äidille
- ▶ Lapsen asema:
 - ▶ Lapset perheen rikkaus
 - ▶ Odotetaan kuuliaisuutta
 - ▶ Koulutus ja hyvät käytöstavat tärkeitä
 - ▶ Vanhemmat auktoriteetteja
 - ▶ Seksuaaliterveydestä ei sukupolvien kesken keskustella



Venäläisen lapsiperheen ohjaus

- ▶ Käsitys terveydestä ja sairaudesta
 - ▶ Sairaudet nähdään usein leimaavina ja lopullisina
 - ▶ Sairauden ja terveyden käsitys jyrkempi
 - ▶ Passiivinen suhtautuminen oman terveyden hoitoon
- ▶ Luotetaan myös vaihtoehtoisiiin hoitoihin
- ▶ Aikakäsitys joustavampi
- ▶ Henkilökohtainen tila pienempi
- ▶ Sinuttelu vain läheisten kanssa

Case 2.

Mariam on 9-vuotias somaliperheen 3. lapsi, jolla on ollut virtsausvaivoja ja on nyt tullut osastolle kystoskopiaan. Mariamin mukaan on tullut hänen molemmat vanhempansa, kaksi Mariamin vanhempaa sisarusta, yksi nuorempi sisar sekä täysi-ikäinen serkku. Hoitajat ovat hämillään väenpaljoudesta ja se häiritsee työskentelyä pienessä huoneessa.

Kystoskopian suorittaa mieslääkäri, joka kertoo toimenpiteestä vanhemmille lyhyesti. Tämän jälkeen hoitaja käy asiat vielä vanhempien kanssa läpi ja kertoo vanhemmille päivän kulusta ja valmisteluista. Keskustelu on kuitenkin hankalaa, sillä omaisia on niin paljon paikalla ja hälinää riittää.

Vanhemmat ovat epäileväisiä ja pelokkaita toimenpiteen suhteen eivätkä halua suostua siihen.

- ▶ Miten voisimme ehkäistä/ratkaista tilanteen?

Somalialainen lapsiperhe

- ▶ Suurin yksittäinen muslimiyhteisö Suomessa
- ▶ Perhe:
 - ▶ Lapsia yleensä monta (vanhuuden turva)
 - ▶ Lapset jumalan lahja
 - ▶ Lasten kasvatusta tärkeää, yhteisöllisyys korostuu
 - ▶ Perheeseen kuuluvat isovanhemmat, vanhemmat, sedät, enot, tädit ja näiden lapset
 - ▶ Isä perheenpää, äiti hoitaa kodin ja lapset



Somalialainen lapsiperhe

- ▶ Islamin usko:
 - ▶ Uskonnon merkitys on somaliperheissä huomattavasti suurempi kuin suomalaisissa perheissä
 - ▶ Perheiden ja yksilöiden välillä kuitenkin suuria eroja siinä, kuinka uskoon liittyviä sääntöjä tulkitaan ja noudatetaan!
 - ▶ Islamin uskon harjoittamiseen kuuluvat esim. päivittävät rukoukset, ruokasäännöt sekä paastokuukauden ramadanin vietto
 - ▶ Paasto ei ole pakollinen, jos terveydentila on heikko tai poikkeuksellinen, esim. raskaus
 - ▶ Suun kautta otettavia lääkkeitä ei paaston aikana voi käyttää
 - ▶ Kaikki mikä pelastaa elämän, on sallittua



Somalialaisen lapsiperheen ohjaus

► Terveys ja sairaus:

- Terveiden ja sairauden raja häilyvämpi
- Sairauden voidaan katsoa johtuvan esimerkiksi tehdystä synnistä, magiasta tai se nähdään jumalan koettelemuksena
- Länsimaisesta lääketieteestä ollaan tietoisia Somaliassa, perinteisen hoitokeinot osana sairauksien hoitoa
- Perinteisiä sairauksien hoitokeinoja ovat mm. rukoulu, uskonnolliset seremoniat, parantavat henget sekä yrttien ja rohtojen käyttö



Somalialaisen lapsiperheen ohjaus

- Tiukimpien islamin tulkintojen mukaan muslimipotilasta ei saa hoitaa eri sukupuolta oleva lääkäri tai hoitaja
 - Erityisesti intiimit toimenpiteet
 - Samaa sukupuolta olevaa hoitajaa/lääkärä voidaan suosia myös henk.kohtaisista syistä
- Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä, teknologia sekä varattujen aikojen täsmällinen noudattaminen on somaleille usein vierasta ja hämmentävää
- Toimenpiteistä ja tutkimuksista saatetaan kieltäytyä pelon vuoksi, ohjaus ja tiedon saanti ei ole ollut riittävää

Somalialaisen lapsiperheen ohjaus

- ▶ Tärkeintä on selittää mikä perheen rooli on hoidossa, mitä edellytetään lapsen hoidon suhteen
- ▶ Ohjaukseen on hyvä ottaa useampi perheen jäsen mukaan
- ▶ Somalialaiseen kulttuuriin kuuluu, että perhe ja yhteisö osallistuvat sairaan hoitoon ja ohjaukseen
- ▶ Aikakäsitys joustavampi
- ▶ Kirjallisen informaation lisäksi tulisi suosia erityisesti suullista ohjausta
 - ▶ Tärkeät viestit, ajanvaraukset
 - ▶ Lukutaito saattaa olla usein heikkoa
 - ▶ Tulkin käyttö

KIITOS !

- ▶ Kysymyksiä?
- ▶ Kommentteja?
- ▶ Palautetta !

Lähteet

- ▶ Abdelhamid, Pirkko - Juntunen, Anitta - Koskinen, Liisa 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOypro.
- ▶ Akar, Sylvia - Tiilikainen, Marja 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Väestöliitto. Loimaa: Newprint Oy.
- ▶ Alitolppa-Niitamo, Anne - Fägel, Stina - Säävälä, Minna 2013. Olemme muuttaneet - ja kotoudumme. Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Väestöliitto. Helsinki: Kirjapaino Fram.
- ▶ Andrews, Margaret - Boyle, Joyeen 2012. Transcultural Concepts in Nursing Care. Edition 6. Wolters Kluwer Health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ▶ Carrol, Jennifer-Epstein, Ronald-Fiscella, Kevin-Gipson, Teresa-Volpe, Ellen-Jean-Pierre, Pascal 2007. Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. Patient Educ Couns. 2007 June; 66(3): 337-345. Elsevier Ireland Ltd.
- ▶ E Castaneda, A - Rask, S - Koponen, P - Mölsä, M - Koskinen, S 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL- raportti 61/2012.

Lähteet

- ▶ Abdelhamid, Pirkko - Juntunen, Anitta - Koskinen, Liisa 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOypro.
- ▶ Akar, Sylvia - Tiilikainen, Marja 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Väestöliitto. Loimaa: Newprint Oy.
- ▶ Alitolppa-Niitamo, Anne - Fägel, Stina - Säävälä, Minna 2013. Olemme muuttaneet - ja kotoudumme. Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Väestöliitto. Helsinki: Kirjapaino Fram.
- ▶ Andrews, Margaret - Boyle, Joyeen 2012. Transcultural Concepts in Nursing Care. Edition 6. Wolters Kluwer Health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ▶ Carrol, Jennifer-Epstein, Ronald-Fiscella, Kevin-Gipson, Teresa-Volpe, Ellen-Jean-Pierre, Pascal 2007. Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. Patient Educ Couns. 2007 June; 66(3): 337-345. Elsevier Ireland Ltd.
- ▶ E Castaneda, A - Rask, S - Koponen, P - Mölsä, M - Koskinen, S 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL- raportti 61/2012.

Lähteet

- ▶ ETENE 2005. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE- julkaisu 11. Helsinki: Yliopistopaino.
- ▶ Haapasaari, Osku - Korhonen, Elina 2013. Mikä perhe? Perhe eri kulttuureissa. Väestötietosarjan osa 26. Väestöliitto. Helsinki: Nordprint.
- ▶ Hopia, Hanna-Tomlinson, Patricia S-Paavilainen, Elja-Åstedt-Kurki, Päivi 2005. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 212-222. Blackwell Publishing Ltd.
- ▶ Kale, Emine - Syed, Hammad Raza 2010. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling* 81 (2010) 187-191. Elsevier Ireland Ltd.
- ▶ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 31.3.201
- ▶ Mõsa, Mulki - Tiilikainen, Marja 2007. Kulttuurien kohtaaminen: Potilaana Somali. Helsinki: Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 27.8.2014
- ▶ <<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>>
- ▶ Paasikallio, Antti - Huttunen, Matti 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim.
- ▶ Papadopoulos, Irena 2006. *Transcultural Health and Social Care. Development of Culturally Competent Practitioners*. Philadelphia: Elsevier.

Lähteet

- ▶ Pergert, P - Ekblad, S - Enskär, K - Björk, O 2007. Obstacles to transcultural caring relationships - experiences of health care staff in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 24 (6). s. 314-28.
- ▶ Pergert, P - Ekblad, S - Enskär, K - Björk, O 2008. Bridging obstacles to transcultural caring relationships--tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing* 12 (1). s. 35-43.
- ▶ Rotkirch, Anna - Jasinskaja-Lahti, Inga 2007. Venäläiset perheet ja seksuaalisuus murroksessa. Väestöliitto. Helsinki: Prilimpain Oy.
- ▶ Rätty, Minttu 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tampere: Tammi.
- ▶ Salo, Jaana 2014. SOMALIALAISTAUSTAISTEN MAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ TERVEYDESTÄ JA TERVEELLISESTÄ RUOKAVALIOSTA. Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.
- ▶ Säävälä, Minna 2011. Perheet muutoliikkeessä. Perustietoa maahan muuttaneiden kohtaamiseen. Väestötutkimuslaitos Katsauksia E 41/2011. Väestöliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.
- ▶ THL. Lastensuojelun käsikirja. Somalialainen kulttuuri. Verkkodokumentti. Luettu 18.10.2014 <<http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somalialainen-kulttuuri>>

Lähteet

- ▶ Väestöliitto. Maahanmuuttajien määrä. Luettu 22.2.2014
- ▶ <http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkejä/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-määrä/>
- ▶ Wachtler, Caroline - Brorsson, Annika - Troein, Margareta 2006. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. Family practice 2006;23: 111-115. Verkkodokumentti, Luettu 1.10.2014.
- ▶ <file:///C:/Users/Meri/Downloads/Family%20Practice-2006-Wachtler-111-5.pdf>
- ▶ Zarubalova, Marina 2013. TEM- raportteja 10/2013. Venäjän terveydenhuoltojärjestelmä- tietoja terveyspalveluiden käytöstä. Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopolittinen kehittäminen - HYVA Raportti. Työ- ja elinkeinoministeriö. Verkkodokumentti.
- ▶ < http://www.tem.fi/files/35773/tem_raportti_10_2013.pdf>
- ▶ Valvira. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Luettu 31.3.2014
- ▶ <http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet>
- ▶ Venäjä-Suomi-seura 2005. Venäläinen tapakulttuuri. Perinteitä ja nykypäivää. Helsinki: Tenniö.